

## Nursing Abstracts

### Pre operative anxiety assessment and contributing factors in parents in pediatric surgery theater

Mehrdad Hosseinpour, Mohadese Hamsayeh, Somaye Abedi

**Background:** Hospitalization and surgery are among of the most difficult experiences for the children and their parents have to face. This study attempts to quantify pre operative anxiety in the parents of children admitted to hospital for elective surgery and to isolate factors associated with increased anxiety.

**Method:** In a prospective clinical study, all parents consecutively admitted to the study hospitals were assessed. In this study, The Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) were used to quantify accompanying parent anxiety in the holding area just before entering the operative theater.

**Findings:** In this study 100 parents were evaluated. The mean of anxiety scores was  $51.05 \pm 1.19$  (22-77) for STAI,  $11.39 \pm 2.75$  for APAIS (anxiety), and  $8.07 \pm 1.7$  for APAIS (information) respectively. Education had a significant effect on STAI ( $p=0.042$ ), but its effect on APAIS was not significant. In regression analysis for APAIS (anxiety), child age ( $r=0.56$ ,  $p=0.049$ ) was significant predictor of anxiety.

**Conclusion:** This study showed that anxiety is moderate to high in our center and parent's education and children age are the most important predictive factors for this sensation.

**Keywords:** pre operative anxiety, STAI, APAS

### Spiritual Health in Adolescents

Azam –Shirinabadi Farahani  
 Doctoral student in nursing, international branch's Shahid Beheshti University of Medical Sciences.  
 Lecturer, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences

**Background:** Spirituality as a recognition of the existence or force beyond the material aspects of life and creates a deep sense of connection with the universe. Spirituality is a universal experience is not usually affected by religion. Spiritual development, inherent capacity for self-actualization process. Comfort and power of spirituality can be shared in health and well-being. The aim of this article is exploring and promoting the spiritual health and spiritual development in adolescents.

**Material:** Review of literature, was performed in extensive research library and databases of ISI, Science Direct and PubMed. Regarding the integrity of the content a number of papers were selected and the results of these papers were discussed.

**Findings:** In the area of human development, adolescence is a period of growth as one of the most rapid changes in physical, cognitive, emotional and social aspects of life. Adolescents are very vulnerable in the context of social risk of injury. In recent years, our country's social damage on average each year, shows 51 percent growth and addressing

the spiritual dimensions of adolescents is a good way to avoid risky behaviors.

**Conclusion:** Evaluating and strengthening the youth spiritual health is important, especially in late adolescence and it is necessary for nurses and other Health personnel to promote the spiritual health of the people, especially adolescents.

**Keywords:** Adolescent, Spirituality, Spiritual health

### Assessment of implementation of Family-centered care in neonatal intensive care units in teaching hospital of Tehran University of Medical Sciences

Omolbani Rahimi, Masters of Neonatal Intensive Care Nursing, Bahrami Hospital, Zahra Goodarzi, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences

**Background:** Family-centered care is defined as the active participation of parents in their child's care. Family members, especially parents of sick newborns are natural defenders. Family-centered care is an important component of neonatal care because Implementation of family-centered care, reduce stress and increase compliance parent to neonatal special care is needed and support the participation of parents in the care of neonates. This study aimed to determine the implementation of family-centered care in NICU.

**Methods:** In this descriptive study, 138 nurses working in neonatal intensive care units conducting this study. Data collection was made relating to the implementation of family-centered care. The data in SPSS v. 20 software using descriptive statistical parameters were analyzed.

**Findings:** Average amount of family-centered care is ( $\%63/32 \pm 14/58$ ), respectively. The implementation of family-centered care, respectively: 1- allow parents to hug a baby ( $\%96/38$ ) 2- kangaroo mother care to allow parents ( $\%89/86$ ) 3- let the children attend day care (feeding, Changing diapers, giving the baby a bath and positions) parents ( $\%86/23$ ) 4- to allow parents to participate in discharge planning cases ( $\%84/78$ ) 5- Learn signals infant growth and development, parents ( $\%74/64$ ) 6- allow parents to baby lullaby ( $\%72/46$ ) 7- No time limit allowed for parents ( $\%54/35$ ) 8- to attend and participate in the round of birth and parents' bedside shift report delivery ( $\%26/09$ ) 9- Encourage parents to be present during invasive procedures such as venipuncture ( $\%19/57$ ) 10- Let's presence during invasive procedures and resuscitation parents ( $\%10/14$ ).

**Conclusion:** With regard to parental involvement in day care and kangaroo mother care for babies but parents in the neonatal intensive care unit are not considered as members of the treatment team because the parents are seldom at hand shifting and moving. The roles of parents in neonatal pain management during invasive procedures are considered. Parents are often faced with time constraints. Suggestions: Neonatal nurses as main sponsor in the care of infants and their parents be attributed to the vital importance of family-centered care and be trained in this field. Regulations should be revised to meet the parents. Most medical doctors in the management of neonatal intensive care units are responsible for physicians are advised to take measures to raise awareness about the importance of family-centered care takes place.

**Keywords:** Family-centered care, NICU, Neonatal nursing

### Study about the barriers in the communication of nurse, children and their attendant in the department of pediatrics in NajafAbad hospitals

مرضیه پولاد چنگ نجف آبادی، کارشناس ارشد خدمات بهداشتی درمانی، اکرم انصاری، کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان فاطمه زهرا نجف آباد وابسته به سازمان تأمین

**Background:** An effective communication is one of the most important factors in increasing satisfaction and the quality of the services. The purpose of this study is checking all the barriers in the communication between nurse, infant and their attendant.

**Method:** This applied analytical study is done in the winter of 1391. The research society nurses in the pediatrics department in the Fateme Zahra & Shahid Mohammad Montazery hospitals engaged in this study have been to people. This study implemented a researcher made questionnaire which its justifiability and stability has been confirmed. The questionnaires were completed by the census method and self-administered method, both, and by the nurses; then the data was analysed in Spss16 software.

**Findings:** The results showed: In the common areas “cultural differences” with the maximum score (3.3±0.8), Factor related to the nurse’s area was “Shortage of nurses to patienta “ with maximum (3.7±0.4), Related factor to the patient area “ presence of the relatives around the patient” was (3.5±0.8), In areas related to the patient attendant “ lack of awareness about the position and duties nures “ with maximum score (3.6±0.6) and finally in the area of environmental factors “ The crowded environment” get maximum (3.6±1.2). It can be seen the related barriers in the area of patient, their relatives & invironment were playing more important role in compnson with nurse barriers or the common one (P<0.05).

**Conclusion:** It is possible to recall some other studies such as: Song, Park, Hewison, Kato, Agha Molai, Rostami and Ahmadian, Yazdi. Suggestions: According to the results of this study: 1- reinforcement of communication skills in dealing with patients with different cultures. 2- Traffic management of patients in the pediatric section. 3- Notification about the nurse duties to the patient. 4- The bustle and noise reduction. 5- Increasing the nursing workforce.

**Keywords:** Children, communication, infant, barriers, nurse

### Safe Injection performance and knowledge's pediatric nurses in Ardabil pediatric center

Irاندokht Allahyari, Nazila Vosoghi, Nasrin Samadi, Akram Panahi

**Background:** The injection is one of the most common health care procedures and injection safety is an important health issue affecting millions of individuals worldwide. In absence of safety, the risk of transmission of blood-borne diseases increases. The aim of this study is the evaluation of safe injection performance and knowledge's pediatric nurses in Ardabil pediatric center.

**Methods:** This descriptive study was performed in 62 pediatric nurses employed in Bo- Ali hospital (pediatric center in Ardabil city). The data were collected by

demographic questionnaire and the other two questionnaires were ont performance and knowledge of the safety injection and were based on the World Health Organization definitions and analyzed by SPSS v. 16. **Findings:** The finding shows that from 62 nurses who participated in this study, 100% were female, 92.2% bachelor of nursing. The most of them have 5-10 years work experience. Mean score of nurses' Performance was 89.88±4.8 and mean score of nurses' Knowledge was 26.9±1.5. Of course, knowledge score was excellent (14.8%), desirable (67.2%) and poor (18%) and Performance score was excellent (16.1%), desirable (69.7%) and poor (14.3%).

**Conclusion:** The results of our study show that the most of participates have desirable performance and knowledge scores but the goal of safe injection plan is excellent score in all nurses. Then we suggest that continual education plans follow to reach excellent score in all nurses especially in pediatric nursing.

**Keywords:** Safe Injection; performance; knowledge; Pediatric nurse

### Challenges of nursing handover in Pediatric ward qualitative study

دکتر راحله ثابت سروستانی- دکتر مرضیه معطری - دکتر نیک بخت

نصر آبادی- دکتر مریم مومن نسب- دکتر شهرزاد یکتا طلب

PhD student of Nursing, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences Shiraz, Iran

**Aims:** The aim of this study was to explore the challenges of nursing handover process during shift rotation in Pediatric wards.

**Background:** Handover is a fundamental component of nursing care and a valuable opportunity to transfer responsibilities and accountability where standardized procedures are increasingly advocated. Nursing handover in pediatric wards should be different since family and patient participation is a key part. This process influences the whole of nursing practice so exploring its challenges and related factors may improve the quality of nursing care. Design: The research had a descriptive exploratory design with a qualitative content analysis approach.

**Method:** Three pediatric wards in Namazi hospital of Shiraz were selected at first. Data was gathered through a four month observation of nursing handovers by recording the oral conversations of nurses during the process and semi-structured interviews. Qualitative Content analysis was used for data analysis.

**Findings:** Two major themes and five subthemes emerged through data analysis. The first theme that emerged was a Non-Holistic approach. Subthemes were non-holistic/unstructured content, low nurses' ethical and practical involvement, and non patient-centered approach. The second theme emerging from the data was poor management. The Subthemes emerging were poor time and space management and poor task management.

**Conclusions:** The two introduced themes imply difficulties related to nursing handover and the need for it to be redesign. Applying a holistic approach and managing handover situations is recommended for nursing managers to overcome handover challenges, but it should be taken in to account that standardization of handover practices completely depends on the context since the culture, philosophy, needs, facilities, priorities and economic considerations in each organization are different. Applying

a family centered approach is highly recommended in pediatric wards. Keywords: Handover, Pediatric Nursing, Content Analysis, Iran.

### Effect of non-nutritive sucking and leg massage on physiological and behavioral indicators of pain following heel blood sampling in term neonates

*Nasrin Mehrnoush, MSC of Nursing; Mehrdad Mirzarahimi, Department of Pediatrics, Sahife Shahzadeh, BSC of Nursing, Nasrin Samadi, MSC of Nursing, Firouz Amani, Department of Biostatistics, Ardabil University of Medical Sciences*

**Background:** Pain management is especially important for neonates, since they are not able to verbally express their pain. Non-pharmacological pain management method as an alternative to pharmacological pain medication has increased nowadays. Objectives: The purpose of this study was to test the effect of leg massage and non-nutritive sucking (NNS) on reducing the pain that neonates experience when undergoing the heel stick procedure for blood testing.

**Methods:** This investigation was a random controlled clinical trial study on ninety neonates who were selected randomly among admitted neonates to NICU in Alavi hospital at Ardabil. The subjects were randomly classified in two case and one control groups. The neonates received leg massage (n=30), NNS (n=30), and no intervention (n=30) respectively. Measurements of HR and SaO<sub>2</sub> were taken twice: once before and then again after intervention. Pain response was measured by the PIPP scale.

**Findings:** The study showed that the HR of the three groups significantly increased after heel stick compared to before heel stick. The change of SaO<sub>2</sub> levels in NNS groups was lower than the control and massage groups. The change of PIPP scores in massage and NNS groups was lower than that of the control group; however, there was not statistically significant differences between NNS & massage groups (p=0.91).

**Conclusion:** pain management and pain relief in the infant is an important issue in neonatal health care. It is suggested that the single or combined use of massage and a pacifier is effective in reducing pain responses in neonates undergoing heel stick.

**Key words:** Heel Stick, Massage, Neonate, Nonnutritive Sucking, Pain

### Effect of Nesting on Motor Stress Behaviors in Preterm Infants Hospitalized in the Newborn Intensive Care Unit (NICU)

*Eskandari Z, MSc of NICU nursing, Seiyed Fatemi N, PhD, Mohagheghi P, MD, Haghani H, MSc, Tehran University of Medical Science.*

*Als H, PhD, Department of Psychiatry (Psychology) Boston Childrens' Hospital and Harvard Medical School, Boston MA USA*

**Background:** Preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit (NICU) often experience stress due to the intensive care environment. Because of the loss of the position-supportive uterus, their movement patterns easily become disorganized and in turn to increase their motor extensor behaviors. In order to counteract this effect it has been suggested to support the infant's position in a nest in

analogy to the womb. This study was conducted with the aim to decrease extensor motor behaviors by bedding preterm infants in nests while hospitalized in the NICU.

**Method:** The study was designed as a randomized controlled clinic trial. Forty-four medically stable preterm infants, hospitalized at the Hazrate Rasool Akram NICU, with gestational ages between 30 and 34 weeks and birth weights of > 1100g, were recruited consecutively into the study. The experimental group (E) (n = 22) was bedded in a U-shaped cloth nest for seven days. The control group (C) (n = 22) was cared for on a flat mattress throughout a comparable seven-day period. All infants were bedded on a flat surface in the prone position and videotaped for 20 minutes on the first day prior to onset of the intervention, and again after the termination of the intervention on day 7. Seventeen motor stress behaviors, as defined in the Manual for the Naturalistic Observation of the Newborn (Preterm and Fullterm) and recorded on the NIDCAP observation sheet (Als, 1984) was used for video analysis. Data were analyzed by software SPSS (version 14).

**Findings:** The E-group showed a statistically significant decrease of total stress motor behaviors from before onset (55.23 ± 6.53) to after termination (33.86 ± 8.58) of the intervention (p < 0.001). There was no statistical difference between the first day (54.09 ± 5.95) and day 7 (56.41 ± 11.67) for the control group (p = 0.184).

**Conclusion:** Based on these findings, it is recommended to support preterm infants' positions with a cloth nest throughout hospitalization. It is presumed that nesting may improve preterm infants' motor system development and therewith perhaps their health and development.

### Assessment of the effect of a nutritional readiness care plan on the length of time from non-oral to full-oral nutrition in the hospitalized premature infants in neonatal intensive care unit of Isfahan University of medical Sciences

*Rostamli somayeh, Zargham Broujeni Ali*

The influenced of nutritional readiness care plan was analyzed through a randomized clinical trial, which included a sample of 50 infants. The preterm infants were recruited from two hospitals of Isfahan (Beheshti and Alzahra) and after parental consent was obtained, were randomized in to experimental and control group (25 males, 25 females). Pre-oral phase included stimulation of cheek and lips (with right hand in all participant) through 7 and intra-oral stimulation included of gums, upper palate, into cheeks, middle blade of tonue, and non-nutritive sucking for 7 minutes such table1 and after 1 minutes resting allowed the infant to suck on finger for 2 minutes. Then neck also was stimulated with a calm movement of upper to lower part only once at each sides. In each step that baby had oxygen desaturated or significant variation in vital signs the interventions was stopped. For those who take milk orally the next phase included swelling evaluation has done with variation of vital signs through swelling (bradycardia, tachycardia, spo<sub>2</sub> variations and apnea). After feeding the infant was put in prone or lateral position and one of her/his hands put close to the mouth. Finally, the jaw and tongue was evaluated with neonatal oral motor assessment scale (NOMAS) and if baby was in normal stage through last 24 hour, he/she would ready for full oral feeding. Infants in the control group did not receive any stimulation. Rather the researcher placed her

hands in the incubator, but did not touch the infant for 15 minutes, twice a day. This particular protocol was designed to control for any possible effects of the daily presence of the researcher at the bedside because such benefits may in turn influence oral feeding performance. Result Both groups were comparable with regard to baseline characteristics for infants in two group. Participants consisted of 52% female and 48% male. The result of this study indicated that in the control group received to full oral feeding at mean 21. 8 days but this time in the intervention group is 17. 44 days and the oral feeding readiness program had no effect on the decreasing the length transitional time from gavage feeding to oral feeding in the intervention group ( $p=0.17$ ).

**Key words:** premature infant, tube feeding, parental feeding, feeding method, neonatal intensive care

### The survey correlation between computer games and behavioural problems children's primary schools in Qaen

*Moudi A, Midwifery MSc, Dashtgard A, Nursing MSc, Mohsenizadeh SM, Nursing MSc, Khatuntaheri N, Nursing MSc, Faculty Member of Birjand University of Medical Sciences, Qaen Nursing and Midwifery School*

**Background:** children's behavioural problems to treat them in global dimension. Behavioural problems refers to condition that children without low IQ, their exciting responses differ with cultural, ageing, racial norms. So that has negative effect on individual educational operation, social relationships, subjective adaptability and manner in class and adaptability in job's environment. Studies have been done about prevalence of anxiety of children showed increasing of that rather than other decades. With strongly increasing of computer games, experts believe that, doing greatly these exciting plays by children is main reason for increasing anxiety signs among children. So this study was conducted to the survey correlation between computer games and behavioural problems children's primary schools in Qaen.

**Methods:** This correlation study was conducted on a sample of 300 primary students that selection with cluster method from 6 boy and girl schools in Qaen. Data were gathered by the computer games questionnaire and Connors children's behavioural problems scale and were analyzed by SPSS, 14th software and descriptive statistic and correlation test.

**Findings:** There were positive and significant correlation between computer games and bearing social, Psychosomatics, anxiety-shamefaced problems ( $r<0/05$ ). Also there was positive and significant correlation between type of computer games and Psychosomatics problems ( $r=0/04$ ), but there was not significant correlation between that and bearing, social and anxiety-shamefaced problems ( $r>0/05$ ).

**Conclusion:** Because there was correlation between computer games and behavioural problems, it is necessary to give family, needed information for increasing their knowledge about the use of games and contend.

**Keywords:** behavioural problems, computer games, children, Connors children's behavioural problems Scale.

### Epidemiologic characteristics of children hospitalized with burns in madani hospital

*سهیلا رضایی - کارشناس پرستاری، سوپروایزر آموزشی بیمارستان شهید مدنی کرج، دانشگاه علوم پزشکی البرز، سکینه شکرالهی، فریبا محمدی*

**Background:** Burn injuries in children are common and are the third mostcommon cause of death due to injury in this age group. In this study, in order to reduce burn-effective prevention and policy, epidemiology of pediatric burn cases are investigated.

**Methods:** Non-probability sampling method (convenience) and all samples were available. Place martyr of the civil hospital in Karaj, Alborz province is the center of the burn patient admissions, respectively. Data collected on each patient included age, sex, location, and extent of the burn, the burn area, time and place of incident, how the emergency exit scene, how is the transition centers mortality rate.

**Findings:** Of 192 children referred, 12. 5% were admitted. 62. 5% of admitted patients were male and 58. 4% were in rural areas. 50% and 12. 5% of trunk burns had respiratory burns. Burn 50% in summer and 83. 3% and 45. 8% of the houses have been burned due to hot liquids. 8. 1% have died as a result of burns suffered third-degree burns over 40% have been burned area.

**Conclusion:** This study indicates the age groups most at risk and risk factors for childhood burns in the province. In general it can be said, most children younger than 6 years of age were burned, burned with hot liquids and the highest degree of severity and outcome of disease were associated with increased burn It is recommended that: A universal prevention programs such as the safety and parent education in home Children are at greater risk, Developed at all levels of society and the human and financial resources to meet the needs of children with physical and mental injuries, steps should be taken in their rehabilitation. Their steps are taken

**Keywords:** Trauma, Burn, Children

*بررسی علل مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه در بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان شیروان در سال های ۸۹-۱۳۸۶*

*زهرا قاسمی - راضیه آقاخانی*

**Background:** One of the important indices of health and developing countries, are under 5 years infants mortality rates. In recent years in our country under 5 years infants' mortality rate has fallen but is still higher than in developing countries. Due to the strong sense of urgency to mobilize resources in order to progress on reducing infants mortality until 2015 we decided to determined causes of infants mortality from 1-59 month during the 2007-2010 years in Shirvan.

**Methods:** This descriptive study - retrospective analysis was performed in 2007-2010. This study performed on all critically ill 1-59 month infants that admitted in the neonatal unit to the census is conducted. Checklists of the infants' mortality data center used in this study that by experts trained in infants mortality from Shirvan city were collected, after extracting the data, statistical data were analyzed by SPSS software.

**Findings:** The results showed that the number of deaths infants 1-59 month during the 2007-2010 years were 39 persons that Most of the them (87%) were in the age range 1-19 month And least abundant in the 40-59 month age range And of the total number were 35/8% female and 64/2% male. The highest causes of death were infectious

diseases) 23% ( and lowest frequencies were the urinary tract and central nervous system disease (2/5%).

**Conclusion:** Due to the low health status in some parts of the city of Shirvan, the role of health status in the control of parasitic and infectious diseases and reducing infants' mortality, this city is undeniable. In order to reduce infants' mortality rates and improving the health of this age group, increased awareness of their parents by providing training programs is recommended. In compliance with health tips and referrals to clinics when their children receive appropriate services are required.

**Key words:** Infant, Mortality, Disease

#### Effect of massage therapy on HR and SaO<sub>2</sub> in neonates

*Nasrin Samadi, Nasrin Mehrnoush, Irandokht Allahyari  
MSC of Nursing, Ardabil University of Medical Sciences*

**Background:** Pain management is especially important for neonates who are not able to verbally express their pain. Although babies cannot express their pain as older children, but capable to show in response the pain a set of measures as observable behavioral responses. The aim of this study was to determine Effect of massage therapy on HR and SaO<sub>2</sub> in neonates.

**Methods:** This investigation was a clinical trial study on 30 neonates admitted to NICU. The questionnaires were composed of socio-demographic status and check list for recording HR and SaO<sub>2</sub> in neonates. Measurements of HR and SaO<sub>2</sub> were taken twice, before and then again after completion of the intervention, and massage therapy was codified to relieve pain and evaluate them.  $P < 0.05$  is acceptable for all of tests.

**Findings:** The study showed that there was significant difference in before and after the intervention in severity of pain in neonates ( $P = 0.02$ ). Nonetheless, we suggest doing more studies in related subjects.

**Conclusion:** Our investigation shows that massage therapy improve the HR and SaO<sub>2</sub> in neonate. Therefore, we suggest using this procedure as a routine care in neonate units.

**Key words:** pain; Massage therapy; neonates.

#### Demographic and clinical characteristic of febrile convulsion in children admitted in Ayatollah Mosavi hospital

*فاطمه آقامحمدی، متقی، سودابه مهدی زاده*

**Background:** Febrile convulsion (FC) is the most common seizure disorder in childhood and a common cause of admission in pediatric hospitals. The present study was conducted to determine the characteristics of febrile convulsion in children.

**Methods:** In this cross-sectional study, all children (under 5 years old) that were admitted with the diagnosis of febrile convulsion in pediatric department of Ayatollah Mosavi hospital of Zanjan, during one year were studied. The obtained data was analyzed by means of SPSS software (ver. 16).

**Findings:** Out of 131 children with febrile convulsion, Mean age of children with FC was 2.5 years. FC was more prevalent in the boys than girls (56.5% vs. 43.5%). The most common types of seizure were generalized tonic-clonic seizure (67.9%). The most common underlying

causes were catch cold (29.8%) followed by respiratory infections (27.5%).

**Conclusion:** The epidemiological and clinical characteristics of FC in our study were similar to other studies in other places. Results of study determine that risk of FC in childhood with catch cold and upper respiratory infection is high.

**Key words:** Febrile convulsion, children, clinical characteristics

#### Epidemiology poisoning by methadone in pediatric department of shahid sadooghi hospital of Yazd in 2012

*Broomand M, Oliai H, Bagiani M, Kargar H, Ramazani A, Vasegi A*

**Background:** Poisoning with Methadon is one of the most frequent poisonings among different age groups in Iran. This kind of poisoning is an emergency task and should be treated immediately. Children under six years old are at risk, due to keeping this syrup at home and availability of it to children. This research is to examine the extent of epidemiology poisoning with methadone in under-six year old children in shahid sadooghi hospital of Yazd in 2012.

**Methods:** This research is a descriptive sectional study which was done in shahid sadooghi hospital. The Society of this study was the patient of this hospital. The collected data are demographic features As well as the results of receipting those patients who were poisoned with methadone. Data Analysis was done by use of SPSS

**Findings:** The results showed that 25 patients were poisoned with methadone out of 45.

**Conclusion:** With reference to the data and carelessness of parents as well as the necessity of using this medicine for one of the children, the following suggestions are proposed. The medicine should be out of reach of children, using some special bottles not letting the children to open it, trainings regarding the case of poisoning in order to decrease the side-effects.

**Key words:** poisoning, methadone, children

#### Survey of prevalence of malnutrition in children 0-6 years old in the Community Oriented Medical Education of Zanjan University of Medical Sciences in 2011

*Teimori s, Moezzi F, Eskandari F, Mohajeri M, khoshnevis P*

**Introduction:** Protein calorie malnutrition is still one of the most important problems in the developing countries like Iran. This study was conducted to clarify the frequency of malnutrition and its related factors in children living in Community Oriented Medical Education field in Zanjan.

**Methods:** Height, weight and head circumference of 376 children referring to Community Oriented Medical Education field in Zanjan were measured. Nutritional status of children was evaluated by the three indices of stunting, and underweight and its relation with factors such as sex, marital, educational occupational and economical status, number of family members, unpredicted child bearing, cultural beliefs and data sources in nutrition was statistically analyzed by T test and one way Anova test.

**Findings:** from 376 children, 204 were boys and 172

(45/3%) were girls with the mean age of 21 months. Most of them (53/7%) were the first child of the family and 95% were looked after by their mothers. 12/8% of the children had stunting and 17/3% were underweight and 14/8% had microcephaly that were significantly more frequent in girls. In 51/6%, nutrition was influenced by cultural beliefs.

**Conclusion:** although stunting in zanzan was more frequent than other Iranian cities, comparing with the birth height, it indicates inappropriate nutritional status. Considering the differences in growth indices in boys and girls, it seems that cultural beliefs of housewives affect the nutritional manners. Since this study was conducted in a specific cultural economic and social area, a more extended study in different parts of the city is recommended.

**Keywords:** Malnutrition, stunting, 0-6 years old children.

### Pediatric Total Parental Nutrition

*Leila Hashemi, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences*

Children are at much greater risk than adults for protein-energy malnutrition. This is partly due to their decreased fat and protein stores. These limited endogenous resources, coupled with their increased metabolic demands for growth and development, make them particularly vulnerable to nutritional inadequacy. When the nutritional needs of the patient cannot be met solely by the enteral route, parenteral nutrition is indicated. Parenteral nutrition can be used to provide all nutrients IV (total - TPN) or in combination with some enteral feedings (partial - PPN). TPN can be lifesaving for patients unable to tolerate enteral feedings. However, there are numerous risks associated with TPN; these risks should be balanced against benefits when deciding to initiate TPN.

### Assessment hypothyroidism in children with beta-thalassemia major in north eastern Iran

*Hashemizadeh Haydeh Department of nursing, Quchan Branch, Islamic Azad University*

**Background:** Hypothyroidism usually appears in the second decade of life and is thought to be associated with iron overload in patients with thalassemia major. This study aimed to evaluate thyroid dysfunctions in patients with beta-thalassemia major. **Methods:** This research is a descriptive – cross sectional study to assess Thyroid function in 100 patients with beta thalassemia major with ages between 2 – 18 years in 2009. The study was carried out retrospectively. 100 Medical records from 400 samples of thalassemia major patients under regular care of sarvar clinic were assessed. Thyroid function and iron load status were evaluated by measuring serum total triiodothyronine (T4), thyroid-stimulating hormone (TSH) and ferritin levels from serum of patients admitted to the sarvar clinic. TSH and T4 concentrations were done by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Primary hypothyroidism was defined by a TSH level >4μIU/ml. Results were analysed by descriptive statistical methods (spss14). **Findings:** Subclinical hypothyroidism was seen in (7%) patients. All of them had normal T4 levels with elevated TSH levels consistent with a diagnosis of subclinical hypothyroidism. Mean age of hypothyroid patients was 10.

2 ± 2. 5 years. Frequency of hypothyroidism was associated with increased serum ferritin levels.

**Conclusion:** Subclinical hypothyroidism occurs in a significant proportion of thalassaemia major patients in the absence of obvious clinical signs of hypothyroidism. Regular follow-up for early detection and timely treatment of such complications could improve the quality of life of these patients.

**Key words:** Beta thalassemia major, Hypothyroidism, Thyroid Function Tests

### Evaluation of risk factors in children with Acute Lymphoblastic Leukemia in mashhad- Iran

*Hashemizadeh Haydeh Department of nursing, Quchan Branch, Islamic Azad University*

**Background:** Childhood leukemia comprises 35% of all malignancies in Children fewer than 15 years of age. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) accounts for approximately 75-80% of childhood leukemia with an incidence of 0. 004%, that shows a peak between 3-5 years of age. The cause of leukemia is not exactly clear, but some researches have shown a significant relation between some factors and this type of cancer. In this survey we wanted to find the effective factors causing cancer in children in Mashhad Iran. **Materials and Methods:** Since cancer is a rare disease, the best method for the study is the case – control study. The adequate sample size was 100 cases and 400 controls. Controls were matched with cases regarding their sex, age and habitation. Data collection method was face to face interview with patients' mothers and the questionnaires were filled out by the investigator. After data collection, they were analyzed by conditional logistic regression. For data analyzing SPSS softwares were used. **Findings:** According to the findings of this study, maternal use of oral contraceptives, living in proximity to high voltage power lines, in-utero ionizing radiation exposure, pesticide exposure in fathers and paternal occupation and parental smoking had a significant relation with this type of cancer. **Conclusion:** According to the results of this study, it seems that genetic, prenatal, perinatal and environmental factors have an important role in etiology of this cancer and knowing these facts are important for the prevention of cancer.

**Keywords:** Lymphoblastic Leukemia, Children, Riskfactor, khorassan province

### The Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery

*Ahahi M, ICU open heart surgery Nursing, Faculty Member of Medical School, Children's Medical Center, Tehran University of Medical Sciences, Salehi Abarghuie F, Department of Pediatrics cardiology, Valie-e-Asr Hospital, Birjand University of Medical Sciences*

**Background:** Normal coronary artery anatomy is characterized by two Ostia centrally placed in the right and left sinus of Valsalva. Anomalous origin of the left coronary artery from the Pulmonaryartery (ALCAPA) is a rare congenital anomaly. It is present in one of 300, 000 livebirths. It represents one of the most common causes of myocardial ischemiaand infarction in children with mortality rate of up to 90% within thefirst year of life.

Immediate surgical correction is the current standard in patients with ALCAPA.

**CaseDescription:** A 4-months-old infant presented to the hospital with DCMP from 20 days ago, poor feeding, growth failure and sweating occasionally after feeding. In Physical examination there wasn't cyanosis and was remarkable for dyspnea and wheezing respiration. In ECG abnormal Q wave and ST segment depression remarked, and also an abnormal finding in echoradiography and CXREY was definite. She was admitted with a diagnosis of heart failure. Finally with diagnosis of ALCAPA, Surgical correction was used by anastomosis of LCA to the ascending Aorta via intrapulmonary tunnel. In Postoperative Echocardiography EF were 55-60%, good LCA flow, mild apical dyskinesia and relative good LV function.

**Conclusion:** The surgical results of operations have improved in recent years in this otherwise fatal disease. Because of the importance of immediate surgical correction, appropriate diagnostic Modalities should allow rapid diagnosis of ALCAPA in any patient seen with dilated congestive cardiac failure.

**Keyword:** ALCAPA, infant, DCMP

### Premarital Screening of beta thalassemia minor in north-east of Iran

*Hashemizadeh Haydeh, Department of Nursing, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran*

**Background:** Beta-thalassemia is one of the most common genetic diseases in Iran. Iran has about 20, 000 Patients who are homozygote for  $\beta$ -thalassaemia and 3, 750, 000 carriers. This research was conducted to determine the prevalence of minor  $\beta$ -thalassaemia based on RBC indices in 1000 men under marriage referred to Quchan(north east of Iran) city health center.

**Methods:** This research is a descriptive cross-sectional study. From 2010 to 2011, all men (1000) who intended to get married coming to health center of Quchan underwent routine mandatory tests. Subjects were considered to have beta-thalassemia trait if they had MCV <80 fl and MCH<27 pg and a hemoglobin A2 level >3. 5%. Venous blood was taken into an EDTA tube and the complete blood count and red blood cell indices were measured with a Coulter automated cell counter on the same day of hemoglobin collection. Electrophoresis was performed on cellulose acetate. For all men, red cell indices were checked. If MCH <27 pg or MCV <80fl were found, hemoglobin A2 concentrations were measured. Three ml of blood for laboratory studies was collected. Sysmex KX-21N was used for cell counting. For determination of Hb A2, manual kit bio system by column Chromatography was used. Statistical analysis

**Findings:** The mean age of study group was 23. 5 $\pm$ 2. 5 years. The level of Hemoglobin in Most of them was 14 gr / dl(62. 6%), the level of MCV in most of them was 90 Fl(73. 61%). 39. 17% had MCH at level of 28 pg and 45% had MCHC at level of 30 g / dl. Mean and SD of hemoglobin, MCV, MCH were 16  $\pm$  2. 9, 91  $\pm$  4 and 28. 4  $\pm$  2, respectively. Hemoglobin A2 more than 3. 5 percent was reported as 3. 5%. MCH  $\geq$ 28 pg, MCV $\geq$ 81fl and hemoglobin A2 $\leq$  3. 4 % were found in 90. 5%, 89 % and 96. 5 % of patients.

**Conclusion:** The frequency of couples with high-risk of having a sibling with homozygous hemoglobinopathy was 0. 01%. The prevalence of beta-thalassemia trait and sickle

cell anemia trait was quite low and reflects the frequency in eastern and northern Anatolia and migration to Kocaeli from these geographic regions.

### Music Therapy for the Neonate

*Fereshteh Sadeghi, MSc. of Pediatric Nursing, Nursing Dept. Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University*

Survivors of extreme prematurity (less than 26 weeks gestational age) may have long-er impairment, including developmental disabilities and neurological deficits that become evident as the child matures. Music has been used as an intervention purported to facilitate development in young, at-risk children in infant stimulation and early intervention programs. Over the past decade Medical music therapy, has been introduced into the neonatal intensive care unit as a therapy designed to enhance treatment and facilitate growth and development of premature infants. The purpose of this study is to provide an introduction to current music therapy protocols for premature infants, as well as highlight research supporting the use of these procedures to address a variety of medical and developmental objectives. Protocols covered include (a) music combined with kangaroo care, (b) multimodal stimulation, (c) developmentally appropriate music listening and (d) pacifier activated lullabies. Researches suggest that these procedures have been effective in addressing a wide range of medical and developmental needs. Positive outcomes include: (a) reduced length of stay, (b) stabilized oxygen saturation levels, (c) increased stimulation tolerance, (d) reduced stress-related behaviors, (e) enhanced parent–infant bonding and (f) improved parent–child Interactions. Conclusion: Music therapy techniques have been demonstrated to be effective across a wide range of medical and developmental issues for premature infants and these benefits can improve the quality of care in the NICU. Music therapy would seem to be a valuable resource for the premature infant during NICU treatment.

**Key words:** Music Therapy, NICU

### New findings in children and neonates pain treatment

*مهرنوش آدمی قمصری- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان مرکز طبی کودکان*

what's new in the management of pain in children findings:1-the effect of pain&stress in neonates and children 2-the general principles of pain management in children 3-new pharmacologic agents for treatment of pain in children 4-how to devise a program to reduce the pain associated with medical painful procedures 5-pain assessment tools available for infants and children back ground:the past 20 years has witnessed remarkable growth in the field of pediatric pain management and attitude surrounding it. the importance of pain management has been recognized beyond the community of pediatric clinicians. we have to treat pain because its 1- humane i. e its relief is the moral obligation of clinicians 2-adequate pain management reduces child and parents anxiety and increases their compliance and cooperation. 3-the long term effects of pain are becoming more apparent 4-inadequately treated pain, particularly in neonatal period, increases

morbidity and mortality, creates hyper analgesia, and can have a negative impact on development method methods for treatment are- prevention of pain 2- adequate assessment 3-multimodal approach 4- parental involvement 5- non noxious routes 6-widely used drugs (NSAIDs) 7-opioids 8-behaviorial /cognitive/ psychological approach 9-newly discovered drugs a-topical anesthetics b-cox-2 inhibitors c-tramadol d-NITROUS OXIDE e-long acting opioids f-GABAPENTIN G-ALPHA-2-AGONIST 10- SPECIFIC POPULATION PAIN MANAGEMENT A-NEONATES B-CHILDREN WHO HAVE NEUROLOGIC IMPAIRMENT 11-METHODS OF CARE 12-REGULATORY EFFORT 12-INSTITUTIONAL STRATEGIES 13-JCAHO (the accrediting body for hospital) offers &standardization conclusion dramatic changes have occurred in the past 20 years in conceptualizing and treating pain. untreated pain may have significant consequences for the individual. new assessment techniques allow better identification of pain in children, and new pharmacologic and behavioral approaches allow for successful treatment. populations in whom pain treatment was not a strong consideration in the past have been shown to require and benefit from appropriate pain control. it is imperative that these advances be available to all children and that systems be implemented to assure children and families that their suffering will be addressed compassionately.

#### طلاق، حضانت طفل، ملاحظات روانشناختی

دکتر سید جلال یونسی- روانشناس بالینی- عضو هیئت علمی گروه مشاوره خانواده- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

یکی از تبعات طلاق، پدیده اختلاف نظر در مورد سرپرستی و تربیت اطفال در بین زوجین مطلقه است. بر طبق قوانین موجود در ایران بعد از سن خاص حضانت در شرایط روحی روانی و اقتصادی مناسب به پدر واگذار میگردد. در شرایطی زوجین مطلقه اقدام به ازدواج مجدد میکنند مشکلاتی با همسر جدید در رابطه با نحوه رفتار با کودک پیش می آید که ممکن است تبعات ناگواری برای کودک در زمینه روانی- اجتماعی داشته باشد. چنین کودکانی در سنین مدرسه دچار افت تحصیلی، کاهش سازگاری با مدرسه و همقطاران خود میگردد. مواردی مثل فرار از خانه و مشکلات مرتبط به درگیری با والدین گزارش شده است. درگیری کودک با والدین به صورت دور باطلی قرار میگیرد که بر روابط بین زوجین تاثیر منفی گذاشته و بالتبع موجب تخریب بیشتر رابطه کودک با نامادری و یا ناپدری خویش میگردد. در این مقاله تلاش میگردد ضمن بررسی جنبه های آسیب شناختی این موضوع به راهکارهای روانشناختی و درمانی در قالب آموزش والدین (Parent Training) پرداخته شود. ضمناً پیشنهاداتی در مورد نظام حضانت طفل بر طبق قوانین ایران نیز بر اساس آسیب های مشاهده شده، داده خواهد شد.

کلمات کلیدی: حضانت طفل، آسیب روانی، آموزش والدین، اختلافات زناشویی

#### بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه ای در اجرای دستورات دارویی توسط پرستاران در بیمارستان شهید باهنر کرج سال ۹۲

لیلا سید موسوی- کارشناس پرستاری- کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز

زمینه: فرآیند مراقبت از بیمار جزء اصلی در عملکرد پرستاران است و دستورات دارویی بحث مهمی از فرآیند درمان و مراقبت از بیمار می باشد. عدم توجه کافی

به اصول صحیح در دادن دارو می تواند منجر به بروز مشکلات اخلاقی و حرفه ای متعددی گردد، خطاهای پزشکی و پرستاری یکی از مشکلات مهم سلامت عمومی هستند و تهدیدی جدی برای ایمنی بیمار محسوب میشوند. آگاهی فزاینده نسبت به تعداد و علل و عواقب خطاها در پزشکی مویید ضرورت ارتقاء دانش نسبت به این مشکل و ارائه راه حل های عملی و راهبردهای پیشگیری از آن است.

روش مطالعه: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحقیقی است که با هدف تعیین میزان رعایت اخلاق پرستاری در فرآیند دارو دادن توسط پرستاران شاغل در بیمارستان شهید باهنر کرج انجام شده است. نمونه های پژوهش را ۱۴۰ نفر پرستار با مدرک لیسانس شاغل در بخش های بستری بیمارستان تشکیل دادند. ابزار این پژوهش پرسشنامه دو قسمتی قسمت اول اطلاعات موگرافیک فرد و قسمت دوم عملکرد افراد در فرآیند دادن دارو بود.

یافته ها: یافته های نشان داد بیشترین درصد مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۳۰، زن، مجرد و اکثریت دوره های آموزش ضمن خدمت اخلاق پرستاری را گذرانده بودند ۴۹/۶٪ عملکرد نامطلوب در دادن دارو و عواملی چون نوع بخش، ضریب اشغال تخت، تعداد همکاران پرستار و بهیار در یک نوبت کاری، تحصیلات، میزان رضایت از بخش محل خدمت، امکانات فنی بخش با رعایت نکات اخلاقی پرستاری در دادن دارو ارتباط معنادار داشته است.

کلمات کلیدی: آموزش ضمن خدمت، اخلاق پرستاری

#### بررسی میزان رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه ای پرستاران شاغل در بیمارستان شهید باهنر کرج سال ۹۱

لیلا سید موسوی- کارشناس پرستاری- کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز

زمینه: اخلاق حرفه ای مجموعه تظاهرات رفتاری تیم پزشکی در انجام وظیفه شخصی است که به صورت صفت های فردی در رابطه با بیمار، بستگان و همراهان وی، جامعه و حاکمیت، محیط کار و همکاران تجلی مینماید. و اخلاق حرفه ای در واقع مجموعه ای از آیین نامه های آداب پسندیده و اعمال نکوهیده ای است که کادر درمانی باید آنها را رعایت و یا از آن پرهیز کنند. هدف: این مطالعه با هدف تعیین میزان رعایت اخلاق پرستاری در عملکرد حرفه ای پرستاری در عملکرد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های بیمارستان باهنر کرج سال ۹۱ در سه حیطه (مراقبت های پرستاری، برقراری ارتباط با بیماران) طرح تکریم) و ارتباط با همکاران) می باشد. روش مطالعه: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحقیقی است. نمونه پژوهش ۱۶۰ پرستار و بهیار با مدرک لیسانس و دیپلم شاغل در بخش های بستری بیمارستان تشکیل داده اند. در مطالعه پرسشنامه دو قسمتی، قسمت اول اطلاعات دمو گرافیک و قسمت دوم مربوط به عملکرد یا رفتار پرسنل در سه حیطه مربوط به اهداف ویژه تحقیق را شامل میباشند. یافته ها: در زمینه رعایت اخلاق حرفه ای در مراقبت های پرستاری ۴۷/۲٪، ارتباط با بیمار ۶۸/۶٪، و ارتباط با همکاران ۷۲/۷٪ بوده است.

کلمات کلیدی: ارتباط، اخلاق حرفه ای

#### نقش پرستار در حمایت روحی و روانی از والدین دارای کودک صرعی

فرخنده بهزادی- کارشناس ارشد مدیریت پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر - بندر گناوه، بیمارستان امیر المومنین (ع)

مشکلات اجتماعی، روانشناختی و رفتاری همراه با اختلالات صرعی بیش از آنکه به خود تشنجات مربوط باشند به نظر می رسد که ناشی از نقایص شخصیتی بیمار باشند، بنابراین والدین دارای کودک مبتلا به صرع نیاز به حمایت روحی



**بررسی سطح اضطراب والدین دارای کودک کم شنوا**

نازیلا وثوقی - مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، قاسم ابوطالبی - عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، نجمه ابوطالبی - دبیر کودکان استثنایی قزوین، مهسا وثوقی - دبیر آموزش و پرورش استان اردبیل

**زمینه:** طبق بررسی های انجام شده وجود کودک کم شنوا در خانواده استرس زیادی بر والدین دارد که باعث ایجاد اضطراب و اختلال در فرایند خانوادگی میگردد. این پژوهش درصدد بررسی میزان اضطراب والدین دارای کودک کم شنوا می باشد.

**روش مطالعه:** در این مطالعه که به روش توصیفی تحلیلی انجام شد، به ۴۵ نفر از والدین تمامی دانش آموزان (۶-۴ساله) مشغول در مدارس استثنایی کم شنوایان قزوین، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر داده شد. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری تی تست و تی مستقل و فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: اکثریت نمونه ها ۸۰٪ مونث بودند. ۶۸٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم و اکثریت ۷۶٪ خانه دار بودند. میزان اضطراب آشکار (۴۴.۲) و پنهان (۷۳.۴۵) والدین در حد شدید بود. بین سن والدین با اضطراب آشکار و پنهان والدین ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین بین سابقه بیماری والدین با اضطراب آشکار اختلاف معنی دار بود. بین داشتن یک فرزند معلول و بیشتر با اضطراب آشکار و پنهان والدین ارتباط معنی داری وجود داشت. نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش والدین کودکان کم شنوا در زندگی روزمره خود اضطراب شدید را تجربه می کنند که این مسئله باعث اختلال در فرایند خانوادگی و بهداشت روانی خانواده ها میگردد. لازم است مسئولین امر در زمینه کاهش اضطراب والدین اقداماتی را شروع نمایند.

**کلمات کلیدی:** والدین - کودک کم شنوا - اضطراب

**اضطراب جدایی و اختلال اضطراب جدایی**

نازیلا وثوقی - مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، قاسم ابوطالبی - عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، لیلا آزادواری - کارشناس آموزش دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی اردبیل، زهرا بی پیرایه - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل

**مقدمه و هدف:** اضطراب جدایی بخش طبیعی تکامل بوده در طول اولین سال زندگی کودک پدیدار می گردد. اختلال اضطراب جدایی در کودکانی که از ترک والدین و یا مراقب خودداری می کنند اتفاق می افتد. هدف از این مطالعه پرداختن به روند اختلال اضطراب جدایی می باشد. روش کار: این مطالعه مروری براساس مطالعات کتابخانه ای و جستجوی در سایتهای معتبر صورت گرفته است. متن پژوهش: شیرخوران به خاطر نقص تکامل مغزی قادر به درک این مطلب نیستند که وقتی مادر دور از چشم آنها است هنوز وجود دارد، به همین دلیل هنگام ترک توسط مادر کودک عکس العملهایی مثل گریه کردن و جیغ زدن دارد. اما اختلال اضطراب جدایی اغلب در سن ۷-۶ سالگی شروع می شود جهت تشخیص این کودکان حداقل ۳ تا از علائم را در سن تکاملی نامناسب نشان می دهند. ناراحتی شدید هنگام ترک خانه یا ترک نگرانی شدید مسئله ای ناخوشایند در خانه، کابوس شبانه و.. علائم اضطراب جدایی اغلب بعد از حادثه مهمی در زندگی کودک اتفاق می افتد مثل بستری شدن، مرگ فرد مورد علاقه یا تغییر در زندگی. تشخیص کودکان بر اساس علائم و نشانه های اختلالات تشخیص داده می شود. درمان شامل مشاوره روان پزشکی، درمان رفتاری-شناختی و.. نتیجه گیری: با توجه به اینکه تمامی دست اندکاران حیطه سلامت روان کودکان باید از مسائل مرتبط با اضطراب جدایی و تشخیص آن با اختلال اضطراب جدایی اطلاع داشته باشند مطالعه مقالات مرتبط و مقاله فوق بصورت مبسوط توصیه می گردد.

**کلمات کلیدی:** اضطراب جدایی - اختلال اضطراب جدایی

وروانی دارند، در این راستا این پژوهش با هدف تعیین نقش پرستار در حمایت روحی و روانی از خانواده های دارای کودک مبتلا به صرع انجام گردید.

این مطالعه از نوع مروری بوده و روش جمع آوری مطالب از طریق مطالعه کتابخانه ای با کلید واژه های پرستار، حمایت روحی و روانی، والدین و کودک صرعی بوده است. محتوا: صرع باعث پیدایش احساس ترس، بیخاری، افسردگی و دودلی در کودک مبتلا می گردد. کودک باید با ترس همیشگی وقوع تشنج و پیامدهای خجالت آور آن مقابله کند. کودکان مبتلا به صرع ممکن است از جمع همسالان خود کنار گذاشته شوند. این مشکلات در سنین نوجوانی موجب پیدایش بی ارزشی، نداشتن قابلیت های عادی دیگران برای انجام فعالیت های معمولی و متفاوت بودن می شوند. از طرف دیگر ممکن است والدین احساس گناه و سرافکندگی نمایند. والدین تمایل دارند از نحوه تاثیر بیماری بر آینده کودک مطلع شوند. پرستار باید به آنان اطمینان دهد که بیماری موجب کوتاهی طول عمر کودک نمی شود، او می تواند به مدرسه رفته، ازدواج کند و کودکانی داشته باشد. پرستار باید والدین را به داشتن نگرش مثبت نسبت به کودک تشویق کند، کودک باید مانند هر کودک سالم تربیت شود و نباید این احساس در کودک ایجاد شود که با دیگران متفاوت است. چرا که کودکان خود پنداری و عزت نفس راز مشاهده واکنش دیگران و درک خود از تواناییهایشان به دست می آورند. به والدین باید آموزش داد که رفتار حاکی از صداقت و آشکار در ارتباط با بیماری کودک داشته باشند. بعضی از والدین ممکن است ماهیت بیماری کودک را پنهان نمایند به دلیل اینکه معتقدند بیماری شرم آور بوده یا ننگ آور برای خانواده است. خانواده باید امنیت کودک بیمار را تامین کرده، تبعیضی بین فرزندان قائل نشود و حمایت لازم را از نظر کسب عزت نفس به کودک ارائه دهد. پرستار نقش مهمی در کمک به خانواده از نظر سازش با مسائل روحی و روانی مربوط به بیماری صرع و متوجه کردن کودک، نسبت به این بیماری دارد.

**کلمات کلیدی:** پرستار، حمایت روحی و روانی، والدین و کودک صرعی

**رابطه ی تعداد روزهای بستری در بیمارستان بر افسردگی کودکان**

مژگان عنادی - کارشناس پرستاری، کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اختلال افسردگی به دلیل شیوع و فراوانی، سرماخوردگی روانی نامیده می شود. همان طور که هیچ کس در برابر سرماخوردگی مصونیت ندارد و همواره ممکن است به آن مبتلا گردد در مقابل افسردگی هم مصونیتی وجود ندارد. افسردگی شایع ترین اختلال خلقی است، که کودکان و بزرگسالان به این اختلال دچار می شوند. افسردگی بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تاثیر می گذارد. طبق آمار افسردگی در ۲ درصد کودکان ۶ تا ۱۲ ساله و ۴ درصد نوجوانان دیده می شود. فرد افسرده احساس پوچی می کند. زندگانی را بی هدف و پوچ می بیند. زودرنجی بی نتیجه می بیند. خیلی کم حرف میزند، گوشه گیر است. از درس و کار کناره می گیرد. قدرت تمرکز و تصمیم گیری بسیار کم می شود. فعالیت های اجتماعی به شدت کاهش میابد. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه ی تعداد روزهای بستری در بیمارستان بر افسردگی کودکان در یک گروه از کودکان بستری در بیمارستان کودکان قدس قزوین است تا تأثیر روزهای بستری بر بروز افسردگی و همین طور تشدید افسردگی بررسی شود. (روزهای بستری ۳ تا ۱۰ روز (روش پژوهش: در این پژوهش رابطه افسردگی کودکان با تعداد روزهای بستری در بیست نفر از کودکانی که در بیمارستان قدس قزوین در فاصله ی ماه های اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۱ در بخش اطفال بستری شده بودند مورد بررسی قرار گرفت. ابزار به کار رفته در این پژوهش آزمون افسردگی کودکان ماریاکواکس است، که به صورت پیش آزمون و پس آزمون در یک گروه از کودکان ۹ تا ۱۱ ساله انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش آماری ضریب همبستگی اسپیرمن و تی وابسته استفاده شد.

**کلمات کلیدی:** افسردگی، تعداد روزهای بستری، کودکان

### پیشگیری از حوادث در دوره نوجوانی

زهرا کاشانی نیا - استادیار گروه پرستاری - دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

**زمینه:** حوادث بیشتر از بیماری ها نوجوانان را به سوی مرگ می برد. نوجوانی دوره ای میان کودکی و بزرگسالی است. از سویی توان نوجوان نسبت به دوره کودکی افزایش یافته و تحرک و جنب و جوش بیشتری دارد و از سویی بنا بر شرایط روحی خواهان نظارت کمتر افراد بزرگسال از جمله والدین و معلم می باشند. توانمندی های تکاملی نوجوان که خطر بروز حوادث و صدمات را افزایش می دهد شامل بیشتر دور بودن از خانه، دوست داشتن سرعت، علاقه به شنا، تلاش برای امتحان کردن چیز های جدید، تحت تاثیر اعضاء گروه همسال قرار گرفتن، افزایش مهارت های فیزیکی، نیاز به یاد گیری مهارت های جدید، بازی در محل های خطر ناک، و... می باشد.

از جمله حوادث که برای پیشگیری از آنها باید برنامه ریزی شود شامل حوادث با وسایط نقلیه موتوری، دوچرخه، اسکیت بورد، حوادث مربوط به ورزش شنا، آتش سوزی، حوادث ورزشی، آفتاب زدگی، محافظت شخصی، و مسمومیت حائز اهمیت است.

مهمترین اقدام پرستاری مداخله قبل از بروز حادثه است. این مداخله می تواند به صورت آموختن قدم به قدم اقدامات پیشگیری کننده حوادث توسط نوجوان باشد. نوجوان برای هر یک از موارد می تواند گواهی دریافت کند که نشان دهنده آموزش کامل وی برای استفاده از وسیله خاص و یا انجام ورزشی خاص باشد.

**کلمات کلیدی:** حوادث - نوجوانی

### خودکشی در نوجوانان

زهرا کاشانی نیا - استادیار گروه پرستاری - دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

**زمینه:** طبق گزارش CDC خودکشی سومین علت مرگ در نوجوانان سنین ۱۵ تا ۱۹ سال است. همچنین در بررسی های جهانی همین مرکز ۱۵ درصد نوجوانان تصمیم به خودکشی را در ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده اند، ۱۱ درصد از آنها نقشه خودکشی را طراحی کرده اند و ۷ درصد آنان قصد خودکشی داشته اند. عوامل مختلفی ممکن است مسبب این موضوع باشد که توجه پرستاران و خانواده های دارای نوجوان را به آن جلب می نماییم. ابتدا افسردگی و یا دیگر بیماری های روحی در آن دخیل است. تغییرات سلامت روان، سابقه تلاش و یا داشتن قصد خودکشی، وجود سابقه خانوادگی در مورد خودکشی، وضعیت تحصیلی نامناسب، خانواده از هم پاشیده، هم جنس بازی، مورد آزار قرار گرفتن، تنها ماندن و نداشتن یک دوست صمیمی و نزدیک که محرم راز او باشد، بروز تغییرات در رفتار، از دست دادن ارزش ها، و حبس یا زندانی شدن همه می تواند علت خودکشی در یک نوجوان باشد. بیشتر مردم درباره خودکشی آسان صحبت نکرده و در بازگو کردن شرایط خود راحت نیستند. برای پرستار شناخت از خانواده، شخصیت نوجوان، شرایط زندگی و تحصیل او و نیز عوامل منتهی و پیش برنده به سوی خودکشی از اهمیت خاصی برخوردار است. پرستار با آگاهی از وضعیت و شرایط نوجوان می تواند نقش پیشگیری کننده را ایفا نموده و خانواده و نوجوان را از خطر جدی برهاند.

**کلمات کلیدی:** خودکشی، نوجوانان

### نوجوانی، تغذیه و چالش های آن

دکتر سیمیا کرمانشاهی - عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس

**زمینه:** تغذیه مناسب در این دوره دارای اهمیت قابل توجهی است. در نوجوانان به علت افزایش رشد و تکامل فیزیکی شامل افزایش قد، وزن، توزیع چربی در بدن،

افزایش توده بدن و بزرگ شدن اندامها، نیاز به مواد مغذی افزایش می یابد و هم چنین تغییر در سبک زندگی و عادات غذایی روی دریافت غذایی آنان اثر می گذارد. در دختران نوجوان به دلیل توجه بیش از اندازه آنان به وزن و شکل ظاهری خود، ممکن است عادات غذایی نامناسب پدید آید. بنابراین توجه به وضعیت تغذیه و دریافت غذایی آنان در سلامت نسل کنونی و آینده، در اولویت قرار دارد.

مشکلات تغذیه ای نوجوانان شامل چاقی، آبی اشتهاپی عصبی و پرخوری عصبی است. چاقی در نوجوانی مشکل بهداشتی مهمی است و با عوامل خطری مانند ابتلا به بیماری های مزمن در بزرگسالی در ارتباط است. مهم ترین مداخله ها در زمینه کاهش چاقی، افزایش فعالیت، ورزش و تغییرات رژیم می باشد. از سوی دیگر دستیابی به وزن کمتر در نوجوان، دریافت کمتری دفع بیشتر انرژی از طریق ورزش اضافی و همزمان استغراق عمدی یا استفاده از مسهل ها و دیورتیک ها بصورت ترس از چاقی خود را بصورت بی اشتهاپی عصبی نشان می دهد. درمان آن بصورت برقراری یک الگوی طبیعی تغذیه با همکاری بیمار و آموزش های لازم و علمی وزن مناسب است.

تغذیه مناسب بمنظور کاهش درد زمان قاعدگی، مصرف کلسیم، منیزیم و موادی نظیر سبزیجات، میوه جات، دانه های خوراکی مانند گندم، بلغور و فرآورده های آن مثل ماکارونی، مصرف پودر سبوس، حیوایی نظیر لوبیا، عدس بدلیل سرشار بودن از فیبر در رژیم غذایی دختران نوجوان می تواند سبب کاهش و در عوض مصرف نمک، چربی و شکلات سبب افزایش شدت دیسمنوره در آنان شود.

**کلمات کلیدی:** نوجوانان - ورزش - تغذیه

### غربالگری سلامت در نوجوانان و بیماری ها و مشکلات سلامتی در این

سن

زهرا عبدالرضا قره باغ هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

**زمینه:** اطلاعات مهم در غربالگری نوجوانان به اختصار (SAAFETIMES) شامل: فعالیت جنسی - علائم عاطفی - استفاده از دخانیات دارو و الکل - مشکلات خانوادگی - معاینات - بلوغ - واکسیناسیون - مکمل ها - تحصیل و اشتغال - امنیت موادی است که به تفصیل در میزگرد به بحث پیرامون آن ها خواهیم پرداخت. بیماری ها و مشکلات سلامتی در نوجوانان شامل: هایپر تانسینون - هایپر لیپیدمی - چاقی - اختلالات غده تیروئید - اکنه - اختلالات قاعدگی - کم خونی و پر موی در دختران - بیماری قوزقرنیه - اسکولیوز - انحرافات ستون فقرات - بیماری های مهم قلبی عروقی در نوجوانی و بیماری دیابت از اختلالات بیماری ها و مشکلات سلامتی در نوجوانی است که می تواند پایه ی سلامت آینده ی فرد و جامعه را تحت تأثیر قرار دهد.

باتوجه به این که نوجوانی پلی است از کودکی به سوی بزرگسالی تیم درمان با اجرای برنامه های پیش گیرانه می تواند سبب کاهش شیوع بیماری ها و مشکلات این دوره ی سنی گردد.

**کلمات کلیدی:** نوجوانی - سلامت - بهداشت - غربالگری - بیماری های شایع

### بررسی رفتارهای پرخطر در نوجوانان در رابطه با ایدز

فاطمه علایی کرهرودی - دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، مربی هیئت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی تهران

**زمینه:** دوره نوجوانی به لحاظ ویژگیهای فیزیولوژیک و آناتومیک دوره حساس و بحرانی در تمام جوامع جهان به حساب می آید. وجود همین تغییرات درونی و بیرونی منجر به تجربیات جدید رفتاری و شناختی در نوجوان می گردد. رفتارهای نوجوان اکثراً "نهنجار تلقی می شود اما برخی رفتارها حقیقتاً" پر

خطر به حساب می آید که رفتارهای پرخطر نوجوانان در رابطه با بیماریهای رو به گسترش از اهمیت بیشتری برخوردار است. هدف از انجام این پژوهش نیز تعیین عوامل مرتبط با رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان در مناطق مختلف آموزش و پرورش شهر تهران بوده است.

**روش مطالعه:** در این پژوهش توصیفی نمونه ها از مناطق ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۱، ۱۴ انتخاب شدند و دران مناطق با نظرمسئولین منطقه دو مدرسه راهنمایی و دبیرستان دخترانه و پسرانه انتخاب گردیدند. تعداد دانش آموزان ۲۱۹۱ نفر بودند که برحسب جمعیت هرمنطقه خوشه بندی انجام شد. در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه دارای بخش داده های جمعیت شناختی و بخش سئوالات باز(۲۸مورد) و بسته(۹مورد) مطابق اهداف اختصاصی دانش آموزان مورد پرسش قرار گرفتند. در مورد اولیای مدارس مذکور که تماما در پژوهش شرکت کردند، نیز از پرسشنامه حاوی داده های جمعیت شناسی و ارتباط با نوجوان استفاده گردید. پرسشنامه در هر دو بخش از نظر اعتبارمحتوا و پایایی مورد بررسی قرارگرفت و به ترتیب  $\alpha = 0.89$  و  $\alpha = 0.81$  بوده است. آزمونهای آماری توصیفی بکاررفته شاخص های مرکزی و پراکندگی بودند. متغیرهای کمی بر حسب میانگین و انحراف معیار، و متغیرهای کیفی برحسب فراوانی مطلق و نسبی در بالاترین و پایین ترین مفادیرمتمشخص گردیدند.

**یافته ها:** نتایج نهایی این پژوهش نشان می دهد که نوجوانان تهرانی در مناطق مختلف شهر از نظر ارتباطات با والدین، دوستان و اولیای مدرسه در وضعیت متوسطی هستند و آگاهی آن ها درباره بیماری ایدز نیز درسطح متوسط است. اولیای مدارس نیز ارتباط متوسطی با دانش آموزان دارند و از نظر دانش درارتباط با ایدز در سطح متوسطی قرار دارند.

**نتیجه گیری:** جهت پیشگیری از بیماری رو به افزایش ایدز لازم است دانش آموزان از حمایت های خانوادگی و تحصیلی بیشتری برخوردار شوند و درمورد رفتارهای پرخطر به آگاهی بیشتری دست یابند.

