

اجرای پایلوت دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در مرکز روانپزشکی اطفال بیمارستان امام حسین (ع)

دکتر فریبا عربگل⁽¹⁾، دکتر مژگان خادمی⁽²⁾، دکتر سیدسعید صدر⁽³⁾،
نجمه خسروان مهر⁽⁴⁾، هما مذهب دار⁽⁵⁾، دکتر احمد حاجبی⁽⁶⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر اجرای آزمایشی دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در یک مرکز درمانی روانپزشکی کودک و نوجوان بود. **روش:** پژوهش نیمه آزمایشی و آینده نگر حاضر در بخش و درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع) تهران در دو فاز شش ماهه انجام شد. فاز اول شامل راهبردهای اجرایی - آموزشی و پژوهشی بود و در فاز دوم دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در بخش و درمانگاه روانپزشکی اجرا شد. آزمودنی ها، والدین کودکان مراجعه کننده به بخش و درمانگاه روانپزشکی کودک بودند. پرسشنامه مورد استفاده از دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان استخراج و توسط والدین تکمیل شد. در فاز نخست و پیش از انجام هر گونه مداخله، پرسشنامه های پیش آزمون و پس از اجرای آزمایشی دستورالعمل، پرسشنامه های پس آزمون تکمیل شدند. تعداد نمونه های پیش آزمون (و پس آزمون) بخش و درمانگاه به ترتیب 33 (24) و 60 (56) نفر بود. داده ها با مجذور خی و آزمون t مستقل و وابسته تحلیل شدند. **یافته ها:** آزمودنی های مراجعه کننده به بخش روانپزشکی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دریافت کتابچه های آموزشی و اطلاع رسانی تفاوت معنی دار داشتند ($p < 0/001$) ولی میزان رضایت از وضعیت رفاهی و امکانات بخش تغییری نداشت. در درمانگاه، میزان رضایت مراجعان از نحوه ارتباط کارکنان ($p = 0/01$) و نیز رضایت از وضعیت رفاهی و امکانات درمانگاه ($p < 0/001$) در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش داشت. **نتیجه گیری:** تغییرات ساده ای مانند بهبود شرایط فیزیکی و امکانات رفاهی و اطلاع رسانی به مراجعان می تواند باعث افزایش رضایت مراجعان شود. اما مواردی مانند تغییر رفتار و شیوه برخورد و ارتباط کارکنان با مراجعان نیاز به زمان طولانی تر، آموزش، تمرین و ممارست بیشتری دارد.

کلیدواژه: دستورالعمل رفتاری؛ دستورالعمل اخلاقی؛ کودک و نوجوان؛ بخش روانپزشکی

[دریافت مقاله: 1391/8/7؛ پذیرش مقاله: 1392/2/30]

مقدمه

پرستاران و دستیاران) دستورالعمل هایی دارند تا نقش ها و مسئولیت های حرفه ای خود را بهتر بشناسند (5-2). هدف از تدوین این دستورالعمل ها در مراکز بهداشتی - درمانی کودکان، ارتقا و گسترش رفتار اخلاقی و ایجاد شیوه ای از مراقبت است که بر رفاه روانی، هیجانی و جسمی کودکان دریافت کننده این گونه تسهیلات تمرکز داشته باشد. برای این

بیشتر سازمان ها برای شیوه رفتار با مراجع و همچنین وظایف و مسئولیت های کارکنان، قوانین، مقررات و دستورالعمل های اخلاقی و رفتاری دارند (1). در همین راستا رده های شغلی که به نحوی با بیماران سر و کار دارند و در سیستم های خدمات بهداشتی کار می کنند (مانند روانشناسان،

(1) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین (ع)، مجموعه روانپزشکی، دورنگار: 021-77551023 (نویسنده مسئول) E-mail: farabgol@sbm.ac.ir (2) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری؛ (3) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری؛ (4) کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ (5) کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ (6) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران.

یک مرکز سرپایی انجام شد، بالاترین درصد نمره رضایت بیماران به دلیل تسهیلات رفاهی و ارتباط و تعامل پزشک - بیمار بود؛ میانگین نمره ارتباط پزشک - بیمار در بیماران ناراضی در مقایسه با بیمارانی که از خدمات رضایت داشتند، پایین تر بود. نتیجه گیری این پژوهش این بود که بیمارستان‌ها باید تعامل و رابطه خوب پزشک - بیمار را تقویت و تشویق کنند، چرا که این رابطه، یک عامل کلیدی برای رضایت بیماران است (15).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد رضایت بیماران، بیشتر به نداشتن بدرفتاری کارکنان برمی‌گردد تا بهبودی بالینی. شیوه برخورد مناسب کارکنان و نداشتن بدرفتاری با بیماران روی احساس رضایت آنها تأثیر دارد و این احساس رضایت خیلی وابسته به بهبودی بالینی آنها نیست (16). همچنین مسائلی مانند شرایط فیزیکی محیط بیمارستان و تسهیلات رفاهی از جمله عواملی هستند که بر میزان رضایت مراجعه‌کنندگان تأثیر می‌گذارد (17، 18).

در پژوهش دیگری (19) عوامل مؤثر بر رضایت بیماران، والدین و پزشک ارجاع‌کننده در یک مرکز روانپزشکی نوجوانان بررسی شد؛ پرسش این بود که چه میزان از رضایت به بهبود عملکردی و علامتی بیماران در طی بستری وابسته است. 105 نوجوان و خانواده آنها هنگام ترخیص و چهار ماه پس از ترخیص بررسی شدند. از آنها درخواست می‌شد مفید بودن بستری شدنشان را درجه‌بندی کنند و برای مشخص کردن بهبودی از مقیاس ارزیابی جامع کودکان¹ (CGAS)، که توسط روانپزشک بخش تکمیل می‌شد، استفاده شد. میزان بهبودی طی بستری 83 درصد بود و رضایت بیماران به بهبود مشکلاتی که از طرف خودشان مطرح شده بود و به توصیه‌های عملی و مفید هنگام ترخیص ارتباط داشت، نه به پیشرفت عملکردی و علامتی بیمار. ارتباط و تعامل با کارکنان یک منبع مهم برای تجارب خوشایند و ناخوشایند بود (19). پژوهش دیگری (20) برای مشخص کردن جنبه‌های مراقبتی بهداشتی که روی رضایت والدین و کودکان اثر دارد، انجام شد. یافته‌ها نشان داد رضایت والدین به کیفیت تعامل کارکنان و بیمار، کافی بودن اطلاعات داده شده و زمان انتظار کوتاه‌تر ارتباط داشت و رضایت کودکان به کیفیت تعامل کارکنان و بیمار، کافی بودن اطلاعات داده شده و برطرف شدن دردشان ارتباط داشت.

منظور باید دستورالعمل‌هایی تدوین شود که نه تنها حفظ جان کودکان و پیشگیری از مرگ و میر را مد نظر داشته باشد، بلکه بر رهایی کودکان از رنج غیرضروری نیز تأکید کند و آنها را در امر درمان به‌طور آگاهانه مشارکت دهد (6). افزون بر دستورالعمل‌های کلی رفتاری، بیشتر مراکز درمانی دستورالعمل‌های رفتاری خاص خود را دارند که گرچه در اصول مشابه هستند و باید حقوق کودک، خانواده و مراجع در این مراکز رعایت شود، ولی ممکن است در جزئیات تفاوت‌هایی با یکدیگر داشته باشند. این دستورالعمل‌ها برای مراجعه‌کننده قابل دسترس هستند (12-6).

