

وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در کلان شهر اصفهان: یک مطالعه کیفی

راضیه خلیلی نژاد مطلق^{۱*}، پرستو گلشیری^۲

۱- دانشجو دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و پزشک خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اجتماعی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده رابط: khalili.epi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: سطوح اولیه خدمات بهداشتی برای تامین، حفظ و ارتقای سلامتی افراد سالم و سطوح بالاتر آن برای غربالگری و بازگرداندن سلامتی بیماران طراحی شده اند. اما یکی از چالش ها، فرهنگ نادرست برخی از ارائه دهندگان و دریافت کنندگان این خدمات می باشد. یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت اجرای طرح تحول نظام سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. این مطالعه به بررسی وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در کلانشهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ می پردازد.

روش کار: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی می باشد، نمونه گیری به صورت هدفمند و با روش گلوله برفی انجام و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافتند. تعداد ۲۸ مصاحبه از مراقبین سلامت مرد و زن (۱۴ نفر)، ماماها (۱۰ نفر) و مدیران (۴ نفر) صورت گرفت.

نتایج: این مطالعه با هدف تبیین راهکارهایی برای ارتقاء کیفیت نظام ارجاع و دیدگاه کارکنان شاغل در تیم سلامت انجام شد که در آن به نقاط قوت و ضعف و راهکارهایی برای ارتقا پرداخته شد.

نتیجه گیری: عملکرد نظام ارجاع در شهر اصفهان مطابق با اهداف بوده اما در بخش ویزیت بیماران ارجاع داده شده، ارائه بازخورد و ارجاع به آزمایشگاه نیازمند برنامه ریزی جهت رفع مشکلاتی هم چون کمبود نیروی انسانی، کمبود منابع و زیرساخت های غیر انسانی، کمبود ارائه دارو و عدم وجود امنیت شغلی تا رسیدن به اهداف تعیین شده می باشد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، بازخورد، نظام ارجاع

مقدمه

خدمات و ابزارهای تشخیصی و درمانی بیشتری را از سطوح تخصصی و بالاتر در خواست میکند (۲). در یک نظام ارجاع، مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی به سه سطح تقسیم می شود. سطح اول مراکز بهداشتی_درمانی می باشند که محل استقرار پزشک خانواده هستند. سطح دوم، مراکز تخصصی هستند که وظیفه ارائه خدمات تخصصی به بیماران ارجاع شده از سطح اول دارند. سطح سوم، مراکز فوق تخصصی است که خدمات فوق تخصصی را به بیماران

در نظام مراقبت سلامت، پزشک خانواده در سطح اول مراقبت های بهداشتی و درمانی وجود دارد که در چارچوب خدمت به مردم در حیطه پیشگیری از بیماری ها، تشخیص و درمان، اقدام و چنانچه درصدی از جمعیت تحت پوشش به خدمات تخصصی تر احتیاج داشته باشند از طریق سیستم ارجاع به سطح های بالاتر هدایت و نتیجه آن را پیگیری می کند (۱). نظام ارجاع فرآیندی است که در آن پزشک خانواده به دلیل کمبود مهارت، دارو و تجهیزات خود،

نظام ارجاع و خدمات ارائه شده نیازمند ارزیابی مستمر است (۱۱).

یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت ایران اجرای طرح تحول نظام سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است (۱۲). در برنامه پزشک خانواده، سلامت نگری، محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی آن، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات سلامت در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده و جامعه تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است. در صورت نیاز به خدمات تخصصی، پزشک خانواده بیمار را به متخصص ارجاع می‌دهد. سپس متخصص نوع تشخیص، درمان و خدماتی که به بیمار ارائه داده است را در قالب فرم پس‌خوراند ارجاع ثبت نموده و به منظور ادامه درمان و پیگیری‌های لازم به پزشک خانواده ارسال نموده و سرانجام این فرم جهت پیگیری‌های بعدی در پرونده سلامت فرد بایگانی می‌کند (۱۳). در این سیستم پزشک عمومی و گروه او مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی مسئول پیگیری سرنوشت آنها هستند. لذا یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است (۱۴، ۱۵). خدمات پزشک خانواده به دو شکل عمده مراجعه تیم سلامت به درب منازل افراد تحت پوشش به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می‌شود. در صورت نیاز به خدمات تخصصی بیمار توسط پزشک به متخصص ارجاع داده می‌شود (۱۶-۱۱).

طبق قوانین و مقررات جاری کشور ایران، گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دولت بسیار مهم بوده به طوری که در برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران، اجرای آن برای پوشش تمامی مردم کشور از وظایف مهم بخش سلامت می‌باشد (۱). در کشور ما نیز با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴، زمره‌های اجرای نظام ارجاع در کشور شنیده شد اما تا سال ۱۳۸۴ جنبه اجرایی پیدا نکرد. در سال ۱۳۸۴ در هنگام بررسی لایحه بودجه سال ۱۳۸۴ بود که نمایندگان با

ارجاع شده از سطح دوم ارائه می‌دهند (۳). سطوح اولیه خدمات بهداشتی برای تامین، حفظ و ارتقای سلامتی افراد سالم و جوان و سطوح بالاتر آن برای غربالگری و بازگرداندن سلامتی سالمندان و بیماران طراحی شده اند (۴) اما یکی از چالش‌ها، فرهنگ نادرست برخی از ارائه دهندگان و دریافت کنندگان این خدمات و استفاده کمتر از خدمات سطوح اول، بار سطوح بالاتر مثل بیمارستان‌ها افزایش یافته و هزینه‌های فردی و کشوری با تمایل مطلق به سمت درمان محوری هرروز در حال افزایش می‌باشد. همچنین سلامتی واقعی با وجود تجارت در پزشکی به سمت بی‌عدالتی، یعنی خدمت متخصصان بالا و ثروتمندان، و آن هم بدون تامین واقعی سلامتی سرگردان می‌باشد (۵).

