

## ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷

سیدداود نصرالله پورشیروانی<sup>۱\*</sup>، دکتر پوران رئیسی<sup>۱</sup>، دکتر محمداسماعیل مطلق<sup>۲</sup>، مهندس محمدجواد کبیر<sup>۳</sup>، دکتر حسن اشرفیانامیری<sup>۴</sup>

۱- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲- گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز ۳- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان ۴- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل  
\* نویسنده مسؤول: بابل، میدان باغ فردوس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل. تلفن: ۰۱۱۱-۳۲۳۲۸۷۶-۹، ۰۱۱۱۲۱۶۵۴۶۸، ۰۱۱۱۳۲۶۲۸۷۵. پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

دریافت: ۸۸/۷/۲۸ پذیرش: ۸۹/۲/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارایه‌دهنده خدمات در کاهش هزینه و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر نقش اساسی دارد. این مطالعه جهت ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در طرح پزشک خانواده و نظام شبکه دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفت.

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در زمستان ۸۷ انجام گرفت. ۲۷ (۵۲٪) مرکز از کل مراکز مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، در ۵ شهرستان شهریار، رباط‌کریم، کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد به صورت تصادفی سیستماتیک به عنوان خوشه‌های پژوهش انتخاب و در هرکدام ۷ تا ۱۰ بیماری که با ارجاع پزشک خانواده به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت داشتند، بررسی شدند.

**یافته‌ها:** از میان ۲۲۵ بیمار، ۶۰/۹٪ زن بودند. ۷۸ نفر (۳۴/۷٪) در هنگام مراجعه به پزشک خانواده، فرم ارجاع از خانه‌های بهداشت را به همراه داشتند. از میان این بیماران، ارجاع ۱۴۶ نفر (۶۴/۹٪) بنا به تشخیص پزشکان خانواده بود اما پزشکان خانواده در ۷۹ مورد ارجاع (۲۸٪) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشتند. پزشکان متخصص سطح ۲ نتایج ویزیت ۶۸ بیمار (۳۰/۲٪) را در قالب پسخوراند به پزشکان خانواده ارجاع‌دهنده ارایه نمودند. از بین بیماران مراجعه‌کننده به سطح ۲، ۵۷ نفر (۲۵/۳٪) بعد از دریافت خدمات، نزد پزشک خانواده خود بازگشتند و ۱۲۷ نفر (۷۵/۶٪) از بیمارانی که بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول بازنگشتند، علت اصلی را عدم آگاهی ذکر نمودند.

**نتیجه‌گیری:** عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در حد انتظار نبوده و نیاز به ارتقاء دارد.

**کلواژگان:** نظام ارجاع، پزشک خانواده، مرکز بهداشتی درمانی

### مقدمه

نظام ارجاع میسر می‌گردد (۲). نظام ارجاع به گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران مراجعه شده خود نیستند به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی‌تر را در ابعاد وسیع‌تر و با استفاده از تکنولوژی پیشرفته‌تر عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دوسویه اطلاعات و بازگشت بیمار به

نظام مراقبت سلامت شامل کلیه سازمان‌ها، نهادها و افراد ارایه‌دهنده خدمات سلامت می‌شود که عمدتاً از دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل می‌گردد (۱). در اکثر کشورها بخش دولتی نظام مراقبت سلامت به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم، به سه سطح اول، دوم و سوم سازماندهی می‌شود که با توجه به سطح‌بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق

اما نظام ارجاع علی رغم کارآمدی مسلم، همواره با چالش‌های متعددی مواجه می‌شود که اگر به موقع شناسایی و مداخله متناسب انجام نگیرد، ممکن است فقط اسمی از آن باقی بماند. کمیت‌ه کارشناسی سازمان جهانی بهداشت علل ناکارآمدی نظام ارجاع را به زیاد بودن حجم کاری کارکنان بهداشتی، بعد مسافت و مشکل نقل و انتقال بیماران، عدم اعتماد به مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین عرضه خدمات، نارسا بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع به بیمارستان‌ها و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان‌ها و عدم دسترسی بسیاری از بیماران نیازمند، فقدان ارتباط مشخص بین بیمارستان‌ها و خدمات پزشکی جامعه‌نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، پشتیبانی ضعیف مدیریت و تعهد ناکافی، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف عرضه خدمات بهداشتی درمانی و فقدان خدمات پشتیبانی از مراکز بهداشتی و درمانی توسط بیمارستان می‌داند (۹). پالم 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 کشور ایران گرچه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح سطح‌بندی شده خدمات و گسترش و تقویت مراکز سطح اول در قالب نظام شبکه بهداشت و درمان در کلیه شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری حاصل شده است، ولی عدم استقرار مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود (۱۱) که از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع مورد تأکید قرار گرفته است (۱۲). با توجه به این که بیش از ۳/۵ سال از اجرای طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده می‌گذرد، این مطالعه به منظور ارزیابی عملکرد نظام ارجاع و رفتار دریافت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز مجری طرح بیمه روستایی و پزشک خانواده تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

### روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی<sup>۲</sup> در زمستان ۸۷ انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه کلیه بیمارانی بودند که با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی

جایی باشد که از آنجا ارجاع شده است. در این صورت نظام ارجاع ضمن اولویت‌بندی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی‌تر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی، مؤثر باشد (۳). در خصوص عملکرد نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح مراقبت‌های بهداشتی درمانی مطالعات فراوانی انجام گرفته که در اکثر موارد کارایی و اثربخشی آن همواره مورد تأیید بوده است. استفن (۱۹۸۱) در بیان اهمیت نظام ارجاع اظهار می‌نماید: عمده هزینه خدمات بهداشتی درمانی (چه در بعد مالی و چه انسانی) را بیمارستان تشکیل می‌دهد و این امر تا حدودی اجتناب‌ناپذیر است. اما اگر بپذیریم که ۸۰ تا ۹۰٪ بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و قابل درمان هستند، آن وقت روند فعلی کاهش تخصیص اعتبار در این سطح در کشورهای رو به توسعه اقدام شایسته‌ای نخواهد بود (۴). در یک مطالعه انجام شده در آمریکا که به منظور تعیین میزان استفاده از تخت‌های بیمارستانی در سطوح مختلف ارایه خدمات بر روی ۷۱ مرکز انجام گرفت، گزارش شد که ضریب اشغال تخت در سطح حاشیه‌ای سیستم پایین بوده که دلایل آن را ضعف پرسنل آموزش دیده در سطح پایین، کمبود دارو و وسایل پزشکی در این مراکز و قطع کامل نظام ارجاع ذکر نموده‌اند (۵). مطالعات متعدد نشان دادند چنانچه سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می‌توان ۸۰ تا ۹۰٪ نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود. در مطالعه‌ای که توسط مورل انجام شد، گزارش گردید که از هر ۱۰۰۰ نفر در سابقه دو هفته گذشته شان ۷۵۰ نفر دچار نوعی مشکل شده بودند. ۵۰۰ نفر خودمراقبتی کردند، ۲۵۰ نفر به پزشکان عمومی مراجعه نمودند که ۹ نفر از این بیماران به پزشک متخصص معرفی شدند که از این ۹ نفر، ۵ نفر به بیمارستان جامعه<sup>۱</sup> و تنها یک نفر جهت بستری به یک بیمارستان تخصصی دانشگاهی ارجاع گردید (۶). کلمن در مطالعه خود نشان داد که ۵۵٪ از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه کردند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند (۷). مطالعه‌ای که در عربستان انجام گرفت، نشان داد که به کار بردن نظام ارجاع موجب ۱۹/۶٪ افزایش در مراجعین به مراکز بهداشتی، ۴۰/۶٪ کاهش در بیماران سرپایی بیمارستان و ۱۹/۲٪ افزایش در ارجاعات شده بود و نتیجه گرفته شد که برای داشتن یک نظام ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها برقرار شود (۸).

