مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره یازدهم، شمارهٔ ۶، بهمن – اسفند ۱۳۸۸، صفحه ۵۲-۴۶

ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی ایران ۱۳۸۷

سیدداود نصراله پور شیروانی (MSc)*[۱]، حسن اشرفیان امیری (MD)[۲]، محمداسماعیل مطلق (MD) [۳]، محمدجواد کبیر (MSc)[۴]، محمدرضا ملکی (PhD)[۵]، علی شبستانی منفرد (PhD)[۶]، رضا علیزاده (GP)[۷]

۱- معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل و دانشگاه علوم پزشکی ایران
۲- دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۴- دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۶- گروه بیوشیمی و بیوفیزیک دانشگاه علوم پزشکی بابل
۷- دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۸۸/۱/۱۷ ، اصلاح: ۸۸/۴/۲۴، پذیرش: ۸۸/۷/۸

خلاصه

سابقه و هدف: نظام مراقبت سلامت به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سازماندهی می شود، با توجه به سطح بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی تر از طریق نظام ارجاع میسر می گردد. با توجه به اهمیت نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده این مطالعه به منظور بررسی عملکرد نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده و نظام شبکه دانشگاه های علوم پزشکی مستقر در استان های شمالی ایران انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی در پائیز ۱۳۸۷ انجام شد. ۲۰٪ مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی گلستان، مازندران، بابل و گیلان، مجموعا ۱۰۸ مرکز از ۵۲۱ مرکز مجری بصورت تصادفی سیستماتیک به عنوان خوشه های پژوهش انتخاب و در هر مرکز یا خوشه منتخب ۵ تا ۷ بیماری که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت و در زمان پرسشگری در منازل خود حضور داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند، ۴۴۰ نفر (۶۵٪) زن و ۲۳۵ نفر(۳۵٪) مرد بودند. ۲۷۰ نفر (۴۰/۵٪) از بیمارانی که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند، فرم ارجاع از خانه های بهداشت را به همراه داشتند. از کل بیماران ارجاع شده به سطح ۲، ضرورت ارجاع ۳۱۱ نفر (۴۶٪) بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و پزشکان خانواده در ۲۱۲ مورد ارجاع (۳۲/۹٪) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲، نقش داشته اند. پزشکان متخصص سطح ۲ در پذیرش و ویزیت بیماران ارجاعی، برای ۱۸۹ بیمار پذیرفته شده (۲۸/۱٪) نتایج ویزیت را در قالب پسخوراند به پزشک خانواده ارجاع دهنده ارائه نمودند. از بین بیماران مراجعه کننده به سطح ۲، تنها ۱۶۳ نفر از بیماران (۲۴/۵٪) بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند و ۳۹۴ نفر (۷۹/۶٪) بیمارانی که بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول باز نگشتند، علت اصلی را عدم آگاهی ذکر نمودند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بسیاری از اصول نظام ارجاع از سطح یک به سطوح بالاتر و بالعکس رعایت نمی شود که نیاز به اصلاح، آموزش و مداخله در این زمینه می باشد.

واژه های کلیدی: *نظام ارجاع، پزشک خانواده، مرکز بهداشتی درمانی.*

مقدمه

نظام سلامت در هر جامعه ای از دو بخش نظام سلامت عمومی و نظام مراقبت سلامت تشکیل می شود که در نظام سلامت عمومی به موضوعاتی مثل زیرساخت های اقتصادی و اجتماعی و سبک زندگی پرداخته می شود. نظام مراقبت سلامت شامل کلیه سازمان ها، نهادها و افراد ارایه دهنده خدمات سلامت

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۷۱۲۱۱۶۷/۲۵۲ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، معاونت بهداشتی، ۹-۰۱۱۱-۳۲۳۲۸۷۶
e-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

می شود که عمدتا از دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل مـی گـردد (۱). بخـش 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 سـوم سازماندهی می شود که با توجه به سطح بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند بـه خدمات تخصصی تر از طریق نظام ارجاع میسر می گردد (۲). نظام ارجاع به گونه ای تبیین می گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر بـه تـشخیص یـا درمان بیماران نباشند به سطح بـالاتر کـه واجـد کارکنـانی در سـطوح عـالی تـر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی تر را در ابعادی وسیع تر و بـا اسـتفاده از تکنولوژی پیشرفته تر عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجـاع بایـد مبین تبادل دو سویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمـار را بـا اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان محلی در باره طرز پیگیری و مراقبت از بیمـار به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در اینصورت نظام ارجاع ضـمن اولویـت بنـدی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی تر می تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجـاع شـوند، مـوثر باشد (۳).

