

فعالیت‌های درمانی روان‌شناختی برای سازگاری کودکان و نوجوانان با بیماری‌های جسمانی

تألیف

روبین هارت

جوادی هولت رولینز

ترجمه

ابوالقاسم فرزانه

نجمه زیودار

مریم طحان

محمدعلی فانی ملکی

مریم همایون پور

فهرست

۷	در باره نویسندگان.....
۹	پیشگفتار.....
۱۳	دیاچه.....
۱۵	سپاسگزاری ها.....
۱۷	مقدمه.....
۱۸	درک کودکان از بیماری.....
۱۸	بستری شدن.....
۲۱	متغیرهای مرتبط با کودک.....
۲۸	خانواده.....
۳۳	نحوه استفاده از این کتاب.....
۵۷	فصل ۱: اضطراب جدایی و اضطراب غریبه.....
۵۸	اضطراب جدایی.....
۶۰	احساس غربت.....
۶۱	ملاحظات ویژه.....
۶۳	اهداف فعالیت ها.....
۸۸	فصل ۲: ابراز خود.....
۸۹	جنبه های تحولی ابراز خود.....
۸۹	ابراز خود و مقابله.....
۹۱	ملاحظات ویژه.....
۹۴	اهداف فعالیت ها.....
۱۱۷	فصل ۳: عزت نفس.....
۱۱۷	مفهوم عزت نفس.....
۱۱۸	تحول عزت نفس.....
۱۲۱	عوامل خطر برای معضلات عزت نفس.....
۱۲۶	ملاحظات ویژه.....
۱۲۹	اهداف فعالیت ها.....
۱۵۱	فصل ۴: تصویر بدنی.....
۱۵۲	بررسی مفهوم تصویر بدنی.....
۱۵۲	تحول تصویر بدنی.....

۱۵۴	تفاوت‌های مشهود.....
۱۵۹	تفاوت‌های کمتر مشهود.....
۱۵۹	چاقی.....
۱۶۰	تصویر بدنی تحریف‌شده.....
۱۶۱	ملاحظات ویژه.....
۱۶۱	اهداف فعالیت‌ها.....

فصل ۵: تعامل گروهی و اجتماعی شدن..... ۱۷۸

۱۷۹	فواید تعامل گروهی و اجتماعی شدن.....
۱۸۲	محیط.....
۱۸۲	ملاحظات ویژه.....
۱۸۴	اهداف فعالیت‌ها.....

فصل ۶: حساسیت‌زدایی تجهیزات پزشکی..... ۲۰۴

۲۰۵	فرایندها.....
۲۰۶	سوزن و آمپول.....
۲۰۹	هنر درمان.....
۲۱۱	ملاحظات ویژه.....
۲۱۲	اهداف فعالیت‌ها.....

فصل ۷: رهایی از تنش..... ۲۳۲

۲۳۲	مقابله با استرس بیماری.....
۲۳۴	پرخاشگری.....
۲۳۵	کودکان بستری‌شده و رهایی جسمانی از تنش.....
۲۳۶	ملاحظات ویژه.....
۲۳۷	اهداف فعالیت‌ها.....

فصل ۸: شوخی..... ۲۵۴

۲۵۵	فواید شوخی.....
۲۵۶	جنبه‌های تحولی شوخی.....
۲۵۷	روش‌های انتخابی برای به کارگیری شوخی در بیمارستان‌ها.....
۲۵۹	ملاحظات ویژه.....
۲۶۱	اهداف فعالیت‌ها.....

فصل ۹: مرگ و داغ‌دیدگی..... ۲۸۹

۲۸۹	پاسخ کودک به مرگ.....
۲۹۰	کودکان در حال مرگ.....
۲۹۳	مرگ کودک.....
۲۹۶	مرگ والد.....
۲۹۷	ملاحظات ویژه.....

اهداف فعالیت‌ها.....	۳۹۹
----------------------	-----

فصل ۱۰: فرهنگ..... ۳۲۰

تفاوت‌های فرهنگی.....	۳۲۰
فرهنگ مراقبت از سلامت.....	۳۲۳
ملاحظات ویژه.....	۳۲۵
اهداف فعالیت‌ها.....	۳۲۹

فصل ۱۱: تنهایی و عدم تحرک..... ۳۵۰

عدم تحرک.....	۳۵۱
تنهایی و انزوا.....	۳۵۲
ملاحظات ویژه.....	۳۵۵
اهداف فعالیت‌ها.....	۳۵۵

فصل ۱۲: درد..... ۳۷۱

درد چیست؟.....	۳۷۲
پیامدهای درد تسکین نیافته.....	۳۷۳
ارزیابی درد کودکان.....	۳۷۳
سایر عوامل مؤثر بر پاسخ کودکان به درد.....	۳۷۵
درد مزمن.....	۳۷۷
ملاحظات ویژه.....	۳۷۸
اهداف فعالیت‌ها.....	۳۸۰

فصل ۱۳: تنفس..... ۴۰۵

شناخت مشکلات تنفسی.....	۴۰۶
درمان مشکلات تنفسی.....	۴۰۸
ملاحظات ویژه.....	۴۱۰
اهداف فعالیت‌ها.....	۴۱۱

فصل ۱۴: آموزش دادن..... ۴۲۵

نظریه تحول اجتماعی ویگوتسکی.....	۴۲۷
درک کودکان از بیماری.....	۴۲۷
درک کودکان از درون بدن خود.....	۴۳۱
فراوندهای درمانی.....	۴۳۲
انتقال به مراقبت بزرگسالان.....	۴۳۵
ملاحظات ویژه.....	۴۳۹
اهداف فعالیت‌ها.....	۴۴۱

فصل ۱۵: فعالیت‌های زندگی روزمره..... ۴۶۴

تغییرات در روال عادی زندگی کودک.....	۴۶۵
--------------------------------------	-----

۴۶۶	معضلات والدین
۴۶۷	ملاحظات ویژه
۴۷۱	اهداف فعالیت‌ها

فصل ۱۶: مشکلات ادراکی-حرکتی ۴۸۸

۴۸۹	اهمیت اطلاعات حسی
۴۸۹	تأخیر یا ناتوانی‌های ادراکی-حرکتی
۴۹۴	اختلال یکپارچگی حسی
۴۹۶	ملاحظات ویژه
۴۹۸	اهداف فعالیت‌ها

پیوست الف: مواد اولیه و برنامه‌های هنری برای کودکان و افراد در معرض خطر ۵۱۱

پیوست ب: وب‌سایت‌ها ۵۱۵

۵۱۷	منابع
۵۳۹	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۵۴۱	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

پیشگفتار

پدرها و مادرها برای کودکان خود بهترین‌ها را آرزو می‌کنند: سلامت کامل، شادی، عشق و موفقیت. اما زندگی جاده‌ای پرفرازونشیب با بالا و پایین‌های پیش‌بینی‌ناپذیر است. زندگی به روش‌های گوناگون ما را غافل‌گیر می‌کند؛ به‌خصوص زمانی که مسئله سلامت کودکان مطرح است، پیامدهای آن ممکن است برای کودک، یکی از والدین یا هر دوی آنها بسیار آسیب‌زا باشد.

