

ترک با مسئولیت شخصی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ضیائیان

سارا صالحی^۱، فرناز خاتمی^۲، سیامند انوری^۳، نگار امیددی^۴، مجتبی صدافت سیاهکل^۵، محمد عفت پناه^{۶*}

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۳۱

چکیده:

زمینه و هدف: تصمیم گیری در خصوص توقف یا ادامه درمان، پس از آگاهی از عوارض و خطرات احتمالی از حقوق بیماران می باشد. از طرفی دیگر، ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی می تواند سلامت بیماران را تهدید نماید. لذا این مطالعه جهت تعیین علل ترک با مسئولیت شخصی، بمنظور جلوگیری از اثرات منفی آن بر بیماران و افزایش هزینه ها انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این تحقیق ۳۴۲ بیماری که با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کرده بودند وارد مطالعه شدند. حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از ترک، با بیماران تماس تلفنی برقرار و با کسب رضایت، در مورد علل ترک و آگاهی از خطرات و عوارض احتمالی مورد پرسش قرار گرفتند. همچنین علل ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی در سه حیطه بیمار، شرایط بیمارستانی و علل ترکیبی طبقه بندی گردید.

نتایج: یافته های مطالعه نشان داد ۴۸.۵٪ بیماران با دلایل شخصی (حیطه بیمار)، ۲۶٪ به دلیل نارضایتی از خدمات (شرایط بیمارستانی) و ۲۵.۵٪ به دلیل ترکیبی از علل بیمارستان را با مسئولیت شخصی ترک کردند. بیشتر بیماران ترک با مسئولیت شخصی در اورژانس بستری بودند ($p < 0.001$). از طرفی یافته ها حاکی از وجود ارتباط بین نوع بیماری ($p = 0.037$) و شیفت مراجعه بیماران ($p = 0.002$) با نوع ترخیص بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج بدست آمده، بنظر میرسد برنامه ریزی جهت تأمین و حفظ نیروی انسانی، آموزش با تأکید بر پرسنل جدیدالورود، نظارت بر عملکرد کادر درمان و ساماندهی سیستم تریاژ از اقدامات کنترلی ضروری در ترک با مسئولیت شخصی میباشند.

کلمات کلیدی: ترک با مسئولیت شخصی، رضایت آگاهانه، نوع بیماری

۱. لیسانس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمارستان ضیائیان، پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. پزشک عمومی، بیمارستان ضیائیان، پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات پیشگیری اولیه بیماریهای قلبی، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۶. استادیار، بیمارستان ضیائیان، پردیس بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)

مقدمه:

سالانه حدود ۵۰۰۰۰۰ نفر از بیماران در بیمارستانهای آمریکا بدلیل ترک با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک میکنند (۱). در فرایند ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی، بیمار به دلایل مختلف دوره درمان را نیمه تمام گذاشته و با میل خود، بدون دستور پزشک بیمارستان را ترک می کند (۲-۳). تصمیم گیری در خصوص توقف یا ادامه درمان از حقوق بیماران بوده و یک مفهوم پزشکی قانونی می باشد، که بر اساس آن بیمار پس از آگاهی از عوارض و خطرات احتمالی و سایر اطلاعات دارای حق انتخاب می باشد. اما از سویی دیگر ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی می تواند در طولانی شدن مدت زمان درمانها، تهدید سلامت بیماران و همچنین تحمیل هزینه های اضافی به سازمانها و افراد دخیل باشد (۴-۷). ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی از جمله مشکلات بیمارستانها در بخشهای بستری و یا تحت نظر محسوب می شود که می تواند نشانگر نارضایتی بیماران از جنبه های مختلف باشد (۸-۹). بر اساس آمار، ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی در کشورهای پیشرفته مانند آمریکا بین ۲.۲-۰.۸٪ کل موارد ترخیص می باشد (۱۰). این آمار در بیمارستانهای مناطق مختلف استرالیا طی سالهای ۲۰۰۴-۲۰۰۲ از ۱۰-۱.۸٪ متغیر بوده است (۱۱). این میزان در ایران بین ۲۰-۳٪ در بیمارستانهای روانی و بخش های اورژانس متفاوت می باشد (۱۲-۱۳). همچنین طبق نتایج مطالعه ای در بیمارستانهای آموزشی شهر کاشان ۳۵٪ بیماران بدون داشتن اطلاعات کافی در زمینه روشهای جایگزین درمانی و عوارض احتمالی، بیمارستان را با مسئولیت شخصی ترک کردند (۱۴).