Stephen در بیان اهمیت نظام ارجاع اظهار می نماید که عمده هزینـه خدمات بهداشتی درمانی (چه در بعد مالی و چه انسانی) را بیمارستان تشکیل مـی دهد و این امر تا حدودی اجتناب ناپذیر است. اما اگر بپذیریم که ۸۰ تا ۹۰ درصـد بیماران در سطح اول مراقبت هـای بهداشـتی درمـانی قابـل تـشخیص و درمـان هستند، بنابراین روند فعلی کاهش تخصیص اعتبار در ایـن سـطح در کـشورهای روبه توسعه اقدام شایسته ای نخواهـد بـود (۴). در یـک مطالعـه انجـام شـده در آمریکا که به منظور تعیین میزان اسـتفاده از تخـت هـای بیمارسـتانی در سـطوح مختلف ارایه خدمات بر روی ۷۱ مرکز انجام گرفت، گـزارش گردیـد کـه ضـریب اشغال تخت در سطح حاشیه ای سیستم پائین بود که دلایل آن را ضعف پرسـنل آموزش دیده در سطح پائین، کمبود دارو و وسائل پزشکی در ایـن مراکـز و قطـع کامل نظام ارجاع ذکر نموده اند (۵). مطالعات متعدد نـشان دادنـد چنانچـه سـطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می توان ۸۰ تا ۹۰ درصد نیازهـای سلامت را در سطح اول تامین نمود. در مطالعه Morrell گزارش شد که از هـر ۱۰۰۰ نفر در سابقه دو هفته گذشته شان ۷۵۰ نفر دچار نوعی مشکل شده بودنـد. ۵۰۰ نفر خود- مراقبتی کرده، ۲۵۰ نفر به یک پزشک عمومی مراجعه و ۹ نفـر از این بیماران به یک پزشک متخصص ارجاع گردیدند، ۵ نفـر بـه یـک بیمارسـتان جامعه (Community Hospital) جهت بستری ارجـاع داده شـدند و تنهـا یک نفر به یک بیمارستان تخصصی دانشگاهی جهت بستری معرفی گردیده است (۶). Coleman در مطالعه خـود نـشان داد کـه ۵۵٪ از بیمـاران بـا مـشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت ها مراجعه می کنند، می توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه ها مراقبت شوند (۷). مطالعه ای که در عربـستان انجام گرفت، نشان داد که بکار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶٪ در بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶٪ در مـراجعین بـه مراکـز بهداشـتی و افـزایش ۱۹/۲٪ در ارجاعات شده بود و اینطور نتیجه گیری گردید که بـرای داشـتن یـک نظام ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارسـتان هـا برقرار شود (۸). اما نظام ارجاع علی رغم کارآمدی مسلم، همواره بـا چـالش هـای متعدد مواجه می شود که اگر به موقع شناسایی و مداخله متناسـب انجـام نگیـرد، ممکن است فقط اسـمی از آن بـاقی بمانـد. کمیتـه کارشناسـی سـازمان جهـانی بهداشت مشکلات نظام ارجاع را به حجـم زیـاد کـاری کارکنـان بهداشـتی، بعـد مسافت، عدم اعتماد به مراقبت های بهداشتی در سـطوح پـایین سیـستم عرضـه خدمات، ناکافی بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان ها و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان و عدم دسترسی افراد نیازمند، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، فقدان پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای ایـن نظـام، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای مـلاک‌هـای ارجـاع در سـطوح مختلـف عرضه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان خدمات پـشتیبانی از مراکـز بهداشـتی و درمانی توسط بیمارستان می دانند (۹). Palmer نیـز موانـع موجـود بـر سـر راه تحقق نظام ارجاع را به کیفیت نامطلوب خدمات اولیـه، مهـارت ناکـافی پرسـنل، مشکلات حمل ونقل، کمبود داروها، قیمت بالای بعضی از خـدمات دسـته بنـدی می کند (۱۰).

