POLICY BRIEF

Strategies for Reducing Voluntary Discharge in Teaching Hospitals: Evidence from a Qualitative Study in Mazandaran Province, Iran

Jamshid Yazdani Charati[1]
Fatemeh Norzad[2]
Fariba Ghahari[2]
Sodabeh Jafari.[3]
Zohreh Alinasab[4]

[1] Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] BSc in Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] MSc in Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] PhD in Health Services Management, , Faculty of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 13, 2026; Accepted August 23, 2026)

Abstract

Discharge Against Medical Advice (DAMA) is a major challenge in teaching hospitals and may be associated with adverse outcomes, including incomplete continuity of care, disease complications, readmission, increased healthcare costs, and reduced quality of services. This policy brief was developed based on a qualitative study conducted in teaching hospitals in Mazandaran Province, Iran. The study included 50 participants, comprising 20 patients with previous experience of DAMA and 30 healthcare providers, who were selected using purposive maximum-variation sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using conventional qualitative content analysis. The findings indicated that DAMA is a multifactorial phenomenon influenced by economic, communication, structural, organizational, cultural, and health literacy-related factors. The main contributing factors identified were patients' financial difficulties, inadequate patient–provider communication, overcrowding and limited hospital resources, and insufficient patient awareness of the potential consequences of early discharge. Based on these findings, key policy strategies include strengthening financial support and social work services, enhancing healthcare providers' communication and shared decision-making skills, improving hospital structural and organizational conditions, promoting patients' health literacy, and establishing a standardized system for recording and monitoring DAMA. In addition, targeted education for patients and families, early identification of patients at risk of DAMA, and the use of communication interventions tailored to their needs may enhance the effectiveness of these measures. Prioritizing interventions according to their feasibility, effectiveness, and the actual needs of patients and hospitals can facilitate evidence-informed policymaking and appropriate resource allocation. Coordinated and phased implementation of these interventions at the hospital, medical university, and health-system levels may reduce DAMA, improve continuity of care, increase patient satisfaction, and enhance the quality of services in teaching hospitals.

Keywords: Keywords: Discharge Against Medical Advice; Teaching Hospitals; Patient Discharge; Patient Satisfaction; Hospital Management; Quality of Health Care; Qualitative Study

J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (260): 316-327 (Persian).

Corresponding Author: Zohreh Alinasab - School of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran(E-mail: z.alinasab3820@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۶۰ شهریور سال ۱۴۰۵ (۳۲۷-۳۱۶)

راهکارهای کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های آموزشی:یک خلاصه سیاستی با استفاده از شواهد حاصل از یک مطالعه کیفی در استان مازندران، ایران

جمشید یزدانی چراتی[۱]
فاطمه نورزاد[۲]
فریبا قهاری[۲]
سودابه جعفری[۳]
زهره علی نسب[۴]

چکیده

ترخیص با رضایت شخصی (DAMA) یکی از چالش‌های مهم بیمارستان‌های آموزشی است که می‌تواند با پیامدهایی مانند تداوم ناقص درمان، عوارض بیماری، بستری مجدد، افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش کیفیت خدمات همراه باشد. این خلاصه سیاستی بر اساس یک مطالعه کیفی انجام شده است، در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران تدوین شد. در این مطالعه، ۵۰ نفر شامل ۲۰ بیمار دارای تجربه ترخیص با رضایت شخصی و ۳۰ نفر از ارائه دهندگان خدمات سلامت با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل محتوای کیفی متعارف تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که ترخیص با رضایت شخصی پدیده‌ای چند عاملی است که تحت تأثیر عوامل اقتصادی، ارتباطی، ساختاری، سازمانی، فرهنگی و مرتبط با سواد سلامت قرار دارد. مهم‌ترین عوامل شناسایی شده شامل مشکلات مالی بیماران، ضعف ارتباط بیمار و ارائه دهنده خدمت، ازدحام و محدودیت منابع بیمارستانی و آگاهی ناکافی بیماران از پیامدهای ترخیص زود هنگام بود. بر اساس این یافته‌ها، راهکارهای سیاستی اصلی شامل تقویت حمایت‌های مالی و خدمات مددکاری اجتماعی، ارتقای مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری مشترک کادر درمان، بهبود شرایط ساختاری و سازمانی بیمارستان، ارتقای سواد سلامت بیماران و ایجاد نظام استاندارد ثبت و پایش ترخیص با رضایت شخصی است. همچنین، آموزش هدفمند بیماران و خانواده‌ها، شناسایی زود هنگام بیماران در معرض ترخیص با رضایت شخصی و استفاده از مداخلات ارتباطی متناسب با نیازهای آنان می‌تواند اثربخشی این اقدامات را افزایش دهد. اولویت‌بندی مداخلات بر اساس قابلیت اجرا، اثربخشی و نیازهای واقعی بیماران و بیمارستان‌ها می‌تواند زمینه را برای سیاست‌گذاری هدفمند و تخصیص مناسب منابع فراهم کند. اجرای هماهنگ و مرحله‌ای این مداخلات در سطوح بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی و نظام سلامت می‌تواند به کاهش ترخیص با رضایت شخصی، بهبود تداوم مراقبت، افزایش رضایت بیماران و ارتقای کیفیت خدمات در بیمارستان‌های آموزشی کمک کند.

واژه های کلیدی: ترخیص با رضایت شخصی؛ بیمارستان‌های آموزشی؛ ترک بیمارستان؛ رضایت بیمار؛ مدیریت بیمارستان؛ کیفیت خدمات سلامت؛ مطالعه کیفی

مولف مسئول: زهره علی نسب- ساری: مرکز تحقیقات علوم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران **E-mail:**z.alinasab3820@yahoo.com

۱. استاد آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۵/۳/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۵/۳/۳۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۶/۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

ترخیص با رضایت شخصی (Discharge Against Medical Advice: DAMA) یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت در سراسر جهان است که پیامدهای قابل توجهی بر ایمنی بیمار، کیفیت مراقبت و کارایی نظام ارائه خدمات دارد. بر اساس شواهد بین‌المللی، حدود ۱ تا ۲ درصد از کل ترخیص‌های بیمارستانی به صورت DAMA انجام می‌شود(۱، ۲). اگر چه این میزان در ظاهر پایین به نظر می‌رسد، اما به دلیل پیامدهای بالینی و اقتصادی قابل توجه، از شاخص‌های مهم کیفیت خدمات بیمارستانی محسوب می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی، اهمیت این پدیده دوچندان است، زیرا علاوه بر اثر بر سلامت بیماران، می‌تواند فرآیند آموزش بالینی دانشجویان و دستیاران پزشکی را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

از نظر پیامدهای بالینی، بیماران DAMA در معرض خطر بالاتر بستری مجدد، مراجعه مجدد به اورژانس و عوارض بیماری قرار دارند. مطالعات نشان داده‌اند که نرخ بستری مجدد ۳۰ روزه در این بیماران تقریباً دو برابر بیماران با ترخیص معمولی است (حدود ۲۱ درصد در برابر ۱۲ درصد) و خطر مرگ‌ومیر نیز در برخی گروه‌ها تا حدود ۲/۶ برابر افزایش می‌یابد(۳، ۴). این موضوع نشان می‌دهد که DAMA صرفاً یک تصمیم اداری یا فردی نیست، بلکه یک مسئله مهم ایمنی بیمار است که می‌تواند پیامدهای جدی برای سلامت افراد داشته باشد.

علل بروز DAMA چند بعدی و پیچیده است و معمولاً حاصل تعامل عوامل فردی، اجتماعی و نظام سلامت است. از مهم‌ترین عوامل می‌توان به مشکلات اقتصادی بیماران، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمان، و ضعف پوشش بیمه‌ای اشاره کرد. همچنین ویژگی‌های فردی مانند سن پایین‌تر، وضعیت اجتماعی–اقتصادی پایین‌تر و برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی با افزایش احتمال DAMA مرتبط دانسته شده‌اند(۵، ۶). در کنار این عوامل، عوامل مرتبط با نظام ارائه خدمات از جمله ضعف ارتباط پزشک–بیمار، نارضایتی از کیفیت خدمات، ازدحام بیمارستانی، کمبود نیروی انسانی و تأخیر در ارائه خدمات نیز نقش مهمی در شکل‌گیری این پدیده دارند(۷، ۸). علاوه بر این، عوامل فرهنگی مانند باورهای نادرست درباره بیماری، تمایل به استفاده از درمان‌های سنتی و پایین بودن سواد سلامت بیماران نیز در تصمیم به ترک زود هنگام بیمارستان مؤثر هستند(۹، ۱۰). در ایران نیز مطالعات نشان داده‌اند که ترخیص با رضایت شخصی یک مسئله مهم بیمارستانی است و عوامل متعددی از جمله مشکلات اقتصادی، پوشش ناکافی بیمه‌ای، نارضایتی از خدمات، کیفیت ارتباط بیمار و ارائه دهنده خدمت و عوامل مرتبط با ساختار ارائه خدمات در بروز آن نقش دارند(۱۱). با وجود شواهد موجود، اطلاعات مربوط به DAMA در ایران در بیمارستان‌ها و گروه‌های مختلف بیماران ناهمگون است و شواهد اختصاصی درباره راهکارهای مدیریت این پدیده در بیمارستان‌های آموزشی محدود است. در استان مازندران نیز بیمارستان‌های آموزشی علاوه بر ارائه خدمات درمانی به جمعیت گسترده‌ای از بیماران، مسئولیت آموزش دانشجویان، کارورزان و دستیاران را بر عهده دارند؛ از این رو، شناسایی عوامل زمینه‌ای و قابل مداخله مرتبط با DAMA در این بیمارستان‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد(۱۲).

اهمیت DAMA از آن جهت است که نه تنها یک رفتار فردی، بلکه بازتابی از عملکرد نظام سلامت و کیفیت خدمات بیمارستانی محسوب می‌شود. این پدیده می‌تواند نشان دهنده ضعف در ارتباطات درمانی، ناکارآمدی‌های ساختاری و شکاف میان نیازهای بیماران و خدمات ارائه شده باشد. در بیمارستان‌های آموزشی، DAMA علاوه بر پیامدهای بالینی، فرصت‌های آموزشی برای دانشجویان و دستیاران را نیز کاهش می‌دهد و بر کیفیت تربیت نیروی انسانی آینده نظام سلامت اثر منفی می‌گذارد(۱۳، ۱۴).

از منظر پیامدهای بالقوه، DAMA با افزایش قابل توجه هزینه‌های نظام سلامت، افزایش بستری مجدد و استفاده بیش‌تر از خدمات اورژانسی همراه است. مطالعات نشان داده‌اند که این بیماران تا دو برابر بیش‌تر از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

سایر بیماران در معرض بستری مجدد قرار دارند و در برخی موارد خاص، خطر مرگ‌ومیر در آنان به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد(۱۵-۱۷). علاوه بر این، این پدیده موجب اتلاف منابع بیمارستانی، کاهش بهره‌وری خدمات و افزایش فشار بر نظام سلامت می‌شود. در سطح کلان‌تر نیز می‌تواند به کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت و کاهش رضایت بیماران منجر شود(۱۸).

