

تجربیات کودکان سن مدرسه از بستری شدن در بیمارستان: یک تحقیق کیفی

فرشته آئین^{۱*}؛ حسین رفیعی^۲

چکیده

زمینه: بستری شدن کودک می‌تواند اثرات منفی روی سلامت روانی وی داشته باشد. هدف از این مطالعه، تبیین تجربیات کودکان سن مدرسه از بستری شدن در بیمارستان بود.

روش: مطالعه با رویکرد کیفی از نوع آنالیز محتوای قراردادی بر روی ۲۵ کودک سن مدرسه مبتلا به بیماری مزمن بستری در بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران و بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های غیرمستقیم نقاشی و داستان‌سرایی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه منعکس‌کننده تجربیات مثبت و منفی کودکان از بستری شدن بود. ترس از درد، تهدیدکننده بودن محیط بیمارستان، نگرانی از عقب‌ماندگی تحصیلی و کسالت‌آور بودن محیط بیمارستان، تجربیات منفی کودکان را تشکیل می‌داد. کودکان در پاسخ به ترس و نگرانی، از استراتژی‌های مقابله‌ای خودمحافظتی و جستجوی اطمینان‌خاطر استفاده می‌کردند. یافتن دوستان جدید، آشنایی با نقش‌های کادر درمان، ارتقاء سازگاری با استرس و آشنایی با پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، تجربیات مثبت حاصل از بستری شدن در بیمارستان بود.

نتیجه‌گیری: بستری شدن، ذاتاً تجربه مثبتی برای کودکان به همراه دارد و تجربیات منفی کودکان از بستری شدن ناشی از عدم توجه به ویژگی‌ها و نیازهای تکاملی آنان و فقدان به‌کارگیری مداخلات مؤثر مطابق با این نیازهاست. به‌کارگیری نگاه کل‌نگر در مراقبت از کودکان می‌تواند تجربه کودکان از بستری شدن را به یک تجربه مثبت تبدیل نماید.

کلیدواژه‌ها: بیماری مزمن، کودک سن مدرسه، بستری شدن، تحقیق کیفی

«دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۱/۱/۲۹»

۱. گروه پرستاری اطفال، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

۲. گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

* عهده‌دار مکاتبات: شهرکرد، رحمتیه، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دفتر معاونت آموزشی، تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۴۸

Email: fereshtehaein@yahoo.com

مقدمه

است اثرات منفی روی سلامت روانی کودکان داشته باشد و خطر مشکلات عاطفی و رفتاری طولانی مدت را برای آن‌ها به همراه آورد (۱ و ۵). بسیاری مطالعات نشان داده‌اند که کودکان از اثرات منفی بستری شدن شامل اضطراب جدایی، کابوس‌های شبانه و تحریک‌پذیری رنج می‌برند (۶-۱۰). تحمل پروسیجرهای دردناک، ناآگاهی و عدم اطمینان از آنچه در انتظارشان است (۱۱)، محدودیت فعالیت و کاهش استقلال، غیبت از مدرسه و جدایی از خانواده و دوستان، همگی عوامل استرس‌زای بستری شدن در بیمارستان هستند که می‌تواند سبب

پیشرفت‌های قابل توجه تکنولوژی و پزشکی در چند دهه اخیر سبب کاهش قابل توجه مرگ و میر و زنده ماندن بسیاری از کودکان مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوان‌کننده شده است (۱ و ۲). این کودکان معمولاً نیازمند بستری شدن‌های مکرر و یا طولانی‌مدت در بیمارستان می‌باشند (۱ و ۳). این حقیقت که بستری شدن در بیمارستان می‌تواند یک تجربه آسیب‌زا و استرس‌آور برای کودکان باشد از دهه ۱۹۶۰ به‌خوبی شناخته شده است (۴). بستری شدن‌های مکرر یا طولانی مدت ممکن

مطالعه‌ای در این خصوص بر روی کودکان ایرانی انجام نگرفته است و با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و سازمانی متفاوت، لازم است با انجام تحقیقات در این زمینه، شناخت بیشتری از تجربیات کودکانمان در مورد بستری شدن در بیمارستان به دست آوریم. از سوی دیگر، علی‌رغم این‌که تجربه بستری شدن یک موضوع ذهنی (Subjective) است و برای تحلیل آن باید کسانی که مستقیماً آن را تجربه کرده‌اند بررسی شوند، معمولاً در تحقیقات پرستاری کودکان به دیدگاه خود آن‌ها توجه کمی شده است. مطالعات انجام شده در زمینه تجربیات کودکان از بستری شدن بیشتر از زبان والدین یا مراقبین بهداشتی مورد پژوهش قرار گرفته است. بنابراین دانش موجود در خصوص تجربه مستقیم و بی‌واسطه کودکان از بستری شدن در بیمارستان بسیار ناچیز است و لازم است برای درک بهتر این پدیده، تجربیات کودکان از زبان خودشان مورد پژوهش قرار گیرد. بررسی داستان‌های کودکان در مورد بیماری و بستری شدن در بیمارستان و کسب شناخت در خصوص تجربیات آن‌ها می‌تواند مبنای طراحی مداخلات جهت بهبود تجربیاتشان از حضور در محیط‌های مراقبت بهداشتی قرار گیرد. لذا این مطالعه با هدف "تبیین تجربیات کودکان سن مدرسه از بستری شدن در بیمارستان" انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع آنالیز محتوای قراردادی است. ۲۵ کودک سن مدرسه مبتلا به بیماری مزمن بستری در بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران و بیمارستان هاجر شهرکرد با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۷-۱۲ سال، دارای توانایی برقراری ارتباط کلامی، مبتلا به یک بیماری مزمن غیربدخیم، حضور مادر بر بالین کودک در طی بستری و زمان مصاحبه، همکاری کودک با انجام مطالعه، توانایی کشیدن نقاشی ساده در خصوص کودک بستری در بیمارستان و مدت بستری

افزایش اضطراب و اثرات منفی طولانی‌مدت آن نظیر برگشت تکاملی کودک و یا سندرم اختلال پس از ضربه شود و در نتیجه بر روی پیامدهای درمان نیز اثر نامطلوب بگذارد (۱۲ و ۱۳). مطالعات تأیید کرده‌اند که در صورت داشتن تجربیات صدمه‌زای قبلی از بیمارستان، تمایل کودک به همکاری با مراقبین بهداشتی کاهش خواهد یافت (۱۴ و ۱۵). مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه پیامدهای بستری شدن بر روی کودکان نشان داده است که پیامدهای منفی نظیر برگشت تکاملی، اضطراب جدایی، اختلالات خواب و عواطفی نظیر غمگینی و بی‌عاطفگی تا ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از ترخیص از بیمارستان نیز تداوم خواهد داشت. خصوصاً وقتی که کودک، بستری شدن‌های مکرر را تجربه می‌کند شدت این پیامدهای منفی بیشتر می‌شود. نتایج این مطالعات، اهمیت توجه به نیازهای فیزیکی و روانی-اجتماعی کودکان در مدت بستری در بیمارستان را خاطر نشان می‌کند (۸).

