

Comparison of the Effectiveness of Educative Story Books and Face-to-Face Education on Anxiety of Hospitalized Children

Hadi Shahrabadi ¹, Shahrbanoo Talebi ^{2,*}, Javad Ganjloo ³, Seyyed Mohsen Asghari Nekah ⁴, Somayyeh Talebi ⁵

¹ MSc in Exercise Physiology, Sabzevar Education, Sabzevar, Iran.

² MSc in Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

³ MSc in Nursing Education, Schools of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

⁴ Assistant Professor, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁵ BSc in Public Health, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

* **Corresponding author:** Shahrbanoo Talebi, MSc in Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. E-mail: shtalebi12@yahoo.com

Received: 23 Oct 2015

Accepted: 05 Jun 2016

Abstract

Introduction: Child hospitalization is one of the sources of anxiety for both the child and his/her parents. Among the strategies for reducing anxiety, non-pharmacological strategies are as important as pharmacological. The purpose of this study was to compare the effectiveness of educative story-books and face-to-face education on anxiety of hospitalized children and their mothers.

Methods: The research project had a quasi-experimental design with pre-test and post-test. The subjects consisted of 81 hospitalized children, aged six to nine years old and mothers in Sabzevar, who were not selected randomly by method. Data collection tools were demographic information questionnaire, Scale of Facial Self-Reported Anxiety and the State Anxiety Inventory. Data were analyzed using SPSS (version 20) and Descriptive Statistics, Shapiro-Wilk, Chi-Square, Paired Sample T Test, Wilcoxon, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Analysis of Variance (ANOVA) and Honestly Significant Difference (HSD).

Results: After the intervention, the results of this study showed that there was a significant difference in anxiety of children, between the educative story-book group and routine group (P-value = 0.006). However, the differences between the educative story-book with face-to-face education groups and face-to-face education with routine groups were not significant (P-value > 0.05). There were significant differences in anxiety of mothers between the educative story-book with routine groups (P-value < 0.001) and face-to-face education group with routine group (P-value = 0.001). However, the difference between the educative story-book and face-to-face education groups was not significant (P-value = 0.079).

Conclusions: The results demonstrated that educative story-books and face-to-face education could reduce the mothers' anxiety. It can be recommended as a popular, practical and efficient tool to prepare children for hospitalization.

Keywords: Book, Anxiety, Children, Hospitalized, Mothers

بررسی مقایسه‌ای تأثیر کتاب داستان آموزشی و آموزش چهره به چهره بر میزان اضطراب کودکان

هادی شهرآبادی^۱، شهربانو طالبی^{۲*}، جواد گنجلو^۳، سید محسن اصغری نکاح^۴، سمیه طالبی^۵

^۱ کارشناس ارشد، فیزیولوژی ورزشی، آموزش و پرورش سبزوار، سبزوار، ایران

^۲ کارشناس ارشد، آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۳ کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

^۴ استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

^۵ کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

* نویسنده مسئول: شهربانو طالبی، کارشناس ارشد، آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. ایمیل: shtalebi12@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۰۱

چکیده

مقدمه: بستری کودک در بیمارستان یک رویداد اضطراب‌زا برای کودک و والدین او محسوب می‌شود. در میان روش‌های کاهش اضطراب، روش غیر دارویی از لحاظ اهمیت مشابه روش دارویی است. هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای تأثیر کتاب داستان آموزشی و آموزش چهره به چهره بر میزان اضطراب کودکان بستری و مادرانشان بود.

روش کار: بررسی با استفاده از روش نیمه تجربی و انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. آزمودنی‌های این پژوهش ۸۱ نفر از کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بخش کودکان شهر سبزوار و مادرانشان بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ابزار چهره‌ای بررسی اضطراب و اضطراب موقعیتی اشیپیل برگر بودند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ و آمار توصیفی، شاپیرو ویلک، کای دو، t وابسته، ویلکاکسون، من ویتنی، کروسکال والیس، ANOVA و آزمون تعقیبی توکی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که بعد از مداخله، تفاوت معناداری در اضطراب کودکان بین دو گروه کتاب داستان آموزشی و روتین وجود داشت (P-value = ۰/۰۰۶)، اما تفاوت معناداری بین دو گروه کتاب داستان آموزشی با روش چهره به چهره و روش چهره به چهره با روش روتین وجود نداشت (P-value > ۰/۰۵). تفاوت معناداری در اضطراب مادران بین گروه‌های کتاب داستان آموزشی با روش روتین (P-value < ۰/۰۰۱) و روش چهره به چهره با روش روتین (P-value = ۰/۰۰۱) مشاهده شد. اما تفاوت معناداری بین دو گروه کتاب داستان آموزشی با روش چهره به چهره مشاهده نگردید (P-value = ۰/۰۷۹).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که کتاب داستان آموزشی و روش چهره به چهره جهت کاهش اضطراب مادران می‌تواند مفید باشد. همچنین کتاب داستان به عنوان یک ابزار محبوب، کاربردی و مؤثر جهت آماده‌سازی کودکان در بیمارستان پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: کتاب، اضطراب، کودکان، بستری، مادران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.
مقدمه

