



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*“Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική:  
Κλινική Πράξη και Έρευνα”*

### ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για  
πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο”**

**Φωτεινή Μπακαλάκη**

A.M.: 20190463

#### **Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

**Κουτελέκος Ιωάννης (Επιβλέπων)**

*Επίκουρος Καθηγητής, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Δυτικής  
Αττικής.*

**Ζάβρας Νικόλαος**

*Αναπληρωτής Καθηγητής, Παιδοχειρουργικής, Ιατρική Σχολή  
ΕΚΠΑ*

**Περδικάρης Παντελεήμων**

*Επίκουρος Καθηγητής, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου  
Πελοποννήσου*

**ΑΘΗΝΑ**  
**Οκτώβριος, 2022**



HELLENIC REPUBLIC

**National and Kapodistrian  
University of Athens**

EST. 1837

**School of Health Sciences  
Department of Medicine**

## **MASTER PROGRAM IN**

***“General Pediatrics and Pediatric Subspecialties:  
Clinical Practice and Research”***

## **MASTER THESIS**

***“Investigation of children's desire for information during  
the perioperative period”***

**Foteini Bakalaki**

**Register Number: 20190463**

### **Examining Board Members**

**Ioannis Koutelekos (Supervisor)**

*Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica-Faculty of Health & Caring Sciences*

**Nikolaos Zavras (Supervisor)**

*Associate Professor, Pediatric Surgery, Medical School of EKPA*

**Panteleimon Perdikaris (Supervisor)**

*Assistant Professor, Department of Nursing, University of Peloponnese*

**Athens  
October, 2022**

© 2022

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)

Μπακαλάκη Φωτεινή, ΠΕ Νοσηλεύτρια

*Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ” αποτελεί συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και της φοιτήτριας, ο/η καθένας/μία από τους/τις οποίους/ες έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και την συγγραφέα και το ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε η Διπλωματική Εργασία καθώς και τον Επιβλέποντα και τα άλλα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.*

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία με τίτλο:

**Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο**

για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του **Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ”**, της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Η εργασία αυτή αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος.

Κατά τη συγγραφή, ακολούθησα την πρόπτουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Σε κάθε περίπτωση, αναληθούς ή ανακριβούς δηλώσεως, υπόκειμαι στις συνέπειες που προβλέπονται στον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα, και στις διατάξεις που προβλέπει η Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας».

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Υπογραφή: 

Όνοματεπώνυμο: Μπακαλάκη Φωτεινή

Αριθμός Μητρώου: 20190463

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Κουτελέκο Ιωάννη όπως επίσης και την κυρία Μπάρτζη Κωνσταντίνα επιμελήτρια αναισθησιολογίας στο Παιδων «Η Αγία Σοφία» για την πολύτιμη βοήθεια τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

### **ΤΙΤΛΟΣ: Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο**

**Εισαγωγή:** Ο περιεγχειρητικός διάλογος ανάμεσα στον παιδοχειρουργικό ασθενή και τον επαγγελματία υγείας είναι ιδανικός και θα μπορούσε να φανεί χρήσιμος δίνοντας στα παιδιά την ευκαιρία να συμμετέχουν στον προγραμματισμό του πλαισίου της προεγχειρητικής τους αλλά και μετεγχειρητικής τους φροντίδας. Μεγαλύτερο προεγχειρητικό άγχος μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα αρνητικών συμπεριφορών. Τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς θέλουν να λαμβάνουν ολοκληρωμένες περιεγχειρητικές πληροφορίες.

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι να αναδειχθεί ο βαθμός της επιθυμίας για πληροφόρηση των παιδοχειρουργικών ασθενών ηλικίας 7-17 χρονών καθώς και το πως αλληλοεπιδρά η ένταση του άγχους των παιδιών αυτών με την πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο.

**Μεθοδολογία:** Η μελέτη είναι συγχρονική παρατήρησης και πραγματοποιήθηκε με δείγμα ευκολίας. Έγινε συλλογή ερωτηματολογίων από 80 παιδιά ηλικίας 7-17 ετών αγόρια και κορίτσια που πραγματοποίησαν χειρουργική επέμβαση κατά το χρονικό διάστημα 10/05/2021-18/03/2022 σε δύο από τα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Ως εργαλείο των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο CDI (Children’s Desire for Information) με δείκτη εσωτερικής συνοχής total score Cronbach’s alpha 0,918 για τους ασθενείς που μιλούσαν ελληνικά. Όπως επίσης και το ελληνικό ερωτηματολόγιο STAIC-State και STAIC-Trait με δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach’s alpha 0,922 και 0,826 αντίστοιχα. Οι κλινικές από τις οποίες προέρχονται οι ασθενείς είναι αποκλειστικά παιδοχειρουργικές. Τα κριτήρια ένταξης των παιδιών στην μελέτη ήταν: α) να ομιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα, β) να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη με γραπτή συγκατάθεση του γονέα-συνοδού, γ) η ηλικία να είναι 7-17 ετών. Ενώ τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: παιδιά α) που έπασχαν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή και λάμβαναν αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή, β) που είχαν κάποιο νευρολογικό-αναπτυξιακό πρόβλημα που δυσκόλευε την λεκτική και γραπτή επικοινωνία λόγω π.χ. νοητικής υστέρησης, γ) που δεν συναινούσαν οι ίδιοι οι γονείς, κηδεμόνες με γραπτή συγκατάθεση-συναίνεση. Επίσης, τα παιδιά που έλαβαν μέρος είχαν αρνητικό μοριακό τεστ για τον SARS-CoV-2 πριν την χειρουργική επέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων τα αποτελέσματα που προέκυψαν ανέδειξαν τους παρακάτω παράγοντες ως στατιστικά σημαντικούς. Έτσι λοιπόν, το αποτέλεσμα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης του δείκτη “CDI- total score” αναδεικνύει το γεγονός ότι ο φόβος του παιδιού για την επέμβαση με  $p < 0,012$  είναι καθοριστικός και επισημαίνει τον τρόπο που τα παιδιά αισθάνονται για το χειρουργείο όταν οι πληροφορίες που έχουν λάβει είναι ανεπαρκείς και ελλιπείς. Η οικογενειακή κατάσταση του φροντιστή με  $p < 0,006$  επίσης διαδραματίζει ως κοινωνικοδημογραφικό στοιχείο τον ρόλο της στον βαθμό επιθυμίας για πληροφόρηση από το παιδί που πρόκειται να χειρουργηθεί. Αντίστοιχα, ο τόπος διαμονής με  $p < 0,032$  φαίνεται να συγκεντρώνει ενδιαφέρον. Όπως επίσης με  $p < 0,016$  η κατάσταση άγχους του παιδιού που μετρήθηκε με βάση τις απαντήσεις των παιδιών στο ερωτηματολόγιο STAIC-State. Τέλος, ο ερχομός του παιδιού στο νοσοκομείο με  $p < 0,052$  οριακά σημαντικό φανερώνει τη διαφορά που εμφανίζουν τα παιδιά στην επιθυμία για πληροφόρηση σύμφωνα με το γεγονός του αν χειρουργήθηκαν εκτάκτως ή προγραμματισμένα.

Συμπεράσματα: Τα παιδιά που πρόκειται να χειρουργηθούν στα δύο αυτά ελληνικά παιδιατρικά νοσοκομεία έχουν αποδεδειγμένα το δικαίωμα και την ανάγκη για πληροφόρηση προεγχειρητικά. Τα αποτελέσματα ειδικότερα επισημαίνουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες τα παιδιά παρουσίασαν την ανάγκη αυτή εντονότερη. Επομένως, συμπεραίνουμε ότι η δυνατότητα να αντιλαμβάνονται επαρκώς οι επαγγελματίες υγείας την επιθυμία των παιδιών για πληροφόρηση προεγχειρητικά και η ικανότητα τους να επιλύουν τις απορίες τους και να εμπνέουν αίσθημα εμπιστοσύνης στους ασθενείς τους είναι πρωταρχικής σημασίας καθώς αυτό μπορεί να μετριάσει το φόβο και το άγχος που βιώνουν τα παιδιά.

**ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ:** Περιεγχειρητική Διερεύνηση

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** Επιθυμία, πληροφόρηση, παιδιά, περιεγχειρητικά

## **ABSTRACT**

### **TITLE: Investigation of children's desire for information during the perioperative period**

Background: The perioperative discussion between the child patient and the healthcare providers could be ideal giving the children the opportunity to participate in the planning of their preoperative and postoperative care. Great preoperative anxiety can be correlated with higher frequency of negative behaviors. Both children and their parents need comprehensive information preoperatively.

Aim: The aim of this study is to estimate the desire for information of the child patients preoperatively aged 7-17 years old, as long as to clarify the interaction between the level of anxiety of these children and their need for information during the perioperative period.

Method: The study is cross-sectional observational. The sampling was convenient. We collected 80 questionnaires from children aged between 7-17 years old, both boys and girls who underwent surgical operation. This study took place in two pediatric hospitals of Attica between 10/05/2021-18/03/2022. As an instrument of interviews was used the translated in Greek CDI (Children's Desire for Information) questionnaire with internal consistency coefficient Cronbach's alpha 0,918. In addition, we used the Greek version of STAIC-State and STAIC-Trait with internal consistency coefficients 0,922 and 0,826 respectively. The children who participated in this study were exclusively admitted in pediatric surgery clinics. The inclusion criteria of this study were: a) children able to understand and speak Greek, b) to be willing to participate in this study with the informed consent of the parents, c) aged between 7-17 years old. On the other side, the exclusion criteria were children: a) who suffered from a psychiatric disorder and were receiving prescribed medication, b) who had a neurological-developmental problem that made verbal and written communication difficult, for instance mental retardation, c) whose parents-guardians themselves did not wish to participate, with written consent. Moreover, the participating children had a negative molecular test for SARS-Cov-2 before surgery.

Results: From the statistical analysis of the data the results obtained highlighted the following factors as important for their interpretation. Thus, the multivariate analysis of the "CDI-total score" indicates that the child's fear of surgery with  $p < 0.012$  is decisive and points out the way children feel about surgery when the information they have received is insufficient and incomplete. The family status of the caregiver with  $p < 0.006$  also plays its role as a socio-demographic factor in the degree of desire for information from the child who is going to be operated on. Accordingly, the place of residence with  $p < 0.032$  seems to gather interest. As well as with  $p < 0.016$  the child's anxiety state analyzed from the answers to the Greek version of STAIC-State questionnaire. Finally, his arrival at the hospital with a marginally significant  $p < 0.052$  shows the difference that children show in the desire for information according to the fact of whether they underwent emergency or scheduled surgery.

Conclusions: The children who are going to be operated on in these two Greek pediatric hospitals have a proven right and need for preoperative information. The results in particular highlight the conditions under which the children presented this need more strongly. Therefore, we conclude that the ability of healthcare professionals to adequately understand children's desire for information preoperatively and their ability to resolve their queries and instill confidence in their patients is paramount as this can alleviate the fear and anxiety that children experience.

**SUBJECT AREA:** Perioperative investigation

**KEYWORDS:** Desire, Information, Children, Perioperatively



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>(6-7. σελ.)</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>(8. σελ.)</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b> .....	<b>(9-10. σελ.)</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ</b> .....	<b>(11. σελ.)</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>(12. σελ.)</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>(13. σελ.)</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</b> .....	<b>(14. σελ.)</b>
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	(14. σελ.)
1.1.1 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ....	(14-18. σελ.)
1.1.2 Η ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ.....	(18-20. σελ.)
1.1.2.1. Πληροφόρηση του παιδιού σύμφωνα με την ηλικιακή του ανάπτυξη .....	(20-25. σελ.)
1.1.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	(25-27. σελ.)
1.1.3.1. Το άγχος και ο φόβος που βιώνει ο παιδοχειρουργικός ασθενής και η οικογένεια του .....	(28-33. σελ.)
1.1.3.2. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας του παιδοαναισθησιολογικού κατά την διάρκεια που βρίσκεται στο χειρουργείο ο ασθενής .....	(33-35. σελ.)
1.1.4 Η ΠΑΙΓΝΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ .....	(36-39. σελ.)
1.1.5. Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΖΩΓΡΑΦΙΚΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΠΡΟ-ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ .....	(39-41. σελ.)
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b> .....	<b>(41. σελ.)</b>
2.0. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	(41-42. σελ.)
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>(42. σελ.)</b>
3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	(42-44. σελ.)
3.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	(44-45. σελ.)
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ</b> .....	<b>(45-46. σελ.)</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ (ΕΥΡΗΜΑΤΑ)</b> .....	<b>(46-69 σελ.)</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>(69. σελ.)</b>
6.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	(69-77. σελ.)
6.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	(78. σελ.)

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>(78-82. σελ.)</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>(83-99. σελ.)</b>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	(83-87. σελ.)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ.....	(88-90. σελ.)
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ CDI, STAIC ..	(90-99. σελ.)

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

### **Ελληνικοί όροι**

ΟΗΕ

ΕΛΣΤΑΤ

### **Ξενογλωσσοί όροι**

CDI

STAIC-State

STAIC-Trait

NPO

RPT

CCPT

ASA

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού.....	(47. σελ.)
Πίνακας 2. Ικανοποίηση του παιδιού.....	(49. σελ.)
Πίνακας 3α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή.....	(50. σελ.)
Πίνακας 3β. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή .....	(51. σελ.)
Πίνακας 4. Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων.....	(55. σελ.)
Πίνακας 5. Δείκτες εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων .....	(57. σελ.)
Πίνακας 6. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων του άγχους των παιδιών και της επιθυμίας για περιεγχειρητική πληροφόρηση(σελ. 58)	
Πίνακας 7α. Μονοπαραγοντική ανάλυση της “CDI -total score”.....	(59. σελ.)
Πίνακας 7β. Μονοπαραγοντική ανάλυση της “CDI-total score”.....	(61. σελ.)
Πίνακας 7γ. Μονοπαραγοντική ανάλυση της “CDI-total score”.....	(63. σελ.)
Πίνακας 8. Πολυπαραγοντική ανάλυση του δείκτη “CDI-total score” με την μέθοδο enter .....	(65. σελ.)
Πίνακας 9. Πολυπαραγοντική Ιεραρχική ανάλυση του δείκτη “CDI-total score”.....	(66. σελ.)
Πίνακας 10. Πολυπαραγοντική ανάλυση του δείκτη “CDI-total score”.....	(68. Σελ.)

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ**

Σχήμα 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	(48. σελ.)
Σχήμα 2α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή .....	(52. σελ.)
Σχήμα 2β. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή .....	(53. σελ.)
Σχήμα 3. Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων .....	(56. σελ.)
Σχήμα 4α. Μονοπαραγοντική ανάλυση του "CDI -total score" .....	(60. σελ.)
Σχήμα 4β. Μονοπαραγοντική ανάλυση του "CDI -total score" .....	(62. σελ.)
Σχήμα 4γ. Μονοπαραγοντική ανάλυση του "CDI -total score" .....	(64. σελ.)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1.1.1. Η επικοινωνία του προσωπικού υγείας με τον άρρωστο

Οι περιπτώσεις στις οποίες κάτω από ορισμένες συνθήκες που μπορεί να οφείλονται σε κάποιο τυχαίο γεγονός και απαιτούν την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο αναμφίβολα προκαλούν ψυχοπιεστικά συναισθήματα. Αυτά αντανακλούν τόσο στον ψυχισμό του παιδιού όσο και στην εσωτερική συνοχή μιας οικογένειας. Υπάρχουν έρευνες σύμφωνα με τις οποίες γίνεται σαφές και ευδιάκριτο ότι: τα νοσηλευόμενα παιδιά με μικρότερη από μια εβδομάδα παραμονής στο νοσοκομείο, δυσανασχετούν και αποστασιοποιούνται κοινωνικά λιγότερο, σε σχέση με τα παιδιά που ο χρόνος παραμονής τους στο νοσοκομείο παρατείνεται ή αναγκάζονται να κάνουν εισαγωγές ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Παπαδάτου Δ. 2015).

Το ιδανικό θα ήταν ένα παιδί να λαμβάνει τις απαραίτητες οδηγίες για το πρόβλημα της υγείας του στα εξωτερικά ιατρεία από τους επαγγελματίες υγείας και να επιστρέφει σπίτι του. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα επιτρεπτό με βάση την διάγνωση και την κλινική εικόνα του παιδιού. Ως συνέπεια αυτού το παιδί λαμβάνει την ιατρονοσηλευτική περίθαλψη που του είναι αναγκαία στο χώρο του νοσοκομείου (Παπαδάτου Δ. 2015).

Υπάρχουν τριών ειδών παράγοντες που επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ψυχή του άρρωστου παιδιού. Πρώτον, οι ατομικοί παράγοντες που σχετίζονται αποκλειστικά με την διαφορετικότητα του κάθε παιδιού. Δεύτερον, οι διαπροσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που περικλείουν ότι έχει να κάνει με την στάση των κοντινών προσώπων που βρίσκονται δίπλα στο παιδί και συναναστρέφονται με αυτό(γονείς, συγγενείς, γιατροί, νοσηλευτές κ.τ.λ.). Και τρίτον, παράγοντες που σχετίζονται με την αρρώστια, δηλαδή πόσο σοβαρή είναι αυτή και πως μπορεί να θεραπευτεί. Κανένας από τους παραπάνω παράγοντες δεν είναι ανεξάρτητος, όλοι μαζί είναι δυναμικά αλληλένδετοι και οδηγούν το παιδί στη διαμόρφωση του δικού του τρόπου αντιμετώπισης της ανάγκης εισαγωγής του στο νοσοκομείο (Παπαδάτου Δ. 2015).

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι δυσάρεστες ψυχολογικές επιπτώσεις που έχει η νοσοκομειακή περίθαλψη στα παιδιά θεσμοθετήθηκαν σημαντικές διατάξεις με τα ακόλουθα θέματα: α) τα παιδιά πρέπει να νοσηλεύονται αποκλειστικά σε παιδιατρικά νοσοκομεία ή τμήματα, β) όποιος γονιός επιθυμεί να παραμείνει στο νοσοκομείο μαζί με

το παιδί του είναι ελεύθερος να το συνοδεύσει, και γ) το νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει δασκάλους και ψυχαγωγούς (Παπαδάτου Δ. 2015).

Προκειμένου να αποτραπούν και να προληφθούν οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εισαγωγή και η νοσηλεία ενός παιδιού στο νοσοκομείο θα πρέπει να εφαρμοστούν οι παρακάτω προϋποθέσεις. Πρώτον, το παιδί να λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες σε θέματα που έχουν να κάνουν με την παραμονή του στο νοσοκομείο, έτσι ώστε να βρίσκεται σε θέση να συνεργαστεί όσο το δυνατόν πιο αρμονικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς να νιώθει αμέτοχο και παθητικός δέκτης των όποιων παρεμβάσεων. Δεύτερον, το παιδί χρειάζεται συναισθηματική στήριξη με σκοπό να αποδεχθεί την αλλαγή των καθημερινών του δραστηριοτήτων και την προσωρινή απομάκρυνση από τους φίλους του. Τρίτον, η ενθάρρυνση της συμμετοχής του παιδιού στην προβλεπόμενη θεραπεία του είναι σημαντική δεδομένου ότι ο τρόπος αυτός εξαλείφει, τις παρερμηνείες και τις παράλογες ιδέες τιμωρητικού χαρακτήρα που βιώνει ο μικρός ασθενής. Τέλος, η παρότρυνση για εσωτερική διαχείριση των συναισθημάτων που απορρέουν από το διάστημα της παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη έτσι ώστε να μπορέσει το παιδί να προσαρμοστεί όσο το δυνατόν καλύτερα. (Παπαδάτου Δ. 2015)

Η έρευνα των *Sjöberg, C. et al* που διεξήχθη στην Σουηδία το 2013 σε ένα δείγμα 10 παιδιών ηλικίας 8-11 ετών είχε σκοπό να περιγράψει τις εμπειρίες τους στην περιεγχειρητική φροντίδα αλλά και να αναδείξει πόσο σημαντικό είναι να εκφράζουν τις απόψεις τους για θέματα που τους αφορούν. Είναι πολύ σημαντικό να μειωθεί ο φόβος και το άγχος μέσα από θετικές εμπειρίες αυξάνοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης. Πρόκειται για παιδιά που αφηγήθηκαν ή ερωτήθηκαν για την εμπειρία τους από την συμμετοχή τους στην περιεγχειρητική φροντίδα. Η έρευνα έδειξε ότι η λήψη προεγχειρητικών πληροφοριών που προετοιμάζουν το παιδί και η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τη μετεγχειρητική φροντίδα όπου τα παιδιά επιθυμούν να έχουν λεπτομερείς πληροφορίες είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την συμμετοχή των παιδιών. Όπως επίσης, και η λήψη αποφάσεων και η αίσθηση εμπιστοσύνης βοηθούν ουσιαστικά τα παιδιά. Η περιέργεια για το πως είναι το περιβάλλον και η φροντίδα στο χειρουργείο, το άβολο αίσθημα που υπάρχει κάποιες φορές κατά την αναμονή και η ανάγκη για απόσπαση προσοχής είναι παραδείγματα που επηρεάζουν την εμπειρία συμμετοχής των παιδιών στο χειρουργείο. Επομένως, πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για να βελτιωθούν οι ευκαιρίες των παιδιών να συμμετέχουν στο πλαίσιο της περιεγχειρητικής φροντίδας. Επιπλέον, οι νοσηλευτές του αναισθησιολογικού τμήματος οφείλουν να αποκτήσουν γνώσεις και να αναπτύξουν στρατηγικές για την παροχή πληροφοριών προεγχειρητικά και για την προαναισθητική εκτίμηση στα παιδιά (Sjöberg, C. et al 2013).

Τα παιδιά που υποβάλλονται σε αναισθησία συχνά βιώνουν άγχος και φόβο. Όταν φτάνουν στο χειρουργείο μπορεί να νιώσουν απώλεια ελέγχου, να συναντήσουν άτομα που δεν γνωρίζουν σε ένα άγνωστο περιβάλλον και στην χειρότερη περίπτωση να υποβληθούν σε δυσάρεστες και επώδυνες επεμβάσεις. Περίπου το 7,5% όλων των παιδιών, 0-18 χρόνων (n=150.000) έχει ετήσια στην Σουηδία την εμπειρία της αναισθησίας κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Από αυτά τα παιδιά το 73% παίρνουν γενική αναισθησία για χειρουργείο ημερήσιας νοσηλείας. Μεγάλο μέρος της αγωνίας τους συνδέεται με τις αναισθητικές διαδικασίες (με την διαδικασία της αναισθησίας). Επομένως, η βελτιστοποίηση της ευκαιρίας τους για συμμετοχή στην περιεγχειρητική φροντίδα είναι υψίστης σημασίας. Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά έχουν πιθανότητες να έχουν θετικές εμπειρίες, βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και ορισμένες φορές μια πιο ταχεία περίθαλψη. Συνήθως η συμμετοχή των παιδιών στην περιεγχειρητική φροντίδα είναι περιορισμένη, οδηγώντας έτσι σε έλλειψη πληροφόρησης και επακόλουθη επιθυμία για μεγαλύτερη συμμετοχή στις χειρουργικές και αναισθητικές επεμβάσεις, αυτή είναι μια πραγματικότητα που πρέπει να αλλάξει (Sjöberg, C. et al 2013).

Γίνεται έτσι αμέσως αντιληπτό ότι οι νοσηλευτές είναι σημαντικό να γνωρίζουν τα οφέλη από την συμμετοχή του ίδιου του παιδιού στη δική του φροντίδα. Παρά ταύτα και αντίθετα προς τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα Του Παιδιού [Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) 1989] οι παιδικές απόψεις και οι επιθυμίες σπάνια λαμβάνονται υπόψιν στη φροντίδα τους. Η ανάπτυξη υποστήριξης και νέων διαδικασιών που εστιάζουν στην συμμετοχή των παιδιών στην φροντίδα τους και που βασίζονται στις απόψεις και προτιμήσεις των παιδιών και στην ενεργό συμμετοχή τους είναι απαραίτητες. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν λοιπόν να περιγράψει την εμπειρία συμμετοχής στην περιεγχειρητική φροντίδα παιδιών 8-11 ετών. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από τέσσερις χειρουργικές κλινικές σε περιφερειακό νοσοκομείο της Σουηδίας. Το Πρόγραμμα προγραμματισμού χειρουργείων Provisio χρησιμοποιήθηκε για να συγκεντρωθούν παιδιά κατάλληλα για τη μελέτη. Τα κριτήρια ένταξης σε αυτή ήταν: βαθμοί I-II σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικανικής Εταιρείας Αναισθησιολόγων (ASA- classification), όπως επίσης το να έχουν εμπειρίες αναισθησίας και χειρουργείου ημερήσιας νοσηλείας τις τελευταίες δύο έως οχτώ εβδομάδες καθώς και τη δυνατότητα να διαβάζουν και να μιλάνε στη σουηδική γλώσσα (γονείς και παιδιά). Ο βαθμός ASA I περιλαμβάνει υγιή παιδιά και το ASA βαθμού II περιλαμβάνει παιδιά με ήπιες συστηματικές παθήσεις χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς. Συνολικός αριθμός 26 παιδιών πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης σε διάστημα δύο μηνών την περίοδο του 2013. Από αυτά δέκα παιδιά, τέσσερα αγόρια και έξι κορίτσια, (8-11 ετών), με ποικίλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην μελέτη. Οι



συνεντεύξεις καταγράφηκαν κατά λέξη και σημειώσεις πεδίου συντάχθηκαν. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε συστηματικά με τη χρήση επαγωγικής ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου όπως περιγράφεται (Sjöberg, C. et al 2013).

Η ανάλυση των δεδομένων κατέληξε σε τρεις κύριες κατηγορίες : οι εμπειρίες των παιδιών σχετικά με την πληροφόρηση, οι εμπειρίες των παιδιών σχετικά με την αλληλεπίδραση, και οι εμπειρίες των παιδιών σχετικά με το περιβάλλον και τις συνθήκες στην χειρουργική αίθουσα. Σε ότι έχει να κάνει με την αυστηρότητα σε μια ποιοτική έρευνα πρέπει να ληφθούν υπόψιν τα εξής: η εδραίωση της αξιοπιστίας η οποία μπορεί να αποδειχθεί μέσω της αξιοπιστίας, της επιβεβαίωσης και της δυνατότητας μεταφοράς της μελέτης (Guba & Lincoln 1989) . Για την ενίσχυση της αξιοπιστίας η επιλογή των παιδιών βασίστηκε σε μια ποικιλία χαρακτηριστικών: ηλικία, φύλο και εμπειρίες από διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις ή από την περιεγχειρητική φροντίδα. Η αξιοπιστία ενισχύθηκε επίσης από την παρουσίαση της διαδικασίας ανάλυσης μέσα από τα αποσπάσματα από τα ερωτηθέντα παιδιά στα ευρήματα. Για να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία ο ερευνητής πραγματοποίησε όλες τις συνεντεύξεις, οι οποίες περιλάμβαναν ερωτήσεις που καλύπτουν τους ίδιους τομείς για όλους τους συμμετέχοντες. Τα ευρήματα αναθεωρήθηκαν σε συζητήσεις μεταξύ όλων των συγγραφέων κατά την ανάλυση δεδομένων και οι συγγραφείς επιχείρησαν να χαλιναγωγήσουν την προκατανόηση τους, ενισχύοντας έτσι την επιβεβαίωση. Μια σαφής περιγραφή των συνεντεύξεων και το πλαίσιο περιγράφονται για να μπορέσει ο αναγνώστης να αξιολογήσει τη δυνατότητα μεταφοράς. Οι εμπειρίες συμμετοχής των παιδιών σχετιζόνταν με την περίοδο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την επέμβαση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι το είδος των πληροφοριών που έλαβαν τα παιδιά, η αλληλεπίδραση με τους επαγγελματίες υγείας το περιβάλλον και οι συνθήκες στο χειρουργικό τμήμα, επηρέασαν την εμπειρία συμμετοχής τους σε σχέση με την περιεγχειρητική φροντίδα. Σε αυτή την κύρια κατηγορία καθώς, οι εμπειρίες συμμετοχής των παιδιών στην περιεγχειρητική φροντίδα σχετιζόνταν με τη λήψη προεγχειρητικών πληροφοριών, τη μη λήψη πληροφοριών σχετικά με την μετεγχειρητική φροντίδα και την επιθυμία να λάβουν τα παιδιά πιο λεπτομερείς πληροφορίες. Οι πληροφορίες ελήφθησαν πριν από το χειρουργείο από επαγγελματίες υγείας, γονείς και αδέρφια και από νοσηλεύτες του αναισθησιολογικού όταν τα παιδιά ήταν στην αίθουσα του χειρουργείου. Κάποιες προεγχειρητικές πληροφορίες αποτελούν μια γενική κατηγορία που τα παιδιά ζητούν να λάβουν, είτε από τους επαγγελματίες υγείας, είτε από τους γονείς ή από τα αδέρφια. Τα παιδιά είπαν ότι οι γονείς τους είχαν ψάξει στο διαδίκτυο για πληροφορίες σχετικές με την αναισθησία και μετά είπαν στα παιδιά τι είχαν διαβάσει. Επίσης, παιδιά και γονείς είχαν διαβάσει τις πληροφορίες μαζί στο διαδίκτυο και κοίταξαν τις φωτογραφίες. Τα παιδιά περιέγραψαν στους γονείς τις πληροφορίες, παρόλο που ήταν περιορισμένες, ότι τους

απασχολεί περισσότερο η νηστεία και η καταστολή. Γονείς και αδέρφια που είχαν προσωπική εμπειρία από παρόμοια αναισθησία και χειρουργική επέμβαση, μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους με το παιδί. Μερικά από τα παιδιά είχαν προηγούμενη εμπειρία στην αναισθησία και έτσι γνώριζαν τι να περιμένουν (Sjöberg, C. et al 2013).

Τα παιδιά είπαν ότι ενημερώθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας ότι δεν θα ένιωθαν τίποτα ή ότι δεν θα ένιωθαν πόνο κατά την διάρκεια της επέμβασης. Ενημερώθηκαν επίσης ότι μπορεί να παρουσιάσουν κάποιο πόνο και δυσφορία μετεγχειρητικά. Τα παιδιά μίλησαν και για το γεγονός ότι ενημερώθηκαν για τα αναισθησιολογικά φάρμακα και τις επιπτώσεις που θα μπορούσαν να βιώσουν πριν κατασταλούν. Ενημερώθηκαν επίσης για το τι θα συμβαίνει στο χειρουργείο τόσο πριν όσο και αφού θα έχουν αναισθητοποιηθεί. Κάτι ακόμη σημαντικό αφορά την ενημέρωση ότι οι γονείς τους θα είναι εκεί όταν ξυπνήσουν από την αναισθησία, μια πληροφορία που έδωσε στα παιδιά ένα αίσθημα ασφάλειας (Sjöberg, C. et al 2013).