مطالعات نشان می‌دهند در صورت سازمان‌دهی سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع، می‌توان هشتاد تا نود درصد نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود (۶). اهمیت نظام ارجاع تا بدان جاست که گفته شده ۵۵٪ از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط توصیه کارکنان سطح پایین‌تر مراقبت شوند (۷، ۶). مطالعه‌ای در کشور عربستان نشان داد استفاده از نظام ارجاع باعث کاهش ۴۰/۶٪ از بیماران سرپایی بیمارستان، افزایش ۱۹/۶٪ مراجعین به مراکز بهداشتی و افزایش ۱۹/۲٪ ارجاعات می‌شود. پیش‌نیاز دستیابی به یک نظام ارجاع کارآمد، وجود یک ارتباط قوی بین مراکز خدمات جامع سلامت و بیمارستان‌ها می‌باشد (۸). اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که سازمان جهانی بهداشت ادعا کرده است که ۸۰ تا ۹۰٪ بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی درمانی قابل تشخیص و درمان هستند، لذا اصلاح سیستم ارجاع می‌تواند به میزان زیادی بار مراجعات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد (۹). در مطالعات نشان داده شده که ۵۵٪ از بیماران که با مشکل غیر اورژانس به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط توصیه‌ها مراقبت شوند (۱۰). بیان شده که میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایش‌های سطح اول نباید بیش از ۱۰٪ باشد (۱۱). اطمینان از کیفیت

افراد و جایگاه شغلی مصاحبه شونده ها ذکر نشود. همچنین در حین صحبت افراد در طی مصاحبه پژوهشگر سعی کند کمترین ورود را داشته باشد و به مسائل جهت ندهد و اگر خیلی از مباحث دور شد با استفاده از کلید واژه ها بحث را سرو سامان بدهد تا موضوع اصلی بحث ادامه پیدا کند. فرض بر این بود که حداقل ۳۵ مصاحبه انجام گردد و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی در هر زیرگروه ادامه یابد. اما در حین مطالعه پس از انجام بیست مصاحبه به احساس اشباع رسیده شد و پس از ۲۸ مصاحبه به حد اشباع اطلاعات رسید و از انجام ۷ مصاحبه اضافی صرف نظر شد. تعداد ۲۸ مصاحبه از مراقبین سلامت مرد و زن (۱۴ نفر)، ماماها (۱۰ نفر) و مدیران (۴ نفر) صورت گرفت. شرایط ورود به مطالعه این بود که شرکت کنندگان دارای ویژگی های از جمله، داشتن حداقل یک سال سابقه خدمت در برنامه پزشکی خانواده در شهر اصفهان، توانایی برقراری ارتباط و درک مفاهیم، علاقه مند به بیان تجربه. جامعه مورد مطالعه گروه از مدیران، مراقبین سلامت مرد و زن و ماماها بود. اطلاعات به روش مصاحبه عمیق فردی (Individual in-depth interview) (نیمه ساختاریافته) (Semi-Structured) جمع آوری شد که برای مصاحبه از پنج سؤال باز استفاده شد. این سوالات عبارت اند از: ۱- نقاط قوت نظام ارجاع از نظر شما چیست؟ ۲- نقاط ضعف نظام ارجاع از نظر شما چیست؟ ۳- چالش های موجود نظام ارجاع از نظر شما چیست؟ ۴- راه کارهای نظام ارجاع از نظر شما چیست؟ ۵- موارد اشاره شده در سطوح ارائه خدمات چگونه قابلیت بررسی دارد؟ در حین صحبت افراد در طی مصاحبه پژوهشگر سعی میکند کمترین ورود را داشته باشد و به مسایل جهت ندهد و اگر خیلی مساله دور شد با استفاده از کلید واژه ها، بحث را سرو سامان بدهد موضوع اصلی بحث ادامه پیدا کرد.

بعد از اتمام مصاحبه ها توسط پژوهشگر از محتوای مصاحبه خروجی گرفته شد و با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی گروه ها و زیر گروه ها ایجاد شد و یافته ها بر اساس این تقسیم بندی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده های کیفی از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده

تصویب یک تبصره به همراه ردیف بودجه ای مستقل، دولت را موظف کردند تا پایان سال تمام روستاییان را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد (۲، ۱۷). از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشکی خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهری های کمتر از بیست هزار نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع بسیار مهم بوده است (۱۸، ۱۹). یکی از بخش های مهم نظام سلامت ارجاع برنامه پزشکی خانواده است که هر ساله در برنامه های دولت و توسعه می باشد اما به درستی اجرا نمی شود. یکی از دلایل عدم اجرای این مسئله، عدم موفقیت ها و نقاط ضعف و قوت چالش هایی هست که در این طرح می تواند باشد، که با هدف دانستن علت این خلاها و کمک به شواهد با شناسایی این خلاها و اقدام برای برقراری نظام ارجاع می باشد. در نتیجه در این مطالعه به بررسی وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده در کلان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ و همین طور تبیین راهکارهای ذی نفعان برای ارتقا کیفی و دیدگاه های کارکنان شاغل در تیم سلامت در زمینه نقاط قوت و ضعف طرح فوق در جهت استفاده از نتایج آن در پیشبرد بهتر طرح تحول نظام سلامت و برنامه پزشکی خانواده در وزارت بهداشت پرداخته شده است.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با هدف بررسی وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده در کلان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. این مطالعه از نوع تحلیل محتوای قراردادی (Contractual Content Analysis) می باشد و نمونه گیری به صورت هدفمند و با روش گلوله برفی (Snowball Sampling) انجام شد و تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه یافتند. تعداد ۲۸ مصاحبه از مراقبین سلامت مرد و زن (۱۴ نفر)، ماماها (۱۰ نفر) و مدیران (۴ نفر) صورت گرفت. پیش از شروع هر جلسه مشارکت کنندگان رضایت خود را به صورت کتبی برای شرکت در پژوهش حاضر اعلام کردند و به افراد اطلاع داده شد که به دلیل ضبط صدا افراد و گرفتن خروجی رضایت گرفته شود و به افراد اطمینان داده شود که اسامی

شد. تحلیل داده‌ها پس از جلسه اول مصاحبه‌ها شروع و به‌موازات انجام مصاحبه‌های بعدی ادامه یافت (تحلیل هم‌زمان). بدین‌صورت که مطالب به‌دقت پیاده شده از نوارها و یادداشت‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درک کلی از متن به دست آید. سپس متون، خط به خط خوانده شد. کدگذاری سطح اول انجام شد. جملاتی که پاسخ سؤالات مطرح‌شده در مصاحبه باشند مشخص شدند. سپس به مفاهیم اصلی در این جملات، یک مضمون داده شد. با مقایسه مضامین با یکدیگر فهرستی از مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها به دست آمد. مضامین اصلی و زیر مضمون‌ها، در کدگذاری سطح دوم بازخوانی شد. سپس مضامین اصلی با معنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی و طبقات تشکیل شدند. به‌منظور افزایش روایی داده‌های پژوهش، علاوه بر پژوهشگر اصلی، دو نفر از سایر اعضای تیم پژوهش، در همه مراحل جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها مشارکت فعال داشتند. افزون بر این پس از کدگذاری هر مصاحبه، نسخه‌ای کامل از آن شامل کدها و عبارات کلیدی به‌دست‌آمده به‌منظور ارزیابی سازگاری کدها با تجربه‌های مشارکت‌کنندگان در اختیار آنها قرار گرفت. در ۱۰٪ از مصاحبه‌ها از کدگذاری مضاعف (Double Coding) برای تضمین کیفیت پژوهش توسط فردی آموزش دیده و دارای تجربه انجام مطالعه کیفی استفاده شد. برای اطمینان از تطابق‌پذیری یافته‌ها، مدارکی اعم از جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، یافته‌ها و همچنین مراحل انجام پژوهش به‌صورت نظام‌مند فراهم انجام شد. این مدارک به منظور تأیید تطابق‌پذیری در اختیار تعدادی از کارشناسان مجرب در زمینه پژوهش‌های کیفی قرار گرفتند.

