

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ.
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΔΡΟΣΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ-ΣΟΦΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έγκαυμα στην παιδική ηλικία αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες ατυχήματος. Πιο συγκεκριμένα η δεύτερη αιτία παιδικών ατυχημάτων είναι το έγκαυμα το οποίο προκαλείται από τη θερμότητα.

Σε διεθνές επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκαυμάτων παρουσιάζεται είτε στον οικιακό χώρο είτε στην εργασία ενώ αρκετές περιπτώσεις χρήζουν νοσηλείας. Με τον όρο έγκαυμα νοείται η καταστροφή των ιστών λόγω της νέκρωσης των κυττάρων από την επίδραση της θερμότητας. Τα εγκαύματα αποτελούνται από τρεις κατηγορίες. Τα εγκαύματα πρώτου, δευτέρου και τρίτου βαθμού.

Τα πιο σοβαρά εγκαύματα με τις περισσότερες επιπλοκές είναι του τρίτου βαθμού των οποίων η αντιμετώπιση γίνεται μόνο με μεταμόσχευση. Το παιδικό έγκαυμα στην παθοφυσιολογία του δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές με αυτές των ενηλίκων. Ωστόσο, στην παιδική ηλικία απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην διαχείριση πόνου καθώς αποτελεί έναν παράγοντα που προκαλεί ανησυχία στα παιδιά. Γι αυτό το λόγο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στην αντιμετώπιση των παιδικών εγκαυμάτων.

Το παιδί τις περισσότερες φορές αισθάνεται πολύ αγχωμένο καθώς οι εμπειρίες που βιώνει είναι καινούριες. Τα συναισθήματα φόβου αυξάνονται καθώς μέσα στο νοσοκομείο υπάρχουν το πρόγραμμα και ο τρόπος ζωής είναι διαφορετικός όπως επίσης και οι μυρωδιές και οι ήχοι.

Όσον αφορά τα θέματα εισαγωγής και νοσηλείας των παιδιών, ένας πολύ βασικός παράγοντας είναι η σωστή ενημέρωση και του παιδιού αλλά και των γονέων από το εξειδικευμένο προσωπικό κάτι το οποίο μπορεί να μειώσει σε μεγάλο βαθμό το στρες και επίσης δίνεται η δυνατότητα μέσω αυτού να προβλεφθούν κάποιες καταστάσεις μέσω περιγραφών και οδηγιών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΑΒSTRACT.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	8
ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ	8
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	8
1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ	15
1.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ	17
1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	18
1.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	19
1.7 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	24
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	24
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	27
ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	27
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	27
3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	28
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	28
3.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	30
3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	33
4.1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	33
4.1.1 ΜΙΚΡΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	33
4.1.2 ΜΕΤΡΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	33
4.1.3 ΜΕΓΑΛΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ.....	34
4.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	34
4.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	37
4.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	37
4.3.2 ΜΕΘΟΛΟΙ.....	37
4.3.2.1 ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	37
4.3.2.2 ΕΣΧΑΡΕΚΤΟΜΗ.....	39
4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	42
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	42
5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	42
5.2 Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	44
5.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	45
5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	46
5.5 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	47
5.6 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ	48
5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ.....	49
5.8 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	50
5.9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	54
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	54

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	54
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακή εργασίας είναι η μελέτη και η ανάλυση του εγκαύματος στην παιδική ηλικία και ο ρόλος του νοσηλευτή. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται η έννοια του εγκαύματος, η επιδημιολογία των εγκαυμάτων στην Ελλάδα και διεθνώς, το έγκαυμα στην παιδική ηλικία, ο τρόπος διαχείρισης πόνου στα παιδιά και οι ψυχολογικές επιπτώσεις, η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων και ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των παιδικών εγκαυμάτων σε όλα τα στάδια του εγκαύματος.

Υλικό και μέθοδος: Το υλικό του παρόντος πονήματος αντλήθηκε από ελληνικά και διεθνή συγγράμματα καθώς επίσης και από έγκυρες διαδικτυακές πηγές στις οποίες παρουσιάζονται επιστημονικά πονήματα σχετικά με τα εγκαύματα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν ότι το έγκαυμα μπορεί να επηρεάσει και άλλα συστήματα του οργανισμού ενώ είναι το δεύτερο σε συχνότητα αίτιο ατυχημάτων στην παιδική ηλικία και ότι το συντριπτικό ποσοστό των παιδικών εγκαυμάτων γίνεται μέσα στο σπίτι.

Συμπεράσματα: Το έγκαυμα μπορεί να είναι ένα μικρό ιατρικό πρόβλημα ή και επείγον, θανατηφόρο περιστατικό. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην πρόληψη και αντι μετώπιση, τα εγκαύματα αποτελούν τον βαρύτερο τραυματισμό που μπορεί να υποστεί ο ανθρώπινος οργανισμός. Η πρόγνωση για ένα βαρύ έγκαυμα εξαρτάται κυρίως από την έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός γιατί οφείλει να αντιληφθεί και να κατανοήσει τις συμπεριφορές του παιδιού ενώ ταυτόχρονα συμβάλει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των παρεμβάσεων.

Λέξεις Κλειδιά: έγκαυμα, καταστροφή του δέρματος, επιφάνεια του δέρματος, φάσεις του εγκαύματος, θερμικά εγκαύματα, κατηγορίες εγκαυμάτων

ABSTRACT

Aim: The purpose of this thesis work is the study and analysis of burn in childhood and the role of the nurse. In particular the concept of the burn examined the epidemiology of burns in Greece and internationally, the burn in childhood, the pain management method in children and psychological effects, the treatment of burns and the nurse's role in the care of child burn all stages of burn.

Material and methods: The material of this essay drawn from Greek and international literature as well as by authoritative online sources that presented scientific labors on burns.

Results: The results of the study showed that the burn can affect other body systems and is the second cause of accident frequency in childhood and that the overwhelming proportion of childhood burns is in the house.

Conclusions: The burn can be a small medical problem or emergency, fatal incident. Despite significant progress to prevent and respond to such anti-, burns are the heaviest injury that the human body can suffer. Iprognosi a heavy burn mainly depends on the importance of egkafmatikis ekta- surface. The role of nurses is very important because it must realize and understand the behaviors of the child while contributing to the design, implementation and evaluation of interventions.

Keywords: burn, skin damage, skin surface, phases of the burn, thermal burns, burn relief categories

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ως έγκαυμα ορίζεται: *«η καταστροφή των ιστών λόγω της νέκρωσης των κυττάρων από την επίδραση της θερμότητας»*. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Άλλος ένας ορισμός αναφέρει ότι: *«έγκαυμα είναι η καταστροφή του δέρματος και των ιστών που δημιουργείται από κάποιους παράγοντες όπως είναι η θερμότητα, τα χημικά και ο ηλεκτρισμός»*. (Μανδρέκας, 1998)

Τέλος, σύμφωνα με τον Κωστάκη (2005) έγκαυμα είναι *«η τοπική ή γενικευμένη καταστροφή των ιστών που προκαλείται από διάφορους εξωτερικούς παράγοντες»*. Σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνεται η θερμότητα που σημαίνει ότι πρόκειται για θερμικό έγκαυμα, οι χημικές ουσίες οπότε πρόκειται για χημικό έγκαυμα και ο ηλεκτρισμός οπότε πρόκειται για ηλεκτρικό έγκαυμα. (Κωστάκης, 2005)

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το μεγαλύτερο όργανο στο ανθρώπινο σώμα είναι το δέρμα. Το βάρος του κυμαίνεται στα 9 κιλά κατά μέσο όρο ενώ η έκταση του είναι για τα νεογέννητα από 0,25μ² και για τους ενήλικες μέχρι και 1,8μ². Το δέρμα καλύπτει ολόκληρο το σώμα του ανθρώπου και λειτουργεί σαν ένας προστατευτικός μηχανισμός που βοηθάει στη διατήρηση της υγείας του ανθρώπου.

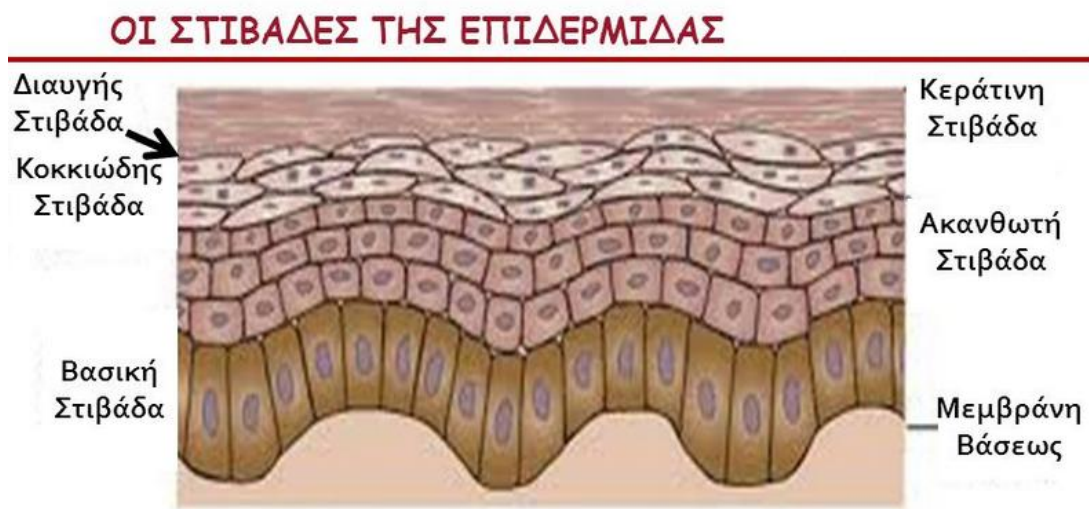
Η επιφάνεια του δέρματος είναι ανώμαλη και σε ορισμένες περιοχές καλύπτεται από τρίχες. Επίσης στην επιφάνεια του δέρματος διακρίνονται:

- Ø **Οι πόροι:** Αυτοί είναι ορατοί με γυμνό μάτι και αποτελούν τα στόμια των αδένων του δέρματος.
- Ø **Οι δερματικές ακρολοφίες:** Αυτές βρίσκονται στην παλαμιαία επιφάνεια των χεριών και στην πελματιαία επιφάνεια των ποδιών.
- Ø **Οι πτυχές του δέρματος:** Πρόκειται για αυλάκια ή γραμμώσεις που σχηματίζονται από την διάταξη του κολλαγόνου και του ελαστικού ιστού στο χόριο.

Οι στιβάδες ιστών από τις οποίες αποτελείται είναι:

- Η επιδερμίδα
- Το χόριο
- Ο υποδόριος ιστός.

Η επιδερμίδα αποτελεί την σημαντικότερη στιβάδα. Είναι πάρα πολύ λεπτή και ο σχηματισμός της δημιουργείται από το πολύστιβο κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο εκ των οποίων τα επιπολής κύτταρα είναι νεκρά, κερατινοποιημένα και λειτουργούν προστατευτικά στις περιβαλλοντικές αλλαγές. (Κωστάκης, 2005)



Εικόνα 1: Οι στιβάδες της επιδερμίδας

Στην επιδερμίδα διακρίνονται επιμέρους πέντε στιβάδες:

Ø Η Βασική μητρική: Αυτή αποτελείται από μια στιβάδα κυλινδρικών κυττάρων μεταξύ των οποίων βρίσκονται τα μελανοκύτταρα. Τα μελανοκύτταρα παράγουν μια ουσία την μελανίνη η οποία είναι χρωστική του δέρματος και επίσης προστατεύει από την ακτινοβολία. Τα κύτταρα της μητρικής στιβάδας λέγονται μητρικά γιατί από αυτά και με συνεχή διαίρεση και διαφοροποίηση προκύπτουν τα κύτταρα των άλλων στοιβάδων.

- Ø **Η ακανθωτή στιβάδα:** Αποτελείται από 6-15 στοίχους των πολυγωνικών κυττάρων. Είναι η παχύτερη στιβάδα της επιδερμίδας και μαζί με την μητρική συνθέτουν την Μαλπιγγιανή στιβάδα.
- Ø **Η κοκκώδης στιβάδα:** Αποτελείται από 2-4 σειρές πεπλατυσμένων κυττάρων, το πρωτόπλασμα των οποίων είναι γεμάτο κερατοϋαλίνη. Η κερατοϋαλίνη είναι ουσία που παράγεται από την εκφυλιστική αλλοίωση των κυττάρων της κεράτινης στιβάδας.
- Ø **Η κεράτινη στιβάδα:** Αποτελείται από απύρρηνα αποπλατυσμένα κύτταρα. Αυτά περιέχουν μια πρωτεΐνη που λέγεται κεράτινη και στην οποία οφείλεται η αντοχή και η σκληρότητα της στιβάδας αυτής. Στόχος των κερατινοκυττάρων είναι να εμποδίζουν το νερό και άλλες ουσίες να μπουν στον οργανισμό. Οι στρώσεις των κυττάρων παρουσιάζονται πιο σφικτές στο βάθος της στιβάδας, ενώ όσο ανεβαίνουν προς την επιφάνεια χαλαρώνουν μέχρι να απομακρυνθούν πλήρως.
- Ø **Η διαφανής στιβάδα:** Η στιβάδα αυτή δεν βρίσκεται σε όλη την επιφάνεια παρά μόνο στις παλαμιαίες και στις πελματιαίες επιφάνειες. (Κωστάκης, 2005)

Η επιδερμίδα περιέχει τέσσερα είδη κυττάρων

- Κερατινοκύτταρα
- Μελανοκύτταρα
- Κύτταρα του Langerhans
- Τα κύτταρα του Merckel

Τα κερατινοκύτταρα είναι τα κύτταρα που κατακλύζουν την επιδερμίδα. Ξεκινάνε από τη βασική στιβάδα, όπου παρουσιάζουν και τη μέγιστη μιτωτική δραστηριότητα. Έχουν ένα μεγάλο βαθυχρωματικό πυρήνα με έναν ή περισσότερους πυρηνίσκους. Το κυτταρόπλασμα των κερατινοκυττάρων περιέχει ριβοσώματα, μιτοχόνδρια και τονοϊνίδια (δηλαδή, πολυπεπτίδια που συμμετέχουν στην κατασκευή των δεσμοσωμάτων), τα οποία συνδέουν τα κύτταρα της επιδερμίδας μεταξύ τους. Το κάθε κερατινοκύτταρο κινείται προς τις εξωτερικές στιβάδες για να φτάσει τελικά στην κεράτινη στιβάδα. Η διαδικασία παραγωγής

του κερατινοκυττάρου, η οποία ξεκινάει από τη βασική στιβάδα, υφίσταται μεγάλο αριθμό μεταβολών και τελικά καταλήγει στην κεράτινη στιβάδα ως απύρηνο, αποπλατυσμένο πετάλιο, αυτή η διαδρομή του κερατινοκυττάρου λέγεται κερατινοποίηση.

Τα μελανοκύτταρα βρίσκονται ανάμεσα και κάτω από το κύτταρα της βασικής στιβάδας. Αυτά είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της μελανίνης. Η ποσοτική τους σχέση με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας είναι 1:5. Τα μελανοκύτταρα είναι κύτταρα νευρογενούς προέλευσης και φέρουν δενδρίτες, όπου διακλαδίζονται μεταξύ των επιθηλιακών κυττάρων. Οι δενδρίτες είναι γεμάτοι από μελανοσώματα (κοκκία που περιέχουν μελανίνη προερχόμενη από τη διαδικασία της μελανογένεσης), ο αριθμός των μελανοκυττάρων είναι ο ίδιος σε όλες τις φυλές, διαφέρουν όμως στον αριθμό και το μέγεθος των μελανοσωμάτων.

Τα μελανοσώματα που βρίσκονται στους δενδρίτες των μελανοκυττάρων, φαγοκυτταρώνονται από τα επιθηλιακά κύτταρα, περιβάλουν τον πυρήνα των κυττάρων αυτών και τα προστατεύουν από την υπερϊώδη ακτινοβολία. Κάθε μελανοκύτταρο "αρδεύει" αρκετά επιθηλιακά κύτταρα. (Χατζής, 1994)

Τα κύτταρα του Langerhans (LC) είναι δενδριτικά κύτταρα μεσεγχυματικής προέλευσης, βρίσκονται πάνω από τη βασική στιβάδα. Τα LC συμμετέχουν στην ανοσολογική λειτουργία και είναι υπεύθυνα για την αναγνώριση και παρουσίαση των αλλεργιογόνων στα λεμφοκύτταρα.

Τα κύτταρα του Merkel εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας. (Κωστάκης, 2005)

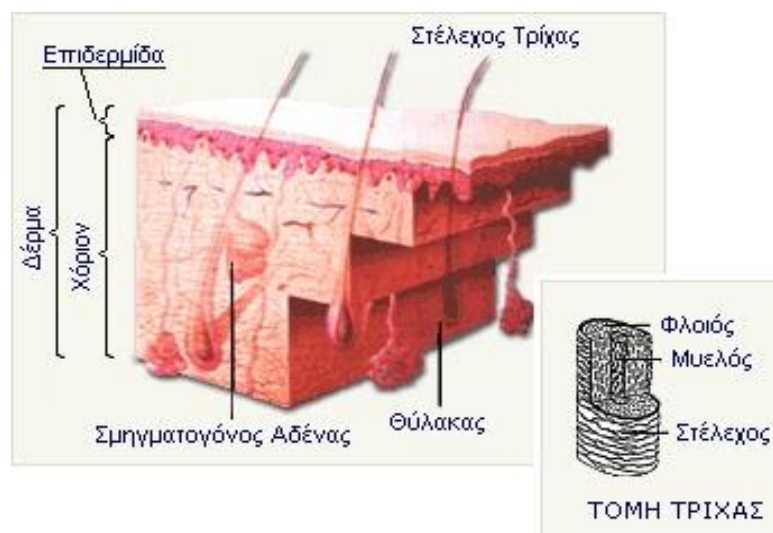
Το αμέσως κατώτερο τμήμα της επιδερμίδας είναι το χόριο το οποίο αποτελείται από ανελαστικό και ελαστικό συνδετικό ιστό. Πρόκειται για το πιο παχύ στρώμα (0,06 – 0,12mm) στο οποίο περιλαμβάνονται το κολλαγόνο, τα αγγεία, τα λεμφαγγεία, τα νεύρα, οι θύλακες τριχών και οι αδένες οι οποίοι παράγουν ιδρώτα και σμήγμα.

