

Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013

Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani¹,
Ebrahim Mikaniki¹,
Hasan Ashrafian Amiri¹,
Mohammad Javad Kabir²,
Nahid Jafari²,
Bahram Tahmasbi³,
Arsalan Dadashi⁴,
Mohammad Nahimi Tabihi⁵

¹ Research Center for Social Determinants of Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

² Health Management & Social Determinants Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Health Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Vice-Chancellery for Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

⁵ Vice-Chancellery for Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received April 21, 2013 ; Accepted October 20, 2013)

Abstract

Background and purpose: Health care system is organized at three levels in order to increase efficacy and effectiveness and create justice and also people availability. Considering the three levels of primary health care, access of people to specialized services through referral system is possible. With regard to the importance of referral system in family physician program, this study was performed to evaluate the function of referral system and network system in Northern provinces of Iran.

Material and methods: This analytic study was performed in autumn of 2012 and winter of 2013. Twenty five percent of health centers (139 centers from 552) which implement the family physician program and rural insurance coverage by medical universities of Golestan, Mazandaran, Babol and Guilan were randomly selected. In each center, 7-8 patients who were referred to level 2 by their family physician and received necessary services were evaluated. They were at their homes at inquiry time.

Results: From 963 patients who received the level 2 services, 687 cases (71%) were females and 276 (29%) were males. Three hundred and twenty cases (33%) had referral form from health house. Only 299 (31%) persons referred to the centers because of diagnosis of family physician and in 161 (17%) of cases, the family physician had a role to choose a specialist of level 2. For 155 (16.1%) of cases, the specialists wrote the results of their evaluation in feedback form. Only 149 (15.5%) of patients returned to their family physicians. Six hundred ninety-seven (79.6%) of patients did not return to their family physician because of lack of knowledge.

Conclusion: The results of this study showed that many principles for referral system from level 1 to higher levels and vice versa are not considered that require education, reformation and intervention in this field.

Keywords: Referral system, Family physician, Health care center, Health levels

بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران: ۱۳۹۱

سید داود نصرالله پور شیروانی^۱
ابراهیم میکانیکی^۱
حسن اشرفیان امیری^۱
محمدجواد کبیر^۲
ناهید جعفری^۲
بهرام طهماسبی^۳
ارسلان داداشی^۴
محمد نعیمی طبعی^۵

چکیده

سابقه و هدف: سطح بندی نظام مراقبت سلامت به منظور کاهش هزینه، ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به خدمات مورد نیاز انجام می گیرد. نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی، ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات را از پایین ترین سطح به سطوح بالاتر و بالعکس هدایت می نماید. این مطالعه به منظور بررسی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی کشور انجام گرفت.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع مقطعی بوده که در شش ماهه دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. ۲۵ درصد مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان های گلستان، مازندران و گیلان، مجموعاً ۱۳۹ مرکز از ۵۵۲ مرکز مجری به صورت تصادفی منظم انتخاب و در هر مرکز منتخب ۷ تا ۸ بیماری که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات سطح ۲ را دریافت نموده و در زمان پرسشگری در منزل خود حضور داشتند، با مصاحبه ساختارمند مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲ بخش متغیرهای فردی و رعایت قواعد نظام ارجاع از قبیل مراجعه به پزشک خانواده با ارجاع خانه بهداشت، خواست ارجاع به سطح ۲، انتخاب پزشک سطح ۲، نوع خدمات سطح، ارائه پس خوراند، مراجعه مجدد به سطح ۱، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و موارد دیگر بوده که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

یافته ها: از ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات شدند، ۶۸۷ نفر (۷۱ درصد) زن بودند. ۳۲۰ نفر (۳۳ درصد) از بیماران ارجاع شده، فرم ارجاع از خانه های بهداشت را به همراه داشتند. ضرورت ارجاع ۲۹۹ نفر (۳۱ درصد) بنا به تشخیص پزشکان خانواده بوده و پزشکان خانواده در ۱۶۱ مورد ارجاع (۱۷ درصد) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲، نقش داشته اند. پزشکان متخصص سطح ۲ برای ۱۵۵ بیمار (۱۶/۱ درصد) ارجاعی پذیرفته شده، نتایج ویزیت را به پزشک خانواده شان پس خوراند دادند. از بین بیماران مراجعه کننده به سطح ۲، تنها ۱۴۹ نفر (۱۵/۵ درصد)، به نزد پزشک ارجاع دهنده خود بازگشتند. ۶۹۷ بیماری (۸۵/۳ درصد) که به سطح اول باز نگشتند، علت اصلی را عدم آگاهی ذکر نمودند. میزان رعایت قواعد نظام ارجاع در خیلی از موارد در استان های شمالی کشور تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$).

