

Original Article

What happens to patients that leave hospital against medical advice? A cross-sectional study

Zahra Motazed¹ , Kavous Shahsavarinia² , Hossein Alikhah^{3*} , Zahra Parsian⁴, Elnaz Asghari⁵

¹Infectious and Tropical Disease Research Center, Nursing Research Committee, Sina Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Road Traffic Injury Research Center, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³Emergency Medicine Research Team, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran,

⁵School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding author; E-mail: Alikhah@tbzmed.ac.ir

Received: 9 March 2017 Accepted: 19 June 2017 First Published online: 7 July 2018
Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 August-September; 40(3):88-96

Abstract

Background: Discharge against Medical Advice (DAMA) is a global problem with unpleasant consequences, mandating to conduct studies for its Predictors and outcome. This study aimed to investigate the reasons of DAMA from a general referral hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in Sina Hospital. A researcher-made questionnaire was used after determining its validity and reliability. All patients who wanted to DAMA, completed the questionnaire. The data was analyzed by SPSS 19, using descriptive and inferential statistics.

Results: DAMA was more seen within men, married, native, and under diploma patients with age range of 19 to 39 years. Prolongation of hospital stay (13.2%), other hospital staff's suggestion (6.8%) and dissatisfaction with the facilities (12.3%) were among the main reasons for discharging. The reasons of DAMA had only significant relationship with hospital wards.

Conclusion: Improvement of training, providing innovate facilities for young people, providing more advanced facilities and equipment, and continuing the necessary treatment as outpatient are important factors that must be prepared in order to decrease the rate of DAMA.

Keywords: Discharge, Hospitalization, Patient, Treatment, Hospital

How to cite this article: Motazed Z, Shahsavarinia K, Alikhah H, Parsian Z, Asghari E. [What happens to patients that leave hospital against medical advice? A cross-sectional study]. Med J Tabriz Uni Med Sciences Health Services. 2018 August-September;40(3):88-96. Persian.

مقاله پژوهشی

عوامل موثر بر ترخیص با رضایت شخصی بیماران - یک مطالعه مقطعی

زهرا معتضدی^۱، کاووس شهسواری نیا^۲، حسین علیخواه^{۳*}، زهرا پارسیان^۴، الناز اصغری^۵

^۱ مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ مرکز تحقیقات آسیب و حوادث جاده‌ای، گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۳ تیم تحقیقاتی طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۵ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسول؛ ایمیل: Alikhah@tbzmed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۹ انتشار برخط: ۱۳۹۷/۴/۱۶

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز، مرداد و شهریور ۱۳۹۷؛ ۴۰(۳): ۸۸-۹۶

چکیده

زمینه: ترخیص با رضایت شخصی یک مشکل جهانی است که عواقب و عوارض ناخوشایندی دارد. از این رو شناسایی عوامل موثر بر آن بسیار ضروری است. این مطالعه با هدف بررسی عوامل موثر بر ترخیص با رضایت شخصی بیماران صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ در یک مرکز آموزشی درمانی شهر تبریز انجام شد. ابزار مطالعه پرسشنامه بود که علل منجر به ترخیص را بررسی می کرد و روایی صوری، محتوایی و پایایی آن از بعد انسجام درونی تایید شده بود. از کلیه بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شدند، خواسته شد تا پرسشنامه را تکمیل نمایند. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که ترخیص با رضایت شخصی در مردان، افراد متأهل، بومی و بیمارانی که تحصیلات زیر دیپلم داشته و در محدوده سنی ۱۹ تا ۳۹ سال بودند، بیشتر است. طولانی شدن مدت بستری (۱۳/۲٪)، پیشنهاد سایر پرسنل بیمارستان (۶/۸٪) و نارضایتی از امکانات (۱۲/۳٪) عمده ترین دلایل ترخیص عنوان شدند. دلایل ترخیص فقط با نوع بخش ارتباط آماری معنی داری داشتند.

نتیجه گیری: طبق نتایج آموزش افراد، تسهیل شرایط زندگی جوانان، ادامه‌ی درمان‌های لازم بصورت سرپایی و ارتقای امکانات بیمارستانی از عوامل مهمی است که باید به منظور کاهش آمار ترخیص با رضایت شخصی انجام داد.

کلید واژه‌ها: ترخیص، بستری، بیمار، درمان، بیمارستان

نحوه استناد به این مقاله: معتضدی ز، شهسواری نیا ک، علیخواه ح، پارسیان ز، اصغری ا. عوامل موثر بر ترخیص با رضایت شخصی بیماران - یک مطالعه مقطعی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز. ۱۳۹۷؛ ۴۰(۳): ۸۸-۹۶

حق تألیف برای مؤلفان محفوظ است.

