

Investigating How to Complete the Referral and Feedback form with the Urban Family Doctor of Mazandaranin

Alireza Khanjanifard¹
 Pejman Khosravi¹
 Parastoo Karimi Aliabadi²
 Maryam Zarrinkamar³
 Mojgan Geran³
 Mohammad Khorshidi⁴
 Adel Hadidi⁴
 Ghasem Oveis⁵
 Mohsen Aarabi⁶

¹ Family Medicine Specialist, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Family Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ General Practitioner, Management of Social Security treatment Mazandaran Province, Qaemshahr, Iran

⁵ General Practitioner, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Assistant Professor, Department of Community Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received October 28, 2023; Accepted August 6, 2024)

Abstract

Background and purpose: The process by which family physicians refer patients to specialized levels of the healthcare system is presented. In other words, the referral system can assure us that the clients of health care services are optimally allocated at the specialized level of services. In addition to providing proper time and providing proper health care for health benefits. The referral process is a specialized outpatient consulting process that determines the course and communication of the individual in three levels of the health system to provide the integrity and continuity of services this study aimed to determine the quality of referral and feedback forms in the medical family physician of Mazandaran province in 2019.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study was conducted to examine the form of insurance referral of social security insurance by physicians of urban families and feedback from experts. After receiving the code of ethics and obtaining permission from the relevant organization the researcher paid the social security organization 1397 issued by the physicians in the province. The statistical population consisted of all forms of reference and the feedback from experts to the social security insurance organization to get the right According the report of the department of medical record department of the social security insurance organization of Mazandaran province in 1397 has been handed over to that organization in a total of 151075 reference sheets completed to obtain the right of the specialists. the collected data were entered into Excel software for statistical analysis was performed in descriptive statistics using central dices (mean, median, mode) and dispersion index (variance, standard deviation, range of changes, coefficients of variation) for quantitative variables, and index, percentage, and prevalence for qualitative data. The data were analyzed by using SPSS-25 software.

Results: The study of 3200 cases of referral and referral forms of family physicians and specialists showed that among the Physicians 2321(72.5) were male and 879(27.5) were female. The patient's records in 586(18.3) were incomplete. Clinical findings Were found in 98(2.7%) cases and paraclinical findings were incomplete in 22 cases (0.7%) and complete in 171 cases (5.3%). in 884 cases (27.6%) the papers were illegible the cause of referral was written in 560(17.5%). the reason for further referral in 187 cases (5.8%) was written by experts. In addition, 1454 cases (45.4%) of the return sheets completed by specialists were illegible.

Conclusion: The results obtained in this study show that the status of the quality of completion of the referral form by the family doctors and also the status of providing feedback by the specialist doctors are not suitable. to improve this situation the implementation of face-to-face and non-face-to-face training programs for both groups and using electronic referral forms can be put on the agenda.

Keywords: family physician, family physician, physician, family, referral system

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 34 (236): 131-136 (Persian).

Corresponding Author: Mohsen Aarabi – Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
 (E-mail: mohsen.aarabi@gmail.com)

بررسی چگونگی تکمیل فرم ارجاع و بازخورد توسط پزشک خانواده شهری مازندران در سال ۱۳۹۷

علیرضا خانجانی فرد^۱پژمان خسروی^۱پرستو کریمی علی آبادی^۲مریم زرین کمر^۳مژگان گران^۳محمد خورشیدی^۴عادل حدیدی^۴قاسم اوپس^۵محسن اعرابی^۶

