

Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study)

Samad Rouhani¹,
Mohammad Bagher²

¹ Assistant Professor, Department of Public Health, Health Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² BSc Student in Public Health, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 3, 2015 Accepted September 23, 2015)

Abstract

Background and purpose: Family physician program was implemented in Iran since 2005. The referral system is considered to be highly important in this program. But failure in appropriate implementation of referral system is a core problem of rural family medicine program in Iran. This study investigated the viewpoints of family physicians regarding referral system in 2012.

Materials and methods: This qualitative research was conducted using a conventional content analysis. Purposive sampling was done and continued until data saturation. Semi-structure interviews were carried out with 26 respondents who had at least one year experience as family physician.

Results: Main problems were categorized as four main themes including: the role of service providers at higher levels, the role of patients, and role of executive authorities. These themes were associated with sub-themes including lack of feedback, reverse referral, patients' lack of knowledge about the program, lack of patients' trust in family physicians, patients who insist on receiving higher level services, and inappropriate implementation of instructions.

Conclusion: Failure in referral system in family physician program is believed to be associated either with ministry of health as the main policy-maker or the Iran Health Insurance Organization. Therefore, the policies should be reviewed or the implementation of the program should be done with more strict supervision.

Keywords: Referral, family physician, gatekeeping

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(132): 1-13 (Persian).

تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه های بهبود آن (یک مطالعه کیفی)

صمد روحانی^۱

محمد باقر^۲

چکیده

سابقه و هدف: طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی از سال ۱۳۸۴ در سراسر کشور در حال اجرا است. بر به کارگیری نظام ارجاع در این طرح تاکید شده است. عدم موفقیت در اجرای درست نظام ارجاع یکی از مهم ترین مشکلات طرح پزشک خانواده است. با توجه به اهمیت نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده، این مطالعه کیفی با هدف بررسی نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی از دیدگاه پزشکان خانواده شاغل در طرح مذکور در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه کیفی با استفاده از شیوه تحلیل محتوا قراردادی انجام شده است. نمونه گیری از نوع غیر احتمالی و هدفمند بود. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شده است. مصاحبه با ۲۶ نفر از پزشکان خانواده که حداقل یک سال سابقه کاری داشته اند، صورت گرفت.

یافته ها: مهم ترین مشکلات از دیدگاه مصاحبه شوندگان در چهار تم یا موضوع اصلی شامل نقش ارائه کنندگان خدمات سطوح بالاتر، نقش بیماران، نقش پزشکان خانواده، و نقش سازمان های مجری و سازمان های نظارت کننده دسته بندی شد، که با موضوعات فرعی شامل عدم ارائه پس خوراند، ارجاع معکوس، عدم آگاهی بیماران از دستورالعمل، عدم اعتماد بیماران به توانمندی پزشکان خانواده، مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران، فشار سایر ذینفعان و ضمانت اجرایی دستورالعمل مرتبط بوده اند.

استنتاج: مشکلات نظام ارجاع یا به اجزای تشکیل دهنده وزارت بهداشت به عنوان مجری دستورالعمل یا به سازمان بیمه همگانی سلامت مرتبط است. از آنجایی که وزارت بهداشت هم در تنظیم سیاست و هم در اجرای آن نقش اصلی را دارد، بنابر این راه حل را یا در تجدید سیاست اتخاذ شده و یا در بهبود ظرفیت مدیریتی و اجرایی آن باید جستجو نمود.

واژه های کلیدی: ارجاع، پزشک خانواده، دروازه بانی

مقدمه

منطبق باشد و از واحدهای ساده تر در سطح اولیه شروع و به واحدهای تخصصی تر در سطوح بالا متصل گردند به گونه ای که کل واحدهای ارائه خدمات دارای فرمی همرمی شکل باشند. در چنین نظام بهداشتی و درمانی

سطح بندی خدمات یکی از ابعاد مهم استراتژی خدمات بهداشتی اولیه می باشد. در نظام های مبتنی بر خدمات بهداشتی اولیه، توزیع واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی باید با نیازهای بهداشتی جامعه

E-mail: cdcbagher@gmail.com

مولف مسئول: محمد باقر - ساری: ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت

۱. استاد یار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. دانشجوی لیسانس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱۲/۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۷/۱

سطح‌بندی شده‌ای، ارتباط بین سطوح و هدایت بیماران در سطوح مختلف واحدهای ارائه خدمات بر اساس تشخیص واحدهای سطوح پایین‌تر و در قالب ارجاع بیماران می‌باشد. بنابر این نظام ارجاع به گونه‌ای طراحی می‌گردد که کارکنان سطوح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران مراجعه‌کننده نباشند، آن‌ها را به سطح بالاتر که معمولاً دارای کارکنانی با تحصیلات عالی‌تر و مهارت بیش‌تر می‌باشند، و قادرند خدمات تخصصی‌تر را در ابعاد وسیع‌تر و با استفاده از امکانات و تکنولوژی پیشرفته‌تر عرضه نمایند، ارجاع می‌دهند.

به کارگیری و تقویت نظام ارجاع مستلزم وجود ارتباط موثر بین سطوح و تبادل دو سویه اطلاعات بین واحدهای ارجاع‌دهنده و واحدهای پذیرنده بیماران ارجاعی می‌باشد. در این صورت نظام ارجاع سبب توزیع و استفاده عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی براساس نیازها و اولویت‌های بیماران می‌شود. ضمن این که جریان دو سویه اطلاعات سبب بهبود هماهنگی و هدایت کارکنان محیطی و بهبود دانش و مهارت آن‌ها می‌گردد (۱). در بیان اهمیت نظام ارجاع Stephen اظهار می‌نماید که بیمارستان‌ها عمده هزینه خدمات بهداشتی و درمانی (چه در بعد مالی و چه انسانی) را تشکیل می‌دهند و کاهش هزینه‌های خدمات بیمارستانی به دلیل ماهیت تخصصی و تکنولوژیکی آن تا حدودی اجتناب‌ناپذیر است. اما اگر بپذیریم که معمولاً ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، بنابراین با سطح بندی خدمات و به کارگیری سیستم ارجاع، کاهش هزینه‌های تخصصی و خدمات بیمارستانی در کشورهای روبه توسعه اقدام شایسته‌ای خواهد بود (۲). در اهمیت استراتژیک سیستم ارجاع باید اذعان کرد که، عرضه خدمات بهداشتی اولیه در صورتی که به طور موثری با سیستم ارجاع سرپرستی و تقویت نگردد، عملاً به خدمات دسته دوم و نارسا و فقط در سطح محیطی محدود می‌گردد (۳). زنجیره ارجاع و کارایی آن در سطوح مختلف موجب استفاده بهینه از

