REVIEW ARTICLE

A Systematic Review of the Underlying Drivers of Discharge Against Medical Advice in Iran

Ghasem Abedi[1]
Roya Malekzadeh[2]
Khalil Momeni[3]
Ehsan Amin Poor[4]

[1] Associate Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Public Health, Health Sciences Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
[4] MSc Student in Health Care Management, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 15, 2025; Accepted June 27, 2026)

Abstract

Background and purpose: Discharge Against Medical Advice (DAMA) is a major challenge for health systems, with significant adverse clinical, ethical, and economic outcomes. In Iran, numerous studies have examined this phenomenon; however, the available evidence is fragmented and seldom integrates the perspectives of both patients and healthcare providers. This study aimed to systematically review DAMA in Iran from the perspectives of patients and healthcare providers.

Materials and methods: This systematic review was conducted according to the PRISMA 2020 guidelines. A comprehensive search was performed across PubMed, Scopus, Web of Science, SID, and MagIran without any time restriction. The PubMed search formula was: ((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Against Medical Advice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt]). Boolean operators AND, OR, and NOT were applied. Quantitative, qualitative, and mixed-methods studies addressing DAMA in Iran were included. Study quality was assessed using the NOS, JBI, CASP, and MMAT assessment tools. Two independent reviewers extracted the data and synthesized the findings using a thematic approach.

Results: A total of 50 studies met the eligibility criteria, including 42 quantitative, 6 qualitative, and 2 mixed-methods studies, and were included in the review. Thematic synthesis revealed four main themes: (1) economic pressures and financial insecurity as the primary driver of DAMA; (2) communication breakdowns and the erosion of trust in patient-provider relationships; (3) negative emotional experiences during hospitalisation and attempts to regain personal agency; and (4) professional, ethical, and structural conflicts from the perspective of healthcare providers. Overall, the findings demonstrated that DAMA in Iran is a multidimensional and multifaceted phenomenon.

Conclusion: DAMA in Iran results from the interaction of individual, communicative, professional, and structural factors. Effective interventions require integrated strategies that simultaneously address patients' experiences, healthcare providers' challenges, and structural barriers to reduce the incidence of DAMA.

Keywords: Discharge against Medical Advice, DAMA, systematic review, patients, healthcare professionals, Iran

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (259): 281-296 (Persian).

Corresponding Author: Ehsan Amin Poor - Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
(E-mail: ehsan_amini94@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۹ مرداد سال ۱۴۰۵ (۲۹۶-۲۸۱)

مرور نظام‌مند پویایی‌های پنهان ترخیص بر خلاف توصیه پزشک در ایران

قاسم عابدی[۱]
رویا ملک زاده[۲]
خلیل مومنی[۳]
احسان امین پور[۴]

چکیده

سابقه و هدف: ترخیص بر خلاف توصیه پزشک (DAMA) یکی از چالش‌های عمده نظام‌های سلامت است که با پیامدهای نامطلوب بالینی، اخلاقی و اقتصادی همراه است. در ایران، مطالعات متعددی به این پدیده پرداخته‌اند؛ با این حال، شواهد موجود پراکنده بوده و به‌ندرت دیدگاه‌های بیماران و کارکنان نظام سلامت را به‌طور یکپارچه بررسی کرده‌اند. این مطالعه با هدف، مرور نظام‌مند DAMA در ایران از دیدگاه بیماران و کارکنان نظام سلامت، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مرور نظام‌مند، مطابق با PRISMA 2020 انجام شد. جستجوی جامع در PubMed، Scopus، Web of Science، SID و MagIran بدون محدودیت زمانی صورت گرفت. فرمول جستجوی PubMedشامل ((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Agains t MedicalAdvice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt])، بود. عملگرهای بولی AND، OR و NOT به کار رفتند. مطالعات کمی، کیفی و آمیخته مرتبط با DAMA در ایران وارد شدند. کیفیت مطالعات با ابزارهای NOS، JBI، CASP و MMAT ارزیابی گردید. دو داور مستقل داده‌ها را استخراج و با رویکرد تماتیک سنتز کردند.

یافته‌ها: در مجموع ۵۰ مطالعه (۴۲ کمی، ۶ کیفی، ۲ آمیخته) وارد مرور شدند. ترکیب تماتیک چهار تم اصلی، فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی به‌عنوان محرک اصلی DAMA، گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار–ارائه دهنده، تجربه‌های هیجانی منفی از بستری و تلاش برای باز پس‌گیری عاملیت و تعارض‌های حرفه‌ای، اخلاقی و ساختاری از دیدگاه کارکنان سلامت، را آشکار ساخت. یافته‌ها نشان داد که DAMA در ایران پدیده‌ای چند بعدی و چند صدایی است.

استنتاج: DAMA در ایران حاصل تعامل عوامل فردی، ارتباطی، حرفه‌ای و ساختاری است. مداخلات مؤثر نیازمند راهبردهای یکپارچه‌ای هستند که هم‌زمان به تجربه بیماران، چالش‌های کارکنان و اصلاحات ساختاری بپردازند.

واژه های کلیدی: ترخیص بر خلاف توصیه پزشک، DAMA، مرور نظام‌مند، بیماران، کارکنان نظام سلامت، ایران

مولف مسئول: احسان امین پور- ساری کیلومتر ۱۸ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت **E-mail:** ehsan_amini94@yahoo.com
۱. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، مرکز علوم تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، مرکز علوم تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۸/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۸/۲۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۴/۶

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

) پدیده‌ای پیچیده و چند وجهی زمانی رخ می دهد که بیمار علی رغم توصیه صریح پزشک به ادامه بستری، پیش از تکمیل فرایندهای تشخیصی یا درمانی پیشنهادی، بیمارستان را ترک می‌کند(۱، ۲). اگر چه DAMA اغلب به‌صورت رسمی از طریق امضای یک فرم رضایت نامه ثبت می‌شود، شواهد فزاینده‌ای نشان، می‌دهد که این موضوع بسیار فراتر از یک اقدام حقوقی یا اداری است؛ بلکه بازتابی از تعامل پویا میان عوامل بالینی، اخلاقی، سازمانی، اجتماعی و ارتباطی در درون نظام‌های سلامت است(۵ – ۳).

در سطح جهانی، DAMA همواره با پیامدهای نامطلوب برای بیمار، از جمله افزایش میزان بستری مجددِ برنامه‌ریزی نشده، افزایش مرگ‌ومیر کوتاه مدت و بلند مدت، گسست در تداوم مراقبت و تحمیل بار اقتصادی قابل توجه بر نظام‌های سلامت، همراه بوده است(۹ – ۶). مطالعات گروهی بزرگ در ایالات متحده، بریتانیا و دیگر کشورهای با درآمد بالا نشان داده‌اند بیمارانی که بر خلاف توصیه پزشک ترخیص می‌شوند، در مقایسه با بیمارانی که به‌صورت معمول ترخیص می‌گردند، با خطر به‌مراتب بیش‌تری برای بستری مجدد زود هنگام و مرگ روبه‌رو هستند(۶، ۷، ۹). مرورهای روایتی و مرورهای چتری نیز نشان می‌دهند که DAMA محدود به رشته‌های تخصصی خاصی نیست، بلکه طیفی از حوزه‌ها، از طب اورژانس و داخلی گرفته تا روان‌پزشکی، کودکان و خدمات جراحی را در بر می‌گیرد و بدین ترتیب بر ماهیت نظام‌مند این پدیده تأکید می‌کند(۱۰، ۱۱).

بخش اورژانس (ED) به‌عنوان بستری به‌ویژه پرخطر برای DAMA شناخته شده است که دلیل آن فشار زمانی، ازدحام، محدود بودن ارتباط میان بیمار و ارائه دهنده‌ی خدمت، و اضطراب عاطفیِ تشدید شده می باشد(۱۴ – ۱۲). بخش‌های روان‌پزشکی نیز بافت حساس دیگری را تشکیل می‌دهند که در آن DAMA با مسائلی مانند بینش بیمار، انگ اجتماعی، احساس اجبار و ظرفیت حقوقی تلاقی پیدا می‌کند و اغلب تنش‌های اخلاقی بین خودمختاری بیمار و مسئولیت حرفه‌ای را تشدید می‌نماید(۱۷ – ۱۵). فراتر از برخوردهای صرفاً بالینی، آسیب‌پذیری اجتماعی اقتصادی، نیازهای برآورده نشده‌ی سلامت، وضعیت بیمه‌ای و ناکارآمدی‌های نظام سلامت، بارها به‌عنوان عوامل مهمی معرفی شده‌اند که تصمیم بیماران برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی را شکل می‌دهند(۱۸، ۱۹).