این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

ترک بیمارستان با رضایت شخصی فرآیندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان و علیرغم توصیه تیم درمانی (پزشک و پرستار بالین) و با میل خود بیمارستان را ترک می‌کند. تریخیص با رضایت شخصی از مشکلات اساسی سیستم‌های بهداشتی درمانی محسوب می‌گردد (۱). البته این موضوع بخشی از حقوق بیمار است که اجازه دارد تا با میل خود به بیمارستان وارد و با رضایت خود نیز تریخیص شود (۲)، ولی مطالعات نشان می‌دهد تریخیص با رضایت شخصی عواقب و عوارض بسیار زیادی دارد. بدتر شدن حال بیمار، ایجاد عوارض، مرگ، افزایش هزینه‌های بیمارستان و کاهش درآمد بیمارستان از جمله این موارد است. همچنین در این افراد احتمال بازگشت به بیمارستان، بعلت همان بیماری یا شرایط مشابه نیز بیشتر است (۳ و ۴).

بیشتر تحقیقات قبلی در مورد تریخیص با رضایت شخصی در مورد بیماران مبتلا به آسم، پنومونی و سوء مصرف مواد بوده (۵-۷) و مطالعاتی نیز در بخش‌های اورژانس، روانی و کودکان انجام شده است (۸-۱۰). آمار متفاوتی در زمینه تریخیص با رضایت شخصی وجود دارد و میزان آن در کشورهای مختلف نیز متفاوت می‌باشد. این میزان از ۱/۲ تا ۲۳/۳ درصد متفاوت است (۶ و ۱۱). آمار ارائه شده از ساری ۲/۲٪ می‌باشد (۱۲). در کاشان نتایج براساس نوع بیمارستان متفاوت بوده به طوری که در بیمارستان عمومی آمار ۱۱/۳ درصدی، در بیمارستان روانپزشکی ۱۶/۳ و در بیمارستان با تخصص چشم، گوش، حلق و بینی ۳/۲٪ بود (۱۳).

شواهد عوامل زیادی را در تریخیص با رضایت شخصی موثر نشان داده‌اند که از آن جمله می‌توان به نارضایتی بیماران از کادر درمان، مشکلات شخصی و خانوادگی، احساس بهبودی برای ترک بیمارستان، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان و دوست نداشتن فضای بیمارستان اشاره کرد (۱۴). در برخی پژوهش‌ها بی‌خانمانی، سن و سال کمتر و جنسیت مذکر در این بیماران نیز نشان داده شده است (۱۵). نتایج مطالعات مختلف همبستگی مثبتی بین تریخیص با رضایت شخصی با نژاد سیاه، پذیرش بیمار به صورت اورژانسی، سابقه بستری قبلی و نداشتن بیمه را نشان می‌دهد (۲، ۶ و ۸). پاسخ ضعیف به درمان که توسط بیمار و اطرافیانش مورد قضاوت قرار می‌گیرد، نیز اغلب به تریخیص با رضایت شخصی منجر می‌شود که معمولاً به علت ارتباطات غیر موثر بین پزشک معالج و بیمار و عدم آگاهی از تاریخچه و ماهیت بیماری است (۱۶). ویژگی‌های خود بیمارستان نیز در تریخیص با رضایت شخصی بیمار موثر می‌باشد. در این زمینه میتوان به طول مدت بستری در بیمارستان، مدت زمان انتظار در بیمارستان، اندازه، محل (۱۷-۱۸) و نوع بیمارستان (خصوصی یا شهری) (۲) اشاره نمود. بطور خلاصه می‌توان گفت پدیده تریخیص با

