

مطالعه توصیفی بستری مجدد روانپزشکی در بیمارستان‌های بقیه... «عج» و نورافشار؛ سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۹

سید عباس تولایی^{۱*} M.D.، شروین آثاری^{۲**} M.D. و علی اکبر کریمی‌زارچی^{۳***} Ph.D.

آدرس مکاتبه: * دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات آسیب‌های شیمیایی - تهران - ایران

*** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - دانشکده بهداشت - گروه آمار و اپیدمیولوژی و مرکز تحقیقات بهداشت نظامی - تهران - ایران

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۴/۳/۷ تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۶/۹ تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۴/۶/۲۴

خلاصه

مقدمه: بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی، هزینه سنگینی را به سیستم بهداشت و درمان نیروهای نظامی تحمیل می‌کند. این مطالعه با هدف توصیف موارد بستری مجدد در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های بقیه... «عج» و نورافشار انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر به صورت مقطعی - مشاهده‌ای انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، شامل موارد بستری مجدد روانپزشکی در طی دو سال ۱۳۷۹-۱۳۸۰ در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های بقیه... «عج» و نورافشار بودند. روش نمونه‌گیری سرشماری بود. بستری مجدد در مطالعه حاضر، به صورت بستری بیش از یک بار در طی ۲ سال مطالعه تعریف گردید. داده‌های دموگرافیک شامل (سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان)، سابقه روانپزشکی شامل (سابقه کیفری، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر، وجود استرس در زندگی از نظر شخص، تعداد داروی روانپزشکی مصرفی، سابقه روان درمانی و سابقه الکتروشوک درمانی) و متغیرهای مربوط به بستری (تعداد دفعات بستری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، علت بستری مجدد، علت قطع دارو و تشخیص نهایی) طی یک مصاحبه توسط روانشناس ثبت گردید.

نتایج: در طول مدت مطالعه، ۶۶۹ مورد بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های مذکور ثبت شد. از این تعداد، ۸۸ درصد مربوط به مردان بود. میانگین سن بیماران ۳۶/۷ سال با انحراف معیار ۸/۱۷ بود. ۴۱ درصد بیماران تحصیلات ابتدایی داشتند. شایع‌ترین گروه اختلالات روانی مشاهده شده در بیماران به ترتیب اختلالات خلقی (۴۲ درصد) و پس از آن اختلالات سایکوتیک (۳۰ درصد) بود. علت بستری مجدد در ۶۷ درصد موارد عدم همکاری یا همکاری ضعیف بیماران در دوره پیگیری بوده است. علل قطع زود هنگام دارو در ۵۰ درصد موارد احساس بهبودی، در ۴۳ درصد موارد بروز عوارض جانبی، در ۵ درصد موارد عدم دسترسی به دارو و در ۲ درصد موارد عدم دسترسی به پزشک بود.

بحث: پیگیری دقیق‌تر بیماران، انجام ویزیت‌های سرپایی با فواصل کوتاه‌تر و بهره‌گیری بیشتر از سیستم حمایتی

خانواده بیماران (خصوصاً مبتلایان به اختلالات خلقی و سایکوتیک)، احتمالاً خواهد توانست به کاهش موارد بستری مجدد پرسنل و بالطبع هزینه ناشی از آن منجر شود. به منظور القای درک بهتر از بیماری و لزوم مصرف داروها، توصیه‌های مکرر، بیان مطالب به زبان ساده و استفاده همزمان از دستورات کتبی و شفاهی به صورت همزمان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بستری مجدد، پرسنل نظامی، بخش روانپزشکی، هزینه بهداشت و درمان

مقدمه

حمایتی خاص بیماران پر خطر از نظر احتمال بستری مجدد خواهد بود [۵]، زیرا سهم قابل توجهی از موارد بستری مجدد قابل پیشگیری عنوان شده است [۱۰]. این گونه اقدامات در برخی از کشورها توانسته بستری مجدد روانپزشکی را هر سال کاهش دهد [۲].