چکیده

سابقه و هدف: پزشک خانواده با استفاده از فرآیند ارجاع، بیماران را به سطوح تخصصی نظام سلامت معرفی می‌کند. به عبارتی دیگر نظام ارجاع می‌تواند به ما اطمینان دهد که مراجعین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به صورت بهینه و مقرون به صرفه در سطح تخصصی، خدمات مناسب دریافت می‌کنند. همچنین دسترسی به موقع و ارائه مناسب مراقبت‌های اولیه سلامت از فوائد آن می‌باشد. ارجاع، فرآیند دریافت مشاوره سرپایی تخصصی است که مسیر و ارتباط فرد در سه سطح نظام سلامت را برای تامین جامعیت و تداوم خدمات تعیین می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین چگونگی تکمیل فرم ارجاع و بازخورد در پزشک خانواده شهری مازندران در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی - توصیفی - تحلیلی می‌باشد که به بررسی فرم‌های ارجاع بیمه‌شده‌های بیمه تامین اجتماعی توسط پزشکان خانواده شهری و بازخورد متخصصین انجام شد. محقق پس از دریافت کد اخلاق و کسب اجازه از سازمان‌های مرتبط به بررسی فرم‌های ارجاع بیمه‌شده‌های سازمان تامین اجتماعی سال ۱۳۹۷ ارسالی از طرف پزشکان خانواده شهری به متخصصین در سطح استان پرداخت. جامعه آماری شامل همه فرم‌های ارجاع و پس‌خوراند تحویلی توسط متخصصین به سازمان بیمه تامین اجتماعی برای دریافت حق العلاج بود. براساس گزارش اداره اسناد پزشکی سازمان بیمه تامین اجتماعی استان مازندران در سال ۱۳۹۷ در مجموع تعداد ۱۵۱۰۷۵ برگه ارجاع تکمیل شده برای دریافت حق العلاج متخصصین به آن سازمان تحویل شده است. داده‌های جمع‌آوری شده برای تجزیه و تحلیل آماری به نرم‌افزار اکسل وارد شدند. تحلیل آماری در بخش آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های مرکزی (میانگین، میانه، مد) و شاخص‌های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار، دامنه تغییرات، ضریب تغییرات) برای متغیرهای کمی و شاخص‌های فراوانی، درصد و شیوع برای داده‌های کیفی انجام شد. داده‌های استخراج شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بررسی ۳۲۰۰ مورد از فرم‌های ارجاع و پس‌خوراند مربوط به پزشکان خانواده و متخصصین نشان می‌دهد که در بین پزشکان خانواده ۲۳۲۱ مورد (۷۲/۵ درصد) مرد و ۸۷۹ مورد (۲۷/۵ درصد) زن بودند. سوابق بیماران درج شده در ۵۸۶ مورد (۱۸/۳ درصد) ناقص بود. یافته‌های بالینی در ۸۹ مورد (۲/۷ درصد) وجود داشت و یافته‌های پاراکلینیک نیز در ۲۲ مورد (۰/۷ درصد) ناقص و در ۱۷۱ مورد (۵/۳ درصد) کامل بود. در ۸۸۴ مورد (۲۷/۶ درصد) برگه‌های ارجاع ناخوانا بودند. علت ارجاع در ۵۶۰ مورد (۱۷/۵ درصد) درج شده بود. علت نیاز به مراجعه بعدی در ۱۸۷ مورد (۵/۸ درصد) از فرم‌های پس‌خوراند توسط متخصصین نوشته شده بود. علاوه بر این ۱۴۵۴ مورد (۴۵/۴ درصد) از برگه‌های پس‌خوراند تکمیل شده توسط متخصصین ناخوانا بودند.

استنتاج: نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت کیفیت تکمیل فرم ارجاع از جانب پزشکان خانواده و همچنین وضعیت ارائه پس‌خوراند از سوی پزشکان متخصص مناسب نیست. برای بهبود این وضعیت اجرای برنامه‌های آموزشی حضوری و غیرحضوری برای هر دو گروه و استفاده از فرم‌های ارجاع الکترونیک می‌تواند در دستور کار قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: پزشک خانواده، پزشکان خانواده، پزشک، خانواده، سیستم ارجاع

E-mail: mohsen.aarabi@gmail.com

مؤلف مسئول: محسن اعرابی - ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده پزشکی

۱. متخصص پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، گروه پزشکی خانواده، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. پزشک عمومی، مدیریت درمان تامین اجتماعی استان مازندران، قائم‌شهر، ایران

۵. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۸/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۵/۱۶