از طرفی، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که سطح تکاملی کودک، تأثیر قابل توجهی در پاسخ وی به بستری شدن دارد (۱۶ و ۱۷). اعتقاد بر این است که کودکان سن مدرسه به دلیل داشتن توانایی استدلال، درک توضیحات کلامی و بیان احساسات درباره تجربیاتشان و تحمل جدایی از خانواده، بهتر از کودکان کم‌سن‌تر قادرند با استرس ناشی از بستری شدن کنار بیایند (۱۸). درحالی‌که یک مطالعه بر روی کودکان سن مدرسه نشان داده است که این کودکان ترس از آسیب و مرگ و همچنین ترس از تنها ماندن را در بیمارستان تجربه کرده‌اند (۱۹). مرور پژوهش‌های موجود در زمینه اثرات روانی-اجتماعی بستری شدن روی کودکان سن مدرسه حاکی از این است که این موضوع در طی چندساله اخیر از دید پژوهشگران دور مانده است. پژوهش‌های اخیر بیشتر بر روی اثرات خاص بیماری‌هایی مثل دیابت (۲۰) و حوادث (۲۱) و یا در محیط‌های خاص مراقبت بهداشتی مانند بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شده است (۲۲). از طرفی

روند آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین صورت که ابتدا هر مصاحبه بلافاصله بر روی کاغذ، لغت به لغت پیاده شد. سپس چندین بار این مصاحبه‌ها خوانده شدند و خط به خط کدهای اولیه در داده‌ها استخراج گردید و سؤالات اضافی برای مصاحبه‌های بعدی مشخص شد. پس از آن کدهای اولیه بر اساس موردهای مشابه و متفاوت دسته‌بندی شدند و هر طبقه نام‌گذاری شد. محقق سعی نمود از وارد کردن پیش‌داوری‌ها و نقطه‌نظرات شخصی خود در تمام مراحل انجام مصاحبه و تجزیه و تحلیل داده‌ها خودداری نماید و صرفاً بر داده‌های حاصله از تجربه کودکان شرکت‌کننده در مطالعه تمرکز نماید. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان صورت گرفت. با آنالیز مصاحبه بیست و سوم، کد جدیدی حاصل نشد و نشان داد که اشباع کدها رخ داده است با این حال برای اطمینان، دو مصاحبه اضافی با کودکان جدید هم انجام شد و نهایتاً با بیست و پنج مصاحبه، جمع‌آوری داده‌ها به اتمام رسید. به دلیل کودک بودن مشارکت‌کنندگان در تحقیق، امکان چک کردن کدگذاری‌های اولیه با آنان وجود نداشت لذا جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها، مصاحبه‌ها همراه با کدگذاری‌های انجام‌شده و مفهوم‌های استخراج‌شده در اختیار دو نفر متخصص پرستاری کودکان قرار گرفت تا از مرتبط بودن کدها و مفهوم‌ها اطمینان حاصل شود.

یافته‌ها

۲۵ کودک سن ۱۲-۷ سال وارد مطالعه شدند. میانگین سنی کودکان ۹ سال و میانگین مدت اقامت آن‌ها در بیمارستان ۶ روز بود. کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف (۵ نفر بیماری دیابت، ۱۰ نفر بیماری کلیوی، ۶ نفر بیماری گوارشی و ۴ نفر بیماری روماتوئیدی) در مطالعه شرکت کردند. ۱۵ نفر از کودکان بومی (ساکن شهرستان تهران) و ۱۰ نفر غیربومی (ساکن سایر شهرستانهای ایران) بودند. میانگین مدت ابتلاء به بیماری یک سال و میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان ۴ بار بود.

حداقل سه روز در بیمارستان. جمع‌آوری داده‌ها طی یک دوره هشت ماهه انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات در خصوص تجربیات کودکان از بستری شدن در بیمارستان از تکنیک‌های غیرمستقیم نقاشی و داستان‌سرایی استفاده گردید. روش‌های غیرمستقیم مانند نقاشی و داستان‌سرایی به‌ویژه برای بیان تجربیات کودکان بسیار مفید هستند زیرا تهدیدکننده نبوده و به کودکان فرصت می‌دهند تا درک خود را از تجربیاتی بیان کنند که نسبت به آن‌ها کاملاً هوشیار نیستند و یا نمی‌توانند آن را به صورت کلامی بیان کنند. داستان‌ها هم چنین فرصت ایمن و مؤثری را برای کاوش موقعیت‌های استرس‌زا فراهم می‌آورد. در مطالعه حاضر، محقق از کودکان می‌خواست تا یک نقاشی از کودک بستری در بیمارستان بکشند و سپس برای جلوگیری از ایجاد اضطراب در کودک و بیان بهتر تجربیات به‌طور غیرمستقیم با استفاده از تکنیک شخص ثالث بگویند در نقاشی‌شان چه چیزی در حال روی دادن است. هدف از نقاشی این بود که کودکان بتوانند در مورد تجربیات خود به‌طور غیرمستقیم و با استفاده از افعال شخص ثالث صحبت کنند ولی خود نقاشی‌ها توسط محقق مورد تفسیر قرار نگرفت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، جهت شرکت کودکان در مطالعه، رضایت کتبی از مادران و اجازه شفاهی از کودکان اخذ گردید. از ابتدا کودکان مطلع شدند که مکالمه آن‌ها با محقق ضبط خواهد گردید. مصاحبه در اتاق کودکان بیمار و بر روی تخت کودک در بیمارستان انجام می‌گرفت. مادران در هنگام مصاحبه با کودک حضور داشتند اما از آن‌ها خواسته شد تا از مطرح کردن سؤالات از کودک و یا القاء پاسخ به وی پرهیز کنند. مدت مصاحبه از ۲۰-۴۵ دقیقه بسته به سن و توانایی کلامی کودک متغیر بود. در پایان داستان، از کودک خواسته شد تا سه چیز مثبت و سه چیز منفی را در مورد بستری شدن در بیمارستان نام برند. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان صورت گرفت. داده‌های حاصل از داستان‌سرایی کودک با استفاده از

کودکانی که به دلیل جدی بودن بیماری ناچار به بستری شدن‌های مکرر و یا طولانی در بیمارستان بودند بیشتر بود. کودک ۱۰ ساله‌ای در داستان‌سرایی خود گفت:

به این فکر می‌کنم که مجبوره به‌خاطر مریضیش بستری بشه، دیگه نمی‌تونه بره مدرسه، دوستاش همشون مدرسه میرن ولی اون از درساش عقب می‌افته بعد که برگرده مدرسه از درساش خیلی عقب افتاده...

تهدید کننده بودن محیط بیمارستان: بسیاری از کودکان از انتقال عفونت‌ها به دلیل عدم رعایت مناسب بهداشت و وجود بیماری‌های مختلف در بیمارستان آگاه بودند و آن را یک تهدید برای سلامتی‌شان محسوب می‌کردند. بهداشت ضعیف بیمارستان یکی از مواردی بود که کودکان در خصوص چیزهای بد بیمارستان از آن نام بردند. حتی کودکان ۷ ساله نیز وجود چنین خطری را در بیمارستان احساس می‌کردند. این مسأله در بعضی کودکان سبب شده بود تا علی‌رغم تمایل به بازی از تماس با کودکان بیمار دیگر در بیمارستان خودداری کنند و حتی ترجیح دهند خواهران و برادران کوچکترشان به ملاقات آن‌ها نیایند. کودک ۸ ساله‌ای در داستان خود این چنین گفت:

بیمارستان جای بدیه، خیلی کثیفه، همش بوی بد میاد، همه بچه‌ها این‌جا مریضند، ممکنه مریضی‌های بچه‌های دیگه را هم بگیره واسه همین همش باید تو تخت بشینه. خواهر و برادرش هم نمیتونند بیان ملاقاتش، چون کوچیکن اینجا هم کثیفه مریض میشن ...

همچنین اتفاقات ناخوشایندی که ممکن بود در غیاب مادر برای کودک رخ دهد نیز سبب احساس تهدید برای کودک می‌شد. داستان‌های برخی کودکان حاکی از این بود که برخی مواقع که مادر به دلایلی از بخش خارج می‌شد پرستاران برای انجام تزریق یا خونگیری منتظر بازگشت مادر نمی‌شدند. این تجربه توسط برخی کودکان سبب شده بود تا آنان در غیاب مادر در بیمارستان احساس امنیت ننمایند زیرا کودکان احساس می‌کردند که مادر از کودک در مقابل پرستار دفاع خواهد کرد

از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، سه مفهوم اصلی استخراج شد که عبارت بودند از: ۱) تجربیات منفی کودکان از بستری شدن، ۲) استراتژی‌های مقابله‌ای کودکان و ۳) درک کودکان از پیامدهای مثبت بستری شدن که در زیر به تفصیل توضیح داده می‌شود.

تجربیات منفی کودکان از بستری شدن: این مفهوم خود دربرگیرنده چند مفهوم فرعی شامل ترس از درد، نگرانی از عقب‌ماندگی تحصیلی، تهدیدکننده بودن محیط بیمارستان و کسالت‌آور بودن محیط بیمارستان بود.

ترس از درد: ترس از درد بارزترین کد حاصل از آنالیز مصاحبه‌های کودکان بود. کودکان از اتفاقات ترسناک شناخته‌شده‌ای در مدت بستری در بیمارستان می‌ترسیدند. در تمامی نقاشی‌های کودکان، ارتباط پزشک یا پرستار با کودک هنگام آمپول زدن و یا رگ‌گیری نشان داده شده بود و داستان‌های کودکان اغلب دربرگیرنده ترس آنان از سوزن و یا سایر پروسیجرهای تشخیصی و درمانی دردناک بود و بزرگ‌ترین مشغله ذهنی کودکان در مدت بستری را تشکیل می‌داد. این ترس در کودکانی که سابقه قبلی بستری در بیمارستان داشتند و یا قبلاً تست‌های تشخیصی دردناک را تجربه کرده بودند بیشتر بود. یکی از کودکان در داستان‌سرایی خود در خصوص آنچه در نقاشی‌اش در حال روی دادن است گفت:

اینجا بچه‌ایه که رو تخت خوابیده و خانم پرستار می‌خواد بهش آمپول بزنه. این بچه می‌ترسه واسه این‌که آمپول دردناکه، دردش میاد.....

کودک دیگری در داستان خود این چنین گفت:
می‌خوان بیرنش سونوگرافی داره گریه می‌کنم می‌ترسه درد داشته باشه

نگرانی از عقب‌ماندگی تحصیلی: نگرانی از عقب‌ماندگی تحصیلی، بعد دیگری از تجربیات منفی کودکان این گروه سنی را تشکیل می‌داد. غیبت از مدرسه به دلیل بستری شدن در بیمارستان سبب نگرانی کودکان از عقب افتادن از درس‌های مدرسه شده و مشغله ذهنی برای آن‌ها ایجاد کرده بود. این نگرانی خصوصاً در

بچه‌ها این کارها را انجام میدن، این کارها را باید تو یک اتاق آخر بخش انجام بدن که صدای بچه‌ها آنقدر تو بخش نیچه، نمی‌دونید آدم چه احساس بدی پیدا می‌کنه....

کسالت آور بودن محیط بیمارستان: یکی از مفاهیمی که در اکثر مصاحبه‌های کودکان به‌عنوان تجربه منفی از بستری شدن دیده شد محیط کسالت‌آور بیمارستان بود. بیشتر کودکان در محیط بیمارستان احساس تنهایی می‌کردند. دوری از دوستان و سایر اعضای خانواده، عدم وجود سرگرمی‌های مناسب در مدت بستری، عدم امکان بازی در محیط بیمارستان، محدود شدن در تخت و عدم امکان فعالیت آزاد و غذاهای نامطلوب و تکراری بیمارستان، همگی شرایطی بودند که محیط بیمارستان را برای کودکان کسالت‌آور می‌کرد. کودکان در چنین شرایطی احساس تنهایی و غمگینی می‌کردند. این احساس خصوصاً زمانی که کودک به‌دلیل جدی بودن بیماری ناچار به اقامت طولانی‌مدت در بیمارستان بود منجر می‌شد عصبی شده و با درمان همکاری ننماید.

کودک ۱۰ ساله‌ای در داستان‌سرایی خود می‌گفت:

این بچه می‌گه محیط بیمارستان خیلی بده، همش حوصله‌اش سر میره، همش باید بخوابه، همش تو تخت باشه، نمی‌تونه راحت بازی کنه، همش تنه‌است، دوستاش هم نیستند، فقط مامانش پیششه، خواهر و برادرش هم نمیتونند بیان ملاقاتش، غذاهاش هم بدمزه است، هر چی دلش می‌خواد نمیتونه بخوره، همش سوزن سوزن سوزن. احساس غمگینی می‌کنه دلش می‌خواد بره خونه، وقتی چند روز می‌گذره همش غر می‌زنه، دیگه نمی‌زازه بهش سرم بزنند، لج می‌کنه داروهاشو نمی‌خوره همش می‌گه بریم خونه می‌گه من اینجا رو دوست ندارم.

کودکانی که تجربه بازی در اتاق بخش را داشتند از آن به‌عنوان بهترین تجربه از بودن در بیمارستان نام بردند. با این حال کودکان از بسته بودن اتاق بازی در بیشتر ساعات شبانه روز شاکی بودند. آن‌ها نیاز داشتند اتاق بازی حداقل در بعدازظهرها باز باشد. کودک ۷

به‌گونه‌ای که یا از انجام تزریق و یا رگ‌گیری ممانعت می‌نمود و یا از پرستار می‌خواست تا با دقت بیشتری رگ‌گیری را انجام دهد تا کودک درد کم‌تری را تحمل نماید. کودک ۹ ساله‌ای در داستان خود گفت:

وقتی مادرش بالای سرش نیست می‌خواهد جیغ بزنه، واسه این‌که اگه مامانش نباشه خانم پرستار بیاد ازش رگ بگیره بعضی وقتا که مامانش نیست پرستار میاد ازش خون بگیره مامانش که باشه نمی‌ذاره دوباره ازش رگ بگیرند یا خون بگیرند یا به خانم پرستاره می‌گه یواش‌تر بزن.

کودک ۸ ساله‌ای در همین ارتباط گفت:

بیمارستان جای بدیه چون همیشه یک پرستار داره میاد که به بچه آمپول بزنه همش رگ می‌گیرند همش سرم می‌زنند. همیشه باید منتظر باشه که کی میان ازش رگ بگیرند یا سرمش را وصل کنند یا ازش خون بگیرند....

مسئله دیگری که محیط بیمارستان را برای کودکان تهدیدکننده نموده بود اضطرابی بود که کودکان به‌دلیل شنیدن صدای گریه و جیغ سایر کودکان هنگام انجام پروسیجرهای دردناک تجربه می‌کردند. برخی کودکان بزرگ‌تر از این‌که اتاق پروسیجرها در مرکز بخش قرار دارد و صدای گریه کودکان تحت پروسیجر به تمامی کودکان بخش می‌رسد و یا این‌که برخی پرستاران پروسیجرهای دردناک نظیر رگ‌گیری را در اتاق بیماران و جلوی دیدگان سایر کودکان انجام می‌دهند شاکی بودند. به نظر این کودکان اتاق پروسیجرهای بخش بایستی در انتهای بخش باشد که مانع شنیدن صدا توسط سایر کودکان شود و پروسیجر دردناک نباید در اتاق بیماران انجام شود. کودک ۱۲ ساله‌ای در همین رابطه گفت:

یک مسأله دیگه اینه که این اتاق که توش رگ می‌گیرند یا خون می‌گیرند را گذاشتند وسط بخش، هرچی رگ‌گیری و نمونه‌برداری هست تو همین اتاق انجام می‌شه، صدای بچه‌ها وقتی گریه می‌کنند تا آخر بخش میاد همه تن آدم می‌لرزه، همه بچه‌ها نگاهشون کنی ساکتند تا صدای اون بچه قطع بشه، یا بعضی وقتا تو اتاق

امنیت بود که به آنها در مقابله مثبت و مؤثر با ترس در این موقعیت‌ها کمک می‌نمود.

کودک ۷ ساله‌ای در داستان خود این چنین گفت: این بچه کوچیکه. مامانش باید پیشش باشه. مامانش پیشش نباشه گریه می‌کنه. وقتی مادرش پیشش نمی‌ذاره بهش سوزن بزنند یا به خانم پرستار می‌گه آهسته تر بزن دردتش نیاد.

کودک ۸ ساله‌ای در خصوص آنچه در نقاشی‌اش در حال روی دادن است گفت:

این بچه مریضه تو تخت خوابیده. بعد خانم پرستار اومده بهش آمپول بزنه. مامانش بیرونه رفته به باباش زنگ بزنه. چون مامانش نیست خیلی تکون می‌خوره که نزاره آمپولش را بزنند تکون می‌خوره ... وقتی مامانش هست خیالش راحت‌تره دیگه هی تکون نمی‌خوره.

استراتژی دیگری که کودکان جهت محافظت از خود در مقابل پروسیجرهای دردناک به‌کار می‌گرفتند "مقاومت کلامی و غیرکلامی در برابر انجام پروسیجر" بود. برای برخی کودکان، احساس عدم کنترل روی موقعیت در نهایت منجر به بروز رفتارهایی از قبیل گریه شدید، جیغ زدن، مقاومت فیزیکی و کلامی و جنگیدن با کادر درمان هنگام انجام پروسیجر می‌شد که نشانه‌ای از برگشت تکاملی این کودکان با توجه به سن آنهاست.

این مسأله در توصیف یکی از این کودکان به‌صورت زیر نمود پیدا کرد:

این بچه واسه این که از سوزن خیلی می‌ترسه خیلی عصبی می‌شه، داره داد می‌زنه، جیغ می‌زنه، می‌گه ولم کنین، هی خودشو اینور و انور می‌کنه که نزاره بهش سوزن بزنند، آخه دردتش میاد.

جنبه دیگری از این خودمحافظتی، کمک کودک به کاهش درد خود هنگام پروسیجرهای دردناک بود. بیشتر کودکان در داستان‌های خود به این موضوع اشاره کردند که با افزایش تجربه بستری شدن‌های مکرر، کودکان می‌آموزند که با گریه، مقاومت فیزیکی و کلامی نخواهند توانست جلوی انجام پروسیجر را بگیرند و چه بسا سبب

ساله‌ای که چند ماه قبل در بیمارستان دیگری بستری شده بود می‌گفت:

.... تو اون یکی بیمارستان یک اتاق بازی داشت بعد یک خانم مربی اتاق بازی هم داشت. اون بعدازظهرها می‌اومد برای بچه‌ها مسابقه نقاشی می‌ذاشت بعد براشون داستان تعریف می‌کرد و با بچه‌ها بازی می‌کرد خیلی خوب بود اونجا اصلاً حوصله‌مون سر نمی‌رفت. هر بچه‌ای هم مرخص می‌شد شکلات می‌خرید به همه بچه‌ها می‌داد همه بچه‌ها از تو اتاق بازی با هم دوست می‌شدند. اینجا اتاق بازی داره اما هیچوقت اجازه نمیدن باز باشه می‌گن اسباب‌بازی‌هاش را بچه‌ها می‌برن دیگه بر نمی‌گردوند اینجا همش حوصلت سر میره.

استراتژی‌های مقابله‌ای کودکان: کودکان در رویارویی با تجربیات منفی بستری شدن از استراتژی‌های مقابله‌ای استفاده می‌کردند که دومین مفهوم اصلی حاصل از داده‌های مطالعه را تشکیل می‌داد و دو مفهوم فرعی "خودمحافظتی" و "جستجوی اطمینان خاطر" را در بر می‌گرفت:

خودمحافظتی: یکی از استراتژی‌های محافظت از خود که تمامی کودکان از آن استفاده می‌کردند طلب حضور مادر در مدت بستری و در طی پروسیجرهای دردناک بود. کودکان در طی پروسیجرهای دردناک نیاز به محافظت داشتند و طلب حضور مادر در کنار وی در حین پروسیجرهای دردناک تشخیصی و درمانی، اولین مکانیسم مقابله‌ای کودک در چنین شرایطی بود. پرستاران به‌عنوان منبع مهمی از اضطراب برای بیشتر کودکان محسوب می‌گردیدند که کودکان نمی‌توانستند به آنها اعتماد کنند. تمرکز پرستاران بر مراقبت‌های تکنیکی و بی‌توجهی به برقراری ارتباط مناسب با کودک طی پروسیجرها سبب شده بود تا کودکان احساس کنند پرستاران آنجا هستند تا صرفاً پروسیجرهای دردناک را انجام دهند. گرچه برای برخی کودکان، حضور مادر در چنین شرایطی سبب به تعویق افتادن یا عدم انجام پروسیجر دردناک می‌شد اما بیشتر به‌عنوان منبع مؤثری از

گرچه کودکان به دنبال دریافت اطمینان از دردناک نبودن پروسیجرها بودند اما از این که به دروغ به آن‌ها گفته شود پروسیجر دردناک نیست شاکمی بودند. برخی کودکان ترجیح می‌دادند بدانند پروسیجر چقدر درد دارد تا اینکه دروغ بشنوند. وقتی از کودکان خواسته شد که بگویند چطور باید به آنها گفته شود پروسیجر دردناک است، آنان مایل به شنیدن حقیقت بودند، حتی اگر چه اذعان کردند در صورت دانستن حقیقت دردناک بودن پروسیجر، در مقابل انجام آن مقاومت می‌کنند. به نظر می‌رسید دانستن حقیقت به هر شکل می‌توانست به افزایش "احساس کنترل روی موقعیت" کمک کند. شنیدن دروغ سبب می‌شد تا کودک تصور بسیار بدتری از پروسیجرهای درمانی بعدی داشته باشد و دیگر نتواند به مادر و سایر اطرافیان خود اعتماد کند. کودک ۱۰ ساله‌ای در خصوص تجربه خودش گفت:

می‌خواستند منو ببرند ام-آر-آی. به مامانم گفتم درد داره گفت نه اصلاً مثل این که می‌خوان ازت عکس بگیرند. اما وقتی رفتم یک آمپول گنده زدند تو دستم خیلی درد داشت. من می‌گم درد داره؟ مامانم میگه نه. چرا دروغ می‌گن راستش را بگن. مامانم می‌دونه به من دروغ نباید بگن، پس چرا راستش را نگفت. حالا دیگه هر کاری بخوان بکنند بگه درد نداره من دیگه قبول نمی‌کنم می‌گم بازم داره بهم دروغ می‌گه اونوقت بیشتر می‌ترسم می‌گم آیا می‌خوان چکارم بکنند اینا راستش را نمی‌گن.

کودک ۹ ساله دیگری در پاسخ به این سؤال که دوست داشتی چطوری بهت بگن؟ گفت:

بگن درد داره ولی به جوری بگن که آدم نترسه. به جوری آروم بگن. نمیدونم چی بگن ولی دروغ نگو که درد نداره. بچه بدونم چه جوریه برایش بهتره تا ندونه قراره چکارش کنند. اونوقت همش باید نگران باشه، مامان بچه بهش بگه بهتره، اون آروم تر میگه....

در داستان‌های برخی کودکان ویژگی‌های شکیبایی، مهربانی و همدلی پرستار می‌توانست وی را به منبعی از

تشدید درد ناشی از پروسیجر نیز می‌گردند، به همین دلیل تصمیم می‌گرفتند با انجام پروسیجر همکاری نمایند تا درد کمتری را تجربه کنند. پرستاران و پزشکان نیز امکان آسیب بیشتر کودک هنگام حرکت و مقاومت کودک را جهت جلب همکاری کودک به وی یادآور می‌شدند. در واقع سکوت، بی‌حرکت نگه داشتن خود و همکاری با انجام پروسیجر، استراتژی بود که کودکان در مواجهه با پروسیجرهای دردناک به کار می‌گرفتند. کودکی در همین رابطه گفت:

من سعی می‌کنم تکون نخورم، ساکت باشم و گریه هم نکنم ... هر چی بیشتر تکون بخورم بیشتر دردم می‌اد. خانم پرستار میگه اگه گریه کنی یا تکون بخوری رگات فرار می‌کنن اونوقت من بیشتر باید بگردم تا پیداش کنم بیشتر دردت می‌اد.

جستجوی اطمینان خاطر: یکی دیگر از استراتژی‌های مقابله‌ای که مکرراً در داستان‌های کودکان ظاهر شد جستجوی اطمینان خاطر بود. کودکان هنگام مواجهه با پروسیجرهای تشخیصی و یا درمانی ناآشنا مثل آندوسکوپ، کولونوسکوپ و بیوپسی به دنبال کسب اطلاعات در خصوص چگونگی انجام پروسیجر بودند. هدف آن‌ها از کسب اطلاعات در مورد پروسیجر، اطمینان از عدم دردناک بودن آن بود. تمام کودکان در داستان‌های خود به این موضوع اشاره کردند که اگر بدانند دردناک نخواهد بود در طی پروسیجر آرام و ساکت خواهند بود و به خوبی با انجام آن همکاری خواهند کرد. کودکی در تعریف تجربه خود از بستری شدن می‌گفت:

می‌خواستن ببرنم سونوگرافی... خانم پرستار اومد به مامانم گفت بچه رو بردار ببر سونوگرافی. می‌ترسیدم، به مامانم گفتم من می‌ترسم سونوگرافی چه جوریه؟ درد داره؟ مامانم گفت نه درد نداره یک پماد می‌مالند رو شکمت به کم سرده بعد با یک چیزی می‌کشن رو شکمت بعد تو تلویزیون تو شکمت را می‌بینند. اصلاً ترس نداره. مامانم که اینجوری گفت خیالم راحت شد دیگه گریه نکردم.

پزشک و پرستار و دریافت مراقبت مداوم و کمک به وی برای بهبودی سریع‌تر، آشنایی با پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و درک چگونگی ایفای مؤثر نقش کودک بیمار در جهت کمک به بهبودی خود و ارتقاء توانایی از عهده برآمدن از جمله تجربیات مثبتی بودند که کودکان به واسطه بستری شدن در بیمارستان آن‌ها را برشمردند. برخی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، علی‌رغم داشتن تجربیات منفی، از بودن در بیمارستان احساس رضایت می‌کردند زیرا منجر به بهبودی آنان و برگشت به منزل می‌گردید. کودک ۹ ساله‌ای در این ارتباط گفت:

..... این بچه از این که تو بیمارستانه خوشحاله. به خاطر این که اینجا دکتر و پرستار ازش مراقبت می‌کنند تا زود خوب بشه و بره خونه..... تو خونه دکتر و پرستار نیست که خوبش کنه اما این جا که باشه خوبش می‌کنند می‌ره خونه.

کودک دیگری گفت:

میگه بیمارستان چیزهای خوبی هم داره با بچه‌های دیگه آشنا می‌شم، می‌تونم بعضی وقت‌ها آگه مریضی شون واگیر نداشته باشه باهاشون سر تخت بازی کنم، خیلی چیزها هم یاد می‌گیرم مثلاً این که پزشکا و پرستارا تو بیمارستان چکار می‌کنن. مثلاً سونوگرافی چیه، آندوسکوپی چیه، قوی می‌شم، شجاع می‌شم. مامانم می‌گه مریضی آدمو شجاع می‌کنه آدم شجاعش را می‌تونه امتحان کنه. منم باید شجاع باشم تا زود خوب بشم برم خونه....

بحث

به‌طور خلاصه، یافته‌های حاصل از داستان‌های کودکان، منعکس‌کننده تجربیات مثبت و منفی آنان از بستری شدن بود. ترس و نگرانی از تجربیات دردناک، نگرانی در خصوص محیط تهدیدکننده بیمارستان، نگرانی از عقب‌ماندگی تحصیلی و کسالت‌آور بودن محیط بیمارستان، تجربیات منفی کودکان را تشکیل می‌دادند. کودکان در پاسخ به ترس و نگرانی، از استراتژی‌های

اطمینان خاطر و آرامش برای کودک مبدل نماید تا کودک بتواند به راحتی با وی ارتباط برقرار کند. در واقع کودکان به این موضوع اشاره کردند که "شکیبایی و همدلی پرستار، کلیدی برای آرامش کودکان" محسوب می‌گردد. در تجربیات برخی کودکان این ویژگی‌ها در پرستاران زن و جوان‌تر بیشتر بود. کودک ۹ ساله‌ای در این رابطه گفت:

پرستار باید صبور باشه، مهربون باشه، خوش اخلاق باشه. وقتی بچه گریه می‌کنه داد نزنه سرش، عصبانی نشه. دعواش نکنه. بگه دخترم گریه نکن می‌دونم دردت میاد من یواش‌تر می‌زنم که خیلی دردت نیاد که بچه هم آرام بشه. پرستار نباید پیر باشه. پیراشون حوصله ندارند تا بچه گریه می‌کنه داد می‌زنند سرش، بچه هم بیشتر می‌ترسه. یک ذره صبر نمی‌کنند بچه آرام بشه. اما پرستارای جوان حوصله‌شون بیشتره. پرستارای مرد هم خوب نیستند تو اورژانس، پرستارش مرد بود خیلی بد اخلاق بود بچه ازش می‌ترسید.

کودکان همچنین نیاز داشتند در خصوص عملکرد درسی، اطمینان خاطر لازم از سوی معلم دریافت کنند. داستان‌های کودکان بیانگر این بود که در صورتی که از سوی معلم برای جبران عقب‌افتادگی درس‌های مدرسه اطمینان حاصل کند نگرانی وی رفع خواهد شد و بهتر می‌تواند با فرآیند اقامت در بیمارستان کنار بیاید. کودک ۹ ساله‌ای نیز در داستان خود گفت:

خانم معلمون بهم زنگ زد گفت تو غصه نخور، زود خوب شو. بیایی خونه من خودم میام خونتون درسایی که عقب افتادی بهت درس میدم. تو اول زود خوب شو منم خیالم راحت شد. می‌ترسیدم از درسام عقب بیفتم تنوم خودم را برسونم.

درک پیامدهای مثبت بستری شدن: کودکان در داستان‌های خود علی‌رغم گزارش تجربه ترس‌ها و نگرانی‌هایشان، از تجربیات مثبتی که در بیمارستان کسب کرده بودند نیز نام بردند. پیدا کردن دوستان جدید و کسب مهارت‌های جدید اجتماعی، آشنا شدن با نقش

سایر کودکانی که تحت مداخلات تشخیصی یا درمانی دردناک قرار داشتند نیز منبع مهمی از ترس برای کودکان محسوب می‌شد که در مطالعه سایرین گزارش نشده است. این تفاوت شاید به دلیل عدم توجه پرستاران به موقعیت اتاق پروسیجر در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های ماست. طبق متون تخصصی، این ویژگی تکاملی کودکان پیش دبستانی است که با دیدن و یا شنیدن گریه کودکی دیگر در حال پروسیجر دردناک می‌توانند میزان دردی که وی تحمل می‌کند را تجسم کنند (۳۰). شاید علت ترس کودکان دبستانی مطالعه حاضر نیز به همین دلیل باشد و شاید نشانه دیگری از برگشت تکاملی ناشی از اثرات مخرب بستری شدن بر روی کودکان باشد. به هر حال آنچه از این یافته می‌توان نتیجه گرفت این است که پروسیجرهای دردناک نه در اتاق بیمار بلکه بایستی در اتاقی مجزا و در جایی از بخش که مانع از رسیدن صدای گریه کودک به سایر کودکان بستری در بخش شود انجام گیرد تا از تحمیل اضطراب بیشتر به کودکان پیشگیری به عمل آید.

یکی از استراتژی‌های خودمحافظتی کودکان جهت مقابله با ترس ناشی از پروسیجرهای دردناک، طلب حضور مادر بود. در مطالعات گذشته در سایر کشورها نیز، کودکان در مواجهه با ترس هنگام پروسیجرهای دردناک، حضور والدین، به خصوص مادر را درخواست می‌کردند (۲۴، ۲۹ و ۳۱). فلسفه فعلی حاکم بر مراقبت از کودکان، فلسفه مراقبت خانواده‌محور است که بر حضور مداوم والدین بر بالین کودک در مدت بستری و مشارکت در مراقبت از وی تأکید دارد (۱۵ و ۳۲). یافته‌های مطالعه حاضر، ضرورت به‌کارگیری اصول فلسفه مراقبت خانواده‌محور در بخش‌های کودکان را روشن می‌سازد. از یافته‌های حاصل از تجربیات کودکان چنین بر می‌آید که اصول مراقبت خانواده‌محور می‌تواند پاسخ‌گوی نیازهای روانی و عاطفی کودکان در بیمارستان باشد.

استراتژی مقابله‌ای دیگری که کودکان در هنگام مواجهه با پروسیجر دردناک به کار می‌گرفتند جستجوی

مقابله‌ای خودمحافظتی و جستجوی اطمینان خاطر استفاده می‌کردند. علاوه بر تجربیات منفی، پیدا کردن دوستان جدید، آشنایی با نقش‌های پرستاران و پزشکان، ارتقاء سازگاری با استرس و از عهده برآمدن و آشنایی با پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، تجربیات مثبت حاصل از بستری شدن در بیمارستان بودند.

یکی از مفاهیم استخراج شده از یافته‌های پژوهش حاضر، ترس و نگرانی کودکان از تجربیات دردناک بود. مطالعات قبل نیز نشان داده‌اند که پروسیجرهای دردناک با یا بدون سوزن سبب ایجاد استرس و تنیدگی در کودکان می‌شود. ترس از تزریق در کودکان، پدیده‌ای است که در تمام فرهنگ‌ها دیده می‌شود و بیشترین عامل ترس‌های پزشکی کودکان در فرهنگ‌های غربی و غیرغربی بوده است (۲۷-۲۴). در متون آمده است که یکی از دلایل مهم ترس کودکان از پروسیجرهای پزشکی این است که انتظار آنان از میزان درد و ناراحتی ناشی از پروسیجر قبل از انجام آن بسیار بالا و تا حدی غیرواقعی است (۲۸ و ۲۹). ترس در محیط‌های پزشکی در کودکی معمول است و چالشی است که مراقبین بهداشتی هنگام مراقبت از کودکان با آن مواجه هستند. یافته‌های مطالعات قبل نیز تأیید کرده است در صورتی که کودک در گذشته تجربیات صدمه‌زایی از مراقبت‌های پزشکی داشته باشد همکاری وی در دفعات بعدی انجام پروسیجر کاهش خواهد یافت (۱۴). بنابراین به‌کارگیری روش‌های کنترل درد حین پروسیجرهای دردناک پزشکی، اهمیت زیادی در کاهش ترس فعلی و آتی کودکان از پروسیجر و بهبود همکاری آنان با درمان دارد.

همان‌طور که یافته‌ها نشان داد کودکان در مواجهه با پروسیجر دردناک از مقاومت‌های فیزیکی، کلامی و غیرکلامی شدید استفاده می‌کردند تا مانع انجام پروسیجر شوند. شاید دیدن این‌گونه رفتارها در کودکان دبستانی را بتوان به‌عنوان نشانه‌ای از برگشت تکاملی آنان در نظر گرفت. از طرفی نه‌تنها انجام پروسیجر دردناک بر روی خود کودک ترسناک بود بلکه شنیدن صدای جیغ و داد

کودکان است. زمانی که کودکان احساس کنند ترس آن‌ها از مداخلات پزشکی قابل درک است و قادر درمان با آرامش، خوش‌خلقی و شکیبایی، حداکثر تلاششان را جهت کاهش درد آنان می‌کنند اطمینان خاطر جایگزین ترس کودک می‌شود و همکاری با درمان، جایگزین مقاومت در مقابل درمان خواهد گردید.

از طرف دیگر نگرانی از عقب ماندن از دروس مدرسه، مفهوم دیگری بود که در داستان‌های بیشتر کودکان دیده شد. کودکانی که به واسطه ارتباط معلم با آنان طی مدت بستری از جبران عقب‌ماندگی‌های درسی پس از ترخیص مطمئن شده بودند احساس آرامش و اطمینان خاطر می‌کردند. این یافته توسط سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۳۰ و ۴۳). بنابراین بر اساس یافته‌ها، برقراری ارتباط بین معلم و همکلاسان در مدت بستری کودک در بیمارستان به‌عنوان راه‌کار مؤثری جهت کاهش این بعد از نگرانی توصیه می‌گردد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تجربه بستری شدن مکرر سبب شده تا کودکان در شرایط فعلی، مکانیسم‌های مقابله‌ای خود را ارتقاء دهند. به تدریج کودکان درک می‌کنند که نمی‌توانند مانع انجام مداخلات پزشکی دردناک شوند و همکاری با انجام مداخلات به نفع آنان است. بنابراین به جای مقاومت‌های کلامی و غیرکلامی قبلی، سعی می‌کردند تا با سکوت و همکاری با پروسیجر سبب پیشگیری از درد بیشتر شوند. این تغییر در مکانیسم‌های مقابله‌ای کودکان و ارتقاء سطح سازگاری آنان با مداخلات پزشکی در سایر مطالعات نیز گزارش شده است (۴۴ و ۴۵).

تم دیگر حاصل از مطالعه حاضر، محیط کسالت‌آور بیمارستان بود که کودکان از آن به‌عنوان تجربه منفی بیمارستان نام بردند. تنهایی، فقدان فعالیت‌های سرگرم‌کننده و دوری از دوستان و سایر افراد خانواده، همگی بیمارستان را به محیط کسالت‌آوری برای کودکان تبدیل کرده بود که سبب احساس غمگینی و افسردگی در آنان شده بود. در مطالعات دیگران نیز کودکان نیاز به

اطمینان خاطر بود. اطمینان خاطر یک فاکتور مهم در تقلیل و حتی پیشگیری از تحمل استرس توسط کودکان در مطالعه حاضر بود که در سایر مطالعات نیز تأیید شده است (۳۳ و ۳۴). جستجوی اطلاعات از جمله راه‌کارهایی بود که کودکان جهت رسیدن به اطمینان خاطر از چگونگی پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و دردناک نبودن آن‌ها در مطالعه حاضر و سایر مطالعات گذشته (۳۵ و ۳۶) به کار می‌گرفتند. با این تفاوت که در مطالعه حاضر، کودکان به دنبال جستجوی اطلاعات از مادر بودند درحالی‌که در دیگر مطالعات انجام شده، کودکان غالباً حمایت اطلاعاتی را از همسالان خود دریافت می‌کردند. این تفاوت شاید بدین دلیل باشد که در مطالعه حاضر بر خلاف مطالعات دیگران، دادن اطلاعات به کودکان از سوی کادر درمان روتین نبود لذا همسالان کودک نیز اطلاعاتی نداشتند و از این رو کودکان به دنبال کسب اطلاعات از مادر بودند. به هر حال طبق مطالعه حاضر، دریافت اطلاعات از سوی مادر، منبع باارزشی از آرامش و مقابله مؤثر کودکان در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا محسوب می‌گردد. رفتارهای پرستاران و پزشکان نیز در سازگاری مؤثر با استرس و یا برعکس تشدید استرس آن‌ها نقش داشت. در صورتی‌که کادر درمان، حمایتگر، همدل، صبور، آرام و خوش خلق بودند می‌توانستند به‌طور مؤثری سبب کاهش ترس کودکان در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و همکاری بیشتر آن‌ها شوند. از طرف دیگر بدخلقی، ناشکیبایی و سرکوب کردن واکنش‌های کودک به پروسیجر توسط پرسنل درمانی سبب تشدید استرس در کودکان و عدم همکاری آنان با کادر درمان می‌گردد. این یافته‌ها توسط مطالعات انجام شده در سایر فرهنگ‌ها نیز تأیید شده است (۳۷-۴۲). بنابراین یافته‌های تحقیقات بیانگر این است که کاهش استرس و ترس کودکان از مداخلات پزشکی و در نتیجه حل چالش کادر درمان در خصوص عدم همکاری کودکان با انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، نیازمند برخورد انسان‌گرایانه کادر درمان با

تجربیات مثبت بستری در بیمارستان نام بردند. مشابه این یافته‌ها در مطالعات دیگران نیز گزارش شده است (۱۵ و ۳۹). این یافته‌ها مبین روی دیگر سکه بستری شدن کودک در بیمارستان است. به این معنی که بستری شدن، ذاتاً تجربه مثبتی برای کودکان در جهت یادگیری‌های جدید و تقویت مهارت‌های زندگی به همراه دارد و آنچه به‌عنوان تجربیات منفی کودکان از بستری شدن در داستان‌های کودکان دیده می‌شود ناشی از عدم توجه به ویژگی‌ها و نیازهای تکاملی آنان و فقدان برنامه‌ریزی مناسب سیستم درمانی و به‌کارگیری مداخلات مؤثر مطابق با این ویژگی‌ها و نیازهاست.

نتیجه‌گیری

در صورتی که برنامه‌ریزی‌های مراقبتی، نیازهای همه‌جانبه فیزیکی، روانی-اجتماعی، عاطفی و تکاملی کودکان را در مرکز توجه خود قرار دهد و به جای این‌که تنها به تأمین نیازهای جسمی کودکان در محدوده اجرای مداخلات درمانی و تشخیصی لازم بسنده کند، نگاه کل‌نگر در مراقبت از کودکان داشته باشد می‌تواند تجربه کودکان از بستری شدن را به یک تجربه مثبت تبدیل نماید که منجر به ارتقاء تکامل همه‌جانبه کودک شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کودکان و والدینشان که در مطالعه حاضر شرکت کردند صمیمانه سپاسگزاریم. هم‌چنین از پرستاران شاغل در محل‌های پژوهش به‌سبب فراهم کردن امکان انجام تحقیق حاضر تشکر می‌شود.

بازی، سرگرمی و صحبت با همسالان را گزارش کردند (۱۵). بازی و حضور در اتاق بازی، اغلب به‌عنوان بهترین تجربه از بودن در بیمارستان توسط کودکان مطالعه حاضر و سایر مطالعات (۳۹) ذکر گردیده است. این در حالی است که با وجود اتاق بازی و وسایل بازی در بخش، خط مشی‌های مدیریتی بخش بر ارابه مراقبت روانی-اجتماعی کودکان تأکید ندارد و بیشتر از آن‌که به سلامت روانی کودکان توجه شود به حفظ اموال بخش توجه شده است. این خلأ بزرگی است که کودکان بستری بدان اشاره کردند و همواره سؤال بی‌جوابی از طرف آنان مطرح شد که: پس اتاق بازی بخش برای چیست؟ این یافته‌ها نیاز کودکان بیمار به بازی و سرگرمی را همانند کودکان سالم و چه بسا بیشتر از آن‌ها و اهمیت توجه به نیازهای روانی-اجتماعی کودکان بیمار در مدت بستری را یادآور می‌شود. همان‌طور که داده‌ها نشان داد کودکان به‌طور متوسط ۴ بار طی سال گذشته در بیمارستان بستری شده‌اند، این موضوع نشان می‌دهد که این کودکان به‌واسطه داشتن بیماری مزمن نیازمند بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان هستند و مدت زیادی از زندگی خود را در بیمارستان می‌گذرانند. بنابراین توجه به نیازهای تکاملی و روانی-اجتماعی کودکان به‌منظور کاهش اثرات مخرب بستری شدن بر روی آن‌ها شایان توجه است.

تم دیگری که از داستان‌های کودکان استخراج گردید درک آنان از پیامدهای مثبت بستری شدن بود. علی‌رغم وجود تجربیات منفی در طی بستری شدن، کودکان از بهبودی، آشنایی با سایر کودکان و پیدا کردن دوستان جدید، آشنا شدن با نقش‌های پرستاران و پزشکان و مداخلات تشخیصی و درمانی و هم‌چنین افزایش توانایی سازگاری با مشکلات و از عهده برآمدن به‌عنوان

References

1. Boyd RJ, Hunsberger M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: Their perceptions and suggested interventions. *J Pediatr Nurs.* 1998; 13: 330-42.
2. Charron-Prochownic D. Special needs of the chronically ill child during middle childhood: Application of the stress-coping paradigm. *J Pediatr Nurs.* 2002;17: 407-13.
3. Nuutila L, Salanterä S. Children with a long-term illness: Parents' experiences of care. *J Pediatr Nurs.* 2006; 21: 153-160.

4. Wilson EM, Megel EM, Enenbach L, Carlson LK. The voices of children: stories about hospitalization. *J Pediatr Health Care*. 2010; 24(2): 95-102.
5. Landsdown R. *Children in hospital: a guide for family and carers*. New York: Oxford University Press; 2000.
6. Roberts AC. Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and incidence study. *J Pediatr Nurs*. 2010; 25(6): 470-6.
7. Rossen BE, McKeever PD. The behavior of preschoolers during and after brief surgical hospitalizations. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1996; 19: 121-33.
8. Sheldon L. Hospitalising children: A review of the effects. *Nurs Stand*. 1997; 12(1): 44-7.
9. White MA, Williams PD, Alexander DJ, Powell-Cope GM, Conlon M. Sleep onset latency and distress in hospitalized children. *Nurs Res*. 1990; 39(3): 134-9.
10. Wright MC. Behavioural effects of hospitalization in children. *J Pediatr Child Health*. 1995; 31: 165-7.
11. Carney T, Murphy S, McClure J, Bishop E, Kerr C, Parker J, et al. Children's views of hospitalization: An exploratory study of data collection. *J Child Health Care*. 2003; 7: 27-40.
12. Rennick J, Johnson C, Dougherty G, Platt R, Richie J. Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *J Dev Behav Pediatr*. 2002; 23(3): 133-44.
13. Melnyk BM, Small L, Carno MA. The effectiveness of parent-focused interventions in improving coping/mental health outcomes of critically ill children and their parents: An evidence base to guide clinical practice. *Pediatr Nurs*. 2004; 30(2): 143-8.
14. Proczkowska-Bjorklund M, Runeson I, Gustafsson PA, Svedin CG. Communication and child behavior associated with unwillingness to take premedication. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 1238-42.
15. Runeson I, Hallström I, Elander G, Hermerén G. Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *Int J Nurs Pract*. 2002; 8: 158-66.
16. Hasenfuss E, Franceschi A. Collaboration of nursing and child life: A palette of professional practice. *J Paediatr Nurs*. 2003; 18: 359-65.
17. Hoden P. Psychological factors affecting a child's capacity to cope with surgery and recovery. *Semin Perioper Nurs*. 1995; 4(2): 75-9.
18. Betz CM, Hunsberger M, Wright S. *Family-centered nursing care of children*. 2nd Ed. Toronto: W.B. Saunders; 2007.
19. Hanas R, Ludvigsson J. Experience of pain from insulin injections and needle-phobia in young patients with IDDM. *Pract Diabetes Int*. 1997; 14: 95-9.
20. Garrison MM, Katon WJ, Richardson LP. The impact of psychiatric co-morbidities on readmissions for diabetes in youth. *Diabetes Care*. 2005; 28: 2150-4.
21. Sturms LM, van der Sluis CK, Stewart RE, Groothoff JW, ten Duis HJ, Eisma WH, et al. A prospective study on paediatric traffic injuries: Health-related quality of life and post-traumatic stress. *Clin Rehabil*. 2005; 19: 312-22.
22. Board R. School-age children's perceptions of their PICU hospitalization. *Paediatr Nurs*. 2005; 31: 166-75.
23. Bellack JP, Fleming JW. The use of projective techniques in pediatric nursing research from 1984 to 1993. *J Paediatr Nurs*. 1996; 11: 10-28.
24. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15(9): 1277-88.
25. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J Child Health Care*. 2006; 10: 326-36.
26. Hudson CJ, Leeper JD, Strickland MP, Jessee P. Storytelling: A measure of anxiety in hospitalized children. *Children's Health Care*. 1987; 16: 118-22.
27. Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. Hypnosis reduces distress and duration of invasive medical procedure for children. *Paediatr*. 2005; 115: 77-85.
28. Mahat G, Scoloveno AM, Cannella B. Comparison of children's fears of medical experiences across two cultures. *J Paediatr Health Care*. 2004; 18: 302-7.
29. Smalley A. Needle phobia. *Paediatr Nurs*. 1999; 11: 17-20.
30. Forsner, M, Jansson, L, Sorlie, V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *J Child Health Care*. 2005; 9: 153-65.
31. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 644-51.
32. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran. *Nurs Health Sci*. 2009; 11: 221-7.
33. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2006; 15: 1317-23.
34. Corbo-Richert B, Caty S, Barnes CM. Coping behaviors of children hospitalized for cardiac surgery: A secondary analysis. *Matern Child Nurs J*. 1993; 21(1): 27-36.

35. Lindeke L, Nakai M, Johnson L. Capturing children's voices for quality improvement. *Matern Child Nurs J*. 2006; 31: 290-5.
36. Hatava P, Olsson GL, Lagerkranser M. Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: A comparison of two methods. *Paediatr Anaesth*. 2000; 10:477-86.
37. Månsson ME, Dykes AK. Practices for preparing children for clinical examinations and procedures in Swedish pediatric wards. *Paediatr Nurs*. 2004; 30: 182-7.
38. Pelander T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Quality of pediatric nursing care in Finland: Children's perspective. *J Nurs Care Qual*. 2007; 22: 185-94.
39. Goodman JE, McGrath PJ. Mothers' modeling influences children's pain during a cold pressor task. *Pain*. 2003; 104: 559-65.
40. Anderzen Carlsson, A, Sørli, V, Gustafsson, K, Olsson, M, Kihlgren, M. Fear in children with cancer: Observations at an outpatient visit. *J Child Health Care*. 2008; 12: 191-208.
41. Wollin SR, Plummer JL, Owen H, Hawkins RMF, Materazzo F, Morrison V, et al. Anxiety in children having elective surgery. *J Paediatr Nurs*, 2004; 19: 128-32.
42. Bossert E. Stress appraisals of hospitalized school-age children. *Children's Health Care*. 1994; 23: 33-49.
43. Vessey JA. Children's psychological responses to hospitalization. *Annu Rev Nurs Res*. 2003; 21: 173-201.
44. Forsner M, Jansson L, Söderberg A. Afraid of Medical Care: School-Aged Children's Narratives About Medical Fear. *J Paediatr Nurs*. 2009; 24(6): 519-28.
45. Curtin C. Eliciting children's voices in qualitative research. *Am J Occup Ther*. 2001; 55: 295-302.