بستری مجدد روانپزشکی پرسنل نظامی پیش از این ندرتاً مورد توجه محققین طب رزمی بوده است [۶]. اگر چه آمار دقیق هزینه‌های خدمات بهداشت روان و همچنین سهم بستری‌های مجدد روانپزشکی در سیستم نظامی کشورمان مشخص نیست، محدودیت تعداد تخت بخش‌های روانپزشکی می‌تواند به افزایش بهره‌وری از امکانات منجر شود. کاهش بستری‌های مجدد روانپزشکی در این خصوص می‌تواند در افزایش بهره‌وری به کارگیری امکانات موجود مفید باشد. از آن رو، اطلاعات دقیقی از الگوی بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی در دست نیست، لذا، این مطالعه توصیفی را طراحی کرده و با توصیف متغیرهایی از قبیل علل بستری مجدد، علل قطع دارو، تعداد دفعات بستری مجدد، تشخیص‌های روانپزشکی شایع منجر به بستری مجدد امکان شناخت جمعیت در معرض خطر بستری مجدد روانپزشکی را مورد بررسی قرار داده و طی مطالعات آتی، در جهت پیشگیری از آن اقدام نمود. مطالعه حاضر به هدف توصیف الگوی بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی دو بیمارستان بقیه... «عج» و نور افشار انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی - مشاهده‌ای انجام شد. نمونه‌های مورد مطالعه، شامل تمامی موارد بستری مجدد پرسنل نظامی در

بستری مجدد روانپزشکی یکی از مشکلات سیستم‌های بهداشت و درمان محسوب می‌شود. بستری مجدد در مطالعات مختلف تعاریف متفاوتی داشته است. بستری بیش از یک بار در طی ۹۰ روز [۱]، بستری بیش از یک بار در طی ۳ سال [۲]، بستری ۳ بار یا بیشتر در طی ۳۰ ماه [۳]، بستری بیش از یک بار در طی ۶ ماه [۴]، بستری ۳ بار یا بیشتر در طی ۲/۵ سال [۵]، همگی به عنوان بستری مجدد تعریف شده‌اند. بر اساس تعاریف فوق، سهم بستری مجدد در بخش‌های روانپزشکی در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است و نسبتی در حدود ۱۴ درصد [۶]، ۱۶ درصد [۴]، ۳۰ - ۲۰ درصد [۲] و ۴۵ - ۵۳ درصد [۵] کل موارد بستری روانپزشکی را به خود اختصاص داده است.

بستری مجدد یکی از نشانه‌های درمان نامناسب بیمار محسوب می‌شود [۷]. بستری مجدد به تحمیل هزینه مستقیم و غیر مستقیم منجر گردد [۶]. هزینه مستقیم مربوط به مخارج بستری و هزینه غیر مستقیم مربوط به غیبت از کار و به تأخیر افتادن وظایف شغلی افراد می‌باشد [۸]. هزینه موارد بستری مجدد روانپزشکی در مقایسه با بستری نخست بیماران بیشتر است [۳]. در واقع بیمارانی که بستری مجدد می‌شوند، از دیگر بیماران بیشتر در بیمارستان اقامت خواهند داشت [۶]. بستری مجدد بیماران در بخش‌های روانپزشکی برای خود بیماران و خانواده‌هایشان ناخوشایند است و باعث تحمیل آزار بیشتر به بستگان بیماران می‌گردد [۹].

گزارش شده است که احتمال بیشتر بستری مجدد در بیماران با رجوع به گذشته آنان قابل تعیین است که یادآور ارزش یافته‌های حاصل از مطالعات گذشته‌نگر در این قبیل پژوهش‌ها است [۵]. چنانچه متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بستری مجدد روانپزشکی پرسنل نظامی مشخص شود [۶]، قدم بعدی، طراحی رویکرد درمانی و

(۸۸/۳ درصد) مرد و ۷۹ نفر از بیماران (۱۱/۷ درصد) زن بودند. میانگین سن مردان ($37 \pm 7/7$ سال) در مقایسه با زنان ($11 \pm 34/2$ سال) از نظر آماری بیشتر بود ($p=0/005$). میانگین دفعات مراجعه مردان ($1/9 \pm 3/4$) و زنان ($1/3 \pm 3/1$) تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($p>0/05$). میانگین دفعات مراجعه افراد مجرد ($1/98 \pm 3/5$) در مقایسه با افراد متأهل ($1/8 \pm 3/3$) بیشتر بود ($p<0/05$).