<sup>۲</sup> Cross Sectional

<sup>۱</sup> Community Hospital

ثبت نتایج خدمات دریافتی در پرونده سلامت، پیگیری‌های تلفنی توسط پزشکان خانواده و بهورزان و نهایتاً رضایت بیماران از فرآیند ارجاع، از طریق مصاحبه، مشاهده دفترچه بیمه روستایی و بررسی دفاتر و پرونده مرتبط موجود در مرکز برای ۷ تا ۱۰ بیمار جمع‌آوری گردید.

جهت امتیازدهی به پاسخ سؤالات اگر پاسخ سؤالات در حد بلی/ خیر بود به پاسخ بلی نمره یک و به خیر نمره صفر و اگر در حد سه گزینه‌ای شامل بلی به طور کامل، بلی تا حدودی، و خیر بود به ترتیب نمره ۲، ۱ یا صفر داده شد. بقیه سؤالات بر حسب نوع سؤال نمره خاص خود را می‌گرفتند. دسته‌بندی نتایج پاسخ به سؤالات نیز با مقیاس سه رتبه‌ای بوگاردوس در سطح مطلوب (با ۱۰۰-۷۵٪ کل نمره)، نسبتاً مطلوب (با ۷۵-۵۰٪ کل نمره) و نامناسب (با کمتر از ۵۰٪ کل نمره) صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری Excel و SPSS استفاده و داده‌ها با آزمون chi-square، Spearman و Kendall's سطح معنی‌داری ( $p < 0.05$ ) مورد تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

از ۲۲۵ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که خدمات سطح ۲ را دریافت نمودند، ۱۳۷ نفر (۶۰/۹٪) زن بودند. از نظر گروه سنی، بیشترین افراد در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال (۱۹/۶٪) قرار داشتند. از نظر تحصیلات، ۵۰ نفر (۲۲/۲٪) بی‌سواد، ۶۷ نفر (۲۹/۸٪) سواد خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی، ۴۲ نفر (۱۸/۷٪) متوسطه، ۵۶ نفر (۲۴/۹٪) دبیرستان و دیپلم و ۱۰ نفر مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند.

۷۸ نفر (۳۴/۷٪) از بیماران در هنگام مراجعه به پزشک خانواده، فرم ارجاع از خانه‌های بهداشت را به همراه داشتند که بین شهرستان‌های تحت پوشش تفاوت معنی‌دار وجود داشت ( $p = 0.035$ ). از کل بیماران ارجاع شده به سطح ۲، ۱۴۶ مورد ارجاع (۶۴/۹٪) بنا به تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و ۷۹ مورد (۳۵/۱٪) بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت که این مورد بین شهرستان‌های تحت پوشش تفاوت معنی‌دار نداشت ( $p = 0.192$ ). ۱۶۲ بیمار (۷۲٪) ارجاع شده به سطح ۲، پزشک متخصص را خودشان انتخاب نمودند و پزشکان خانواده تنها در ۶۳ مورد ارجاع (۲۸٪) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲ نقش داشتند. پزشکان متخصص سطح ۲ در پذیرش و ویزیت بیماران ارجاعی، برای ۶۸ بیمار (۳۰/۲٪) نتایج ویزیت را در قالب پسخوراند به پزشک خانواده ارجاع‌دهنده ارائه نمودند که از ۶۸ مورد پسخوراند ارائه شده، ۲۵ مورد (۳۶/۸٪) دارای کیفیت