نتایج

بخش کیفی مطالعه با هدف تبیین راهکارهایی برای ارتقاء کیفیت نظام ارجاع و دیدگاه کارکنان شاغل در تیم سلامت انجام شد. مصاحبه‌ها از مراقبین سلامت مرد و زن، ماماها و مدیران صورت گرفت و در مجموع به ۳ طبقه، ۴ زیرطبقه و ۶۶ موضوع (Theme) تقسیم بندی شد که در جدول ۲ آورده شده است.

نقاط قوت نظام ارجاع

- ارجاع از طریق مراقب سلامت به پزشک سطح یک: مراقبین سلامت، ماماها و مدیران معتقد بودند که این نوع ارجاع دادن از مراقب به پزشک باعث می‌شود بسیاری از مشکلاتی که سیستم بهداشتی درمانی کشور با آن دست و پنجه نرم می‌کند از جمله مراجعات زیاد پزشکان، هزینه‌های بی‌مورد، اتلاف وقت و غیره را حل کند.

"...به زمانی بود هرکسی با انتخاب خودش میرفت پیش پزشک و خب این درست نیست. الان با این سیستم میشه گفت نظم پیدا کرده رفت و آمدها. خب این خیلی کمک میکنه به هدررفت منابع..."

- ارجاع به متخصص فقط از طریق پزشک سطح یک: همانند مورد قبلی در این مورد نیز افراد معتقد بودند که این نظام باعث افزایش بهروری و هدفمند شدن مراجعات به سطوح بالاتر میشود.

- رایگان بودن: بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بر رایگان بودن این مراقبت‌ها تأکید داشتند و معتقد بودند که این رایگان بودن باعث می‌شود که افراد بیشتر جذب این سیستم بشوند و تمامی اقشار جامعه، خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر که ممکن است به دلیل برخی موانع مالی بهرمندی از خدمات سلامت را از دست دهند، را تحت پوشش داده و جذب میکنند.

"در حاشیه شهر کسانی بودند که به هیچ وجه به خدمات سلامت دسترسی نداشتند. اما الان هم چون رایگان شده و هم دسترسی آسان شده این افراد هم بهرمنند می‌شوند."

- ارائه خدمات پیشگیری و آموزش: افراد معتقد بودند تمرکز این سیستم بیشتر بر آموزش و پیشگیری می‌باشد که این ویژگی علاوه بر بالا بردن سطح اطلاعات افراد و از بهبود رفتارهای سلامتی مردم باعث می‌شود که بار کمتری بر بخش سلامت وارد شود؛ ویژگی‌ای که در دیگر بخش‌های نظام سلامت کمتر دیده میشود. "نقطه قوت این نظام اینه که ما داریم یواش یواش مردم را می‌کشونیم به اینجا تا سلامتی خودشونو محک بزنند"

تر خدمات بهداشتی-سلامتی باعث شده است که افراد در حاشیه شهرها نیز به سمت مراکز بهداشت گرایش پیدا کنند.

- بالا رفتن پوشش خدمات بهداشتی: افراد معتقد بودند به دلایل متعددی این نظام باعث افزایش پوشش خدمات شده است.

"... نخب قطعا الان نسبت به گذشته مردم بیشتری رو ما پرونده داریم براشون. دلایل فشارهایی که به ما میارن نیست. ما کارمونو درست انجام میدیم. دلایل رایگان بودن و در دسترس بودن و آگاهی مردم..."

- نیاز به نداشتن بیمه در سطح اول: افراد باور داشتند که نیاز نداشتن به بیمه در سطح اول خدمات باعث می-شود افراد تشویق شوند بیشتر به مراکز بهداشت مراجعه کنند و افرادی که بیمه ندارند نیز از خدمات بهرمنند شود.

- اجرای سطوح PHC: مصاحبه شوندگان معتقد بودند که اجرای نظام ارجاع به محقق شدن اهداف مراقبت-های اولیه بهداشتی کمک بسزایی کرده است.

نقاط ضعف نظام ارجاع

معاونت بهداشتی:

- کمبود پزشک، مراقب، آزمایشگاه، دارو و زیرساخت ناقص: افراد معتقد بودند که تعداد پزشکان آزمایشگاه-ها دیگر تجهیزات فیزیکی و نیروی انسانی متناسب با نیازهای جمعیت تحت پوشش نیست. آنها معتقد بودند مسئله کمبود پزشک خود به تنهایی می تواند باعث شکست این طرح بشود چرا که باعث می شود بیمار ارجاع داده شده به پزشک خانواده مراجعه نکند و این فرآیند ارجاع دهی محو بشود. همچنین برخی معتقد بودند که نبود زیرساخت های مناسب باعث تضعیف استقبال مردم می شود.

"...این که مثلا ما ارجاع میزنیم به پزشکمون ولی چون نیروی کم پزشکی داریم خیلی از ارجاعاتی که میزنیم میمونه و اصلا پزشک نمیتونه اینها را ویزیت کنه. چون وقت نمیکنه نمیرسه تعداد ارجاعات زیاده و تعداد پزشک

و ببینند که کجای کارشان لنگ میزند. این باعث میشه یواش یواش آگاهی مردم در مورد سلامتی خودشون و خانوادشون بالا بره و کمتر بیمار بشوند. البته این را هم بگم که همه اینا در کنار رایگان بودنش ممکن میشه!"

- داشتن مراقبین سلامت جوان و کارآمد و پرانرژی: به گفته افراد وجود نیروی کار جوان و جدید باعث ایجاد روحیه نشاط آور و پر انرژی ای در مراکز شده است و این امر باعث بهبود یافتن شرایط شده است.

- به روز بودن اطلاعات مراقبین سلامت: به گفته مراقبین سلامت با وجود کارگاه هایی که در طول سال برای مراقبین سلامت برگزار می شود اطلاعات آنها به طور مستمر بروز می شود و از خطاهای پزشکی جلوگیری می شود.

