

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

Marzieh Javadi¹,
 Mohammad Mahdi Behzadnezhad²,
 Mojtaba Alizade^{3,4},
 Nasrin Sharbafchizade⁵,
 Maryam Yaghoubi⁶

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)

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

مرضیه جوادی^۱
محمد مهدی بهزاد نژاد^۲
مجتبی علیزاده^۳
نسرین شعر بافچی زاده^۴
مریم یعقوبی^۵

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 چالش های پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی در بیمارستان فارابی اصفهان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوای عرفی است که با انجام مصاحبه با ۱۳ نفر از پرستاران و پزشکان، مدیران و مسئولین و دست اندرکاران برنامه ترخیص بیمارستان که به صورت هدفمند انتخاب شدند، انجام شد. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ادامه یافت و داده ها با نرم افزار MAXQDA¹⁰ تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها شامل ۳۲ کد معنایی بود که در قالب سه طبقه اصلی "چالش های بیمار و بیماری" شامل دو طبقه فرعی (ماهیت بیماری، شرایط بیمار و خانواده) و "چالش های بیمارستان و نظام سلامت" شامل دو طبقه فرعی (سیاست ها و رویه بیمارستان و ضعف ارتباط بین بخشی نظام سلامت) و "چالش های اقتصادی اجتماعی" شامل دو طبقه فرعی (عدم حمایت اجتماعی و مشکلات اقتصادی و مالی) دسته بندی شدند.

استنتاج: پیگیری موثر بیماران به دلایلی چون عدم حمایت بیمه ای، ضعف آگاهی خانوادها، نبودن فرایند منسجمی برای پیگیری بیمار با مشکل روبرو است. همچنین به دلیل نبود حمایت نهادهای کمکی و تامین اجتماعی ضعیف در این حوزه، بیماران عموماً پس از ترخیص رها شده و این امر موجب تشدید بیماری و بازگشت مجدد آنان به بیمارستان می شود.

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

مقدمه

می باشد (۱). پیگیری بیمار موجب رضایت، کاهش عوارض و مشکلات پس از ترخیص، کاهش پذیرش مجدد و افزایش پیامدهای درمان می شود (۲، ۳).

برنامه ریزی 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 حمایت های لازم به بیمار و مراقبان او

Email: aghoobbi997@gmail.com

مؤلف مسئول: مریم یعقوبی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران

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 دکترای 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: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۱/۲/۳۱

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 ۰/۶ درصد خودکشی در یک 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 و خانواده 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 می‌کنند، بسیار مفید است (۹). متأسفانه این موضوع علیرغم اهمیت زیاد، بطور جدی در برنامه کاری بیمارستان‌ها حتی مراکز درمان روانپزشکی قرار ندارد. از آن‌جا که 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 روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای عرفی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. روش گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. جامعه پژوهش ۱۳ نفر (۱ مدیر اجرایی، ۲ روانپزشک - 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) بودند که 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 مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و فرم رضایت آگاهانه قبل از مصاحبه در اختیار آنان قرار داده شد و اجازه 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 هر مصاحبه ۲۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. جهت کدگذاری، متن پیاده‌سازی شده دقیقاً مرور شد، با چندین بار مطالعه و تعمق در محتوا پس از درک کلی متن، واحدهای 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 شرکت کنندگان برای کسب تأیید و یا عدم تأیید آنان در همسانی نتایج با دیدگاه‌های آنان محقق شد. انتقال‌پذیری مطالعه با ارائه نقل‌قول‌های مستقیم و تأیید پذیری با حفظ یادداشت‌ها و ضبط‌شده‌ها برای بازبینی‌های بعدی و مراجعه مکرر به آن‌ها امکان‌پذیر شد. مدیریت کدهای استخراج شده با نرم‌افزار MAXQDA¹⁰ انجام گرفت.

یافته‌ها و بحث

۳۲ کدمعنائی در قالب ۳ طبقه اصلی و ۶ طبقه فرعی به عنوان چالش‌های پیگیری پس از ترخیص بیماران روانپزشکی دسته‌بندی شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: کدهای معنایی، طبقات و زیرطبقات از دیدگاه صاحب‌نظران