استنتاج: نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده مطلوب نبوده و نیاز به مداخله و بهبودی دارد.

واژه های کلیدی: نظام ارجاع، پزشک خانواده، بیمه روستایی، مرکز بهداشتی درمانی

مقدمه

نظام مراقبت سلامت در کشورهای مختلف با تأثیرپذیری از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی برای

ارایه خدمات سلامت از قبیل: پیشگیری، درمان و بازتوانی به آحاد مردم به شکل های متفاوت سازماندهی

E-mail: ashrafian@mubabol.ac.ir

مؤلف مسئول: حسن اشرفیان امیری - بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۵. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۲/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۲/۲۸

می‌شود (۱). بخش دولتی نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به منظور کارایی و اثربخشی بیش‌تر و هم‌چنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم مرتبط به هم تفکیک گردید که با توجه به ساختار سطح‌بندی شده، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق نظام ارجاع میسر می‌گردد (۲).

در کشورهای انگلستان، کانادا، کره جنوبی و شیلی که نظام ملی سلامت حاکم است، مبتنی بر سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده می‌باشد. در تشکیلات بیمه اجتماعی ترکیه، پزشک خانواده اولین فردی است که بیمار را معاینه و درمان لازم را فراهم می‌کند و در صورت نیاز، بیمار را به سطوح دوم و سوم خدمات ارجاع می‌دهد (۳). نظام ارجاع با تبادل دوسویه اطلاعات به گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران مراجعه شده خود نباشند، به سطح بالاتر که واجد کارکنانی ماهر بوده و با برخورداری از تکنولوژی پیشرفته‌تر می‌توانند خدمات تخصصی‌تر را در ابعاد وسیع‌تر عرضه نمایند، ارجاع دهند (۴).

در خصوص کارایی و اثربخشی نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح مراقبت‌های بهداشتی درمانی مطالعات فراوانی انجام گرفته است که در اکثر موارد ضرورت وجود آن همواره مورد تأکید قرار گرفته است. در یک مطالعه انجام شده در آمریکا که به منظور تعیین میزان استفاده از تخت‌های بیمارستانی در سطوح مختلف ارائه خدمات بر روی ۷۱ مرکز انجام گرفت، گزارش گردید که ضریب اشغال تخت در سطح حاشیه‌ای سیستم پایین بوده که یکی از دلایل شناسایی شده آن قطع کامل نظام ارجاع بوده است (۵).

مطالعات متعدد نشان دادند چنانچه سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می‌توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود. مطالعه‌ای که توسط Morrel انجام شد، گزارش گردید که از هر ۱۰۰۰ نفر، ۷۵۰ نفر در سابقه دو هفته

گذشته‌شان دچار نوعی مشکل شده بودند که ۵۰۰ نفر خود مراقبتی کرده‌اند، ۲۵۰ نفر به یک پزشک عمومی مراجعه و ۹ نفر از این بیماران به یک پزشک متخصص ارجاع گردیدند، ۵ نفر به یک بیمارستان جامعه (Community Hospital) جهت بستری ارجاع داده شدند و تنها یک نفر به یک بیمارستان تخصصی دانشگاهی جهت بستری معرفی گردیده است (۶). Coleman در مطالعه خود نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند (۷).

مطالعه‌ای که در عربستان سعودی انجام گرفت، نشان داد که بکار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶ درصد در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶ درصد در مراجعین به مراکز بهداشتی و افزایش ۱۹/۲ درصد در ارجاعات شده بود و نتیجه‌گیری گردید که برای داشتن یک نظام ارجاع خوب باید ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها برقرار شود (۸). اما نظام ارجاع علی‌رغم کارآمدی مسلم، همواره با چالش‌های متعددی مواجه می‌شود که اگر به موقع شناسایی و مداخله متناسب انجام نگیرد، مطمئناً کارایی و اثربخشی لازم را نخواهد داشت.

کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت عدم اعتماد مردم به اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی درمانی سطوح پایین، حجم زیاد کاری به علت خود ارجاعی بی‌مورد بیماران، ارجاع غیرضروری بیماران به سطوح بالاتر، ناکافی بودن کمیت و کیفیت اطلاعات مبادله شده بین سطوح مختلف، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف، ارتباط و هماهنگی نامناسب بین بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی، عدم پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی ارائه‌دهندگان در رعایت قواعد نظام ارجاع، بعد مسافت و مشکل ارتباطات را از مشکلات نظام ارجاع بر می‌شمارد (۹). Palmer هم موانع موجود بر سر راه تحقق

