

## بررسی علل و زمینه‌های نپذیرفتن بیماران اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاهی با توسل به فریب از نظر دست‌اندرکاران بخش‌های اورژانس

ژامک خورگامی<sup>۱</sup>، امیرحسین گوگل\*<sup>۲</sup>، احمدرضا سروش<sup>۳</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

در سال‌های اخیر پدیده‌ای در سطح بیمارستان‌های دولتی رایج شده است که بر اساس آن اورژانس‌ها به صورت غیر قانونی و با متوسل شدن به اموری چون دادن اطلاعات غیر صحیح، بیماران را به سمت دادن رضایت شخصی و مراجعه به مرکز دیگر سوق می‌دهند. هدف از این مطالعه بررسی عوامل این پدیده از دید دست‌اندرکاران و افراد درگیر در بیمارستان‌های آموزشی می‌باشد تا ضمن روشن ساختن ریشه‌های آن، راه برای مطالعه‌های بیشتر در این زمینه هموار شود.

در این مطالعه، نظرات افراد درگیر در اورژانس سه بیمارستان آموزشی شهر تهران به صورت مکتوب و در قالب یک پرسشنامه با سؤالات باز جمع‌آوری شد. در آبان و آذرماه ۱۳۸۸، ۱۱۴ نفر از اعضای هیأت علمی و دستیاران رشته‌های حاضر در اورژانس، کارورزان و پرستاران اورژانس مورد پرسش قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه در خصوص تعداد رخداد پدیده فوق در اورژانس بیمارستان محل کار، گروهی که بیش‌تر این اقدام را انجام می‌دهند و عوامل و ریشه‌های بروز چنین پدیده‌ای مورد سؤال قرار گرفتند. از نظر افراد تحت مطالعه، بیش‌تر ارجاعات بدون هماهنگی و نپذیرفتن بیمار در اورژانس‌ها توسط دستیاران سال پایین و کارورزان انجام می‌شود به طوری که ۴۸ نفر (۴۲/۱ درصد) دستیاران سال اول را عامل اصلی دانسته و ۲۹ نفر (۲۵/۴ درصد) کارورزان را به عنوان بیش‌ترین فردی که بیماران را نمی‌پذیرد می‌دانستند. تعداد موارد پذیرفته نشدن بیمار در اورژانس، به طور متوسط  $15/6 \pm 1/1$  (بین صفر تا ۹۰) نفر در هفته بیان شد. مهم‌ترین عوامل مطرح شده به ترتیب عبارتند از: فشار کاری زیاد به نیروی انسانی، کمبود تخت، نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی، نبود نظام بازخورد مالی به افراد، نبود انگیزه‌ی کافی برای انجام امور، ارجاع نامناسب توسط اورژانس تهران، مدیریت و قوانین نامناسب، نظارت ناکافی و نامناسب از سطوح بالاتر و تقسیم وظایف ناعادلانه در سطوح مختلف. عدم پذیرش و ارجاع بدون هماهنگی بیماران، امری شایع در بیمارستان‌های دانشگاهی در سطح شهر تهران می‌باشد. مشکل شلوغی و فشار کاری زیاد می‌باید در اولویت مداخله قرار گیرد. مطالعه‌های گسترده‌تر در دو زیرگروه کارورزان و دستیاران سال پایین برای یافتن راهکارهای مناسب برای مبارزه با این پدیده توصیه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** فریب بیماران، اورژانس، رضایت شخصی، ارجاع بیماران

<sup>۱</sup> استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی

<sup>۲</sup> پژوهشگر و دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان دکتر شریعتی

## مقدمه

کیفیت خدمات درمانی در سطح اورژانس‌ها، یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سطح خدمات درمانی در جامعه محسوب می‌شود. اورژانس‌ها مکانی هستند که به علت شرایط بحرانی، پرسنل آن هر لحظه با چالش‌های اخلاقی متعددی روبه‌رو می‌باشند (۱). در بین بیمارستان‌های کشور، بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌ها، حجم بسیار بالایی از خدمت را به بیماران ارائه می‌دهند که برخی علل آن در زیر از نظر می‌گذرد، این امر می‌تواند منجر به افزایش ارتکاب به رفتارهای غیراخلاقی در بین پرسنل مقیم اورژانس شامل پرستاران، کارورزان و دستیاران شود.

با این همه، علیرغم مشاهدات متعدد مبنی بر رفتارهای غیراخلاقی پزشکان با بیماران، در حال حاضر مطالعه‌ی مشخصی در این مورد در داخل کشور منتشر نشده است و در سایر کشورها تنها یک مطالعه در کانادا به‌طور خاص به این موضوع پرداخته است (۲).