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع و خدمات مورد نیاز را از سطح ۲ دریافت نموده بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت زیر انجام گرفت. در مرحله اول ۲۷ مرکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده (۵۲٪) برای یافتن ۲۶۱ بیمار ارجاعی برآورد شده (در هر مرکز ۱۲-۸ بیمار) به عنوان خوشه پژوهش تعیین شدند که برای انتخاب آنها ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری مجری طرح پزشک خانواده تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان‌های شهریار، رباط‌کریم، کرج، ساوجبلاغ و نظرآباد از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی سیستماتیک با رعایت تناسب مراکز شهری و روستایی، ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی از کل ۱۹ مرکز تحت پوشش شهریار، ۵ مرکز از کل ۹ مرکز رباط‌کریم، ۲ مرکز از کل ۶ مرکز کرج، ۸ مرکز از کل ۱۵ مرکز ساوجبلاغ و ۲ مرکز از کل ۳ مرکز نظرآباد به عنوان خوشه انتخاب شدند. در مرحله دوم با مراجعه به مرکز یا خوشه منتخب، مشخصات ۱۵ تا ۲۰ بیماری که در بیش از ۱۰ روز گذشته توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند (۱۰ روز اول فرصتی برای مراجعه به سطح ۲ و دریافت خدمات سرپایی یا بستری و بازگشت به منزل در نظر گرفته شد)، از روی دفتر ثبت‌نام بیماران یا لیست بیماران ارجاع داده شده، یادداشت شد. سپس به منازل آنها مراجعه شد و در صورتی که به سطح ۲ مراجعه و خدمات مورد نیاز را دریافت نموده و در زمان پرسشگری با در دست داشتن دفترچه بیمه روستایی در منزل حضور داشتند با آنها مصاحبه گردید. مصاحبه با استفاده از چک‌لیست محقق ساخته که روایی آن بنا به استناد منابع معتبر و نظر اهل فن (دستورالعمل اجرایی طرح پزشک خانواده ویرایش ۹ معاونت سلامت، و نظر مدیران و کارشناسان خبره و سیاست‌گذار کشوری مرکز توسعه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت) مورد تأیید قرار گرفته بود انجام شد. داده‌های مورد نظر شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، داشتن فرم ارجاع از خانه بهداشت، طرف خواست ارجاع، طرف تعیین‌کننده پزشک متخصص سطح ۲، جنس، تخصص و آرایه پسخوراند پزشکان متخصص سطح ۲، کیفیت پسخوراند (اگر هیچ اثری توسط پزشک معالج سطح ۲ در پشت برگه سوم دفترچه بیمه روستایی منعکس نشده بود به منزله عدم آرایه پسخوراند و اگر فقط «ویزیت شد» قید شده بود با کیفیت ضعیف و اگر تشخیص بیماری قید شده بود با کیفیت متوسط و اگر علاوه بر ذکر تشخیص بیماری دستورات و توصیه‌های لازم هم قید شده بود با کیفیت مطلوب قضاوت گردید)، برگشت به پزشک خانواده،

ضعیف، ۲۵ مورد (۳۶/۸٪) دارای کیفیت متوسط و تنها ۱۸ مورد (۲۶/۴٪) دارای کیفیت مطلوب و برای پزشکان خانواده وجهه آموزشی و هدایت‌کنندگی داشت. بین میزان ارایه پسخوراند و جنس پزشکان متخصص سطح ۲ رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت ( $p=0/337$ ) ولی با توجه به جدول ۱ تفاوت معنی‌داری بین شهرستان‌های تحت پوشش و میزان ارایه پسخوراند وجود داشت ( $p=0/018$ ). جدول ۲ میزان پسخوراند‌های ارایه شده پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده را نشان می‌دهد که بیشترین موارد ارایه پسخوراند توسط متخصصین عفونی و سپس اطفال و اعصاب و روان انجام گرفت.

