

بررسی علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران در یکی از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز

طاهره شفقت^۱، محمد کاظم رحیمی زارچی^۱، دکتر زهرا کاوسی^۲، علی ابویان^۳

چکیده

زمینه و هدف: تعداد بیمارانی که بیمارستان را با میل شخصی ترک می نمایند، می تواند نشانگر نارضایتی بیماران و یک مشکل قابل توجه باشد. در این راستا پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران در یکی از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کیفی به روش گراندد تئوری بود. داده ها از طریق مصاحبه تلفنی با بیماران یا همراهان آنان جمع آوری گردید. تمام مصاحبه ها توسط پژوهشگر ثبت شد و داده های حاصل به روش تماتیک تحلیل شد و علل ترخیص با رضایت شخصی و راهکارهای مرتبط با آن استخراج گردید.

یافته ها: علل ترخیص با رضایت شخصی در قالب ۳ مفهوم کلی «علل مربوط به وضعیت بیمارستان»، «علل مربوط به کارکنان بیمارستان» و «علل مربوط به خود بیمار» دسته بندی شد که هر یک از این مفاهیم خود شامل زیرمفاهیمی بودند. از بین زیر مفاهیم، علل مربوط به کارکنان درمانی و علل اقتصادی- شغلی مرتبط با فرد بیمار، بیشترین و کمترین علل را به خود اختصاص دادند.

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش، این امکان را برای مدیران بیمارستان فراهم می کند تا با اتخاذ تدابیری از میزان ترخیص های با میل شخصی، ایجاد عوارض جانبی برای بیماران در نتیجه ی ترخیص زودتر از موعد، و بازگشت دوباره ی بیماران به بیمارستان و تحمیل هزینه های اضافی به آنان، جلوگیری نمایند. از این تدابیر می توان به توجه کافی مسئولان، مهیا کردن امکانات رفاهی برای بیماران، برگزاری جلسات توجیهی جهت کارکنان درمانی و دانشجویان، و مهندسی مجدد فرایندها اشاره نمود.

واژه های کلیدی: ترخیص، ترخیص شخصی، بیمارستان، نارضایتی

دریافت مقاله : شهریور ۱۳۹۵

پذیرش مقاله : دی ۱۳۹۵

*نویسنده مسئول :

دکتر زهرا کاوسی؛

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه

علوم پزشکی شیراز

Email :

zhr.kavosi@gmail.com

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

مقدمه

اصل مشتری مداری و جلب رضایت متقاضیان خدمات در نظریه های نوین مدیریت به عنوان یکی از جهت گیری های اصلی سازمان های امروزی تلقی می شود و در پژوهش های متعدد نیز کارایی خود را جهت بهبود عملکرد، بهره وری و موفقیت سازمان های مختلف به اثبات رسانیده است (۱). در نظام اداری و اجرایی نیز رضایت مردم از خدمات سازمان های دولتی یکی از شاخص های اصلی کارآمدی و رشد و توسعه می باشد و عواملی مثل برخورد مناسب با خدمت گیرندگان و اطلاع رسانی درست عواملی هستند که موجب رضایت مندی خدمت گیرندگان می شود (۲).

در حوزه سلامت نیز به علت افزایش میزان آگاهی اقشار جامعه نسبت به علل بهداشتی و درمانی و کیفیت مراقبت ها از یک سو و فزونی مراکز ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی و درمانی از سوی دیگر سبب شده است که متقاضیان اینگونه خدمات، حیطه و انتخاب گسترده تری داشته باشند، لذا جذب و نگهداری مشتری (بیمار) دشوارتر از گذشته شده است و در عرصه ی این رقابت، سازمانی موفق خواهد بود که تلاش بیشتری در جهت جلب رضایت مشتریان خود داشته باشد (۳).

در این نظام، قضاوت مردم هنگامی مثبت است که خدمات بهداشتی و درمانی بر اساس توقعات آنان ارائه شود. عملکرد بر اساس توقعات، منجر به رضایت می شود؛ لذا تنها ملاک توفیق نظام بهداشتی و درمانی، رضایت گیرندگان خدمت است (۴). بیمارستان ها باید استراتژی های مختلفی را در جهت ارتقای جذب و وفاداری مشتریان و نیز شناخت مشتریان (به عبارتی بیمارانی که تمایلی به ادامه ی استفاده از خدمات بیمارستان آن ها ندارند)، را به کار گیرند؛ در همین راستا بررسی و تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی یکی از موارد مورد تاکید پژوهشگران است. تعداد بیمارانی که بیمارستان را با میل شخصی یا به عبارتی بر خلاف توصیه پزشکی (DAMA یا Discharge Against Medical Advice) ترک می نمایند، می تواند نشانگر نارضایتی بیماران و یک مشکل با اهمیت و قابل توجه باشد (۵).

ترخیص با رضایت شخصی از یک سو بر درمان بیماری اثرات منفی دارد و از سوی دیگر هزینه های بیمارستان را افزایش می دهد و از درآمد بیمارستان می کاهد. بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی اغلب دچار بیماری حاد بوده و در هنگام ترخیص، علایم شدید دارند. پیش آگهی این بیماران نیز در

مقایسه با افراد ترخیص شده با دستور پزشک نامناسب تر است (۶). بیمارانی که با میل شخصی و برخلاف توصیه پزشک ترخیص شده اند، به طور مستقیم در معرض خطر بیماری مجدد و مرگ می باشند (۷و۸). ترخیص با رضایت شخصی قوی ترین عامل پیش گویی کننده ی بستری مجدد در ۱۵ روز اول پس از ترک بیمارستان است و ۲۱٪ افرادی که با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص شده اند، ظرف مدت ذکر شده مجدداً بستری شده اند. میزان بستری مجدد در ۷ روز اول در بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده اند، ۱۴٪ و در سایر بیماران ۷٪ می باشد (۹). در کانادا ۱۰٪ بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی مجدداً بستری شده اند. ترخیص با رضایت شخصی در کانادا یک درصد از کل ترخیصی ها و در آمریکا بین ۲/۲-۸٪ گزارش شده است (۱۰). همچنین میزان ترخیص با میل شخصی در یک بیمارستان آموزشی در عربستان سعودی ۴٪ بوده است (۱۱). نرخ بستری مجدد نیز در سایر مطالعات بین ۲۱ تا ۲۹/۷ تا ۷۱/۳ درصد بوده است (۱۲و۱۳و۱۴).