در کشور ایران گرچه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان هـا دستاوردهای چشمگیری بدنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظـام ارجـاع یکی از ضعف های بارز آن به شمار می رود (۱۱)، از سال ۱۳۸۴ با اجـرای طـرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روسـتایی و شـهرهای کمتـر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع مورد تاکید قرار گرفته است (۱۲). با توجه به اینکه بیش از ۳ سال از اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی می گـذرد، این مطالعه به منظور بررسی عملکرد نظام ارجاع و رفتار دریافت کننـدگان و ارائـه دهندگان خدمات در مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمـه روسـتایی و نظـام شبکه در دانشگاه های علوم پزشکی در استان های شمالی ایران انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در پائیز ۱۳۸۷ بر روی کلیه بیمارانی که با مراجعه بـه مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، مازندران، بابل و گیلان در شمال ایران مراجعه و توسط پزشـک خـانواده به سطح ۲ ارجاع و خدمات مورد نیاز را از سـطح ۲ دریافـت نمودنـد، انجـام شـد. نمونه گیری در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول ۲۰٪ مراکز بهداشـتی درمـانی مجری طرح در هر دانشگاه (استثنا برای بابل ۳۵٪) بعنوان خوشه تحقیـق تعیـین شدند که برای انتخاب آنها ابتدا نام مراکز بهداشتی درمـانی روسـتایی یـا شـهری روستایی مجری طرح مستقر در شهرستان های تحت پوشش هر دانشگاه از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی سیستماتیک، ۲۴ مرکـز بهداشـتی درمانی از ۱۲۵ مرکز تحـت پوشـش دانـشگاه علـوم پزشـکی گلـستان،۴۱ مرکـز بهداشتی درمانی از ۲۰۴ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشـکی مازنـدران، ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۲۹ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابـل و ۳۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۱۶۳ مرکز تحت پوشش دانشگاه علـوم پزشـکی گـیلان مجموعا ۱۰۸ مرکز از کل ۵۲۱ مرکز بعنوان خوشه انتخاب شـدند. در مرحلـه دوم با مراجعه به مرکز یا خوشه منتخب، مشخصات ۱۵ تا ۲۰ بیماری که بـیش از ۱۰ روز گذشته توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شدند را از روی دفتر ثبت نـام بیماران یا لیست بیماران ارجاع داده شده، یادداشت و با مراجعه بـه منـازل آنهـا و

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

انجام مصاحبه در صورتی که به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت نموده بودند، با استفاده از چک لیست محقق ساخته که روایی آن به استناد منابع معتبر و نظر اهل فن مورد تایید بود، داده های مورد نظر شامل سن، جنس، شغل، و محل سکونت، تاریخ مراجعه، داشتن فرم ارجاع از خانه بهداشت، طرف خواست ارجاع، طرف تعیین کننده پزشک متخصص سطح۲، تخصص و ارائه پسخوراند پزشکان سطح۲، تاریخ مراجعه و نوع خدمات دریافتی از سطح ۲، تاریخ برگشت به پزشک خانواده، ثبت گردید. نتایج خدمات دریافتی در پرونده سلامت، پیگیریهای تلفنی توسط پزشکان خانواده و بهورزان و نهایتا رضایت بیماران از فرآیند ارجاع، از طریق مصاحبه، مشاهده دفترچه بیمه روستایی و بررسی دفاتر و پرونده مرتبط موجود در مرکز برای ۵ تا ۷ بیمار جمع آوری گردید.

