

Original Article

Investigating the Relationship between Patients' Discharge Readiness from the Nurses' Perspective and Post-discharge Outcomes

Nasim Asadi¹, Saleh Keshavarzi¹, Naser Kamyari², Salam Vatandost*³

1. Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2. Department of Public Health, School of Health, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

3. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +988783801405, E-mail: vatandost1366@gmail.com

Article info

Article history:

Received: Jan 25, 2024

Accepted: Jun 02, 2024

Keywords:

Discharge Readiness
Post-discharge Outcome
Nurse
Patient
Hospital

ABSTRACT

Background: The healthcare systems, in addition to focusing on improving patient health during hospitalization, should pay attention to the outcomes followed by discharge. Therefore, it is crucial to identify factors associated with post-discharge outcomes. Hence, this study aimed to investigate the relationship between patients' discharge readiness from the nurses' perspective and post-discharge outcomes.

Methods: The present descriptive-analytical study was conducted in 2022. The study population included adult patients hospitalized in the general wards of two selected educational medical centers in Sanandaj City and the discharge nurses of each patient. A total of 360 people were selected through convenience sampling. Data collection tools included demographic information forms, a questionnaire on discharge readiness from the nurses' perspective, and a 6-item checklist on post-discharge outcomes. Data were analyzed using SPSS 21 software with a significance level of 0.05, using descriptive statistics and independent t-test, chi-square test, and multiple regression analysis.

Results: The total score of patients' discharge readiness was 7.82 ± 1.19 considered moderate. The lowest score was in the knowledge dimension (7.61 ± 1.60). One month after discharge recovery was reported by 93.4% of patients. Patients who died within one month after discharge had significantly lower discharge readiness scores from the nurses' perspective ($P < 0.001$).

Conclusion: These results indicated that although the overall discharge readiness score was in an appropriate range, the score in the knowledge dimension needs more attention. On the other hand, to reduce negative outcomes after discharge, evaluating the nurses' assessment of the patient's condition at the time of discharge and considering it in the discharge decision-making process should be taken into account, as patients who died had significantly lower discharge readiness from the nurses' perspective.

How to cite this article: Asadi N, Keshavarzi S, Kamyari N, Vatandost S. Investigating the Relationship between Patients' Discharge Readiness from the Nurses' Perspective and Post-discharge Outcomes. Journal of Health & Care. 2024;26(2):143-154.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

بررسی ارتباط آمادگی بیماران برای ترخیص از دیدگاه پرستاران با پیامدهای بعد از ترخیص

نسیم اسدی^۱، صالح کشاورزی^۱، ناصر کامیاری^۲، سلام وطن دوست^{۳*}

۱. گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران
۳. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۹۸۸۷۸۳۸۰۱۴۰۵ ایمیل: vatandost1366@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سیستم های درمانی علاوه بر توجه به کمک به بهبود سلامتی بیماران حین بستری لازم است به پیامدهای بعد از ترخیص آنها نیز توجه نمایند. لذا شناسایی عوامل مرتبط با پیامدهای بعد از ترخیص، حائز اهمیت می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط آمادگی بیماران برای ترخیص از دیدگاه پرستاران با پیامدهای بعد از ترخیص انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش، بیماران بزرگسال بستری در بخش های عمومی دو مرکز منتخب آموزشی- درمانی شهر سنندج و پرستاران هر کدام از بیماران در روز ترخیص بودند که از بین آنها تعداد ۳۶۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه آمادگی ترخیص از دیدگاه پرستار و چک لیست ۶ سوالی پیامدهای بعد از ترخیص بود. داده ها با نرم افزار SPSS-21 در سطح معناداری ۰/۰۵ و با آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، کای اسکوئر، مدل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره کل آمادگی ترخیص بیماران، $7/82 \pm 1/19$ و در سطح متوسط بود. کمترین نمره آمادگی مربوط به بعد دانش ($7/61 \pm 1/60$) بود. بهبودی بعد از یک ماه در ۹۳/۴ درصد بیماران گزارش شد. بیمارانی که در فاصله ترخیص تا یک ماه بعد فوت شده بودند به طور معناداری نمره آمادگی حین ترخیص کمتری از دیدگاه پرستاران، دریافت کردند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که نمره کل آمادگی پس از ترخیص در حد متوسط بود. از سوی دیگر برای کاهش پیامدهای منفی بعد از ترخیص، ارزیابی دیدگاه پرستاری از وضعیت بیمار در زمان ترخیص و لحاظ آن در تصمیم گیری برای ترخیص باید مورد توجه قرار گیرد زیرا بیمارانی که فوت کرده بودند؛ به طور معناداری از دیدگاه پرستاران، آمادگی کمتری حین ترخیص داشتند.

واژه های کلیدی: آمادگی ترخیص، پیامد بعد از ترخیص، پرستار، بیمار، بیمارستان

دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۰۵ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۳

