BRIEF REPORT

Challenges of Post-Discharge Follow-up in Psychiatric Patients in Isfahan Farabi Hospital: A Qualitative Study

Marzieh Javadi[1],
Mohammad Mahdi Behzadnezhad[2],
Mojtaba Alizade[3,4],
Nasrin Sharbafchizade[5],
Maryam Yaghoubi[6]

[1] PhD in Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2] Medical Student, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] Farabi Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] PhD Candidate in Organizational Behavior Management, Isfahan Islamic Azad University (Khorasgan), Isfahan, Iran
[5] Associate Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[6] Associate Professor, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received February 14, 2022 ; Accepted May 21, 2022)

Abstract

Background and purpose: Comprehensive discharge program refers to providing education, follow-up and continuity of care. This issue is one of the requirements for the effectiveness of treatment in patients with mental health diseases. This study aimed at investigating post discharge follow-up challenges in psychiatric patients in Isfahan Farabi Hospital, 2021.

Materials and methods: A qualitative study with Conventional Content Analysis approach was conducted by interviewing 13 nurses, physicians, managers, and hospital discharge staff who were purposefully selected. Sampling was performed until reaching data saturation. Data were analyzed using MAXQDA V10.

Results: Findings were organized into 32 Semantic codes and three main categories that each included two subcategories: I. Patient and Disease Challenges (nature of disease and patient/family condition), II. Hospital and Health System Challenges (hospital policy and procedures and poor intersectoral communication), and III. Socio-Economic Challenges (lack of social support and financial problems).

Conclusion: Effective follow-up of psychiatric patients is faced with some problems such as insufficient insurance coverage, lack of awareness of families, and lack of a thorough follow-up process. Meanwhile, poor social services and supporting institutions contribute to aggravation of disease and hospital readmission.

Keywords: patients, patient discharge, continuity of patient care, mentally ill person

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 32 (210): 100-107 (Persian).

Corresponding Author: Maryam Yaghoubi - Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (E-mail: aghoobbi997@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و دوم شماره ۲۱۰ تیر سال ۱۴۰۱ (۱۰۷-۱۰۰)

چالش های سیستم پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی در بیمارستان فارابی اصفهان: یک مطالعه کیفی

مرضیه جوادی[۱]
محمدمهدی بهزادنژاد[۲]
مجتبی علیزاده[۳و۴]
نسرین شعربافچی زاده[۵]
مریم یعقوبی[۶]

چکیده

سابقه و هدف: برنامه جامع ترخیص به معنای آموزش، پیگیری و استمرار مراقبت از بیمار است. این موضوع در بیماران روانپزشکی از الزامات اثربخشی درمان می باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی چالش‌های پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی در بیمارستان فارابی اصفهان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوای عرفی است که با انجام مصاحبه با ۱۳ نفراز پرستاران و پزشکان، مدیران و مسئولین و دست‌اندرکاران برنامه ترخیص بیمارستان که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند، انجام شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده ادامه یافت و داده‌ها با نرم‌افزار $MAXQDA_{10}$ تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها شامل ۳۲ کدمعنایی بود که در قالب سه طبقه اصلی "چالش‌های بیمار و بیماری" شامل دو طبقه فرعی (ماهیت بیماری، شرایط بیمار و خانواده) و"چالش‌های بیمارستان و نظام سلامت" شامل دو طبقه فرعی (سیاست‌ها و رویه بیمارستان وضعف ارتباط بین بخشی نظام سلامت) و "چالش‌های اقتصادی اجتماعی" شامل دو طبقه فرعی (عدم حمایت اجتماعی و مشکلات اقتصادی و مالی) دسته‌بندی شدند.

استنتاج: پیگیری موثربیماران به دلایلی چون عدم‌حمایت بیمه‌ای ،ضعف آگاهی خانواده‌ها، نبودن فرایند منسجمی برای پیگیری بیمار با مشکل روبرو است. همچنین به دلیل نبود حمایت نهادهای کمکی وتامین اجتماعی ضعیف در این حوزه، بیماران عموما پس از ترخیص رهاشده و این امر موجب تشدید بیماری و بازگشت مجدد آنان به بیمارستان می‌شود.

