

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^۱، *جواد گنجلو^۲، محمدحسن رخشانی^۳، سید محسن اصغری نکاح^۴

چکیده

مقدمه: یکی از روش های آموزشی نوین که ارتباط بسیار نزدیک با رویکرد سازنده گرایی دارد نقشه مفهومی است. هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین مقایسه ای تأثیر 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 بود.

روش: بررسی با استفاده از روش نیمه تجربی و انجام پیش آزمون و پس آزمون انجام شد. آزمودنی های این پژوهش ۴۴ نفر از کودکان ۶ تا ۹ ساله بستری در بخش کودکان شهر سبزوار بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری داده ها، پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، ترس بیمارستانی بروم و اضطراب موقعیتی - خصیصه ای برای کودکان بودند. داده ها 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.

یافته ها: بعد از برنامه آشناسازی، در گروه نقشه مفهومی دیداری و روش چهره به چهره، ترس و اضطراب (موقعیتی، خصیصه ای و کل) کاهش معنی داری داشت ($p < 0/05$). همچنین بین اضطراب خصیصه ای و اضطراب کل در دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: استفاده از نقشه مفهومی بصری در مقایسه با روش چهره به چهره در کاهش اضطراب خصیصه ای و اضطراب کل کودکان بستری در بیمارستان مؤثرتر می باشد. لذا پیشنهاد می شود در محیط هایی که پرستاران وقت کافی برای آموزش چهره به چهره جهت ارائه اطلاعات لازم به بیماران ندارند، می توانند 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 پرهزینه 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 دویبعی 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 دریافتند 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 سالخورده ها 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 (۱۳، ۱۴). 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 غیرتصادفی (آسان در دسترس) انجام شد. حجم نمونه به روش ذیل برآورد شد:

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

$\sigma^2 =$ ماکزیمم واریانس 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

کسب نمره اضطراب و ترس متوسط به بالا بر اساس پرسشنامه اشپیل برگر 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 جمع آوری 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 می-باشد. بخش دوم اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری، تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص و شکایت اصلی می باشد.

ابزار مورد بررسی ترس کودکان بستری، پرسشنامه ترس بیمارستانی بروم می باشد 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 گزینه ای میزان ترس را با گزینه های خیلی کم، متوسط و زیاد بررسی می کند.

امتیاز بیشتر نشان دهنده میزان ترس بیشتر است، به طوری که گزینه "خیلی کم" امتیاز ۱، "متوسط" امتیاز ۲ و گزینه "زیاد" امتیاز ۳ را کسب می کند، 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 می دهد (۱).

ابزار مورد استفاده برای سنجش اضطراب، پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه ای اشپیل برگر برای کودکان می-باشد. این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی شامل ۲۰ سؤال در قسمت اندازه گیری اضطراب موقعیتی و ۲۰ سؤال در قسمت اندازه گیری اضطراب خصیصه ای می باشد. اضطراب موقعیتی به جنبه پایداری و نسبتاً مداوم اضطراب اطلاق می شود، به طوری-که کودک بر اساس احساسی که در هنگام پاسخ گویی به سؤالات داشت آن را تکمیل می کرد. درحالی که اضطراب خصیصه ای متغیر است، به طوری که کودک براساس احساسی که در اغلب اوقات داشت به این سؤالات پاسخ می داد.

در اضطراب موقعیتی ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۱۰ سؤال به صورت نمره گذاری معکوس می باشد. حداقل نمره ۲۰ و

حداکثر نمره ای که فرد کسب می کند ۶۰ می باشد. 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 می دهد. مقیاس خصیصه ای، دارای سه گزینه می باشد، گزینه "اصلاً" نمره یک، "گاهی اوقات" نمره دو و "بیشتر اوقات" نمره سه را به خود اختصاص داد و طبقه بندی اضطراب خصیصه ای همانند اضطراب موقعیتی انجام گرفت (۲، ۳۰).

