

Summer 2021, Volume 7, Issue 4

## The Effect of Discharge Planning Program on the Re-admission of Premature Infants

Afshar Nia A<sup>1</sup>, Rostami SH<sup>2\*</sup>, Alijani Renani H<sup>3</sup>, Haghghi Zadeh MH<sup>4</sup>,  
Arshadi Bostan Abad M<sup>5</sup>

1- MA Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery of Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Professor, Nursing Care Research Center in Chronic Illness, Faculty of Nursing and Midwifery of Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3 - Lecturere of Faculty of Nursing and Midwifery of Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4- Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, Ahvaz Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

5- Assistant Professor of Faculty of Nursing and Midwifery of Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran

**Corresponding author:** Rostami SH, Assistant Professor, Nursing Care Research Center in Chronic Illness, Faculty of Nursing and Midwifery of Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

**Email:** rostami-sh@ajums.ac.ir

Received: 9 Oct 2019

Accepted: 17 Jan 2020

### Abstract

**Introduction:** Being premature puts the infant at risk for neonatal complications and also provides the basis for other problems in adulthood. Parents need adequate training and time to acquire and learn information to acquire childcare skills. The purpose of this quasi-experimental study was to determine the effect of discharge planning on the readmission of premature infants hospitalized in Abadan University of Medical Sciences hospitals.

**Methods:** 56 mothers of preterm infants referred to the hospitals of Abadan University of Medical Sciences were divided into two groups of intervention and control using random sampling. After describing the sample rights and obtaining their consent, the data were collected using questionnaires (demographic characteristics of mother and infant). The discharge plan was administered to the mothers of the experimental group (during two sessions, on the second day of admission and on the day of discharge, individually with practical training and face-to-face and booklet). Mothers in the control group received routine care in the ward. One month after discharge, neonatal readmission was followed up by telephone contact with parents.

**Results:** There was no significant difference between demographic characteristics of mothers and neonates in the control and intervention groups based on the studied variables ( $p < 0.05$ ). The discharge plan reduced the readmission rate of premature infants in the intervention group ( $p = 0.05$ ).

**Conclusions:** Implementation of a discharge plan can reduce the readmission rate of premature infants by increasing the quality of neonatal care. Therefore, it is recommended that neonatal units, especially premature neonates with acute care and planned discharge training, be admitted from admission to hospital leave and afterward at home. Hospitals should also consider implementing and implementing a discharge plan training program.

**Key words:** Premature Infants, Discharge Plannings, Re-Hospitalization.

## تأثیر طرح ترخیص بر بستری مجدد نوزادان نارس

عالیه افشارنیا<sup>۱</sup>، شهناز رستمی<sup>۲\*</sup>، هوشنگ علیجانی رنانی<sup>۳</sup>، محمدحسین حقیقی زاده<sup>۴</sup>، محمد ارشدی بستان آباد<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.  
 ۲- استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیماری های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۴- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۵- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: دکتر شهناز رستمی، استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری در بیماری های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

ایمیل: rostami-sh@ajums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۷

## چکیده

**مقدمه:** نارس بودن نه تنها نوزاد را در معرض خطر عوارض نوزادی قرار می دهد بلکه زمینه را برای مشکلات دیگر در بزرگسالی فراهم می کند. والدین برای دستیابی به مهارت های مراقبت از کودک نیاز به آموزش مناسب و زمان کافی دارند تا اطلاعات را جذب کرده و یاد بگیرند. هدف این مطالعه نیمه تجربی تعیین تاثیر اجرای طرح ترخیص بر بستری مجدد نوزادان نارس بستری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی آبادان بود.

**روش کار:** ۵۶ نفر از مادران نوزادان نارس مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی آبادان انتخاب و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی بلوکی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. پس از شرح حقوق نمونه ها و گرفتن رضایت نامه از ایشان، داده ها با استفاده از پرسشنامه های (مشخصات دموگرافیک مادر، و نوزاد) جمع اوری شد. طرح ترخیص برای مادران گروه آزمون (طی دوجلسه، در روز دوم پذیرش و روز ترخیص، به صورت انفرادی همراه با آموزش عملی و چهره به چهره و کتابچه) اجرا شد. مادران گروه شاهد مراقبت معمول بخش را دریافت کردند. یک ماه پس از ترخیص وضعیت بستری مجدد نوزادان بوسیله تماس تلفنی با والدین پیگیری شد.