واژه های کلیدی: بیمار، ترخیص بیمار، استمرار مراقبت، بیمار روانپزشکی

مقدمه

برنامه‌ریزی ترخیص فرایندی پویا، جامع و مشارکتی است که باید از زمان بستری آغاز شود و هدف آن تعیین روند ادامه درمان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت‌های لازم به بیمار و مراقبان او می‌باشد(۱). پیگیری بیمار موجب رضایت، کاهش عوارض و مشکلات پس از ترخیص ،کاهش پذیرش مجدد وافزایش پیامدهای درمان می‌شود (۳،۲).

مولف مسئول: مریم یعقوبی– تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران Email: aghoobbi997@gmail.com
۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴ . دانشجوی دکتری مدیریت رفتار سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان ،ایران
۵. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان، ایران
۶. دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۰/۱۱/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱/۱۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۱/۲/۳۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

سلامت روان جامعه نگر با تأکید بر پیشگیری از بستری مجدد بیمار روانپزشکی، متمرکز بر برنامه‌های پیگیری پس از ترخیص است(۴). در برنامه پیگیری پس از ترخیص بیمار روانپزشکی عواملی همچون مداخلات زمان انتقال بیمار(۵)، استمرار مراقبت‌ها(۶) و حمایت و مداخله خانواده(۷) مورد تأکید است. مطالعه‌ای در کره جنوبی نشان داد عدم استمرار مراقبت از بیمار روانپزشکی در جامعه مورد مطالعه موجب ۴۲/۹ درصد بستری مجدد، ۱/۹ درصد فوت و ۰/۶درصد خودکشی دریک سال پس از ترخیص شده است، این تحقیق گزارش داده افزایش قابل توجهی در خطر پذیرش مجدد و آسیب تا یک سال پس از ترخیص در افرادی با مراقبت کم‌تر در مقایسه با افراد با استمرار مراقبت بالا وجود دارد و استمرار برنامه مراقبتی بیمار روانپزشکی و آموزش بیمار وخانواده یکی از عوامل مؤثر در کیفیت درمان این بیماران است(۸). همچنین شواهد قابل توجهی برای اثربخشی حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی در مداخلات روانپزشکی وجود دارد. این مداخلات به‌ویژه برای کشور ما که خانواده نقش مهمی در حمایت از بیمار دارد و تقریباً تمام بیماران همراه اعضای خانواده خود زندگی می کنند، بسیار مفید است(۹). متاسفانه این موضوع علیرغم اهمیت زیاد،بطورجدی در برنامه کاری بیمارستان‌ها حتی مراکز درمان روانپزشکی قرار ندارد. ازآن‌جاکه پیگیری بیمار روانپزشکی پس از ترخیص عامل مهمی برای تضمین اثربخشی درمان و کاهش نرخ مراجعه مجدد است، این مطالعه با هدف شناخت چالش‌های برنامه پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی در بیمارستان فارابی اصفهان انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای عرفی است که در سال ۱۴۰۰انجام شد. روش گرداوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. جامعه پژوهش ۱۳ نفر (۱ مدیر اجرایی، ۲روانپزشک- مدیر، ۶ نفر کادر پرستاری شامل مترون، سرپرستار، پرستاران مسئول کنترل عفونت و مسئول آموزش و ایمنی، ۴ نفر مددکار، روانشناس، کاردرمانگر و مسئول بهبود کیفیت بیمارستان) بودندکه به‌صورت هدفمند انتخاب شدند. معیار مشارکت نمونه‌ها تجربه کار با بیمار روانپزشکی و آگاهی از برنامه ترخیص و نیازها و برنامه مراقبتی بعد از ترخیص بود و افرادی که درگیری مستقیم با ترخیص و مشکلات پس از ترخیص نداشتند در مصاحبه شرکت داده نشدند. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و فرم رضایت آگاهانه قبل از مصاحبه در اختیار آنان قرار داده شد واجازه ضبط مصاحبه از آنان گرفته شد.