**کلمات کلیدی:** ایدز، رفتارپرخطر، نوجوان دختر، نوجوان پسر

#### بررسی وزن کیفی مدرسه در دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر رامسر

**زهرا جنت علیپور، نسرین نوابی، مهری جهانشاهی، مریمی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه الزهرا(س) رامسر**

**زمینه:** کیفی مدرسه همراه همیشگی کودکان در سالیان مدرسه است. با این وجود کمتر به مشکلات ناشی از وزن کیفی مدرسه و تاثیر آن بر سلامت جسمانی دانش آموزان توجه شده است. سنگینی بیش از حد کیف مدرسه در صورت تداوم می تواند منجر به بروز مشکلات اسکلتی-عضلانی و عصبی در کودکان در حال رشد که از آسیب پذیری بیشتری برخوردارند گردد که از آن جمله می توان به درد گردن، کمر، دستها، شانه ها، پاها و اتحنای غیر طبیعی در ستون فقرات اشاره کرد. لذا پژوهش اخیر با هدف تعیین وزن کیفی مدرسه در دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر رامسر صورت گرفت.

**روش مطالعه:** پژوهش اخیر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که بر روی ۳۰۰ دانش آموز دختر و پسر مقطع دبستان شهر رامسر در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه گیری به روش تصادفی طبقه بندی شده و جمع آوری اطلاعات به کمک پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک دانش آموزان و ترازوی دیجیتال دامو مدل ۱۰ks برای اندازه گیری وزن دانش آموزان و کیف مدرسه و همچنین نقشه بدن (body map) برای تعیین محل درد و ناراحتی ناشی از حمل کیف صورت گرفت. سپس اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمونهای آماری توصیفی و تحلیلی شامل: میانگین و انحراف معیار، درصد فراوانی، مجذور کای، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون t با سطح معنی داری  $p < 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** میانگین وزن کیفی مدرسه دانش آموزان دختر  $1990 \pm 670$  گرم و دانش آموزان پسر  $1864 \pm 581$  گرم بود.  $66/7\%$  از دانش آموزان از کیفهای کوله پشتی

استفاده می نمودند.  $16\%$  از دانش آموزان کیفی با وزن بیش از حد استاندارد ( $10\%$  وزن بدن) حمل می نمودند.  $17/33\%$  از دانش آموزان در هنگام حمل کیف اظهار ناراحتی می نمودند که بیشترین موارد بیان شده مربوط به درد شانه ها ( $34/61\%$ ) بود.

**کلمات کلیدی:** دانش آموزان، کیف مدرسه، مدارس ابتدایی

#### ارتباط بانوجوان وچالش های آن

**دکتر سیما کرمانشاهی- عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس**

**زمینه:** مهارت و توانایی برقراری ارتباط مؤثر و سازنده با فرزندان نوجوان یکی از دغدغه های اصلی برخی والدین است. بسیاری از آنها نمی دانند چه کارهایی باید انجام دهند که ارتباط با نوجوانشان به قهر و لجبازی کشیده نشود. اولین گام برای برقراری ارتباط مؤثروسازنده بانوجوان، شناخت ازنیازهای نوجوان و تغییرات جسمی روانی، اجتماعی اودر دوره نوجوانیست که نیازبه آموزش، تمرین وتکرار دارد.

شاید اصلی ترین قدم برای داشتن یک ارتباط خوب بین نوجوان و والدین فراهم کردن محیطی که فرد در آن احساس آرامش و امنیت داشته باشد. در یک خانواده آرام، افراد احساس همبستگی دارند و حس می کنند برای هم مهم وقابل احترامند و می توانند روی کمک یکدیگر حساب کنندو امنیت را در درون خانه جست وجو می کنند. د خودشناسی والدین و افزایش آگاهی ودرک نسبت به دنیای نوجوان، پذیرش او، واضح سازی انتظارات والدین، . وقت گذاشتن برای در کنار هم بودن و صحبت کردن، خوب گوش کردن وخوب حرف زدن، دادن مسئولیت به نوجوان ومشورت کردن باو... ، تسهیل کننده رابطه خوب وموثر است. برعکس توبیخ کردن، نصیحت وامرونیی کردن، مقایسه کردن و... . نهایتا اینکه والدین باید نسبت به ایده ها، احساسات و تجربیاتی که نوجوان در زندگی بدست می آورد علاقه نشان داده و به حرف او گوش دهند چون دراین صورت بهتر می توانند اوراحمایت و هدایت کنند. در کلیه اموراز قضاوت های ناآگاهانه و جبهه گیری باید پرهیزکرد. زمانیکه نوجوان با چنین واکنشی روبرو شود، دفعه های بعدی درصورت مواجهه بامشکل، خیلی راحت تر نزدوالدین آمده و مشکلاتش را با ایشان در میان می گذارد وبدین ترتیب احتمال بروز آسیب های فردی واجتماعی نوجوان کاهش می یابد.

**کلمات کلیدی:** نوجوانان - لجبازی - ارتباط

#### نوجوانان و اعتیاد، پدیده ای که یک شبه به وقوع نمی پیوندد

**دکتر ژیلا میرلاشاری، دکتری آموزش پرستاری، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران**

توجه به برخی اعداد وارقام در خصوص اعتیاد به ویژه در جوانان و نوجوانان بیشتر از پیش ما را در جریان گسترش اعتیاد درایران به خصوص دراین گروه سنی قرار می دهد. با توجه به این واقعیت که حدود ۳۵ میلیون از جمعیت ایران در گروه سنی کمتر از ۲۴ سال قرارگرفته، می توان نتیجه گرفت که حدود نیمی از جمعیت کشوردرمعرض خطراستفاده از مواد قرار خواهند گرفت و همین امریکی از دلایل مهم لزوم توجه و تحقیق بیشتردرزمینه مصرف مواد درگروه سنی جوان و نوجوان کشور خواهد بود. علل زیر بنایی بروز اعتیاد در افراد بسیار پیچیده بوده و نمی توان به یک عامل خاص اشاره کرد. در حقیقت پدیده مصرف مواد در یک فرایند شکل خواهد گرفت و موضوعی نیست که یک شبه به وقوع پیوسته باشد. در این بین به نظر می رسد که خانواده و دوران کودکی در ایجاد این آمادگی نقش مهمی را ایفا نماید رویکرد تربیتی والدین و تجارب مرتبط با این دوران، زندگی با والدینی که الگوهای نامناسبی برای فرزند خود بوده و سوء رفتار با کودک از جمله موارد تاثیر گذار در شکل گیری این پدیده می باشد،

گفته می شود بیگانگی با ارزش های جامعه همراه با افزایش میزان گرایش فرد به سمت مصرف مواد بوده است. عدم پیش بینی تخلیه مناسب هیجانها و انرژی دوران نوجوانی و جوانی و سرکوب این احساسات از طریق خانواده و جامعه و گرایش به پرورش جوانان و نوجوانان تابع و فرمانبردار می تواند توانایی این افراد را برای مقابله با فشار هم سالان و گروه های منحرف کاهش دهد. فشار های اجتماعی که نوجوان را نسبت به جامعه بیگانه می سازد سبب خواهد شد تا فرد به این موقعیت از طریق شکل دادن و گرایش به گروه های حمایتی و خرده فرهنگ هایی که به دنبال رد هنجارهای اجتماعی هستند سوق دهد تا به این ترتیب الگوی مورد پسند خود را برای ارتقاء حس رضایت شخصی ایجاد نماید. تمایل به سمت ارضاء احساسات و لذت جویی از ویژگی های طبیعی افراد به ویژه در سنین جوانی و نوجوانی می باشد. با توجه و برنامه ریزی مناسب خانواده و جامعه می توان از این ویژگی در جهت مثبت و ایجاد انگیزه مثبت در افراد استفاده کرد. در همین راستا نباید برنامه ها در جهت سرکوب و خاموش نمودن این احساسات طبیعی بوده بلکه می بایست به چنین ویژگی جهت داد و اینگونه احساسات را متوجه فعالیت هایی نمود که به همان اندازه جذاب بوده اما فرد را به لحاظ سلامتی با خطر کمتری روبرو نمایند. توسعه جوی شاد و شرایط مناسب برای تخلیه صحیح احساسات در کنار آماده سازی و آموزش به خانواده، کودکان و نوجوانان، همچنین توجه به روش های فرزند پروری که منجر به پرورش نوجوانانی تاب آور شود در کنار هدف قرار دادن و شناسایی خانواده ها و کودکان در معرض خطر می تواند در کاهش روند رو به رشد اعتیاد در بین جوانان و نوجوانان کشور نقش موثری داشته باشد.

**کلمات کلیدی:** اعتیاد، نوجوانان، جامعه

#### آموزش و پرورش و مشکلات اضطرابی

**سارا بختیاری - کارشناس پرستاری، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه فرشته جلاوندی - کارشناس ارشد پرستاری، مریم بهزادی - کارشناس پرستاری، شهین کرمی - کارشناس کتابداری، مریم شکوری قاسم آبادی - کارشناس پرستاری**

اضطراب از اختلالات مهم بهداشتی روانی در دوره نوجوانی به خصوص در میان دانش آموزان است. وضعیت سلامت روانی دانش آموزان تاثیرات زیادی بر الگوی سازگاری و رفتاری آنان در بزرگسالی خواهد داشت. مدرسه به عنوان یک مرکز آموزشی و اجتماعی با بسیاری از جنبه های رشد روانی، جسمی اجتماعی و شخصیت افراد در کودکی و نوجوانی سروکار دارد و رشد مناسب شخصیت دانش آموزان تا حدودی در مدرسه و آموزشگاه شکل می گیرد. هر مشکلی که در مدرسه در ارتباط با دانش آموز وجود داشته باشد، مانند مقررات انضباطی مدرسه، ازدحام کلاس، نبود وسایل و امکانات لازم مانند کتاب، وسایل کمک آموزشی، عدم سازماندهی فعالیتها، نامناسب بودن کمیت و کیفیت تکالیف درسی، نداشتن شناخت معلم از دانش آموزان و ناتوانی معلم در تدریس می تواند، شرایط نامناسب و عوامل موثر فشارزایی را در مدرسه فراهم نماید و سبب اختلالات رفتاری و بیماریهای جسمانی و روانی دانش آموزان شود و این اختلالات در سنین نوجوانی، زمانی که نوجوان در پی هویت یابی، تصمیم برای زندگی آینده و انتخاب رشته تحصیلی است، افزایش می یابد مواد و روشها: این مقاله مروری به بررسی مواردی از قبیل تعریف اضطراب، عوامل دخیل در اضطراب و بررسی شیوع اضطراب در جامعه دانش آموزان مینماید. که با استفاده از کتب، مقالات و جستجو در اینترنت تهیه گردید. اضطراب پدیده ای روانی، و مفهومی نظری در حوزه روانشناسی است که شناخت و عاطفه در آن نقش به سزایی دارد. اضطراب در عین حال که روندی عاطفی است، روند شناختی نیز می باشد. وقتی فردی مضطرب است ضمن آنکه حالت عاطفی خاصی دارد، از روندهای شناختی و فکری خاصی هم برخوردار بوده، بنابراین درک فکر، شناخت و عاطفه در مفهوم اضطراب دخالت دارند. متغیرهای دخیل در شیوع اضطراب شامل سن، جنس، مدرسه محل تحصیل، پایه تحصیلی، رشته تحصیلی،

بعد خانوار، بیماری، ناتوانی، اشتغال دانش آموز، نوع اشتغال والدین، میزان تحصیلات والدین، فقدان پدر و یا مادر، مرگ اقوام درجه یک، بیماری و ناتوانی در خانواده، اعتقادات مذهبی و وضعیت تحصیلی است که به صورت اضطراب آشکار و پنهان خود را ظاهر می سازند.

**کلمات کلیدی:** دانش آموزان، مشکلات اضطرابی

#### توانمندسازی خانواده و کودک دیابتی

**اشرف السادات حکیم - هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز**

بیماری دیابت به عنوان یکی از شایعترین و مهمترین بیماری های متابولیک درجهان قابل درمان نمی باشد، اما می توان آنرا مدیریت نمود. بحث: مزمن و پیشرونده بودن بیماری دیابت و مدیریت آن چالشی برای کودکان و والدین آنهاست. طبق تحقیقات بعمل آمده کودکان دیابتی در ایران در طی ۲۰ سال اخیر دو برابر افزایش داشته اند. یافته ها بسیاری از مطالعات نشان داده که برای کنترل مناسب دیابت، رعایت رژیم درمانی (درمان دارویی، تغذیه، ورزش) ضروری است. در این راستا جهت کنترل رژیم فوق، مراقبت موثر و پیگیریهای لازم از طرف تیم سلامت و همکاری کودک و خانواده در امر مراقبت بسیار ارزشمند می باشد. بطوریکه در سال های اخیر مفهوم توانمندسازی خانواده و کودک در پژوهش های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه ای برخوردار شده و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده شده است. بنابراین با اجرای برنامه مراقبت خانواده محور جهت کودک و خانواده وی فرصتی فراهم می گردد تا آنان تصمیمات درمانی از پیش تعیین شده را جهت کنترل بهینه بیماری بکار گیرند. توانمندی سازی خانواده و کودک دیابتی که فرآیندی پویا، تعاملی و اجتماعی است، منجر به بهبود کیفیت زندگی، مسئولیت پذیری، رضایتمندی، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه های درمانی و نگاه مثبت به بیماری میگردد.

**کلمات کلیدی:** دیابت، توانمندسازی، خانواده، کودک

#### باورهای بهداشتی مادران در مورد عوامل زمینه ساز و پیشگیری از اسهال کودکان بستری در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

**ماهنی رهکار فرشی - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت آموزشی گروه کودکان دانشکده پرستاری مامایی تبریز، مهناز جبرئیلی - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری مامایی تبریز، المیرا شهیدی - کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز**

**زمینه:** مراقبت خانواده محور امروزه بیش از مراقبت های بیمارستانی مورد توجه مسئولین مراقبت بهداشتی می باشد. لازمه اجرای چنین برنامه هایی افزایش آگاهی خانواده در زمینه بیماری کودک است. بخصوص بیماری هایی نظیر اسهال که اهمیت پیشگیری و مراقبت بسیار زیادتر می باشد علیرغم تلاشهای کشورها اسهال هنوز هم به عنوان شایع ترین بیماری دوران کودکی و مهمترین علل مرگ و میر کودکان زیر پنج سال می باشد. این مسئله لزوم بررسی اطلاعات و باورها بهداشتی خانواده ها بخصوص مادران را که در تماس بیشتر با کودک خویش هستند، آشکار می سازد.

**روش مطالعه:** مطالعه حاضر به صورت توصیفی - تحلیلی بر روی ۵۲ مادر که کودک زیر ۶ سال بستری در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز داشتند، انجام گرفت. ابزار مورد استفاده پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول شامل اطلاعات دموگرافیک مادران، سابقه و وضعیت بیماری کنونی کودک، قسمت دوم دربرگیرنده سوالات مربوط به باورهای بهداشتی مادران در مورد عوامل زمینه ساز و پیشگیری از اسهال را شامل می شد. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها در نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** میانگین سنی مادران  $29/4 \pm 5/6$  سال بود. ۹۲ درصد مادران خانه دار بودند. سطح تحصیلات ۳۸/۵ درصد از مادران ابتدایی و پایین تر بود و ۲۶/۹ درصد از آنها دیپلم یا تحصیلات دانشگاهی داشتند. طبق یافته های بدست آمده، مادران، استفاده از آب آشامیدنی سالم، تغذیه در ظروف تمیز و استفاده از توالت بهداشتی را از مؤثرترین عوامل پیشگیری از اسهال می دانستند و از دیدگاه آنان، استفاده از پستانک، قرارگرفتن کودک در گرمای زیاد و دادن غذای بیات به کودک از مهمترین عوامل زمینه ساز اسهال بود.

**نتیجه گیری:** برخی عوامل زمینه ساز و پیشگیری که در مورد اسهال بسیار مهم هستند، دور از توجه مادران قرار گرفته است که لزوم آموزش بیشتر را در این زمینه نشان می دهد. لذا تمرکز بر سطوح اول پیشگیری و طراحی برنامه های آموزشی در قالب های مختلف برای ارتقای باورهای بهداشتی مادران درخصوص پیشگیری از اسهال و ارتقا سلامت کودکان ضروری است.

**کلمات کلیدی:** باور بهداشتی، اسهال، کودک، مادران

### ادراک مادران از موانع رضایت از مراقبت پرستاری

**نیره سلمانی - دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد دکترب عباس عباس زاده - گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ دکتر مریم رسولی- گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** تبیین موانع رضایت از مراقبت پرستاری بر اساس ادراک دریافت کنندگان مراقبت، ارایه دهندگان مراقبت از جمله پرستاران را در طراحی مداخلات مناسب تر برای بهبود کیفیت مراقبت های ارائه شده یاری می کند. این مطالعه با هدف شناسایی موانع رضایت والدین کودکان بستری در بیمارستان از مراقبت پرستاری طراحی گردیده است.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است. ۱۴ نفر از مادران کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان های شهر یزد به روش هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. همه مصاحبه ها ضبط و سپس خط به خط دست نویس شد و نهایتاً با استفاده روش تحلیل محتوای تحلیل گردید.

**یافته ها:** در مرحله تحلیل دو طبقه اصلی با عناوین بازدارنده های مربوط به سازمان (با ۵ زیر طبقه تسهیلات رفاهی - بهداشتی، بهداشت محیط، تجهیزات، فضای فیزیکی و تغذیه ) و بازدارنده های مربوط به پرستار (با ۴ زیر طبقه رفتارهای مراقبتی پرستاران، خصوصیات اخلاقی پرستار، خصوصیات حرفه ای پرستار و ارتباطات بین فردی ) پدیدار شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به آن که بازدارنده های شناسایی شده هم به سازمان و هم به پرستار مربوط بوده است لذا ضروری به نظر می رسد برنامه ریزی های لازم در جهت بهبود متغیرهای سازمانی به موازات ارائه مداخلات مناسب جهت مرتفع کردن بازدارنده های مربوط به پرستاران صورت گیرد.

**کلمات کلیدی:** موانع، تحلیل محتوای قراردادی، رضایت، مراقبت پرستاری

### بررسی ایمن بودن فالوآپ تلفنی کودکانی که تحت اعمال جراحی

سرپایی ارولوزی واقع می شوند در بیمارستان دکتر شیخ مشهد

**هاله برومند- سرپرستار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دکتر مرگان دارابیان- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان دکتر شیخ دکتر مهران هیراندفر، دکتر مرجان جودی- فوق تخصص جراحی کودکان**

**زمینه:** در این مرکز تصمیم گرفته شد برای گروهی از بیمارانی که تحت اعمال جراحی سرپایی واقع میشوند جهت فالوآپ از تماس تلفنی استفاده شود. هدف از

اجرای این تحقیق تعیین ایمن بودن فالوآپ تلفنی بیماران وجایگزینی این روش پیگیری بجای مراجعات غیر ضروری بیماران به کلینیک جهت معاینات پس از عمل میباشد.

**روش مطالعه:** بیماران از طریق تماس تلفنی در فاصله ۶ ماه پس از عمل جراحی مورد ارزیابی واقع شدند. برای هر بیمار اطلاعات بعد از عمل جراحی در فرم مخصوص خودش ثبت می شد که شامل فرم های فالوآپ تلفنی بود و با فرم های ثبت کلینیکی مقایسه می شدند.

**یافته ها:** یک گروه کلی ۹۲ بیمار که تحت عمل جراحی سرپایی واقع شدند مورد بررسی قرار گرفتند. ۸۴ بیمار یا والدین آنها بخوبی ارتباط تلفنی بعد از عمل برقرار کردند. ۸ بیمار با وجود تماس های مکرر پاسخ تلفنی نداشتند و به درمانگاه نیز مراجعه نکردند. ۹ بیمار از ۸۴ بیمار که با آنها تلفنی تماس حاصل شده بود با وجود عدم نیاز به مراجعه به کلینیک بنا به تمایل شخصی به درمانگاه مراجعه کردند و به ۶ بیمار هم توصیه مراجعه به کلینیک شد.

**نتیجه گیری:** فالوآپ تلفنی با استفاده از پروتکل سازمان یافته یک روش جایگزینی ایمن برای فالوآپ کلینیکی روتین در بیماران اعمال جراحی انتخاب شده می باشد که نه تنها ایمن بوده بلکه صرف هزینه و زمان کمتری را برای بیمار، خانواده و تیم درمانگر به همراه دارد. از طرفی فشار روانی وارده به کودک و والدین را به حداقل می رساند.

**کلمات کلیدی:** اعمال جراحی سرپایی- فالوآپ تلفنی و پیگیری خانواده

### بررسی سلامت معنوی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی مراجعه کننده به بخش تالاسمی بیمارستان ۱۷ شهریور رشت در سال ۹۱-۹۲

**معصومه جعفری اصل- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، زهرا کامران- کارشناس پرستاری و سرپرستار بخش تالاسمی بیمارستان ۱۷ شهریور رسته مریم عزیزانه- کارشناس پرستاری**

**زمینه:** هر سال بیش از ۴ میلیون کودک در جهان با اختلالات ژنتیکی متولد می شوند که تالاسمی یکی از انواع مهم این گونه اختلالات می باشد. بر همین اساس تخمین زده می شود که در ایران حدود ۲/۸ - ۱/۴ میلیون نفر ناقل ژن تالاسمی در جامعه پراکنده می باشند. در سطح کشور ۲۰ هزار بیمار تالاسمی شناسایی شده است این بیماری در تمام نقاط کشورمان پراکنده است. اما در بعضی نواحی مانند حاشیه دریای خزر (استانهای گیلان و مازندران) از شیوع و وفور بالاتری برخوردار می باشند. بنابراین با توجه به شیوع این بیماری در استان گیلان بر آن شدیم که میزان افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی را بررسی کرده و همراهی آن با سلامت معنوی را نیز بررسی نماییم.

**روش مطالعه:** این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی بود از کل ۱۴۲ نفر بیمار تالاسمی ۴۵ نفر در محدوده سنی ۱۲-۱۸ سال بودند که به روش سرشماری ۳۷ نفر مایل به شرکت در پژوهش شدند که از دی ۱۳۹۱ لغایت تیر ۱۳۹۲ به بخش تالاسمی بیمارستان ۱۷ جهت درمانهای سرپایی مراجعه می کردند. ابزار گرد آوری داده ها سه پرسشنامه بود که یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پوولوتزین و الیسون بود که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کرد. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰- (20، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی شد و یک پرسشنامه دیگر مقیاس افسردگی بک شامل بیست سؤال بود و پرسشنامه دیگر مشخصات فردی مانند سن، جنس و وضعیت اقتصادی و... را بررسی می کرد.

**یافته ها:** محدوده سنی واحدهای مورد پژوهش  $15/32 \pm 2/17$  سال می باشد. اکثریت شرکت کنندگان مونث بودند. (۶۴/۹٪) اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۸٪) بدون افسردگی بودند و (۱۰/۸٪) دارای افسردگی خفیف بودند. اکثریت دارای سلامت معنوی متوسط بودند (۷۰/۳٪) و حدود (۲۹/۷٪) دارای سلامت معنوی بالا بودند. رابطه معنی داری بین افسردگی و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تحصیلی و... نشان داده نشد. بین سلامت معنوی و متغیرهای سن،

جنس، وضعیت تحصیلی... رابطه معنی داری نشان داده نشد. هم چنین ضریب هم بستگی پیرسون ارتباط معنی داری را بین سلامت معنوی و افسردگی یک تعیین نمود. ( $r=0.251$ ) = Sig. (2-tailed) ۱۴۰۰۰) .  
**نتیجه گیری:** طبق یافته ها اکثریت نوجوانان مبتلا به تالاسمی در این پژوهش فاقد افسردگی بوده و از سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند که در این زمینه علل مختلفی از قبیل نقش مراکز مشاوره ای، فعالیت‌های تیم درمانی، روش‌های جدید درمانی، آموزش‌های حین درمان در بالین، و اقدامات مراکز حمایتی و... را می توان مطرح نمود که بررسی تاثیر آنها در پژوهش های بعدی توصیه می گردد.

**کلمات کلیدی:** نوجوانان، تالاسمی، سلامت معنوی، افسردگی

### تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش تمایل به اعتیاد بر اساس مراحل تغییر رفتار در نوجوانان

**خدیجه زارعی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ماندانا شیرازی، بهناز عبداللهی، رضا وزیری نژاد**

**زمینه:** استفاده از مواد مخدر سرعت در طی دوران نوجوانی پیشرفت میکند. بیشتر از سه چهارم سیگاری ها، اولین سیگار را قبل از سن ۱۸ سالگی شروع میکنند. مطالعه حاضر با هدف تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بعنوان یک برنامه پیشگیری از مواد مخدر بر مبنای مدرسه به منظور کاهش تمایل به اعتیاد در نوجوانان بر اساس مراحل تغییر رفتار (مدل پروچسکا) انجام شد.

**روش مطالعه:** در این کارآزمایی بالینی، ابتدا از بین ۳۸۹ مدرسه (۹۳۹۶ دانش آموز ۱۱-۱۸ سال) مقطع راهنمایی شهر رفسنجان به روش تصادفی ساده ۶ مدرسه (خوشه) مشخص، سپس از این ۶ مدرسه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی منظم تعداد ۵۰۳ دانش آموز؛ ۲۵۴ نفر گروه مداخله (۱۲ کلاس) و ۲۴۹ نفر، در گروه کنترل (۱۲ کلاس) قرار گرفتند. پیش آزمون با پرسشنامه تمایل به اعتیاد بر اساس مراحل تغییر رفتار (مدل پروچسکا) از هر دو گروه انجام شد. مداخله، آموزش مهارت‌های زندگی بصورت سخنرانی، بحث گروهی، ایفای نقش، بارش افکار و نشان دادن اسلاید و فیلم در چهار جلسه سه ساعته در ۴ روز و طی ۴ ماه انجام شد. آموزش با توزیع پمفلت و کتابچه آموزشی و یک هدیه برای تشویق دانش آموزان گروه مداخله و کتابچه آموزشی برای گروه کنترل انجام شد. پس از ۸ هفته بعد از آخرین مداخله در هر دو گروه انجام شد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمونهای کای دو، تی تست زوج و تی تست مستقل تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها:** قبل از مداخله اختلاف معنی دار آماری در تمایل به اعتیاد بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده نشد ( $P=0.226$ ) اما بعد از مداخله در تمایل به اعتیاد بین گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی دار بود ( $P<0.000$ ). از نظر مراحل تغییر رفتار در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ( $P<0.000$ ).

**نتیجه گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی تمایل به اعتیاد را کاهش داده و از رفتارهای پرخطر در نوجوانان پیشگیری میکند.

**کلمات کلیدی:** آموزش، مهارت‌های زندگی، تمایل به اعتیاد، مراحل تغییر رفتار

### موانع مشارکت مادران در حین رگ گیری از کودکان بیمار: یک مطالعه کیفی

**نیره سلمانی - دانشجوی دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دکتر عباس عباس زاده - گروه داخلی و جراحی، دکتر مریم رسولی - گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** از آن جایکه بسیاری از والدین ترجیح می دهند در هنگام انجام پروسیجرها در کنار کودک باقی بمانند و بر این باورند که بایستی در تصمیم گیری برای حضور یا عدم حضورشان مشارکت داده شوند و انتظار دارند که ارائه دهندگان مراقبت به تنهایی اقدام به تصمیم گیری در این راستا نمایند و از سوی دیگر با تمرکز بر این که مشارکت دادن والدین در پرستاری کودکان اصلی پذیرفته شده می باشد لذا این مطالعه با هدف شناسایی موانع مشارکت مادران در حین رگ گیری از کودکان بیمار طراحی گردید.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است. ۷ نفر از پرستاران شاغل در بخش اطفال بیمارستان های شهریزد و ۱۴ نفر از مادران کودکان بیمار بستری به روش هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. همه مصاحبه ها ضبط و سپس خط به خط دست نویس شد و نهایتا با استفاده روش تحلیل محتوا تحلیل گردید.

**یافته ها:** در مرحله تحلیل ۴ طبقه اصلی با عناوین کنش طرفین (با ۳ زیر طبقه: کنش پرستار، کنش مادر، کنش کودک)، انگیزه و نگرش طرفین (با ۲ زیر طبقه: انگیزه و نگرش پرستار، انگیزه و نگرش مادر) عمل پرستار بر اساس علم/قانون (کتاب پرستاری اطفال، مقررات بخش) و خصوصیات مربوط به کودک (سن، چته، نوع بیماری، وضعیت عروقی) پدیدار شد.

**نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه موانع مشارکت مادران در حین رگ گیری از کودکان بیمار را از دیدگاه مادران و پرستاران نشان داد. مدیران و پرستاران می توانند از نتایج آن در بهبود و تقویت مشارکت مادران در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان استفاده نمایند.

**کلمات کلیدی:** رگ گیری، تحلیل محتوا، مشارکت مادران

### بررسی تاثیر بازی درمانی بر رفتار های منفی روانی کودکان سن ۵-۱۱ ساله قبل از بی هوشی در اعمال جراحی انتخابی در بیمارستان رازی مرند

**زینب فدایی - کارشناس ارشد پرستاری کودکان - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز (بیمارستان رازی مرند)، راضیه پیغمبر دوست - عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، دپارتمان مامایی**

**زمینه:** جراحی در کودکان تحریکات تنش زای بسیاری ایجاد کرده، سبب ایجاد پاسخ های عصبی - شیمیایی شده، از نظر فیزیکی باعث افزایش ضربان قلب و فشارخون می گردد. همچنین باعث رفتار های منفی روانی مثل جیغ کشیدن، پرخاشگری و گریز از اتاق عمل و ترس از بی هوشی می شود. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر بازی درمانی بر رفتارهای منفی روانی قبل از عمل در کودکان ۵-۱۱ ساله انجام شد.

**روش مطالعه:** این پژوهش مطالعه ای تجربی از نوع کارآزمایی بالینی دو گروهی یک سویه کور بوده که ۸۰ کودک واجد شرایط به صورت تصادفی در دو گروه تجربه و کنترل قرار گرفتند، گروه کنترل مراقبت های روتین استاندارد قبل از عمل را دریافت کردند، گروه تجربه علاوه بر مراقبت های روتین و استاندارد تحت اجرای مداخله بازی درمانی به صورت یک تور آشنا سازس با اتاق عمل به مدت ۲۰ دقیق به همراه مادر در شب قبل از عمل قرار گرفتند. علایم حیاتی قبل و بعد از مداخله اندازه گیری و ثبت شد. رفتار های منفی روانی قبل از بی هوشی با اسکیل تجلی رفتارهای روانی اندازه گیری و ثبت شد. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Version 11.5 و با آزمونهای آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر، من ویتنی یو و آزمون ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** اختلاف آماری معنی داری بین رفتارهای منفی روانی بین جیغ کشیدن، واکنش منفی، حالت چهره، عدم سازگاری، خوددرای کردن از رفتن به اتاق عمل، نیاز به تزریق پری مدیکشن ( $P<0.001$ ) در دو گروه دیده شد به طوری که کودکان در گروه کنترل رفتارهای منفی روانی بیشتری از خود نشان می دادند. در مقایسه علایم حیاتی بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف آماری

معنی داری بین تعداد تنفس ( $P < 0.001$ )، فشار خون سیستول ( $P < 0.001$ )، فشار خون دیاستول ( $P < 0.001$ ) دیده شد. بین تعداد نبض ( $P = 0.07$ ) میزان درجه حرارت ( $P = 0.02$ ) اختلاف آماری معنی داری دیده نشد.

**نتیجه گیری:** بازی درمانی به صورت آشنا سازی کودک با اتاق عمل در کنار مادر در شب قبل از عمل توانسته رفتار های منفی روانی را در کودکان کاهش دهد. لذا بهتر است این روش غیر دارویی با تاکید بر مراقبت های خانواده محور جهت کاهش رفتارهای منفی روانی مورد استفاده قرار گیرد. لذا بهتر است پرستاران این برنامه ها را یاد گرفته و در مراقبت های قبل از عمل در کودکان به کار گیرند. **کلمات کلیدی:** بازی درمانی، رفتار های منفی روانی، اعمال جراحی، کودکان، سن مدرسه، آمادگی قبل از عمل

### بررسی مقایسه ای رضایتمندی مادران بیماران بستری در بخشهای بیمارستان کودکان بهرامی از پرستار قبل وبعد از تدوین و اجرای پروتکل مراقبت پرستاری اخلاق محور

*نیره السادات روح الهی- دانشکده پرستار و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، زهرا مختاری- کارشناس ارشد آموزش پرستاری*

**زمینه:** توجه به حقوق بیمار و جلب رضایت وی در حرفه پزشکی ورشته های وابسته سابقه دیرینه ای دارد. با توجه به اینکه پرستاران بیشترین زمان را با بیمار می گذرانند بالطبع نحوه برخورد پرستار با بیمار در افزایش رضایتمندی وی اهمیت ویژه ای دارد. در سالهای اخیر تدوین و تصویب منشور حقوق بیمار توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی الگوی مطلوبی را در این زمینه ارائه نموده است که البته از نظر گروههای درگیر با آن (پزشک و پرستار) دارای کاستیهایی است. دفتر پرستاری بیمارستان بهرامی در سال ۱۳۸۹ با تکیه بر منشور حقوق بیمار و نظر سنجی از پرسنل پرستاری بیمارستان پروتکلی با عنوان مراقبت پرستاری اخلاق محور در ۱۵ بند تهیه و پرسنل پرستاری را ملزم به اجرای آن نمود که نتیجه پایش ارزشیابی پروتکل فوق الذکر در این مقاله بررسی شده است.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک پژوهش توصیفی مقایسه ای است که به روش سرشماری انجام گرفته است. نمونه های پژوهش ۳۰۰ نفر از مادران بیماران بستری در بخشهای بیمارستان بهرامی بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود. پرسشنامه از دو قسمت مشخصات دموگرافیک و سوالات تخصصی تشکیل شده بود. از لحاظ مشخصات دموگرافیک نمونه ها همگی زن، سن ۲۵ تا ۴۵ سال (میانگین سنی ۳۷ سال) و دارای مدرک تحصیلی دیپلم تا لیسانس بودند. ابتدا قبل از ارائه پروتکل به پرستاران ۱۵۰ پرسشنامه تکمیل و نمره دهی توسط مادران انجام گردید سپس پروتکل به پرستاران ارائه و آموزشهای لازم داده شد، پس از یکماه مجددا ارزشیابی و نمره دهی توسط مادران انجام گردید. لازم به ذکر است در هر دو زمان تکمیل پرسشنامه ها ضریب اشغال تخت بیمارستان مشابه بود.

**یافته ها:** پس از بررسی پرسشنامه ها نمره ارزشیابی متوسط پرستاران در بیمارستان بهرامی قبل از اجرای پروتکل ۱۵/۷۵ و پس از اجرای پروتکل ۱۸/۵۰ بود که نشانه افزایش چشمگیر در رضایتمندی بیماران از پرستار و متعاقب آن از بیمارستان می باشد.

**نتیجه گیری:** طراحی پروتکل مراقبت اخلاق محور با استفاده از نظرات کاربران، آموزش آن به پرسنل پرستاری و اجرا و ارزشیابی مداوم آن تاثیر معنی داری در ارتقاء کیفیت مراقبت و نهایتا رضایتمندی بیماران دارد. **کلمات کلیدی:** رضایتمندی، مراقبت پرستاری، اخلاق محوری

### بررسی تأثیر حضور والدین حین اقدامات تهاجمی کودکان بر نگرش و عملکرد پرستاران در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شاهروود سال ۱۳۹۱

*نیره نام آور - بیمارستان فاطمیه شاهروود مهراندخت نکاوند - زرا هورسان - ابراهیم ابراهیمی*

**زمینه:** مراقبت های خانواده محور دستاورد های زیادی دارد و میزبان رضایتمندی بیمار و خانواده را افزایش می دهد. اقدامات درمانی و همچنین رویه های تهاجمی می توانند برای کودک فوق العاده استرس آور باشند. تحقیقات نشان می دهند دست اندرکاران بخش های درمانی، نظرات متفاوتی در مورد حضور خانواده در این مواقع دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حضور والدین حین انجام پروسیجرهای تهاجمی کودکان بر نگرش و عملکرد پرستاران انجام شده است. **روش مطالعه:** این مطالعه مداخله ای و از نوع نیمه تجربی می باشد که بر روی ۸۰ نفر از پرستارانی که دارای حداقل یکسال سابقه کار با کودکان و شاغل در بیمارستانهای وابسته به علوم پزشکی شاهروود بوده اند، در سال ۹۱ انجام گرفت. روش نمونه گیری به صورت سرشماری و روش جمع آوری داده ها به صورت پرسشنامه قبل وبعد بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تی زوج در سطح معنی داری  $P < 0.05$  تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین نمره نگرش پرستاران قبل از حضور والدین از  $3/67 \pm 0/62$  بطور معنا داری به  $3/32 \pm 0/76$  بعد از حضور والدین کاهش یافت ( $P = 0.0001$ ) و میانگین نمره عملکرد پرستاران از  $0/93 \pm 0/08$  بدون حضور والدین به  $0/83 \pm 0/09$  با حضور والدین ( $P = 0.0001$ ) کاهش یافت.

**نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد که حضور والدین بر نگرش و عملکرد پرستاران مؤثر است و تأثیر منفی دارد. با توجه به اینکه ثابت شده حضور والدین میتواند تأثیر مثبت بر کاهش استرس کودکان داشته باشد، توصیه می شود آگاهی های لازم به پرستاران از طریق برنامه های آموزشی منظم و مداوم داده شود و آنان را به مؤثر بودن حضور والدین مطمئن ساخت تا مهارت مورد نیاز را کسب نموده و از شدت استرس کودکان هنگام انجام پروسیجرهای تهاجمی بکاهد و همچنین به والدین جهت حفظ آرامش و عدم مداخله در امور پرستاری و فرهنگ سازی در این رابطه، و تکنیکهای آرام سازی کودک، آموزش لازم داده شود.

**کلمات کلیدی:** کودکان، حضور والدین، پروسیجرهای تهاجمی، نگرش، عملکرد، پرستار، مراقبت خانواده محور

### راهنمای آموزشی جهت مراقبت در منزل به والدین کودک تحت شیمی درمانی

*نقیسه اسفندیاری - دانشگاه علوم پزشکی اهواز - بیمارستان شفاء امین ستاری، ثریا دانشمند*

راهنمای آموزشی جهت مراقبت در منزل به والدین کودک تحت شیمی درمانی هنگامی که کودکی به دنبال سرطان، تحت شیمی درمانی قرار می گیرد والدین وی از نظر روحی و جسمی فشار زیادی را تحمل می کنند چرا که با کودکی روبرو هستند که نیاز های ویژه ای دارد. کمبود آگاهی در مورد شیمی درمانی و تدابیر درمانی قبل از آن به صورت ترس و اضطراب و عدم توانایی والدین در توضیح اقدامات درمانی، نمود می یابد که این به عدم آگاهی در مورد بیماری و درمانهای تجویز شده مربوط می شود. والدین و کودک بایستی فرصتی جهت ابراز احساسات و تخلیه هیجانات خود داشته باشند چرا که همه والدین نمی توانند مقوله سرطان را بپذیرند و در نتیجه دچار یک بحران و آشفتگی روحی و روانی خواهند شد از طرفی نمی توان نیاز های اساسی کودک و والدین را نادیده گرفت. کودک علاوه بر درد ناشی از بیماری از عوامل ذیل نیز رنج می برد. الف) عدم توانایی فیزیکی و انجام فعالیت به دنبال بازی های دوران کودکی ب) اختلالات

روانی اجتماعی که به دنبال گوشه گیری و عدم حضور فعال در بین همسالان دیده می شود (ج) عدم پذیرش بیماری و بستری شدن به مدت طولانی در محیط درمانی اهداف پرستار در آموزش به والدین شامل: الف) افزایش درک والدین از بیماری کودک (ب) کمک به والدین در مواجهه با علائم و نشانه های بیماری (ج) کمک به کودک در جهت درک بیماری خود (د) آماده کردن کودک برای انجام آزمونهای تشخیصی و درمانی برنامه آموزشی برای ترخیص و مراقبت در منزل شامل: الف) درمورد عوارض داروهای تجویز شده به والدین آموزش داده می شود (ب) میزان تطابق والدین را با تغییر وضعیت جسمی کودک مثل " ریزش موهای کودک" بررسی و ارزیابی کنید. (ج) برنامه آموزشی ترخیص کودک از بخش را بعد از پذیرش کودک جهت شیمی درمانی شروع شود. راهنمای آموزشی جهت مراقبت در منزل بعد از شیمی درمانی شامل: فعالیت، داشتن تغذیه مناسب، آماده کردن کودک جهت رفتن به مدرسه، زمان مراجعه به پزشک، انجام معاینه های فیزیکی، مراقبت های بهداشتی مثل مراقبت های دهان و دندان.

**کلمات کلیدی:** شیمی درمانی - آموزش - کودک و سرطان

### تاثیر بازدیدی از منزل بر شاخصهای رشد و تکامل شیرخواران کم وزن

**راضیه پیغمبردوست - عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند، دپارتمان مامایی، زینب فدایی - کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان رازی مرند، محمدباقر حسینی - فوق تخصص نوزادان، عضو هیئت علمی، حبیب اله سودایی - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز**

**زمینه:** شیرخواران کم وزن گروه در معرض خطری هستند که مشکلات جسمانی و روانی زیادی نسبت به شیرخواران طبیعی دارند و با توجه به مشخصات فیزیولوژیکی خود نیاز به مراقبتهای اصولی برای ادامه حیات و کسب روند رشد و نمو طبیعی دارند. مطالعات حاکی از آن است که این مراقبتها باید در منزل تداوم یابد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بازدیدی از منزل بر شاخص های تکامل نوزادان کم وزن انجام شده است.

**روش مطالعه:** این مطالعه، از نوع کار آزمایشی بالینی تصادفی است که در شهرستان مرند انجام گرفت. بر اساس مطالعه مقدماتی حجم نمونه، در حدود ۹۰ نوزاد تعیین شد. پس از نمونه گیری در بیمارستان رازی مرند، نوزادان کم وزنی که بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ گرم بوده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله (بازدید از منزل) علاوه بر مراقبت های روتین قبل از ترخیص در بخش زایمان، هفته اول تا چهارم پس از ترخیص، یکبار در هفته بازدیدی از منزل به مدت ۴۵ دقیقه دریافت نمودند. همچنین این گروه، جهت ارزیابی نیازهای پیش بینی نشده مادران، به صورت ۲۴ ساعته امکان برقراری تماس تلفنی با پژوهشگر را داشتند. گروه کنترل فقط مراقبتهای روتین بخش قبل ترخیص از بیمارستان را دریافت کرده بودند. سپس شاخص های رشد در دو گروه ماهانه تا سه ماه با مراجعه به منازل تکمیل شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ثبت اطلاعات دموگرافیک و چک لیست ثبت شاخص های رشد و و ورژن فارسی پرسشنامه تکامل نوزاد کم وزن (ASQ) (ماهیگی) که یک ساعت پس از زایمان و ماه اول و دوم و سوم توسط پرستار آموزش دیده و از طریق مصاحبه حضوری تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون کای دو و تی تست) و نرم افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی داری  $p < 0.05$  در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** ۵۸٪ پسر و ۴۲٪ دختر بود. میانگین وزن نوزادان در گروه مداخله ۳۳۱۳ در گروه کنترل ۲۳۰۸ گرم بود. تحصیلات مادر، میزان درآمد، رتبه تولد در دو گروه اختلاف معنا داری وجود نداشت. شاخص های رشد در دو گروه قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری نداشتند. ولی رفتارهای تکاملی در دو گروه بعد از مداخله اختلاف معنی داری داشتند.

**نتیجه گیری:** نتیجه این مطالعه حاکی از موثر بودن برنامه بازدیدی از منزل بر شاخص های تکامل نوزادان کم وزن داشته است. با توجه به اهمیت تداوم

مراقبتها و مشاوره های پس از زایمان، برای ارتقا سلامت مادران و شیرخواران پیشنهاد می شود رویکرد ارایه برنامه بازدیدی از منزل بر سطح گسترده ایی از نوزادان و در مدت زمان بیشتری پیاده شود.

**کلمات کلیدی:** نوزاد کم وزن کم وزن - بازدیدی از منزل - شاخصهای تکامل - شاخص های رشد

### اثربخشی الگوی توانمندسازی خانواده محور بر ارتقاء کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به عفونت ادراری

**زهرا ظفرمضانیان - دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش کودکان؛ دکتر فاطمه الحانی، دانشیار گروه پرستاری، منیره انوشه، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس**

**زمینه:** عفونت ادراری از بیماریهای شایع، مزمن، دارای عوارض زیاد، پر هزینه و با تشخیص مشکل است. اکثر این کودکان با تشخیص اشتباه بستری و درمان آن ها با تاخیر صورت می گیرد. به دلیل ماهیت مزمن بر کیفیت زندگی مادران به عنوان مراقبان غیررسمی و اصلی کودک صدمه می زند. این تحقیق با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور، بر کیفیت زندگی مادران انجام شد.

**روش مطالعه:** این مطالعه نیمه تجربی دو گروه آزمون و شاهد در مرحله مداخله چهار گام ۱- افزایش تهدید درک شده ۲- افزایش خودکارآمدی ۳- افزایش عزت نفس ۴- ارزشیابی را طی کرد. جهت افزایش خودکارآمدی مادران، پس از جلسات آشنایی با بیمار بوسیله پمفلت های تهیه شده در زمینه آناتومی، فیزیولوژی، علائم و عوارض، درمان و تشخیص و روش های پیشگیری از بیماری، در گام دوم مداخله از روش های شناخت مشکل و فرایند عملی آن، روش نمایش علمی، آموزش عملی مشکل شناسایی شده، دادن فرصت تمرین و خطا و رفع خطا و رسیدن به مرحله استقلال در انجام مراقبت از کودک استفاده شده است. ابزار این تحقیق شامل پرسشنامه های خود کارآمدی مادر و چک لیست کارآمدی مادر از نظر پژوهشگر، کیفیت زندگی SF-36، شدت درک شده و عزت نفس کوپر اسمیت است.

**یافته ها:** پس از بررسی و تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS، معلوم شد که میانگین نمرات خود کارآمدی و کیفیت زندگی مادران گروه آزمون تفاوت معنی داری با میانگین نمرات اخذ شده در گروه شاهد و گروه آزمون قبل از مداخله دارد. ( میانگین نمره خودکارآمدی: در گروه شاهد=۱/۳۵، در گروه آزمون قبل از مداخله=۱/۷۲، در گروه آزمون بعد از مداخله=۴/۴). (میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه شاهد=۶۲/۶۱، در گروه آزمون قبل از مداخله=۶۲/۸۳، در گروه آزمون بعد از مداخله=۸۳).

**نتیجه گیری:** الگوی توانمند سازی خانواده محور بر ارتقاء خود کارآمدی، کیفیت زندگی مادران را افزایش داد.

**کلمات کلیدی:** الگوی توانمند سازی خانواده محور، عفونت ادراری، خود کارآمدی، کیفیت زندگی

### نقش پرستار در توانمندسازی خانواده محور: ارتقاء عزت نفس در کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم

**فاطمه تیموری - کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، دکتر فاطمه الحانی - دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، انوشیروان کاظم نژاد - استاد گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس**

**زمینه:** آسم شایعترین بیماری مزمن، علت نخست پذیرش در مراکز فوریتهای پزشکی، بستری شدن در بیمارستان و غیبت از مدرسه در کودکان است. آسم



علاوه بر اثرات جسمی باعث اضطراب، وابستگی، کاهش عزت نفس و مشکلات روانی-اجتماعی در کودک و اثرات قابل توجهی در کارکرد خانواده دارد بنابراین مداخلات پرستاری علاوه بر کودکان باید مشارکت خانواده را نیز به همراه داشته باشد. لذا این پژوهش به منظور سنجش اثر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر عزت نفس کودکان مبتلا به آسم انجام شد

**روش مطالعه:** این مقاله بخشی از یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که ۷ مدرسه ابتدایی پسرانه به صورت تصادفی از بین مدارس یکی از مناطق ۱۹ گانه تهران که آن نیز به طور تصادفی انتخاب شده بود، در نظر گرفته شده و کودکان مبتلا به آسم در این مدارس به طور تصادفی به گروه کنترل (۳۰ نفر) و گروه آزمون (۳۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ و سیمونس ویژه کودکان بود. به منظور انجام توانمندسازی از جلسات آموزشی به صورت بحث گروهی و نمایش علمی برای کودک و والدین و همچنین انتقال اطلاعات از کودک به والدین استفاده شد و پرسشنامه ها قبل و بعد از مداخله تکمیل گردیدند.

**یافته ها:** داده ها توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS تجزیه و تحلیل و یافته ها زیر حاصل شد: میانگین سن نمونه های پژوهش ۱۱/۲۷±۹/۶ سال و تمامی آنها مذکر و مشغول به تحصیل دوران ابتدایی بودند. میانگین مدت ابتلا به آسم ۴۴/۴ ماه، ۶۶/۷٪ از نمونه ها کمتر از ۲ روز در ماه بعثت بیماری آسم غیبت از مدرسه، ۹۳/۳٪ مادران خانه دار و ۴۰٪ پدران شغل آزاد، ۳۶/۷٪ کارمند و... بودند. دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک و میانگین نمرات عزت نفس قبل از مداخله همسان ولی بعد از مداخله بین دو گروه با آزمون t مستقل اختلاف معنی داری از نظر میانگین نمرات عزت نفس قبل و مشاهده گردید و نیز با انجام آزمون t زوجی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از نظر نمرات عزت نفس تفاوت معنی داری (p<0.0001) مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به موثر بودن الگو بر میزان عزت نفس کودکان مبتلا به آسم اجرای این الگو در سطح وسیع تر و برای سایر بیماریهای مزمن پیشنهاد می شود.

**کلمات کلیدی:** الگوی توانمندسازی خانواده محور، کودک سن مدرسه، آسم، عزت نفس، پرستار

### توانمندسازی خانواده محور: ایفای نقش پرستار بر خود کارآمدی دختران مبتلا به کم خونی فقر آهن

**فاطمه السادات سید نعمت اله روشن- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دکتر حسن نایب پور- گروه پرستاری، دکتر فاطمه الحائمی- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس**

**زمینه:** شیوع آسم فقر آهن در دختران نوجوان و لزوم پیشگیری از آن یکی از اهداف مراقبتی است که افزایش آگاهی و در عین حال خودکارآمد نمودن دختران نوجوان را می طلبد. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی دختران نوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن انجام شد.

**روش مطالعه:** این مطالعه نیمه تجربی از نوع کاربردی با انتخاب ۶۰ دختر نوجوان مبتلا به کم خونی فقر آهن شاغل به تحصیل در مقطع دبیرستان از طریق نمونه گیری تصادفی خوشه ای در دو گروه آزمون و شاهد انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی می باشد. روایی و پایایی ابزارها سنجیده شد. بعد از گردآوری اطلاعات حاصل از مرحله قبل از مداخله، الگوی توانمندسازی خانواده- محور برای نوجوانان نمونه پژوهش در گروه آزمون اجرا و آزمون ثانویه ۱ هفته بعد از مداخله انجام گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری کامپیوتری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه آزمون و شاهد از نظر گزینه های اطلاعات دموگرافیک همسان بود. نیز میانگین امتیاز خودکارآمدی قبل از

مداخله با آزمون t مستقل  $P < 0.05$  بین گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی داری وجود نداشت. در حالی که بین دو گروه با آزمون t مستقل اختلاف معنی داری از نظر تفاضل میانگین بعد از مداخله نمرات خودکارآمدی  $P < 0.05$  مشاهده گردید و نیز با انجام آزمون t زوجی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از نظر نمرات خودکارآمدی تفاوت معنی داری  $P < 0.05$  مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** طبق نتایج پژوهش اجرای الگوی توانمندسازی خانواده- محور در افزایش خودکارآمدی دختران نوجوان در پیشگیری از کم خونی فقر آهن مؤثر بوده است.

**کلمات کلیدی:** کم خونی فقر آهن، خودکارآمدی، الگوی توانمند سازی خانواده محور، دختران نوجوان، پرستار

### مشکلات پرستاران در خصوص مراقبت خانواده محور در دوران بارداری مادران: موانع و راهکارها

**حمید صدیقی- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، دکتر فاطمه الحائمی- دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس**

**زمینه:** حدود ۱۵ درصد جمعیت ایران زنان سن بارداری نیازمند دسترسی به اطلاعات و خدمات و مراقبت های دوران بارداری و زایمان می باشند. این مراقبت ها مؤثرترین عامل در بهبود نتایج بارداری و اطمینان از سلامتی کودکان در آینده می باشند.

**روش مطالعه:** این مطالعه توصیفی- مقطعی به روش حل مسئله با هدف تعیین مشکلات پرستاران در خصوص مراقبت خانواده محور در دوران بارداری مادران با نمونه گیری از سه بیمارستان بوعلی سینای شهرستان خرمدره، تامین اجتماعی امید و بیمارستان امدادی اهر با توزیع پرسشنامه به ۱۰۰ پرستار و پرسنل ماما می با حداقل سه ماه سابقه کار با مادر باردار انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشکلات، راهکارها و موانع اجرای مراقبت خانواده محور در سه بعد موانع فردی، محیطی و مدیریتی توسط پرستاران تکمیل و جمع آوری و با نرم افزار آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** بیشتر پرستاران ۳۶-۳۱ سال (۳۸٪) و تحصیلات کارشناسی (۹۶٪)، بیشترین ضعف عملکرد پرسنل مربوط به بعد حمایت و سپس بعد مدیریت، بیشترین مشکلات در حیطه مدیریتی - اجرایی: زمانبندی تعیین شده توسط مدیریت برای ارائه مراقبت و عدم هماهنگی کافی بین اعضای مدیریت داخل تیم (پرستار، پزشک، کارشناس تغذیه، ...)، در حیطه فردی - انگیزشی: ایجاد نگرش مثبت نسبت به مراقبت خانواده محور، در بعد محیطی: تهیه تجهیزات کمک آموزشی مناسب برای آموزش مهارت به خانواده توسط پرستاران و در بعد آموزشی، آموزش به زنان باردار و اعضای خانواده می باشد.

**نتیجه گیری:** توانمندسازی مدیران با ایجاد نگرش مثبت نسبت به مراقبت خانواده محور با استفاده از یافته ها مطالعات و ترویج آموزش به زنان باردار و اعضای خانواده با به کارگیری تکنولوژی و فضای آموزشی مناسب

**کلمات کلیدی:** مشکلات پرستاران، مراقبت خانواده محور، مادر، بارداری

### رابطه اضطراب پیش از عمل جراحی کودکان و مادران آنها با رضایتمندی والدین از فرایند درمان کودکان

**فاطمه قابلی- کارشناس ارشد روانشناسی، تبریز، دکتر نعیمه محب- استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دکتر سید داود حسینی- نوب- استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز**

**چکیده:** رضایت والدین از فرایند درمان کودکان علاوه از اینکه به آسودگی خاطر خانواده از درمان فرزندشان کمک می کند به همکاری بهتر آنها با دستورات

پزشکی و کسب نتیجه بهتر از درمان منجر می شود. از این رو شناسایی متغیرهایی که از بدو ورود به بیمارستان به عنوان مانع رضایت از درمان عمل می کنند به مدیریت بهتر فرایند درمان کمک می کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه اضطراب پیش از عمل جراحی کودکان و والدین با رضایت والدین از فرایند درمان کودکان صورت گرفت.

**روش مطالعه:** این یک مطالعه توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری تحقیق شامل تمام کودکان کاندید جراحی لوزه تبریز در سال ۱۳۹۱ می باشد. از بین جامعه آماری تعداد ۶۰ کودک ۳ الی ۸ ساله از بیمارستان آموزشی و درمانی امیرالمومنین تبریز انتخاب شد. سطح اضطراب کودکان و والدین با استفاده از مقیاس مشاهده ای رفتار مضطربانه (OSBD-R) و مقیاس اضطراب حالتی اسپیل برگر (STAD) و سطح رضایتمندی والدین از فرایند درمان با استفاده از پرسشنامه رضایتمندی از فرایند درمان (PSQ-18) ارزیابی شد. داده ها بدست آمده بوسیله نرم افزار SPSS ver-17 و استفاده از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد؛ فراوانی، درصد) و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** بین نمرات اضطراب کودکان و سطح رضایت والدین از فرایند درمان کودکان رابطه منفی  $\beta=0.33$  وجود داشت ( $P<0.01$ ). بین اضطراب والدین و با سطح رضایت والدین از فرایند درمان کودکان رابطه منفی  $\beta=0.34$  وجود داشت ( $P<0.01$ ).

**نتیجه گیری:** اضطراب کودکان و والدین قبل از عمل جراحی کودک پیش بینی کننده معنی دار رضایت والدین از فرایند درمان کودکان است. بنابراین مدیریت اضطراب کودکان و والدین از بدو ورود به بیمارستان می تواند به بهبود رضایتمندی والدین از فرایند درمان کودکان کمک نماید.

**کلمات کلیدی:** کودکان، مادران، اضطراب، رضایت از درمان

#### بررسی تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر میزان اضطراب مادران در هنگام ترخیص کودکان بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۱

زهرا مختاری- کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، نیره السادات روح الهی- کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، پروین تبریز- کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، زهرا سلطان تویه- کارشناس پرستاری

**زمینه:** اغلب مشاهده میشود که ترخیص کودکان بدون بررسی نیازهای کودک و خانواده وی انجام می گیرد و برنامه ای منسجم و اصولی جهت آمادگی والدین برای مراقبت از کودک وجود ندارد. بدون تردید آموزشی که مادر کودک در دقایق آخر دریافت می کند هرگز نمی تواند جایگزین آموزش، مشاوره و پیگیری باشد که در تمام طول مدت بستری فرزندش در بیمارستان، از زمان پذیرش تا زمان ترخیص ارائه و پیگیری می شود. بدین منظور محققین بر آن شدند تا به بررسی تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر میزان اضطراب مادران کودکان بستری در دانشگاه علوم پزشکی تهران بپردازند.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادرانی هستند که کودکانشان در بخش های عمومی بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بستری بودند. جهت ابزار مطالعه از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه اسپیل برگر استفاده شد در همان شیفتی که کودک بستری شده بود میزان اضطراب مادران هر دو گروه آزمون و شاهد با پرسشنامه اسپیل برگر بررسی شد و تفاوت معنی دار آماری بر اساس آزمون تی مستقل و آزمون کای دو بین میزان اضطراب دو گروه مورد و شاهد به دست نیامد سپس مداخله در گروه مورد به شرح زیر انجام شد برای هر نمونه از گروه مورد هر ۴۸ ساعت یک جلسه و هر جلسه از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه با توجه به در نظر گرفتن موقعیت کودک و مادر او برنامه ترخیص به صورت فردی یا گروهی آموزش داده شدند. همچنین پمفلت آموزشی طرح ترخیص نیز در اختیار این

مادران قرار گرفت به این ترتیب که آموزش نکات مراقبتی به صورت تئوری و عملی داده شد به طوری که مادران گروه مورد در طول مدت بستری با بیماری کودک و نحوه مراقبت از کودک خود آشنا شدند به هنگام ترخیص به مادران گروه مورد برگه خلاصه پرونده، برگه ارجاع، برگه راهنمایی داروهای مورد استفاده در منزل و نکات خاص مراقبتی داده شد همچنین شماره تماس جهت ارتباط با پرستار از منزل داده شد و سپس قبل از ترک بخش مجدداً با استفاده از پرسشنامه اضطراب ذکر شده میزان اضطراب مادران هر دو گروه مورد و شاهد بررسی گردید و یافته ها به شرح ذیل به دست آمد جهت تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS با کمک آمار توصیفی ( جداول توزیع فراوانی، درصدها، میانگین و انحراف معیار ) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل و کای دو ، و آزمون تی زوجی ) استفاده گردید.

**یافته ها:** بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش یعنی ۷۰ درصد از نظر سنی در محدوده ۲۶ تا ۳۴ سالگی قرار داشتند و بیشترین واحدهای مورد پژوهش یعنی ۵۱ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند ۱/۶۵ درصد مادران خانه دار و میانگین سن کودکان ۶/۳ سال با انحراف معیار ۴/۱ سال بود اکثر ۶۳ درصد دارای سابقه بستری نبودند یافته ها حاصل نشان داد که اختلاف معنی داری بین میانگین اضطراب در دو گروه مورد و شاهد بعد از اجرای طرح ترخیص وجود دارد ( $P<0.05$ ) و این بیانگر این است که اجرای برنامه ترخیص بر میزان اضطراب مادران موثر است.

**نتیجه گیری:** اجرای برنامه ترخیص توانست به عنوان یک کار اجرائی هدفمند در کاهش اضطراب مادران موثر باشد لذا شایسته است که پرسنل پزشکی و پرستاری با به کارگیری مداخلات مناسب از جمله اجرای برنامه ترخیص در جهت کاهش اضطراب بیماران بکوشند یافته ها حاصل بیانگر ضرورت توجه بیشتر مدیریت پرستاری، مسئولین و کادر پرستاری بر اجرای برنامه خاص و طراحی شده ترخیص از همان هنگام پذیرش کودک است.

**کلمات کلیدی:** برنامه ترخیص - کودکان- اضطراب مادران

#### اعتباربخشی روشی برای توانمند سازی پرسنل بیمارستان ها

محمد شریفی مقدم- کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، صدیقه سالمی، بهروز رحیمی، کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی، بیمارستان تخصصی مهر ملایر، رحیل السادات شاه طاهری- کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت- کارشناس بهبود کیفیت، بیمارستان تخصصی مهر ملایر

**زمینه:** ارتقای سطح سلامت افراد و ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب از اهداف مهم سازمان های بهداشتی درمانی است و اعتباربخشی بعنوان ابزاری سیستماتیک و هدفمند جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات درمانی مدیران نظام سلامت را در عمل به وظایف خود در حوزه مراقبت یاری می کند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر استقرار استانداردهای اعتباربخشی بر توانمندسازی پرسنل بیمارستان تخصصی مهر ملایر انجام شده است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر در محدوده پژوهش های تجربی یک گروهی به صورت قبل و بعد از مداخله در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان تخصصی مهر ملایر انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه پرسنل بیمارستان بودند که با استفاده از نمونه گیری منظم افراد مورد مطالعه از بین آنها انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه توانمندی محیط کار (Worker place Empowerment) بود که قبل و یک ماه بعد از استقرار استانداردهای اعتباربخشی تکمیل گردید. داده ها با نرم افزار SPSS به صورت آمار توصیفی و با آزمون t زوج تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میانگین توانمندی پرسنل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری داشت.

**نتیجه گیری:** استقرار استاندارد های اعتباربخشی باعث افزایش توانمندی پرسنل می گردد. در نتیجه پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی باید اولویت اصلی سیستم های بهداشتی درمانی قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** اعتباربخشی، توانمندسازی پرسنل

### بررسی میزان وقوع وقایع ناخواسته در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز در سال ۱۳۹۱

**طیبه اسلام زاده - سرپرستار/رئیس، منصور رستمی - مدیرخدمات پرستاری، علی خواجه - کارشناس کنترل عفونت**

**زمینه:** خطاهای انسانی یکی از شایعترین خطاهای تهدیدکننده بیمار بستری در بیمارستان می باشد و مشکلی است که باعث تحمیل آسیبهای جسمی و مالی به بیمار می شود. لذا جهت کاهش چنین خطاهایی، مطالعه ای تحت عنوان " بررسی میزان وقوع وقایع ناخواسته" انجام شد.

