

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِ مُحَمَّدٍ

پرستاری بهداشت کودک 2

موضوع: مراقبت خانواده محور از
کودک طی بیماری و بستری شدن



پرستاری بهداشت کودکان ۲



مراقبت خانواده محور

آکادمی کودکان مراقبت خانواده محور را یک رویکرد به مراقبت می داند که موجب شکل گیری سیاست ها، برنامه ها و تعاملات روزانه بین پزشک، خانواده و بیمار می شود . علاوه براین موسسه ی مراقبت خانواده محور معتقد است حضور خانواده در احساس خوب بودن موثر است و موجب پیوستگی بین کیفیت و ایمنی در مراقبت سلامت می شود .

اضطراب جدایی *separation Anxiety*

مسئله ی جدی از اواسط شیرخوارگی تا سنین خردسالی به ویژه در کودکان بین ۱۶-۳۰ ماهه است که به عنوان **Anaclitic depression** نیز گفته می شود .

اضطراب جدایی

پاسخ های اصلی کودکان در سه مرحله خلاصه میشود:

۱-مرحله اعتراض

۲-مرحله ناامیدی

۳-مرحله بی اعتنایی

مرحله اعتراض :

گریه کردن ، داد و فریاد ، جست و جو برای والدین با چشم ها ، چسبیدن به والدین ، دوری از تماس با افراد غریبه

مرحله ناامیدی :

غیرفعال ، گوشه گیر ، افسرده و غمگین (مشخصه اصلی)، بی علاقه به محیط
عدم برقراری ارتباط، برگشت به رفتارهای اولیه مثل مکیدن شست

مرحله بی اعتنایی:

نشان دادن علاقه زیاد به محیط ، تعامل با افراد غریبه ، تشکیل ارتباطات جدید
ولی سطحی ، خوشحالی ظاهری

اضطراب جدایی

- کودک نوپا: کج خلقی - سیر قهقرایی
- کودک خرد سال: عدم تحمل غذا خوردن - اشکال در خوابیدن - چریه آرام - پرسش مداوم در مورد ساعات ملاقات - خشم
- کودک سن مدرسه: بهتر با جدایی کنار می آیند
- اواسط و اواخر مدرسه: واکنش نسبت به جدایی از هم سن سالان و فعالیت های روزانه بیشتر از عدم حضور والدین - ابراز تنفر - خشم - تحریک پذیری - مشکلات مدرسه
- نوجوانان: از دست دادن گروه همسالان یک تهدید عاطفی

فقدان کنترل

از عوامل مهم تاثیرگذار در شدت تنش تحمیلی ناشی از بستری شدن کودکان ، مقدار کنترل است که آنان احساس می کنند دارند .

شیرخواران : مهمترین مرحله را از نظر رشد شخصیت سالم (اعتماد) از طریق مراقبت محبت آمیز شخصی که پرورش او را برعهده دارد .

نوپایان:

در پی کسب خودمختاری هستند ، ازدست دادن اختیار ممکن است به علت تغییر کارهای متداول و تشریفات روزمره (خوردن ، خوابیدن، حمام کردن که در بیمارستان هریک یاهمه ی آنها بهم میریزد) باشد. **واکنش اصلی سیر قهقرایی**

خردسالان : تفکر جادویی-عدم توانایی برای تفکر انتزاعی

از دست دادن کنترل به نظر آنها مساوی با ازدست دادن قدرت بوده که عامل حیاتی در واکنش آنها نسبت به جدایی ، درد ، بیماری و بستری شدن در بیمارستان است. **کودک سن مدرسه:** تلاش برای مستقل شدن. اجازه دعید تا قدری کنترل اعمال کنند.

نوجوانان: هر چیزی که سبب تخریب حس هویت و از دست دادن اراده شود تهدید محسوب میشود. به نحوه ارائه اطلاعات اهمیت می دهند.

آسیب بدنی و درد

ترس مربوط به آسیب جسمی و درد :

پیامدهای این ترس می تواند دیررس باشد .

شیرخواران: پاسخ به درد کاملا مشابه واکنش های قبلی است . درد را با

وضعیت های خاص بدنی مثل لولیدن و پیچ و تاب خوردن نشان میدهند.

