ORIGINAL ARTICLE

Causes of Discharge against Medical Advice in Hospitals Affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences, 2014

Roya Malekzadeh[1],
Fereshteh Araghian Mojarad[2],
Afshin Amirkhanlou[3],
Sona Sarafraz[4],
Masoumeh Salmanpour[5]

[1] Health Care Management PhD Student, Islamic azad University, Sari Branch, Sari, Iran
[2] PhD Student in Nursing Education, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[3] General practitioner, Behshar Shohada Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] MSc in Psychology, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] MSc in Health Care Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 19, 2016 Accepted June 26, 2016)

Abstract

Background and purpose: Discharge against medical advice (AMA) has negative impacts on treatment outcomes and health care resources. Also, physicians and hospital administrators get involved in litigation. The aim of this study was to investigate the causes of AMA discharges in different wards and emergency departments in teaching and nonteaching hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences.

Materials and methods: This cross-sectional study was performed investigating the AMA leaves within 6 months in 2014. Data was obtained from the Department of Medical Records and the Office of Quality Improvement. Data was recorded in a questionnaire consisting of two parts. Part I included demographic information and Part II was about the reasons of discharge against medical advice. Data was aggregated by expert staff in Office of Quality Improvement. SPSS V.18 was applied for data analysis.

Results: The prevalence of AMA leaves in emergency department and other wards in teaching hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences was 3.81% and 4.38%, respectively. These figures in nonteaching hospitals were 8.38 % and 1.59%, respectively. The most common causes of discharge against medical advice were partial recovery, lack of trust in service quality, feeling uncomfortable, and emotional reasons.

Conclusion: To reduce the rate of AMA leaves and its consequences, health care staff should be supportive towards the patients and communicate effectively in order to build their confidence.

Keywords: discharge, discharge against medical advice, personal satisfaction, patients, hospitals

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(140): 95-102 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۰ شهریور سال ۱۳۹۵ (۱۰۲-۹۵)

بررسی علل ترک با مسئولیت شخصی بیماران بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۹۳

رویا ملک زاده[۱]
فرشته عراقیان مجرد[۲]
افشین امیرخانلو[۳]
سونا سرافراز[۴]
معصومه سلمانپور[۵]

چکیده

سابقه و هدف: ترخیص با رضایت شخصی و علی‌رغم توصیه پزشکان، تاثیر منفی بر نتایج درمان، استفاده از منابع درمانی و درگیری پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها در دعاوی قضایی دارد. هدف از این مطالعه، بررسی علل ترک با مسئولیت شخصی بیماران بستری و اورژانس در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شش ماهه اول سال ۹۳ می باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که به بررسی علل ترخیص با میل شخصی بیماران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های تابعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرداخته است. گردآوری داده‌ها توسط پرسشنامه تهیه شده توسط اداره مدارک پزشکی معاونت درمان و با همکاری دفتر بهبود کیفیت انجام شد که شامل دو قسمت می‌باشد: قسمت اول حاوی اطلاعات دموگرافیک بیمار و قسمت دوم شامل دلایل ترک با مسئولیت شخصی بود. تجمیع داده‌ها، توسط کارشناسان دفتر بهبود کیفیت دانشگاه انجام شد. اطلاعات به دست آمده در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که شیوع ترک با مسئولیت شخصی در مراکز آموزشی درمانی در بخش اورژانس ۳/۸۱ درصد و در بخش‌های بستری ۴/۳۸ درصد بود و شیوع آن در بیمارستان‌های تابعه در بخش اورژانس ۸/۳۸ درصد و در بخش‌های بستری ۱/۵۹ درصد بود. شایع‌ترین علل آن به ترتیب، بهبودی نسبی، عدم اعتماد به کیفیت خدمات بیمارستانی، دلایل عاطفی و عدم آسایش و راحتی بود.

استنتاج: با توجه به نتایج این مطالعه ضرورت دارد که از بدو ورود بیماران به بیمارستان، اقدام به برقراری ارتباط موثر و حمایت‌گرانه با بیمار و جلب اعتماد بیمار نموده تا احتمال ترک با مسئولیت شخصی کاهش یابد.