مقدمه

پزشک خانواده با استفاده از فرآیند ارجاع بیماران را به سطوح تخصصی نظام سلامت معرفی می‌کند (۱). به عبارتی دیگر نظام ارجاع می‌تواند به ما اطمینان دهد که مراجعین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به‌صورت بهینه و مقرون به‌صرفه در سطح تخصصی خدمات مناسب دریافت می‌کنند و هم‌چنین دسترسی به موقع و ارائه مناسب مراقبت‌های اولیه سلامت از فوائد آن می‌باشد. دِماری و همکاران در سال ۱۳۹۲، جلسات مصاحبه و بحث گروهی با طیف‌های متفاوتی از سیاست‌گذاران مرتبط با برنامه پزشک خانواده استان‌های مازندران و فارس انجام دادند و عدم همکاری لازم بین پزشکان عمومی در سطح اول و پزشکان متخصص سطح دوم به همراه عدم ارائه بازخورد توسط متخصصان و تکمیل شدن غیراستاندارد درصد قابل توجهی از برگه‌های ارجاع توسط پزشکان خانواده و ارائه مشاوره و بازخورد نقص از سوی پزشکان متخصص مورد اشاره قرار گرفت (۲). چمن و همکاران کیفیت نظام ارجاع در طرح ملی پزشک خانواده روستایی شهرستان شاهرود را در ۸۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار دادند، که کیفیت پس‌خوراند تنها در ۸/۴ درصد از بیماران مطلوب بود و مشکلات جدی این فرآیند در سطوح اول و دوم برنامه را گزارش نمودند (۳). تکمیل درست فرم ارجاع به منظور تسهیل ارتباطات بین پزشک خانواده و پزشکان متخصص دارای اهمیت است که با ارزیابی وضعیت و محدودیت‌های آن می‌توان به‌صورت سازگار با برنامه نسبت به اصلاح آن اقدام نمود. حدود ۶۵ درصد جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده شهری در استان مازندران، بیمه شده سازمان تامین اجتماعی هستند و پزشکان متخصص یک برگه از فرم ارجاع دریافتی که حاوی توصیه‌ها به پزشک خانواده می‌باشد را جهت دریافت حق‌العلاج ویزیت تخصصی به اداره اسناد تامین اجتماعی استان ارسال می‌کنند. این مطالعه با هدف بررسی چگونگی تکمیل فرم‌های ارجاع و فرم‌های پس‌خوراند در برنامه پزشک خانواده شهری استان مازندران انجام

شده است. با توجه به گذشت چند سال از انجام این مطالعه و عدم توفیق نظام سلامت در استقرار نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران و سایر استان‌های کشور، هم‌چنان نتایج این مطالعه می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های منطقه‌ای و ملی مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه مقطعی بود و محقق پس از دریافت کد اخلاق و کسب اجازه از سازمان‌های مرتبط به بررسی و بازنگری فرم‌های ارجاع بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی که توسط پزشک خانواده شهری به متخصصین در سطح استان در سال ۱۳۹۷ ارسال شده بود، پرداخته است. جامعه آماری شامل همه فرم‌های ارجاع و پس‌خوراند تحویلی توسط متخصصین به سازمان بیمه تامین اجتماعی برای دریافت حق‌العلاج بود. براساس گزارش اداره اسناد پزشکی سازمان بیمه تامین اجتماعی استان مازندران در سال ۱۳۹۷ در مجموع تعداد ۱۵۱۰۷۵ برگه ارجاع تکمیل شده برای دریافت حق‌العلاج متخصصین به آن سازمان تحویل شده است. براساس نظر خبرگان سازمان بیمه تامین اجتماعی و مرکز بهداشت استان و گروه آموزشی پزشکی خانواده و با در نظر گرفتن این که ممکن است حدود ۵۰ درصد فرم‌ها به‌صورت ناقص تکمیل شده باشند، با احتساب خطای ۵ درصد و آلفای ۰/۰۵، تعداد ۴۰۰ نمونه محاسبه شد. با توجه به نقایص بیش‌تر از حد تصور، تعداد نمونه‌ها به تعداد ۳۲۰۰ افزایش یافت. نحوه انتخاب برگه‌های ارجاع به صورت تصادفی ساده بوده است که در مرکز اسناد بیمه تامین اجتماعی بایگانی می‌باشد. چک لیستی براساس مشخصات موجود در فرم ارجاع و فرم پس‌خوراند تهیه شده بود. نحوه جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که در مرحله اول ابتدا دستیار تخصصی پزشکی خانواده اقدام به استخراج داده‌ها از فرم‌های ارجاع و پس‌خوراند و ثبت آن‌ها در چک لیست از پیش طراحی شده نمود. برای اطمینان از استخراج صحیح داده‌ها از

