

## بررسی میزان و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال 1391

محمد رضا سلیمانی<sup>1</sup>، مجید کاظمی<sup>2\*</sup>، رضا وزیری نژاد<sup>3</sup>، حمید استاد ابراهیمی<sup>4</sup>، نادیا ایوبی پور<sup>5</sup>

تاریخ پذیرش: 1394/4/1

تاریخ دریافت: 1393/6/18

### خلاصه

**مقدمه:** ترخیص با رضایت شخصی، ترک کردن بیمارستان قبل از موعود علی‌رغم توصیه‌های پزشکی برای ماندن و ادامه درمان یکی از مشکلاتی است که سیستم‌های بهداشتی درگیر آن هستند. این مشکل می‌تواند خطرات بالقوه‌ای برای حیات بیمار داشته باشد و باعث بستری مجدد شود. این مطالعه به منظور تعیین و میزان و علل ترخیص بیماران با رضایت شخصی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی شده است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش توصیفی در سال 1391 به صورت سرشماری بر روی 7308 از بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شده و داده‌ها با استفاده از چک لیست محقق ساخته و از طریق سیستم ثبت اطلاعات بیماران گردآوری گردید و با استفاده از آزمون‌های  $\chi^2$ ، مجذور کای و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان 11/24% بود که 3658 نفر (50/1%) مذکر و 62/2% افراد متأهل بودند. میانگین سنی افراد  $33/43 \pm 2/2$  سال بود و میانگین سنی بین دو جنس در مراکز درمانی تفاوتی نداشت. بیشترین دلیل، اعتیاد (43%) و سپس احساس بهبودی (32/7%) بود. 88/9 افراد کمتر از 24 ساعت بستری بودند. بخش اورژانس بیشترین ترخیص با رضایت شخصی را داشت.

**نتیجه‌گیری:** میزان ترخیص با رضایت شخصی نسبت به شهرها و سایر کشورها بیشتر است و بیشترین علت مشکلات مربوط به بیمار بود. دادن آگاهی به بیماران در مورد روند درمان می‌تواند گامی در جهت کاهش ترخیص با رضایت شخصی به خصوص در بیماران قلبی و مسمومیت باشد.

**واژه‌های کلیدی:** ترخیص با رضایت شخصی، بیمار، بیمارستان، رفسنجان

<sup>1</sup> - استادیار و فوق تخصص چشم پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

<sup>2</sup> - استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران (نویسنده مسئول)  
پست الکترونیکی: [maj\\_kaz@yahoo.com](mailto:maj_kaz@yahoo.com)، تلفن: 03434255900

<sup>3</sup> - استادیار گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

<sup>4</sup> - استادیار گروه اطفال دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

<sup>5</sup> - دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

## مقدمه

یکی از سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت به جامعه بیمارستان است. بیمارستان مکانی برای تأمین سلامت و ارائه خدمات پزشکی و درمانی به جامعه می‌باشد. ارتقاء سطح کیفیت خدمات ارائه شده درمانی و پزشکی به بیماران می‌تواند محیطی خوشایند را برای بیماران فراهم نماید و باعث افزایش رضایتمندی آنها شود. ارزشیابی خدمات پزشکی و درمانی براساس نظر بیماران برای افزایش این ارتقاء و تأمین سلامت بیشتر بیمار ضرورت دارد [1].