**یافته ها:** بین ویژگی های دموگرافیک مادران و نوزادان در دو گروه کنترل و مداخله بر اساس متغیرهای مورد نظر مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). اجرای طرح ترخیص باعث کاهش میزان بستری مجدد نوزادان نارس در گروه مداخله می شود ( $p = 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** اجرای طرح ترخیص می تواند با افزایش کیفیت مراقبت از نوزاد منجر به کاهش بستری مجدد نوزادان نارس شود. بنابراین توصیه می شود که در بخشهای نوزادان بویژه نوزادان نارس تحت مراقبت حاد و ویژه آموزشهای ترخیص برنامه ریزی شده از زمان پذیرش تا هنگام ترک بیمارستان و بعد از آن در منزل صورت پذیرد. همچنین بیمارستان ها اجرای برنامه آموزشی طرح ترخیص را مورد توجه و عملیاتی سازی قرار دهند.

**کلیدواژه ها:** نوزاد نارس، طرح ترخیص، بستری مجدد.

## مقدمه

نارس در شهرهای گیلان، شیراز، اهواز و اراک به ترتیب ۲/۵٪، ۵/۵٪، ۳/۷ و ۲۱/۸٪ گزارش شده است (۳).

نارسی علت عمده مرگ در ماه اول تولد این نوزادان می باشد. همچنین، این نارس بودن نه تنها نوزاد را در معرض خطر عوارض نوزادی قرار می دهد بلکه زمینه را

طبق تعریف نوزاد زودرس شیرخواری است که زودتر از هفته ۳۷ جنینی متولد می شود (۱). مطابق آمارهای موجود، در ایالات متحده آمریکا از هر ۸ تولد نوزاد زنده، ۱ نوزاد نارس (۱۲٪ کل تولدها) است (۲). در ایران شیوع تولد نوزادان

معرض خطر باشد، می ترسند. والدین باید تشویق شوند که ترس ها و نگرانی های خود را بازگو کرده و به آن ها اجازه داده شود که حتی مبالغه شود (۱).

لذا با توجه به کلیدی بودن طرح ترخیص و تأثیر آن در رشد و تکامل و بهبود پیامدهای نوزاد، سلامت روان، کفایت، شایستگی و اعتماد والدین در دادن مراقبت به نوزاد، همچنین با توجه به اطلاعات دریافتی از شبکه بهداشت و درمان شهرستان های آبادان و خرمشهر مبنی بر افزایش تولد نوزادان نارس و مسئله حساس بودن دوران نوزادی بویژه در نوزادان نارس و وجود نقایص در زمینه رفع نیازهای آموزشی والدین نوزادان نارس و پرخطر بویژه در قالب طرح ترخیص (۹)، محقق بر آن شد تا با انجام تحقیقی در زمینه اجرای طرح ترخیص تأثیر این اقدام را بر میزان بستری مجدد نوزادان نارس بستری بسنجد.

### روش کار

شرکت کنندگان:

در این مطالعه نیمه تجربی تصادفی که در سال ۱۳۹۷ طی سه ماه انجام شد، جامعه ی پژوهش شامل کلیه مادران دارای نوزاد نارس مراجعه کننده به بیمارستان های علوم پزشکی آبادان (شهرهای آبادان و خرمشهر) بود. پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و مسئولین بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی آبادان (طالقانی آبادان و ولیعصر خرمشهر) و معرفی خود به واحدهای پژوهش و شرح حقوق آنها و گرفتن رضایت نامه، اقدامات لازم جهت نمونه گیری صورت گرفت و موافقتنامه کتبی شرکت کنندگان بدست آمد. در این پژوهش نمونه ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه با استفاده از روش نمونه گیری آسان از میان افراد جامعه پژوهش انتخاب سپس به دو گروه مداخله و کنترل به روش نمونه گیری تصادفی بلوکی و با استفاده از بلوک های ۴ تایی تقسیم شدند. در این روش ابتدا تمام افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند. سپس جهت تخصیص تصادفی افراد در گروه ها، یک لیست بر حسب حروف AB در قالب فایل اکسل تهیه شده و پژوهشگر با در دست داشتن این لیست هر کدام از افراد را بصورت تصادفی به ترتیب به یکی از حروف AB اختصاص می داد. این روند تا زمان کامل شدن حجم نمونه ادامه یافت. با

برای مشکلات دیگر در بزرگسالی فراهم می کند که از جمله آن ها می توان به مواردی چون: اختلالات یادگیری، کمبود رشد و آسم اشاره کرد (۲).

مشکلات تکاملی عدیده در این نوزادان و هزینه برداری آن برای سیستم مراقبت بهداشتی (صرف بیش از ۲۶ بلیون دلار در هر سال برای نوزادان نارس در ایالت متحده آمریکا) لزوم مراقبت پیشگیرانه پیوسته را به منظور کاهش این عوارض توسط تیم درمان و به ویژه پرستاران ضروری می سازد. پرستاران بایستی خانواده را جهت پذیرش وضعیت موجود و ادامه مراقبت از نوزاد در منزل آماده کنند. در واقع، والدین برای دستیابی به مهارت های مراقبت از کودک، به کمک پرستاران نیاز دارند. آن ها نیاز به آموزش مناسب و زمان کافی دارند تا اطلاعات را جذب کرده و یاد بگیرند (۴،۲،۱). این مسئله در قالب طرح ترخیص امکان پذیر است. طرح ترخیص عنصری بنیادی در ایجاد انتقال از جایگاه مراقبتی حاد به خانه است (۵). هدف آماده سازی خانواده، برای به عهده گیری مراقبت از نوزاد نارس یا بیمار و همچنین اطمینان از اینکه آن ها دانش مناسب، حمایت و منابع لازم برای انجام این هدف را کسب می کنند، است (۶،۷). همچنین اگر دوره بستری نوزادان نارس کوتاه شود و مراقبت های بعد از ترخیص توسط مادران انجام گیرد، میزان مرگ و میر نوزادان نارس کاهش یافته و در هزینه های بهداشتی نیز صرفه جویی می شود (۸).

ترخیص نوزادانی که هنوز آماده ترک بیمارستان نیستند، فشار بیشتری از نظر مراقبت های پس از ترخیص بر خانواده و جامعه تحمیل می کند که به نوبه خود می تواند بستری مجدد را افزایش دهد. از دیگر مزایای طرح ترخیص کاهش میزان بستری مجدد نوزادان نارس می باشد و از آنجا که بستری مجدد یک پیامد بالقوه قابل پیشگیری و پرهزینه بستری است، معیارها و آمادگی ترخیص همبستگی قوی با بستری مجدد نوزادان نارس دارد و وجود عواملی مانند ترخیص نوزادانی که هنوز آماده ترخیص از بیمارستان نیستند، آمادگی ضعیف والدین، عدم دانش و مهارت لازم والدین به نوبه خود می توانند میزان بستری مجدد را افزایش دهند، بطوریکه با افزایش آمادگی ترخیص احتمال بستری مجدد نوزاد کاهش می یابد (۹-۱۲). پس از ترخیص والدین در ارتباط با مراقبت از شیرخوار، ترس ها و نگرانی های زیادی دارند. و از اینکه کودک ممکن است در

استفاده از فرمول

$$n = \frac{(z_1 - a/2 + z_2 - B)2(s_1^2 + s_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

و با احتساب ریزش برای هر گروه ۲۸ نفر در نظر گرفته شد. از جمله معیارهای ورود به این مطالعه: سن نوزاد بین ۳۶-۳۲ هفته حاملگی، آپگار دقیقه پنجم بالای ۷، نداشتن ناهنجاری مادرزادی، آمادگی مادر جهت همکاری، سواد خواندن و نوشتن و عدم سابقه ابتلا مادر به بیماری روانی یا مصرف داروهای روانگردان بود همچنین در صورت وجود مواردی چون نیاز به بستری کمتر از دو روز، تشدید وضعیت بالینی نوزاد یا فوت نوزاد به هر دلیل و یا عدم حضور مادر حداقل در یکی از جلسات نمونه مورد نظر از مطالعه خارج می شد. ابزار اندازه گیری:

جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی مادر (سن مادر، وضعیت شغلی، تحصیلات، درآمد خانواده، نوع زایمان، سابقه سقط، سابقه بیماری مادر) و پرسشنامه مشخصات نوزاد (جنس، وزن و سن نوزاد، مدت بستری، آپگار دقیقه یک و پنج) استفاده شد، که روایی آن توسط ده تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی بدست آمده بود.