فرم های ارجاع و پسخوراند، در مرحله دوم ۱۰ درصد چک لیست های تکمیل شده توسط دو نفر از همکاران طرح مورد کنترل قرار گرفت. در صورت هر نوع اختلاف نظر موضوع به مجری طرح اعلام می شد تا تصمیم گیری نهایی بعمل آید.

داده های جمع آوری شده برای تجزیه و تحلیل آماری به نرم افزار اکسل وارد شدند. تحلیل آماری در بخش آمار توصیفی با استفاده از شاخص های مرکزی (میانگین، میانه، مد) و شاخص های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار، دامنه تغییرات، ضریب تغییرات) برای متغیرهای کمی و شاخص های فراوانی، درصد و شیوع برای داده های کیفی انجام شد. برای هر یک از اجزای فرم ارجاع و فرم بازخورد، در صورت عدم تکمیل امتیاز صفر، تکمیل ناقص امتیاز یک و تکمیل کامل امتیاز دو در نظر گرفته شد. در نهایت امتیاز هر فرم محاسبه و در آنالیز مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور از آزمون آماری کای دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. سطح معنی داری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها و بحث

نتایج آنالیز آماری نشان داد که سن پزشکان خانواده دارای میانگین و انحراف معیار 49.1 ± 9.4 (سال) و سن پزشکان متخصص دارای میانگین و انحراف معیار 51.3 ± 7.9 (سال) بودند. در بین پزشکان خانواده ۷۲/۵ درصد مرد و ۲۷/۵ درصد زن بودند. همچنین در بین متخصصین نیز ۶۵/۴ درصد مرد و ۳۴/۶ درصد زن بودند. نتایج نشان داد که ۱۴ درصد از بیمه شده های تامین اجتماعی برای دریافت خدمات تخصصی از سطح اول به سطح دوم ارجاع شده اند. بررسی وضعیت تکمیل فرم ارجاع توسط پزشکان خانواده از بیشترین به کمترین ثبت نشان می دهد که نام و نام خانوادگی بیمار (۹۹/۸ درصد)، تخصص ارجاع شده (۹۹/۴ درصد)، کد ملی بیمار (۹۶/۵ درصد)، تاریخ ارجاع (۹۶/۲ درصد)،

سن بیمار (۴۹/۱ درصد) در فرم ها ثبت شده و قابل مشاهده بودند. سوابق و شرح حال بیماران ارجاع شده در (۶۵/۲ درصد) بصورت کامل بود، در (۱۸/۳ درصد) ناقص و در (۱۶/۵ درصد) اصلاً نوشته نشده بود. یافته های بالینی پزشک خانواده سطح اول در (۲/۷ درصد) وجود داشت. یافته های پاراکلینیک نیز در (۵/۳ درصد) به صورت کامل و در (۰/۷ درصد) ناقص گزارش شده بود. در مجموع تعداد ۵۶۰ برگه ارجاع، ذکر علت ارجاع توسط پزشک خانواده در (۱۳/۴ درصد) به صورت کامل بود و در (۴/۱ درصد) به صورت ناقص پر شده بود و در ۹۹/۲ درصد موارد فرم های ارجاع دارای مهر و امضای پزشک خانواده بودند و فقط (۰/۸ درصد) از برگه ها فاقد مهر پزشک خانواده بودند. علاوه بر این در (۲۷/۶ درصد) برگه های ارجاع ناخوانا بودند.