رضایت شخصی یک موضوع چند بعدی بوده و شامل عوامل مربوط به شخص بیمار، عوامل ساختاری و مسایل مراقبتی است. با افزایش تمرکز روز افزون در تداوم مراقبت، کارشناسان در مورد مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و برخی موارد قانونی که ممکن است از ترک بیمار با وجود آید، ابراز نگرانی کرده‌اند (۱۵). با به دست آوردن درک بهتری از نیازهای بیمارانی که در برابر توصیه‌های پزشکی بیمارستان را ترک می‌کنند، می‌توان راه حل‌های هدفمندی را در به حداقل رساندن تأثیرات منفی این تریخیص‌ها پیدا کرد. از این رو بررسی این عوامل در بیمارانی که تصمیم می‌گیرند بیمارستان را با مسئولیت شخصی ترک نمایند، از اهمیت زیادی برخوردار است، چراکه فقط با درک و آگاهی از این موارد می‌توان با اقدام به موقع از این فرآیند پیشگیری کرد و نهایتاً مرگ و میر، ناخوشی و نیز هزینه‌های ناشی از آن را کاهش داد. در همین راستا، مطالعه حاضر به تعیین عوامل موثر بر تریخیص با رضایت شخصی بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی سینا تبریز در سال ۱۳۹۳ می‌پردازد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. محیط پژوهشی یک مرکز آموزشی درمانی تبریز بود که یک مرکز ارجاعی عمومی بوده و بخش‌های عمومی و ویژه‌ی متنوعی مشتمل بر بخش‌های سوختگی، عفونی، پوست، داخلی و جراحی دارد. جامعه‌ی پژوهشی کلیه‌ی بیماران بالای ۱۸ سال بستری در بخش‌های بالینی بود که با رضایت شخصی مرخص می‌شدند. بخش سوختگی کودکان به دلیل بستری افراد زیر ۱۸ سال بررسی نگردید. برای انجام مطالعه از کلیه‌ی بیماران واجد شرایطی که از اول فروردین تا آخر اسفند سال ۱۳۹۳ با رضایت شخصی مرخص می‌شدند خواسته شد تا پرسشنامه مطالعه را تکمیل نمایند.

پرسشنامه استفاده شده براساس مروری بر متون و قوانین ملی و بین‌المللی مدون موجود در این زمینه تهیه گردیده و روایی صوری و محتوایی این چک لیست توسط اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شده بود. پایایی آن نیز از بعد انسجام درونی روی ۵۰ نفر با آلفا کرونباخ ۰/۷۹ تایید گردید. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل علل منجر به تریخیص بود. علل در سه حیطه مشکلات مربوط به شخص بیمار (۸ سوال)، مشکلات مربوط به مسائل مراقبتی (۹ سوال) و مشکلات مربوط به امکانات بیمارستان (۹ سوال) طبقه‌بندی شده بود و افراد دلایل تریخیص خود را از بین آنها مشخص می‌کردند. داده‌ها با نرم-افزار SPSS نسخه ۱۹ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید. ارتباط بین متغیرها با آزمون کای دو و تی تست مستقل در سطح معناداری $P > 0/05$ بررسی شد.

این مطالعه پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذیربط انجام شد. محققین قبل از نمونه‌گیری خود را معرفی کرده و اهداف مطالعه را شرح می‌دادند. به بیماران گفته شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و عدم شرکت یا انصراف از مطالعه در هر مرحله، روی پیامد ترخیص و بستری آنان هیچ تاثیری نخواهد گذاشت.

یافته‌ها

از مجموع ۱۵۴۹۳ ترخیص در بخش‌های بالینی مرکز در سال ۱۳۹۳، تعداد ۱۳۴۱۷ نفر سن بالای ۱۸ سال داشتند. در همان سال ۵۹۴ بیمار با رضایت شخصی خود مرخص شده‌اند که از این تعداد ۴۰۰ نفر (۶٪) سن بالای ۱۸ سال داشتند. محاسبه شاخص کلی بر اساس فرمول تعداد موارد ترخیص با رضایت شخصی تقسیم بر میزان کل ترخیص‌ها ضربدر

۱۰۰ انجام شد که شاخص کلی ترخیص برای تمامی سنین برابر ۳/۸ درصد و برای سنین بالای ۱۸ سال برابر ۲/۹٪ حاصل گردید. میانگین و انحراف معیار سنی واحدها $45/25 \pm 19/93$ با محدوده‌ی ۱۹ تا ۹۶ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیکی در جدول یک خلاصه شده است. طبق نتایج این جدول اکثر واحدها تحصیلات زیر دیپلم داشته، در شیفت صبح ترخیص شدند و مدت زمان بستری بیشتر نمونه‌ها کمتر از ۵ روز بود. توزیع ترخیص بر حسب بخش به صورت نسبت ترخیص با رضایت شخصی به کل ترخیص از آن بخش تعیین شد که در جدول ۲ نشان داده شده است. طبق نتایج میزان ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های عفونی، سوختگی مردان و جراحی زنان بیشترین و در بخش‌های پوست، ترمیمی و سوختگی زنان کمترین درصد را داشت.