### **1.1.2. Η προεγχειρητική προετοιμασία του παιδιού μέσω της λήψης πληροφοριών**

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν την προετοιμασία παιδιών που πρόκειται να χειρουργηθούν για αμυγδαλεκτομή, σκληροκοιδοεκτομή ή άλλες επεμβάσεις δείχνουν πόσο σημαντικό είναι να προγραμματίζεται από το προσωπικό η συμβουλευτική απέναντι στους παιδιατρικούς ασθενείς, αλλά και η διαδικασία εκπαίδευσης των γονέων τους. Μέσα από αυτές τις μεθόδους προσέγγισης του ασθενούς και των μελών της οικογένειας του γίνεται αντιληπτό και επισημαίνεται ότι σκοπός των ερευνών είναι να φανεί η σημασία της πληροφόρησης. Επιτυγχάνονται πολλά πράγματα όπως, μείωση του άγχους, αποτελεσματικότερη προσαρμογή του παιδιού στην νοσηλεία, ταχύτερη ανάρρωση και έξοδος από το νοσοκομείο καθώς και μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών της συμπεριφοράς κατά την χρονική περίοδο μετά το εξιτήριο (Παπαδάτου Δ. 2015).

Πολλές φορές ένα μικρό παιδί δυσκολεύεται να καταλάβει γιατί αρρώστησε και επιστρατεύει την φαντασία του για να ερμηνεύσει τι του συμβαίνει ενόσω βρίσκεται στο νοσοκομείο. Εξαιτίας της ανωριμότητας που χαρακτηρίζει σε διαφορετικό βαθμό το κάθε παιδί επηρεάζεται και ο τρόπος με τον οποίο το ίδιο ερμηνεύει τα βιώματα του. Στόχος των επαγγελματιών υγείας είναι να καθησυχαστεί το παιδί που το διακατέχουν άσχημες σκέψεις. Κάτι τέτοιο γίνεται εφικτό μόνο μέσα από την κατάλληλη ενημέρωση των νοσηλευτριών που δίνουν την δυνατότητα στο παιδί να λύσει τις απορίες του και

παράλληλα να αυξήσει την αίσθηση ελέγχου πάνω στις διάφορες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Παπαδάτου Δ. 2015).

Το προσωπικό υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύεται στον τρόπο με τον οποίο ένα παιδί αντιλαμβάνεται την ανάγκη νοσηλείας του και θεραπείας του όταν αυτό αρρωστήσει. Για κάθε παιδί ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης του είναι διαφορετικός ο τρόπος προσέγγισης. Οι επιστήμονες βασίζονται σε δύο βασικές θεωρίες: α) **Την κοινωνιολογική άποψη**, όπου ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύει το παιδί την ασθένεια και την υγεία είναι βασισμένος στις επιρροές του κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνει. Τα παιδιά μέσα από τις αντιδράσεις των ενηλίκων σε θέματα που αφορούν την υγεία και την ασθένεια και το πως αυτοί βιώνουν ανάλογες καταστάσεις της ζωής εισπράττουν κάποια συναισθήματα που τα οδηγούν στο να διαμορφώσουν αντίστοιχη άποψη. Μοιάζουν δηλαδή με ένα καθρέπτη το είδωλο του οποίου αντικατοπτρίζει όλες τις κινήσεις και όλες τις εκφράσεις των ενηλίκων όταν αυτοί εξωτερικεύουν το τι αισθάνονται με διαφορετικό τρόπο ο καθένας. β) **τη γνωστική-εξελικτική προσέγγιση**, η οποία χαρακτηρίζεται από την ωριμότητα την οποία επιδεικνύει το παιδί έπειτα από πνευματική διεργασία και επεξεργασία που καταβάλλει το ίδιο προκειμένου να αντιληφθεί κάποιες έννοιες. Αφορούν το σώμα, την υγεία και την ασθένεια και κάθε ηλικιακή ομάδα διαμορφώνει ξεχωριστή άποψη. (Παπαδάτου Δ. 2015)

Σύμφωνα με την έρευνα των *Wennström, B., et al 2008* οι διεθνείς μελέτες συμφωνούν ότι η προεγχειρητική προετοιμασία και η μετεγχειρητική υποστήριξη είναι ευεργετικές για τα παιδιά που υποβάλλονται σε χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας και σε παιδιά που νοσηλεύονται μετά τη χειρουργική επέμβαση. Υπάρχουν επίσης αυξανόμενες ενδείξεις για τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες που σχετίζονται με την επαρκή προετοιμασία παιδιών και γονέων για μια ημερήσια χειρουργική επέμβαση, συμπεριλαμβανομένων κλινικών και βέλτιστης πρακτικής κατευθυντήριων οδηγιών (*Wennström, B., et al 2008*).

Ενώ οι γονείς είναι επίσης καθοριστικοί για την προετοιμασία και την υποστήριξη των παιδιών τους, την ποιότητα της προεισαγωγής και της εξόδου με πληροφορίες καθώς και η διαδικασία υποστήριξης. Επίσης οι πληροφορίες αυτές, θα έχουν έναν αντίκτυπο στις εμπειρίες φροντίδας του παιδιού και των γονέων και στην ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Σήμερα, τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις ανεπτυγμένες χώρες προγραμματίζουν χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας για σχετικά μικρές επεμβάσεις στα παιδιά ώστε να αποφευχθεί το τραύμα της εισαγωγής στο νοσοκομείο και της παραμονής σε αυτό (*Wennström, B., et al 2008*).

Ο περιεγχειρητικός διάλογος είναι ένα ιδανικό πρότυπο εργασίας που θα μπορούσε να είναι χρήσιμο στην προ και μετεγχειρητική προετοιμασία των προγραμμάτων. Αυτό το μοντέλο περιγράφεται ως «οι νοσηλευτές που εκτελούν ενέργειες και δραστηριότητες οι

οποίες επίσης εκτελούνται από τον νοσηλευτή αναισθησιολόγο ή τον νοσηλευτή χειρουργείου, στις φάσεις προ-, ενδο- και μετεγχειρητικής της χειρουργικής επέμβασης του ασθενούς». Η αξία της συμμετοχής σε έναν περιεγχειρητικό διάλογο είναι (α) ότι το παιδί, ο γονέας και ο νοσηλευτής αντιλαμβάνονται τη συνέχεια ενός «γνωστού προσώπου» με το οποίο συναντιούνται την ημέρα του χειρουργείου και (β) να προσφέρεται χρόνος στο παιδί/τους γονείς για ένα διάλογο που μπορεί να αυξήσει την ικανότητα του παιδιού να υπομένει τα συναισθήματα στενοχώριας καθώς και την διευκόλυνση της διαπροσωπικής εμπιστοσύνης και του ελέγχου κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής διαδικασίας. Σε μια μετά-ανάλυση, ο Driessnack (2005) τονίζει τα αποτελέσματα υποστηρίζοντας την εισαγωγή του σχεδίου ως συμπληρωματικής στρατηγικής σε σύγκριση με τις παραδοσιακές κατευθυνόμενες συνεντεύξεις με παιδιά (Wennström, B., et al 2008).

### 1.1.2.1 Η πληροφόρηση του παιδιού με βάση την ηλικιακή του ανάπτυξη

Σύμφωνα με τη μελέτη της *Lerwick, J. L. το 2013* τα έμφυτα χαρακτηριστικά, το περιβάλλον στο οποίο ανατρέφεται κανείς και οι εμπειρίες που αποκτώνται σε συγκεκριμένα στάδια της ζωής του επηρεάζουν την προσωπικότητα και το στυλ επικοινωνίας. Ο Erikson πρότεινε οκτώ αναπτυξιακά στάδια: (1) Βρεφική ηλικία: εμπιστοσύνη εναντίον δυσπιστίας (2) Πρώιμη παιδική ηλικία: αυτονομία εναντίον ντροπής και αμφιβολίας (3) Ηλικία παιχνιδιού: πρωτοβουλία εναντίον ενοχής (4) Σχολική ηλικία: εργατικότητα εναντίον κατωτερότητας (5) Εφηβεία: ταυτότητα έναντι σύγχυσης ρόλων (6) Νεανική ενηλικίωση: οικειότητα εναντίον απομόνωσης (7) Ενηλικίωση : γενεσιουργία έναντι απραξίας και (8) Τρίτη Ηλικία: ακεραιότητα του εγώ εναντίον απόγνωσης. Η θετική επίλυση της κρίσης σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο βοηθά τους ανθρώπους να αναπτύξουν τις απαραίτητες ιδιότητες του εγώ για ωριμότητα σε όλο τον κύκλο ζωής. Αρνητικές εμπειρίες κατά την διάρκεια ενός σταδίου μπορεί να επηρεάσουν την υγιή λειτουργία ως την απαραίτητη αρετή που παραλείπεται ή μερικώς μεταδίδεται. Οι αρετές μπορούν να ανακτηθούν κατά τη διάρκεια μεταγενέστερων σταδίων με την κατάλληλη συμβουλευτική. Η ανασκόπηση των τεσσάρων πρώτων αναπτυξιακών σταδίων δημιουργεί τα θεμέλια για την κατανόηση των συναισθηματικών αναγκών των μικρών παιδιών. Περαιτέρω, προσκαλεί τον χειρουργό να διερευνήσει την αναπτυξιακή αναγκαιότητα αναγνώρισης μιας έγκυρης και αξιόπιστης μεθόδου για την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών πριν από την χειρουργική επέμβαση (Lerwick, J. L. το 2013).

Σύμφωνα με την έρευνα της *Panella, J. J. (2016)*, αν και τα μικρά παιδιά μπορεί να ωφεληθούν από την προετοιμασία πιο κοντά στην ημερομηνία της επέμβασης με σκοπό να αποφευχθεί η δημιουργία άγχους, αντιθέτως οι έφηβοι ωφελούνται καλύτερα όταν προετοιμάζονται 7 έως 10 μέρες πριν. Όταν δεν υπάρχουν εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας για τους παιδιατρικούς ασθενείς τότε οι νοσηλεύτριες που δουλεύουν σε χειρουργικά τμήματα είναι αυτές που καλούνται να βοηθήσουν τα παιδιά και τα μέλη της οικογένειας τους στην αντιμετώπιση του χειρουργικού περιβάλλοντος και της ρουτίνας του (*Panella, J. J. 2016*).

Παιδιά μέσης παιδικής ηλικίας (παιδιά σχολικής ηλικίας μεταξύ 6 και 11 ετών) έχουν μεγαλύτερη ανεκτικότητα στο να αποχωριστούν τους φροντιστές τους σε σχέση με τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Καθώς επίσης και να κατανοούν καλύτερα τις έννοιες της ασθένειας. Ένα παιδί σχολικής ηλικίας θα πρέπει να έχει κάποιο βαθμό κατανόησης της χειρουργικής διαδικασίας κατά την άφιξη του στο νοσοκομείο ή το χειρουργικό κέντρο. Τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας πλεονεκτούν λόγω των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους. Ένας τρόπος άντλησης πληροφορίας από τα παιδιά μπορεί να αποτελέσει μια απλή ερώτηση. Για παράδειγμα η ερώτηση : «Πες μου τι ξέρεις για το λόγο που είσαι εδώ σήμερα;» μπορεί να αποτελέσει μία εξαιρετική αφετηρία για την άντληση πληροφοριών. Είναι επίσης σημαντικό να υπάρχει ένα κουτί ιατρικών προμηθειών με σαφή σήμανση για διδακτικούς σκοπούς μόνο, που να είναι εύκολα προσβάσιμο στον προεγχειρητικό χώρο και να μπορεί να περιέχει στοιχεία που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε μια μορφή παιχνιδιού «δείξε και πες». Οι ερωτήσεις πρέπει να απευθύνονται στο παιδί και όχι στον γονέα. Κάτι τέτοιο έχει νόημα επειδή τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας έχουν μεγαλύτερη έκθεση στα μέσα και στην επιρροή από τους συνομηλίκους τους που μπορεί να τα οδηγήσουν σε λανθασμένες αντιλήψεις ή ανησυχίες όπως να μην ξυπνήσουν από την αναισθησία ή να ξυπνήσουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (*Panella, J. J. 2016*).

Η χρήση σαφούς γλώσσας μπορεί να φανεί αρκετά βοηθητική στις νοσηλεύτριες έτσι ώστε να εξηγήσουν στα παιδιά τις διαφορές μεταξύ «ύπνου στο σπίτι» και «ύπνου στο νοσοκομείο». Τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας φοβούνται το άγνωστο, την ασθένεια και τη σωματική βλάβη. Συγκεκριμένα μια ανησυχία που μερικές φορές προβληματίζει τα παιδιά σχετικά με την αναισθησία είναι τι θα θυμούνται και τι όχι όταν θα ξυπνήσουν. Επίσης, οι παιδιατρικοί ασθενείς φοβούνται ότι «δεν θα θυμούνται τίποτα». Πιο συγκεκριμένα όταν γίνεται η προεγχειρητική εκτίμηση οι ασθενείς ίσως φοβούνται ότι θα ξυπνήσουν και δεν θα θυμούνται τα ονόματα τους, τα μέλη της οικογένειας τους ή βασικά χαρακτηριστικά σχετικά με τους εαυτούς τους. Οι εικόνες και άλλα οπτικά βοηθήματα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ως προς τον τρόπο εξήγησης της

χειρουργικής επέμβασης. Ένα απλό παιδικό βιβλίο ανατομίας μπορεί να είναι χρήσιμο για τους μαθητές που απομνημονεύουν εικόνες και να βοηθά να γίνουν πιο κατανοητοί οι ιατρικοί όροι (Panella, J. J. 2016).

Οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας συναντούν συχνά παιδιά και εφήβους κατά τη διάρκεια των ραντεβού του προεγχειρητικού ελέγχου και τους βοηθούν εξηγώντας τους για την αναισθησία και την χειρουργική επέμβαση με κατάλληλους όρους σύμφωνα με την ηλικιακή τους ανάπτυξη. Αυτές οι συναντήσεις περιλαμβάνουν παροχή προεγχειρητικών περιηγήσεων αλλά και ιατρικό παιχνίδι που προωθεί την εξοικείωση με άγνωστες έννοιες και συχνά και με τον εξοπλισμό που πολλές φορές φαίνεται τρομακτικός (Panella, J. J. 2016).

Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα παιδιά ηλικίας μεταξύ 6-11 ετών, μπορεί να έχουν μόλις αρχίσει να καταλαβαίνουν ότι τα όργανα και τα συστήματα του σώματος είναι πολύπλοκες οντότητες, ωστόσο τις εσωτερικές λειτουργίες του σώματος μπορεί να χρειαστεί να τις εξηγήσουν οι νοσηλεύτριες. Τα μικρότερα παιδιά σε αυτό το ηλικιακό εύρος μπορεί ακόμα να πιστεύουν ότι η καρδιά τους μοιάζει με αυτήν που βλέπουν στις κάρτες την ημέρα του Αγίου Βαλεντίνου και μπορεί να γενικεύουν τον όρο «στομάχι» σε ολόκληρη την κοιλιά τους. Η χρήση ενός βιβλίου ανατομίας μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να αποκτήσουν περισσότερο ακριβή κατανόηση του σώματος τους, του μεγέθους και της θέσης του χειρουργικού σημείου που θα αναζητηθεί η τομή μετά τη χειρουργική επέμβαση ή γιατί δεν θα μπορούν να δουν το χειρουργικό σημείο μετά την επέμβαση. Η δημιουργία ενός βιβλίου με εικόνες που περιέχει κοινές χειρουργικές θέσεις, όπως οι αμυγδαλές, οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις και ο ακουστικός πόρος, μπορεί να φανεί χρήσιμη τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς τους. Αν ένα νοσοκομείο έχει υψηλό ποσοστό ορθοπεδικών επεμβάσεων και τοποθέτησης γυψονάρθηκα, η επίδειξη μιας κούκλας στην οποία έχει γίνει τοποθέτηση νάρθηκα μπορεί να αποτελέσει μια εξαιρετική οπτική αναπαράσταση για το παιδί και το τι να αναμένει μετά το πέρας της επεμβάσεως. Δίνοντας στο παιδί την ευκαιρία να κάνει κατάλληλες επιλογές που εμπλέκονται στην φροντίδα του/της μπορεί συχνά να οδηγήσει σε καλύτερη συνεργασία. Λέγοντας στο παιδί : «Πρέπει να ελέγξω τη θερμοκρασία σου, την αρτηριακή σου πίεση, να ακούσω την καρδιά σου και τους πνεύμονες σου» και έπειτα ρωτώντας «Τι θα θέλατε να κάνω πρώτα;» είναι ένα παράδειγμα για το πως να επιλέξει το παιδί να δώσει την κατάλληλη απάντηση. Κάνοντας ερωτήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι», τοποθετείται έτσι σε δύσκολη θέση η νοσηλεύτρια. Ακόμη και αν χρειαστεί να επηρεαστεί η εμπιστοσύνη που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στο παιδί και την νοσηλεύτρια, η θερμοκρασία πρέπει να ληφθεί ανεξαρτήτως. Υπό εξέταση θα πρέπει να είναι το ενδεχόμενο να επιτραπεί στο παιδί να εκτελέσει απλές κινήσεις όπως το να αφαιρέσει τις δικές του απαγωγές από το

ηλεκτροκαρδιογράφημα στην ανάνηψη. Με αυτό το τρόπο το παιδί αισθάνεται περισσότερο ενεργό στην φροντίδα του (Panella, J. J. 2016).

Επίσης, ζητώντας από το παιδί σχολικής ηλικίας να βοηθήσει το ίδιο και να αναπτύξει τη δική του στρατηγική αντιμετώπισης μπορεί να φανεί χρήσιμο για την υποστήριξη της ανεξαρτησίας του. Επιπρόσθετα, καλό θα ήταν να υπάρχει μεγάλο εύρος και ποικιλία επιλογών στα παιδιά. Για παράδειγμα: « σε κάποια παιδιά τους αρέσει να βλέπουν την έναρξη της φλεβοκέντησης, σε άλλα να κοιτούν μακριά, σε άλλα να ακούν μουσική στα τηλέφωνα τους και σε άλλα να κρατούν το χέρι της μαμάς ή του μπαμπά τους. Όλα τα προηγούμενα τα κάνουν για να αισθανθούν πιο άνετα κατά τη φλεβοκέντηση» (Panella, J. J. 2016).

Η νοσηλεύτρια μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων και συμπεριφορών από παιδιά εφηβικής ηλικίας 12 έως 18 ετών. Οι έφηβοι φοβούνται την απώλεια αυτοελέγχου και αυτονομίας και επομένως μπορεί να αντιδράσουν αρνητικά όταν τους λένε τι να φορέσουν (δηλαδή την χειρουργική μπλούζα του νοσοκομείου), πως να συμπεριφέρονται (δηλαδή απαντώντας σε ερωτήσεις που σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό, συζητώντας άβολα ή ιδιωτικά θέματα), ή να διατηρούν το καθεστώς του «τίποτα από το στόμα» NPO ή αλλιώς λατινικά “nil per os” και αυτό θα φανεί από την απόσυρση ή τη μη συνεργασία με την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές από τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τα μικρότερα παιδιά λειτουργούν και στους εφήβους με μερικές προσθήκες ή τροποποιήσεις. Το σωστό είναι να απευθύνεται ένας επαγγελματίας υγείας στον έφηβο ασθενή από την αρχή της διαδικασίας, αντί στους γονείς υποστηρίζοντας έτσι την επιθυμία του για ανεξαρτησία. Πολλοί έφηβοι θα πρέπει να είναι σε θέση να απαντήσουν στο μεγαλύτερο μέρος, αν όχι σε όλες, τις ερωτήσεις της συνέντευξης που σχετίζονται με αλλεργίες, την προεγχειρητική νηστεία και την βαθμολογία πόνου. Για έναν γονέα μπορεί να είναι εύκολο να αναλάβει την συζήτηση αυτό όμως μπορεί να αναγκάσει τον έφηβο ασθενή να αποσυρθεί. Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους είναι υψίστης σημασίας για τους εφήβους. Έτσι, επιτρέποντας στον έφηβο πρόσβαση στο τηλέφωνο του για να στείλει μηνύματα σε φίλους του είναι κάτι που μπορεί να βοηθήσει τον ίδιο να αισθάνεται συνδεδεμένος με την ομάδα συνομηλίκων του. Επίσης, υπενθυμίζεται στον έφηβο από την αρχή, ότι τίθενται κάποιοι σημαντικοί κανόνες που μπορεί να του επιτρέπουν να κρατήσει το τηλέφωνο του στην προεγχειρητική ή μετεγχειρητική περίοδο αλλά ωστόσο θα πρέπει να εξακολουθεί να παρακολουθεί την συζήτηση από την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης και να απαντά σε ερωτήσεις γεγονός που είναι ουσιώδες. Παίζοντας ένα αγαπημένο παιχνίδι ή χρησιμοποιώντας μια εφαρμογή τηλεφώνου μπορεί να βοηθήσουν στην απόσπαση της προσοχής των εφήβων και στην ομαλοποίηση της κατάστασης, η οποία μπορεί να μειώσει το άγχος και να βοηθήσει στην μείωση της

ανάγκης για προεγχειρητική αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή. Ο έφηβος θα πρέπει να έχει ρόλο στην χειρουργική διαδικασία λήψης αποφάσεων και να κατανοεί την ανάγκη και τις ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση. Ακόμα και έτσι οι έφηβοι συνεχίζουν να μπορούν να επωφελούνται από τις πιο λεπτομερείς εξηγήσεις και τα οπτικά βοηθήματα (Panella, J. J. 2016).

Πολλοί έφηβοι ενδιαφέρονται για την επιστήμη και το ανθρώπινο σώμα. Η χρήση βιβλίων ανατομίας ή εικόνων μπορεί να είναι χρήσιμη βοηθώντας τον έφηβο να γίνει πιο άνετος και του παρέχει μια ακόμη ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις. Κοινές ανησυχίες για αυτή την ηλικιακή ομάδα μπορεί να περιλαμβάνουν μια αλλαγμένη εικόνα του σώματος τους, την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους, την αναπηρία, την απώλεια ελέγχου και το φόβο του θανάτου. Γνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας αυτές τις ανησυχίες μια νοσηλεύτρια ποτέ δεν πρέπει να τις απορρίψει γιατί μπορεί να της γίνει από τον έφηβο μια ερώτηση που να είναι δύσκολο να απαντηθεί. Κάτι τέτοιο μπορεί να μην επιτρέψει στον έφηβο να νιώσει ότι οι ανησυχίες του ακούγονται και αξιολογούνται. Από την άλλη, όταν απαντώνται οι ερωτήσεις με ειλικρινή προσέγγιση μπορεί να φανεί χρήσιμο στο να αναπτυχθούν σχέσεις. Λόγω των αυξημένων ανησυχιών για την εικόνα του σώματος, οι έφηβοι συχνά ανησυχούν εξαιρετικά για τα αισθητικά αποτελέσματα που προκύπτουν λόγω της επέμβασης. Μπορεί να φαίνονται πιο ανήσυχοι για το πως θα μοιάζει η ουλή παρά για το αληθινό χειρουργείο όπως και για την διαδικασία της αναισθησίας. Η κατανόηση αυτών των ανησυχιών χωρίς να κατακρίνονται ή να υποτιμούνται αυτές μπορεί να οδηγήσει σε μια πιο αποτελεσματική συνεργασία και συζήτηση. Οι έφηβοι επίσης δίνουν σημασία στη δυνατότητα να διατηρήσουν την ιδιωτικότητα τους και η νοσηλεύτρια θα πρέπει να το προσέχει ιδιαίτερα αυτό. Για παράδειγμα, εάν ο έφηβος χρειαστεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα, θα πρέπει να του δοθεί επιπλέον χειρουργική μπλούζα που θα φορέσει γύρω από την πλάτη του για να τον βοηθήσει να αισθάνεται περισσότερο σκεπασμένος. Οι έφηβοι καλό θα ήταν να ενημερώνονται σχετικά με το ποιος θα χρειαστεί να τους εξετάσει και γιατί. Η βέλτιστη φροντίδα παρέχεται όταν η ιατρική ομάδα κατανοεί και σέβεται το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού, περιλαμβάνει τα μέλη της οικογένειας και τους φροντιστές στην λήψη αποφάσεων και εργάζεται για να δημιουργήσει μια θετική ιατρική εμπειρία (Panella, J. J. 2016).

Οι στρατηγικές που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο δεν έχουν σκοπό να αυξήσουν τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών σε ένα ήδη απασχολημένο και επιφορτισμένο περιεγχειρητικό περιβάλλον εργασίας. Αντιθέτως, αυτές έχουν σκοπό να παρέχουν στον αναγνώστη γνώση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων που μπορεί να εφαρμοστούν πρακτικά από τους νοσηλευτές και να επηρεάσουν θετικά τα παιδιά και τα μέλη των οικογενειών τους (Panella, J. J. 2016).



Στη μελέτη της *Lerwick, J. L. το 2013* υποστηρίζεται ότι τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι δραστήριοι μαθητές με καλά ανεπτυγμένες γλωσσικές δεξιότητες και σαφή αίσθηση του χρόνου. Οι κοινωνικοί τους κόσμοι επεκτείνονται για να συμπεριλάβουν συνομηλίκους και πρότυπα ενηλίκων εκτός των μελών της οικογένειας. Γίνονται εργατικοί καθώς διαρκώς επιτυγχάνουν στόχους εντός και εκτός της τάξης και η ικανότητα τους εξελίσσεται με επιτυχημένη επανάληψη και επίτευξη των στόχων. Η έλλειψη επιτυχίας οδηγεί σε ανεπάρκεια και ευθραυστότητα του εγώ και όταν συμβαίνει αυτό, τα παιδιά είναι πιθανό να εγκαταλείψουν ή να επιστρέψουν σε ένα προγενέστερο στάδιο ανάπτυξης με κλονισμένη αίσθηση ταυτότητας και αυξημένη ευαισθησία στο άγχος (*Lerwick, J. L. το 2013*).

Δεν αποτελεί έκπληξη ότι τα παιδιά σχολικής ηλικίας βρίσκουν την νοσηλεία πολύ δυσάρεστη ως αποτέλεσμα παρέκκλισης από την καθημερινή ρουτίνα, της προσπάθειας να ελεγχθούν άγνωστες και μη οικείες καταστάσεις, των σκέψεων της πιθανής έκβασης και της συναναστροφής με αγνώστους. Τα νοσηλευόμενα παιδιά σχολικής ηλικίας εσωτερικεύουν επίσης τη συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, τα σχόλια και τις αντιδράσεις μεγεθύνοντας τα συναισθήματα άγχους που βιώνουν (*Lerwick, J. L. το 2013*).

### **1.1.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προετοιμασία του παιδοχειρουργικού ασθενή.**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαδικασία της προετοιμασίας του παιδιού που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση είναι πολύ σημαντικός. Στην έρευνα των *Sjöberg, C. et al* θεώρησαν ότι ήταν ευεργετικό που οι επαγγελματίες υγείας είχαν ενημερώσει εκ των προτέρων τα παιδιά για καθεμία από τις διαδικασίες που θα ακολουθούσαν και ότι διαφορετικά θα φοβόντουσαν περισσότερο ή θα είχαν εμπειρία με μεγαλύτερο πόνο και δυσφορία. Χαρακτηριστικά ένα κορίτσι 11 ετών που συμμετείχε στη μελέτη ανέφερε: «Μου το είπαν πριν για όλα όσα επρόκειτο να κάνουν. Θα είχα φοβηθεί αν δεν μου είχαν πει τι θα πήγαιναν να κάνουν». Μερικά από τα παιδιά είπαν, ωστόσο, ότι δεν ήθελαν τόσες πολλές πληροφορίες, γιατί απλώς ήθελαν να τελειώσουν για να τελειώνει το χειρουργείο. Ως συμπέρασμα, οι προεγχειρητικές πληροφορίες που έλαβαν τα παιδιά τόσο από επαγγελματίες υγείας όσο και από μέλη της οικογένειας τους ήταν κίνητρο για την επέμβαση γιατί κατάλαβαν ότι θα οδηγούσε σε βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. Ωστόσο, εάν οι προεγχειρητικές πληροφορίες δεν ήταν συνεπείς με τις εμπειρίες των

παιδιών αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε δυσπιστία. «Ξέχασαν να μου πουν για την (αναλγητική) κρέμα Emla», ανέφερε ένα αγόρι εννιά ετών. Όσον αφορά την έλλειψη ενημέρωσης για την μετεγχειρητική φροντίδα τα παιδιά επικεντρώνονται στο αίσθημα νευρικότητας που τους δημιουργήθηκε από απορίες του τύπου πόσο καιρό πρόκειται να κοιμηθούν, πως θα ένιωθαν και αν θα πονούσαν όταν ξυπνούσαν. Ένωσαν ότι υπήρχαν κάποιες πληροφορίες ανεπαρκείς, όπως το να μη γνωρίζουν ότι μπορεί να αισθάνονται ζάλη και ναυτία μετά το πέρας της επέμβασης και την αφύπνιση από την αναισθησία. Ένα κορίτσι 11 ετών σχολίασε ότι ο λόγος της νευρικότητας του ήταν ότι: «Δεν ήξερα πως θα ένιωθα μετά. Πότε επρόκειτο να ξυπνήσω και για πόση ώρα θα κοιμόμουν.». Υπήρχε επίσης αβεβαιότητα για το πως θα έμοιαζε η χειρουργική τομή. Τα παιδιά είπαν ακόμη ότι δεν ενημερώθηκαν για το τι επρόκειτο να συμβεί και τι θα έπρεπε να περιμένει κανείς μετεγχειρητικά. Αναρωτήθηκαν αν θα γινόταν η επέμβαση σωστά και ποιο θα είναι το αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ένα αγόρι εννέα ετών αναρωτήθηκε πόσο πρέπει να φάει για να είναι εντάξει και αν θα χρειαστεί να παραμείνει κι άλλο βράδυ στο νοσοκομείο αλλά δε πήρε ακριβείς απαντήσεις στις απορίες του (Sjöberg, C. et al 2013).

Στη μελέτη τους οι *Chia-Jung Lin et al το 2018* διαπίστωσαν ότι τα περισσότερα παιδιά βιώνουν σημαντικό άγχος κατά την προεγχειρητική περίοδο. Μεγαλύτερο προεγχειρητικό άγχος μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα αρνητικών συμπεριφορών. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να αναπτύξει ένα προεγχειρητικό πρόγραμμα προετοιμασίας με επίκεντρο την οικογένεια και να αξιολογήσει τις επιδράσεις αυτού του προγράμματος στα παιδιά όσον αφορά τις προεγχειρητικές συναισθηματικές συμπεριφορές τους, τη μετεγχειρητική συμπεριφορά και αυτήν μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και το άγχος του φροντιστή. Μια προοπτική, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη πραγματοποιήθηκε. Ο πληθυσμός αποτελούνταν από παιδιά που υποβλήθηκαν σε μικρό χειρουργείο και τους φροντιστές τους. Η ομάδα ελέγχου έλαβε πρότυπη φροντίδα και η πειραματική ομάδα έλαβε τυπική φροντίδα στην προεγχειρητική προετοιμασία, η οποία περιελάμβανε μια ξενάγηση στους χώρους, ένα βίντεο κινουμένων σχεδίων που απεικονίζει το χειρουργικό ταξίδι ενός αγοριού έως την επέμβαση και την εξοικείωση με τον ιατρικό εξοπλισμό. Παιδικές συναισθηματικές συμπεριφορές και το άγχος του φροντιστή μετρήθηκαν στην προεγχειρητική επίσκεψη, στον προθάλαμο αναμονής του χειρουργείου και κατά την εισαγωγή στην αναισθησία. Η μετεγχειρητική συμπεριφορά αξιολογήθηκε όταν τα παιδιά βρισκόταν στην αίθουσα ανάνηψης και ο ερευνητής επικοινωνήσε επίσης με τους φροντιστές 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση για να αξιολογήσει την συμπεριφορά των παιδιών στο σπίτι. Προέκυψε το συμπέρασμα ότι η πειραματική ομάδα είχε λιγότερες και πιο σταθερές προεγχειρητικές συναισθηματικές συμπεριφορές. Ωστόσο, η ομάδα ελέγχου παρουσίασε σημαντικά αυξημένες προεγχειρητικές συναισθηματικές συμπεριφορές

καθώς πλησίαζε η επέμβαση. Φάνηκε λοιπόν ότι η προεγχειρητική προετοιμασία με επίκεντρο την οικογένεια μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τις αρνητικές συναισθηματικές συμπεριφορές που βιώνουν τα παιδιά στο χρονικό διάστημα από το χώρο αναμονής του χειρουργείου μέχρι την εισαγωγή στην αναισθησία (Chia-Jung Lin et al 2018).