در دهه‌ی گذشته، بدنه‌ی روبه‌رشدی از پژوهش‌های کیفی، تمرکز را از توصیف‌های صرفاً اپیدمیولوژیک، به سمت کاوش عمیق‌تر تجربه‌های زیسته و برداشت‌های پیرامون DAMA سوق داده است(۲۰،۲۱،۲۲). این مطالعات نشان می‌دهند بیماران غالباً DAMA را به‌عنوان ابراز خودمختاری، پاسخی به احساس بی‌توجهی یا ارتباط ضعیف، یا راهبردی برای مواجهه با فشارهای مالی، خانوادگی و اجتماعی تعبیر می‌کنند(۲۳، ۲۴). از منظر حرفه‌ای‌های سلامت، DAMA اغلب به‌صورت یک معضل اخلاقی و حرفه‌ای تجربه می‌شود (۲۵،۲۶). که با احساس ناامیدی، ترس از پیامدهای حقوقی و نگرانی در مورد ایمنی بیمار همراه است(۲۷، ۲۸). کاستی‌ها در ارتباط پرستار و بیمار و پزشک بیمار، مراقبت پرستاریِ از قلم افتاده، و همکاری بین‌حرفه‌ای ضعیف، به‌عنوان عوامل مؤثر و بحرانی در وقوع رویدادهای DAMA شناسایی شده‌اند(۲۴ – ۲۲).

در ایران، DAMA پدیده‌ای به‌ویژه برجسته، اما از نظر نظری کم‌تر پرداخته شده است. مطالعات تجربی انجام شده در بیمارستان‌های ایران، ناهمگونی قابل توجهی در میزان DAMAدر بخش‌های اورژانس، روان‌پزشکی و بخش‌های عمومی پزشکی نشان داده‌اند؛ به‌طوری‌که شیوع گزارش شده تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی، شدت بیماری، طول مدت بستری و ویژگی‌های نهادی قرار دارد(۱۲، ۱۴، ۲۵، ۲۶). مطالعات کیفی ایرانی نیز بر تفسیرهای فرهنگ محور ازDAMA تأکید کرده‌اند؛ از جمله برداشت‌هایی مانند تلقی ترخیص به‌عنوان یک حق قانونی، بی‌اعتمادی به روندهای مراقبتی، و نارضایتی از ارتباط و هماهنگی مراقبت هم‌زمان، ارائه دهندگان خدمات سلامت در ایران، DAMA را منبعی از فشار اخلاقی، ناکارآمدی سازمانی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

آسیب‌پذیری حرفه‌ای توصیف می‌کنند، به‌ویژه در محیط‌هایی که با محدودیت منابع مواجه‌اند(۱۷، ۲۱، ۲۷، ۲۸).

پژوهش‌های جهانی اخیر در زمینه‌ی فرایندهای ترخیص از بیمارستان، انتقال مراقبت و دیدگاه ذی‌نفعان، بینش‌های زمینه‌ای ارزشمندی را برای درک DAMA فراتر از انتخاب فردی بیمار فراهم می‌کنند. مطالعات انجام شده در اروپا، استرالیا، شرق آسیا و آمریکای شمالی، نقش محوری برنامه‌ریزی ساختار یافته‌ی ترخیص، ارتباط بین‌حرفه‌ای، و حمایت بیمار□محور را در کاهش ترخیص‌های ناایمن و بستری مجدد مورد تأکید قرار داده‌اند(۳۱–۲۹). با این حال، بخش عمده‌ی این ادبیات بر ترخیص‌های روتین یا مراقبت انتقالی تمرکز دارد نه به‌طور مشخص بر DAMA، و شواهد موجود از کشورهای با درآمد کم و متوسط همچنان محدود است(۳۲).

با وجود افزایش حجم پژوهش‌های ایرانی و بین‌المللی، شواهد موجود درباره‌ی DAMA همچنان پراکنده و گسسته است. مطالعات کمی غالباً بر شیوع و عوامل پیش‌بینی کننده تمرکز دارند، در حالی که پژوهش‌های کیفی عمدتاً یک گروه از ذی‌نفعان یا یک محیط بالینی مجزا را در کانون توجه قرار می‌دهند. افزون بر این، تاکنون هیچ مرور سیستماتیکی که شواهد مربوط به DAMA در ایران را از منظر چند ذی‌نفعی شامل بیماران و حرفه‌ای‌های سلامت ــ یک جا ترکیب کند و هم‌زمان یافته‌های ملی را در بستر ادبیات بین‌المللی گسترده‌تر قرار دهد، انجام نشده است

بنابراین، مرور نظام‌مند حاضر با هدف سنتز انتقادی شواهد کمی و کیفی موجود درباره‌ی ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در ایران، با تأکید ویژه بر دیدگاه‌های بیماران و حرفه‌ای‌های سلامت، انجام شده است. این مرور، با ادغام الگوهای اپیدمیولوژیک، تجربه‌های زیسته، ملاحظات اخلاقی و عوامل سازمانی، در پی ارائه‌ی درکی ظریف، چند لایه و حساس به زمینه از DAMA در ایران است و تلاش می‌کند شکاف‌های دانشی را که می‌توانند سیاست‌گذاری، عمل بالینی و پژوهش‌های آینده را جهت‌دهی کنند، شناسایی نماید.

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه

این پژوهش به‌صورت یک مرور نظام‌مند بر مطالعات کمی، کیفی و روش‌های آمیخته درباره‌ی ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران طراحی شد. این مرور مطابق با دستورالعمل‌های «گزیده‌های گزارش‌دهی ترجیحی برای مرورهای نظام‌مند و متاآنالیز 2020 (PRISMA) » انجام شد که چارچوبی استاندارد برای گزارش‌دهی شفاف مرورهای نظام‌مند فراهم می‌کند.

راهبرد جستجو

جستجوی جامع در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus و Web of Science و پایگاه‌های ایرانی SID و MagIran بدون محدودیت زمانی تا تاریخ فروردین ۱۴۰۴ انجام شد. عملگرهای بولی شامل AND، OR و NOT به کار رفتند. محدودیت زبان به فارسی و انگلیسی اعمال شد.

فرمول کامل جستجو در PubMed به صورت زیر بود.

((("Discharge Against Medical Advice"[Mesh]) OR ("Against Medical Advice"[tiab]) OR ("DAMA"[tiab]) OR ("Self Discharge"[tiab]) OR ("Leave Against Medical Advice"[tiab])) AND ("Iran"[Mesh] OR "Iran"[tiab])) NOT ("Editorial"[pt] OR "Letter"[pt] OR "Comment"[pt])

فرمول مشابه با کلید واژه‌های معادل فارسی شامل «ترخیص بر خلاف توصیه پزشک »، «DAMA»، «ترخیص زود هنگام» و «ایران» در پایگاه‌های فارسی استفاده شد.

معیارهای ورود

مطالعات در صورت داشتن معیارهای، در ایران انجام شده بودند، به ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در میان بیماران بستری پرداخته بودند، دیدگاه‌های بیمار، خانواده، متخصص مراقبت سلامت یا نظام سلامت را بررسی کرده بودند و از طرح‌های کمی، کیفی یا روش‌های آمیخته استفاده کرده بودند، وارد مرور شدند. مطالعاتی که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

چکیده‌ی همایش بدون متن کامل بودند، سرمقاله‌ها، تفسیرها، نامه‌ها به سردبیر، یا مطالعاتی که ارتباط مستقیمی با DAMA نداشتند، از مرور حذف شدند.

انتخاب مطالعه

تمام سوابق بازیابی شده در یک نرم‌افزار مدیریت منابع وارد شد و سوابق تکراری حذف گردید. عناوین و چکیده‌ها توسط دست‌کم دو داور به‌طور مستقل از نظر ارتباط موضوعی غربال شدند، و پس از آن، متن کامل مطالعاتِ بالقوه واجد شرایط بر اساس معیارهای از پیش تعریف شده‌ی ورود و خروج، ارزیابی شد. اختلاف‌ها در فرایند انتخاب از طریق بحث و رسیدن به اجماع برطرف شد و در صورت لزوم، داور سومی نیز مورد مشورت قرار گرفت. فرایند انتخاب مطالعه در نمودار جریان PRISMA 2020 نشان داده شده است (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: نمودار جریان PRISMA 2020 برای فرایند انتخاب مطالعات

استخراج داده‌ها

داده‌ها با استفاده از یک فرم استاندارد استخراج داده که برای این مرور تدوین شده بود، استخراج شد. اطلاعات استخراج شده شامل نام نویسنده (گان)، سال انتشار، محل انجام مطالعه، طرح مطالعه، جمعیت مطالعه و حجم نمونه، دیدگاه (بیماران، متخصصان مراقبت سلامت، خانواده‌ها، یا ذی‌نفعان در سطح نظام) و یافته‌های کلیدی مرتبط با DAMA بود. استخراج داده‌ها به‌طور مستقل توسط دو داور انجام شد و مغایرت‌ها از طریق مقایسه و اجماع برطرف شد.

