

# ممیزی بالینی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه\*

محمد حسین یارمحمدیان<sup>۱</sup>، فرخ مجاهد<sup>۲</sup>، رضا قلی وحیدی<sup>۳</sup>، کمال قلی پور<sup>۴</sup>،  
آزاد شکری<sup>۵</sup>، وحید راثی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** یکی از مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود، ترخیص بدون توصیه پزشک است که علاوه بر موانعی که در روند درمان بیماری ایجاد می‌کند، بیمارستان‌ها را هم با مشکلات اساسی مواجه می‌کند. هدف این مطالعه، تعیین فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی و انجام مداخلات مناسب و امکان‌پذیر جهت کاهش آن در بیمارستان مورد مطالعه بود.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع قبل و بعد بود که در سال ۹۱-۱۳۹۰ در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه اجرا گردید. ابتدا بر اساس فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی جمع‌آوری شده در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان و نظرسنجی از پرستاران، میزان و دلایل ترخیص با رضایت شخصی استخراج و آنالیز شد. مداخلات مناسب از جمله ایجاد ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، اطلاع‌رسانی صحیح در زمان پذیرش و برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط تیم حاکمیت بالینی بیمارستان انتخاب شد و ۴ ماه پس از اجرای مداخلات، این اطلاعات دوباره آنالیز و با نتایج قبل از مداخله مقایسه شد. داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار Excel تحلیل و اطلاعات در قالب آمار توصیفی ارائه شد.

**یافته‌ها:** میزان ترخیص با رضایت شخصی قبل از انجام مداخلات ۴/۶ درصد بود. این میزان ۴ ماه بعد از اجرای مداخلات به ۲/۸ درصد کاهش یافت. ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها، مشکلات خانوادگی و شخصی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان و دوره‌ی طولانی درمان بیشترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان مورد پژوهش بود.

**نتیجه‌گیری:** بیماران به دلایل متفاوت، بیمارستان را با وجود توصیه‌ی پزشکان ترک می‌کنند. شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی، یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد. ارتقای ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان و استفاده از مددکاران اجتماعی راه کارهای مناسبی برای کاهش این میزان هستند.

**واژه‌های کلیدی:** ترخیص بیمار؛ رضایت شخصی؛ ممیزی بالینی؛ حاکمیت بالینی؛ مدیریت بیمارستان

\* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۷ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** یارمحمدیان محمد حسین، مجاهد فرخ، وحیدی رضا قلی، قلی‌پور کمال، شکری آزاد، راثی وحید. **ممیزی بالینی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۱۴-۱۰۰۶.

## مقدمه

امروزه دغدغه‌ی بسیاری از مردم کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. افراط و تفریط در ارائه و استفاده از خدمات نظام سلامت منجر به پیدایش شکاف عمیق بین

ناکافی، آموزشی بودن بیمارستان (۱۱).

در حدود ۲/۲-۰/۸ درصد از بیماران بستری در ایالات متحده بدون توصیه‌ی پزشکان از بیمارستان ترخیص می‌شوند و این میزان در کانادا حدود یک درصد می‌باشد (۱۳، ۱۲، ۵). البته در تحقیقات انجام شده در بیمارستان‌های مختلف، این میزان بسیار متغیر می‌باشد؛ به طوری که در بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی میزان ترخیص با رضایت شخصی بیشتر از ۲۰ درصد نیز گزارش شده است (۱۴، ۳). میزان شیوع ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان در کشورهای در حال توسعه حدود ۰/۷ درصد تا ۲/۸ درصد بیشتر از کشورهای توسعه یافته است (۱۷-۱۵). فاکتورهای تعیین کننده‌ی ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان در مطالعات انجام گرفته شامل موارد زیر می‌باشد: سنین پایین‌تر، مردان، سیاه‌پوستان، وجود اختلالات روانی، سابقه‌ی استفاده از مواد مخدر، پذیرش‌های اورژانسی، سابقه‌ی بستری در بیمارستان، نداشتن بیمه‌ی سلامتی و سابقه‌ی ترخیص با رضایت شخصی (۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۴).