طبقات اصلی	طبقات فرعی	کدهای معنایی
چالش‌های بیمار و بیماری	ماهیت بیماری	مراجعه دیر هنگام به روانپزشک انگ بیماری عدم پذیرش بیماری ادامه ندادن درمان‌ها پیچیدگی درمان روانپزشکی
چالش‌های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت	شرایط بیمار و خانواده	حاشیه‌های اجتماعی بیماری ناآگاهی خانواده و بیمار از بیماری گسستگی خانوادگی این بیماران حمایت ضعیف و ناقص خانواده از بیمار سیکل معیوب جو خانواده و تشدید بیماری
چالش‌های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت	ساختار و سیاست‌های بیمارستان	عدم وجود رویه ملون برای پیگیری بیمار نبود ردیف و منابع مالی مشخص ناکافی بودن پروتکل‌های موجود پیگیری بیمار عدم شفافیت ارتباطی سازمان عدم وجود تشکیلات و نیروی انسانی نبود فرایند سیستماتیک
چالش‌های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت	ضعف ارتباط بین بخشی نظام سلامت	عدم درک حساسیت بیماری در سطوح 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 سازمان‌های مرتبط
چالش‌های اجتماعی/اقتصادی	عدم حمایت اجتماعی	تأمین اجتماعی ضعیف بیماری روانی در جامعه ضعف حمایت‌ی به‌ای از بیماری روانی از دید روزافزون مشکلات روانپزشکی در جامعه مخفی کاری درمان بیماری بدلیل انگ اجتماعی رهاشدگی بیمار بعد از ترخیص
مشکلات اقتصادی و مالی		هزینه‌های سرسام‌آور درمان روانپزشکی ضعف به‌ای اکثر بیماران روانی عدم حمایت خاص از بیمار روانی ارتباط قوی فقر و بیماری

است، ناآگاهی و عدم پذیرش بیماری و یا گسستگی خانوادگی این بیماران پیگیری را دشوارتر می‌کند. "بیماران روانپزشکی تا اونجا که بشه به روانپزشک مراجعه نمی‌کنن وقتی مراجعه می‌کنن که دیگه مریض دچار افت توانایی شده" (روانپزشک). "خیلی از بیمار... اون آگاهی کافی رو نسبت به بیماریشون ندارن و این کار وسخت می‌کنه" (سرپرستار).

"کسایی که مسائل روانپزشک پیدا می‌کنن عموماً مسایل حاشیه‌ای و خانوادگی هم دارن" (مدیر اجرایی). "این خانواده‌ها عموماً مشکل دارن یعنی ما یه مریض داریم می‌خوایم با خانواده اش تماس بگیریم خیلی وقت‌ها آدرس‌ها الکی هستن... خانواده منسجمی ندارن" (سرپرستار). مراجعه دیر هنگام بیمار روانپزشکی و عدم رغبت به اعلام آن، درمان را سخت‌تر و طولانی‌تر می‌کند. در این 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 برمی‌گردد.

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 تأثیر آن بر زندگی بیمار و دیگران داشته باشد کنترل بیش‌تری می‌تواند بر بیماری داشته باشند (۱۲). برعکس مشکلات خانوادگی ریسک ابتلا به بیماری‌های روانی را افزایش می‌دهد.

ب- چالش‌های مرتبط با بیمارستان و نظام سلامت

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

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

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 ماهیتاً چند بعدی و چالش برانگیز است و مدیریت این بیماری پیچیدگی‌های خاص خود را دارد. شرایط بیمار روانپزشکی با بیمار معمولی متفاوت

یکپارچگی نهادهای مراقبتی برای پیگیری بیمار پرداخته است.

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

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

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

طبعاً در پیگیری بیماران روانپزشکی، رویه‌های 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 مؤثر است 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 سیستماتیک برای بیمار انجام نمی‌شود.

در تجربه سایر کشورها مراکز سلامت جامعه جایگاه مهمی در موضوع پیگیری بیمار پس از ترخیص دارند (۱۳، ۱۵) 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 تعریف شده 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 در قالب دو طبقه فرعی "عدم حمایت اجتماعی"، "عدم پذیرش بیماری و حاشیه‌های اجتماعی بیمار روانی و" مشکلات اقتصادی و مالی "بیمار مطرح شد و به زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی بیماری که باعث بروز موانعی بر سر راه پیگیری بیماران بعد از ترخیص است، پرداخته است.

"امروزه مشکلات روانپزشکی در جامعه زیاده.. و مشکلی که هست الان! تامین اجتماعی و درک ضعیف ماست از بیماری روانی" (روانپزشک-مدیر)
"مریض‌ها وضع خوبی ندارند... مریض تا ۲ ماه درمان و ادامه می‌ده اما بعدش دیگه رها می‌کنه.. پول نداره درمانو ادامه بده، کسی ازش حمایت نمی‌کنه" (مددکار).

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

شده است (۱۸) در حالی که ۱۲۰۰۰ تخت روانپزشکی آن هم به صورت ناعادلانه در کل کشور موجود است (۱۸)، به این ترتیب حتی امکان بستری و درمان نیز به طور کامل فراهم نیست. همچنین بیماران روانپزشکی عموماً از طبقاتی هستند که معضلات اقتصادی اجتماعی داشته و حمایت‌های اجتماعی لازم را ندارند. این شرایط علاوه بر این که 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 برسر راه 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 نه تنها به گسترش مشکلات روانی دامن می‌زند بلکه مانع بزرگی برسر راه درمان و بازتوانی بیماران است. به نظر می‌رسد در شرایط کنونی جامعه ما برنامه‌های جامع بین بخشی مداخله در این 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 خود را تضمین می‌کند (۲۱).

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

عدم امکان استفاده از نظرات بیماران به دلیل شرایط درمانی از محدودیت‌های این مطالعه بود.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافی در مقاله ندارند.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین 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 فابری 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.

- 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.

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.