در کشورهای متعدد تا به امروز روش‌ها و ابزار متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت به کار گرفته شده است. از میان این روش‌ها، حاکمیت بالینی که برای نخستین بار در سال 1998 در سیستم سلامت انگلستان به عنوان یک روش جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بالینی که یکی از اجزای آن ترخیص با رضایت شخصی (discharge against medical advice (DAMA) بود مطرح شد [2]. یکی از مشکلاتی که به دنبال نارضایتی بیمار از ارائه خدمات پزشکی و درمانی وجود دارد ترخیص با رضایت شخصی است که بیمار علی‌رغم توصیه‌های پزشکی ترجیح می‌دهد بیمارستان را قبل از موعد ترک کند [3]. ترک بیمارستان قبل از موعد نه تنها برای بیمار بلکه برای بیمارستان نیز همراه با مشکلاتی است. عدم تکمیل دوره بستری یک عامل خطرزا در عود بیماری، بستری مجدد و صرف هزینه‌های بیشتر برای بیمار محسوب می‌شود. همچنین، پذیرش مجدد این بیماران نه تنها اثرات اقتصادی زیادی روی سیستم‌های مراقبت بهداشتی دارد بلکه باعث تأخیر در درمان و اقدامات لازم در بیماری‌های حاد می‌شود که منجر به مرگ و میر بیشتر می‌گردد. از طرف دیگر، بیمارانی که اورژانس را برخلاف توصیه‌های پزشکی ترک می‌نمایند نگرانی زیادی برای پزشکان اورژانس ایجاد می‌کنند زیرا اغلب آنها از شرایط پاتولوژی زمینه‌ای جدی رنج می‌برند و پزشکان مسئولیت قانونی و پزشکی بیشتری نسبت به این گروه بیماران احساس می‌کنند [4]. به طوری که بیماران آسمی که اورژانس را ترک می‌کنند در هنگام پذیرش مجدد شرایط پاتولوژی بدتری نسبت به پذیرش اول دارند [5] و یا بیمارانی که ایسکمی حاد میوکارد داشتند و با رضایت شخصی

ترخیص شده‌اند، 60% مرگ و میر بیشتری در طول دو سال بعد دارند [6]. در مطالعات انجام شده میزان مرگ و میر و همچنین پذیرش مجدد در طول دو هفته بعد از ترخیص با رضایت شخصی نسبت به بیمارانی که به موقع ترخیص شده‌اند بیشتر بوده [7-8] و 96% آنها که بستری مجدد داشتند، شکایتی مشابه ویزیت قبلی را بیان کردند [7]. در مطالعات مختلف اشاره شده که میزان مرگ و میر و همچنین پذیرش مجدد در طول 30 روز بعد از ترخیص با رضایت شخصی نسبت به بیمارانی که به موقع ترخیص شده‌اند بیشتر می‌باشد [9-15].

آگاهی از فاکتورهایی که باعث ترخیص قبل از موعد می‌شود می‌تواند گامی در جهت بهبود برنامه‌ها و کاهش ترخیص با رضایت شخصی باشد و شناخت این ریسک فاکتورها جهت توسعه خدمات درمانی برای بیماران لازم است. عوامل زیادی می‌تواند بر روی میزان ترخیص با رضایت شخصی از جمله علل مربوط به خود بیمار، پرسنل درمانی، بیمارستان و شیفت‌های کاری مؤثر باشند. در بعضی مطالعات عوامل مؤثر بر این میزان را نارضایتی از خدمات پزشکی [16-2]، نبود ارتباط مؤثر بین پرسنل درمانی و خانواده بیمار [17] و همچنین مسائل مربوط به خود بیمار، از جمله احساس بهبودی [18-19] بیان داشتند. بعضی از مطالعات شایع‌ترین دلایل برای ترخیص قبل از موعد را محدودیت مالی بیان نمودند [15-20]. در مطالعه‌ای که توسط رنگرز جدی در بیمارستان‌های شهر کاشان انجام گرفت میزان ترخیص با رضایت شخصی نسبت به سایر کشورها بیشتر گزارش شد و دلیل عمده آن نیز مسایل مربوط به خود بیماران بیان گردید (61/04%) که بیشترین فراوانی آن احساس بهبودی در بیماران (28/47%) بوده است. در این مطالعه پیشنهاد شده وجود مددکاران بالینی در بخش‌ها و بالین بیماران می‌تواند از میزان ترخیص با رضایت شخصی بکاهد [19]. بعضی از مطالعات بیان کردند آموزش پرسنل بیمارستان و ایجاد انگیزه در آنان برای مشارکت فعال در جلب رضایت بیماران و آگاه نمودن بیماران از مراحل درمان و بهبودیشان از اولویت‌های بیمارستانی به حساب می‌آید [1]. همچنین پیشنهاد شده که

بررسی سوء مصرف مواد و فاکتورهای سایکولوژیکال در مقابله با ترخیص با رضایت شخصی اولویت دارد [21].

با توجه به مطالب فوق، ترخیص با رضایت شخصی یکی از معضلات سیستم درمان در کشورهای دنیا است و همانطور که گفته شد درک فاکتورهایی که منجر به ترخیص با رضایت شخصی می‌شود می‌تواند به مدیران مراقبت‌های بهداشتی کمک کند تا سیاست‌های مؤثرتری را برای پیشگیری و کاهش اثرات بد آن روی سیستم سلامت در نظر بگیرند. از آنجایی که در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان این کار صورت نگرفته بود و شناخت میزان و عوامل مؤثر بر ترخیص با رضایت شخصی می‌تواند کمکی به مسئولین در جهت کاهش آن باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان و علل ترخیص با میل شخصی در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال 1391 طراحی گردید.

#### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی در سال 1391 انجام شد. نمونه‌گیری به صورت سرشماری و جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیمارانی که از سه مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان از اول فروردین 1391 تا 29 اسفند 1391 ترخیص شدند، بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات یک چک لیست محقق ساخته بود که شامل چهار بخش، مشخصات دموگرافیک بیماران از جمله سن و جنس و سه بخش دیگر در ارتباط با علل ترخیص مربوط به خود بیمار، علل مربوط به کادر بیمارستان و علل مربوط به وضعیت بیمارستان می‌شد. علل مربوط به خود بیمار شامل: احساس بهبودی، وابستگی به خانواده، نداشتن بیمه درمانی، نداشتن همراه، هزینه‌های زیاد درمان، ترس از درمان، طولانی شدن مدت بستری، مسافر بودن، ادامه درمان در منزل یا شهر دیگر، شاغل بودن، اعتیاد به سیگار و مواد مخدر و الکل بود. علل مربوط به کادر درمانی نیز مانند: عدم رسیدگی پرسنل (پزشک و پرستار) پیشنهاد پزشک، روابط و برخورد نامناسب پرسنل با بیمار، عدم رسیدگی در شیفت شب، عدم حضور به موقع پزشک و علل مربوط به وضعیت بیمارستان نیز شامل: تجهیزات نامناسب، محیط نامناسب، آموزشی بودن بیمارستان، تغذیه نامناسب و نظافت نامناسب بود.

برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا متغیرهای چک لیست وارد سیستم ثبت اطلاعات بیمار در بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) شد و سپس در طی یکسال اطلاعات بیماران که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند توسط منشی بخش‌ها در شیفت صبح و در سایر شیفت‌ها توسط پرستار مربوطه وارد این سیستم می‌گردید. همچنین این چک‌لیست‌ها در بخش‌ها قرار داده شدند تا توسط بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند نیز تکمیل گردند. در بیمارستان‌های مرادی و زایشگاه نیک نفس به علت فقدان سیستم ثبت اطلاعات از فرم‌های دستی استفاده شد و اطلاعات به صورت دستی از بیماران جمع‌آوری می‌گردید. در مورد بیماران هوشیار، خود بیمار و در مورد بیماران بیهوش و یا کودکان که قادر به تصمیم‌گیری نبودند چک‌لیست توسط همراه و یا والدین کودکان تکمیل شد. به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی از استخراج اسامی بیماران و پزشکان مربوطه خودداری شد. داده‌های به دست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه 16 و با استفاده از توزیع فراوانی و آزمون‌های پارامتریک مثل t-test و نان پارامتریک مثل کای دو، و آزمون‌های آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که 64970 بیمار از بیمارستان‌های مورد پژوهش ترخیص شده‌اند که 7308 نفر از آنها (11/24%) با دادن رضایت شخصی علی‌رغم توصیه پزشک از بیمارستان مرخص شده بودند که 5880 نفر آنان علل ترخیص را ذکر نموده‌اند.