در مطالعات مختلف علل متفاوتی باعث ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی شده است. نتایج مطالعات نشان می دهد دلایل مربوط به خود بیمار، محیط بیمارستان و علل مرتبط به کادر بیمارستان به ترتیب از مهم ترین دلایل ترک با مسئولیت شخصی می باشند (۱۳). همچنین مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی و خستگی از محیط بیمارستان از جمله عواملی هستند که باعث ترک با مسئولیت شخصی می شوند (۱۵). از دیگر علل ذکر شده برای ترخیص با مسئولیت شخصی، نگرانی های مالی، مسایل فرهنگی و اجتماعی، محیط بیمارستان، آگاهی و نگرش بیماران، توانایی و مهارت ارتباطی و کلامی پرسنل درمانی را میتوان نام برد (۱۶).

نکته حائز اهمیت اینکه در مطالعات، نتایج درمانی بیمارانی که با میل شخصی بیمارستان را ترک می کنند نسبت به سایر بیماران وخیم تر بوده و تعدادی از بیماران مجدداً مراجعه می کنند (۱۷-۱۸). ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی از مهم ترین علل بستری مجدد در دو هفته اول پس از ترک میباشد و ۲۱٪ این افراد طی این مدت مجدداً بستری می شوند (۲۰-۱۹ و ۱۵). انجام خدمات تشخیصی درمانی مانند مشاوره ها، تصویر برداری ها، آزمایشات تشخیصی و سایر اقدامات در روزهای نخستین بستری بالاترین میزان هزینه را شامل می شوند (۲۱). بنابراین بیمارستان میتواند با شناسایی علل مربوطه جهت جذب و وفاداری مراجعین برنامه ریزی نماید (۱۵). از اینرو لازم است که کادر درمان هنگام اطلاع از تصمیم بیماران، با ایجاد فضایی مناسب، دلایل ترک را شناسایی و با انتقال اطلاعات لازم و ضروری، بیماران را در تصمیم گیری صحیح جهت ادامه درمان یاری نمایند (۲۲). با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه در ایران و نیز اهمیت مشتری مداری، ارتقا سلامت و ایمنی بیماران، کاهش هزینه ها و افزایش رضایتمندی که از اهداف اصلی طرح تحول نظام سلامت می باشد، مطالعه حاضر به بررسی علل ترک با مسئولیت شخصی و عوامل تاثیر گذار بر آن در بیمارستان ضیائیان پرداخت. هدف آن است که از طریق شناسایی علل ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی، در آینده برنامه ریزی مناسبی جهت جلوگیری از اثرات منفی آن بر روند درمانی بیماران و افزایش هزینه ها تدوین گردد.

مواد و روش ها:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی می باشد که در مردادماه سال ۱۳۹۳ در مرکز آموزشی درمانی ضیائیان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. ضیائیان یک بیمارستان جنرال واقع در جنوب غرب تهران با مراجعه ماهیانه متوسط ۱۸۰۰ بیمار تحت نظر اورژانس و ۱۲۰۰ بیمار بستری می باشد. در این پژوهش ابتدا لیست ۳۴۲ بیماری که در طول مردادماه، با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کرده بودند از واحد آمار و مدارک پزشکی تحویل گرفته شد. جهت جمع بندی نتایج حاصله طبق بررسی متون انجامی، چک لیستی شامل سن، جنس، شیفت مراجعه، نوع بیماری، نوع بیمه، وضعیت آگاهی از عوارض احتمالی و علل ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی و ارائه اطلاعات کافی در خصوص خطرات و عوارض احتمالی توسط پزشک یا پرستار تهیه شد. برای

