

طول مدت بستری پرسنل نظامی در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه‌اله‌الاعظم (عج)

سیدعباس تولایی^{۱*} M.D.، شروین آثاری^{۲*} M.D.، مهدی حبیبی^{۳*} M.Sc.، حمیدرضا خدای^{۴*} M.D.،
شکوفه رادفر^{۵*} M.D.، مصطفی نادری^{۶*} M.D.، حسین کجویی^{۷*}

آدرس مکاتبه: * دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) - مرکز تحقیقات بالینی *** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) - دانشکده پزشکی - گروه چشم پزشکی

**** دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) - دانشکده پزشکی - گروه داخلی مغز و اعصاب

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۶/۲/۲۰

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۶/۲/۱۷

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۵/۶/۲۸

خلاصه

مقدمه: با توجه به محدودیت تخت‌های روانپزشکی و تحمیل هزینه بستری طولانی مدت، طول مدت بستری در بخش روانپزشکی مورد توجه محققین می‌باشد. متأسفانه اطلاعات محدودی از طول مدت بستری روانپزشکی در بیمارستانهای نظامی کشورمان در دسترس است. مطالعه حاضر با هدف بررسی طول مدت بستری نیروی نظامی در بخش روانپزشکی در بیمارستان بقیه الله انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه که به صورت گذشته‌نگر انجام شد، تعداد ۸۳۰ پرونده بستری مربوط به مردان نظامی بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه الله به صورت تصادفی ساده از بین کل پرونده‌های مربوط به سالهای ۱۳۸۱-۱۳۸۰ بررسی شد. طول مدت بستری و متغیرهای دموگرافیک و مرتبط با سلامت روان ثبت گردید.

نتایج: محدوده و میانگین (انحراف معیار) طول مدت بستری به ترتیب برابر ۵۱-۱ و $7/69 \pm 10/80$ روز بود. طول مدت بستری به ترتیب در ۲۲۰ نفر (۲۶/۵٪) کمتر یا مساوی ۵ روز، ۲۷۱ نفر (۳۲/۷٪) ۱۰-۶ روز، ۱۷۲ نفر (۲۰/۷٪) ۱۱-۱۵ روز و در ۱۶۷ نفر (۲۰/۱٪) بیش از ۱۶ روز بود. طول مدت بیشتر بستری با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، قرار گرفتن تحت ECT و طول مدت کمتر بستری با سابقه خودکشی و سابقه مصرف مواد مخدر همراه بود. طول مدت بیشتر بستری با اختلالات سایکوتیک و طول مدت کمتر بستری با اختلالات خلقی، اختلالات شخصیتی و سایر اختلالات همراه بود. ارتباط معنی دار آماری بین طول مدت بستری و سرباز یا کادر رسمی بودن و یا وضعیت تاهل مشاهده نشد ($p > 0/05$).

بحث: در مطالعه حاضر، حدود ۲۰٪ بیماران بستری شده در بخش روان بیمارستان بقیه الله بیش از ۱۶ روز بستری شده‌اند، که با توجه به هزینه فراوان هر روز بستری و کمبود تخت روانپزشکی بر سیستم درمانی نظامی، مطالعات آتی با هدف بررسی علل بستری طولانی مدت در بیماران روانپزشکی توصیه می‌شود. به منظور

۱- دانشیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» - نویسنده مسئول

۲- کارشناس - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» -

۳- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» -

۴- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» -

۵- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج» -

۲- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

۴- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

۶- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... «عج»

کاهش طول مدت بستری، به نظر می‌رسد که لازم است به متغیرهایی از قبیل سطح تحصیلات، تحت ECT قرار گرفتن، سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه خودکشی و برخی اختلالات روانپزشکی توجه نمود.

واژه‌گان کلیدی: طول مدت بستری، بخش روانپزشکی، بیمارستان نظامی، پرسنل نظامی، ECT.

مقدمه

امروزه علاقه‌رو به رشدی در مورد بهبود کیفیت و کارایی مراقبت‌های درمانی و نیز کاهش هزینه‌های درمان وجود دارد [۱]. برای این منظور، شاخص‌های مناسب و کارآمد مورد توجه می‌باشد. طول مدت بستری (Length of stay) یک شاخص مهم کارایی مراقبت‌های بیمارستانی محسوب می‌شود [۲] و بطور گسترده‌ای مورد استفاده برنامه‌ریزان بهداشتی قرار می‌گیرد [۳، ۴]. کاهش طول مدت بستری یک هدف اصلی مدیریت خدمات بهداشتی برنامه‌ریزان بهداشتی محسوب می‌شود [۵].

