Discharge Against Medical Advice and Its Related Factors in Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj During 2017

Marzieh Mogadam[1], Narges shams-alizadeh[2] ,Zahra ansari,[3] Fayegh yousefi[4]

1.Assistant Professor, Department of Psychiatry, Neurosciences Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, ORCID ID: 0000-0002-8493-7674.

2.Aassociated professor, Department of Psychiatry, Neurosciences Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. (Corresponding Author), Tel:087-33660026, E mail: nshamsalizadeh@yahoo, ORCID ID: 0000-0002-5652-3367.

3. Medical doctor, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran, ORCID ID: 0000-0002-8355-7371.

4.Associated professor, Department of Psychology, Neurosciences Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. ORCID: 0000-0001-5503-3326.

ABSTRACT

Background and Aim: Discharge against Medical Advice (DAM) is a process during which the patient leaves the hospital without completing the course of treatment and despite the doctor's advice. This study investigated the frequency and causes of DAM and its related factors in Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj in 2017.

Materials and Method: This was a descriptive-analytical study. The study population was all patients admitted to Qhods Hospital during 2017. Demographic and hospital related information and reasons for discharge were collected and recorded in a checklist. Using SPSS software version 20, data were analyzed by chi-square test.

Results: The rate of discharge against Medical Advice was 5.7%. 77.2% of hospitalizations were emergency, 63.4% of hospitalizations were the first admition and were on holidays, in the evening and night shifts. The most common initial psychiatric diagnosis was bipolar I disorder and major depressive disorder in both groups.

Day (p=0.001) and shift of hospitalization (p=0.002), age (p=0.001), number of previous hospitalizations (p=0.0001), ward (p=0.0001) and marital status (p=0.022), diagnosis(p=.001) had significant relationships with the type of discharge.

Personal reasons (80.2%) were the main cause for discharge and the patient's insistence (36.6%) was the most frequent personal reason for DAM. The highest rate of discharge was in the first 10 days of admition. (90.1%).

Conclusion: In general, the rate of DAM in Qhods Psychiatric Hospital was lower than those in other similar psychiatric and non-psychiatric studies in Iran, but higher than that in the global rate. The patient's insistence was the main reason for discharge and the highest rate of discharge was in the first 10 days of admition. It seems that more focus on patient education during hospitalization, especially in the first days plays a major role in reducing DAM and consequently, reduction of the complications in the health care system.

Key words: Discharg against medical advice, Patient, hospita Psychiatry

Received:Sep 4,2020 **Accepted**:Sep 26,2022

How to cite the article : Marzieh Mogadam, Narges shams-alizadeh ,Zahra ansari, Fayegh yousefi, Discharge Against Medical Advice and Its Related Factors in Ghods Psychiatric Hospital in Sanandaj During 2017, 2025;29(6):77-91.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

ترخیص با رضایت شخصی و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج در سال ۹۶

مرضیه مقدم [۱]، نرگس شمس علیزاده[۲]، زهرا انصاری[۳]، فایق یوسفی[۴]

۱.استادیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران کد ارکید: ۷۶۷۴-۸۴۹۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲.دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (نویسنده مسئول)، تلفن:۰۸۷-۳۳۶۶۰۰۲۶،پست الکترونیک: nshamsalizadeh@yahoo کد ارکید: ۳۳۶۷-۵۶۵۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳.پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران کد ارکید:۷۳۷۱ -۸۳۵۵-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۴.دانشیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران کد ارکید: ۳۳۲۶-۵۵۰۳-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: ترک بیمارستان با رضایت شخصی فرآیندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان و رضایت پزشک بیمارستان را ترک می‌کند. این مطالعه به بررسی فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی و عوامل مرتبط آن در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج طی سال ۹۶ پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است و جامعه مورد پژوهش، بیماران بستری شده در بیمارستان قدس طی سال ۹۶ بودند. جمعیت مورد مطالعه کلیه بیماران بستری در بیمارستان قدس در سال ۹۶ بودند. اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیمارستان و دلایل ترخیص با رضایت شخصی با استفاده از چک لیست جمع‌آوری و تکمیل گردید. در داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و آزمون آماری مربع کای مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان ۵/۷٪ بود. ۷۷/۲ ٪ بستری‌ها اورژانسی بود. ۶۳/۴٪ بستری‌ها برای بار اول و عمدتاً در نوبت عصر و شب اتفاق افتاده بود. بیشترین تشخیص اولیه روانپزشکی در هر دو گروه اختلال دوقطبی و سپس افسردگی اساسی بود. روز بستری (P=۰/۰۰۱). شیفت بستری(P=۰/۰۰۲)، سن (P=۰/۰۰۱). تعداد بستری قبلی (P=۰/۰۰۰۱) بخش بستری (P=۰/۰۰۰۱)، وضعیت تأهل (P=۰/۰۲۲) و تشخیص (P=۰/۰۱) با نوع ترخیص رابطه معنی‌داری داشتند. علل شخصی عمده‌ترین دلیل ترخیص(۸۰/۲٪) و اصرار بیمار بیشترین دلیل شخصی ترخیص (۳۶/۶٪) با رضایت شخصی بود. بیشترین میزان ترخیص در ۱۰ روز اول بستری رخ داد(۹۰/۱٪)

نتیجه‌گیری: به طور کلی میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روانپزشکی قدس نسبت به سایر مطالعات مشابه روانپزشکی و غیر روانپزشکی در ایران کمتر است ؛ ولی نسبت به آمار جهانی ببیشتر بود. بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی اصرار بیمار و بیشترین زمان در طی ۱۰ روز اول بستری بود؛ لذا به نظر می‌رسد ممکن است تمرکز بیشتر بر برنامه آموزش بیمار و خانواده در طول بستری به ویژه در روزهای ابتدایی بستری بتواند درکاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی وبه تبع آن کاهش عوارض ناشی از آن در سیستم بهداشتی درمانی نقش داشته باشد.