نظام ارجاع را کیفیت نامطلوب خدمات اولیه، مهارت ناکافی پرسنل، مشکلات حمل و نقل، کمبود داروها و قیمت بالای بعضی از خدمات دسته‌بندی می‌کند (۱۰). در ایران گرچه از سال ۱۳۶۴ استقرار نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان به تدریج در کلیه شهرستان‌ها در راستای سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی دستاوردهای چشم‌گیری به دنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رفت (۱۱). در مطالعه روحانی از بین ۴۰۰ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مازندران تنها ۷۰ نفر (۱۷/۵ درصد) دارای فرم ارجاع بودند (۱۲). طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی که از سال ۱۳۸۴ با ۴ هدف اصلی از جمله توسعه و تقویت نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهرهای کم‌تر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است (۱۳) هنوز در ساماندهی نظام ارجاع با چالش‌های متعددی مواجه می‌باشد. مطالعه‌ای که نصرالله پور شیروانی و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام دادند، گزارش نمودند که بسیاری از قواعد ارجاع در سطح ۱ و ۲ نظام شبکه رعایت نمی‌شود (۱۴). با توجه به این که بیش از ۷ سال از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی می‌گذرد، این مطالعه به منظور بررسی عملکرد نظام ارجاع و رفتار دریافت کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی و پیمایشی بوده که به صورت مقطعی در نیم‌سال دوم ۱۳۹۱ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کم‌تر از ۲۰۰۰۰ نفر در سه استان گیلان (با ۱۶ شهرستان)، مازندران (با ۱۷ شهرستان) و گلستان (با ۱۴ شهرستان) بوده است.

جامعه پژوهش بیماران دارنده دفترچه بیمه روستایی بودند که در یک‌ماه گذشته به مراکز بهداشتی درمانی

مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مراجعه و توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع و خدمات مورد نیاز را از سطح ۲ دریافت نمودند.

نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت زیر انجام گرفت: در مرحله اول حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه (۱۴، ۱۵) و برآورد $p=0/7$ ، $d=0/08$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۱۴۲ مرکز (حدوداً ۲۵ درصد مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه در هر استان) برآورد شد.

برای انتخاب آن‌ها ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری برنامه مستقر در شهرستان‌های هر استان از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی منظم که ابتدا در ۴ مرکز اول فهرست شده یکی به‌طور تصادفی انتخاب و مراکز بعدی به فاصله ۴ تا ۴ تا انتخاب و بدین ترتیب ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گیلان، ۵۵ مرکز بهداشتی درمانی از استان مازندران و ۴۲ مرکز بهداشتی درمانی از استان گلستان مجموعاً ۱۳۹ مرکز از کل ۵۵۲ مرکز مجری در ۴۷ شهرستان به‌عنوان نمونه مطالعه مشخص شدند. در مرحله دوم، حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه (۱۴، ۱۵) و برآورد $p=0/5$ ، $d=0/03$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد، ۱۰۶۷ بیمار محاسبه شد که برای توزیع مناسب در هر مرکز منتخب ۷ تا ۸ بیمار ارجاعی دریافت کننده خدمات سطح ۲ که در زمان پرسشگری در منزل خود حضور داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. برای شناسایی بیماران ارجاع شده هم از روی دفتر ثبت‌نام بیماران یا لیست بیماران ارجاع داده شده اقدام گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته حاوی چهار بخش شامل: ۱- متغیرهای فردی با چهار سؤال (محل سکونت، سن، جنس و شغل بیماران)، ۲- مراجعه به سطح اول با شش سؤال (داشتن فرم ارجاع از خانه بهداشت، جنس پزشک خانواده، طرف تشخیص‌دهنده ضرورت یا نیاز به ارجاع، ارسال پس‌خوراند به خانه بهداشت، هماهنگی با سطح ۲، طرف

یافته ها

از ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند، ۶۸۷ نفر (۷۱ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی کل افراد $36/5 \pm 21/2$ سال بود.

از ۸۴۵ بیمار بالای ۵ سال، ۲۸۳ نفر (۳۴ درصد) سواد خواندن و نوشتن داشتند. شغل ۵۸۵ نفر (۶۹ درصد) خانه داری بود.

جنس پزشک خانواده ارجاع دهنده ۵۹۵ بیمار (۶۲ درصد) زن ولی جنس پزشک متخصص ۶۱۵ بیمار (۶۴ درصد) پذیرفته شده در سطح ۲، مرد بوده است. ۸۰۱ بیمار (۸۳ درصد) از خدمات سرپایی و مابقی از خدمات بستری بهره مند شدند که این در استان های شمالی تفاوت معنی دار نداشت ($p = 0/645$). جدول شماره ۱ میزان رعایت قواعد ارجاع را در سطح ۱ و ۲ نظام شبکه در استان های شمالی کشور نشان می دهد.