واژه های کلیدی: ترخیص، ترخیص با میل شخصی، رضایت شخصی، بیمار، بیمارستان

مقدمه

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت ارائه خدمت در بخش بهداشت و درمان، میزان رضایتمندی مراجعان است که رضایت بیمار از خدمات ارائه شده، یکی از ابزارهای ارزشیابی مراکز درمانی می‌باشد(۲،۱). یکی از

مولف مسئول: رویا ملک زاده: گرگان: دانشکده پرستاری مامایی بویه E-mail: fereshteharaghian@yahoo.com
۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
۲. دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. پزشک عمومی، بیمارستان شهداء بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران،ایران
۴. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۵/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۱۰/۱۳ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۵/۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود، ترخیص بدون توصیه پزشک است که علاوه بر موانعی که در روند درمان بیماری ایجاد می‌کند، بیمارستان‌ها را هم با مشکلات اساسی مواجه می‌کند(۵-۳). ترخیص بیمار با رضایت شخصی، فرایندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان و علی‌رغم توصیه تیم درمانی (پزشک و پرستار بالین)، با میل خود بیمارستان را ترک می‌کند(۶). ترخیص با رضایت شخصی یک اثر متقابل بین بیمار و تیم درمانی است که نشان دهنده شکست در درک توجهات پزشکی توسط بیمار و تشخیص نیازهای بیمار برای ادامه بستری توسط تیم درمانی است(۷). ترخیص با رضایتشخصی یا ترخیص علی‌رغم توصیه‌های پزشکی، ۲ درصد از ترخیص‌های کل بیمارستانی در دنیا را به خود اختصاص داده است(۸). ترخیص با رضایت شخصی و علی‌رغم توصیه پزشکان، تاثیر منفی بر نتایج درمان، استفاده از منابع درمانی و درگیری پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها در دعاوی قضایی دارد و می‌تواند منجر به پذیرش مجدد بیمار در بیمارستان شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ترخیص با رضایت شخصی، قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده برای پذیرش مجدد در ۱۵ روز اول بعد از ترخیص می‌باشد(۱۱-۹). پذیرش مجدد بیماران ترخیص شده علی‌رغم توصیه‌های پزشکی، نه تنها منجر به تحمیل هزینه‌های مالی بیش تر به سیستم درمانی می‌شود، بلکه منجر به تاخیر در شناسایی و درمان بیماری‌های حاد و افزایش مرگ و میر بیماران می‌گردد(۱۲). هم‌چنین ترخیص علی‌رغم توصیه پزشک از این لحاظ که منجر به چالش‌های قانونی برای پزشکان می‌شود نیز دارای اهمیت می‌باشد(۱۳). آمارها نشان می‌دهد که ترک با مسئولیت شخصی در کشورهای پیشرفته نظیر آمریکا، ۱ تا ۲ درصد کل موارد ترخیص خصوصاً در بیمارستان‌های آموزشی را تشکیل می‌دهد. بیمارانی که بیمارستان را با مسئولیت شخصی ترک می‌کنند، بین ۰/۸ تا ۲/۲ از ترخیص‌ها را در بیمارستان‌های مراقبتی بیماری‌های حاد تشکیل می‌دهند(۱۵،۱۴،۸).