ترخیص با رضایت شخصی و با وجود توصیه‌ی پزشکان تأثیر منفی بر نتایج درمان، استفاده از منابع درمانی و درگیری پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها در دعاوی قضایی دارد و می‌تواند بیمار را مجبور به پذیرش مجدد در بیمارستان بکند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ترخیص با رضایت شخصی قوی‌ترین عامل پیش‌گویی کننده برای پذیرش مجدد در ۱۵ روز اول بعد از ترخیص می‌باشد. ترخیص با رضایت شخصی ۱۰ درصد بستری مجدد در کانادا را تشکیل می‌دهد که می‌تواند باعث تحمیل هزینه‌های اضافی به خود فرد و سیستم سلامت شود (۲۱، ۲۰، ۱۶، ۱۲). Glick و همکاران در سال ۱۹۸۱ میلادی با ارایه‌ی شواهد معتبر از پیگیری وضعیت سلامت بیمارانی که بدون توصیه‌ی پزشکان ترخیص شده بودند، نشان داد که بیمارانی که بدون توصیه‌ی پزشکان ترخیص شده‌اند، نتایج درمانی ضعیف‌تری از سایر بیمارانی ترخیص شده دارند (۲۲).

نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ میلادی نشان داد که

کیفیت خدمات ارایه شده و توان بالقوه‌ی نظام سلامت شده است و از سوی دیگر این خدمات نابه‌جا، هزینه‌های گزاف بر نظام سلامت تحمیل می‌نماید. یکی از مهمترین شاخص‌های کیفیت ارایه‌ی خدمت در بخش بهداشت و درمان، میزان رضایتمندی مراجعان است و رضایت بیمار از خدمات ارایه شده به عنوان یکی از ابزارهای ارزشیابی مراکز درمانی می‌باشد (۲، ۱).

رضایتمندی بیمار بخش مهمی از کیفیت نتایج درمان در بیمارستان می‌باشد. بیماران ناراضی، کمتر دستورات پزشکان را رعایت می‌کنند و به احتمال زیاد پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می‌دهند. یکی از مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود، ترخیص بدون توصیه‌ی پزشک است که علاوه بر ایجاد موانع در روند درمان بیماری، بیمارستان‌ها را هم با مشکلات اساسی مواجه می‌کند (۵-۳). Onukwugha و همکاران در مطالعه‌ی خود عنوان کردند که ترخیص با رضایت شخصی همبستگی منفی با کیفیت خدمات ارایه شده در بیمارستان دارد (۶). ترخیص با رضایت شخصی به ترک بیمار از بیمارستان بدون توصیه‌ی پزشک و زودتر از موعد مقرر گفته می‌شود که باعث ایجاد مشکلات در روند درمان بیماری می‌شود (۸، ۷).

دلایل ترخیص با رضایت شخصی را می‌توان در دو دسته‌ی متغیرهای بیمار و متغیرهای ارایه دهنده‌ی خدمت تقسیم‌بندی کرد. متغیرهای بیمار شامل سن، جنس، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، داشتن بیمه، سابقه‌ی مصرف مواد، داشتن سابقه‌ی ترخیص بدون رضایت شخصی و تاریخچه بیماری می‌باشد (۹). متغیرهای ارایه دهنده‌ی خدمت شامل خطمشی‌های ترخیص، محیط بیمارستان، نبود ارتباط مناسب، جو فشار و تهدید در بیمارستان، نداشتن پرسنل کافی و عدم ارایه‌ی خدمات مناسب می‌باشد (۱۰). نتایج بررسی Raimi و Alebiosu نشان می‌دهد که بیماران به دلایل زیر بیمارستان را ترک می‌کنند: نارضایتی از روند درمان، مشکلات خانوادگی و مالی، احساس بهبودی، ترجیح دادن بیمارستان‌های دیگر، نارضایتی از محیط بیمارستان، درمان

