

بررسی کیفیت ارتباط کلامی گروه درمان با کودکان زیر سه سال بستری در بیمارستان

زهرا گودرزی*^۱، آسیه درویش^۲، دکتر فیروزه نیلی^۳، دکتر کتایون خوشابی^۴، عباس مهران^۵، سوسن نوری کرمانشاهی^۶،
فریبا تباری^۷، خورشید وسکویی^۸، تهمنینه ناجی^۹، رضوان قدوسی^{۱۰}

۱. مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۲. مربی، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۴. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد آمار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۶. مربی، گروه داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۷. مربی، گروه داخلی و جراحی، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۸. کارشناس ارشد، گروه پرستاری، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۹. کارشناس ارشد، گروه پرستاری، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران
۱۰. کارشناس ارشد، گروه پرستاری، بیمارستان مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: کودکان به دلایل مختلف، تجربه بستری شدن در بیمارستان را دارند. نظر به اهمیت برقراری روابط انسانی و ارتباط کلامی با آن‌ها در توسعه احساس امنیت و اعتماد آن‌ها به گروه درمان، مطالعه حاضر با هدف تعیین نحوه برقراری ارتباط کلامی گروه درمان با کودکان زیر سه سال بستری در بیمارستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. آزمودنی‌ها کلیه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران مشتمل بر ۲۵۳ پرستار و ۸۷ پزشک بودند. ابزار مطالعه شامل پرسش‌نامه اطلاعات فردی و چک لیست برقراری ارتباط کلامی در سه سطح ارتباط خوب، متوسط و ضعیف بود. هم‌چنین برای ارزشیابی دقیق‌تر تفاوت‌های سنی و نیازهای ارتباطی، چک لیست پژوهشگر ساخته در دو گروه سنی ۰-۱ سال و ۱-۳ سال تنظیم شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون مجذور کای دو (X²) و آزمون دقیق فیشر در نرم افزار اس پی اس ۱۱ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بیشترین درصد پرستاران بالین (۴۱/۹ درصد) با کودکان زیر یک سال و ۶۰/۸ درصد آن‌ها با کودکان ۱-۳ سال دارای ارتباط کلامی ضعیف، ۴۲/۳ درصد سرپرستاران با کودکان زیر یک سال و ۱-۳ سال دارای ارتباط کلامی خوب و بیشترین درصد پزشکان (۳۸/۴ درصد) با کودکان زیر یک سال و ۴۸/۹ درصد آن‌ها با کودکان ۱-۳ سال ارتباط کلامی خوب داشتند. بین کیفیت برقراری ارتباط کلامی پرستاران بالین با مشخصات فردی دارا بودن فرزند، سطح تحصیلی، نوبت کاری و سرپرستاران با سطح تحصیلی همبستگی معنی‌دار آماری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد کیفیت برقراری ارتباط کلامی بیشترین درصد پرستاران بالین با کودکان زیر سه سال بستری در سطح ضعیف و کیفیت ارتباط کلامی بیشترین درصد سرپرستاران و پزشکان با کودکان زیر سه سال بستری خوب می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ارتباط، سخن گفتن، گروه درمان، کودکان بستری

مقدمه

کودکان در محیط ناآشنای بیمارستان نیازمند برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی با مراقبین خود هستند. توسعه فرهنگ

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا گودرزی، تهران، میدان توحید، جنب بیمارستان امام خمینی (ره)، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران،

یکی از نیازمندی‌های ضروری و روحی بشر محبت است و تأمین آن تأثیر به‌سزایی در ساختار شخصیت انسان به خصوص در مراحل اولیه زندگی دارد. تعالیم اسلام برای ساختن شخصیت انسانی تمام مربیان را امر به محبت به کودک می‌نماید (جعفرنژاد، ۱۳۸۲). بنابراین، ارتباط کلامی با بیان کلمات محبت آمیز، ملایم، شیرین و دوستانه با کودک در رشد شخصیت کودک اثرگذار است و بدین طریق کودک تشویق به برقراری ارتباط با بزرگترها می‌شود.

در طی اولین ماه‌های سال اول زندگی، شیرخوار شروع به تقلید از رفتارهای افراد پیرامون خودش، نظیر لبخند و حرف زدن برای شروع تعامل اجتماعی شدن می‌کند. همین‌طور که شیرخواران بزرگ‌تر می‌شوند، قادرند در مقابل گروه‌های اجتماعی نظیر مراقبین بهداشتی رفتارهایی را بروز دهند و به مرور در ارتباط با غریبه‌ها واکنش نشان دهند (Warren & Halton, ۲۰۰۳). از آنجا که کودکان از رخداد‌های روزمره در زندگی خود تجربه قبلی ندارند. در برخورد با لحظه‌های ناخوشایند دچار تنش، ترس و نگرانی می‌شوند (Butler و همکاران، ۲۰۰۵). کارکنان مراکز بهداشتی درمانی باید قادر به شناخت و انجام تدابیر لازم در رفتار با کودکان در تمام مراحل هر یک از اقدامات درمانی و بهداشتی باشند، هر چند که بزرگ‌ترها معمولاً تصور می‌کنند که کودکان به دور از مشکلات و سختی‌ها هستند، اما کودکان هم نسبت به این‌گونه احساسات بیگانه نیستند. برآورد شده است که ۳۵ درصد از کودکان آمریکایی تجربه تنش ناشی از مشکلات درمانی دارند (Bernard, ۲۰۰۲). پزشکان، پرستاران و دیگر افراد گروه درمان برای انجام مراقبت مؤثر از کودکان بستری، باید مهارت‌های ارتباطی خاصی را به کار گیرند. مهارت ارتباطی شامل ارتباط کلامی و غیرکلامی با کودک و خانواده‌اش، گوش دادن به سخنان کودکان و والدین آن‌ها از کلیدهای اساسی برقراری ارتباط با کودکان است (James و همکاران، ۲۰۰۲). کیفیت مراقبت می‌تواند توسط برقراری ارتباط افزایش یابد (Caris-Verhallen و همکاران، ۱۹۹۹؛ Wanzer و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه تدینی (۱۳۸۱) مشخص شد که ۷۶/۷ درصد از پرستاران مورد مطالعه با کودکان بستری ارتباط ضعیف داشتند. در مورد تأثیر آموزش به پزشکان و پرستاران در زمینه کسب مهارت‌های برقراری ارتباط با مددجویان مطالعاتی انجام شده است (Silverman و همکاران، ۱۹۹۸). در مطالعه دیگری اشاره شده است. که جهت ارتقای کیفیت مراقبت و افزایش رضایت بیماران، باید به آموزش مهارت‌های ارتباطی و هم‌چنین نظارت بر آن توجه بیشتری داشت (Rundquist & Severinsson,

کودکان در تبادل ارتباطات با دیگران نهادینه می‌شود. کودک زیر یک سال، پیش از شروع استفاده از زبان، برای برقراری ارتباط، شیوه‌های گریه، صدای غیر مشخص و اشاره را به کار می‌گیرد (Jakkula, ۲۰۰۶؛ اسلامیه، ۱۳۸۵). نوزاد از بدو تولد صداها را می‌شنود و به محیط حساس است و صداها قشنگی از خود می‌سازد، سپس تا یک سالگی رشد زبانی کودک در حد تکرار یک کلمه و تقلید صداها و کلمات مراقبین خود پیشرفت می‌کند (Ortiz-Mantilla و همکاران، ۲۰۱۰). صحبت صمیمی و آرامش دادن، موجب اطمینان شیرخوار می‌شود. رفتار افراد مراقبت‌کننده در حین مراقبت، می‌تواند بر میزان خلق و خوی و سبک رفتاری کودک تأثیر مثبت یا منفی بگذارد. حمایت از قدرت تکلم برای نیاز ارتباطی کودک مفید است. زمان کار با کودک زمان مناسبی برای بازی و صحبت با کودک است و کودکان توسط مکالمه با دیگران، اعتماد و احساس امنیت خود را توسعه می‌دهند (Bounce & Mitchel, ۲۰۰۱).

بستری شدن در بیمارستان، تجربه جدیدی به شیرخواران و کودکان خردسال می‌دهد؛ ضمن این‌که نگرانی والدین نیز به کودکان شان القاء می‌شود. شیرخواران ممکن است به علت بستری شدن از نظر عاطفی آشفته شوند و اگر گروه درمان قادر به مراقبت محبت آمیز نباشند، علاوه بر مشکل جدایی از والدین، ممکن است کودک دچار محرومیت حسی و محرکات اجتماعی، شناختی و تغییر کیفیت زندگی شود (ولی زاده و همکاران، ۱۳۸۱).

نیازهای کودکان بیمار مشابه کودکان سالم است و گروه درمان از نظر برآوردن بخشی از نیازهای آن‌ها در هنگام بستری مسئول می‌باشند. کودکان نیاز دارند به مراقبین خود اعتماد کنند. از آنجا که کودکان قادر به قضاوت درباره شایستگی کادر بهداشتی و درمانی نیستند، درک آن‌ها صرفاً به نحوه ارتباط خودشان با گروه درمان محدود است. شیرخواران یا کودکان، در صورتی که با نامی که والدین آن‌ها را خطاب می‌کنند، صدا زده شوند، معمولاً احساس امنیت بیشتری خواهند کرد. از آنجا که در زمان بستری نیز باید زمینه ارتقای رشد و تکامل فراهم شود، لذا گروه درمان باید تا اندازه‌ای در جریان رفتار کودک در خانه قرار گرفته و تا حد ممکن آن را در بیمارستان پی‌گیرند (Keller و همکاران، ۲۰۰۸). برای کودک بیش از ابزار یا روش‌ها، ارتباط بین خودش و گروه درمان اهمیت دارد. لذا گروه درمان علاوه بر تأمین استراحت و مراقبت جسمی از کودکان بیمار، باید نگرانی‌ها را در آن‌ها شناسایی و با گوش فرا دادن به شکایات و نشان دادن توجه، آن‌ها را تسکین دهند (ذوالفقاری، ۱۳۸۲؛ Le Roy و همکاران، ۲۰۰۳؛ Zelikovsky و همکاران، ۲۰۰۱).

با نام کوچک، خودداری از تند صحبت کردن، گوش دادن به حرف های کودک، صحبت با لحن آرام و رفتار دوستانه و استفاده از کلمات شیرین و متناسب با درک کودک بود. پرسش نامه مشخصات فردی گروه درمان شامل سوال هایی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، دارا بودن فرزند، دارا بودن فرزند زیر سه سال، رتبه تحصیلی دانشگاه (پزشکان و پرستاران)، علاقه به بخش اطفال، نوبت کاری (صبح، عصر، شب، در گردش)، دارا بودن نوبت کاری دوم (در بیمارستان مربوطه و یا هر بیمارستان دیگر)، گذراندن دوره آموزش ضمن خدمت در حیطة آشنایی با اصول رفتار و برقرار کردن رابطه با کودکان در سنین مختلف بود. جهت تعیین اعتبار ابزار جمع آوری اطلاعات، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین صورت که فرم پرسش نامه مشخصات فردی و چک لیست به رویت ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران رسید و سپس نظرهای اصلاحی آن ها بررسی و با هدف ارتقاء کیفی ابزار مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار از روش ارزیابی هم زمان استفاده شد، در این روش دو نفر از پژوهشگران که نسبت به هدف پژوهش و معیارهای ارزشیابی ارتباط کلامی اطلاعات کاملی داشتند، به طور هم زمان ۲۰ مورد از آزمودنی ها را از نظر برقراری ارتباط کلامی با کودکان هدف و از طریق مشاهده مورد بررسی قرار دادند سپس ضریب همبستگی اسپیرمن- براون بین مشاهده های ثبت شده با چک لیست محاسبه شد (۴۳۰/۷۷).

برای رعایت اصول اخلاقی، پس از هماهنگی و اطلاع مسئول دفاتر پرستاری محل اجرای پژوهش، گردآوری داده ها با چک لیست مذکور توسط پژوهشگران در هنگام انجام هر گونه رویه درمانی از قبیل معاینه های بالینی و یا مراقبت های پرستاری، برای هر یک از نمونه های پژوهش که وارد طرح می شدند در سه نوبت کاری مختلف انجام شده و پرسش نامه مشخصات فردی نیز تکمیل می گردید. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آن ها توسط آمار توصیفی و آمار تحلیلی شامل مجذور کای (۲٪) و آزمون دقیق فیشر با نرم افزار آماری اس پی اس ۱۱ انجام گردید.

یافته ها

یافته های پژوهش در زمینه مشخصات دموگرافیک؛ اطلاعات پرستاران بالین (۲۲۷ نفر)، سرپرستاران (۲۶ نفر) و پزشکان (۸۷ نفر در جدول ۱) ارائه شده است.

Ammentorp و همکاران (۲۰۰۷) تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی به پزشکان و پرستاران را بر کارایی آن ها بررسی نمودند و نشان دادند که مهارت ارتباط در افراد دوره دیده تا ۳۷ درصد بهبود یافت. هم چنین در دیگر مطالعات به اهمیت جنبه های ارتباطی و طول زمان مشاوره پزشکی مفید با کودکان در اخلاق حرفه ای اشاره شده است (Mishna و همکاران، ۲۰۰۴؛ Hansson و همکاران، ۲۰۰۷).

مهارت های برقراری ارتباط بر تجربه بستری شدن در بیمارستان تأثیر گذار است. روشن است که پرستاران با داشتن مهارت ارتباط با بیمار در کاهش اضطراب بیمار و خانواده اش نقش اساسی دارند (Baile و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به این که یکی از پایه های رشد شخصیت انسانی دوره سنی زیر سه سال است، کودکان در سنین نوزادی و نوپایی نیاز به توجه و مراقبت های خاص خودشان در قالب برقراری روابط انسانی دارند. بنابراین، مطالعه حاضر جهت بررسی نحوه ارتباط کلامی گروه درمان با کودکان زیر سه سال بستری در بیمارستان انجام شد.

مواد و روش ها

بررسی توصیفی- مقطعی حاضر در بخش های کودکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۶ انجام شده است. جامعه پژوهش، کلیه پرستاران و پزشکان شاغل در این بخش ها شامل ۲۶۰ پرستار و ۹۰ پزشک بودند که در ابتدا همگی آن ها به صورت سرشماری برای اجرای پژوهش انتخاب شدند و تعدادی به دلایل عدم حضور یا مخدوش بودن اطلاعات گردآوری شده حذف شدند. لذا نمونه نهایی مطالعه، مشتمل بر ۲۵۳ پرستار (۲۲۷ نفر پرستار بالین و ۲۶ نفر سرپرستار) و ۸۷ پزشک بود. پس از مطالعه متون چک لیست کیفیت برقراری ارتباط کلامی تهیه و جهت تعیین اعتبار آن، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. گویه های چک لیست، حاصل مطالعه عمیق کتب، مقالات، تجارب پژوهشگران و مشاوره با صاحب نظران بوده است. چک لیست با مقیاس انجام می دهد (با امتیاز ۱) و انجام نمی دهد (با امتیاز ۰) امتیاز بندی شد و کیفیت ارتباط کلامی در سه سطح؛ ارتباط خوب (بیشتر از ۷۵ درصد)، ارتباط متوسط (۵۰ تا ۷۵ درصد) و ارتباط ضعیف (کم تر از ۵۰ درصد) تنظیم شد. هم چنین برای ارزشیابی دقیق تر مربوط به تفاوت های سنی و نیازهای ارتباطی در دو گروه سنی ۰-۱ سال و ۱-۳ سال تنظیم شد. چک لیست کودکان ۰-۱ سال، شامل ۱۵ سؤال و کودکان ۱-۳ سال شامل ۳۷ سؤال در زمینه ارتباط کلامی در سنین مورد نظر، نظیر احوال پرسی با کودک، صدا کردن کودک

جدول ۱: توزیع فراوانی واحد های مورد مطالعه بر حسب مشخصات فردی اجتماعی

مشخصه فردی و اجتماعی				تعداد کل	نمونه پژوهش	فراوانی
مشخصه دموگرافیک						
جنس	زن		مرد		۲۲۷	پرستار بالین سرپرستار پزشک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	۲۱۸	۹۶/۰۴	۹	۳/۹۶		
تاهل	متاهل		مجرد		۲۲۷	پرستار بالین سرپرستار پزشک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	۱۳۱	۵۷/۷	۹۶	۴۲/۳		
سن	۲۰-۳۰ (سال)		۳۰-۴۰ (سال)		۲۲۷	پرستار بالین سرپرستار پزشک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	۱۳۲	۵۸/۳	۷	۳/۰۷		
وضعیت استخدام	رسمی		پیمانی		۲۲۷	پرستار بالین سرپرستار پزشک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	۱۰۷	۴۷/۲	۳۹	۱۷/۲		
دوره آموزش ضمن خدمت	بله		خیر		۲۲۷	پرستار بالین سرپرستار پزشک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
	۲۱	۹/۳	۲۰۶	۹۰/۷		

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد کیفیت ارتباط کلامی و سمت شغلی پزشکان و پرستاران بر حسب سن کودکان بستری در بخش کودکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران

سن کودک	کیفیت ارتباط	سمت شغلی			
		پرستار بالین	سرپرستار	پزشک	سمت شغلی
۰-۱ سال	خوب	۳۰/۴	۱۱	۴۲/۳	۳۳
	متوسط	۲۷/۷	۶	۲۳/۱	۳۱
	ضعیف	۴۱/۹	۹	۳۴/۶	۲۲
۱-۳ سال	خوب	۲۴/۲	۱۱	۴۲/۳	۴۲
	متوسط	۱۵	۶	۲۳/۱	۲۱
	ضعیف	۶۰/۸	۹	۳۴/۶	۲۳

در رابطه با کیفیت ارتباط کلامی پرستار با کودکان بستری زیر سه سال و مشخصات فردی پرستاران، یافته ها نشان داد بین کیفیت برقراری ارتباط کلامی پرستاران بالین با کودکان زیر یک

یافته ها در رابطه با کیفیت ارتباط کلامی پرستاران با کودکان بستری، نشان داد بیشترین درصد پرستاران بالین، (۴۱/۹ درصد) اکثر با کودکان زیر یک سال و ۶۰/۸ در صد (۱۳۸ نفر)، آن ها با کودکان ۱-۳ سال دارای ارتباط کلامی ضعیف بودند. بیشترین درصد سرپرستاران، (۴۲/۳ درصد) با کودکان ۰-۱ سال و (۴۲/۳ درصد) با کودکان ۱-۳ سال دارای ارتباط کلامی خوب بودند. یافته های پژوهش در رابطه با کیفیت برقراری ارتباط کلامی پزشکان با کودکان بستری، نشان داد که بیشترین درصد پزشکان، (۳۸/۴ درصد)، با کودکان زیر یک سال و (۴۸/۹ درصد) آن ها با کودکان ۱-۳ سال دارای ارتباط کلامی خوب بودند (جدول ۲).

کارشناسی ارشد در سطح ضعیف بود. هم چنین بین کیفیت برقراری ارتباط کلامی سرپرستاران با کودکان زیر یک سال و سطح تحصیلی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/046$). به این ترتیب که ارتباط کلامی بیشتر سرپرستاران با تحصیل کارشناسی در سطح خوب و سطح تحصیلی کارشناسی ارشد در سطح متوسط بود (جدول ۳).

سال و داشتن بودن فرزند ($P=0/008$) و هم چنین با کودکان ۳-۱ سال و نوبت کاری ($P<0/001$) و سطح تحصیلی ($P<0/001$) همبستگی معنی دار آماری وجود داشت. به این صورت که ارتباط کلامی اکثر پرستاران بالین دارای فرزند در سطح ضعیف و بدون فرزند در سطح متوسط بود. ارتباط کلامی پرستاران دارای برنامه نوبت کاری در گردش و صبح در سطح ضعیف و در نوبت کاری شب و عصر در سطح خوب بود، با تحصیلی کارشناسی و

جدول ۳: همبستگی کیفیت ارتباط کلامی و مشخصات فردی و اجتماعی گروه نمونه

P value	مشخصه دموگرافیک				سطح ارتباط	متغیر	سن کودک	نمونه پژوهش		
	صبح	عصر	شب	در گردش						
$P=0/001$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	خوب	نوبت کاری	۱-۳ سال	پرستار بالین		
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۱۳	۲	۲	۲۱						
$P=0/008$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	متوسط	دارا بودن فرزند	۰-۱ سال		سرپرستار	
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۱۲	۱	۱	۱۱/۶						
$P=0/001$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	ضعیف	سطح تحصیل	۱-۳ سال			سرپرستار
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۱۴	۰	۰	۶۷/۴						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	خوب	سطح تحصیل	۰-۱ سال	سرپرستار		
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۳۳/۳	۳۴	۳۴	۰						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	متوسط	سطح تحصیل	۰-۱ سال		سرپرستار	
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۳۰/۸	۴۵	۴۴	۰						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	ضعیف	سطح تحصیل	۰-۱ سال			سرپرستار
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۳۵/۹	۴۹	۶۰	۱۰۰						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	خوب	سطح تحصیل	۰-۱ سال	سرپرستار		
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۱۱	۱۱	۱۱	۰						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	متوسط	سطح تحصیل	۰-۱ سال		سرپرستار	
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۴	۴	۴	۰						
$P=0/046$	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	ضعیف	سطح تحصیل	۰-۱ سال			سرپرستار
	درصد	درصد	درصد	درصد						
	۹	۹	۹	۰						

بسیاری از پرستاران در حین گذر از دوره آموزش پرستاری عمومی و شروع به کار در مراکز درمانی و بهداشتی احساس نیاز به آموزش های ویژه اصول برقراری ارتباط با مددجویان در مراکز درمانی و بهداشتی دارند (Casey, 2004). گاهی حتی برای اداره برقراری ارتباط با مددجویان خود احساس ناتوانی می کنند (Kramer, 1974). مطالعه های بسیاری ثابت کرده اند که امروزه انتظار از پرستاران افزایش یافته است (Fallowfield و همکاران, 2001). از طرفی پرستاران بخش اطفال مسئول اداره تنش کودک در زمان انجام هر گونه اقدام درمانی و ارتقا دهنده ارتباط شفابخش و امداد رسان همه جانبه از طریق شناخت و درک تنش کودک هستند (Bernard, 2002).

نتایج مطالعه Pelander و همکاران (2007)، مبتنی بر بررسی کیفیت پرستاری از دیدگاه ۳۸۸ کودک در گروه سنی ۱۱-۷ سال در فنلاند نشان داد که نوع محیط مراقبت، انسان دوستی پرستاران، قابل اعتماد بودن آن ها و مراقبت کردن و برقراری

بین کیفیت ارتباط کلامی گروه نمونه برخی مشخصات فردی آن ها از جمله شامل سن، جنس، تأهل، وضعیت استخدامی، دارا بودن فرزند زیر سه سال، علاقه به بخش کودکان، گذراندن دوره آموزش ضمن خدمت و دارا بودن نوبت کاری دوم ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشد ($P>0/05$).

بحث

در مطالعه حاضر پایین بودن کیفیت ارتباط کلامی پرستاران نشان داده شد. بیشترین درصد پرستاران بالین (۶۰/۸ درصد) دارای ارتباط کلامی ضعیف با کودکان بستری زیر سه سال بودند که با نتایج تدینی (۱۳۸۱) هم خوانی دارد. با این تفاوت که پژوهش تدینی در زمینه ارتباط پرستار با کودکان بین ۳ تا ۶ سال انجام شده است. برآیند این یافته ها بر ضعف پرستاران در برقراری ارتباط کلامی با کودکان دلالت داشته و نیازمند علت یابی بیشتر و تلاش در جهت رفع این مشکل می باشد.

اطمینان از امنیت کودک و توجه به نیاز کودکان به ارتباط کلامی هستند. در نهایت کودکان خواستار ارائه توضیح دلایل برای هر یک از اقدامات درمانی یا مراقبتی و دادن پاسخ صادقانه و حمایت متناسب با نیاز سنی خودشان بودند. آن‌ها تمایل داشتند، پرستاران از تصور این که حضور والدین منجر به پوشش یا کاهش وظیفه پرستار در برقراری ارتباط با کودک می‌شود، اجتناب کنند. لازم به ذکر است نتایج پژوهش فوق در تهیه گویه‌های چک لیست مطالعه حاضر مد نظر قرار گرفت.

هم چنین در مطالعه حاضر بیشتر متغیرهای فردی بر ارتباط کلامی گروه درمان تأثیری نداشت. لذا از نظر پژوهشگران برقراری ارتباط با مددجویان هر مؤسسه‌ای در قالب قوانین همان مؤسسه یا واحد خدمات درمانی و بهداشتی تعریف می‌شود. ضروری است تمام مراکز درمانی نگاهی نو به مهارت‌های ارتباطی کارکنان خود بخصوص پرستاران و پزشکان در تنظیم دوره‌های آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط با کودکان و خانواده‌های آن‌ها داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح پژوهشی شماره ۸۵/۰۱/۲۸/۳۳۶۶ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران است. بدین وسیله از کلیه همکاران محترم مورد پژوهش و هم چنین دفاتر پرستاری بیمارستان‌های تابعه که در این بررسی پژوهشگران را یاری رساندند تشکر و قدردانی بعمل می‌آید. هم چنین مراتب تشکر و قدردانی را از خانم خدیجه خسروی معاون آموزشی وقت دانشکده پرستاری و مامایی و از خانم دکتر نرگس صالح و آقای دکتر فرهاد حاتمی در دفتر توسعه و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در ارائه گزارش برنامه ریزی آموزش مربوط به مهارت‌های ارتباطی گروه پرستاران و پزشکان اعلام می‌شود.

ارتباط کلامی دوستانه پرستاران در حد عالی است، ولی بیشترین درصد کودکان در زمینه فعالیت‌های سرگرم کننده و بازی با آن‌ها شاکمی بودند.

از آنجا که حیطه تحصیل رشته پرستاری در ایران شامل پرستاری عمومی در برگزیده تمامی حیطه‌های مراقبت‌های درمانی است و پس از پایان آموزش تحصیل پرستاری، در بخش‌های مختلف از جمله بخش اطفال هم مشغول به کار می‌شوند، در خصوص ضعیف بودن ارتباط با کودک می‌توان به نیاز به آموزش تخصصی و ویژه مربوط به اصول برقراری ارتباط با کودکان اشاره داشت. در تأیید این نکته مطالعه‌ای (۲۰۰۶) نشان داد که لازمه برقراری ارتباط مؤثر، توسعه آگاهی و هنر مربوط به اصول برقراری ارتباط می‌باشد (Ustun, ۲۰۰۶). مطالعه دیگری (۱۹۹۴) نشان داد بیشتر پرستاران فارغ التحصیل نیازمند آموزش تکراری و ویژه برای آموختن مهارت‌های ارتباطی هستند (Johnson, ۱۹۹۴). نتایج مطالعه‌ای در آمریکا پس از برگزاری یک سال دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی در سه دانشگاه علوم پزشکی بر مبنای مدل آموزشی مشخص با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون از دانشجویان سال سوم پزشکی، نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی منجر به ارتقای سطح ارتباط با بیمار می‌گردد. حتی پیشنهاد شد که اگر شروع این دوره آموزشی از اولین سال‌های شروع آموزش پزشکی باشد، نتایج مطلوب‌تر خواهد بود (Yedidia و همکاران، ۲۰۰۳). در یک مطالعه کیفی (Schmidt و همکاران، ۲۰۰۷) نظر و خواسته‌های کودکان از پرستاران و رفتارهای پرستار در طول مدت بستری در بیمارستان، با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری برای کودکان کوچک‌تر و استفاده از دست‌نوشته‌های کودکان بزرگ‌تر، بررسی شد. نتایج نشان داد کودکان خواستار رعایت مواردی از قبیل پرسش مستقیم در مورد احساس کودک، قدردانی از کودک با بیان نام، تشویق کودک به صحبت در مورد بیمارستان و شرایط زندگی خارج از بیمارستان، تعامل دوستانه، رعایت رفتار هنجار در تأمین نیازهای اساسی کودک، مراجعه مکرر به اتاق کودک حتی برای زمان کوتاه برای

REFERENCES

- Ammentorp J Sabroe S Kofoed PE Mainz J (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 66 (3) 270-277
- Baile WF Buckman R Lenzi R et al. (2008). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 5 (4) 302-311
- Bernard WK (2002). Stress in Children Can Nurses Help? *Pediatric Nursing*. 8 (1) 13-19.
- Bounce J Mitchell T (2001). Small Talk- Engaging Children Who Have Communication Needs. High/Scope Educational Research Foundation. 16 (1).
[online] http://www.cyfernet.org/article.php?mode=b&c=1095&resource_id=7858 [8 Jan. 2010]
- Butler LD Symons BK Henderson SL et al. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Journal of Pediatrics*. 115 (1) 77-85.

- Caris-Verhallen WMCM de Gruijter IM, Kerkstra A, et al (1999). Factors related to nurse communication with elderly people, Blackwell Publishing, Journal of Advanced Nursing. 30 (5) 1106-1117.
- Casey K Fink R Krugman M et al. (2004). The graduate nurse experience. Journal of Nursing Administration. 34 (6) 303-311.
- Eslamieh F (2006). Teaching talking in children: Mother role, site and forum sympathy (children) in family and marriage professional counseling center.[Online] <http://www.hamdardi.net/showthread.php?tid=639&pid=5337#pid5337>, [30 Dec. 2009]. (Persian).
- Fallowfield L Saul J Gilligan B (2001). Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology, Cancer Nursing. 24 (3)185-191. [Online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11409062> [30 Dec. 2009].
- Hansson MG Kihlbom U Tuvemo T et al (2007). Ethics takes time, but not that long. BMC Medical Ethics. 8:6. [online]<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/8/6> [30 Dec. 2009].
- Jafarnejad F (2003). [Pediatrics Nursing in Health and Disease]. Mashad. Iran. Parsirana publishing. 109-110. (Persian).
- Jakkula K (2006). Transition from pre-verbal to verbal communication: Making sense at the transition periods in two different contexts, Annual Meeting of the XVth Biennial International Conference on Infant Studies, Japan.
- James SR Ashwill J Droske SC (2002). Nursing Care of Children: Principles and Practice, Philadelphia: WB. Saunders Co.
- Johnson JR (1994). The communication training needs of registered nurses, Journal of Continuing Education in Nursing. 25 (5) 213-218.[online]<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7814699> [30 Dec. 2009].
- Keller H Otto H Lamm B Yovsi RD K`artner J (2008). The timing of verbal/vocal communications between mothers and their infants: A longitudinal cross-cultural comparison. Infant Behavior & Development. 31 (2) 217-226
- Kramer M (1974). Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing. St. Louis, Mosby Co.
- LeRoy S Elixson ME O'Brien p et al (2003). Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. Circulation.108 (20) 2550-2564. [online]<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/108/20/2550>[30 Dec. 2009].
- Mishna F Antle BJ Regehr C (2004). Tapping the perspectives of children: Emerging ethical issues in qualitative research. Qualitative Social Work. 8 (3) 449-68. [online] <http://qsw.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/4/449> [30 Dec. 2009].
- Ortiz-Mantilla S Choe M Flax J Grant P E Benasich A (2010). Associations between the size of the amygdala in infancy and language abilities during the preschool years in normally developing children, NeuroImage. 49 (1) 2791-2799.
- Pelander T Leino-Kilpi H Katajisto J (2007). Quality of pediatric nursing care in Finland: Children's perspective. Journal of Nursing Care Quality.22 (2)185-194. [online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17353757>[30 Dec. 2009].
- Rundquist EM Severinsson (1999). Caring relationships with patients suffering from dementia - an interview study. Journal of Advanced Nursing. 29 (4) 800-807 .
- Schmidt C Bernaix L Koski A et al (2007). Hospitalized children's perceptions of nurses and nurse behaviors. The American Journal of Maternal Child Nursing. 32 (6) 336-342. [online]<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17968213>[30 Dec. 2009].
- Silverman J Kurtz SM Draper J (1998). Skills for communicating with patients, Radcliffe Medical Press Ltd, Oxon.
- Tadayoni M (2002).[The relationship between job satisfactions of nurses and their communication rates with admitted children 3-6 years in specialized training hospitals affiliated to public universities for children in Tehran]. Masters Thesis .Tehran. Iran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. (Persian).
- Ustun B (2006). Communication skills training as part of a problem-based learning curriculum. Journal of Nursing Education. 45 (10) 421-424.[online] <http://www.journalofnursingeducation.com/showAbst.asp?thing=34921>[30 Dec. 2009].
- Valizadeh S Abzan M Shahbazi Sh (2002). [Pediatrics nurses have enough information about the causes and prevention of impose sensory deprivation in admitted children, Proceeding of the first national conference on impose sensory deprivation].Tabriz. Iran. (Persian).

- Wanzer MB Booth-Butterfield M Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction, USA, Health Communication. 16 (3) 363-83. [online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265756> [30 Dec. 2009].
- Warren D Haltton D (2003). Cognitive Development of Children with Visual Impairments. Handbook of neuropsychological: vol. 7, Part II. Child neuropsychological, 2nd ed., New York: Elsevier.
- Yedidia MJ Gillespie CC Kachur E Schwartz MD (2003). Effect of communications training on medical student performance. Journal of the American Medical Association. 290:1157-1165. [online] <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/9/1157> [30 Dec. 2009].
- Zelikovsky N Rodrigue JR Gidycz CA (2001). Reducing parent distress and increasing parent coping-promoting behavior during children's medical procedure. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 8 (4) 273-281 [online] <http://www.springerlink.com/content/q4n77q3446132837> [30 Dec. 2009].
- Zolfaghari M (2003). [Nursing courses collection]. Tehran. Iran. Boshra Publishing. 622. (Persian).