برخی مطالعات درمان کوتاه مدت بستری یا سرپایی در بیماران دچار اختلالات شدید روانپزشکی را در مقایسه با بستری طولانی مدت موثرتر گزارش کرده‌اند [۶]. بستری طولانی مدت بیماران روانپزشکی کسب تجارب کاری، تطابق با زندگی اجتماعی و یادگیری سایر مهارت‌ها برای زندگی مستقل در جامعه را برای بیماران دشوارتر خواهد ساخت [۷]. به عبارت دیگر اکثر مطالعات نتوانسته‌اند سودمندی بستری طولانی مدت روانپزشکی را نشان دهند [۸-۱۰]. بر اساس گزارش یک مطالعه حدود ۹۵٪ کل هزینه بستری بیماران دچار اختلالات سایکوتیک مربوط به هزینه اقامت در بیمارستان است [۱۱]. این در حالی است که میانگین طول مدت بستری در بخش روانپزشکی در مطالعات مختلف ۱۸-۹ روز گزارش شده است [۱۶-۱۲].

بستری طولانی روانپزشکی هزینه اضافی را به بیمار، خانواده وی، جامعه و سیستم بهداشتی درمانی تحمیل می‌نماید [۵]. بازبینی در ساختار پرداخت‌ها (Reimbursement)، انتشار سالانه لیست بیمارستانهای دارای طول مدت بیشتر بستری [۱۷]، و همچنین دیگر تلاش‌ها جهت کاهش طول مدت بستری، طول متوسط بستری را در آمریکا از ۳۹ روز در سال ۱۹۹۴ به ۱۸ روز در سال ۱۹۹۸ کاهش داده است [۱۴]. این موضوع که آیا طول مدت بستری در کشورهای در حال توسعه و از جمله کشور ما در حال

کاهش است، مورد تردید است.

طول مدت بستری روانپزشکی پرسنل نظامی در مقایسه با بیمارستان‌های غیرنظامی بیشتر گزارش شده است [۱۶-۱۲]، و این تفاوت در یک مطالعه به طور میانگین ۴ روز بوده است [۱۸]. بنابراین می‌توان ادعا نمود که برخلاف تصور عموم در این مورد که پرسنل نظامی در مقایسه با جمعیت عمومی از سلامت عمومی بیشتری برخوردار می‌باشند، روزهای اقامت آنان در بیمارستان بیشتر است [۱۸].

مطالعات مختلف متغیرهای مرتبط با طول مدت بستری در بیمارستان را به سه دسته کلی مرتبط با بیمار، مرتبط با درمان و مرتبط با سیستم (از قبیل استراتژیهای پرداخت) تقسیم کرده‌اند. عنوان شده است که این متغیرها توجیه کننده ۲۷-۱۰٪ تغییرات طول مدت بستری است [۱۹]. از عوامل مربوط به بیمار می‌توان به سن، جنس، تشخیص بیماری روانپزشکی، بیماریهای جسمی یا سایر اختلالات روانپزشکی همراه و شدت بیماری را نام برد. نوع درمان و عوامل روانی اجتماعی نیز مهم تلقی می‌شوند [۲۳-۲۰]. با این حال می‌توان عنوان کرد که توافقی در مورد متغیرهای مرتبط با طول مدت بستری روانپزشکی وجود ندارد. اجرای مطالعات با هدف بررسی الگوی طول مدت بستری در هر کشور، توصیه شده است [۲۴]، زیرا عنوان شده است که با شناخت متغیرهای مرتبط با طول مدت بیشتر بستری روانپزشکی نظامیان، امکان طراحی اقداماتی به منظور کاهش هزینه‌ها فراهم خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف بررسی طول مدت بستری نیروی نظامی در بخش روانپزشکی در بیمارستان بقیه الله انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه که به صورت گذشته‌نگر انجام شد، تعداد ۸۳۰ پرونده بستری (مربوط به پرسنل نظامی مرد) در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه الله (عج) به صورت تصادفی ساده از بین کل