Οι Fortier et al. (2009) και οι Wisselo, Stuart και Muris (2004) ανέφεραν ότι τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς θέλουν να λαμβάνουν ολοκληρωμένες περιεγχειρητικές πληροφορίες. Η παροχή επαρκών πληροφοριών και γνώσεων τόσο στα παιδιά όσο και στους γονείς τους σχετικά με την χειρουργική επέμβαση έχει οδηγήσει σε βελτιωμένη προσαρμογή στη μετεγχειρητική συμπεριφορά, στην πρόληψη των τραυματικών επιπτώσεων της χειρουργικής επέμβασης, στην ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης στα παιδιά και τους γονείς και στην ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της οικογένειας και της ιατρικής ομάδας (Yahya Al-Sagarat et al., 2017).

Για παράδειγμα, παρέχοντας την ευκαιρία για προεγχειρητική προετοιμασία με επίκεντρο την οικογένεια επιτρέπεται στα παιδιά και τους γονείς να συμμετέχουν μαζί και από κοινού. Η διδασκαλία και των δύο για την χειρουργική επέμβαση αποδείχθηκε ότι μειώνει το προεγχειρητικό άγχος (Kain et al., 2007; Wright, Stewart, Finley & Buffett-Jerrott, 2007). Οι κοινές πτυχές της προεγχειρητικής προετοιμασίας περιλαμβάνουν μια ξενάγηση στην περιοχή του χειρουργείου, εξοικείωση με τον ιατρικό εξοπλισμό και τις αναισθητικές μάσκες, απεικόνιση ενός προσομοιωμένου ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργικό ταξίδι χρησιμοποιώντας μια κούκλα ή βίντεο κινουμένων σχεδίων και εκπαιδευτικά φυλλάδια (Cuzzocrea et al., 2009, William Li, Lopez & Lee, 2007). Τα αποτελέσματα των παραπάνω μελετών απέδειξαν ότι τα παιδιά που έλαβαν την προεγχειρητική προετοιμασία είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, έλαβαν περισσότερες πληροφορίες και γνώση της χειρουργικής επέμβασης από τους φροντιστές τους, παρουσίασαν λιγότερες αρνητικές μετεγχειρητικές συμπεριφορές και είχαν λιγότερες απαιτήσεις σε αναλγησία στο χώρο της ανάνηψης. Επιπλέον οι φροντιστές τους ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Η μη ύπαρξη συγκεκριμένου ολοκληρωμένου προεγχειρητικού προγράμματος προετοιμασίας για παιδιά που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση οδήγησε τους ερευνητές στην ανάπτυξη μίας παρέμβασης προεγχειρητικής προετοιμασίας με επίκεντρο την οικογένεια που ενσωμάτωσε αρχές ψυχολογικής ανάπτυξης, στρατηγικές απόσπασης της προσοχής και μάθηση από πρότυπα σε συμφωνία με τη σημασία αυτών των πτυχών στη βιβλιογραφία (Cuzzocrea et al., 2013; Fincher et al; 2012; Wakimize et al., 2009).

### 1.1.3.1 Το άγχος και ο φόβος που βιώνει ο παιδοχειρουργικός ασθενής και η οικογένειά του.

Αναμφίβολα ένα από τα κυρίαρχα αντικείμενα έρευνας για την συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί η παρουσία του άγχους την περίοδο που το παιδί προετοιμάζεται για την χειρουργική του επέμβαση στην οποία και επίκειται να υποβληθεί. Τέτοιο συναίσθημα συναντάμε τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους. Γι’ αυτό το λόγο σημαντικό είναι να ορίσουμε τι σημαίνει άγχος: έτσι λοιπόν «το στρες είναι η μη ειδική ψυχοφυσιολογική κατάσταση έντασης, που εμφανίζεται ως αντίδραση σε ένα εξωτερικό ή εσωτερικό ερέθισμα (στρεσογόνο παράγοντα), στο βαθμό που το ερέθισμα αυτό απαιτεί από τον οργανισμό να απαντήσει προσαρμοστικά, και στο βαθμό που η προσπάθεια για προσαρμογή υπερβαίνει, ή το άτομο θεωρεί ότι υπερβαίνει, τις συνήθεις δυνατότητες του»(N. Βάρσου, Μ. Τυπάλδου 2005).

Ξεκινώντας την ανάλυση αυτής της υποενότητας θα ήταν χρήσιμο να ανατρέξει κανείς στην έρευνα της *Panella, J. J. (2016)* σύμφωνα με την οποία η γνώση της φυσιολογικής ανάπτυξης του παιδιού και των κατάλληλων για την ηλικία του δραστηριοτήτων απόσπασης της προσοχής, είναι αναγκαίες για να υλοποιηθεί ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα χειρουργικής προετοιμασίας. Η βασισμένη στην ηλικία κατάλληλη προετοιμασία μπορεί να βοηθήσει στην διευκόλυνση δημιουργίας μιας θετικής ιατροφαρμακευτικής εμπειρίας, η οποία μπορεί να μειώσει το άγχος και να επηρεάσει την θετική άποψη τόσο του παιδιού όσο και της οικογένειάς του, για τις μελλοντικές ιατρικές επισκέψεις (*Panella, J. J. 2016*).

Η εμπειρία του χειρουργείου, συμπεριλαμβανομένης της άγνωστης ρουτίνας σε ρούχα, εικόνες, ήχους και μυρωδιές μπορεί να φανεί εξαιρετικά αγχωτική για τα παιδιά και τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι νοσηλεύτριες που φροντίζουν τα παιδιά προεγχειρητικά πρέπει να είναι προετοιμασμένες να παρέχουν φροντίδα με βάση την ηλικιακή ανάπτυξη του παιδιού και να βοηθούν στην ανακούφιση του άγχους των παιδιών και των οικογενειών τους. Ο επιτρεπόμενος χρόνος για προεγχειρητικές δραστηριότητες που προετοιμάζουν το παιδί κατάλληλα με βάση την ηλικία του και που εμπλέκουν τους γονείς του παιδιού ή τους φροντιστές του στην διαδικασία, μπορεί να ωφελήσουν το ίδιο μειώνοντας το άγχος του (*Panella, J. J. 2016*).

Σε μια ακόμη έρευνα εμφανίζονται οι *Fortier et al* να διαπιστώνουν ότι η προεγχειρητική πρόληψη του άγχους στα παιδιά μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη αρνητικών συνεπειών μετά την χειρουργική επέμβαση, όπως οι αρνητικές αλλαγές συμπεριφοράς και ο μετεγχειρητικός πόνος. Επειδή το άγχος μπορεί να έχει ουσιαστική επίδραση στην υγεία

του ασθενούς, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι μία μόνο εμπειρία αρκεί να διαμορφώσει δραστικά το τρόπο που ένα παιδί θα βλέπει τις ιατρικές συναντήσεις και επισκέψεις με επαγγελματίες υγείας στο μέλλον. Μια φυσιολογική παράμετρος της χειρουργικής επέμβασης είναι το περιεγχειρητικό άγχος τόσο στα παιδιά όσο και στα μέλη της οικογένειάς τους. Το αυξημένο άγχος των γονέων μπορεί να διαιωνίζει το αυξημένο άγχος του παιδιού, άρα είναι σημαντικό να καταπολεμηθούν οι φόβοι και οι ανησυχίες των μελών της οικογένειάς του παιδιού, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν τα μέλη της οικογένειάς στην φροντίδα του. Εάν ένας ασθενής ή μέλος της οικογένειάς του βρεθεί να νιώσει ως ασυνήθιστες τις αντιδράσεις του ή ότι η χειρουργική εμπειρία μπορεί να είναι «εύκολη» σημαίνει πως τα μέλη αυτά μπορεί να εκλάβουν είτε ως εξευτελιστικό είτε ως μη υποστηρικτικό το ιατρικό προσωπικό (Panella, J. J. 2016).

Όπως αναφέρεται στην έρευνα των *Sjöberg, C. et al* ένας σημαντικός παράγοντας στη συμμετοχή των παιδιών είναι η ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί και η δυνατότητα να έχουν την ευκαιρία να κάνουν ερωτήσεις βασισμένες στις δικές τους εμπειρίες (Runeson et al. 2007). Η συμμετοχή των παιδιών με αυτό τον τρόπο συμβάλλει σε μια διαδικασία φροντίδας που διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά τους φόβους και τις ανησυχίες και αποτρέπει τη μείωση της αυτοεκτίμησης, αποπροσωποποίησης και το να αισθανθούν τα παιδιά απροετοίμαστα για τις διαδικασίες (Runeson et al. 2001, Buckley & Savage 2010, Coyne & Gallagher 2011, Vatne et al. 2012). Επιπρόσθετα, μπορεί να αυξήσει και την ποιότητα των παρεμβάσεων (Shier 2001).

Υπάρχει μια ακόμη έρευνα που εστιάζει το αντικείμενο μελέτης της στον φόβο και το άγχος που παρουσιάζουν τα παιδιά πριν από το χειρουργείο και κυρίως κατά την προετοιμασία τους πριν την αναισθησία μέσα στην αίθουσα του χειρουργείου. Τα δεδομένα της έρευνας αυτής συλλέχθηκαν από τέσσερα νοσοκομεία στην Σουηδία, τα δύο από αυτά είχαν παιδοαναισθησιολόγους και τα άλλα δύο είχαν παιδοαναισθησιολόγους και αναισθησιολόγους ενηλίκων. Μεθοδολογικά πρόκειται για μια ποιοτική περιγραφική διεθνή ερμηνευτική μελέτη με διαφορετικούς τύπους από δεδομένα, που σκοπό έχει να επιτύχει μια καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και να παρέχει την ευκαιρία στα παιδιά να περιγράψουν τις εμπειρίες τους. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με την έρευνα των *Andersson, L. et al 2020* περισσότερα από το 60% των παιδιών που υπόκεινται σε αναισθησία αναφέρουν άγχος, και κοντά στο 20% βιώνουν μεγάλου βαθμού άγχος (Perrott, C., et al 2018). Ένας ακόμη λόγος που μπορεί να δημιουργήσει άγχος στα παιδιά είναι η έλλειψη ελέγχου και το άγνωστο περιβάλλον που έχουν να αντιμετωπίσουν (Sjöberg C, et al 2015). Σε παλαιότερες μελέτες βρέθηκε ότι τα παιδιά παρουσίασαν άγχος κατά την διάρκεια της εισαγωγής στην αναισθησία (Perrott, C., et al 2018). Μια μελέτη έδειξε ότι

μόνο 3% εκφράζουν σημαντική φωνητική και φυσική αντίσταση κατά την διάρκεια της εισαγωγής στην αναισθησία (Beringer, R. Et al 2014). Από τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στην μελέτη του Andersson καταγράφηκε ότι το άγχος εκφράζεται μέσα από λεκτική και σωματική διαμαρτυρία μέσα στη αίθουσα του χειρουργείου. Για παράδειγμα, ένα παιδί εννιά ετών κρύφτηκε κάτω από την κουβέρτα του και ένα άλλο δώδεκα ετών κλώτσησε ή τράβηξε το κεφάλι προς την μια μεριά. Άλλα παραδείγματα που περιγράφουν το αίσθημα της αδυναμίας είναι η εντύπωση του παιδιού ότι μπορεί να ξυπνήσει κατά την διάρκεια του χειρουργείου ή οι σκέψεις ότι μπορεί να πεθάνει κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Την αγωνία αυτή τη διατύπωσε παιδί δεκατριών χρονών. Ακόμη, άγχος προκαλούν οι μη οικείοι ήχοι όπως οι συναγερμοί και οι ηχητικές ειδοποιήσεις των monitors όπως επίσης και ο φόβος που περιγράφει παιδί δέκα χρονών σχετικά με τον αναπνευστήρα που θεωρεί ότι πιθανόν να χαλάσει και έτσι το ίδιο μετά να μην μπορεί να αναπνεύσει. Ένα παιδί εννιά ετών περιγράφει ότι θέλει να του πλησιάσουν και να του εφαρμόσουν σταδιακά την μάσκα αερισμού στην μύτη και το στόμα και όχι απότομα καθώς η μυρωδιά είναι αηδιαστική και θυμίζει λιωμένο κασσούκ. Αυτή η σταδιακή εφαρμογή αναφέρει ότι θα του προκαλούσε λιγότερο άγχος. Όλες αυτές οι αντιδράσεις εξηγούν το γεγονός ότι τα παιδιά μπορούν να χρησιμοποιήσουν διαφορετικές στρατηγικές προκειμένου να νιώσουν λιγότερο φοβισμένα. Η δυνατότητα τους να αντιμετωπίσουν το φόβο τους βασίζεται στο πως νιώθουν τα παιδιά μέσα τους και στις αντίστοιχες εμπειρίες που είχαν στο παρελθόν (Cohen, J. Et al 2016). Για την αποφυγή πρόκλησης άγχους τα παιδιά επιδιώκουν να κερδίσουν τον έλεγχο κατά την προετοιμασία της εισαγωγής στην αναισθησία. Τον έλεγχο αυτό προσπαθούν να τον κερδίσουν είτε κατανοώντας την διαδικασία της αναισθησίας, είτε γνωρίζοντας τον εξοπλισμό του χειρουργείου ή έχοντας την ευκαιρία να εμπλακούν και να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την διαδικασία. Ένα τέτοιο παράδειγμα φαίνεται να είναι η δυνατότητα του παιδιού να κρατήσει την μάσκα αναπνοής πριν κοιμηθεί στο χειρουργείο. Μικρές αποφάσεις όπως το να κρατήσει την μάσκα αναπνοής μετράνε και κάνουν την διαφορά (Sjoberg C, et al 2015). Η αίσθηση απώλειας ελέγχου μπορεί να οδηγήσει στην σκέψη ότι κάτι θα πάει στραβά κατά την διάρκεια του χειρουργείου όπως περιγράφει ένα παιδί δώδεκα χρονών. Το προσωπικό και οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων και να μοιράζονται την ευθύνη. Με αυτό τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας καταλαβαίνουν ποιες είναι οι προοπτικές των παιδιών (Shier, H. 2001). Το προσωπικό είναι πιθανόν να μιλήσει με μεγαλύτερα παιδιά και να τους παρέχει πληροφορίες αλλά και να τους συμπεριλάβει στη λήψη των αποφάσεων (Berrick, J. et al 2015). Χαρακτηριστικά σε μια έρευνα αναφέρεται, ότι είναι διαφορετικό να ακούς τα παιδιά από το να τους δίνεις την αποκλειστική ευθύνη της λήψης των αποφάσεων (Flatman, D.

2002). Πολλές φορές τα παιδιά βιώνουν άγχος από τις παρομοιώσεις και τις μεταφορές που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας για να τους εξηγήσουν τι είδους παρεμβάσεις θα κάνουν. Οι πληροφορίες αυτές συχνά είναι διφορούμενες όπως η έκφραση «γάλα που σε κοιμίζει». Πρόκειται για το χρώμα του φαρμάκου που χρησιμοποιούν οι αναισθησιολόγοι για την αναισθησία και όχι για ένα ποτήρι γάλα που νομίζουν τα παιδιά. Εξίσου σημαντικό για τα παιδιά είναι το αίσθημα ασφάλειας. Δεν βιώνουν τόσο άγχος τα μικρά παιδιά όταν οι γονείς τους βρίσκονται κοντά τους πριν την εισαγωγή στην αναισθησία. Τα μεγαλύτερα παιδιά περιγράφουν ότι οι συζητήσεις με το προσωπικό είναι ενδιαφέρουσες και τους παρέχουν την αίσθηση της ασφάλειας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συζήτηση να δημιουργεί, ένα ήρεμο, χαλαρό και θετικό περιβάλλον όπου ο νοσηλεύτης θα ξέρει τι να πει και τι να κάνει. Επομένως, η φροντίδα του παιδοχειρουργικού ασθενούς πρέπει να είναι εξατομικευμένη για το κάθε παιδί και όλοι οι παράγοντες που δημιουργούν φοβίες και άγχος στο παιδί να λαμβάνονται υπόψιν και να αντιμετωπίζονται καταλλήλως πριν την εισαγωγή του παιδιού στην αναισθησία. (Andersson, L. et al 2020)

Σύμφωνα με την έρευνα των *Wennström, B., et al 2008* ήδη από το 1941 περιεγράφηκε ως εμπειρία ο φόβος των παιδιών μετά από τη χειρουργική επέμβαση (Pearson 1941). Ο φόβος του χωρισμού, η απώλεια ελέγχου, οι άγνωστες ρουτίνες, (Corman et al. 1958, Vernon et al. 1965) το αναισθητικό, οι προσδοκίες της επέμβασης, οι εμπειρίες, ο μετεγχειρητικός πόνος και οι βελόνες είναι πηγές αρνητικής αντίδρασης των παιδιών (Wollin et al. 2004). Η συναισθηματική απάντηση στη νοσηλεία περιλαμβάνει άγχος, λύπη, φόβο, μοναξιά, θυμό, παραμόρφωση της εικόνας του σώματος και τον φόβο απώλειας ελέγχου του εαυτού και των σωματικών λειτουργιών (Barnes et al. 1990, Ellerton et al.1994), αν και ο βαθμός του άγχους είναι παρόλα αυτά άγνωστος (Clathworthy et al. 1999b). Όταν χρησιμοποιείται το Child Drawing instrument (Clathworthy et al. 1999a) σε ένα, προ- και μετεγχειρητικό πρόγραμμα προετοιμασίας, οι ερευνητές διαπιστώνουν τα μειωμένα επίπεδα άγχους και αυτό μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα των παιδιών να ανταπεξέλθουν στη χειρουργική διαδικασία (Brewer et al. 2006).

Μια προηγούμενη μελέτη των *Chia-Jung Lin et al to 2018* η οποία έχει αναφερθεί και σε παραπάνω ενότητα υπολόγιζε ότι κατά την προεγχειρητική περίοδο, περίπου το 50% έως 70% των παιδιών παρουσίασαν σημαντικό άγχος και στρες (Kain, Wang, Mayes, Krivutza & Teague, 2001) και αυτά τα συναισθήματα έχουν, αποδειχθεί ότι οδηγούν σε παροδικό ή μακροχρόνιο ψυχολογικό τραύμα (Wakimizu, Kamagata, Kuwabara & Kamibeppu, 2009). Μελέτες έχουν επίσης βρει ότι ένα υψηλότερο επίπεδο προεγχειρητικού άγχους μπορεί να

σχετίζεται με υψηλότερη επίπτωση και αρνητικές συμπεριφορές, όπως το να ξυπνάς με κλάματα τη νύχτα, εκρήξεις θυμού, άγχος αποχωρισμού ή εφιάλτες, ενούρηση στο κρεβάτι, όπως επίσης η συμπεριφορά του να εμφανίζει απόσυρση αλλά και ανυπακοή απέναντι τους γονείς του (Cuzzocrea et al., 2013, Kain, Mayes, O' Connor, & Cicchetti, 1996). Οι Kain et al. (1996) και Wakimizu, Ozeki και ο Kamiberru (2005) ανέφερε ότι το άγχος αποχωρισμού και το ξύπνημα με κλάματα τη νύχτα ήταν οι πιο συχνές αρνητικές συμπεριφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των παιδιών που είχαν φύγει από το νοσοκομείο. Αυτά τα προβλήματα συμπεριφοράς έχουν αποδειχθεί να επιμένουν σε παρακολούθηση 2 εβδομάδων και μερικά παιδιά παρουσίασαν προβλήματα που επέμειναν για ένα χρόνο. Πολλοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της μη εξοικείωσης με το νοσοκομειακό περιβάλλον, η ανεπαρκής προεγχειρητική προετοιμασία, ο φόβος για τον ιατρικό εξοπλισμό και τις επώδυνες διαδικασίες μπορούν να συμβάλλουν στο προεγχειρητικό άγχος των παιδιών (Yahya Al-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan, & Moxham, 2017).

Στη μελέτη της *Lerwick, J. L. το 2013* αναφέρεται ότι η νοσηλεία αυξάνει την πιθανότητα για άλυτο άγχος, που προκαλεί μακροχρόνιο ψυχολογικό τραύμα. Το τραύμα μπορεί να παρουσιάζεται συμπεριφορικά, συναισθηματικά και φυσιολογικά ως νευρική, επιθετικότητα, θυμό, φόβο ακρωτηριασμού, ενοχή, πόνο και οργή. Τα παιδιά χρειάζονται μια μορφή ελέγχου και έκφρασης κατάλληλης για την ηλικία τους, κατά την διάρκεια της διαδικασίας φροντίδας υγείας που ευνοεί την επιτυχή θεραπευτική αγωγή. Η κατανόηση του αναπτυξιακού σταδίου είναι θεμελιώδης, στο να καταλάβουν τις αντιδράσεις του παιδιού στην νοσηλεία και να καθορίσουν την πιο αποτελεσματική μέθοδο για την διαχείριση τυχόν δυσμενών ψυχολογικών επιπτώσεων (*Lerwick, J. L. το 2013*).

Το άγχος και ο παιδοχειρουργικός ασθενής: Οι ειδικοί στην παιδική ανάπτυξη ανέφεραν ορισμένες βραχυπρόθεσμες, οπτικά εμφανείς επώδυνες διαδικασίες που παράγουν υψηλά επίπεδα συναισθημάτων ενόχλησης σε ανήλικους ασθενείς. Περιλαμβάνονται μεταξύ αυτών στρεσογόνοι παράγοντες όπως είναι η φλεβοκέντηση, η προεγχειρητική ένεση, η απομάκρυνση από τον γονέα πριν από την χειρουργική επέμβαση, η εισαγωγή στην αναισθησία και η αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής δυσφορίας. Το άγχος χρησιμεύει ως μέσο της αυτοπροστασίας σε στρεσογόνες ή άγνωστες καταστάσεις. Έτσι το άγχος στα παιδιά μπορεί να μειωθεί σε στιγμές ευπάθειας όταν αντικαθίσταται από πιο υγιείς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Συγκεκριμένα, στους περισσότερους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση παρατηρείται προεγχειρητικό άγχος και υπάρχει ασαφής συσχέτιση μεταξύ νοσηλείας και υψηλών επιπέδων για τα παιδιά (*Lerwick, J. L. το 2013*).



Η ηλικία του παιδιού, η διάρκεια νοσηλείας, οι προηγούμενες νοσηλείες και ο βαθμός άγχους του γονέα συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις αντιδράσεις άγχους στα παιδιά κατά την προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση. Όπως συζητήθηκε και προηγουμένως, οι ψυχοβιολογικές επιδράσεις του άγχους είναι διάχυτες με το προεγχειρητικό άγχος να φαίνεται ότι διεγείρει «το συμπαθητικό, το παρασυμπαθητικό και το ενδοκρινικό σύστημα, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής διεγερσιμότητας με αποτέλεσμα καρδιακές αρρυθμίες» (Lerwick, J. L. το 2013). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το άγχος αυξάνει τα επίπεδα αδρεναλίνης στο πλάσμα κατά 40% και προκαλεί ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι το τραυματισμένο παιδί είναι επίσης σχεδόν ολοκληρωτικά ανήσυχο. Ανάλογα με την ηλικία του παιδιού, ακόμη και κοινά γεγονότα μπορούν να μιμηθούν τις επιπτώσεις του τραύματος αν και τα ποσοστά και η σοβαρότητα του στην έκθεση μπορεί να ποικίλλουν. Οι φυσιολογικές επιδράσεις που σχετίζονται με το παιδιατρικό τραύμα περιλαμβάνουν αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών που μπορεί να συμβάλλουν σε συναισθήματα άγχους καθώς και σε αυξημένα επίπεδα ενδογενών οπιοειδών που προκαλούν συναισθηματική άμβλυση και βλάβη στην μνήμη. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες, το αίσθημα κινδύνου, η απώλεια ελέγχου και η έλλειψη ικανότητας αυξάνουν το άγχος και αυτά συχνά τα βιώνει ένα χειρουργημένο παιδί (Lerwick, J. L. το 2013).

### **1.1.3.2 Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας του παιδοαναισθησιολογικού κατά την διάρκεια που βρίσκεται στο χειρουργείο ο ασθενής**

Οι *Sjöberg, C. et al* διαπίστωσαν ότι οι ασυνήθεις αναισθησιολογικές παρενέργειες που εμφανίστηκαν μετεγχειρητικά και το γεγονός ότι τα παιδιά δεν ήταν προετοιμασμένα για το τι θα βιώσουν αποτελούσε μεγαλύτερο πρόβλημα από το πραγματικό χειρουργείο. Τα παιδιά επιθυμούσαν να έχουν πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την αναισθησία και την χειρουργική επέμβαση. Για παράδειγμα, ήθελαν να μάθουν τι θα συνέβαινε όσο ήταν υπό την αναισθησία και τι θα έκαναν οι επαγγελματίες υγείας με αυτά. Κάποια ήθελαν από τους επαγγελματίες υγείας να τραβήξουν φωτογραφίες κατά την διάρκεια της επέμβασης για να μπορέσουν να τις δουν μετά. Μια ακόλουθη κατηγορία που συνιστά κύρια περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση της συμμετοχής των παιδιών με την εμπειρία που πρόκειται να βιώσουν. Τα παιδιά περιέγραψαν τον διάλογο μεταξύ αυτών και των επαγγελματιών υγείας σε θέματα όπως την ακρόαση, την συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και την αίσθηση εμπιστοσύνης. Οι εμπειρίες συμμετοχής των παιδιών στην περιεγχειρητική φροντίδα σχετίζονται με την αίσθηση ότι είχαν την ευκαιρία να

πάρουν αποφάσεις σχετικά με κάποια πτυχή της φροντίδας τους, ενώ άλλα δεν ένιωθαν την ανάγκη να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων. Μπορούσαν να αποφασίσουν για μικρά θέματα τα οποία ήταν σημαντικά για τα ίδια όπως να κρατήσουν τη μάσκα προσώπου, να αναφέρουν πότε είναι έτοιμα για να ξεκινήσει η αναισθησία καθώς επίσης και τι φαγητό θα ήθελαν να φάνε μετά την χειρουργική επέμβαση. Εξίσου βοηθητικό για τα παιδιά ήταν το γεγονός ότι είχαν την ελευθερία να ενημερώσουν τους επαγγελματίες υγείας αν πονούσαν ή αν ένιωθαν άβολα (Sjöberg, C. et al 2013).

Ο νοσηλεύτης του αναισθησιολογικού έχει την ευθύνη για την διασφάλιση του δικαιώματος συμμετοχής των παιδιών και πρέπει να γνωρίζει πόσο ευάλωτα είναι τα παιδιά σε όλη την περιεγχειρητική περίθαλψη. Αυτή περιλαμβάνει την περίοδο πριν, κατά την διάρκεια και μετά το χειρουργείο (σύμφωνα με την Εθνική κοινότητα της Αναισθησίας και Εντατικής φροντίδας και της Σουηδικής Νοσηλευτικής κοινότητας το 2008). Στην παιδιατρική περιεγχειρητική φροντίδα, είναι σημαντικό να προσκαλούνται το παιδί και οι γονείς από κοινού και να είναι μέλη της περιεγχειρητικής ομάδας για την μείωση του άγχους και του φόβου (Sjöberg, C. et al 2013).

Για τη διευκόλυνση της συμμετοχής των παιδιών στη δική τους φροντίδα, είναι απαραίτητο οι νοσηλεύτριες να εργάζονται τόσο από την μεριά της προοπτικής που έχει ένα παιδί όσο και από την οπτική του ίδιου του παιδιού. Η προοπτική του παιδιού, ιδωμένη από την άποψη της νοσηλεύτριας χαρακτηρίζεται από μια εξωτερική ματιά με το άτομο να έχει κατά νου τα καλύτερα συμφέροντα του παιδιού, με βάση την ερμηνεία των αντιλήψεων των παιδιών και των συνθηκών που επικρατούν στο κοντινότερο περιβάλλον τους. Από την άλλη πλευρά, η οπτική του παιδιού χαρακτηρίζεται από τον εσωτερικό κόσμο του παιδιού και βασίζεται σε εμπειρίες, αντιλήψεις των παιδιών, συνθήκες, ενέργειες και τι πιστεύουν τα παιδιά ότι είναι σημαντικό για αυτά (Sjöberg, C. et al 2013).

Η κατάσταση της φροντίδας είναι πολύπλοκη και οι απόψεις των φροντιστών και των γονιών για το πως μπορεί να είναι αυτή η κατάσταση προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του παιδιού μπορεί να μην συμφωνούν με την οπτική του παιδιού. Είναι γνωστό ότι πολλά παιδιά βιώνουν δυσφορία στην περιεγχειρητική κατάσταση και η συμπεριφορά και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας και του γονέα μπορεί να έχουν επιρροή στις εμπειρίες των παιδιών. Τα παιδιά με προεγχειρητικό άγχος χρειάζονται περισσότερα αναλγητικά και έχουν περισσότερα προβλήματα με τον ύπνο καθώς και πιο επώδυνη ανάρρωση. Παιδιά που δεν συμμετέχουν σε αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους υποφέρουν συχνότερα από δυσμενείς επιπτώσεις όπως φόβο, θλίψη, θυμό, άγχος, μοναξιά και συναισθήματα απόρριψης. Οι προτιμήσεις των παιδιών για συμμετοχή στη φροντίδα επικεντρώθηκαν κυρίως σε δευτερεύουσες αποφάσεις, ενώ σε «σοβαρές» αποφάσεις αφήνονται στους γονείς τους (Sjöberg, C. et al 2013).

