مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۱۹، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۰
صفحه: ۷۴۴-۷۳۶

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 19, No. 6, Jan-Feb 2012
Pages: 736-744

بررسی تاثیر برنامه آموزشی بازدید از منزل بر مرگ و میر و ناتوانی نوزادان نارس

میترا ادراکی[۱]، حسین مروج*[۲]، معصومه رامبد[۳]

۱-کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۲- فلوشیپ غدد کودکان، استادیار گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۳-کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۷

چکیده

مقدمه: تولد پیش از موعد(قبل از ۳۷ هفتگی) منجر به پیامدهای نامطلوبی از جمله مرگ و میر جنینی و نوزادی و ابتلا به بیماریهای مختلف خواهد شد. بازدید نوزاد در منزل می‌تواند مرگ و میر نوزادان در معرض خطر را کاهش دهد. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر برنامه آموزشی بازدید منزل بر مرگ و میر و ناتوانی نوزادان نارس است.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش تجربی است که در آن نوزادان نارس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با سن جنینی کمتر از ۳۷ هفته به طور تصادفی در دو گروه آزمون(۳۰ نفر) و کنترل(۳۰ نوزاد) جای گرفتند. بازدید منزل پس از ترخیص از بیمارستان به مدت ۶ ماه به گروه آزمون ارائه شد. گروه کنترل مراقبت‌های معمول بیمارستان را دریافت کرده و جهت معاینه مراجعه می‌کردند. هر دو گروه برای شش ماه در سال ۸۹ -۸۸ تحت پیگیری قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون کای‌اسکوئر و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: مرگ و میر نوزادان در طی شش ماه اول زندگی در دو گروه تفاوتی با یکدیگر نداشت($p>۰/۰۵$). اما تعداد موارد بستری نوزادان و تعداد موارد بیماری کودکان بدون نیاز به بستری؛ در طی شش ماهه اول زندگی در گروهی که تحت بازدید منزل بودند، کمتر از گروه کنترل بود($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه حاکی از این بود که برنامه آموزشی بازدید منزل توسط مراقبین بهداشتی منجر به کاهش تعداد موارد بستری نوزاد در طی شش ماه اول زندگی می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود بازدید منزل جز برنامه‌های بهداشتی قرار گیرد تا بتوان تعداد موارد بستری نوزادان را کاهش داده و به تبع در جهت ارتقاء سلامت کودکان قدم برداشت.

واژه‌های کلیدی: ویزیت منزل، نوزاد، نارس، مرگ و میر

* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۷۱۱-۶۴۷۴۲۹۸، پست الکترونیکی: hmoravej@sums.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

تولد پیش از موعد (قبل از ۳۷ هفتگی) منجر به پیامدهای نامطلوبی از جمله مرگ و میر جنینی و نوزادی خواهد شد(۱). نوزادان کم وزن در صورتی که پیش از موعد مقرر متولد شده باشند، در مقایسه با سایر نوزادان بیشتر در معرض خطر مرگ و میر و ابتلا به بیماریهای مختلف قرار دارند(۲). اختلالات تنفسی، کاهش قندخون، یرقان، عدم تعادل درجه حرارت از جمله مشکلاتی است که در این کودکان دیده می‌شود(۳). ناتوانی در تغذیه در کنار زردی، عفونت، نارسایی در رشد از علل شایع بستری نوزادان نارس در بیمارستان است(۳). به دلیل وجود مشکلات متعدد پیش روی این نوزادان، سرویس‌های پیگیری می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از بروز این مشکلات در کودکان در معرض خطر داشته باشد(۴).

