مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۸۹
دوره ۲، شماره۴، صفحات ۶۲-۵۷

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter 2011
Vol. 2; Issue 4, Pages : 57-62

فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در کودکان بیمارستان بوعلی ساری، در سال ۱۳۸۷

آذر کبیرزاده[1*]، اسماعیل رضا زاده[2]، بنیامین محسنی ساروی[3]

چکیده

زمینه و هدف: ترخیص با رضایت شخصی یکی از معضلات سیستم درمان در کشورهای دنیا است. به دلیل اینکه کودکان در تصمیم گیری ترخیص با رضایت شخصی مشارکت ندارند، این مطالعه به منظور تعیین فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی- از نوع بررسی داده‌های موجود می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه پرونده‌های مربوط به کودکان ترخیص شده با رضایت شخصی در سال ۱۳۸۷ در بیمارستان بو علی بود و از روش سرشماری در این پژوهش استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و آمار توصیفی و آزمون کای دو در سطح معناداری ۰/۰۵ > P تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۱۰۸ نفر(۲/۲ درصد) با رضایت شخصی مرخص شده که میانه سن کودکان دو سال و مدت اقامت در بیمارستان ۲ روز بود. به طور کلی ۹۵ نفر(۸۸/۷ درصد) دارای بیمه، محل زندگی ۶۵ نفر(۶۰/۲ درصد) شهر، از نظر سابقه روانپزشکی و اعتیاد در والدین در ۲۲ نفر(۲۰/۶ درصد) منفی، علت بستری ۱۰۰ نفر (۹۲/۳ درصد) بیماری و غیرجراحی و بقیه جراحی بود. رضایت دهنده در اغلب موارد پدر بیمار ۷۸ نفر(۷۲/۳ درصد) بود، همچنین از ۱۰۸ بیمار ترخیص شده با رضایت شخصی ۲۰ نفر(۱۲ درصد) بستری مجدد داشتند. ارتباط بین روز ترخیص با رضایت شخصی معنادار بود (P=۰/۰۳).

نتیجه گیری: میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان بوعلی ساری و در مقایسه با سایر مطالعات در یک دامنه مشابه و علل آن نیز تفاوت فاحشی نداشت. اما نداشتن فرم مناسب که در برگیرنده میزان توضیحات پزشکان به والدین پیرامون عواقب ترخیص با رضایت شخصی و همچنین بیانگر علل واقعی این گونه ترخیص‌ها باشد در این مطالعه قابل توجه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، ترخیص، پذیرش، ترخیص با رضایت شخصی، کودک

۱- مربی مدارک پزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۲- کارشناس ارشد مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۳- کارشناس مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
* **نویسنده مسئول:** مازندران، ساری- کیلومتر ۱۴ جاده دریا، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
تلفن ۳۵۴۳۳۰۸۶- ۰۱۵۱ پست الکترونیک: A.kabirzade@mazums.ac.ir

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

ترخیص با رضایت شخصی به معنی انصراف بیمار از اجازه‌ای که قبلاً به کادر درمان برای ارائه خدمت داده بود، می‌باشد(۱). ترخیص با رضایت شخصی با قطع نابهنگام درمان توسط بیمار یا والدین شروع و در برخی موارد منجر به بستری مجدد و یا حتی فوت بیمار می‌گردد. گاهی اوقات علیرغم اینکه کادر درمان توضیحات لازم پیرامون عواقب خروج بیمار از بیمارستان را به آنان اعلام می‌کنند، ولی کماکان اصرار بر ترخیص وجود دارد. البته این موضوع بخشی از حقوق بیمار است که اجازه دارد تا با میل خود به بیمارستان وارد و با رضایت خود نیز ترخیص شود.

ترخیص با رضایت شخصی خاص کشور ما نبوده و در خصوص علل آن مطالعاتی وجود دارد. در مقاله‌ی برگر (۲۰۰۸) با عنوان ترخیص با میل شخصی: ملاحظات اخلاقی و وظایف تخصصی اشاره شده است که در یک بیمارستان عمومی حدود ۱ درصد از ترخیص‌ها با میل شخصی هستند (۲). در مطالعه دونو (۲۰۰۳) مشخص گردید که در طی دو سال و از بین ۴۱۶۴۸ بیمار بستری ۰/۳۴ درصد با رضایت شخصی مرخص شده‌اند (۳). در مطالعه سیبورن (۲۰۰۴) در طی مدت دو سال ۰/۵۷ درصد ترخیص‌ها با رضایت شخصی بود (۴). دلایل متعددی برای ترخیص با رضایت شخصی وجود دارد. عدم رضایت از خدمات بیمارستان، دلایل فردی مانند اعتیاد یا سوء مصرف دارویی خود بیمار یا والدین، نداشتن هزینه‌های بیمارستان، مشکلات روانپزشکی، مشکلات خانوادگی (مانند داشتن بچه کوچک دیگر در منزل)، عدم بهبود قابل توجه، اعتقاد به طب سنتی، اقامت طولانی در بیمارستان، احساس بهبودی، محل زندگی (شهری یا روستایی بودن) تعدادی از این موارد هستند (۱۱-۵).

با رضایت شخصی درمان قطع و ممکن است حال بیمار بدتر شود و یا اینکه شرایط بدتری مانند مرگ برای وی ایجاد شده و یا دچار عوارضی شود که در دراز مدت قابل جبران نباشد. بهرحال در صورتی که به علت شدت بیماری مراجعه مجدد به بیمارستان داشته باشد، این دوباره کاری‌ها در چرخه-ی هزینه‌های درمان در کل کشور قابل بحث و تامل هستند. از طرفی کادر درمان نیز فقط می‌توانند به بیمار یا والدین توضیحاتی پیرامون قطع درمان و پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی را ارائه، و به طور کلی نمی توانند مانع خروج وی از بیمارستان شوند. همچنین ممکن است بستری دوم با پیچیدگی‌های بیشتری همراه شود که اقامت بیمار را طولانی تر از اولین مرحله درمان نماید. درخواست ترخیص با رضایت شخصی در کودکان به دلیل صغیر بودن بیمار بر عهده والدین می‌باشد. ترخیص با رضایت شخصی کودکان به طور ضمنی مبنی بر آگاهی کامل والدین است. درست است که پزشک به طور آشکار از عواقب آن بری می‌باشد ولی چون کودک از بیان تمایلات خود عاجز و در پاره‌ی از موارد به علت اینکه درک کافی از این روند نمی تواند داشته باشد، بنابراین ممکن است قربانی این تصمیم گیری‌ها گردد (۸).

با توجه به اینکه تاکنون برآوردی از میزان و علل رضایت شخصی در کودکان در دست نبود و علت یابی این گونه ترخیص‌ها از دیدگاه مدیریت بیمارستان‌ها و بیماری‌ها اهمیت دارد، لذا این مطالعه به منظور بررسی میزان و علل ترخیص با رضایت شخصی انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند تعیین کننده دلایل و اشکالات موجود منجر به ترخیص با میل شخصی شده، تا بتوان از موارد قابل اجتناب پیشگیری نمود. بهر حال ترخیص با رضایت شخصی باید از نظر پزشکان، پرستاران، مدیران بیمارستان‌ها و کلیه برنامه ریزان بهداشت و سلامت به لحاظ هزینه‌های درمان و همچنین در موارد عدم رضایت بیمار از بیمارستان به عنوان تکریم ارباب رجوع مورد توجه قرارگیرد.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی با بررسی داده‌های موجود در پرونده کودکان ترخیص شده با رضایت شخصی در سال ۱۳۸۷ از بیمارستان بوعلی به صورت سر شماری انجام گردید. بیمارستان بوعلی واقع در شهر ساری از استان مازندران، یک بیمارستان آموزشی- دولتی است که دارای بخش‌های اطفال، نوزادان و مراقبت‌های ویژه نوزادان نیز می‌باشد. برای این تحقیق یک فرم گردآوی داده بر اساس اهداف تحقیق طراحی و متغیرهای سن، جنس، محل زندگی (شهر، روستا)، داشتن بیمه، نسبت فرد رضایت دهنده با بیمار برای ترخیص شخصی، علت بستری (نام بیماری) و اقدامات درمانی (غیر دارویی) انجام شده، روز ترخیص (روزهای هفته)، مدت اقامت، سابقه والدین از نظر ابتلا به اعتیاد یا مشکلات روانپزشکی و علت ترخیص ثبت شد. در این مطالعه بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی زیر ۱۸ سال کودک تلقی شدند. زیرا از نظر قانون افراد زیر ۱۸ سال بالغ محسوب نمی شوند مگر بر اساس مجوز قانونی دارای حکم رشد بوده و فقط در این صورت مجاز به امضای اجازه بستری یا ترخیص هستند، در غیر اینصورت والدین و با اولویت پدر می‌توانند اجازه بستری و ترخیص با رضایت شخصی را امضاء کنند. علل بستری بیماران با استفاده از کتاب طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها ویرایش دهم[1](ICD-10) دسته بندی شد (۱۲). این مطالعه با محدودیت عدم اطلاع از بستری مجدد بیماران در مراکز دیگر مواجه بود. به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی از ذکر اسامی بیماران، بخش و پزشکان