میانگین سنی این افراد  $33/43 \pm 2/2$  سال بود و 3658 نفر (50/1%) آنها مرد و 4545 نفر (62/2%) متأهل بودند. میانگین مدت زمان بستری افراد ترخیص شده با رضایت شخصی  $12/16 \pm 3/6$  ساعت بود و 88/9 درصد آنها در کمتر از 24 ساعت رضایت به ترخیص از بیمارستان داده بودند. 42% بیماران در شیفت کاری شب، 30/2 درصد در شیفت کاری صبح و 27/8% در شیفت کاری عصر رضایت به ترخیص داده بودند که پذیرش بیماران در سه شیفت نیز تقریباً به همین صورت بود و بین پذیرش و ترخیص بیماران در هر شیفت تفاوت معنی‌داری نبود.

رفاهی بیمارستان ذکر شده بود. بررسی علت ترخیص بین دو مرکز علی‌ابن‌ابیطالب (ع) و بیمارستان مرادی تفاوت معنی‌دار نشان داد ( $P < 0/05$ ) بطوری که در بیمارستان مرادی و زایشگاه بیشترین علت (72/9%) علت ترخیص را ادامه درمان در مرکز دیگر ذکر نمودند (جدول 1).

میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان عمومی علی‌ابن‌ابیطالب (ع) 16/74%، در بیمارستان مرادی 1/32% و در زایشگاه نیک نفس 6/88% بود. همچنین نتایج نشان دادند که 33/7 درصد افراد فاقد بیمه درمانی بودند. بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی (43%) اعتیاد و وابستگی به مواد و کمترین درصد (0/5%) مربوط به نبود امکانات و تجهیزات

جدول 1- توزیع علل ترخیص با رضایت شخصی از نظر بیماران در افراد تحت بررسی

مرادی و زایشگاه	علی بن ابیطالب	مرکز درمانی
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	علل ترخیص از نظر بیمار
0(0)	2563(43/6)	اعتیاد
23(23/1)	1925(32/7)	احساس بهبودی
62(72/9)	773(13/1)	ادامه درمان در مرکز دیگر
0(0)	394(6/7)	نداشتن همراه و وابستگی به خانواده
0(0)	104(1/8)	برخورد نامناسب کادر درمانی
0(0)	93(1/6)	نداشتن بیمه و هزینه زیاد درمان
0(0)	28(0/5)	نبود امکانات و تجهیزات رفاهی
85(100)	5880(100)	جمع

در مقایسه بین دو مرکز درمانی مرادی و علی‌ابن‌ابیطالب (ع) از نظر میانگین سنی افراد، آزمون آماری تی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد در حالی که از لحاظ مدت زمان بستری بین دو مرکز تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P=0/000$ ) به طوری که میانگین ساعات بستری در مرکز علی بن ابیطالب ( $11/07 \pm 3/2$ ) کمتر از مرکز مرادی ( $1/0 \pm$ ) بود. (55/26)

از نظر بخش بستری نتایج نشان داد که در بیمارستان عمومی علی‌ابن‌ابیطالب (ع) و زایشگاه نیک‌نفس بخش اورژانس و در بیمارستان مرادی بخش روانپزشکی بیشترین آمار ترخیص با رضایت شخصی را داشتند.

#### بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان ترخیص با رضایت شخصی در جامعه مورد پژوهش 11/24% بود که این درصد در

نتایج این مطالعه نشان داد بر اساس تشخیص بیماری از تعداد 506 نفر که با مشکلات تنفسی بستری بودند، 55/3 درصد افراد به علت اعتیاد رضایت به ترک قبل از موعد بیمارستان را داده‌اند. اما بیماران قلبی و مسمومیت بیشترین علت ترخیص را احساس بهبودی بیان کردند. به طوری که از تعداد 595 نفر با مشکلات قلبی، 51/3 درصد و از تعداد 1176 نفر مسمومیت 42/7 درصد به علت احساس بهبودی رضایت به ترخیص داده بودند.

از نظر میانگین سنی افراد ترخیص با رضایت شخصی در بین دو جنس اختلافی مشاهده نشد اما میانگین مدت زمان بستری بین دو جنس بدین صورت بود که خانم‌ها مدت زمان کمتری بستری بودند و آزمون آماری تی تفاوت معنی‌دار را نشان داد ( $P < 0/007$ ).