سایکوتیک، ۱۰۹ نفر (۱۳/۱٪) اختلالات دیگر بود. ۱۵۵ نفر (۱۸/۷٪) به اختلالات شخصیت مبتلا بودند. از تعداد ۵۶۸ نفر مبتلا به اختلالات خلقی، ۴۶۹ نفر به افسردگی یا افسردگی اساسی (۸۲/۵٪) و ۹۹ نفر (۱۷/۵٪) به اختلال دو قطبی مبتلا بودند. از تعداد ۱۰۷ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی، ۷۶ نفر (۷۱٪) به PTSD و ۳۱ نفر (۲۹٪) به اختلال پانیک و یا سایر اختلالات اضطرابی مبتلا بودند. ۶۲۳ نفر (۷۵/۱٪) دچار یک اختلال، ۱۹۷ نفر (۲۳/۷٪) دچار دو اختلال و ۱۰ نفر (۱/۲٪) دچار سه اختلال روانپزشکی همزمان بودند. تشخیص روانپزشکی در ۶۷۵ نفر (۸۱/۳٪) تنها در محور I، در ۸۲ نفر (۹/۹٪) تنها در محور II و در ۷۳ نفر (۸/۸٪) به صورت همزمان در محورهای I و II بود.

محدوده و میانگین طول مدت بستری ۵۱-۱ روز و $7/69 \pm 10/80$ روز بود. طول مدت بستری به ترتیب در ۲۲۰ نفر (۲۶/۵٪) کمتر یا مساوی ۵ روز، ۲۷۱ نفر (۳۲/۷٪) ۶-۱۰ روز، ۱۷۲ نفر (۲۰/۷٪) ۱۱-۱۵ روز و در ۱۶۷ نفر (۲۰/۱٪) بیش از ۱۶ روز بود.

طول مدت بستری در افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم ($8/22 \pm 12/63$ روز) در مقایسه با افراد دارای سطح تحصیلات پایینتر ($7/55 \pm 10/55$ روز) به میزان معنی‌داری بیشتر بود ($p=0/009$). طول مدت بستری با سرباز یا پرسنل رسمی بودن، وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری را نشان نداد.

بستری طولانی‌تر با قرار گرفتن تحت ECT ($9/11 \pm 7/39$ روز) در مقایسه با ($9/27 \pm 6/75$ روز، $p=0/0001$)، عدم انجام خودکشی ($7/51 \pm 5/17$ روز) در مقایسه با ($10/57 \pm 7/72$ روز، $p=0/001$)، عدم وجود سابقه مصرف مواد مخدر ($9/07 \pm 5/90$ روز) در مقایسه با ($10/68 \pm 7/60$ روز، $p=0/008$) ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

رتبه‌بندی اختلالات روانپزشکی از نظر طول مدت بستری به ترتیب شامل اختلالات سایکوتیک ($12/31 \pm 8/32$)، اختلالات اضطرابی ($11/38 \pm 7/43$)، اختلالات خلقی ($9/79 \pm 6/75$)، اختلالات شخصیتی ($9/53 \pm 7/46$) و سایر اختلالات ($8/11 \pm 5/93$) بود. رتبه‌بندی اختلالات روانپزشکی از نظر طول مدت بستری از بین اختلالات خلقی، به ترتیب به اختلالات

پرونده‌های نظامی مربوط به سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۶ انتخاب شد. شرط ورود به مطالعه، ترخیص با دستور پزشک و ثبت تشخیص نهایی در پرونده بیمار بود. فرار از بخش یا ترخیص با رضایت شخصی از شرایط خروج از مطالعه محسوب گردید. طول مدت بستری و متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، پرسنل رسمی یا سرباز) و متغیرهای مرتبط با سلامت روان (تشخیص اولیه، تشخیص ثانویه، درمان‌های انجام شده، اقدامات پاراکلینیک و ...) در یک چک لیست ثبت گردید.

بطور کلی تشخیص‌های روانپزشکی مانند اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوتیک در محور I طبقه‌بندی شد. اختلالات شخصیتی نیز بعنوان تشخیص‌های مربوط به محور II در نظر گرفته شد. بر این اساس، تعداد تشخیص‌های روانپزشکی و همچنین تعداد محورهای تشخیصی برای هر بیمار ثبت شد. معیار تشخیص‌های بیماران، تشخیص نهایی حین ترخیص بود که توسط روانپزشک مشخص شده بود.