مشخص کردن دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه بیماران و پرستاران، مداخلات مؤثر و امکان‌پذیر را با استفاده از روش ممیزی بالینی که روشی برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت است را برای کاهش این میزان به کار بندد. این یافته‌ها می‌تواند از سوی پزشکان، مدیران بهداشتی و سیاستگذاران نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای قبل و بعد بود و جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی بیمارانی می‌شد که در طی سال ۹۱-۱۳۹۰ با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص شده بودند. برای این منظور ابتدا فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی موجود در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان که در زمان ترخیص با رضایت شخصی بیماران از آن استفاده می‌شود و بیمار و همراه وی می‌بایست آن را امضا و اثر انگشت بزنند، دلایل ترخیص با رضایت شخصی استخراج شد. در این فرم دلایل ترخیص به چهار دسته شامل: عوامل مرتبط با پرسنل، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با بخش بستری و عوامل شخصی می‌باشد که بر اساس نظر صاحب‌نظران گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تدوین و تأیید شده بود. هر کدام از این موضوعات هم دارای زیر موضوعات مرتبط می‌باشد. ابتدا دلایل ترخیص با رضایت شخصی از تمام فرم‌های مربوط که در طول سال ۱۳۹۰ جمع‌آوری و در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان بایگانی شده بود، استخراج شد. سپس برای کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری نیز پرسش‌نامه‌های باز طراحی و از آن‌ها درخواست شد که ۱۰ مورد از دلایل ترخیص با رضایت شخصی را به ترتیب اولویت مشخص کنند. بعد از تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده و تعیین مهمترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی، جلسه‌ای با مسؤولین بیمارستان در کمیته‌ی مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی برگزار و در مورد مداخلات جهت کاهش این میزان بحث و بررسی انجام گرفت و مداخلاتی را که از نظر

مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی و خستگی از محیط بیمارستان از جمله عواملی هستند که باعث ترخیص با رضایت شخصی می‌شوند (۲۱). تقاضای بیمار برای ترخیص با رضایت شخصی بین حقوق بیمار، وظایف پزشکان و علایق و مسؤولیت بیمه‌ها تضاد ایجاد می‌کند و پزشکان در تضاد بین خواسته‌ی بیماران بر اساس حق استقلال و انتخاب بهترین شیوه‌ی درمان قرار می‌گیرند (۲۴، ۲۳، ۲۰).

با توجه به اهمیت و وسعت موضوع، شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد (۲۵). بنابراین ابتدا باید عوامل تأثیرگذار بر ترخیص با رضایت شخصی شناسایی شود و سپس از روش‌های مناسب برای کاهش آن استفاده برد. بیمارستان‌ها از راه‌کارهایی مانند برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پزشکان و پرستاران، ایجاد فرهنگ برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، استفاده از مددکاران اجتماعی و تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران توسط روان‌شناسان برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی استفاده می‌کنند. برای ارتقای عملکرد نظام سلامت به ابزارهایی نیازمند هستیم تا اطمینان حاصل شود که خدمات سلامت بر اساس جدیدترین و معتبرترین دانش موجود و با بهترین کیفیت ممکن ارائه می‌گردد. یکی از مؤثرترین ابزارها در این زمینه ممیزی بالینی (Clinical audit) است. ممیزی بالینی رویکردی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد معتبر و در قالب استانداردها است و به ما اطمینان می‌بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می‌یابد (۲).

با وجود کارکردها و تأثیرات بالینی، اقتصادی، اخلاقی و متدولوژیکی ترخیص بدون توصیه‌ی پزشکان، در این زمینه به ویژه در کشورهای در حال توسعه تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. با توجه به این که تعداد بیمارانی که بیمارستان را با میل شخصی یا به عبارتی بر خلاف توصیه‌ی پزشکی ترک می‌نمایند، می‌تواند نشانگر نارضایتی بیماران و یک مشکل با اهمیت قابل توجه باشد، این مطالعه بر آن است تا با

بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد و میزان پذیرش و ترخیص‌های اورژانس در آن لحاظ نشده است.

در حیطه‌ی عوامل شخصی ترخیص با رضایت شخصی، ناتوانایی در پرداخت هزینه‌ها و مشکلات کاری و خانوادگی مهمترین دلایل ترخیص ذکر شده بود. در بخش عوامل مرتبط با بخش بستری احساس دلتنگی، کمبود امکانات رفاهی، کمبود تجهیزات و شلوغی و ازدحام بخش‌های بستری بیشترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده بود.

احساس بهبودی، قضاوت بیمار از عدم تشخیص بیماری و دوره‌ی درمان طولانی مدت از جمله عوامل مرتبط با درمان بود که در ترخیص با رضایت شخصی در طول یک سال گذشته بیشترین تأثیر را داشت. نسبت به عوامل دیگر، نارضایتی از پرسنل بیمارستان تأثیر کمتری را در ترخیص با رضایت شغلی داشت و ۱۶/۵ درصد دلیل ترخیص با رضایت شخصی را نارضایتی از رسیدگی و برخورد پرسنل بیمارستان ذکر کرده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نظرسنجی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری نیز در مورد الویت‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه آنان در جدول زیر آمده است (جدول ۱).

همان طور که در جدول ۲ آمده است، هزینه‌های درمانی، مشکلات شخصی و خانوادگی و توصیه‌ی پزشکان از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیشترین تأثیر را در میزان ترخیص با رضایت شخصی به خود اختصاص داده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات همچنین نشان داد که ۱۱۷ (۴۹/۳ درصد) نفر از بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی ذکر کرده‌اند که بعد از مرخص شدن از

اجزایی در بیمارستان امکان‌پذیر بود، بر اساس ماتریس اولویت‌بندی و انتخاب مشخص شد و با همکاری مدیران و کارکنان بیمارستان این مداخلات از ۱۵ اسفند سال ۹۰ اجرا شد. بعد از گذشت ۴ ماه دوباره اقدام به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل این اطلاعات شد و نتایج حاصل قبل و بعد از مداخله با هم مقایسه گردید. لازم به ذکر است که بیماران و یا همراهان بیمار می‌توانستند بیشتر از یک دلیل را برای ترخیص با رضایت شخصی انتخاب کنند. برای تحلیل داده‌های کمی از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۱۷ (SPSS Inc., version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. داده‌ها برای متغیرهای کیفی فراوانی (درصد) گزارش شد. همچنین در زمینه‌ی دلایل ترخیص با رضایت شخصی بر اساس پرسش‌نامه‌های باز آرایه شده برای کارکنان از تحلیل محتوا استفاده شد و بیشترین مفاهیم و دلایلی که به عنوان عامل ترخیص با رضایت شخصی ذکر شده بود، شناسایی شد.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۰ به طور کلی ۲۳۷ مورد ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان وجود داشته است. این بیمارستان خصوصی می‌باشد و ۶۹ تخت فعال دارد. میزان کل پذیرش‌ها در بخش‌های بستری بیمارستان در طول سال ۵۱۳۷ نفر بوده است. درصد ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان ۴/۶ درصد بود. دسته‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی در جدول زیر آمده است. لازم به ذکر است که میزان پذیرش‌های صورت گرفته مربوط به بخش‌های بستری و

جدول ۱: فراوانی دلایل ترخیص با رضایت شخصی در سال ۹۰ و ۹۱

شماره	دلایل کلی ترخیص با رضایت شخصی	تعداد در سال ۹۰	درصد	تعداد در ۴ ماه اول سال ۹۱	درصد
۱	عوامل مرتبط با پرسنل بیمارستان	۳۹	۱۶/۵	۱۰	۱۵/۶
۲	عوامل مرتبط با درمان	۹۳	۳۹/۲	۱۵	۲۳/۴
۳	عوامل مرتبط با بخش‌های بستری و رفاهی	۵۵	۲۳/۲	۱۷	۲۶/۵
۴	عوامل شخصی و خانوادگی	۱۲۸	۵۴/۰	۳۷	۵۸/۷

لازم به ذکر است که بیماران و یا همراهان می‌توانستند بیشتر از یک گزینه را در پرسش‌نامه‌ی مربوط انتخاب کنند.

## جدول ۲: الویت دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه پرستاران

شماره	دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه پرستاران به ترتیب اولویت
۱	هزینه‌های درمانی
۲	مشکلات شخصی و خانوادگی
۳	پیشنهاد پزشکان برای سلب مسؤولیت از خود
۴	نارضایتی از امکانات رفاهی
۵	نارضایتی از خدمات پزشکی
۶	عدم گرفتن نتیجه‌ی مطلوب از فرایند درمان

مدیریت کیفیت بیمارستان راه کارها و مداخلات انتخاب شده از سوی کارکنان و مدیریت که در شکل ۱ آورده شده است را برای کاهش این میزان به کار گرفت و نتایج بعد از ۴ ماه دوباره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تأثیر راه کارها و مداخلات صورت گرفته بررسی شود (شکل ۱).

در چهار ماه اول اجرای مداخلات جهت کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی، این میزان ۶۴ نفر بود. میزان پذیرش بیمارستان در مقایسه با مدت مشابه سال قبل افزایش داشته بود و در چهار ماه بعد از اجرای مداخلات ۲۲۸۷ بیمار پذیرش شده بودند و میزان ترخیص با رضایت شخصی در چهار ماه بعد از اجرای مداخلات به ۲/۸ درصد کاهش یافت. همچنین عوامل شخصی و خانوادگی همچنان بیشترین تأثیر را در میزان ترخیص با رضایت شخصی داشت (حدود ۳۷ نفر) و در زمینه‌ی عوامل مرتبط با درمان و بخش‌های بستری این میزان کاهش یافته بود. این اطلاعات در جدول ۱ آورده شده است.

بیمارستان به خانه می‌روند و ۸۳ نفر (۳۵ درصد) از بیماران هم گفته‌اند که برای ادامه‌ی روند درمان به مراکز درمانی شهر مراجعه خواهند کرد و ۳۷ نفر (۱۵/۶ درصد) از بیماران عنوان کرده‌اند که برای ادامه‌ی درمان به مراکز درمانی خارج از استان مراجعه خواهند نمود. بعد از بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی و بدون توصیه‌ی پزشکان تیم

- ❖ برقراری ارتباط مؤثر بین پزشکان و بیماران
- ❖ جهت جلوگیری از ترخیص با رضایت شخصی که از وضعیت مالی ناشی می‌شود، مسؤولین پذیرش هزینه‌های احتمالی بستری و اعمال جراحی را به اطلاع بیماران و همراهان برسانند.
- ❖ ترخیص با رضایت شخصی با حضور پزشک معالج و سرپرستار بخش صورت گیرد و عوارض و مشکلات ناشی از ترخیص بدون توصیه‌ی پزشکان به بیمار و همراهان وی گوشزد شود.
- ❖ بیمار دلیل ترخیص بدون رضایت پزشک را به کتبی و زبانی اعلام کند.
- ❖ اگر ترخیص با رضایت شخصی به دلیل عوامل مالی است، بخش حسابداری بیمارستان تا جایی که امکان دارد و با هماهنگی با مدیریت بیمارستان در این زمینه با مریض و خانواده‌ی وی همکاری نماید.
- ❖ تجهیزات درمانی مورد نیاز که یکی از دلایل ترخیص می‌باشد، لیست شده است و اقدام به فراهم آوردن آن‌ها شود.
- ❖ بیمارانی که دارای اختلالات روانی هستند، از سوی پزشک شناسایی شده است و این وضعیت به اطلاع همراهان وی برسد.
- ❖ در هر صورت پزشکان حق ندارند که برای سلب مسؤولیت قانونی از خود، بیمار را وادار به ترخیص با رضایت شخصی کنند و این موضوع از طرف ریاست بیمارستان و صورت کتبی به پزشکان اعلام شود.
- ❖ در صورت عدم قبول دستورات پزشکی با توجه به حقوق بیمار با تصمیم وی موافقت شود و از بیمار و همراهان خواسته شود که در صورت بروز مشکل با پزشک تماس گرفته شود و بعد از دو هفته بیمار برای پیگیری وضعیت به بیمارستان مراجعه کند.
- ❖ ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار از سوی پزشکان مورد توجه قرار گیرد.
- ❖ ترخیص با رضایت شخصی در سیستم HIS (Hospital information system) بیمارستان ثبت شود و به پزشکانی که بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی بیشتری دارند، اطلاع داده شود.
- ❖ برگزاری کلاس‌های آموزشی با پزشکان برای توجیه مناسب بیماران و عواقب ترخیص با رضایت شخصی

شکل ۱: راه کارها و مداخلات جهت کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان

## بحث

Mallardi (۲۷) در سال ۲۰۰۵ میلادی نیز به این موضوع را مورد بررسی قرار دادند و اشاره نمودند که این موضوع می‌تواند نتیجه‌ی ارتباط ضعیف پزشک معالج و بیمار در زمینه‌ی سیر بیماری و تاریخچه بیماری باشد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات این مطالعه نشان داد که گاهی پزشکان برای سلب مسؤلیت از خود بیماران را به ترخیص با رضایت شخصی ترغیب می‌کنند. در بعضی از موارد ترخیص با رضایت شخصی موجب تعقیب قانونی پزشکان شود که فقط وجود شواهدی مبنی بر عدم قصور پزشکی می‌تواند باعث موفقیت پزشکان در دفاع از خود در محاکم قضایی شود. به همین دلیل ارزیابی بیمار و مستند کردن فرایند ترخیص با رضایت شخصی ضروری است (۲۴).

نتایج دلایل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان بوعلی در مطالعه‌ی گذشته‌نگر کبیرزاده و همکاران نشان می‌دهد که دلیل ۶۵/۷ درصد ترخیص‌ها نامعلوم است. ۱۴ درصد دلایل شخصی و ۱۳ درصد احساس بهبودی را دلیل ترخیص با رضایت شخصی ذکر کرده‌اند (۱). لازم به ذکر است که طبق خط و مشی بیمارستان مورد مطالعه، پرستار بخش برای کلیه‌ی موارد ترخیص با رضایت شخصی می‌بایست فرم مربوط را تکمیل کند. مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور محدود و پراکنده می‌باشد و مطالعه‌ی تولایی و همکاران در زمینه‌ی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان بقیه‌الله ارتباطی بین سن، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی اقتصادی نشان نداد. شایان ذکر است که خود نویسنده اشاره کرده است که این نتایج شاید تحت تأثیر نظامی بودن بیمارستان و حجم کم نمونه از ترخیص شدگان با رضایت شخصی باشد (۲۸). مطالعه‌ی وحدت و همکاران (به نقل از کبیرزاده و همکاران) در سال ۸۹ در بیمارستان شهید رجایی قزوین نشان داد که ۳۳ درصد از بیماران به دلیل نارضایتی از خدمات پزشکی و ۲۷/۵ درصد به خاطر پیشنهاد پزشکان و فقط ۳/۶ درصد به دلیل هزینه‌های درمانی، بیمارستان را با رضایت شخصی ترک کرده‌اند (۱). میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیماران دارای مشکلات روانی

ترخیص با رضایت شخصی یکی از معضلات سیستم درمانی در تمام کشورهای دنیا از دیدگاه دوباره کاری‌ها، هزینه‌های ناشی از آن و همچنین اثرات مضر آن بر سیر بیماری می‌باشد. ترخیص با رضایت شخصی تحت تأثیر عوامل مختلفی است و با توجه به محیط بیمارستان آمار متفاوتی برای آن گزارش می‌شود. بر اساس مطالعه‌ی حاضر در سال ۱۳۹۰ ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های بستری بیمارستان دکتر صولتی ۴/۶ درصد بود و بعد از ۴ ماه از اجرای مداخلات این میزان به ۲/۸ درصد کاهش یافت. نتایج مطالعات در آمریکا و کانادا نشان می‌دهد که ۲/۲-۰/۸ درصد از بیماران بستری در ایالات متحده بدون توصیه‌ی پزشکان از بیمارستان ترخیص می‌شوند و این میزان در کانادا حدود یک درصد می‌باشد (۱۳، ۱۲، ۵). این مورد در مطالعات Seaborn و Osmun در طی دو سال ۰/۵۷ درصد (۱۷)، Devitt و همکاران طی یک سال ۲/۴ درصد (۲۴) و Berger یک درصد (۲۶)، بوده است.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که عوامل شخصی و مالی و عوامل مرتبط با درمان بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است. با توجه به این که این بیمارستان خصوصی می‌باشد، بار مالی بیماری بیشتری به بیمار وارد می‌شود و دلایل مالی یکی از اصلی‌ترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی بوده است (۵۳ مورد در سال ۹۰). برای جلوگیری از این امر در قالب مداخلات انجام گرفته، مقرر شد که مسؤولین پذیرش بیمارستان، بیمار و همراهان وی را از هزینه‌های اعمال جراحی و درمانی آگاه کنند. همچنین در مواردی که عوامل مالی و اقتصادی دلیل ترخیص بدون توصیه‌ی پزشک می‌باشد، تصمیم گرفته شد که مدیریت بیمارستان تا جایی که امکان‌پذیر است با بیماران همکاری کند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که روند ضعیف درمان و قضاوت بیمار از پاسخ نامطلوب و ضعیف به درمان اغلب به ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشک منجر می‌شود. مطالعات Devitt و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۰۰ میلادی و

پزشکان برای برقراری تعادل بین ایمنی و استقلال بیمار باید در مواردی که ترخیص ریسک بالایی را به بیمار وارد می‌کند، ظرفیت تصمیم‌گیری آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد و در مورد ترخیص با رضایت شخصی تصمیم‌گیری کنند (۳۰).

### پیشنهادات

طراحی یک فرم استاندارد که شامل درک بیمار و همراهان وی از روند تشخیص، درمان و تبعات رد درمان که در آن دلایل ترخیص به وضوح ذکر شده باشد، می‌تواند برای بیماران، پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها مفید واقع شود. با توجه به این که از یک طرف ترخیص با رضایت شخصی به خصوص در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است (۲۴) و از طرف دیگر شناسایی دلایل و تعیین کننده‌های ترخیص با رضایت شخصی می‌تواند به برنامه‌ریزی در این زمینه کمک کند، انجام مطالعات آتی و گسترده‌تر در این زمینه ضرورت دارد. متأسفانه در این مطالعه امکان بررسی رابطه‌ی بین خصوصیات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی با ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان امکان‌پذیر نبود. برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که این موضوع در بیمارستان‌های دولتی و تخصصی نیز بررسی شود و وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی بیمارستان‌ها را ملزم کند که بر اساس نوع بیمارستان و شرایط محیطی از دستورالعمل‌های ترخیص با رضایت شخصی استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

بر خود فرض میدانیم از مشارکت و همراهی شرکت کنندگان در مطالعه، کارکنان و مدیران بیمارستان دکتر صولتی ارومیه که در تمامی مراحل جمع‌آوری داده و انجام مداخله حامی پژوهش حاضر بودند، کمال سپاس را داشته باشیم.

شیوع بیشتری از بیماران داخلی و جراحی دارد (۲۸). لازم به ذکر است که بیمارستان مور مطالعه‌ی ما دارای بخش روانی نبود و این موضوع نمی‌تواند جزء موارد تأثیرگذار در این زمینه باشد. سابقه‌ی ترخیص با رضایت شخصی نیز از ریسک فاکتورهای ترخیص مجدد بدون توصیه‌ی پزشکان است. مطالعه Seaborn و Osmun در یک بیمارستان عمومی نشان داد که میزان ترخیص با رضایت شخصی برای بیمارانی که حداقل یک بار سابقه‌ی آن را داشته‌اند، ۲۸/۶ درصد بیشتر است (۱۷). در صورت شناسایی این افراد می‌توان با راه‌کارهای مناسب از ترخیص‌های پیش‌بینی نشده پیش‌گیری کرد.

### نتیجه‌گیری

شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد (۲۵). یکی از مداخلات مهم در این زمینه آموزش پرسنل و اطلاع‌رسانی به بیماران می‌باشد. Akiode و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مناسب، افزایش سطح مهارت‌های پرسنل و تسهیلات بیمارستانی می‌تواند باعث کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی شود (۲۹). پیگیری وضعیت بیمار بعد از ترخیص نیز از فاکتورهای اساسی در ترخیص با رضایت شخصی بود. در صورتی که بیمار بتواند بعد از ترخیص امکان ارتباط با پزشک معالج را داشته باشد تا حد زیادی می‌توان از موارد ناخواسته جلوگیری کرد. پرستاران نقش قابل توجهی جلوگیری از ترخیص با رضایت شخصی داشتند و مشارکت فعال آن‌ها در ارتباط صحیح با بیماران می‌تواند نقش مثبتی در اجرای پروتکل‌های ترخیص با رضایت شخصی داشته باشد. ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

### References

1. Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Mohseni S B. Frequency and causes of discharge against physician advice in Buali hospital in Sari. J North Khorasan Univ Med Sci 2008; 2(4): 57-62.
2. Khalighinejad N, Ataie M, Hadizadeh F. A guideline to clinical governance. Isfahan, Iran: Isfahan Medical University Publication; 2008.

3. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002; 54(4): 493-504.
4. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1148-55.
5. Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med* 1998; 13(8): 568-71.
6. Onukwugha EC, Shaya FT, Saunders E, Weir MR. Ethnic disparities, hospital quality, and discharges against medical advice among patients with cardiovascular disease. *Ethn Dis* 2009; 19(2): 172-8.
7. Taqueti VR. Leaving against medical advice. *N Engl J Med* 2007; 357(3): 213-5.
8. Carrese JA. Refusal of care: patients' well-being and physicians' ethical obligations: "but doctor, I want to go home". *JAMA* 2006; 296(6): 691-5.
9. Brook M, Hilty DM, Liu W, Hu R, Frye MA. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatr Serv* 2006; 57(8): 1192-8.
10. Jeffer EK. Against medical advice: Part I, A review of the literature. *Mil Med* 1993; 158(2): 69-73.
11. Alebiosu CO, Raimi TH. Discharge against medical advice. *Trop Doct* 2003; 33(3): 191-2.
12. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Hospital discharges by leading diagnoses and gender, Canada, 1999/00 [online]. [cited 2003 Jan 21]; Available from: URL: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media\\_26sep2001\\_tab4\\_e.html](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media_26sep2001_tab4_e.html)
13. Smith DB, Telles JL. Discharges against medical advice at regional acute care hospitals. *Am J Public Health* 1991; 81(2): 212-5.
14. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. *J Gen Intern Med* 2000; 15(2): 103-7.
15. Alebiosu CO, Raimi TH. A study of hospital patients' discharge against medical advice in the Ogun State University teaching hospital, Sagamu Nigeria. *Nigeria Medical Practitioner* 2001; 40: 33-5.
16. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ* 2002; 167(6): 633-7.
17. Seaborn MH, Osmun WE. Discharges against medical advice: a community hospital's experience. *Can J Rural Med* 2004; 9(3): 148-53.
18. Franks P, Meldrum S, Fiscella K. Discharges against medical advice: are race/ethnicity predictors? *J Gen Intern Med* 2006; 21(9): 955-60.
19. Ding R, Jung JJ, Kirsch TD, Levy F, McCarthy ML. Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Acad Emerg Med* 2007; 14(10): 870-6.
20. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. Does identifying a discharge as "against medical advice" confer legal protection? *J Fam Pract* 2000; 49(3): 224-7.
21. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003; 168(4): 417-20.
22. Glick ID, Braff DL, Johnson G, Showstack JA. Outcome of irregularly discharged psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138(11): 1472-6.
23. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5<sup>th</sup> ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
24. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. An examination of whether discharging patients against medical advice protects physicians from malpractice charges. *Psychiatr Serv* 2000; 51(7): 899-902.
25. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. Characteristics of patients with pneumonia who are discharged from hospitals against medical advice. *Am J Med* 1999; 107(5): 507-9.
26. Berger JT. Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations. *J Hosp Med* 2008; 3(5): 403-8.
27. Mallardi V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25(5): 312-27. [In Italian].
28. Tavallaee SA, Asari Sh, Habibi M, Khodami HR, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. *J Mil Med* 2006; 8(1): 24-30.
29. Akiode O, Musa AA, Shonubi AM, Salami BA, Oyelekan AA. Trends of discharges against medical advice in a suburban surgical practice in Nigeria. *Trop Doct* 2005; 35(1): 51-2.
30. Jones RC, Holden T. A guide to assessing decision-making capacity. *Cleve Clin J Med* 2004; 71(12): 971-5.



## Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran\*

Mohammad Hossein Yarmohammadian, PhD<sup>1</sup>; Farrokh Mojahed<sup>2</sup>;  
Reza Gholi Vahidi, PhD<sup>3</sup>; Kamal Gholipour<sup>4</sup>; Azad Shokri<sup>5</sup>; Vahid Rasi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Discharge against medical advice (DAMA) may expose patients to an increased risk of adverse medical outcomes. We conducted an intervention based on the factors associated with discharge against medical advice for reducing DAMA.

**Methods:** This was a pretest-posttest intervention conducted in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran, in 2011-2012. We analyzed the data extracted from the clinical governance office forms about self-discharge. After determining causes of discharge against medical advice (DAMA) according to data in 2011, we designed an intervention in clinical governance team to reduce the rate of self-discharges. Interventions like effective relationship among physician and patient, financial support in DAMA cases, and assessing patients' decision-making capacity were designed. Four months after implementing, we analyzed self-discharges prevalence rate and result was compared with the previous year. Data were analyzed using the Excel software and information presented by descriptive statistics.

**Results:** The rate of DAMA in the study hospital was found to be 4.6% which decreased to 2.8 percent of all the discharged patients 4 months after the intervention. Among patients who discharged against medical advice in this study, family or financial obstacle, patient's healthy feeling, dissatisfaction with their care, dislike of the hospital environment, prolonged hospitalization, and patient judgment of improvement were the most important factor for their decision.

**Conclusion:** Discharge against medical advice comes from many factors and information about the reasons for DAMA is necessary for identifying implementable strategies to reduce the likelihood and adverse health consequences of DAMA. Enhancement of doctor-patient communication, improvement of hospital environment and social workers could reduce the DAMA rate. The need for a clearly documented system or guidelines for assessing and managing such patients is highlighted.

**Keywords:** Patient Discharge; Personal Satisfaction; Clinical Audit; Clinical Governance; Hospital Administration

Received: 17 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Yarmohammadian MH, Mojahed F, Vahidi R, Gholipour K, Shokri A, Rasi V. **Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1006-14.

\* This article was an independent research with no financial aid.

1- Associate Professor, Educational Planning Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: haval\_mojahed@yahoo.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran