



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΚΟΚΛΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΤΣΕΛΛΑΙ ΑΝΤΖΕΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ- 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα εγκαύματα κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα τους. Ένα έγκαυμα πρώτου βαθμού θεωρείται το λιγότερο σοβαρό επειδή επηρεάζει μόνο το εξωτερικό στρώμα του δέρματος. Συνήθως προκαλεί μόνο ήπιο πόνο, ερυθρότητα και οίδημα. Τα εγκαύματα δευτέρου βαθμού επηρεάζουν τα βαθύτερα στρώματα του δέρματος και προκαλούν φουσκάλες. Τα εγκαύματα τρίτου βαθμού περιλαμβάνουν βλάβες σε όλα τα στρώματα του δέρματος, ενώ μπορεί να περιλαμβάνουν τις αρθρώσεις και τα οστά.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και καταγραφή της εγκαυματικής νόσου στην παιδική ηλικία και η νοσηλευτική παρέμβαση.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία μέσα από έγκυρες πηγές και βάσεις δεδομένων όπως το Pubmed και το Scopus.

Συμπεράσματα: Τα εγκαύματα είναι ένας από τους συνηθέστερους τραυματισμούς στα παιδιά. Ο όρος "έγκαυμα" σημαίνει περισσότερο από την αίσθηση καύσης που σχετίζεται με αυτόν τον τραυματισμό. Τα εγκαύματα χαρακτηρίζονται από σοβαρή βλάβη του δέρματος που επηρεάζει τα κύτταρα του δέρματος.

Λέξεις κλειδιά: έγκαυμα, παιδιά, βλάβη του δέρματος, κύτταρα, νοσηλευτική παρέμβαση

ABSTRACT

Introduction: Burns are categorized according to their severity. A first degree burn is considered the least serious because it affects only the outer layer of the skin. It usually causes only mild pain, redness and swelling. Second degree burns affect the deeper layers of the skin and cause blisters. Third degree burns include damage to all layers of the skin, and can include joints and bones.

Purpose: The purpose of this study is to review the literature and record of childhood childhood illness and nursing intervention.

Methodology: Modern literature was used through reliable sources and databases such as Pubmed and Scopus to carry out the study.

Conclusions: Burns are one of the most common injuries in children. The term "burn" means more than the burning sensation associated with this injury. Burns are characterized by severe skin damage that affects the skin cells.

Keywords: burn, children, skin damage, cells, nursing intervention

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΠΑΙΔΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	7
1.1 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	7
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	9
1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ...	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ	14
2.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΦΩΤΙΑΣ	14
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ	14
2.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	15
2.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ.....	21
2.5 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ	23
2.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	25
2.7 ΕΠΠΛΟΚΕΣ.....	26
2.8 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	31
ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	31

3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	32
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	32
3.4 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	34
3.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	37
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	37
4.1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ	37
4.1.1 ΜΙΚΡΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	37
4.1.2 ΜΕΤΡΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	37
4.1.3 ΜΕΓΑΛΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ.....	38
4.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	38
4.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	41
4.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	41
4.3.2 ΜΕΘΟΔΟΙ.....	41
4.3.2.1 ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ	41
4.3.2.2 ΕΣΧΑΡΕΚΤΟΜΗ.....	43
4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	44
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	46
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	46
5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	46
5.2 Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	47
5.3 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	47
5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	49

5.5 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	50
5.6 ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ	51
5.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ.....	51
5.8 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	52
5.9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	57
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	57
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΑΙΔΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η ανάπτυξη των παιδιών συνεπάγεται τις βιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν στους ανθρώπους μεταξύ της γέννησης και του τέλους της εφηβείας, καθώς το άτομο εξελίσσεται από την εξάρτηση στην αυξανόμενη αυτονομία (Cole & Cole, 2000).

Πρόκειται για μια συνεχή διαδικασία με μια προβλέψιμη ακολουθία, αλλά έχοντας μια μοναδική πορεία για κάθε παιδί. Δεν προχωρά με τον ίδιο ρυθμό και κάθε στάδιο επηρεάζεται από τις προηγούμενες αναπτυξιακές εμπειρίες. Επειδή αυτές οι αναπτυξιακές αλλαγές μπορούν να επηρεαστούν έντονα από τους γενετικούς παράγοντες και τα γεγονότα κατά τη διάρκεια της προγεννητικής ζωής, η προγεννητική ανάπτυξη περιλαμβάνονται συνήθως ως μέρος της μελέτης της παιδικής ανάπτυξης. Αναπτυξιακή αλλαγή μπορεί να προκύψει είτε ως αποτέλεσμα διεργασιών γνωστών ως ωρίμανση, είτε ως αποτέλεσμα των περιβαλλοντικών παραγόντων και της μάθησης, Μπορεί επίσης να συμβεί ως αποτέλεσμα της ανθρώπινης φύσης και της ικανότητάς μας να μαθαίνουμε από το περιβάλλον μας (Cole & Cole, 2000).

Τα στάδια ανάπτυξης του παιδιού αφορούν:

- Τη Βρεφική ηλικία

Ως βρεφική ηλικία, χαρακτηρίζεται το διάστημα από τη γέννηση έως το τέλος του 2ου έτους του παιδιού. Στη χρονική αυτή περίοδο παρατηρείται ταχύτερη ανάπτυξη τόσο στο σωματικό όσο και στον ψυχοκοινωνικό τομέα (Δημητρίου, 2012).

- Τη Νηπιακή ηλικία

Κατά τη βρεφική ηλικία (από το 3ο έως το 5ο ή 6ο έτος) το παιδί κατέκτησε τουλάχιστον μερικώς, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και τώρα στη διάρκεια της

νηπιακής ηλικίας επεκτείνει τις προσπάθειες του στην κατάκτηση της αυτονομίας και της αυτάρκειας, απαραίτητων στοιχείων για τη μετάβασή του στο επόμενο στάδιο (σχολική περίοδος) (Δημητρίου, 2012).