Στο χόριο υπάρχουν αυτόχθονα και ετερόχθονα κύτταρα. Τα περισσότερα από τα αυτόχθονα κύτταρα είναι οι ινοβλάστες, οι οποίοι συνθέτουν 3 ειδών ίνες, τις

κολλαγόνες ίνες, τις ελαστικές ίνες και τέλος τις δικτυωτές ίνες. Οι βασικότερες ίνες είναι οι κολλαγόνες ίνες, οι οποίες εξασφαλίζουν τη δομική υποστήριξη του δέρματος. (Κωστάκης, 2005)

Υπάρχουν πολλοί υπότυποι κολλαγόνων ινών. Οι κολλαγόνες ίνες είναι παχύτερες και τραχύτερες στα βαθύτερα στρώματα του χορίου (δικτυωτό στρώμα) σε σχέση με τα πιο επιφανειακά στρώματα (θηλώδες στρώμα), όπου οι κολλαγόνες ίνες είναι λεπτότερες και πιο χαλαρές. Οι ελαστικές ίνες εξασφαλίζουν την ελαστικότητα του δέρματος, Τα ετερόχθονα κύτταρα του χορίου είναι τα μαστοκύτταρα, τα μακροφάγα και τα λεμφοκύτταρα.

Τέλος, μετά το χόριο βρίσκεται ο υποδόριος ιστός ο οποίος αποτελεί ένα συνδυασμό ελαστικού και ινώδους ιστού καθώς και συσσωρευμάτων λίπους στον οποίο βρίσκονται αγγεία, νεύρα και εξαρτήματα του δέρματος.



Εικόνα 2: Τμήματα της επιδερμίδας

Τα εξαρτήματα του δέρματος προέρχονται από επιθηλιακές βλάστες κατά την εμβρυογένεση και βρίσκονται στο χόριο και το υπόδερμα, με εξαίρεση τα νύχια..

Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής:

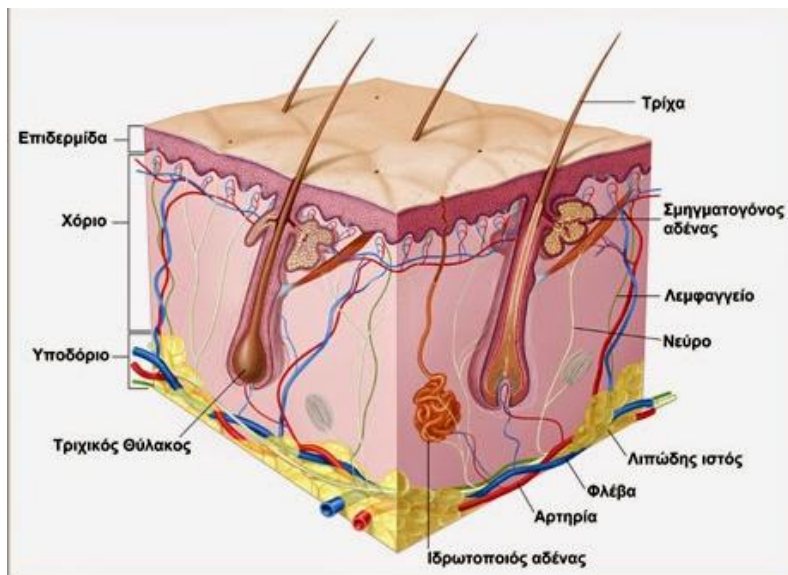
- Τρίχες
- Νύχια
- Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι)

Ο τριχοσμηγματογόνος θύλακας αποτελείται από τον τριχικό θύλακα (ο οποίος είναι μια κατάδυση της επιδερμίδας στο χόριο), έναν ή περισσότερους σμηγματογόνους αδένες και από τον ανελκτήρα ή ορθωτήρα μυ της τρίχας. Ο σμηγματογόνος αδένας εκκρίνει το σμήγμα, μια ουσία, η οποία προέρχεται από την αποσύνθεση των κυττάρων του σμηγματογόνου αδένου. Ο σμηγματογόνος αδένας δεν έχει εκφορητικό μέρος και το σμήγμα φθάνει στην επιφάνεια μέσα από το θύλακα. (Χατζής, 1994)

Η δραστηριότητα του σμηγματογόνου αυξάνεται με την εφηβεία. Ο ανελκτήρας μυς της τρίχας είναι υπεύθυνος για την ανόρθωση των τριχών και λειτουργεί μετά από θερμικά και ψυχικά ερεθίσματα (ρίγος). Οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακες βρίσκονται σ' όλη την επιφάνεια του δέρματος, εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα, την ονυχοφόρο φάλαγγα των δακτύλων και το δέρμα της πόσθης.

Οι ιδρωτοποιοί αδένες ανήκουν στους εκκρινείς αδένες, υπάρχουν σε ολόκληρο το σώμα και σχετίζονται με τη θερμορύθμιση. Το σπειροειδές εκκριτικό μέρος του ιδρωτοποιού αδένου βρίσκεται στο δικτυωτό στρώμα του χορίου και ο εκφορητικός πόρος διασχίζει το θηλώδες στρώμα και την επιδερμίδα και καταλήγει στην επιφάνεια του δέρματος. (Κωστάκης, 2005)

Μια κατηγορία ιδρωτοποιών αδένων είναι και οι σμηγματογόνοι αδένες (απεκρινείς), οι οποίοι υπάρχουν κυρίως στις μασχάλες και τη γεννητική περιοχή και είναι υπεύθυνα για την οσμή του σώματος. Ο εκφορητικός πόρος των σμηγματογόνων αδένων δεν φθάνει στην επιφάνεια του δέρματος αλλά καταλήγει στον τριχοσμηγματογόνο θύλακα και μέσω αυτού στην επιφάνεια του δέρματος. Η οσμή που προέρχεται από τους σμηγματογόνους αδένες είναι χαρακτηριστική για το φύλο, τη φυλή, ακόμα και για το ίδιο το άτομο. (Χατζής, 1994)



Εικόνα 3: Δομή και εξαρτήματα δέρματος

Το δέρμα επιτελεί πολλές λειτουργίες. Καλύπτει ολόκληρο το σώμα και έτσι το προστατεύει από διαφόρων ειδών κακώσεις (μηχανικές, θερμικές και χημικές). Συντελεί στην ανταλλαγή των αερίων. Δρα σαν απεκκριτικό όργανο και χρησιμεύει στην εναποθήκευση νερού και λίπους. Βοηθά στην αισθητική λειτουργία. Διατηρεί και ρυθμίζει το θερμικό ισοζύγιο. Αυτό συμβαίνει λόγω της σκληρότητας και της ανθεκτικότητας της κερατίνης στοιβάδας η οποία προφυλάσσει από εξωτερικές κακώσεις καθώς φράζει την είσοδο στους διάφορους παθογόνους μικροοργανισμούς. Με το σμήγμα προφυλάσσεται από αφυδάτωση. Επίσης, το σμήγμα και ο ιδρώτας λόγω των λιπαρών οξέων που περιέχουν προσφέρουν αντιμικροβιακή προστασία. (Χατζής, 1994)

Στο δέρμα υπάρχουν οι νευρικές απολήξεις των αισθητηρίων νεύρων, έτσι όλες οι αισθήσεις ξεκινούν από την επίδραση των ερεθισμάτων στις απολήξεις που υπάρχουν στο δέρμα. Στη ρύθμιση της θερμοκρασίας συντελεί με την διερεύνηση ή στένωση των αιμοφόρων αγγείων και την παραγωγή εκκρίματος από τους δερματικούς αδένες.

Το δέρμα έχει την ικανότητα να απορροφά διάφορες ουσίες όπως νερό ή διάφορα φάρμακα. Επίσης μπορεί να απορροφήσει ή να απεκκρίνει λιποδιαλυτές βιταμίνες και ορμόνες. Επίσης σημαντική είναι και η ανταλλαγή αερίων που γίνεται μέσω του δέρματος, η γνωστή ως άδηλος αναπνοή. Είναι αρκετά σημαντική έστω και αν το ποσοστό του αποβαλλόμενου CO_2 είναι μόλις $1/220$ του CO_2 που αποβάλλεται με την πνευμονική αναπνοή. (Χατζής, 1994)

Τέλος, διάφορες άλλες χημικές διεργασίες που λαμβάνουν δράση στο δέρμα έχουν επίσης μεγάλη σημασία. Τέτοιες είναι η παραγωγή μελανίνης που προστατεύει το δέρμα από τις υπεριώδεις ακτίνες, η βιταμίνη D η οποία συνθέτεται στο δέρμα και τέλος η παραγωγή διαφόρων αντισωμάτων (Χατζής, 1994).

1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Οι φάσεις του εγκαύματος είναι τρεις και περιλαμβάνουν:

- Το αρχικό στάδιο shock
- Τη δεύτερη φάση-τοξαιμική
- Τη φάση αποκατάστασης

Η πρώτη φάση είναι η πιο σημαντική και είναι γνωστή με την ονομασία *«αρχικό στάδιο του Shock»*. Σε αυτή τη φάση το δέρμα καταστρέφεται με αποτέλεσμα να δημιουργούνται παθοφυσιολογικές διαταραχές όπως είναι: (Σέχα, 1995)

Ø *Οι Διαταραχές όγκου:* οι συγκεκριμένες διαταραχές προκαλούνται από την εξαγγείωση του πλάσματος. Σε αυτό το στάδιο δημιουργείται απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών με αποτέλεσμα το ολιγαϊμικό shock που είναι μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου αυτής της φάσης. (Μανδρέκας, 1998)

Χαρακτηριστικό σε αυτές τις διαταραχές είναι και η αναιμία η οποία προκαλείται λόγω της αιμορραγίας και της αιμόλυσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητη η άμεση αντιμετώπιση καθώς μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές όπως είναι η οξέωση, η υπερκαλιαίμια και βλάβες σε διάφορα όργανα όπως στους νεφρούς και στο ήπαρ. (Σέχα, 1995)

Ø *Οι θερμιδικές διαταραχές:* οι θερμιδικές διαταραχές προκαλούνται καθώς η καταστροφή που δέχεται το δέρμα οδηγεί στην σημαντική απώλεια θερμίδων. Η αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού σε αυτές τις διαταραχές είναι η αύξηση της θερμογένεσης. (Μανδρέκας, 1998)

Ø *Ο παράγοντας «στρες»:* το στρες δημιουργείται λόγω της επώδυνης κατάστασης το οποίο με τη σειρά του παρουσιάζει ψυχικά τραύματα. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην παρουσία του συνδρόμου της υποβολαιμίας το οποίο αυξάνει τις πιθανότητες να παρουσιαστούν λοιμώξεις. (Μανδρέκας, 1998)

Ø *Η τοπική λοίμωξη:* Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην παρουσία μιας τοπικής λοίμωξης είναι: α) η καταστροφή που έχει υποστεί το δέρμα, β) τα

νεκρώματα και γ) το γεγονός ότι δεν πραγματοποιείται καλή αιμάτωση στην περιοχή γύρω από το έγκαυμα. (Σέχα, 1995)

Ø *Θρομβοεμβολική νόσος:* στη συγκεκριμένη φάση ο εγκαυματίας βρίσκεται σε μια επώδυνη κατάσταση και σε απόλυτη σύγχυση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να παρουσιάσει θρομβοεμβολική νόσο. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζει ναυτία, εμετούς, έχει χάσει τις δυνάμεις του, έχει απώλεια υδάτων στον οργανισμό του, παρουσιάζει ταχύπνοια, έχει ψυχικά τραύματα πράγμα που σημαίνει ότι χρήζει άμεσης αντιμετώπισης με ηρεμιστικά και αναλγητικά. Επίσης πρέπει να αναπληρωθούν τα χαμένα υγρά και να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές ενέργειας και θερμίδων καθώς και η τοπική λοίμωξη. (Σέχα, 1995)

Η δεύτερη φάση είναι γνωστή και με την ονομασία τοξαιμική. Η διάρκεια της είναι 3 εβδομάδες και στα χαρακτηριστικά της περιλαμβάνεται:

Ø Η πλημμελής θρέψη η οποία επιδεινώνει την κατάσταση και συγκεκριμένα την απώλεια πλάσματος. Επίσης επηρεάζονται και οι ποσοτικές αλλά και οι ποιοτικές διαταραχές θρέψης το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα και την ύπαρξη αναιμίας. Γι αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η λήψη παραπάνω ποσοστού σίτισης στον οργανισμό τις πρώτες μέρες ενδοφλέβια και στη συνέχεια όποτε είναι εφικτό από το στόμα. (Μανδρέκας, 1998)

Ø Το επόμενο χαρακτηριστικό αυτής της φάσης είναι η μόλυνση η οποία δεν μπορεί να αποφευχθεί. Αυτό συμβαίνει διότι αναπτύσσονται διάφορα βακτηρίδια τα οποία είναι πιο ανθεκτικά λόγω της χορήγησης αντιβιοτικών στο προηγούμενο στάδιο. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο κίνδυνος σήψης στους εγκαυματίες είναι υψηλός με αποτέλεσμα ένα ποσοστό αυτών να καταλήγει. Στα παιδιά που είναι εγκαυματίες είναι βασικό να υπάρχει συνεχή παρακολούθηση καθώς υπάρχουν υψηλές πιθανότητες να παρουσιαστεί το σύνδρομο του «τοξικού shock» το οποίο μπορεί να οδηγήσει και στο θάνατο.

Τέλος, η τρίτη φάση της αποκατάστασης αποτελεί την φάση στην οποία επουλώνονται τα εγκαύματα είτε αποκαθιστώντας το δέρμα, είτε αυτόματα είτε με δερματικούς κρημνούς και μοσχεύματα τα οποία θεωρούνται ποιοτικά καλύτερα και από λειτουργικής αλλά και από αισθητικής πλευράς. (Μανδρέκας, 1998)

Σε αυτή τη φάση πολύ βασικό ρόλο έχει ο πλαστικός χειρουργός ο οποίος θα πρέπει να πραγματοποιήσει την επέμβαση για την επούλωση των εγκαυμάτων ανάλογα

βέβαια και με την κατάσταση του εγκαυματία. Συνήθως η επέμβαση πραγματοποιείται μετά από κάποιες μέρες ή και 2 βδομάδες καθώς έχουν επουλωθεί σε κάποιο βαθμό ορισμένες από τις περιοχές που έχουν υποστεί καταστροφή. (Σέχα, 1995)

1.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ

Θερμικά εγκαύματα

Τα εγκαύματα τα οποία προκαλούνται από ξηρή ή άλλου είδους θερμότητα ονομάζονται «**θερμικά εγκαύματα**». Τα συγκεκριμένα εγκαύματα χαρακτηρίζονται από την μεγάλη έκταση τους και από το σχετικά μικρό βάθος. Όσον αφορά τα ενήλικα άτομα η κυριότερη αιτία πρόκλησης αυτών είναι η άμεση επίδραση της φωτιάς ενώ όσον αφορά τα παιδιά η κυριότερη αιτία πρόκλησης είναι η άμεση επαφή με θερμά υγρά. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Η αντίδραση του οργανισμού στην επίδραση της θερμότητας στους ιστούς είναι να ενεργοποιήσει ορισμένους μηχανισμούς οι οποίοι θα μειώσουν τη θερμότητα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το πόσο θα καταστραφούν τα κύτταρα εξαρτάται από τη θερμοκρασία και το χρόνο επίδρασης της. Πιο συγκεκριμένα, σε θερμοκρασία 44° Κελσίου και εφόσον το αίτιο δεν ενεργεί για πάνω από 6 ώρες τότε τα κύτταρα δεν καταστρέφονται ενώ αν το αίτιο επενεργεί πάνω από 6 ώρες το αποτέλεσμα είναι η μη αναστρέψιμη καταστροφή των κυττάρων. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Όταν η θερμοκρασία είναι από 44°-50° Κελσίου και το αίτιο συνεχίζει να ενεργεί για πάνω από 1 λεπτό τότε καταστρέφονται τα διπλάσια κύτταρα από αυτά που μένουν υγιή.

Όταν η θερμοκρασία είναι από 50° – 70° Κελσίου τότε μέσα σε ένα λεπτό πραγματοποιείται πλήρη καταστροφή των κυττάρων με αποτέλεσμα τη νέκρωση τους.

Τέλος σε θερμοκρασίες που υπερβαίνουν τους 70° Κελσίου τότε μέσα σε ένα λεπτό το αποτέλεσμα είναι η νέκρωση των κυττάρων για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ηλεκτρικά εγκαύματα

Τα εγκαύματα τα οποία προκαλούνται από το ηλεκτρικό ρεύμα ονομάζονται «**ηλεκτρικά εγκαύματα**». Οι βλάβες που προκαλούνται στον οργανισμό από την επαφή με το ηλεκτρικό ρεύμα είναι δύο ειδών. Από τη μία πλευρά λόγω της διόδου του ηλεκτρικού ρεύματος ως φορτίου και από την άλλη πλευρά λόγω της αναπτυσσόμενης θερμότητας. (Χατζηπουλήδης, 1997)

Χημικά εγκαύματα

Τα εγκαύματα τα οποία προκαλούνται από κάποια χημική ουσία όπως είναι τα οξέα στα οποία συμπεριλαμβάνεται το υδροχλωρικό, το νιτρικό και το θειικό οξύ ή από τα αλκάλια στα οποία συμπεριλαμβάνεται το καυστικό νάτριο και το καυστικό κάλιο.

