مقاله پژوهشی

تعیین عوامل مرتبط با قطع درمان در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی

فرید ابوالحسنی شهرضا[1]، ونداد شریفی[2]، لیلا معظمی‌گودرزی[3]، سیدجعفر موسوی‌نیا[3]، مرتضی جعفری‌نیا[3]، معصومه امین‌اسماعیلی[4]، ابوالفضل حاجی‌زادگان[3]، زهرا نوعی[3*]

1- مؤسسه تحقیقات ملی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران 2- بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران 3- مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی تهران 4- مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسؤول: تهران، میدان راه‌آهن، خیابان شوش، نرسیده به چهارراه وحدت اسلامی، جنب اورژانس تهران، مرکز بهداشتی درمانی شهید امامی، مرکز سلامت روان جامعه‌نگر، تلفن: 55685962 نمابر: 55685961

پست الکترونیک: zahranoee@gmail.com

دریافت: 93/4/3 پذیرش: 93/7/10

چکیده

مقدمه: *این پژوهش به منظور بررسی عوامل مرتبط با قطع درمان بیماران روان‌پزشکی انجام شد.*

روش کار: *این مطالعه یک بررسی توصیفی- تحلیلی بود که با استفاده از داده‌های نرم‌افزار ثبت اطلاعات بیماران انجام شد. تعداد **2600** نفر بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی که از تاریخ بهمن ماه **1389** تا پایان دی ماه **1391** در مطب‌های پزشکان عمومی همکار مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ویزیت شده بودند، در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه، معیار قطع درمان، مراجعه نکردن بیمار تا **30** روز پس از تاریخ مقرر برای ویزیت بعدی او اختیار شد. باید خاطر نشان کرد که در این مطالعه، اطلاعات بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند از تحلیل خارج نشد. به منظور بررسی عوامل مؤثر بر بقا از تکنیک آماری تحلیل بقا استفاده شد و تأثیر عواملی چون سن، جنس، تحصیلات، نوع تشخیص، تعداد تشخیص‌ها، مرکز ارایه کننده خدمات بر قطع درمان بررسی شد. همچنین برای بررسی تأثیر پیگیری‌های تلفنی بر بقا از رگرسیون کاکس استفاده شد.*

یافته‌ها: *میانه مدت زمان حضور بیماران در درمان، **32** روز بود که از **16** تا **600** روز در بین پزشکان مختلف متغیر بود. اگر در این مطالعه، اطلاعات بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند در تحلیل کنار گذاشته شود، میانه بقای بقیه بیماران **158** روز بود. سن بیمار، مطب ارایه دهنده خدمت و پیگیری‌های رابط درمان از عوامل مؤثر بر ماندگاری بیماران در درمان بود.*

نتیجه‌گیری: *یافته‌ها نشانگر اهمیت نقش مؤثر برقراری یک ارتباط درمانی خوب با انجام پیگیری‌های تلفنی منظم بر بقای بیماران در درمان هستند.*

گل‌واژگان: *اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، مراقبت مشارکتی، قطع درمان*

مقدمه

اختلالات افسردگی و اضطرابی در بیش از 25% از بیماران مراقبت اولیه رخ می‌دهند. این اختلالات هم از لحاظ اجتماعی و هم از لحاظ کارکرد جسمی نسبت به بسیاری از بیماری‌های جسمی مزمن چون دیابت، فشارخون، آرتروز و کمردرد ناتوان‌کننده‌تر هستند (1). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین طبقه اختلالات روانی هستند که 28/8% از جمعیت عمومی را در نقطه‌ای از زندگی‌شان مبتلا می‌سازند. مبتلایان به اختلالات اضطرابی، اختلالات شغلی و عملکردی معناداری نشان می‌دهند. این بیماران از خدمات سلامت عمومی نیز به مراتب بیشتر استفاده می‌کنند که منجر به صرف هزینه‌های بالاتر مالی می‌گردد (2). یکی از رویکردهای ارایه خدمات سلامت روان در مراقبت اولیه،

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

مدل مراقبت مشارکتی است که در واقع همکاری تنگاتنگ سیستم مراقبت اولیه (پزشکان عمومی) با یک تیم تخصصی سلامت روان است (3 و 4). مراقبت مشارکتی یک رویکرد ساختاریافته به درمان بیماری‌های مزمن است و نقش بیشتری برای متخصصان غیرپزشکی قائل است. طیف مداخلات این مدل شامل مداخلات تلفنی برای تشویق بیماران به پذیرش دارویی تا پیگیری متمرکزی است که شکلی از مداخله ساختاریافته روان‌شناختی است (5).

مدل‌های مراقبت مشارکتی که طی 20 سال گذشته بر اساس مدل مراقبت مزمن ایجاد شده‌اند؛ یک مداخله چندجزیی هستند که از رابط درمان برای متصل کردن فراهم‌کنندگان مراقبت اولیه، بیماران و متخصصان بهداشت روان استفاده می‌کنند (6). درمان در مدل مراقبت مشارکتی به صورتی طراحی می‌شود که شامل پیگیری بیماران، نظارت بر نتایج درمان، سازگار کردن درمان برای بیمارانی که بهبود پیدا نمی‌کنند و مشاوره با متخصص در هنگام ضرورت است. ایجاد نقش رابط درمان در مدل مراقبت مشارکتی اساسی است. وظایف و نقش‌های رابط درمان[1] در مدل‌های مختلف مراقبت مشارکتی شامل ارزیابی کنترل بیمار بر بیماری، نظارت بر موفقیت برنامه درمان، نظارت بر بهبود وضعیت، حمایت از تغییر رفتار، مدیریت درمان، پیگیری منظم برای حفظ تغییر رفتار و هماهنگ‌کنندگی فرآیند درمان است (7). مطالعات مختلف اثربخشی بیشتر مراقبت مشارکتی را نسبت به درمان استاندارد نشان داده‌اند. بیشتر از 35 مطالعه کنترل شده نشان داده‌اند که مراقبت مشارکتی برای افسردگی نسبت به درمان معمول مؤثرتر و به صرفه‌تر است (8 و 9). مطالعه مروری شریفی و همکاران (1391) که به مرور شواهد اثربخشی و هزینه- اثربخشی ارایه انواع خدمات جامعه‌نگر به بیماران دچار اختلالات روان‌پزشکی پرداخته است بیان می‌کند که مؤثرترین و هزینه اثربخش‌ترین الگوهای جامعه‌نگر درمان اختلالات خفیف روان‌پزشکی، مراقبت‌های مشارکتی و مراقبت‌های ارایه شده با استفاده از اینترنت بوده است. در این مدل‌ها کاهش علایم بیماری، رضایت‌مندی بیمار، و کاهش بار تحمیل شده اقتصادی بیماری بر خانواده از جمله شاخص‌هایی بود که به طور معناداری تحت تأثیر قرار گرفته بود (10).