"... به خوبی اینه که با این کارگاه هایی که برامون میدارن نمیدارن اطلاعاتمون قدیمی بشه و خاک بخوره.

- خیلی خوبه. حتی آزمون ها با این که زحمت داره..."

- در دسترس بودن خدمات تغذیه و سلامت روان و مامایی: افراد معتقد بودند اضافه شدن خدمات روان و تغذیه توانسته با اقبال مردم مواجه شود.

"... این خدمات روان خیلی خوبه چون مردم بهشون اعتمادی دارن که به بقیه ندارند و میان و درد و دل می کنند. خیلی به نفعشون هست و خیلی باعث میشه مشکلات حل شه..."

- الکترونیک بودن پرونده ها: مصاحبه شوندگان از پیاده سازی پرونده سلامت الکترونیک ابراز رضایت می-کردند و بیان میداشتند که باعث صرفه جویی و نظم دهی به روال ارجاع شده است.

- برقراری ارتباط راحت مراجعین با مراقبین سلامت: به گفته افراد تحت مطالعه رابطه راحت و بی پرده ای بین مراجعه کنندگان و ارائه دهندگان خدمت بوجود آمده است.

"... رابطه کاری صمیمی تر شده... برخی به این مرکز به دید یک خانه آشنا نگاه میکنند..."

- تمایل مردم حاشیه شهر به دریافت خدمات از بهداشت: افراد معتقد بودند به دلیل رایگان بودن و دسترسی آسان

"...خب مریض میاد کلی منتظر میمونه تا نوبتش بشه بعد فشار و قندشو چک میکنیم ثبت می کنیم. میگه من دیابت دارم فشارم دارم این قرص هارو میخورم. الان تموم شده بهم بدید یا برام بنویسید. میگیم نداریم نمیتونیم. میگه خب من سه ساعت اومدم اینجا فقط فشارمو بگیر بگی بالاست؟ خودم میدونستم بالاست! خب این میره دیگه نمیداد..."

- متناسب نبودن تعداد پزشک عمومی با جمعیت تحت پوشش: برخی از افراد معتقد بودند که تعداد پزشکان در برخی مراکز کم است و این امر باعث می شود که بسیاری از ارجاعاتی که داده می شود منجر به مراجعه به پزشک و ویزیت و در ادامه ثبت بازخورد نشود.

"...ارجاع میدیم ما مریض میره یه هفته بعد میاد میگیم چی شد میگه هنوز نتونستم دکتر ببینم چون شلوغ بود نوبتم نشده هنوز. نتیجه ش این میشه که ارجاعا بعضیاش الکی میشه و بیمار میره خودش دکتر."

وزارتخانه:

- نداشتن امنیت شغلی مراقبین سلامت: مراقبین سلامت نگران آینده شغلی خود هستند که اکثرا نیز نیروهای قراردادی و شرکتی هستند. افراد بیان داشتند که هرچند وقت یکبار نیروها تعدیل می شوند و به همین دلیل افراد ترس زیادی از این قضیه دارند و برخی اوقات این نگرانی باعث می شود که تمرکز کافی برای کار کردن نداشته باشند.

"...وقتی همش ترس اینو داشته باشی که ممکنه از کار تعدیل بشی خب مگه دیگه میشه کار کرد. حقوقا هم که دایما عقب جلو میشه. اضافه کار و کارانه که هیچی! چنتا از همکاری ما تعدیل شدن که اوضاعشون خوب نیست. آدم نگرانه همش که چی میشه..."

- عدم تناسب حقوق با ساعات کاری: همچنین افراد از کم بودن حقوق خود در مقایسه با حجم کار خود ناراضی بودند و این امر را علتی برای کاهش احتمالی کیفیت خدمات ارائه شده می دانستند.

خیلی کم. ویزیت هم خب زمان بره. مثلا بهش میگه امروز نمیرسم برو فردا بیاد اونم نمیداد."

"...زیرساختش وجود نداره. مثلا طرف میخواد بره پیش روانشناس درد و دل کنه وقتی شرایط رو میبینه کاملا بیخیال میشه. چون میبینه کل افرادی که اونجان میتونن صداشو بشنون. یا مثلا اگر بین مراقب ها پارتیشن وجود داشته باشه بهتر و با تمرکز بیشتری میتونن کارشونو بکنن. همیشه هم یه ساعت های خاصی ما شلوغی بیش از حد داریم که هم مراجعه کننده شاکمی میشه هم کیفیت کار میاد پایین هم ما سرسام میگیریم!"

- قطع شدن خدمات در سطح یک: افراد معتقد بودند به دلیل تعداد زیاد مراجعه کنندگان و کمبود پزشک در سطوح بالاتر روند ارجاع پس از سطح یک کند و یا حتی متوقف میشود.

- نداشتن مراکز مشخص ارجاع سطوح بالاتر: افراد بیان کردند که بسیاری از مراجعین به دلیل سردرگمی در سطوح بالاتر ارجاعات روند را رها کرده مجددا از طریق دیگری به سمت درمان میروند.

"... یکی از مشکلات اینه که سانتر (مرکز) مشخصی برای ارجاعات سطوح بالاتر نیست... خیلی ها گله می کنند که از این جا که ارجاع داده شدند بعدش نتوانستند پزشک مورد نیازشون رو پیدا کنند و بخاطر همین مجبور شدن با هزینه خودشون برن پیش متخصص شخصی..."

- عدم ارائه بازخورد از سطوح بالاتر: بسیاری از مصاحبه شوندگان از نبود بازخورد از سطوح بالاتر گلایه مند بوده و این مشکل را نقص بزرگی می دانستند. همچنین برخی معتقد بودند که پزشکان خانواده نیز در برخی مواقع همکاری لازم را نداشته اند و بازخورد را پس از ویزیت ارائه نمی دهند.

مرکز بهداشت شهرستان:

- نداشتن داروهای اولیه برای بیماری های غیرواگیر مثل دیابت و فشارخون و مکمل ها: برخی معتقد بودند در دسترس نبودن برخی داروهای پرمصرف جامعه می تواند افراد را بدبین کند و دیگر مراجعه نکنند.

می شود را مانع خلاقیت و رشد خود و افزایش بهروری میدانستند.

"...خیلی جاها مشخصه که دستورالعمل درست نیست یا میشه به کار بهتر و ارزون تر و آسون تر انجام داد اما اگر چیزی که گفته انجام ندی باید جواب پس بدی!"