- Τη Σχολική ηλικία

Η σχολική ηλικία ξεκινά περίπου το έκτο έτος ζωής του παιδιού και τελειώνει στην ηλικία που είναι σεξουαλικά ώριμο (11ο έτος για τα κορίτσια, 13ο έτος για τα αγόρια).

- Την Εφηβική ηλικία

Ως αφετηρία της εφηβικής ηλικίας θεωρείται το χρονικό σημείο που το άτομο αρχίζει να είναι ικανό για αναπαραγωγή (περίπου 11ο έτος για τα κορίτσια, 13ο για τα αγόρια) και ως πέρασ αυτής, το χρονικό σημείο που το άτομο είναι έτοιμο να αναλάβει και να υποστηρίξει το ρόλο του ενήλικου. Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από ραγδαίες σωματικές αλλαγές, συναισθηματική ένταση, στροφή στις ετερόφυλες σχέσεις, αφηρημένη σκέψη, έντονο προβληματισμό κ.α. (Δημητρίου, 2012).

Οι γονείς παίζουν μεγάλο ρόλο στην ζωή ενός παιδιού, αρωγή κοινωνικοποίησης και ανάπτυξης. Οι γονείς μπορεί να προσθέσουν σταθερότητα στη ζωή του παιδιού και ως εκ τούτου να ενθαρρύνουν την υγιή ανάπτυξη του. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη ενός παιδιού είναι η ποιότητα της φροντίδας του. Τα προγράμματα παιδικής φροντίδας αποτελούν μια κρίσιμη ευκαιρία για την προώθηση της ανάπτυξης των παιδιών (Cole & Cole, 2000).

Η βέλτιστη ανάπτυξη των παιδιών θεωρείται ζωτικής σημασίας για την κοινωνία και επομένως είναι σημαντικό να κατανοήσουμε την κοινωνική, γνωστική, συναισθηματική και εκπαιδευτική ανάπτυξη των παιδιών. Η αυξημένη έρευνα και το ενδιαφέρον σε αυτόν τον τομέα οδήγησαν σε νέες θεωρίες και στρατηγικές, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρακτική που προωθεί την ανάπτυξη στο σχολικό σύστημα. Υπάρχουν επίσης ορισμένες θεωρίες που επιδιώκουν να περιγράψουν μια ακολουθία καταστάσεων που συνθέτουν την ανάπτυξη του παιδιού (Δημητρίου, 2012).

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η ανάπτυξη παιδιών δεν είναι μονοδιάστατο θέμα, αλλά εξελίσσεται κάπως διαφορετικά για διαφορετικές πτυχές του ατόμου. Εδώ είναι μερικές περιγραφές της ανάπτυξης ενός αριθμού φυσικών και πνευματικών χαρακτηριστικών.

Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό του ρυθμού ανάπτυξης και ιδιαίτερα των μεταβολών στην αναλογία που χαρακτηρίζουν την πρόιμη ανθρώπινη ανάπτυξη. Ωστόσο, οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να παράγουν τη μέγιστη ανάπτυξη μόνο εάν οι περιβαλλοντικές συνθήκες είναι επαρκείς. Η κακή διατροφή και οι συχνές τραυματισμοί και ασθένειες μπορούν να μειώσουν το ανάστημα των ενηλίκων, αλλά το καλύτερο περιβάλλον δεν μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ανάπτυξη από ό, τι καθορίζεται από την κληρονομικότητα.

Οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να ρυθμίζουν ορισμένες κοινωνικο-συναισθηματικές εξελίξεις που συμβαίνουν σε προβλέψιμες ηλικίες, όπως φόβος και προσκόλληση σε γνωστούς ανθρώπους. Η εμπειρία διαδραματίζει ένα ρόλο στον προσδιορισμό των γνωστών, των κοινωνικών κανόνων και του τρόπου με τον οποίο εκφράζεται ο θυμός (Cole & Cole, 2000).

Γνωστική ανάπτυξη

Η γνωστική ανάπτυξη αφορά κυρίως τους τρόπους με τους οποίους τα μικρά παιδιά αποκτούν, αναπτύσσουν και χρησιμοποιούν εσωτερικές νοητικές ικανότητες όπως η επίλυση προβλημάτων, η μνήμη και η γλώσσα.

Η ικανότητα να μαθαίνει, να θυμάται και να συνδυάζει πληροφορίες για να λύνει προβλήματα, υπάρχει σε ένα απλό επίπεδο στα μικρά βρέφη που μπορούν να εκτελούν γνωστικά καθήκοντα, όπως διακρίνοντας έμβια και άψυχα όντα ή αναγνωρίζοντας μικρό αριθμό αντικειμένων. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η μάθηση και η αύξηση επεξεργασίας πληροφοριών η ταχύτητα και η μνήμη γίνεται όλο και περισσότερο ισχυρή, δίνοντας την ικανότητα για περαιτέρω ανάπτυξη, μέχρι

το επίπεδο σχεδόν των ενηλίκων που έχει επιτευχθεί από την εφηβεία (Δημητρίου, 2012).

Η γνωστική ανάπτυξη έχει γενετικούς και άλλους βιολογικούς μηχανισμούς, όπως συμβαίνει με τις πολλές γενετικές αιτίες της διανοητικής αναπηρίας. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων και της διατροφής, την ανταπόκριση των γονέων, τις καθημερινές εμπειρίες, τη σωματική δραστηριότητα και την αγάπη μπορεί να επηρεάσει την πρόωμη ανάπτυξη του εγκεφάλου των παιδιών. Ωστόσο, παρόλο που υποτίθεται ότι οι λειτουργίες του εγκεφάλου προκαλούν γνωστικά γεγονότα, δεν ήταν δυνατό να μετρηθούν οι συγκεκριμένες αλλαγές του εγκεφάλου και να αποδειχθεί ότι προκαλούν γνωσιακές αλλαγές. Αναπτυξιακές προόδους στη γνώση σχετίζονται επίσης με την εμπειρία και τη μάθηση, και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις ικανότητες υψηλού επιπέδου όπως η αφαίρεση, οι οποίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την επίσημη εκπαίδευση (Δημητρίου, 2012).