با توجه به فقدان سیاست‌های مدون و مبتنی بر شواهد برای مدیریت DAMA در بیمارستان‌های آموزشی ایران و شناسایی عوامل چندگانه آن در مطالعه کیفی اخیر در مازندران و ماهیت چندعاملی ترخیص با رضایت شخصی، پیامدهای آن برای ایمنی بیمار، تداوم مراقبت و کارایی نظام سلامت و محدود بودن شواهد مربوط به راهکارهای چند سطحی مدیریت این پدیده در بیمارستان‌های آموزشی، شناسایی عوامل زمینه‌ای و قابل مداخله برای تدوین سیاست‌های مؤثر ضروری است. از این رو، با استفاده از یافته‌های مطالعه کیفی انجام شده در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران، این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهکارهای عملیاتی و چند سطحی برای کاهش این پدیده و تبدیل شواهد حاصل از تجربه بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت به راهکارهای عملیاتی، چند سطحی و متناسب با زمینه برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی تدوین شده است.

مواد و روش ها

مبنای شواهد و طراحی مطالعه

این خلاصه سیاستی بر اساس یافته‌های یک مطالعه کیفی با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران تدوین شد. مطالعه کیفی با استفاده از تحلیل محتوای کیفی متعارف انجام شد تا تجارب و دیدگاه‌های بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت درباره عوامل مؤثر بر DAMA شناسایی و تبیین شود.

جامعه و مشارکت کنندگان

مشارکت کنندگان شامل دو گروه بودند. بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران که قصد ترخیص با رضایت شخصی داشتند یا طی ۲۴ ساعت گذشته با رضایت شخصی ترخیص شده بودند و ارائه دهندگان خدمات سلامت شامل پزشکان، پرستاران، کارورزان، کارآموزان و کارکنان بخش‌های مرتبط که تجربه مواجهه با موارد DAMA داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد. در مجموع ۵۰ نفر شامل ۲۰ بیمار و ۳۰ نفر از ارائه دهندگان خدمات سلامت در مطالعه شرکت کردند. گروه ارائه دهندگان خدمت شامل ۱۰ پزشک، ۱۵ پرستار، ۳ کارشناس اتاق عمل و ۲ نفر از کارکنان بخش‌های پاراکلینیک بود.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختار یافته جمع‌آوری شد. مدت مصاحبه با بیماران ۲۵ تا ۵۵ دقیقه با میانگین ۳۸ دقیقه و مدت مصاحبه با ارائه دهندگان خدمات سلامت ۳۵ تا ۷۰ دقیقه با میانگین ۴۸ دقیقه بود. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت کنندگان ضبط و همزمان یادداشت‌های میدانی ثبت شد. جمع‌آوری داده‌ها تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی متعارف بر اساس رویکرد Graneheim و Lundman تحلیل شد. پس از پیاده‌سازی کلمه به کلمه مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی شناسایی و متراکم شده و کدهای اولیه استخراج شدند. سپس کدهای مشابه در زیرمقوله‌ها و مقوله‌ها سازمان‌دهی و مضامین اصلی استخراج شدند. دو عضو تیم پژوهش به‌صورت مستقل مقوله‌ها و مضامین را بررسی کردند و اختلافات از طریق بحث و دستیابی به توافق برطرف شد.

یافته ها

اعتبار یافته‌ها

برای اطمینان از استحکام یافته‌ها، معیارهای اعتبارپذیری، وابستگی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری بر اساس

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

چارچوب Lincoln و Guba مورد استفاده قرار گرفت. اعتبارپذیری از طریق درگیری مستمر با داده‌ها، بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان و بازبینی همکاران پژوهش تقویت شد. وابستگی از طریق مستندسازی مراحل پژوهش و تحلیل داده‌ها، تأییدپذیری از طریق بررسی تیم پژوهش و کاهش سوگیری پژوهشگر و انتقال‌پذیری از طریق ارائه توصیف غنی از مشارکت کنندگان، زمینه پژوهش و یافته‌ها مورد توجه قرار گرفت.

در این فرایند، مطالعه کیفی نقش مرحله شناسایی مسئله و نیازسنجی را ایفا کرد. یافته‌های حاصل از تجارب بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت، عوامل زمینه‌ای و قابل مداخله مرتبط با DAMA را مشخص کرد. سپس این عوامل در سطوح بیمار، ارائه دهنده خدمت، سازمان و نظام سلامت طبقه‌بندی و به گزینه‌های سیاستی بالقوه تبدیل شدند. در انتخاب و تدوین راهکارها، علاوه بر ارتباط آن ها با عوامل شناسایی شده، الزامات اجرایی، منابع مورد نیاز، مزایا، چالش‌ها و موانع احتمالی اجرا نیز مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌های مطالعه نشان داد که ترخیص با رضایت شخصی یک پدیده چند بعدی و پیچیده است که تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد که DAMA حاصل تعامل عوامل اقتصادی، ارتباطی، ساختاری–سازمانی و فرهنگی–مرتبط با سواد سلامت است. برای تبیین دقیق‌تر یافته‌ها، هر یک از این مقوله‌ها به چند زیرمقوله قابل مداخله تقسیم شد.

مقوله اول: عوامل اقتصادی

این مقوله شامل چهار زیرمقوله بود.

۱. ناتوانی در تأمین هزینه‌های مستقیم درمان

۲. هزینه‌های غیرمستقیم بستری و اقامت همراه

۳. نگرانی از کاهش یا از دست دادن درآمد

۴. ضعف پوشش بیمه‌ای و حمایت مالی

مقوله دوم: عوامل ارتباطی

این مقوله شامل موارد زیر است.

۱. ناکافی بودن توضیحات درباره بیماری و روند درمان

۲. مشارکت ناکافی بیمار و خانواده در تصمیم‌گیری

۳. تجربه تعامل نامطلوب با برخی کارکنان

۴. کاهش اعتماد به تیم درمان

۵. ارتباط ناکافی درباره پیامدهای ترخیص زود هنگام بود.