در کشور ما نیز مدل مراقبت مشارکتی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی در مراکز سلامت روان جامعه‌نگر[2] دانشگاه علوم پزشکی تهران بکار گرفته شده است. هر یک از واحدهای همکار این مراکز (واحدهای مراقبت اولیه) که شامل یک پزشک عمومی و یک رابط درمان[3] هستند با مشارکت و نظارت متخصصین CMHC به شناسایی و درمان اختلالات شایع روان‌پزشکی (افسردگی و اضطراب) در بین مراجعان خود می‌پردازند. پزشکان عمومی این مراکز برای شناسایی و درمان اختلالات اضطرابی و افسردگی آموزش داده شده‌اند و به صورت مداوم توسط روان‌پزشکان مراکز نظارت می‌شوند. در مواردی چون تشخیص سایکوز یا افسردگی یا اضطراب شدیدتر، پزشکان بیماران خود را برای دریافت خدمات تخصصی به مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ارجاع می‌دهند. رابطان درمان، منشی پزشکان عمومی هستند و برای انجام پیگیری‌های تلفنی از روان‌شناسان مرکز، آموزش گرفته‌اند. همچنین رابطان درمان برای وارد کردن اطلاعات بیماران در نرم‌افزار ثبت اطلاعات بیماران نیز آموزش‌های لازم را دریافت نموده‌اند. مراکز سلامت روان جامعه‌نگر از سال 1389 به بیماران روان‌پزشکی از طریق واحدهای مراقبت اولیه خدمات ارایه داده‌اند.

متأسفانه قطع درمان روان‌پزشکی خیلی شایع است. نرخ برآورد شده قطع درمان در خدمات سرپایی روان‌پزشکی از 20 تا 60% متغیر است (11). حدود 50% بیماران روان‌پزشکی درمان خود را قطع می‌کنند و در این میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی بیشتر در معرض قطع خودسرانه درمان قرار دارند. برای مثال نشان داده شده است که بیشتر از 85% از مبتلایان به فوبی اجتماعی که در یک جلسه اولیه مصاحبه شده بودند در جلسات پیگیری درمان حاضر نمی‌شدند (2). همچنین اگرچه راهنماهای درمان دارویی، طول دوره درمان افسردگی را حداقل 8 ماه بعد از فروکش علایم می‌دانند؛ 50 تا 83% از بیمارانی که دارو برای آن‌ها تجویز شده است، یا به صورت ناتمام دارو را مصرف کرده‌اند و یا آن را به صورت متناقض مصرف می‌کنند که هیچ فایده‌ای ندارد و خطر عود و برگشت را بالا می‌برد (12). در خدمات جامعه‌نگر روان‌پزشکی، نرخ قطع درمان از 30 تا 60% با توجه به خدمات دریافت شده چون بیمارستان روزانه، خدمات بستری و سرپایی متغیر است (13). در مطالعه‌ای، در یک نظام مراقبتی جامعه‌نگر روان‌پزشکی در ایتالیا نزدیک به نیمی از بیماران درمان خود را قطع کرده بودند (14). در پیمایش سازمان

[1] این عبارت ترجمه Case manager است. به این دلیل که این افراد مدیریت بیماران را بر عهده می‌گیرند، به آن‌ها مدیر مورد گفته می‌شود. ما برای سهولت درک و کاربرد از عبارت رابط درمان به جای مدیر مورد استفاده می‌کنیم.

[2] Community mental health center (CMHC)

[3] Case manager

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

جهـانی بهداشـت کـه بـه طـور کلـی همـه خـدمات سـرپایی روان‌پزشکی را در نظر داشت، نرخ قطع درمان حدود 31/7% بـه دسـت آمـد: 26/3% در کشـورهای بـا درآمـد بـالا، 45/1% در کشورهای با درآمد متوسط بالا و 37/6% در کشورهای پایین یـا متوسط پایین. قطع درمانی که توسط روان‌پزشک ارایه می‌شـود 21/3% و در همـه کشـورها یکسـان بـود (درآمـد بـالا 20/3%، متوسط بالا 23/6%، پایین/متوسـط پـایین 23/8%). امـا الگـوی قطع درمان میـان دیگـر ارایـه‌کننـدگان خـدمات در کشـورهای مختلف متفاوت گزارش شد (15). در مطالعه‌ای توسط الفسون[4] و همکاران (2009) بیشترین نرخ قطع درمان در واحدهای پزشکی عمومی و در حدود 32% بود و کمترین قطـع درمـان نیـز بـرای روان‌پزشکان و در حدود 15% بود (16).

این یافته‌ها اهمیت شناسایی عوامل خطر قطع درمان را نشـان می‌دهند؛ چرا که هم قطع درمان روان‌پزشکی شایع است و هـم این که اگر درمـان‌هـای سـلامت روان بـرای یـک دوره کامـل دریافـت نشـوند مـؤثر نیسـتند. بنـابراین آگـاهی از شـیوع و تعیـین‌کننـده‌هـای قطـع درمـان بـرای طراحـی مـداخلات و سیاست‌های مراقبت بهداشت اساسـی اسـت تـا امکـان دریافـت کامل خدمات درمانی توسط بیماران افزایش یابد (17). پـژوهش حاضر با در نظر داشتن این که درمان کامل و مناسب اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند بار این بیماری‌ها را در جامعه کـاهش دهد، درصدد است تا با تعیین عوامل پیش‌بینی کننده قطع درمان بیمـاران، امکـان مانـدگاری بیمـاران را در مراقبـت مشـارکتی افزایش دهد.

