

**Iranian Journal  
of Pediatrics**

Vol 23 (Suppl 1), Oct 2013



ویژه نامه

**بیست و پنجمین همایش بین المللی بیماریهای کودکان**

**و**

**یازدهمین همایش ملی پرستاری کودکان**

**۱۸ تا ۲۲ مهرماه ۱۳۹۲**

**تهران**

**مرکز طبى کودکان - قطب علمى طب کودکان کشور**

عنوان روشی بدون هزینه، آسان 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 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 کنند 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 ارتقا 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 نوازه حسین خانی - عضو هیات علمی دانشگاه شاهد

زمینه: جدیدترین 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 ۲۵ درصد زنان و ۹ تا ۱۴ 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 اینترنتی، 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 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، عوارض 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، تخمنا 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 میباشند. 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 میباشند 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، مشکلات ارتباطی میباشند. با آگاهی از علایم کودک آزاری جنسی میتوان به کودک در راهی از درد ورنج 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 شخصی 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.

#### سوء رفتار نسبت به کودکان

دکتر مجیده هروی کریموی - عضو هیات علمی دانشگاه شاهد دکتر ناهید رزه - 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 ۲۵ تا ۳۰ 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 زبان 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 که 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 مجرمین 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 مسئولیت ها 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 کریموی- عضو هیات علمی دانشگاه شامه دکتر ناهید رزه- عضو هیات علمی دانشگاه شامه

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 یا فصل یا سن، نداشتن نظارت اخراج از منزل یا نپذیرفتن مجدد کودک 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 آیین 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 روشناسانه لازم اعمال خسوتنهای 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 والدین 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 پیشنماری- دانشگاه علوم پزشکی شامه

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 بدلیل تعددی 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 همراهمان و اطرافیان کودک در باره علت حادثه، عدم تناسب شرح حال ارائه شده با جراحت و کوچک جلوه دادن آن با وجود علامت 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 کیبوی در دیگر قسمتهای بدن، وجود آثار احتمالی سوختگی ناشی از سیگار یا شکستگی در اندامها، وجود اثر دست یا ابزار تنبیه مانند کمربند در بدن، بررسی موهای کودک که در اثر کشیده شدن منجر به کجلی 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، اپیدمیولوژی

#### دستورالعمل های عملکردی بالینی

دکتر سیده خنجر، عضو هیات علمی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

زمینه: از مهم ترین وظایف و تکالیف حکومت حافظ و ارتقای کیفیت خدمات ارائه مراقبت های سلامت در سطح جامعه است. براین اساس و در راستای تحقق اهداف برنامه پنجم توسعه کشور به ویژه بند د ماده ۳۳ به منظور تدوین راهنماهای بالینی در قالب نظام درمانی کشور دستبندی 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 تا زمینه لازم جهت دستیابی به فرایندها و الگوهای را فراهم نماید تا نظام ارائه خدمات بهترین خدمات را به مردم ارائه دهد. متشاه دستورالعمل های عملکردی بالینی در دهه ۱۹۸۰ در پی نگرانی در رابطه با کیفیت، ثبات، هزینه اثربخشی مراقبت های بهداشتی شکل گرفت. دستورالعمل های عملکردی بالینی 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 ارزیابی انتقادی و تجزیه و تحلیل خطر اشتباهات به شواهد بالینی اثر بخش تبدیل شده سپس به توصیه هایی برای پرسنل ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تبدیل می شوند. دستورالعمل های عملکردی بالینی به منظور کمک به تیم درمان در جهت یکسان سازی ارزشیابی و اجرای بهترین شواهد و نظرات طراحی و بکار گرفته می شوند. بطور کلی در تدوین و بازنگری دستورالعمل های عملکردی بالینی حضور متخصصین مختلف و 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 وغیر قابل قبول باشند را کاهش دهند. ضمناً دستورالعمل های عملکردی بالینی بهتر است به این سوالات پاسخ دهند: ۱. چه کسانی دستورالعمل های عملکردی بالینی را حمایت مالی و توسعه می دهند؟ ۲. افراد شرکت کننده در تولید چه کسانی هستند؟ ۳. چگونه دستورالعمل های عملکردی بالینی توسعه یافته اند؟ ۴. چه تاریخ هایی مرور بر مطالعات انجام شده است؟