در تنها معدود مطالعه‌هایی که در مورد رفتارهای غیراخلاقی کادر پزشکی در سایر نقاط دنیا انجام شده است رفتارهایی چون مراقبت ناکامل بیماران یا مسائل اخلاقی بین پرسنل مورد بررسی قرار گرفتند (۷-۳) و کم‌تر اعمالی چون فریب بیماران توسط کادر پزشکی مطالعه شده است. در مطالعه‌ای نیز که در ژاپن انجام گرفته، تأکید شده است که این رفتارهای غیراخلاقی در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت می‌باشد (۸). بنابراین، انجام مطالعه‌ای در سطح بیمارستان‌های آموزشی تهران ضروری به‌نظر رسید زیرا در سال‌های اخیر پدیده‌ای در سطح بیمارستان‌های دولتی رایج شده است که بر اساس آن اورژانس‌ها به‌صورت غیر قانونی و با متوسل شدن به اموری چون دادن اطلاعات غیرصحیح بیماران را به‌سمت دادن رضایت شخصی و مراجعه به مرکز دیگر سوق می‌دهند. این رفتار به قدری در بین اعضای پرسنل اورژانس شایع است

که برای اطلاق آن از کلمات مشخصی چون «فلایت<sup>۱</sup>»، «تیپ تو<sup>۲</sup>» و «سیرکول<sup>۳</sup>» استفاده می‌شود. اثرات سوء این پدیده به قدری اسف‌بار است که بنا به مشاهدات شخصی نویسندگان این مقاله، بیماران ساعت‌های زیادی بین مراکز درمانی مختلف سرگردان می‌شوند و در چند مورد تأخیر در مداخله‌ی پزشکی منجر به فوت بیماران شده است. در موارد بسیاری نیز منجر به برخورد کادر درمانی با بیماران شده است. وقوع چنین پدیده‌ای در سطح اورژانس‌های مراکز آموزشی نه تنها با اصل عدم آسیب به بیماران مغایرت دارد بلکه باعث بی‌اعتمادی بسیار عمیق توده‌ی مردم نسبت به کادر درمانی نیز می‌شود. متأسفانه، هیچ مطالعه یا گزارشی در باب این پدیده پس از جست‌وجوهای متعدد در منابع مختلف در سطح کشور یافت نشد.

هدف از این مطالعه بررسی عوامل این پدیده از دید کارکنان اورژانس بیمارستان‌های آموزشی می‌باشد تا ضمن روشن ساختن ریشه‌های آن برای مسؤولان، راه را برای مطالعه‌های بیش‌تر در این زمینه هموار سازیم.

## روش کار

در این بررسی که یک مطالعه‌ی مقطعی با پرسشنامه بود، نظرات ۱۱۴ نفر از افراد مشغول به کار در اورژانس به‌صورت مکتوب و در قالب یک پرسشنامه‌ی پژوهشگرساخته با دو پرسش چندگزینه‌ای و سه پرسش باز جمع‌آوری شد. اعتبار محتوایی<sup>۴</sup> پرسشنامه‌ها از طریق نظر هشت نفر از صاحب‌نظران<sup>۵</sup> با حداقل ۵ سال سابقه در اورژانس بررسی و تأیید شد. در آبان و آذرماه ۱۳۸۸ پس از مذاکره‌ی حضوری و جلب موافقت شرکت در مطالعه و توضیح سؤالات اصلی پرسشنامه، افراد زیر از سه بیمارستان دانشگاهی در شهر تهران با نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند:

<sup>1</sup> Flight

<sup>2</sup> Tip-Toe

<sup>3</sup> Circule

<sup>4</sup> Content validity

<sup>5</sup> Expert idea

تست غیرپارامتریک<sup>۱</sup> انجام شد و موارد نسبتی با تست Chi-Square مقایسه شدند.  $P$  value کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار محسوب شد.

### نتایج

در این مطالعه در مجموع ۱۱۴ فرد مورد پرسش قرار گرفتند که عبارت بودند از ۵۰ نفر کارورز، ۱۷ نفر رزیدنت سال پائین (سال اول یا دوم)، ۱۶ نفر رزیدنت سال بالا (سال سوم یا بالاتر)، ۱۲ نفر عضو هیأت علمی، ۱۴ نفر پرستار و ۵ نفر پزشک عمومی مسؤول اسکرین بیماران در اورژانس.

از نظر افراد تحت مطالعه بیش‌تر ارجاعات بدون هماهنگی و نپذیرفتن بیمار در اورژانس‌ها توسط دستیاران سال پایین و کارورزان انجام می‌شود به طوری که ۴۸ نفر (۴۲/۱ درصد) دستیاران سال اول را عامل اصلی دانسته، ۲۹ نفر (۲۵/۴ درصد) کارورزان و ۱۴ نفر (۱۲/۳ درصد) نیز تمامی دست اندرکاران را مسؤول می‌دانستند.

تحلیل این مورد به تفکیک گروه‌های مختلف نشان داد که ۳۶ درصد کارورزان و ۵۸/۸ درصد دستیاران سال پایین، گروه کاری خودشان را مسؤول این اقدام می‌دانند در حالی که از دید سایر افراد مورد مطالعه به ترتیب ۱۷/۲ درصد و ۳۹/۲ درصد از این دو گروه به عنوان مهم‌ترین عامل معرفی شدند (جدول شماره ۱) که این تفاوت در مورد کارورزان معنی‌دار بود ( $P = ۰/۰۳۰$ ).

