Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 13, Issue 3, Autumn 2024

The Impact of Nurse-Patient Negotiation on Discharge Against Medical Advice and Patient Satisfaction with the Quality of Nursing Care: An Experimental Study

Simin Sharafi[1], Mohammad Esmaeilzadeh[1], Javad Ghodoosi Nejad[2], Malihe Khodadost[1]*

1- School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2- School of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Corresponding author: Malihe Khodadost, School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
Email: mali.khodadoost@gmail.com

Received: 28 Aug 2025 Accepted: 4 Oct 2025

Abstract

Introduction: Discharge against medical advice (DAMA) not only jeopardizes patient health but also indicates dissatisfaction with healthcare services and leads to increased medical costs. This study aimed to determine the effect of a nurse-patient negotiation intervention on the rate of DAMA and patient satisfaction with the quality of nursing care.

Methods: This experimental study was conducted in 2023 on 60 inpatients at hospitals affiliated with Birjand University of Medical Sciences. Patients were randomly allocated into intervention and control groups (30 patients each) using block randomization. For the intervention group, a structured negotiation process based on the 7-step "Greenhalgh" model was implemented. The control group received routine care. Data were collected using demographic questionnaires, a DAMA causes checklist, and the standard LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) and were analyzed using SPSS software with independent t-tests, paired t-tests, Chi-square, and Fisher's exact tests.

Results: Before the intervention, there was no significant difference in the mean satisfaction scores between the two groups (P=0.72). After the intervention, the mean satisfaction score in the intervention group increased significantly compared to the control group (P<0.001). Furthermore, the rate of DAMA in the intervention group was significantly lower than in the control group (P<0.001).

Conclusion: Employing structured negotiation skills by nurses can simultaneously lead to increased patient satisfaction with the quality of care and a significant reduction in the rate of discharge against medical advice. Therefore, incorporating negotiation skills training into nursing education programs and its application in the care process is recommended as an effective operational strategy for improving service quality indicators and patient safety.

Keywords: Negotiation, Nurse, Discharge Against Medical Advice (DAMA), Patient Satisfaction, Nursing Care, Experimental Study.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

Extended Abstract

Introduction

In administrative systems, public satisfaction with government services is a key indicator of organizational efficiency and development (1). Healthcare institutions are no exception, as patient satisfaction is vital for their long-term success (2). Assessing patient satisfaction helps identify unmet needs and expectations, providing a tool for managing and formulating public health policies (3). The rising number of patients discharged against medical advice (DAMA) can indicate significant patient dissatisfaction or systemic issues (5). DAMA poses risks to patient health and increases healthcare costs (10, 23, 24).

A key factor in DAMA is ineffective communication between patients and clinical staff (11). Nurses, as the largest group of healthcare providers, significantly influence care quality and patient satisfaction (12). Effective nurse-patient communication, including understanding and empathy, is essential (13, 14). Conversely, poor communication reduces patient satisfaction and treatment adherence (15, 16). Negotiation skills are crucial in conflict situations, such as when a patient considers DAMA, helping reach mutual agreement and preserving the therapeutic relationship (18, 19, 20, 21). This study aimed to investigate the impact of nurse-patient negotiation on DAMA rates and patient satisfaction with nursing care quality.

Methods

This experimental study was conducted in 2023 at hospitals affiliated with Birjand University of Medical Sciences. The study population consisted of all hospitalized patients in these hospitals. The final sample size was determined using the standard formula for comparing two independent means, with a 95% confidence level and 80% statistical power. After a pilot study to estimate variance and account for a potential 20% attrition rate, the sample size was set at 30 patients per group.

Participants were selected via convenience sampling and then randomly allocated into either an intervention or a control group (1:1 ratio) using permuted block randomization with block sizes of four. Inclusion criteria were: willingness to participate, age between 18-65, no diagnosed hearing or psychological impairment, and having requested a DAMA specifically due to dissatisfaction with nursing services. Patients who withdrew consent, had an incomplete intervention, died, or were transferred were excluded; however, no participants were lost during the study.

Results

This study analyzed data from 60 patients divided into control and intervention groups (30 each). Table 1 shows no significant differences in demographic characteristics between the groups. Before the intervention, there was no significant difference in mean satisfaction scores between the groups ($P=0.72$). After the intervention, the mean satisfaction score increased significantly more in the intervention group (165.87) than in the control group (125.90) ($P<0.001$). Furthermore, the relative frequency of certain DAMA causes, like inadequate nursing attention, differed significantly between the groups after the intervention ($P<0.05$).

Discussion

This experimental study demonstrated that a structured nurse-patient negotiation intervention, based on the Greenhalgh model, significantly increased patient satisfaction with nursing care and concurrently reduced Discharge Against Medical Advice (DAMA) rates. The findings highlight the nurse's vital role beyond traditional care. The negotiation process likely reduced DAMA by addressing underlying reasons such as poor communication and patient dissatisfaction, which are known predictors (6, 8, 30). The significant rise in patient satisfaction in the intervention group aligns with other studies on communication skills (31-35). The Hawthorne effect may explain the smaller satisfaction increase in the control group (36, 37). Ultimately, by improving communication and addressing patient concerns, negotiation effectively decreased DAMA requests (38-40). Study limitations include its single-center setting, potentially limiting generalizability.

Conclusions

Discharge against medical advice (DAMA) is a critical issue, increasing costs and risking patient safety. This study demonstrates that the structured Greenhalgh model negotiation is an effective, patient-centered strategy, significantly reducing DAMA rates and enhancing patient satisfaction with nursing care, thereby aiding hospital accreditation scores.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

Keywords
Negotiation, Nurse, Discharge Against Medical Advice (DAMA), Patient Satisfaction, Nursing Care, Experimental Study.

Acknowledgements
This study is derived from a master's thesis (Project Code: 456964, Ethics Code: IR.BUMS.REC.1402.095). We thank the Nursing Office and the head nurses of the emergency departments for their cooperation.