در سال‌های اخیر، توجهات ملی بر این نکته تاکید دارد که سال‌های اولیه زندگی به عنوان فرصتی برای ارتقاء سلامت کودک در نظر گرفته شود و در این زمان به والدین کمک می‌شود که یاد بگیرند چطور مراقبت‌های موثر را برای کودک خود فراهم سازند و با تامین تجربیات غنی اولیه، تکامل ذهنی کودک خود را تسهیل نمایند(۵). با توجه به کوتاه شدن زمان بستری مادر در بیمارستان، در طی ۶ هفته اول پس از تولد نوزاد و تا زمان واکسیناسیون، مادر و نوزاد هیچ تماسی با مراقبین بهداشتی ندارند و این امر منجر به اختلال در تداوم مراقبت از سوی مراقبین بهداشتی خواهد شد(۲). طی چند دهه گذشته، بازدید منزل پس از زایمان در زنان و نوزادان توجهات زیادی را به خود معطوف کرده است(۶).

بازدید منزل از نوزاد یک راهبرد شناخته‌شده مطلوب برای بررسی سلامت و تکامل کودک است(۷). هدف بازدید منزل بهبود پیامدهای بارداری از طریق آموزش تغذیه‌ای و کاهش سوءمصرف مواد؛ حمایت از خانواده به منظور تامین امنیت کودک، تغذیه صحیح و تامین محرک‌های محیطی؛ دستیابی به حداکثر سلامتی و تکامل کودک؛ ارتباط خانواده با مراقبین بهداشتی و سایر خدمات مورد نیاز می‌باشد(۸).

محققین بر این باورند که بازدید منزل منجر به کاهش مرگ و میر و ناتوانی نوزاد و بهبود احساس خوب بودن در خانواده‌های در معرض خطر می‌شود(۶). نتایج مطالعات نشان داد که بازدید منزل پیامدهای مثبتی را برای نوزاد و مادر در پی دارد و منجر به افزایش رضایت مادر و صرفه‌جویی در هزینه‌ها خواهد شد(۹). Bang بیان کرد انجام بازدید منزل شیوع و نگرانی‌های مربوط به مرگ و میر نوزادان را نزدیک به ۵۰٪ کاهش می‌دهد(۱۰). پژوهشگران در بنگلادش، هند و پاکستان بر این باورند که مراقبت از نوزاد در منزل ۶۰-۳۰٪ خطر مرگ و میر نوزادان در معرض خطر در کشورهای در حال پیشرفت را کاهش می‌دهد(۱۴-۱۱).

Finello در یک مطالعه کارآزمایی بالینی خاطرنشان کرد نوزادانی که تحت بازدید منزل بودند، کمتر در طی ۱۲ ماه اول زندگی به مراکز اورژانس مراجعه کرده بودند و میزان بستری مجدد آنها در بیمارستان کمتر بود. با این حال محققین دیگری بر این باورند که میانگین تعداد معاینات پزشکی کودکان به ازاء هر سال در گروهی که تحت بازدید منزل بوده با گروهی که بازدید منزل بر روی آنها انجام نشده بود، تفاوتی با هم نداشتند(۱۵). یافته‌های برخی دیگر از محققین نشان داد مشکلات پزشکی نوزادان در گروهی که تحت بازدید منزل توسط پرستاران در طی ده روز اول پس از زایمان بودند، در مقایسه با گروهی که تحت بازدید منزل نبودند، تفاوتی با هم نداشتند(۱۶). با این حال پژوهشگران معتقدند بازدید منزل توسط پرستاران یک راهبرد موثر بر پیشگیری از مشکلات روحی و مرگ و میر نوزاد است(۱۷).