ارزیابی کیفیت

کیفیت روش شناختی مطالعات وارد شده با استفاده از ابزارهای استاندارد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است، ارزیابی شد. دو داور به‌طور مستقل هر مطالعه را ارزیابی کردند و اختلافات از طریق بحث و رسیدن به اجماع برطرف شد.

جدول شماره ۱: ابزارهای استاندارد برای ارزیابی کیفیت روش شناختی مطالعات

ابزار ارزیابی	نوع مطالعه
ابزار نیوکاسل-اوتاوا (Newcastle-Ottawa Scale – NOS)	مطالعات کوهورت و مورد-شاهدی کمی
JBI Checklist	مطالعات مقطعی کمی
CASP (نسخه ۲۰۱۸)	مطالعات کیفی
MMAT (نسخه ۲۰۱۸)	مطالعات آمیخته

ترکیب داده‌ها

با توجه به ناهمگونی طرح‌های مطالعه، جمعیت‌ها و معیارهای پیامد، انجام متاآنالیز امکان‌پذیر نبود. بنابراین، یافته‌ها با استفاده از رویکرد سنتز روایتی و موضوعی ترکیب شدند. نتایج کمی به‌صورت توصیفی خلاصه گردید، در حالی که یافته‌های کیفی به‌صورت موضوعی تحلیل شدند، تا الگوهای تکرار شونده، معانی و پویایی‌های زیربنایی مرتبط باDAMA در میان دیدگاه‌های مختلف ذی‌نفعان شناسایی شود.

یافته‌ها

انتخاب مطالعات

جست‌وجوی اولیه در پایگاه‌های داده، در مجموع ۷۴۰ رکورد را شناسایی کرد. پس از حذف موارد تکراری و غربالگری عناوین و چکیده‌ها، ۱۸۷ مقاله برای ارزیابی تمام متن از نظر واجد شرایط بودن بررسی شدند. در نهایت، ۵۰ مطالعه معیارهای ورود را داشتند و در این مرور نظام‌مند گنجانده شدند. فرایند انتخاب

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

مطالعات مطابق با راهنمای PRISMA 2020 دنبال شد و در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است.

ویژگی‌های مطالعات وارد شده

مطالعات وارد شده شامل پژوهش‌های کمی، کیفی و روش‌های آمیخته بودند که در بیمارستان‌های آموزشی، دولتی و خصوصی در مناطق مختلف ایران انجام شده بودند. این مطالعات، دیدگاه‌های بیماران، اعضای خانواده و متخصصان مراقبت سلامت، از جمله پزشکان، پرستاران و مدیران بیمارستان را درباره ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) بررسی کرده‌اند. خلاصه‌ای از ویژگی‌های کلیدی مطالعات واردشده در جدول شماره ۲، ارائه شده است.

سنتز تماتیک

سنتز تماتیک نشان داد که ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی در ایران پدیده‌ای چند بُعدی و چند صدایی است. چهار تم اصلی شناسایی شد.

۱. فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی

هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مراقبت سلامت، پوشش بیمه‌ای ناکافی، و نگرانی از پیامدهای مالی ناشی از تداوم بستری در بیمارستان، به‌طور مستمر به‌عنوان محرک‌های اصلی DAMA گزارش شدند.

۲. گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار–ارائه دهنده خدمت

ارتباط ناکارآمد، درک بیماران از نادیده گرفته شدن نگرانی‌هایشان، و مشارکت محدود آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های بالینی، به‌طور چشمگیری بر تصمیم بیماران برای ترک زودهنگام بیمارستان تأثیر گذاشت.

۳. تجربه‌های هیجانی منفی از بستری و تلاش برای بازپس‌گیری عاملیت

احساس درماندگی، اضطراب، از دست دادن خودمختاری، و رنج هیجانی در طول دوره بستری موجب شد بیماران، ترخیص زودهنگام را به‌عنوان راهی برای بازگرداندن کنترل شخصی و عاملیت خود جست‌وجو کنند.

۴. تعارض‌های حرفه‌ای، اخلاقی و ساختاری از منظر ارائه دهندگان خدمت

متخصصان مراقبت سلامت، DAMA را پیامدی از محدودیت‌های نظام‌مند، بار کاری سنگین، معضلات اخلاقی، و ظرفیت محدود برای پاسخ‌گویی به نیازهای پیچیده پزشکی و روان اجتماعی بیماران توصیف کردند.

به‌طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که DAMA در ایران صرفاً یک تصمیم فردیِ بیمار نیست، بلکه نتیجه برهم‌کنش‌های پیچیده میان عوامل فردی، ارتباطی، حرفه‌ای و ساختاری است.

بحث

این مرور نظام‌مند، شواهد کمی و کیفی مربوط به ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران را از منظر بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت تلفیق کرد. یافته‌ها نشان می‌دهند که DAMA پدیده‌ای چند بُعدی است که به‌واسطه برهم‌کنش میان عوامل اقتصادی، ارتباطی، هیجانی، حرفه‌ای و ساختاری شکل می‌گیرد. DAMA نه یک عمل ساده عدم تبعیت، و نه یک رویداد حقوقیِ منفرد است؛ بلکه فرایندی مذاکره شده و اغلب محل مناقشه است که در آن بیماران، خانواده‌ها و ارائه دهندگان خدمت در دل نظام سلامت، میان اولویت‌ها، محدودیت‌ها و انتظاراتِ متعارض حرکت می‌کنند و آن‌ها را مدیریت می‌کنند. به عبارتی یافته‌های این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که ترخیص برخلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران پدیده‌ای چند وجهی است که از تعامل عوامل فردی، اقتصادی، ارتباطی و ساختاری ناشی می‌شود. علیرغم تفاوت‌های زمینه‌ای، این الگو با شواهد گزارش شده در ادبیات جهانی مطابقت نزدیک دارد(۳۳ - ۶).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۲: ویژگی‌های مطالعات وارد شده درباره ترخیص بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA) در ایران