Author's Contributions
S SH Conceptualization, Investigation, Writing - Original Draft. M E Methodology, Formal Analysis. GHN Data Curation, Project Administration. KHH Validation, Writing - Review & Editing.
All authors reviewed and approved the final manuscript.

Conflict of Interest
The authors declare no conflict of interest affecting the study's results or interpretations.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

دوره ۱۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۳

تاثیر مذاکره پرستار با بیمار بر ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی و رضایتمندی بیماران از کیفیت مراقبت پرستاری: یک مطالعه تجربی

سیمین شرفی[1]، محمد اسماعیل زاده[1]، جواد قدوسی نژاد[2]، ملیحه خدادوست[1]*

۱-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲-دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: ملیحه خدادوست، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
ایمیل: mali.khodadoost@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۷/۱۲

چکیده

مقدمه: ترخیص بیماران علیرغم توصیه‌های پزشکی (Discharge Against Medical Advice) نه تنها سلامت بیمار را به خطر می‌اندازد، بلکه نشان‌دهنده نارضایتی از خدمات درمانی و منجر به افزایش هزینه‌های بهداشتی می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله مذاکره پرستار با بیمار بر میزان ترخیص DAMA و رضایتمندی بیماران از کیفیت مراقبت‌های پرستاری انجام شد.

روش کار: این مطالعه تجربی در سال ۱۴۰۲ بر روی ۶۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام گرفت. بیماران به روش تخصیص تصادفی بلوکی با استفاده از یک لیست از پیش ساخته شده بر اساس اصول تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) تقسیم شدند. برای گروه مداخله، فرآیند مذاکره ساختاریافته بر اساس مدل ۷ مرحله‌ای «گرین هالگ» اجرا شد. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، چک‌لیست علل DAMA و پرسشنامه استاندارد رضایتمندی از خدمات پرستاری لامونیکا-آبریست نهایتا تا ۶ ساعت پس از اجرای مداخله جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، کای دو و فیشر تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۶۳/۳ درصد از بیماران مرد و مابقی زن بودند. ۸۰ درصد بیماران نیز متاهل بودند. قبل از مداخله، بین میانگین نمرات رضایتمندی دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت (P=۰.۷۲). پس از مداخله، میانگین نمره رضایتمندی در گروه مداخله ۲۷/۵۰ ± ۱۶۵/۸۷ نسبت به گروه کنترل ۲۳/۴۸ ± ۱۲۵/۹۰ افزایش معناداری یافت (P<۰.۰۰۱). همچنین، میزان ترخیص DAMA در گروه مداخله (۲۰/۷٪) به طور معناداری کمتر از گروه کنترل (۳۵/۸۷٪) بود (P<۰.۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه، مداخله مذاکره ساختاریافته پرستار بر اساس مدل گرین هالگ، تأثیر معناداری در کاهش نرخ ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی (DAMA) و افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری داشته است. بنابراین، گنجاندن چنین مداخلاتی در فرآیند مراقبت از بیمار می‌تواند به عنوان یک راهبرد مؤثر برای بهینه‌سازی خدمات بیمارستانی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مذاکره، پرستار، ترخیص با مسئولیت شخصی (DAMA)، رضایتمندی بیمار، مراقبت پرستاری، مطالعه تجربی.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

مقدمه

در نظام اداری و اجرایی، رضایت مردم از خدمات سازمان های دولتی یکی از شاخص های اصلی کارآمدی، رشد و توسعه سازمان می باشد (۱). مؤسسات بهداشتی نیز از این قاعده مستثنی نیستند؛ به طوری که رضایت بیمار یکی از عناصر حیاتی برای موفقیت بلندمدت آنها است (۲). هدف از ارزیابی رضایت بیمار، شناسایی آن دسته از نیازها یا انتظارات بیماران است که هنوز بر آورده نشده اند؛ بنابراین شناسایی نقاط قوت و ضعف عملکرد خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس انتظارات بیمار، ابزاری موثر برای مدیریت و تدوین سیاست های عمومی خواهد بود (۳). در حوزه سلامت نیز افزایش میزان آگاهی اقشار جامعه نسبت به مسائل بهداشتی و درمانی، تفاوت در کیفیت مراقبت ها و افزونی مراکز ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی و درمانی سبب شده است که متقاضیان اینگونه خدمات، حیطه و انتخاب گسترده تری داشته باشند، لذا جذب و نگهداری بیمار دشوارتر از گذشته شده است (۴). تعداد بیماران مرخص شده با میل شخصی یا به عبارتی بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) می تواند نشانگر نارضایتی بیماران و یا یک مشکل با اهمیت و قابل توجه باشد (۵). بیماران علیرغم توصیه پزشکان به دلایل مختلفی بیمارستان را ترک می کنند؛ از آن جمله میتوان به دلایل فردی مانند اعتیاد یا سوءمصرف دارویی خود بیمار یا والدین (۶)، بالا بودن هزینه های درمان (۷)، مشکلات روانپزشکی، مشکلات خانوادگی (مانند داشتن بچه کوچک دیگر در منزل) (۶)، عدم بهبودی قابل توجه بیمار در مدت بستری (۸)، تمایل به استفاده از روشهای سنتی (۸)، اقامت طولانی در بیمارستان، احساس بهبودی نسبی (۷)، دور بودن محل زندگی بیمار از بیمارستان و عدم رضایت از خدمات بیمارستان و تیم درمان، اشاره کرد (۹). عدم رضایت بیماران از خدمات بیمارستان و تیم درمان یکی از مهمترین دلایل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی می باشد (۵). با این وجود، پزشکان و پرستاران اورژانس روزانه با مسئولیت و پیامدهای بالقوه ترک بیماران بر خلاف توصیه های پزشکی مبارزه می کنند. چنین بیمارانی با هزینه های مراقبت های بهداشتی بالاتری همراه هستند و در معرض خطر بالاتری از پیامدهای منفی قرار دارند (۱۰).