نیروی انسانی و تجهیزات می‌شود، در صورتی که مواعی بر سر راه رعایت این زنجیره وجود داشته باشد، نه تنها هم افزایی توان عملی سطوح مختلف خدمات سطح‌بندی شده را کاهش می‌دهد، بلکه به مشکلات آن در راه پاسخگویی به نیازمندی‌های قشر محروم و عمدتاً روستایی می‌افزاید (۴). به کارگیری نظام ارجاع اگرچه از بدو گسترش نظام شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران مورد توجه بوده است، ولی از زمان اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۴، به شکل مدون مقرر و بر به کارگیری آن تاکید شده است. با این حال گزارشات مختلف حاکی از مشکلات متعدد در اجرای صحیح آن است و موفقیت لازم در این زمینه حاصل نشده است (۵، ۹). به گونه‌ای که پزشکان خانواده رضایت خوبی از کارکرد ستاد مرکز بهداشت شهرستان، پزشکان متخصص سطح دوم، و دارندگان دفترچه بیمه روستایی ندارند (۵). در این زمینه به عوامل مختلفی برای خود ارجاعی بیماران اشاره شده است که مهم‌ترین آن‌ها شامل مهارت بیش‌تر پزشکان متخصص، توصیه آشنایان برای مراجعه به پزشک خاص، تلف شدن وقت زیاد برای عبور از کانال ارجاع و آگاهی نداشتن از سیستم ارجاع است (۶، ۱۰). از آنجایی که پزشکان عمومی شاغل در تیم پزشک خانواده و بیمه روستایی افرادی هستند که در فرآیند ارجاع بیماران در کانون تعامل با بیماران، ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر و سازمان‌های بیمه قرار دارند، لذا به‌طور بالقوه تجربیات و دیدگاه‌های مفید و قابل تاملی دارند. در مطالعات انجام شده مشخص شده است که تاکنون به‌طور عمیق به این منبع غنی اطلاعات توجه نشده است.

با توجه به این که پوشش همگانی خدمات بهداشتی و درمانی از ضرورت‌های هر جامعه‌ای می‌باشد، و این بدون ارجاع و هدایت صحیح بیماران در یک نظام سطح‌بندی شده میسر نمی‌گردد، و با توجه به مشکلات ناشی از به کارگیری صحیح نظام ارجاع به‌ویژه بعد از تاکیدات و مقررات موجود در برنامه پزشک خانواده،

هنوز یکی از دغدغه‌های سازمان‌ها، سیاستگذاران، مدیران، و ارائه‌کنندگان خدمات می‌باشد، بر آن شده‌ایم تا در قالب یک مطالعه کیفی دلایل و راه‌های بهبود آن را از دیدگاه پزشکان خانواده روستایی مورد مطالعه قرار دهیم. مطالعات کیفی علی‌رغم دارا بودن محدودیت‌ها دارای مزایایی می‌باشند که از جمله آن امکان پوشش ابعاد بیش‌تر و عمیق‌تری از مساله مورد مطالعه می‌باشد (۱۲، ۱۱). لذا در پیشنهاد مطالعه دو نکته مورد توجه بیش‌تر بوده است که یکی تمرکز بر پزشکان عمومی در تیم پزشک خانواده و بیمه روستایی بعنوان افراد کلیدی و دروازه‌بان (Gatekeeper) در زنجیره ارجاع بیماران، و دیگری پوشش ابعاد گسترده‌تری از موضوع و مشکلات نظام ارجاع بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش کیفی انجام شده است. معمولاً برای پیدا کردن مسائل گم شده یا کم‌تر عنوان شده، یا به عبارت دیگر برای نگاهی عمیق‌تر به مشکلات، روش مطالعه کیفی مناسب‌تر می‌باشند. لذا در این تحقیق برای درک بهتری از مشکلات ارجاع و عوامل مرتبط با آن از این روش مطالعه استفاده نموده‌ایم هر چند که مطالعات کیفی دارای محدودیت‌های خاص خود مانند حضور محقق در حین جمع‌آوری داده‌ها، مسئله جلب اعتماد مصاحبه‌شوندگان، بحث عمومیت دادن به یافته‌ها و غیره می‌باشند (۱۲، ۱۱). از آن‌جاکه هدف تحقیق سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد بوده است، نمونه‌گیری از نوع غیر احتمالی و هدفمند بود (۱۴). نمونه‌گیری آن‌قدر ادامه پیدا کرد تا داده‌ها به اشباع (Saturation) رسیده‌اند (۱۵). اشباع داده‌ها در تحقیق کیفی هنگامی به دست می‌آید که داده‌ها تکراری شده و کد جدیدی به دست نیاید (۱۶). معیار انتخاب مصاحبه‌شوندگان سابقه کاری بیش‌تر از یک سال و تمایل به شرکت در مطالعه بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده

شده است. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، برای پژوهش‌های کیفی مناسب است (۱۶). به این صورت که مصاحبه با سوالات کلی و ساده شروع و به سمت سوالات جزئی‌تر پیش می‌رود. از آن‌جایی که روایی و پایایی در مطالعات کیفی دارای ویژگی‌های خاصی است. عمدتاً در سه بخش شامل بخش نظری و مرور بر متون، بخش جمع‌آوری داده‌ها با حضور در عرصه و مصاحبه، و در تحلیل نهایی با به کارگیری تکنیک‌های مرتبط و بازبینی مطالب توسط مصاحبه‌شوندگان به دقت کار افزوده شود (۱۷). لذا در این مطالعه ضمن توجه به روش‌شناسی تحقیق کیفی و مراحل اجرای آن، برای افزایش روایی و پایایی یافته‌های تحقیق و انتخاب سوالات مرتبط (۱۸) در ابتدای تحقیق، دستورالعمل‌های مرتبط و موجود پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع توسط محققین مورد بررسی قرار گرفت و نکات اجرایی دستورالعمل‌ها استخراج شد و مبنای طرح سوالات مصاحبه قرار گرفت. برای ایجاد درک مشترک از نحوه صحیح ارجاع، از اطلاعات نهایی توصیف فرایند ارجاع، یک فلوجارت برای فرایند ارجاع ترسیم شد که تمام مراحل و گام‌های مربوط به ارجاع را نشان می‌داد. سپس این فلوجارت در اختیار مسئول اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در معاونت بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان ساری و معاونت بیمه و درمان در اداره کل بیمه همگانی سلامت استان مازندران، که نسبت به برنامه پزشک خانواده و فرایند ارجاع از آگاهی و شناخت کافی برخوردار بودند، قرار داده شد. سپس محققین نظرات آن‌ها را نسبت به فلوجارت جویا شدند. در صورتی که این نظرات اصلاحی مغایر با چارچوب دستورالعمل‌های اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نبود، اصلاحات لازم در فلوجارت اعمال می‌شد. با توجه به دستورالعمل‌ها و فلوجارت نهایی سوالات اولیه جهت انجام مصاحبه توسط محققین طراحی شد و سپس این سوالات توسط مشاورین آگاه به موضوع، مورد بررسی قرار گرفت و سوالات نهایی طراحی گردید.

در ابتدا سوالات به صورت پایلوت در پنج مرکز بهداشتی درمانی از پزشکان خانواده پرسیده شد و محققین نظر پزشکان خانواده را از حیث تناسب و مرتبط بودن سوالات جویا شدند. برخی از سوالات اصلاح، حذف و سوالاتی به مجموعه سوالات اضافه شد. نمونه‌ای از این سوالات عبارتند از:

- آیا فرآیند تعیین شده در دستورالعمل فعلی برای ارجاع بیماران مطلوب است؟
- آیا به طور کلی ارجاع بیماران در وضعیت مطلوبی قرار دارد؟
- مهم‌ترین موانع بکارگیری درست سیستم ارجاع چیست؟
- آیا خدمات انجام شده به وسیله واحدهای پذیرنده ارجاع به شما بازخورد داده می‌شود؟

برای جمع‌آوری اطلاعات، بعد از هماهنگی قبلی با مراکز بهداشتی درمانی، مصاحبه‌کننده در ابتدا هدف پژوهش را برای مصاحبه‌شوندگان توضیح داد و به همه آنها اطمینان داده شد که هویت آنها در گزارش تحقیق فاش نخواهد گردید. ضمناً به مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شد که در هر زمان می‌توانند از پژوهش کناره‌گیری کنند. هم‌چنین یادآوری شد که در صورت درخواست مصاحبه‌شونده، نتایج تحقیق به اطلاع آنها خواهد رسید و پس از کسب اجازه در ضبط صدا و عدم الزام آنها به شرکت در مصاحبه که به عنوان ملاحظات اخلاقی بیش‌تر و هم‌چنین افزایش دقت علمی تحقیق (۱۹) در این مطالعه در نظر گرفته شده‌اند، اقدام به انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات گردید. مصاحبه انجام شده ابتدا در کاغذ پیاده‌سازی شد. برای آنالیز داده‌ها از روش تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی استفاده شد. این روش به منظور بررسی وجود کلمات و مفاهیم مشخص در متون مورد استفاده قرار می‌گیرد. در رویکرد قراردادی، طبقات و مفاهیم به صورت مستقیم از متن بیرون آمده بنابراین از به کارگیری طبقات از پیش تعیین شده اجتناب می‌گردد (۲۰). بدین منظور متن مصاحبه‌ها

چندین بار خوانده شد تا یک برداشت کلی ایجاد شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها استخراج شوند. کدها براساس شباهت به طبقاتی دسته‌بندی شده‌اند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این تحقیق ۲۶ نفر از پزشکان خانواده مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان ساری، استان مازندران بوده‌اند که در زمان مصاحبه حداقل یک سال سابقه کاری در سمت خود را داشته‌اند. یافته‌های این تحقیق پس از استخراج و کدبندی در ۴ موضوع یا زمینه (Theme) اصلی و ۷ زمینه یا تم‌های فرعی، مطابق جدول شماره ۱ دسته‌بندی شد.

جدول شماره ۱: تم‌های اصلی و فرعی استخراج شده از مصاحبه با پزشکان خانواده روستایی در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱

ردیف	موضوع یا زمینه اصلی	موضوع یا زمینه فرعی
۱	نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر	عدم ارائه پس‌خوراند ارجاع معکوس
۲	نقش بیماران	عدم آگاهی از دستورالعمل طرح پزشک خانواده عدم اعتماد به توانمندی پزشک خانواده
۳	نقش پزشکان خانواده	مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران فشار سایر ذینفعان بر پزشکان خانواده
۴	نقش سازمان‌های نظارت‌کننده	ضمانت اجرایی دستورالعمل

مصاحبه‌شوندگان مطالب متفاوتی را در ارتباط با بکارگیری نظام ارجاع مطرح نموده‌اند که آنها را تحت موضوعات متنوعی در این قسمت ارائه شده است.

۱- نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر

مصاحبه‌شوندگان در بخشی از صحبت‌های خود به تناوب مطالبی را بیان نموده‌اند که در جمع تحت عنوان نقش ارائه‌کنندگان خدمات دسته‌بندی و ارائه شده‌اند. این موضوع عمدتاً در برگیرنده وضعیت ارسال پس‌خوراند یا فیدبک از واحدهای پذیرنده یا واحد مقصد در ارجاع بیماران، و مسئله ارجاع معکوس یا روانه نمودن بیمار خود ارجاعی برای دریافت برگه ارجاع از پزشک خانواده مربوطه می‌باشد.