هم‌چنین میزان شیوع آن در انگلستان، کانادا و نیجریه به ترتیب ۱/۸، ۱ و ۴/۲ درصد گزارش شده است، این در حالی است که در ایران، درصد افرادی که درمان خود را ناتمام گذاشته و با رضایت شخصی بیمارستان را ترک کرده‌اند، بین ۳ درصد در بیمارستان روانپزشکی و تا ۲۰ درصد در بخش‌های اورژانس متغیر بوده است(۱۶،۸). ترخیص با رضایت شخصی، ۱۰ درصد بستری مجدد در کانادا را تشکیل می‌دهد که می‌تواند باعث تحمیل هزینه‌های اضافی به خود فرد و سیستم سلامت شود(۱۷). با توجه به این که یکی از پنج شاخص الویت‌دار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سنجش عملکرد بخش اورژانس، درصد ترک با مسئولیت شخصی می‌باشد و این که این مساله از محورهای مطرح در حال اجرای حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است(۱۸،۱)، توجه به آن و مداخله در این زمینه بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین، شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی، یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد(۱۵). هدف از این مطالعه، بررسی علل ترک با مسئولیت شخصی بیماران بستری و اورژانس در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شش ماهه اول سال ۹۳ می‌باشد که نتایج حاصل از آن می‌تواند راهنمایی برای سیاستگذاران نظام سلامت و مدیران و پزشکان بیمارستان‌ها جهت برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات موثر و ممکن در زمینه کاهش ترک با مسئولیت شخصی و ارتقاء کیفیت ارائه خدمات سلامت باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ در مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان‌های تابعه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد و به بررسی علل ترخیص با میل شخصی در این مراکز پرداخته است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جمعیت مورد مطالعه، کلیه بیمارانی بودند که با ترک با مسئولیت شخصی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ از بخش‌های بستری و اورژانس این مراکز مرخص شدند. معیار خروج مطالعه شامل بیماران سرپایی بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه بود که پرسشنامه مذکور توسط اداره مدارک پزشکی معاونت درمان و با همکاری دفتر بهبود کیفیت پس از مطالعه کتابخانه‌ای تهیه شد. روایی محتوایی (علمی) و ظاهری توسط ده‌تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، ۷۸ درصد بررسی شد.

پرسشنامه مذکور شامل دو قسمت بود: قسمت اول حاوی اطلاعات دموگرافیک بیمار شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره پرونده، بخش، شیفت و روز ترخیص و قسمت دوم شامل دلایل ترک با مسئولیت شخصی بود. پرسشنامه در زمان ترک با مسئولیت شخصی توسط سرپرستار یا مسئولین شیفت، تحویل بیمار یا ولی بیمار می‌شد. بیمار یا ولی آن، پس از پر و امضاء نمودن پرسشنامه، آن را جهت تایید دلیل واقعی نزد سوپروایزر کشیک می‌بردند و پس از تایید، در پرونده بیمار توسط سرپرستاران در شیفت صبح یا مسئولین شیفت‌ها در شیفت‌های عصر و شب ثبت می‌شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مذکور، توسط مسئولین دفاتر بهبود کیفیت مراکز صورت گرفته و پس از ارسال پرسشنامه ها به دفتر بهبود کیفیت دانشگاه، کلیه اطلاعات توسط کارشناسان آن واحد تجمیع گردید. اطلاعات به دست آمده در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

یافته‌های پژوهش نشان داد از مجموع ۴۵۷۵۱ نفری که به اورژانس مراکز آموزشی درمانی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند، ۱۷۴۵ نفر (۳/۸۱ درصد) با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کردند. از مجموع ۳۷۳۰۷ نفری که در مراکز آموزشی درمانی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ بستری شده بودند، ۱۶۳۶ نفر (۴/۳۸ درصد) با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کردند که در کل، ۳۳۸۱ پرسشنامه جهت ترک با مسئولیت شخصی در بخش‌های بستری و اورژانس مراکز آموزشی درمانی تکمیل شد. از مجموع ۶۳۳۵۶ نفری که به اورژانس بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ مراجعه کردند، ۵۳۱۱ نفر (۸/۳۸ درصد) با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کرده‌اند. از مجموع ۱۰۲۵۲۰ نفری که در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی مازندران در شش ماهه اول سال ۱۳۹۳ بستری شده بودند، ۱۶۳۶ نفر (۱/۵۹ درصد) با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کردند که در کل، ۶۹۴۷ پرسشنامه جهت ترک با مسئولیت شخصی در بخش های بستری و اورژانس بیمارستان‌های تابعه دانشگاه تکمیل شده بود. نتایج مربوط به دلایل ترک با مسئولیت شخصی در اورژانس مراکز آموزشی درمانی و بیمارستان های تابعه و در بخش‌های بستری به تفکیک در جدول شماره ۱ آورده شده است که شایع‌ترین دلیل ترک با مسئولیت شخصی به ترتیب بهبودی نسبی، عدم اعتماد به کیفیت خدمات بیمارستانی، دلایل عاطفی و عدم آسایش و راحتی بود.