ورود داده‌ها به کامپیوتر و آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. به منظور توصیف متغیرهای کیفی از جداول فراوانی و فراوانی نسبی و به منظور توصیف متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس (ANOVA) استفاده شد. p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

محدوده سن برابر ۵۷-۱۸ و میانگین (انحراف معیار) برابر $27/42 \pm 9/19$ سال بود. تمامی افراد (۱۰۰٪) مرد بودند. ۳۴۸ نفر (۴۰/۹٪) پرسنل رسمی و ۴۸۲ نفر (۵۹/۱٪) سرباز بودند. ۴۹۵ نفر مجرد (۵۹/۶٪)، ۳۲۸ نفر (۳۹/۵٪) متاهل و ۷ نفر (۰/۸٪) متارکه کرده بودند. سطح تحصیلات در ۶۸۳ نفر (۸۲/۳٪) کمتر از دیپلم، در ۱۰۸ نفر (۱۳٪) دیپلم یا بیشتر و در ۳۹ نفر (۴/۷٪) نامشخص بود.

تشخیص‌های روانپزشکی در ۵۶۸ نفر (۶۸/۴٪) اختلالات خلقی، ۱۰۷ نفر (۱۲/۹٪) اختلالات اضطرابی، ۱۰۸ نفر (۱۳٪) اختلالات

جدول ۱: نتایج آزمون t در مورد تشخیص اختلالات روانپزشکی از نظر طول مدت بستری

سطح معنی داری	طول مدت بستری (روز)	تشخیص	اختلالات خلقی
۰/۰۱۰	$9/79 \pm 6/75$	دارند	
	$11/26 \pm 8/05$	ندارند	
NS	$11/38 \pm 7/43$	دارند	اختلالات اضطرابی
	$10/71 \pm 7/73$	ندارند	
۰/۰۲۹	$12/31 \pm 8/32$	دارند	اختلالات سایکوتیک
	$10/57 \pm 7/57$	ندارند	
۰/۰۲۳	$9/53 \pm 7/46$	دارند	اختلالات شخصیتی
	$11/09 \pm 7/72$	ندارند	
۰/۰۰۱	$10/50 \pm 7/37$	افسردگی	اختلالات خلقی
	$14/87 \pm 9/99$	دوقطبی	
NS	$11/33 \pm 7/00$	PTSD	اختلالات اضطرابی
	$11/51 \pm 8/52$	پانیک و سایر اختلالات اضطرابی	

جدول ۲: نتایج ANOVA در مورد تعداد تشخیص های روانپزشکی، محور تشخیصی و طول مدت بستری

سطح معنی داری	طول مدت بستری (روز)	تشخیص روانپزشکی	تعداد تشخیص ها
NS	$10/84 \pm 7/49$	۱	
	$10/53 \pm 8/28$	۲	
	$13/40 \pm 8/18$	۳	
** ۰/۰۵	$11/09 \pm 7/72$	تنها محور I	محور تشخیصی
	$9/10 \pm 6/92$	تنها محور II	
	$10/01 \pm 8/04$	محور I + محور II	

** استفاده از آزمون تعقیب توکی نشان داد که اختلاف آماری معنی دار مربوط به تفاوت طول مدت بستری در گروههای "تنها محور I" و "تنها محور II" است.

اختلالات اضطرابی، طول مدت بستری بین تشخیص PTSD و سایر تشخیصها اختلاف معنی دار آماری را نشان نداد ($p > 0/05$) (جدول ۱). طول مدت بستری بین افراد دارای ۱، ۲ و یا ۳ تشخیص همزمان تفاوت معنی دار آماری را نشان نداد ($p > 0/05$). طول مدت بستری در موارد تشخیصی محور I در مقایسه با محور II به میزان معنی داری بیشتر بود ($p = 0/05$) (جدول ۲).