در سال 1386 اداره سلامت روانی - اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای رسیدن به اهداف برشمرده در بالا و با تأکید بر نحوه مناسب و درست رفتار با کودکان، دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودکان در مراکز بهداشتی - درمانی (13) را تهیه کرد، تا با اجرای آن حقوق کودکان و نوجوانان و خانواده‌های آنان در مراکز بهداشتی - درمانی رعایت شود و میزان رضایت‌مندی آنان از خدمات افزایش یابد تا بیمار و همراهان او علاوه بر رنج و درد بیماری، رنج غیرضروری ناشی از مسائل و مشکلات رفاهی، محیط بیمارستان، طرز برخورد و ارتباط کارکنان را متحمل نشوند.

این دستورالعمل مشتمل بر پنج قسمت ارتباط مناسب کارکنان با مراجع، اطلاع‌رسانی صحیح، توجه به حقوق کودک و خانواده او، ارتقای سلامت جسمی و روانی کودک و توجه به نیازهای رفاهی مراجع است (13). به نظر می‌رسد چنانچه بندهای مختلف این دستورالعمل به‌طور واقعی و عملی اجرا شود و محدود به صفحه‌های کاغذ نباشد، هدف اصلی دستورالعمل که کمک به کاستن از رنج غیرضروری کودکان و همراهان او و افزایش رضایت‌مندی آنها از خدمات درمانی و بهداشتی است، محقق می‌شود. این رضایت و بهبود شرایط جسمی و روانی باید به‌گونه‌ای قابل اندازه‌گیری سنجیده شود. یک بررسی مروری (14) نشان داد مفهوم رضایت‌مندی بیمار در مراقبت‌های روانپزشکی کودک و نوجوان هنوز توسعه نیافته است و ابزارهای معتبر محدودی برای اندازه‌گیری این مفهوم وجود دارد. بررسی‌های اندک موجود نشان می‌دهد رضایت نوجوانان سه جزء اصلی دارد: رضایت از محیط و سازمان‌دهی خدمات، رضایت از ارتباط مراقبت‌کننده و بیمار و رضایت از نتیجه درمانی (14). در یک بررسی در هند که با هدف ارزیابی مراقبت‌های سلامتی و رضایت بیماران در

عوامل مورد اشاره در این پژوهش‌ها، همگی مواردی هستند که در بندهای مختلف دستورالعمل با کودک در نظر گرفته شده‌اند؛ چنانچه بند اول دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک به ارتباط مناسب کارکنان با کودک و خانواده او و کنترل سوءرفتار با بیمار و همراه او تأکید دارد، حتی زمانی که آنها عصبی و تحت فشار هستند و رفتار احترام آمیزی با کارکنان ندارند. بند سوم به دادن اطلاعات مناسب و صحیح در مورد شیوه درمان، بیماری، تیم درمانی، محیط بیمارستان و... به بیمار و خانواده مناسب با سطح شناختی آنها اشاره دارد. در بند چهارم و پنجم بر بهبود شرایط درمانی، ارتقای سلامت روانی و جسمی بیمار و همچنین امکانات رفاهی و تسهیلات محیط درمانی کودک تأکید می‌شود.

با توجه به اینکه تصور می‌شود اجرای دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در مراکز بهداشتی درمانی می‌تواند باعث افزایش و ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به کودکان، کاهش رنج و اندوه آنان و خانواده‌هایشان و افزایش رضایت‌مندی آنها شود، پژوهش حاضر با اجرای آزمایشی دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان به صورت پایلوت در مرکز روانپزشکی اطفال بیمارستان امام حسین (ع)، قابلیت اجرا و مسایل و مشکلات اجرایی آن را بررسی نمود تا هنگام اجرا در سایر مراکز از یافته‌های آن استفاده شود.

روش

جامعه آماری پژوهش نیمه‌آزمایشی¹ و آینده‌نگر² حاضر، والدین کودکانی بودند که به علل روانپزشکی به درمانگاه یا بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده بودند. طی یک دوره زمانی سه‌ماهه پیش از انجام هرگونه مداخله‌ای، والدینی که فرم رضایت‌نامه را پر کرده بودند و به شرکت در پژوهش تمایل داشتند، پرسشنامه را تکمیل کردند که تعداد آنها در مراجعان بخش و درمانگاه به ترتیب 33 و 66 نفر بود. سپس به مدت شش ماه دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در بخش و درمانگاه اجرا شد. در سه ماه آخر اجرای آزمایشی دستورالعمل، پرسشنامه‌های پس‌آزمون توسط 24 نفر از مراجعان بخش و 59 نفر از مراجعان درمانگاه تکمیل شد. بدیهی است نمونه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر متفاوت بود.

پرسشنامه به کار رفته، پژوهشگرساخته بود که گویه‌های آن از دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان استخراج شده بود و توسط والدین یا همراه کودک تکمیل می‌شد. با توجه به آن که دستورالعمل مراکز بستری و سرپایی تفاوت مختصری با هم دارد، پرسشنامه‌های بخش و درمانگاه تفاوت‌هایی با هم داشت. پرسشنامه تنظیم شده به پنج فرد متخصص (روانپزشک کودک و نوجوان، مددکار اجتماعی، روانشناس کودک و سرپرستار بخش و درمانگاه روانپزشکی کودک) داده شد و نظرات اصلاحی آنان گرد آمد. پس از این مرحله، 10 نفر از والدین مراجعه‌کننده به درمانگاه پرسشنامه را تکمیل کردند. از آنها خواسته شد اگر موردی برای آنها مبهم، سؤال‌برانگیز یا نامفهوم است، بیان نمایند. سپس اصلاحات نهایی انجام شد.

مداخله در دو مرحله 1- راهبردهای اجرایی-آموزشی و پژوهشی و 2- انجام مداخله اجرایی طراحی شد. در مرحله اول (راهبردهای اجرایی-آموزشی و پژوهشی) که شش ماه طول کشید، موارد زیر انجام شد:

1- تهیه کتابچه‌ها و متون آموزشی برای مراکز بستری و سرپایی روانپزشکی اطفال که شامل متون آموزشی و اطلاع‌رسانی برای والدین، کودکان/نوجوانان و کارکنان بود. متون آموزشی ویژه کارکنان شامل این موارد بود: چگونگی ارتباط و مدیریت در زمان بدرفتاری کودک؛ روش اجرای پیامد اتاق خلوت؛ مدیریت بیمار پرخاشگر و بی‌قرار؛ مدیریت افکار و اقدام به خودکشی در کودکان؛ چگونه راجع به تشخیص بیماری با خانواده و بیمار صحبت کنیم؛ آنچه والدین و کودک باید راجع به برنامه‌های تشخیصی و درمانی بدانند؛ چگونه خبر بد را به کودک و والدین بدهیم؛ حقوق کودک؛ چگونه به رفاه والد و کودک در بخش و در اتاق انتظار کمک کنیم؛ و توضیح طرح‌های پژوهشی به بیماران و خانواده‌ها. متون آموزشی ویژه والدین شامل این موارد بود: درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان؛ بخشی که کودک من در آن بستری است؛ قوانین و برنامه‌های کودکان و نوجوانان بستری در بخش روانپزشکی اطفال؛ اطلاعات کلی در مورد بستری و ترخیص؛ مشکلات رفتاری شایع در کودکان بستری؛ مشکلات روانپزشکی شایع در کودک و نوجوان مراجعه‌کننده به درمانگاه روانپزشکی؛ درمان‌های دارویی در کودکان و نوجوانان؛ درمان‌های غیردارویی در