Η γλώσσα εξυπηρετεί το σκοπό της επικοινωνίας. Εκφράζεται μέσα από συστηματική και παραδοσιακή χρήση ήχων, σημάτων ή γραπτών συμβόλων. Υπάρχουν τέσσερις επιμέρους συνιστώσες στις οποίες το παιδί πρέπει να επιτύχει προκειμένου να αποκτήσει γλωσσική ικανότητα. Περιλαμβάνουν τη φωνολογία, το λεξικό, τη μορφολογία και τη σύνταξη, καθώς και την πραγματικότητα. Αυτές οι επιμέρους συνιστώσες της γλωσσικής ανάπτυξης συνδυάζονται για να αποτελέσουν τα συστατικά της γλώσσας, τα οποία είναι η κοινωνιογλωσσολογία και η παιδεία. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει ενιαία αποδεκτή θεωρία της απόκτησης γλωσσών, αλλά έχουν συσσωρευτεί διάφορες εξηγήσεις της γλωσσικής ανάπτυξης (Cole & Cole, 2000).

1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια της πρόωμης παιδικής ηλικίας, η συμπεριφορά και οι αξίες ενός γονέα μπορούν να μεταφερθούν στο παιδί. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η αυτοπεποίθησή τους διαμορφώνεται και μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τους γονείς. Τα παιδιά μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες που είναι τα βασικά

θεμέλια για τη μάθηση καθ' όλη την παιδική ηλικία. Επομένως, ένα ισχυρό σύστημα υποστήριξης στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ανάπτυξή τους (Dahl et.al. 2012).

Η καλλιέργεια σχέσεων σε μια οικογένεια είναι ζωτικής σημασίας για την υγιή ανάπτυξη ενός παιδιού. Εάν ένα παιδί αισθάνεται ασφαλές και αγαπητό στην οικογένειά του, βοηθάει στο σχηματισμό της αυτοεκτίμησης και της ευημερίας του. Η καλλιέργεια σχέσεων μπορεί επίσης να οδηγήσει ένα παιδί που είναι πιο κοινωνικά ικανό να έχει καλύτερες δεξιότητες επικοινωνίας από ένα παιδί που δεν αισθάνεται αυτές τις οικογενειακές συνδέσεις (Dahl et.al. 2012).

Η γονική συμμετοχή στις δραστηριότητες των παιδιών έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε ένα πιο κοινωνικό παιδί. Έχοντας τους γονείς του να δείχνουν ενδιαφέρον για τις δραστηριότητές του το παιδί αναπτύσσει μια ισχυρή αίσθηση εαυτού (Cole & Cole, 2000).

Οι γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ανάπτυξη της πρώιμης παιδικής ηλικίας, υποστηρίζοντας την παιδεία. Με την ενθάρρυνση της πρακτικής των μαθηματικών και των δεξιοτήτων ανάγνωσης, οι γονείς μπορούν να αυξήσουν την ετοιμότητα του σχολείου στο παιδί τους. Ακόμα και τα πρώτα μαθήματα, όπως το τραγούδι του αλφαβήτου ή η μέτρηση αντικειμένων, μπορούν να οδηγήσουν σε περισσότερες επιτυχίες στην τάξη (Cole & Cole, 2000).

Ακόμα και πριν γεννηθεί ένα παιδί, οι οικογένειες θέτουν το στάδιο για την ανάπτυξή τους, η οποία αρχίζει με επαρκή προγεννητική φροντίδα και υγιή εγκυμοσύνη. Οι οικογένειες θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι τα μικρά παιδιά τους λαμβάνουν επαρκή τροφή, στέγη και ιατρική φροντίδα και επίσης πρέπει να εξασφαλίζουν ότι τα παιδιά ζουν σε ασφαλή περιβάλλοντα για να εξερευνήσουν και να μάθουν τον κόσμο (Langford, 2009).

Η έλλειψη θετικής σχέσης με τους γονείς αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν τα παιδιά μείζονα συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της εγκληματικότητας ανηλίκων (Langford, 2009). Παράγοντες όπως η φτώχεια, η χαμηλή εκπαίδευση και το οικογενειακό άγχος μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την

ποιότητα σχέσης γονέα-παιδιού, περιορίζοντας τις ευκαιρίες για τόνωση και ανταπόκριση στις αλληλεπιδράσεις, παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και έκθεση σε δραστηριότητες που μπορούν να εμπλουτίσουν την υγεία, τις γνώσεις και τις δεξιότητες των παιδιών. και οι υπηρεσίες έχουν σχεδιαστεί για να εξασφαλίζουν ότι οι οικογένειες είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους και να ξεπεράσουν τους παράγοντες άγχους που μπορεί να βλάψουν την αποτελεσματική γονική μέριμνα (Langford, 2009).

Στην πρώιμη παιδική ηλικία, η οικογένεια παρέχει τις σημαντικότερες θεμελιώδεις βάσεις καθώς και τη φροντίδα και την τόνωση που απαιτούνται για την ανάπτυξη των παιδιών. Η ποιότητα της περίθαλψης - σωματική, συναισθηματική και κοινωνική - απορρέει από σταθερές συνθήκες ζωής, τόσο κοινωνικοοικονομικές όσο και ψυχοκοινωνικές (Brooks et al., 2012).