کودکان حتی زمانی که برای انجام بررسی‌های معمول به دکتر مراجعه می‌کنند، ممکن است مضطرب و نگران شوند. موارد زیادی در این مراجعات پزشکی ممکن است برای کودک ناخوشایند و تهدیدکننده باشند؛ از اینکه توسط یک فرد غریبه در آغوش گرفته می‌شوند تا اینکه مجبور می‌شوند برای انجام تزریقات، بی‌حرکت بمانند. چنین کارهای معمولی ممکن است اثرات مخرب بلندمدتی مانند اضطراب و استرس روی کودک بگذارد. فهم کودک از این فرایندها و واکنش او نسبت به آنها، بسته به مرحله تحولی او ممکن است برای بزرگ‌ترها گیج‌کننده و غیر قابل درک باشد.

هنگامی که کودکان بستری می‌شوند، تحت عمل‌های جراحی قرار می‌گیرند یا با یک مشکل مادرزادی دست‌وپنجه نرم می‌کنند، استرس و اضطراب ناشی از فرایندهای درمانی‌شان به دلیل جدایی آنها از والدین، خانه، مدرسه و محیط‌های آشنای قبلی، شدت می‌گیرد. آثار بلندمدت چنین شرایطی ممکن است بسیار چشمگیر و اساسی بوده و کودک و والدین را تحت‌تأثیر قرار دهد. کودکان و حتی نوجوانان ممکن است نتوانند فرایندهای پیچیده پزشکی که تحت آنها قرار می‌گیرند را به‌خوبی درک کنند. توانایی آنها برای صحبت کردن در مورد درد و رنجشان ممکن است بسیار محدود باشد و درک درستی از اینکه چرا چنین اتفاقاتی برای آنها رخ می‌دهد، نداشته باشند.

نخستین خاطره من از بستری شدن، مربوط به زمانی است که ۵ ساله بودم. من به همراه برادرم برای عمل لوزه شب را به تنهایی و بدون والدینمان در بیمارستان گذراندیم. ما در میان کودکانی بودیم که گریه می‌کردند و فریاد می‌زدند. همه ما ترسیده بودیم و در مورد اینکه چرا اینجا هستیم گیج و سردرگم بودیم. روز بعد که از خواب بیدار شدم در یک تخت‌خواب ناآشنا بودم، نمی‌توانستم حرف بزنم، نیازهایم را بیان و احساس ترسم را ابراز کنم. تنها کاری که می‌توانستم انجام دهم گریه کردن بود. ضربه جدایی، غریبه بودن افراد و فرایندهای پزشکی آزاردهنده‌ای که برای من رخ دادند تا امروز در خاطرم مانده‌اند.

برعکس، تجربه بیمارستان برای کوچک‌ترین پسر م با فاصله زیادی، بسیار بهتر از تجربه من بود. او در دو سالگی به عمل جراحی ایجاد شکاف در پرده گوش نیاز داشت که در آن یک لوله کوچک برای متوقف کردن عفونت مزمن گوش‌هایش، درون آنها قرار داده می‌شد. یک روز پیش از عمل جراحی، من و او ملاقاتی با یک متخصص بیهوشی داشتیم. دکتر آنچه که قرار بود رخ دهد را به ما توضیح داد و به پسر گوش‌پزشکی، ماسک و مانیتوری که قرار بود در روز جراحی از آنها استفاده کند را نشان داد. سث در روز جراحی تصمیم گرفت که خرس عروسکی‌اش را همراه خود داشته باشد. من و پدرش اجازه داشتیم که همراه او تا پشت در اتاق عمل برویم؛ اما فقط عروسکش می‌توانست با او به داخل اتاق برود. به محض اینکه عمل به پایان رسید، به ما اجازه دادند که وارد فضای ریکاوری شویم (که سث در آن به هوش می‌آمد). پرستار، روی هر دو گوش خرس عروسکی باند گذاشته بود و چسب زده بود تا به سث نشان دهد که عروسکش نیز عمل جراحی خودش را داشته است. به ما اجازه دادند که برای چند ساعتی که همچنان لازم بود سث پیش از بازگشتن به خانه در بیمارستان بماند، پیش او بمانیم تا اثر داروهای بیهوشی به‌طور کامل از بین بروند. اکنون پسر ما این تجربه‌ها را به‌سختی به خاطر می‌آورد؛ چرا که او در طول عمل جراحی به دلیل مراقبت‌ها و حمایت‌های کارکنان بیمارستان و حضور والدینش احساس راحتی داشته و توانسته بود این فرایند را به‌خوبی پشت سر بگذارد.

هیچ‌کس دوست ندارد کودکی را که تحت فرایندهای پزشکی، در حال درد کشیدن یا ناراحت و درمانده است، ببیند. ما درصدد این هستیم که برای چنین کودکانی، حمایت و امنیت هیجانی فراهم آوریم. ما می‌خواهیم ابزارهای لازم برای استفاده در کار درمانی در مقام بازی‌درمانگر، متخصص کودک، پرستار، معلم و والدین را داشته باشیم. کتاب حاضر، فعالیت‌های درمانی روان‌شناختی برای سازگاری کودکان و نوجوانان با بیماری‌های جسمانی، یکی از همین ابزارها و یک مرجع کامل در این حوزه است.

سال‌هاست که می‌دانیم، بازی کردن کار کودکان است؛ ابزاری که آنها از طریق آن می‌توانند تجربه‌های دشوار خود را پردازش کنند. بازی کردن یکی از نیرومندترین و مؤثرترین روش‌ها برای کاستن از استرس کودکان و توانمندسازی آنها است. به‌طور ویژه، بازی وسیله‌ای است که از طریق آن کودکان تجربه‌های ناخوشایند خود را برون‌ریزی و پردازش می‌کنند. به این ترتیب، اثرات روان‌شناختی منفی حاصل از این تجربه‌ها کاهش پیدا خواهند کرد. حجم وسیعی از پژوهش‌ها و کتاب‌های موجود بر خواص درمانی و شفابخش بازی تأکید کرده‌اند. همچنین، از خلال بازی کودکان می‌توان به بینش‌های ارزشمندی در مورد حالت‌های هیجانی آنها دست یافت. زمانی که یک کودک به اندازه کافی احساس ایمنی کند تا بتواند انواع گوناگونی از احساسات خود را ابراز کند، احساسات منفی همراه با تجربه‌های درمانی پزشکی گذشته و یا اخیر او پردازش می‌شوند. اکثر کودکان برای مشارکت کردن در بازی‌ها و فعالیت‌های بازی‌محور پزشکی نیاز به ترغیب چندانی ندارند. آنها به راحتی وارد فرایند

بازی می‌شوند؛ چرا که بازی طبیعی‌ترین و اساسی‌ترین وسیله ارتباط برقرار کردن آنهاست. از خلال بازی، بازی‌درمانگران و متخصصان کودک آموزش دیده می‌توانند کودکان و نوجوانان با مشکلات پزشکی را به صحبت کردن، برقراری تعامل و پردازش احساسات و نگرانی‌های خود ترغیب کنند، در عین حال به آنها کمک کنند که برداشت‌ها، درک و دانش خود از آنچه که در حال رخ دادن است را سازمان‌دهی کنند. بازی‌های پزشکی برای بازی‌درمانگر پنجره‌ای را به سوی احساسات کودک می‌گشایند که از طریق آن او می‌تواند اطلاعات صحیحی در مورد مراقبت‌های پزشکی فراهم آورد.

فعالیت‌های بازی‌گونه‌ای که در طرح درمان چنین کودکانی قرار می‌گیرند، از این جهت ارزشمند هستند که برای آنها این امکان را فراهم می‌آورند تا در یک فرایند یادگیری مشارکت کنند؛ فرایندی که به کودکان کمک می‌کند تا اتفاقاتی که برای آنها افتاده یا خواهد افتاد را بهتر درک کنند. بازی‌های نمایشی پزشکی به کودکان این فرصت را می‌دهند که ابزارهای گوناگون بیمارستانی را بشناسند، کار با آنها را تمرین کنند، فرایند حساسیت‌زدایی را تجربه کنند و احساسات همراه با تجربه‌های پزشکی را ابراز کنند. در این فرایند، بازی به تجربه‌ای برای کودکان تبدیل می‌شود که به توانمندسازی آنها، ابراز خود و ارتقای عزت‌نفس‌شان کمک می‌کند. روبین هارت و جودی رولینز نقش نیرومند بازی و شوخی در فرایند درمان برای کمک به کودکان و نوجوانان را عمیقاً درک می‌کنند. آنها صدها فعالیت درمانی مبتنی بر شواهد و متناسب با سن کودکان را در اختیار خوانندگان خود قرار می‌دهند؛ فعالیت‌هایی که به‌طور ویژه برای استفاده در مورد کودکان بستری‌شده در بیمارستان و محیط‌های مراقبت پزشکی طراحی شده‌اند. این نویسندگان تمامی زوایای مشکلات بی‌شماری را که کودکان یا نوجوانان بیمار و والدین آنها تجربه می‌کنند، پوشش داده‌اند. کتاب «فعالیت‌های درمانی روان‌شناختی برای سازگاری کودکان و نوجوانان با بیماری‌های جسمانی» هم در کار با کودکان بستری‌شده کاربردی و سودمند است، هم می‌توان آن را در کلینیک‌ها و برای کار با قربانی‌های سوءاستفاده جسمانی و جنسی به کار برد. در این کتاب موضوعاتی چون اضطراب جدایی، عزت‌نفس، تصویر بدن، مرگ، انزوا، درد، پرخاشگری، ناتوانی‌های جسمانی، ناتوانی در حرکت کردن و حساسیت‌زدایی نسبت به فرایندهای پزشکی، به شیوه‌ای قابل درک بیان شده‌اند. نویسندگان این کتاب درک عمیقی از این موضوعات کلیدی دارند: سودمندی شوخی، اهمیت فرهنگ در فهم فرایندهای پزشکی و چگونگی مرتبط ساختن و اصلاح کردن رویکردهای درمانی در بافت‌های گروهی و متناسب با سطح تحولی کودک. آنها همچنین، منطق زیربنایی هر کدام از فعالیت‌های درمانی بازی‌محور را توضیح می‌دهند. در این کتاب، مجموعه‌ای غنی از فعالیت‌های درمانی خلاصه شده‌اند. در کنار هر کدام از این فعالیت‌ها محدوده سنی مناسب، مواد و وسایل مورد نیاز، احتیاط‌ها و محدودیت‌های کاربرد و دستورالعمل اجرای آنها توضیح داده شده است. هر فصل تقریباً شامل ۱۵ تا ۲۰ فعالیت است که درمانگران، متخصصان کودک، پرستاران و همین‌طور والدین و معلم‌ها می‌توانند از میان آنها برای کار

فردی یا گروهی با کودکان و نوجوانان انتخاب کنند.

ای کاش زمانی که من کودک بودم نیز پزشکان و پرستاران این کتاب را داشتند. بسیار خوشحالم که امروزه آنها چنین کتاب‌هایی را در دسترس قرار دارند تا به هزاران کودک و نوجوان درگیر مشکلات سلامت، کمک کنند؛ کودکان و نوجوانانی که می‌توانند از فعالیت‌های درمانی سود ببرند.

بنابراین، توصیه من به خوانندگان عزیز این اثر این است که آن را بخوانند و لذت ببرند. این اثر به کتابی سودمند در کتابخانه شما تبدیل خواهد شد.

دکتر آتنا ای. دروز، متخصص بازی‌درمانی

مجری برنامه آموزشی بالینی و

کارورزی تحت تأیید انجمن روان‌شناسان آمریکا

خدمات آستور برای کودکان و خانواده‌ها

پوکپسی، نیویورک

دیباچه

به موازات پیشرفت علم و تکنولوژی در مراقبت‌های پزشکی طب اطفال، آگاهی از رابطه اساسی میان سلامت جسمانی و بهزیستی روانی کودکان نیز بالا می‌رود. ما می‌دانیم کودکانی که در مدیریت کردن شرایط بستری و دیگر تجربه‌های مراقبت سلامت که به‌طور بالقوه آسیب‌زا هستند، مداخلات روانی-اجتماعی دریافت می‌کنند، بهتر می‌توانند در کوتاه‌مدت و بلندمدت با شرایط خود سازگار شوند. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که چنین مداخلاتی ممکن است پیامدهای جسمانی ناشی از بیماری را نیز بهبود ببخشند. شواهدی موجود هستند که به ما نشان می‌دهند مراقبت‌های مناسب و به موقع روانی-اجتماعی، ممکن است به دلیل کاهش دادن مدت زمان بستری، هزینه‌ها را کاهش دهند، نیاز به داروهای مسکن را کم کنند و همکاری بیمار در فرایندهای پزشکی را افزایش دهند؛ عواملی که امروزه از نظر مالی در محیط‌های پزشکی بسیار مهم هستند.

در سراسر جهان، افرادی که در محیط‌های بیمارستانی از کودکان مراقبت می‌کنند، نیاز روزافزون به هدف قرار دادن مشکلات روانی-اجتماعی در این گروه را تأیید می‌کنند. تغییرات چشمگیری در درک ما از نیازهای گسترده روانی-اجتماعی کودکان، تلویحات فرهنگی در مورد اینکه چگونه مراقبت‌های بهداشتی ارائه و دریافت می‌شوند، تکنیک‌های درمانی و اینکه خدمات مراقبتی کجا ارائه می‌شوند، ایجاد شده است. این موضوعات پیچیده روانی-اجتماعی نیاز به متخصصان کودک، متخصصان بازی و متخصصان سلامت روان را در مجموعه‌های مراقبت پزشکی افزایش داده‌اند و پرستاران و دیگر متخصصان تیم مراقبت درمانی را با چالش‌هایی در ارائه مراقبت‌های هیجانی به همان کیفیت خدمات مراقبتی جسمانی، مواجه ساخته‌اند.

