



انجمن علمی پرستاری ایران

# نشریه پرستاری کودکان

شماره ۴ تابستان ۱۳۹۴ شماره استاندارد بین المللی: ۲۴۲۳-۳۳۲۳

- ۱..... بررسی میزان سطح سواد سلامت والدین کودکان پیش دبستانی.....  
محمداسماعیل چهری، سهیل نجفی مهری، عباس عبادی، فروغ سرهنگی
- ۱۱..... تاثیر شعردرمانی و حرکات ریتمیک بر کاهش اضطراب و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی.....  
آناهیتا خدابخشی کولایی، مهنوش سبزیان، محمدرضا فلسفی نژاد
- ۲۲..... تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان دانش والدین کودکان دارای استومی.....  
اشرف السادات حکیم، الهام پالیزبان، کامبیز احمدی انگالی
- مقایسه ی تأثیر برنامه آشناسازی روند بستری با نقشه های مفهومی دیداری و روش چهره به چهره بر میزان ترس و اضطراب  
کودکان.....  
شهربانو طالبی، جواد گنجلو، محمد رخشانی، سید محسن اصغری نکاح
- ۴۵..... تداخلات دارویی بالقوه در بخش مراقبت های ویژه کودکان: یک مطالعه موردی از بیمارستان امام حسین (ع) اصفهان.....  
مریم عظیمی، اکرم ثناگو، لیلا جویباری
- ۵۲..... تأثیر قنناق بر پاسخ به درد ناشی از خونگیری وریدی در نوزادان زودرس: کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده.....  
شهین دژدار، فائزه جهان پور، سعیده فیروز بخت، افشین استوار
- ۶۲..... تأثیر تمرینات قدرتی و پلايومتریک بر توان جسمانی کودکان نابالغ.....  
هادی شهرآبادی، ناهید بیژه، شهربانو طالبی
- ۷۰..... نگرش پدران نسبت به کودک آزاری در مراکز بهداشتی شهر تبریز.....  
ملیحه اسدالهی، مهناز جبرئیلی، محمد اصغری جعفرآبادی، مرضیه حلاج

به نام خداوند جان و خرد  
**مجله پرستاری کودکان**  
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران  
شماره ۴ - تابستان ۱۳۹۴

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر عباس عبادی
- سردبیر: دکتر فاطمه الحانی
- مدیر اجرایی: دکتر محسن ملاهادی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۴۲۸۵/۹۳ مورخ ۱۳۹۳/۲/۳۰
- شماره بین المللی نشریه چاپی: - ISSN: مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۲۷
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: - e-ISSN: مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۲۷

**اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):**

- دکتر فاطمه الحانی دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فرشته آیین استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد
- دکتر فریده باستانی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر لیلا بریم نژاد دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فائزه جهان پور دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر ابراهیم حاجی زاده دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ناهید رژه دانشیار دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه شاهد
- دکتر مریم رسولی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر عباس عبادی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)
- دکتر زهرا کاشانی نیا استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیما کرمانشاهی دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر سوسن ولی زاده استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر لیلا ولی زاده استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- دکتر مجیده هروی دانشیار دانشکده پرستاری و مامائی شاهد
- دکتر فریده یغمائی دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• **حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

**E-mail:** info@jpen.ir, **Website:** http://jpen.ir

## مقایسه‌ی تأثیر برنامه آشناسازی روند بستری با نقشه‌های مفهومی دیداری و روش چهره به

### چهره بر میزان ترس و اضطراب کودکان

شهربانو طالبی<sup>۱</sup>، \*جواد گنجلو<sup>۲</sup>، محمد رخشانی<sup>۳</sup>، سید محسن اصغری نکاح<sup>۴</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** یکی از روش‌های آموزشی نوین که ارتباط بسیار نزدیک با رویکرد سازنده‌گرایی دارد نقشه مفهومی است. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین مقایسه‌ای تأثیر برنامه آشناسازی روند بستری به کمک نقشه‌های مفهومی دیداری با روش چهره به چهره بر میزان ترس و اضطراب کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بخش کودکان شهر سبزوار بود.

**روش:** بررسی با استفاده از روش نیمه‌تجربی و انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. آزمودنی‌های این پژوهش ۴۴ نفر از کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بخش کودکان شهر سبزوار بودند که به‌روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، ترس بیمارستانی بروم و اضطراب موقعیتی- خصیصه‌ای برای کودکان بودند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آمار توصیفی، شاپیرو ویلک، کای دو، فیشر، t وابسته، ویلکاکسون، من ویتنی و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بعد از برنامه آشناسازی، در گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره، ترس و اضطراب (موقعیتی، خصیصه‌ای و کل) کاهش معنی‌داری داشت ( $p < 0/05$ ). همچنین بین اضطراب خصیصه‌ای و اضطراب کل در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** استفاده از نقشه مفهومی بصری در مقایسه با روش چهره به چهره در کاهش اضطراب خصیصه‌ای و اضطراب کل کودکان بستری در بیمارستان مؤثرتر می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در محیط‌هایی که پرستاران وقت کافی برای آموزش چهره به چهره جهت ارائه اطلاعات لازم به بیماران ندارند، می‌توانند از روش نقشه مفهومی دیداری استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** نقشه مفهومی دیداری، چهره به چهره، ترس، اضطراب، کودکان، بستری.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۲

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ایران.  
۲- مربی و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. (نویسنده مسؤول)  
پست الکترونیکی: jganj@yahoo.com  
۳- استادیار، آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.  
۴- استادیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

## مقدمه

کودک هدیه الهی است که به دلیل سیستم ظریف بدن خود در معرض بیماری‌ها و صدمات مختلف قرار دارد. بستری در بیمارستان از مواردی است که بسیاری از کودکان حداقل یکبار آن را تجربه می‌کنند (۱). ربیعی و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند، حدود ۳۰ درصد از کودکان حداقل یک بار طی دوران کودکی‌شان در بیمارستان بستری می‌شوند که حدود ۵ درصد آنان برای چندمین بار بستری شده‌اند (۲). بر اساس آمارهای منتشر شده در کشور انگلستان سالانه به‌ازای هر یازده نفر زیر نوزده سال، یک مورد پذیرش در بیمارستان لنس داون وجود دارد (۳). با توجه به آمارهای منتشر شده در کشور ایران نیز طی سال ۱۳۹۳ در بیمارستان واسعی تابعه دانشگاه علوم پزشکی سبزواری تعداد ۲۴۶۴ کودک به دلایل مختلف در بیمارستان بستری شده‌اند (۴).