نتایج نشان داد تاریخ ارجاع، کد ملی بیمار، سوابق و شرح حال بیمار، یافته های بالینی، یافته های پاراکلینیک، اقدامات درمانی انجام شده توسط پزشک خانواده شهری، علت ارجاع، وجود مهر و امضای پزشک، خوانا بودن فرم، بین پزشکان خانواده شهری مرد و زن متفاوت بود که این تفاوت ها از نظر آماری نیز معنی دار بودند ($P < 0.05$).

بررسی وضعیت تکمیل فرم پس خوراند از طرف متخصصین از بیشترین به کمترین نشان داد که در (۹۹/۳ درصد) مهر و امضای پزشک متخصص و در (۸۶/۹ درصد) تاریخ معاینه و در (۱۱/۹ درصد) موارد مورد نیاز برای پیگیری پزشک خانواده و در (۱۰/۴ درصد) تاریخ مراجعه بعدی بیمار و در (۷/۲ درصد) نام پزشک خانواده ارجاع شده و در (۵/۸ درصد) علت نیاز به مراجعه بعدی ذکر شده بود. علاوه بر این (۵۴/۶ درصد) از برگه های پس خوراند خوانا بودند. کبیر و همکاران در سال ۱۳۹۱ تعداد ۱۳۹ مرکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سه استان گلستان، مازندران و گیلان را از نظر عملکرد ثبتی کلیه پزشکان خانواده روستایی مورد بررسی قرار دادند. از ۱۸۹ پزشک خانواده

روستایی مورد مطالعه، تنها ۴۳ پزشک (۲۳ درصد) مشخصات بیماران ارجاع داده شده به سطح ۲ و نتایج آن را در فرم سابقه ارجاع ثبت می کردند. ثبت مشخصات بیماران (سوابق و شرح حال و مشخصات بالینی و پاراکلینیک) در ۲۸ درصد از فرم های ارجاع مورد بررسی مطلوب و ۷۲ درصد تا حدودی مطلوب انجام شده است. محققین نتیجه گیری نمودند که میزان ثبت فرم سابقه ارجاع به پزشک متخصص در بین استان های شمالی ایران تفاوت معنی دار وجود داشت و در نتیجه کمیت و کیفیت تشکیل پرونده سلامت و ثبت خدمات ارائه شده در سطح مورد انتظار نبوده و نیاز به مداخلات متناسب دارد (۴).

بررسی وضعیت تکمیل برگه های پس خوراند توسط پزشکان متخصص بر اساس جنسیت پزشکان نیز نشان داد که تاریخ معاینه، نام پزشک خانواده ارجاع دهنده، اقدامات انجام شده توسط پزشک متخصص، تاریخ مراجعه بعدی به متخصص در صورت نیاز، علت نیاز به مراجعه بعدی، وجود مهر و امضای متخصص تفاوت معنی داری بین پزشکان متخصص مرد و زن داشت. هم چنین (۴۰/۴ درصد) از برگه های مربوط به پزشکان متخصص مرد و (۵۵/۱ درصد) از برگه های مربوط به پزشکان متخصص زن ناخوانا بود ($P < 0/001$). در بین موارد نیازمند پیگیری پزشک خانواده در بین پزشکان زن و مرد اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($P > 0/051$). در کشورهایی که در برنامه پزشک خانواده موفق تر عمل نموده اند سیاست گذاری های نظام ارجاع به خوبی اجرا می شود، در این خصوص فردوسی و همکاران (۵) خاطر نشان کرده اند که در کشورهای انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی سیاست های نظام ملی سلامت حاکم است و مبتنی بر سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده می باشد. در کشور ترکیه، پزشک خانواده اولین فردی است که بیمار را معاینه و درمان لازم را انجام می دهد و در صورت نیاز، بیمار را به سطوح دوم یا سوم ارجاع می دهد و قواعد ارجاع به