مقوله سوم: عوامل ساختاری و سازمانی

این مقوله شامل موارد زیر است.

۱. ازدحام و کمبود تخت

۲. کمبود نیروی انسانی

۳. فشار کاری کارکنان

۴. تأخیر در دریافت خدمات تشخیصی و درمانی

۵. محدودیت امکانات رفاهی بیمار و همراه

۶. ضعف هماهنگی بین واحدهای ارائه دهنده خدمت بود.

مقوله چهارم: عوامل فرهنگی و مرتبط با سواد سلامت

این مقوله شامل موارد زیر است.

۱. درک ناکافی از شدت بیماری

۲. آگاهی ناکافی از پیامدهای قطع درمان

۳. باور به درمان‌های غیرپزشکی

۴. تأثیر توصیه خانواده و اطرافیان

۵. برداشت نادرست از بهبود علائم و تصور بی‌نیازی از ادامه بستری بود.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که DAMA را نمی‌توان صرفاً پیامد تصمیم فردی بیمار تلقی کرد. بلکه تصمیم به ترخیص زود هنگام در بستر تعامل میان شرایط اقتصادی بیمار، کیفیت ارتباط درمانی، شرایط سازمانی بیمارستان و باورها و سطح سواد سلامت شکل می‌گیرد. در چهار حوزه اصلی قابل تبیین است. در بعد اقتصادی، مشکلات مالی بیماران، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بستری، ضعف پوشش بیمه‌ای و نگرانی از دست دادن درآمد از مهم‌ترین دلایل ترک زود هنگام بیمارستان بودند. در بعد ارتباطی، ضعف در ارتباط میان بیمار و تیم درمان، ناکافی بودن توضیحات درباره روند درمان، عدم مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری و برخی تجارب منفی از تعامل با

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

کارکنان درمانی منجر به کاهش اعتماد بیماران و افزایش تمایل به ترخیص زود هنگام شده بود. در بعد ساختاری و سازمانی، عواملی مانند ازدحام بخش‌ها، کمبود نیروی انسانی، فشار کاری بالا، تأخیر در ارائه خدمات و محدودیت امکانات رفاهی بیماران و همراهان نقش مهمی در کاهش رضایت از بستری و افزایش DAMA داشتند. در نهایت، در بعد فرهنگی و سواد سلامت، باورهای نادرست درباره بیماری، توصیه اطرافیان، تمایل به درمان‌های غیرپزشکی و آگاهی ناکافی از پیامدهای ترخیص زود هنگام از عوامل مؤثر بر تصمیم بیماران برای ترک بیمارستان شناسایی شد. در مجموع، یافته‌ها نشان داد که DAMA نه یک تصمیم فردی صرف، بلکه نتیجه تعامل پیچیده‌ای از عوامل اقتصادی، ارتباطی، ساختاری و فرهنگی است که در سطح بیمار، ارائه دهنده خدمت و نظام سلامت عمل می‌کنند.

راهکارها و توصیه‌های سیاستی

کاهش ترخیص با رضایت شخصی (DAMA) در بیمارستان‌های آموزشی نیازمند مداخلات چند سطحی و هماهنگ در سطح بیمار، ارائه دهندگان خدمات و نظام سلامت است. با این حال، هر سیاست علاوه بر مزایا، می‌تواند هزینه‌های اجرایی و پیامدهای ناخواسته نیز داشته باشد که باید در طراحی مداخلات مدنظر قرار گیرد.(تصاویر شماره۱ و ۲)

در سطح حمایت‌های مالی و اجتماعی، تقویت پوشش بیمه‌ای، ایجاد صندوق‌های حمایتی برای بیماران کم‌برخوردار و توسعه خدمات مددکاری اجتماعی از مهم‌ترین راهکارها محسوب می‌شود. این مداخلات می‌توانند به‌طور مستقیم فشار مالی بیماران را کاهش داده و احتمال DAMA را کم کنند. با این حال، اجرای این سیاست‌ها نیازمند منابع مالی قابل توجه و افزایش بودجه سلامت است. همچنین در صورت عدم هدفمندی دقیق، احتمال وابستگی بیش از حد بیماران به حمایت‌های مالی و افزایش تقاضای القایی خدمات وجود دارد.



تصویر شماره ۱:چارچوب مفهومی ترخیص با رضایت شخصی



تصویر شماره ۲.راهکارهای کاهش ترخیص با رضایت شخصی

با وجود این، در بلند مدت این اقدامات می‌توانند با کاهش بستری مجدد و کاهش هزینه‌های ناشی از عوارض، موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های نظام سلامت شوند. در حوزه حمایت اقتصادی و اجتماعی، شناسایی بیماران دارای مشکلات مالی و ارجاع نظام‌مند آنان به مددکاری اجتماعی می‌تواند یکی از مداخلات قابل اجرا برای کاهش فشار

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

اقتصادی مرتبط با تصمیم به ترک بیمارستان باشد. در این زمینه، مطالعات انجام شده در ایران نیز مشکلات مالی، هزینه‌های درمان و محدودیت پوشش بیمه‌ای را از عوامل مهم مرتبط با DAMA گزارش کرده‌اند(۶، ۹، ۱۰).

