

Nurses' Problems in Physical Health Assessments of Hospitalized Pediatrics

Mohammad Khoran ¹, Fatemeh Alhani ^{2,*}, Ebrahim Hajizadeh ³

¹ Ms. Student, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Alhani, Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: alhani_f@modares.ac.ir

Received: 09 Apr 2016

Accepted: 04 Oct 2016

Abstract

Introduction: Pediatrics' physical health assessment is part of clinical nurses' role. The aim of this study was to determine the nurses' problems in physical health assessment of hospitalized pediatrics and provide suitable solutions.

Methods: This descriptive study was conducted in four selected hospitals of Mazandaran province. In total, 127 nurses were selected through non-random convenience sampling. Data was collected using demographic characteristics questionnaire (with 10 questions) and "Nurses Problems Questionnaire in Pediatric Physical Health Assessment" (in six dimensions and 46 items). Content validity index, content validity ratio, and Cronbach's alpha coefficient were determined. Suitable solutions to the problems were collected and scored through the review of literature and nurses' perspective. Data was analyzed using SPSS 21.

Results: Among six identified dimensions of problems, the highest mean score was related to the management aspect (3.72) and the lowest to the individual-motivational aspect (1.60). Following the management problems, environment, education and culture had high mean scores. With respect to the solutions, offering programs to pediatric health assessment scores and using sections of the room divided by room dividers, both had 27 scores (87%). In addition, joint collaboration between nurses and students and implementation of leadership training for new nurses had 26 scores (84%). These four categories had the highest mean scores among other identified solutions.

Conclusions: Although management issues had the highest average among nurses in pediatric physical health assessment problems, the solutions related to environmental, educational and cultural communication had the highest scores and are crucial to be implemented. Therefore, it is suggested to provide a suitable environment for nurses' assessments. Moreover, it is important to enhance and prioritize the interaction between clinical managers and the training team and monitor their results.

Keywords: Health Assessment, Pediatric Nurse, Empowerment

مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان بستری و ارائه راهکار

محمد خوران^۱، فاطمه الحانی^{۲*}، ابراهیم حاجی زاده^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه الحانی، دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

ایمیل: alhani_f@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۰

چکیده

مقدمه: بررسی سلامت جسمی کودکان بستری بخشی از وظایف و نقش‌های مهارتی پرستاران بالینی است. هدف این مطالعه تعیین مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان بستری و ارائه راهکار است.

روش کار: این پژوهش توصیفی در چهار بیمارستان منتخب استان مازندران بر روی ۱۲۷ پرستار به روش غیرتصادفی دردسترس اجرا گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی (۱۰ سؤال) و "پرسشنامه مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان" (Nurses Problems Questionnaire in Pediatric Physical Health Assessment) دارای شش بعد و ۴۶ عبارت و پژوهشگر ساخته بود. ضریب نسبی روایی محتوا و شاخص روایی محتوا و ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. راهکارها با استفاده از مروری بر مطالعات و نظرات پرستاران جمع آوری و نمره دهی شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسپس اس نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها: از ابعاد شش گانه مشکلات پرستاران، بیشترین میانگین مربوط به بعد عوامل مدیریتی (۳/۷۲) و کمترین مربوط به بعد عوامل فردی- انگیزشی (۱/۶۰) بود. از بین راه کارها، ارائه واحد درسی انتخابی بررسی وضعیت سلامت کودکان با ۲۷ نمره (۸۷ درصد)، استفاده از قسمتی از اتاق محدود شده بوسیله پاراوان با ۲۷ نمره (۸۷ درصد)، انجام مهارت به طور مشترک توسط پرستار و دانشجو با ۲۶ نمره (۸۴ درصد) و پیاده سازی راهبری پرورشی جهت پرستاران تازه کار با ۲۶ نمره (۸۴ درصد) دارای بالاترین میانگین بودند. **نتیجه گیری:** اگرچه عوامل مدیریتی دارای بیشترین میانگین در بین مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان بودند، اما در بین راهکارها، راهکارهای مربوط به عوامل محیطی، آموزشی و فرهنگی ارتباطی دارای بالاترین نمره و اولویت از نظر اجرایی بودند. لذا پیشنهاد می‌گردد فراهم نمودن محیط مناسب برای انجام این مهارت‌ها، هماهنگی بیشتر آموزش و بالین و افزایش توجه مدیران به نتایج انجام بررسی وضعیت سلامت در اولویت قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بررسی وضعیت سلامت، پرستار کودک، توانمندسازی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سلامتی یکی از نعمتهای بیکران الهی عنایت شده به انسان و از مهمترین و ابتدایی‌ترین نیازهای بشر تلقی می‌شود (۱). اگرچه حفظ و ارتقاء آن وظیفه همه افراد جامعه می‌باشد، اما کارکنان نظام سلامت خصوصاً پرستاران به لحاظ وضعیت و جایگاه شان به عنوان بزرگترین و مقدم‌ترین گروه کارکنان بهداشتی و درمانی (۲)، نقش منحصر به فردی در ارتقای سطح سلامت افراد جامعه دارند. در این بین بررسی پرستاری یکی از اجزای مهم مراقبت پرستاری جامع بوده و مبنای تمام

فعالیت‌های پرستاری را تشکیل می‌دهد (۳). برخی بررسی بیمار را مهارتهای متعدد پرستاری نظیر جمع آوری هدفمند اطلاعات، طبقه بندی و تحلیل اطلاعات از طیف وسیعی از منابع دانسته و معتقدند پرستار باید درباره زمینه‌های بیولوژیکی، روان شناسی، فرهنگی- اجتماعی و معنوی بیمار، اطلاعات مفیدی جمع آوری کند (۴). بنابراین، گرفتن تاریخچه و معاینه جسمی، بخشی از بررسی جامع سلامت است (۵) که درماتون علمی نیز به اخذ شرح حال پزشکی از بیمار جهت جمع

پرستاران و اولین گام فرایند پرستاری بررسی و تشخیص پرستاری بوده که بدون بررسی، تشخیص و مداخلات پرستاری ممکن نمی‌باشد. کودک عضوی از خانواده است که سلامت خانواده در گرو سلامت کودک می‌باشد. بنابراین، لازم است به این امر مهم پرداخته شود. تشخیص پرستاری صحیح به واسطه بررسی وضعیت سلامت صحیح، موجب تسریع بهبودی کودک می‌شود. همچنین بررسی وضعیت سلامت کودک، کاهش زمان اقامت کودک در بیمارستان، کاهش هزینه‌ها، بهبود وضعیت روحی والدین و رسیدگی بیشتر والدین به سایر فرزندان، بازگشت سریعتر والدین به سر کار را به همراه دارد. در واقع بررسی وضعیت سلامت کودک، علاوه بر تأثیر بر کودک، بر تمامی ابعاد خانواده تأثیر می‌گذارد.