آن‌ها از مشاهده روپوش سفید ترس دارند (۵). اکثر آن‌ها به بیماری و بستری، به‌عنوان یک تنبیه می‌نگرند (۶). تحقیقات نشان می‌دهند که ۶۶/۶ درصد کودکان نسبت به بستری، رفتارهای نامناسبی چون ترس و اضطراب از خود نشان می‌دهند (۷). علاوه بر این تقریباً همه والدین نسبت به بیماری و بستری کودک خود واکنش نسبتاً ثابتی دارند. ترس، اضطراب و یأس، احساسات رایجی است که توسط والدین ابراز می‌شود (۸). در این راستا Davidson و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند برای

در هر ۱۵-۱۰ کودک در انگلستان (در سال ۲۰۱۳) و در هر ۱۹ کودک در ایالات متحده آمریکا (در سال ۲۰۱۱) یک نفر به‌علت بیماری بستری شده‌اند (۱، ۲). در کشور ایران نیز در سال ۱۳۹۳، در بیمارستان واسعی تابعه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار تعداد ۲۴۶۴ کودک به‌دلایل مختلف بستری شده‌اند (۳). بستری کودک هرگز نمی‌تواند بدون تأثیر در زندگی وی باشد (۴). کودکان از پزشکان، پرستاران، خدمه بیمارستان و کارهای بیمارستانی وحشت دارند، به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که

آموزش چهره به چهره بر میزان اضطراب کودکان بستری و مادرانشان انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی سه گروهی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است که در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2015091021663N2 به ثبت رسیده است. جامعه مورد مطالعه، کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان واسعی سبزوار و مادرانشان بودند. نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی (آسان در دسترس) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. همچنین حجم نمونه به روش ذیل برآورد شد:

$$\begin{aligned} (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 / d^2 \quad n &= 3 \times 41 \times (1.96 + 1.28)^2 / 16 = 81 \quad n = 3\sigma^2 \\ \sigma^2 &= \text{ماکزیمم واریانس اضطراب بر اساس مطالعات مشابه،} \\ Z_{1-\alpha/2} &= Z_{1-\beta} = \text{ضریب اطمینان طرح در تعمیم نتایج به جامعه است،} \\ \text{معرف توان} &= Z_{1-\beta} = \text{معرف اثر می‌باشد.} \end{aligned}$$

در نهایت ۸۱ نفر از کودکان و مادرانشان وارد این مطالعه شدند. کودکان و مادران به صورت تصادفی (قرعه کشی) به سه گروه کتاب داستان (۲۷ نفر)، روش چهره به چهره (۲۷ نفر) و روتین (۲۷ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل، کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بیمارستان، برخورداری از هوشیاری کامل، تجربه بستری برای نخستین بار، عدم ابتلا به بدخیمی و سایر بیماری‌های مزمن، عدم استفاده از داروهای ضد اضطراب و مسکن و رضایت والدین و کودک به مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل، کودکان نیازمند به عمل جراحی یا موارد اورژانس، شروع داروی مسکن و ضد اضطراب برای کودک، ترخیص با رضایت شخصی و تعداد روزهای بستری بیش از یک هفته و کمتر از یک روز بود. برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک از یک پرسشنامه دویخی استفاده شد، بخش اول شامل سؤالاتی در رابطه با سن کودک، جنسیت کودک، سن مادر و میزان تحصیلات مادر می‌باشد. بخش دوم اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری، شکایت اصلی، تعداد روزهای بستری و علائم حیاتی در هنگام پذیرش و ترخیص می‌باشد.

برای سنجش اضطراب کودکان، از ابزار چهره‌ای بررسی اضطراب استفاده شد. این ابزار در سال ۱۹۹۰ توسط Piyeri ابداع گردید. با توجه به تصویر ۱، ابزار چهره‌ای بررسی اضطراب شامل ۷ چهره نقاشی کارتون‌ی با ذکر عددی در زیر هر یک می‌باشد، که مقیاس عددی ۰ تا ۶ را می‌سازد. چهره شماره یک حالت خنثی دارد. اما چهره دوم تا هفتم به ترتیب میزان افزایش اضطراب را به نمایش می‌گذارد (۲۰). جهت اندازه‌گیری اضطراب، این ابزار را به کودک نشان داده و از او می‌خواهیم اضطراب خود را که مطابق با یکی از چهره‌هاست، گزارش کند. قبلاً این ابزار توسط محققان دیگری استفاده و پایایی (۰.۸۵ - ۰.۸۵) و روایی آن مورد تأیید بوده است (۷، ۸، ۲۰).