جهت امتیازدهی پاسخ سئوالات اگر پاسخ سئوالات در حد بلی / خیر بود به پاسخ بلی نمره یک و به خیر نمره صفر و اگر در حد سه گزینه ای شامل بلی بطور کامل / بلی تا حدودی و خیر بود به ترتیب نمره ۲، ۱ یا صفر داده شد. دسته بندی نتایج پاسخ به سوالات نیز با مقیاس سه رتبه ای بوگاردوس در سطح مطلوب (با۷۵–۱۰۰٪ کل نمره)، نسبتا مطلوب (با ۷۵– ۵۰ ٪ کل نمره) و نامناسب (با کمتر از۵۰٪ کل نمره) صورت گرفت (۱۳). سپس داده ها با استفاده از آزمون chi-square تجزیه و تحلیل و p<۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۶۷۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات سطح ۲ شدند،۴۴۰ نفر (۶۵٪) زن و ۲۳۵ نفر(۳۵٪) مرد بودند. از نظر گروه سنی، بیشترین افراد (۱۳۲ نفر، ۱۹/۶٪) در گروه سنی ۳۰–۲۱ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۱۹۶ نفر(۳۲/۸٪) بی سواد، ۱۶۷ نفر (۲۷/۹٪) سواد خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی و مابقی مدارک تحصیلی بالاتر داشتند. ۲۷۰ نفر (۴۰/۵٪) از بیمارانی که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند، در مراجعه به پزشک خانواده فرم ارجاع از خانه های بهداشت را به همراه داشتند که از این خطر در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). از کل بیماران ارجاع شده به سطح ۲، ارجاع ۳۱۱ نفر (۴۶٪) بنا به تشخیص پزشکان خانواده ضروری تشخیص داده شده بود و ۳۶۵ مورد ارجاع مابقی (۵۶٪) بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت که این تفاوت نیز معنی دار بود (p=۰/۰۰۱). پزشکان خانواده در ۲۲۲ مورد ارجاع داده شده (۳۲/۹٪) در تعیین یا انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشتند و در ۴۵۲ مورد دیگر (۶۷/۱٪) بیماران خود پزشک متخصص را انتخاب کردند که رفتار مذکور در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار داشت (p=۰/۰۰۱). از کل بیمارانی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه کرده اند، تنها برای ۱۱۸ مورد یا ۱۷/۶٪ رونوشت لیست بیماران ارجاعی به خانه های بهداشت مربوطه ارسال گردید که وضعیت فوق در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار داشت (جدول ۱) (p=۰/۰۰۱). پزشکان متخصص سطح ۲ فرم پسخوراند ارجاع موجود در پشت برگ سوم (مخصوص بیمار) دفترچه بیمه روستایی را برای ۱۸۹ بیمار ارجاعی پذیرفته شده، تنظیم نمودند که بین میزان ارایه پسخوراند و نوع تخصص پزشکان سطح ۲ رابطه معنی دار آماری وجود داشت (p=۰/۰۲۶). از بین ۱۸۹ مورد پسخوراند ارائه شده توسط پزشکان متخصص سطح ۲، ۶۰ مورد (۳۱/۷٪) دارای کیفیت مطلوب، ۷۰ مورد دارای کیفیت نسبتا مطلوب و ۵۹ مورد (۳۲/۳٪) دارای کیفیت نامناسب بوده است که این مورد هم در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۱۲).

جدول ۱. فراوانی پذیرش و ارایه پسخوراند ارجاع توسط متخصصین سطح دو

نوع تخصص	کل پذیرش بیماران ارجاعی از سطح ۱	موارد ارایه پسخوراند تعداد(٪)
زنان و زایمان	۱۲۸	(۳۲/۸)۴۲
جراحی	۴۷	(۲۹/۸)۱۴
ارتوپدی	۴۵	(۱۱/۱)۵
اطفال	۶۴	(۳۴/۴)۲۲
گوش و حلق وبینی	۳۰	(۴۰/۰)۱۲
چشم	۵۵	(۳۰/۹)۱۷
اعصاب و روان	۲۹	(۴۱/۴)۱۲
مغز و اعصاب	۴۴	(۲۷/۳)۱۲
پوست	۳۲	(۳۴/۴)۱۱
کلیه و مجاری ادرار	۲۷	(۳۳/۳)۹
قلب عروق	۵۹	(۱۳/۶)۸
داخلی	۸۹	(۲۴/۷)۲۲
عفونی	۷	(۱۴/۳)۱
سایر	۱۷	(۱۱/۸)۲
جمع کل	۶۷۳	(۲۸/۱)۱۸۹

از بین بیماران مراجعه کننده به سطح ۲، تنها ۱۶۳ نفر (۲۴/۵٪) بعد از دریافت خدمات، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع دهنده خود بازگشتند که در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). از ۱۶۳ بیماری که به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت سطح دو ۷۰ بیمار (۴۲/۹٪) بازگشت نموده، در پرونده سلامت ثبت گردید که عملکرد مذکور در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار داشت (p=۰/۰۰۱). پزشکان خانواده برای ۱۱۹ بیماری (۷۳٪) که به سطح یک بازگشتند، دستورات و توصیه های بعدی را ارایه نمودند. ۴۰۸ نفر یا ۷۹/۶٪ بیمارانی که بعد از دریافت خدمت سطح ۲ به سطح ۱ نزد پزشک خانواده خود بازنگشتند، علت اصلی را بی اطلاعی، ۵۰ نفر دیگر (۹/۷٪) مشکلات تردد و وقت نداشتن ذکر کردند که این وضعیت در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار داشت (p=۰/۰۲۳). میزان تماس تلفنی پزشکان خانواده با بیماران ارجاع داده شده جهت پیگیری سرنوشت ارجاع و در صورت نیاز راهنمایی لازم به بیماران، ۳۲ مورد یا ۴/۸٪ بوده که در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار وجود نداشت. تماس تلفنی بهورزان جهت جویا شدن نتایج ارجاع بیماران تحت پوشش ۹۵ مورد (۱۴٪) بود که در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار وجود داشت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

(p=۰/۰۰۴). در کل فرآیند ارجاع سطح رضایت ۳۶۲ نفر (۵۳/۶٪) بیماران مطلوب، ۲۵۳ مورد (۳۷/۴٪) نسبتا مطلوب و ۵۴ مورد (۸٪) مابقی نامناسب بوده است. سطح رضایت بیماران در بین دانشگاه های علوم پزشکی استان های شمالی تفاوت معنی دار نداشت (جدول ۲). کیفیت عملکرد کلی نظام ارجاع را در دانشگاه های مورد مطالعه نشان می دهد که بخاطر عدم وجود شرط آزمون، معنی داری آن (p=۰/۰۲۵) قابل گزارش نمی باشد.

جدول ۲. کیفیت عملکرد کلی نظام ارجاع در دانشگاه های مورد مطالعه

نام دانشگاه	کیفیت عملکرد کلی نظام ارجاع			
	مطلوب تعداد(٪)	نسبتا مطلوب تعداد(٪)	نامناسب تعداد(٪)	کل
گلستان	(۱/۱)۲	(۳۰/۸)۵۶	(۶۸/۱)۱۲۴	۱۸۲
مازندران	(۱/۸)۴	(۲۵/۶)۵۷	(۷۲/۶)۱۶۲	۲۲۳
بابل	(-)-	(۳۵/۸)۱۹	(۶۴/۲)۳۴	۵۳
گیلان	(۵/۴)۱۰	(۳۴/۶)۶۴	(۶۰)۱۱۱	۱۸۵
	(۲/۵)۱۶	(۳۰/۵)۱۹۶	(۶۷/۰)۴۳۱	۶۴۴

p<۰/۰۳۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از بیماران که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شدند، بدون ارجاع از خانه های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند که این مغایر با قواعد سطح بندی خدمات و تضعیف نظام ارجاع در سطح اول بحساب می آید. زیرا استفاده از کارکنان غیر پزشک بعنوان یکی از راه کارهای کاهش هزینه خدمات در نظام ارجاع همواره مورد تاکید قرار گرفته است (۱۴). همچنین در این مطالعه مشخص گردید که تنها ضرورت۳۱۱ مورد یا ۴۶٪ ارجاع به سطح ۲ با تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و ۵۶٪ مابقی بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت که این یکی از چالشهای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می باشد که اگر تدابیر کنترل کنندگی بعمل نیاید، می تواند کارآمدی طرح را زیر سئوال ببرد. در مطالعه Rasoulinejad و همکاران نیز ۴۶/۳٪ مراجعین به مراکز بیمارستانی به طور مستقیم مراجعه نمودند که چنین پدیده ای می تواند باعث افزایش هزینه های بیمارستان، کاهش کارایی و افزایش بارکاری (Workload) بیمارستان گردد (۱۵).