خوبی اجرا می شود. بررسی فاصله بین ارجاع تا ویزیت متخصص نیز نشان می دهد که دامنه از همان روز تا ۱۵ روز بعد با میانگین و انحراف معیار $1/2 \pm 0/5$ روز بود. هم چنین بررسی نوع تخصص پزشکان متخصص نیز نشان می دهد که بیشترین فراوانی مربوط به متخصص چشم پزشکی با (۱۷/۶ درصد) و پس از آن مربوط به تخصص زنان با (۱۷/۰ درصد) و کمترین آن با (۰/۳ درصد) مربوط به متخصص طب فیزیکی بود. در مطالعه ای دیگر Steinmann و همکاران (۶) با موضوع الگوهای ارجاع بیمار توسط پزشکان خانواده، سیاست گذاری مرتبط و ایجاد بستری مناسب در خصوص پرونده الکترونیک سلامت را در ارتباط نظام ارجاع پزشک خانواده موثر دانستند. پژوهش نصرالله پورشریوانی و همکاران (۷) با موضوع بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه در استان های شمالی ایران نشان داد که بسیاری از سیاست گذاری های نظام ارجاع در برنامه روستایی کشور، از جمله مراجعه به پزشکان خانواده با فرم ارجاع از خانه بهداشت، ارجاع بیماران به سطح دوم براساس نظر پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح دوم، ارائه پس خوراند ارجاع از سطح دوم به سطح اول و پیگیری پس خوراند بیماران از سطح دوم و بازگشت مجدد بیمار نزد پزشک خانواده و ثبت خدمات در پرونده الکترونیک سلامت در حد انتظار انجام نشده است و نیازمند پیگیری و مداخله جدی می باشد. نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد که هر دو گروه پزشکان خانواده شهری و پزشکان متخصص استان مازندران تکمیل فرم ارجاع و پس خوراند آن را به صورت مناسب انجام نمی دهند. اطلاع رسانی شفاف در خصوص سیاست های برنامه پزشکی خانواده شهری و نظام ارجاع از مواردی است که می تواند شرایط اجرای این برنامه را بهبود بخشد. توصیه می شود بسته های خدمتی مناسبی برای سطوح مختلف ارجاع به روشنی تعریف گردد و آموزش پزشکان خانواده شهری و

دانشجویان پزشکی بر اساس مبانی پزشک خانواده مورد توجه قرار گیرد. استفاده از ارجاع الکترونیک می تواند در بهبود وضعیت موجود کمک کننده باشد.

سپاسگزاری

مقاله حاصل بر گرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.782 است و دانشگاه

علوم پزشکی مازندران حامی مالی پژوهش حاضر می باشد. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند. نویسندگان این مقاله نهایت تشکر و قدردانی خود را از مسئولین دانشکده پزشکی، معاونت پژوهشی، واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی، کتابخانه و همه عزیزانی که در این امر ما را یاری کردند، اعلام می دارند.

References

1. Rouhani S, Mohammadpour RA. Family medicine and patients' satisfaction in Iran. Life Science Journal 2012; 9(3): 1840-1847.
2. Damary B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir M J. Evaluation of urban family doctor program and referral system in Fars and Mazandaran provinces: background, achievements, challenges and solutions. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research 2016; 14(2): 17-38.
3. Chaman R, Ameri M, Raei DM. The national family physician and the quality of referral system. Payesh 2012; 11(6): 785-790 (Persian).
4. Kabir MJ, Jafari N, Nahimi Tabihi M, Mikaniki E, Ashrafian Amiri H, Nasrollahpor Shirvani SD, et al. Health record and provided services recording among centers implementing rural family physician and insurance program in northern provinces of Iran. Journal Hospital 2015; 4(2): 61-69.
5. Ferdosi M, Vatankeh S, Khalesi N, EbadiFardAzar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. Iranian Journal of Military Medicine 2012; 14(2): 129-135 (Persian).
6. Steinmann P, Baimatova M, Wyss K. Patient referral patterns by family doctors and to selected specialists in Tajikistan. Int Health 2012; 4(4): 268-276.
7. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. J Babol Univ Med Sci 2010; 11(6): 46-52 (Persian).