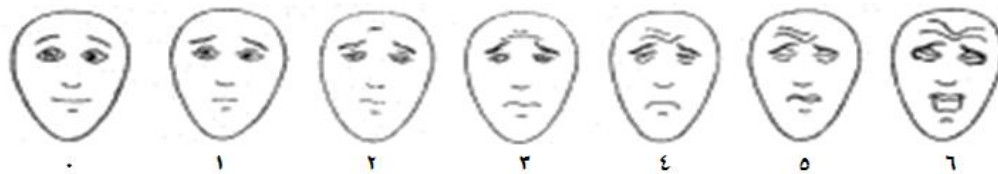
ابزار مورد استفاده برای سنجش اضطراب مادران، پرسشنامه اضطراب موقعیتی Spielberger می‌باشد. این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی شامل ۲۰ سؤال می‌باشد. اضطراب موقعیتی به جنبه پایداری و نسبتاً مداوم اضطراب اطلاق می‌شود، به طوری که فرد بر اساس احساسی که در هنگام پاسخ‌گویی به سؤالات داشت آن را تکمیل می‌کرد. در اضطراب موقعیتی ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۱۰ سؤال

ماه‌ها یا سال‌ها، ۷۰-۳۰ درصد اعضای خانواده، اضطراب و افسردگی بعد از بستری بیمارشان را تجربه کرده‌اند (۹).

اضطراب دائمی کودکان، اضطراب والدین را به دنبال خود دارد (۱۰). افزایش استرس و اضطراب والدین ممکن است بر کودک تأثیر بگذارد، همچنین افزایش اضطراب باعث کاهش توانایی والدین جهت کمک به کودک خود می‌شود (۱۱). Franck و Power (۲۰۰۸) بیان کردند که استرس والدین همچون سدی است که باعث می‌شود تا والدین در مراقبت از کودکشان به شکل مؤثر شرکت نکنند و این می‌تواند تأثیر منفی بر کودک داشته باشد (۱۲). جهت کاهش اثرات سوء ترس و اضطراب ناشی از بستری کودک، تکنیک‌های زیادی پیشنهاد و به کار گرفته می‌شود (۱۳)، که در این بین پرستاران می‌توانند این تکنیک‌ها را به کار گرفته تا به کودک در جهت سازگاری با منابع ترس و نگرانی در طی بستری کمک کنند (۱۴). امروزه روش‌های غیردارویی تسکین درد و اضطراب، توجه نظام‌های پرستاری را به خود جلب کرده است و بیماران نیز به استفاده از این روش‌ها تمایل نشان می‌دهند، همچنین این نوع مداخلات مؤثر، ساده و کم‌خطر می‌باشند و به رعایت زمان خاص و مصرف تجهیزات پرهزینه نیاز ندارند (۱۵). یکی از روش‌های غیردارویی در کاهش استرس و اضطراب کودکان و مادران، روش چهره به چهره است. در این روش کودک و والدین او با محیط فیزیکی و امکانات بخش اطفال و رعایت استانداردهای پذیرش توسط پرستاران، در بدو بستری آشنا شده که می‌تواند موجب افزایش رضایتمندی، سازگاری سریع‌تر کودک و والدین با فرآیند بستری و کاهش اثرات سوء ناشی از آن شده و در نتیجه کودک با خاطره بهتری ترخیص می‌گردد (۱۶).

با این حال یکی از معایب آن زمان‌بر بودن است. از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که بیشتر اطلاعاتی که بیماران حین مشاوره حضوری به صورت کلامی دریافت کرده‌اند، یا قابل فهم نبوده یا فراموش شده‌اند (۱۶). بدیهی است کمبود نیروی انسانی، می‌طلبد که راه‌های مفید و دست‌یافتنی مورد آزمون قرار گیرند (۱۷)، یکی از موارد پیشنهادی استفاده از روش‌های نوشتاری می‌باشد. محققان اذعان داشتند در صورتی که اطلاعات به صورت نوشتاری در اختیار آن‌ها قرار گیرد، پایداری آموخته‌ها به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد. با این حال کارکنان مراقبت‌های بهداشتی همیشه دیدگاه مثبتی نسبت به کتابچه آموزشی ندارند و معتقدند گاهی استفاده این روش می‌تواند سبب نگرانی و اضطراب افراد شود (۱۸). Felder-Puig و همکاران (۲۰۰۳) تأثیر استفاده از کتاب داستان کودکان را بر آمادگی قبل عمل کودکان ۲ تا ۱۰ سال و والدین آن‌ها در آلمان در سال ۲۰۰۲ مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها داستان خرگوشی را که برای عمل جراحی تانسلیکتومی بستری شده بود، به صورت نقاشی‌های رنگ‌آمیزی شده در قالب کتاب در اختیار کودکان و والدین قرار دادند، نتایج نشان داد، استفاده از کتاب آموزشی موجب کاهش اضطراب کودکان و والدین و افزایش همکاری با پرسنل، قبل از جراحی می‌شود (۱۹). انتخاب روش مناسب جهت کاهش اضطراب کودکان و مادران یکی از ضروریات انجام این پژوهش است، همچنین با توجه به این موضوع که مقالات در این زمینه محدود است و تاکنون پژوهشی به مقایسه این دو روش نپرداخته است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر کتاب داستان آموزشی و