در حوزه ارتقای ارتباط پزشک– بیمار، آموزش مهارت‌های ارتباطی، اخلاق حرفه‌ای و تصمیم‌گیری مشترک برای کادر درمان از مداخلات کم هزینه اما اثرگذار محسوب می‌شود. هزینه اصلی این مداخله مربوط به طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی و زمان اختصاص یافته کارکنان است. با این حال، در کوتاه مدت ممکن است افزایش زمان ویزیت و کاهش بهره‌وری ظاهری خدمات مشاهده شود، زیرا ارتباط مؤثر نیازمند زمان بیش‌تری است. همچنین در برخی موارد، افزایش آگاهی بیمار ممکن است منجر به افزایش پرسش‌گری و چالش در تصمیم‌گیری‌های بالینی شود، هر چند در مجموع اثر آن بر بهبود کیفیت مراقبت مثبت ارزیابی می‌شود. در حوزه ارتباطات درمانی، آموزش مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری مشترک و ارائه اطلاعات قابل فهم به بیمار می‌تواند با افزایش مشارکت بیمار، اعتماد به تیم درمان و درک پیامدهای تصمیم به ترخیص، زمینه تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر را فراهم کند. مطالعات انجام شده در زمینه DAMA و مداخلات مرتبط با فرایند ترخیص نیز بر اهمیت ارتباط مؤثر، شناسایی زود هنگام بیماران در معرض خطر و استاندارد سازی فرایند ترخیص تأکید کرده‌اند(۱۱، ۱۹).

نقش ارائه دهندگان خدمت و محیط سازمانی در ترخیص زود هنگام

یکی از ابعاد قابل توجه در تحلیل یافته‌ها، نقش بالقوه رفتار و شرایط کاری ارائه دهندگان خدمت در شکل‌گیری تصمیم به ترخیص زود هنگام بود. فشار کاری بالا، کمبود نیروی انسانی، ازدحام بخش‌ها، محدودیت تخت و نیاز سازمانی به گردش سریع‌تر تخت‌ها ممکن است زمان و کیفیت ارتباط میان بیمار و تیم درمان را کاهش دهد. در چنین شرایطی، توضیحات ناکافی درباره وضعیت بیمار، گزینه‌های درمانی و پیامدهای ترخیص می‌تواند تصمیم بیمار را تحت تأثیر قرار دهد.همچنین در بیمارستان‌های آموزشی، تعامل بیمار با گروه‌های مختلف شامل پزشکان، پرستاران، کارورزان و کارآموزان ممکن است بر تجربه بیمار از مراقبت اثرگذار باشد. تفاوت در نحوه انتقال اطلاعات، نگرش فردی نسبت به ترخیص و کیفیت ارتباط حرفه‌ای می‌تواند اعتماد بیمار به تیم درمان را افزایش یا کاهش دهد. بنابراین، نقش ارائه دهندگان خدمت باید به‌عنوان یک عامل بالقوه و تعاملی در کنار عوامل ساختاری، نه به‌عنوان سرزنش فردی کارکنان، مورد توجه قرار گیرد.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها ضمن آموزش مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری مشترک، سازوکار مشخصی برای پایش کیفیت ارتباط با بیماران ایجاد کنند. دریافت بازخورد ساختارمند از بیماران، بررسی موارد DAMA توسط کمیته مربوطه، تحلیل علل تکرار شونده و ارزیابی عملکرد بخش‌هایی که میزان بالاتری از DAMA دارند می‌تواند به شناسایی مشکلات ارتباطی یا سازمانی کمک کند. همچنین لازم است نظارت بر عملکرد با هدف بهبود کیفیت و اصلاح فرایندها انجام شود و از رویکرد تنبیهی نسبت به کارکنان اجتناب شود.

در بعد ساختاری و مدیریتی، افزایش نیروی انسانی، کاهش ازدحام بخش‌ها، بهبود زیرساخت‌های رفاهی و کاهش فرسودگی شغلی کارکنان از مهم‌ترین راهکارها هستند. این مداخلات از نظر مالی پرهزینه محسوب می‌شوند و نیازمند سرمایه‌گذاری پایدار در نظام سلامت هستند. همچنین ممکن است در کوتاه‌مدت با محدودیت منابع انسانی متخصص و افزایش بار مالی دولت یا دانشگاه‌ها همراه باشند. با این حال، بهبود شرایط کاری می‌تواند به کاهش ترک خدمت کارکنان، افزایش بهره‌وری و کاهش خطاهای درمانی منجر شود. در سطح سازمانی، شناسایی بیماران پرخطر، ثبت استاندارد علت DAMA، پایش منظم موارد و استفاده از پروتکل‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

استاندارد ترخیص ایمن، امکان شناسایی عوامل قابل مداخله و طراحی اقدامات اصلاحی را فراهم می‌کند. شواهد حاصل از مطالعه اجرای پروتکل SMART safe discharge در ایران نیز بر اهمیت استاندارد سازی فرایند ترخیص و تقویت هماهنگی میان ارائه دهندگان خدمت در راستای ترخیص ایمن تأکید دارد(۲۰).

در حوزه ارتقای سواد سلامت، اجرای برنامه‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌ها، تولید محتوای آموزشی ساده و استفاده از رسانه‌های محلی از مداخلات نسبتاً کم‌هزینه محسوب می‌شود. هزینه اصلی این سیاست‌ها مربوط به تولید محتوا و نیروی انسانی آموزشی است. با این حال، اثرگذاری آن‌ها ممکن است تدریجی باشد و در کوتاه‌مدت تغییرات رفتاری محدود ایجاد کند. همچنین در صورت طراحی نامناسب پیام‌های آموزشی، احتمال سوء برداشت یا مقاومت فرهنگی وجود دارد. در حوزه آموزش بیمار، ارائه اطلاعات ساده، قابل فهم و متناسب با سطح سواد سلامت بیمار و خانواده، به‌ویژه درباره پیامدهای احتمالی قطع درمان، می‌تواند به تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر کمک کند. بر این اساس، آموزش بیمار باید به‌عنوان بخشی از فرایند روتین مراقبت و نه صرفاً اقدامی هنگام امضای فرم DAMA در نظر گرفته شود.