در پاسخ به این پرسش که از نظر هر فرد تعداد موارد پذیرفته نشدن بیمار در اورژانس، چند نفر در هفته می‌باشد، متوسط بیان شده  $۱۵/۶ \pm ۱۸/۱$  (بین صفر تا ۹۰) نفر در هفته است. آمار این برآورد از دید افراد در گروه‌های مختلف در جدول شماره ۲ آمده است.

مدیران بیمارستانی، رؤسای اورژانس، اعضای هیأت علمی و دستیاران رشته‌های حاضر در اورژانس، کارورزان، پرستاران اورژانس، مدیران پرستاری و سوپروایزرهای پرستاری. اعضای هیأت علمی و دستیاران از رشته‌های داخلی، جراحی عمومی، طب اورژانس، جراحی اعصاب، زنان و زایمان، اطفال، ارولوژی، ارتوپدی و داخلی قلب بودند. افراد ذکر شده در ۶ رده‌ی شغلی تقسیم‌بندی شدند. این رده‌ها شامل ۱- اعضای هیأت علمی شامل اعضای ساده هیأت علمی، مدیران بیمارستانی و رؤسای اورژانس، ۲- دستیاران سال پایین رشته‌های حاضر در اورژانس، ۳- دستیاران سال بالای رشته‌های حاضر در اورژانس، ۴- کارورزان، ۵- پرستاران اورژانس شامل پرستاران، مدیران پرستاری و سوپروایزرهای پرستاری و ۶- پزشک عمومی اسکرین. نمونه‌گیری به صورتی بود که از تمامی رده‌های شغلی (کارورز، پرستار، دستیار، عضو هیأت علمی و پزشک عمومی اسکرین) به نسبت شاغل در اورژانس آن مرکز مورد مطالعه قرار گیرند. برای این کار با توجه به جدول اعداد تصادفی و فهرست الفبایی اسامی، یک سوم هر رده‌ی شغلی (۶ رده شامل کارورز، پرستار، دستیار سال پایین، دستیار سال بالا، عضو هیأت علمی و پزشک عمومی اسکرین) در هر بیمارستان انتخاب شدند.

پرسشنامه‌ها توسط افراد مورد مطالعه به صورت خود ایفا تکمیل شدند. در پرسشنامه‌ها افراد مورد مطالعه در خصوص تعداد رخداد پدیده‌ی فوق در اورژانس بیمارستان محل کار (متوسط رخداد در هفته)، مهم‌ترین افراد انجام‌دهنده و عوامل بروز چنین پدیده‌ای مورد سؤال قرار گرفتند. نتایج سوالات باز جمع‌بندی و دسته‌بندی شد؛ به این ترتیب که با نظر دو نفر از صاحب‌نظران، پاسخ‌های یکسان و مشابه در یک دسته قرار گرفت.

سپس نتایج پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند و فراوانی هر یک با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. مقایسه‌ی موارد کمی پیوسته با موارد نرمال با آزمون Student T-test و موارد غیرنرمال با

<sup>1</sup> Mann-Whitney U

جدول شماره ۱ - نظر عوامل اصلی نپذیرفتن بیمار در خصوص مرتکب اصلی

P value	از دید سایرین	از دید خود گروه	
۰/۰۳۰	۱۱ از ۶۴ (%۲/۱۷)	۱۸ از ۵۰ (%۳۶)	ارتکاب توسط کارورزان
۰/۱۸۳	۳۸ از ۹۷ (%۳۹/۲)	۱۰ از ۱۷ (%۵۸/۸)	ارتکاب توسط دستیاران سال پایین

نظر گروه‌های مختلف در خصوص تعداد پذیرفته نشدن بیماران در هفته از نظر آماری معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، تخمینی که گروه‌های مختلف از میزان شیوع این پدیده داشته‌اند در مقایسه با همدیگر پس از انجام آزمون Student T-test، از نظر آماری تفاوت معنی‌دار داشتند. به عنوان مثال دستیاران با برآورد  $۱۲/۳ \pm ۱۳$  نفر در هفته کم‌ترین تخمین را داشتند در حالی که سایر افراد تخمین  $۱۶/۴ \pm ۲۰/۲$  را مطرح کردند ( $P = 0.026$ )

نظر افراد مورد مطالعه در خصوص علت و زمینه‌ی مشکل فوق در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۲ - تعداد موارد پذیرفته نشدن بیمار در

اورژانس مرکز درمانی محل کار

گروه مورد مطالعه	برآورد گروه از تعداد بیماران پذیرفته شده در هفته (انحراف معیار $\pm$ میانگین)
کارورزان	$۲۲ \pm ۱۵/۳$
دستیاران سال پایین	$۱۲/۹ \pm ۱۱/۲$
دستیاران سال بالا	$۱۳/۱ \pm ۱۳/۸$
اعضاء هیأت علمی	$۱۹/۵ \pm ۲۵/۵$
پرستاران	$۱۴/۱ \pm ۹/۱$
پزشکان	$۲۰/۲ \pm ۲۰$
عمومی اسکرین	

