

بررسی عملکرد پرستاران در پذیرش کودکان بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی همدان

زهره خداکرمی^۱، فاطمه پاشایی ثابت^۲، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۳

چکیده

مقدمه: بدون شک اکثر افراد جوان خاطراتی از بستری در بیمارستان در دوران کودکی خود دارند. بستری شدن از طرفی می‌تواند رویداد آزاردهنده برای کودکان محسوب شود و از طرف دیگر، در صورتی که کودک از طریق تدابیر پرستاری ویژه به خوبی آماده بستری شود، می‌تواند تجربه مثبت روانی در بر داشته باشد. ساعات اولیه بستری از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. بنابراین آشناسازی کودک با فرایند بستری و مقابله با ترس ناشی از آن در نهایت موجب افزایش اعتماد به نفس وی می‌شود. در نتیجه کودک با موقعیت‌های بالقوه تنش‌زای آتی سازش می‌یابد. هدف از این مطالعه تعیین عملکرد پرستاران در پذیرش کودکان ۳-۶ ساله است.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. نمونه پژوهش شامل ۲۰ نفر از کارشناسان پرستاری که حداقل یک سال سابقه کار در بخش کودکان داشته باشند را تشکیل داد که به صورت سرشماری نمونه‌گیری شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست مشاهده‌ای استفاده شد. بدین صورت که عملکرد پرستاران به صورت تصادفی سه بار در شیفت‌های صبح و عصر که میزان بستری بیشتر است مورد بررسی قرار گرفت و در طیف مربوط به خود علامت‌گذاری و در نهایت امتیازهای تخصیص یافته جمع‌بندی شد. برای این که مشخص شود آیا عملکرد پرستاران به دلیل وجود یا نبود امکانات کافی بوده است، محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات بیمارستان‌ها نیز هم‌زمان به‌وسیله یک چک لیست دیگر سه بار در روزهای متفاوت مشاهده و ثبت گردید. جهت تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.15 از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (مجذور کای $p > 0.05$) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد ۹۵٪ پرستاران هنگام پذیرش کودکان از عملکرد ضعیفی برخوردارند (۴۶۱ امتیاز از حداکثر ۹۶۰). در این مطالعه محیط فیزیکی بخش‌های کودکان نسبتاً مناسب بوده و امکانات و تجهیزات مطلوبی داشته‌اند. به لحاظ آماری بین امکانات موجود و عملکرد پرستاران ارتباط معناداری وجود نداشته است ($p = 0.21$). همچنین بین مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش با عملکرد پرستاران در پذیرش کودکان ارتباط معنادار وجود نداشت ($p > 0.05$).
نتیجه‌گیری: در این پژوهش مشخص گردید: محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات بخش‌های کودکان بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان مناسب است، اما کارشناسان پرستاری در پذیرش کودکان از عملکرد خوبی برخوردار نبودند. یعنی محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات تأثیری بر روی عملکرد پرستاران نداشته است. بنابراین لزوم آموزش به پرستاران در رابطه با نحوه پذیرش کودک و این که چگونه از شرایط موجود در بخش می‌توانند در جهت ارتقای عملکرد خود استفاده نمایند، ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: عملکرد پرستاری، پذیرش، کودکان ۳-۶ ساله

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۳/۹

۱ - عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: pashaii1385@Yahoo.com

۲ - عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان

۳ - دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

بستری شدن در همه سنین به خصوص در کودکان تجربه ترسناک به حساب می‌آید. اینگونه ترس برای کودکان در هر مرحله از تکامل معانی متفاوتی دارد و به عنوان راهنمایی در جهت بررسی و برنامه‌ریزی پرستاران مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱).

پاسخ کودک به بستری شدن به عواملی چون سطح تکامل و مکانیسم‌های از عهده برآیی در کودک، نحوه ارتباط مادر - کودک، عوامل فرهنگی و اجتماعی، تجارب قبلی نسبت به بستری شدن، ماهیت بیماری، درک و دانش و نحوه آماده سازی او برای بستری شدن، بستگی دارد (۲).

اسپیتر بنقل از مردای معتقد است هنگامی که در روابط بین کودک و مادر بی‌نظمی به وجود می‌آید منجر به آزردهی‌هایی می‌شود که او آن‌ها را سم روان نامیده است که یکی از آن‌ها بستری شدن است (۳). عوامل متعددی در زمان بستری شدن در کودکان ایجاد ترس و نگرانی می‌کند از جمله جدا شدن از والدین، ورود به محیط ناآشنا و غریب، وسایل و تجهیزات غریب، پوشیدن لباس بیمارستان، آمبولانس، نامهربانی پرسنل و تزریق آمپول و سرم (۴).