یافته های کلیدی	دیدگاه	جمعیت/حجم نمونه	طرح مطالعه	مکان مطالعه	سال	نویسندگان	شماره مرجع
DAMAبه عنوان حق قانونی و شکلی از خود تعیینی درک شد.	بیمار	بیماران	کیفی	ایران	۲۰۲۲	متعارفی و همکاران (۱).	۱
۴ تم اصلی: ویژگی‌های تجربه، پاسخ به تجربه آسیب‌زا، محرومیت و سردرگمی (شامل ۱۹ زیرتم). بیماران تجربیات متنوعی از جمله ترس، انگ اجتماعی، احساس گناه، طردشدگی و اختلال در نقش‌های اجتماعی را گزارش کردند.	بیمار	بیماران کووید	کیفی	قزوین	۲۰۲۱	مرادی و همکاران(۲).	۲
تجربه خانواده‌های قربانیان کووید-۱۹ شامل ۵ تم اصلی: شوک اولیه، ترس و اضطراب، انگ اجتماعی، مشکلات اقتصادی و تاب‌آوری	خانواده ها	بیماران کووید	کیفی	تهران	۲۰۲۲	یوسفی و همکاران(۳).	۳
کیفیت ترخیص بیمارستان از دیدگاه ذی‌نفعان در ایران	ذینفعان نظام سلامت	ذینفعان نظام سلامت	مطالعه موردی	ایران	۲۰۲۵	بهزادی نژاد و همکاران(۴).	۴
نرخ DAMA و علل آن در بیمارستان‌های مازندران. علل شامل: احساس بهبودی، مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات	بیمار	بیماران	مقطعی	مازندران	۲۰۱۴	کریمی صاب و همکاران(۵).	۵
DAMAبه عنوان تعارض اخلاقی بین خودمختاری و سودمندی مطرح شد.	بیمار	بیماران اورژانس	تحلیل اخلاقی و مقطعی	ایران (اورژانس ها)	۲۰۱۴	حلوایی و همکاران (۱۳).	۶
احساس درمان و بهبودی کامل و تمایل به درمان در خانه DAMA را افزایش داد	بیمار	۱۲۵ بیمار بستری	مقطعی	تهران	۱۴۰۲	شیرمحمدی و همکاران(۱۴).	۷
شدت بیماری و بینش با میزان DAMA مرتبط بود.	بیمار	بیماران روانپزشکی	مقطعی	ایران	۲۰۲۴	ثریا و همکاران(۱۵).	۸
روند بلند مدت نشان داد که نرخ DAMA پایدار با مسائل سیستمی مرتبط است.	بیمار	بیماران روانپزشکی (ده ساله)	گذشته نگر	ایران	۲۰۲۱	ابن حسینی و همکاران(۱۶).	۹
حدود ۱۷٪ از پاسخ‌دهندگان (۲۲۱۷ نفر) نیاز برآورده‌نشده به خدمات سرپایی داشتند. عوامل مرتبط: نیاز بالای سرپایی، تحصیلات پایین، اقتصاد پایین، بیمه تکمیلی، بیمه پایه، شاغل بودن و گروه‌های سنی مختلف. دلایل اصلی: دسترسی (۴۰٪)، مسئولیت‌پذیری (۷۸٪)، پذیرش (۱۳٪) و در دسترس بودن) ۴٪(	جامعه عمومی	۱۳۰۰۵ (۱۵ سال و بالاتر)	مقطعی	ایران	۲۰۲۱	واحدی و همکاران (۱۷)	۱۰
DAMAبا وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نارضایتی از مراقبت های ارائه شده ارتباط داشت.	بیمار	بیمارستان های آموزشی	مطالعه موردی	ایران	۲۰۱۸	رنجبر عزت آبادی و همکاران(۱۸).	۱۱
DAMAریشه در بی اعتمادی، ترس و انتظارات برآورده نشده دارد.	بیمار	بیماران	پدیدار شناسانه	تبریز	۲۰۲۴	عزیز زاده و پور رنجبر(۱۹).	۱۲
ارتباطات ضعیف و انتظارات برآورده نشده باعث افزایش DAMA شده است.	بیمار	بیماران بستری	توصیفی	شیراز	۲۰۱۸	شفقت و همکاران(۲۰).	۱۳
طرح تحول سلامت نرخ DAMA را کاهش داد.	مرکز ارائه خدمت	سوابق بیمارستان	سری زمانی –وقفه ای	ایران	۲۰۲۵	تقی زاده و همکاران(۲۱).	۱۴
ارتباط پرستار-بیمار و رضایت بیمار از مراقبت پرستاری	بیمار سلامت	بیماران	مقطعی	ایران	۱۴۰۱	لطفی و همکاران(۲۲).	۱۵
مراقبت‌های پرستاری از قلم‌افتاده در بیمارستان‌های ایران و عوامل مرتبط با آن	پرستاران	پرستاران	مقطعی	ایران	۲۰۲۰	چگینی و همکاران(۲۳).	۱۶
نرخ DAMA ۴/۸ درصد، عوامل: عدم همراه، مشکلات ترابری، هزینه و عوامل ارتباطی	بیمار	بیماران	مرور نظامند	ایران	۱۳۹۸	ایوب زاده و همکاران(۲۴).	۱۷
تم اصلی: شکاف بین انتظار و واقعیت در مراقبت بیمارستانی	پرستاران	پرستاران	مقطعی	ایران	۲۰۱۹	پاکپور و همکاران(۲۵).	۱۸
فشارهای مالی و خانوادگی غالب بودند.	بیمار	بیماران بستری	مقطعی	مشهد	۲۰۱۷	وجدانی و مولوی طالقانی(۲۶).	۱۹
محدودیت های اقتصادی، تسکین علائم و زمان انتظار طولانی باعث DAMA شدند.	بیمار	بیماران اورژانس	مطالعه موردی	ایران (اورژانس ها)	۲۰۱۳	نوحی و همکاران(۴۸).	۲۰
DAMAبا سن کم‌تر و نگرانی های مالی مرتبط بود.	بیمار	بیماران بستری قلبی	مقطعی	ایران	۲۰۱۲	منوچهری و همکاران (۴۹).	۲۱
زمان انتظار طولانی و بهبودی بالینی درک شده DAMA را پیش بینی کرد.	بیمار	بیماران بستری اورژانس	مقطعی	تهران	۲۰۱۰	شیرانی و همکاران(۵۰).	۲۲
DAMAدر جوانان، مردها و مسائل مالی بیش‌تر مشاهده شد.	بیمار	بیماران بستری	مقطعی	ایران	۲۰۱۷	اشرفی و همکاران(۵۱).	۲۳
۶ طبقه اصلی: اصرار بیمار، دلتنگی، احساس بهبودی، نگرانی مالی، نارضایتی از مراقبت، نگرانی از عواقب بستری	بیمار و خانواده	بیماران و خانواده بیماران	کیفی (تحلیل محتوای استقرایی)	تهران	۲۰۲۲	علیدوست و همکاران (۵۲).	۲۴
DAMAبا سن، جنسیت و هزینه های درمان ارتباط داشت	بیمار	بیماران سی سی یو	مقطعی	آذربایجان شرقی	۲۰۱۸	اقدس اعظمی و همکاران(۵۳).	۲۵
نرخ DAMA در جوانان بیش‌تر بود.	بیمار	بیماران سالمند در مقابل جوانترها	مقطع مقایسه ای	کاشان	۲۰۱۶	کوگایی بیدگلی و همکاران(۵۴).	۲۶
مسائل مالی و نارضایتی از مراقبت ها کلیدی بودند.	بیمار	بیماران بستری	توصیفی	گچساران	۲۰۱۸	روانی پور و همکاران(۵۵).	۲۷
ازدحام و بهبودی درک شده DAMA را پیشینی کرد.	بیمار	بیماران اورژانس	مقطعی	ایران (اورژانس ها)	۲۰۲۲	مایل افشار و همکاران(۵۶).	۲۸
سختی اقتصادی و نیازهای خانواده باعث DAMA شد.	بیمار	بیماران اورژانس	مقطعی	رفسنجان	۲۰۱۹	اسماعیلی رنجبر و همکاران(۵۷).	۲۹
نارضایتی و عدم وجود اطلاعات DAMA را پیش بینی کرد.	بیمار	بیماران تازه ترخیص شده	نظرسنجی تلفنی	ایران	۲۰۲۴	حیدری و همکاران(۵۸).	۳۰
ترس از ابتلا، انگ اجتماعی و عدم اعتماد به سیستم درمانی	بیمار	۲۲ بیمار کووید-۱۹	کیفی	ایران	۲۰۲۲	اردکانی و همکاران(۶۰).	۳۱
نرخ DAMA ۸/۶ عوامل سطح بیمار (سن، بیمه، نوع بیماری) و سطح پزشک (تخصص، جنسیت، تجربه)	بیمار و پزشک	۱۶۰۷۱ بیمار و ۱۳۷ پزشک	مقطعی	شمال غرب ایران	۲۰۲۴	طالب پور و همکاران(۶۱).	۳۲
نرخ DAMA ۱۲/۸ . دلایل اصلی: نارضایتی از مشاهده شدن در اورژانس، احساس بهبودی، تشویق کارکنان به ترخیص	بیمار	بیماران اورژانس	مقطعی	تهران	۲۰۱۶	حدادی و همکاران(۶۲).	۳۳
استرس مالی و پیش آگهی ضعیف بر DAMA تاثیر گذاشت.	خانواده	خانواده نوزادان	مقطعی	ایران (NICU)	۲۰۲۳	مهدی پور و همکاران(۶۳)	۳۴
نرخ DAMA ۷/۵ درصد، دلایل: مشکلات مالی ۴۲ درصد، نارضایتی از خدمات ۲۸ درصد	بیمار	۵۵۰ بیمار بخش داخلی	مقطعی	تهران	۱۳۹۷	اشرفی و همکاران(۶۴).	۳۵
۶۷٪ مذکر. دلایل شایع: خستگی از محیط ، مشکلات شغلی وابستگی به خانواده، بهبودی نسبی درک شده	بیمار	۱۵۶ مورد	مقطعی	یزد	۲۰۲۶	سالاری خواه و همکاران(۶۵).	۳۶
نرخ :DAMA۴/۷۵ درصد. از کل بیماران اورژانس (۳۵۲ نفر از ۷۴۱۱ بیمار). بیشترین علت: نداشتن تمایل به ادامه درمان بهبود حال عمومی ، ادامه درمان در بخش خصوصی. اکثر بیماران مذکر متاهل و با اقامت کمتر از یک روز بودند.	بیمار	۱۱۹۰ بیمار	مقطعی	رشت	۲۰۲۰	محمدی کجیدی و همکاران(۶۶).	۳۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

عوامل بیمارستانی: محیط آموزشی)، رفتار نامناسب کادر، ازدحام. عوامل بیمار: تمایل به درمان در خانه احساس بهبودی نسبی	زنان باردار	۱۶۸ زن باردار و ۱۹۱ شاهد	مورد شاهدی	سیستان و بلوچستان	۲۰۱۶	طباطبایی و همکاران(۶۷).	۳۸
نرخ DAMA٪ ۵۷٪ ۶۹/۳٪ مذکر. علت اصلی: دلایل شخصی و اصرار بیمار	بیمار	بیماران بستری	توصیفی-تحلیلی	کردستان	۲۰۲۵	شمس، علیزاده و همکاران(۶۸).	۳۹
نرخ DAMA در میان قربانیان تصادفات ۱۷/۷٪ بود. شایع‌ترین دلیل ترخیص با رضایت شخصی، مشکلات درمانی (۲۳/۰۸٪) و سپس مسائل مربوط به بستری بود. ۴۶/۱۵٪ از بیماران هر چهار دسته دلیل (شخصی، درمانی، بیمارستانی و اجتماعی) را ذکر کردند.	بیمار	۱۴۷ نفر	توصیفی – مقطعی	تهران	۲۰۱۸	پورآقا و همکاران(۶۹).	۴۰
بی اعتمادی به کادر درمان	(والدین، پرستاران، پزشکان)	۲۹مصاحبه عمیق	کیفی	تهران	۲۰۱۸	یگجاتی و همکاران(۷۰).	۴۱
نرخ DAMA بسیار متفاوت بود: مشکلات مالی و نارضایتی از علل بودند.	بیمار	مطالعه ۲۷ مقاله ایرانی	مرور نظامند و متاآنالیز	ایران	۲۰۱۵	محسنی و همکاران(۷۱).	۴۲
نرخ DAMA ۵/۴ درصد، عوامل: نگرانی مالی، ترس از جراحی، حمایت خانوادگی ناکافی	بیمار	۴۰۰ بیمار جراحی قلب	مقطعی	همدان	۲۰۱۹	ملکی جاماسبی و همکاران(۷۲).	۴۳
انگ، عدم بینش و فشار خانواده بر میزان DAMA تاثیر داشت.	بیمار	بیماران روانپزشکی	مقطعی	ساری	۱۳۹۷	ستاره و همکاران(۷۳).	۴۴
نرخ :DAMA۳۶/۳ درصد. از بیماران اورژانس (۶۹۹۳ از ۱۹۳۱۳). میانگین سنی: ۳۸/۱۹ سال. ۵۷٪ مذکر. عوامل مرتبط: جوان بودن، متأهل بودن، فقدان بیمه، ملیت ایرانی، روستایی بودن، سکونت در مشهد، طول مدت اقامت، شیفت/روز/ماه/فصل پذیرش. نرخ نهایی DAMA ۳/۴۹ درصد گزارش شده است.	بیمار	بیماران اورژانس	مقطعی	مشهد	۲۰۱۸	میرزا خانی و همکاران (۷۴).	۴۵
شایع‌ترین علت :DAMA حساس بهبودی کامل ۴۵/۴ درصد و کم‌ترین علت: مشکلات مالی (۱/۳ ٪). ارتباط معنی‌دار بین DAMA و جنسیت و سن بیماران (.(P<0.001 پیشنهاد: مشاوره اجباری با مدد کار اجتماعی قبل از ترخیص برای آگاه‌سازی بیماران از عوارض DAMA.	بیمار	۲۶۰۱ بیمار DAMA	مقطعی	تهران	۲۰۱۳	بهادوری و همکاران (۷۵).	۴۶
نرخ :DAMA۱۱/۱ درصد. مهم‌ترین دلایل: مشکلات بیمه (۳۰٪)، ارتباط ضعیف با کادر درمان، نارضایتی از مراقبت (۱۵/۷٪)، رفتار نامناسب کارکنان، امکانات نامناسب اورژانس. بیشترین ترخیص در شیفت عصر و شیوه.	بیمار	۱۴۰ بیمار	مقطعی	سمنان	۲۰۲۴	یاراحمدی و همکاران(۷۶).	۴۷
نرخ کلی :DAMA/۹٪. ارتباط معنی‌دار بین DAMA و وضعیت بیمه سلامت، بخش بیمارستان و نوع بیماری. بیماران اورژانس و بیماران بدون بیمه بیشتر در معرض DAMA بودند. این مطالعه DAMA را به عنوان یکی از شاخص‌های نارضایتی بیماران معرفی کرده است.	بیمار	۹۴۶۳ پرونده بیماران	گذشته‌نگر (مورد – شاهدی)	شیراز	۲۰۱۲	کاووسی و همکاران (۷۷).	۴۸
نرخ DAMA در کاشان حدود ۱۰٪ گزارش شده است. کیفیت "افشای اطلاعات" در فرآیند رضایت آگاهانه در سطح متوسط ارزیابی شد، اما سایر ابعاد مانند درک بیمار، اختیار و رابطه با ارائه‌دهنده نسبتاً خوب بودند. بیمارانی که قبل از شروع درمان، درمان را رد کرده بودند، کیفیت پایین‌تری در دریافت اطلاعات گزارش کردند.	بیمار	۲۸۴ بیمار	مقطعی	اصفهان	۲۰۱۵	فرزندی پور و همکاران (۷۸)	۴۹
نرخ :DAMA۵/۱۹ درصد. در بخش‌های بستری و ۱۰/۶۱ درصد در بخش سرپایی. ۵۵٪ دلایل مرتبط با بیمار و ۴۵٪ مرتبط با بیمارستان بود.	بیمار	۴۸۳ بیمار بستری و ۳۸۲ بیمار سرپایی	مقطعی توصیفی	کرمان	۲۰۱۳	خراسانی زاده و همکاران (۷۹)	۵۰

مقایسه با شواهد بین‌المللی

مطالعات بین‌المللی به طور مداوم نشان می‌دهند که DAMA با پیامدهای نامطلوب، از جمله افزایش نرخ پذیرش مجدد، افزایش مرگ و میر و هزینه‌های بیش‌تر مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است(۳۴-۸). اگر چه بسیاری از مطالعات ایرانی به طور مستقیم پیامدهای بالینی را ارزیابی نکردند، عوامل محرک گزارش شده، به ویژه فشار مالی و نارضایتی از مراقبت با مسیرهای علّی شناسایی شده در تحقیقات بین‌المللی را منعکس می‌کنند(۲۹، ۳۵).

محدودیت‌های اقتصادی و نابرابری‌های سلامت

این مرور نشان می‌دهد که در ایران فشارهای اقتصادی و ناامنی مالی، در سراسر محیط‌های بیمارستانی متنوع، به‌طور مداوم به‌عنوان محرک‌های مرکزی DAMA شناسایی شدند. هزینه‌های مستقیم بستری در بیمارستان، پرداخت از جیب برای اقدامات تشخیصی و درمانی، و هزینه‌های غیرمستقیم مانند از دست دادن درآمد و مسئولیت‌های مراقبتی در خانه، همگی در تصمیم بیماران و خانواده‌ها برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی نقش داشتند. این یافته‌ها با ادبیات بین‌المللی همسو است که نشان می‌دهد تنگنای مالی و ناکافی بودن بیمه سلامت، از تعیین کننده‌های کلیدی DAMA هستند، در سطح جهانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین، عدم پوشش بیمه و هزینه‌های غیرمنتظره مراقبت‌های بهداشتی از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های DAMA هستند(۳۶-۹). به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط که ساختارهای تأمین مالی سلامت، بار قابل توجهی را بر دوش خانوارها می‌گذارند(۳۷، ۳۸). در زمینه ایران، با وجود تلاش‌ها برای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

گسترش پوشش بیمه، همچنان شکاف‌هایی در «عمق» و «گستره» حمایت مالی وجود دارد؛ به‌خصوص برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر و افرادی که به مراقبت‌های تخصصی یا طولانی مدت نیاز دارند.

ارتباط، اعتماد و تجربه بیمار

گسست‌های ارتباطی و فرسایش اعتماد در روابط بیمار با ارائه دهنده خدمت، به‌عنوان تم بحرانی دیگری پدیدار شد. بسیاری از بیماران این‌گونه برداشت می‌کردند که سؤالات، نگرانی‌ها و ترجیحات آن‌ها به‌قدر کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد و این امر به احساس به‌حاشیه رانده شدن و نارضایتی از مراقبت منجر می‌شد(۳۹). در مقابل، ارائه دهندگان خدمت، محدودیت زمانی، بار کاری سنگین و فشارهای سازمانی را موانع اصلی بر سر راه ارتباط مؤثر و تصمیم‌گیری مشترک می‌دانستند. این پویایی‌ها بازتاب شواهد جهانی است که نشان می‌دهد ارتباط ضعیف و نبود مشارکت بیمار در تصمیم‌های بالینی با DAMA، کاهش پایبندی به درمان و تجربه‌های منفی از مراقبت مرتبط است و بر نقش مرکزی ارتباط پزشک با بیمار و تصمیم‌گیری مشترک در پیشگیری از DAMA تأکید دارند(۳۹، ۴۰). در ایران، فرهنگ‌های سازمانی سلسله مراتبی و الگوهای سنتی اقتدار پزشکی ممکن است تلاش‌ها برای ترویج ارتباط مشارکتی و بیمار محور را پیچیده‌تر کنند.

به طور مشابه، یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که ارائه اطلاعات ناکافی، بی‌اعتمادی و بی‌توجهی درک شده توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به تجربیات عاطفی منفی کمک کرده و DAMA را تسریع می‌کند. این مشاهدات با مدل‌های مراقبت بیمار-محور که به طور گسترده در ادبیات مراقبت‌های بهداشتی غربی مورد بحث قرار گرفته‌اند، همخوانی دارد(۱۱، ۴۱).

مرور حاضر همچنین نقش تجربه‌های هیجانی منفی در طول بستری مانند ترس، اضطراب، از دست دادن خودمختاری و احساس فقدان کرامت را در سوق دادن بیماران به سوی DAMA برجسته می‌کند. بیماران اغلب ترخیص زود هنگام را راهی برای بازپس‌گیری کنترل بر بدن و زندگی خود تفسیر می‌کردند، به‌ویژه در مواردی که احساس می‌کردند به‌واسطه روال‌های نهادی، محدودیت‌های ملاقات یا اقدامات تهاجمی، از قدرت تصمیم‌گیری تهی شده‌اند. این موضوع با مطالعات کیفی در سایر محیط‌ها هم‌خوان است؛ مطالعاتی که DAMA را به‌مثابه بیانِ مقاومت یا خودحفاظتی در برابر تهدیدهای ادراک شده نسبت به هویت، خودمختاری یا ارزش‌های فرهنگی توصیف می‌کنند(۳۸، ۳۹). برای بیماران و خانواده‌های ایرانی، هنجارهای گسترده جامعه در حوزه حمایت خانوادگی، نقش‌های جنسیتی و انتظارات از مراقبت می‌توانند شکل تجربه و چگونگی مذاکره بر سر بستری در بیمارستان را تعیین کنند.

ترخیص برخلاف توصیه پزشک به عنوان یک تنش اخلاقی

در گفتمان جهانی زیست اخلاقی، DAMA اغلب به عنوان تنشی بین خودمختاری بیمار و اصل سودمندی قاب‌بندی می‌شود(۳۱، ۴۲). از منظر متخصصان مراقبت سلامت، DAMA اغلب با تنش‌های اخلاقی و حرفه‌ای همراه بود. ارائه دهندگان خدمت از احساس ناامیدی، رنج اخلاقی و نگرانی از پیامدهای حقوقیِ احتمالی هنگام تصمیم بیماران برای ترک بیمارستان بر خلاف توصیه پزشکی گزارش دادند. مسائل نظام‌مند از جمله کمبود نیروی انسانی، ناکافی بودن خدمات حمایت روان اجتماعی و نبود پروتکل‌های مؤثر در سطح مؤسسه برای مدیریت DAMA، عواملی تلقی شدند که این چالش‌ها را تشدید می‌کنند. این یافته‌ها ضرورت مداخلات سازمانی و سطح سیاست‌گذاری را برجسته می‌سازند؛ مداخلاتی که فراتر از سرزنش فردی رفته و شرایط ساختاری‌ای را که DAMA در بستر آن رخ می‌دهد نشانه می‌گیرند.

مطالعات کیفی از ایران همچنین نشان می‌دهند که بیماران اغلب DAMA را نه به عنوان امتناع از درمان، بلکه به عنوان تأکید بر حق خود تعیینی تفسیر می‌کنند. این تفسیر با دیدگاه‌های اخلاق بالینی بین‌المللی که به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

جـای پاسـخ‌های صـرفاً حقـوقی بـه DAMA، از رویکردهـای محـاوره ای و رابطـه‌ای حمایـت می‌کننـد، همسو است(۳۲، ۴۳).

پیامدهای بالینی و سیاستی

شواهد بین‌المللی نشـان می‌دهـد کـه مـداخلاتی ماننـد گسـترش پوشـش بیمـه، افـزایش مهارت‌هـای ارتبـاطی بـالینگران و اجـرای پروتکل‌هـای مـدیریت سـاختاریافته DAMA می‌تواند بـه طـور قابـل تـوجهی نـرخ DAMA را کاهش دهد(۴۴، ۴۵). یافته‌های این مرور تأکید می‌کننـد کـه چنـین اسـتراتژی‌هایی در ایـران بایـد بـا دقـت بـا زمینـه‌های فرهنگی، اقتصادی و سازمانی محلی سـازگار شـوند. بـدون زمینه‌سازی در این خصوص، DAMA بـه احتمـال زیـاد بـه عنوان یـک سـیگنال هشـدار دهنـده از عـدم همسـویی بـین سیستم‌های مراقبت‌هـای بهداشـتی و نیازهـای بیمـاران بـاقی خواهد ماند(۴۶، ۴۷).

در مجمـوع، شـواهد حـاکی از آن اسـت کـه کـاهش DAMA در ایران مستلزم راهبردهای چند سطحی است که حمایت اقتصادی، آموزش مهارت‌های ارتبـاطی، الگوهـای مراقبت بیمار محور و اصلاحات نظام‌مند را یکپارچه کنند.

این مرور نظام‌منـد، تلفیقـی جـامع و چنـد منظـره از شواهد مربوط بـه تـرخیص بـر خـلاف توصـیه پزشـکی (DAMA) در ایـران ارائـه می‌دهـد. بـا ادغـام یافتـه‌های کمی درباره شیوع و عوامل پیش‌بینی کننده با بینش‌های کیفـی دربـاره تجربـه‌های زیسـته، تنش‌هـای اخلاقـی و پویایی‌هـای سـازمانی، ایـن مـرور نشـان می‌دهـد کـه DAMAپدیـده‌ای پیچیـده اسـت کـه نمی‌تـوان آن را صرفاً بـه تصـمیمات فـردی بیمـاران یـا مستندسـازی‌های حقـوقی تقلیـل داد. بلکـهDAMA در نقطـه تلاقـی آسیب‌پذیری اقتصادی، گسست‌های ارتباطی، تجربه‌های هیجانی منفی از بستری در بیمارسـتان و محـدودیت‌های سـاختاری کـه هـم بیمـاران و هـم متخصصـان مراقبـت سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، شکل می‌گیرد.

یافته‌ها بر نیاز فوری به مداخلات چند وجهی تأکید دارند کـه موانـع مـالی دسترسـی بـه مراقبـت را برطـرف کنند، ارتباط میان بیمار و ارائه دهنده خدمات را تقویت نمایند و ظرفیـت نظـام سـلامت را بـرای پاسـخ‌گویی بـه نیازهـای روان اجتمـاعی و اطلاعـاتی بیمـاران افـزایش دهنـد. اقـدامات سیاسـتی بـا هـدف بهبـود پوشـش بیمـه سلامت، کاهش پرداخت‌های مستقیم از جیب و تضمین دسترسـی عادلانـه بـه خـدمات بـرای کـاهش عوامـل اقتصادی مـؤثر بـر DAMA ضـروری هسـتند. در سـطح بـالینی، تـرویج مراقبـت بیمـار محـور، تصـمیم‌گیری مشـترک و ارتباطـات حسـاس بـه فرهنـگ می‌توانـد بـه بازسـازی اعتمـاد کمـک کـرده و نیـاز ادراک شـده بـه ترخیص زود هنگام را کاهش دهد.

برای سازمان‌های مراقبت سلامت و سیاست‌گذاران در ایـران، DAMA بایـد بـه‌عنوان شاخصـی از عملکـرد نظـام سـلامت و تجربـه بیمـار، نـه صـرفاً یـک طبقه‌بنـدی اداری شناخته شود. تدوین پروتکل‌های اسـتاندارد بـرای مـدیریت DAMA، ارائه آمـوزش و حمایـت از متخصصـان مراقبـت سلامت و نیـز گنجانـدن بـازخورد بیمـاران و خانواده‌هـا در برنامه‌های بهبود کیفیت، گام‌های مهمی در جهـت کـاهش DAMAو پیامـدهای زیان‌بـار مـرتبط بـا آن محسـوب می‌شـوند. پژوهش‌هـای آینـده بایـد بـر ارزیـابی مـداخلات هدفمند، بررسی جمعیت‌ها و محیط‌های کم‌تر مورد مطالعه و همچنین قرار دادن تجربه ایـران در چـارچوب گسـترده‌تر منطقه‌ای و بین‌المللی تمرکز کنند تا امکان یادگیری تطبیقی و انتقال سیاست‌ها فراهم شود.

References

1- Motaarefi H, Sakhaei S, Soheili A, Ebrahimpour Sadagheyani H. Explaining perceptions of discharge against medical advice as a patient's legal right: a qualitative study. Iran J Med Ethics Hist Med 2025;18(12).

2- Moradi M, Namdar P, Ghapanvari F, Yekefallah L. Lived experiences of patients

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

hospitalized with COVID-19: a phenomenological study in northwest Iran. J Nurs Res 2021;25(2):327-340.

3- Yoosefi Lebni J, Irandoost SF, Safari H, Xosravi T, Ahmadi S, Soofizad G,etal. Lived experiences and challenges of families of COVID-19 victims : A Qualitative Phenomenological Study in Tehran, Iran. Inquiry 2022 ;59:00469580221081405 PMID: 35225048.