یکی دیگر از مهمترین دلایل ترخیص زود هنگام بیماران، عدم برقراری ارتباط صحیح بین آنان و کارکنان بالینی است (۱۱). در میان تمام پرسنل بالینی، پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات در نظام بهداشتی و درمانی بوده و می توانند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و میزان رضایتمندی بیماران از خدمات دریافت شده تأثیر بگذارند(۱۲). یکی از وظایف اصلی پرستاران نه تنها اطلاع رسانی درباره بیماری و درمان بیمار است بلکه ایجاد یک رابطه درمانی مؤثر به وسیله بررسی نگرانی های بیماران، درک، همدلی و فراهم کردن آسایش و حمایت آنان می‌باشد (۱۳). درک فرهنگ و ارتباطات در شیوه های مراقبت پرستاری، به ویژه در رابطه با ارتباطات پرستار و بیمار، می تواند به مشارکت بیمار و درک کیفیت مراقبت کمک کند (۱۴). نهایتا یک ارتباط نامناسب و یا غیر مؤثر بین پرستار و بیمار موجب کاهش رضایت بیماران، دلسردی بیمار برای انجام صحیح و به موقع دستورالعملهای درمانی، کاهش اثربخشی درمان و بهبود بیماران می‌شود (۱۵, ۱۶).

ترخیص فرد با رضایت شخصی که تعارض بین اصل سودمندی و استقلال بیماران است، برای پرستاران وضعیتی همراه با تعارض است (۱۷). مهارت‌های مذاکره می‌توانند در موقعیت های تعارض آمیز با موفقیت اعمال شوند (۱۸). به ویژه در موقعیت هایی که لازم باشد تصمیمی همراه با شخص دیگری گرفته شود، مهارت مذاکره دربسیار کمک کننده است. در زمینه پرستاری، مذاکره در رابطه بین پرستار و بیمار به خوبی نمایان می شود (۱۹). مذاکره فرایندی به منظور توافق بر سر اهداف مشترک و متضاد میان دو یا چند گروه و روشی برای حل مشکلات از طریق گفتگو و تبادل اطلاعات می باشد (۱۸). مطالعه Clay-Williams (۲۰۱۸) و perez (۲۰۲۰) نشان داده است مذاکره رویکردی مؤثر برای کنترل تعارض، کمک به ایجاد توافق و حفظ روابط بین طرفین است (۲۰, ۲۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی (DAMA)، علاوه بر افزایش خطر عوارض و هزینه‌ها، اغلب ریشه در نارضایتی بیماران از ارتباط با کادر درمان دارد (۲۲-۲۵). با این حال، نقش مداخلات فعال ارتباطی مانند مذاکره ساختاریافته پرستاری به عنوان یک راهکار عملیاتی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله مذاکره پرستار بر میزان ترخیص DAMA و رضایتمندی بیماران انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه تجربی که در سال ۱۴۰۲ در بیمارستان‌های زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران بستری در بیمارستان های تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بودند. برای تعیین حجم نمونه ابتدا یک مطالعه پایلوت با حجم نمونه ۱۰ نفر جهت برآورد واریانس اولیه متغیرهای اصلی تحقیق و اطمینان از قابلیت اجرای مداخله انجام شد و نهایتا با پیش‌بینی میزان ریزش (۲۰ درصد)، تعداد افراد در گروه های مطالعه به ۳۰ نفر افزایش یافت. حجم نمونه نهایی بر اساس فرمول اصلی محاسبه حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل و با در نظر گرفتن پارامترهای سطح اطمینان ۹۵٪ (α=۰.۰۵) و توان آماری ۸۰٪ (β=۰.۲۰) تعیین شد.

نمونه‌ها به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و سپس توسط روش بلوکینگ جایگشتی ساده با بلوک‌های چهارتایی و به نسبت ۱:۱ در دو گروه مداخله وکنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به همکاری، سن ۱۸-۶۵ سال، نداشتن اختلال شنوایی و روانشناختی محرز بر اساس تشخیص پزشک و درخواست ترخیص بارضایت شخصی (تنها بیمارانی وارد مطالعه شدند که در چک لیست علل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی، علت ترخیص آنان نارضایتی از خدمات مربوط به حوزه کاری پرستاری باشد). به این معنا که تنها بیمارانی وارد مطالعه شدند که علت درخواست ترخیص آنان نارضایتی از خدمات مربوط به حوزه پرستاری از جمله: عدم رسیدگی، عدم پاسخگویی، عدم پیگیری روند درمان بود و بیمارانی که به دلایلی از جمله کمبود امکانات یا نیاز به اعمال تخصصی خاص درخواست ترخیص داشتند به مطالعه وارد نشدند.آزمودنی هایی که به هر دلیلی رضایت برای ادامه حضور در مطالعه نداشتند یا فرآیند مداخله برای آنها ناقص می‌ماند و یا در حین پژوهش فوت یا منتقل می‌شدند، از مطالعه خارج می شدند که در این مطالعه در مدت زمان اجرای مداخله هیچ نمونه ای از مطالعه خارج نگردید.

ابزار و روش گردآوری داده ها

پس از دریافت اجازه انجام پژوهش از شورای پژوهشی، کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (IR.BUMS.REC.1402.095)، هماهنگی با بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد. یکی از پژوهشگران پس از معرفی خود به نمونه ها و توضیح هدف مطالعه، نحوه انجام کار، محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه به صورت کتبی، طبق معیارهای ورود، نمونه ها را وارد مطالعه نمود. فرآیند مذاکره در این مطالعه بر اساس روش گرین هالگ۲۰۰۱ (۲۶) اجرا شد. در این روش مذاکره در ۷ مرحله صورت پذیرفت:

۱. گام اول (آماده سازی): در این مرحله پژوهشگر پس از بررسی بیمار و واجد شرایط بودن وی (پرکردن فرم علل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی) تمایل بیمار برای یک گفتگوی دوستانه و ورود به مطالعه را بررسی نمود. برخورد پژوهشگر صادقانه، دوستانه و گرم بود.

۲. گام دوم (رابطه سازی): پژوهشگر اهداف و مقاصد حرفه ای خود را با طرف مقابل مطرح نمود. در عین حال با اهداف و مقاصد بیمار نیز آشنا شد. پژوهشگر تلاش کرد با بیمار فضایی حاکی از اعتماد متقابل ایجاد نماید.