مقدمه

ترخیص از بیمارستان به انتقال وظیفه مراقبت از مراکز درمانی به بیمار یا خانواده بیمار گفته می‌شود (۱). با این وجود ترخیص، یک نقطه پایانی نیست بلکه یک نقطه انتقال در امر مراقبت از بیمار است (۲). بیمار ممکن است دارای درجات مختلفی از نیازهای برآورده نشده در طول بستری و پس از ترخیص باشد بنابراین، ترخیص می‌تواند یک موضوع نگران‌کننده برای بیمار محسوب شود (۱). از آن جایی که کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار باید در اولویت سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی- درمانی باشد منابع باید طوری هدایت شوند که باعث بهبود فرایند انتقال مراقبت بیمار از بیمارستان به منزل شوند. آمادگی جهت ترخیص می‌تواند منجر به ارتقای این فرآیند گردد (۳). بر اساس نتایج مطالعه کولارکزیک^۱ و همکاران هر چه میزان آمادگی بیمار برای ترخیص از بیمارستان بیشتر باشد، تأثیر بیماری بر بیمار کمتر خواهد شد (۴). همچنان که اشاره شد آمادگی ترخیص، یک مرحله کلیدی در فرایند انتقال بیمار به مرحله مراقبت در منزل بوده (۵) و شامل ثبات فیزیکی، حمایت کافی، توانایی روانی و دانش کافی می‌باشد (۶،۷). از آنجایی که این فرآیند می‌تواند موجب اضطراب، احساس قطع منبع حمایتی، ترس از عدم دریافت مراقبت مناسب و بدتر شدن وضعیت بیمار شود، بنابراین لازم است در ترخیص بیمار، ارزیابی بررسی جامعی صورت گیرد (۶). نتایج مطالعه ژانگ^۲ و همکاران نشان داد که آمادگی بیمار برای ترخیص از بیمارستان با عوامل «فرآیند پرستاری»، «مراقبت‌ها» و «ساختار بیمارستان» مرتبط است (۸). برای آمادگی ترخیص بیمار، نیاز است پرستاران تاریخچه اجتماعی بیمار و تمام کارهای انجام شده برای بیمار را بدانند (۹) و حین ترخیص با در نظر گرفتن نیازهای فردی هر بیمار و مراقبین

خانواده، مراقبت‌های عملی و موثر برای آنها را ارائه کنند (۱۰). نتایج مطالعه وایس و همکاران نشان داد که ارزیابی‌های پرستاران از آمادگی برای ترخیص، احتمال بستری مجدد را پیش‌بینی می‌کند (۱۱). در حالی که معمولاً پزشکان درباره ترخیص بیمار تصمیم‌گیری می‌کنند و جهت ترخیص بیماران نیز با پرستاران مشورت نمی‌کنند (۱۲،۱۳). مطالعه کروک^۳ و همکاران، عوامل کمک‌کننده به ترخیص ناکارآمد را کمبود زمان، نیاز به رسیدگی به سایر بیماران با وضعیت فوری و گردش بالای بیماران بیان کرد که به موجب این موارد، پزشکان زمان کافی برای مشورت کامل با پرستاران را ندارند (۱۴). در مطالعه وایس^۴ و همکاران نیز به ارتباط بین درک پرستار از آمادگی ترخیص بیمار با عواقب پس از ترخیص اشاره شده است (۱۵). از این رو لازم است در طول فرآیند ترخیص بیمار از بیمارستان علاوه بر پزشکان، از پرستاران نیز به عنوان یکی از مراقبین اصلی در تصمیم‌گیری برای ترخیص، نظرخواهی شود (۱۲،۱۳).

پیامدهای پس از ترخیص به دو دسته پیامدهای مثبت (مانند مراقبت از خود) و عوارض جانبی (مانند بستری مجدد) تقسیم می‌شوند (۱۶). مطالعات نشان می‌دهد ترخیص نمودن بیمارانی که آمادگی مناسبی برای ترخیص ندارند امکان پیامدهای نامطلوبی از قبیل بستری مجدد، نارضایتی از مرکز درمانی، ازدیاد هزینه‌های درمان و کاهش کیفیت زندگی را پس از ترخیص، افزایش می‌دهد (۱۲)، حال آنکه، آمادگی بیمار حین ترخیص از بیمارستان، می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های پزشکی، کیفیت زندگی بالاتر و پیشگیری از مشکلات پس از ترخیص شود (۷،۱۳).

با توجه به مطالبی که ذکر شد می‌توان دریافت جهت ترخیص و انتقال موفق بیمار از مراکز درمانی به منزل لازم است بیمار از جنبه‌های مختلف آماده شود. پرستاران به عنوان عضوی از کادر درمان با توجه به

³ Krook⁴ Weiss¹ Kolarczyk² Zhang

ارتباط نزدیک با بیمار و مشاهده وضعیت بالینی بیمار در زمان طولانی‌تر و حتی اطلاعات بیشتر نسبت به پزشکان راجع به چگونگی شرایط زندگی و شناسایی مراقبین بیمار در منزل، می‌توانند بطور قابل توجهی بر پیامدهای بعد از ترخیص مرتبط با بیماری که می‌توانند مثبت یا منفی باشند تأثیرگذار باشند. لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین آمادگی ترخیص بیمار از دیدگاه پرستاران با پیامدهای بعد از ترخیص انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که طی آبان تا اسفند ۱۴۰۱ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه، بیماران بزرگسال بستری در بخش‌های عمومی دو مرکز منتخب آموزشی-درمانی شهر سنندج و پرستاران هر کدام از بیماران در روز ترخیص بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و بر اساس اطلاعات مطالعات قبلی (۱۲)، ۳۵۱ نفر به دست آمد. در این رابطه λ ثابت آماری و مقدار آن به ازای خطای ۵ درصد برابر با ۱۰/۵ می‌باشد. مقادیر C و T به ترتیب نشان دهنده تعداد متغیرهای حاضر و مورد نظر در مدل رگرسیون خطی هستند. همچنین R_C^2 و $R_{T|C}^2$ نیز به ترتیب نشان دهنده مقادیر ضریب تعیین در حضور متغیرهای مورد استفاده و تغییر مورد انتظار آن با اضافه شدن متغیر مورد نظر است.

$$N = \frac{\lambda(1 - R_C^2 - R_{T|C}^2)}{R_{T|C}^2}$$

$$\lambda = 10.5, C = 5,$$

$$T = 1, R_C^2 = 0.312, R_{T|C}^2 = 0.02$$

بر این اساس، تعداد ۳۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس از دو مرکز آموزشی درمانی توحید و کوثر سنندج انتخاب شدند. معیارهای ورود پرستاران به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، پرستار اصلی مراقبت‌کننده از بیمار دارای دستور پزشک