- افزایش سطح توقعات مردم با پیامک های وزارت بهداشت: افراد نسبت به ارسال پیامک های نظرسنجی درباره کیفیت خدمات دریافتی که برای افراد ارسال می شود ابراز ناخرسندی می کردند. برخی این امر را ناشی از بی اعتمادی به خود و برخی آن را بهانه تراشی برای تعدیل نیرو میدانستند.

"...دلایل فشارهایی که به ما میارن نیست. ما کارمونو درست انجام میدیم. دلایل رایگان بودن و در دسترس بودن و آگاهی مردم. این پیامک ها باعث میشه انتظارات الکی بالا بره و مردم دیگه نیان اینجا. باید به نیروها اعتماد داشته باشند. چرا برای خدمات پرستاران این پیامک ها ارسال نمیشه؟!"

- قطع مکرر اینترنت: به دلیل اینترنتی ثبت شدن تمامی نتایج خدمات ارائه شده در سامانه سبب تمامی کارها در این مراکز وابسته به اینترنت می باشد. به همین دلیل در صورت قطعی اینترنت عملا ارائه خدمت مختل و یا حتی متوقف می شود. کارکنان از قطعی های اینترنت و همچنین سرعت پایین اینترنت در موارد زیادی شکایت داشتند.

- عدم امکان ارائه خدمت به صورت کامل در بخش بهداشت: مراقبین بخش سلامت و مدیران از این که ارائه خدمت به طور کامل در بخش بهداشت امکان پذیر نیست شکایت داشتند. افراد ابراز داشتند که به دلیل عدم همکاری بخش های دیگر باید خدمات به طور کامل بتواند در بخش بهداشت انجام شود.

"...اگر آزمایشگاه ها و اینا هم توی خود بخش بهداشت وجود داشته باشند مراجعه کننده ها خیلی راحتتر میتونند برن و بیان. خیلی ها میان نامه میگیرن برای آزمایش اما به دلیل مشکلات مراجعه نمی کنند. می پرسن خودتون

شرکت ها:

- تعدیل شدن نیروها به دلیل بارداری: افرادی که به صورت شرکتی مشغول به کار بودند گلایه داشتند که بسیاری از افراد هنگام بارداری تعدیل شده و به همین دلیل بسیاری از فرزندآوری سر باز می زنند. این افراد این امر را بی عدالتی می دانستند و خواستار تغییر این قانون نانوشته بودند.

سایر نقاط ضعف:

- انگیزه پایین مراقبین سلامت: به دلیل مشکلاتی که در قسمت قبلی نیز ذکر شد، همانند تعدیل نیرو و کم بودن حقوق، بسیاری از مراقبین از کمتر شدن انگیزه های خود ابراز نگرانی کردند.

"... با وجود این مشکلاتی که گفتم دیگه چه انگیزه-

ای برای من نوعی میمونه که بخوام با جون و دل کار کنم..."

- عدم همکاری سطوح دیگر با بهداشت: افراد از این که سطوح دیگر مراقبت با آنها همکاری های لازم را ندارند گلایه مند بودند و خواستار تغییر این وضعیت بودند. عدم ارائه بازخورد از سطوح بالاتر: برخی از مراقبین و ماماها بیان داشتند که وقتی بیماری را برای سطوح بالاتر میفرستند بازخورد دریافت نمی کنند و از این جهت کار نیمه کاره می ماند و باعث می شود که دوباره کاری صورت گیرد.

"...بازخورد نمی دهند که ما بفهمیم چی شد. خود

بیمار هم ممکنه سر در نیاره. باز یا مجبوریم بفرستیمش یا ول کنیم و بدون بازخورد ادامه بدهیم که خوب نیست و زحمت ما و اون بیمار بی نتیجه رها میشه"

- عدم اتصال سامانه سبب به سطوح دیگر: بسیاری از مدیران و مراقبین نسبت به متصل نبودن و یکپارچه نبودن سامانه های بهداشتی با سامانه های درمانی (سامانه سبب با سایر سامانه ها) گلایه مند بودند. آنها نتیجه این امر را موازی کاری و هدررفت منابع می دانستند.

- عدم امکان به کار بردن خلاقیت از ترس تعدیل شدن: مراقبین سلامت پروتکل سخت گیرانه و خشک و فاقد خلاقیت و انعطاف که تخطی از آن باعث تعدیل آنها

به دست آید. به همین جهت توجه به کیفیت به جای کمیت خدمات را پیشنهاد می‌کردند.

- عدم تبعیض بین پرسنل شرکتی و دولتی: مراقبین ضمن تاکید بر وجود تبعیض بین نیروهای رسمی و شرکتی، بیان می‌کردند اگر از همه نیروها به یک اندازه انتظار وجود داشته باشد عدالت بیشتری برقرار می‌شود و همچنین کیفیت ارائه خدمات بهبود پیدا میکند.

وزارتخانه

- متناسب نمودن حقوق پرسنل با جایگاه اجتماعی: پیرو قسمت های قبلی افراد از حقوق دریافتی خود رضایتی نداشتند. به همین دلیل پیشنهاد می‌دادند به منظور بهبود عملکرد این سیستم لازم است که حقوق کارکنان متناسب با شان اجتماعی آنها باشد.

- لینک شدن همه پزشکان سطوح تخصص به سامانه سیب: افراد پیشنهاد می‌کردند که تمامی سطوح مختلف اعم از بهداشت و درمان باید به سامانه سیب متصل شوند تا ارجاع دهی ها نظم و سامان دهی بهتری به خود بگیرد.

- درگیر کردن بقیه ارگان ها در سلامت مردم: نیاز به همکاری درون و برون بخشی از جمله مواردی بود که بسیاری از مصاحبه شوندگان به آن به منظور هماهنگی و تقویت نظام ارجاع اشاره کردند.

شرکت‌ها

- عقد قرارداد با مراقبین سلامت حداقل به صورت سه ماهه برای بالا بردن انگیزه آنها: مراقبین سلامت پیشنهاد می‌دادند به دلیل رفع بسیاری از نگرانی ها و چالش‌ها و بالا بردن کیفیت خدمات و بهبود نظام ارجاع به جای قراردادهای ماهیانه، قراردادها فصلی شوند تا افراد بتوانند با تمرکز و کیفیت بهتری خدمات ارائه دهند.

- دادن امتیاز مثبت به تجربه کاری پرسنل: یکی از پیشنهادهای که افراد داشتند دادن امتیاز به افراد با تجربه کاری بالاتر بود. آنها معتقد بودند که این کار باعث بهبود انگیزه و عدالت شغلی می‌شود.

ندارید آزمایشگاه؟ اگر داخل خود بهداشت باشه خیلی بهتر میشه..."