**روش مطالعه:** این مطالعه، یک مطالعه توصیفی- مقطعی می باشد که در طول سال ۱۳۹۱ براساس فرمهای وقایع ناخواسته، انجام شد. این فرمها در اختیار پرسنل کلیه واحدهای درمانی و پاراکلینیکی قرارداد شده و پرسنل با مشاهده هر گونه خطا فرم را تکمیل و به دفتر پرستاری ارسال نمودند. داده ها جمع آوری شده با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** از آمار بدست آمده سقوط از تخت با ۱۹/۶۰٪ بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده، قصور در مراقبت پرستاری، نصب لیبل اشتباه روی نمونه آزمایشگاه، ثبت اشتباه مشخصات بیمار، دستورات اشتباه پزشک و ثبت اشتباه در کاردکس از خطاهایی بودند که به ترتیب، فراوانی های بعدی را به خود اختصاص داده بود. بیشترین خطا را با ۶۰/۷۸٪ پرستار مرتکب شده و خطای پزشکی با ۱۳/۷۳٪ در ردیف دوم قرار داشت. خطاهایی که منجر به آسیب بیمار شده است ۶۵/۱۷٪ بوده است و بیشترین تعداد خطا در شیفت عصر کاری گزارش شده بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به اینکه عدم دقت عمده ترین عامل خطا بوده، نظارت و مداخله در پیشگیری از خطاهای شناخته شده حائز اهمیت می باشد.

**کلمات کلیدی:** وقایع ناخواسته، کودکان بستری

### بررسی مرگ های کودکان تا ۵۹ ماهه بر اثر تروما در مرکز طالقانی کرمانشاه طی سالهای ۱۳۸۸-۱۳۹۱

**مریم بهزادی - سارا بختیاری - شیرین رهبرنیا - دکتر منصور خزایی - حمیدرضا خدری - دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه**

**زمینه:** تروما یکی از علل اصلی مرگ و میر و معلولیت در جوامع است که از آن میان حوادث ترافیکی بیشترین علت منجر به فوت در تروما می باشد. جراحات ناشی از ترافیک جاده ای یکی از معضلات اساسی فراموش شده سلامت عمومی است که پیگیری مداوم و موثر آن، نیز به هماهنگی دارد. به گفته کارشناسان آمار مرگ ناشی از تروما در کودکان ۳ برابر مرگ ناشی از ناهنجاری های مادر زادی اطفال است. مهم ترین نکته که کارشناسان در مورد آن همیشه به والدین هشدار می دهند این است که تروماهای ناحیه سر در اثر ضربه های مغزی، آسیب های ناشی از تصادفات رانندگی از شایع ترین تروماهای مربوطه به گروه سنی کودکان است.

**روش مطالعه:** در این مطالعه تحقیقی پژوهشی تمامی مرگ های سال ۱۳۸۸-۱۳۹۱ کودکان تا ۵۹ ماهه مرکز طالقانی کرمانشاه بررسی شدند و این پژوهش براساس پرسشنامه های تکمیلی حوادث شناسایی و جمع آوری شدند.

**یافته ها:** از ۲۸ مورد مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه در طی سالهای ۱۳۸۸-۱۳۹۱، حدود ۳/۷۰٪ پسر و ۲۹/۷۷٪ دختر بوده و میانگین سنی ۲سال و ۵ ماه، بیشترین عامل مرگ تصادف ۸۱/۵۵٪ که مشکلات ناشی از صدمات سر ۶۴/۲٪ باعث فوت کودکان شده اند.

**نتیجه گیری:** با توجه به بررسی های به عمل آمده و مصاحبه با والدین، در اکثر مواقع مشکلات کودکان چند عاملی هستند و عوامل مختلف اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در آن دخیل هستند، بیشتر این مشکلات هم در خانواده های دیده می شوند که وضعیت اقتصادی وسواد و فرهنگ مناسبی ندارند، حال با توجهات مسئولین باید قانون حمایت از کودکان تقویت شود و آیین نامه های اجرایی برای تامین و ارتقای سلامت آنها در نظر گرفته و آموزش های لازم با توجه به نوع فرهنگ منطقه و سطح تحصیلات والدین کودکان داده شود. واژگان کلیدی: تروما-کودکان تا ۵۹ ماهه-مرگ-تصادف

**کلمات کلیدی:** تروما-کودکان تا ۵۹ ماهه-مرگ-تصادف

### بررسی علل تروما در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی کرمانشاه طی سال ۱۳۹۱

**طیبه ماه ور - کارشناس ارشد پرستاری، فرزانه الماسپور - کارشناس پرستاری، فریده ورزنده - کارشناس پرستاری، شمسی حیدری - کارشناس پرستاری، پوران اهل شهر - کارشناس پرستاری، سرور جوانمردی، زهرا جوانمیری - کارشناس پرستاری**

**زمینه:** تروما علت نهایی مرگ و میر و ناتوانی در کودکان ۱ تا ۱۴ سال می باشد و با توجه به اینکه سوانح و حوادث یکی از مهمترین دلایل مراجعه به اورژانس و اصلی ترین تلبوی مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال می باشد، هدف از این مطالعه بررسی شیوع اپیدمیولوژی کلی راجع به مرگ و میر کودکان و همچنین بررسی تروماهای وارده در این سنین است.

**روش مطالعه:** در این مطالعه مقطعی کلیه کودکان تروما دیده ۱ تا ۱۵ سال که طی سال ۱۳۹۱ به اورژانس بیمارستان آیت الله طالقانی کرمانشاه مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. روش نمونه گیری به صورت سرشماری و بررسی کلیه پرونده های پزشکی این کودکان بود که شامل ۷۲۰ نفر بودند. اطلاعات مربوط به نوع تروما، جنس، گروه های سنی، محل آناتومیک تروما و مرگ ناشی از آن و فشار خون در بدو ورود از طریق چک لیست جمع آوری شدند.

**نتایج:** از ۷۲۰ کودک دچار تروما، ۶۶/۷ درصد پسر و ۳۳/۳ درصد دختر بودند. بیشترین تروماها در محل خانه و مدرسه به وقوع پیوسته بودند. شایع ترین نوع حادثه، سقوط (۳۷ درصد) و پس از آن حوادث ترافیکی (۳۰/۱ درصد) بود. بر اساس مکان آناتومیک، سر (۳۸/۵ درصد، ترومای متعدد (۳۴/۳ درصد و اندام ها (۹/۱۸ درصد شایع ترین مکان های آناتومیک بودند. فراوانی وقوع مرگ ۴/۱ درصد (۹۴ نفر) برآورد شد.

**نتیجه گیری:** در مجموع به نظر می رسد با توجه به آنکه سقوط و تصادفات از علل اصلی و تروما در کودکان می باشند و از آنجا که شایعترین محل وقوع تروما در خانه و مدرسه بود، آموزش و افزایش آگاهی والدین و همچنین برنامه ریزی جهت ارتقاء فرهنگ آنان می تواند در این زمینه مؤثر واقع شود. پیشنهادات: تدوین برنامه ریزی مناسب جهت آموزش عمومی و مقایسه آمار قبل و بعد از آموزش و مقایسه میزان آسیب ناشی از تروما در کودکانی که از وسایل حفاظتی و راههای پیشگیرانه استفاده نموده اند با سایر کودکان پیشنهاد میگردد.

**کلمات کلیدی:** کودکان، مرگ و میر، تروما

### مراقبت های اولیه تروما در کودکان

**امیر سالاری - دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلايا و فوریتها، دپارتمان بهداشت عمومی در بلايا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، اسمعیل محمدنژاد - دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، واحد بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** تروما جزء لاینفک زندگی بشر بوده که با کیفیت و نوع زندگی انسانها در ارتباط است. طبیعی است که با صنعتی شدن جوامع و استفاده از وسایل و تکنولوژی های جدید تغییراتی بنیادی در انواع تروما و پیچیدگی آنها ایجاد شده

است. در این میان کودکان نیز به عنوان یکی از گروه های آسیب پذیر در معرض خطر طیف وسیعی از انواع تروما می باشند، که در نتیجه باعث ایجاد مورتابلیتی و موربیدیته فراوانی در این گروه سنی می گردد. در این رو اهمیت ارائه اصولی مراقبت های اولیه تروما در مراحل پیش بیمارستانی و بیمارستانی نقش بسزایی در کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از آسیب در کودکان دارد. در این مقاله که یک مطالعه مروری می باشد، سعی شده است با مطالعه منابع و مقالات جدید در زمینه مراقبت های تروما در کودکان مبانی و اصول مراقبت های اولیه تروما در کودکان تبیین گردد. طبیعی است که در این میان اقدامات مناسب در مراحل قبل از حادثه، حین حادثه و بعد از آن می تواند نقش مهمی در کاهش آسیبها و بروز عوارض ناشی از آنها در کودکان بدنبال داشته باشد. به طور کلی در اکثر منابع اصول بنیادین مراقبت های اولیه تروما در کودکان تفاوتی با بزرگسالان ندارد، ولی با توجه به تفاوت های آناتومیک و فیزیولوژیک در این گروه سنی یکسری توجهات و تمهیدات خاص باید برای ارائه مراقبت های اولیه تروما در نظر گرفته شود. علاوه بر تفاوت های آناتومیک راه هوایی که باید در هنگام اداره راه هوایی کودکان در نظر گرفته شود، شیرخواران و کودکان در مقایسه با بالغین، خون در گردش کمتری دارند، همچنین سطح بدن بچه ها نسبت به توده بدنی آنها بزرگتر بوده و به راحتی مستعد هیپوترمی می باشند، محدوده علامت حیاتی در این گروه سنی بسیار متغیر بوده و ارزیابی سطح هوشیاری به خصوص در شیرخواران مشکل می باشد، رشد استخوانهای ناکامل بوده و قابلیت ارتجاعی و الاستیکی بیشتری دارند و اعضای حیاتی داخل شکم و قفسه سینه آنها به خوبی از هم متمایز نیستند از طرفی برای تمامی مصدومین ترومایی کودک باید در هنگام ارزیابی اولیه توجه به آسیبهای با اولویت بیشتر که می تواند تهدید کننده حیات باشد، از جمله انسداد راه هوایی، آسیب به ستون مهره های گردنی، عدم کفایت تهویه تنفسی، خونریزی خارجی و شوک مورد شناسایی و توجه جدی قرار گرفته و به سرعت در جهت رفع آنها اقدامات لازم صورت گیرد. لذا توجه و ترتیب بررسی مسائل مهم در کودک ترومایی حائز اهمیت می باشد و طبیعی است که در این ارزیابی کودک باید به ترتیب از نظر A, B, C, D, E, F تروما بررسی شده و سپس ارزیابی ثانویه که شامل معاینه کامل از سرتا پا می باشد، صورت گیرد. این مرحله با اندازه گیری علائم حیاتی، تعیین GCS و اخذ تاریخچه AMPLE و معاینه دقیق تر قسمت های مختلف بدن کودک صورت می گیرد. برای تریاژ مناسب کودکان ترومایی در صحنه و انتقال آنها به مراکز ترومای اطفال نیز استفاده از الگوریتم سال ۲۰۱۱ کمیته ترومای کالج جراحان آمریکا و در صورت بروز حوادث غیرمترقبه و MCI بکارگیری روش تریاژ JumpSTART توصیه می گردد. در ضمن به منظور تعیین امتیاز ترومای کودکان و بررسی شدت آسیب نیز از PTS استفاده می شود.

**کلمات کلیدی:** مراقبت های اولیه تروما، کودکان، کودک آزاری

**بررسی یافته ها آماری علل ترک با میل شخصی کودکان تا ۵۹ ماهه  
بر اثر تروما در نیمه دوم سال ۹۱ و سه ماهه اول سال ۹۲ مرکز طالقانی  
کرمانشاه**

شیرین رهبریا - مریم بهزادی - سارا بختیاری - دکتر منصور خزامی - محمدابراهیم فرجی -  
حمیدرضا خردری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

**زمینه:** تروما در جوامع مدرن صنعتی امروز یکی از مباحث و معضلات مهمی است که در اکثر کشورها مورد توجه قرار گرفته است. وبیمارستانها اولین خط مراجعه والدین کودکان جهت درمان و انجام اقدامات لازم می باشد، هدف از مطالعه بررسی ترک با میل شخصی کودکان مراجعه کننده به مرکز بوده که با هدف شناسایی مسایل و انجام اقدامات اصلاحی می باشد.

**روش مطالعه:** این مطالعه تحقیقی پژوهشی در نیمه دوم سال ۹۱ و نیمه اول سال ۹۲ برای بررسی علل ترک با میل شخصی کودکان تا ۵۹ ماهه مرکز طالقانی کرمانشاه انجام گرفته که در این مطالعه با بررسی ۴۰۴ نفر از کودکان

تا ۵۹ ماهه که با ترک با میل شخصی مرکز را توسط والدین ترک نموده اند جمع آوری گردید که در این بررسی میانگین سنی کودکان ۲ سال و ۷ ماه بوده، بیشترین تروما، ترومای اندام فوقانی ۳۶/۵٪ بوده، ترومای سر ۳۴/۶۳٪، ترومای اندام تحتانی ۱۱/۴۵٪، مولتی تروما ۹/۲۶٪ و بریدگی ۵/۳۶٪ بوده، بیشترین ترک با میل شخصی در شیفت عصر ۴۶/۲٪، شیفت شب ۳۹/۸٪، ۱۴٪ در شیفت صبح بوده، فراوانی ترک با میل شخصی در میان خانواده های که تمکن مالی داشته و آزاد هزینه را پرداخت نموده اند حدود ۴۸/۲٪ می باشد. بیشترین علل ترک با میل شخصی در مرکز طالقانی با توجه به تمکن مالی والدین با توجه به اینکه عمده آسیب ایجاد شده از تپیدی بوده، این خانواده ها تحمل بی قراری کودک را برای انتظار در لیست اتاق عمل برای ویزیت و آمدن متخصص ارتوپدی را در مرکز نداشته و پس از حدود نیم الی یک ساعت از زمان مراجعه تا ترک با میل شخصی در بیمارستان حضور داشته اند.

**نتیجه گیری:** با توجه به اینکه کودکان از اقبال آسیب پذیر جامعه می باشند، لذا مسئولین محترم با برنامه ریزی و انجام مداخلات اصلاحی برای برطرف کردن مشکلات در بیمارستانها با همکاری متخصصین ارتوپدی راهکارهای لازم را انجام داده تا کلیه مراجعین به مرکز از روند درمان رضایت و از نظر درآمدی به نفع بیمارستان می باشد.

**کلمات کلیدی:** ترک با میل شخصی، کودکان ۱ تا ۵۹ ماه

### ممیزی برنامه توسعه فردی پرستاران مرکز تخصصی و فوق تخصصی کودکان اردبیل براساس استانداردهای اعتباربخشی در سال ۹۱ و ۹۲

**خدیجه خدایانهی - کارشناس پرستاری سوپروایزر آموزشی بیمارستان بوعلی، کاظم علایی -  
کارشناس پرستاری ومدیرخدمات پرستاری بیمارستان بوعلی، علی نوروزی - کارشناسی  
ارشد مدیریت دولتی و مدیر مرکز آموزشی و درمانی بوعلی، اکرم پناهی - کارشناس  
پرستاری سوپروایزر بالینی بیمارستان بوعلی، یگانه پرتوی - کارشناس مدیریت خدمات  
بهداشتی و درمانی علوم پزشکی تبریز**

**زمینه:** برنامه توسعه فردی (PDP) یک فرایند مستمر جهت تشخیص نیازهای آموزشی و برنامه ریزی جهت رسیدن به اهداف آموزشی مورد نظر توسط خود فرد و مسئول مربوطه میباشد. برنامه ریزی و اجرای صحیح آن می تواند در جهت بهره وری نیروی انسانی یک سازمان نقش بسزایی داشته باشد. هدف از این مطالعه ممیزی برنامه توسعه فردی کارکنان پرستاری و اثربخشی مداخلات آموزش میباشد.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله ای است که در بین ۱۱۷ نفر از پرسنل پرستاری شاغل در بخش های درمانی مرکز در سال ۹۱ و ۹۲ انجام گرفته است. ابزار پژوهش فرم برنامه توسعه فردی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان بود. داده ها توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** پرستاران به ترتیب قبل از مداخله در سال ۹۱ و بعد از مداخله در سال ۹۲ در خصوص احیاء قلبی ریوی، ۳۶٪، ۱۲٪، شناخت بیماریها ۲۹٪، ۱۶٪/۷ و آموزش کارباونتیلاتور ۹۴٪، ۵۴٪ و آموزش تفسیر گازهای خونی ۲۹٪، ۲۴٪/۲ و سایر موارد (داروها، تجهیزات و...) ۱۱٪، ۵۷٪/۷ اعلام نیاز آموزشی داشتند. روش تحقق نیازهای خود را در خصوص احیاء قلبی ریوی برگزاری کارگاه و شناخت بیماریها کنفرانس داخلی و مطالعه توسط خود اعلام کرده اند.

**نتیجه گیری:** باتوجه به اعلام نیاز پرسنل درپایش اول، احیاء قلبی ریوی، و شناخت بیماریها درصوبالایی را نشان می داد که برنامه ریزی و مداخلات آموزشی از قبیل اجرای کارگاههای آموزشی و کنفرانسهای داخلی و مطالعه توسط خود فرد و نیز معرفی و تهیه منابع آموزشی موثر و در پایش دوم اعلام نیاز به موارد فوق به طور چشمگیری کاهش یافته است.

**کلمات کلیدی:** ممیزی، توسعه فردی، اهداف آموزشی، مداخلات آموزشی

### ارزیابی اثربخشی آموزش به مادران کودکان بستری درهیماری شایع براساس استانداردهای اعتباربخشی در مرکز تخصصی فوق تخصصی کودکان (بوعلی) اردبیل در سال ۹۱

**خدیجه خدائیهی - کارشناس پرستاری سوپروایزر آموزشی بیمارستان بوعلی، کاظم علایی - کارشناس پرستاری ومدیرخدمات پرستاری بیمارستان بوعلی، علی نوروزی - کارشناسی ارشد مدیریت دولتی ومدیرمرکزآموزشی ودرمانی بوعلی، اکرم پناهی - کارشناس پرستاری سوپروایزرالیینی بیمارستان بوعلی، یگانه پرتوی - کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی ودرمانی علوم پزشکی تبریز**

**زمینه:** آموزش وارتقاء آگاهی های بیماران وهمراهان آنها جهت پیشبرد اهداف درمانی ازاهمیت بسزایی برخورداربوده ودرجهت کاهش هزینه های درمانی، کاهش عوارض بالقوه بیماری، کاهش اضطراب واسترس آنهاودرنهایت رضایتمندی بیماران بسیارمهم میباشد. هدف ازاین مطالعه ارزیابی اثربخشی آموزشهای ارائه شده به مادران کودکان بستری توسط پرستاران میباشد.

**روش مطالعه:** مطالعه حاضرانوع مداخله ای است. که شامل ۱۲۰ نفرآماداران با تحصیلات بالای دیپلم که کودکان آنها ۵-۲ ساله بوده وبا یکی ازتخصص های شیمیاری شایع مرکز (اسهال، پنومونی، زردی، تب وتشنج، تب) بستری شده بودند. داده ها بااستفاده ازچک لیست ارائه شده ازواحد بهبودکیفیت درسه مرحله آموزشهای بدوورود( منشورحقوق بیمار، آشنایی با بخش وخدمات بیمه و... ) وحین بستری(دررابطه با بیماری ومراحل درمان وعوارض و... ) وزمان ترخیص(رژیم غذایی، نحوه استفاده ازداروها وعوارض دارویی.. ) جمع آوری وسپس با نرم افزار SPSS مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد. نزدیک به ۹۶٪ مادران نیازبه آموزشهای بدوورود، حین بستری وزمان ترخیص راداشتند. که بامداخلات لازم درارزیابی مجدد به ۲۶٪ تقلیل یافت که نیازبه مداخلات آموزشی مجددرا داشت.

**نتیجه گیری:** نتیجه این مطالعه نشان میدهد که اکثریت قریب به اتفاق بیماران وهمراهان آنها جهت ارتقا آگاهی ها نیاز به آموزش داشته که بانجام مداخلات وارائه کتابچه وپمفیلت آموزشی، آموزش گروهی وچهره به چهره این میزان به حداقل رسیده است. استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان درایران وزارت بهداشت ودرمان آموزش پزشکی ۱۳۹۱.

**کلمات کلیدی:** آموزش به مادر، کودکان بستری، اعتباربخشی، مداخلات آموزشی، بیماری شایع

### ارتباط استقرار اعتباربخشی و مدت زمان حضور پرستار بر بالین بیمار

**زهرا برهان نژاد - کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان تأمین اجتماعی امام علی (ع) زرنند**

**زمینه:** استقرار اعتباربخشی، با هدف کیفی سازی خدمات ارائه شده به بیماران، در بیمارستانها آغاز گردیده است که با در نظرگرفتن منابع انسانی و مالی و فرهنگ سازی مناسب در زمان معقول میتوان به این هدف دست یافت. هدف از این پژوهش بررسی ارتباط استقرار اعتباربخشی و مدت زمان حضور پرستار بر بالین بیمار بخش اطفال و نوزادان بیمارستان امام علی(ع) زرنند بوده است. روش ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۱۵ نفر از پرسنل پرستاری(پرستار و بهیار) انجام شده است. اطلاعات از طریق فرم نظرسنجی به صورت سئوالات باز و بسته جمع آوری گردید و با استفاده از آمار توصیفی تجزیه وتحلیل گردید.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد: با اضافه شدن ۷ فرم به پرونده های بستری بیماران، به طور میانگین در هر شیفت ۱۹ دقیقه برای هر بیمار، برای پرکردن فرم های الزام اعتباربخشی صرف می گردد، به عبارت دیگر ۲-۱.۵ ساعت (۳/۱) هر شیفت کاری) حضور پرستار بر بالین بیمار کمتر شده است و صرف تکمیل فرم های مربوطه می گردد، علاوه براین شرکت در کلاسهای الزامی

و فرهنگ سازی اعتباربخشی، تهیه و بازنگری روش های اجرایی، تدوین برنامه بهبود کیفیت، ارزیابی اهداف و شاخص ها، جلسات مربوطه و... حضور بر بالین بیمار و نظارت مسئولین بخش ها را به شدت کاهش داده است.

**نتیجه گیری:** با عنایت به اهمیت ارتباط پرستار با بیمار و حضور وی بر بالین بیمار، لازم است فرصت زمانی استقرار اعتباربخشی با توجه به منابع انسانی، واقعیتها و محدودیتهای مراکز درمانی، برنامه ریزی گردد و با بسترسازی مناسب، در حرکتی صبورانه، قدم به قدم و اندیشمندانه پیش رفت تا از رسالت اصلی بیمارستانها(ارائه خدمت به بیمار) غافل نگردیم.

**کلمات کلیدی:** اعتبار بخشی، پرستار، بیمارستان، بالین بیمار

### مدیریت بحران

**فاطمه کلروزی - عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش**

**زمینه:** فرآیند پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند. مدیریت بحران علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحرانها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که بوسیله آنها بتوان از بروز بحران ها، پیشگیری نمود و یا در صورت بروز آن در خصوص کاهش اثرات آن آمادگی لازم امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود.

**روش مطالعه:** این مقاله از طریق جستجو در منابع کتابخانه ای و اینترنتی معتبر در سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۳ تهیه گردیده است.

**یافته ها:** بحران در حقیقت یک فشارزایی روانی - اجتماعی بزرگ و ویژه است که باعث درهم شکسته شدن انگاره های متعارف زندگی و واکنش های اجتماعی می شود و با آسیب های جانی و مالی، تهدیدها، خطرها و نیازهای تازه ای که به وجود می آورد. در نتیجه می توان بحران را اینگونه تعریف کرد: حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود می آید و سختی و مشقتی به جامعه انسانی به گونه ای تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد. به طور کلی خصوصیات بحران را می توان به این صورت طبقه بندی نمود: الف) حوادث طبیعی. ب) حوادث غیرطبیعی(ساخته دست بشر) و ناگهانی: مثل: سیل- زلزله- و دراز مدت: مثل: اپیدمی - خشکسالی. بحرانها دارای ویژگیهای زیر هستند: عموماً غیرقابل پیش بینی است، بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند به محض وقوع بحران نیازمند کمک می شوند. ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند. امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمانها، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و ناکافی بودن قوانین و مقررات موجود، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل سازمانهای NGO همچون جمعیت هلال احمر است که می توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هرچه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود. باید تهدیدها و فرصت ها را به خوبی شناخت و خود را برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها آماده ساخت.

**نتیجه گیری:** وظایف و ویژگیهای مدیر بحران شامل: آمادگی کامل برای هرگونه پیشامد، پی ریزی دفاتر مطالعاتی ملی، منطقه ای و هماهنگ سازی آنها به نحوی که از دوباره کاری پرهیز شود. تهیه بانک اطلاعاتی روزآمد برای استفاده هرچه بهتر آن. تفکیک وظایف واحدهای امداد رسانی و انجام رزمایش های عملیاتی سالانه. ایمن سازی شبکه ها و شریانهای حیاتی که شامل: آب، برق، سوخت، ارتباطات جاده ای مخابراتی برج کنترل فرودگاهها و سدها و... به دلیل اینکه شرایط منطقه پس از بحران نابسامان است در کوتاهترین زمان نمی توان به ترمیم این شبکه پرداخت. زیر این کار خود خسارات زیادی را به بار می آورد و از سرعت عمل امداد می کاهد. تقویت بیمه در مناطق حادثه خیز حتی به صورت اجباری می توان ابعاد بحران را کاهش دهد، چراکه با توجه به ابعاد

## مراقبت پرستاری از کودکان در امداد و انتقال هوایی

مریم نظام زاده- مری دانشگاه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش تهران

**زمینه:** کودکان بدلیل آسیب پذیر بودن یکی از گروههای مهم در امر امداد رسانی و مراقبت اورژانس به شمار می روند در این میان امداد و نجات هوایی در زمان بروز حادثه، با فراهم آوردن امکانات و اقدامات درمانی پیشرفته در کوتاه ترین زمان برای مصدومان و کاهش زمان انتقال آن ها به مراکز درمانی پیشرفته، می تواند نقش مهم در کاهش مرگ و میر داشته باشد. لذا این مطالعه با هدف ارائه مراقبت پرستاری از کودکان مصدوم در امداد و انتقال هوایی انجام شد.

**روش مطالعه:** این مطالعه مروری بر اساس مطالعات کتابخانه ای و جستجو در پایگاههای اینترنتی مبتنی بر هدف انجام گرفته است.

**یافته ها:** بررسی های صورت گرفته بر روی کودکان منتقله توسط امداد هوایی نشان می دهد که انتقال هوایی علاوه بر داشتن مزیت دارای معایبی نیز می باشند مشکلاتی از قبیل هایپوترمی، هایپوکسمی و هایپوگلیسمی از عوارض مهم در انتقال هوایی کودکان هستند همچنین مسابلی از قبیل اختلاف ارتفاع، ارتعاش، نور، سرما، سرو صدا و محدودیت فضا مراقبت را در حین انتقال با مشکل رو به رو می نماید

**نتیجه گیری:** پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم پروازی باید با شرایط و نحوه صحیح انتقال کودکان آشنا باشند تا انتقالی ایمن صورت گیرد

**کلمات کلیدی:** امداد و انتقال هوایی، مراقبت پرستاری کودکان، کودک مصدوم

**بررسی تاثیر تریاژ بر مدت زمان دریافت خدمات درمانی و رضایت مندی مراجعہ کنندگان به اورژانس بیمارستان قدس قزوین در سال ۱۳۹۰**

فاطمه باقرآبادی - سوپروایزر بالینی، دکتر مرگان کیانی امین - فوق تخصص ایمونولوژیک، مریم باقرآبادی - سوپروایزر بالینی، مریم انور چکنگری - مسئول حاکمیت فاطمه سلیمی - سوپروایزر آموزشی

**زمینه:** بخش اورژانس ورودی و مهمترین بخش بیمارستان میباشد و کارایی درمان در اورژانسها به عامل زمان بستگی دارد بنابراین بررسی مدت انتظار مراجعین برای دریافت خدمات درمانی و رضایت مندی آنها یکی از شاخص های مهم ارزیابی اورژانس ها میباشد. در این مطالعه بررسی اثر استقرار تریاژ بر میزان رضایتمندی و مدت زمان انتظار دریافت خدمات درمانی در بیمارستان مراجعہ کننده به اورژانس بیمارستان قدس قزوین سال ۱۳۹۰ انجام شد.

**روش مطالعه:** این مطالعه بصورت تحقیق نیمه تجربی انجام شد و میزان رضایتمندی و مدت زمان انتظار مراجعہ کنندگان به اورژانس در زمان قبل و بعد از استقرار سیستم تریاژ مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت و بمدت یک ماه برای ۱۰۴۶ نفر از مراجعین به اورژانس اطفال اطلاعات زمان انتظار از طریق فرم تنظیم شده ثبت زمان و رضایت مندی آنها در سه شیفت صبح و عصر و شب در زمان قبل از استقرار تریاژ جمع آوری شد و به همین تعداد مراجعہ کننده در طول یک ماه بعد از استقرار تریاژ روی فرم های تریاژ جمع آوری شد و مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** در زمان قبل از استقرار تریاژ میانگین زمان انتظار ۱ ساعت و ۴۰ دقیقه و مدت زمان انتظار بعد از استقرار تریاژ در سطح دو و سه میانگین زمان ۴ دقیقه گزارش شد در سطح یک بیمارستان بلافاصله به اتاق احیاء هدایت شده بودند و در سطح ۴ و ۵ به درمانگاه سرپایی ارجاع داده شده بودند در نظر سنجی در زمان قبل از استقرار تریاژ بیشترین عدم رضایت از طولانی بودن زمان انتظار (۲۷/۳٪) و در زمان استقرار تریاژ بیشترین عدم رضایت (۱۲/۴٪) از امکانات رفاهی مرکز بود.

**نتیجه گیری:** میانگین زمان انتظار بعد از استقرار تریاژ کاهش یافته است و میزان رضایت مندی افزایش یافته بود.

حادثه، پرداخت خسارت خود عامل بزرگی در رفع بحران است. آگاهی افکار عمومی یکی دیگر از وظایف مدیر بحران است تا وقتی مردم قدم در این راه نگذارند تلاش دولتها بی فایده است. شناسایی انواع بحرانها، ارزیابی ریسک و الویت بندی آنها. تعیین ارتباطات بحرانی. تعیین راهبردهای برخورد با رسانه ها. تشکیل گروه مدیریت بحران و تهیه برنامه مدیریت بحران. پیش بینی و پیشگیری از وقوع بحران. تعیین روشهای مداخله در بحران. تعیین روشهای سالم سازی. برنامه ریزی، سازماندهی و کوشش در جهت استفاده بهینه از منابع.

**کلمات کلیدی:** مدیریت بحران - راهکارها - تهدیدها - فرصتها

## ضرورت کنترل آسیبهای روحی و روانی کودکان در مدیریت بحران

فاطمه تیموری - کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مری دانشگاه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش

**زمینه:** هر ساله بلایا و حوادث ناهنگام جان هزاران انسان را به لحاظ جنبه های روحی، روانی و اجتماعی مورد تهدید قرار می دهد. کودکان و نوجوانان یکی از آسیب پذیرترین اقشار در برابر آثار و پیامدهای این حوادث بلاخص از بعد روانی آن می باشند. علی رغم این موضوع عدم توجه به بهداشت روانی کودکان آسیب دیده در بسیاری از موارد باعث بوجود آمدن اختلالات روحی فروان می گردد. هدف از ارائه این مقاله شناخت و آگاهی از مخاطرات روانی در جهت پیشگیری و مداخله زودرس و ارائه راهکارهای مناسب برای حفظ سلامت روانی کودکان در مدیریت بحران می باشد.

**روش مطالعه:** مقاله حاضر مطالعه ای مروری است که براساس داده های موجود در بانکهای اطلاعاتی معتبر سالهای ۲۰۱۳-۲۰۰۰ تدوین گردیده است.

**یافته ها:** بحرانها گروههای مختلف سنی را به اشکال مختلف تحت تأثیر قرار می دهند، کودکان به دلیل شرایط خاصی که از نظر رشد فیزیکی و عقلانی دارند نسبت به بحرانها آسیب پذیرتر هستند. واکنش کودکان به بحرانها نیز یکسان نیست. آنها به نسبت سن، میزان بلوغ فکری، شرایط اجتماعی، میزان آسیب دیدگی از بحران، جنسیت، تجربه و شخصیتشان رفتارهای متفاوتی از خود نشان می دهند. بعنوان مثال عکس العمل های کودکان تا سن پنج سالگی شامل ترس از جدایی والدین، گریه بی دلیل، جیغ کشیدن، بروز ترس در چهره کودک، ترس از تاریکی، شب ادراری و مکیدن انگشتان است. در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله بروز حالت هایی مثل کابوس شبانه، بی خوابی، ترس، عدم تمایل به حضور در مدرسه و عدم تمرکز دیده می شود همچنین کودک از درد معده یا دیگر بیماری هایی که هیچ گونه علایم ظاهری ندارند، شکایت دارد. این علایم در نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله شبیه بزرگسالان است و شامل افسردگی، رفتارهای غیرطبیعی، دوری از اجتماع و انزوا و کابوس های شبانه و بی خوابی است. نوجوانانی که از حادثه جان سالم به درمی برند، به علت عدم توانایی کافی در نجات سایر اعضای خانواده، احساس گناه و ناراحتی دایمی می کنند. جهت پیشگیری از بروز این عوارض باید وضعیت زندگی کودکان را به شرایط پیش از وقوع حادثه و شرایط خاص سنی کودک نزدیک کنیم. مثلاً اگر برای کودک ۵-۶ ساله باید امکان بازی را فراهم کنیم یا کودکان در سنین دبستان باید هرچه زودتر به مدرسه بروند. نکته دیگر اینکه نباید جنبه های ترحم و دلسوزی را پررنگ کنیم. و از رفتارهای عادی افراطی پرهیز کنیم. بلکه باید براساس محبت و احترام با آنان رفتار کرد همچنین کودکان را تشویق کنیم تا راجع به واقعه پیش آمده حرف بزنند.

**نتیجه گیری:** با توجه به آسیب پذیری کودکان در برابر حوادث غیرمترقبه و شیوع بالای معضلات روانی بعد از حوادث که در بسیاری از موارد در تعامل با سلامت جسمی و بازتوانی زودرس اطفال است لزوم مداخله هرچه سریعتر در انجام اقدامات پیشگیرانه و اعزام افراد آشنا به مسائل روانشناسی کودک از جمله پرستار کودکان جهت جلوگیری از بحرانهای روحی و عوارض جبران ناپذیر آن همانند سایر تیمهای پزشکی و امدادی در مواقع بروز بلایا لازم و ضروری است.

**کلمات کلیدی:** مدیریت بحران - آسیبهای روانی - کودکان

**کلمات کلیدی:** تریاژ زمان انتظار، رضایت مندی

### ارائه راه حل مناسب در افزایش توجه پرستاران به نیازهای مادران دارای نوزاد نارس بستری در بیمارستان شریعتی بندرعباس

شیلان عزیزی-کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، سیدعلی ناجی، حیدرعلی عابدی

**زمینه:** تولد نوزاد نارس و بستری شدن وی، تنش در خانواده به ویژه مادر ایجاد می کند که موجب اختلال در تعامل بین نوزاد و مادر، و آسیب پذیری نوزاد می شود. از سویی بیشتر توجهات پرستاری به سمت مراقبت از نوزاد نارس است و به نیازهای مادران که درصدد مراقبت از نوزاد خود می باشند، کمتر توجه می شود. مطالعه حاضر جهت ارائه راه حل مناسب در افزایش توجه پرستاران به نیازهای مادران دارای نوزاد نارس بستری در بیمارستان شریعتی بندرعباس در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

**روش مطالعه:** در این پژوهش که تعداد ۱۲ مادر و ۱۰ پرستار بخش نوزادان بیمارستان شریعتی بندرعباس شرکت داشتند، از طریق پرسشنامه با سوالات بسته و باز پاسخ که در اختیار دو گروه مادران و پرستاران قرار گرفت مشکل اصلی و علت آن شناسایی شد. نهایتاً، با توجه به یافته ها بدست آمده و پیش بینی پیامدهای این مشکل، برای تغییر وضعیت موجود به وضعیت مطلوب از روش حل مسئله (Problem Solving) استفاده گردید.

**یافته ها:** یافته ها بررسی ها از مادران و پرستاران نشان داد تعداد کم پرستاران، خستگی، عوامل محیطی، رفتار نامناسب از سوی والدین، نداشتن مهارت ارتباطی مناسب و کم اهمیت دانستن مادر، موجب کم توجهی پرستاران به نیازهای مادران دارای نوزاد نارس می شود.

**نتیجه گیری:** تخصیص یک پرستار آموزشی، برگزاری کلاس های ارتقا آموزش مهارت های ارتباطی برای پرستاران، حضور مشاور در بخش جهت مشاوره و پاسخ به نگرانی های مادران، انتظار می رود پرستاران علاوه بر مراقبت از نوزادان نارس بستری، توجه بیشتری به نیازهای مادران آن ها خواهند داشت، که این امر خود موجب ارتباط و دل بستگی بیشتر مادر به نوزادش، همچنین رشد و تکامل بهتر جسمی و روانی نوزاد خواهد شد. پیشنهادات: انجام تحقیقی در آینده پس از اجرایی کردن راه حل های بدست آمده، جهت ارزیابی مجدد نیازهای مادران نوزادان نارس با هدف رفع مشکل.

**کلمات کلیدی:** نوزاد نارس، مراقبت خانواده محور، مادر، پرستار، نیازهای والدین، حل مسئله

### خانواده درمانی و کنترل صرع کودکان

مژگان قاسمی-کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

**زمینه:** صرع یکی از اختلالات شایع نورولوژیک است که با حملات تشنجی بروز می کند و ناشی از تخلیه الکتریکی نامتعارف و متناوب نورون های مغز است. استفاده از روش های غیر دارویی در کنار دارو درمانی در درمان آن موثر است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر خانواده درمانی بر کنترل صرع کودکان انجام گردیده است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر مطالعه مروری و سیستماتیک از منابع اطلاعاتی معتبر داخلی و بین المللی با کلید واژه های خانواده درمانی، کنترل، صرع و کودکان می باشد.

**یافته ها:** اصولاً طرز تفکر خانواده نسبت به بیماری کودک صرع در خانواده نقش بسیار مهمی در ارزیابی کودک صرع از خود و احساس خود ارزشمندی و یا احساس حقارت و عدم اعتماد به نفس دارد. از طرف دیگر طرز تفکر منفی

اعضای خانواده یا انتظارات بیش از حد از کودک صرع و مقایسه او با دیگران می تواند مشکلاتی را در امر تحصیلات و رفتار او ایجاد کند. در خانواده درمانی با استفاده از روش واقعیت درمانی گلاسر (۱۹۵۳)، اعضای خانواده بیمار هفته ای یکبار مورد آموزش قرار گرفته و با توجه به سه مسئله واقعیت، مسئولیت، و نحوه برخورد آنان با کودک صرع مورد بررسی قرار می گیرد. آنان نه تنها می آموزند که واقعیت بیماری کودک صرع را بپذیرند بلکه همچنین این واقعیت را به نحوی به او انتقال دهند. از طرف دیگر اعضای خانواده باید بیاموزند که از کودک صرع که به علت وجود صرع در حرکات و عمل و سایر رفتارها کند گردیده است نباید انتظار داشت که کارهایش را با سرعت انجام دهد و بایستی از الگو قرار دادن دیگر افراد یا خواهر و برادرانش برای او خودداری کرد، زیرا وجود چنین رفتارهایی در کودک صرع نا امنی ایجاد می کند و او را در کارهایش کندتر می سازد. در نهایت اعضای خانواده باید بیاموزند تا از کودک خود فردی معلول و درمانده نسازند، بلکه باید او را تشویق کنند تا زندگی عادی خود را دنبال نماید.

**نتیجه گیری:** خانواده درمانی به اعضای خانواده کمک می نماید تا علاوه بر پذیرش واقعیت بیماری کودک صرع او را تشویق نمایند تا زندگی عادی خود را دنبال نمایند. بنابراین پیشنهاد می گردد که علاوه بر درمان دارویی از خانواده درمانی در درمان صرع کودکان استفاده شود.

**کلمات کلیدی:** خانواده درمانی، کنترل، صرع کودکان

### بررسی میزان رضایت همراهان کودکان بستری بیمارستان کودکان امام

حسین (ع) شهراصفهان سال ۱۳۹۱

دکتر مهرداد معمارزاده- فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دکتر مصطفی امینی-دکترای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بدری مظاهری- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، روح انگیز محمدی- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، فاطمه امیری- کارشناس آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، هاجر آقابزرگی- کارشناس مدیریت بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**زمینه:** مسأله مهمی که همواره در ارائه مراقبتها مورد توجه قرار می گیرد، دستیابی به کیفیت مطلوب ارائه مراقبت و جلب رضایت مراقبت شوندگان است. رضایت از بیمار یک شاخص مهم در ارزشیابی پرسنل سیستم درمان و کیفیت مراقبت آنها است.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در بخشهای داخلی اطفال (عفونی، قلب، غده، گوارش، اعصاب و...)، بخش جراحی اطفال، بخش جراحی NICU، بخش مراقبت ویژه کودکان PICU و همودیالیز انجام شد. برای سنجش میزان رضایتمندی از پرسشنامه خود ساخته استفاده شد. سه تا پنج روز پس از ترخیص بیمار از پدر یا مادر و یا کسی که همراه بیمار در طول مدت بستری وی بوده است به صورت تلفنی سوالات رضایت سنجی پرسیده و پرسشنامه تکمیل شد. نمونه گیری به صورت تصادفی از تیرماه ۱۳۹۱ تا اسفند ۱۳۹۱ انجام شد.

**یافته ها:** کل نمونه های جمع آوری شده ۱۰۲۱ بود. میزان رضایت کلی والدین از بخشهای مورد مطالعه ۷۵/۳۲ درصد بود. بر اساس تجزیه و تحلیل داده ها بیشترین میزان رضایت در بخش جراحی اطفال و داخلی (۱) به ترتیب با ۹۴/۰۷ درصد و ۵۷/۸۰ درصد و کمترین میزان رضایت مربوط به داخلی (۳) ۶۷/۳۰ درصد و PICU ۶۶/۵۹ درصد بود. بیشترین میزان رضایت از تمیزی اتاق و بخش بستری ۹۵ درصد، سیستم گرمایشی و سرمایشی بیمارستان ۹۰/۵۲ درصد، نحوه برخورد پزشک با کودک /همراه ۸۸/۱۶ درصد و نحوه برخورد پرستار با کودک /همراه ۸۵/۹۰ درصد بود و کمترین میزان رضایت از امکانات بوفه مواد غذایی، بهداشتی بیمارستان ۴۶/۳۲ درصد، کیفیت غذا ۵۴/۹، موجود

## مدیریت تغذیه ایمن در نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

سیما پور تیمور دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

زمینه: نوزادان در NICU و تحت مراقبت ویژه اغلب بعزت عدم توانایی مکیدن طبیعی، تغذیه داخل وریدی یا لوله ای دریافت می کنند. بهبود تغذیه نوزادان نارس و بیمار از اهمیت ویژه ای در این بخش برخوردار است. پس باید به پرستاران در این زمینه اطلاعات و آموزشهای لازم داده شود. هدف این مقاله بررسی و نحوه مدیریت جنبه های مختلف تغذیه ایمن در نوزادان نارس بستری می باشد.

**محتوا:** تغذیه مناسب در نوزادان برای رشد طبیعی، مقاومت در برابر عفونت و تکامل عصبی ضروری است. در تغذیه ایمن به مفاهیم مختلفی از جمله میزان حجم، تعداد دفعات، نوع (شیر مادر یا فورمول)، مدت و روش تغذیه، موقعیت و اندازه ی تغذیه لوله ای، بررسی مشخصات رشدی و تحمل آن در نوزادان باید توجه کرد. روش های مختلفی برای تغذیه (شامل گاوژ مداوم یا متناوب، کاف و...) بر اساس نیاز و تحمل نوزادان وجود دارد. تغذیه با شیر مادر بهترین روش تغذیه می باشد. در تحقیقات مختلف انواع روش تغذیه مقایسه شده است. انفوزیون آهسته تغذیه در مدت ۱۲۰ دقیقه تغذیه باعث افزایش میزان پاسخ دوازدهه، میزان حجم باقی مانده ۲ ساعت بعد و همچنین تخلیه محتوای معده نسبت به روش بولوس سریعتری گردد. کنترل هفتگی شاخص های رشد در این نوزادان جهت بررسی تاثیر تغذیه لازم است. در مورد مدیریت باید نوزادان نارس از نظر علائم تحمل تغذیه و دیگر عوارض احتمالی بررسی و تحت نظر باشند و آمادگی نوزادان برای تغذیه و پیشرفت تغذیه پایه ای نوزادان حداقل باید هر ۲۴ ساعت کنترل و ثبت شود.

**نتیجه گیری:** رژیم غذایی استاندارد در نوزادان نارس برای پیشرفت رشد نوزادان، کاهش مرگ و میر و هزینه های وارده بر خانواده و جامعه و دیگر عوارض و مشکلات لازم است که این نیاز به انتخاب مناسب تغذیه، بررسی و مدیریت صحیح آن و مانیتورینگ نوزاد دارد.

**کلمات کلیدی:** تغذیه، نوزاد نارس، بخش مراقبت ویژه نوزادان

## بررسی میزان و نوع خطاهای پزشکی بخش اطفال و نوزادان بیمارستان تامین اجتماعی امام علی (ع) زرد

زهرا برهان نژاد، کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان تامین اجتماعی زرد

**چکیده:** خطاهای پزشکی از مهمترین موارد مهم تهدیدکننده ایمنی اطفال و نوزادان در بیمارستان می باشد که تلاش برای شناسایی و کاهش آن می تواند کمک شایانی به کاهش عوارض بیماران در معرض خطر بنماید. هدف از این پژوهش، بررسی میزان و نوع خطاهای پزشکی بخش اطفال و نوزادان بیمارستان امام علی (ع) زرد بوده است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۴۱ خطای گزارش شده در فاصله زمانی ۴ ماه انجام شده است. اطلاعات از طریق فرم گزارش دهی خطا جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد: از ۴۱ خطای گزارش شده از بخش اطفال ۱۲ مورد (۳۰٪) خطای دارویی، ۱۰ مورد (۲۴٪) خطای تحویل نامناسب بیمار از بخش اورژانس، ۱۰ مورد (۲۴٪) خطای ثبت، ۴ مورد (۹٪) خطای شناسایی بیمار، ۲ مورد (۴٪) خطای ناشی از بدخطی پزشک و ۲ مورد (۴٪) خطای پروسیجر اشتباه توسط پرستار، بوده است. به عبارت دیگر ۹۵٪ خطاها در سیستم پرستاری اتفاق افتاده است.

بودن داروهای مورد نیاز در بیمارستان در طول مدت بستری ۶۳/۷۰ بوده است. **نتیجه گیری:** هنوز برخی از خدمات بیمارستانی با سطح مطلوب فاصله دارد. لازم است برای دستیابی به این هدف و افزایش میزان رضایت مراجعین، شاخصها به ویژه آنهایی که دارای امتیاز کمتری بودند از نظر کیفی و کمی ارتقاء دهند. کلمات کلیدی: رضایتمندی، کودکان، والدین

## بررسی تأثیر اطلاع رسانی پرستار از طریق تلفن (تله نرسینگ) بر سطح اضطراب خانواده کودکان بستری در بخش NICU

نسرین نظری - عضو هیات علمی دانشگاه آزاد کرج، اعظم دبیریان - عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**زمینه:** پرستاری تلفنی مقرون به صرفه، آسان و در دسترس است و پرستاران با استفاده از این روش می توانند موانع مکانی و زمانی ارتباط را از سر راه بردارند. هدف این مطالعه این است که به نقش پرستاری تلفنی در جنبه های مختلف به خصوص اضطراب خانواده کودکانی که در بخش NICU بستری و موجب جدایی خانواده و کودک شده را به حداقل برساند؛ بنابراین در این پژوهش تأثیر اطلاع رسانی تلفنی توسط پرستار بر سطح اضطراب خانواده کودکان بستری در بخش NICU بررسی شده است.

**روش مطالعه:** این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی است که به منظور بررسی تأثیر اطلاع رسانی از طریق تلفن به وسیله پرستار بر سطح اضطراب خانواده کودکان بستری در بخش مراقبت NICU به صورت طولی انجام شده است. در این پژوهش پس از اینکه ۲۴ ساعت از زمان بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه گذشت، با ذکر توضیحات مقتضی، شماره ی تلفن یکی از اعضای خانواده که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، اخذ شد. پژوهشگر در تمامی تماسها تنها با یک شماره مشخص که قبلاً به اطلاع عضو خانواده رسیده بود؛ تماس برقرار می کرد. در ابتدای هر مکالمه تلفنی، طرفین قسمتی از تماس قبلی را با هم مرور می کردند تا هم از درک صحیح مکالمات قبلی اطمینان حاصل شود و هم در مورد ماهیت اشخاص حقیقی پشت تلفن اطمینان یابند. ضمناً طول مدت تمامی مکالمات به طور متوسط ۱۵ دقیقه بوده است. پرسشنامه بررسی اضطراب که قبلاً در اختیار عضو خانواده قرار داده شده بود؛ یکبار قبل از انجام مداخله و دفعات بعد پس از انجام هر تماس تلفنی که به صورت روزانه و در سه روز متوالی انجام می شد، به روش خودگزارش دهی توسط عضو خانواده تکمیل شد. پرسشنامه محقق ساخته نیز که در مورد اطلاعات دموگرافیک است، در بدو ورود به مطالعه توسط عضو خانواده و فرم ثبت محتوای مکالمات تلفنی نیز پس از هر تماس توسط پژوهشگر تکمیل می شد.

**یافته ها:** آزمون ویلکاکسون و ساین تفاوت آماری معناداری را در اضطراب دو مرحله قبل و بعد از تماس های تلفنی نشان داد. به گونه ای که این تفاوت آماری در زمان قبل و بعد از تماس اول با (  $Z=4/325, P=000, 4/395$  )، در زمان قبل و بعد از تماس دوم با (  $Z=4/825, P=000, 4/723$  ) و همچنین در زمان قبل و بعد از تماس سوم (  $Z=4/702, P=000, 4/057$  ) نشان داده شدند.

**نتایج:** از آنجایی که امروزه تکنولوژی تلفن در اغلب منازل مددجویان وجود دارد و از طرفی استفاده از آن آسان و در دسترس است بنابراین توصیه می شود که این تکنولوژی در حیطه مراقبتی - آموزشی پرستاران گنجانده شود. البته استفاده از تکنولوژی مستلزم آن است که ابتدا اصول برقراری ارتباط از طریق راه های غیر حضوری در برنامه آموزشی پرستاران آموزش داده شود

**کلمات کلیدی:** اطلاع رسانی تلفنی، اضطراب، خانواده، بخش NICU  
بررسی میزان و نوع خطاهای پزشکی بخش اطفال و نوزادان بیمارستان تامین اجتماعی امام علی (ع) زرد



**نتیجه گیری:** با عنایت به اهمیت مضاعف خطاهای گزارش شده در بخش اطفال و نوزادان و قابلیت پیشگیری بسیاری از موارد گزارش شده، احساس مسئولیت مدیران ارشد بیمارستانها، لزوم ارائه راهکارهای مناسب، جدیت جهت به کارگیری روش ها و راهکارهای ارائه شده، پایش و انجام مداخلات اصلاحی برای ایمنی هر چه بیشتر اطفال و نوزادان توصیه می گردد.

**کلمات کلیدی:** اطفال و نوزادان، خطاهای پزشکی، بیمارستان

### کاهش خطاهای دارویی در بخش های کودکان و نوزادان

*نازیلا خلیل زاده - کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش جراحی بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران*

**زمینه:** خطاهای دارویی در بخش های کودکان و نوزادان مشکلی رایج است و هزینه های مالی و غیر مالی را بر بیمار، خانواده ها و کارکنان این بخش های تحمیل می کند. خطاهای دارویی شایع ترین خطاهای پزشکی هستند و سیاست های پیشگیری کننده خاصی را در این زمینه می طلبند. هدف از این مقاله مروری بررسی مشکل خطاهای دارویی در بخش های کودکان و نوزادان است. روش مطالعه: با استفاده از شبکه جهان گستر و وارد کردن کلید واژه های "خطاهای دارویی" و "کودکان" مقالات مرتبط یافت شده و موارد مناسب و منطبق با اهداف مطالعه انتخاب گردید. مطالعه عمیق انجام شد و مقاله مروری مورد نظر تدوین گردید.

**یافته ها:** عوامل یافت شده مرتبط با خطاهای دارویی در بخش های کودکان عبارتند از عدم وجود داروهای آماده منطبق با دوز کودکان، موانع ارتباطی بین حرفه های درمانی، خطاهای مرتبط با محاسبه دوز و عملکرد بالینی ناکافی. استراتژی های کاهش خطر عبارتند از تجویز الکترونیکی و "ارایه دستور پزشکی رایانه ای" (CPOE) در کنار پایش داروشناس، افزایش مهارت های ارتباطی بین اعضای حرفه های درمانی و ارتقاء عملکرد بالینی از راهبردهای کاهش خطاهای دارویی در بخش های کودکان می باشند.

**نتیجه گیری:** پرستاران به عنوان اصلی ترین اعضای دخیل در امر دارودرمانی بخش های کودکان و نوزادان باید با عوامل ایجادکننده خطاهای دارویی و زنجیره منتهی به انجام یک دارودرمانی نادرست آشنا بوده و استراتژی های کاهش این خطاها را در عملکرد بالینی به کار گیرند.

**کلمات کلیدی:** خطاهای دارویی - کودکان

### میزان خطاهای پرستاری برای بیماران بستری در بخش های بیمارستان باهنر کرج سال ۱۳۹۱

*لیلا سید موسوی - کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، سوپروایزر آموزشی*

**زمینه:** ارائه خدمات سلامت از پرخطرترین کارهای دنیا به شمار می رود، بر اساس آمار، کارهاییکه احتمال بروز خطر در آنها بیش از یک مورد از هزار مورد است خطرناک بشمار می روند. بنابراین خدمات سلامت که با احتمال وقوع خطر ۱ مورد در هر ۳۰۰ مورد همراه است و مثلا احتمال آسیب ناشی از درمان بستری ۱٪ از پذیرش های بیمارستانی در هفت کشور اروپایی و آمریکا برآورد گردیده است بسیار پرخطر محسوب گردیده و انتظار می رود که این خطرات بگونه ای مناسب مدیریت شوند.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی، تحلیلی است که میزان بیشترین عوامل خطر برای بیماران بستری در بخش های بیمارستان باهنر را توصیف نموده است. در این مطالعه با استفاده از فرم های طراحی شده گزارش وقایع ناخواسته به مدت یکسال عوامل خطر شناسایی و سنجیده شده است. تعداد ۶۰ فرم به عنوان نمونه در کلیه واحدهای بیمارستان به طور تصادفی انتخاب شدند.

**یافته ها:** با توجه به اینکه خطر اجتناب ناپذیر است اما با فرهنگ سازی و بستر سازی مناسب، حمایت و رهبری کارکنان در مدیریت خطر و نهادینه و اجرایی نمودن درس های آموخته شده از خطاها می توان تا حدود زیادی از وقوع آن پیشگیری نمود. یافته ها پژوهش نشان می دهد که ۷۹٪ تزریقات، ۵٪ ثبت اشتباه دارو در کاردکس، ۵٪ سقوط بیمار از تخت، ۵٪ ترانسفوزیون خون، ۵٪ دارو، ۱٪ چک نشدن ناحیه عمل از علل خطای پرستاری می باشد.

**نتیجه گیری:** با تکیه بر یافته های این پژوهش که بیشترین عارضه و خطای پرستاری بی دقتی، ثبت یا تجویز داروهاست. که لازم است با ایجاد نظام مدیریت خطر با رویکرد دانشی و پیشگیرانه و ترویج گزارش دهی خطاها، یادگیری و به اشتراک گذاری درسهای آموخته شده از خطاها برنامه ریزی گردد تا شاهد کاهش عوارض و خطاها و ارتقاء ایمنی بیمار و کیفیت ارائه خدمات سلامت در بخش های بستری بیمارستانها باشیم.

**کلمات کلیدی:** مدیریت خطر- عوارض و خطاها

### بررسی میزان خطاهای دارویی کادر درمانی شاغل در مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز

*لیلا سید موسوی - کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، سوپروایزر آموزشی*

**زمینه:** خطاهای دارویی شایع ترین نوع خطاهای پزشکی به شمار می آیند بر اساس بررسی های اخیر آژانس ملی ایمنی بیمار حداکثر ۶/۵٪ بیماران مورد پذیرش بیمارستانها و ۹٪ کل بیماران بستری در بیمارستان ها دچار ضرر و زیان ناشی از یک حادثه ناخواسته دارویی بوده است. که با توجه به آمار بالای آن به عنوان شاخصی برای تعیین میزان امنیت بیمار در بیمارستان استفاده می شود. جهت تصحیح فرآیند دارو درمانی بیمار، دارو، دوز، راه تجویز- زمان تجویز دستورات دارویی باشد.

**روش مطالعه:** این پژوهش توصیفی برای ۱۴۰ نفر از پرسنل درمان شاغل در بیمارستان شهید باهنر کرج انجام گردیده است و ابزار گرد آوری داده ها بر اساس پرسشنامه تنظیمی پژوهشگر می باشد.

**یافته ها:** میانگین در گزارش خطای دارویی ۱/۲ بوده است. که ۵۷٪ مربوط به ناخوانا بودن دستور پزشک ( نام دارو، دوز دارو)، ۱۰٪ تشابه ویالهای دارویی، ۵٪ بی دقتی در نحوه تجویز دارو ( روش تزریق) ۵٪ بی دقتی در شناسایی بیمار، ۵٪ بی دقتی در زمان تجویز، ۵٪ بی دقتی در دوز دارو ۳٪ تاریخ انقضای دارو گزارش شده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت موضوع پیشنهاد می شود اقداماتی جهت نظارت بیشتر به دارو دادن و نوشتن نسخ دارویی انجام و کلاسهای آموزش توجهی پرسنل در سطح گسترده تری اجرا گردد تا بر اساس آن مشکلات بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات پزشکی به نحو احسن و قابل قبول تری انجام پذیرد.

**کلمات کلیدی:** خطای دارویی، تشابه دارویی، گزارش دهی

### دیدگاه پرستاران بخش های کودکان از راهکارهای پیشگیرانه خطای دارویی

*صبا فرضی - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، صدیقه فرضی - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، رامش ساکی - مدیر خدمات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، فاطمه فرضی - دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، اعظم مولادوست - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، روح انگیز محمدی خموسی - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*

**زمینه:** خطای دارویی یکی از زیر مجموعه های مهم خطاهای پزشکی و از چالش های مهم تهدیدکننده نظام سلامت در تمام کشورها محسوب می شود،

حمایت از فرهنگ غیر تنبیهی اجتناب با فرد خاطی را جهت پیشگیری و کاهش خطای دارویی مد نظر قرار دهند.

**کلمات کلیدی:** خطای دارویی، تجارب پرستاران، ایمنی بیمار، کودکان

### خطاهای رایج در کودکان

**زاهه قاسمی - کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش EICU بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**زمینه:** خطاهای رایج در کودکان با توجه به این موضوع که امر مراقبت از کودکان با توجه به زمینه رشد فعال و تغییرات جسمی در کودکان نسبت به بالغین شایع تر است قابل بررسی می باشد.

**روش مطالعه:** در بررسی ۳ ماهه در ارتباط با این نظریه که در بخش مراقبت ویژه اورژانس بیمارستان مرکز طبی کودکان از ابتدای فروردین ماه تا پایان خرداد ماه سال ۱۳۹۲ انجام گردید.

**یافته ها:** تعداد خطاهای در اجرای فرایند بالینی پرستاری ۵ مورد و در ارتباط با خطا در ثبت دستورات پزشکی میزان دارو با توجه به وزن کودک ۴ مورد از تعداد پذیرش فعال ۱۰۰ بیمار در این برهه زمانی بوده است. یک مورد خطا نیز در اجرای فرایند پزشکی مشاهده شده است.

**نتیجه گیری:** با توجه به اهمیت موضوع، ایجاد خطا در بعضی موارد و موربیدیت ناشی از آن جهت کاهش خطاهای به کارآمد بودن پرستاران بالینی و حضور پزشک مقیم در بخش های ویژه و آموزش مداوم و همچنین چک صحیح دستورات پزشکی با توجه به شاخص وزن کودکان در هر شیفت توسط پرستار مربوط به هر بیمار سبب کاهش خطاهای رایج می شود.

**کلمات کلیدی:** خطا، بخش مراقبت ویژه

### اشتباهات دارویی

**هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان**

اشتباهات دارویی باعث سلب اعتماد بیمار و افزایش هزینه‌ها می‌شود که به علل مختلفی چون کمبود دانش و آگاهی کارکنان و رعایت نکردن استانداردهای تجویز رخ می‌دهد. اشتباه دارویی به عنوان کاربرد یا استفاده نامناسب دارو که قابل پیشگیری است تعریف شده است که می‌تواند باعث ایجاد آسیب در بیمار شود. تحقیقات نشان داده تقریباً از هر ۴۴ تا ۹۸ هزار مرگ سالانه ناشی از خطاهای پزشکی ۷۰۰۰ مورد آنها ناشی از اشتباهات دارویی است. هزینه سالانه مرگ و میر و بیماری ناشی از دارو در آمریکا تقریباً بین ۱/۵۶ تا ۵/۶ میلیارد دلار تخمین زده شده است. بیشتر هزینه‌ها مربوط به بستری شدن در بیمارستان به علت استفاده نامناسب داروها یا عدم دریافت داروی مناسب، دادن داروی نامناسب و عوارض ناخواسته دارویی است. میزان اشتباهات در اولین ویزیت نسبت به ویزیت‌های بعدی بیشتر است. این اشتباهات در هر یک از مراحل فرایند دارو دادن شامل نسخه نویسی، کپی و نسخه برداری از دستور پزشک، توزیع و پخش دارو و مرحله دارو دادن به بیمار یا کنترل کردن داروها ممکن است اتفاق بیفتد. محققان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود نشان دادند بروز اشتباهات دارویی در ۳۹٪ موارد مربوط به پزشک و پرونده‌های پزشکی، در ۳۸٪ موارد مربوط به پرستاران و در ۲۳٪ موارد مربوط به داروخانه‌ها است. یافته‌های این بررسی بیانگر این امر است که نام‌های اختصاصی داروها در مواردی باعث سردرگمی شده و عواملی مانند بدخط نوشتن و تشابهات بالینی می‌تواند این وضعیت را تشدید کند. محققان این پژوهش می‌افزایند: مدیریت مؤثر، ارتقای انگیزه در پرستاران و همچنین افزایش توان علمی و مهارت‌های بالینی پرستاران در زمینه اجرای دستورات دارویی جهت پیشگیری از بروز اشتباهات دارویی بسیار مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** اشتباهات - دارویی

مطالعه حاضر با هدف شناسایی درک پرستاران از ماهیت خطای دارویی و راهکارهای پیشگیری از خطا در یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شده است.