بحث

بر اساس مطالعه حاضر، هر پرسنل نظامی بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه الله به طور متوسط ۱۱ روز تخت روانپزشکی را اشغال می کند. میانگین طول مدت بستری بیماران روانپزشکی در دیگر مطالعات ۹-۱۸ روز گزارش شده است

دوقطبی ($14/87 \pm 9/99$)، اختلالات افسردگی ($10/50 \pm 7/37$) مربوط بود، و از بین اختلالات اضطرابی، پانیک و سایر اختلالات اضطرابی ($11/51 \pm 8/52$) و PTSD ($11/33 \pm 7/00$) بود. طول مدت بستری با تشخیص های روانپزشکی ارتباط معنی داری را نشان داد، به طوری که این متغیر در مبتلایان به اختلالات خلقی ($p = 0/01$)، سایر اختلالات ($p = 0/001$) و مبتلایان به اختلالات شخصیتی ($p = 0/023$) به میزان معنی داری کمتر از دیگر افراد بود. طول مدت بستری در مبتلایان به اختلالات سایکوتیک در مقایسه با دیگر افراد به میزان معنی داری بیشتر بود ($p = 0/029$) (جدول ۱). در مبتلایان به اختلالات خلقی، طول مدت بستری در موارد تشخیص اختلالات افسردگی در مقایسه با تشخیص دو قطبی به میزان معنی داری کمتر بود ($p = 0/001$). در مبتلایان به

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک طول مدت بستری بیشتری نسبت به دیگر بیماران روانپزشکی داشته‌اند و بیماران دارای اختلال محور II (اختلال شخصیت) نیز طول مدت بستری کمتری داشتند. در این مطالعه بین بیماران با اختلالات اضطرابی در مقایسه با سایر بیماران از نظر طول مدت بستری تفاوتی نداشتند. اما در بیماران دچار اختلالات خلقی، بیماران افسرده طول مدت بستری کمتری را نشان دادند. از نظر تشخیص‌های روانپزشکی در اغلب موارد ارتباطی بین تشخیص‌های روانپزشکی و طول مدت بستری گزارش شده است. برخی مطالعات بستری طولانی مدت را با اختلالات سایکوتیک و برخی دیگر با ابتلا به اختلالات افسردگی همراه گزارش کرده‌اند [۲۶، ۲۷، ۳۰-۳۳]. تشخیص اولیه اختلال انطباقی یا اختلال شخصیت نیز در یک مطالعه با بستری کوتاه‌تر همراه بوده است [۱۸]. همچنین عنوان شده است که اضطراب می‌تواند باعث افزایش طول مدت بستری شود [۳۴، ۳۵].

در این مطالعه تعداد تشخیص‌ها با بستری طولانی‌تر در بیمارستان همراه نبود. علی‌رغم جستجوی انجام شده، مطالعه مشابه در این زمینه مشاهده نشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به طراحی گذشته نگر، عدم ثبت شدت اختلالات روانپزشکی و نیز عدم ثبت بیماری‌های جسمی همزمان اشاره کرد. بسیاری از متغیرها از قبیل تمایل بیماران، تشخیص، نوع درمان، تمایل متخصصین و هزینه درمان بر این نتایج تاثیرگذار می‌باشند. این مطالعه به بررسی ارتباط تشخیص و متغیرهای دموگرافیک و سابقه روانپزشکی با طول مدت بستری پرداخت و تمایل بیماران، تمایل متخصصین و هزینه درمان را مورد توجه قرار نداد، که می‌تواند به عنوان عامل مداخله‌گر در نتایج مطالعه حاضر موثر بوده باشند. این متغیرها می‌تواند مورد توجه پژوهش‌های آتی در این زمینه قرار گیرد. به عنوان نقطه ضعف دیگر در مطالعه حاضر، بررسی محورهای تشخیصی I و II (و عدم پرداختن به محورهای دیگر تشخیصی DSM-IV) قابل ذکر است. همچنین انجام مطالعات آتی در زمینه کاهش طول مدت بستری توصیه می‌شود. همچنین در این زمینه، طراحی مطالعات آینده‌نگر اعتبار مطالعات در این زمینه را

[۱۶-۱۲]. با توجه به ارتباط طول مدت بستری و عوامل مختلفی که می‌تواند تحت تاثیر مکان، زمان، و بسیاری از متغیرهای دیگر تاثیرگذار باشد، مقایسه نتایج مطالعات متفاوت ساده به نظر نمی‌رسد. اما بطور کلی می‌توان ادعا کرد که متوسط طول مدت بستری در این بیمارستان نسبت به سایر کشورها در حد پایین است. بخشی از این تفاوت احتمالاً ناشی از نقش بیشتر حمایتی خانواده در کشور ما می‌باشد. بدین ترتیب، ارتباطات خانوادگی خواهد توانست حمایت روانی بیماران را در محیط خارج از بیمارستان فراهم آورد.