راهکارها و پیشنهادات برای ارتقای نظام ارجاع

معاونت بهداشتی

- تامین داروهای اولیه: پیرو بخش قبل، افراد پیشنهاد میدادند که اگر داروهای اولیه و پرکاربرد توسط مراکز بهداشتی بتواند توزیع شود میتواند مردم را بیشتر به سمت این مراکز سوق دهد و در همین مسیر نظام ارجاع قوت بیشتری بگیرد.

- تامین آزمایشگاه: همانطور که گفته شد، از نظر مصاحبه شوندگان وجود آزمایشگاه ها در بخش بهداشت می‌تواند به روند نظام ارجاع کمک شایانی بنماید.

- داشتن مراکز مشخص ارجاع سطوح بالاتر: از نظر افراد در صورتی که مسیر و مراکز مشخصی برای ارجاعات سطوح بالاتر وجود داشته باشد افراد سردرگم نمیشوند و از طریق همین مسیر به درمان خود ادامه می‌دهند. به همین ترتیب نظام ارجاع نیز قدرتمندتر می‌شود.

"... یکی از مشکلات اینه که سانتر (مرکز) مشخصی برای ارجاعات سطوح بالاتر نیست... خیلی ها گله می‌کنند که از این جا که ارجاع داده شدند بعدش نتوانستند پزشک مورد نیازشون رو پیدا کنند و بخاطر همین مجبور شدن با هزینه خودشون برن پیش متخصص شخصی. اگر این مشکل رو سروسامون بدن مثلا به جای مشخص باشه برای ارجاعات سطوح بالاتر قطعاً استقبال بیشتری میشه نسبت به این سیستم"

مرکز بهداشت شهرستان

- متناسب نمودن تعداد پزشکان و مراقبین سلامت با حجم کار و جمعیت تحت پوشش: اکثر افراد از این مشکل ناراضی بودند و تقریباً بر سر این که تامین نیروی انسانی می‌تواند باعث ارتقای نظام ارجاع بشود اتفاق نظر داشتند.

- مد نظر قرار دادن کیفیت به جای کمیت کار: مدیران و مراقبین اعتقاد داشتند که نگاه کردن به صرف تعداد افراد تحت پوشش و تعداد خدمات ثبت شده بسیار سطحی نگری است و اهداف والاتر نمی‌تواند با این رویکرد

مطالعه ۸۳٪ از ارجاعات به پزشک خانواده بوده است. در ایران مطالعه ای به این شکل انجام نشده است که این رقم را نشان دهد. اما در مطالعه ای در شهرهای شمالی کشور نشان داده شد که ۴۶٪ از ارجاعاتی که پزشکان سطح ۲ مراقبت ها داده می شود ضروری بوده است و در حدود ۴۰٪ این ارجاعات به اصرار خود بیمار یا همراهان وی می- باشد (۱۴). در هندوراس، در مطالعه ای که در اوایل اجرای نظام ارجاع به بررسی این طرح پرداخته بود میزان ارجاع بین ۷۰ تا ۸۰٪ بیان کرده است (۲۰). همچنین در برخی مطالعات میزان بیمارانی که مراجعه می کنند و ارجاع داده می شوند نرخ ارجاع (Referral Rate) نیز محاسبه می- شود که با اطلاعات موجود در این مطالعه امکان محاسبه این رقم وجود نداشت. این رقم برای هندوراس ۱۵٪، در سطح کشور ۲۰٪ و در آمریکا در یک مرکز ۲۷٪ بوده است (۲۱). "دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده ورژن ۱۱ در سال ۲۰۱۱" میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایش های سطح اول را ۱۰٪ ذکر نموده است. همچنین میانگین موارد ارجاع به رادیوگرافی را ۸٪ بیان کرده است (۱۱). در این مطالعه مشاهده شد که میزان ارجاعات به آزمایش های سطح اول ۱۳٪ و ۴٪ به رادیوگرافی است. با این تفاسیر میزان ارجاع به آزمایشگاه ها در مراکز مورد بررسی بیشتر از هدف تعیین شده می باشد. همانطور که در نتایج ذکر شد می توان به این نکته اشاره کرد که به علت کمبود آزمایشگاه ها، ممکن است بسیاری از این ارجاعات برای افرادی باشد که در نوبت ها قبل در تاریخ مقرر موفق به مراجعه به آزمایشگاه و انجام آزمایشات نبوده اند. نصرالله پور شیروانی در مطالعه ای با عنوان بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۱ در استان های شمالی کشور، حداکثر حد مطلوب ارجاع بیماران از مراقب سلامت به پزشک خانواده را ۲۰٪ ذکر کرده است (۱۴). درصد بازخورد ارائه شده برای بیماران ارجاع داده شده از مراقب سلامت ۵۹٪ بوده است. در مطالعه امیری و همکاران (۱۲) این درصد ۵۱/۴٪ و در مطالعه شیروانی و همکاران (۱۴) ۲۸/۱٪ بیان شده است. همچنین در مطالعه نظام ارجاع

سایر راهکارها و پیشنهادها

- گرفتن بازخورد از سامانه سبب از سطوح بالاتر: همانطور که در قسمت نقاط ضعف بیان شد ضعف در ارائه بازخورد از مشکلاتی بود که به کرات مطرح شد. بسیاری از افراد بهبود و تقویت فرآیند ارائه بازخورد را از سطوح بالاتر از مراقبین سلامت تا حدود زیادی "کمک کننده" عنوان کردند.
- اطلاع رسانی از طریق رسانه ها و پرننگ کردن نقش مراقبین سلامت: بسیاری از مراقبین اعتقاد داشتند که این نظام و این سیستم تقریباً رایگان در بین اکثر مردم ناشناخته است و هنوز هم افراد زیادی هستند که مستقیم به بیمارستان و پزشکان سطوح بالا مراجعه می- کنند. آنها معتقد بودند که با معرفی این سیستم به جامعه میتوان عملکرد این سیستم را بهبود بخشیده و باعث افزایش بهروری آن شد.
- عدم موازی کاری سطوح دو و سه: افراد معتقد بودند که عدم سرپرستی، هدایت، مدیریت و نظارت صحیح ارجاعات موازی کاری زیادی در سطوح دوم و سوم رخ می دهد که باید با مدیریت صحیح می توان از آن جلوگیری نمود.
- توجه به سلامت روان پرسنل: کارکنان معتقد بودند که به دلیل حجم کاری بالا و همچنین شرایط نامناسب شغلی از یک طرف و فشارهای روزمره و عادی زندگی از طرف دیگر سلامت روان آنها بشدت تحت تاثیر قرار می دهد که این امر بسیار نادیده گرفته شده است. بنابراین به منظور بهبود کیفیت خدمات و ارتقا نظام ارجاع باید به این جنبه کارکنان نیز توجه خاصی بشود. برقراری امنیت شغلی برای پرسنل: همانطور که بیان شد یکی از مهم ترین مشکلات سیستم، امنیت شغلی کارکنان می باشد. از همین رو افراد بر تامین امنیت شغلی به منظور بهبود کیفیت خدمات و نظام ارجاع تاکید کردند.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده در کلان شهر اصفهان انجام شد. در این

هندوراس این مقدار ۱۴٪ بود (۲۰). از افراد ارجاع داده شده، ۴۶٪ افراد به پزشک خانواده مراجعه میکنند.