بیشتری برای ترخیص با رضایت شخصی داشته باشند. همچنین بین دو گروه جنسی زن و مرد تفاوت سنی دیده نشد. در این مطالعه، بیشتر بیماران دارای بیمه (66/3%) و تحت پوشش خدمات آنها بودند که با مطالعه که در قزوین و همچنین در شیراز انجام شده است همخوانی دارد [21-1]. البته در بیشتر مطالعات خارج از کشور نداشتن بیمه با ترخیص با رضایت شخصی مرتبط بوده است [28-25-5] که این موضوع می‌تواند به علت وجود پوشش بیمه‌ای مطلوب در سطح کشور باشد.

از لحاظ شیفت ترخیص بیشتر افراد (42%) در شیفت کاری شب رضایت به ترخیص داده بودند که با مطالعه که در قزوین انجام شده است همخوانی دارد [1]. در این مطالعه بیشترین ترخیص در شیفت شب بود و همچنین شیفت شب بیشترین پذیرش را داشت. به علت اینکه مدت زمان این شیفت از شیفت‌های صبح و عصر بیشتر است شاید علت بیشتر بودن ترخیص با رضایت شخصی در این شیفت، رسیدگی کمتر در شیفت شب ناشی از خستگی پرسنل، نبود امکانات تشخیصی (سونوگرافی،...) در طول شب باشد که بیمار ترجیح می‌دهد بیمارستان را ترک کند. 88/9 درصد افراد کمتر از 24 ساعت بستری بوده و سپس رضایت به ترخیص داده‌اند. در مطالعه‌ای متوسط زمان اقامت در بیمارستان 6/2 روز بود که با مطالعه ما همخوانی ندارد. وحدت و همکاران در قزوین نیز میانگین بستری افراد را کمتر از 24 ساعت گزارش نمودند [1] که مطالعه حاضر با آن همخوانی دارد و همچنین در مطالعه ما زنان نیز زودتر از مردان رضایت به ترخیص از بیمارستان را داده بودند.

در مطالعه حاضر 43% علت ترخیص با رضایت شخصی، اعتیاد و وابستگی به مواد ذکر شد که با بسیاری از مطالعات دیگر همخوانی دارد [8-13] همچنین احساس بهبودی (32/6%) علت دیگر ترخیص بود که در بعضی مطالعات احساس بهبودی بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی ذکر شده است [17-18]. در این مطالعه بیماران قلبی و مسمومیت بیشترین علت ترخیص را احساس بهبودی ذکر کردند که می‌تواند ناشی از عدم آگاهی بیمار از روند درمان خود و نداشتن بینش صحیح از شرایط بالینی خود می-

بیمارستان‌های کاشان 10/3 درصد [19]، شیراز 9% [21]، قلب تهران 4/9 درصد [22]، در تحقیقی در استرالیا 1/3% [23]، در تحقیقی در آمریکا 1/44% [24] و در یک مطالعه دیگر در کلمبیا 16/1% ذکر شده است [8]. میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان نسبت به شهرهای دیگر بیشتر است. در این مطالعه یکی از علل ترخیص ادامه درمان در مرکز دیگر بود که به نظر می‌رسد استفاده از نیروهای متخصص در هر زمینه و فراهم کردن امکانات و تجهیزات درمانی و تشخیصی بیشتر، منجر به جلب اعتماد و رضایت بیشتر بیماران شود، البته کم بودن فاصله شهر رفسنجان به مرکز استان یعنی کرمان و استان یزد نیز می‌تواند مؤثر باشد.

از لحاظ فراوانی ترخیص با رضایت شخصی بین گروه جنسی زن و مرد در جامعه آماری مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری دیده نشد در حالی که در تحقیقات متعددی جنسیت مرد را به عنوان ریسک فاکتور ترخیص با رضایت شخصی بیان کرده‌اند [13-19-21-24] البته در مطالعه رود پیما و همکاران هم ارتباطی بین جنس زن و مرد و ترخیص با رضایت شخصی دیده نشده بود [17].

در پژوهش حاضر 62/2% افراد متأهل بودند در حالی که در یک تحقیق در بعضی مطالعات مجرد بودن را به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی بیان کرده‌اند [9-25]. در تحقیق وحدت در قزوین بیشتر افراد ترخیص شده با رضایت شخصی متأهل بودند (1) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارند البته در یک مطالعه دیگر رابطه‌ای با وضعیت تأهل دیده نشده است [26]. در مطالعات داخلی اکثراً جنسیت مذکر و تأهل را بر ترخیص با رضایت شخصی مؤثر دانستند که شاید به علت داشتن مسئولیت سرپرستی خانواده و یا تأمین مخارج زندگی بوده باشد.

میانگین سنی افراد تحت بررسی  $33/43 \pm 2/2$  سال بود که با مطالعات دیگر که بیشتر افراد ترخیص شده با رضایت شخصی جوان بودند [12-13-16-25-27]، همخوانی دارد و البته در مطالعه دیگری بیشتر افراد مسن بوده‌اند [28] شاید بتوان اینگونه توجیه کرد که گروه سنی جوان به علت شاغل بودن و نگرانی‌های شغلی و وابستگی به خانواده، ریسک

ذکر کرده‌اند. میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان مرادی بیشتر بود که به علت بستری بیماران در بخش روانپزشکی می‌باشد که مدت بستری آنها با توجه به روند درمان طولانی‌تر است. همچنین مدت زمان بستری در بخش اورژانس کمترین زمان را داشت. در بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) بیشترین علت رضایت شخصی، ادامه درمان در مرکز دیگر بود و شاید به علت این که بعضی بیماران نیازمند اقدامات جراحی سرپایی مثل بخیه زدن زخم به خصوص در ناحیه صورت هستند، اعتماد کافی به پرسنل پیدا نکرده و ترجیح می‌دهند فردی متخصص‌تر این کار را انجام دهد.

لازم به ذکر است از محدودیت‌های این مطالعه نقص در تکمیل علل ترخیص و همچنین ثبت اطلاعات کامل در زایشگاه نیک نفس بود.

**نتیجه‌گیری:** میزان ترخیص با رضایت شخصی نسبت به شهرهای دیگر و سایر کشورها بالا است و بیشترین دلیل آن اعتیاد و وابستگی به مواد و سپس احساس بهبودی است که این نیازمند توجه بیشتر مسئولان همچنین یک ارتباط قوی‌تر بین بیمار و پزشک که شرایط بالینی بیمار را برای وی آشکار کند و بیمار از روند درمان خودآگاهی لازم را داشته باشد، است.

#### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته شده از پایان نامه دانشجوی دانشکده پزشکی رفسنجان است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شده است. از همکاری صمیمانه پرسنل بیمارستان‌های علی‌ابن‌ابیطالب (ع)، زایشگاه نیک‌نفس و بیمارستان مرادی رفسنجان که با همکاری خود امکان انجام پژوهش را فراهم آوردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

باشد. به نظر می‌رسد افرادی که با شکایت مسمومیت مراجعه می‌کنند بعد از شستشوی معده با باور اینکه اثر ماده یا داروی مصرفی از بین رفته است احساس بهبودی کرده و رضایت به ترخیص می‌دهند. همچنین بیمارانی که با شکایات قلبی از جمله درد قفسه سینه به اورژانس مراجعه می‌کنند و بعد از دریافت مسکن و گرفتن نوار قلب در بدو ورود، در صورت طبیعی بودن نوار و تسکین درد در ساعات اولیه، با احساس بهبودی رضایت به ترخیص می‌دهند و ساعات بیشتری را در اورژانس نمی‌مانند. بدین سبب پزشکان و پرستاران باید بیماران را از روند درمان آگاه کنند و بیمار بایستی درک کند ساعتی را که بستری است و به ظاهر اقدامی انجام نمی‌شود در واقع جزو روند تشخیصی است.

در بیمارستان مرادی بیشترین میزان ترخیص با رضایت شخصی از بخش روانپزشکی (10/82%) بود که می‌تواند به خاطر طولانی شدن مدت بستری، با توجه به اینکه درمان بیماری‌های روانپزشکی نیازمند پروسه‌ای تدریجی است، باشد که بیمار و خانواده وی از این شرایط خسته شده و رضایت به ترخیص می‌دهند. تحقیقی در پاکستان میزان ترخیص از بخش روانپزشکی را 39% [13] و همچنین مطالعه‌ای در کاشان این میزان را 16/3 درصد گزارش نموده‌اند [19] در حالی که این میزان در بخش روانپزشکی در مطالعه حاضر 10/82% بود که کمتر از مطالعات فوق می‌باشد. البته در تحقیقی در تهران این مقدار 3% بود که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مورد علل ترخیص با رضایت شخصی در زایشگاه نیک‌نفس باید ذکر کرد که بیشتر بیماران به علت نزدیکی مسافت به شهرهای دیگر تمایل دارند که به آن شهرها مراجعه کنند که نیاز به بررسی دارد. مطالعات دیگر نیز بیشترین میزان ترخیص با رضایت شخصی را از بخش اورژانس

#### References

1. Vahdat S, Hesam S, Mehrabian F. Effective factors on patient discharge with own agreement in selected Therapeutic Training Centers of Ghazvin Shahid Rajaei 2011, 20(64): 47-52. [Persian]
2. Haidarpour P, Dastjerdi R, Rafiee S, Sadat SM, Mostofian F. Understanding the principles of clinical governance. 1st ed. Tehran: Tandis; 2012: 13-30. [Persian]
3. Gerbasi JB, Simon RI. Patients' rights and psychiatrists' duties: discharging patients against medical advice. Harvard review of psychiatry 2003;11(6):333-43.
4. Monico EP, Schwartz I. Leaving against medical advice: facing the issue in the emergency department. Journal of Healthcare Risk Management 2009;29(2):6-15.

5. Baptist AP, Warriar I, Arora R, Ager J, Massanari RM. Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: characteristics, reasons, and outcomes. *Journal of allergy and clinical immunology* 2007;119(4):924-9.
6. Fiscella K, Meldrum S, Barnett S. Hospital discharge against advice after myocardial infarction: deaths and readmissions. *The American journal of medicine* 2007;120(12):1047-53.
7. Reinke DA, Walker M, Boslaugh S, Hodge D. Predictors of pediatric emergency patients discharged against medical advice. *Clinical pediatrics* 2009;48(3):263-70.
8. 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.
9. Ding R, Jung JJ, Kirsch TD, Levy F, McCarthy ML. Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Academic Emergency Medicine* 2007;14(10):870-6.
10. Berger JT. Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations. *Journal of Hospital Medicine* 2008;3(5):403-8.
11. Onukwugha E, Mullins CD, Loh FE, Saunders E, Shaya FT, Weir MR. Readmissions after unauthorized discharges in the cardiovascular setting. *Medical care* 2011;49(2):215-24.
12. Glasgow JM, Vaughn-Sarrazin M, Kaboli PJ. Leaving against medical advice (AMA): risk of 30-day mortality and hospital readmission. *Journal of general internal medicine* 2010;25(9):926-9.
13. Hayat AA, Ahmed MM, Minhas FA. Patients leaving against medical advice: An inpatient psychiatric hospital-based study. *Journal of the College of Physicians & Surgeons Pakistan* 2013;23(5):342-6.
14. Duñó R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A. Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *General Hospital Psychiatry* 2003;25(1):46-50.
15. Onyiriuka AN. Pediatric discharge against medical advice: experience from a Nigerian secondary healthcare institution. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran* 2011;25(4):194-9.
16. Shirani F, Jalili M, Asl-e-Soleimani H. Discharge against medical advice from emergency department: results from a tertiary care hospital in Tehran, Iran. *European Journal of emergency medicine* 2010;17(6):318-21.
17. Roodpeyma SH, Hoseyni SAE. Discharge of children from hospital against medical advice. *World journal of pediatrics* 2010;6(4):353-6.
18. Jerrard DA, Chasm RM. Patients leaving against medical advice (AMA) from the emergency department-disease prevalence and willingness to return. *The Journal of emergency medicine* 2011;41(4):412-7.
19. Rangraz JF, Rangraz jeddi JM, 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(1): 33- 9.[persian]
20. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH, Amadife M-AU. Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakaliki, Southeastern Nigeria. *Journal of tropical pediatrics* 2009;55(1):39-41.
21. Kavosi Z, Hatam N, Hayati AH, Nemati J, Bayati M. Factors Affecting Discharge against Medical Advice in a Teaching Hospital in Shiraz, Iran. *Journal of Health Information Management* 2012;9(4):448-56[persian].
22. Manouchehri J, Goodarzynejad H, Khoshgoftar Z, Fathollahi MS, Abyaneh MA. Discharge against Medical Advice among Inpatients with Heart Disease in Iran. *The journal of Tehran Heart Center* 2012;7(2):72-7.
23. Yong T, Fok J, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson C, Li J. Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. *Internal medicine journal* 2013;43(7):798-802.

24. Ibrahim SA , Kwoh CK , Krishnan E .Factors Associated With Patients Who Leave Acute-Care Hospitals Against Medical Advice. American Journal of Public Health 2007; 97 ( 12): 2204-8.
25. Tawk R, Freels S, Mullner R. Associations of mental, and medical illnesses with against medical advice discharges: the national hospital discharge survey, 1988–2006. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 2013;40(2):124-32.
26. Tavallaei S, Asari Sh, Habibi M, Khodami H, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical active from psychiatric ward. Journal Mil Med 2006;8(1):24-30.[Persian]
27. Kim H, Colantonio A, Bayley M, Dawson D. Discharge against medical advice after traumatic brain injury: Is intentional injury a predictor? Journal of Trauma and Acute Care Surgery 2011;71(5):1219-25.
28. Windish DM, Ratanawongsa N. Providers' perceptions of relationships and professional roles when caring for patients who leave the hospital against medical advice. Journal of general internal medicine 2008;23(10):1698-707.



## Assessment of the Incidence and Reasons of Discharge Against Medical Advice in the Hospitals of Rafsanjan University of Medical Sciences in 2012-2013

Soleimani MR<sup>1</sup>, Kazemi M<sup>2\*</sup>, Vazirinejad R<sup>3</sup>, Ostadebrahimi H<sup>4</sup>, Auobipour N<sup>5</sup>

1- Assistant Professor in Ophthalmology, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2- Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, School of nursing & midwifery, Rafsanjan University Of Medical Science, Rafsanjan, Iran\* (Corresponding author) Email: [maj\\_kaz@yahoo.com](mailto:maj_kaz@yahoo.com) Tel:03434255900

3- Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University Of Medical Science, Rafsanjan, Iran

4 Assistant Professor of pediatrics , School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

5. Medical student, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Received: 9 September 2014

Accepted: 22 June 2015

**Introduction:** Discharge against medical advice or leaving the hospital before the due data, is a problem in the health systems. Patients who leave hospital against medical advice may be at risk of adverse health outcomes and readmission. In this study we examined reasons of discharge against medical advice (DAMA) in the teaching hospitals of Rafsanjan University of Medical Sciences in one years.

**Material and Methods:** This study is a descriptive –analytic study. The study sample consisted of all 7308 patient who were released upon their own desire. A check list was used to gather data and SPSS software and descriptive statistical methods were used for data analysis.

**Result:** DAMA rate was 11/24 percent in which 3658 (50/1%) patients were male and 62/2 % were married. The mean age of the patients was 33/43 ±2/2. There was no difference in the mean age in the genders at the hospitals. The most common reason was addiction (43%) and then improvement in the disease (32/7 %). 88/9% patients were admitted for less than 24 hours. The emergency ward had the highest DAMA.

**Conclusion:** In this study the DAMA rate was considered to be high and the most common reasons included patient's problems. Informing the patients about the treatment process can be a step towards reducing DAMA, particularly in the heart disease and poisoning patients.

**Keywords:** discharge against medical advice (DAMA), patient, hospital, Rafsanjan

---

### Please cite this article as follows:

Kazemi M, Vazirinejad R, Ostadebrahimi H, Auobipour N. Assessment of the incidence and reasons of discharge against medical advice in the hospitals of Rafsanjan University of Medical sciences in 2012-2013. Community Health journal 2014; 8(3): 64-72.

**Funding:** This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the Study.