جدول ۱- فراوانی کمیت پسخوراند ارایه شده توسط پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران

جدول ۲- فراوانی پذیرش و ارایه پسخوراند ارجاع توسط متخصصین سطح دو

شهرستان	کل بیماران پذیرفته شده توسط پزشکان متخصص سطح ۲	
	تعداد	موارد ارایه پسخوراند (تعداد درصد)
شهریار	۹۷	۳۷ (۳۸/۱)
رباط کریم	۳۳	۳ (۹/۱)
ساوجبلاغ	۶۵	۲۰ (۳۱/۸)
نظرآباد	۱۶	۶ (۳۷/۵)
کرج	۱۴	۲ (۱۴/۳)
کل	۲۲۵	۶۸ (۳۰/۴)

جدول ۳- فراوانی پذیرش و ارایه پسخوراند ارجاع توسط متخصصین سطح دو

نوع تخصص	کل پذیرش بیماران ارجاعی پذیرفته شده از سطح ۱	
	تعداد	موارد ارایه پسخوراند (تعداد درصد)
زنان و زایمان	۳۱	۱۰ (۳۲/۳)
داخلی	۳۱	۱۱ (۳۵/۵)
ارتوپدی	۲۹	۹ (۳۱/۰)
جراحی	۲۷	۸ (۲۹/۶)
چشم	۲۵	۵ (۲۰/۰)
قلب عروق	۲۲	۴ (۱۸/۲)
اطفال	۱۰	۵ (۵۰/۰)
کلیه و مجاری ادرار	۱۰	۱ (۱۰/۰)
گوش و حلق و بینی	۹	۳ (۳۳/۳)
پوست	۹	۲ (۲۲/۲)
اعصاب و روان	۸	۴ (۵۰/۰)
عفونی	۷	۵ (۷۱/۴)
مغز و اعصاب	۴	۱ (۲۵/۰)
سایر	۳	-
جمع کل	۲۲۵	۶۸ (۳۰/۵)

## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیش از نیمی از بیمارانی که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شده بودند، بدون ارجاع از خانه‌های بهداشت مستقیم به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده بودند که این می‌تواند مغایر با قواعد سطح‌بندی خدمات و تضعیف نظام ارجاع در سطح اول به حساب آید. چرا که استفاده از کارکنان غیر پزشک به عنوان یکی از راهکارهای کاهش هزینه خدمات در نظام ارجاع همواره مورد تأکید می‌باشد (۱۳). یافته‌های دیگر پژوهش نشان می‌دهد که رعایت ناکافی قواعد ارجاع فقط با دور زدن خانه بهداشت ختم نمی‌گردد، چرا که در این مطالعه مشخص گردید ۷۹ مورد ارجاع (۳۵/۱٪) به سطح ۲ بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت. وضعیت فوق‌ترکه در مقایسه با مطالعه نصرالله پور شیروانی و همکاران که ارجاع به سطح ۲ بنا به اصرار بیماران را ۵۴٪ گزارش نموده بودند (۱۴)، شرایط مطلوب‌تری را نشان می‌دهد، اما اصرار بیماران برای ارجاع به سطح ۲ بدون نیاز واقعی، یکی از چالش‌های نظام مراقبت سطح‌بندی شده از جمله طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد که اگر تدابیر کنترل‌کنندگی به عمل نیاید می‌تواند کارآمدی طرح که شامل جلوگیری از مراجعه بی‌مورد و غیرضروری بیماران به سطح ۲ خصوصاً بیمارستان‌ها می‌باشد را زیر سؤال ببرد. در مطالعه رسولی‌نژاد و همکاران هم آمده است که ۴۶/۳٪ مراجعین به مراکز بیمارستانی به طور مستقیم خودارجاعی کرده‌اند. چنین پدیده‌ای می‌تواند باعث افزایش هزینه‌های بیمارستان، کاهش کارایی و افزایش بار کاری بیمارستان گردد (۱۵). ون اولدین و همکاران در مطالعات خود مشخص نمودند که خودارجاعی 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

از بین ۲۲۵ بیمار مراجعه‌کننده به سطح ۲، تنها ۵۷ نفر (۲۵/۳٪) بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع‌دهنده خود بازگشتند که تفاوت آن در بین شهرستان‌های تحت پوشش معنی‌دار بود ( $p=0/040$ ). از بین بیمارانی که به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت سطح دو ۴۶ بیمار (۸۰/۷٪) بازگشت نموده، در پرونده سلامت ثبت گردید. پزشکان خانواده به ۴۵ بیماری (۷۸/۹٪) که به سطح یک بازگشتند، دستورات و توصیه‌های بعدی را ارایه نمودند. از ۱۶۸ بیماری که بعد از دریافت خدمت از سطح ۲ به سطح یک نزد