Οι βλάβες που προκαλούν τα οξέα είναι η πολύ γρήγορη μετουσίωση των λευκωμάτων που σχηματίζουν αβαθή έλκη ενώ οι βλάβες που προκαλούν τα αλκάλια είναι η καταστροφή του κολλαγόνου και η αφυδάτωση των υποκείμενων κυττάρων. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

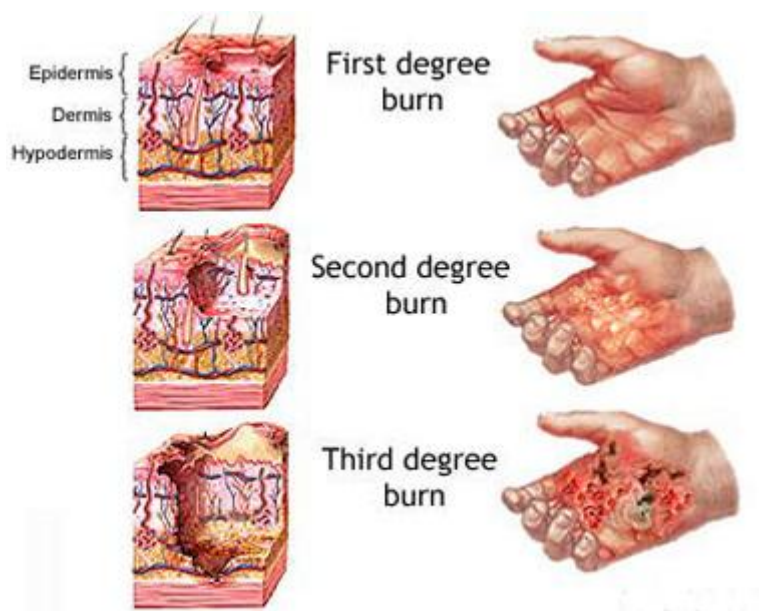
Από κλινικής απόψεως, τα εγκαύματα διαιρούνται ανάλογα με την έκταση και τον βαθμό των προσβληθέντων τοπικών ιστών σε τρεις βαθμούς:

Εγκαύματα πρώτου βαθμού: Τα εγκαύματα πρώτου βαθμού ή επιπολής εγκαύματα προκαλούν μικρή καταστροφή της επιδερμίδας και συνήθως επουλώνονται σε 3-7 ημέρες. Χαρακτηρίζονται από ερύθημα, ήπιο οίδημα και πόνο. Τυπικό παράδειγμα αποτελεί το ηλιακό έγκαυμα.

Έγκαυμα δεύτερου βαθμού: Τα εγκαύματα δεύτερου βαθμού ή μερικού πάχους είναι βαθύτερα από τα αντίστοιχα του πρώτου βαθμού περιλαμβάνουν όλη την επιδερμίδα και φθάνουν μέχρι την δερμίδα. Συνήθως προκαλούνται από επαφή με καυτό υγρό και επουλώνονται σε 14 – 21 ημέρες. Έχουν υγρή επιφάνεια, είναι εξαιρετικά επώδυνα, με σημαντικό οίδημα και φυσαλίδες στην επιδερμίδα.

Έγκαυμα τρίτου βαθμού: Τα εγκαύματα τρίτου βαθμού ή ολικού πάχους προσβάλλουν όλα τα στρώματα του δέρματος, ακόμα και τις απολήξεις των νεύρων και τον υποδόριο ιστό. Συνήθως προκαλούνται από φωτιά, ή παρατεταμένη επαφή με καυτά αντικείμενα. Έχουν ωχρή, λευκή ή καρβουνιασμένη εμφάνιση, σκασμένο δέρμα με εκτεθειμένο λίπος, ξηρή επιφάνεια, είναι ανώδυνα, αναισθητα και χαρακτηρίζονται από οίδημα γύρω από το έγκαυμα. Για την αντιμετώπισή τους

απαιτείται μεταμόσχευση. Σημαντική είναι η διάκριση μεταξύ της υπεραιμίας και του εγκαύματος. Η υπεραιμία αν και επώδυνη δεν συμμετέχει στην απώλεια υγρών και θα ιαθεί αυτόματα υπό τον όρο να μην μολυνθεί.



Εικόνα 4: Κατηγορίες εγκαυμάτων

1.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν σε ασθενή με εγκαυματική νόσο μπορεί να είναι άμεσες ή έμμεσες. Αυτές μπορεί να οφείλονται στο έγκαυμα ή στις διάφορες θεραπευτικές ενέργειες που γίνονται ή στις προϋπάρχουσες.

Τα παιδιά με θερμικές βλάβες είναι εκτεθειμένα σε βαριές επιπλοκές τόσο από το τραύμα όσο και από τις γενικές μεταβολές που προκαλούνται εξαιτίας του εγκαύματος. Η άμεση απειλή της ζωής του παιδιού είναι η ασφυξία, λόγω ερεθισμού και οιδήματος των πνευμόνων και των αναπνευστικών οδών.

Τις πρώτες 48-72 ώρες ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι το μη ανατασσόμενο σοκ, το οποίο συνοδεύεται από μείωση της νεφρικής λειτουργίας, και η υπερκαλιαιμία κατά την πρώτη εβδομάδα. Κατά την περίοδο της επούλωσης η λοίμωξη – τοξική και η γενική σηψαιμία είναι η κυριότερη επιπλοκή.

Η θνητότητα που συνδέεται με τα εγκαύματα στα παιδιά μειώνεται με την ηλικία του παιδιού και αυξάνεται με την έκταση του εγκαύματος. Στα παιδιά ηλικίας πάνω από

3 χρονών, η θνητότητα είναι όμοια με εκείνη των ενηλίκων, αλλά κάτω από την ηλικία αυτή η αντίσταση στο έγκαυμα ή τις επιπλοκές του είναι κατά πολύ μειωμένη.

Ορισμένες από τις επιπλοκές που δύναται να παρουσιαστούν είναι:

- Ø **Η μόλυνση:** μπορεί να αφήσει το δέρμα ευάλωτο σε βακτηριακή λοίμωξη και να αυξήσει τον κίνδυνο της σήψης, μια απειλητική για τη ζωή λοίμωξη που ταξιδεύει μέσω του αίματος σας και επηρεάζει ολόκληρο το σώμα σας. Σήψη είναι μια ταχέως εξελισσόμενη, απειλητική για τη ζωή κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει σοκ και ανεπάρκεια οργάνων.
- Ø **Η υποογκαιμία (χαμηλό όγκο αίματος):** μπορεί να βλάψει τα αιμοφόρα αγγεία και να προκαλέσει απώλεια υγρών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλό όγκο αίματος (υποογκαιμία). Σοβαρή αίματος και απώλεια υγρού εμποδίζει την καρδιά από την άντληση αρκετό αίμα στο σώμα.
- Ø **Η υποθερμία (επικίνδυνα χαμηλή θερμοκρασία σώματος):** Το δέρμα βοηθά στον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος, έτσι ώστε όταν ένα μεγάλο τμήμα του δέρματος είναι τραυματίας, θα χάσει τη θερμότητα του σώματος. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο της υποθερμίας - όταν το σώμα χάνει θερμότητα πιο γρήγορα από ό, τι μπορεί να παράγει θερμότητα, προκαλώντας επικίνδυνα χαμηλή θερμοκρασία του σώματος.
- Ø **Αναπνευστικά προβλήματα:** Η εισπνοή ζεστού αέρα ή καπνού μπορεί να κάψει αεραγωγούς και να προκαλέσει δυσκολία στην αναπνοή. Ο καπνός όταν εισπνέεται προκαλεί ζημιές στους πνεύμονες και με αποτέλεσμα να δημιουργήσει αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Ø **Προβλήματα οστών και αρθρώσεων:** Βαθιά εγκαύματα μπορούν να περιορίσουν την κίνηση των οστών και των αρθρώσεων.
- Ø **Προβλήματα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:** Στα παιδιά συχνή επιπλοκή τόσο των μεγάλων όσο και των μικρών εγκαυματικών βλαβών είναι η δυσλειτουργία του ΚΝΣ. Οι εκδηλώσεις ποικίλουν από ψευδαισθήσεις, μεταβολή προσωπικότητας και παραλήρημα μέχρι σπασμούς και κώμα. Οι μετεγκαυματικοί σπασμοί φαίνεται να είναι μοναδικοί στα παιδιά. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εγκαυματική αυτή εγκεφαλοπάθεια αποδίδεται σε: υποξαιμία, υπονατριαμία, υποογκαιμία, σηψαιμία και χορήγηση φαρμάκων. Όταν καθοριστεί το αίτιο αρχίζει και η κατάλληλη θεραπεία. Μολονότι είναι άγνωστο το 1/3 των περιπτώσεων που οι εκδηλώσεις είναι βαριές και παρατείνονται για μακρό χρόνο.

- Ø **Υπέρταση:** Το 1/3 περίπου των παιδιών με βαριές θερμικές βλάβες αναπτύσσουν αρτηριακή πίεση. Το αίτιο δεν είναι διευκρινισμένο αλλά μπορεί να σχετίζεται με την αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών ή με τα αυξημένα επίπεδα ρενίνης του πλάσματος. Μπορεί να συμβεί οποιοδήποτε χρόνο κατά την μετεγκαυματική περίοδο και να διαρκέσει λίγες ημέρες ή μερικούς μήνες. υθμίζεται με χορήγηση διουρητικών και αντυπερτασικών φαρμάκων.
- Ø **Αναιμία:** Οι αιματολογικές διαταραχές που συνοδεύουν τα θερμικά εγκαύματα ποικίλλουν, έτσι παρατηρείται μία αύξηση του αιματοκρίτη και μείωση της γλοιότητας του αίματος στην πρώιμη φάση ενώ αργότερα αντικαθίσταται με αναιμία εξ αιτίας της καταστροφής και εξαγγείωσης των ερυθροκυττάρων, της απώλειας αίματος από εγκαυματική επιφάνεια και από αιμοληψίες.

1.7 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Ποσοτική εκτίμηση

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας, η ποσοτική εκτίμηση της οποίας υπολογίζεται με την μέτρηση του ποσοστού της εγκαυματικής επιφάνειας επί την ολική επιφάνεια του σώματος. Η πιο δημοφιλής μέθοδος υπολογισμού της έκτασης της εγκαυματικής επιφάνειας βασίζεται στον «Κανόνα των εννέα» κατά Wallace. Σύμφωνα με αυτόν, οι διάφορες περιοχές του σώματος έχουν διαιρεθεί σε 9% ή πολλαπλάσια αυτού εκτός της περιοχής του περινέου που υπολογίζεται με 1%.

Ο κανόνας των εννέα δεν ισχύει για παιδιά κάτω των 14 ετών γιατί η αναλογία κεφαλής – τραχήλου προς το υπόλοιπο σώμα είναι μεγαλύτερη αυτή του ενηλίκου. Μετά την παρέλευση των πρώτων 48 ωρών η επέκταση του εγκαυματικού τραύματος λόγω της επινέκρωσης που υφίσταται καθιστά αναγκαία την επανεκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας.

Μετά την οξεία φάση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας πρέπει να επανεκτιμάτε ανά δεκαήμερο η έκταση των εγκαυματικών τραυμάτων και να αναπροσαρμόζεται τόσο η συστηματική όσο και η τοπική θεραπεία.

Μια άλλη μέθοδος βασίζεται στο γεγονός ότι η παλάμη του ασθενούς αποτελεί περίπου το 1% της ολικής επιφάνειας σώματος (Ο.Ε.Σ.). Ο αριθμός των «παλαμών» που καλύπτει τη νεγκανματική επιφάνεια είναι αντίστοιχος του ποσοστού της βλάβης. Και οι δύο αυτοί κανόνες θε ωρούνται ανακριβείς για τα παιδιά για το λόγο ότι οι ανατομικές αναλογίες είναι διαφορετικές με αυτές των ενηλίκων.

Ποιοτική εκτίμηση

Η ποιοτική εκτίμηση ενός εγκαυματικού τραύματος βασίζεται στην αξιολόγηση της εν τω βάθη έκτασης του. Έτσι η νέκρωση μπορεί να αφορά μόνο μερικές στιβάδες του δέρματος (μερικού πάχους) ή και όλες τις στιβάδες (ολικού πάχους). Χαρακτηριστικό του μερικού πάχους εγκαύματος είναι η νέκρωση της επιδερμίδας και ίσως της επιπολής στιβάδας του χορίου, έτσι ώστε να παραμένουν επιθηλιακά στοιχεία από τα εξαρτήματα του δέρματος (θύλακες τριχών, εκφορητικοί πόροι των ιδρωτοποιών και σμηγματογόνων αδένων).

Από αυτά τα επιθηλιακά στοιχεία θα προέλθει και η επούλωση της εγκαυματικής επιφάνειας με την διαδικασία της επιθηλιοποίησης. Αντίθετα στα ολικού πάχους εγκαύματα είναι καταστραμμένες όλες οι στιβάδες της επιδερμίδας και του χορίου, με αποτέλεσμα η επούλωση του τραύματος να γίνεται μόνο με την ανάπτυξη κοκκιώδους και στη συνέχεια ουλώδους ιστού.

Ανάλογα με το βάθος της βλάβης τα εγκαύματα διακρίνονται σε πρώτου έως τρίτου βαθμού. Το πρώτου βαθμού έγκαυμα αφορά μόνο την επιδερμίδα, του δεύτερου επεκτείνεται και στο χόριο ενώ του τρίτου περιλαμβάνει όλες της στιβάδες του δέρματος. Με ρικοί αναφέρουν και τετάρτου βαθμού εγκαυματική βλάβη όπου η νέκρωση επεκτείνεται σε μυς, υποδό ριο λίπος ακόμη και στα οστά.

Η κλινική εκτίμηση του βάθους ενός εγκαύματος βασίζεται σε τέσσερα κλινικά σημεία: την αισθητικότητα, την ύπαρξη φυ σαλίδων, την χροιά και την υφή του δέρματος. Συνοψίζοντας πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την αρχική εκτίμηση στον τόπο συμβάματος ο διαχωρισμός πρέπει να γίνεται μόνο σε εγκαύματα μερικού πάχους και ολικού πάχους.

Οποιαδήποτε εγκαυματική βλάβη η οποία εκδηλώνεται κλινικά με περισσότερα συμπτώματα από δερματικό ερύθημα πρέπει κατά την πρώτη εκτίμηση στον τόπο του ατυχήματος να θεωρείται ως ολικού πάχους έγκαυμα και να αντιμετω πίζεται

αναλόγως έως την πιο λεπτομερή εξέταση στο νοσοκομείο.

http://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_23/19.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με την εγκαυματική νόσο στη χώρα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν. Σύμφωνα με μια έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στα μέσα της δεκαετίας του 1980 προκύπτει ότι:

- Σε 60 γενικά νοσοκομεία της χώρας καταγράφηκαν πάνω από 4000 εγκαύματα.
- Πάνω από το 50% των εγκαυματιών παρουσίασε εγκαύματα μικρότερα του 10% της ολικής επιφάνειας του σώματος ενώ ένα ποσοστό μικρότερο του 15% παρουσίασε εγκαύματα μεγαλύτερα του 20% της ολικής επιφάνειας του σώματος.
- Περίπου το 45% των εγκαυμάτων προκλήθηκε από θερμό υγρό, το 24% των εγκαυμάτων από φωτιά ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 10% από τον ήλιο.
- Περίπου το 6% των εγκαυμάτων προκλήθηκε από κάποια χημική ουσία ενώ ένα ποσοστό μικρότερο του 4% είχε σαν αίτιο το ηλεκτρικό ρεύμα. (Ιωάννοβιτς, 1990)

Σχετικά με τα παιδιά ηλικίας 1-5 ετών τα εγκαύματα αποτελούν την δεύτερη αιτία ατυχημάτων. Επίσης, σε σχέση με άλλες χώρες όπως οι Η.Π.Α. στην Ελλάδα, η καταγραφή εγκαυμάτων από κάποια εγκληματική ενέργεια είναι σε πολύ χαμηλά ποσοστά δηλαδή περίπου στο 4%. (Ηλιοπούλου, Βεζυράκης, Καστανάς, 1997)

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκαυμάτων στην Ελλάδα προκαλούνται από τη θερμότητα.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η εγκαυματική νόσος μπορεί να είναι ολέθρια για τον άνθρωπο όταν επηρεάζει πάνω από το 20% της επιφάνειας του δέρματος στα ενήλικα άτομα και το 10% στα παιδιά.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ

Σε διεθνές επίπεδο, τα εγκαύματα ως επί το πλείστον προκύπτουν από ατυχήματα είτε στον εργασιακό χώρο είτε στην κατοικία. Αυτό σημαίνει ότι τέτοιου είδους ατυχήματα, τηρώντας τους κανόνες ασφαλείας μπορούν να αποφευχθούν εκτός βέβαια από τις περιπτώσεις εγκληματικής ενέργειας όπως είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στις Η.Π.Α προκύπτει ότι:

- Κάθε χρόνο καταγράφονται πάνω από 2 εκατομμύρια περιπτώσεις εγκαυμάτων. Από αυτές οι 100.000 χρήζουν νοσηλείας και πάνω από 10.000 καταλήγουν λόγω επιπλοκών.
- Όσον αφορά τα παιδιά παρατηρείται ότι πάνω από 3.000 παιδιά ετησίως πεθαίνουν από την εγκαυματική νόσο ενώ οι αριθμοί των παιδιών που χρήζουν νοσηλευτικής αντιμετώπισης λόγω εγκαυματικής νόσου ξεπερνούν τις 30.000. (Μανδρέκας, 1998)
- Όσον αφορά τα θερμικά εγκαύματα παρατηρείται ένα μεγάλο πρόβλημα καθώς κάθε 18 δευτερόλεπτα καλείται η πυροσβεστική να κατασβέσει μια φωτιά ενώ στις αστικές περιοχές κάθε 2 ώρες κάποιος καταλήγει από εγκαύματα εξαιτίας της πυρκαγιάς.
- Σύμφωνα με στοιχεία του Centers for Disease Control and Prevention (CDC) το 1995 υπήρξε ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας εξαιτίας εγκαυμάτων στους ενήλικες άνω των 60 χρονών και σε παιδιά κάτω από 5 χρονών. (Hall, 1998)
- Με βάση στοιχεία του Centers for Disease Control and Prevention (CDC) το 1997 προκλήθηκαν πάνω από 3.000 θάνατοι εξαιτίας πυρκαγιάς στις πόλεις. (Carter, 1998)
- Σύμφωνα με το National Burn Information Exchange (NBIE) προκύπτει ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 75% σε παιδιά και ένα ποσοστό της τάξεως του 80% σε άτομα άνω των 60 ετών ευθύνονται οι ίδιοι για τα εγκαύματα τους. (Carter, 1998)

Όσον αφορά τις δυτικές χώρες, σύμφωνα με στοιχεία προκύπτει ότι στους 100.000 κατοίκους οι 20 περιπτώσεις αφορούν ατυχήματα εγκαυμάτων. Από αυτές οι 14 χρήζουν νοσηλευτικής αντιμετώπισης και ενώ ενώ οι 4 από αυτές καταλήγουν.

Όσον αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες, τα στοιχεία δείχνουν ότι στους 100.000 κατοίκους οι 50 περιπτώσεις ατυχημάτων αφορούν εγκαύματα με τις 10 περιπτώσεις από αυτές να καταλήγουν.

Συσχετίζοντας τις περιπτώσεις εγκαυμάτων με το φύλο προκύπτει ότι μέχρι και 60 χρονών ο αριθμός των ανδρών που πέφτουν θύματα αυτών των ατυχημάτων είναι μεγαλύτερος από τις γυναίκες ενώ αυτό αντιστρέφεται μετά τα 60 έτη. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Κάνοντας κατανομή των εγκαυμάτων σε σχέση με την ηλικία προκύπτει ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 65% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 16 έως 64 χρονών.

Όσον αφορά την αιτία που προκλήθηκε το έγκαυμα, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες πέφτουν θύματα εγκαυμάτων από «ζεμάτισμα» ενώ οι άνδρες πέφτουν θύματα ηλεκτρικών εγκαυμάτων στον εργασιακό χώρο.

Όσον αφορά το μέρος που συμβαίνουν εγκαύματα στους ενήλικες, ένα ποσοστό της τάξεως του 48% συμβαίνει στην οικία τους, ένα ποσοστό 30% στο δρόμο και ένα ποσοστό περίπου 25% στον επαγγελματικό χώρο. Σχετικά με το μέρος που συμβαίνουν εγκαύματα στα παιδιά, τα στοιχεία δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γύρω στο 80% παθαίνει έγκαυμα στην οικία του και το 18% στο δρόμο. (Κοτζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα η δεύτερη αιτία ατυχημάτων στην παιδική ηλικία και πιο συγκεκριμένα από 1-5 χρονών είναι τα εγκαύματα. Αυτό το γεγονός είναι άμεσα συνδεδεμένο με την επίβλεψη των ενηλίκων καθώς τα παιδιά δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τον κίνδυνο και δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα στοιχεία εκείνα τα οποία μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στον οργανισμό τους. Επίσης, σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης όπως για παράδειγμα σε μια πυρκαγιά δεν έχουν την στοιχειώδη αντίληψη ώστε να αντιδράσουν γρήγορα και να προστατευτούν. (Σκόνδρας, 1990)

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την πρόκληση τέτοιου είδους ατυχημάτων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα μπορεί να είναι ψυχολογικοί αλλά και αποτέλεσμα κακοποίησης. Γι αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητο όταν υπάρχουν τέτοιου είδους υποψίες να διενεργείται έλεγχος και για εγκαυματικές βλάβες. Τα θερμικά εγκαύματα αποτελούν τη συχνότερη αιτία ατυχημάτων ιδιαίτερα στα αγόρια ηλικίας μέχρι 4 χρονών.

Επίσης, άλλος ένας από τους παράγοντες φαίνεται να είναι το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο καθώς επίσης και το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον όπως είναι για παράδειγμα η έντονη διαφωνία των γονέων και ο γονέας με ψυχικές διαταραχές.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας τα οποία επιχειρούν να προκαλέσουν εγκαυματικές βλάβες στον εαυτό τους είναι πιθανό να παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης τα οποία μπορεί να οφείλονται και από την απώλεια του ενός από τους γονείς του. (David, Graham, Euan, 2002)

Επίσης, είναι βασικό να σημειωθεί ότι υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις παιδιών που παρουσιάζουν αρκετά ψυχολογικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς πριν προκαλέσουν εγκαυματικές βλάβες στον οργανισμό τους το οποίο βέβαια σημαίνει ότι μεγαλώνει η χρονική διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο και φυσικά η ανάρρωσή τους αργεί να πραγματοποιηθεί.

3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Όσον αφορά την παθοφυσιολογία των εγκαυμάτων στα παιδιά δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές. Θεωρείται όμως βασικό να αναφερθεί ότι στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες παρουσιάζεται μεγαλύτερη η επιφάνεια του σώματος τους σε σχέση με το βάρος τους. Επίσης, οι σφύξεις τους είναι περισσότερες και η αρτηριακή πίεση τους πιο χαμηλή. (Σκόνδρας, 1990)

Στη συνέχεια, διαφορές παρουσιάζουν και στις θερμιδικές τους ανάγκες καθώς είναι φυσιολογικό να είναι πιο αυξημένες πράγμα που σημαίνει ότι στη θεραπευτική αντιμετώπιση κρίνεται απαραίτητη η κάλυψη των θερμιδικών αναγκών τους αυξάνοντας τις ποσότητες συστατικών.

Τα παιδιά ηλικίας ενός έτους για τον λόγο ότι δεν παρουσιάζουν νεφρική λειτουργία όπως οι ενήλικες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής καθώς η παρεντερική χορήγηση υγρών μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες στερήσεως διάφορων ουσιών των οποίων η αντιμετώπιση δεν είναι εύκολη. (David, Graham, Euan, 2002)

Τέλος, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα συμπεραίνεται ότι σε αυτή την ηλικία τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν συχνότερα και πιο γρήγορα παθολογικές καταστάσεις όπως είναι η αφυδάτωση, η οξέωση, το οίδημα κλπ πράγμα που σημαίνει ότι ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και υπεύθυνος.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Απαραίτητη είναι η λήψη ιστορικού σχετικά με τις συνθήκες του ατυχήματος, καθώς και γενικές πληροφορίες για εμβόλια, σίτιση, και συνήθειες του παιδιού.

Κατά την εισαγωγή η έκταση του εγκαύματος συνήθως εκφράζεται ως εκατοστιαία αναλογία της ολικής επιφάνειας του σώματος, ο υπολογισμός της οποίας επιτυγχάνεται ακριβέστερα με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένων πινάκων ανάλογα με την ηλικία. Λόγω διαφοράς των σωματικών αναλογιών, ειδικά της κεφαλής και των κάτω άκρων (όσο μικρότερο το παιδί τόσο μεγαλύτερη είναι η εκατοστιαία αναλογία της επιφάνειας της κεφαλής και μικρότερη των κάτω άκρων), < ο κανόνας των εννέα που χρησιμοποιείται για τους ενήλικους δεν είναι εφαρμόσιμος στα μικρά παιδιά. (Σκόνδρας, 1990)

Εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη για εγκαύματα έκτασης άνω των 10% επιφάνειας σώματος και ειδικών περιοχών του προσώπου, χεριών και περινέου.

Σε παιδιά για τα οποία δεν υπάρχει ένδειξη εισαγωγής, πρέπει να γίνει αποτελεσματική επίδεση της εγκαυματικής περιοχής με βαζελινούχα γάζα, γάζα κοινή, βαμβάκι και επίδεσμο. Η επίδεση αυτή περιορίζει τις πιθανότητες μόλυνσης, ελαττώνει τον πόνο και δημιουργεί συνθήκες καλής επούλωσης. Η πρώτη αλλαγή γίνεται συνήθως μετά από μια βδομάδα, εκτός αν υπάρξει ιδιαίτερος λόγος, όπως υπόνοια μόλυνσης σε κακοσμία της επίδεσης ή έντονου άλγους. (David, Graham, Euan, 2002)

Για τους εισαγόμενους στο νοσοκομείο μικρούς εγκαυματίες η γενική αντιμετώπιση είναι παρόμοια με του ενήλικα με γνώμονα τις ειδικές συνθήκες που αφορούν τις παθοφυσιολογικές μεταβολές. Όσο αφορά την τοπική εκτίμηση και θεραπεία της εγκαυματικής επιφάνειας, πρέπει να τονισθεί ότι το παιδικό δέρμα έχει σχετικά μικρότερο πάχος απ' του ενήλικα που σημαίνει ότι ένα δεδομένο θερμικό αίτιο ορισμένης διάρκειας και έντασης θα προκαλέσει μεγαλύτερου βάρους βλάβη στο παιδί.

Επειδή είναι δύσκολο να καθοριστεί εξαρχής το βάθος της εγκαυματικής βλάβης στο παιδικό δέρμα, γι' αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις η αντιμετώπιση είναι συντηρητική με αλλαγές, έως την Τρίτη μετεγκαυματική εβδομάδα κατά την οποία σε βαθιά εγκαύματα προβαίνουμε σε εσχαρετομή και μεταμόσχευση δέρματος. Πρέπει να αναφερθεί ότι τα χρησιμοποιούμενα για κάλυψη των εγκαυμάτων ξενομοσχεύματα είναι ιδιαίτερα χρήσιμα στη θεραπεία των μερικού πάχους εγκαυμάτων της παιδικής ηλικίας διότι συνδυάζουν ελάττωση του άλγους και περιορισμό της από εξάτμιση μεγάλης απώλειας υγρών. (Μελισσά 2003)

Πρέπει να τονισθεί ότι η υψηλή στάθμη νοσηλευτικής αντιμετώπισης και ακρίβεια ενεργειών απαιτείται ώστε στα παιδιά με εγκαύματα, να αποφευχθεί η μόλυνση, να διατηρηθεί το υδατοηλεκτρικό ισοζύγιο, το θερμιδικό ισοζύγιο και το ηθικό του ασθενή.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει το παιδί να εκφράσει τα συναισθήματά του. Πρέπει να κρατάει μια ήρεμη αλλά σταθερή στάση απέναντι του, διαβεβαιώνοντάς του ότι το καταλαβαίνει. Πρέπει να κρύβει τις αντιδράσεις της όταν αντικρίζει το τραύμα αφού

το παιδί μπορεί να αναγνωρίσει τις διάφορες εκφράσεις και να πανικοβληθεί. Σημαντικό είναι να μπορεί να περνά ευχάριστα την ώρα του. Για τον λόγο αυτό του δίνουμε παιχνίδια.

Εκτός από το παιδί, υποστήριξη χρειάζονται και οι γονείς που συχνά αισθάνονται ένοχοι για τον τραυματισμό του παιδιού τους. Ο νοσηλευτής εδώ θα πρέπει να τους συμπαρασταθεί και να τους εξηγήσει ότι δεν θα πρέπει να νοιώθουν ενοχές. Όλα αυτά δείχνουν και τονίζουν την σημασία της πρόληψης η οποία μπορεί να επιταχυνθεί με τη σωστή διαπαιδαγώγηση. (Σκόνδρας, 1990)

3.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ο πόνος και η ανησυχία αποτελούν έναν συνδυασμό για τους μικρούς εγκαυματίες που χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην περίπτωση που ο μικρός εγκαυματίας αναφέρει ότι πονάει τότε αυτό αποτελεί ένα πραγματικό γεγονός και δεν θα πρέπει να θεωρείται ότι είναι παιδί και δεν καταλαβαίνει. (Μελισσά 2003).

Επίσης, όλοι οι ασθενείς μπορεί να έχουν πόνους και από πριν και διαδικαστικούς πόνους μέχρι ενός ορισμένου βαθμού. Αυτό σημαίνει ότι η φαρμακευτική αγωγή πιθανό να συμπεριλαμβάνει και τη χορήγηση παυσίπονου (μορφίνη).

Μόλις χορηγηθούν τα απαραίτητα φάρμακα τότε ο ασθενής θα πρέπει να περιμένει μέχρι να ανακουφιστεί από τον έντονο πόνο. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό να χρειαστεί ισχυρότερη φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο.

Κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης λόγω του έντονου πόνου που αισθάνεται ο ασθενής παρουσιάζονται και αλλαγές στη συμπεριφορά του. Αυτό σημαίνει ότι για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα θεωρείται πολύ βασική η φαρμακευτική αγωγή καθώς έχουν δυσκολία στην αντίληψη του πόνου τους και στον τρόπο με τον οποίο θα τον εκφράσουν. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η ανακούφιση τους από αυτόν. (David, Graham, Euan, 2002)

Στη συνέχεια θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης θα πρέπει να αποφευχθούν οι ενδομυϊκές ενέσεις. Στην περίπτωση που

αυτό κριθεί απαραίτητο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί η κρέμα EMLA προκειμένου να αναισθητοποιηθεί την περιοχή.

Επίσης, πολλά παιδιά έχουν μια τάση δυσκοιλιότητας και στην φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συμπεριληφθεί και ένα τονωτικό και αποσκληρυντικό κενώσεων. (Σκόνδρας, 1990)

Όσον αφορά τις δόσεις της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να ρυθμιστούν με βάση τις ανάγκες του παιδιού. Επίσης, για τις επίπονες διαδικασίες που περιλαμβάνονται στη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να χορηγούνται φάρμακα τα οποία θα αντιμετωπίζουν και τον πόνο αλλά και το άγχος των ασθενών. Μερικά από τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί σε παιδιά για την αντιμετώπιση αυτών είναι το fentanyl, το ketamine, και 50% νιτρώδες οξείδιο.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υπομονή του κάθε ασθενούς στις διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές κυμαίνεται σε διαφορετικά επίπεδα. Για το λόγο αυτό αξιολογείται ο κάθε ασθενής πριν από τη θεραπευτική αντιμετώπιση και η θεραπεία αλλάζει στην περίπτωση που δεν υπάρξει ανακούφιση από τον πόνο (David, Graham, Euan, 2002).

3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τα εγκαύματα επιδρούν τόσο στο σωματικό,όσο και στον ψυχικό κόσμο του παιδιού. Όπως κάθε νόσημα έτσι και τα εγκαύματα συνοδεύονται από συμπτώματα που προκαλούν άγχος στο παιδί. Η ιατρική αντιμετώπιση απαιτεί συχνά νοσηλεία σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές μονάδες που έχει ως συνέπεια τον αποχωρισμό από οικεία και την εξάρτηση από άγνωστα πρόσωπα. Παιδιά που έχουν υποστεί εγκαύματα,διακατέχονται συνήθως από τον φόβο ότι θα χάσουν την αυτονομία τους. (Spinetta 1981)

Πολλά παιδιά αναγκάζονται να συμβιώνουν με τα συμπτώματα της νόσου τους. Το μικρό παιδί ερμηνεύει την πάθηση του μέσα από τις εμπειρίες και τις νοητικές του δυνατότητες. Τα παιδιά κάτω των 11 ετών δεν συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα ενός εγκαύματος,ιδιαίτερα όταν δεν παρεμποδίζονται οι καθημερινές τους ασχολίες.

Το έγκαυμα αποκτά για το παιδί διαφορετική σημασία με το πέρασμα του χρόνου. Στην εφηβεία το έγκαυμα αποκτά διαφορετική σημασία για τα αγόρια απ'ότι για τα κορίτσια (Spinetta 1981).

Όλοι οι έφηβοι ανησυχούν για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η πάθησή τους στις σχέσεις τους με το άλλο φύλο(Spinetta 1981).

Τα παιδιά που έχουν υποστεί εγκαύματα,έχουν τις ίδιες ανάγκες,επιθυμίες και τα ίδια προβλήματα ψυχικής υγείας με τους υγιείς συνομήλικους τους (Μελισσά 2003). Η βοήθεια του ψυχολόγου είναι απαραίτητη στις περιόδους κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης(Μελισσά 2003).

Η ψυχική υγεία του παιδιού,καθορίζεται από την ηλικία του κατά την πρόκληση του εγκαύματος,το πόσο εμφανές είναι αυτό,από την σταθερότητα της οικογενειακής δομής και από την ψυχική υγεία που προϋπήρχε (Pless 1985).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

4.1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

4.1.1 ΜΙΚΡΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Η εφαρμογή της έγκαιρης και σωστής θεραπείας θα εξαρτηθεί:

- Περιγραφή της πηγής που προκάλεσε το έγκαυμα.
- Πότε και σε τι χώρο έγινε. Και ο χρόνος έκθεσης σ' αυτήν.
- Άλλη βλάβη από το έγκαυμα.
- Αν έχει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο
- Αν δόθηκε πρώτη βοήθεια και ποια
- Αν έγινε αντιτετανικός ορός.
- Αν πάσχει από άλλο νόσημα όπως καρδιοπάθεια, νευροπάθεια κλπ.
- Ηλικία και προεγκαυματικό βάρος του αρρώστου.
- Υπολογισμός εγκαυματικής επιφάνειας
- Γενικές εξετάσεις αίματος.

Τα μικρής βαρύτητας εγκαύματα αφορούν μερικού πάχους κακώσεις συνολικής έκτασης μικρότερης από 25% ή ολικού πάχους εκτάσεως μικρότερης από 2%. Εξαιρούνται τα εγκαύματα που αφορούν το πρόσωπο, τα χέρια, τα γεννητικά όργανα, ή τα κάτω άκρα περιφερικότερα της ποδοκνημικής άρθρωσης. (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 2002)

Σ' αυτές τις περιπτώσεις έχουμε τοποθετούνται κρύα επιθέματα (όχι παγωμένων). Στη συνέχεια πραγματοποιείται η κάλυψη με αποστειρωμένη γάζα και νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα εγκαύματα αυτά αντιμετωπίζονται επί εξωτερικής βάσεως εκτός αν αφορούν μικρά παιδιά που κατά κανόνα απαιτείται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Απαγορεύεται κάθε είδους επίθεση αλοιφών ή σπρέι σ' αυτήν την πρώτη φάση.