جدول شماره ۳ - علل و زمینه‌های مهم پذیرفته نشدن بیماران در اورژانس‌های بیمارستان‌های آموزشی

عوامل	گروه‌ها	جمع
فشار کاری زیاد به نیروی انسانی		۸۹ (%۷۸/۱)
کمبود تخت خالی		۳۹ (%۳۴/۲)
نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی		۳۹ (%۳۴/۲)
نبود نظام بازخورد مالی به افراد		۳۱ (%۲۷/۲)
نبود انگیزه کافی برای انجام امور		۲۷ (%۲۳/۷)
ارجاع نامناسب توسط اورژانس تهران		۲۵ (%۲۱/۹)
مدیریت و قوانین نامناسب		۲۱ (%۱۸/۴)
نظارت ناکافی و نامناسب از سطوح بالاتر		۲۰ (%۱۷/۵)
تقسیم وظایف ناعادلانه در سطوح مختلف		۱۹ (%۱۶/۷)

کاری پرسنل (۸/۸ درصد)، ترس از عوارض و مسائل قانونی (۸/۸ درصد)، آموزش نامناسب کارورزان و دستیاران (۷ درصد)، دستور از سطوح بالاتر (۷ درصد)، بی‌اطلاعی بیماران (۷ درصد)، رفتارهای نامناسب توسط برخی از بیماران (۷ درصد)، روابط مالی ناصحیح با بخش خصوصی (۳/۵ درصد)، ترس از انتقال عفونت‌های خاص (۳/۵ درصد)، تعداد زیاد بیماران ترمینال (۲/۶ درصد)، سیستم نامناسب گزینش دستیار (۱/۸ درصد) و بیماران بدون فایده‌ی آموزشی (۱/۸ درصد).

همان‌گونه که مشخص است مهم‌ترین عوامل مطرح شده به ترتیب عبارتند از: فشار کاری زیاد به نیروی انسانی، کمبود تخت، نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی، نبود نظام بازخورد مالی به افراد، نبود انگیزه‌ی کافی برای انجام امور، ارجاع نامناسب توسط اورژانس تهران، مدیریت و قوانین نامناسب، نظارت ناکافی و نامناسب از سطوح بالاتر و تقسیم وظایف ناعادلانه در سطوح مختلف. سایر عللی که کم‌تر از موارد فوق مطرح شده بود: سیستم نامناسب اسکرین بیماران (۱۱/۴ درصد)، نبود تعهد اخلاقی (۹/۶ درصد)، شرایط نامساعد

جدول شماره ۴ - علل و زمینه‌های مهم پذیرفته نشدن بیماران در اورژانس‌های بیمارستان‌های آموزشی به تفکیک زیرگروه‌های مطالعه (درصدها بیانگر نسبت در هر گروه است.)

عوامل	کارورزان	دستیاران سال پایین	دستیاران سال بالا	اعضاء هیأت علمی	پرستاران	پزشکان عمومی	P value
فشار کاری زیاد به نیروی انسانی	۴۳ (%۸۶)	۱۴ (%۱۷/۵)	۱۴ (%۱۴/۲)	۳ (%۲۵)	۱۲ (%۱۷/۷)	۳ (%۶۰)	<۰/۰۰۰۱
کمبود تخت	۱۷ (%۳۶)	۷ (%۴۲)	۴ (%۲۵)	۳ (%۲۵)	۷ (%۵۰)	۰	۰/۳۴۲
نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی	۱۴ (%۲۸)	۵ (%۲۹/۴)	۶ (%۳۷/۵)	۲ (%۱۶/۷)	۱۱ (%۷۸/۶)	۱ (%۲۰)	۰/۰۰۹
نبود نظام بازخورد مالی به افراد	۱۳ (%۲۶)	۲ (%۱۱/۸)	۶ (%۳۷/۵)	۶ (%۵۰)	۲ (%۱۴/۳)	۲ (%۴۰)	۰/۱۷۵
نبود انگیزه کافی برای انجام امور	۱۶ (%۳۲)	۳ (%۱۷/۶)	۳ (%۱۸/۸)	۳ (%۲۵)	۰	۲ (%۴۰)	۰/۱۸۲
ارجاع نامناسب توسط اورژانس تهران	۱۱ (%۲۲)	۴ (%۲۳/۵)	۴ (%۲۵)	۳ (%۲۵)	۳ (%۲۱/۴)	۰	۰/۹۰۳