شیرخوار کمتر از ۶ ماه ، هیچ گونه حافظه آشکاری از تجربیات قبلی

دردناک نداشته است

انحراف فکر در نسبت به درد اثر کمتری دارد.

نوپایان: درک آنان از تصویرذهنی خصوصا حدومرز بدنی خیلی ضعیف است . معاینه های سرزده مانند کنترل حرارت از مقعد اضطراب زیادی ایجاد می کند و حتی ممکن است به پروسیجرهای فاقد درد همانند پروسیجرهای دردناک پاسخ گویند.

واکنش همانند دوران شیرخواری است بجز اینکه متغیرهای موثر در پاسخ فردی ، خیلی پیچیده تر و متفاوت است . **مقاوت بدنی** در انتهای این دوره ، کودکان نوپا قادر به بیان درد خود می باشند.

خردسالان: مفهوم بیماری دراین دوره شروع شده و تحت تاثیر توانایی های شناختی مرحله پیش عملیاتی می باشد .

واکنش ها به درد همانند کودک نوپا است .

عوامل تاثیرگذار در واکنش های والدین نسبت به بیماری کودک:

شدت تهدید نسبت به کودک

تجربه ی قبلی در ارتباط با بیماری و بستری شدن در بیمارستان

پروسیجرهای طبی مورد نیاز در تشخیص و درمان

سیستم های حمایتی قابل دسترس

عزت نفس فردی

استرس های اضافه در سیستم خانواده

اعتقادات فرهنگی و مذهبی

- **کودک سن مدرسه:** بیشتر به ناتوانی و مرگ می اندیشند تا درد- مایل به کسب اطلاعات در باره بیماریند- بندرت احساسات خود را بروز می دهند. پرستار باید اشارات غیر کلامی را در نظر بگیرد
- **نوجوان:** تمایز نوجوان از هم سن سالان = تراژدی

تدابیر پرستاری از کودک بستری در بیمارستان:

برطرف کردن یا به حداقل رساندن استرسورهای ناشی از جدایی، از دست دادن کنترل و آسیب بدنی و درد در کودکان
۲-تامین کردن راهکارهای حمایتی خاص برای اعضای خانواده ، مثل ترویج ارتباطات خانواده

پیشگیری یا به حداقل رساندن جدایی:

یک هدف اولیه ی پرستاری ، پیشگیری از جدایی به ویژه در کودکان زیر ۵سال می باشد .

پذیرفته شدن فلسفه ی مراقبت خانواده محور توسط بیمارستان ها

به حداکثر رساندن فواید بالقوه ی بستری شدن در بیمارستان:

- ۱- تشویق ارتباطات والدین و کودک
- ۲- ایجاد فرصت آموزشی
- ۳- تشویق به تسلط بر خود
- ۴- اجتماعی شدن

اصول آماده سازی برای بستری شدن در بیمارستان :

جریان آمادگی شامل گردش در بیمارستان ، نشان دادن عروسک ها و بازی با اسباب بازی ها و وسایل واقعی بیمارستان می باشد. اکثر برنامه های آمادگی روی کودکان و خانوادهایی که برای بار بستری می شوند ، تمرکز یافته است .

ایده آل است پروسیجرهای آمادگی دربرگیرنده ی موارد زیر باشد:

-طراحی مناسب برای هر کودک برحسب سن تکاملی

-برنامه ریزی اختصاصی برای در نظر داشتن تجربه ی قبلی

کودکان درارتباط با بستری در بیمارستان

طرح ترخیص و مراقبت خانگی :

-نیاز به نوعی برنامه ریزی برای ترخیص که اغلب شامل آموزش خانواده برای تداوم مراقبت و پیگیری است .

-پرستاران، افراد کلیدی در شروع فرایند ترخیص هستند.

بررسی:

طرح ترخیص برای مراقبت های خانگی باید با بررسی تمایلات و نیز کفایت خانواده در گرفتن مسئولیت انجام گیرد .

طرح:

آمادگی به منظور ترخیص از بیمارستان با برقراری اهداف کوتاه مدت و بلند مدت

ارزیابی و حمایت مداوم: عواملی که در طرح مراقبت خانگی باید در نظر گرفته شود عبارتند از:

- نیاز برای بستری بعدی در بیمارستان
- پیشرفت تکاملی و فیزیکی کودک
- اثرات مراقبت های خانگی در خانواده

بررسی و کنترل درد در کودکان :

تجربه ی درد در کودکان تحت تاثیر سن و سطح تکاملی ، علت درد ، ماهیت درد و توان کودک از نظر ابراز به شکل معنی دار می باشد .