4- Behzadi Nezhad M, Jafari A,Bahrami MA. The quality of hospital discharge from the perspective of stakeholders: a case study in Iran. Health Manag Inf Sci 2025;12(3):139-148.

5- Karimi SAP, Saravi BM, Farahabbadi EB, Zamanfar D, Fallah M, Abokheily MA. Studying the Rate and causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences. Mater Sociomed 2014;26(3):203-207.

6- Tan SY, Feng JY, Joyce C, Fisher J, Mostaghimi A. Association of hospital discharge against medical advice with readmission and in-hospital mortality. JAMA Netw Open 2020;3(5):e206009 PMID: 32525546.

7- Cam H, Wennlöf B, Gillespie U, Franzon K, Nielsen EI, Ling M, etal. Complexities of communication at hospital discharge of older patients. BMC Health Serv Res 2023;23(1):1211 PMID: 37932683.

8- Holmes EG, Cooley BS, Fleisch SB, Rosenstein DL. Against medical advice discharge: a narrative review. Am J Med 2021;134(6):721-727.

9- 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 PMID: 36972969.

10- Foster K, Caswell A, James L, Jessani H, Polanco A, Viggiano M, etal. Risk factors and interventions of discharge against medical advice: narrative review.Am J Med Sci 2023;366(1):16-21 PMID: 37080431.

11- Straßner C, Hoffmann M, Forstner J, Roth C, Szecsenyi J, Wensing M. Interventions to improve hospital admission and discharge management: umbrella review. Qual Manag Health Care 2020;29(2):67-75 PMID: 32224790.

12- Forstner J, Litke N, Weis A, Straßner C, Szecsenyi J, Wensing M. How to fall into a new routine: Factors influencing implementation of admission and discharge programmes. BMC Health Serv Res 2022;22:1289.

13- Halvaei SR, Vahedi HSM, Ahmadi A, Mousavi MS, Parsapoor A, Sima AR, etal. Rate and causes of discharge against medical advice from emergency department in Iran : an ethical perspective. J Med Ethics Hist Med 2020;13:15 PMID: 33532044.

14- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, Mohammadpour A. Discharge against medical advice from emergency department of Sina Hospital : A Cross-sectional Study of the Involved Causes and Factors. Avicenna J Care Health Oper Room 2023;1(3):84-89.

15- Soraya S, Zolfi M, Seddigh R, Mohammadsadeghi H, Hadi F. Discharge of psychiatric patients against psychiatrist's advice. Med J Islam Repub Iran 2021;35:92 PMID: 34956938.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

16- Ebnehoseini Z, Khorasani H, Koohjani Z, Zibaei M, Deghatipour A, Saghebi A, etal. Factors affecting discharge against medical advice in psychiatric patients over 10 years. Iran J Med Sci 2024;49(7):467-469 PMID: 39114636.

17- Vahedi S, Torabipour A, Takian A, Mohammadpur S, Olyaeemanesh A, Kiani MM, etal. Socioeconomic determinants of unmet outpatient healthcare needs in Iran. BMC Public Health 2021;21(1):457 PMID: 33676480.

18- Ranjbar Ezzatabadi M, Atashbahar O, Rafiei S. Factors associated with discharge against medical advice in teaching hospitals : A case study in Iran. J Health Organ Manag 2018;11(2):106-111.

19- Azizzadeh F, Pourranjbar S. Causes of discharge against medical advice and reduction strategies. Indian J Med Sci 2021;73(1):88-92.

20- Shafaghat T, Jabbari A, Kavosi Z, Hosseini SM, Ayoubian A, Aidun A, Rahimi-Zarchi M. K. Discharge against medical advice: qualitative case study. Galen Med J 2016;5(1): e597

21- Taghizadieh A, Azami-Aghdash S, Piri R, Naghavi-Behzad M, Jabbari Beyrami H. Effects of Iranian healthcare transformation plan on discharge against medical advice rate and related factors in 2012 and 2016. BMJ Open. 2019 Sep 4;9(9):e024291.

22- Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of Nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. Nurs Open 2019;6(3):1189-1196 PMID: 31367445.

23- Chegini Z, Jafari-Koshki T, Kheiri M, Behforoz A, Aliyari S, Mitra U, Islam SMS. Missed nursing care in Iranian hospitals : A cross-sectional survey. J Nurs Manag 2020;28(6):2205-2215 PMID: 32472718.

24- Ayyoubzadeh SM, Ghazisaeedi M. Factors related to patients' length of stay. Health Inf Sci Syst 2020;8(1):9.

25- Pakpour V, Ghafourifard M, Salimi S. Iranian Nurses' attitudes toward nurse-physician collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. J Caring Sci 2019;8(2):111-116 PMID: 31249821.

26- Vejdani M, Molavi Taleghani Y. Reasons for discharge against medical advice among Patients Admitted to Ghaem Research-Training and Medical Center of Mashhad, Iran, in 2015. Patient Saf Qual Improv 2018;6(1):656-661.

27- Imhof L, Bartels R, Blum K, Blume KS, Fleischer S, Gottschalk S,etal. Hospital discharge planning in cardiac care: study protocol for a mixed-methods study on the implementation, influencing factors and quality of care in Germany. BM J Open 2025;15(8):e102212 PMID: 40780714.

28- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, Mohammadpour A. Discharge against medical advice from emergency department: cross-sectional study of the Involved Causes and Factors. Avicenna J Care Health Oper Room 2023;1(3):84-89.

29- Omonaiye O, Ward-Stockham K, Darzins P, Kitt C, Newnham E, Taylor NF. Hospital discharge processes : Insights from patients, caregivers, and staff in an Australian healthcare setting.PLoS One 2024;19(9):e0308042 PMID: 39298446.

30- Cam H, Wennlöf B, Gillespie U, Franzon K, Nielsen EI, Ling M, etal.The communication at hospital discharge of older patients : a qualitative study of

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

healthcare professionals' views. BMC Health Serv Res 2023;23(1):1211 PMID: 37932683.

31- Forstner J, Litke N, Weis A, Straßner C, Szecsenyi J, Wensing M. Implementation of admission and discharge programmes. BMC Health Serv Res 2022;22(1):1289 PMID: 36284324.

32- Dimla B, Parkinson L, Wood D, Powell Z. Hospital discharge planning : A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. Australas J Ageing 2023 ;42(1):20-33 PMID: 36180976.

33- Bhoomadevi A, Baby TM, Keshika C. Factors influencing discharge against medical advice (DAMA) cases at a multispecialty hospital. J Fam Med Prim Care 2019;8(12):3861-3864 PMID: 31879626.

34- Sealy L, Zwi K, McDonald G, Saavedra A, Crawford L, Gunasekera H. Predictors of discharge against medical advice in paediatric hospital. Int J Environ Res Public Health 2019;16(8):1326 PMID: 31013860.

35- Ryder T, Close J, Harris I, Cameron ID, Seymour H, Armstrong E, etal. Patient and hospital factors influencing discharge destination following hip fracture. Australas J Ageing 2021 ;40(3):e234-e243 PMID: 33491281.

36- Choi JW, Yoo A, Bang H, Park HK, Lee HJ, Lee H. Provider perspectives on discharge support programs in Korea. J Prev Med Public Health 2024;57(6):572-585.

37- Ko YJ, Lee JH, Baek SH. Discharge transition after hip fracture surgery : a qualitative study. BMC Nurs. 2021;20:112.

38- Tsuboi H, Fujimori K. Effectiveness of Hospital discharge support and readmission rates in Japan. Tohoku J Exp Med 2020;251:225-233 PMID: 32684534.

39- Tsuruwaka M, Ikeguchi Y, Nakamura M. When do Physicians and Nurses Start Communication about advance care planning ? A Qualitative Study at an Acute Care Hospital in Japan. Asian Bioeth Rev 2020 ;12(3):289-305 PMID: 33717339.

40- Agerholm J, Jensen NK, Liljas A. Healthcare professionals' perception of Barriers and facilitators for care coordination at discharged from hospital: A qualitative comparative study of two Nordic capitals. BMC Geriatr 2023;23(1):32 PMID: 36658516.

41- Skudlik S, Hirt J, Döringer T, Thalhammer R, Luftl K, Prodinger B, etal. Challenges and care strategies associated with the Admission to nursing homes: scoping review. BMC Nurs 2023;22(1):5.

42- Imhof L, Bartels R, Blum K, Blume KS, Fleischer S, Gottschalk S, etal. Hospital discharge planning in cardiac care: study protocol for a mixed-methods study on the implementation, influencing factors and quality of care in Germany. BMJ Open 2025;15(8):e102212 PMID: 40780714.

43- Cerqueira AJ, Oliveira CV. Discharge against medical advice: what to do, doctor?. Rev Bioet. 2023;31(1).

44- Peiffer-Smadja N, Lucet JC, Bendjelloul G, Bouadma L, Gerard S, Choquet C, etal. Challenges and issues about Organizing a hospital to response to the COVID-19 outbreak : experience from a French

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

reference centre. Clin Microbiol Infect 2020;26(6):669-672 PMID: 32278082.

45- Holmes EG, Cooley BS, Fleisch SB, Rosenstein DL. Against medical advice discharge: A Narrative Review and Recommendations for a systematic approach. Am J Med 2021 ;134(6):721-726 PMID: 33610522.

46- Puthattayil ZB, Luu TM, Beltempo M, Cross S, Pillay T, Ballantyne M, Synnes A, etal. Risk factors for rehospitalization following neonatal discharge of extremely preterm infants in Canada. Paediatr Child Health 2021;26(2):e96-e104.

47- Alhajeri SS, Atfah IA, Bin Yahya AM, Al Neyadi SM, Al Nuaimi ME, Al Ameri FS, etal. Leaving against medical advice: current problems and solutions. Cureus 2024;16(7):e64230 PMID: 38988898.

48- Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, Yazdi Feyzabadi V. Reasons for Discharge against Medical Advice: A Case Study of Emergency Departments in Iran. Int J Health Policy Manag. 2013 Jun 21;1(2):137-42.

49- Manouchehri J, Goodarzynejad H, Khoshgoftar Z, Sheikh Fathollahi M, Aghamohammadi Abyaneh M. Discharge against medical advice among inpatients with heart disease in Iran. J Tehran Univ Heart Cent. 2012;7(2):72-77.

50- Shirani F, Jalili M, Asl-E-Soleimani H. Discharge against medical advice from emergency department: results from a tertiary care hospital in Tehran, Iran. Eur J Emerg Med. 2010 Dec;17(6):318-21.

51- Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): Causes and predictors. Electron Physician. 2017 Jun 25;9(6):4563-4570.

52- Alidoust F, Yahyavi ST. Exploring the inner roots of discharge against medical advice (DAMA) in an academic psychiatric hospital: a qualitative study. Middle East Curr Psychiatry. 2022;29:70. doi: 10.1186/s43045-022-00237-6.

53- Azami-Aghdash S, Abolghasem Gorji H, Moradi-joo M, Almas pour H, Royani S. Frequency and causes of discharges against medical advice from hospital cardiac care units of East Azerbaijan, Iran. J Res Clin Med. 2016;4(1):27-32. doi: 10.15171/jarcm.2016.015.

54- Kogaei Bidgoli H, Moravveji A, Akbari H, et al. Comparison of discharge against medical advice between elderly and younger patients. Iran J Ageing. 2016;11(2):276-283.

55- Ravanipour M, Tavasolnia S, Jahanpour F, Hoseini S. Appointment of important causes of discharge against medical advice in patients in Gachsaran Rajaii hospital in primary 6 months of 2013. J Educ Ethics Nurs. 2014;3(1):1-7.

56- Mayel M, Esmaeili Ranjbar A, Movahedi M, Emaeili Ranjbar F, Mirafzal A. Pre-hospital time intervals in trauma patient transportation by emergency medical service: association with the first 24-hour mortality. J Emerg Pract Trauma. 2016;2(2):37-41.

57- Esmaeili Ranjbar A, Moussavi A, Ostadebrahimi H, Bazmandegan GH, Abbasifard M, Sanji Rafsanjan M, Kamiab Z. Assessment the Causes of Discharge against Medical Advice in Emergency Department in the Emergency Room of Ali Ibn Abi Talib Hospital, Rafsanjan. J

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

Sabzevar Univ Med Sci. 2024;31(4):387-395.

58- Heydari M, Khosravizadeh O, Kalhor R, Sharifi M, Ahmadzadeh Ghasab A. Discharge Against Medical Advice in Teaching Hospitals: A Telephone Survey. J Client-Centered Nurs Care. 2017;3(4):277-282.

59- Shirmohammadi M, Bouraghi H, Karimi B, et al. Rate and Causes of Discharge against Medical Advice from the Emergency Department of Sina Hospital. Avicenna J Care Health Oper Room. 2023;1(3):84-89.

60- Ardakani MF, Farajkhoda T, Mehrabbeik A. Lived Experiences of Recovered COVID-19 Patients after Hospitalization: A Phenomenological Research. Iran J Nurs Midwifery Res. 2022;27(4):308-316. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_298_21.

61- Talebpour A, Sadeghi-Bazargani H, Jannati A, Hosseinifard H, Gholizadeh M. Patient-Level and Physician-level Predictors of Discharge Against Medical Advice: A Multilevel Modeling Approach. Health Scope. 2024;13(2):e145131.

62- 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. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2015-0030.

63- Mahdipour S, Shahrokhi Rad R, Naghdipour Mirsadeghi M, Biazar G, Javanak M, et al. Discharge Against Medical Advice from Neonatal Intensive Care Unit and Some Influencing Factors in an Academic Center. Zahedan J Res Med Sci. 2024;26(2):e135409. doi: 10.5812/zjrms-135409.

64- 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):4563-4570. doi: 10.19082/4563

65- Salarikhah E, Farahzadi MH, Moazen H, Masoud M. Factors Associated with Discharge against Medical Advice among Patients Hospitalized in the Psychiatric Hospital of Yazd Province, Iran (2023–2024). Evid Based Health Policy Manag Econ. 2026;9(3):145-151. doi: 10.18502/jebhpme.v9i3.21674.

66- MohammadiKojidi H, Fayazi HS, Badsar AR, Rostamali N, Attarchi MS. Assessment of the Causes of Discharge against Medical Advice in Hospitalized Patients in Emergency Department. J Guilan Univ Med Sci. 2020;29(1):33-42.

67- Tabatabaei SM, Ghazi M, Tabatabaei Z, et al. Hospitalized Pregnant Women Who Leave Against Medical Advice: Attributes and Reasons. Matern Child Health J. 2016;20(1):128-135. doi: 10.1007/s10995-015-1813-6.

68- Shams-alizadeh N, Mogadam M, Ansari Z, Yousefi F. Discharge against medical Advice and its related factors in Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj during 2017. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2025;29(6):119-126.

69- Pouragha B, Rajaee R, Najafi M. Evaluation of Discharge Against Medical Advice in Victims of Traffic Accidents at the Emergency Department: A Case study. Evid Based Health Policy Manag Econ. 2018;2(3):202-207.

70- Begjani J, Nikbakht Nasrabadi A, Peiravi H. The Process of Parents' Decision-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]

Making to Discharge their Child against Medical Advice (DAMA): A Qualitative Study. JHC. 2018;19(4):272-284.

71- 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):902-912

72- Maleki Jamasbi M, Azami H, Samari B, Yousofvand V, Shourcheh E. Epidemiological Survey of Mortality and Morbidity Caused by Cardiovascular Diseases in Patients Admitted to the Cardiac Care Units of Hamadan Educational-medical Hospitals, Hamadan, Iran, in 2017. J Health Res Commun. 2019;5(3):27-38

73- Setareh J, Allameh Y, Mohseni Moalemkolaei N, Bagheri M. Prevalence of Discharge against Medical Advice in Psychiatric Patients and Associated Factors. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (166) :226-230

74- Mirzakhani F, Reihani HR, Hashtarkhani S, Rahmatinejad Z, Eslami S, Tabesh H. Identification of related factors to discharge against medical advice in an emergency department: a cross-sectional study. J Neyshabur Univ Med Sci. 2018;6(1):1-11

75- Bahadori M, Raadabadi M, Salimi M, Ravangard R. Discharge against medical advice: a case study in a public teaching hospital in Tehran, Iran in 2012. Glob J Health Sci. 2013;5(6):180-185. doi: 10.5539/gjhs.v5n6p180

76- Yarahmadi M, Ayati M, Ghorbanian MT. Investigating the Reasons of Discharge With the Personal Consent of Patients Admitted to the Emergency Ward of Kowsar Hospital in Semnan City, Iran. J Guilan Univ Med Sci. 2024;33(2):188201.doi:10.32598/JGUMs.33.2.2124.1

77- Kavosi Z, Hatam N, Hayati Abbarik H, Nemati J, Bayati M. Factors Affecting Discharge against Medical Advice in a Teaching Hospital in Shiraz, Iran. Health Inf Manag. 2012;9(4):448-456

78- Farzandipour M, Sheikhtaheri A, Sadeqi Jabali M. Perceived Quality of Informed Refusal Process: A Cross-Sectional Study from Iranian Patients' Perspectives. Dev World Bioeth. 2015;15(3):172-178. doi: 10.1111/dewb.12054

79- Khorasani Zadeh M, Ebrahimi HA. Evaluation of Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in Shafa Hospital, Kerman, Iran. Health Inf Manag. 2013;10(3)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-10]