تقریباً همه مصاحبه شوندگان، عدم ارسال پس خوراند از پزشکان متخصص و اورژانس بیمارستان‌ها را مهم‌ترین مشکل در به کارگیری صحیح سیستم ارجاع بیان کرده و اکثر پزشکان خانواده مصاحبه شده از وضعیت ارسال پس خوراند ابراز نارضایتی کرده بودند. این موضوع ظاهراً سبب شده است که پزشکان خانواده از وضعیت بیماران اعزامی خود خبر نداشته و بعضاً از روش‌های غیر معمول به کسب اطلاعات در رابطه با وضعیت آن‌ها بپردازند.

پزشک خانواده ۸ «من توی این هفت سال که توی پزشک خانواده هستم حتی یک مورد پس خوراند نداشتم، من خودم شماره تلفن بیمارانم رو می‌گیرم و بعدش خودم پیگیری می‌کنم. از اورژانس بیمارستان حتی یک مورد هم به ما پس خوراند داده نشده است...». آن‌ها هم‌چنین به کیفیت پس خورندهای ارسالی اشاره نموده‌اند که به نظر می‌رسد انتظارات پزشکان خانواده را تامین ننموده و زمینه انتقال اطلاعات مفید از سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر را فراهم نمی‌نماید.

پزشک خانواده ۶ «پس خوراندی که از پزشک متخصص داریم بسیار پایین و کیفیت این پس خورندها هم بسیار بد هست یعنی خطشون اصلاً خوانا نیست. پس خورندهای اورژانس هم بسیار ضعیف است و تا حالا موردی نداشتیم...».

در این زمینه برخی از پزشکان خانواده وضعیت عدم ارسال پس خوراند را حتی به عنوان نشانی از کم اهمیت تلقی نمودن فعالیت حرفه‌ای پزشکان عمومی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر تلقی نموده‌اند. به عنوان نمونه پزشک خانواده شماره ۱۹ این موضوع را این گونه بیان می‌نماید:

پزشک خانواده ۱۹ «متخصص‌ها و بخصوص بخش اورژانس به این موضوع اهمیت نمیدن و براشون مهم نیست...».

از دیگر مشکلات مطرح شده از سوی مصاحبه شوندگان در رابطه با ارجاع بیماران، مفهوم ارجاع‌های معکوس می‌باشد. این واژه یعنی این که بیمار ابتدا برای دریافت خدمات به ارائه‌کنندگان خدمات در سطوح بالاتر مراجعه و مورد پذیرش قرار می‌گیرد و صرفاً برای بهره‌مندی از مزیت‌های مالی نظام ارجاع به پزشک خانواده مراجعه و درخواست ارجاع به ارائه‌کننده خدمات در سطح بالاتر را می‌نماید. موضوعی که ظاهراً پزشکان خانواده مصاحبه شده را با مشکل مواجهه نموده و عملاً برخورد منطقی با آن را سخت نموده است. چرا که تسلیم در مقابل خواسته بیمار اساساً نظام ارجاع را دچار خدشه می‌نماید و مقاومت در مقابل آن ممکن است مفهوم مقابله را در ذهن بیماران تداعی نماید. لذا برخی از مصاحبه شوندگان مقاومت در مقابل درخواست بیمار را در این مرحله از فرآیند دریافت خدمت به لحاظ تاثیر نامطلوب روی بیماران به صلاح نمی‌دانستند و آن را به عنوان کمک و همکاری با بیمار انجام می‌داده‌اند، همانطور که پاسخ‌دهنده شماره ۱۶ اظهار نموده است:

«من آگه بخوام مقاومت کنم جز این که بیمار اذیت بشه، چیزی نمیشه، گاهی وقت‌ها هم احتمال درگیری وجود داره، به همین خاطر تا جایی که بشه با بیمار همکاری می‌کنیم...».

یکی از مسائل مهم که به کرات عنوان شد، آگاهی پایین مردم از کلیات و محتوای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و قوانین و مقررات مربوط به بهره‌مندی از آن بود. بنا به گفته بسیاری از پزشکان خانواده مصاحبه شده، این مشکل یکی از مهم‌ترین معضل‌های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مطرح شد. علت آن اطلاع رسانی ناکافی نسبت به طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع عنوان شده است.

پزشک خانواده ۲۴ «مردم خیلی چیزها رونمی پذیرن، آگاهی پایی نسبت به سیستم دارند، یعنی هر چه قدر که یک خانم بیاد اینجا و من بهش بگم این کار رو اول باید انجام بدی اصلا قبول نمی کنه. خیلی ها شون از قبل پیش متخصص وقت گرفتن و برای گرفتن مهر ارجاع مراجعه می کنن. فرهنگ ارجاع و استفاده از دفترچه بیمه روستایی هنوز بین مردم روستا جا نیفتاده. شاید بیشترین مشکل و معضل ما همین باشه...».

در این رابطه موضوع کمبود آگاهی مردم در صورتی مورد اشاره قرار گرفت که برخی از پاسخ دهندگان به نقش مهم مردم در اجرای صحیح برنامه تاکید داشته و خواهان رفع این مشکل بوده اند.

پزشک خانواده ۲۰ «آگاهی مردم از طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع پایین است، افزایش آگاهی مردم در اجرای صحیح برنامه نقش مهمی را دارد، استفاده از وسایل ارتباط جمعی و یا هر برنامه ای که باعث افزایش آگاهی مردم شود، در برطرف کردن بسیاری از مشکلات ارجاع میتونه موثر باشه...».

۲-۲ عدم اعتماد به توانمندی پزشک خانواده

یکی دیگر از مسائل مهم در مورد آگاهی مردم، این گونه مطرح شد که بیمار به توانمندی پزشک خانواده خود اعتماد کافی را ندارند و دلیل این موضوع بزعم بسیاری از مصاحبه شوندگان آگاهی کم مردم نسبت به پزشک خانواده می باشد.

پزشک خانواده ۸ «باید از سمت مردم فرهنگ سازی بشه تا مردم بفهمند اول باید به پزشک خانواده مراجعه بکنند، و به پزشک خانواده اعتماد بکنند. مردم باید بفهمند که پزشک خانواده یک پزشک دوره دیده است...».

در این رابطه برخی از پاسخ دهندگان حتی به این موضوع عمیق تر نگاه کرده و مسئله رویگردان بودن مردم از خود را احساس نموده اند.