کلمات کلیدی: ترخیص با رضایت شخصی، بیمار، بیمارستان، روانپزشکی

وصول مقاله:۱۳۹۹/۶/۱۴ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۱/۶/۳۱ پذیرش:۱۴۰۱/۷/۴

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

مقدمه

ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی، فرآیندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان، علیرغم توصیه تیم درمانی و با میل خود بیمارستان را ترک می‌کند. ترخیص با رضایت شخصی تهدیدی برای سلامت بیمار محسوب می‌شود(۱). هم‌چنین منجر به پسرفت وضعیت بیمار ، مرگ و یا تداوم عوارض بیماری می‌شود که در دراز مدت قابل‌درمان نبوده ونهایتا نتیجه درمان را نامطلوب می‌کند(۲). ترخیص با رضایت شخصی یک عامل خطر برای عود بیماری،بستری مجدد و افزایش هزینه درمان نیز محسوب می‌شود(۳). میزان بستری آنان در بیمارستان‌های مختلف نیز بیشتر است(۴).

روند ترخیص یک مرحله حساس در مدیریت بیمارستانی بوده و اصلاح آن ازجمله تدابیر اصلی است که عملکرد بیمارستان‌ها بر اساس آن تعریف و ارزیابی می‌شود(۵). حاکمیت بالینی راهکاری درازمدت و اساسی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران بوده آموزش بیمار و ارزیابی دلایل ترخیص با رضایت شخصی از اجزاء اصلی نظام حاکمیت بالینی دریک بیمارستان می‌باشند(۶). فقدان مراقبت‌های لازم پزشکی و پرستاری، نارضایتی از روند درمان، تجهیزات ناکافی بیمارستانی، مشکلات شخصی و خانوادگی، احساس بهبودی در بیمار و وضعیت اقتصادی ضعیف از مهم‌ترین علل ترخیص با رضایت شخصی است(۷). سالیانه یک تا دو درصد بیماران بستری با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند و این گونه در معرض بستری مجدد و مرگ ومیر بیشتری قرار می‌گیرند(۸).

ترخیص با رضایت شخصی یا ترخیص علی‌رغم توصیه‌های پزشکی ۲ درصد از ترخیص‌های کل بیمارستانی در دنیا را به خود اختصاص داده است(۲). مطالعات قدیمی‌تر خارجی درباره بیماران روانپزشکی بستری، میزان ترخیص با رضایت شخصی را رقمی معادل ۱۶ درصد عنوان کرده‌اند؛ البته اغلب این مطالعات قبل از ظهور مراقبت مدیریت شده در بخش‌های روانپزشکی، زمانی که بستری‌ها طولانی‌تر بوده، انجام شده است. در طول سه دهه اخیر مدیریت بیماران روانپزشکی به سمت بستری‌های کوتاه مدت سوق داده شده است. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ در آمریکا ۱/۶ در صد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ترخیص با رضایت شخصی داشته اند(۹).

در یک مطالعه نظام مند به تمام مطالعات انجام شده مرتبط به ترخیص با رضایت شخصی در ایران از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴ پرداخته شده است. قبل از این تاریخ مطالعه‌ای با این مضمون یافت نشد که احتمالاً به دلیل معرفی و اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستان‌ها طی این دوره بوده است. در این مطالعه در حالی که میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های ایران ۷/۹ درصد گزارش شده است بیشترین ترخیص به بخش‌های روانپزشکی (۱۲درصد) و کمترین آن به بخش‌های اطفال (۳/۷ درصد) اختصاص داشته است(۱۰).

در ارتباط با ترخیص با رضایت شخصی در بیماران روانپزشکی در ایران مطالعات بسیار کمی انجام شده است. در مطالعه آینده‌نگر شیخ مونسی ۳۴/۴ درصد بستری‌های روانپزشکی در شهرستان ساری به ترخیص با رضایت شخصی ختم شده است. این میزان بالا به وضعیت ضعیف اقتصادی در اکثریت بیماران نسبت داده است(۱۱). میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های آموزشی کرمان در سال ۲۰۱۱ ۵/۶ درصد بوده؛ ولی در بیمارستان روانپزشکی ۱۶/۳ درصد گزارش شده است(۱۲).

امروزه مفهوم ترخیص بدون رضایت پزشک در بیمارستان‌های روانپزشکی به طور پیشرونده تحت تأثیر پیشرفت های بالینی اجتماعی و قانونی در سیستم بهداشت روان که طی ۵۰ سال گذشته اتفاق افتاده قرار گرفته است. قبل از ظهور داروهای اولیه روانگردان در اواخر دهه ۵۰ مفهوم ترخیص علیرغم رضایت پزشک به بیمارانی اطلاق می‌گردید که از بیمارستان فرار کرده و دیگر باز نمی‌گشتند. تغییرات قانونی طی دهه‌های بعد بود که منجر به استقلال بیماران در تصمیم‌گیری برای

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

مراقبت و درمان خود شد. ترخیص بیمار روانپزشکی برخلاف توصیه پزشک گرچه به واقع پیامد طبیعی امر فوق و افزایش نسبی در گزینه‌های درمانی می‌باشد؛ ولی با پیامدهای بهداشتی مضر همراه بوده است و یکی از دلایل فرسودگی در متخصصین سلامت روان می‌باشد. این بیماران پیش‌آگهی نسبتا بدتری در حیطه‌های مختلف عملکرد خود داشته و سهم قابل توجهی در رشد پدیده درب‌های چرخان(Revolving door phenomen) در بیمارستان‌های روانپزشکی دارند(۱۳). ترخیص با رضایت شخصی را می‌توان پیامد مراقبت غیر مؤثر و غیر بیمار محوردانست؛ که به‌طور نامتناسبی بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر تأثیر گذاشته وبخودی خود منجر به مراقبت ناکافی، ناعادلانه و غیر ایمن خواهد شد(۱۴).