Αναγνωρίζοντας την σπουδαιότητα της προαναισθητικής εκτίμησης στον παιδοχειρουργικό ασθενή οι ερευνητές *Chia-Jung Lin et al to 2018* πραγματοποίησαν την ακόλουθη μελέτη. Χρησιμοποίησαν δύο ομάδες παιδιών. Η καθεμία από τις δύο ομάδες που ορίστηκαν περιελάμβανε 32 τουλάχιστον συμμετέχοντες. Η διαδικασία μελέτης παρουσιάζεται ακολούθως. Στο νοσοκομείο η προαναισθητική εκτίμηση πραγματοποιούνταν στη Συμβουλευτική Κλινική, όπου ένας αναισθησιολόγος παρείχε πληροφορίες για την αναισθησία και έδειχνε ένα βίντεο σχετικό με την χειρουργική επέμβαση. Αυτή ήταν η τυπική φροντίδα που ελάμβαναν οι ασθενείς. Αυτή η επίσκεψη διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Μετά τη λήψη αυτής της τυπικής φροντίδας, οι δυάδες φροντιστή-παιδιού τυχαιοποιήθηκαν σε μια από τις δυο ομάδες. Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου επέστρεψαν στο σπίτι. Ενώ οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα έλαβαν την τυπική φροντίδα και το πρόσφατα αναπτυγμένο, πολυπαραγοντικό πρόγραμμα προεγχειρητικής προετοιμασίας με επίκεντρο την οικογένεια. Αυτό το πρόγραμμα περιελάμβανε τα ακόλουθα: (α) ξενάγηση στο χώρο αναμονής του χειρουργείου και στην αίθουσα ανάνηψης και (β) ένα βίντεο κινουμένων σχεδίων διάρκειας 4 λεπτών με τίτλο « Δεν φοβάμαι το χειρουργείο», (*I Am Not Afraid Of Surgery*), το οποίο ήταν προσαρμοσμένο στο παιδί. Αυτό το βίντεο περιλάμβανε 29 σκηνές που απεικόνιζαν τη χειρουργική επέμβαση ενός αγοριού σαν ένα ταξίδι με ιδιαίτερη έμφαση στις στρατηγικές αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου. Οι εικόνες που χρησιμοποιούνται σε κάθε σκηνή στο βίντεο είναι φωτογραφίες πραγματικών χώρων στο νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο τα παιδιά και οι φροντιστές τους θα μπορούσαν να εξοικειωθούν περισσότερο με το περιβάλλον παρακολουθώντας το βίντεο. Αυτό το βίντεο αντιπροσωπεύει μια νέα παρέμβαση που δε χρησιμοποιείται σε προηγούμενες μελέτες. (γ) Εξοικείωση με ιατρικό εξοπλισμό όπως τις κονκάρδες με τα ονόματα, τα καλύμματα μαλλιών μιας χρήσης, οι αναισθητικές μάσκες, τα καλώδια ηλεκτροκαρδιογραφήματος και το παλμικό οξύμετρο, τα οποία τοποθετήθηκαν στο μοντέλο παιδιού την Anne, για να βοηθήσουν τα παιδιά να κατανοήσουν τα χειρουργικά εργαλεία και να προωθήσουν την καλύτερη συνεργασία τους την ώρα της εισαγωγής στην αναισθησία. Σε αντίθεση με τη χρήση κούκλων ή μαριονέτας σε προηγούμενες μελέτες, η χρήση του μοντέλου παιδιού Anne από αυτή τη μελέτη είναι πιο ρεαλιστική αναπαράσταση και αντιπροσωπεύει μια καινοτομία στα υπάρχοντα πρωτόκολλα. Η προεγχειρητική προετοιμασία χρειάστηκε 25 λεπτά για να ολοκληρωθεί και το παιδί και ο φροντιστής επέστρεψαν στο σπίτι. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα παιδιά που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα παρουσίασαν λιγότερες αρνητικές συναισθηματικές συμπεριφορές στο χώρο αναμονής και στην εισαγωγή στην αναισθησία (*Chia-Jung Lin et al to 2018*).

#### 1.1.4 Η Παιγνιοθεραπεία ως μέσο αντιμετώπισης του άγχους στους παιδοχειρουργικούς ασθενείς

Στη μελέτη της *Lerwick, J. L. το 2013* αναφέρεται ότι η νοσηλεία και η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι συναισθηματικά απειλητικές και ψυχολογικά τραυματικές εμπειρίες, ειδικά για τα παιδιά. Υπάρχει ένας αριθμός πρωτοκόλλων που μειώνουν αυτά τα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης σχετικά με τις επερχόμενες διαδικασίες, ξενάγηση στο νοσοκομείο και στην αίθουσα του χειρουργείου, μια ανάγνωση των βιβλίων με εικόνες που είναι σχετικές με την εμπειρία του χειρουργείου, όπως επίσης και ξενάγηση με βίντεο. Επιπλέον, το ιατρικό παιχνίδι με χειρουργικά εργαλεία και κούκλες ενθαρρύνει τα παιδιά να εκφράζουν ανησυχίες για τις επερχόμενες διαδικασίες. Υπάρχει μια μελέτη που διερεύνησε τον αντίκτυπο της Παιδοκεντρικής Παιγνιοθεραπείας (CCPT) στο άγχος σε προεγχειρητικούς παιδιατρικούς ασθενείς σε νοσοκομειακές συνθήκες με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα (*Lerwick, J. L. το 2013*).

Τα νοσηλευόμενα παιδιά συχνά αισθάνονται την απώλεια της ελευθερίας τους, αντιληπτή ή πραγματική, η οποία αυξάνει την ανάγκη για συναισθηματική συγκράτηση και επεξεργασία. Ο συναισθηματικός περιορισμός μπορεί να διευκολυνθεί με το θεραπευτικό παιχνίδι στο χώρο του νοσοκομείου. Το ιατρικό θεραπευτικό παιχνίδι, μειώνει τα προβλήματα συμπεριφοράς ενθαρρύνοντας την έκφραση, τον έλεγχο και την αυτονομία κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Η Παιδοκεντρική Παιγνιοθεραπεία βελτιώνεται σε σχέση με το παραδοσιακό ιατρικό παιχνίδι επιτρέποντας στο παιδί να ηγηθεί της διαδικασίας. Για παράδειγμα, εάν ένα παιδί ήταν μάρτυρας ενός καυγά μεταξύ των γονιών του το βράδυ πριν από την επέμβαση, το παιδί μπορεί να υποφέρει από δύο σειρές καταστάσεων που προκαλούν άγχος: επικείμενη χειρουργική επέμβαση και αγωνία για τους γονείς. Το παραδοσιακό (λογικά συνδεδεμένο) ιατρικό παιχνίδι προϋποθέτει την παιδική αγωνία που σχετίζεται μόνο με την ιατρική κατάσταση. Η μη κατευθυνόμενη παιδοκεντρική παιγνιοθεραπεία διευκολύνει ένα ασφαλές περιβάλλον παιχνιδιού που επιτρέπει στο παιδί να εκφράζει τις ανησυχίες για το περιβάλλον, τις ιατρικές διαδικασίες και την στεναχώρια των γονέων, όλα ή κανένα από αυτά τα ζητήματα μπορεί να υπάρχουν επιτρέποντας στο παιδί να παίξει, κάνοντας το να κάνει τις κινήσεις που αισθάνεται πιο σημαντικές την δεδομένη στιγμή (*Lerwick, J. L. το 2013*).

Η αντιμετώπιση σε παιδιά και ενήλικες περιλαμβάνει γενικά τρεις πτυχές: καμία από τις οποίες δεν είναι μονοδιάστατη: (α) ενεργητικό έναντι παθητικό, (β) εσωτερικό έναντι εξωτερικού και (γ) συναισθηματικά εστιασμένο έναντι αντιμετώπισης με επίκεντρο το πρόβλημα. Οι *la Montagne, Herworth, Johnson* και *O Cohen* διαπίστωσαν ότι η αποφυγή

αντιμετώπισης χρησιμοποιήθηκε περισσότερο κατά την οξεία φάση νοσηλείας και η ενεργητική αντιμετώπιση χρησιμοποιήθηκε συχνότερα στη φάση της αποκατάστασης. Όταν τα παιδιά που προετοιμάζονται για χειρουργική επέμβαση αν θελήσουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους στους επερχόμενους στρεσογόνους παράγοντες, η αντιμετώπιση και η ανάρρωση τους επηρεάζονται αρνητικά. Επομένως, τα παιδιά που επικεντρώνονται αρνητικά εξ αρχής αναρρώνουν πιο αργά από εκείνα που μπορούν να επικεντρωθούν σε συγκεκριμένες πτυχές της νοσηλείας. Επειδή η γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών επηρεάζει την ικανότητα τους να ορίζουν τις παραμέτρους ενός συμβάντος, (π.χ. διάρκεια και ένταση) τα άγχη τους επιδεινώνονται επειδή είναι συχνά ανακριβή στην εκτίμηση του γεγονότος. Προσκαλώντας τα παιδιά να εκφράσουν τις εμπειρίες και τα συναισθήματα τους μέσα από το παιχνίδι δημιουργείται μια συναισθηματική απόσταση που παρέχει ένα φραγμό ασφαλείας και αυτό με την σειρά του τα προστατεύει από το να αισθάνονται καταπονημένα (Lerwick, J. L. το 2013).

Η συναισθηματική απόσταση επιτρέπει στο παιδί να αφομοιώσει και να δημιουργήσει νοήματα με ισχυρά συναισθήματα. Μέσα από το παιχνίδι, τα παιδιά μαθαίνουν ότι ο κόσμος μπορεί να είναι ασφαλής, συνεπής και προβλέψιμος και αναπτύσσουν μεγαλύτερη ικανότητα να τον αντιμετωπίσουν όταν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα είναι αποδεκτά. Το παιχνίδι διδάσκει στα παιδιά να μαθαίνουν τον αυτοέλεγχο και την αυτονομία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη ενισχυμένης αίσθησης του εαυτού (Lerwick, J. L. το 2013).

Το πρόγραμμα Child Life ιδρύθηκε το 1922 με την πεποίθηση ότι οι θετικές συναισθηματικές καταστάσεις βοηθούν στην επούλωση και μειώνουν την παιδιατρική ανησυχία. Το Child Life χρησιμοποιεί ιατρικό παιχνίδι για να αντιμετωπίσει στο σύνολο την νοσηλεία και την χειρουργική εμπειρία. Η παιγνιοθεραπεία μειώνει τα προβλήματα συμπεριφοράς δίνοντας στο παιδί μια θέση ελευθερίας, ελέγχου και αυτονομίας κατά την διάρκεια της νοσηλείας υποστηρίζοντας τα παιδιά συναισθηματικά στην περίοδο του χάους, του φόβου και του πόνου. Ως παιδιά σταδιακά μαθαίνουν να βλέπουν τον εαυτό τους ως άτομα ικανά να κάνουν επιλογές, όχι απλώς να υπόκεινται σε επιλογές που γίνονται για αυτά ή για λογαριασμό τους και οι ανατρεπτικές εκφράσεις συμπεριφοράς τους εξαφανίζονται (Lerwick, J. L. το 2013).

Η παιγνιοθεραπεία είναι μια εξειδικευμένη μορφή παιδικής θεραπείας που εστιάζει αποκλειστικά στο παιδί ασθενή. Οι παιγνιοθεραπευτές έχουν τουλάχιστον ένα μεταπτυχιακό σε τομέα ψυχικής υγείας με απαιτούμενη εκπαίδευση σε παιδική και οικογενειακή θεραπεία. Μέχρι να αδειοδοτηθεί ο παιγνιοθεραπευτής, είναι υπό την επίβλεψη ενός έμπειρου κλινικού γιατρού. Εγγεγραμμένοι παιγνιοθεραπευτές (RPT: registered play therapists) συμπληρώνουν δύο χρόνια και 2000 ώρες άμεσης επαφής με

εποπτευόμενη κλινική εμπειρία, συμπεριλαμβανομένων 500 ωρών εποπτευόμενου παιχνιδιού ως εμπειρία θεραπείας. Επιπλέον, οι παιγνιοθεραπευτές απαιτείται να συμπληρώσουν 150 ώρες εκπαίδευσης ειδικά για παιγνιοθεραπεία. Η CCPT είναι μια μοναδική μορφή παιδικής θεραπείας που εστιάζει στο παιδί παρά στο πρόβλημα και το παρόν παρά στο παρελθόν. Τα συναισθήματα κεφαλαιοποιούνται πάνω από τις σκέψεις ή τις πράξεις και η κατανόηση μετράει περισσότερο από την εξήγηση. Χρησιμοποιώντας CCPT ο παιγνιοθεραπευτής μετατρέπει τη σχέση του με το παιδί σε σχέση αποδοχής παρά διόρθωσης. Επιπλέον, η κατεύθυνση του παιδιού είναι πιο σημαντική από τη συμβουλή του θεραπευτή με τη σοφία του παιδιού να εκτιμάται περισσότερο από τη γνώση του θεραπευτή (Lerwick, J. L. το 2013).

Το αληθινό παιχνίδι είναι ευχάριστο, εγγενώς ικανοποιητικό και ολοκληρωμένο. Είναι εθελοντικό, απαλλαγμένο από αξιολόγηση και κρίση και ενθαρρύνει τη χρήση της φαντασίας. Το υγιές παιχνίδι αυξάνει το ενδιαφέρον και την ενασχόληση, ενθαρρύνει την ανάπτυξη του εαυτού και είναι στο άτομο εστιασμένο, όχι στο αντικείμενο. Επιτρέπει στο παιδί να αποκτήσει διορατικότητα και μειώνει το άγχος μέσω της έκφρασης των φόβων. Συχνά το παιχνίδι των παιδιών θα αποκαλύψει τι έχουν βιώσει, τις αντιδράσεις τους, τι χρειάζονται στη ζωή και την αυτοαντίληψη. Στην CCPT τα παιδιά θεωρούνται ικανά για θετικό αυτοέλεγχο. Ο Landreth παρουσίασε 10 βασικές αρχές στην εφαρμογή της CCPT σε παιδιά: (α) τα παιδιά δεν είναι μικροσκοπικοί ενήλικες, (β) τα παιδιά είναι άνθρωποι, (γ) τα παιδιά είναι μοναδικά και άξια σεβασμού, (δ) τα παιδιά είναι ανθεκτικά, (ε) τα παιδιά έχουν μια εγγενή τάση προς ανάπτυξη και ωριμότητα, (στ) τα παιδιά είναι ικανά για θετικό αυτοέλεγχο, (ζ) η φυσική γλώσσα των παιδιών είναι το παιχνίδι, (η) τα παιδιά έχουν το δικαίωμα να παραμείνουν σιωπηλά, (θ) τα παιδιά θα λάβουν τη θεραπευτική εμπειρία εκεί που πρέπει να είναι και (ι) η ανάπτυξη των παιδιών δεν μπορεί να επιταχυνθεί. Αυτές οι αρχές παραμένουν θεμελιώδεις ειδικά σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα (Lerwick, J. L. το 2013).

Αρκετές εντατικές και βραχυπρόθεσμες παρεμβάσεις παιγνιοθεραπείας για τα ανήσυχα παιδιά έχουν αποδειχθεί ότι παράγουν επιτυχημένα αποτελέσματα. Σε αυτές τις μελέτες ο πιο σημαντικός παράγοντας στην θεραπευτική σχέση ήταν η ικανότητα του παιγνιοθεραπευτή να δημιουργεί ένα περιβάλλον ελευθερίας που υποδέχεται κάθε έκφραση συναισθημάτων. Ενώ ο Rayhas σημείωσε ότι ο βέλτιστος χρόνος για θεραπευτικό παιχνίδι είναι οι συνεδρίες από 30 λεπτά έως 45 λεπτά. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα δεκαπεντάλεπτο CCPT ελάχιστης παρέμβασης μειώνει το αυτοαναφερόμενο άγχος σε μια παιδιατρική προεγχειρητική μελέτη κοορτής. Αυτό υποστηρίζει το συμπέρασμα του Landreth ότι η σχέση και η εμπειρία είναι πιο σημαντικά από το περιεχόμενο και την διάρκεια των συνεδριών και υποδηλώνει ότι οι σύντομες θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις

με τα παιδιά μπορούν να τα θεραπεύσουν από το συναισθηματικό στρες (Lerwick, J. L. το 2013).

Η έρευνα τονίζει τη σημασία της ψυχολογικής προετοιμασίας των παιδιών για τις χειρουργικές επεμβάσεις και την νοσηλεία. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της παιγνιοθεραπείας στη μείωση του άγχους και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Το ιατρικό παιχνίδι προσκαλεί το νοσηλεύόμενο παιδί να αναπαράγει τους φόβους και τα συναισθήματα που σχετίζονται με τις εμπειρίες της νοσηλείας, τις διαγνώσεις και ανησυχίες για την θεραπεία. Η θεραπευτική CCPT σε ένα ιατρικό περιβάλλον διαφέρει πολύ από αυτή του ιατρικού παιχνιδιού στο ότι δίνονται στο παιδί ευρείες παράμετροι στο αντικείμενο και την έκφραση. Αυτό προετοιμάζει πιο αποτελεσματικά την ψυχολογία του παιδιού για την χειρουργική επέμβαση και το βοηθά στην ανάρρωση του. Οι παιδοχειρουργοί έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαδικασίας με συγκεκριμένες οδηγίες που θα επιτρέψουν στον παιγνιοθεραπευτή να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα άγχη των ασθενών τους. Ο χειρουργός είναι ο μοναδικός σε θέση να εκπαιδεύσει τον θεραπευτή σχετικά με την διαδικασία και την ανάρρωση και θα πρέπει να κοινοποιούν τυχόν γνώσεις που μπορεί να είναι σχετικές με μια συγκεκριμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς. Δεδομένου ότι η CCPT έχει αποδειχθεί ότι έχει θετική επίδραση στους ασθενείς της Παιγνιοθεραπείας, έτσι οι παιδιατρικοί χειρουργοί μπορούν επίσης να είναι σημαντικοί υποστηρικτές κατά την κατανομή των πόρων του νοσοκομείου και μπορούν να επηρεάσουν τη χρηματοδότηση αυτού του προγράμματος (Lerwick, J. L. το 2013).

### **1.1.5 Η τέχνη της ζωγραφικής ως μέσο έκφρασης και επικοινωνίας προ- και μετεγχειρητικά**

Η ζωγραφική αποτελεί ένα εναλλακτικό μέσο επικοινωνίας των παιδιών τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Στην έρευνα των *Wennström, B., et al 2008* φαίνεται ότι η τέχνη χρησιμεύει και ως ένας χαλαρωτικός τρόπος μείωσης της ατομικής άμυνας και άρνησης. Το παιδί μπορεί να ενθαρρύνεται να ζωγραφίσει κάτι για τον εαυτό του, π.χ τις προσδοκίες του και/ή εμπειρίες μιας κατάστασης και αυτό μπορεί να διευκολύνει και να αποτελέσει ένα σημείο εκκίνησης για συζήτηση, καθώς και μια αναφορά άγχους που συχνά εμφανίζεται σε άγνωστη κατάσταση (Wennström, B., et al 2008).

Προεγχειρητικά τα παιδιά απαντούσαν συχνά ότι δεν ήξεραν γιατί ένιωθαν «εντάξει» ή «όχι τόσο καλά» ή δεν ήξεραν τι «ήθελαν να γνωρίζουν». Τρεις υποκατηγορίες που

αναπτύχθηκαν για την έννοια του «αντιμετωπίζοντας μια άγνωστη πραγματικότητα», με τις ιδέες του: «είμαι στενοχωρημένος για το ότι δεν γνωρίζω», «έχω φόβο για το άγνωστο» και το «να είμαι ανίκανος να φανταστώ τι πρόκειται να συμβεί». Τα παιδιά ήταν ανήσυχα και λυπημένα που ήρθαν στο νοσοκομείο και κάποια σχεδίασαν αυτοπροσωπογραφίες με στόματα θλιμμένα, με δακρυσμένα μάγουλα και φαντάζονταν τους εαυτούς τους να βρίσκονται μικροσκοπικοί και μικροί στο κρεβάτι ξαπλωμένοι, μερικές φορές χωρίς κουβέρτα και ρούχα. Νοσοκομειακός εξοπλισμός όπως σύριγγες, γυαλάκια οξυγόνου και λειτουργία λαμπτήρων χειρουργείου, σχεδιάστηκαν σε δυσανάλογα μεγέθη. Οι ζωγραφίες έδειχναν συχνά παιδιά με λυπημένα στόματα ενώ γονείς και επαγγελματίες υγείας χαμογελούσαν. Αυτό επίσης όταν εκφράζεται λεκτικά: [«Το στόμα του επαγγελματία υγείας χαιρόταν (δείχνοντας BW) όπως και του μπαμπά και της μαμάς, το στόμα όμως του παιδιού ήταν λυπημένο» («Γιατί;») «Επειδή τρέμει».] Απόδραση από τις καθημερινές ρουτίνες. Αυτή η κατηγορία δείχνει ότι τα παιδιά τόσο προ και μετεγχειρητικά βίωσαν ένα διάλειμμα από την ρουτίνα της καθημερινότητας τους και βρέθηκαν ανίκανα να κάνουν κοινές δραστηριότητες. Αυτό περιγράφεται περαιτέρω στις υποκατηγορίες «αποτρέπεται από το να ακολουθεί τις καθημερινές ρουτίνες» και «δεν μπορεί να κάνει κοινές δραστηριότητες». Τα παιδιά προσπαθούν να αποκτήσουν τον έλεγχο της άγνωστης κατάστασης (Wennström, B., et al 2008).

Σύμφωνα με την μελέτη των *Dionigi, A. et al 2017* βλέποντας με μια πιο σφαιρική ματιά την συμβολή της τέχνης στην διαχείριση των συναισθημάτων του παιδιού διαπιστώθηκε ότι η εκτίμηση των γονέων για την θεραπεία των παιδιών τους, που ήταν βασισμένη στην τέχνη και τις επισκέψεις των κλόουν ήταν υψηλή και τους έβρισκε σύμφωνους. Μάλιστα το 95% των νοσηλευτών αξιολόγησε τις παρεμβάσεις που γίνονται με την βοήθεια της τέχνης από μέτριες έως εξαιρετικά χρήσιμες. Παρόλο που η αξιολόγηση των νοσηλευτών για την χρησιμότητα των παρεμβάσεων ήταν χαμηλότερη σε σύγκριση με των γονέων, ήταν ιδιαίτερα σημαντικό ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών ανέφεραν ότι οι κλόουν δεν δημιούργησαν ενοχλητικό θόρυβο ή αναστάτωση σε σύγκριση με μελέτες του παρελθόντος (Vagnoli et al. 2005).

Τα ευρήματα των *Wennström, B., et al 2008* μας δείχνουν, όπως περιέγραψαν τα ίδια τα παιδιά, ότι η κύρια ανησυχία για τα παιδιά ηλικίας 6-9 ετών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση ημερήσιας νοσηλείας αφορά το γεγονός ότι μπαίνουν σε μια άγνωστη, απρόβλεπτη και δυσάρεστη κατάσταση που πρέπει να υπομείνουν. Η διαδικασία της διαρκούς νοσοκομειακής δυσφορίας περιγράφεται σε ένα εννοιολογικό μοντέλο βασισμένο σε δεδομένα από συνεντεύξεις, παρατηρήσεις και σχέδια ζωγραφικής. Το μοντέλο ή αλλιώς ερμηνευτική θεωρία (Charmaz 2006) που προσφέρει μια βαθύτερη κατανόηση του τι σημαίνει για τα νέα παιδιά να υποβληθούν σε ημερήσια χειρουργική



επέμβαση. Αποδεικνύεται έτσι ότι τα παιδιά προεγχειρητικά έπρεπε να αντιμετωπίσουν μια άγνωστη πραγματικότητα στο νοσοκομείο, που ξεφεύγει από τις καθημερινές ρουτίνες στο περιβάλλον του σπιτιού τους. Επιπλέον, θα πρέπει να υπομείνουν μια πιθανή μη αναμενόμενη κατάσταση του άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, της στενοχώριας που πιθανών συχνά να προσπαθούν να ελέγξουν, βρίσκοντας το νόημα όλων αυτών των δοκιμασιών, μέσα από την επιλογή της πραγματοποίησης της επερχόμενης θεραπευτικής χειρουργικής επέμβασης (Wennström, B., et al 2008).

Η χρήση του περιεγχειρητικού διαλόγου στην κλινική πράξη μπορεί επομένως να ελαχιστοποιήσει την αγωνία και να προετοιμάσει τα παιδιά για τον «άγνωστο» στρεσογόνο παράγοντα που συχνά παρουσιάζει η νοσοκομειακή περίθαλψη (Wennström, B., et al 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να αναδειχθεί ο βαθμός της επιθυμίας για πληροφόρηση των παιδοχειρουργικών ασθενών ηλικίας 7-17 χρονών καθώς και το πως αλληλοεπιδρά η ένταση του άγχους των παιδιών αυτών με την πληροφόρηση, κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Πιο αναλυτικά, η μελέτη αυτή γίνεται για να καταστεί εμφανές σε ποια ένταση και σε ποιο βαθμό οι παιδοχειρουργικοί ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν τι θα τους συμβεί από την στιγμή που μαθαίνουν ότι θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Η ανάγκη χειρουργικής επέμβασης δεν αποτελεί μια απλή υπόθεση για το λόγο αυτό παράλληλα με τις λεπτομέρειες της επέμβασης που ενδιαφέρουν ένα παιδί μετράτε και το άγχος του παιδιατρικού ασθενούς την δεδομένη χρονική στιγμή αλλά και αυτό που τον χαρακτηρίζει στην ολότητα του ως προσωπικότητα στην καθημερινότητα. Οι παράμετροι του άγχους και της πληροφόρησης συσχετίζονται μεταξύ τους προκειμένου να αναζητηθεί κατά πόσο η πληροφόρηση επηρεάζεται περισσότερο ή λιγότερο συγκριτικά με το άγχος που βιώνουν τα παιδιά. Ο πληθυσμός που απευθύνεται αυτή η μελέτη, είναι αγόρια και κορίτσια που νοσηλεύτηκαν στις παιδοχειρουργικές κλινικές δύο Παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας, το «Παναγιώτη και Αγλαΐα Κυριακού» και το «Παιδων η Αγία Σοφία» κατά την περίοδο 2021-2022. Οι ερευνητικές υποθέσεις που επιδιώχθηκε να απαντηθούν με αυτή την μελέτη αναφέρονται παρακάτω και είναι οι εξής:

- Διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης των παιδιών και της έντασης του άγχους αυτών κατά την περιεγχειρητική περίοδο.
- Αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών με το βαθμό επιθυμίας πληροφόρησης.
- Αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών με το βαθμό επιθυμίας πληροφόρησης.
- Αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο βαθμό έντασης του άγχους κατά την περιεγχειρητική περίοδο και στο βαθμό επιθυμίας πληροφόρησης του παιδιού.
- Πολυπαραγοντική επίδραση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των παιδιών και των γονιών τους όπως επίσης και του βαθμού έντασης άγχους των παιδιών στο βαθμό επιθυμίας πληροφόρησης των παιδιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη είναι παρατήρησης προοπτική εγκάρσιας τομής. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας. Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν στο σύνολο είναι 80 από παιδιά ηλικίας 7-17 ετών αγόρια και κορίτσια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται είναι από ξενόγλωσση έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά που ζουν στην Μεγάλη Βρετανία και ζητήθηκε η σχετική άδεια για την μετάφραση στα ελληνικά και την διανομή του στον ελληνικό παιδιατρικό πληθυσμό που υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση. Τα πνευματικά δικαιώματα του ερωτηματολογίου φέρει η κλινική ψυχολόγος Michelle A. Fortier. Το CDI (Children's Desire for Information) ερωτηματολόγιο φέρει τα έξης χαρακτηριστικά: είναι κατασκευασμένο για την μέτρηση των επιθυμιών των παιδιών για πληροφόρηση, ηλικίας 7- 17 ετών κατά την περιεγχειρητική περίοδο (Fortier et al 2009), μετά από την αξιοποίηση ποιοτικών στοιχείων της μελέτης των Smith και Callery (2005) που είχαν αξιολογηθεί από μια ομάδα επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης. Το συγκεκριμένο εργαλείο CDI είχε Cronbach's alpha 0,93 γεγονός που θεωρείται εξαιρετικό. Το Cronbach's alpha που υπολογίστηκε από την στατιστική ανάλυση των 80 ερωτηματολογίων είναι εξίσου καλό, έτσι ως total score έχουμε το 0,918. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει εσωτερική συνοχή στις απαντήσεις των παιδιών στις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο CDI περιλαμβάνει 40 ερωτήσεις που αξιολογούνται σε μια κλίμακα Likert 4 σημείων με την ακόλουθη βαθμολογία: «Δεν θέλω να ξέρω=-1, Δεν με νοιάζει=0, Ίσως

θέλω να ξέρω=1 και Πρέπει να ξέρω=2». Το σκορ της επιθυμίας για περιεγχειρητική πληροφόρηση υπολογίζεται αθροίζοντας το σκορ των ερωτήσεων που τα παιδιά συμπληρώνουν με 1(Ίσως θέλω να ξέρω) ή 2 (Πρέπει να ξέρω) βαθμούς. Τα σκορ αποφυγής πληροφόρησης υπολογίστηκαν αθροίζοντας τις ερωτήσεις που τα παιδιά βαθμολόγησαν με -1( Δεν θέλω να ξέρω). Τέλος, η συνολική επιθυμία των παιδιών για πληροφόρηση υπολογίζεται με το άθροισμα από τις απαντήσεις των 40 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο CDI αποτελείται από πληροφορίες σχετικές με τις συνολικές περιεγχειρητικές διαδικασίες. Οι Smith και Callery πρότειναν αρκετές υποκατηγορίες στο ερωτηματολόγιο στην αρχική τους μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, οι υποκατηγορίες είναι οι εξής: πόνος, φαγητό, αναισθησία, προεγχειρητικές διαδικασίες και διαδικασίες που αφορούν το εξιτήριο και την κατάσταση της υγείας τους. Η Fortier et al συμπεριέλαβε στην μελέτη της μόνο τις υποκατηγορίες που οι δείκτες εσωτερικής συνοχής ήταν αποδεκτοί και είναι οι ακόλουθοι: γενικές διαδικασίες=0,78, χρόνος=0,71, αναισθησία=0,72, περιβάλλον 0,72, πόνος=0,86. Στην παρούσα μελέτη δεν χρησιμοποιήσαμε τις ανωτέρω υποκατηγορίες, διότι δεν ήταν σαφές ποιες ερωτήσεις αντιστοιχούσαν σε κάθε υποκατηγορία.

Το Ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory for Children- STAIC, αφορά το άγχος κατάστασης και Προδιάθεσης για τα παιδιά. Κατασκευάστηκε από το Spielberger et al (1973) και η αρχική προσαρμογή της κλίμακας για τα ελληνικά δεδομένα έχει γίνει από την Ψυχουντάκη (1995) και η επιστημονική δημοσίευση πραγματοποιήθηκε μερικά χρόνια αργότερα από τους Psychountaki et al (2003). Συγκεκριμένα, αποτελείται από δύο κλίμακες: την κλίμακα Άγχους Κατάστασης (A- state) και την κλίμακα άγχους προδιάθεσης (A-trait).

Η κλίμακα Άγχους Προδιάθεσης περιλαμβάνει 20 ερωτήματα, στα οποία τα παιδιά απαντούν σύμφωνα με το πως αισθάνονται γενικά, συνήθως. Αυτή η κλίμακα μετράει ατομικές διαφορές στον τρόπο που τα παιδιά βιώνουν αγχογόνες καταστάσεις στην καθημερινή τους ζωή. Υψηλές τιμές στην κλίμακα Άγχους Προδιάθεσης (A-Trait) εμφανίζουν παιδιά επιρρεπή στο να αντιλαμβάνονται τις κοινωνικές καταστάσεις ως περισσότερο απειλητικές. Επίσης, υψηλές τιμές στην κλίμακα αυτή, φανερώνουν παιδιά τα οποία αντιδρούν με ένταση σε δύσκολες καταστάσεις, εμφανίζουν δηλαδή, υψηλές τιμές και στην κλίμακα Άγχους Κατάστασης (A-State). Η κλίμακα Άγχους Προδιάθεσης απαιτεί από το παιδί να απαντήσει σε κάθε πρόταση διευκρινίζοντας τη συχνότητα της εμφάνισης της συμπεριφοράς που περιγράφεται. Όλες οι προτάσεις είναι ενδεικτικές παρουσίας Άγχους και οι επιλογές απαντήσεων είναι "πολύ συχνά", "μερικές φορές", "σπάνια" και βαθμολογούνται με 3, 2 και 1 αντίστοιχα. Η συνολική τιμή της κλίμακας κυμαίνεται από το 20 έως το 60. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής (Cronbach alpha) και

αξιοπιστίας (test-retest reliability) της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό είναι 0.80 και 0.81 αντίστοιχα. Στην συγκεκριμένη έρευνα ο δείκτης εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκε παίρνοντας την τιμή 0,826.