پزشک خانواده ۶ «الان مشکل دیگه ای که هست اینه که مردم زیاد به حرف ما توجه نمی کنند و

ما رو قبول ندارند، بیش تر مردم مایل هستند که به پزشک متخصص مراجعه کنند...».

۳-۲ نقش پزشکان خانواده

۱-۳-۱ قدرت مقاومت

از جمله مشکلات دیگری که پزشکان خانواده از آن ابراز ناراحتی می کردند آن بود که بیمار با اصرار خود، پزشک خانواده را مجبور به دادن برگه ارجاع می کرد که در بسیاری از موارد این ارجاع ها به خواست پزشک خانواده صورت نمی گرفت.

پزشک خانواده ۱۱ «بیمار بیش تر برای گرفتن مهر ارجاع مراجعه می کنه. به خصوص زنانی باردار که می خوان تحت نظر متخصص زنان هم باشند، این در حالی ست که بیشتر این افراد نیاز به ارجاع ندارند...».

حتی پاسخ دهندگان علی رغم غیر ضروری تشخیص دادن ارجاع بیمار، خود را تسلیم در مقابل خواسته ای بیمار یافته بودند.

پزشک خانواده ۲۱ «اکثر ارجاع های بیماران با نظر پزشک خانواده نیست، بلکه با اصرار بیمار انجام میشه...».

۲-۳ فشار سایر ذینفعان

سعی پزشک خدمات بهداشتی اولیه یا پزشک خانواده بعنوان دروازه بان یا فیلتر در جلوگیری از ورود بی رویه و غیر منطقی بیماران به سطوح بالاتر ممکن است در تعارض با خواسته ها و علائق شخصی مراجعه کنندگان باشد و عملا به کارگیری نظام ارجاع و سطح بندی ارائه خدمات را دچار مشکل نماید. چرا که پزشکان سطح یک ممکن است با ممانعت از ارجاع غیر ضروری موجب شوند تا بیمار احساس نماید که آزادی های قبلی در انتخاب محل مراجعه خود را نداشته و یا حتی این فرآیند را وقت گیر و بدون تاثیر تلقی نماید. لذا سعی می نماید تا به نوعی آن را دور بزنند و عملا پزشک خانواده را در قبال کار انجام شده و تصمیم اتخاذ شده قرار دهد. به عنوان مثال در مصاحبه های انجام شده، پزشکان خانواده اکثرا اظهار

بحث

پس از گذشت قریب به یک دهه از آغاز اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی، گزارش‌های متعددی از عملکرد این طرح ارائه شده است (۲۱-۲۳، ۱۷)، که در اغلب آن‌ها به ارجاع بیماران به عنوان مهم‌ترین مشکلات این طرح اشاره شده است (۲۹، ۲۴، ۲۲، ۱۰)، ولی در هیچ کدام از این مطالعات توصیف زیادی از چگونگی مشکلات به کارگیری نظام ارجاع بیماران نشده است. هدف مطالعه حاضر بررسی مشکلات مربوط به ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن از دیدگاه پزشکان خانواده به عنوان افراد داری تجربه عملی و با نقش کلیدی در فرآیند ارجاع بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی شهرستان ساری بوده است. یافته‌های این تحقیق حاکی از وجود مشکلات متعددی در به کارگیری صحیح نظام ارجاع بیماران در طرح پزشک خانواده روستایی بود که این مشکلات به عوامل متنوعی مرتبط می‌باشند. عدم ارائه پسخوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر ارائه خدمات از مواردی بوده است که مورد توجه مصاحبه‌شوندگان بوده و در مواردی عنوان شده است که حتی یک مورد پسخوراند هم گزارش نشده است. در حالی که در دستورالعمل مربوطه، مسیر ارجاع در قالب یک جریان دوسویه پیش‌بینی شده تا زمینه تبادل اطلاعات بین دو سطح را فراهم نماید (۳۰). این جریان دو سویه در صورتی که به درستی برقرار گردد، متضمن امتیازات فراوانی نظیر جلوگیری از انجام فعالیت‌های تکراری یا خلاء خدمت، تبادل اطلاعات علمی، شناخت نیازهای آموزشی، پیگیری و تداوم خدمات و غیره می‌باشد (۳). قطعاً در صورت عدم وجود پس‌خوراند، این مزیت‌ها حاصل نشده و انتظارات مورد نظر به دست نمی‌آید و آن‌گونه که مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه ابراز نموده‌اند، موجب ایجاد نارضایتی از فرآیند به کارگیری ارجاع در پزشکان خانواده می‌شود. عدم ارائه پس‌خوراند در طرح پزشک خانواده به‌طور گسترده‌ای در مطالعات گذشته در استان‌های مختلف

نموده‌اند که در مقابل چنین مراجعه‌هایی، ناگزیر دفترچه بیمه بیمار را مهر کرده و عملاً توان مقاومت در برابر خواسته بیماران را ندارند.

پزشک خانواده ۶ « ما تحت شرایط جبر هستیم، مجبور هستیم مهر کنیم. اگر مهر نزنیم درگیری و دهن به دهن شدن و دعوا میشه، به بخشدار و استاندار هم باید جواب پس بدیم، که چرا کار بیمار رو انجام ندادیم...».

۴- نقش سازمان‌های نظارت‌کننده

نظارت سازمان‌های مسئول بر اجرای صحیح دستورالعمل و به کارگیری ضمانت‌های اجرایی آن موضوع دیگری بود که پزشکان خانواده از آن ابراز ناراحتی نمودند. از دیدگاه آن‌ها این امر سبب ایجاد مشکلاتی در اجرای صحیح فرایند ارجاع بیماران شده بود. پزشک خانواده ۲۶ « نظارت و ضامن اجرایی درست در مورد سیستم ارجاع صورت نمی‌گیرد مثلاً نظارت بر کار متخصص‌ها و ملزم کردنشون به ارائه پس‌خوران صورت نمی‌گیرد...».

در این خصوص برخی از آن‌ها اینگونه احساس نموده‌اند که ارائه‌کنندگان خدمات در سطوح مختلف، عملاً خود را ملزم به اجرای دستورالعمل نمی‌دانند.