Van Ulden و همکاران در مطالعات خود مشخص نمودند که خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت ها و بیمارستان ها می شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آنها بوسیله پزشک عمومی غربالگری شوند از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می شود (۱۶). اما در مطالعه Huoseyni Faraji گزارش شد که ارجاع بیماران از پزشک خانواده به پزشکان متخصص تنها ۱۲/۲٪ بنا به درخواست بیمار بوده است (۱۷) که نسبت به مطالعه حاضر بسیار کمتر می باشد. از دلایل آن می توان به عدم انعطاف پذیری پزشکان خانواده، نظارت سخگیرانه تر شاخه بهداشت و درمان کمیته امداد اشاره نمود. مطالعه حاضر در خصوص کمیت ارایه پسخوراند سطح بالاتر به سطح پائین تر نظام شبکه نشان داد که کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان خانواده به خانه های بهداشت مربوطه کمتر از یک پنجم و کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده کمتر از یک سوم بوده است. از نظر کیفیت پسخوراند ارائه شده مشخص گردید که تنها در یک سوم موارد پسخوراند ارائه شده در پشت صفحه سوم دفترچه بیمه روستایی دارای کیفیت مطلوب بوده و برای پزشکان خانواده وجهه آموزشی و هدایت کنندگی داشته است. در حالیکه در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت و درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پائین تر را در نامه کتبی و فرم های استاندارد، قید و توصیه های پیگیری را برای منبع ارجاع کننده گزارش نمایند. مطالعات نشان می دهد چنانچه فرم نوشته شده استاندارد ارایه شود و پزشک مشاور نظرات خود را کتبا به پزشک ارجاع کننده ارسال نماید پیگیری و نتایج درمان بهتر خواهد بود (۱۸و۵). عدم ارایه پسخوراند یا ارایه پسخوراند با کیفیت نامناسب یکی از مشکلات شایع نظام ارجاع می باشد که اکثر نظام های مراقبت سطح بندی شده با آن مواجه می باشند. در مطالعه Haoseyni و همکاران، از بین ۱۹۴ بیماری که با داشتن فرم ارجاع به پزشکان متخصص بیمارستان های دولتی مراجعه نمودند، حتی برای یک مورد آنها نیز پسخوراند ارایه نشد (۱۹).

مطالعه Ebadi Farde Azar، نشان داد که از بین ۳۷۲ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۲۷ نفرشان فرم ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی داشتند که حتی برای یک مورد از آنها هم پسخوراند ارجاع صادر نگردید (۲۰). اما در مطالعه Rasoulinejad و همکاران ۷۱/۴٪ از بیماران ارجاع شده خانه بهداشت، ۵۰٪ بیماران ارجاع شده مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ۴۹٪ بیماران ارجاع شده مراکز بهداشتی درمانی شهری از سطوح مراقبتی بالاتر خود بازخورد دریافت نمودند که در این گزارش به کیفیت بازخورد اشاره ای نگردید (۱۵).

یافته های 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، اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی عدم مراجعه ذکر کردند. طبیعی است بازگشت یا مراجعه مجدد بیماران به سطحی که توسط آن ارجاع شده، اولا به آگاهی بیمار بر می گردد که این اطلاع را داشته باشد بعد از مراجعه به سطح بالاتر و دریافت خدمت از آن، به سطح ماقبل برگردد و نتیجه ویزیت و درمان را در اختیار پزشک خانواده خود قرار دهد، دوما به نگرش بیمار بستگی دارد که این اعتقاد را داشته باشد که در صورت بازگشت به پزشک خانواده، پزشک او برای ادامه و تکمیل درمان کمک ها و توصیه های موثری بعمل می آورد. در این خصوص مطالعه حاضر نشان داد از بین بیمارانی که به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت سطح دو کمتر از نیمی از بیماران بازگشت نموده، در پرونده سلامت آنها ثبت گردیده است و پزشکان خانواده در موارد نادر وضعیت و سرنوشت ارجاع بیماران را از طریق ارتباطات تلفنی پیگیری و در صورت نیاز راهنمایی لازم را به بیماران ارایه نمودند. در صورتیکه در مطالعه Huoseyni Faraji میزان پیگیری پزشک خانواده پس از ارجاع جهت جویا شدن از نتیجه درمان به صورت، همیشه ۱۹/۱٪ تا حدودی ۶۸/۷٪ هیچگاه ۱۲/۲٪ بوده است (۱۷). این در حالی است که در مطالعه Leibowitz و همکاران مشاوره تلفنی و خدمات توصیه ای در کاهش حجم کاری پزشکی و متعاقب آن کاهش هزینه ها موثر بوده است (۲۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