- خانواده نقش اصلی در بررسی درد دارد

گروه *PEDIMMPACT* شش حیطه اصلی برای بررسی و

سنجش درد در کودکان توصیه می کند که شامل :

- شدت درد

- قضاوت کلی از رضایت درمان

- علایم و رویدادهای نامناسب

- بهبود فیزیکی

- پاسخ عاطفی

- عوامل اقتصادی

✓ بررسی درد حاد :

به علت دردهای داخلی ، پروسیجرهای جراحی ، صدمه ، عفونت و یا تشدید یافتن بیماری اصلی کودک

شدت درد :

به طور سنتی ابزار بررسی درد کودکان در ابعاد رفتاری ، فیزیولوژی و یا خود گزارش بوده و عمدتاً جهت سنجش شدت درد بکار رفته است .

- معیارهای رفتاری درد معمولاً در کودکان از شیرخوارگی تا ۴ سالگی

- معیارهای خودگزارش (self-report) برای کودکان بیش از ۴ سال مورد استفاده قرار می گیرد .

انواع مقیاس رتبه بندی درد در کودکان : ۱- مقیاس بررسی درد توسط چهره که شامل ۶ چهره ی کاریکاتور از متبسم (فاقد درد) تا گریان (بدترین درد) می باشد

۲- مقیاس عددی

چهار ابزار سنجش درد در بعد رفتاری شامل: **FLACC**، **CHEOPS**، **TPPPS**، **PPPRS** می باشد

FLACC: پنج مورد از رفتار را در نظر بگیرید که شامل واکنش صورت ، حرکت پا، فعالیت ، گریه ، قابلیت تسکین می باشد که با دادن نمرات از صفر تا ده سنجیده می شود .

CHEOPS: با همکاری پرستاران اتاق ریکاوری انجام می شود، ۶ مورد رفتار در نظر گرفته می شود که شامل گریه ، صورت، تکلم، تنه، لمس و ساق ها می باشد .

Categories	Scoring		
	0	1	2
Face	No particular expression or smile	Occasional grimace or frown, withdrawn, disinterested	Frequent to constant frown, quivering chin, clenched jaw
Legs	Normal position or relaxed	Uneasy, restless, tense	Kicking or legs drawn up
Activity	Lying quietly, normal position, moves easily	Squirming, shifting back and forth, tense	Arched, rigid, or jerking
Cry	No cry (awake or asleep)	Moans or whimpers; occasional complaint	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints
Consolability	Content, relaxed	Reassured by occasional touching, hugging, or being talked to; distractible	Difficult to console or comfort

Note: Each of the five categories Face (F), Legs (L), Activity (A), Cry (C), and Consolability (C) is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10.

From Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 23(3) 293-297.

Tool	Age	Comment
Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) ^[15]	1–5 years	Assess cry, facial expression, verbal, torso, touch, legs. Validated for 1–5 years. Post-op; good interobserver reliability
Nurses Assessment of Pain Inventory ^[16] (NAPI)	Newborn to 16 years	Assess verbal/vocal, body movement, facial, touching; adapted from CHEOPS, reliable
FLACC scale (F) Face; (L) Legs; (A) Activity; (C) Cry; (C) Consolability ^[14]	2 months to 7 years	Appropriate for preverbal children in pain from surgery, trauma, cancer or other disease processes

Score	0	1	2
Cry	No Cry	Crying, moaning	Scream
Facial	Smiling	Composed	Grimace
Verbal	Positive	None or other complaints	Pain complaint
Torso	Neutral	Shifting, tense, upright	Restrained
Legs	Neutral	Kicks, squirm, drawn up	Restrained

TPPPS: یک مقیاس مشاهده ای است که در سنجش درد پس از عمل در کودکان ۱ تا ۵ سال استفاده می شود

PPPRS: توسط والدین که با یادداشت تغییرات در تناوب رفتارها می باشد . مثل تغییر در اشتها و فعالیت

گروه PEDIMMPACT توصیه می کند از مقیاس POKER CHIPS برای کودکان ۳-۴ ساله و مقیاس درد چهره های اصلاح شده در کودکان ۴-۱۲ ساله استفاده کنند .