در مطالعات انجام شده در ایران درصد ترخیص با رضایت شخصی در طیفی بین ۳/۳٪ تا ۱۰/۳٪ گزارش شده است (۱۰و۱۱). در مطالعات خارج از کشور، این میزان از ۰/۷۳٪ تا ۱۳٪ گزارش شده است (۱۴و۱۳). Saitz (۲۰۰۴) و همکاران، فقدان بیمه و وضعیت اقتصادی نامناسب را به عنوان اصلی ترین عامل ترخیص برخلاف توصیه پزشک در بیماران دچار ذات الریه گزارش کرده اند (۱۵). نتایج به دست آمده از بیمارستان میشل تورنتو حاکی از آن است که در ۲۸٪ از موارد دلیل ترخیص با رضایت شخصی، نارضایتی بیماران از کادر درمان بوده است و مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبود به قدر کافی برای ترک بیمارستان، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان و دوست نداشتن فضای بیمارستان به عنوان سایر دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است (۵). در سایر مطالعات نیز، مشکلات مالی، احساس بهبودی و جستجو برای درمان های دیگر نیز به عنوان علل ترخیص با رضایت شخصی بیان شده است (۱۸-۱۶). در ایران، در اکثر مواقع، عللی شامل: احساس بهبودی، نارضایتی از درمان یا تیم درمانی (پزشک یا پرستار)، مشکلات اقتصادی، شغلی و خانوادگی، تاخیر در اقدامات درمانی و تراکم زیاد بیماران، تمایل به مراجعه به مرکز درمانی دیگر، و کمبود امکانات و تجهیزات، به عنوان دلایل ترخیص با رضایت شخصی بیماران عنوان شده است (۳۲-۱۹). از طرفی جنسیت مرد، سن، اختلالات روانی - شخصیتی

ایشان، مشخصات افراد براساس موارد موجود در پرونده پزشکی و نیز متغیرهای محتمل بر تاثیر در پاسخگویی افراد جهت ذکر دلایل ترخیص با رضایت شخصی، بطور مثال جنس (مرد، زن)، محل زندگی (شهر، روستا)، وضعیت بیمه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، سایر) و وضعیت تاهل (متاهل، مجرد) معیاربندی شد. بنابراین، افراد دارای معیارهای مختلف در دسته های مختلف تقسیم بندی شدند. همچنین محقق جهت اطمینان، تعدادی از افراد را نیز برحسب نوع بیمه ایشان، نوع بخشی که از آن ترخیص شده بودند و سن، به این حداقل نمونه اضافه نمود تا طیف افراد انتخاب شده جهت مصاحبه، بیشترین گوناگونی را داشته باشد و از هیچ علتی غفلت نشود.

بدین ترتیب با در نظر گرفتن معیارهای مورد نظر با استفاده از اطلاعات الکترونیکی بیماران در سیستم مدارک پزشکی بیمارستان، بیماران براساس معیارهای مفروض، گروه بندی شده و پس از آن، ۵۰ نفر از آنان به طور تصادفی انتخاب شدند. معیار ورود افراد به مطالعه، کامل بودن پرونده پزشکی آن ها از لحاظ معیارهای ذکر شده و معیار خروج آنان، عدم تمایل آن ها به پاسخگویی و شرکت در مطالعه و نیز عدم پاسخگویی آنان به تماس تلفنی تا ۳ بار، بوده است.

مصاحبه ها به صورت تماس تلفنی انجام شد و در آن ها فرد مصاحبه شونده (بیمار یا همراه وی در هنگام مراجعه به بیمارستان و ترخیص با رضایت شخصی) می توانست تمام نظرات و دلایل خود را آزادانه بیان نماید. در واقع در این بررسی از پرسشنامه باز و بدون ساختار استفاده شد. در صورتی که تا ۳ مرتبه ی متواتر با یک فرد تماس گرفته می شد و وی به تماس پاسخ نمی داد یا تمایل به همکاری در انجام مصاحبه نداشت، با نفر بعدی از لیست، تماس گرفته می شد. شایان ذکر است که مطابق با روند مطالعات کیفی، در طی انجام مصاحبه ها، زمانی که اطلاعات جمع آوری شده (پاسخ ها و توضیحات باز افراد) به اشباع (data saturation) رسید، مصاحبه ها متوقف شد. همچنین در صورتی که با انجام مصاحبه با حداقل یک نفر از همه افرادی که یک دسته معیار خاص داشتند، اشباع پاسخ ها حاصل نشد، مصاحبه با نفر دوم از هر دسته معیار آغاز شد و تا زمانی که تمام پاسخ ها مشابه گردید و پاسخ جدیدی به مجموعه پاسخ ها اضافه نشد، مصاحبه ها ادامه داده شد.

در پایان، با انجام مصاحبه با ۳۰ نفر از افراد، پاسخ ها به اشباع رسید و بنابراین روند انجام مصاحبه ها متوقف گردید. سپس داده های حاصل به روش تماتیک (موضوعی) تجزیه و تحلیل شد و در حیطه های مختلف دسته بندی و مرتب گشت.

و سوء مصرف مواد مخدر و الکل نیز به عنوان عوامل مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی مطرح است (۳۴ و ۳۳ و ۷).

همچنین تعیین کننده های ترخیص با رضایت شخصی در مطالعات داخلی و خارجی متفاوت بوده است؛ در مطالعه ی کاوسی و همکاران، بین وضعیت بیمه، نوع بیمه، نوع بیماری و بخش درمانی با میزان ترخیص با رضایت شخصی رابطه وجود داشته است (۳۵)، در حالی که در مطالعه تولایی و همکاران هیچ رابطه ای بین میزان ترخیص با رضایت شخصی و این متغیرها دیده نشد (۶).

مطالعات غالباً بر عوامل تاثیرگذار و تعیین کننده های ترخیص با رضایت شخصی با استفاده از روش های کمی یا همبستگی تاکید داشته اند. همچنین، فرم موجود ترخیص با میل شخصی (DAMA) قادر به شناسایی و تعیین علل این گونه ترخیص ها نمی باشد (۳۷ و ۳۶ و ۲۳). ارائه استراتژی هایی برای کاهش میزان ترخیص با میل شخصی با تحلیل وضعیت کنونی و توسعه مداخلات موثر هم به سود بیماران (بهبود سلامتی آن ها) و هم به سود سیستم های بهداشتی درمانی (کاهش بستری های مجدد غیر ضروری) خواهد بود (۱۲). برخی مطالعات اشاره کرده اند که مطالعات آینده نگر و کیفی (همچون مصاحبه های شبه ساختارمند با بیماران) به احتمال زیاد سودمند خواهد بود و باید جهت تشخیص علل ترخیص با میل شخصی استفاده گردند. این امر منجر به کاهش ترخیص های با میل شخصی و متعاقباً بهبود پیامدهای بیمار و کاهش اتلاف منابع خواهد شد (۱۲ و ۱۱). لذا با توجه به میزان بالای ترخیص با رضایت شخصی بیماران (۹٪) در بیمارستان مورد مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز، این پژوهش با هدف شناسایی و تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی توسط بیماران در بیمارستان های مذکور تهیه و تدوین گردید.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه کیفی به روش گراندد ثئوری بود. جامعه ی پژوهش شامل تمام بیمارانی بود که در ۳ ماهه ی اول سال ۱۳۹۱ فرم ترخیص را با میل شخصی (DAMA) تکمیل نموده و با رضایت شخصی، بیمارستان مورد مطالعه را ترک کرده بودند. بیمارستان مورد مطالعه، یک بیمارستان بزرگ دولتی و آموزشی بود.