1- International statistical classification of disease and related health problems 10th revised

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

خودداری و داده‌ها پس از آنالیز به صورت اطلاعات انتشار می‌یابد. برای مرور پرونده مجوز از دانشگاه محل تصویب طرح کسب شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۵و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی آنالیز گردید. ارتباط بین متغیرها با آزمون کای دو در سطح معناداری P < ۰/۰۵ بررسی شد.

یافته ها

نتایج این مطالعه نشان داد که در سال ۱۳۸۷ تعداد ۴۸۳۵ کودک در بیمارستان بوعلی ساری بستری شده که از این تعداد ۱۰۸ نفر (۲/۲ درصد) با رضایت شخصی مرخص شده‌اند. از نظر جنس ۵۷ نفر (۴۲/۷ درصد) دختر و بقیه پسر بودند. دامنه سنی از نوزاد یکروزه تا ۱۸ سال سن با میانه ۲ سال و دامنه مدت اقامت از ۱ تا ۴۲ روز با میانه ۲ روز که ۲۰ بیمار (۱۲ درصد) پس از ترخیص با رضایت شخصی مجدداً در همین بیمارستان به دلیل بیماری دوره قبل بستری شدند. محل زندگی ۶۵ نفر(۶۰/۲درصد) شهر و بقیه در روستا بود. نتایج نشان داد که ۹۵ نفر(۸۸/۷ درصد) دارای بیمه و بقیه فاقد پوشش بیمه‌ای بودند. علت بستری بیمار و علت ترخیص با رضایت شخصی به ترتیب در جداول ۱ و ۲ اشاره شده است. در این مطالعه اغلب کودکان ۹۶ نفر(۸۸/۹٪) در سن ۱ تا ۶ سال قرار گرفتند. نتایج نشان داد اغلب کودکان ۷۸ نفر(۷۲/۲٪) توسط پدر، ۲۱ نفر(۱۹/۴٪) مادر، ۴ نفر(۳/۷٪) خواهر و برادر، و ۵ نفر(۴/۶٪) توسط سایر افراد ترخیص شدند.

جدول ۱: فراوانی علت بستری در بررسی ترخیص با رضایت شخصی کودکان بیمارستان بوعلی سال ۱۳۸۷

علت بستری بر اساس طبقات ICD	فراوانی (درصد)	علت بستری بر اساس طبقات ICD	فراوانی (درصد)
بیماری عفونی	۲۵ (۲۳/۴)	بیماری سیستم عصبی	۲ (۱/۸)
علامت ها	۲۱ (۱۹/۴)	ناهنجاری‌های مادرزادی	۲ (۱/۸)
وضعیت‌های منشاء گرفته از دوره پری ناتال	۲۰ (۱۸/۷)	علل بهداشتی	۲ (۱/۸)
بیماری سیستم تنفس	۱۲ (۱۱/۱)	بیماری سیستم قلبی و عروقی	۱ (۰/۸)
صدمات و مسمومیت	۱۲ (۱۱/۱)	بیماری سیستم پوست	۱ (۰/۸)
سرطان	۵ (۴/۷)	بیماری سیستم غددرون ریز	۱ (۰/۸)
بیماری سیستم ادراری	۴ (۳/۷)	جمع	۱۰۸ (۱۰۰)

جدول ۲: فراوانی علل ترخیص با رضایت شخصی کودکان بیمارستان بوعلی سال ۱۳۸۷

علل رضایت شخصی	فراوانی(درصد)
نامعلوم†	۷۱ (۶۵/۷)
علل شخصی*	۱۵ (۱۳/۹)
انتقال+	۸ (۷/۵)
احساس بهبودی بیمار	۱۳ (۱۲)
پیگیری±	۱ (۰/۹)
جمع	۱۰۸(۱۰۰)

† علت نامعلوم یعنی هیچ علتی به عنوان دلیل ترخیص با رضایت شخصی قید نشده.

* یعنی والدین بیمار با دلیل مربوط به خانواده بیمارستان را ترک کرده.

+ انتقال به مرکز دیگر.

± بیمار ترجیح می‌دهد تا بقیه درمان را سرپایی ادامه دهد.

همچنین بررسی روز ترخیص در صورت مصادف بودن با ایام تعطیل در روز قبل و بعد از ترخیص نشان داد که ۳۵ بیمار (۳۲/۴ درصد) در روزهایی ترخیص شده‌اند که یا خود آن روز و یا قبل و بعد آن مصادف با تعطیلات بوده است. بررسی ارتباط بین روز ترخیص با علت رضایت شخصی(P =۰/۰۳) معنادار بود.

ارتباط بین محل سکونت با علت رضایت شخصی (P =۰/۳۹)، و بیمه با علت رضایت شخصی (P =۰/۸) معنادار نبود. در یک جمع بندی کلی علت بستری بیمار به دو گروه علت جراحی و علت بیماری داخلی (غیر جراحی) تقسیم شد. نتایج نشان داد که ۱۰۰ بیمار (۹۲/۳ درصد) با علت بیماری و ۸ بیمار (۷/۸ درصد) با علت جراحی بستری شده‌اند. که آزمون کای دو عدم ارتباط معنادار بین علت بستری با بیماری (P =۰/۱) و علت بستری به دلیل جراحی با علت ترخیص با رضایت شخصی را نشان داد، (P =۰/۳). نتایج نشان داد تعداد ۲۲ مورد (۲۰/۳) اقدامات درمانی و جراحی (غیر دارویی) برای بیماران انجام شده است که بیشترین فراوانی متعلق به فتوتراپی ۱۲ نفر(۵۴/۴٪) بود (بعضاً برای یک بیمار ۲ اقدام همزمان انجام شده است).

بحث

ترخیص با رضایت شخصی یکی از معضلات سیستم درمانی در تمام کشورهای دنیا از دیدگاه دوباره کاری‌ها و هزینه‌های ناشی از آن و همچنین اثرات مضر آن بر سیر بیماری که منجر به وخیم شدن حال بیمار و یا فوت می‌شود، می‌باشد(۱۳، ۳). در خصوص کودکان به دلیل اینکه قادر به درک معنای فوق و یا مشارکت در تصمیم گیری نیستند، این مسئله باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که در طی یک سال ۲/۲ درصد

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

بیماران با رضایت شخصی مرخص شده‌اند. این مورد در مطالعات دونو (۲۰۰۳) در طی دو سال۰/۳۴درصد، عبدالرشید (۲۰۰۸) در طی یکسال ۲/۴ درصد، برگر(۲۰۰۸) یک درصد، سی بورن (۲۰۰۴) در طی دو سال ۰/۵۷ درصد، فیسلا (۲۰۰۷) در طی دو سال ۰/۰۷ درصد و چیا (۲۰۰۳) در طی ۶ ماه متوالی و از ۲۴۷ بیمار تعداد ۶۵ نفر ۲۶ درصد بوده است. بر اساس نتایج این مطالعه و موارد مشابه به نظر می‌رسد که میزان رضایت شخصی در این مطالعه تفاوت چندانی با سایر مطالعات ندارد و تغییرات آن جزئی می‌باشد. ولی بهر حال تشخیص زودرس بیمارانی که تمایل به رضایت شخصی دارند می‌تواند تسهیل کننده روند کاهش ترخیص با رضایت شخصی باشد(۴-۲، ۱۶-۱۴).

نتایج این مطالعه همچنین نشان می‌دهد که ارتباط بین محل سکونت با رضایت شخصی معنا دار نبوده است. در خصوص محل سکونت شاید دلیل آن در این استان نزدیکی روستاها به شهر و دسترسی آسان روستائیان به مراکز درمانی باشد. در حالیکه در مطالعه فیسلا(۲۰۰۷) ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستانی که در منطقه پایتخت قرار گرفته است به طور معنا داری بالاتر از ترخیص با دستور پزشک بود (۱۰). همچنین در مطالعه لورنزی (۲۰۰۰) ترخیص با رضایت شخصی در افراد مقیم در شهر رم نسبت به آنهایی که در آن شهر اقامت دائم نداشته و یا در روستاها زندگی می‌کردند افزایش قابل توجهی داشته است (۶)[1].

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط بین نوع بیمه با رضایت شخصی معنادار نبوده است. در خصوص داشتن بیمه نیز در مطالعه باپیتس(۲۰۰۷) اشاره شده که افراد فاقد بیمه (۲۸/۹٪) با رضایت شخصی و ۱۳/۷درصد با دستور پزشک مرخص شده‌اند (۵). در مطالعه ابراهیم (۲۰۰۷) داشتن بیمه جزء عوامل پیشگویی کننده برای ترخیص با رضایت شخصی بوده است (۱۱). ولی در این مطالعه شاید دلیل آن پوشش بالای بیمه روستایی در سطح روستاها طی سال‌های اخیر باشد.

از سوی دیگر میانه مدت اقامت ۲ روز و تعداد ۲۰ نفر (۱۲درصد) بستری مجدد داشته‌اند. اگر مدت اقامت دوم بر اولین بستری اضافه شود، به طور حتم عدد متفاوتی بدست می‌آید. در مطالعه برگر اشاره شده است که بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی مدت بیشتری در بیمارستان اقامت داشته و نتیجه درمانی خوبی را هم نخواهند گرفت (۲). همچنین در مطالعه آنیس نیز مشخص شد، بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی بیشتر از بیماران ترخیص شده با دستور پزشک پذیرش مجدد داشته‌اند و پذیرش مجدد آنان ظرف ۳۵ روز بعد از ترخیص اول و با مدت اقامت طولانی تر از اقامت اول بود (۷). البته در مورد کودکان عوامل تاثیر گذار از طرف والدین نیز باید مورد توجه باشند.

نتایج این مطالعه نشان داد که ارتباط بین روز ترخیص با علت رضایت معنادار بود. البته این ارتباط در برخی روزها شامل تعطیل بودن همان روز(مثل روز جمعه) و یا تعطیلاتی که پشت سرهم هستند، می‌باشد. بدیهی است در اغلب اوقات در این روزها خصوصاً در مراکز دولتی و آموزشی ویزیت پزشکان تخصصی با تعطیلی نسبی مواجه و شاید والدین در صورتی که بهبودی نسبی را در فرزند خود مشاهده کننده و از طرفی با عدم ویزیت و یا ویزیت نامنظم نیز مواجه شوند، تصمیم بر ترخیص با رضایت شخصی پیدا کنند.

همچنین علت ترخیص در ۷۱ بیمار (۶۵/۷ درصد) نامعلوم است. این مورد ارتباط مستقیم با محتوای فرم رضایت شخصی دارد. وجود حداقل عناصر داده‌های مورد لزوم می‌تواند در مدیریت منابع درمان در کل کشور مفید واقع گردد. در مطالعه چیا در خصوص عدم توجه به مستند سازی ترخیص با رضایت شخصی اشاره می‌شود که مستندسازی این گونه ترخیص‌ها بسیار ضعیف و فرم مناسبی با عناصر داده‌ای کافی برای نشان دادن دلیل ترخیص بیمار وجود ندارد. همچنین تاکید می‌شود اگر ما فرم مناسبی برای این ترخیص‌ها داشته باشیم می‌توانیم دلیل ترخیص بیمار را منعکس کرده و درصورت تغییر عقیده وی متوجه تاثیر آگاهی‌های داده شده بر تصمیم وی شویم. این نکته می‌تواند یادآور خوبی برای پزشکان برای دادن آگاهی به بیمار و یا والدین وی شده و باعث بهبود کیفیت خدمات شود. این فرم در خصوص کودکان باید در بر گیرنده عوامل تاثیرگذار از طرف والدین نیز باشد. والدین معتاد، دارای سابقه روانپزشکی، دارای اختلاف خانوادگی و غیره شاید بیشتر تمایل به ترخیص کودک داشته باشند. نتایج این مطالعه نشان داد که نوع بیماری با علل رضایت ارتباط معنی داری ندارد. علت اولیه مراجعه غالباً منجر به پذیرش بیمار می‌شود، اما برخی از بیماران خصوصاً موارد بیماری‌های داخلی به محض اینکه بهبودی ظاهری حاصل شد، ممکن است تمایل به ترخیص داشته باشند ولی شاید در موارد منجر به جراحی این تصمیم کمتر باشد. به هر حال کودکی که با تشخیص اسهال و استفراغ در بیمارستان بستری شده با کودکی که لاپاراتومی شده است و هر دو با رضایت شخصی مرخص شده باشند نگهداری بیمار دوم در منزل بسیار سخت تر و بعضاً غیر ممکن است. این مورد ممکن است ریسک ترخیص با رضایت شخصی را در بیماران جراحی کاهش دهد.

نتایج این مطالعه نشان داد که نسبت فرد رضایت دهنده برای ترخیص با میل شخصی در ۷۲/۳ درصد موارد پدر بیمار

۱- البته در رابطه با کودکان توجه به این نکته الزامی است که کودک در غالب اوقات نمی تواند تنها در بیمارستان باشد. در صورتی که محل سکونت والدین در روستا و یا در شهرهای مجاور باشد و آنان برای مراقبت از کودک مجبور به رفت و آمد بین بیمارستان و محل زندگی خود باشند، شاید این عامل خسته کننده و ترخیص با رضایت شخصی را تشدید نماید.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

بوده است. از نظر قانون پدر قیم قانونی بیمار محسوب شده و اجازه ترخیص فرزند خود را دارا و در برخی منابع در غیاب پدر، مادر را مجاز دانسته و از کلمه والدین برای افرادی که مجاز به رضایت دادن هستند، استفاده شده است. نکته مهم در خصوص سایر اشخاص است که ۸/۴ درصد از موارد افرادی غیر پدر و مادر مجوز خروج و ترخیص با رضایت شخصی را امضاء کرده‌اند. در صورتی که این افراد دارای حکم قیومیت یا سرپرستی باشند مجاز به دادن رضایت بوده و در غیر اینصورت رضایت آنها فاقد اعتبار می‌باشد و بیمارستان در دعاوی حقوقی باید پاسخگو باشد. اما پس از بحث اعتبار این مجوزها نکته دیگری که جای تامل دارد، عدم وجود مکانی برای درج میزان آگاهی افراد رضایت دهنده از عواقب ترخیص با رضایت شخصی است. در فرمی که در حال حاضر در بیمارستان‌ها استفاده می‌شود فقط اشاره شده که بیمار و یا والدین با نظر خود بیمارشان را ترخیص می‌کنند و هیچگونه ادعایی بر کادر درمان نیز ندارند. همانطور که ورود بیمار به بیمارستان باید با رضایت آگاهانه باشد ترخیص با میل شخص و حتی ترخیص با دستور پزشک نیز باید با ارائه آگاهی کافی باشد. این در حالی است که فرم حاضر فاقد مکانی برای درج هر دو مورد می‌باشد و بعضاً پزشکان در زمان ترخیص با رضایت شخصی در جاهای دیگری مثل برگ دستور پزشک، سیر بیماری و یا هر جای دیگری که به‌نظرشان مکان مناسبی بنظر برسد در خصوص اینکه اطلاعاتی را به بیمار داده‌اند درج می‌کنند. همچنین فرم مذکور فاقد نکات لازم پیرامون بیان علت ترخیص است. این نکته از نظر مدیران بیمارستانی به منظور شناسایی عوامل تشدید کننده بسیار با اهمیت و باید مورد توجه لازم قرار گیرد.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی مشخص گردید که برای بررسی علت رضایت شخصی بیماران و خصوصاً کودکان و با استفاده از فرم فعلی ترخیص با میل شخصی با مشکلاتی مواجه هستیم. داشتن یک فرم با عناصر اطلاعاتی مناسب که در بر گیرنده علت رضایت، میزان آگاهی از عواقب ترخیص، در صورتی که بیمار یا والدین تغییر عقیده دادند شناخت نوع عامل، و همچنین شناسایی عوامل تاثیر گذار برای کودکان مانند ابتلای والدین به بیماری‌های روانپزشکی، اعتیاد و غیره به منظور استفاده از سیستم مددکاری بیمارستان به منظور حمایت از کودک ضروری می‌باشد. استفاده از این سیستم می‌تواند از شدت آسیب‌های ناشی از ترخیص با رضایت شخصی به علت ناآگاهی والدین بیمار بر کودکان کاسته و از اتلاف هزینه‌های درمان در کشور جلوگیری کند. همچنین به نظر می‌رسد ارزیابی این مسئله به صورت آینده نگر نیز مفید واقع گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه مطالعه مقدماتی طرح تحقیقاتی شماره H88-16 مصوب کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و با حمایت آن دانشگاه انجام شد.