محتوای آموزشی یکسان در دو گروه کتاب داستان و چهره به چهره، مربوط به روند بستری و شامل تشکیل پرونده، اختصاص تخت و اتاق به بیمار، نحوه اخذ شرح حال توسط پرستار، جایگذاری کتتر وریدی و نمونه‌گیری خون، سرم‌تراپی و دارودرمانی، استراحت در تخت، آشنایی با سایر پرسنل مانند نیروهای خدمات و توزیع کننده غذا، ویزیت پزشک، اقدامات تصویربرداری، ملاقات و در نهایت ترخیص، خروج کتتر وریدی و خروج بیمار و والدین از بخش بود. جهت تهیه کتاب داستان آموزشی مربوط به فرآیند بستری کودک، محتوای آموزشی در اختیار نقاش و شاعر قرار گرفت. سپس تصاویر و اشعار جهت ارزیابی و روانشناسی به متخصص و روانشناس کودک ارائه شد و نظرات نهایی روانشناس اعمال شد (۲۲). در نهایت در اختیار گروه کتاب داستان قرار داده شد (تصاویر ۲ و ۳).



تصویر ۱: مقیاس خودسنجی اضطراب



تصویر ۲: صفحه‌ای از کتاب فرآیند بستری در بیمارستان (وصل کردن سرم)



تصویر ۳: صفحه‌ای از کتاب فرآیند بستری در بیمارستان (خروج والدین و کودک از بخش)

به‌صورت نمره‌گذاری معکوس می‌باشد. حداقل نمره ۲۰ و حداکثر نمره‌ای که فرد کسب می‌کند ۸۰ می‌باشد. نمرات کمتر یا مساوی ۴۲ بیانگر اضطراب خفیف و بزرگتر یا مساوی ۶۵ بیانگر اضطراب شدید می‌باشد، در غیر این صورت اضطراب متوسط را نشان می‌دهد. (۲۱). روایی پرسشنامه اضطراب موقعیتی Spielberg به کمک روش اعتبار محتوا تعیین شد، بدین صورت که این پرسشنامه‌ها به ده تن از اعضای هیأت علمی و متخصصین داده شد و طبق نظرات و پیشنهادات آنان اصلاحات لازم انجام شد. به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب موقعیتی Spielberg از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، به‌طوری که این پرسشنامه‌ها به ۱۵ نفر از مادران داده شد و سپس پایایی پرسشنامه اضطراب موقعیتی ($\alpha = 0.78$) مورد تأیید قرار گرفت.

پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، پژوهش‌گر به بخش اطفال بیمارستان واسعی مراجعه کرده و با ارائه معرفی‌نامه، رضایت کتبی مسئولین بیمارستان مربوطه را کسب نمود. در بدو پذیرش از طریق مصاحبه با کودک و همراه وی، پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین کودک، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک تکمیل شد، سپس در صورتی که کودک شرایط ورود به این مطالعه را داشت، پرسشنامه اضطراب تکمیل می‌شد. سپس در یک گروه برنامه آشناسازی با کمک کتاب داستان آموزشی اجرا شد. بدین صورت که کتاب داستان قبل از انجام هر اقدامی برای کودک و پس از ارائه توضیحات در اختیار کودکان و مادرانشان قرار داده شد.

در گروه چهره به چهره اولین جلسه آموزشی، در لحظه ورود بیمار و همراه وی به بخش بود و در این جلسه تنها مفاهیم مربوط به روند پذیرش ارائه شد. سایر جلسات آموزشی هر روز صبح در اتاق بیمار و یا اتاق کار پرسنل با حضور بیمار و همراه وی تشکیل شد. آموزش به‌صورت چهره به چهره بوده و تقریباً هر جلسه آموزش بسته به محتوای آموزشی مربوط به روز بستری و سؤالات بیماران و مادران حداکثر ۱۵ دقیقه طول می‌کشید. در طی جلسات آموزش از روش چهره به چهره و متناسب با فهم کودک توأم با تعامل متقابل و پرسش و پاسخ برای اطمینان از درک وی از محتوای آموزشی استفاده شد. در گروه روتین، برنامه همان روش رایج بخش بود و هیچ یک از آموزش‌های فوق به بیمار و همراه وی داده نشد. جهت جمع‌آوری اطلاعات برای تجزیه و تحلیل آماری، در لحظه ترخیص مجدداً پرسشنامه اضطراب در هر دو گروه تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (تعیین میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی و تعیین فراوانی و درصد برای داده‌های کیفی) ANOVA و کای‌دو (برای تعیین همگنی سه گروه از لحاظ مشخصات دموگرافیک)، t وابسته و ویلکاکسون (برای

، اما این تفاوت در بین دو گروه کتاب داستان و روش چهره به چهره و همچنین روش چهره به چهره و روتین معنادار نبود ($P > 0/05$ value). از سوی دیگر نتایج نشان داد، بین گروه کتاب داستان و روش روتین ($P\text{-value} < 0/001$) و همچنین روش چهره به چهره و روتین ($P\text{-value} = 0/001$) تفاوت معناداری در میزان اضطراب کودکان وجود دارد، اما این تفاوت در بین دو گروه کتاب داستان و روش چهره به چهره معنادار نبود ($P\text{-value} = 0/079$).

