

شیوع، عوامل مرتبط و مداخلات موثر بر ترخیص برخلاف توصیه پزشکی در جهان: یک مطالعه مرور دامنه‌ای

فرید ابوالحسنی شهرضا^۱، مژگان لطافت نژاد^{۲*}

۱- دکترای تخصصی طب داخلی، دانشیار، نظام گروه ارائه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

۲- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، نظام گروه ارائه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰، طبقه ۷، واحد ۱۱، تلفن ۰۲۱-۶۲۹۲۱۳۵۵

پست الکترونیک: mogganletafat@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۷

چکیده

مقدمه: ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی شاخصی کلیدی در کیفیت خدمات سلامت است که پیامدهای بالینی ناخوشایند و بار مالی سنگینی تحمیل می‌کند. این مطالعه با هدف تبیین نرخ شیوع، شناسایی عوامل خطر و ارزیابی مداخلات اثربخش در سطح جهانی و ایران انجام شد. **روش کار:** این مطالعه به روش مرور دامنه‌ای بر اساس چارچوب «آرکسی و اومالی» انجام گردید. با جستجو در پایگاه‌های داده‌ای معتبر، ۳۶ مقاله نهایی انتخاب شدند. داده‌ها با تحلیل توصیفی (محاسبه میانه و دامنه میان‌چارکی) و تحلیل تماتیک استقرایی جهت استخراج مفاهیم کلیدی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل مقالات منجر به شناسایی سه تم اصلی (ریسک فاکتورها، علل و مداخلات مؤثر) و ۱۱ تم فرعی شد. میانه شیوع کلی DAMA برابر با ۱.۵ درصد برآورد گردید که در بخش‌های روان‌پزشکی (۱۵ درصد) به‌طور قابل‌توجهی بالاتر از سایر بخش‌ها (۱.۴ درصد) بود. متغیرهای دموگرافیک، چالش‌های اقتصادی و ضعف در ارتباط حرفه‌ای، مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های این پدیده بودند. مداخلاتی نظیر شناسایی زود هنگام بیماران پرخطر و ارتقای مراقبت‌های بیمارمحور نیز به‌عنوان راهکارهای کلیدی شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: شیوع بالای ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی به‌ویژه در مراکز روان‌پزشکی، نشان‌دهنده اشکالاتی در مدیریت بیمارستانی و نقصی در شاخص‌های کیفیت و عدالت سلامت است. سیاست‌گذاران باید با الزام رعایت اصول حرفه‌ای، تقویت مهارت‌های ارتباطی کادر درمان و اصلاح ساختارهای حمایتی، از هدررفت منابع و کاهش اثربخشی نظام سلامت پیش‌گیری کنند.

واژگان کلیدی: ترخیص بیمار، رضایت شخصی، امتناع از درمان، بیمارستان‌های روان‌پزشکی

مقدمه

ترک بیمارستان علی‌رغم توصیه پزشکی^۱ یا 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. گام اول اجرای مداخلات برای کاهش شیوع این پدیده، شناخت دلایل و عوامل مرتبط با آن است [۳].

نتایج برخی مطالعات در ایران، فراوانی این پدیده را بیش از نرخ میانگین جهانی نشان داده‌اند؛ به‌عنوان مثال مطالعه شفقت و همکاران بیانگر شیوع ۳/۳-۱۰/۳ درصدی (بر اساس کل بستری‌ها) در ایران و یک درصدی در کانادا و ۲-۸ درصدی در آمریکا است 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]. به‌هرحال شیوع و علل ترخیص با رضایت شخصی، 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.

شیوع این پدیده در بیمارستان یا بخش‌های روان‌پزشکی بیش از سایر بخش‌هاست؛ مثلاً 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 آن هم 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.

همچنین عسگری و همکاران در مطالعه خود که در سال ۱۳۹۲ بر روی نمونه‌های تصادفی از ترخیص‌های با تمایل شخصی در بیمارستان‌های آموزشی روان‌پزشکی یزد انجام دادند، مهم‌ترین دلایل آن را به ترتیب هزینه درمان، احساس بهبودی، طولانی شدن دوره درمان و خستگی از محیط بیمارستان ذکر کردند 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].

باوجود تبعات بالینی و اقتصادی ترخیص با مسئولیت شخصی، شواهد موجود در این حوزه همچنان پراکنده است و دیدگاهی جامع از ابعاد گوناگون این پدیده ارائه نمی‌دهد. نظر به اهمیت ارتقای کیفیت مراقبت‌ها در مراکز درمانی، به‌ویژه بخش‌های روان‌پزشکی، مطالعه حاضر به روش مرور روایی و با هدف تبیین نرخ شیوع، شناسایی عوامل زمینه‌ساز و بررسی مداخلات اثربخش در بیمارستان‌های ایران و جهان انجام شد. این پژوهش در واقع پیش‌زمینه‌ای برای توسعه مداخلات عملی و مبتنی بر داده جهت کاهش این نرخ محسوب می‌گردد. انتظار می‌رود نتایج حاصل، علاوه بر وسعت بخشیدن به دیدگاه تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران، به بهبود مداخلات فرایندی توسط مدیران بیمارستانی منجر شود.

1. Discharge Against Medical Advice (DAMA)

روش کار

هدف این پژوهش، بررسی وضعیت موجود، فراوانی و علل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان‌های جهان و ایران بود که از طریق انجام مرور دامن‌های^۱ انجام شد. سؤالات پژوهش بر اساس ساختار «جامعه، مفهوم و زمینه»^۲ طراحی شد که شامل جامعه (بیماران بستری در تمام رده‌های سنی)، مفهوم (شیوع، عوامل مرتبط و مداخلات مؤثر بر DAMA) و زمینه (بیمارستان‌های ایران و جهان) بود. این مطالعه بر اساس چارچوب روش‌شناختی آرکسی و اومالی^۳ طراحی شد [۸] و گزارش‌دهی نهایی یافته‌ها بر اساس بیانیه پریزما ویژه مرورهای دامن‌های^۴ صورت گرفت [۹].

پروتکل این پژوهش پیش از شروع فرآیند اجرا، در شورای پژوهشی موسسه ملی تحقیقات جمهوری اسلامی ایران به تصویب رسید (کد اخلاق: IR.Tums.NIHR.REC.1404.010). جامعه آماری شامل منابع الکترونیکی موجود در پایگاه‌های داده علمی معتبر جهانی و داخلی بود. جستجو در پایگاه‌های داده بین‌المللی شامل Pubmed و Scopus و پایگاه‌های استنادی داخلی شامل مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)^۵، مرجع فراگیر مجلات علمی و تخصصی ایرانی (مگیران)^۶، و سامانه دانش‌گستر برکت انجام شد. از موتورهای جستجوی Google Scholar و Google برای یافتن شواهد خاکستری استفاده گردید. جستجو در پایگاه‌های داده مذکور در تاریخ ۳۰ مهر ۱۴۰۴ به اتمام رسید.

استراتژی جستجو بر اساس ترکیب واژگان کلیدی در عنوان و چکیده و با استفاده از اصطلاحات MeSH طراحی شد. کلیدواژه‌های اصلی شامل گروه‌های زیر بود:

- واژگان مرتبط با ترخیص: "Voluntary Discharge", "Self-Discharge", "Discharge Against Medical Advice".
- واژگان مرتبط با حقوق بیمار: "Patient Autonomy", "Informed Consent".
- واژگان مرتبط با محیط پژوهش: "Hospital", "Emergency Department", "Psychiatric Ward".

به‌همراه معادل‌های فارسی آن‌ها مانند «ترخیص با رضایت شخصی»، «ترخیص زودهنگام» و «ترخیص علی‌رغم دستور پزشک» انجام شد. جهت افزایش دقت و جامعیت جستجو،

1. Scoping Review
2. Population, Concept, Context (PCC)
3. Arksey and O'Malley
4. PRISMA-ScR
5. Scientific Information Databas (SID)
6. Magiran

این واژگان با استفاده از عملگرهای AND، OR و NOT ترکیب شدند.

داده‌ها توسط پژوهشگر اول استخراج و سپس توسط پژوهشگر دوم به‌طور کامل بازبینی و تأیید گردید. موارد اختلاف به روش اقناعی حل گردید. همچنین جهت یکسان‌سازی فرآیند استخراج داده‌ها و اطمینان از هماهنگی بین پژوهشگران، فرم محقق‌ساخته استخراج داده بر روی پنج مقاله به صورت تصادفی، پیش از استفاده نهایی آزمون گردید.

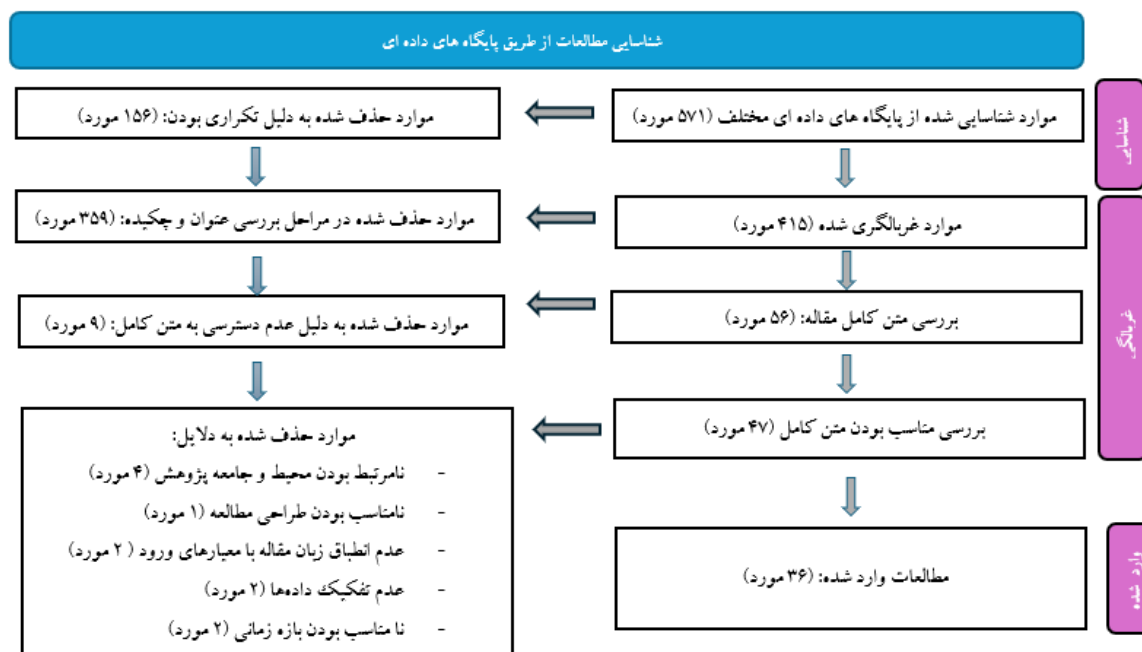
معیارهای ورود

مطالعاتی وارد پژوهش شدند که: (۱) به زبان فارسی یا انگلیسی منتشر شده بودند؛ (۲) تمرکز اصلی آن‌ها بر یکی از ابعاد شیوع، عوامل مرتبط یا مداخلات کاهش‌دهنده ترخیص با رضایت شخصی بود؛ (۳) در محیط‌های بیمارستانی (اعم از بخش‌های عمومی، اورژانس و روان‌پزشکی) انجام شده بودند و (۴) از نظر نوع مطالعه شامل مطالعات کمی (توصیفی، تحلیلی، مداخله‌ای)، کیفی و مرورهای سیستماتیک بودند.

معیارهای خروج

مطالعاتی که دارای شرایط زیر بودند از فرآیند تحلیل حذف گردیدند: (۱) مقالاتی که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود؛ (۲) مطالعاتی که صرفاً به ترخیص‌های برنامه‌ریزی شده یا انتقال بین بیمارستانی پرداخته بودند؛ (۳) یادداشت‌های سردبیر، نامه به سردبیر و خلاصه کنفرانس‌هایی که فاقد داده‌های استخراج‌پذیر بودند؛ و (۴) مطالعاتی که جامعه آماری آن‌ها بیماران سرپایی یا مراقبت‌های خارج از بیمارستان بود. پس از حذف مقالات تکراری، عناوین و چکیده‌ها توسط دو پژوهشگر به‌صورت مستقل بررسی شدند. اختلاف‌نظرهای میان پژوهشگران از طریق روش اقناعی حل‌وفصل گردید. در نهایت، متن کامل مقالات واجد شرایط ارزیابی شد و ۳۶ مقاله انتخاب شدند (شکل ۱). داده‌های مربوط به ویژگی‌های عمومی مطالعه (نویسنده، سال، مکان)، شیوع DAMA، علل گزارش شده و نوع مداخلات در فرم محقق‌ساخته استخراج داده (جدول ۲) ثبت شدند. فرآیند ورود و بررسی مطالعات تا زمانی ادامه یافت که تمام ابعاد مورد نظر در سؤالات پژوهش پوشش داده شد و الگوها و تم‌های جدیدی در متون مشاهده نگردید.

مطابق با چارچوب روش‌شناختی آرکسی و اومالی برای مطالعات مرور دامن‌های و همچنین بر اساس بیانیه پریزما، از آنجایی که هدف اصلی این مطالعه تنها جمع‌آوری و مرور



شکل ۱- نمودار پریزما (نحوه غربالگی و انتخاب مقالات)

حقوق معنوی نویسندگان و ارجاع‌دهی صحیح به منابع مورد استفاده لحاظ گردید. دسترسی محدود به برخی منابع داخلی، تنوع در تعریف DAMA و محدودیت زبانی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش بود.

یافته‌ها

این پژوهش به مرور وضعیت جهانی و ایران در زمینه ترخیص با رضایت شخصی^۴ در بیمارستان‌ها اختصاص داشت. از میان ۵۷۱ مورد شناسایی شده در جستجوی اولیه، پس از حذف تکراری‌ها و غربالگری بر اساس معیارها، در نهایت ۳۶ مقاله واجد شرایط برای استخراج تم‌ها و تحلیل نهایی تشخیص داده شدند (شکل ۱). با بررسی دقیق مقالات منتخب، داده‌های مربوط به شیوع، ریسک فاکتورها، علل، عواقب و مداخلات پیش‌گیری‌کننده استخراج شد (جدول ۲). شیوع ترخیص با رضایت شخصی به دلیل ناهمگونی شدید در آمارهای مربوط به بخش‌های روان‌پزشکی و تفاوت در پروتکل‌های قانونی ترخیص، یافته‌های این بخش به صورت مجزا از بخش‌های عمومی گزارش شده است. با توجه به وجود داده‌های پرت و توزیع غیرنرمال داده‌ها، جهت گزارش شاخص‌های مرکزی از میانه و دامنه میان‌چارکی استفاده شد.

شواهد موجود و مفاهیم مندرج در آن است، ارزیابی کیفیت نقادانه مقالات وارد شده الزامی نبوده و انجام نشده است. با این حال، نویسندگان آگاهند که این موضوع می‌تواند منجر به ناهمگونی^۱ در تعاریف عملیاتی و گزارش‌های مربوط به DAMA در مطالعات مختلف شده باشد.

در این پژوهش از رویکرد ترکیبی برای ارائه نتایج استفاده شد: در بخش یافته‌های کمی، جهت توصیف وضعیت شیوع DAMA، با توجه به پراکندگی زیاد داده‌ها و وجود داده‌های پرت^۲ در مطالعات مختلف، به جای میانگین از شاخص‌های میانه و دامنه میان‌چارکی استفاده شد. تحلیل‌های آماری توصیفی در نرم‌افزار Microsoft Excel ورژن ۲۰۱۹ انجام گردید. برای تبیین علل و مداخلات از تحلیل تماتیک^۳ استقرایی بر اساس مدل براون و کلارک [۱۰] در نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد. این فرایند شامل کدگذاری داده‌های استخراج شده از مقالات، دسته‌بندی آن‌ها در تم‌های فرعی و نهایتاً استخراج تم‌های اصلی بود تا نقشه مفهومی جامعی از وضعیت DAMA ترسیم گردد.

باتوجه به ماهیت مروری مطالعه و عدم استفاده از آزمودنی‌های انسانی، الزامات اخلاقی از طریق رعایت دقیق

1. Heterogeneity
2. Outliers
3. Thematic Analysis

4. Discharge Against Medical Advice (DAMA)

شیوع ترخیص با رضایت شخصی

میانۀ شیوع کلی DAMA برابر با ۱.۵ درصد (دامنه میان چارکی: ۱.۲۵ تا ۵.۷ درصد) برآورد شد. دامنه تغییرات شیوع در کل مطالعات بسیار وسیع و بین ۰.۵ تا ۵۱ درصد بود.

جهان (کل مطالعات): از ۳۶ مطالعه بررسی شده، ۲۲ مطالعه (۵۹ درصد) شیوع عددی DAMA را گزارش کردند.

جدول ۱- نتایج تحلیل تماتیک از داده‌های کیفی مرحله مروری مرتبط با بررسی وضعیت ترخیص با رضایت شخصی در جهان و ایران (۳۶ 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	سوء مصرف 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 پایبندی 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.
۲	علل DAMA	علل شخصی	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 دل‌نگینی. 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)
		علل حرفه‌ای	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 ارائه شده و نارضایتی از فضای نامناسب بیمارستان و کمبود امکانات (۴ مطالعه: مثلاً ۶، ۱۶).
		عوامل سازمانی	مانند انتظار طولانی برای ملاقات پزشک، ازدحام، یا محیط خشن و تنبیهی. انگ اجتماعی، بهداشت ضعیف، یا تغذیه نامناسب.
		اقدامات احتیاطی جهانی	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.
۳	مداخلات مؤثر	شناسایی زودهنگام	حدود ۷۵ درصد بیماران در زمان پذیرش نشانه‌هایی از تمایل به ترخیص زودهنگام نشان می‌دهند.
		اقدامات پیشگیری‌کننده	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 زودهنگام
		ارائه خدمات پیگیری پس از ترخیص	پیگیری ایمن مانند کلینیک‌های سرپایی یا درمان خانگی