نتیجه گیری

یکی از معضلات مهم نظام ارجاع کمبود پزشک بیان شد. همانطور که این یافته از این مطالعه بر می آید، کمبود پزشک باعث شده است که ۵۴٪ از افراد ارجاع داده شده به پزشک ویزیت نشوند. در بخش کیفی این مطالعه از افراد خواسته شد درباره نقاط قوت و ضعف این سیستم نظرات خود را بیان کنند. از بزرگترین معضلاتی که در این مطالعه به آن اشاره شد کمبود نیروی انسانی در همه سطوح خصوصاً کمبود پزشک بوده است. در مطالعه کیفی دیگری نیز که در ایران انجام شد به این مسئله اشاره شده است (۲۲). باید توجه داشت از آنجایی که ارجاع دادن و پیگیری آن هیچ ارزش افزوده ای برای افراد ندارد می تواند بعنوان کاری مازاد بر وظایف تلقی شده و نادیده گرفته شود (۲۲). از موارد دیگری که در مطالعات دیگر نیز به آن اشاره شده است (۴، ۲۳، ۲۴). کمبود داروها و امکانات در سطوح پایین تر این نظام می باشد. از محدودیت های این مطالعه می توان به مواردی همچون انجام نگرفتن مصاحبه با پزشکان سطوح بالاتر اشاره کرد. همچنین از نقاط قوت این مطالعه می توان به مواردی مثل، جمع آوری داده های تمامی مراکز کلان شهر اصفهان، جمع آوری داده های سه ماهه، انجام مصاحبه با افرادی که در بطن سیستم مشغول به کار هستند، بکارگیری

نظرات متخصصین (مصاحبه با مدیران) از نتایج ارزشمند هر دو نوع مطالعه اشاره کرد. با توجه به نتایج این مطالعه می توان نتیجه گرفت عملکرد نظام ارجاع در شهر اصفهان با توجه به موارد مورد بررسی، در زمینه ارجاع به پزشک خانواده، ثبت بازخورد در سامانه سبب و ارجاع به فیزیوتراپی مطابق با اهداف بوده اما در بخش های ویزیت بیماران ارجاع داده شده، ارائه بازخورد و ارجاع به آزمایشگاه نیازمند برنامه ریزی جهت رفع موانع و مشکلات تا رسیدن به اهداف تعیین شده می باشد. همچنین از نظر پرسنل نظام ارجاع مشکلاتی همچون کمبود نیروی انسانی، کمبود منابع و زیرساخت های غیر انسانی، کمبود ارائه دارو و عدم وجود امنیت شغلی در این نظام وجود دارد که با تامین مالی و نیروی انسانی این سیستم قابل حل می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان به طور ویژه از مدیر گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه مدیران و کارکنان گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همچنین کارکنان معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در راهبرد و اجرای این پایان نامه کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی تقدیر و تشکر می نمایند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی کد اخلاق با شماره IR.tums.sph.rec.1398.272 از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ شد.

جدول ۱- نتایج کیفی مطالعه وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در کلان‌شهر اصفهان

موضوع (Theme)	زیرطبقه	طبقه
۱. ارجاع از طریق مراقب سلامت به پزشک سطح یک		
۲. ارجاع به متخصص فقط از طریق پزشک سطح یک		
۳. رایگان بودن خدمات در سطح یک		
۴. ارائه خدمات پیشگیری و آموزش		
۵. داشتن مراقبین سلامت جوان و کارآمد و پرانرژی		
۶. به روز بودن اطلاعات مراقبین سلامت		
۷. در دسترس بودن خدمات تغذیه و سلامت روان و مامایی		نقاط قوت
۸. الکترونیک بودن پرونده ها		
۹. برقراری ارتباط راحت مراجعین با مراقبین سلامت		
۱۰. تمایل مردم حاشیه شهر به دریافت خدمات از بهداشت		
۱۱. بالا رفتن پوشش خدمات بهداشتی		
۱۲. نیاز به نداشتن بیمه در سطح اول		
۱۳. اجرای سطوح PHC		
۱. کمبود پزشک، مراقب، آزمایشگاه، دارو و زیرساخت ناقص		
۲. قطع شدن خدمات در سطح یک		
۳. نداشتن مراکز مشخص ارجاع سطوح بالاتر	۱. معاونت بهداشتی	
۴. عدم ارائه بازخورد از سطوح بالاتر		
۱. نداشتن داروهای اولیه برای بیماری های غیرواگیر مثل دیابت و فشارخون و مکمل ها	۲. مرکز بهداشت شهرستان	نقاط ضعف
۲. متناسب نبودن تعداد پزشک عمومی با جمعیت تحت پوشش		
۱. نداشتن امنیت شغلی مراقبین سلامت	۳. وزارتخانه	
۲. عدم تناسب حقوق با ساعات کاری ارائه شده		
۱. تعدیل شدن پرسنل به دلیل بارداری	۴. شرکت ها	
۱. انگیزه پایین مراقبین سلامت		
۲. عدم همکاری سطوح دیگر با بهداشت		
۳. عدم ارائه بازخورد از سطوح بالاتر		
۴. عدم اتصال سامانه سبب به سطوح دیگر		
۵. عدم امکان به کار بردن خلاقیت از ترس تعدیل شدن		
۶. افزایش سطح توقعات مردم با پیامک های وزارت بهداشت		
۷. قطع مکرر اینترنت		
۸. عدم امکان ارائه خدمت به صورت کامل در بخش بهداشت		
۱. تامین داروهای اولیه		
۲. تامین آزمایشگاه	۱. معاونت بهداشتی	راهکارها
۳. داشتن مراکز مشخص ارجاع سطوح بالاتر		