در سطح نظام سلامت، تشکیل «کمیته مدیریت DAMA»، تدوین پروتکل استاندارد و ایجاد سامانه الکترونیک ثبت و پایش موارد ترخیص، از اقدامات ساختاری مهم محسوب می‌شود. این مداخلات نیازمند سرمایه‌گذاری اولیه در زیرساخت فناوری اطلاعات و آموزش کارکنان هستند. همچنین احتمال افزایش بار اداری و مقاومت اولیه کارکنان در برابر ثبت دقیق داده‌ها وجود دارد. با این حال، در بلندمدت این اقدامات می‌توانند به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌های ناشی از DAMA کمک کنند (جدول شماره ۱).

برآورد منابع و الزامات اجرایی

برای افزایش قابلیت استفاده از یافته‌ها توسط سیاست‌گذاران، منابع مورد نیاز برای اجرای مداخلات از سه بعد نیروی انسانی، منابع مالی و زمان اجرا بررسی شد. برآورد منابع مالی به‌صورت سطحی (کم، متوسط و زیاد) ارائه شد، زیرا هزینه واقعی هر مداخله به تعداد تخت‌های بیمارستان، تعداد کارکنان، زیرساخت‌های موجود و میزان پوشش خدمات وابسته است. مداخلاتی مانند استانداردسازی فرایند شناسایی بیماران در معرض خطر، آموزش کوتاه‌مدت ارتباطی، آموزش بیمار و تشکیل کمیته DAMA عمدتاً به منابع مالی کم نیاز دارند و می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌های موجود بیمارستان اجرا شوند. در مقابل، توسعه زیرساخت فناوری اطلاعات، افزایش نیروی انسانی و ایجاد سازوکارهای پایدار حمایت مالی از بیماران نیازمند منابع متوسط تا زیاد و تعهد مدیریتی بلندمدت هستند. از نظر نیروی انسانی، اجرای برنامه به مشارکت پرستار مسئول بیمار، پزشک معالج، مددکار اجتماعی، مدیر بیمارستان، واحد آموزش و در موارد لازم واحد فناوری اطلاعات نیاز دارد.

جدول شماره ۱: جدول مدیریتی راهکارهای کاهش ترخیص با رضایت شخصی (DAMA)

چالش اصلی	راهکارهای سیاستی پیشنهادی	مزایا و پیامدها	هزینه ها و چالش اجرایی
مشکلات اقتصادی و ضعف حمایت مالی	تقویت خدمات مددکاری، توسعه پوشش بیمه‌ای و حمایت مالی از بیماران آسیب پذیر	افزایش ترخیص زودهنگام و ناتمام ماندن درمان	نیاز به منابع مالی و نیروی مددکاری و ساز و کار مناسب برای هدفمندی حمایت ها
ضعف ارتباطات درمانی و کاهش اعتماد بیماران	آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر، اخلاق حرفه‌ای و تصمیم‌گیری مشترک	کاهش رضایت بیماران و افزایش DAMA	هزینه آموزش، زمان کارکنان و مقاومت احتمالی در برابر تغییر
کمبود نیروی انسانی و ازدحام بخش‌ها	بازنگری در توزیع نیروی انسانی و کاهش زمان انتظار خدمات	افزایش نارضایتی و افت کیفیت خدمات	محدودیت دسترسی به نیروی متخصص
کمبود امکانات رفاهی و فشار کاری کارکنان	بهبود امکانات رفاهی بیماران و اجرای برنامه‌های حمایتی کارکنان	تجربه نامطلوب بستری و فرسودگی شغلی	هزینه زیرساختی و نیاز به تعهد مدیریتی پایدار
پایین بودن سواد سلامت و باورهای فرهنگی	آموزش بیماران و خانواده‌ها و تولید محتوای آموزشی بومی	تصمیم‌گیری نادرست درباره ادامه درمان	هزینه تولید محتوا، زمان کارکنان و اثرگذاری تدریجی
نبود نظام پایش و مدیریتDAMA	تشکیل کمیته مدیریت DAMA و استقرار سامانه ثبت و تحلیل داده‌ها	عدم شناسایی علل و ضعف مداخلات مدیریتی	هزینه اولیه فناوری اطلاعات و آموزش کارکنان
فشار کاری، کمبود تخت و ارتباط نامناسب کادر درمان و دانشجویان	آموزش ارتباط حرفه ای، تصمیم گیری مشترک، نظارت برکیفیت ارتباط، بازخورد بیمار و بررسی موارد DAMA	افزایش اعتماد، کاهش سوء تفاهم و تصمیم گیری غیرآگاهانه برای ترخیص	مقاومت کارکنان، افزایش اولیه زمان ارتباط و احتمال برداشت تنبیهی از پایش عملکرد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

از نظر زمانی، اقدامات کم هزینه و سازمانی مانند تشکیل کمیته، استانداردسازی فرایند و آموزش کارکنان می‌توانند در سه ماه نخست آغاز شوند؛ تقویت ارجاع به مددکاری و آموزش بیمار در ماه‌های ۳ تا ۶ توسعه یابد؛ استقرار یا ادغام سامانه ثبت الکترونیک در بازه ۶ تا ۱۲ ماه انجام شود و اقدامات پرهزینه‌تر مانند توسعه حمایت‌های مالی و بهبود زیرساخت‌ها در بازه ۱۲ تا ۲۴ ماه دنبال شوند.

در مجموع، اگر چه اجرای این سیاست‌ها با هزینه‌های مالی، سازمانی و اجرایی همراه است، اما شواهد نشان می‌دهد که پیامدهای مثبت آن شامل کاهش بستری مجدد، کاهش عوارض بیماری، افزایش رضایت بیماران و بهبود کارایی نظام سلامت می‌تواند در بلندمدت منجر به صرفه‌جویی قابل توجه در هزینه‌های کلی نظام سلامت شود.