تحقیقات نشان می‌دهند که ۶۶/۶٪ از کودکان نسبت به بستری شدن رفتارهای نامناسبی چون ترس و اضطراب از خود نشان می‌دهند (۵). در مطالعه‌ای که توسط کتی (۲۰۰۳) بر روی ۳۹ کودک سن مدرسه انجام گرفته نشان داده شده ۵٪ از آن‌ها واکنش تهاجمی، ۷۱/۴٪ طرد کردن و ۱۴/۳٪ همانندسازی داشته‌اند (۶). ژولت^۱ (۲۰۰۳) تحقیق دیگری در کانادا بر روی ۶۹ کودک سن مدرسه با استفاده از چک لیست مشاهده‌ای انجام داد و در شیفت‌های متعدد به مشاهده علایم رفتاری کودکان پرداخت. او متوجه شد استرس در آن‌ها به صورت گریه (۹۴/۸٪)، تحریک‌پذیری (۶۲٪)، عصبانیت و پرخاشگری (۶۰٪)، کاهش تمرکز (۳۷/۳٪)، اختلالات خواب (۸۰٪)، خیس کردن بستر (۴۱٪)، افسردگی (۴۱٪)، و سردرد (۳۳٪) مشخص می‌شود (۷).

سافر^۲ (۲۰۰۶) به تحقیقی اشاره می‌کند که ۲۰۰ کودک را مورد مشاهده قرار داده است ۶۰-۲۰٪ آن‌ها سه ماه بعد از بستری شدن ناسازگاری داشته‌اند و واکنش تعدادی از آن‌ها جدی بوده است. در این تحقیق مشخص شد که ملاقات‌های منظم در زمان بستری و بعد از آن تأثیر فراوانی بر نحوه سازگاری کودکان داشته است. او به این نتیجه رسید کودکانی که به طور منظم در زمان بستری ملاقات می‌شوند (۷۲٪) بیشتر از کودکانی که ملاقات نمی‌شوند سازگارترند (۸).

پرستاران کودکان می‌توانند تدابیر فردی ویژه‌ای را برای جلوگیری از واکنش‌های ترس به هنگام بستری در کودکان مورد اجرا قرار دهند و به کودک در جهت سازگاری با منابع ترس و نگرانی در طی بستری شدن کمک کنند. در این رابطه آن‌ها می‌توانند نقش‌های متفاوتی از جمله تأمین‌کننده نیازهای روحی، مدافع، آموزش‌دهنده و مراقبت‌کننده داشته باشند (۹).

کیفیت حمایت پرستار هنگام بستری نمودن کودک بر روی توانایی والدین جهت از عهده برآمدن با بیماری کودک، توسعه نقش والدین و توسعه مراقبت بعد از ترخیص تأثیر می‌گذارد. در این رابطه مایلز^۳ (۲۰۰۳) پژوهشی تحت عنوان حمایت والدین در طی بستری نمودن کودک در ایالت متحده که بر روی ۴۵ والدینی که به علت بستری کودک در بخش حضور داشتند اجرا نمود و به این نتیجه رسید که: ۵۸/۶٪ برقراری ارتباط و دادن اطلاعات مورد نیاز بستری، ۷۲٪ انجام حمایت روحی، ۷۱٪ ایجاد اطمینان و اعتماد به نفس در کودک و والدین و ۵۳٪ انجام مراقبت پرستاری توسط والدین را در ایجاد سازگاری کودک و والدین با فرآیند بستری شدن مؤثر دانسته‌اند (۱۰).

در بخش کودکان وجود اطاق بازی، اطاق مخصوص معاینه، تلویزیون، میز و صندلی‌های کوچک، وسایل بازی و بوفه در محوطه بیمارستان الزامی است در صورتی که پرستاران از امکانات و تجهیزات موجود در جهت پذیرش کودک استفاده مناسب را نمایند تأثیر به‌سزایی در سازش کودک با فرآیند بستری شدن خواهد داشت. بخش اطفال باید رنگی باشد و با چراغ‌های روشن،

1 - Jewlet

2 - Safer
3 - Miles

تابلو، عکس و نقاشی‌های مخصوص کودکان تزئین شود (۱۱).