۳۳۴ نفر ($49/9$ درصد) فاقد فرزند و ۳۳۵ نفر ($51/1$ درصد) دارای فرزند بودند. ۵۰ نفر ($7/5$ درصد) بی‌سواد، ۲۷۷ نفر ($41/5$ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۵۱ نفر ($22/6$ درصد) دارای تحصیلات راهنمایی، ۱۵۹ نفر ($23/8$ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی و ۳۱ نفر ($4/6$ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۲۵۹ نفر ($44/1$ درصد) شاغل و ۳۷۴ نفر ($55/9$ درصد) بیکار بودند. متغیرهای دموگرافیک نمونه‌ها در جدول ۱ ذکر شده است.

شایع‌ترین تشخیص نهایی در بیماران بستری مجدد به ترتیب مربوط به اختلالات خلقی (۲۹۱ مورد معادل $43/5$ درصد) و پس از آن اختلالات سایکوتیک (۱۷۱ مورد معادل $25/6$ درصد) بود. کمترین تشخیص نهایی در بیماران بستری مجدد مربوط به مصرف مواد (۹ مورد معادل $1/3$ درصد) بود.

از نظر تعداد دفعات بستری، موارد بستری مجدد روانپزشکی در ۴۴۳ مورد ۲-۳ بار ($70/5$ درصد)، در ۱۷۶ مورد ۴-۶ بار (28 درصد) و در ۹ مورد بیش از ۶ بار ($1/5$ درصد) بوده است. ۴۴۸ نفر از بیماران (۶۷ درصد) در درمان قبلی همکاری نداشتند یا همکاری ضعیفی را داشته‌اند. وضعیت بیماران هنگام ترخیص در ۵۰۶ نفر ($57/6$ درصد) مناسب، در ۱۵۲ نفر ($22/7$ درصد) نسبتاً مناسب و در ۸ نفر ($1/2$ درصد) نامناسب بوده است. ۷۲ نفر ۲-۱ داروی روانپزشکی و ۵۱۲ نفر ($76/5$ درصد) ۳-۴ داروی روانپزشکی مصرف می‌کردند. برخی از اطلاعات مربوط به سابقه روانپزشکی بیماران در جدول ۱ ذکر شده است. علل قطع دارو در نمودار ۱ آورده شده است.

بیمارستان‌های بقیه...^{«عج»} و نورافشار در سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۰ بود. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. بستری مجدد در مطالعه حاضر، به صورت بستری بیش از یک بار در طی ۲ سال مطالعه تعریف گردید. داده‌های دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، تعداد فرزندان) و تاریخچه روانپزشکی (سابقه کیفری، مصرف سیگار و مواد مخدر، تشخیص نهایی، تعداد داروی مصرفی، روان درمانی، ECT، علت قطع دارو، دفعات بستری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، وجود استرس در زندگی و علت بستری مجدد) طی یک مصاحبه توسط روانشناس ثبت گردید. علت بستری مجدد توسط روانشناس در طی مصاحبه با بیمار و کسب نظر پزشک معالج ثبت می‌گردید.