پزشک خانواده ۱۶ « عدم ضمانت اجرای صحیح قانون در تمام سطوح، بخصوص در مورد متخصص‌ها و پزشکان خانواده، در اجرای صحیح و درست سیستم ارجاع نقش مهمی را دارد. مثلاً متخصص ملزم باشد که بیماری رو که خدمات تخصصی نمی‌خواهد ویزیت نکند، یا پزشک خانواده بیماری که نیاز به ارجاع نداره رو ارجاع نکنند...».

همان‌گونه که مشاهده گردید مصاحبه‌شوندگان طیف گسترده‌ای از مطالب مرتبط با مشکلات به کارگیری نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده را بیان نموده‌اند که ذیلاً به‌طور مفصل‌تری بحث و جمع‌بندی می‌گردد.

کشور نیز گزارش شده است (۳۱،۲۱،۶). عدم ارائه بازخورد از سطوح بالاتر به سطح پایین تر می تواند دلایل مختلفی داشته باشد، از جمله آن که مصاحبه شوندگان در این مطالعه آن را نشانه‌ای از عدم احترام به شایستگی و فعالیت حرفه‌ای پزشکان عمومی تلقی نموده‌اند. عدم ارائه پس خوراند به هر دلیلی که باشد نیاز به بررسی دقیق تری دارد تا نسبت به رفع آن بتوان تصمیم مقتضی اتخاذ شود. در نظام سطح بندی شده خدمات بهداشتی و درمانی کشور، غایت وجودی سطح بالاتر، تکمیل خدمات سطوح پایین تر، پایش و نظارت بر عملکرد آن‌ها، افزایش توانمندی سطح پایین تر می باشد که بخش عمده‌ای از آن‌ها فقط از طریق مکانیزم ارتباطی دو سویه ارجاع عملی می گردد. ارجاع معکوس بیماران نیز از موارد مطرح شده در اجرای نظام ارجاع بوده است، موضوعی که در مطالعه افکار و همکاران (۳۲) به عنوان بخشی از ضعف اجرای طرح پزشک خانواده به آن اشاره شد. در نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مبتنی بر سیستم ارجاع، جز در موارد اورژانس، ورود و دسترسی به سطوح بالاتر فقط از طریق واحدهای سطح اول می باشد (۳۳). سطح بندی خدمات در تنظیم دستورالعمل پزشک خانواده روستایی به گونه‌ای مورد توجه بوده است که خدمات درمانی در سطح پزشک عمومی برای کلیه جمعیت پیش‌بینی شده است، ولی تامین خدمات سطوح بالاتر به ارجاع بیماران از سوی پزشک خانواده در مواردی که قادر به درمان آن‌ها نباشند، منوط شده است. در واقع خدمات تخصصی در صورتی تامین خواهد گردید که انجام آن به وسیله پزشک خانواده میسر نبوده و ضرورت واقعی برای ارائه آن‌ها وجود داشته باشد (۳۰).

ولی آن گونه که مصاحبه‌شوندگان ابراز نموده‌اند، بسیاری از افراد برای دریافت خدمات به سطوح بالاتر مراجعه و متعاقباً برای برخورداری از امتیاز مالی در نظر گرفته شده برای بیماران ارجاعی، برای دریافت برگ ارجاع به پزشک خانواده خود مراجعه می نمایند که این فرآیند با منطق نظام ارجاع منافات دارد. این روند

عملاً ایفای نقش پزشکان سطح اول را که به عنوان فیلتر یا دروازه بان برای منطقی نمودن ورود بیماران به سطوح بالاتر پیش‌بینی و به کارگیری شده‌اند، مخدوش نموده و عملاً آن‌ها نقش موثری در فرآیند تصمیم‌گیری ارجاع بیماران نمی توانند داشته باشند. ایفای نقشی که اعمال آن بدون اصلاح روش‌های پذیرش و ارائه خدمات به بیماران در سطوح بالاتر نمی تواند اصلاح شود. به عبارت دیگر اگر در مبادی ورود بیمار در سطوح بالاتر، ارائه برگ ارجاع شرط نباشد، عملاً نقش فیلتر نمودن بیماران در سطح یک هم نمی تواند به درستی اعمال گردد. موضوع عدم رضایت از نقش و همکاری سطوح بالاتر که در این مطالعه در قالب عدم ارائه پس خوراند یا ارجاع معکوس به آن اشاره شد، مطلبی است که در تحقیقات مطلق و همکاران نیز گزارش شده است (۵). پاسخ‌دهندگان هم چنین به نقش آگاهی بیماران از دستورالعمل ارجاع نیز اشاره داشته و آن را مهم تلقی نموده‌اند. این نکته در گزارش سایر محققین نیز گزارش شده است (۱۱). پایین بودن آگاهی مردم از فرآیند دسترسی و بهره‌مندی از خدمات تدارک دیده شده، نه تنها ممکن است باعث شود تا آن‌ها از بعضی از خدمات در نظر گرفته شده به موقع بهره مند نشوند، بلکه برعکس برای بعضی از خدمات خارج از ضوابط، اصرار و پافشاری نمایند و یا مسیری خارج از چارچوب تعیین شده را طی نمایند که عملاً اجرای دستورالعمل را با اختلال مواجه خواهد نمود. در شرایط فقدان درک صحیح مردم از دستورالعمل مربوطه نه تنها اجرای صحیح آن با مشکل مواجهه می شود بلکه اجرای آن می تواند سبب ایجاد نارضایتی در مراجعه کنندگان شود. موضوعی که در مطالعات قبلی به آن اشاره شده (۱۰) و پزشکان خانواده مصاحبه شده در این مطالعه هم اظهار نموده‌اند که در برخورد با این مشکل، ناگزیر تعامل با بیمار را بر اجرای صحیح دستورالعمل ترجیح داده‌اند. در رابطه با مصرف کنندگان یا مشتریان، پاسخ‌دهندگان به موضوع نگرش مردم

نسبت به پزشک خانواده اشاره نموده و رفتار بیماران را ناشی از عدم اعتماد به پزشکان عمومی پنداشته‌اند، رفتارهایی مانند اصرار به ارجاع، یا ارجاع معکوس، و یا عدم تمکین به آن‌چه پزشک خانواده توصیه می‌نماید.