بحث

در مطالعه حاضر، شیوع ترک با مسئولیت شخصی در بخش اورژانس مراکز آموزشی درمانی ۳/۸۱ درصد بود و در بخش‌های بستری مراکز آموزشی درمانی، ۴/۳۸ درصد بود که سایر مطالعات انجام شده، میزان ترخیص با رضایت شخصی در بخش اورژانس ۰/۸۴ درصد(۱۶) و در بخش بستری ۲۳/۳ درصدگزارش شده است(۳).

در مطالعه ای که سال ۱۳۸۷ در مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا ساری انجام شد، از ۴۸۳۵ کودک بستری، ۱۰۸ نفر (۲/۲ درصد) با رضایت شخصی مرخص شدند(۱) که با نتایج حاضر همخوانی ندارد که علت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول شماره ۱: فراوانی علل ترک با مسئولیت شخصی به تفکیک نوع بیماران

دلایل ترک با مسئولیت شخصی	مرکز آموزشی درمانی		مرکز آموزشی درمانی		بیمارستان های تابعه		بیمارستان های تابعه	
	اورژانس		بستری		اورژانس		بستری	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
انجام نشدن به موقع خدمات پزشکی	۴۲	۲/۴	۳۶	۲/۲	۱۴۰	۲/۶۳	۱۳۵	۲/۹
عدم رضایت از پیشرفت درمان	۴۱	۲/۳۴	۴۶	۲/۸۱	۱۳۲	۲/۴۸	۹۳	۲
دلایل عاطفی	۱۸۶	۱۰/۶۵	۱۸۲	۱۱/۱۲	۶۶۵	۱۲/۵۲	۵۲۳	۱۱/۲۴
برخورد نامناسب کارکنان	۴	۰/۲۲	۹	۰/۵۵	۲۱	۰/۳۹	۲۶	۰/۵۵
احساس بهبودی نسبی و تمایل به ادامه درمان در منزل	۸۵۵	۴۸/۹۹	۷۶۳	۴۶/۶۳	۲۶۶۰	۵۰/۰۸	۲۳۵۰	۵۰/۵۳
عدم آسایش و راحتی در محیط بیمارستان	۱۴۰	۸/۰۲	۱۵۶	۹/۵۳	۵۱۵	۹/۶۹	۴۰۰	۸/۶
دلایل اقتصادی و مالی	۱۵	۰/۸۵	۱۲	۰/۷۳	۱۵	۰/۲۸	۵۶	۱/۲
عدم اعتماد به کیفیت خدمات بیمارستان	۴۱۰	۲۳/۴۹	۴۰۰	۲۴/۴۴	۱۱۰۲	۲۰/۷۴	۹۲۵	۱۹/۸۹
وادار شدن بیمار به رضایت شخصی	۸	۰/۴۵	۹	۰/۵۵	۱۲	۰/۲۲	۲۴	۰/۵۱
کمبود امکانات و تجهیزات	۴۴	۲/۵۲	۲۳	۱/۴	۴۹	۰/۹۲	۱۱۸	۲/۵۳
	۱۷۴۵		۱۶۳۶		۵۳۱۱		۴۶۵۰	

آن می‌تواند این دلیل باشد که در زمان انجام آن مطالعه، نظام الزام‌آوری برای ثبت رسمی و دقیق موارد ترک با رضایت شخصی وجود نداشت و از طرفی این مطالعه برای گروه خاص اطفال در مرکزی که به عنوان مرکز مرجع تخصصی برای بیماران کودک در استان مازندران می‌باشد، انجام شده است. لذا بدین جهت در این مطالعه ترک با مسئولیت شخصی کم‌تر از مطالعه حاضر می‌باشد. در مطالعه‌ای که در سال۱۳۸۷ در بیمارستان‌های دانشگاه کاشان انجام شد، نتایج نشان داد میزان ترخیص در جامعه مورد نظر ۱۰/۳ درصد بود(۸) که این میزان در کانادا ۱ درصد(۱۷)، در آمریکا ۰/۸ تا ۲/۲ درصد ذکر شده است(۱۵،۱۴،۶) که با نتایج حاضر همخوانی ندارد. Nasir در مطالعه ای که از ژانویه ۲۰۰۴ تا دسامبر ۲۰۰۵ در مرکز آموزشی شهری در نیجریه انجام داده است، شیوع رضایت شخصی را ۴/۲ درصد گزارش نمود. در این مطالعه فقط ترک با مسئولیت شخصی بیماران اورژانس جراحی بررسی شده بود(۱۹).

