



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

گزارش طرح: شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی بیماران: یک مطالعه موردی

شماره طرح: ۴۰۳۰۰۱۳

همکاران پروژه:

- مجری طرح: دکتر فرید ابوالحسنی شهرضا
- همکاران: دکتر مژگان لطافت نژاد، معصومه کاشی پزان
- با تشکر ویژه از: رئیس محترم بیمارستان روان پزشکی روزبه تهران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست

۱	خلاصه اجرایی
۳	مقدمه
۴	زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات:
۴	پژوهش‌های داخل کشور
۶	پژوهش‌های خارج از کشور
۷	اهداف پژوهش
۷	هدف اصلی
۷	اهداف فرعی
۷	اهداف کاربردی
۸	سؤالات پژوهش
۹	روش مطالعه
۹	مرحله اول: مروری برای تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران
۹	هدف و رویکرد
۹	جامعه و نمونه پژوهش
۱۰	ابزارها و استراتژی جستجو
۱۰	تحلیل داده‌ها
۱۰	مرحله دوم: بررسی کمی و کیفی وضعیت موجود، فراوانی، علل ترخیص با رضایت شخصی و مداخلات مؤثر بر کاهش این پدیده در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران
۱۰	هدف و رویکرد
۱۱	جامعه پژوهش
۱۱	نمونه پژوهش
۱۱	محیط پژوهش
۱۱	ابزارهای گردآوری داده‌ها

- ۱۲..... روش گردآوری داده‌ها
- ۱۲..... روش تحلیل داده‌ها
- مرحله سوم: اولویت‌بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه: استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چندمتغیره
- ۱۳.....
- ۱۳..... جامعه پژوهش
- ۱۳..... محیط انجام پژوهش
- ۱۳..... ابزار گردآوری داده‌ها
- ۱۳..... روش گردآوری داده‌ها
- ۱۴..... روش تحلیل داده‌ها
- ۱۴..... محدودیت‌های پژوهش
- ۱۴..... مرحله اول (مروری)
- ۱۴..... مرحله دوم (تماس‌های تلفنی)
- ۱۴..... مرحله دوم (کیفی)
- ۱۵..... مرحله سوم (جلسات امتیازدهی برای تعیین اولویت‌ها)
- ۱۵..... مرحله تحلیل یافته‌ها
- ۱۵..... ملاحظات اخلاقی پژوهش
- ۱۶..... نتایج
- ۱۶..... مرحله اول: مطالعه مروری برای تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌ها
- ۱۶..... شیوع ترخیص با رضایت شخصی (DAMA)
- ۱۷..... تحلیل تماتیک کیفی داده‌های مطالعه مروری بررسی وضعیت DAMA در جهان و ایران
- ۱۸..... یافته‌های مرور توصیفی مدل‌های تغییر رفتار سازمانی
- مرحله دوم: بررسی کمی و کیفی وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران
- ۲۳.....
- ۲۳..... الف: بررسی کمی وضعیت موجود

۳۰.....	ب: تحلیل کیفی وضعیت موجود
مرحله سوم: اولویت بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه: کیفی با استفاده از ابزار تصمیم گیری چندمتغیره.....	۴۲.....
۴۵.....	بحث و نتیجه گیری
۴۸.....	شکاف های شواهد
۴۸.....	توصیه های پژوهشی
۴۹.....	نتیجه گیری
۴۹.....	سیاسگذاری
۵۰.....	پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری
۵۲.....	فهرست منابع
۵۷.....	پیوست ها
۵۷.....	پیوست ۱: نمونه ای از استراتژی جستجو (پابمد)
۵۸.....	پیوست ۲: فرم استخراج داده های مرتبط با موضوع ترخیص با رضایت شخصی
۶۶.....	پیوست ۳: فرم گردآوری داده های مربوط به روش های تغییر رفتار سازمانی
۶۷.....	پیوست ۴: نمایی از نرم افزار مبتنی بر اکسل جهت جمع آوری و استخراج گزارش از داده های بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی
۶۸.....	پیوست ۵: راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته
۷۰.....	پیوست ۶: ماتریس اولویت بندی مداخلات کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزبه تهران

فهرست اشکال، جداول و نمودارها

- جدول ۱: نتایج تحلیل تماتیک از داده های کیفی مرحله مروری مرتبط با بررسی وضعیت ترخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران (۳۷ مطالعه منتخب)..... ۱۷
- نمودار ۱: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک مدت اقامت..... ۲۴
- نمودار ۲: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک شغل..... ۲۴
- نمودار ۳: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک سابقه بستری..... ۲۵
- جدول ۲: جدول توصیفی بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص شده اند، بازه زمانی مرداد تا آبان ماه ۱۴۰۳، بیمارستان روزبه..... ۲۷
- نمودار ۴: علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه از دیدگاه بیماران/خانواده ها و همراهان آنها..... ۳۰
- جدول ۳: نتایج تحلیل مصاحبه با مطلعین در رابطه با ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه..... ۳۷
- نمودار ۵: چرخه معیوب کمبود-کیفیت-فرسودگی در پدیده ترخیص با رضایت شخصی بیمارستانی..... ۴۰
- جدول ۴: راهکارهای پیشنهادی به تفکیک علل شناسایی شده..... ۴۱
- جدول ۵: میانگین وزن معیارها و امتیازات به تفکیک استراتژی های مداخله ای منتخب..... ۴۳
- جدول ۶: میانگین معیارها و امتیازات وزن داده شده به تفکیک استراتژی های مداخله ای منتخب..... ۴۳
- شکل ۱: رتبه بندی استراتژی ها بر مبنای امتیاز کل ماتریس تصمیم گیری چند متغیره..... ۴۴

خلاصه اجرایی

ترخیص بیماران با رضایت شخصی پیش از تکمیل دوره درمان، یکی از چالش‌های جدی نظام سلامت به شمار می‌رود که پیامدهای نامطلوبی همچون افزایش عوارض بیماری، بستری مجدد و تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و سیستم درمانی را به دنبال دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که شیوع این پدیده در ایران، به‌ویژه در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بالاتر از میانگین جهانی است و بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران نیز از این قاعده مستثنی نیست. بر همین اساس، بررسی ابعاد این مسئله در بیمارستان روزبه در دستور کار قرار گرفت. این پژوهش در سه مرحله اجرا شد: ابتدا فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی و عوامل مرتبط با آن تعیین گردید؛ سپس تحلیل‌های کمی و کیفی برای تبیین ابعاد پدیده انجام شد؛ و در نهایت مجموعه‌ای از مداخلات اثربخش برای کاهش آن شناسایی و با استفاده از ابزار علمی اولویت‌بندی شد.

مرحله اول: مرور وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران در این مرحله، با بهره‌گیری از روش مرور مطالعات^۱، تعدادی از پژوهش‌ها و گزارش‌های مرتبط با موضوع ترخیص با رضایت شخصی^۲ در سطح جهانی و داخلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این مرحله، نشان داد شیوع ترخیص با رضایت شخصی در مطالعات جهانی و ایرانی به‌شدت وابسته به نوع بیمارستان، تخصص بالینی، و بازه زمانی مطالعه است. در بیمارستان‌های عمومی، شیوع معمولاً پایین‌تر از بیمارستان‌های روان‌پزشکی گزارش شده است. نرخ شیوع در مراکز اعصاب و روان و روان‌پزشکی در مطالعات جهانی (۵۱-۳ درصد) و در مطالعات ایران (۲۰-۱۰ درصد) متغیر بود. ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی در چهار دسته جمعیتی، بالینی، سیستمیک و محیطی طبقه‌بندی شدند؛ همچنین علل ترخیص با رضایت شخصی در سه دسته فرعی شخصی، حرفه‌ای و سازمانی شناسایی شدند. در این مطالعه تم‌های فرعی مداخلات شامل مداخلات احتیاط جهانی، شناسایی زودهنگام، پیشگیری‌کننده و پیگیری پس از ترخیص، از این پدیده شناسایی گردید. همچنین هشت مدل کاربردی برای تغییر رفتار سازمانی مرور گردید. مدل آدکار و تغییر رفتار یکپارچه به عنوان مدل‌های پیشنهادی برای بیمارستان روزبه معرفی شدند.

مرحله دوم: تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه تهران (رویکرد ترکیبی: کمی و کیفی)

در این مرحله، ابتدا داده‌های کمی مربوط به بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه طی چهارماه سال ۱۴۰۳ (مرداد تا آبان ماه ۱۴۰۳) از طریق سیستم اطلاعات بیمارستان استخراج و تحلیل شدند. نتایج نشان‌دهنده فراوانی ۲۱.۱ درصد (معادل ۲۵۷ نفر) از موارد ترخیص با رضایت شخصی در این بازه زمانی بود.

در گام کیفی، به‌منظور درک عمیق‌تر از علل و انگیزه‌های ایجاد این پدیده و جمع‌آوری دیدگاه‌های مستقیم، با بیماران ترخیص شده و یا خانواده و همراهان آنان تماس تلفنی برقرار شد. تعداد ۱۳۷ نفر به تماس‌ها پاسخ دادند و در مصاحبه شرکت کردند (نرخ پاسخگویی: ۵۳.۳ درصد). شیوع این پدیده در بین زنان، بازه سنی ۱۹-۱۰ سال، پذیرش‌های ارجاعی

¹ Review Study

² Discharge Against Medical Advice

از اورژانس بیمارستان، کسانی که کمتر از پنج روز بستری بودند، افرادی که اولین تجربه بستری بیمارستان روانی را داشتند، خانه دارها و محصلین و افراد با سطح تحصیلات دبیرستان بیشتر از سایرین بود. تحلیل داده‌های کیفی حاصل از این مصاحبه‌ها، مهمترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی را به ترتیب قابل تحمل نبودن سایر بیماران، نارضایتی از اقدامات درمانی و بهتر شدن حال بیمار مطرح کردند.

در گام بعدی چهار جلسه بحث گروهی متمرکز با سرپرستاران بخش‌های مختلف (۱۱ نفر)، مددکاران (۱۲ نفر و یک نفر نماینده حقوقی بیمارستان)، رزیدنت‌ها (پنج نفر) و نیز روسای بخش‌ها (چهار متخصص) و همچنین دو مصاحبه انفرادی با رییس بیمارستان و نیز مشاور رییس بیمارستان انجام شد. در تحلیل تماتیک یافته‌های کیفی سه تم اصلی شامل علل پدیده (شامل چهار تم فرعی)، پیامدهای پدیده (شامل سه تم فرعی) و راهکارها و مداخلات پیشنهادی (شامل پنج تم فرعی) و در مجموع ۳۲ کد شناسایی گردید.

مرحله سوم: تعیین و اولویت‌بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزه: استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چندمعیاره

در این مرحله، راهکارهای شناسایی‌شده در مراحل پیشین، با استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چندمعیاره مورد ارزیابی و رتبه‌بندی قرار گرفتند. داده‌های موردنیاز برای استفاده از این ابزار از طریق نظرسنجی با هفت نفر از افراد کلیدی بیمارستان و طی سه جلسه اطلاع‌رسانی و آموزش، جمع‌آوری و سپس تحلیل گردید. نتایج نشان داد که مداخلات «برقراری ارتباط مؤثر در آموزش بیمار و خانواده طی فرایند بستری» (۵. ۷۳۰ امتیاز) و «ایجاد محیط شاد و مطبوع با فعالیتهای آموزشی، تفریحی و سرگرم کننده» (۶۲۹.۷ امتیاز) بالاترین اولویت را دارند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که نرخ ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزه بالاتر از میانگین جهانی است. اجرای ترکیبی مداخلات آموزشی، حمایتی و مدیریتی می‌تواند به کاهش قابل توجه این پدیده و ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی منجر شود.

فصل اول: زمینه و اهمیت مطالعه

مقدمه

ترک بیمارستان با رضایت شخصی فرایندی است که طی آن بیمار بدون تکمیل دوره درمان و رضایت پزشک، بیمارستان را ترک می‌کند (۱). این شاخص یکی از نشانگرهای میزان رضایت بیماران از خدمات ارائه شده می‌باشد و بدین جهت در ارزیابی کیفیت خدمات و اثربخشی نظام سلامت مورد تأکید است.

فراوانی بالای این نوع ترخیص، رسیدن به اهداف نظام سلامت، شامل ارتقای عادلانه سلامتی، حفاظت بیماران از هزینه‌های سلامتی و افزایش پاسخگویی را با چالش مواجه می‌کند. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که این پدیده به‌ویژه در مورد بیماری‌های حاد می‌تواند به عوارض جدی مانند عوارض ناشی از قطع درمان و وخامت بیماری حتی فوت بیمار و نیز افزایش بستری مجدد در بیمارستان منجر شود که بار مالی مضاعفی را به سیستم بهداشت و درمان تحمیل کند (۱، ۲)؛ بنابراین همواره تلاش سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی و بدون صلاح‌دید پزشکان بوده است.

دلایل ترخیص با تمایل شخصی دامنه وسیعی دارد از خستگی از محیط بیمارستان گرفته تا نارضایتی از رفتار ارائه‌دهندگان خدمات یا روند درمان یا حتی عدم دسترسی به مواد مخدر در بیماران معتاد. شناخت این دلایل و اجرای مداخلات مرتبط می‌تواند به کاهش شیوع این پدیده و اثرات آن بینجامد (۳).

بر اساس مطالعات، در ایران فراوانی این پدیده بیش از نرخ میانگین جهانی است؛ به‌عنوان مثال مطالعه شفقت و همکاران بیانگر شیوع ۱۰.۳-۳.۳ درصدی (بر اساس کل بستری‌ها) در ایران و یک درصدی در کانادا و ۸-۲.۲ درصدی در امریکاست که البته به عوامل متعددی همچون نوع نظام سلامت کشورها مرتبط است (۴).

به همین ترتیب کمال‌الدینی و همکاران در بررسی خود، نشان دادند که ۱۵ درصد از بیماران بستری‌شده در بیمارستان امیرالمؤمنین زابل با رضایت شخصی ترخیص می‌شوند و مسائل مرتبط با بیمار (همچون احساس بهبودی و تمایل به بخش خصوصی) و سپس کادر درمان (مانند عدم انطباق به درمان، عدم حضور به‌موقع پزشک و طولانی شدن زمان بستری) و نیز خرابی دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی، مهم‌ترین دلایل آن بوده است. همچنین نشان دادند که شیوع ترخیص با رضایت بیمار با جنسیت مرد، تأهل و سن بالا ارتباط معناداری داشته است (۵).

همچنین مطالعه علیزاده و همکاران در بیمارستان روان‌پزشکی سنندج نشان داد ۷.۵ درصد از بیماران با رضایت شخصی بیمارستان را ترک می‌کنند و مهم‌ترین دلیل آن‌هم مسائل شخصی از جمله اصرار بیماران بوده است (۶). هرچند نتایج این مطالعه قابل تأمل است؛ ولی دید واضحی از مهم‌ترین دلیل این پدیده که اصرار شخصی بیمار بوده به خوانندگان ارائه نمی‌کند.

عسگری و همکاران در مطالعه خود که در سال ۱۳۹۲ بر روی نمونه‌های تصادفی از ترخیص‌های با تمایل شخصی در بیمارستان‌های آموزشی یزد انجام دادند، مهم‌ترین دلایل را به ترتیب هزینه درمان، احساس بهبودی، طولانی شدن دوره

درمان و خستگی از محیط بیمارستان را فهرست نمودند و نهایتاً برای کاهش شیوع این پدیده، پیشنهاد دادند مددکاران بالینی در بیمارستان‌ها مستقر شوند، بیماران را از عوارض احتمالی ترک درمان آگاه سازند و فضا سازی مناسب بیماران در اولویت قرار گیرد (۷).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که با انجام مداخلات اصلاحی می‌توان فراوانی این پدیده را کاهش داد. به‌عنوان مثال در بخش اورژانس بیمارستان بعثت تهران با اجرای مداخلاتی در زمینه افزایش آگاهی و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات، اصلاح نظام پرداخت و برخی اصلاحات ساختاری و مقرراتی توانستند شیوع ترخیص با رضایت شخصی را حدود ۵۰ درصد کاهش دهند (۸).

به‌هر حال شناسایی علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران و در نتیجه راهکارهای کاهش این معضل، به نوع بیمارستان و خدماتی که ارائه می‌دهد، ساختار و ابعاد کلان اقتضایی حاکم بر بیمارستان مانند شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات بستگی دارد و تعمیم نتایج مطالعات به دیگر محیط‌های درمانی با محدودیت مواجه است؛

بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران، در بررسی‌های غیرسیستماتیک و غیررسمی خود از تعداد بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی، پی بردند که فراوانی این پدیده در این بیمارستان، بیش از نرخ میانگین جهانی است؛ از این رو در این پژوهش که به درخواست مسئولین بیمارستان تلاش گردید تا ابتدا فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی و عوامل مرتبط با آن را در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران استخراج نموده و سپس مداخلات اثربخشی را برای کاهش آن شناسایی و اولویت‌بندی کنیم. این پژوهش در واقع پیش‌زمینه‌ای برای گام اصلی با هدف توسعه مداخلات مبتنی بر داده برای کاهش ترخیص بیماران با رضایت شخصی، محسوب می‌گردد. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه به توسعه دیدگاه تصمیم‌گیران بیمارستان روزبه و نیز سیاست‌گذاران و مدیران سایر بیمارستان‌ها برای بهبود مداخلات فرایندی منجر گردد.

زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات:

پژوهش‌های داخل کشور

۱. روانشاد و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی علل و پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان دکتر شیخ مشهد» در سال ۱۳۹۹، پیمایشی بر روی تمام بیماران ترخیص شده در شش ماه دوم سال ۱۳۹۳ آن بیمارستان انجام دادند. نتایج حاکی از این بود که مهم‌ترین دلایل ترخیص با تمایل شخصی به ترتیب نارضایتی از پزشک و کادر درمان (۴۵.۱ درصد)، ترجیح به مراقبت در منزل (۲۳.۵ درصد)، دوری بیمارستان (۹.۸ درصد)، آموزشی بودن بیمارستان (۵.۹ درصد) و کمبود تجهیزات تشخیصی درمانی (۳.۹ درصد) بوده است. همچنین در بررسی پیامد ترخیص‌ها، نشان دادند که ۴۱.۱ درصد بیماران مجدداً به پزشکان مراجعه کرده‌اند، ۳۵.۵ درصد بیماران درمان را در منزل ادامه داده‌اند، ۱۷.۷ درصد مجدد بستری شدند و ۳.۹ درصد فوت شدند (۹).

۲. مسائلی و همکاران در گزارش خود با عنوان «کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی در بخش اورژانس بیمارستان بعثت تهران» تشریح نمودند که چگونه با اجرای یازده مداخله اثربخش توانسته اند میزان ترخیص با رضایت شخصی را در بازه زمانی فروردین ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷، به کمتر از نصف برسانند. بیشتر مداخلات با افزایش آگاهی و مهارت کارکنان، اصلاح روش پرداخت به کارکنان و اصلاح برنامه ریزی ساعات کاری در بین کارکنان بود (۸).

۳. عسگری و همکاران در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۴ با عنوان «رتبه‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران با رویکرد تحلیل سلسله‌مراتب فازی» منتشر گردید به بررسی بیمارستان‌های آموزشی شهرستان یزد پرداختند. روش بررسی این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی بود و تعداد ۱۷۴ نفر از تعداد کل ۹۸۹۶ بیمارانی که در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۲ خورشیدی ترخیص با رضایت شخصی داشته‌اند به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی تصادفی انتخاب شدند و همچنین به‌منظور رتبه‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران به روش سرشماری شش نفر از افراد مطلع و صاحب‌نظر در موضوع موردبررسی به‌عنوان خبره انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌های جامعه بیماران از تکنیک تحلیل سلسله‌مراتبی فازی استفاده نمودند. مهم‌ترین علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران در این پژوهش، به ترتیب مشکلات مالی بیمار و هزینه درمان ۳۶.۲ درصد، احساس بهبودی درصد و خستگی از محیط بیمارستان و طولانی شدن دوره درمان ۱۸.۴ درصد و در میان ابعاد ترخیص با رضایت شخصی، بعد علل مرتبط به خدمه و کارکنان بیمارستان در اولویت قرار داشت. آن‌ها استقرار مددکاران بالینی را در افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی و نیز افزایش رضایت بیماران موثر دانستند (۷).

۴. اسماعیلی رنجبر و همکاران در مطالعه خود با عنوان «بررسی علل ترخیص با رضایت شخصی در بیماران بستری در اورژانس بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان» به بررسی علل ترخیص با رضایت شخصی پرداختند. آن‌ها یک مطالعه توصیفی تحلیلی با ۴۰۰ نمونه، به صورت نمونه‌گیری افراد در دسترس را اجرا نمودند. نتایج نشان داد شیوع ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس ۱۱/۵ درصد است و ۷۵ درصد علت ترخیص با رضایت شخصی به دلیل مسائل مرتبط با خود بیمار بود. آن‌ها ارتباط معناداری را بین فراوانی ترخیص با رضایت شخصی با وضعیت اقتصادی بیماران، وضعیت بیمه و سن یافتند (۱۰).

۵. یاراحمدی و همکاران در سال ۱۴۰۳ مقاله ای را منتشر نمودند با عنوان «بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس بیمارستان کوثر شهر سمنان». این مطالعه توصیفی تحلیلی از ابتدای شهریور ماه تا انتهای اسفندماه سال ۱۴۰۰ انجام شده بود. یافته های آنان در قالب سه مفهوم کلی «علل مربوط به بیمار»، «علل مربوط به کارکنان» و «علل مربوط به وضعیت بیمارستان» استخراج شده بود که هر مفهوم نیز شامل زیرمفاهیمی هم بود. از مهم‌ترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی در این مطالعه، مشکلات مربوط به بیمه (۳۰ درصد)، نگرانی از ابتلا به کرونا (۲۶.۴ درصد)، برخورد نامناسب پزشکی (۱۷.۱ درصد)، نارضایتی از اقدامات تشخیصی و درمانی (۱۵.۷ درصد)، برخورد نامناسب پرسنل (۱۲.۹ درصد) و نارضایتی از فضای نامناسب اورژانس (۱۲.۱ درصد) نشان داده شد. آن‌ها اعتقاد داشتند با اتخاذ تصمیمات مناسب جهت ارتقای سطح کیفیت خدمات درمانی و فراهم‌سازی امکان همکاری افزایش‌دهنده بیمه‌ها، تفکیک بخش‌های

بیماری‌های واگیر و قرارگیری دور از سایر بخش‌ها، برگزاری جلسات توجیهی برای پزشکان و کادر درمان، افزایش آگاهی بیماران از عوارض احتمالی این تصمیم و بهبود تسهیلات و فضای فیزیکی اورژانس، می‌توان میزان ترخیص با رضایت شخصی را کاهش داد (۱۱).

پژوهش‌های خارج از کشور

۶. هولمز و همکاران در مقاله‌ای با عنوان «مقابله با ترخیص با رضایت شخصی: مروری روایی و توصیه‌هایی برای یک رویکرد سیستماتیک» نشان دادند که تقریباً یک تا دو درصد از بستری شدن در بیمارستان در ایالات متحده منجر به ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی می‌شود. با این حال، ترخیص با رضایت شخصی با ناراحتی پزشک، انگ بیماری و پیامدهای نامطلوب از جمله افزایش عوارض و مرگ‌ومیر همراه است. این مطالعه نشان داد که سن کمتر، جنسیت مذکر، وضعیت اجتماعی اقتصادی ضعیف، بی‌خانمانی، سوءاستفاده از مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، ابتلا به بیماری روانی و برخی بیماری‌های دیگر مانند سیروز، آسم و نقص سیستم ایمنی با این پدیده ارتباط معنادار دارند (۱۲).

۷. البیاتی و همکاران در مقاله خود با عنوان «چرا بیماران برخلاف توصیه‌های پزشکی، بیمارستان را ترک می‌کنند؟ دلایل، پیامدها، پیشگیری و مداخلات» که در سال ۲۰۲۱ منتشر گردیده، پایگاه داده‌ای مدلاین را به روش مرور سیستماتیک جستجو کردند و نهایتاً ۴۹ مقاله را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها شیوع ترخیص با رضایت شخصی را بین یک تا دو درصد محاسبه کردند و نتیجه گرفتند که این روند رو به افزایش است. سپس به بررسی عوامل مؤثر بر آن پرداختند. آن‌ها چهار دسته از عوامل شامل انسانی (عوامل دموگرافیک، وضعیت بیماری، عوامل مرتبط با پرستار، عوامل مرتبط با پزشک و نهایتاً مسائل مالی بیمار)، فرایندها و سیاست‌ها (مقررات ترک بیمارستان، شاخص‌های عملکردی بیمارستان و سیاست‌های پوشش بیمه‌ای)، تجهیزات و خدمات (عدم استفاده از حمایت اجتماعی) و نهایتاً محیط (زمان انتظار طولانی در اورژانس، محیط انگ زنده و جامعه) را مسبب چنین تصمیمی از سوی بیماران دانستند. همچنین نشان دادند که عواقب یکسانی برای چنین بیمارانی در مطالعات ذکر شده است که شامل پیامدهای نامطلوب بیماری است که منجر به افزایش نرخ بستری مجدد در طی ۷ روز، ۳۰ روز و ۹۰ روز می‌شود. اقامت طولانی‌تر در بیمارستان برای کسانی که پس از ترخیص با رضایت شخصی، مجدداً بستری شده‌اند نیز گزارش شده است. برخی از مطالعات افزایش نرخ مرگ‌ومیر را برای کسانی که برخلاف توصیه پزشکی ترک کردند در مقابل ترخیص رسمی از بیمارستان گزارش کردند. علاوه بر آن پیامدهای نامطلوبی در سطوح بیمارستان، ارائه‌دهندگان خدمات و نیز در سطح نظام سلامت و جامعه برشمرده است (۱۳).

۸. تان و همکاران به بررسی عواقب احتمالی ترخیص با رضایت شخصی در سطح ملی ایالات متحده و در میان بیش از ۲۰ میلیون پذیرش بیماران ۱۸ ساله و بالاتر، در سال ۲۰۱۴ پرداختند و نشان دادند که این پدیده با افزایش شانس تعدیل شده ۲۰۱ درصدی در پذیرش مجدد در طی سی روز و با کاهش ۰۸ درصدی در مرگ‌ومیر بیمارستانی همراه است. این میزان پذیرش مجدد منجر گردیده که ۴۰۰ هزار روز بستری معادل ۸۲۲ میلیون دلار هزینه سالانه افزایش یابد. شیوع بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در آن سال ۱۵ درصد بوده است (۱۴).