علت عدم مراجعه، اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی ذکر کردند. طبیعی است بازگشت یا مراجعه مجدد بیمار به سطحی که توسط آن ارجاع شده، اولاً به آگاهی بیمار برمی‌گردد که مطلع باشد بعد از مراجعه به سطح بالاتر و دریافت خدمت از آن، الزاماً به سطح اول برگردد و نتیجه ویزیت و درمان را در اختیار پزشک خانواده خود قرار دهد، دوم 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 کمک‌ها و توصیه‌های مؤثری به عمل می‌آورد. در این خصوص مطالعه حاضر نشان داد از بین بیمارانی که به سطح اول بازگشتند، نتایج ویزیت سطح ۲ در بیش از دو سوم بیماران بازگشت نموده، در پرونده سلامت ثبت گردیده است. همچنین مطالعه حاضر نشان می‌دهد که پزشکان خانواده در سطح نازلی وضعیت و سرنوشت ارجاع بیماران را از طریق ارتباطات تلفنی یا موارد دیگر، پیگیری و در صورت نیاز راهنمایی لازم را به بیماران ارائه نمودند. در مطالعه حسینی فهرجی میزان پیگیری پزشک خانواده پس از ارجاع جهت جویا شدن از نتیجه درمان به صورت زیر بوده است: همیشه ۱۹/۱٪، تا حدودی ۶۸/۷٪، هیچگاه ۱۲/۲٪ (۱۷). در مطالعه لیبویتر و همکاران این نتیجه به دست آمد که مشاوره تلفنی و خدمات توصیه‌ای می‌تواند کاهش حجم کاری پزشکی و متعاقب آن کاهش هزینه‌ها را در پی داشته باشد (۲۱).

یافته‌های این پژوهش در خصوص رضایت بیماران از فرآیند ارجاع تقریباً سطح مناسبی را نشان می‌دهد. در مطالعه عسگری و همکاران رضایت بیماران در سطح کمتری (۵۳/۷٪) گزارش گردید (۲۲). طبیعی است در هر مرکزی اگر پزشکان خانواده در ارائه خدمات از قبیل ارجاع به سطوح بالاتر، نوشتن نسخه دارویی و موارد تشخیصی کمتر بر اساس نظرات و خواسته‌های بیماران عمل نمایند، با احتمال زیاد باعث کاهش رضایت گیرندگان خدمت می‌شوند. در این مطالعه حدود دو سوم بیماران ارجاعی برخوردار از خدمات سطح ۲ را زنان تشکیل دادند. بیشتر بودن تعداد مراجعه زنان نسبت به مردان جهت دریافت خدمات پزشکی در اکثر مطالعات گزارش می‌گردد (۲۳). در مطالعه‌ای که توسط نصرالله پور شیروانی و همکاران انجام گرفت، ۶۵٪ ارجاع‌شدگان زنان بودند (۱۴) و در مطالعه حسینی و همکاران هم ۷۳٪ ارجاع‌شدگان را زنان تشکیل می‌دادند (۱۹).

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 بنا به تشخیص پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح ۲، ارائه پسخوراند سطح بالاتر

کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود (۱۶). اما در مطالعه‌ای که حسینی فهرجی انجام داد، 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 کمتر می‌باشد که از دلایل آن می‌توان انعطاف‌پذیری کمتر پزشکان خانواده و نظارت سخت‌گیرانه‌تر شاخه بهداشت و درمان کمیته امداد را نام برد.