با توجه به نتایج مطالعات مختلف در سایر کشورها و محدودیت انجام مطالعاتی پیرامون تاثیر بازدید منزل بر مرگ و میر کودکان در ایران، پژوهشی با هدف بررسی تاثیر بازدید منزل بر مرگ و میر، میزان ابتلا به بیماری‌ها و بستری در بیمارستان درکودکان مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. پژوهشگر و همکاران امید دارند با ارائه مطالبی پیرامون این موضوع بتواند در جهت کاهش مرگ و میر کودکان و به تبع ارتقاء سلامت جامعه قدم بردارند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش تجربی با گروه کنترل است که به منظور تعیین تاثیر بازدید منزل بر مرگ و میر نوزادان نارس انجام شد. کلیه نوزادان نارس جامعه پژوهش را تشکیل دادند. معیارهای ورود نوزادان نارس به مطالعه شامل موارد زیر می‌شود: سن جنینی کمتر از ۳۷ هفته باشد، نوزاد با دهان شیر بخورد و محل سکونت خانواده آنها شیراز باشد. معیارهای حذف نوزادان نارس از مطالعه عبارت بود از: ابتلا نوزاد نارس به اختلالات مغزی، بیماری قلبی مادرزادی، بیماری‌های متابولیک یا اندوکرین، اختلالات ژنتیکی و کروموزمی شناخته شده. محیط پژوهش شامل مراکز آموزشی درمانی حافظ، حضرت زینب و نمازی بود. تعداد نمونه‌ها در این مطالعه پس از نمونه‌گیری مقدماتی، α =۰/۹۵ و β=۰/۸ برای دو گروه آزمون و کنترل هر کدام ۳۰ نوزاد نارس در نظر گرفته شد. در این پژوهش گمارش نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی و از طریق بلوک دوتایی انجام خواهد شد. بدین ترتیب که با قرار گرفتن نمونه‌ها در گروه‌های دو نفره، نفر اول از بین دو پاکت سر بسته انتخاب و بر اساس آن در گروه آزمون یا کنترل و نفر بعد در گروه دیگر قرار می‌گرفت. این روند تا پایان نمونه‌گیری رعایت شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه یک فرم شامل برگ ثبت مشخصات جمعیتی(دموگرافیک) بود که از والدین(پدر و مادر) دریافت می‌شد. بخش دوم سئوالاتی در زمینه سابقه بستری کودک در بیمارستان(بلی/خیر)، سابقه ابتلا به بیماری بدون نیاز به بستری(بلی/خیر) و مرگ نوزداد(بلی/خیر) بود. روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش اعتبار محتوی سنجیده شد. جهت تعیین اعتماد علمی ابزار از روش مشاهده همزمان و تکمیل فرم ثبت اطلاعات توسط دو همکار استفاده گردید(r=۰/۹۸).

روش کار در این مطالعه بدین صورت بود که پس از مشخص شدن نمونه‌ها و بیان اهداف پژوهش برای والدین(پدر و مادر) جهت شرکت در پژوهش در مطالعه، رضایت‌نامه کتبی از آنها دریافت شد. کلیه نوزادانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، در بدو ورود به بخش یا ICU نوزادان در مطالعه وارد می‌شدند. مادران هر دو گروه، مشابه با مادرانی که نوزاد ترم داشتند، تحت آموزش مراقبت استاندارد بیمارستان قرار گرفتند. در زمان ترخیص مادر از مراکز درمانی با وی هماهنگ گردید و آدرس محل سکونت با کسب رضایت از آنها دریافت شد. سپس اولین برنامه مراقبتی بهداشتی بازدید منزل یک روز بعد از ترخیص برای گروه آزمون اجرا گردید. این برنامه شامل آشنایی مادر با تفاوت نوزاد نارس با نوزاد رسیده و نحوه نگهداری از نوزاد نارس و به علاوه نحوه مراقبت از بند ناف بود که به مدت۲۰ دقیقه به طول انجامید. در پایان اولین جلسه بازدید منزل، یک دفترچه راهنمای مراقبت از کودک نارس که محتوای نحوه نگهداری از نوزاد نارس، مزایای تغذیه با شیر مادر، تغذیه و حمام دادن شیرخوار بود؛ در اختیار گروه آزمون قرار گرفت. جلسه دوم، روز بعد از ملاقات اول برگزار شد و مزایای تغذیه با شیر مادر و نحوه در آغوش گرفتن و تغذیه شیرخوار به مدت ۲۰ دقیقه انجام شد. پس از آموزش, مادر در حضور پژوهشگر اقدام به تغذیه با شیرخود نمود. جلسه سوم، یک هفته پس از ملاقات اول صورت گرفت و طی برنامه‌ای چگونگی حمام دادن نوزاد و مراقبت‌های قبل و پس از آن به مادر نوزاد آموزش داده شد. سپس مادر در حضور پژوهشگر نوزاد خود را حمام داد.