(۲۶٪) بدلیل شرایط بیمارستانی و ۵۰ نفر (۲۵.۵٪) با علل ترکیبی بیمارستان را ترک کردند. در حیطه بیمار، بیشترین علل ترک شامل دلایل شخصی در ۳۹ بیمار (۱۹.۹٪) و احساس بهبودی در ۳۵ بیمار (۱۷.۹٪) بود. در حیطه شرایط بیمارستانی، بیشترین علل شامل نارضایتی از خدمات در ۱۹ بیمار (۹.۷٪) و توصیه کارکنان و پزشکان در ۱۱ بیمار (۵.۶٪) بود. در میان علل ترکیبی، توصیه کارکنان و پزشکان به دنبال کمبود امکانات تشخیصی درمانی و برخورد نامناسب کادر درمانی و نارضایتی از ارائه خدمات نسبت به سایر علل ترکیبی آمار بیشتری داشتند.

در جدول ۱ بیماران ترک با مسئولیت شخصی با بیماران ترخیص شده توسط پزشک مورد مقایسه قرار گرفتند. طبق جدول بیماران ترک با مسئولیت شخصی نسبت به بیماران ترخیصی توسط پزشک، بصورت معنی داری بیشتر تحت نظر اورژانس بودند. بیشترین میزان ترک با مسئولیت شخصی در مقایسه با تعداد بیماران پذیرش شده، در شیفت صبح بوده و بیشترین آمار ترک با مسئولیت شخصی مرتبط به بیماران قلبی بودند.

در بررسی بیماران ترک با مسئولیت شخصی با توجه به نوع بیماری، بیشترین علل ترک بیماران قلبی، ابتدا دلایل شخصی (۲۷.۵٪) و در رتبه بعدی احساس بهبودی (۲۰٪) بود. بیشترین علل ترک در بیماران ترومایی نیز، دلایل شخصی (۱۳.۹٪) بود. از طرفی بیشتر بیماران گوارشی بدلیل احساس بهبودی (۴۷.۶٪) بیمارستان را ترک کرده بودند.

از کل ۳۲ بیماری که بدلیل احساس بهبودی بیمارستان را ترک کرده بودند، ۲۵ نفر (۷۸.۱٪) از عوارض احتمالی ترک که توسط پرسنل یا پزشکان توضیح داده شده بود آگاهی داشتند. در بیمارانی که علت ترک آنها توصیه کارکنان بود، ۹۰٪ آنها با آگاهی از عوارض اقدام به ترک کردند.

در جدول ۲ تاثیر عوامل مختلف در ترک با مسئولیت شخصی به تفکیک حیطه ها ذکر شده است. طبق جدول بجز آگاهی از عوارض احتمالی ترک در بقیه موارد ارتباط آماری معنی داری مشاهده نمیشود. ۸۶٪ بیماران در حیطه بیمار، با آگاهی از عوارض احتمالی بیمارستان را ترک کردند. در حیطه شرایط بیمارستانی نیز، ۶۹٪ با آگاهی از عوارض احتمالی بیمارستان را ترک کردند.

دستیابی به اطلاعات دقیق تر، یک فرد آموزش دیده، حداکثر تا ۴۸ ساعت پس از ترک بیمارستان، طی تماس تلفنی با بیماران ابتدا علت تماس را توضیح داده و ضمن دادن اطمینان در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات، در صورت رضایت بیمار، در خصوص علت یا علل ترک بیماران مذاکره کرد. در صورت عدم موفقیت در ارتباط تلفنی در تماس اول، تا ۲ بار تماس تلفنی مجدد گرفته شد. از ۳۴۲ بیمار، ۱۱۲ بیمار طی تماس اول، ۷۶ بیمار طی تماس دوم و ۸ بیمار طی تماس سوم و در مجموع ۱۹۶ بیمار پاسخگو بودند. از ۱۴۶ بیمار باقیمانده، ۳۲ نفر با شماره تماس اشتباه و ۱۱۴ نفر بدون پاسخ بودند که از مطالعه حذف گردیدند. بخشی از سوالات چک لیست از پرونده و بخشی از مصاحبه تلفنی استخراج و ثبت گردید. لازم به ذکر است که برای بررسی های بهتر، علل ترک بر اساس بررسی مجموع نتایج حاصل از پرونده و مصاحبه تلفنی با بیماران در سه حیطه بیمار، شرایط بیمارستانی و علل ترکیبی دسته بندی شدند. علل ترک در حیطه "بیمار" شامل دوری از محل سکونت، تمایل به ادامه درمان در منزل، تمایل به انتقال به سایر مراکز، دلایل شخصی و احساس بهبودی بودند. علل ترک در حیطه "شرایط بیمارستانی" شامل برخورد نامناسب کادر درمانی، کمبود امکانات تشخیصی و درمانی، هزینه بستری، توصیه کارکنان و پزشکان و نارضایتی از ارائه خدمات بودند. همچنین در این مطالعه بیماران ترک با مسئولیت شخصی با کلیه بیمارانی که در این یکماه بستری شده و به تشخیص پزشک مربوطه ترخیص شده بودند مقایسه قرار گرفتند. برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین، برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی نسبی و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون آماری کای اسکوئر استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل آماری نرم افزار spss نسخه ۲۲ بکار رفت و $p < 0.05$ بعنوان سطح آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها:

