Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени

профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

«Сестринское дело»

отделение

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ**

«Особенности организации сестринского процесса при работе с родителями тяжелобольных детей, находящихся в стационаре»

тема

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.

Раздел. Сестринский уход за больными детьми различного возраста.

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Ярмак Д.Д. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2022г.

Оглавление

[Введение 3](#_Toc107337059)

[1.1 Особенность восприятия заболевания детьми 5](#_Toc107337060)

[1.2 Особенности внутренней картины болезни у детей 6](#_Toc107337061)

[1.3 Особенности понимая значения слова «смерть» 7](#_Toc107337062)

[1.4 Особенности эмоционального реагирования 9](#_Toc107337063)

[1.5 Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства 10](#_Toc107337064)

[1.6 Влияние медицинского персонала на родителей больного ребенка 11](#_Toc107337065)

[1.7 Негативные изменения психики у больного ребенка 13](#_Toc107337066)

[1.8 Влияние родителей на болезнь ребенка 14](#_Toc107337067)

[1.9 Психологическая подготовка ребенка к лечению 17](#_Toc107337068)

[Сестринский план медсестры при контакте к тяжелобольным ребенком, находящимся в стационаре 18](#_Toc107337069)

[Список литературы 20](#_Toc107337070)

**Введение**

Болезнь — это одна из нехороших ситуаций, в которые попадает в течение жизни каждый человек. Люди болеют: одни реже, другие чаще. В детском и подростковом возрасте картина взаимосвязей, мировоззрения и психики непроста и запутанна. Внутреннюю картину болезни у детей изучать нелегко, так как болезнь, влияет на личность ребенка, более чем взрослого и затрагивает ее формирование. Поэтому для преодоления болезни ребенком необходима длительная работа не только с ним, но и с семьей: немало важно учитывать специфические представления о лечении. При многих заболеваниях контакт ребенка с медицинской сестрой детских лечебных учреждений неизбежен. Это определяет необходимость формирования особых отношений в процессе лечения детей между персоналом, пациентом и родителями.

Данная тема работы является актуальной, потому что при развитии заболеваний обнаруживают значительные изменения в организме ребенка, которые обусловлены патологическим процессом. Также изменяется реакция ребенка на факторы окружающей среды, лечебные процедуры и т.д.

Объектом исследования являются пациенты онкологического, гематологического отделения КГБУЗ КККЦОМД.

Предметом изучения является особенность сестринского процесса при оказании стационарной помощи тяжелобольным детям и их родителям.

Целью работы является изучение особенности организации сестринского процесса с родителями тяжелобольных детей в стационаре.

Для достижения поставленной цели следует решить ниже перечисленные задачи:

1. Изучить медицинскую литературу о профессиональной работе с тяжелобольными детьми, которые находятся в стационаре;
2. Рассмотреть специфику восприятия болезни и особенности внутренней картины болезни у детей;
3. Изучить влияние болезни на психику, как тяжелобольного ребенка, так и родителей;
4. Выработать у медицинского персонала стрессоустойчивость, толерантность к тяжелым сложившимся ситуациям.

**1.1 Особенность восприятия заболевания детьми**

Знания тяжелобольных пациентов относительно заболевания, а также их факторах, весьма неполны и неточны. Каждый ребенок отлично знает болезни, которыми он когда-то переболел. Если не затрагивать тяжелые и неизлечимые болезни, то часто встречаются упоминания детьми детские болезни:

1. Простуды (грипп, ангина, кашель и насморк, ЛОР-заболевания);
2. Инфекционные болезни (краснуха, ветряная оспа, корь);
3. Травмы (переломы рук или ног, сотрясения мозга, ожоги);
4. Операции (гланды, аденоиды, аппендицит);
5. Госпитализация (болезни, требующие обследования или оперативного лечения).

Дети плохо представляют себе, что надо делать для того, чтобы выздороветь или опасаться повторного заболевания. В старшем возрасте незаметно меняется роль мнения о болезни, хотя нередко эти представления совершенно неверны и иногда даже нелепы. Особое значение при формировании представлений о заболевании приобретают тяжесть и продолжительность, помещение в стационар. Кроме того, особенности восприятия детьми болезни в большой степени зависят от возраста.

**1.2 Особенности внутренней картины болезни у детей**

Уровень умственного функционирования – важный компонент ВКБ, который определяет, насколько адекватно ребенком воспринимается его физическое «Я», и как он способен правильно систематизировать возникающие у него симптомы. К примеру: общий дискомфорт, болевые ощущения, нарушения функций органов и т.д. Недостаточный уровень умственного функционирования может привести к трагическому исходу.

Без концепции здоровья затруднительно построить представление о болезни. Дети с 4-9 лет здоровьем считают просто отсутствие болезни, а старшие дети описывают здоровье как состояние — «чувствовать себя хорошо». Устойчивые представления о возможности заболевания у детей возникают к 7 годам. Оценивая свое здоровье, дети с 9-11 лет больше ориентируются на соматическое благополучие, а подростки 12-14 лет — на социальную активность.

Для формирования внутренней картины важны представления детей о заболеваниях. Немногие дети 8-12 лет понимают обширный ряд причин заболеваний, потому что они еще не могут учитывать ни состояние организма, ни качество возбудителя.

**1.3 Особенности понимая значения слова «смерть»**

Образование адекватной ВКБ требует понимания того, что *смерть* — завершение человеческой (и не только) жизни. При этом, некоторые дети используют такие слова, как «смерть». Одни никак не зацикливают внимания на произнесенное слово, другие не знают его значения, третьи имеют очень ограниченное представление о смерти. Они при столкновении со смертью животных или насекомых игнорируют ее или обнаруживают необычные реакции, избегая контакта или радуясь смерти маленького существа. Представления о таком термине как об окончательном прекращении жизни у детей такого возраста нет, они понимают ее как долгий сон; около 20% дошкольников 5-6 лет считают, что смерть животных обратима, 30% детей этого возраста предполагают наличие сознания у животных после их смерти. Смерть родителя из-за магического мышления дошкольник интерпретирует как результат своих желаний, что нередко приводит к чувству вины. Смерть родителей для ребенка - разлука с защищающими, эмоционально значимыми фигурами. Разнообразие реакций детей, соприкоснувшегося со смертью, зависит от прежних переживаний, религиозности и культуры семьи, от привязанности ребенка к умершему члену семьи и уровня развития ребенка.

Однако школьники имею реальное представление о смерти и признают, что смерть может наступить в любой момент. Причиной смерти они называют конкретные воздействия: ножи, пистолеты, рак, сердечные приступы, возраст. Однако школьники не до конца осознают смерть, особенно сталкиваясь с собственным тяжелым заболеванием. Состояние выраженной тревоги не позволяет им осмыслить происходящее более разумно. Чтобы преодолеть тревогу, вызванную этим знанием реальности, они фактически игнорируют смерть, провоцируя опасные для жизни ситуации: гонки на мотоциклах, эксперименты с наркотиками, отказ от назначений врачей при тяжелых заболеваниях и т.д. Верят в сохранение сознания после смерти 20% подростков, в существование души — 60% и в смерть как прекращение физической и духовной жизни — 20%. Подростки реагируют на смерть по-разному: осознают, отвергают, любопытствуют, презирают, отчаиваются. В построении ВКБ участвует весь приобретенный опыт, особенно перенесенные ранее болезни.

**1.4 Особенности эмоционального реагирования**

У детей как с преморбидными, так и с развивающимися в процессе болезни тревожными, истероидными и другими чертами личности, с эмоциональной лабильностью или эксплозивностью формируются те или иные преобладающие эмоции, мотивации и направленность интересов, которые определяют ВКБ. Эмоциональное отношение может определять один из трех типов ВКБ — гипонозогнозический (с недооценкой симптомов и чрезмерных позитивных ожиданий от лечения), гипернозогнозический (с преувеличением тяжести расстройства и неверием в успех лечения) и нормонозогнозический (прагматический — с реальной оценкой болезни и ее прогноза, хорошим контактом с врачом и комплаенсом).