## روش کار

هر دو گروه پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک مادر و نوزاد را تکمیل نمودند. طرح ترخیص برای گروه مداخله از ابتدای بستری تهیه شد. اولین جلسه آموزشی طرح ترخیص در روز دوم پذیرش نوزاد و دومین جلسه آموزشی در روز ترخیص اجرا شد. هر جلسه آموزشی یک ساعته

توسط خود پژوهشگر و به صورت آموزش انفرادی همراه با آموزش عملی، چهره به چهره، و پرسش و پاسخ برای مادران نوزادان پره ترم گروه مداخله بر اساس زمان ترخیص اجرا شد. یک ماه پس از ترخیص وضعیت بستری مجدد نوزادان بوسیله تماس تلفنی با والدین پیگیری شد. جلسات و محتوی آموزش، در اولین جلسه آموزشی طرح ترخیص شامل، (آموزش شیردهی و پیگیری از هیپوترمی، حمام دادن و مراقبت از ناحیه ژنیتال، چشم و ناف) در روز دوم پذیرش و دومین جلسه آموزشی شامل، (آموزش احیا قلبی تنفسی و دادن دارو) در روز ترخیص برگزار شد، در فاصله بین دو جلسه، کتابچه آموزشی مربوط به شناخت علایم بیماری و ایمنی نوزاد، پیگیری واکسیناسیون و غربالگری ها (شنوایی، بینایی و آزمایشات متابولیک مانند کم کاری تیروئید)، جهت مطالعه به مادران داده شد. مادران گروه شاهد مراقبت های معمول بخش را دریافت کردند. تحلیل آماری:

اطلاعات وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ شد. برای مقایسه متغیرهای کمی در دو گروه از آزمون T مستقل و در صورتیکه نرمال نبودند و یا متغیر کیفی رتبه ای بودند از آزمون من ویتنی و برای مقایسه متغیرهای کیفی اسمی از آزمون مربع کای و برای بررسی ارتباط بین اجرای طرح ترخیص و بستری مجدد از آزمون مربع کای استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای مقایسه متغیرهای توصیفی از جدول توزیع فراوانی شامل میانگین و انحراف معیار و درصد استفاده شد.

## یافته ها

جدول ۱. مقایسه میزان میانگین و انحراف معیار وضعیت بارداری مادران در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	کنترل		مداخله		نام متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱	۱/۵۴	۲/۶۸	۱/۵۸	۲/۶۸	تعداد بارداری
۱	۰/۶۹۰	۰/۴۳	۰/۹۲۰	۰/۴۳	تعداد سقط
۰/۰۶۵	۱/۲۳	۱/۸۶	۱/۱۷	۱/۲۵	تعداد بچه زنده

و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد.

(جدول ۱) نشان می دهد، با استفاده از آزمون من ویتنی می توان گفت که در تمامی متغیرها بین دو گروه مداخله

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد ویژگی های بالینی نوزادان در دو گروه مداخله و کنترل

p-value	گروه مداخله		گروه کنترل		رده بندی	شاخص متغیر آماری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۰۷	۰	۰	۷/۱	۲	۱۰۰۰-۱۵۰۰	وزن تولد (گرم)
	۱۴/۳	۴	۱۰/۷	۳	۱۵۰۰-۲۰۰۰	
	۷۱/۴	۲۰	۶۷/۹	۱۹	۲۵۰۰-۳۰۰۰	
	۱۰/۷	۳	۱۴/۳	۴	۳۰۰۰-۳۵۰۰	
	۳/۶	۱	۰	۰	۳۵۰۰-۳۰۰۰	
۰/۲۵۲	۳۹/۲	۱۱	۷۵	۲۱	دختر	جنس
	۶۰/۸	۱۷	۲۵	۷	پسر	
	۰	۰	۳/۶	۱	۳۱-۳۳	
۰/۵۴۹	۷/۱	۲	۷/۱	۲	۳۳-۳۵	سن تولد (هفته)
	۹۲/۹	۲۶	۸۹/۳	۲۵	۳۵-۳۷	
	۲۵	۷	۳۵/۷	۱۰	۱-۵	
۰/۳۸۳	۷۵	۲۱	۶۴/۳	۱۸	۵-۱۵	مدت بستری نوزاد(روز)