بر اساس یافته های مطالعه، از کل ۲۸۹۸ بیمار تحت نظر و بستری در مرداد ماه، تعداد ۳۴۲ بیمار (۱۱.۸٪) با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کردند که نهایتاً با ۱۹۶ نفر (۵۷.۳٪) مصاحبه تلفنی انجام گرفت. میانگین سن بیماران ترک با مسئولیت شخصی $42.9 \pm (23.8)$ بود. ۹۵ نفر (۴۸.۵٪) از بیماران در حیطه بیمار، ۵۱ نفر

جدول ۱. مقایسه بیماران ترک با مسئولیت شخصی با بیماران ترخیص شده توسط پزشک

p-value کای اسکوتر	نوع ترخیص		عوامل مؤثر
	ترک با مسئولیت	ترخیص شده توسط پزشک	
<۰.۰۰۱	۲۵۵ (۷۴.۶)	۱۵۷۳ (۶۱.۵)	تحت نظر اورژانس
	۸۷ (۲۵.۴)	۹۸۳ (۳۸.۵)	بستری در بخش
۰.۰۳۷	۶۶ (۳۴.۴)	۵۰۳ (۴۳.۳)	تروما
	۶۹ (۳۵.۹)	۳۹۵ (۳۴)	قلبی
۰.۴۰۶	۵۷ (۲۹.۷)	۲۶۵ (۲۲.۸)	گوارشی
	۱۸۸ (۵۵)	۱۳۴۴ (۵۲.۶)	زن
۰.۰۰۲	۱۵۴ (۴۵)	۱۲۱۲ (۴۷.۴)	مرد
	۱۲۳ (۳۶)	۱۱۱۸ (۴۳.۷)	صبح
۰.۰۰۲	۹۹ (۲۸.۹)	۵۴۰ (۲۱.۱)	عصر
	۱۲۰ (۳۵.۱)	۸۹۸ (۳۵.۱)	شب
۰.۶۰۸	۱۸۳ (۵۳.۵)	۱۳۳۰ (۵۲)	تأمین اجتماعی
	۱۵۹ (۴۶.۵)	۱۲۲۶ (۴۸)	سایر

جدول ۲. بررسی تأثیر عوامل مختلف در ترک با مسئولیت شخصی به تفکیک حیطة ها

p-value کای اسکوتر	حیطه های ترک با مسئولیت			عوامل مؤثر
	علل ترکیبی	شرایط بیمارستانی	بیمار	
۰.۷۲۶	۳۶ (۷۲)	۴۰ (۷۸)	۷۳ (۷۷)	تحت نظر اورژانس
	۱۴ (۲۸)	۱۱ (۲۲)	۲۲ (۲۳)	بستری در بخش
۰.۱۵۸	۱۰ (۳۱)	۱۲ (۴۶)	۱۴ (۲۵)	تروما
	۸ (۲۵)	۹ (۳۵)	۲۳ (۴۱)	قلبی
۰.۳۲۸	۱۴ (۴۴)	۵ (۱۹)	۱۹ (۳۴)	گوارشی
	۲۳ (۴۶)	۳۱ (۶۱)	۵۰ (۵۳)	زن
۰.۸۱۳	۲۷ (۵۴)	۲۰ (۳۹)	۴۵ (۴۷)	مرد
	۲۰ (۴۰)	۱۶ (۳۱)	۳۷ (۳۹)	صبح
۰.۹۷۸	۱۵ (۳۰)	۱۵ (۲۹)	۲۹ (۳۰)	عصر
	۱۵ (۳۰)	۲۰ (۴۰)	۲۹ (۳۰۴۵.۳)	شب
۰.۰۰۱	۲۷ (۵۴)	۲۸ (۵۵)	۵۳ (۵۶)	تأمین اجتماعی
	۲۳ (۴۶)	۲۳ (۴۵)	۴۲ (۴۴)	سایر
۰.۰۰۱	۲۰ (۵۴)	۳۴ (۶۹)	۷۸ (۸۶)	دارد
	۱۷ (۴۶)	۱۵ (۳۱)	۱۳ (۱۴)	ندارد