۳. گام سوم (گردآوری اطلاعات): در این مرحله پژوهشگر به بررسی تک تک موارد مورد نگرانی بیمار که نیازمند مذاکره است پرداخت. پرونده بیمار جهت اطلاع کامل از وضعیت پزشکی بیمار بررسی گردید. همچنین از سایر همکاران گروه پرستاری اطلاعات لازم در خصوص وضعیت بیمار مورد نظر دریافت گردید.

۴. گام چهارم (استفاده از اطلاعات): پس از مشخص شدن مسائل مورد مذاکره، پژوهشگر به تعارضاتی که طرف مقابل مطرح نمود با دقت گوش داد تا موردی که منجر به نارضایتی بیمار شده بود کاملا شفاف گردید.

۵. گام پنجم (تبادل پیشنهادات): پس از آشکار شدن مساله مورد تعارض در مورد جزئیات آن به شیوه ای که برای هر دو طرف قابل پذیرش باشد گفتگو انجام شد و زمینه های مشترک شناسایی شد. از اصول مذاکره برد- برد، مصالحه، انعطاف پذیری و سایر تکنیک های مرتبط در این مرحله استفاده گردید. مجددا مواضع بررسی و نقاط مورد اختلاف

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

با بیمار بررسی شد.

۶. گام ششم (دستیابی به توافق): پس از حل تعارض به وجود آمده مجددا فرآیند ایجاد نارضایتی برای بیمار مرور و جمع بندی شد. جزئیات فرآیند نیز جهت پیشگیری از سوبرداشت های احتمالی حین فرآیند مذاکره مجددا مرور شد. امور نیازمند پیگیری با مشارکت بیمار تعیین گردید.

۷. گام هفتم (اجرای توافق): در صورت نیاز به انجام پیگیری در خصوص عدم رضایت بیمار، پژوهشگر موارد لازم را به سرپرستار یا سوپروایزر منعکس نمود و همچنین اجرای موارد مورد درخواست بیمار در صورتی که امکان انجام آن وجود داشت و جز حقوق بیمار بود پیگیری شد.

پس از انجام مذاکره در یک جلسه بر اساس گام های فوق الذکر در پایان شیفت کاری یا نهایتا تا ۶ ساعت پس از اجرای مداخله، تصمیم بیمار در خصوص ترک یا عدم ترک با رضایت شخصی و همچنین میزان رضایتمندی بیماران بستری از کیفیت خدمات پرستاری توسط کمک پژوهشگر بررسی گردید. لازم به ذکر است پژوهشگر قبل از اجرای مداخله جهت تقویت مهارت مذاکره در کارگاه های مرتبط با این موضوع شرکت نموده است.

در این مطالعه از یک ابزار سه قسمتی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. قسمت اول مشتمل بر پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بیمار شامل: سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، بیمه و درآمد بوده است. قسمت دوم شامل چک لیست علل ترک با مسئولیت شخصی بیماران که گویه های اولیه آن بر اساس مطالعات مروری مشابه استخراج (۱, ۵) و سپس روایی محتوای آن توسط ۱۰ نفر از متخصصین ارزیابی شد. برای ارزیابی روایی محتوا، از رویکردهای کیفی استفاده شد. در این مرحله، چک لیست فوق به ۱۰ متخصص در زمینه پرستاری شامل پرستاران بالینی و اعضای هیئت علمی پرستاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی بیرجند ارائه شد. فرم ارزیابی روایی محتوا شامل سوالات باز در مورد پوشش محتوا، ارتباط موارد و وضوح زبان بود. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از روش انسجام درونی و گزارش آلفای کرونباخ استفاده شد؛ به طوری که قبل از جمع آوری داده ها، یک مطالعه پایلوت برروی ده نفر از بیماران در هر گروه انجام گردید و ضریب پایایی ۰/۸ بدست آمد. قسمت سوم مشتمل بر پرسشنامه‌ی رضایتمندی از ارائه خدمات پرستاری لامونیکا و آبریست بود. این مقیاس در سال ۱۹۸۶ تهیه شد و رضایت بیمار از مراقبت های پرستاری را اندازه گیری می کند که دارای ۴۱ گویه است. هر مورد دارای هفت پاسخ با فرم لیکرت از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» است. حداقل امتیاز ۴۱ و حداکثر امتیاز ۲۸۷ است. نمره بالاتر نشان دهنده رضایت بیشتر از خدمات پرستاری است. مقیاس فوق دارای سه حوزه است که شامل نارضایتی (۱۷ مورد)، حمایت بین فردی (۱۳ مورد) و تأثیر خوب (۱۱ مورد) است (۲۷). پایایی این سه بعد به ترتیب به روش انسجام درونی اندازه گیری شد و آلفای کرونباخ به ۰/۹۱، ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش شد (۲۷). در کشور ایران نیز اکبربگلو (۲۰۲۲) و همکاران به روش انسجام درونی پایایی این مقیاس را سنجیدند و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۲۸). علاوه براین نیک‌منش (۲۰۱۸) و همکاران روایی محتوایی این پرسشنامه را بررسی کردند و میزان CVI و CVR را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۵ گزارش نمودند (۲۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 (شرکت IBM، شیکاگو، ایلینوی، ایالات متحده آمریکا) انجام شد. نرمال بودن متغیرهای کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تعیین شد. متغیرهای دسته‌بندی شده با استفاده از آزمون کای دو یا آزمون دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند. برای مقایسه متغیرهای پیوسته از آزمون‌های تی مستقل و تی زوجی استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش داده‌های آماری ۶۰ نفر از بیماران در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و مداخله (۳۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفت. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه در دو گروه در جدول ۱ آورده شده است. تجزیه و تحلیل آماری تفاوت معنی داری در ویژگی های دموگرافیک بین دو گروه مورد مطالعه نشان نداد (در تمامی موارد سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵بود) (جدول ۱).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

جدول ۱: مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان بین دو گروه

متغیر		کنترل تعداد (٪)	مداخله تعداد (٪)	سطح معنی داری
سن		۹/۵۶±۳۹/۹۷	۵/۸۵±۳۸/۹۷	A۰/۵۴
جنسیت	مرد	۱۲ (۴۰)	۱۹ (۶۳/۳)	B۰/۰۷
	زن	۱۸ (۶۰)	۱۱ (۳۶/۷)	
وضعیت تاهل	مجرد	۳ (۱۰)	۶ (۲۰)	C۰/۴۷
	متاهل	۲۷ (۹۰)	۲۴ (۸۰)	
تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۱۰ (۳۳/۳)	۹ (۳۰)	B۰/۲۸
	لیسانس	۱۶ (۵۳/۳)	۱۲ (۴۰)	
	فوق لیسانس و بالاتر	۴ (۱۳/۳)	۹ (۳۰)	
وضعیت اشتغال	کارمند	۳ (۱۰)	۹ (۳۰)	B۰/۱۰
	کارگر	۸ (۲۸/۷)	۹ (۳۰)	
	سایر	۱۹ (۶۳/۳)	۱۲ (۴۰)	
وضعیت بیمه	دارد	۲۶ (۸۶/۷)	۲۷ (۹۰)	C>۰/۹۹
	ندارد	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰)	
درآمد ماهیانه	۵-۱۰ میلیون	۲۵ (۸۳/۳)	۲۶ (۸۶/۷)	C>۰/۹۹
	۱۰-۱۵ میلیون	۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
سابقه بستری	دارد	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	B۰/۸۰
	ندارد	۱۶ (۵۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)	

A: نتایج آزمون تی مستقل
B: نتایج آزمون کای دو
C: نتایج آزمون دقیق فیشر

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره رضایت‌مندی قبل از مداخله در گروه مداخله (۲۵/۲۰ ±۱۱۴/۰۰) و کنترل (۲۰/۶۶ ± ۱۱۶/۱۳) مورد مطالعه تفاوت آماری معناداری نداشت (P=۰/۷۲). اما این میانگین بعد از مداخله در گروه مداخله (۲۷/۵۰ ± ۱۶۵/۸۷) نسبت به گروه کنترل (۱۲۵/۹۰±۲۳/۴۸) به طوری معناداری افزایش داشت (P <۰/۰۰۱). همچنین نتایج آزمون T زوجی نشان داد که میانگین نمره رضایت‌مندی از خدمات پرستاری بعد از مداخله در هر دو گروه کنترل و مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری داشته است. همچنین مقایسه میانگین تغییرات نمره قبل از مداخله و بعد از مداخله بین دو گروه مورد مطالعه معنادار بود (جدول ۲) (به ترتیب P=۰/۰۰۸، P<۰/۰۰۱ و P<۰/۰۰۱).

جدول ۲ : مقایسه بین و درون گروهی میانگین نمره رضایت‌مندی از خدمات پرستاری

متغیر		گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری
رضایت‌مندی از خدمات پرستاری	قبل از مداخله	۲۰/۶۶ ± ۱۱۶/۱۳	۲۵/۲۰ ± ۱۱۴/۰۰	۰/۷۲*
	بعد از مداخله	۲۳/۴۸ ± ۱۲۵/۹۰	۲۷/۵۰ ± ۱۶۵/۸۷	< ۰/۰۰۱*
	میانگین تغییرات قبل و بعد از مداخله	۱۸/۹۰ ± ۹/۷۷	۵۱/۸۷ ± ۳۱/۳۳	< ۰/۰۰۱*
سطح معنی داری		۰/۰۰۸**	< ۰/۰۰۱**	

*: نتایج آزمون تی مستقل
**: نتایج آزمون تی زوجی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

همانطور که نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهد، فراوانی نسبی دو علت عدم رسیدگی پرستاران و عدم حضور به موقع پزشک در بیماران قبل از مداخله و فراوانی نسبی احساس موثر نبودن درمان بعد از مداخله در بیماران دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۵) ولی فراوانی نسبی سایر علل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه تفاوت معناداری نداشت (p>۰/۰۵).

جدول ۳ : مقایسه فراوانی نسبی علل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی قبل و بعد از مداخله در بیماران دو گروه کنترل و مداخله

علل ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	گروه کنترل تعداد (٪)	گروه مداخله تعداد (٪)	سطح معناداری	گروه کنترل تعداد (٪)	گروه مداخله تعداد (٪)	سطح معناداری
برخورد نامناسب پرسنل با بیمار در بخش اورژانس (از نظر بیمار)	۶ (۲۰)	۳ (۱۰)	۰/۴۷*	۶ (۲۰)	۲ (۶/۷)	۰/۲۵*
عدم رسیدگی پزشکان	۲۴ (۸۰)	۲۴ (۸۰)	>۰/۹۹**	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	>۰/۹۹*
عدم رسیدگی پرستاران	۲۳ (۷۶/۷)	۳۰ (۱۰۰)	۰/۰۱*	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	>۰/۹۹*
عدم حضور به موقع پزشک	۲۷ (۹۰)	۱۹ (۶۳/۳)	۰/۰۲**	۶ (۲۰)	۳ (۱۰)	۰/۴۷*
مهارت ناکافی پرسنل پزشکی	۱۵ (۵۰)	۱۸ (۶۰)	۰/۴۴**	۳ (۱۰)	۲ (۶/۷)	>۰/۹۹*
مهارت ناکافی پرسنل پرستاری	۱۹ (۶۳/۳)	۲۳ (۷۶/۷)	۰/۲۶**	۴ (۱۳/۳)	۰ (۰)	۰/۱۱*
احساس بهبودی از نظر بیمار	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	>۰/۹۹*	۶ (۲۰)	۱ (۳/۳)	۰/۱۰*
احساس موثر نبودن درمان	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	>۰/۹۹*	۵ (۱۶/۷)	۰ (۰)	۰/۰۵*
مشکل اسکان	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	>۰/۹۹*	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۷)	>۰/۹۹*
مشکلات مالی و اقتصادی	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)	۰/۷۵**	۶ (۲۰)	۷ (۲۳/۳)	۰/۷۵**
مشکلات خانوادگی	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	>۰/۹۹*	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	>۰/۹۹*
کمبود تجهیزات و امکانات	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	۰/۴۹*	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	۰/۴۹*
نداشتن پوشش بیمه‌ای	۱ (۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	۰/۲۰*	۱ (۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	۰/۲۰*