به رغم پیشرفت‌های پزشکی و رواج رویه‌های تشخیصی و درمانی مختلف، هنوز هم استفاده از بررسی وضعیت سلامت بهترین، ساده‌ترین و مهمترین روش تشخیص بیماری‌ها در کودکان به شمار می‌رود. پرستاران برای رسیدن به اهداف پرستاری باید عملکرد مستقلی داشته و برای نیل به آن اهداف نیاز به کسب و ایجاد اعتماد به نفس در استفاده از مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت دارند (۱۴). لازمه پیشرفت حرفه‌ای، ارتقای سطح دانش و مهارت پرستاران است و در حرفه پرستاری نیز همانند سایر حرفه‌های بهداشتی و درمانی، آموزش مهارت‌های بالینی به همراه مفاهیم نظری باعث توانمندی پرستاران در ارائه مراقبت ایمن به مددجویان می‌شود (۱۸). در واقع برای انجام مراقبت پرستاری با کیفیت بالا، داشتن دانش به تنهایی کافی نبوده، بلکه به کار بردن مهارت‌های بالینی به همراه دانش لازمه موفقیت پرستاران می‌باشد (۱۹) و پرستاری کامل و جامع نیازمند کسب مهارت و توان کافی است. این مهارت‌ها در جهت ارتقای سلامت بیماران در سنین مختلف و با نیازهای متفاوت بهداشتی به کار می‌روند (۲۰). لذا کسب مهارت‌های بالینی، اصل لازم در آموزش پرستاری بوده که ارتقاء آن موجب افزایش نیل به اهداف پرستاری می‌شود. یادگیری مهارت‌های روان حرکتی بخش اساسی مهارت‌های بالینی محسوب شده و مستلزم مشاهده، دقت، هماهنگی و عادت در انجام مهارت می‌باشد (۲۱).

Lesa & Dixon به نقل از Kelley & Weber چهار نوع مهارت بررسی که شامل بررسی جامع اولیه، بررسی در جریان یا جزئی، بررسی مسئله محور یا متمرکز و بررسی اورژانسی که در زمان بررسی چگونگی آموزش این مهارت‌ها ضروری است را تعریف کرده‌اند (۲۲). Cicolini و همکاران می‌نویسند که پرستاران بطور منظم از این مهارت‌ها استفاده نمی‌کنند و یا این که تعداد کمی از این مهارت‌ها را انجام می‌دهند (۱۳). Wang و همکاران به نقل از Kristofferzon و همکاران بیان می‌دارد که مربیان بالینی نقش مهم و چند جانبه دارند که شامل حمایت، راهنمایی، ایجاد انگیزه، تسهیل نمودن کار، حل مشکل، طرفداری و کنترل واقعی می‌باشد (۲۳). انسان، فناوری و ساختار اجزای اصلی سازمان‌ها هستند لذا تغییر هر یک جداگانه یا توأم برای بهبود عملکرد و بهره‌وری آن سازمان می‌توانند مؤثر واقع شود (۲۴). بی تردید شناخت مشکلات اولین گام برای برطرف ساختن آن‌ها به شمار می‌رود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان بستری و ارائه راهکار انجام شد.

روش کار

آوری اطلاعات کامل و ضروری تأکید زیادی شده است (۶). بطور کلی ۷۰ درصد از تشخیص‌ها به تنهایی از طریق شرح حال گرفتن قابل دست‌یابی است و همراه با معاینه فیزیکی میزان آن به ۹۰ درصد می‌رسد (۷). بررسی وضعیت سلامت صحیح منجر به بهبود ارتباط پرستار با بیمار، علمی نشان دادن حرفه در جامعه و تشخیص دقیق پرستاری به عنوان مبنای برنامه ریزی و مداخلات پرستاری می‌شود (۸). اخذ شرح حال نقش مهمی در کاهش خطاهای درمانی، پیگیری روند درمان، بهبودی سریع‌تر بیماران و کاهش هزینه‌های بستری دارد (۹). گرفتن شرح حال رکن اصلی در مراقبت است و چیزی فراتر از تبیین واقعیات یک بیماری یا ساختار بندی نشانه‌های آن می‌باشد. شرح حال می‌تواند واکنش یک انسان را به نشانه‌های بیماری و نیز تأثیرات آن را بر فکر، زندگی، خانواده و آرزوهای یک فرد نشان داد. گوش دادن به بیمار چیزی فراتر از جمع آوری شواهد لازم برای بررسی بیشتر است (۱۰).

Carper گرفتن تاریخچه را نه تنها برای بدست آوردن اطلاعات شخصی از یک رابطه معتبر معرفی کرد، بلکه آن را دانش زیبایی شناسی (Aesthetic knowledge) نیز نامید که پرستاران از آن طریق می‌توانند احساسات بیماران را درک کنند. در مرکز فرآیند موفقیت آمیز گرفتن تاریخچه، یک ارتباط بیمار محور و ماهرانه‌ای وجود دارد که از طریق آن گزارشی بین بیمار و پرستار مبادله می‌شود، لذا با کمک یکدیگر می‌توانند به مدرک مشابهی از ماهیت مساله و نحوه بررسی بهتر آن دست یابند (۱۱). Secret و همکاران عنوان نمودند که همه پرستاران باید بتوانند تغییرات وضعیت بیماران را کشف کرده و مراقبت‌های پرستاری لازم را ارائه دهند (۱۲). Cicolini به نقل از Mcelhinney و همکاران می‌نویسد، بررسی جسمی یکی از توانمندی‌های پرستاری بوده و برای جمع آوری اطلاعات درباره وضعیت سلامتی بیماران و ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری امری زیر بنایی است. او همچنین به نقل از Anderson و همکاران بیان می‌نماید، با توجه به تغییرات سریع در نظام مراقبت بهداشتی و درمانی، پرستاران می‌بایست دارای توانمندی‌های به روز و جدید برای بررسی بیماران باشند (۱۳). به علاوه Cicolini بر اساس مطالعات مختلف، عدم تطابق میان آنچه که آموخته شده و توانایی واقعی پرستاران تازه فارغ التحصیل در ارائه آنچه که آموخته‌اند را توصیف می‌نماید (۱۳). لذا، فواید بررسی جسمی شامل، افزایش برقراری ارتباط مؤثر، شناسایی تغییرات در شرایط بیمار، ارتقای مهارت‌های تریاژ، ایجاد یک رابطه بیمار-پرستار، تقویت مدیریت و تصمیم‌گیری پرستاری، همکاری با بیماران در غلبه بر مشکلات و افزایش رضایت شغلی می‌باشد (۱۴).

پرستاران به طور منظم با موقعیت‌های پیچیده‌ای مواجه می‌شوند که مستلزم مهارت‌های پیشرفته در معاینات، تصمیم‌گیری پیچیده و برنامه ریزی و مراقبت‌های تخصصی و ارجاع به سرویس‌های دیگر می‌باشد (۱۵). مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت، جزئی از مهارت‌های بالینی پرستاران و پایه آموزش پزشکی و بخش مهمی از برنامه‌های محوری یا هسته‌ای علوم پزشکی می‌باشد (۱۶). West معتقد است استفاده مناسب و برنامه ریزی شده از بررسی وضعیت سلامت بیماران، پرستاران را قادر می‌سازد تا تصمیمات و کارهای آگاهانه‌تری را در جهت توسعه استقلال حرفه انجام دهند (۱۷). همچنین یکی از وظایف اصلی

از عواقب عدم انجام بررسی وضعیت سلامت برای کودک بیمار، مناسب نبودن فرم بررسی وضعیت سلامت، اولویت دادن مسئولین به مراقبت با رویکرد موجود، تبعیض در پرداختها بین پرستاران و سایر کارکنان، کمبود پرستار، روش تقسیم کار در بخشها، لحاظ نشدن انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان در فرم شرح وظایف پرستاران، استناد دهی پرستاران به مستندات پزشکی، زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت، انجام امور جانبی و غیر پرستاری بود.

بعد سوم مربوط به مشکلات محیطی پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان شامل ۴ مشکل از شماره ۲۳ تا ۲۶ (ناکافی بودن تجهیزات، تجهیزات ناکافی مورد نیاز برای آموزش درس بررسی وضعیت سلامت، فضای نامناسب برای آموزش بررسی وضعیت سلامت در بالین، محیط نامناسب (شلوغی، فضای ناکافی) برای بررسی وضعیت سلامت در بخشها). بعد چهارم مربوط به مشکلات آموزشی پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان شامل ۱۳ مشکل از شماره ۲۷ تا ۳۹ (آموزش نامطلوب پرستاران در دانشگاهها، آموزش نامطلوب در بالین یا مهارت‌های بالینی پرستاران در بخش‌های بیمارستانی، مسئولیت پذیری ناکافی مربیان در آموزش بیمارستانی، عدم برگزاری بازآموزی در زمینه وضعیت سلامت جسمی، مهم نبودن انجام بررسی وضعیت سلامت از نظر مربیان بالینی، فرصت ناکافی برای تکرار و تمرین در زمان دانشجویی، اشتغال به کار دانشجویان در بخش‌ها به جای یادگیری، تجربه ناکافی مربیان بالینی، تحت تأثیر قرار گرفتن مربیان از کارکنان پرستاری بخشها، عدم استفاده از مربیان با تجربه در بالین، عدم درخواست مربیان از دانشجویان برای انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان، عدم هماهنگی بین آموزش و بالین، عدم وجود درس بررسی وضعیت سلامت ویژه کودکان) بود.

بعد پنجم مربوط به مشکلات فرهنگی ارتباطی (کار گروهی) پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان، شامل ۴ مشکل از شماره ۴۰ تا ۴۳ (بی توجهی پزشکان به نتیجه بررسی وضعیت سلامت جسمی انجام شده توسط پرستاران، بی توجهی مدیران بیمارستان به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران، دیدگاه پزشکان نسبت به بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان توسط پرستاران، نظر سایر اعضاء کادر درمانی درباره بررسی وضعیت سلامت جسمی به عنوان یکی از وظایف پرستاران) بود.

بعد ششم مربوط به مشکلات مرتبط با فرهنگ بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان، شامل ۳ مشکل از شماره ۴۴ تا ۴۶ (تنش زا بودن بررسی وضعیت سلامت برای بیمار، مقاومت بیماران در مقابل اخذ شرح حال توسط پرستار، عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی توسط دانشجویان) بود. در انتهای هر بخش ۲ سؤال باز در نظر گرفته شده بود، که در آن از پرستاران خواسته شده بود سایر عواملی که ممکن است در زمینه مشکلات پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان مطرح باشند، اما در پرسشنامه قید نشده، ذکر کنند، همچنین راهکارهای مورد نظر و پیشنهادات خود را جهت رفع این مشکلات ارائه دهند.

روایی محتوای پرسشنامه با بهره گیری از نظر مدرسین بررسی شد. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی، از نظرات ۱۵ نفر از صاحب نظران و مدرسین پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی استفاده گردید. ضریب نسبی روایی محتوا (CVR = ۰/۷۹) و شاخص روایی محتوا

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود و تعداد نمونه‌های پژوهش ۱۲۷ نفر پرستار از چهار بیمارستان و شامل بخش‌های عمومی و تخصصی کودکان دو بیمارستان امام رضا (ع) و امام علی (ع) شهرستان آمل و بیمارستان کودکان شهرستان بابل و پرستاران بخش کودکان بیمارستان شهدای شهرستان محمودآباد بودند که به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی آسان (در دسترس) انتخاب و بصورت داوطلبانه در پژوهش مذکور شرکت نمودند. ابزار پژوهش دارای دو بخش: بخش اول دارای ۱۰ سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، وضعیت استخدام، شیفت کاری، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در بخش اطفال، سابقه بازآموزی مرتبط با بررسی وضعیت سلامت و رضایت حرفه‌ای) پرستاران بود. و بخش دوم پرسشنامه پژوهشگر ساخته " پرسشنامه مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان" (Nurses Problems Pediatric Physical Health Questionnaire in Assessment) بود.

بخش دوم ابزار پژوهش، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. بدین صورت که برای تهیه ابزار، ابتدا با ۳۶ پرستار بخش کودکان، مربی و دانشجوی پرستاری مصاحبه انجام شد، شرکت کنندگان در مصاحبه تجارب و دیدگاه خود را در مورد موانع و مشکلات انجام بررسی وضعیت سلامت بیان داشتند. بعد از مصاحبه با ۳۶ تن، پاسخها تکراری مطرح شد و مشکل جدیدی بیان نمی‌کرد. گویه‌ها و نکات کلیدی حاصل از مصاحبه‌ها استخراج گردید. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، گویه‌های مشابه حذف و در نهایت با نظر پژوهشگر و دو نفر از مدرسین پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، گویه‌های نهایی استخراج گردیدند. سپس بر اساس مصاحبه انجام شده و مشکلات استخراج شده حاصل از آن، متون موجود و نتایج پژوهش‌های انجام شده قبلی، " پرسشنامه مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان" (Nurses Problems Questionnaire in Pediatric Physical Health Assessment) تنظیم گردید.

پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال یا گویه (شش بعد) به شرح زیر است: بعداول مربوط به مشکلات فردی- انگیزشی پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان و شامل ۷ مشکل (انگیزه ناکافی، رضایت شغلی ناکافی، عدم علاقه به شغل، حقوق و دستمزد ناکافی، اعتماد به نفس ناکافی پرستاران در انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت، تبعیت پرستاران تازه کار از روتین موجود، بی اهمیت قلمداد کردن بررسی وضعیت سلامت جسمی توسط خود پرستاران) بود. در مقابل هر مشکل دو گزینه (بله، خیر) قرار داشت. هر پرستار بر اساس مواجهه یا عدم مواجهه با هر مشکل یکی از گزینه‌های بله یا خیر را انتخاب می‌کرد و در صورت انتخاب گزینه بله میزان مواجهه با مشکل بر اساس طیف لیکرت (موردی ندارد، بسیار کم، کم، تا حدودی، زیاد، بسیار زیاد) از صفر تا پنج نمره گذاری می‌شد.

بعد دوم مربوط به مشکلات مدیریتی پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان شامل ۱۵ مشکل از شماره ۸ تا ۲۲ (بار بالای کار، ضعف در نظام نظارتی و کنترل، اهمیت ندادن مدیران به ثبت معاینه جسمی، لحاظ نشدن انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان در فرم ارزشیابی پرستاران، کمبود آگاهی یا دانش مدیران از عواقب عدم انجام بررسی وضعیت سلامت برای پرستار، کمبود یا عدم آگاهی مدیران

محاسبه شد. جمع آوری داده‌ها، با مجوز ازمسؤولین، رضایت، تمایل و شرکت داوطلبانه پرستاران در پژوهش و اطمینان دادن به پرستاران پژوهش در مورد محرمانه ماندن کلیه اطلاعات، انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی در اس پی اس نسخه ۲۱ انجام شد.

(CVI = ۰/۸۶) تعیین شد که بالاتر از میزان تعیین شده در جدول لاوشه (۰/۴۹) بود. پایایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با استفاده از روش الفای کرونباخ، از طریق توزیع پرسشنامه‌ها بین ۲۰ پرستار شاغل در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های محل پژوهش (۰/۸۷)

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی بیشترین میانگین مشکلات پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان

مشکلات	بسیار زیاد (۵)	زیاد (۴)	تا حدودی (۳)	کم (۲)	بسیار کم (۱)	موردی ندارد	میانگین	رتبه درکل
بعد مدیریتی								
کمبود پرستار	(۳۵/۴)۴۵	(۲۸/۳)۳۶	(۱۹/۷)۲۵	(۱۱)۱۴	(۵/۶)۷	(۰)۰	۳/۷۲	۱
بار بالای کار	(۲۹/۱)۳۷	(۳۱/۵)۴۰	(۲۵/۲)۳۲	(۱۰/۳)۱۳	(۰)۰	(۳/۹)۵	۳/۶۷	۲
زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت	(۲۱/۳)۲۷	(۳۳/۱)۴۲	(۲۱/۳)۲۷	(۱۳/۳)۱۷	(۰)۰	(۱۱)۱۴	۳/۲۹	۳
انجام امور جانبی و غیر پرستاری توسط پرستاران (منشی و مددکار)	(۵/۶)۷	(۱۸/۹)۲۴	(۳۳/۹)۴۳	(۱۶/۵)۲۱	(۰/۸)۱	(۲۴/۴)۳۱	۲/۳۹	۸
بعد مشکلات مرتبط با فرهنگ بیمار								
عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت توسط دانشجویان	(۱/۶)۲	(۳۰/۷)۳۹	(۲۹/۹)۳۸	(۲۵/۲)۳۲	(۰)۰	(۱۲/۶)۱۶	۲/۷۰	۴
تنش زا بودن بررسی وضعیت سلامت برای بیمار	(۳/۹)۵	(۱۸/۱)۲۳	(۱۸/۱)۲۳	(۲۴/۴)۳۱	(۶/۳)۸	(۲۹/۲)۳۷	۲/۰۱	۱۸
بعد عوامل محیطی								
محیط نامناسب (شلوغی، فضای ناکافی) برای بررسی وضعیت سلامت در بخش‌ها	(۱۲/۶)۱۶	(۲۲/۸)۲۹	(۲۷/۶)۳۵	(۱۰/۲)۱۳	(۱/۶)۲	(۲۵/۲)۳۲	۲/۵۹	۵
فضای نامناسب برای آموزش بررسی وضعیت سلامت در بالین	(۳/۹)۵	(۱۸/۱)۲۳	(۲۹/۱)۳۷	(۱۸/۹)۲۴	(۵/۶)۷	(۲۴/۴)۳۱	۲/۲۲	۱۴
بعد فردی - انگیزشی								
حقوق و دستمزد ناکافی	(۱۲/۶)۱۶	(۱۱)۱۴	(۳۰/۶)۳۹	(۱۷/۳)۲۲	(۴/۷)۶	(۲۳/۶)۳۰	۲/۳۸	۹
بی اهمیت قلمداد کردن بررسی وضعیت سلامت توسط خود پرستاران	(۷/۹)۱۰	(۱۵/۷)۲۰	(۱۸/۱)۲۳	(۲۵/۲)۳۲	(۵/۵)۷	(۲۷/۶)۳۵	۲/۱۲	۱۵
انگیزه ناکافی	(۵/۵)۷	(۱۲/۶)۱۶	(۲۹/۱)۳۷	(۱۴/۲)۱۸	(۲/۴)۳	(۳۶/۲)۴۶	۱/۹۶	۱۹
بعد عوامل آموزشی								
استفاده نکردن از مربیان با سابقه کار در بالین	(۵/۶)۷	(۲۲/۷)۲۹	(۳۵/۴)۴۵	(۱۵)۱۹	(۲۱/۳)۲۷	(۰)۰	۲/۵۵	۶
عدم هماهنگی بین آموزش و بالین	(۴/۷)۶	(۱۶/۵)۲۱	(۳۹/۴)۵۰	(۱۲/۶)۱۶	(۳/۱)۴	(۲۳/۶)۳۰	۲/۳۶	۱۰
عدم درخواست مربیان از دانشجویان برای انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان	(۶/۳)۸	(۲۰/۵)۲۶	(۲۷/۶)۳۵	(۱۶/۵)۲۱	(۰/۸)۱	(۲۸/۳)۳۶	۲/۲۹	۱۱
تجربه ناکافی مربیان بالینی	(۱۰/۲)۱۳	(۱۱/۸)۱۵	(۲۹/۱)۳۷	(۲۰/۵)۲۶	(۲/۴)۳	(۲۶)۳۳	۲/۲۹	۱۲
نبودن درس بررسی وضعیت سلامت ویژه کودکان	(۰/۸)۱	(۱۸/۱)۲۳	(۳۲/۳)۴۱	(۲۳/۶)۳۰	(۴/۷)۶	(۲۰/۵)۲۶	۲/۲۵	۱۳
بعد عوامل فرهنگی ارتباطی								
بی توجهی مدیران به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران	(۷/۱)۹	(۲۲)۲۸	(۲۵/۲)۳۲	(۱۹/۶)۲۵	(۲/۴)۳	(۲۳/۶)۳۰	۲/۴۰	۷
بی توجهی پزشکان به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران	(۱/۶)۲	(۱۱/۸)۱۵	(۲۸/۳)۳۶	(۳۳/۱)۴۲	(۰/۸)۱	(۲۴/۴)۳۱	۲/۰۷	۱۶

یافته‌ها

پس از تکمیل ۱۲۷ پرسشنامه، میانگین وانحراف معیارسن پرستاران $5/56 \pm 33/48$ بود و ۹۷/۶ درصد پرستاران را زنان تشکیل می‌دادند. اکثریت پرستاران (۸۵/۸ درصد) متأهل بودند. اکثریت پرستاران (۸۴/۳ درصد) به صورت شیفت در گردش مشغول به کار بوده و بقیه پرستاران (۱۵/۷ درصد) شیفت ثابت صبح بودند. هیچ کدام از پرستاران مورد پژوهش شیفت ثابت عصر یا شب نبودند.

از نظر تحصیلات، ۹۸/۴ درصد پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۱/۶ درصد کارشناسی ارشد بوده و بیشتر آن‌ها از لحاظ وضعیت استخدام، قراردادی (۳۷/۸ درصد) بودند. پرستاران از نظر سابقه کار دارای میانگین وانحراف معیار ($5/61 \pm 9/62$) و از نظر سابقه کار در بخش کودکان دارای میانگین وانحراف معیار $3/87 \pm 6/39$ بودند. ۲۶/۷ درصد پرستاران دارای سابقه کار کمتر از ۵ سال و فقط ۵/۵ درصد پرستاران دارای سابقه کار بیش از ۲۰ سال بودند. ۱/۶ درصد پرستاران دارای سابقه کار بیش از ۱۵ سال در بخش کودکان و ۲۰/۵ درصد آن‌ها دارای سابقه کار کمتر از دو سال در بخش کودکان بودند. اکثر پرستاران (۵۵/۱ درصد) رضایت حرفه‌ای در حد متوسط را اظهار نمودند و فقط (۰/۸ درصد) پرستاران رضایت حرفه‌ای در حد بسیار زیاد داشتند. سن ۳۶/۳ درصد پرستاران کمتر از ۲۵ سال و فقط ۱۱ درصد پرستاران سن بیش از ۴۰ سال داشتند. مشکلاتی که دارای بالاترین میانگین در انجام بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان (۱۴ مورد) بودند، مشخص گردید (جدول ۱)

یافته‌ها نشان داد که در بعد فردی-انگیزشی، حقوق و دستمزد ناکافی بامیانگین ۲/۳۸ دارای بیشترین نمره و به ترتیب بی اهمیت قلمداد کردن بررسی وضعیت سلامت توسط خود پرستاران، انگیزه ناکافی و رضایت شغلی ناکافی با میانگین $1/2, 96/12$ و $1/85$ در رده‌های بعدی قرار داشتند. در بعد مدیریتی، کمبود پرستار با میانگین $3/72$ دارای بیشترین نمره و به ترتیب بار بالای کار، زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت، انجام امور جانبی و غیر پرستاری (منشی و مددکار) توسط پرستاران و ضعف در نظام نظارتی و کنترل با میانگین $3/67, 3/29, 2/39$ و $2/22$ در رده‌های بعدی بودند. همچنین در بعد عوامل محیطی، محیط نامناسب (شلوغی، فضای ناکافی) برای بررسی وضعیت سلامت در بخش‌ها با میانگین $2/59$ دارای بیشترین نمره و فضای نامناسب برای آموزش بررسی وضعیت سلامت در بالین، تجهیزات ناکافی در بخش و تجهیزات ناکافی مورد نیاز برای آموزش درس بررسی وضعیت سلامت با میانگین $2/22, 1/92, 1/81$ به ترتیب رده‌های بعدی را به خود اختصاص دادند.

در بعد عوامل آموزشی استفاده نکردن از مربیان با سابقه کار در بالین با میانگین $2/55$ دارای بیشترین نمره و به ترتیب عدم هماهنگی بین آموزش و بالین، تجربه ناکافی مربیان بالینی و عدم درخواست مربیان از دانشجویان برای انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان در رده‌های بعدی قرار داشتند.

در بعد عوامل فرهنگی-ارتباطی (کار گروهی) پرستاران بیشترین مشکلات مربوط به بی توجهی مدیران به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران با میانگین $2/40$ و به ترتیب بی توجهی پزشکان به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران،

دیدگاه پزشکان نسبت به بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان توسط پرستاران و نظر سایر اعضاء کادر درمانی درباره بررسی وضعیت سلامت جسمی به عنوان یکی از وظایف پرستاران با میانگین $2/07$ ، $2/01$ و $1/96$ در رده‌های بعدی قرار گرفتند.

در بعد ششم نیز عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت توسط دانشجویان با میانگین $2/70$ دارای بیشترین نمره و سیستم‌شناسی بودن بررسی وضعیت سلامت برای بیمار و مقاومت بیماران در مقابل اخذ شرح حال توسط پرستار با میانگین $2/01$ و $1/92$ در رده‌های بعدی قرار داشتند. به طور کلی، کمبود پرستار با میانگین $3/72$ بالاترین مشکل و بار بالای کار، زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت، عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت توسط دانشجویان و محیط نامناسب (شلوغی، فضای ناکافی) برای بررسی وضعیت سلامت در بخش‌ها به ترتیب با میانگین $3/67, 3/29, 2/70$ و $2/59$ در رده‌های بعدی قرار داشتند. از مجموع کل مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت، ۱۰ مشکل دارای بالاترین میانگین در انجام بررسی وضعیت سلامت معین گردید. برای هر کدام از ۱۰ مشکل دارای بالاترین میانگین، راه حل‌هایی بر اساس نتایج "پرسشنامه مشکلات پرستاران در بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان"، تجارب پژوهشگران و سوابق پژوهش‌های قبلی استخراج گردید. سپس راه‌حلهای پیشنهاد شده از نظر قابلیت اجرایی به روش حل مساله (Problem Solving) بررسی شدند. به دنبال روش حل مسئله برای اتخاذ بهترین راهکارها و اولویت دهی به آن‌ها از معیار بندی استفاده شد که معیارهای ذکر شده شامل اثربخشی، بودجه، کارکنان، مقاومت، زمان، امکانات و وسایل و میزان پوشش دهی بودند (۲۵-۲۷). قابلیت اجرایی راه‌ها با توجه به معیارهایی نظیر میزان اثربخشی ۴-۰ نمره، بودجه لازم ۵-۰ نمره، تعداد کارکنان مورد نیاز ۵-۰ نمره، مقاومت کادر پرستاری نسبت به راه حل ۵-۰ نمره، زمان بر بودن راهکار ۴-۰ نمره، امکانات و وسایل مورد نیاز ۵-۰ نمره و میزان پوشش دهی ۳-۰ نمره، مورد ارزیابی قرار گرفت و با توجه به بهترین نمره‌های کسب شده، راه‌حل‌های برتر انتخاب شدند. وزن دهی هر کدام از معیارها بدین صورت انجام گرفت که حداقل نمره برای هر کدام از معیارها صفر و حداکثر میزان آن‌ها بین سه تا پنج نمره برای هر معیار متغیر بود، حداکثر نمره‌ها برای هر راه کار در بین کل معیارهای هفت گانه ۳۱ نمره بود. راهکارها بر اساس نمره بندی در حیطه‌ها اولویت بندی شدند.

با توجه به راهکارهای اختصاص داده شده برای هر مشکل با در نظر گرفتن نمرات حاصل از معیارگذاری، راهکارهای با بیشترین نمره بر اساس معیارهای هفت گانه (اثربخشی، بودجه، کارکنان، مقاومت، زمان، امکانات و وسایل و میزان پوشش دهی) به ترتیب اولویت مشخص گردیدند. بدین ترتیب راهکار ارائه واحد درسی انتخابی بررسی وضعیت سلامت کودکان جهت دانشجویان کارشناسی که تمایل به کار در بخش‌های کودکان پس از فارغ التحصیلی دارند (۲۷ نمره) و استفاده از بخشی از اتاق محدود شده با پاراوان جهت انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت کودکان (۲۷ نمره) اولویت اول، انجام مهارت‌های

بررسی وضعیت سلامت در مرکز مشاوره توسط پرستار/دانشجو به صورت مشترک (۲۶ نمره) و پیاده سازی روند راهبری پرورشی و تعیین الگو و راهنما جهت پرستاران تازه کار (۲۶ نمره) اولویت دوم را کسب نمودند (جدول ۲).

جدول ۲: راهکارهای مرتبط با مشکلات دارای بالاترین اولویت در انجام بررسی وضعیت سلامت

مشکلات	راهکارها	نمره	اولویت
کمبود پرستار	زمان استخدام پرستاران کاهش یابد.	۲۰	۷
بار بالای کار	تفاوت دریافتی پرستاران نسبت به سایر شغل‌های هم‌رده کاهش یابد. از رده‌های مهارتی مختلف پرستاری (پرستار، بهیار و کمک بهیار) استفاده شود. از مدل زمانی خدمات پرستاری (میزان زمان صرف شده برای هر بیمار و میزان مراجعات) استفاده شود.	۲۲	۵
زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت	عوامل مرتبط با درمان مانند مددکار اجتماعی، کارشناس تغذیه، روانشناس در ساعات خاصی از روز به منظور پاسخگویی به سؤالات والدین و افزایش فرصت پرستاران در بخش مستقر گردند.	۲۲	۵
عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت توسط دانشجویان	دفتر بررسی وضعیت سلامت در مراکز مشاوره و اخذ شرح حال خصوصی در کنار مراکز درمانی به منظور تسهیل پایش مداوم سلامتی افراد برقرار گردد.	۲۴	۴
محیط نامناسب (شلوغی، فضای ناکافی) برای بررسی وضعیت سلامت در بخش‌ها	در دوران کودکی در مورد لزوم انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان به وسیله نشان دادن پرستاران در حال انجام بررسی وضعیت سلامت در برنامه‌های کودک، فرهنگ سازی شود. مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت در مرکز مشاوره توسط پرستار/دانشجو به صورت مشترک و هم‌زمان در حضور والدین انجام شود.	۲۶	۲
از تخت‌های متحرک ویژه بررسی وضعیت سلامت کودکان برای حفظ حریم خصوص استفاده گردد.	از تخت‌های متحرک ویژه بررسی وضعیت سلامت کودکان برای حفظ حریم خصوص استفاده گردد.	۲۵	۳
از بخشی از اتاق محدود شده با پاراوان جهت انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت کودکان استفاده گردد.	از بخشی از اتاق محدود شده با پاراوان جهت انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت کودکان استفاده گردد.	۲۷	۱
جلسات مشاوره پرستاری در مرکز مشاوره خصوصی جهت بیماران در شرایط غیر حاد بیماری جهت معرفی نقش‌های پرستار و اهمیت بررسی وضعیت سلامت‌برگزار گردد.	جلسات مشاوره پرستاری در مرکز مشاوره خصوصی جهت بیماران در شرایط غیر حاد بیماری جهت معرفی نقش‌های پرستار و اهمیت بررسی وضعیت سلامت‌برگزار گردد.	۲۴	۴
استفاده نکردن از مربیان با سابقه کار در بالین	فرم همکاری و استفاده از پرستاران بازنشسته علاقمند به کار جهت مشاوره و راهنمایی تنظیم گردد.	۱۷	۱۰
بی توجهی مدیران به نتیجه بررسی وضعیت سلامت انجام شده توسط پرستاران	از پرستاران با تجربه (بازنشستگان) جهت ارائه نظر و انتقال تجربیات استفاده شود. روش راهبری پرورشی پیاده گردد و الگو و راهنما جهت پرستاران تازه کار (ایجاد ساز و کار خط مشی عملی برای پرستاران جدید) تعیین شود.	۲۶	۲
انجام امور جانبی و غیر پرستاری (منشی و مددکار) توسط پرستاران	عبارت بررسی وضعیت سلامت در ارزیابی پرستاران گنجانده شود و تسهیلات رفاهی برای کاهش هزینه پرستاران و ایجاد انگیزه، برقرار گردد. آگاه سازی مدیران مبنی بر لزوم برگزاری دوره‌های توانمندسازی در بررسی وضعیت سلامت قبل از اشتغال در بخش‌های کودکان صورت پذیرد.	۲۲	۵
حقوق و دستمزد ناکافی	از منشی جهت انجام کارهای غیر پرستاری استفاده شود. ماشینی کردن اموری که به حضور فیزیکی پرستار نیاز نمی‌باشد تا جهت انجام امور بالینی نظیر بررسی وضعیت سلامت فرصت بیشتری فراهم باشد. تسهیلات رفاهی نظیر بلیط رستوران و فعالیتهای ورزشی و هتل جهت کاهش هزینه پرستاران و ایجاد انگیزه فراهم و برقرار گردد.	۲۰	۷
عدم هماهنگی بین آموزش و بالین	اصلاح دستمزد و تعرفه برای خدمات پرستاری اجرا گردد. جلسات مشترک بین سوپروایزهای آموزشی و نماینده معاونت آموزشی دانشکده‌ها برای برنامه ریزی جهت ارتقاء مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت با محوریت (برنامه درسی) آموزشی برگزار شود	۲۵	۳
	واحد درسی بررسی وضعیت سلامت کودکان به صورت واحدهای انتخابی جهت دانشجویانی که پس از فارغ التحصیلی تمایل به کار در بخش‌های کودکان دارند، ارائه شود. کارگاه‌هایی در زمینه مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت در محیط بالین برگزار شود تا مربیان ضمن آشنایی با مشکلات محیط بالینی، با محیط بالین هماهنگ گردند.	۲۷	۱
		۲۵	۳

بازدارنده گرفتن شرح حال از دیدگاه ۱۳۷ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند نیز نشان داد که بالاترین میانگین نمره عوامل انگیزشی در گرفتن شرح حال مربوط به گزینه "گرفتن شرح حال پایه‌ای برای تشخیص درست و درمان بیمار" بود. بیشترین عامل بازدارنده در گرفتن شرح حال مربوط به گزینه "گرفتن شرح حال تنها برای انجام رفع تکلیف" با بالاترین میانگین نمره بود. در مورد عوامل بازدارنده اکثر دانشجویان اعتقاد داشتند که گرفتن شرح حال کار بی‌هوده ای است و تنها برای رفع تکلیف می باشد که نشان دهنده عدم اهمیت و نظارت مدرسین به شرح حال گرفته شده توسط دانشجویان است (۳۰). در پژوهش Cicolini و همکاران نگرش و دیدگاه پرستاران نسبت به انجام بررسی وضعیت سلامت از عوامل مؤثر و بازدارنده بود (۱۳). مطالعه حاضر با پژوهش خزایی و همکاران (۳۰) و پژوهش Cicolini و همکاران (۱۳) که در آن انگیزه عامل مؤثر و انگیزه ناکافی یکی از مشکلات انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت کودکان عنوان گردیده، هم راستا می باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد محیط نامناسب و محیط بالینی از عوامل تأثیر گذار در انجام بررسی وضعیت سلامت به شمار می‌آید. پژوهش Birks و همکاران به دنبال بررسی ۱۲۱ مهارت بررسی فیزیکی بر روی ۱۲۲۰ نفر از پرستاران نشان داد که تنها ۳۴ درصد مهارت‌ها را به شکل روتین استفاده می‌شد (۶). در پژوهش Birks و همکاران بسیاری از مهارت‌های آموخته شده به پرستاران یا در عمل انجام نمی‌شد (۳۵/۵ درصد) یا به ندرت استفاده می‌شدند (۳۱ درصد) و برخی از پرستاران بیان کردند که به دلیل محیط بالینی خاص مهارت‌ها مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. برخی حتی گزارش دادند که توانایی انجام برخی مهارت‌ها را از دست داده‌اند چون فرصت انجام آن‌ها را نداشته‌اند و شرایط اداری مانند کاغذ بازی افزایش پیدا کرده است. تغییرات در فراوانی استفاده از آن‌ها به برنامه کاری فرد و فعالیت بالینی پرستار بستگی داشت (۶). در واقع می‌توان گفت که اگر یک محیط حرفه‌ای وجود داشته باشد که در آن پرستاران به کار کردن در حوزه کاری خود ترغیب نشوند، ضعف مهارت‌ها بوجود خواهد آمد. همچنین پرستاران در این پژوهش فشارهای زمانی و محدودیت‌های وظیفه‌ای را مانعی برای انجام بررسی وضعیت سلامت ذکر نموده‌اند (۶). Yamauchi به نقل از Sony عدم وجود زمان کافی به دلیل بار کاری زیاد را از عوامل مؤثر در انجام بررسی وضعیت سلامت ذکر نمود (۱۴). از دیگر عوامل مؤثر بر انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران طبق یافته‌های این پژوهش و سایر پژوهش‌های مرتبط، نامناسب بودن محیط بالین مانند صدا و شلوغی می‌باشد.

در پژوهش حاضر، آموزش نامطلوب پرستاران چه در بالین و چه در دانشگاه‌ها از موانع انجام بررسی وضعیت سلامت به شمار می‌روند که این مورد در پژوهش‌های Yamauchi به نقل از Colwell و همکاران بیان شده بود (۱۴). همچنین از دیدگاه Giddens وجود گسستگی بین آموزش و عمل موید آموزش نامطلوب پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت می‌باشد (۲۹). Birks و همکاران می‌نویسند عدم انطباق بین آنچه که آموخته شده و توانایی پرستاران برای عمل به آنها در محیط کار واقعی وجود دارد، تعداد زیادی از پرستاران معتقدند که

این مطالعه با هدف تعیین مشکلات پرستاران در تعیین وضعیت سلامت کودکان بستری و ارائه راهکار انجام گرفت. یافته‌های حاصل از پژوهش از وجود موانع زیاد (کمبود پرستار، بار بالای کار، زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت و عدم همکاری بیمار در انجام بررسی وضعیت سلامت توسط دانشجویان) برای انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان در بین پرستاران دارد. وجود این موانع، انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان توسط پرستاران را دشوار می‌نماید. لذا لازم است در مرحله اول این موانع شناسایی و سپس برای ارائه راهکار کاربردی مناسب اقدام شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد اعتماد به نفس ناکافی پرستاران یکی از موانع انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت می‌باشد. Yamauchi به نقل از Barrows عدم خود باوری و اعتماد به نفس پرستاران را از عوامل تأثیر گذار بر انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان بیان می‌نماید (۱۴). Dixon & Lesa ترس از اشتباه کردن به علت اعتماد به نفس پایین از دلایل عدم انجام بررسی وضعیت سلامت بیان می‌نمایند (۲۲). بنابراین، همچنان که ملاحظه می‌شود، طبق نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌ها، اعتماد به نفس با انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران رابطه دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش دیدگاه پزشکان و مدیران نسبت به انجام مهارت‌های بررسی وضعیت سلامت، از موانع انجام آن می‌باشد. Yamauchi دیدگاه کادر درمانی نسبت به انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان و حمایت آنان را از عوامل تأثیر گذار بر انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان بیان می‌کند (۱۴). Lesa & Dixon در نیوزیلند نیز، موانع اجرای بررسی سلامت را فقدان حمایت سوپروایزرهای پرستاری، پزشکان و مدیران بیمارستان عنوان نمودند (۲۲). طبق یافته‌های پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌ها دیدگاه مثبت پزشکان و مدیران بر انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران تأثیر گذار می‌باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، کمبود پرستار، کار زیاد، زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار در بررسی وضعیت سلامت بیشترین مشکلات پرستاران در انجام بررسی وضعیت سلامت کودکان می‌باشند. در پژوهش Douglas و همکاران موانع انجام بررسی وضعیت سلامت از دیدگاه ۲۰۸ دانشجوی پرستاری دانشگاهی در استرالیا، تخصص کم، کمبود اعتماد به نفس، فرهنگ، کمبود وقت و زمان، شک و تردید درباره تأثیر بررسی وضعیت سلامت بر مراقبت از بیمار و عدم وجود الگوی وظیفه‌ای عنوان گردید. اعتماد به دیگران و فناوری، اعتقاد به عدم تأثیر بررسی وضعیت سلامت بر شرایط بیمار نیز از دیگر موانع بودند (۲۸). Giddens نیز زمان را از عوامل لازم در انجام بررسی وضعیت سلامت بیان نمود (۲۹). نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های مرتبط بیانگر این است که عوامل مدیریتی مانند کمبود پرستار، کار زیاد و زمان ناکافی برای برقراری ارتباط با بیمار از عوامل اثر گذار بر انجام بررسی وضعیت سلامت توسط پرستاران می‌باشند.

از دیگر موانع انجام بررسی وضعیت سلامت در پژوهش حاضر، انگیزه ناکافی و نگرش پرستاران نسبت به انجام بررسی وضعیت سلامت می‌باشد. نتایج مطالعه خزایی و همکاران در بررسی عوامل مؤثر و

محیطی، آموزشی و فرهنگی- ارتباطی دارای بالاترین نمره و اولویت بودند. مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش مبهم بودن جایگاه و نقش پرستاران در بررسی وضعیت سلامت در کشور، فضای فیزیکی و نامناسب در بخش‌ها جهت پاسخگویی و احتمال نگرانی پرستاران از اثرگذاری نتیجه پژوهش حاضر بر ارزشیابی سالیانه کارکنان به سؤالات پرسشنامه بود. لذا پیشنهاد می‌گردد با توجه به اولویت راهکارها از نظر اجرایی، توجه به عوامل محیطی (محیط مناسب برای انجام این مهارت‌ها)، آموزشی (هماهنگی بیشتر آموزش و بالین) و فرهنگی- ارتباطی (توجه بیشتر مدیران به نتایج انجام بررسی وضعیت سلامت) در اولویت مداخلات قرار گیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از کارپایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس مصوب در شورای تخصصی پژوهش و کمیته اخلاق پزشکی تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱۲ به شماره ۵۲/۴۶۳۲/د/۵۲، دانشجوی محمد خوران و به راهنمایی خانم دکتر فاطمه الحانی بوده است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به خاطر تأمین مالی پژوهش و مسئولین و مدیران پرستاری و پرستاران بخش‌های عمومی و تخصصی کودکان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و امام علی (ع) شهرستان آمل و بیمارستان کودکان شهرستان بابل و پرستاران بخش کودکان بیمارستان شهدای شهرستان محمود آباد که انجام پژوهش حاضر را امکان پذیر ساختند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi Majd H. [Health status of nurses of hospitals dependent to Shahrud Medical University]. *Iran J Nurs*. 2009;22(60):19-27.
- Heidary A, Mazlom R, Ildarabadi E. [Nursing's position in health care delivery system in Iran]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;7(25):37-44.
- Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997.
- Khademalhosseini M. [Clinical Guide to Nursing Process]. Tehran: Boshra Publications; 1997.
- Kelley FJ, Kopac CA, Rosselli J. Advanced health assessment in nurse practitioner programs: Follow-up study. *J Prof Nurs*. 2007;23(3):137-43.
- Birks M, Cant R, James A, Chung C, Davis J. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*. 2013;20(1):27-33. PMID: 23678781
- Saburi M. [What is the clinical skills learning center (CSLC)?]. *Iranian J Med Edu*. 2001;1(3):21-9.
- Ebadi A, Anoosheh M, Alhani F, Farsi Z, Najafi-Kalyani M. Pathology of health assessment course in Bachelor of Science nursing program. *Iran J Nurs*. 2010;23(65):33-41.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *British Med J*. 2002;325(7366):697. DOI: 10.1136/bmj.325.7366.697
- Henderson M, Tierney L, Smetana G. *The Patient History: Evidence-Based Approach*. 1st ed. Toronto: Mcgraw-hill; 2012.
- Fawcett T, Rhynas S. Taking a patient history: the role of the nurse. *Nurs Stand*. 2012;26(24):41-6; quiz 8. DOI: 10.7748/ns2012.02.26.24.41.c8946 PMID: 22443012
- Secrest JA, Norwood BR, duMont PM. Physical assessment skills: a descriptive study of what is taught and what is practiced. *J Prof Nurs*. 2005;21(2):114-8. PMID: 15806509
- Cicolini G, Tomietto M, Simonetti V, Comparcini D, Flacco ME, Carvello M, et al. Physical assessment techniques performed by Italian registered nurses: a quantitative survey. *J Clin Nurs*. 2015;24(23-24):3700-6. DOI: 10.1111/jocn.12997 PMID: 26419409
- Yamauchi T. Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. *Nurs Health Sci*. 2001;3(4):213-24. PMID: 11989441
- Baid H, Bartlett C, Gilhooly S, Illingworth A, Winder S. Advanced physical assessment: the role of the district nurse. *Nurs Stand*. 2009;23(35):41-6. DOI: 10.7748/ns2009.05.23.35.41.c6958 PMID: 19489401
- Jalili Z, Nouhi E, Nakhaee N. [The Opinions of Medical Interns about the Acquired Basic Clinical Skills]. *Stride Dev Med Edu*. 2014;2(2):80-7.

17. West SL. Physical assessment: whose role is it anyway? *Nurs Crit Care*. 2006;11(4):161-7. PMID: [16869522](#)
18. Becker MK, Neuwirth JM. Teaching strategy to maximize clinical experience with beginning nursing students. *J Nurs Educ*. 2002;41(2):89-91. PMID: [11852991](#)
19. Hosoda Y. Development and testing of a Clinical Learning Environment Diagnostic Inventory for baccalaureate nursing students. *J Adv Nurs*. 2006;56(5):480-90. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2006.04048.x](#) PMID: [17078824](#)
20. Potter PA, Perry AG. *Basic Nursing: Essentials for Practice*. 6th ed; Mosby Elsevier; 2007.
21. Bastable SB. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*; Jones and Bartlett; 2003.
22. Lesa R, Dixon A. Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *Int Nurs Rev*. 2007;54(2):166-72. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x](#) PMID: [17492990](#)
23. Wu XV, Enskär K, Lee CCS, Wang W. A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurs Edu Today*. 2015;35(2):347-59.
24. Boroumand Z. *Organization and Development; Transformational Management*; Jungle Publisher; 2007 Sep 23. 112 p.
25. Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(12):1720-6. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003](#) PMID: [23747201](#)
26. Roushan SN, Sadat F, Alhani F. [Explanation of Nurses problems to promote a healthy lifestyle]. *Razi J Med Sci*. 2014;21(121):36-45.
27. Tavassoli H. [Nurses' Problems in Promoting Quality of Life of Children Suffering from Thalassemia]. *Prev Car Nurs Midwifery J*. 2012;2(1):36-44.
28. Douglas C, Windsor C, Lewis P. Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nurs Health Sci*. 2015;17(4):492-9. DOI: [10.1111/nhs.12223](#) PMID: [26138523](#)
29. Giddens JF. A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. *J Nurs Educ*. 2007;46(2):83-7. PMID: [17315568](#)
30. Khazae Z, Khazae T, Namayi M, Jananeh E. [The effective and preventive factors of taking patients' history from the viewpoint of the students of birjand medical school in 2010-2011]. *J Med Edu Dev*. 2013;8(1):14-21.
31. Masouleh SR. Nursing Students' Clinical Education and Social Learning. *Res Med Edu*. 2007;1(1):14-20.
32. Karimi MH, Dabaghi F, Oskouei S, Bionghi T, Vehvilainen JK. [Teaching Styles In Clinical Nursing Education: A Qualitative Approach]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2009;15(4):182-91.
33. Poorghaneh P, Hosseini MA. The Role of Nursing Staff in Nursing Students' Learning in Clinical Settings. *J Med Edu Dev*. 2010;3(4):7-11.
34. HelalBirjandi M, Nohi E, Borhani F, Ahrari KV. Effect of clinical team teaching (mentorship program) on educational satisfaction of nursing students in Imam Reza Hospital of Birjand 2012. *J Med Edu Dev*. 2015;9(4):36-45.
35. Karimi Moonaghi H, Yazdi Moghaddam H. Role modeling and Mentor in Nursing Education. *Res Med Edu*. 2014;6(1):59-71.
36. Heydari H, Raoufi S, Kamran A. Strategies to improve mentorship plan: A qualitativestudy. *Iranian J Med Edu*. 2015;15(22):146-59.