جهت ترخیص و داشتن حداقل مدرک کارشناسی و معیارهای ورود بیماران شامل تمایل به شرکت در مطالعه، عدم ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، داشتن هوشیاری و جهت یابی صحیح و کامل جهت پاسخگویی به سؤالات، سن بالاتر از ۱۸ سال، داشتن دستور پزشک جهت ترخیص و بستری در بخش‌های عمومی بودند. همچنین، معیارهای خروج پرستاران از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، لغو دستور ترخیص بیمار به هر دلیل و عدم دسترسی به بیمار جهت بررسی پیامد و معیارهای خروج بیماران از مطالعه، لغو دستور ترخیص بیمار به هر دلیل، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم دسترسی به بیمار یا همراه جهت تکمیل پیامدها بعد از یک ماه بودند. داده‌ها با استفاده از فرم‌های اطلاعات دموگرافیک بیماران (شامل جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت زندگی، سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، بیمارستان بستری، مدت بستری، بخش بستری و علت بستری) و پرستاران (شامل سن، جنسیت، تحصیلات، ارائه آموزش ترخیص به بیمار، شیفت و سابقه کاری) و پرسشنامه فرم کوتاه آمادگی ترخیص از دیدگاه پرستار و چک لیست محقق ساخته بررسی پیامدهای یک ماه بعد از ترخیص جمع‌آوری شدند.

پرسشنامه آمادگی ترخیص از دیدگاه پرستار، آمادگی بیمار را برای بازگشت از بیمارستان به خانه اندازه‌گیری می‌کند که معمولاً چهار ساعت قبل از ترخیص استفاده می‌شود. پرسشنامه توسط وایسویس^۱ طراحی شده است. پایایی این ابزار ۲۱ آیتی به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و روایی آن، ۰/۸۰ گزارش شده است (۱۷). فرم کوتاه آن شامل ۸ سوال در چهار حیطه وضعیت شخصی (احساس بیمار در روز ترخیص)، دانش (دانش بیماران در مورد مراقبت از خود در منزل پس از ترخیص)، توانایی انطباق (چگونه

¹ Weiss

بیمار می‌تواند پس از ترخیص در خانه با آن کنار بیاید) و حمایت مورد انتظار (بیمار پس از ترخیص در خانه چقدر کمک نیاز خواهد داشت) می‌باشد. هر بعد شامل دو سوال می‌باشد. دامنه امتیازات هر آیتم از صفر (ضعیف‌ترین حالت) تا ۱۰ (قوی‌ترین حالت) متغیر می‌باشد. نمره میانگین و انحراف معیار هر کدام از ابعاد و کل در بازه صفر تا ۱۰ گزارش می‌شود. نمره آمادگی بر اساس طبقه بندی مطالعه وایس و همکاران به صورت آمادگی خیلی بالا (۹-۱۰)، آمادگی بالا (۸-۸/۹)، آمادگی متوسط (۷-۷/۹) و آمادگی پایین (>۷) تفسیر شده است (۱۸). جعفر آقایی و همکاران در ایران، روایی محتوایی این ابزار را ۰/۷۹ و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ گزارش کردند (۱۲). پایایی ابزار در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد. پیامدهای بعد از ترخیص از طریق چک لیست محقق ساخته که شامل ۶ سوال با جواب‌های بله/ خیر شامل بهبودی، بستری مجدد، درمان خودسرانه، مراجعه مجدد برای درمان، عفونت محل جراحی و فوت بیمار می‌باشد، ثبت شد. این سوالات مربوط به پیامدهای احتمالی و پیش بینی نشده یک ماه بعد از ترخیص بیمار است که بر اساس مرور متون و نظر متخصصین تهیه شد. روایی به صورت کیفی و بر اساس نظر ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی گروه پرستاری بررسی و پیشنهادات اصلاحی اعمال شد. پایایی ابزار نیز با آزمون کودر-ریچاردسون ۰/۸۱، تایید گردید. جواب با پرسش از بیمار یا خانواده بیمار با توجه به وضعیت دسترسی به صورت تلفنی تکمیل شد. محدودیتی در انتخاب تعداد موارد پیامد برای هر فرد وجود نداشت. جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های عمومی در شیفت‌های صبح و عصر، بیماران دارای دستور ترخیص پزشک را شناسایی کرد. اهداف مطالعه برای بیماران توضیح داده شد و در صورت رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه؛ اطلاعات دموگرافیک، شماره تماس بیمار و همراه بیمار جهت

تماس یک ماه بعد از ترخیص اخذ شد. سپس اهداف مطالعه برای پرستاران مراقب این بیماران بیان شد. حداقل چهار ساعت قبل از ترخیص، فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه آمادگی ترخیص در اختیار پرستاران شرکت‌کننده قرار گرفت و به صورت خودگزارشی توسط پرستار، سوالات پاسخ داده شد. یک ماه پس از ترخیص به صورت تماس تلفنی با بیمار یا در صورت عدم دسترسی به بیمار از طریق همراه بیمار، پیامدهای بعد از ترخیص توسط پژوهشگر بر اساس چک لیست تهیه شده بررسی و ثبت گردید.

داده‌های به دست آمده با نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آمار توصیفی به صورت فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی ارائه گردید. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای-اسکوئر و متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه و مقادیر پاسخ از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده گردید. در تمام تحلیل‌های آماری، معنی داری آماری در سطح $p < 0.05$ لحاظ شد.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران شرکت‌کننده در مطالعه، 71.19 ± 2.7 سال بود. بیشتر بیماران (۴۱/۶٪) بی‌سواد بوده و به علت تصادف، بستری شده بودند (۱۲/۸٪) (جدول ۱). میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، 32.28 ± 9.2 سال بود. اکثر آنها دارای مدرک کارشناسی (۸۹/۵٪) بوده و سابقه کار ۱۵-۶ سال (۶۳/۵٪) داشتند. همه پرستاران اظهار می‌کردند که به بیماران خود، آموزش‌های حین ترخیص را ارائه کرده‌اند (جدول ۲).

در خصوص میزان آمادگی بیمار برای ترخیص، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل آمادگی برای ترخیص، $7/82 \pm 1/19$ و در حد متوسط به بالا بود. بیشترین نمره آمادگی مربوط به بعد وضعیت فردی ($8/15 \pm 1/32$) و کمترین، مربوط به بعد دانش ($7/61 \pm 1/06$) بود (جدول ۳).

جدول ۳. میانگین نمرات آمادگی برای ترخیص و ابعاد آن از دیدگاه پرستاران

آمادگی برای ترخیص	میانگین	حداقل	حداکثر
وضعیت فردی	$8/15 \pm 1/32$	۴	۹
دانش	$7/61 \pm 1/06$	۱	۷
سازگاری	$7/88 \pm 1/81$	۴	۱۰
مراقبت مورد انتظار	$7/64 \pm 1/84$	۳	۹
آمادگی کلی	$7/82 \pm 1/19$	۴	۸

در خصوص پیامدهای بعد از ترخیص، نتایج نشان داد که ۳۲۸ نفر ($93/4\%$) از بیماران تا یک ماه بعد از ترخیص، بهبودی داشتند ولی در فاصله ترخیص تا یک ماه بعد، $29/3\%$ درصد بیماران، بستری مجدد داشتند. همچنین، تعداد ۲۲۹ نفر ($65/2\%$)، مراجعه برنامه ریزی نشده جهت مشکل درمانی مرتبط با بیماری را گزارش کردند (جدول ۴).

جدول ۴. فراوانی پیامدهای بیماران شرکت کننده در مطالعه یک ماه بعد از ترخیص

پیامد	تعداد	درصد
بهبودی	۳۲۸	$93/4$
	۲۳	$6/6$
بستری مجدد	۱۰۳	$29/3$
	۲۴۸	$70/7$
درمان خودسرانه	۱۰۱	$28/8$
	۲۵۰	$71/2$
مراجعه برنامه ریزی نشده برای درمان	۲۲۹	$65/2$
	۱۲۲	$34/8$
عفونت محل عمل	۲۲	$6/3$
	۳۲۹	$93/7$
فوت	۲۰	$5/7$
	۳۳۱	$94/3$

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۹۹	$56/7$
	زن	۱۵۲	$43/3$
وضعیت تاهل	مجرد	۸۶	$24/5$
	متاهل	۲۵۱	$71/5$
	مطلقه	۶	$1/7$
	بیوه	۸	$2/3$
وضعیت زندگی	تنها	۱۵	$4/3$
	با همسر	۹۳	$26/5$
	با همسر و فرزندان	۱۲۴	$35/3$
سن (سال)	با فرزندان	۳۵	10
	با والدین	۸۴	$23/9$
سطح تحصیلات	$25 \geq$	۵۷	$16/2$
	$26-60$	۱۶۹	$48/1$
وضعیت سطح تحصیلات	$61 \leq$	۱۲۵	$35/6$
	بی سواد	۱۴۶	$41/6$
تحصیلات دانشگاهی	ابتدایی	۸۲	$23/4$
	دیپلم	۳۱	$8/8$
	تحصیلات دانشگاهی	۳۱	$8/8$

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد	
سن (سال)	کمتر از ۲۵	۲۸	8
	۲۵-۴۵	۲۲۳	$66/4$
	بیشتر از ۴۵	۹۰	$25/6$
جنسیت	زن	۱۶۸	$47/9$
	مرد	۱۸۳	$52/1$
سابقه کار (سال)	کمتر از ۵	۱۰۹	$31/1$
	۵-۱۵	۲۲۳	$63/5$
	بیشتر از ۱۵	۱۹	$5/4$
سطح تحصیلات	کارشناسی	۳۱۴	$89/5$
	کارشناسی ارشد	۳۷	$10/5$
وضعیت استخدام	طرحی	۶۷	$19/1$
	پیمانی	۹۱	$25/9$
	شرکتی	۴۶	$13/1$
	رسمی	۱۴۲	$40/5$
	قراردادی	۵	$1/4$
ارائه آموزش حین ترخیص به بیمار	بله	۳۵۱	100
	خیر	۰	$0/0$

در خصوص ارتباط آمادگی بیماران برای ترخیص با پیامدهای پس از ترخیص، نتایج آزمون تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که این ارتباط فقط در مورد پیامد فوت، معنی دار بود یعنی بیمارانی که فوت کرده بودند در مقایسه با بیمارانی که بعد از یک ماه، در قید حیات بودند، نمره آمادگی حین ترخیص کمتری داشتند ($p < 0.001$) (جدول ۵).

جدول ۵. ارتباط میانگین نمره آمادگی بیماران برای ترخیص با

پیامدهای پس از ترخیص		میانگین	
پیامدها	نمره آمادگی	سطح	معنی داری
بهبودی	بله	$7/85 \pm 1/15$	۰/۱۷۷
	خیر	$7/50 \pm 1/32$	
بستری مجدد	بله	$7/65 \pm 1/21$	۰/۰۸۲
	خیر	$7/89 \pm 1/17$	
درمان خودسرانه	بله	$8/32 \pm 0/98$	۰/۰۹
	خیر	$7/62 \pm 1/2$	
مراجعه برای درمان	بله	$7/16 \pm 1/17$	۰/۰۷
	خیر	$7/85 \pm 1/22$	
عفونت محل جراحی	بله	$8/05 \pm 0/6$	۰/۰۶۲
	خیر	$7/76 \pm 1/19$	
فوت	بله	$6/44 \pm 1/19$	۰/۰۰۱
	خیر	$7/91 \pm 1/14$	

بحث

این پژوهش با هدف تعیین ارتباط آمادگی بیماران برای ترخیص از دیدگاه پرستاران با پیامدهای بعد از ترخیص انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد نمره کل آمادگی ترخیص بیماران از دیدگاه پرستاران در سطح متوسط به بالا بود. در مطالعه مهرآیین و همکاران نیز نمره کل آمادگی ترخیص در بیماران، بالا گزارش شد (۱۲). این شباهت می‌تواند ناشی از بهره‌مندی مراکز درمانی مورد مطالعه از پروتکل وزارتخانه‌ای مشابه در روند آموزش به بیمار و آمادگی برای ترخیص باشد زیرا هر دو مطالعه در ایران که تحت سیاست‌های مراقبتی و بهداشتی مشابه قرار دارند، انجام شده است. در مطالعات دیگر مانند

مطالعه ژنگ و همکاران (۱۹)، نورحیاتی^۱ و همکاران (۲۰) و رحماواتی^۲ و همکاران (۶)، آمادگی برای ترخیص در سطح متوسط به دست آمد. دلایلی از قبیل اثر ویژگی‌های دموگرافیک مانند سن بالا (۲۰)، آموزش ناکافی بیمار حین ترخیص و عدم توجه به نیازهای بیمار (۲۱)، نداشتن حمایت اجتماعی کافی (۱۹)، عدم هماهنگی مراقبتی بین کارکنان سیستم درمانی اعم از پرستاران، پزشکان، داروسازان و کارشناسان تغذیه برای بالا نبودن نمره آمادگی ترخیص بیان شده است (۶).

بررسی ابعاد آمادگی برای ترخیص نشان داد که کمترین نمره، مربوط به دانش بیماران در مراقبت از خود بود. نتایج مطالعات مهرآیین و همکاران (۱۲)، باکسی^۳ و همکاران (۲۲) و ژنگ و همکاران (۲۰۲۱) (۱۳) نیز حاکی از پایین بودن نمره بعد دانش بیمار در مورد مراقبت از خود، حین ترخیص بود. مطالعات قبلی یکی از دلایل دانش پایین بیماران را طول مدت بستری کوتاه و حاد بودن بیماری ذکر کرده اند (۲۳، ۲۴) که در مطالعه حاضر نیز میانگین مدت بستری بیماران کوتاه بود. با این وجود، این بعد از آمادگی به طور مستقیم مربوط به آگاه سازی بیمار توسط پرسنل درمانی است و این نتایج حاکی از عدم آموزش مناسب به بیمار در طول بستری و حین ترخیص از سوی پرسنل می‌باشد. از این رو لازم است در آماده سازی بیماران برای ترخیص، به بعد دانش بیماران در مورد مراقبت از خود به خصوص بر اساس شرایط هر بیمار از قبیل مدت بستری، میزان دانش قبلی و سطح سواد، توجه بیشتری صورت گیرد زیرا بدون دانش کافی، بیمار نمی‌تواند مراقبت مناسب بعد از ترخیص را انجام دهد و ریسک پیامدهای منفی افزایش می‌یابد.

¹ Nurhayati

² Rahmahwati

³ Baksi

بر اساس نتایج مطالعه، بیش از نیمی از بیماران در طول یک ماه بعد از ترخیص مراجعه برنامه ریزی نشده به اورژانس یا مطب پزشک داشتند که این میزان، درصد بالایی می‌باشد. برخی مطالعات، آموزش نامناسب حین ترخیص را عاملی جهت نیازمندی بیمار به یافتن پاسخ سوالاتش و مراجعه به مراکز درمانی و مطب‌ها جهت مراقبت از خود بعد از ترخیص ذکر کرده‌اند (۳۲). در مطالعه آینده‌نگر پیرا^۴ و همکاران روی بیماران ۷۵ سال و بالاتر و همچنین مطالعه لیندن^۵ و همکاران، میزان بازگشت برنامه‌ریزی نشده بیماران به اورژانس طی یک ماه پس از ترخیص، بسیار کمتر بود (۳۳، ۳۴). در مطالعه مشکی و همکاران نیز میزان مراجعه مجدد کمتر از مطالعه حاضر و بیشتر به دلیل عود بیماری بود (۳۵). علت پایین بودن مراجعه مجدد در مطالعات فوق در مقایسه با پژوهش حاضر می‌تواند مربوط به در نظر نگرفتن مراجعات به مطب و بیمارستان‌های دیگر در مطالعات نامبرده باشد. تعداد کمی از بیماران علایم عفونت محل جراحی را ذکر کردند. در بررسی سیستماتیک ولبر^۶ و همکاران، بیش از نیمی از عفونت‌های محل جراحی پس از ترخیص از بیمارستان رخ داده بودند (۳۶). در مطالعه محمدی و همکاران نیز، میزان بروز عفونت محل جراحی کرایوتومی بیشتر از مطالعه حاضر بود (۳۷).

نتایج نشان داد که تعداد کمی از بیماران در بازه زمانی ترخیص تا یک ماه بعد، فوت کردند. در مطالعه آسبرن^۷ و همکاران که روی بیماران با علت بستری متفاوت انجام شد، میزان مرگ بیماران یک ماه پس از ترخیص، کمتر از مطالعه حاضر گزارش شد (۳۸) که نشان از آمار بالاتر مرگ در مطالعه حاضر دارد. در مقابل، مطالعه کومار^۸ و همکاران، این آمار را بیشتر از

در زمینه پیامدهای پس از ترخیص، نتایج نشان داد که اکثر بیماران، بهبودی را گزارش نمودند. میزان بهبودی بیماران پس از ترخیص بر اساس شرایط خاص، درمان و مراقبت‌های پس از ترخیص متفاوت است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در مورد بهبودی هذیان نشان داد که احتمال پیش بینی بهبودی کامل در بین بیماران مبتلا به زوال عقل ۱ درصد در ۴ هفته و ۱۲ درصد در ۲۴ هفته بود (۲۵). مطالعه دیگری در مورد بهبود عملکرد پس از ترخیص، نشان داد که بیش از نیمی از بیماران به سطح پایه استقلال خود بازگشته بودند (۲۶). بر اساس یافته‌ها، اگرچه پس از یک ماه، اکثر بیماران بهبودی را گزارش نمودند ولی در فاصله ترخیص تا یک ماه بعد، حدود یک سوم بیماران، بستری مجدد داشتند. این آمار در مقایسه با مطالعه رشیدی و همکاران در بیماران با نارسایی حاد کرونری که ۴/۲ تا ۸۱ درصد گزارش شده است، قابل قبول است (۲۷) ولی در مقایسه با مطالعه متانالیز وانگ^۱ و همکاران که ۱۲ درصد گزارش شده، آمار بالایی می‌باشد (۲۸). همچنین، میزان بستری مجدد در مطالعه لعل و همکاران روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، بیشتر از مطالعه حاضر بود (۲۹). تعدادی از بیماران پس از ترخیص، درمان خودسرانه اعم از مصرف داروهای شیمیایی و گیاهی داشتند. در مطالعه مورتلمنس^۲ و همکاران، عدم مدیریت دارویی طی دو تا پنج روز پس از ترخیص در بیماران سالمند، بیشتر از مطالعه حاضر بود و مشکل اصلی آن‌ها در مدیریت دارو، مربوط به کمبود آگاهی بود (۳۰). با توجه به نتایج مطالعه تونگ^۳ و همکاران، خطا در مدیریت داروهای مصرفی پس از ترخیص از بیمارستان می‌تواند روی عوارض جانبی ناشی از داروها و در نتیجه نیاز به تداوم مراقبت‌ها تأثیر بگذارد (۳۱).

⁴ Pereira

⁵ Linden

⁶ Woelber

⁷ Aasbrenn

⁸ Dharmarajan

¹ Wang

² Mortelmans

³ Tong

مطالعه حاضر گزارش کرد (۳۹). این تفاوت‌ها می‌تواند متاثر از عوامل مختلف فردی و بالینی و همچنین چگونگی مراقبت از بیمار توسط خود و اطرافیانش در منزل باشد. همچنین، در مطالعه ادھیامان^۱ و همکاران که روی جمعیتی بالغ بر ۲۲۰۰۰۰ نفر انجام شد، میزان بروز مرگ پس از ترخیص، ۰/۰۶ تا ۰/۰۷ درصد گزارش گردید که نسبت به مطالعه حاضر، درصد بسیار کمی است (۴۰). نتایج یک مطالعه کوهورت گذشته‌نگر در آمریکا نیز نشان داد که ۰/۱۲ از بیماران در عرض هفت روز پس از ترخیص از بخش اورژانس، فوت کرده اند (۴۱). علت این تفاوت‌ها در نظر نگرفتن مرگ‌های پیش بینی شده مانند مراقبت پایان عمر و متفاوت بودن مدت زمان بررسی میزان فوت پس از ترخیص بودند.

در خصوص ارتباط آمادگی قبل از ترخیص با پیامدهای پس از ترخیص از بیمارستان، نتایج نشان داد که این ارتباط فقط بین آمادگی برای ترخیص و فوت بیمار معنی دار بود بطوری که، بیمارانی که فوت کرده بودند، نمره آمادگی حین ترخیص پایین تری را از دیدگاه پرستاران کسب کردند. این نتیجه اهمیت مشارکت دادن پرستاران در ترخیص بیمار و بازنگری معیارهای ترخیص و توجه به ارزیابی پرستار از آمادگی بیمار برای ترخیص و زندگی خارج از بیمارستان را گوشزد می‌نماید تا به عنوان معیاری جهت کاهش مرگ بعد از ترخیص از بیمارستان در فرآیند ترخیص، مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

بر اساس نتایج، بیمارانی که پس از ترخیص، درمان خودسرانه داشتند، از آمادگی بالاتری برای ترخیص برخوردار بودند، اگر چه این ارتباط از نظر آماری، معنی دار نبود. مطالعه کوسوبوکا^۲ و همکاران نشان داد، بیماران مبتلا به سکت قلبی که آمادگی ترخیص بالاتری داشتند، پایبندی پایین تری را نسبت به درمان پزشک معالج خود نشان دادند (۴۲). این یافته می‌تواند

ناشی از مواردی از قبیل عدم اعتماد به پزشک معالج، تاثیرپذیری از افراد غیر پزشک و دسترسی آسان به داروهای بدون نیاز به نسخه پزشک باشد. لذا لازم است در آموزش‌های حین ترخیص به مواردی از قبیل عدم مصرف خودسرانه داروها و در صورت عدم جواب دهی به داروهای فعلی، تاکید به مراجعه به پزشک معالج یا پزشک دیگر برای تجویز نسخه جدید توجه شود.

در این مطالعه، ارتباط معناداری بین آمادگی ترخیص بیماران با مراجعه برنامه ریزی نشده به بیمارستان مشاهده نشد. در حالی که نتایج مطالعه وایس و همکاران روی بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی نشان داد اگر بیماری، با آمادگی کمتر ترخیص شود در طول یک ماه پس از ترخیص، مراجعه به اورژانس بیشتری اتفاق می‌افتد (۴۳). در واقع نتایج متفاوت می‌تواند متاثر از تغییرات حاد در وضعیت فرد بعد از ترخیص و مستقل از آمادگی حین ترخیص باشد. از آنجایی که مراجعات بالا به مراکز درمانی علاوه بر اینکه منجر به صرف هزینه و زمان از سوی بیمار می‌شود، می‌تواند بارکاری سیستم بهداشتی-درمانی را افزایش داده و کیفیت مراقبت دریافتی را کاهش دهد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در زمان ترخیص بیمار حتی الامکان جنبه‌های قابل پیش بینی که باعث کاهش مراجعه برنامه‌ریزی نشده بیمار به مراکز درمانی می‌شود با آموزش کامل و آگاهی بخش، مدنظر قرار گیرند.