با توجه به این که ساعات اولیه بستری از اهمیت به سزایی برخوردار است، لذا با انجام این پژوهش موارد مغایر با استانداردهای بستری و شرح وظایف پرستاران شاغل در بخش کودکان مشخص خواهد شد، چرا که آشناسازی کودک و والدین او با محیط فیزیکی و امکانات بخش اطفال در بدو بستری و رعایت استانداردهای پذیرش توسط پرستاران، موجب افزایش رضایتمندی، سازگاری سریع‌تر کودک و والدین با فرآیند بستری شدن و کاهش اثرات سوء ناشی از آن شده و کودک با خاطره خوشتری ترخیص می‌گردد که این امر در رشد و تکامل آینده او تأثیر فراوان دارد؛ در این صورت پرستاران با رفتارهای نامناسب کودکان همچون ترس، اضطراب و واکنش‌های تهاجمی کمتر مواجه خواهند شد و با برنامه‌ریزی دقیق‌تر از فرصت‌ها به نحو شایسته‌تری برای کودکان استفاده نموده و از آرامش و رضایت شغلی بیشتری برخوردار خواهند شد. در نهایت اگر کودکان بتوانند توسط عملکرد مناسب پرستاران، به موقعیت‌های ناراحت‌کننده‌ای که در هنگام بستری به اجبار رخ می‌دهد غلبه نمایند، عزت نفس و اعتماد به نفسشان بالا رفته و قادر خواهند شد تا با موقعیت‌های بالقوه تنش‌زای آتی سازش یافته و در نتیجه به ثبات شخصیت خواهند رسید. لذا با توجه به اهمیت پذیرش کودکان و این که نحوه پذیرش آنان توسط پرستاران کمتر مورد توجه قرار گرفته این مطالعه با هدف تعیین نحوه عملکرد پرستاران در پذیرش کودکان ۳-۶ ساله انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که نمونه‌های پژوهش را تمام ۲۰ نفر از پرستاران کارشناس شاغل در بخش‌های کودکان، شیفت‌های صبح و عصر که حداقل یک سال سابقه کار در بخش کودکان داشته باشند، تشکیل می‌دادند. ابزار گردآوری داده‌ها چک لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران شامل ۱۶ مورد بود که از طیف لیکرتی همیشه، گاهی و هرگز استفاده شد. دامنه امتیاز تخصیص یافته در این چک لیست ۳۲۰-۹۶۰ می‌باشد. یعنی اگر همه پرستاران کلیه عملکردهای مورد

نظر را همیشه انجام دهند، امتیاز ۹۶۰ و اگر هیچ کدام را انجام ندهند امتیاز ۳۲۰ به دست می‌آورند. امتیاز ۵۳۲-۳۲۰ نشان‌دهنده عملکرد ضعیف، امتیاز ۷۴۵-۵۳۳ عملکرد متوسط و امتیاز ۹۶۰-۷۴۶ عملکرد خوب است. در این پژوهش جهت تعیین ارتباط بین عملکرد پرستاران با محیط فیزیکی و امکانات و تجهیزات بخش کودکان از چک لیست محیط فیزیکی با ۵ آیتم و امکانات و تجهیزات با ۱۳ آیتم نیز استفاده شده است. برای چک لیست محیط فیزیکی از سه طیف همیشه با امتیاز ۳، گاهی با امتیاز ۲ و هرگز با امتیاز ۱ (امتیاز تخصیص یافته ۱۵-۵) و برای چک لیست امکانات و تجهیزات از دو طیف بله با امتیاز ۱ و خیر با امتیاز ۰ استفاده شد (امتیاز تخصیص یافته ۱۳-۰). طبق طبقه‌بندی امتیاز ۸-۵ نشان‌دهنده محیط فیزیکی نامناسب، امتیاز ۱۲-۹ نسبتاً مناسب و امتیاز ۱۵-۱۳ کاملاً مناسب است. در مورد امکانات و تجهیزات امتیاز ۴-۰ نشان‌دهنده نامطلوب بودن، امتیاز ۹-۵ نسبتاً مطلوب و امتیاز ۱۳-۱۰ کاملاً مطلوب است. پس از کسب اجازه از رییس و سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش‌های کودکان عملکرد هر یک از واحدهای مورد پژوهش در چند ساعت اولیه پذیرش کودک در شیفت‌های صبح و عصر که میزان بستری بیشتر است به صورت تصادفی، سه بار مورد مشاهده قرار گرفت و در طیف مربوط به خود علامت‌گذاری و در نهایت امتیازهای تخصیص یافته جمع‌بندی شد.

اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی مورد تأیید شش نفر از اعضاء هیأت علمی و اعتماد علمی آن از روش آزمون هم‌زمان یا معادل سنجیده شد بدین منظور به اتفاق همکار پژوهشی به طور هم‌زمان و جداگانه و با استفاده از ابزارهای یکسان عملکرد تعدادی از پرستاران مورد ارزیابی قرار گرفت و همبستگی بین آن‌ها تعیین شد ($r=0/85$).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS ۷.15 و توسط روش‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. طوری که عملکرد پرستاران با استفاده از اندازه‌گیری میانگین و انحراف معیار رتبه‌بندی شد و برای تعیین ارتباط بین امکانات بیمارستان و عملکرد پرستاران از آزمون مجذور کای استفاده گردید.

یافته‌ها

در مورد آن پروسیجر را در اختیار کودک یا والدین او قرار نمی‌دادند و یا به والدین آموزش‌های لازم را جهت مراقبت از کودک ارائه نمی‌دادند. به طور کلی عملکرد پرستاران امتیازدهی شد که امتیاز به دست آمده از حداکثر ۹۶۰، ۴۶۱ گزارش شد، که طبق طبقه‌بندی نشان‌دهنده عملکرد ضعیف آن‌ها است.