جدول ۲- فرم استخراج داده‌های 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 یا رضایت شخصی [IDAMA] در یک پایگاه داده بزرگ اداری [۱۱]	۲۰۱۴	ایتالیا	بیمارستان‌های عمومی و خصوصی	۶۰۰ نفر بستری ۱۱۳۴۶۵۰ (۲۰۰۱-۲۰۱۲)	کوهپور گدشته‌نگر، تحلیل داده‌های بستری ۱۱۳۴۶۵۰ (۲۰۰۱-۲۰۱۲)	اقامت در خارج از ایتالیا، اقامت در خارج از ونزو، بستری در واحد بهداشتی متفاوت، جنس زن	سوء مصرف مواد، اختلالات روان‌پزشکی، تروما، مسائل بارداری	گزارش نشده
۲	کناره‌گیری از ترخیص با رضایت شخصی [۱۲]	۲۰۱۷	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مور روانی، تحلیل شیوه‌های بیمارستان	سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشک - بیمار، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش مهارت‌های ارتباطی، مراقبت بیمار محور
۳	ترخیص با رضایت شخصی در ایالات متحده آمریکا: ۲۰۰۲-۲۰۱۰ [۱۳]	۲۰۱۷	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۱۱ درصد از کل بستری‌ها	تحلیل مقطعی گذشته‌نگر، داده‌های Nationwide Inpatient Sample (۲۰۰۲-۲۰۱۱)	بیمه‌شدن، جنس مرد، منطقه شمال شرق، سن جوان‌تر، درآمد پایین	سوء مصرف مواد، اختلالات روان‌پزشکی، بیماری‌های مرتبط با HIV	شناسایی زودهنگام بیماران در معرض خطر، بهبود ارتباط پزشک
۴	ترخیص علی‌رغم توصیه پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی غنا [۱۴]	۲۰۲۳	غنا	بخش اورژانس	۲۵ درصد از ۸۵۶۵ بستری	مطالعه گذشته‌نگر، تحلیل سوابق بیمارستانی (۲ سال)	جنس مرد، جمعیت جوان‌تر	محدودیت‌های مالی، ترجیح درمان گیاهی، شکستگی‌ها، آسیب‌های سر	آموزش گروه‌های در معرض خطر، بهبود ارتباط تیم پزشکی
۵	ترخیص با رضایت شخصی در بخش بستری روان‌پزشکی: مروری بر مقالات [۱۵]	۲۰۰۶	ایالات متحده	بخش‌های روان‌پزشکی	۳۵ درصد از بستری‌های روان‌پزشکی	مرور روانی مقالات (۱۹۷۰-۲۰۰۵)	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیمه‌شدن، بیماری‌های روان‌پریشی	نارضایتی از درمان، ترجیح مراقبت در منزل، مشکلات مالی	شناسایی زودهنگام، مشاوره روان‌پزشکی، حمایت اجتماعی
۶	ترخیص با رضایت شخصی: رفتار «الحرافی» یا شکاف کیفیت سیستم سلامت؟ [۱۶]	۲۰۲۰	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	۱-۳ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته 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 نشان‌دادن همدلی، توانمندسازی و مراقبت [۱۷]	۲۰۱۸	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مطالعه کیفی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۷ پرسنل و ۱۶ بیمار اخلاص	مشکلات روانی، محرومیت اجتماعی، سوء مصرف مواد	احساس عدم کنترل بیمار، فضای نامناسب بیمارستان	تقویت همدلی در تعاملات پرسنل، توانمندسازی بیمار، فرایند‌های ارتباطی
۸	ترخیص با رضایت شخصی: علل، پیامدها و اقدامات اصلاحی احتمالی [۱۸]	۲۰۲۴	انگلستان	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیمه‌شدن	محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات، احساس بهبودی، مشکلات خانوادگی	آموزش پرسنل، بهبود ارتباط بیمار - پزشک، مداخلات روان‌شناختی
۹	ترخیص با رضایت شخصی: ملاحظات اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای [۱۹]	۲۰۰۸	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم اعتماد به پرسنل، مشکلات مالی	بهبود ارتباط پزشک - بیمار، مشاوره اخلاقی، آموزش پرسنل
۱۰	بازنگری در ترخیص‌های توصیه نشده توسط پزشک: پذیرش بیمار محور برای ارتقای مراقبت با کیفیت بالا و یک دستور کار تحقیقاتی جدید [۲۰]	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان‌تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، احساس بهبودی کاذب	مراقبت بیمار محور، بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش پرسنل

ادامه جدول ۲

ردیف	عنوان	سال انتشار	کشور	بخش	شیوع	روش اجرا	عوامل مرتبط	علل	مداخلات مؤثر
۱۱	ترخیص با رضایت شخصی در کودکان استرالیایی با فرهنگ و زبان‌های متنوع [۲۱]	۲۰۱۵	استرالیا	بخش کودکان	۱۴ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه مقطعی، تحلیل داده‌های بیمارستانی	تنوع فرهنگی و زبانی، محرومیت اجتماعی	مشکلات ارتباطی با پرسنل، عدم درک فرهنگ پرسنل، حمایت فرایند درمان، فشارهای خانوادگی	مترجم زبان، آموزش پرسنل، فرهنگ پرسنل، حمایت اجتماعی
۱۲	ترخیص با رضایت شخصی؛ دیدگاه‌های بالینی و مالی جامع‌شناختی - جمعیتی [۲۲]	۲۰۰۲	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۰۹ درصد از کل بستری‌ها (۱۹۹۸-۱۹۹۹)	مطالعه مقطعی، تحلیل داده‌های بیمارستانی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوءمصرف مواد، بیماری‌های روانی، بیمه‌شدن	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، سوءمصرف مواد	آموزش بیماران درباره خطرات، بهبود دسترسی به خدمات مالی
۱۳	تحلیل مبتنی بر جمعیت از ترک بیمارستان باوجود توصیه پزشکی؛ میزان بروز و متغیرهای مرتبط [۲۳]	۲۰۱۳	کانادا	بیمارستان‌های عمومی	۱۳ درصد از کل بستری‌ها (۲۰۰۸-۲۰۰۹)	تحلیل کوهورت	سن جوان‌تر، جنس مرد، بیماری‌های روانی، سوءمصرف مواد، درآمد پایین	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، سوءمصرف مواد	گزارش نشده
۱۴	ترخیص با رضایت شخصی در بیماران ترومایی: روند عوامل خطر و پیامدهای آن برای استراتژی‌های مدیریت مراقبت‌های بهداشتی [۲۴]	۲۰۲۴	ایالات متحده	بخش تروما	۱۶ میلیون بستری	تحلیل کوهورت گذشته‌نگر، داده‌های National Trauma Data Bank (۲۰۱۷-۲۰۲۰)	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوءمصرف مواد، بیمه‌شدن	سوءمصرف مواد، محدودیت‌های مالی، نارضایتی از خدمات	مشاوره روان‌شناختی، بهبود دسترسی به خدمات مالی، آموزش پرسنل
۱۵	ترخیص با رضایت شخصی؛ پیش‌بینی کننده‌های شیوع و جمعیت‌ها [۲۵]	۲۰۱۸	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۱-۲ درصد از کل بستری‌ها	مرور روانی	سن جوان‌تر، جنس مرد، سوءمصرف مواد، بیماری‌های روانی، محرومیت اجتماعی	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات، احساس بهبودی کاذب	بهبود ارتباط پزشک - بیمار، مداخلات روان‌شناختی، حمایت اجتماعی
۱۶	ترخیص با رضایت شخصی در بخش اورژانس: مروری بر مقالات [۲۶]	۲۰۲۲	اندونزی	بخش اورژانس	۵۰۲ درصد از کل بستری‌ها	مرور روانی	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 [۲۷]	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان‌تر، سوءمصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشک - بیمار، نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی	بازنگری فرم‌های ترخیص، آموزش پرسنل، مراقبت بیمار محور
۱۸	ترخیص با رضایت شخصی؛ تجربه‌ای از یک بیمارستان روستایی نیجریه [۲۸]	۲۰۱۳	نیجریه	بیمارستان عمومی روستایی	۵۷ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه مقطعی، تحلیل سابق 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 [۲۹]	۲۰۱۸	ایالات متحده	بخش‌های روان‌پزشکی	۱۳۷ 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 پزشک - بیمار
۲۰	ترخیص با رضایت شخصی با تمرکز بر پیشگیری [۳۰]	۲۰۲۳	ایالات متحده	بیمارستان‌های عمومی	۱-۲ درصد از کل بستری‌ها	مطالعه گذشته‌نگر، تحلیل سابق بیمارستانی	سن جوان‌تر، سوءمصرف مواد، مشکلات روانی، بیمه‌شدن	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، احساس بهبودی کاذب	شناسایی زودهنگام بیماران در معرض خطر، آموزش پرسنل

ادامه جدول ۲

ردیف	عنوان	سال انتشار	کشور	بخش	شیوع	روش اجرا	عوامل مرتبط	علل	مداخلات مؤثر
۲۱	ترخیص با وجود توصیه پزشکی: چند وقت یکبار مداخله می کنیم؟ [۳۱]	۲۰۱۳	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	گزارش نشده	مطالعه مقطعی، بررسی مداخلات پرسنل	سن جوان تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	عدم ارتباط مؤثر پزشک - بیمار، نارضایتی از خدمات	مداخلات، روزهنگام، آموزش مهارت های ارتباطی پرسنل
۲۲	ترخیص با رضایت شخصی: ملاحظات کودکان [۳۲]	۲۰۱۸	ایالات متحده	بخش کودکان	۰.۵-۱ درصد از بستری های کودکان	مرور روانی	تنوع فرهنگی، مشکلات خانوادگی، بیماری های مزمن	مشکلات ارتباطی با پرسنل، فشارهای خانوادگی، عدم درک درمان	استفاده از مترجم، آموزش فرهنگی پرسنل، حمایت خانوادگی
۲۳	آیا مشخص کردن ترخیص به عنوان «خلاف توصیه پزشکی» از نظر قانونی مصونیت ایجاد می کند؟ [۳۳]	۲۰۰۰	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی، تحلیل حقوقی	عدم اعتماد به پرسنل، نارضایتی از خدمات	عدم اعتماد به پرسنل، نارضایتی از خدمات	آموزش پرسنل درباره مسائل حقوقی، بهبود ارتباط پزشک - بیمار
۲۴	به چالش کشیدن افسانه های مربوط به ترخیص بدون رضایت پزشک [۳۴]	۲۰۲۲	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان تر، سوء مصرف مواد، مشکلات روانی	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی، عدم ارتباط مؤثر	پارگری فرم های ترخیص، آموزش پرسنل، مراقبت بیمار محور
۲۵	ترخیص با رضایت شخصی پس از بستری شدن در بیمارستان به دلیل سکنه قلبی حاد [۳۵]	۲۰۱۸	انگلستان	بخش قلب	۱.۳ درصد از بستری های قلبی	مطالعه کوهورت گذشته گر، 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 مقابل توصیه های پزشکی در بیماران اعصاب و روان در یک دوره ۱۰ ساله [۲۰۱۰-۲۰۲۰]	۲۰۲۴	ایران، مشهد، اب، ابن سینا	اعصاب و روان	۱۷ درصد	مقطعی، داده های ثانویه HIS	شیفت بستر، فصل بستر، سال، ترخیص در ایام تعطیل، فصل ترخیص، ساعت ترخیص، سوء مصرف مواد، اختلالات روان پریشی، مشکلات خانوادگی	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 آیندهنگر [۳۷]	۲۰۱۴	ایران	بخش روان پزشکی	گزارش نشده	مطالعه آیندهنگر	سن جوان تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد	نارضایتی از درمان، مشکلات مالی	مشاوره بیمار، حمایت اجتماعی
۲۸	"من به خانه می روم": ترخیص بر خلاف توصیه های پزشکی [۳۸]	۲۰۰۹	گزارش نشده	بیمارستان های عمومی	گزارش نشده	گزارش نشده	سن جوان تر، سوء مصرف	نارضایتی از خدمات، مشکلات مالی	بهبود ارتباط پزشک - بیمار
۲۹	ترک بیمار از بر خلاف توصیه پزشکی: یک مطالعه مبتنی بر بیمارستان روان پزشکی بستری [۳۹]	۲۰۱۳	ایران	بخش روان پزشکی	۱۰-۱۵ درصد از بستری های روان پزشکی	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	سن جوان تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد، بیماری های روان پریشی	سوء مصرف مواد، نارضایتی از درمان	مشاوره روان شناختی، حمایت اجتماعی
۳۰	عوامل مرتبط با ترخیص در برابر توصیه های پزشکی در نوجوانان ایالات متحده که به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده اند. [۴۰]	۲۰۲۴	ایالات متحده	بخش روان پزشکی کودکان	۵-۱۰ درصد از بستری های روان پزشکی	مطالعه مقطعی، تحلیل داده های بیمارستانی	نوجوانی، افکار خودکشی، سوء مصرف مواد	نارضایتی از درمان، فشارهای خانوادگی	مشاوره روان شناختی، حمایت خانوادگی

ادامه جدول ۲

ردیف	عنوان	سال انتشار	کشور	بخش	شیوع	روش اجرا	عوامل مرتبط	علل	مداخلات مؤثر
۳۱	متادل کردن استقلال و سودمندی در زمان ترخیص روان پزشکی. [۴۱]	۲۰۱۸	گزارش نشده	بخش روان پزشکی	گزارش نشده	مرور روانی	سن جوان تر، بیماری های روان پریشی	نارضایتی از درمان، عدم اعتماد به پرسنل	مشاوره اخلاقی، مراقبت بیمارمحور
۳۲	ترخیص در برابر توصیه های پزشکی سالمندان بستری در ایالات متحده. [۴۲]	۲۰۱۷	ایالات متحده	بیمارستان های عمومی	۲-۱ درصد از کل بستری ها.	مطالعه مقطعی، تحلیل داده های بیمارستانی	سن بالا، بیماری های مزمن، محرومیت اجتماعی	مشکلات مالی، نارضایتی از خدمات	حمایت اجتماعی، بهبود دسترسی به خدمات مالی
۳۳	عوامل بازدارنده ترخیص زودرس از اورژانس روان پزشکی بیماران سالمند. [۴۳]	۲۰۱۸	بخش اورژانس روان پزشکی	گزارش نشده	مطالعه کیفی، مصاحبه با پرسنل و بیماران	سن بالا، بیماری های روان پریشی، سوء مصرف	نارضایتی از خدمات، مشکلات خانوادگی	نارضایتی از خدمات، مشکلات خانوادگی	مشاوره روان شناختی، حمایت اجتماعی
۳۴	بررسی علل و پیامدهای ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان دکتر شیخ مشهد [۹]	۲۰۲۱	ایران/مشهد اب. دکتر شیخ	بخش کودکان	گزارش نشده	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	تنوع فرهنگی، مشکلات خانوادگی	مشکلات مالی، فشارهای خانوادگی	آموزش والدین، حمایت خانوادگی
۳۵	بررسی موارد ترخیص با رضایت شخصی در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی و علل مرتبط با آن [۴۴]	۲۰۱۸	ایران	بخش روان پزشکی	۲۰-۱۰ درصد از بستری های روان پزشکی	مطالعه مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	سن جوان تر، جنس مرد، سوء مصرف مواد	سوء مصرف مواد، نارضایتی از درمان	مشاوره روان شناختی، بهبود ارتباط پزشک - بیمار
۳۶	بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس بیمارستان کوثر شهر سمنان [۴۵]	۲۰۲۴	ایران/سمنان/ب. کوثر	بخش اورژانس	گزارش نشده	مقطعی، تحلیل سوابق بیمارستانی	سن جوان تر، مشکلات	محدودیت های مالی، نارضایتی از خدمات	آموزش بیماران، بهبود محیط بیمارستان

منتشر شده‌اند. بیشترین مطالعات (۶ مطالعه: ردیف‌های ۷، ۱۵، ۱۹، ۲۲، ۳۳، ۳۵) در سال ۲۰۱۸ منتشر شده‌اند، که نشان‌دهنده افزایش توجه به DAMA در دهه اخیر به‌عنوان یک مشکل کیفیتی در سیستم‌های سلامت است.

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

از تحلیل تماتیک داده‌های کیفی (عوامل مرتبط، علل، و مداخلات مؤثر) و کدهای مرتبط، سه تم اصلی و ۱۱ تم فرعی شناسایی گردید (جدول ۱).

بحث

پژوهش حاضر با هدف ترسیم تصویری جامع از وضعیت ترخیص با میل شخصی (DAMA) در سطوح ملی و بین‌المللی انجام شد. یافته‌های حاصل از بررسی مطالعات منتخب نشان می‌دهد که این پدیده ماهیتی ناهمگون دارد و نرخ شیوع آن در محیط‌های مختلف درمانی به‌شدت متفاوت است.

تحلیل نرخ شیوع و توزیع جغرافیایی

میانگین نرخ شیوع کل در این بررسی حدود ۵.۲۸ درصد برآورد شد که با چارچوب‌های کلی گزارش‌شده در مطالعاتی نظیر پژوهش کلارک و همکاران همسو است [۴۶]. با این حال، تفاوت فاحش میان نرخ ترخیص در بخش‌های روان‌پزشکی (۱۵.۴۵ درصد) و عمومی (۱.۵۱ درصد)، نشان‌دهنده ماهیت منحصربه‌فرد این رفتار در حوزه‌های مختلف بالینی است. تایلر و همکاران در مرور نظام‌مند خود بر این نکته تأکید می‌کنند که «نبود بینش کافی نسبت به بیماری» و «انگ اجتماعی» از اصلی‌ترین عوامل بالا بودن این نرخ در بخش‌های اعصاب و روان است [۴۷]. در ایران نیز، بررسی‌های حسینی و علی‌خانی نشان می‌دهد که نرخ DAMA در بیمارستان‌های روان‌پزشکی می‌تواند تا ۲۰ درصد برسد که به‌طور معناداری از میانگین‌های جهانی بالاتر است؛ امری که احتمالاً ریشه در چالش‌های ساختاری نظام سلامت و ضعف در فرآیندهای حمایتی خانواده‌ها دارد [۴۸].

ریسک فاکتورهای دموگرافیک و بالینی

مطابق با شواهد موجود، «جنسیت مرد» و «سنین جوانی» از پایدارترین پیش‌بینی‌کننده‌های ترخیص زودهنگام هستند. سایتز در مطالعه کلاسیک خود نشان می‌دهد که مردان جوان

بخش‌های روان‌پزشکی: شش مطالعه (ردیف‌های ۵، ۱۹، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۶) شیوع DAMA را گزارش کردند. در این بخش‌ها، میانه شیوع ۱۵ درصد (دامنه میان‌چارکی: ۱۳.۷ تا ۱۷ درصد) بود. دامنه وسیع شیوع در این گروه (۳ تا ۵۱ درصد) نشان‌دهنده تأثیر تنوع در جمعیت‌های روان‌پزشکی (مانند اختلالات سوءمصرف مواد در مقابل اختلالات روان‌پریشی) بر نرخ ترخیص 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، میانه شیوع را ۱.۴ درصد (دامنه میان‌چارکی: ۱.۱ تا ۱.۵ درصد) گزارش کردند. دامنه تغییرات در این بخش‌ها (۰.۵ تا ۵.۷ درصد) و دامنه میان‌چارکی محدود، نشان‌دهنده یکنواختی نسبی در نرخ‌های DAMA در بخش‌های غیر روان‌پزشکی است.

ایران: در سه مطالعه مربوط به ایران که شیوع را گزارش کرده بودند (ردیف‌های ۲۶، ۲۹، ۳۵)، میانه شیوع در بخش‌های روان‌پزشکی ۱۵ درصد (دامنه میان‌چارکی: ۱۲.۵ تا ۱۷ درصد) بود. دو مطالعه دیگر در ایران (ردیف‌های ۲۷، ۳۶) آماری از شیوع ارائه ندادند.

تحلیل آماری: شیوع DAMA در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به طور قابل‌توجهی بالاتر از بخش‌های غیر روان‌پزشکی است که ممکن است به عوامل محیطی، انگ اجتماعی، یا ویژگی‌های بیماران روان‌پزشکی (مانند سوءمصرف 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 (۴۱.۶ درصد 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

نشان می‌دهد که حدود ۷۵ درصد بیماران در بدو پذیرش نشانه‌های تمایل به DAMA را بروز می‌دهند. این یافته بر اهمیت «شناسایی زودهنگام» که توسط آلفاندره مورد تأکید قرار گرفته، صحه می‌گذارد [۵۵]. همچنین یافته‌ها نشان داد که مداخلات چندبعدی از جمله «مشاوره روان‌پزشکی زودهنگام» و «بهبود آموزش به بیمار» از مؤثرترین راهکارها هستند. مداخلاتی مانند استقرار مددکاران بالینی و مدیریت فعال درد، در مطالعه آلفاندره هم به عنوان راهکارهای کلیدی معرفی شده‌اند؛ ولی رویکردهای متفاوتی درباره مشاوره اجباری وجود دارد؛ برخی آن را مداخله‌ای اخلاقی و برخی دیگر آن را نقض استقلال بیمار می‌دانستند [۱۰]. برای نظام سلامت ایران، باتوجه به نتایج تماتیک، تقویت مهارت‌های ارتباطی کادر درمان و اصلاح ساختارهای حمایتی مالی، ایجاد تیم‌های مداخله در بحران در بخش‌های اورژانس و روان‌پزشکی می‌تواند به شناسایی بیماران پرخطر در همان ساعات اولیه بستری کمک کرده و از خروج ناتمام آن‌ها جلوگیری کند.

نتیجه‌گیری

ترخیص با میل شخصی (DAMA) نه تنها یک چالش کلینیکی، بلکه یک نشانگر جدی برای نقص در کیفیت مراقبت و عدالت در سلامت است. شیوع بالای این پدیده در بیمارستان‌ها، به‌ویژه در ایران، ضرورت بازنگری در پروتکل‌های ترخیص و تقویت سیستم‌های حمایت اجتماعی را بیش‌ازپیش نمایان می‌کند. ناهماهنگی در نرخ‌های گزارش شده میان ایران و جهان، بیش از آنکه ناشی از خطای روش‌شناسی باشد، بازتاب‌دهنده تفاوت در «تسهیلات رفاهی بیمارستان»، «قدرت پوشش بیمه‌ای» و «مهارت‌های ارتباطی کادر درمان» است. تمرکز بر مدیریت سوءمصرف مواد در حین بستری و بهبود ارتباط کادر درمان با بیمار می‌تواند به طور قابل توجهی از نرخ واقعه DAMA و هزینه‌های اقتصادی - اجتماعی ناشی از بازگشت مجدد بیماران بکاهد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

ترخیص زودهنگام و با مسئولیت شخصی چالشی جهانی است که شیوع بیشتری در مردان جوان و بخش‌های روان‌پزشکی دارد. این مرور دامنه‌ای با بررسی ۳۶ مطالعه، شکاف میان شیوع جهانی و کشور ایران را روشن ساخت و نقش محوری «نقص ارتباط پزشک - بیمار» و «سوءمصرف

به دلیل تعهدات شغلی، نقش‌های اجتماعی در خارج بیمارستان و احتمال بیشتر رفتارهای تکانشی، تمایل بیشتری به قطع زودهنگام درمان نشان می‌دهند [۴۹]. همچنین، برخلاف تصور اولیه، یافته‌های نظری و همکاران نشان داد که حتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی قلبی (عروق کرونر)، متغیرهایی نظیر سطح تحصیلات و وضعیت تاهل بر تصمیم بیمار برای ترک زودهنگام بیمارستان تأثیرگذار است [۵۰]. همچنین این مطالعه، نقش «سوءمصرف مواد» را برجسته کرد و نشان داد که این عامل به‌عنوان یک کاتالیزور برای DAMA عمل می‌کند؛ بیمارانی دارای اعتیاد، غالباً به دلیل بروز علائم محرومیت و نارضایتی از محدودیت‌های فیزیکی، پیش از تکمیل دوره درمان اقدام به خروج می‌کنند [۴۹، ۵۱] که این موضوع خطر پذیرش مجدد را به شدت افزایش می‌دهد. برخلاف نظام‌های سلامت در اروپا که پروتکل‌های جایگزین دارویی را برای جلوگیری از خروج این بیماران اجر می‌کنند، در ایران خلأ قانونی و پروتکل‌های حمایتی برای مدیریت علائم محرومیت در حین بستری، می‌تواند منجر به نرخ بالای DAMA در این زیرگروه گردد.

علل پدیده ترخیص با رضایت شخصی

یافته‌های کیفی این مطالعه نشان‌دهنده این است که «ضعف در ارتباط مؤثر میان پزشک و بیمار» از تکرارترین علل حرفه‌ای این پدیده است. آلفاندره با نگاهی اخلاق‌مدارانه تأکید می‌کند که وقتی بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری مشارکت داده نمی‌شود، اعتماد خود را به کادر درمان از دست داده و ترخیص را به عنوان یک راهکار مقابله‌ای انتخاب می‌کند [۵۲]. یک تمایز آشکار در مطالعات داخلی نسبت به کشورهای توسعه‌یافته، وزن بالای «عوامل اقتصادی» (۱۶ مطالعه) است. در حالی که در کشورهای با نظام بیمه‌ای پیشرفته و یکپارچه، کیفیت بالینی دغدغه اصلی است، در ایران ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها و نداشتن پوشش بیمه‌ای کافی، بسیاری از بیماران را مجبور به ترک ناتمام درمان می‌کند [۵۳]. همچنین، در سال‌های اخیر، «ترس از عفونت‌های بیمارستانی» (به‌ویژه در دوران کووید-۱۹) و احساس بهبودی کاذب، از دیگر محرک‌های اصلی این رفتار بوده‌اند [۵۴].

مداخلات پیشنهادی و نقش سیاست‌گذاری

اگرچه مطالعات در زمینه مداخلات اثربخش برای کاهش پدیده ترخیص با رضایت شخصی بسیار محدود است، شواهد

بازگشت مجدد به اورژانس را به حداقل برساند. آموزش مداوم و اجباری مهارت‌های ارتباطی برای کادر درمان نیز نقص ارتباطی را به طور مؤثری کاهش خواهد داد.

باتوجه به پراکندگی و ناهمگونی مطالعات موجود در ایران، اجرای سراسری این سیاست‌ها پیش از انجام پژوهش‌های مداخله‌ای بومی و آزمایشی (مانند مطالعات قبل - بعد یا کارآزمایی‌های خوشه‌ای) توصیه می‌شود تا اثربخشی و امکان‌پذیری آن‌ها در زمینه فرهنگی - اجتماعی کشور تضمین گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران به شماره ۴۰۳۰۱۳ است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از این موسسه به جهت حمایت‌های مادی و معنوی در اجرای این پژوهش قدردانی نمایند.

مواد» را به عنوان محرک‌های اصلی برجسته کرد؛ همچنین مداخلات پیشگیرانه را در سطوح ساختاری و مدیریتی طبقه‌بندی نمود.