بستری شدن هرگز نمی‌تواند بدون تأثیر در زندگی کودک باشد (۲). کودکان بستری با مردم ناشناس در محیط ناآشنا و حوادث ناگوار مثل اقدامات دردناک روبرو می‌شوند (۵)، کودکان از پزشکان، پرستاران، خدمه‌ی بیمارستان و کارهای بیمارستانی وحشت دارند، به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که آنها از دیدن روپوش سفید ترس دارند (۶). اکثر آنها به بیماری و بستری شدن به‌عنوان یک تنبیه می‌نگرند (۷).

در واقع می‌توان گفت بستری شدن کودک یکی از ترسناک‌ترین حوادث زندگی برای کودکان و والدین و از مهمترین علل پیدایش اضطراب در آنان می‌باشد (۸). توانایی کودکان جهت فهم و تطابق جنبه‌های مختلف بستری تحت تأثیر سن، و مرحله‌ی تکاملی (۹)، تجربه قبلی بیماری یا بستری، مهارت‌های تطابقی، شدت بیماری و سیستم‌های حمایتی موجود می‌باشد (۱۰).

تحقیقات نشان می‌دهند که ۶۶/۶ درصد کودکان نسبت به بستری شدن رفتارهای نامناسبی چون ترس و اضطراب از خود نشان می‌دهند (۱۱). ژولت (۲۰۰۳) تحقیقی در کانادا بر روی ۶۹ کودک سن مدرسه بستری با استفاده از چک‌لیست مشاهده‌ای انجام داد و در شیفت‌های متعدد به مشاهده علایم رفتاری

کودکان پرداخت. او متوجه شد استرس در آنها به‌صورت گریه (۹۴/۸ درصد)، تحریک‌پذیری (۶۲ درصد)، عصبانیت و پرخاشگری (۶۰ درصد)، کاهش تمرکز (۳۷/۳ درصد)، اختلالات خواب (۸۰ درصد)، خیس کردن بستر (۴۱ درصد)، افسردگی (۴۱ درصد) و سردرد (۳۳ درصد) مشخص می‌شود (۱۲). از طرفی سافر (۲۰۰۰) به تحقیقی اشاره می‌کند که ۲۰۰ کودک را مورد مشاهده قرار داده است، ۶۰-۲۰ درصد آنها سه ماه بعد از بستری شدن ناسازگاری داشته‌اند و واکنش تعدادی از آنها جدی بوده است (۱۳).

جهت کاهش اثرات سوء ترس و اضطراب ناشی از بستری شدن کودک، تکنیک‌های زیادی پیشنهاد و به‌کار گرفته می‌شود (۱)، که در این بین پرستاران می‌توانند این تکنیک‌ها را به‌کار گرفته تا به کودک درجهت سازگاری با منابع ترس و نگرانی در طی بستری شدن کمک کنند (۱۴). امروزه روش‌های غیردارویی تسکین درد و اضطراب، توجه نظام‌های پرستاری را به‌خود جلب کرده است و بیماران نیز به کاربرد این روش‌ها تمایل نشان می‌دهند. همچنین این نوع مداخلات مؤثر، ساده و کم‌خطر می‌باشند و به رعایت زمان خاص و مصرف تجهیزات پرهنرینه نیاز ندارند (۱۵).

یکی از روش‌های غیردارویی در کاهش استرس و اضطراب کودکان، روش آشناسازی است (۱)، که می‌تواند به‌صورت چهره به چهره انجام شود. در این روش کودک و والدین او با محیط فیزیکی و امکانات بخش اطفال در بدو بستری و رعایت استانداردهای پذیرش توسط پرستاران، آشنا شده که می‌تواند موجب افزایش رضایتمندی، سازگاری سریع‌تر کودک و والدین با فرآیند بستری و کاهش اثرات سوء ناشی از آن شده و کودک با خاطره بهتری ترخیص می‌گردد (۱).

یکی دیگر از راهبردهای آموزشی نوین در این راستا نقشه مفهومی است که اولین بار توسط گوین و نواک در اوایل دهه ۱۹۷۰ معرفی شد (۱۶). نقشه مفهومی در حقیقت یک وسیله دوبعدی شماتیک برای نمایش ارتباط بین مفاهیم کلیدی است (۱۷). در واقع یک نقشه مفهومی بازنمایی تجسمی روابط معنی‌دار بین مفاهیم است که در ذهن فراگیر به‌هم مرتبط شده

است. استفاده از نقشه مفهومی باعث می شود که یادگیرندگان مفاهیم اصلی یک موضوع را درک کنند و ارتباط بین آن ها را طی کشیدن نقشه پیدا کنند، بدین سان مهارت های فکری آنان تقویت می شود (۱۸).

نقشه های مفهومی در موقعیت های آموزشی و در فرآیند یاددهی- یادگیری به شیوه های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۹). در آموزش علوم در حوزه ای مختلف تحصیلی مانند زیست شناسی، شیمی، فیزیک و زمین شناسی از نقشه های مفهومی استفاده شده است (۲۰). همچنین مقالات متعددی وجود دارد که استفاده از این روش را در آموزش پرستاری توصیه نموده اند. (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴).

رحمانی و همکاران (۲۰۰۵) از نقشه کشی مفهومی جهت آموزش واحد درسی فرآیند پرستاری در دانشجویان ترم دوم استفاده کردند و دریافته اند که نقشه مفهومی توانسته است به طور معنی داری یادگیری نظری دانشجویان را ارتقا بخشد (۲۵).

مطالعه ای ویلجیس و همکاران (۲۰۰۸) تأثیر نقشه مفهومی را بر تفکر انتقادی ۵۴ دانشجوی پرستاری بررسی کردند، و نتیجه گرفتند که نقشه مفهومی ارتقای قابل توجهی در مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان دارد (۲۶).