وجود ندارد و هر دو گروه مداخله و کنترل در ارتباط با متغیرهای مورد نظر یکسان می باشند.

(جدول ۲) نشان می دهد، به دلیل اینکه در تمامی موارد  $p\text{-value} > 0.05$  است بنابراین بین دو گروه مداخله و کنترل بر اساس متغیرهای مورد نظر مطالعه تفاوت معناداری

جدول ۳. مقایسه میزان میانگین و انحراف معیار آپگار نوزادان در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	مداخله		کنترل		نام متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۷۵	۰/۴۸	۸/۷۹	۱/۲۴	۸/۷۱	آپگار دقیقه
۰/۷۹۴	۰/۵۰۹	۹/۵۰	۰/۵۰۸	۹/۴۶	آپگار دقیقه ۵

با آزمون مربع کای مشخص شد بین بستری مجدد و اجرای طرح ترخیص در گروه مداخله و کنترل ارتباط وجود دارد.

(جدول ۳) نشان می دهد با استفاده از آزمون من ویتنی می توان گفت که در تمامی متغیرها بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴. مقایسه میزان فراوانی بستری مجدد نوزادان نارس در دو گروه مداخله و کنترل

P-value	گروه مداخله		گروه کنترل		نام متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۱۹	۹۲/۹	۲۶	۶۷/۹	۱۹	ندارد
	۷/۱	۲	۳۲/۱	۹	دارد

مجدد وجود دارد. بنابراین می توان گفت اجرای طرح ترخیص باعث کاهش میزان بستری مجدد نوزادان در گروه مداخله می شود.

(جدول ۴) نشان می دهد در گروه کنترل ۹ مورد بستری مجدد و در گروه مداخله ۲ مورد بستری مجدد وجود دارد، با توجه به  $p\text{-value} = 0.019$  می توان گفت بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری بر اساس موارد بستری

**بحث**

نتایج بدست آمده از ویژه گیهای دموگرافیک نوزادان و مادران با مطالعات دیگر، مشابه و همراستا می باشد (۱۱-۱۳).

یافته های به دست آمده نشان داد که اجرای طرح ترخیص باعث کاهش میزان بستری مجدد نوزادان در گروه مداخله شد ( $p = 0/05$ ). این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات مشابه (۱۲، ۱۴، ۱۵)، همسو و با نتایج به دست آمده در مطالعه کربندی و همکاران (۱۱) و کلین و همکاران (۱۶) ناهمسو است.

دستی و همکاران (۱۲) در یک مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی نشان دادند که آمادگی ترخیص، همبستگی قوی با بستری مجدد نوزادان نارس دارد، به طوری که با افزایش آمادگی ترخیص نوزاد و والدین، احتمال بستری مجدد نوزاد کاهش می یابد. هرچند مطالعه حاضر از نوع مداخله ای بوده و به واسطه روش تحقیق تجربی آن، رابطه ی قوی تری را نسبت به مطالعه دستی و همکاران نشان داد که میان آماده سازی برای ترخیص (اجرای طرح ترخیص) و کاهش میزان بستری مجدد نوزادان ارتباط وجود دارد. در مطالعه اورتستراند و همکاران (۱۴) که همراستا با نتایج پژوهش حاضر بوده است، پدر و مادر از زمان پذیرش تا ترخیص نوزاد به صورت ۲۴ ساعته می توانستند بر بالین نوزاد خود حضور داشته باشند و در مراقبت از نوزاد خود مشارکت فعال داشته باشند. نتایج به دست آمده نشان داد که مشارکت و حضور والدین تأثیری قوی بر مدت بستری اکثر نوزادان پره ترم داشت به طوری که یک کاهش ۵ روزه در طول مدت بستری این نوزادان به دست آمد. در واقع والدینی که زمان بیشتری با نوزادشان هستند، فرصت بیشتری جهت تفسیر علایم ناراحتی نوزاد و دیگر نیازهای نوزادشان دارند عملکرد بهتری را نشان می دهند. در مطالعه ای که در تایلند توسط اردو و همکاران (۱۵) انجام یافت، نوزادان گروه مداخله به جای بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان پس از به دنیا آمدن در اتاقهای خصوصی به همراه مادر در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می شدند و مادر در مراقبت از نوزاد مشارکت می کرد، در حالی که نوزادان گروه کنترل در بخش مراقبت ویژه بستری می شدند و مادران در این گروه مشارکتی در مراقبت از نوزاد نداشتند. سه ماه پس ترخیص نوزاد، طی تماس تلفنی با والدین، در خصوص بستری مجدد نوزاد سوال شده