بحث

در مورد اضطراب کودکان، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که برنامه آشناسازی روند بستری از طریق کتاب داستان نسبت به روش چهره به چهره ارجحیت ندارد، این در حالی است که خواندن کتاب داستان برخلاف روش چهره به چهره نسبت به روش روتین مؤثرتر می‌باشد و باعث کاهش بیشتر اضطراب در کودکان می‌شود. در مورد اضطراب مادران، یافته‌ها حاکی از آن بود که اگر چه بین دو روش کتاب داستان و آموزش چهره به چهره تفاوت معناداری وجود ندارد اما هر دو گروه نسبت به گروه روتین باعث کاهش بیشتر اضطراب در مادران می‌شوند.

Felder-Puig و همکاران (۲۰۰۳) ادعان داشتند کتاب داستان نسبت به روش روتین تأثیر بیشتری بر کاهش اضطراب کودکان و مادرانشان دارد، که نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش حاضر همسو است (۱۹).

مقایسه میزان اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها) و همچنین جهت مقایسه متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها بعد از اجرای برنامه آموزشی از من ویتنی، کروسکال والیس، ANOVA و آزمون تعقیبی توکی و از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در **جدول ۱** نشان داد که سه گروه بر اساس آزمون‌های ANOVA و کای‌دو از نظر متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تحصیلات مادر همگن هستند ($P > 0/05$ value). مطابق **جدول ۲** و با توجه به آزمون ویلکاکسون، متغیر اضطراب (کودکان) در سه گروه پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری نشان داد ($P\text{-value} < 0/001$). همچنین آزمون t وابسته نشان داد متغیر اضطراب (مادران) در سه گروه پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری داشته است ($P < 0/001$). مطابق **جدول ۳**، آزمون کروسکال والیس و ANOVA نشان دادند که در مرحله پیش آزمون سه گروه از نظر متغیر اضطراب تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($P\text{-value} > 0/05$). نتایج آماری حاکی از این بود که پس از برنامه آشناسازی، تفاوت میزان اضطراب در بین سه گروه به ترتیب در کودکان ($P\text{-value} = 0/02$) و در مادران ($P\text{-value} < 0/001$) معنادار بوده است. جهت تعیین محل اختلاف از آزمون من ویتنی و تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه کتاب داستان و روش روتین تفاوت معناداری در میزان اضطراب کودکان وجود دارد ($P\text{-value} = 0/006$).

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه در سه روش کتاب داستان و آموزش چهره به چهره و روتین

P value	کتاب داستان (۲۷ نفر)	روش چهره به چهره (۲۷ نفر)	روش روتین (۲۷ نفر)	
0/768	7/4 ± 1/7	7/3 ± 1/8	7/1 ± 1/3	سن کودک
0/856	29/2 ± 5/4	30/1 ± 5/8	29/7 ± 5/3	سن مادر
0/708				جنسیت
	15(55)	13(48)	12(44)	پسر
	12(45)	14(52)	15(56)	دختر
0/807				سواد مادر
	21(78)	20(74)	22(81)	زیر دیپلم
	6(22)	7(26)	5(19)	دانشگاهی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب قبل و بعد از آموزش در سه روش کتاب داستان و آموزش چهره به چهره و روتین

کتاب داستان	روش چهره به چهره	روش روتین	میزان اضطراب کودکان
3/4 ± 2/0	3/2 ± 2/1	3/0 ± 1/8	پیش آزمون
1/0 ± 0/9	1/7 ± 1/4	2/1 ± 1/6	پس آزمون
<0/001	<0/001	0/001	P value
			مادران
51/4 ± 11/8	50/5 ± 11/9	52/6 ± 12/7	پیش آزمون
31/9 ± 8/7	34/4 ± 8/9	41/2 ± 10/1	پس آزمون
<0/001	<0/001	<0/001	P value

جدول ۳: مقایسه میانگین میزان اضطراب قبل و بعد از آموزش در سه روش کتاب داستان و آموزش چهره به چهره و روتین

P value	کتاب داستان	روش چهره به چهره	روش روتین	میزان اضطراب
کودکان				
۰/۴۸۲	*	*	*	پیش آزمون
				پس آزمون
۰/۰۲	*	*	*	پس آزمون
۰/۱۲۱	*	*	*	پس آزمون
۰/۰۰۶	*	*	*	پس آزمون
۰/۳۳۹	*	*	*	پس آزمون
مادران				
۰/۵۰۸	*	*	*	پیش آزمون
				پس آزمون
<۰/۰۰۱	*	*	*	پس آزمون
۰/۰۷۹	*	*	*	پس آزمون
<۰/۰۰۱	*	*	*	پس آزمون
۰/۰۰۱	*	*	*	پس آزمون