اهداف پژوهش

هدف اصلی

شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات برای کاهش ترخیص بیماران با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه تهران

اهداف فرعی

۱. تعیین فراوانی ترخیص با رضایت شخصی، در بیمارستان‌های ایران و سایر کشورها
۲. تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی، در بیمارستان‌های ایران و سایر کشورها
۳. شناسایی مداخلات اثربخش با هدف کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی در ایران و سایر کشورها
۴. شناسایی مدل‌های اثربخش تغییر رفتار سازمانی
۵. تعیین فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک ماه
۶. تعیین فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک بخش‌های بستری
۷. تعیین روابط موجود میان عوامل دموگرافیک (مانند سن، جنس، تحصیلات) با رضایت از ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه
۸. تعیین علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه
۹. تعیین مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه
۱۰. اولویت‌بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه

اهداف کاربردی

انتظار می‌رود نتایج مطالعه حاضر بتواند در دستیابی به اهداف زیر سودمند واقع گردد:

- توسعه راهکارهای افزایش رضایت‌مندی بیماران و خانواده‌های آنان از خدمات بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران
- توسعه راهکارهای افزایش کیفیت خدمات بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران، به‌ویژه در بخش پاسخگویی و تعامل با بیماران و همراهان وی
- کمک به سایر ذی‌نفعان همچون سیاست‌گذاران حوزه سلامت، مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مدیران ارشد دانشگاه‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر در جهت شناسایی علل نارضایتی و به‌تبع آن تقاضای ترخیص با رضایت شخصی بیماران و تلاش جهت کاهش علل
- توسعه راهکارهای کاهش هزینه‌های نظام سلامت و مردم
- ایجاد یک مدل مبتنی بر داده که بتواند در بیمارستان‌های دیگر پیاده‌سازی شود و به کاهش ترخیص‌های غیرضروری کمک کند.

• توسعه راهکارهای آموزشی برای کادر درمان به منظور ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد آنان درباره موضوع تریخیص با رضایت شخصی بیماران

سؤالات پژوهش

۱. وضعیت فراوانی تریخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران چگونه است؟
۲. مهم‌ترین علل تریخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران چه مواردی است؟
۳. چه مداخلات موثری برای کاهش تریخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران انجام شده است؟
۴. برای تغییر اثربخش رفتار سازمانی چه مدل‌هایی وجود دارد؟
۵. چه تعداد از بیماران در هر ماه با رضایت شخصی از بیمارستان روزبه تریخیص شده‌اند؟
۶. فراوانی تریخیص با رضایت شخصی در هر بخش بستری بیمارستان روزبه چقدر است؟
۷. آیا بین عوامل دموگرافیک بیماران (سن، جنس، تحصیلات) و رضایت از تریخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه، ارتباط معناداری وجود دارد؟
۸. علل شایع تریخیص با رضایت شخصی بیماران، در بیمارستان روزبه چه مواردی هستند؟
۹. چه مداخلات می‌تواند بر کاهش فراوانی تریخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه مؤثر باشد؟
۱۰. اولویت بندی مداخلات شناسایی شده برای کاهش فراوانی تریخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه چگونه است؟

فصل دوم: روش پژوهش

روش مطالعه

این پژوهش در سه مرحله اجرا شد. مرحله اول شامل مروری برای تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران و نیز مدل‌های اثربخش برای تغییر رفتار سازمانی بود. مرحله دوم به تحلیل کمی و کیفی وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی بیماران و نیز شناسایی مداخلات مؤثر برای کاهش پدیده ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان‌پزشکی روزه تهران اختصاص داشت و در مرحله سوم مداخلات شناسایی شده از دیدگاه افراد کلیدی بیمارستان، اولویت‌بندی شد.

مرحله اول: مروری برای تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران

هدف و رویکرد

هدف مرحله اول این پژوهش، بررسی وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران بود. علاوه بر این، با توجه به نقش رفتارهای سازمانی در کاهش نرخ ترخیص با رضایت شخصی، مدل‌های اثربخش تغییر رفتار سازمانی نیز مورد بررسی قرار گرفت تا در مراحل بعدی برای اولویت‌بندی مداخلات استفاده شود. این مرحله با استفاده از روش مطالعه مروری انجام شد تا دید جامعی از شواهد موجود به دست آید.

جامعه و نمونه پژوهش

جامعه آماری این مرحله شامل منابع الکترونیکی موجود در پایگاه‌های داده علمی معتبر جهانی و داخلی بود. جستجو در پایگاه‌های داده بین‌المللی شامل پابمد^۳، کاکرین^۴، ایمبیس^۵ و اسکوپوس^۶ و پایگاه‌های داخلی شامل مجلات الکترونیکی اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۷، بانک اطلاعات نشریات کشور^۸ و سامانه دانش گستر برکت انجام شد. برای جستجو، ترکیبی از کلیدواژه‌ها و اصطلاحات مرتبط مانند "Against Medical Advice"، "Self-Discharge"، "ترخیص با رضایت شخصی" و معادل‌های فارسی آن، استفاده شد (پیوست ۱). معیارهای ورود شامل مقالات منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴، مطالعات مرتبط با بیمارستان‌های عمومی یا روان‌پزشکی، و مقالاتی بود که به بررسی فراوانی، علل یا مداخلات مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی پرداخته بودند. معیارهای خروج شامل مطالعات غیرمرتبط، مقالات بدون متن کامل یا کیفیت پایین (بر اساس چک‌لیست JBI^۹) بود. به همین ترتیب مقالات منتشر شده درباره تغییر رفتار

³ Pubmed/Medline

⁴ Cochrane Library

⁵ Embase

⁶ Scopus

⁷ SID

⁸ Magiran

⁹ Joanna Briggs Institute

سازمانی با کلیدواژه‌های مناسب همچون "Behavioral Interventions", "Organizational Behavior Change" استخراج گردید.

پس از حذف مقالات تکراری، عناوین و چکیده‌ها توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل بررسی شدند. در نهایت، متن کامل مقالات واجد شرایط ارزیابی شد و ۳۷ مقاله (مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی) و هشت مقاله (مرتبط با تغییر رفتار سازمانی) برای استخراج داده‌ها انتخاب شدند. فرم‌های محقق ساخته جهت جمع آوری داده‌ها در پیوست ۲ و ۳ ارائه شده اند.

ابزارها و استراتژی جستجو

استراتژی جستجو به صورت نظام‌مند طراحی شد. ابتدا کلیدواژه‌ها و ترکیب‌های منطقی آن‌ها (با استفاده از عملگرهای AND، OR و NOT) در پایگاه‌های داده وارد شدند. پس از حذف مقالات تکراری با استفاده از نرم‌افزار EndNote، فرایند غربالگری در سه مرحله انجام شد:

۱. بررسی عنوان مقالات برای شناسایی موارد مرتبط.

۲. مطالعه چکیده‌ها برای تطبیق با معیارهای ورود.

۳. بررسی متن کامل مقالات برای اطمینان از کیفیت و ارتباط با اهداف پژوهش.

کیفیت مطالعات با استفاده از چک‌لیست (JBI) ارزیابی شد تا اطمینان حاصل شود که تنها مقالات با روش‌شناسی معتبر وارد تحلیل می‌شوند. این فرایند توسط دو پژوهشگر به صورت مستقل انجام شد و اختلاف‌نظرها از طریق بحث و توافق حل شد.

تحلیل داده‌ها

داده‌های استخراج شده با استفاده از روش تحلیل تماتیک^{۱۰} تحلیل شدند. ابتدا داده‌ها در قالب فرم‌های محقق ساخته (پیوست ۲ و ۳) سازمان‌دهی شدند. سپس، مضامین اصلی مرتبط با فراوانی، علل ترخیص با رضایت شخصی، مداخلات اثربخش و مدل‌های تغییر رفتار سازمانی استخراج شدند.

مرحله دوم: بررسی کمی و کیفی وضعیت موجود، فراوانی، علل ترخیص با رضایت شخصی و مداخلات مؤثر بر کاهش این پدیده در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران

هدف و رویکرد

مرحله دوم این پژوهش با هدف پاسخگویی به اهداف فرعی پنجم تا نهم طراحی شد. اهداف فرعی پنجم تا هفتم بر تحلیل کمی وضعیت موجود، فراوانی و عوامل مرتبط با ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران متمرکز بود. هدف فرعی هشتم و نهم به بررسی کیفی علل و مداخلات مؤثر برای کاهش این پدیده از دیدگاه بیماران، خانواده‌ها یا همراهان آن‌ها و افراد مطلع بیمارستان (مانند مدیران و کارکنان) اختصاص داشت. این مرحله با رویکرد

¹⁰ Thematic Analysis

ترکیبی (کمی و کیفی) اجرا شد تا درک جامعی از عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی مؤثر بر ترخیص با رضایت شخصی به دست آید.

جامعه پژوهش

جامعه آماری بخش کمی شامل ۲۵۷ بیمار بود که در بازه زمانی مرداد تا آبان ماه ۱۴۰۳ با رضایت شخصی از بیمارستان روان پزشکی روزبه تهران ترخیص شدند. جامعه آماری بخش کیفی شامل بیماران ترخیص شده، خانواده‌ها یا همراهان آن‌ها و نیز افراد مطلع بیمارستان (رئیس بیمارستان، پزشکان و سرپرستاران) بود که حداقل یک سال تجربه کاری در این بیمارستان داشتند و در زمان پژوهش همچنان مشغول به کار بودند.

نمونه پژوهش

- **بخش کمی:** نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد، به طوری که تمام ۲۵۷ بیمار ترخیص شده با رضایت شخصی در بازه زمانی موردنظر وارد مطالعه شدند.
- **بخش کیفی:** با همه افراد بیمار (همراهان و خانواده‌های آنان) پاسخگو در تماس تلفنی، مصاحبه انجام شد. جمع‌آوری داده‌های افراد مطلع از طریق برگزاری چهار جلسه بحث گروهی متمرکز با روان‌پزشکان رؤسای بخش (چهار متخصص)، سرپرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان (۱۱ نفر)، مددکاران (۱۲ نفر مددکار و یک نفر نماینده حقوقی بیمارستان)، رزیدنت‌های شاغل در بیمارستان (۵ نفر) و دو مصاحبه فردی با رئیس بیمارستان و نیز مشاور ایشان اجرا شد.

محیط پژوهش

به دلیل دسترسی آسان‌تر، مصاحبه‌های کیفی با بیماران، خانواده‌ها یا همراهان آن‌ها به صورت تلفنی انجام شد. مصاحبه با افراد مطلع بیمارستان به صورت حضوری و در محیط بیمارستان روان پزشکی روزبه، در فضایی آرام و با هماهنگی قبلی، انجام گرفت.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

- **بخش کمی:** داده‌ها از سیستم اطلاعات بیمارستانی^{۱۱} بیمارستان روزبه استخراج شدند. این داده‌ها شامل متغیرهای دموگرافیک مانند سن، جنس، سال تولد غیره و نیز داده‌های سلامتی مانند نوع بیمه، تاریخ پذیرش، مدت اقامت، دلایل ثبت شده برای ترخیص و امثال آن بود. داده‌ها در یک فرم استاندارد مبتنی بر نرم‌افزار Excel که توسط محققین طراحی گردید، ثبت شدند (پیوست ۴).
- **بخش کیفی:** مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با استفاده از راهنمای مصاحبه (پیوست ۵) انجام شدند. راهنمای مصاحبه شامل سؤالات باز درباره علل ترخیص با رضایت شخصی و مداخلات پیشنهادی برای کاهش این پدیده بود. پاسخ مصاحبه‌های تلفنی همزمان با پاسخ در برنامه اکسل طراحی شده ثبت می‌شد. نتایج جلسات مصاحبه انجام شده

^{۱۱} HIS

با تلفن همراه ضبط شدند و پس از هر مصاحبه، متن آن‌ها حداکثر ظرف ۲۴ ساعت پیاده‌سازی شد. برای ثبت یادداشت‌های میدانی و مشاهدات، از دفترچه یادداشت پژوهشگر استفاده شد.

روش گردآوری داده‌ها

- **بخش کمی:** داده‌های ثانویه از سیستم اطلاعات بیمارستانی استخراج و در برنامه اکسل محقق ساخته، ثبت شدند.
- **بخش کیفی:**

◀ **مصاحبه‌های تلفنی:** با بیماران یا خانواده‌ها تماس گرفته شد. در صورت عدم پاسخگویی، تماس تا دو بار دیگر بافاصله یک هفته تکرار شد. عدم پاسخگویی پس از سه تلاش به خروج نمونه از مطالعه منجر شد. پاسخ‌ها در فرم اکسل طراحی شده بر اساس نتایج مرحله اول ثبت شدند و امکان اصلاح فرم در طول پژوهش وجود داشت. در ابتدای تماس، هدف از برقراری تماس مطرح و موافقت شفاهی آن‌ها برای پاسخگویی دریافت می‌شد.

◀ **مصاحبه‌های حضوری:** پس از هماهنگی با افراد مطلع بیمارستان، رضایت‌نامه کتبی از آن‌ها اخذ شد. قبل از هر مصاحبه، اهداف پژوهش به صورت شفاف توضیح داده شد. مصاحبه‌ها با تلفن همراه ضبط و یادداشت‌های میدانی (مانند حالات رفتاری یا شرایط محیطی) در یادداشت‌های محققین ثبت شدند.

روش تحلیل داده‌ها

- **تحلیل کمی:** داده‌های کمی با استفاده از نرم‌افزار اکسل و SPSS نسخه ۲۸ تحلیل شدند. معیارهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی) برای متغیرهایی مانند سن، مدت اقامت و تحصیلات محاسبه شدند. برای تحلیل‌های تحلیلی، از آزمون‌های تی تست و کای اسکوار استفاده شد.
- **تحلیل کیفی:** داده‌های کیفی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ و روش تحلیل محتوای استقرایی^{۱۲} تحلیل شدند. مراحل تحلیل شامل:
 - پیاده‌سازی و کدگذاری باز پاسخ‌ها.
 - دسته‌بندی کدها به مضامین اصلی
 - بازبینی مضامین توسط دو پژوهشگر برای اطمینان از پایایی برای افزایش اعتبار، از مثلث‌سازی^{۱۳} با استفاده از داده‌های کمی و مشاهدات میدانی استفاده شد.

¹²Inductive Content Analysis

¹³ Triangulation

مرحله سوم: اولویت‌بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه: استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چندمتغیره

در این مرحله از پژوهش و به‌منظور پاسخگویی به هدف فرعی شماره ده و جمع‌آوری امتیازات مربوط به مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه برای اولویت‌بندی آن‌ها، نظرات افراد کلیدی بیمارستان پس از اجرای سه جلسه اطلاع‌رسانی و آموزشی، جمع‌آوری و تحلیل گردید.

جامعه پژوهش

شرکت‌کنندگان در این مرحله از پژوهش، افراد کلیدی بیمارستان بودند که شامل گروه مدیریتی بیمارستان: رئیس و مدیر بیمارستان، مترون و سرپرستاران بخش‌ها، مسئولین واحدهای کلیدی همچون بهبود کیفیت، امور قراردادها، خدمات، تدارکات و غیره بودند.

نمونه پژوهش

در این مرحله سه نشست با حضور افراد جامعه پژوهش برگزار گردید. شرکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌های مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع و براساس تمایل آن‌ها به شرکت انتخاب گردیدند. در نهایت هفت نفر در امتیازدهی شرکت نمودند؛ شامل رئیس و مدیر بیمارستان، مترون، مدیر واحد بهبود کیفیت، یکی از سرپرستاران بخش‌ها و دو مشاور بیمارستان.

محیط انجام پژوهش

سه جلسه با حضور افراد کلیدی مختلف در بیمارستان روزبه تهران برگزار گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها، فرم تصمیم‌گیری چندمتغیره^{۱۴} بود که از طریق پرسش‌نامه طراحی شده در بستر پرس‌لاین در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. معیارهای این فرم شامل تأثیر بر کاهش (DAMA)^{۱۵}، قابلیت اجرا^{۱۶}، هزینه اجرا^{۱۷}، زمان موردنیاز برای استقرار^{۱۸}، مقبولیت از نظر ذی‌نفعان^{۱۹} و امکان تداوم اجرا^{۲۰} بود که توسط نظرسنجی از افراد کلیدی طراحی و وزن هریک مشخص گردید. (پیوست ۶)

روش گردآوری داده‌ها

در ابتدای هر جلسه، گزارشی جامع از مراحل انجام‌شده و نتایج حاصل ارائه گردید. پس از آن، اعضای حاضر با اصول و کاربرد ابزارهای تصمیم‌گیری چندمعیاره آشنا شدند. در ادامه، نظرات آن‌ها در خصوص امتیازدهی به مداخلات پیشنهادی

¹⁴ Multi-Criteria Decision Making (MCDM)

¹⁵ Effectiveness

¹⁶ Feasibility

¹⁷ Cost

¹⁸ Time to Implementation

¹⁹ Acceptability

²⁰ Sustainability

(استخراج شده در مراحل قبل) بر اساس معیارها، از طریق ثبت در پرسش نامه برخط پرس لاین و در بستر نرم افزار اکسل جمع آوری گردید.

روش تحلیل داده‌ها

پس از ورود داده‌ها در نرم افزار اکسل، برای هر مداخله، میانگین امتیازات هر معیار محاسبه گردید و سپس با استفاده از روش وزن دهی معیارها، امتیاز ترکیبی هر مداخله استخراج شد. وزن معیارها بر اساس اهمیت نسبی آن‌ها که توسط اعضای جلسه تعیین شده بود، اعمال گردید. به عنوان مثال، معیار اثربخشی و قابلیت اجرا بیشترین وزن معیاری را به خود اختصاص دادند (۲۷.۹ و ۲۲.۱). در نهایت، مداخلات بر اساس امتیاز ترکیبی رتبه بندی شدند و جدول اولویت بندی نهایی تهیه گردید.

محدودیت‌های پژوهش

مرحله اول (مروری)

۱. دسترسی محدود به منابع داخلی: برخی مقالات داخلی به دلیل عدم دسترسی به متن کامل یا کیفیت پایین روش شناسی کنار گذاشته شدند.
۲. تنوع در تعاریف: تعریف ترخیص با رضایت شخصی در مطالعات مختلف یکسان نبود که ممکن است بر مقایسه پذیری نتایج تأثیر بگذارد.
۳. محدودیت زبانی: تمرکز اصلی روی مقالات انگلیسی و فارسی بود که ممکن است برخی مطالعات مرتبط به زبان‌های دیگر را حذف کرده باشد.

مرحله دوم (تماس‌های تلفنی)

۴. محدودیت‌های مصاحبه‌های تلفنی: برخی بیماران یا خانواده‌ها به دلیل مشکلات ارتباطی یا عدم تمایل، پاسخ ندادند. این موضوع تنوع داده‌های کیفی را محدود کرد. برای مدیریت موضوع حداقل سه تماس به فاصله یک هفته گرفته شد. عدم پاسخ به هر سه تماس، از معیارهای خروج از مطالعه افراد تلقی شد.

مرحله دوم (کیفی)

۵. عدم تمایل شرکت کنندگان جهت انجام مصاحبه‌ها که با ارائه توضیحات لازم و هماهنگی زمان انجام مصاحبه با شرکت کننده، قبل از اجرا، تلاش گردید این مشکل کمتر شود.

مرحله سوم (جلسات امتیازدهی برای تعیین اولویت‌ها)

۶. تفاوت در درک معیارهایی همچون امکان‌پذیری یا هزینه. برای مدیریت این محدودیت، پیش از امتیازدهی، تعاریف دقیق هر معیار همراه با مثال‌های عملی ارائه شد تا درک مشترک ایجاد شود.
۷. تفاوت در درک ریز فعالیت‌های هر مداخله که بر امتیازات افراد تأثیرگذار بود؛ برای کاهش این محدودیت علاوه بر ارائه توضیحات کافی در مورد هر مداخله و علل مرتبط هر یک، ریز فعالیت‌های هر مداخله در قالب محتوای مکتوب در اختیار آنان قرار گرفت. (پیوست ۶)
۸. تعداد محدود افراد کلیدی شرکت‌کننده: ترکیب متنوعی از افراد کلیدی از طریق هماهنگی رئیس بیمارستان در جلسات در زمان‌های مختلف دعوت شدند تا تنوع دیدگاه‌ها افزایش یابد.
۹. امتیازدهی سریع و بدون تأمل کافی: افراد در تکمیل پرسش‌نامه مخیر بودند و هیچ الزامی برای پاسخ‌دهی سریع وجود نداشت.

مرحله تحلیل یافته‌ها

۱۰. چولگی داده‌های کمی: توزیع غیرنرمال متغیرهایی مانند مدت اقامت ممکن است بر دقت تحلیل‌های پارامتریک تأثیر بگذارد.
۱۱. داده‌های گمشده: حدود ۳-۴ درصد داده‌های کمی (مانند تحصیلات و شغل) ناقص بودند که با روش‌های آماری مدیریت شدند.
۱۲. تعداد مصاحبه‌ها: به دلیل محدودیت زمانی، تعداد مصاحبه‌های کیفی محدود بود، هرچند اشباع نظری حاصل شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

نکات اخلاقی مورد توجه پژوهشگران:

۱. این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.
۲. رضایت آگاهانه کتبی یا شفاهی از تمامی شرکت‌کنندگان (بیماران، خانواده‌ها و مطلعین) اخذ شد.
۳. برای تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب‌شده از شرکت‌کنندگان در پژوهش، افراد مصاحبه‌شونده قبل از مصاحبه کدگذاری شدند.
۴. به حفظ احترام و رعایت حقوق و جلب اعتماد هر یک از شرکت‌کنندگان در پژوهش توجه شد.
۵. به مصاحبه‌شوندگان درباره محرمانه ماندن همه اطلاعات و موارد مرتبط با آن‌ها اطمینان داده شد.
۶. شرکت‌کنندگان، حق کناره‌گیری از پژوهش برای شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش را داشتند. داده‌ها به طور کاملاً بی‌طرفانه تفسیر و تحلیل شدند.

فصل سوم: نتایج و یافته‌های طرح

نتایج

مرحله اول: مطالعه مروری برای تعیین وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌ها

مرحله اول این پژوهش به مرور وضعیت جهانی و ایران در زمینه ترخیص با رضایت شخصی (DAMA) در بیمارستان‌ها اختصاص داشت. با بررسی دقیق ۳۷ مقاله منتخب (پیوست ۲)، داده‌های مربوط به شیوع، ریسک فاکتورها، علل، عواقب، و مداخلات پیشگیری‌کننده استخراج شد.

شیوع ترخیص با رضایت شخصی (DAMA)

◀ **جهان (کل مطالعات):** از ۳۷ مطالعه بررسی‌شده، ۲۲ مطالعه (۵۹٪) شیوع عددی یا دامنه‌ای برای ترخیص با رضایت شخصی (DAMA) گزارش کردند. میانگین شیوع کلی DAMA برابر با ۵.۲۸٪ (انحراف معیار: ۶.۹۴٪) بود، با دامنه‌ای از ۰.۵ تا ۵۱ درصد.

◀ **بخش‌های روان‌پزشکی:** شش مطالعه (ردیف‌های ۵، ۱۹، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۶) شیوع DAMA را بین ۳-۵۱٪ (میانگین: ۱۵.۴۵ درصد، انحراف معیار: ۶.۵۰ درصد) گزارش کردند. انحراف معیار بالا به دلیل دامنه وسیع شیوع (به‌ویژه در ردیف ۵) و تنوع در جمعیت‌های روان‌پزشکی (مانند بیماران با سوء مصرف مواد یا اختلالات روان‌پریشی) است.

◀ **بخش‌های غیر روان‌پزشکی:** شانزده مطالعه (ردیف‌های ۱، ۳، ۴، ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۳۲، ۳۳) در بخش‌های عمومی، اورژانس، قلب، تروما، و کودکان شیوع DAMA را بین ۰.۵-۵.۷ درصد (میانگین: ۱.۵۱٪، انحراف معیار: ۱.۱۶٪) گزارش کردند. بخش‌های اورژانس (ردیف‌های ۴، ۱۶) و قلب (ردیف ۲۵) شیوع پایین‌تری دارند. انحراف معیار پایین نشان‌دهنده یکنواختی نسبی در نرخ‌های DAMA در این بخش‌هاست.

◀ **ایران:** سه مطالعه (ردیف‌های ۲۶، ۲۹، ۳۶) شیوع DAMA را در بخش‌های روان‌پزشکی بین ۲۰-۱۰ درصد (میانگین: ۱۴.۸۳ درصد، انحراف معیار: ۲.۲۵ درصد) گزارش کردند. دو مطالعه دیگر (ردیف‌های ۲۷، ۳۵) در بخش‌های روان‌پزشکی و کودکان شیوع را گزارش نکردند.

◀ **تحلیل آماری:** شیوع DAMA در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به طور قابل توجهی بالاتر از بخش‌های غیر روان‌پزشکی است که ممکن است به عوامل محیطی، انگ اجتماعی، یا ویژگی‌های بیماران روان‌پزشکی (مانند سوء مصرف مواد و اختلالات روان‌پریشی) مرتبط باشد. در ایران، نرخ‌های بالاتر (تا ۲۰ درصد) در بخش‌های روان‌پزشکی نشان‌دهنده نیاز به بررسی دقیق‌تر عوامل محلی است.

◀ **توزیع جغرافیایی:** ایالات متحده با ۱۵ مطالعه (۴۰.۵٪ از کل؛ ردیف‌های ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۳۰) بیشترین تحقیقات را در زمینه DAMA داشته است. ایران (۵ مطالعه: ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۵، ۳۶)، انگلستان (۳ مطالعه: ۶، ۷، ۲۵)، و سایر کشورها (ایتالیا، غنا، کانادا، استرالیا، اندونزی، نیجریه) هر کدام ۱-۲ مطالعه دارند. تمرکز بالای مطالعات در ایالات متحده نشان‌دهنده توجه بیشتر به DAMA در سیستم‌های بیمارستانی پیشرفته است، در حالی که نرخ‌های بالای DAMA در ایران (تا ۲۰ درصد) اهمیت این موضوع را در بیمارستان‌های روان‌پزشکی نشان می‌دهد.