**روش مطالعه:** نوع مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۲ و نمونه گیری به صورت سرشماری می باشد شرکت کنندگان در این مطالعه ۸۰ پرستار شاغل در بخش های کودکان یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان می باشد. ابزار گردآوری اطلاعات یک پرسشنامه ۴ قسمتی محقق ساخته بر اساس متون علمی می باشد، روایی محتوی و پایایی توسط روش آزمون مجدد تایید گردید. یافته ها: کلیه شرکت کنندگان زن (۱۰۰٪)، در گروه سنی ۲۷-۲۳ سال (۳۷٪) ۱ (۴۵٪) و شیفت در گردش (۸۵٪) بودند. (۴۰٪) افراد حداقل دو بار در ماه گذشته خطای دارویی داشته اند، بیشتر خطا به صورت داروی خوراکی (۶۰٪) در شیفت شب (۴۸٪) و به صورت زمان اشتباه (۳۸٪) بوده است. ۸۰٪ بیشترین علت بروز خطا را بار کاری زیاد ذکر کردند.

**نتیجه گیری:** با توجه به تاثیر انکارناپذیر شرایط کاری بر بروز خطا، خصوصاً خطای دارویی، مسئولان پرستاری باید با بررسی و شناخت بیشتر این شرایط در مراکز درمانی و تعدیل آنها زمینه را برای کاهش خطای دارویی فراهم کنند. در ضمن با فراهم نمودن نیروی انسانی کافی در مراکز درمانی در جهت کاهش بار کاری افراد و به تبع پیشگیری از خطا گام بردارند.

**کلمات کلیدی:** ایمنی بیمار، خطای دارویی پرستاران، راهکار پیشگیری از خطا، کودکان

### تجارب پرستاران از پیامد خطای دارویی در بخش کودکان: یک مطالعه

#### کیفی

**صدیقه فرضی- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، حیدرعلی عابدی- دکتری تخصصی پرستاری، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، آرش قدوسی- متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، احمدرضا یزدان نیک- دکتری تخصصی پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، صبا فرضی- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان**

**زمینه:** خطای دارویی از چالش های تهدید آمیز مراکز مراقبت سلامتی در هر کشوری محسوب می شود. یک مشکل جهانی که می تواند یافته ها جدی و مرگ آوری را به دنبال داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی پیامد خطای دارویی پرستاران بخش کودکان جهت مدیریت صحیح آن انجام گردیده است.

**روش مطالعه:** پژوهش کیفی وبه روش پدیدارشناسی انجام شد. مشارکت کنندگان دریژوهش، پرستاران دارای تجربه خطای دارویی در بخش کودکان بیمارستانهای شهر اصفهان بودند. نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز و تا اشباع داده ها ادامه یافت. در نهایت، تعداد شرکت کنندگان به عنفر رسید. گردآوری داده ها با استفاده از مصاحبه بدون ساختار و تجزیه و تحلیل داده ها به روش کلایزی انجام گردید.

**یافته ها:** پس از تجزیه و تحلیل متن مصاحبه های استخراج شده، ۹۴ کد اولیه در این رابطه به دست آمد که در ۴ دسته موضوعی قرار گرفت و تم اصلی با عنوان "پیامد خطا" از آنها استخراج گردید.

**نتیجه گیری:** خطای دارویی پیامدهای مختلفی از جمله افزایش شاخص هایی همچون مرگ و میر بیماران، طول مدت بستری و هزینه ها را در پی دارد هم چنین موجب سلب اعتماد و به دنبال آن ناراضیاتی بیماران از سیستم های ارائه دهنده خدمات بهداشتی می شود. علاوه بر این خطای دارویی منجر به ایجاد استرس و تعارض اخلاقی برای پرستاران می گردد. پیشنهاد می شود مدیران مراکز مراقبت سلامتی راهکارهای اساسی از قبیل سیستم گزارش دهی مناسب،

### بررسی شیوع و علل بروز خطاهای رایج در مراقبت از کودکان در بیمارستان دکتر شیخ مشهد (مدیریت خطر در طرح اعتباربخشی و حاکمیت بالینی)

هاله برومند- کارشناس ارشد، سرپرستار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان دکتر شیخ، مزگان داراییان- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان دکتر شیخ

**زمینه:** مراقبتهای سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی کودک بیمار و تهدید سلامت وی و خانواده همراه است. والدین و کودک بیمارشان حق دارند که انتظار داشته باشند، مراقبت از آنها علاوه بر تطابق با بهترین شرایط و استانداردها و آخرین شواهد علمی و بالینی، تهدید کننده سلامت ایشان نباشد. هدف از این پژوهش تحلیل خطاهای رایج در مراقبت از کودکان در مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی و فوق تخصصی دکتر شیخ مشهد میباشد.

**روش مطالعه:** پس از انجام آموزشهای لازم در سطح بیمارستان در خصوص لزوم ثبت و گزارش خطاهای رخ داده در سیستم درمانی به مدت شش ماه، و توزیع فرم های گزارش خطا بین کارکنان به تحلیل نتایج پرداخته شد.

**یافته ها:** این پژوهش یک بررسی توصیفی بر روی ۸۲ فرم گزارش خطای ثبت شده در دفتر بهبود کیفیت بیمارستان میباشد. نتایج بدست آمده حاکی از ۴۵٪ گزارشات حاکی از (از قلم افتادن دارو و تزریق داروی اشتباه، عدم صحیح ترکیب یونهای سرمها، نیدل استیک به هنگام گرفتن رگ و عدم توانایی در خواندن و ثبت دستورات پزشک به علت بدخطی و...) و ۴۰٪ مورد گزارش عدم توجه در رعایت بهداشت و شستشوی دست از یک بیمار به بیمار دیگر خصوصا در اتاقهای عمل توسط جراح، عدم ضد عفونی به موقع وسایل و تجهیزات و فضای اتاق عمل، و بیپوش کردن بیمار توسط تکنسین بیهوشی بدون حضور متخصص و... ۱۵٪ مواردی مثل سقوط بیمار از تخت، کم تجربگی پرسنل، کمبود تجهیزات ضروری در بخشها و... میباشد.

**نتیجه گیری:** وجود خطر یک جزء اجتناب ناپذیر از زندگی است و به طور کامل نمی توان آن را حذف کرد ولی می توان آن را به حداقل رساند. لزوم پیاده سازی اصول مدیریت خطر و به حداقل رساندن آسیب به بیماران باید در الویت اصلی و بسیار مهم کلیه سیستم های بهداشتی و درمانی قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** بیمارستان کودکان، گزارش دهی خطا و مدیریت خطر، اعتباربخشی سازمانی

### بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی پرستاران بخش کودکان

فاطمه حاجی بابایی، معصومه صالحی، دکتر سوده جولایی- عضو هیئت علمی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، محمود حقیقی زاده

**زمینه:** خطاهای پزشکی یکی از چالش های مهم در سیستم های سلامتی است که خطاهای دارویی از شایعترین این خطاها می باشند. خطاهای دارویی تأثیرات منفی بر روی بیماران، پرستاران و دیگر کارکنان حرفه ای تیم سلامت داشته و منجر به کاهش کیفیت مراقبت می گردند. کودکان به علت مشکلاتی در محاسبات دارویی بر حسب وزن (که نیازمند محاسبه دقیق می باشد)، عدم تکامل پاسخ های فیزیولوژیک بافاری، نیاز به رقیق سازی محلول های دارویی و محدودیت های مهارت های ارتباطی به منظور گزارش بروز عوارض و علائم داروها بیش از بزرگسالان در معرض وقوع خطاهای دارویی می باشند. هدف مطالعه حاضر تعیین وقوع و گزارش خطاهای دارویی پرستاران بخش کودکان و ارتباط آن با اطلاعات دموگرافیک آنان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اهواز می باشد.

**روش مطالعه:** این پژوهش مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که در ۸۰ پرستار شاغل در بخش های کودکان بیمارستان های دانشگاه علوم

پزشکی اهواز که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند، در سال ۱۳۹۱ انجام گردید به منظور جمع آوری داده ها در این مطالعه از پرسشنامه محقق ساخته دو قسمتی خطاهای دارویی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری آنالیز واریانس یک طرفه و کای اسکور انجام شد. نرم افزار مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده ها SPSS ver-14 بود.

**یافته ها:** میانگین وقوع خطاهای دارویی پرستاران بخش کودکان در طی سه ماه در بخش های مورد مطالعه برای هر پرستار ۱۱/۴ مورد و میانگین گزارش خطا ۱/۹۷ مورد بوده است. در بین اطلاعات دموگرافیک، دو متغیر "سن" ( $P < 0/01$ ) و "سطح تحصیلات" ( $P < 0/03$ ) با وقوع خطای دارویی ارتباط معنی دار داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به اینکه میزان خطاهای دارویی بخش کودکان در این مطالعه مجموعاً بیش از موارد گزارش شده در کشورهای دیگر بوده است، ضرورت توجه بیشتر مسئولان و مدیران پرستاری به این موضوع مورد تأکید قرار می گیرد. به نظر می رسد ارائه دهندگان خدمات سلامت لازم است به منظور کاهش این خطاها، به شناسایی علل وقوع و به کاربردن راهبردهایی جهت کاهش آنها بپردازند.

**کلمات کلیدی:** خطای دارویی، پرستاران، کودکان

### بررسی فراوانی خطاهای درمانی و مراقبتی در بیمارستان کودکان امام حسین (ع) شهر اصفهان ۱۳۹۱

فاطمه امیری - کارشناس ارشد آموزش پرستاری؛ دکتر مهرداد معمارزاده- فوق تخصص جراحی اطفال و نوزادان، دکتر مصطفی امینی- کنترای داروسازی؛ بدری مظاهری - کارشناس پرستاری روح انگیز محمدی - کارشناس ارشد آموزش پرستاری؛ الهه محمدی - کارشناس ارشد آموزش پرستاری؛ هاجر آقابزرگی - کارشناس مدیریت بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**زمینه:** علیرغم پیشرفتهای قابل توجه در تکنولوژی و مهارت های مراقبت سلامت، بسیاری از بیماران در اثر خطای پزشکی دچار آسیب یا مرگ می شوند. کودکان به علت ویژگیهای خاصی که دارند در معرض بیشتر خطاهای درمانی هستند. این مطالعه با هدف بررسی فراوانی خطاهای درمانی و مراقبتی در بیمارستان کودکان امام حسین(ع) اصفهان انجام شد.

**روش مطالعه:** این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. ابزار گردآوری پرسشنامه خود ساخته ای بود که روایی آن به شیوه اعتبار محتوی و پایایی آن از روش آزمون - باز آزمون استفاده شد. پرسشنامه های تکمیل شده خطا توسط پرسنل در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS17 آمارهای توصیفی، تست کای اسکور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مجموع ۸۳ مورد خطا گزارش شد.

**یافته ها:** براساس نتایج به دست آمده بیشترین خطای رخ داده در بخشهای مورد مطالعه خطای دارویی با ۴۲ مورد (۵۰/۱٪) و پس از آن خطای مربوط به آزمایشگاه و ارسال آزمایشات با ۲۱ مورد (۲۵/۳٪) بود. در بین خطاهای دارویی، اشتباه در محاسبه دوز دارو با ۱۴ مورد (۱۶/۹٪) بالاترین خطا را داشتند. عوامل نیروی انسانی که در بروز خطاها نقش داشتند به ترتیب بی دقتی ۵۳ مورد (۶۳/۹٪)، عدم تجربه در کار ۴۰ مورد (۴۸/۲٪)، پایین بودن سطح آگاهی ۲۲ مورد (۳۹/۸٪ درص)، خستگی و بارکار زیاد ۲۶ مورد (۳۱/۳٪) بودند. در میان خطاها ۲۲ مورد (۷۵/۴٪) خطای فعال و مابقی خطای near miss بودند. بین میزان بروز خطا و عوامل نیروی انسانی، عوامل محیطی-فیزیکی و عوامل مربوط به تجهیزات پزشکی ارتباط سنجی شد که در بین آنها فقط عوامل نیروی انسانی با آیت بی-دقتی با میزان بروز خطا تفاوت معنی داری داشت. ( $p < 0.004$ )

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش و حساسیت ویژه ای که در امر مراقبت و درمان کودکان و نوزادان وجود دارد، لازم است تا مراکز درمانی راهکارهای عملی تری برای کاهش بروز خطا تدوین نمایند.

**کلمات کلیدی:** خطا، بخش های کودکان و نوزادان، ایمنی

## ارتباط بین محیط کار پرستاران و بروز خطاهای دارویی گزارش شده در بخشهای اطفال بیمارستان های مراکز دانشگاهی در سال ۱۳۹۱

افسانه افتخاری منش کارشناس ارشد آموزش پرستاری و مدیر پرستاری بیمارستان کودکان بهرامی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**زمینه:** یکی از موارد خطرزا در بخشهای کودکان بروز خطاهای دارویی است که مکررا اتفاق می افتد و این امر سبب بروز یافته ها ویران کننده ای برای بیمار و خانواده آنها می باشد و ایمنی کودکان را به خطر می اندازد. در این مطالعه ارتباط بین محیط کار پرستاران و خطاهای دارویی گزارش شده در اطفال مورد بررسی قرار گرفته است از عوامل مهم در بروز خطاهای دارویی در سیستم های درمانی خطاهای انسانی است و سیستم ها بایستی برای به حد اقل رساندن این خطاها برنامه ریزی نمایند (انستیتو دارو ۲۰۰۸) خطاهای دارویی در بیمارستان ها غالبا در زمان دادن دستوردارویی و اجرائ آن روی می دهد. (انستیتو دارو ۲۰۰۸) دغدغه های شایع در بروز خطاهای دارویی در اطفال عبارتند از: نداشتن برچسب مناسب روی دارو، عدم وجود فرمول استاندارد جهت محاسبه دز دارو، کاربرد اشتباه میلیگرم به جای میکروگرم در محاسبات دارویی. (جیا کوپا ۲۰۰۷)

**اهداف پژوهش:** هدف از این پژوهش توصیفی تعیین میزان بروز خطاهای دارویی در سرویس های بهداشتی درمانی اطفال و ارتباط این نوع از خطاها با عوامل موجود در محیط کار پرستاران می باشد.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی است. که بر اساس معیارهای ورود نمونه گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انجام شد این مطالعه در بخشهای داخلی جراحی و ویژه در سه بیمارستان دانشگاهی در مدت ۳ ماه انجام شد. نمونه ها به صورت تصادفی گرفته شد. جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه چند بخشی خود گزارشی که توسط پرستاران داوطلبانه در زمان بروز خطای واقعی دارویی یا نزدیک به بروز خطا بود تکمیل گردید. روایی صوری، محتوی و ساختاری ابزار انجام شد. در ابزار در ارتباط با بروز خطاهای دارویی، عوامل محیطی موثر در بروز خطا، میزان و شدت خطا و کیفیت مراقبت و عوامل مسبب افت کیفیت سئوالاتی مطرح شده بود. در بخشی از ابزار از مقیاس لیکرت ۵ امتیازی استفاده گردید. بر اساس اصول اخلاقی گزارش خطاهای دارویی با رعایت محرمانه بودن اطلاعات مورد بررسی قرار گرفت. ابزار بررسی، در دسترس، کوتاه، قابل فهم و در مدت ۵ دقیقه به سادگی قابل تکمیل کردن بود.

**یافته ها:** در مجموع ۲۳۲ نمونه بیمار بخش داخلی و جراحی و ۲۰۸ نمونه بخش ویژه در پژوهش شرکت داشتند. اما تعداد نمونه هایی که اطلاعات آنها مورد گردآوری قرار گرفت ۳۷۲ نفر بود. ۷۴٪ نمونه های مورد بررسی مربوط به بخش های داخلی و جراحی و ۲۶٪ نمونه ها از بخش ویژه بود. بررسی ها نشان داد بار کاری زیاد با میانگین ۳۵٪، آشفتنگی و گیجی در زمان ارائه خدمات با میانگین ۲۲٪ و ارتباط نامناسب جهت تعیین هویت بیمار با میانگین ۱۳٪ از عوامل مهم خطاها بودند. در این پژوهش ۲۴۵ مورد خطای واقعی (۹۶٪) و ۱۲۷ مورد نزدیک وقوع خطا (۳۴٪) گزارش شد. که از این میزان ۴۹٪ خطاهای کم اهمیت و با شدت پایین، ۳۰٪ خطاهای با اهمیت ۱۴٪ بالقوه کشنده و ۱/۰٪ کشنده گزارش شد. خطاهای دارویی با اهمیت در شیفت روز ۶۴/۵٪، در شیفت شب ۲۲٪، و در شیفت در گردش ۱۳/۴٪ گزارش شد. بیشترین خطای دارویی گزارش شده زمان اشتباه در تجویز دارو با ۴۵/۲٪ بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به اطلاعات کسب شده در این پژوهش که توسط پژوهش های دیگر در جهان مورد تایید است توصیه میگردد جهت پیشگیری از رویداد این نوع از خطاها بار کاری زیاد، استفاده از پرستاران در شیفت های پشت سرهم کنترل شود واز برنامه های مناسب در جهت ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای پرستاران در آماده کردن و تجویز دارو و تصحیح فرآیند برقراری ارتباط با روشی استاندارد استفاده شود. ضمنا به دغدغه های شغلی پرستاران جهت پیشگیری از آشفتنگی ذهنی توجه شود.

**کلمات کلیدی:** کودکان، خطا در تجویز دارو، ایمنی بیماران، کیفیت مراقبت و درمان، پرستاری، محیط کاری

## تاثیر ماساژ با تکنیک فیلد بر زردی فیزیولوژیک نوزادی

معصومه محمدزاده، آله سید رسولی، دکتر لیلا ولیزاده، دکتر محمدباقر حسینی

**زمینه:** با توجه به اهمیت دوره نوزادی و نقش این دوره در سلامتی کودک در سالهای بعد و همچنین تاثیرات مثبت ماساژ بر رشد و تکامل فیزیکی - رفتاری در نوزاد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ماساژ با تکنیک فیلد بر زردی فیزیولوژیک نوزادی، انجام شد

**روش مطالعه:** این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۴۹ نوزاد تازه متولد شده با سن حاملگی بالای ۳۵ هفته و سالم با وزن ۲۰۰۰-۴۰۰۰ گرم و سطح بیلی روبین روز اول کمتر از 5 mg/dl در بخش سزارین مرکز آموزشی درمانی الزهرا انجام شد. نوزادان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه کنترل (شامل ۲۵ نوزاد) و مداخله (شامل ۲۴ نوزاد) تقسیم گردیدند. گروه کنترل مراقبت روتین بخش را دریافت کردند و گروه مداخله از روز اول تولد تا روز چهارم پس از تولد و مطابق با تکنیک فیلد (۱۹۸۶)، سه بار در روز و هر بار به مدت ۱۵ دقیقه توسط مادر، ماساژ داده شدند. داده ها پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** هر دو گروه، از نظر مشخصاتی چون رتبه تولد، جنسیت، سن حاملگی، وزن تولد، گروه خون مادر و نوع زایمان همگن بوده و اختلاف آماری معنی داری بین گروهها وجود نداشت. (P=0.7) بین میانگین بیلیروبین پوستی روزهای اول تا چهارم نیز اختلاف معنی داری بین گروهها دیده نشد. اما زمان اولین دفع مکنونیوم در گروه فیلد کوتاهتر از گروه کنترل بود. (P=0.02)

**نتیجه گیری:** یافته های پژوهش نشان داد که ماساژ نوزاد در مدت ۴ روز نمی تواند بر روند افزایش بیلی روبین موثر باشد اما زمان اولین دفع مکنونیوم را کوتاهتر کرده که خود می تواند بر شدت زردی فیزیولوژیک تاثیر گذار باشد. پیشنهاد: مطالعات دیگری لازم است تا انجام ماساژ توسط پژوهشگر صورت و یا ماساژ توسط مادر و با نظارت انجام گردد.

**کلمات کلیدی:** تکنیک فیلد، زردی فیزیولوژیک نوزادی

## درد در شیر خوران و کودکان

سونیا آرزومانیس-حضور هیئت علمی بازنشسته دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی رغم توصیه های اکید در مورد مصرف به موقع داروی ضد درد در شیر خوران و کودکان تحقیقات نشان داده که درد در شیر خوران و کودکان بطور مطلوب کنترل نمی شود. علت این مساله بی توجهی به اثرات درد در شیر خوار و عدم آگاهی در مورد پیامد های فوری و طولانی مدت درد تسکین نیافته است.

### اهداف

- ۱- آشنایی با مکانیسم هدایت Impulse درد در شیر خوران و کودکان
- ۲- معرفی تعدادی ابزار بررسی درد مرتبط با مراحل مختلف تکاملی کودکان
- ۳- آرایه تعداد معدودی از انواع مداخلات دارویی غیر دارویی تسکین درد تعیین درد و درمان آن در کودکان سخت است زیرا که شیر خوران و کودکان خردسال غالبا نتوانای یا تمایل به اظهار درد در مورد ناحیه درد و شدت آن ندارند. والدین نیز ممکن است تمایل به درد یا کمک به کودک را نداشته باشند. بعلاوه بعضی از اعضا تیم بهداشت اعتقاد دارند که کودکان به دلیل نارسایی سیستم عصبی قادر به درک و پاسخ به درد مثل افراد بالغ نیستند. بعلاوه پرستاران از نظر بررسی درد متفاوت هستند. علت این مساله فقدان دانش کافی در ارتباط با

درد، تجربیات شخصی، و عرصه تمرین و همچنین پیچیدگی ابزار بررسی است که باید برای هر سنی بطور اختصاصی استفاده شده و بدرستی تفسیر شود. در این مقاله سعی شده است که بطور اختصار در رابطه با نحوه ابراز درد در کودکان در مراحل مختلف تکاملی، و تفسیر صحیح آن همچون انواع مداخلات دارویی و غیر دارویی و عوارض ناشی از عدم مصرف به موقع دارو برای تسکین درد بحث شود.

**کلمات کلیدی:** درد- کودکان- شیرخواران

### بررسی دانش و عملکرد دانشجویان سال آخر (عرصه) پرستاری آجا در مورد محاسبات دارویی در بخشهای کودکان در بیمارستانهای آجا واقع در شهر تهران ۱۳۹۱

**فاطمه کلروزی- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، سیمین تاج شریفی فر- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، مریم نظام زاده- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، دکترآرمین زارعیان- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارتش**

**زمینه:** آشنایی با قوانین دادن دارو به بیمار یکی از مهمترین عملکردهای پرستاران است که در دوران دانشجویی پایه ریزی می شود، بنابراین بررسی سطح دانش و عملکرد در دوران دانشجویی سبب می شود برنامه ریزی مناسبی برای تقویت آن در محاسبات دارویی صورت گیرد پژوهش حاضر با هدف تعیین دانش و عملکرد دانشجویان سال آخر دانشکده پرستاری آجا در مورد محاسبات دارویی در سال ۱۳۹۱ بررسی شد.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی میباشد. در این پژوهش دانش و عملکرد ۷۰ دانشجوی سال آخر پرستاری درمورد محاسبات دارویی بررسی شد. انتخاب نمونه ها به روش سرشماری بود. برای بررسی دانش از پرسشنامه ۱۱ سئوالی و برای عملکرد از چک لیست ۲۷ سئوالی استفاده شد. برای تعیین اعتبار محتوی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی اعتبار آن را بررسی نمودند و بعد از اصلاحات لازم و تایید نهایی مورد استفاده قرار گرفت. برای پایایی درونی پرسشنامه از شاخص همسانی درونی (آلفا کرونباخ) استفاده شد و ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۹۸ گزارش شد که مؤید وجود پایایی مناسب ابزار سنجش بود. بیشترین نمره بدست آمده در دانش ۴۰ میباشد که به سه دسته دانش ضعیف، متوسط و خوب دسته بندی گردید. در قسمت عملکرد بیشترین نمره بدست آمده ۲۸ است که به دو دسته عملکرد ضعیف و خوب دسته بندی شد.

**یافته ها:** یافته ها بدست آمده نشان می دهد میانگین کل دانش  $33/07 \pm 4/96$  بود که در سطح خوب قرار گرفت و میانگین کل عملکرد  $10/52 \pm 3/98$  بدست آمد که در سطح ضعیف دسته بندی شد. ارتباط بین دانش و عملکرد معنی دار نبود ( $F=0/045$ ) در ارتباط بین متغیرهای ارتباط معنی داری مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** یافته ها این مطالعه نشان می دهد که با وجود دانش خوب و داشتن مهارت در محاسبه دارویی اما عملکرد در سطح ضعیف قرار دارد. از آنجایی که دارو دادن از حساسیت زیادی در فرایند مراقبتی بیماران برخوردار است لازم است که آموزشهای علمی و برنامه های عملیاتی در زمینه محاسبات دارویی برای دانشجویان فراهم شود.

**کلمات کلیدی:** محاسبات دارویی، دانش، عملکرد، دانشجوی پرستاری

### بررسی تاثیر گلوکز خوراکی ۳۰٪ بر شدت درد ناشی از خونگیری در نوزادان ترم

**نغمه رزاقی- کارشناس ارشد پرستاری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد منیر رمضانی، دکتر اکرم السادات حسینی- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، طاهره محبی، دکتر بسکابادی**

**زمینه:** درد تسکین نیافته در نوزادان میتواند به اثرات زیان آور کوتاه مدت و طولانی مدت منجر شود برای کنترل درد در نوزادان اقدامات مختلف غیر دارویی، پیشنهاد شده است. این مطالعه با هدف تاثیر گلوکز خوراکی ۳۰٪ بر شدت درد بعد از خونگیری نوزادان ترم انجام شده است.

**روش مطالعه:** در این مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی ۸۰ نوزاد ترم بستری در بیمارستان هاشمی نژاد مشهد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۴۰ نفری تقسیم شدند. گروه اول، گروه کنترل که بدون درمان خاصی تحت خونگیری قرار می گیرند. در گروه دوم، نوزادان ۲ دقیقه قبل از خونگیری، ۲ سی سی گلوکز خوراکی ۳۰ درصد دریافت کردند هم زمان با سوزن زدن، امتیاز DAN به وسیله یک فرد ثابت و آموزش دیده مشاهده، محاسبه و ثبت گردید. هم چنین مدت زمان گریه کردن بر حسب ثانیه از شروع تا سکوتی که با فاصله زمانی حداقل ۵ ثانیه اندازه گیری شد

**یافته ها:** میانگین امتیاز DAN در گروه روتین  $1/94 \pm 0/5$  و در گروه گلوکز  $92/1 \pm 80/4$  بود. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که اختلاف میانگین شدت درد در دو گروه معنی دار می باشد. ( $p=0.001$ ) از نظر زمان گریه بین سه گروه تفاوت معنی داری دیده نشده است.

**نتیجه گیری:** گلوکز ۳۰٪ شدن درد ناشی از خونگیری را در نوزاد ترم کاهش داده است. ولی بر مدت گریه تاثیر نداشته است.

**کلمات کلیدی:** درد نوزاد- گلوکز - خونگیری

### مراقبت آغوشی مادرانه (KMC) و نقش آن در تسکین درد نوزادان

**سکینه ابراهیمی- دانشجوی کارشناسی ارشد نوزادان، طاهره اسلام زاده- کارشناس پرستاری، فریده پورزال کلوچه اصل- کارشناس پرستاری**

نوزادانی که در دوره نوزادی بیمار یاتارس به دنیایم آیند در معرض استرس های مختلفی که شامل پروسیجرهای دردناک است قرار میگیرند. درد کنترل نشده نوزادان باعث بروز عوارض کوتاه مدت و بلند مدت می شود. تخمین زده میشود که نوزادان در NICU به طور متوسط هر روز در معرض ۱۲ پروسیجر تهاجمی قرار دارند. استراتژیهای برای کاهش تعداد رویه های دردناک و همچنین کاهش درد حاصله از این رویه هادر نوزادان انجام شده است مثل تاثیر ساکارز و همچنین مکیدن بر کاهش درد نوزادان. KMC به مراقبت آغوشی اطلاق میشود که نوزاد لخت بوده و بایک دیپایر وکلاه به صورت ایستاده در تماس پوست با پوست مادر قرار می گیرند. مکانیسم KMC دقیقاً مشخص نیست ولی فواید زیادی گزارش شده است که باعث بهبودی و پایداری فیزیولوژیک و تحریکات حسی نوزاد میشود. هدف از این مطالعه تاثیر KMC بر کاهش درد حین رگ گیری میباشد. این مطالعه یک مطالعه مروری می باشد که به بررسی مطالعات انجام شده در مورد KMC و مدیریت درد در نوزادان با جستجو در پایگاه داده های الکترونیکی CinAHL, Web of science, PUBMED, بین سالهای ۲۰۱۲-۲۰۰۷ می پردازد از کلید واژه های نوزاد تازه متولد شده، تماس پوست با پوست، مراقبت آغوشی مادرانه استفاده شد. ابزار های مورد استفاده جهت اندازه گیری درد در این مطالعات، NIPS, PIPP تغییرات ضربان قلب، اشباع اکسیژن خون شریانی میباشد. شواهدی وجود دارد که KMC به طور قابل توجهی می تواند درد را در نوزادان فول ترم کاهش دهد و باعث پایداری فیزیولوژیک در نوزادان نارس شود. ولی این مطالعات نتوانست اثرات درمانی این مداخله را به ما نشان دهد. نتیجه آنکه KMC یک مداخله طبیعی بدون هزینه اضافی است که میتواند آسانی در NICU اجرا شود و این روش به عنوان یکی از روش های بی خطر مدیریت درد در رویه رایج رگ گیری در بخش مراقبت ویژه نوزادان توصیه می شود.

**کلمات کلیدی:** درد، مراقبت آغوشی مادرانه، بخش مراقبت های ویژه نوزادان

## بررسی موانع کنترل درد در بخش های اطفال

ساره جعفری - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

کنترل درد جزء حقوق مهم کودکان و یکی از اولویتهای درمان است. تسکین درد از بروز عواقب ناگوار و عوارض جدی پیشگیری میکند و نوید بخش رشد و تکامل طبیعی نسل آینده است. درد کودکان بستری در بیمارستان اغلب به خوبی تحت درمان قرار نمی گیرد. هدف از ارائه این مطالعه مروری بررسی موانع کنترل درد در بخشهای کودکان می باشد. امروزه بیشتر از ۹۰٪ کودکان بستری در بیمارستان رویه های تهاجمی دردناک را تجربه می کنند. محققین پرستاری در تلاش خود برای یافتن علل کنترل ناکافی درد با بهره گیری از اصول و مفاهیم اولیه فرایند تصمیم گیری در پرستاری چند دسته از عوامل (مدیریتی، آموزشی، انگیزشی، محیطی تجهیزات) را مؤثر دانسته اند. همچنین تحقیقات نشان داده که دستور دارویی ناکافی جهت کاهش درد، عدم دستور پیش دارو قبل از انجام رویه های دردناک، زمان ناکافی جهت دارو درمانی قبل از رویه های دردناک، کم اهمیت شمردن کنترل درد توسط پرسنل، آکراه والدین برای دارودرمانی کودک، آکراه بیمار در گزارش میزان درد، نگرانی در مورد عوارض دارویی یا مقاوم شدن به ضد دردها، کمبود دانش در مورد روشهای کنترل درد، کم اهمیت شمردن کنترل درد توسط مدیریت پرستاری جزء موانع کنترل درد کودکان می باشند. در مطالعه ای دیگر نیز این موانع در سه حیطه عوامل سازمانی، عوامل مربوط به مشخصات کودک عوامل مربوط به ماهیت بیماری و درمان آن طبقه بندی شده است. نتایج مرور متون نشان داد پرستاران در بکارگیری روشهای کاهش درد در کودکان با مشکلات و موانع متعددی در حیطه های مختلف روبرو هستند که تشکیل کمیته پرستاری درد کودکان در بیمارستان می تواند راهکاری جهت کاهش این مشکل باشد.

**کلمات کلیدی:** موانع، کنترل درد، کودکان

### تأثیر تغذیه با سینه مادر بر درد ناشی از خونگیری در نوزاد

طاهره اسلام زاده - کارشناس پرستاری، پرستار بیمارستان آموزشی درمانی کودکان تبریز، مهناز جبرائیلی - کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**زمینه:** تغذیه نوزاد از سینه مادر یک محرک خوشایند بوده و ما فرض بر این داشته ایم که می تواند ضد درد مناسبت در نوزادان باشد لذا هدف از انجام این مطالعه بررسی تاثیر تغذیه با سینه مادر بر درد ناشی از خونگیری در نوزادان بستری بوده است.

**روش مطالعه:** مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در آن ۷۷ نوزاد بستری در بخش نوزادان مرکز آموزشی درمانی کودکان شهر تبریز مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه آپگار بالا حین تولد، وزن بالای ۲۵۰۰ گرم، عدم دریافت مسکن ۲۴ ساعت قبل و عدم شیردهی نیم ساعت قبل از خونگیری بود. در این مطالعه با استفاده از روش تصادفی ساده نوزادان به دو گروه تقسیم شدند از نوزادان در گروه اول حین شیر خوردن در آغوش مادر خونگیری به عمل آمد و با استفاده از ابزار سنجش درد، درد نوزاد با توجه به پاسخهای رفتاری نوزاد ارزیابی شد و نوزادان گروه دوم به روش معمول تحت خونگیری قرار گرفته و درد نوزاد مورد ارزیابی قرار گرفت و در نهایت با استفاده از آزمون آماری test-t sample-Independent مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت

**یافته ها:** یافته ها مطالعه نشان داد که میانگین سن در نوزادان گروه اول  $10/1 \pm 1/9$  روز و در گروه دوم  $11/5 \pm 1/4$  روز بوده است. میانگین طول مدت بستری در نوزادان گروه اول  $1/1 \pm 2/1$  و در گروه دوم  $1/9 \pm 2/8$  و میانگین وزن در هنگام مطالعه در گروه اول  $3323/5 \pm 660/8$  و در گروه دوم  $2909/7 \pm 699/9$  بود. از نظر جنس در هر دو گروه بیشترین درصد مربوط به جنس مونث بود و

علت بستری در هر دو ایکت بود و تقریباً همه نوزادان سابقه خونگیری داشتند. یافته ها همچنین نشان داد که تعداد ضربانات قلب در هر دو گروه حین خونگیری افزایش یافته بود که از نظر آماری نیز معنی دار بود ( $P < 0/001$ ) میانگین نمره درد در نوزادان گروه اول (تغذیه با سینه مادر)  $2/17 \pm 2/05$  و در گروه دوم  $3/53 \pm 6/58$  بود. آزمون آماری test-t sample-Independent نشان داد که بین این دو گروه از نظر نمره درد تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). تجربیات پژوهشگران حین انجام مطالعه نشان داد که مادرانی که نوزاد آنها در گروه اول قرار داشتند از اینکه نقشی در کاهش درد نوزاد خویش داشتند ابراز رضایت می نمودند.

**نتیجه گیری:** فرایند مراقبت و تسکین درد در حیطه فعالیتهای و مراقبتهای پرستاری جای دارد و می بایست در استانداردهای مراقبتی و پرستاری در اولویت قرار بگیرد از آنجائیکه بر اساس یافته ها این مطالعه خونگیری حین تغذیه با شیر مادر باعث احساس کمتر درد در نوزادان می شود لذا پیشنهاد می شود پرستاران شاغل در بخشهای نوزادان و NICU در صورت امکان از این روش در رویه های دردناک استفاده نمایند.

**کلمات کلیدی:** درد، نوزاد، شیر مادر

### دستورالعمل های کاهش درد در نوزادان بر اساس عملکرد مبتنی

#### بر شواهد

فاطمه امیری - فارغ التحصیل کارشناسی ارشد، سید محمد خادم الحسینی، مریم فرغ سرهنکی، مریم عباس عبادی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

**زمینه:** تکرار پروسیجرهای دردناک بر روی نوزادان بستری باعث اختلال در روند تکاملی آنها می شود. مطالعه حاضر با هدف تدوین دستورالعملهای پرستاری بر اساس عملکرد مبتنی بر شواهد در جهت کاهش و تسکین درد در نوزادان بستری در NICU انجام شده است.

**روش مطالعه:** این مطالعه به شیوه تکاملی که بر اساس مدل استتار و پرستاری مبتنی بر شواهد انجام شد. مقالات از سایت های Pub Med, Cochran, SID, CINAHL و... با کلید واژه های "درد"، "نوزادان پرخطر" جمع آوری شد. مقالات بر اساس معیارهای ورود که ۱. بین سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲- ۲. اولویت با مقالات RCT و systematic review ۳. در مورد نوزادان پرخطر ۴. در مورد مراقبت های پرستاری کاهش درد در بخش مراقبت ویژه نوزادان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. دستورالعملها بر اساس این مقالات، تدوین و کیفیت آنها با چک لیست "بررسی کیفیت دستورالعمل" که بر اساس چارچوب فرایند پرستاری و ابزار Agree و GLIA ساخته شده بود بررسی شد. برای تعیین اعتبار دستورالعملها از نظر خبرگان به صورت اعتبار محتوی به شیوه کیفی و برای تعیین عملی بودن آنها از جلسات گروهی متمرکز با پرستاران NICU استفاده شد.

**یافته ها:** بر اساس مقالات موجود ۱۴ دستورالعمل تدوین و تایید شد. بعضی از دستورالعملها شامل: بررسی شدت و کیفیت درد بر اساس ابزار NIPS استفاده از روش غیر دارویی تحریک مکیدن با استفاده از روشهای غیر مغزی مانند سینه خالی مادر استفاده از روش کانگروبی و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، در حین و بعد از پروسیجرهای دردناک کوچک استفاده از وضعیت فلکسیون برای نوزاد (Facilitative Tucking) استفاده از وضعیت خوابیده به شکم در حین خونگیری.

**نتیجه گیری:** پرستاران به عنوان مهمترین گروهی که در کاهش درد نقش دارند موظف هستند با انجام دستورالعملها و روشهای دارویی و غیر دارویی در کاهش و تسکین درد نوزادان کوشا باشند.

**کلمات کلیدی:** نوزاد، درد، عملکرد مبتنی بر شواهد، دستورالعمل

## بررسی تاثیر ساکاروز خوراکی و پستانک بر درد ناشی از پروسیجرهای ساده تهاجمی در نوزادان نارس

حائیه رحمان - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه: برخلاف عقیده رایج قبلی نوزادان درد را حس می نمایند و حتی ممکن است حساسیت آنها به درد و اثرات دراز مدت ناشی از آن بیش از شیرخواران بزرگتر باشد زیرا مسیر انتقال درد در نوزادان به طور کامل تکامل یافته و این در حالی است که سیستم مهار کننده آن از رشد مناسبی برخوردار نیست. تجارب دردناک در طولانی مدت در نوزادان باعث عوارض روانی نیز می شوند. با این وجود در اکثر نوزادان معمولا کنترل موثر درد صورت نمی گیرد. امروزه تحقیقات زیادی در مورد روش های غیر دارویی تسکین درد در نوزادان صورت گرفته است که از آن جمله می توان به استفاده از ساکاروز اشاره کرد. و در مقاله قصد داریم تاثیر ساکاروز خوراکی و پستانک بر درد ناشی از پروسیجرهای ساده تهاجمی در نوزادان نارس را بررسی نماییم.

**روش مطالعه:** مقاله حاضر نوعی مقاله مروری بوده که با هدف بررسی با استفاده از جستجوی مقالات با موتورهای جستجوگر اینترنتی و سایت های معتبر علمی از قبیل: Magiran, Medline, Cochrane library, Clinical key و Ovid با کلیدواژه های ساکاروز، درد، نوزاد نارس، پروسیجرهای دردناک انجام گردیده است. در مجموع ۱۵ مقاله فارسی و انگلیسی در این زمینه استخراج شد و سپس بنا به تناسب نگارش مقاله حاضر تعدادی از آنها استفاده گردید.

**نتایج:** Elserafy و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند اثر سینتریک ترکیب ساکاروز (0.5ml, 24%) و ساکینگ غیر تغذیه ای (پستانک) از لحاظ بالینی در تسکین درد پروسیجرهای ساده از قبیل رگ گیری (Venipuncture) یا سوزن به پاشنه پا در نوزادان ترم و پری ترم مؤثرتر و مطمئن تر بوده اند.

Milica (۲۰۱۰)، استفاده از ساکاروز با غلظت ۰.۲۸٪ (0.6mg/kg)، پارامترهای فیزیولوژیکی نشان دهنده درد از جمله ضربان قلب و تعداد تنفس را به طور مؤثری در مقایسه با گروه کنترل کاهش داد و میزان اشباع اکسیژن شریانی را به میزان مؤثری افزایش داد. مطالعه اعرافی و همکاران (۱۳۸۶)، نشان داد که محلول سوکروز و کرم املا هردو باعث کاهش شدت درد و مدت زمان گریه و امتیاز DAN می شوند، ولی به دلیل اثر سریع و سلامت بیشتر، محلول سوکروز توصیه می شود. مرادی و همکاران (۱۳۹۱)، نتایج نشان داد که ساکاروز 50 درصد به طور معنی داری در زمان های بلافاصله و 5 دقیقه بعد از تزریق باعث تسکین درد شد، ولی ساکاروز 20 درصد فقط 5 دقیقه بعد از تزریق مؤثر واقع شد.

**نتیجه گیری:** ساکاروز برای کاهش درد ناشی از پروسیجرهای ساده تهاجمی در نوزادان نارس روشی مؤثر، مطمئن، ارزان و قابل دسترس می باشد. در مطالعه های مختلف اثربخشی ضد درد ساکاروز با غلظت های ۰.۲۸٪ و بالاتر این ماده به دست آمد. ولی استفاده از ساکاروز و پستانک با هم با تقویت اثر کاهش درد روش مطمئن تر و مؤثر است.

**کلمات کلیدی:** ساکاروز، پستانک، درد، پروسیجرهای ساده تهاجمی، نوزاد نارس.

### مدیریت درد پروسیجرال

راحله قاسمی - کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش عفونی بیمارستان مرکز طبی کودکان

زمینه: درد یکی از مفاهیم پرستاری است و تسکین درد از وظایف و اولویت های مراقبتی می باشد. در بخش اطفال پرداختن به درد اهمیت بیشتری پیدا می کند چرا که شناسایی درد در نوزادان و کودکان یک چالش است. در حال حاضر بدنه ی نسبتا مفصلی درباره ی مفهوم درد، ادراک، تفسیر و واکنش به آن و نیز راه

های شناسایی، اندازه گیری و درمان وجود دارد. درد پروسیجرال یکی از انواع بااهمیت درد است که خصوصا در بخش های نوزادان و کودکان دارای اهمیت بسیاری است. تحقیقت نشان داده اند درد پروسیجرال در صورت عدم درمان می تواند عواقب روانی متعددی روی کودکان داشته باشد. درد پروسیجرال دردی است که در محیط های بالینی در اثر انجام رویه های تشخیصی و درمانی به بیمار متحمل می شود. درد رگ گیری و تزریقات عضلانی به عنوان مثال، یکی از رایج ترین دردهایی است که در منابع متعددی به استرس زا و ترسناک بودن آن برای کودکان تاکید شده است. در برخی مطالعات درد رگ گیری ترسناک ترین رویه بیمارستانی از نظر کودکان تلقی شده است. انجمن پرستاری مدیریت درد آمریکا توصیه های عملی برای تسکین درد پروسیجرال ارائه کرده است. این توصیه ها شامل آرامش و رفع ناراحتی قبل، حین و بعد از رویه تهاجمی را شامل شده و روش های تسکینی دارویی و غیردارویی را شامل می گردد. تسکین درد یک وظیفه ی حرفه ای و اخلاقی برای پرستاران است. در این مقاله توصیه های عملی برای تسکین و آرامش دهی به بیماران قبل، حین و بعد از رویه های دردناک داده می شود. مطالعه ی مقاله می تواند پرستاران را با روش های مبتنی بر شواهد آشنا نموده و به آن ها در ارائه برنامه مراقبتی بیمار محور و کل نگر که تمام ابعاد جسمی، روحی و اجتماعی را در بر می گیرد کمک نماید.

**کلمات کلیدی:** درد پروسیجرال، تسکین درد

## بررسی میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی

محبوبه مهری - کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، مینومیترا چهارم-خسوف هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت معصومه الهی - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دکتر مریم کوشا - فوق تخصص روانپزشکی اطفال و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

زمینه: اختلال نقص توجه و بیش فعالی به درجاتی از بی توجهی، انگیزش نای، کار بدون اندیشه و بیش فعالی نامناسب نسبت به سطح تکاملی اطلاق میشود. این اختلال شایعترین اختلال عصبی-رفتاری دوران کودکی بوده و حدود ۳ تا ۷ درصد از جمعیت کودکان سن مدرسه را درگیر میکند. به دلیل فراوانی مشکلات رفتاری این کودکان، والدین این کودکان تنش والدگری بیشتری را نسبت به والدین کودکان عادی تحمل میکنند. مادران کودکان مبتلا، افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری را نسبت به مادران کودکان سالم تجربه میکنند.

**روش مطالعه:** مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی با هدف تعیین میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی می باشد. جامعه پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی سن مدرسه مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال رشت بود که به روش مبتنی بر هدف نمونه گیری شدند. (۳۵ نفر) برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس والدین (DASS-) استفاده شد. این مقیاس در ایران در سال ۸۴ توسط صاحبی و همکاران اعتباریابی شده و برای سنجش پایایی (برروی ۱۰ واحد مورد پژوهش) از الفا کرونباخ (0.96) و آزمون مجدد (R=0.85) استفاده شد. جهت گردآوری داده ها، پس از کسب رضایت مادران، پرسشنامه ها توسط آنها تکمیل میگردد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** اکثریت کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی ۸ ساله (۳۱/۴٪)، پسر (۸۵/۷٪) و فرزند اول (۷۴/۳٪) بودند. در ۲۰٪ موارد کودک دیگری مبتلا به این نقص در خانواده وجود داشت. همچنین تحصیلات پدران (۵۴/۳٪) زیر دیپلم و مادران (۴۵/۷٪) دیپلم بودند. شغل اکثریت پدران (۶۵/۷٪) آزاد و مادران (۷۷/۳٪) خانه دار بودند. همچنین یافته ها نشان داد اکثریت مادران

کودکان مبتلا، دارای استرس خفیف و متوسط (۶۲/۹٪) و اضطراب شدید و خفیف (۹۱/۴٪) و افسردگی شدید و خفیف (۶۲/۹٪) بودند.

**نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد اکثریت مادران کودکان مبتلا دارای استرس، اضطراب و افسردگی می باشند. پیشنهاد میشود جهت کاهش این مشکلات تدابیری مانند مشاوره و آموزش های رفتاری برای این مادران در نظر گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اضطراب، استرس، افسردگی، مادران

### تأثیر موسیقی بر شدت درد نوزادان در زمان خونگیری از پاشنه پا

**نسرین صفری - کارشناسی ارشد پرستاری حمیدرضا کوهستانی؛ کارشناسی ارشد پرستاری؛ معصومه سبزی گل - کارشناسی ارشد پرستاری؛ نیره باغچقی - کارشناسی ارشد پرستاری؛ معصومه لطیفی - کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک**

**زمینه:** پروسیجرهای دردناک در نوزادان میتواند به اثرات زیانبار کوتاه مدت و طولانی مدت منجر شود و لزوم کنترل درد با استفاده از روشهای غیرتهاجمی را حائز اهمیت میسازد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر موسیقی بر شدت درد ناشی از خونگیری از پاشنه پا در نوزادان شهر ساوه انجام گردیده است.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی، یک سوکور و سه گروهی میباشد. نمونه های پژوهش ۱۷۵ نوزاد ۳ تا ۵ روزه مراجعه کننده به بیمارستان هفده شهریور ساوه میباشند که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند و به طور تصادفی از یک دقیقه قبل از خونگیری و حین خونگیری در سه گروه مداخله ۱ با صدای ضربان قلب، مداخله ۲ با آهنگ لالایی و گروه شاهد قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بوده و ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه استاندارد بررسی درد نوزاد میباشد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها پژوهش نشان داد که بین میانگین نمره درد در سه گروه تفاوت معنی دار وجود دارد و میانگین نمره درد در دو گروه مداخله ۱ و ۲ کمتر از گروه شاهد بود. همچنین بین میانگین نمره درد در دو گروه مداخله نیز تفاوت معنی دار مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** مجموعاً یافته ها نشان داد که هم لالایی و هم ضربان قلب بر کاهش درد نوزادان به هنگام انجام خونگیری از پاشنه پا دارای اثرات مثبت میباشند با این حال موسیقی ملایم و ریتمیک دارای اثرات بهتری نسبت به ضربان قلب میباشد.

**کلمات کلیدی:** موسیقی، درد، نوزاد، خونگیری از پاشنه پا

### مدیریت درد در نوزادان

**لیلا لطیفی - کارشناس پرستاری، مریم بزاز راستگار - کارشناس پرستاری، مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**زمینه:** پیشرفت های مراقبت نوزادان در دو دهه گذشته منجر به افزایش بقای نوزادان بسیار نارس بیمار شده است که در معرض روشهای تشخیصی و درمانی دردناک ولی از نظر طبی ضروری قرار دارند. پیشگیری از درد نه تنها از نظر اخلاقی یک ضرورت است، بلکه ممکن است اثرات دردناک روی مغز در حال تکامل این نوزادان را به حداقل برساند. برخلاف دستاوردهای مربوط به ارزیابی و مدیریت درد، در طول ۲۰ سال گذشته، هنوز یک شکاف بزرگ بین مراقبتهای معمول و شواهد علمی وجود دارد. انجمن بین المللی مطالعه درد، آن را یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند مربوط به آسیب واقعی یا بالقوه بافتی تعریف می کند در نوزادان، مشخصات فیزیولوژیک، رفتاری و هورمونی اطلاعات عینی و

قابل سنجشی در مورد محل، شدت و مدت محرکهای دردناک فراهم می کنند. این پاسخ ها می توانند در ترکیب با سایر مشخصات زمینه ای برای حدس وجود درد استفاده شود. گروه بین المللی مبتنی بر شواهد درد نوزادی، دستورالعملهایی برای پیشگیری و درمان درد نوزادان تهیه کرده اند، علاوه بر آن، مهارت فرد انجام دهنده روش، پاسخ به درد شیرخواران را تحت تأثیر قرار می دهد. مشاهدات دقیق، ارزیابی و انجام اقدامات لازم، مسئولیت مراقبت کننده است. مداخلات کاهش درد با روش های دارویی و غیردارویی انجام می شود. روش های غیردارویی با هدف کمک به کاهش درد و استرس و افزایش همزمان توانایی نوزاد برای سازگاری با شرایط و بهبودی از روش های انجام شده ی بالینی و ایجاد فواید بیشتر برای درمان دارویی انجام میشوند. از جمله کاهش تعداد مداخلات دردناک، عدم انجام مداخلات دردناک با مراقبت های معمول غیر اورژانس، به حداقل رسانیدن دستکاری و جابجایی و کاهش محرک های محیطی مثل نور و صدا. اقدامات رفتاری نیز شامل: در آغوش گرفتن یا قنداق کردن با پتو، دادن پستانک، دادن سوکروز و شیردهی می باشد. روش های دارویی مانند: مخدرهای وریدی، ضد دردهای غیرمخدر، کرم EMLA، کرم لیدوکائین لیدوزومال، عوامل بلوک کننده عصبی عضلانی و ...

**کلمات کلیدی:** نوزاد بستری، مدیریت درد، دارویی، غیردارویی

### گروه درمانی راهکاری موثر در کنترل صرع کودکان

**مژگان قاسمی - کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر**

**زمینه:** صرع یکی از اختلالات شایع نورولوژیک است که با حملات تشنجی بروز می کند و ناشی از تخلیه الکتریکی نامتعارف و متناوب نورون های مغز است. استفاده از روش های غیر دارویی در کنار دارو درمانی در درمان آن موثر است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی بر کنترل صرع کودکان انجام گردیده است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر مطالعه مروری و سیستماتیک از منابع اطلاعاتی معتبر داخلی و بین المللی با کلید واژه های گروه، کنترل، صرع و کودکان می باشد. **یافته ها:** کودکان خود پنداری و عزت نفس را از مشاهده واکنش دیگران و درک خود از توانایی هایشان به دست می آورند. حملات ناگهانی و پیش بینی نشده و واکنش دیگران در احساسات آنان تأثیرگذار است. کودک مصروع در مقایسه با سایر همسالان خود، خود را تنها و طرد شده می پندارد، برای پیشگیری و درمان روشهای مختلف جهت تخلیه هیجانی مانند استفاده از نمادها و نشانه ها برای بیان و وصف احساسات و عواطف و تجارب درونی بسیار مؤثر است. تحقیقات نشان داده که چنانچه کودکان مصروع به فعالیت هایی که مورد علاقه آنهاست بپردازند، میزان حملات کمتر از زمانی است که به اکراه به فعالیتی اشتغال دارند. به عقیده پیازه بازیهای نمادین در گستره ذهنی کودک نقش اساسی دارد، بطوریکه دامنه آن از محدوده نا هشیارانه گسترده تر است. لذا هرگونه اندیشه نمادی در عین حال که هشیارانه است، نا هشیارانه نیز می باشد. بنابراین بازی و نقاشی به عنوان عمل مناسبی برای تجلی اندیشه و نیز بهترین کانال های رها سازی و انتقال احساسات مثبت و منفی حداقل از دو سو مورد توجه است، یکی اینکه انجام این امور ارزش تشخیصی دارد و دیگر آنکه به عنوان یک روش درمانی یا حداقل یک ابزار مناسب درمان حائز اهمیت است. مدارس نقش بسیار مهمی در این نوع درمان ایفا می کنند. آنها با تشکیل گروه های ۸ - ۶ نفری بازی و یا ورزش مورد علاقه کودکان، و یا در گروه های نمایشی و تئاتر می توانند علی رغم آن که موجبات تعامل کودک مصروع با همسالانش می شود باعث بالا بردن اعتماد به نفس و احساس خود ارزشمندی او گردد.

**نتیجه گیری:** گروه درمانی به کودک کمک می نماید تا علاوه بر پذیرش واقعیت بیماری خود او را تشویق نمایند تا موجبات تعامل او با همسالانش گردد و باعث بالا بردن اعتماد به نفس و احساس خود ارزشمندی او گردد تا زندگی عادی خود



را دنبال نماید. بنابراین پیشنهاد می گردد که علاوه بر درمان دارویی از گروه درمانی در درمان صرع کودکان استفاده شود.  
**کلمات کلیدی:** گروه درمانی، کنترل، صرع کودکان

### ارزیابی میزان درد در نوزادان

سمیه محمودیان - کارشناس پرستاری، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**زمینه:** بررسی میزان درد در نوزادان پنجمین علامت حیات است و ضرورت سنجش آن در علائم حیاتی محسوس می باشد. مقیاس درد در نوزادان جهت اندازه گیری میزان درد قبل و بعد از کارهای بالینی مانند رگ گیری، بزل مایع نخاع از کمر و... استفاده می گردد. سنجش درد در نوزادانی که داروهای آرامبخش دریافت کرده اند، به راحتی میسر نمی باشد، چرا افزایش تعداد ضربان قلب و افزایش فشار خون ممکن است نشان از نیاز به آرامبخش بیشتر باشد. مقیاس درد در نوزادان نارس بر اساس سن داخل رحمی، حالت رفتاری قبل از محرک دردناک، تغییر در ضربان قلب در طی انجام فعالیتهای دردناک، تغییر در درصد اشباع اکسیژن خون در طی محرک دردناک همراه با تغییراتی در چهره چون پیشانی برآمده و چین و چروکهای بینی و لبها در طی محرک دردناک تعیین می شود. از مداخلات مختلفی برای مدیریت درد و تنش نوزادان استفاده می شود که می توان به شرایط زیست محیطی چون کاهش نور و سر و صدای اطراف نوزاد، رفتاری همانند لمس و در آغوش گرفتن و در نهایت دارویی با استفاده ی مناسب و منطقی از داروهای ضد درد و آرامش دهنده اشاره نمود. هر بخش ویژه نوزادان باید دستورالعمل مشخصی برای ارزیابی و برخورد با درد داشته باشد و پرسنل آموزش های لازم را در این مورد فرا گرفته باشند. مدیریت مناسب درد در نوزادان تنها پس از ارزیابی درد میسر می شود. بدین دلیل از درد به عنوان علامت حیاتی پنجم یاد می شود. بنابراین توصیه میشود که با توجه به معیارهای یاد شده، میزان درد در نوزادان بررسی شود و سپس با توجه به روشهای مناسب آرام سازی جهت کاهش درد در نوزادان اقدامات لازم مبذول و اجرا گردد که در این زمینه پرستاران نقش بسیار جدی دارند. لذا با توجه به درجه درد در نوزادان و درج آن در فرم گزارش پرستاری از اهمیت بسیاری برخوردار می باشد.

**کلمات کلیدی:** درد، نوزاد، بررسی درد

### ترجمه و روان سنجی نسخه فارسی ابزار سوگ مزمن کندال در مادران کودکان مبتلا به سرطان

لیلا نیک فرید - دانشجوی دکتری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دکتر مریم رسولی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دکتر لیلی بریم نژاد - استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دکتر حمید علوی مجد - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

**زمینه:** هدف مطالعه ی حاضر ترجمه و روان سنجی ابزار سوگ مزمن کندال (KCSI) در جمعیت مادران ایرانی دارای کودک مبتلا به سرطان بوده است. **روش مطالعه:** در این پژوهش روش شناسی، ابزار سوگ مزمن کندال با استفاده از شیوه وایلد و همکاران (2005)، ترجمه و ترجمه برگردان شد. روایی محتوا و صوری آن توسط ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی متخصص در زمینه های مختلف پرستاری و روان شناسی تعیین گردید. ۲۶۴ مادر دارای کودک مبتلا به سرطان مراجعه کننده به سه بیمارستان مرکز طبی کودکان، مفید و علی اصغر که به روش در دسترس نمونه گیری شدند، ابزار فارسی را تکمیل کردند. روایی سازه و پایایی همسانی درونی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تعیین آلفای

کرونباخ بررسی گردید. برای تعیین پایایی ثبات، از روش آزمون مجدد برای ۲۰ شرکت کننده به فاصله ۲ هفته استفاده شد.

**یافته ها:** تحلیل عاملی، وجود سه عامل را تایید کرد که ۴۹/۹۲ درصد واریانس ابزار را تبیین می کرد. آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۴  $\alpha$  نشان دهنده همسانی درونی آن بود. ضریب همبستگی پیرسون (۰/۰۰۱  $P$ ، ۰/۸۶  $r$ ) پایایی ثبات ابزار را تایید کرد. میانگین نمره سوگ مزمن در شرکت کنندگان در این مطالعه (SD=۱۵/۸۱) ۷۶/۳۹ بوده است.

**نتیجه گیری:** نسخه فارسی ابزار سوگ مزمن کندال (KCSI) را می توان به عنوان یک ابزار روا و پایا برای اندازه گیری سوگ مزمن در مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار داد.

**کلمات کلیدی:** سوگ مزمن، مادران، کودک مبتلا به سرطان، روان سنجی

### بررسی نیازهای آموزشی والدین کودکان مبتلا به صرع مراجعه کننده به بخش اطفال بیمارستان امیرالمومنین (ع) گناوه

فرخنده بهزادی - کارشناس ارشد مدیریت پرستاری کودکان، مرگان قاسمی - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر - گناوه، بیمارستان امیرالمومنین (ع)

**زمینه:** صرع یکی از قدیمی ترین و شایع ترین اختلالات عصبی است که از سنین کودکی آغاز می شود. از آنجایی که این بیماری سیر مزمن و عود کننده دارد حمایت عاطفی و آموزشی به والدین از مداخلات مهم به حساب می آید. اهداف پژوهش شامل نیازهای آموزشی والدین کودکان مبتلا به صرع در مورد شناخت و عوامل ایجاد کننده بیماری، نیازهای آموزشی در مورد مراقبت، دارو و ورزش و عملکرد در صورت بروز حمله می باشد.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با هدف تعیین نیازهای آموزشی والدین کودکان مبتلا به صرع مراجعه کننده به بخش کودکان بیمارستان امیرالمومنین (ع) گناوه تنظیم شده است. جامعه این پژوهش ۴۸ نفر از والدین کودکان مبتلا به صرع می باشد. روش جمع آوری داده ها پرسش نامه می باشد که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل سوالات مربوط به اهداف پژوهش است.

**یافته ها:** در مورد هدف اول یافته ها نشان داد که ۸۵/۲ درصد والدین در زمینه شناخت و ۶۳ درصد در مورد عوامل ایجاد کننده بیماری آگاهی پایین دارند. در مورد هدف دوم تحقیقات نشان داد که در زمینه مصرف دارو ۷۹ درصد در زمینه ورزش ۹۹ درصد، بروز حمله ۹۳ درصد، مهارتهای عملی مادران در صورت بروز حمله ۸۹ درصد آگاهی پایین دارند. در نهایت در زمینه مراقبت در کودک ۹۲ درصد مادران نیاز به آموزش دارند.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتیجه پژوهش ضرورت برنامه ریزی صحیح جهت آموزش مادران در امر مراقبت از کودک از اهمیت خاصی برخوردار است.

**کلمات کلیدی:** صرع، آموزش، والدین

### بررسی میزان رشد پس از سانحه در مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن در بیمارستان مرکز طبی کودکان ۱۳۹۲

طاهره خان محمدزاده - کارشناس پرستاری، دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان مرکز طبی کودکان

**زمینه:** رشد پس از سانحه به دنبال انواع مختلف تروما رخ می دهد. این مفهوم در مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن در ایران بررسی نشده است. این مطالعه با هدف بررسی میزان رشد پس از سانحه در مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن و نیز ارتباط بین آن با متغیرهای فردی صورت گرفته است. **روش مطالعه:** برای این مطالعه توصیفی تحلیلی با استفاده از روش نمونه گیری

## بررسی ویژگی های کودکان و نوجوانان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی بستری در مرکز توانبخشی معلولین ذهنی شهید بهشتی مشهد

هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی

**زمینه:** عقب ماندگی ذهنی توان هوشی کمتر از میانگین جامعه نامیده می شود. توان هوشی با یک آزمون استاندارد سنجیده می شود و با میانگین طبیعی ضرب هوشی که ۱۰۰ است مقایسه می گردد. عقب ماندگی ذهنی منجر به عدم توانایی فرد در انجام مسؤولیت های عادی زندگی می گردد و به پنج گروه مرزی، خفیف یا آموزش پذیر، متوسط یا تربیت پذیر، شدید و عمیق تقسیم می گردد.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک بررسی گذشته نگر و مقطعی بوده و هدف از انجام آن بررسی ویژگی های کودکان و نوجوانان مبتلا به عقب ماندگی ذهنی بستری در مرکز توانبخشی معلولین ذهنی شهید بهشتی مشهد می باشد. بدین صورت که ویژگی های کلیه افراد مورد پژوهش از پرونده آنان ثبت شد و اطلاعات حاصله توسط نرم افزار آماری مورد آنالیز قرار گرفت. روش نمونه گیری بر اساس نمونه های در دسترس بود. تعداد نمونه ها ۲۵ مورد گزارش گردید.

**یافته ها:** میانگین سنی نمونه ها  $3/14 \pm 3$  سال با حداقل و حد اکثر سنی ۹ تا ۱۸ سال بود. ۶ درصد عقب ماندگی آنها از نوع مرزی، ۴۲ درصد خفیف، ۵۲ درصد از نوع متوسط بودند. بهره هوشی اکثر آنها توسط تست ریون، گودیناف و وایلد اندازه گیری شده بود. ۲۵ درصد نمونه ها دارای سابقه تشنج بوده و تحت درمان دارویی قرار داشتند. شایع ترین داروهای ضد تشنج عبارت بودند از: فنوباریتال، کاربامازپین، والپورات سدیم، فنی توفین. یک نفر (۴ درصد) مبتلا به بیش فعالی گزارش گردید که تحت درمان دارویی با ریتالین بود. ۳۰ درصد نمونه ها دارای خانواده بودند. ۱۲ درصد مبتلا به سندرم داون بودند. همه مبتلایان به عقب ماندگی نوع خفیف دارای سواد بوده و در مدارس استثنایی مشغول به تحصیل بودند. همچنین همه آنها در کارگاه اشتغال داشتند.

**نتیجه گیری:** عقب ماندگی قابل برگشت نیست، ولی باید سعی شود تا قابلیت های کودک به حداکثر برسد. پزشک ممکن است داروهایی برای درمان مشکلات طبی همراه تجویز نماید مثل داروهای ضد تشنج. در مجموع مراقبت افراد عقب مانده بیشتر آموزشی است تا طبی.

**کلمات کلیدی:** ویژگی- کودکان-عقب افتاده

## خانواده ها در مقابل ابتلا کودک به دیابت چه می کنند؟

پروانه وصلی -کارشناس ارشد پرستاری کودکان و دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری  
دانشگاه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**زمینه:** دیابت نوع ۱ از شایع ترین بیماریهای مزمن کودکان است که بطور بالقوه زندگی آنان را تهدید می کند و به دلیل طولانی بودن مدت درمان و مراقبت اثرات نامطلوبی روی کودک و خانواده و حتی جامعه می گذارد بنابراین هر چه برخورد خانواده با این گونه موقعیت ها مناسبتر باشد قطعاً عوارض و لطمات آنها نیز کاهش خواهند یافت. هدف از انجام این مقاله نیز تبیین رفتارهای خانواده در مقابل دیابت کودکان است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر از نوع غیر تجربی بوده که در آن والدین ۱۳۳ کودک ۷ تا ۱۴ ساله مبتلا به دیابت که حداقل یکسال از شروع بیماری آنها گذشته بوده روش مستمر و مداوم به مدت ۲ ماه از سه مرکز منتخب شهر تهران انتخاب و با استفاده از پرسشنامه رفتارهای خانواده های آنها مورد سنجش قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد ۵۸ درصد نمونه ها دختر و ۴۱ درصد پسر بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری ۳۵/۴ سال بود. ۷۵/۹٪ خانواده ها شرایط فعلی کودک را پذیرفته، ۱۲/۱٪ رفتارهای طرد کردن و ۱۲٪ رفتارهای بیش حمایتی از خود نشان دادند. آزمون آنالیز واریانس بیانگر آن بود که ارتباط معنی

در دسترس مادرانی که کودکان آن ها در بیمارستان مرکز طبی کودکان به علت بیماری مزمن بستری شده اند انتخاب شده و پرسشنامه ی " رشد پس از سانحه نسخه ی فارسی" توسط آن ها پر شد. از تمامی مادران رضایت برای شرکت در این مطالعه اخذ گردید. اطلاعات وارد کامپیوتر گردید و با استفاده از نسخه ی ۱۷ نرم افزار SPSS مورد تحلیل آماری توصیفی و استنباطی قرار گرفت.

**یافته ها:** در این مطالعه ۶۰ مادر شرکت نمودند که میانگین سنی آن ها ۳۰.۳۰ (sd= 6.25) بود. اکثریت مادران (۳.۵۳ درصد) دیپلمه و ۳.۸۸ درصد آن ها خانه دار بودند. ۵۱/۷٪ فرزند بیمارشان دختر بود و میانگین سنی کودکان بیمارشان ۵.۱ سال (sd= ۰.۵۳) بود. میانگین مدت زمان سپری شده از بیماری فرزند ۴.۳ سال بود. میانگین نمره ی کل برای ابزار " رشد پس از سانحه نسخه ی فارسی" ۳۳.۸۴ (sd= ۴۷.۱۸) بود. در بررسی تحلیلی تنها بین سن کودک و میزان نمره ی رشد پس از سانحه ارتباط معنادار یافت شد (p= ۰.۱).

**نتیجه گیری:** آشنایی با مفاهیم مرتبط با بیماری های مزمن می تواند پرستاران در تدوین برنامه های مراقبتی همه جانبه و کیفی کمک نمایند. مفهوم رشد پس از سانحه در جمعیت مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن نیازمند مطالعات بیشتر جهت شناسایی ارتباط آن به متغیرهای مختلف است.

**کلمات کلیدی:** رشد پس از سانحه، مادران، بیماری های مزمن

## رنج روحی مهم ترین عامل کاهش کیفیت زندگی در والدین کودکان مبتلا به لوسمی

اعظم اسحقیان درجه- کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، دکتر صدیقه خنجری- هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی- هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

**زمینه:** لوسمی به عنوان شایع ترین سرطان دوران کودکی نه تنها برای کودک، که برای کل خانواده و به ویژه والدین چالش جدی ایجاد کرده، منجر به رنج روحی و جسمی آنان شده و کیفیت زندگی آنان را دستخوش تغییر می سازد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در والدین کودکان مبتلا به لوسمی انجام شد.

**روش مطالعه:** مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی بوده و ۲۰۰ نفر از والدین کودکان ۱ تا ۱۵ ساله مبتلا به لوسمی مراجعه کننده به درمانگاه های خون بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبت دهنده عضو خانواده فرد مبتلا به سرطان P-CQOLC (Caregiver Quality of Life - Index) cancer) پس از اخذ رضایت آگاهانه در اختیار والدین قرار داده شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های t مستقل و ANOVA و آنالیز رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی در وضعیت مطلوب قرار ندارد. ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و جنسیت (p > 0/04)، درآمد (p = ۰/۰۴) و شغل (p = ۰/۰۳) والدین وجود داشت. از بین این متغیرها، کیفیت زندگی بیشتر تحت تاثیر جنسیت والدین یعنی پدر یا مادر بودن (p = ۰/۰۰۴،  $\beta = -0/002$ ) بود. رنج روحی و جسمی به عنوان یکی از زیر مجموعه های این پرسشنامه کمتر از ۵۰٪ امتیاز تعلق گرفته را کسب نموده و می تواند مهمترین عامل کاهش کیفیت زندگی والدین این کودکان باشد. **نتیجه گیری:** طبق یافته های پژوهش و با توجه به کیفیت زندگی پایین والدین به عنوان مهمترین یافته، افزایش حمایت، آموزش، پایش و کنترل والدین در بیماری کودک لازم و ضروری است.

**کلمات کلیدی:** والدین، کودکان، لوسمی، کیفیت زندگی

**توسعه بخش های مراقبت ویژه نوزادان تا چه زمانی ادامه خواهد یافت؟**

محمد ارشدی بستان آباهد ماهنی رهکار فرشی

زمینه: مرگ نوزادان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی است که نسبت به آن غفلت شده است. نوزادان نارس از نظر تکاملی و فیزیولوژیکی آمادگی های لازم برای زندگی در محیط بیرون از رحم را ندارند و معمولاً در بخشهای ویژه نیازمند مراقبت شدید بوده و تحت انجام پروسیجرهای پزشکی و پرستاری خاصی قرار می گیرند. فراهم نمودن محیط مراقبتی سالم و بی خطر برای نوزادان در فرایند تکامل آنان، می تواند کمک کننده باشد. در حقیقت نوزادان نارس و بسیار کم وزن اصلی ترین مشتریان تختهای NICU در جهان محسوب می شوند که بطور متوسط ۲۰-۱۰ روز اقامت در NICU را تجربه خواهند کرد. بنابراین کیفیت مناسب طراحی بخشهای ویژه برای ارائه خدمات مناسب به نوزادان ضروری بوده و می تواند در نتایج مراقبت های ارائه شده به آنان نیز تأثیر گذار باشد.

**یافته ها:** برای مقایسه تعداد تخت های مورد نیاز در NICU در یک جامعه معمولاً از دو روش نسبت یک تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نوزاد متولد شده، یا نسبت نوزادان بسیار کم وزن به کل نوزادان متولد شده استفاده میگردد. با توجه به آمارهای داخلی به نظر می رسد کمبودی در زمینه تعداد تختهای NICU وجود نداشته باشد. اما آنچه مشاهده می شود تراکم شدید نوزاد در واحدهای مراقبت ویژه و ضریب بالای اشغال تخت در NICU است. سوالی که در این میان مطرح می گردد این است که آیا توسعه و افزایش تعداد تختهای NICU با وجود محدودیت های اعتباری مراکز درمانی، می تواند گره گشای معضل کمبود تخت باشد؟ مقایسه وضعیت NICU کشور با سایر کشورها نشان می دهد که از لحاظ عددی کمبودی در زمینه تخت های NICU وجود ندارد ولی آنچه باعث گردیده است که تراکم شدیدی در تعداد بیماران وجود داشته باشد، عبارتند از: سیاست های بیمارستانی نابجا و ناکارآمد، ارجاع های غیر ضروری، عدم توجه به تأمین استانداردها و کمبود برنامه های آموزشی.

**نتیجه گیری:** با توجه به موارد ذکر شده، به نظر می رسد افزایش تعداد تختهای بیمارستانی و سوق دادن بودجه های سلامتی به سطوح دوم پیشگیری هرگز نخواهند توانست عطش عرضه و تقاضای نیازهای سلامتی را پوشش دهد و در شرایط فعلی نظام سلامت، که کمبود اعتبارات یکی از دغدغه های همیشگی آن است و سرانه بهداشتی کشور در مقایسه با کشورهای توسعه یافته که اغلب استانداردهای کشور ما از آنها اقتباس شده است، بسیار پایین تر است انتخاب راه کم هزینه تر برای رسیدن به سطح استانداردهای جهانی و کاهش مرگ و میر نوزادان اقدام عملی تری می باشد.

**کلمات کلیدی:** بخش مراقبت های ویژه، نوزادان، استاندارد

**استانداردها و دستورالعمل های ساختار، منابع و تجهیزات بخش مراقبت های ویژه کودکان**

فهمیه بهجت نوالیبرانی - کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی مرکز طبی کودکان، شهین شفیعی درمیان - کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی مرکز طبی کودکان

زمینه: بخش مراقبت های ویژه کودکان، بخشی با امکانات تخصصی و پرسنل مجرب برای رسیدگی به نیازهای کودکان شدیداً بیمار و بدحال است. در این بخش ها معمولاً سیستم های مانیتورینگ دقیق بیمار و تهیه مکانیکی استفاده می شود. لذا این بخش از پرهزینه ترین بخش های بیمارستانی است. بخش مراقبت های ویژه کودکان به دو سطح یک و دو تقسیم می شود. سطح یک برای بیماران شدیداً بحرانی و بخش دو برای بیماران با وضعیت کم خطر تر است. استانداردهای ساختار سازمانی و مدیریتی شامل سازمان، خط مشی ها، تسهیلات فیزیکی خارجی، تسهیلات فیزیکی داخلی می باشند که در این مقاله به تفصیل توضیح داده می شوند. استانداردهای منابع پرسنلی و انسانی شامل

دار بین واکنش خانواده و سن کودک وجود داشته (p=0.00) و آزمون کای دو نشان داد که رفتارهای خانواده با تحصیلات مادر (P=۰/۰۱) و وضعیت شغلی پدر (P<۰/۰۵) ارتباط دارد.

**نتیجه گیری:** مطالعات نشان داده اند که اگر خانواده بیماری های مزمن من جمله دیابت را بپذیرند به ارتقاء وضعیت کودک کمک خواهد شد. نتایج این مطالعه نشان داد که حدود یک چهارم خانواده ها رفتارهای نامناسبی مانند طرد کردن و حمایت بیش از حد از خود نشان داده بودند لذا لازم است به منظور ارتقاء و بهبود رفتارهای خانواده های دارای کودکان مبتلا به دیابت برنامه های آموزش مستمر اجرا شود.

**کلمات کلیدی:** دیابت ملیتوس، کودکان، خانواده

**چالشهای مادران با تولد نوزاد نارس**

افسانه ارزانی - دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کمیته تحقیقات دانشجویی، دکتر لیلا ولیزاده، دکتر وحید زمانزاده - دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دکتر عیسی محمدی - دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران

**زمینه:** در سالهای اخیر میزان تولد نوزادان نارس افزایش قابل ملاحظه ای را نشان می دهد. علیرغم رشد مداوم و پیوسته ای که امروزه در مراقبت های ویژه نوزادان اتفاق افتاده است، به مراقبت از مادران و نیازهای آنها توجه چندانی نشده است. این مطالعه درصدد است که با بررسی متون موجود، مشکلات مادران با تولد نوزاد نارس را مورد کنکاش قرار دهد.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع مروری که با بررسی مقالات منتشره شده در وب سایت های مجلات علمی پژوهشی فارسی و انگلیسی در طی سالهای ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۲ با کلید واژه های نوزاد نارس، بستری، بخش مراقبت ویژه نوزادان و مادران می باشد.

**یافته ها:** رویداد پر تنش بستری شیرخوار در بخش مراقبت ویژه نوزادان ( محیط فیزیکی بخش مراقبت ویژه نوزادان، دیدن نوزاد متصل به دستگاهها، تجهیزات، لوله ها و سیمها، آلارم دستگاهها، رفت و آمد پرسنل، ونتیلاتورها و لوله داخل نای و کاتترهای وریدی، داشتن لوله بینی معدی و...)، نارسی نوزاد (ظاهر کبود و جثه کوچک، فقدان چربی زیر جلدی، تغییر رنگ ناگهانی پوست نوزاد، الگوهای تنفسی غیر طبیعی و غیر معمول و گریه های ضعیف شیرخوار و...)، آسیبهای روانی مادر ( احساس درماندگی، اضطراب، افسردگی، احساس بی کفایتی، از دست دادن اعتماد بنفس، ترس و نگرانی در مورد سلامتی نوزاد، بقا مشکوک شیرخوار و...) بار اقتصادی اجتماعی برای خانواده (از دست دادن شغل، هزینه هنگفت بستری در بخشهای مراقبت ویژه و انگ اجتماعی و سرزنشهای اطرافیان بواسطه بدنی آوردن نوزاد نارس و...)، اختلال در زندگی زناشویی و کاهش زمان تعامل مادر با دیگر کودکان سالم در منزل و همسر و... با توجه به موارد فوق، این مادران با مشکلات فراوانی روبرو میشوند و نیاز به حمایت های اجتماعی، عاطفی و اطلاعاتی از سوی همسر، خانواده و سیستم درمانی و مراقبتی دارند. علاوه بر موارد قید شده، چالشهای مادران در مراقبت از خود و شیرخوارشان در کشورهایی که آداب و رسوم فرهنگی خاصی بر آن حاکم می باشد، پیچیده تر می شود.

**نتیجه گیری:** با توجه به اولویت سلامت مادران و تاکید دین مبین اسلام در ارتباط با دوری مادر از غم و اندوه، اضطراب و استرس، ضروری بنظر میرسد که توجه خاصی به کیفیت مراقبتهای این دوران که باعث تسهیل رویارویی و واکنش مناسب مادر با این شرایط گردد، اتخاذ شود.

**کلمات کلیدی:** مادران، بستری، بخش مراقبت ویژه نوزادان، نوزاد نارس و کم

وزن

ریس بخش، پرسنل پزشکی، پرسنل تنفسی، درمانگرهای تنفسی و دیگر اعضای تیم، استانداردهای خدمات و تسهیلات بیمارستان شامل داروها و تجهیزات، مراقبت قبل از بیمارستانی، استانداردهای کنترل کیفی، استانداردهای آموزش مداوم از جمله مواردی هستند که در این مقاله به آن ها اشاره می شود. مدیران پرستاری در بخش های مختلف لازم است با استانداردهای لازم برای هر بخش آشنا باشند. بخش مراقبت های ویژه کودکان به دلیل حساسیت های خاص آن نیازمند دقت بیشتر از طرف پرسنل پرستاری و مدیران در رعایت استانداردهای مطلوب است.

**کلمات کلیدی:** استاندارد، بخش مراقبت ویژه کودکان

### مدیریت تغذیه ایمن در نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

*سیمای پورتمور - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*

نوزادان در NICU و تحت مراقبت ویژه اغلب عدم توانایی مکیدن طبیعی، تغذیه داخل وریدی یا لوله ای دریافت می کنند. بهبود تغذیه نوزادان نارس و بیمار از اهمیت ویژه ای در این بخش برخوردار است. پس باید به پرستاران در این زمینه اطلاعات و آموزشهای لازم داده شود. هدف این مقاله بررسی و نحوه مدیریت جنبه های مختلف تغذیه ایمن در نوزادان نارس بستری می باشد.

تغذیه مناسب در نوزادان برای رشد طبیعی، مقاومت در برابر عفونت و تکامل عصبی ضروری است. در تغذیه ایمن به مفاهیم مختلفی از جمله میزان حجم، تعداد دفعات، نوع شیر مادر یا فورمولا، مدت و روش تغذیه، موقعیت و اندازه ی تغذیه لوله ای، بررسی مشخصات رشدی و تحمل آن در نوزادان باید توجه کرد. روش های مختلفی برای تغذیه (شامل گاوژ مداوم یا متناوب، کاف و...) بر اساس نیاز و تحمل نوزادان وجود دارد. تغذیه با شیر مادر بهترین روش تغذیه می باشد. در تحقیقات مختلف انواع روش تغذیه مقایسه شده است. انفوزیون آهسته تغذیه در مدت ۱۲۰ دقیقه تغذیه باعث افزایش میزان پاسخ دوازدهه، میزان حجم باقی مانده ۲ ساعت بعد ۹/۱ و همچنین تخلیه محتوای معده نسبت به روش بولوس سریعتری گردد. کنترل هفتگی شاخص های رشد در این نوزادان جهت بررسی تاثیر تغذیه لازم است. در مورد مدیریت باید نوزادان نارس از نظر علائم تحمل تغذیه و دیگر عوارض احتمالی بررسی و تحت نظر باشند و آمادگی نوزادان برای تغذیه و پیشرفت تغذیه پایه ای نوزادان حداقل باید هر ۲۴ ساعت کنترل و ثبت شود.

**نتیجه گیری:** رژیم غذایی استاندارد در نوزادان نارس برای پیشرفت رشد نوزادان، کاهش مرگ و میر و هزینه های وارده بر خانواده و جامعه و دیگر عوارض و مشکلات لازم است که این نیاز به انتخاب مناسب تغذیه، بررسی و مدیریت صحیح آن و مانیتورینگ نوزاد دارد.

**کلمات کلیدی:** تغذیه، نوزاد نارس، بخش مراقبت ویژه نوزادان

### بررسی نیازهای آموزشی مادران نوزادان نارس بستری در بخش NICU شهدای کارگر یزد

*ترگس توانا رضایی و اعظم رحیمی ندوشن - دانشگاه علوم پزشکی یزد*

**زمینه:** تولد نوزاد نارس در هر زمان یک موقعیت بحرانی برای خانواده ها و خصوصا مادر ایجاد می کند از آنجا که عدم آگاهی باعث افزایش ترس و اضطراب در مادر می شود، پرستاران می توانند با آگاهی از نیازهای آموزشی مادران نقش موثری در حمایت از مادر و کمک به او در گذر از این بحران ایفا نمایند. مطالعه

حاضر با هدف بررسی نیازهای آموزشی مادران نوزادان نارس بستری شده در بخش NICU انجام شده است.

**روش مطالعه:** این بررسی یک مطالعه توصیفی است که بصورت مقطعی انجام شد. ۱۰ مادر که نوزاد نارس آنها در بخش NICU بستری شده بودند و ۷ روز اول پس از زایمان را تجربه میکردند مورد مصاحبه قرار گرفتند. سپس محتوای اظهارات آنان تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** طبق نتایج حاصله با اینکه مادران تمایل زیادی به مشارکت در امر مراقبت از فرزندشان را داشتند ولی به دلیل ترس از نوزاد نارس و عدم آگاهی کافی تمایلی به انجام مراقبتهای مادری مانند: مراقبت کانگورویی، لمس و ماساژ نوزاد، ماندن کنار نوزاد و برقراری ارتباط عاطفی با او، از خود نشان نمیدادند و اغلب آنها ترجیح میدادند در طی زمان بستری نوزاد درزمینه مسایل پزشکی نوزادشان مانند درصد احتمال زنده ماندن نوزاد نارس، علایم سسپیس نوزادان، چگونگی و دلیل تغییرات سطح اکسیژن خون و نبض، دلیل عدم جذب شیر گاوژ شده، نوع دارو و میزان اثر بخشی داروی تجویز شده توسط پزشک اطلاعات کاملی کسب کنند در رابطه با مراقبت پس از ترخیص نیز به دانستن چگونگی حمام کردن نوزاد، تغذیه و لباس نوزاد، مدت زمان طبیعی خواب نوزاد، تعداد دفعات طبیعی دفع ادرار و مدفوع اظهار علاقه می نمودند.

**نتیجه گیری:** یافته های این مطالعه را می توان جهت برنامه ریزی برای آموزش مادران نوزادان نارس بستری به کار گرفت. این آموزشها می تواند شامل اطلاعاتی ساده و قابل درک در ارتباط با نوزاد نارس، همچنین اقدامات درمانی - مراقبتی در حال انجام به مادر همزمان با آموزش مراقبتهای مادرانه حین بستری و پس از ترخیص باشد.

**کلمات کلیدی:** آموزش، نوزاد نارس، NICU

### اثر درمان توکسوپلاسموزیس مادرزادی بر سیستم شنوایی

*سیمای تاجیک - دانشگاه علوم پزشکی بابل*

**زمینه:** توکسوپلاسموزیس مادرزادی عفونتی انگلی است که از مادر به جنین منتقل می شود. کودک مبتلا معمولا همراه با فلج مغزی، عقب افتادگی ذهنی و نابینایی است. میزان کم شنوایی در توکسوپلاسموزیس تا ۲۰٪ گزارش شده است. ضایعات ممکن است دیرآغاز و یا پیش رونده باشند. تشخیص اولیه کم شنوایی حسی-عصبی می تواند مانع تأخیر تکاملی گفتار و زبان شود. در مطالعه حاضر، نتایج ارزیابی شنوایی یک کودک مبتلا به توکسوپلاسموزیس مادرزادی بررسی می شود.

**معرفی بیمار:** بیمار دختری ۱۰ ماهه مبتلا به توکسوپلاسموزیس مادرزادی همراه با هیدروسفالی است. وی از شرایط هنجاری حین تولد برخوردار بود و در ۱۴ روزگی به دلیل تغذیه نامناسب در بیمارستان بستری گردید. بررسی ایمنی شناسی و نمونه مایع مغزی-نخاعی کودک عفونت توکسوپلاسموزیس را نشان داد و سپس تحت درمان مناسب قرار گرفت. طی ارزیابی اولیه شنوایی با آزمون گسیلهای صوتی گوش برانگیخته گذرا (TEOAE)، هر دو گوش قبول شد و در آزمون پاسخ شنوایی ساقه مغز (ABR) پاسخی دیده نشد. ارزیابی مجدد نیز همین نتایج را تأیید کرد. پیگیری های بعدی در ۶ و ۱۰ ماهگی امواج آزمون ABR را با وضوح و تکرارپذیری مناسب ثبت کرد و شنوایی هر دو گوش هنجار در نظر گرفته شد.

**نتیجه گیری:** گرچه کم شنوایی حسی-عصبی یکی از عوارض توکسوپلاسموزیس مادرزادی است، اما وضعیت شنوایی این کودکان وابسته به زمان شروع درمان و مدت درمانی است که دریافت کرده اند. هم چنان که در این مورد دیدیم، درمان مناسب و به موقع، بهبود عملکرد شنوایی را در سطح ساقه مغز نشان داد یافته ای که در مطالعات قبلی به آن اشاره نشده است.

**کلمات کلیدی:** پاسخ شنوایی ساقه مغز، توکسوپلاسموزیس مادرزادی، کم شنوایی حسی-عصبی

### اصول مراقبت از کودک مبتلا به مننژیومیلوس

مژگان مهدوی روشن - کارشناس پرستاری، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اصول مراقبت از کودک مبتلا به مننژیومیلوس مقدمه: مننژیومیلوس، اختلال عصبی است که در آن قسمت خلفی مهره ها باز است در نتیجه مجموعه ای از نخاع، منژ و مایع مغزی نخاعی به شکل کیسه ای بیرون می آید. در این اختلال تشکیل نخاع معمولاً ناقص می باشد. با توجه به مشکلات زیادی که در نتیجه این بیماری برای کودک ایجاد می شود آشنایی با اصول مراقبت از این کودکان ضروری می باشد. در این مقاله از مطالعات مرتبط صورت گرفته در این زمینه تا سال ۲۰۱۲ از سایت‌های علمی PubMed، Ovid، Elsevier Science و google استفاده گردید. یکی از مشکلات این کودکان ابتلا به هیدروسفالی می باشد که با افزایش دور سرمشخص می شود. مهم است که دور سر کودک در بدو تولد اندازه گیری شود و هر هفته دوباره پی گیری گردد. اگر اندازه سر سریعتر از نرمال افزایش یافت کودک در حال ابتلا به هیدروسفال است و جهت کم کردن فشار داخل مغز انجام جراحی به تشخیص پزشک ضروری می باشد. کودک مبتلا به مننژیومیلوس معمولاً مانند سایر کودکان نمی تواند ادرار و مدفوع خود را کنترل کند و یا دفع ناکامل ادرار دارد که این مسئله زمینه را برای عفونت مثانه و کلیه و یا آلوده شدن ضایعه با ادرار و مدفوع فراهم می کند ارائه مراقبت‌های بهداشتی در این زمینه در کنار مصرف آنتی بیوتیک و مایعات دارای اهمیت است. در این کودکان اغلب عضلات دچار انقباض می شوند که بیشتر در ساق و کف پا، زانوها و کمر اتفاق می افتد که انجام ورزش‌های کششی می تواند مفید باشد. اجتناب از چاقی در این کودکان از طریق کنترل دریافت غذا و عدم مصرف چربی و مواد غذایی پرکالری بسیار مهم می باشد. برای کودکی که در مراحل اولیه تکامل است مهم است که با آموزش‌های لازم بتوانند در امتداد مستقیم بینند، در حالی که دستانتان آزاد است بر روی زمین بنشینند و با دستان باز بایستند و قدم بزنند. علی رغم مشکلاتی که این کودکان دارند مهم است که جسم کودک رشد مناسبی داشته باشد و ذهنش پرورش یابد و همچنین تواناییهای اجتماعی او زیاد شود. با حمایت‌های خوب خانواده و جامعه، بسیاری از کودکان مبتلا می توانند زندگی اجتماعی مناسبی داشته باشند.

**کلمات کلیدی:** مننژیومیلوس، اسپینا بیفیدا، اصول مراقبتی، آموزش

### شناسایی مشکلات والدین دارای کودکان مبتلا به لوسمی و ارائه راهکارهای مناسب

فاطمه سلیمی - شهره توسلی - دکتر صادق صادقی پور-رقیه مشهدی بیمارستان کودکان قدس قزوین

**زمینه:** والدین اغلب بدلیل عدم آگاهی از علت و نحوه انجام روش های درمانی و مراقبتی، پی آمدهای اقتصادی ناشی از بیماری فرزند، رنج تحمیل شده بر فرزند در طول بیماری، جدایی از کودک، عدم آگاهی از آینده بیماری و احتمال از دست دادن فرزند، دچار احساس خشم و گناه می شوند. با توجه به مشکلات روحی و روانی حاد و مزمن والدین، بر آن شدیم تا تحقیقی را با هدف شناسایی مشکلات والدین مبتلا به لوسمی انجام دهیم.

**روش مطالعه:** در این مقاله توصیفی-تحلیلی ۴۰ نمونه پژوهش از بین والدین کودکان مبتلا به لوسمی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کودکان قدس قزوین انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها با تهیه پرسشنامه پژوهشگر ساخته با ستانداز GHQ و SCL90 بود که بعد از تعیین اعتبار و اعتماد به والدین داده و داده های آنها جمع آوری شد و با استفاده از کای دو و آمار توصیفی و مستقل با سطح اطمینان ۹۵٪ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** ۸۷/۱ درصد کودکان پسر بودند و ۸۴/۶ درصد از آنها محل سکونتشان شهر بود. اختلالات جسمانی، اجتماعی، افسردگی، اضطراب، علائم خود بیمار انگاری و پرخشگری بین مادران و پدران اختلاف معنی داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). ۲۵/۲٪ از مادران دارای اضطراب شدید بودند. ۵۵/۶٪ از پدران دارای افسردگی شدید بودند. ۶۴/۳٪ از مادران علائم خود بیمار انگاری شدیدی داشتند. ۵۷/۱٪ پدران و مادران هر دو به یک اندازه علائم پرخشگری را نشان می دادند.

**نتیجه گیری:** اکثریت پدران و مادرانی که کودک مبتلا به لوسمی داشتند، اظهار می کردند که دچار اختلالات شدید رفتاری می باشند. با توجه به نتایج تحقیق ارائه راهکارهای مناسب جهت رفع مشکلات رفتاری و اختلالات روانی والدین لازم و ضروری است. آموزش به والدین در رابطه با نوع بیماری و روند درمانی آن آموزش تشخیص علائم نیازمند به توجه پزشکی و واکنش های مورد انتظار به والدین، حضور روانشناس در بیمارستان، ایجاد فرصت به والدین برای بیان احساسات، حمایت مالی خانواده

**کلمات کلیدی:** کودکان مبتلا به لوسمی - مشکلات جسمی - اختلالات روانی - والدین

### بررسی میزان اجرای مراقبت خانواده محور در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۹۱

ام البنی رحیمی - کارشناس ارشد مراقبت ویژه نوزادان، بیمارستان بهرامی، زهرا گودرزی - عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر فرین سلیمانی - عضو هیئت علمی دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی، دکتر نسرین خالصی - عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دکتر نورالدین محمدی - عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**زمینه:** مراقبت خانواده محور به معنای شرکت فعال والدین در مراقبت از فرزندشان است. اعضای خانواده بخصوص پدر و مادر مدافعان طبیعی نوزاد بیمار هستند. مراقبت خانواده محور از مهمترین ارکان مراقبت نوزادان محسوب می شود زیرا اجرای مراقبت خانواده محور باعث کاهش استرس والدین و افزایش تطابق خانواده جهت پذیرش نیاز نوزادشان به مراقبت ویژه می شود و از مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد حمایت می کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اجرای مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شده است.

**روش مطالعه:** در این پژوهش مقطعی-توصیفی، ۱۳۸ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه خود ساخته مربوط به میزان اجرای مراقبت خانواده محور بود. داده ها در نرم افزار SPSS v. 20 با استفاده از شاخصهای آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

**یافته‌ها:** میانگین اجرای مراقبت خانواده محور (۱۴/۵۸±۶۳/۳۲) بود. میزان اجرای موارد مراقبت خانواده محور به ترتیب شامل: ۱- اجازه در آغوش گرفتن نوزاد به والدین (۹۶/۳۸٪) - ۲- اجازه مراقبت کانگروبی به والدین (۸۹/۸۶٪) - ۳- اجازه شرکت در مراقبت روزانه از نوزادان (شیردادن، تعویض پوشک، حمام دادن و پوزیشن دادن نوزاد) به والدین (۸۶/۲۳٪) - ۴- اجازه مشارکت والدین در برنامه ریزی ترخیص نوزاد (۸۴/۷۸٪) - ۵- آموزش علائم رشد و تکامل نوزاد به والدین (۷۴/۶۴٪) - ۶- اجازه لالایی خواندن والدین برای نوزاد (۷۲/۴۶٪) - ۷- اجازه ملاقات بدون محدودیت زمانی به والدین (۵۴/۳۵٪) - ۸- اجازه حضور والدین بر بالین نوزاد و مشارکت در راندن-بخش و زمان ارائه گزارش تحویل شیفت-کارتی 9- (09/26%) تشویق والدین به حضور هنگام انجام روش‌های تهاجمی مثل رگ گیری 10- (57/19%) اجازه حضور والدین هنگام انجام اقدامات تهاجمی و یا احیاء (14/10%) بود. بحث با توجه به اینکه والدین در امر مراقبت روزانه و کانگروبی از نوزادان مشارکت داده می شوند اما والدین در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان به عنوان عضو تیم درمان محسوب نمی شوند زیرا اجازه حضور والدین در

هنگام تحویل شیفت و راند بندرت داده می شود. به نقش والدین در کنترل درد نوزادان حین انجام روش های تهاجمی توجه نمی شود. والدین اغلب با محدودیت زمان ملاقات مواجه هستند. پرستاران نوزادان به عنوان حامیان اصلی در امر مراقبت از نوزادان و والدین آنها برای اصل مراقبت خانواده محور اهمیت حیاتی قائل شوند و در این زمینه مورد آموزش لازم قرار گیرند. مقررات ملاقات والدین نیز مورد تجدید نظر قرار گیرد. با توجه به اینکه بیشتر پزشکان نقش مدیریت تیمهای درمانی در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان را به عهده دارند توصیه می شود تا اقداماتی در جهت افزایش آگاهی پزشکان در مورد اهمیت اجرای مراقبت خانواده محور صورت گیرد.

**کلمات کلیدی:** مراقبت خانواده محور، بخش مراقبت ویژه نوزادان، پرستاری نوزادان

### کاربرد M technhque در نوزادان نارس با وزن خیلی کم تولد

**مونا علی نژاد - دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**زمینه:** بیش از دو سوم نوزادان بسیارنارس با وزن کم تولد (کمتر از ۳۰ هفته سن جنینی) اختلالات شناختی، رنج وسیعی از ناتوانیهای یادگیری، اختلال در عملکرد و مشکلات عاطفی و اجتماعی را در آینده تجربه خواهند کرد. نیاز به یک روش آرامش بخش موثر و ایمن در نوزادان همواره وجود داشته است و بسیار چالش بر انگیز است. پرستاران در ایجاد یک محیط با حداقل تحریکات نقش فعالی دارند و می توانند از عوارض نتایج بالینی منفی بکاهدند.

هدف این مقاله بررسی متون موجود درباره کاربرد تکنیکهای آرامش بخش در نوزادان نارس با وزن بسیار کم تولد با تاکید بر M technique می باشد.

**روش مطالعه:** در این مطالعه مروری، از کلیدواژه های *therapeutic touch, infant behavior, very preterm infant, neonate* در پایگاه پزشکی *pubmed* و *science direct* استفاده شد. برای تهیه این مقاله مروری از ۱۷ مقاله پژوهشی و مروری یافت شده استفاده شد.

**یافته ها:** امروزه در نتیجه پیشرفت علم پریناتولوژی و کاربرد تکنولوژی در مراقبت های ویژه نوزادان کوچکترین و بیمارترین نوزادان نیز زنده می مانند و از بیمارستان ترخیص می شوند. این نوزادان نارس اغلب زندگی خود را در محیط بخش مراقبتهای ویژه که اغلب بدون حفاظت بوده و همراه با محرکهای زیان آور است شروع می کنند. این دوران با رشد سریع سلولهای مغزی و سازماندهی آنها همراه است. فاکتورهای محیطی می تواند منجر به افزایش استرس شود که ممکن است نقش مهمی در بلوغ سلولهای مغزی و نتایج تکاملی داشته باشد. سیستم فیزیولوژیک رفتاری-عصبی نوزادان نارس که برای زنده ماندن وابسته به مراقبت های ویژه هستند تحت تاثیر این محیط می باشد. استراتژیهای مراقبتهای حمایتی-تکاملی و عصبی در نوزادان نارس شامل کاهش مواجهه با محرکهای محیطی آسیب رسان و ایجاد محرکهای مثبت است که هدف از انجام آن کاهش استرس و کاهش گپ به وجود آمده بین محیط رحم و بخش مراقبتی ویژه نوزادان می باشد. ماساژ نوزاد یک حمایت تکاملی است که هدف از انجام آن کاهش استرس و ایجاد تجربیات حسی مطلوب به منظور اصلاح عوارض تکاملی طولانی مدت می باشد. اگرچه فواید ماساژ به خوبی ثابت شده است، اما مطالعات مختلف استفاده از آن را در نوزادان کمتر از ۳۰ هفته محدود کرده است زیرا در انجام ماساژ نیاز به انجام حرکات در اندامهای بالایی و پایینی و همچنین تغییر پوزیشن مداوم نوزاد از حالت به پشت خوابیده بروی شکم می باشد. با توجه به این عوارض اخیراً *M technique* که یک روش آرامش بخش در نوزادان نارس است ابداع شده است. این روش شامل فشارهای ساختارمند می باشد که در حالت خوابیده به شکم انجام شده و بر اساس پاسخهای رفتاری و فیزیولوژیک نوزاد انجام می شود. این فشارها با پد انگشتان دوم و سوم و به مدت ۵ دقیقه و حدود ۲۰ ثانیه در هر دوره انجام می شود.

**نتیجه گیری:** مروری بر مطالعات حاضر نشان می دهد که در نوزادان نارس *M technique* اثرات آرامش بخش داشته و منجر به کاهش ضربان قلب، افزایش اکسیژن خون شریانی و افزایش زمان خواب آرام شده و علائم دیسترس رفتاری را کاهش می دهد. این تکنیک را می توان به آسانی به پرستاران بخش مراقبتی ویژه نوزادان آموزش داده و بدون هیچ عوارض جانبی در نوزادان بخش مراقبتی ویژه نوزادان به کار رود.

**کلمات کلیدی:** نوزاد نارس، اختلالات

### ویژگیهای خانوادگی و دموگرافیک نوزادان مبتلا به سپسیس بستری دربخش نوزادان بیمارستان شهید مدنی خرم آباد ۹۲-۱۳۹۱

**سیده فاطمه قاسمی، فاطمه ولی زاده- دانشگاه علوم پزشکی لرستان**

**زمینه:** سپسیس یکی از خطرناک ترین بیماریهای دوره نوزادی است. که گاهی نسبت مرگ و میر آن تا ۵۰ درصد هم گزارش شده است. هدف این مطالعه تعیین ویژگی دموگرافیک و خانوادگی نوزادان مبتلا به سپسیس بستری در بخش نوزادان بیمارستان شهید مدنی خرم آباد به منظور دستیابی به راهکار مناسب جهت آموزش های لازم پرستاری برای پیشگیری از ابتلا به سپسیس بود.

**روش مطالعه:** این مطالعه توصیفی مقطعی در ۳ ماهه دوم سال ۱۳۹۱ و سه ماهه اول ۱۳۹۲ روی ۴۰ نوزاد مبتلا به بستری در بخش نوزادان بیمارستان شهید مدنی خرم آباد انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای حاوی ۳۸ سوال در مورد ویژگیهای فردی و خانوادگی شامل سن، جنس، رتبه تولد، سابقه مشکلات مادر در هنگام حاملگی و تولد نوزاد، نوع زایمان، سابقه ریسک فاکتورهای مادری و نوزادی، نوع تغذیه نوزاد، سابقه ومدت تماس با فرد سیگاری، سابقه مراجعه مادر به مراکز درمانی جهت مراقبت حین بارداری مصرف مکمل ها حین بارداری، سن و تحصیلات و شغل و میزان درآمد و محل سکونت والدین بود. همچنین آزمایشات انجام شده برای نوزاد هم مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات با مطالعه پرونده و مصاحبه با والدین جمع آوری شده و با استفاده از آمار توصیفی تجزیه تحلیل شد.

**یافته ها:** در نوزادان مورد مطالعه ۸۰ درصد پسر و ۲۰ درصد آنها فرزند اول و سن مادر در اکثریت موارد بین ۲۵ تا ۲۹ سال بوده که در ۶۵ درصد موارد میزان تحصیلات آنان در حد ابتدایی و راهنمایی بود در ۶۰ درصد موارد نوزادان به طریقه سزارین متولد شده که در ۴۵ درصد موارد نوزادان وزن کمتر از ۲۸۰۰ گرم داشتند همچنین در ۸۰ درصد موارد مادران اذعان داشتند بطور منظم به در مانگاه جهت مراقبت قبل از زایمان مراجعه نموده اند همچنین در این مطالعه نشان داده شد که کشت خون مثبت ۹۹٪، کشت ادرار مثبت ۸۸٪، کشت مثبت ترشحات ناف ۶٪، کشت مدفوع ۲٪ و کشت مثبت ترشحات چشم در ۱ مورد ٪ وجود داشت. بیشترین عوامل جدا شده کلبسیلا ۸۸٪، استاف اپیدرمیس ۵٪، مورد، پseudomonas ۳٪، کاندیدا ۳٪، مورد ۸٪ و ایکولای ۲٪ مورد ٪، کوکسی گرم مثبت ۴٪ مورد ٪ بودند. نتایج نشان میدهد میزان ابتلا به سپسیس در پسر ها و در نوزادان با رتبه تولد اول و با وزن کم و سزارینی که مادران آنها میزان تحصیلات پائین تری داشتند بیشتر دیده شده بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته ها، حضور پرستار مهار در مراکز بهداشتی و در طرح بهداشت خانواده پیشنهاد می گردد. پرستاری توانمند آموزشهای درباره پیشگیری اولیه و ثانویه به خانواده ها در مورد سپسیس سهم بسزایی در کاهش ناتوانی ناشی از این بیماری داشته باشد. که افزایش آگاهی مادران می تواند در پیشگیری از وقوع تشنج ناشی از تب موثر باشد.

**کلمات کلیدی:** سپسیس، دموگرافیک، نوزادان، بستری، خانوادگی

## ارزیابی وضعیت ساختار موجود بخش های مراقبت ویژه نوزادان براساس استانداردهای پیشنهادی در بیمارستان های دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**الله نایب لویی- کارشناس ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دکتر منصوره فراهانی- استادیار و مربی هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر نسرین خالصی- استادیار و هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، فاطمه آغا حسینی- مربی هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسعود دارابی- مهندس عمران**

**زمینه:** هر بیمارستان مجموعه ای است بسیار پیچیده و متنوع از نیازها، تضادها، تجهیزات وامکانات که باید به دقیق ترین نحو طراحی شوند تا حاصل کار مقبول گردد. ساختار بخش مراقبت ویژه نوزادان باید به گونه ای باشد تا نیازهای متفاوت سه گروه از افراد متشکل از نوزادان نارس، خانواده و پرسنل را تامین کند که از این طریق می تواند در تامین مراقبت بهتر کمک کننده باشد.

**روش پژوهش:** این مطالعه با روش مقطعی از نوع توصیفی صورت گرفت که جامعه آماری آن ۱۱ بخش مراقبت ویژه نوزادان و محیط پژوهش تمامی بیمارستان دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. ابزار این پژوهش از گزارش نهایی " کمیته اجماعی استانداردهای پیشنهادی برای طراحی NICU " اقتباس گردید. بخش اول آن مربوط به اطلاعات دموگرافیک بخش ها بوده که شامل ۱۱ سوال و بخش دوم این ابزار خصوصیات فضای فیزیکی بخش ها را در سه حیطه فضای مراقبت از نوزاد، فضای مرتبط با خانواده و فضای پرسنل ارزیابی کرد. چک لیست با مشاهده تکمیل گردید و پس جمع آوری داده ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه شماره ۱۴ و استفاده از روش های آمار توصیفی شامل محاسبه درصدها، شاخص های مرکزی، پراکندگی، جداول توزیع فراوانی نسبی و نمودارها وضعیت موجود ساختار فیزیکی بخش های مورد مطالعه برای هر کدام از سه حیطه " فضای مراقبت از نوزاد"، " فضای مربوط به خانواده" و " پرسنل" از نظر دارا بودن استانداردهای پیشنهادی به صورت درصد بیان گردید.

**یافته ها:** در مورد هدف اصلی این پژوهش که تعیین وضعیت ساختار موجود بخش های مراقبت ویژه نوزادان براساس استاندارد های پیشنهادی در بیمارستانهای دولتی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود مشخص شد که میزان مطابقت شرایط موجود با این استانداردها ۳۳/۸۹٪ می باشد بدین صورت که وضعیت ساختار فیزیکی در حیطه مراقبت از نوزاد به میزان ۴۳/۱۷٪، حیطه فضای مرتبط با خانواده به میزان ۲۹/۴۰٪ و در حیطه فضای مرتبط با پرسنل ۲۹/۱۱٪ با استانداردها تطابق وجود داشت.

**نتیجه گیری:** از آنجا که طراحی اصولی و صحیح معماری با رویکرد تعامل با گروه های تجهیزاتی و تاسیساتی تأثیری غیرقابل انکار در عملکرد بیمارستان و تسریع در انجام عملیات درمان و بهبود بیماران دارد نیاز به تدوین اصول طراحی فضاهای بیمارستانی الزامی به نظر می رسد که این مسئله در بخش های NICU با توجه به نیازهای خاص نوزادان نارس در اولویت بیشتری قرار دارد.

**کلمات کلیدی:** ساختار فیزیکی، بخش مراقبت ویژه نوزادان، استانداردهای ساختاری

### بررسی ارتباط کم وزنی نوزاد با فاکتورهای مختلف

**حشمت مرادی - کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، اعظم مومن زاده - کارشناس ارشد مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، رحمانه خسروی - کارشناس مامایی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه**

**زمینه:** وزن هنگام تولد از شاخص های مهم سلامتی نوزاد در هر جامعه ای است. نوزاد کم وزن (LBW) نوزادی است که وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشته باشد. عامل اولیه تعیین میزان مرگ و میر (مورتالیته) و بیماری (موربیدیتی) وزن

هنگام تولد است. نوزاد کم وزن نسبت به نوزاد طبیعی خطر ابتلا به بیماری های سلسله اعصاب مرکزی است.

**روش مطالعه:** این بررسی از نوع مطالعه مقطعی و روش توصیفی تحلیلی با حجم نمونه ۱۱۲۶ نوزاد که شامل زایمان های ۶ ماهه دوم سال ۹۱ می باشد که در بیمارستان نهم دی شهرستان تربت حیدریه استان خراسان رضوی صورت گرفته است که اطلاعات از طریق ژرسش نامه که روایی و ژایایی آن به اثبات رسیده صورت گرفته و داده های حاصل از آن از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت

**یافته ها:** حجم نمونه در این مطالعه ۱۱۲۶ مورد تولد زنده است که شیوع کم وزنی در حدود ۹/۱۵ بوده است. براساس نتایج مطالعه میزان فراوانی در گروه سنی مادر ۱۹ سال و کمتر در حدود ۹/۵٪، در گروه سنی ۲۰-۳۴ سال حدود ۶۹/۳٪ و در رده سنی ۳۵ و بالاتر در حدود ۱۸/۵٪ می باشد. رتبه بارداری یک (۴۵/۸٪)، رتبه بارداری ۲ (۲۳/۶٪) و رتبه بارداری ۳ و بیشتر (۲۷/۹٪) و همچنین میزان فراوانی رتبه زایمانی در مواردی که زایمان نکرده و بیشترین درصد در حدود ۵۵/۳٪ و یک زایمان ۲۵/۱٪ و دو زایمان ۱۲/۸٪ و ۳ زایمان و بیشتر ۶/۱٪ تعداد درصد سزارین در حدود ۵۳/۶٪ و زایمان طبیعی در حدود ۴۶/۴٪ فراوانی سن بارداری، هفته ۲۴-۲۹ هفته در حدود ۶/۷٪ و در ۳۰-۳۵ هفته در حدود ۳۷/۴٪ و در هفته ۳۶-۴۰ هفته در حدود ۵۵/۸٪ درصد جنس دختر ۵۵/۸٪ و پسر ۱۴/۴٪ - رتبه قل یک (۸۲/۶٪) و سابقه سقط ۸۲٪ نداشته اند.

**نتیجه گیری:** با توجه به اینکه بر اساس اطلاعات موجود میزان تولد نوزاد کم وزن در کل کشور در حدود ۹٪ است در حالی که در این بیمارستان در حد ۱۵/۹٪ است که بالاتر از حد استاندارد کشوری است و همچنین در بین کسانی که اصلا زایمان نکرده اند در حدود ۵۵/۳٪ و در جنس دختر بیشتر (۵۵/۸٪) درصد سزارین بیشتر در حد ۵۳/۶٪ و بیشترین علت سزارین نیز زجر جنینی می باشد که بیشترین عوامل خطر PROM و الیگو هیدرو آمیوز می باشد در رتبه بعدی هم فشار ختن قرار دارد با توجه به افزایش رنج ۱۵/۹٪ نسبت به رنج کشوری به نظر می رسد آموزش مادرانی که زایمان نکرده اند و بارداری اول را دارند توجه بیشتری صورت گیرد و توجه به مراقبت های دوران بارداری ( تغذیه ) از رنج سنی متوسط ۲۵ سال و بالاتر الزامی است.

**کلمات کلیدی:** کم وزنی، رتبه بارداری، سلامت نوزاد

### بررسی فواید تغذیه با شیر مادر خصوصا شروع تغذیه در یکساعت اول بعداز تولد و باورهای غلط در این زمینه

**رقیه قمریوسفی- کارشناس ارشد پرستاری از بیمارستان مرکز طبی کودکان**

**زمینه:** شیر مادر منبع طبیعی، استریل و ارزان جهت تغذیه و تامین سلامت و رشد شیرخوار است که به سهولت قابل دسترسی می باشد. شروع تغذیه با شیر مادر ظرف یک ساعت اول تولد اولین و حیاتی ترین گام برای کاهش مرگ و میر شیرخوار و کودکان است. مطابق آمار های موجود از ۱۳۶ میلیون تولد نوزاد در سال، تقریباً ۴ میلیون در طول ماه اول عمر می میرند که حدود ۹۸ درصد از آنها در کشورهای کم توسعه و فقیر متولد شده اند. مطالعات نشان داده در صورت شروع تغذیه با شیر مادر ظرف یکساعت اول تولد و ادامه آن بطور انحصاری تا ۶ ماهگی، جان یک میلیون از ۴ میلیون نوزاد حفظ می شود. هدف از این مطالعه بررسی فواید تغذیه با شیر مادر خصوصا شروع تغذیه در یکساعت اول بعداز تولد و باورهای غلط در این زمینه می باشد. این مطالعه از نوع مروری بوده که با استفاده از مطالعات کتابخانه ای، مباحث مطرح گشته در سمینار بررسی آثار و فواید شیردهی مادر در سال ۱۳۹۲، بررسی مجلات و ترجمه مقالات، گردآوری و تنظیم گردیده است. تغذیه با شیر مادر استراتژی کلیدی برای کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵سال و همچنین نوزادان زیر ۲۸ روز سن می باشد چنانچه در روز اول تولد شروع شود ۱۶/۳ درصد و اگر در ساعت اول شروع شود ۲۳/۱ درصد از

میزان مرگ و میر طفل می‌کاهد. بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر کودکان ناشی از سوء تغذیه است که علت این سوء تغذیه، عفونتها و تغذیه نامناسب می‌باشد. شیر مادر عامل مهمی در تقویت سیستم ایمنی طفل و پیشگیری از عفونتهاست. تا سال دوم ۱/۳ کالری کودک از شیر مادر تامین میشود. همچنین تغذیه با شیر مادر از آژری طفل می‌کاهد. سازمان بهداشت جهانی، تغذیه با شیرمادر را بطور انحصاری عامل پیشگیری از بیماری اسهال می‌داند. چنانچه تغذیه با شیر مادر پس از ۲۴ ساعت اول تولد شروع شود ۲/۵ درصد به آمار مرگ میر کودک اضافه میشود. فلور طبیعی روده عامل کلیدی در سیستم ایمنی بدن می‌باشد که بر حفظ سلامت و رشد طبیعی طفل موثر است. پروبیوتیکها هم ارگانسیم های غیر بیماری زا در ذخیره ی غذایی هستند که سیستم ایمنی را تقویت می نمایند اسید لاکتیک موجود در شیر مادر عامل تولید باکتریهای از قبیل بیفیدوباکتر و لاکتوباسیل است که در این چرخه دخیل می باشد مهمترین نقش پروبیوتیکها در سیستم گوارش شیرخوار، کنترل و پیشگیری از اسهال حاد، بیماریهای زمینه ای، التهاب مثانه و کولیت نکروتیک است.

باورهای غلط:

نداشتن شیر مسئله ارثی و خانوادگی است

شیر خشک به دلیل داشتن املاح و ویتامین های اضافه شده از شیر مادر بهتر است

شیر دهی باعث تغییر شکل سینه مادر می شود

با شروع عادت ماهیانه، شیر مادر تغییر می کند

در صورت ابتلا مادر به ماستیت یا آبسه پستان، شیردهی قطع شود

نتیجه اینکه طبق کلام صریح قرآن مجید که در سوره بقره آیه ۲۳۳ به آن اشاره شده تغذیه با شیر مادر به مدت ۲سال تمام لازم است. بعلاوه مسئولیت نان آوری بخشی از وظایف پدران است که بایستی از مادر و طفل حمایت کند تا تغذیه به راحتی با شیر مادر انجام شود

**کلمات کلیدی:** فواید شیر مادر، باورهای غلط در تغذیه با شیر مادر

### تنظیم دما در نوزادان

**شراره نجفی پور- کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، دانشکاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان نورانی تالش**

**زمینه:** یکی از خطراتی که نوزادان در دوره نوزادی با آن مواجه هستند هیپوترمی می باشد. هیپوترمی یک مشکل همه گیر همراه با عوارض و مرگ و میر بالا تا ۲۸ روزگی است. در مطالعه ای میزان مرگ و میر در هیپوترمی خفیف ۱/۷ درصد، متوسط ۶۶/۴ درصد و شدید ۲۳/۳۶ درصد گزارش شده است (۱) نوزادان در حین تولد، احیا، انتقال و هنگامی که در بخش بستری هستند، گرما از دست می دهند و به دلیل وسعت سطح بدن نسبت به وزن که تقریباً ۳ برابر بزرگسالان می باشد، در معرض هیپوترمی قرار می گیرند. میزان تقریبی گرمایی که نوزاد از دست می دهد تقریباً ۴ برابر بزرگسال است. دمای مرکزی بدن نوزاد در طی ۳۰ دقیقه پس از تولد می تواند ۲ تا ۳ درجه سانتی گراد کاهش یابد (۲). افزایش در مصرف انرژی ناشی از هیپوترمی بر وزن گیری مطلوب اثر می گذارد. استرس سرما همراه با افزایش مصرف اکسیژن، اختلال تنفسی و هیپوگلیسمی می باشد که سبب متابولیسم بی هوازی، اسیدوز متابولیک و انقباض عروق ریوی می شود، تون عصبی- عروقی ریوی را تحت تأثیر قرار می دهد و منجر به کاهش برون ده قلبی، اختلالات اسید- باز، شوک، عیوب انعقادی، خونریزی داخل بطنی شدید ناشی از اختلال جریان خون مغزی، انتروکولیت نکروزان، نارسایی حاد کلیوی و گاهی اوقات مرگ می شود (۳). به منظور ارتقای مراقبت های پرستاری برای پیشگیری از استرس سرما، آگاهی از راه هایی که در آن نوزادان گرما از دست می دهند مهم می باشد. برای نگهداری نوزاد در محیط حرارتی خنثی به منظور وضعیت متابولیک ثابت، لازم است جریان هوا، تبخیر، دمای سطوح تابش محیطی و از دست دادن یا گرفتن گرما از طریق تشعشع، هدایت، همرفت و

تبخیر در حداقل نگهداری شود (۴). محیط حرارتی خنثی، دمای ایده الی است که در آن نوزاد نه گرما کسب می کند و نه از دست می دهد و مصرف اکسیژن در حداقل است. پرستار نوزادان نقش حیاتی در ابقای محیط حرارتی خنثی دارد و جهت فراهم نمودن محیط حرارتی خنثی می بایست محیط اتاق زایمان و اتاق بستری را تعدیل نماید. در این راستا، اهداف مراقبت از نوزادان شامل حفظ دمای طبیعی بدن، حصول اطمینان از تثبیت محیط حرارتی و دوری از استرس سرما (۵)، ایجاد محیط گرم در اتاق زایمان در حداقل ۲۵ درجه سانتی گراد، خشک نمودن کامل و خصوصاً سر نوزاد، دور نمودن هرگونه پوشش مرطوب، پيچاندن در پتوی از قبل گرم شده، از پیش گرم نمودن سطوح تماس و در صورت موجود بودن، استفاده از گرم کننده تابشی می باشد (۶). رسالت پرستاران، ماماها و پزشکان آن است که ضمن آموزش و ارتقای آگاهی عمومی، هرگونه مشکل احتمالی در این زمینه را مدیریت نمایند. در این راستا پرستاران به عنوان یکی از بزرگترین گروه های ارایه دهنده خدمات سلامت، باید دارای دانش و مهارت گسترده، جهت ارایه مراقبت های پیشگیری از هیپوترمی باشند.

**کلمات کلیدی:** هیپوترمی- نوزاد- مراقبت استاندارد- تنظیم دما

### عفونت بیمارستانی در نوزادان: اجتناب ناپذیر یا قابل پیشگیری؟

**زهرا نوزانچی صالح -دانشجوی کارشناسی ارشد NICU دانشکاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران**

**زمینه:** یکی از مهمترین علل مرگ و میر و عوارض در نوزادان عفونت ها هستند. مرگ و میر گزارش شده ناشی از عفونت بیمارستانی در نوزادان ۱۳ تا ۱۵ درصد میباشد. عفونتهای بیمارستانی تأثیرات اقتصادی مهمی روی سیستم مراقبت سلامتی دارند. بطوریکه میانگین مدت اقامت نوزاد با عفونت بیمارستانی در NICU ۸۸ روز و در نوزاد بدون عفونت بیمارستانی ۳۲ روز میباشد. علاوه بر هزینه اقامت نوزاد باید هزینه آزمایشات تشخیصی و حمایت تنفسی و خدمات پرستاری را به ازای هر روز بستری اضافی در نظر گرفت. و به این موارد هزینه فراهم کردن مراقبت منزل برای نوزادان و کودکان با عوارض فیزیکی مزمن و اختلال تکامل عصبی و عوارض حسی رفتاری اضافه میگردد. این هزینه در امریکا بالاتر از ۵.۳ میلیارد دلار برآورد شده است.

**روش مطالعه:** این مقاله بر اساس مرور سیستماتیک اینترنتی و مراجعه به کتب مرع معتبر ، و مقالات علمی جدید جمع آوری، نگاشته و نتیجه گیری شده است.

**یافته ها:** عفونت بیمارستانی عفونتی است که بیمار در زمان پذیرش به آن مبتلا نبوده و در دوره کمون آن هم نبوده است و در طول بستری بیمار در بیمارستان از محیط بیمارستان به بیمار منتقل می شود. این تعریف در کودکان و بزرگسالان که از خانه به بیمارستان مراجعه مینمایند به آسانی قابل تعمیم است اما نوزادان محیط کاملاً اختصاصی و منحصر به فرد قبل از پذیرش دارند که میتواند از آنها محافظت کرده یا آنها را در معرض میکروبهای مادری قرار دهد. برای تعیین اینکه ابتلا عفونت نوزادان قبل از تولد بوده و یا عفونت بیمارستانی است عفونت های نوزادی به دو دسته عفونت های زود رس و تاخیری بر اساس زمان ظهور علائم وارگانسیم مسبب تقسیم میگردد. از نظر زمان بروز عفونت بر اساس استاندارد NNIS عفونت زودرس در طی ۴۸ ساعت اول پس از تولد رخ داده و عفونت دیررس پس از گذشت ۳ روز از تولد رخ میدهد. اما بر اساس ارگانسیم مسبب NNIS به صورت اختصاصی استرپتوکوک گروه B و Ecoli را مطرح مینماید. برای تدوین استراتژی هایی برای کاهش عفونت بیمارستانی ابتدا باید عوامل خطر شناسایی شود. عوامل خطر عمدتاً مربوط به نوزاد (پره ماچوریتی و LBW سیستم دفاعی ضعیف) و محیط (NICU طراحی فضا و شلوغی بخش (و اقدامات درمانی) NICU تغذیه یرید مرکزی ینتوباسیون) میباشد. کلیه عوامل خطر به دو گروه قابل کنترل و غیر قابل کنترل تقسیم میشوند. تیم NICU ممکن است قادر به کنترل سن حاملگی و یا وزن تولد



نباشند اما اولین استراتژی آسان و تاثیر گذار بر کاهش عفونت بیمارستانی شستشوی دست است. موفقیت در اجرای این برنامه به عادات رفتاری افراد و فراهم آوردن امکانات ضروری بستگی دارد. شروع تغذیه زودرس<sup>۱</sup> اکستوباسیون زودرس<sup>۲</sup> کاهش اقدامات تهاجمی از راه پوست مثل کاهش تعداد نمونه گیری آزمایشگاهی و<sup>۳</sup> تست گلوکز<sup>۴</sup> کاهش مصرف آنتی بیوتیک<sup>۵</sup> کارگذاری کاتتر ورید محیطی و مرکزی توسط تنها تعداد محدودی از پرستاران آموزش دیده (اجرای این پروتکل باعث کاهش چشمگیر عفونت خونی از ۴.۲۵٪ به ۲.۲٪ در یک واحد و از ۶۹٪ به ۱۷٪ در واحد دیگر NICU شده است<sup>۶</sup>) و<sup>۷</sup> حفاظت از پوست به عنوان اولین سد دفاعی بدن از دیگر برنامه ها میباشد. واحدهایی که رویکردی بر مبنای CQI در مورد به حداقل رساندن عوامل خطر عفونتهای بیمارستانی دارند قادر به کاهش نرخ عفونتهای خود بوده و شیوع عفونت بیمارستانی کمتری نسبت به قبل دارند

**نتیجه:** ارتباط مسقیم بین ابتلا به عفونت بیمارستانی و افزایش مرگ و میر و بروز عوارض وجود دارد. واحدهایی که از روش های کاهش اثرات عوامل خطر استفاده کرده و تغییراتی در اقدامات خود انجام دادند<sup>۸</sup> میزان عفونت بیمارستانی را قبل و بعد از اجرای این اقدامات مقایسه کردند<sup>۹</sup> موفقیت قابل توجهی در کنترل عفونت بیمارستانی داشتند. به نظر میرسد موثرترین روش<sup>۱۰</sup> اجرای سیاست و برنامه های بهبود و تقویت شستشوی دست میباشد. **کلمات کلیدی:** عفونت بیمارستانی- NICU- تاثیر اقتصادی- عوامل خطر- شستشوی دست

### تحلیل مفهوم مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان:

#### رویکرد تکاملی راجرز

#### زهرامدیان شیرازی

PhD student of Nursing, Student Research Committee, Shiraz  
Shiraz, Iran University of Medical Sciences

#### راحله ثابت سروسنایی

PhD student of Nursing, Student Research Committee, Shiraz  
Shiraz, Iran University of Medical Sciences

طاهره رضایی، دکتر مرضیه معطری، استاد تمام دانشکده پرستاری مامایی حضرت  
فاطمه (س)

**زمینه:** مفهوم مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU) طی سالیان متمادی دستخوش تغییر شده است و در بستریهای مختلف به صورت متفاوت به کار برده می شود. لذا پژوهش حاضر به منظور تحلیل این مفهوم، جهت تعیین ویژگی ها، پیشایندها و پیامدهای آن صورت گرفته است.

**روش مطالعه:** این مطالعه با رویکرد تکاملی تحلیل مفهوم راجرز انجام شده است. منابع تحلیل پایگاه های اطلاعاتی Science direct، Pubmed، Google scholar و Scopus و Iranmedex بوده همچنین از کتاب مرجع کودکان ونگ و یک رساله موجود در دانشکده پرستاری- مامایی حضرت فاطمه (س) استفاده شده است. جستجوی متون از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۲ میلادی با کلید واژه های family centered care، family oriented care در ترکیب با NICU در عنوان و چکیده انجام گردید. از مجموع ۲۴۴ مقاله در متون انگلیسی رشته پرستاری ۵۰ مقاله (بیش از ۲۰ درصد) انتخاب شد. همچنین از ۲ مقاله جستجو شده در رشته پزشکی و کتاب ونگ، یک رساله و ۵ مقاله فارسی استفاده گردید.

**یافته ها:** در این مطالعه ویژگی های مراقبت خانواده محور در NICU در ابعاد مراقبت از خانواده (مشمول بر ویژگی های بررسی خانواده و نیازهای آن و تأمین نیازهای خانواده)، مشارکت برابر خانواده (مشمول بر ویژگی های مشارکت در برنامه ریزی مراقبتی، در تصمیم گیری و در ارائه مراقبت از محدوده روتین به خاص)، در بعد همکاری (مشمول بر ویژگی های همکاری بین رشته ای توأم با خانواده و تنظیم و اجرای برنامه مراقبتی) و در بعد انتقال دانش (مشمول بر

ویژگی های تبادل اطلاعات بین سیستم مراقبتی و خانواده، ارائه اطلاعات کامل با توجه به سبک یادگیری خانواده) شناسایی شد. پیشایندها شامل عوامل حرفه ای و عوامل سازمانی- مدیریتی و پیامدهای مفهوم شامل پیامدهای مربوط به نوزاد، پیامدهای مربوط به خانواده و پیامدهای مربوط به سازمان بودند.

**نتیجه گیری:** یافته های مطالعه نشان می دهد که مراقبت خانواده محور رویکردی جامع و کل نگر به مراقبت در بخش NICU است که می تواند فواید بسیار برای نوزاد، خانواده و سازمان های درمانی داشته باشد اما متأسفانه هنوز به عنوان رویکرد مراقبتی در این بخش ها به کار برده نمی شود. لذا تغییر رویکرد و فلسفه مراقبت و فراهم سازی تسهیلات لازم برای ارائه مراقبت خانواده محور در بخش های مراقبت ویژه نوزادان پیشنهاد می گردد.

**کلمات کلیدی:** مراقبت خانواده محور، بخش مراقبت ویژه نوزادان، تحلیل مفهوم، رویکرد تکاملی راجرز

### مقایسه مراقبت های مرتبط با نور و صدا در بخش های مراقبت ویژه

#### نوزادان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی بابل با استانداردهای

موجود در سال ۱۳۹۱

ریاب فروزش- کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی البرز،  
دکتر مریم رسولی- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، دکتر  
آرام تیرگره، دکتر پدیده زاهد پاشا

**زمینه:** گرچه میزان مرگ و میر در نوزادان پره ترم مربوط به عدم بلوغ سیستم هایشان و همچنین مربوط به نوع و شدت بیماریشان است اما ممکن است مرگ و میر به عوامل محیطی نا مطلوب نیز مربوط باشد. نور و صدا از منابع بالقوه آسیب رسان به نوزاد می باشند. نور زیاد (بیش از حد استاندارد) باعث آسیب به شبکیه، اختلال در الگوی خواب، اختلال در سیکل سیرکادین و اختلال در رشد نوزاد می شود. از اثرات سوء صدا بر روی نوزاد می توان به تغییرات فیزیولوژیک در پاسخ به صدا مثل نوسان در ضربان قلب، فشار خون، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی ارائه مراقبت های پرستاری مرتبط با نور و صدا در بخش های مراقبت ویژه نوزادان و مقایسه آن با استانداردهای موجود انجام شد.

**روش مطالعه:** در این مطالعه توصیفی (از نوع حساسی،) ۳۱۲ مورد مراقبت پرستاری مرتبط با نور و صدا مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم بازنگری حاوی اطلاعاتی مربوط به نحوه انجام مراقبت های استاندارد مرتبط با نور و صدا بود که مطابق با استانداردهای موجود طراحی شد. روش جمع آوری اطلاعات، مشاهده و ثبت گزینه های فرم مربوطه بود که در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های کودکان امیر کلا و آیت الله روحانی انجام شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو در سطح معنی داری P-value > 0.05 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** نمره کل مراقبت های مرتبط با نور و صدا ۱۷/۵۴ درصد بود. بیشترین میزان مطابقت مراقبتهای مورد مشاهده با استانداردها مربوط به گویه ((از انکوباتور به عنوان سطحی برای نوشتن استفاده نمی شود)) ۳/۳۹ درصد بود و پایین ترین امتیاز بعد از دو گویه ای که امتیاز صفر به خود اختصاص داده بودند، مربوط به گویه ((در هر شیفت زمانی به عنوان ساعت سکوت در نظر گرفته می شود)) ۵/۱۲ درصد بود.

**نتیجه گیری:** مراقبت های مرتبط با نور و صدا در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در سطح متوسط و هنوز با فاصله زیاد از استانداردها می باشد که این امر را می توان به عدم آگاهی کارکنان از اهمیت موضوع، استاندارد نبودن فضای فیزیکی بخش ها و کمبود امکانات و تجهیزات نسبت داد.

**کلمات کلیدی:** بخش مراقبت های ویژه نوزادان، نور، صدا، نوزاد، استاندارد پرستاری

## مدیریت اکستراوژیشن در NICU

زهرا جعفری- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبتهای ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، آریا مصطفی زاده

**زمینه:** اکستراوژیشن به عنوان نشت مواد Toxo cell از رگ به بافت های اطراف تعریف شده است. این امر در نوزادان به دلیل شکنندگی عروق، اپی درم نازک، بافت زیرجلد کم، آسیب پوستی ضمن تعبیه لاین وریدی شایع تر می باشد. کنترل لاین وریدی از مسولیت های مهم پرستاران NICU می باشد و علیرغم بررسی متناوب و مداخلات پیشگیری کننده اکستراوژیشن اتفاق می افتد و عوارض جدی و حتی آمیوتاسیون عضو را به همراه دارد. هدف این مقاله آرایه پروتکلی جهت پیشگیری، بررسی، مراقبت و مدیریت اکستراوژیشن می باشد.

**روش مطالعه:** در این مقاله مروری از کلید واژه های Extravasation, wound care در پایگاه های مختلف پزشکی استفاده شد.

**یافته ها:** اکستراوژیشن می تواند از طریق نشت دکستروز ۵٪ و ۱۰٪، کلسیم، پتاسیم، بی کربنات سدیم، آمینوفیلین، مواد رادیواکتیو، فرآورده های خونی، TPN و حتی نرمال سالین ۰.۹٪ برای چک کردن رگ اتفاق بیفتد پس از رخداد اکستراوژیشن اولین اقدام قطع انفوزیون و تخمین درجه آسیب می باشد. درجه آسیب به عوامل مختلفی بستگی دارد. در این مقاله اکستراوژیشن به ۴ درجه تقسیم می شود و طبق آن مراقبت و درمان انجام می شود. از درمان های آرایه شده می توان به تزریق هیالورونیداز، پانکچر، نیتروگلیسرین، گلیسرول تری نترات، شستشو با نرمال سالین، پماد سیلور، مویبروسین، فنتولامین و انواع پانسمان هاو کمپرس ها و جراحی اشاره کرد.

**نتیجه گیری:** مروری بر مطالعات حاضر نشان می دهد که آرایه پروتکل ها در مدیریت اکستراوژیشن موفقیت آمیز بوده است اما از آنجایی که اطلاعات به دست آمده در این زمینه از مطالعات Case Report بوده و کارآزمایی بالینی در این رابطه انجام نشده است این مقاله انجام یک مطالعه کارآزمایی بالینی جامع در رابطه با تمام جوانب اکستراوژیشن را امری ضروری می داند.

**کلمات کلیدی:** اکستراوژیشن، مدیریت درمان، NICU

## نتایج دریافت سورفاکتانت در نوزادان بستری در مرکز آموزشی درمانی

### کودکان تبریز

رقیه نصیری- کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

**زمینه:** سندرم زجر تنفسی نوزاد (IRDS) یا بیماری غشای هیالین (HMD) یک اختلال ریوی است که بطور عمده نوزادان نارس را مبتلا می کند و با سینوز، تاکی پنه، باز شدن پره های بینی، فرورفتن عضلات بین دنده ای و جناغی و صدای ناله تظاهر می کند و علت مهم مورتالیته و موربیدته در نوزادان نارس می باشد. زجر تنفسی به علت کمبود سورفاکتانت ریوی (که بطور طبیعی در ریه های رسیده وجود دارد) ایجاد می شود. این ماده کشش سطحی داخل کیسه های هوایی را کاهش داده و باعث می شود براحتهی از هوا پر شوند. هدف از این مطالعه بررسی نتایج دریافت سورفاکتانت در نوزادان بستری با تشخیص RDS در بیمارستان کودکان بود.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی گذشته نگر می باشد که تمامی نوزادان دریافت کننده سورفاکتانت با تشخیص RDS در مدت ۱۸ ماه (از فروردین سال ۹۰ تا مهر سال ۹۱) بررسی شدند. نمونه ها بصورت تمام شمار انتخاب و روش جمع آوری داده ها از طریق پرونده بیماران بود و سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحت ویندوز آنالیز شد.

**یافته ها:** از ۱۷ مورد مطالعه ۵۲/۹٪ دختر، ۴۷/۱٪ پسر بودند. برای ۸۸/۲٪ نوزادان یکبار، ۹٪ دو بار و ۵/۹٪ سه بار سورفاکتانت تزریق شده است. ۴۱/۲٪

نوزادان با زایمان طبیعی و ۵۸/۸٪ با سزارین دنیا آمدند، بیشترین دلیل زایمان پارگی کیسه آب و آبریزش بوده، میانگین سن حاملگی ۳۵/۳ و با انحراف معیار ۳/۳ بود، ۴۷/۱٪ بیماران به N-CPAP و ۵۲/۹٪ به ونتیلاتور با مد SIMV وصل شدند. ۸۲/۲٪ نوزادان بهبود یافته و مرخص شدند. در اصل مقاله راجع به سایر یافته ها بطور مفصل بحث خواهد شد.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج بدست آمده بکار گیری انواع سورفاکتانت در درمان سندرم زجر تنفسی در ساعات اولیه بعد تولد به روش INSURE باعث کاهش نیاز به تهویه مکانیکی نوزاد و طول بستری در NICU شده و روند بهبودی بیمار را تسریع می بخشد.

**کلمات کلیدی:** سندرم زجر تنفسی، نوزادان نارس، سورفاکتانت

## مراقبت از خواب در بخش مراقبت ویژه نوزادان

زهرا گودرزی- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، آمنه آبرون- سرپرستار بخش مراقبت های ویژه نوزادان بیمارستان ولیعصر، فیروزه فریدپور

**زمینه:** امروزه ثابت شده است که خواب نقش قوی در رشد مغزی جنین و نوزاد دارد و به دلیل این که خواب یک رفتار غالب نوزادان (نارس و رسیده) است، در این مقاله تلاش شده است با در نظر گرفتن اهمیت روند شکل گرفتن خواب و اثر آن همراه با مراقبت اساسی از آن بحث شود. شناسایی خواب با استفاده از پلیسومنوگرافی ارجح است، ولی مطالعات نشان داده است می توان با استفاده از مشاهدات بالینی هم خواب نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان که در معرض بسیاری از مداخلات درمانی و مراقبتی هستند و خواب مختل دارند مورد بررسی و ارزیابی قرار داد.

**روش مطالعه:** در این مقاله مروری با هدف بررسی ویژگی های خواب نوزادان، فواید خواب، عوامل محرومیت خواب در NICU، عوارض محرومیت خواب، روش های بررسی خواب و روش های کمک به مراقبت خواب نوزادان در NICU منابع کتابخانه ای و الکترونیکی بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ مورد کنکاش قرار گرفت

**نتیجه گیری:** نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان در معرض بسیاری از محرکات و مداخلات مراقبتی و درمانی مختل کننده خواب قرار دارند که این امر عوارض جبران ناپذیری بر رشد مغز نوزاد دارد. به منظور مراقبت عصبی و بهبود رشد مغز نوزادان در معرض خطر لازم است پرستاران به رویکرد مراقبت از خواب نوزاد در قالب انجام مراقبت تکاملی مانند مراقبت کانگرووی، مراقبت خانواده محور، کنترل نور و صدا و کاهش درد و استرس برای بهبود خواب نوزادان توجه نمایند.

**کلمات کلیدی:** خواب، بخش مراقبت ویژه نوزادان، نوزاد

## تأثیر مراقبت کانگرووی در کاهش مدت زمان بستری نوزادان نارس

لیلا سید موسوی- کارشناس پرستاری - کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی البرز

**زمینه:** مراقبت کانگرووی روش نوین مراقبت از نوزاد نارس است که تماس پوستی طولانی مدت مادر و نوزاد، تغذیه انحصاری با شیرمادر و برخورداری بیشتر نوزادان از حمایت عاطفی از ویژگیهای این شیوه مراقبت به شمار می رود. شیوع نوزاد نارس ۵.۷ تا ۱۲ درصد تولدهایم می باشد. هدف تعیین تاثیر مراقبت کانگرووی در کاهش مدت زمان بستری نوزادان نارس

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی می باشد. هنگام بستری شدن نوزاد نارس در بخش نوزادان از گروه مورد خواسته شد به مدت ۳ روز به طور مرتب نوزاد نارس خود را بر اساس آموزشهای داده شده توسط سوپروایزر آموزشی بیمارستان در فاصله زمانی ۳ ساعت به صورت کانگرووی در

آغوش بگیرند. و گروه دیگر به عنوان شاهد مورد سنجش قرار گرفتند. و پس از ۳ روز پرستارنامه ای توسط سرپرستار بخش نوزادان و سوپروایزر آموزشی بیمارستان تکمیل شد و از طریق مشاهده و ثبت علائم و دستورات پزشک و پرونده هر دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نوزاد نارس با سن جنینی ۳۷-۳۳ هفته و وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم بود که به روش نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند.

**نتایج:** میانگین مدت زمان بستری نوزادان نارس در مراقبت کانگورویی با به کارگیری آزمون آماری t مستقل در ۲ گروه مورد و شاهد مقایسه شد. اختلاف معنی داری بین طول مدت زمان بستری نوزادان نارس در گروه مورد وجود داشت ( $p < 0.001$ ). همچنین از نظر عمل تغذیه، تنفس و حفظ درجه حرارت بدن نوزاد نیز دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند که در گروه مورد منظم شدن ریتم تنفس و پیشگیری از استرس سرما معنی دار بود.

**نتیجه گیری:** مراقبت کانگورویی بر کاهش مدت زمان بستری نوزاد نارس مؤثر است و می تواند در بسیاری از مواقع به جای دستگاه انکوباتور برای نوزاد نارس بکار رود. با توجه به اینکه اجرای مراقبت کانگورویی نیازمند همکاری صمیمانه کادر پرستاری و مامایی در بیمارستان بوده و نباید مادر و نوزاد نارس به صرف این روش رها شوند، پیشنهاد می شود کارگاههای آموزشی KMC هر ۳ ماه یکبار برای کادر درمان و مددکار اجتماعی برگزار شود.

**کلمات کلیدی:** نوزاد نارس - مراقبت کانگورویی - هیپوترمی نوزاد

#### بررسی سپسیس در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بیمارستان کودکان

تبریز در سال ۱۳۹۱

**رقیه نصیری - کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز، فاطمه احمدی النجفی - سولماز رحمانی**

**زمینه:** میزان مرگ و میر نوزادان یکی از شاخصهای مهم بهداشتی و سلامت جامعه به شمار می رود که بدلیل پیشرفتهای فراوان در امر مراقبت های ویژه نوزادان و مادران باردار، در اکثر کشورها در سالهای اخیر کاهش چشمگیر داشته است. سستی سمی از علل مهم مرگ و میر بوده و عوامل مولد آن از یک منطقه به منطقه دیگر و از یک زمان به زمان دیگر تغییر می کند. هدف از تدوین مقاله بررسی شیوع و عوامل ایجاد کننده سپسیس در نوزادان بستری در بیمارستان کودکان تبریز می باشد.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی گذشته نگر می باشد که تمامی نوزادان بستری با تشخیص سپسیس در مدت ۶ ماه (از فروردین تا مهر سال ۹۱) بررسی شدند. نمونه ها بصورت تمام شمار انتخاب و روش جمع آوری داده ها از طریق پرونده بیماران بوده و سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تحت ویندوز تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** ۳۳ مورد نوزاد بستری با تشخیص سپسیس در ۶ ماهه اول ۱۳۹۱، ۳۹٪ پسر ۶۰٪ دختر بودند ۵۱٪ ۵٪ در بیمارستانهای تبریز متولد شده بودند. ۴۲٪ نوزادان در NICU بستری شده و بقیه در بخش نوزادان بستری بود. از بین نوزادان فقط ۲۴٪ هنگام بستری تب دار بوده و ۷۵٪ ۸٪ با تشخیص اولیه احتمال سپسیس بستری شده بودند. در ابتدای بستری ۱۸٪ ۲٪ CRP مثبت و ۱۲٪ ۱٪ کشت خون مثبت داشتند. میانگین روزهای بستری ۱۱٪ ۵۶٪ با انحراف معیار ۳۰۳± بود و ۷۸٪ ۸٪ مرخص شده و ۲۱٪ فوت کردند.

**نتیجه گیری:** سپسیس در دوران نوزادی بدلیل تظاهرات بالینی غیر اختصاصی و مشکلات تشخیصی و ایجاد عوارض و شیوع مرگ و میر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لذا در نوزادانی که شک به سپسیس در آنها وجود دارد باید بررسیهای ضروری و آزمایشات لازم برای دستیابی و تعیین کانون احتمالی عفونت انجام شود. پرستاران بخش نوزادان و NICU باید موارد آسپتیک را با دقت رعایت کرده و برای جلوگیری از انتقال عفونت به سایر نوزادان، قبل و بعد

از تماس با آنها دستهای خود را بشویند و شستن دست را در جلوگیری از انتقال عفونت ضروری بدانند.

**کلمات کلیدی:** سپسیس - نوزادان - مراقبت های ویژه نوزادان - مرگ و میر - شستن دست

#### احیای نوزاد

**ماهرخ گلدوست - کارشناس پرستاری، سرپرستار بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان مرکز طبی کودکان، سمیه رستمی، فرزانه بلالی (پرستاران کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان)، نسرين بیاتی - دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران.**

**زمینه:** از بیش از ۴ میلیون نوزادی که سالانه در ایالات متحده به دنیا می آید، نزدیک به ۱۰٪ برای شروع تنفس در بدو تولد به مقداری کمک نیاز دارند و تقریباً ۱٪ به احیای گسترده نیاز پیدا می کنند؛ و حدود ۰/۳-۰/۲۳ دچار آنسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک متوسط یا شدید می شوند. مرگ و میر در شیرخواران مبتلا به آنسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک بین ۳۰-۶۰ متغیر است و موربیدیت قابل ملاحظه ای از قبیل فلج مغزی و ناتوانی های طولانی مدت در ۳۰-۲۰٪ از افراد زنده مانده رخ می دهد. برنامه احیای نوزادان (NRP) که در سال ۱۹۸۷ به منظور شناسایی نوزادان در معرض خطر احیا و ارایه احیای باکیفیت به آن ها آغاز شد، در سال های ۲۰۰۶ و ۲۰۱۰ تحت روزآمدسازی های عمده قرار گرفت. هدف از مقاله ارایه احیا نوزاد بر اساس درسنامه AHA و اشاره به آخرین

تلاشهای علمی در خصوص تازه های احیای نوزادان است

**نتیجه گیری:** برخی جنبه های مهم احیای نوزادان عبارتند از سیاست گذاری و برنامه ریزی بیمارستانی به منظور اطمینان از وجود تجهیزات و کارکنان لازم پیش از وقوع زایمان. پیش بینی و آماده سازی، عناصری اساسی برای احیای موفق هستند که البته تحقق آن ها به برقراری ارتباط موقع و صحیح بین گروه مامایی و گروه احیای نوزاد نیاز دارد. پزشکانی که مراقبت های مامایی را ارایه می دهند باید از عوامل خطر مادری-جنینی آگاه باشند و نیز باید خطر سرکوب تنفسی را در هر زایمان ارزیابی کنند. و مجموعه تلاشها و آموزشها به منظور ارتقا سطح سلامت جامعه می باشد.

**کلمات کلیدی:** احیاء- نوزاد- مراقبت

#### پیشگیری از عفونت های بیمارستانی

**نسیم بابایی - دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی باعث افزایش مرگ و میر، و افزایش مدت زمان بستری و هزینه های درمانی می شود. نوزادان به دلیل نقص مکانیزم های دفاعی در معرض خطر بیشتری در ابتلا به عفونت های وابسته به مراقبت های بهداشتی قرار دارند.

**یافته ها:** عفونت های وابسته به مراقبت های بهداشتی در NICU عفونت هایی هستند که به دلیل بستری شدن در بیمارستان ایجاد می شوند. بیشتر این عفونت ها در حین انجام پروسیجرهایی که برای نوزاد ضروریست ایجاد می شود. یکی از راهبردهایی که جهت پیشگیری از عفونت استفاده می شود رعایت بهداشت دست است. برنامه های آموزشی و گروههایی که در زمینه ارتقای بهداشت دست فعالند می توانند در افزایش پیروی از روش های بهداشت دست مؤثر باشند. عوامل مؤثر در کاهش عفونت ورید مرکزی شامل ۵ دسته است-1: اجرای بالینی دستورالعمل قرار دادن و نگهداری از رگی که کاتتر در آن تعبیه شده است. ۲- تجویز آنتی بیوتیک جهت پیشگیری از عفونت ۳- استفاده از نرم کننده های سطحی برای کاهش نفوذ باکتری ۴- تشویق به تغذیه با شیر مادر ۵- مدیریت ملاقات کنندگان راهبردهای پیشگیری از پنومونی شامل موارد زیر

## مقایسه مسمومیت اطفال مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان قدس

قرن بین سال های ۹۰ و ۹۱

فاطمه باقرآبادی (سوپروایزر بالینی)، مریم باقرآبادی (سوپروایزر بالینی)، مریم نزر چنگری (مسئول حاکمیت بالینی)، مرضیه متولی (سرپرستار اورژانس)، سهیلا مهاجری (پرستار)

**زمینه:** مسمومیت یکی از علل شایع بستری شدن و مرگ و میر کودکان است که ناشی از مصرف اتفاقی مواد سمی و دارو ها است با در نظر گرفتن شیوع بالای مسمومیت ها این مطالعه به منظور بررسی و مقایسه متوالی دو سال مسمومیت اطفال انجام شده است.

**روش مطالعه:** این مطالعه توصیفی و مقطعی که از روی پرونده های بیمارانی که بعثت مسمومیت بستری شده بودند انجام گرفت و اطلاعات بیمارانی در پرسش نامه که بدین منظور تهیه شده بود جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** در سال ۹۰ از مجموع ۵۴۳۹ مراجعه کننده به اورژانس اطفال ۱۶۳ نفر ۳٪ بعثت مسمومیت بستری شده بودند که ۵۳ نفر (۳۲/۵۱٪) مونث و ۱۰۶ نفر (۶۵/۰۳٪) مذکر بودند. اکثرا ۸۶ نفر (۵۲/۷۶٪) ساکن شهر بودند و بیشترین شیوع مسمومیت در سن ۱-۲ سالگی ۳۹ نفر (۲۳/۹۶٪) و اکثرا ۵ در سن زیر ۵ سالگی ۱۱۵ نفر (۷۰/۵۵٪) بودند و اکثرا ۵۹ نفر (۳۶/۱۹٪) مواد مخدر (۱۷ نفر متادون و ۰/۲۸ نفر ۱۷/۱۱٪) مسموم شده بودند. در سال ۹۱ از ۵۵۷۲ نفر مراجعه کننده به اورژانس ۲۱۱ نفر (۳/۷۸٪) بعثت مسمومیت بستری شده بودند اکثرا ۱۱۳ نفر (۵۳/۰۸٪) مذکر بودند و ۱۴۲ نفر (۶۷/۲۹٪) ساکن شهر بودند و اکثرا ۵۶ نفر (۲۶/۵۶٪) بود ندو بیشترین شیوع سنی در زیر ۵ سالگی ۱۶۴ نفر (۷۷/۷۲٪) بود اکثرا ۷۸ نفر (۴۵/۸۸٪) و مواد مخدر ۵۵ نفر (۳۲/۳۵٪) متادون ۴۶ نفر، ... و یک مورد فوت بعثت مسمومیت با متادون.

**نتیجه گیری:** در کودکان زیر ۵ سال مسمومیت داروی و مواد مخدر شایع تر بوده است که در سال ۹۱ افزایش تقریبا ۹۱ برابر مواد مخدر را دارد لذا اقدامات محافظتی و پیشگیری لازم است.

**کلمات کلیدی:** مسمومیت، کودکان، اورژانس اطفال، دارو، متادون

## بررسی استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی در مرکز آموزشی

درمانی شهید دکتر محمد جواد باهنر سال ۱۳۹۱

لیلا سید موسوی - کارشناس پرستاری - کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی البرز

**زمینه:** تعیین استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی در مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر محمد جواد باهنر سال ۱۳۹۱ مقدمه: ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیمارانی در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه متاثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان می دهد که حدود ۱۰٪ موارد بستری بیمارانی به درجات مختلف دچار آسیب می شوند و ۷۵٪ خطاها قابل پیشگیری می باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان ها هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند. در واقع چنین تخمین زده می شود که بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه های مربوط به سلامت، ناشی از خدمات بالینی غیر ایمنی می باشد که منجر به آسیب بیمارانی می گردند و در این میان سهم نارسائی سیستم ها و روال ها بیش از نقش افراد است.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که ارزیابی محیطه های مرتبط در استقرار مدیریت ایمنی در بیمارستان را که با جمع آوری اطلاعات با استفاده از راهنامه های ارزیابان بیمارستان های دوستدار ایمنی وزارت

است: ۱- تمام ارایه کنندگان خدمات بالینی اطلاعات مناسبی را در ارتباط با روش های کنترل عفونت دریافت کنند. ۲- پرسشنامه پنومونی ناشی از درمان برای شناسایی مشکلات و درخواست های این بیماران طراحی شود. ۳- پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها ۴- تعیین احتمال خطر عفونت در میزبان ۵- نحوه انجام صحیح ساکشن و پوزیشن نوزاد در تخت راهکارهای کاهش این عفونت پوست نوزاد شامل: ۱- استفاده از نرم کننده های پوستی ۲- تغذیه با شیر مادر ۳- واکسیناسیون کارکنان بهداشتی ۴- شناسایی ملاقات کنندگان مبتلا به عفونت ۵- استفاده مناسب از آنتی بیوتیک ها

**نتیجه گیری:** عفونت های ناشی از مراقبت های درمانی وضعیت های خطرناکی هستند که نوزادان شکننده با آن روبرو هستند. راهکار های پیشگیری از این عفونت ها کاملا شناخته شده هستند. با این حال پیشگیری از وقوع این عفونت ها نیازمند یک تلاش گروهی است. تمام ارایه کنندگان خدمت باید بدانند مکررا زندگی نوزاد ظریفی را که با تکنولوژی قرن بیست و یکم حفظ شده است را می توانند با کوچک ترین عمل خود نیز نشست دست ها در معرض خطر قرار دهند.

**کلمات کلیدی:** ایمنی بیمار، بخش مراقبت ویژه نوزادان، عفونت های بیمارستانی

## شوخی طبیعی در پرستاری

ماریا شعبانی راد - کارشناس پرستاری، سرپرستار بیمارستان مرکز طبی کودکان، شهین شفیع درمیان - کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی مرکز طبی کودکان

**زمینه:** پرستاران می توانند از حس شوخی طبیعی مثبت در محیط کار خود استفاده کنند. امروزه مشخص شده است که شوخی طبیعی می تواند منافع زیادی برای ارتباط مناسب بین پرستاران و بیمارانشان در بخش های مختلف داشته باشد. شوخی نه تنها گفتن جوک به بیماران است بلکه نگرش، لیخند و آرام سازی است که باعث تغییر در روابط می شود. خندیدن در مواقع سخت موجب کاهش اضطراب و ترس می گردد و این موجب تغییر در درک حادثه ای استرس زا، به دست آوردن حس کنترل و انجام واکنش درست می گردد. شوخی طبیعی باعث دعوت افراد به تعامل، راحت نمودن افراد، انتقال عواطف و کمک به تطابق با استرس و ترس می شود. با این حال تمایز بین شوخی منفی و مثبت ضروری است. شوخی مثبت سازنده و همدلانه است و به مسایلی چون لذت، عشق، خلاقیت با بازیگوشی مرتبط است در حالی که شوخی منفی افراد را در موقعیت دفاعی قرار می دهد. شوخی های منفی روی مسایل قومی نژادی، تفاوت فرهنگی، جنسی، تفاوت های سنی، یا تفاوت های دیگر افراد تکیه دارد. شوخی باید به موقع، همراه با احترام به تلقی افراد از شوخی و با محتوای مناسب باشد. در برخی فرهنگ ها مانند فرهنگ شرقی شوخی در محیط های رسمی چندان مورد پذیرش نیست اما پرستاران می توانند موقعیت های مناسب را برای شکستن جو جدی و ترسناک موقعیت های بیمارستانی پیدا کنند. پرستاران شوخ طبع و لیخند به لب بیشتر مورد پذیرش و احترام بیماران هستند و در صورتی که از شوخی به طور مناسب استفاده کنند موجب تسهیل ارتباطات خود با بیمار و همکاریانشان می گردند. این پرستاران می توانند در سخت ترین شرایط روحی تسکینی برای بیمارانشان بوده و آن ها را در کاهش ترس ناشی از موقعیت های ترسناک کمک نمایند. استفاده از تصاویر کمیک و عروسک ها در بخش های کودکان جزو ضروریات است اما می توان حتی در بخش های بزرگسالان نیز از آن ها بهره برد. حس شوخ طبعی داشتن به معنای این نیست که پرستاران در هر موقعیتی جوک بگویند گاهی حتی لیخند و یا یک چشمک به بیمار در هنگام موفقیت در رگ گیری می تواند مفید واقع شود. شوخ طبعی در محیط های بالینی مدت هاست مورد پژوهش قرار گرفته و تاثیرات مثبت آن مورد تایید قرار گرفته اند. برگزاری کارگاه های آموزشی ترویج حس شوخ طبعی از مواردی است که توسط بسیاری از محققین در مقالاتشان پیشنهاد شده است.

**کلمات کلیدی:** شوخی طبیعی، پرستاری

بهداشت و درمان از ۳۰ نفر از مدیران شاغل در بیمارستان شهید باهنر نظر سنجی شده است.

**یافته ها:** این استانداردها شامل: فرهنگ ایمنی ۳۰٪، رهبری ۳۰٪، مشارکت بیمار و جامعه ۱٪، آموزش ۲۳٪، محیط و فناوری ۱٪ و تبیین و گزارش وقایع بیمارستان ۱۵٪ می باشد.

**نتیجه گیری:** پیرو بررسی های انجام شده به منظور ارتقاء مدیریت ایمنی در مراکز درمانی، نیاز به تدوین و اجرای استانداردهایی جهت هر یک از حیطه ها در راستای دستیابی به اهداف استاندارد تشویق می نماید و سرانجام منجر به انگیزش کارکنان برای مشارکت در ارتقاء ایمنی بیمار و ایجاد شرایطی که منجر به خدمات ایمن تر و محافظت جامعه از آسیب های قابل اجتناب و کاهش عوارض ناخواسته در محیط بیمارستان شود.

**کلمات کلیدی:** بیمارستان های دوستدار ایمنی - استانداردهای ایمنی بیمار

### مقایسه وضعیت دلبستگی به والدین کودکان مهدکودکی و غیرمهدکودکی شهر تبریز

**راحه شاملی - دکتر سوسن ولیزاده - محمد ارشدی - دکتر جلیل باباپور دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

**زمینه:** بین مزاج و فطرت طبیعی (Temperament) کودک و الگوی والدی و بروز اختلالات اضطرابی رابطه وجود دارد و الگوی دلبستگی کودک به عنوان واسطه ای بین فطرت و بروز اضطراب کودک نقش ایفاء می کند. در کودکانی که در فضایی متفاوت از خانواده و دور از حضور والدین مراقبت شده و رشد می کنند تغییر در الگوی فطری در دوره اولیه کودکی دیده می شود. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین وضعیت دلبستگی و میزان اضطراب کودکان مهدکودکهای شهر تبریز انجام شده است.

**روش مطالعه:** این پژوهش از نوع مقطعی است. ۱۲۸ کودک ۴ تا ۶ ساله مهدکودکهای شهر تبریز به صورت نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای مورد مطالعه قرار گرفتند و داده ها با سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، مقیاس دلبستگی کینشپ و پرسشنامه اضطراب اسپنس جمع آوری گردید. یافته ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** بین نمره کل دلبستگی و میزان اضطراب کودکان همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد ( $P=0/001$ ,  $r=0/49$ ) و با افزایش وضعیت دلبستگی کودک، میزان اضطراب او نیز افزایش می یابد. در بررسی ارتباط بین حیطه های دلبستگی و اضطراب نیز نتایج نشان داد بین هراس و واکنش هیجانی ( $P=0/003$ ) و بین اضطراب جدایی و دوری گزیدن از حمایت مراقب ( $P=0/005$ ) همبستگی معنی دار وجود دارد.

**نتیجه گیری:** گرچه اغلب مطالعات بر ارتباط بین نوع دلبستگی اولیه با اضطراب در سالهای بعدی زندگی اشاره می کنند اما به نظر می رسد سطح اجتماعی و اقتصادی پائین یک واسط مهم برای پیش بینی ارتباط بین الگوی دلبستگی و اختلالات اضطرابی کودکان باشد.

**کلمات کلیدی:** کودک، مهد کودک، دلبستگی، اضطراب

### نظریه سوگ مزمن

**فرشته قوین چیان، کارشناس پرستاری، سرپرستار مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**زمینه:** نظریه ی سوگ مزمن توضیحی برای چگونگی واکنش افراد به حوادث واحد یا مداوم فقدان است. مدل سوگ مزمن نه تنها چارچوبی برای درک

واکنش به موقعیت های فقدانی متفاوت است، بلکه روشی نو برای نگرستن به تجربه ی سوگوار ی ارایه می دهد. مدل در شکل 2-آزمایش داده شده است. تجربه ی سوگ مزمن چرخه ای و مداوم است که تا زمان حضور تناقض، تکرار می شود. سوگ مزمن فراگیر، دوره ای، پایا و محتملا پیشرونده است. مفاهیم این نظریه عبارتند از موقعیت فقدان: پیش نیاز اولیه منجرشونده به بروز سوگ مزمن یک تجربه مشخص فقدان است که می تواند مداوم (بدون پایان قابل پیش بینی) مانند تشخیص بیماری مزمن برای کودک یا واحد مانند از دست دادن عزیزی باشد. چون تفسیر فقدان فردی است، ممکن است یک فقدان برای فردی با سوگ مزمن همراه باشد و برای فرد دیگر چنین اتفاقی نیافتد. مراقبت کننده های کودکان، بالغین، همسران، والدین و دیگر بستگان نزدیک مبتلایان به ناتوانی ذهنی و جسمی با فقدان هایی مواجهند که ناشی از دیدن شرایط رو به اضمحلال فرد عزیز شان و تجربه قربانی شدن خود به عنوان مراقبت کننده از این فرد است. این تجربه فقدان مداوم منجر به سوگ مزمن می شود. عدم اطمینان نیز، شرایطی را ایجاد می کند که در آن پایان قابل انتظاری نیست. عدم اطمینان در فقدان های مداوم ناشی از شرایط مزمن یا تهدیدکننده زندگی مانند عقیمی، سرطان یا اسکروز متعدد منجر به بروز و توسعه سوگ مزمن می شود. همچنین سوگ مزمن بر اساس چند مطالعه انجام شده می تواند در فقدان های واحدی مانند از دست دادن یک عزیز وابسته نیز دیده شود (لیندگرن و همکاران، ۱۹۹۲، ماسترسون، ۲۰۱۰). تناقض: عامل پیش نیاز دیگر برای سوگ مزمن تناقض حل نشده ناشی از فقدان است. فقدان یک تفاوت یا تناقض بین واقعیت و آن چه دلخواه فرد است، ایجاد می کند. در فقدان های مداوم یا واحد، تناقض حل نشده مشخصه ی اصلی سوگ مزمن است (ایکز و همکاران، ۱۹۹۸، ماسترسون ۲۰۱۰). حوادث ماشه ای: در چارچوب نظری سوگ مزمن، حوادث ماشه ای در ارتباط نزدیک با بی شباهتی هستند. ماشه ها یا پله های مهم موقعیت ها، شرایط و وضعیت هایی هستند که بی شباهتی ناشی از تجربه فقدان را مجدداً به مرکز توجه فرد می آورند یا تجربه ی بی شباهتی را تشدید می کنند. این حوادث، بسته به نوع فقدان و این که مربوط به خود فرد مبتلا به شرایط مزمن، مراقبت کننده از او یا مرگ یک عزیز باشد، متغیر است (ایکز و همکاران، ۱۹۹۸). (در مورد والدین یک کودک مبتلا به مشکلات جسمی یا ذهنی، مواجهه با بی شباهتی بین واقعیت و ایده آل در مراحل مهم تکاملی کودک بارز است. تفاوت بین عملکرد کودک و انتظارات والدین از تکامل طبیعی موجب بروز احساس بی شباهتی می شود. سوگ مزمن اغلب بیشتر در بحران های درمانی مراقبتی ناشی از بیماری کودک و حوادث تشدید کننده ماهیت پایان ناپذیر مسئولیت های مراقبتی عود می کند (کندل، ۲۰۰۵). موقعیت هایی که آگاهی از تفاوت و بی شباهتی بین خود و دیگران را برای والدین یادآور می شوند خصوصاً در مورد انتظارات از تکامل کودک، ارتباطات و توانایی ها همگی از حوادث ماشه ای سوگ مزمن محسوب می شوند. حوادث ماشه ای بسته به موقعیت، ناتوانی یا بیماری کودک و عوامل فردی مرتبط با والدین متفاوت می باشد. به عنوان مثال این حوادث ماشه ای در والدین کودکان با سابقه زودرسی، مراحل مهم تکاملی مانند زمان راه افتادن، زمان بروز مشکلات رفتاری و شروع مدرسه بود. حوادث ماشه ای برونی بیشتر نگرانی های مالی و تعامل با مدرسه ی فرزندان بیمار بود.

**کلمات کلیدی:** سوگ مزمن

### عادات غذایی دختران نوجوان

**مجید مجیدی مهر- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، سید فاطمه قاسمی**

**زمینه:** یکی مهم ترین عوامل موثر در شکل گیری الگوی غذایی انسان عادات غذایی است که نقش مهمی در چگونگی انتخاب، آماده کردن و طبخ، مصرف و نگهداری مواد غذایی دارند. بسیاری از عادات غذایی نامناسب بوده و اثرات

نامطلوبی بر سلامت انسان بجای گذارد. دختران به عنوان مادران آینده عهده دار تربیت نسل بشر هستند و عادات غذائی نامناسب بر سلامت آنها و در نهایت سلامت خانواده و جامعه تاثیر زیادی دارد. هدف از این مطالعه تعیین عادات غذائی غلط در دختران نوجوان مدارس راهنمایی شهر خرم آباد بود.

**روش مطالعه:** این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی انجام شد. نمونه شامل ۳۰۰ دختر ۱۶-۱۱ سال مشغول به تحصیل در مدارس راهنمایی خرم آباد بود که به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه دویخی بود، بخش اول مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم پرسشنامه عادات غذائی بود که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد اکثر نمونه ها (۵۸٪) ۱۴-۱۳ ساله و ۴۸٪ کلاس اول راهنمایی بودند. ۹۰٪ از اهمیت تغذیه صحیح در پیشگیری و کاهش بیماریها و کمک به یادگیری و بهبود وضعیت تحصیلی آگاهی نداشتند. ۶۳٪ از تعداد وعده های غذائی مناسب به خصوص میان وعده ها استفاده نمی کردند. ۴۴٪ همیشه صبحانه نمی خوردند. ۴۱٪ عادت به کم خوری داشتند. ۸۹٪ هفته ای ۳-۱ بار از غذاهای آماده و سرد مثل انواع ساندویچ و کنسرو استفاده می کردند. ۴۵٪ عادت به خوردن آب زیاد همراه غذا داشتند. ۴۵٪ فقط گاهی شیر می نوشند. ۴۹٪ عادت به نوشیدن چای بلافاصله بعد از غذا داشتند. ۵۴٪ غذاهای سرخ کرده و کبابی را ترجیح میدهند. ۴۰٪ از مواد غذائی بی ارزش مثل پفک، چیپس، و... در میان وعده استفاده می کنند. ۸۰٪ عادت به انجام فعالیتها و چون تماشای تلویزیون، مطالعه و... همزمان با صرف غذا دارند.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته های فوق به نظر میرسد بیشتر دختران نوجوان دارای عادات غذائی نامناسبی هستند که نه تنها منجر به کمبودهای تغذیه ای و به خطر انداختن سلامت آنها می شود بلکه در آینده مادرانی نا آگاه خواهند شد که سلامت نسل آینده را به خطر می اندازند. لذا با ایستای اقدامات و آموزشهای لازم جهت تصحیح این عادات از طریق والدین کارشناسان تغذیه، معلمان بهداشت و تربیتی، کتابهای درسی، برنامه های آموزش همگانی و رسانه های جمعی و استفاده از وسایل کمک آموزشی مثل فیلم، پمفلت و پوستر انجام شود.

**کلمات کلیدی:** عادت غذائی، نوجوان، دختران

### بررسی موانع ثبت تشخیص های پرستاری از دیدگاه پرستاران و مدیران پرستاری تحلیل موانع و ارائه راه حل مناسب

**مهسا مطبوعی- کارشناس ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی- تربیت مدرس، دکتر عیسی محمدی- دکتری پرستاری هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس**

**زمینه:** فرایند پرستاری راهی سازمان یافته برای تشخیص عکس العملهای بیماران نسبت به بیماری و کاهش سلامتی یا درمان شناخته شده است مطالعات نشان می دهند که اجرای فرایند پرستاری و بخشهای مختلف آن از جمله ثبت مشکلات شناخته شده در قالب تشخیص های پرستاری نه تنها در ایران بلکه در بسیاری از کشورهای جهان با چالشهای بسیاری رو به رو است؛ از این رو مطالعه ای با هدف بررسی موانع ثبت تشخیصهای پرستاری از دیدگاه پرستاران و مدیران پرستاری انجام شده است

**روش مطالعه:** این مطالعه توصیفی - مقطعی با رویکرد حل مساله که به بررسی موانع ثبت تشخیصهای پرستاری از دید دو گروه (پرستاران و مدیران پرستاری) پرداخته است. در اردیبهشت ماه ۱۳۹۲ در بیمارستانهای (بعثت نهجا، امام حسین (ع)، خاتم الانبیاء) در تهران انجام شد نمونه ها شامل ۱۶ نفر مدیران پرستاری (سرپرستاران، سوپروایزر ها، مترون ها) و ۵۴ نفر از پرستاران بالین بودند. ابزار بررسی، پرسشنامه ای دو قسمتی که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم سوالات در باره موانع موجود در عدم ثبت و بکارگیری تشخیصهای پرستاری در سه بعد فردی، مدیریتی و اجرایی و سازمانی که بر

اساس ارزشگذاری لیبرکرت طراحی شد. داده ها با نرم افزار SPSS، آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** از نظر پرستاران بالین بعد فردی با میانگین امتیاز (۲/۱۹)، بعد مدیریتی و اجرایی (۲/۷۷)، و بعد سازمانی (۲/۵۳) و از نظر مدیران پرستاری بعد فردی (۲/۶۱)، مدیریتی و اجرایی (۳/۱) و بعد سازمانی (۳/۲۵) به ترتیب اهمیت و اولویت، در عدم بکارگیری و ثبت تشخیصهای پرستاری تاثیر گذارند از دیدگاه پرستاران عوامل مدیریتی و اجرایی و از دیدگاه مدیران پرستاری عوامل سازمانی با بالاترین میانگین امتیاز به عنوان دلایل اصلی عدم ثبت تشخیصهای پرستاری مطرح شدند.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش ۵ مانع اصلی در ثبت تشخیصهای پرستاری عبارتند از: ۱- زیاد بودن کارهای نوشتاری پرستاران ۲- واگذاری امور غیر پرستاری به پرستاران ۳- اختصاص ندادن امتیاز و پاداش به پرستارانی که تشخیصهای پرستاری را ثبت می کنند ۴- عدم اجرای سیستم مراقبتهای برای هر بیمار به صورت جداگانه ۵- عدم برگزاری دوره های آموزش ضمن خدمت و نا آشنایی با تازه های علمی بر طبق نیازسنجی مداوم از پرستاران راهکار برتر تحت عنوان برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت پیشرفته برای پرستاران در زمینه استانداردهای مشخص و روز آمد مهارتهای علمی و قانونی ثبت تشخیصهای پرستاری پیشنهاد می گردد.

**کلمات کلیدی:** پرستاران بالین، تشخیص های پرستاری، فرایند پرستاری

### سیستم های اطلاعات پرستاری: گام نوین در مراقبت های پرستاری کودکان

**ژیلا صائمی پور- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، محمدرضا نامی - دکتری علوم کامپیوتر**

سیستم اطلاعات پرستاری به عنوان بخشی از سیستم های مراقبت از بهداشت که با جنبه های پرستاری سر و کار دارد تعریف شده است. در حال حاضر، سیستم های کامپیوتری مختلفی وجود دارند که به ثبت اطلاعات مربوط به پرستاری شامل مدیریت تخت های بخش، انتقال و جایجایی بیماران، ثبت درخواست ها و نتایج پاراکلینیکی، درخواستهای دارویی، تعداد ویزیت پزشکان و در برخی از سیستم ها، ثبت علائم حیاتی، گزارش پرستاری، کاردکس پرستاری، شیفت کاری پرستاران و مدیریت بخش بالینی بویژه بخش کودکان می پردازند. پرستاران مسئول ضبط بخش قابل توجهی از سابقه ای کودک هستند از این رو تحت تاثیر کامپیوتری شدن قرار میگیرند. آنها انتظار دارند که به اطلاعات کامل، دقیق، به روز شده و قابل دسترس هر کودک دست پیدا کنند. ابزار های سیستم های اطلاعات پرستاری مزایای مهمی در مدیریت داده های پرسنل پرستاری فراهم می کند و به بهبود عوامل تاثیر گذار از سرویس های پرستاری کمک می کند سازمان ها ممکن است به طراحی مجدد رابط کامپیوتر برای ارائه سخت افزار بهتر و به حفظ عملکرد شبکه ای قابل اطمینان تر برای پاسخگویی به نیازهای پرستاران در طی فرایند اتخاذ و همچنین تغییر یا ابداع مناسب مقررات اسناد نیاز داشته باشد. بخش بهداشت و درمان هنوز هم فاقد نظمی از تفکر سیستم، چشم اندازهای به اشتراک گذاشته شده و یک رویکرد تیمی است. مطالعه ای سیستم های NIS که در حال حاضر اجرا شده اند به ارزیابی مجدد برای فهمیدن این که چرا و چگونه کار می کنند نیاز دارند. ارزیابی واقع بینانه یک ابزار تحقیقاتی است که در کاربردهای مطالعه ای اجرای سیستم های اطلاعات پرستاری در حال افزایش است. یکی از فاکتورهای مهم حاکم بر پایداری سیستم های اطلاعاتی در دسترس بودن پرسنل مجرب و باتجربه است. سیستم های اطلاعاتی برای موفقیت به مدیریت فعال نیاز دارند و لازم است روش هایی برای جمع آوری داده ها، گزارش، پیگیری گزارش های از دست رفته، داده های کنترل کیفیت، خلاصه ای داده ها و ارائه ای بازخورد تصویب شود. سیستم اطلاعات پرستاری سیستمی کامپیوتری است که داده های بیماران در

## بررسی رابطه بین مصرف سیگار در والدین و بروز سرطان خون در کودکان

هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی

انواع موسسات مراقبتی با هدف دسترسی سریع و به هنگام پرستاران به اطلاعات کودکان و بهبود مراقبت آنها مدیریت می کند. امکان پرونده نویسی بیماران: پرستاران می توانند علایم حیاتی، ارزیابی وضعیت بیمار، طرح مراقبت و گزارشات پرستاری را به صورت ساخت مند یا تمام متن وارد سیستم کنند. اطلاعات در مخزن اصلی اطلاعات ذخیره و قابل بازیابی است. تهیه شیفت و گردش کار پرستاران: حضور و غیاب و هزینه اثربخشی پرستاران. یکپارچگی داده های بالینی: اطلاعات بالینی تمام ارایه دهندگان مراقبت توسط پرستاران قابل بازیابی، بررسی، و تحلیل شده و به یک برنامه مراقبت یکپارچه تبدیل می شود. پشتیبانی از تصمیمات بالینی: این ماژول را می توان به منظور یادآورنده ها، رهنمودهای ارتباط دهنده علایم و نشانه ها به بیماری ها، عوامل و اتیولوژی بیماری ها، دسترسی آنلاین به منابع پزشکی در NIS گنجانده بهبود بارکاری و عملکرد پرستاران: صرفه جویی در اصلاح فهرست اسامی و تهیه شیفت کاری پرستاران به ایجاد ترکیبی از مهارت ها. برنامه ریزی مراقبتی بهتر: صرفه جویی در زمان برنامه ریزی منجر به وقت بیشتر برای تهیه برنامه کامل تر و ارزیابی های اصولی تر می شود. مدیریت بهتر داروها: نسخه های الکترونیکی خواناتر و در نتیجه خطای دارویی کمتر می شود.

**کلمات کلیدی:** سیستم اطلاعات پرستاری، پرستاری مراقبت های ویژه کودکان، سیستم مراقبت از بهداشت، سیستم اطلاعاتی

### سبک زندگی سالم در کودکان مبتلا به بیماریهای قلبی

دکتر محمد رضا حیدری، دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی، رضا نوروززاده، کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شاهد

کودکان مبتلا به بیماری های پیچیده قلبی نیاز به مراقبت همه جانبه در طول زندگی خود دارند. پرستاران با آموزش سبک زندگی سالم به کودک و خانواده او می توانند با اصلاح شیوه زندگی بی آمد این دسته از بیماران را بهبود بخشند. مطالعه انجام شده از نوع مرور سیستماتیک از بین مقالات انجام شده در رابطه با سبک زندگی سالم در کودکان مبتلا به اختلالات قلبی عروقی با جستجو از پایگاه های SID، Pubmed، Scencedirect، سایت دانشگاهی استنفورد (highwire) و magiran در طی ۲۰ سال گذشته انجام شد. تعداد محدودی مطالعه به بررسی سبک زندگی سالم در کودکان با ناهنجاری های قلبی و تحت اعمال جراحی قلب پرداخته اند. نتایج یک تحقیق حاکی از پروفایل بیماری قلبی عروقی بهتر در کودکان مبتلا به بیماری قلبی عروقی با کاهش تماشای تلویزیون، مصرف کمتر نوشابه های قند دار، مصرف زیاد میوه و سبزیجات و افزایش فعالیت فیزیکی بود در مطالعه ای مشخص گردید که کودکان مبتلا به بیماریهای قلبی پیچیده در معرض خطر چاقی، دیابت، بیماریهای اکتسابی قلب و مشکلات بهداشت روان در مقایسه با کودکان سالم بوده و اینکه شرکت در فعالیتهای فیزیکی همچنین موجب آزاد شدن مواد شیمیایی از مغز شده و موجب بهبودی خلق آن ها می گردد. در یک تحقیق دیگر نشان داده شد که کودکان مبتلا به بیماریهای قلبی پیچیده و دارای پیس میکر به دلیل ترس و اضطراب از انجام فعالیت های فیزیکی، بیشتر دچار افزایش وزن و چاقی می شوند. خانواده ها و مراقبین این دسته از کودکان نیاز به حمایت بیشتری برای شیوه زندگی سالم، فعالیت فیزیکی، بهداشت روان، تغذیه سالم و پیشگیری از آسیب دیدگی این کودکان داشتند.

ایجاد سبک زندگی و رفتار های بهداشتی سالم در کودکان مبتلا به بیماری قلبی یک فرایند مراقبتی پیچیده است که با تعامل موثر و دائم پرستار کودکان با کودک و اعضاء خانواده او تحقق می یابد.

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی سالم، بیماری های قلبی، کودکان

**زمینه:** بررسی های اپیدمیولوژیک سرطان ضمن اینکه اطلاعات زمینه ای از علل سرطان را به دست می دهد، می تواند افراد در معرض خطر را شناسایی کند. لذا می توان با شناسایی عوامل خطر آن دسته از عواملی را که قابل پیشگیری هستند تغییر داد و آن دسته از گروه هایی که دارای عوامل خطر غیر قابل تغییر هستند را شناسایی نمود و تحت نظر قرار داد و به محض مشکوک شدن به سرطان آزمایش های تشخیصی و درمانی لازم را به آن ها ارایه کرد. در نتیجه با درمان به موقع شانس بقا افزایش یافته و عوارض بیماری کاهش می یابد. سرطان پس از سونج، دومین علت مرگ و میر کودکان در جهان محسوب می شود. لوکمی ها که شایع ترین نئوپلاسم های بدخیم در دوران کودکی هستند، مسبب حدود ۴۱٪ از تمام بدخیمی هایی هستند که در کودکان زیر ۱۵ سال رخ می دهد.

**روش مطالعه:** این پژوهش یک بررسی توصیفی تحلیلی از نوع مورد - شاهدی است که به روش مقطعی به بررسی ریسک فاکتورهای لوسمی لنفوبلاستیک حاد (از جمله مصرف سیگار در والدین) در کودکان مراجعه کننده و بستری در بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد سال ۱۳۸۵ می پردازد.

**یافته ها:** ۳۷٪ نمونه ها دختر و ۶۳٪ پسر با میانگین سنی ۷ سال بودند. میزان درآمد خانواده اکثریت آنها در گروه مورد (۷۶٪) کمتر از هزینه شان بود. اکثریت پدران (۴۸٪) و مادران (۴۱٪) دارای میزان تحصیلات زیر دیپلم بودند. نتایج نشان می دهد که گروه مورد و شاهد به ترتیب (۴۰ درصد) و (۵ درصد) دارای فرد سیگاری در خانواده درجه یک هستند. این پژوهش نشان داد که شانس ابتلا به سرطان خون در کودکانی که در معرض دود سیگار قرار دارند ۲ تا ۳ برابر کودکانی است که در معرض دود سیگار قرار ندارند (OR= 2/53) تا 3/05، CI=2/02, 3/05). نتیجه گیری: سوراخان و همکارانش (۱۹۹۷) از تباط بین مصرف سیگار در والدین و ایجاد سرطان در کودکان را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند. به این منظور با انجام یک مطالعه مورد-شاهدی نتیجه گرفتند که یک روند مثبت معنی داری بین الگوی مصرف روزانه سیگار در والدین و خطر ایجاد سرطان در بچه ها وجود دارد. براندام (۱۹۹۸) نیز به نتایج مشابهی دست یافت. **نتیجه گیری:** جهت پیشگیری از ابتلا به سرطان در افراد سیگاری و خانواده هایشان، هر چه سریع تر اقدامات ترک سیگار صورت گیرد. همچنین ضروری به نظر می رسد که رساناها نتایج چنین پژوهش هایی را به اطلاع عموم برسانند تا بدین وسیله از مضار سیگار آگاهی یابند.

**کلمات کلیدی:** مصرف سیگار - والدین - سرطان خون

### بررسی دیدگاه دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد ساوه درباره میزان اهمیت رفتارهای مراقبتی پرستاری بر اساس مدل مراقبتی واتسون

لیلا نیک فرید - عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پررخیده حسنی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

**زمینه:** بر اساس مدل مراقبت انسانی، مراقبت باید یک ارزش پرستاری بوده و خود را در عوامل مراقبتی بین پرستار و بیمار نمایان سازد. تنها در صورت حضور تمامی این عوامل مراقبتی ده گانه است که مراقبت معتبر انجام شده و مددجو به سطح بالای التیام و هماهنگی می رسد. هدف این مقاله بررسی دیدگاه دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه درباره میزان اهمیت رفتارهای مراقبتی پرستاری بر اساس مدل مراقبتی است.

**روش مطالعه:** این یک مطالعه توصیفی است. ابزار پژوهش که مقیاس Care Q میباشد به تمام دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه داده شد. تعداد ۱۱۷ نفر در زمان انجام مطالعه حضور داشتند که ۵۰ رفتار مراقبتی نوشته شده روی کارت های مجزا را از نظر اهمیت در هفته مجموعه با تعداد نامساوی قرار دادند. این ابزار با استناد به عوامل مراقبتی مدل مراقبتی Watson رفتارهای مراقبتی را در شش زیرگروه قرار می دهد. یافته ها: زیر گروه های با اهمیت از نظر دانشجویان پرستاری به ترتیب در دسترس بودن، توضیح و تسهیل، پایش و پیگیری، انتظار و پیش بینی نیازهای بیمار، آسایش دهی و ارتباط اعتماد آمیز بود. با اهمیت ترین رفتار "داروها و کارهای درمانی بیمار را به موقع و سر وقت انجام می دهد" و کم اهمیت ترین رفتار "از بیمار می پرسد که با چه عنوانی او را صدا بزند" بود.

**نتیجه گیری:** اهمیت بیشتر به رفتارهای مراقبتی درمانی در دانشجویان پرستاری به دلیل تجربه کم تماس با بیمار در آن ها قابل توجه است اما بر اساس مدل مراقبت انسانی فرایند تحصیل در رشته پرستاری باید به گونه ای باشد که آن ها بتوانند برای انجام مراقبت کل گرا و معتبر با در نظر گرفتن تمام عوامل مراقبتی ده گانه مطرح شده در مدل آمادگی لازم را کسب کنند.

**کلمات کلیدی:** رفتارهای مراقبتی، دانشجویان پرستاری، مدل مراقبتی Watson

### سوءاستفاده جنسی از کودکان و تاثیر آن در روند کیفیت رشد و تکامل

هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی

**زمینه:** کودکان بخش مهمی از اجتماع را تشکیل می دهند و اینکه دوران کودکی را به خوبی طی کنند حق مسلم آنهاست. متأسفانه عده ای از آنها این دوران شیرین را با تاریکی - ترس و شوم طی میکنند گویی در جهنم به سر می برند. فی الواقع آنان باید از هر گونه آسیب و سوءاستفاده محافظت گردند. سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی دارای آثار بسیار مخربی در روند کیفیت رشد و تکامل آنان می گذارد و دارای آثار مخربی چون احساس گناه - افسردگی و خودکشی PTSD - و اضطراب - افت تصویر ذهنی و اعتماد به نفس - اعتیاد به مواد مخدر و الکلیسم می باشد. بر اساس آمار معتبر جهانی میزان شیوع آن بر اساس نوع جمعیت و منطقه جغرافیایی از ۱۲ تا ۴۰ درصد متغیر است. بخش اعظمی از این کودکان در کشور های محروم و جهان سوم زندگی می کنند. مناطقی که کودکان مجبور به کار و حیات در شرایط دشوار هستند. این افراد نه تنها از گرسنگی و سوء تغذیه در عذابند بلکه بارها مورد سوء استفاده جنسی هم قرار می گیرند لذا زندگی بسیار دردناکی را تجربه می کنند. سوء استفاده جنسی در کودکان طبق تعریف آکادمی کودکان آمریکا طیف وسیعی از رفتارهای جنسی از قبیل: تماس بدنی - بوسیدن - دیدن - لمس و دست زدن به اندام های تناسلی - و انواع نزدیکی ها را شامل می شود. فرد متجاوز معمولاً جوان و در محدوده سنی زیر ۱۶ سال قرار دارد طوریکه طبق تعریف باید حد اقل ۵ سال از کودک بزرگ تر باشد. در اکثر موارد این فرد مذکر است. بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده در ۶۰ درصد موارد فرد متجاوز از آشنایانی از جمله همسایه - فرد مراقبت کننده کودک و دوستان و اقوام دور تشکیل یافته و در ۳۰ درصد موارد نسبت فامیلی نزدیک وجود دارد مثل عمو - دایی و بالاخره فقط در ۱۰ درصد موارد فرد کاملاً غریبه است. ارائه آموزش از طرف والدین به کودکان جهت پیشگیری از سوء استفاده جنسی و نحوه برخورد با کودکی که مورد سوء استفاده قرار گرفته است اهمیت به سزایی دارد. به علاوه از آنجائیکه متأسفانه این گونه رفتارها در خلوت صورت می گیرد و در بسیاری از موارد کودک دارای علائم جسمی آشکاری نیست شناسایی این کودکان مشکل می باشد. لذا آگاه ساختن والدین نسبت به علائم طفلی که مورد سوء استفاده قرار گرفته و نحوه برخورد با

این کودکان و مهم تر از همه پیشگیری از وقوع چنین رفتارهایی که آثار آن در تمام عمر بروی زندگی کودک سایه می اندازد امری ضروری به نظر می رسد.