Η κλίμακα Άγχους Κατάστασης (A-State) περιλαμβάνει 20 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται στο πώς το παιδί αισθάνεται τη στιγμή της εξέτασης. Αυτή η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για να μετράει το άγχος σε μία παροδική, μεταβατική κατάσταση. Με άλλα λόγια, ελέγχει τα υποκειμενικά αισθήματα φόβου, νευρικότητας και ανησυχίας, τα οποία ποικίλουν σε ένταση και αυξομειώνονται ανάλογα με την εκάστοτε κατάσταση. Υψηλές τιμές στην κλίμακα Άγχους Κατάστασης (A-State) εμφανίζονται σε παιδιά τα οποία είναι εκτεθειμένα σε αγχογόνες καταστάσεις. Χορηγείται με την οδηγία στο παιδί να απαντήσει σύμφωνα με το πώς νιώθει "αυτή ακριβώς τη στιγμή". Κάθε ερώτημα συνοδεύεται από μία 3βάθμια κλίμακα απάντησης και απαιτεί από το παιδί να δηλώσει την "ένταση" του συναισθήματος που τη στιγμή της εξέτασης νιώθει. Η συνολική τιμή της κλίμακας κυμαίνεται από το 20 έως και το 60. Πάλι ο δείκτης εσωτερικής συνοχής λαμβάνει καλή τιμή μετά την αναστροφή των ερωτήσεων 2,4,6,8,10,12,15,16,18,19 προς την ίδια κατεύθυνση με τις υπόλοιπες ερωτήσεις και αυτή είναι 0,922. Για το παραπάνω ερωτηματολόγιο έχει ληφθεί επίσης γραπτή άδεια για την χρήση του, από την συγγραφέα κυρία Ψυχουντάκη προκειμένου, να διεξαχθεί η παρούσα έρευνα.

---

### 3.2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι τιμές των συνεχών και κατηγορικών μεταβλητών παρουσιάστηκαν χρησιμοποιώντας την μέση τιμή, την τυπική απόκλιση και τις συχνότητες( $v$ ), ποσοστά (%) αντίστοιχα. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test.

Η εσωτερική συνοχή (internal consistency) αξιολογήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha. Επιλέχθηκε σαν οριακή κατώτερη τιμή των συντελεστών η τιμή 0.70 όπου υποδηλώνει επαρκή αξιοπιστία για ερευνητικούς σκοπούς με ιδανικές τιμές να είναι πάνω από 0.8.

Η μονοδιάστατη ανάλυση θα πραγματοποιηθεί χρησιμοποιώντας το συντελεστή συσχέτισης του Spearman, το t-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα ή το Mann-Whitney test (μη κανονική κατανομή), το μοντέλο ανάλυσης διακύμανσης κατά ένα παράγοντα ή το Kruskal-Wallis test (κανονική κατανομή) για να αναλύσουμε την σχέση ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή (**συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου επιθυμίας των παιδιών**

για πληροφόρηση ) και τους ποσοτικούς και ποιοτικούς δημογραφικούς και κλινικούς δείκτες αντίστοιχα.

Όλοι οι δείκτες που θα παρουσιάσουν στην μονοδιάστατη ανάλυση  $p\text{-value} < 0.15$  θα συμπεριληφθούν σε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας τις 3 διαφορετικές μεθόδους [ **enter** ( ταυτόχρονη εισαγωγή των μεταβλητών ) , **hierarchical** ( σταδιακή εισαγωγή των μεταβλητών στο μοντέλο ) και **stepwise**( επιλογή των πιο ισχυρών προγνωστικών παραγόντων)] για να προσδιορίσουμε τους ανεξάρτητους προγνωστικούς δείκτες για την επιθυμία των παιδιών για πληροφόρηση.

Όλες οι προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση της γραμμικής παλινδρόμησης (ομοιογένεια , γραμμικότητα , κανονική κατανομή και ανεξαρτησία των υπολοίπων του μοντέλου όπως επίσης και η συγγραμικότητα των ανεξαρτήτων μεταβλητών) θα ελεγχθούν.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS v1 21.00 (IBM Corporation, Somers, NY, USA). Όλα τα τεστ είναι διπλής κατεύθυνσης ( two-sided ) .Η τιμή  $p\text{-value} < 0.05$  καθορίσθηκε σαν επίπεδο στατιστικά σημαντικής διαφοράς , επίσης θα καταγραφούν και οι οριακές στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $0.05 < P < 0.1$ ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

### 4. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν από τέσσερις κυρίως παιδοχειρουργικές κλινικές την Α' και τη Β' χειρουργική κλινική, την Α' και τη Β' ορθοπαιδική κλινική, την ωτορινολαρυγγολογική κλινική και την ουρολογική χειρουργική κλινική κ.α. ( οφθαλμολογική, νευροχειρουργική και πλαστική) που βρίσκονται αντίστοιχα στα δύο μεγάλα παιδιατρικά νοσοκομεία της χώρας «Παιδών Παναγιώτη και Αγλαΐα Κυριακού» και «Παιδών Η Αγία Σοφία». Τα κριτήρια ένταξης των παιδιών στην μελέτη ορίσθηκαν ως εξής: α) να ομιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα, β) να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη με προφορική και γραπτή συγκατάθεση-συναίνεση του γονέα, κηδεμόνα και γ) η ηλικία να είναι 7-17 ετών. Είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθεί ότι κάποια από αυτά τα παιδιά είχαν προσέλθει στο παρελθόν στο νοσοκομείο για χειρουργική επέμβαση γεγονός

που δεν αποτέλεσε περιορισμό. Όπως επίσης ότι στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν και ασθενείς με παρουσία ήπιας συστηματικής πάθησης η οποία όμως επέτρεπε στα παιδιά αυτά να αντιληφθούν τις ερωτήσεις και να εκφράσουν ελεύθερα την απάντηση της προτίμησης τους στο ερωτηματολόγιο. Αντιθέτως, τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: παιδιά α) που έπασχαν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή και λάμβαναν αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή, β) που είχαν κάποιο νευρολογικό-αναπτυξιακό πρόβλημα που δυσκόλευε την λεκτική και γραπτή επικοινωνία λόγω π.χ. νοητικής υστέρησης, γ) που δεν συναινούσαν οι ίδιοι οι γονείς, κηδεμόνες με γραπτή συγκατάθεση-συναίνεση. Συνολικά μοιράστηκαν 90 ερωτηματολόγια σε παιδοχειρουργικούς ασθενείς. Από αυτά ο αριθμός των παιδιών που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι 80, μέσα στο χρονικό διάστημα 10/05/2021 έως 18/03/2022 εκ των οποίων 52 από αυτά ήταν αγόρια και 28 κορίτσια ηλικίας από 7-17 ετών. Στα ερωτηματολόγια καταγράφηκαν ποικίλα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών. Σε ότι έχει να κάνει με την διαδικασία συλλογής του δείγματος, οι παιδοχειρουργικοί ασθενείς έπρεπε να προσέλθουν για τον απαραίτητο προεγχειρητικό έλεγχο στα πλαίσια του οποίου εντάχθηκε και το μοριακό τεστ για τον SARS-Cov-2 λόγω της Πανδημίας από τον κορονοϊό, εντός 48 ωρών προ του προγραμματισμένου χειρουργείου. Το αποτέλεσμα του διαγνωστικού τεστ για τον SARS-Cov-2 έπρεπε υποχρεωτικά να είναι αρνητικό. Διαφορετικά, στα παιδιά που θα έμπαιναν εκτάκτως στο χειρουργείο έπρεπε να ληφθεί δείγμα εντός της κλινικής του νοσοκομείου, το οποίο με την σειρά του έπρεπε να είναι αρνητικό.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

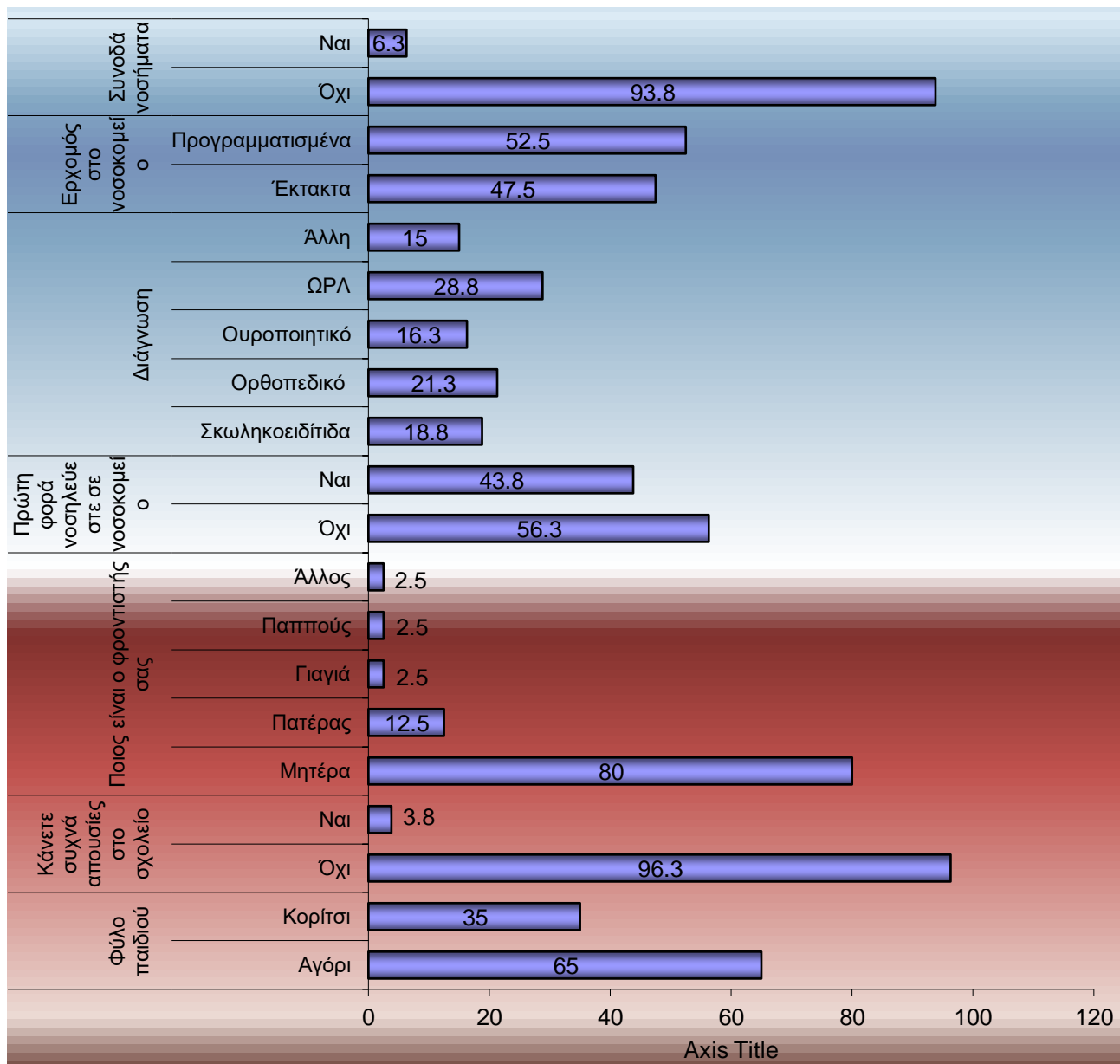
### 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΕΥΡΗΜΑΤΑ

**Πίνακας 1** : Δημογραφικά χαρακτηριστικά του παιδιού

Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"

		N	%
Φύλο παιδιού	Αγόρι	52	65,0
	Κορίτσι	28	35,0
Κάνετε συχνά απουσίες στο σχολείο	Όχι	77	96,3
	Ναι	3	3,8
Ποιος από τους δικούς σας ανθρώπους είναι περισσότερες ώρες κοντά σας;	Μητέρα	64	80,0
	Πατέρας	10	12,5
	Γιαγιά	2	2,5
	Παπούς	2	2,5
	Άλλος	2	2,5
Είναι η πρώτη φορά που νοσηλεύεστε	Όχι	45	56,3
	Ναι	35	43,8
Διάγνωση	Σκωληκοειδίτιδα	15	18,8
	Ορθοπεδικό πρόβλημα	17	21,3
	Ουροποιητικό	13	16,3
	ΩΡΛ	23	28,8
	Άλλη	12	15,0
Ερχομός στο νοσοκομείο	Έκτακτα	38	47,5
	Προγραμματισμένα	42	52,5
Συνοδά νοσήματα	Όχι	75	93,8
	Ναι	5	6,3
Ηλικία παιδιού	Μέση τιμή±ΤΑ (ελαχ-μεγ)	12,0±2,2 (7-16)	
Πόσο φοβάστε την χειρουργική επέμβαση		6,4±3,0 (0-10)	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		2,2±1,4(1-7)	



Γράφημα 1 : Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος



**Πίνακας 2 :** Ικανοποίηση του παιδιού

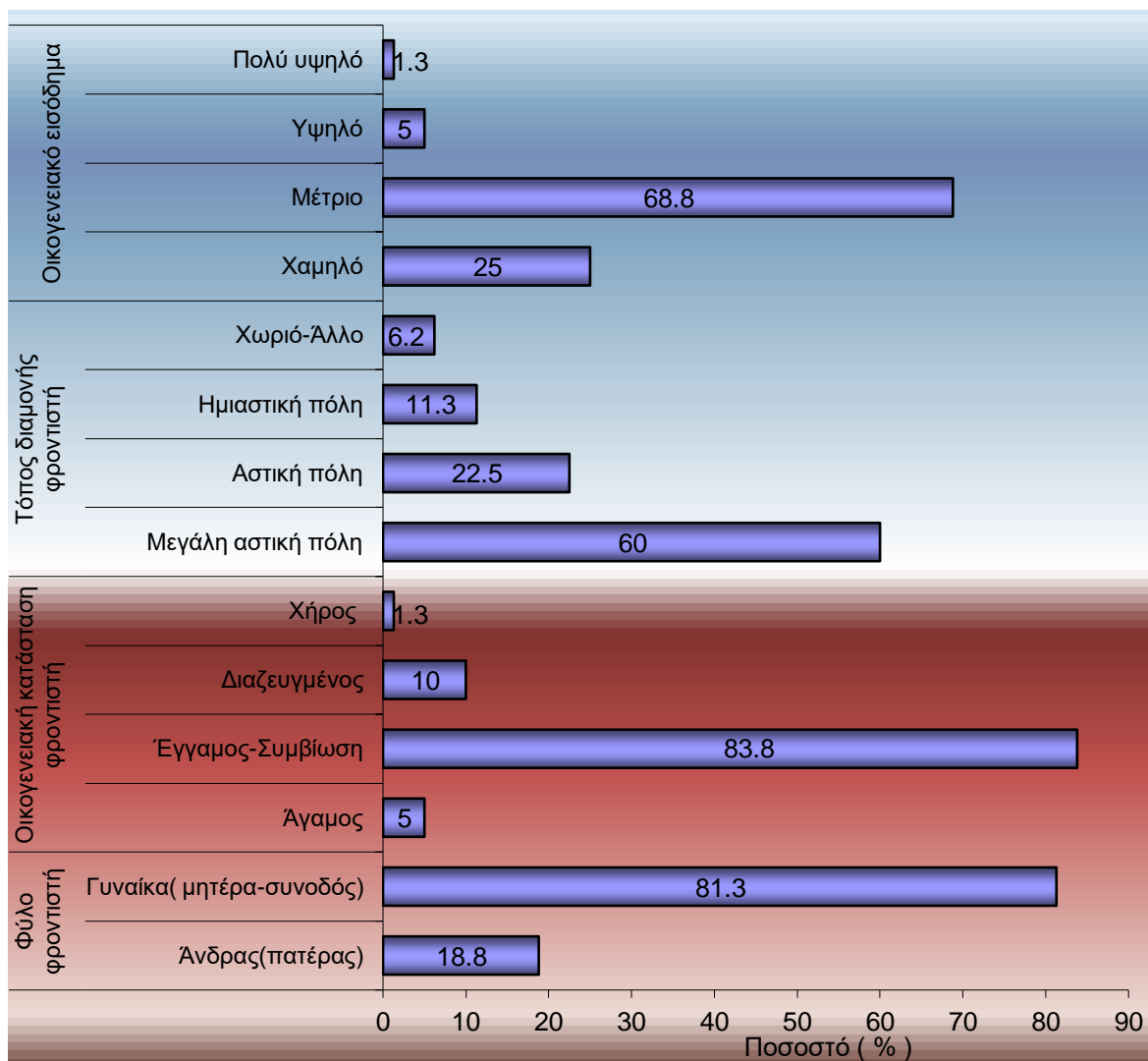
		N	%
Νιώθετε ευχάριστο το περιβάλλον του παιδιατρικού νοσοκομείου	Καθόλου	3	3,8
	Λίγο	24	30,0
	Αρκετά	14	17,5
	Πολύ	21	26,3
	Πάρα πολύ	14	17,5
	Δεν απάντησε	4	5,0
Πιστεύετε ότι ο γιατρός σας, οι νοσηλευτές σας δείχνουν ενδιαφέρον, θετική στάση;	Καθόλου	1	1,3
	Λίγο	3	3,8
	Αρκετά	6	7,5
	Πολύ	22	27,5
	Πάρα πολύ	44	55,0
	Δεν απάντησε	4	5,0
Σας λείπουν οι φίλοι σας τώρα που νοσηλεύεστε στην παιδοχειρουργική κλινική;	Καθόλου	7	8,8
	Λίγο	4	5,0
	Αρκετά	11	13,8
	Πολύ	21	26,3
	Πάρα πολύ	33	41,3
	Δεν απάντησε	4	5,0
Δεχόσαστε εύκολα τη βοήθεια και τις συμβουλές από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές;	Καθόλου	1	1,3
	Λίγο	3	3,8
	Αρκετά	7	8,8
	Πολύ	26	32,5
	Πάρα πολύ	39	48,8
	Δεν απάντησε	4	5,0

**Πίνακας 3α :** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή

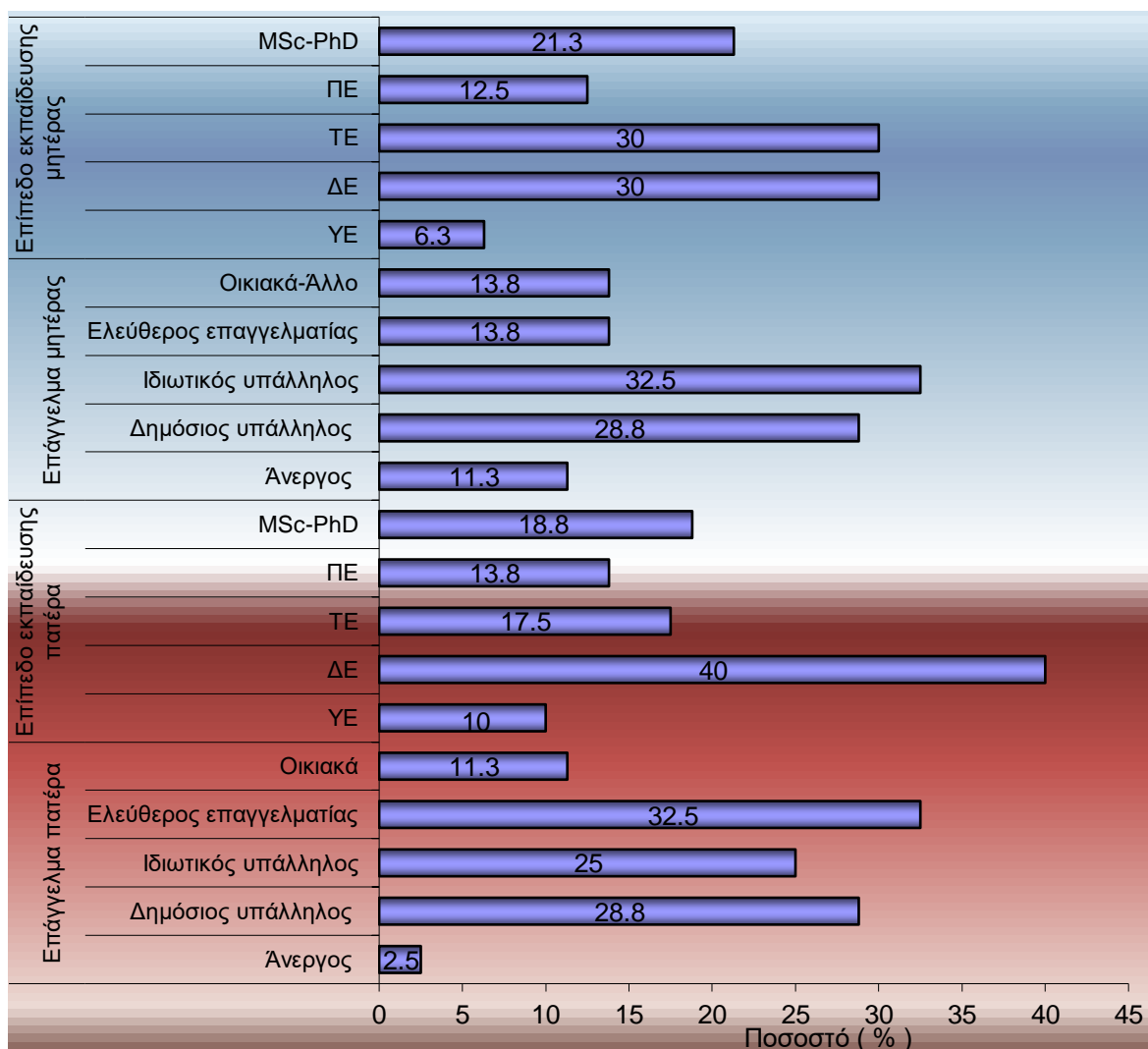
		N	%
Φύλο Φροντιστή	Άνδρας(πατέρας)	15	18,8
	Γυναίκα( μητέρα-συνοδός)	65	81,3
Οικογενειακή κατάσταση φροντιστή	Άγαμος	4	5,0
	Έγγαμος-Συμβίωση	67	83,8
	Διαζευγμένος	8	10,0
	Χήρος	1	1,3
Τόπος διαμονής φροντιστή	Μεγάλη αστική πόλη	48	60,0
	Αστική πόλη	18	22,5
	Ημιαστική πόλη	9	11,3
	Χωριό-Άλλο	5	6,2
Οικογενειακό Εισόδημα	Χαμηλό	20	25,0
	Μέτριο	55	68,8
	Υψηλό	4	5,0
	Πολύ υψηλό	1	1,3
Ηλικία φροντιστή	Μέση τιμή±ΤΑ ( ελαχ-μεγ )	43,6±6,5 (25-63)	
Αριθμός παιδιών στην οικογένεια		2,3±1,01(1-6)	

**Πίνακας 3β** : Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή

		N	%
Επάγγελμα Πατέρα	Άνεργος	2	2,5
	Δημόσιος υπάλληλος	23	28,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	20	25,0
	Ελεύθερος επαγγελματίας	26	32,5
	Οικιακά	9	11,3
Επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα	ΥΕ	8	10
	ΔΕ	32	40,0
	ΤΕ	14	17,5
	ΠΕ	11	13,8
	MSc-PhD	15	18,8
Επάγγελμα Μητέρας	Άνεργος	9	11,3
	Δημόσιος υπάλληλος	23	28,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	26	32,5
	Ελεύθερος επαγγελματίας	11	13,8
	Οικιακά-Άλλο	11	13,8
Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας	ΥΕ	5	6,3
	ΔΕ	24	30,0
	ΤΕ	24	30,0
	ΠΕ	10	12,5
	MSc-PhD	17	21,3



**Γράφημα 2α :** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή



**Γράφημα 2β :** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή

Στους Πίνακες 1,2,3α και 3β και Γραφήματα 1 ,2α και 2β παρουσιάζονται τα ποιοτικά και τα ποσοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των φροντιστών τους.

Το 65% των παιδιών ήταν αγόρια και το 35% κορίτσια με μέση ηλικία τα 12 έτη (7-16 έτη ) με το 44% να επισκέπτεται για πρώτη φορά παιδιατρικό νοσοκομείο , το 6,3% να κάνει συχνά απουσίες , το 6,3% να έχει συνοδά νοσήματα , με το 18,8% να έχει διάγνωση σκληροειδίτιδας , το 21,3% ορθοπεδικό πρόβλημα , το 16,3% ουροποιητικό πρόβλημα , το 28,8% ωτορινολαρυγγολογικό πρόβλημα και το 15% είχε άλλη % διάγνωση . Το 47,5% ήρθε στο νοσοκομείο έκτακτα και το 52,5% προγραμματισμένα. Η μέση τιμή του φόβου τους για την επέμβαση ήταν 6,4 σε μια δεκαβάθμια κλίμακα.

Το 80% των παιδιών συνοδεύονταν από την μητέρα τους τις περισσότερες ώρες , το 12,5% από τον πατέρα τους , και το 2,5% από τον παππού , την γιαγιά και από άλλο συνοδό.

Τέλος ο μέσος αριθμός νοσηλειών ήταν περίπου 2 φορές ( 1-7 φορές ) .

Το 43,8% ένιωθε πολύ ή πάρα πολύ ευχάριστο το περιβάλλον του παιδιατρικού νοσοκομείου, το 17,5% αρκετά ευχάριστο ενώ το 33,8% καθόλου ή λίγο ευχάριστο ενώ το 5% δεν απάντησε.

Το 82,5% των παιδιών πίστευε ότι ο γιατρός τους και οι νοσηλευτές δείχνουν πολύ ή πάρα πολύ ενδιαφέρον και θετική στάση , το 7,5% αρκετά , το 5,1% λίγο ή καθόλου ενώ το 5% δεν απάντησε.

Στο 67,6% τους λείπουν πολύ ή πάρα πολύ οι φίλοι τους , στο 13,8% αρκετά , στο 13,8% καθόλου ή λίγο ενώ το 5% δεν απάντησε.

Το 81,3% δέχεται πολύ ή πάρα πολύ εύκολα βοήθεια και συμβουλές από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές , το 8,8% αρκετά , το 5,1% λίγο ή καθόλου ενώ το 5% δεν απάντησε.

Το 18,8% των φροντιστών ήταν άνδρες και το 81,3% γυναίκες με μέση ηλικία τα 44 έτη (25-63 έτη )

Το 5% ήταν άγαμοι , το 10% διαζευγμένοι , το 1,3% χήροι και το 83,8% έγγαμοι ή σε σχέση.

Τέλος, ο μέσος αριθμός παιδιών που είχε κάθε οικογένεια ήταν περίπου 2,3 ( 1-6 παιδιά ) .

Το 60% ζούσε σε μεγάλη αστική πόλη , το 22,5% σε αστική , το 11,3% σε ημιαστική και το 6,2% σε χωριό.

Το 25% είχε χαμηλό εισόδημα , το 68,8% μέτριο , το 5% υψηλό και το 1,3% πολύ υψηλό.

Το 10% των πατέρων είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης , το 40% δευτεροβάθμιας , το 17,5% τεχνολογικής εκπαίδευσης , το 13,8% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 18,8% είχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο .

Το 6,3% των μητέρων είναι απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης , το 30% δευτεροβάθμιας , το 30% τεχνολογικής εκπαίδευσης , το 12,5% πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και το 21,3% είχε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο .

Το 2% των πατέρων ήταν άνεργοι , το 28,8% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι , το 25% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι , το 32,5% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 11,3% είχε σαν ασχολία τα οικιακά.

Το 11,3% των μητέρων ήταν άνεργοι , το 28,8% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι , το 32,5% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι , το 13,8% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 13,8% είχε σαν ασχολία τα οικιακά.

**Πίνακας 4 :** Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

	Παράγοντες	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)	State	35,78	34,00	7,73	21	54
	Trait	33,44	32,00	6,69	23	51
Children’s Desire for Information (CDI)	Total score	56,36	59,50	16,30	20	80

Στον Πίνακα 4 και Γράφημα 3 παρουσιάζονται οι περιγραφικοί δείκτες των ερωτηματολογίων του δείγματος της μελέτης .

Οι μέσες τιμές των ερωτηματολογίων του δείγματος ήταν :

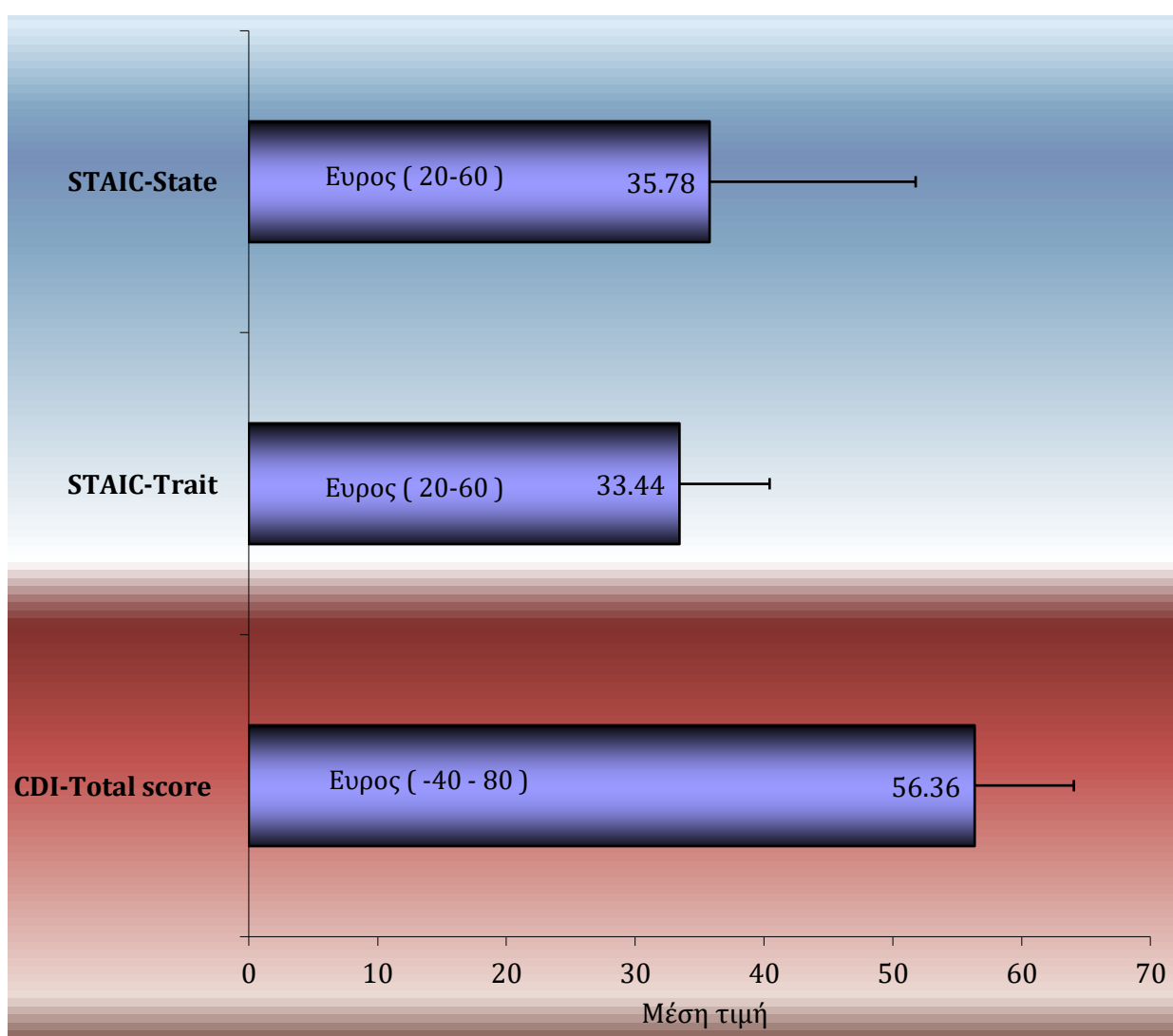
- State STAIC:  $35,78 \pm 7,73$  (κλίμακα: ελάχιστο 20–μέγιστο 60 -μέσος όρος 40, ↑ τιμές ↑ άγχος)
- Trait STAIC:  $33,44 \pm 6,69$  (κλίμακα: ελάχιστο 20–μέγιστο 60 -μέσος όρος 40, ↑ τιμές ↑ άγχος)
- Children’s Desire for Information (CDI):  $56,36 \pm 16,30$  (κλίμακα: ελάχιστο -40 / μέγιστο 80 -μέσος όρος 20, ↑ τιμές ↑ επιθυμία για πληροφόρηση)

Η ερμηνεία των παραπάνω δεικτών είναι η εξής:

Οι συμμετέχοντες είχαν χαμηλό προς μέσο επίπεδο άγχους την στιγμή που ερωτήθηκαν γιατί ο μέσος όρος των συμμετεχόντων προσεγγίζει την 40<sup>η</sup> % θέση της βαθμολογίας της κλίμακας.