*: نتایج آزمون دقیق فیشر
**: نتایج آزمون کای دو

بحث

این مطالعه تجربی با هدف تعیین تأثیر مذاکره ساختاریافته پرستار-بیمار بر میزان ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی (DAMA) و رضایتمندی بیماران از کیفیت مراقبت‌های پرستاری انجام شد. یافته‌های این پژوهش به وضوح نشان داد که به کارگیری مدل ۷ مرحله‌ای گرین هالگ به عنوان یک مداخله مذاکره محور ساختاریافته، نه تنها منجر به افزایش معنادار رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری شد، بلکه به طور همزمان میزان ترخیص DAMA را به شکل قابل توجهی کاهش داد.

در خصوص مهمترین یافته این مطالعه، کاهش چشمگیر موارد DAMA در گروه مداخله ، این نتیجه را می‌توان از چند منظر تفسیر کرد. ترخیص DAMA اغلب ریشه در عوامل پیچیده روانی-اجتماعی، اقتصادی و ارتباطی دارد. مطالعه Abuzeidy (۲۰۲۱) نشان داد دلایل اصلی DAMA شامل امتناع از انجام عمل جراحی (۲۳,۲٪)، زمان انتظار طولانی در اورژانس (۲۲,۲٪)، برداشت ذهنی از درمان شدن (۱۷,۷٪) بود (۸). همچنین بیماران ممکن است به دلیل ترس از هزینه‌های درمان، عدم درک کافی از شدت و حدت بیماری، دریافت اطلاعات ناکافی یا متناقض، احساس عدم کنترل بر روند درمان، یا عدم اعتماد به سیستم درمانی، تصمیم به ترخیص بگیرند (۳۰). مدل مذاکره گرین هالگ به پرستاران این توانایی را داد تا به طور فعالانه به برطرف شدن بخشی از این دلایل بپردازند. با ایجاد فضایی امن و همدلانه، پرستاران قادر بودند نگرانی‌های واقعی بیماران را کشف کنند. این فرآیند، احساس «دیده و شنیده شدن» را در بیمار ایجاد می‌کند و تمایل او برای ماندن و ادامه روند درمان را افزایش می‌دهد. این یافته با مطالعه کیفی Holmes و همکاران (۲۰۲۱) همسو است که نشان داد احساس «عدم گوش دادن» از سوی پرسنل درمان، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های DAMA است (۶).

از طرفی موضوع ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

یک پدیده چند بعدی بوده که شامل عوامل دموگرافیک و اقتصادی- اجتماعی بیمار، عوامل ساختاری ،عوامل درمانی و مراقبتی می باشد. یکی از مهمترین دلایل ترخیص زود هنگام بیماران، عدم برقراری ارتباط صحیح بین بیماران و کارکنان بالینی است و موفقیت حرفه ای پرستاران در نگه داشتن بیماران در مسیر درمان و افزایش رضایت ایشان، تحت تاثیر مهارت های مذاکره ای و توانایی آنان در برقراری ارتباط موثر، کارآمد و پویا می باشد.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که رضایت بیماران در دو گروه کنترل و مداخله قبل از انجام مداخله هیچ تفاوت معناداری با هم نداشت اما در گروه مداخله، میانگین رضایت بیماران از خدمات پرستاری بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری با میزان رضایت بیماران قبل از انجام مداخله داشت. علاوه بر این، مقایسه میانگین تغییرات نمره رضایتمندی از خدمات پرستاری قبل از مداخله و بعد از مداخله بین دو گروه نشان داد که افزایش نمره رضایتمندی از خدمات پرستاری در گروه مداخله به طور معناداری بالاتر است. نتایج مطالعه حاضر با نتیجه پژوهش‌های شارکیا (۲۰۲۳) و همکاران، لطفی (۲۰۱۹) و همکاران و چندین مطالعه دیگر در مورد تاثیر مثبت مهارت های مذاکره و ارتباط موثر بر میزان رضایتمندی بیماران همسو می باشد (۳۱-۳۵). در تبیین اثرگذاری مذاکره بر رضایتمندی بیماران می توان گفت که در هر ارتباط بین فردی، میزانی تعارض و عدم رضایت اجتناب ناپذیر است و رابطه بین بیمار و پرستار نیز از این قائده مستثنا نیست. در این شرایط، مذاکره رویکردی مؤثر برای کنترل تعارض، برای کمک به ایجاد توافق و حفظ رضایت بین طرفین است و موجب افزایش رضایتمندی از رابطه خواهد شد.

علاوه بر این میانگین نمره رضایتمندی از خدمات پرستاری بعد از مداخله در گروه کنترل نسبت به قبل از مداخله افزایش معناداری داشته است. در توجیه این یافته نیزمی توان به اثر هاثورن اشاره نمود (۳۶). اصطلاح «اثر هاثورن» یا «اثر مشاهده‌گر» برای توصیف بهبود عملکرد یا رفتار افراد درگیر در تحقیق، که منحصراً در هنگام مشاهده ایجاد می‌شود، برای اولین بار در سال ۱۹۵۳ استفاده شد (۳۷). از آنجایی که برای بیماران گروه کنترل نیز پرسشنامه ها تکمیل گردیده و توضیحاتی در خصوص انجام یک کار تحقیقاتی داده شده است ، احتمالا این موضوع باعث شده که رضایت مندی بعد از مداخله نسبت به بعد قبل از مداخله در گروه کنترل هم افزایش معنی‌داری داشته باشد.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد میزان شیوع ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی بعد از اجرای مداخله، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بطور معناداری کمتر است. در تبیین این یافته باید به این نکته توجه کنیم که مذاکره در واقع نوعی برقراری ارتباط با مددجویان است؛ نتایج مطالعه اونوکواگا (۲۰۱۶) و همکاران، پاسای (۲۰۲۳) و همکاران و همچنین حدادی (۲۰۱۰) و همکاران نشان داد که ضعف در برقراری ارتباط یکی از دلایل ترخیص با رضایت‌شخصی است (۳۸-۴۰)، بنابراین مذاکره از طریق بهبود ارتباط پرستار و بیمار می تواند از شیوع ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی بکاهد. همچنین از آنجایی که استفاده از تکنیک مذاکره سبب افزایش رضایت بیماران به عنوان یکی از مهمترین دلایل اثرگذار بر ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی شود، در نتیجه پس از بالا رفتن میزان رضایت از خدمات پرستاری، درخواست ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی نیز کاهش معناداری در گروه کنترل داشته است.