پیگیری این نوزادان در طی یک، دو، سه و شش ماهگی مجدد، توسط پرستار در منزل صورت گرفت و در این مراجعات علاوه بر آموزش‌های قبلی پیرامون نحوه تغذیه شیرخوار، تکنیک شیردهی، کافی یا ناکافی بودن میزان شیر، مشکلات مربوط به سینه مادر، نحوه مصرف داروهای مکمل و احتمالی، پوشش شیرخوار، فضایی که شیرخوار در آن نگهداری می‌شود، استحمام و نحوه تمیز نگه داشتن وی و مراقبت از پرینه شیرخوار به مادر آموزش داده شد. واحدهای تحت پژوهش در گروه کنترل، طی یک، دو، سه و شش ماهگی به مرکز آموزشی درمانی مطهری مراجعه می‌کردند و اطلاعات لازم از آنها دریافت می‌شد. در صورتی که مادران هرگونه سئوالی داشتند، به سئوال آنها پاسخ داده می‌شد، اما هیچ برنامه‌ی از قبل تعیین

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شده‌ای در مورد این گروه اجرا نمی‌شد. لازم به ذکر است که در صورت ابتلا کودک به بیماری و بستری وی در بیمارستان، نمونه مورد نظر از تحقیق حذف نمی‌شد.

داده‌ها با بکارگیری ورژن ۱۵ نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی(آزمون کای‌اسکوئر و تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های مطالعه با استفاده از آزمون کای دو نشان داد که بین جنسیت نوزاد در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت($p>۰/۰۵$ و $\chi2 =۰/۰۶$). سن جنینی نوزادان در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۲/۸۶±۳۵/۲۰ و ۱/۸۷±۳۶/۲۶ هفته بود. میانگین و انحراف معیار وزن نوزادان در زمان تولد در گروه آزمون ۵۶۰/۳۵±۱۸۶۰/۰۰ گرم و در گروه کنترل ۲۹۸/۴۵±۲۰۸۴/۰۰ گرم بود. دو گروه از نظر سن جنینی ($t=۱/۷۰, p>۰/۰۵$) و وزن زمان تولد ($t=۱/۹۳, p>۰/۰۵$) تفاوتی با یکدیگر نداشتند.

از بین کودکان در گروه کنترل دو کودک در ماه شش و یک نوزاد در ماه دو فوت کردند. این در حالی بود که هیچ یک از نوزادان گروه آزمون فوت نکرده بودند. آزمون دقیق فیشر تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر میزان مرگ و میر کودکان در طی شش ماه اول زندگی نشان نداد($p>۰/۰۵$ و $\chi2 =۰/۲۳$).

یافته‌های مطالعه نشان داد که تفاوت معنی‌دار آماری از نظر سابقه بستری در بیمارستان در میان نوزادان دو گروه در سنین یک، دو، سه و شش ماهگی وجود نداشت($p>۰/۰۵$) (جدول۱). اما میانگین تعداد موارد بستری نوزادان در طی کل شش ماهه اول زندگی در گروهی که تحت بازدید منزل قرار داشتند (۰/۵۰±۰/۲۳) کمتر از گروهی بودند که تحت بازدید منزل قرار نگرفته بودند(۰/۸۵±۰/۶۰). آزمون من ویتنی نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر تعداد موارد بستری در طی کل شش ماه اول زندگی نشان داد($p<۰/۰۵$ و Man-Whitney U =۲۹۹/۰). علت بستری کودکان در گروه آزمون بر طبق گفته‌های والدین آنها شامل موارد زیر می‌شود: افزایش بیلی‌روبین خون(۱ مورد)، اسهال (۱ نفر)، پنومونی(۱ کودک) و سرماخوردگی و اسهال(۴ کودک) می شود. این در حالی بود که والدین گروه کنترل علل بستری کودکان خود را مواردی از جمله اسهال(۱ مورد)، پنومونی و اسهال(۱ کودک)، پنومونی(۱ نفر)، سرماخودگی و اسهال(۵ مورد) و عفونت خون(۶ مورد) برشمردند.