بحث و نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد میزان ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی، ۱۱.۸٪ می باشد که از بخش اورژانس و بخشهای بستری بودند. نوع بستری، شیفت مراجعه و نوع بیماری دارای ارتباط معناداری با ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی بودند. شایان ذکر است نتایج بررسی رنگرز جدی و همکارانش نشان داد، دلایل مربوط به خود بیمار بیشترین علت ترک با مسئولیت شخصی است (۶۱.۱٪) که از این میان احساس بهبودی ۲۸.۵٪ را به خود اختصاص داده بود (۱۳). همچنین نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ میلادی نشان داد که مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی و خستگی از محیط بیمارستان از جمله عواملی هستند که باعث ترک با مسئولیت شخصی می شوند (۱۵). در مطالعه حاضر نیز به ترتیب دلایل شخصی، احساس بهبودی (حیطه بیمار) و نارضایتی از ارائه خدمات (حیطه شرایط بیمارستانی) بیشترین دلایل ترخیص با میل شخصی بودند. وحدت و همکارانش نشان دادند مهمترین دلیل ترخیص با رضایت شخصی بیماران به ترتیب نارضایتی از خدمات پزشکی (۳۳٪)، پیشنهاد پزشکان (۲۷.۵٪) و نارضایتی از امکانات و تجهیزات (۱۲.۷٪) بوده است (۲۳). در این مطالعه نیز در حیطه شرایط بیمارستانی، نارضایتی از ارائه خدمات، بیشترین علت ترک با مسئولیت شخصی بود. همچنین ۲۳.۸٪ از بیماران به دنبال نارضایتی از ارائه خدمات، برخورد بد کادر درمانی را عنوان کردند که نکته قابل ملاحظه ای می باشد.

در مورد بیشتر بودن بیماران ترک با مسئولیت شخصی در اورژانس، به نظر می رسد با توجه به ماهیت بخش اورژانس، مهمترین انتظار مراجعین این بخش دسترسی هرچه سریعتر به پزشک و تعیین تکلیف بیمار می باشد. این در حالی است که هرچه مدت زمان انتظار افزایش می یابد نیاز و توجه بیماران به تسهیلات رفاهی بیشتر شده و جهت پیگیری وضعیت، به پرستار مراجعه می کنند. همچنین در صورت کمبود پرسنل و یا استفاده از آنها در جایگاه نامناسب، حجم کار و پیگیریها افزایش یافته و بر نحوه برخورد پرسنل و همچنین ارائه آموزشهای لازم تاثیر می گذارد. از طرفی به دلیل فقدان اطلاعات یا داشتن اطلاعات ناقص مراجعین در خصوص خدمات تشخیصی درمانی، ممکن است نحوه برخورد و سرعت عمل پرسنل، امکانات رفاهی و غیره از سوی آنها معیار قضاوت و ارزشگذاری کیفیت خدمات تلقی شده و باعث کاهش رضایت بیمار گردد که شامل تمامی بخشهای بالینی می باشد (۲۴).

در مورد علل مرتبط با حیطه بیمار، پس از دلایل شخصی، احساس بهبودی بیشترین علت ترک بیمارستان بود. با توجه به نتایج، بیشتر بیماران گوارشی در این دسته قرار داشتند که

احتمال آن می رود که برای تسکین درد بیمار در فاصله زمانی انجام اقدامات تشخیصی، داروهای آرام بخش تجویز شده و بیمار به دلیل احساس بهبودی تصمیم به ترک بیمارستان بگیرد و یا اینکه پزشکان به دلیل ترس از مسائل قانونی، در تصمیم گیری جهت ترخیص بیمار احتیاط بیشتری به عمل می آورند که نیاز به بررسیهای بیشتر وجود دارد.