۱. متناسب نمودن تعداد پزشکان و مراقبین سلامت با حجم کار و جمعیت تحت پوشش
۲. مرکز بهداشت شهرستان
۲. مد نظر قرار دادن کیفیت به جای کمیت کار
۳. عدم تبعیض بین پرسنل شرکتی و دولتی
۱. متناسب نمودن حقوق پرسنل با جایگاه اجتماعی
۲. لینک شدن همه پزشکان سطوح تخصص به سامانه سیب
۳. وزارتخانه
۳. درگیر کردن بقیه ارگانها در سلامت مردم
۱. عقد قرارداد با مراقبین سلامت حداقل به صورت سه ماهه برای بالا بردن انگیزه آنها
۴. شرکتها
۲. دادن امتیاز مثبت به تجربه کاری پرسنل
۱. گرفتن بازخورد از سامانه سیب از سطوح بالاتر
۲. اطلاع رسانی از طریق رسانه ها و پرننگ کردن نقش مراقبین سلامت
۳. عدم موازی کاری سطوح دو و سه
۴. توجه به سلامت روان پرسنل
۵. برقراری امنیت شغلی برای پرسنل

References

1. Khodamoradi A, Fayaz-Bakhsh A, Gholipour K. A review of world experiences in the field of financial management of family medicine program and referral system. *Iranian journal of culture and health promotion*. 2022;6(1):19-27.
2. Heydari A, Khatir Namni Z, honarvar MR, Rafiee N, Lotfi S. Establishment of electronic referral system in golestan province: opportunities and threats. *Journal of health-oriented research*. 2020;6(2):151-67.
3. Kabir MJ, Heidari A, Honarvar MR, Khatirnamani Z, Badakhshan A, Rafiei N, et al. Establishment of an electronic referral system in golestan province: Opportunities and threats. *Journal of health based research*. 2020;6(2):151-67.
4. Naseriasl M, Janati A, Amini A, Adham D. Referral system in rural Iran: improvement proposals. *cadernos de saude publica*. 2018;34:e00198516.
5. Ahmadi A, editor referral system and family medicine about executable equity. *Proceedings of the national*.
6. Morrell D. Symptom interpretation in general practice. *The Journal of the royal college of general practitioners*. 1972;22(118):297.
7. Kavosi Z, Siavashi E. A study of the performance of referral system in urban family physician program in fars province, Iran. *Journal of health management & informatics*. 2018;5(3):88-95.
8. Khoja TA, Al Shehri AM, Abdul Aziz AAF, Aziz K. Patterns of referral from health centres to hospitals in riyadh region. *emhj-eastern mediterranean health journal*. 1997; 3(2):236-243.
9. Stephen W. Editor primary medical care and the future of the medical profession. *world health forum*, 1981.
10. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent

- treatment at accident and emergency? *Emergency medicine journal*. 2001;18(6):482-7.
11. Physician Instruction F. Iran: Ministry of health and medical education. version. 2011;12:4-102.
 12. Chaman reza Am, Raei mahdi. National plan of family doctor and referral system quality. *payesh*. 2011;6(11):785-90.
 13. Grava-Gubins I, Scott S. Effects of various methodologic strategies: survey response rates among canadian physicians and physicians-in-training. *canadian family physician*. 2008; 54(10):1424-30.
 14. Nasress, Ashrafi Ah, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani MA, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in northern provinces of Iran: 2008,2010.
 15. Alipour A, Habibian N, Tabatabaei S. Evaluation the impact of family physician care program on family planning in Sari from 2003 to 2007, 2009.
 16. Kushnir T, Cohen AH. Job structure and burnout among primary care pediatricians. *Work*, 2006; 27(1):67-74.
 17. Janati A, Maleki MR, Ghollzade M, Narimani M, Vakili S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program, 2010.
 18. Heydarzadeh abtin Na, Mohamadi M, Naghshpour P. Evaluation of the current state of education in the field of family medicine in medical schools of Iran. *Research in medical science education*. 2022;14(3):29-37.
 19. Tvakoli F, Reyahi M. The impact of policy and insurance structure in the health system on the family doctor referral system in urban Iran. *Health management*. 2017;8(3):85-93.
 20. Omaha K, Meléndez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the republic of honduras. *Health policy and planning*. 1998; 13(4):433-450.
 21. Biggerstaff ME, Short N. Evaluation of specialist referrals at a rural health care clinic. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017;29(7):410-4.
 22. Naseri asl M, Amini Doshmangir D, Janati A. Challenges of establishing specialty referral system in Iran's health sector. (A qualitative study). *Acta medica mediterranea*. 2017;33(s1):921-6.
 23. Give C, Ndima S, Steege R, Ormel H, Mccollum R, Theobald S, et al. Strengthening referral systems in community health programs: a qualitative study in two rural districts of maputo province, Mozambique. *Bmc health services research*. 2019;19(1):1-11.
 24. Naseriasl M, Amini Doshmangir, D. Challenges of establishing specialty referral system in Iran health sector. (A qualitative study). *Acta Medica Mediterranea*. 2017;33(s1):921-6.

The Status of the Referral System in the Family Physician Program in Isfahan Metropolitan Area: a Qualitative Study

Razieh Khalili Nezhad ^{*1}, Parastoo Golshiri ²

1- MSc. Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. Associate Professor, Department of Community Medicine and Family Physician, School of Medicine Sciences, Isfahan, Iran

*Corresponding Author: khalili.epi@gmail.com

Received: Jun 17, 2023

Accepted: Jan 15, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: Primary levels of health services are designed to provide, maintain and promote the health of healthy young people, while the goal of higher levels is to screen and restore the health of the patients. One of the challenges is the personal culture of some of the health service providers and the recipients of these services. One of the recent reforms in the healthcare system has been the implementation the Health System Reform Plan based on the family physician and the referral system. This study investigated the status of the referral system in the family physician program in Isfahan metropolitan area in 2018.

Materials and Methods: This was a qualitative study with a contractual content analysis conducted on a sample of 28 individuals selected by purposeful snowball sampling continued until saturation. Interviews were held with male and female healthcare workers (n = 14), midwives (n = 10), and managers (n = 4). Data analysis was done using the SPSS.25 statistical software.

Results: This study succeeded to explain strategies to improve the quality of the referral system and the views of health service personnel and, finally, find the strengths, weaknesses and solutions for improving the referral system.

Conclusion: The findings show that the performance of the referral system in the city of Isfahan is in line with the goals. However, visiting referred patients, providing feedback and referral to the laboratory are not as effective as they should be. Therefore, planning is needed to remove obstacles and solve problems such as shortage of human resources, non-human resources and infrastructure, insufficient provision of medicines and job insecurity so that goals can be reached.

Keywords: Family Physician, Feedback, Referral System

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.