نتایج مطالعه حاکی از کاهش بستری مجدد و دفعات مراجعه به پزشک در گروه مداخله بود. در این پژوهش ارائه مداخله مستقیم در مراقبت از نوزاد توسط مادر بارز بوده است که از این نظر مشابه با پژوهش حاضر است.

اما در مطالعه کربندی و همکاران (۱۱) با اجرای یک کارآزمایی بالینی تصادفی، تاثیر برنامه توانمندسازی مادر بر طول مدت بستری و میزان بستری مجدد نوزادان نارس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی طول مدت بستری را کاهش می دهد اما بر روی میزان بستری مجدد اثرگذار نمی باشد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر ناهمسو است. تفاوت مطالعه کربندی و همکارانش با مطالعه حاضر در روش اجرای برنامه آموزشی می باشد. در مطالعه آنها برنامه توانمندسازی مادر به صورت کتابچه و فایل صوتی در چهار مرحله انجام شد: مرحله اول، ۲-۴ روز پس از بستری نوزاد و شامل اطلاعاتی درباره ویژگی های رفتاری و ظاهری نوزاد نارس و رسیده و آشنایی با محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان. مرحله دوم، ۲-۴ روز پس از مرحله اول و شامل اطلاعات جدید درباره رفتارها و رشد و تکامل نوزاد و پیشنهاداتی برای برآوردن نیازهای او. مرحله سوم، ۱-۴ روز قبل از ترخیص نوزاد و شامل اطلاعات تکمیلی در مورد حالات و رفتار نوزاد مانند حالت خواب آلود بودن، هوشیاری آرام یا هوشیاری فعال در نوزاد و مرحله چهارم نیز یک هفته پس از ترخیص نوزاد و شامل اطلاعات تکمیلی در مورد حالات و رفتارهای نوزاد و نقش والدینی مرتبط با رشد و تکامل نوزاد و نیز پیشنهاداتی به منظور ارتقای مثبت والدین و نوزاد بود. اما در مطالعه حاضر اجرای طرح ترخیص برای گروه آزمون در روز دوم پذیرش و روز ترخیص (طی دو جلسه بر اساس مدت زمان بستری) انجام شد. محتوای جلسات آموزشی نیز با مطالعه کربندی و همکاران (۱۱) تفاوت داشت. نتیجه حاصل از این پژوهش نشانگر آن است که ارتقای سطح کیفیت خدمات با کاهش میزان بستری مجدد نوزادان نارس همراه است و اجرای طرح ترخیص و مراقبت خانواده محور گامی است که منافع آن علاوه بر درمان بیماران، موجب ارتقا سلامت جامعه و خدمات خواهد شد.

**نتیجه گیری**

یافته های به دست آمده در مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه آموزشی طرح ترخیص می تواند منجر به

را با مشکل مواجه می سازد، لذا این امر می تواند در پژوهش های سایر محققین مورد مطالعه قرار گیرد.

### سیاسگزاری

مقاله حاضر نتیجه طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با شناسه اخلاق IR.AJUMS.REC.1397.617 می باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین محترم بیمارستان های مورد مطالعه و پرستاران بخش نوزادان بیمارستان ولیعصر (عج) خرمشهر و همچنین از راهنمایی های ارزنده اساتید محترم تشکر و قدردانی می شود.