ترک بیمارستان بدلیل توصیه کارکنان بیشتر به دنبال کمبود امکانات بیان شده است. احتمال آن می رود که بدلیل نبود برخی امکانات ارتوپدی، MRI، بخش مراقبتهای ویژه نوزادان و تخت خالی، منجر به توصیه کادر درمان جهت ترک بیمارستان با رضایت شخصی و مراجعه به مرکز دیگر شده است. چرا که در اکثر مواقع پذیرش از مراکز دیگر به سختی انجام می شود و در نتیجه برای درمان سریعتر، به بیمار توصیه می شود که رضایت داده و مستقیماً به مرکز دیگر مراجعه نماید. البته با استقرار طرح تحول نظام سلامت و تعیین بیمارستانهای معین این مشکل رو به کاهش می باشد.

همچنین مراجعینی که بدلیل مشکل هزینه، بیمارستان را ترک کردند، فاقد هر گونه پوشش بیمه ای بودند و یا برای رایگان شدن هزینه به بیمارستان های تحت پوشش بیمه مانند تأمین اجتماعی و مسلح مراجعه نمودند. در مطالعه ی Ibrahim و همکارانش بیمه جزء عوامل پیشگیری کننده برای ترخیص با رضایت شخصی بوده است (۲۵).

در مطالعه رنگرز جدی و همکارانش در گروه دلایل مربوط به وضعیت بیمارستان اختلاف معناداری در ترخیص با رضایت شخصی بین جامعه زنان و مردان مشاهده نشد ولی در گروه مربوط به خود بیمار، مردان بصورت معناداری بیشتر از زنان ترک کرده بودند (۱۳). مطالعه شیرانی و همکارانش در بیمارستانهای تهران نشان می دهد بین جنسیت و رضایت شخصی ارتباط معناداری وجود ندارد (۱۲). از طرفی نتایج مطالعه ای در آمریکا نشان می دهد احتمال ترک بیمارستان با رضایت شخصی در مردان ۱.۹ برابر زنان می باشد (۱۳). در مطالعه حاضر میزان ترک با مسئولیت با جنسیت ارتباط آماری معنی داری را نشان نداد.

طبق نتایج مطالعه فرزندی پور و همکارانش، به ۳۵٪ بیماران هنگام ترک با مسئولیت شخصی اطلاعات کافی داده نشده بود (۱۴). در این تحقیق درصد قابل توجهی از بیماران با آگاهی از عوارض احتمالی بیمارستان را ترک نمودند که بیشتر شامل بیماران حیطه بیمار بودند. به نظر میرسد برقراری ارتباط مؤثر بین کادر درمانی و بیمارانی که به دلایل مرتبط با حیطه شرایط بیمارستانی (شامل برخورد بد کادر درمانی، کمبود امکانات تشخیصی و درمانی، هزینه بستری، توصیه کارکنان و پزشکان و نارضایتی از ارائه خدمات) بیمارستان را ترک می

پس از دلایل شخصی، احساس بهبودی بوده است، از اینرو به نظر می رسد، برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های بازآموزی در خصوص اندیکاسیونهای بستری و ترخیص، مفاهیم پزشکی قانونی مرتبط و همچنین فرایند ترخیص با مسئولیت شخصی به پزشکان از اقدامات موثر باشد. البته با توجه به نتایج حاصله، اعمال نظارت هر چه بیشتر بر جذب، ثبات و بکارگیری صحیح نیروها، توجیه و آموزش پرسنل جدید ورود قبل از آغاز کار، آموزش صحیح و مداوم تریاژ، بهبود فضای تریاژ، آموزش برقراری مهارتهای ارتباطی و تاکید بر آن، اعمال نظارت بر عملکرد کادر درمان و استفاده از سیستم های پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسعه بخشها و امکانات تشخیصی درمانی متناسب با نیاز مراجعین در بیمارستانها و اعمال نظارت دانشگاه جهت تسهیل در پذیرش بیماران می توانند به عنوان راهکارهای موثر مد نظر قرار گیرد.