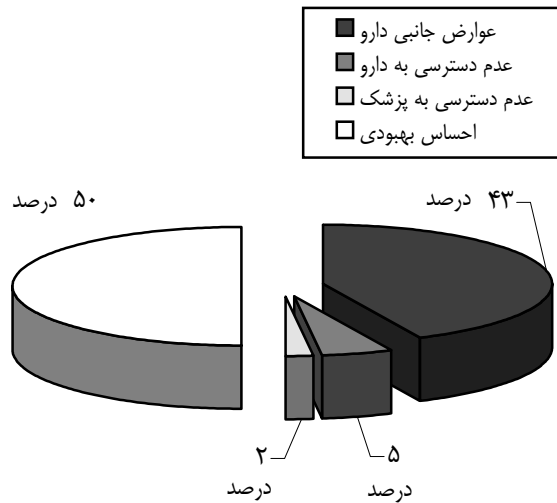
در موارد قطع زودهنگام دارو، علت قطع دارو از بیماران پرسیده و در چک لیست ثبت می‌شد (عدم دسترسی به پزشک، عدم دسترسی به دارو، عوارض جانبی، احساس بهبودی). با توجه به نگرش بیمار پیرامون وجود استرس و شدت آن در زندگی، شدت استرس به درجات شدید، متوسط و خفیف تقسیم گردید. همچنین وضعیت روانی هنگام ترخیص (مناسب، نسبتاً مناسب و نامناسب) با همکاری پزشک معالج، ثبت می‌شد. تشخیص نهایی قبلی از پرونده بستری پیشین و تشخیص فعلی توسط روانپزشک بیمار مشخص می‌گردید. تشخیص‌های فعلی با استفاده از معیارهای DSM IV به گروه‌هایی شامل اختلالات خلقی و اختلالات سایکوتیک تقسیم‌بندی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-11 for windows آنالیز گردید. آنالیز توصیفی داده‌ها با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و جداول فراوانی و فراوانی نسبی انجام شد.

نتایج

در این مطالعه، ۶۶۹ مورد بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان‌های بقیه...^{«عج»} و نورافشار ثبت شد. محدوده سنی بیماران ۶۷-۱۵ سال بود. میانگین سنی بیماران ۳۶/۷ سال با انحراف معیار ۸/۱۷ بود. ۵۹۰ نفر از بیماران

جدول ۱: داده‌های دموگرافیک سابقه بیماران بستری شده مجدد در بخش روانپزشکی (۶۶۹ نفر)

متغیر	فراوانی (درصد)
جنس	مرد (۸۸/۳ درصد) ۵۹۱
	زن (۱۱/۷ درصد) ۷۸
وضعیت تأهل	متأهل (۳۹/۷ درصد) ۲۶۶
	مجرد (۵۵/۲ درصد) ۳۷۰
	مطلقه (۴/۹ درصد) ۳۲
	بیوه (۰/۲ درصد) ۱
دارا بودن شغل	شاغل (۴۴/۱ درصد) ۲۹۵
	بی‌کار (۵۵/۹ درصد) ۳۷۴
سطح تحصیلات	بی‌سواد (۷/۵ درصد) ۵۰
	تحصیلات ابتدایی (۴۱/۵ درصد) ۲۷۷
	تحصیلات راهنمایی (۲۲/۶ درصد) ۱۵۱
	تحصیلات دبیرستانی (۲۳/۸ درصد) ۱۶۰
محل سکونت	تحصیلات دانشگاهی (۴/۶ درصد) ۳۱
	تهران (۸۰/۹ درصد) ۵۴۱
	شهرستان (۱۹/۱ درصد) ۱۲۸
دارا بودن فرزند	فقدان فرزند (۴۹/۹ درصد) ۳۳۴
	دارا بودن فرزند (۵۱/۱ درصد) ۳۳۵
نوع درمان	دارو درمانی (۶۸/۲ درصد) ۴۵۶
	دارو درمانی + روان درمانی + ECT (۶/۱ درصد) ۴۱
	ECT فقط (۰/۳ درصد) ۲
سابقه کیفری	نامشخص (۲۵/۴ درصد) ۱۷۰
	دارای سابقه (۲/۹ درصد) ۱۹
	فاقد سابقه (۹۴ درصد) ۶۲۹
مصرف سیگار	نامشخص (۳/۱ درصد) ۲۱
	مثبت (۴۲/۹ درصد) ۲۸۷
سابقه فامیلی اختلالات روانپزشکی	منفی (۵۷/۱ درصد) ۳۸۲
	مثبت (۴/۸ درصد) ۳۲
سابقه بیماری جسمی مزمن	منفی (۹۵/۲ درصد) ۶۳۷
	مثبت (۴/۲ درصد) ۲۸
وضعیت بیماران هنگام ترخیص	منفی (۹۵/۸ درصد) ۶۴۱
	مناسب (۵۷/۶ درصد) ۵۰۶
	نسبتاً مناسب (۲۲/۷ درصد) ۱۵۲
قطع دارو	نامناسب (۱/۲ درصد) ۸
	قطع کرده‌اند (۹۱/۳ درصد) ۶۱۱
استرس جدی	قطع نکرده‌اند (۸/۷ درصد) ۵۸
	مثبت (۱۳/۵ درصد) ۹۰
	منفی (۵۸/۴ درصد) ۵۷۱
تعداد دارو	نامشخص (۱/۱ درصد) ۸
	۱ یا ۲ (۱۰/۸ درصد) ۷۲
	۳ یا ۴ (۷۶/۵ درصد) ۵۱۲
	نامشخص (۱۲/۷ درصد) ۸۵



نمودار ۱: علل قطع دارو از دیدگاه بیماران

بحث

هزینه‌های ناشی از خدمات بستری روانپزشکی بیماران را می‌توان از راه‌های کاهش موارد بستری یا طول مدت بستری بیماران کاست. با توجه به این‌که حدود نیمی از موارد بستری در بخش‌های روانپزشکی را بستری‌های مجدد تشکیل می‌دهد [۵]، کاهش موارد بستری مجدد اقدامی مؤثر در جهت کاهش هزینه‌های ناشی از خدمات بستری روانپزشکی خواهد بود. به این ترتیب ویزیت‌های سرپایی که هزینه بسیار ناچیزتری را به سیستم تحمیل می‌کند، جایگزین بخشی از موارد بستری مجدد می‌شود [۵]. مطالعه حاضر با چنین رویکردی و با هدف توصیف الگوی بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی انجام شد. ویژگی منحصر به فرد مطالعه حاضر، نظامی بودن جمعیت مورد مطالعه آن است. بر این اساس مطالعه حاضر خواهد توانست اطلاعات با ارزشی پیرامون الگوی بستری مجدد در دو بیمارستان فوق تخصصی نظامی در اختیار مدیران سیستم بهداشت و درمان آن نیرو قرار دهد. تقریباً تمامی دانش ما پیرامون بستری مجدد روانپزشکی، از مطالعاتی حاصل شده است که جمعیت مورد مطالعه آن را غیر نظامیان تشکیل می‌دهد. تا حد اطلاع نگارندگان این مقاله، تنها مطالعه انجام شده پیرامون بستری مجدد پرسنل نظامی در بخش‌های روانپزشکی، توسط بوبو^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۴ انجام شده است

۱ - Bobo

مطالعاتی که در بیمارستان‌های غیرنظامی انجام شده است، قابل مقایسه نمی‌باشد. از نظر تعداد دفعات بستری، موارد بستری مجدد روانپزشکی در مطالعه حاضر در ۷۰/۵ درصد موارد ۲ یا ۳ بار بوده است. با توجه به تعاریف متفاوت بستری مجدد در مطالعات پیشین، مقایسه تعداد دفعات بستری مجدد در مطالعات پیشین نیز مقدور نمی‌باشد. عدم پذیرش یا همکاری بیمار جهت مصرف صحیح دارو، یکی از دلایل مهم بستری مجدد می‌باشد. عدم پذیرش (یا همکاری) بیماران احتمالاً ناشی از عوارض جانبی دارو، هزینه بالای درمان، باورهای فرهنگی - مذهبی پیرامون مزایا و معایب درمان پیشنهادی، صفات غیر انطباقی شخصیتی یا سبک‌های مقابله و یا وجود اختلالات روانی می‌باشد. در یک مطالعه، ۶۰ درصد از موارد بستری مجدد به دلیل عدم کفایت داروهای نورولپتیک و ۴۰ درصد موارد به دلیل عدم پذیرش دارو توسط بیمار بوده است [۱۵].

برای القای درک بهتر بیماران از بیماری و لزوم مصرف داروها، توصیه‌های مکرر، بیان مطالب به زبان ساده و استفاده هم‌زمان از دستورات کتبی و شفاهی توصیه می‌شود [۱۶]. همچنین برخی از عوامل دیگر نیز به قطع دارو در اختلالات روانپزشکی کمک می‌کند. برای مثال فقدان انگیزه لازم برای مصرف دارو در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، فراموش نمودن آموزش‌ها و دستورات و یا ترس از عوارض جانبی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی می‌تواند باعث عدم مصرف داروها گردند. انجام ویزیت‌های سرپایی بیماران پس از بستری، یکی از راه‌های کاهش بستری مجدد بیماران دانسته شده است. احتمال بستری مجدد افرادی که پس از ترخیص از بیمارستان جهت ویزیت مراجعه نمی‌کنند، ۲ برابر بیمارانی ذکر شده است که توسط روانپزشکان به صورت سرپایی ملاقات می‌شوند. افزایش حمایت‌های اجتماعی و درمان کافی بیماران نیز از راه‌های دیگر کاهش موارد بستری مجدد دانسته شده است [۱۷]. این مطالعه نشان داد که کمتر از ۵ درصد موارد بستری مجدد، پیش از این تحت ECT قرار گرفته‌اند. هوهکا و همکاران در سال ۲۰۰۴، نشان دادند که ECT در مقایسه با درمان دارویی به یک میزان با احتمال بستری مجدد بیمار در آینده همراه خواهد بود [۱۸].

[۶]. آن مطالعه، متغیرهای همراه با بستری مجدد روانپزشکی را در پرسنل نظامی و غیر نظامیان یکسان گزارش کرد. طبق نتایج آن مطالعه، بخش قابل توجهی از بیماران شاغل بوده‌اند، و در کودکی دارای سابقه اختلال روانپزشکی بوده‌اند [۶].

برخی خصوصیات روانپزشکان [۱]، سابقه بستری پیشین [۵، ۶، ۱۱]، تعداد دفعات بستری پیشین [۳، ۱۲]، ترخیص با رضایت شخصی [۱۳]، طول مدت بستری [۴، ۵، ۱۲]، اختلالات روانپزشکی در دوران کودکی [۳]، آغاز مشکلات روانپزشکی در سنین پایین‌تر [۵]، وجود مشکلات سایکوتیک و غیر دو قطبی [۴، ۶]، شدت سایکوپاتولوژی [۳]، طول مدت بیماری [۱۲]، وضعیت نامناسب روانی در هنگام ترخیص قبلی [۴]، مراجعه سرپایی به متخصص اعصاب و روان [۴]، خدمات مراقبتی محدود پس از ترخیص [۵]، عدم تحمل دارو [۵]، بی‌خانمان بودن [۱۴]، مشکلات اجتماعی [۳]، مشکلات قانونی [۶] و سابقه مصرف مواد مخدر [۶]، با بستری مجدد در بخش‌های روانپزشکی همراه بوده‌اند. اختلالات شخصیتی [۶] با بستری مجدد همراه نبوده است. داشتن فرزند پیشگیری کننده بستری مجدد بوده است [۶]. در مطالعه حاضر، میانگین سن بیماران ۳۶ سال گزارش شد. عنوان شده است که اغلب موارد بستری مجدد مربوط به سنین بین ۲۵ تا ۴۴ سال می‌باشد، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد [۵]. این مطالعه شایع‌ترین تشخیص‌های موارد بستری مجدد روانپزشکی در بیمارستان‌های مورد مطالعه را در درجه اول اختلالات خلقی و در درجه دوم اختلالات سایکوتیک گزارش کرد. اکثر مطالعات پیشین، اختلالات سایکوتیک را به‌عنوان مهم‌ترین اختلالات منجر به بستری مجدد گزارش کرده‌اند [۶]، که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و لازم است که علت این مقاومت در مطالعات آتی مورد توجه قرار گیرد. اگر چه مطالعه حاضر به منظور کشف علل منجر به بستری مجدد انجام نشد، اما بیش از ۹۰ درصد بیماران داروی خود را قطع کرده بودند که شایع‌ترین علت قطع دارو نیز به ترتیب احساس بهبودی و عوارض جانبی دارو بوده است. این نکات ضرورت توجه به پیگیری بیماران با استفاده از ویزیت‌های سرپایی را یادآور می‌شود. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که ۸۸ درصد بیماران مرد بودند، که احتمالاً به دلیل شرایط نظامی بیمارستان بوده است و به این دلیل با دیگر

نتیجه گیری

بستری مجدد منجر خواهد گردید. با توجه به این که بیش از ۹۰ درصد بیماران داروی خود را قطع کرده بودند، آرایه توضیحات روانپزشکان به بیماران مبنی بر لزوم مصرف داروها، با استفاده از بیان مطالب به زبان ساده و استفاده همزمان از دستورات کتبی و شفاهی پیشنهاد می‌شود. همچنین انجام مطالعات برآورد هزینه (Cost analysis) به منظور تعیین بار مالی ناشی از بستری مجدد در بیمارستان‌های نظامی توصیه می‌گردد.

تحقیقات مورد - شاهدی آتی به منظور مقایسه خصوصیات دموگرافیک و روانی موارد بستری مجدد و غیر آن خواهد توانست متغیرهای همراه با بستری مجدد را مشخص نماید. مداخلات اختصاصی برای بیماران پر خطر از نظر احتمال بستری مجدد، از قبیل افزایش سیستم حمایتی خانواده، ملاقات‌های سرپایی و پیگیری مصرف صحیح داروها توسط بیمار احتمالاً به کاهش موارد

منابع

- 1- Lana F, Fernandez-San-Martin MI and Vinue JM. Variability in psychiatric medical practice evaluated by studying short-term psychiatric rehospitalization. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(6):340-5.
- 2- Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR and Turk R. Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: A 3-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999;156(6):920-7.
- 3- Roick C, Heider D, Kilian R, Matschinger H, Toumi M and Angermeyer MC. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(9):744-51.
- 4- Thompson EE, Neighbors HW, Munday C and Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003 Sep;54(9):1271-6.
- 5- Fisher S and Stevens RF. Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada. *Psychiatr Serv* 1999;50(2):244-7.
- 6- Bobo WV, Hoge CW, Messina MA, Pavlovic F, Levandowski D and Grieger T. Characteristics of repeat users of an inpatient psychiatry service at a large military tertiary care hospital. *Mil Med* 2004;169(8):648-53.
- 7- Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(5):453-63.
- 8- Roick C, Heider D, Kilian R and Angermeyer MC. Heavy users of inpatient psychiatric services. *Psychiatr Prax* 2002;29(7):343-9.
- 9- Ostman M. Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(5):608-13.
- 10- Roick C, Heider D, Stengler-Wenzke K and Angermeyer MC. Frequent use of psychiatric inpatient services analysed from three different perspectives. *Psychiatr Prax* 2004 Jul;31(5):241-9.
- 11- Montgomery P and Kirkpatrick H. Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16(1):16-24.
- 12- Pokorny AD, Kaplan HB, Lorimor RJ. Effects of diagnosis and treatment history on relapse of psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1983;140(12):1598-601.
- 13- Luchins DJ, Hanrahan P, Conrad KJ, Savage C, Matters MD and Shinderman M. An agency-based representative payee program and improved community tenure of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 1998;49(9):1218-22.
- 14- Browne G, Courtney M and Meehan T. Type of housing predicts rate of readmission to hospital but not length of stay in people with schizophrenia on the Gold Coast in Queensland. *Aust Health Rev* 2004;27(1):65-72.
- 15- Weiden PJ and Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(3):419-29.
- 16- Fenton WS, Blyler CR and Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23(4):637-51.
- 17- Pages KP, Russo JE, Wingerson DK, Ries RK, Roy-Byrne PP and Cowley DS. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatr Serv* 1998;49(9):1187-92.
- 18- Huuhka M, Korpisammal L, Haataja R and Leinonen E. One-year outcome of elderly inpatients with major depressive disorder treated with ECT and antidepressants. *J ECT* 2004;20(3):179-85.