جدول شماره ۱ نشان می دهد ارسال پس خوراند از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده کم تر از ۲۰ درصد موارد می باشد، عمده بیماران بعد از دریافت خدمات

تعیین کننده پزشک متخصص سطح ۲، ۳ - مراجعه به سطح ۲ با شش سؤال (محل مراجعه، جنس پزشک متخصص، نوع تخصص، نوع خدمات دریافتی (سرپایی/ بستری)، فاصله زمانی ارجاع تا پذیرش و ارائه پس خوراند به سطح ۱) و ۴ - بازگشت بیمار به سطح ۱ و اقدامات انجام شده در طول فرآیند ارجاع با پنج سؤال (مدت زمان برگشت به پزشک خانواده، ثبت نتایج خدمات دریافتی در پرونده سلامت، پیگیری های تلفنی توسط پزشکان خانواده و بهورزان و در نهایت دلایل عدم بازگشت) بوده که روابی آن با استناد به منابع (۱۶- ۱۴) مورد تأیید خبرگان رسیده و پایایی آن هم با آزمون کرونباخ ۹۲ درصد تعیین شده است. عمده سؤالات بخش های ۲ تا ۴ از نوع بسته بوده و برای همه سؤالات بسته و باز به جز سن، فاصله زمانی ارجاع تا پذیرش و مدت زمان برگشت، کدگذاری شده و کدهای عددی تعریف شده وارد نرم افزار اکسل گردید. داده های جمع آوری شده با آزمون مجذور کای ۲ برای متغیرهای کیفی در نرم افزار SPSS-18 در سطح معناداری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره ۱: جدول شماره ۱: میزان رعایت قواعد ارجاع در سطح ۱ و ۲ نظام شبکه در استان های شمالی کشور

قواعد نظام ارجاع	مازندران (تعداد درصد)	گیلان (تعداد درصد)	گلستان (تعداد درصد)	سطح معنی داری
مراجعه بیمار به پزشک خانواده با فرم ارجاع از خانه بهداشت	۴۴ (۱۲)	۱۲۴ (۴۷)	۱۵۲ (۴۶)	۰/۰۰۱
ارسال پسخوراند از پزشک خانواده به خانه بهداشت	۲۶ (۵۹)	۹۱ (۷۳)	۲۵ (۲۰)	۰/۰۰۱
تشخیص ضرورت ارجاع به سطح ۲				
پزشک خانواده	۱۰۰ (۲۸)	۱۰۶ (۴۰)	۹۳ (۲۸)	۰/۰۰۱
بیمار	۲۶۴ (۷۲)	۱۵۹ (۶۰)	۲۴۰ (۷۲)	
انتخاب پزشک متخصص سطح ۲				
پزشک خانواده	۵۴ (۱۵)	۵۰ (۱۹)	۵۷ (۱۷)	۰/۳۸۹
بیمار	۳۱۱ (۸۵)	۲۱۵ (۸۱)	۲۷۶ (۸۳)	
محل پذیرش بیماران ارجاعی				
بیمارستان شهرستان	۲۱۰ (۵۸)	۱۱۷ (۴۲)	۱۲۱ (۳۶)	۰/۰۰۱
مطب های خصوصی طرف قرارداد	۱۵۵ (۴۲)	۱۴۸ (۵۶)	۲۱۲ (۶۴)	
ارسال پسخوراند از پزشک متخصص به پزشک خانواده	۵۷ (۱۶)	۶۶ (۲۵)	۳۲ (۱۰)	۰/۰۰۱
بازگشت بیمار به سطح اول (بعد از دریافت خدمات سطح ۲)	۴۴ (۱۲)	۶۱ (۲۳)	۴۴ (۱۳)	۰/۰۰۱
ثبت نتایج ویزیت و اقدامات سطح ۲ در پرونده سلامت (در صورت برگشت به پزشک خانواده)	۱۶ (۳۶)	۴۸ (۷۹)	۱۱ (۲۵)	۰/۰۰۱
میزان برقراری ارتباط بهورزان و پزشک خانواده به منظور پیگیری بیماران در طول فرایند ارجاع				
بهورزان	۳ (۰/۸)	۱ (۰/۴)	۶ (۱/۸)	۰/۲۰۵
حضور	۲ (۰/۵)	۵ (۲)	۳ (۰/۹)	
تلفنی	۱۰ (۲/۷)	۱۸ (۷)	۱۷ (۵)	۰/۰۰۱
پزشکان خانواده	۷ (۲)	۸ (۳)	۲۳ (۷)	
تلفنی				