با بررسی علل و عوامل تأثیرگذار بر ترخیص با رضایت شخصی، می‌توان نقاط ضعف مراکز درمانی را شناسایی کرد و آنگاه با استفاده از مداخلات خاص در جهت رفع مشکلات و کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی، علاوه بر ارتقای سطح سلامت جامعه، در کاهش هزینه‌های اضافی و افزایش درآمد بیمارستان نقش مؤثری ایفا نمود. هدف از اجرای این طرح تعیین میزان و علل ترک بیمارستان با رضایت شخصی و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان قدس سنندج در سال ۹۶ است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی –تحلیلی مقطعی بوده و توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کدIR.MUK.REC.1396/298 به تائید رسیده است. تمام بیماران بستری‌شده در بیمارستان قدس طی سال ۹۶ که علیرغم رضایت پزشک و با رضایت خانواده ترخیص شدند وارد مطالعه شدند. معیار خروج از مطالعه عدم همکاری خانواده جهت تکمیل اطلاعات بود. جمع‌آوری اطلاعات بیماران با استفاده از دو چک لیست انجام شد.

چک لیست اول، حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی بیمار، شغل، محل سکونت، تشخیص اصلی هنگام بستری (درج در پرونده به عنوان تشخیص اولیه که مورد تائید روانپزشک معالج است)، تعداد بستری‌های قبلی، طول مدت بستری، زمان بستری فعلی به تفکیک روز هفته و شیفت کاری، نوع بیمه، سوء مصرف مواد مخدر، تشخیص همزمان بیماری طبی، سابقه خود کشی و نسبت شخص ترخیص کننده با بیمار بود.

جهت بررسی علل ترخیص با رضایت شخصی از چک لیست دوم استفاده شد. تهیه این چک لیست در سه مرحله انجام شد.

در مرحله اول برای تهیه چک لیست از فرم ترخیص با رضایت شخصی مورد استفاده فعلی در بیمارستان و همچنین از پرسشنامه ای استفاده شده که پایایی و روایی آن در مطالعه ای در سال ۱۳۸۷ توسط فاطمه رنگ رزی و همکاران در کاشان تعیین شده بود. این پرسشنامه شامل علل مربوط به بیمار، علل مربوط به کادر بیمارستان، علل مربوط به وضعیت بیمارستان است. روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوا و بر اساس نظرخواهی از اساتید انجام شده، پایایی آن با روش دو نیمه کردن R=0.78 تعیین شده است(۲).

در مرحله دوم، چک لیست اولیه به رویت اساتید روانپزشکی رسید، پس از اصلاحات لازم جهت استفاده آزمایشی در اختیار واحد ترخیص بیمارستان قدس سنندج قرار گرفت.

در مرحله سوم، پس از تکمیل چک لیست برای ده بیمار که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند، جلسه‌ای با حضور رئیس و منشی بخش‌ها، مترون بیمارستان و فرد پژوهشگر برگزار شد و بر اساس اجماع بین شرکت‌کنندگان، تغییرات مختصری در سؤالات چک لیست اعمال شد. علل احتمال ترخیص با رضایت شخصی در دو گروه دلایل بیمارستانی و دلایل شخصی بررسی شد. قسمت دلایل بیمارستانی شامل ۲۰ آیتم از جمله برخورد نامناسب پزشک یا کارکنان، عدم وجود امکانات رفاهی، ناکافی بودن امکانات درمانی، عدم امکان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

انتخاب پزشک، بروز عوارض دارویی، شلوغی بخش و قسمت دلایل شخصی شامل ۱۳ آیتم ازجمله اصرار بیمار، وابستگی شدید بیمار به خانواده، عدم اعتقاد به بیماری و ناامیدی از درمان بود و در هر قسمت یک آیتم سایر علل نیز گنجانده شده بود

قسمت اول چک لیست با استفاده از مشخصات درج شده در پرونده بیمار و تکمیل قسمت دوم توسط منشی آموزش دیده در هر شیفت انجام شد. جهت جلوگیری از القاء پاسخ، منشی از نام بردن علل خودداری کرده. چنانچه عللی ذکر می‌شد که در چک لیست قید نشده، عیناً«در ردیف سایر علل نوشته می‌شد.

بعد از اتمام نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شده و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از به دست آوردن شاخص‌های توصیف برای داده ها، به منظور آزمون فرضیات مطالعه برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوار و برای بررسی بین متغیرهای کمی از آزمون t-test گروه‌های مستقل استفاده شد. تمام این مراحل با استفاده از نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS و در سطح معناداری ۹۵٪ صورت گرفت.

یافته ها

تعداد کل بستری‌های روانپزشکی در سال ۹۶، ۱۷۷۳ نفر بودند که از این تعداد، بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند ۱۰۱ نفر بود. (۵/۷٪). ویژگی‌های جمعیت شناختی و مشخصات بیمارستانی بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده‌اند در دو جدول (۲و۱) به نمایش گذاشته شده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در بیمارستان قدس در سال ۹۶

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
گروه سنی	کمتر از ۲۶ سال	۳۳	۳۲/۷	سطح تحصیلات	بی سواد	۳۰	۲۹/۷
	۵۲-۲۷ سال	۵۲	۵۱/۵		ابتدایی	۲۰	۱۹/۸
	بیشتر از ۵۳ سال	۱۶	۱۵/۸		راهنمایی	۶	۵/۹
جنسیت	مرد	۷۰	۶۹/۳		دبیرستان	۸	۷/۹
	زن	۳۱	۳۰/۷		دیپلم	۲۱	۲۰/۸
وضعیت تأهل	مجرد	۴۳	۴۲/۶		دانشگاهی	۱۶	۱۵/۸
	متأهل	۵۶	۵۵/۳	محل	سنندج	۴۴	۴۲/۶
	همسر فوت کرده	۲	۲/۱	سکونت	روستاهای تابعه سنندج	۲۹	۲۸/۷
شغل	خانه‌دار	۲۶	۲۵/۷		سایر شهرستان‌ها	۲۶	۲۵/۷
	بیکار	۴۰	۳۹/۶		روستاهای استان	۲	۲
	کارگر	۹	۸/۹	نوع بیمه	تأمین اجتماعی	۱۲	۱۱/۹
	آزاد	۱۱	۱۰/۹		سلامت	۶۴	۶۳/۴
	کارمند	۳	۳/۱		روستا	۶	۵/۹
	بازنشسته	۳	۳/۱		کمیته امداد	۱۱	۱۰/۹
	محصل	۹	۸/۹		نیروهای مسلح	۸	۷/۹

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

جدول ۲: مشخصات بیمارستانی بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در بیمارستان قدس در سال ۹۶