به‌منظور پاسخ دادن به نیازهای مذکور، لازم است منابع مبتنی بر شواهدی تدوین شوند. اثر حاضر در واقع بر مبنای کتاب پیشین نویسنده اول این کتاب با عنوان فعالیت‌های درمانی بازی گونه برای کودکان بستری‌شده (۱۹۹۲) نگاشته شده است. ما در فصل‌های کتاب قبلی تجدیدنظرهایی کرده‌ایم و پنج فصل جدید را نیز با ترکیب کردن رویکردهای متفاوتی چون طنز، به آن افزوده‌ایم. همچنین موضوعات کتاب را با اضافه کردن مسائلی چون سوگ، جدایی و فرهنگ گسترش داده‌ایم. ما در پاسخ به چالش منتقل کردن بیماران کودک به بخش مراقبت بزرگسالان، فصلی را نیز در زمینه فعالیت‌های آموزشی در کتاب قرار داده‌ایم. با در نظر داشتن اهمیت اقدامات مبتنی بر شواهد، ما فصل مقدمه را با ذکر مفاهیم نظریه‌ای و یافته‌های پژوهشی

بیشتر بسط داده‌ایم تا به نیاز دانشجویایی که نظریه و کار عملی را به یکدیگر مرتبط می‌سازند، پاسخ دهیم. از سوی دیگر نیاز متخصصان باتجربه به اطلاع از پژوهش‌های اخیر و یافته‌های روزآمد در مورد مراقبت‌های روانی-اجتماعی را در نظر داشته‌ایم.

در این کتاب بیش از ۲۰۰ فعالیت کاربردی مبتنی بر شواهد و متناسب با سن تحولی و همچنین ایده‌های سودمند برای مداخلاتی که سازگاری را افزایش می‌دهند، گردآوری شده‌اند. این فعالیت‌ها در زمینه اهداف درمانی‌ای هستند که مشکلات ویژه‌ای که کودکان با آنها روبه‌رو می‌شوند را هدف قرار می‌دهند؛ خواه این مشکلات ناشی از معضلات سلامتی خودشان باشند و خواه اطرافیان‌شان. فعالیت‌های این کتاب به سرعت خوانده شده، به آسانی درک می‌شوند و همین‌طور در محیط‌های گوناگون قابل اجرا هستند.

هدف ما از انتشار این مرجع کاربردی، کمک به فعالان و دانشجویان حوزه مراقبت سلامت و اعضای تیم‌های درمانی کودکان (از جمله والدین) است تا بتوانند این فعالیت‌های حساس به فرهنگ، مبتنی بر شواهد و مقرون به صرفه را در بافت محیط‌های درمانی پویای امروزه به کار گیرند و با چالش‌های آنها مواجه شوند. امیدواریم که این فعالیت‌ها در شکل دادن فعالیت‌های جالب بیشتر الهام‌بخش افراد دیگر باشند؛ فعالیت‌هایی که در هر چه انسانی‌تر کردن تجربه‌های کودکان و خانواده‌های آنها در محیط‌های مراقبتی سودمند هستند.

روبین هارت و جودی رولینز

سپاسگزاری‌ها

با نهایت افتخار قدردان نویسندگان همکار در کتاب فعالیت‌های درمانی بازی‌گونه برای کودکان بستری‌شده یعنی مارسیا پوئل، پاتریشیا مدر و جین اسلک هستیم. آنها در آغاز مسیری که ما ادامه داده‌ایم، نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای داشته‌اند.

از آلیسون اسپایسر، مگی لینینگر، ابی سی‌ساندا، پاول نواجس و افراد دیگری از مؤسسه «اسنو سیتی آرتز»^۱ سپاسگزاریم که الهام‌بخش ما بودند و این کتاب را با به اشتراک گذاشتن دانش، استعداد و رویکردهای خلاق و شگفت‌آورشان در کار با کودکان بیمار، ارتقا داده‌اند. ما قدردان تأثیر دونا وونگ بر کار خود هستیم که با تعهدش به روش‌های مبتنی بر شواهد، در ما این انگیزه را ایجاد کرد تا پایه‌های پژوهشی محکمی را برای حمایت از فعالیت‌ها و توصیه‌های این کتاب فراهم آوریم.

عکس‌ها به میشل رولینز و ابی سی‌ساندا تعلق دارند؛ از مشارکت و حمایت‌های آنها در شکل‌گیری این کتاب بسیار ممنونیم.

همچنین سپاسگزار متخصصان کودک، پرستاران، دیگر متخصصان حوزه مراقبت سلامت و دانشجوهاییم هستیم که با بخشندگی دانش و ایده‌های خلاق خود را در کنفرانس‌ها، از طریق ایمیل یا در گفت‌وگوهای شخصی با ما به اشتراک گذاشتند.

به‌ویژه سپاسگزار کارکنان انتشارات جان وایلی و پسران^۲ هستیم که این امکان را برای ما فراهم آوردند. یک تشکر ویژه از ایزابل پرات ویراستار کتاب که پیش از هر چیز به ایده ما باور داشت و در طول فرایند نگارش و ویرایش کتاب صبورانه همراه و مشوق ما بود.

مقدمه

بستری شدن در بیمارستان و سایر تجارب مراقبت از سلامت، ممکن است به لحاظ جسمانی و هیجانی برای کودکان دشوار باشد. خوشبختانه، همراه شدن با این تغییرات، بخش روبه‌رشدی از دانش مداخلات درمانی است که بزرگسالان مراقب می‌توانند از آن برای کمک به کودکان در مقابله مؤثرتر با این تجارب استفاده کنند.

هدف از این مقدمه بررسی عمیق پیشینه پژوهشی در مورد مراقبت از سلامت کودکان نیست؛ بلکه توصیف موضوعاتی است که چارچوب‌های نظری اصلی فعالیت‌های این کتاب را تشکیل می‌دهند. نکاتی برای کار با جمعیت‌های خاص نیز ارائه شده‌اند که ممکن است برای خوانندگان در استفاده از فعالیت‌ها در زمینه‌های گوناگون سودمند باشند. توجه داشته باشید که اصطلاح کودکان در سراسر این کتاب برای کودکان و نوجوانان به کار رفته است؛ مگر در موارد دیگری که مشخص شده باشد.