در این مطالعه، تعداد کمی از بیماران علایم عفونت پس از جراحی را بیان کردند که با آمادگی ترخیص بیماران رابطه معناداری نداشت. در مطالعه رن^۳ و همکاران نیز، بیمارانی که با آمادگی ترخیص کمتری بیمارستان را ترک کرده بودند، عوارض پس از سزارین از جمله عفونت محل جراحی بیشتری را گزارش نمودند (۴۴). بر اساس نتایج مطالعه پوررضا

³ Ran

¹ Adhiyaman

² Kosobucka

برای کاهش این پیامدها لازم است در فرآیند ترخیص بیمار علاوه بر دستور پزشک، نظر پرستاران نیز مورد توجه پزشک قرار گیرد و ابعادی که نیاز به اصلاح دارند با اقداماتی از طریق آموزش به بیمار و ارتقای سطح آگاهی و مراقبتی بهبود یابند تا زندگی بیمار بعد از ترخیص با کیفیت بهتری همراه شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR.MUK.REC.1401.162 می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی و مسئولین دانشگاه، پرستاران محترم بیمارستان های توحید و کوثر سنندج و کلیه شرکت کنندگان در این مطالعه قدردانی می گردد.

و همکاران، عفونت محل جراحی، آسیب های روانی و جسمی و بار اقتصادی هنگفتی برای بیماران دارد (۴۵). بنابراین لازم است در برنامه آمادگی بیماران برای ترخیص به این مساله توجه شود.

از محدودیت های مطالعه حاضر، تنوع نمونه ها بر اساس علت بستری بود که علت آن عدم دسترسی به تعداد نمونه کافی از یک گروه از بیماران ناشی از عمومی بودن بیمارستان های در دسترس جهت مطالعه بود. از این رو امکان بررسی و مقایسه های اختصاصی با مطالعات قبلی، محدود بود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد از دیدگاه پرستاران، بیماران در زمان ترخیص در یکی از ابعاد آمادگی ترخیص یعنی دانش مراقبت از خود آمادگی پایین تری داشتند. از سوی دیگر هرچه میزان آمادگی ترخیص بیماران کمتر بود، احتمال رخداد پیامدهای نامطلوب پس از ترخیص شامل مراجعه برنامه ریزی نشده به مراکز درمانی و فوت بیمار افزایش می یافت. بنابراین

References

- 1- Facchinetti G, Albanesi B, Piredda M, Marchetti A, Ausili D, Ianni A, et al. "The light at the end of the tunnel". Discharge experience of older patients with chronic diseases: a multi-centre qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(6):2417-28.
- 2- Waring J, Marshall F, Bishop S, Sahota O, Walker M, Currie G, et al. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *NIHR Journals Library*; 2014.
- 3- Byrd EJ. Discharge from hospital to home: implementation and use of the AHRQ IDEAL CHF discharge planning and AHA CHF discharge checklist. *Master's Projects and Capstones University of Sanfrancisco*; 2021.
- 4- Kolarczyk E, Witkowska A, Szymiczek M, Młynarska A. The variables of the readiness for discharge from hospital in patients after myocardial infarction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(2):1582.
- 5- Li N, Huang W, Zhang L, Jiang L, Lin X, Wu H, et al. Factors influencing readiness for hospital discharge among patients undergoing breast cancer surgery. *Journal of Cancer Therapy*. 2022;13(7):486-96.
- 6- Rahmahwati I, Maria R, Herawati T. Hospital discharge readiness on patients post hip surgery. *Enfermería Clínica*. 2021;31(2):122-25.
- 7- Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(11):2547-57.

- 8- Mabire C, Bachnick S, Ausserhofer D, Simon M. Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;90(7):13-20.
- 9- Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(5):450-58.
- 10- Huang R, Lee T, Lin Y, Liu C, Wu H, Huang S. Factors related to family caregivers' readiness for the hospital discharge of advanced cancer patients. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2022;19(13):8097.
- 11- Weiss M, Sawin K, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, Lerret S, et al. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017;34:58-64.
- 12- Mehraeen P, Jafaraghaee F, Paryad E, Kazemnejad Leyli E. Comparison of nurses' and patients' readiness for hospital discharge: a multicenter study. *Journal of Patient Experience*. 2022;9:1-8.
- 13- Zhang A, Feng X, Qiu C. Discharge teaching, readiness for hospital discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients: a structural equation model analysis. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(3):543-52.
- 14- Krook M, Iwarzon M, Siouta E. The discharge process—from a patient's perspective. *SAGE Open Nursing*. 2020;6:1-9.
- 15- Weiss M, Yakusheva O, Bobay K. Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. *Medical Care*. 2010;48(5):482-86.
- 16- Monfared A, Dehghan Nayeri N, Javadi-Pashaki N, Jafaraghaee F. Readiness for discharge from hospital: a concept analysis. *Qualitative Research Journal*. 2022;22(3):415-32.
- 17- De Lange JS, Jacobs J, Meiring N, Moroane B, Verster T, Olorunju S, et al. Reliability and validity of the readiness for hospital discharge scale in patients with spinal cord injury. *South African Journal of Physiotherapy*. 2020;76(1):1400.
- 18- Weiss M, Costa L, Yakusheva O, Bobay K. Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Services Research*. 2014;49(1):304-17.
- 19- Zhang J, Yao S, Huang F, Zhang Y, Huang N, Xiao H, et al. Exploring the role of social support between discharge teaching and readiness for discharge in ocular fundus disease patients: a cross-sectional study. *Hindawi Journal of Ophthalmology*. 2021:1-9.
- 20- Nurhayati N, Songwathana P, Vachprasit R. Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(9-10):1728-36.
- 21- Qiu C, Feng X, Zeng J, Luo H, Lai Z. Discharge teaching, readiness for discharge, and post-discharge outcomes in cataract patients treated with day surgery: a cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2019;67(5):612-17.
- 22- Baksi A, Sürücü HA, Gülsah I. Postcraniotomy patients' readiness for discharge and predictors of their readiness for discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2020;52(6):295-99.
- 23- Liang LM, Cai YD, Gu JJ, Li H, Huang SJ, Fang HY. Survey on the readiness for hospital discharge and its influencing factors among patients with cardiac valve replacement. *Open Journal of Nursing*. 2021;11(5):302-14.
- 24- Michalski P, Kasprzak M, Siedlaczek M, Kubica A. The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. *Medical Research Journal*. 2020;5(2):72-78.
- 25- Cole MG, McCusker J, Bailey R, Bonnycastle M, Fung S, Ciampi A, et al. Partial and no recovery from delirium after hospital discharge predict increased adverse events. *Age and Ageing*. 2017;1(46): 90-95.
- 26- Li X, Zheng T, Guan Y, Li H, Zhu K, Shen L, et al. ADL recovery trajectory after discharge and its predictors among baseline-independent older inpatients. *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):86.

- 27- Rashidi A, Whitehead L, Dean A, Glass C. Factors affecting hospital readmission rates following an acute coronary syndrome: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2022;31(17-18):2377–97.
- 28- Wang H, Zhao T, Wei X, Lu H, Lin X. The prevalence of 30-day readmission after acute myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Cardiology*. 2019;42(10):889–98.
- 29- Laal N, Shekarriz-Foumani R, Khodaie F, Abadi A, Heidarnia MA. Effects of patient education and follow up after discharge on hospital readmission in heart failure patients. *Research in Medicine*. 2017;41(1):24-30. [Persian]
- 30- Mortelmans L, De Baetselier E, Goossens E, Dilles T. What happens after hospital discharge? deficiencies in medication management encountered by geriatric patients with polypharmacy. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2021;18(13):7031.
- 31- Tong EY, Roman CP, Mitra B, Yip GS, Gibbs H, Newnham HH, et al. Reducing medication errors in hospital discharge summaries: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*. 2017;206(1):36-39.
- 32- Guan M, Feng X. Correlation between quality of discharge teaching, readiness for hospital discharge and health outcomes of hysterectomy patients: a structural equation model analysis. *Nursing Open*. 2023;10(6):3817-26.
- 33- Pereira L, Choquet C, Perozziello A, Wargon M, Juillien G, Colosi L, et al. Unscheduled-return-visits after an emergency department (ED) attendance and clinical link between both visits in patients aged 75 years and over: a prospective observational study. *PLoS One*. 2015;10(4):e0123803.
- 34- van der Linden MC, Lindeboom R, de Haan R, van der Linden N, de Deckere ERJT, Lucas C, et al. Unscheduled return visits to a Dutch inner-city emergency department. *International Journal of Emergency Medicine*. 2014;7(1):23.
- 35- Moshki S, Vahdat S, Hesam S. Causes of patients' readmission in hospitals affiliated to Bam University of Medical Sciences in 2019. *Journal of Hospital*. 2020;19(4):1-8. [Persian]
- 36- Woelber E, Schrick E, Gessner B, Evans H. Proportion of surgical site infections occurring after hospital discharge: a systematic review. *Surgical Infections*. 2016;17(5):510-19.
- 37- Mohammadi R, Saboori M, Tabesh H, Shafiei M, Dehghani L, Ghaedamini A, et al. Comparing the effectiveness of Vancomycin and Cefazolin in preventing post craniotomy surgical site infections. *Journal of Isfahan Medical School*. 2023;41(712):180-87. [Persian]
- 38- Aasbrenn M, Christiansen C, Esen B, Suetta C, Nielsen F. Mortality of older acutely admitted medical patients after early discharge from emergency departments: a nationwide cohort study. *BMC Geriatrics*. 2021;21(410):1-11.
- 39- Dharmarajan K, Wang Y, Lin Z, Normand SL, Ross JS, Horwitz LI, et al. Association of changing hospital readmission rates with mortality rates after hospital discharge. *JAMA*. 2017;318(3):270-78.
- 40- Adhiyaman V, Chattopadhyay I. Unexpected deaths following discharge of medical patients from hospital. *Clinical Medicine*. 2019;19(6):531.
- 41- Obermeyer Z, Cohn B, Wilson M, Jena A, Cutler D. Early death after discharge from emergency departments: analysis of national US insurance claims data. *BMJ*. 2017;356.
- 42- Kosobucka A, Pietrzykowski L, Michalski P, Kasprzak M, Siedlaczek M, Kubica A. Impact of readiness for discharge from the hospital on the implementation of the therapeutic plan. *Medical Research Journal*. 2020;5(4):256–64.
- 43- Weiss M, Yakusheva O, Bobay K, Costa L, Hughes R, Nuccio S, et al. Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital the READI randomized clinical trial. *JAMA Network Open*. 2019;2(1):1-16.
- 44- Ran M, Songwathana P, Damkliang J. Discharge readiness and its associated factors among first-time mothers undergoing cesarean section in China. *Belitung Nursing Journal*. 2022;8(6):497.
- 45- Pour-Reza A, Mosadeghrad AM, Moghadasi F. Economic burden of surgical site infections: a case-control study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;20(3):345-57. [Persian]