#### بحث

به‌عنوان یک اصل، رفتارهای غیراخلاقی توسط کادر پزشکی به هیچ عنوان قابل اغماض نمی‌باشد و وظیفه‌ی اخلاقی هر پزشکی است که حتی در صورت مشاهده یک مورد آن را به مسئولان گزارش دهد (۹). این مطالعه نیز مطالعه‌ی منحصراً به‌فردی است که به عدم پذیرش غیرقانونی بیماران و ارجاع بدون هماهنگی آنان به توسل فریب پرداخته و در ریشه‌یابی این موضوع از اظهار نظر کادر درمانی

تفکیک شش عامل مهم‌تر در گروه‌های مختلف بیانگر این است که کارورزان، دستیاران و پرستاران در مقایسه با اعضای هیأت علمی به‌طور قابل ملاحظه‌ای معتقدند که فشار کاری زیاد موجب این پدیده است؛ هم‌چنین پرستاران به‌طور قابل ملاحظه‌ای نسبت به سایرین نبود تجهیزات یا پرسنل تخصصی را به‌عنوان یک زمینه مطرح کرده‌اند. علل پذیرفته نشدن بیماران به تفکیک گروه‌های عامل و نتایج بررسی معنی داری با آزمون Chi-Square در جدول ۴ آمده است.

اورژانس سود جسته است.

تصور افراد دخیل در اورژانس‌های بیمارستان‌های دانشگاهی از تعداد عدم پذیرش بیماران در اورژانس، حدود ۱۸ مورد در هفته (بین ۰ تا ۹۰) ذکر شد که بیانگر گسترده بودن این پدیده اسفبار می‌باشد و حاکی از آن است که این مشکل، یک معضل کاملاً جدی و غیر قابل انکار بوده و به مطالعه‌های بیش‌تر برای انجام مداخله‌ی فوری نیازمند است.

اعتبار میزان ذکر شده‌ی فوق توسط مصاحبه‌شدگان، با توجه به اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه کم‌تر مورد تردید است. با این حال، با توجه به ماهیت غیرقانونی این عمل و احتمال ایجاد عواقب منفی برای مرکز درمانی و زیرگروه مربوط به آن، احتمال آن که تعدادی از افراد عددی پایین‌تر از حد واقعی را مطرح کرده باشند وجود دارد. از طرف دیگر، با توجه به ماهیت غیراخلاقی و انزجارآور این عمل احتمال آن نیز هست که تعدادی از افراد با عصبانیت و با اغراق این تعداد را مطرح کنند. این دو عامل همراه با احاطه و برداشت افراد گوناگون از امور جاری اورژانس‌ها، دامنه‌ی وسیع صفر تا ۹۰ را توجیه می‌کند.

یافته‌ی دیگری نیز که در جریان تحلیل داده‌ها به دست آمد آن بود که دو گروه دستیاران سال پایین و کارورزان (که مرتکبین اصلی بودند) به‌طرز معنی‌داری خود را بیش‌تر نسبت به سایر گروه‌ها عامل ارتکاب می‌دانستند. در توضیح بیش‌تر ۳۶ درصد کارورزان و ۵۸/۸ درصد دستیاران سال پایین، گروه خود را مسؤول این اقدام می‌دانستند. در حالی که از دید سایر افراد مطالعه به‌ترتیب ۱۷/۲ درصد و ۳۹/۲ درصد این دو گروه به‌عنوان مهم‌ترین عامل معرفی شدند. در تحلیل این یافته به یک نکته می‌توان اشاره کرد که مصاحبه‌شوندگان در پاسخ به پرسش صداقت به خرج داده‌اند، زیرا اگرچه نشر نتایج این مطالعه احتمال ایجاد فشار بر گروه مرتکب اصلی را دارد، با این حال مصاحبه‌شوندگان گروه خود را به‌عنوان عامل اصلی معرفی کرده‌اند.

در بررسی علل زمینه‌ساز این عمل که توسط سؤالات باز

پرسیده شد، شلوغی و فشار کاری بالا توسط ۸۹ درصد افراد ذکر شد که اهمیت این مورد را نشان می‌دهد و اولویت توجه به این عامل را برای مبارزه با عدم پذیرش بیماران در اورژانس متذکر می‌شود.