در مطالعه حاضر، شیوع ترک با مسئولیت شخصی در بخش اورژانس بیمارستان های تابعه ۸/۳۸ درصد و در بخش‌های بستری بیمارستان‌های تابعه۱/۵۹ درصد بود. محمد صالحی و همکاران در مطالعه ای که در نیمه دوم سال ۹۰ در بیمارستان امیرالمومنین گناوه انجام دادند، از ۲۵۰ نفر که با مسئولیت خود، بیمارستان را ترک نمودند، بیش‌ترین و کم‌ترین مورد ترک با مسئولیت شخصی با ۱۰۸ مورد در بخش اورژانس و ۳ مورد در بخش ویژه گزارش گردید. بیش‌ترین علت رضایت‌شخصی در اورژانس، امتناع از ادامه درمان و ارتباط ناکافی پرسنل با بیماران و همراهانشان و در بخش ویژه امتناع از ادامه درمان بود(۲۰). رنگرز جدی در پژوهشی که در بیمارستان‌های تابعه شهر کاشان در سال ۱۳۸۷ انجام داد، میزان ترخیص با رضایت شخصی ۱۰/۳ درصد بود(۸).

نتایج این مطالعه تفاوت چشمگیری بین ترک با مسئولیت شخصی اورژانس مرکز آموزشی درمانی با بیمارستان‌های تابعه دارد که می‌تواند به علت تجهیزات و امکانات بیش‌تر و تخصصی بودن این مراکز آموزشی درمانی نسبت به بیمارستان‌های تابعه باشد.

در مطالعه عسگری و همکاران، در مرکز آموزشی درمانی امیر اعلم تهران که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۱ انجام شده است، درصد ترک با مسئولیت شخصی در اورژانس ۲۰ درصد بود که سن، میزان درآمد، داشتن بیمه تکمیلی، محل سکونت، شیفت مراجعه، روز مراجعه، میزان رضایت از پزشکان، میزان رضایت از محیط فیزیکی و تسهیلات رفاهی، مدت زمان انتظار، میزان رضایت از آموزش‌های ارائه شده توسط پرستار و پزشکان، رابطه مستقیمی با نوع ترخیص داشته است(۱۶). با توجه به این که میزان ترخیص با رضایت شخصی، تحت تاثیر متغیرهای متفاوت و حتی متفاوت بودن جوامع پژوهشی می‌باشد، لذا در مناطق مختلف دنیا و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