یافته‌های تحقیق بیانگر آن است که محیط فیزیکی بخش‌های کودکان نسبتاً مناسب است (کسب امتیاز ۱۳). همچنین بخش‌های کودکان از امکانات و تجهیزات مطلوبی برخوردار است (کسب امتیاز ۱۰) (جدول شماره ۲). در این پژوهش جهت تعیین ارتباط بین امکانات موجود و عملکرد پرستاران از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد که نتایج این آزمون ارتباط معناداری را نشان نداد ($p=0/21$) (جدول شماره ۳).

همچنین بررسی آماری نشان داد که هیچ ارتباط معناداری بین مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش از جمله سن، سابقه کار و وضعیت تأهل با عملکرد پرستاران در پذیرش کودکان وجود نداشته است ($p>0/05$).

نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که از نظر مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش، اکثریت (۵۴/۵٪) در گروه سنی ۲۷-۳۲ سال قرار دارند. ۱۰۰٪ آن‌ها زن، ۸۳٪ متأهل و ۸۶٪ دارای ۱-۲ فرزند می‌باشند. اکثریت (۵۴/۵٪) ۱-۲ سال سابقه کار در بخش کودکان دارند و ۸۲٪ جهت کار در بخش کودکان آموزش خاص دیده‌اند.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد: در ارتباط با آشناسازی کودکان و والدین آن‌ها با مراقبت‌کننده کودک و سایر همسالان و محیط فیزیکی ۹۷٪ هرگز این عملکرد را نداشتند. ۷۴٪ روتین و مقررات بخش کودکان را شرح ندادند. در این پژوهش نشان داده شد که ۸۱/۸٪ پرستاران همیشه رفتار و گفتار محبت‌آمیز با کودک و والدین داشته‌اند اما ۹۰٪ زمان خاصی را برای سرگرم نمودن کودک اختصاص نمی‌دادند و از رادیو ضبط یا تلویزیون، گفتن داستان یا کشیدن نقاشی استفاده نمی‌کردند. در صورت نیاز به انجام پروسیجر خاص همیشه کودک را به اطاق مخصوص می‌بردند اما اطلاعات لازم

جدول ۱: جدول عملکرد پرستاران هنگام پذیرش کودکان ۳-۶ ساله

عملکرد پرستار	همیشه (۳)		گاهی (۲)		هرگز (۱)	
	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق
۱ - خود را به کودک و خانواده‌اش معرفی می‌کند.	۰	۰	۳	۳	۱۷	۹۳/۴٪
۲ - کودک را با سایر همسالان آشنا می‌نماید.	۰	۰	۳	۳	۱۷	۹۳/۴٪
۳ - کودک را با مسؤل بخش و سایر پرسنل آشنا می‌نماید.	۰	۰	۱	۱	۱۹	۹۵٪
۴ - کودک را با اسم کوچک صدا می‌زند.	۳	۳	۱۰	۱۰	۲	۱۰٪
۵ - کودک و خانواده‌اش را با محیط فیزیکی بخش آشنا می‌سازد.	۰	۰	۴	۴	۱۶	۸۰٪
۶ - محل بازی را نشان می‌دهد.	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱۰۰٪
۷ - روتین بخش را شرح می‌دهد.	۰	۰	۴	۴	۱۶	۸۰٪
۸ - به مادر اطلاع می‌دهد که می‌تواند در تمام ساعات روز در کنار کودک بماند.	۵	۵	۵	۵	۱۰	۵۰٪
۹ - به والدین اطلاع می‌دهد که ساعات خاصی به ملاقات خواهران و برادران اختصاص دارد.	۰	۰	۳	۳	۱۷	۹۳/۴٪
۱۰ - به کودک اجازه می‌دهد که لباس مورد علاقه خود را بپوشد.	۰	۰	۰	۰	۲۰	۱۰۰٪
۱۱ - رفتار و گفتار پرستار همراه با صحبت و صمیمیت می‌باشد.	۱۳	۱۳	۶	۶	۱	۵۰٪
۱۲ - زمانی را صرف سرگرم نمودن کودک می‌نماید.	۰	۰	۳	۳	۱۷	۹۳/۴٪
۱۳ - با استفاده از رادیو ضبط یا تلویزیون، گفتن داستان یا کشیدن نقاشی کودک را سرگرم می‌کند.	۰	۰	۲	۲	۱۸	۹۰٪
۱۴ - در صورت نیاز به انجام پروسیجر خاص کودک و خانواده او را آماده می‌نماید.	۰	۰	۷	۷	۱۳	۶۵٪
۱۵ - در صورت نیاز به معاینه و انجام پروسیجر کودک را به اطاق مخصوص می‌برد.	۱۳	۱۳	۶	۶	۱	۵٪
۱۶ - به والدین بر حسب نیاز کودک، آموزش‌های لازم را جهت مراقبت از او می‌دهد.	۱	۱	۴	۴	۱۵	۷۵٪
جمع امتیاز	۱۲۰	۱۲۲				۲۱۹