مطالعه حاضر در خصوص کمیت ارایه پسخوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر نظام شبکه، نشان می‌دهد که کمیت ارایه پسخوراند از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده کمتر از یک سوم بوده است. از نظر کیفیت پسخوراند ارایه شده مشخص شد که در حدود یک چهارم موارد پسخوراند ارایه شده در پشت صفحه سوم دفترچه بیمه روستایی دارای کیفیت مطلوب بوده و برای پزشکان خانواده وجهه آموزشی و هدایت‌کنندگی داشته است. 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 نمایند و توصیه‌های پیگیری را برای منبع ارجاع‌کننده گزارش کنند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد چنانچه فرم نوشته شده، به صورت استاندارد ارایه شود و پزشک مشاور نظرات خود را کتباً به پزشک ارجاع‌کننده ارسال نماید، پیگیری و نتایج درمان بهتر خواهد بود (۵ و ۱۸). عدم ارایه پسخوراند یا ارایه پسخوراند با کیفیت نامناسب یکی از مشکلات شایع نظام ارجاع می‌باشد که اکثر نظام‌های مراقبت سطح‌بندی شده با آن مواجه می‌باشند. در مطالعه حسینی و همکاران آمده است که از بین ۱۹۴ بیماری که با داشتن فرم ارجاع به پزشکان متخصص بیمارستان‌های دولتی مراجعه نمودند، حتی برای یک مورد آنها پسخوراند ارایه نشد (۱۹). مطالعه‌ای که توسط عبادی آذر انجام گرفت، نشان داد که از بین ۳۷۲ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران که ۱۲۷ نفرشان فرم ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی داشتند، حتی برای یک مورد هم پسخوراند ارجاع صادر نگردید (۲۰). اما در پژوهش رسولی‌نژاد و همکاران گزارش گردید 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 (۱۵) هرچند که در این گزارش به کیفیت بازخورد اشاره‌ای نشده است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تعداد کمی از بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲، به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع‌دهنده خود بازگشتند که در جستجوی

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران به جهت هماهنگی با رؤسای مراکز بهداشت شهرستان‌های تحت پوشش و همچنین از رؤسای مراکز بهداشت شهرستان‌های شهریار، رباط‌کریم، ساوجبلاغ، نظرآباد و کرج و مسؤولین و کارشناسان گسترش آنها و اعضای تیم سلامت مراکز مورد مطالعه به خاطر مساعدت در جمع‌آوری داده‌ها و از خانم‌ها زوبین، رضانی، امیدیان و آقایان ملک‌زاده و نیک‌بخت از کارشناسان بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌های معاونت بهداشتی بابل که به عنوان پرسشگر کل داده‌های پژوهش را در سطح ۵ شهرستان جمع‌آوری نمودند، و از آقای دکتر علی‌زاده به خاطر راهنمایی در تحلیل داده‌ها تقدیر و تشکر نمایند.

به سطح پایین‌تر، پیگیری سرنوشت ارجاع توسط بهورزان و پزشکان خانواده و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول، در حد انتظار رعایت نشده است که پیشنهاد می‌گردد با آموزش کارکنان سطوح مختلف نظام شبکه و مردم، نظارت جامع‌تر و انجام ارزیابی‌های مقطعی، نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود شناسایی و نسبت به اصلاح و ارتقاء فرآیند ارجاع اقدام گردد.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ایران به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر تأمین پرسشگر با تجربه و علاقمند برای انجام پرسشگری، از معاونت

