

حسابرسی فرآیند ترخیص نوزاد از بخش مراقبت های ویژه نوزادان در مرکز درمانی - آموزشی مهدیه شهر تهران

محمدرضا منصوری آرانی^۱، فاطمه علایی کرهرودی^۲، هومان منوچهری^۳، علیرضا اکبرزاده باغبان^۴

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان (NICU) عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
- ۲- دانشجوی دکتری پرستاری، مربی هیئت علمی گروه کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات سلامت نوزادان NHRC بیمارستان کودکان مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: alae@yahoo.com
- ۳- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار هیئت علمی گروه علوم پایه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- ۴- دکتری آمار زیستی - دانشیار گروه آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نشریه پرستاری کودکان دوره ۲ شماره ۲ زمستان ۱۳۹۴ ۳۸-۲۸

چکیده

مقدمه: فرآیند ترخیص از هنگام بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان شروع می شود و تا پس از ترخیص و رفتن به خانه هم ادامه دارد. این مطالعه با هدف حسابرسی فرآیند ترخیص نوزاد از بخش های مراقبت ویژه نوزادان، در مرکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گرفت.

روش: در این پژوهش توصیفی با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر فرآیند ترخیص نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی پرستار، نوزاد و والدین و چک لیست تدوین شده مطابق با استانداردهای موجود در رابطه با فرآیند ترخیص نوزاد که دارای بخش های: ۱- وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد در جهت حمایت از بالین و درمان ۲- مستند سازی ۳- وجود برنامه ترخیص اختصاصی برای هر نوزاد همزمان با پذیرش مطابق با راهنماهای بخش ۴- آموزش والدین ۵- برنامه روز ترخیص ۶- پرسشنامه والدین می باشد. برای سنجش اعتبار و پایایی، به ترتیب از روش اعتبار محتوا و صوری (۹۴٪) و مشاهده همزمان دو پژوهشگر (ICC=۹۵٪) استفاده شد.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که میزان اجرای فرآیند ترخیص در بخش اول (ضعیف با نمره ۳۳)، بخش دوم (متوسط ۶۸)، بخش سوم (متوسط ۶۴)، بخش چهارم (ضعیف ۲۹)، بخش پنجم (متوسط ۶۱) و بخش ششم (ضعیف ۳۷) می باشد. مراقبت های فرآیند ترخیص در کل حیطة های مورد بررسی در محدوده متوسط (۵۰) بوده است. انجام آزمون من ویتنی نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دوره های آموزش تخصصی مراقبت های ویژه نوزادان پرستاران مراقبت کننده با میزان اجرای استانداردهای فرآیند ترخیص در بخش های دوم با (P<۰/۰۰۱) سوم با (P=۰/۰۰۴)، چهارم با (P=۰/۰۰۴)، پنجم با (P<۰/۰۰۲) و ششم با (P=۰/۰۲۵) وجود داشت.

نتیجه گیری: لذا با توجه به اهمیت بخش مراقبت های ویژه نوزادان و نیز مقایسه یافته ها با مطالعات سایر کشورها، مراقبت ها از کیفیت خوبی برخوردار نیستند و نیاز به تلاش بیشتر برای بهبود کیفیت فرآیند ترخیص در بیمارستان های ما بخصوص در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مشهود می باشد.

واژگان کلیدی: بخش مراقبت های ویژه نوزادان، حسابرسی، فرآیند ترخیص.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۶

مقدمه

دوره نوزادی که بسیاری از سازگاریهای فیزیولوژیک لازم برای زندگی خارج رحمی در آن شکل می گیرد، دوره بسیار آسیب پذیری برای نوزاد می باشد. به همین دلیل میزان مرگ و میر و عوارض در دوره نوزادی بالا می باشد. در ایالات متحده ۲/۳ کل مرگ و میرهایی که در سال اول زندگی اتفاق می افتد به دوره نوزادی مربوط می شود. میزان مرگ و میر در اولین سال زندگی با هیچ سالی تا دهه هفتم زندگی برابر نیست (۱). به دلیل پیشرفت فناوری، داروهای جدید و افزایش عمق دانش فیزیولوژی نوزاد، بقای نوزادان نارس، با وزن بسیار پایین هنگام تولد و دارای ناهنجاری مادرزادی افزایش یافته است. این بدان معنا است که این نوزادان و خانواده های آنان باید دوره های طولانی بستری شدن و اقامت در بیمارستان را تجربه کرده و گاهی با نیازهای مراقبتی و بهداشتی ویژه، ترخیص می شوند (۲،۳،۴). برنامه ترخیص فرآیندی است که از هنگام بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان شروع می شود و تا پس از ترخیص و رفتن به خانه هم ادامه دارد (۵). اجرای برنامه ترخیص بیماران، یکی از مفاهیم کلیدی مراقبتهای پرستاری است. پرستار در برنامه ترخیص به بررسی بیمار و خانواده وی، تعیین نیازهای مراقبتی آنها و آموزش به خانواده جهت انجام مراقبت صحیح می پردازد. برنامه ترخیص فوائد فراوانی برای بیمار، خانواده و جامعه به دنبال دارد (۶). تعدادی از محققین معتقدند که اگر برنامه ترخیص به شکل صحیح انجام نشود منجر به افزایش موارد بستری مجدد، افزایش طول مدت اقامت در بیمارستان و سایر شرایط نامطلوب میگردد. همچنان که خطر عفونت بیمارستانی با افزایش طول مدت بستری در بیمارستان افزایش می یابد. در نتیجه برنامه ترخیص خطر بستری مجدد و عفونتهای بیمارستانی را کاهش می دهد (۷). کاهش زمان بستری در بیمارستان هم برای خانواده و هم برای نوزاد می تواند مفید باشد به این دلیل که دوره جدایی نوزاد و والدین را کاهش داده و می تواند اثرات مخرب بعدی را روی والدین کاهش دهد (۲). مطالعات انجام شده نشان می دهد که با برنامه ریزی ترخیص می توان علاوه بر تغییرات رفتاری در خانواده، صرفه جویی در هزینه های اضافی به عمل آورد و بار سنگین اقتصادی جامعه را تقلیل داد. همچنین برنامه ترخیص و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در منزل به صورت تیمی، می تواند سبب کاهش چشمگیر تعداد بستری های مجدد و هزینه های بهداشتی کشور شود (۶). به دلیل اینکه پرستاران زمان طولانی تری با نوزاد و خانواده ها سپری می کنند و آگاهی بیشتری به شرایط آنها دارند،

با اجرای صحیح برنامه ترخیص می توانند باعث افزایش کیفیت ارائه مراقبت ها، افزایش اعتماد به نفس خانواده ها، کاهش نگرانی والدین، افزایش توانایی والدین در جهت مراقبت از نوزاد، کاهش طول اقامت در بیمارستان، کاهش هزینه های درمانی و کاهش شانس بستری مجدد، حمایت از خانواده (مالی، روحی روانی و...)، کاهش و جلوگیری از مشکلات تکاملی و شناختی نوزاد، نظم در پیگیری و ارائه آموزشها شوند (۷). در واقع یکی از عوامل مؤثر و اساسی در تعیین کفایت و توانایی پرستار، آشنایی با استانداردهای برنامه ترخیص میباشد (۸). موفقیت هر سیستم منوط به داشتن یک برنامه دقیق و جامع است و سیستم بهداشت و درمان از این امر مستثنی نمی باشد. در این سیستم اهداف متعددی دنبال می شود، یکی از این اهداف، اجرای برنامه مراقبت پیگیر است و در این میان برنامه ترخیص بیماران، قسمت کلیدی و از مسئولیتهای اصلی و منحصر به فرد در حرفه پرستاری است (۹). در این زمینه اکثر مؤسسات علوم پزشکی کشورهای مختلف با مشکلات متعددی روبه رو هستند که در برنامه ترخیص بسیار مشهود است و از طرف دیگر، فقدان استانداردها و معیارهایی جهت سنجش و ارزشیابی برنامه ترخیص، باعث تضعیف روندکاری بیمارستانها شده است، به گونه ای که بدون برنامه ترخیص تفاوت های فاحشی در نتایج درمانی ایجاد می شود (۱۰). با توجه به افزایش روز افزون بیماران و مراکز ارائه مراقبت نیاز به برنامه های بهبود کیفیت و به کارگیری استانداردها جهت برآورده سازی نیازها و ارائه مراقبتهای احساس می شود (۱۱). حاکمیت بالینی مکانیسم جدید و جامعی جهت ارتقاء دائم کیفیت خدمات و رعایت بالاترین استانداردهای ممکن در بخش سلامت می باشد (۱۲). مدیران در انجام وظایف خود فرآیندی را دنبال می کنند که شامل اجزایی چون برنامه ریزی، سازماندهی، هدایت و رهبری و نظارت و کنترل می باشد (۱۳). امروزه متأسفانه کیفیت و کمیت مراقبتهای پرستاری در سطح پایینی قرار گرفته است، بطوری که اعتراض اکثر بیماران نسبت به مراقبتهای همه گیر شده است. اگرچه علل فراوانی را می توان برای این نابسامانی ها در نظر گرفت، ولی عدم بکارگیری یک سیستم کنترل کیفی و حسابرسی مناسب و علمی توسط مدیران پرستاری می تواند موجبات نارضایتی پرستاران و در نهایت عدم علاقه به کار و افت کیفیت مراقبتهای رافراهم سازد (۱۴). بخش مهم و کلیدی حاکمیت بالینی حسابرسی می باشد (۱۵). توجه به تاثیر اجرای دقیق مراقبت های پرستاری در سلامت بیماران و باز خورد برآیندی از عملکرد پرستاری به آنها علاوه بر ایجاد انگیزه برای تلاش در جهت ارتقای فرآیندهای مراقبتی، پرستاران

پس از آن نمرات حاصله به درصد تبدیل شد و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از احتساب امتیازات در حیطه های مختلف چک لیست، این امتیازات در سه رتبه، طبقه بندی شد و امتیازات (۰-۴۹) ضعیف، (۵۰-۷۴) متوسط و (۷۵-۱۰۰) مطلوب در نظر گرفته شد. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار چک لیست فرآیند ترخیص نوزاد، از روش تعیین شاخص اعتبار محتوا و صوری استفاده شد. به این منظور، سؤالات پرسشنامه و چک لیست از طریق مطالعه کتب و مقالات و همچنین، پروتکل ها و استانداردهای موجود و با نظر اساتید راهنما و مشاور طراحی شده و سپس توسط ۱۳ نفر از متخصصین و اعضای هیأت علمی پرستاری و فوق تخصص های نوزادان از نظر واضح بودن، ساده بودن و مربوط بودن و محتوای سؤالات با محدوده امتیازبندی ۱ تا ۴ مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت. که شاخص اعتبار محتوا (۰/۹۴) و صوری ۰/۹۴ محاسبه شد. همچنین جهت بررسی پایایی چک لیست فرآیند ترخیص نوزاد، از روش توافق بین مشاهده گرها استفاده شد. به این منظور چک لیست در اختیار مشاهده گر دومی که از نظر دقت عمل، مهارت، دانش و آگاهی همانند پژوهشگر بود، قرار داده شد. دو مشاهده گر چک لیست را برای ۱۰ نوزاد همزمان تکمیل کرده و ضریب ICC میان مشاهدات آنها، محاسبه شد. که مشاهده گرها در بیش از ۹۵ درصد موارد توافق داشتند. بر اساس بررسی متون و با توجه به اینکه مطالعه ای در این خصوص یافت نشد اندازه نمونه لازم با $\alpha=0/05$ و $p=0/35$ و $d=0/1$ و با فرمول زیر تعداد نمونه ۸۸ نفر بدست می آید که در این پژوهش ۹۰ فرآیند ترخیص نوزاد مورد مطالعه قرار گرفت.

$$N = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

جهت جمع آوری نمونه ها با حضور در محیط پژوهش و مشاهده روند ارائه مراقبت ها و آموزش و حضور والدین موارد ذیل مشخص شد: در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان شماره ۱ (زیر ۱۵۰۰) بیشتر پذیرش ها در شیفت های عصر و شب و اوج حضور والدین از ۱۰ صبح الی ۱۲:۳۰ ظهر و ۵ بعد از ظهر الی ۸ شب بود. در ضمن میزان پذیرش آنان ماه ۳۱ بیمار بوده که ۲۸ نفر ترخیص شده و ۴ نفر فوت کرده اند. که متوسط طول اقامت ۱۶/۳ روز بوده است. در بخش مراقبت های ویژه نوزادان شماره ۲ (بالای ۱۵۰۰ گرم) پذیرش ها در شیفت صبح و عصر بیشتر و اوج حضور والدین در شیفت صبح و عصر می باشد. در ضمن میزان پذیرش آنان ماه

را قادر می سازد تا با برنامه ریزی صحیح در ابعاد مختلف مراقبتهای پرستاری خود به خصوص در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان، که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، کیفیت ارائه خدمات را ارتقاء بخشند (۱۶). بر این اساس لازم است وضعیت فعلی فرآیند ترخیص از بخش مراقبت های ویژه نوزادان، بر اساس چک لیست تدوین شده مطابق با استانداردهای موجود ارزشیابی گردیده و با آگاهی از شرایط موجود و برآورد فاصله مراقبتی با استانداردها، مشکلات مراقبتی استخراج شود، بدین ترتیب می توان پیشنهادات مناسب را با توجه به امکانات موجود جهت ارتقای کیفیت مراقبت ها و پیشگیری از عوارض ترخیص از بیمارستان ارائه نمود. هدف از انجام این پژوهش حسابرسی فرآیند ترخیص نوزاد از بخش های مراقبت ویژه نوزادان، در مرکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ بود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقایسه ای بوده که بر روی نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان (بخش های ۱ و ۲) مرکز منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام شد. بدین ترتیب کلیه نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان شماره ۱ (زیر ۱۵۰۰ گرم) و شماره ۲ (بالای ۱۵۰۰ گرم) با معیارهای: ۱- نداشتن ناهنجاری مادرزادی و ۲- حضور داشتن پدر یا مادر وارد مطالعه شدند. در این پژوهش اطلاعات مربوط به فرآیند ترخیص با استفاده از چک لیست تدوین شده مطابق با استانداردهای موجود در رابطه با فرآیند ترخیص نوزاد، گردآوری شد. چک لیست فرآیند ترخیص نوزاد دارای دو بخش ۱- اطلاعات جمعیت شناختی پرستار، نوزاد و والدین ۲- اطلاعات مربوط به نحوه انجام مراقبتهای استاندارد شامل: ۱- وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد در جهت حمایت از بالین و درمان ۲- مستند سازی ۳- وجود برنامه ترخیص اختصاصی برای هر نوزاد همزمان با پذیرش مطابق با راهنماهای بخش ۴- آموزش والدین ۵- برنامه روز ترخیص ۶- پرسشنامه والدین می باشد. رتبه بندی موارد ابزار، به دلیل پژوهشگر ساخته بودن بعد از انجام روایی چک لیست، مشخص شد. طبقه نمره دهی به این شرح می باشد: بله (درست انجام می شود) {نمره دو} - درست انجام نمی شود {نمره یک} (یا خیر {نمره صفر} {

$$\text{نمره چک لیست} = \frac{(\text{تعداد درست انجام نمیشود} + 2 \times \text{تعداد درست انجام میشود}) + 2 \times (\text{تعداد خیر} + \text{تعداد درست انجام نمیشود} + \text{تعداد درست انجام میشود})}{2}$$

والدین تجربه قبلی بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان نداشتند. ۸۰ درصد از پرستاران دوره های آموزشی تخصصی نوزادان را گذرانده اند. اکثریت پرستاران (۶۰ درصد) در شیفت های در گردش مورد مشاهده قرار گرفته اند. سطح تحصیلات اکثریت پرستاران مورد مشاهده (۹۷٪) کارشناسی بوده اند. مطابق با جدول شماره ۲ کمترین سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه نوزادان ۳ ماه و بیشترین ۱۶ سال می باشد. یافته های پژوهش نشان داد که میزان اجرای فرآیند ترخیص در بخش اول (در محدوده ضعیف)، بخش دوم (در محدوده متوسط)، بخش سوم (در محدوده متوسط)، بخش چهارم (در محدوده ضعیف)، بخش پنجم (در محدوده متوسط) و بخش ششم (در محدوده ضعیف) می باشد (جدول شماره ۳). مراقبت های فرآیند ترخیص در کل حیطه های مورد بررسی در محدوده متوسط بوده است (بانمره ۵۰). در بررسی ارتباط میزان اجرای استانداردهای ترخیص با شیفت کاری انجام آزمون کروسکال والیس نشان داد که در بخش دوم با $(P=0/002)$ چک لیست تفاوت معنی داری وجود داشت. با انجام آزمون مقایسه چند گانه (زوجی) دان مشخص شد که بین شیفت صبح و عصر در اجرای استانداردهای فرآیند ترخیص نوزاد در بخش دوم با $P=0/034$ و صبح و شب $P=0/006$ تفاوت معنی داری مشاهده شد. که میانگین شیفت های عصر و شب بیشتر بود. همچنین در بررسی ارتباط میزان اجرای استانداردهای ترخیص با وضعیت دوره های آموزشی تخصصی مراقبت های ویژه نوزادان نشان داد که پرستارانی که دوره های آموزشی نوزادان را گذرانده اند میانگین نمره بالاتری در اجرای استانداردهای ترخیص را دارا می باشند. انجام آزمون من ویتنی نشان داد تفاوت معناداری بین وضعیت دوره های آموزش تخصصی مراقبت های ویژه نوزادان پرستاران مراقبت کننده با میزان اجرای استانداردهای فرآیند ترخیص در بخش های دوم با $(p<0/001)$ سوم با $(p=0/004)$ ، چهارم با $(p=0/004)$ ، پنجم با $(p<0/002)$ و ششم با $(p=0/025)$ وجود داشت (نمودار ۱).

۶۴ نوزاد بوده که ۵۸ نوزاد ترخیص شده و ۶ نفر فوت کرده اند. که متوسط طول اقامت ۸٫۵ روز می باشد. موانع خاصی در ارتباط با والدین دیده نشد. با توجه به پایلوت انجام شده پس از اخذ رضایت نامه کتبی از معاونت آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی و مدیریت تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی پژوهشگر خود را به مرکز مربوطه معرفی نموده و اجازه مسؤولین را جلب نمود؛ پژوهشگر در شیفت های صبح و عصر با در دست داشتن چک لیست تدوین شده به محیط های پژوهش مراجعه کرده و فرآیند ترخیص نوزادان را مورد بررسی قرار داد. در جهت این که آموزش یا تداوم مراقبت ها از دید پژوهشگر پنهان نماند و برای همبستگی بیشتر مشاهدات در چند مورد پژوهشگر با حضور در شیفت های شب به مشاهده و پر کردن چک لیست ها پرداخت. که شاخص های مورد ارزیابی شامل پنج بخش: ۱- وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد در جهت حمایت از بالین و در مان ۲- مستند سازی ۳- وجود برنامه ترخیص اختصاصی برای هر نوزاد همزمان با پذیرش مطابق با راهنماهای بخش ۴- آموزش والدین ۵- برنامه روز ترخیص ۶- پرسشنامه از والدین بوده است. سپس پژوهشگر مشاهده ای ساختار یافته از مراقبت هایی که در رابطه فرآیند ترخیص، هنگام انجام رویه ها و بین آنها انجام شد به عمل آورد و نتیجه مشاهدات به صورت انتخاب گزینه های چک لیست به صورت بله (درست انجام می شود) درست انجام نمی شود) یا خیر ثبت گردید.

یافته ها

اکثریت نوزادان مورد مشاهده (۴۹ درصد) در زمان تولد بالاتر از ۲۰۰۰ گرم وزن داشته اند. سن حاملگی اکثریت نوزادان مورد بررسی (۶۱ درصد) در زمان تولد بین ۳۵-۳۰ هفته بوده است. همان طور که جدول شماره ۱ نشان می دهد کمترین سن حاملگی نوزاد در زمان تولد ۲۵ و بیشترین ۳۸ هفته می باشد. سطح تحصیلات اکثریت مادران نوزادان (۶۶ درصد) دیپلم بوده اند. ۹۳/۳ درصد

جدول ۱: شاخص های آماری سن مادر، سن حاملگی و وزن هنگام تولد

| انحراف معیار | میانگین | بیشترین | کمترین | تعداد | |
|--------------|---------|---------|--------|-------|--------------------------------|
| ۳ | ۳۲/۵۷ | ۳۸ | ۲۵ | ۹۰ | سن حاملگی در زمان تولد |
| ۱/۰۶ | ۳/۰۷ | ۴ | ۱ | ۹۰ | وزن هنگام تولد نوزاد (کیلوگرم) |
| ۴/۹۱ | ۲۷/۹۴ | ۳۹ | ۱۹ | ۹۰ | سن مادر |

جدول ۲: شاخص های آماری سن پرستار، سنوات خدمت و سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه نوزادان

| تعداد | کمترین | بیشترین | میانگین | انحراف معیار |
|-------|--------|---------|---------|--------------|
| ۹۰ | ۲۳ | ۴۹ | ۳۱/۰۴ | ۶/۴۱ |
| ۹۰ | ۱ | ۲۸ | ۷/۸۵ | ۶/۷۷ |
| ۹۰ | ۰/۳ | ۱۶ | ۵/۳۹ | ۴/۰۷ |

جدول ۳: میزان اجرای فرآیند ترخیص به تفکیک بخش های چک لیست

| بخش اول | بخش دوم | بخش سوم | بخش چهارم | بخش پنجم | بخش ششم |
|---------|---------|---------|-----------|----------|---------|
| ۹۰ | ۵۷۲ | ۱۱۶۳ | ۲۵۱ | ۸۵۴ | ۴۳۲ |
| ۰ | ۲۳۶ | ۴۷۹ | ۵۱۹ | ۲۷۴ | ۵۹۵ |
| ۱۸۰ | ۲۰۸ | ۵۶۵ | ۱۰۲۴ | ۴۹۴ | ۹۳۶ |
| ۳۳ | ۶۸ | ۶۴ | ۲۹ | ۶۱ | ۳۷ |
| ضعیف | متوسط | متوسط | ضعیف | متوسط | ضعیف |

نمودار ۱: بررسی ارتباط میزان اجرای استانداردهای ترخیص با وضعیت دوره های آموزش تخصصی مراقبت های ویژه نوزادان

ایران دانسته اند (۱۷، ۱۸ و ۱۹). ادیب حاج باقری (۲۰۰۶) می نویسد: پژوهشگران طی یک مطالعه تحقیقی با بررسی دیدگاه و نیازهای پرستاران درباره عملکرد مبتنی بر شواهد گزارش داده اند که به عقیده پرستاران، انجام اعمال بالینی بر اساس شواهد تحقیقی، منجر به افزایش کیفیت مراقبت می شود، اما تنها ۴۶ درصد از پرستاران اعمال بالینی خود را بر مبنای شواهد تحقیقی می دانستند. آنها معتقد بودند که عواملی مانند کمبود وقت، عدم دسترسی به منابع، عدم حمایت مالی، افکار سنتی، کمبود دانش و نیز عدم حمایت مدیران و پزشکان، مانع عملکرد مبتنی بر شواهد می شود.

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص مرتبط

بحث

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص مرتبط با بخش اول چک لیست (وجود راهنماهای مبتنی بر شواهد در جهت حمایت از بالین و درمان) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده ضعیف (۳۳ درصد) قرار دارد. در حالیکه حرفه پرستاری در کشورهای پیشرفته می کوشد تا اعمال خود را بر شواهد تحقیقی بنا گذارد. نیکبخت (۱۳۸۱)، ادیب حاج باقری (۲۰۰۶)، احمدی و صلاصالی (۲۰۰۴)، فاصله تئوری و عمل در مراقبت پرستاری و فقدان مراقبت مبتنی بر شواهد را از مشکلات عمده پرستاری در

عاقبتی (۱۳۸۴) عنوان می کند که آموزش ضمن خدمت نه تنها سبب تداوم و استمرار یادگیری پرستاران می شود بلکه حتی باعث تبادل نظر و آموخته های دیگر بین پرسنل پرستاری می شود که به طور مستقیم و غیرمستقیم باعث افزایش اطلاعات و گسترش زمینه های پژوهشی می شود. این در حالی است که برنامه ترخیص، تمامی موارد مراقبتی یک بیمار را از لحظه پذیرش تا بعد از ترخیص در بر می گیرد و با این اقدام می توان باعث ارتقاء برنامه ترخیص و در نتیجه مراقبت جامع از بیماران شد (۲۴).

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص مرتبط با بخش چهارم چک لیست (آموزش والدین) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده ضعیف (۲۹ درصد) قرار دارد. در مطالعه جکسون و همکاران (۱۹۹۷)، بخش نوزادان از نظر کیفیت ارائه مراقبت ها و دادن اطلاعات، امتیاز بالایی کسب کرد (۲۵). مک و لئونگ (۲۰۰۶) می نویسند: مطالعه استر (۲۰۰۶) نشان داد والدین بیشتر از همه حمایت ارتباطی -اطلاعاتی را دریافت کرده بودند و حمایت عاطفی در کمترین سطح قرار داشت (۲۶). یافته های حاصل از مطالعه حکمت پو و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که عوامل مربوط به ۱- برنامه ریزی درسی و عملکرد دانشکده (آموزش معمول و توجه ناکافی به نیازهای دانشجویان) و ۲-سرفصل نامناسب درس "فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار" (مقطعی بودن درس، تأکید سطحی بر کاربرد نظریه های یادگیری در محیط بالین، عدم آشنا کردن دانشجویان با شیوه ایفای نقش در آموزش به مددجو) و ۳- کم توجهی به شرایط پرستاران بالینی ۴- توجه نسبی به نیازهای آموزشی، فرهنگی و عادات بیمار و خانواده وی ۵- مدیریت آموزش ۶- نگرش افراد شرکت کننده به آموزش مددجو، در ساختار و فرآیند آموزش به مددجو مؤثر بوده اند و در بسیاری از موارد سبب عدم اجرای صحیح آن در محیط بالینی شده اند (۲۷).

کلین فدیشن و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود می نویسند: در بخشهای بستری، پرستاران با کاهش وقت برای آموزش به بیمار روبرو هستند. آنها در پایان مقاله خود به آموزش به بیمار توسط نوارهای ویدئویی و سایر منابع سمعی و بصری از کتابخانه تأکید کرده اند، تا بیماران وقت زیادی از پرستاران برای آموزش نگیرند گنجی، تنش و اضطراب بیمار و خانواده وی مانع اجرای آموزش به بیمار، اعلام شده بود (۲۸).

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص مرتبط با بخش پنجم چک لیست (روز ترخیص) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده متوسط (۶۱ درصد) قرار دارد. در بیمارستان

با بخش دوم چک لیست (مستند سازی) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده متوسط (۶۸ درصد) قرار دارد. در مطالعه مشعوفی و همکاران (۱۳۸۵) متوسط ثبت پرستاری در برگه پذیرش و خلاصه ترخیص برابر ۲۶ درصد بوده است. در کل، در ۶ برگ بررسی شده متوسط ثبت پرستاران ۲/۵۱ درصد بوده است که بیانگر عملکرد ضعیف پرستاران در زمینه مستندسازی فرآیندهای درمانی است (۱۹). در پژوهشی که آریایی در سال ۱۳۷۷ در کرمان بر روی محتوای مدارک پزشکی انجام داد، در ۱۰۰ درصد موارد عدم ثبت پرستاری را نشان داده است (۲۰). در مطالعه عسگری و کاهویی (۱۳۸۲) میزان عملکرد پرستاران بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سمنان نسبت به اصول مستند سازی ضعیف گزارش شده است (۲۱).

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص نسبت به بخش سوم چک لیست (وجود برنامه ترخیص اختصاصی برای هر نوزاد همزمان با پذیرش مطابق با راهنماهای بخش) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده متوسط (۶۴ درصد) قرار دارد. یافته های پژوهش رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) و بررسی های مشابه بر روی اجرای برنامه ترخیص بیماران روانی نشان داد که یکی از بزرگترین مشکل های بیماران روانی به اجرا در نیامدن برنامه ترخیص و ادامه نیافتن مراقبت و درمان پس از ترخیص است (۲۲). در مطالعه فلاحی خشکناز (۲۰۰۱) مشخص شد که بیماران مدتی پس از ترخیص، به دلیل آگاهی نداشتن به بیماری خود، مصرف داروها را قطع و بنابراین بیماری بازگشت می کند و به بستری شدن دوباره می انجامد. به نظر می رسد این بازگشتها به دلیل اجرا نکردن یک برنامه مناسب پیش از ترخیص است. متأسفانه پرستاران در پژوهش حاضر موارد بخش سوم چک لیست را بدون اینکه بدانند جزئی از فرآیند ترخیص می باشد را در حد متوسط اجرا می کنند (۲۳).

وانپن و همکاران (۱۹۹۹) به نقل از لیونز (۱۹۹۱) در مطالعه خود که با هدف تعیین میزان آگاهی پرستاران از برنامه ترخیص انجام شد. نتایجی را به دست آورد که بیانگر عدم اجرای برنامه ترخیص تا ۵۰ درصد موارد به علت عدم آگاهی پرستاران و نداشتن تعریف مشخص و واحدی از آن بود (۸). در استرالیا (۲۰۰۰) نیز مطالعه ای بر روی ۵۰۲ پرستار با هدف تعیین چگونگی تعریف پرستاران از برنامه ترخیص صورت گرفت، نتایج این تحقیق مؤید یافته های مطالعه حاضر است، زیرا عدم برگزاری کلاسهای آموزش ضمن خدمت به عنوان علت اصلی عدم آشنایی پرستاران با برنامه ترخیص عنوان گردید (۹).

و همکاران (۲۰۰۴) می نویسند: کلید موفقیت در برنامه ترخیص، تبادل اطلاعات بین بیمار و مراقبت کننده و سایر افراد مسؤول در امر مراقبت از بیمار می باشد (۳۳). جدول مربوط به نمره چک لیست فرآیند ترخیص در کل حیطة ها نشان می دهد که اکثریت مراقبت های فرآیند ترخیص در کل حیطة های مورد بررسی متوسط (۵۰ درصد) بوده است. در مطالعه گودرزی و همکاران (۱۳۸۳) عملکرد (۹۵,۳ درصد) پرستاران بخش مراقبت های ویژه نوزادان در حد کم و بسیار کم بود (۳۴). در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۴ توسط واردپلات و همکاران با هدف مقایسه ارزشیابی مراقبت های تخصصی پرستاری نوزادان در بیمارستان آشینگتون ۵ بیمارستان دیگر انجام شد، یافته های پژوهش نشان داد که میانگین امتیاز ۸ بعد مراقبت ویژه نوزادان در بیمارستان آشینگتون (۵۹ درصد) متوسط بود (۳۵). در پژوهش جالو (۱۳۸۷) یافته ها نشان داد که اکثریت مراقبت های پرستاری از نوزادان مبتلا به سندرم دیسترس تنفسی در کل حیطة های مورد سنجش (۸۰ درصد) در حد متوسط بوده است (۱۳). در مطالعه اهرن برگ و همکاران (۲۰۰۳) نتایج حسابرسی گذشته نگر از مراقبت های پرستاری ارائه شده به بیماران قلبی در کل حیطة ها نشان داد که سطح مراقبت ها در حد ضعیف بوده است (میانگین امتیاز ۱۵,۹ درصد) (۳۶). در مطالعه سعادت (۱۳۸۳) یافته های پژوهش نشان داد که اکثریت مراقبت های پرستاری در کل حیطة ها (۵۸,۶ درصد) در بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر در بیمارستان آموزشی در حد متوسط بود (۳۶). در مطالعه حسنی و دهقانی (۱۳۷۶) امتیاز کیفیت مراقبت های پرستاری از بیماران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های دولتی (۵۹,۲۶ درصد) در حد متوسط بود (۳۷). در مطالعه ونکی و معاریان (۱۳۷۸) میزان امتیاز پرستاران از کیفیت اجرای فرآیند پرستاری برای بیمارستان بخش جراحی در کل حیطة های فرآیند (۳۳ درصد) بود که طبق تقسیم بندی این پژوهش (۷۶-۱۰۰ عالی، ۵۱-۷۵ خوب، ۲۶-۵۰ متوسط، ۰-۲۵ ضعیف) در حد متوسط قرار داشت (۳۸).

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش غفاری و محمدی (۱۳۸۵) با عنوان علل عدم اجرای برنامه ترخیص توسط پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران ۵ علت از نظر سه گروه به عنوان موانع اصلی عدم اجرای برنامه ترخیص ذکر شدند که در ۲ دسته با عناوین: بارکاری بالای پرستاران علی رغم شرایط نامناسب محیط کاری و عدم آشنایی پرستار، بیمار و خانواده وی در مورد برنامه ترخیص به دلیل عدم اطلاع رسانی کافی و عدم برگزاری کلاس های ضمن خدمت، قرار گرفتند. همچنین علل ساختاری با بالاترین مقدار میانگین (۲,۴) از بین سه حیطة مورد نظر به عنوان

تنسی، ترخیص با دستور کتبی به وسیله پزشک شروع می شود. بعد این دستور کتبی به پرستار داده می شود و ترخیص با نظم و ترتیب انجام می شود. که شامل بدست آوردن نسخه کتبی، منظم کردن برای ادامه درمان در خانه و صحبت کردن با پزشکان دیگر که در مراقبت از بیمار درگیر بوده اند می باشد. تا هر چیزی را در دستور ترخیص قبل از ترک بیمار تضمین کنند. بعد از تصفیه حساب مالی و در صورت نیاز معرفی به مددکاری اجتماعی پرستار دستور العمل ترخیص که شامل آموزش های مراقبتی در مورد بیماری، دارو درمانی، ویزیت و پیگیری های بعدی، تاریخ بازدید منزل و... می باشد را آماده کرده و بیمار را برای انتقال به ماشین کمک می کند (۲۹). در تحقیق عجمی و کتابی (۲۰۰۷) در مورد بررسی گلوگاه ها در فرآیند ترخیص بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در مورد روز ترخیص به نتیجه مشابهی دست پیدا کردند. اولین تفاوت اصلی این دو بیمارستان این است که، در بیمارستان بهشتی ارتباط بین بخش هایی که مستند سازی نهایی بعد از صدور دستور ترخیص را انجام می دهند، ضعیف می باشد. دوم این که وضعیت بیمار بعد از ترخیص پیگیری نمی شود (۳۰).

یافته های مربوط به میزان اجرای فرآیند ترخیص مرتبط با بخش ششم چک لیست (پرسشنامه والدین) نشان می دهد که نمره این بخش در محدوده ضعیف (۳۷ درصد) قرار دارد (لازم به ذکر است که سؤالات مربوط به این بخش سؤالات مربوط به آموزش کارکنان به والدین بوده است. در مطالعه سلطانی خبیسی و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان بررسی عملکرد آموزشی پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کرمان از دیدگاه بیماران در حال ترخیص از بخش های داخلی و جراحی مشخص شد که نتایج مربوط به عملکرد آموزشی پرستاران نشان داد که در حیطة های ماهیت و شناخت بیماری، ۱۹ درصد، عوارض بیماری ۲۳ درصد، دارو ۴۳ درصد، فعالیت ۳۲,۷ درصد، تغذیه ۴۲,۸ درصد و سایر موارد ۴۱,۳ درصد آموزش داده شده بود (آموزش کامل و نسبی) در مقایسه نمره کل عملکرد آموزشی پرستاران با توجه به ویژگی های فردی، اختلاف معنی داری بر حسب جنس، بیمارستان و تحصیلات مشاهده گردید ($p < 0/0005$). با توجه به پایین بودن درصد آموزش (آموزش کامل و نسبی) در کلیه حیطة ها از نظر بیماران مورد مطالعه، عملکرد پرستاران مطلوب نبوده است (۳۱). کلارک و همکاران (۲۰۰۵) در مورد برنامه ترخیص می نویسند، این برنامه باید دو جانبه و واقعی باشد. زمانی که پرستار اهداف را با توجه به نظر بیمار طرح ریزی می کند احتمال تحقق برآیندهای مورد انتظار برنامه مراقبتی بیشتر خواهد شد. طرح ترخیص علاوه بر بیمار، خانواده و سایر بستگان نزدیک وی که در امر مراقبت سهیم می باشند را نیز در بر می گیرد (۳۲). تیلور

بودند. باتوجه به بررسی های انجام شده می توان نتیجه گرفت که مهمترین علل پایین بودن میزان اجرای مراقبت های مربوط به فرآیند ترخیص: کمبود یا عدم آگاهی پرستاران، مدیران پرستاری و پزشکان از استانداردهای فرآیند ترخیص در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، عدم وجود تعداد پرسنل کافی، عدم برگزاری کارگاه های فرآیند ترخیص، ناکافی بودن میزان برگزاری دوره های ضمن خدمت برای کارکنان بخش مراقبت های ویژه نوزادان، عدم تناسب نسبت پرستار به بیمار و عدم وجود نظارت دقیق بر عملکرد کارکنان می باشد. نتایج این پژوهش در مدیریت، آموزش و ارائه خدمات پرستاری می تواند مثر ثمر باشد. لذا با توجه به اهمیت بخش مراقبت های ویژه نوزادان و نیز مقایسه یافته ها با مطالعات سایر کشورها، مراقبت ها از کیفیت خوبی برخوردار نیستند و نیاز به تلاش بیشتر برای بهبود کیفیت فرآیند ترخیص در بیمارستانهای ما بخصوص در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مشهود می باشد.

تشکر و قدردانی

در نهایت از تمامی اساتید، دانشجویان و کلیه پرستارانی و سرپرستاران و مرکز تحقیقات سلامت نوزادان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در تحقیق و بررسی این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

موانع اصلی عدم اجرای برنامه ترخیص توسط نمونه ها تعیین گردید. بر اساس یافته های حاصل از پژوهش غفاری و محمدی (۱۳۸۵) تعداد پرستار کم در مقابل تعداد زیاد بیمار با ۸۳٫۷۰ درصد از نظر پرستاران، سرپرستاران و سوپروایزران به عنوان علت اصلی عدم اجرای برنامه ترخیص، در اولویت قرار گرفت، بنابراین نیروی ناکافی یکی از موانع بر سر راه اجرای برنامه ترخیص است. در این مطالعه پرستاران با ۸۳٫۵۰ درصد، سرپرستاران با ۹۵٫۷۴ درصد، این علت را در راس علل قرار دادند. در صورتی که از سوی سوپروایزران با ۷۹٫۱۶ درصد در رتبه سوم قرار گرفت، که نشان دهنده اهمیت این موضوع از طرف کسانی است که بیشترین تماس را با بیمار دارند. حال می توان به طور واضح گفت که تمامی نمونه ها اعم از پرستاران و پرسنل مدیریتی معتقدند که علت اصلی عدم اجرای برنامه ترخیص، عدم تناسب تعداد پرستار با تعداد بیمار است و در مطالعات دیگر نیز عنوان شده که یکی از مشکلاتی که گریبان گیر حرفه پرستاری است. کمبود و یا فقدان تعداد پرسنل متخصص و مجرب در کادر پرستاری است (۶). مامون (۱۹۹۲) در مطالعه ای که با هدف بررسی تأثیر برنامه ریزی ترخیص بر تأمین مراقبت های بعد از ترخیص انجام داد، فقدان برنامه ترخیص مدون و تعداد کم پرستار نسبت به بیمار را، علت اصلی عدم اجرای برنامه ترخیص اعلام نمود (۳۹).

نتیجه گیری نهایی

نتایج نشان داد کلیه مراقبت های ارائه شده در سطح متوسط

References

1. Sheikh Bahaoddinzadeh A, Raei V. NICU nursing, 2 nd edition. Tehran: Boshra Publication and Promotion. 2009.
2. Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. Pediatrics Official Journal of the American Academy of Pediatrics. 2008; 122(5), 1119-1126.
3. Bissell G, Long T. From the neonatal unit to home: how do parents adapt to life at home with their baby?. Journal of Neonatal Nursing. 2003; 9(1): 7-12.
4. Bain J, Findlay A, Greig C. Parents' perceptions of discharge planning in a Scottish neonatal units: areas for improvement. Journal of Neonatal Nursing. 2003; 9(4):110-115.
5. Verklan M.T, Walden M. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Unit. 4th edition. ST. Louis: Mosby Elsevier: 2010.
6. Ghafari S. Mohammadi A. The Causes of Nurses' Failure to Implement the Discharge Planning in Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Iran Nursing Quarterly. 2006; 48(19): 57-65.
7. Hockenberry M. J, Wilson D. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 8th ed, Missouri; Mosby Elsevier: 2011.

8. Wanpen P, Street A, Boontong T. Discharge planning and transitional care: issues in Thainursing. *International Journal Nursing Studies*.1999;36(5): 355-362.
9. Watts RJ, Pierson J, Gardner H, How do critical care nurses define the Available :www.utmedicalcenter.org/patient_visitor_guide/going_home/:2005 - 14.
10. Chang CL, Cheng BW, Su JL. Using case based reasoning to stablish a contiuiung care information system of discharge planning. *Expert Syst Appl*. 2006: 26.607-613.
11. Sawnsburg R. Introduction to management and leadership for nurse manager. 3thedition, Londen: Jones and Bartler Co; 2006.
12. Clinical Governance Team of Ministry of Health, Medical and Education. *Clinical Governance*; 2008.
13. Jaloo Z, Pazargadi M, Alae Karahroudi F . Audit of the nursing care provided to infants with respiratory distress syndrome admitted to the neonatal intensive care units of the hospitals affiliated to Shahid Beheshti and Tehran universities of medical sciences and health services in Master's thesis in Nursing, Tehran: Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, 2008 .
14. Hosseini M.M. Management principles of nursing services, Tehran: Boshra Publication and Promotion , 2007.
15. Marquis B.L ,Huston C.J. Leadership Roles and Management Function in Nursing, Teory and application. 5th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Bilkins co; 2006.
16. Nasrabadi AN, Emami A, Yekta ZP. Nursing experience in Iran. *Int J Nurs Pract*. 2003; 9(2): 78-85.
17. Adib hajbagheri M. Nurses Perception about the Evidence-Based Nursing: A Qualitative Study. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences*.2006: 11(2): 44-52.
18. Salsali M. Nursing and nursing education in Iran. *J Nurs Sch*.1999: 31(2):190-193.
19. Mashoufi M, Movahedpour A, Tazakori Z , Refahi S , Faizi I. Survey of Documentation Inpatient's Files by Nursing Staff. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2007: 14(1):31-38.
20. Ariyayi M. Examination of the content of medical records in public hospitals and educational hospitals of Kerman University of Medical Sciences and Health Service in the first quarter of 1998, *Quarterly Journal of Medical Management and Information*.4th year.2001: (10): 65-70.
21. Asgari Majdabadi H, Kahouyi M. A qualitative study of nurses' performance in documentation principles and determining nurses' training needs in order to present a training program for improvement of quality, *Asrar Journal*.2003: 4(10) :61-68.
22. Ranjbar F, Ghanbari B, Shiva Khaleghparast Sh, Manouchehri H, Nasiri N. The effectiveness of discharge planning on knowledge, clinical symptoms, and frequency of admission of schizophrenic patients admitted in hospitals of Iran University of Medical Sciences, *Journal of Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*.2010: 17(1): 53-59.
23. Fallahi khoshknab M. Design and evaluation of the multidimensional model of nursing care of patients with schizophrenia [Dissertation], Tehran: Tarbiat Modares University,2001 .
24. Valizadeh L, Akbarbegloo M, Asadollahi M. Supports Provided by Nurses for Mothers of Premature Newborns Hospitalized in NICU. *Journal of Iranian Nursing*2009: 22(58):89-98.

25. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing* . 2006;15(6):726-34.
26. Hekmatpoo D, Anoosheh M , Alhani F. The Pathology of Patient training: A qualitative study. *Bimonthly Journal of Iranian Nursing*.2007: 20(49):50-60.
27. Klein-Fedyshin M, Burda M, Epstein B, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. *Journal of the Medical Library Association* . 2005 ;. 93(4): 440- 445.
28. The University of Tennessee Medical Center (n.d.) Going Home, The Hospital Discharge Process user survey. [Online]
29. Ajami S, Ketabi S. An Analysis of Average Waiting Time of Patient Discharge Process at Kashani Hospital in Esfahan, Iran. *Journal of The Health Information Management Association of Australia*. 2007; 36 (2): 37-42.
30. Soltani Khbysy A, Aziz zadeh Forouzy M, Mohammad Alizadeh S. Study of educational practice nurses in hospitals in Kerman University of Medical Sciences from point of view of patients being discharged from surgical wards, development steps in medical education, *Journal of Medical Education Development Center*.2007; 1(3):51-57.
31. Clark PA, Drain M, Gesell SB, Mylod DM. Patient Perception of quality in discharge instruction. *Journal of Patient Education and Counseling* . 2005; 59(1):56-68.
32. Taylor C, Lillis C, Lemone P. *Fundamental of nursing: The art and science of nursing care*; 4th ed, Philadelphia: J.B. Lippincott Co, 2004: 194-375.
33. Goudarzi Z, Goudarzi Z, Tefagh M, Monjamed Z, Memari A, Kamali P. The effect of service training of the neonatal intensive care on nurses' performance and knowledge in the infant unit. *Hayat Journal*. 2004: (20): 25- 31.
34. Ward Platt M, Brown K, Ashington Evaluation Grp. Evaluation of advanced neonatal nurse practitioners: confidential enquiry into the management of sentinel cases. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2004: 89:241-244.
35. Ehrenberg A, Ehnfors M, Ekman I. Older patient with chronic heart failure within swedish community health care: a record review of nursing assessments and interventions. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;(13): 90-96.
36. Saadati Z. Comparison of audit in nursing care provided to patients with coronary artery disease in educational hospitals with that in non-educational hospitals affiliated to Mashahd University of Medical Sciences. Master's thesis in Nursing, Tehran: Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.2004.
37. Seyed Hassani H, Dehghani A. Comparison of the quality of intensive care in public hospitals with that of the private hospitals in Yazd, Iran. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services in Yazd*.1997: (4): 60-64 .
38. Vanaki Z, Habibipour B. Study of the effect of implementing discharge planning on patients' satisfaction. *Scientific Journal of Hamedan School of Nursing and Midwifery*.2009:16 (2):25-35.
39. Mamon J. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research Journal*.1992: 27(2): 66-75.

Audit of neonatal discharge process in neonatal intensive care unit of Mahdiah hospital in Tehran

Mansouri Arani MR¹, *Alaee Karehroudi F², Manochehri H³, Akbarzadeh Baghban AR⁴

1- MS in neonatal intensive care unit, Faculty of Nursing and Midwifery School, Ilam University of Medical Sciences and Health Services, Iran.

2-Neonatal Health Research Center (NHRC), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding author)

Email: alaee@yahoo.com

3- Faculty member of Children Department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Iran

4-Faculty member of Basic Science Department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Iran.

Abstract

Introduction: The discharge process begins upon the admission of the infant in neonatal intensive care unit and continues to even after the infant is discharged and taken home. This study was conducted to audit the process of infant discharge from the neonatal intensive care unit of a selected center in Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services.

Method: In this study, 90 infants admitted to the neonatal intensive care unit were selected using convenience sampling method. The data were collected using demographic information of the nurses, infants, and parents; and a checklist formulated on the basis of existing standards for infant discharge process. The checklist consisted of six parts: 1- available evidence-based guidelines to support the clinic and treatment, 2- documentation, 3- an available plan for individual discharge of every infant simultaneous to the admission according to the ward's guidelines, 4- training the parents, 5- the plan of the discharge day, and 6- parent questionnaire. The validity and reliability of the checklist was examined using content and face validity (94%) and the inter-rater correlation coefficient (ICC=95%).

Result: The results of the study showed that the implementation rate of the discharge process in the first, second, third, fourth, fifth, and sixth part were weak(score=33), moderate(68), moderate(64), weak(29), moderate(61), and weak(37), respectively. The discharge process cares in all the studied areas were moderate. The entire provided care was of a moderate level. Mann-Whitney test revealed a significant difference between the status of specialized training courses for neonatal intensive care and implementing discharge standards in the second part (P<0.001), third part (P=0.004), fourth part (P=0.004), fifth part (P<0.002), and sixth part (P=0.025).

Conclusion: Regarding the importance of the neonatal intensive care unit and also the comparison made between results of this study and those of other studies performed in other countries, the provided care were not qualified and there was a need to more attempts for improving the quality of discharge process in Iranian hospitals, especially in neonatal intensive care units.

Keywords: Neonatal intensive care unit, audit, discharge process.

Received: 14 June 2015

Accepted: 17 September 2015