امروزه، برخورد کودک با نظام مراقبت از سلامت می‌تواند به شکل‌های مختلفی صورت گیرد. برخی تجربه‌ها، مانند ملاقات با پزشک برای انجام واکسیناسیون یا برنامه‌ریزی انجام می‌شود و برخی دیگر مانند رفتن به بخش اورژانس به‌خاطر مصدومیتی که در زمین فوتبال ایجاد شده است، برنامه‌ریزی شده نیست. مراجعه ممکن است کوتاه‌مدت باشد و یا در زمان محدود انجام شود، مانند شرایط مقابله با نیازهای حاد در آنفولانزا یا ورم آپاندیس. برخی دیگر از مراجعه‌ها مانند مراجعه به دلیل بیماری قلبی، دیابت، فیبروز سیستیک یا فلج مغزی معمولاً نیازمند تماس طولانی و مادام‌العمر با نظام مراقبت از سلامت هستند.

برخی از کودکانی که بیمار یا آسیب‌دیده هستند، احتمالاً چندین مرحله مراقبت را تجربه می‌کنند که بسته به تشخیص و نیازهای فردی، از کودکی به کودک دیگر متفاوت است. تسلسل این مراحل، پیوستار مراقبت نامیده می‌شود (اولسون، ۱۹۹۹). کودکان ممکن است در مقاطع مختلف این زنجیره وارد فرایند درمان شوند و لزوماً تمام مراحل مراقبت را تجربه نکنند. هر مرحله‌ای مجموعه عوامل استرس‌زا و ملاحظات روانی-اجتماعی خاص خود را داراست (جدول ۱ را ملاحظه کنید). همچنین، ملاحظات هر مرحله بر پاسخ کودکان نیز تأثیر می‌گذارد. برای مثال، پذیرش کودک در یک مرکز مراقبت حاد ممکن است به‌صورت اورژانسی یا برنامه‌ریزی شده باشد، یا ممکن است اعضای خانواده اسکان پیدا کنند (مثلاً تختخوابی برای والدین در کنار تختخواب کودک در نظر گرفته شود) یا خیر.

این عوامل موقعیتی هنگام پیش‌بینی عوامل استرس‌زای خاص و تأثیر تجربه مراقبت از

سلامت بر هر کودک باید در نظر گرفته شوند. با این حال، سایر ملاحظات نیز نقش مهمی دارند.

درک کودکان از بیماری

معنایی که کودکان به بیمار بودن می‌دهند، بر میزان تأثیرگذاری تجارب مراقبت از سلامت در آنها تأثیر خواهد داشت. این معانی با توجه به سن کودک متفاوت است و به توانایی شناختی و سطح دانش او بستگی دارد (هوکنبری و ویلسون، ۲۰۰۷). کودکان ۲ تا ۷ ساله علت بیماری را یک پدیده خارجی، نامربوط و عینی می‌دانند و یا باور دارند که بیماری به واسطه «جادو» رخ می‌دهد. کودکان ۷ تا ۱۰ ساله علت بیماری را یک شخص، یک شیء یا یک کنش خارج از خود می‌دانند که برای بدنشان «بد» یا «مضر» است. کودکان ۱۳ ساله و بزرگ‌تر علت بیماری را بدکارکردی یا از کار افتادن یک ارگان یا فرایند می‌دانند و متوجه این موضوع هستند که بیماری ممکن است به علل مختلفی ایجاد شود. برای کسب اطلاعات دقیق در مورد جنبه‌های تحولی ادراک کودکان از بیماری به فصل ۱۴ با عنوان «آموزش»، مراجعه کنید. اگرچه تجربه قبلی بیماری می‌تواند بر روند تأثیر مراقبت از سلامت نقش داشته باشد، برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که متغیرهای تجربی پزشکی (یعنی مدت درمان، کل روزهای بستری و وضعیت‌های پزشکی تهدیدکننده زندگی) پیش‌بینی‌کننده‌های قابل توجهی برای درک کودک از مفهوم بیماری نیستند (کوری و رودرینگ، ۱۹۹۵). بنابراین، باید مراقب باشیم که بیش از حد بر تجربه‌های پزشکی قبلی کودکان، در درک آنها از مفهوم بیماری تأکید نکنیم. با وجود این، برخی دیگر ادعا می‌کنند که درک کودکان از بیماری به تجارب قبلی و شدت بیماری مرتبط است. برای مثال، یوس و مک‌مولن (۱۹۹۶) بیان کردند که کودکان مبتلا به آسم، بیماری خود را به شکل یک بیماری کشنده و با خطر بالای مرگ ناشی از کمبود اکسیژن درک می‌کنند. به علاوه وقتی به کودکان توضیحات لازم داده می‌شود، می‌توانند تجربه بیماری خود را بسیار بیشتر دریابند.

بستری شدن

کودکانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، باید با عوامل استرس‌زا و موارد مرتبط با بیماری یا آسیب روبه‌رو شوند. در سال‌های اخیر، متوسط زمان بستری کودکان یک و نیم تا ۳ روز بوده (اوون، تامسون، الیگزاور و رایان، ۲۰۰۳) و بستری شدن‌های طولانی‌مدت بسیار نادر هستند. با وجود این، در کنار پیشرفت تکنولوژی پیوند و سایر پیشرفت‌ها در درمان بیماری‌های مزمن یا تهدیدکننده زندگی، شاهد این موضوع هستیم که بعضی کودکان برای ماه‌های طولانی در بیمارستان بستری می‌شوند و زمان زیادی را در شرایط ایزوله سپری می‌کنند تا از دستگاه ایمنی آسیب‌پذیر آنها محافظت شود. بنابراین، برای بسیاری از کودکان، این تجربه، طولانی و بسیار سخت است. اگرچه بستری شدن برای دریافت کافی مراقبت

جدول ۱. مراحل مراقبت و ملاحظات منتخب

مرحله	ملاحظات منتخب
۱. تشخیص بیماری یا آسیب	ناگهانی یا طولانی مدت بخشی از معاینه روتین سلامت یا درمان تروما نیازمند توجه فوری یا بر اساس قرار ملاقات‌های برنامه‌ریزی شده مزمّن و تهدیدکننده زندگی یا حاد و قابل درمان
۲. مراقبت فوری	مراقب آشنا در محیط آشنا، یا مراقب ناآشنا در محیط ناآشنا
۳. مراقبت اضطراری	انتقال به مراکز درمانی با وسایل آشنا (اتومبیل خانوادگی) توسط اعضای خانواده، یا با وسایل ناآشنا (آمبولانس، هلی کوپتر) توسط مراقبان ناآشنا در دسترس بودن یا نبودن خانواده نگهداری در یک مکان یا انتقال به مکانی دیگر که متخصصان و امکانات لازم را دارا باشد تروما یا بیماری
۴. مراقبت حاد در بیمارستان	پذیرش اورژانسی یا از پیش برنامه‌ریزی شده بیمارستان کودکان یا بزرگسالان قرار گرفتن در کنار همسالان یا تقسیم افراد بر اساس بیماری تشخیص داده شده اعضای خانواده اسکان پیدا کرده‌اند (برای مثال، تختخوابی برای والدین در کنار تختخواب کودک تعبیه شده است) یا خیر
۵. مراقبت ویژه	انتقال با برنامه‌ریزی یا بدون برنامه‌ریزی آرام در مقابل هشدار/آگاه مراقب آشنای اولیه همچنان حضور دارد یا به‌طور کامل کار را به متخصص کودکان واگذار کرده است پذیرایی از اعضای خانواده صورت گرفته یا خیر
۶. مراقبت متوسط	انتقال از سطح مراقبتی بالاتر (مراقبت‌های ویژه، ایجاد یک جو خانوادگی به‌منظور نظارت دقیق بر کودک) یا از سطح مراقبتی پایین‌تر (تسهیلات سرپایی) تصمیم‌گیری برای انتقال با ایجاد آمادگی در خانواده بوده یا از سوی مجموعه به خانواده ابلاغ شده است
۷. توان بخشی	انتقال به واحدی در مجموعه کنونی یا انتقال به مجموعه‌ای دیگر توان بخشی تحت پوشش بیمه درمانی است یا خیر هدف، کسب توانمندی یا مهارت‌های محدودی است یا بازگشت به سطح عملکرد پیشین
۸. مراقبت‌های سرپایی	به‌عنوان بخشی از کارآزمایی تشخیصی است یا به‌عنوان بخشی از فرایند بهبودی و مراقبت‌های پیگیری شامل اقدامات تهاجمی و جراحی است یا پایش بدون تهاجم آمادگی در خانه قبل از ورود یا بدون هیچ‌گونه آماده‌سازی دستورالعمل‌های پیگیری مراقبت خانگی دارد یا نیازمند پیگیری مراقبت در خانه نیست
۹. مراقبت در منزل	سابقه بستری دارد یا ندارد مراقبان متعدد دارد یا فقط تعداد محدودی مراقب آشنا دارد
۱۰. انتقال از بیماری حاد به بیماری مزمن	پیش‌بینی شده یا غیرمنتظره (برای مثال، در طول زمان به علت عود مشکلات سلامت یا روند طبیعی بیماری رخ داده است و یا عارضه‌ای از یک بیماری یا جراحی است) پاسخ کودک و خانواده به تشخیص و درمان، شبیه پاسخ به بیماری حاد است یا با آن تفاوت دارد

یادداشت: اقتباس از نهرینگ و. (۱۹۹۹). وضعیت مزمّن: پیوستار مراقبت. در م. بروم و جی. رولین. برنامه مراقبت پرستاران از کودکان و خانواده‌های آنها (صفحات ۳۳۱ تا ۳۴۱). پیتمن، نیویورک: انتشارات جنتی، با مجوز چاپ.

لازم است، بستری شدن طولانی‌مدت، محیط فیزیکی و هیجانی و نظم آن، مدرسه و زندگی خانوادگی را تغییر می‌دهد (پاو، بلارد و روزنستین، ۲۰۰۷).

بستری شدن در بیمارستان برای هر کسی به‌ویژه برای کودکان در حال رشد بسیار دشوار است (پیرسون، ۲۰۰۵). به‌ندرت به کودکان اجازه داده می‌شود که از درمان، داروها و

اقدامات درمانی امتناع و خودداری کنند و «اقدامات درمانی» به‌طور مداوم روی آنها «انجام می‌شود». از کودکان خواسته می‌شود در طول اقدامات دردناک درمانی که ممکن است درکی از آن نداشته باشند، «حرکت نکنند»؛ بنابراین، آنها اغلب احساس ناتوانی و سردرگمی دارند. قرار گرفتن کودکان در نقشی منفعلانه که فرصت محدودی برای انتخاب معنادار در اختیار آنها قرار می‌دهد، باعث احساسات شدید و سردرگم‌کننده در کودک می‌شود (رولینز، ۲۰۰۵). محیط بیمارستان پر از افراد ناآشنا است. یک مطالعه قدیمی نشان می‌دهد که به‌طور معمول کودکان بیش از ۵۰ نفر غریبه را در ۲۴ ساعت اولیه بستری شدن می‌بینند (جانسون، ۱۹۷۵). این رقم احتمالاً امروزه نیز صدق می‌کند. مناظر، صداها، بوها و مزه‌های عجیب بسیاری وجود دارند که اگر کودک نداند چه هستند، برایش ترس به همراه خواهند داشت. اگر چه لمس شدن اغلب مایه آرامش است، در بیمارستان ممکن است منبعی برای ناراحتی و سردرگمی باشد. مخصوصاً وقتی قسمت‌هایی از بدن کودک مورد معاینه قرار می‌گیرند که به او گفته شده است هرگز به افراد غریبه اجازه لمس این قسمت‌ها را ندهد (رولینز، ۲۰۰۸). مطالعه‌ای درباره کودکان ۴ تا ۶ ساله نشان می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد کودکان از حداقل یک جنبه حضور در بیمارستان می‌ترسند (سالملا، سلنتز، آرن، ۲۰۰۹). بیشترین ترس‌ها مربوط به ترس از مداخلات پرستاری، ترس از بیمار بودن و ترس‌های مرتبط با سن تحولی کودک هستند. همچنین باید به ترس‌های مربوط به محیط ناآشنا یا فقدان اطلاعات، روابط کودک با کارکنان بیمارستان و محیط فیزیکی، اجتماعی و نمادین اشاره کرد. در مطالعه‌ای که روی کودکان مدرسه‌ای انجام شد، کودکان ۷ تا ۱۴ ساله طیفی از ترس‌ها و نگرانی‌ها را از خود بروز دادند که شامل جدایی از والدین و خانواده، محیط ناآشنا، بررسی‌های تشخیصی، درمان و فقدان خودمختاری بودند (کوپن، ۲۰۰۶).

اگرچه تعریف روشنی از اصطلاح «شأن و احترام» کودکان بستری وجود ندارد، در سال‌های اخیر موضوع بحث و گفت‌وگو بوده است (رید، اسمیت، فلچر و برادینگ، ۲۰۰۳، صفحه ۶۷): «شأن و احترام مفهومی دشوار است که وقتی از دست رفت، به‌خوبی درک می‌شود». با این حال، پژوهش‌ها تأیید می‌کنند که حریم خصوصی و شأن و احترام کودکان در بیمارستان همیشه رعایت نمی‌شود (رایلنس، ۱۹۹۹) و این موضوع برای برخی از کودکان ممکن است سخت‌ترین عامل استرس باشد.

کاربردترین راهنما برای درک نحوه واکنش کودکان به عوامل استرس‌زای بیماری و بستری شدن، آگاهی از مرحله تحولی آنها است. برای درک خلاصه‌ای از نگرانی‌ها و پاسخ‌های احتمالی مرتبط با مرحله تحولی، جدول ۲ را ببینید. به دلیل رشد سریع نوزادان و کودکان نوپا، آنها در دو گروه سنی قرار می‌گیرند که بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض تأثیرات منفی بستری شدن در بیمارستان هستند.

متغیرهای مرتبط با کودک

نحوه پاسخگویی کودک به تجارب مراقبت از سلامت علاوه بر مرحله تحولی، تحت تأثیر ویژگی‌های فردی کودک مانند توانایی شناختی، سن، جنسیت و خلق و خو قرار می‌گیرد. سایر عواملی که ممکن است تأثیرگذار باشند، شامل تجارب قبلی کودک در زمینه بیماری، جدایی یا بستری شدن در بیمارستان، مهارت‌های مقابله ذاتی یا اکتسابی، میزان جدی بودن تشخیص و شبکه‌های حمایتی موجود هستند.

توانایی شناختی و سن

نحوه واکنش کودکان به استرس بستری شدن و بیماری ممکن است تا حدی توسط تعریف آنها از میزان جدی بودن استرس و آنچه در معرض خطر است، تعیین شود. پاسخ فرد به عوامل استرس‌زا تابعی از دو فرایند شناختی پیوسته است: ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در ارزیابی اولیه، عامل استرس به منزله تهدید، ضرر یا یک چالش تعبیر می‌شود. سپس، در ارزیابی ثانویه فرد نتیجه‌گیری می‌کند که آیا منابع مقابله‌ای مناسبی را برای مقابله مؤثر با عامل استرس‌زا در اختیار دارد یا خیر. مطالعات نشان داده‌اند که ارزیابی منفی (یعنی تهدید و ضرر) با سازگاری منفی روان‌شناختی و جسمانی همراه است؛ در حالی که ارزیابی مثبت (یعنی چالش‌ها) با سازگاری مثبت روان‌شناختی و جسمانی همراه است (روش وینر و وون، ۲۰۰۲).

می‌توان چنین در نظر گرفت که توانایی شناختی کودک در این ارزیابی‌ها نقشی بر عهده دارد. شاید مهم‌ترین تعیین‌کننده‌ای که برای توانایی شناختی تمام کودکان به کار می‌رود، همان‌طور که پیش‌تر هم بیان شد، سطح تحولی کودک است که می‌تواند با سن تقویمی کودک مطابقت داشته یا نداشته باشد. یافته‌های پژوهشی نتیجه‌گیری قاطعانه‌ای را در پی نداشته‌اند و برخی از تحقیقات هیچ ارتباطی میان سن کودک و پاسخ به بستری شدن در بیمارستان، ناراحتی، اضطراب یا ترس گزارش نمی‌کنند. سایر تحقیقات نشان می‌دهند که کودکان کم سن‌وسال‌تر در مقایسه با کودکان بزرگ‌تر به احتمال بیشتری اضطراب و ترس را تجربه می‌کنند و کمتر احساس کنترل نسبت به سلامت خود دارند (کولر، ۲۰۰۸).

جنسیت

مشخص نیست که آیا جنسیت در پاسخ کودک به بستری شدن در بیمارستان تأثیر دارد یا خیر. یک مطالعه قدیمی (تیدمن و کلتورثی، ۱۹۹۰) نشان می‌دهد که پسران در مقایسه با دختران در هنگام پذیرش برای بستری، ترخیص و پس از ترخیص بیشتر مضطرب بودند. پژوهش‌های جدیدتر نشان می‌دهند که دختران بیشتر از پسران اضطراب دارند (رنیک، جانستون، داگستی، پلات و ریچی، ۲۰۰۲؛ اسمال و ملنیک، ۲۰۰۶).

خلق و خو

خلق و خو، الگوی مداوم و پایداری از رفتار یا واکنش فرد است که در طول زمان و در فعالیت‌های فرد و شرایط مختلف ادامه می‌یابد. خلق و خوی یک کودک، تا ۵۰٪ در تنوع

جدول ۲. درک کودکان بستری در بیمارستان: یک دیدگاه تحولی

مشکلات بستری	پاسخ‌های مشکل‌آفرین
نوزادان (۰ تا ۱ سال)	
جدایی نبود تحرک درد	عدم ارتباط بی‌اعتمادی اضطراب تأخیر در تحول مهارت‌ها
کودکان نوپا (۱ تا ۳ سال)	
جدایی ترس از صدمهٔ بدنی یا درد بدن خیال‌پردازی‌های ترسناک عدم تحرک یا محدودیت پسرفت اجباری از دست رفتن روتین‌های زندگی و آداب و آیین‌ها	پسرفت (شامل از دست دادن مهارت‌های تازه آموخته‌شده) عدم همکاری اعتراض (کلامی و جسمانی) ناامیدی منفی‌گرایی بدخلقی مقاومت
پیش‌دبستانی (۳ تا ۶ سال)	
جدایی ترس از دست دادن کنترل و احساس قدرت فردی ترس از نقص عضو یا ورود به بدن از طریق جراحی یا تزریق، ترس از اختگی	پسرفت خشم نسبت به مراقب اولیه برون‌ریزی اعتراض (پرخاشگری کمتر از کودکان نوپا) ناامیدی و گسستگی پرخاشگری جسمانی و کلامی وابستگی گوشه‌گیری
سن مدرسه (۶ تا ۱۲ سال)	
جدایی ترس از دست دادن کنترل ترس از دست دادن تسلط ترس از نقص عضو ترس از آسیب و درد بدنی آزاردهنده اقدامات درمانی در ناحیهٔ تناسلی ترس از بیماری، ناتوانی و مرگ	پسرفت ناتوانی در تکمیل برخی فعالیت‌ها عدم همکاری گوشه‌گیری افسردگی عصبانیت و خصومت جابه‌جا شده ناامیدی
نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سال)	
وابستگی به بزرگسالان جدایی از خانواده و همسالان ترس از صدمه‌ها و درد جسمانی ترس از دست دادن هویت تصویر بدن و تمایلات جنسی نگرانی در مورد وضعیت گروه همسالان بعد از بستری شدن در بیمارستان	عدم همکاری گوشه‌گیری اضطراب افسردگی

یادداشت. اقتباس از رولینز جی. و ماهان سی. (۲۰۱۰). از هنرمند تا هنرمند در محل اقامت. آماده‌سازی هنرمندان برای کار در مجموعهٔ مراقبت از سلامت کودکان (ویرایش دوم). واشنگتن، دی‌سی: رولینز و همکاران. با کسب مجوز چاپ.

پاسخ‌های رفتاری او در یک ماه قبل و یک ماه بعد از بستری شدن نقش دارد (مک‌کلویی، ۱۹۹۰). کودکانی که گرایش به خلق مثبت دارند، قابل پیش‌بینی هستند، به‌آسانی دچار حواس‌پرتی می‌شوند و صمیمی و سازگارترند. آنها در عین حال که کمتر به محرک‌ها واکنش نشان می‌دهند، به تجارب مراقبت از سلامت بهتر از کودکان منفعل پاسخ می‌دهند (هلگادوتیر و ویلسون، ۲۰۰۴).

تجربه قبلی بستری شدن در بیمارستان

اینکه تجربه قبلی کودکان از بستری شدن در بیمارستان، توانایی مقابله آنها را افزایش می‌دهد یا خیر، نامشخص است. برخی از مطالعات، ارتباطی بین تعداد بستری‌های قبلی و مشکلات رفتاری (مک‌کلویی، ۱۹۹۱)، سطح اضطراب یا مهارت‌های مقابله‌ای کودک نیافته‌اند (لوری تامسون، ۱۹۹۴). با این حال، تیدمن و کلاتورویچ (۱۹۹۰) گزارش داده‌اند کودکانی که سابقه بستری در بیمارستان را ندارند، نسبت به کودکانی که قبلاً بستری شده‌اند اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند؛ این مسئله نشان‌دهنده فواید بالقوه آشنایی با محیط بیمارستان است. کایل (۲۰۰۸) خاطرنشان می‌کند که عامل تعیین‌کننده ممکن است این باشد که آیا تجارب قبلی کودک مثبت بوده است یا منفی.

سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای

سبک مقابله، پاسخ‌های شناختی، هیجانی یا رفتاری فرد در برابر استرس است. افراد ممکن است خود را کم‌هوش جلوه دهند (از کسب اطلاعات خودداری کنند) و یا ناظر بر همه‌چیز باشند (در جستجوی اطلاعات باشند) (میلر، ۱۹۹۱). گروه اول، افکار خود در مورد رویدادی نزدیک را محدود می‌کنند، نگرانی‌هایشان را انکار می‌کنند و خود را از محرک‌های استرس‌زا دور می‌کنند. گروه دوم به دنبال اطلاعات دقیق بوده و نسبت به محرک‌های استرس‌زا آگاه هستند. به نظر می‌رسد مقابله بهینه زمانی رخ می‌دهد که بین سطح اطلاعات کسب شده و سبک موردنظر بیمار مطابقت وجود داشته باشد. زمانی که اطلاعات دقیق فراهم شده و انتظارات از خودکارآمدی بیشتر باشد، گروه دوم (یعنی ناظران) عملکرد بهتری دارند. در مقابل، گروه اول زمانی که حداقل اطلاعات را در اختیار دارند، بهتر عمل می‌کنند (میلر، فنگ، دیفنباخ و بیلز، ۲۰۰۱).

اسپیریتو، استارک و تایک (۱۹۹۴) دریافتند کودکانی که آسیب یا بیماری حادی دارند نسبت به کودکان دارای بیماری مزمن، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کنند. لامانتین، هیپورث، جانسون و کوهن (۱۹۹۶) گزارش می‌کنند که بین سبک مقابله‌ای هشیارانه در افراد ناظر و بازگشت به موقع به فعالیت‌های عادی در طول دوره بهبودی، رابطه وجود دارد.

کودکان، طیف گسترده‌ای از راهبردهای مقابله‌ای دارند. پژوهش‌های رایان-ونگر (۱۹۹۲) در مورد راهبردهای مقابله‌ای که توسط کودکان سالم استفاده می‌شود، ما را به یک طبقه‌بندی ۱۵ دسته‌ای منحصر به فرد هدایت می‌کند که از فعالیت‌های پرخاشگرانه تا تعدیل عامل استرس‌زا دسته‌بندی می‌شود. خزانه راهبردهای مقابله‌ای کودک در طی سلامت و بیماری یکسان است؛

اما فراوانی یا تأثیر بعضی از راهبردها اغلب کاملاً متفاوت است (رایان-ونگر، ۱۹۹۶).

پاسخ و حمایت خانواده

اضطراب والدین با واکنش‌های منفی کودکان در طول بستری شدن ارتباط معناداری دارد. میزان اضطراب مادران، پریشانی هیجانی کودکان و آشفتگی آنها در طول اقدامات درمانی تهاجمی را پیش‌بینی می‌کند. اسمال و ملنایک (۲۰۰۶) دریافتند که سطوح بالای اضطراب مادر به‌طور چشمگیری احتمال بروز رفتارهای منفی مانند بیش‌فعالی و پرخاشگری را در کودک افزایش می‌دهد. همچنین مشخص شده است که اضطراب مادر تأثیر مثبت مداخله روی رفتارهای کودکان پس از مرخصی از بیمارستان را کاهش می‌دهد (مازرک، ملنایک و فاینستاین، ۲۰۰۱).

منطقی به نظر می‌رسد که فرض کنیم داشتن والد حامی می‌تواند تأثیر بسزایی در توانایی کودک برای مقابله با تجارب مراقبت از سلامت داشته باشد؛ مخصوصاً در مورد کودکان خردسالی که مسئله جدایی در آنها اهمیت ویژه‌ای دارد. با این حال، در یک مطالعه اولیه، شاو و روث (۱۹۸۲) دریافتند که رفتار کودکانی که در حضور مادر خود تزریق دریافت می‌کردند منفی‌تر از کودکانی بود که مادران‌شان حضور نداشتند. در طول سال‌های متمادی، یافته‌های این مطالعه، همراه با شواهد روایت‌شده، منجر به بیرون راندن والدین از اتاق درمان توسط کادر درمانی مراقبت از سلامت بیمار شد. با این حال، در بحث در مورد یافته‌های مطالعه، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که کودکان هنگام حضور والدین در طول اقدامات درمانی، راحت‌تر اعتراض خود را بیان می‌کنند. در مطالعه کنترل‌شده و تصادفی که روی کودکانی انجام گرفت که از طریق سوزن، سلول‌های خونی‌شان جمع‌آوری می‌شد وقتی والدین حضور داشتند هم خود والدین و هم کودکان پریشانی کمتری را تجربه می‌کردند (ولفرام، ترنر و فیلیپوت، ۱۹۹۷).

یافته‌های این پژوهش‌ها (از جمله مطالعه وفرام و همکارانش) و همچنین توافق عمومی در مورد تفسیر شاو و روث از اینکه کودکان هنگام حضور والدین احساس راحتی بیشتری در بیان اعتراض خود دارند، باعث شد حضور والدین در کنار کودکانی که تحت اقدامات درمانی قرار می‌گیرند، عادی‌تر شود. با این حال، یک مطالعه مروری مبتنی بر شواهد درباره حضور والدین هنگام القای بیهوشی و اضطراب والدین/کودک حاکی از آن است که در بیشتر موارد به نظر نمی‌رسد که حضور والدین، اضطراب والدین یا فرزندان را تسکین دهد (چاندامالا، رایت و کمپ، ۲۰۰۹). نویسندگان چندین محدودیت را در مطالعات مورد بررسی ذکر کردند، اما نگرانی آنها در مورد این یافته‌ها منجر به بازنگری در دستورالعمل‌های بیمارستان در مورد حضور والدین شده است.

به نظر می‌رسد عامل تعیین‌کننده فواید حضور والدین، میزان اضطراب پدر و مادر است. کاین و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که کودکان مضطرب، در هنگام حضور یک والد آرام، اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و کودکان آرام، در هنگام حضور یک والد مضطرب،