* مشخص نمودن گروه‌های مورد مقایسه

مطالعه حاضر نشان داد، اضطراب مادران در روش روتین نیز کاهش می‌یابد. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق قاسمی و همکاران (۱۳۷۹) همسو است (۲۸). با نگاهی اجمالی می‌توان گفت که مادران به هنگام بستری کودکان خود مضطرب‌تر از زمانی هستند که کودکان آماده ترخیص می‌باشند. همچنین طالبی و همکاران (۱۳۹۴) اذعان داشتند که روش چهره به چهره باعث کاهش اضطراب موقعیتی، خصیصه‌ای و اضطراب کل در کودکان بستری می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۹). موسوی و همکاران (۱۳۹۰) بیان کردند، ترس و اضطراب بیماران بر نتایج و روند بهبودی بعد از بستری تأثیرگذار است، لذا در درمان بیماران علاوه بر جنبه‌های جسمی باید به ابعاد روحی و روانی نیز توجه نمود. برای آمادگی روانی مهم‌ترین نکته، توجه به حیطة آموزش به بیمار است (۳۰).

هدف استفاده از کتاب داستان و روش چهره به چهره آشناسازی کودک با روند بستری می‌باشد، در این زمینه Jackson و Sounders (۲۰۰۳) معتقدند پرستاران بخش کودکان در نقش آموزش‌دهنده باید کودک و خانواده را با سایر پرسنل، همسالان کودک و محیط فیزیکی آشنا سازند. چون وقتی کودکان در محیط ناآشنا و غریب قرار می‌گیرند و مجبورند با افراد غریبه ارتباط برقرار سازند به مراحل قبلی خود برمی‌گردند تا بتوانند با استرس ناشی از بستری مقابله کنند (۳۱). در زمینه حضور فعال پرستاران Kuensting و همکاران (۲۰۰۹) عقیده دارند، با توجه به آن‌که سطح اضطراب کودکان متناسب با سطح اضطراب والدین می‌باشد لازم است که در ابتدا والدین مورد حمایت قرار گیرند بدین صورت که پرستاران می‌توانند با استفاده از یک روش خانواده محور، والدین را به شرکت فعال در مراقبت از کودک و تصمیم‌گیری‌ها تشویق نمایند تا والدین احساس کنترل بر موقعیت را تجربه نمایند (۳۲). Latour و همکاران (۲۰۰۸) هم در این رابطه اظهار نمودند، اگر ارتباط بین پرستار و والدین، یک ارتباط مؤثر و قابل فهم باشد، می‌تواند برای کودک مفید بوده و برای والدین هم با کاهش

اما با مطالعه Kain و همکاران (۱۹۹۶) همسو نیست (۲۳). Li و همکاران (۲۰۰۷) اثر بازی‌درمانی را در گروه مداخله با دریافت آموزش‌های روتین در گروه کنترل بر آمادگی روانی و سطح اضطراب کودکان و والدین مقایسه کردند. در گروه بازی‌درمانی علاوه بر دریافت مراقبت‌های روتین یک هفته قبل عمل، کودک و والدین جهت آشناسازی و بازی به واحد اتاق عمل دعوت شده و به‌صورت نمایشی مراقبت‌های عمل مانند دریافت اکسیژن، بیهوشی و غیره بر روی یک عروسک نمایش داده شد. همچنین کودکان اجازه داشتند وسایل و تجهیزات اتاق عمل را لمس کنند. در طی سه مرحله اندازه‌گیری اضطراب، قبل مداخله، بعد مداخله و بعد عمل جراحی، نتایج نشان داد که اضطراب والدین و کودکان در گروه مداخله در اثر بازی‌درمانی نسبت به گروه کنترل در سطح پایین‌تری قرار دارد (۲۴).

نتایج مطالعه Cumino و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که اطلاعات قبل از بیهوشی بر اضطراب کودکان تأثیر نداشته است. با توجه به این که اضطراب در طی دو مرحله قبل از بیهوشی اندازه‌گیری شد، در گروه تجربی و کنترل دقیقاً قبل از بیهوشی اضطراب افزایش یافته، ولی تفاوتی در بین دو گروه مشاهده نشد (۲۵). قابل ذکر است که در مطالعه حاضر اضطراب در طی دو مرحله، درست قبل و بعد از بستری اندازه‌گیری شد، به‌طوری‌که ممکن است از بین رفتن درد، گذشت زمان و رفع برخی عوامل به‌خصوص در مرحله دوم اندازه‌گیری بر کاهش اضطراب مؤثر باشد. اما در مطالعه Cumino و همکاران (۲۰۱۳) مرحله دوم اندازه‌گیری اضطراب، درست قبل از بیهوشی بوده است، که موجب افزایش طبیعی اضطراب کودکان شده است. در مورد اضطراب مادران، در مطالعه Padda و همکاران (۱۹۹۸) اطلاعات قبل از بیهوشی با استفاده از پمفلت باعث کاهش اضطراب در ۵۶٪ والدین شده است (۲۶). همچنین Kain و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کردند والدینی که از برنامه‌های آموزشی استفاده کرده‌اند از سطح اضطراب پایین‌تری برخوردارند (۲۷).