پس از تعیین تعداد و لیست افرادی که در بازه ی زمانی مذکور، فرم ترخیص را تکمیل و بیمارستان را با میل شخصی ترک کرده بودند و استخراج مشخصات آن ها از پرونده پزشکی

یافته ها

از میان افراد مورد مصاحبه، ۵۸/۶ درصد آنان را زنان تشکیل می دادند. افراد مورد مطالعه غالباً در رده سنی نوجوان و بزرگسال (۸۲٪) قرار داشتند؛ اکثر (۷۹/۳٪) افراد تحت پوشش حداقل یکی از انواع بیمه، ساکن شهر شیراز (۸۰٪) و از بخش اورژانس (۶۰٪) با میل شخصی تریخیص شده بودند. متوسط طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان ۳/۵ روز بود. ۳۱٪ از این افراد، در فاصله چند روز پس از تریخیص، مجدداً به بیمارستان مورد مطالعه مراجعه داشته اند و ۴۱/۴٪ از آنان به بیمارستان دیگری مراجعه کرده بودند.

بررسی مصاحبه های انجام شده با بیماران در زمینه ی علل تریخیص با رضایت شخصی ما را به ۴۴ علت اصلی رساند که این علل در قالب ۳ مفهوم (themes) کلی و ۷ زیر مفهوم (themes-sub) دسته بندی شد. این مفاهیم عبارتند از: علل مربوط به وضعیت بیمارستان، علل مربوط به کارکنان بیمارستان و علل مربوط به خود بیمار (مفاهیم و زیر مفهوم ها در جدول ۱ نشان داده شده است).

بدین صورت که ابتدا داده های برگرفته از مصاحبه ها به طور کامل و به شکل نوشتاری پیاده گردید. پس از آن، کلیه نکات ذکر شده توسط هر بیمار، توسط ۲ نفر از نویسندگان (آشنا به مطالعات کیفی و تلخیص و کدبندی داده ها) به طور مستقل خوانده و کدبندی شد تا اینکه تمام علل تریخیص با رضایت شخصی ذکر شده از سوی بیماران شناسایی گردید. سپس به دلیل تعداد زیاد علل و موارد ذکر شده، علل تعیین شده در گروه های مختلف با عناوین مرتبط دسته بندی شد و زیر مفاهیم شکل گرفت. پس از آن هر چند دسته علل یا زیر مفاهیم (Sub-Themes) که می توانست در یک گروه اصلی با یک عنوان کلی قرار گیرند، مشخص شده و مفاهیم (Themes) را تشکیل دادند که به این نحو، کلیه علل ذکر شده در قالب ۷ زیر مفهوم و ۳ مفهوم اصلی دسته بندی گردید.

شایان ذکر است که مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق پزشکی تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب گردیده است و همچنین رضایت شفاهی نیز از فرد پاسخگو قبل از شروع مصاحبه، اخذ گردیده است.

جدول ۱: علل تریخیص با رضایت شفاهی از دید بیماران بیمارستان مورد مطالعه در شیراز ۱۳۹۱

مفاهیم	زیر مفاهیم	علل	فراوانی	جمع
علل مربوط به کارکنان بیمارستان	علل منحصرأ مربوط به پزشک	ثبت نشدن دستور تریخیص توسط پزشک علی رغم دستور شفاهی	۹	۱۵
		پزشک فرد را به دلیل نداشتن تمکن مالی یا حاد بودن بیماری، از ادامه درمان منصرف کرده است	۳	
	علل مربوط به سایر کارکنان درمانی	نبود حضور پزشک اصلی مسئول بیمار در بخش	۳	۳۰
رفتار نامناسب کارکنان و بی احترامی به بیمار یا همراه وی	۲			
درخواست وسایل اضافی و غیر ضروری برای بیمار از همراهان توسط کارکنان درمانی	۱			
نداشتن توجه کافی کارکنان به بیمار و همراه وی (از لحاظ عاطفی)	۶			
نبود رسیدگی کافی پزشک و پرستاران (از لحاظ فنی)	۹			
علل نگرشی و احساسی	احساس بهبود	نداشتن مسئولیت پذیری کارکنان	۳	۲۱
		نبود اطلاع رسانی شرایط و وضعیت بیمار به وی یا همراهان بیمار	۸	
		پیشنهاد یکی از کارکنان جهت انتقال بیمار به یکی از بیمارستان های خصوصی	۱	
علل مربوط به خود بیمار	احساس بهبود	خستگی بیمار یا همراهان از اقامت در بیمارستان	۳	۱۱
		دوست نداشتن غذای بیمارستان	۱	
		داشتن بستگانی در منزل که فرد بیمار، خود مسئول مراقبت و رسیدگی به آنها می باشد	۱	
		طرز تفکر بیمار یا همراه (ان) وی مبنی بر نماندن بیمار در بیمارستان	۴	
		داشتن مشکل خانوادگی	۱	

۶	۱	دانش آموز یا شاغل بودن بیمار	علل اقتصادی و شغلی	علل مربوط به خود بیمار
	۱	نبود پوشش بیمه ای بیمار		
	۴	هزینه های بالای بیمارستانی یا نداشتن تمکن بیمار		
	۲	ملول بودن محیط بخش و احساس تنهایی بیمار	علل مربوط به تجهیزات، محیط فیزیکی و امکانات رفاهی	
	۱	قرار گرفتن بخش در مکان نامناسب		
	۲	تهویه نامناسب هوا		
	۳	تمیز نبودن بخش		
	۳	وجود امکانات نامناسب		
۲۰	۲	نامناسب بودن فضای فیزیکی بخش یا بیمارستان		
	۱	کمبود برخی امکانات رفاهی برای همراهان بیمار		
	۲	قدیمی بودن یا خرابی تجهیزات و دستگاه های بیمارستانی (دستگاه های رادیوتراپی و MRI)		
	۲	در دست تعمیر بودن بخش مربوطه یا قسمت هایی از بیمارستان		
	۲	نبود تخت در بخش مربوطه		
	۷	شلوغی بخش (تعداد زیاد بیماران در بخش)	علل فرآیندی بیمارستان	
	۱	کمبود نیروی پرستاری در بخش جهت رسیدگی به بیماران		
	۱	نابسامانی امور در بیمارستان		
	۴	فهرست انتظار طولانی جهت بیماران دارای نیاز به جراحی اورژانس (نسبت به بیمارستان های خصوصی)	علل مربوط به وضعیت بیمارستان	
	۱	نداشتن اجازه انتخاب پزشک معالج		
۲۳	۳	فرستادن همراه بیمار به بخش های مختلف بیمارستان (مثل داروخانه) به دفعات متعدد یا خارج بیمارستان، علی رغم وجود وسیله مورد نیاز در بیمارستان		
	۱	انتقال بیمار به بخش دیگر به علت نبود تخت در بخش، بدون اطلاع دادن به همراه بیمار		
	۲	تاخیر در انجام مراقبت و درمان برای بیمار و معطل کردن وی و همراه بیمار		
	۱	ترخیص بیمار به منظور انتقال بیمار به بخش های دیگر بیمارستان		
	۱	ارجاع بیمار به یک بیمارستان دیگر		
	۱	مراجعه بیمار به بیمارستان در ایام تعطیل		
	۴	ازدیاد دانشجویان (پزشکی) در بخش	آموزشی بودن بیمارستان	
	۱	نبود مسئولیت پذیری و مهارت دانشجویان پزشکی		
۷	۱	انجام آزمایش های غیر ضرور برای بیمار، صرفاً جهت یادگیری دانشجویان		
	۱	انجام عمل جراحی توسط دستیارها به جای پزشک اصلی برخلاف تصور بیمار و نارضایتی وی		

