

ترخیص با رضایت شخصی از بخش روانپزشکی

سید عباس تولایی^{۱*}، شروین آخاری^۲، مهدی حبیبی^۳، حمیدرضا خدای^۴، M.D.

یدا... سیاوش وهابی^۵، سیما نوحی^۶، شکوفه رادفر^۷، M.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، پژوهشکده طب رزمی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تهران، ایران.

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۵/۶/۳۰

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۵/۶/۱۴

تاریخ اعلام وصول: ۸۴/۱۰/۵

خلاصه

مقدمه: عدم تکمیل دوره بستری روانپزشکی به عنوان یکی از عوامل خطرزای عود بیماری و بستری مجدد محسوب می‌شود و روانپزشکان در جهت کاهش آن تلاش می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی نسبی ترخیص با رضایت شخصی و متغیرهای مرتبط با آن در پرسنل نظامی بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه اله (عج) انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه مورد شاهدی گذشته نگر تعداد ۹۰۸ پرونده بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه اله (عج) به صورت تصادفی ساده از بین کل پرونده‌های مربوط به سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۶ بررسی شد. بیماران با رضایت شخصی (۳۱ نفر، ۳/۴٪) یا دستور پزشک (۸۷۷ نفر، ۹۶/۶٪) ترخیص شده بودند. متغیرهای دموگرافیک (سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، جنس، سطح تحصیلات، رسته نظامی، سرباز یا رسمی بودن) و متغیرهای سلامت روان (تشخیص روانپزشکی هنگام بستری، سابقه مصرف مواد مخدر، خودکشی و سابقه اختلالات روانپزشکی) در دو گروه ثبت و با استفاده از تست مجذور کای و تست دقیق فیشر مقایسه گردید.

نتایج: ترخیص با رضایت شخصی با ابتلای به اختلالات سایکوتیک ($p=0.05$) و اختلالات افسردگی ($p=0.045$) ارتباط معنی‌داری را نشان داد، اما با اختلالات شخصیتی، اضطرابی و دو قطبی ارتباط معنی‌داری را نشان نداد ($p>0.05$). ترخیص با رضایت شخصی با سن، سرباز یا پرسنل رسمی بودن، وضعیت اقتصادی اجتماعی، نظامی یا غیر نظامی بودن، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی در پدر، مادر، برادر و خواهر، سابقه خودکشی، مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط معنی‌داری را نشان نداد ($p>0.05$).

بحث: مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۳٪ بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه اله (عج) با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند. مبتلایان به اختلالات سایکوتیک و همچنین مبتلایان به اختلالات افسردگی به میزان بیشتری با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند. با توجه به ضرورت کاهش ترخیص با رضایت شخصی از بخش‌های روانپزشکی، لازم است که مبتلایان به اختلالات سایکوتیک و یا افسردگی از نظر ضرورت تکمیل دوره بستری روانپزشکی تحت آموزش قرار گیرند. اگر چه با توجه به مطالعات بسیار محدود در این زمینه، لازم است که مطالعات بیشتری در این زمینه انجام گردد.

واژگان کلیدی: ترخیص با رضایت شخصی، بخش روانپزشکی، پرسنل نظامی.

۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج) - گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری

۲- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

۳- کارشناس - دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

۴- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

۵- کارشناس ارشد - دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

۶- استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

۷- فوق تخصص روانپزشکی اطفال - دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)

مقدمه

ترخیص با رضایت شخصی یا ترخیص علی‌رغم توصیه‌های پزشکی (Discharge against medical advice) از مشکلات اساسی در شرایط بستری محسوب می‌شود و هنگامی است که بیمار علی‌رغم توصیه پزشک، زودتر از موعد بیمارستان را ترک می‌کند [۱]. در بیمارستان‌های عمومی آمریکا از هر ۱۲۰-۶۵ بستری یک مورد ترخیص با رضایت شخصی صورت می‌گیرد [۲] و بطور کلی بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند ۲/۲-۰/۸ درصد ترخیص‌ها را در بیمارستان‌های عمومی آمریکا تشکیل می‌دهند [۳-۶]. در یک مطالعه دیگر در کانادا، متوسط ترخیص با رضایت شخصی در حدود ۱ درصد در نظر گرفته و عنوان شده است که حدود ۲۰۰۰۰ مورد ترخیص با رضایت شخصی سالانه در این کشور تخمین زده می‌شود [۷].

ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های روانپزشکی به حداکثر خود می‌رسد و به نظر می‌رسد که در این بخش‌ها در مقایسه با بخش‌های داخلی و جراحی تعداد بیشتری از بیماران با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند [۸]. این میزان در بیماران بستری روانپزشکی حتی تا حدود ۳۵-۶٪ (بطور متوسط ۱۶٪) گزارش شده است [۹-۱۲].

مطالعات مختلف، عوامل متفاوتی را در ارتباط با ترخیص‌های با رضایت شخصی گزارش کرده‌اند. از جمله این عوامل می‌توان به متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، نظامی یا غیر نظامی بودن و وضعیت اقتصادی اجتماعی)، متغیرهای مرتبط با سلامت روان (سابقه مصرف مواد مخدر، طول مدت بستری، اختلالات شخصیتی، وجود یا عدم وجود خودکشی، وجود اختلالات روانپزشکی در بیماران داخلی یا جراحی)، بیماری‌های جسمی همراه و سابقه بستری‌های قبلی اشاره کرد. با این حال مطالعات مختلف نتایج متفاوتی در این زمینه داشته‌اند [۱۱، ۱۳-۱۵]. همچنین در برخی از مطالعات، 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 کلی فضای

بیمارستان به عنوان علل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است [۱۵].

بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی اغلب دچار بیماری حاد بوده، در هنگام ترخیص دارای علائم شدید می‌باشند. پیش‌آگهی این بیماران نیز در مقایسه با افراد ترخیص شده با نظر پزشک نامناسب تر است [۱۶؛ ۱۵؛ ۱]. همچنین میزان بستری‌های مجدد در این بیماران بیشتر گزارش شده است [۱۰، ۱۷]. عنوان شده است که ۲۱ درصد افرادی که با رضایت شخصی ترخیص شوند در ۱۵ روز اول پس از ترخیص، مجدداً بستری می‌شوند، در حالی که این میزان در سایر بیماران تنها ۳ درصد می‌باشد [۱۵]. ترخیص با رضایت شخصی قوی ترین عامل پیش‌گویی کننده بستری مجدد در ۱۵ روز اول پس از ترخیص می‌باشد [۱۵]. همچنین عنوان شده است که ترخیص با رضایت شخصی ۱۰ درصد موارد بستری مجدد در کانادا را تشکیل می‌دهد [۷]. در یک مطالعه در آمریکا، میزان بستری مجدد در ۷ روز اول در بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند، ۱۴ درصد بوده است (در مقابل ۷ درصد در افرادی که بطور معمول ترخیص شده بودند) [۳]. به این ترتیب، عنوان شده است که ترخیص با رضایت شخصی از طریق ایجاد بستری مجدد، به تحمیل هزینه‌های بیشتر به سیستم بهداشتی منجر می‌شود [۱۵]. به طور کلی، برای مدیران بهداشتی، رویکرد به ترخیص با رضایت شخصی در مقایسه با رویکرد به پذیرش مجدد بیماران دشوارتر می‌نماید [۱]. چنانچه پزشکان بتوانند بیماران پر خطر از نظر ترخیص با رضایت شخصی را پیش از ترخیص با رضایت شخصی تشخیص دهند، خواهند توانست توصیه‌های لازم جهت انجام پیگیری‌های بیشتر را برای بیماران طرح ریزی نمایند [۱۵].

با توجه به عدم انجام مطالعه مشابه در داخل کشور، خصوصاً در بیمارستان‌های نظامی و ضرورت آگاهی از متغیرهای مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی، مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی ترخیص با رضایت شخصی و متغیرهای مرتبط با آن در پرسنل نظامی بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه... (عج) انجام شد.