### References

- 1- Davoudi S. Health and Its Determinants. Tehran: Asare Mouaser; 2008: 140-2. [Persian]
- 2- Davoudi S. Interoduction to health Sector Reform. Tehran: Asare mouaser; 2006: 233-7. [Persian]
- 3- Shadpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20th and 21th centuries. Iran: Nashreh Tandis; 1999: 192-3. [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: 70-85.
- 6- Morel 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 demand for non-urgent treatment at accident and emergency. Emerg Med J 2001; 18(6):482-7.
- 8- Tawfik AM, AL Shehri AM, Abdul Aziz F, et al. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. East Mediterr Health J 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: 44- 63.
- 10- Palmer PE. Feeling unwell? Must you go straight to hospital? World Health Forum 1992; 12(1): 38-42.
- 11- Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF; 1999: 12-3. [Persian]
- 12- Family physician Instruction. Iran: Ministry of Health and Medical Education; Version 9. Sep 2009; 4- 102.
- 13- Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF; 1999: 32-3. [Persian]
- 14- Nasrollahpour shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, et al. To evaluate the quality of family physician program in Northern Provinces of Iran. The final report of the Research project (No 7121167/252), Babol University of Medical Sciences. 2008: 91- 102. [Persian]
- 15- Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health Care Network. Hakim Research Journal 2001; 4(3): 238-42. [Persian]
- 16- Van Ulden CJ, Winkens RA, Weeseling GJ, et al. Use of out of hours services: a comparison 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. MSc Thesis: Azad University 2005: 24. [Persian]
- 18- Clancy CM, Franks P. Utilization of specially 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, Dadashpour M, Mesbah N, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of Paeengatab, Babol. Journal of Babol University of Medical Sciences 2005; 7(27): 85-90. [Persian]
- 20- Ebadifarde Azar F. Patients admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 23: 30-5. [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): 311-7.
- 22- Asgari H, Nasouhi Y, Rezazade A, et al. Enjoyment of human from services of family physician about to start for equity in health system. Journal Management Information Health of Esfahan University of Medical Sciences 2008; 2: 24. [Persian]
- 23- Sadoghi hasanabadi A. Principles of public health. Shiraz. Fars Province of University of medical sciences. 1994: 79. [Persian]

از خوانندگان گرامی و صاحب‌نظر دعوت می‌شود، با توجه به اهمیت موضوع مقاله فوق؛ در همین زمینه مقاله مروری نوشته و آن را به دفتر نشریه حکیم ارسال نمایند تا جهت انتشار در شماره‌های بعدی در جلسه هیأت تحریریه مورد بررسی قرار گیرد.

## Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009

Nasrollahpour Shirvani SD<sup>\*1,4</sup> (PhD candidate), Raeisee P<sup>1</sup> (PhD), Motlagh ME<sup>2</sup> (MD), Kabir MJ<sup>3</sup> (PhD candidate), Ashrafi Amiri H<sup>4</sup> (MD)

<sup>1</sup>Department of Health Services and Management, Faculty of Management and Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Department of pediatrics, Jendishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup>Department of Social Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>4</sup>Vice-chancellery for Health, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Received: 20 Oct 2009, Accepted: 1 May 2010

### Abstract

**Introduction:** Referral system has an important role in cost reduction and patient access to more specialized services. Regarding the importance of the referral system in family physician program, this study was performed to evaluate performance of the referral system in Iran University of Medical Sciences.

**Methods:** This descriptive- analytic study was performed in 2009. 27 health care centers (52%) in which the family physician program was implemented and rural insurance was covered by Iran University of Medical Sciences in Shariar, Robotkarim, Karej, Savojbalagh and Nazarabad district were randomly selected. In each center 7- 10 patients who were referred to level 2 by their family physician and received necessary services were evaluated.

**Results:** From 225 patients who received level 2 services, 137 cases (60.9%) were female. 78 (34.7%) were referred from health houses. 146 persons (64.9%) referred with the will of family physician and in 79 cases (35.1%), the family physician had the role to choose a specialist of level 2. For 68 cases (30.2%), the specialists wrote the results of their evaluation in "feedback form". Only 57 patients (25.4%) returned to their family physicians. 127 patients (75.6%) didn't return to their family physicians because of lack of knowledge.

**Conclusion:** The performance of the referral system in family physician program is not as expected and requires improvement.

**Key words:** Referral and Consultation, Physicians Family, health care center

Hakim Research Journal 2010; 13(1): 19- 25.

\*Corresponding Author: Vice-chancellery for Health, Babol University of Medical Sciences, Baghfardos Sq. Babol, Iran. Tel: +98- 111- 3232876-9, +98- 911-2165468, Fax: +98- 1113263875, Email: [dns Shirvani@gmail.com](mailto:dns Shirvani@gmail.com)