جدول ۲: وضعیت محیط فیزیکی، امکانات، وسایل و تجهیزات موجود در بخش کودکان بر اساس سه بار مشاهده

محیط فیزیکی	نمره	همیشه (۳)	گاهی (۲)	هرگز (۱)
۱ - اطاق‌های بستری آفتابگیر است.			✓	
۲ - رنگ در و دیوارهای بخش مناسب است.		✓		
۳ - سطح زمین بخش مناسب است.		✓		
۴ - اطاق‌های ایزوله دیوارهای شیشه‌ای دارد.			✓	
۵ - فاصله تخت‌ها مناسب است.		✓		

امکانات، وسایل و تجهیزات	نمره	بلی (۱)	خیر (۰)
۱ - اطاق یا کالسکه بازی		✓	
۲ - وسایل بازی در محوطه بیمارستان		✓	
۳ - بوفه یا رستوران در محوطه بیمارستان		✓	
۴ - اطاق معاینه یا اطاق انجام پروسیجر		✓	
۵ - اطاق سرو غذا			✓
۶ - اطاق استراحت والدین		✓	
۷ - محل نصب نقاشی‌های کودکان		✓	
۸ - میز و صندلی مخصوص کودکان		✓	
۹ - کتابخانه محتوی کتابهای کودکان			✓
۱۰ - تلو یزیون		✓	
۱۱ - یخچال		✓	
۱۲ - حمام		✓	
۱۳ - رادیو ضبط			✓

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد عملکرد پرستاران بخش کودکان نسبت به آشناسازی کودکان و والدین آنها با پرسنل پرستاری و سایر کودکان بستری شده ضعیف بوده است. جاکسون^۱ (۲۰۰۳) معتقد است پرستاران بخش کودکان در نقش آموزش‌دهنده باید کودک و خانواده را با سایر پرسنل، همسالان کودک و محیط فیزیکی آشنا سازند. چون وقتی که کودکان ۳-۶ ساله در محیط ناآشنا و غریب قرار می‌گیرند و مجبورند با افراد غریبه ارتباط برقرار سازند به مراحل قبلی خود بر می‌گردند تا بتوانند با استرس ناشی از بستری شدن مقابله کنند (۹). آرزومانیان (۱۳۸۵) نیز به نقل از مارلو می‌نویسد: پرستاری که کودک را پذیرش می‌کند باید خود را به کودک و والدین معرفی نماید. همچنین باید سایر اعضا و تیم مراقبتی به ویژه مسؤول بخش و سایر همسالان را با کودک آشنا نماید این کار موجب کاهش نگرانی کودک می‌شود (۱).

نتایج این پژوهش مشخص نمود پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش در بدو پذیرش، کودک را با محیط فیزیکی بخش کودکان از جمله اطاق بازی، احتمالاً به علت عدم درک این موضوع که کودکان بستری مانند زمان سلامت نیاز به بازی کردن دارند، آشنا نمی‌کرده‌اند. چرا که پژوهشگر در بررسی امکانات و تجهیزات بخش کودکان متوجه شد که اطاق بازی وجود دارد اما از آن استفاده چندانی نمی‌شود. در این صورت می‌توانستند مادران را به بردن کودکان به اطاق بازی و سپری کردن وقت با آنها تشویق نمایند. مارکس^۲ (۲۰۰۵) معتقد است وجود اطاق بازی که در آن هر گونه اسباب بازی مطابق سن و تکامل کودک وجود داشته باشد در تطابق کودک با بخش تأثیر به‌سزایی دارد. پرستار باید کودک را با اطاق بازی آشنا کند و ساعات خاصی را برای بازی کردن در نظر بگیرد. در صورتی که شرایط کودک اجازه تحرک به او نمی‌دهد پرستار موظف است او را با برانکار یا صندلی

بیمارستان هستند بهتر است رنگی و طرح دار باشد. در این صورت احساس غریبی و ناآشنایی محیط از بین می‌رود (۱۴). در حالی که در این پژوهش مشخص گردید به دلیل سیاست بیمارستان‌ها، کودکان مجبور به پوشیدن لباس‌های موجود در بخش هستند و اجازه پوشیدن لباس مورد علاقه به آن‌ها داده نمی‌شود اگر چه پرستاران شرکت‌کننده در این مورد تقصیری ندارند اما در صورت دانستن اهمیت این مسأله می‌توانند آن را با سیاست‌گذاران مطرح نمایند. از سوی دیگر اگر مدیران بیمارستان‌ها به این مهم توجه داشته باشند می‌توانند آن را جز قوانین در نظر بگیرند و از پرسنل پرستاری خواستار رعایت آن باشند. یکی دیگر از نتایج این پژوهش این است که علی‌رغم