اصرار بیماران برای ارجاع به سطح دوم، بدون نیاز واقعی، یکی از چالش‌های نظام مراقبت سطح‌بندی شده از جمله طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد که اگر تدابیر لازم برای اصلاح آن صورت نگیرد، می‌تواند کارآمدی طرح که شامل جلوگیری از مراجعه بی‌مورد و غیر ضروری بیماران به سطح دوم خصوصاً بیمارستان‌ها می‌باشد را دچار مشکل جدی نماید (۹). رفتارهای که در سایر مطالعات مربوط به نظام شبکه گزارش شده است که حاکی از ضعف آگاهی مردم می‌باشد. به عنوان نمونه درخواست بی‌مورد ارجاع به سطح دوم، درخواست دارو، درخواست خدمات تشخیصی تخصصی و حتی فوق تخصصی مانند MRI در مواردی که نیازی برای آن‌ها وجود ندارد، مواردی بوده‌اند که قبلاً گزارش شده بودند (۷). به همین دلیل برای بهبود سیستم ارجاع اطلاع رسانی و فرهنگ‌سازی بین مردم باید صورت پذیرد که به عقیده بسیاری از پزشکان خانواده مصاحبه شده در این زمینه تاکنون فعالیت‌های زیادی انجام نشده است. مصاحبه شوندگان هم چنین به مواردی اشاره نموده‌اند که آن‌ها را در اجرای صحیح دستورالعمل مربوطه با مشکل مواجهه نموده است، مواردی مانند عدم توان مقاومت آن‌ها در مقابل درخواست‌های غیر ضروری مراجعه کنندگان که وقتی با فشارهای هم افزاینده‌ای مانند فشار سایر بخش‌های دینفوذ در داخل و خارج سیستم بهداشت همسو می‌گردد، آن‌ها را در موقعیت ضعفی در اعمال دستورالعمل مربوطه قرار می‌دهد. لذا در ادامه به موضوعی مانند نبودن نظارت در اجرای صحیح دستورالعمل اشاره کرده و این گونه استنباط نموده‌اند که ظاهراً سازمان‌های ناظر در اجرای دستورالعمل که عمدتاً سازمان بیمه همگانی سلامت می‌باشد، تاکنون

نتوانسته است به درستی نقش خود را ایفا نموده و اقدامات بازدارنده‌ای را بر عناصر مختلفی که در ایجاد مشکلات اشاره شده نقش دارند، اعمال نماید. موضوعی که سایر محققین نیز در مطالعات گذشته به آن اشاره نموده و آن‌را دال بر الزام آور نبودن دستورالعمل و نبود نظارت دقیق بر اجرای آن تلقی نموده‌اند (۶)، در حالی که وجود ضمانت اجرایی برای اجرای صحیح برنامه، شرط اساسی بوده و دارای نقش کلیدی در اجرا و بهبود وضعیت ارجاع بیماران می‌باشد.

در جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مطالب و مباحث ارائه شده باید این گونه اظهار نمود که نتایج این تحقیق هم مانند بسیاری از تحقیقات دیگر وجود مشکلات متعدد در به کارگیری نظام ارجاع را تایید می‌نماید. علاوه بر آن در این تحقیق تلاش بر علت‌یابی این مشکل که امروزه ظاهراً از دغدغه‌های مسئولین و ذینفعان در اجرای طرح پزشک خانواده می‌باشد، نیز شده و مواردی هم بیان شده است که در سایر مطالعات با این دقت و وضوح به آن نپرداخته بودند. لذا باید این گونه اظهار نمود که، اگرچه اجرا و به کارگیری نظام ارجاع بوسیله مسئولین و سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور به عنوان یک ضرورت تصمیم‌گیری است، ولی عملاً با مشکلات گسترده‌ای مواجهه می‌باشد. این مشکلات آن گونه که بحث شده است، در یک بخش به اجزای تشکیل‌دهنده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطوح مختلف مرتبط بوده که به طور کلی اجرای دستورالعمل پزشک خانواده روستایی و اعمال نظام ارجاع را به عهده گرفته است و در مراحل مختلف آن یعنی از سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری گرفته تا طراحی و اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع کاملاً حضور و دخالت دارد. لذا در چنین شرایطی دو نکته مطرح است یکی این که یا سیاست اتخاذ شده نیاز به تجدید نظر دارد، یا این که توان و ظرفیت مدیریتی و اجرایی لازم برای به کارگیری آن به اندازه کافی وجود ندارد. بخش دیگری از مشکلات، مطابق آن‌چه

پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به این نکات دقت و توجه داشته باشند. با این حال و به‌طور خلاصه بر مبنای یافته‌ها و مباحث مطرح شده می‌توان این‌گونه پیشنهاد نمود که برای بهبود به‌کارگیری سیستم ارجاع در پزشک خانواده و بیمه روستایی در دو بخش فعالیت‌ها و مداخلات جدی‌تری باید اعمال گردد که شامل بخش وزارت بهداشت و عوامل اجرایی آن در قالب تدوین برنامه عملیاتی دقیق و کارآمد و مبتنی بر شواهد و موانع موجود و افزایش توان اجرایی، و دیگری در بخش سازمان‌های بیمه گر و اعمال مکانیزم‌های نظارتی دقیق‌تر می‌باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه پزشکان خانواده روستایی شهرستان ساری شرکت‌کننده در مصاحبه که با دقت و حوصله به پرسش‌ها پاسخ داده‌اند و با ما همکاری داشته‌اند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. هم‌چنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کمیته تحقیقات دانشجویی آن به خاطر تأمین بخشی از هزینه‌های این طرح سپاسگزاری به عمل می‌آید.