برای کاهش نرخ DAMA، وزارت بهداشت می‌تواند نرخ این پدیده را به عنوان شاخص اعتباربخشی بیمارستان‌ها (به‌ویژه بخش‌های روان‌پزشکی و اورژانس) الزامی کند. سیاست‌گذاری باید بر استقرار مددکاران بالینی یا اجتماعی در اورژانس برای شناسایی و مدیریت بیماران پرخطر تمرکز کند. باتوجه به نقش مشکلات اقتصادی و عدم پوشش بیمه در بسیاری از مطالعات، بازنگری پوشش بیمه‌ای و طراحی بسته‌های حمایتی مالی هدفمند برای بیماران کم‌برخوردار ضروری است. تخصیص بودجه ویژه برای مددکاری اجتماعی فعال می‌تواند از خروج ناتمام بیماران ناشی از ناتوانی مالی پیش‌گیری کرده و در بلندمدت هزینه‌های عوارض درمان ناقص را کاهش دهد. همچنین، گسترش خدمات مراقبت در منزل^۱، پزشکی از راه دور و پوشش بیمه‌ای پیگیری پس از ترخیص می‌تواند خطر

1. Home Care

References

- 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
- 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
- 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]
- Shafaghath 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]
- 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]
- 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]
- 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]
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- 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
- Alfandre D. Retiring the "Against Medical Advice"

- discharge. *J Hosp Med*. 2017;12(2):88-90. doi:10.1002/jhm.2678
13. 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
 14. Bayor S, Kojo Korsah A. Discharge against medical advice at a teaching hospital in Ghana. *Nurs Res Pract*. 2023;2023:4789176. doi:10.1155/2023/4789176
 15. 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
 16. 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
 17. 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
 18. 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
 19. Alfandre D. Discharge against medical advice: Ethical considerations and professional obligations. *J Hosp Med*. 2008;3(6):403-8. doi:10.1002/jhm.362
 20. 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
 21. Guo XY, Woolfenden S, McDonald G, Saavedra A, Lingam R. Discharge against medical advice in culturally and linguistically diverse Australian children. *Archives of Disease in Childhood*. 2019 Dec 1;104(12):1150-4.
 22. 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
 23. 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
 24. 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
 25. Tan SY, Fleisher LA. Discharges against medical advice: Prevalence, predictors, and populations. In: Alfandre D, editor. *Against-Medical-Advice Discharges from the Hospital: Optimizing Prevention and Management to Promote High Quality, Patient-Centered Care*. Cham: Springer; 2018. p. 21-37.
 26. 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
 27. 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
 28. 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.
 29. 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]
 30. 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
 31. 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
 32. Antommari 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*. Cham: Springer; 2018. p. 143-57.
 33. 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

34. Alfandre D. Challenging the myths of the against medical advice discharge. *Ann Intern Med.* 2022;175(3):W23-4. doi:10.7326/M21-3668
35. 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
36. 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
37. Sheikhoonesi 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
38. 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
39. 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
40. Pierson SB, Dongarwar D, Bini T, Onwukwe JT, House K, Rosiji FO, Salihu HM. 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):908-18.
41. 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
42. Lelieveld C, Leipzig R, Gaber-Baylis LK, Mazumdar M, Memtsoudis SG, Zubizarreta N, et al. Discharge against medical advice after total joint arthroplasty: national rates and risk factors. *The Journal of Arthroplasty.* 2020;35(7):1800-6. doi:10.1016/j.arth.2020.02.042
43. 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
44. Samadi V, Ghafari S, Kohestani M, Atari V. Frequency and factors related to discharge against medical advice in psychiatric wards of Khorshid Hospital, Isfahan. *Iran Journal of Nursing.* 2018; 31(112): 54-64
45. 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]
46. Clark MA, Abbate LM, Grimsman MA. Discharges against medical advice: a single-center experience. *J Hosp Med.* 2021 Apr;16(4):210-214. doi: 10.12788/jhm.3551.
47. Tyler N, Wright N, Grundy A. Leaving hospital against medical advice (DAMA) in psychiatric segments: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res.* 2019 Mar 12;19(1):157. doi: 10.1186/s12913-019-3961-x.
48. Hosseini SA, Alikhani AC. Discharge against medical advice in Iranian psychiatric hospitals: a systematic review. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2018;25(4):512-525. [Persian].
49. Saitz R. Leaving the hospital against medical advice: prior hospitalization and drug use. *Am J Med.* 2002 Sep;113(3):221-223. doi: 10.1016/s0002-9343(02)01161-0.
50. Nazari R, Salari A, Monsef V, Kasmaei VM, Esmailvand M. Factors Associated with Discharge against Medical Advice in Patients with Coronary Artery Disease. *J Tehran Univ Heart Cent.* 2020 Apr;15(2):66-71. doi: 10.18502/jthc.v15i2.3361.
51. Southern DA, Wyse RS, Brabant DG, Haig TR, Miller L, Knudtson ML, et al. Patient reasons for leaving the hospital against medical advice. *Can J Public Health.* 2015 Aug 11;106(4):e205-e210. doi: 10.17269/cjph.106.4862.
52. Alfandre DJ. "I'm leaving": the ethics of discharge against medical advice. *J Med Ethics.* 2013 Nov;39(11):669-675. doi: 10.1136/medethics-2012-100645.
53. Bastani P, Ahmadi MZ. Economic burden and clinical outcomes of discharge against medical advice in developing countries: a systematic review. *J Health Policy Manag.* 2021;10(2):85-92. [Persian].
54. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open.* 2021;11(3):e045343.

Prevalence, associated factors, and effective interventions for discharge against medical advice globally: A scoping review

Farid Abolhassani Shahreza¹, Mozhgan Letafat-Nejad^{2*}

1- Associate Professor in Internal Medicine, Department of Health Services, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- PhD in Healthcare Management, Department of Health Services, National Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Discharge Against Medical Advice (DAMA) serves as a critical indicator of healthcare quality, often resulting in adverse clinical outcomes and substantial economic strain. This study was undertaken to map DAMA prevalence, identify underlying risk factors, and evaluate effective interventions within both global and Iranian contexts.

Methods: Adopting a scoping review approach based on the Arksey and O'Malley framework, a systematic search was conducted across major databases, identifying 36 eligible articles. Data synthesis involved descriptive analysis to determine prevalence and inductive thematic analysis to extract core conceptual themes.

Results: The analysis yielded three primary themes (risk factors, causes, and effective interventions) and 11 sub-themes. The overall mean prevalence of DAMA was estimated at 5.28%, though rates in psychiatric departments were notably higher at 15.45%. Demographic variables, financial barriers, and breakdowns in professional communication emerged as the most significant predictors. Key mitigation strategies included early screening for high-risk patients and the prioritization of patient-centered care models.

Conclusion: Elevated DAMA rates underscore systemic management failures and fundamental gaps in healthcare quality and equity. Addressing this phenomenon requires a strategic policy shift toward mandatory professional standards, enhanced clinical communication skills, and reformed social support structures to prevent resource wastage and safeguard health system effectiveness.

Keywords: Patient discharge, Discharge Against Medical Advice (DAMA), Treatment refusal, Psychiatric hospitals

Please cite this article as follows:

AbolhassaniShahreza F, Letafat-Nejad M. Prevalence, associated factors, and effective interventions for discharge against medical advice globally: A scoping review. *Hakim Health Sys.* 2024; 27(2): 154-168.

*Corresponding Author: National Institute of Health Research. Vesal Shirazi St., Bozorgmehr East St., No. 70, Tel: 021-62921355
E-mail: mogganletafat@gmail.com

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.