وجود تلویزیون در همه اطاق‌های بستری و چند دستگاه رادیو ضبط و ویدئو در بخش، اما پرستاران شرکت‌کننده به دلیل حجم کاری بالا زمانی را به استفاده از آن‌ها و یا کشیدن نقاشی و گفتن داستان جهت سرگرم نمودن کودک اختصاص نمی‌دادند در صورتی که می‌توانستند وسایل را در اختیار مادران قرار داده و آن‌ها را تشویق به استفاده نمایند و اهمیت گفتن داستان یا کشیدن نقاشی را برای آن‌ها بازگو کنند. چراکه پژوهش رنیک^۴ (۲۰۰۷) گویای این مطلب است که کودکانی که در حین بستری در حضور مادر یا پرستار نقاشی می‌کشند و یا برای آن‌ها داستان گفته می‌شود، نسبت به سایر کودکان بیشتر بازی می‌کنند، می‌خندند و اشتها و خواب بهتری دارند (۱۵).

در ارتباط با دادن آموزش به والدین جهت مراقبت از کودک و مستقل نمودن آن‌ها تا جای امکان، این پژوهش نشان داد که اکثریت پرستاران (۷۵٪) این مورد را انجام نداده‌اند. مایلز (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نکته دست یافت که ۵۸/۶٪ از والدین برقراری ارتباط و دادن اطلاعات مورد نیاز بستری، ۷۱٪ ایجاد اطمینان و اعتماد به نفس در کودک و والدین و ۵۳٪ انجام مراقبت‌های پرستاری توسط خود را در ایجاد سازگاری کودک و والدین با فرآیند بستری شدن مؤثر دانسته‌اند (۱۰).

پژوهشگران برای این که مشخص نمایند آیا محیط فیزیکی و امکانات و تجهیزات موجود در بخش بر روی عملکرد پرستاران تأثیر می‌گذارد، محیط فیزیکی و امکانات و تجهیزات بخش کودکان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که محیط فیزیکی و امکانات بخش‌های

چرخ‌دار به اطاق بازی ببرد یا ترتیبی اتخاذ نماید که کودک در تخت خود به اسباب بازی دسترسی داشته باشد (۱۱).

نتایج حاصل از پژوهش روبرت^۱ (۲۰۰۷) نیز نشان داد کودکانی که در ایام بستری از امکانات بازی کردن در بخش بهره می‌برند در مقایسه با آنانی که در این مدت به بازی کردن نمی‌پردازند، واکنش‌های سازگاری سریع‌تری از خود نشان می‌دهند و واکنش‌هایی چون اضطراب جدایی به میزان ۶۲٪ کاهش می‌یابد. در این پژوهش چون گروهی که به بازی پرداخته بودند از وسایل پزشکی در حد اسباب بازی استفاده کردند، هنگام دارو دادن، تزریقات یا انجام پروسیجرهای ترسناک ۴۸٪ بیشتر از سایر کودکان همکاری داشتند (۱۲).

شرح قوانین و مقررات بخش کودکان تا حد لازم شامل شرح روتین، اجازه ملاقات و پوشیدن لباس مورد علاقه، به کودک و والدین او در بدو پذیرش اهمیت به سزایی دارد. در این مطالعه به دلیل مشغله کاری پرستاران به خصوص در شیفت صبح که تعداد پذیرش نیز در این شیفت بیشتر است لزوم آن را جزء برنامه‌های کاری خود ندانسته‌اند. آشویل^۲ (۲۰۰۸) معتقد است پرستار در نقش مدافع باید والدین را به ماندن در کنار کودک و خواهر و برادران را به ملاقات تشویق کند و در نقش آموزش‌دهنده پرستار باید قوانین و مقررات بخش را برای کودک و والدین شرح دهد (۱۳).

سافر نیز در تحقیقی نشان داد کودکانی که به طور منظم در زمان بستری ملاقات می‌شوند، ۷۲٪ بیشتر سازگارترند. همچنین در علایمی مانند گریه، واکنش‌های تهاجمی، استقلال و اعتماد به نفس، کودکانی که مادر آن‌ها در طول بستری حضور داشتند و کودکانی که مادر آن‌ها حضور نداشتند اختلاف معنادار نشان داده شد (۸) ($p=0/00$).