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 بود. در مطالعه Huoseyni و همکاران، ۷۳٪ ارجاع شدگان را زنان و بیشترین گروه سنی هم شامل گروه سنی ۲۹–۲۰ سال (۴۲/۵٪) بوده است (۱۹). با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گیری نمود که بسیاری از قواعد نظام ارجاع از جمله مراجعه به پزشکان خانواده با ارجاع از خانه بهداشت، ارجاع بیماران به سطح ۲ بنا به تشخیص پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح ۲، ارائه پسخوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین تر، پیگیری سرنوشت ارجاع توسط بهورزان و پزشکان خانواده و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول در حد انتظار رعایت نشده است و نیاز ضروری به اصلاح و بهبود دارد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از روسای مراکز بهداشت شهرستان های تحت پوشش و مدیران و کارشناسان گسترش آنها بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از اعضای تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده برای همکاری در جمع آوری داده های مورد نظر و از خانم ها حسینی، غلام پور، زوبین، رمضانی و امیدیان و آقایان ملک زاده و نیک بخت از کارشناسان بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری های معاونت بهداشتی بابل که به عنوان پرسشگر، کل داده های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع آوری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008

D. Nasrollahpour Shirvani (MSc) [1*], H. Ashrafian Amiri (MD)[2], M. E. Motlagh (MD)[3], M. J. Kabir (MSc)[4], M. R. Maleki (PhD)[5], A. Shabestani Monfared (PhD)[6], R. Alizadeh (GP)[7]

1. Vice- Chancellery for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol & Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Jondi Shapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran
4. Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
5. Health Services Management Department, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Biophysics & Biochemistry Department, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
7. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Received: Apr 10th 2009, Revised: Jul 15th 2009, Accepted: Sep 30th 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Health care system is organized at three levels in order to increase efficacy and effectiveness and create justice and also people availability. Considering 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 of medical universities in Northern provinces of Iran.

METHODS: This analytic study was performed in Autumn of 2008. Twenty percent of health centers (108 centers from 521) 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 5-7 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.

FINDINGS: From 675 patients who received the level 2 services, 440 cases (65%) were female and 235 (35%) were male. Two hundred and seventy cases (40.5%) had referral form from health house. Only 311 (46%) persons referred because of diagnosis of family physician and in 212 (32.9%) of cases, the family physician had a role to choose a specialist of level 2. For 189 (28.1%) of cases, the specialists wrote the results of their evaluation in feedback form. Only 163 (24.5%) of patients returned to their family physicians. Three hundred ninety-four (79.6%) of patients didn't 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.

KEY WORDS: *Referral system, Family physician, Health care center, Health levels.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Vice-chancellery for Health, Babol, Iran
Tel:+98 111 3232876-9
E-mail: dnshirvani@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

References

1. Davoudi S. Health and its determinants, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser 2008; pp: 140-2. [in Persian]
2. Davoudi S. Introduction to health Sector Reform, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser 2006; pp: 233-7. [in Persian]
3. 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; pp:192-13. [in Persian]
4. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. World Health Forum 1981; 2(3): 316.
5. Starfield B. Primary care, concept, evaluation and policy. UK, Oxford University Press 1992; pp: 70-85.
6. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. J R Coli 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): 482-7.
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): 236-53.
9. WHO. The role of hospital in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation, 1981; pp: 44-63.
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; pp: 12-13. [in Persian]
12. Family physician Instruction, Ministry of Health and Medical Education, Version 9, Sep 2009; pp: 4-102.
13. Mirzaie K. Research, Researching and writing. Tehran, Jameheshenasan Publication 2009; p: 274. [in Persian]
14. Pileroudi S. Township network health and treatment, Iran, UNICEF 1999; pp: 32-3. [in Persian]
15. Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of refferal system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health Care Network. Hakim Res J 2001; 4(3): 238-42. [in Persian]
16. Van Ulden CJ, Winkens RA, Weeseling GJ, Cerbolder HF, Vanscayck CP. Use of out of hours services: a comparsion between two organizations. Emerg Med J 2003; 20(2): 184-7.
17. Hosseini Faraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee, Yazd province 2005: 24. Thesis [in Persian]
18. Clancy CM, Franks P. Utilization of specialty and primary care: the Impact of H.M.O insurance and patient related factors. J Fam Pract 1997: 45(6): 500-8.
19. Hosseini SR, Dadash Pour M, Mesbah N, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of Paeengatab, Babol, 2003. J Babol Univ Med Sci 2005: 7(27): 85-90. [in Persian]
20. Ebadi Farde Azar F. Patients admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). J Qazvin Univ Med Sci 2002; 23: 30-5. [in Persian]
21. 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. Fam Pract 2003; 20(3): 311-17.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1388.11.6.7.2]