**1.5 Сопутствующие психотравмирующие обстоятельства**

Госпитализация ребенка считается для них как «отдыхом» от родителей, учебных и иных занятий, переживанием разочарования из-за невозможности продолжить привычную активность. У детей до 11 лет само помещение в больницу, даже без связанных с лечением неприятностей, вызывает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед больницей подготовку. Понимание школьниками пользы лечения не меняет их отрицательного отношения к больнице, что может искажать ВКБ. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, отношений в семье, продолжительности стационирования, природы заболевания, посещения родителей и их реакций, процедур, средств, смягчающих тревогу.

**1.6 Влияние медицинского персонала на родителей больного ребенка**

Родители, особенно мамы, очень часто тяжело переживают заболевание ребенка. Мать тяжелобольного в той или иной степени психически травмирована, и ее реакции могут быть неадекватными. Поэтому необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников. Особое внимание должно уделяться матерям, осуществляющим уход за тяжелобольным ребенком в стационаре.

Важно не только успокоить женщину словами участия, но и создать ей комфорт для полноценного отдыха, питания, убедить ее, что ребенок получает правильное лечение и находится в «хороших руках». Мать должна понимать важность и правильность назначенных врачом и выполняемых медицинской сестрой манипуляций, процедур. При необходимости обучают родителей выполнению отдельных манипуляций.

Большинство родителей относятся к медицинским работникам с теплотой, доверием и благодарны им за их труд. Однако встречаются и такие родители, которые пытаются грубым отношением и нетактичным поведением добиться внимания сотрудников больницы к своему ребенку. С ними медицинские работники должны проявлять внутреннюю сдержанность и сохранять спокойствие, что само по себе положительно действует на плохо воспитанных людей.

Большого такта требует беседа медицинской сестры с родителями и близкими больного ребенка в дни посещений и приема передач. Несмотря на загруженность, медицинский работник обязан найти время спокойно и неторопливо ответить на все вопросы. Особые трудности могут возникнуть, когда родители пытаются узнать диагноз заболевания ребенка, уточнить правильность проводимого лечения, назначения процедур. В этих случаях беседа медицинской сестры с родственниками не должна выходить за рамки ее компетенции. Она не имеет права рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания. Медицинская сестра должна вежливо извиниться, сослаться на неосведомленность и направить родственников к лечащему врачу или заведующему отделением. Не следует идти «на поводу» у родителей, стремиться выполнить необоснованные требования.

Во взаимоотношениях медицинских работников с родителями немаловажное значение имеет форма обращения. Обращаясь к родителям, медицинская сестра должна называть их по имени и отчеству, не допускать фамильярности. Контакты медицинских работников с родителями в детских отделениях тесные и частые. Правильная тактика общения среднего медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает нужное психологическое равновесие в межличностных взаимоотношениях *медицинский работник - больной ребенок - его родители*.

**1.7 Неблагоприятные изменения психики у больного ребенка**

Болезнь не проходит для ребенка бесследно, так как не только затрагивает ситуацию «здесь и сейчас», но и влияет на формирование личности будущего взрослого человека. Неодобрительные изменения психики у заболевшего ребенка, проявляющиеся на разных стадиях течения болезни и ее лечения, могут привести к серьезным нарушениям психического здоровья. К часто встречающимся нарушениям относят:

1. Эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины;
2. Невротические и астенические состояния, резвившиеся на фоне болезни: плохое настроение, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, вялость, апатия и общее снижение жизненной активности;
3. Неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного ребенка;
4. Стойкие перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных механизмов, изменений самосознания.

**1.8 Влияние родителей на болезнь ребенка**

Представления ребенка об окружающем мире и, в частности, о болезни отражают мировоззрение родителей. Среди возникающих у родителей чувств могут быть переживания вины за развитие заболевания, негодование из-за поведения ребенка, приведшего к болезни, отчаяние в связи с кажущимся или реальным плохим прогнозом, холодное отношение в связи с отрицанием болезни или ее серьезности. Такие переживания родителей чаще всего вызывают у детей идентичные чувства, которые ложатся в основу ВКБ. Родительский гнев усиливает чувство вины у больных детей за свое поведение, вызвавшее болезнь. При тревожно-мнительном отношении родителей к любому соматическому неблагополучию ребенка и чрезмерно заботливом воспитании, как правило, у последнего возникает нереалистическая ВКБ с ипохондрической гипернозогнозией и пессимистическими представлениями о будущем. Отрицание родителями серьезности заболевания способствует формированию ВКБ гипонозогнозического типа. Принято выделять 4 реакции родителей на болезнь ребенка, которые ведут к изменениям в психике больного и способствуют совладению с болезнью или мешают ему.

**Первым** является принятие реальной ситуации и активность в ее преодолении. Родители хорошо понимают физические, психологические, поведенческие особенности своего ребенка, знают его возможности, учитывают связанные с болезнью ограничения. Они наблюдают за ребенком, учатся помогать ему в преодолении болезни. Для этого они ищут способы развития того, что ослаблено болезнью, выдумывают специальные игры, занятия, используют совместный труд, семейные праздники. Основная их задача — поддерживать мужество и стойкость ребенка в борьбе с болезнью. Это сплачивает семью, превращает ее в важный лечебный фактор.

**Второй тип** — «паническое бессилие». Родители напуганы прогнозами врачей, болезнь воспринимают как что-то страшное, с чем невозможно бороться. У ребенка в результате возникает чувство обреченности и бессилия, он не делает усилий, направленных на преодоление болезни, которая превращает его в жертву. Родители как бы помогают ребенку лишиться будущего, перспективы.

**Третий тип** отношения родителей к болезни ребенка — «вытеснение». Родители «закрывают глаза» на реальное состояние ребенка, не замечают симптомов. У них появляется желание скрыть факт болезни от окружающих, страх, что ее признание может подорвать репутацию самих родителей. Ребенок страдает от того, что его жалобы, просьбы, ссылки на усталость и трудности в учебе игнорируются. При таком типе отношения он чувствует себя одиноким, виноватым и формирует нереальные сверхоптимистические ожидания.

**Четвертый тип** — «уход в болезнь». Болезнь для ребенка может быть защитой от сложностей жизни, особенно когда родители занимаются сверхопекой своего ребенка, защищают от школы. Тогда есть большая вероятность формирования инфантильности. Вся жизнь семьи оказывается посвященной больному ребенку, хотя такой необходимости, возможно, и нет.

На отношение родителей к больному ребенку сегодня влияет много различных обстоятельств:

1. Предшествующие впечатления и переживания (например, смерть одного из детей);
2. В единственном ребенке часто видят продолжателя рода, с ним связываются надежды на поддержку в старости;
3. Низкий уровень собственного здоровья многих родителей, их частые болезни, переживания, связанные с тяжелыми недугами близких. В этой ситуации родители часто переносят тревогу за свое благополучие и жизнь на ребенка;
4. Получение родителями некачественной информации об опасностях тех или иных заболеваний и средовых вредностей через средства массовой информации. Это приводит к тому, что некоторые люди не столько укрепляют здоровье или хотя бы предупреждают болезни, сколько пребывают в страхе перед возможностью заражения или заболевания;
5. Убежденность родителей в своих знаниях о конкретной болезни или детских болезнях вообще.

**1.9 Психологическая подготовка ребенка к лечению**

В подготовке детей к обследованию велика роль медсестры, которая проводит с ними большую часть времени. В общении с детьми особенно недопустима небрежность персонала, не говоря уже о грубости. В основу работы медицинской сестры должен быть положен принцип, максимально щадящий психику больного ребенка; максимальное ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур. Для этого необходимо использовать все возможные методы, позволяющие снять состояние страха у маленького пациента. Одним из таких приемов является терапевтическая игра. Игра является важной частью жизни ребенка и поэтому помогает ему преодолевать беспокойство и депрессию. Терапевтическая игра включает два этапа:

• Подготовку детей к процедурам;

• Общение с ними соответственно их возрастным группам.

Подготовка детей от рождения до 6 лет к процедурам ведется с родителями, от 12 до 14 лет — без родителей. Подготовка к процедуре начинается:

* + - 1. За 30 мин — 1 час у детей до 3 лет;

1. За 1-4 часа у детей до 5 лет;
2. За 1-2 часа у детей до 15 лет.

**Сестринский план медсестры при контакте к тяжелобольным ребенком, находящимся в стационаре**

1. Хвалить поведение ребенка во время процедуры;
2. Подготовить игровой материал и необходимое для этой процедуры оборудование, инструментарий, чтобы ребенок мог увидеть и потрогать его;
3. Позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть (по возможности) или «примерить» кукле;
4. Не применять некорректную лексику: «не делай!», «не двигайся!» и т.п.;
5. Осведомить о возможности боли (обезболить) или сказать о возможной боли во время процедуры. Дети от 3 до 5 лет богатым воображением, они очень беспокойны, их пугает даже царапина, они боятся телесных повреждений. Им необходимо в деталях представить ход процедуры.

Внешние проявления панического страха у детей перед лечением достаточно разнообразны: эмоциональный компонент в виде чувства волнения, беспокойства, испуганное выражение лица, слезы, истерика, замкнутость – проявляются у детей в разной степени выраженности, и это зависит от личностных особенностей пациента. Чтобы добиться спокойного поведения ребёнка, врач и сестра должны войти с ним в контакт, проявляя при этом терпение и выдержку.

Также играет важную роль **установление контакта с родителями ребенка**. Беспокойство, слезы родителей отрицательно воздействуют на психоэмоциональное состояние ребенка, и он становится неуправляемым. В случае, когда боль связана с манипуляциями, возникает проблема ожидания боли. Ребенок, врачи и родители знают, что предстоит некоторая болезненная процедура, потому очень большое значение имеет подготовка ребенка к предстоящим ощущениям. Необходимо выяснить у родителей, как ребенок относится к мелким болезненным манипуляциям, когда лучше ему сообщить об этом и каким образом рассказать. В случае мелких манипуляций типа инъекций очень важную роль играет беседа с родителями, с ребенком, беседа родителей с ребенком и беседа детей между собой. Особенно важна беседа детей между собой, так как дети порой больше доверяют друг другу и лучше объясняют свои ощущения. Очень важно не обманывать детей и не говорить, что будет не больно (например, что кровь брать не больно). Больно. Нужно сказать: *«Будет больно, но не очень»; «Больно, но быстро пройдет»*. И обычно такая тактика себя оправдывает. В педиатрической практике все манипуляции необходимо стараться выполнять с применением обезболивающих средств (типа обезболивающих кремов, которые применяются для внутривенных инъекций).

**Список литературы**

1. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство. — СПб.: Питер, 2014. – 235 с;

2. Иванова Е.В. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений (На примере атонических дерматитов у детей) // Вестн. Московского ун-та, серия 14 -Психология. 2013. № 1. – С. 31-38;

3. Свистунова Е.В. Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы //Consiliummedicum. Педиатрия. 2010. № 3 – С. 29-32;

4. Куртанова Ю.Л. Внутренняя картина болезни детей с соматическими заболеваниями 2013. № 3. – С. 16-21;

5. Личность пациента и болезнь / Под ред. В.Т. Волкова. — Томск, 2015.