اگرچه این مطالعه به نتایج ارزشمندی دست یافت، اما دارای محدودیت‌هایی است. «از آنجا که مداخله این مطالعه مبتنی بر «مذاکره پرستار با بیمار» بود، امکان کورسازی بیماران و پرستاران نسبت به گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. این امر ممکن است منجر به تاثیرات هاثورن (Hawthorne Effect) شده باشد، به این معنا که آگاهی بیماران از دریافت یک مراقبت ویژه (مداخله مذاکره) به خودی خود بر پاسخ‌ها و سطح رضایتمندی گزارش شده توسط آنان تاثیر گذاشته باشد.

همچنین این مطالعه بر روی بیماران بستری در بخش اورژانس انجام شد و تعمیم آن به سایر بخش های دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری

این مطالعه شواهد قانع‌کننده‌ای ارائه می‌دهد که مذاکره ساختاریافته بر اساس مدل گرین هالگ، یک استراتژی عملی، مؤثر و انسان‌محور برای مقابله با چالش‌های پیچیده ترخیص DAMA و افزایش رضایتمندی از خدمات پرستاری است. این مداخله پرستاران را قادر می‌سازد تا به طور فعالانه علاوه بر کاهش نرخ DAMA به ریشه‌های

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

نارضایتی بیماران بپردازند و از طریق یک گفت‌وگوی سازنده، به راه‌حل‌های مشترک و قابل قبول برسند. از سوی دیگر با توجه به اینکه نرخ ترخیص بیماران با رضایت شخصی جز سنجه های اعتباربخشی بیمارستان ها می باشد، افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری و کاهش درخواست ترخیص علیرغم توصیه‌های پزشکی از طریق مذاکره می تواند به روسا و مدیران بیمارستان ها جهت کسب نمره بالاتر در اعتباربخشی سازمانی کمک نماید.

سپاسگزاری

این مطالعه از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد طرح ۴۵۶۹۶۴ و کد اخلاق IR.BUMS.REC.1402.095 استخراج گردیده است. بدین وسیله از دفتر پرستاری و سرپرستاران بخش های اورژانس که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر می گردد.

تعارض منافع

کلیه نویسندگان این مقاله تأیید می‌کنند که هیچگونه تعارض منافع که بر نتایج یا تفسیرهای ارائه شده در این مطالعه تأثیرگذار باشد، وجود ندارد.

References

1. Albayati A, Douedi S, Alshami A, Hossain MA, Sen S, Buccellato V, et al. Why Do Patients Leave against Medical Advice? Reasons, Consequences, Prevention, and Interventions. Healthcare (Basel). 2021;9(2). https://doi.org/10.3390/healthcare9020111
2. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(5). https://doi.org/10.3390/healthcare11050639
3. Grasso MS, Del Carmen Valls Martínez M, Ramírez-Orellana A. Health Policies Based on Patient Satisfaction: A Bibliometric Study. Healthcare (Basel). 2021;9(11). https://doi.org/10.3390/healthcare9111520
4. Qarmish KL, Mahmoodifar Y. comparative study between content of honoring program and concepts and principles of consumer orienting. Journal of Health Administration. 2007;9(26):7-.
5. Mohseni M, Alikhani M, Tourani S, Azami-Aghdash S, Royani S, Moradi-Joo M. Rate and Causes of Discharge against Medical Advice in Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. Iran J Public Health. 2015;44(7):902-12.
6. HolmesEG,CooleyBS,FleischSB,RosensteinDL. Against Medical Advice Discharge: A Narrative Review and Recommendations for a Systematic Approach. Am J Med. 2021;134(6):721-6. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.12.027
7. Alagappan A, Chambers TJG, Brown E, Grecian SM, Lockman KA. How does discharge against medical advice affect risk of mortality and unplanned readmission? A retrospective cohort study set in a large UK medical admissions unit. BMJ Open. 2023;13(3):e068801. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068801
8. Abuzeyad FH, Farooq M, Alam SF, Ibrahim MI, Bashmi L, Aljawder SS, et al. Discharge against medical advice from the emergency department in a university hospital. BMC Emergency Medicine. 2021;21(1):31. https://doi.org/10.1186/s12873-021-00422-6
9. Ravanshad y, Golsorkhi M, Bakhtiari e, keykhosravi al, azarfar a, shoja m, et al. Evaluation of causes and outcomes of discharge with the personal consent of patients admitted to Dr. Sheikh Hospital of Mashhad. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2021;28(2):183-8.
10. Trépanier G, Laguë G, Dorimain MV. A step-by-step approach to patients leaving against medical advice (AMA) in the emergency department. Cjem. 2023;25(1):31-42. https://doi.org/10.1007/s43678-022-00385-y
11. Abbasi M, Ahmadi S, Farzin Nia B, Aghaali M. Evaluating the Causes and Consequences of Leaving the Hospital With Personal Consent in Patients of the Emergency Department. Health in Emergencies and Disasters Quarterly. 2023;8(2):125-32. https://doi.org/10.32598/hdq.8.2.441.1
12. Alharbi HF, Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alhowaymel FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. Nurs Open. 2023;10(5):3253-62. https://doi.org/10.1002/nop2.1577