تضاد منافع: وجود ندارد.

کنند، به علت نارضایتی ایجاد شده در بیمار، دشوارتر است و به تبع آن ارائه اطلاعات کافی و کامل به بیمار نیز دچار اختلال می شود. شاید پزشکان به دلیل اینکه ارائه اطلاعات کامل باعث نگرانی بیمار شود و یا قادر به درک صحیح اطلاعات نباشند، توضیحات مورد انتظار را به بیماران ارائه ندهند از نقاط قوت این مطالعه میتوان به امکان مصاحبه مستقیم با بیمارانی که بیمارستان را با مسئولیت شخصی ترک کرده بودند اشاره کرد. در دسترس نبودن شماره تلفن و ثبت اشتباه هنگام پذیرش در تعدادی از بیماران ترک با مسئولیت شخصی و عدم پاسخ دهی تعدادی دیگر از بیماران به تماس تلفنی را می توان از نقاط ضعف آن به شمار آورد.

پیشنهادهات

با توجه به اینکه درصد قابل توجهی از بیماران ترک با مسئولیت شخصی اظهار داشتند با آگاهی از عوارض احتمالی بیمارستان را ترک نموده اند، و بیشترین علت ترک بیمارستان

Rferences

1. Southern, WN. Nahvi, Sh. Arnsten, JH. Increased Risk of Mortality and Readmission among Patients Discharged Against Medical Advice. The American Journal of Medicine. 2012, 125, 594-602.
2. Gerbasi, JB. Simon, RI. Patients rights and psychiatrists duties: discharging patient against medical advise. Harv Rev psy chiatry 2003, 11, 333-43.
3. Alfandre, Dj. "I'm Going Home": Discharges Against Medical Advice. Mayo Clin Proc. 2009, 84, 255-260.
4. Opala, JM. Sanbar, SS. Informed Consent and informed in Oklahoma. J Okla State Med Assoc 2009, 102, 86-91.
5. Choi, M. Kim, H. Qian, H. Palepu, A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. PLoS One. 2011, 6, 9:e24459. doi: 10.1371/journal.pone.0024459. Epub 2011 Sep 8.
6. Kabirzadeh, A. Rezazadeh, S. Mohsensaravani, B. Frequency and causes of discharge with personal satisfaction in children of BouAli hospital in sari 2009. Journal of North Khorasan University of medical sciences. 2011, 2, 57-62.
7. Jimoh, BM. Anthonia, OC. Chinwe, I. Oluwafemi, A. Ganiyu, A. Haroun, A. et al., Prospective evaluation of cases of discharge against medical advice in Abuja, Nigeria. ScientificWorldJournal. 2015, 2015:314817. doi: 10.1155/2015/314817.
8. Taqveti, VR. Leaving against medical advice. N Engl J Med. 2007, 357, 213-215.
9. Garrese, JA. Refusal of care:patients well being and physicans ethical obligations; but doctor, I want to go home. JAMA. 2006, 296, 691-695.
10. Saits, R. Gali, WA. Moskowitz, MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. J G Intern Med. 2000, 15, 103-7.
11. ALHW. A boriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework 2008 report:Detailed analyses{Online}. 2009{cited 2009 Jan 19}; Available from: URL: <http://www.aihw.gov.au/publication>
12. Shirani, f. Jalili, M. AsI-E-Soleimani, H. Discharge against medical advice from emergency department: Result from Tertiary Care Hospital in Tehran, Iran. Eur J Emerg Med. 2010, 17, 318-21.
13. Rangraz Jeddi, F. Rangraz jeddi, M. Rezaeiimofrad, M. Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in University Hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. Hakim Research Journal 2010, 13, 33-9.
14. Farzandipour, M. Sheikhtaheri, A. Sadeqi Jabali, M. Rate of Informed Decision-Making for Treatment Refusal in University Hospitals of Kashan, Iran. Health Information Management. 2012, 9, 654.
15. Hwang, SW. Li, J. Gupta, R. Chien, V. Martin, RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice?CMAJ. 2003, 168, 4, 417-20.
16. Brclay, L. Fletcher, M. Guthridge, S. Hery, B. Heslop, J. Patel, B. et al. Self discharge against medical advice from Northern Territory Hospitals Prevalence rates