در نظام سلامت ایران نیز اکثر مردم جامعه تحت پوشش بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی می‌باشند و هزینه‌ی اکثر بیمارستان‌های بخش خصوصی با این بیمه پوشش داده نمی‌شود. در نتیجه، سیل بیماران به‌سوی بیمارستان‌های دولتی و در رأس آن بیمارستان‌های آموزشی روانه می‌شود. در این بیمارستان‌ها، اکثر امور اجرایی بر عهده‌ی کارورزان و دستیاران سال پایین است که موجب می‌شود تا شرایط برای بروز رفتارهای غیراخلاقی برابر بیماران ایجاد شود. طبق مطالعه‌ای که در امریکا انجام شده است شلوغی بیش از حد اورژانس‌ها منجر به کاهش سطح ایمنی بیماران و کاهش سطح خدمات درمانی می‌شود (۱۰). براساس مطالعه‌ی دیگری نیز که توسط انجمن طب اورژانس<sup>۱</sup> SAEM انجام شد، شلوغی و حجم بالای بیماران نسبت به تعداد پرسنل باعث بیرون فرستادن بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس قبل از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی کامل می‌باشد (۱۱، ۱۰). در مطالعه‌ی دیگری در شیکاگو فشار کاری بالای دستیاران باعث افزایش خطاهای پزشکی، کاهش کیفیت خدمات‌رسانی به بیماران و اتخاذ تصمیم‌های غیراخلاقی معرفی شد. این مطالعه داشتن دستورالعمل مناسب برای محدودکردن ساعات کاری رزیدنت‌ها را توصیه کرده است. مطالعه‌های مشابه دیگری نیز این مساله را تأیید کرده‌اند (۱۸-۱۲). هم‌چنین، در مطالعه‌های دیگری که بر روی کارورزان انجام شد میزان خستگی مفرط که منجر به رفتارهای نابهنجار در اینترنت‌ها می‌شود را بر اساس فاکتورهای میزان ساعات کاری، استرس کاری، میزان کار تیمی و ساعات خواب ارزیابی کرده‌اند. طولانی‌بودن ساعات کار (۲۳-۱۹)، کیفیت نامناسب خواب (۲۲) و عدم وجود کار گروهی

<sup>1</sup> Society of Academic Emergency Medicine (SAEM)

بیماران توسط این گروه مطرح شده است (۳۱، ۳۰). همچنین، سوء رفتار و برخورد نامناسب رده‌های بالاتر مانند رفتارهای نامناسب و تحقیرآمیز برخی اساتید (در جلسات گزارش صبحگاهی و راندهای آموزشی) و دستیارهای سال بالا با کارورزان و دانشجویان، می‌تواند باعث ناامیدی، افزایش اشتباهات و رفتارهای نامناسب بشود.

در بررسی عواملان انجام این عمل، دستیاران سال پایین و کارورزان با اختلاف معنی‌داری نسبت به سایر گروه‌ها، مسببان اصلی آن معرفی شدند. از آنجا که این دو گروه افراد تمام‌وقت و مقیم اورژانس و با بیش‌ترین بار کاری می‌باشند، این یافته نشان می‌دهد که توجه به مشکلاتی که خاص این دو گروه است، برای مبارزه با این پدیده ضروری است و برای هر گونه مداخله‌ای، این دو گروه، باید در اولویت باشند.

از جمله علل زمینه‌سازی که منحصراً در مورد این دو گروه مطرح است می‌توان به «تقسیم کار نامتوازن بین سطوح مختلف» و در نتیجه «فشار کاری زیاد» اشاره داشت. بر اساس اظهار نظر مصاحبه‌شوندگان این مطالعه و همچنین بر اساس مطالعه‌های دیگری که در سایر نقاط دنیا انجام شده است، نحوه‌ی تقسیم کار در بین سطوح مختلف از کارورزان تا اساتید متوازن نیست و کارورزان به‌طور معنی‌داری نسبت به سایرین سطح استرس بالاتر و رضایت شغلی کم‌تر و کیفیت خواب نامناسب‌تری دارند (۳۲). همچنین، این موضوع در مورد رزیدنت‌های سال پایین نیز صادق است (۳۳). این مشکل منجر به فشار کاری نامتعادل و عدم به‌دست آوردن آموزش لازم از محیط کاری می‌شود که البته نبود نظارت مناسب توسط سطوح بالاتر (دستیاران سال بالا و اعضای هیأت علمی) این معضل را تشدید می‌کند. برای تعدیل این مشکل می‌توان از شیوه‌هایی چون افزایش سرعت انتقال بیماران به بخش (۳۵، ۳۴، ۱۳) افزایش پرسنل، بهبود مدیریت و تقویت کار گروهی (۳۶، ۱۵) استفاده کرد.

مناسب (۲۶-۲۴) باعث افزایش اتخاذ تصمیم‌های نامناسب و غیراخلاقی می‌شود که در این میان تأثیر کیفیت خواب و کار گروهی مهم‌تر می‌باشد. در مورد پرسنل اورژانس نیز به‌طور ویژه این فشار منجر به افزایش خطاهای پزشکی، افزایش در میزان کوتاهی در مراقبت از بیمار و افزایش رفتارهای نامناسب توسط پرسنل اورژانس با بیماران می‌شود (۲۷، ۱۱).