روش کار

این مطالعه یک بررسی توصیفی- تحلیلی داده‌های جاری ثبت شده است. آزمودنی‌های این مطالعه، همـه بیمـاران (2600 نفـر) مبتلا بـه اخـتلالات اضـطرابی و افسـردگی مراجعـه کننـده بـه مطب‌های پزشکان عمومی همکار (25 پزشک) مراکـز سـلامت روان جامعه‌نگر از تاریخ بهمن ماه 1389 تا پایان دی مـاه 1391 بودند. دو مرکز سلامت روان جامعه‌نگر دانشـگاه علـوم پزشـکی تهران در منطقه جنوبی شهر تهران- منطقه اجتماعی اقتصـادی پایین شهر تهران- واقع شـده‌انـد. در ایـن مطالعـه، 12 مطـب، واحدهای همکار مرکـز اول و 13 مطـب نیـز واحـدهای همکـار مرکز دوم بودند. هر یک از واحدهای همکار مراکز سلامت روان جامعه‌نگر از یک پزشک عمـومی و یـک رابـط درمـان (منشـی پزشک عمومی) تشکیل شده‌اند. پزشک عمومی که آموزش‌های لازم را جهت شناسایی و درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی دریافـت کـرده اسـت، بـا ویزیـت بیمـاران، شناسـایی و درمـان اختلالات را انجام می‌دهد و رابط درمـان نیـز بـا پیگیـری‌هـای تلفنی وضعیت بهبودی بیمار را بررسی می‌کند و بیمار را به ادامه درمان ترغیب می‌کند. اطلاعات بیماران توسط رابطان درمان در نرم‌افزار ثبت اطلاعـات بیمـاران نوروتیـک وارد مـی‌شـود. ایـن نرم‌افزار به منظور ثبت اطلاعات بیماران طراحی شده است. همه بیماران در ابتدای ورود به درمان از این که اطلاعات آن‌ها مورد استفاده پژوهشی قرار می‌گیـرد آگـاه بودنـد. در ایـن نـرم‌افـزار، اطلاعات دموگرافیک بیماران، اطلاعات ویزیت آن‌ها، داروهـای تجویز شده توسط پزشک و پیگیری‌های تلفنی رابط درمان ثبت می‌شود. این نرم‌افزار در قالب نرم‌افزار اکسل طراحی شده اسـت. فایل داده‌های بیماران هر یک از مطب‌ها نیز که به صورت یـک فایل اکسل است، به صورت روزانه به ایمیل مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ارسال می‌شـود. در ایـن مطالعـه، معیـار قطـع درمـان مراجعه نکردن بیمار تا 30 روز پس از تاریخ مقرر بـرای ویزیـت بعدی او اختیار شد. باید خاطر نشـان کـرد کـه در ایـن مطالعـه، اطلاعات بیمارانی که فقط یک ویزیت داشـتند از تحلیـل خـارج نشدند. به منظور بررسی عوامل مؤثر بـر بقـا از تکنیـک آمـاری تحلیل بقـا اسـتفاده شـد و تـأثیر عـواملی چـون سـن، جـنس، تحصیلات، نوع تشخیص، تعداد تشخیص‌ها، مرکـز ارایـه‌کننـده خدمات بر قطع درمان بررسی شد. بنا به دو دلیل، استفاده از این تکنیک ضروری بود: 1- متغیر بقا در این تکنیک، به صورت یک متغیر فاصله‌ای مدنظر بود و نه متغیـری اسـمی؛ 2- در صـورت عدم استفاده از تحلیل بقـا، تفـاوت زمـان شـروع بـه همکـاری پزشکان دو مرکز 1 و 2 می‌توانست ما را به نتـایجی غیرواقعـی رهنمون کند. همچنین برای بررسی تأثیر پیگیری‌های تلفنی بـر بقا از رگرسیون کاکس استفاده شد. چهار نوع پیگیری تلفنـی‌ای که در این مطب‌ها توسط رابـط درمـان انجـام مـی‌شـد عبـارت بودند از:

پیگیری نوع 1 (پیگیری قبل از ویزیت بعـد): کـه در آن رابـط درمان از بیمار در مورد وضعیت بیماری وی، مصرف داروها طبق دستور و عوارض آن‌ها سؤالاتی می‌پرسید. همچنین رابط درمان تاریخ ویزیت بعدی بیمار را به وی یادآوری می‌کرد. اگر بیمار در این پیگیری موارد خاصی را مطرح می کرد که نشان دهنده عود علایم و یا عدم پاسخ به درمان بود رابـط درمـان موضـوع را بـا پزشک در میان می‌گذاشت و اگر پزشک صلاح می‌دید که وقتی زودتر برای ویزیت بیمار در نظر گرفته شـود، رابـط درمـان ایـن مطلب را به اطلاع بیمار می‌رساند.

[4] Olfson

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

پیگیری نوع 2 (پیگیری مراجعه نکردن برای ویزیت): هنگامی انجام می‌شد که بیمار روز قبل برای ویزیت مراجعه نکرده باشد. رابط درمان بر این اساس با بیمار تماس می‌گرفت و از وی در خصوص تمایل به ادامه درمان نزد پزشک عمومی سؤال می‌پرسید و او را به ادامه درمان ترغیب می‌کرد.

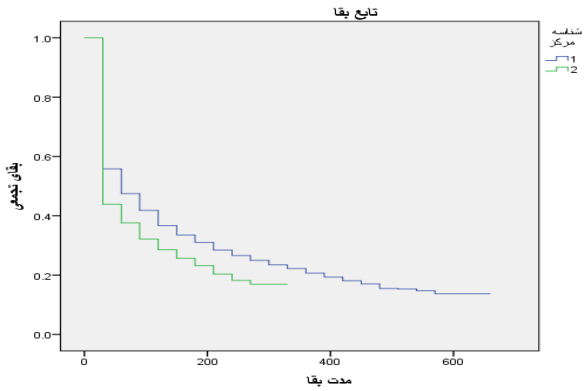
پیگیری نوع 3 (پیگیری مراجعه به روان‌پزشک): در مورد بیمارانی انجام می‌گرفت که در ویزیت قبلی به روان‌پزشک ارجاع شده بودند، در این پیگیری رابط درمان در خصوص مراجعه بیمار به روان‌پزشک و وضعیت بیماری او سؤال می‌پرسید.

پیگیری نوع 4 (پیگیری متقاعد نمودن بیمار برای مراجعه): در صورتی انجام می‌شد که بیمار عدم تمایل خود را به ادامه درمان علی‌رغم عدم اتمام دوره درمانی خود در پیگیری تلفنی قبلی بیان کرده بود، بدین ترتیب رابط درمان موظف بود با بیمار تماس گرفته و وی را به ادامه درمان ترغیب کند.