حتی ایران، آمار متفاوتی از آن گزارش می‌شود و به طور کلی مقایسه این میزان‌ها به سادگی امکان پذیر نیست. به‌طور کلی عدم همخوانی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات ایرانی دیگر می‌تواند به دلیل عدم انجام اعتباربخشی به عنوان نظام ارزیابی خدمات بیمارستانی در آن دوره زمانی و عدم اهمیت میزان ترک با مسئولیت شخصی به عنوان شاخص مهم بیمارستانی باشد و دلیل دیگر آن را می‌توان مربوط به متفاوت بودن جوامع پژوهشی دانست، و این عدم همخوانی نتایج در مقایسه با سایر کشورها نشان دهنده بالا بودن میزان ترخیص با رضایت شخصی است که توجه مسؤولین را می‌طلبد. در مطالعه ما شایع‌ترین دلیل ترک با مسئولیت شخصی، احساس بهبودی نسبی بود که زارعی و همکاران در پژوهشی که در مرکز آموزشی درمانی الزهرا اصفهان در سال ۱۳۹۰-۱۳۹۱ با بررسی ۹۷۸۴۷ بیمار انجام داده بودند، نشان دادند شایع‌ترین علت عنوان شده توسط بیمار یا خانواده برای ترک با مسئولیت شخصی، احساس بهبودی با ۴۲ درصد موارد بود(۲۱). در مطالعه انجام شده در کانادا، از ۵۷ بیمار ترخیص شده با رضایت شخصی، ۱۶ نفر (۲۸/۰۷ درصد) به علت احساس بهبودی بیمارستان را ترک کردند(۱۷). Siba prosad در مطالعه‌ای که در انگلستان از ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ بر روی کودکان زیر ۱۸ سال که با بیماری حاد به بیمارستان مراجعه نموده بودند، انجام شد، نشان دادند دلیل اصلی ثبت شده برای ترک با مسئولیت شخصی، دیدگاه پدر و مادر بود که کودک سالم است و نیاز به مراقبت‌های بیمارستانی بیش‌تر ندارد(۲۲) که با مطالعه محقق همخوانی دارد. در مطالعه ما در هر نوع چهار مرکز، شایع‌ترین دلیل ترک با مسئولیت شخصی به ترتیب، بهبودی نسبی، عدم اعتماد به کیفیت خدمات بیمارستانی، دلایل عاطفی و عدم آسایش و راحتی بود. دومین علت شایع برای ترک با مسئولیت شخصی، عدم اعتماد به کیفیت خدمات بیمارستانی می‌باشد که در مطالعه وحدت و همکاران، شایع ترین علت، عدم رضایت از خدمات پزشکی و پیشنهاد پزشکان و نارضایتی از تجهیزات پزشکی و نارضایتی از خدمات پرستاری می باشد(۳) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. پژوهشگر علت این مشکلات را عدم نظارت کافی مدیران بر عملکرد و خدمات پزشکی و پرستاری می‌داند. سومین علت شایع برای ترک با مسئولیت شخصی، دلایل عاطفی می‌باشد. دلایل عاطفی از قبیل غیر بومی بودن و بی‌قراری برای رفتن به منزل و بی‌حوصلگی و مسایل خانوادگی می‌باشد که با توجه به موقعیت منطقه و جذب گردشگران به این استان، می‌تواند یکی از دلایل ترک با مسئولیت شخصی باشد. در مطالعه رنگرز، ۱۶ نفر (۲۸/۰۷ درصد) به دلیل مسایل خانوادگی و ۱۱ نفر (۱۹/۳ درصد) به دلیل بی‌حوصلگی بیمارستان را ترک کرده بودند(۸) که با این مطالعه همخوانی دارد.

چهارمین دلیل شایع برای ترک با مسئولیت شخصی، عدم آسایش و راحتی بیمار بود. در مطالعه رنگرز جدی، ۶۲/۰۶ درصد ترخیص با میل شخصی به دلیل محیط نامناسب بیمارستان بود که این میزان در کانادا ۱۴/۳ درصد بوده است. علت عدم راحتی و آسایش در محیط بیمارستان، سروصدا و شلوغی اتاق‌ها و نبودن محیط با طراحی مناسب گزارش شد(۱۷) که این نیز می‌تواند به علت شروع عملیات بهسازی محیط بیمارستان در راستای محور ارتقاء کیفیت Hoteling طرح تحول نظام سلامت باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که فرم‌های تکمیل شده ترک با مسئولیت شخصی در نرم افزار وارد نمی‌شد و اطلاعات مورد نیاز از فرم‌های مکتوب شده مراجعه‌کنندگان به دست آمد که در برخی موارد ناخوانا و حاوی داده‌های ناقص بود و از طرفی، محافظه کاری برخی از بیماران در خصوص ارائه اطلاعات دقیق بود که منجر به عدم ارائه اطلاعات دموگرافیک در این مقاله گردید. با توجه به اهمیت کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیماران، از نظر افزایش احتمال عود و عدم بهبود بیماران و در نتیجه بستری مجدد آن‌ها، لذا ضرورت دارد که از بدو ورود بیماران به بیمارستان، اقدام به برقراری ارتباط موثر و حمایتگرانه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

با بیمار و جلب اعتماد بیمار نموده تا احتمال ترک با مسئولیت شخصی کاهش یابد. هم‌چنین نظارت مکرر مدیران و برنامه‌ریزی جهت بهبود تسهیلات، حضور سریع کادر درمانی بر بالین بیماران، تاکید بر آموزش‌های لازم توسط کادر درمانی به بیماران و تلاش برای برقراری ارتباط موثر، می‌تواند احتمال ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی را کاهش دهد.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی شماره ۱۱-۹۳ مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و با حمایت آن دانشگاه انجام شد.