بحث:

کاربست سیاستی

برای اثربخشی راهکارهای پیشنهادی در کاهش ترخیص با رضایت شخصی (DAMA)، صرف ارائه سیاست‌ها کافی نیست و لازم است نحوه اجرا، سطح بندی مداخلات و سازوکارهای عملیاتی به‌صورت روشن تعریف شود. کاربست سیاستی این مطالعه بر اجرای هم‌زمان مداخلات در سه سطح بیمارستانی، دانشگاهی و نظام سلامت استوار است.

در سطح بیمارستانی، نقطه شروع اجرا، شناسایی بیماران در معرض خطر DAMA در بدو پذیرش است. این کار می‌تواند از طریق طراحی یک چک لیست غربالگری ساده شامل وضعیت اقتصادی، حمایت خانوادگی، سابقه بستری و نگرش بیمار نسبت به درمان انجام شود. بیماران پرخطر باید به‌طور سیستماتیک به واحد مددکاری اجتماعی ارجاع داده شوند. همچنین تیم درمان باید موظف شود در زمان بستری، آموزش اولیه درباره روند درمان و پیامدهای DAMA را به بیمار و خانواده ارائه دهد. اجرای این اقدامات نیازمند تعریف وظایف مشخص برای پرستار مسئول، پزشک معالج و مددکار اجتماعی در قالب پروتکل داخلی بیمارستان است.

در حوزه ارتباط پزشک–بیمار، کاربست سیاستی مستلزم ادغام آموزش مهارت‌های ارتباطی در برنامه‌های بازآموزی کارکنان درمانی است. این آموزش‌ها باید به‌صورت دوره‌ای و مبتنی بر سناریوهای واقعی بالینی طراحی شوند. علاوه بر آن، استفاده از ابزارهای ساده مانند بروشورهای استاندارد، فرم‌های تصمیم‌گیری مشترک و چک لیست‌های ارتباطی می‌تواند به یکپارچه‌سازی رفتار حرفه‌ای کمک کند. نظارت مدیریتی بر کیفیت ارتباط نیز از طریق پایش رضایت بیماران و دریافت بازخورد ساختارمند قابل اجرا است.

در سطح مدیریتی بیمارستان، اجرای سیاست‌ها نیازمند ایجاد «کمیته مدیریت DAMA» است. این کمیته باید به‌صورت ماهانه داده‌های مربوط به موارد DAMA را تحلیل کرده، الگوهای تکرار شونده را شناسایی و مداخلات اصلاحی پیشنهاد دهد. همچنین لازم است سیستم ثبت الکترونیک DAMA در پرونده بیمارستانی ادغام شود تا امکان پایش لحظه‌ای و گزارش‌گیری دوره‌ای فراهم گردد. این داده‌ها باید در داشبورد مدیریتی بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی قابل مشاهده باشند تا تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد تسهیل شود.

در سطح دانشگاه علوم پزشکی، کاربست سیاستی شامل استاندارد سازی پروتکل مدیریت DAMA در تمامی بیمارستان‌های آموزشی است. این استاندارد باید شامل تعریف دقیق DAMA، فرآیند ارزیابی علت، نقش اعضای تیم درمان، نحوه ثبت اطلاعات و سازوکار پیگیری پس از ترخیص باشد. همچنین دانشگاه می‌تواند شاخص DAMA را به‌عنوان یکی از شاخص‌های ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های آموزشی در نظام اعتبار بخشی وارد کند تا انگیزه سازمانی برای کاهش آن ایجاد شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

در سطح نظام سلامت، اجرای سیاست‌ها نیازمند حمایت مالی و سیاست‌گذاری کلان است. توسعه پوشش بیمه‌ای برای کاهش پرداخت از جیب بیماران، تقویت نظام مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها و تخصیص منابع برای بهبود زیرساخت‌های انسانی و فیزیکی از اقدامات کلیدی محسوب می‌شود. همچنین طراحی کمپین‌های آموزشی عمومی با استفاده از رسانه‌های محلی می‌تواند در ارتقای سواد سلامت جامعه و کاهش تصمیم‌های ناآگاهانه برای ترخیص زودهنگام مؤثر باشد.

در مجموع، کاربست موفق این راهکارها مستلزم هم‌افزایی میان سطوح مختلف نظام سلامت، تعهد مدیریتی در بیمارستان‌ها و پایش مستمر شاخص‌های عملکردی است. اجرای مرحله‌ای نیز می‌تواند به شناسایی چالش‌های اجرایی و بهبود تدریجی سیاست‌ها پیش از تعمیم کامل کمک کند.

موانع احتمالی اجرا و راهکارهای مقابله با آن ها

اجرای راهکارهای پیشنهادی ممکن است با موانع مختلفی مواجه شود. یکی از موانع احتمالی، مقاومت برخی از کارکنان در برابر ثبت دقیق و استاندارد موارد DAMA به دلیل افزایش بار اداری ادراک شده است. استفاده از فرم‌های ساده و استاندارد، آموزش کارکنان و ادغام فرایند ثبت DAMA با سامانه‌های موجود می‌تواند این مانع را کاهش دهد. محدودیت منابع مالی نیز ممکن است اجرای حمایت‌های مالی و اقدامات زیرساختی را با مشکل مواجه کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مداخلات کم‌هزینه و قابل اجرا، مانند آموزش ارتباطی، آموزش بیمار و استانداردسازی فرایند شناسایی بیماران در معرض خطر، در اولویت اولیه قرار گیرند.