نتایج

از 2600 بیمار مراجعه کننده به مطب‌های پزشکان عمومی همکار مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، 55% در مطب‌های زیر نظر مرکز شماره 1 و 45% دیگر نیز تحت نظر مطب‌های مرکز شماره 2 تحت مداوا قرار گرفتند. 50% بیماران در بازه سنی بین 21 تا 40 سال قرار داشتند. کمتر از یک پنجم بیماران مرد و حدود سه چهارم بیماران متأهل بودند. تنها یک دهم بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. تشخیص 51% بیماران افسردگی اساسی بود. البته گاهی این تشخیص با یک یا دو اختلال اضطرابی همراه بود. 38% تشخیص‌ها هم اختلال اضطراب منتشر بود. 71% از بیماران قبل از پایان مداوا، مراجعه به مطب را ادامه نداده بودند. فقط 29% بیماران در این بررسی درمان خود را قطع نکرده بودند. نتیجه تحلیل بقای کلی نتایج نشان داد که میانه مدت بقای بیمار در درمان، برابر 32 روز بود[5]. اگر در این مطالعه بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند در تحلیل کنار گذاشته شوند، میانه بقای بقیه بیماران 158 روز خواهد بود.

برای بررسی دقیق‌تر میزان بقای بیماران در درمان، از تکنیک تحلیل بقا[6] استفاده کردیم. با انجام تحلیل بقا به تفکیک دو مرکز شماره 1 و 2، مشخص شد که میزان بقای بیمارانی که در مطب‌های زیر نظر مرکز شماره 1 مورد مداوا قرار گرفته بودند (شکل 1)، به طور مشهودی بیشتر از مرکز شماره 2 بود. مدت میانه بقای بیماران مرکز 1، 50/91 و مرکز 2، 26/72 بود. تفاوت میزان بقای بیماران در درمان، در بین دو مرکز شماره 1 و 2 به لحاظ آماری معنادار بود (p<0/001).



شکل 1- تفاوت میزان بقای بیماران در درمان بین دو مرکز شماره 1 و 2

نتایج پژوهش در مورد میانه مدت بقای بیماران در درمان را به تفکیک مطب‌های مختلف - نیمی از مطب‌ها زیر نظر مرکز شماره 1 و نیم دیگر زیر نظر مرکز شماره 2 مشغول فعالیت بودند- نشان داد که تفاوت میانه مدت بقای بیماران در مطب‌های مختلف به لحاظ آماری کاملاً معنادار بود (p<0/001). میانه مدت زمان حضور بیماران در درمان در مطب‌های مختلف، 32 روز بود که از 16 تا 600 روز در بین پزشکان مختلف متغیر بود. میانه مدت حضور بیماران جوان (تا 35 سال)، میانسال (55-35 سال) و مسن (55 سال به بالا) به ترتیب برابر 28، 42 و 49 روز بود. تفاوت میزان حضور افراد جوان، میانسال و مسن در درمان به لحاظ آماری معنادار بود (p<0/05). میانه مدت بقای زنان و مردان در درمان به ترتیب برابر 34 و 29 روز بود. این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود (p=0/74). میانه مدت زمان حضور افراد با تحصیلات زیر دیپلم برابر 30 روز بود؛ حال آن که این عدد برای افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر نزدیک به 36 روز بود (p=0/165).

برای مقایسه میزان بقای بیماران در درمان به تفکیک تعداد تشخیص‌ها نیز از آزمون تحلیل بقا استفاده کردیم. به لحاظ آماری تفاوت معناداری در میزان بقای بیماران در درمان به تفکیک تعداد تشخیص‌هایشان دیده نشد. همچنین به لحاظ آماری تفاوت معناداری بین تشخیص‌های مختلف نیز دیده نشد (جدول 1).

[5] از آن جا که توزیع فراوانی تابع بقا معمولاً دارای چولگی است، میانه شاخص گرایش مرکزی مناسب‌تری است. از این رو در آزمون‌های بقا، به‌جای میانگین، معمولاً میانه محاسبه می‌شود.

[6] Survival Analysis

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول 1- مقایسه بقای بیماران بر اساس عواملی چون گروه سنی، مرکز ارایه‌کننده خدمات، جنسیت، سطح تحصیلات، انواع تشخیص‌ها و تعداد تشخیص‌ها

	میانه بقا	Wilcoxon (Gehan) Statistic	p
مرکز شماره 1	50/91	28/628	* <0/001
مرکز شماره 2	26/72		
افسردگی	36/57	2/077	0/722
وسواس	32/55		
اضطراب	29/30		
دیستایمی	28/37		
پنیک	27/05		
زن	34	0/110	0/740
مرد	29/14		
جوان	28/23	7/106	* <0/05
میانسال	36/43		
مسن	46/92		
زیر دیپلم	29/90	1/930	0/165
دیپلم و بالاتر	35/59		
1 تشخیص	29/98	2/908	0/234
2 تشخیص	44/09		
3 تشخیص	28/59		

نتایج مقایسه دو به دو بیماری‌های مختلف از لحاظ مدت زمان بقا در درمان تفاوت معناداری را نشان نداد. برای آن که ارتباط چهار نوع پیگیری تلفنی با بقای بیماران در درمان سنجیده شود معادله رگرسیونی بین آن‌ها را محاسبه کردیم. جدول 2 نشان می‌دهد که ارتباط پیگیری نوع 1، 3 و 2 به ترتیب بر بقای بیماران معنادار بود. پیگیری نوع 4 تأثیر معناداری بر بقا نداشت.

جدول 2- مقایسه ارتباط انواع پیگیری‌ها با بقای بیماران در درمان

	B	خطای استاندارد	Wald	درجه آزادی	p	Exp(B)
پیگیری نوع 1	-0/330	0/014	535/850	1	* <0/001	0/713
پیگیری نوع 2	0/033	0/007	19/104	1	* <0/001	1/033
پیگیری نوع 3	0/063	0/031	3/946	1	* <0/05	0/939
پیگیری نوع 4	0/055	0/079	0/491	1	0/484	1/057

مشاهده می‌شود که پیگیری نوع 4 دارای قابلیت پیش‌بینی‌کنندگی مستقلی در رابطه با مدت زمان بقای بیمار در درمان نبود. رابطه پیگیری نوع 2 و بقای بیماران در درمان نیز به طور معکوس بود. با توجه به ضرایب B موجود در جدول، به نظر می‌رسد که هر چقدر پیگیری نوع 1 و نوع 3 بیشتر انجام گیرد، قطع درمان بیماران به طور محسوسی کاهش می‌یابد. البته همبستگی پیگیری نوع 1 با کاهش قطع درمان بیماران، بیشتر از پیگیری نوع 3 می‌باشد.

بحث

نتایج این پژوهش نرخ قطع درمان را 71% نشان داد که با یافته‌های سایر مطالعات هماهنگ نیست و میزان آن بیشتر از دیگر پژوهش‌ها در سایر کشورها است. به عنوان مثال در مطالعه رنسز[7] و همکاران (2009) گزارش شده است که نرخ برآورد شده قطع درمان در خدمات سرپایی روان‌پزشکی از 20 تا 60% متغیر است (11). در خدمات جامعه‌نگر روان‌پزشکی نیز نشان داده شده که نرخ قطع درمان از 30 تا 60% با توجه به خدمات دریافت شده چون بیمارستان روزانه، خدمات بستری و سرپایی متغیر است (13). الفسون و همکاران (2009) نیز نرخ قطع درمان را حدود یک پنجم بیماران (22%) دانسته‌اند (16). سه مطالعه در برزیل نیز، نرخ قطع درمان را حدود 27/1%، 33/2% و 39/2% گزارش کرده‌اند (13). روسی[8] و همکاران (2002) نیز نرخ قطع درمان را بین 26% تا 40% در یک دوره یک ساله برآورد کرده‌اند (18). البته تعریف متفاوتی که برای قطع درمان در مطالعات مختلف در نظرگرفته شده است، مانعی برای مقایسه بین مطالعات ایجاد می‌کند (13). در مطالعه حاضر، معیار قطع درمان مراجعه نکردن بیمار تا 30 روز پس از تاریخ مقرر برای ویزیت خود بود. باید خاطر نشان کرد که در این مطالعه اطلاعات بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند از تحلیل خارج نشدند. بنابراین یکی از دلایل ناهماهنگی نرخ قطع درمان در مطالعه حاضر با سایر مطالعات می‌تواند خارج نکردن بیمارانی باشد که فقط یک ویزیت داشتند.

البته علاوه بر تفاوت مفهوم قطع درمان، این ناهماهنگی می‌تواند علل دیگری نیز داشته باشد. اول این که، مراکز سلامت روان جامعه‌نگر که بقای بیمارانشان در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، نخستین مراکز از نوع خود در ایران هستند و پیشروی خدمات روان‌پزشکی جامعه‌نگر در ایران هستند؛ لذا تازگی و تجربه نخستین بودن می‌تواند عملکرد تیم تخصصی و واحدهای مراقبت اولیه تحت نظارت آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار داده باشد. همچنین تمام بیماران مراجعه کننده به مطب‌های پزشکان همکار این مراکز از منطقه جنوب شهر تهران، منطقه با سطح اجتماعی اقتصادی پایین بودند. در ادبیات این حوزه، سطح اجتماعی اقتصادی پایین از عوامل خطر قطع درمان است (11، 17 و 19). ثالثاً، بیماران مراجعه‌کننده به واحدهای مراقبت اولیه در این پژوهش فقط مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطرابی بدون سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بودند که هماهنگ با سایر مطالعات، قطع درمان در این بیماران بالاتر است. برای مثال، سوتوملو و کراسلند گومارز[9] (2005) نشان داده‌اند که خطر بالاتر قطع درمان برای بیمارانی بوده است که از بیمارستان روان‌پزشکی ارجاع نشده بودند و خودشان به صورت خودانگیخته مراجعه کرده بودند (13). در

[7] Renses

[8] Rossi

[9] Souto Melo and Crosland Guimaraes

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

مطالعه رامنی[10] (1988) نیز اکثر بیمارانی که تجربه قبلی استفاده از خدمات روان‌پزشکی را نداشتند، درمان خود را قطع کرده بودند (13). رنسز و همکاران (2009) نیز سابقه قبلی درمان روان‌پزشکی را با نرخ پایین‌تر قطع درمان مرتبط دانستند (11). در همین راستا مطالعه روسی و همکاران (2002) نیز نشان داده است که تفاوت معناداری در سطح ناتوانی بین بیماران قطع‌کننده درمان و بیمارانی که درمان خود را ادامه می‌دهند وجود دارد. بیماران با ناتوانی کمتر احتمال قطع درمان بیشتر را دارند (18). پرکودانی[11] و همکاران (2002) نیز بیان کرده‌اند که در قیاس با بیماران مبتلا به سایکوز، بیماران مبتلا به نوروز و مبتلایان به اختلالات شخصیت احتمال بالاتر قطع درمان را دارند (14). دابشا[12] و همکاران نیز نتیجه گرفتند که بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بالاترین احتمال قطع درمان را دارند (20).

در این مطالعه، میانه مدت زمان حضور بیماران در درمان، 32 روز بود. این یافته هماهنگ با اکثر مطالعاتی است که احتمال قطع درمان را در اوایل درمان بالاتر می‌دانستند (11، 13، 15، 16، 19 و 21). در مطالعه‌ای در برزیل توسط سوتوملو و کراسلند گومارز (2005) میانگین بقای بیماران در درمان 30/5 روز بود (13). پانگ[13] و همکاران نیز نشان دادند بیماران در آغاز درمان و قبل از ایجاد ارتباط درمانی بین خود و متخصصان سلامت، درمان را رها می‌کنند و بر اساس توافقی جمعی، آغاز درمان، دوره بیشترین خطر قطع آن می‌باشد (13). پینتومزا[14] و همکاران نشان داده‌اند که قطع درمانی که توسط پزشکان عمومی انجام می‌شود در سه ویزیت اول بالاتر است (19). دیمیتناره[15] (2003) نیز بیان کرده است که قطع درمان در بیماران افسرده در مراقبت اولیه بالاست و قطع درمان در ماه اول از همه بالاتر است (22). در خصوص ارایه‌دهندگان خدمت، در مطالعه‌ای توسط الفسون و همکاران (2009) بیشترین نرخ قطع درمان در واحدهای پزشکی عمومی و در حدود 32% گزارش شد و کمترین قطع درمان نیز برای روان‌پزشکان و در حدود 15% بود (16). البته باید مجدداً متذکر شد که در این مطالعه اطلاعات بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند از تحلیل خارج نشدند. بنابراین پایین بودن میانه مدت بقا در مطالعه حاضر می‌تواند به علت خارج نکردن بیمارانی باشد که فقط یک ویزیت داشتند. اگر در این مطالعه بیمارانی که فقط یک ویزیت داشتند در تحلیل کنار گذاشته شوند، میانه بقای بقیه بیماران 158 روز خواهد بود. این یافته تأکیدی است بر یافته‌های مطالعات قبلی که قطع درمان را در ماه اول درمان بالاتر از همیشه می‌دانستند. به عبارتی دیگر اگر بیمار بخواهد درمان خود را قطع کند، به احتمال زیاد این قطع درمان بعد از ویزیت اول خواهد بود.

میانه مدت حضور بیماران در درمان برای مطب‌های مختلف به لحاظ آماری تفاوت معناداری داشت و همین موضوع منجر به معنادار شدن تفاوت دو مرکز ارایه‌دهنده خدمات در این مطالعه گردید. نکته حائز اهمیت این است که هر چقدر تعداد بیماران مورد مداوا در مطبی بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان میانه مدت بقای بیماران آن مطب را معتبر دانست. در هر یک از این مطب‌ها پزشک عمومی وظیفه ویزیت بیماران، تشخیص بیماری و تجویز دارو را برعهده داشته و رابطان درمان نیز بایستی با پیگیری‌های تلفنی که شرح داده شد بیمار را به ادامه درمان ترغیب می‌کردند و ارتباط وی را با سیستم ارایه خدمات حفظ می‌نمودند. تفاوت معنادار بین مطب‌های مختلف ناشی از تفاوت عملکرد پزشکان عمومی و همچنین رابطان درمان می‌باشد. بازدیدهای نظارتی مراکز ما از مطب‌های موفق و ناموفق در بقای بیمار نشان داده است که تشخیص بیش از حد موارد اختلالات اضطرابی و افسردگی از سوی تعدادی از پزشکان عمومی احتمالاً منجر به قطع درمان از سوی افرادی می‌شود که در حد خفیف دچار مشکل بوده‌اند، همچنین ناتوانی برخی پزشکان در شکل دادن به ارتباط اولیه و نگرش منفی آنان به روان‌پزشکی نیز می‌تواند منجر به قطع درمان از سوی بیماران شود، درمان نادرست تعدادی از پزشکان نیز منجر به پاسخ نامناسب بیمار و احتمالاً خروج از درمان می‌شود. همچنین توجیه نکردن بیماران در مورد ماهیت بیماری و زمان‌بر بودن تأثیر دارو نیز در قطع درمان در برخی مطب‌ها مؤثر است. در مورد رابطان درمان نیز بی‌دقتی برخی در ثبت داده‌ها و بی‌انگیزه بودن آن‌ها برای انجام پیگیری‌های تلفنی و اهمال در انجام پیگیری‌های تلفنی می‌تواند در قطع درمان مؤثر باشد.

به طور کلی به نظر می‌رسد که مطب‌هایی که در ماندگاری بیمارانشان در درمان موفق‌تر بودند، ارتباط درمانی بهتری با بیمار برقرار کرده باشند. ارتباط درمانی عاملی است که مطالعات مختلف بر آن تأکید کرده‌اند. این ارتباط بر بقای بیمار در درمان و تبعیت از آن مؤثر است (24 -22). قطعاً این که چرا برخی پزشکان و رابطان درمان عملکرد بهتری در حفظ بیمارانشان در درمان داشتند، باید مورد بررسی بیشتری واقع گردد. یافته‌های ما در خصوص عدم تأثیر جنس و تعداد تشخیص‌ها بر قطع درمان ناهماهنگ با یافته‌های سایر مطالعات است. در مطالعات مختلف

[10] Romney
[11] Percudani
[12] Dobscha
[13] Pang
[14] Pinto-Meza
[15] Demyttenaere

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

نشان داده شده است که جنسیت زن یکی از عوامل مؤثر بر بقای بیماران است (19). همچنین داشتن چند تشخیص توأم، از عوامل خطر قطع درمان محسوب می‌شود. میچل و سلمز[16] (2007) نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به دو تشخیص توأم، سه برابر بیمارانی که فقط یک تشخیص داشتند درمان خود را قطع کردند (21). یافته‌های ما در مورد بقای بیشتر بیماران مسن در درمان نسبت به بیماران جوان‌تر، هماهنگ با یافته‌های سایر مطالعات است. در مطالعات مختلف سن کم یکی از ریسک فاکتورهای قطع درمان است (11، 17، 18 و 21).

مطالعات حوزه قطع درمان، سطح اجتماعی- اقتصادی پایین را یکی از عوامل خطر مهم بر قطع درمان می‌دانند. در همین راستا مشکلاتی چون نداشتن بیمه، دوری مرکز و به طور کلی مشکلات حمل و نقل نیز بر قطع درمان مؤثر ذکر شده‌اند (11، 17، 19، 21، 25 و 26). بیماران مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روان جامعه‌نگر دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز، ساکن منطقه جنوبی شهر تهران بوده‌اند که به لحاظ اقتصادی- اجتماعی پایین محسوب می‌شود. شاید بشود میزان بالای قطع درمان در این مراکز را به این موضوع نسبت داد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش تأثیر پیگیری‌های تلفنی رابط درمان بر بقا بوده است. این یافته، هماهنگ با یافته‌های سایر مطالعات در خصوص اثربخشی پیگیری‌های تلفنی رابط درمان است. رابط درمان در مراقبت مشارکتی نقشی اساسی دارد. درمان در مدل مراقبت مشارکتی شامل پیگیری بیماران، نظارت بر نتایج درمان، سازگار کردن درمان برای بیمارانی که بهبود پیدا نمی‌کنند و مشاوره با متخصص در هنگام ضرورت است. وظایف رابط درمان در مدل‌های مختلف مراقبت مشارکتی شامل ارزیابی کنترل بیمار بر بیماری، نظارت بر موفقیت برنامه درمان، نظارت بر بهبود وضعیت، حمایت از تغییر رفتار، مدیریت درمان، پیگیری منظم برای حفظ تغییر رفتار و هماهنگ‌کنندگی فرایند درمان است (7). مطالعات مختلف اثربخشی مدل مراقبت مشارکتی را که بر نقش رابط درمان در انجام پیگیری‌های تلفنی تأکید شده، نشان داده‌اند (32 -27). شماری از مطالعات کنترل شده، رویکردهای نوین رابط درمانگری نشان داده‌اند که بهبودی بیماران هنگامی است که پیگیری‌های منظم وجود دارد (30). کرون و بلند[17] (2006) نیز بیان کرده‌اند که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی نتایج مثبت بالینی در مطالعات مراقبت مشارکتی برای افسردگی، پیگیری منظم بوده است (4). متاآنالیز بررسی کننده اثربخشی رابط درمانگری سلامت روان طی 20 سال گذشته نیز که توسط زیگوراس و استوارت[18] (2000) انجام گرفته است نشان داد که در قیاس با درمان معمولی، رابط درمانگری با نتایج زیر مرتبط است: بهبود بالاتر علایم، کاهش در بستری و کم شدن بخش بیماران بستری شده، تماس بیشتر با خدمات سلامت روان، تماس بالاتر با سایر خدمات، نرخ پایین‌تر قطع درمان از خدمات سلامت روان، بهبود بیشتر در عملکرد اجتماعی، رضایت بالاتر بیمار و خانواده وی از درمان و بار کمتر درمان بر خانواده (31).