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

13. Pangh B, Jouybari L, Vakili MA, Sanagoo A, Torik A. The Effect of Reflection on Nurse-Patient Communication Skills in Emergency Medical Centers. J Caring Sci. 2019;8(2):75-81. https://doi.org/10.15171/jcs.2019.011
14. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2020;12:100198. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100198
15. Afriyie D. Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. Br J Community Nurs. 2020;25(9):438-45. https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.9.438
16. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. BMC Nurs. 2021;20(1):158. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2
17. Rouhbakhsh Halvaei S, Sheikh Motahar Vahedi H, Ahmadi A, Mousavi MS, Parsapoor A, Sima AR, et al. Rate and causes of discharge against medical advice from a university hospital emergency department in Iran: an ethical perspective. J Med Ethics Hist Med. 2020;13:15. https://doi.org/10.18502/jmehm.v13i15.4391
18. Ebrahim EKH. Negotiation as a management strategy for conflict resolution and its effect on enhancing collaboration between nurses and physicians. Egyptian Nursing Journal. 2020;17(1):13-22. https://doi.org/10.4103/ENJ.ENJ_22_20
19. Nyarko O, editor Understanding the Nurse-Patient Interaction at Komfo Anokye Teaching Hospital. The Patients' Perspectives and Experiences2013.
20. Clay-Williams R, Johnson A, Lane P, Li Z, Camilleri L, Winata T, et al. Collaboration in a competitive healthcare system: negotiation 101 for clinicians. J Health Organ Manag. 2018;32(2):263-78. https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2017-0333
21. Pérez-Yus MC, Ayllón-Negrillo E, Delsignore G, Magallón-Botaya R, Aguilar-Latorre A, Oliván Blázquez B. Variables Associated With Negotiation Effectiveness: The Role of Mindfulness. Front Psychol. 2020;11:1214. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01214
22. Hoyer C, Stein P, Alonso A, Platten M, Szabo K. Uncompleted emergency department care and discharge against medical advice in patients with neurological complaints: a chart review. BMC Emerg Med. 2019;19(1):52. https://doi.org/10.1186/s12873-019-0273-y
23. Onukwugha E, Gandhi AB, Alfandre D. Discharges against medical advice and 30-day healthcare costs: an analysis of commercially insured adults. J Comp Eff Res. 2022;11(3):169-77. https://doi.org/10.2217/cer-2021-0024
24. Alhajeri SS, Atfah IA, Bin Yahya AM, Al Neyadi SM, Al Nuaimi ME, Al Ameri FS, et al. Leaving Against Medical Advice: Current Problems and Plausible Solutions. Cureus. 2024;16(7):e64230. https://doi.org/10.7759/cureus.64230
25. Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): Causes and predictors. Electron Physician. 2017;9(6):4563-70. https://doi.org/10.19082/4563
26. Greenhalgh L. Managing strategic relationships: The key to business success: Simon and Schuster; 2001.
27. La Monica EL, Oberst MT, Madea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. Res Nurs Health. 1986;9(1):43-50. https://doi.org/10.1002/nur.4770090108
28. Akbarbegloo M, Sanaeefar M, Purabdollah M, Ahmadi Khatir M. Investigating the Correlation Between the Level of Satisfaction of COVID-19 Patients from Nursing Care with the Level of Observing Patient's Bill of Rights. Mod Care J. 2022;19(4):e123765. https://doi.org/10.5812/modernc-123765
29. Nikmanesh p, kavosi z, sadeghi a, Yusefi Ar. Effect of Communication Skills Training of Nurses on Patient Satisfaction about Nursing Services in Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. Hospital. 2018;17(2):59-70. https://doi.org/10.18502/jhs.v6i4.201
30. Foster K, Caswell A, James L, Jessani H, Polanco A, Viggiano M, et al. The risk factors, consequences, and interventions of discharge against medical advice-a narrative review. The American Journal of the Medical Sciences. 2023;366(1):16-21. https://doi.org/10.1016/j.amjms.2023.04.007
31. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Services Research. 2023;23(1):886.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]

https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8

32. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. Nurs Open. 2019;6(3):1189-96. https://doi.org/10.1002/nop2.316
33. Brajakson S, Ridwan A, Tahir A, Yahya T, Sukri P, Erniwati I, et al. The Influence of Effective Nurse Communication Application on Patient Satisfaction: A Literature Review. Pharmacognosy Journal. 2023;15(3). https://doi.org/10.5530/pj.2023.15.105
34. Versluijs Y, Lemmers M, Brown LE, Gonzalez AI, Kortlever JTP, Ring D. The Correlation of Communication Effectiveness and Patient Satisfaction. Journal of Patient Experience. 2021;8:2374373521998839. https://doi.org/10.1177/2374373521998839
35. Çakmak C, Uğurluoğlu Ö. The Effects of Patient-Centered Communication on Patient Engagement, Health-Related Quality of Life, Service Quality Perception and Patient Satisfaction in Patients with Cancer: A Cross-Sectional Study in Türkiye. Cancer Control. 2024;31:10732748241236327. https://doi.org/10.1177/10732748241236327
36. Berkhout C, Berbra O, Favre J, Collins C, Calafiore M, Peremans L, et al. Defining and evaluating the Hawthorne effect in primary care, a systematic review and meta-analysis. Front Med (Lausanne). 2022;9:1033486. https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1033486
37. Nossaman LE, Nossaman BD. Hawthorne Effect: More Than Just Telephones. Ochsner J. 2022;22(4):286-9. https://doi.org/10.31486/toj.22.5031
38. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, Weir MR. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):420-4. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036269
39. Pasay-An E, Mostoles R, Jr., Villareal S, Saguban R. Factors Contributing to Leaving against Medical Advice (LAMA): A Consideration of the Patients' Perspective. Healthcare (Basel). 2023;11(4). https://doi.org/10.3390/healthcare11040506
40. Hadadi A, Khashayar P, Karbakhsh M, Vasheghani Farahani A. Discharge against medical advice from a Tehran emergency department. Int J Health Care Qual Assur. 2016;29(1):24-32. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-03-2015-0030

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-08]