

Surveying the Effect of Clinical Audit Process on Discharge against Medical Advice from Hospital Emergency Ward in Tabriz, Iran

Rostamzadeh A*¹, Mahboob Ahari A.R²

1. MSc in Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, IRAN

2. Assistant Professor in health economics, Tabriz Health Services Management Research Center, Department of health economics, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, IRAN

* *Corresponding author.* Tel: +989355827086, Fax: +984532533298, E-mail: a.rostamzadeh2013@gmail.com

Received: Mar 26, 2019 Accepted: Jul 11, 2020

ABSTRACT

Background & objectives: Discharge against medical advice (DAMA) is one of the problems that health systems are involved in. Patients who leave hospital against medical advice may be at risk of adverse health outcomes and readmission. The aim of this study was to determine the causes of discharge with personal consent and to perform appropriate interventions to reduce it in the hospital under study.

Methods: This study was a pre- and post-interventional study. First, the data extracted from the discharge sheets were analyzed with personal consent in the hospital safety office, then interventions were designed to reduce the self-discharge rate with personal consent and the results were compared with the results with pre-intervention outcomes.

Results: The rate of DAMA before the intervention was 10% which decreased to 8% after the intervention. The most important reasons for discharge against medical advice were family obstacle, lack of satisfaction to be inpatient and feeling of recovery.

Conclusion: Based on the results of the present study, the majority of discharges AMA were due to patient-related issues. Increasing patients' awareness of the possible side effects of discharge with personal consent, planning an outpatient treatment program, timely assignment of the patient and establishing effective communication can be helpful in reducing the discharge AMA cases.

Keywords: Patient Discharge; Personal Satisfaction; Clinical Audit; Emergency

بررسی تأثیر اجرای فرآیند ممیزی بالینی بر ترخیص با رضایت شخصی در بخش اورژانس بیمارستان سینا تبریز

اکرم رستم زاده^{۱*}، علیرضا محبوب اهری^۲

۱. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

۲. استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۵۵۸۲۷۰۸۶ فکس: ۰۴۵ ۳۲۵۳۳۲۹۸ ایمیل: a.rostamzadeh2013@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ترخیص با رضایت شخصی یکی از مشکلاتی است که نظام‌های سلامت با آن درگیر هستند. بیمارانی که با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند، ممکن است در معرض خطراتی مانند تشدید بیماری و بستری مجدد باشند. این مطالعه با هدف تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی و انجام مداخلات مناسب جهت کاهش آن در بیمارستان مورد مطالعه بود.

روش کار: این مطالعه، یک مطالعه مداخله‌ای قبل و بعد بود. ابتدا داده‌های استخراج شده از برگه‌های ترخیص با رضایت شخصی موجود در دفتر ایمنی بیمارستان آنالیز شدند، سپس مداخلاتی برای کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی طراحی شد و نتایج با قبل از اجرای مداخلات مقایسه گردید.

یافته‌ها: ترخیص با رضایت شخصی قبل از مداخله ۱۰ درصد بود که پس از مداخله به ۸ درصد کاهش یافت. مهم‌ترین علل مربوط به ترخیص با رضایت شخصی به ترتیب گرفتاری‌های خانوادگی، عدم رضایت بستری و احساس بهبودی بودند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج مطالعه حاضر؛ عمده موارد ترخیص با رضایت شخصی به دلیل مسائل مرتبط با بیمار بوده است، افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی ترخیص با رضایت شخصی، طرح‌ریزی برنامه درمانی سرپایی و تعیین تکلیف به موقع بیمار و برقراری ارتباط مؤثر می‌تواند در کاهش موارد ترخیص با رضایت شخصی کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: ترخیص بیمار، رضایت شخصی، ممیزی بالینی، اورژانس

پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۱

دریافت: ۱۳۹۸/۱/۶

مقدمه

پزشکان را رعایت می‌کنند، از مهم‌ترین مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود ترخیص با رضایت شخصی است (۱). ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی فرآیندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان علیرغم توصیه پزشک، زودتر از موعد و به صورت داوطلبانه بیمارستان را ترک می‌کند (۲). با رضایت شخصی درمان قطع و ممکن است حال بیمار

امروزه دغدغه بسیاری از مردم کشورهای مختلف جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت ارائه خدمت در بخش بهداشت و درمان، میزان رضایتمندی بیماران است که به عنوان بخش مهمی از کیفیت نتایج درمان در بیمارستان است. بیماران ناراضی کمتر دستورات

بدتر شده و یا دچار عوارضی گردد که در درازمدت قابل جبران نباشد. این موضوع به‌ویژه در بخش اورژانس و مراقبت‌های حاد اهمیت پیدا می‌کند، چراکه ممکن است حیات بیمار به دلیل عدم دریافت اقدامات پزشکی کافی و به‌موقع، در معرض خطر قرار گیرد (۴، ۵). همچنین ترخیص با رضایت شخصی قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده بستری مجدد، در ۱۵ روز اول پس از ترک بیمارستان است و ۲۱ درصد افرادی که با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص شده‌اند ظرف مدت ذکرشده مجدداً بستری شده‌اند. میزان بستری مجدد در ۷ روز اول در بیمارانی که با رضایت شخصی ترخیص شده‌اند ۱۴ درصد و در سایر بیماران ۷ درصد می‌باشد (۵، ۶). پیش‌بینی‌شده در آمریکا سالانه مبلغی در حدود ۳/۸ میلیون دلار صرف هزینه‌های پیگیری مجدد بیمارانی می‌شود که با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کرده‌اند (۷، ۸). آمارها نشان می‌دهد که ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی در ایالات متحده آمریکا بین ۸ تا ۲/۲ درصد کل موارد ترخیص را تشکیل می‌دهد، همچنین در انگلستان، کانادا و نیجریه به‌ترتیب ۴/۲، ۱، ۲/۸ گزارش شده است. در ایران افرادی که درمان خود را ناتمام گذاشته و با مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک کرده‌اند، بین ۳ درصد در بیمارستان‌های روانی و ۲۰ درصد در بخش‌های اورژانس متغیر بوده است (۵، ۸، ۹، ۱۰). موضوع ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی یک پدیده چندبعدی بوده و شامل عوامل مرتبط با بیمار، عوامل ساختاری و عوامل درمانی و مراقبتی می‌باشد، از آنجایی که شناسایی ریسک‌فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات در این زمینه می‌باشد، ارائه استراتژی‌های برای کاهش میزان ترخیص با میل شخصی، تحلیل وضعیت کنونی و توسعه مداخلات هم به سود بیماران و هم به سود نظام‌های بهداشتی درمانی خواهد بود. پس بایستی ابتدا عوامل مؤثر بر ترخیص با رضایت شخصی شناسایی و سپس از