طول مدت بستری در بیمارستانهای نظامی بیشتر از بیمارستانهای عمومی ذکر شده است. اگر چه مطالعه ما بیمارستان‌های غیرنظامی را به منظور امکان ایجاد مقایسه مورد مطالعه قرار نداد، اما طول مدت بستری در بیماران روانپزشکی از بسیاری از بیمارستانهای غیر نظامی کوتاه‌تر بوده است.

در مطالعه حاضر از بین متغیرهای دموگرافیک، تنها سطح تحصیلات بالاتر با طول مدت بیشتر بستری همراه بود. در حالی‌که در سایر مطالعات مشابه سن بالا، جنس زن، مجرد بودن و سرباز بودن با افزایش مدت بستری در بیمارستان همبستگی نشان داده است [۱۸]، که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. این تفاوت در یافته‌ها نیز می‌تواند ناشی از بسیاری از متغیرهای تاثیرگذار بر طول مدت روانپزشکی باشد.

در مطالعه حاضر، قرار گرفتن تحت ECT با طول مدت بستری بیشتر همراه بود، که توسط سایر مطالعات تایید می‌شود. استفاده از ECT به عنوان نشانه‌ای از شدیدتر بودن یا مقاوم بودن اختلال همراه عنوان شده است. ضرورت سپری شدن طول دوره درمان با ECT نیز احتمالاً باعث بستری طولانی‌تر در بخش روانپزشکی می‌شود [۲۷-۲۵].

در مطالعه حاضر اقدام به خودکشی با طول مدت بستری طولانی‌تر همراه بوده است. در مطالعات دیگر نیز عنوان شده است که آسیب‌های شدید به خود با افزایش طول مدت بستری همراه می‌باشد [۲۸]. در این مطالعه ارتباط سوء مصرف مواد با طول مدت کمتر بستری همراه بود. در این زمینه مطالعات پیشین نتایج یکسانی را گزارش نکرده‌اند [۲۹].

Health Administration hospitals. *Am J Psychiatry* 2000; 157(10): 1669-73.

6- Priest RG, Fineberg N, Merson S. Length of stay of acute psychiatric inpatients: an exponential model. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 92: 315-317.

7- Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54(9): 1271-6.

8- Mai FM, Gosselin J, Varan L, Bourgon L, Navarro JR. Effects of treatment and alternative care on length of stay on a general hospital psychiatric unit - results of an audit. *Canadian Journal of Psychiatry* 1993; 38: 39-45.

9- Hirsch SR, Platt S, Knights A, Weyman A. Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *British Medical Journal* 1979; 1: 442-446.

10- Sytema S, Laciga J, Giel R, Prevratil V. Inpatient care in an eastern and a western European area - a comparative case register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; (27): 274-279.

11- Peiro S, Gomez G, Navarro M, Guadarrama I, Rejas J. Psychosp Group. Length of stay and antipsychotic treatment costs of patients with acute psychosis admitted to hospital in Spain. Description and associated factors. *The Psychosp study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(7): 507-13.

12- Sloan DM, Yokley J, Gottesman H, Schubert DS. A five-year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosom Med* 1999; 61(1): 21-5.

13- Brock IP 3rd and Brown GR; Psychiatric length of

خواهد افزود.

نتیجه گیری

در مطالعه حاضر، حدود ۲۰٪ بیماران بستری شده در بخش روان پزشکی بیمارستان بقیه الله بیش از ۱۶ روز بستری شده‌اند، که با توجه به هزینه فراوان هر روز بستری و کمبود تخت روانپزشکی در سیستم درمانی نظامی، مطالعات آتی با هدف بررسی علل بستری طولانی مدت در بیماران روانپزشکی توصیه می‌شود. به منظور کاهش طول مدت بستری، به نظر می‌رسد که لازم است به متغیرهایی از قبیل سطح تحصیلات، تحت ECT قرار گرفتن، سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه خودکشی و برخی اختلالات روانپزشکی توجه نمود.