◀ **توزیع زمانی:** مطالعات بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۴ منتشر شده‌اند. بیشترین مطالعات (۶ مطالعه: ردیف‌های ۷، ۱۵، ۱۹، ۲۲، ۳۳، ۳۶) در سال ۲۰۱۸ منتشر شده‌اند، که نشان‌دهنده افزایش توجه به DAMA در دهه اخیر به‌عنوان یک مشکل کیفیتی در سیستم‌های سلامت است.

• **تحلیل:** افزایش مطالعات در سال‌های اخیر نشان‌دهنده اهمیت فزاینده DAMA به‌عنوان یک مشکل کیفیتی در سیستم‌های سلامت است.

تحلیل تماتیک کیفی داده‌های مطالعه مروری بررسی وضعیت DAMA در جهان و ایران

تحلیل تماتیک داده‌های کیفی (عوامل مرتبط، علل، و مداخلات مؤثر) بر اساس مدل براون و کلارک (۱۵) انجام شد. از ۳۷ مطالعه، چهار تم‌های اصلی و ۱۱ تم فرعی شناسایی کرد (جدول ۱):

جدول ۱: نتایج تحلیل تماتیک از داده‌های کیفی مرحله مروری مرتبط با بررسی وضعیت ترخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران (۳۷ مطالعه منتخب)

ردیف	تم اصلی	تم فرعی	کد
۱	ریسک فاکتورهای DAMA	ویژگی‌های دموگرافیک	سن جوان‌تر (۳۱ مطالعه: مثلاً ۵، ۱۴، ۱۹)، جنس مرد (۲۴ مطالعه: مثلاً ۳، ۱۲، ۲۶)، و محرومیت اجتماعی/درآمد پایین (۱۰ مطالعه: مثلاً ۶، ۱۳، ۳۳) به‌طور مداوم با DAMA مرتبط بودند. سایر ویژگی‌های ذکر شده شامل تاهل، اقلیت قومی و خوداشتغالی بودند.
		شرایط بالینی	سوء‌مصرف مواد (۲۳ مطالعه: مثلاً ۵، ۱۴، ۲۹)، اختلالات روان‌پریشی (۱۲ مطالعه: مثلاً ۵، ۱۹، ۳۶)، و بیماری‌های مزمن (۶ مطالعه: مثلاً ۲۲، ۳۳) عوامل کلیدی در بخش‌های روان‌پزشکی و غیرروان‌پزشکی هستند. پذیرش اورژانسی و غیرداوطلبانه، کمتر بودن شدت بیماری یا بیماری همراه کمتر، ترخیص قبلی با رضایت شخصی، عدم پابندی به درمان‌های دارویی، اقدام به خودکشی، اولین بستری یا نگرش بدبینانه به درمان از سایر علل ذکر شده در مطالعات بودند.
		عوامل سیستمی	نداشتن بیمه درمان یا تکمیلی (۹ مطالعه: مثلاً ۳، ۱۲، ۱۴)، تنوع فرهنگی/زبانی (۴ مطالعه: مثلاً ۱۱، ۲۲، ۳۵)، و بستری در شیفت شب یا ایام تعطیل (۱ مطالعه: ۲۶) با DAMA مرتبط بودند.
		عوامل محیطی	بیمارستان‌های بزرگ‌تر یا واقع در شهرهای بزرگ، بهداشت ضعیف، ازدحام، یا محیط خشن بیمارستان با شیوع DAMA مرتبط بودند.

<p>شامل مسائل خانوادگی (مراقبت از فرزندان، همسر، یا حیوان خانگی)، احساس بهبودی کاذب (۸ مطالعه: مثلاً ۶، ۱۵، ۲۵)، ترس از عفونت بیمارستانی (مانند کووید-۱۹)، یا دلنگی. سوء مصرف مواد/اختلالات روان‌پریشی (۱۲ مطالعه: مثلاً ۵، ۱۹، ۳۶)، مشکلات اقتصادی (۱۶ مطالعه: مثلاً ۸، ۱۲، ۱۸)، شغلی، فشارهای خانوادگی (۶ مطالعه: مثلاً ۷، ۲۲، ۳۵)، یا تمایل به ادامه درمان در منزل یا بیمارستان دیگر و ترجیح درمان سنتی/گیاهی (۲ مطالعه: ۴، ۱۸)</p>	<p>علل شخصی</p>	<p>علل DAMA</p>	<p>۲</p>
<p>عدم ارتباط مؤثر پزشک - بیمار (۱۷ مطالعه: مثلاً ۲، ۶، ۱۷)، عدم اعتماد به پرسنل یا رفتار نامناسب کارکنان (۶ مطالعه: مثلاً ۹، ۲۳، ۳۱)، نارضایتی از مراقبت‌های ارائه‌شده و نارضایتی از فضای نامناسب بیمارستان و کمبود امکانات. (۴ مطالعه: مثلاً ۶، ۱۶).</p>	<p>علل حرفه‌ای</p>		
<p>مانند انتظار طولانی برای ملاقات پزشک، ازدحام، یا محیط خشن و تنبیهی. انگ اجتماعی، بهداشت ضعیف، یا تغذیه نامناسب.</p>	<p>عوامل سازمانی</p>		
<p>شامل درمان سوء مصرف مواد و مدیریت درد. ارتباط دلسوزانه و بدون قضاوت با بیمار. مدیریت فعال علائم فیزیکی و احساسی. استفاده از مشاوره روان‌پزشکی.</p>	<p>اقدامات احتیاطی جهانی</p>		
<p>حدود ۷۵ درصد بیماران در زمان پذیرش نشانه‌هایی از تمایل به ترخیص زود هنگام نشان می‌دهند.</p>	<p>شناسایی زود هنگام</p>		
<p>استقرار مددکاران بالینی برای بهبود ارتباط بیمار و کادر درمان. بررسی نگرانی‌های بیماران در زمان پذیرش و مدیریت انتظارات (مثلاً هماهنگی با نیازهای خانوادگی). کاهش انگ اجتماعی از طریق مراقبت محترمانه و بیمار محور. بهبود محیط بیمارستان (بهداشت، تغذیه، کاهش ازدحام). تشویق تصمیم‌گیری مشترک، اطلاع‌رسانی به بیمار درباره عوارض ترخیص زود هنگام</p>	<p>اقدامات پیشگیری کننده</p>	<p>مداخلات مؤثر</p>	<p>۳</p>
<p>پیگیری ایمن مانند کلینیک‌های سرپایی یا درمان خانگی</p>	<p>ارائه خدمات پیگیری پس از ترخیص</p>		

یافته‌های مرور توصیفی مدل‌های تغییر رفتار سازمانی

برای شناسایی مدل‌های تغییر رفتار سازمانی مرتبط با کاهش ترخیص با رضایت شخصی (DAMA)، یک مرور توصیفی از مطالعات موجود انجام شد. این مرور بر جمع‌آوری و توصیف مدل‌های نظری و کاربردی متمرکز بود که قابلیت اجرا در محیط بیمارستان روان‌پزشکی روزبه را دارند. مدل‌های شناسایی شده با توجه به ویژگی‌ها و کاربردهایشان در کاهش DAMA توصیف و تطبیق داده شدند.

۱. مدل سه مرحله‌ای لوین^{۲۱}

این مدل شامل سه مرحله است: یخ‌زدایی^{۲۲}، تغییر^{۲۳}، و انجماد مجدد^{۲۴}. در مرحله یخ‌زدایی، نیاز به تغییر با شناسایی مشکلات (مانند نرخ بالای DAMA) و کاهش مقاومت پرسنل ایجاد می‌شود. در مرحله تغییر، رفتارهای جدید (مانند بهبود ارتباط پزشک - بیمار) از طریق آموزش و پروتکل‌های جدید پیاده‌سازی می‌شوند. در مرحله انجماد مجدد، رفتارهای جدید با نظارت و بازخورد تثبیت می‌شوند (۱۶).

کاربرد در بیمارستان: این مدل برای بیمارستان روزه مناسب است، زیرا می‌توان با تحلیل داده‌های DAMA، نیاز به تغییر را به پرسنل نشان داد، آموزش‌های هدفمند (مانند مشاوره روان‌شناختی) ارائه کرد، و با نظارت مستمر، رفتارهای جدید را تثبیت نمود.

۲. مدل چرخ تغییر کانتر^{۲۵}

این مدل ۱۰ عامل کلیدی برای تغییر موفق را شامل می‌شود: چشم‌انداز مشترک، ارتباطات قوی، آموزش، حمایت، پاداش، بازخورد، هماهنگی، توانمندسازی، رهبری، و فرهنگ سازمانی. این عوامل برای ایجاد انگیزه و هماهنگی بین پرسنل ضروری‌اند (۱۶).

کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزه، ایجاد چشم‌انداز مشترک برای کاهش DAMA، آموزش پرسنل برای برخورد با بیماران در معرض خطر (مانند بیماران با سوء مصرف مواد)، و ارائه پاداش به پرسنلی که نرخ DAMA را کاهش می‌دهند، می‌تواند رفتار پرسنل را بهبود بخشد. این مدل برای محیط‌های پیچیده بیمارستانی مناسب است.

۳. مدل آدکار

مدل آدکار^{۲۶} شامل پنج مرحله است: آگاهی^{۲۷}، تمایل^{۲۸}، دانش^{۲۹}، توانایی^{۳۰}، و تثبیت^{۳۱}. این مدل بر تغییر رفتار فردی تمرکز دارد و برای آموزش پرسنل در محیط‌های بیمارستانی مناسب است (۱۷).

کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزه، آگاهی پرسنل از خطرات DAMA، ایجاد تمایل با پاداش، آموزش مهارت‌های ارتباطی، اجرای عملی این مهارت‌ها، و تثبیت رفتارها با بازخورد می‌تواند رفتار پرسنل را تغییر دهد. این مدل برای تغییر رفتار

²¹ Lewin's Three-Stage Model

²² Unfreezing

²³ Changing

²⁴ Refreezing

²⁵ Kanter's Change Wheel Model

²⁶ ADKAR

²⁷ Awareness

²⁸ Desire

²⁹ Knowledge

³⁰ Ability

³¹ Reinforcement

فردی پرسنل در بخش‌های روان‌پزشکی بسیار مؤثر است.

۴. مدل فرآیند تغییر کاتر^{۳۲}

این مدل شامل هشت مرحله است: ایجاد حس فوریت، تشکیل ائتلاف راهنما، توسعه چشم‌انداز و استراتژی، انتقال چشم‌انداز، توانمندسازی پرسنل، ایجاد موفقیت‌های کوتاه‌مدت، تثبیت پیشرفت‌ها، و نهادینه‌سازی تغییرات. این مدل برای تغییرات ساختاری و رفتاری در سازمان‌های بزرگ مناسب است (۱۸).
کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزه، ایجاد حس فوریت با ارائه آمار DAMA، تشکیل تیم تغییر از پزشکان و پرستاران، و توسعه پروتکل‌های جدید (مانند مشاوره اجباری قبل از ترخیص) می‌تواند رفتار پرسنل را تغییر دهد. موفقیت‌های کوتاه‌مدت (مانند کاهش DAMA در یک بخش) انگیزه پرسنل را افزایش می‌دهد.

۵. مدل تغییر رفتار مبتنی بر عملکرد^{۳۳}

این مدل بر تغییر رفتار از طریق مدیریت عملکرد، بازخورد مستمر، و پاداش‌های مبتنی بر نتایج تمرکز دارد. پرسنل با دریافت بازخورد مشخص و پاداش برای رفتارهای مطلوب (مانند کاهش DAMA) انگیزه پیدا می‌کنند (۱۹).
کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزه، این مدل با ارائه بازخورد ماهانه به پرسنل درباره نرخ DAMA در بخش‌هایشان و پاداش به بخش‌هایی که کاهش قابل توجهی داشته‌اند، می‌تواند رفتار پرسنل را بهبود بخشد. این مدل برای ایجاد انگیزه در پرسنل با منابع محدود مناسب است.

۶. مدل تغییر رفتار یکپارچه^{۳۴}

این مدل با تلفیق نظریه‌های رفتار سازمانی و تغییر، بر مکانیزم‌های روان‌شناختی مانند انگیزه درونی، هنجارهای اجتماعی، و خودکارآمدی تأکید دارد. مراحل کلیدی شامل ایجاد آگاهی از نیاز به تغییر، تقویت انگیزه پرسنل از طریق بازخورد مثبت و تثبیت رفتارهای جدید با حمایت سازمانی است (۲۰).

کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزه، این مدل می‌تواند با آموزش پرسنل برای شناسایی بیماران در معرض DAMA (مانند بیماران با سوء‌مصرف مواد)، تقویت انگیزه از طریق بازخورد عملکرد، و ایجاد فرهنگ سازمانی حامی مشاوره روان‌شناختی، رفتار پرسنل را بهبود بخشد. این مدل برای تغییر رفتار در محیط‌های روان‌پزشکی که نیاز به تعاملات پیچیده با بیماران دارند، مناسب است.

³²Kotter's 8-Step Change Model

³³ Performance-Based Behavior Change Model

³⁴ Integrated Behavioral Change Model

۷. مدل تغییر مثبت^{۳۵}

این مدل بر استفاده از نقاط قوت سازمان و پرسنل برای ایجاد تغییر تمرکز دارد. مراحل آن شامل شناسایی موفقیت‌های موجود، تقویت فرهنگ مثبت، و توسعه راه‌حل‌های مبتنی بر همکاری است. این مدل بر تقویت انگیزه و همکاری بین پرسنل تأکید دارد (۲۱).

کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزبه، می‌توان با شناسایی بخش‌هایی که نرخ DAMA پایین‌تری دارند، از تجربیات موفق آن‌ها (مانند ارتباط مؤثر با بیماران) الگوبرداری کرد. تقویت فرهنگ همکاری بین پزشکان و پرستاران و برگزاری جلسات بازخورد مثبت می‌تواند رفتار پرسنل را به سمت کاهش DAMA هدایت کند. این مدل برای ایجاد انگیزه در محیط‌های پر استرس بیمارستانی مناسب است.

۸. مدل توسعه سازمانی^{۳۶}

این مدل بر تغییر رفتار از طریق توسعه فرهنگ یادگیری، بهبود ارتباطات، و توانمندسازی پرسنل تمرکز دارد. مراحل آن شامل تشخیص مشکلات، طراحی مداخلات (مانند آموزش)، اجرا، و ارزیابی نتایج است. این مدل برای ایجاد سازمان‌های یادگیرنده مناسب است (۲۲).

کاربرد در بیمارستان: در بیمارستان روزبه، این مدل می‌تواند با تحلیل داده‌های DAMA برای شناسایی مشکلات (مانند کمبود مهارت‌های ارتباطی)، طراحی کارگاه‌های آموزشی برای پرسنل، و ارزیابی تأثیر آموزش‌ها بر کاهش DAMA اجرا شود. این مدل برای بهبود بلندمدت رفتار پرسنل در بخش‌های روان‌پزشکی مؤثر است.

تحلیل مدل‌ها برای بیمارستان روان‌پزشکی روزبه

مدل‌های پیشنهادی: مدل‌های آدکار و تغییر رفتار یکپارچه

مدل آدکار به دلیل تمرکز بر تغییر رفتار فردی پرسنل و ساختار مرحله‌ای آن، مناسب‌ترین مدل برای بیمارستان روان‌پزشکی روزبه است. این بیمارستان با چالش‌هایی مانند سوء‌مصرف مواد و اختلالات روان‌پریشی در بیماران مواجه است که نیازمند بهبود مهارت‌های ارتباطی و مشاوره‌ای پرسنل است. مدل آدکار با ایجاد آگاهی از خطرات DAMA، انگیزه از طریق پاداش، آموزش مهارت‌های خاص، و تثبیت رفتارها از طریق بازخورد، می‌تواند رفتار پرسنل را به طور مؤثری تغییر دهد. این مدل به منابع کمتری نسبت به مدل‌های پیچیده‌تر نیاز دارد و با توجه به محدودیت‌های مالی بیمارستان‌های دولتی ایران، کاربرد دارد.

³⁵Positive Change Model

³⁶Organization Development Model

همچنین مدل تغییر رفتار یکپارچه به دلیل تأکید بر مکانیزم‌های روان‌شناختی مانند انگیزه درونی و خودکارآمدی، برای بیمارستان روان‌پزشکی روزبه مناسب است. این بیمارستان با چالش‌هایی مانند بیماران با اختلالات روان‌پریشی و سوء‌مصرف مواد مواجه است که نیازمند بهبود مهارت‌های ارتباطی و مشاوره‌ای پرسنل است. این مدل با ایجاد آگاهی از خطرات DAMA، تقویت انگیزه پرسنل از طریق بازخورد مثبت، و تثبیت رفتارها با حمایت سازمانی، می‌تواند رفتار پرسنل را به طور مؤثری تغییر دهد. سادگی اجرا و تمرکز بر رفتار فردی، این مدل را برای بیمارستان‌های دولتی با منابع محدود مانند روزبه ایده‌آل می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که مدل‌های مبتنی بر روان‌شناسی رفتار در محیط‌های بیمارستانی برای بهبود تعاملات پرسنل و بیمار موفق‌اند.

چرا مدل‌های دیگر کمتر مناسب‌اند؟

- ◀ مدل لوین: اگرچه ساده و مؤثر است، اما به دلیل کلی بودن، کمتر به جزئیات تغییر رفتار فردی پرسنل می‌پردازد. این مدل برای تغییرات ساختاری بزرگ مناسب‌تر است تا تغییر رفتار روزمره پرسنل.
- ◀ مدل کانتر: این مدل به دلیل پیچیدگی و نیاز به هماهنگی گسترده بین بخش‌ها، برای بیمارستانی با منابع محدود مانند روزبه چالش‌برانگیز است. با این حال، برای تغییرات بلندمدت قابل استفاده است.
- ◀ مدل کاتر: این مدل برای تغییرات سازمانی در مقیاس بزرگ (مانند تغییر ساختار بیمارستان) مناسب است، اما برای تغییر رفتار فردی پرسنل در کوتاه‌مدت بیش از حد پیچیده است. نیاز به تشکیل ائتلاف و مدیریت مراحل متعدد ممکن است با محدودیت‌های زمانی بیمارستان هم‌خوانی نداشته باشد.
- ◀ مدل مبتنی بر عملکرد: این مدل به پاداش‌های مالی یا غیرمالی وابسته است که در بیمارستان‌های دولتی با بودجه محدود ممکن است پایدار نباشد. همچنین، تمرکز آن بیشتر بر نتایج است تا فرایند تغییر رفتار.
- ◀ مدل تغییر مثبت: این مدل به دلیل تمرکز بر نقاط قوت و فرهنگ مثبت، برای ایجاد انگیزه در پرسنل مؤثر است، اما کمتر به چالش‌های خاص DAMA (مانند مقاومت بیماران روان‌پریشی) می‌پردازد. نیاز به فرهنگ‌سازی گسترده ممکن است با محدودیت‌های زمانی بیمارستان هم‌خوانی نداشته باشد.
- ◀ مدل توسعه‌سازمانی: این مدل برای تغییرات بلندمدت و ایجاد سازمان یادگیرنده مناسب است، اما نیاز به منابع گسترده (مانند زمان و بودجه برای آموزش مداوم) دارد که ممکن است برای بیمارستان روزبه با محدودیت‌های مالی چالش‌برانگیز باشد.

مرحله دوم: بررسی کمی و کیفی وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزه تهران

الف: بررسی کمی وضعیت موجود

پس از استخراج داده‌های بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزه، طی بازه زمانی مرداد تا آبان‌ماه ۱۴۰۳ و انجام مصاحبه‌های تلفنی با آن‌ها، یافته‌های زیر استخراج گردید:

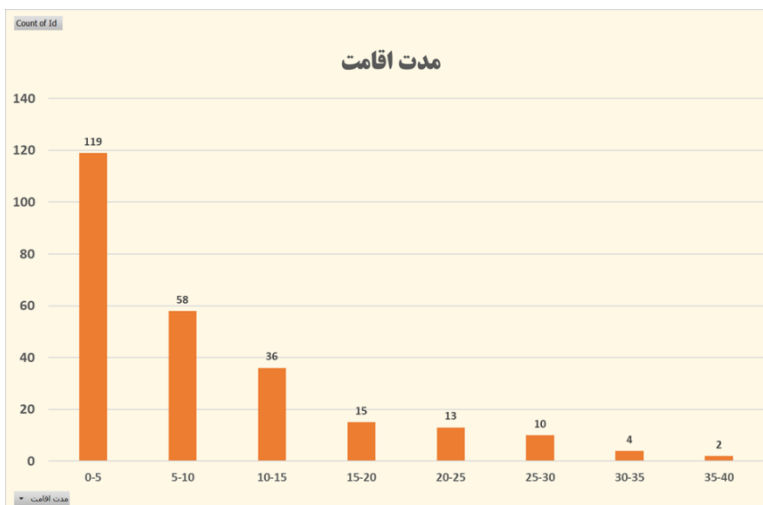
شاخص ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان و برای داده‌های چهارماهه ۲۱.۱ درصد بود که با استفاده از فرمول زیر استخراج شده است (۲۳) (تعداد کل بیماران بستری شده در همان بازه، ۱۲۱۸ نفر بودند)

$$100 \times \left(\frac{\text{تعداد موارد ترخیص با رضایت شخصی}}{\text{کل تعداد بستری‌ها در دوره مشخص}} \right) = \text{DAMA Rate (\%)}$$

تعداد کل بیماران ترخیص شده ۲۵۷ نفر بودند که شیوع آن در آبان‌ماه بیش از ماه‌های دیگر بود. زنان بیش از مردان با رضایت شخصی مرخص شده بودند (۵۴.۴ درصد).

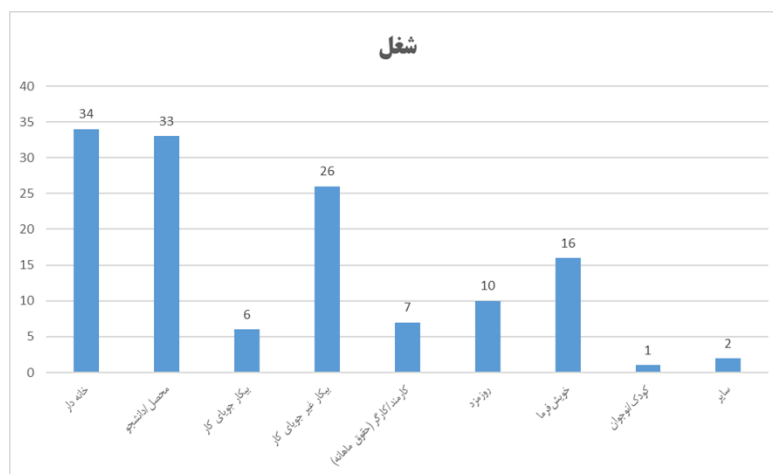
باتوجه به وجود بخش اختصاصی کودکان (زیر ۱۸ سال)، بیشترین شیوع این پدیده در بازه سنی ۱۹-۱۰ سال بود (۳۱.۱ درصد)، پس از آن با افزایش سن، شیوع این پدیده هم کاهش می‌یافت به طوری که در سن ۷۹-۷۰ سال تنها دو نفر بود. میانگین سنی افراد ۳۰.۶۷ سال با انحراف معیار ۱۵.۲۲ سال بود که نشان‌دهنده جمعیت نسبتاً جوانی است. توزیع سنی کمی به سمت راست چوله است، به طوری که ۵۸.۳ درصد بیماران زیر ۳۰ سال هستند. بدیهی است بیشترین بیماران (۸۶.۷ درصد) ساکن تهران بودند.

تعداد ۲۰۸ نفر (۸۰.۹ درصد) از اورژانس بیمارستان ارجاع شده بودند. اکثر آن‌ها تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی (۳۸.۱ درصد) و بیمه ایرانیان (۳۱.۹ درصد) بودند و پس از آن بیمه آزاد صنوف، نیروهای مسلح و خدمات کارمندی بیشترین شیوع را داشتند. بیشترین شیوع در بخش بستری برنای زنان و کمترین آن در بخش بستری پندار یک بود. میانگین مدت اقامت ۸.۳۷ روز با انحراف معیار ۸.۰۷ روز بود. توزیع این متغیر به سمت راست چوله است (چولگی = ۱.۳۶) و برخی بیماران اقامت طولانی داشته‌اند. ترخیص با رضایت شخصی در بین افرادی که تعداد روز بستری‌های کمتری داشتند، شایعتر بود (نمودار ۱). افراد به طور متوسط ۵.۰ بار با انحراف معیار ۱.۲۶ بار سابقه بستری داشته‌اند که نشان می‌دهد افرادی که سابقه بستری کمتری داشته‌اند بیشتر تمایل به ترخیص با رضایت شخصی داشته‌اند.



نمودار ۱: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک مدت اقامت

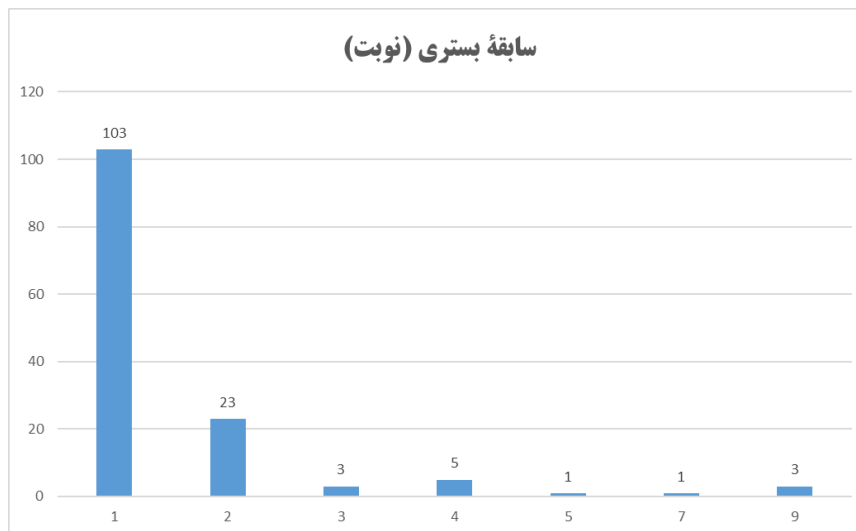
بیشترین شیوع در بین افراد با تحصیلات دبیرستان و راهنمایی بود. محصلین و خانه‌دارها بیش از سایرین از این موضوع استقبال کرده بودند (نمودار ۲).



نمودار ۲: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک شغل

از کل بیماران و پس از حداکثر سه تماس تلفنی، تعداد ۱۳۹ پاسخ دریافت شد (نرخ پاسخگویی: ۵۴ درصد). در پاسخ به سوالات مصاحبه، پدر ۴۱ نفر (۲۹.۴ درصد) و مادر ۲۹ نفر (۲۰.۸ درصد) و همچنین همسر ۱۶ نفر (۱۱.۵ درصد) و خود بیماران ۱۵ نفر (۱۱.۲ درصد) بیشترین همکاری را نمودند.

افراد به طور متوسط ۰.۷۵ بار با انحراف معیار ۱.۲۶ بار سابقه بستری داشته اند که نشان می دهد افرادی که سابقه بستری کمتری داشته اند بیشتر تمایل به ترخیص با رضایت شخصی داشته اند.



نمودار ۳: شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه به تفکیک نوبت بستری

شایع ترین تشخیص های پزشکی در این بیماران در هنگام پذیرش به ترتیب موارد زیر بود:

- فردی با شکایت ترسناک که هیچ تشخیصی برای او انجام نشده است^{۳۷}
 - سایر علائم و نشانه های مرتبط با وضعیت عاطفی^{۳۸}
 - سابقه شخصی سوء مصرف مواد روان گردان^{۳۹}
 - سایر اختلالات عاطفی دو قطبی^{۴۰}
 - اختلال عاطفی دو قطبی، نامشخص^{۴۱}
 - مشاهده برای بیماری یا وضعیت مشکوک، نامشخص^{۴۲}
 - سابقه شخصی خود آزاری^{۴۳}
- بدیهی است که در اکثر بیماران، تشخیص های چندگانه مطرح بود که نشان دهنده پیچیدگی های بالینی است.

³⁷ Person with feared complaint in whom no diagnosis is made

³⁸ Other symptoms and signs involving emotional state

³⁹ Personal history of psychoactive substance abuse

⁴⁰ Other bipolar affective disorders

⁴¹ Bipolar affective disorder, unspecified

⁴² Observation for suspected disease or condition, unspecified

⁴³ Personal history of self harm

جدول ۲ داده های مربوط به بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی را در بیمارستان روزبه در بازه زمانی چهارماهه (مرداد تا آبان ماه ۱۴۰۳) را نشان می دهد.

جدول ۲: جدول توصیفی بیماری‌هایی که با رضایت شخصی مرخص شده اند، بازه زمانی مرداد تا آبان ماه ۱۴۰۳، بیمارستان روزبه

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد		
جنس	زن	۱۴۰	۵۴.۴۷	کاملاً راضی	۳۲	۱۲.۴۵	
	مرد	۱۱۷	۴۵.۵۲	راضی	۴۷	۱۸.۲۸	
	جمع کل	۲۵۷	۱۰۰	متوسط	۲۱	۸.۱۷	
	سن	۹-۰	۳	۱.۱	ناراضی	۲۰	۷.۷۸
		۱۹-۱۰	۸۰	۳۱.۱	کاملاً ناراضی	۱۹	۷.۳۹
		۲۹-۲۰	۵۸	۲۲.۵	پاسخ داده نشده	۱۱۸	۴۵.۹۱
		۳۹-۳۰	۴۲	۱۶.۳	جمع کل	۲۵۷	۱۰۰
۴۹-۴۰		۳۸	۱۴.۷	حال بیمار پس از ترخیص	خیلی خوب	۱۴	۵.۴۴
۵۹-۵۰		۲۵	۹.۷		خوب	۹۲	۳۵.۷۹
۶۹-۶۰		۹	۳.۵		نه خوب و نه بد	۱۰	۳.۸۹
۷۹-۷۰	۲	۰.۷۷	بد		۱۵	۵.۸۳	
جمع کل	۲۵۷	۱۰۰	خیلی بد		۸	۳.۱۱	
اورژانس ۱۱۵	۷	۲.۷	پاسخ داده نشده		۱۱۸	۴۵.۹۱	
اورژانس بیمارستان	۲۰۸	۸۰.۹	جمع کل		۲۵۷	۱۰۰	
نحوه پذیرش (محل ارجاع اولیه)	بیمارستان‌های دیگر	۸	۳.۱۱	پیگیری پس از ترخیص	پیگیری نمی‌کند	۳۵	۱۳.۶۱
	درمانگاه یا کلینیک ویژه	۲۶	۱۰.۱		مراجعه به درمانگاه	۴۰	۱۵.۵۶
	مطب	۳	۱.۱		مراجعه به مطب	۶۲	۲۴.۱۲
	حکم قضایی	۱	۰.۳۸		بستری مجدد	۲	۰.۷۷
	نوزاد تازه متولد شده	۲	۰.۷۷		پاسخ داده نشده	۱۱۸	۴۵.۹۱
	بی‌خانمان	۲	۰.۷۷		جمع کل	۲۵۷	۱۰۰
	جمع کل	۲۵۷	۱۰۰		دفعات بستری	اولین بار	۱۰۳
آزاد	۱۷	۶.۶	دومین بار	۲۳		۸.۹۴	
تأمین اجتماعی	۹۸	۳۸.۱	سومین بار	۳		۱.۱۶	
شهرداری	۱	۰.۳۸	چهارمین بار	۵		۱.۹۴	

۰.۳۸	۱	پنجمین بار		۱۱.۲	۲۹	تأمین اجتماعی ۹۵ (مستمری بگير)	
۰.۳۸	۱	هفتمین بار		۳۱.۹	۸۲	خدمات ایرانیان	
۱.۱۶	۳	نهمین بار		۲.۳	۶	خدمات روستایی	
۴۵.۹۱	۱۱۸	بدون پاسخ		۱.۵	۴	خدمات سایر اقشار	
۱۰۰	۲۵۷	جمع کل		۰.۳۸	۱	خدمات سایر اقشار نظام ارجاع	
۵.۸	۱۵	بیمار	فرد پاسخگو به تماس تلفنی	۳.۵	۹	خدمات کارمندی	بخش ترخیص
۱۵.۹۵	۴۱	پدر		۳.۸	۱۰	نیروهای مسلح	
۱۱.۲۸	۲۹	مادر		۱۰۰	۲۵۷	جمع کل	
۴.۶۶	۱۲	خواهر		۸.۵	۲۲	اطفال پسران	
۵.۸۳	۱۵	برادر		۱۲.۴	۳۲	اطفال دختران	
۱.۵۵	۴	دختر		۱۴	۳۶	اورژانس	
۱.۱۶	۳	پسر		۱۶.۳	۴۲	برنا زنان	
۶.۲۲	۱۶	همسر		۱۲.۴	۳۲	برنا مردان	
۱.۵۵	۴	سایر		۱.۱	۳	پندار ۱	
۴۵.۹۱	۱۱۸	پاسخ داده نشده		۱.۵	۴	پندار ۲	
۱۰۰	۲۵۷	جمع کل	۹.۳	۲۴	زنان ۱		
۱۳.۲	۳۴	خانه دار	۴.۶	۱۲	زنان ۲		
۱۲.۸	۳۳	محصل/دانشجو	۱۱.۲	۲۹	مردان ۱		
۲.۳	۶	بیکار جویای کار	۶.۶	۱۷	مردان ۲		
۱۰.۱	۲۶	بیکار غیر جویای کار	۱.۵	۴	مردان ۳		
۲.۷	۷	حقوق بگير (کارمند/کارگر)	۱۰۰	۲۵۷	جمع کل	مدت اقامت (روز)	
۳.۹	۱۰	روزمزد	۴۶.۳	۱۱۹	۵-۰		
۶.۲	۱۶	خویش فرما	۲۲.۵	۵۸	۱۰-۶		
۰.۳۸	۱	کودک	۱۴.۰	۳۶	۱۵-۱۱		

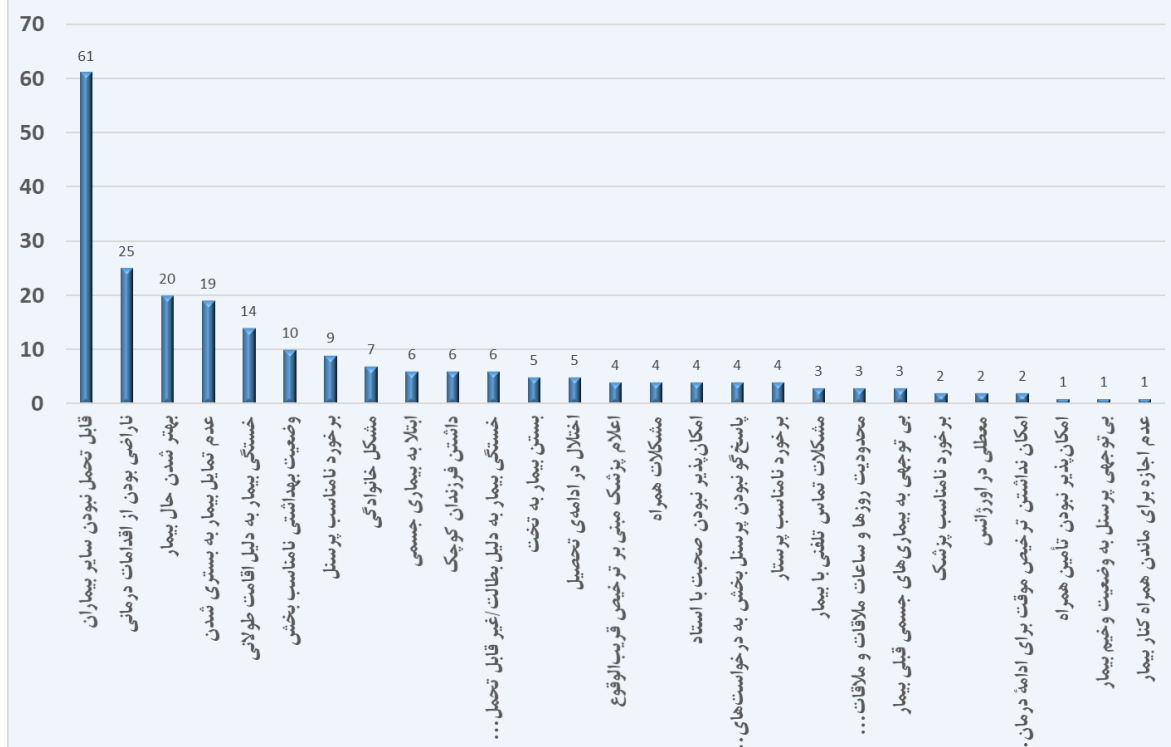
۰.۷۷	۲	سایر		۵.۸	۱۵	۲۰-۱۶	
۴۷.۵	۱۲۲	پاسخ داده نشده		۵.۰۵	۱۳	۲۵-۲۱	
۱۰۰	۲۵۷	جمع کل		۳.۸	۱۰	۳۰-۲۶	
۲.۳۳	۶	بی سواد	تحصیلات سطح	۱.۵	۴	۳۵-۳۱	زمان ترخیص (ماه)
۳۸.۹	۱	خواندن و نوشتن		۰.۷	۲	۴۰-۳۶	
۴.۶۶	۱۲	ابتدایی		۱۰۰	۲۵۷	جمع کل	
۱۴.۰	۳۶	راهنمایی/متوسطه اول		۲۲.۱۷	۵۶	مرداد	
۲۲.۵	۵۸	دبیرستان		۲۴.۱۲	۶۲	شهریور	
۱.۹	۵	کاردانی		۲۵.۲۹	۶۵	مهر	
۵.۸	۱۵	کارشناسی		۲۸.۷۹	۷۴	آبان	
۰.۷۷	۲	کارشناسی ارشد		۱۰۰	۲۵۷	جمع کل	
۰.۷۷	۲	دکترای بالاتر					
۴۶.۷	۱۲۰	پاسخ داده نشده					
۱۰۰	۲۵۷	جمع کل					

با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر و نیز تی مستقل نتایج زیر حاصل گردید:

- اختلاف معناداری بین تعداد افراد ترخیص شده با رضایت شخصی بین ماه‌های مختلف یافت نشد ($\chi^2=2.627$, $df=3$, $p=0.452$).
- هیچ تفاوت معناداری بین جنس، سن، تحصیلات، شغل یا سابقه بستری و رضایت بیماران مشاهده نشد ($p > 0.05$).
- دو عامل کلیدی به طور معنادار با رضایت کمتر مرتبط بودند ($p < 0.05$): افزایش مدت اقامت (هرچه طولانی‌تر، رضایت کمتر) و ترخیص از بخش اورژانس (احتمالاً به دلیل تجربه منفی اولیه یا عدم پیگیری).
- پیگیری پس از ترخیص با رضایت بالاتر همراه بود ($p=0.011$).
- رگرسون لجستیک نشان داد که مدت اقامت، بخش ترخیص و پیگیری به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل رضایت عمل می‌کنند.

شیوع دلایل اعلام شده در مصاحبه با بیماران در نمودار ۴ ارائه شده است:

دلیل



نمودار ۴: علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه از دیدگاه بیماران/خانواده ها و همراهان آنها

ب: تحلیل کیفی وضعیت موجود

پس از مصاحبه تلفنی با بیماران و برگزاری چهار جلسه بحث متمرکز گروهی با اساتید، رزیدنت‌ها، مددکاران، نماینده حقوقی بیمارستان و سرپرستاران بخش‌های مختلف و نیز انجام مصاحبه با رئیس بیمارستان و مشاور رئیس بیمارستان، نتایج زیر با استفاده از روش تحلیل تماتیک استخراج گردید:

با تحلیل متن جلسات، سه مقوله اصلی شناسایی شد که به صورت یک چرخه تعاملی در کنار هم قرار گرفته‌اند: علل، پیامدها و راهکارهای پیشنهادی برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی هر مقوله شامل زیر موضوعات و کدهای کلیدی است که در ادامه تشریح می‌شود.

۱. علل ترخیص با رضایت شخصی

این مقوله شامل سه زیر موضوع اصلی است که نشان‌دهنده طبیعت چندبعدی این پدیده است.

الف. عوامل مرتبط با بیمار

– کد ۱: احساس بی‌توجهی به نیازهای درمانی بیمار یا مؤثر نبودن درمان

«ممکنه که درمانش به نتیجه نرسیده باشه. بیمار احساس می‌کنه دارو نمی‌دن، یا فقط بستری کردنش مهمه، نه بهبودش.»

«روند درمان از همون اورژانس شروع میشه ولی احتمالا انتظارات بیماران به دلیل ناآگاهی از فرایند بهبودی بالاست»

– کد ۲: احساس بهبودی بیمار

«دکتر گفت خوب شدی، دو سه روز دیگه مرخص میشی»

«بعضی ها بعد از یک هفته می گن: من بهتر شدم، چرا هنوز اینجام؟»

«بیمار می گه: من حالا خوبم، دیگه نیازی به بستری نیست. اما ما می دونیم که اگر بره، دوباره برمی گرده.»

– کد ۳: ببقراری بیمار و فشار بر خانواده برای ترخیص از طریق تهدید یا التماس

«بیمار شروع میکنه گفتن که اینجا من رو میزنم میبندم میکشم... تمام فشاراشو به خانواده میاره... تهدید میکنه که دیگه پامو خونه نمیدارم.»

– کد ۴: عدم تحمل محدودیت‌های روزمره و احساس زندانی بودن

«اینجا مثل زندانه... بیمار میگه من خفه میشم... دسترسی به تلفن ندارم، سیگار نمیتونم بکشم، کتاب نمیتونم بخونم.»

«با خانواده هایی که از شهرستان مراجعه می کنند و راهشان دوره برای ملاقات همکاری نمیشه»

ب. عوامل مرتبط با خانواده

– کد ۵: مشکلات خانوادگی و اجتماعی

«همسر بیمار می گه: من دیگه نمی تونم همراه باشم، باید بره. یا می گن: فرزند دیگه ام، تو مدرسه داره مشکل پیدا می کنه.»

«بعضی خانواده‌ها شرمندانه اند، می ترسند، یا نمی دونند چطور با بیمار رفتار کنند.»

«گفتن همراه بمونه ولی برای ما که از شهر دیگه اومده بودیم امکانش نبود»

«بچه ام مدرسه داشت، نمی تونستم بیشتر از اون بمونیم»

«ما بچه کوچیک داریم نمیتونستم تنهاش بزارم یا پیش فامیلهای دیگه بزارم»

– کد ۶: احساس متفاوت بودن بیماری با سایر بیماران

«بعضی خانواده ها وقتی از دور بقیه مریضها رو می بینن می گن آخه مریض ما به شدت بقیه نیست. قراره با بقیه یه جا بستری بشن؟ اوضاع

مریض ما اینقدر بد نیست؛ و اونها واقعا هم درست می گن موندن کنار بیماران سایکوتیک، پرخاشکر و این مزیضا خیلی آزاردهنده است»

– کد ۷: نگرانی کم خانواده از نوع و شدت علایم بیماری به ویژه در کودکان

«خانواده ای که اولین باره با مسائلی مثل توهم و هذیان بیمار رو به رو میشه خیلی نگرانه، اونها رضایت شخصی برای ترخیص نمی دن»

«خانواده ای که از طرف بیمار، احساس ناامنی داشته باشه، فکر کنه ممکنه بیمار خودکشی کنه یا به اعضای خانواده آسیب برسونه ترخیصش

نمی کنن»

– کد ۸: نارضایتی خانواده از عدم اجازه همراهی با بیمار

«خواستیم پیش مریضمون بمونیم نمی داشتن»

– کد ۹: نگرانی خانواده ها از تأثیرپذیری بیماران از رفتارهای پرخطر و ناسالم در محیط درمانی

«خانواده ها نگرانند که سیگار یا مواد از طریق سایر بیماران یا همراهان در اختیار بیماران قرار بگیره و این واقعا هم قابل کنترل از طرف بیمارستان

نیست»

«کاش بیمارستان نظارت بیشتری بر روابط دختر و پسرهای بستری داشته باشه»

– کد ۱۰: عدم آگاهی خانواده از پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی

«گاهی خانواده متوجه تبعات احتمالی ترخیص بیمار زودتر از موعد نیست و یک تصمیم هیجانی میگیره»

– کد ۱۱: عدم آگاهی خانواده از فرآیند درمان و تصویر منفی از بیمارستان

«خانواده با ذهنیت تیمارستان و دیوانه‌خونه میاد... تو فیلم‌ها دیده دست و پا می‌بندن، لباس سفید... فکر میکنن اینجا بدتر میشه.»
«فکر می‌کنند این بیماری باید یکی دو هفته ای خوب بشه، در حالی که اینطوری نیست»

ج. عوامل سیستمی و ساختاری

این دسته بزرگ‌ترین حجم از یافته‌ها را شامل می‌شود و نشان‌دهنده ناکارآمدی سیستم است.

– کد ۱۲: عدم انگیزه‌ی درون‌سازمانی برای حل مساله DAMA

«واقعیت اینه که کارکنان انگیزه‌ای برای حل مشکلات بیمارستانی ندارن، هیچی تناسب نداره، درآمدها، فشار کاری»

– کد ۱۳: کمبود منابع، امکانات و خدمات بیمارستان

«تخت کم داریم، فضای کافی نیست، بعضی بیماران روزها منتظر هستند تا پذیرش بشن.»

«سرویس‌های تخصصی مثل مشاوره خانواده یا روان‌درمانی فردی کم کار می‌کنن.»

«بیمارستان به اندازه کافی نیروی انسانی نداره که اینقدر که لازمه با بیمار و خانواده هاشون مشاوره کنیم و آموزش بدیم»

«حتی گاهی نیازه غذا خوردن بیمار هم تحت نظارت نیروها انجام بشه بنابراین نمی‌تونیم زمان غذا خوردن رو باز بزاریم چون نیرو نداریم»

«هتلینگ بیمارستان و حتی لباس‌های بیماران به دلیل کمبود منابع مالی در وضعیت مناسبی نیست و بیماران رو آزار می‌ده.»

– کد ۱۴: حاکمیت فرهنگ سازمانی غیرشفاف و نانوشته

«اجازه نداشتن برای بردن گوشی در بخش یا مثلا در اختیار نداشتن آب جوش... اینها قوانینه که دست‌والعمل کشوری نداره ولی به دلیل مشکلاتی که هر بار پیش اومده تصمیم گرفته شده»

– کد ۱۵: نارضایتی از جو بیمارستان

«بیمار می‌گه: اینجا مثل زندانه. صداهای جیغ، رفتار بیماران دیگه، بوی بد سرویس... من نمی‌تونم تحملش کنم.»

– کد ۱۶: وضعیت بهداشتی نامناسب بخش

«لکه روی لباس بستر، ملحفه‌های کثیف، غذای یکنواخت... این‌ها بیمار رو ناامید می‌کنه.»

«دوست نداشتم اونجا باشم، خیلی کثیف بود»

– کد ۱۷: عدم توجه کادر درمان به ابتلا به بیماری جسمی جدید

«متوجه شدیم سر بچه ام شپش گرفته»

– کد ۱۸: عدم توجه کادر درمان به بیماری‌های جسمی قبلی بیمار

«مادرم بیماری دیابت داره، به رژیم غذایی زیاد توجه نمی‌کردن، خب این مریضا زود به زود گرسنه شون میشه اونجا بهش توجه

نداشتن...وضع بهداشتی بیمارستان هم خوب نبود می‌ترسیدیم عفونت قارچی بگیره»

– کد ۱۹: مشکل ارتباط تلفنی بین بیمار و خانواده یا آشنایان

«خانواده ۳-۴ بار تماس می‌زنه، کسی جواب نمی‌ده. بعد می‌گه: دیگه حوصله ندارم، می‌خوام بیارمش بیرون.»

«این عدم ارتباط، اعتماد رو از بین می‌بره.»

«مادری که بستریه و مدام چشم انتظار خبری از فرزندشه، تو بیمارستان نمی‌مونه»

«گاهی بیمار به دلایلی نیاز داره با آشنایان غیر خانواده ارتباط تلفنی داشته باشه، خب همیشه چون فقط خانواده درجه اول اون‌ها اونم در ساعات

مشخصی اجازه تماس دارن»

«از طرفی داشتن گوشی به معنای به خطر افتادن حریم خصوصی بیماران»

– کد ۲۰: برخورد نامناسب پزشک

«دکتر اصلاً جواب سوالهای ما رو نمیده... ما واقعا سردرگم بودیم... خیلی معطل شدیم تا تکلیف مریضمون مشخص بشه»

– کد ۲۱: برخورد نامناسب کادر درمانی تخصصی غیر پزشک

«گاهی پرستار سر بیمار داد می‌زنه، یا رفتارش مثل با یه جنونیه، نه یه بیمار.»

«اولین برخورد در اورژانس اصلاً خوب نبود.. بهیار دائم فرزندم را تهدید می کرد که آمپول می زنم و این ترس را در من و فرزندم ایجاد کرد که این آمپول چه آمپولی است»

کد ۲۲: عدم پاسخگویی و برخورد نامناسب کارکنان غیر تخصصی

«کمک بهیاران و خدمات مثل افراد سالم با بیماران برخورد میکنند و شرایط بیمار را درک نمی کنند»

«نگهبان با خانواده ها خیلی بد برخورد می کنه، بیمار احساس می کنه بی احترامی می شه، پس می گه: من می رم، دیگه نمی مونم.»

«همکاری پرسنل بخش خیلی خوب بود اما نگهبان درب ورودی برای ورود خیلی ما را معطل می کنند در ساعت غیر ملاقات که برای مصاحبه با پزشک معالج آمده بودم و از قبل هماهنگ شده بود»

– کد ۲۳: محدودیت در دسترسی به پزشک معالج

«فقط رزیدنت میاد، استاد رو هیچ وقت نمی بینیم. می گیم: چرا استاد نمیاد؟ می گن: وقت نداره.»

«این باعث می شه بیمار و خانواده احساس کنن که اهمیت ندارن.»

– کد ۲۴: طولانی بودن مدت بستری

«بعضی بیماران ۲۰ روز می مونن، اما هیچ برنامه ای برای ترخیصشون نداریم. بیمار می گه: من چیکار می کنم اینجا؟»

«مریضا از بستری های طولانی خسته میشن ولی چه کنیم این ماهیت روند درمانشونه، داروها حداقل یک تا دو هفته طول میکشه اثر بزارن»

کد ۲۵: معطلی در اورژانس

«مریض ما رو خیلی تو اورژانس نگه داشتن تا تعیین تکلیف بشه»

کد ۲۶: عدم همکاری بیمارستان برای ترخیص موقت بیمار

«میخواستم یک روز برم کار ایمپلنت دندونم رو انجام بدم و برگردم چون از قبل قالب گیریش انجام شده بود، اجازه ندادن منم با رضایت خودم مرخص شدم»

– کد ۲۷: ضعف خدمات سلامت روان در جامعه

«بیمارستان های عمومی باید روان پزشک و بخش روان پزشکی داشته باشن... ما چون خدمات سرپایی کافی نداریم، بیماران با شدت بالاتر و دیرتر مراجعه می کنن و مدت بستری شون طولانی تر می شه»

– کد ۲۸: مشکلات مالی و سیاست های بیمه ای ناکارآمد

«خیلی از بیماران از سطح اقتصادی اجتماعی ضعیفی هستن و از پس هزینه های بستری برنمیان مخصوصا اگه مثلا شوک نیاز داشته باشه»

«بیمه ها خدمات مثل بستری روزانه یا بخش های ویژه (ICU روان پزشکی) رو پوشش نمی دن... این باعث می شه بیمارستان ها نتوانند ساختار مناسب ایجاد کنن.»

کد ۲۹: رفتار یکسان پرسنل با همه بیماران بدون در نظر گرفتن شان اجتماعی

«با همه یکسان برخورد میشه... با همه به چشم بالا ترین حدشم در نظر گرفته میشه... گاهی شان اجتماعی اونها رعایت نمیشه.»

کد ۳۰: اعمال محدودیت های سخت گیرانه

«دسترسى به تلفن نداریم... کتاب نمیتونم بخونم... پرستاران میگن نه هر کتابی نباید باشه... این محدودیت ها بیمار رو سرگرم نمیکنه.»

«بیمارستان از ترس پاسخگویی قانونی و حقوقی، در مواردی که مشکلی برای بیماران پیش بیاد، به حالت سخت گیرانه محدودیت هایی وضع می کنه...مثلا چند وقت پیش بیماران روی هم آب جوش ریخته بودند بعد از اون کلا گذاشتن آب جوش در بخش ها ممنوع شد»

کد ۳۱: ضعف در آموزش اولیه خانواده در اورژانس

«خانواده تو اورژانس هیچی نمیدونه... آموزش نامناسبه... میگن برو بخش شاید بتونی رضایت شخصی بگیری.»

کد ۳۲: فیکس کردن غیر ضروری بیماران به عنوان تنبیه

«فیکس برای راحتی کار... نه درمان... بیمار مخالفت میکنه، فیکسش میکنن... حتی برای رفتن به اتاق خاص.»

د. عوامل فرهنگی و اجتماعی

کد ۳۳: استیگما و شرم اجتماعی

«خیلی از خانواده ها این موضوع رو مطرح می کنن... نکنه فامیلمون متوجه بشه... همسایه ها چی میگن... فرد مبتلا به بیماری روان پزشکی رو دیوانه فرض می کنن... این باعث می شه دلایل واقعی رو بیان نکنن و ترجیح بدن بیمار رو زودتر ترخیص کنن»
«خانواده فکر میکنه جن زده شده»

«از اینکه پرونده در بیمارستان اعصاب و روان پرونده دارم نگران هستم آیا برای ازدواج به مشکل برنخواهم خورد»

کد ۳۴: نگاه تنبیهی به بستری

«نگاه خانواده ها اینه که بستری مثل تنبیهه... میگن: تو گوش نکردی، بستریت می کنیم! بعد از یه هفته میگن: تنبیهت تموم شد، بیا بیرون! این نگاه فرهنگی، بیمار رو تشویق به ترخیص زودهنگام می کنه»

۲. پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی

این مقوله نشان می دهد که DAMA تنها یک اقدام فردی نیست، بلکه پیامدهای گسترده ای شامل پیامدهای بالینی و سیستمی و پیامدهای روانی-اجتماعی بر سیستم سلامت دارد.

الف. پیامدهای بالینی

کد ۳۵: بازگشت بیمار به بیمارستان^{۴۴}

«بیشتر بیمارانی که DAMA می دن، یک تا دو هفته بعد دوباره میان. و این بار حالشون بدتره.»

کد ۳۶: تأثیر منفی بر بهبودی بیمار

«بیمار قبل از اتمام برنامه درمانی بیرون می ره، دارو رو قطع می کنه، و دوباره به بحران می رسه.»

کد ۳۷: افزایش احتمال آسیب به خود (اقدام مجدد به خودکشی یا بحران) یا دیگران

«کسی که یک بار اقدام کرده، بار دوم احتمالش بیشتره... اگر رضایت شخصی بده، دوباره برمی گرده با حال بدتر.»

ب. پیامدهای سیستمی

کد ۳۸: افزایش بار کاری و فرسودگی کادر درمانی

«وقتی بیمار برمی گردد تمام کارهای تشخیصی و درمانی بیمار رو دوباره باید انجام بدیم»

«وقتی بیمار برمی گرده، ما می گیم: دیگه چیکار کنیم؟ ما گفتیم بمانه، ولی نگذاشتند.»

«این حس بی اثری ایجاد می کنه. انگیزه از دست می ره.»

«پرسنل فیکس میشن... داد می‌زنن... چون بیمار تکراری سؤال می‌پرسه و محل نمیدن.»

– کد ۳۹: نارضایتی خانواده‌ها

«وقتی بیمار DAMA می‌ده، خانواده‌ها هم ناراضی می‌شن، و این رو به بیمارستان می‌گن.»

ج. پیامدهای روانی-اجتماعی

– کد ۴۰: تجربه تروماتیک برای بیمار و خانواده

«بستری اجباری برای بیمار تروماتیکه... بعد از اون بیمار می‌گه: من دیگه هرگز حاضر نیستم برگردم این بیمارستان! این باعث می‌شه در مراجعات بعدی همکاری نکنه»

«بیمار میگه اینجا زندان... بعد نمی‌خواد برگرده... خانواده هم ناراضی میشه.»

– کد ۴۱: تشدید انگ اجتماعی

«وقتی بیمار زودتر ترخیص می‌شه و دوباره بحران ایجاد می‌کنه، خانواده و جامعه می‌گن: بین! بیماری روان‌پزشکی واقعاً درمان نداره! این کلیشه‌ها رو تقویت می‌کنه.»

– کد ۴۲: ترس و عدم اعتماد خانواده به سیستم درمان

«خانواده می‌ترسه... فکر میکنه اینجا می‌زنن یا بدتر میشه... اعتماد از بین می‌ره.»

۳. راهکارهای پیشنهادی برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی

شرکت کنندگان علاوه بر شناسایی چالش‌ها، راهکارهای عملیاتی متعددی پیشنهاد دادند که در سه طبقه دسته‌بندی شدند.

الف. ایجاد و تقویت انگیزه‌ی درون‌سازمانی برای حل مساله DAMA

– کد ۴۳: ایجاد انگیزش در بین کارکنان

«بالاخره آگه انگیزه‌ای از درون سازمان وجود نداشته باشه، با فشار از بیرون سازمان همیشه مشکلی رو حل کرد»

«گاهی آدم باید خود رو به جای بیماران بزاره تا مشکلاتشون رو درک کنه»

ب. بهبود ارتباط، آموزش و مشاوره

– کد ۴۴: آموزش و مشاوره عمومی قبل از پذیرش

«بیمار و خانواده‌ها قبل از بستری از شرایط بیمارشان باید آگاه باشن این که اینجا بیماران گوشه‌ن دارن، چه ساعتی تماس بگیرن، ساعات ملاقات کی هست...، بروشوری تهیه کنیم و سوالات شایع با پاسخها در اون باشه، قبل بستری شرایط رو براشون آشکار کنیم و اونها بدونن»

– کد ۴۵: آموزش و مشاوره اختصاصی قبل از پذیرش و در طول بستری

«باید از اول به بیمار و خانواده بگیم: چرا بستری شدی، چقدر طول می‌کشه، چه مراحل داریم.»

«بیمار و خانواده اش باید از قبل از روند درمان اطلاع داشته باشند»

«خانواده بیمار باید از چرخه معیوب بقراری، نیاز به درمان، طولانی بودن درمان، خستگی بیمار، تشدید بقراری خبر داشته باشن. یعنی باید بدونن بقراری بیمار به دلیل شرایط بد اینجا نیست از علایم شدت بیماریه و لازمه درمان ادامه پیدا کنه»

– کد ۴۶: فراهم آوری سیستم پیش‌بینی از طریق چک‌لیست غربالگری عوامل خطر DAMA

«باید از روز اول ببینیم: آیا بیمار تمایل به خروج داره؟ آیا خانواده فشار میاره؟ آیا محیط بخش براش استرس‌زا هست؟»

– کد ۴۷: بهبود ارتباط با خانواده‌ها از طریق مشاوره و پاسخگویی مداوم به سؤالات خانواده

«یه شماره اختصاصی برای پاسخگویی به خانواده داشته باشیم. یه نفر مسئول باشه که هفتگی با خانواده صحبت کنه.»
«شماره اختصاصی برای خانواده... مددکار سؤال‌ها رو جواب بده... چرا یک تا سه روز می‌مونه؟»

کد ۴۸: آموزش خانواده در اورژانس و حین بستری توسط مددکار

«مددکار بیاد آموزش بده... چطور پشت تلفن حرف بزنی... نصیحت نکن، همدلی کن.»

کد ۴۹: آموزش پرسنل برای رفتار انسانی و غیرتنبیهی

«جلسه با مددکار برای درست کردن رفتار... فیکس رو رندوم چک کن... علت فیکس چی بوده؟»

ج. ارتقاء کیفیت محیط و خدمات

– کد ۵۰: ارزیابی دقیقتر موارد نیازمند بستری در تریاژ

«فقط با یک سوال افکار بستری داری، دستور بستری ندن، گاهی بیمار اصلا درکی از افکار بستری نداره.»

– کد ۵۱: بهبود کیفیت غذا، نظافت و فضای بخش

«غذا باید متنوع و خوراکی باشه. سرویس‌ها باید تمیز و بوی نداشته باشن. لباس بستر باید تمیز و بدون لکه باشه.»

– کد ۵۲: ایجاد فضای سرگرمی و فعالیت‌های روزانه

«بیماران وقتی مشغول باشن، کمتر به فکر بیرون رفتن می‌افتند. موسیقی، نقاشی، ورزش، گروه‌های گفت‌وگو.»

«کاردرمانی بیشتر... کتاب، موسیقی... بیمار سرگرم بشه، کمتر به ترخیص فکر کنه.»

کد ۵۳: کاهش محدودیت‌های غیرضروری از طریق مستندسازی فرهنگ غیر رسمی

«نباید برای همه بیماران محدودیت‌های یکسان اعمال کنیم... مثلاً منع تلفن همراه یا ملاقات محدود برای بیمار پایدار غیرضروریه و باعث نارضایتی می‌شه.»

«تلفن برای همه نه، اما شرطی باشه... برای بیمار پایدار اجازه بدن.»

«قانونی برای ممنوعیت تلفن یا ممنوعیت در اختیار گذاشتن آب جوش یا در اختیار نداشتن چنگال نداریم. مدیریت بنا بر مشکلات موردی که پیش میاد تصمیم‌گیری می‌کنه.»

کد ۵۴: نظارت دقیق بر رفتارهای ناهنجار اجتماعی در محیط بیمارستان

«نظارت بیشتری روی روابط دختران و پسران انجام شود.»

«بالاخره امکان رد و بدل کردن سیگار و حتی مواد در بین بیماران و همراهان هست.»

«نظارت بیشتر روی بیماران در زمان هواخوری باشه.»

کد ۵۵: بازنگری در سازماندهی فضایی و مسیرهای دسترسی در بیمارستان

«چرا باید برای ورود به بخش‌های اطفال بیماران از بخش‌های مردان و زنان عبور کنند، مسیر تردد باید اصلاح بشه.»

– کد ۵۶: طراحی فضای گذر

«قبل از ترخیص، بیمار رو به یه بخش آزادتر ببریم، تا بتونه با محیط بیرون تطبیق پیدا کنه.»

د. تقویت ساختار و منابع

– کد ۵۷: بخش‌بندی هوشمند و مدیریت تخت

«باید بیماران بر اساس شدت بیماری، سن و جنسیتون تفکیک بشن. بیمار ۱۵ ساله نباید با بیمار ۶۰ ساله یه اتاق باشه.»

«باید مثل بیمارستان‌های عمومی بخش‌های ویژه داشته باشیم: ICU روان‌پزشکی برای بیماران بدحال، بخش عمومی برای بیماران پایدار، و

بخش‌های باز (Low Security) برای بیمارانی که نیاز به محدودیت کمتر دارن.»

« بیماران بد حال با بیمارانی که شرایط حاد ندارند در یک جا قرار نداشته باشند»
 « جداسازی بیمارانی که ناقل بیماری هستند»

– کد ۵۸: تخصیص منابع انسانی و حمایت از کادر

« کار پرستار سنگینه. شیفت‌های طولانی. باید نیرو اضافه بشه و سیستم‌های حمایتی مثل مشاوره کارکنان فعال بشه.»

– کد ۵۹: ثبت الکترونیکی نظرات بیمار و خانواده

«به سیستم آنلاین داشته باشیم که بیمار و خانواده بتونن نظرشون رو ثبت کنن و ما بتوانیم روند رضایت و ناراضی‌تی رو ردیابی کنیم.»

کد ۶۰: افزایش نقش مددکار در کیس منیجمنت و تصمیم‌گیری

«کیس منیجمنت با مددکار، روانشناس و پزشک... نظر مددکار خیلی مهمه... بیمار رو از زوایای مختلف ببینن.»

«شاید آگه یک نیروی آموزش دیده در هر بخش باشه مثل روانشناس یا مددکار که پروتکل داشته باشن و از اول با خانواده‌ها بیان جلو و بیمار رو بدونن مشکلی پیش اومد اول باید به کی مراجعه کنن، خوب باشه»

کد ۶۱: تدوین پروتکل‌های آموزشی برای خانواده و پرسنل

«پروتکل بنویسن... مددکار با خانواده کار کنه... اکت یا آموزش‌های خاص.»

۵. توسعه خدمات جایگزین

– کد ۶۲: بستری روزانه (Day Hospital)

«بیمارانی که نیاز به مراقبت ۲۴ ساعته ندارن، می‌تونن صبح بیان و شب برن خونه... این هم هزینه رو کم می‌کنه، هم تمایل به DAMA رو کاهش می‌ده.»

۶. مداخلات فرهنگی

– کد ۶۳: آموزش عمومی برای کاهش استیگما

«باید با رسانه‌ها و نهادهای فرهنگی همکاری کنیم تا تصویر بیماری‌های روان‌پزشکی اصلاح بشه... مردم باید بدونن این بیماری‌ها مثل دیابت قابل کنترل‌اند.»

– کد ۶۴: تغییر نگاه خانواده به بستری

«باید توضیح بدیم بستری بخشی از فرآیند درمانه، نه تنبیه!... خانواده‌ها باید بدن مدت بستری توسط پزشک تعیین می‌شه، نه اون‌ها.»

تم‌های اصلی، فرعی و کدها در جدول ۳ خلاصه شده‌اند:

جدول ۳: نتایج تحلیل مصاحبه با مطلعین در رابطه با ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه

کد	تم فرعی	تم اصلی	ردیف
۱- احساس بی‌توجهی به نیازهای درمانی بیمار یا مؤثر نبودن درمان	عوامل مرتبط با بیمار	علل ترخیص با رضایت شخصی	۱
۲- احساس بهبودی بیمار			
۳- بی‌قراری بیمار و فشار بر خانواده برای ترخیص از طریق تهدید یا التماس			
۴- عدم تحمل محدودیت‌های روزمره و احساس زندانی بودن			
۵- مشکلات خانوادگی و اجتماعی			

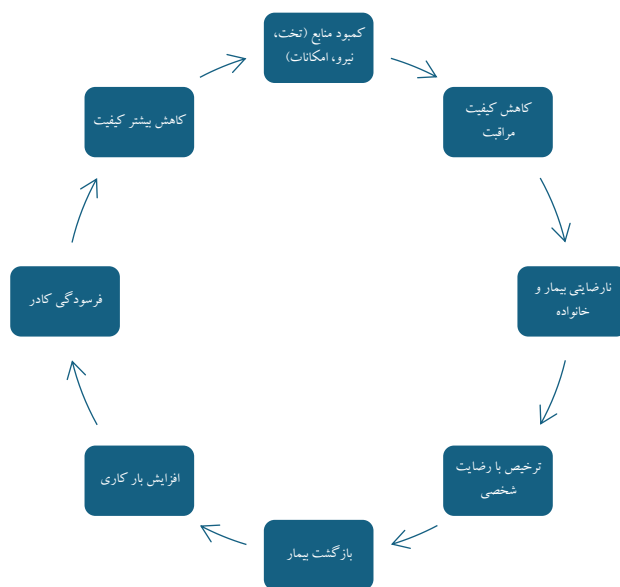
۶- احساس متفاوت بودن بیماری با سایر بیماران	عوامل مرتبط با خانواده		
۷- نگرانی کم خانواده از نوع و شدت علائم بیماری به ویژه در کودکان			
۸- نارضایتی خانواده از عدم اجازه همراهی با بیمار			
۹- نگرانی خانواده‌ها از تأثیرپذیری بیماران از رفتارهای پرخطر و ناسالم در محیط درمانی به ویژه در کودکان			
۱۰- عدم آگاهی خانواده از پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی			
۱۱- عدم آگاهی خانواده از فرایند درمان و تصویر منفی از بیمارستان			
۱۲- عدم انگیزه درون سازمانی برای حل مسئله DAMA	عوامل سیستمی و ساختاری		
۱۳- کمبود منابع، امکانات و خدمات بیمارستان			
۱۴- حاکمیت فرهنگ سازمانی غیرشفاف و نانوشته			
۱۵- نارضایتی از جو بیمارستان			
۱۶- وضعیت بهداشتی نامناسب بخش			
۱۷- عدم توجه کادر درمان به ابتلا به بیماری جسمی جدید			
۱۸- عدم توجه کادر درمان به بیماری‌های جسمی قبلی بیمار			
۱۹- مشکل ارتباط تلفنی بین بیمار و خانواده یا آشنایان			
۲۰- برخورد نامناسب پزشک			
۲۱- برخورد نامناسب کادر درمانی تخصصی غیرپزشک			
۲۲- عدم پاسخگویی و برخورد نامناسب کارکنان غیرتخصصی			
۲۳- محدودیت در دسترسی به پزشک معالج			
۲۴- طولانی بودن مدت بستری			
۲۵- معطلی در اورژانس			
۲۶- عدم همکاری بیمارستان برای ترخیص موقت			
۲۷- ضعف خدمات سلامت روان در جامعه			
۲۸- مشکلات مالی و سیاست‌های بیمه‌ای ناکارآمد			
۲۹- رفتار یکسان پرسنل با همه بیماران بدون توجه به شأن اجتماعی			
۳۰- اعمال محدودیت‌های سخت گیرانه			
۳۱- ضعف در آموزش اولیه خانواده در اورژانس			
۳۲- فیکس کردن غیرضروری بیماران به عنوان تنبیه			
۳۳- استیگما و شرم اجتماعی			

۳۴- نگاه تنبیهی به بستری	عوامل فرهنگی و اجتماعی		
۳۵- بازگشت بیمار به بیمارستان	پیامدهای بالینی	پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی	۲
۳۶- تأثیر منفی بر بهبودی بیمار			
۳۷- افزایش احتمال آسیب به خود (اقدام مجدد به خودکشی یا بحران) یا دیگران			
۳۸- افزایش بار کاری و فرسودگی کادر درمانی			
۳۹- نارضایتی خانواده‌ها	پیامدهای سیستمی		
۴۰- تجربه تروماتیک برای بیمار و خانواده	پیامدهای روانی - اجتماعی		
۴۱- تشدید انگ اجتماعی			
۴۲- ترس و عدم اعتماد خانواده به سیستم درمان			
۴۳- ایجاد انگیزش در بین کارکنان	ایجاد و تقویت انگیزه درون‌سازمانی برای حل مسئله		
۴۴- آموزش و مشاوره عمومی قبل از پذیرش	بهبود ارتباط، آموزش و مشاوره	راهکارهای پیشنهادی	۳
۴۵- آموزش و مشاوره اختصاصی قبل از پذیرش و در طول بستری			
۴۶- فراهم‌آوری سیستم پیش‌بینی از طریق چک‌لیست غربالگری عوامل خطر DAMA			
۴۷- بهبود ارتباط با خانواده‌ها از طریق مشاوره و پاسخگویی مداوم به سؤالات خانواده			
۴۸- آموزش خانواده در اورژانس و حین بستری توسط مددکار			
۴۹- آموزش پرسنل برای رفتار انسانی و غیرتنبیهی			
۵۰- ارزیابی دقیق‌تر موارد نیازمند بستری در تریاژ	ارتقای کیفیت خدمات و محیط		
۵۱- بهبود کیفیت غذا، نظافت و فضای بخش			
۵۲- ایجاد فضای سرگرمی و فعالیت‌های روزانه			
۵۳- کاهش محدودیت‌های غیرضروری از طریق مستندسازی فرهنگ غیررسمی			
۵۴- نظارت دقیق بر رفتارهای ناهنجار اجتماعی در محیط بیمارستان			
۵۵- بازنگری در سازماندهی فضایی و مسیرهای دسترسی در بیمارستان			
۵۶- طراحی فضای گذر			
۵۷- بخش‌بندی هوشمند و مدیریت تخت	تقویت ساختار و منابع		
۵۸- تخصیص منابع انسانی و حمایت از کادر			

۵۹- ثبت الکترونیکی نظرات بیمار و خانواده	توسعه خدمات جایگزین	مداخلات فرهنگی
۶۰- افزایش نقش مددکار در کیس منیجمنت و تصمیم‌گیری		
۶۱- تدوین پروتکل‌های آموزشی برای خانواده و پرسنل		
۶۲- بستری روزانه		
۶۳- آموزش عمومی برای کاهش استیگما		
۶۴- تغییر نگاه خانواده به بستری		

مفهوم هسته‌ای: «چرخه معیوب کمبود - کیفیت - فرسودگی»

تحلیل نهایی نشان می‌دهد که تمام علل و پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی در قالب یک چرخه معیوب به هم پیوسته‌اند. این چرخه نشان می‌دهد که DAMA یک پدیده سیستمی است و راهکارهای تک‌بعدی (مثل فقط افزایش تخت) نمی‌توانند آن را قطع کنند.



نمودار ۵: چرخه معیوب کمبود-کیفیت-فرسودگی در پدیده ترخیص با رضایت شخصی بیمارستانی

پس از انجام پژوهش، در نهایت راهکارهای ترکیبی مداخله‌ای مرتبط با علل بالینی طبقه‌بندی شدند تا در مرحله اولویت‌بندی اقدامات از آن استفاده گردد (جدول ۴).

جدول ۴: راهکارهای پیشنهادی به تفکیک علل شناسایی شده **

ردیف	راهکارهای پیشنهادی	علل ترخیص با رضایت شخصی
۱	ایجاد بستر تعامل همدلانه با گیرندگان خدمت *	
۲	بهره‌گیری از کمک خیران برای حمایت از بیماران کم‌درآمد	کد ۲۸: مشکلات مالی و سیاست های بیمه ای ناکارآمد
۳	برقراری ارتباط مؤثر در آموزش بیمار و خانواده طی فرایند بستری با تأکید بر ملاقات با اساتید و ارزیابی میزان تمایل به رضایت شخصی در بدو ورود بیمار	کد ۱: احساس بی‌توجهی به نیازهای درمانی بیمار یا مؤثر نبودن درمان کد ۲: احساس بهبودی بیمار کد ۳: بی‌قراری بیمار و فشار بر خانواده برای ترخیص از طریق تهدید یا التماس (عدم تحمل بیمار به بستری شدن) کد ۴: عدم تحمل محدودیت‌های روزمره و احساس زندانی بودن کد ۵: مشکلات خانوادگی و اجتماعی (مشکلات همراه، امکانپذیر نبودن تامین همراه، اختلال در ادامه تحصیل، داشتن فرزندان کوچک) کد ۶: احساس متفاوت بودن بیماری با سایر بیماران کد ۷: نگرانی کم خانواده از نوع و شدت علائم بیماری به ویژه در کودکان کد ۱۰: عدم آگاهی خانواده از پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی کد ۱۱: عدم آگاهی خانواده از فرآیند درمان و تصویر منفی از بیمارستان (از جمله بستن بیمار به تخت) کد ۲۳: محدودیت در دسترسی به پزشک معالج کد ۲۹: رفتار یکسان پرسنل با همه بیماران بدون در نظر گرفتن شان اجتماعی کد ۳۱: ضعف در آموزش اولیه خانواده در اورژانس کد ۳۴: نگاه تنبیهی به بستری - اعلام پزشک مبنی بر ترخیص قریب‌الوقوع
۴	ایجاد و تقویت انگیزه درون‌سازمانی برای حل مسائل موجه DAMA (مانند نظام پاداش‌دهی و آموزش پرسنل)	کد ۱۲: عدم انگیزه‌ی درون‌سازمانی برای حل مساله DAMA کد ۲۱: برخورد نامناسب کادر درمانی (پاسخگو نبودن پرسنل بخش و به درخواست های بیمار) کد ۲۲: عدم پاسخگویی و برخورد نامناسب کارکنان غیر تخصصی (بی توجهی پرسنل به وضعیت وخیم بیمار) کد ۳۲: فیکس کردن غیر ضروری بیماران به عنوان تنبیه
۵	بهبود کیفیت غذا، لباس، ملحفه، نظافت و بهداشت بخش‌های بستری	کد ۱۳: کمبود منابع، امکانات و خدمات بیمارستان کد ۱۵: نارضایتی از جو بیمارستان کد ۱۶: وضعیت بهداشتی نامناسب بخش
۶	ایجاد محیط شاد و مطبوع با فعالیت‌های آموزشی، تفریحی و سرگرم‌کننده	کد ۴: عدم تحمل محدودیت‌های روزمره و احساس زندانی بودن (خستگی بیمار به دلیل بطالت/غیر قابل تحمل بودن بخش) کد ۱۵: نارضایتی از جو بیمارستان کد ۲۴: طولانی بودن مدت بستری
۷	گروه‌بندی بیماران در فرایند بستری و حذف محدودیت‌های غیر ضروری متناسب با گروه‌ها	کد ۶: احساس متفاوت بودن بیماری با سایر بیماران (قابل تحمل نبودن سایر بیماران) کد ۷: نگرانی کم خانواده از نوع و شدت علائم بیماری به ویژه در کودکان کد ۱۴: حاکمیت فرهنگ سازمانی غیر شفاف و نانوشته

کد ۱۹: مشکل ارتباط تلفنی بین بیمار و خانواده یا آشنایان کد ۳۰: اعمال محدودیت سخت گیرانه (محدودیت های زمان ملاقات) - معطلی در اورژانس	(بیماران آسیب‌رسان، بیماران باثبات، پیش ترخیص و بستری روزانه)
-	۸ تقویت نظام ارزیابی رضایت ذی‌نفعان در ارتباط با اقدامات اصلاحی*
کد ۵: مشکلات خانوادگی و اجتماعی (مشکلات همراه، امکانپذیر نبودن تامین همراه، اختلال در ادامه تحصیل، داشتن فرزندان کوچک) کد ۲۶: عدم همکاری بیمارستان برای ترخیص موقت	۹ ایجاد امکان ترخیص موقت برای بیماران
کد ۱۷: عدم توجه کادر درمان به ابتلا به بیماری جسمی جدید کد ۱۸: عدم توجه کادر درمان به بیماری های جسمی قبلی بیمار کد ۲۶: عدم همکاری بیمارستان برای ترخیص موقت	۱۰ ارتقای کیفیت درمان‌های غیر روان‌پزشکی بیمار
کد ۹: نگرانی خانواده‌ها از تأثیرپذیری بیماران از رفتارهای پرخطر و ناسالم در محیط درمانی	۱۱ استقرار و نظام رسیدگی به شکایت بیماران و خانواده‌ها*
کد ۵: مشکلات خانوادگی و اجتماعی (مشکلات همراه، امکانپذیر نبودن تامین همراه، اختلال در ادامه تحصیل، داشتن فرزندان کوچک)	۱۲ ایجاد سیستم حمایت اجتماعی*
کد ۱۳: کمبود منابع، امکانات و خدمات بیمارستان	۱۳ افزایش منابع و امکانات بیمارستان*
کد ۲۷: ضعف خدمات سلامت روان در جامعه کد ۳۳: استیگما و شرم اجتماعی	۱۴ تقویت خدمات سلامت روان در جامعه*
کد ۲۸: مشکلات مالی و سیاست های بیمه ای ناکارآمد	۱۵ اصلاح سیاست‌های بیمه‌ای*
کد ۲۰: برخورد نامناسب پزشک کد ۲۵: معطلی در اورژانس کد ۳۱: ضعف در آموزش اولیه خانواده در اورژانس - عدم اجازه برای ماندن همراه بیمار	۱۶ سایر*

★ این راهکارها، علی‌رغم اثربخشی بالقوه، فراتر از سطح اختیارات اجرایی در محیط مطالعه بوده و نیازمند حمایت سیاست‌گذاران، نهادهای بالادستی، تغییرات فرهنگی اجتماعی یا عزم ملی برای اجرا هستند؛ لذا در اولویت‌بندی مداخلات در نظر گرفته نشدند.

★ ★ **راهنمای جدول:** علل دارای شماره کد، از بخش مصاحبه یا بحث متمرکز گروهی با ارائه‌دهندگان خدمات است و علل بولد شده از بخش مصاحبه با بیماران استخراج شده است. بدیهی است برخی علل در هر دو بخش مطرح بوده که هم شماره کد و هم به‌صورت بولد شده درج گردیده است.

مرحله سوم: اولویت‌بندی مداخلات مؤثر بر کاهش فراوانی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روزبه: کیفی با استفاده از ابزار تصمیم‌گیری چندمتغیره

از شانزده استراتژی مداخله‌ای پیشنهادشده، مندرج در جدول ۴، هفت استراتژی در ماتریس تصمیم‌گیری چند متغیره درج شده، توسط ذینفعان کلیدی بیمارستان امتیازدهی شدند. بدین ترتیب برخی راهکارها به دلیل نیازمندی به سیاست‌گذاری کلان، تأمین منابع فراسازمانی یا تغییر در سطح نظام سلامت کشور و در نتیجه خارج بودن از حیطه اختیارات و ظرفیت اجرایی مستقل بیمارستان، از ماتریس اولویت‌بندی حذف شدند (راهکارهای ۱، ۸، ۱۶-۱۱).

پیش از بررسی و امتیازدهی به هر یک از استراتژی‌های مداخله‌ای، شرکت کنندگان ابتدا به تعیین معیارهای تصمیم‌گیری و وزن نسبی هر یک اقدام نمودند. معیارهای منتخب شامل: تأثیر بر کاهش ترخیص با رضایت شخصی (DAMA) با وزن ۲۷.۹، قابلیت اجرا با وزن ۲۲.۱، هزینه اجرا با وزن ۱۳.۳، زمان استقرار با وزن ۸.۶، مقبولیت از نظر ذی‌نفعان با وزن ۱۳.۹ و امکان تداوم اجرا با وزن ۱۴.۳ بودند. این وزن‌ها به‌عنوان مبنای تحلیل چندمعیاره در ماتریس تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار گرفتند.

جدول زیر میانگین امتیازات استراتژی‌های مداخله‌ای را نشان می‌دهد:

جدول ۵: میانگین وزن معیارها و امتیازات به تفکیک استراتژی‌های مداخله‌ای منتخب

میانگین وزن‌ها و میانگین امتیاز اختصاص یافته به هر استراتژی						
امکان تداوم اجرا	مقبولیت از نظر ذی‌نفعان	زمان استقرار	هزینه اجرا	قابلیت اجرا	تأثیر بر DAMA	استراتژی مداخله
۱۴.۳	۱۳.۹	۸.۶	۱۳.۳	۲۲.۱	۲۷.۹	وزن معیارها (مجموع ۱۰۰)
۵.۰	۷.۶	۴.۶	۵.۷	۵.۳	۳.۳	بهره‌گیری از کمک خیران برای حمایت از بیماران کم‌درآمد
۶.۶	۷.۳	۶.۱	۶.۷	۷.۰	۸.۶	برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و خانواده او آموزش آنان طی فرایند بستری
۵.۶	۷.۶	۵.۰	۳.۷	۵.۳	۷.۴	ایجاد انگیزه درون‌سازمانی برای حل مسائل منجر به درخواست ترخیص با رضایت شخصی
۶.۱	۶.۳	۴.۹	۳.۳	۶.۳	۵.۰	بهبود کیفیت غذا، لباس، ملحفه، نظافت و بهداشت بخش‌های بستری
۶.۳	۶.۶	۴.۴	۳.۴	۵.۷	۸.۶	ایجاد محیط شاد و مطبوع با فعالیت‌های آموزشی، تفریحی و سرگرم‌کننده
۷.۰	۶.۷	۲.۹	۲.۴	۴.۱	۸.۹	گروه‌بندی بیماران در فرایند بستری و حذف محدودیت‌های غیرضروری
۵.۰	۳.۷	۳.۹	۴.۹	۲.۹	۴.۸	ایجاد امکان ترخیص موقت برای بیماران
۶.۶	۷.۰	۵.۳	۵.۷	۶.۳	۴.۷	ارتقای کیفیت درمان‌های غیر روان‌پزشکی بیماران

سپس امتیاز وزن داده شده به شرح زیر محاسبه گردید:

جدول ۶: میانگین معیارها و امتیازات موزون شده به تفکیک استراتژی‌های مداخله‌ای منتخب

جمع امتیاز وزن داده شده	امکان تداوم اجرا	مقبولیت از نظر ذی‌نفعان	زمان استقرار	هزینه اجرا	قابلیت اجرا	تأثیر بر DAMA	استراتژی مداخله
	۱۴.۳	۱۳.۹	۸.۶	۱۳.۳	۲۲.۱	۲۷.۹	وزن معیارها

۵۰۰.۰	۷۱.۴	۱۰۴.۹	۳۹.۲	۷۵.۹	۱۱۷.۰	۹۱.۵	بهره‌گیری از کمک خیران برای حمایت از بیماران کم‌درآمد
۷۳۰.۵	۹۳.۹	۱۰۱.۰	۵۲.۷	۸۹.۲	۱۵۵.۰	۲۳۸.۸	برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و خانواده او آموزش آنان طی فرایند بستری
۶۰۰.۷	۷۹.۶	۱۰۴.۹	۴۲.۹	۴۹.۳	۱۱۷.۰	۲۰۶.۹	ایجاد انگیزه درون‌سازمانی برای حل مسائل منجر به درخواست ترخیص با رضایت شخصی
۵۳۸.۶	۸۷.۸	۸۷.۱	۴۱.۶	۴۳.۷	۱۳۹.۲	۱۳۹.۳	بهبود کیفیت غذا، لباس، ملحفه، نظافت و بهداشت بخش‌های بستری
۶۲۹.۷	۸۹.۸	۹۱.۱	۳۸.۰	۴۵.۶	۱۲۶.۵	۲۳۸.۸	ایجاد محیط شاد و مطبوع با فعالیت‌های آموزشی، تفریحی و سرگرم‌کننده
۵۸۸.۳	۱۰۰.۰	۹۳.۰	۲۴.۵	۳۲.۳	۹۱.۷	۲۴۶.۷	گروه‌بندی بیماران در فرایند بستری و حذف محدودیت‌های غیرضروری
۳۹۵.۲	۷۱.۴	۵۱.۵	۳۳.۱	۶۴.۵	۶۳.۳	۱۱۱.۴	ایجاد امکان ترخیص موقت برای بیماران
۵۸۲.۶	۹۳.۹	۹۷.۰	۴۵.۳	۷۵.۹	۱۳۹.۲	۱۳۱.۳	ارتقای کیفیت درمان‌های غیر روان‌پزشکی بیماران

و نهایتاً بر اساس امتیازات کسب شده رتبه‌بندی استراتژی‌های مداخله‌ای به شرح زیر استخراج گردید:



شکل ۱: رتبه بندی استراتژی‌ها بر مبنای امتیاز کل ماتریس تصمیم‌گیری چند متغیره

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش تصویری جامع از پدیده ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران ارائه می‌دهد.

شیوع

شیوع ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان ۲۱.۵ درصد محاسبه شد که با طیف گسترده‌ای از نرخ‌های گزارش شده در سطح جهانی همخوانی دارد. مطالعات مروری نشان می‌دهند که نرخ DAMA در بخش‌های روان‌پزشکی بین ۳ تا ۵۱ درصد متغیر است (۲۷) هرچند نسبت به پژوهش‌های مشابه ایرانی، شیوع بالاتری استخراج شد. این تنوع گسترده به عوامل متنوع و متعددی از جمله ترکیب جمعیت بیماران، نوع پذیرش (داوطلبانه در مقابل غیرارادی)، تعاریف عملیاتی DAMA، و تفاوت‌های سیستم‌های بهداشتی مربوط می‌شود. در مطالعات خاص کشورها، نرخ‌های متفاوتی گزارش شده است مثلاً در ایالات متحده، یک مطالعه ملی روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نرخ DAMA را ۱.۶ درصد گزارش کرد (۵۶)، همچنین در هند، یک بیمارستان آموزشی سطح سوم نرخ ۵.۸ درصد را مستند کرد (۵۷)، در بخش‌های روان‌پزشکی داوطلبانه کشور ایالات متحده آمریکا، مطالعات تاریخی نرخ‌هایی حدود ۱۶.۷ درصد (یک نفر از هر شش بیمار) را نشان داده‌اند (۵۸)، به همین ترتیب در جمعیت‌های با سوء مصرف مواد و بیمارستان‌های عمومی بزرگ، برخی گزارش‌ها نرخ‌های بالاتر از ۲۰ درصد را ثبت کرده‌اند (۵۹).

از دلایل مهم تفاوت در شیوع این پدیده، تفاوت‌های زمینه‌ای غالب همچون اقتضانات کلان کشورهاست. مطالعات از کشورهای با درآمد پایین و متوسط مانند هند، عواملی مشابه با یافته‌های بیمارستان روزبه را شناسایی کرده‌اند، از جمله فشارهای مالی، نارضایتی از محیط بیمارستان، و مشکلات ارتباطی کارکنان (۶۰، ۵۷). این شباهت‌ها نشان می‌دهد که یافته‌های ما با چالش‌های سیستمی گسترده‌تری در بسترهای مشابه همخوانی دارد.

نرخ و علل شیوع این پدیده در بیمارستان و بخش‌های روان‌پزشکی با سایر بخش‌ها تفاوت‌های مهمی دارد؛ اغلب شیوع آن در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بالاتر است و همچنین علل آن بیشتر به مشکلات رفتاری یا مشارکتی مرتبط است (۵۹، ۵۸). در این بیماران ظرفیت تصمیم‌گیری و پذیرش قوانین کمتر است و خطرات درمانی ناشی از این پدیده تفسیر و مدیریت DAMA روان‌پزشکی را بیش از سایر بیماران پیچیده می‌کند (۶۱).

مطالعات موجود، عوامل خطری در سطح بیمار را شناسایی کرده‌اند که با یافته‌های کیفی ما همپوشانی دارد. مطالعات نشان می‌دهند که سن پایین، جنسیت مذکر، وضعیت تأهل مجرد، سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت و سابقه قبلی ترخیص با رضایت شخصی با خطر بالاتر ترخیص زودهنگام همراه است (۵۹، ۲۶). این عوامل بازتاب‌کننده آسیب‌پذیری‌های بالینی و اجتماعی هستند که مشارکت در درمان بستری را کاهش می‌دهند. همانندی نتایج این پژوهش با یافته‌های علمی موجود، نشانگر اعتبار یافته‌های این پژوهش است.

از دیگر یافته‌های این مطالعه، نقش محوری رفتار و ارتباطات کارکنان در تصمیم‌گیری بیماران برای ترک بیمارستان است. این یافته به طور قوی توسط ادبیات جهانی پشتیبانی می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که عدم توجه بیماران درباره

بستری شدن، ضعف در روابط حمایتی ارائه‌دهنده - بیمار و مشکلات ارتباطی کارکنان پیش‌بینی‌کننده‌های قوی DAMA هستند (۵۹، ۲۶).

پیامد

مطابق یافته‌های این مطالعه، پژوهش‌های علمی موجود به طور مداوم نشان داده است که DAMA با پیامدهای نامطلوب همراه است؛ افزایش بستری مجدد و پیامدهای عملکردی ضعیف‌تر در مقایسه با پذیرش‌های اولیه (۲۶) مورد تأکید قرار گرفته است؛ مثلاً یک مطالعه بزرگ گذشته‌نگر نشان داد که بیماران DAMA تقریباً ۴۰ درصد خطر بالاتری برای مرگ و میر و بستری مجدد نسبت به کسانی که بستری را تکمیل کردند، داشته‌اند (۵۹).

از دیگر پیامدهای این پدیده، اقامت کوتاه‌تر و هزینه‌های بالاتر بستری در هر روز گزارش شده است؛ در یک نمونه ملی آمریکایی از پذیرش‌های اسکیزوفرنی، موارد DAMA مدت اقامت به طور قابل توجهی کوتاه‌تر (میانگین ۵ روز در مقابل ۸.۷) و میانگین هزینه در هر روز بالاتر (۱,۸۸۶.۰۲ دلار در مقابل ۱,۵۶۵.۷۹) داشتند، که نشان‌دهنده مراقبت فشرده و ناکارآمدی‌های بالقوه است (۵۶).

چالش‌های سیستمی نیز از جمله پیامدهای منفی این پدیده است؛ پذیرش‌های مکرر و مصرف فزاینده از مراقبت‌های حاد، منابع بیمارستانی را تحت فشار قرار می‌دهد، در همین راستا تعارض بین کارکنان و بیمار، پیچیدگی و تداوم درمان را در این بیماران افزایش می‌دهد (۲۶).

همچنین DAMA، معضلات اخلاقی و قانونی پیچیده‌ای ایجاد می‌کند؛ معمای اصلی در این زمینه، ابهام در مورد وجود ظرفیت تصمیم‌گیری و به تبع آن الزام به رعایت حق خودمختاری آنان است (۶۱). تلاش اخلاقی برای منصرف کردن بیمار از ترک زود هنگام بیمارستان ممکن است به تعارض منتهی به تنش منجر گردد و ارائه‌کنندگان خدمات را به پاسخگویی پزشکی و قانونی ملزم نماید (۶۲، ۶۱، ۲۶). چنین ملاحظاتی در بیمارستان روزبه تهران نیز مشهود است. مصاحبه‌ها نشان داد که کارکنان اغلب در موقعیت‌های دشواری قرار می‌گیرند که باید بین احترام به تصمیم بیمار و نگرانی برای ایمنی او تعادل ایجاد کنند.

مداخلات

آنچه در مرور متون علمی درباره یافته‌ها برجسته بود، کمبود شدید مطالعات مداخله‌ای کنترل‌شده در زمینه کاهش DAMA در بخش‌های روان‌پزشکی بود. اکثر ادبیات موجود توصیفی، مشاهده‌ای، یا توصیه‌محور و فاقد ارزیابی‌های دقیق اثربخشی مداخلات است (۶۳، ۶۱، ۲۶). با توجه به فقدان شواهد قوی مداخله‌ای در ادبیات موجود، این مطالعه با بهره‌گیری از رویکرد ترکیبی (کمی و کیفی) و ماتریس اولویت‌بندی، مداخلاتی را شناسایی نمود که بیشترین تأثیر و امکان‌پذیری را در سطح بیمارستان دارند.

تنها مطالعه مداخله‌ای با نتایج کمی مطالعه بیمارستان سینا در تبریز، ایران در سال ۲۰۱۴ بود که به شناسایی سیستماتیک علل DAMA از طریق نظرسنجی از بیماران، سپس طراحی و اجرای مداخلات چندوجهی از طریق مشورت با سرپرستاران ارشد پرداخته بود. در این مطالعه با اجرای مداخلاتی همچون مشارکت فعال خانواده در فرآیند درمان، بهبود فرآیندهای عملیاتی کارکنان و نیز رسیدگی به دلایل خاص محلی DAMA شناسایی شده در نظرسنجی اولیه، نرخ پدیده ترخیص با

رضایت شخصی ۳۶ درصد کاهش یافته بود (۶۴). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که یک رویکرد سیستماتیک بومی شده می‌تواند کاهش قابل توجهی در DAMA ایجاد کند. کاهش ۳۶ درصدی از نظر بالینی و اقتصادی معنادار است و نشان می‌دهد که مداخلات زمینه‌محور می‌توانند در بافت ایرانی موثر باشند.

در این پژوهش بالاترین اولویت مداخلات، «برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و آموزش آنان طی فرایند بستری» شناسایی شد. برخی مطالعات نشان دادند که عدم توجه بیماران درباره بستری‌شدن، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های DAMA است (۲۶). این یافته در چندین مطالعه مستقل تکرار شده است (۵۹، ۶۵). مطالعات هندی نشان دادند که بیماران اغلب دلیل بستری، مدت زمان انتظار و فرآیند درمان را نمی‌دانند (۶۰، ۵۷). در این پژوهش نیز مصاحبه‌های کیفی این یافته را تأیید کردند و به همین ترتیب نشان داد که بیماران و خانواده‌ها اغلب از عدم اطلاع کافی درباره روند درمان، مدت زمان بستری و انتظارات شکایت دارند.

کیفیت رابطه ارائه‌دهنده خدمت - بیمار یکی از قوی‌ترین عوامل محافظتی در برابر DAMA است (۵۹، ۲۶). برخی مطالعات نشان داده‌اند که در بیمارانی که حس اعتماد به تیم درمانی خود دارند، احتمال ترک زودهنگام کمتر است (۲۶) و در بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی، رابطه قوی بین کادر درمان و بیمار به عنوان یک «مکانیسم میانجی» برای پایبندی به اجرای دستورات درمانی عمل می‌کند (۶۶). نتایج مطالعه حال حاضر با مطالعات مطروحه همراستاست. بیماران از احساس «نادیده گرفته شدن»، «عدم احترام»، و «نبود ارتباط معنادار» با پزشکان و پرستاران شکایت داشتند. به همین ترتیب مشکلات ارتباطی و رفتار نامناسب کارکنان به عنوان دلایل رایج DAMA در چندین مطالعه گزارش شده است (۵۷، ۵۹، ۶۰). مطالعه قش و کارمی نشان داد که نارضایتی از رفتار کارکنان یکی از دلایل اصلی DAMA در بخش روان‌پزشکی است (۵۷). یک مطالعه کانادایی روی نوجوانان روان‌پزشکی هم نشان داد که تعارضات با کارکنان پیش‌بینی‌کننده قوی DAMA است (۶۵). آنچه در نتایج پژوهش کنونی با واژه‌های «لحن تند»، «بی‌توجهی»، «عدم پاسخگویی به سوالات» و «احساس سرزنش» استخراج شده بیانگر همین مفهوم است.

هم‌راستا با مطالعه هلدن و همکاران (۶۲)، تحلیل‌های این پژوهش هم نشان داد که مداخله پیشگیرانه می‌تواند از ترک زودهنگام پیشگیری کند؛ کارکنان اشاره کردند که اغلب علائم هشداردهنده (نارضایتی، درخواست‌های مکرر ترخیص، تعارض با کارکنان) قبل از DAMA وجود دارد.

از دیگر نتایج این پژوهش، مشابه برخی از مطالعات (۶۴، ۶۰، ۵۷)، این است که فشارهای مالی شامل نگرانی درباره هزینه‌های بستری، عدم پوشش کامل بیمه، و هزینه‌های غیرمستقیم (از دست دادن درآمد)، از دلایل رایج DAMA به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط است. مطالعات هندی نشان دادند که مشکلات مالی یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های DAMA است (۵۷) مطالعه تبریز نیز به «مشارکت خانواده» به عنوان یک جزء کلیدی اشاره کرد که شامل رسیدگی به نگرانی‌های مالی هم بوده است (۶۴).

بهبود محیط فیزیکی و شرایط بخش هم از جمله مداخلاتی است که می‌تواند به بهبود شرایط کمک کند. این یافته در مطالعات دیگری هم تأیید شده است (۶۷، ۶۰). مطالعه ای در هند نشان داد که رایج‌ترین دلیل ذکرشده برای DAMA

«عدم راحتی در بخش روان پزشکی» بود (۶۰) در همین مطالعه عوامل محیطی مانند ازدحام، نبود حریم خصوصی و شرایط بهداشتی ضعیف با DAMA همراه بوده‌اند.

علی‌رغم همه این موارد، مداخلات سازمانی و سیاستی با اولویت پایین‌تر ولی ارزشمند هم شناسایی شدند که برخی مطالعات آن‌ها را تأیید نموده‌اند: تغییرات در سیاست‌های پذیرش، ترخیص، و مدیریت بخش پیشنهاد شده‌اند؛ اما به ندرت ارزیابی شده‌اند (۶۸، ۶۳) مطالعه سینا تبریز به «بهبود فرایندهای عملیاتی» اشاره کرد که شامل تغییرات سازمانی بود (۶۴). از جمله سیاست‌های پیشنهادی می‌توان به سیاست‌های انعطاف‌پذیرتر ملاقات، بهبود هماهنگی بین بخش‌ها و سیاست‌های شفاف درباره حقوق بیمار اشاره نمود.

اجرای هم‌زمان تمامی مداخلات شناسایی شده، به دلیل محدودیت‌های ساختاری نظام سلامت ایران (مانند کمبود منابع انسانی، پوشش بیمه‌ای ناکافی، زیرساخت‌های قدیمی و چالش‌های سیستمی) امکان‌پذیر نیست. با این حال، حمایت مدیریت بیمارستان و انگیزه بالای کارکنان به‌عنوان تسهیل‌گرهای کلیدی، اجرای مداخلات اولویت‌دار و قابل اجرا در سطح بیمارستان را ممکن می‌سازد. بیمارستان روان پزشکی روزه می‌تواند با تشکیل کمیته چندرشته‌ای کاهش DAMA، تخصیص منابع هدفمند برای آموزش ارتباطی کارکنان، استقرار سیستم پایش مستمر نرخ و عوامل DAMA، ایجاد فرهنگ مراقبت بیمارمحور، توسعه راهنماهای بالینی مدیریت DAMA، و گنجاندن مهارت‌های ارتباطی در برنامه‌های آموزشی پرسنل، نقش پیشرو در کاهش این پدیده در سطح کشور ایفا کند. این اقدامات نیازمند حمایت هم‌زمان سطح تولیت نظام سلامت نیز می‌باشد.

شکاف‌های شواهد

با وجود مرور جامع ادبیات، شکاف‌های قابل توجهی در شواهد وجود دارد:

۱. محدودیت مطالعات معتبر همچون مطالعات اثربخشی مقایسه‌ای، تحلیل‌های هزینه-اثربخشی مطالعات پیگیری بلندمدت و یا کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده
۲. محدود بودن مطالعات مربوط به کشورهای خاورمیانه یا کشورهایی با شرایط نزدیک به ایران

توصیه‌های پژوهشی

۱. مطالعه پیاده‌سازی مداخلات: ارزیابی دقیق پیاده‌سازی مداخلات پیشنهادی با اندازه‌گیری نرخ DAMA قبل و بعد
۲. مطالعات تحلیل هزینه-اثربخشی: ارزیابی اقتصادی مداخلات پیشنهادی
۳. مطالعه پیگیری روند: بررسی پیامدهای بلندمدت بیماران DAMA (بستری مجدد، مرگ و میر)
۴. مطالعه چندمرکزی: اجرای چنین مطالعاتی در سایر بیمارستان‌های روان پزشکی ایران برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج
۵. بررسی تاثیر ملاحظات فرهنگی و اجتماعی بر شیوع ترخیص زود هنگام با رضایت شخصی بیماران روان پزشکی در شرایط کشور ایران

نتیجه گیری

این مطالعه تصویری جامع از پدیده ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزه ارائه می دهد. یافته های حاضر بر پیچیدگی چندعاملی این پدیده تأکید دارند. تغییر از رویکردهای واکنشی به استراتژی های پیشگیرانه، بیمارمحور و چندسطحی می تواند به عنوان یک اصلاح بدیع در این زمینه تلقی گردد. همچنین اجرای مداخلات اولویت دار در سطح بیمارستان، همراه با حمایت های سیاستی کلان، می تواند به کاهش قابل توجه نرخ DAMA و بهبود پیامدهای بالینی و عملکردی بیماران روان پزشکی منجر شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با همکاری و همراهی ارزشمند افراد و نهادهای متعدد به انجام رسید. بدین وسیله مراتب قدردانی نویسنده از همراهان زیر اعلام می گردد:

- بیماران، همراهان و خانواده های ایشان که با صبر و صداقت در مصاحبه های کیفی شرکت نموده و تجربیات ارزشمند خود را به اشتراک گذاشتند.
- شرکت کنندگان در بخش کیفی مطالعه اعم از کارکنان، پزشکان، پرستاران، روان شناسان، مددکاران اجتماعی و سایر پرسنل بیمارستان روان پزشکی روزه که در مراحل مختلف پژوهش همکاری نمودند.
- ریاست محترم بیمارستان روان پزشکی روزه که با حمایت ارزشمند و هماهنگی جلسات مصاحبه، زمینه اجرای مطلوب پژوهش را فراهم آوردند.
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران که حمایت مالی این طرح پژوهشی را تأمین نمود.

بدون همکاری و حمایت این عزیزان، انجام این پژوهش امکان پذیر نبود.

پیشنهادات و کاربرد برای سیاستگذاری

یافته‌های این طرح پژوهشی فراتر از شناسایی عوامل DAMA است؛ آن‌ها الگویی از «شکست در تعامل نظام سلامت با بیمار روان‌پزشکی» را آشکار می‌کند؛ بنابراین، سیاست‌گذاری مؤثر باید هم‌زمان در سطح ساختاری، فرایندی و فرهنگی اقدام کند. پیشنهادات زیر بر اساس نتایج کلیدی این مطالعه طراحی شده‌اند:

سیاست‌گذاری کلان: اصلاح نظامی و ایجاد چارچوب حمایتی

الف) شناسایی و استفاده از روش‌های متضمن رعایت حقوق بیمار روان‌پزشکی در قوانین و آیین‌نامه‌ها و البته در اجرا: حقوقی همچون دسترسی به اطلاعات شفاف درباره تشخیص، برنامه درمانی و مدت‌زمان تقریبی بستری، مشارکت فعال در تصمیم‌گیری درمانی

ب) اصلاح سیاست‌های بیمه‌ای برای حمایت از «پیوستگی و تداوم درمان»: گسترش پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌پزشکی، پوشش هزینه‌های بستری روزانه (Day Hospital) به‌عنوان جایگزین بستری تمام‌وقت، ایجاد مکانیسمی برای پرداخت مستقیم هزینه‌های حمل‌ونقل و اقامت همراهان کم‌درآمد (مثلاً با ارائه فرم مددکاری اجتماعی).

ج) بازنگری در معیارهای ارزیابی بیمارستان‌های روان‌پزشکی و توجه ویژه به نرخ شاخص DAMA و تخصیص پاداش مالی به بیمارستان‌های کاهش‌دهنده آن

سیاست‌گذاری میانی: تحول در مدیریت بیمارستانی (تمرکز بر بیمارستان روزبه به‌عنوان الگو)

الف) اجرای سیستماتیک «مداخلات اولویت‌دار شناسایی شده»: راه‌اندازی «مرکز ارتباط و آموزش بیمار» در اورژانس روان‌پزشکی، ارائه ویدئو/بروشور تعاملی درباره فرایند بستری، حقوق بیمار و نقش خانواده، همچنین توجه به نقش ارزنده مددکاران اجتماعی در بیمارستان، ایجاد یا توسعه فضاهای غیربالینی کتابخانه، اتاق هنر، باغ درمانی برای ایجاد فضای مفرح و سرگرم‌کننده، لغو محدودیت‌های غیرضروری برای بیماران پایدار

ب) ایجاد «سیستم پیش‌بینی و مداخله زودهنگام»: توسعه یک چک‌لیست ساده غربالگری DAMA، فعال‌سازی «تیم پاسخ سریع DAMA» (شامل روان‌پزشک، پرستار تخصصی، مددکار اجتماعی) برای مداخله در ۲۴-۴۸ ساعت اول بستری بیماران پرخطر.

ج) توانمندسازی نیروی انسانی با رویکرد «درمان انسان‌محور»: برگزاری دوره‌های اجباری آموزشی با تمرکز بر مهارت‌های گفت‌وگوی درمانی، مدیریت خشم و تعارض با بیمار و خانواده، آشنایی با قوانین حقوق بیمار.

سیاست‌گذاری خرد:

الف) تغییر در فرهنگ بالینی: از «بستری اجباری» به «مشارکت درمانی» و توجه به شأن اجتماعی افراد

ب) تسهیل «ترخیص برنامه‌ریزی شده»: انجام هماهنگی‌ها برای ویزیت‌های پس از ترخیص

جمع‌بندی نهایی و پیشنهاد کلیدی برای سیاست‌گذاران

در بسیاری از مواقع پدیده ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌ها نشانه‌ای از «بحران اعتماد» است، نه «ناهماهنگی بالینی». سیاست‌گذاری مؤثر نیازمند تغییر از فضای «کنترل» به «همکاری» است.

پیشنهاد اصلی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح پایلوت «تحول در بستری روان‌پزشکی» را در بیمارستان روزبه راه‌اندازی کند که محور آن اجرای بسته جامع مداخلات اولویت‌دار این پژوهش باشد. موفقیت این طرح می‌تواند بیمارستان را به الگویی برای اصلاح نظام روان‌پزشکی در سراسر ایران تبدیل نماید.

اجرای مداخلات اولویت‌دار نه تنها نرخ DAMA را کاهش می‌دهد، بلکه اعتبار حرفه روان‌پزشکی، رضایت عمومی و در نهایت سلامت جامعه را ارتقا خواهد داد.

1. Kabirzadeh A, Esmailzadeh E. The frequency and causes of discharge against medical advice in pediatrics at Boo-Ali Hospital in 2009. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2011;2(4):57-62.
2. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PLoS One.* 2011;6(9):e24459. doi:10.1371/journal.pone.0024459
3. Rangraz Jedi F, Rangraz Jedi M, Rezaeimofrad MR. Patients' reasons for discharge against medical advice in university hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. *Hakim Res J.* 2010;13(1):33-9. [Persian]
4. Shafaghat T, Rahimi Zarchi MK, Kavosi Z, Ayoubian A. Study of the causes of discharge against medical advice in a hospital of Shiraz University of Medical Sciences. *J Payavard Salamat.* 2017;11(1):31-42. [Persian]
5. Kamaladdini MH, Saravani K. Determining the causes of personal satisfaction in the inpatient wards of a university hospital in Iran: A short report. *Tehran Univ Med J.* 2020;78(1):1-5. [Persian]
6. Shams Alizadeh N, Moghadam M, Ansari Z, Yousefi F. Discharge with personal consent and its causes and factors in Qods Psychiatric Hospital, Sanandaj. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2017;23:77-87. [Persian]
7. Askari R, Arab SM, Afzali F, Sepaseh F. Ranking of causes of discharge of patients with a fuzzy analytic hierarchy process technique. *Health Inf Manage.* 2015;12(5):565-72. [Persian]
8. Masaeli M, Nasouhi S, Shahabian M. Reduced discharge against medical advice at the emergency department of Be'sat Hospital in Tehran. *Ebnesina.* 2019;21(1):66-72. [Persian]
9. Ravanshad Y, Golsorkhi M, Bakhtiari E, Keykhosravi AL, Azarfar A, Shoja M, et al. Evaluation of causes and outcomes of discharge with the personal consent of patients admitted to Dr. Sheikh Hospital of Mashhad. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2021;28(2):183-8. [Persian]
10. Esmaeili Ranjbar A, Ostadebrahimi H, Bazmandegan G, Abasifard M, Sanji Rafsanjani M, Kamyab Z. Assessment of the causes of discharge against medical advice in emergency department in the emergency room of Ali Ibn Abi Talib Hospital, Rafsanjan. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2024;31(4):387-95. [Persian]
11. Yarahmadi M, Ayati M, Ghorbanian MT. Investigating the reasons of discharge with the personal consent of patients admitted to the emergency ward of Kowsar Hospital in Semnan City, Iran. *J Guilan Univ Med Sci.* 2024;33(2):172-85. [Persian]
12. Holmes EG, Cooley BS, Fleisch SB, Rosenstein DL. Against medical advice discharge: a narrative review and recommendations for a systematic approach. *Am J Med.* 2021;134(6):721-6. doi:10.1016/j.amjmed.2020.12.030
13. Albayati A, Douedi S, Alshami A, Hossain MA, Sen S, Buccellato V, et al. Why do patients leave against medical advice? Reasons, consequences, prevention, and interventions. *Healthcare (Basel).* 2021;9(2):111. doi:10.3390/healthcare9020111
14. Tan SY, Feng JY, Joyce C, Fisher J, Mostaghimi A. Association of hospital discharge against medical advice with readmission and in-hospital mortality. *JAMA Netw Open.* 2020;3(6):e206009. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.6009

15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
16. Kanter RM. Organizational change and effectiveness. *J Adv Res Organ Behav.* 2023;2(1):1-15. doi:10.61308/dtdf4239
17. Nicolescu O, Nicolescu C. Organizational effectiveness – Conceptual framework, criteria and models. In: *Basiq Int Conf Proc.* 2023;(9):036. doi:10.24818/basiq/2023/09/036
18. Hurn BJ. Organizational change: Models for successfully implementing change. *Int J Manag Rev.* 2013;15(2):209-25. doi:10.1111/j.1468-2370.2011.00322.x
19. Daniels AC, Bailey JS. Performance management: Changing behavior that drives organizational effectiveness. 5th ed. *Perform Improv.* 2014;53(9):1-10. doi:10.1002/pfi.21445
20. Burke WW, Noumair DA. Integrating behavior and organizational change literatures to uncover crucial psychological mechanisms underlying the adoption and maintenance of organizational change. *J Ind Eng Res.* 2024;4(2):1060-75. doi:10.52783/jier.v4i2.1060
21. Cameron KS, Quinn RE. Improving organizational effectiveness. In: *Organizational Behavior and Management.* Elsevier; 2023. p. 123-45. doi:10.1016/B978-0-12-157180-1.50013-6
22. French WL, Bell CH. Organization development models: A critical review and implications for creating learning organizations. *J Organ Change Manag.* 2023;36(4):567-89. doi:10.1108/JOCM-10-2022-0201
23. Spooner KK, Salemi JL, Salihu HM, Zoorob RJ. Discharge against medical advice in the United States, 2002-2011. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(4):525-35. doi:10.1016/j.mayocp.2016.12.022
24. Saia M, Buja A, Mantoan D, Bertoncetto C, Baldovin T, Callegaro G, et al. Frequency and trends of hospital discharges against medical advice (DAMA) in a large administrative database. *Ann Ist Super Sanita.* 2014;50(4):357-62. doi:10.4415/ANN_14_04_11
25. Alfandre D. Retiring the “Against Medical Advice” discharge. *J Hosp Med.* 2017;12(2):88-90. doi:10.1002/jhm.2678
26. Bayor S, et al. Discharge against medical advice at a teaching hospital in Ghana. *Nurs Res Pract.* 2023;2023:4789176. doi:10.1155/2023/4789176
27. 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. doi:10.1176/ps.2006.57.8.1192
28. Edwards J, McGowan L, Tickle L. Discharge against medical advice: ‘deviant’ behaviour or a health system quality gap? *BMJ Qual Saf.* 2020;29(8):671-81. doi:10.1136/bmjqs-2019-010332
29. Edwards J, Miles D, Tickle L. An alternative view of self-discharge against medical advice: An opportunity to demonstrate empathy, empowerment, and care. *Qual Health Res.* 2018;28(5):702-10. doi:10.1177/1049732318757988
30. Kumar S, Kumar R. Discharge against medical advice: The causes, consequences and possible corrective measures. *Br J Hosp Med (Lond).* 2024;85(6):1-7. doi:10.12968/hmed.2024.0231
31. Alfandre D. Discharge against medical advice: Ethical considerations and professional obligations. *J Hosp Med.* 2008;3(6):403-8. doi:10.1002/jhm.362

32. Alfandre D. Reconsidering against medical advice discharges: Embracing patient-centeredness to promote high quality care and a renewed research agenda. *J Gen Intern Med.* 2013;28(12):1657-62. doi:10.1007/s11606-013-2540-z
33. Huynh H, et al. Discharge against medical advice in culturally and linguistically diverse Australian children. *J Paediatr Child Health.* 2015;51(12):1200-5. doi:10.1111/jpc.12987
34. Aliyu ZY. Discharge against medical advice: Sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract.* 2002;56(5):325-7. doi:10.1111/j.1742-1241.2002.tb11268.x
35. Kraut A, Fransoo R, Olafson K, Ramsey CD, Yogendran M, Garland A. A population-based analysis of leaving the hospital against medical advice: Incidence and associated variables. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:415. doi:10.1186/1472-6963-13-415
36. Siu M, Kennedy JM, DiFazio LT, Devarajan K, Reichard KW. Discharge against medical advice in trauma patients: Trends, risk factors, and implications for health care management strategies. *Surgery.* 2024;176(4):1124-30. doi:10.1016/j.surg.2024.06.007
37. Tan SY, Fleisher LA. Discharges against medical advice: Prevalence, predictors, and populations. In: *Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare.* Springer; 2018. p. 21-37. doi:10.1007/978-3-319-75130-6_2
38. Ramdani A, Rahayu S. Discharge against medical advice in emergency department: Literature review. *Mudima.* 2022;2(3):503-12. doi:10.54259/mudima.v2i3.503
39. Alfandre D, Schumann JH. What is wrong with discharges against medical advice (and how to fix them). *JAMA.* 2013;310(22):2393-4. doi:10.1001/jama.2013.281172
40. Fadare JO, Babatunde OA, Olanrewaju T, Busari O. Discharge against medical advice: Experience from a rural Nigerian hospital. *Ann Niger Med.* 2013;7(2):60-5.
41. 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):226-30. [Persian]
42. Jaydev FN, Gavin W, Russ J, Holmes E, Kumar V, Sadowski J, Kara A. Discharges against medical advice: time to take another look. A retrospective review of discharges against medical advice focused on prevention. *Hosp Pract (1995).* 2023;51(5):288-94. doi:10.1080/21548331.2023.2234567
43. Edwards J, Markert R, Bricker D. Discharge against medical advice: how often do we intervene? *J Hosp Med.* 2013;8(10):574-7. doi:10.1002/jhm.2079
44. Antommaria AH. Against medical advice discharges: pediatric considerations. In: *Against-Medical-Advice Discharges from the Hospital: Optimizing Prevention and Management to Promote High Quality, Patient-Centered Care.* Springer; 2018. p. 143-57. doi:10.1007/978-3-319-75130-6_9
45. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. Does identifying a discharge as "against medical advice" confer legal protection? *J Fam Pract.* 2000;49(3):224. PMID:10735654
46. Alfandre D. Challenging the myths of the against medical advice discharge. *Ann Intern Med.* 2022;175(3):W23-4. doi:10.7326/M21-3668
47. Kwok CS, Walsh MN, Volgman A, Alasnag M, Martin GP, Barker D, et al. Discharge against medical advice after hospitalization for acute myocardial infarction. *Heart.* 2019;105(4):315-21. doi:10.1136/heartjnl-2018-313780
48. Ebnehoseini Z, Khorasani H, Koohjani Z, Zibaei M, Deghatipour A, Saghebi A, et al. Investigation of rate and effective factors on discharge against medical advice in psychiatric patients over a 10-year period. *Iran J Med Sci.* 2024;49(7):467-9. doi:10.30476/ijms.2024.99798.3193

49. Sheikhmoonesi F, Khademloo M, Pazhuheshgar S. Patients discharged against medical advice from a psychiatric hospital in Iran: a prospective study. *Glob J Health Sci.* 2014;6(3):213-9. doi:10.5539/gjhs.v6n3p213
50. Alfandre D. "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(3):255-60. doi:10.1016/j.mayocp.2008.11.019
51. Hayat AA, Ahmed MM, Minhas FA. Patients leaving against medical advice: an inpatient psychiatric hospital-based study. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2013;23(5):342-6. PMID:23714440
52. Martin A. Editorial: Factors associated with discharge against medical advice in US adolescents hospitalized for suicidal ideation or suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2024;63(9):863-4. doi:10.1016/j.jaac.2024.01.006
53. Jain A, Appelbaum PS. Balancing autonomy and beneficence at the time of psychiatric discharge. *Isr J Health Policy Res.* 2018;7(1):2. doi:10.1186/s13584-017-0201-0
54. Lelieveld C, Leipzig R, Gaber-Baylis LK, Mazumdar M, Memtsoudis SG, Zubizarreta N, et al. Discharge against medical advice of elderly inpatients in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(9):2094-9. doi:10.1111/jgs.14985
55. Adachi S, Komiya T, Nomura K, Shima M. Factors for inhibition of early discharge from the psychiatric emergency ward for elderly patients. *Environ Health Prev Med.* 2018;23(1):48. doi:10.1186/s12199-018-0738-8
56. Sclar DA, Robison LM. Hospital admission for schizophrenia and discharge against medical advice in the United States. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12(2):PCC.09m00827. doi:10.4088/PCC.09m00827yel
57. Ghosh P, Kurmi J. Study of sociodemographic and clinical profile of admitted patient leaving against medical advice from psychiatry ward of a teaching hospital. *Indian J Private Psychiatry.* 2018;12(2):39-45. doi:10.5005/jp-journals-10067-0018
58. Miles JE, Adlersberg M, Reith G, Baratta M, Levine M. Discharges against medical advice from voluntary psychiatric units. *Psychiatr Serv.* 1976;27(12):859-64. doi:10.1176/ps.27.12.859
59. Sai GL, Lavanya L, Raman K. A study of sociodemographic and clinical profile of inpatients leaving against medical advice in psychiatry ward in a tertiary care teaching hospital. *Annals of Tropical Medicine and Public Health.* 2021;24(1). doi:10.36295/ASRO.2020.232370
60. Yildiz MI, Ağaoğlu E, Basar K. Discharge against medical advice in the early period of inpatient psychiatric treatment. *Acta Medica.* 2022;53(4):382-389. doi:10.32552/2022.actamedica.738
61. Geppert CMA. Against medical advice discharges: Considerations in the psychiatric population. In: *Against-Medical-Advice Discharges from the Hospital: Optimizing Prevention and Management to Promote High Quality, Patient-Centered Care.* Springer; 2018. p. 159-76. doi:10.1007/978-3-319-75130-6_11
62. Holden P, Vogtsberger KN, Mohl PC, Stanton M. Patients who leave the hospital against medical advice: The role of the psychiatric consultant. *Psychosomatics.* 1989;30(4):396-404. doi:10.1016/S0033-3182(89)72245-3
63. Shaw C. An evidence-based approach to reducing discharge against medical advice amongst Aboriginal and Torres Strait Islander patients. *Deeble Institute Issues Brief No. 14.* Australian Healthcare and Hospitals Association; 2016.

64. Tabrizi JS, Ranai A. Discharge against medical advice: An interventional study. *International Journal of Hospital Research*. 2014;3(2):89-92.
65. Baiden P, den Dunnen W, Stewart SL. Discharge of adolescents with mental health problems against medical advice: Findings from adult mental health inpatient facilities across Ontario, Canada. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):1161-7. doi:10.1016/j.psychres.2013.09.024
66. Meier PS, Barrowclough C, Donmall MC. The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*. 2005;100(3):304-316. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
67. Butt A, Bajwa SM, Imran M, et al. Factors associated with patients leaving against medical advice from in-patient psychiatric facility. *The Professional Medical Journal*. 2022;29(11):1693-1698. doi:10.29309/tpmj/2022.29.11.6532
68. Pierson SB, Dongarwar D, Bini T, et al. Factors associated with discharge against medical advice in US adolescents hospitalized for suicidal ideation or suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2024;63(9):908-918. doi:10.1016/j.jaac.2023.09.554

پیوست ۱: نمونه ای از استراتژی جستجو (پابمد)

((("voluntary discharge"[Title] OR (("patient s"[All Fields] OR "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields] OR "patients s"[All Fields]) AND ("autonomies"[All Fields] OR "autonomy"[All Fields]) AND "Discharge"[Title]) OR (("informed consent"[MeSH Terms] OR ("informed"[All Fields] AND "consent"[All Fields]) OR "informed consent"[All Fields]) AND "Discharge"[Title]) OR "patient centered discharge"[Title] OR "self-discharge"[Title] OR "self-discharge"[Title] OR "discharge against medical advice"[Title]) AND ("2014/12/02 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND ("english"[Language] OR "persian"[Language])) AND (("mental"[Title/Abstract] OR "psychiatric"[Title/Abstract]) AND ("2014/12/02 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND ("english"[Language] OR "persian"[Language]))) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR persian[Filter]))

پیوست ۲: فرم استخراج داده های مرتبط با موضوع ترخیص با رضایت شخصی

ردیف	عنوان	سال انتشار	کشور	بخش	شیوع	روش اجرا	عوامل مرتبط	علل	مداخلات مؤثر
۱	فراوانی و روند ترخیص از بیمارستان با رضایت شخصی (DAMA) در یک پایگاه داده بزرگ اداری (۲۴)	۲۰۱۴	ایتالیا	بیمارستان های عمومی و خصوصی	۶۰ در هر ۱۰۰۰ بستری	کوهسورت گذشته نگر، تحلیل داده های ۱۱۴۳۶۵۰۰ بستری (۲۰۰۱-۲۰۱۲)	اقامت در خارج از ایتالیا، اقامت در خارج از ونتو، بستری در واحد بهداشتی متفاوت، جنس زن	سوء مصرف مواد، اختلالات روان پزشکی، تروما، مسائل بارداری	گزارش نشده
۲	کناره گیری از ترخیص با رضایت شخصی (۲۵)	۲۰۱۷	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی، تحلیل شیوه های بیمارستان	سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشکی - بیمار، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	بازنگری فرم های ترخیص، آموزش مهارت های ارتباطی، مراقبت بیمار محور
۳	ترخیص با رضایت شخصی در ایالات متحده آمریکا: ۲۰۱۰-۲۰۰۲ (۲۳)	۲۰۱۷	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	۱۰۱ درصد از کل بستری ها	تحلیل مقطعی گذشته نگر، داده های Nationwide Inpatient Sample (۲۰۰۲-) (۲۰۱۱)	بیمه نشدن، جنس مرد، منطقه شمال شرق، سن جوان تر، درآمد پایین	سوء مصرف مواد، اختلالات روان پزشکی، بیماری های مرتبط با HIV	شناسایی زود هنگام بیماران در معرض خطر، بهبود ارتباط بیمار - پزشک
۴	ترخیص علی رغم توصیه پزشکی در بیمارستان های آموزشی غنا (۲۶)	۲۰۲۳	غنا	بخش اورژانس	۲۰۵ درصد از ۸۵۶۵ بستری	مطالعه گذشته نگر، تحلیل سوابق بیمارستانی (۲ سال)	جنس مرد، جمعیت جوان تر	محدودیت های مالی، ترجیح درمان گیاهی، شکستگی ها، آسیب های سر	آموزش گروه های در معرض خطر، بهبود ارتباط تیم پزشکی

۵	ترخیص با رضایت شخصی در بخش بستری روان پزشکی: مروری بر مقالات (۲۷)	۲۰۰۶	ایالات متحده	بخش‌های روان پزشکی	۵۱-۳ درصد از بستری‌های روان پزشکی	مرور روایی مقالات (۱۹۷۰-۲۰۰۵)	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیمه نشدن، بیماری‌های روان پریشی	نارضایتی از درمان، ترجیح مراقبت در منزل، مشکلات مالی	شناسایی زودهنگام، مشاوره روان پزشکی، حمایت اجتماعی
۶	ترخیص با رضایت شخصی: رفتار «انحرافی» یا شکاف کیفیت سیستم سلامت؟ (۲۸)	۲۰۲۰	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	۲-۱ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۴ بیمار و ۲۰ پزشک	سوء مصرف مواد، مشکلات روانی، محدودیت‌های مالی، محرومیت اجتماعی	عدم ارتباط مؤثر، پزشک - بیمار، احساس بهبودی، کاذب، فضای نامناسب بیمارستان	بهبود مهارت‌های ارتباطی پزشکان، مداخلات ساختاری، حمایت اجتماعی
۷	نگاهی دیگر به ترخیص خودسرانه با وجود توصیه پزشکی: فرصتی برای نشان دادن همدلی، توانمندسازی و مراقبت (۲۹)	۲۰۱۸	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۷ پرسنل و ۱۶ بیمار/خانواده	مشکلات روانی، محرومیت اجتماعی، سوء مصرف مواد	عدم ارتباط مؤثر، احساس عدم کنترل بیمار، فضای نامناسب بیمارستان	تقویت همدلی در تعاملات پرسنل، توانمندسازی بیماران، بهبود فرایندهای ارتباطی
۸	ترخیص با رضایت شخصی: علل، پیامدها و اقدامات اصلاحی احتمالی (۳۰)	۲۰۲۴	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیمه نشدن	محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات، احساس بهبودی، مشکلات خانوادگی	آموزش پرسنل، بهبود ارتباط بیمار - پزشک، مداخلات روان شناختی
۹	ترخیص با رضایت شخصی: ملاحظات اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای (۳۱)	۲۰۰۸	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	نارضایتی از خدمات، اعتماد به پرسنل، مشکلات مالی	بهبود ارتباط پزشک - بیمار، مشاوره اخلاقی، آموزش پرسنل

۱۰	بازنگری در ترخیص‌های توصیه نشده توسط پزشک: پذیرش بیمارمحوری برای ارتقای مراقبت با کیفیت بالا و یک دستور کار تحقیقاتی جدید (۳۲)	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، احساس بهبودی کاذب	مراقبت بیمارمحور، بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش پرسنل
۱۱	ترخیص با رضایت شخصی در کودکان استرالیایی با فرهنگ و زبان‌های متنوع (۳۳)	۲۰۱۵	استرالیا	بخش کودکان	۱۰۴ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه مقطعی، تحلیل داده‌های بیمارستانی	تنوع فرهنگی و زبانی، محرومیت اجتماعی	مشکلات ارتباطی با پرسنل، عدم درک فرایندها، فشارهای خانوادگی	مترجم زبان، آموزش فرهنگی پرسنل، حمایت اجتماعی
۱۲	ترخیص با رضایت شخصی: دیدگاه‌های بالینی و مالی جامعه‌شناختی - جمعیتی (۳۴)	۲۰۰۲	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۰۹ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه مقطعی، تحلیل داده‌های بیمارستانی (۱۹۹۸-۱۹۹۹)	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیماری‌های روانی، بیمه‌نشدن	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، سوء مصرف مواد	آموزش بیماران درباره خطرات، بهبود دسترسی به خدمات مالی
۱۳	تحلیل مبتنی بر جمعیت از ترک بیمارستان با وجود توصیه پزشکی: میزان بروز و متغیرهای مرتبط (۳۵)	۲۰۱۳	کانادا	بیمارستان‌های عمومی	۱۰۳ درصد از کل بستری‌ها	تحلیل کوهورت گذشته‌نگر، داده‌های ۱۰۹ میلیون بستری (۲۰۰۲-۲۰۰۸)	سن جوان‌تر، جنس مرد، بیماری‌های روانی، سوء مصرف مواد، درآمد پایین	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، سوء مصرف مواد	گزارش نشده
۱۴	ترخیص با رضایت شخصی در بیماران ترومایی: روند عوامل خطر و پیامدهای آن برای استراتژی‌های مدیریت	۲۰۲۴	ایالات متحده	بخش تروما	۱۰۷ درصد از ۱۰۶ میلیون بستری	تحلیل کوهورت گذشته‌نگر، داده‌های National Trauma Data Bank (۲۰۱۷-۲۰۲۰)	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیمه‌نشدن	سوء مصرف مواد، محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات	مشاوره روان‌شناختی، بهبود دسترسی به خدمات مالی، آموزش پرسنل