راهکارهای مؤثر برای کاهش آن استفاده نمود، بنابراین بایستی از ابزارهای ارتقا کیفیت خدمات سلامت برای ارتقاء فرایند ترخیص با رضایت شخصی بهره‌گیری کرد (۱۱، ۱۳). در کشورهای مختلف تا به امروز روش و ابزارهای متنوعی جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های سلامت به کار گرفته شده‌اند که در هر کدام به جنبه‌ای بیشتر از سایر جنبه‌ها توجه شده است، در این میان ممیزی بالینی به‌عنوان فرایندی که بتواند تمام جنبه‌ها را با هم و به یک اندازه در نظر بگیرد پا به عرصه مدیریت بیمارستانی گذاشته است (۱۳، ۱۲). ممیزی بالینی شامل روند بهبود کیفیت، که باهدف بالابردن کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران و بهبود نتایج حاصل از آن صورت می‌گیرد، و این عمل را از طریق مرور نظام‌مند وضعیت موجود خدمات انجام‌شده و تطابق آن با استانداردهای صریح و روشن انجام داده و در صورتی که خدمت صورت گرفته با استاندارد آن فاصله داشته باشد اقدام به انجام مداخله خواهد نمود تا سطح خدمت را به استاندارد برساند (۱۴، ۱۳). مفهوم اولیه ممیزی بالینی، برای اولین بار در سال ۱۹۸۹ و تحت عنوان ممیزی پزشکی به‌نظام سلامت ملی انگلستان معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۹۰ برای اینکه بتواند فعالیت‌های پرستاران و سایر مراقبت‌های درمان را نیز پوشش دهد، به ممیزی بالینی تغییر نام یافت. با این وجود، تاریخچه ممیزی بالینی به سال‌ها قبل از آن و فعالیت افرادی چون ارنست کدمن و حتی قبل از آن به فلورانس نایتنگل در سال ۱۸۴۵ بازمی‌گردد. کدمن که به‌عنوان اولین ممیز پزشکی شناخته شده است، در سال ۱۹۱۲ نتایج جراحی تعدادی از بیماران را با توجه به شرح حال و بیماری آن‌ها مورد بررسی قرار داد، و از این طریق با پی‌بردن به خطاها صورت گرفته توسط جراحان، به کاهش مرگ‌ومیر بیماران کمک شایانی کرد (۱۶، ۱۵). مدیران بیمارستان‌های ایران از سال ۱۳۸۴ شروع به بکارگیری ممیزی بالینی کردند، وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی نیز از سال ۱۳۸۸ اجرای آن را برای ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات بیمارستانی پیشنهاد کرد (۱۲). نتایج به دست آمده از پژوهشی که توسط آرتهی تسالو گلید و همکاران در سال ۲۰۰۹ انجام شد، ممیزی بالینی را ابزاری مناسب جهت ابداع تفکرات نوین در مورد مراقبت و یادگیری از تجربیات مطرح نمود (۱۷). در مطالعه الیوت و همکاران ممیزی بالینی موجب بهبود عملکرد پرستاران نسبت به قبل از انجام فرآیند ممیزی بالینی در پیشگیری از پنومونی وابسته به ونتیلاتور گردید (۱۳). در مطالعه ریاحی و همکاران ممیزی بالینی باعث ارتقاء عملکرد فرایند CPR موفق، آموزش به بیمار و همراهان، اکسیژن تراپی، الکتروشوک، طرح تکریم ارباب رجوع، کنترل و نظارت، پیشگیری از خطاهای دارویی گردید (۱۴). در مطالعه فرخ مجاهد و همکاران پس از اجرای فرایند ممیزی بالینی درصد ترخیص با رضایت شخصی از ۴/۶ به ۲/۶ درصد کاهش یافته است (۱). با وجود کارکردها و تأثیرات بالینی، اقتصادی و اخلاقی و متدولوژیکی ترخیص با رضایت شخصی، در این زمینه در کشورهای در حال توسعه تحقیقات زیادی صورت نگرفته است، بنابراین مطالعه حاضر بر آن است تا درصد ترخیص با رضایت شخصی را تعیین و با مشخص کردن دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه بیماران در بخش اورژانس بیمارستانی در تبریز، مداخلات مؤثر و کارآمد را با استفاده از روش ممیزی بالینی که روشی برای ارتقای کیفیت خدمات در نظام سلامت است، برای کاهش درصد ترخیص با رضایت شخصی به کار بندد.

روش کار

این مطالعه از نوع مداخله‌ای قبل و بعد بود، جامعه پژوهش همه بیمارانی را که در طول اردیبهشت و خرداد ۹۴ از بخش اورژانس ترخیص شده بودند شامل می‌شد و نمونه شامل تمام افرادی بود که در طول این دو ماه با رضایت شخصی اورژانس

بیمارستان را ترک کرده بودند. ابتدا استاندارد درصد رضایت شخصی اورژانس با مراجعه به متون علمی معتبر استخراج گردید و سپس تعداد و درصد رضایت شخصی از اورژانس در دو ماه طبق فرمول (تعداد رضایت شخصی در یک دوره / تعداد بستری در همان دوره $\times 100$) محاسبه گردید (۱۸). سپس با استفاده از فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی موجود در دفتر ایمنی بیمارستان که بیمار و همراه وی در زمان ترخیص با رضایت شخصی آن را پر می‌کنند، دلایل ترخیص با رضایت شخصی استخراج گردید. در این فرم علل ترخیص با رضایت شخصی در ۲۳ مورد بیان شده بود و لازم به ذکر است که بیماران و همراهان می‌توانستند بیش از یک دلیل را ذکر نمایند. بعد از تجزیه و تحلیل نتایج و تعیین مهم‌ترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی، جلسه‌ای با حضور مسئولین و پرستاران مربوطه، برگزار و مداخلاتی که از نظر اجرایی در بیمارستان امکان‌پذیر بود، بر اساس ماتریس الویت‌بندی و انتخاب مشخص شد، و برای مداخلات انتخاب شده برنامه اجرایی با همکاری مدیران و کارکنان بیمارستان از ۸ تیر ۹۴ به مدت دو ماه اجرا گردید. پس از گذشت دو ماه دوباره اقدام به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی گردید و نتایج حاصل از درصد و علل ترخیص با رضایت شخصی با قبل از مداخله مقایسه گردید. برای تحلیل داده‌های از نرم‌افزار SPSS-19 استفاده شده و اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری و آمار توصیفی گزارش شدند.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که قبل از اجرای مداخله به‌طور کلی ۶۱۹ مورد ترخیص با رضایت شخصی وجود داشته است، تعداد کل پذیرش و میانگین درصد ترخیص با رضایت شخصی در این دو ماه به ترتیب ۶۱۹۳ نفر و ۱۰ درصد بوده است. بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی به ترتیب

گرفتاری‌های خانوادگی (۲۵/۴٪)، عدم رضایت بستری (۲۴٪) و احساس بهبودی (۱۱/۵٪) بود (جدول ۱). بعد از بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی، گروه مدیریتی بیمارستان مداخلات انتخاب‌شده برای کاهش این میزان به کار گرفت (شکل ۱).

جدول ۱. فراوانی و درصد ترخیص با رضایت شخصی به تفکیک علت قبل و بعد از مداخله

علت ترخیص با رضایت شخصی	قبل از مداخله	بعد از مداخله
گرفتاری‌های خانوادگی	۱۵۵ {۲۵,۴٪}	۱۳ {۱۱٪}
عدم رضایت بستری	۱۴۸ {۲۴٪}	۶۴ {۵۴٪}
احساس بهبودی	۷۱ {۱۱,۵٪}	۲ {۸٪}
ترجیح به ادامه درمان در سایر مراکز	۴۱ {۶,۶٪}	۶ {۵٪}
عدم رضایت به انجام اقدامات	۳۲ {۵,۳٪}	۶ {۵٪}
بی‌قراری بیمار	۱۸ {۲,۹٪}	۱ {۰,۸٪}
پیشنهاد پزشکان	۵ {۰,۸٪}	۰ {۰٪}
بالا بودن هزینه درمان	۳ {۰,۵٪}	۱ {۰,۸٪}
عدم رعایت آرامش بیماران	۳ {۰,۵٪}	۰ {۰٪}
برخورد نامناسب کارکنان	۲ {۰,۳٪}	۰ {۰٪}
فضا و امکانات رفاهی نامناسب	۲ {۰,۳٪}	۰ {۰٪}
نداشتن همراه	۲ {۰,۳٪}	۰ {۰٪}
گرفتاری شغلی	۲ {۰,۳٪}	۰ {۰٪}
آموزشی بودن بیمارستان	۲ {۰,۳٪}	۰ {۰٪}
دولتی بودن بیمارستان	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
عدم اطلاع از توانمندی‌های گروه پزشکی	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
عدم حضور به موقع پزشک	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
نارضایتی از امکانات و تجهیزات	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
نارضایتی از خدمات پزشکی	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
نارضایتی از خدمات پرستاری	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
تجربه ناخوشایند قبلی	۱ {۰,۲٪}	۰ {۰٪}
دلایل نامعلوم	۷۴ {۱۲٪}	۲۱ {۱۷,۶٪}

- ابلاغ کتبی از طرف ریاست بیمارستان به پزشک و پرستاران در مورد آگاهی دهی به بیماران در مورد روند درمان و عوارض ترخیص با رضایت شخصی درج در پرونده بیمار
- ویرایش پمفلت‌های آموزشی در بخش اورژانس و تکمیل اطلاعات مربوط به بیماری و روند درمان و عواقب درمان و دادن پمفلت‌ها به بیماران در بدو ورود
- ابلاغ به پزشکان و رزیدنت‌ها مبنی بر اینکه به علت سلب مسئولیت حق ترغیب بیمار برای ترک بیمارستان با رضایت شخصی را ندارند.
- اطلاع‌رسانی به پزشکانی که ترخیص با رضایت شخصی بالایی دارند.
- آگاهی دهی به پزشکان و پرستاران در مورد برقراری ارتباط مؤثر با بیماران
- بررسی علت تعیین تکلیف به موقع بیماران و رفع آن‌ها

شکل ۱. راهکارها و مداخلات برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی

بعد از ارتقا نتایج نشان داد که تعداد موارد کل ترخیص ۱۴۱۱ نفر و موارد ترخیص با رضایت شخصی ۱۱۹ نفر بود، بنابراین ترخیص با رضایت شخصی ۸ درصد از تعداد کل موارد ترخیص‌ها را به خود

اختصاص داده است، که نسبت به قبل از ارتقا ۲ درصد کاهش داشته است، برای سنجش معنی‌دار بودن تغییر ترخیص با رضایت شخصی بعد از ارتقا از آزمون آماری مک نمار استفاده شد و از آنجایی که مقدار $p=0/0$ و کمتر از $0/05$ بود، بنابراین تغییر معنی‌دار بوده و درجه اطمینان نیز ۹۹ درصد می‌باشد.

بحث

در مطالعه حاضر ترخیص با رضایت شخصی قبل از مداخله ۱۰ درصد بود، در حالی که استاندارد حداکثر درصد ترخیص با رضایت شخصی ۵ درصد می‌باشد، پس از مداخله درصد ترخیص با رضایت شخصی ۲ درصد کاهش یافته است، که این میزان تغییر معنی‌دار می‌باشد. درصد ترخیص با رضایت شخصی در مطالعات دونو در طی دو سال ۳ درصد، عبدالرشید در طی یک سال ۲/۴ درصد، سی‌بورن در طی دو سال ۰/۵۷ درصد، فیسلا در طی دو سال ۰/۰۷ درصد بوده است، همچنین در مطالعه‌ای که توسط محمد عرب در اورژانس بیمارستان امیراعلم تهران انجام شد، درصد ترخیص با رضایت شخصی اورژانس در طول سه ماه ۰/۸ درصد بود (۱۹،۲۰،۳). در مطالعه مددی و همکاران این میزان ۱۹ درصد بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد، از جمله علل بالا بودن ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان را می‌توان شلوغی بخش اورژانس، تعداد کم تخت و عدم وجود دستگاه سی‌تی اسکن و... عنوان کرد (۲۱). در مطالعه حاضر بیشترین علل مربوط به ترخیص با رضایت شخصی قبل از مداخله مربوط به مشکلات خانوادگی ۲۵/۴، عدم رضایت بستری ۲۴ درصد و احساس بهبودی ۱۱/۵ درصد بود. در مطالعه‌ای که توسط رنگرز در کاشان انجام شد بیشترین دلیل ترخیص با رضایت شخصی مربوط به احساس بهبودی بیمار با ۲۸/۴۷ درصد بوده است، همچنین در مطالعه انجام‌شده در کشور کانادا ۲۸/۷ درصد به علت احساس بهبودی بیمارستان را ترک

کرده بودند، در مطالعه کاووسی نتایج نشان داد که یکی از پرتکرارترین و مهم‌ترین علل ترخیص با رضایت شخصی، احساس بهبودی بوده و گزارش کردند که با آموزش صحیح در مورد بیماری و درمان و فرایندهای درمانی می‌توان از این موارد کاست، زیرا بیشتر بیماران اطلاعات موردنیاز را درباره اثرات و پیامدهای تصمیماتشان ندارند (۵،۲۲،۲۳). در این مطالعه مداخله‌ای مبنی بر ابلاغ کتبی از طرف ریاست بیمارستان به پزشک و پرستاران در مورد آگاهی‌دهی به بیماران در مورد روند درمان و درج در پرونده بیمار و همچنین ویرایش پمفلت‌های آموزشی در بخش اورژانس و تکمیل اطلاعات مربوط به بیماری و روند درمان و عواقب درمان و دادن پمفلت‌ها به بیماران در بدو ورود به بیمارستان صورت گرفت، بدین ترتیب ترخیص با رضایت شخصی به دلیل احساس بهبودی که می‌تواند ناشی از عدم آگاهی بیمار از روند درمان خود و نداشتن بینش صحیح از شرایط بالینی خود باشد ۴ درصد و ترخیص با رضایت شخصی به دلیل مشکلات خانوادگی، که پس از آگاهی بیمار از شرایط صحیح بالینی خود و اهمیت و اولویت‌دادن به درمان نسبت به مشکلات خانوادگی ۱۴ درصد پس از مداخله کاهش یافته است. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های قزوین انجام شد، مهم‌ترین علت را نارضایتی از خدمات پزشکان عنوان کردند که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی ندارد، در همین رابطه در مطالعه دیگری نیز که بر روی کودکان بستری در بیمارستانی در شهر ساری انجام شده بود، مهم‌ترین علت ترخیص با رضایت شخصی را عدم ارائه توضیحات لازم از سوی پزشک در زمینه عواقب ترخیص زودرس گزارش کردند، که علت متفاوت بودن نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر را می‌توان در متفاوت بودن جامعه پژوهش دانست (۲۴). با توجه به اینکه در بیمارستان مورد مطالعه کمبود تخت وجود داشت و روز به‌روز بر آمار بیماران مراجعه‌کننده افزوده می‌شود، بسیاری از

بیماران به علت نبود تخت بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می‌کردند. به همین دلیل علل مربوط به عدم رضایت بستری درصد بالایی را به خود اختصاص داده است و متأسفانه به دلیل پرهزینه‌بودن، پیچیده‌بودن و زمان‌بر بودن حل این مشکل مداخله‌ای در این مورد در بیمارستان صورت نگرفت. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از بیمارستان میچل تورنتو حاکی از آن است که در ۲۸ درصد موارد، دلیل ترک با مسئولیت شخصی نارضایتی بیماران از کادر درمان بوده است. مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان انجام‌شده، احساس یکنواختی، کسلی و خستگی از محیط بیمارستان و دوست‌نداشتن فضای بیمارستان به‌عنوان سایر دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان‌شده است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۵). نتایج مطالعه نشان داد که دلیل ترخیص با رضایت شخصی در ۶/۶ درصد به دلیل ترجیح به ادامه درمان در سایر مراکز بود، با توجه به اینکه در اورژانس بیمارستان گاهی بیماران به دلیل عدم تعیین تکلیف به‌موقع (تعیین تکلیف زیر ۶ ساعت)، اورژانس را ترک می‌کنند در این مورد مداخله‌ای مبنی بر ابلاغ به پزشکان در مورد تعیین تکلیف به‌موقع بیماران و حضور به‌موقع پزشکان در مورد مشاوره و سایر خدمات ابلاغ گردید و پس از مداخله درصد ترخیص با رضایت شخصی به دلیل ترجیح به ادامه درمان در سایر مراکز به ۵ درصد کاهش پیدا کرد. در مطالعه اونوکووگا^۱ و همکاران، بیماران بهبود ارتباطات را به‌عنوان یک راهکار برای کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی عنوان کردند (۲۶). با توجه به اینکه دلیل ۲/۹ درصد از ترخیص با رضایت شخصی به دلیل بی‌قراری بیمار بود، که در این مورد مداخله‌ای مبنی بر تأکید به کلیه پزشکان و پرستاران و سایر کادر مبنی بر برخورد مناسب و برقراری ارتباط مؤثر با بیمار صورت گرفت که

ترخیص با رضایت شخصی به این دلیل پس از ارتقا به ۰/۸ درصد کاهش پیدا کرد. بررسی‌ها در این مطالعه نشان داد که گاهی پزشکان برای سلب مسئولیت از خود بیماران را به ترخیص با رضایت شخصی ترغیب می‌کردند که انجام مداخله مبنی بر ابلاغ کتبی از طرف ریاست بیمارستان در مورد اینکه پزشکان حق ندارد برای سلب مسئولیت از خود بیمار را ترغیب به ترخیص با رضایت شخصی نمایند، و باعث شد که درصد ترخیص شده با رضایت شخصی با توصیه پزشک از ۰/۸ به ۰ درصد برسد. در مطالعه کریمیان و همکاران نتایج نشان داد که بیان شفاهی پزشکان در مورد بهبود وضعیت بیماران ۹/۲ درصد از موارد ترخیص با رضایت شخصی را تشکیل داده بود، که باعث افزایش غیرواقعی ترخیص با رضایت شخصی و عدم ثبت مسئولیت ترخیص بیمار شده بود (۲۷). همچنین علت ترخیص با رضایت شخصی در مواردی نامعلوم بود، این مورد ارتباط مستقیم با محتوای فرم رضایت شخصی دارد، وجود حداقل عناصر داده‌های مورد لزوم می‌تواند در مدیریت منابع درمان در کل کشور مفید واقع گردد، در مطالعه چیا در خصوص عدم توجه به مستندسازی ترخیص با رضایت شخصی اشاره می‌شود که مستندسازی این گونه ترخیص‌ها بسیار ضعیف و فرم مناسبی با عناصر داده‌ای کافی برای نشان‌دادن دلیل ترخیص بیمار وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد میزان ترخیص با رضایت شخصی در ایران نسبت به سایر کشورها بالا است و در مطالعه حاضر بیشترین دلایل آن مشکلات خانوادگی، عدم رضایت از بستری شدن و احساس بهبودی بود، بنابراین افزایش آگاهی بیماران از روند درمان بیماری و عوارض ترخیص زودرس، تعیین تکلیف به‌موقع بیماران و طرح‌ریزی برنامه درمانی سرپایی برای این

¹ Onukwugha

بیماران می‌تواند در کاهش ترخیص با رضایت شخصی

کمک‌کننده باشد.

تشکر و قدردانی

از مشارکت و همکاری کارکنان و مسئولین بیمارستان

که در تمامی مراحل حامی پژوهش حاضر بودند،

کمال تشکر و قدردانی می‌گردد.

پیشنهادهای

استانداردسازی فرم که شامل درک واضح بیمار و

همراهان از علل ترخیص با رضایت شخصی باشد.

References

- 1- Mojahed F, vahidi R, Golipour K, Rasi V, Shokri A. Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soolati Hospital in Uremia. J. HIM. 2013; 9(7): 1006-14. [In Persian].
- 2- Setareh J, Allameh Y, Mohseni Moalemkolaei N, Bagheri M. Prevalence of Discharge against Medical Advice in Psychiatric Patients and Associated Factors. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018; 28 (166):226-230.[In Persian].
- 3- Asgari M, Arab M, Rahimi-e Foroushani A, Ebadi Fard-Azar F. Surveying the Factors Affecting Patient's Discharge against Medicine Advice from Emergency Ward of Amir Elam Treatment-Teaching Hospital in Tehran. 2013; 12(2): 19-28. [In Persian].
- 4- Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Mohseni Saravi B. Prevalence and causes of patient self-discharge against medical advice in children of Boo-Ali Hospital in Sari in 2009. J. NKUMS. 2011; 2 (4):57-62. [In Persian].
- 5- Rangraz Jeddi F, Rangraz jeddi M, Rezaeiimofrad M. Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in University Hospitals of Kashan University of Medical Sciences. H.J.HSR 2010; 13(1): 33- 39. [In Persian].
- 6- Tulayi A. self's discharge of department of psychiatry. J. Military medicine 2006; 8(1):30-24
- 7- Henry B, Dunbar T, Barclay L, Thempson R.S elfdischarge against medical advice from northern territory hospital: A report for the department of health and community services, 2007; 1-68.
- 8- Estebarsari 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. Health Develop J. 2016; 5 (3):267-276
- 9- 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.
- 10- Shirani f, Jalili M, Asl-e-Soleimani H. Discharge against medical advice from Emergency Department: Results from a Tertiary Care Hospital in Tehran, Iran. Eur J Emerg Med 2009; 17(6): 318- 21. [In Persian].
- 11- Shafaghat T, Rahimi Zarchi M K, Kavosi Z, Ayoubian A. Study of the Causes of Discharge against Medical Advice in a Hospital of Shiraz University of Medical Sciences. Payavard. 2017; 11 (1):31-42. [In Persian].
- 12- Mosadeghrad A M, Shahidi Sadeghi N. Barriers of Clinical Governance Implementation in Tehran Hospitals. Health_Based Research. 2018; 3 (4):339-356. [In Persian].
- 13- Khanbabayi gol M, dorosti A, Haghdoost M, alvandfar D. Clinical Audit of Nurses in the Prevention of Ventilator- associated Pneumonia. J N E. 2019; 7 (5):31-37. [In Persian].
- 14- Kimiaimehr F, Riyahi L, NasiriPour AA. The relation between medical audit performance and enhancement of nursing care qualities in surgery unit at Tehran Hasheminejad hospital 2013. 3. 2014; 5 (8):59-66. [In Persian].
- 15- Rashidifar S, Kalroozi F, Farsi Z . The process of clinical audit and quality improvwmnt of nursing clinical services. Journal of nurse and physician within war. 2016; 4 (12): 158-64. [In Persian].

- 16- Collis S. A review of the literature on the nurse role in clinical audit. *Nursing Times*, 2006, 102(12): 38-40
- 17- Areti T. Does Audit Improve the Luality of Care? *International Journal of Car-ing Sciences*, 2009; 2(2): 65-72
- 18- Tayebi H, Ghavami B, Ahmadi M. Hospital indicators. Tehran: Ganjoor; 2019. [In Persian].
- 19- Berger JT. Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations, *J. Hosp. Med.* 2008; 3(5): 403-8.
- 20- Duno R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A. Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *Gen. J. Hosp Psychiatry* 2003; 25(1): 46-50
- 21- Mokhtari L, Korami Marekani A, Madadi M. Studying the rate and causes of being discharged against medical advice in inpatient and outpatient wards of Shahid Madani hospital in Khoy City, 2014. *Nurs Midwifery J.* 2016; 14 (2):100-107. [In Persian].
- 22- Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMA J* 2003; 168(4): 417-20.
- 23- Shafaghat T, Rahimi Zarchi M K, Kavosi Z, Ayoubian A. Study of the Causes of Discharge against Medical Advice in a Hospital of Shiraz University of Medical Sciences. *payavard.* 2017; 11 (1):31-42. [In Persian].
- 24- Estebarsari 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. *Health Develop J.* 2016; 5 (3):267-276. [In Persian].
- 25- Armenian SH, Chutuape MA, Stitzer ML. Predictors of discharges against medical advice from a short-term hospital detoxification unit. *DAD J.* 1999; 56(1): 1-8
- 26- 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.
- 27- 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[In Persian].