		فراوانی	درصد			فراوانی	درصد
نوع ترخیص دربستری قبلی	بدون بستری قبلی	۶۴	۶۳.۴	سابقه مصرف مواد	ندارد	۴۸	۴۷.۵
	رضایت شخصی	۳	۲.۹		دارد	۵۳	۵۲.۵
	رضایت پزشک معالج	۳۴	۳۳/۷	سابقه خودکشی	ندارد	۸	۸۴/۲
تشخیص اولیه روانپزشکی	قبل از بررسی ترخیص شده	۲۶	۲۵/۸		دارد	۱۶	۱۵/۸
	اسکیزوفرنیا	۱۴	۱۳/۹	مدت زمان بستری	مساوی و کمتر از ده روز	۹۱	۹۰/۱
	اختلال شخصیت مرزی	۱۴	۱۳/۹		بیشتر از ده روز	۱۰	۹/۹
	اختلال دوقطبی	۲۶	۲۵/۷	روز بستری	تعطیل	۱۴	۱۳/۹
	مصرف مواد	۲	۲		غیر تعطیل	۸۷	۸۶/۱
	کم توانی ذهنی	۱	۱	روز ترخیص	تعطیل	۹	۸/۹
	اختلال	۱۸	۱۷/۸		غیر تعطیل	۹۲	۹۱/۱
بیماری توأم طبی غیر روانپزشکی	ندارد	۷۷	۷۶/۲	شیفت بستری	صبح	۲۷	۲۶/۷
	هیپوتیروئیدی	۶	۵/۹		عصر	۵۰	۴۹/۵
	دیابت	۳	۳		شب	۲۴	۲۳/۸
	افزایش فشارخون	۱۱	۱۰/۹	شیفت ترخیص	صبح	۹۰	۸۹/۱
	مشکل کلیوی	۱	۱		عصر	۷	۶/۹
	افزایش چربی خون	۳	۳				
وجود همراه در بخش	بله	۴۲	۴۱/۶		شب	۴	۴
	خیر	۵۹	۵۸/۴	محل ارجاع	مطب	۴۵	۴۴/۶
نوع بستری	اورژانسی	۷۸	۷۷/۲		کلینیک	۳	۳
	الکتیو	۲۳	۲۲/۸		اورژانس بیمارستان	۵۳	۵۲/۵
بستری مجددطی یک سال بعد	ماه اول	۲	۲				
	ماه دوم تا ششم	۱۴	۱۳/۸				
	نداشته	۸۵	۸۴/۲				

در بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی ۷۷/۲٪ بستری‌ها اورژانسی بود. ۶۳/۴٪ بستری‌ها برای بار اول و عمدتاً نوبت عصر و شب اتفاق افتاده بود. بین جنسیت با نوع ترخیص رابطه معنی‌داری وجود نداشت. (P=۰/۵۳۸)؛ اما روز بستری(P=۰/۰۰۱)، شیفت بستری(P=۰/۰۰۲)، سن (P=۰/۰۰۱)، تعداد بستری قبلی (P=۰/۰۰۰۱)، بخش بستری (P=۰/۰۰۰۱) و وضعیت تأهل (P=۰/۰۲۲) و تشخیص (P=۰/۰۱) با نوع ترخیص رابطه معنی‌داری داشتند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

جدول ۳: ارتباط نوع ترخیص با متغیرهای دموگرافیک و بیمارستانی در بیمارستان قدس در سال ۹۶

متغیر		ترخیص با رضایت شخصی تعداد (درصد)	ترخیص با دستور پزشک تعداد (درصد)	آماره آزمون	P-Value
جنسیت	مذکر	۷۰ (٪ ۶۹/۳)	۱۱۵۹ (٪ ۶۹/۳)	۰/۰۰۳	۰/۵۳۸
	مؤنث	۳۱ (٪ ۳۰/۷)	۵۱۳ (٪ ۳۰/۷)		
وضعیت تأهل	متأهل	۵۶ (٪ ۵۵/۵)	۸۰۵ (٪ ۴۸/۱)	۸/۲۳	*۰/۰۲۲
	مجرد	۴۳ (٪ ۴۳)	۸۶۷ (٪ ۵۱/۹)		
	همسر فوت کرده	۱ (٪ ۰/۷۵)	۰ (٪ ۰/۰)		
	مطلقه	۱ (٪ ۰/۷۵)	۰ (٪ ۰/۰)		
بخش بستری	اورژانس	۳ (٪ ۳)	۲۶۸ (٪ ۱۶)	۵۸/۰۲	*۰/۰۰۰۱
	مردان یک	۳۶ (٪ ۳۵/۶)	۱۳۳ (٪ ۸)		
	مردان دو	۳۱ (٪ ۳۰/۷)	۶۸۸ (٪ ۴۱/۱)		
	زنان	۲۹ (٪ ۲۹)	۴۲۱ (٪ ۲۵/۲)		
	اعتیاد	۲ (٪ ۲)	۱۶۲ (٪ ۹/۷)		
تعداد بستری قبلی	بدون بستری	۶۴ (٪ ۶۳/۴)	۶۱۶ (٪ ۳۶/۸)	۴۵/۵۵	* ۰/۰۰۰۱
	تا سه بار	۳۰	۴۸۱		

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

	بستری	(٪ ۲۹/۷)	(٪ ۲۸/۸)		
	بیشتر از	۷	۵۷۵		
	چهار بار	(٪ ۶/۹)	(٪ ۳۴/۴)		
گروه‌های	کمتر از ۲۶	۳۳	۳۰۴	۱۳/۴۶	* ۰/۰۰۱
سنی	سال	(٪ ۳۲/۷)	(٪ ۱۸/۲)		
	۲۷ تا ۵۲	۵۲	۱۱۳۴		
		(٪ ۵۱/۵)	(٪ ۶۷/۸)		
	بیشتر از ۵۳	۱۶	۲۳۴		
		(٪ ۱۵/۸)	(٪ ۱۴)		
شیفت	صبح	۲۷	۹۰۳		* ۰/۰۰۱
بستری		(٪ ۲۶/۸)	(٪ ۵۴)	۳۱/۳۹	
	عصر	۵۰	۵۷۷		
		(٪ ۴۹/۵)	(٪ ۳۴/۵)		
	شب	۲۴	۱۹۲		
		(٪ ۲۳/۷)	(٪ ۱۱/۵)		
روز	تعطیل	۱۴	۹۳	۸/۸۳	
بستری		(٪ ۱۳/۹)	(٪ ۵/۶)		* ۰/۰۰۲
	غیر تعطیل	۸۷	۱۵۷۹		
		(٪ ۸۶/۱)	(٪ ۹۴/۴)		
تشخیص	اسکیزوفرنیا	۱۴	۳۷۴		
		(٪ ۱۳/۹)	(٪ ۲۲/۴)		
	اختلال	۱۴	۱۰۹		* ۰/۰۱
	شخصیت	(٪ ۱۳/۹)	(٪ ۶/۵)	۲۲	
	مرزی				
	اختلال	۲۶	۴۹۵		
	دوقطبی	(٪ ۲۵/۷)	(٪ ۲۹/۶)		
	مصرف	۲	۱۰۲		
	مواد	(٪ ۲)	(٪ ۶/۱)		
	اختلال	۱۸	۲۵۹		
	افسردگی	(٪ ۱۷/۸)	(٪ ۱۵/۵)		
	اساسی				
	کم‌توانی	۱	۲۲		
	ذهنی	(٪ ۱)	(٪ ۱/۳)		
	سایر	۲۶	۳۱۱		
		(٪ ۲۵/۷)	(٪ ۱۸/۶)		

*:معنی‌داری در سطح ۰/۰۵

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

جدول۴: توزیع فراوانی علل بیمارستانی و علل شخصی ترخیص در افراد مورد مطالعه

		فراوانی	درصد
علل بیمارستانی ترخیص	ندارد	۸۱	۸۰/۲
	آموزشی بودن بیمارستان	۱	۱
	عدم امکان انتخاب پزشک	۱	۱
	شلوغی بخش	۱۰	۹/۹
	وخامت بیشتر بیمار	۱	۱
	تأثیرپذیری بیمار از سایر بیماران	۴	۳/۹
	ترس از معتاد یا سیگاری شدن بیمار	۱	۱
	طولانی بودن مدت بستری	۱	۱
	شلوغی بخش+ طولانی بودن مدت بستری	۱	۱
علل شخصی ترخیص	احساس بهبودی	۱۰	۹/۹
	ناامیدی از بهبودی	۴	۴
	ترس از ادامه درمان	۲	۲
	ادامه درمان نزد پزشک دیگر	۷	۶/۹
	نیاز به بستری ندارد	۶	۵/۹
	دوری راه	۳	۳
	ترس از انگ بیماری روانپزشکی	۴	۴
	وابستگی بیمار به خانواده	۱۰	۹/۹
	عدم توانایی در پرداخت هزینه	۲	۲
	اصرار بیمار	۳۷	۳۶/۶
	ترس از آسیب دیدن از سایر بیماران	۷	۶/۹
	عدم بینش خانواده نسبت به بیماری	۷	۶/۹
	اصرار بیمار+ ترس از ادامه درمان	۱	۱
	دوری راه+عدم توانایی در پرداخت هزینه	۱	۱

ارتباط نوع ترخیص با تعدادی از متغیرها در بیمارستان قدس سنندج در سال ۹۶ انجام شد. طی سال ۹۶، ۵/۷ درصد بیماران با رضایت شخصی بیمارستان روانپزشکی قدس را ترک کردند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیماران بستری و همچنین رضایت شخصی در بیمارستان‌های روانپزشکی در ایران مطالعات بسیار کمی انجام شده است. در این مطالعات میزان ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های روانپزشکی در ایران نسبت به بخش‌های دیگر غیر روانپزشکی بیشتر است(۱۲٪ تا ۳۴/۴ ٪) (۱۱و۱۰ و۵). مطالعات قدیمی ترخارجی در باره بیماران روانپزشکی بستری در بیمارستان‌ها میزان ترخیص با رضایت شخصی را رقمی معادل ۱۶ درصد عنوان کرده‌اند؛ ولی در مطالعات جدید این میزان کمتر است (۱۵ و ۹). در مجموع میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان قدس نسبت به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

مطالعات خارجی بیشتراست ؛ ولی در مقایسه با مطالعات مشابه روانپزشکی وغیر روانپزشکی ایرانی کمتر بود (۱۶و۹و۲) . متفاوت بودن جوامع آماری از نظرمتغیرهای مربوط به وضعیت بیمارستان و تیم درمان و همچنین عوامل جغرافیایی،فرهنگی ، اقتصادی قطعاً در تفاوت‌های مشاهده در آمار دخیل است . لازم به ذکر است که بیمارستان قدس سنندج تنها مرکز درمانی بستری در استان برای بیماران روانپزشکی می‌باشد.

بین جنسیت با ترخیص با رضایت شخصی رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در برخی از مطالعات داخلی (۱۶و۱۷و۱۱و۱۰و۲و۱) و مطالعات خارجی (۱۵و۹) رضایت شخصی در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است؛ البته در تعدادی از مطالعات (۱۸و۱۰و۱)ارتباط معنی‌داری بین نوع ترخیص با جنسیت بیمار به دست نیامده است . به نظر می‌رسد گرچه زنان نسبت به مردان محتاط تر بوده ، پایبندی بیشتری نسبت به درمان دارند (۱۰) ولیکن نقش زنان در حمایت و مراقبت از فرزندان و امور خانه داری ممکن است همانند نقش مردان در تأمین مخارج زندگی در ترخیص با رضایت شخصی نقش داشته باشد

در مطالعه ما تأهل با نوع ترخیص ارتباط معنی‌داری داشت. به این ترتیب که برخلاف موارد معمولی ترخیص، افراد متأهل بیش از مجردها با رضایت شخصی ترخیص شدند. این یافته همسو با نتایج تعدادی از مطالعه(۲۰و۱۹و۱۵) است. در حالی که در یک تحقیق، تجرد به عنوان یکی از عوامل خطر ترخیص با رضایت شخصی بیان شده است (۲) در مطالعات داخلی اکثراً جنسیت مذکر و تأهل را بر ترخیص با رضایت شخصی مؤثر دانسته‌اند که شاید به علت داشتن مسئولیت سرپرستی خانواده و یا تأمین مخارج زندگی بوده باشد(۱۸و۱۷و۱۵).

در هردو نوع ترخیص با و بدون رضایت پزشک، طیف سنی ۲۷ تا ۵۲ سال از بیشترین درصد برخوردار بود؛ ولی درصد افراد با سنین کمتر از ۲۶ سال در ترخیص با رضایت شخصی بیشتر بود، همچنین سن بیماران با نوع ترخیص رابطه معنی‌داری داشت. در دو مطالعه روانپزشکی تولایی پور(۲۱) ورنگرزیان (۲۲) افراد جوانتر درصد بالاتری را درمیان افرادی که با رضایت شخصی ترخیص شدند تشکیل می‌دادند. گرچه در مطالعه روانپزشکی شیخ مونسی ارتباط معنی‌داری بین سن با نوع ترخیص به دست نیامد(۱۱) در سایر مطالعات غیر روانپزشکی داخلی و خارجی نیز افراد ترخیص شده با رضایت شخصی عمدتاً جوان هستند.(۲۳و۱۹و۱۷و۱۵و۲و۱)به نظر می‌رسد ممکن است فعالیت شغلی و جسارت به‌عنوان دو خصیصه ویژه جوانی منجر به افزایش ترخیص با رضایت شخصی در این طیف سنی گردد.

در مجموع ۶۳/۳٪ افرادی که با رضایت شخصی ترخیص شدند تحصیلات زیر دیپلم داشتند. که از این تعداد ۴۷٪ بی‌سواد بودند. نتایج طرح پژوهشی دفتر بالینی وزارت بهداشت نیز نشان داد متغیر سطح تحصیلات رابطه معنی‌دار نسبتا قوی با میزان فراوانی ترخیص با رضایت شخصی دارد (۱). به نظر می رسد افراد با سطح تحصیلات کمتر نیاز بیشتری به آموزش و آشنایی با روند درمان و خدمات ارائه شده به بیماران دارند.

۳۹.۶ درصد افراد مورد مطالعه بیکار بودند. گرچه یافته های سایر مطالعات در این زمینه متناقض است؛ ولی در مجموع در مطالعات دیگر ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اشتغال و سطح درآمد با نوع ترخیص وجود نداشته است (۲۴و۱۵و۱) . با این حال رنگرز جدی در مطالعه خود بیان می کند مشکلات شغلی یکی از عوامل تأثیرگذار بر ترخیص با رضایت شخصی در بیماران است (۲). در مطالعه روانپزشکی شیخ مونسی افرادی که شغل آزاد داشتند بیش از آنان که در استخدام بودند با رضایت شخصی ترخیص شده بودند (۱۱). این نکته را باید در نظر داشت که در مطالعه ما بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی، علل شخصی بود وعدم توانایی در پرداخت هزینه تنها دو درصد کل علل را تشکیل می‌داد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

۹۰.۱ درصد افراد مورد مطالعه با بیشترین فراوانی مساوی یا کمتر از ده روز در بیمارستان بستری بوده که همسو با تعدادی از مطالعات داخلی و خارجی است (۲۳و۲۰و۱۸و۱۶و۱۵) . با توجه به شدت علائم بیماری در روز های ابتدایی بستری (قبل از تأثیر مداخلات درمانی) ونگرانی بیشتر خانواده از وضعیت بیماری که اصرار به ترخیص دارد، ترخیص در این طیف زمانی بیشتر است. آموزش بیمار و خانواده به ویژه در روزهای ابتدایی درمان و مشارکت وی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط به درمان در برقراری رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد نقش به سزایی داشته منجر به کاهش میزان ترخیص قبل از موعد مناسب می‌شود.

۱۵/۸ درصد افراد ترخیص شده با رضایت شخصی طی شش ماه بعد مجدداً بستری شدند. بیمارانی که برخلاف توصیه پزشک اقدام به ترک بیمارستان می‌کنند در معرض عوارض متعددی از جمله بستری مجدد هستند(۱۵و۱۳و۱۰) .

همه بیماران از بیمه درمانی برخوردار بودند همچنین ۳۵/۶ درصد بیماران مورد مطالعه دارای بیمه تکمیلی بودند. لازم به ذکر است که مشکلات اقتصادی وعدم توانایی در پرداخت هزینه تنها ۲ درصد علل ترخیص را تشکیل می‌داد. به نظر می‌رسد پوشش وسیع بیمه، فعالیت مناسب سیستم مددکاری و وجود سازمان‌های حمایتی مانند کمیته امداد و سازمان بهزیستی نقش مهمی در این یافته ایفا می‌کند. در مطالعه نوحی نیز ارتباطی بین نوع ترخیص و وضعیت بیمه وجود نداشت (۱۲).

اکثریت موارد ترخیص با رضایت شخصی به طور اورژانسی بستری شده بودند. همچنین دلایل شخصی نقش بیشتری در ترخیص با رضایت شخصی در بیماران اورژانسی نسبت به بیماران الکتیو ایفا می‌کرد. بدیهی است که بیمارانی که به‌طور اورژانسی بستری می‌شوند، بدحال تر بوده و به احتمال بیشتری با اجبار بستری شده اند؛ لذا اصرار بیشتری جهت ترخیص خواهند داشت.

رابطه معنی داری بین دفعات بستری با نوع ترخیص وجود داشت. رضایت شخصی در بیماران بار اول بیشتر بود. این یافته همسو با تعدادی از مطالعات دیگر است (۱۷ و۱۱). به نظر می‌رسد نا آشنایی خانواده‌ها و بیماران با شرایط بیمارستان، سیر بیماری‌های روانپزشکی و قابلیت عود آن‌ها در این یافته دخیل باشد.