در بین سایر علل، ۹ عامل توسط بیش‌تر از ۱۰ درصد افراد بیان شد و این طور به‌نظر می‌رسد که برای مبارزه با این پدیده باید رویکرد چندجانبه داشت که این موضوع لزوم برخورد چندجانبه<sup>۱</sup> با پدیده‌های غیراخلاقی توسط مطالعه‌ای که در نشریه‌ی BMJ به چاپ رسیده را تأیید می‌کند (۲۸). همچنین، در بیان علل زمینه‌ساز این مشکل، گروه‌های مختلف این مطالعه تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر داشتند. به این صورت که اکثر کارورزان (۸۶ درصد) دستیاران سال پایین (۸۷ درصد)، دستیاران سال بالا (۸۴ درصد) و پرستاران (۸۷ درصد) (که همه پرسنل مقیم اورژانس هستند) عامل فشار کاری و خستگی را مطرح کرده بودند، اما درصد کمی از اعضای هیأت علمی (۲۵ درصد) این عامل را ذکر کرده بودند که این حکایت از عدم ارتباط مستمر بین سطوح مختلف و عدم آگاهی اعضای هیأت علمی به‌عنوان افراد نظارت‌کننده و سیاست‌گذار بیمارستان از مشکلات و دغدغه‌های عوامل فعال اورژانس‌ها است. همین‌طور در مورد عامل «کمبود تجهیزات و پرسنل تخصصی» ۷۸ درصد پرستاران از این مشکل شکایت داشتند و این در حالی است که تنها ۱۷ درصد اعضای هیأت علمی این مشکل را متذکر شدند که بر شکاف بین اعضای هیأت علمی و سایر سطوح تأکید می‌کند. بر اساس مطالعه‌های گذشته و در سایر نقاط دنیا، علل دیگری نیز در افزایش اعمال غیراخلاقی پزشکی مطرح شده است. در مطالعه‌ای که در بین پرستاران دانشگاه ویکتوریا انجام شد، محیط کاری ارتباط با رفتارهای اخلاقی پرستاران دارد (۲۹). در مطالعه‌ای در کانادا، ارتقای سطح محیط کاری پرستاران علت ارتقای مراقبت

<sup>1</sup> Multidisciplinary

## نتیجه‌گیری

عدم پذیرش و ارجاع بدون هماهنگی بیماران، امری شایع و گسترده در بیمارستان‌های دانشگاهی در سطح شهر تهران است. مشکل شلوغی و فشار کاری زیاد می‌باید در اولویت مداخله قرار گیرد. اختلاف در دیدگاه گروه‌های مختلف (اعضای هیأت علمی و سایر گروه‌ها) موجود است که این ضرورت را تأکید می‌کند که اعضای هیأت علمی و مسئولان اجرایی و مدیریتی باید با ارتباط‌های مستمر و نظرسنجی‌های کارا از پرسنل مقیم اورژانس مانند کارورزان، دستیاران سال پایین و پرستاران سعی در رفع شرایط کاری نامناسب و مشکلات این افراد داشته باشند. مطالعه‌های گسترده‌تر برای یافتن راهکارهای مناسب برای مبارزه با این پدیده توصیه می‌شود. در مطالعه‌ها و مداخله‌های بعدی دو زیر گروه کارورزان و دستیاران سال پایین باید در اولویت قرار گیرند.

## منابع

- 1- Pauls M, Leblanc C, Campbell S. Ethics in the trenches: preparing for ethical challenges in the emergency department. *CJEM* 2002; 4 (1): 45-8.
- 2- Walker AF. The legal duty of physicians and hospitals to provide emergency care. *CMAJ* 2002 Feb 19; 166 (4): 465-9.
- 3- Tanz RR, Charrow J. Black clouds. Work load, sleep, and resident reputation. *Am J Dis Child* 1993; 147 (5): 579-84.
- 4- Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC Jr. A pilot study of medical student 'abuse'. Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA* 1990; 263 (4): 533-7.
- 5- Erdil F, Korkmaz F. Ethical problems observed by student nurses. *Nurs Ethics* 2009; 16 (5): 589-98.
- 6- Buyer DM. A violation of trust: code of professional conduct tested. *J Indiana Dent Assoc* 2007; 86 (2): 6-9.
- 7- Anonymous. Ethics manual. Fourth edition. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1998; 128 (7): 576-94.
- 8- Last J. The cultural context of ethical problems. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1997; 30 (7): 397-8.
- 9- Pozgar GD. Legal and Ethical Issues for Health Professionals. 2nd ed. Sudbury, Mass. : Jones and Bartlett Publishers.
- 10- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health. *Emerg Med J* 2003; 20 (5): 402-5.
- 11- Anonymous. Ethics of emergency department triage: SAEM position statement. SAEM Ethics Committee (Society for Academic Emergency Medicine). *Acad Emerg Med* 1995; 2 (11): 990-5.
- 12- Worrell DL, Stead WE, Stead JG, Spalding JB. Unethical decisions: the impact of reinforcement contingencies and managerial philosophies. *Psychol Rep* 1985; 57 (2): 355-65.
- 13- Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Henry MC. The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Ann emerg med* 2009; 54 (4): 487-91.
- 14- Philibert I, Friedmann P, Williams WT,