روایی پرسشنامه های ترس بیمارستانی بروم و پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه ای اشپیل برگر به کمک روش اعتبار محتوا تعیین شد، بدین صورت که این پرسشنامه ها 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، به منظور تعیین پایایی پرسشنامه ترس بیمارستانی بروم و پرسشنامه اضطراب موقعیتی-خصیصه ای اشپیل برگر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، به طوری که قبل از اجرای پژوهش این پرسشنامه ها به ۱۵ نفر از کودکان بستری داده شد و سپس پایایی پرسشنامه های ترس بیمارستانی بروم ($r=0.74$)، اضطراب موقعیتی ($r=0.80$) و خصیصه ای ($r=0.75$) مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تصویب طرح در شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده و کسب مجوز از کمیته ی اخلاق و اخذ معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، پژوهشگر به بخش اطفال بیمارستان واسعی مراجعه کرده و با ارائه ی معرفی نامه، 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 صورتی که کودک شرایط ورود به مطالعه را داشت، پرسشنامه های ترس و اضطراب به کمک یک پرسشگر آموزش دیده تکمیل می شد. سپس در یک گروه برنامه آشناسازی با کمک نقشه های مفهومی اجرا شد. بدین صورت که نقشه های مفهومی دیداری قبل از انجام اقدامات

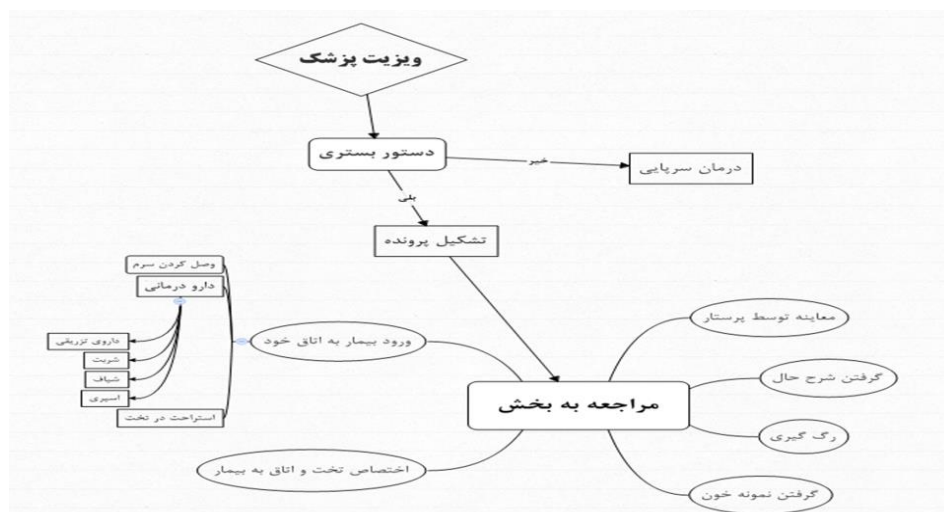
تهاجمی برای کودک و پس از ارائه توضیحات در اختیار کودکان قرار داده شد.

در گروه چهره به چهره جلسات آموزشی در اتاق بیمار و یا اتاق کار پرسنل، معمولاً با حضور بیمار و همراه وی تشکیل شد. آموزش به صورت چهره به چهره و انفرادی بوده و تقریباً هر جلسه آموزش بنابر محتوای آموزشی مربوط به روز بستری و سؤالات بیماران حداکثر ۱۵ دقیقه طول می کشید. در طی جلسات آموزش از روش چهره به چهره و متناسب با فهم کودک توأم با تعامل متقابل و پرسش و پاسخ برای اطمینان از درک وی از محتوای آموزشی استفاده شد. سپس در لحظه ترخیص مجدداً پرسشنامه ترس و اضطراب در هر دو گروه تکمیل شد.

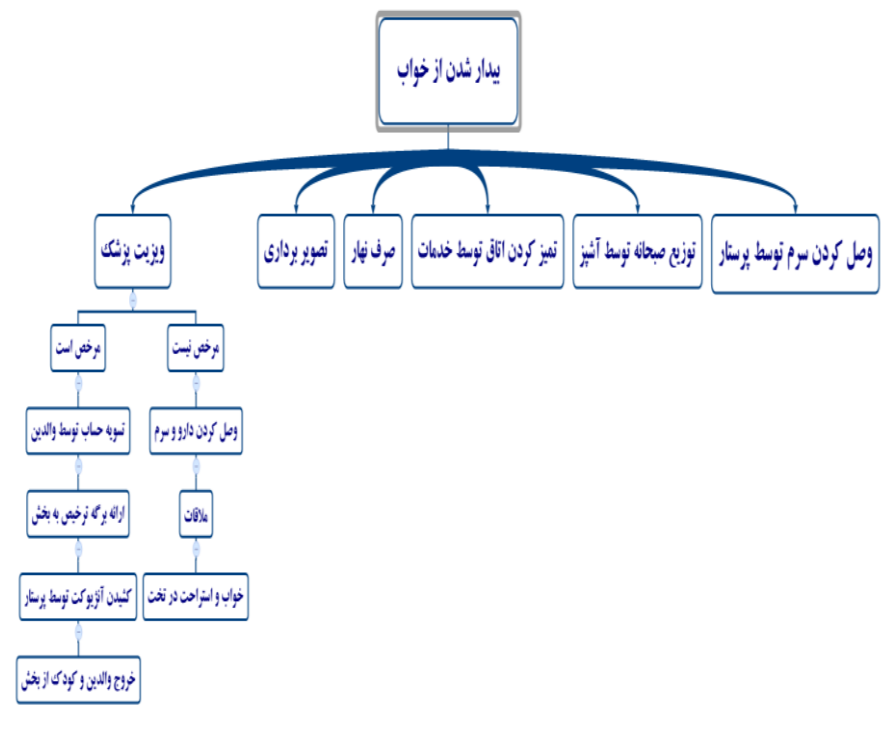
به منظور ترسیم نقشه مفهومی، ابتدا فهرستی از مفاهیم مرتبط تهیه شد، به طوری که قبل از ترسیم نقشه های مفهومی پرسشنامه های متفاوتی جهت بیماران، والدین و پرستاران بخش اطفال تهیه و در اختیار آنها قرار داده شد. پرسشنامه هایی که جهت والدین و کودکان بیمار تهیه شده بود شامل اطلاعات دموگرافیک و یک سؤال باز بود که از آنها خواسته شده بود کلیه اقدامات طول مدت بستری را شرح دهند. پرسشنامه مذکور به پنج کودک بیمار و پنج همراه بیمار در روز ترخیص داده شد و توسط آنان تکمیل گردید. پرسشنامه استفاده شده به پرستاران نیز شامل سؤال بازی بود و از آنها خواسته شده بود اقداماتی که

برای پنج کودک بیمار از ابتدای پذیرش انجام داده اند بنویسند، که توسط سه پرستار بخش اطفال تکمیل شد. در نهایت پس از جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده ها مفاهیم اصلی و جزئی که کودکان بیمار بستری با آن روبرو شده استخراج گردید. در کل در فرآیند ترسیم نقشه مفهومی سعی شد از مفاهیم کاملاً آشنا و قابل فهم و در محدوده ی درک کودکان رده ی سنی ۶ تا ۹ سال استفاده شود. مفاهیم بر اساس سلسله مراتب و تقدم و تأخر سازمان دهی شد. مفاهیمی که کودک در ابتدای ورود با بخش برخورد داشت در ابتدا و بالای صفحه ذکر شود. مفاهیم فرعی و ساده تر در پایین نقشه بیان شد و با خطوطی، مفاهیم مرتبط متصل شد.

به منظور سازماندهی بهتر اطلاعات و سهولت در ساختن، بازنگری و سفارشی کردن اطلاعات از نرم افزار X-mind استفاده شد. نقشه های مفهومی با استفاده از نرم افزار رسم و برای تعیین روایی آن به اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارائه شد و پس از رفع اشکالات، نقشه ها برای آموزش گروه مداخله استفاده شد. هر کدام از نقشه های مفهومی پس از تهیه و انجام اصلاحات اولیه، در اختیار چند تن از پرستاران و سرپرستار بخش اطفال و چند تن از اعضاء هیئت علمی گروه کودکان قرار گرفت، تا نقشه ها از نظر رعایت سلسله مراتب و مکان درست مفاهیم مورد ارزشیابی قرار گیرند (شکل ۱ و ۲).



شکل ۱: نمونه ای از نقشه های مفهومی محقق ساخته در روند بستری کودک



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 آماری 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 (موقعیتی، 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 7.23 ± 1.07 و 6.91 ± 1.07 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، پیش‌فرض 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	۳۳/۰۰±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	۰/۳۵	۰/۱۸	۰/۰۵۷
	۳/۰۹	۱/۶۰	۰/۰۶۰
اضطراب موقعیتی	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۲۸۵
	۲/۴۱	۱/۶۱	۰/۱۴۰
اضطراب خصیصه‌ای	۰/۶۴	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	۴/۳۶	۱/۶۵	۰/۰۱۱
اضطراب کل	۰/۶۶	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	۶/۰۱	۲/۳۸	۰/۰۱۶

ندارد ($p > ۰/۰۵$). اما در مورد متغیرهای اضطراب خصیصه‌ای 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 براساس علت ایجاد ترس، به وسیله سرنگ، ست تزریق خون، ویال، گلوله های خیس شده پنبه و عروسک و عکس اجرا گردید. طبق نتایج این مطالعه، بازی آشناسازی در کاهش اضطراب ناشی از پروسیجرهای تزریقی کودکان مؤثر می باشد (۷).

نتایج مطالعه مجذوبی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که آمادگی روانی بر کاهش علائم اضطراب جراحی در کودکان تأثیر معنی داری 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 می شود (۳۱).

همچنین بزرگ زاد و همکاران (۲۰۱۰) تأثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و نقشه کشی مفهومی بصری را بر سطح یادگیری کودکان مبتلا به آسم، درمورد نحوه استفاده از اسپری ها مورد بررسی و مقایسه قرار دادند، و به این نتیجه دست یافتند که استفاده از نقشه کشی مفهومی در مقایسه با روش چهره به چهره در آموزش به کودکان مبتلا به آسم مؤثرتر می باشد (۱۷).

هدف از استفاده از نقشه مفهومی دیداری و چهره به چهره آشناسازی کودک با روند بستری می باشد، در این زمینه جکسون و ساندرت (۲۰۰۳) معتقدند پرستاران بخش کودکان در نقش آموزش دهنده باید کودک و خانواده را با سایر پرسنل، همسالان کودک و محیط فیزیکی آشنا سازند. چون وقتی کودکان در محیط نا آشنا و غریب قرار می گیرند و مجبورند با افراد غریبه ارتباط برقرار سازند به مراحل قبلی خود برمی گردند تا بتوانند با استرس ناشی از بستری مقابله کنند (۳۲). همچنین دیلانی (۲۰۰۰) بیان می کند که محیط کالبدی بر رفتار فرد تأثیر می - گذارد و محیط هایی با تجربه مثبت و منفی می توانند 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 می باشد.

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

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

مؤثری برای سازماندهی اطلاعات هستند (۳۴). همچنین نقشه های مفهومی دیداری برای کودکان مطالب را از حالت انتزاعی صرف، خارج کرده و ملموس تر می کنند، و باعث یادگیری بیشتر آنان می شود (۱۷).

آموزش کلامی چهره به چهره به عنوان استاندارد طلایی 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 آموزش ها برای بیمار، رفع اشکالات و پاسخ گویی به سایر سؤالات بیمار، برقراری ارتباط مؤثر و ارائه آموزش بر اساس نیازهای فردی بیمار امکان پذیر 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 جنبه های جسمی باید به ابعاد روحی و روانی نیز توجه نمود. برای آمادگی روانی مهم ترین 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 بیماری ها و رسم نقشه مفهومی برای تمامی آن ها است. جهت رفع آن سعی شد تنها مفاهیم مشترک در بیماری های کودکان مد نظر قرار گرفته و نقشه مفهومی دیداری آن رسم شود.

نتیجه گیری نهایی

براساس یافته های این مطالعه اگر چه متغیرهای ترس و اضطراب موقعیتی در هر دو گروه به یک میزان کاهش یافته است، اما اضطراب خصیصه ای و اضطراب کل در روش نقشه مفهومی دیداری کاهش بیشتری داشته است. از طرف دیگر آزمودنی های این مطالعه کودک بوده اند و اغلب کودکان از دیدن نقاشی بیشتر لذت می برند. همچنین کمبود وقت پرستاران یکی از موانع اجرای آموزش به بیمار است. پیشنهاد می شود، علاوه بر روش های رایج در بیمارستان جهت آشناسازی کودک، از نقشه های مفهومی دیداری (نقاشی) نیز استفاده شود.

از نتایج این مطالعه می توان در عرصه های مختلف ارایه خدمات پرستاری اعم از آموزشی و تأکید بر آموزش بیمار به عنوان جزء حیاتی مراقبت های پرستاری و بالینی و به عنوان مبنایی برای پژوهش های بعدی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود پژوهش های بعدی به صورت اختصاصی در بیماری های مختلف، مخصوصاً در بیماری های مزمن در کودکان و در سایر بخش های بیمارستان، حتی بخش های بزرگسالان نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق Medsab.Rec.۹۳۶۴ در مورخه ۱۳۹۳/۱۰/۸ می باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به خاطر پشتیبانی مالی این طرح سپاسگزاری می نمایم. 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.

منابع

- ۱- Mola F, Khangari S, Haghani H. Effect of play on fear of hospitalized. Iran journal of nursing. ۲۰۰۱; ۱۳(۲۷):۵۱-۶. [Persian].
- ۲- 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. ۲۰۰۷; ۹(۲۳):۵۹-۶۴. [Persian].
- ۳- Landsdown R. Children in hospital. Oxford University ۱۹۹۶: ۳۱.
- ۴- Annual statistic's Vasei hospital, Pediatric Ward.
- ۵- Pelander T, Leino Kilpi H. Children's best and worst experiences during hospitalisation. Scandinavian Journal of Caring Sciences. ۲۰۱۰; ۲۴:۷۲۶-۳۳.
- ۶- Majzoobi MR, Amani R, Majzoobi F. Effects of psychological preparation on reduction of surgery anxiety signs in children. Koomesh. ۲۰۱۳; ۱۴(۴):۴۶۶ - ۷۳. [Persian].
- ۷- 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. Nursing reasearch. ۲۰۱۲; ۷(۲۶):۴۲-۹. [Persian].
- ۸- 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. ۲۰۱۲; ۱۱(۴۲):۳۴-۴۱. [Persian].
- ۹- Runeson I, Hallstrom I, Elander G, Hermerén G. Children's needs during hospitalization: An observational study of hospitalized boys. International Journal of Nursing Practice. ۲۰۰۲; ۸:۱۵۸-۶۶.
- ۱۰- Sanjari M. Child hospitalization and parents' anxiety. Iran University of Medical Sciences and Health Services. ۲۰۰۴; ۱۷(۳۹):۴۲-۹. [Persian].
- ۱۱- Barbero GJ. Children with recurrent hospitalizations: a problem of disables children, parents and physicians. Journal Developmental Behavior Pediatric. ۱۹۹۰; ۱۲(۱): ۳-۸.
- ۱۲- Jew let J. Child hood stress. Journal of Pediatric. ۲۰۰۳; ۵(۱): ۴-۱۰.
- ۱۳- Safer B, Adaptation in hospitalized child. Pediatric. ۲۰۰۰; ۲(۵):۸-۱۱.
- ۱۴- Khodakarami Z, Pashaie F, Nikbakht A. Assessing nursing performance regarding admittance of preschool children in educational hospitals, Hamedan. Nursing reaserch. ۲۰۱۰; ۴(۱۵). [Persian].
- ۱۵- 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. ۲۰۱۳; ۱۸(۴):۱-۹. [Persian].
- ۱۶- Daley BJ, Torre DM. Concept maps in medical education: an analytical literature review. Medical Education. ۲۰۱۰; ۴۴:۴۴۰-۸.
- ۱۷- 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 reaserch. ۲۰۱۰; ۵(۱۶):۵۲-۶۰. [Persian].

- ۱۸- Toutounchiy Asre Hazery J, Morsali F. Concept map and drawing with computer. Hashtomin seminar shimi Iran. ۲۰۱۳; ۱(۱):۱-۱۱. [Persian].
- ۱۹- Saeedi 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. ۲۰۱۳; ۲(۳):۱۸۰-۸. [Persian].
- ۲۰- Mesrabadi J, Ostevar N. The effects of concept mapping on student educational progress in biology, psychology and physics. Educational new thought. ۲۰۰۹; ۵(۱):۹۳-۱۱۴. [Persian].
- ۲۱- All AC, Havens RL. Cognitive concept mapping: A Teaching Strategy for Nursing. Journal of Advanced Nursing. ۱۹۹۷; ۲۵:۱۲۱۰-۹.
- ۲۲- Hsu L, Hsieh S-i. Concept Maps as an Assessment Tool in a Nursing Course. Journal of Professional Nursing. ۲۰۰۵; ۲۱(۳):۱۴۱-۹.
- ۲۳- Hicks-Moore SL. Clinical concept maps in nursing education: An effective way to link theory and practice. Nurse Education in Practice. ۲۰۰۵; ۵:۳۴۸-۵۲.
- ۲۴- 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. ۲۰۱۳; ۳۳(۱۲۱۹-۱۲۲۳).
- ۲۵- Rahmani A, Fathi Azar A, Mohajel Aghdam A. Concept mapping and theoretical learning of nursing students. JIN. ۲۰۰۵; ۱۷(۴۰):۴۰-۶. [Persian].
- ۲۶- 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. ۲۰۰۸; ۳۹(۳):۱۱۹-۱۲۶.
- ۲۷- 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. ۲۰۱۱; ۳(۴):۱۴۳-۸. [Persian].
- ۲۸- 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. ۲۰۰۷; ۳ (۱۰۵):۸۶۸-۷۲.
- ۲۹- 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; ۲۰۰۴.
- ۳۰- 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. ۲۰۱۲; ۳(۱۲):۵۱-۸. [Persian].
- ۳۱- Felder-Puig R, Maksys A, Noestlinger C, Gadner H, Stark H , Pfluegler 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. ۲۰۰۳; ۶۷: ۳۵-۴۱.

- ۳۲- Jackson DB. Sounders R. child health Nursing. Lippincott co. Fourth Edition; ۲۰۰۳. P. ۹۱-۹۸.
- ۳۳- Dilani A. Psychosocially Supportive Design: Scandinavian Healthcare Design. ۲۰۰۰. Available from: URL: [Http://www.Designandhealth.com/Mediapublishing/Papers.AspX](http://www.Designandhealth.com/Mediapublishing/Papers.AspX).
- ۳۴- Lee Y, Nelson DW. Viewing or visualizing—Which concept map strategy works best on problem-solving performance. British Journal of Educational Technology. ۲۰۰۵;۳۶:۱۹۳-۲۰۳.
- ۳۵- 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 . ۲۰۱۳ Mar; ۶۸(۳): ۳۶۴ e۱-۱۰.
- ۳۶- 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. ۲۰۱۲;۱(۱):۷۰-۷. [Persian].
- ۳۷- 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, ۲۰۰۸. Research Nursing. ۲۰۱۱;۶(۲۱). [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^۱, *Ganjlo J^۲, Rakhshani M^۳, Asghari Nekah SM^۴

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 ۶-۹ years old in Sabzevar.

Method: The research project was a quasi-experimental design with pre-test and post-test. The subjects consisted of ۴۴ hospitalized children ۶-۹ 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 ۲۰) 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: ۲۲ April ۲۰۱۵

Accepted: ۲ June ۲۰۱۵

^۱- School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

^۲- Nursing Instructor, Schools of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: jganj@yahoo.com

^۳- Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

^۴- Assistant Professor, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.