محققین معتقدند پوشیدن لباس مورد علاقه کودک در زمان پذیرش یکی از مواردی است که باعث کاهش استرس در او می‌شود در این رابطه میر^۳ (۲۰۰۲) در تحقیق خود به این نتیجه رسید که ۸۱٪ کودکان در زمان بستری دوست دارند لباس خودشان را بپوشند و ۶۲٪ اظهار داشته‌اند در صورتی که مجبور به پوشیدن لباس

- 1 - Robert
- 2 - Ashwill
- 3 - Meyer

4 - Rennick

نتیجه‌گیری

در کل نتایج این پژوهش نشان داد که با توجه به مناسب بودن محیط فیزیکی و وجود امکانات و تجهیزات کافی، پرستاران شرکت‌کننده نسبت به پذیرش کودکان از عملکرد ضعیفی برخوردارند. در این پژوهش اکثریت پرسنل پرستاری بخش کودکان کارشناس هستند. اگر چه آن‌ها در طول تحصیل خود در دروس تئوری و بالینی مربوطه، نحوه پذیرش کودک را آموخته‌اند، اما به دلیل عدم مسؤلیت مستقیم در برابر پذیرش کودک در دوران دانشجویی و عدم به کارگیری از آن، به دیده فراموشی سپرده‌اند. بنابراین با یادآوری نکات به صورت برگزاری کلاس‌های دوره‌ای می‌توان به این مهم تأکید بیشتری کرد و سرپرستاران را موظف نمود که به عنوان جزیی از شرح وظایف، از پرستاران بخواهند استانداردهای پذیرش کودک را رعایت کنند و آن را جزء برنامه‌های روزمره بگنجانند و در ارزشیابی ماهیانه یا سالیانه منظور نمایند و حتی می‌توان پیشنهاد داد به علت اهمیت مسأله پذیرش کودک هنگام تقسیم کار به خصوص در شیفت‌های صبح و عصر که تعداد پذیرش بیشتر است همواره یکی از پرسنل را به عنوان مسؤول پذیرش در نظر بگیرند.

البته عوامل روحی- روانی و فرهنگی نمونه‌ها که بر نحوه عملکرد آن‌ها تأثیر می‌گذارد خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

در این پژوهش میزان آگاهی مدیران و سرپرستاران نسبت به بستری کردن کودک مورد ارزیابی قرار نگرفت. چرا که آن‌ها می‌توانند تأثیر زیادی بر عملکرد پرستاران داشته باشند. همچنین سیستم مدیریتی و کفایت تعداد پرسنل پرستاری و استفاده بهینه از آن‌ها با توجه به استانداردها بررسی نشد. که بهتر است در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از حضور ریاست و معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان که همواره مشوق پژوهشگران بوده‌اند و مدیران محترم بیمارستان‌ها که همکاری‌های لازم را داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

کودکان بیمارستان‌های آموزشی شهر همدان به طور نسبی مطابق با استانداردها است و مطلوب می‌باشد اما اکثریت پرستاران (۹۵٪) هنگام پذیرش کودک از امکانات، تجهیزات و محیط فیزیکی به نحو شایسته استفاده نمی‌کرده‌اند. بین محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات بخش کودکان و عملکرد پرستاران ارتباط معنادار وجود ندارد ($p=0/21$).

مل نیک^۱ در مطالعات خود به این نتیجه رسیده است که محیط فیزیکی بخش اطفال در سازش کودک با بستری شدن تأثیر به‌سزایی دارد. در و دیوارها باید رنگی باشد و با چراغ‌های روشن، تابلو، عکس و نقاشی‌های مخصوص کودکان تزئین شود. پرده‌ها و کمدها بایستی هماهنگ با دیوار باشند. وسایل به طرز چیده شوند که با اندازه کودک متناسب و همچنین ایمنی لازم رداشته باشند (۱۷). نلسون^۲ (۲۰۰۸) می‌نویسد: امکانات و تجهیزاتی که در بخش اطفال بایستی فراهم باشد شامل اطاق بازی، اطاق مخصوص معاینه، تلویزیون، میز و صندلی‌های کوچک و بوفه در محوطه بیمارستان می‌باشد (۱۸).

اگر چه در این پژوهش احتمالاً به دلیل محدود بودن تعداد نمونه و یا یکسان بودن نمونه‌های مورد پژوهش از نظر سن، سابقه کار و وضعیت تأهل ارتباط معناداری بین مشخصات دموگرافیک پرستاران با عملکرد آن‌ها وجود نداشته است اما چون اکثریت واحدهای مورد پژوهش متأهل و جوان، دارای ۲-۱ فرزند و سابقه کار در بخش کودکان هستند و همه آن‌ها زن می‌باشند بنابراین پژوهشگران معتقدند اینگونه پرسنل می‌توانند نسبت به پذیرش کودکان از توانایی بالاتری برخوردار باشند که با آموزش و تأکید بر اهمیت موضوع دور از دسترس نیست. هرینگتون^۳ (۲۰۰۵) نیز در بخشی از مقاله خود می‌نویسد: استفاده از پرسنل جوان زن طوری که خود دارای فرزند باشند در بخش اطفال مناسب‌تر است. چون زنان از روحیه عاطفی بالاتری برخوردارند، نسبت به کودکان تعهد بیشتری دارند و زبان آن‌ها را بهتر می‌فهمند. نتایج حاصل از پژوهش هرینگتون نشان داد زنان در مقایسه با مردان در خصوص آماده‌سازی کودکان برای پذیرش به میزان ۶۰٪ موفق‌ترند. همچنین کسانی در گروه سنی جوان‌تری (۳۰-۲۵ سال) قرار داشتند، از عملکرد بهتری برخوردار بودند (۱۹).

- 1 - Melnyk
- 2 - Nelson
- 3 - Herrington

منابع

- 1 - Arezomanians S. Pediatric nursing of marlo. Boshra Publishing; 2009. P. 56-65.
- 2 - Lambert SA. Variable that affects the school age child's reaction to hospitalization. Maternal Child Nursing Journal. 1994; 3(7): 5-8.
- 3 - Moradi A. Pediatric disease nursing: Saadi Publishing; 2004. P. 40-44.
- 4 - Ansari F. Survey of factors that these cause fear and anxiety in school age children. Thesis for master degree. Shahid Beheshti University. Nursing and Midwifery Faculty. 1995. P. 95-96.
- 5 - Barbero GJ. Children with recurrent hospitalizations: a problem of disabled children, parents and physicians. Journal Developmental Behavior Pediatric. 1990; 12(1): 3-8.
- 6 - Mianji SH. Survey of attitude school age children to admission in hospital thesis for master degree. Tarbiat Modares University. Medical Faculty. 1998. 106-108.
- 7 - Jew let J. Child hood stress. Journal of Pediatric. 2003; 5(1): 4-10.
- 8 - Safer B. Adaptation in hospitalized child. Pediatric. 2000; 2(5): 8-11.
- 9 - Jackson DB. Saunders R. Child health Nursing. Lippincott co. Fourth Edition; 2003. P. 91-98.
- 10 - Miles MS. Support for parent during a child's hospitalization. Acta Pediatric. 2003; 103(2): 162-164.
- 11 - Marks MG. Broadribb's introductory pediatric Nursing J.B Lippincott Co; 2005. P. 19-22.
- 12 - Robert JW. Attachment representation of the self in relation to others. British Journal medicine psychology. 2007; 13(8): 9-15.
- 13 - Ashwill A. Nursing care and practice. Mosby Co; 2008. P. 18-29.
- 14 - Meyer D. Children's responses to nursing attire. Pediatric Nursing. 2002; 18(2): 157-160.
- 15 - Rennick J. Hospitalization a traumatic experience for children. Journal of developmental and behavioral pediatric. 2007; 6(3):27-33.
- 16 - Wheley and Wong. Nursing care of infants and children. Mosby Co; 2006. P. 453-468.
- 17 - Melnyk BM. Coping with unplanned childhood hospitalization: effect of informational interventions on mothers and children. Nursing Research. 2008; 43(1): 50-55.
- 18 - Nelson Y. Pediatric nursing. Lippincott Co; 2008. P. 175-182.
- 19 - Herrington A. hospitalization tips. Pediatric Nursing. 2005; 2(20): 92-95.

Assessing nursing performance regarding admittance of preschool children in educational hospitals, Hamedan

Khodakarami¹ Z (Ph.Ds) - Pashaie Sabet² F (Ph.D) - Nikbakht Nasrabadi³ A (Ph.D).

Introduction: Many Adults remember their hospital admission during childhood. Hospitalization could be terrifying for children. In the other hand, it could be a positive experience, if they get well prepared for hospitalization by nursing plans. First hours of hospitalization are the most important. Therefore, orienting the child to hospitalization process and coping with fears could increase child's self esteem. It would furthermore help the child to adjust with potentially stressful situation in future. The purpose of this study was to identify nursing performances regarding hospital admission of children aged 3-6 years.

Methods: Using descriptive- analytic study method, 20 nurses who have worked in pediatric wards for at least one year, were selected through census sampling. The data were collected through an observational checklist. Nurses' performance was assessed randomly three times a day during morning and evening shifts when the most hospitalization takes place. To know whether nurses' performance was influenced by availability of facilities, another checklist was used to assess physical environment, facilities and equipments of hospital, three times within different days. All statistics were computed by the SPSS software (version 15).

Results: The results revealed that 95 percent of nurses had weak performance at admission time (461 scores of 960). Physical environment and equipments of pediatric wards were found appropriate. No significant correlations were found between nursing performance and physical environment or equipments ($P=0.21$). There was no significant correlations between demographic of participants and nursing performance as well ($P>0.05$).

Conclusion: The study found that physical environment, facilities and equipments of pediatric wards in educational hospitals of Hamadan city is appropriate, eve though nurses' performance weren't good enough in admitting children. It meant physical environment, facilities and equipments didn't had any impact on nursing performance. Therefore, training nurses regarding children admission and how to use the available resources to promote their performance is needed.

Key words: Nursing performance, Admission, Preschool children

1 - Corresponding Author: Faculty Member, Islamic Azad University, Hamadan Branch
e-mail: pashaii1385@Yahoo.com

2 - Faculty Member, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

3 - Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran