مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره 10، مهر1394، صفحه 33-28

تاثیر برنامه توانمندسازی مادر برطول مدت بستری و بستری مجدد نوزادان نارس

سهیلا کربندی (MSc)[1]، اعظم مومنی زاده (BSc)[2*]، محمد حیدرزاده (MD)[3]، سید رضا مظلوم (MSc)[4]
محمدحسن حسن زاده (PhD)[5]

1- گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
2- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
3- گروه نوزادان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
4- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
5- گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

دریافت: 93/12/12، اصلاح:94/2/16 ، پذیرش:94/5/7

خلاصه

سابقه و هدف: نوزاد نارس به دلیل نیازهای ویژه ای که دارند، برای رسیدن به شرایط عادی روزها و حتی ماهها در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می شوند. با وجود پیشرفت تجهیزات پزشکی، همچنان بستری مجدد نوزادان نارس بالا است و مشکلات اقتصادی و روانی زیادی به خانوادهها تحمیل می‌نماید، این مطالعه به منظور تاثیر برنامه توانمندسازی مادر بر طول مدت بستری و بستری مجدد نوزادان نارس انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه کارآزمایی بالینی که بر روی 70 مادر دارای نوزاد نارس در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. برنامه توانمندسازی که آموزشی رفتاری می باشد در چهار مرحله: مرحله اول 2-4روز پس از بستری نوزاد و مرحله دوم 2-4 روز پس از مرحله اول و مرحله سوم 1تا 3 روز قبل از ترخیص نوزاد و مرحله چهارم یک هفته پس از ترخیص، اجرا گردید در هر مرحله مادر به فایل صوتی مربوط به آن مرحله گوش داده و مادران گروه کنترل طبق سیاست بیمارستان اطلاع رسانی و از مراقبت ها ی معمول برخوردار بودند. طی دو مرحله (به فاصله 10تا 15 روز) پس از ترخیص نوزاد طی تماس تلفنی در مورد بستری مجدد نوزاد و دفعات آن سوال می شد و طول مدت بستری نیز از طریق پرونده نوزاد به ثبت رسید. IRCT:201410151954N

یافتهها: میانگین طول مدت بستری در گروه مداخله 10/85±5/93و در گروه کنترل 13/85±7/65روز بوده (p=0/03). میزان بستری مجدد یک ماه پس از ترخیص نوزاد در دو گروه تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی، طول مدت بستری را کاهش می دهد اما بر روی میزان بستری مجدد اثر گذار نمی باشد.

واژه‌های کلیدی: برنامه توانمندسازی، طول مدت بستری، میزان بستری مجدد، نوزاد نارس.

مقدمه

نوزاد نارس، نوزاد زنده ای است که زیر 37 هفته کامل حاملگی بدنیا آمده باشد(1). نوزادان نارس12 درصد از کل تولدها را در سال تشکیل می دهند(2). نوزادان نارس نه تنها در ظاهر متفاوت به نظر میرسند، بلکه به دلیل نیازهای ویژه ای که دارند، باعث میشود تا برای رسیدن به شرایط عادی روزها و حتی ماهها در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شوند(3). نوزادان خیلی کم وزن با نوزن تولد (کمتر از 1500گرم) نیز در مقایسه با نوزادان رسیده به خاطر عوارض نارس بودن، عفونت ها، اثرات عصبی و اختلالات تکاملی(کاهش تودهٔ مغزی، ناتوانی یادگیری، کاهش ضریب هوشی، بیش فعالی و کم توجهی، اختلالات کلامی، بینایی، شنوایی، حرکتی، کاهش قوه ادراک و اعتماد به نفس، نقایص رفتاری و شناختی)، بیشتر در بیمارستان بستری می شوند(4). از طرفی هزینه های درمانی در نوزادان نارس حدود 10برابر نوزادان ترم می باشد و میانگین اقامت برای نوزادان ترم 1/5روز و برای نوزادان نارس میانگین اقامت 13روزمی باشد(5). بستری شدن نوزاد علاوه براینکه سبب اشغال طولانی مدت تخت ویژه و هزینه های درمانی می گردد، باعث ایجاد مشکلات روحی، روانی و اقتصادی در خانواده ها نیز میشود(6). مطالعات اخیر آمار بستری مجدد را نگران کننده دانسته اند که این نهایتا به افزایش هزینه های درمانی منتهی می شود. بیشتر از 27 درصد نوزادان نارس سالم مجددا پس از ترخیص در بیمارستان بستری می شوند که این میزان نوزادان در نارس پرخطر و نوزادانی که وزن کمتر از 1000 گرم

این مقاله حاصل پایان نامه اعظم مومنی زاده دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان و طرح تحقیقاتی به شماره 922086 دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.
* مسئول مقاله: اعظم مومنی زاده
آدرس: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری مامایی. تلفن: 051-38591511
E-mail: momeniZA911@mums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]

دارند به 50 درصد در سال می رسد(5). برخی از مطالعات بیان کردند کـه دلیـل عمده بستری مجدد ناشی از نارسی است و اغلب نیز ناشی از مشکلات تنفسی و گوارشی می باشد. تعداد زیادی از این مشکلات به دلیل عدم مراقبت کافی والدین از این نوزادان پس از ترخیص در منزل می باشد (7). بنابراین باید در نظر داشت که ترخیص نوزادان به منزله سلامت کامل نوزاد نیست(8).

به طوریکه Tien و همکارانش اشاره کردند ترخیص نوزاد نارس، همیشـه به منزله رفع مشکل بهداشتی و مسایل تکاملی وی نمی باشد و آنها ممکن است در طول سال اول، بستری شدن های مکرر را تجربه کنند که این نشانه بارزی از مشکلات حاد در نوزادان پرخطر بعد از ترخیص می باشد (9). با توجه به اهمیـت مسایل ذکر شده و اینکه درحال حاضر، برنامه آموزشی خاصی جهـت حمایـت از مادران نوزادان نارس درطی مرحله حاد بستری به منظور کاهش مشـکلات ذکـر شده، وجود ندارد. آموزشـها بـه صـورت غیررسـمی و در خـلال مراقبتهـا توسـط پرستاران ارائه می گردد (10). بـا توجـه بـه مطالـب ذکـر شـده فـوق، از برنامـه فرصتهای توانمند سـازی والـدین (COPE) Creating Opportunities for Parent Empowerment که در سال 2001 توسـط Melnyk و همکـاران برای والدین نوزاد نارس طراحی شده بود استفاده شد. این برنامـه، یـک مداخلـه آموزشی-رفتاری 4مرحله ای است که بر پایه تئوری خودتنظیمی و کنترل برنامه ریزی شده که در اولین روزهای بستری نوزاد نارس اجرا می گردد و بـه صـورت مکتوب و فایل صوتی ارائه می گردد (11). لذا نیازی به صـرف وقـت زیـادی از سوی پرستار نمی باشد و در بخشهای ویژه نوزادان که بار کاری زیاد بالای وجود دارد می تواند مفید واقع شود(12). این برنامه در روزهای اول بستری انجام مـی شود و طبق مطالعات، مداخله زود هنگام کلید موفقیت برنامـه هـای مربـوط بـه والدین نوزادان نارس می باشد (13).

علاوه براین، این شیوه می تواند، روش جدیدی برای ارائه اطلاعات باشدو علاوه برحمایت روانی از والدین وارائه اطلاعات لازم در باره نوزاد نـارس باعـث کاهش مدت اقامت بستری در بیمارستان شود (14). با توجه به اهمیت مشکلات ذکر شده و لزوم اجرای این برنامه، این مطالعه به منظور تاثیر برنامه توانمندسازی مادر بر طول مدت بستری و بستری مجدد نوزادان نارس در بیمارستان ام البنین (س) شهر مشهد انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با شماره ثبت IRCT:201410151954N و پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و بعد از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان ام البنین (س) و هماهنگی با بخش مراقبـت ویـژه نـوزادان، بـر روی کلیه مادران دارای نوزاد نارس با سن جنینی کمتر از 37 هفته که در بخش مراقبـت ویـژه نـوزادان بیمارسـتان ام البنـین (س) مشـهد، در محـدوده زمـانی اردیبهشت ماه تا اواسط شهریور ماه سال 1393 پذیرش شدند، انجام شد. نمونـه گیری به روش در دسترس، یعنی انتخاب از بین مادران واجد شرایط مراجعه کننده به محیط پژوهش در زمان انجام پژوهش، انجام شد و در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بـین دو گـروه مداخلـه وکنتـرل، تخصیص واحد های پژوهش به دو گروه، به صورت طرح زمانی و از طریق قرعه کشی (پرتاب سکه) بوده است. به این ترتیب که ابتدا برای تعیین این کـه نمونـه گیری کدام گروه اول انجام شود از شیر یا خط استفاده شد که قرعه به نام گـروه کنترل افتاد. لذا کلیه مادرانی که دارای نوزاد نارس با سن جنینی کمتراز 37 هفته بوده و نوزادشان در بیمارستان ام البنین (س) پذیرش شده و واجد معیارهای ورود و خروج نمونه بودند گروه کنترل اختصاص یافتند. پـس از تکمیـل تعـداد نمونـه دراین گروه، به مدت3 هفته نمونه گیری متوقف شدتا مـادران شـرکت کننـده در گروه مورد مطالعه ترخیص شوند.

سپس نمونه گیری درگروه مداخله به همین صورت انجام شد. حجم نمونـه براساس مطالعه پایلوت و با اسـتفاده از فرمـول مقایسـه میـانگین هـا و ضـریب اطمینان 95 درصد و توان آزمون (80)، تعداد کل حجم نمونه 35 نفر در هر گروه (70 نفر در مجموع) برآورد گردید. لازم به ذکر است در این طـرح ریـزش نمونـه نداشتیم. مادران دارای سن 18سال و بیشتر، سواد خواندن و نوشتن، عـدم سـابقه تولد نوزاد نارس و نوزادان با سن جنینی کمتـر از 37 هفتـه، وزن تولـد (1000تـا 2500گرم)، عدم خون ریزی داخل بطنی (درجه 3و4) در زمان انجـام پـژوهش و تک قل بودن وارد مطالعه شدند و در صورت ترخیص نوزاد پیش از اتمام برنامـه، عدم رضایت والدین به ادامه همکاری در هر مرحله از مطالعه، فوت نـوزاد، طـول مدت اقامت کمتر از یک هفته و بیشتر از یک ماه از مطالعه خـارج شـدند. روش انجام پژوهش با توجه به سطح دانش مـادران توضـیح داده شـد و در صـورت تمایـل مادران، رضایت نامه کتبی اخذ گردید.

ابتدا متن کامل برنامه توانمندسازی ترجمه کامل شد و سپس در اختیار 10 تن از اعضای هیت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرارداده شد و پس از بررسی نقطه نظرات، اصلاحات لازم صورت گرفت و برای فایل صوتی مختص به هر مرحله کتابچه تهیه گردیدلازم بـه ذکـر اسـت کـه مرحلـه اول و دوم برنامـه توانمندسازی در ایران قبلا توسط Mianaei و همکاران (15) ترجمه شده بـود که ضمن دریافت و کسب اجازه از ایشان مورد استفاده قرارگر فت.

محتوی کتابچه در هر مرحله و مراحل اجرای مداخله:

مرحله اول: 4-2 روز پس از بستری نوزاد انجام شـد شـامل اطلاعـاتی دربـاره ویژگیهای ظاهری و رفتاری نوزاد نارس، تفاوت نوزاد نارس و رسیده، آشنایی بـا محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان میباشد.

مرحله دوم:4-2روز پس از مرحله اول اجرا شد. شامل اطلاعات جدیدی درباره رفتارها و رشد و تکامل نوزاد، پیشـنهاداتی بـرای بـرآورده سـاختن نیازهـای او و تسهیل فرآیند مشارکت مادر در مراقبت از نوزاد می باشد.

مرحله سوم:4-1روز قبل از ترخیص نـوزاد میباشـد در ایـن مرحلـه اطلاعـات تکمیلی در مورد حالات و رفتار نوزاد مـواردی ماننـد حالـت خـواب آلـود بـودن، هوشیاری آرام یا هوشیاری فعال در نوزاد و نیز بهترین زمان برای برقراری ارتباط با نوزاد ارائه شد.

مرحله چهارم: نیز یک هفته پـس از تـرخیص نـوزاد اسـت شـامل اطلاعـات تکمیلی درباره رفتارهای نوزاد نارس و نقش والدینی مرتبط با رشد وتکامل نوزاد و نیز پیشنهاداتی به منظور ارتقای ارتباط مثبت والدین و نوزاد مـی باشـد. قبـل از اجرای مداخله مربوط به مرحله اول، پرسشنامه اطلاعات دموگرفیـک مربـوط بـه مادر و نوزاد با همکاری مادر تکمیل شد. در ابتدا طریقه کار با دسـتگاه mp3 و نحوه مطالعه کتابچه و تکمیل کتاب کار توضیح داده شد و به مادر یادآوری شدکه هر گونه سوال احتمالی در خصوص آموزش های داده شده و تکمیل کتاب کار را می تواند در هر مرحله از پژوهشگر سوال کند. در هر مرحله مـادر بـدون حضـور

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]

پژوهشگر، به مدت 15 دقیقه به فایل صوتی حاوی اطلاعات هر مرحله اول از طریق دستگاه mp3 گوش می داد و همزمان این اطلاعات به صورت کتابچه مصور نیز در اختیار مادر قرار گرفت تا در صورت تمایل حین گوش دادن به نوار از آن استفاده نماید و در نهایت کتاب کار در پایان هر کتابچه قرار داشت و از مادر خواسته می شد تا کتاب کار مربوط به هر مرحله را تکمیل کند(16). ابزار خاص جهت کنترل اجرای مراحل برنامه توانمندسازی مادران لحاظ نشده بود مادران گروه کنترل طبق سیاست بیمارستان اطلاع رسانی و ازمراقبت های معمول برخوردار بودند طی دو مرحله(به فاصله 10تا 15 روز) پس از ترخیص نوزاد از طریق تماس تلفنی در مورد بستری مجدد نوزاد و دفعات آن سوال شد. طول مدت بستری از طریق پرونده نوزاد به ثبت رسید. سپس دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند.

جهت تجزیه وتحلیل داده ها از از آزمون‌های مجذور کای، t مستقل، آزمون دقیق فیشر و تی‌زوجی در نرم‌افزار SPSS نسخه 16 استفاده شد و $p<0/05$ معنی دار درنظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن مادران گروه توانمندسازی 5/5±27/9 سال و گروه کنترل 6/2±26/6 سال بود که اختلاف معنی دار بین دوگروه مشاهده نشد. میانگین سن جنینی نوزادان 2/2±32/4 هفته بود و وزن نوزادان در گروه توانمندسازی 419±1990/0 گرم و در گروه کنترل 434±1887/0 گرم بود که اختلاف معنی دار بین دو گروه مشاهده نشد. اکثریت مادران (64نفر) خانه دار (92/85%) دارای تحصیلات زیر دیپلم(40نفر، 57%) و 60% از مادران (42نفر) یک فرزند داشتند به این معنا که نوزاد تازه متولد شده که در حال حاضر در بیمارستان بستری است، تنها فرزند آنها است، تفاوت آماری معنی دار در تعداد فرزندان در دو گروه وجود نداشت. میانگین روزهای بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در گروه توانمندسازی 5/93±85/ 10روز و در گروه کنترل 7/65±13/85روز بوده است. (p=0/03). دفعات بستری مجدد یک ماه پس از ترخیص نوزاد از نظر آماری معنی دار نبود (جدول 1).