سطح ۲ به سطح اول نزد پزشکان خانواده خود بر نمی‌گردند و میزان پیگیری پزشکان خانواده و بهورزان از بیماران ارجاع داده شده کم‌تر از ۱۰ درصد است. جدول شماره ۲ هم میزان پذیرش بیماران ارجاعی و ارایه پس‌خوراند را در بین متخصصین سطح ۲ شمال کشور نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: فراوانی پذیرش و ارایه پس‌خوراند ارجاع توسط پزشکان متخصص طرف قرارداد سطح ۲

ردیف	نوع تخصص	کل پذیرش بیماران ارجاعی از سطح ۱	ارائه پس‌خوراند تعداد (درصد)
۱	زنان و زایمان	۲۱۶	(۱۷/۷)۳۸
۲	داخلی	۱۱۹	(۱۸/۵)۳۲
۳	اطفال	۱۰۷	(۱۷/۸)۱۹
۴	قلب و عروق	۹۱	(۱۲/۱)۱۱
۵	معز و اعصاب	۷۲	(۱۵/۳)۱۱
۶	ارتوپدی	۶۸	(۷/۴)۵
۷	چشم پزشکی	۶۴	(۲۸/۱)۱۸
۸	جراحی عمومی	۴۲	(۱۴/۳)۶
۹	اعصاب و روان	۳۶	(۳۰/۶)۱۱
۱۰	گوش و حلق و بینی	۳۴	(۶/۱)۲
۱۱	کلیه و مجاری ادرار	۳۱	(۱۲/۹)۹
۱۲	پوست	۲۳	(۲۶/۱)۶
۱۳	عقونی	۱۴	(۱۴/۳)۲
۱۴	سایر	۴۶	-
جمع کل		۹۶۳	(۱۶/۱)۱۵۵

با توجه به جدول شماره ۲ از بین ۱۵۵ مورد پس‌خوراند ارائه شده توسط پزشکان متخصص سطح ۲، ۷۴ مورد (۴۸ درصد) دارای کیفیت مطلوب، ۵۰ مورد (۳۲ درصد) دارای کیفیت نسبتاً مطلوب و ۳۱ مورد (۲۰ درصد) دارای کیفیت نامطلوب بوده است که این هم در استان‌های شمالی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/013$).

با توجه به جدول شماره ۱، از بین ۱۴۹ بیماری که به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت سطح ۲ در ۷۵ بیمار (۵۰ درصد) بازگشت نموده، در پرونده سلامت ثبت گردید که عملکرد مذکور در استان‌های شمالی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/001$). پزشکان خانواده برای ۱۱۸ بیماری (۷۹ درصد) که به سطح یک بازگشتند، دستورات و توصیه‌های بعدی را ارایه دادند. از ۸۱۴ بیماری که (۷۹/۶ درصد) بعد از دریافت خدمت

سطح ۲ به سطح اول نزد پزشک خانواده خود بازنگشتند، ۶۹۷ نفرشان (۸۵/۳ درصد) علت اصلی را عدم آگاهی، ۵۳ نفر (۶/۵ درصد) احساس عدم نیاز و بقیه سایر موارد را ذکر نمودند که این وضعیت در استان‌های شمالی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p=0/004$).

بحث

مطالعه حاضر نشان می‌دهد حدود دو سوم از بیمارانی که توسط پزشکان خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند، بدون ارجاع از خانه بهداشت مستقیم به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند که این تقریباً با مطالعه نصرالله پور شیروانی و همکاران (۱۴، ۱۵) و چمن و همکاران (۱۶) هم‌خوانی دارد.

مراجعه مستقیم مردم به مرکز بهداشتی درمانی مغایر با اعلامیه جهانی آلتا (۱۷) و اهداف نظام شبکه بهداشت و درمان ایران که استفاده از کارکنان غیرپزشک (بهورز) را یکی از راهکارهای مؤثر کاهش هزینه در سطح‌بندی خدمات همواره مورد تأکید قرار می‌دهد، بوده و می‌تواند منجر به تضعیف نظام ارجاع در سطح اول شبکه شود (۱۸). شاید افزایش مراجعه مستقیم بیماران به پزشک خانواده وابسته به اعمال نظر بعضی از مدیران و کارشناسان ستادی شهرستان باشد که معتقدند اگر دسترسی مردم به پزشک خانواده منوط به ارجاع بهورز شود، نارضایتی مردم را افزایش خواهد داد چرا که بعضی از مردم مراجعه به خانه بهداشت و تهیه فرم ارجاع از بهورز را یک کار اضافی و بدون فایده می‌دانند (۱۹). یکی از دلایل ایجاد تفاوت معنی‌دار بین استان‌های مورد مطالعه هم می‌تواند وابسته به دیدگاه مدیران و کارشناسان استانی و شهرستانی باشد.