**کلمات کلیدی:** سوءاستفاده جنسی - کودکان - کیفیت رشد و تکامل

### تماس با اشعه ایکس در دوران جنینی و سابقه مصرف قرص ضد بارداری توسط مادر از مهم ترین عوامل خطر در سرطان خون کودکان

هایده هاشمی زاده گروه پرستاری، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی

**زمینه:** سرطان خون گروهی از اختلالات نئوپلاستیک است که علت ایجاد دقیق آن مشخص نیست. تحقیقات ارتباط برخی از عوامل خطر با ایجاد این بیماری را نشان داده است. در این مطالعه عوامل خطر مؤثر در ایجاد لوسمی لنفوبلاستیک حاد و همچنین شایع ترین تظاهرات بالینی هنگام شروع این بیماری در کودکان استان خراسان مورد بررسی قرار گرفت.

**روش مطالعه:** این تحقیق یک مطالعه مورد- شاهدی بود که بر ۱۰۰ کودک بستری مبتلا(مورد) و ۴۰۰ کودک مراجعه کننده به درمانگاه (شاهد) صورت گرفت. روش جمع آوری اطلاعات، مصاحبه رو در رو با مادران بیماران و پر کردن پرسش نامه توسط پژوهشگر است. محیط پژوهش بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد بود. داده ها با استفاده از روش رگرسیون لجستیک و نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** بر اساس این مطالعه متغیرهای تماس با اشعه ایکس در دوران جنینی، وجود فرد سیگاری در خانواده، سابقه مصرف قرص ضد بارداری توسط مادر، تماس شغلی پدر با مواد شیمیایی و نزدیکی منزل تا خطوط فشار برق قوی از مهم ترین عوامل ایجاد سرطان خون محسوب گردید ( $p < 0.05$ ). همچنین شایع ترین تظاهرات بالینی به ترتیب اولویت شامل بی حالی و ضعف، تب، درد پا، لنفادنوپاتی گردنی، خونریزی، درد در ناحیه شکم و علائم سرماخوردگی بود. **نتیجه گیری:** عوامل مؤثر در ایجاد این بیماری می تواند به میزان بالایی مربوط به عوامل محیطی باشد. لذا آگاهی از این امر و آموزش در این زمینه گام مهمی در پیشگیری محسوب می گردد.

**کلمات کلیدی:** لوسمی لنفوبلاستیک حاد، عوامل خطر، تظاهرات بالینی، کودکان

### سندرم تکان کودک: شدیدترین فرم سوء رفتار جسمی

فاطمه تیموری - کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش

سندرم تکان کودک (SBS) شدیدترین شکل سوء رفتار جسمی در دوره شیرخوارگی است و شایعترین دلیل مرگ غیر طبیعی در این گروه سنی است. بیش از ۹۰٪ همه جراحات درون جمجمه ای در دوره شیرخوارگی بعلت سوء رفتار است. هدف از ارائه این مقاله آشنایی با مفهوم، شیوع، ریسک فکتورها، علائم بالینی و تشخیص SBS می باشد. مقاله حاضر مطالعه ای مروری است که بر اساس داده های موجود در بانکهای اطلاعاتی معتبر سالهای ۲۰۱۲-۲۰۰۰ تدوین گردیده است. سندرم تکان کودک شامل مجموعه ای از علائم و نشانه هاست که از تکان دادن شدید کودک ناشی می شود، این سندرم زمانی ایجاد می شود که افراد بعلت گریه مداوم کودک وی را از ناحیه تنه یا بازوها گرفته و بشدت با حرکات رفت و برگشتی به طرف جلو و عقب تکان می دهند. این سندرم در هر سنی اتفاق می افتد اما نوزادان بعلت بزرگی سر، سنگینی مغز و ضعف عضلات گردن بیشتر در معرض آن قرار دارند. کودکانی که تحت تاثیر تکان های شدید باشند علائمی از جمله تحریک پذیری، بی حالی، تهوع و استفراغ، تشنج، عدم هوشیاری، آپنه یا مرگ رانشان می دهند و کودکانی که تحت تکانهای ضعیف قرار گرفته باشند علائم غیر اختصاصی شبیه به بیماری



ویروس، عفونت و سوء تغذیه را نشان می دهند. این سندرم براساس علائم سه گانه: آنسفالوپاتی، هماتوم ساب دورال و خونریزی شبکیه تشخیص داده می شود. عواقب این کودکان از ظاهر سالم تا ناتوانی دائم که شامل عقب ماندگی ذهنی، تأخیر رشد فلج، صرع، اختلال بینایی و شنوایی و اختلال شخصیت متغیر است. جهت درمان این کودکان نیاز به یک تیم پزشکی از جمله طب اورژانس، جراح مغز و اعصاب، داخلی اعصاب، چشم پزشکی، ارتوپد، رادیولوژیست و پاتولوژیست می باشد. سندرم تکان کودک در جوامع امروزی شایع بوده و از طرفی این سندرم ۱۰۰٪ قابل پیشگیری است این پیشگیری می تواند به طرق مختلف از جمله حمایت از کودک در برابر مراقبین بد رفتار، آگاهی دادن به والدین در رابطه با حقوق قانونی کودک و ارائه آموزش به مراقبین بهداشتی، پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی همچنین والدین کودک در رابطه با علل و خطرات ناشی از SBS می باشد.

**کلمات کلیدی:** آسیب به سر - آسیب به مغز - کودک آزاری

### بررسی تاثیر مولفه های فردی بر تغذیه انحصاری با شیر مادر

**معصومه شاکری - مربی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه مامایی، جواد ناصریان - مربی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، گروه ریاضی و آمار**

**زمینه:** شیر مادر به عنوان ماده غذایی ایده آل، نه تنها در دوران شیر خوارگی ضامن سلامت کودک می باشد، بلکه از خطر ابتلا به بسیاری از بیماریهای مزمن در بزرگسالی نیز می کاهد. با توجه به الگوی متفاوت شیردهی در جوامع مختلف پژوهش حاضر با هدف تعیین مولفه های مؤثر بر طول دوره شیردهی در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی زنجان در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

**روش مطالعه:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی (cross-sectional) تعداد ۴۰۰ مادر دارای کودک ۳-۱ ساله (۱۹۵ دختر و ۲۰۵ پسر) که جهت مراقبتهای ۳-۱ سال خود به مراکز بهداشتی و درمانی زنجان مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی - خوشه ای انتخاب شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه ای مشتمل بر ویژگیهای فردی مادر و اطلاعات مربوط به کودک و تغذیه وی با شیر مادر، جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS v16 انجام شد. در مرحله اول جهت تحلیل تک متغیره از آزمونهای مربع کای، فیشر و آنالیز واریانس استفاده شد و در مرحله بعد مدل رگرسیون لجستیک چند گانه مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته ها:** براساس نتایج میانگین طول دوره شیردهی ۱۴/۱۸ ماه و ۵۸٪ از مادران در نیم ساعت اول پس از تولد تغذیه نوزاد را با شیر مادر شروع کرده بودند. ۳۴٪ از مادران تا ۶ ماهگی تغذیه انحصاری با شیر مادر را ادامه داده بودند. میزان شیردهی در ۱۲، ۶، ۳، ۱ و ۲۴ ماهگی به ترتیب ۹۰٪، ۶۰٪، ۴۵٪، ۳۴٪ و ۵٪ بود. در این مطالعه تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر، با آگاهی ( $p < 0.001$ ) و نگرش مادر ( $p < 0.001$ )، سن مادر ( $p < 0.001$ ) و شروع تغذیه کمکی ( $p < 0.001$ ) ارتباط معنی دار داشت.

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج عوامل مختلفی بر طول دوره شیردهی تاثیر گذار است که توجه و برنامه ریزی در جهت اصلاح آنها موجب تمدید دوره شیردهی خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** شیرمادر، مولفه فردی، تغذیه انحصاری

### نقش های پرستار کودکان

**زهرا کلاسانی نیا - استادیار گروه پرستاری - دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران**

پرستاری کودکان، مراقبت از سلامتی آنان از ابتدای دوره شیر خوارگی تا آخر دوره نوجوانی است و تقریباً ۱۸ سال اول عمر که با رشد و تکامل سریع همراه

بوده و از مهمترین سال های عمر است، را در بر می گیرد. با نگاه ویژه به آمار جمعیتی ایران و درصد کودک و نوجوان در بین سایر اقشار جمعیتی و برای ساخت جامعه ای سالم تر در آینده باید به نقش های پرستار کودکان عنایت ویژه داشت. تعریف پرستاری عبارتست از تشخیص و درمان پاسخ های بالقوه و بالفعل انسانی به مشکلات سلامتی. این تعریف برای پرستاری کودکان نیز کاربرد دارد. به طور کلی پرستاری کودکان عبارتست از ارتقاء و حفظ کودک در حداکثر سطح سلامتی که در کنار خانواده احساس خوب بودن داشته باشد. این هدف شامل ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری ها و مراقبت در طی بروز بیماری است. شروع تحولات برای مراقبت بهتر از کودکان به سال ۱۹۷۰ میلادی باز می گردد. اولین متخصص کودکان آبراهام جاکوب (پدر طب کودکان) بوده است. پرستارمدرسه از سال ۱۹۰۲ در نیویورک آغاز به کار کرد و اولین واحد های درسی کودکان برای پرستاران از ۱۹۰۰ در دانشگاه کلمبیا تدریس گردید. بعد ها با تغییردرسیستم ارائه خدمات سلامت، نقش های پرستار کودکان نیز گسترده شد. در سال ۱۹۶۰ به نقش پرستار حرفه ای توجه شد و نهایتاً در طی دو دهه بعد به ارائه خدمات تخصصی پرستاران کودکان توجه گردید و در سال ۱۹۸۰ انجمن مراقبت از مادر و کودک تشکیل و به تهیه راهنماهای مهم برای مراقبت از کودکان پرداخت. امروز نقش های پرستار کودکان بر اساس فلسفه مراقبت خانواده محور، مراقبت براساس شواهد و کاهش حداکثری عوارض جسمی و روانی مداخلات برای کودک و خانواده (Atraumatic Care) استوار است.

**کلمات کلیدی:** پرستاری کودکان، مراقبت

### پرستاری مبتنی بر هنر؛ مراقبت غفلت شده در پرستاری

**حدیجه زارعی - هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران، زهره پرنده مطلق - کارشناس ارشد پرستاری کودکان از دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران**

مراقبت مبتنی بر هنر در همه عرصه های پرستاری علی الخصوص کودکان کاربرد دارد. این مقاله هنر را بعنوان در حیطه بالین ارتقا سلامت کودکان معرفی می کند. این مقاله استفاده از ابعاد مختلف هنری به عنوان مراقبت مستقل پرستاری و همچنین بعنوان شیوه ای خلاق و نو در حیطه مراقبت و درمان در بخشهای کودکان معرفی می کند. هنر، هم برای همه است و هم زبان جهانی است. هنر درمانی، نوعی روش درمانی است که در آن درمان از طریق فعالیت هنری انجام می پذیرد. هنردرمانی از معدود اشکال پویا و فعال درمان است که افراد در آن به شیوه های غیر کلامی افکار و احساسات خود و نگرانیهایشان درباره بیماری و مشکلات، دردها و تصویر بدنیشان را به طریقی بسیار راحت و بسیار امن بیان می کنند. هنردرمانی کمک می کند تا فرد اعتماد به نفس خود را افزایش داده و به گونه های خلاق و مؤثر با مشکلات کنار بیاید. هنر همچنین برای ایجاد مهارت های اجتماعی نیز مورد استفاده قرار می گیرد. هنر می تواند علاوه بر بهبود وضعیت روحی باعث بهبود وضعیت جسمانی بیماران نیز بشود. به عنوان مثال می تواند میزان درد، استرس، تنش و اضطراب را تا حد بسیار زیادی کاهش دهد. کودکان هیجان های خود را در نقاشی هایشان منعکس و فراقکتی می کنند. کودکان با استفاده از نقاشی و هنر قادرند صحبت کنند. بیان خود انگیخته هنر می تواند اساس معالجات روان درمانی باشد. می توان با استفاده از فعالیت هنری به کودکان کمک کرد با ایجاد احساس های موفقیت، درباره خودشان احساس برتری پیدا کنند. انجام این برنامه می تواند شادمانی زیادی برای کودک به دنبال آورد. ذهن کودکان می تواند هنر را در همه شکلهای و به خصوص قصه، درک کند. از آنجا که کودکان در مرحله حساس رشد و تکامل بسر می برند و نظر به تناسب و هماهنگی هنر با ویژگی های شخصیتی کودکان؛ برنامه ها و فعالیت های متنوع هنری را می توان به عنوان عاملی مؤثر در رشد و تکوین شخصیت کودکان معرفی نمود. فرایند آفرینش هنری به صورت ذاتی، توانایی درمان و شفا بخشی دارد. از این رو می توان گفت، هنر فرصت زیبایی برای برون

ریزی احساسات است. پرستاران می توانند این فرصت را در اختیار کودکان قرار دهند تا با کمک آن، مراقبت مستقل و موثری در بهبود مشکلات کودک داشته باشند. در بسیاری از بیمارستانهای کودکان، بازی کردن در بخش ها به صورت نامیدکننده ای محدود و غیر ممکن است. اغلب چنین مکانی اصلا وجود ندارد. می توان با استفاده از فعالیت هنری به کودکان کمک کرد تا با ایجاد احساس موفقیت، درباره خودشان احساس برتری پیدا کنند. انجام این برنامه می تواند شادمانی زیادی برای کودک به دنبال آورد. توجه به روش های غیر دارویی در کودکان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هنر بعنوان یکی از شیوه های غیر دارویی در درمان، بیان شخصی احساسات را ترغیب می کند. کودک از طریق هنر می تواند نگرانی های درونی و نهفته خویش را با رغبت و سهولت بیشتری آشکار سازد. حتی زمانی که کودکان قادر یا مایل نیستند با دیگران تعامل کنند، هنر می تواند ارتباط را تسهیل سازد. بررسی مطالعات نشان می دهد: هنر می تواند در کودکان با اختلالات مختلف و در هر سنی مورد استفاده قرار گیرد ولی متاسفانه استفاده از هنر و هنر درمانی در سیستم بهداشت و درمان و پرستاری مورد غفلت واقع شده است. از آنجائیکه مطالعه اندکی در رابطه با تاثیر هنر در مراقبت از کودکان سالم و یا بیمار در بیمارستان انجام شده است؛ می توان اذعان کرد در مراقبت پرستاری و در بخش های کودکان هنر درمانی مورد غفلت قرار گرفته و خلا آن به عنوان روشی آسان، جذاب و در دسترس محسوس است. با توجه به نتایج بدست آمده در مرور مطالعات، توصیه می گردد پرستاران از هنر به عنوان روشی بدون هزینه و مورد علاقه کودکان که می تواند با استفاده از امکانات کم تاثیرات زیادی به همراه داشته باشد و به عنوان رویکرد جدید مراقبت مبتنی بر هنر در پرستاری کودکان استفاده نمایند. پرستاران به دلیل داشتن نزدیک ترین و طولانی ترین زمان تماس با کودکان می توانند به خوبی تکنیک های هنری را که در حیطه عملکرد های مستقل پرستاری قرار دارد، به کار ببرند. یافته های این مقاله، سبب توجه بیشتر پرستاران و پزشکان به روش غیرتجاری و موردعلاقه کودکان در بخش های کودکان شده و به عنوان عامل تاثیرگذار در کاهش اختلالات کودکان در خانه، بیمارستان و حتی مراکز آموزشی معرفی می نماید. در حوزه آموزش پیشنهاد می شود پرستاران در مورد روش های مختلف هنری و چگونگی به کار گیری آن ها، آموزش های لازم را دریافت کنند. بعلاوه دانشکده های پرستاری و مامایی و سیستم باین در زمینه گذراندن دوره های هنر درمانی با تمرکز بر روند تکامل کودک اقدام نمایند.

**کلمات کلیدی:** مراقبت- هنر- پرستاری- کودکان

#### نتایج اضطراب دوران بارداری بر مادر و نوزاد

*شیلان عزیزی- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس، نرگس صادقی، میترا ملایی، نژاد*

**زمینه:** اضطراب از شایع ترین اختلالات روانی در طول بارداری است و موجب بروز مشکلات فراوانی برای مادر و فرزند وی قبل و پس از تولد می گردد. بنابراین، این مطالعه با هدف، تعیین ارتباط اضطراب سه ماهه سوم بارداری با نوع زایمان، زایمان زودرس، وزن و آپگار نوزاد انجام شد.

**روش مطالعه:** در این پژوهش طولی، ۱۱۰ مادر باردار که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند و جهت مراقبت های معمول بارداری به درمانگاه زنان بیمارستان های شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند به صورت نمونه گیری در دسترس شرکت داده شدند. مطالعه از مرداد تا آذر سال ۱۳۹۱ به طول انجامید. داده ها از طریق پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر (STAI) جمع آوری گردید. سپس هنگام زایمان، نوع زایمان، سن بارداری، وزن و آپگار نوزاد ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی (همبستگی پیرسون، t-test) انجام گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان می دهد، در حیطه اضطراب آشکار، بین نوع زایمان، زایمان زودرس، وزن و آپگار نوزاد با میانگین اضطراب آشکار مادر در سه ماهه

سوم بارداری ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $P < 0.05$ ). همچنین در حیطه اضطراب پنهان، بین نوع زایمان، زایمان زودرس، وزن و آپگار نوزاد با میانگین اضطراب آشکار مادر در سه ماهه سوم بارداری ارتباط معنی داری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش بیانگر این است که ارتباطی میان اضطراب دوران بارداری با نوع زایمان، زایمان زودرس، وزن و آپگار نوزاد وجود ندارد. بنابراین احتمالا، اضطراب به عنوان یک عامل غیرمستقل در سرانجام بارداری و نوزادی دخیل می باشد. انجام تحقیقات بیشتر در زمینه بررسی علل پیامدهای منفی بارداری و نوزادی

**کلمات کلیدی:** اضطراب، بارداری، زایمان زودرس، آپگار نوزاد، نوزاد

#### تأثیر تدریس به روش شبیه سازی و نمایش عملی بر مهارت دانشجویان کارشناسی پرستاری در برقراری خط ورید محیطی کودکان

*بهاره اکبرزاده- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان؛ دکتر لیلی ولیزاده، دانشیار پرستاری؛ دکتر ابوالقاسم امینی، متخصص اطفال دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ دکتر اسکندر فتحی آذر، استاد گروه روانشناسی دانشگاه تبریز؛ دکتر شهزاد غیاثوندیان، دکتری پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران*

**زمینه:** در دهه های اخیر تمایل مدرسین پرستاری به استفاده از شبیه سازی به دلیل فوایدی از جمله افزایش مهارت دانشجویان در عملکردهای بالینی بیشتر شده است، با این وجود، متون کمی جهت تصدیق این ادعا موجود است و مطالعات موجود، خود دارای محدودیتهایی می باشند. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر تدریس به روش شبیه سازی و نمایش عملی بر مهارت دانشجویان کارشناسی پرستاری در برقراری خط ورید محیطی کودکان می باشد. **روش مطالعه:** در پژوهش تجربی حاضر تعداد ۴۵ نفر از دانشجویان ترم ۵ و ۶ نیمسال اول تحصیلی سال ۱۳۹۱ دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز شرکت نمودند. ابتدا دانشجویان مهارت برقراری خط ورید محیطی در کودکان را به روش سخنرانی آموزش دیدند. سپس از دانشجویان خواسته شد، مهارت مذکور را در آزمایشگاه بالینی اجرا کنند. مهارت، توسط آزمونگر با استفاده از چکلیست ارزیابی مهارت برقراری خط ورید محیطی کودکان سنجیده شد. سپس دانشجویان به صورت تصادفی به سه گروه (یک گروه کنترل و دو گروه مداخله) تقسیم و تخصیص داده شدند. در گروه های مداخله مهارت برقراری خط ورید محیطی کودکان به روش شبیه سازی یا نمایش عملی آموزش داده شد. دو هفته بعد از اتمام آموزش ها، از دانشجویان سه گروه، پس از آزمون گرفته و میزان مهارت دانشجویان تعیین و تغییرات بین گروه ها مقایسه گردید. **یافته ها:** مقایسه تغییرات قبل و بعد مهارت در سه گروه، افزایش معنی داری را در نمره مهارت دانشجویان در گروه شبیه سازی ( $P < 0.001$ ) و نمایش عملی ( $P < 0.001$ ) نشان داد.

**نتیجه گیری:** مطالعه حاضر تأییدی است بر اینکه شبیه سازی مهارت دانشجویان پرستاری را در عملکردهای بالینی افزایش میدهد.

**کلمات کلیدی:** شبیه سازی، دانشجویان، پرستاری کودکان، مهارت برقراری خط ورید محیطی

#### نقش هنر در پرورش توانمندی کودکان در دستیابی به سلامت

*دکتر اکرم السادات حسینی- دکتری پرستاری- هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران- گروه کودکان*

**زمینه:** کاربرد هنر و هنر درمانی در پرستاری عرصه جدیدی در پرستاری از کودکان گشوده است. این مقاله در پی تبیین بنیان های علمی کاربرد این شیوه و اهمیت آن در زندگی کودکان است. انسان از نظر رشد عقلی سه مرحله را طی

می‌کند: مرحله ی حسی، مرحله ی خیالی و مرحله ی خردمندی حکیمانه. در مرحله حسی تحریکات از طریق حس های پنجگانه از محیط مادی دریافت می‌گردد تا بوسیله ی عقل غیر مادی مورد استفاده قرار گیرد. اینکه چگونه دریافت های حسی تبدیل به تفکر عاقلانه می‌شود وظیفه خیال را معین می‌کند. خیال وظیفه حفظ، پردازش، تغییر، تحول، نوسازی، بازسازی و ابداع دریافت های حسی را دارد. کاربرد هنر و هنر درمانی دقیقاً در همین عرصه وارد توانمند سازی کودکان می‌شود. اثرات هنر دارای دو شاخه است: ۱) تقلیدی: هر آنچه توسط حس ها دریافت شده است دوباره اجرا می‌شود. در این مرحله با درگیر کردن حس ها از دو طریق بر روی بهبودی کودکان اثر می‌گذاریم: الف) انحراف فکر، کاهش استرس و متعاقب آن تغییرات هورمونی و جسمی کودک و بهبود سریعتر وی (ب) کمک به رشد و تکامل حسی کودک که البته این امر مهمتر و دارای اثرات طولانی مدت تر است. ۲) خلاقانه: در این نوع کودک هنر را عرصه ای برای بروز خلاقیت های خود قرار می‌دهد. این شیوه دستیابی به آن در کودکان بسیار آسانتر است و اثرات آن نیز بسیار بیشتر است دارای دو جنبه است: الف) تخلیه انرژی های منفی کودکان در قالب خلاقیت های هنری و تغییرات جسمی مطلوب متعاقب آن. ب) پرورش خردمندی و تعقل کودکان که اثری طولانی مدت، ماندگار در کودک دارد. بنابراین استفاده از هنر در پرستاری از کودکان به ما کمک می‌کند با ایزاری ساده، در دسترس و بسیار مفید کودک را به توانمندی و رشد عقلی برسانیم. عاملی که در آینده برای دستیابی به توانایی رسیدن به سلامت، کودک به آن نیاز دارد. این توانمندی با مراقبت جسمی بدست نمی‌آید. در تعاریف سلامتی اخیر، سلامتی تنها دور بودن از بیماری نیست بلکه سلامت ناشی از رشد فکری و تفکر فرد در مورد خودش معنا شده است. پس گروه های مراقبتی و درمانی باید از نگرش صرف مراقبت جسمی خارج شده و در مواجهه با مددجویانشان جسم و روح وی را در نظر داشته باشند. توجه به ابعاد روحی در کودکان بعلاوه اینکه در مرحله حساس رشد و تکامل بسر می‌برند و از طرفی اثرات مثبت و منفی مراقبت های روحی در تمام مراحل زندگی کودک باقی خواهد ماند اهمیت زیادی دارد که هنر و هنر درمانی از گامهای مهم در مراقبت روحی کودکان است.

**کلمات کلیدی:** سلامت خیال- هنر درمانی- کودکان

### تاثیر هنر درمانی بر کاهش درد کودکان

**فاطمه لوف پور - کارشناسی ارشد، پژوهش هنر، اکرم دبیریان- هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** هنر از اصالت می‌گوید، از فردیت، از فرایندی خلاقانه، از موضوعات تجسمی، رنگ ها بافت های خود انگیختگی، خطر پذیری، انتخاب ها و از تخیل و قوه خیال. درمان، ناظر است بر مراقبت، انتظار، گوش دادن، شفا دادن، به کل پیوستن، مرادوت انسانی و تفاهم همدلانه هنر درمانی چیست؟

بر اساس تعریفی که مرکز هنر درمانی آمریکا از عبارت هنر درمانی به دست داده است هنر درمانی، شغلی خدماتی است که از ant media، تصاویر، فرایند خلاقانه هنر و واکنش های بیمار / درمان پذیر به آثار خلاقانه به عنوان بازتاب های رشد فردی، شخصیت، علائق، دغدغه ها و کشمکش های فردی نهایت بهره را می‌برد. روش هنر درمانی بر شناخت رشد و تکامل انسان و شناخت نظریه های روان شناختی متکی است. بشر از همان اوان که روی دیواره غارها به نقاشی پرداخت، به طور شهودی دریافت که بیان عواطف به واسطه هنر شفا بخش و درمانگر است. نیک آگاهیم که در طول تاریخ، بیان هنری از جمله کاتالیزورهای عمل درمان جلوه کرده است. هنر، به تعبیری، بیان و ابزار ذهن و روح است و از این رو نمی‌توان آن را در درمان نادیده گرفت. در هنر درمانی از روش های متنوع هنری استفاده می‌شود این روش ها شامل حوزه های تخصصی متفاوتی می‌شوند. برخی از این روش های هنری عبارت اند از: موسیقی درمانی، حرکت

درمانی، نمایش درمانی، فیلم درمانی، کلام درمانی، سرگرمی (تفریح) درمانی، عکس درمانی و شعر درمانی. هنر درمانی برای افرادی که دچار اختلالات رشدی، پزشکی، آموزشی، اجتماعی، و روان شناختی هستند، شیوه ای کار آمد و موثر محسوب می‌شود. هنر درمانی بویژه برای کودکان، نوجوانان مناسب است که نمی‌توانند احساسات خود را به سهولت بر زبان آورند. از آنجا که کودکان در بیان درد مشکل دارند؛ هنر می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. درد یکی از اصلی ترین علل ناراحتی انسان است. کودکان نیز دردهای بسیاری را تجربه می‌کنند که یکی از آن ها درد بعد از عمل جراحی می‌باشد (kokki, 2004). ۷۵ درصد کودکان در روز جراحی درد دارند و ۴۰ درصد از آن ها درد شدید را تجربه می‌کنند (Twycross et al, 1998). درد اغلب با ترس، اضطراب و تنش همراه است (Hockenberry & Wilson, 2007). کودکی که درد بعد از عمل جراحی دارد ممکن است دچار اضطراب، ترس و بی‌خوابی شود که این عوامل خود باعث تشدید درد می‌گردند (Tkacz Browne et al 2007).  
**نتیجه گیری:** با توجه به این که درد شایع ترین عارضه بعد از عمل جراحی است و از آنجا که هنر درمانی تا کنون به ندرت در بالین به خصوص در زمینه کاهش درد بعد از عمل جراحی مورد استفاده قرار گرفته است، پژوهشگر را بر آن داشت تا این پژوهش را به منظور بررسی تاثیر موسیقی بر کاهش درد بعد از عمل جراحی کودکان سن مدرسه بستری در بخش جراحی انجام دهد.  
**کلمات کلیدی:** هنر درمانی

### قصه گویی مراقبت مبتنی برهنر در پرستاری کودکان بستری

**زهره برنده مطلق- کارشناس ارشد پرستاری کودکان از دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران، خدیجه زارعی- هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی تهران**

بستری شدن به منزله استرسی است که منجر به تغییر در شیوه زندگی کودکان مثل جدایی آنها از خانواده می‌شود. کودکان بیمار و خانواده های آنان نیاز به مراقبت کارآمد و حساس جهت به حداقل رسانیدن اثرات منفی بالقوه ناشی از بستری شدن در بیمارستان و همچنین ارتقای آثار مثبت ناشی از این تجربه دارند. مداخلات باید به برطرف کردن و یا به حداقل رسانیدن استرسورهای ناشی از جدایی، از دست دادن کنترل و آسیب بدنی و درد در کودکان تمرکز داشته باشد. فعالیت های گوناگون زیادی در بخش اطفال در حمایت از کودکان بستری در بیمارستان وجود دارد. با توجه به درصد بالای کودکان بستری در بیمارستان و عوارض ناشی از بستری شدن و عوارض جانبی فراوان روشهای دارویی، توجه بیشتر به روشهای غیر دارویی اعمال شده است. هنر بعنوان یکی از شیوه های غیر دارویی در درمان، بیان شخصی احساسات را ترغیب می‌کند. کودک از طریق هنر می‌تواند نگرانی های درونی و نهفته خویش را با رغبت و سهولت بیشتری آشکار سازد. قصه گویی به عنوان یکی از جنبه های هنر بخش مهمی در زندگی کودک است. ذهن کودکان می‌تواند هنر را در همه شکلهای و به خصوص قصه، بیشتر درک کند و نیز امکان گنجاندن همه اطلاعات و مفاهیم علمی، تاریخی، رفتاری، فلسفی یا مذهبی در قصه وجود دارد. کودکان و نوجوانان ضمن داستانها و افسانه ها با حقایق و تجارب زندگی آشنا می‌شوند. قصه ها راه حلهایی ارائه می‌کنند که غیر منتظره و شگفت انگیزند و در عین حال شدنی و مثبت هستند. قصه گویی به کودک کمک می‌کند وقایع چاره ناپذیرا شناسایی کند. به کودکان در فهم این نکته که دیگران نیز تجربه هایی همانند حوادث زندگی او را دارند کمک می‌کند. قصه گویی ابزار مناسب برای کودکان در فرایندهای درمانی و آموزشی است. پرستاران در همه سطوح پرستار بالینی می‌توانند اصول قصه را در ارتباط بین بیمار و پرستار به کار گیرند. واز قصه گویی به عنوان یک تکنیک کلامی برای تقویت ارتباط استفاده کنند. پرستار به عنوان جزئی از مراقبت، می‌تواند با استفاده از رویکرد قصه و قصه گویی به کودک در توجه کردن، انگیزه دادن و مشارکت در درمان کمک کند. پرستاران از قصه گویی به

عنوان روشی بدون هزینه، آسان و مورد علاقه کودکان که می تواند با استفاده از امکانات کم تأثیرات زیادی به همراه داشته باشد و به عنوان رویکرد جدید مراقبت مبتنی بر هنر در پرستاری کودکان استفاده نمایند. پرستاران بخش های کودکان می توانند در هنگام پذیرش و بستری کودکان و همچنین انجام پروسه های درمانی با انجام قصه گویی کودکان را به پذیرش اقدامات درمانی ترغیب نمایند. تا به این وسیله علاوه بر توجه به بعد روانی این کودکان، همکاری بیشتر کودکان در امر درمان را به دنبال داشته باشد. و به کودکان کمک کند تا بتوانند نگرانی های درونی و نهفته خویش را با رغبت و سهولت بیشتری آشکار سازند پرستاران به دلیل داشتن نزدیک ترین و طولانی ترین زمان تماس با کودکان می توانند به خوبی این تکنیک را که در حیطه عملکرد های مستقل پرستاری قرار دارد، به عنوان مداخله غیر دارویی کاهش دهنده اضطراب کودکان به کار ببرند. همچنین قصه گویی می تواند مهارت های برقراری ارتباط و قدرت مشکل گشایی را نیز در پرستاران ارتقاء دهد. پرستاران می توانند قصه گویی را به عنوان شیوه ای خلاق و نو به حیطه مراقبت و درمان در بخش های کودکان معرفی کنند. و به عنوان یک مداخله مناسب برای کودکان بستری به کار گیرند.

**کلمات کلیدی:** قصه گویی، کودکان، بستری

### سوء رفتار جنسی در کودکان

سیده نوابه حسین خانی - عضو هیات علمی دانشگاه شاهد

**زمینه:** جدید ترین تعریف سوء رفتار جنسی عبارت است از " هر نوع تماس با کودک قبل از رسیدن به سن قانونی که به منظور ارضای شهوانی توسط فرد بزرگسال صورت گیرد". در تحقیقات گذشته نگر به طور کلی ۱۲ تا ۳۵ درصد زنان و ۴ تا ۹ درصد مردان تجربه اجباری جنسی را تا قبل از ۱۸ سالگی گزارش نموده اند. همچنین در مطالعات صورت گرفته در ۱۹ کشور جهان، درصد شیوع ۷٪ تا ۳۶٪ در دختران و ۳٪ تا ۲۹٪ در پسران گزارش شده است. انواع آزار جنسی عبارت است از: مالش، لمس یا بوسیدن دستگاه تناسلی کودک، وادار کردن کودک به لمس دستگاه تناسلی بزرگسال، هر گونه دخول دهانی، مقعدی یا مهبلی، کودک را در معرض روابط یا تصاویر جنسی بزرگسالان قرار دادن، شوخی یا جوک های جنسی با کودک یا در حضور کودک، هر گونه تجاوز به حریم خصوصی کودک شامل اجبار کودک به برهنه شدن یا مشاهده کودک در حمام یا دستشویی، اغوا کردن کودک در استفاده از هرزه نگاری (Pornography) و سایت های جنسی اینترنت، قرار دادن کودک در معرض فیلم ها و مجلات با محتوای جنسی، استفاده از کودک در تهیه فیلم ها و مجلات هرزه نگاری (Pornography)، وادار کردن کودکان به فحشاء. کودک آزاری جنسی، چه به صورت مداوم یا فقط یک بار و خواه توسط افراد خانواده، نزدیکان یا توسط افراد غریبه صورت گیرد، معمولاً دارای پنج شاخصه و ویژگی اصلی است: ۱- کودک عموماً آن را دوست ندارد. ۲- ارضای جنسی فرد آزار دهنده هدف اصلی است. ۳- در این رابطه یک تفاوت سنی و قدرتی وجود دارد که به طور مؤثر رضایت معنا دار از رابطه را از بین می برد. ۴- آزار جنسی معمولاً پنهانی و با نقشه و اعمال زور از جانب فرد قدرتمند است. ۵- گاهی اوقات کودک به جهت نیاز شدید به حمایت فیزیکی و عاطفی و توجه و وابستگی، خود شخصاً به پذیرش و شروع این رابطه تمایل نشان می دهد. پژوهشگران بین تأثیرات اولیه و تأثیرات درازمدت آزار جنسی تفاوت قائل شده اند. تأثیرات اولیه یا کوتاه مدت، عوارضی است که در دو سال اول آزار جنسی کودک آشکار می شود. گاهی تأثیرات درازمدت بدون آنکه در ابتدا عوارض کوتاه مدت آشکار شده باشد، ظاهر می گردد. پیامدهای کوتاه مدت آزار جنسی در کودک شامل: آسیب کلی روانی، ترس، افسردگی، گوشه گیری و خودکشی، تخاصم و پرخاشگری، کاهش عزت نفس، احساس گناه و شرم، عوارض جسمی، فرار از خانه و دیگر رفتارهای « بیرون ریزی »، ناتوانی شناختی، تأخیر رشدی و کاهش کارکرد آموزشی، رفتارهای نامناسب جنسی میباشد. پیامدهای درازمدت آزار جنسی در کودک

شامل: ترس و اضطراب، افسردگی و خودکشی، عزت نفس پایین، افزایش احتمال آزار دیدگی مجدد جنسی، اختلال جنسی، مشکلات روانپزشکی، دیگر عوارض دراز مدت آزار جنسی میباشد. عوامل خطر عبارتند از: جنس (دختران بیشتر در خطرند)، سن (با افزایش سن کودک رابطه مستقیم دارد)، ناتوانیها (جسمی و ذهنی). سه عامل کمک کننده به آسیب پذیری شامل: وابستگی، نگهداری در موسسات، و مشکلات ارتباطی میباشد. با آگاهی از علایم کودک آزاری جنسی میتوان به کودک در راهی از درد و رنج کمک نمود. این علایم عبارتند از: کودک در راه رفتن و نشستن دچار مشکل میشود، دچار کابوسهای شبانه شده و رختخواب خود را خیس میکند یا مقدار زیادی غذا میخورد یا هیچ غذایی نمیخورد، از عوض کردن لباسها یا انجام کارهای جسمانی در مقابل دیگران اجتناب میکند، وقتی شخص خاصی به او نزدیک میشود، دچار وحشت شده و احساس ناراحتی می کند. درمانها اغلب بر استفاده از روشهای شناختی رفتاری تمرکز دارند که کل افراد خانواده را مورد بررسی و مراقبت قرار میدهند. برنامه های پیشگیری اغلب بر آموزشهای مدرسه مدار و خانواده مدار از طریق بازدید منزل به منظور کاهش غفلت و بالا بردن اطلاعات، مهارتها و حمایتها از والدین ناتوان یا در معرض خطر متمرکز می باشد.

**کلمات کلیدی:** آزار جنسی، اطفال، اپیدمیولوژی.

### سوء رفتار نسبت به کودکان

دکتر مجیده هروی کریمی - عضو هیات علمی دانشگاه شاهد دکتر ناهید رژه - عضو هیات علمی دانشگاه شاهد

**زمینه:** کودکی دوران رشد و شکل گیری شخصیت است. کودک آزاری به عنوان یکی از مهمترین آسیب های اجتماعی، یکی از پدیده های شایع در تمام جوامع بشری است. شیوع کودک آزاری در جوامع مختلف بین ۳۰ تا ۳۵ درصد و با توجه به مطالعات صورت گرفته میزان آن در ایران ۲۰ تا ۲۵ درصد تخمین زده شده است. کودک آزاری معلولی است از عامل های چندگانه که مشکلات جبران ناپذیری را برای کودکان و نوجوانان ایجاد می کند و منجر به آسیب های جدی به رشد و سلامت جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی آنان می گردد. بررسی های انجام شده نشان می دهد بسیاری از کودکانی که در دوران کودکی قربانی سوء رفتار بوده اند، در بزرگسالی خود به آزار کودکان پرداخته که بزرگترین زیان کودک آزاری محسوب می گردد. کودک آزاری عبارت است از تحمیل درد و رنج ناشی از هر گونه فعل یا ترک فعلی که باعث آزار روحی و جسمی و ایجاد آثار ماندگار در وجود یک کودک شود. این نوع از سوء رفتار ممکن است به اشکال عاطفی (روانی)، جسمی، جنسی (سوء استفاده) و بی توجهی و غفلت رخ دهد. شایان ذکر است رفتارهایی که به صورت تصادفی انجام می شوند کودک آزاری به حساب نمی آیند مانند کودکی به علت تصادف با اتومبیل دچار نقص جسمی شود. کودک آزاری در ایالات متحده آمریکا جرمی بسیار جدی محسوب می شود و دادگاه می تواند برای مجرمان از احکام تعلیقی تا حبس ابد مجازات تعیین کند. کودکان به علت ویژگی هایی که از نظر سنی دارند بسیار آسیب پذیر هستند و نیاز به حمایت و مراقبت خاصی دارند. شواهد بیانگر آن است سن کودکان و نوجوانانی که مورد آزار قرار گرفته اند با نوع کودک آزاری ارتباط دارد و کودکانی که مورد آزار قرار گرفته اند در شرایط دشوار اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بوده اند. ناآگاهی والدین، مشکلات اقتصادی، اعتیاد، بیماری های روانی، مشکلات خانوادگی، مشکلات جسمی و روانی مزمن کودکان و مشکلات مدرسه از جمله عواملی است که سبب کودک آزاری می گردد. با شناسایی بیشتر و بهتر کودکان، علت کودک آزاری، دریافت کمک از دیگران و حفظ آرامش خود می توان در کاهش کودک آزاری قدم های مثبتی برداشت. با دقت در ازدواج و تشکیل خانواده، خودداری از ازدواج های تحمیلی و شتابزده، تعداد مناسب فرزندان، افزایش آگاهی خود در زمینه پرورش فرزندان و شیوه های مناسب رفتار با آنان، پذیرش مسئولیتها و انجام وظایف خود نسبت به کودکان به عنوان پدر، مادر،

مراقبت کننده، معلم، سرپرست و... آشنایی با حقوق و نیازهای اساسی کودکان، توجه به سلامت جسمی و روانی، کاهش فشارهای عصبی و مشکلات رفتاری، درخواست کمک به هنگام برخورد با مشکلات، و همچنین آشنایی با مراکز حمایتی، مشاوره و امداد در مورد کودکان و خانواده ها می توان از کودک آزاری پیشگیری نمود.

**کلمات کلیدی:** کودک آزاری، علت شناسی، پیشگیری.

### غفلت در مراقبت و نگهداری از اطفال

**دکتر مجیده هروی کریمی - عضو هیات علمی دانشگاه شهانه دکتر ناهید رژه - عضو هیات علمی دانشگاه شهانه**

**زمینه:** براساس گزارشات مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها فراهم نکردن نیازهای اولیه کودک و فرو گذاری از مراقبت توسط والدین؛ مراقبین بهداشت و درمان؛ و حتی افرادی که بر تعلیم و تربیت کودکان نظارت دارند که مرتب بر معلمین و مربیان و غیره می باشند اطلاق می گردد. لذا ابعاد می تواند ابعاد وسیعی از جسمانی، عاطفی و تحصیلی را در بر گیرد. فراهم نکردن نیازهای جسمانی کودک (تغذیه مناسب و کافی، لباس نامناسب با فصل یا سن، نداشتن نظارت، اخراج از منزل یا نپذیرفتن مجدد کودکی که فرار کرده است، بی توجهی یا تاخیر در مراقبت های پزشکی، محرومیت از مراقبت های اولیه و پیشگیرانه نظیر واکسیناسیون، بی توجهی به تمیز و ایمن بودن و منزل، تدارک کافی) باشد. غفلت عاطفی در بر گیرنده کمبود حمایت عاطفی و ابراز عشق (بی توجهی به نیازهای عاطفی کودک، مانند نیاز به محبت، فراهم نکردن و بی توجهی به مراقبت های روانشناسانه لازم اعمال خوشنیت های خانگی در حضور کودک از جمله همسر آزاری، استفاده از الکل و مواد مخدر در حضور کودک یا اجازه به کودک در استفاده از مواد مخدر یا الکل) باشد غفلت تحصیلی در برگیرنده بی توجهی به بعد نظارتی در تعلیم و تربیت (به ثبت نام کودک در مدرسه یا عدم فراهم کردن امکانات ویژه آموزشی؛ بی توجهی به غیبت های بیش از اندازه کودک از مدرسه) باشد.

بررسی های به عمل آمده با رویکرد اپیدمیولوژیکی غفلت در تمامی طبقات و گروه ها (اجتماعی - اقتصادی) احتمال وقوع دارد اما از لحاظ جنسیت عمدتاً در دختران و اطفال زیر هفت سال؛ اطفال با اختلالات خواب و گریه شدید روند صعودی نشان داده است. همچنین در والدینی با تاریخچه خانوادگی غفلت؛ یا دارای کودکانی با ناهنجاری بارز مادرزادی (جسمانی - روانی) فراوانی بالاتری داشته است. عوامل اجتماعی نظیر طلاق، اعتیاد، کفایت درآمد خانواده، بیکاری و بارداری های ناخواسته از عوامل مستعد کننده غفلت می باشند.

**کلمات کلیدی:** غفلت، اطفال، اپیدمیولوژی.

### مواجهه با کودک آزاری فیزیکی

**زهرا پیشنهادی - دانشگاه علوم پزشکی شهانه**

**زمینه:** هر گونه آزار جسمی یا فیزیکی که به عمد توسط والدین یا مراقبین بر کودک اعمال شود کودک آزاری جسمانی نامیده می شود. کودک آزاری بدلائل متعددی مانند فقر، اعتیاد والدین انجام می گیرد. استفاده از تنبیه بدنی به منظور تربیت کودکان از قدیم متداول بوده و هنوز نیز ادامه دارد. این روش مراقبت بد اغلب با هدف تربیت اما در واقع بدنبال خشم و عصبانیت صورت می گیرد. تحقیقات نشان میدهد متأسفانه مادران مسبب اصلی هستند در کشور ما نیز این پدیده منفی وجود داشته و عواقب وخیم آن گاهی در بیمارستانها مشاهده می گردد. شناخت علائم آزار جسمی می تواند منجر به شناسایی زود هنگام و حفاظت از کودک و برخورد و ارجاع متخلفین گردد. در مراقبت از کودک

مشکوک به کودک آزاری باید به موارد مشکوک در گزارش بستری توجه نمود مانند مبهم بودن و تغییر یافتن صحبت همراهان و اطرافیان کودک در باره علت حادثه، عدم تناسب شرح حال ارائه شده با جراحات و کوچک جلوه دادن آن با وجود علائم شدید، تاخیر در مراجعه و رساندن بیمار به مراکز درمانی. در این موارد از مهمترین اقدامات معاینه و بررسی کامل کودک است و نباید تنها به محل آسیب اکتفا گردد، مانند جستجوی کبودی در دیگر قسمتهای بدن، وجود آثار احتمالی سوختگی ناشی از سیگار یا شکستگی در اندامها، وجود اثر دست یا ابزار تنبیه مانند کمر بند در بدن، بررسی موهای کودک که در اثر کشیده شدن منجر به کچلی موضعی می شود. در بررسی وضعیت روحی روانی، کودک تحت آزار فیزیکی اغلب دچار افسردگی بوده و منزوی است یا برعکس پرخاشگر می شود. در هنگام نزدیک شدن فردی که به کودک آسیب رسانده است نیز آثار ترس و اضطراب در کودک دیده می شود، گاهی بدلیل ترس از افشای موضوع و خشم بیشتر، کودک در پنهان کردن علت همکاری می نماید. ایجاد محیط امن و اطمینان به کودک و محافظت وی زمینه افزایش اعتماد بنفس و کشف حقیقت را فراهم میکند. عدم توجه به عواقب این مراقبت منفی و تاخیر در تصویب قوانین واضح حمایت از کودکان موجب برقراری تسلسل معیوب در ادامه این روند خواهد بود مطالعات نشان میدهد کودکان مورد آزار اکثراً دارای والدینی بوده اند که خود در کودکی مورد آزار قرار گرفته اند. بنابراین تنها با قطع این زنجیره می توان به کاهش این فاجعه انسانی امیدوار بود.

**کلمات کلیدی:** آزار جسمی، اطفال، اتیولوژی

### دستورالعمل های عملکردبالیینی

**دکتر صدیقه خنجر - عضو هیات علمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران**

**زمینه:** از مهم ترین وظایف و تکالیف حکومت حافظ و ارتقای کیفیت خدمات و ارائه مراقبت های سلامت در سطح جامعه است. براین اساس و در راستای تحقق اهداف برنامه پنجم توسعه کشور به ویژه بند د ماده ۲۳ به منظور تدوین راهنماهای بالینی در قالب نظام درمانی کشور دستیابی به یکی از اهداف کلان نظام سلامت یعنی پایه ریزی نظام ارائه مراقبت سلامت براساس بهترین شواهد موجود شکل گرفت که به تصمیم گیری پرسنل درمانی درباره مراقبت مناسب از مددجو در شرایط بالینی خاص کمک می کند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت کشور موظف است تازمین لازم، جهت دستیابی به فرایندها و الگوهای را فراهم نماید تا نظام ارائه خدمات بهترین خدمات را به مردم ارائه دهد. منشاء دستورالعمل های عملکردبالیینی در دهه ۱۹۸۰ در پی نگرانی در رابطه با کیفیت، ثبات، و هزینه اثربخشی مراقبت های بهداشتی شکل گرفت. دستورالعمل های عملکردبالیینی مبتنی بر جستجوی سیستماتیک متون، شناسایی و ترکیب تحقیقات دارای بالاترین کیفیت به منظور تولید بهترین شواهد علمی در دسترس هستند. تحقیقات علمی معتبر، پس از ارزیابی انتقاده و تجزیه و تحلیل خطرات استباهات به شواهد بالینی اثر بخش تبدیل شده و سپس به توصیه هایی برای پرسنل ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تبدیل می شوند. دستورالعمل های عملکردبالیینی به منظور کمک به تیم درمان در جهت یکسان سازی، ارزیابی و اجرای بهترین شواهد و نظرات طراحی و بکار گرفته می شوند. بطور کلی در تدوین و بازنگری دستورالعمل های عملکردبالیینی حضور متخصصین مختلف افراد حرفه ای در تدوین و یا بازنگری مطالب باعث می شوند تا مراقبت بهداشتی موثر و کارآمد ارتقا یافته و اختلافات و تفاوت ها در عمل را که ممکن است ناخواسته و غیر قابل قبول باشند راکاهش دهند. ضمناً دستورالعمل های عملکردبالیینی بهتر است به این سوالات پاسخ دهند: ۱. چه کسانی دستورالعمل های عملکردبالیینی را حمایت مالی و توسعه می دهند؟ ۲. افراد شرکت کننده در پیل چه کسانی هستند؟ ۳. چگونه دستورالعمل های عملکردبالیینی توسعه یافته اند؟ ۴. چه تاریخ هایی مرور بر مطالعات انجام شده است؟

بهریم. راهنماهای بالینی مجموعه ای از اقدامات، فعالیتها و فرایندهایی هستند که این امکان را فراهم می کند تا از طریق سنتز اطلاعات و مدیریت شواهد با شرایط هر کشوری اثربخش ترین تصمیمات گرفته شود. بر این اساس در سیستم های مراقبتی خارج از کشور پرستاران موظف هستند که مراقبتهای خود را بر اساس جدیدترین راهنمایهای بالینی ارائه نمایند. هدف از راهنمای بالینی، تهیه راهنمایی برای پرستاران است که آنان را برای ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب کمک نموده و به آنان این امکان را بدهد که عملکردشان را مبتنی بر شواهد علمی ارائه نمایند. علاوه بر این اهداف دیگر راهنماهای بالینی عبارتند از تسهیل مدیریت و به کار گیری شواهد در تصمیم گیری بالینی، تدوین محصولات دانشی و توسعه استانداردهای خدمات سلامت اشاره نمود. هر راهنمای بالینی از قسمتهای مختلفی چون؛ عنوان، شماره نسخه، تاریخ تصویب، تاریخ بازنگری در آینده، نویسندگان، کمیته تایید کننده، فرد پاسخگو و چگونگی دستیابی به وی، مستمعین، زمینه و مقدمه، تعریف مشکل و یا بیماری که راهنما برای آن تنظیم شده، علائم و نشانههای بیماری، عوامل خطر بیماری مربوطه، تستهای کلینیکی و پاراکلینیکی مربوطه، عوارض بیماری و چگونگی پیشگیری از آن، دارو درمانی، مراقبت، تغذیه، فعالیت بدنی، پیگیریهای درمانی و مراقبتی، مراقبت در منزل، ممیزی و روند حسابرسی و نهایتاً منابع مورد استفاده می باشد. سایتهای مختلفی در دنیا در زمینه راهنمای بالینی وجود دارد که در ذیل به چند تا از آنها اشاره شده است.

### ضرورت تدوین و به کارگیری راهنماهای های بالینی در مراقبت های پرستاری

دکتر سید فاطمه اسکویی - عضو هیئت علمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دکتر صدیقه خنجری - عضو هیئت علمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

در طی سالهای اخیر همسو با توسعه دانش و فناوری و دستیابی به شیوه های جدید در امر مراقبت و درمان، نیاز به یک چارچوب به منظور ارتقاء کیفیت خدمات در نظام مراقبتی بهداشتی درمانی مطرح شده است. در این راستا استفاده از راهنماهای بالینی معتبر یکی از راهکار های اساسی در ارائه مراقبت با کیفیت است. از سوی دیگر از اهداف مهم مدیران و مسئولان نظام سلامت هر کشوری فراهم آوردن مراقبتی است که بر اساس بهترین شواهد بوده و دارای هزینه اثربخشی بالایی باشد. این امر در مراقبتهای پرستاری ضرورت بیشتری می یابد. راهنماهای بالینی پرستاری علاوه بر اینکه مراحل اجرایی مراقبت بالینی را توضیح می دهد به ارائه دهندگان مراقبت کمک می کند تا با تصمیم گیری براساس شواهد به مراقبت های پرستاری اقدام نمایند و از مراقبت های غیر استاندارد بپرهیزند. همچنین، بکارگیری راهنماهای بالینی در پرستاری به کاهش فاصله بین پژوهش و کار بالینی کمک می نمایند. اگرچه راهنماهای بالینی پرستاری برای ارائه مراقبت انفرادی توسط مراقبین حرفه ایی بر اساس بهترین شواهد موجود تدوین شده است، با وجود این، استفاده از آنها به همراه بهره گیری از دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمت، صاحب نظران، مراقبان حرفه ایی و تجربیات مددجویان دستیابی به نتیجه مطلوب را میسر خواهد نمود. معیار های انتخاب راهنماهای بالینی را اعتبار، هزینه-اثربخشی، چند رشته ای، قابلیت کاربرد بالینی، انعطاف پذیری، شفافیت و وضوح، قابلیت دآوری و ارزیابی، قابلیت حسابرسی، قابلیت تکثیر تشکیل می دهد.

**کلمات کلیدی:** راهنمای بالینی - پرستاری - مراقبت

### دستورالعمل بالینی در دنیا

#### منصوره اشقی فرامانی

حفظ و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت های سلامت از مهمترین وظایف و تکالیف اعضای تیم درمانی محسوب می شود. جایگاه پاسخگویی مراکز بهداشتی و درمانی به عنوان متولی نظام سلامت کشورها ایجاد می کند که زیر ساختها، فرایندها و چارچوب هایی را فراهم نمایند تا نظام ارائه خدمات با کیفیت ترین خدمات سلامت را به مردم ارائه نماید از طرف دیگر رد علمی برخی از اطلاعات و دانسته ها و انفجار اطلاعات در عصر حاضر موجب می گردد که اطلاعات آموخته شده قبلی در اجرا با چالش روبرو باشند. لذا برای اینکه بتوان کاملترین، علمی ترین و مناسب ترین مراقبتهای را به بیماران و خانواده آنان ارائه داد ناچار هستیم که مراقبتهای را بر اساس اطلاعات به روز در قالب راهنمای های خاص بکار

بهریم. راهنماهای بالینی مجموعه ای از اقدامات، فعالیتها و فرایندهایی هستند که این امکان را فراهم می کند تا از طریق سنتز اطلاعات و مدیریت شواهد با شرایط هر کشوری اثربخش ترین تصمیمات گرفته شود. بر این اساس در سیستم های مراقبتی خارج از کشور پرستاران موظف هستند که مراقبتهای خود را بر اساس جدیدترین راهنمایهای بالینی ارائه نمایند. هدف از راهنمای بالینی، تهیه راهنمایی برای پرستاران است که آنان را برای ارائه مراقبت با کیفیت مطلوب کمک نموده و به آنان این امکان را بدهد که عملکردشان را مبتنی بر شواهد علمی ارائه نمایند. علاوه بر این اهداف دیگر راهنماهای بالینی عبارتند از تسهیل مدیریت و به کار گیری شواهد در تصمیم گیری بالینی، تدوین محصولات دانشی و توسعه استانداردهای خدمات سلامت اشاره نمود. هر راهنمای بالینی از قسمتهای مختلفی چون؛ عنوان، شماره نسخه، تاریخ تصویب، تاریخ بازنگری در آینده، نویسندگان، کمیته تایید کننده، فرد پاسخگو و چگونگی دستیابی به وی، مستمعین، زمینه و مقدمه، تعریف مشکل و یا بیماری که راهنما برای آن تنظیم شده، علائم و نشانههای بیماری، عوامل خطر بیماری مربوطه، تستهای کلینیکی و پاراکلینیکی مربوطه، عوارض بیماری و چگونگی پیشگیری از آن، دارو درمانی، مراقبت، تغذیه، فعالیت بدنی، پیگیریهای درمانی و مراقبتی، مراقبت در منزل، ممیزی و روند حسابرسی و نهایتاً منابع مورد استفاده می باشد. سایتهای مختلفی در دنیا در زمینه راهنمای بالینی وجود دارد که در ذیل به چند تا از آنها اشاره شده است.

### مراقبت های پرستاری لازم جهت نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به سوء مصرف مواد

زهر مهدوی خانوکی، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

**زمینه:** بارداری زنان وابسته به مصرف مواد، یکی از مسائل بهداشت عمومی در اکثر کشورها می باشد. در حال حاضر، میزان استفاده زنان در سنین باروری از مواد حدود ۱۱ درصد می باشد که نسبت به گذشته افزایش چشمگیری داشته است و منجر به بروز مشکلات متعدد در مادر، جنین و نوزاد می شود. از آن جا که این نوزادان در خطر ابتلا به عوارض متعدد و حتی مرگ می باشند، افزایش آگاهی پرستاران از اصول مراقبت از این نوزادان ضرورت دارد.

**محتوا:** مصرف مواد در دوره بارداری عوارض بسیاری را هم برای مادر و هم برای نوزاد به دنبال خواهد داشت. زایمان زودرس، سقط جنین، جدا شدن زودرس جفت و خونریزی بعد از زایمان از عوارض مصرف مواد در زنان باردار می باشد. همچنین این زنان در معرض افزایش ابتلا به مشکلات پزشکی از قبیل سوء تغذیه، کم خونی و عفونتهای متعدد می باشند. از سوی دیگر، محدودیت رشد داخل رحمی، تولد نوزاد نارس و مرده زایی از جمله تاثیرات سوء مصرف مواد بر جنین و همچنین نمره آپگار پایین، آسپیراسیون مکونیوم، میکروسفالی، وزن کم تولد و سندرم ترک نوزاد از عوارض این مواد بر سلامت نوزاد می باشد. غربالگری درباره سوء مصرف مواد مادران می تواند شامل دریافت تاریخچه مادری، آزمایش ادرار مادر، آزمایش ادرار و مکونیوم نوزاد باشد. سندرم ترک نوزاد وضعیتی است که در بیش از نیمی از نوزادان متولد شده از اینگونه مادران طی چند روز پس از تولد دیده می شود که باعث بروز علائمی در دستگاه عصبی مرکزی (لرزش، تحریک پذیری، تشنج، کاهش خواب و سفتی عضلات) دستگاه گوارش (اسهال، استفراغ، کم آبی و اشکال در تغذیه) و دستگاه تنفسی (آپنه، تاکی کاردی، تاکی پنه) میشود. آگاهی پرستار و مراقبت دهندگان در مورد علائم و کنترل عوارض سندرم ترک در این نوزادان بسیار ضروری است. علائم سندرم ترک در نوزاد باید با استفاده از یک ابزار موثر نمره دهی شود. نوزادان با حداقل نمره، نیاز به مداخله دارویی ندارند. اصلاح و کاهش تحریکات محیطی، اجتناب از نور و صدای زیاد، کاهش دستکاری نوزاد و مهار آرام میتواند در کنترل این نوزادان موثر باشد.

درمان دارویی در نوزاد با دریافت نمره بالا و مستعد تشنج ضروری است. داروهای مورد استفاده شامل مورفین، دیازپام و فنوباریتال می باشد که با توجه به ماده مصرفی مادر و علائم بالینی نوزاد انتخاب می شود. پرستار لازم است در مورد تغذیه مناسب وزن گیری موثر نوزاد، محافظت از پوست و حمایت از خانواده، آگاهی های لازم را داشته باشد. نتیجه گیری: با توجه به افزایش مصرف مواد در زنان در سنین باروری و عوارض بسیار زیاد این مواد بر مادر و نوزاد، توجه به این گروه بسیار ضروری است. افزایش آگاهی پرستاران در مورد شناخت زودرس و کنترل این علائم با استفاده از پروتکل های استاندارد در مراقبت از این نوزادان منجر به کاهش عوارض زودرس و دیررس خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** سوء مصرف مواد، مادر، نوزاد، عوارض مصرف مواد، پرستار

### تاثیر قصه گویی بر اضطراب فیزیولوژیک و اجتماعی کودکان سن مدرسه بستری

**زهره پرند مطلق، کارشناسی ارشد، خدیجه زارعی-عضو هیئت علمی؛ دکترنعمه سید فاطمی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، حمید حقانی، عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت دانشگاه تهران**

**زمینه:** کودکان نسبت به بحران های ناشی از بیماری و بستری شدن حساس هستند. زیرا دارای مکانیسم سازشی محدود جهت حل عوامل استرس زا می باشند. در این راستا توجه به روش های غیر دارویی در کودکان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر قصه گویی بر اضطراب فیزیولوژیک و اجتماعی کودکان ۱۰-۷ سال بستری انجام شد.

**روش مطالعه:** این کارآزمایی بالینی بر روی ۶۴ کودک ۱۰-۷ ساله بستری در بیمارستان انجام گرفت نمونه ها به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در گروه مداخله، برنامه قصه گویی انجام شد. گروه کنترل نیز اقدامات متداول بخش را دریافت کرد. سنجش اضطراب در روز اول و ششم بستری در دو گروه انجام شد. جمع آوری اطلاعات از طریق مقیاس RCMAS صورت گرفته است. در نهایت داده ها با استفاده از آزمون های آماری کای دو و t-test در نرم افزار آماری SPSS v. 19 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** مقایسه میانگین زیر مقیاس های اضطراب در گروه کنترل نشان داد که اضطراب فیزیولوژیک و اضطراب اجتماعی در روز اول و ششم اختلاف آماری معنی داری نداشته است ( $p > 0.05$ ) اما در گروه مداخله مقیاس زیر مقیاس های اضطراب فیزیولوژیک و اجتماعی در روز اول و ششم اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد. ( $P = 0.001$ )

**نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد که اضطراب در گروه کنترل در همه زیر مقیاس های فیزیولوژیک و اجتماعی در طول بستری بالا می باشد قصه گویی توانسته است همه ابعاد زیر مقیاس های اضطراب فیزیولوژیک و اضطراب اجتماعی را کاهش دهد. قصه گویی در بعد زیر مقیاس اضطراب نگرانی بیشترین تاثیر را داشته است. لذا توصیه می شود قصه گویی به عنوان روشی غیر دارویی، آسان، ارزان، در دسترس و مورد علاقه کودکان استفاده شود. این پژوهش می تواند قصه گویی را به عنوان شیوه ای خلاق و نو به حیطه مراقبت و درمان در بخشهای کودکان معرفی کند.