- experiences and suggestion economic implacation recommended strategies for improvement{Online}.2007:Available from: URL : <http://www.cdu.edu.au/ehs/health/nursing/documents/SelfDischarger> .
- 17.Glick, ID. Braff, DL. Johnson, G. Snowstack, JA. Outcom of irregularly discharged psychiatric patient. Am J Psychiatry 1981, 138, 1472-6.
 - 18.Henry, B. Dunbar, T. Barclay L. Thempson, R. Self discharge against medical advice from northern territory hospital : A report for the department of health and community services {Online}. 2007. Available from: URL: <http://www.cdu.edu.au/sites/default/files/nursing/documents/SelfDischargereport>.
 - 19.Anis, A. Sun, H. Guh, DP. Palepu, A. Schechter, MT. Shaughnessy, MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-Positive patients. CMAJ, 2002, 167, 633-637.
 - 20.Devitt, PJ. Devitt, AC. Dewan, M. Does identifying a discharge as “ against medical advice” confer legal protection? J Fam Pract, 2000, 49, 224-227.
 - 21.Asefzadeh, S. Principales of Health Care Economics. Qazvin: Qazvin University of Medical Science Publication [In Persisn]; 2002.
 - 22.Griss, T. Appelbaum, PS. Fotouhic, H. The MacCAT-T:a clinical tool to assess patients’ capacities to make treatment decisions. Psychiatr Serv. 1997, 48, 1415-9.
 - 23.Vahdat, sh. Hesam, S. Mehrabian, F. Effective assessment of discharge against medical advice in Ghazvin. hospital Dofashname of Nursing and Midwife department of Gilan University. 2011, 64, 47-52.
 - 24.Sgari, M. Arab, M. Rahimi-e Foroushani, A. Ebadi Fard-Azar, F. Mousavi, S.M.H. Surveying the Factors Affecting Patient`s Discharge against Medicine Advice from Emergency Ward of AmirAlam Treatment-Teaching Hospital in Tehranhospital. fashname. 2012, 2, 19-28. [persian].
 - 25.Ibrahim, SA. Kwoh, KC. Krishnan, E. Factors associated with patient Who Leave acute-care hospitals against medical advice. AmT Public Health. 2007, 97, 2204-7.

Discharges Against Medical Advice and Its Effective Factors among Patients Referred to Ziaeian Hospital

Submitted: 2015.9.22

Accepted: 2016.6.1

Salehi S¹, Khatami F², Anvari S³, Omidi N⁴, Sedaghat Siyahkal M⁴, Effatpanah M^{4*}

Abstract

Background: Decision to stop or continue the treatment after awareness about complications and risks is patients' rights. On the other hand, patient's discharge against medical advice could threaten patients' health. This study aimed to determine the causes of patient's discharge against medical advice to prevent negative effects on patients and health costs.

Materials and Methods: In this study, 342 patients who left hospitals regarding discharge against medical advice were enrolled. Up to 48 hours of leaving hospital, the patients were received telephone contact, and if consented, were asked about the potential causes and whether or not the explanation of nurses or physician about the risks and side effects of discharge against medical advice. Furthermore, causes of discharge against medical advice were categorized as patient, hospital condition and combined causes.

Results: Study findings revealed that 48.5% of patients with personal reasons, 26% because of dissatisfaction with the service and 25.5% due to a combination of causes left the hospital. Most of the patients were in emergency department ($p < 0.001$). There was relationship between type of disease ($p = 0.037$) and referred shift of patients ($p = 0.002$) with type of discharge.

Conclusion: Given to the study results, it seems that planning for providing and maintaining human resources, training staff especially new entrance, monitoring medical team performance and organizing the triage system are essential in patient's discharge against medical advice.

Keywords: Discharges against medical advice, Informed Consent, Type of disease

1. BSc in Healthcare Services Management, Ziaeian Hospital, International Campus, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Community Medicine Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. General Practitioner, Ziaeian Hospital, International Campus, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Cardiac Primary Prevention Research Center, Tehran Heart Enter, , Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Associate Professor, Community Medicine Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Assistant Professor, Ziaeian Hospital, International Campus, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(*Corresponding author)