منابع

- 1- Sloan DM, Yokley J, Gottesman H, Schubert DS. A five-year study on the interactive effects of depression and physical illness on psychiatric unit length of stay. *Psychosom Med* 1999; 61(1): 21-5.
- 2- Jimenez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv Res* 2004; 4(1): 4.
- 3- Brownell MD, Roos NP. Variation in length of stay as a measure of efficiency in Manitoba hospitals. *CMAJ* 1995; 152(5): 675-682.
- 4- Chassin MR: Health Technology case study 24. Variations in Hospital Length of Stay. Their relationship to health outcomes. Washington DC, US Congress, Office of Technology Assessment 1983.
- 5- Federman EJ, Drebing CE, Boisvert C, Penk W, Binus G, Rosenheck R. Relationship between climate and psychiatric inpatient length of stay in Veterans

stay determinants in a military medical center. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(6): 392-8.

14- Rosenheck RA, DiLella D. Department of Veterans Affairs National Mental Health Program Performance Monitoring System: Fiscal Year 1998 Report. West Haven, Conn, VA Northeast Program Evaluation Center 1999.

15- Rogers JL, Feinglass J, Martin GJ, Hughes RL, Handler I, Stoms GB. Longer hospitalization at Veterans Administration hospitals than private hospitals: verification and additional insights. *Med Care* 1989; 27: 928-936.

16- Appleby L, Desai PN, Luchins DJ, Gibbons RD, Hedeker DR. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 72-76.

17- Better Patient Management Practice Could Reduce Length of Stay in VA Hospitals. Washington, DC General Accounting Office 1985.

18- McLay RN, Daylo A, Hammer PS; Predictors of length of stay in a psychiatric ward serving active duty military and civilian patients. *Mil Med* 2005; 170(3): 219-22.

19- Huntley DA, Cho DW, Christman J, Csernansky JG. Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1049-1053.

20- Anderson SW, Crist AJ, Payne N. Predicting inpatient length of stay with the expanded version of the Brief Psychiatric Rating Scale (version 4.0). *Psychiatr Serv* 2004; 55(1):77-9.

21- Hopko DR, Lachar D, Bailley SE, Varner RV.

Assessing Predictive Factors for Extended Hospitalization at Acute Psychiatric Admission. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1367-1373.

22- Horn SD, Chambers AF, Sharkey PD, Horn RA. Psychiatric severity of illness. A case mix study. *Med Care* 1989; 27(1): 69-84.

23- Barnow S, Linden M, Schaub RT: The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 312-16.

24- Fortney JC. Variation among VA hospitals in length of stay for treatment of depression. *Psychiatric Services* 1996; 47: 608-613.

25- Jimenez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Serv Res* 2004; 4(1): 4.

26- Creed F, Tomenson B, Anthony P, Tramner M. Predicting length of stay in Psychiatry. *Psychol Med* 1997; 27(4): 961-966.

27- Draper B, Luscombe G. Quantification of factors contributing to length of stay in an acute psychogeriatric ward. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(1): 1-7.

28- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Melega V, Venco C, Scaramelli AR. Predicting length of stay in Italian Psychiatric Forensic Hospitals: a survival analysis. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10(2): 125-33.

29- Bradley CJ, Zarkin GA.. Inpatient stays for patients diagnosed with severe psychiatric disorders and substance abuse. *Health Serv Res* 1996; 31(4):

387-408.

30- Huntley DA, Cho DW, Christman J, Csernansky JG. Predicting Length of stay in an acute psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1998; 49(8):1049-53.

31- Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, Christiansen L, Gostas G, Lonnerberg O, Muus S, Sandlund M, Hansson L. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry—length of in-patient stay. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100(3): 220-8.

32- Richter D. Psychiatric inpatient length of stay. An overview of methods, influences and consequences. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69(1): 19-31.

33- Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103(3): 203-211.

34- Fields SD, MacKenzie CR, Charlson ME, Sax FL. Cognitive impairment: can it predict the course of hospitalized patients? *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 579–85.

35- Hall RC, Popkin MK, Devaul RA, Faillace LA, Stickney SK. Physical illness presenting as a psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1315–20.