زیرمفاهیم، علل "احساس بهبودی"، "ثبت نشدن دستور ترخیص توسط پزشک علی رغم دستور شفاهی"، و نیز "نبود رسیدگی کافی پزشک و پرستاران (از لحاظ فنی)" پرتکرارترین علل بوده اند.

طبق مصاحبه ها بیشترین علتی که بیماران جهت ترخیص با رضایت شخصی اعلام نموده اند، علل مرتبط با وضعیت بیمارستان است. این امور در ۳ زیر مفهوم "علل مربوط به تجهیزات، محیط

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود علل ترخیص با رضایت شخصی، در قالب زیر مفاهیمی شامل "علل مربوط به تجهیزات، محیط فیزیکی و امکانات رفاهی"، "علل فرآیندی بیمارستان"، "آموزشی بودن بیمارستان"، "علل منحصرأ مربوط به پزشک"، "علل مربوط به سایر کارکنان درمانی"، "علل نگرشی و احساسی" و "علل اقتصادی و شغلی" دسته بندی شده است. از بین تمامی علل ترخیص با میل شخصی (DAMA) در تمامی

فیزیکی و امکانات رفاهی، "علل فرآیندی بیمارستان" و "آموزشی بودن بیمارستان" خلاصه می شود.

در این زمینه، علل مربوط به "فرآیند های بیمارستان" بیشترین فراوانی را داراست. "شلوغی بخش ها" یکی از این علل می باشد که به تکرار از سوی بیماران یا همراهان آن ها به آن اشاره شده است. مسئله ای همچون وجود لیست انتظار طولانی جهت بیماران دارای نیاز به جراحی اورژانس در مقایسه با بیمارستان های خصوصی، نیز توسط تعدادی از بیماران ذکر گردید. در این خصوص صحبت پدر یکی از بیمارانی که ترخیص با رضایت شخصی داشته است، بدین شرح می باشد: "پسر نوجوانم با موتور سیکلت تصادف کرده بود و دچار شکستگی پا و جراحات دیگر بود. بیمارستان برای یک هفته بعد به ما وقت عمل داد. ما نمی توانستیم صبر کنیم چون حال پسر رو به وخامت می رفت، از طرفی زودتر باید برای رفتن به مدرسه، دوره ی بهبود را طی می کرد. پس او را به یک بیمارستان خصوصی بردیم و در آنجا در همان روز به ما وقت عمل دادند و با نهایت احترام نیز با ما برخورد کردند."

در این رابطه، همراه بیمار دیگری ذکر کرده است: "مرا به دفعات متعدد به بخش های مختلف بیمارستان مثل داروخانه و یا خارج از بیمارستان برای تهیه یک داروی خاص یا وسایل دیگر می فرستادند. بعد از این که من آن ها را به دست نیاوردم و باز می گشتم، به من می گفتند آن موارد در بیمارستان موجود بوده و آن وقت برای بیمار به کار می گرفتند."

همراه یک بیمار دیگر نیز بیان نمود: "مرا برای گرفتن دارویی به داروخانه فرستادند، اما پس از بازگشت، دیدم بیمار در بخش بستری شده حضور ندارد. بعد از مدت زمانی گشتن و مراجعه به چند تن از پرستاران، متوجه شدم وی را بدون اطلاع من به بخش دیگری انتقال داده اند."

"علل مربوط به تجهیزات، محیط فیزیکی و امکانات رفاهی بیمارستان" نیز جزو عللی بود که بسیاری از بیماران به آن اشاره کرده اند. عللی همچون تمیز نبودن بخش ها، وجود امکانات نامناسب و ناکافی مثل صندلی های سفت یا نبود امکانات مناسب جهت اقامت همراه بیمار در شب در سطح ۲ و ۳ بخش اورژانس، نامناسب بودن محیط فیزیکی بیمارستان، به طور مثال سقف خراب یک اتاق، وجود صدای گریه ها در شب از بین سقف های کاذب بیمارستان یا سرویس بهداشتی خراب یا ضعیف، تعدادی از این گونه علل می باشند.

"آموزشی بودن بیمارستان"، یکی دیگر از زیر مفاهیمی است که منجر به ترخیص با رضایت شخصی بیمار می گردد. ازدیاد

زیاد دانشجویان رشته های مختلف در بخش های درمانی، انجام عمل جراحی توسط دستیاران پزشکی علی رغم خواسته بیمار، انجام روش های غیر ضروری جهت بیماران صرفاً برای یادگیری دانشجویان و نیز فقدان مسئولیت پذیری و مهارت دانشجویان در انجام امور درمانی از علل مربوط به این مفهوم محسوب می شوند. به عنوان مثال، در رابطه با فقدان مسئولیت پذیری و مهارت دانشجویان در انجام امور درمانی، بیماری عنوان نموده است که: "کودکم را از بیمارستان بردم چون سوراخ سوراخش کردند."

علل مربوط به کارکنان بیمارستان در ۲ زیر مفهوم "علل اختصاصی مربوط به پزشک" و "علل مربوط به سایر کارکنان درمانی" خلاصه شده است. از این میان، زیر مفهوم "علل مربوط به سایر کارکنان درمانی بیمارستان" دارای بیشترین فراوانی در همه زیر مفاهیم و نیز در بین زیر مفاهیم علل مرتبط با کارکنان بیمارستان است. از جمله علل مربوط به این زیر مفهوم، نبود توجه کافی پزشک و پرستار به بیمار و همراه وی از لحاظ عاطفی و احساسی، فقدان رسیدگی آنان به بیمار از لحاظ تکنیکی و درمانی، و نیز عدم مسئولیت پذیری آنان می باشد. در رابطه با مورد اخیر، همراه یکی از بیماران ذکر نمود: "هیچ یک از کارکنان در زمان نزدیک به تحویل شیفت کاری تا مدتی پس از آن (۱۵:۳۰-۱۳:۳۰)، مسئولیت بیماران را قبول نمی کردند."

زیر مفهوم دیگر "علل مرتبط با پزشک" است. به عنوان مثال، در رابطه با این زیر مفهوم، همراه بیماری عنوان نموده است که پزشک به علت وخامت حال یا عدم تمکن مالی بیمار، وی را از ادامه درمان و اقامت در بیمارستان منصرف نموده است. همراه بیمار به نقل از پزشک عنوان کرده است که: "دیگر درمان برایش فایده ای ندارد."

علل مرتبط با خود بیمار این امور به ۲ زیر مفهوم "علل نگرشی و احساسی" و "علل اقتصادی و شغلی" تقسیم می شود. زیر مفهوم "علل نگرشی و احساسی"، و از بین علل مربوط به آن، مسئله احساس بهبود، بیشترین فراوانی را دارد. پس از آن، عللی همچون خستگی یا بی حوصلگی بیمار و همراه(ان) از ماندن در بیمارستان وجود دارد. در خصوص مسئله ای مثل وجود طرز تفکرات بیمار یا همراه(ان) وی مبنی بر نماندن در بیمارستان و بی فایده بودن ادامه اقامت در آن، پاسخ دهندگان باورهای همچون مراقبت از بیمار در منزل موثرتر است یا ترس و ذهنیت بد نسبت به بیمارستان داشتند.

زیر مفهوم دیگر "علل شغلی و اقتصادی" مربوط به بیمار است که از این میان، مسئله ی هزینه های بالای بیمارستانی یا

در بخش)، عدم توجه کافی کارکنان به بیمار و همراه وی (از لحاظ عاطفی و احساسی). باید اشاره کرد که در اکثر مطالعاتی که به روشی مشابه مطالعه حاضر انجام شده اند، عللی شبیه علل یافت شده در مطالعه حاضر دیده می شود (۳۲-۱۹)؛ همانطور که مطالعات زیادی وجود دارد که احساس بهبود بیماران به عنوان دلیل اصلی آن ها و پرتکرارترین علت برای ترخیص با رضایت شخصی بوده است (۴۴ و ۳۸ و ۳۶ و ۳۲ و ۲۸ و ۲۶ و ۲۵ و ۲۳-۱۸ و ۱۲ و ۷). همچنین، در مطالعه حاضر مشخص شد که ۷۲/۴ درصد از افرادی که با میل شخصی ترخیص شده بودند، در فاصله ی چند روز پس از ترخیص، مجدداً به بیمارستان مورد مطالعه یا بیمارستان دیگری مراجعه کرده بودند. بیمارانی که با میل شخصی و برخلاف توصیه پزشکی، بیمارستان را ترک می کنند، در معرض خطر بستری مجدد هستند که این منجر به هزینه های مراقبت سلامت بیشتر و غیر ضروری می شود (۴ و ۷ و ۳)؛ برای مثال در مطالعه Hwang و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده شد که نسبت خطر پذیرش مجدد بیمار در بیمارستان در بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده اند، تقریباً ۲/۵ برابر بوده است (۵). در مطالعه ی منوچهری و همکاران (۲۰۱۲)، از بین ۹۴۳ مورد ترخیص با رضایت شخصی، ۱۹/۴٪ از آن ها در بازه زمانی مطالعه، ۵۱/۹٪ در مدت ۱۵ روز بعد از ترخیص، و ۳۹/۹٪ نیز بین ۱۶ تا ۹۰ روز بعد از ترخیص، و ۸/۲٪ باقیمانده نیز در بیشتر از ۹۰ روز از ترخیص با رضایت شخصی، در بیمارستان، بستری مجدد شده اند (۱۲). در مطالعه ی Baptist و همکاران (۲۰۰۷) نیز، بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده بودند، بیشتر مستعد عود تنگی نفس در طی ۳۰ روز بعد از ترخیص بوده اند (۴۴). از آنجا که از بین علل قابل مداخله، بیشترین آنها مربوط به وضعیت بیمارستان است، لذا مدیریت بیمارستان می تواند با اصلاح فرایندهای بیمارستانی و نیز هزینه نه چندان زیاد در تسهیلات رفاهی و هتلینگ بیمارستان، عامل نارضایتی را حذف نموده و از میزان ترخیص با رضایت شخصی بکاهد. در مطالعه پورکریمی و همکاران (۱۳۹۲)، عامل مدیریت به عنوان دومین عامل در ترخیص با رضایت شخصی و کمبود تجهیزات به عنوان مؤثرترین عامل، رتبه بندی شده بودند (۳۶).

آموزشی بودن بیمارستان از مواردی بود که چندین بار به عنوان عامل نارضایتی بیماران عنوان شده بود، هرچند در مطالعه ابراهیم و همکاران (۲۰۰۷)، بیمارستان های آموزشی درصد رضایت شخصی کمتری داشتند (۳۴). برگزاری جلسات توجیهی جهت دانشجویان قبل از ورود به بخش های درمانی و آشنا نمودن آنها با رویه های بیمارستانی، حقوق بیماران، نحوه ی ارتباط با بیمار و

نبود تمکن مالی بیمار یا نداشتن بیمه درمانی از مواردی است که بیماران مجبور به ترخیص با رضایت شخصی شده اند.

بحث

برطبق یافته های پژوهش، بیشترین علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران در بیمارستان مورد مطالعه به ترتیب "علل مربوط به وضعیت بیمارستان"، "علل مربوط به کارکنان درمانی بیمارستان"، و "علل مربوط به خود بیمار" می باشد که این یافته با مطالعه نوحی و همکاران (۲۰۱۳) که در این زمینه در کرمان انجام شده است، مطابقت دارد. همچنین در مطالعه مذکور نشان داده شده است که از میان فاکتورهای مربوط به کارکنان درمانی، "ناکافی بودن خدمات درمانی پزشکی و پرستار" بیشترین تاثیر را داشته است (۳۸)، که این موارد نیز با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، مطابقت دارد. در مطالعه رنگرز جدی و همکاران (۱۳۸۶) نیز، علل ترخیص با رضایت شخصی یا برخلاف توصیه پزشکی (DAMA)، به ۳ گروه دسته بندی شده اند: عوامل مرتبط با بیماری بیماران، شرایط بیمارستان و کارکنان درمانی (۱۰). Leks و همکارانش نیز دلیل ترخیص با میل شخصی بیماران را در مطالعه خود در دسته های زیر طبقه بندی کردند: استفاده از مواد مخدر یا مدیریت درد ناکافی، نارضایتی از مراقبت های بیمارستانی (به جز مدیریت درد)، مسائل مربوط به خانواده و کار، خستگی و رنج بیمارستانی و نارضایتی از برنامه ترخیص بیمارستان (۳۹).

همچنین، در مطالعات متعدد دیگری نیز که در این خصوص انجام شده است، دسته بندی علل منجر به ترخیص با رضایت شخصی به ۳ مفهوم کلی و همچنین برخی از زیر علل به دست آمده، با مطالعه حاضر مشابهت دارد (۴۳-۴۰ و ۲۹-۲۷ و ۲۳). اما در بیشتر آن ها، علل مرتبط با خود بیمار بیشتر از همه ذکر شده است، در صورتی که در مطالعه حاضر و مطالعه امینی زاده و کریمیان (۱۳۹۱) علل مرتبط با وضعیت بیمارستان، بیشترین فراوانی را داشته است (۲۷)، که این می تواند به دلیل تفاوت های ساختاری و تسهیلاتی بیمارستان های مورد مطالعه و یا خصوصیات بیماران مختلف مورد مطالعه، باشد.

همچنین، براساس نتایج مطالعه حاضر، پرتکرارترین و مهم ترین علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران شامل موارد ذیل بوده است: احساس بهبود، عدم ثبت دستور ترخیص توسط پزشک علی رغم دستور شفاهی، عدم رسیدگی کافی پزشک و پرستاران (از لحاظ فنی)، عدم اطلاع رسانی شرایط و وضعیت بیمار به وی یا همراهان بیمار، شلوغی بخش (تعداد زیاد بیماران

همراهان وی و نیز مدیریت خطر و ایمنی بیمار می تواند نارضایتی بیماران را از این بعد بکاهد.

تعداد زیادی از علل نیز مربوط به کارکنان درمانی بیمارستان است که شاید با آموزش صحیح و نظارت کافی قابل رفع باشد. راه حلی که می توان پیشنهاد کرد، ملزم کردن پزشکان به نوشتن و ثبت دستور ترخیص بیمار و تکمیل برگ ترخیص بیمار، است. هنگامی که از نظر ایشان حال بیمار بهبود یافته یا کار درمانی اضافه تری برای وی نمی توان انجام داد و دیگر نیازی به ماندن بیمار در بیمارستان نیست. تعداد زیادی از بیماران یا همراهان ایشان به این نکته اشاره کردند که پزشک معالج، بیمار را به طور شفاهی مرخص کرده و عنوان نموده است: "بیمار شما بهبود پیدا کرده است. می توانید تنها برای اطمینان بیشتر وی را چند روز دیگر در بیمارستان نگه دارید". یا پزشک معالج به دلیل عدم تمکن مالی بیمار یا حاد بودن بیماری وی، بیمار یا همراه (ان) را از ادامه روند درمانی منصرف نموده است یا عنوان کرده است: "دیگر درمان برای وی فایده ای ندارد"، یا عمل مورد نظر برای بیمار در آن زمان در بیمارستان قابل انجام نبوده است (به طور مثال پیوند کبد). در این موارد، با وجود دستور شفاهی و نظر پزشک به ترخیص بیمار به علت عدم ثبت دستور، بیمار ملزم به تکمیل برگ ترخیص با رضایت شخصی شده است. این نتیجه با مطالعه ی کریمان و همکاران (۲۰۱۳) سازگاری دارد که نشان داد "بیان شفاهی پزشکان در خصوص بهبود وضعیت بیماران"، ۹/۲٪ از موارد ترخیص با رضایت شخصی را تشکیل داده بود (۳۱). این امر، از طرفی باعث افزایش غیر واقعی نسبت ترخیص با رضایت شخصی و از سوی دیگر موجب عدم ثبت مسئولیت ترخیص بیمار گردیده است. در این رابطه، مطالعه قبلی نیز بهبود ارتباطات پزشک- بیمار را پیشنهاد نموده است (۷).

در مطالعه Onukwugha و همکاران (۲۰۱۲)، بیماران، بهبود ارتباطات را به عنوان یک راه حل برای کاهش میزان ترخیص های با رضایت شخصی بیان کرده اند. آنان تاکید داشته اند که ارائه دهندگان می باید در خصوص تفاوت های فرهنگی، مهارت های بین فردی و خدمات مشتری آموزش ببینند (۴۵). برای افزایش آگاهی بیماران از خطرات و عواقب ترک زود هنگام بیمارستان، ارتباطات موثری باید بین بیماران، پزشکان و سایر کارکنان درمانی، صورت گیرد (۴۵ و ۳۱).

دسته ای از عوامل نیز مربوط به خود بیمار بود که شاید بتوان گفت چندان قابل مداخله از طرف بیمارستان نیست اما در مواردی مانند خستگی بیمار از اقامت در بیمارستان و احساس بهبود، شاید بتوان با آموزش صحیح بیمار در مورد بیماری و

درمان وی و نیز فرایندهای درمانی و تشخیصی مرتبط و عواقب ترک زود هنگام بیمارستان، از این موارد کاست (۳۱)؛ زیرا بیشتر بیماران اطلاعات مورد نیاز را درباره اثرات و پیامدهای تصمیماتشان ندارند (۳۸).

افزون بر این، شناخت بیماران فاقد بیمه و نیز دارای مشکلات اقتصادی و طراحی برنامه ای جهت پوشش و راهنمایی این بیماران، می تواند از میزان ترخیص با رضایت شخصی اینگونه بیماران بکاهد. در مطالعات متعددی نشان داده شده است که درآمد کم، بیمه سلامت دولتی، و فقدان بیمه سلامت به طور معناداری با نرخ بالاتری از ترخیص با میل شخصی رابطه داشته است (۷، ۶، ۴، ۲ و ۱۲ و ۷).

در نهایت، ارائه دستورالعمل های شفاف طی یک ترخیص نابهنگام اهمیت زیادی دارد (۷). این نکته مهم است که بیماران در معرض خطر ترخیص با میل شخصی، هر چه زودتر شناسایی شده و در نتیجه، برنامه ریزی برای ترخیص می تواند از همان زمان پذیرش آغاز گردد (۱۱). راهکارهای عملی شامل: ارتباط با بیمار با یک نوای همدلانه، حضور پرستاران در مشاوره های پزشک-بیمار، آموزش پزشکان در خصوص نتایج مطالعات ترخیص با میل شخصی و در مورد عواقب ترخیص بر خلاف دستور پزشکی، ارائه درمان توسط پزشکانی دارای آموزش هایی در مورد استراتژی های ارتباط با بیماران مستعد ترخیص با میل شخصی، و آگاهی دادن به بیمار درباره خدمات حمایتی بیمار است (۴۸). نتایج مطالعه ی فروزانفر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که میزان ترخیص با میل شخصی در بیماران، بعد از انجام مداخله در مطالعه، به طور معناداری از ۱۱/۸٪ به ۹/۴۱٪ کاهش یافته است (۳۲). بنابراین، ارزیابی دوره ای علل ترخیص با رضایت شخصی یا برخلاف دستور پزشکی و در نظر گرفتن این مسئله در فرآیند ارزشیابی، مفید و موثر می باشد (۳۶). لازم به ذکر است که مطالعه ی حاضر دارای برخی محدودیت هاست. از آنجا که این مطالعه از نوع کیفی است، بنابراین درصد هر یک از علل را نمی توان به طور دقیق با این مطالعه بیان نمود و در این مورد، نیاز به انجام یک مطالعه با روش کمی و با تعداد بیشتر و دقیق تر حجم نمونه می باشد.

نتیجه گیری

میزان ترخیص با رضایت شخصی یکی از دلایل بازگشت دوباره بیماران به بیمارستان و افزایش هزینه هاست. بیماران به دلایل متفاوت بیمارستان را علی رغم توصیه پزشکان ترک می کنند و شناسایی ریسک فاکتورها و علل ترخیص با رضایت

هزینه های اضافی و چند باره بر دوش بیمار یا بیمارستان جهت مراجعات مجدد بیمار به بیمارستان و تشدید عوارض بیماری به علت ترخیص زودتر از موعد، جلوگیری نماید یا آن ها را به حداقل ممکن برساند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از بیماران محترمی که با شکیبایی تماس تلفنی ما را پاسخگو بودند، کمال تشکر را دارند و نیز از کارکنان و به ویژه مدیریت بیمارستان و معاونت پژوهشی که در انجام پژوهش با ما همکاری داشتند، سپاسگزاریم. لازم به ذکر است که این مقاله، حاصل یک طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ۹۰-۵۷۶۱ در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.

شخصی یکی از گام های مهم طراحی مداخلات در این زمینه می باشد. نتایج این مطالعه، یعنی تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی از دید بیماران و تهیه چک لیستی از این علل (که پیش از این وجود نداشت)، می تواند راهنمایی برای مدیران بیمارستان ها جهت شناخت علل قابل اصلاح از جانب آنان باشد.

با توجه به علل بیان شده درباره این گونه ترخیص ها در این مطالعه، مدیران بیمارستان ها می توانند با مداخله در بهبود کیفیت مراقبت در ابعاد مختلف، افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی ترخیص با رضایت شخصی، طرح ریزی جهت کاهش مدت زمان بستری، ایجاد فضای خوشایند و مناسب برای بیماران، تجهیز مراکز درمانی بیمارستان، ارتقای ارتباط مناسب بین تیم درمان و بیمار و حضور مددکاران اجتماعی برای راهنمایی و کمک به بیماران بی بضاعت، نه تنها نقش بسزایی در کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی داشته باشند، بلکه از تحمیل

منابع

1. Vice Chancellory of Management and Human Resource of Management and Planning Organization. Plan decisions of the upgrade and maintain the peoples' dignity in the administrative system. Tehran: Publications Center for Research and Training Institute for the Management and Planning; 2002: 20-45[Book in Persian].
2. Latifi Gharemish K & Mahmudifar Y. A comparative study between content of honoring program and concepts and principles of consumer orienting. Journal of Health Administration 2006; 9(26): 7-14[Article in Persian].
3. Asefzade S. Planning and management of health. Tehran: Tehran University Publication; 1990: 65-92[Book in Persian].
4. Vamdar A. Study of customer-oriented culture from the perspective of training hospitals' nurses, Shiraz university of medical sciences, 2008 [Thesis in Persian]. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences, Faculty of Management and Medical Information; 2008.
5. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V & Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? Canadian Medical Association Journal 2003; 168(4): 417-20.
6. Tavallaei SA, Asari SH, Habibi M, Khodami HR, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. Journal of Military Medicine 2006; 8(1): 24-30[Article in Persian].
7. Alfandre DJ. I'm going home: Discharges against medical advice. Mayo Clinic Proceedings 2009; 84(3): 255-60.
8. Fiscella K, Meldrum S & Barnett S. Hospital discharge against advice after myocardial infarction: Deaths and readmissions. The American Journal of Medicine 2007; 120(12): 1047-53.
9. Weingart SN, Davis RB & Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. Journal of General Internal Medicine 1998; 13(8): 568-71.
10. Rangraz Jeddi F, Rangraz Jeddi M & Rezaeiimofrad M. Patients' reasons for discharge against medical advice in university hospitals of Kashan university of medical sciences in 2008. Hakim Research Journal 2010; 13(1): 33-9[Article in Persian].
11. Youssef A. Factors associated with discharge against medical advice in a Saudi teaching hospital. Journal of Taibah University of Medical Sciences 2012; 7(1): 13-8.
12. Manouchehri J, Goodarzynejad H, Khoshgoftar Z, Sheikh Fathollahi M & Aghamohammadi Abyaneh M. Discharge against medical advice among inpatients with heart disease in Iran. Journal of Tehran University Heart Center 2012; 7(2): 72-7.



13. Pennycook AG, McNaughton G & Hogg F. Irregular discharge against medical advice from the accident and emergency department—a cause for concern. *Emergency Medical Journal* 1992; 9(2): 230-8.
14. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT & O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 167(6): 633-7.
15. Saitz R, Ghali WA & Moskowitz MA. Characteristics of patients with pneumonia who are discharged from hospitals against medical advice. *American Journal of Medicine* 2004; 107(5): 507-9.
16. Somasetia DH, Isman S & Wonoputri N. Discharge against medical advice in pediatric intensive care unit and subsequent events. *International Journal of Integrated Health Sciences* 2015; 3(1): 7-10.
17. Jimoh BM, Anthonia OC, Chinwe I, Oluwafemi A, Ganiyu A, Haroun A, et al. Prospective evaluation of cases of discharge against medical advice in Abuja, Nigeria. *The Scientific World Journal* 2015; 2(1): 1-4.
18. Adefemi SA, Adeleke IT, Gara P, Abdul Ghaney OO, Omokanye SA & Jimoh Yusuf AM. The rate, reasons and predictors of hospital discharge against medical advice among inpatients of a tertiary health facility in North-central Nigeria. *American Journal of Health Research* 2014; 3(1): 11-6.
19. Mashhadi R, Chalangari M, Tabibi Z, Salimi F, Bagher-Abadi F, Tavasoli SH, et al. Study of the reasons for the DAMA patients at children's hospital of Qazvin university of medical sciences in 2011-2012, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
20. Rahimi M, Habibi H & Fani R. The causes of discharge against medical advice in Emam- Hosein hospital in Shahroud, Bojnourd: Bojnourd University of Medical Sciences, National Conference on Quality Improvement with Clinical Governance Approach, 2012.
21. Hoseini S, Naderi F & Fasihi Ramandi A. Influencing factors on DAMA in the preparation and implementation of clinical governance in Rajaei hospital of Qazvin in 2011, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
22. Zareei A, Saffar Zadeh SH, Habibi MR & Safari F. Study of the frequency of DAMA and identification of its prevalent causes in Al-Zahra hospital of Isfahan, 2011-2012, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
23. Abdi MR, Alijani Zadeh H & Akbar Zadeh B. Frequency and the causes of discharge against medical advice of inpatients in Ali-Nasab hospital in Tabriz, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
24. Mohammad Salehi B, Farvardin M & Derakhshan S. Clinical audit of DAMA process in Amir-Almomenin hospital of Genaveh, 2011, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
25. Saffar Zadeh M & Maasoumi M. Study of frequency and the causes of discharge against medical advice of surgical departments in Bojnourd Emam-Ali hospital, 2011, Bojnourd: Bojnourd University of Medical Sciences, National Conference on Quality Improvement with Clinical Governance Approach, 2012.
26. Mojahed F, Vahidi RGH, Gholi Poor K, Raanaei A & Rashi V. Discharge against medical advice: A clinical audit, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
27. Amini Zadeh M & Karimian M. Clinical audit of discharge against medical advice in Hazrat Vali-Asr hospital of Shahr Babak, 2011, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
28. Kazemi M, Vazirinejad R, Soleimani MR, Ostadebrahimi H & Ayubipour 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[Article in Persian].
29. 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. *Iranian Journal of Public Health* 2015; 44(7): 902-12.

30. Rahimi A & Khabbaz Zadah F. Reasons for discharge against medical advice: A study of a general hospital in Iran. *Iranian Journal of Pediatrics* 2014; 24(2): 79-84.
31. Kariman H, Khazaei AR, Shahrami A & Hatamabadi HR. Dealing with discharge against medical advice in emergency department. *Journal of Basic and Applied Scientific Research* 2013; 3(7): 785-91.
32. Forouzanfar MM, Hashemi B, Baratloo AR, Arhamodolatabadi A, Hatamabadi HR, Shahrami A, et al. Discharge against medical advice in emergency department of a general hospital in Tehran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* 2013; 5(12): 1487-90.
33. Seaborn MH & Osmun WE. Discharges against medical advice: A community hospital's experience. *Canadian Journal of Rural Medicine* 2004; 9(3): 148-53.
34. Ibrahim SA, Kwoh CK & Krishnan E. Factors associated with patients who leave acute-care hospitals against medical advice. *American Journal of Public Health* 2007; 97(12): 148-53.
35. Kavosi Z, Hatam N, Hayati Abbarik H, Nemati J & Bayati M. Factors affecting discharge against medical advice in a teaching hospital in Shiraz, Iran. *Journal of Health Information Management* 2012; 9(4): 448-56[Article in Persian].
36. Pour Karimi SHA, Mohseni Saravi B, Bagherian Farahabadi E, Zamanfar D, Fallah M & Asadi Abokheily M. Studying the rate and causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated to Mazandaran university of medical sciences. *Journal of the Academy of Medical Science of Bosnia and Herzegovina* 2014; 26(3): 203-7.
37. Kabir Zadeh A, Reza Zadeh E & Mohseni Saravi B. Frequency and the causes of discharge against medical advice of children in Bou-Ali hospital of Sari. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2011, 2(4): 57-62[Article in Persian].
38. Noohi K, Komsari S, Nakhaee N & Yazdi Feyzabadi V. Reasons for discharge against medical advice: A case study of emergency departments in Iran. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1(2): 137-42.
39. Lekas HM, Alfandre D, Gordon P, Harwood K & Yin MT. The role of patient-provider interactions: Using an accounts framework to explain hospital discharges against medical advice. *Social Science & Medicine* 2016; 156(1): 106-13.
40. Kalhor M, Karshasebi M & Babouei M. Study of the amount of discharge against medical advice in patients admitted to Kosar hospital in Qazvin, Bojnourd: Bojnourd University of Medical Sciences, National Conference on Quality Improvement with Clinical Governance Approach, 2012.
41. Ali Babaei R, Sharifi Z, Pashaei Far MR, Khodaei L, Sadeghi A & Toosi F. Causes of discharge against medical advice in Emem-Khomeini hospital of Ajab Shir, 2011, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, The First Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement, 2012.
42. Roodpeyma SH & Eshagh Hoseyni SA. Discharge of children from hospital against medical advice. *World Journal of Pediatrics* 2010; 6(4): 353-6.
43. Malekzadeh R, Araghian Mojarad F, Amir Khanlou A, Sarafraz S & Salmanpour M. Causes of discharge against medical advice in hospitals affiliated with Mazandaran university of medical sciences, 2014. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2016; 26(140): 95-102[Article in Persian].
44. Baptist AP, Warriar I, Arora R, Ager J & Massanari RM. Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: Characteristics, reasons, and outcomes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2007; 119(4): 924-9.
45. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, Loh FE, et al. A qualitative study to identify reasons for discharges against medical advice in the cardiovascular setting. *British Medical Journal* 2012; 2(1): 1-7.
46. Fiscella K, Meldrum S & Franks P. Post partum discharge against medical advice: Who leaves and does it matter? *Maternal and Child Health Journal* 2007; 11(1): 431-6.
47. Moy E & Bartman BA. Race and hospital discharge against medical advice. *Journal of the National Medical Association* 1996; 88(10): 658-60.
48. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M & Weir MR. Reasons for discharges against medical advice: A qualitative study. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(5): 420-4.

Study of the Causes of Discharge against Medical Advice in a Hospital of Shiraz University of Medical Sciences

Shafaghat Tahereh¹ (M.S.) - Rahimi Zarchi Mohammad Kazem¹ (M.S.) -
Kavosi Zahra² (Ph.D.) - Ayoubian Ali³ (M.S.)

1 Ph.D. Candidate in Health Care Services Administration, Health Care Services Administration Department, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2 Associate Professor, Health Human Resources Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3 Ph.D. Student in Health Care Services Administration, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Received: Aug 2016

Accepted: Dec 2016

Background and Aim: The number of patients who leave hospital against medical advice could reflect patient dissatisfaction and it is a notable important problem. The present study aimed to identify the causes of discharge against medical advice at a hospital of Shiraz University of medical sciences.

Materials and Methods: This was a qualitative study using grounded theory. Data were collected through telephone interviews with patients or their concomitants. All interviews were recorded by researcher and thematic method used to analyze the data. Based on it, causes of discharge against medical advice were determined and solutions were provided.

Results: Causes of discharge against medical advice were categorized into 3 general themes: "causes related to the status of the hospital", "causes related to hospital staff", and "causes related to patients" that each of them include some sub-themes. Between the sub-themes, the issues relating to the hospital staff and economic status of patient had the most and the least frequency respectively.

Conclusion: The research findings make it possible for the hospital managers to find solutions to prevent creation of DAMAs and side effects for early discharged patients, patients' readmission and imposing additional costs on them. These solutions can be mentioned as attention and understanding of authorities, preparing some amenities for patients, holding justification meetings for medical personnel and students and reengineering some hospital processes.

Keywords: Discharge, Self-Discharge, Hospital, Dissatisfaction

* Corresponding Author:
 Kavosi Z;
 Email:
 zhr.kavosi@gmail.com