Ohara و همکاران در این خصوص دریافتند که ارجاع در جایی که مدیران بر اهمیت نظام ارجاع تأکید داشتند، مطلوب‌تر عمل شده و در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ایجاد سیستم اطلاعات کارآمد و

آموزش بیماران و کارکنان برای مدیریت بهتر نظام ارجاع ضروری است (۲۰).

یافته‌های دیگر این مطالعه در خصوص رعایت قواعد ارجاع نشان می‌دهد حدود دو سوم ارجاع به سطح ۲ بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت که این یکی از چالش‌های طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد که اگر تدابیر کنترل‌کنندگی به عمل نیاید می‌تواند کارآمدی طرح را زیر سؤال برد چرا که این میزان نسبت به مطالعه نصرالله‌پور شیروانی و همکاران (۱۴، ۱۵)، چمن و همکاران (۱۶) افزایش چشم‌گیری داشته است.

در مطالعه مسعودزاده و همکاران از بین ۴۰۰ بیمار مراجعه شده به مرکز روانپزشکی تنها ۱۱۴ نفر (۲۸/۴ درصد) توسط کادر پزشکی و درمانی ارجاع شده بودند (۲۱). Vanulden و همکاران و هم‌چنین Stephen در مطالعات خود مشخص نمودند که خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آن‌ها به وسیله پزشک عمومی غربال‌گری شوند، از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته و در اعمال هزینه‌ها صرفه‌جویی می‌شود (۲۲، ۲۳). اما در مطالعه‌ای که حسینی فرجی انجام داد، گزارش شد ارجاع بیماران از پزشک خانواده به پزشکان متخصص تنها ۱۲/۲ درصد بنا به درخواست بیمار بوده (۲۴) که نسبت به مطالعه حاضر بسیار کم‌تر می‌باشد که از دلایل آن می‌توان عدم انعطاف‌پذیری پزشکان خانواده، نظارت سخت‌گیرانه تر شاخه بهداشت و درمان کمیته امداد را مطرح نمود.

مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات قبلی (۱۴، ۱۶) نشان می‌دهد که کمیت ارایه پس‌خوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر نظام شبکه شامل ارائه پس‌خوراند پزشکان خانواده به خانه‌های بهداشت و ارائه پس‌خوراند پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده در حال کاهش می‌باشد. در حالی که در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت

و درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پایین‌تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد، قید و موارد نیاز به پیگیری را برای منبع ارجاع کننده مشخص نمایند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد چنانچه فرم نوشته شده استاندارد ارایه شود و پزشک مشاور نظرات خود را کتبا به پزشک ارجاع کننده ارسال نماید، با ایجاد بستر آموزشی و هدایت‌کنندگی ارائه‌دهندگان سطح پایین، پیگیری و نتایج درمان بهتر خواهد شد (۲۵، ۵).

یکی از مواردی که در این مطالعه و در مطالعات مشابه قبلی (۱۶-۱۴) نشان داده می‌شود، بالاتر بودن میزان ارائه بازخورد توسط متخصصان اعصاب و روان نسبت به سایر متخصصین می‌باشد. همکاری بیشتر متخصصان اعصاب و روان شاید به اعتقاد آن‌ها مربوط باشد که پزشکان خانواده به علت نزدیکی بیش‌تر با بیماران می‌توانند کمک مؤثری در ادامه درمان و هدایت بیماران نمایند و یا برای جلوگیری از تجویز نسخه متفاوت توسط پزشکان خانواده باشد تا بدین ترتیب مسیر درمان بیماران تغییر داده نشود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تعداد کمی از بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند که در جست و جوی علت عدم بازگشت، اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی ذکر کردند که با مطالعات مشابه (۱۶-۱۴) تقریباً هم‌خوانی دارد. بازگشت یا مراجعه مجدد بیماران به سطح ۱، اولاً به آگاهی بیمار بر می‌گردد که این اطلاع را داشته باشد بعد از مراجعه به سطح بالاتر و دریافت خدمات مورد نیاز، به سطح اول برگردد و نتیجه ویزیت و درمان را در اختیار پزشک خانواده یا بهورز خود قرار دهد، دوم به نگرش بیمار بستگی دارد که این اعتقاد را داشته باشد که در صورت بازگشت به پزشک خانواده یا بهورز، پزشک و بهورز او برای ادامه و تکمیل درمان کمک‌ها و توصیه‌های مؤثری به عمل می‌آورد. در این خصوص مطالعه حاضر نشان داد از بین بیمارانی که بعد از دریافت خدمات

سطح ۲ به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت و اقدامات انجام شده حدود ۶۰ درصدشان، در پرونده سلامت ثبت نگردید و این می‌تواند رغبت بیماران را در موارد بعدی کاهش دهد. پناهی در مطالعه خود به این نتیجه رسید که نظام ارجاع از نظر طراحی نسبتاً آسان، اما عملی کردن آن‌ها بی‌نهایت مشکل است چراکه کارآیی نظام ارجاع بستگی به اعتقاد بیمار به سطوح مختلف نظام تندرستی و اطمینان آن‌ها به کارکنان سطوح پایین و به کارآیی سیستم اطلاع‌رسانی، سهولت یا مشکلات حمل و نقل و هزینه‌های سطوح مختلف مراقبت دارد (۲۶).

مطالعه حاضر در خصوص پیگیری سرنوشت بیماران ارجاع داده شده نشان داد که بهورزان و پزشکان خانواده در موارد نادر وضعیت و سرنوشت بیماران ارجاع شده را از طریق تماس تلفنی یا بعضاً با مراجعه حضوری پیگیری و در صورت نیاز راهنمایی لازم را به بیماران ارایه نمودند. در صورتی که در مطالعه حسینی فرجی میزان پیگیری پزشک خانواده پس از ارجاع جهت جویا شدن از نتیجه درمان به صورت زیر بوده است: همیشه ۱۹/۱ درصد، تا حدودی ۶۸/۷ درصد، هیچ‌گاه ۱۲/۲ درصد (۲۳). علت بالا بودن میزان پیگیری پس از ارجاع در مطالعه حسینی شاید به کم‌تر بودن تعداد جمعیت تحت پوشش پزشکان خانواده (حداکثر ۲۵۰۰ نفر) و نظارت وسیع‌تر شاخه بهداشت و درمان کمیته امداد امام مربوط باشد. در مطالعه Leibowitz و همکاران این نتیجه به دست آمد که مشاوره تلفنی و ارائه خدمات توصیه‌ای می‌تواند کاهش حجم کاری پزشکی و متعاقب آن کاهش هزینه‌ها را در پی داشته باشد (۲۷). در مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی رضایت بیماران از مراقبت پزشک خانواده در اسلوانی انجام گرفت، گزارش گردید که امکان تماس تلفنی بیماران با پزشکان خانواده تا ۷۲ درصد وجود داشته است (۲۸). بنا به اهمیت و نقش مشاوره تلفنی در حل بعضی از مشکلات سلامت مردم، در برنامه پزشک خانواده شهری، پزشکان طرف قرارداد ملزم خواهند بود با در

اختیار گذاشتن حداقل یک شماره تماس، به جز از ساعت ۱۰ شب تا ۷ صبح به تماس‌های تلفنی جمعیت تحت پوشش در راستای سلامت پاسخ دهند (۲۹). حال با توجه به نتایج حاصله در مناطق روستایی، این‌که آیا پزشکان خانواده شهری تمایل به ارائه شماره تماس و ارائه مشاوره تلفنی و راهنمایی‌های لازم را خواهند داشت باید در زمان مناسب مورد مطالعه قرار گیرد.

در این مطالعه حدود دو سوم بیماران ارجاعی برخوردار از خدمات سطح ۲ را زنان تشکیل داده و از نظر گروه سنی، بیشترین تعداد مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۰ بوده است. بیش‌تر بودن مراجعه زنان نسبت به مردان جهت دریافت خدمات پزشکی در اکثر مطالعات گزارش می‌گردد. در مطالعه‌ای که توسط حسینی و همکاران انجام گرفت، ۷۳ درصد ارجاع شدگان را زنان و بیش‌ترین گروه سنی هم شامل گروه سنی ۲۹-۲۰ با ۴۲/۵ درصد موارد بوده است (۳۰). در مطالعه حاضر یکی از دلایل بالاتر بودن درصد زنان می‌تواند به خاطر دسترسی بیش‌تر به زنان در زمان مطالعه باشد که معمولاً در اوقات روز بیش‌تر از مردان در منزل می‌مانند. شغل خانه‌داری ۶۹ درصد افراد مورد بررسی هم مورد فوق را تأیید می‌نماید.

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری نمود که بسیاری از قواعد نظام ارجاع از جمله مراجعه به پزشکان خانواده با ارجاع از خانه بهداشت، ارجاع بیماران به سطح ۲ بر اساس نظر پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح ۲، ارائه پس‌خوراند سطح ۲ به سطح ۱، پیگیری سرنوشت ارجاع توسط بهورزان و پزشکان خانواده، بازگشت مجدد بیماران به نزد پزشک خانواده خود و ثبت اقدامات انجام شده در پرونده سلامت در حد انتظار رعایت نشده است و نیاز ضروری به مداخله و بهبود دارد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز

فهمیه ذبیحی و محبوبه محمدی و آقایان رحیم ملک‌زاده و جواد حبیب‌زاده از کارشناسان بهداشت معاونت بهداشتی بابل که کل داده‌های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع‌آوری نمودند و از خانم دکتر موعودی به‌خاطر تهیه چکیده انگلیسی صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از رؤسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های تحت پوشش و مسئولین واحد گسترش شبکه به‌خاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم‌ها: حمیده رضایی، مریم رضایی، نیره محمدزاده،

References

1. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabiri MJ, Shabestani Monfared A, Mohoudi S, et al. Understanding rural insurance insured loans, terms and conditions of the benefit plan insurance ID Rural family physician in the northern provinces of Iran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2010; 2(2,3): 33-38 (Persian).
2. Davoudi S. Introduction to health Sector Reform. 1st ed. Tehran: Asare Mouaser; 2006. p. 233-237 (Persian).
3. Ferdosi M, Vatankeh S, Khalesi N, Ebadi Fard Azar 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).
4. Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20th and 21st centuries, Ministry of Health and Medical Education, Nashreh Tandis 1999; p. 192-113 (Persian).
5. Starfield B. Primary care, concept, evaluation and policy. UK: Oxford University Press; 1992. p. 70-85.
6. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1972; 22(118): 297-309.
7. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency. *Emerg Med J* 2001; 18(6): 482-487.
8. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. *EMHJ* 1997; 3(2): 236-253.
9. World Health Organization. Hospital and health for all (Report of a WHO Expert Committee on the Role of Hospitals at the First Referral Level. 1st ed. Geneva; 1987. p. 20-25.
10. Palmer PE. Feeling unwell? Must you go straight to hospital? *World Health Forum* 1991; 12(1): 38-42.
11. Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran, Unicef Office 1999; p. 12-13 (Persian).
12. Rouhani S. Evaluation the Referral System Situation in the patients referred to the hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. *J Mazand Univ Med Sci* 1998; 10(26): 27-32 (Persian).
13. Family physician Instruction, Ministry of Health and Medical Education, Version 12, 2011; p. 4-102 (Persian).
14. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, 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).
15. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Research Journal 2010; 13(1): 19-25 (Persian).
 16. Chaman R, Amiri M, Raei Dehaghi M. The national family physician and the quality of referral system. Payesh (Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research) 2012; 11(6): 785-790 (Persian).
 17. Park JE, Park AK. Park's textbook of preventive and social medicine Vol 2. (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat; 2004 (Persian).
 18. Pileroudi S. Township network health and treatment, Unisef, 1999. p. 32-33 (Persian).
 19. Shams A, Mofid M, Rejlial F. Survey of Referral System Influenced Factors from the Perspective of Referrings of Isfahan Educatinal Hospitals. Health Information Management 2011; 7(Supple): 669-678 (Persian).
 20. Ohara K, Melendez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan 1998; 13(4): 359-370.
 21. Masoudzahe A, Khalilian AR, Sefidchian AR. Evaluation the referal pathway of psychiatric patients in first admission in the psychiatric department of Shahid Zare Hospital of Mazandaran. J Mazand Univ Med Sci 2001; 11(33): 1-10 (Persian).
 22. Vanulden CJT, Winkens R, Weeseling G, Cerbolder H, Vanscayck CP. Use of out of hours services: a comparsion between two organisations. Emerg Med J 2003; 20(2): 184-187.
 23. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. World Health Forum 1981; 2(3): 316.
 24. Huoseyni Faraji H, Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee Yazd prouince, 2005: 24 (Persian)
 25. Clancy CM, Franks P. Utilization of specialty and primary care: The Impact of H.M.O insurance and patient related factors. JOF Practice 1997; 45(6): 500-508.
 26. Panahi B. Operational process of the social security system. J Soc Secur 2009; 1(1): 91-99 (Persian).
 27. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after hours primary medical care services on clinical outcomes, medical workload and patient and GP satisfaction. Family practice 2003; 20: 311-317.
 28. Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000; 12(2): 143-147.
 29. Family physician and referral system Instruction in urban. Ministry of Health and Medical Education, Version 02, 2012; 22 (Persian).
 30. Hosseini SR, Dadashpour M, Mesbah N. Assessment of referral system in health care delivery center of Paeengatab, Babol, 2003. J Babol Univ Med Sci 2005; 7(27): 85-90 (Persian).