بیشترین تشخیص اولیه روانپزشکی در هر دو گروه به ترتیب اختلال خلقی دو قطبی و سپس افسردگی اساسی بود. در این زمینه یافته ها متناقض است.(۲۲و۱۵و۱۱). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به طور معناداری بیشتر با رضایت شخصی ترخیص شدند به نظر می‌رسد که از آنجا که این بیماران قادر به تحمل قوانین و محدودیت‌های بخش نیستند ، دچار چالش‌های بیشتری شده و بیشتر با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا کمتر با رضایت شخصی ترخیص شده بودند به نظر می‌رسد که داشتن علائم دردسر ساز تر در منزل، ازمان بیماری و دفعات متعدد بستری در این یافته نقش داشته باشند ترخیص با رضایت شخصی در بیمارانی که تشخیص اصلی سوءمصرف مواد داشتند کمتر بود که می‌تواند به علت قرنطینه بودن بخش ترک اعتیاد و عدم دسترسی بیماران بخش این بخش به خانواده و در نتیجه عدم امکان اصرار به خانواده جهت ترخیص باشد. این یافته با نتیجه مطالعه شیخ مونسی که سوءمصرف مواد خطر ترخیص با رضایت شخصی را افزایش داده است متناقض است (۱۱). همچنین سیمون در مطالعه خود افزایش سه برابری ترخیص با رضایت شخصی را در بیماران وابسته به مواد در مقایسه با افراد غیر وابسته ذکر کرده است (۲۵).

بیماران بستری در بخش یک (بخش حاد) بیشتر از سایر بخش‌ها با رضایت شخصی ترخیص شدند. شدت علائم بیماری در روز های ابتدایی، نبود بینش مناسب نسبت به آن و همچنین عدم آگاهی مناسب خانواده بیماران از بیماری منجر به ترخیص زود هنگام بیماران می شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

ترخیص با رضایت شخصی در افرادی در روزهای تعطیل و هم‌چنین در شیفت عصر وشب بستری شدند به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. در مطالعه اسدی و همکاران نیز بیشترین میزان بستری در بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شدند در روز جمعه و شیفت شب و عصر بود (۱۷). بدیهی است که در شیفت ها و روزهایی که کارکنان درمانی متخصص به تعداد کافی حضور داشته باشند (شیفت صبح وروزهای غیر تعطیل) طوری که بیمار زمان زیادی را در انتظار دریافت خدمت صرف نکند و اینکه سریع تر تعیین تکلیف گردد، احتمال ترک بیمارستان کاهش خواهد یافت. این موضوع اهمیت حضور نیروی انسانی متخصص در تمام ساعات و روزهای مختلف و تأثیر آن بر کنترل ترک بیمارستان را نشان می‌دهد(۱) .

بیشترین فراوانی زمان ترخیص با رضایت شخصی در شیفت صبح و کمترین فراوانی در شیفت شب بود. همچنین ترخیص به علل بیمارستانی عمدتاً در شیفت شب و ترخیص به علل شخصی عمدتاً در شیفت صبح بود مطالعات مشابه نتایج متناقضی در این زمینه داشته است (۲۶و۲۲و۲۰و۱۸). حضور پزشکان متخصص در بخش در شیفت صبح شرایط مناسبی را برای بیماران جهت اعمال فشار بر خانواده و چانه‌زنی جهت ترخیص فراهم می‌آورد.

نسبت فرد ترخیص کننده با بیمار با بیشترین فراوانی مربوط به پدر و همسر بوده است. این یافته با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی قابل توجیه است.

در مطالعه ما علل شخصی بیش از علل بیمارستانی منجر به ترک بیمارستان با رضایت شخصی شد.(۸۰/۲٪ در مقابل۱۹/۸٪ .در بین علل شخصی اصرار بیمار(۳۶/۶٪) و سپس احساس بهبودی(۹/۹٪)بیشترین علت بود. در بین علل بیمارستانی بیشترین دلیل در ۹/۹ در صد موارد شلوغی بخش بود. در تعداد زیادی از مطالعات داخلی و خارجی نیز بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی علل شخصی بوده؛ البته بیشترین علت شخصی احساس بهبودی بود (۲۲و۱۶و۱۷و۲۴و۱۰و۲) . تفاوت اصلی مطالعه ما با سایر مطالعات، جامعه هدف است. بیماران روانپزشکی به عنوان جامعه هدف و فقدان بینش مناسب در این بیماران نسبت به وضعیت خود موجب می‌شود که تعداد زیادی از بیماران از همان بدو بستری به ترخیص خود اصرار بورزند. از طرف دیگر داروهای روانپزشکی تأثیر تدریجی در بهبود وضعیت بالینی بیماران دارند. تأثیرات اولیه معمولاً به‌صورت بهبود خواب، اشتها و فعالیت روانی حرکتی بیماران است. با بهبود این علائم بیماران احساس بهبودی کرده و با توجه به نبود بصیرت مناسب خود را آماده ترخیص می‌دانند؛لذا به نظر می‌رسد برگزاری جلسات آموزشی برای بیمار و خانواده در طول بستری به خصوص در روزهای ابتدایی بستری نقش عمده‌ای در آگاهی آنان از سیر بیماری، اصلاح پیش ذهنیت‌های غلط در باره بستری و نهایتاً جلوگیری از ترخیص زود هنگام آنان داشته باشد. همچنین مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به وی در زمینه لزوم ادامه بستری و انتخاب دارو نیز همکاری بیمار را در ادامه درمان تقویت می‌کند.

برخلاف باور عمومی مبنی بر اینکه ترخیص با رضایت شخصی معمولاً یک تصمیم غلط است و نهایتا تأثیر منفی این باور برنگرش پزشک و کادر درمان این نکته قابل تامل است که این تصمیم ممکن است رویکردی منطقی از طرف مددجو بوده، فرصتی را فراهم می آورد که پزشک بتواند مراقبتی مناسب تر و بیمار مدارانه تری در مقابل بیمار پیش گیرد (۲۷).