اضطراب شده، همکاری آنان را افزایش داده و حتی تسلط در مواجهه با یک رویداد بالقوه استرس‌زا را به‌وجود می‌آورد (۸). استفاده از یک کتاب داستان برای تمامی بیماران محدودیت اصلی این مطالعه است. گستردگی بیماری‌ها و نوشتن کتاب داستان برای هر یک از آن‌ها نیازمند صرف وقت و هزینه زیاد می‌باشد، جهت رفع آن سعی شد تنها مفاهیم مشترک در بیماری‌های کودکان مد نظر قرار گرفته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد، آشناسازی روند بستری به‌کمک کتاب داستان و روش چهره به چهره هر دو به یک میزان باعث کاهش اضطراب در کودکان و مادرانشان می‌شود. با توجه به شواهد به‌دست آمده در زمینه تأثیر آشناسازی روند بستری به‌کمک کتاب داستان و روش چهره به چهره بر میزان اضطراب کودکان و مادران، این نتایج می‌تواند در برنامه آموزش به بیمار در دوره بستری و نیز دوره‌های آموزشی پرستاران در زمینه اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر کاهش اضطراب در کودکان بستری به‌کار گرفته شود.

سپاسگزاری

از کلیه مادران، کودکان و دیگر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

- Service NH. Children in Hospital. England: National Health Service; 2013.
- U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. USA: National Center for Health Statistics, 2012.
- Briley J. Pediatric Ward: Ashley Books; 1986.
- Rabiee M, Kazemi Malek Mahmodi S. [Survey the effect of Music Therapy on hospitalization anxiety in children]. J Gorgan Med Univ. 2007;9(33):59-64.
- Majzoobi M, Amani R, Majzoobi F. [Effects of psychological preparation on reduction of surgery anxiety signs in children]. Koomesh. 2013;14(4):466-73.
- Hamed Tavasoli S, Alhani F, Hajizadeh E. [Investigating of the effect of familiarization play on the injective procedural anxiety in B Thalassemic preschool children]. Nurs Res. 2012;7(26):42-9.
- Barbero GJ. Children with recurrent hospitalizations: a problem of disabled children, parents, and physicians. J Dev Behav Pediatr. 1984;5(6):319-24. PMID: 6511929
- Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 7th ed. USA: Elsevier Health Sciences; 2003.
- Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. Crit Care Med. 2012;40(2):618-24. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318236ebf9 PMID: 22080636
- استرس و اضطراب همراه باشد (۳۳). Cumino و همکاران (۲۰۱۳) بیان نمودند، افزایش هماهنگی و کاهش اضطراب کودک در والدینی که در طی بیماری کودکان آرامش دارند، دیده می‌شود (۲۵).
- همچنین Dilani (۲۰۰۰) بیان می‌کند که محیط کالبدی بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارد و محیط‌هایی با تجربه مثبت و منفی می‌توانند سبب شوند که فرد بر استرس خود غلبه کند یا دچار استرس گردد (۳۴).
- Rennick (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان داد، کودکانی که در حین بستری در حضور مادر یا پرستار نقاشی می‌کشند یا برای آن‌ها داستان گفته می‌شود، نسبت به سایر کودکان بیشتر بازی می‌کنند، می‌خندند و اشتها و خواب بهتری دارند (۲۵). در بحث آموزش به بیمار باید به این نکته توجه کرد که به‌کارگیری روش‌ها و فنون آموزشی متناسب با نیازهای فرد، یادگیری را افزایش خواهد داد و استفاده مناسب از وسایل کمک‌آموزشی نیز می‌تواند به‌میزان زیادی صرف وقت و هزینه را کاهش دهد (۳۶). Boundouki و همکاران (۲۰۰۴) بیان نمودند، دریافت اطلاعات به‌صورت نوشتاری باعث افزایش پایداری آموخته‌ها در بیماران می‌شود (۱۸).
- آموزش فرد به فرد و یا نفر به نفر و یا چهره به چهره، یکی از قدرتمندترین راه‌های تأثیرگذار بر فراگیری می‌باشد. در این روش مدرس می‌تواند فرصت یادگیری فعال در شرایط واقعی را درحالی‌که الگوهای مطلوب و متناسب با خصوصیات فردی ارائه می‌دهد، مهیا سازد (۳۷).
- استفاده از آموزش چهره به چهره و افزایش آگاهی کودک، و این‌که قرار است در طول پروسیجر چه اتفاقی بیفتد، به‌طور مؤثری استرس را کاهش می‌دهد (۳۸). آمادگی کودکان برای پروسیجرها سبب کاهش
- Alahyari A, Alhani F. [Methods and procedures for preparing the child injections for reduce pain]. Iran J Pediatr. 2005;1(1):238.
- Talebi S, Ganjloo J, Shahrabadi H. [hospitalized children's fear and anxiety]. Sabzevar, Iran: Khamsah Al Nojaba Press; 2016.
- Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. J Adv Nurs. 2008;62(6):622-41. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x PMID: 18503645
- Mola F, Khangari S, Haghani H. [Effect of play on fear of hospitalized]. Iran J Nurs. 2001;13(27):51-6.
- Khodakarami Z, Pashaie F, Nikbakht A. [Assessing nursing performance regarding admittance of preschool children in educational hospitals, Hamedan]. Nurs Res. 2010;4(15):23-9.
- Sadeghi T, Shamshiri M, Mohammadi N, Shoghi M. [Effect of Distraction on Children's Behavioral Responses to Pain During IV Catheter Insertion]. Tehran Univ Med Sci. 2013;18(4):1-9.
- Noorian K, Rajaei M, Moazeni M, Aein F. [Compare the effectiveness of face-to-face educationwithleaflet on preoperative knowledge of patients undergoing elective surgery- A randomized clinical trial]. J Clin Nurs Midwifery. 2013;2(3):1-7.
- Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. [The comparison of two video method and face to face in patients]. Payesh. 2013;11(6):907-12.