کودکان و نوجوانان؛ کودکانی که نیاز به مداخله فوری دارند؛ اقدامات تشخیصی در روانپزشکی کودک و نوجوان؛ شرکت کودک و نوجوان در پژوهش؛ و توصیه‌های هنگام تریخیص. متون آموزشی ویژه کودکان و نوجوانان شامل این موارد بود: بخشی که من در آن بستری هستم؛ حقوق من چیست؛ و چه کسانی به من کمک می‌کنند (روانپزشک کیست؟ روانشناس کیست؟...) 2- تهیه پرسشنامه‌های پژوهش که شامل دو پرسشنامه پژوهشگر ساخته بر اساس گویه‌های دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان در مراکز بهداشتی - درمانی بود. دو روانپزشک کودک و نوجوان بر اساس مفاد و گویه‌های دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک، پرسشنامه‌ای ساختند و به پنج نفر (روانپزشک کودک و نوجوان، مددکار اجتماعی، روانشناس کودک و سرپرستار بخش و درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان) داده شد تا نظرسنجی انجام شود. پس از این مرحله 10 نفر از والدین مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند تا موارد مبهم و قابل فهم بودن و نبودن پرسشنامه بررسی شود. نظرات اصلاحی اعمال و پرسشنامه نهایی تنظیم شد. این پرسشنامه‌ها به وسیله والدین یا همراه قانونی کودک تکمیل می‌شد و پنج قسمت دستورالعمل (ارتباط مناسب کارکنان با مراجع، اطلاع‌رسانی صحیح، توجه به حقوق کودک و خانواده او، ارتقای سلامت جسمی و روانی کودک و توجه به نیازهای رفاهی مراجع) را در قالب پرسش‌هایی از والدین می‌سنجید. تکمیل این پرسشنامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. 3- تشکیل کمیته اجرا و نظارت که بر حسن اجرای دستورالعمل، بررسی مسائل و مشکلات و یافتن راه‌حل بر این مشکلات نظارت می‌کرد. این کمیته متشکل از مجری طرح، دو نفر از همکاران اجرایی طرح، نماینده ریاست مجموعه روانپزشکی و نماینده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. 4- تجهیز مرکز و فراهم نمودن امکانات رفاهی: به‌طور حتم با توجه به هزینه‌بر بودن این قسمت نمی‌شد آن را مطابق دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان پیش‌برد، ولی قصد بر آن بود که در این قسمت به مسائل رفاهی والد و کودک در حد توان توجه شود. 5- برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی ویژه کارکنان: دو کارگاه با عنوان‌های «معرفی دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک در مراکز بهداشتی - درمانی» (که هدف آن آموزش کارکنان در مورد بخش‌های

مختلف دستورالعمل با توجه به جزییات بود) و «ارتباط با بیمار و خانواده او در مراکز بهداشتی - درمانی» (که هدف آن آموزش مهارت برقراری ارتباط با مراجعان و همچنین مهارت‌های ارتباطی در موقعیت‌های خاص چون پرخاشگری و تجربه خبر بد بود) برگزار شد. کلاس‌های آموزشی درباره متون آموزشی توسط روانپزشکان کودک و نوجوان تدریس شد. برای تأثیرگذاری بیشتر آموزش و تبدیل دانش به مهارت، هر ماه یک بار موارد فوق برای کارکنان تکرار شد. 6- تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون: پرسشنامه‌های مربوط به طرح از والدین مراجعه کننده به درمانگاه و بخش روانپزشکی اطفال به مدت سه ماه پیش از شروع هر گونه مداخله‌ای تکمیل شد.

در مرحله دوم (انجام مداخله اجرایی)، فعالیت‌های زیر انجام شد:

1- اجرای دستورالعمل: دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک/نوجوان به مدت شش ماه، در درمانگاه و بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع) اجرا شد. به این صورت که در عرض این مدت کارکنان آموزش دیده موظف بودند دستورالعمل بالا را اجرا کرده، طبق این دستورالعمل با مراجعان رفتار کنند. محتوا در قالب دو کتابچه تنظیم شد که شامل پنج بخش و با مختصری تفاوت برای مراکز سرپایی و بیمارستانی به ترتیب حاوی 68 و 95 اصل بود. هر کتابچه شامل پنج بخش بود: ارتباط صحیح و توجه به نیازهای عاطفی کودک؛ اطلاع‌رسانی صحیح و کامل به والدین و کودک؛ توجه و احترام به حقوق کودک/نوجوان و والدین؛ توجه به نیازهای بهداشتی، درمانی و جسمی کودک و ارتقای سلامت جسمی و روانی او و توجه به نیازهای رفاهی والد و کودک (13). 2- نظارت: در مدت انجام مداخله، به دو صورت آشکار و مخفی نظارت بر حسن اجرای طرح انجام شد. در نظارت آشکار ناظران هر دو هفته یک بار به قسمت‌های مختلف سرکشی کرده، علاوه بر آن به شکایت‌ها و اعتراض‌های مراجعان نیز رسیدگی و آنها را پیگیری می‌کردند. همچنین به‌طور تصادفی نظر بیماران و مراجعه کنندگان را جویا می‌شدند. در نظارت مخفی هر سه هفته یک بار ناظر مخفی در نقش بیمار یا خانواده بیمار به واحدهای مختلف مراجعه و سپس پرسشنامه نظارت بر عملکرد کارکنان را تکمیل می‌کرد. ناظر مخفی فرد یا افراد غیرحرفه‌ای بودند که به انتخاب مجریان طرح در نقش بیمار و

نفر بودند. بیشتر پاسخ‌دهندگان مادران بودند با دامنه سنی 30-40 سال و تحصیلات زیر دیپلم. در این شاخص‌ها دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی نداشتند و بنابراین این شاخص‌ها نمی‌توانستند بر یافته‌ها تأثیرگذار باشند (جدول 1). مراجعان درمانگاه در پیش‌آزمون 60 نفر و در پس‌آزمون 56 نفر بودند، بیشتر پاسخ‌دهندگان مادران بودند. بیشتر پاسخ‌دهندگان در گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب در رده سنی 20-30 و 30-40 سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات نیز 40 درصد در گروه پیش‌آزمون و 39/3 درصد در گروه پس‌آزمون تحصیلات دیپلم و کارشناسی داشتند. این دو گروه نیز از نظر این متغیرها تفاوتی یا یکدیگر نداشتند (جدول 1).

خانواده او به واحدی مراجعه نموده و روند ویزیت بیمار را طی می‌کردند و گاه با برنامه‌ریزی قبلی، اعتراض، شکایت یا یک مشکل رفتاری را نشان می‌دادند تا شیوه برخورد کارکنان واحدهای مختلف سنجیده شود. 3- تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون: در هنگام اجرای آزمایشی، پرسشنامه‌ها دوباره به مراجعه‌کنندگان داده شد. این فرایند سه ماه طول کشید. بدیهی است کسانی که پرسشنامه‌های پس‌آزمون را پر کردند، همان افراد پیش‌آزمون نبودند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-14¹ و با آزمون‌های مجذور خی² و آزمون t مستقل³ و وابسته⁴ انجام شد.

یافته‌ها

مراجعان بخش در پیش‌آزمون 33 نفر و در پس‌آزمون 24

جدول 1- تعداد (و درصد) پاسخ‌دهندگان بخش و درمانگاه روانپزشکی اطفال در دو گروه پیش‌آزمون (1) و پس‌آزمون (2) در متغیرهای جمعیت‌شناختی

		بخش			درمانگاه	
		گروه 1 (33 نفر)	گروه 2 (24 نفر)	گروه 1 (60 نفر)	گروه 2 (56 نفر)	
مشخصات پاسخ‌دهندگان	جنسیت	24 (72/7)	18 (75/0)	46 (76/7)	47 (83/9)	زن
		9 (27/3)	6 (25/0)	14 (23/2)	9 (16/1)	مرد
نسبت با بیمار	پدر	9 (27/3)	5 (20/8)	8 (13/3)	8 (14/3)	
	مادر	17 (51/5)	18 (75)	48 (80)	42 (75)	
	سایر	7 (21/2)	1 (4/2)	4 (6/7)	6 (10/7)	
سن (سال)	کمتر از 20	6 (18/2)	0	13 (21/6)	4 (7/1)	
	21-30	5 (2/15)	0	19 (31/6)	16 (28/6)	
	31-40	13 (39/4)	14 (58/3)	16 (26/7)	24 (42/9)	
	41-50	6 (18/2)	8 (33/3)	10 (16/7)	8 (14/3)	
	51 سال و بالاتر	2 (6/1)	1 (4/2)	1 (1/7)	1 (1/8)	
	بی‌پاسخ	1 (3)	1 (4/2)	1 (1/7)	3 (5/4)	
	تحصیلات	6 (18/2)	3 (12/5)	2 (3/3)	8 (14/3)	
بی‌سواد	خواندن و نوشتن	4 (12/1)	2 (8/3)	21 (35)	0	
	زیر دیپلم	8 (24/2)	10 (41/7)	12 (20)	24 (42/9)	
	دیپلم	7 (21/2)	2 (8/3)	15 (25)	11 (19/6)	
	لیسانس	5 (15/2)	4 (16/7)	9 (15)	11 (19/7)	
	بی‌پاسخ	1 (3)	1 (4/2)	1 (1/7)	2 (3/6)	

1- Statistical Package for the Social Science-version 14

2- chi-squar

3- independent t student

4- dependent t student

جدول 2- تغییرات پرسشنامه دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در بخش روانپزشکی اطفال در دو گروه پیش‌آزمون (33 نفر) و پس‌آزمون (24 نفر) (در همه موارد $df=1$)

سطح معنی‌داری	χ^2	پس‌آزمون فراوانی (درصد)	پیش‌آزمون فراوانی (درصد)		
0/41	0/667	20 (83/3)	29 (87/9)	مناسب	برخورد کارکنان با مراجع
		4 (16/7)	3 (9/1)	نامناسب	
0/31	0/99	8 (34/79)	15 (48/4)	مناسب	محیط بستری کودک
		15 (65/21)	16 (51/6)	نامناسب	
0/001<	13/3	13 (56/53)	3 (10)	بلی	دریافت کتابچه‌های راهنمای بخش
		10 (43/47)	27 (90)	خیر	
0/001<	26/93	16 (69/56)	1 (3/22)	بلی	دریافت کتابچه اطلاعات گروه درمان
		7 (30/44)	30 (96/78)	خیر	
0/61	0/99	15 (65/21)	6 (19/35)	بلی	دریافت متون آموزشی درباره بیماری
		8 (34/79)	25 (80/65)	خیر	
0/001<	22/48	14 (63/63)	1 (3/34)	بلی	مشاهده اساسنامه حقوق کودک
		8 (36/37)	29 (96/66)	خیر	
0/75	0/10	10 (41/66)	12 (37/5)	بلی	رضایت از وضعیت رفاهی و شرایط و امکانات بخش
		14 (58/34)	20 (62/5)	خیر	

- دو گروه از نظر وضعیت رفاهی و امکانات محل بستری تفاوتی نداشتند ($\chi^2=0/10$, $df=1$, $p=0/75$).

کاربرد آزمون مجذور خی برای تحلیل داده‌های درمانگاه روانپزشکی اطفال نشان داد (جدول 3):

- تفاوت دو گروه در ارزیابی نحوه ارتباط و برخورد کارکنان از نظر مناسب و نامناسب بودن ارتباط معنادار بود ($\chi^2=4/12$, $df=1$, $p\leq 0/01$). پس از اجرای دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک، نحوه ارتباط کارکنان با کودک و خانواده او بهتر شده بود. شاخص‌های ارتباطی، مواردی مانند برخورد احترام‌آمیز کارکنان با مراجع، پاسخ دادن به پرسش‌های بیماران و راهنمایی آنها در هنگام لزوم بود.

- میان دو گروه از نظر مناسب بودن محیط درمانگاه و رضایت از شرایط رفاهی درمانگاه تفاوت وجود داشت؛ تغییرات فیزیکی انجام شده در راستای افزایش امکانات رفاهی محیط درمانگاه در پی اجرای دستورالعمل رفتار و مراقبت از کودک، منجر به افزایش رضایت از شرایط درمانگاه شده بود ($\chi^2=23/36$, $df=1$, $p\leq 0/001$). بررسی علل نارضایتی بیماران (جدول 4) نیز نشان داد هیچ کدام از شاخص‌های مربوط به نامناسب بودن محیط، جزء نارضایتی‌های مراجعان در گروه پیش‌آزمون نبود.

کاربرد آزمون مجذور خی برای تحلیل داده‌های بخش روانپزشکی اطفال نشان داد (جدول 2):

- میان دو گروه پیش‌آزمون (33 نفر) و پس‌آزمون (24 نفر) تفاوتی از نظر نوع برخورد کارکنان (شامل پزشک، پرستار، منشی و...) با بیماران و همراه ایشان وجود نداشت. بیش از 80 درصد مراجعان در هر دو گروه شیوه ارتباط و برخورد کارکنان بخش را مناسب توصیف کردند.

- بیش از نیمی از مراجعان محیط بستری کودک خود را در هر دو گروه نامناسب توصیف کردند. شاخص‌های نامناسب بودن محیط شامل شلوغی محیط، بی‌نظمی و به هم ریختگی، نبود نور کافی، بهداشتی نبودن محیط و کمبود امکانات رفاهی و وسایل سرگرمی کودک بود.

- دو گروه در دریافت کتابچه‌های راهنمای ساختمان و امکانات بخش، اطلاعات درباره مکان‌های مورد نیاز و کتابچه اطلاعات درباره گروه درمان و همچنین اطلاعات در مورد بیماری، درمان، سیر و پیش‌آگهی و توصیه‌های پس از ترخیص با یکدیگر تفاوت داشتند ($\chi^2=13/3$, $df=1$, $p\leq 0/001$).

- قرار دادن اساسنامه حقوق بیماران در معرض دید مراجعان در زمان اجرای دستورالعمل رفتار و مراقبت از کودک، در مشاهده این اساسنامه پیش و پس از مداخله تفاوت ایجاد کرده بود ($\chi^2=22/48$, $df=1$, $p\leq 0/001$).

جدول 3- تغییرات پرسشنامه دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان در درمانگاه روانپزشکی اطفال در دو گروه پیش‌آزمون (60 نفر) و پس‌آزمون (56 نفر) (در همه موارد $df=1$)

سطح معنی داری	χ^2	پس‌آزمون فراوانی (درصد)	پیش‌آزمون فراوانی (درصد)		
0/01	4/12	44 (78/57)	38 (63/33)	مناسب	نحوه ارتباط و برخورد کارکنان با مراجع
		10 (17/85)	2 (35)	نامناسب	
0/43	0/79	51 (91/1)	47 (78/3)	بلی	صداقت تیم درمان
		0	4 (6/7)	خیر	
0/1	4/12	1 (2/27)	2 (3/70)	کم	میزان رضایت از خدمات
		16 (36/36)	30 (55/55)	متوسط	
		27 (61/36)	22 (40/74)	زیاد	
0/15	2/03	51 (91/1)	47 (75)	بلی	انجام خدمات در موعد مقرر
		5 (8/9)	10 (16/7)	خیر	
0/70	0/14	21 (37/5)	18 (30)	بله	دریافت متون آموزشی راجع به بیماری‌ها
		32 (57/1)	32 (53/3)	خیر	
0/001<	10/42	24 (42/9)	7 (11/7)	بلی	مشاهده اسانامه حقوق بیمار
		27 (48/2)	38 (61/7)	خیر	
0/001<	23/36	48 (85/7)	26 (43/3)	بلی	رضایت از وضعیت رفاهی و محیط درمانگاه
		6 (10/7)	31 (51/7)	خیر	

جدول 4- فراوانی (و درصد) دلایل نارضایتی والدین از بخش و درمانگاه روانپزشکی کودکان و نوجوانان

پس‌آزمون	پیش‌آزمون	دلایل نارضایتی والدین
1 (4/2)	5 (15/2)	بخش ازدحام و شلوغی زیاد
5 (20/8)	10 (30/3)	غیربهداشتی بودن محیط
4 (16/7)	0	نبودن نور کافی
8 (33/3)	7 (21/2)	نداشتن فضای تفریحی برای استفاده کودک
1 (4/2)	6 (18/2)	نداشتن امنیت برای کودک
2 (8/3)	6 (18/2)	جدا نبودن بخش کودک و نوجوان
7 (29/2)	12 (36/4)	جدا نبودن کامل بخش پسران از دختران
4 (16/7)	8 (24/2)	جدا نبودن بیماران بدحال از بیمارانی که وضع بهتری دارند
2 (3/6)	15 (25)	درمانگاه ازدحام و شلوغی زیاد
0	2 (3/3)	بی‌نظمی و به هم ریختگی
0	5 (8/3)	نبودن نور کافی
2 (3/6)	22 (36/7)	مشترک بودن سالن انتظار کودکان با بیماران بدحال بزرگسال
3 (5/4)	17 (28/3)	طولانی شدن زمان انتظار
0	10 (16/6)	نبودن وسیله سرگرمی کودک

توجه: مراجعان می‌توانستند بیش از یک مورد را انتخاب کنند.

هر چند اقدامات انجام شده برای بهبود شرایط محل بستری کودک توانسته بود در پس آزمون نظر مساعد مراجعان را بیشتر تأمین نماید، ولی با توجه به قدیمی بودن ساختمان از نظر ظاهر فیزیکی، سیستم نور، تهویه، لوله کشی، دست شویی‌ها، آبدارخانه، میز و صندلی‌ها، کامپیوتر و محیط کلاس درس و همچنین امکانات رفاهی محدود، عدم وجود امکانات تفریحی، فضای بسته ساختمان و نداشتن فضای لازم برای بازی و تفریح و اینکه گروه پژوهش نتوانستند از نظر وضعیت رفاهی، تغییری در شرایط ایجاد کنند و با توجه به محدودیت مالی برای تأمین پرسنل، امکان جداسازی بیماران بدحال و یا جداسازی کامل بخش پسران و دختران وجود نداشت، تغییرات معناداری در رضایت مراجعان به دست نیامد. به بیان دیگر در پژوهش حاضر تغییراتی که انجام آنها به اختصاص بودجه و تأمین پرسنل نیاز داشت، امکان پذیر نبود و این در حالی است که مسائل رفاهی بر رضایت بیماران و همراهان آنها تأثیر زیادی می‌گذارد. مهم‌ترین دلایل نارضایتی بیماران مربوط به مسائل رفاهی، تفریحی و سرگرمی برای کودک و امکانات فیزیکی بخش بود، نه مربوط به نحوه برخورد و ارتباط کارکنان. بنابراین با توجه به اینکه انجام تغییرات فیزیکی و بالابردن امکانات رفاهی محل درمان کودک، بسیار آسان‌تر از تغییر رفتار و ارتباط انسان‌هاست، به نظر می‌رسد مدیران و مسئولان برای افزایش رضایت بیماران باید به این نکته توجه کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پیشین همسو است که خانواده‌ها مشکلی در برقراری ارتباط و تعامل با کارکنان نداشتند، بلکه تمیز بودن، نظافت و بهداشتی بودن محیط (21) و مسائلی چون نور و روشنایی، آراستگی و لوازم اتاق بیمار، آرام بودن محیط، راحتی و زیبایی محیط و در کل محیط فیزیکی مساعد و بهینه از عوامل افزایش رضایت خانواده‌ها (17، 18) بود. البته در این پژوهش‌ها نیز مانند بررسی حاضر، نظر بزرگسالان جویا شده است و مطالعات انجام شده در این زمینه روی خود کودکان کم است (17)؛ بنابراین بررسی نظر کودکان لازم به نظر می‌رسد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد میزان رضایت از تعامل و ارتباط کارکنان پیش و پس از مداخله بالا بود و این شاید ویژگی بخش‌های روانپزشکی باشد که نحوه ارتباط و تعامل با بیمار بیشتر از سایر گروه‌های پزشکی آموخته و تمرین می‌شود. بنابراین شاید نتوان چنین یافته‌ای را در سایر

- در مورد انجام خدمات در موعد مقرر تفاوتی میان دو گروه دیده نشد ($\chi^2=2/03$, $df=1$, $p=0/15$). بررسی علل نارضایتی بیماران (جدول 4) نشان داد که 91 درصد مراجعان در پس آزمون (در مقابل 75 درصد گروه پیش آزمون) از انجام خدمات در موعد مقرر رضایت داشتند.

- در بخش اطلاع‌رسانی میان دو گروه از نظر ارائه اطلاعات به وسیله متون اطلاع‌رسانی در مورد درمانگاه و متون آموزشی راجع به بیماری‌ها تفاوتی دیده نشد ($\chi^2=0/14$, $df=1$, $p=0/70$).

- نصب اساسنامه حقوق بیماران در محل قابل مشاهده، تفاوت معناداری ایجاد کرده بود ($\chi^2=10/42$, $df=1$, $p\leq 0/001$).

مهم‌ترین دلایل نارضایتی مراجعان بخش در گروه پیش آزمون در مورد محل بستری کودک شامل جدا نبودن بخش دختران از پسران، غیربهداشتی بودن محیط، جدا نبودن بیماران بدحال از بیماران با حال مساعدتر، نداشتن فضای تفریحی برای کودک، جدا نبودن بخش کودک از نوجوان و نبود امنیت برای کودک بود. تمامی این موارد به جز نداشتن فضای تفریحی و سرگرمی برای کودک در حالت پس آزمون کاهش داشت (جدول 4).

بحث

پژوهش حاضر با هدف اجرای آزمایشی دستوالعمل مراقبت و رفتار با کودک و نوجوان به صورت پایلوت در مرکز روانپزشکی اطفال بیمارستان امام حسین (ع) انجام شد. یافته‌ها نشان داد بیش از 80 درصد مراجعان در هر دو گروه نحوه برخورد و ارتباط کارکنان با مراجعان را مناسب و توأم با احترام توصیف کرده بودند. ولی حدود نیمی از مراجعان بخش در هر دو گروه از محل بستری کودک خود ناراضی بوده، آن را نامناسب توصیف کردند. از جمله دلایل نارضایتی والدین غیربهداشتی بودن محیط، ازدحام و شلوغی، نبود امنیت برای کودک و جدا نبودن بخش کودکان از نوجوانان بود که در پس آزمون به وضوح کاهش داشت. نداشتن فضای تفریحی جزو دلایل عمده نارضایتی بود و در پس آزمون نیز تغییری نکرد. موارد دیگر چون جدا نبودن کامل بخش پسران از دختران و جدا نبودن بخش بیماران بدحال از بیماران با حال مساعدتر نیز گرچه در پس آزمون کاهش داشت، جزو مهم‌ترین دلایل نارضایتی والدین بود.

بخش‌های بستری کودکان به دست آورد، چون به هر حال تغییر در رفتار و منش انسان‌ها به آموزش و تمرین بیشتر نیاز دارد تا تغییر در تسهیلات رفاهی.

نظر آزمودنی‌ها پیش و پس از مداخله از نظر مناسب بودن محیط، تفاوت داشت. پس از اجرای دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک، هیچ کدام از شاخص‌های مربوط به نامناسب بودن محیط توسط مراجعان انتخاب نشد و نارضایتی والدین از مشکلات محیط درمانگاه پس از اجرای دستورالعمل به‌طور مشخصی کاهش یافت. همچنین تغییرات فیزیکی انجام شده در راستای افزایش امکانات رفاهی محیط درمانگاه، مانند ایجاد فضای باز، روشن و با نور کافی، همراه با وسایل بازی، سرگرمی و نقاشی برای کودکان و وجود بروشورها، کتاب‌ها و متون آموزشی راجع به بیماری برای والدین در زمان انتظار، و تغییر در سیستم نوبت‌دهی منجر به کاهش ازدحام، شلوغی و بی‌نظمی محیط، افزایش فضای استراحت مراجعان و کاهش زمان انتظار و بنابراین منجر به افزایش رضایت از وضعیت درمانگاه شده بود. در بررسی‌های پیشین نیز به مسائلی مانند نور و روشنایی، آراستگی و لوازم اتاق بیمار، آرام بودن محیط، راحتی و زیبایی محیط، سازمان‌دهی خدمات و تأثیر آن بر افزایش رضایت خانواده‌ها و تأثیر محیط ساختمان بیمارستان روی نتیجه و بازده روانی و فیزیکی و رضایت از مراقبت‌های سلامتی روی بزرگسالان اشاره شده است (14، 17، 18)؛ با این تفاوت که در مطالعه برینگ¹ و همکاران (14) پرسشنامه توسط نوجوانان تکمیل شد، ولی در پژوهش حاضر، پاسخ‌دهندگان اصلی والدین بودند نه کودکان و نوجوانان.

در بخش اطلاع‌رسانی و حقوق بیماران، دو گروه در دریافت کتابچه‌های راهنما و متون آموزشی درباره بیماری‌ها، سیر، پیش‌آگهی، درمان و توصیه‌های پس از ترخیص بر اساس تشخیص بیماری در میان مراجعان، با یکدیگر تفاوت داشتند. به نظر می‌رسد این بخش بسیار راحت‌تر از بخش ارتباط قابل انجام و اجراست. چرا که نیاز به یادگیری مهارت خاصی ندارد. برای اجرای این قسمت به راحتی می‌توان این کتابچه‌ها را تهیه کرد، به پرسنل در مورد چگونگی انجام اجرای آن نظارت کرد. این کتابچه‌ها شامل متون آموزشی متناسب با سطح شناختی کودک، نوجوان و والدین است و به زبانی ساده نوشته می‌شود.

تغییراتی مانند اطلاع‌رسانی را به راحتی می‌توان در سیستم اعمال کرد، ولی در بخش ارتباط باید فراتر از دانش و اطلاعات، مهارت‌های ارتباطی را به کسانی آموخت که به هر حال خصوصیات فردی، شخصیتی، فرهنگی و اجتماعی آنها در نحوه برخورد آنها با بیماران تأثیر می‌گذارد و بنابراین به سختی می‌توان یک الگوی واحد رفتاری را برای یک جمعیت هدف پیاده کرد.

پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آتی اثر هر یک از موارد بالا بر میزان رضایت بیمار و خانواده او و بهبود شرایط فیزیکی و روانی بیمار سنجیده شود. در پژوهش حاضر مجموعه‌ای از خدمات انجام شد و بنابراین نمی‌توان به‌طور دقیق گفت کدام یک چه تأثیری داشته است. یک پژوهش در مورد رضایت بیماران در یک مرکز روانپزشکی بستری نوجوانان نشان داد یکی از مواردی که بر رضایت بیماران اثر می‌گذارد، توصیه‌های عملی و مفید هنگام ترخیص است (19). این یکی از کارهایی بود که در پژوهش حاضر با تنظیم متون آموزشی درباره بیماری‌های مختلف درباره زمان ترخیص و توصیه‌های دارویی، شناخت نشانه‌ها و نشانه‌های عود بیماری و... انجام شد و متون آموزشی در اختیار بیماران و خانواده‌ها قرار گرفت. میزان دسترسی بیماران و خانواده آنان به متون پیش و پس از مداخله تفاوت داشت، اما این که میزان مفید بودن این متون چقدر است، باید در بررسی‌های کنترل‌شده در آینده بررسی شود. در پژوهشی برای کنترل بهتر دیابت در کودکان و نوجوانان، توصیه‌های متناسب با سن در مورد بیماری و درمان آن آموزش داده و نتیجه گرفته شد که این آموزش‌ها باعث همکاری بهتر کودکان در روند درمان می‌شود (22).

همان‌طور که در متن دستورالعمل آمده است، متون آموزشی جای ارتباط مستقیم پزشک - بیمار را نمی‌گیرد و در اختیار گذاشتن این متون، باید در کنار ارتباط رو در روی درمانگر و بیمار برای کمک بیشتر به فهم بیماری و مسائل مختلف آن توسط بیمار و خانواده او باشد.

در زمینه اطلاع‌رسانی در درمانگاه، پس از مداخله افزایش اندکی دیده شد، ولی این تفاوت معنادار نبود. دلیلی که به ذهن می‌رسد این است که در درمانگاه بیشتر از بخش، پرسنل در حال تغییر و جابجایی هستند و گاه بلافاصله پس از اینکه پرسنلی در زمینه طرح آموزش‌های لازم را می‌دید، به محل دیگری جابه‌جا می‌شد و دوباره باید برای فرد جدید

آموزش‌ها شروع می‌شد. دلیل دیگر می‌تواند به کمبود پرسنل و انجام وظایف مختلف مربوط به چند نفر، توسط یک فرد مرتبط باشد.

در مورد درمانگاه روانپزشکی، تفاوت دو گروه در میزان رضایت مراجعان از شیوه ارتباطی کارکنان معنادار بود؛ استفاده از شیوه‌های ارتباطی مناسب توسط کارکنان، پس از مداخله افزایش داشت و رضایت مراجعان را بالا برده بود. پژوهش‌های مختلف به اهمیت تأثیر ارتباط و تعامل کارکنان بر میزان رضایت والدین و کودکان تأکید کرده، آن را یک منبع مهم برای تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند بیمارستانی می‌دانند (19، 20).

اینکه یافته‌های مربوط به درمانگاه، نسبت به بخش بستری بهبودی بیشتری داشت، می‌تواند به چند عامل مربوط باشد: الف) ساعات درمانگاه زمانی است که پزشک به‌طور مستقیم حضور دارد و می‌تواند نظارت بدون واسطه‌ای بر سیستم اعمال کند. از سوی دیگر بسیار رخ می‌دهد هنگامی که بیمار و همراهان او از برخورد کارکنان یا بی‌نظمی و اتلاف وقت‌شان شاکی هستند، برخورد درمانگر از نظر اظهار همدردی، گوش دادن و استفاده از روش‌های حل مسأله، می‌تواند مراجع را آرام کند و از میزان نارضایتی او بکاهد. البته این فرضیه باید در مراکز غیرروانپزشکی نیز بررسی شود، جایی که ممکن است پزشکان نیز ندانند چگونه باید با مراجع عصبانی، پرخاشگر و ناراضی برخورد کنند. ب) درمانگاه با توجه به تغییر ساختمان و به نحوی نوسازی آن، شرایط اتاق انتظار و نوبت‌دهی بیماران، تغییرات اساسی کرد، در حالی که در بخش امکان تغییر محیط فیزیکی نبود. ج) پیش از اجرای دستورالعمل، سالن انتظار درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان با درمانگاه بزرگسالان یکی بود. سالن مذکور شلوغ، پر سر و صدا، فاقد نور و تهویه کافی و بدون امکانات تفریحی، آموزشی، نقاشی و سرگرمی برای بچه‌ها بود. پس از اجرای دستورالعمل، درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان به محل جداگانه‌ای انتقال یافت که شامل سالن بزرگی با نور و تهویه کافی، مکان مناسب برای نشستن والدین و سرگرمی کودکان با نقاشی، کتاب‌های آموزشی و داستانی، بروشورهای آموزشی راجع به بیماری‌ها برای والدین و... بود. این موضوع نشان می‌دهد توجه به تسهیلات و امکانات فیزیکی محیط می‌تواند تأثیر مثبتی بر احساس مراجع داشته باشد.

اجرای دستورالعمل مراقبت و رفتار با کودک در مجموعه روانپزشکی اطفال بیمارستان امام حسین (ع) نشان داد که مجموعه‌ای از تغییرات مانند تغییرات فیزیکی و بهبود امکانات رفاهی را می‌توان به راحتی در سیستم اعمال کرد؛ تغییراتی که بر رضایت مراجعان می‌افزاید. ولی برای مواردی مانند نحوه برخورد و ارتباط کارکنان، به تغییر رفتاری نیاز است و بنابراین به زمان طولانی‌تر و آموزش، تمرین و ممارست بیشتری نیاز دارد. از آنجا که مسأله مربوط به مهارت‌آموزی است، نمی‌توان با برگزاری چند کارگاه و کلاس، در رفتار و نحوه ارتباط افراد تغییر به‌وجود آورد. در کنار آموزش‌های مداوم باید سیستم نظارتی و اجرایی درستی وجود داشته باشد تا اثر این آموزش‌ها را ارزیابی کند. همچنین نباید انتظار داشته باشیم که بتوانیم تغییرات وسیع و بزرگی را یک‌جا و در یک زمان اعمال کنیم. بلکه بهتر است هر کدام از گویه‌های دستورالعمل در یک مرحله زمانی خاص انجام شود و وقتی به‌طور کامل در سیستم جا افتاد، سراغ گویه بعد رفت. همچنین بهتر است از جایی شروع کنیم که آسان‌تر می‌توان تغییرات را اعمال کرد.

با توجه به آنکه پرسشنامه‌های رضایت بیماران بهترین روش برای مشخص کردن نقایص با هدف ارتقای خدمات بیمارستانی است (21)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی هنگام اجرای این دستورالعمل در سایر بیمارستان‌ها، از پرسشنامه‌های رضایت بیماران استفاده شود که مختصر، کوتاه، دقیق و مناسب طراحی شده باشند. نیاز به وقت کمتر و امکان تجزیه و تحلیل بهتر، از مزایای این امر است.

همچنین مرور منابع نشان می‌دهد خط‌مشی‌ها در مورد اثر محیط بیمارستان بر احساس رفاه و بهزیستی روانی اجتماعی کودکان، بیشتر بر اساس نظر بزرگسالان تنظیم شده است و اطلاعات و دانش راجع به محیط بیمارستانی دوستدار کودک از دیدگاه کودکان وجود ندارد (23). درک کودکان از کیفیت مراقبت‌ها با والدین تفاوت دارد و آنها نیازهای مراقبتی - روانی متفاوتی دارند و نیاز است که دیدگاه کودکان و نوجوانان از مراقبت‌های روانپزشکی بررسی شود و به دیدگاه آنها بها داده شود (14). اگر قرار است محیط بیمارستان کودک دوست باشد، پس باید دیدگاه کودکان در نظر گرفته شود (23). در پژوهش حاضر نیز پرسشنامه‌ها توسط والدین تکمیل شد و شاید اگر دیدگاه کودکان ارزیابی می‌شد، یافته‌ها تغییر می‌کرد. این مسأله لزوم ارزیابی دیدگاه

- organization (WHO). Royal College of Nursing (UK). Royal College of Paediatrics and Child Health (UK). United Nations Children's Fund (UNICEF). Pediatrics. 2000; 106(5):1054-64.
7. The Lucile Packard children's hospital and Stanford hospital and clinics code of conduct. 2011. Available from: <http://stanfordhospital.org/overview/assets/SOM-Code-of-Conduct%2026July11.pdf>. Accessed Feb 9, 2013.
 8. The code of conduct, children's hospital Boston. 2011. Available from: http://www.childrenshospital.org/about/Site1394/Documents/code_of_conduct.pdf. Accessed Feb 9, 2013.
 9. Code of conduct 2012 edition, university hospitals. 2012. available from: <http://www.uhhospitals.org/about/mission-and-vision/code-of-conduct>. Accessed Feb 7, 2013.
 10. The children's hospital of Philadelphia: Compliance standards of conduct. 2012. available from: http://www.chop.edu/export/download/pdfs/articles/setting_standards_for_chop.pdf. Accessed Feb 7, 2013.
 11. Code of ethics for child welfare professionals. 2010. Available from: <http://www.state.il.us/DCFS/docs/Code-Ethics.pdf>. Accessed Feb 7, 2013.
 12. Children's hospital Colorado code of conduct january 2013. Available from: http://www.childrenscolorado.org/pdf/Code%20of%20Conduct_January%202013.pdf. Accessed Feb 5, 2013.
 13. Arabgol F. Code of conduct guideline for children and adolescents in child medical centers. Mental and social health administration of the ministry of health & medical education (MoHME) and UNICEF. Tehran: ministry of health & medical education; 2008. [In Persian]
 14. Biering P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: A critical review of the research literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010; 17(1):65-72.
 15. Puri N, Gupta A, Aggarwal AK, Kaushal V. Outpatient satisfaction and quality of health care in North Indian medical institute. Int J Health Care Qual Assur. 2012; 25(8):682-97.
 16. Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G. Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital. Psychiatr Serv. 2001; 52(2):202-6.
 17. Sherman-Bien SA, Malcarne VL, Roesch S, Varni JW, Katz ER. Quantifying the relationship among hospital

کودکان را در پژوهش‌های آتی نشان می‌دهد. با این حال، این مسئله از اهمیت دیدگاه والدین نمی‌کاهد، زیرا کودکان با والدین شان به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند و به هر حال رضایت والدین برای پذیرفتن درمان و ادامه مراقبت‌های پزشکی فرزندشان خیلی مهم است.

سپاسگزاری

از دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل (یونیسف) و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که حمایت مالی و امور اجرایی قرارداد طرح را بر عهده داشتند، قدردانی می‌شود. تشکر پایانی نیز نثار کودکان و نوجوانان عزیزی که صبورانه تحمل کردند تا والدینشان زمانی را برای تکمیل پرسشنامه‌ها بگذارند، کسانی که هدف نهایی این طرح برای آنها بود، تا شاید با اجرای موفق آن اندکی از درد و رنجشان هنگام مراجعه به مراکز درمانی کاسته شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. LaDou J, Tennenhouse DJ, Feitshans IL. Codes of ethics (conduct). Occup Med. 2002; 17(4):559-85.
2. Foà V. The ICOH international code of ethics for occupational health professionals. G Ital Med Lav Ergon. 2010; 32(4 Suppl):68-70.
3. Stievano A, De Marinis MG, Kelly D, Filkins J, Meyenburg-Altwarz I, Petrangeli M, et al. A proto-code of ethics and conduct for European nurse directors. Nurs Ethics. 2012; 19(2):279-88.
4. Lagan C, Wehbe-Janek H, Waldo K, Fox A, Jo C, Rahm M. Evaluation of an interprofessional clinician-patient communication workshop utilizing standardized patient methodology. J Surg Educ. 2013; 70(1):95-103.
5. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. Adopted 2002 with Amendment 2010. Available from: <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>. Accessed Feb 9, 2013.
6. Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Williams A, Nicholson S. The Child friendly healthcare initiative (CFHI): Healthcare provision in accordance with the UN convention on the right of the child and adolescent health and development of the world health

- design, satisfaction, and psychosocial functioning in a pediatric hematology-oncology inpatient unit. *HERD*. 2011; 4(4):34-59.
18. Kotzer AM, Zacharakis SK, Reynolds M, Buenning F. Evaluation of the built environment: Staff and family satisfaction pre- and post-occupancy of the children's hospital. *HERD*. 2011; 4(4):60-78.
19. Marriage K, Petrie J, Worling D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(10):969-75.
20. Magaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction in the emergency department. A survey of pediatric patients and their parents. *Acad Emerg Med*. 2002; 9(12):1379-88.
21. Bhargava A, Thakur A, Mishra B, Taneja J, Dogra V, Loomba P. Patient satisfaction survey of microbiological tests done in G.B. Pant Hospital. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012; 25(7):555-64.
22. Martin D, Lange K, Sima A, Kownatka D, Skovlund S, Danne T, et al. Recommendations for age-appropriate education of children and adolescents with diabetes and their parents in the European Union. *Pediatr Diabetes*. 2012; 13(Suppl 16):20-8.
23. Lambert V, Coad J, Hicks P, Glacken M. Social spaces for young children in hospital. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2013 Jan 7: DOI: 10.1111/cch.12016. Available from:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12016/full>

Original Article

Pilot Implementation of the Code of Conduct for Children and Adolescents in Child Psychiatric Department of Imam Hossein Hospital

Abstract

Objectives: The aim of this study was to pilot implementation of the code of conduct for the children and adolescents in a child and adolescent psychiatric center. **Method:** The present quasi-experimental and prospective study was carried out in child psychiatric ward and clinic of Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran, in two six-month phases. The first phase included the research executive-educational strategy and during the second phase the code of conduct for the children and adolescents was implemented in the psychiatric ward and clinic. The subjects were parents of children referred to child psychiatry clinic and ward. The used questionnaire was extracted from the code of conduct for the children/ adolescents and completed by the parents. Pretest questionnaires were filled out in the first phase and prior to any intervention, and posttest questionnaires after pilot implementation of the guideline. The number of pretest (and posttest) subjects in the ward and clinic were 33 (24) and 60 (56), respectively. The data was analyzed using Chi-square and dependent and independent t-tests. **Results:** There was significant difference between pretest and posttest scores of the subjects referred to psychiatric ward in receiving instructive and informative booklets ($p < 0.001$), but there was no change in the level of satisfaction for the physical conditions and facilities of the ward. In the clinic, the level of satisfaction of clients with the staffs communication behavior ($p < 0.01$), and with the clinic conditions and facilities ($p < 0.001$) increased in the posttest compared to the pretest. **Conclusion:** Some simple changes such as improving the physical conditions and facilities, and information services could increase the clients' satisfaction. Nonetheless, changes like modifying the staff behavior, and their interaction and communication with the clients require more time, training, practice, and rehearsal.

Key words: code of conduct; code of ethics; children and adolescents; psychiatric ward

[Received: 28 October 2012; Accepted: 20 May 2013]

Fariba Arabgol*, Mojgan Khademi^a,
Saeed Sadr^a, Najmeh Khosravan mehr^a,
Homa Mazhabdar^a, Ahmad Hajebi^b

* Corresponding author: Behavioral Sciences
Research Center, Imam Hossein Hospital,
Shahid Beheshti University of Medical
Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-77551023

E-mail: farabgol@sbmu.ac.ir

^a Behavioral Sciences Research Center, Imam
Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of
Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Mental Health
Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-
School of Behavioral Sciences and Mental Health,
Iran University of Medical Sciences, Tehran,
Iran.