Οι συμμετέχοντες είχαν χαμηλό προς μέσο επίπεδο άγχους από αυτό που νιώθουν συνήθως γιατί ο μέσος όρος των συμμετεχόντων προσεγγίζει την 40<sup>η</sup> % θέση της βαθμολογίας της κλίμακας.

Οι συμμετέχοντες είχαν υψηλή επιθυμία για πληροφόρηση γιατί ο μέσος όρος των συμμετεχόντων ξεπερνά την 80<sup>η</sup> % θέση της βαθμολογίας της κλίμακας.



Γράφημα 3 : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων



**Πίνακας 5 :** Δείκτες εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων

	Παράγοντες	Cronbach’s alpha
State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)	State	0.922
	Trait	0.826
Children’s Desire for Information (CDI)	Total score	0.918

Η εσωτερική συνοχή (internal consistency) των ερωτηματολογίων της μελέτης υπολογίστηκε με τον συντελεστή εσωτερικής συνοχής (internal consistency coefficient) Cronbach (Cronbach’s alpha).

Για το ερωτηματολόγιο Children’s Desire for Information (CDI) το συνολικό σκορ παρουσίασε τέλεια εσωτερική συνοχή με τιμή 0,916.

Για το ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory for Children ο παράγοντας “ Trait ” παρουσίασε πολύ καλή εσωτερική συνοχή με τιμή 0,826 ενώ ο παράγοντας “ State ” τέλεια εσωτερική συνοχή με τιμή 0,922.

- $0.7 \leq \alpha < 0.9$  Good
- $0.6 \leq \alpha < 0.7$  Acceptable
- $0.5 \leq \alpha < 0.6$  Poor
- $\alpha < 0.5$  Unacceptable

**Πίνακας 6** : Συσχέτιση των ερωτηματολογίων του άγχους των παιδιών και της επιθυμίας για περιεγχειρητική πληροφόρηση

		State Anxiety Inventory for Children	Trait Anxiety Inventory for Children
Children’s Desire for Information (CDI)	Spearman’ Correlation Coefficient	<b>r = 0.218</b> ; p=0.052	<b>r= 0.142</b> ; p=0.208

Παρατηρούμε ότι η συσχέτιση του συνολικού σκορ του Children’s Desire for Information (CDI) είναι χαμηλή θετική οριακά στατιστικά σημαντική με τον State Anxiety Inventory for Children (  $r=0,218$  ,  $p=0.052$  ) και χαμηλή θετική μη στατιστικά σημαντική με τον Trait Anxiety Inventory for Children (  $r=0.142$  ,  $p=0.208$ ) χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman.

**Πίνακας 7α:** Μονοπαραγοντική ανάλυση της "CDI- total score "

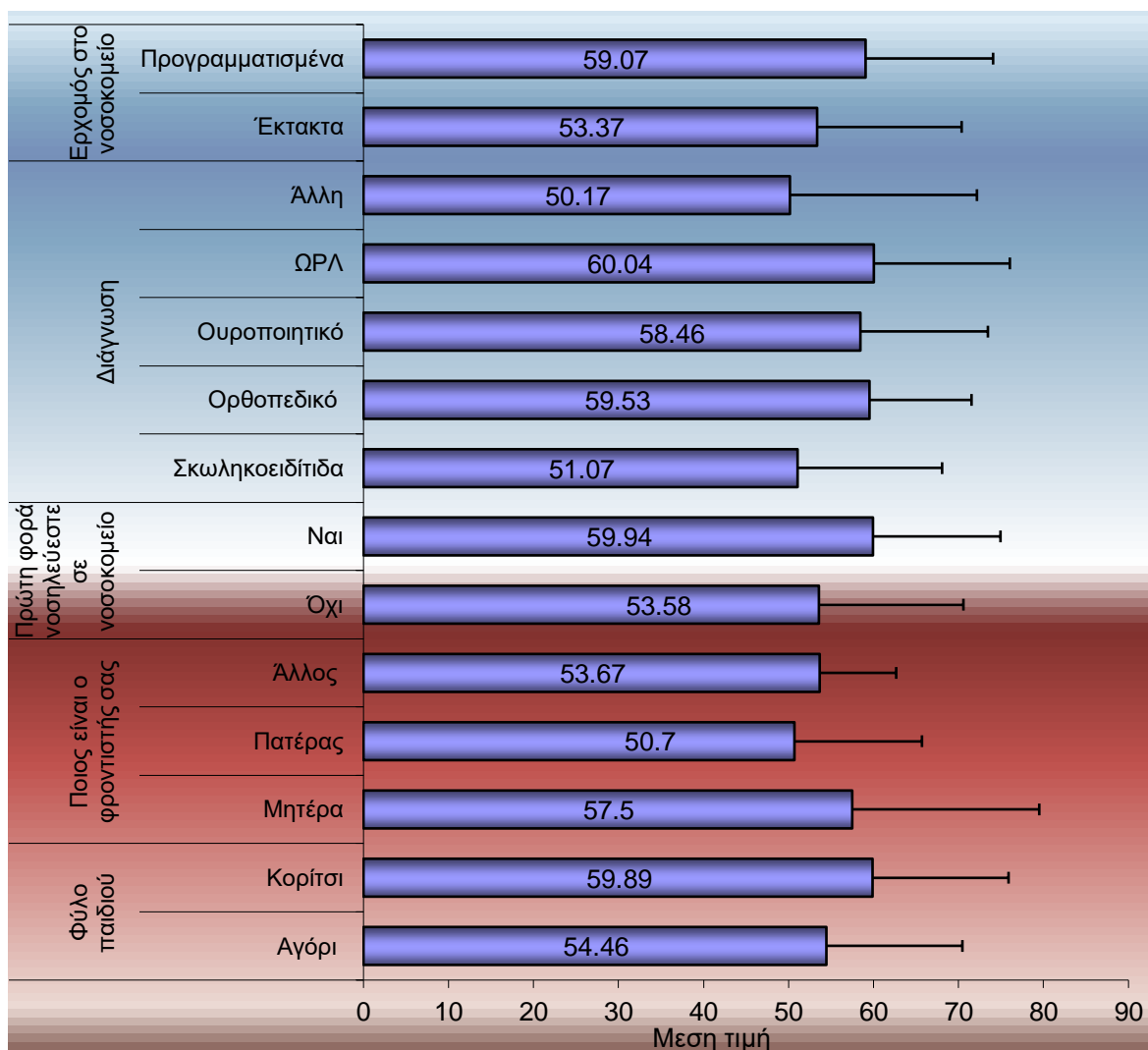
		Μέση	ΤΑ	p-value
Φύλο παιδιού	Αγόρι	54,46	16,33	<b>0,157</b>
	Κορίτσι	59,89	15,95	
Ποιος από τους δικούς σας ανθρώπους είναι περισσότερες ώρες κοντά	Μητέρα	55,07	22,03	0,970
	Πατέρας	56,69	15,16	
	Άλλος	56,00	8,66	
Είναι η πρώτη φορά που νοσηλεύεστε	Όχι	53,58	16,72	<b>0,083</b>
	Ναι	59,94	15,24	
Διάγνωση <sup>2</sup>	Σκωληκοειδίτιδα	51,07	16,74	0,320
	Ορθοπεδικό πρόβλημα	59,53	11,73	
	Ουροποιητικό	58,46	15,08	
	ΩΡΛ	60,04	15,50	
	Άλλη	50,17	21,90	
Ερχομός στο νοσοκομείο	Έκτακτα	53,37	17,44	<b>0,119</b>
	Προγραμματισμένα	59,07	14,90	
Ηλικία παιδιού	Spearman's Correlation Coefficient	0,106		0,348
Αριθμός παιδιών		0,197		<b>0,080</b>
Φόβος για την χειρουργική επέμβαση		0,351		<b>0,001</b>

Οι μπλε καταγραφές είναι υποψήφιοι δείκτες για το πολυπαραγοντικό μοντέλο

<sup>1</sup> Mann-Whitney test, <sup>2</sup> Kruskal Wallis test

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ( $p=0.157$ ), ανάμεσα στα άτομα που είναι φροντιστές ( $p=0.970$ ), ανάμεσα στις διαφορετικές διαγνώσεις ( $p=0,320$ ), ανάμεσα στους τρόπους ερχομού στο νοσοκομείο ( $p=0,119$ ) και σε αυτούς που έρχονται για πρώτη φορά συγκριτικά με αυτούς που δεν έρχονται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο ( $p=0,083$ ) σε σχέση με τον δείκτη “CDI- total score”. Επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό παιδιών ( $r=0.197$ ,  $p=0.080$ ) και την ηλικία ( $r=0.106$ ,  $p=0.348$ ) ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της αξιολόγησης του φόβου για την χειρουργική επέμβαση ( $r=0.351$ ,  $p=0.001$ ) σε σχέση με τον “CDI- total score”.

( Πίνακας 7α , Γράφημα 4α )



**Γράφημα 4α :** Μονοπαραγοντική ανάλυση του “CDI- total score ”

**Πίνακας 7β :** Μονοπαραγοντική ανάλυση της “CDI- total score”

		Μέση	ΤΑ	p-value
Φύλο Φροντιστή <sup>1</sup>	Άνδρας ( πατέρας)	55,07	22,03	0,946
	Γυναίκα (μητέρα-συνοδός)	56,66	14,88	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-Συμβίωση	54,01	16,61	<b>&lt;0,005</b>
	Διαζευγμένος-χήρος-άγαμος	68,46	6,60	
Τόπος διαμονής φροντιστή	Μεγάλη αστική πόλη	53,38	17,39	<b>0,133</b>
	αστική πόλη	61,06	12,24	
	Ημιαστική πόλη-χωριό	60,57	15,59	
Οικογενειακό εισόδημα <sup>1</sup>	χαμηλό	59,45	13,90	0,331
	μέτριο	55,33	17,01	
Ηλικία φροντιστή	Spearman’s Correlation	-0,018		0,875

Οι μπλε καταγραφές είναι υποψήφιοι δείκτες για το πολυπαραγοντικό μοντέλο

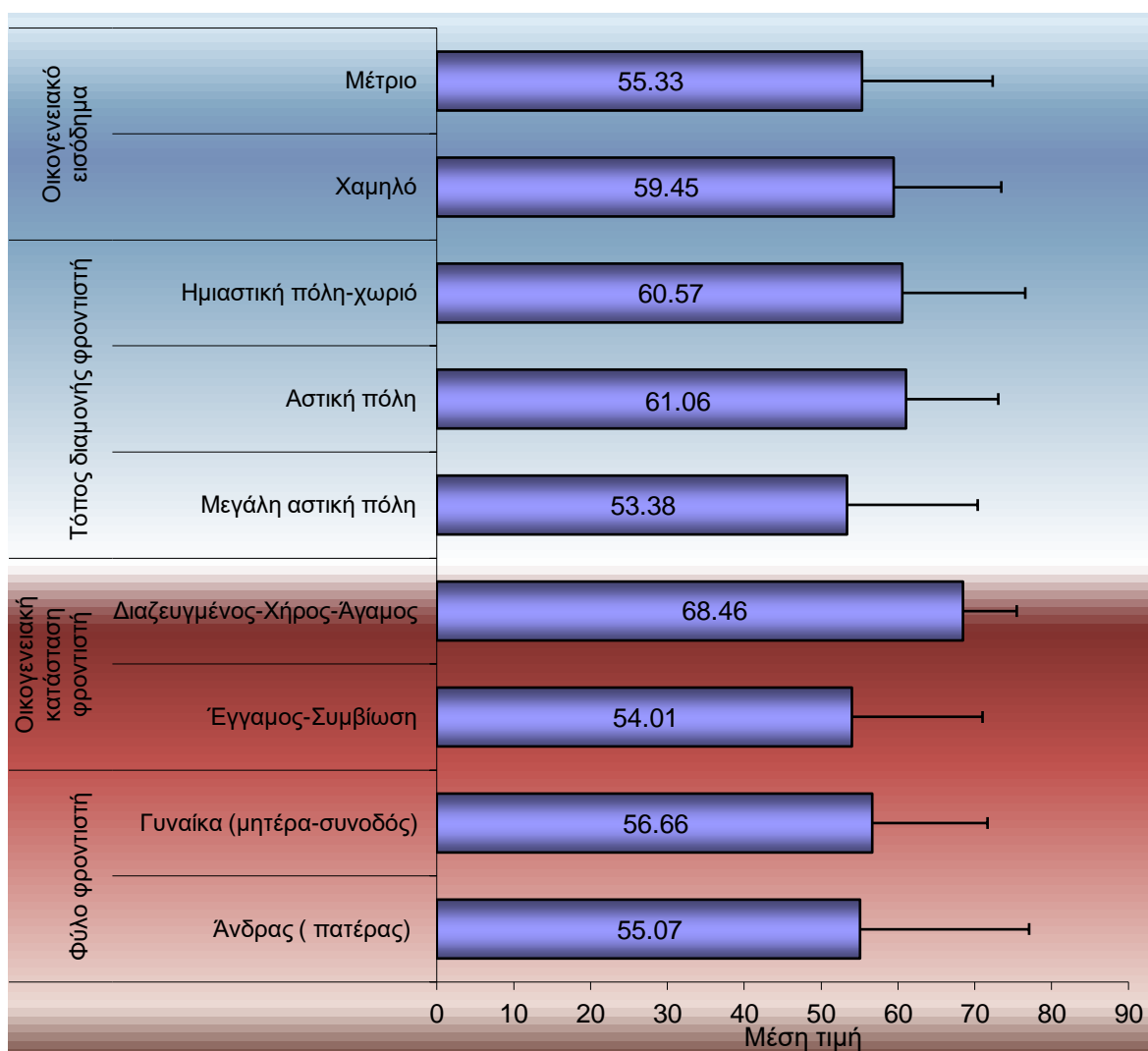
<sup>1</sup> Mann-Whitney test

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα φροντιστών (  $p=0.946$  ) , ανάμεσα στους διαφορετικούς τόπους διαμονής (  $p=0.133$  ) , ανάμεσα στα άτομα με χαμηλό και μέτριο οικογενειακό εισόδημα (  $p=0,331$  ) ενώ υπάρχει ανάμεσα στα παιδιά που η οικογενειακή κατάσταση του φροντιστή τους είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση με αυτά που είναι διαζευγμένοι-χήροι-άγαμοι (  $p<0.005$  ) σε σχέση με τον δείκτη “CDI- total score”.

Επίσης δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του φροντιστή (  $r=-0,018$  ,  $p=0.875$  ) με τον δείκτη “CDI- total score”. ( Πίνακας 7β , Γράφημα 4β

Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"



Γράφημα 4β : Μονοπαραγοντική ανάλυση του " CDI- total score "

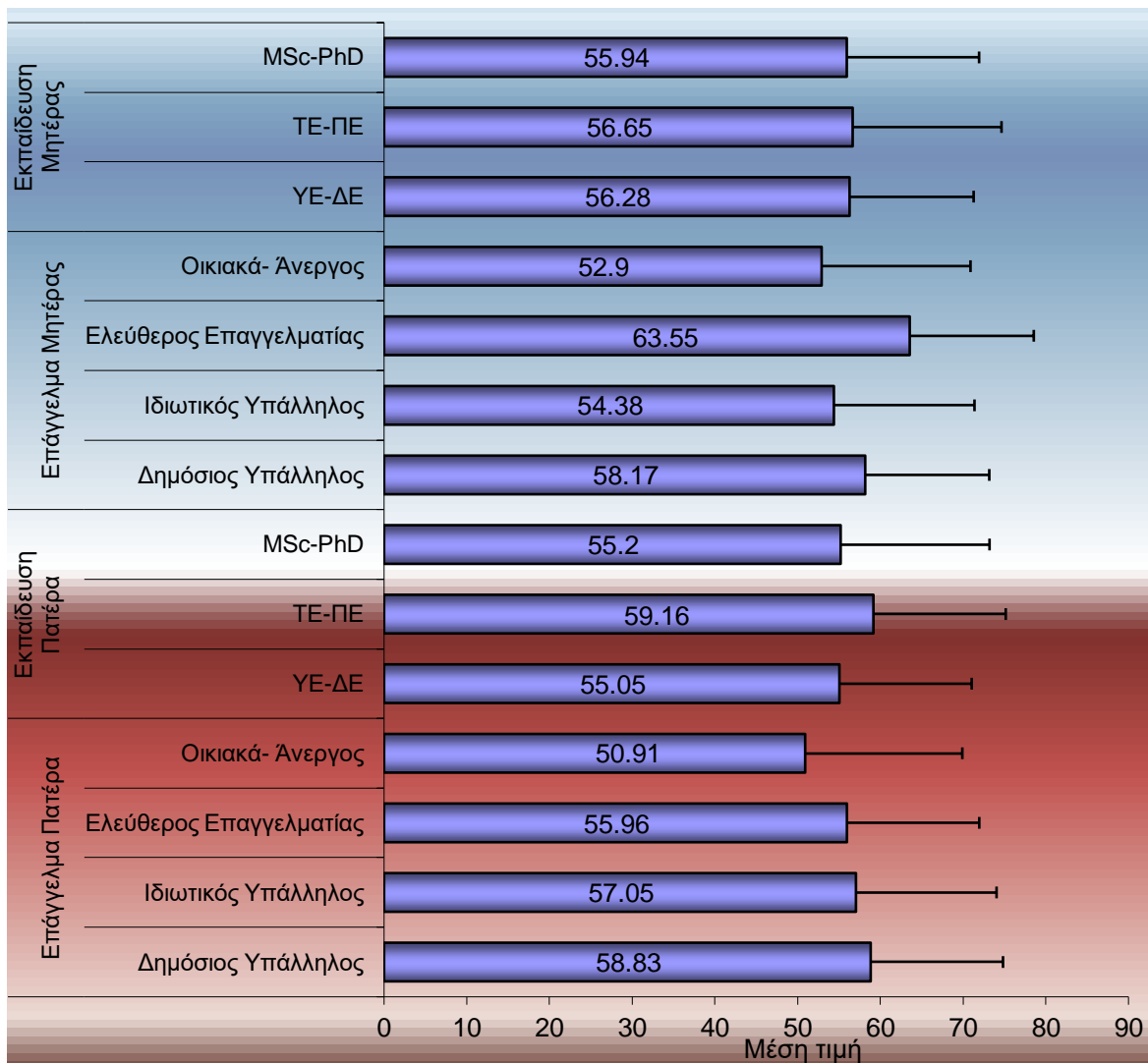
**Πίνακας 7γ:** Μονοπαραγοντική ανάλυση της “CDI- total score”

		Μέση τιμή	ΤΑ	p-value
Επάγγελμα Πατέρα	Δημόσιος υπάλληλος	58,83	15,45	0,621
	Ιδιωτικός υπάλληλος	57,05	16,62	
	Ελεύθερος	55,96	16,12	
	Οικιακά- Άνεργος	50,91	18,77	
Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα	ΥΕ-ΔΕ	55,05	15,84	0,591
	ΤΕ-ΠΕ	59,16	16,13	
	MSc-PhD	55,20	18,28	
Επάγγελμα Μητέρας	Δημόσιος υπάλληλος	58,17	14,88	0,300
	Ιδιωτικός υπάλληλος	54,38	16,63	
	Ελεύθερος	63,55	14,90	
	Οικιακά- Άνεργος	52,90	17,78	
Επίπεδο Εκπαίδευσης μητέρας <sup>2</sup>	ΥΕ-ΔΕ	56,28	14,66	0,820
	ΤΕ-ΠΕ	56,65	18,38	
	MSc-PhD	55,94	15,45	

<sup>2</sup> Kruskal Wallis test

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις επαγγελματικές κατηγορίες του πατέρα (  $p=0.621$  ) , ανάμεσα στις επαγγελματικές κατηγορίες της μητέρας (  $p=0.300$  ) , ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης του πατέρα (  $p=0.591$  ) , ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης της μητέρας (  $p=0.820$  ) σε σχέση με τον δείκτη “CDI- total score”.

( Πίνακας 7γ , Γράφημα 4γ )



Γράφημα 4γ : Μονοπαραγοντική ανάλυση του “ CDI- total score ”



**Πίνακας 8 :** Πολυπαραγοντική ανάλυση του δείκτη “ CDI- total score ” με την μέθοδο enter

	Κατηγορία αναφοράς	Βήτα	ΤΣ	Standardized Βητα	p-value
Σταθερά		-7,96	13,65		0,562
Τόπος διαμονής ( Μη μεγάλη αστική πόλη )	Μεγάλη αστική πόλη	7,87	3,27	0,24	<b>0,019</b>
Οικογενειακή κατάσταση ( Μη έγγαμος)	Έγγαμος-συμβίωση	12,07	4,47	0,27	<b>0,009</b>
Ερχομός στο νοσοκομείο ( Προγραμματισμένα)	Έκτακτα	5,24	3,23	0,16	0,109
Φύλο παιδιού ( Κορίτσι )	Αγόρι	1,77	3,78	0,05	0,641
Πρώτη επίσκεψη σε νοσοκομείο ( Ναι )	όχι	3,75	3,28	0,11	0,257
Αριθμός παιδιών	---	2,52	1,69	,16	0,140
Φόβος παιδιού για την επέμβαση	---	1,06	0,60	0,19	<b>0,084</b>
STAIC-State	---	0,45	0,21	0,21	<b>0,036</b>
STAIC-Trait	---	-0,04	,27	-0,02	0,867

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με την ταυτόχρονη μέθοδο εισαγωγής των μεταβλητών που είχαν στην μονοπαραγοντική ανάλυση  $p < 0,15$  ( multiple linear regression-enter method ) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε τους ανεξάρτητους παράγοντες που έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στον δείκτη CDI-total score ( Πίνακας 8 ) .

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου ως προς την κανονική κατανομή και τη σταθερή διακύμανση των υπολοίπων, την ύπαρξη ακραίων και επηρεαζουσών τιμών όπως επίσης και της συγγραμμικότητας δεν ανέδειξε προβλήματα.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παραπάνω παράγοντες του μοντέλου μας ερμηνεύουν το **35.4%** της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες **τόπος διαμονής (  $p=0,019$  ) , οικογενειακή κατάσταση (  $p=0,009$  ) , φόβος παιδιού για την επέμβαση(  $p=0,084$  οριακά ) και STAIC-State (  $p=0,036$  )** επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον δείκτη CDI-total score.

Η ερμηνεία των δεικτών είναι η εξής :

- Τα παιδιά που δεν μένουν σε μεγάλη αστική πόλη έχουν 7,9 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά που μένουν.
- Τα παιδιά των χήρων , διαζευγμένων ή άγαμων έχουν 12 μονάδες υψηλότερο σκορ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά των έγγαμων ή σε συμβίωση.

- Η αύξηση του φόβου των παιδιών για την χειρουργική επέμβαση κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 1.1 μονάδες.
- Η αύξηση του δείκτη STAIC-State κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 0,5 μονάδες .

**Πίνακας 9 :** Πολυπαραγοντική Ιεραρχική ανάλυση του δείκτη “CDI-total score ”

		R <sup>2</sup>	Αλλαγή R <sup>2</sup>	Βήτα	ΤΣ	Standardized Βητα	p-value
1ο βήμα	Σταθερά	14,8%		42,94	4,02		<0.0005
	Φόβος		14,8%	2,11	0,57	0,38	<0.0005
2ο βήμα	Σταθερά	20,1%		33,00	5,88		<0.0005
	Φόβος			1,74	0,58	0,32	0.004
	Οικογενειακή κατάσταση		5,3%	10,56	4,66	0,24	0,026
3ο βήμα	Σταθερά	24,3%		23,76	7,32		0.002
	Φόβος			1,64	0,57	0,30	0.005
	Οικογενειακή κατάσταση			10,92	4,57	0,25	0.019
	Τόπος διαμονής		4,2%	6,78	3,31	0,21	0,044
4ο βήμα	Σταθερά	28.7%		6,88	10,63		0,520
	Φόβος			1,50	,56	0,27	0,009
	Οικογενειακή κατάσταση			12,22	4,50	0,28	0,008
	Τόπος διαμονής			6,97	3,24	0,21	0,035
	STAIC-State		4.4%	,45	,21	0,21	0,035
5ο βήμα	Σταθερά	32.2%		-4,55	11,93		0,704
	Φόβος			1,42	,55	0,26	0,012

Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"

	Οικογενειακή κατάσταση		12,42	4,42	0,28	<b>0,006</b>
	Τόπος διαμονής		6,96	3,18	0,21	<b>0,032</b>
	STAIC-State		0,51	,21	0,24	<b>0,016</b>
	Ερχομός στο νοσοκομείο	3,6%	6,21	3,15	0,19	<b>0,052</b>
6 <sup>ο</sup> βήμα	Σταθερά	34,1%	-7,28	12,00		0,546
	Φόβος		1,26	,56	,23	<b>0,028</b>
	Οικογενειακή κατάσταση		12,14	4,39	,28	<b>0,007</b>
	Τόπος		7,94	3,23	,24	<b>0,016</b>
	STAIC-State		,47	,21	,22	<b>0,027</b>
	Ερχομός στο νοσοκομείο		5,42	3,17	,17	0,092
	Αριθμός παιδιών		1,8%	2,34	1,64	,15

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με την μέθοδο της κατά βήμα επιλογής, από τις μεταβλητές που είχαν στην μονοπαραγοντική ανάλυση  $p < 0,05$  ( multiple linear regression-Stepwise method ) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε τους πιο ισχυρά ανεξάρτητους παράγοντες με στατιστικά σημαντική επίδραση στον δείκτη CDI-total score (Πίνακας 9)

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου ως προς την κανονική κατανομή και την σταθερή διακύμανση των υπολοίπων την ύπαρξη ακραίων και επηρεαζουσών τιμών όπως επίσης και της συγγραμικότητας δεν ανέδειξε προβλήματα.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παράγοντες που εισέρχονται ιεραρχικά σε κάθε βήμα στο μοντέλο και επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον δείκτη CDI-total score ερμηνεύουν συνολικά το **32,2%** της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και είναι :

Φόβος παιδιού για την επέμβαση ( $R^2=14,8\%$  ,  $p<0,0005$ ) , Οικογενειακή κατάσταση ( $R^2=5,3\%$  ,  $p=0,026$  ) Τόπος διαμονής ( $R^2=4,2\%$  ,  $p=0,044$ ) , STAIC-State ( $R^2=4.4\%$  ,  $p=0,035$ ) και Ερχομός στο νοσοκομείο ( $R^2=3,6\%$  ,  $p=0,052$ )

Η ερμηνεία των δεικτών από το μοντέλο του 5<sup>ου</sup> βήματος που είναι το τελευταίο μοντέλο που υπάρχει εισαγωγή στο μοντέλο μεταβλητής με στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα είναι η εξής :

- Η αύξηση του φόβου των παιδιών για την επέμβαση παιδιών κατά 1 μια μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 1,4 μονάδες
- Τα παιδιά των χήρων , διαζευγμένων ή άγαμων έχουν 12,4 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά των έγγαμων ή σε συμβίωση
- Τα παιδιά που δεν μένουν σε μεγάλη αστική πόλη έχουν 7 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά που μένουν
- Η αύξηση του δείκτη STAIC-State κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 0,51 μονάδες
- Τα παιδιά που έρχονται προγραμματισμένα έχουν 6,2 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά που έρχονται έκτακτα

**Πίνακας 10 :** Πολυπαραγοντική ανάλυση του δείκτη “ CDI- total score ”

	Κατηγορία αναφοράς	R <sup>2</sup>	Βήτα	ΤΣ	Standardized Βητα	p-value
σταθερά			-4,55	11,93		0,704
Φόβος παιδιού για την επέμβαση	---	14,8 %	1,42	,55	0,26	<b>0,012</b>
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-συμβίωση	5,3%	12,42	4,42	0,28	<b>0,006</b>
Τόπος διαμονής	Μεγάλη αστική πόλη	4,2%	6,96	3,18	0,21	<b>0,032</b>
STAIC-State	---	4,4%	0,51	,21	0,24	<b>0,016</b>
Ερχομός στο νοσοκομείο	έκτακτα	3,6%	6,21	3,15	0,19	<b>0,052</b>

Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με την μέθοδο stepwise- των μεταβλητών που είχαν στην μονοπαραγοντική ανάλυση  $p < 0,15$  ( multiple linear regression-enter method ) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε τους πιο ισχυρούς ανεξάρτητους παράγοντες που έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στον δείκτη CDI-total score ( Πίνακας 10 )

Ο έλεγχος του τελικού μοντέλου ως προς την κανονική κατανομή και την σταθερή διακύμανση των υπολοίπων την ύπαρξη ακραίων και επηρεαζουσών τιμών όπως επίσης και της συγγραμικότητας δεν ανέδειξε προβλήματα.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αναδεικνύουν ότι οι παράγοντες που παραμένουν στο μοντέλο μας ερμηνεύουν το **32,2%** της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και από αυτούς οι παράγοντες **Φόβος παιδιού για την επέμβαση** ( $R^2=14,8\%$  ,  $p=0,012$  ) , **Οικογενειακή κατάσταση** ( $R^2=5,3\%$  ,  $p=0,006$  ) **Τόπος διαμονής** ( $R^2=4,2\%$  ,  $p=0,032$  ) , **STAIIC-State** ( $R^2=4.4\%$  ,  $p=0,016$ ) και **Ερχομός στο νοσοκομείο** ( $R^2=3,6\%$  ,  $p=0,052$ ) επιδρούν στατιστικά σημαντικά στον δείκτη CDI-total score

Η ερμηνεία των δεικτών είναι η εξής :

- Η αύξηση του φόβου των παιδιών για την επέμβαση παιδιών κατά 1 μια μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 1,4 μονάδες
- Τα παιδιά των χήρων , διαζευγμένων ή άγαμων έχουν 12,4 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά των έγγαμων ή σε συμβίωση
- Τα παιδιά που δεν μένουν σε μεγάλη αστική πόλη έχουν 7 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά που μένουν
- Η αύξηση του δείκτη STAIIC-State κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του δείκτη CDI-total score κατά 0,51 μονάδες
- Τα παιδιά που έρχονται προγραμματισμένα έχουν 6,2 μονάδες υψηλότερο σκόρ του δείκτη CDI-total score σε σχέση με αυτά που έρχονται έκτακτα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ερμηνεύοντας τα δεδομένα που προέκυψαν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων της παρούσας μελέτης σε ότι αφορά τόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όσο και τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα.