جدول ۱: توزیع فراوانی بستری کودک در بیمارستان در طی بازدید منزل در ماه های مختلف در دو گروه مورد مطالعه

	بازدید در ماه اول		بازدید در ماه دوم		بازدید در ماه سوم		بازدید در ماه ششم	
	بلی* تعداد(درصد)	خیر** تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)
گروه آزمون	۴(۱۳/۳)	۲۶(۸۶/۷)	۲(۶/۷)	۲۸(۹۳/۳)	۱(۳/۳)	۲۹(۹۶/۷)	۰(۰۰/۰)	۳۰(۱۰۰/۰)
گروه کنترل	۱۰(۳۳/۳)	۲۰(۶۶/۷)	۳(۱۰/۰)	۲۷(۹۰/۰)	۱(۳/۴)	۲۸(۹۶/۶)	۱(۳/۷)	۲۶(۹۶/۳)
نتیجه آزمون آماری	Fisher = ۰/۱۲ p=۰/۰۶		Fisher = ۱/۰۰ p=۰/۵۰		Fisher = ۱/۰۰ p=۰/۷۴		Fisher = ۰/۴۷ p=۰/۴۷	

*بلی=کودک سابقه بستری در بیمارستان دارد. **خیر= کودک سابقه بستری در بیمارستان ندارد.

نتایج مطالعه حاکی از این بود که سابقه ابتلا به بیماری بدون نیاز به بستری در ماه اول، دوم و ششم در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت($p>۰/۰۵$). اما در ماه سوم نه نفر از کودکان گروه کنترل و تنها یک نفر از کودکان گروه آزمون مبتلا به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

بیماری بدون نیاز به بستری در بیمارستان شده بودند که آزمون کای‌اسکوئر نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد($p<۰/۰۵$)(جدول۲).

میانگین تعداد موارد بیماری کودکان بدون نیاز به بستری در طی شش ماه اول زندگی در گروهی که تحت بازدید منزل بودند(۰/۱۳±۰/۳۴) کمتر از کودکان گروهی بود که هیچ مداخله‌ای روی آن انجام نشده بود(۰/۷۹±۰/۸۱). آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه در این زمینه نشان داد($p<۰/۰۰۰۱$ و $t=۴/۰۵$).

جدول ۲: توزیع فراوانی سابقه ابتلا به بیماری بدون نیاز به بستری کودک در بیمارستان در طی بازدید منزل در ماه های مختلف در دو گروه تحت مطالعه

	بازدید در ماه اول		بازدید در ماه دوم		بازدید در ماه سوم		بازدید در ماه ششم	
	بلی* تعداد(درصد)	خیر** تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)	بلی تعداد(درصد)	خیر تعداد(درصد)
گروه آزمون	(۶/۷)۲	(۹۳/۳)۲۸	(۳/۳)۱	(۹۶/۷)۲۹	(۳/۳)۱	(۹۶/۷)۲۹	(۳/۳)۱	(۹۶/۷)۲۹
گروه کنترل	(۱۶/۷)۵	(۸۳/۳)۲۵	(۱۳/۳)۴	(۸۶/۷)۲۶	(۳۱/۰)۹	(۶۹/۰)۲۰	(۱۸/۵)۵	(۸۱/۵)۲۲
نتیجه آزمون آماری	Fisher = ۰/۴۲		Fisher = ۰/۳۵		$\chi2$ = ۸/۰۳		Fisher = ۰/۰۹	
	p=۰/۲۱		p=۰/۱۷		p=۰/۰۰		p=۰/۰۷	

*بلی=کودک سابقه ابتلا به بیماری بدون نیاز به بستری در بیمارستان دارد.

**خیر= کودک سابقه ابتلا به بیماری بدون نیاز به بستری در بیمارستان ندارد.

بحث و نتیجه گیری

آموزش مادران دارای نوزاد نارس در کاهش مرگ و میر و عوارض نوزاد دارای اهمیت است(۱۸). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد تعداد موارد بستری نوزادان در طی شش ماهه اول زندگی در گروهی که تحت بازدید منزل بودند کمتر از گروه کنترل بود. همچنین کودکانی که تحت بازدید منزل بودند، در طی ماه سوم کمتر به بیماری‌هایی که نیاز به بستری در بیمارستان نداشت، مبتلا شده بودند. علاوه بر این میانگین تعداد موارد بیماری کودکان بدون نیاز به بستری در طی شش ماه اول زندگی در گروهی که تحت بازدید منزل بودند، از کودکان گروهی که هیچ مداخله‌ای روی آن انجام نشده بود؛ کمتر بود.

یافته‌های مطالعه حاضر گویای این نکته بود که میزان مرگ و میر در گروهی که تحت بازدید منزل قرار گرفته بودند با گروهی که بازدید منزل روی آنها انجام نشده بود، تفاوتی با یکدیگر نداشتند. Tarverdy و همکاران نیز در مطالعه بر روی نوزادان نارس در طی بازدید منزل خاطرنشان کردند که میزان مرگ و میر دو گروهی که تحت آموزش بازدید منزل قرار داشتند با گروهی که بازدید منزل را دریافت نکرده بودند، تفاوتی با هم نداشتند(۱۸). این در حالی است که محقق دیگری نوزادان تحت پژوهش خود را در سه گروه مراقبت‌های همگانی، مراقبت در منزل و مراقبت‌های معمول قرار داده و پیامدهای سلامتی را در این گروه‌ها مورد بررسی قرار دادند. مادران این نوزادان در طی هفته‌های ۱۶-۱۲ و ۳۴-۳۶ بارداری و سه بار پس از زایمان(روز اول، سوم و هفتم بعد از تولد نوزاد) در مورد مراقبت‌های پیشگیری‌کننده، آمادگی برای تولد نوزاد، مراقبت از نوزاد، تغذیه با شیرمادر و نحوه پیگیری مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی مشاوره لازم را دریافت کردند. یافته‌های این پژوهشگر نشان داد که انجام بازدید منزل در کاهش میزان مرگ و میر نوزادان موثر است(۱۹). Donovan و همکاران نیز خاطرنشان کردند مرگ و میر نوزادانی که خانواده آنها تحت

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

بازدید منزل قرار نگرفته بودند، ۲/۵ برابر خانواده‌هایی بود که بازدید منزل شده بودند(۸). عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه از نظر مرگ و میر نوزادان در مطالعه حاضر ممکن است مربوط به تعداد کم نمونه‌ها باشد. این در حالی است که سایر مطالعات نمونه‌های بیشتری را انتخاب کرده بودند(۱۹). علاوه بر این، در این مطالعه نوزادان خیلی کم وزن(۸۳۰ گرم) در مطالعه شرکت داده شدند. این عامل ممکن است به عنوان یک عامل مخدوش کننده احتمالی در عدم معنی‌داری مرگ و میر دو گروه دخالت نموده باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که در طی ماه سوم، تعداد کودکانی که مبتلا به بیماری بدون نیاز به بستری در بیمارستان شده بودند در میان گروه تحت بازدید منزل کمتر از گروه کنترل بود و به علاوه میانگین تعداد موارد بیماری کودکان بدون نیاز به بستری در طی کل شش ماه اول زندگی در گروه تحت بازدید منزل کمتر بود. تارویردی و همکاران نیز خاطر نشان کردند میزان ابتلا به عفونت‌های نوزادی بند ناف، چشم، گوش و تنفسی در دو گروه از نوزادان نارس که تحت بازدید منزل بوده و گروه کنترل با هم تفاوت داشتند(۱۸). علاوه بر این، Bang و همکاران در یک مطالعه طولی بیان نمودند بازدید منزل و ارائه مراقبت به نوزادان و کودکان در طی سه سال اول زندگی میزان ناتوانی‌های آنها را نزدیک به ۵۰٪ کاهش می‌دهد(۱۰). برنامه بازدید منزل سبب بهبود توانایی مادر در مراقبت از نوزاد و پیشرفت وضعیت سلامت کودک خواهد شد(۱۴) و با کاهش مشکلات سلامت کودک (۲۰) کاهش بستری در بیمارستان را در پی دارد(۲۱). Morrow و همکاران بیان کردند میزان ابتلا به اسهال در شیرخوارانی که در منزل ویزیت شده بودند، نسبت به گروه کنترل ۵۰ درصد کاهش نشان داد(۲۲).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به کم بودن تعداد نمونه‌ها اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش دیگری تعداد نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اینکه میانگین تعداد موارد بیماری بدون نیاز به بستری در گروهی که تحت بازدید منزل قرار داشتند کمتر از گروه کنترل بود. پیشنهاد می‌شود برنامه بازدید منزل یکی از ارکان اساسی در نظام سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی کشور قرار گیرد و پرستاران با حضور در منزل مادر دارای نوزاد نارس از طریق بهبود مشکلات سلامتی کودکان در جهت ارتقاء سلامت این افراد و به تبع جامعه قدم بردارند.

در این مطالعه تنها نوزادان نارس به عنوان یکی از گروه‌های در معرض خطر تحت بازدید منزل قرار گرفتند، پیشنهاد می‌شود در مطالعه دیگری اثر بازدید منزل بر مرگ و میر و موربیدیتی در سایر گروه‌های کودکان در معرض خطر از جمله کودکان دارای ناتوانی جسمی و روحی انجام گیرد. در این مطالعه تاثیر بازدید منزل بر پیامدهای مادری (کیفیت زندگی، احساس خوب بودن، وضعیت سلامت) مورد بررسی قرار نگرفت. پیشنهاد می‌شود پژوهش دیگری با این اهداف صورت گیرد.

منابع:

1- Ananth CV, Joseph KS, Demissie K, Vintzileos AM. ***Trends in twin preterm birth subtypes in the United States, 1989 through 2000: Impact on perinatal mortality.*** Am J Obstet Gynecol 2005; 193(3 pt 2): 1076-82.

2- World Health Organization. ***Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival.*** Geneva: WHO; 2009.p. 1-7.

3- Ludwig SM. ***Oral feeding and the late preterm infant.*** Newborn & Infant Nursing Reviews 2007; 7(2): 72-5.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

4- Moore PD, Bay RC, Balcazar H, Coonrod DV, Ane BradyJ, Russ R. ***Use of home visit and developmental clinic services by high risk mexican-American and white non-hispanic infants.*** Maternal and Child Health Journal 2005; 9(1): 35-47.

5- Olds DL. ***Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication***. Prevention Science 2002; 3(3): 153-72.

6- Ghilarducci E, McCool W. ***The influence of postpartum home visit on clinic attendance.*** Journal of Nurse-Midwifery1993; 38(3): 152-8.

7- OgbuanuCA, Jones CA, McTigue JF, Baker SL, Heim M, Baek JD, et al. ***A program evaluation of postpartum/newborn home visitation services in Aiken County, South Carolina.*** Public Health Nursing 2009; 26(1): 39-47.

8- Donovan EF, Ammerman RT, Besl J, Atherton H, Khoury JC, Altaye M, et al. ***Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death.*** Pediatrics 2007; 119 (6): 1145-51.

9- Sword WA, Krueger PD, Watt MS. ***Predictors of acceptance of a postpartum public health nurse home visit: finding from an ontario survey.*** Canadian Journal of Public Health 2006; 97(3): 191-6.

10- Bang AT, Bang RA, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB. ***Reduced incidence of neonatal morbidities: effect of home-base neonatal care in rural Gadchiroli, India.*** J Perinatology 2005; 25: 51-61

11- Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, Salat MS, Cousens S, Martines J. ***Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistan.*** Bull World Health Organ 2008; 86(6): 452-9.

12- Kumar V, Mohanty S, Kumar A, MisraR P, Santosham M, Awasthi S, et al. ***Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial.*** Lancet 2008, 372(9644): 1151-62.

13- Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, et al. ***Effect of community-based newborn-care intervention package implemented through two service-delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial.*** Lancet 2008; 371(9628): 1936-44.

14- Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmuk MD. ***Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India***. Lancet 1999; 354(4): 1955-61.

15- Finello KM, Litton KM, deLemos R, Chan LS. ***Very low birth weight infants and their families during the first year of life: comparisons of medical outcomes based on after care services.*** Journal of Perinatology 1998; 18(5): 365-71.

16- Steel O, Connor KO, Mowat DL, Scott HM, Carr PA, Dorland JL, Young Tai KF. ***A randomizes trial of two public health nurse follow up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services.*** Canadian J Public Health 2003; 94(2): 98-103.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

17- Olds DL, Kitzman H, Hanks C, Cole R, Anson E, Sidora-Arcoleo K, et al. ***Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial.*** Pediatrics 2007; 120(4): 832-45.

18- Tarverdy M, Basiri P, Alave H. ***An investigation on the effects of home care education on mortality and morbidity for preterm infant's mothers Tajrish Hospital, 2Q03-2004.*** Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2007; 4(1): 1-10.[Persian]

19- Doskoch P. ***Early postpartum visits from community health workers reduce neonatal mortality in bangladesh.*** International Perspectives on Sexual and Reproductive Health2009; 35(4): 208-9.

20- Bashour HN, Kharouf MH, bdulSalam AA, ElAsmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. ***Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial.*** Public Health Nursing 2008; 25(2): 115-25.

21- Wong FKY, Chow S, Chung L, Chang K, Chan T, Lee W, et al. ***Can home visits help reduce hospital readmissions? Randomized controlled trial.*** Journal Compilation 2008; 62(5): 585-95.

22- Morrow Al, Guerrero Ml, Shults K, Calva JJ, Jutter C, Bravo J, et al. ***Efficacy of home – based peer counseling to promote exclusive breast feeding: a randomized controlled trial***. Lancet 1999; 353(9160): 1226-31.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Effect of a Home Visit Educational Program on Mortality and Morbidity of Preterm Newborn

Edraki M(MSc)[1], Moravej H(MD) [*2], Rambod M(MSc)[3]

[1,3]Department of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
[2]Department of pediatrics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: 4 Jan 2010 ***Accepted:*** 29 Sep 2011

Abstract

Introduction: Preterm birth (<37weeks) leads to such adverse perinatal outcomes as neonatal and infant mortality and different diseases. Home-based newborn visit interventions can prevent newborn deaths among high-risk newborns. The aim of this study was to determine the effectiveness of an educational program of home visit on mortality and morbidity of preterm newborns.

Methods: This is an experimental study conducted on preterm newborns with fetal age of less than 37 weeks. Subjects were randomly divided into two groups of case (30 neonates) and control (30 neonates). Home visit was presented to case group for a period of 6 months after discharging from hospital. Control group received hospital routine cares and referred for visiting. Both groups were followed for a period of 6 months during 2009-2010. Collected data were analyzed using χ^2 and independent T test.

Results: The mortality rate during the first six months of life was not significantly different between two groups (P>0.05). However, the number of subjects needed hospitalization or outpatient visit during first six months of life was significantly lower in case group than control group (P<0.05).

Conclusion: The results of this study indicated that carrying out educational program of home visit by health care givers results in reducing number of inpatient cases of neonates during first six months of life. Therefore, it is suggested to appoint home visit as a part of health programs so as to reduce neonates' hospitalization cases and thereby to improve their health.

Keywords: Home Visit, Preterm, Newborn, Mortality and Morbidity

This paper should be cited as:
Edraki M, Moravej H, Rambod M. ***Effect of a home visit educational program on mortality and Morbidity of preterm newborn***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 19(6): 736-44.

****Corresponding author: Tel: +98 711 6474298, Email: hmoravej@sums.ac.ir***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]