مواد و روش کار

در این مطالعه گذشته نگر، تعداد ۹۰۸ پرونده بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه ... (عج) به صورت تصادفی ساده از بین کل پرونده‌های مربوط به سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۶ بررسی شد. یک روانشناس دارای سابقه فعالیت در بخش بیمارستان، در طی ۶ ماه، با مراجعه به بایگانی بیمارستان، پرونده‌ها را مرور نمود. چکلیستی شامل متغیرهای دموگرافیک (سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، جنس، سطح تحصیلات، رسته نظامی، سرباز یا رسمی بودن) و متغیرهای مرتبط با سلامت روان (علامت اولیه، تشخیص هنگام بستری، اختلال روانپزشکی همزمان (comorbidity)، سابقه اختلالات روانپزشکی، سابقه خودکشی، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر) تکمیل گردید و در موارد نامشخص یا مشکوک، از روانپزشک نظرخواهی شد.

بیماران بر اساس ترخیص با رضایت شخصی به دو گروه ترخیص شده با رضایت شخصی و ترخیص شده با دستور پزشک تقسیم شدند. بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی به عنوان گروه شاهد برای مقایسه در نظر گرفته شدند. ترخیص با رضایت شخصی به صورت ترک زود هنگام بیمارستان توسط بیمار علی‌رغم توصیه پزشک، تعریف شد [۱] و در چک لیست بیماران ثبت گردید.

تشخیص محور I بصورت اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلالات سایکوتیک و دیگر اختلالات و تشخیص محور II نیز بصورت اختلالات شخصیتی تعریف گردید. در هر بیمار تعداد تشخیص‌های روانپزشکی و تشخیص‌های محور I و II بصورت جداگانه ثبت شد. تشخیص‌ها در زمان بستری بیماران و توسط روانپزشکان شاغل در بیمارستان مشخص می شده است. آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گرفت. به منظور توصیف داده‌ها از جداول فراوانی و فراوانی نسبی استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط بین ترخیص با رضایت شخصی و متغیرهای مورد بررسی از تست مجذور کای و تست دقیق فیشر استفاده شد. $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

نتایج

پرونده ۹۰۸ نفر مورد بررسی قرار گرفت. محدوده و میانگین (انحراف معیار) سن بیماران به ترتیب ۱۸-۶۳ و $۲۷/۲۳ \pm ۹/۱۶$ سال بود. تمامی بیماران (۱۰۰٪) مرد بودند. ۳۵۱ نفر (۲۸/۷٪) متاهل، ۵۵۰ نفر (۶۰/۶٪) مجرد و ۷ نفر (۰/۸٪) متارکه کرده بودند. ۵۳۸ نفر (۵۳/۳٪) سرباز و ۳۴۰ نفر (۴۶/۷٪) پرسنل رسمی بودند. ۱۶ نفر (۱/۸٪) بی سواد، ۱۰۵ نفر (۱۱/۶٪) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۵۷ نفر (۲۸/۳٪) دارای تحصیلات راهنمایی، ۳۶۸ نفر (۴۰/۵٪) دارای تحصیلات متوسطه و ۱۱۶ نفر (۱۲/۸٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در ۴۶ نفر (۵/۱٪) سطح تحصیلات نامشخص بود.

ترخیص با رضایت شخصی

از تعداد ۹۰۸ نفر، ۳۱ نفر (۳/۳٪) با رضایت شخصی و ۸۷۷ نفر (۹۶/۷٪) با دستور پزشک ترخیص شدند (نمودار ۱).

متغیرهای مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی

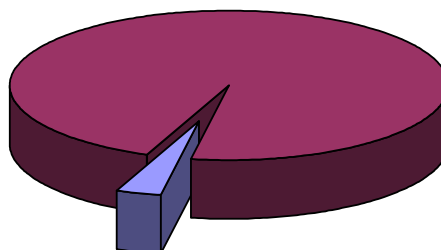
ترخیص با رضایت شخصی با ابتلا به اختلالات سایکوتیک ($p=0.05$) و اختلالات افسردگی ($p=0.045$) ارتباط معنی داری را نشان داد (جدول ۱)، اما با اختلالات شخصیتی، اختلالات اضطرابی و دو قطبی ارتباط معنی داری را نشان نداد ($p>0.05$). همچنین در بین بیماران افسرده که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند، وجود سایر اختلالات همزمان (comorbidity) روانپزشکی از جمله P.T.S.D. ارتباط معنی داری را نشان نداد ($p>0.05$).

همچنین ترخیص با رضایت شخصی با سن، وضعیت تاهل، سرباز یا رسمی بودن، رسته، وضعیت اقتصادی اجتماعی، نظامی یا غیر نظامی بودن، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی در پدر، مادر، برادر و خواهر، خودکشی و سابقه مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط معنی داری را نشان نداد ($p>0.05$).

ترخیص با رضایت شخصی با علایم اولیه شامل کابوس شبانه ($p=0.014$) و خستگی ($p=0.05$) ارتباط معنی داری را نشان داد، اما با دیگر علایم اولیه شامل اضطراب، پرخاشگری، بیقراری، گریه، خنده، انزوا، حواس پرتی، سرگیجه، حرف‌های بی ربط،

بی‌حوصلگی، سوء ظن، کم حافظگی، کم بینی و بدبینی ارتباط
معنی داری را نشان نداد ($p>0.05$).

ترخیص با دستور پزشک;
97.70%



نمودار ۱: فراوانی نسبی ترخیص با رضایت شخصی از کل موارد بستری شده

ترخیص با رضایت شخصی;
3.30%

جدول ۱: ارتباط ترخیص با رضایت شخصی و متغیرهای مورد بررسی

متغیر	ترخیص با رضایت شخصی	ترخیص با دستور پزشک	معنی داری*
متاهل	۱۴ (۴۵/۲٪)	۳۳۷ (۳۸/۴٪)	NS
سطح تحصیلات بیشتر از دیپلم	۴ (۱۴/۸٪)	۱۱۲ (۱۳/۴٪)	NS
سرباز	۱۸ (۵۸/۱٪)	۵۲۰ (۵۹/۳٪)	NS
تشخیص اولیه افسردگی	۱۴ (۴۵/۲٪)	۲۵۵ (۲۹/۱٪)	0.045
تشخیص اولیه اختلال دو قطبی	۰ (۰٪)	۴۳ (۴/۹٪)	NS
تشخیص اولیه اختلال اضطرابی	۲ (۶/۵٪)	۶۳ (۷/۲٪)	NS
تشخیص اولیه اختلال سایکوتیک	۱ (۳/۲٪)	۱۱۴ (۱۳٪)	0.05
تشخیص اولیه اختلالات دیگر	۲ (۶/۵٪)	۶۰ (۶/۸٪)	NS
تشخیص اولیه اختلالات شخصیتی	۱ (۳/۲٪)	۱۱ (۱/۳٪)	NS

* آزمون مجذور کای

بحث

مقایسه این میزانها به سادگی امکان پذیر نیست. با این وجود، این میزان در مطالعه ما پایین تر از مطالعات مشابه است، که ممکن است حاصل از شرایط نظامی بیمارستان یا خصوصیات بیماران باشد.

شاید بتوان عنوان کرد که کمبود تخت، شرایط نظامی بیمارستان، تلاش فراوان جهت بستری برخی پرسنل، لزوم بستری تا زمان حصول تشخیص برای کمیسیون سپاه و شرایط فرهنگی بیماران، از علل کم بودن سهم ترخیص با رضایت شخصی در مطالعه حاضر باشد. به عبارت دیگر، احتمالاً بیماران بستری شده

بر اساس مطالعه حاضر، حدود ۳٪ بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه ا... (عج)، دوره بستری خود را به صورت ناقص رها کرده، با رضایت شخصی ترخیص می شوند. در سایر مطالعات مشابه انجام شده در بخش های روانپزشکی، میزان ترخیص با رضایت شخصی ۳۵-۶٪ (بطور متوسط ۱۶٪) گزارش شده است [۹-۱۲]. با توجه به اینکه میزان ترخیص با رضایت شخصی تحت تاثیر متغیرهای متفاوتی می باشد، لذا در مناطق مختلف دنیا آمار متفاوتی از آن گزارش می شود و بطور کلی

است و تنها ارتباط این نحوه ترخیص و تشخیص های روانپزشکی مد نظر بوده است. شاید بتوان گفت که ترخیص با رضایت شخصی بیش از آنچه با علایم اولیه حین پذیرش همبستگی داشته باشد، به تشخیص های بیماران مرتبط می باشد. با توجه به اینکه مطالعات متعددی در این زمینه انجام نشده است و با توجه به اینکه برخی از تشخیص های روانپزشکی با ترخیص بیشتر با رضایت شخصی همراه بود، ضرورت اجرای مطالعات آتی پیش از هر گونه نتیجه گیری قطعی محسوس است.

همچنین در مطالعه حاضر، ترخیص با رضایت شخصی با خودکشی رابطه ای نداشت، در حالیکه در مطالعات مشابه عدم وجود خودکشی حین پذیرش با ترخیص با رضایت شخصی رابطه معنی داری را نشان می داده است [۱۶]. عدم همخوانی نتیجه مطالعه حاضر از این جهت با مطالعه مذکور احتمالاً ناشی از حجم نمونه کم بیماران در گروه ترخیص با رضایت شخصی باشد.

همچنین در مطالعات انجام شده در این زمینه، ناتوانی جسمی بعلت بیماری جسمی و سابقه قبلی بستری های روانپزشکی، بعنوان عوامل مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی شناخته شده است [۱۶] که در مطالعه ما بعلت گذشته نگر بودن مطالعه و در دسترس نبودن اطلاعات این موارد، بررسی نشد.

رویکرد به ترخیص های با رضایت شخصی در مقایسه با رویکرد به پذیرش بیماران دشوارتر می نماید [۱]. با توجه به اینکه ترخیص با رضایت شخصی به عنوان یکی از قویترین عوامل شناخته شده برای بستری مجدد و در نتیجه صرف هزینه های بیشتر مطرح است [۱۵] و با توجه به اینکه بستری روانپزشکی اغلب در فاز حاد بیماری انجام می شود و بسیاری از بیماران حین ترخیص با رضایت شخصی همچنان دچار علایم شدید روانپزشکی می باشند، لازم است که از طریق انجام مطالعات آتی، راهکارهای مناسبی را برای کاهش این معطل در بیماران بستری شده اندیشید. از جمله این راهکارها می توان به شناسایی بیماران در معرض خطر ترخیص با رضایت شخصی، گذاشتن قرار ملاقات های سرپایی پس از ترخیص خصوصاً در دو هفته نخست (که احتمال بستری مجدد بیشتر است) و تماس با بیماران پس از

در بخش روانپزشکی بقیه ... (عج)، به دلایل متعدد، فاقد قدرت انتخاب لازم برای ترخیص با رضایت شخصی بوده، تا زمان ترخیص توسط پزشک، در بیمارستان باقی می ماند.

در این مطالعه تفاوتی بین سن افرادی که با رضایت شخصی ترخیص شده اند با سایرین وجود نداشته است. در مطالعه حاضر، تمام افراد مطالعه را مردان تشکیل داده اند. همچنین در این مطالعه وضعیت تأهل، با ترخیص با رضایت شخصی رابطه ای نداشته است. در مطالعات مشابه جنس مرد، سن پایین و تنها زندگی کردن با خطر بیشتر ترخیص با رضایت شخصی همراه بوده است [۱۶]، از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز، در برخی مطالعات وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین و در برخی دیگر وضعیت اقتصادی - اجتماعی بالا به عنوان عاملی برای ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است [۱۱، ۱۳، ۱۴]، حال آنکه در مطالعه حاضر وضعیت اقتصادی - اجتماعی با ترخیص با رضایت شخصی رابطه ای نشان نداد که ممکن است ناشی از حجم کم نمونه در گروه ترخیص شدگان با رضایت شخصی باشد.

در مطالعه حاضر، اختلالات افسردگی و سایکوتیک با ترخیص با رضایت شخصی مرتبط بود، در حالیکه اختلالات شخصیتی با ترخیص با رضایت شخصی رابطه همبستگی نداشت. مصرف مواد مخدر و سایر اختلالات روانپزشکی همراه (comorbidity) از جمله P.T.S.D. با ترخیص شدن با رضایت شخصی رابطه ای نشان نداد. در مطالعات مشابه اختلالات شخصیتی [۱۱، ۱۳، ۱۴] و سوء مصرف مواد مخدر [۵، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹] با ترخیص با رضایت شخصی رابطه داشته است. مصرف بیشتر مواد مخدر با افزایش خطر ترخیص با رضایت شخصی همراه بوده است [۱۶]. همچنین در بیماران مبتلا به افسردگی شدید، ابتلای همزمان به P.T.S.D. بعنوان یک عامل مهم در ترخیص شدن با رضایت شخصی گزارش شده است [۲۰].

در مطالعه ما علایم اولیه ای چون کابوس شبانه و خستگی با ترخیص با رضایت شخصی رابطه نشان می داد. در مطالعات مشابه - تا حد اطلاع نگارندگان این مقاله - ارتباط ترخیص با رضایت شخصی و علایم روانپزشکی مورد بررسی قرار نگرفته

بهداشتی خواهند توانست بهترین راهکارها را جهت رویکرد به این مسأله هزینه ساز انتخاب نمایند.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که حدود ۳٪ بیماران بستری شده در بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه ا... (عج) با رضایت شخصی ترخیص می شوند. مبتلایان به اختلالات سایکوتیک و همچنین مبتلایان به اختلالات افسردگی به میزان بیشتری در معرض خطر ترخیص با رضایت شخصی می باشند. با توجه به اهمیت کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیماران، لازم است که مبتلایان به این اختلالات از نظر ضرورت تکمیل دوره بستری روانپزشکی تحت آموزش قرار گیرند؛ اگر چه مقرون به صرفه بودن اقتصادی چنین مطالعاتی با استفاده از پیگیری دراز مدت این بیماران مشخص خواهد شد و باید مورد توجه محققین قرار گیرد. با توجه به اهمیت ترخیص با رضایت شخصی از نظر افزایش احتمال عود یا عدم بهبود بیماران و در نتیجه بستری مجدد آنها، و با توجه به اینکه پزشکان در صورت شناسایی عوامل خطر ساز ترخیص با رضایت شخصی خواهند توانست پیگیری‌های بیشتری را برای برخی از بیماران فراهم آورند، انجام مطالعات گسترده‌تر در این زمینه توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر در قالب یک طرح تحقیقاتی در مرکز علوم رفتاری پژوهشکده طب رزمی انجام شده است. به این ترتیب از همکاری خانم سمیه سادات انوری در این مطالعه تشکر می‌نمایم.

ترخیص و همچنین یادآوری لزوم مصرف داروها اشاره نمود. همچنین از آنجا که شیوه درمان و نحوه برخورد پزشک و پرسنل بهداشتی نیز در این امر احتمالاً دخیل است، لازم است تا در مطالعات آتی، این موضوعات نیز مورد بررسی قرار گیرد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به طراحی گذشته نگر، عدم ثبت شدت اختلالات روانپزشکی و بیماریهای جسمی همراه اشاره نمود. همچنین لازم به ذکر است که حجم کم نمونه در بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی، در مطالعه حاضر، نه تنها امکان تعمیم نتایج مطالعه حاضر به شرایط مشابه را سلب می‌نمود، بلکه امکان آنالیز رگرسیون لوجستیک را نیز برای بررسی اثر متغیرهای مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی از محققین سلب نمود. با این وجود، امکان آنالیز تک متغیری (Univariate) وجود دارد و می‌توان متغیرهای مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی را از مطالعه حاضر بدست آورد. از طرف دیگر، مناسب ترین وضعیت بررسی ترخیص با رضایت شخصی، مطالعاتی است که بیماران داوطلبانه (اختیاری) بستری می‌گردند. تلاش برخی بیماران برای بستری و شرایط نظامی بیمارستان تا حدودی قدرت انتخاب بیماران را برای ترخیص با رضایت شخصی سلب نموده، نتایج مطالعه حاضر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با این وجود، به نظر می‌رسد پذیرفتن چنین محدودیت‌هایی، تنها راه اجرای مطالعات به هدف ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های نظامی باشد.

توصیه می‌شود که مطالعات آتی در تعداد بیمارستان‌های بیشتری انجام شود و متغیرهای مهمی همچون شدت اختلال روانپزشکی و بیماری جسمی همراه سنجیده شود. بنابراین انجام مطالعات آینده نگر در این زمینه می‌تواند جمعیت پرخطر را از نظر ترخیص با رضایت شخصی بهتر بشناساند. بدین وسیله مدیران

منابع

- 1- Gerbasi JB, Simon RI. Patients' rights and psychiatrists' duties: discharging patients against medical advice. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11(6):333-343.
- 2- Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. Does identifying a discharge as "against medical advice" confer legal protection? *J Fam Pract* 2000; 49(3):224-227.

- 3- Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med* 1998; 13(8):568-571.
- 4- Smith DB, Telles JL. Discharges against medical advice at regional acute care hospitals. *Am J Public Health* 1991; 81(2):210-213.
- 5- Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. Who leaves against medical advice? *J Gen Intern Med* 1995; 10(7):403-405.
- 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.
- 7- Table 4. Hospital Discharges by Leading Diagnoses and Gender, Canada, 1999/00. [cited 2003 Jan 21]; Available from: URL: http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media_26sep2001_tab4_e.html.
- 8- Smith DB, Telles JL. Discharges against medical advice at regional acute care hospitals. *Am J Public Health* 1991; 81(2):212-215.
- 9- Akhtar S, Helfrich J, Mestayer RF. AMA discharge from a psychiatric inpatient unit. *Int J Soc Psychiatry* 1981; 27(2):143-150.
- 10- Siegel RL, Chester TK, Price DB. Irregular discharges from psychiatric wards in a VA medical center. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33(1):54-56.
- 11- Planansky K, Johnston R. A survey of patients leaving a mental hospital against medical advice. *Hosp Community Psychiatry* 1976; 27(12):865-868.
- 12- Dalrymple AJ, Fata M. Cross-validating factors associated with discharges against medical advice. *Can J Psychiatry* 1993; 38(4):285-289.
- 13- Scheer N, Barton GM. A comparison of patients discharged against medical advice with a matched control group. *Am J Psychiatry* 1974; 131(11):1217-1220.
- 14- Greenberg WM, Otero J, Villanueva L. Irregular discharges from a dual diagnosis unit. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20(3):355-371.
- 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):417-420.
- 16- Pages KP, Russo JE, Wingerson DK, Ries RK, Roy-Byrne PP, Cowley DS. Predictors and outcome of discharge against medical advice from the psychiatric units of a general hospital. *Psychiatr Serv* 1998; 49(9):1187-1192.
- 17- Booth BM, Cook CA, Blow FC. Comorbid mental disorders in patients with AMA discharges from alcoholism treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43(7):730-731.
- 18- Seaborn MH, Osmun WE. Discharges against medical advice: a community hospital's experience. *Can J Rural Med* 2004; 9(3):148-153.
- 19- Jankowski CB, Drum DE. Diagnostic correlates of discharge against medical advice. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34(2):153-155.
- 20- Holtzheimer PE, III, Russo J, Zatzick D, Bundy C, Roy-Byrne PP. The impact of comorbid post-traumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5):970-976.