### References

1. Wong D, Hockenberry M, Wilson D. WONG'S Nursing Care Of Infant And Children. 10 the ed .Tehran. Boshra Publisher. 2015; P. 641-642.
2. Terese Verklan M, Marlene W. Core Curriculum for Neonatal Intensive Care Nursing. 5 th ed . Elsevier Publisher. 2014; P.447.
3. MAHMOUDIZADEHM, NEMATIES, REZAEI F, SHARAFI H. THE PREVALENCE OF PREMATURE AND LOW WEIGHT NEONATE BIRTH AND RISK FACTORS IN OPERATING ROOM STAFFS OF BANDARABBAS EDUCATIONAL HOSPITALS. ZANKO JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES FALL. 2017;18(58); 61- 67.
4. Tubbs-Cooley HL, Cimiotti JP, Silber JH, Sloane DM, Aiken LH. An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions. *BMJ Quality and Safety*. 2013; 22(9):735-42. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001610>
5. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL. Brunner & Suddarth Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
6. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home (Review). *Cochrane Library*. 2008; 4:1-47.
7. Research Proposal submitted to University of Dublin Trinity College, in partial fulfillment of the requirements for the Bachelor in Science (Nursing) (Cur.).
8. Tarverdy M, Basiri P, Alave H. An Investigation on the Effects of Home Care Education on

کاهش میزان بستری مجدد نوزادان نارس شود. از این رو، می توان نتیجه گرفت که ارائه آموزشهایی مانند تغذیه و بهداشت می تواند با افزایش کیفیت مراقبت از نوزاد منجر به کاهش بستری مجدد نوزادان شود. بنابراین توصیه می شود که در بخشهای نوزادان بویژه نوزادان نارس تحت مراقبت حاد و ویژه آموزشهای ترخیص برنامه ریزی شده از زمان پذیرش تا هنگام ترک بیمارستان و بعد از آن در منزل صورت پذیرد. بیمارستان ها اجرای برنامه آموزشی طرح ترخیص را مورد توجه و عملیاتی سازی قرار دهند. یکی از محدودیت های پژوهش قابلیت تعمیم پذیری مطالعه حاضر به گروه سنی خاصی از نوزادان نارس است، که به علت محدودیت مذکور در نمونه ها تعمیم پذیری داده ها

- Mortality and Morbidity for Preterm Infant's Mothers Tajrish Hospital. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty*. 2006; 4(1): 2-14. [Persian].
9. Seki K, Iwasaki S, An H, Horiguchi H, Mori M, Nishimaki S, et al. Early discharge from a neonatal intensive care unit and rates of readmission. *Pediatrics International*. 2011; 53(1):7-12.
10. Harijan P, Boyle EM. Health Outcomes in Infancy and Childhood of Moderate and Late Preterm Infants. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2012; 17(3): 159-62. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.02.002>
11. Karbandi S, Momenzadeh AM, Heidarzadeh S, Mazlom R, Hassanzadeh MH. Effect of Maternal Empowerment Program on the Length of Hospitalization and Readmission Rate of Premature Infants. *J Babol Univ Med Sci*. 2015; 17(10): P: 28-33.
12. Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A. Correlation between discharge preparation and rehospitalization of premature newborns. *Journal of Health Promotion Managemen*. 2014; 3(4):37-45.
13. Arshadi Bostanabad M, Mostafa Gharehbaghi M, Seyedi Elmabad assessing the effect of discharge planning program on satisfaction of preterm infant mothers in NICU. *NJV*. 2015; 2(3): 47-58.
14. Örténstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Åkerström S, Brune T, et al. The stockholm neonatal family centered care study: effects on length of stay and infant

- morbidity. *Pediatrics*. 2010; 125(2):e278-85.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-1511>
15. Erdeve O, Arsan S ,Yigit S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatr*. 2008; 97(10):1351-7.  
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00889.x>
16. Klein L. Effectiveness of parent education on late preterm infants' readmission rates. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs*. 2011; 40(s1):S110-S1.  
[https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01243\\_31.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01243_31.x)