جدول 1. ویژگی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه ها	توانمندسازی تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	p-value
تحصیلات پدر	ابتدایی و راهنمایی	20(57/1)	19(54/3)	1/00**
شغل پدر	آزاد	23(65/7)	21(60)	0/63**
درآمدخانواده	زیر 600/000	17(46/8)	16(45/7)	0/61**
علت زایمان زودرس	دیسترس تنفسی	28(80/0)	27(77/1)	0/95**
جنس نوزاد	پسر	18(51/4)	23(65/7)	0/22***
تعداد فرزند	یک	60(21)	60(21)	0/94

Student_t*، Fisher Exact Test**، χ^2***

جدول2. توزیع فراوانی دفعات بستری مجدد نوزادان در دو گروه مداخله و کنترل

دفعات بستری	گروه: توانمندسازی تعداد(درصد)	گروه: کنترل تعداد(درصد)
هرگز	34(97/1)	32(91/4)
یک نوبت یا بیشتر	1(2/9)	3(8/6)
جمع	35(100/0)	35(100/0)
نتیجه آزمون	p=0/23، df=1	

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر برنامه توانمندسازی در کاهش طول مدت بستری تاثیر مثبتی داشته است. نتایج مطالعه Melnyk و همکاران هم سو با نتایج مطالعه حاضر بوده است که نشان دادند که با در نظر گرفتن یکسان بودن وضعیت نوزادان در دو گروه، طول مدت اقامت نوزادان در بخش مراقبت ویژه نوزادان درگروه مداخله 3/8روز و در بیمارستان 3/9روز کوتاهتر از گروه کنترل بوده است (16). این دو مطالعه به لحاظ متغیرهای دموگرافیک نظیر میانگین سنی مادران، سطح تحصیلات (اکثریت زیر دیپلم)، جنسیت نوزاد، میانگین سن داخل رحمی نوزادان و همچنین پروتکل آموزشی مشترک بودند. نتایج مطالعه Welchو همکاران متفاوت از نتایج پژوهش حاضر بوده این مطالعه بر روی150 نوزادان نارس بین 26 تا 35 هفته انجام شد و طول مدت بستری در دو گروه به لحاظ آماری رابطه معنی دار نبوده است (17).

پژوهش حاضر یک مداخله آموزشی رفتاری 4مرحله ای بوده ولی در مطالعه Welch مداخله به روش اجرای جلسات آموزشی به منظور ارتقای تعامل مادر و نوزاد (تماس پوست با پوست، نوازش ،صحبت کردن وروش آرام سازی نوزاد) و تشویق مادران به مشارکت در فعالیت های مراقبتی نظیر پوشک کردن و حمام کردن نوزاد بوده تا به این طریق مادران زمان بیشتری را صرف مراقبت از نوزاد بکنند، تفاوت در شیوه اجرای مداخله می تواند در نتیجه پژوهش تاثیر بگذارد. مطالعه Ortenstrand و همکاران که همراستا با نتایج پژوهش حاضر بوده است. در این مطالعه پدر و مادر از زمان پذیرش تا ترخیص نوزاد به صورت 24 ساعته می توانستند بر بالین نوزاد خود حضور داشته باشند و در مراقبت را از نوزاد خود مشارکت فعال داشته باشند مشارکت و حضور والدین تأثیری قوی بر مدت بستری اکثر نوزادان پره‌ترم داشت به طوری که یک کاهش 5 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 می‌دهند(18). در پژوهش حاضر نیز نیز فعالیت های خواسته شده از مادر در کتاب کار او را برای مشارکت در مراقبت از نوزاد و پاسخ گویی بهتر نسبت به نیازهای نوزاد آماده می کند.

Bhutta و همکاران با درگیر نمودن مادران، طول مدت بستری نوزادانی که مادران تمام مراقبت‌های اصلی پرستاری از قبل از ترخیص نوزاد را فراهم کردند، تقلیل یافت. نتایج این مطالعه نشان داد که درگیر کردن فعال مادران در مراقبت از نوزادشان قبل از ترخیص، طول مدت بستری کمتر ی را در پی خواهد داشت (19). در پژوهش حاضر آموزش مادران در خصوص افزایش مشارکت در

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]

مراقبت ازنوزاد وتفسیر علایم وی وپاسخ گویی به موقع به نیازهای او وارتقای تعامل مثبت بین مادر و نوزاد لحاظ شده و همچنین تکمیل کتاب کار در هر مرحله او را برای مشارکت در مراقبت از نوزاد تشویق می کند. در مطالعه حاضر تاثیر برنامه توانمند سازی بر میزان بستری مجدد تفاوت معنی دار نداشت. نتایج مطالعه Klein و همکاران کاهش بارزی در میزان بستری مجدد نشان نداد(20). از وجوه مشترک مطالعه و پژوهش حاضر آموزش از طریق کتابچه های آموزشی بوده است و اطلاعات آموزش داده به مادر به صورت کتبی در اختیار نمونه مورد پژوهش قرار داده شده بود که وجود رو ش آموزشی مشابه می تواند درنتیجه دو مطالعه تاثیر داشته باشد. در مطالعه‌ای که در تایلند توسط Erdeve و همکاران 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 می‌شدند و مادر در مراقبت از نوزاد مشارکت می‌کرد، در حالی که نوزادان گروه کنترل در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شدند و مادران در این گروه مشارکتی در مراقبت از نوزاد نداشتند. سه ماه پس ترخیص نوزادطی تماس تلفنی با والدین، در خصوص بستری مجدد مجدد نوزاد سوال شده نتایج مطالعه حاکی از کاهش بستری مجدد و دفعات مراجعه به پزشک در گروه مداخله بود (21). در این پژوهش ارائه مداخله مستقیم در مراقبت از نوزاد توسط مادر بارز بوده است ولی در پژوهش حاضر آموزش ها به صورت کتابچه ها و فایل بوده وآموزش ها به صورت عملی صورت نگرفته است، این مورد می تواند در نتیجه دو پژوهش تاثیر بگذارد. نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی، سبب کاهش طول مدت بستری شده ولی تاثیری بر میزان بستری مجدد نگذاشته است که می تواند پیگیری کوتاه مدت در مورد بستری مجدد و یا نیاز به مطالعه بر روی تعداد نمونه بیشتر باشد. با توجه به اثربخشی این برنامه بر طول مدت بستری، اجرای این برنامه به عنوان استاندارد مراقبتی جهت کاهش طول مدت بستری نوزادان نارس توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به دلیل حمایت مالی و معنوی از این تحقیق و مسئولین، سرپرستار و پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان ام البنین(س)، همچنین از کلیه مادران دارای نوزاد نارس بستری در این بخش تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]

Effects of Maternal Empowerment Program on the Length of Hospitalization and Readmission Rate of Premature Infants

S. Karbandi (MSc)[1], A. Momenizadeh (BSc)*[2], M. Heidarzadeh (MD)[3], S.R. Mazlom (MSc)[4], M.H. Hassanzadeh (PhD)[5]

1.Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
2.Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
3.Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R.Iran
4.Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
5.Department of Psychology, Islamic Azad University of Torbat-e Jam, Torbat-e Jam, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 17(10);Oct 2015; PP:28-33
Received: Mar 3th 2015, Revised: May 6th 2015, Accepted: Mar 3th 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Premature infants because special needs might be admitted at the neonatal intensive care unit for days to recover. Despite medical advances, rate of readmission among preterm infants is relatively high, causing economic and psychological problems for families. This study aimed to evaluate the effects of empowerment Mother Program on length of stay and readmission rate of preterm infants.

METHODS: This randomized clinical trial was conducted on 70 mothers with premature infants, divided into two groups of intervention and control. Educational-behavioral empowerment program was performed in four stages: 2-4 days after admission (stage one), 2-4 days after completing the first stage (stage two), 1-3 days before discharge (stage three), and one week after discharge (stage four). During each stage, mothers in the intervention group listened to selected audio files, and subjects in the control group received usual care based on hospital policies. In two stages, mothers were regularly enquired about the readmission rate of neonates via phone calls within 10-15 days after discharge. In addition, length of hospitalization was extracted from the medical records of the infants. IRCT:N201410151954.

FINDINGS: In this study, mean of hospitalization in the intervention and control groups was 10.85±5.93 and 13.85±7.65 days, respectively (p=0.03). Moreover, no statistically significant difference was observed in the readmission rate of infants one month after discharge.

CONCLUSION: According to the results of this study, the empowerment program caused a significant reduction in the length of hospital stay. However, it had no significant effects on the rate of readmission in the studied neonates.

KEY WORDS: *Empowerment Program, Length of Hospital Stay, Readmission Rate, Premature Infants.*

Please cite this article as follows:
Karbandi S, Momenizadeh A, Heidarzadeh M, Mazlom SR, Hassanzadeh MH. Effects of Maternal Empowerment Program on the Length of Hospitalization and Readmission Rate of Premature Infants. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(10):28-33.

***Corresponding Author: A. Momenizadeh (BSc)**
Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, I.R.Iran
Tel: +98 51 38591511
Email: momeniZA911@mums.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]

References

1.Farhadi R, Yaghobian M, Saravi BM. Clinical findings leading to the diagnosis of sepsis in neonates hospitalized in Imam Khomeini and Bu Ali hospitals, Sari, Iran: 2011-2012. Glob J Health Sci. 2014;6(4):298-303.
2.Lessen BS. Effect of thepremature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. Adv Neonatal Care. 2011;11(2):129-39.
3.De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). Patient Educ Couns. 2009;76(2):159-73.
4.Kliegman RM, Stanton BMD, Geme J, Schor N, Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Saunders Elsevier; 2011.p. 2680.
5.Hack M, Wilson-Costello D. Neonatology-A practical approach to neonatal diseases: Follow-up outcomes of high risk infants. Italy:Springer Milan; 2012. p. 122-9.
6.Lian YC, Ying SHK, Peng CC, Yann TY. Early discharge study for premature infants: singapore general hospital. Perm J. 2008;12(4):15-8.
7.Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller A-B, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012;379(9832):2162-72.
8.Verma RP, Sridhar S, Spitzer AR. Continuing care of NICU graduates. Clin Pediatr. 2003;42(4):299-315.
9.Tien CL, Peterson CA, Shelley MC. Postdischarge service use by families of neonatal intensive care unit graduates. J Early Interv. 2002;25(1):42-57.
10.Valizadeh L, Namnabati M, ZamanzadehV, Badiee Z. Factors affecting infant's transition from neonatal intensive care unit to home: A qualitative study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(1):71-8.
11.Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Fairbanks E, Schultz-Czarniak J, Hust D, et al. Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: A pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. Res Nurs Health. 2001;24(5):373-89.
12.Jafari Mianaei S, Alaei Karahroudi F, Rasouli M. Study of the impacts of rehabilitation program on mothers with premature hospitalized infants. J Edu Ethics Nurs. 2013;1(1):29-37. [In Persian]
13.Berlin LJ, Brooks-Gunn J, McCarton C, McCormick MC. The effectiveness of early intervention: Examining risk factors and pathways to enhanced development. Prev Med. 1998;27(2):238-45.
14.Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. Nurs Res. 2008;57(6):383-94.
15.Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014;19(1):94-100.
16.Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2006;118(5):e1414-27.
17.Welch MG, Hofer MA, Stark RI, Andrews HF, Austin J, Glickstein SB, et al. Randomized controlled trial of Family Nurture Intervention in the NICU: assessments of length of stay, feasibility and safety. BMC pediatrics. 2013;13(1):148.
18.Örtenstrand 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.
19.Bhutta ZA, Khan I, Salat S, Raza F, Ara H. Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). BMJ. 2004;329(7475):1151-5.
20.Klein L. Effectiveness of parent education on late preterm infants' readmission rates. J Obstet Gynecol Neonat Nurs. 2011;40(s1):S110-S1.
21.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.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.10.4.9]
[DOI: 10.22088/jbums.17.10.28]