								مراقبت‌های بهداشتی (۳۶)	
۱۵	ترخیص با رضایت شخصی: پیش‌بینی‌کننده‌های شیوع و جمعیت‌ها (۳۷)	۲۰۱۸	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۲-۱ درصد از کل بستری‌ها	مرور روایی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء‌مصرف مواد، بیماری‌های روانی، محرومیت اجتماعی	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، احساس بهبودی کاذب	بهبود ارتباط پزشکی - بیمار، مداخلات روان‌شناختی، حمایت اجتماعی
۱۶	ترخیص با رضایت شخصی در بخش اورژانس: مروری بر مقالات (۳۸)	۲۰۲۲	اندونزی	بخش اورژانس	۲-۰.۵ درصد از کل بستری‌ها	مرور روایی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء‌مصرف مواد، مشکلات روانی	محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات، فضای نامناسب بیمارستان	آموزش پرسنل، بهبود محیط بیمارستان، مشاوره بیمار
۱۷	چه مشکلی در ترخیص با وجود توصیه پزشکی وجود دارد (و چگونه می‌توان آنها را برطرف کرد) (۳۹)	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی	سن جوان‌تر، سوء‌مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشکی - بیمار، نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی	بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش پرسنل، مراقبت بیمارمحور
۱۸	ترخیص با رضایت شخصی: تجربه‌ای از یک بیمارستان روستایی نیجریه (۴۰)	۲۰۱۳	نیجریه	بیمارستان عمومی روستایی	۵.۷ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	سن جوان‌تر، جنس مرد، بیماری‌های شدید، مشکلات مالی	مشکلات مالی، ترجیح درمان سنتی، بیماری‌های با پیش‌آگهی ضعیف	آموزش بیماران، بهبود دسترسی به خدمات مالی
۱۹	شیوع ترخیص با رضایت شخصی در بیماران روان‌پزشکی و عوامل مرتبط با آن (۴۱)	۲۰۱۸	ایالات متحده	بخش‌های روان‌پزشکی	۱۳.۷ درصد از کل بستری‌های روان‌پزشکی	مطالعه کوهورت گذشته‌نگر، تحلیل داده‌های بیمارستانی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء‌مصرف مواد، بیماری‌های روان‌پریشی	سوء‌مصرف مواد، نارضایتی از درمان، مشکلات خانوادگی	مشاوره روان‌شناختی، بهبود ارتباط پزشکی - بیمار

۲۰	ترخیص با رضایت شخصی: وقت آن رسیده که نگاهی دوباره به این موضوع بیندازیم. بررسی گذشته‌نگر ترخیص با رضایت شخصی با تمرکز بر پیشگیری (۴۲)	۲۰۲۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۱-۲ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه گذشته‌نگر، تحلیل سوابق بیمارستانی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی، بیمه‌نشدن	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، احساس بهبودی کاذب	شناسایی زودهنگام بیماران در معرض خطر، آموزش پرسنل
۲۱	ترخیص با وجود توصیه پزشکی: چند وقت یکبار مداخله می‌کنیم؟ (۴۳)	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مطالعه مقطعی، بررسی مداخلات پرسنل	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشکی - بیمار، نارضایتی از خدمات	مداخلات زودهنگام، آموزش مهارت‌های ارتباطی پرسنل
۲۲	ترخیص با رضایت شخصی: ملاحظات کودکان (۴۴)	۲۰۱۸	ایالات متحده	بخش کودکان	۰.۵-۱ درصد از بستری‌های کودکان	مرور روایی	تنوع فرهنگی، مشکلات خانوادگی، بیماری‌های مزمن	مشکلات ارتباطی با پرسنل، فشارهای خانوادگی، عدم درک درمان	استفاده از مترجم، آموزش فرهنگی پرسنل، حمایت خانوادگی
۲۳	آیا مشخص کردن ترخیص به‌عنوان «خلاف توصیه پزشکی» از نظر قانونی مصونیت ایجاد می‌کند؟ (۴۵)	۲۰۰۰	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی، تحلیل حقوقی	عدم اعتماد به پرسنل، نارضایتی از خدمات	عدم اعتماد به پرسنل، نارضایتی از خدمات	آموزش پرسنل درباره مسائل حقوقی، بهبود ارتباط پزشکی - بیمار
۲۴	به چالش کشیدن افسانه‌های مربوط به ترخیص بدون رضایت پزشک (۴۶)	۲۰۲۲	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روایی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، عدم ارتباط مؤثر	بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش پرسنل، مراقبت بیمارمحور

۲۵	ترخیص با رضایت شخصی پس از بستری شدن در بیمارستان به دلیل سکته قلبی حاد (۴۷)	۲۰۱۸	انگلستان	بخش قلب	۱.۳ درصد از بستری های قلبی	مطالعه کوهورت گذشته نگر، تحلیل داده های بیمارستانی	سن جوان تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد	احساس بهبودی کاذب، نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی	مشاوره بیمار، بهبود ارتباط پزشک - بیمار
۲۶	بررسی میزان و عوامل مؤثر بر ترخیص در توصیه های پزشکی در بیماران اعصاب و روان در یک دوره ۱۰ ساله (۲۰۱۰-۲۰۲۰) (۴۸)	۲۰۲۴	ایران/مشهد/ب. ابن سینا	اعصاب و روان	۱۷ درصد	مقطعی، داده های HIS ثانویه	مذکر، سن، زمان بستری، شیفت بستری، فصل بستری، سال، ترخیص در ایام تعطیل، فصل ترخیص، ساعت ترخیص، شیفت ترخیص، استان و شهر محل سکونت، اندازه شهر محل زندگی، نوع بیمه (درمانی و مسلح)، داشتن بیمه تکمیلی، اولویت پذیرش و اورژانسی بودن، بخش های بالینی (بزرگسال مرد و زن)، مدت زمان بستری	سوء مصرف مواد، اختلالات روان پریشی، مشکلات خانوادگی	مشاوره روان شناختی، بهبود ارتباط پزشک
۲۷	بیماران ترخیص شده بر اساس توصیه های پزشکی از یک بیمارستان روان پزشکی در ایران: یک مطالعه آینده نگر (۴۹)	۲۰۱۴	ایران	بخش روان پزشکی	گزارش نشده	مطالعه آینده نگر	سن جوان تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد	نارضایتی از درمان، مشکلات مالی	مشاوره بیمار، حمایت اجتماعی

۲۸	"من به خانه می‌روم!" ترخیص برخلاف توصیه‌های پزشکی (۵۰)	۲۰۰۹	گزارش نشده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	سن جوان‌تر، سوء مصرف مالی	نارضایتی از خدمات، مشکلات	بهبود ارتباط پزشک - بیمار
۲۹	ترک بیماران بر خلاف توصیه پزشکی: یک مطالعه مبتنی بر بیمارستان روان پزشکی بستری (۵۱)	۲۰۱۳	۱۵-۱۰ درصد از بستری‌های روان پزشکی	بخش روان پزشکی	ایران	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، نارضایتی از درمان	مشاوره روان‌شناختی، حمایت اجتماعی	مشاوره روان‌شناختی، حمایت اجتماعی
۳۰	عوامل مرتبط با ترخیص در برابر توصیه‌های پزشکی در نوجوانان ایالات متحده که به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده‌اند. (۵۲)	۲۰۲۴	۱۰-۵ درصد از بستری‌های روان پزشکی	بخش روان پزشکی کودکان	ایالات متحده	نوجوانی، افکار خودکشی، سوء مصرف مواد	نارضایتی از درمان، فشارهای خانوادگی	مشاوره روان‌شناختی، حمایت خانوادگی
۳۱	متادل کردن استقلال و سودمندی در زمان ترخیص روان پزشکی. (۵۳)	۲۰۱۸	گزارش نشده	بخش روان پزشکی	گزارش نشده	سن جوان‌تر، بیماری‌های روان پریشی	نارضایتی از درمان، عدم اعتماد به پرسنل	مشاوره اخلاقی، مراقبت بیمار محور
۳۲	ترخیص در برابر مشاوره پزشکی در ایالات متحده، ۲۰۱۱-۲۰۰۲، (۲۳)	۲۰۱۷	۱۰۱ درصد از کل بستری‌ها	بیمارستان‌های عمومی	ایالات متحده	بیمه‌نشدن، جنس مرد، منطقه شمال شرق، سن جوان‌تر، درآمد پایین، سوء مصرف مواد، اختلالات روان پزشکی، بیماری‌های مرتبط با HIV	شناسایی زود هنگام بیماران در معرض خطر	بهبود ارتباط بیمار - پزشک
۳۳	ترخیص در برابر توصیه‌های پزشکی	۲۰۱۷	۲-۱ درصد از کل بستری‌ها	بیمارستان‌های عمومی	ایالات متحده	سن بالا، بیماری‌های مزمن، محرومیت اجتماعی	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات	حمایت اجتماعی، بهبود

دسترسی به خدمات مالی							سالمندان بستری در ایالات متحده. (۵۴)	
مشاوره روان‌شناختی، حمایت اجتماعی	نارضایتی از خدمات، مشکلات خانوادگی	سن بالا، بیماری‌های روان‌پریشی، سوء مصرف	مطالعه کیفی، مصاحبه با پرسنل و بیماران	گزارش نشده	بخش اورژانس روان‌پزشکی		عوامل بازدارنده ترخیص زودرس از اورژانس روان‌پزشکی بیماران سالمند. (۵۵)	۳۴
آموزش والدین، حمایت خانوادگی	مشکلات مالی، فشارهای خانوادگی	تنوع فرهنگی، مشکلات خانوادگی	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	گزارش نشده	بخش کودکان	ایران/مشهد/ب. دکتر شیخ	بررسی علل و پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان دکتر شیخ مشهد (۹)	۳۵
مشاوره روان‌شناختی، بهبود ارتباط پزشک - بیمار	سوء مصرف مواد، نارضایتی از درمان	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	۲۰-۱۰ درصد از بستری‌های روان‌پزشکی	بخش روان‌پزشکی	ایران	بررسی موارد ترخیص با رضایت شخصی در بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و علل مرتبط با آن (۴۱)	۳۶
آموزش بیماران، بهبود محیط بیمارستان	محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات	سن جوان‌تر، مشکلات	مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	گزارش نشده	بخش اورژانس	ایران/سمنان/ب. کوثر	بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس بیمارستان کوثر شهر سمنان (۱۱)	۳۷

پیوست ۳: فرم گردآوری داده‌های مربوط به روش‌های تغییر رفتار سازمانی

شماره ردیف	شماره منبع مطالعه	مدل یا چارچوب تغییر رفتار سازمانی	جزئیات مداخله	نتایج و اثربخشی	ملاحظات/یادداشت‌ها
۱	۱۶	مدل سه مرحله‌ای لوین	یخزدایی (شناسایی مشکلات و کاهش مقاومت)، تغییر (آموزش و پروتکل‌های جدید)، انجماد مجدد (نظارت و بازخورد)	بهبود ارتباط پزشک - بیمار، تثبیت رفتارهای جدید	مناسب برای نشان دادن نیاز به تغییر با داده‌های DAMA و آموزش هدفمند
۲	۱۶	مدل چرخ تغییر کانتر	10 عامل کلیدی: چشم‌انداز مشترک، ارتباطات، آموزش، حمایت، پاداش، بازخورد، هماهنگی، توانمندسازی، رهبری، فرهنگ	ایجاد انگیزه و هماهنگی بین پرسنل، کاهش DAMA	مناسب برای محیط‌های پیچیده بیمارستانی
۳	۱۷	مدل آدکار	مراحل: آگاهی، تمایل، دانش، توانایی، تثبیت	تغییر رفتار فردی پرسنل، بهبود مهارت‌های ارتباطی	مؤثر برای تغییر رفتار فردی در بخش‌های روان‌پزشکی
۴	۱۸	مدل فرایند تغییر کاتر	هشت مرحله: فوریت، ائتلاف راهنما، چشم‌انداز، انتقال، توانمندسازی، موفقیت کوتاه‌مدت، تثبیت، نهادینه‌سازی	تغییرات ساختاری و رفتاری، کاهش DAMA با مشاوره اجباری	مناسب برای سازمان‌های بزرگ و تغییرات ساختاری
۵	۱۹	مدل تغییر رفتار مبتنی بر عملکرد	مدیریت عملکرد، بازخورد مستمر، پاداش مبتنی بر نتایج	افزایش انگیزه پرسنل، کاهش DAMA در بخش‌ها	مناسب برای منابع محدود و ایجاد انگیزه مستقیم
۶	۲۰	مدل تغییر رفتار یکپارچه	تلفیق نظریه‌ها، تأکید بر انگیزه درونی، هنجارها، خودکارآمدی	آموزش شناسایی بیماران پرخطر، بازخورد مثبت، فرهنگ حمایتی	مناسب برای محیط‌های روان‌پزشکی با تعاملات پیچیده
۷	۲۱	مدل تغییر مثبت	استفاده از نقاط قوت، فرهنگ مثبت، همکاری	الگوبرداری از بخش‌های موفق، جلسات بازخورد مثبت	ایجاد انگیزه و همکاری در محیط‌های پراسترس
۸	۲۲	مدل توسعه‌سازمانی	تشخیص مشکلات، طراحی مداخلات آموزشی، اجرا، ارزیابی	بهبود بلندمدت رفتار پرسنل، کاهش DAMA	مناسب برای ایجاد سازمان یادگیرنده و توسعه پایدار

پیوست ۵: راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته

هدف: این راهنما برای انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با بیماران، خانواده‌ها/همراهان آن‌ها و افراد مطلع بیمارستان روان‌پزشکی روزبه تهران طراحی شده است تا علل ترخیص با رضایت شخصی و عوامل مرتبط با آن شناسایی شود. سؤالات باز و منعطف هستند تا امکان کاوش عمیق‌تر دیدگاه‌ها فراهم شود.

دستورالعمل برای مصاحبه‌گر:

- قبل از شروع مصاحبه، اهداف پژوهش را به صورت شفاف برای شرکت‌کننده توضیح دهید.
- رضایت کتبی یا شفاهی اخذ کنید و اطمینان دهید که اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند.
- مصاحبه‌ها را با دستگاه ضبط صوت دیجیتال یا موبایل ضبط کنید (با اجازه شرکت‌کننده).
- یادداشت‌های میدانی (مانند حالات غیر کلامی یا شرایط محیطی) را ثبت کنید.
- در صورت نیاز، سؤالات کاوشی (مانند «می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟» یا «چطور این موضوع بر تصمیم شما تأثیر گذاشت؟») پرسید.
- مدت مصاحبه معمولاً ۲۰-۴۰ دقیقه است، ولی بر اساس پاسخ‌ها ممکن است کوتاه‌تر یا طولانی‌تر شود.

بخش اول: معرفی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

۱. لطفاً خودتان را معرفی کنید (نام اختیاری است، کد مصاحبه ثبت می‌شود).
۲. (برای بیماران/خانواده‌ها) سن، جنسیت، تحصیلات و شغل خود را بگویید.
۳. (برای پرسنل) نقش شما در بیمارستان چیست و چند سال تجربه کاری در روزبه دارید؟
۴. (برای بیماران) چه تشخیصی برای شما ثبت شده بود و مدت اقامت شما در بیمارستان چقدر بود؟

بخش دوم: علل ترخیص با رضایت شخصی

۱. چه عواملی باعث شد تصمیم به ترخیص با رضایت شخصی بگیرید/از بیمارستان خارج شوید؟ آیا این تصمیم به شرایط بیمارستان، رفتار پرسنل، یا مسائل شخصی مربوط بود؟
۲. از نظر شما، چه جنبه‌هایی از محیط بیمارستان (مانند فضا، امکانات، یا شرایط بهداشتی) بر تصمیم ترخیص تأثیر داشت؟ مثلاً آیا چیزی در محیط بیمارستان شما را آزار داد؟
۳. رفتار پرسنل (پزشکان، پرستاران، یا سایر کارکنان) چگونه بر تصمیم شما برای ترخیص تأثیر گذاشت؟ آیا تجربه‌ای خاص از تعامل با پرسنل به یاد دارید؟

۴. آیا مسائل مالی، بیمه، یا فشارهای خانوادگی/اجتماعی در تصمیم شما نقش داشتند؟ مثلاً آیا هزینه‌ها یا عدم پوشش بیمه‌ای تأثیری داشت؟
۵. (برای پرسنل) از دیدگاه شما، چه دلایلی باعث می‌شود بیماران بیمارستان را با رضایت شخصی ترک کنند؟ آیا الگویی در رفتار بیماران یا شرایط بیمارستان مشاهده کرده‌اید؟

بخش سوم: پیشنهادات و راهکارها

۶. چه پیشنهادهایی برای بهبود تجربه بیماران در بیمارستان روزبه دارید تا ترخیص با رضایت شخصی کاهش یابد؟ مثلاً در زمینه امکانات، رفتار پرسنل، یا فرایند درمان چه تغییراتی پیشنهاد می‌کنید؟
۷. (برای پرسنل) چه مداخلاتی (مانند آموزش پرسنل، تغییر فرایندها، یا بهبود امکانات) می‌تواند به کاهش ترخیص با رضایت شخصی کمک کند؟ آیا تجربه موفقی از مداخلات قبلی دیده‌اید؟
۸. آیا نکته دیگری در مورد تجربه خود یا شرایط بیمارستان دوست دارید اضافه کنید؟

پیوست ۶: ماتریس اولویت بندی مداخلات کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزبه تهران

ماتریس اولویت بندی مداخلات کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان روان پزشکی روزبه										
راهکار پیشنهادی (بر اساس جدول ۴)	تأثیر بر کاهش (DAMA) Effectiveness ⁴⁵	قابلیت اجرا Feasibility ⁴⁶	هزینه اجرا Cost	طول مدت اجرا Time to Implementation ⁴⁷	پذیرش توسط کارکنان Acceptability ⁴⁸	پایداری اثر Sustainability ⁴⁹	جمع امتیازات	منبع پیشنهاد کننده ⁵⁰	جمع امتیازات منطبق بر منبع پیشنهاد	گام های اجرایی
ایجاد بستر تعامل همدلانه با گیرندگان خدمت								مطلعین		1. ارزیابی وضعیت فعلی تعاملات پرسنل با بیماران از طریق نظرسنجی 2. طراحی برنامه آموزشی جامع در مهارت های همدلی و ارتباط مؤثر 3. اجرای دوره های آموزشی برای تمام پرسنل بالینی و اداری 4. توسعه پروتکل های استاندارد تعامل روزانه مانند چک لیست های همدلانه 5. نظارت منظم بر کیفیت تعاملات از طریق بازخورد بیماران و خانواده ها 6. ادغام نتایج نظارت در برنامه های آموزشی مداوم برای بهبود مستمر.
بهره گیری از کمک خیران برای حمایت از بیماران کم درآمد								مطلعین		1. شناسایی خیران بالقوه از طریق شبکه سازی با جوامع محلی و سازمان های خیریه 2. ارزیابی نیازهای مالی بیماران کم درآمد از طریق غربالگری اولیه 3. ایجاد صندوق حمایتی با قوانین شفاف توزیع کمک ها 4. توسعه سیستم ثبت نام و پیگیری بیماران نیازمند 5. گزارش دهی شفاف سالانه به خیران در مورد تأثیر کمک ها 6. برگزاری رویدادهای قدردانی برای جذب خیران بیشتر و حفظ روابط.
برقراری ارتباط مؤثر در آموزش بیمار و خانواده طی فرایند بستری با تأکید بر ملاقات با اساتید و ارزیابی میزان تمایل به رضایت شخصی در بدو ورود بیمار								هر دو		1. توسعه برنامه آموزشی استاندارد برای بیماران و خانواده ها در بدو ورود به بیمارستان 2. هماهنگی ملاقات های اولیه با متخصصان روان پزشکی و اساتید مربوطه 3. ارزیابی میزان تمایل به رضایت شخصی از طریق پرسش نامه های استاندارد 4. ادغام نتایج ارزیابی در برنامه درمانی فردی 5. برگزاری جلسات آموزشی گروهی برای خانواده ها در طول بستری 6. پیگیری اثربخشی آموزش از طریق نظرسنجی پس از ترخیص.

⁴⁵ : چقدر مداخله در کاهش نرخ DAMA و بهبود نتایج بیمار (مانند کاهش readmission یا مرگ و میر) مؤثر است.

⁴⁶ : چقدر مداخله آسان اجرا می شود، (با توجه به منابع موجود (مانند کارکنان، تجهیزات یا تغییرات ساختاری).

⁴⁷ : با تمرکز بر برنامه ریزی چقدر سریع مداخله قابل اجرا است،

⁴⁸ : درجه پذیرش مداخله توسط بیماران، خانواده ها، کارکنان و ذینفعان (مانند بهبود روابط بیمار-پزشک یا کاهش بار کاری کارکنان).

⁴⁹ : قابلیت ادامه مداخله در بلندمدت بدون نیاز به منابع اضافی، با تمرکز بر استانداردسازی فرآیندها.

⁵⁰ چنانچه منبع پیش نهاد کننده مطلعین باشند، ضریب یک و چنانچه بیمار یا هر دو (بیمار و مطلعین) باشند امتیازات در ۱.۲ ضرب خواهد شد.

<p>1. ارزیابی عوامل اصلی DAMA موجه از طریق تحلیل داده‌های گذشته</p> <p>2. طراحی نظام پاداش مبتنی بر عملکرد برای کاهش موارد DAMA</p> <p>3. برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی برای پرسنل در مدیریت و حل مسائل DAMA</p> <p>4. ایجاد تیم‌های درون‌سازمانی برای نظارت بر موارد DAMA</p> <p>5. ارزیابی سالانه سطح انگیزه پرسنل و تنظیم برنامه‌های پاداش</p> <p>6. ادغام بازخورد پرسنل در بهبود فرایندها.</p>	هر دو								ایجاد و تقویت انگیزه درون‌سازمانی برای حل مسائل موجه DAMA (مانند نظام پاداش‌دهی و آموزش پرسنل)
<p>1. ارزیابی تأمین کنندگان فعلی غذا، لباس و ملحفه از نظر کیفیت و هزینه</p> <p>2. تدوین استانداردهای بهداشتی و نظافتی بر اساس دستورالعمل‌های ملی</p> <p>3. آموزش پرسنل خدماتی در رعایت استانداردها</p> <p>4. نظارت روزانه بر کیفیت غذا و بهداشت بخش‌ها با چک‌لیست‌ها</p> <p>5. جمع‌آوری بازخورد بیماران در مورد کیفیت خدمات</p> <p>6. اعمال تغییرات اصلاحی بر اساس بازخورد و نظارت مداوم.</p>	هر دو								بهبود کیفیت غذا، لباس، ملحفه، نظافت و بهداشت بخش‌های بستری
<p>1. ارزیابی نیازهای تفریحی بیماران از طریق نظرسنجی</p> <p>2. برنامه‌ریزی فعالیت‌های هفتگی آموزشی مانند کارگاه‌های هنری</p> <p>3. سازماندهی فعالیت‌های تفریحی مانند موسیقی درمانی و بازی‌های گروهی</p> <p>4. همکاری با متخصصان روان‌شناختی برای طراحی برنامه‌های سرگرم‌کننده</p> <p>5. نظارت بر ایمنی و اثربخشی فعالیت‌ها</p> <p>6. ارزیابی تأثیر بر رضایت و سلامت روان بیماران از طریق نظرسنجی دوره‌ای.</p>	هر دو								ایجاد محیط شاد و مطبوع با فعالیت‌های آموزشی، تفریحی و سرگرم‌کننده
<p>1. تعریف معیارهای دقیق گروه‌بندی بیماران بر اساس وضعیت بالینی</p> <p>2. بازنگری سیاست‌های محدودیت و شناسایی موارد غیرضروری</p> <p>3. حذف محدودیت‌ها برای گروه‌های کم‌خطر مانند بیماران باثبات و پیش‌ترخیص</p> <p>4. آموزش پرسنل در مدیریت گروه‌های مختلف و حفظ ایمنی</p> <p>5. نظارت بر اجرای گروه‌بندی و ارزیابی ریسک‌ها</p> <p>6. تنظیم پروتکل‌ها بر اساس بازخورد و داده‌های بالینی.</p>	هر دو								گروه‌بندی بیماران در فرایند بستری و حذف محدودیت‌های غیرضروری متناسب با گروه‌ها (بیماران آسیب‌رسان، بیماران باثبات، پیش‌ترخیص و بستری روزانه)
<p>1. توسعه ابزارهای ارزیابی رضایت مانند نظرسنجی‌های دیجیتال و مصاحبه‌ها</p> <p>2. ادغام نتایج ارزیابی در برنامه‌ریزی اقدامات اصلاحی</p> <p>3. برگزاری جلسات منظم با ذی‌نفعان برای بحث نتایج</p> <p>4. گزارش‌دهی دوره‌ای در مورد پیشرفت اقدامات</p> <p>5. پیگیری و ارزیابی تأثیر تغییرات اصلاحی بر رضایت.</p>	مطالعین								تقویت نظام ارزیابی رضایت ذی‌نفعان در ارتباط با اقدامات اصلاحی
<p>1. تدوین سیاست ترخیص موقت با معیارهای پزشکی و روان‌شناختی</p> <p>2. ارزیابی ریسک هر بیمار توسط تیم درمانی</p> <p>3. هماهنگی با خانواده برای حمایت طی ترخیص موقت</p> <p>4. ثبت دقیق و پیگیری وضعیت بیماران ترخیص شده</p> <p>5. ارزیابی اثربخشی سیاست از طریق نرخ بازگشت و رضایت.</p>	هر دو								ایجاد امکان ترخیص موقت برای بیماران
<p>1. شناسایی نیازهای درمانی غیر روان‌پزشکی بیماران از طریق ارزیابی جامع</p> <p>2. همکاری با متخصصان داخلی، جراحی و دیگر رشته‌ها برای مشاوره</p> <p>3. آموزش پرسنل روان‌پزشکی در رویکردهای درمانی ترکیبی</p> <p>4. توسعه پروتکل‌های استاندارد برای درمان‌های یکپارچه</p> <p>5. ارزیابی کیفیت درمان از طریق شاخص‌های بالینی و بازخورد بیماران.</p>	هر دو								ارتقای کیفیت درمان‌های غیر روان‌پزشکی بیمار

<p>1 . ایجاد واحد مستقل رسیدگی به شکایات با پرسنل آموزش دیده</p> <p>2 . توسعه فرایند ثبت شکایات از طریق اپلیکیشن یا فرم‌های کاغذی</p> <p>3 . پیگیری سریع شکایات با زمان‌بندی مشخص</p> <p>4 . گزارش‌دهی ماهانه در مورد شکایات و اقدامات انجام‌شده</p> <p>5 . ادغام نتایج در برنامه‌های آموزشی و اصلاحی بیمارستان.</p>		مطلعین							استقرار و نظام رسیدگی به شکایت بیماران و خانواده‌ها
--	--	--------	--	--	--	--	--	--	---