که قبلاً بحث شد مربوط به بخش نظارتی و اعمال ضمانت اجرایی طرح می‌باشد که به سازمان بیمه همگانی سلامت کشور سپرده شده است. این سازمان تاکنون به‌عنوان تأمین‌کننده منابع مالی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع همپای وزارت بهداشت در مراحل مختلف این طرح ملی درگیر بوده ولی آن‌گونه که از یافته‌های این تحقیق برمی‌آید، در اعمال نقش نظارتی خود موفق نبوده است. لذا در تبیین مشکلات این بخش باید نکاتی مانند وضعیت تخصیص منابع مالی پیش‌بینی شده برای حمایت از اجرای طرح، نبود رابطه بین مسئولیت و اختیار منابع در اختیار قرار داده شده، نداشتن امکانات و ظرفیت‌های نظارتی لازم را اشاره نمود. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بوده است که از جمله آن‌ها می‌توان علاوه بر محدودیت‌های خاص مطالعات کیفی، به مواردی چون عدم دربرگرفتن نظرات بیماران یا افراد تحت پوشش تیم پزشک خانواده، ویژگی‌های فردی پاسخ‌دهندگان و وضعیت رضایت شغلی آن‌ها، نگرش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر، نظرات مدیران بخش‌های اجرایی و نظارتی، دیدگاه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان اشاره نمود، که

References

1. Shahdpour K, Pileroudi S. Health For All and primary health cares in 20th and 21th countries, Ministry of Health and Medical Education, Nashreh Tandis, 1999. 192-193. (Persian).
2. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. World Health Forum, 1981; 2(3): 316.
3. Shadpour K. The PHC experience in Iran, The Council for expansion of Primery Health Care networks, UNICEF-Tehran, 1994. (Persian).
4. Yosefi F. Assessing referral pattern of physically and mentally ill patients in primary health system in Sanandaj province in 1996. J Kurdistan Univ Med Sci 1999; 3(11): 31-34 (Persian).
5. Motlagh ME, Nasrollapour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A. The satisfaction of family physicians from the dynamics of family medicine and rural insurance scheme in medical universities. J Guilan Univ Med Sci 2010; 19(76): 48-55 (Persian).
6. Rasoulinejad AA, Rasoulinejad MA. Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health Care Network.

-
- Auarterly Hakim 2001; 4(4): 238-242 (Persian).
7. 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 in 2008. *J Babol Univ Med Sci*. 2010; 11(6): 46-52 (Persian).
8. Hosseini Faraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee Yazd province. M Sc. Thesis: Azad Islamic University, 2005. (Persian).
9. Rouhani S. Assessing the patient referral in attendees of hospitals in Mazandaran university of medical sciences in 1998. *J Mazand Univ Med Sci* 2000; 10(26): 27-33 (Persian).
10. Rouhani S, Mohammadpour RA. Family medicine and patients' satisfaction in Iran *Life Science Journal* 2012; 9(3): 1840-1847.
11. Moriarty J. Qualitative Methods Overview. School for Social Care Research, London, 2011.
12. Matveev AV. "The advantages of employing quantitative and qualitative methods in intercultural research: practical implications from the study of the perceptions of intercultural communication competence by American and Russian managers", *Bulletin of Russian Communication Association: Theory of Communication and Applied Communication*, 2002; (1): 59-67.
13. Adib Hagbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Hum Resour Health*, 2004; 2(1): 1-14.
14. Adib Hagbaghery M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Terhran. Boshra Publication. 2003. (Persian).
15. Omachonu V, Nanda R. Measuring productivity: Outcome vs. output. *Nurs Manage*, 1989; 20(4): 35-40.
16. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing, advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott; 2003.
17. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. (2nd ed.). Michigan University: Sage. 1995.
18. Danaee Fard H, Mozafari Z. Improving validity and reliability of qualitative research in management: understanding research auditing strategies. *Management research*, 2008; 1(1):131-162 (Persian).
19. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeichehr M. Strategies to enhance Rigour in qualitative research. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5(3): 663-670 (Persian).
20. Patton MQ. Qualitative evaluation and research method (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage publications, Inc. 2002.
21. Afkar A, PourReza A, Khodabakhshi nejad V, Mehrabian F. Family physician performance from the perspective of Gilani customers. *J Hospital (jhosp)* 2013; 12(1): 39-48 (Persian).
22. Rouhani S, Akbarzadeh F. The Impact of Change of Payment Mechanism on the Performance of Rural Health Centers in Ambulatory Care under Family Medicine Scheme in Sari and Jouybar. *J Mazand Univ Med Sci* 2013; 23(Supple 1): 96-103 (Persian).
23. Rouhani S, Yazdani Charati J, Alimohammadpour R. Structural quality & utilizing outpatient curative care under family medicine scheme in rural areas of Mazandaran-Iran. *Iran J Health Sci* 2013; 1(2): 28-34.
24. Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N. The performance of referral system from the

- perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-2012. Journal Of Health Promotion Management (jhpm) 2014; 3(3): 58-68 (Persian).
25. Khadivi R, Kor A, Foruzandeh E. Comparing the Main Reproductive Health Indices in Rural Areas of Isfahan province, Iran, before and after Family Physician Program Intervention during 2001-2011. Journal of Isfahan Medical School 2014; 32(286): 712-725.
 26. Raeisi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia HR. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran; 2009. Journal of Health Administration 2011; 14(43): 27-37.
 27. Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli V. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. Knowledge & Health 2010; 4(4): 39-44.
 28. Barati O, Maleki M, Godarzi M, Kabir M, Amiresmaeili M, Abdi J. The impact of family medicine scheme on health indicators, Payesh Quarterly Journal 2012; 11(3) (43): 361-363.
 29. Ahmadi B, Arab M, Narimisa P, Janani L, Najafpour J. The pattern of drug prescription by family medicine and per head drug consumption in Ahvaz County. Health Care Management Journal 2013; 4(3,4): 25-34 (Persian).
 30. Operational guide for family physician project implementation. Version 7/3. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2006.
 31. Ebadi fard azar F, Raeesi P. Patient's admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). J Qazvin University Med Sci 2002; 6(3): 30-35 (Persian).
 32. Tavassoli E, Alidosti M, Khadivi R, Sharifi Rad G, Hassanzadeh A. Assessing the association between knowledge and attitude of villagers about family medicine in Shahr Kord in 2009. Journal of Health System Research 2010; 6(3): 498-505 (Persian).
 33. Shadpour, K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Mediter Health 2000; 6(4): 822-825.