References

1. Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Mohseni Saravi B. The frequency and causes of hospital discharge. in BooAli Sari Hospital in 2008. North Khorasan Univ Med Sci 2009; 2(4): 57-62.
2. Khalifi Nejad N, Ataei M, Hadizadeh F. vent blowing on clinical governance and clinical service excellence, 2008.
3. Vahdat S, Hesam S, Mehrabian F. Efective assessment of discharge against medical advice in Ghazvin Shahid Rajaei Hospital. Quarterly Holistic and Nursing and Midwifery. The Journal Of Nursing And Midwifery Faculties Guilan Medical University 2010; 20(64): 47-52
4. Nguyen Thi PL, Briancon S , Empereur F. Guillemin F. Factorsdetermining inpatient satisfaction with care. Soc Sci Med 2002; 5(4): 493-504.
5. Rao JK, Meiberger M, Kruvank K. Visit Specific expectation and patient-centeredoutcome. Arch Fam Med 2000; 9(10): 1148-1156.
6. Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patientsdischarged against medical advice from a generalmedicine service. J Gen Intern Med 1998; 13(8): 568-571.
7. Kishore BN. Leave against medical advice: An universal phenomenon. Muller J Med Sci Res 2013; 4(1): 1-2.
8. Rangraze Jeddi F, Rangraze Jeddi M, Rezaee Mofrad M. Discharge for inpatient hospitals affiliated with the personal satisfaction in the city of Kashan University of Medical Sciences the first half year 1387. Hakim (Health System Research Journal) 2010; 13(1): 9-33.
9. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. CMAJ 2002; 167(6): 633-637.
10. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. Does identifying a discharge as"against medical advice" confer legal protection? J Fam Pract 2000; 4(3): 224-227.
11. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patientswho leave hospital against medical advice? CMAJ 2003; 168(4): 417-420.
12. 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.
13. Onukwugha E, Suaunders E, Mullins CD, Pradel F, Zuckerman M, Weir M. Reasons for discharges against medical advise: a qualitative study. Qual Saf Health Care 2010; 19(5): 420-424.
14. Shirini F, Jalali M, Asl-E-Soleimani H. Discharge against Medical Advice from

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]

Emergency Department: Results from a Tertiary Care Hospital in Tehran, Iran. Eur J Emerg Med 2010; 17(6): 318-321.

15. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. J Gen Intern Med 2000; 15(2): 103-107.
16. Asgari M, Arab M, Rahimi-e Foroushani A, Ebadi Fard-Azar F, Mousavi SMH. Surveying the Factors Affecting Patient`s Discharge against Medicine Advice from Emergency Ward of AmirAlam Treatment-Teaching Hospital in Tehran: 2012. J Hospital (jhosp) 2013; 12(2): 19-28.
17. Hwang SW, Li J, Gupta R, et al. What happens to patients who leave hospital against medical advice? CMAJ 2003; 168(4): 417-20.
18. Masomi G, Jalili M, Siahtir M. Indicators of hospital emergency departments (1), The Center for Disaster Management and Emergency Medical. 2007.
19. Nasir AA, Babalola OM. Clinical spectrum of discharges against medical advice in a developing country. Indian J Surg 2008; 70(2): 68-72.
20. Mohammad salehi B, Farvardin M, Derakhshan S. Evaluation of clinical audit process in the hospital DAMA Amiralmomenin Ganaveh year 10 20. Conference clinical audit and quality improvement. tabriz: Tabriz University of Medical Sciences; 2011.
21. Zarei A, Safazadeh S, Habibi MH. Prevalence of crack with personal responsibility and identify common causes of hospital Zahra Asfhan 2010-2011. Conference clinical audit and quality improvement; Tabriz University of Medical Sciences, 2011.
22. Siba prosad P, Rowena MR. Discharge gainst medical advice (DAMA)-A Study. The West London Medical Journal 2010; 2(3): 17-27.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-15]