جدول ۱: ویژگی‌های فردی اجتماعی بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در سال ۱۳۹۳

ترک بیمارستان با رضایت شخصی فراوانی (%)	ویژگی‌های فردی اجتماعی
	جنسیت
۱۷۵ (۴۳/۸٪)	زن
۲۲۴ (۵۶٪)	مرد
۱ (۰/۲٪)	نانوشته
	تاهل
۶۴ (۱۶٪)	مجرد
۳۱۸ (۷۹/۵٪)	متاهل
۱۸ (۴/۵٪)	نانوشته
	تحصیلات
۲۴۷ (۶۱/۸٪)	زیردیپلم
۸۶ (۲۱/۵٪)	دیپلم
۲۶ (۶/۵٪)	لیسانس و بالاتر
۴۱ (۱۰/۳٪)	نانوشته
	شیفت ترخیص
۲۹۱ (۷۲/۸٪)	صبح
۶۶ (۱۶/۵٪)	عصر
۱۵ (۳/۸٪)	شب
۲۸ (۷٪)	نانوشته
	مدت اقامت در بخش (روز)
۲۲۷ (۶۹/۳٪)	کمتر/ مساوی ۵
۵۳ (۱۳/۳٪)	۶ تا ۱۰
۱۲ (۳٪)	۱۱ تا ۱۵
۸ (۲٪)	بیش از ۱۶
۵۰ (۱۲/۵٪)	نانوشته
	محل سکونت
۲۳۶ (۵۹٪)	بومی
۱۳۵ (۳۳/۸٪)	غیربومی
۲۹ (۷/۳٪)	نانوشته
	سن (سال)
۱۷۳ (۴۳/۳٪)	۱۹-۳۹
۹۶ (۲۴٪)	۴۰-۵۹
۶۸ (۱۷٪)	۶۰-۷۹
۲۵ (۶/۳٪)	۸۰-۱۰۰
۳۸ (۹/۵٪)	نانوشته

جدول ۲: توزیع ترخیص بر حسب بخش

بخش	ترخیص با رضایت شخصی	کل ترخیص از بخش مربوطه	درصد ترخیص با رضایت شخصی
ICU جراحی	۱	۶۴	۱/۵۶
سوختگی زنان	۱۰	۳۲۹	۰/۰۳
سوختگی مردان	۲۶	۵۰۹	۵/۱۰
داخلی ۳	۲۰	۷۸۰	۲/۵۶
ترمیمی	۴	۱۲۹۱	۰/۳۰
داخلی مردان	۳۴	۱۵۵۱	۲/۱۹
داخلی زنان	۲۰	۱۳۵۷	۱/۴۷
جراحی مردان	۸۸	۲۳۴۰	۳/۷۶
جراحی زنان	۱۰۱	۲۱۱۰	۴/۷۸
عفونی	۵۵	۷۹۹	۶/۸۸
جراحی ۳	۲۶	۱۹۸۶	۱/۳۰
پوست	۱	۳۰۱	۰/۳۳

جدول ۳: مهمترین علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران در سال ۱۳۹۳

فراوانی (%)	علل ترخیص با رضایت شخصی	
۱۱ (۵/۴۴)	تجربه ناخوشایند قبلی	مشکلات مربوط به شخص بیمار
۵۴ (۲۶/۸۳)	طولانی شدن مدت بستری	
۹ (۴/۴۵)	نداشتن همراه	
۳۸ (۱۸/۸۱)	گرفتاری های خانوادگی	
۲۶ (۱۲/۸۷)	گرفتاری های شغلی	
۱۸ (۸/۹۱)	داشتن فرزند خردسال	
۳ (۱/۴۸)	ترس از عمل و ادامه بستری	
۴۳ (۲۱/۲۸)	بیقراری	
۲۰۲ (۱۰۰)	جمع	
۱۴ (۱۱/۱۱)	عدم رعایت آرامش بیماران	مشکلات مربوط به مسائل مراقبتی
۶ (۴/۷۶)	ریسک بالای عمل	
۴ (۳/۱۷)	نارضایتی از خدمات پرستاری	
۱۴ (۱۱/۱۱)	نارضایتی از خدمات پزشکی	
۹ (۷/۱۴)	آموزشی بودن بیمارستان	
۲۰ (۱۵/۸۷)	برخورد نامناسب پرسنل	
۲۵ (۱۹/۸۴)	پیشنهاد پزشکان	
۳ (۲/۳۸)	پیشنهاد پرستاران	
۳۱ (۲۴/۶۰)	پیشنهاد سایر پرسنل بیمارستان	
۱۲۶ (۱۰۰)	جمع	
۳ (۱/۷۴)	دولتی بودن بیمارستان	مشکلات مربوط به امکانات بیمارستان
۳۷ (۲۱/۵۱)	بالابودن هزینه	
۶ (۳/۴۸)	نبود اتاق خصوصی	
۱۷ (۹/۸۸)	تغذیه نامناسب بیمارستان	
۲۱ (۱۲/۲۰)	ترجیح به ادامه درمان در سایر مراکز	
۶ (۳/۲۸)	فضا و امکانات رفاهی نامناسب	
۴۷ (۲۷/۳۲)	نارضایتی از امکانات و تجهیزات پزشکی	
۱۱ (۶/۳۹)	عدم حضور به موقع پزشک	
۲۴ (۱۳/۹۵)	مسافرت پزشک معالج	
۱۷۲ (۱۰۰)	جمع	