4.1.2 ΜΕΤΡΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Στα μέτριας βαρύτητας εγκαύματα περιλαμβάνονται εγκαύματα δευτέρου βαθμού, συνολικής έκτασης 15-25% της επιφάνειας του σώματος. Σε ορισμένα εγκαύματα και ιδιαίτερα στα παιδιά ηλικίας κάτω από 5 ετών και στους ενήλικες πάνω από 60 με συνυπάρχοντα νοσήματα όπως διαβήτης ή καρδιακή νόσος, συνήθως νοσηλεύονται.

4.1.3 ΜΕΓΑΛΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Στα μεγάλης βαρύτητας εγκαύματα, περιλαμβάνονται μερικού πάχους θερμικές βλάβες εκτάσεως μεγαλύτερες από 25% μερικού ή ολικού πάχους κακώσεις του προσώπου, των άκρων και των γεννητικών οργάνων καθώς επίσης και ολικού πάχους εγκαύματα εκτάσεως μεγαλύτερης από 10% της επιφάνειας του σώματος.

Οι ασθενείς με τέτοια εγκαύματα είναι καλύτερα να νοσηλεύονται για λίγες μέρες σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

Στην αντιμετώπιση τους περιλαμβάνονται:

- Τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων ή εμβάθυνση σε κρύο νερό 15-20'. Πιθανό να χρειαστεί χορήγηση Ε.Φ. φυσιολογικού ορού ή Ringers.
- Προετοιμασία για την αντιμετώπιση της φάσης Shock.
- Έλεγχος ζωτικών σημείων και αιματολογικός έλεγχος.
- Χορήγηση αναλγητικών εναντίον του πόνου και δίδεται ενδοφλέβια πλάσμα ή άλλα υποκατάστατα του αίματος. –
- Πλούσιο διαιτολόγιο σε πρωτεΐνες και βιταμίνες A,C –
- Τόνωση ηθικού του ασθενή.
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και φλεβοκαθετήρα.

Στην περίπτωση που παρουσιαστεί ενεργός αιμορραγία, τότε πραγματοποιείται πιεστική περίδεση, και είναι βασικό α αντιμετωπίζονται όλες οι συσχετιζόμενες κακώσεις πριν καλυφθεί το τραύμα. Τέλος, όλες οι εγκαυματικές περιοχές θα πρέπει να καλυφθούν με στεγνά επιθέματα.

4.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Οι θεραπευτικές ενέργειες εφαρμόζονται στην εγκαυματική επιφάνεια με σκοπό την ανάπλαση της ελλείψεως από τα υποκείμενα επιθηλιακά στοιχεία. Οι τοπικές θεραπευτικές μέθοδοι που συνεφαρμόζονται, είναι η ανοιχτή (άνευ επιδέσεων) μέθοδος και η κλειστή.

Έχουν καταστήσει την εφαρμογή της ανοικτής μεθόδου ως την πλέον κατάλληλη κυρίως σε εκτεταμένα εγκαύματα, σε μολυσμένες εγκαυματικές επιφάνειες σε εγκαύματα του προσώπου, του περινέου και σε κυκλωτερή εγκαύματα. Το τραύμα

παραμένει ανοικτό χωρίς περίδεση αφού προηγουμένως καθαρισθεί. Ακολουθεί η επάλειψη με μια αλοιφή δυο – τρεις φορές την ημέρα. Συνήθως εφαρμόζεται σε περιοχές που μπορούν εύκολα να αφεθούν εκτεθειμένες ή σε εγκαύματα ολικού πάχους. (Μαλγαρίνου, Κωνσταντινίδου, 2002)

Ανοιχτή μέθοδος

Η ανοιχτή μέθοδος ενδείκνυται για τις περιπτώσεις όπου υφίσταται εγκαύματα στο πρόσωπο, στην περιοχή του περινέου, βαθιά εγκαύματα στα οποία η επίδεση είναι δύσκολη και απλά επιπολής εγκαύματα του κορμού και των άκρων.

Οι λόγοι που χρησιμοποιείται αυτή η μέθοδος είναι διότι είναι εύκολος ο έλεγχος της μικροβιακής χλωρίδας των εγκαυματικών επιφανειών, αυξάνονται οι πιθανότητες να μην παρουσιαστεί επιμόλυνση, είναι πολύ συχνός ο έλεγχος αιμάτωσης των άκρων ιδίως σε κυκλοτερή εγκαύματα και τέλος παρουσιάζει χαμηλό κόστος νοσηλείας.

Σαν προστατευτικοί αντιμικροβιακοί παράγοντες χρησιμοποιούνται: αλοιφή γενιαμυκίνης, υδροχλωρική μαφεδίνη (Sulfamylon) για απλή επικάλυψη. Επίσης μπορεί να εφαρμοσθούν η σουλφοδιοζίνη, ο νιτρικός άργυρος 0,5% και Povidone Iodine.

Στα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου περιλαμβάνεται αρχικά το χαμηλό κόστος νοσηλείας. Επίσης με τη συγκεκριμένη μέθοδο μειώνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό η δυσοσμία ενώ φαίνεται να είναι η καταλληλότερη για την αντιμετώπιση μαζικών εγκαυμάτων. Τέλος μειώνονται κατά πολύ οι πιθανότητες πολλαπλασιασμού μικροβίων και κατά συνέπεια μόλυνσης.

Τα μειονεκτήματα της αφορούν αρχικά την αναγκαία και πλήρη συνεργασία του ασθενή με το νοσηλευτή. Στη συνέχεια δεν είναι δυνατή η μετακίνηση του ασθενούς ενώ η ένταση του πόνου είναι πολύ αυξημένη. Τέλος, σε αυτή τη μέθοδο κρίνεται απαραίτητη η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού και σαφώς η εμπειρία του.

Κλειστή μέθοδος

Η κλειστή μέθοδος χρησιμοποιείται για εγκαύματα μετρίου πάχους και αποτελεί την επίδειξη της εγκαυματικής επιφάνειας με διάφορα στρώματα επιδεσμικού υλικού, αρχικά με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών και στην συνέχεια αποστειρωμένων και την επίδεση με ελαστικό επίδεσμο χωρίς πίεση.

Στην περίπτωση που πραγματοποιηθεί η νάρκωση του ασθενούς γίνεται επιμελής καθαρισμός της εγκαυματικής επιφάνειας. Στη συνέχεια εφαρμόζεται υγρή επίδεση με επιθέματα εμποτισμένα σε διάλυμα 0,5% νιτρικού αργύρου το οποίο προκαλεί πήξη του λευκώματος.

Ο εμποτισμός των γαζών γίνεται ανά 6ωρο και οι αλλαγές του κάθε δεύτερη ημέρα. Αν υπάρχουν νεκρωτικές εσχάρεις αυτές αφαιρούνται είτε αμέσως, είτε την 20η περίπου ημέρα χωρίς νάρκωση και αιμορραγία.

Η υγρή επίδεση ενώ ελαττώνει την απώλεια θερμαντική δημιουργεί ταχεία απώλεια ηλεκτρολυτών με το διάλυμα του νιτρικού αργύρου. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση υπονατρίαμιας και υποκαλιαιμίας συνήθως μεταξύ 3ης και 10ης βδομάδας.

Η εξωτερική ακτινοβολήση του τραύματος με υπεριώδεις λαμπτήρες έχει σαν συνέπεια την ακόμη μεγαλύτερη ελάττωση της αποβολής θερμαντικού και θερμιδικών αναγκών.

Θεωρείται πολύ βασικό ο εγκαυματίας να νοσηλεύεται σ' ένα ξηρό και ζεστό περιβάλλον ώστε να μειωθούν οι απώλειες θερμότητας που έχει.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου αφορούν αρχικά την μειωμένη ένταση του πόνου του ασθενούς. Επίσης είναι ευκολότερη η μετακίνηση του και τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό να μην θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εμπειρία αλλά δεν χρειάζεται να έχει εξειδίκευση.

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα, βασικά είναι αυξημένες οι πιθανότητες να πολλαπλασιαστούν τα μικρόβια με αποτέλεσμα μολύνσεις εάν δεν πραγματοποιηθούν συχνές αλλαγές. Επίσης είναι πιθανό να προκληθεί ισχαιμία από την επίδεση ενώ λόγω της αίσθησης του πόνου, οι αλλαγές γίνονται υπο ολική νάρκωση. Τέλος το κόστος αυτής της μεθόδου παρουσιάζεται αρκετά υψηλό.

4.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

4.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τεράστια πρόοδος στη χειρουργική, στην αναισθησιολογία και στην τεχνολογία – βελτίωση συσκευών, μηχανημάτων εργαλείων που χρησιμοποιούνται στη χειρουργική, καθώς και ο έλεγχος των λοιμώξεων και οι συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η ακτινοβολία και χημειοθεραπεία, έχουν τη φροντίδα του χειρουργημένου αρρώστου περισσότερο πολύπλοκη, αλλά και αποτελεσματική.

Για τους παραπάνω λόγους σήμερα μπορεί να εξασφαλισθεί στον άρρωστο υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, σε όλες τις φάσεις, από την προεγχειρητική περίοδο μέχρι και την πλήρη αποκατάστασή του. (Μαλγαρίνου, Κωνσταντινίδου, 2002)

Προεγχειρητική αγωγή είναι το σύνολο των ιατρικών και νοσηλευτικών ενεργειών με τις οποίες ο άρρωστος προετοιμάζεται για εγχείρηση. Προκειμένου να γίνει μια εγχείρηση είναι απαραίτητες οι παρακάτω εξετάσεις:

- Γενική ούρων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Αιματολογική ανάλυση για Αιμοσφαιρίνη, Ταχύτητα καθίζησης, Σάκχαρο και Ουρία.

Το είδος της εγχείρησης και η κατάσταση του ασθενή ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων. Στη συνέχεια ο αναισθησιολόγος πραγματοποιεί εξέταση για το αναπνευστικό και κυκλοφορικό σύστημα ώστε να καθοριστεί το είδος της νάρκωσης (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών. (Σουμίλας, 1997)

4.3.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

4.3.2.1 ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ

Μια από τις μεθόδους που χρησιμοποιείται στην χειρουργική αντιμετώπιση των εγκαυμάτων είναι τα μοσχεύματα. Στα είδη των μοσχευμάτων περιλαμβάνονται:

- Τα αυτομοσχεύματα. Αυτό σημαίνει ότι χρησιμοποιείται μόσχευμα που λαμβάνεται από υγιή περιοχή του σώματος του ίδιου του ασθενή.

▼ Τα ομοιομοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα. Δηλαδή μοσχεύματα που χρησιμοποιούνται από άλλα άτομα.

▼ Τα ξενομοσχεύματα. Δηλαδή μοσχεύματα που προέρχονται από ζώα.

Για να πραγματοποιήσουν μια μεταμόσχευση αυτόλογου λιπώδους ιστού, οι γιατροί αφαιρούν λίπος από ένα άλλο μέρος του σώματος- συνήθως από την κοιλιά, τους μηρούς ή τους γλουτούς – και το ενίουν ώστε να γεμίσουν γραμμές στο πρόσωπο.

Τα μοσχεύματα τοποθετούνται σε βαζελινούχα γάζα για την ευκολία του χειρισμού των και εναποτίθεται στην περιοχή της βλάβης μετά ή άνευ ραφής και επιδέσεως. Η επιβίωση ενός μοσχεύματος εξαρτάται από την ανοσοβιολογική συμπεριφορά και από την επαναγγείωση του. (Μαλγαρίνου, Κωνσταντινίδου, 2002)

Πολλές φορές τοποθετούνται στην εγκαυματική επιφάνεια, σε μικρά τετραγωνίδια και λωρίδες για τους εξής λόγους:

▼ Μεγάλες περιοχές μπορούν να καλυφθούν, λόγω των κενών μεταξύ μοσχευμάτων, με μικρά δερματικά μοσχεύματα

▼ Μέσω των κενών αυτών παροχεύεται το εξιδρωματικό υγρό χωρίς τον κίνδυνο αποκόλλησης του μοσχεύματος.

▼ Επιτρέπονται σχετικές μετακινήσεις, ιδιαίτερα σε κάλυψη μεγάλων περιοχών

Τα άλλα μοσχεύματα και τα ξενομοσχεύματα έχουν διαφορετική ανοσοβιολογική συμπεριφορά προς τον λήπτη γι' αυτό παρουσιάζουν το φαινόμενο της απόρριψης . Πιστεύεται ότι η μηχανική πίεση επί των μοσχευμάτων κάνει τη λήψη πιο εύκολη, εφ' όσον δεν μπορεί έτσι να αναπτυχθεί αιμάτωμα και συλλογή υγρών στην υποκείμενη περιοχή. Ακόμη, προς επίδεση δεν προσφέρονται οι περιοχές του τραχήλου, του κορμού και των γλουτών. (Σουμίλας, 1997)

Στη συνέχεια αναλύονται ορισμένα από τα οφέλη των μοσχευμάτων. Αρχικά εγκαύματα τρίτου βαθμού που περιλαμβάνουν ολόκληρο το πάχος της επιδερμίδας, δεν μπορούν να επουλωθούν χωρίς δερματική κάλυψη. Στις περιπτώσεις αυτές, η εγκαυματική επιφάνεια πρέπει να καλυφθεί μόλις το επιτρέψουν οι τοπικές συνθήκες (καθαρό τραύμα και ανάπτυξη επαρκούς αγγειακού δικτύου για την αιμάτωση του δερματικού μοσχεύματος). Σε ένα καλά αντιμετωπιζόμενο έγκαυμα η τοποθέτηση ελεύθερου δερματικού μοσχεύματος μειώνει αισθητά το χρόνο θεραπείας και αποκατάστασης του ασθενούς. Με την μεταμόσχευση δέρματος αποφεύγεται η

τυφλή χρήση αντιβιοτικών, αφού φράσσεται η πύλη εισόδου των μικροβιακών παραγόντων.

Στη συνέχεια ένα ακόμη πλεονέκτημα των μοσχευμάτων είναι ότι είναι μόνιμα και δεν απαιτούν επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Οι δερματικές αυτές μεταμοσχεύσεις, αφορούν κατά βάση τα εγκαύματα ολικού πάχους.

Εάν η επιθηλιοποίηση αργεί πέραν του δέοντος χρόνου και η ανάπλαση της περιοχής παρουσιάζει νεκρώματα και εσχάρες που δεν αποκολλούνται, τότε πραγματοποιείται χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής (εκτομή) και μεταμόσχευση, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις. (Μαλγαρίνου, Κωνσταντινίδου, 2002)

4.3.2.2 ΕΣΧΑΡΕΚΤΟΜΗ

Η εσχάρα είναι ο σχηματισμός των αποξηραμένων εγκαυματικών εκκρίσεων και των κατεστραμμένων ιστών, πάνω στο εγκαυματικό τραύμα. Μια από τις κύριες ιδιότητες του ανθρώπινου δέρματος είναι η μεγάλη ελαστικότητα γι' αυτό και με μικρή δύναμη μπορεί να διογκωθεί αρκετά.

Προετοιμασία του ασθενούς για εσχαρεκτομή και έλεγχο της περιοχής που θα γίνει η εσχαρεκτομή, για συλλογή ορώδους υγρού κάτω από το βιολογικό υλικό που έχουμε τοποθετήσει και το οποίο αναρροφούμε με σύριγγα γιατί μπορεί να έχουμε επιμόλυνση ή απόρριψη του βιολογικού υλικού. (Μαλγαρίνου, Κωνσταντινίδου, 2002)

Δέρμα με 2ου βαθμού έγκαυμα διατηρεί την ελαστικότητά του, ενώ το έγκαυμα ολικού πάχους την έχει χάσει τελείως. Έτσι εγκαύματα 3ου βαθμού, στα οποία η βλάβη αφορά όλη την περιφέρεια ενός άκρου, συνήθως συνοδεύεται από ελάττωση της αιματικής ροής προς την περιφέρεια συνέπεια οιδήματος. Πριν την εσχαρεκτομή ο ασθενής ενημερώνεται για ότι έχει σχέση με τα μοσχεύματα και για το είδος που θα χρησιμοποιηθεί. (Σουμίλας, 1997)

4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η χρήση αναλγητικών φαρμάκων είναι σχεδόν πάντοτε αναγκαία. Περισσότερο μάλιστα έχει ένδειξη στις επιπολής θερμικές κακώσεις, που οι νευρικές απολήξεις δεν έχουν καταστραφεί όπως συμβαίνει στα εγκαύματα τρίτου βαθμού. Ο ρόλος των ενδορφινών στο έγκαυμα δεν έχει ερευνηθεί αρκετά. Διαπιστώθηκε όμως πως σε κάποιες φάσεις του εγκαύματος, όπως στο αρχικό stress και στην σηψαιμική καταπληξία αυξάνεται το επίπεδο τους.

Ισχυρά αναλγητικά (μορφίνη, πεθιδίνη) ή ηρεμιστικά (διαζεπάμη), όταν έχουν ένδειξη, πρέπει να χορηγούνται ενδοφλέβια. Η ενδομυϊκή χορήγηση τους, αμέσως ή τις πρώτες ώρες μετά την κάκωση είναι στα βαριά εγκαύματα αναποτελεσματική. Ο περιφερικός αγγειοσπασμός μειώνει εξαιρετικά την απορρόφησή τους. Όταν μάλιστα η αναποτελεσματικότητα οδηγήσει σε επαναλήψεις της δόσεως του φαρμάκου, η μαζική είσοδος του στην κυκλοφορία, μόλις αντιρροπισθεί η καταπληξία, αποτελεί σημαντικό κίνδυνο. (Μανδρέκας, 1998)

Η καταστολή της, ενδεχόμενο ήδη προβληματικής, αναπνευστικής λειτουργίας είναι η συχνότερη επιπλοκή. Η διαστομική χορήγηση αναλγητικών έχει ένδειξη στα περιορισμένης εκτάσεως επιδερμικά εγκαύματα (α+β βαθμού), όταν δεν συνοδεύονται από γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία ή έμετο.

Στα βρέφη και τα νήπια χορηγούνται ακόμα και σε εκτεταμένα εγκαύματα αναλγητικά από το ορθό, με τη μορφή υποθέτων. Η εφαρμογή αναλγητικών και αντιφλεγμονωδών αλοιφών σε μικρές εγκαυματικές επιφάνειες έχει ευεργετική δράση. Δεν πρέπει όμως να υποκαθιστά τη χειρουργική φροντίδα του δεύτερου βαθμού ή βαθύτερων εγκαυμάτων. Σε αυτά η επίδεση όταν είναι πρόσφορη και γίνεται σωστά, έχει και αναλγητική δράση, γιατί με την ελαστικότητά της περιορίζει το τοπικό οίδημα και την υποξία των ιστών. (Σουμίλας, 1997)

Η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών στους εγκαυματίες, εφόσον τηρούνται όλοι οι άλλοι όροι νοσηλείας και θεραπείας τους, έχει ένδειξη μόνο για την αντιμετώπιση συστηματικών φλεγμονών ή γενικευμένης μικροβιακής λοιμώξεως, που ενδέχεται να εμφανισθεί ως επιπλοκή στην πορεία της εγκαυματικής νόσου.

Τοπικές λοιμώξεις, όταν αντιμετωπιστούν πρώιμα και εντατικά με την ενδεδειγμένη τοπική φαρμακευτική ή χειρουργική αγωγή, θεραπεύονται χωρίς να οδηγήσουν σε γενικευμένη λοίμωξη και σηψαιμία. Η υποκατάσταση της εντατικής τοπικής

θεραπείας ή της αναγκαίας πρώιμης εγχειρητικής αντιμετώπισης με τη χορήγηση αντιβιοτικών και μάλιστα αμέσως μετά την κάκωση δεν αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση ή προληπτική αντιμετώπιση. Αντίθετα, μια τέτοια πρακτική συνεπάγεται ανεξάρτητα από τις άλλες επιπτώσεις, σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά της μικροβιακής χλωρίδας του εγκαυματία και όχι σπάνια φαρμακευτικές επιπλοκές. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν τα εγκαύματα των αναπνευστικών οδών. Η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, εκτός από τα άλλα θεραπευτικά μέτρα, επιβάλλει την προληπτική χορήγηση ενός ευρέως φάσματος αντιβιοτικού.

Η αναγκαιότητα αντιτετανικής προφυλάξεως είναι αυτονόητη ακόμα και για τα εγκαύματα πρώτου βαθμού, ανεξάρτητα από την έκτασή τους. Η επάρκεια ή μη προηγούμενων εμβολιασμών κατοχυρώνεται μόνο εφόσον υπάρχουν σχετικές έγκυρες καταγραφές. (Μανδρέκας, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στη γενική νοσηλευτική ένας πολύ σημαντικός κλάδος είναι η παιδιατρική νοσηλευτική ο οποίος θα πρέπει είναι σε θέση να φροντίσει όσο γίνεται καλύτερα το παιδί. Ο διαχωρισμός του αποτελείται από πολλές κατηγορίες οι οποίες είναι ο παθολογικός, ο χειρουργικός, ο ογκολογικός, ο ψυχιατρικός, ο ορθοπεδικός, ο ενδοκρινολογικός, ο οφθαλμολογικός και η εντατική. Σε κάθε έναν από αυτούς ο ρόλος και οι ευθύνες του νοσηλευτή είναι διαφορετικές. Αυτό συνεπάγεται ότι όποιος έχει αποφασίσει να με τον παιδιατρικό τομέα θα πρέπει να είναι σε θέση με όσα όπλα διαθέτει ώστε να επιτύχει το στόχο του. Τα όπλα τα οποία θα πρέπει να διαθέτει αφορούν την καλή συνεργασία, την αγάπη προς το παιδί και τη βαθιά συνειδητοποίηση ότι το παιδί αποτελεί μια πολύ τρυφερή και ευαίσθητη οντότητα με δική του προσωπικότητα, δικές του βασικές ανάγκες, δικούς του μηχανισμούς άμυνας.

Τα παιδιά που εισέρχονται στο παιδιατρικό νοσοκομείο είναι βρεφικής ηλικίας έως και εφηβικής και ο ρόλος του νοσηλευτή ξεκινάει από το πρώτο τμήμα του παιδιατρικού νοσοκομείου, που είναι τα εξωτερικά ιατρεία. Το παιδί και οι γονείς με την εισαγωγή στο νοσοκομείο κυριεύονται από τα συναισθήματα του φόβου και το πρώτο πράγμα που επιθυμούν είναι να λυθεί το πρόβλημα τους, να πάρουν το παιδί τους και να φύγουν. Για το παιδί ο χώρος του νοσοκομείου καθώς είναι άγνωστος του δημιουργεί φόβο πράγμα που σημαίνει ότι έχει τάσεις φυγής καθώς δεν μπορεί να παίξει και δεν έχει ελευθερία κινήσεων. Τα συναισθήματα του είναι η ανασφάλεια, η νευρικότητα και το άγχος. Τις περισσότερες φορές τα συγκεκριμένα συναισθήματα συνοδεύονται και από προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι το κλάμα, η γκρίνια, η άρνηση να φάει, η αυτοεγκατάλειψη, η νωθρότητα, η επιθετικότητα και οι διαταραχές ύπνου. Σε όλη αυτή τη διαδικασία έχει πολύ σημαντικό ρόλο ο νοσηλευτής. Θα πρέπει να συνεργάζεται όσο γίνεται καλύτερα με το παιδί και την οικογένεια και να εκτιμήσει τις ανάγκες τους καθώς επίσης είναι πολύ βασικό να σχεδιάζει παρεμβάσεις, ώστε το τελικό πλάνο φροντίδας να είναι αυτό που πραγματικά ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού .

Συγκριτικά με τους ενήλικες οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή στα περιστατικά των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζουν διαφορές. Η παιδική ηλικία έχει κάποιες

ιδιαιτερότητες. Ο βασικότερος στόχος του νοσηλευτή είναι η αποφυγή του αποχωρισμού και πιο συγκεκριμένα αφορά τα παιδιά που βρίσκονται σε ηλικία μέχρι πέντε χρονών. Τα μέλη της οικογένειας εκλαμβάνονται ως συμμετοχοί στη φροντίδα του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Είναι βασικό ο νοσηλευτής να αντιληφθεί και να κατανοήσει τις συμπεριφορές του παιδιού που αφορούν τον αποχωρισμό. Είναι απόλυτα φυσιολογικό το παιδί να διαμαρτυρηθεί, να απελπιστεί και να κλάψει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να στηρίζει απόλυτα με την παρουσία του το παιδί ακόμα και αν δε δέχεται τους ξένους. Θα πρέπει να διατηρούν την επαφή του παιδιού με τους γονείς, με τη συχνή αναφορά σε αυτούς, ενθαρρύνοντας το παιδί να τους θυμάται και τονίζοντας τη σημασία των επισκέψεών τους και των τηλεφωνημάτων τους. Επιπλέον, χρησιμοποιώντας τα κινητά τηλέφωνα διατηρείται ακόμα καλύτερα η επαφή του παιδιού με το οικογενειακό τους περιβάλλον και διευκολύνεται η προσαρμογή τους.

Ακόμα πιο δύσκολο ή ίσως και το ίδιο είναι το συναίσθημα του αποχωρισμού και για τους γονείς, ιδιαίτερα όταν δεν κατανοούν τις συμπεριφορές που προέρχονται από το άγχος του αποχωρισμού. Το λάθος που κάνουν οι γονείς είναι ότι στην αρχή για να αποφευχθούν διαμαρτυρίες φεύγουν κρυφά ή λένε ψέματα στο παιδί ότι δε θα φύγουν και το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα το παιδί να μην καταλαβαίνει ότι η απουσία αυτή των γονιών του σημαίνει και τη βέβαιη επιστροφή τους, αλλά το αντίθετο. Το συναίσθημα αυτό των γονέων που περιστοιχίζεται από έντονο στρες μειώνεται μπορεί να μειωθεί όταν αντιληφθούν ότι οι συμπεριφορές του αποχωρισμού είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Οι περισσότεροι γονείς πιστεύουν ότι το παιδί τους κλαίει για ώρες μετά τον αποχωρισμό, ενώ στην πραγματικότητα τα παιδιά μπορεί να κλαίει μόνο για μερικά λεπτά και μετά ηρεμούν (Κανακούδη - Τσακαλίδου, Κατζός, 2007).

Η δυνατότητα να υπάρξει πλήρης έλεγχος έχει πολύ θετικές συνέπειες προάγει την ελευθερία κινήσεως, διατηρεί τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού, ενθαρρύνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας και επιφέρει την κατανόηση, που συνοδεύεται με την παράλληλη πρόληψη ή τον περιορισμό του φόβου του σωματικού τραυματισμού. Επιπλέον έχει μεγάλη σημασία ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί απλή και κατανοητή γλώσσα. Η σαφής γνώση της ιατρικής ορολογίας και του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί στις καθημερινές του εργασίες, η περιγραφή της διαδικασίας για

παράδειγμα μιας εξέτασης με απλούς κατανοητούς όρους απαλείφει και μετριάζει τους φόβους του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Ο βασικότερος στόχος που αφορά τη φροντίδα του νοσηλευτή είναι η διάθεση κατάλληλων αναπτυξιακών δεξιοτήτων. Θα πρέπει να παρέχονται οι ευκαιρίες συμμετοχής σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, κάτι το οποίο βοηθά στην να ομαλοποιηθεί το περιβάλλον του παιδιού και να μειωθούν οι παρεμβολές στην ανάπτυξη του. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός όσον αφορά στην αναγνώριση των παιδιών που κινδυνεύουν ακόμα, όπως επίσης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αναπτυξιακών παρεμβάσεων. ([McGeown J. G.](#), 2012)

Επιπλέον, στον συγκεκριμένο τομέα είναι βασικό να παρέχονται και να προσφέρονται οι ευκαιρίες για παιχνίδι και δραστηριότητες έκφρασης. Ο νοσηλευτής καλό θα ήταν να χρησιμοποιήσει τις ζωγραφιές των παιδιών καθώς επίσης και άλλα μέσα δημιουργικής έκφρασης, με βασικό στόχο να ξεκινήσει μια συζήτηση σχετικά με τις σκέψεις, τους φόβους και την κατανόηση των γεγονότων μεγιστοποιώντας τα πιθανά οφέλη της νοσηλείας, ενισχύοντας τη σχέση τους με τους γονείς και παρέχοντας ευκαιρίες εκπαίδευσης (Μελισσά-Χαλικιοπούλου 2003, Λουκουμάκου & Μπρουσκέλη 2010).

5.2 Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τις περισσότερες φορές τα παιδιά πιστεύουν ότι καθώς εισέρχονται στο νοσοκομείο είναι μια μορφή εγκλεισμού και τιμωρίας το οποίο έχει αρνητικά αποτελέσματα και τα παιδιά κυριεύονται από το φόβο του αποχωρισμού και της εγκατάλειψης. Γι αυτό το λόγο λοιπόν και οι γονείς αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συμβάλλουν και να φροντίζουν ώστε το παιδί να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα χρησιμοποιώντας την τρυφερότητα και την υπομονή. Επιπλέον η χρήση οικείων αντικειμένων του παιδιού στο χώρο του νοσοκομείου διευκολύνει την ομαλή προσαρμογή του δημιουργώντας μια ευχάριστη ατμόσφαιρα. Στην περίπτωση που το παιδί είναι ηλικίας μέχρι δυο χρονών είναι πολύ βασική η παρουσία των γονέων και αυτό θα πρέπει να το κατανοήσει και να το αντιληφθεί ο νοσηλευτής. (Μόσχος κ.α. 2002)

5.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν το νοσηλευτή καθόλη τη διάρκεια της φροντίδας του παιδιού είναι η ηρεμία και η καθυσύχαση και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των εξετάσεων και των ελέγχων.

Επιπλέον κύριο χαρακτηριστικό είναι η υπομονή καθώς το παιδί θα αντιδράσει με το κλάμα, με το θυμό και σε γενικές γραμμές με επιθετική συμπεριφορά. Αυτά τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές είναι συνηθισμένες και προσωρινές.

1.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει στο παιδί τι συμβαίνει χρησιμοποιώντας απλό λεξιλόγιο και θα πρέπει να είναι ειλικρινής. Είναι βασικό το παιδί να καταλάβει ότι όλα γίνονται με σκοπό να αισθανθεί καλύτερα.

2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συζητάει με το παιδί σε όλη τη διαδικασία παραμονής του στο χώρο του νοσοκομείου ώστε να το κάνει να εκφράσει ότι νιώθει. Τις περισσότερες φορές τα μικρά παιδιά εκφράζονται ευκολότερα μέσα από το παιχνίδι. Μέσα από τη συζήτηση καλό θα ήταν ο νοσηλευτής να εκφράσει και τα δικά του συναισθήματα ώστε το παιδί να νιώσει πιο οικεία και να προσπαθήσει να καταλάβει ότι η παραμονή του στο νοσοκομείο δεν είναι κάποιο είδος τιμωρίας.

3. Ο νοσηλευτής θα πρέπει συνεχώς να ενημερώνει τους γονείς και να τους εξηγεί όλες τις διαδικασίες που ακολουθούνται και επίσης θα πρέπει να δίνει και συμβουλές στους γονείς για τον τρόπο που θα πρέπει να συμπεριφέρονται στα παιδιά τους λέγοντας τους ότι θα πρέπει να είναι ειλικρινείς και ψύχραιμοι. (Cooper et.al, 2012)

Στην περίπτωση που το ατύχημα που έχει συμβεί χρειάζεται χειρουργική επέμβαση ο ρόλος του νοσηλευτή έχει ιδιαιτερότητες καθώς γίνεται και ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Για παράδειγμα εάν το παιδί είναι σε μεγαλύτερη ηλικία είναι πιο εύκολο να αντιληφθεί τι συμβαίνει κάτι το οποίο θα βοηθήσει και το ίδιο. Ένα απλό παράδειγμα σε αυτό είναι ο τρόπος που θα εξηγηθεί στο παιδί η αναισθησία εάν θα γίνει με μάσκα ή με ένεση. Το βασικό είναι ο νοσηλευτής να βρίσκεται όσο πιο κοντά γίνεται στο παιδί και να παρέχει την πλήρη ενημέρωση και σε αυτό αλλά και στους γονείς με απλή γλώσσα και με το σωστό χειρισμό για τις διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθηθούν στην επέμβαση. Πράγμα που σημαίνει ότι:

1. Είναι βασικό να ενημερωθεί το παιδί ότι δεν θα φάει ή δεν θα πει τίποτα την ημέρα που θα πραγματοποιηθεί η επέμβαση.
2. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει ότι θα πρέπει να φορέσει μια νοσοκομειακή ρόμπα για την επέμβαση και ένα βραχιόλι που θα γράφει το όνομά του.
3. Επιπλέον, θα πρέπει να το ενημερώσει ότι είναι πιθανό πριν την επέμβαση να χορηγηθεί ένα προεγχειρητικό φάρμακο για να νυστάξει.
4. Ο νοσηλευτής ακόμα θα πρέπει να του εξηγήσει ότι θα χρειαστεί να περπατήσει ή θα το μεταφέρουν με το κρεβάτι του στην αίθουσα χειρουργείου όπου θα του χορηγηθεί το αναισθητικό και σε αυτό το σημείο θα κοιμηθεί.
5. Πολύ βασικό είναι επίσης ο νοσηλευτής να προειδοποιήσει το παιδί ότι όταν ξυπνήσει υπάρχει η πιθανότητα να κάνει εμετό.
6. Στην περίπτωση που το παιδί έχει ράμματα θα πρέπει ο νοσηλευτής να του εξηγήσει ότι δεν θα πρέπει να τα ξύσει, και ότι κατά την αφαίρεσή τους ο πόνος θα είναι στιγμιαίος. (Πάνου,2007)

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στην περίπτωση που συμβεί κάποιο ατύχημα και το παιδί θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο το ίδιο το παιδί αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον τους κατακλύζονται από τα συναισθήματα του άγχους, της απογοήτευσης, της ταραχής και της αλλαγής διαβίωσης που προκλήθηκε. Το παιδί είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα, που έχει άπειρες απαιτήσεις, ελέγχει και δυσπιστεί. Η μοναδικότητα της ανθρώπινης ύπαρξης και φύσης ιδιαίτερα στα παιδιά γίνεται αιτία συμπεριφοράς στο καθένα με ιδιαίτερο τρόπο, ώστε να επιτευχθεί η συνεργασία τους, να αποκτηθεί η απόλυτη εμπιστοσύνη τους, να αποφευχθούν οι παράλογες απαιτήσεις τους, η εχθρότητα, η ανησυχία και η επιθετικότητα. (Cooper et.al, 2012)

Ανάλογα είναι και τα συναισθήματα που εμφανίζονται στην κάθε διαδικασία παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο όπως είναι η άρνηση, η δυσπιστία, η ανησυχία, ο φόβος, το άγχος, η επιθετικότητα (Πάνου,2007)

Ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει στήριξη με την ακρόαση, το άγγιγμα και με τη φυσική του παρουσία, όπου βοηθάει περισσότερο το παιδί γιατί διευκολύνει τη μη λεκτική επικοινωνία. Η παροχή συμβουλών δε βοηθά μόνο στην αντιμετώπιση μιας

κρίσης ή στην επίλυση ενός προβλήματος, αλλά καθιστά επίσης την οικογένεια ικανή, να πετύχει ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας, μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, στενότερες σχέσεις, να αναπτύσσει τεχνικές για καλλιέργεια της έκφρασης των συναισθημάτων και των σκέψεων και προσεγγίσεις που βοηθούν την οικογένεια να αντιμετωπίσει το στρες (Παπάζογλου κ.α 2004).

Καλείται ακόμα να έχει υπόψη του τις συνηθισμένες συναισθηματικές αντιδράσεις των άρρωστων παιδιών, που είναι: ο φόβος, το άγχος, το στρες, η εξάρτηση, το αίσθημα εγκατάλειψης, ο θυμός, και η εχθρότητα. Ο νοσηλευτής για να κερδίσει το παιδί αποδέχεται προσωρινά την κατάσταση αυτή και προσπαθεί με τη συμπεριφορά του, να το βοηθήσει να απαλλαγεί από τη συναισθηματική φόρτιση που έχει και να προσαρμοσθεί όσο το δυνατόν καλύτερα στο νοσοκομείο. Οι ψυχοσωματικές ανάγκες του παιδιού είναι αλληλένδετες και απαιτούν σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση. Για αυτό ο νοσηλευτής που εργάζεται στο παιδιατρικό νοσοκομείο πρέπει να έχει παιδεία όχι μόνο με τη στενή έννοια της τεχνικής και θεωρητικής κατάρτισης, αλλά και μια γενικότερη καλλιέργεια, μια ποιότητα ψυχής, για να μπορέσει να αποδώσει σωστά το ρόλο του και να κάνει το παιδί να παίζει το δικό του παιχνίδι.

Όλα αυτά σε συνδυασμό με την άριστη νοσηλευτική εκπαίδευση, τη σοβαρότητα, τη σταθερότητα, την ακρίβεια, την παρατηρητικότητα, την πείρα και την ευσυνειδησία που πρέπει να διακρίνουν το νοσηλευτή, μα πάνω από όλα την άμετρη αγάπη για το παιδί, δίνουν την ευκαιρία να σκιαγραφήσουν τον πολύπλευρο και πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή στο νοσοκομείο παιδών (Ευαγγέλου κ.α. 2002).

5.5 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Η προσέγγιση και πληροφόρηση των ασθενών και των δυνητικά ασθενών

Όλοι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την φροντίδα των παιδιών θα πρέπει να εφαρμόζουν προληπτική φροντίδα υγείας. Ο τρόπος που μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο είναι με την εκπαίδευση και την προληπτική καθοδήγηση. Μια εκτίμηση των κινδύνων και των συγκρούσεων κάθε περιόδου ανάπτυξης δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να καθοδηγήσει το γονέα σύμφωνα με πρακτικές ανατροφής του παιδιού, που αποσκοπούν στην πρόληψη δυνητικών προβλημάτων. Στον τομέα της

υγείας είναι πολύ βασική η διδασκαλία πράγμα που σημαίνει ότι η διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσουν οι νοσηλευτές είναι η προετοιμασία και η πρακτική άσκηση με ικανά πρότυπα, στην οποία μετατρέπονται οι πληροφορίες ανάλογα με το επίπεδο που κατανοεί το παιδί και η οικογένεια και επίσης την επιθυμία πληροφόρησης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε να παρομοιαστεί με διδάσκων ο οποίος έχει σαν στόχο να παρέχει τις σωστές πληροφορίες για την υγεία και εκτιμήσεις για την προαγωγή της μάθησης (Παπάζογλου κ.α, 2004).

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να «διδάξει» και να ενημερώσει πιο αποτελεσματικά και όσο γίνεται καλύτερα χρησιμοποιεί θεωρίες από την ψυχολογία και την κοινωνιολογία όπως είναι για παράδειγμα η κινητοποίηση, η αλλαγή, η αυτενέργεια κλπ. Οι εν λόγω θεωρίες βοηθούν να ερμηνευτεί η ανθρώπινη συμπεριφορά και η επίδραση της κατά τη διαδικασία της ενημέρωσης, πληροφόρησης. Οι δημιουργικές μορφές παρουσίασης, όπως η σύνθεση στίχων ή ακρωνυμίων για τις πιο ουσιαστικές πληροφορίες, συμβάλλουν στην μακρόχρονη απομνημόνευση περισσότερο από τον διάλογο. Παρουσιάζοντας στο παιδί μεγάλο όγκο πληροφοριών το πιο πιθανό είναι να τρομάξει και να συγχυστεί και να του δημιουργηθεί περισσότερο άγχος πράγμα που σημαίνει ότι η πληροφόρηση θα είναι μια μεγάλη αποτυχία. (Πάνου, 2007)

5.6 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ

Είναι σε γενικές γραμμές αποδεδειγμένο ότι ο τρόπος παροχής πληροφοριών στο κάθε άτομο διαφέρει ανάλογα με τις προτιμήσεις του για ορισμένα αισθητήρια ερεθίσματα και τις συνθήκες. Οι περισσότεροι μάλιστα δεν συνειδητοποιούν τον τρόπο που θα πληροφορηθούν, ενώ αν ερωτηθούν σχετικά απαντούν με υποθέσεις αντί των πραγματικών στοιχείων. Ο νοσηλευτής δίνοντας σημασία σε αυτά που λέει το κάθε παιδί θα μπορέσει να αποκομίσει στοιχεία για τον τρόπο ενημέρωσης του.

Είναι πολύ εύχρηστο να εφαρμοστούν στη συγκεκριμένη περίπτωση οι αρχές μάθησης κάτι το οποίο υποστηρίζεται ότι θα είναι πολύ αποτελεσματικό. Πιο συγκεκριμένα η ενημέρωση διευκολύνεται περισσότερο όταν οι πληροφορίες παρουσιάζονται από το απλό προς το πολύπλοκο, από το συγκεκριμένο προς το αφηρημένο και από το γνωστό στο άγνωστο. (Ευαγγέλου κ.α., 2002)

5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Καθώς εισάγεται το παιδί στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής έχει μεγάλη ευθύνη και έχει τον ρόλο της προστασίας και προαγωγής της ψυχικής υγείας του. Το νοσοκομείο είναι ένα άγνωστο μέρος με άγνωστα πρόσωπα και προκαλεί φόβο στο παιδί. Το συναίσθημα του φόβου θέτει σε λειτουργία μηχανισμούς αποφυγής πράγμα που σημαίνει ότι το παιδί αντιδρά και δεν θέλει να μείνει στο νοσοκομείο. Αφού όμως δεν μπορεί να ξεφύγει, αυτή η εσωτερική ένταση διοχετεύεται σε προβλήματα συμπεριφοράς, ιδιαιτέρως όταν δεν είναι συνεχής η παρουσία σημαντικών προσώπων και μάλιστα της μητέρας του δίπλα του. Τις περισσότερες φορές στην νοσηλευτική φροντίδα του παιδιού δίνεται βάση στην ψυχολογική προετοιμασία του παιδιού αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος του καθώς πολλές από τις διαδικασίες που ακολουθούνται κατά την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο είναι στρεσογόνες και αρκετές φορές οδυνηρές. (Παπάζογλου κ.α 2004).

Όταν το παιδί προετοιμάζεται με την ενημέρωση του νοσηλευτή για τις διαδικασίες που πρόκειται να ακολουθηθούν έχει σαν αποτέλεσμα:

- Να μειωθεί το άγχος τους.
- Να προαχθεί η συνεργασία.
- Να υποστηριχθούν οι δεξιότητες αντιμετώπισης.
- Να υποστηριχθεί το αίσθημα της κυριαρχίας όταν αντιμετωπίζουν κάποια στρεσογόνα διαδικασία.

Οι περισσότερες στρατηγικές προετοιμασίας που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές είναι ανεπίσημες, εστιάζουν στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την εμπειρία και έχουν στόχο τις αγχογόνες ή οδυνηρές διαδικασίες. Το παιδί προετοιμάζεται κατάλληλα και πιο αποτελεσματικά όταν στην ενημέρωση περιλαμβάνονται οι διαδικασίες που αναπτύσσουν ορισμένες δεξιότητες όπως είναι η φαντασία χρησιμοποιώντας για παράδειγμα τη ζωγραφική (Μελισσά-Χαλικιοπούλου,2005).

Τα παιδιά δε θέλουν όλα να ενημερώνονται για τις επικείμενες διαδικασίες. Κάποια το αποζητούν, ενώ άλλα το αποφεύγουν. Σε αυτό το σημείο οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να καθοδηγήσουν το νοσηλευτή στις αποφάσεις που αφορούν το μέγεθος των πληροφοριών που είναι αρκετό καθώς γνωρίζουν το παιδί τους και κατά πόσο

είναι περίεργο ή ικανοποιείται με σύντομες απαντήσεις. Ο χρόνος προετοιμασίας του παιδιού για μια διαδικασία εξαρτάται από τη μορφή της διαδικασίας και από την ηλικία του.

5.8 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Καθώς το παιδί βρίσκεται στο νοσοκομείο υπάρχει το συναίσθημα του άγχους, της έντασης, του φόβου και για το παιδί αλλά και για το οικογενειακό περιβάλλον του καθώς στην αρχή δεν υπάρχει πλήρης εικόνα για το πώς θα εξελιχθεί η υγεία του. Επιπλέον το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται ότι τα παιδιά δεν είναι σε θέση να συμμορφωθούν προς τις ιατρικές οδηγίες. Γι αυτό το λόγο λοιπόν η παρουσία ενός ψυχολόγου είναι πολύ σημαντική και πολύ αποτελεσματική καθώς μπορούν να προετοιμαστούν ψυχολογικά πριν από μια επέμβαση ή μια επώδυνη ιατρική εξέταση και αν χρειαστεί να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Εκτός από αυτό, υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιαστούν τραυματικές εμπειρίες στο ίδιο το παιδί και τους γονείς του. (Παπάζογλου κ.α 2004).

Επιπλέον, είναι πολύ βασικό το συναισθηματικό και νοητικό επίπεδο του παιδιού καθώς το παιδί δεν μπορεί να επεξεργαστεί σωστά τις πληροφορίες και τις εμπειρίες που βιώνει αφού λόγω το χαρακτηριστικό της φαντασίας που το διακρίνει μπορεί να παρερμηνεύσει καταστάσεις και μπορεί να επηρεαστεί η προσωπικότητα και η ψυχοκοινωνική εξέλιξη του. (Πάνου,2007)

Ο βασικότερος στόχος από τη στιγμή που πραγματοποιείται η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο είτε για μια χειρουργική επέμβαση είτε για κάποιον άλλο λόγο είναι η ψυχολογική αντιμετώπιση του ίδιου και του οικογενειακού περιβάλλοντος του και όχι μόνο η αποκατάσταση της σωματικής του υγείας. Ακόμα το άγχος αποχωρισμού από τους γονείς του σε συνδυασμό με την εξάρτησή του από τα ξένα πρόσωπα, η οποία συχνά του προκαλεί αμηχανία και ντροπή, επηρεάζουν την εμπιστοσύνη και την ηρεμία που θα βοηθούσε να έχουν προκειμένου να υπάρχει καλή συνεργασία και αποτελεσματικότητα στις όποιες ιατρονοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα παιδιά που είναι στην ηλικία μέχρι 7 χρονών αντιδρούν με κλάματα και με επιθετική συμπεριφορά και ζητούν επίμονα να φύγουν από αυτό το χώρο. (Μελισσά-Χαλκιοπούλου,2005).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν το παιδί που εισέρχεται στο νοσοκομείο και τα συναισθήματα που το κυριεύουν είναι ο φόβος του αποχωρισμού και το άγχος. Ιδιαίτερα αυτό συμβαίνει στα παιδιά που είναι της προσχολικής ηλικίας και είναι περισσότερο ευάλωτα και εξαρτημένα από τους γονείς. Τα αποτελέσματα του αποχωρισμού μπορεί να είναι εξίσου τραυματικά και σε μεγαλύτερα παιδιά, ιδίως αν είχαν προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού από τους γονείς τους ή αν είχαν εμπειρίες που τους δημιούργησαν συναισθηματική στέρηση, εξαιτίας των οποίων είναι αγχώδη και ανασφαλή. (Κανακούδη, 2007)

Με βάση έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αποδεικνύεται ότι είναι υψίστης σημασίας η μητρική στέρηση και οι επιπτώσεις του αποχωρισμού καθώς παρόλο που το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να έχει φροντίσει με τον καλύτερο τρόπο το παιδί δύναται να παρουσιάσει και κατά τη διάρκεια που παραμένει στο νοσοκομείο αλλά και κατά την αποχώρηση του από αυτό διαταραχές στη συμπεριφορά του καθώς έχει το άγχος του αποχωρισμού. Σε αυτή την περίπτωση οι πιο συχνές αντιδράσεις του παιδιού είναι:

- Η άρνηση του ύπνου.
- Η νυχτερινή ενούρηση.
- Παράλογοι φόβοι.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να εμφανιστούν στο παιδί κατά την εισαγωγή του και είναι δυνατό να παραταθούν και για αρκετό διάστημα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Παπάζογλου και συν, 2004).

Επίσης σε κάποιες άλλες περιπτώσεις παρουσιάστηκαν τα εξής συμπτώματα:

- Οι διαταραχές ύπνου.
- Η δυσκολία στο φαγητό.
- Η επιβράδυνση της ψυχοσωματικής τους εξέλιξης.
- Η μελαγχολία και η κοινωνική απομόνωση.
- Η παθολογική εξάρτηση από τη μητέρα
- Το πιπίλισμα δακτύλου.

Πολλές φορές τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται σε μεγάλη ένταση και συχνότητα και μετά την επάνοδο του στο σπίτι, οπότε χρειάζεται ψυχολογική βοήθεια και θεραπεία. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι κάποια παιδιά που νοσηλεύτηκαν στο

νοσοκομείο και επανήλθαν στο χώρο τους βελτίωσαν τη συμπεριφορά τους πράγμα που σημαίνει ότι δύναται το παιδί να έχει ψυχολογικό όφελος από αυτή την εμπειρία και να είναι σε θέση να ελέγξει το φόβο του αποχωρισμού από τους γονείς του, το φόβο των ιατρικών εξετάσεων και να αντιμετωπίσει τον πόνο ή τα άλλα αρνητικά συμπτώματα του περιστατικού που του συνέβη, αξιοποιώντας τις ικανότητές του και αυξάνοντας έτσι την εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Ευαγγέλου και συν, 2002, Μελισσά-Χαλικοπούλου 2005).

5.9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο άρχισε το 1902, όταν σε κάποιο σχολείο παρουσιάστηκε μία δερματική νόσος που ανάγκαζε τα παιδιά να μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Η Lilian Wald προσέφερε νοσηλευτική φροντίδα στα παιδιά αυτά για ένα μήνα με πολύ καλά αποτελέσματα. Μετά από αυτή τη νοσηλευτική επιτυχία, στους 12 μήνες που ακολούθησαν, διορίστηκαν 12 νοσηλευτές στο σχολείο αυτό. Από τότε και μετά, η νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο επεκτάθηκε πάρα πολύ.

Μετά από τη Νέα Υόρκη, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή επεκτάθηκε και σε άλλες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στον Καναδά και σταδιακά μεταφέρθηκε στις Ευρωπαϊκές Χώρες με διάφορο ρυθμό και ανάπτυξη στην κάθε μία. (Μελισσά-Χαλικοπούλου,2005)

Σήμερα δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση και προαγωγή και προαγωγή της υγείας, ανοίγονται νέοι ορίζοντες και δίδονται ξεχωριστές ευκαιρίες για την ανάπτυξη της σχολικής υγιεινής και της Νοσηλευτικής στο χώρο του σχολείου καθώς και στους γονείς με τους οποίους η νοσηλευτική υπηρεσία βρίσκεται σε συνεχή και στενή επικοινωνία. Το σχολείο μετατρέπεται έτσι σε ένα Κοινοτικό Κέντρο.

Οι κυριότεροι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι τρεις:

1. Αξιολόγηση και προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού.
2. Βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και εργάζεται ο σχολικός πληθυσμός.
3. Και η Αγωγή Υγείας.

Απαραίτητα προϋπόθεση για την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του παιδιού είναι η απόκτηση γνώσεων και υγιεινών έξεων που διδάσκονται βέβαια αρχικά μέσα στην οικογένεια, συστηματοποιούνται όμως και εμπεδώνονται στο σχολείο. Η διδασκαλία της αγωγής υγείας που κάνει ο νοσηλευτής στο σχολείο μπορεί να είναι προγραμματισμένη ή περιστασιακή. (Πάνου, 2007)

Η διδασκαλία αυτή περιλαμβάνεται στο ωρολόγιο πρόγραμμα των μαθητών και περιλαμβάνει κυρίως θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν τον σχολικό πληθυσμό όπως για παράδειγμα: Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων Κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας αυτής ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να μιλάει σε γλώσσα απλή και κατανοητή ανάλογη με το επίπεδο των μαθητών, ώστε αυτά που διδάσκει να εμπεδώνονται από τους μαθητές και να είναι κατορθωτή και αποτελεσματική η πρόληψη. Με τη συγκεκριμένη αγωγή υγείας ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει τα παιδιά:

1. Πως δεν πρέπει να βάζουν ποτέ και τίποτα γύρω από το λαιμό τους, γιατί μπορεί ξαφνικά και άθελα τους να μπλεχτεί και να μην μπορούν να αναπνεύσουν.
2. Πως δεν πρέπει να αγγίζουν τα καλώδια ή να βάζουν αντικείμενα στην πρίζα γιατί μπορεί να τους χτυπήσει το ρεύμα.
3. Να μην παίρνουν χάπια ή φάρμακα μόνα τους, παρά μόνο όταν τους τα δώσουν οι γονείς τους.
4. Να μην βάζουν ξένα αντικείμενα στο στόμα του.
5. Πόσο σημαντική είναι η υγιεινή των χεριών μας.
6. Πως δεν πρέπει ποτέ να παίζουν στην κουζίνα, είτε με την μπάλα είτε με οτιδήποτε άλλο, ιδίως όταν υπάρχει αναμμένη κουζίνα / φούρνος, γιατί υπάρχει περίπτωση παίζοντας να καούν.
7. Να μην παίζουν κοντά σε τζάμια και να μην αγγίζουν αιχμηρά αντικείμενα γιατί υπάρχει ο κίνδυνος να κοπούν.

Τελειώνοντας το μάθημα διδασκαλίας με θέμα «πρόληψη παιδικών ατυχημάτων», ο νοσηλευτής διατυπώνει ερωτήσεις στα παιδιά προκειμένου να διαπιστώσει κατά πόσο τα έχουν κατανοήσει. (Πάνου, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Παιδί ασθενής Α.Κ, ηλικίας 7 ετών, εισήχθη στο Νοσοκομείο Καραμανδάνειο Παίδων Πατρών, στην χειρουργική κλινική, ύστερα από ατύχημα που είχε στο σπίτι με καυτό νερό προκαλώντας του θερμικό έγκαυμα 2^{ου} βαθμού στο άνω δεξί άκρο.

Συγκεκριμένα, το παιδί παρουσίαζε ερύθημα με φυσαλίδες, τοπικό οίδημα και ερυθρότητα της εγκαυματικής περιοχής, έντονο πόνο και η επιφάνεια της περιοχής ήταν υγρή χωρίς την ένδειξη αιμορραγίας.

Εισήλθε στο Νοσοκομείο στις 19/03/2014 ώρα 11:20 π.μ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:21/09/2007

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Έγκαυμα 2^{ου} βαθμού στο δεξί άνω άκρο

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Το παιδί δεν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε Νοσοκομείο. Οποιαδήποτε ίωση ή κρύωμα έχει περάσει κατά καιρούς ακολουθεί τις οδηγίες του παιδίατρου από το σπίτι.

Έχει κάνει όλα τα απαραίτητα εμβόλια εκτός του τετάνου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το παιδί ήταν ανέκαθεν ζωηρό χωρίς να υπακούει στις οδηγίες της μητέρας του. Την ημέρα του ατυχήματος ξέφυγε από την προσοχή της μητέρας και κατευθύνθηκε προς την κουζίνα με σκοπό να μετακινήσει την κατσαρόλα όπου έβραζε νερό. Το παιδί σκόνταψε με αποτέλεσμα μέρος καυτού νερού να έρθει σε επαφή με το δεξί του χέρι και να προκληθεί έγκαυμα 2^{ου} βαθμού.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το παιδί εισήλθε στο Νοσοκομείο με έντονο πόνο στο χέρι του και αφού του αφαίρεσαν τα ρούχα παρατήρησαν ερυθρότητα και τοπικό οίδημα της εγκαυματικής περιοχής, ερύθημα με δημιουργία φυσαλίδων και έκκριση υγρού χωρίς ένδειξη αιμορραγικής διάθεσης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο ιατρός αφού εκτίμησε την γενική εικόνα του δέρματος (βάθος εγκαύματος, βαρύτητα και κατάταξη) και έπειτα από τα αποτελέσματα γενικής αίματος και ούρων (για προληπτικούς λόγους) συνέστησε τοπική εφαρμογή αντιμικροβιακών παραγόντων (διάλυμα νιτρικού αργύρου 0,5 %, αργυρούχος κρέμα σουλφαδιαζίνης και ιωδιούχος ποβιδόνη [Betadine].), χορήγηση καταπραϋντικών για ανακούφιση από τον πόνο και επέλεξε ως μέθοδο τοπικής θεραπείας την κλειστή μέθοδο: εφαρμογή τοπικών επιθεμάτων για την προφύλαξη της περιοχής και την αποφυγή μολύνσεων. Ενημέρωσε την οικογένεια για την αναγκαιότητα της σωστής υγιεινής του δέρματος όπως καθημερινές αλλαγές των επιθεμάτων και καθαρισμός της περιοχής με την χρήση αντισηπτικών. Τέλος πραγματοποιήθηκε αντιτετανική προφύλαξη στο παιδί (I.M αντιτετανικός ορός για προστασία από τον τέτανο). Η διαδικασία αυτή είναι απαραίτητη για τουλάχιστον ένα μήνα.

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<p>§ Ο ασθενής παρουσιάζει έντονο πόνο</p>	<p>§ Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα του πόνου</p> <p>§ Να απαλλαγεί το συντομότερο δυνατό από το αίσθημα του πόνου</p> <p>§ Να αποκατασταθεί η φυσιολογική δραστηριότητα του παιδιού</p>	<p>§ Να καθοριστεί πως αντιδρά ο ασθενής συνήθως στον πόνο</p> <p>§ Να αξιολογηθούν τα σημεία πόνου (π.χ. προφορικές εκδηλώσεις, ανησυχία εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία. κλπ)</p> <p>§ Να αξιολογηθεί η αντίληψη του ασθενούς στον πόνο (εντόπιση, ένταση, τύπος, χρήσης αριθμητικής κλίμακας)</p> <p>§ Να αξιολογηθούν οι παραγόντων που μειώνουν ή εντείνουν τον πόνο</p> <p>§ Να εφαρμοστούν μέτρα κατά του φόβου και του άγχους που προκαλείτε στο παιδί λόγω του πόνου</p> <p>§ Να εφαρμοστούν μη φαρμακευτικά μέτρα ύφεσης του πόνου (αλλαγή θέσης, απόσπαση προσοχής, τεχνικές χαλάρωσης)</p> <p>§ Να χορηγηθούν αναλγητικά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>§ Το παιδί είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και αντιδρά έντονα στο αίσθημα του πόνου (ιστορικό από τη μητέρα)</p> <p>§ Το παιδί παρουσιάζει έντονη ανησυχία, ωχρότητα, εφίδρωση και ταχυκαρδία 120/λεπτό</p> <p>§ Σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα το παιδί εκτιμά ότι ο πόνος του διαβαθμίζεται 8/10</p> <p>§ Το παιδί κατά τη κατά τη συνομιλία μας μαζί του δείχνει να αντιλαμβάνεται τον πόνο με μικρότερη ένταση από ότι τον περιγραφεί ενώ με την παρουσία της μητέρας του η αντίληψη του στον πόνο αυξάνεται</p> <p>§ Τοποθετήθηκε το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση,</p>	<p>§ Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά την τοποθέτηση του κάτω άκρου σε ανάρροπη θέση και τη χορήγηση του αναλγητικού (Το αναλγητικό μειώνει τον πόνο αναστέλλοντας τη μεταβίβαση των αλγογόνων ερεθισμάτων μειώνοντας την αντίληψη του ασθενούς στον πόνο)</p> <p>§ Τέλος ο αριθμός των σφύξεων έφτασε στις 80/λεπτό</p>

			<p>δόθηκαν στο παιδί βιβλία και παιχνίδια για απόσπαση της προσοχής</p> <p>§ Έγινε σύσταση στο περιβάλλον του αλλά και στους παρευρισκόμενους στον θάλαμο να αποφεύγονται συζητήσεις και αναφορές στο πρόβλημα του</p> <ul style="list-style-type: none"> · Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Deron) σε εφάπαξ δόση και στη συνέχεια τέθηκε σε συστηματική αναλγητική αγωγή 100cc x3 (Το Deron περιέχει σαν δραστική ουσία την παρακεταμόλη, που έχει ισχυρή αναλγητική και αντιπυρετική δράση, παρόμοια με αυτή του ακετυλοσαλικυλικού οξέος) 	
--	--	--	---	--

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> Ερύθημα 	<ul style="list-style-type: none"> Να μειωθεί η ερυθρότητα και ο ερεθισμός. Να προληφθεί η πιθανότητα φλεγμονής Να αποκατασταθεί η ακεραιότητα του δέρματος και επαναφορά του στη φυσιολογική του κατάσταση το συντομότερο δυνατό διάστημα. 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημέρωθεί το παιδί για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και να ενθάρρυνθει Να ελεγχθεί το δέρμα ως προς την ερυθρότητα που εμφανίζει. Να παρακολουθηθεί η περιοχή του εγκαύματος (παρουσία εσχάρας, αιμορραγία). Να διατηρηθεί καθαρό το δέρμα του παιδιού. Να εφαρμοστούν μέτρα κατά της υπερβολικής ύγρανσης και να προληφθεί η ξήρανση του δέρματος. Να απαγορευθεί η έκθεση στον ήλιο ή σε υψηλή θερμοκρασία Να καταγραφούν οι ενεργειες στο φύλλο νοσηλείας 	<ul style="list-style-type: none"> Το παιδί ενημερώθηκε και απαντήθηκαν όλες οι απορίες του Έγινε αναγνώριση φυσαλίδων στην εγκαυματική περιοχή. Έγινε καθαρισμός της περιοχής για την απομάκρυνση νεκρών κυττάρων και μικροοργανισμών, παρεμποδίζοντας την άθροιση τους και την πιθανότητα εμφάνισης φλεγμονής. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ενυδατικό γαλάκτωμα σώματος: Bepanthol cream.(Η κρέμα Bepanthol ενισχύει την ανάπλαση και την 	<ul style="list-style-type: none"> § Πλήρη επούλωση δέρματος § Εξάλειψη συμπτωμάτων

			περιποίηση του ερεθισμένου και ευαίσθητου δέρματος)	

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> Φυσαλίδες 	<ul style="list-style-type: none"> Να μειωθεί ο κίνδυνος επιμόλυνσης Να προληφθεί η εξάπλωση του περιμετρικά της πάσχουσας περιοχής Να προληφθούν πιθανές επιπλοκές π.χ. δερματίτιδα 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί το παιδί για την σωστή υγιεινή της εγκαυματικής περιοχής (να μην αγγίζει τις φυσαλίδες) Να αξιολογηθούν οι φυσαλίδες ως προς το υγρό που περιέχουν (ορώδες ή αιματηρό) Να αποφευχθεί η ξηρότητα περιοχής (η ενυδάτωση θα επέλθει από την επάλειψη της κορτιζονούχας αλοιφής) Να ελέγχθη η εμφάνιση κνησμού (ένδειξη μικροβιακού παράγοντα) Να εφαρμοστούν επιθέματα (κλειστή θεραπεία) 	<ul style="list-style-type: none"> Πλύση της πάσχουσας περιοχής με N/S 0.9% Εφαρμόστηκε μέθοδος τοπικής κλειστής θεραπείας: με την εφαρμογή επιθεμάτων Ενημερώθηκε το παιδί Έγινε επάλειψη της περιοχής με κορτιζονούχα αλοιφή 	<ul style="list-style-type: none"> § Οι φυσαλίδες σταδιακά υποχώρησαν § Δεν εμφανίστηκε κνησμός ή κάποιος άλλος μικροβιακός παράγοντας

Αξιολόγηση Αναγκών	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση
<ul style="list-style-type: none"> · Οίδημα 	<ul style="list-style-type: none"> · Να μειωθεί το οίδημα · Να εξαλειφθεί το οίδημα · Να προληφθεί η επιδείνωση του ερεθίσματος 	<ul style="list-style-type: none"> · Να αξιολογηθεί το οίδημα (συνοδεία μεταβολής χρώματος του δέρματος) · Να γίνει εφαρμογή κομπρεσών ανά τακτικά χρονικά διαστήματα για την ανακούφιση από την ενόχληση · Να γίνει τοποθέτηση σε σωστή θέση έτσι ώστε να μην επιδεινωθεί · Να ενημερωθεί το παιδί και η οικογένεια · Να γίνει η εφαρμογή cream Pantenol 1x2 κατόπιν ΙΕ(Η Pauthenol είναι καταπραϋντική κρέμα που χρησιμοποιήστε με ιατρική εντολή) 	<ul style="list-style-type: none"> · Έγινε αξιολόγηση του οιδήματος · Εφαρμόστηκαν κομπρέσες αλουμινίου ανά 4ωρο · Τοποθετήθηκε σε σωστή θέση · Εφαρμόστηκε Cream Pauthenol σύμφωνα με Ι.Ε.(Η Pauthenol είναι καταπραϋντική κρέμα που χρησιμοποιήστε με ιατρική εντολή) · Ενημερώθηκε το παιδί καθώς και η οικογένεια 	<ul style="list-style-type: none"> § Το οίδημα υποχώρησε

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έγκαυμα είναι η βλάβη που προκαλείται στους ιστούς από εξωγενή αύξηση της θερμοκρασίας πάνω από τα ανωτέρα ανεκτά επίπεδα και αφορούν το δέρμα ή τους βλεννογόνους του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος μετά την εισπνοή αέριων υψηλής θερμοκρασίας ή κατάποση καυστικών ουσιών.

Το έγκαυμα είναι μια μορφή τραύματος που μπορεί να επηρεάσει και άλλα συστήματα του οργανισμού εκτός από το δέρμα, γι' αυτό και ονομάζεται εγκαυματική νόσος.

Τα εγκαύματα είναι το δεύτερο σε συχνότητα αίτιο ατυχημάτων στην παιδική ηλικία. Τα εγκαύματα ανάλογα με την αιτία που τα προκάλεσε χωρίζονται σε θερμικά, ηλεκτρικά, χημικά και ακτινικά.

Τα σοβαρά εγκαύματα δεν συμβαίνουν πάντα σε ακραίες καταστάσεις όπως οι πυρκαγιές, και γενικά τα παιδιά, επειδή έχουν λεπτότερο δέρμα, μπορούν να πάθουν σοβαρότερα εγκαύματα σε χαμηλότερες θερμοκρασίες απ' ό,τι οι ενήλικες. Έτσι ένα παιδί μπορεί να πάθει σοβαρό έγκαυμα σε καυτό νερό θερμοκρασίας πάνω από 60° C μέσα σε τρία δευτερόλεπτα.

Η παροχή άμεσης σωστής αντιμετώπισης κατά τον χρόνο που ακολουθεί του ατυχήματος είναι εξαιρετικής σημασίας για την μετέπειτα εξέλιξη του εγκαύματος.

Εξαιρετικής σημασίας είναι η κατανόηση του αναμφισβήτητου γεγονότος ότι το συντριπτικό ποσοστό των παιδικών εγκαυμάτων γίνεται μέσα στο σπίτι ή σε οικείο χώρο και κυρίως από δραστηριότητες καθημερινές και κατά βάση συνηθισμένες. Ως εκ τούτου η προσοχή όλων μας οφείλει να ευρίσκεται στην πρόληψη και των περιορισμό των πιθανοτήτων έκθεσης του παιδιού σε παράγοντες επικινδυνότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κοτζαμπασάκης Σ., Μπαλτόπουλος Γ., (2005), Εγκαύματα- Αρχές και Πρακτική της Αντιμετώπισης των εγκαυμάτων, Αθήνα: Πασχαλίδης

Κωστάκης Ι., (2005), Σύγχρονη Χειρουργική, Διαγνωστική και Θεραπευτική, Αθήνα: Πασχαλίδης

Μανδρέκας Δ., (1998), Έγκαυμα- Άμεση Αντιμετώπιση, Β΄ Έκδοση, Αθήνα: Πασχαλίδης

Σέχα Μ., (1995), Χειρουργική, Τόμος Ι, Αθήνα: Παρισιάνος

Χατζηπουλήδης Δ., (1997), Ηλεκτρικά Εγκαύματα Ηλεκτροπληξία- Κεραυνοπληξία Μια σύγχρονη άποψη για την παθοφυσιολογία και την αντιμετώπισή τους, Θεσσαλονίκη: Σιώκης

Ιωάννοβιτς Ι., (1990). Πλαστική Χειρουργική. Τομ Ι, Εκδ. Λίτσας.

Ηλιοπούλου Ε., Βεζυράκης Δ. Καστανάς Κ., (1997), Έγκαυμα, τι γίνεται μετά;, Αθήνα: Παριζιάνος

Ευαγγέλου, Ε. και συν. (2002). Αντιλήψεις των γονέων για τη συμμετοχή τους στη φροντίδα του παιδιού στο νοσοκομείο. Νοσηλευτική,

Κανακούδη - Τσακαλίδου Φ., Κατζός Γ. (2007). Βασική παιδιατρική, Θεσσαλονίκη, [University Studio Press](#)

Λουμάκου, Μ. & Μπρουσκέλη, Β. (2010). Παιδί και γεγονότα ζωής: αρρώστια, νοσηλεία, διαζύγιο, θάνατος. 1^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ. (2002). Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική, Αθήνα: εκδ. Ταβίθα

Μανδρέκας Α. (1998). Έγκαυμα άμεση αντιμετώπιση, Αθήνα: εκδ. Πασχαλίδη,

Μελισσά-Χαλικοπούλου, Χ. (2003). Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας. 1^η έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μέλισσα.

Μελισσά-Χαλικοπούλου, Χ. (2005). Ψυχολογία της υγείας. 1^η έκδοση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μέλισσα.

Μόσχος, Ν., Γαλανοπούλου, Ε., Φωτεινού, Μ. & Δούκα, Ι. (2002). Συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε παιδιά και έφηβους ασθενείς κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Νοσηλευτική

Πάνου, Μ. (2007). Παιδιατρική Νοσηλευτική. 1^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Παπάζογλου, Θ. και συν. (2004). Επίδραση ειδικού ενημερωτικού εντύπου στη συμπεριφορά νοσηλευόμενων παιδιών και στάθμιση υπηρεσιών υγείας σε παιδιατρικό τμήμα. Παιδιατρική

Σκόνδρας Κ. (1990). Η Εγκυματική νόσος στην παιδική ηλικία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα

Σουμίλας Γρ. (1997). Χειρουργική νοσηλευτική, Αθήνα: εκδ. Λίτσας

Χατζής, Ι. (1994). Βασική δερματολογία - αφροδισιολογία. Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

David C. – Graham D. – Euan R. (2002).Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού. Αθήνα: εκδ. Παρισιάνου

McGeown J. G, (2012) Master Medicine: Φυσιολογία, [Παρισιάνου Α.Ε.](#) Αθήνα

Hall JR., (1998), The total cost of fire in the United States through 1995. Quincy (MA): Fire Protection Association

Carter MJ., (1998), Fires loss in the United States during 1997, In Quincy MA: National Fire Protection Association

Cooper M., Hooper C., Thompson M. (2012). Ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων, [Παρισιάνου Α.Ε.](#) Αθήνα

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

http://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_23/19.pdf