ضعف هماهنگی میان بخش‌های درمانی، مددکاری اجتماعی، مدیریت بیمارستان و دانشگاه علوم پزشکی نیز می‌تواند اثربخشی مداخلات چند سطحی را کاهش دهد. تشکیل کمیته مدیریت DAMA و تعیین مسئولیت‌های مشخص برای اعضای آن می‌تواند هماهنگی و پاسخگویی را تقویت کند. همچنین کمبود نیروی انسانی و فشار کاری ممکن است مشارکت کارکنان در برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای را محدود کند؛ از این رو، ادغام آموزش‌های مورد نیاز در برنامه‌های موجود آموزش مداوم و استفاده از دوره‌های کوتاه و مبتنی بر سناریو پیشنهاد می‌شود. در نهایت، در بیمارستان‌هایی که زیرساخت فناوری اطلاعات کافی ندارند، می‌توان ثبت استاندارد داده‌ها را به‌صورت مرحله‌ای آغاز و در مراحل بعدی آن را با سامانه‌های الکترونیک بیمارستان ادغام کرد. در جدول شماره ۲، زمان بندی پیشنهادی ارائه شده است.

جدول شماره ۲: زمان‌بندی پیشنهادی

مرحله	بازه زمانی	اقدامات اصلی
اول	۰تا ۳ ماه	تشکیل کمیته DAMA،استاندارد سازی، تعریف و ثبت DAMAشناسایی بیماران پرخطر و آغاز آموزش ارتباطی کارکنان
دوم	۳ تا ۶ ماه	تقویت ارجاع به مددکاری، آموزش بیمار و خانواده، جمع آوری منظم داده های DAMA و پایش اولیه
سوم	۶ تا ۱۲ ماه	توسعه/ ادغام ثبت الکترونیک DAMA، تحلیل روندها و اقدامات اصلاحی برای کاهش زمان انتظار و مشکلات سازمانی
چهارم	۱۲ تا ۲۴ ماه	توسعه حمایت های مالی، بهبود زیرساخت هاادغام شاخص DAMAدر نظام ارزیابی کیفیت و گسترش برنامه در سطح دانشگاه

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و کارکنان پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری رساندند، اعلام کنند. لازم به ذکر است که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، حرفه‌ای یا سازمانی که بتواند بر نتایج یا تفسیر یافته‌های این پژوهش تأثیرگذار باشد، وجود ندارد.

References

1- F, Yahyavi ST. Exploring the inner roots of discharge against medical advice (DAMA) in an academic psychiatric hospital: a qualitative study. Middle East Curr

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Psychiatry 2022; 29(1): 70. PMID: 37020719

2- Ahmed HM, et al. Factors influencing on discharge against medical advice (DAMA) among patients at Assiut University Hospitals. Sohag J Nurs Sci 2026; 5(8): 90-98.

3- Akagwire D, Padi ET, Abem VK. Discharge against medical advice from the Tamale Teaching Hospital: who is involved, the prevalence and departmental differences. BMC Health Serv Res 2025; 25(1): 1752. PMID: 41434029

4- Talebpour A, et al. Patient-level and physician-level predictors of discharge against medical advice: a multilevel modeling approach. Health Scope 2024; 13(13): e142476. PMID: 40681179

5- Buowari DY, Ikpae BE. Evaluation of persons that signed the signed against medical advice form at the emergency department of a Nigerian teaching hospital. Afr J Res Med Health Sci 2024; 2(2): 12-16.

6- Mohseni M, et al. 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. PMID: 26576367

7- Ashrafi E, et al. Discharge against medical advice (DAMA): causes and predictors. Electron Physician 2017; 9(6): 4563-4570. PMID: 28748012

8- Eze B, Agu K, Nwosu J. Discharge against medical advice at a tertiary center in southeastern Nigeria: sociodemographic and clinical dimensions. Patient Intell 2010; 2: 27-31.

9- Azizzadeh F, Pourranjbar S. The causes of discharge against medical advice and suggestions for its reduction in Tabriz Sina Medical Center (phenomenological study). Indian J Med Sci 2021; 73(1): 88-92.

10- Mastaneh Z, et al. Factors influencing discharge against medical advice in internal medicine and surgical wards: a study at a Hormozgan University Hospital in 2023. Iran J Surg 2025; 33(Summer): 44-53.

11- Darvishpour A, et al. Situation analysis of implementation of the SMART safe discharge protocol: a study from East Guilan, Iran. BMC Nurs 2025; 24(1): 958. PMID: 41474421

12- Motazedi Z, et al. What happens to patients that leave hospital against medical advice? A cross-sectional study. Med J Tabriz Univ Med Sci 2018; 40(3): 88-96.

13- Tabrizi JS, Ranai A. Discharge against medical advice: an interventional study. Int J Hosp Res 2014; 3(2): 89-92.

14- Kavosi Z, et al. Factors affecting discharge against medical advice in a teaching hospital in Shiraz, Iran. Health Inf Manag 2012; 9(4): 448-456.

15- 15. Setareh J, et al. Prevalence of discharge against medical advice in psychiatric patients and associated factors. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(166): 226-230.

16- Soraya S, et al. Discharge of psychiatric patients against psychiatrist's advice. Med J Islam Repub Iran 2021; 35: 92. PMID: 34904074

17- Oyira EJ, Mgbekem M, Edet OB. Factors associated with discharge against medical advice among patients in University of Calabar Teaching Hospital Calabar (UCTH). Glob J Pure Appl Sci 2016; 22(1): 91-98.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

18- Hasan O, et al. Leaving against medical advice from in-patients departments: rate, reasons and predicting risk factors for re-visiting hospital: retrospective cohort from a tertiary care hospital. Int J Health Policy Manag 2019; 8(8): 474-482. PMID: 31441279

19- Karimi SAP, et al. 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. PMID: 25126017

20- Coffey A, et al. Interventions to promote early discharge and avoid inappropriate hospital (re)admission: a systematic review. Int J Environ Res Public Health 2019; 16(14): 2457. PMID: 31336854

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]