مقیاس POKER CHIPS شامل ۴ ژتون قرمز است . هریک از ژتون ها نشاندهنده ی قدری درد است که از کودک پرسیده می شود .

بررسی درد مزمن و راجعه

دردی که ۳ ماه یا بیش از آن تداوم پیدا کند درد مزمن نامیده می شود .

دردی که رویدادی و تکراری باشد درد راجعه گفته می شود .
رویداد دردها حداقل هر سه ماه می باشد .

درد مزمن سلامت روانی - اجتماعی کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد.

امروزه به منظور بررسی علایم و پاسخ به درمان در کودکان

بررسی درد مزمّن و راجعه

و نوجوانان دارای درد مزمّن یا راجعه از ثبت الکترونیکی استفاده می شود .

بررسی درد در گروه‌های خاص :

درد در نوزادان : بررسی درد در کودکی که فاقد تکلم می باشد خصوصا نوزاد سخت است زیرا مهمترین شاخص معتبر درد که گزارش توسط خود فرد می باشد امکان ندارد .

ارزشیابی باید براساس تغییرات فیزیولوژی(علائم حیاتی)و رفتاری (عکس العمل چهره) باشد .

کودکان با بیماری مزمن و درد بگرنج:

اغلب کودکانی که به علت سرطان با علائم بسیاری مواجهه هستند ، درجه درد خود را نمیتوانند به طور صحیح به دیگران ابلاغ کنند .

در این کودکان مهمترین جنبه ی بررسی ، ارتباط حاصل بین کودک و خانواده است و از این طریق است که پرستار به تجربه ی درد آنان پی میبرد .

کنترل درد

درد تسکین نیافته ممکن است منجر به پیامدهای طولانی مدت فیزیولوژی، روانی، اجتماعی، و رفتاری می شود. بنابراین باید کنترل درد را در اولویت قرار دهند.

کنترل غیردارویی درد:

انحراف فکر، مکیدن غیرمغذی، بغل کردن به روش کانگرو

کنترل درد با دارو:

غیرمخدرها شامل استامینوفن (تایلنول) و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی برای درد خفیف تا متوسط و مخدرها جهت دردهای متوسط تا شدید مناسب است .

اکسی کدون نوعی مخدر مصرفی در کودکان برای رهش فوری در دسترس است .

مورفین به عنوان داروی استاندارد طلایی برای کنترل درد شدید در نظر گرفته می شود .

وقتی مورفین داروی مناسبی نباشد داروهایی مثل **هیدرومورفون** (دیلاوید) و **فنتانیل** جانشین محسوب می شوند .

بااینکه فنتانیل یک داروی بیهوشی در اتاق عمل است ولی در گروه ضد درد تقسیم بندی شده است .

تزریق سالین در دردهای بامنشا ارگانیک رایج می باشد.

کودکان دارو را سریعتر از افراد بالغ متابولیزه می کنند .

کودکان کوچکتر ممکن است به دوز زیادی از مخدر نیاز داشته

باشند تا به اثر یکسان بی دردی برسند. دوز مصرفی در کودکان

معمولا بر طبق وزن بدن محاسبه می شود .

NSAID و مخدرها دارای عوارض جانبی هستند اگرچه
بیشترین نگرانی در مورد مخدرها می باشد . ضعف
تنفسی مهمترین عارضه می باشد. تعداد تنفس به تدریج
کاهش میابد و ممکن است قطع شود .یبوست نیز رایج
است و باعث کاهش پرستالسیس و نیز افزایش تون
اسفنکتر مقعد می شود .پیشگیری از ان با استفاده از نرم
کنندهای مدفوع موثرتر است استفاده از مایعات و فیبر
توصیه می شود .

پیامدهای ناشی از عدم درمان درد در شیرخواران :

غالباً درد آنها به طور مناسب کنترل نمی شود .

درد سبب تحریک تعدادی پاسخ های فیزیولوژی در بدن می شود و آنها منجر به پیامدهای منفی شده که اکثر سیستم ها را درگیر می کند . کنترل ضعیف درد حاد می تواند زمینه ی سندرم های درد مزمن را در بیمار به وجود بیاورد.

خدا قوت