References

1. Aliyu AY, Discharge against medical advice Socio demography: clinical and financial perspective, Int J cli pract 2002; 56(15): 325-327.
2. Berger JT, Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations, J Hosp Med 2008; 3(5): 403-408.
3. Duno R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A, Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia, Gen Hosp Psychiatry 2003; 25(1): 46-50.
4. Seaborn MH, Osmun WE, Discharge against medical advice: a community hospitals experience, Can Journal Rural Med 2004; 9(3): 148-153.
5. Baptist AP, Warrier I, Arora R, Ager J, Massanari MR, Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: Characteristics, reasons and outcomes, J Allergy Clinl Immunol 2007; 119(4): 924-929.
6. Lorenzi E, Da CR, Lorenzoni L, Massaria G, Aparo UL, Characteristics of voluntarily discharged patients: some reflections and a proposal, Ann lg 2000; 12(6): 513-521.
7. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O' Shaughnessy MV, Leaving hospitals against medical advice among HIV positive patients, CMAJ 2002; 167(6): 633-637.
8. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH, Amadife MU. Factors influencing discharge against medical advice among pediatric patients in Abakaliki, Southeastern Nigeria, J trop Pediatr2009; 55(1): 39-41.
9. Tavalaiee A, Asarii SH, Habibi M, "et. al"**,** Discharge against medical advice from psychiatric wards, Journal of army medicine 2005; 8(1): 24-30 [Persian].
10. Fiscella K, Meldrum S, Barnett S, Hospital discharge against advice after myocardial infarction: Death and readmissions, Am j Med 2007; 120(12):1047-1053.
11. Ibrahim SA, Kwoh KC, Krishnan E, Factors associated with patients who leave acute-care hospitals against medical advice, Am J Public Health 2007; 97 (12): 2204- 2207.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

12. International statistical classification of diseases and related health problems. 10 th revised. Geneva, WHO publication 1994.
13. RangrazJeddi F, RangrazJeddi M, RezaeeiMonfared M, Discharge against medical advice in hospitals of Kashan University of Medical Sciences during 6 month of 2008, Hakim 2010; 13(1); 33-39.
14. Abdulrasheed NA, Babalola MO, Clinical spectrum of discharge against medical advice in a developing country, Indian J Surg 2008; 70 (2): 68-72.
15. Fiscella K, Meldrum S, Peter F, Post partum discharge against medical advice: who leaves and does it matter, Matern Child Health J 2007; 11(5): 431- 436.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]