در مراکز مورد مطالعه ما، پیگیری‌ها که شامل پیگیری قبل از ویزیت بعد، پیگیری مراجعه به روان‌پزشک، پیگیری مراجعه نکردن برای ویزیت و پیگیری متقاعد کردن بیمار برای مراجعه بوده است؛ به منظور تداوم حضور بیمار در درمان و کمک به تبعیت او از دارو درمانی انجام می‌گیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد هر چقدر پیگیری نوع 1 و نوع 3 بیشتر انجام شوند، قطع درمان بیماران به‌طور محسوسی کاهش می‌یابد. البته همبستگی پیگیری نوع 1 با کاهش قطع درمان بیماران، بیشتر از پیگیری نوع 3 می‌باشد. پیگیری نوع 2 رابطه معکوسی با بقای بیماران داشته است. پیگیری نوع 4 (پیگیری متقاعد کردن بیمار برای مراجعه) بر بقای بیماران تأثیر معناداری نداشته است. این که چرا پیگیری قبل از ویزیت بعد، بیشترین تأثیر را بر بقا داشته است، باید گفت که این پیگیری در تمامی مطب‌ها بیشتر از سایر پیگیری‌ها انجام شده است و رابطان درمان تلاش بیشتری بر انجام آن داشته‌اند؛ این پیگیری‌های تلفنی ارتباط بیمار را با پزشک تسهیل کرده و با یادآوری زمان ویزیت بعد به حفظ رابطه درمانی نیز کمک نموده‌اند. برعکس پیگیری متقاعد کردن بیمار برای مراجعه در مطب‌ها خیلی کم صورت گرفته است و رابطان درمان بعد از این که بیمار عدم تمایل خود را برای ادامه درمان بیان کرده است، پیگیری متقاعد کردن بیمار برای مراجعه را انجام نداده‌اند. در خصوص تبیین چرایی تأثیر پیگیری مراجعه به روان‌پزشک بر بقای بیماران نیز باید گفت که اکثر بیمارانی که به روان‌پزشک مراکز ارجاع داده شده‌اند، بیماری شدیدتری داشتند. برخی از آنان مبتلا به اختلالات سایکوتیک و اختلال دوقطبی بوده و برخی دیگر نیز اختلالات اضطرابی و افسردگی شدیدتری داشتند. طبق آن چه که گفته شد بیماران سایکوتیک و بیماران با ناتوانی بیشتر، قطع درمان کمتری دارند. در خصوص ارتباط پیگیری نوع 2 و بقا بیماران نیز به نظر می‌رسد که این پیگیری برای بیمارانی که درمان خود را قطع نموده‌اند بیشتر انجام شده است که با توجه به تعریف و کارکرد این پیگیری منطقی به نظر می‌رسد.

[16] Mitchell and Selmes
[17] Craven and Bland
[18] Ziguras and Stuart

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر تفاوت معنادار میان مطب‌های مختلف را در بقای بیماران در درمان نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد برخی پزشکان و رابطان درمانشان در حفظ ارتباط بیمار با سیستم ارایه‌کننده خدمات موفق‌تر بوده‌اند و ارتباط درمانی بهتری را شکل داده‌اند. پیگیری‌های تلفنی رابطان درمان نیز بر همین اساس بر بقا تأثیر معنادار داشته است. از آن جا که نمونه این مطالعه، بیماران منطقه اجتماعی-اقتصادی محروم بوده‌اند و مطب‌های ارایه‌کننده خدمت نیز فقط همکاران دو مرکز سلامت روان جامعه‌نگر واقع در منطقه جنوبی تهران بوده است، لازم است که مطالعات دیگری با نمونه‌های دیگر صورت گیرد. متأسفانه در این مقاله امکان بررسی همه عوامل مؤثر بر بقا فراهم نبود. به طور مثال ویژگی‌های خود پزشکان، سن، جنس و تجربه طبابت‌شان در این مطالعه بررسی نشد. به نظر می‌رسد از آن جا که میان مطب‌ها تفاوت معناداری در بقای بیماران وجود دارد لازم است مطالعه کنترل شده‌ای صورت گیرد که ویژگی‌های شخصیتی پزشکان عمومی و رابطان درمان، و توانایی پزشکان در تشخیص و درمان را بررسی نماید و تأثیر این عوامل را بر بقای بیماران اندازه‌گیری نماید.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب یک تحقیق نظام سلامت (HSR) و با حمایت مالی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. نویسندگان لازم می‌دانند از تلاش‌های ارزشمند رابطان درمان و پزشکان همکار CMHC در اجرای این پروژه قدردانی نمایند.

References

1- Ellen SR, Norman TR, Burrows GD. Assessing anxiety and depression in primary care. MJA practice Essentials. 1997; 167(6):328-33.
2- Santana L, Fontenelle LF. A review of studies concerning treatment adherence of patients with anxiety disorders. Patients prefer adherence 2011; 5:427-439.
3- Smith Jeffrey L. Collaborative care improves treatment for depression. Mental health Queri (Quality Enhancement research initiative). June 2011.
4- Craven MA, Bland R. Better practice in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. Can J Psychiatry 2006; 51: 7-72.
5- Miller KE. Long-term outcomes of collaborative care for depression. AM Fam Physician 2007; 75(7): 1078.
6- Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders, A community guide systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med 2012; 42 (5): 525-538.
7- Gilbody S, Bower P. *Depression in primary care: Evidence and Practice*. New York: Cambridge University Press; 2011.
8- Simon GE, Katon WJ, Vonkroff M, Unutzer J, Lin E, Walker EA, et al. Cost-Effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. Am J Psychiatry 2001; 158:1638-1644.
9- Unutzer J, Katon WJ, Fan M, Schoenbaum MC, Lin E, Della Penna RD & et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. The American Journal of Managed Care 2008; 14(2): 95-100.
10- Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Farhoodian A, Abolhassani F. What is an effective community based services for people with psychiatric disorders? A review of evidence. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2013; 19 (2): 79-96.
11- Renses B, Munoz E, Lopez-Ibor JJ. Factors predicting drop-out in community mental health centers. World Psychiatry 2009. 173-179.
12- Aikens JE, Nease DE, Klinkman MS. Explaining patient's beliefs about the necessity and harmfulness of Antidepressants. Ann Fam Med 2008; 6 (1): 23-29.
13- Souto Melo AP, Crosland Guimaraes MD. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte. Rev. Bras. Psiquiatr 2005; 27 (2): 113-8.
14- Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. B J Psych 2002, 180:254-259.
15- Wells JE, Browne MO, Aquilar G, Al-Hamzawi A, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. Br J Psych 2013; 202(1): 42-9.
16- Olfson M, Mojtabai R, Sampson NA, Hwang I, Druss B, Wang PS, et al. Dropout from outpatient mental health care in the United States. Psychiatr Serv 2009l; 60 (7): 898-907.
17- Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. AM J Psychiatry 2002; 159: 845-851.
18- Rossi A, Amaddeo F, Bisoffi G, Ruggeri M, Thornicroft G, Tansella M. Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. B J Psych 2002; 181:331-338.
19- Pinto-Meza A, Fernandez A, Bruffaerts R, Alonso J, Kovess V, De Graaf R, et al. Dropping out of mental health treatment among with depression and anxiety by type of provider: results of the European study of the epidemiology of mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011; 46: 273-280.
20- Ribeiro MS, Junior JCCX, Mascarenhas TR, Silva PM, de Melo Vieira EM & Ribeiro LC. Treatment dropout at a secondary mental health service. Trends Psychiatry Psychother 2012; 34 (4): 207-14.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

21- Mitchell AJ, Selmes T. Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. Advances in Psychiatric treatment 2007; 13: 423-434.
22- Demyttenaere K. Risk factors and predictors of compliance in depression. European Neuropsychopharmacology 2003; 13: 69-75.
23- Wing E. (dissertation). The relationship between therapist empathy, the working alliance and therapy outcome: a test of a partial mediation model. Ohio: Ohio University; 2010.
24- Croasdale M. Students lose empathy for patients during medical school. 2008. Amednews Online. Available at: http://www.amednews.com/article/20080324/profession/303249964/6/. Accessed March 24, 2008.
25- Swett C, Noones J. Factors associated with premature termination from outpatient treatment. Hops Community Psychiatry 1989; 40 (9):947-51.
26- Bruwer B, Sorsdahl K, Harrison J, Stein DJ, Williams D, Seedat S. Barriers to mental health care and predictors of treatment dropout in the South African Stress and Health Study. Psychiatr Serv 2011;62 (7):774-81.
27- Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices-rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial- PROMPT (primary care monitoring for depressive patient s trial). BMC Public health 2005; 5:101.
28- Ell K, Xie B, Kapetanovic S, Quinn DI, Lee P, Wells A, et al. One year follow-up of collaborative depression care for low-income, predominantly Hispanic patients with cancer. Psychiatric services 2011; 62: 162-170.
29- Chaney EF, Rubenstein LV, Liu C, Yano EM, Bolkan C, Lee M, et al. Implementing collaborative care for depression treatment in primary care: A cluster randomized evaluation of a quality improvement practice redesign. Implementation Science 2011; 6:121.
30- Solberg L, Trangle MA, Wineman AP. Follow-up and follow-through of depressed patients in primary care: the critical missing components of quality care. J Am Board Fam Pract 2005;18 (6): 520-527.
31- Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv 2000; 51(11): 1410-21.
32- Suter B, Agerter D. Collaborative psychiatric care in a rural family medicine setting reduces health care utilization in depressed patients. Minn Med 2007; 90 (1):39-41.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]

Factors Associated with Drop-out from Treatment in Patients with Anxiety and Depressive Disorders

Abolhassani Shahreza F[1] (MD), Sharifi V[2] (MD), Moazami Godarzi L[3] (MA), Mousavinia SJ[3] (MD), Jafarineia M[3] (MD), Amin-Esmaeili M[4] (MD), Hajizadegan A[3] (MA), Noee Z[3*] (MSc)

[1] *National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh hospital, Tehran. Iran*
[3] *Community Mental Health Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[4] *Iranian Research Center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Original Article
Received: 24 Jun 2014, Accepted: 2 Oct 2014

Abstract

Introduction: This study was conducted to evaluate factors associated with drop-out rate among patients with psychiatric disorders.

Methods: This was a descriptive-analytic study. All patients (n=2600) diagnosed with anxiety or depressive disorders visited by a general practitioner in a private clinic affiliated with community mental health centers were included during November 2010 to October 2012. The survival analysis was used to assess the patients' drop-out and factors related to patients' drop-out. The impact of factors such as age, gender, education, type of diagnosis, and provider center of services on treatment drop-out were evaluated. The Cox regression was also used to assess effect of telephone follow-ups on patients' survival in treatment.

Results: The median length of stay in treatment was 32 days ranged from 16 to 600 days for different general practitioners. When patients with only one visit were excluded, the median length of stay in treatment was 158 days. Effective factors on retention from treatment included patients' age, provider clinic of services and telephone follow-up by case managers.

Conclusion: Developing a good therapeutic alliance using regular telephone follow-ups is effective on retention of patients in treatment.

Key words: depressive disorders, anxiety disorders, collaborative care, drop-out

Please cite this article as follows:

Abolhassani Shahreza F, Sharifi V, Moazami Godarzi L, Mousavinia SJ, Jafarineia M, Amin-Esmaeili M, et al. Factors Associated with Drop-out from Treatment in Patients with Anxiety and Depressive Disorders. Hakim Health Sys Res 2014; 17(3): 250- 259.

*Corresponding Author: Community Mental Health Center, Tehran University of Medical Sciences. Tel: +98- 21- 55685962, Fax: +98- 21- 55685961 E-mail: zahranoee@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-23]