Η αλληλεπίδραση των παιδιών με τους ενήλικες και τους συνομηλίκους τους είναι το κλειδί για μια επαρκή διέγερση στο οικογενειακό περιβάλλον. Οι εγγύς διαδικασίες λειτουργούν ως βασικοί μηχανισμοί αυτής της αλληλεπίδρασης και βοηθούν τα παιδιά να αναπτύξουν την αντίληψή τους και να καθοδηγήσουν και να ελέγξουν τις συμπεριφορές τους. Επιπλέον, συμβάλλει στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων αναπτύσσοντας σχέσεις και δημιουργώντας το δικό τους φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Brooks et al., 2012).

Η οικογένεια εξακολουθεί να ενεργεί ως μεσολαβητής μεταξύ παιδιών και κοινότητας, προωθώντας την κοινωνικοποίησή τους, η οποία είναι απαραίτητη για τη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών. Ως ανοιχτό σύστημα που εξελίσσεται μέσω της ανταλλαγής σχέσεων με άλλα συστήματα, η οικογένεια πέρασε αλλαγές που αντικατοπτρίζουν τις ευρείες κοινωνικές αλλαγές. Έτσι, προέκυψαν νέες διατάξεις, εκτός από εκείνες της πρώην κυρίαρχης οικογένειας που αποτελούσαν το ζευγάρι και τα παιδιά τους. Ανεξάρτητα από τη διάρθρωσή της, η οικογένεια παραμένει η βασική σχέση μεταξύ παιδιών και κόσμου (Brooks et al., 2012).

Η υγιής ανάπτυξη των παιδιών αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την πρόληψη της κακοποίησης και της αμέλειας. Η αποτελεσματική γονική μέριμνα και η ανάπτυξη οικογενειακών σχέσεων αποτελούν τη βάση για υγιή ανάπτυξη παιδιών και για μια σταθερή και παραγωγική κοινωνία. Οι οικογένειες πρέπει να υποστηρίζονται από

πολιτικές και υπηρεσίες που εξασφαλίζουν ότι τα παιδιά μεγαλώνουν σε περιβάλλον φροντίδας και σταθερό περιβάλλον χωρίς κακοποίηση και παραμέληση, επιτρέποντας έτσι στα παιδιά να αξιοποιήσουν πλήρως το δυναμικό τους. Χωρίς αυτή την υποστήριξη, τα πολύ μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε διάφορα θέματα που επηρεάζουν την ανάπτυξή τους και μπορεί να οδηγήσουν σε μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς και προκλήσεις σωματικής και ψυχικής υγείας (Prevent Child Abuse America, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΓΚΑΥΜΑ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΦΩΤΙΑΣ

Η φωτιά έχει υπάρξει καταλυτική στη διαμόρφωση του ανθρώπινου πολιτισμού. Εκτός των άλλων, επέτρεψε στους προγόνους μας να μετακινηθούν προς ψυχρότερα μέρη, έφερε επανάσταση στην μαγειρική και στην αξιοποίηση των τροφίμων.

Η δυνατότητα των προγόνων μας να ελέγξουν την φωτιά αποτέλεσε κομβικό σημείο στην εξέλιξη του ανθρώπινου είδους. Ο homo erectus θεωρείται ο πρώτος που αποδεδειγμένα χρησιμοποίησε την φλόγα περίπου πριν 400.000 χρόνια. Νεότερα ευρήματα όμως δείχνουν ότι οι πρώτοι άνθρωποι που χρησιμοποίησαν τη φωτιά μπορεί να ανάγοντα σε 1.7 εκατομμύρια χρόνια πριν, οι απόψεις των επιστημών όμως ακόμη διχάζονται σε αυτό (<https://jotul.gr> > articles).

Η Ελλάδα έχει πλούσιο παλαιολιθικό υπόβαθρο, ωστόσο πιο συχνά εντοπίζουμε φωτιά από τύχη από ό,τι μέσω έρευνας. Οι καλύτερες πιθανότητες να βρεθούν ίχνη φωτιάς είναι σε σπηλιές των τελευταίων 100.000 ετών, που στην Ελλάδα είναι διατηρημένες σε καλή κατάσταση εξαιτίας των ασβεστολιθικών τοπίων της. Τα σπήλαια Ασπροχάλικο στην Ήπειρο και Κλεισούρα στην Αργολίδα είναι καλά παραδείγματα, το πρώτο με εστίες και στάχτη που άφησαν οι Νεάντερταλ και το άλλο με εστίες που άφησαν πίσω τους οι Homo sapiens από την Άνω Παλαιολιθική.

2.2 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)

2.3 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 0,25m² και για τους ενήλικες μέχρι και 1,8m². 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:

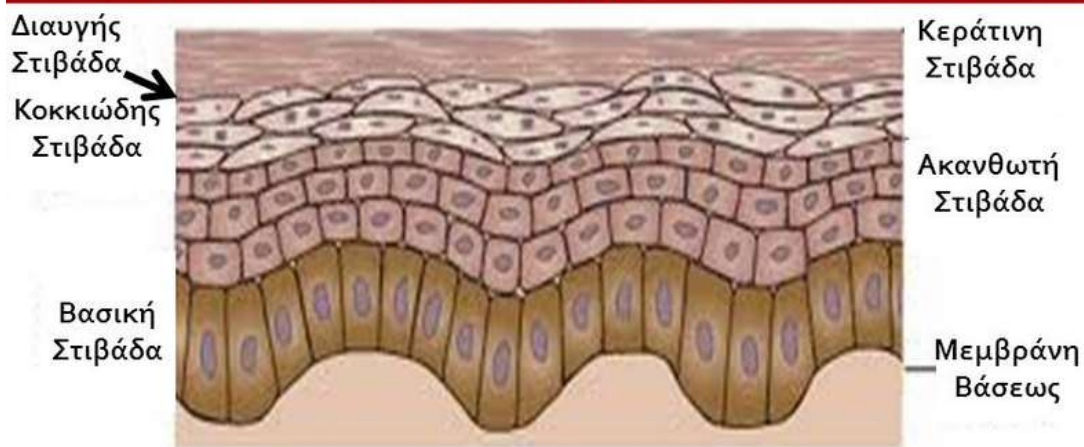
- **Οι πόροι:** Αυτοί είναι ορατοί με γυμνό μάτι και αποτελούν τα στόμια των αδένων του δέρματος.
- **Οι δερματικές ακρολοφίες:** Αυτές βρίσκονται στην παλαμιαία επιφάνεια των χεριών και στην πελματιαία επιφάνεια των ποδιών.
- **Οι πτυχές του δέρματος:** Πρόκειται για αυλάκια ή γραμμώσεις που σχηματίζονται 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)

ΟΙ ΣΤΙΒΑΔΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ



Εικ. 1.1: Οι στιβάδες της επιδερμίδας (Πηγή:repository.library.teimes.gr)

Στην επιδερμίδα διακρίνονται επιμέρους πέντε στιβάδες:

- **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 στιβάδων.
- **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.
- **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.
- **Η κεράτινη στιβάδα:** Αποτελείται από απύρηννα 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.
- **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 Merkel

Τα κερατινοκύτταρα είναι τα κύτταρα που κατακλύζουν την επιδερμίδα. Ξεκινάνε από τη βασική στιβάδα, όπου παρουσιάζουν και τη μεγίστη μιτωτική δραστηριότητα. Έχουν ένα μεγάλο βαθυχρωματικό πυρήνα με έναν ή περισσότερους πυρηνίσκους. Το κυτταρόπλασμα των κερατινοκυττάρων περιέχει ριβοσώματα, μιτοχόνδρια και τονοϊνίδια (δηλαδή, πολυπεπίδια 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, περιβάλλουν τον πυρήνα των κυττάρων αυτών και τα προστατεύουν από την υπεριώδη 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.

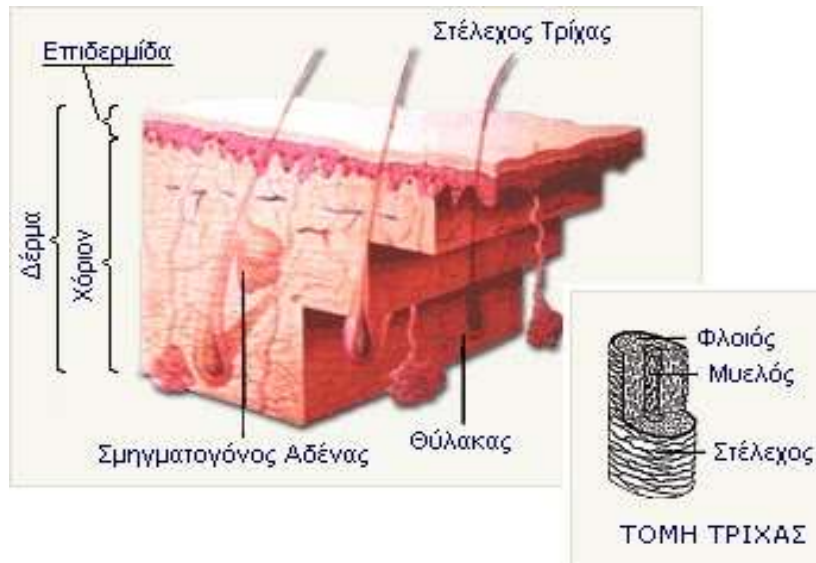
Τα κύτταρα του Merkel εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι άφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας. (Κωστάκης, 2005)

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 άλλα μέρη του δέρματος.



Εικόνα 2.1: Τμήματα της επιδερμίδας(πηγη:slideplayer.gr)

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

- ✓ Τρίχες
- ✓ Νύχια
- ✓ Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι)

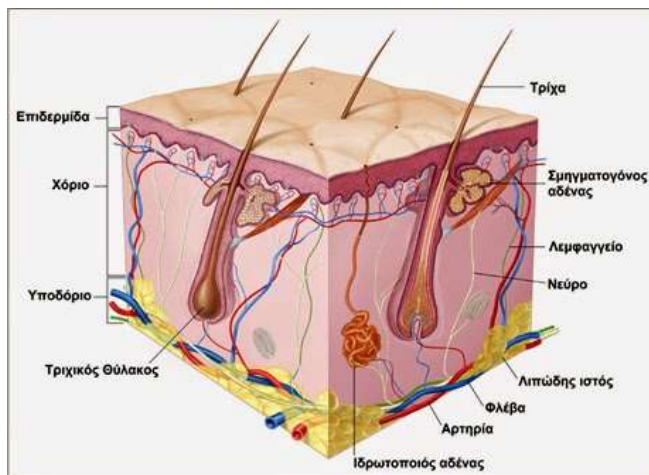
Ο τριχοσμηγματογόνος θύλακας αποτελείται από τον τριχικό θύλακα (ο οποίος είναι μια κατάδυση της επιδερμίδας στο χόριο), έναν ή περισσότερους σμηγματογόνους αδένες και από τον ανελκτήρα ή ορθωτήρα μυ της τρίχας. Ο σμηγματογόνος αδένας εκκρίνει το σμήγμα, μια ουσία, η οποία προέρχεται από την αποσύνθεση 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 σε 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 3,1: Δομή και τμήματα του δέρματος(πηγή:nemertes.lis.upatras.gr)

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 απεκκριντικό 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 κεράτινης 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. Τη 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 CO₂ είναι μόλις 1/220 του CO₂ 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).

2.4 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)

- *Οι Διαταραχές όγκου:* οι συγκεκριμένες διαταραχές προκαλούνται από την εξαγγείωση του πλάσματος. Σε αυτό το στάδιο δημιουργείται απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών με αποτέλεσμα το ολιγαιμικό 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 υπερκαλιαιμία και βλάβες σε διάφορα όργανα όπως στους νεφρούς και στο ήπαρ. (Σέχα, 1995)

- *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)
- *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)
- *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)
- *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:

- Η πημμελής 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)

- 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)

2.5 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)

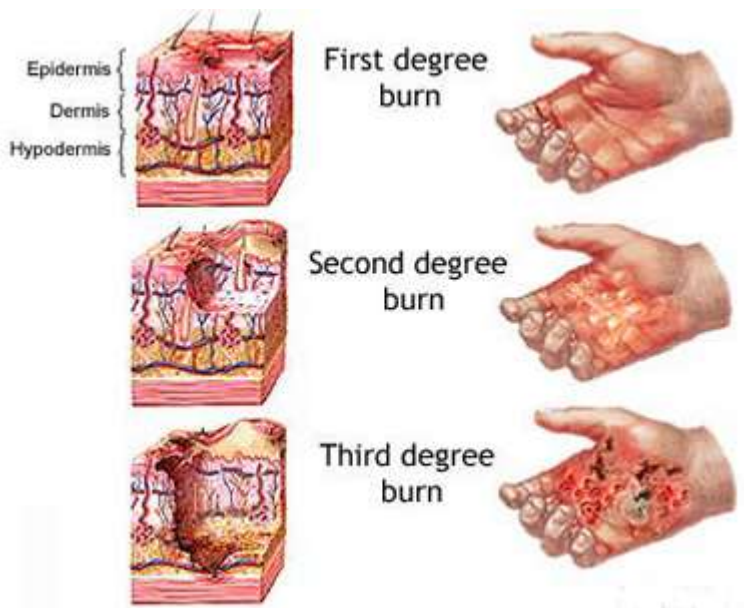
2.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

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 4,1: Κατηγορίες εγκαυμάτων (πηγή:beautyview.gr)

2.7 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:

- **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 και επηρεάζει ολόκληρο το σώμα. Σήψη είναι μια ταχέως εξελισσόμενη, απειλητική για τη ζωή κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει σοκ και ανεπάρκεια οργάνων.
- **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 έλλειψη αίματος και απώλεια υγρού εμποδίζει την καρδιά από την επαρκή αίματωση στο σώμα.
- **Η υποθερμία (επικίνδυνα χαμηλή θερμοκρασία σώματος):** Το δέρμα βοηθά στον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος, έτσι ώστε όταν ένα μεγάλο τμήμα του δέρματος έχει υποστεί τραύμα, 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.
- **Αναπνευστικά προβλήματα:** Η εισπνοή ζεστού αέρα ή καπνού μπορεί να κάψει τους αεραγωγούς και να προκαλέσει δυσκολία στην αναπνοή. Ο καπνός όταν εισπνέεται προκαλεί ζημιές στους πνεύμονες και με αποτέλεσμα να δημιουργήσει αναπνευστική ανεπάρκεια.
- **Προβλήματα οστών και αρθρώσεων:** Βαθιά εγκαύματα μπορούν να περιορίσουν την κίνηση των οστών και των αρθρώσεων.
- **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 κόμα. Οι μετεγκαυματικοί σπασμοί φαίνεται να είναι μοναδικοί στα παιδιά. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εγκαυματική αυτή εγκεφαλοπάθεια αποδίδεται σε: υποξαιμία, υπονατριαιμία, υποογκαιμία, σηψαιμία και χορήγηση φαρμάκων. Όταν καθοριστεί το αίτιο αρχίζει και η κατάλληλη θεραπεία.
- **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 σε οποιοδήποτε

χρόνο κατά την μετεγκαυματική περίοδο και να διαρκέσει από λίγες ημέρες μέχρι μερικούς μήνες. ρυθμίζεται με χορήγηση διουρητικών και αντιυπερτασικών φαρμάκων.

- **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.

2.8 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

Ποσοτική εκτίμηση

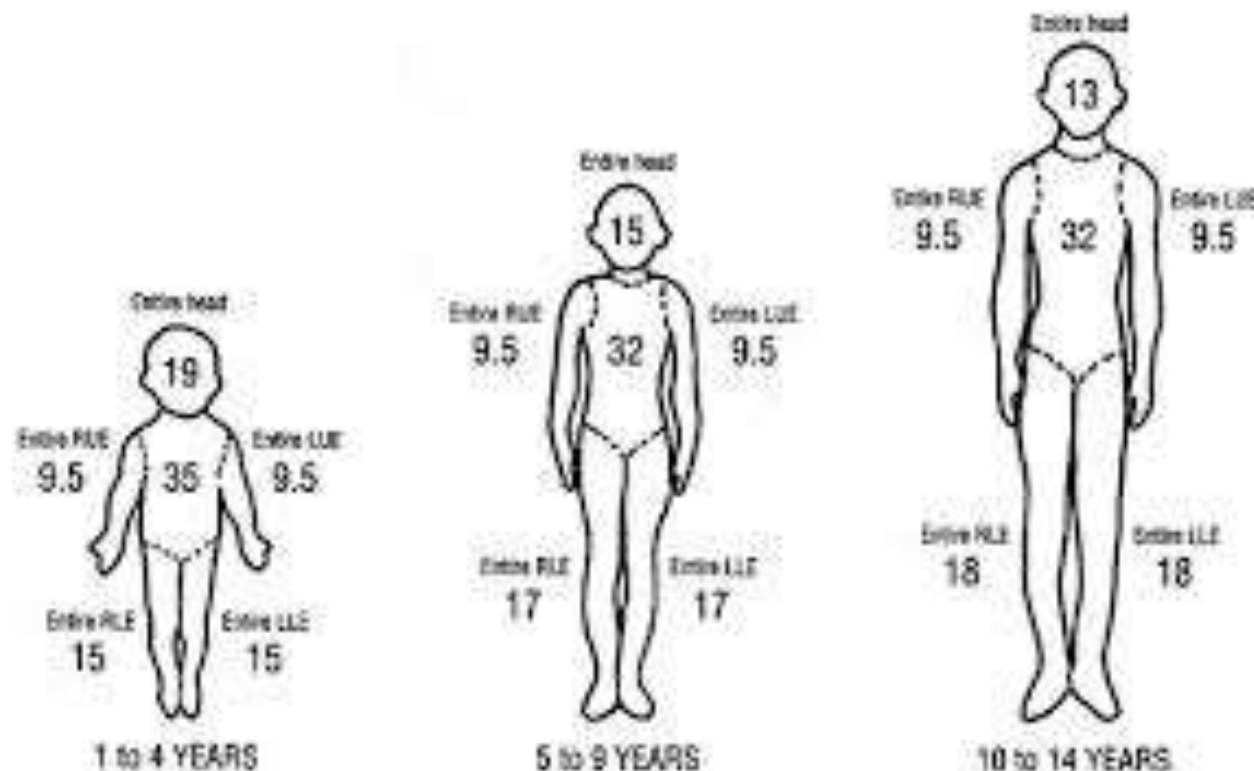
Η βαρύτητα ενός εγκαύματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση της εγκαυματικής επιφάνειας, η ποσοτική εκτίμηση της οποίας υπολογίζεται με την μέτρηση του ποσοστού της εγκαυματικής επιφάνειας επί την ολική επιφάνεια του σώματος. Η πιο δημοφιλής μέθοδος υπολογισμού της έκτασης της εγκαυματικής επιφάνειας 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 την εγκαυματική επιφάνεια είναι αντίστοιχος του ποσοστού της

βλάβης. Και οι δύο αυτοί κανόνες θεωρούνται ανακριβείς για τα παιδιά για το λόγο ότι οι ανατομικές αναλογίες είναι διαφορετικές με αυτές των ενηλίκων.



Εικόνα 1,2.κανόνας των 9% βρέφη, παιδιά, ενήλικες (πηγή:eureka.teithe.gr.jpg)

Ποιοτική εκτίμηση

Η ποιοτική εκτίμηση ενός εγκαυματικού τραύματος βασίζεται στην αξιολόγηση της εν τω βάθει 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 δευτέρου επεκτείνεται και στο χόριο ενώ του τρίτου περιλαμβάνει όλες της στιβάδες του δέρματος. Μερικοί αναφέρουν και τετάρτου βαθμού εγκαυματική βλάβη όπου η νέκρωση επεκτείνεται σε μυς, υποδόριο λίπος ακόμη και στα οστά.

Η κλινική εκτίμηση του βάθους ενός εγκαύματος βασίζεται σε τέσσερα κλινικά σημεία: την αισθητικότητα, την ύπαρξη φυσαλίδων, την χροιά και την υφή του δέρματος. Συνοψίζοντας πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την αρχική εκτίμηση στον τόπο συμβάντος 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 αντιμετωπίζεται αναλόγως έως την πιο λεπτομερή εξέταση στο νοσοκομείο. (http://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_23/19.pdf)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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 βάθους 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 εσχारेκτομή 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 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 Α, C –
- Τόνωση ηθικού του ασθενή.
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και φλεβοκαθετήρα.

Στην περίπτωση που παρουσιαστεί ενεργός αιμορραγία, τότε πραγματοποιείται πιεστική περίδεση, και είναι βασικό να 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 κυκλοτερή 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. (Μαλγαρινού, 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 δυσσομία 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 περίδεση 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 λευκόματος.

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 υγρά επίδεση ενώ ελαττώνει την θερμαντική απώλεια δημιουργεί ταχεία απώλεια ηλεκτρολυτών με το διάλυμα του νιτρικού αργύρου. Αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση υπονατριαιμίας 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 θερμότητας 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, καταστούν 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 ασθενούς 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 ενίοτε 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 εσχάρεις 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 αγγειόσπασμος 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 ($\alpha+\beta$ 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)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

5.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

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-Χαλκιοπούλου 2003, Λουκουμάκου

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 κλαίνε 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 μετριάξει τους φόβους του παιδιού (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 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 καθησύχηση 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. 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. 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. 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 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)

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 παίξει 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 του χαρακτηριστικού 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-Χαλικοπούλου,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 αποχώρησή 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 ενοούρηση.
- ✓ 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-Χαλικιοπούλου 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 αξιών 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 ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ασθενής ηλικίας 12 ετών εισήχθη στο ΠΓΝΠ στο τμήμα επαγόντων περιστατικών μετά από έγκαυμα που προκλήθηκε στο δεξί χέρι και το θώρακα. Το παιδί βρισκόταν στο σπίτι της γιαγιάς του και από απρόσεκτη κίνηση χύθηκε επάνω του το λάδι με το οποίο μαγείρευε η γιαγιά του.

Η ιατρική εξέταση έδειξε ότι το παιδί έχει έγκαυμα 2^{ου} βαθμού στο θώρακα και το δεξί χέρι.

Η γενική κατάσταση της υγείας του ήταν καλή με τα αισθητηριακά του όργανα να λειτουργούν άρτια.

Τα προβλήματα που κληθήκαμε να αντιμετωπίσουμε ήταν :

- Πόνος
- Απώλεια υγρών
- Πιθανή μόλυνση

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:01/12/2007

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Έγκαυμα 2^{ου} βαθμού

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Απώλεια υγρών από τις εγκαυματικές επιφάνειες.	Αποκατάσταση της απώλειας ηλεκτρολυτών	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματίζεται η έναρξη ταχείας χορήγησης διαλυμάτων ενδοφλεβίως και κρυσταλλοειδών. • Συνεχής παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών 	Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως οροί Ringer's 1000ml x 1, D/W 5% 1000ml x1	Ικανοποιητικά αποτελέσματα χωρίς ένδειξη επιπλοκών και ικανοποιητικό ισοζύγιο υγρών.)

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πιθανή μόλυνση εγκαυματικής επιφάνειας	Πρόληψη μικροβιακής μόλυνσης	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση φαρμάκων (αντιβιοτικά) • Εφαρμόζεται άσηπτη τεχνική κατά τη χορήγηση και τις νοσηλείες 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε αντιβιοτικό Claforan fl. 1gr.1x3 ενδοφλεβίως. Χορηγήθηκε, επίσης, ενδομυϊκά 1 amp. Tetagam 250ml x1 • Για την πρόληψη από τη μόλυνση πραγματοποιήθηκαν συνεχείς καθαρισμοί της πάσχουσας περιοχής 	Δεν παρουσιάστηκαν σημάδια μικροβιακής μόλυνσης.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων	Χορηγήθηκε επί πόνου ½ amp. Pethidine ενδομυϊκώς	<ul style="list-style-type: none"> • Καλή αντιμετώπιση του πόνου. • Αίσθηση ανακούφισης από τον ασθενή

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ασθενής ηλικίας 8 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 κάτω 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.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Θ.Π.

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:21/09/2011

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Έγκαυμα 2ου βαθμού στο δεξί κάτω άκρο

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έντονος πόνος	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα του πόνου	<ul style="list-style-type: none"> • Να αξιολογηθούν τα σημεία πόνου (π.χ. προφορικές εκδηλώσεις, ανησυχία εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία. κλπ) • Να αξιολογηθεί η αντίληψη του ασθενούς στον πόνο (εντόπιση, ένταση, τύπος, χρήσης αριθμητικής κλίμακας) • Να εφαρμοστούν μη φαρμακευτικά μέτρα ύφεσης του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Το παιδί είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και αντιδρά έντονα στο αίσθημα του πόνου (ιστορικό από τη μητέρα) • Σύμφωνα με την αριθμητική κλίμακα το παιδί εκτιμά ότι ο πόνος του διαβαθμίζεται 8/10 • Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Depon) σε εφάπαξ δόση και στη συνέχεια τέθηκε σε συστηματική αναλγητική αγωγή 100cc x3 	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ερυθρότητα και ερεθισμός.	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί η ερυθρότητα και ο ερεθισμός. • Να προληφθεί η πιθανότητα φλεγμονής 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελεγχθεί το δέρμα ως προς την ερυθρότητα που εμφανίζεται. • Να διατηρηθεί καθαρό το δέρμα του παιδιού • Να εφαρμοστούν μέτρα κατά της υπερβολικής υγρασίας και να πρόληφθεί η ξήρανση του δέρματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αναγνώριση φυσαλίδων στην εγκαυματική περιοχή. • Έγινε καθαρισμός της περιοχής για την απομάκρυνση νεκρών κυττάρων και μικροοργανισμών • Τοποθετήθηκε ενυδατικό γαλάκτωμα σώματος: Bepanthol cream 	Πλήρης επούλωση δέρματος

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Φυσαλίδες	<ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθεί ο κίνδυνος επιμόλυνσης • Να προληφθεί η εξάπλωση του περιμετρικά της πάσχουσας περιοχής 	<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	<ul style="list-style-type: none"> • Πλύση της πάσχουσας περιοχής με N/S 0.9% • Εφαρμόστηκε μέθοδος τοπικής κλειστής θεραπείας: με την εφαρμογή επιθεμάτων 	Οι φυσαλίδες σταδιακά υποχώρησαν

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α' ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

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

Hall JR., (1998), The total cost of fire in the United States through 1995. Quincy (Kentikelenis A, Karanikolos M, & Papanicolas I, (2011) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *Lancet*, 378(8),1457-1489

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

Johnson, R.C., & Schoeni, R.F. (2007). The Influence of Early-Life Events on Human Capital, Health Status, and Labor Market Outcomes over the Life course. *Population Studies Center Research Report* 125(3)612-616.

Kiernan, K. E. & Mensah, F. K. (2009) Poverty, maternal depression, family status and children's cognitive and behavioural development in early childhood: a longitudinal study. *J. Socl Poly*, 38(4), 569– 588.

Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L. & Shonkoff, J. P. (2006) Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proc. Natn. Acad. Sci. USA*, 103 (5)10155– 10162.

Koocher, Gerald P., Erin K. Curtiss,. & Patton K. (2001). Medical Crisis Counseling in a Health Maintenance Organization: Preventive Intervention." *Professional Psychology: Research and Practice* 32(1) 52–58.

Korir W. (2018). Influence of Parental Occupation and Parental Income on Students' Academic Performance in Public Day Secondary Schools. *World Journal of Innovative Research (WJIR)*, 5(6), 01-10.

Kreppner K. & Lerner R.M.. (1990). *Family Systems and Lifespan Development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates MA): Fire Protection Association

Priscilla L. Karen B.(2004), Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική(κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς), 2^{ος} τόμος, 3^η Έκδοση,

Sheridan R.L., Tompkins R.G., What's new in burns and metabolism J Am Coll Surg. Feb 2004; 198(2): 243-263.

Martínez C. García-O. (2004) Técnicas de afrontamiento del estrés para Atención Primaria Formación Médica Continuada, 11 (Supl. 3), pp. 58-70

B' ΕΛΛΗΝΙΚΗ

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

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

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

Καλημέρη, Αθ.; Μπατζακάκη, Ν., (2009) Έγκαυμα και παιδιά – Ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Γ' ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

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

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

Δ' ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

repository.library.teimes.gr

slideplayer.gr

beautyview.gr

eureka.teithe.gr.jpg

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