نتیجه‌گیری

میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روانپزشکی قدس نسبت به سایر مطالعات مشابه روانپزشکی و غیر روانپزشکی در ایران کمتراست ؛ ولی نسبت به آمار جهانی بیشتر بود. بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی اصرار

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

بیمار و بیشترین زمان در طی ۱۰ روز اول بستری بود؛ لذا به نظر می‌رسد ممکن است تمرکز بیشتر بر برنامه آموزش بیمار و خانواده در طول بستری به ویژه در روزهای ابتدایی بستری بتواند در کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی و به تبع آن کاهش عوارض ناشی از آن در سیستم بهداشتی درمانی نقش داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکترای تخصصی روانپزشکی می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که عهده‌دار هزینه طرح بودند تشکر می‌شود. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کدIR.MUK.REC.1396/298 به تائید رسیده است. از همکاری صمیمانه مترون محترم بیمارستان قدس در رابطه با هماهنگی‌های انجام شده و نظارت بر تکمیل پرسشنامه‌ها و همچنین منشی بخش‌ها که ما را یاری کردند کمال تشکر را داریم. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

منابع

1.Asgari M, Arab M, Rahimi-e Foroushani A, Ebadi Fard-Azar F, Mousavi S.M.H. Surveying the factors affecting Patients discharge against medicine advice from emergency ward of AmirAlam Treatment-Teaching Hospital in Tehran: 2012. Jhosp 2013;12(2):19-28.

2.Rangraz Jeddi F, Rangraz Jeddi M, Rezaeei Monfared M. Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in University Hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. Hakim Journal 2010; 13(1): 33–9.

3.Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. PloS ONE [Internet]. 2011; 6(9): e24459 https://doi.org/10.1371/journal

4.Sally Y. Tan, Jeremy Y. Feng, Cara Joyce, Jonathan Fisher, Arash Mostaghimi.Association of Hospital Discharge Against Medical Advice With Readmission and In-Hospital Mortality. JAMA [Internet]. 2020;3(6): e206009. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.6009

5.Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, Yazdi Feyzabadi V. Reasons for Discharge against Medical Advice: A Case Study of Emergency Departments in Iran. IJHPM 2013; 1: 137–142

6.Heyrani A, Maleki M, Barati Marnani A, Ravaghi H, Sedaghat M, Jabbari M, *et al*. Clinical governance implementation in a selected teaching emergency department: A systems approach h*Implement Sci 2012*; 7(84):2-10.

7.Macrohon BC. Pediatrician's perspectives on discharge against medical advice (DAMA) among pediatric patients: A qualitative study. BMC Pediatrics 2012 ; 12(75):2-9.

8.Spooner K, Saunders J, Chima Ch, Zoorob R, Salemi J. Increased risk of 30-day hospital readmission among patients discharged against medical advice: a nationwide analysis. Ann. Epidemiol**.** 2020;52: 77- 85

9.Sclar DA, Robison LM. Hospital Admission for Schizophrenia and Discharge Against Medical Advice in the United States. J Clin Psychiatry. 2010; 12(2): PCC.09m00827. doi: 10.4088/PCC.09m00827yel

10.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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]

11.Sheikhmoonesi F, Khademloo M, Pazhuheshgar S. Patients Discharged Against Medical Advice from a Psychiatric Hospital in Iran: A Prospective Study. Glob. J. Health Sci 2014; 6(3): 213–218.
12.Noohi K, Komsari S, Nakhaee N, Yazdi Feyzabadi V. Reasons for Discharge against Medical Advice: A Case Study of Emergency Departments in Iran. IJHPM 2013; 1(2): 137–142.
13.Brook M, Hilty D.M, Liu W, Hu R,. Frye M.A. Discharge Against Medical Advice From Inpatient Psychiatric Treatment: A Literature Review. Psychiatr Serv 2006; 57(8):1192-8
14.Ambasta A, Santana M, Ahali WA , Tang K. Discharge against medical advice: 'deviant' behaviour or a health system quality gap?. BMJ Qual Saf 2020;29(4):348-52.
15.Adefemi SA, Adeleke IT, Gara P, Ghaney OOA, Omokanye SA, Yusuf AMJ. The rate, reasons and predictors of hospital discharge against medical advice among inpatients of a tertiary health facility in North-central Nigeria. Am. J. Public Health Res.2015;3(1-1):11-16.
16.Khorasani Zadeh M, Ebrahimi HA. Evaluation of Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in Shafa Hospital, Kerman, Iran. HIM, 2013; 10(3): 403-10.
17.Asadi P, Zohrevandi B, Monsef Kasmaei V , Heidari Bateni B. Discharge against Medical Advice in Emergency Department**J.** Emerg. Med. 2015;2(3): 110-115.
18.Kavosi Z, Hatam N, Hayati Abbarik H, Bayati M, Nemati J. Factors Affecting Discharge against Medical Advice in a Teaching Hospital in Shiraz, Iran. HIM 2012 ; *9*(4): 448-456.
19.Vahdat Sh, Hesam S, Mehrabian F. Effective factors on patient discharge with own agreement in selected Therapeutic Training Centers of Ghazvin Shahid Rajaei,J Holist Nurs Midwifery 2011 ; 20(64):47-52
20.Soleimani MR, Kazemi M, Vazirinejad R, Ostadebrahimi H, Auobipour N. Assessment of the incidence and reasons of discharge against medical advice in the hospitals of Rafsanjan University of Medical sciences in 2012-2013. Community Health journal 2014; 8(3): 64-72.
21.Tavallaei S.A, Asari Sh, Habibi M, Khodami H.R, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical active from psychiatric ward. Journal Mil Med 2006;8(1):24-30.
22.Rangrazian F,Nadem M, Falahi M, Zki pour M. discharge against medical advice from the psychiatric wards of Shafa Hospital in Rasht in 2014. 20th International Conference on New Approaches in the Humanities. 2015.
23.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.
24.Estebsari F, Dastoorpoor M, Mosavi Esfahani H, Mostafaie D. The Causes of Discharge against Medical Advice from the Emergency Department of a Teaching Hospital of Tehran in 2012. JHAD. 2016;5(3):267-76.
25.Simon R,Snow R,Wakeman S. Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study. Subst Abus 2020; 41(4):519-525
26.Mokhtari L, Madadi M, Khorami Markani A. studying the rate and causes of being discharged against medical advice in inpatient and outpatient wards of Shahid Madani hospital in Khoy city, 2014. J. Urmia Nurs. Midwifery Fac. 2016;14(2):100-7.
27. Joodaki B, Khaleghi A. Patient's consent, legal conditions and their criminal protection. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5: 14-26.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-02]