جدول ۴: توزیع رایج‌ترین دلایل ترخیص بر حسب نوع بخش

بخش	طولانی شدن مدت بستری	پیشنهاد سایر پرسنل بیمارستان	نارضایتی از امکانات
ICU جراحی	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
سوختگی زنان	۰	۰	۰
سوختگی مردان	۳ (۵/۷۶)	۰	۱ (۲/۱۲)
داخلی ۳	۳ (۵/۷۶)	۶ (۱۹/۳۵)	۳ (۶/۳۸)
ترمیمی	۰	۳ (۹/۶۷)	۱ (۲/۱۲)
داخلی مردان	۴ (۷/۶۹)	۰	۳ (۶/۳۸)
داخلی زنان	۱ (۱/۹۲)	۰	۱ (۲/۱۲)
جراحی مردان	۱۳ (۲۵)	۶ (۱۹/۳۵)	۲۰ (۴۲/۵۵)
جراحی زنان	۲۴ (۴۶/۱۵)	۴ (۱۲/۹۰)	۱۶ (۳۴/۰۴)
عفونی	۳ (۵/۷۶)	۹ (۲۹/۰۳)	۱ (۲/۱۲)
پوست	۰	۰	۰
جراحی ۳	۱ (۱/۹۲)	۳ (۹/۶۷)	۱ (۲/۱۲)

دلایل ترخیص افراد در سه حیطه بررسی شد که در جدول ۳ نشان داده شده است. در حیطه‌ی مشکلات مربوط به شخص بیمار، طولانی شدن مدت بستری بیشترین و ترس از عمل و ادامه بستری کمترین فراوانی را داشتند. در حیطه مشکلات مربوط به مسائل مراقبتی، پیشنهاد پرستاران کمترین و پیشنهاد سایر پرسنل بیمارستان بیشترین فراوانی را داشتند. در حیطه‌ی مشکلات مربوط به امکانات بیمارستان، نارضایتی از امکانات و تجهیزات پزشکی و دولتی بودن بیمارستان به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را داشتند. برای ارتباط سنجی بین دلایل ترخیص با مشخصات زمینه‌ای، به دلیل زیاد بودن دلایل ترخیص، رایج‌ترین دلیل ترخیص هر حیطه انتخاب و با مشخصات دموگرافیکی افراد ارتباط سنجی شد. نتایج آزمون کای دو و تی تست مستقل نشان داد که از بین دلایل ترخیص فقط بین نوع بخش با دلیل ترخیص ارتباط آماری وجود داشت که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ نشان داده شده است. طبق این جدول در بخش جراحی زنان عمده‌ی افراد به دلیل طولانی شدن مدت بستری، در بخش عفونی به دلیل پیشنهاد سایر پرسنل و در بخش جراحی مردان به دلیل نارضایتی از امکانات با رضایت شخصی مرخص می‌شدند.

بحث

در مطالعه حاضر شیوع ترک بیمارستان با رضایت شخصی ۲/۹ درصد بدست آمد. موضوع ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی یک پدیده چند بعدی بوده که مرتبط با عوامل فردی، درمانی، مراقبتی و مشکلات بیمارستانی است.

نتایج این مطالعه نشان داد که ترخیص با رضایت شخصی در بیماران مرد بیش از سایرین می‌باشد. جنسیت یکی از عوامل شناخته شده‌ی مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی می‌باشد، به

گونه‌ای که احتمال ترک با رضایت شخصی در بیماران مرد بیشتر است که این یافته با سایر مطالعات انجام یافته همسو می‌باشد (۱۹). نتایج مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده بود نشان داد که احتمال ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی در مردان ۱/۹ برابر زنان می‌باشد (۶). احتمالاً مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی در مردان که جزء علل عمده مربوط به مشکلات شخصی در این مطالعه نیز گزارش شده است، می‌تواند دلیل این یافته باشد.

میانگین سنی افراد تحت بررسی $45/13 \pm 19/90$ سال بود که با مطالعات دیگر، که در آن‌ها هم بیشتر افراد ترخیص شده با رضایت شخصی جوان بودند، همخوانی دارد (۲۰). شاید بتوان اینگونه توجیه کرد که گروه سنی جوان به علت شاغل بودن و نگرانی‌های شغلی و وابستگی به خانواده، که در این مطالعه نیز به آن اشاره شده، مستعد ترخیص با رضایت شخصی باشند.