**کلمات کلیدی:** بستری، اضطراب، قصه گویی، کودکان

### ارتباط در پرستاری از کودکان با تأکید بر ارتباط کلامی و غیر کلامی

**دکتر نعمه سیدفاطمی-عضو مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و گروه روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی ایران**

ارتباط پایه و اساس ارتباط درمانی است. ارتباط مراقبین بهداشتی بویژه پرستاران با مددجویان و خانواده های آنان در ارائه مراقبت با کیفیت بالا و

همچنین رویارویی مددجویان و خانواده آنها با بیماری و مشکلات زندگی عامل اساسی به شمار می آید. ارتباط درمانی در ابعاد وسیع مقوله های درک شدن، پذیرفته شدن، شنیده شدن، اجازه ابراز کردن انتظارات، نیازها و احساسات، گفتگوی متقابل و همسطح تا مشارکت در تصمیم گیری را در بر می گیرد. در مراقبت خانواده محور، ارتباط خوب و موثر برای ارائه مراقبت های صحیح برای همه مددجویان در دوره های مختلف رشد و تکامل و بویژه کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در مراقبت خانواده محور پرستار، خانواده را به عنوان بخش اساسی مراقبت از کودک در نظر دارد. ارتباط موثر با کودک و نوجوان و خانواده آنها نیازمند شیوه های ارتباطی اعم از ارتباط کلامی و غیر کلامی مبتنی بر اصول ارتباط است. رعایت اصول ارتباطی در پرستاری از کودک و نوجوان با محوریت خانواده، افزایش درک و پذیرش خانواده، کاهش اضطراب و ترس در کودکان و خانواد، افزایش مشارکت کودک و خانواده در برنامه های مراقبت بهداشتی و افزایش رضایتمندی از مراقبت های ارائه شده را به دنبال دارد. از اصول اساسی ارتباط می توان به ارتباط دوستانه و متناسب با سن کودک و متناسب با فرهنگ خانواده اشاره نمود. برای اجرایی کردن این اصل در مراقبت پرستاری خانواده محور، استفاده از زبان قابل فهم و درک کودک و خانواده، قصه گویی، استفاده از نقاشی، موسیقی و بازی مورد تأکید قرار می گیرد. اصل دیگر ارتباط، تأکید بر کلیت کودک و یا در نظر گرفتن ابعاد مختلف وجودی و نیازهای رشد و تکاملی وی در ارائه مراقبت است که استفاده از رویکردهای تکمیلی (integrated) و ایجاد فضای مناسب و امن برای برقراری تعامل از استراتژیهای آن به شمار می رود. یکی دیگر از اصول ارتباط با کودک ارتباط مبتنی بر توانمندیهای کودک است که با راهکارهای تقویت اعتماد به نفس و مشارکت دادن کودک و خانواده در تصمیم گیری و محافظت آنها از صدمات و آسیبها تحقق می یابد. در اصل دیگر ارتباط در نظر گرفتن شان، مقام و احترام به کودک و توجه به تفاوتی فردی تأکید می شود. در اصل مقاله در زمینه بکارگیری اصول به صورت عملی بحث خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** ارتباط، مراقبت خانواده محور، پرستاری کودک

### تجربه طراحی و اجرای راهنماهای بالینی مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد در دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

**دکتر سید محمد خادم الحسینی، دکتر جمیله مختاری نوری**

مراقبتهای سلامتی بخصوص در دو دهه گذشته به طرز شگفت انگیزی پیچیده شده است و تصمیم گیری های بالینی بر اساس منافع بیمار و منافع مالی سازمان متفاوت و مشکل است. برای تسهیل تصمیم گیری های بالینی، این اطلاعات به صورت راهنماها (دستورالعمل ها) منتشر می شوند. استانداردها و راهنمای بالینی یکی از مهمترین ابزار برای افزایش کیفیت مراقبت است. کاربرد راهنمای های یکی از عناوین بحث برانگیز در زمان کنونی است که تاثیر مثبتی بر ارتقاء کیفیت و اجرای مراقبت های موثر دارد. راهنمای ها در ارائه راه حل ها و استاندارد نمودن روشها جایگاه ویژه ای دارند و به عنوان ابزاری کمک کننده و راهنما برای تیم درمانی به حساب می آید. بهترین دلیل کاربرد این راهنمای ها در مراکز درمانی، ارتقاء کیفیت خدمات، کاهش هزینه ها، بالا بردن سطح سلامت جامعه و همسطح نمودن استانداردهای ملی با استانداردهای بین المللی است. بدلیل آنکه پرستاران نقش مؤثری در بالا بردن کیفیت مراقبت ایفا می کنند، این راهنماها باید برای پرستاران در شرایط مختلف بالین کاربرد داشته باشد و تمامی شرایط و موقعیت های پیش روی پرستار در آن لحاظ شود بنابراین راهنماهای بالینی به طور خاص بر اساس بهترین شواهد موجود در مراکز درمانی طراحی می شوند. اجرای راهنماهای پرستاری بالینی می تواند کیفیت مراقبت را افزایش دهد که این امر با هدایت تحقیقات به سوی استاندارد سازی مراقبت های بالینی پرستاری میسر است. راهنماهای بالینی مهمترین ابزار برای کار بالینی مؤثر و مبتنی بر شواهد هستند تا مراقبت از بیمار را ارتقاء دهند. غایت هدف پرستاری، فراهم آوردن

## مراقبت پرستاری از نوزاد مادر دیابتی

ماجده نوبیاز، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان-دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی-شعبه بین الملل

**زمینه:** حدود ۳ تا ۱۰ درصد بارداری ها به دلیل اشکال در کنترل قند خون مادر، دچار عوارض می شود. دیابت مادری یکی از علل بروز خطرات و شیوع مرگ و میر در نوزادان بوده که میزان بروز این خطرات در نوزاد مادر دیابتی ۴ برابر بیشتر از سایر نوزادان می باشد.

**محتوا:** یکی از معضلاتی که در کشور ما باعث افزایش مرگ و میر در نوزادان مادران دیابتی می شود مراقبت پرستاری غیر استاندارد از این نوزادان می باشد. نوزادان مادران دیابتی در معرض مشکلاتی مانند هایپوگلیسمی، ماکروزومی، دیسترس تنفسی، پلی سایتمی هایپوکلسمی، هایپومنیزیمی، هایپرریبیلی روبینمی و کاردیو میوپاتی می باشند که باعث بروز مرگ و میر در آنها می شود اما با ارایه مراقبت پرستاری مناسب می توان باعث کاهش مرگ و میر در آنها شد. در این نوزادان برای ارایه مراقبت پرستاری مناسب باید از بروز هایپوگلیسمی از طریق تغذیه سریع نوزاد یعنی در طی ۳۰ دقیقه پس از تولد جلوگیری کرد، قند خون نوزاد باید کنترل شود و اگر نوزاد دچار هایپوگلیسمی شد با تزریق داخل وریدی دکستروز ۱۰٪ نوزاد را درمان کرد. از مهم ترین روش ها در پیشگیری از هایپوگلیسمی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد است که مانع از بروز هایپوترمی و در نتیجه آن مانع از بروز هایپوگلیسمی می شود. در نوزادان ماکروزومی، برای جلوگیری از آسیب هنگام زایمان باید مراقب دیستوشی شانه و سایر عوامل باشیم تا نوزاد آسیب نبیند در نوزادانی که علایم دیسترس تنفسی دارند و نیاز به لوله گذاری داخل تراشه باشد سوفاکتانت به داخل لوله تراشه تزریق می شود. برای نوزادانی که علایم بالینی دارند آزمایش خون جهت کنترل هایپرریبیلی روبینمی، هایپوکلسمی و هایپومنیزیمی فرستاده می شود و با توجه به جواب آزمایش تدابیر لازم جهت تعویض خون و سایر اقدامات انجام می شود. در نوزادانی که علایم بیماری قلبی مادرزادی و یا سوفاکتانت قلبی دیده می شود باید اکوکاردیوگرام جهت تشخیص نوزاد انجام شود.

**نتیجه گیری:** اگر در نوزادان مادران دیابتی مراقبت پرستاری مناسب و استاندارد انجام شود و تدابیر لازم جهت جلوگیری از بروز مشکلات انجام شود از بروز مرگ و میر و عوارض در آنها کاسته شده و درصد بروز مشکلات در سال های آتی زندگی این نوزادان نیز کمتر می شود.

**کلمات کلیدی:** مراقبت پرستاری استاندارد، نوزاد مادر دیابتی، هایپوگلیسمی

## ارتباط مراقبت های پری ناتال با سلامت نوزاد

ماجده نوبیاز، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان-دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی-شعبه بین الملل

**زمینه:** توجه به اینکه وزن کم هنگام تولد و تولد زودتر از موعد، نقش مهمی در مرگ و میر نوزادان تاخیر در رشد کودک دارد و تولد زودرس، حدود ده برابر افزایش هزینه های پزشکی در سال اول زندگی را به دنبال دارد. در این مقاله به تاثیر مراقبت های دوران بارداری بر پیامدهای تولد پرداخته است.

**محتوا:** مراقبت پری ناتال باعث کاهش مرگ و میر مادر و جنین و نوزاد و هم چنین کاهش زایمانهای زودرس و تولد نوزادان با وزن کم و تشخیص موارد پرخطر و پیش بینی عوارض بارداری و پیشگیری از آنها میباشد. اولین مراقبت پری ناتال شامل: تعیین وضعیت سلامت مادر و جنین مشخص کردن سن بارداری - شروع برنامه ای برای ادامه مراقبت پری ناتال - تاریخ احتمالی زایمان - آزمایشات روتین و جستجو برای علایم خطر میباشد. مراقبت های بعدی شامل: حال عمومی مادر - رژیم غذایی - علایم خطر - وزن مادر و تغییرات آن - فشار خون مادر - تغییرات ارتفاع رحم - بررسی قلب جنین - قرار جنین - اختلالات تیروئید - انمی و عفونت

عملکرد مبتنی بر شواهد به منظور ارتقاء کیفیت امور بیماران، خانواده ها، مراقبین سلامتی و نظام مراقبت سلامتی می باشد. یکی از معضلاتی که کشور ما با آن مواجه است، نبود راهنماهای بالینی کشوری است. تفاوت شیوع بیماری ها در کشور ما با کشورهای توسعه یافته (که ناشر اکثر راهنماهای معروف هستند) در کنار بسیاری عوامل دیگر، دلیلی قانع کننده ای است که بپذیریم اجرای راهنماهای خارجی در ایران، هر قدر هم که مفید باشد، بهترین نتایج ممکن را به دنبال نخواهد داشت. از سویی، با وجود این که تعدادی راهنماهای مراقبتی در بیمارستان موجود است، اما مشاهده می شود که این فرایندها کلی و مبهم هستند و استانداردسازی در این زمینه به درستی صورت نگرفته است. از سویی تهیه بیشتر راهنماها بصورت سلیقه ای و تجربی بوده است.

## چالش های مراقبت از کودکان مبتلا به اختلالات روانی

زهرا مهدوی خانوکی، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

برآورد می شود حدود ۲۰ درصد کودکان از بیماری های ناتوان کننده روانی رنج می برند اختلالات روانی که نگرانی های قابل توجهی را به دنبال دارند، عبارت از اختلالات یادگیری، اختلال کمبود توجه-بیش فعالی، افسردگی، اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد می باشد. زندگی با این کودکان می تواند برای مراقبین آنها در خانواده، بسیار پر تنش باشد، بنابراین شناسایی چالش های زندگی با این کودکان در روند جستجوی راه حل هایی جهت کمک و حمایت از مراقبین آنها به منظور ارائه مراقبت های مناسب به این کودکان مهم است. هدف از این مقاله، بررسی چالش های روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی است که والدین و یا مراقبین این کودکان تجربه می کنند. والدین و مراقبین نقش مهمی در کمک به رشد کودکان و پیشرفت آنها دارند. کودکان، برای رفع نیازهای اساسی مانند غذا، سر پناه، آموزش و پرورش و حفاظت و مراقبت، به والدین و مراقبت دهندگان وابسته هستند. این وابستگی، به خصوص در هنگام بروز مشکلات و در زمان بحران، شدت می گیرد. اختلالات روانی در دوره ی کودکی و نوجوانی می تواند مزمن و بسیار نگران کننده باشد و نیاز به توجه، کمک و پشتیبانی از مراقبین کودکان مبتلا دارد که چالش های اقتصادی، اجتماعی، روانی و عاطفی بسیاری را تجربه می کنند. چالش های روانی و عاطفی شامل استرس برای انجام وظایف مراقبتی و نگرانی درباره زندگی حال و آینده کودکان می باشد. آنها احساس ناراحتی و درد درونی به دلیل اختلال در رفتار کودک داشته و برخی مشکلات ارتباطی با فرزندشان دارند.

چالش های اجتماعی تجربه شده توسط مراقبین شامل ناکافی بودن خدمات اجتماعی، سنگینی وظیفه مراقبت، عدم آگاهی عمومی از بیماری های روانی، عدم حمایت اجتماعی و مشکلات زندگی اجتماعی می باشد. چالش های اقتصادی شامل فقر، تداخل مراقبت از کودک با فعالیت های مرتبط با درآمد خانواده و هزینه های اضافی در ارتباط با بیماری کودک می باشد. والدین به عنوان مراقبت دهنده اصلی، نقش حیاتی در مراقبت از این گونه کودکان و نوجوانان دارند. آشنا کردن آنها با چالش هایی که ممکن است با آن ها روبه رو شوند، اولین گام برای بهبود حمایت از این مراقبت دهندگان می باشد. بسیار مهم است که کودکان، مراقبت و حمایت مناسب در خانه و در طی ویزیت های سرپایی در بیمارستان دریافت کنند. والدین، اقدامات مختلفی به منظور مقابله با این چالش ها انجام می دهند. آنها ممکن است به دنبال کمک های حرفه ای از بیمارستان، کمک های معنوی از رهبران مذهبی و شفا دهندگان سنتی و دیگر اعضای خانواده در مراقبت از کودک باشند که بستگی به فرهنگ و خدمات در دسترس دارد. همچنین، آموزش کودک در مراقبت از خود، جست و جوی اطلاعات جدید در مورد بیماری در اینترنت، دریافت توصیه از دیگر والدین و تلاش جهت کنترل محیط کودک، از دیگر اقدامات والدین می باشد.

**کلمات کلیدی:** کودکان، اختلالات روانی، والدین، ارایه دهندگان مراقبت



اداری در مادر میباشد. بعضی اختلالات دوره پریناتال باعث وزن کم زمان تولد و تولد زودرس میشود که اثرات منفی روی توسعه و پیمادهای عصبی-رفتاری - شناختی در دوران نوزادی-کودکی ونوجوانی دارد که این محدودیتها شامل:اختلالات بینایی-معلولیتهای یادگیری و چالشیایی در عملکرد تحصیلی - بیش فعالی و موفقیت کمتر در سایر جنبه های رشد و رفتاری میباشد تعداد ویزیتیهایی که مادر در زمان بارداری توسط متخصصین زایمان دارد نقش اصلی در کاهش عوارض مرگ و میر دوره پریناتال دارد همچنین علاوه بر پایش دوران بارداری مانیتورینگ جنین در حین زایمان و جلوگیری از دیسترس جنین بعد از زایمان نیز تاثیر زیادی بر سلامت نوزاد دارد.

**نتیجه گیری:** یکی از راههای افزایش استفاده از مراقبت های دوران بارداری، افزایش آگاهی زنان از منافع بالقوه استفاده مکرر از مراقبتهای دوران بارداری میباشد. با اجرای صحیح مراقبتهای دوران بارداری میتوان از تولد نوزادان کم وزن وتولدهای زودتر از موعد جلوگیری کرد و بدین ترتیب نوزادانی سالم داشت.

**کلمات کلیدی:**مراقبت دوران بارداری (پریناتال)، وزن کم هنگام تولد، تولد زودرس، سلامت نوزادان

### بررسی ماهیت حقوقی حضانت

**شیدا میرزایی روز بهانی-کارشناس حقوق دفتر بیمه سلامت**

حضانت عبارت است از ولایت و سلطنت بر تربیت طفل و کلیه امور مربوط به آن از جمله حفظ و نگهداری، در بستر خواباندن، شستشوی لباس ها و استحمام او و مانند آن. از نظر اصطلاحی حضانت به معنای، حق نگهداری و سرپرستی طفلی که به شخصی واگذار می شود می باشد. بنابر بر قول قاطبه فقهای مذاهب اسلامی. فرزندان مادام که رشید و بالغ نشده اند، تحت حضانت هستند و وقتی به سن رشد و بلوغ رسیدند، مخیرند نزد پدر، مادر یا غیره آن دو یا حتی مستقلاً و منفرداً زندگی نمایند زیرا اصل عدم ولایت است و در موارد مشکوک به قدر متیقن اکتفا می شود مضافاً به اینکه اساساً ولایت بر محجور برای جبران ضعف جسمی و روانی اوست و با فرض بلوغ و رشد نیازی به حمایت از او نیست. قانون مدنی ایران قبلاً در خصوص فرزندان پسر تا دو سالگی و فرزندان دختر تا هفت سالگی مادران را صالح به حضانت معرفی نموده بود، در حالی که همین سن حضانت برای هر دو فرزند دختر و پسر در قانون مدنی طی اصلاحیه ای به سن هفت سالگی تغییر پیدا نمود و تا همین سن مادران در صورت وجود پدر (عدم فوت) حق حضانت دارند. و مادران تا سن هفت سالگی، تکالیفی که از حق حضانت برای آنها ناشی شده می بایست انجام دهند. بنابر قول مشهور دوران نگهداری و حضانت کودک با بلوغ و رشد به پایان می رسد و کودک پس از بلوغ اختیار دارد تا سرپرست زندگی خویش را تعیین نماید. اما با وجود مطالب مذکور این سؤال مطرح می گردد که آیا مادران می توانند در دوران حضانت آنها فرزندانشان را به پدر منتقل یا به شخص ثالثی وکالت در حضانت بدهند یا خیر؟ که در این مقاله با بررسی قانون مدنی و حقوق ایران و نظریات حقوقدانان و فقهای امامیه بشرح ذیل به جواب سؤال مذکور می پردازیم.

شرایط حضانت: ملاقات فرزند جزء حقوق کودک محسوب شده و هیچ مرجعی اعم از قضائی و غیر قضائی نمی تواند تحت هیچ شرایطی این حق را از یکی از طرفین (پدر، مادر، کودک) سلب نماید و در واقع کودک بعد از رسیدن به سن بلوغ و رشد تصمیم می گیرد با چه کسی زندگی نماید و تمایل وی به ادامه زندگی با پدر یا مادر وضعیت تازه ای را برای وی به وجود می آورد لازم به ذکر است که این مسئله به توافق پدر و مادر نیز بستگی دارد لیکن گاهی اوقات به سبب عدم توافق پدر و مادر موضوع حضانت به دادگاه واگذار می شود و در اکثر مواقع در دادگاههای خانواده بحث حضانت مشکلاتی را ایجاد می نماید و مادری که فرزندش را به دنیا آورده خواهان مراقبت از فرزند خودش است لذا نظر به اینکه قانونگذار تکلیف بحث حضانت کودک را در سن هفت سالگی (اعم از پسر و دختر) مشخص و تعیین نموده مادر کودک همیشه با این دلپره و نگرانی

روبروست که اگر فرزند وی به سن هفت سالگی برسد سرنوشت وی چه خواهد شد؟ البته قانون بعد از سن مذکور موضوع حضانت کودک را از مادر به صورت دائم گرفته و سلب نموده است ( البته این یک اصل است و هر اصلی با استثنائاتی روبرو است. ) قانونگذار اشخاصی که حضانت را می توانند بر عهده بگیرند در قانون مدنی تعیین تکلیف نموده است لذا حضانت حق انحصاری پدر و مادر است و تا زمانی که پدر و مادر کودک زنده هستند و صلاحیت نگهداری از فرزند خود را دارند حضانت با آنان است و هیچ یک از خویشان پدری و مادری نمی توانند در این مورد ادعایی بکنند لیکن پس از مرگ پدر و مادر، هرگاه جد پدری زنده باشد ولایت به حکم قانون بر عهده وی است. در غیر این صورت ( یعنی در صورت جدایی زن و شوهر ) قانون تا هفت سالگی کودک، به مادر حق تقدم داده و پس از آن اولویی را به پدر می دهد. چنانچه والدین کودک فوت نمایند و در صورت نبود جد پدری نیز حضانت کودک به وصی واگذار می شود و هرگاه از این گروه نیز کسی نباشد، حضانت با قیمی است که به پیشنهاد دادستان از طرف دادگاه منصوب می شود.

مواردی که مانع اجرای حق حضانت می شوند: اگر افرادی که مورد اشاره قرار گرفت دیوانه باشند حق حضانت ندارند چرا که قانونگذار در ماده ۱۱۷۰ از قانون مدنی در خصوص جنون مادر و ماده ی ۱۱۸۲ از قانون مذکور در خصوص پدر و جد پدری تعیین تکلیف نموده است مضافاً به اینکه شوهر کردن مادر به شخص غیر از پدر طفل نیز جزء موانع اجرای حق حضانت بوده و قانونگذار در ماده ی ۱۱۷۰ از قانون مزبور مقرر نموده اگر مادر در مدتی که حضانت طفل با اوست مبتلا به جنون شود یا به دیگری شوهر کند حق حضانت با پدر خواهد بود و در واقع حضانت مادر از طفل ساقط خواهد شد.

**کلمات کلیدی:** ماهیت قانونی - حضانت

### استفاده از فن آوری اطلاعات در مدیریت پرستاری کودکان

**تهمینه ناجی، کارشناس پرستاری، مدیر پرستاری بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران**

**زمینه:** سلامت الکترونیک از اشتراک انفورماتیک پزشکی، بهداشت عمومی و حرفه ای منشأ گرفته است که به خدمات بهداشتی و اطلاعات انتقال یافته یا گرفته شده از طریق اینترنت و تکنولوژی های مربوطه اشاره دارد. یکی از کاربردهای تکنولوژی در پرستاری؛ تنظیم شیفت های کاری پرسنل است که یکی از سخت ترین وظایف مدیریت پرستاری می باشد. مدیرانی که وظیفه تامین نیروی انسانی را بر عهده دارند همواره زمان زیادی صرف درخواست های متنوع کارکنان می نمایند و می بایست قوانین و شرایط پیچیده سازمان متبوع را نیز در نظر داشته باشند. این کارگاه به بررسی کاربرد نرم افزار تنظیم شیفت کاری برای پرسنل پرستاری بیمارستان مرکز طبی کودکان می پردازد. برنامه ی نرم افزاری تنظیم شیفت با کاربردهای متنوع از سال ۱۳۸۷ در بیمارستان مرکز طبی کودکان تحت نظارت مدیریت پرستاری با اهداف متعدد مورد استفاده قرار گرفت. از قابلیت های این نرم افزار، تهیه خودکار برنامه شیفت بندی پرسنل (تمام وقت، ساعتی و نیمه وقت)، تعریف انواع شیفت ( ثابت، در گردش و متغیر)، شیفت بندی با رعایت درخواست های تایید شده پرسنل، تعریف تعداد افراد مورد نیاز در هر زیرمجموعه سازمانی بر اساس تخصص و امکان اصلاحات قبل و بعد از تهیه برنامه ی شیفت می باشد کلیه کادر پرستاری برای کار با این نرم افزار به صورت تئوری و عملی آموزش دیدند. کاهش زمان لازم برای تهیه برنامه شیفت بندی، رعایت تساوی در توزیع شیفت ها، دسترسی به برنامه ی کاری از طریق رایانه در منزل، در اختیار داشتن بانک اطلاعاتی ازسنوات کاری؛ شیفت ها و ساعات کاری پرسنل از دیگر قابلیتیهایی این نرم افزار می باشد. مدیریت پرستاری این مرکز ضمن نظارت بر آموزش، اجرا، کاربرد و ارزشیابی این نرم افزار در واحدهای مختلف پرستاری به بررسی شاخص هایی برای تعیین میزان کارآمدی آن پرداختند.

**نتایج:** بررسی های مدیریتی نشان داد میزان خطا در برنامه ریزی، مدت زمان برنامه ریزی برای شیفت های پرسنل و تعداد نفرات لازم برای برنامه ریزی ها با اجرای برنامه ی نرم افزاری تنظیم شیفت تا حدود قابل ملاحظه ای کاهش داشته است. اجرای این طرح با افزایش بهره وری همراه بوده و با میزان رضایت بالای پرسنل مدیریتی و پرستاری مشخص شده است. از مزایای این برنامه ؛ می توان به عدم دخالت بقیه کاربران و مدیریت متمرکز برای تنظیم شیفت های کاری تمام واحدها اشاره کرد. از طرفی لزوم آشنایی کامل پرسنل پرستاری تازه کار با دانش استفاده از رایانه و برنامه های نرم افزاری از جمله نقاط ضعفی است که می توان نام برد.

**کلمات کلیدی:** فن آوری اطلاعات- پرستاری کودکان

### بررسی دیدگاه والدین درمورد بروز عوارض ناشی از بازی با رایانه در دختران دبستانی

سعیده جعفرزاده، دکتر سیما کرمانشاهی عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس

**زمینه:** بازی های رایانه ای بخش قابل توجهی از اوقات فراغت کودکان و نوجوانان را به خود اختصاص داده است. لذا با توجه به جامعه پذیری بازی های رایانه ای و تاثیراتش بر سلامتی کودکان، مطالعه حاضر باهدف بررسی دیدگاه والدین در مورد عوارض ناشی از بازی طولانی مدت با رایانه در دختران دبستانی انجام شده است.

**روش مطالعه:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که به منظور بررسی دیدگاه والدین درمورد عوارض ناشی از بازی طولانی مدت با رایانه در دختران دبستانی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۱ صورت گرفته است. در این پژوهش ۱۵۰ نفر از والدین دانش آموزان مشغول به تحصیل پایه های اول تا ششم ابتدایی، به صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش نامه محقق ساخته بود.

**یافته ها:** از نظر والدین، ۷۶٪ درصد از کودکان دچار سوزش و ضعیف شدن چشم ه، ۳۶٪ درصد دچار مشکلات اسکلتی، ۵۴٪ درصد دچار چاقی، ۶۲٪ درصد دچار پرخاشگری، ۷۲٪ درصد افت تحصیلی، ۳۰٪ درصد کاهش تعاملات اجتماعی و ۳۰٪ درصد هم دچار کاهش تحرک جسمی شده اند.

**نتیجه گیری:** نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که عدم اعمال محدودیت والدین بر مدت زمان استفاده از رایانه و نوع بازی ها، نداشتن فعالیت ورزشی و تغذیه نامناسب کودک می تواند در به وجود آمدن عوارض تهدید کننده سلامتی در کودکان از قبیل چاقی، پرخاشگری، افت تحصیلی، کاهش فعالیت های ورزشی سهم باشد لذا باید پیشگیری سطح اول رادر مدارس و درمانگاه های بهداشت آغاز نمود

**کلمات کلیدی:** بازی های رایانه ای، دختران دبستانی

### اصول تبادل گرما در وارمر و تشک گرمازا

آمنه آبرون، سرپرستار بخش NICU و نوزادان بیمارستان ولیعصر

**زمینه:** یکی از مهم ترین مسائل نوزادان، در جهان سوم، هیپوترمی نوزادان بستری در بخش NICU و نوزادان می باشد. آگاهی پرستاران و پرسنل شاغل در این بخش ها، در مورد نحوه ی محاسبه ی گرمایی و نحوه ی از دست دادن حرارت بر اساس تنفس و همچنین استفاده از وارمرهای حرارتی و انکوباتور، موجب کاهش هیپوترمی در این نوزادان بستری می گردد. تبادل گرما از دستگاه تنفسی نوزاد از طریق حجم هوای تهویه شده در یک واحد زمانی و اختلاف دمای ما بین هوای دم و بازدم بستگی به حجم تهویه، دانسیته ی هوا، هوای خروجی و ورودی، درجه حرارت مشخص و همچنین وزن بدن بر کیلو گرم دارد. تناوب گرم

شدن دم و سرد شدن بازدم و تبادل گرمای انتقالی در دستگاه تنفسی اساساً به دمای هوای دمی بستگی دارد. در نوزادی که در انکو باتور می باشد، تفاوت خیلی کمی بین دمای هوای دمی و بازدمی وجود دارد و حرارت محیطی نوزاد نیز کمتر به هدر می رود. مطالعات نشان داده دمای محیط اطراف نوزاد و مصرف اکسیژن در زندگی او تاثیر بسزایی دارد و این که دمای ۳۷ درجه سانتیگراد برای نوزاد بسیار مناسب است. در محیط هایی با دمای بالا نوزادان شروع به عرق کردن می کنند و اگر در این هنگام گلوکز سرد را از طریق OGT به نوزاد دهند، تعریق نوزاد را می توان کنترل نمود. پرستاران شاغل در بخش NICU، باید نحوه ی این محاسبه و اندازه گیری را در بدو ورود به بخش، آموزش ببینند و سرلوحه ی مسائل کاری خود قرار دهند، چون تمامی شرایط استاندارد نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد.

**کلمات کلیدی:** تبادل گرما- وارمر

### رعایت آرامش نوزاد در انکوباتور و رادیانت وارمر

زهرا گودرزی- هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران، سایه طاوولی- پرستار بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بیمارستان ولیعصر

هنگامی که شما به نوزاد تازه متولد شده فکر می کنید، آن را به صحنه ای آرام و ساکت تشبیه می کنید. مادر کنار بستر نوزاد کوچولوی قنداق شده خود دراز کشیده است. احتمالاً دست های قوی پدر هم در دوی آنها را بر گرفته است. خانواده را حس عشق و دوست داشتن احاطه کرده است. حالا فکر کنید که یک دفعه با بخش مراقبت ویژه نوزادان برخورد می کنید. شما ممکن است یک زمانی را در آنجا به عنوان دانشجوی پرستاری گذرانیده باشید یا این که یک نگاه اجمالی از پنجره ای به داخل بخش داشتهاید. جو داخل بخش با وجود شیرخواران کوچولو و ظریف خشن به نظر می آید. ممکن است به نظر ترسناک، مغشوش و هراس برانگیز به نظر برسد. شما هم ممکن است مرعوب این محیط سرد و شلوغ شوید. کارکنان ممکن است بی تفاوت، بی عاطفه، خشن و بی نهایت مشغول به کار به نظر برسند. در حقیقت تا کنون بخش مراقبت ویژه به صورت یک محیط سخت و جابرا نه معرفی شده است. اما چرا بین بخش نوزادان و بخش مراقبت ویژه فرق وجود دارد؟ و از همه مهمتر این که چه فرق اساسی بین زندگی داخل رحم و یک بخش مراقبت ویژه نوزادان برای یک نوزاد دارد؟ محیط داخل رحم یک دنیایی از صدای لطیف چلپ و چلوب آب، قُلُقُل زدن و موج های بسیار ظریف همراه با کوبیده شدن مداوم صدای ضربان قلب مادر در داخل آب می باشد. صدای حرف زدن مادر هم که مدام به حالت ضربه بسیار ملایم شنیده می شود. در این رابطه هم مطالعه ای نشان داده است که شیرخوار بعد از تولد ترجیح می دهد که همان قصه ها و حرف های مادرش را بشنود. در مقایسه نوزاد نارس با ورودش به داخل بخش مراقبت ویژه در محاصره سر و صدایی با مقیاس سر و صدای ترافیک خیابانی قرار گرفته که پُر از وسایل نقلیه سنگین است. تجهیزات مورد استفاده معمول هم در محیط بخش شامل انواع ترالی و سطل ها، دستگاه های رادیولوژی، سانتریفیوژها، تلفن و آلارم مانیورها می باشد که همگی با هم تولید سر و صدای بیش از حد می کنند. از طرف دیگر نوزاد نارس با خروج زودرس خود از محل نسبتاً تاریک به محیط در محاصره تابش نور فراوان و کنترل نشده هم قرار می گیرد که این هم از دیگر آزارهای محیطی به همراه دست کاری های بدون حساب و کتاب و گاهی خشن هم می باشد. اما نقش پرستار مهیا کننده شرایط داخل رحم در بخش مراقبت ویژه نوزادان برای نوزادان و بخصوص نوزادان بستری در انکوباتور و یا رادیانت وارمر می باشد. به طوری که میزان شدت نور و سر و صدا در محیط باید طوری تنظیم شود که حداقل اثر را بخصوص بر نوزاد نارس داشته باشد. کنترل تابش نور طبق توصیه انجمن آکادمی کودکان آمریکا تا ۱۰۰ فوت کندل است. تا جایی که هم برای کارکنان مناسب است و هم این که از بروز مشکل برای نوزاد اجتناب می شود. میزان شدت صدا باید در حد مکالمه آرام یا تا ۳۰ الی ۴۰ دسی بل باشد. البته در کنار رعایت این

اصول طلبیدن آغوش مادر یا رحم دوم برای مراقبت از نوزاد و انجام نوازش ملایم و رعایت خواباندن نوزاد در پوزیشن همانند داخل رحمی و رعایت تمامیت بدن (گرفتن سر در راستای تنه همراه با جمع کردن دست‌ها و پاهای نوزاد به داخل شکمش) در هنگام جایجا شدن نوزاد و همچنین در هنگام انجام مراقبت‌های درمانی و مراقبتی نوزاد به آرامی لمس شده با او آرامی صحبت شود تا نوزاد به مرور در سایه این مراقبت‌های پرستاری به اجتماع اطراف خود اعتماد کند. با بزرگ‌شدن در این گونه اجتماع انسانی نوزادان و بخصوص نوزادان نارس هم اصول اجتماعی شدن را در اجتماع انسانی فرا می‌گیرند.

### حساسیت محیط بخش NICU

*فرزانه بلالی - کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، بیمارستان ولیعصر*

دوران نوزادی، دوران خاص و مهمی از زندگی را تشکیل می‌دهد نوزادان برحسب سن حاملگی یا وزن هنگام تولد، شانس زیادی از لحاظ میزان ابتلاء به بیماری و مرگ و میر دارند. این نوزادان به دلیل اینکه مدت کوتاهی در رحم جایگزین میشوند، کم وزن میباشند بطوریکه دوسوم نوزادان زودرس وزنی کمتر از ۲۵۰۰ گرم دارند. محیط NICU یک منبع بالقوه استرس را برای نوزادان است و این در حالی است که نوزادان زودرس هم برای بقاء وزنده ماندن به آن وابسته و هم نسبت به اثرات آن آسیب پذیرند. در NICU پیشرفت تکامل حسی بطور اجتناب ناپذیر و چشمگیری تغییر می‌کند. نه تنها محرک آشنا با محرک ناآشنا جایگزین می‌شود بلکه آنها توسط نوزاد با روش بسیار متفاوتی دریافت می‌شود. علاوه براین، محیط حسی نه تنها برای نوزادان در NICU مهم است بلکه برای والدین و مراقبین نیز مهم است. بسیاری از نیازهای این سه حوزه در تضاد با یکدیگر هستند. تکامل حسی به روش ترتیبی، بطور عالی برنامه ریزی شده ای به وقوع می‌پیوندد. تکامل طبیعی حس ها بطور گسترده ای به انتظارات بیولوژیکی، ورودی حسی منظم: هنگامی که این ورودی وجود ندارد، اختلال دارد، یا با محرک غیر منظره جایگزین شده است، وابسته است. نوزادان زودرس بایستی با محیط خارج رحمی باسیستمهای نارس خود کنار آیند و سازگار شوند و از طرفی این محیط با محیطی که نوزاد ترم سالم در آن رشد میکند، تفاوت زیادی دارد. در نتیجه نوزاد زودرس در معرض بمباران مداومی از محرکات نامناسب قرار میگیرد که این محرکات لمس و حرکت، چشایی و بویایی، شنوایی، بینایی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. ریتم سیرکادین یکی از حواس انسان نیست، با این حال آن عمیقاً بوسیله محیط حسیت تحت تاثیر قرار می‌گیرد و در دوره جنینی نسبت به طول زندگی کاملاً متفاوت است. سرانجام طراحی مناسب NICU باید با حمایت بهترین تکنولوژی و محیطی امکانپذیر باشد تا نیازهای سه حوزه نوزادان، خانواده و مراقبین را تامین کند. مداخلات تکاملی مکمل غیر دارویی برای ارتقای سلامت نوزادان زودرس است. تماس طولانی مدت پوست به پوست مادر با تکرار فواصل نزدیک تر یکی از مداخلات سودمند است.

### تاریخچه رادیانت وارمر و شناخت اصول کاری آن

*زهرا دانشور عامری - هیات علمی گروه ویژه نوزادان دانشگاه علوم پزشکی تهران*

مشکل مراقبت از شیر خواران پره ماچور و یا شیرخوارانی که مادرزادی بیمار هستند مشکل جدیدی نیست. در قرن ۱۷ و ۱۸ مقالات علمی زیادی منتشر شد که این مسئله را مورد توجه قرار دادند. در سال ۱۹۲۲ برخی بیمارستان ها نوزادان را به صورت گروهی و در یک محیط خاص که امروزه NICU نام گرفته جمع نموده و مراقبت را انجام می‌دادند. قبل از انقلاب صنعتی این شیرخواران ( پره ماچور و بیمار ) در منزل به دنیا می‌آمدند و مراقبت می‌شدند و ممکن بود بدون مداخلات پزشکی یا زنده بمانند و یا بمیرند. اولین انکوباتور مورد استفاده در نوزادان در اواسط قرن ۱۹ و بر اساس انکوباتور و گرم کن های جوجه کشی

ساخته شد. در ایالات متحده آمریکا دکتر رابرت بایوئر در بیمارستان هنری فورد دیترویت موفق شد در سال ۱۹۳۱ با دسترسی و مراقبت پرستاری آسان اکسیژن و گرما و رطوبت را هم زمان برای نوزادان فراهم نماید. در بریتانیا بخش های SCBUS در بیرمنگام و بریستول افتتاح شدند و در بیمارستان southmead بعد از تولد چهار قلوبی در سال ۱۹۴۸ به شکل موفقیت آمیزی در این واحد جدید مراقبت شدند. انکوباتور و وارمر بسیار گران بودند بنابراین سعی می‌کردند تمام اتاق را گرم نگه دارند. در حال حاضر رادیانت وارمر در بالای یک تخت باز قرار می‌گیرد و قابلیت دسترسی و مشاهده نوزاد را در مراقبت فراهم می‌نماید و در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بسیار استفاده می‌شود. نوزادان مراقبت شده تحت وارمر جهت کسب گرما قرار داده می‌شوند اما ممکن است به میزان زیادی گرما ی بدن را از طریق تبخیر و سطح و تشعشع و جریان هوا از دست بدهند مشکل به توان سهم نسبی راه های مختلف تبادل گرما را تخمین زد.

### بررسی موانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار در سه ماهه سوم بارداری از دیدگاه پرسنل مراکز بهداشتی

*ملیحه حسینی طیبی، دکتر سیمیا کرمانشاهی عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس*

**زمینه:** در حدود ۱۵ درصد جمعیت ایران را زنان درسن باروری تشکیل می‌دهند که نیازمند دسترسی به اطلاعات و خدمات و مراقبت های دوران بارداری و زایمان و بعد از آن می‌باشند. لذا با توجه به اهمیت این مراقبت ها در حفظ ارتقا سلامت مادر و نوزاد لازم است عواملی را که باعث عدم اجرای بسته مراقبتی آنان می‌شود شناسایی شود. هدف این مطالعه تعیین موانع اجرای بسته ی مراقبتی مادران باردار در سه ماهه ی سوم بارداری بود.

**روش مطالعه:** این بررسی توصیفی- مقطعی بود که موانع اجرای بسته مراقبتی مادران باردار را از دیدگاه پرسنل مراکز مورد بررسی قرار داد. تعداد نمونه ها ۲۳ نفر بود که به روش تمام شماری انتخاب شده بودند و پرسشنامه ی محقق ساخته ی موانع اجرای بسته را در سه بعد مدیریتی، فردی و محیطی تکمیل می‌کردند. موانع اجرای مراقبت با پاسخ بله و خیر سنجش و داده ها با نرم افزار آماری SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** اکثریت پرسنل (۳۹/۱) در گروه سنی ۳۰-۳۵ و کاردان مامایی بودند. مهمترین موانع مطرح شده از طرف پرسنل در اجرای بسته ی مراقبتی در حیطه ی فردی مشغله کاری زیاد (۸۲/۶) و نداشتن دانش و اطلاعات کافی در مورد بسته (۷۳/۹)، در بعد محیطی دسترسی ناکافی پرسنل به بسته مراقبتی (۹۱/۳) و عدم ارتباط بین مراکز بهداشتی، شبکه بهداشت و بیمارستان (۸۲/۶) و در بعد مدیریتی کمبود تعداد پرسنل نسبت به تعداد مادران (۹۵/۷) و عدم آموزش به پرسنل در مورد نحوه ی اجرای بسته مراقبتی (۷۸/۳) بود.

**نتیجه گیری:** مدیران ضروری است با برنامه ریزی در جهت بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت های دوران بارداری از طریق افزایش نیروهای کاری، ایجاد کلاس و دوره های آموزش کوتاه مدت برای کارکنان، ارزشیابی مستمر خدمات کارکنان بهداشتی در حین ارائه خدمات مراقبتی و آموزشی و افزایش تعامل با پرسنل نقش عمده ای را ایفا کنند.

**کلمات کلیدی:** موانع اجرای بسته مراقبتی، مادران باردار، پرسنل بهداشتی

### اصول مراقبت از نوزاد سرد شده

*مینا امامی - پرستار بخش مراقبت های ویژه نوزادان، بیمارستان ولیعصر*

هیپوترمی وضعیتی است که در آن دمای بدن به کمتر از میزان طبیعی کاهش میابد از آنجا که هیپوترمی یک مشکل همه گیر همراه با عوارض و مرگ و میر میباشد روشها و تجهیزات گرم نگهداشتن نوزاد از بدو تولد اهمیت بسزایی

دارد. استرسهای سرما نوزاد بستگی به مکانیسمهای اولیه توسط ترموزنر شیمیایی دارد. زمانیکه نوزاد نسبت به سرما تحریک میشود نورایی نفرین ترشح میگردد که موجب لیبولیز ذخایر چربی قهوه ای میگردد  
دمای بدن نوزاد بر ترم بس از زایمان سریع کاهش میابد گزارشات هیپوترمی از نوزادان از زمان تولدو حین پذیرش در بخش نوزادان از تمام دنیا بدست آمده که یک عامل خطر برای مرگ ومیر است. دراتاق زایمان بدن نوزاد باید با حوله گرم خشک گردد وتبخیر محدود گردد با استفاده از کیسه های بلاستیک برای پوشاندن نوزاد در هوای خشک اتاق. برای سر استفاده از کلاه بلی اتیلن مناسب است. حین احیا میبایست نوزاد محافظ بوسی داشته باشد وروی وارمر تابشی احیا شود در صورت ادامه احیا بیش از ده دقیقه بایستی سنسور بوسی گذاشته شود در اتاق زایمان نوزاد برای نمایش به والدین باید قنداق شوددر انتقال نوزاد به بخش مراقبتهای ویژه انکوباتور از قبل گرم گردد گرم کردن اتاق در زمانهای نگهداری کوتاه مانند اتاق رادیولوژی و اتاقهای تربیتمنت روش موثری میباشد انکوباتورهای گرم کننده همرفتی شرایط آب وهوایی منحصر به فردی برای هرنوزاد فراهم می آورد تمامی آنها بنکه هایی دارند که هوا را فیلتر میکند ویا بر شدن آب رطوبت محیط را افزایش میدهد. تختهای گرم کننده تابشی برای حفظ گرمای نوزادان معرفی میگردد که دسترسی برای نوزادانی که مراقبتهای تهجمی دریافت میکنند را فراهم می آورد این گرم کننده هاعمولا منابع انرژی بالایی هستند بروب بوسی ومد بیبی برای جلوگیری از گرم شدن بیش از حد نوزاد میباشد. جهت کنترل گرما الارمهایی توسط کارخانه تعبیه شده که اطلاع برسل از نحوه عملکرد آن ضروری میباشد. نوزادان نگهداری شده در گرم کننده تابشی نسبت به آنهايي که در انکوباتور برستاری میشوند دمای بوست کمتری دارند.

#### حسابرسی مراقبت های پرستاری مرتبط با اجرای دستورات دارویی در نوزادان بستری در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان

**مریم حسنی خیری؛ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان؛ منیژه نوربان؛ دانشجوی دکتری پرستاری؛ دکتر مریم رسولی؛ استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ دکتر نوبه نصیری اسکویی؛ استادیار دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** اجرای دستورات دارویی یکی از مراقبت های رایج در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان است. بررسی نحوه اجرای فرایند های دارویی می تواند جنبه های متفاوت خطاهای دارویی را مشخص کند و برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت مراقبت های مرتبط با اجرای دستورات دارویی و افزایش ایمنی بیمار را تسهیل کند. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با اجرای دستورات دارویی با استانداردهای موجود انجام شده است.

**روش مطالعه:** این مطالعه یک مطالعه توصیفی است و جامعه آماری شامل مراقبت های پرستاری مرتبط با اجرای دستورات دارویی در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های مفید، مهدیه، امام حسین (ع)، طالقانی و شهدای تجریش بوده است. تعداد ۴۰۰ مورد مراقبت پرستاری مرتبط با اجرای دستورات دارویی (وریدی، خوراکی و عضلانی) در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان بر اساس چک لیستی که مطابق با استاندارد های موجود طراحی شده بود مورد مشاهده قرار گرفت. چک لیست حاوی اطلاعاتی مربوط به نحوه انجام مراقبت های مرتبط با اجرای دستورات دارویی بود. برای تعیین روایی چک لیست از شاخص روایی محتوا و روایی صوری و جهت تعیین پایایی چک لیست ها از روش توافق بین مشاهده گر ها استفاده شد. (ICC=0/94) روش جمع آوری اطلاعات، مشاهده و ثبت عبارات چک لیست بود. داده ها با استفاده از آمارهای توصیفی، اندازه های تکراری و آزمون کای دو و در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** میزان مطابقت مراقبت های مرتبط با اجرای دستورات دارویی با استاندارد ها در سه روش وریدی، خوراکی و عضلانی ۵۸/۷۳ درصد بود. بیشترین

میزان مطابقت با استاندارد ها مربوط به روش خوراکی و کمترین میزان مطابقت با استاندارد ها در روش وریدی بوده است (p<0/001).

**نتیجه گیری:** فاصله داشتن مراقبت های مرتبط با اجرای دستورات دارویی از استاندارد های می تواند بیانگر کمبود آگاهی و یا کم توجهی مراقبت کنندگان نسبت به لزوم اجرای مراقبت ها بر اساس استانداردها و یا آموزش ناکافی و عدم کنترل و بررسی از سوی مسئولین باشد.

**کلمات کلیدی:** حسابرسی، نوزاد، بخش مراقبت ویژه نوزادان، اجرای دستورات دارویی

#### حسابرسی پیامدها در پرستاری کودکان

**دکتر مریم رسولی؛ استادیار گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** نظام مراقبت سلامت، امروز وارد عرصه جدیدی شده است که به واسطه ارتقای آگاهی مشتریان خدمات سلامت از یک سو و افزایش هزینه خدمات سلامت از سوی دیگر، ملزم به پاسخگویی در برابر کیفیت خدمات ارائه شده می باشد. در این راستا، توجه و تمایل زیادی به شناسایی ارتباطات احتمالی میان کیفیت مراقبت های پرستاری و پیامدهای مرتبط با بیمار معطوف شده و از سال ۲۰۰۱ تاکنون، پژوهشگران، در صدد یافتن روابط موجود میان کیفیت مراقبت های پرستاری (به عنوان یکی از معمول ترین خدمات سلامت) با پیامدهای مرتبط با بیمار بوده اند.

پیامدهای حساس به مراقبت پرستاری (Nursing-sensitive outcomes)، عبارت از تغییرات در وضعیت سلامت بیمار می باشند که مراقبت های پرستاری، به طور مستقیم در ایجاد آن ها دخالت داشته است. در حال حاضر، ۱۴ شاخص اصلی که احتمالاً به مراقبت های پرستاری، حساس هستند مورد توافق قرار گرفته و حسابرسی با تاکید بر این شاخص ها، در ارتقای کیفیت مراقبت های پرستاری، ضروری تلقی می شود. برخی از این شاخص ها عبارتند از: زخم فشاری، ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی، پنومونی، عفونت ادراری، شوک و ایست قلبی، خونریزی دستگاه فوقانی گوارش، نارسایی تنفسی، عفونت زخم جراحی و طول مدت اقامت.

مطالعات انجام شده، اهمیت و حساس بودن این شاخص ها در گروه سنی بزرگسالان را تایید کرده اند ولی درباره کاربردی بودن آن ها در گروه سنی کودکان، جای بحث بسیار است. به عنوان مثال، بروز برخی از این شاخص ها در کودکان، بسیار نامحتمل و نادر می باشد که این امر، بکارگیری آن ها را به عنوان یک شاخص کاربردی، با اشکال و تردید مواجه می سازد. زخم فشاری، پنومونی و بستری مجدد به دلیل عفونت زخم جراحی، شاخص هایی هستند که متخصصین پرستاری، در اهمیت آن ها اجماع نظر دارند. در عین حال، باید توجه داشت که این شاخص ها، ممکن است از بخشی به بخش دیگر تفاوت داشته و از درجه اهمیت متفاوتی برخوردار باشد. به عنوان مثال، پژوهشگران معتقدند مهم ترین شاخص های کیفیت مراقبت در بخش های مراقبت ویژه کودکان (PICU)، شامل میزان مرگ، طول مدت اقامت، بستری مجدد برنامه ریزی نشده و مدیریت درد می باشد.

یکی از نکات قابل تامل در پیامدهای مرتبط با بیمار در بخش های کودکان، وجود ارتباط اثبات شده میان تعداد و ترکیب نیروی انسانی پرستاری و ساعات مراقبت ارائه شده با این شاخص ها است؛ مرگ، عفونت بیمارستانی، ایست قلبی و زخم های فشاری، با نسبت نامناسب و ناکافی پرستار به بیمار، ارتباط دارد.

با توجه به ویژگی های تکاملی، جسمی و روانی کودکان و تاثیرات نامطلوب ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت پایین بر این گروه، لازم است وضعیت موجود کیفیت ارائه مراقبت های پرستاری در بخش های کودکان، از طریق انجام حسابرسی های دوره ای، مورد ارزیابی قرار گیرد تا ضمن تعیین شکاف احتمالی

میان وضع موجود با وضع مطلوب، بتوان نقاط ضعف سیستم مراقبتی را شناسایی نمود و در جهت رفع نواقص و ارتقای کیفیت مراقبت ها، گام برداشت. **کلمات کلیدی:** حساسی، کیفیت مراقبت پرستاری، پیامدهای حساس به مراقبت پرستاری، بخش کودکان

### حسابرسی مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس

**حمیدرضا نجفی اناری، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان؛ دکتر مریم رسولی، استادیار، دکتر فرزوان آتش زاده شوریده، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ مهشید نامداری، دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**

**زمینه:** مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه، عاملی کلیدی در افزایش میزان بقا، سلامت و تکامل نوزادان نارس است. در این زمینه پرستاران بخش نوزادان با چالش‌های زیادی مواجهند، زیرا یکی از اهداف آنان برآورده کردن نیازهای تغذیه‌ای نوزادان نارس می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با استانداردهای موجود انجام شده است.

**روش مطالعه:** در این مطالعه توصیفی (از نوع حساسی) ۴۰۰ مورد مراقبت پرستاری در رابطه با تغذیه در نوزادان نارس مورد مشاهده و بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها، فهرست واری می‌مربوط به نحوه انجام مراقبت‌های استاندارد در رابطه با تغذیه نوزادان نارس بود که براساس مرور متون و استانداردهای موجود طراحی و روایی و پایایی آن به ترتیب از طریق بررسی روایی محتوا و محاسبه ضریب توافق میان مشاهده گرها ( $ICC=0.95$ ) مورد ارزیابی قرار گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات، مشاهده و ثبت گزینه‌های فهرست واری بود که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بیمارستان‌های مهدیه، مفید و امام حسین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو در سطح معنی داری  $p < 0.05$  تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب، ۶۸/۹ درصد ارزیابی شد. بیشترین میزان مطابقت مراقبت‌ها با استاندارد در زمینه تغذیه ویریدی، ۷۶ درصد بوده و پس از آن به ترتیب آماده‌سازی محلول تغذیه ویریدی ۶۸ درصد، آماده‌سازی محلول تغذیه روده‌ای ۶۴/۴ درصد و تغذیه روده‌ای ۶۳ درصد، ارزیابی گردید.

**نتیجه‌گیری:** مراقبت‌های پرستاری مرتبط با تغذیه در نوزادان نارس فاصله نسبتاً زیادی با استانداردها دارند، که می‌تواند ناشی از بی‌توجهی مراقبت کنندگان و آموزش ناکافی باشد.

**کلمات کلیدی:** حساسی پرستاری، تغذیه، مراقبت‌های ویژه نوزادان، نوزاد نارس

### حسابرسی ساختار و اهمیت آن در مدیریت پرستاری

**منیژه نوربان مربی، دانشکده علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشجوی دکتر پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**

**زمینه:** پرستاری علم و هنری است که متعهد به تعالی حرفه‌ای و ارائه مراقبت با حد اکثر کیفیت به مددجویان در حیطه‌های مختلف می‌باشد. مدیران علمی و کارآمد در حرفه پرستاری با انجام وظیفه مهم کنترل و نظارت در تلاشند تا با تشویق پرستاران به تعامل فعال در فرایند کیفیت و همچنین ارائه استانداردهای مراقبت به طور شفاف و در سطح بالا، کنترل کیفیت مراقبت‌ها را فعالانه انجام داده و بعنوان یک الگو ایفای نقش و تعهد پذیری عمل نمایند.

**محتوا:** کنترل و نظارت به عنوان یکی از مهمترین وظائف مدیران، فرایندی است که باید با آن با همست ها، مطلوب‌ها را با موجودها و پیش بینی‌ها را با عملکردها مقایسه می‌کند و تصویر روشنی از اختلاف یا تشابه بین این دو گروه از عوامل را در اختیار قرار داده و راهی برای حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و اصلاح و رفع نقاط ضعف محسوب می‌گردد. یکی از روش‌های کنترل، حسابرسی خدمات پرستاری می‌باشد که از طریق ایجاد استانداردها و باز خورد نتایج و به سه صورت گذشته نگر، هم زمان و آینده نگر، باعث ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری شده و با حذف اقدامات غیر ضروری سعی در کاهش هزینه‌ها دارد. در مدیریت پرستاری، حسابرسی مراقبت پرستاری یکی از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات بوده و شامل سه بخش اصلی حسابرسی ساختار، فرایند و برآیند می‌باشد که از این میان حسابرسی ساختار از اهمیت ویژه برخوردار است چرا که بر فضا و مجموعه‌ای که مراقبت در آن ارائه می‌شود تمرکز داشته و در واقع سازمان محور بوده و مرتبط با سیستم فراهم کننده مراقبت می‌باشد و شامل منایبی است که ارائه مراقبت‌ها را بطور کلی مورد حمایت قرار می‌دهد. این نوع حسابرسی شامل حسابرسی تسهیلات فیزیکی، تجهیزات، ارائه دهندگان مراقبت (حسابرسی پرسنلی) ساختار سازمانی، خط مشی‌ها، اهداف، سیستم ثبت و گزارش دهی، بودجه و کانال‌های ارتباطی موجود در سازمان بهداشتی درمانی می‌باشد. در روند انجام حسابرسی معیارها در چک لیست حسابرسی ساختار، بر اساس استاندارد موارد ذکر شده تنظیم و تدوین می‌گردد و در این راستا کمیته‌های حسابرسی با ایفای نقش فعال خود در جهت حسابرسی محیطی که مراقبت مددجو در آن انجام می‌شود، اقدام نموده و بدنبال آن با بازخورد نتایج، مدیران قادر میشوند که انحرافات برنامه‌ها را کشف نموده و اقدامات اصلاحی انجام دهند.

**نتیجه‌گیری:** حسابرسی ساختار، ساختار یا محیطی را که مراقبت مددجو در آن انجام می‌شود نظیر بودجه‌ها، خدمات پرستاری، گزارش‌های پرستاری و پزشکی و محیط را پایش می‌کند. این نوع حسابرسی ارتباط بین کیفیت مراقبت و ساختار مناسب را می‌پذیرد و بعنوان ابزار کنترل کیفیت توسط مدیران پرستاری بکار گرفته می‌شود.

### حسابرسی فرآیند ترخیص نوزاد از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در مرکز آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی سال ۱۳۹۰

**محمدرضا منصور آرانی - عضو هیئت علمی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام**

**زمینه:** برنامه فرآیند ترخیص از هنگام بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان شروع می‌شود و تا پس از ترخیص و رفتن به خانه هم ادامه دارد. به دلیل پیشرفت فن آوری، داروهای جدید و افزایش عمق دانش فیزیولوژی نوزاد، بقای نوزادان نارس، باروزن بسیار پایین هنگام تولد و دارای ناهنجاری مادرزادی افزایش یافته است. این بدان معنا است که این نوزادان و خانواده‌های آنان باید دوره‌های طولانی از بستری شدن و اقامت در بیمارستان را تجربه کرده و گاهی با مسائل حل نشده پزشکی و نیازهای مراقبتی و بهداشتی ویژه، ترخیص می‌شوند این مطالعه با هدف حسابرسی فرایند ترخیص نوزاد از بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، در مرکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

**روش مطالعه:** نوع پژوهش توصیفی، وروش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود. تعداد ۹۰ نفر از نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انتخاب شدند ابزار گردآوری داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی پرستار نوزاد و والدین و چک لیست تدوین شده مطابق با استانداردهای موجود در رابطه با فرایند ترخیص نوزاد که بخش‌های ۱= وجود راهنماهای مبتنی برشواهد در جهت حمایت از بالین و در مان ۲- مستند سازی ۳- وجود برنامه ترخیص اختصاصی برای هر نوزاد همزمان با پذیرش مطابق با راهنماهای

بخش ۴- آموزش و الدین ۵- برنامه روز ترخیص ۶- پرسشنامه والدین می باشد برای سنجش اعتبار و پایایی، به ترتیب از روش اعتبار محتوا و صوری (۹۴٪) و مشاهده همزمان دو پژوهشگر (95٪ ICC) استفاده شد.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که میزان اجرای فرآیند ترخیص در بخش اول (در محدوده ضعیف) بخش دوم (در محدوده متوسط)، بخش سوم (در محدوده متوسط)، بخش چهارم (در محدوده ضعیف)، بخش پنجم (در محدوده متوسط) بوده است.

**نتیجه گیری:** نتایج نشان داد کلیه مراقبت های ارائه شده در سطح متوسط بودند لذا با توجه به اهمیت بخش مراقبت های ویژه نوزادان و نیز مقایسه یافته ها با مطالعات سایر کشورها مراقبت ها از کیفیت خوبی برخوردار نیستند و نیاز به تلاش بیشتر برای بهبود کیفیت فرآیند ترخیص در بیمارستان های ما بخصوص در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مشهود می باشد.

**کلمات کلیدی:** بخش مراقبت های ویژه، نوزادان حسابرسی، فرایند ترخیص

### حسابرسی فرآیند

*فاطمه علایی کرهرودی- دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مربی هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی تهران*

ممیزی یا حسابرسی یکی از گام های مدیریت محسوب می شود اما از آنجایی که فرایند مدیریت مانند فرایند پرستاری یک سیکل محسوب می شود گاهی حسابرسی می تواند اولین گام باشد کنترل در تمام مراحل مدیریت انجام می گیرد. استانداردهای مورد قبول برای ارزشیابی کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی سه نوع هستند: ساختاری، فرایندی، و بازده ای یا فرایندی. طی مرحله میمیزی (حسابرسی) در فرایند مدیریت، عملکرد در مقابل استانداردهای از پیش تعیین شده سنجش می گردد و در نهایت برای رفع مغایرت بین آن دو اقدامات لازم انجام می گیرد طبق یک تعریف کنترل ضمن کار عبارت است از مقایسه ای چگونگی عملکرد با معیار و استاندارد تعیین شده و به عبارتی دیگر طی این فرایند در جریان کار آنچه که هست با آنچه که باید باشد مقایسه می گردد. کنترل در جریان کار (هم زمان) اقداماتی هستند که برای کنترل فعالیت های جاری انجام می شود و این اقدامات به واسطه ای نظارت و سرپرستی مستقیم و از طریق مشاهدات عینی صورت می گیرد. برای این منظور مشاهده آنچه را که شاهد آن است با آنچه باید باشد مقایسه می نماید تا بدین ترتیب از

ادامه ی فعالیت های نامطلوب پیش گیری شود کنترل در جریان کار روش مطلوبی برای اصلاح عملکرد کارکنان پرستاری محسوب می شود. بوسیله تدوین و انتشار استانداردهای پرستاری توسط افراد صلاحیت دار ی توان کیفیت مراقبتی را بالا برده و جهت مجاهدت های پرستاران را به سوی مقاصد و اهداف صحیح سوق داد و انگیزش در پرسنل پرستاری بوجود آورد با انتشار استانداردهای پرستاری هزینه مراقبت های پرستاری بوسیله حذف کار های اضافی کاسته می شود. در جریان حسابرسی اقدامات پرستاری با استانداردها مقایسه شده نکات قابل بهبود شناسایی شده و برای آن ها راه حل مناسب اندیشیده می شود و نقاط قوت آن مشخص شده و تقویت می شود و بدین ترتیب ارتقای کیفیت مراقبت اتفاق می افتد.

### بررسی ارتباط بین سوگ مزمن و اعتقادات مذهبی در مادران کودکان مبتلا به بیماری های مزمن در بیمارستان مرکز طبی کودکان ۱۳۹۲

*مریم شکوری قاسم آبادی- کارشناس پرستاری، سوپروایزر بالینی بیمارستان مرکز طبی کودکان- دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دکتر لیلدا نیک فرید لیلدا، دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، سارا بختیاری کارشناس پرستاری*

**زمینه:** سوگ مزمن از عناصر جدایی ناپذیر بیماری های مزمن است. زندگی با فقدان های متوالی و مکرر به معنی مواجهه مداوم با واقعیتی است که امید ی به بهبود آن تصور نمی شود. مطالعات کیفی، وجود سوگ مزمن را در طیف وسیعی از افراد به ویژه والدین کودکان مبتلا به بیماری های مزمن نشان می دهند. فهم بهتر این مفهوم ایجاب می کند ارتباط آن با مفاهیم دیگر بررسی شود. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین سوگ مزمن و اعتقادات مذهبی در والدین کودکان مبتلا به بیماری های مزمن است.

**روش مطالعه:** پرسشنامه ی سوگ مزمن کندال نسخه فارسی و مقیاس جهت گیری مذهبی توسط ۸۹ مادر کودک مبتلا به بیماری های مزمن مراجعه کننده به بیمارستان مرکز طبی کودکان پر شد. اطلاعات وارد کامپیوتر شده. با نرم افزار SPSS نسخه ی ۱۶ تحلیل آماری شد. از مونهای آماری توصیفی و استنباطی برای تحلیل ارتباط بین متغیرها به کار رفت.

**کلمات کلیدی:** سوگ مزمن، مذهبی بودن، مادران، بیماری های مزمن