18. Boundouki G, Humphris G, Field A. Knowledge of oral cancer, distress and screening intentions: longer term effects of a patient information leaflet. *Patient Educ Couns.* 2004;53(1):71-7. DOI: [10.1016/S0738-3991\(03\)00118-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00118-6) PMID: [15062907](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15062907/)
19. Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gadner H, Stark H, Pfluegler A, et al. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003;67(1):35-41. PMID: [12560148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12560148/)
20. Mamiyanlo H. [Investigating of the effect of play on anxiety in hospitalized school children in the children's medical center]. *Modares J Med Sci.* 2001;4(1):55-62.
21. Spielberger CD. *Manual for the State-trait anxiety inventory (form Y) ("self-evaluation questionnaire")*: Consulting Psychologists Press; 1983.
22. Talebi S, Shahrabadi H, Ganjloo J. [Process of hospitalization]. Sabzevar: Khamsah Al Nojaba Press; 2015.
23. Kain ZN, Mayes LC, Caramico LA. Preoperative preparation in children: a cross-sectional study. *J Clin Anesth.* 1996;8(6):508-14. PMID: [8872693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8872693/)
24. Li HC, Lopez V, Lee TL. Psychoeducational preparation of children for surgery: the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns.* 2007;65(1):34-41. DOI: [10.1016/j.pec.2006.04.009](https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.009) PMID: [16872785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16872785/)
25. Cumino Dde O, Cagno G, Goncalves VF, Wajman DS, Mathias LA. Impact of preanesthetic information on anxiety of parents and children. *Braz J Anesthesiol.* 2013;63(6):473-82. DOI: [10.1016/j.bjane.2013.04.003](https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.04.003) PMID: [24565345](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565345/)
26. Yerkes EB, Cain MP, King S, Brei T, Kaefer M, Casale AJ, et al. The Malone antegrade continence enema procedure: quality of life and family perspective. *J Urol.* 2003;169(1):320-3. DOI: [10.1097/01.ju.0000041721.26576.92](https://doi.org/10.1097/01.ju.0000041721.26576.92) PMID: [12478181](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12478181/)
27. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Mayes LC, Weinberg ME, Wang SM, MacLaren JE, et al. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiology.* 2007;106(1):65-74. PMID: [17197846](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17197846/)
28. Ghasmee F, Khanjaree S, Vasefi M, Haghani H. [Study of maternal anxiety after hospitalization of their children, before and after his/her discharge]. *Nurs Midwifery Iran.* 2001;13(27):30-5.
29. Talebi S, Ganjloo J, Asghari Nekah S, Rakhshani M. [Comparison the effect of orientation program used by visual concept map and face to face method on fear and anxiety of children]. *Iran J Pediatr Nurs.* 2015;4:32-44.
30. Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hossein Nakhaie F. [The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman, 2008]. *Res Nurs.* 2011;6(21):235-42.
31. Jackson D, Sounders R. *Child Health Nursing*. 4th ed: Lippincott co; 2009.
32. Kuensting LL, DeBoer S, Holleran R, Shultz BL, Steinmann RA, Venella J. Difficult venous access in children: taking control. *J Emerg Nurs.* 2009;35(5):419-24. DOI: [10.1016/j.jen.2009.01.014](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.01.014) PMID: [19748021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748021/)
33. Latour JM, van Goudoever JB, Hazelzet JA. Parent satisfaction in the pediatric ICU. *Pediatr Clin North Am.* 2008;55(3):779-90, xii-xiii. DOI: [10.1016/j.pcl.2008.02.013](https://doi.org/10.1016/j.pcl.2008.02.013) PMID: [18501765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18501765/)
34. Dilani A. *Psychosocially Supportive Design: Scandinavian Healthcare Design*; 2000.
35. Rennick J. Hospitalization a traumatic experience for children. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;6(3):27-33.
36. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
37. Mousavi R, Mousavi S, Akbari Zardkhaneh S. [Assessment and Diagnosis instruments of anxiety disorders among child and adolescents]. *JAUMS.* 2008;6(2):145-54.
38. Ball J, Bindler RMG. *Pediatric Nursing: Caring for Children*. 4th ed: Pearson/Prentice Hall; 2003.