نقشه مفهومی به روش های مختلفی رسم می شود، یکی از این روش ها روش دیداری است که در این روش مفاهیم مورد نظر با استفاده از اشکال به مخاطب رسانده می شود. در واقع اشکال کامل کننده توضیحات کلامی هستند (۲۷). در رابطه با استفاده از نقشه های مفهومی در آموزش به بیمار مطالعات اندکی انجام شده است. برای مثال مارچند و همکاران (۲۰۰۷) با انجام مطالعه ای از نقشه مفهومی دیداری برای سنجش میزان دانش و آموزش کودکان مبتلا به دیابت در خصوص تغذیه دیابتی استفاده کردند (۲۸). همچنین هیل (۲۰۰۴) از نقشه مفهومی بصری جهت آموزش سالخوردهگان و افراد بالغ بی سواد استفاده کرد، وی در کنار نوشته های بوروشورهای دارویی، شمایی از توصیه های دارویی را طراحی کرده و در قالب نقشه های مفهومی در اختیار بیماران قرار داد. این روش به بیماران کمک می کرد از دستورات دارویی به درستی پیروی کنند (۲۹).

بیشتر تحقیقات به بررسی تأثیر روش چهره به چهره در بیماران پرداخته اند (۱۴، ۱۳، ۱۰). اگرچه مطالعات اندکی در جهت مقایسه روش چهره به چهره و نقشه مفهومی انجام شده است، از جمله بزرگ زاد و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند، استفاده از نقشه کشی مفهومی در مقایسه با روش چهره به چهره در آموزش به کودکان مبتلا به آسم مؤثرتر می باشد (۱۷).

با توجه به این موضوع که مقالات داخلی و خارجی در این زمینه محدود است، و تاکنون پژوهشی در رابطه با آشناسازی کودکان بستری در بیمارستان با این روش انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه برنامه آشناسازی روند بستری به کمک نقشه های مفهومی دیداری با روش چهره به چهره بر میزان ترس و اضطراب کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بخش کودکان شهر سبزوار انجام دهد.

## روش

این مطالعه نیمه تجربی و از نوع کارآزمایی بالینی بود که در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه، کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان واسعی سبزوار بودند. نمونه گیری به روش غیر تصادفی (آسان در دسترس) انجام شد. حجم نمونه به روش ذیل برآورد شد:

$$n = 2 \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = 2 \times 4 \times (1.96 + 1.28)^2 / 1.4^2 = 44$$

ممازیم وارینانس اضطراب یا ترس بر اساس مطالعات مشابه،  $Z_{1-\alpha/2}$  = این مقدار بر اساس درصد احتمال صحت گفتار بیان شده است،  $Z_{1-\beta}$  = معرف توان آزمون است و  $d$  = معرف اندازه اثر می باشد.

در نهایت ۴۴ نفر از کودکان وارد این مطالعه شدند، سپس کودکان به صورت تصادفی (بلوک های ۴ تایی) به دو گروه نقشه مفهومی دیداری (۲۲ نفر) و روش چهره به چهره (۲۲ 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 بیماری های مزمن، عدم استفاده از داروهای ضد اضطراب و مسکن، رضایت والدین و کودک به مشارکت در پژوهش و

حداکثر نمره‌ای که فرد کسب می‌کند ۶۰ می‌باشد. نمرات کمتر یا مساوی ۳۳ بیانگر اضطراب خفیف و بزرگتر یا مساوی ۴۷ بیانگر اضطراب شدید و در غیر این صورت اضطراب متوسط را نشان می‌دهد. مقیاس خصیصه‌ای، دارای سه گزینه می‌باشد، گزینه "اصلاً" نمره یک، "گاهی اوقات" نمره دو و "بیشتر اوقات" نمره سه را به‌خود اختصاص داد و طبقه‌بندی اضطراب خصیصه‌ای همانند اضطراب موقعیتی انجام گرفت (۲، ۳۰).

روایی پرسشنامه‌های ترس بیمارستانی بروم و پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه‌ای اشیپل‌برگر 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 با نظر نهایی استاد راهنما اصلاحات لازم انجام شد. در مطالعه حاضر جهت بررسی شاخص پایایی آن ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد، به‌منظور تعیین پایایی پرسشنامه ترس بیمارستانی بروم و پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه-ای اشیپل‌برگر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، به‌طوری‌که قبل از اجرای پژوهش این پرسشنامه‌ها به ۱۵ نفر از کودکان بستری داده شد و سپس پایایی پرسشنامه‌های ترس بیمارستانی بروم (I=۰.۷۴)، اضطراب موقعیتی (I=۰.۸۰) و خصیصه‌ای (I=۰.۷۵) مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تصویب طرح در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده و کسب مجوز از کمیته‌ی اخلاق و اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، پژوهشگر به بخش اطفال بیمارستان واسعی مراجعه کرده و با ارائه‌ی معرفی‌نامه، رضایت کتبی مسؤولین 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 صورتی‌که کودک شرایط ورود به مطالعه را داشت، پرسشنامه‌های ترس و اضطراب به کمک یک پرسشگر آموزش دیده تکمیل می‌شد. سپس در یک گروه برنامه آشناسازی با کمک نقشه‌های مفهومی اجرا شد. بدین صورت که نقشه‌های مفهومی دیداری قبل از انجام اقدامات

کسب نمره اضطراب و ترس متوسط به بالا بر اساس پرسشنامه اشیپل‌برگر و ترس بیمارستانی بروم و 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 بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک از یک پرسشنامه دوبخشی استفاده شد، بخش اول شامل سؤالاتی در رابطه با جنسیت، سن کودک، رتبه تولد (چندمین فرزند خانواده)، میزان تحصیلات کودک، میزان تحصیلات پدر و مادر و شغل پدر می‌باشد. بخش دوم اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری، تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص و شکایت اصلی می‌باشد.

ابزار مورد بررسی ترس کودکان بستری، پرسشنامه ترس بیمارستانی بروم می‌باشد که در مقاله مشابه استفاده شده است (۱)، دارای ۱۵ عبارت است که براساس مقیاس لیکرت دامنه امتیاز از ۱۷ تا ۵۱ دارد، مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای میزان ترس را با گزینه‌های خیلی کم، متوسط و زیاد بررسی می‌کند.

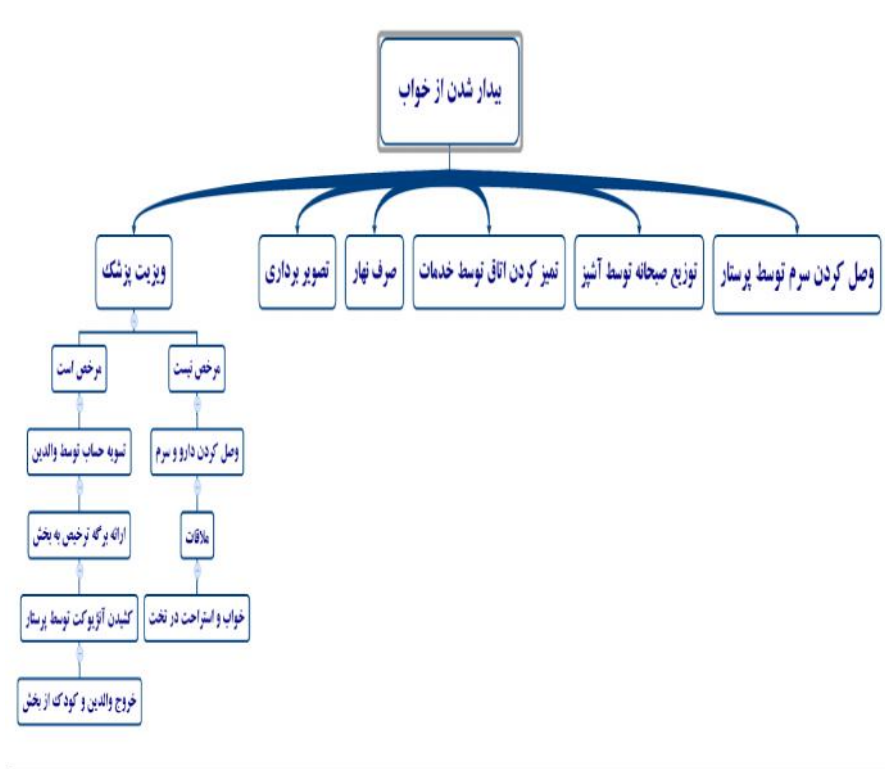
امتیاز بیشتر نشان دهنده میزان ترس بیشتر است، به‌طوری‌که گزینه "خیلی کم" امتیاز ۱، "متوسط" امتیاز ۲ و گزینه "زیاد" امتیاز ۳ را کسب می‌کند، نمرات کمتر یا مساوی ۲۸ بیانگر ترس خفیف و بزرگتر یا مساوی ۴۰ بیانگر ترس شدید و در غیر این صورت ترس متوسط را نشان می‌دهد (۱).

ابزار مورد استفاده برای سنجش اضطراب، پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه‌ای اشیپل‌برگر برای کودکان می‌باشد. این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی شامل ۲۰ سؤال در قسمت اندازه‌گیری اضطراب موقعیتی و ۲۰ سؤال در قسمت اندازه‌گیری اضطراب خصیصه‌ای می‌باشد. اضطراب موقعیتی به جنبه پایداری و نسبتاً مداوم اضطراب اطلاق می‌شود، به‌طوری‌که کودک بر اساس احساسی که در هنگام پاسخ‌گویی به سؤالات داشت آن را تکمیل می‌کرد. درحالی‌که اضطراب خصیصه‌ای متغیر است، به‌طوری‌که کودک براساس احساسی که در اغلب اوقات داشت به این سؤالات پاسخ می‌داد.

در اضطراب موقعیتی ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۱۰ سؤال به‌صورت نمره‌گذاری معکوس می‌باشد. حداقل نمره ۲۰ و



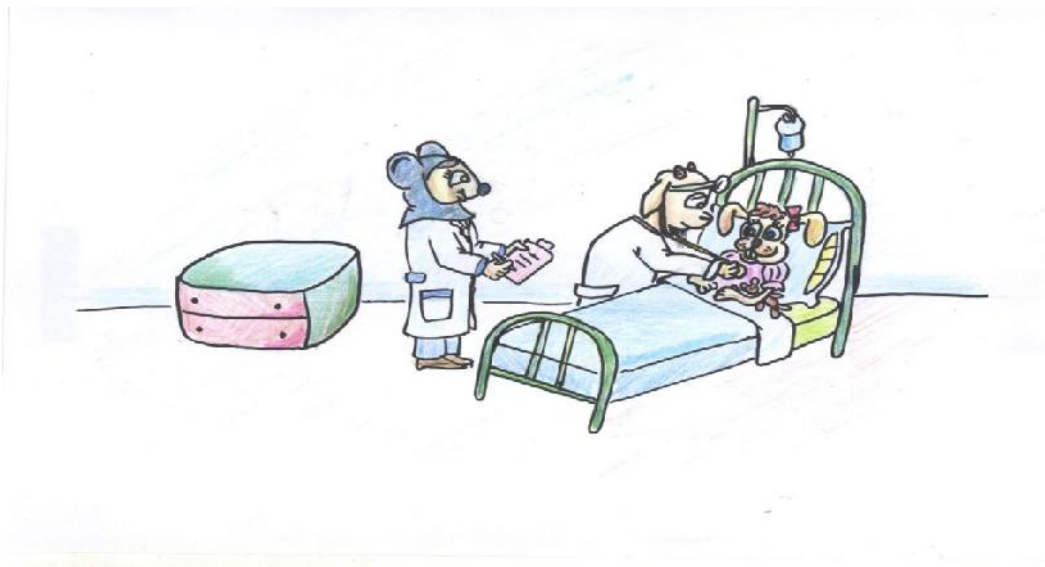




**شکل ۲:** نمونه‌ای از نقشه‌های مفهومی محقق ساخته در روند بستری کودک

روانشناس کودک ارائه شد. سپس نظرات نهایی روانشناس در رابطه با استفاده از رنگ‌ها و نمادهای علمی اعمال شد (شکل ۳ و ۴).

پس از بررسی و انجام اصلاحات نهایی، نقشه‌ها جهت تبدیل به نقشه‌های مفهومی دیداری به کارشناس مربوطه ارائه و پس از ترسیم نقاشی‌ها جهت ارزیابی و روانشناسی به متخصص و



**شکل ۳:** نمونه‌ای از نقاشی‌های روند بستری کودک (معاینه توسط پزشک)





شکل ۴- نمونه ای از نقاشی های رو

#### شکل ۴: نمونه ای از نقاشی های روند بستری کودک (معاینه توسط پرستار)

۱۴ نفر (۶۳/۶ درصد) کودکان دختر و ۸ نفر (۳۶/۴ درصد) پسر بودند. در این گروه ۹ نفر (۴۰/۹ درصد) کودکان فرزند اول خانواده، ۸ نفر (۳۶/۴ درصد) فرزند دوم و ۵ نفر (۲۲/۷ درصد) فرزند سوم و چهارم بودند. در مورد والدین، ۱۸ نفر (۸۱/۸ درصد) سن پدران و ۲۰ نفر (۹۰/۹ درصد) سن مادران زیر ۴۰ سال بود و ۶ نفر (۲۷/۳ درصد) پدران و ۴ نفر (۱۸/۲ درصد) مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه چهره به چهره ۱۰ نفر (۴۵/۵ درصد) کودکان دختر و ۱۲ نفر (۵۴/۵ درصد) پسر بودند. در این گروه ۱۳ نفر (۵۹/۱ درصد) کودکان فرزند اول خانواده، ۶ نفر (۲۷/۳ درصد) فرزند دوم و ۳ نفر (۱۳/۶ درصد) فرزند سوم و چهارم بودند. در مورد والدین، ۱۷ نفر (۷۷/۳ درصد) سن پدران و ۲۲ نفر (۱۰۰ درصد) سن مادران زیر ۴۰ سال بود و ۳ نفر (۱۳/۶ درصد) پدران و مادران تحصیلات دانشگاهی داشتند. بر اساس آزمون های آماري کای دو و فیشر این دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای جنسیت، رتبه تولد، سن و وضعیت تحصیلات والدین همگن بودند ( $P > 0.05$ ).

قبل از مداخله میانگین رتبه ترس و اضطراب (موقیعی، خصیصه ای و کل) در دو گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره متوسط بود. میانگین این متغیرها بعد از مداخله در گروه نقشه مفهومی دیداری از رتبه متوسط به خفیف تبدیل شد. اما در گروه چهره به چهره بعد از مداخله، تنها میانگین رتبه

روش چهره به چهره، روشی که افراد مورد مطالعه در این گروه بهره می بردند، شامل آشناسازی آنان با کلیه مفاهیم مرتبط با بستری به صورت چهره به چهره می باشد. به طوری که قبل انجام هر اقدام پرستاری توضیحاتی در رابطه با آن به کودک و همراه وی داده می شد، و به این طریق مفاهیم به صورت تکی و جزئی ارئه می شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (تعیین میانگین و انحراف معیار برای داده های کمی و تعیین فراوانی و درصد برای داده های کیفی)، من ویتنی، کای دو و فیشر (برای تعیین همگنی دو گروه از لحاظ مشخصات دموگرافیک)، t وابسته و ویلکاکسون (برای مقایسه میزان ترس و اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه ها) و همچنین جهت مقایسه متغیرهای وابسته در بین دو گروه بعد از اجرای برنامه آشناسازی از تحلیل کوواریانس و از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

#### یافته ها

میانگین سن و انحراف استاندارد دو گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره، به ترتیب  $7.07 \pm 1.23$  و  $7.07 \pm 1.91$  بود، با توجه به آزمون من ویتنی دو گروه از این نظر همگن بودند ( $P = 0.294$ ). در گروه نقشه مفهومی دیداری

بررسی قرار گرفت. جهت تغییرات درون گروهی در صورت نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته، از آزمون‌های پارامتریک  $t$  وابسته و در صورت غیرنرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته، از آزمون‌های ناپارامتریک ویلکاکسون استفاده شد.

اضطراب موقعیتی از رتبه متوسط به خفیف کاهش یافت، و میانگین متغیرهای ترس، اضطراب خصیصه‌ای و اضطراب کل در همان رتبه متوسط باقی ماند.

قبل از اجرای آزمون‌های آماری، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری شاپیرو ویلک مورد

**جدول ۱:** تفاوت درون گروهی متغیرهای وابسته در گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره در بخش کودکان بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۱۳۹۳

متغیرها	گروه	مرحله آزمون	M±Sd	آزمون	p-value
میزان ترس	روش نقشه مفهومی دیداری	پیش آزمون	۳۴/۷۷±۴/۶۹	ویلکاکسون	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۲۶/۵۵±۵/۲۴		
	روش چهره به چهره	پیش آزمون	۳۵/۴۱±۴/۳۳	$t$ وابسته	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۲۹/۸۶±۵/۶۸		
موقعیتی	روش نقشه مفهومی دیداری	پیش آزمون	۳۹/۴۱±۴/۰۷	ویلکاکسون	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۳۰/۲۷±۴/۶۰		
	روش چهره به چهره	پیش آزمون	۴۱/۰۵±۴/۸۸	$t$ وابسته	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۲۳/۰۰±۵/۸۴		
میزان اضطراب خصیصه‌ای	روش نقشه مفهومی دیداری	پیش آزمون	۳۹/۱۸±۴/۹۱	ویلکاکسون	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۳۰/۹۱±۷/۰۰		
	روش چهره به چهره	پیش آزمون	۳۹/۰۵±۴/۳۴	ویلکاکسون	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۳۵/۱۸±۵/۱۷		
کل	روش نقشه مفهومی دیداری	پیش آزمون	۷۸/۵۹±۶/۱۱	$t$ وابسته	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۶۱/۱۸±۹/۲۳		
	روش چهره به چهره	پیش آزمون	۸۰/۰۹±۷/۱۰	$t$ وابسته	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۶۸/۱۸±۸/۵۷		

چهره پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی داری نشان داد ( $p < ۰/۰۵$ ).

مطابق جدول شماره ۱ و با توجه به آزمون  $t$  وابسته و ویلکاکسون، میانگین متغیرهای ترس و اضطراب (موقعیتی، خصیصه‌ای و کل) در دو گروه نقشه مفهومی دیداری و چهره به

**جدول ۲:** مقایسه متغیرهای وابسته در بین دو گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره بعد از اجرای برنامه آشناسازی در بخش کودکان بیمارستان واسعی سبزوار در سال ۱۳۹۳

متغیرها	ضریب	خطای استاندارد	p-value
ترس	امتیاز قبل از مداخله	۰/۱۸	۰/۰۵۷
	گروه	۱/۶۰	۰/۰۶۰
اضطراب موقعیتی	امتیاز قبل از مداخله	۰/۱۸	۰/۲۸۵
	گروه	۱/۶۱	۰/۱۴۰
اضطراب خصیصه ای	امتیاز قبل از مداخله	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	گروه	۱/۶۵	۰/۰۱۱
اضطراب کل	امتیاز قبل از مداخله	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	گروه	۲/۳۸	۰/۰۱۶

ندارد ( $p > ۰/۰۵$ ). اما در مورد متغیرهای اضطراب خصیصه ای و اضطراب کل تفاوت معنی داری در بین دو گروه گزارش شد ( $p < ۰/۰۵$ ).

همچنین مطابق جدول شماره ۲، نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه در مورد متغیرهای ترس و اضطراب موقعیتی بعد از اجرای برنامه آشناسازی وجود

**بحث**

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که برنامه آشناسازی روند بستری چه از طریق روش نقشه مفهومی دیداری و چه از طریق روش چهره به چهره به یک اندازه توانسته است در کاهش ترس و اضطراب موقعیتی بیماران مؤثر باشد. اما در مورد اضطراب خصیصه ای و اضطراب کل در گروه نقشه مفهومی دیداری نسبت به روش چهره به چهره کاهش بیشتری داشته است.

نتایج سایر مطالعات نیز نشان دادند که برنامه های آشناسازی به روش های مختلف، باعث کاهش ترس و اضطراب در کودکان بستری می شود، از جمله حامد توسلی و همکاران (۲۰۱۲) تأثیر بازی آشناسازی بر شدت اضطراب کودکان مبتلا به تالاسمی سن قبل از مدرسه را مورد بررسی قرار دادند. برنامه بازی آشناسازی بر اساس علت ایجاد ترس، به وسیله سرنگ، ست تزریق خون، ویال، گلوله‌های خیس شده پنبه و عروسک و عکس اجرا گردید. طبق نتایج این مطالعه، بازی آشناسازی در کاهش اضطراب ناشی از پروسیجرهای تزریقی کودکان مؤثر می‌باشد (۷).

نتایج مطالعه مجذوبی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که آمادگی روانی بر کاهش علائم اضطراب جراحی در کودکان تأثیر معنی‌داری دارد. آمادگی روانی به صورت آشنایی به مدت یک ساعت با فضای اتاق عمل، وسایل و خدمه در روز قبل عمل جراحی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که آمادگی روانی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب جراحی در کودکان شده است و کودکانی که در گروه آزمون بودند نسبت به گروه کنترل قبل از عمل جراحی اضطراب کمتری داشته اند (۶).

فلدرپویج و همکاران (۲۰۰۳) داستان خرگوشی که برای عمل جراحی تانسلیکتومی بستری شده بود را به صورت نقاشی-های رنگ آمیزی شده در قالب کتاب در اختیار کودکان و والدین قرار دادند. نتایج نشان داد که استفاده از کتاب آموزشی و نقاشی موجب کاهش اضطراب کودکان و والدین و افزایش همکاری با پرسنل قبل از جراحی می‌شود (۳۱).

همچنین بزرگ‌زاد و همکاران (۲۰۱۰) تأثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و نقشه‌کشی مفهومی بصری را بر سطح یادگیری کودکان مبتلا به آسم، درمورد نحوه استفاده از اسپری‌ها مورد بررسی و مقایسه قرار دادند، و به این نتیجه دست یافتند که استفاده از نقشه‌کشی مفهومی در مقایسه با روش چهره به چهره در آموزش به کودکان مبتلا به آسم مؤثرتر می‌باشد (۱۷).

هدف از استفاده از نقشه مفهومی دیداری و چهره به چهره آشناسازی کودک با روند بستری می‌باشد، در این زمینه جکسون و ساندرا (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 (۳۲). همچنین دیلانی (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 (۳۳). پس عامل مهم کاهش ترس و اضطراب کودکان در مطالعه حاضر آشنایی کودکان با محیط بیمارستان از طریق پرستاران می‌باشد.

هیل (۲۰۰۴) نقشه مفهومی را روشی جهت ایجاد یادگیری معنی‌دار و پایدار می‌داند و بر تأثیر این روش در حافظه بلند مدت تأکید دارد، در نتیجه یادگیری نیز باعث کاهش ترس و اضطراب می‌شود (۲۹).

ماهیت چندبعدی نقشه مفهومی همچون تصویری بودن، روشن بودن مفاهیم اصلی و روابط بین مفاهیم، طبق یک یا چند نظریه می‌توانند موجب تسهیل در فرآیند یادگیری شوند. راهبردهای دیداری همچون نقشه مفهومی اطلاعات کلامی و دیداری را برای کدگذاری و بازیابی در هم ترکیب می‌کند. در نقشه‌های از قبل آماده شده، فراگیر به مرور دیداری مطالب می‌پردازد. همچنین، نقشه‌های مفهومی می‌توانند ابزاری برای بسط اطلاعات باشند. در نهایت این که نقشه‌های مفهومی ابزارهای

مفهومی دیداری کاهش بیشتری داشته است. از طرف دیگر آزمون‌های این مطالعه کودک بوده‌اند و اغلب کودکان از دیدن نقاشی بیشتر لذت می‌برند. همچنین کمبود وقت پرستاران یکی از موانع اجرای آموزش به بیمار است. پیشنهاد می‌شود، علاوه بر روش‌های رایج در بیمارستان جهت آشناسازی کودک، از نقشه‌های مفهومی دیداری (نقاشی) نیز استفاده شود.

از نتایج این مطالعه می‌توان در عرصه‌های مختلف ارایه خدمات پرستاری اعم از آموزشی و تأکید بر آموزش بیمار به-عنوان جزء حیاتی مراقبت‌های پرستاری و بالینی و به‌عنوان مبنایی برای پژوهش‌های بعدی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به صورت اختصاصی در بیماری‌های مختلف، مخصوصاً در بیماری‌های مزمن در کودکان و در سایر بخش‌های بیمارستان، حتی بخش‌های بزرگسالان نیز انجام شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد با کد اخلاق Medsab.Rec.93.64 در مورخه ۱۳۹۳/۱۰/۸ می‌باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به‌خاطر پشتیبانی مالی این طرح سپاسگزاری می‌نماییم. همچنین از همکاران محترم در بیمارستان واسعی سبزوار و دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و سایر افرادی که در مراحل مختلف این تحقیق با ما همکاری کردند، سپاسگزاریم.

مؤثری برای سازماندهی اطلاعات هستند (۳۴). همچنین نقشه‌های مفهومی دیداری برای کودکان مطالب را از حالت انتزاعی صرف، خارج کرده و ملموس‌تر می‌کنند، و باعث یادگیری بیشتر آنان می‌شود (۱۷).

آموزش کلامی چهره به چهره به عنوان استاندارد طلائی آموزش به بیمار در نظر گرفته شده است (۳۵). در این روش به-دلیل تعامل بیشتری که بین آموزش دهنده و فراگیر وجود دارد، بررسی عملی نبودن بعضی از آموزش‌ها برای بیمار، رفع اشکالات و پاسخ‌گویی به سایر سؤالات بیمار، برقراری ارتباط مؤثر و ارائه آموزش بر اساس نیازهای فردی بیمار امکان‌پذیر است (۳۶).

موسوی و همکاران (۲۰۱۱) بیان کردند، ترس و اضطراب بیماران روی 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 حیطه آموزش به بیمار است (۳۷).

علاوه بر عوامل ذکر شده، ممکن است کاهش درد، گذشت زمان و بر طرف شدن برخی عوامل بر بروز ترس و اضطراب مؤثر باشد.

محدودیت اصلی این مطالعه، گستردگی بیماری‌ها و رسم نقشه مفهومی برای تمامی آن‌ها است. جهت رفع آن سعی شد تنها مفاهیم مشترک در بیماری‌های کودکان مد نظر قرار گرفته و نقشه مفهومی دیداری آن رسم شود.

### نتیجه گیری نهایی

براساس یافته‌های این مطالعه اگر چه متغیرهای ترس و اضطراب موقعیتی در هر دو گروه به یک میزان کاهش یافته است، اما اضطراب خصیصه‌ای و اضطراب کل در روش نقشه

### منابع

- 1- Mola F, Khangari S, Haghani H. Effect of play on fear of hospitalized. Iran journal of nursing. 2001; 13(27):51-6. [Persian].
- 2- Rabiee M, Kazemi Malek Mahmodi S, Kazemi Malek Mahmodi S. Survey the effect of Music Therapy on hospitalization anxiety in children. Journal of Gorgan medical university. 2007; 9(23):59-64. [Persian].
- 3- Landsdown R. Children in hospital. Oxford University 1996: 31.
- 4- Annual statistic's Vasei hospital, Pediatric Ward.

- 5- Pelander T, Leino Kilpi H. Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24:726–33.
- 6- Majzoobi MR, Amani R, Majzoobi F. Effects of psychological preparation on reduction of surgery anxiety signs in children. *Koomesh*. 2013; 14(4):466 - 73. [Persian].
- 7- Hamed Tavasoli S, Alhani F, Hajizadeh E. Investigating of the effect of familiarization play on the injective procedural anxiety in B Thalassemic pre-school children. *Nusing reasearch*. 2012; 7(26):42-9. [Persian].
- 8- Khalil zadeh H, khorsandi F, faizy A, khalkhaly H. The effect of family care center on anxiety of parent hospitaled children with urinary track infection. *Journal of Oromiee nursing and midwifery*. 2012; 11(42):34-41. [Persian].
- 9- Runeson I, Hallstrom I, Elander G, Hermerén G. Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. *International Journal of Nursing Practice*. 2002; 8:158–66.
- 10-Sanjari M. Child hospitalization and parents' anxiety. *Iran University of Medical Sciences and Health Services*. 2004; 17(39):42-9. [Persian].
- 11-Barbero GJ. Children with recurrent hospitalizations: a problem of disables children, parents and physicians. *Journal Developmental Behavior Pediatric*. 1990; 12(1): 3-8.
- 12-Jew let J. Child hood stress. *Journal of Pediatric*. 2003; 5(1): 4-10.
- 13-Safer B, Adaptation in hospitalized child. *Pediatric*. 2000; 2(5):8-11.
- 14-Khodakarami Z, Pashaie F, Nikbakht A. Assessing nursing performance regarding admittance of preschool children in educational hospitals, Hamedan. *Nursing reasearch*. 2010; 4(15). [Persian].
- 15-Sadeghi T, Shamshiri M, Mohammadi N, Shoghi M. Effect of Distraction on Children's Behavioral Responses to Pain During IV Catheter Insertion. *Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 18(4):1-9. [Persian].
- 16-Daley BJ, Torre DM. Concept maps in medical education: an analytical literature review. *Medical Education*. 2010; 44:440–8.
- 17-Bozorgzad P, Sarhangy F, Moein M, Ebadi A, Amoli B. Comparing of visual concept map (painting) and face to face method to educate asthmatic children in using spray. *Nursing reasearch*. 2010; 5(16):52-60. [Persian].
- 18-Toutouchyi Asre Hazery J, Morsali F. Concept map and drawing with computer. *Hashtomin seminar shimi Iran*. 2013; 1(1):1-11. [Persian].
- 19-Saedi A, Saif A, Asad zadeh H, Ebrahimi Qavam S. Comparing effectiveness of methods of presentation and providing concept maps on reading comprehension. *Journal of school psychology*. 2013; 2(3):180-8. [Persian].
- 20-Mesrabadi J, Ostevar N. The effects of concept mapping on student educational progress in biology, psychology and physics. *Educational new thought*. 2009; 5(1):93-114. [Persian].
- 21-All AC, Havens RL. Cognitive concept mapping: A Teaching Strategy for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25:1210-9.
- 22-Hsu L, Hsieh S-i. Concept Maps as an Assessment Tool in a Nursing Course. *Journal of Professional Nursing*. 2005; 21(3):141–9.

- 23-Hicks-Moore SL. Clinical concept maps in nursing education: An effective way to link theory and practice. *Nurse Education in Practice*. 2005; 5:348-52.
- 24-Lee W, Chiang C-H, Liao I-C, Lee M-L, Chen S-L, Liang T. The longitudinal effect of concept map teaching on critical thinking Weillie Lee of nursing students. *Nurse education today*. 2013; 33(1219-1223).
- 25-Rahmani A, Fathi Azar A, Mohajel Aghdam A. Concept mapping and theoretical learning of nursing students. *JIN*. 2005; 17(40):40-6. [Persian].
- 26-Wilgis M, Mcconnell J. Concept mapping: An educational strategy to improve graduate nurses critical thinking skills during a hospital orientation program. *Journal of Coutinuing Education in Nursing*. 2008; 39(3):119-126.
- 27-Sarhangi F, Masoumy M, Ebadi A, SeyyedMazhari M, Rahmani A, Raisifar A. Effect of Concept Mapping Teaching Method on Critical Thinking Skills of Nursing Students. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2011; 3(4):143-8. [Persian].
- 28-Marchand C, Crozet C, Martin D, Robert J, d'Ivernois J, Gagnayre R. A concept mapping study of nutritional knowledge in diabetic children and their parents. *Rev Med Suisse*. 2007;3 (105):868-72.
- 29-Hill LH. Using visual concept mapping to communicate medication information to chronic disease patients with low health literacy. *Proc of the First Conference on Concept Mapping*. Proc of the First Conference on Concept Mapping: Pamplona; 2004.
- 30-Abdekhodaie MS, Sadeghi-Ordoubady A. Prevalence of Separation Anxiety in Children and Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy on Reducing it. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 3(12):51-8. [Persian].
- 31-Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gadner H, Stark H , Pflugler A& others. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: Results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2003; 67: 35-41.
- 32-Jackson DB. Sounders R. child health Nursing. Lippincott co. Fourth Edition; 2003. P. 91-98.
- 33-Dilani A. Psychosocially Supportive Design: Scandinavian Healthcare Design. 2000. Available from: URL: [Http://www.Designand health.com/Mediapublishing/Papers.aspx](http://www.Designand health.com/Mediapublishing/Papers.aspx).
- 34-Lee Y, Nelson DW. Viewing or visualizing-Which concept map strategy works best on problem-solving performance. *British Journal of Educational Technology*. 2005;36:193-203.
- 35-Hong J, Nguyen TV, Prose NS. Compassionate care: enhancing physician-patient communication and education in dermatology: Part II: Patient education. *Journal of the American Academy of Dermatology* . 2013 Mar; 68(3): 364 e1-10.
- 36-Khademian Z, Maghareei M, Shokranian N. Comparison of the effect of face to face teaching and the educational booklet on the patient's learning after urologic surgical procedures. *Education Nursing*. 2012;1(1):70-7. [Persian].
- 37-Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie 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. *Research Nursing*. 2011;6(21). [Persian].

## Comparison the effect of orientation program used by visual concept map and face to face method on fear and anxiety of children

Talebi Sh<sup>1</sup>, \*Ganjlo J<sup>2</sup>, Rakhshani M<sup>3</sup>, Asghari Nekah SM<sup>4</sup>

### Abstract

**Introduction:** Concept map is one of the modern instructional methods in the sense that it is closely related to constructivism. The purpose of this study was Comparison the effect of orientation program used by visual concept map and face to face method on fear and anxiety of hospitalized children 6-9 years old in Sabzevar.

**Method:** The research project was a quasi-experimental design with pre-test and post-test. The subjects consisted of 44 hospitalized children 6-9 years old in Sabzevar, who were selected no randomly by method. Data collection tools were: demographic information questionnaire, Broom's hospital fear and the State - Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC). Data were analyzed using SPSS (version 20) and Descriptive Statistics, Shapiro-Wilk, Chi-Square, Fishers Exact Test, Paired Sample T Test, Wilcoxon, Mann-Whitney U and ANCOVA.

**Results:** After orientation program used, in the visual concept map group and face to face method, fear and anxiety (state, trait and total) significantly decreased ( $p < 0.05$ ). Significant differences in trait and total anxiety between two groups were also observed ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Concept mapping was more effective in reducing on trait and total anxiety of hospitalized children than face to face method. The results suggest in the hospital setting, where nurses interfaces to time pressure, visual concept map can educate patients.

**Keywords:** Visual concept mapping, Face to face, Fear, anxiety, Children, Hospitalized.

Received: 22 April 2015

Accepted: 2 June 2015

1- School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

2- Nursing Instructor, Schools of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. (**Corresponding Author**)

**E-mail:** jganj@yahoo.com

3- Assistant Professor, School 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.





# Iranian Journal of Pediatric Nursing

ISSN: 2424-3323 No.4 Summer 2015

- Assessing the health literacy level of parents of preschool children.....10**  
Chehri ME, Najafi Mehri S, Ebadi A, Sarhangi F
- Impact of poetry therapy and movement/dance therapy in decreasing aggression and anxiety among preschool children.....21**  
Khodabakhshi koolae A, Sabzian M, Falsafi nejad MR
- The effect of family-centered empowerment model on the Level of parents' knowledge of children with ostomy.....31**  
Hakim A, Palizban E, Ahmadi Angali K
- Comparison the effect of orientation program used by visual concept map and face to face method on fear and anxiety of children.....44**  
Talebi Sh, Ganjlo J, Rakhshani M, Asghari Nekah SM
- The Potential Drug Interactions In Pediatrics Intensive Care Unit: A case study Of Imam Hussein Hospital in Isfahan.....51**  
Azimi M, Sanagoo A, Jouybari L
- The effect of swaddling method on venous sampling pain in premature infant (Randomized clinical trials).....61**  
Dezhdar S, Jahanpour F, Firouz Bakht S, Ostovar A
- The effect of strength and plyometric training in physical power of prepubertal children.....69**  
Shahrabadi H, Bijeh N, Talebi Sh
- Fathers' attitude toward child abuse in the health centers of Tabriz.....79**  
Asadollahi M, Jabraeili M, Asghari Jafarabadi M, Hallaj M