مصاحبه با سؤالات محوری مانند" بیمار روانپزشکی پس از ترخیص به چه مراقبت‌هایی نیاز دارد ؟" آغاز شد و با سؤالات تبیین‌کننده "نیازهای مراقبتی بیمار پس از ترخیص چگونه تامین می‌شود؟ و استمرار مراقبت از بیماران و پیگیری آنان با چه مشکلاتی روبروست؟" ادامه یافت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و هرمصاحبه ۲۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید.جهت کدگذاری، متن پیاده‌سازی شده دقیقا مرور شد، با چندین بار مطالعه و تعمق در محتوا پس ازدرک کلی متن، وا حدهای معنایی استخراج گردید، سپس معانی و مفاهیم مرتبط در یک طبقه قرار داده شدند. مقایسه مکرر طبقات برای تعیین روابط نهایی و تبیین طبقات اصلی انجام و کل طبقات شکل گرفت. اعتبارپذیری با درگیری مداوم محقق با داده‌ها و نظرخواهی از شرکت‌کنندگان برای کسب تأیید و یا عدم تأیید آنان در همسانی نتایج با دیدگاه‌های آنان محقق شد. انتقال‌پذیری مطالعه با ارائه نقل‌قول‌های مستقیم وتائید پذیری با حفظ یادداشت‌ها و ضبط‌شده‌ها برای بازبینی‌های بعدی و مراجعه مکرر به آن‌ها امکان‌پذیرشد. مدیریت کدهای استخراج شده با نرم‌افزار $MAXQDA_{10}$ انجام گرفت.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

یافته‌ها و بحث

۳۲ کدمعنایی درقالب ۳ طبقه اصلی و ۶ طبقه فرعی به‌عنوان چالش‌های پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی دسته‌بندی شد (جدول شماره۱).

جدول شماره ۱: کدهای معنایی، طبقات وزیرطبقات از دیدگاه صاحبنظران

طبقات اصلی	طبقات فرعی	کدهای معنایی
چالش‌های بیمار و بیماری	ماهیت بیماری	مراجعه دیرهنگام به روانپزشک انگ بیماری عدم پذیرش بیماری ادامه ندادن درمان ها پیچیدگی درمان روانپزشکی
	شرایط بیمار و خانواده	حاشیه های اجتماعی بیماری ناآگاهی خانواده و بیمار ازبیماری گسستگی خانوادگی این بیماران حمایت ضعیف وناقص خانواده ازبیمار سیکل معیوب جوخانواده وتشدید بیماری
چالش های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت	ساختار وسیاست های بیمارستان	عدم وجود رویه مدون برای پیگیری بیمار نبود ردیف ومنابع مالی مشخص ناکافی بودن پروتکل های موجود پیگیری بیمار عدم شفافیت ارتباطی سازمان عدم وجودتشکیلات ونیروی انسانی نبود فرایند سیستماتیک
	ضعف ارتباط بین بخشی نظام سلامت	عدم درک حساسیت بیماری درسطوح سیاستگذاری ضعف سیاستگذاری بالادستی عدم تخصیص منابع مالی در سطح کلان ضعف هماهنگی بین بخشی برای استفاده از ظرفیت مراکز جامع سلامت ضعف یکپارچگی نهادهای درگیر عدم وجود زنجیره ارتباطی شفاف بخش سلامت و نهادهای حمایتی مربوطه عدم شفافیت نقش سازمان های مرتبط
چالش های اجتماعی/ اقتصادی	عدم حمایت اجتماعی	تامین اجتماعی ضعیف بیماری روانی درجامعه ضعف حمایت بیمه ای از بیماری روانی ازدیاد روزافزون مشکلات روانپزشکی درجامعه مخفی کاری درمان بیماری بدلیل انگ اجتماعی رهاشدگی بیمار بعد از ترخیص
	مشکلات اقتصادی ومالی	هزینه های سرسام آور درمان روانپزشکی ضعف بنیه مالی اکثربیماران روانی عدم حمایت خاص ازبیمار روانی ارتباط قوی فقر وبیماری

الف- چالش‌های بیمار و بیماری

بخشی از مشکلات پیگیری بیماران روانپزشکی مربوط به دو طبقه فرعی حاصل از مصاحبه‌ها یعنی "ماهیت بیماری"و "شرایط بیمار و خانواده" است.

بیماری روانی ماهیتا چند بعدی وچالش برانگیز است و مدیریت این بیماری پیچیدگی‌های خاص خود را دارد. شرایط بیمار روانپزشکی با بیمار معمولی متفاوت است، ناآگاهی و عدم پذیرش بیماری ویا گسست خانوادگی این بیماران پیگیری را دشوارتر می کند.

"بیماران روانپزشکی تا اونجا که بشه به روانپزشک مراجعه نمی‌کنن وقتی مراجعه می کنن که دیگه مریض دچار افت توانایی شده" (روانپزشک). "خیلی از بیمارا... اون آگاهی کافی رو نسبت به بیماریشون ندارن واین کاروسخت می کنه "(سرپرستار).

"کسایی که مسائل روانپزشک پیدا می کنن عموما مسایل حاشیه ای وخانوادگی هم دارن" (مدیراجرایی).