- existing didactic teamwork curriculum?. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (6): 417-21.
- 26- Morey JC, Simon R, Jay GD, et al. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002; 37 (6): 1553-81.
- 27- Holm S, Rock ND, Sorensen L, Ibsen KE. [Ethical problems of the emergency room work]. *Ugeskr Laeger* 1993; 155 (39): 3112-4.
- 28- Wight J. Behaviour described in scenario in paper would be unethical. *BMJ* 1999; 318 (7179): 1557.
- 29- Storch J, Rodney P, Pauly B, et al. Enhancing ethical climates in nursing work environments. *Can Nurse* 2009; 105 (3): 20-5.
- 30- Hoff TJ. How work context shapes physician approach to safety and error. *Qual Manag Health Care* 2008; 17 (2): 140-53.
- 31- Montgomery VL. Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2007; 8 (2 Suppl): S11-6.
- 32- Stucky ER, Dresselhaus TR, Dollarhide A, et al. Intern to attending: assessing stress among physicians. *Acad Med* 2009; 84 (2): 251-7.
- 33- Feddock CA, Hoellein AR, Wilson JF, Caudill TS, Griffith CH. Do pressure and fatigue influence resident job performance? *Med Teach* 2007; 29 (5): 495-7.
- 34- Graff L. Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med* 1999; 17 (2): 208-9.
- 35- Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM. Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Ann Emerg Med* 2008; 51 (1): 9-12.
- 36- Yancer DA, Foshee D, Cole H, et al. Managing capacity to reduce emergency department overcrowding and ambulance diversions. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32 (5): 239-45.
- ACGME Work Group on Resident Duty Hours. Accreditation Council for Graduate Medical Education. New requirements for resident duty hours. *JAMA* 2002; 288 (9): 1112-4.
- 15- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2--barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med* 2009; 53 (5): 612-7.
- 16- Gurjala A LP, Iurie P, Haroona L, et al. Petition to the occupational safety and health administration requesting that limits be placed on hours worked by medical residents (HRG Publication #1570). <http://www.citizen.org/hrg1570> (accessed in 2008)
- 17- Bartschwinkler S. Cycle of earthquake-induced aggradation and related tidal channel shifting, Upper Turnagain Arm, Alaska, USA. *Sedimentology* 2000; 35 (4): 621-28.
- 18- Dawson D, Zee P. Work hours and reducing fatigue-related risk: good research vs good policy. *JAMA* 2005; 294 (9): 1104-6.
- 19- Friesen LD, Vidyarthi AR, Baron RB, Katz PP. Factors associated with intern fatigue. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (12): 1981-6.
- 20- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136 (5): 358-67.
- 21- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, et al. Development of a fatigue scale. *J Psychosom Res* 1993; 37 (2): 147-53.
- 22- Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med* 2006; 81 (1): 82-5.
- 23- Singh H, Thomas EJ, Petersen LA, Studdert DM. Medical errors involving trainees: a study of closed malpractice claims from 5 insurers. *Arch Intern Med* 2007; 167 (19): 2030-6.
- 24- Awad SS, Fagan SP, Bellows C, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. *Am J Surg* 2005; 190 (5): 770-4.
- 25- Shapiro MJ, Morey JC, Small SD, et al. Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an

## Causes of deceptive non-admission to the emergency department: personnel's point of view

Zhamak Khorgami<sup>1</sup>, Amir Hosein Gougol<sup>1,2</sup>, Ahmadreza Soroush<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Surgery Department, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>2</sup>Researcher, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>3</sup>Associate Professor, Surgery Department, Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

In recent years, a new manner has been common practice in emergency departments (EDs) of governmental hospitals in Iran, in which, of course illegally, patients are encouraged to self-discharge or refer to other EDs. This is done by giving incomplete or even false information and deceiving patients. The purpose of this study is to identify the underlying causes from the point of view of EDs' personnel to clarify the root of this burden for authorities and pave the way for more studies.

This is a cross-sectional descriptive-analytic study, gathering opinions via questionnaire and/or direct interview with open-ended questions. During November and December 2009, hospital managers, hospital heads, faculty members, residents in specialties involved with the ED, interns, ED nurses, and nurse supervisors were interviewed regarding the frequency of such instances in their hospital, the main violators, and its possible causes and determinants.

In this study 114 persons from different groups took part. From participants' point of view, the main violators in EDs are junior residents and interns; 48 (42.1%) participants pointed to junior residents and 29 (25.4%) participants found interns responsible. The estimated number of patients which were refused during a week was stated as  $18.1 \pm 15.6$  (range between 0 to 90). Among participants remarks, the most important factors which lead staff to non-admission were high work load, overcrowding of EDs, lack of facilities, lack of any motivation or incentive for doing tough tasks, inappropriate patient transfer by city emergency system, bad policies and rules, lack of sufficient supervision from deputies, and improper work sharing between different levels.

Patient non-admission and diversion through deception is a common practice among EDs of educational hospitals in Tehran. High work load and overcrowding of these centers should be considered a high priority target for interventions. Further studies are highly suggested to find appropriate solutions. In future studies, junior residents and interns should be considered as main target groups.

**Keywords:** non-admission, patient deception, emergency, self-discharge

---

<sup>1</sup> Email: [a.gougol@gmail.com](mailto:a.gougol@gmail.com)