Από τα χειρουργημένα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα το 65% ήταν αγόρια και 35% κορίτσια και το φύλο δε φάνηκε να επηρεάζει την επιθυμία για πληροφόρηση. Στη μελέτη *Vagnoli et al. 2010* προκύπτει ότι το φύλο του παιδιού δε σχετίζεται με τα επίπεδα άγχους του παιδιού ούτε έχει κάποια αρνητική επίπτωση, εύρημα που είναι σύμφωνο με την βιβλιογραφία (*Vagnoli et al. 2010*).

Τα περισσότερα από τα παιδιά σε ποσοστό 96,3% απάντησαν ότι δεν κάνουν συχνά απουσίες στο σχολείο κι αυτός ο παράγοντας δεν φάνηκε να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Επίσης, στην ερώτηση ποιος από τους δικούς σας ανθρώπους είναι περισσότερες ώρες κοντά σας το 80% απάντησε η μητέρα ενώ μόλις 12,5% ο πατέρας. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα έχει αντίκτυπο στην πραγματικότητα καθώς σύμφωνα με την μελέτη των *Löff, G. et al to 2019* η διασφάλιση της παρουσίας των γονέων σε όλες τις περιεγχειρητικές φάσεις ήταν ζωτικής σημασίας για το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης των παιδιών. Αγόρι έντεκα ετών περιέγραψε την εμπειρία του και ανέφερε ότι ένιωθε ήρεμος και ασφαλής καθώς η μητέρα του ήταν όλη την ώρα παρούσα. Ήταν μαζί του κρατώντας του το χέρι τόσο όταν κοιμόταν όσο και όταν ξύπνησε. Του εξηγούσε επίσης πράγματα που δεν καταλάβαινε (*Löff, G. et al 2019*).

Σε ότι έχει να κάνει με προηγούμενη εμπειρία του παιδιού από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο το 56,3% απάντησαν πως ήταν η πρώτη φορά που νοσηλεύονται και το 43,8% είχαν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν. Κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι μια καινούργια διαφορετική κατάσταση που εξελίσσεται κάτω από διαφορετικές συνθήκες η οποία είναι ανεξάρτητη από τις προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας. Ειδικότερα τώρα σε κάθε χειρουργική επέμβαση καθ' όλη την διάρκεια της την λαμβάνουμε υπόψιν ως μια περίοδο όπου συνεχώς διαδραματίζεται μια καινούργια ιατρική ή νοσηλευτική πράξη. Γι' αυτό σύμφωνα με την μελέτη των *Löff, G. et al to 2019* παρόλο που τα παιδιά είναι προετοιμασμένα για τις αναμενόμενες διαδικασίες, πιθανότατα θα εκτεθούν σε νέες, απροσδόκητες εμπειρίες που υπογραμμίζουν τη σημασία του να μην περιορίζεται η ανάγκη των παιδιών για πληροφορίες και την ανάλογη προετοιμασία του σε ένα μόνο γεγονός. Πολλές μικρές λεπτομέρειες που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια του χειρουργείου κάνουν τη κάθε επέμβαση ξεχωριστή, μοναδική και διαφορετική (*Löff, G. et al 2019*).

Δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ένα ακόμη συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η ίδια έρευνα, τα γεγονότα που θεωρούνται σημαντικά από την άποψη της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μην έχουν καμία σημασία για το παιδί, ενώ γεγονότα που

θεωρούνται λιγότερο σημαντικά μπορεί να είναι πιο σημαντικά για το παιδί. Το περιεγχειρητικό περιβάλλον τράβηξε την προσοχή του παιδιού τόσο ως προς το ορατό, το ηχητικό αλλά και το αίσθημα της μυρωδιάς του χώρου όπως επίσης και για τις ενέργειες και τις συμπεριφορές των γιατρών και των νοσηλευτών. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να αναδείξουν ποια είναι η φύση των ερωτήσεων που θέλουν να ακούσουν τα παιδιά (Löf, G. et al 2019).

Από τα χειρουργεία στα οποία υποβλήθηκαν τα παιδιά που συμμετείχαν στην μελέτη 18,8% αφορούσε αφαίρεση σκωληκοειδούς απόφυσης, 21,3% αποκατάσταση μωσσκελετικού-ορθοπεδικού προβλήματος, 16,3% επεμβάσεις του ουροποιητικού, 28,8% διαγνώσεις ανατομικών προβλημάτων των ώτων και του λάρυγγα όπως αμυγδαλεκτομές και αφαίρεση αδενοειδών εκβλαστήσεων αλλά και ένα 15% που είχε πρόβλημα είτε με τους οφθαλμούς, είτε με νευροχειρουργικές παθολογικές καταστάσεις είτε με διαταραχές-ανωμαλίες του δέρματος.

Η προσέλευση στο νοσοκομείο στο 47,5% αφορούσε έκτακτες περιπτώσεις και στο 52,5% προγραμματισμένα χειρουργεία. Σε ένα ποσοστό 93,8% τα παιδιά δεν είχαν συνοδά νοσήματα. Τα δώδεκα έτη είναι η μέση τιμή της ηλικίας των παιδιών. Από την δεκαβάθμια κλίμακα 1 έως 10 ο φόβος για την χειρουργική επέμβαση παίρνει μέση τιμή 6,4 και ο αριθμός των νοσηλειών στο νοσοκομείο μέχρι την δεδομένη ηλικιακή χρονική στιγμή που ερωτήθηκαν οι ασθενείς έχει μέση τιμή 2,2.

Στην στατιστική ανάλυση που αφορά την ικανοποίηση του παιδιού ανάμεσα σε μια πενταβάθμια κλίμακα από το πάρα πολύ έως το καθόλου, σε ποσοστό 30% οι ασθενείς απάντησαν ότι αισθάνονται λίγο ευχάριστο το περιβάλλον του παιδιατρικού νοσοκομείου, σε ποσοστό 55% πιστεύουν ότι ο γιατρός και οι νοσηλευτές δείχνουν πάρα πολύ ενδιαφέρον και έχουν θετική στάση. Στηριζόμενοι σε αυτό το αποτέλεσμα και σύμφωνα με την μελέτη των *Löf, G. et al to 2019* τα παιδιά επισήμαναν ότι οι περιγραφές με όσο το δυνατόν πιο φιλική και καθησυχαστική διάθεση από τους επαγγελματίες υγείας όπως επίσης η δεκτικότητα σε ερωτήσεις και οι κατανοητές σε δεύτερο χρόνο απαντήσεις τους μείωσαν το αίσθημα στενοχώριας και δημιούργησαν ένα αίσθημα άνεσης. Το να νιώσει ένα παιδί αυτοπεποίθηση μέσα από την δέουσα προσοχή που φαίνεται να δείχνουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές εξασφαλίζει το κατάλληλο έδαφος για την παροχή πληροφοριών. Όπως καταγράφεται από ένα αγόρι δώδεκα ετών στην ίδια έρευνα είναι σημαντική η συνεχής ενημέρωση σε όλες τις περιεγχειρητικές φάσεις, καθώς η νευρικότητα και το άγχος απαιτεί την επανάληψη μιας πληροφορίας μέχρι αυτή να εντυπωθεί στο μυαλό και να παραμείνει στη μνήμη (Löf, G. et al 2019).

Σε ποσοστό 41,3% στους ασθενείς που νοσηλεύονταν τη δεδομένη χρονική στιγμή στην παιδοχειρουργική κλινική τους έλειπαν οι φίλοι τους πάρα πολύ. Επιπλέον σε ποσοστό

48,8% οι ασθενείς απάντησαν ότι δέχονται βοήθεια και συμβουλές από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές πάρα πολύ εύκολα. Η μελέτη των *Löff, G. et al το 2019* που προαναφέραμε καταλήγει ότι η συμμετοχή και η συμβολή επαγγελματιών υγείας με συμπληρωματική παιδιατρική τεχνογνωσία και εμπειρία είναι απαραίτητη. Ένα απλό παράδειγμα αποτελούν οι στρατηγικές των παιδοανααισθησιολόγων που προκειμένου να χαλαρώσουν το παιδί, μιλάνε στους ασθενείς τους για καθημερινές δραστηριότητες, λένε μια ιστορία και κάνουν χιούμορ (Löff, G. et al 2019).

Συνοψίζοντας από την στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του φροντιστή το 81,3% των ατόμων που βρίσκονταν δίπλα στο παιδί ήταν γυναίκες, στο 83,8% η οικογενειακή κατάσταση του φροντιστή ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση, στο 60% ο τόπος διαμονής τους ήταν μεγάλη αστική πόλη και στο 68,8% το οικογενειακό εισόδημα ήταν μέτριο. Η μέση τιμή της ηλικίας του φροντιστή ήταν 43,6 έτη και ο αριθμός των παιδιών στην οικογένεια είχε μέση τιμή 2,3. Ακόμη, όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ελεύθερος επαγγελματίας(32,5%), το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα σε ποσοστό 40% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς επίσης και το επάγγελμα της μητέρας σε ποσοστό 32,5% ήταν ιδιωτικός υπάλληλος και το επίπεδο εκπαίδευσης της ήταν 30% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ποσοστό που ισοδυναμεί με την τεχνολογική εκπαίδευση.

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα. Ο φόβος της επικείμενης χειρουργικής επέμβασης όπως μετρήθηκε και αναλύθηκε έχοντας πάντα ως εξαρτημένη μεταβλητή την επιθυμία των παιδιών για πληροφόρηση είναι στατιστικά σημαντικός. Όσο μεγαλύτερος ήταν ο φόβος του παιδιού τόσο μεγαλύτερη ήταν η ανάγκη του για πληροφόρηση. Αυτό σημαίνει ότι ο παιδοχειρουργικός ασθενής αισθάνεται φόβο πριν από την επέμβαση, που προσπαθεί να τον μετριάσει μέσα από ερωτήσεις σχετικές με τον χώρο του χειρουργείου, την παρουσία των γονιών του πριν και μετά από αυτό, την περιέργεια για το πως θα είναι η διαδικασία της αναισθησίας και της επέμβασης αλλά και για το τι θα του επιτρέπεται να πει και να φάει. Ο στόχος που πρέπει να θέτει ο επαγγελματίας υγείας αφού διαβάσει αυτή τη μελέτη είναι να απαντήσει σε ένα μεγάλο μέρος των ερωτήσεων του ασθενούς με απώτερο σκοπό να μετριάσει το αίσθημα του φόβου προεγχειρητικά.

Στη συνέχεια όπως προκύπτουν και από τα υπόλοιπα δεδομένα εξίσου σημαντικός όπως δείχνει η στατιστική ανάλυση είναι ο τόπος διαμονής του παιδιού. Ασθενείς που μένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα φανερώνουν μικρότερη ανάγκη να μάθουν λεπτομέρειες για την επέμβαση σε σύγκριση με ασθενείς που μένουν σε επαρχιακές πόλεις. Αυτό πιθανολογείται να είναι απόρροια της ευκολίας στη πρόσβαση σε πληροφορίες που



μπορεί να έχουν τα παιδιά που διαμένουν σε μεγάλα αστικά κέντρα σε σχέση με τα παιδιά που διαμένουν στις επαρχιακές πόλεις.

Η υλικοτεχνική υποστήριξη ενός παιδιού με ηλεκτρονικές συσκευές (όπως laptop, tablet, συσκευή κινητού τηλεφώνου) που παρέχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο μπορεί να είναι περιορισμένη στα παιδιά που διαμένουν στις επαρχιακές πόλεις σε σχέση με τα παιδιά που μένουν στις μεγάλες πόλεις. Ανεξάρτητα από τους κινδύνους που ενέχει η πλοήγηση στο διαδίκτυο για τα παιδιά και τους εφήβους, η δυνατότητα επίσης να περιηγηθεί σε ιστοσελίδες που θα το ενημερώσουν και θα το κατατοπίσουν σε θέματα ιατρικής επιστήμης είναι ένα πλεονέκτημα. Το ίδιο σημαντική είναι η αγορά βιβλίων με σχετικό επιμορφωτικό περιεχόμενο γεγονός που είναι περιορισμένο τόσο λόγω κόστους όσο και λόγω διαθεσιμότητας από τα βιβλιοπωλεία μιας μικρής πόλης στην επαρχία. Όπως επίσης και τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που γίνονται με σκοπό την προαγωγή και αγωγή της υγείας στα σχολεία και είναι ικανά να βοηθήσουν τα παιδιά εμπλουτίζοντας τις γνώσεις τους. Τα προγράμματα αυτά δυστυχώς δεν είναι ευρέως υλοποιήσιμα.

Επιπρόσθετα, ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την επιθυμία του παιδιού για πληροφόρηση είναι η παρουσία και των δύο ανθρώπων που κατέχουν την πατρική και την μητρική φιγούρα στα μάτια του παιδιού. Αυτοί μπορεί να είναι οι βιολογικοί γονείς του παιδιού ή διαφορετικά οι κηδεμόνες που έχουν αναλάβει να μεγαλώσουν και να αναθρέψουν ένα μικρό παιδί. Όπως φαίνεται από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το παιδί που μεγαλώνει σε μια οικογένεια και με τους δύο γονείς έχει λιγότερη ανάγκη από πληροφορίες σε σχέση με το παιδί που μεγαλώνει σε μονογονεϊκή οικογένεια. Η ερευνήτρια *Κανακουσάκη Β. το 2016* αναφέρει ότι το διαζύγιο, η χηρεία, η άγαμη μητέρα που γεννά και μεγαλώνει ένα παιδί αποτελούν τις πιο συχνές μορφές ύπαρξης μονογονεϊκής οικογένειας. Από την απογραφή πληθυσμού-κατοικιών του 2011 και την αναθεώρηση στοιχείων του 2014 που προέρχονται από τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ, στην Ελλάδα το σύνολο των πυρηνικών οικογενειών ανέρχεται σε 3.021.425. Οι 74.438 μονογονεϊκές οικογένειες συγκροτούνται από πατέρα και παιδιά στο ίδιο νοικοκυριό και οι 389.337 μονογονεϊκές οικογένειες συγκροτούνται από μητέρα και παιδιά. Επομένως, προκύπτει ότι οι γυναίκες αποτελούν την συντριπτική πλειοψηφία των μονογονέων στην Ελλάδα και οι μονογονεϊκές οικογένειες αποτελούν το 15,4% του συνολικού αριθμού των πυρηνικών οικογενειών της χώρας (*Κανακουσάκη Β. 2016*).

Σύμφωνα με την *Νιξαρίδου, Ε. Ε. 2013* και τον Εθνικό οργανισμό Πρόνοιας, και με βάση τον πίνακα «Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο» τα παιδιά ηλικίας 6-12 ετών μονογονεϊκών οικογενειών αντιμετωπίζουν ανασφάλεια και αίσθημα

απώλειας, ψυχοσωματικά προβλήματα, κατάθλιψη, έντονο θυμό, αίσθημα ντροπής και ενοχής, πτώση της σχολικής επίδοσης, με εντονότερες αντιδράσεις στα αγόρια. Όπως επίσης και τα παιδιά 12-18 ετών εμφανίζουν ανασφάλεια, μοναξιά, κατάθλιψη, αισθήματα απώλειας, λύπης και προδοσίας, αισθήματα ενοχής και αποτυχίας, παραπτωματικότητας, σχολικής αποτυχίας, χρήσης ουσιών, συχνής αλλαγής σεξουαλικών συντρόφων και ανησυχίας για το μέλλον.

Σε γενικές γραμμές το παιδί που μεγαλώνει από έναν γονέα είναι πιο επιρρεπές στο να εμφανίσει διάφορα είδη παραβατικής συμπεριφοράς, έχει διπλάσιες πιθανότητες να εγκαταλείψει το σχολείο, συγκρούεται συχνά με τους γονείς του και είναι πιο ευάλωτο σε εξάρτηση από ουσίες. Μπορεί να εμφανίσει από ψυχολογικής άποψης σύνδρομο γονεοποίησης, επιλέγει δηλαδή να αναλάβει το ρόλο του συζύγου-υποστηρικτή ειδικά αν ο γονέας είναι αδύναμος. Ψάχνει το γονικό πρότυπο του απόντα γονιού σε άτομα που δεν είναι αναγκαία τα πιο κατάλληλα. Ενδέχεται να πέσει θύμα κοινωνικού ρατσισμού και κοινωνικής απόρριψης. Ωστόσο, το παιδί αυτό παρά τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει συχνότερα, μπορεί να μεγαλώσει με πολύ πιο υγιή τρόπο και να αναπτύξει καλύτερη κοινωνικοποίηση και πρότυπα συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την μελέτη των *Dreger, V. A., et al 2006* εάν οι γονείς είναι ήρεμοι και μπορούν αποτελεσματικά να παραδώσουν το παιδί με φυσικό τρόπο σε έναν πρόσχαρο αναισθησιολόγο ή νοσηλεύτη, η προνάρκωση δεν είναι απαραίτητη. Διαφορετικά το αίσθημα κατά την αποδρομή της προνάρκωσης μπορεί να είναι περίεργο και η προνάρκωση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την παράταση της ανάνηψης από την αναισθησία (*Lichtor, J. L., et al 2001*).

Κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει αντιληπτό από την δυνατότητα διαλόγου και συζήτησης που μπορεί να έχει ο ασθενής προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά τόσο με την μητέρα όσο και με τον πατέρα. Τα ευρήματα από την έρευνα των *Dionigi, A. et al 2017* έδειξαν ότι πάνω από το 60% των παιδιών που αποχωρίστηκαν τους γονείς τους πριν από το χειρουργείο εμφάνισαν δυσφορία, ενώ 50% των παιδιών εμφάνισαν υψηλό άγχος κατά την εισαγωγή στην αναισθησία και την παρουσία του ενός γονέα, συγκεκριμένα την στιγμή που τους τοποθετήθηκε η μάσκα αερισμού (*Kalkman et al. 2009, Martin et al. 2011*). Χρειάζεται να αξιολογηθεί στο μέλλον περισσότερο η σημασία της παρουσίας των γονιών πριν την χειρουργική επέμβαση (*Dionigi, A. et al 2017*).

Η επίλυση αποριών που ενδεχομένως να επιδιώκουν να λύσουν οι γονείς στο τέκνο τους επιτυγχάνεται με διαφορετικό τρόπο όταν και οι δύο είναι δίπλα του και το βοηθούν να ξεπεράσει τον φόβο και την αγωνία του. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι ο γονέας που μεγαλώνει μόνος το παιδί του δεν θα επιδιώξει να λύσει τις ίδιες απορίες και τα ίδια άγχη.

Σε καμία περίπτωση δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο, απλώς στους δύο γονείς έχουμε δύο πηγές πληροφοριών που θα φανούν χρήσιμες και στον έναν έχουμε μία πηγή υποστήριξης, κατανόησης και λεκτικής επικοινωνίας.

Σε αυτό το σημείο έρχεται να προστεθεί η πολυπαραγοντική ανάλυση του δείκτη “ CDI-total score” με την μέθοδο enter και να αναδείξει ένα ακόμη αξιοσημείωτο στοιχείο. Αφορά το στιγμιαίο άγχος των παιδιών που μετρήσαμε με την κλίμακα Άγχους Κατάστασης (A-State), που προσήλθαν στον χώρο του νοσοκομείου έκτακτα ή προγραμματισμένα, εξετάστηκαν και κρίθηκε απαραίτητη η προετοιμασία τους για χειρουργική επέμβαση. Το αμέσως επόμενο βήμα μετά την εισαγωγή του ασθενούς και την τοποθέτηση του σε κλίνη, έδειξε ότι όσο πιο αγχωμένο ήταν το παιδί την ώρα που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο CDI τόσο πιο μεγάλη ήταν η επιθυμία του για να πληροφορηθεί καταλλήλως. Πρόκειται για πληροφορίες βασισμένες στην διαγνωσμένη πάθηση του παιδιού και την ανάγκη του να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Τα παιδιά ανάλογα με την συναισθηματική τους και την γνωσιακή τους εξέλιξη αντιλαμβάνονται το νοσοκομειακό περιβάλλον, είτε πρόκειται για βραχεία ή μακρά νοσηλεία, είτε αφορά μια χειρουργική επέμβαση ή μια επώδυνη εξέταση, ως μια μεγάλη πηγή άγχους και δυσφορίας και συχνά ως απειλή ή φόβο.

Παρακάτω περιγράφονται οι πιθανές αντιδράσεις που συχνά εμφανίζουν τα παιδιά και για αυτές καλό θα ήταν να υπάρχει συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση. Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας μπορούν να περιγράψουν τη δυσφορία, το φόβο τους και την ένταση του πόνου τους με απλά λόγια. Πιάνουν και περιφρουρούν με τα χέρια τους το μέρος που πονάνε, βλέπουν τον πόνο σαν τιμωρία, δεν είναι πολύ συνεργάσιμα, έχουν έντονα την ανάγκη από την συναισθηματική υποστήριξη των γονιών και των γιατρών. Ακολούθως, τα παιδιά της σχολικής ηλικίας επικοινωνούν με παρόμοιο τρόπο όπως και στην προσχολική. Επιπρόσθετα, έχουν εφιάλτες που σχετίζονται από τους φόβους ή τη δυσφορία τους. Επίσης, επηρεάζονται από κοινωνικά στερεότυπα σε ότι αφορά την έκφραση του συναισθήματός τους με αποτέλεσμα να επηρεάζονται έντονα από την αντιμετώπιση των γονιών και της ιατρικής ομάδας.

Επιδιώκοντας την περιγραφή της επόμενης ηλικιακής ομάδας δηλαδή τους εφήβους, θα πρέπει να επισημανθούν τα παρακάτω χαρακτηριστικά γνωρίσματα: μπορούν να εντοπίσουν ακριβώς από που προέρχεται ο πόνος, το άγχος τους, η δυσφορία και να εκφράσουν με λόγια τις διαφορετικές ιδιότητές του (ένταση, διάρκεια κλπ.), γίνονται επιθετικοί ως προς την οικογένειά τους, μπορούν και ελέγχουν το σώμα τους, τις αντιδράσεις τους και επιλέγουν σε ποιους και πότε θα δείξουν ότι είναι σε ψυχολογική δυσφορία ή πόνο. Τέλος, κατά τη νοσηλεία τους είναι πολύ πιθανό να χάσουν την όρεξή τους για φαγητό και να έχουν δυσκολία στον ύπνο. Τα παιδιά σε αυτήν την ηλικία

προσπαθούν να αναβάλουν οποιαδήποτε διαδικασία έχουν συνδυάσει ως αγχογόνα ή επίφοβη, γι' αυτό τον λόγο πρέπει να υπάρχει μια καθοδήγηση στον τρόπο αντιμετώπισης από το οικογενειακό περιβάλλον. (<https://www.iatronet.gr/ygeia/paidiatriki/article/30871/to-agchos-tis-nosileias-otan-o-asthenis-einai-paidi.html>)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όσο αυξάνεται το στιγμιαίο άγχος τόσο αυξάνει και η ανάγκη για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Αυτό δείχνει ότι το στιγμιαίο άγχος είναι σημαντικό να περιορίζεται και να οριοθετείται έτσι ώστε οι παιδιατρικοί ασθενείς να προσέρχονται στην αίθουσα του χειρουργείου με επίλυση των αποριών τους που είναι ζωτικής σημασίας για την δημιουργία αισθήματος άνεσης και ασφάλειας. Έτσι λοιπόν, αντιλαμβάνεται κανείς ότι το συμπέρασμα που προκύπτει επισημαίνει την ανάγκη του επαγγελματία υγείας να κρίνει χωρίς να υποτιμήσει την προσπάθεια του ασθενούς, να αντλήσει κάποιες πληροφορίες που θα του φανούν κατατοπιστικές. Άλλωστε από τις ήδη υπάρχουσες έρευνες υπάρχουν αναφορές ότι κάποια παιδιά θέλουν να γνωρίζουν συγκεκριμένα πράγματα πριν το χειρουργείο και αυτά τους είναι αρκετά. Το ποσοστό ικανοποίησης του παιδιού τόσο από τους νοσηλευτές, όσο και από τους γιατρούς αλλά και η ευκολία με την οποία δέχονται συμβουλές από τους επαγγελματίες υγείας βοηθάει στην εξήγηση του παραπάνω συμπεράσματος. Η ερμηνεία λοιπόν επικεντρώνεται στο ότι το παιδί πρέπει να έχει έναν νοσηλευτή ή γιατρό εξ' αρχής που να το κατευθύνει από την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο μέχρι το εξιτήριο του. Ο επαγγελματίας αυτός πρέπει να έχει εμπνεύσει εμπιστοσύνη στο παιδί και αμεσότητα. Τα δυο αυτά συστατικά συνιστούν την ουσία της διαδικασίας και περιορίζουν τις πληροφορίες που μπορεί να προσθέτουν άγχος αντί να αφαιρούν. Κάθε παιδί είναι ξεχωριστό και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα.

Ένας επιπρόσθετος λόγος που τα παιδιά διαφοροποιούνται ως προς την επιθυμία τους για πληροφόρηση αποτελεί ο ερχομός στο νοσοκομείο. Με την μέθοδο *stepwise* φαίνεται ότι οι έκτακτες εισαγωγές στο νοσοκομείο που χρήζουν άμεσης χειρουργικής επέμβασης δεν είχαν την ίδια επιθυμία για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο, σε σύγκριση με τις προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Το παιδί που η υγεία του βρίσκεται ξαφνικά σε μετέωρη-ασταθή κατάσταση υπό την στοιχειώδη καθοδήγηση των επιστημόνων υγείας προετοιμάζεται για το χειρουργείο. Αντίθετα, το παιδί που έχει τον χρόνο να οργανώσει τον χώρο του μέσα στο θάλαμο νοσηλείας, να συζητήσει με τους φίλους του και τους γονείς του, να παίξει με τα παιχνίδια του που το χαλαρώνουν και το ηρεμούν και να ξεναγηθεί στον χώρο του νοσοκομείου δεν έχει την ίδια ανάγκη για πληροφόρηση. Με αυτό τον τρόπο γνωρίζοντας δηλαδή το περιβάλλον μέσα στο οποίο θα λάβει φροντίδα και θεραπεία, μπορεί και να έχει τον χρόνο να δημιουργήσει απορίες που θα διατυπώσει στην συνέχεια ζητώντας ως λογικό επακόλουθο την επίλυση τους. Θα

μπορούσε να πει κανείς ότι ο ένας ασθενής πλεονεκτεί σε σύγκριση με τον άλλον, καθώς ο χρόνος προσαρμογής του ενός είναι μεγαλύτερος και πιο εποικοδομητικός σε σχέση με του άλλου. Αυτό θα ήταν ένα καλό αντικείμενο μελέτης σε μελλοντική έρευνα με ερώτημα για το πως θα μπορούσε να είναι έστω και ενημερωτικά ένα παιδί προετοιμασμένο για την εισαγωγή του σε νοσοκομείο.

Επομένως, ένα φοβισμένο και στιγμιαία αγχωμένο παιδί που προσέρχεται προγραμματισμένα στο νοσοκομείο με την παρουσία του μοναδικού του γονέα από επαρχιακή πόλη έχει όλα τα απαραίτητα κριτήρια για να του δοθεί ενημέρωση και πληροφόρηση σχετικά με την χειρουργική επέμβαση στην οποία είναι υποψήφιο να υποβληθεί. Ο επαγγελματίας υγείας αν το παιδί πληρεί έστω και ένα από τα παραπάνω κριτήρια γεγονός που θα πληροφορηθεί από το σύντομο ιστορικό που θα λάβει, οφείλει να κατατοπίσει και να πληροφορήσει τον παιδιατρικό ασθενή σύμφωνα με την ένταση της επιθυμίας του για τις σχετικές λεπτομέρειες της χειρουργικής επέμβασης με σκοπό να περιορίσει το προεγχειρητικό άγχος.

Οι Fortier et al το 2009 στη μελέτη τους συμπέραναν ότι η πλειοψηφία των παιδιών ηλικίας 7-17 ετών που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση θέλουν να λάβουν περιεκτικές προεγχειρητικές πληροφορίες και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βεβαιωθούν ότι επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά το μετεγχειρητικό πόνο έχουν δοθεί.

Στη παρούσα μελέτη δόθηκε το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη της Fortier. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα παιδιά που φοβόντουσαν είχαν περισσότερη ανάγκη για πληροφόρηση προεγχειρητικά από τους γιατρούς και τους νοσηλεύτες. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη ανάγκη για πληροφόρηση προεγχειρητικά είναι ο τόπος διαμονής, το στιγμιαίο άγχος του παιδιού που μετράτε από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου STAIC-State και η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο που όταν είναι προγραμματισμένη υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για πληροφόρηση.

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε ότι με γνώμονα την παρούσα μελέτη είναι εμφανές πόσο σημαντικός είναι ο σωστός τρόπος της περιεγχειρητικής αντιμετώπισης του παιδιού ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι κλινικά υποψιασμένοι και να έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τα παιδιά που έχουν ανάγκη να λάβουν πληροφόρηση προεγχειρητικά, λαμβάνοντας υπόψιν τους και τα κριτήρια που κάνουν αυτή την επιθυμία εντονότερη. Η άμεση και εμπειριστατωμένη πληροφόρηση των παιδιών προεγχειρητικά μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του άγχους και του φόβου που βιώνουν ενόψει της χειρουργικής επέμβασης.

## 6.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην μελέτη μας ο αριθμός του δείγματος δεν είναι πολύ μεγάλος καθώς τα χειρουργεία των παιδιών που έλαβαν μέρος, πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο της Πανδημίας του κορονοϊού. Το 80% των προγραμματισμένων χειρουργείων είχε ανασταλεί για μεγάλο χρονικό διάστημα κατά την περίοδο αυτή επομένως ήταν πιο δύσκολη η συλλογή των ερωτηματολογίων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

#### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

##### Βιβλία

- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. WW Norton & Company.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.

##### Ηλεκτρονικές δημοσιεύσεις – Άρθρα

1. Andersson, L., Karlsson, K., Johansson, P., & Almerud Österberg, S. (2020). I'm afraid! Children's experiences of being anesthetized. *Pediatric Anesthesia*, 30(9), 998-1005.
2. Beringer, R. M., Segar, P., Pearson, A., Greampet, M., & Kilpatrick, N. (2014). Observational study of perioperative behavior changes in children having teeth extracted under general anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 24(5), 499-504.
3. Berrick, J. D., Dickens, J., Pösö, T., & Skivenes, M. (2015). Children's involvement in care order decision-making: A cross-country analysis. *Child abuse & neglect*, 49, 128-141.
4. Buckley, A., & Savage, E. (2010). Preoperative information needs of children undergoing tonsillectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2879-2887.