طبق یافته‌ها میزان ترخیص با رضایت شخصی در افراد بومی بیش از افراد غیر بومی بود. البته با توجه به ارجاعی بودن این مرکز می‌توان اینگونه نیز تفسیر کرد که افراد بستری از شهرستان‌های اطراف به دلیل مشکلات تردد و اقامت در مرکز شهر تصمیم می‌گیرند تا پس از اتمام کامل روند درمان مرخص شوند؛ به عبارت دیگری مجبور به ادامه بستری بودند. برخی از نویسندگان نیز با اشاره به میزان آمار پایین ترخیص با رضایت شخصی از مراکز مانند مراکز درمانی - نظامی اینگونه تفسیر کرده‌اند که بیماران بستری "الزام" بیشتری به اتمام دوره‌ی درمان و کسب سلامتی دارند (۱۳).

درصد ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های عفونی، سوختگی مردان و جراحی بیش از سایر بخش‌ها بود. Weingart و همکاران نیز در مطالعه خود رابطه معناداری را بین ترخیص با رضایت شخصی و نوع بخش‌های درمانی نشان داده است (۲۱). می‌توان اینگونه نیز برداشت کرد که بیماران بستری در بخش عفونی به دلیل احساس بهبودی کاذب پس از کاهش تب و سایر

پیشنهادات

با توجه به اینکه از یک طرف ترخیص با رضایت شخصی بخصوص در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است (۲) و از طرف دیگر شناسایی دلایل ترخیص با رضایت شخصی می تواند به برنامه ریزی در این زمینه کمک کند، انجام مطالعات آتی و گسترده تر در این زمینه ضرورت دارد. در این راستا پرستاران، به عنوان بزرگترین نیروی انسانی مراکز بهداشتی و درمانی نقش قابل توجهی در جلوگیری از ترخیص با رضایت شخصی دارند و مشارکت فعال آنها در برقراری ارتباط صحیح با بیماران می تواند نقش مثبتی در اجرای پروتکل های ترخیص با رضایت شخصی داشته باشد. برای برقراری تعادل بین ایمنی و استقلال بیمار، پزشکان باید در مواردی که ترخیص خطر بالایی را به بیمار وارد می کند، ظرفیت تصمیم گیری آنها را مورد ارزیابی قرار داده و در مورد ترخیص با رضایت شخصی دخالت کنند (۲۸). به نظر می رسد طراحی یک فرم استاندارد جامع که شامل درک بیمار و همراهان وی از روند تشخیص، درمان و تبعات رد درمان که در آن دلایل ترخیص به وضوح ذکر شده باشد، می تواند برای بیماران، پزشکان و مدیران بیمارستان ها مفید واقع شود.

طبق نتایج این مطالعه احتمال ترخیص با رضایت شخصی در افراد جوان و با تحصیلات کمتر، بیشتر است. این یافته لزوم آموزش صحیح به افراد در سطح بیمارستان و تسهیل شرایط زندگی در سطح جامعه را آشکار می نماید. به طوری که افراد نگران مشکلات شغلی و مالی به دنبال بستری نباشند و به آموزش های پرسنل دقت کافی بنمایند. با توجه به نتایج به نظر می رسد آموزش افراد، تسهیل شرایط زندگی جوانان، ادامه ی درمان های لازم بصورت سرپایی و ارتقای امکانات بیمارستانی از عوامل مهمی است که باید به منظور کاهش آمار ترخیص با رضایت شخصی انجام داد.

قردانی

این مطالعه با حمایت مرکز تحقیقات بیماری های عفونی و گرمسیری دانشگاه علوم پزشکی تبریز و بعنوان طرح شماره ۱۵-۹۱ اجرا گردیده است. از کلیه ی بیمارانی که با صبر و اشتیاق پرسشنامه ی مطالعه را تکمیل نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می آید. همچنین از کلیه ی سرپرستاران، پرستاران و منشی های بخش ها که موارد ترخیص با رضایت شخصی را بلافاصله اطلاع دادند سپاسگزاری می شود.

محدودیت های مطالعه

این مطالعه با محدودیت عدم اطلاع از بستری مجدد بیماران در مراکز دیگر مواجه بوده و داده ها پس از آنالیز به صورت اطلاعات کلی انتشار یافت. از محدودیت های دیگر مطالعه حاضر

علایم بالینی در مراحل اولیه ی درمان، تصمیم به ترخیص و قطع درمان می گیرند. بررسی دقیق تر علل ترخیص زیاد از این بخش ها به بررسی مفصل تر جو بخش، خصوصیات بیماران و مسایلی از این قبیل نیز نیاز دارد.

در این مطالعه دلایل ترخیص افراد در سه حیطه بررسی شد. در حیطه ی مشکلات مربوط به شخص بیمار، طولانی شدن مدت بستری بیشترین و ترس از عمل و بستری شدن کمترین فراوانی را داشتند. در حیطه ی مشکلات مربوط به مسائل مراقبتی، پیشنهاد پرستاران کمترین و پیشنهاد سایر پرسنل بیمارستان بیشترین فراوانی را داشتند و در حیطه ی مشکلات مربوط به امکانات بیمارستان، نارضایتی از امکانات و دولتی بودن بیمارستان به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی را داشتند. نتایج به دست آمده از بیمارستانی در کانادا حاکی از آن است که در ۲۸٪ از موارد دلیل ترخیص با رضایت شخصی نارضایتی بیماران از کادر درمان بوده است و مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبود به قدر کافی برای ترک بیمارستان، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان و دوست نداشتن فضای بیمارستان به عنوان سایر دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است (۲۲). در ایران عدم رضایت از اقدامات تشخیصی درمانی، دلیل ۳۸٪ ترخیص با رضایت شخصی بیماران عنوان شده است (۱۳). در مطالعه Yarmohammadian و همکاران، ناتوانی در پرداخت هزینه ها، مشکلات خانوادگی و شخصی، احساس بهبودی نارضایتی از درمان و دوره ی طولانی درمان بیشترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شد (۲۳). در مطالعه Vahdat و همکاران نیز مهمترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی نارضایتی از خدمات پزشکی، پیشنهاد پزشکان برای مراجعه به بخش خصوصی و نارضایتی از امکانات بیان شده است (۱۳) و در مطالعه Nezamzade نارضایتی از امکانات عمده ترین عامل ترخیص با رضایت شخصی گزارش شده است (۲۴).

به نظر می رسد چنانچه بیمار از شرایط واقعی خود آگاه باشد و لزوم بستری در بیمارستان را، با وجود مشکلات حاشیه ای تشخیص دهد، احتمال اقدام به ترخیص با رضایت شخصی بسیار کاهش می یابد. در همین راستا برخی از مطالعات دلایل ترخیص با رضایت شخصی را به خاطر رابطه ضعیف بین پزشک و کادر درمانی با بیمار ذکر نموده اند (۲۵). با توجه به اینکه ارتباط پزشک و بیمار نقش مهمی در رضایت مندی بیماران، پیگیری روند درمان، بهبودی سریع تر آنان و کاهش هزینه های بستری، درمان و کفایت بالینی پزشکان دارد (۲۶-۲۷). از این رو به نظر می رسد توجه بیشتر پزشکان و کادر درمانی به ارتباط بهتر با بیماران و ارائه اطلاعات لازم به بیماران جهت کاهش ترخیص با رضایت شخصی الزامی است.

منافع متقابل

مؤلفان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

مشارکت مؤلفان

ز م، ک ش ن و همکاران، همگی طراحی، اجرا و تحلیل نتایج مطالعه را بر عهده داشتند. همچنین مقاله را تالیف نموده و نسخه نهایی آن را خوانده و تایید کرده‌اند.

این است که اطلاعات حاصل از مطالعه منتج از یک بیمارستان آموزشی بوده و نتیجه قابل تعمیم به سایر بیمارستان‌ها نمی‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه در کمیته پزشکی استان آذربایجان شرقی به تایید رسیده است. و به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی از ذکر اسامی بیماران، بخش و پزشکان خودداری شده است.

منابع مالی

حمایت مالی انجام نشده است.

References

1. Gerbasi J B, Simon RI. Patients' rights and psychiatrists' duties: discharging patient against medical advice. *Harv Rev Psychiatry* 2003; **11**(6): 333-343. doi: 10.1080/714044395
2. Franks P, Meldrum S, Fiscella K. Discharges against medical advice: Are race / ethnicity predictors? *J Gen Intern Med* 2006; **21**: 955-960. doi: 10.1007/bf027 43144
3. 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
4. Alfandre DJ. "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clinic Proceedings* 2009; **84**(3): 255-260. doi: 10.4065/84.3.255
5. Baptist AP, Warriar I, Arora R, Ager J, Massanari RM. Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: characteristics, reasons, and outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 2007; **119**(4): 924-929. doi: 10.1016/j.jaci.2006.11.695
6. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. *J Gen Intern Med* 2000; **15**(2): 103-107. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.12068.x
7. Chan AC, Palepu A, Guh DP, Sun H, Schechter M T, O'Shaughnessy M V, et al. HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice: the mitigating role of methadone and social support. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; **35**(1): 56-59. doi: 10.1097/00126334-200401010-00008
8. Ding R, Jung J J, Kirsch T D, Levy F, McCarthy M L. Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Acad Emerg Med* 2007; **14**: 870-876. doi: 10.1197/j.aem.2007.06.027
9. Reinke D A, Walker M, Boslaugh S, Hodge D. Predictors of pediatric emergency patients discharged against medical advice. *Clin Pediatric (Phila)* 2009; **48**(3): 263-270. doi: 10.1177/0009922808323109
10. Pages K P, Russo J E, Wingerson D K, Ries R K, Roy-Byrne P P, Cowley D S. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatry Serv* 1998; **49**(9): 1187-1192. doi: 10.1176/ps.49.9.1187
11. Vahdat S, Hesam S, Mehrabian F. Effective factors on patient discharge with own agreement in selected Therapeutic Training Centers of Ghazvin Shahid Rajaei. *J Commun Nurs* 2011; **20**(64): 47-52. doi: 10.1109/jsac.2014.140106
12. Kabirzade A, Rezazade E, Mohseni B. Prevalence and causes of patient self-discharge against medical advice in children of Boo-Ali Hospital in Sari in 2009. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011; **2**(4): 57-62. doi: 10.5455/aim.2013. 21.253-256
13. Jeddi F R, jeddi M R, Rezaeiimofrad M. Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in University Hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. *Journal of Hakim Research* 2010; **13**(1): 33-39. doi: 10.18869/acadpub.rme.7.1.27
14. Duno R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A. Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; **25**(1): 46-50. doi: 10.1016/s0163-8343(02)00253-0
15. Dostal K U, Schmidt M J. The dilemma of the patient who wishes to leave the hospital against medical advice. *Medicine* 2002; **136**: 243-246. doi: 10.12968/hosp.2002.63.4.2049
16. Devitt P J, Devitt A C, Dewan M. An examination of whether discharging patients against medical advice protects physicians from malpractice charges. *Psychiatry Serv* 2000; **51**: 899-902. doi: 10.1176/appi.ps.51.7.899
17. McMullan J T, Veser F H. Emergency department volume and acuity as factors in patients leaving without treatment. *Southern Medical Journal* 2004; **97**(8). doi: 10.1097/00007611-200408000-00006
18. Ibrahim S A, Kwok C K, Krishnan E. Factors associated with patients who leave acute-care hospitals against medical advice. *Am J Public Health* 2007; **97**(12): 2204-2208. doi: 10.2105/ajph.2006.100164

19. Brook M, Hilty D M, Liu W, Hu R, Frye M A. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatric services* 2006; **57**(8): 1192-1198. doi: 10.1176/appi.ps.57.8.1192
20. Glasgow J M, Vaughn-Sarrazin M, Kaboli P J. Leaving against medical advice (AMA): risk of 30-day mortality and hospital readmission. *Journal of general internal medicine* 2010; **25**(9): 926-929. doi: 10.1007/s11606-010-1371-4
21. Weingart S N, Davis R B, Phillips R S. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med* 1998; **13**(8): 568-571. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00169.x
22. Hwang S W, Li J, Gupta R. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003; **168**(4): 417-420. doi: 10.1097/00132981-200507000-00019
23. Yarmohammadian M H, Mojahed F, Vahidi R G, Gholipour K, Shokri A, Rasi V. Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran. *Direct Gen* 2013; **9**(7): 1006-1014. (Persian). doi: 10.5455/aim.2013.21.253-256
24. Nezamzade M. Causes of self's discharge in Ghazvin's Educational hospitals. *Thesis of Ghazvin University Medical Science* 2009. doi: 10.1201/ebk1420061222-c28
25. Doescher M P, Saver B G, Franks P. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med* 2000; **9**: 1156-1163. doi: 10.1001/archfami.9.10.1156
26. Maguire P, Pitceathly A. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; **325**(7366): 697-700. doi: 10.1136/bmj.325.7366.697
27. Ashbury F D, Iverson D C, Kraj B. Physician communication skill: result of a survey of general/family practitioners in New Found land. *Med Educ* 2001; **6**: 1. doi:10.3402/meo.v6i.4521
28. Jones RC, Holden T. A guide to assessing decision-making capacity. *Cleve Clin J Med* 2004; **71**: 971-975. doi: 10.3949/ccjm.71.12.971