"این خانواده‌ها عموما مشکل دارن یعنی ما یه مریض داریم می خوایم با خانواده اش تماس بگیریم خیلی وقت‌ها آدرس‌ها الکی هستند... خانواده منسجمی ندارن"(سرپرستار).

مراجعه دیرهنگام بیمار روانپزشکی و عدم رغبت به اعلام آن، درمان را سخت‌تر و طولانی‌تر می کند. دراین دسته بیماران، خانواده که نقش عمده‌ای در مراقبت و بهبودی دارد به دلایل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بخوبی ایفای نقش نکرده و بیمار عموماً بعد از ترخیص دوباره به خط اول برمی گردد.

مطالعات اشاره دارند حمایت خانواده(۱۰) و عملکرد خانواده یکی از شاخصه‌های تسهیلگر در سلامت روان است(۱۱). هرچه مراقبین و خانواده بیمار آگاهی بیش‌تری در مورد بیماری و تاثیرآن بر زندگی بیمار و دیگران داشته باشد کنترل بیش‌تری می‌توانند بر بیماری داشته باشند(۱۲). برعکس مشکلات خانوادگی ریسک ابتلا به بیماری‌های روانی را افزایش می دهد.

ب- چالش‌های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت

دیگر یافته این مطالعه چالش‌هایی در ارتباط با ساختار بیمارستان ونظام سلامت بود. این طبقه اصلی در قالب دو طبقه فرعی"ساختار و سیاست‌های بیمارستان" وهمچنین "ضعف ارتباط بین بخشی نظام سلامت" به موضوع می‌پردازد.

این طبقه به موانع زیرساختی بیمارستان‌ها، عدم سیاستگذاری بالادستی، نبود اراده لازم و عدم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

یکپارچگی نهادهای مراقبتی برای پیگیری بیمار پرداخته است.

"ما در بیمارستان تقریبا رویه‌ای در این مورد نداریم!"(پرستار آموزش و ایمنی).

نیازمند یه ساختار منسجم دربیمارستان هستیم تا مریض را برای برگشت به اجتماع آماده کنیم... آموزش بدیم (روانپزشک-مدیر).

"اون نهادهای درگیر مثل بهزیستی ومراکز جامع سلامت باید بصورت یکپارچه وارد موضوع بشن تا اینکه مریض در جامعه رها نشه...الان در واقع مریض رهاس"(مدیراجرایی).

طبعا در پیگیری بیماران روانپزشکی ،رویه ها ی مراکز درمانی و سیاستگذاری‌های نظام سلامت نقش محوری دارند.

پیگیری بیمار بنظر مصاحبه‌شوندگان مستلزم هزینه، نیروی انسانی، نظام منسجم اطلاعاتی، تشکیلات سازمانی و برنامه‌های آموزشی مؤثراست و اکنون بیمارستان‌های کشور امکانات و الزامات لازم برای اجرای چنین فرایندی را در اختیار ندارند. در برنامه پیگیری پس از ترخیص بیماران دانشگاه بوستون نیز به الزاماتی چون بیانیه روشن، تیم، رهبری، هدف‌گذاری، نقشه فرایند، ارزیابی برنامه و برنامه‌های آموزشی اشاره شده است(۱۳).

امروزه در بیمارستان‌های کشور به‌منظور استمرار درمان، در زمان ترخیص آموزش‌هایی در مورد نحوه مصرف دارو و ادامه درمان ارائه می‌شود. این موضوع در سنجه‌های دستورالعمل نسل چهارم اعتباربخشی آمده است: "آموزش‌های لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود"، "نتایج معوقه بررسی‌های پاراکلینیک پس از ترخیص، به بیمار اطلاع‌رسانی می‌شود"،"آموزش‌های خود مراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می‌شود"(۱۴). که البته به بیان مصاحبه‌شوندگان این آموزش‌ها به دلیل فراهم نبودن الزامات چندان مؤثر نیست و پیگیری سیستماتیکی برای بیمارانجام نمی‌شود.

در تجربه سایرکشورها مراکز سلامت جامعه جایگاه مهمی در موضوع پیگیری بیمارپس از ترخیص دارند(۱۵،۱۳) و نقش مراقبت پس از ترخیص برای بیماران ایفا می‌کنند. گرچه از آغاز طرح تحول حوزه بهداشت، خدمات سلامت روان در مراکز جامع سلامت کشور دیده شده و یک نفر کارشناس سلامت روان با وظایفی از جمله مشاوره و غربالگری، آموزش و حمایت روانی اجتماعی برای جمعیت تحت پوشش تعریف‌شده است(۱۶)، اما این ظرفیت مراکز جامع سلامت به‌صورت هماهنگ مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد. بدیهی است برقراری یکپارچگی و اجرای مؤثر وظایف مراکز جامع سلامت در حوزه سلامت روان نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق است.

ج- چالش‌های اجتماعی/ اقتصادی

طبقه سوم درقالب دو طبقه فرعی"عدم حمایت اجتماعی"، عدم پذیرش بیماری و حاشیه‌های اجتماعی بیمار روانی و "مشکلات اقتصادی ومالی" بیمار مطرح شد و به زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی بیماری که باعث بروز موانعی برسرراه پیگیری بیماران بعداز ترخیص است، پرداخته است.

"امروزه مشکلات روانپزشکی درجامعه زیاده.. و مشکلی که هست الان! تامین اجتماعی ودرک ضعیف ماست از بیماری روانی"(*روانپزشک-مدیر*)

"مریض ها وضع خوبی ندارن...مریض تا ۲ماه درمان و ادامه می ده اما بعدش دیگه رها می کنه..پول نداره درمانو ادامه بده، کسی ازش حمایت نمی کنه" (مددکار).

حجم بالای بیماران روانپزشکی و کم‌توانی بیمارستان‌ها در پذیرش بیماران و پیگیری ترخیص شدگان از مشکلات این حوزه است. آمار این بیماری در جهان روبه ازدیاد است به‌طوری که ۳۰ درصد از بار بیماری‌های غیرکشنده جهان و ۱۰ درصد بارکل بیماری‌ها را شامل می‌شود(۱۷). درایران میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ۲۱ درصد برآورد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

شده است(۱۸) در حالی که ۱۲۰۰۰ تخت روانپزشکی آن هم به‌صورت ناعادلانه در کل کشور موجود است(۱۸)، به این ترتیب حتی امکان بستری ودرمان نیز به‌طورکامل فراهم نیست. همچنین بیماران روانپزشکی عموماً از طبقاتی هستند که معضلات اقتصادی اجتماعی داشته و حمایت‌های اجتماعی لازم را ندارند. این شرایط علاوه بر این‌که درمان را به تأخیر می‌اندازد، پیگیری بعد درمان را نیز غیرممکن می‌سازد. شواهد نشان می‌دهد بیش از ۸۰ درصد بیماران مبتلا به اختلالات روان که نیاز به درمان دارند به دلایلی چون ترس از انگ اجتماعی درمان مؤثر دریافت نمی‌کنند و این یک معضل برسرراه درمان اثربخش اختلالات روان است(۱۹). همچنین وضعیت نامناسب اقتصادی و فقر می‌تواند افراد را دچار افسردگی، پرخاشگری، اضطراب و مشکلات انطباقی نماید(۲۰). مشکلات اقتصادی نه‌تنها به گسترش مشکلات روانی دامن می‌زند بلکه مانع بزرگی برسرراه درمان وبازتوانی بیماران است. به نظرمی‌رسد در شرایط کنونی جامعه ما برنامه‌های جامع بین بخشی مداخله دراین زمینه لازم است. نمونه‌ای از مدل مداخلات اجتماعی سلامت روان مدل پیشنهادی دپارتمان روانپزشکی دانشگاه اوکلا است. این مدل شامل چند لایه سیاست، جامعه، سازمان، نهاد خانواده و فرد است.در لایه اول به سیاستگذاری تأمین مالی سازمان‌های درگیر سلامت روان جامعه و ایجاد انگیزه برای مشارکت و سایر بخش‌ها پرداخته و اولین گام مداخله اجتماعی سلامت روان را تصمیم برای تأمین مالی می‌داند. این سیاست‌ها، عملکرد لایه‌های بعدی برای ایفای نقش خودرا تضمین می‌کند(۲۱).

نتیجه این‌که فرایند پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی نیازمند توجه همزمان به شرایط اقتصادی اجتماعی بیماران، یکپارچگی نهادهای مرتبط شامل مراکز جامع سلامت، بهزیستی، خیرین وهمچنین سیاستگذاری‌های جامع برای اجرای این برنامه در مراکز درمانی با بهره‌گیری از دستورالعمل اعتباربخشی بیمارستان‌ها می‌باشد.

عدم امکان استفاده ازنظرات بیماران به‌دلیل شرایط درمانی ازمحدودیت‌های این مطالعه بود.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می کنند که تضاد منافعی درمقاله ندارند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تامین مالی شده است. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1398.669 و کد علمی ۲۹۸۱۷۴ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. نویسندگان مراتب سپاس خود را از کارکنان مرکز آموزشی درمانی فارابی اعلام می‌نمایند.

References

1. Toufighi H, Sharifi V, Alaghband Rad J, Shadloo B. Development and Implementation of Discharge Planning Service in Roozbeh Hospital. IJPCP 2018; 24(1): 56-69.
2. umholz HM. Post-hospital syndrome–a condition of generalized risk. N Engl J Med 2013; 368(2): 100-102.
3. van Walraven C, Mamdani M, Fang J, Austin PC. Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. J Gen Intern Med 2004; 19(6): 624-631.
4. Tsilimingras D, Schnipper J, Duke A, Agens J, Quintero S, Bellamy G, et al. Post-discharge adverse events among urban and rural patients of an urban community hospital: a prospective cohort study. J Gen Intern Med 2015; 30(8): 1164-1171.
5. Sheu L, Fung K, Mourad M, Ranji S, Wu E.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

We need to talk: Primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record. J Hosp Med 2015; 10(5): 307-310.

6. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007; 297(8): 831-841.
7. Robelia PM, Kashiwagi DT, Jenkins SM, Newman JS, Sorita A. Information transfer and the hospital discharge summary: national primary care provider perspectives of challenges and opportunities. J Am Board Fam Med 2017; 30(6): 758-765.
8. Choi Y, Nam CM, Lee SG, Park S, Ryu H-G, Park E-C. Association of continuity of care with readmission, mortality and suicide after hospital discharge among psychiatric patients. Int J Qual Health Care 2020; 32(9): 569-576.
9. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Which of Community-Based Services are Effective for People with Psychiatric Disorders? A Review of Evidence. IJPCP 2013; 19(2): 79-96. eng.
10. Aass LK, Moen L, Skundberg-Kletthagen H, Lundqvist L-O, Schröder A. Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. J Clin Nur 2022; 31(7-8): 935-948.
11. Ghasemi F, Ebrahimi A, Samouei R. A Review Of Mental Health Indicators In National Studies. J Isfahan Med School 2018; 36(470): 209-215.
12. Raeisi M, Navidian A, Rezaee N. Comparison of the Effect of Nurses' Education on Stress, Anxiety and Depression of Family Caregivers of Patients Hospitalized with Schizophrenia Disorder. Archives of Pharmacy Practice 2020; 11(1): 82-87.
13. Lepping P, Stanly T, Turner J. Systematic review on the prevalence of lack of capacity in medical and psychiatric settings. Clin Med (Lond) 2015; 15(4): 337-343.
14. Irans Ministry of Health and Medical Education. National Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition. 2019; accessed 2022. Available at: https://darman.umsu.ac.ir/uploads/virayesh.pdf.
15. Yam CH, Wong EL, Cheung AW, Chan FW, Wong FY, Yeoh E-k. Framework and components for effective discharge planning system: a delphi methodology. BMC Health Serv Res 2012; 12(1): 1-16.
16. Irans Ministry of Health and Medical Education. Program for providing and expanding primary health care By strengthening the health care network in urban areas, Third edition. 2014; Available at: https://phc.umsu.ac.ir/uploads/instruction.pdf. Accessed March 2, 2022.
17. Marquez PV, Saxena S. Making Mental Health a Global Priority. Cerebrum 2016; 2016: cer-10-16.
18. Irans Ministry of Health and Medical Education. Summary of the national study for the development of a policy document for the promotion of mental health (2000-2004). Available at: https://health.sbmu.ac.ir/uploads/sanadsiasat.pdf. Accessed March2; 2022.
19. Mascayano F, Armijo JE, Yang LH. Addressing stigma relating to mental illness in low-and middle-income countries. Front Psychiatry 2015; 6: 38.
20. Ng ZJ, Huebner SE, Hills KJ. Life satisfaction and academic performance in early adolescents: Evidence for reciprocal association. J Sch Psychol 2015; 53(6): 479-491.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]

21. Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO, Docherty M, et al. Community interventions to promote mental health and social equity. Curr Psychiatry Rep 2019; 21(5): 1-14.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17359260.1401.32.210.11.4]