5. Chatterjee, S., Hadi, A. S. and Price, B. (2000). *Regression Analysis by Example*. 3<sup>rd</sup> ed., John Wiley & Sons, New York.
6. Clatworthy, S., Simon, K., & Tiedeman, M. (1999). Child drawing: hospital manual. *Journal of pediatric nursing*, 14(1), 10-18.
7. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Publications.
8. Corman, H. H., Hornick, E. J., Kritchman, M., & Terestman, N. (1958). Emotional reactions of surgical patients to hospitalization, anesthesia and surgery. *The American Journal of Surgery*, 96(5), 646-653.
9. Coyne, I., & Gallagher, P. (2011). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal of clinical nursing*, 20(15-16), 2334-2343.
10. Cronbach LJ Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951 , 16 ; 297-334
11. Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anesthesia*, 23(2), 139-143.
12. Dionigi, A., & Gremigni, P. (2017). A combined intervention of art therapy and clown visits to reduce preoperative anxiety in children. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 632-640.
13. Dreger, V. A., & Tremback, T. F. (2006). Management of preoperative anxiety in children. *AORN journal*, 84(5), 777-804.
14. Driessnack, M. (2005). Children's drawings as facilitators of communication: a meta-analysis. *Journal of pediatric nursing*, 20(6), 415-423.
15. Ellerton, M. L., Ritchie, J. A., & Caty, S. (1994). Factors influencing young children's coping behaviors during stressful healthcare encounters. *Maternal-Child Nursing Journal*.
16. Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 946-955.
17. Flatman, D. (2002). Consulting children: are we listening?. *Paediatric Nursing*, 14(7), 28.
18. Fortier, M. A., Chorney, J. M., Rony, R. Y. Z., Perret-Karimi, D., Rinehart, J. B., Camilon, F. S., & Kain, Z. N. (2009). Children's desire for perioperative information. *Anesthesia and analgesia*, 109(4), 1085.
19. IBM SPSS Regression 28
20. Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z., & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 150(12), 1238-1245.

21. Kain, Z. N., Wang, S. M., Mayes, L. C., Krivutza, D. M., & Teague, B. A. (2001). Sensory stimuli and anxiety in children undergoing surgery: a randomized, controlled trial. *Anesthesia & Analgesia*, 92(4), 897-903.
22. Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Mayes, L. C., Weinberg, M. E., Wang, S. M., MacLaren, J. E., & Blount, R. L. (2007). Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 106(1), 65-74.
23. Kalkman, C. J., Peelen, L., Moons, K. G., Veenhuizen, M., Bruens, M., Sinnema, G., & de Jong, T. P. (2009, April). Behavior and development in children and age at the time of first anesthetic exposure. In *The Journal of the American Society of Anesthesiologists* (Vol. 110, No. 4, pp. 805-812). The American Society of Anesthesiologists.
24. LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., & Cohen, F. (2000). Effects of surgery type and attention focus on children's coping. *Nursing Research*, 49(5), 245-252.
25. Lerwick, J. L. (2013, August). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. In *Seminars in pediatric surgery* (Vol. 22, No. 3, pp. 129-133). WB Saunders.
26. Lichtor, J. L., & Wetchler, B. V. (2001). Anesthesia for ambulatory surgery. *Clinical anesthesia*, 1217-1222.
27. Lin, C. J., Liu, H. P., Wang, P. Y., Yu, M. H., Lu, M. C., Hsieh, L. Y., & Lin, T. C. (2019). The effectiveness of preoperative preparation for improving perioperative outcomes in children and caregivers. *Behavior Modification*, 43(3), 311-329.
28. Lööf, G., Andersson-Papadogiannakis, N., & Silén, C. (2019). Children's own perspectives demonstrate the need to improve paediatric perioperative care. *Nursing open*, 6(4), 1363-1371.
29. Martin, S. R., Chorney, J. M., Tan, E. T., Fortier, M. A., Blount, R. L., Wald, S. H., ... & Kain, Z. N. (2011). Changing healthcare providers' behavior during pediatric inductions with an empirically based intervention. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 115(1), 18-27.
30. Panella, J. J. (2016). Preoperative care of children: Strategies from a child life perspective. *AORN journal*, 104(1), 11-22.
31. Pearson, G. H. (1941). Effect of operative procedures on the emotional life of the child. *American Journal of Diseases of Children*, 62(4), 716-729.
32. Perrott, C., Lee, C. A., Griffiths, S., & Sury, M. R. (2018). Perioperative experiences of anesthesia reported by children and parents. *Pediatric Anesthesia*, 28(2), 149-156.
33. Psychountaki, M., Zervas, Y., Karteroliotis, K., & Spielberger, C. (2003). Validity and reliability of the State-Trait Anxiety Inventory for children in



- Greek population. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(2), 124-130.
34. Raudenbush, S. W. Bryk, A. S. (2002). Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods, second edition. Newbury Park, CA: Sage.
35. Runeson, I., Enskar, K., Elander, G., & Hermeren, G. (2001). Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *Journal of clinical nursing*, 10(1), 70-78.
36. Runeson, I., Mårtenson, E., & Enskär, K. (2007). Children's knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric nursing*, 33(6).
37. Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, J. M., Arvidsson, S., & Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of clinical nursing*, 24(19-20), 2945-2953.
38. Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. *Children & society*, 15(2), 107-117.
39. Smith, L., & Callery, P. (2005). Children's accounts of their preoperative information needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 230-238.
40. Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J. & Platzek, D. (1973). *Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
41. Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*, 116(4), e563-e567.
42. Vagnoli, L., Caprilli, S., & Messeri, A. (2010). Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option?. *Pediatric Anesthesia*, 20(10), 937-943.
43. Vatne, T. M., Ruland, C. M., Ørnes, K., & Finset, A. (2012). Children's expressions of negative emotions and adults' responses during routine cardiac consultations. *Journal of pediatric psychology*, 37(2), 232-240.
44. Wakimizu, R., Kamagata, S., Kuwabara, T., & Kamibeppu, K. (2009). A randomized controlled trial of an at-home preparation programme for Japanese preschool children: effects on children's and caregivers' anxiety associated with surgery. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(2), 393-401.
45. Wakimizu, R., Ozeki, S., & Kamibeppu, K. (2005). Psychological upset and its related factors of children after leaving hospital from undergoing minor surgery. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 25(3), 75-82.
46. Wennström, B., Hallberg, L. R. M., & Bergh, I. (2008). Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 96-106.

47. William Li, H. C., Lopez, V., & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in nursing & health*, 30(3), 320-332.
48. Wisselo, T. L., Stuart, C., & Muris, P. (2004). Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know?. *Pediatric Anesthesia*, 14(4), 299-307.
49. Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M., Materazzo, F., & Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *Journal of pediatric nursing*, 19(2), 128-132.
50. Wright, K. D., Stewart, S. H., Finley, G. A., & Buffett-Jerrott, S. E. (2007). Prevention and intervention strategies to alleviate preoperative anxiety in children: a critical review. *Behavior modification*, 31(1), 52-79.
51. Yahya AL-Sagarat, A., Al-Oran, H. M., Obeidat, H., Hamlan, A. M., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99-107.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

### Βιβλία

1. Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2015). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Papazisis Publishers. σελ. 195-198 κ. 198-200
2. Ν. Βάρσου, Μ. Τυπάλδου, Χαράλαμπος Παπαγεωργίου. Στοιχεία Ψυχολογίας: Ψυχοσωματική προσέγγιση, Πανεπιστήμιο Αθηνών. 2005: σελ. 127.

### Ηλεκτρονικές δημοσιεύσεις- Άρθρα

1. Κανακουσάκη, Β. (2016). Δημόσια διοίκηση και οικογενειακή πολιτική στην Ελλάδα: Η περίπτωση της μονογονεϊκότητας
2. Νιξαρλίδου, Ε. Ε. (2013). *Μονογονεϊκές οικογένειες* (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης)
3. Ψυχουντάκη, Μ. (1995). *Ερωτηματολόγιο Άγχους Κατάστασης και Προδιάθεσης για παιδιά (STAIC): Προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό*. Διπλωματική διατριβή. Εκπαίδευση στις Ψυχολογικές Αξιολογήσεις. Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. <https://www.iatronet.gr/yeia/paidiatriki/article/30871/to-aghos-tis-nosileias-otan-o-asthenis-einai-paidi.html>

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ  
« ΠΑΝ. & ΑΓΛΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ »  
Ν.Π.Δ.Δ.

### ΠΡΑΚΤΙΚΟ 07<sup>ης</sup> ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Αθήνα σήμερα 31 Μαρτίου 2021 ημέρα Τετάρτη και ώρα 15:00 συνεδρίασε μέσω τηλεδιάσκεψης σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ. αριθμ. πρωτ.: ΔΙΔΑΔ/Φ.69/133/οικ.20764/07.11.2020 εγκύκλιο του Υπουργού Εσωτερικών κ. Π. Θεοδωρικάκου, με θέμα : «*Μέτρα και ρυθμίσεις στο πλαίσιο της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού*» (ΑΔΑ:Ψ48146ΜΓΛ6-ΛΣΡ), σε τακτική συνεδρίαση το Εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, που συγκροτήθηκε βάσει των με αριθμό : Γ4β/Γ.Π.οικ.18320/17.03.20 (Φ.Ε.Κ. 225/27.03.20, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Γ4β/Γ.Π. 35836/15.07.2020 (Φ.Ε.Κ. 545/23.07.20, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Γ4β/Γ.Π.οικ.47309/24.07.2020 (Φ.Ε.Κ. 564/30.07.2020, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) και Γ4β/Γ.Π.οικ.49757/31.08.2020 (Φ.Ε.Κ. 714/07.09.2020 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) αποφάσεων του Υπουργού Υγείας κ. Βασιλείου Κικήλια και του Υφυπουργού Υγείας κ. Βασιλείου Κοντοζαμάνη.

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν νόμιμα καλεσμένοι, οι παρακάτω :

Παρόντες οι κ. κ. :

<b>ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΙΝΗΣ</b>	Πρόεδρος
<b>ΚΩΝ/ΝΟΣ ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ</b>	Αντιπρόεδρος
<b>ΜΑΡΙΟΓΚΑ ΦΡΑΓΚΑΚΗ</b>	Μέλος
<b>ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ</b>	Μέλος
<b>ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ</b>	Μέλος
<b>ΣΤΑΥΡΟΣ ΤΣΑΝΤΗΣ</b>	Μέλος
<b>ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΝΕΟΥ</b>	Μέλος
<b>ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΣΙΑΦΟΛΩΛΗΣ</b>	Μέλος

Απουσα η κ. :

**ΙΩΑΝΝΑ ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ** Μέλος

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η **Χρυσούλα Λαζαρίδου**.

Διαπιστώθηκε απαρτία με την παρουσία οκτώ (8) μελών του Συμβουλίου.

**ΘΕΜΑ 7 :** Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου σε γονείς / κηδεμόνες που φροντίζουν παιδιά τα οποία έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στο πλαίσιο διεξαγωγής διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ και με τίτλο: «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο», που κατέθεσε η Φωτεινή Μπακαλάκη, Νοσηλεύτρια ΠΕ με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη - Επίκουρο Καθηγητή της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ 07/31.03.2021 ΘΕΜΑ 7

Στο Συμβούλιο υποβάλλεται η υπ' αριθμ. πρωτ.: 5196/23.03.2021 (ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ) εισήγηση του ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ κ. Σ. ΤΣΑΝΤΗ σύμφωνα με την οποία :

Έχοντας υπόψη :

1. Την υπ' αριθμ.Ε.Σ.: 617/15.12.2020 αίτηση έγκρισης διανομής ερωτηματολογίου σε γονείς / κηδεμόνες που φροντίζουν παιδιά τα οποία έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στο πλαίσιο διεξαγωγής διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ και με τίτλο: «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο», που κατέθεσε η Φωτεινή Μπακαλάκη, Νοσηλεύτρια ΠΕ με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη - Επίκουρο Καθηγητή της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

2. Ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 1<sup>η</sup>/20-01-2021 (Θ: 16) συνεδρίασή του έλαβε υπόψη του τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κας Μ. Γέραλη, του Δ/ντή του ΩΡΛ Τμήματος κ. Α. Ραδιώτη, του Δ/ντή του Α' Παιδοχειρουργικού Τμήματος κ. Μ. Σκλάβου, του Δ/ντή του Β' Παιδοχειρουργικού Τμήματος κ. Α. Πασσαλίδη και του Δ/ντή του Α' Ορθοπαιδικού Τμήματος κ. Χ. Ζαμπακίδη, καθώς και τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία μελέτησε τα κατατεθειμένα έγγραφα της διπλωματικής εργασίας που θα πραγματοποιηθεί στα Παιδοχειρουργικά Τμήματα του Νοσοκομείου μας.

Σκοπός της έρευνας είναι να αναδειχθεί ο βαθμός επιθυμίας πληροφόρησης των παιδοχειρουργικών ασθενών ηλικίας 7-17 χρόνων καθώς και ο βαθμός έντασης άγχους των παιδιών αυτών κατά την περιεγχειρητική περίοδο.

Επιθυμία είναι η συμβολή της μελέτης στη διερεύνηση των αναγκών που έχουν τα παιδιά που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση και των πληροφοριών που χρειάζεται να τους παρέχονται.

Το δείγμα της συγχρονικής μελέτης θα αποτελέσουν παιδιατρικοί ασθενείς των Παιδοχειρουργικών Τμημάτων (ωτορινολαρυγγολογίας, ορθοπεδικής, γενικής χειρουργικής, νευροχειρουργικής, πλαστικής και ουρολογικά) του Νοσοκομείου μας, εφόσον υπάρχουν τα αντίστοιχα περιστατικά. Τα παιδιά θα συμμετέχουν στην έρευνα, εφόσον έχουν ενημερωθεί οι γονείς / κηδεμόνες για τους σκοπούς της μελέτης από την ίδια την ερευνήτρια.

Ο πληθυσμός της μελέτης αφορά παιδιά ηλικίας 7-17 χρόνων ανεξαρτήτως φύλου.

Θα τηρηθούν οι κώδικες ηθικής και δεοντολογίας με τις κείμενες διατάξεις. Η μελέτη θα πραγματοποιηθεί εξασφαλίζοντας την ανωνυμία και τα δικαιώματα των συμμετεχόντων παιδιών, την προστασία του δικαιώματος της ιδιωτικότητας και της αυτονομίας για κάθε ερωτώμενο. Η χρήση των στοιχείων θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με την απεικόνιση σε πίνακες συχνότητας για τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Για την ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago IL).

Κατόπιν αυτών το Επιστημονικό Συμβούλιο ενέκρινε ομόφωνα τη διανομή ερωτηματολογίου σε γονείς / κηδεμόνες που φροντίζουν παιδιά τα οποία έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στο πλαίσιο διεξαγωγής της ανωτέρω μεταπτυχιακής εργασίας στο Νοσοκομείο μας, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

- Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει τον επιβλέποντα της μελέτης, τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην



ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ 07/31.03.2021 ΘΕΜΑ 7

ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μελέτης να κατατεθούν στη Γραμματεία του Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου, σε ηλεκτρονική μορφή, η μεταπτυχιακή εργασία, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

3. Ότι στο πλαίσιο διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας θα διασφαλιστεί η ανωνυμία και η προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και η χρήση των στοιχείων θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Διαβιβάζεται το παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο και παρακαλούμε όπως αποφασίσετε σχετικά με:

Την έγκριση:

- διανομής ερωτηματολογίου σε γονείς / κηδεμόνες που φροντίζουν παιδιά τα οποία έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ με τίτλο: «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο», που κατέθεσε η κα Φωτεινή Μπακαλάκη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη - Επίκουρο Καθηγητή της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μας.
- ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ
- γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων της μελέτης στο Διοικητικό Συμβούλιο.

Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

Την έγκριση :

1. Διανομής ερωτηματολογίου σε γονείς / κηδεμόνες που φροντίζουν παιδιά τα οποία έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ με τίτλο: «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο», που κατέθεσε η κα Φωτεινή Μπακαλάκη, Νοσηλεύτρια ΠΕ, με επιβλέποντα Καθηγητή τον κ. Κουτελέκο Ιωάννη - Επίκουρο Καθηγητή της Σχολής Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μας.
2. Ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ.
3. Γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων της μελέτης στο Διοικητικό Συμβούλιο.



ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΪΔΙΟΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

**ΠΡΟΣ: κ. Φωτεινή Μπακαλάκη**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 03-11-21**

**ΠΑΡΟΝΤΕΣ :**

**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ,  
Καθηγήτρια-Διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών  
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντρια ΕΣΥ Καρδιολογίας  
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α΄ Οφθαλμολογίας  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ, ΜΕΛΟΣ, Ειδικευόμενος Χειρουργικής Παιδών  
ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου  
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλεύτριας  
ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΛΙΒΩΚΑΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας**

**ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την προεγχειρητική περίοδο»**

**Επιστημονικά Υπεύθυνος κ. Ιωάννης Κουτελέκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήματος Νοσηλεύτριας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

**ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 21800/03.11.2021**


Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 03 Νοεμβρίου 2021 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση της κ. Φωτεινής Μπακαλάκη, μεταπτυχιακής φοιτήτριας στο ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την προεγχειρητική περίοδο».

Υστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία θα εκπονηθεί στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Έντυπο συναίνεσης γονέα/κηδεμόνα
3. Ερωτηματολόγια μελέτης

**Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

  
**ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ-ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ  
Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ**

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



## Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ/ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

.....α/α

Ως γονέας νοσηλευόμενου παιδιού στην παιδοχειρουργική κλινική δηλώνω τη συγκατάθεση μου προκειμένου να συμπληρώσω το ερωτηματολόγιο που αφορά την «Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο».

Η παρούσα έρευνα που συμμετέχω εκπονείται στο Π.Μ.Σ. «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα» του Τμήματος Ιατρικής ΕΚΠΑ και περιλαμβάνει ανώνυμα δημογραφικά στοιχεία καθώς και ερωτηματολόγιο που αφορά το βαθμό πληροφόρησης των παιδιών και το βαθμό άγχους των παιδιών που νοσηλεύονται σε παιδοχειρουργικές κλινικές.

Κύριο μέλημα είναι ότι η έρευνα διενεργείται σεβόμενη την ατομικότητα και την κείμενη νομοθεσία σύμφωνα με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Επιθυμώ να τηρηθεί η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων μου τόσο κατά τη διενέργεια όσο και τη δημοσίευση της παρούσας μελέτης.

Δηλώνω ότι συναινώ μετά από την ενημερωμένη πληροφόρηση για τη συμμετοχή του παιδιού μου στην έρευνα και υπογράφω αυτό το έντυπο συγκατάθεσης με ελεύθερη βούληση. Εάν δεν επιθυμώ ή εάν έχω οποιουδήποτε ενδιασμούς που αφορούν την συμμετοχή μου στο πρόγραμμα είμαι ελεύθερος/η να αποσύρω οποιαδήποτε στιγμή την επιθυμία μου για την συγκατάθεση στη συμμετοχή της μελέτης.

Στο ερωτηματολόγιο, τα οποία θα συμπληρώσω δεν γράφω το όνομά μου και η συμμετοχή μου θα είναι **ανώνυμη**. Η φόρμα που θα συμπληρώσω θα πάρει τον κωδικό που βρίσκεται στο δεξί πάνω μέρος του ερωτηματολογίου. Τα στοιχεία που θα συμπληρώσω θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστική ανάλυση της παρούσας έρευνας.

Ευελπιστώ να βοηθήσω με τη σειρά μου, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τα αντίστοιχα παιδιά που νοσηλεύονται σε παιδοχειρουργικές κλινικές να έχουν μια συνολική εικόνα για το βαθμό πληροφόρησης τους από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και για τον τρόπο μείωσης και διαχείρισης του άγχους των παιδιών αλλά και της οικογένειάς τους.

...../...../2020-21-22

**Ο/Η Συμμετέχων στην έρευνα**

(Υπογραφή)

**Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών:** Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική Έρευνα

Όνομα Μεταπτυχιακού ερευνητή: Μπακαλάκη Φωτεινή

Τηλ. Επικοινωνίας: 6932328155

e- mail: fotini89bakala@windowslive.com

**Επιβλέπων καθηγητής:** Κουτελέκος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

## Ερωτηματολόγιο CDI

Percentage endoresd	Content of question
22.6	1. When I am awake will you tell me what happens next the whole time?
36.5	2. Will the doctor come and see me before the operation?
51.8	3. Will the doctor tell me about the operation and what it will be like when I go home?
54.0	4. When will I get to go home?
43.1	5. What is going to happen?
43.8	6. What are they going to do?
51.8	7. What am I allowed to eat before the operation? After the operation?
37.5	8. What will they do to me?
36.8	9. Will I get a needle?
38.2	10. What will happen afterward?
14.0	11. Will I lie down?
56.6	12. When will I eat after the operation?
29.6	13. When will I go back to school?
39.3	14. Will I have to come back?
33.3	15. Will I go back to the hospital?
47.8	16. How long will I be asleep for?
44.0	17. How will they put me to sleep?
41.0	18. How do you get put to sleep?
61.9	19. Will I wake up in the middle of the surgery?
46.3	20. How long will the operation take?
40.3	21. How long will I be in the operating room?
52.3	22. Will I stay overnight?
42.4	23. How long will I be in the hospital?
35.1	24. How long will I be away from school after the operation?
28.2	25. What does the operating room look like?
26.0	26. What does the recovery room look like?
24.4	27. Are you allowed to use game boys?
58.0	28. Will my mom and dad be there when I wake up?
51.1	29. When you are asleep will you feel it?
63.1	30. Will the operation hurt?
71.5	31. Will there be pain? If so how bad will it be?
66.2	32. Will I feel any pain?
67.7	33. How long will I be in pain after the operation?
53.1	34. How is it going to feel?
51.5	35. Will I feel sick or drowsy after the operation?
57.7	36. Will I be alright?
53.1	37. Can this problem I have come back?
40.0	38. Will I have scars?
36.9	39. What will the cut be like?
23.1	40. Who will mind my pet?

## Ερωτηματολόγια

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Πιο κάτω θα βρεις μερικές προτάσεις σχετικά με την νοσηλεία σου στο παιδοχειρουργικό τμήμα του παιδιατρικού νοσοκομείου. Διάβασε προσεχτικά κάθε πρόταση και αποφάσισε πως θέλεις να απαντήσεις. Μετά βάλε ένα X στο τετράγωνο, το οποίο είναι μπροστά από τη φράση που θέλεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη σπαταλάς πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση. Θυμήσου, διάλεξε τη φράση, που θέλεις καλύτερα.

Ερωτήσεις								
1. Όσο θα είμαι ξύπνιος/-α θα μου λέτε συνέχεια τι συμβαίνει;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
2. Ο γιατρός θα έρθει να με δει πριν την επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
3. Ο γιατρός θα μου μιλήσει για την επέμβαση και για το πώς θα είναι όταν γυρίσω στο σπίτι;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
4. Πότε θα μπορέσω να γυρίσω στο σπίτι;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
5. Τι πρόκειται να συμβεί;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
6. Τι πρόκειται να κάνουν;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
7. Τι επιτρέπεται να φάω πριν την επέμβαση; Μετά την επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
8. Τι θα μου κάνουν;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω

**Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο**

*ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”*

9. Θα μου κάνουν ένεση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
10. Τι θα γίνει μετά;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
11. Θα κοιμηθώ(ξαπλώσω);	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
12. Πότε θα φάω μετά την επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
13. Πότε θα γυρίσω στο σχολείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
14. Θα πρέπει να ξανάρθω;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
15. Θα ξαναέρθω στο νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
16. Για πόση ώρα θα κοιμάμαι;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
17. Πώς θα με κοιμίσουν;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
18. Πώς θα σε βάλουν να κοιμηθείς;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
19. Θα ξυπνήσω κατά τη διάρκεια της εγχείρησης;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
20. Πόση ώρα θα κρατήσει η επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
21. Πόση ώρα θα είμαι στο χειρουργείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
22. Θα μείνω (στο νοσοκομείο)	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω

**Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο**

*ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"*

τη νύχτα;	<input type="checkbox"/>	να ξέρω	<input type="checkbox"/>	νοιάζει	<input type="checkbox"/>	να ξέρω	<input type="checkbox"/>	ξέρω
23. Πόσο καιρό θα είμαι στο νοσοκομείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
24. Για πόσο καιρό θα λείπω από το σχολείο μετά την επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
25. Πώς μοιάζει το χειρουργείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
26. Πώς μοιάζει το δωμάτιο που περίμενα πριν να βγω από το χειρουργείο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
27. Σου επέτρεψαν να παίξεις με παιχνίδια;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
28. Θα είναι εκεί η μαμά μου και ο μπαμπάς μου όταν ξυπνήσω;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
29. Όταν κοιμάσαι θα το νιώθεις;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
30. Θα πονέσει η επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
31. Θα πονέσω; Αν ναι, πόσο άσχημο θα 'ναι;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
32. Θα νιώσω καθόλου πόνο;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
33. Για πόσο καιρό θα πονάω μετά την επέμβαση;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
34. Πώς πρόκειται να νιώθω;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
35. Θα νιώθω άρρωστος/-η ή	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν νοιάζει με	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω

## Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”

μισοκοιμισμένος/-η μετά την επέμβαση;		να ξέρω		νοιάζει		να ξέρω		ξέρω
36. Θα είμαι καλά;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
37. Μπορεί αυτό το πρόβλημα που έχω να ξανάρθει;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
38. Θα έχω ουλές;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
39. Πώς θα μοιάζει η τομή;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω
40. Ποιος θα φροντίζει το κατοικίδιό μου;	<input type="checkbox"/>	Δεν θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Δεν με νοιάζει	<input type="checkbox"/>	Ίσως θέλω να ξέρω	<input type="checkbox"/>	Πρέπει να ξέρω

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗΣ STAIC-C

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Πιο κάτω θα βρεις μερικές προτάσεις, με τις οποίες τα αγόρια και τα κορίτσια περιγράφουν τον εαυτό τους. Διάβασε προσεχτικά κάθε πρόταση και αποφάσισε πως νιώθεις εσύ αυτή την στιγμή. Μετά βάλε ένα X στο τετράγωνο, το οποίο είναι μπροστά από τη φράση που περιγράφει καλύτερα το πως νιώθεις τώρα. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη σπαταλάς πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση. Θυμήσου, διάλεξε τη λέξη ή τη φράση, που περιγράφει καλύτερα το πώς εσύ νιώθεις αυτή τη στιγμή.

STAIC-1State

Ερωτήσεις						
1. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ήρεμος/-η.....	<input type="checkbox"/>	Ήρεμος/-η.....	<input type="checkbox"/>	καθόλου ήρεμος/-η.....
2. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ αναστατωμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	Αναστατωμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου αναστατωμένος/-η...
3. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ευχάριστα...	<input type="checkbox"/>	ευχάριστα...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ευχάριστα...
4. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ νευρικός/-η...	<input type="checkbox"/>	νευρικός/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου νευρικός/-η...
5. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ταραγμένος/-η.....	<input type="checkbox"/>	ταραγμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ταραγμένος/-η...
6. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ξεκούραστος/-η...	<input type="checkbox"/>	ξεκούραστος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ξεκούραστος/-η...



Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”

7. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ φοβισμένος/-η.....	<input type="checkbox"/>	φοβισμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου φοβισμένος/-η...
8. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ χαλαρωμένος/-η.....	<input type="checkbox"/>	Χαλαρωμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου χαλαρωμένος/-η...
9. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ανήσυχος/-η.....	<input type="checkbox"/>	ανήσυχος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ανήσυχος/-η...
10. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ικανοποιημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	ικανοποιημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ικανοποιημένος/-η...
11. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ τρομαγμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	τρομαγμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου τρομαγμένος/-η...
12. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ευτυχισμένος/-η.....	<input type="checkbox"/>	ευτυχισμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ευτυχισμένος/-η...
13. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ σίγουρος/-η.....	<input type="checkbox"/>	σίγουρος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου σίγουρος/-η...
14. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ καλά.....	<input type="checkbox"/>	καλά...	<input type="checkbox"/>	καθόλου καλά...
15. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ στεναχωρημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	στεναχωρημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου στεναχωρημένος/-η...
16. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ενοχλημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	ενοχλημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ενοχλημένος/-η...
17. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ ωραία...	<input type="checkbox"/>	ωραία...	<input type="checkbox"/>	καθόλου ωραία...
18. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ τρομοκρατημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	τρομοκρατημένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου τρομοκρατημένος/-η...
19. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ μπερδεμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	μπερδεμένος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου μπερδεμένος/-η...
20. Νιώθω	<input type="checkbox"/>	πολύ κεφάτος/-η...	<input type="checkbox"/>	κεφάτος/-η...	<input type="checkbox"/>	καθόλου κεφάτος/-η...

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ STAIC**

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Πιο κάτω θα βρεις μερικές προτάσεις, με τις οποίες τα αγόρια και τα κορίτσια περιγράφουν τον εαυτό τους. Διάβασε προσεχτικά κάθε πρόταση και αποφάσισε εάν αυτή ισχύει για σένα «πολύ συχνά», «μερικές φορές» ή «σπάνια». Βάλε ένα X στο τετράγωνο, το οποίο είναι μπροστά από τη φράση που περιγράφει καλύτερα το πώς νιώθεις **συνήθως**. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη σπαταλάς πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση. Θυμήσου, διάλεξε τη λέξη ή τη φράση, που περιγράφει καλύτερα το πώς εσύ νιώθεις **συνήθως**.

*STAIC-2Trait*

Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ “Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα”

Ερωτήσεις						
1. Ανησυχώ μήπως κάνω λάθη	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
2. Αισθάνομαι ότι θέλω να κλάψω	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
3. Αισθάνομαι δυστυχισμένος/-η	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
4. Δυσκολεύομαι να πάρω αποφάσεις	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
5. Μου είναι δύσκολο να αντιμετωπίσω τα προβλήματά μου	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
6. Ανησυχώ πάρα πολύ	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
7. Στο σπίτι μου γίνομαι άνω-κάτω (αναστατώνομαι)	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
8. Είμαι ντροπαλός/-η	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
9. Αισθάνομαι σκοτισμένος/-η, στεναχωρημένος/-η	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
10. Ασήμαντες σκέψεις τριγουρίζουν στο μυαλό μου και μ' ενοχλούν	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
11. Ανησυχώ για το σχολείο (τα μαθήματά μου)	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
12. Δυσκολεύομαι να αποφασίσω τι να κάνω	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
13. Νοιώθω την καρδιά μου να κτυπάει γρήγορα	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
14. Αισθάνομαι ένα κρυφό φόβο	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
15. Ανησυχώ για τους γονείς μου	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
16. Ίδρώνουν τα χέρια μου	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια

Διερεύνηση της επιθυμίας των παιδιών για πληροφόρηση κατά την περιεγχειρητική περίοδο

ΠΜΣ "Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα"

17. Ανησυχώ για πράγματα που μπορεί να συμβούν	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
18. Δύσκολα με παίρνει ο ύπνος το βράδυ	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
19. Έχω μια περίεργη ενόχληση στο στομάχι	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια
20. Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για μένα	<input type="checkbox"/>	πολύ συχνά	<input type="checkbox"/>	μερικές φορές	<input type="checkbox"/>	σπάνια