

عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران: یک مطالعه کیفی

علی اکبری ساری^۱، بتول احمدی^۲، محمد مرادی جو^۳، علیرضا اعرابی^۴، مریم سیدنژاد^{۵*}

- ۱- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- دانشجوی دوره دکتری، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
- ۴- پزشک متخصص، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران
- ۵- دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: maryam.seyyednezhad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: نظام ارجاع یکی از اصول و مبانی خدمات مراقبت بهداشتی اولیه است. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و مشکلات نظام ارجاع عدم اطلاع مردم و بیماران از ماهیت، خدمات و مزایای آن می‌باشد. هدف این مطالعه شناسایی عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران بود.

روش کار: این مطالعه کیفی به روش تحلیل چارچوبی (ساختاری) در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۱۸ نفر از صاحب‌نظران حوزه نظام ارجاع و ۱۴ نفر از بیماران ارجاع شده به بخش‌های سرپایی و بستری مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. از مصاحبه نیمه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها و از نرم افزار MAXQDA جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد. نتایج: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران عبارتند از: ۱. عوامل مرتبط با تولید و حاکمیت نظام سلامت (مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، سطح‌بندی مناسب خدمات سلامت، بیمار محوری، قوانین و مقررات)؛ ۲. عوامل مرتبط با دسترسی (مالی، فیزیکی و فرهنگی)؛ ۳. عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات (اعتماد به کادر بهداشت و درمان، مهارت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات، مهارت‌های رفتاری و ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمات)؛ ۴. عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات (کیفیت ارائه خدمات، توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیماران، استفاده از فناوری در ارائه خدمات، نظارت بر ارائه خدمات، پوشش خدمات)؛ ۵. عوامل مرتبط با گیرنده خدمات (رضایت‌مندی، آموزش، آگاهی و اطلاع‌رسانی).

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت و نقش کلیدی بیماران در موفقیت نظام ارجاع، بایستی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بر عوامل شناسایی شده در این پژوهش توجه ویژه‌ای معطوف نمایند.

واژگان کلیدی: نظام ارجاع، بیماران، پذیرش

مقدمه

امروزه نیازهای سلامت به شکل فزاینده‌ای نسبت به سال‌های گذشته افزایش یافته است. نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را بر عهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آنها را در برابر هزینه‌های مالی بیماری و رعایت شأن و جایگاه‌شان را نیز بر دوش می‌کشند (۱). در دهه‌های اخیر نظام‌های سلامت کشورهای در حال توسعه، جهت تامین نیازهای در حال گسترش بیماران برنامه‌های اصلاحی گسترده‌ای را در دستور کار خود قرار داده اند که یکی از این اصلاحات اجرای نظام ارجاع بوده است. سیستمی که ارتباط سطوح خدمات در نظام سلامت را به منظور دسترسی بیماران به خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی، با تشخیص و نظارت پزشک خانواده موجب می‌گردد را نظام ارجاع می‌گویند که در اکثر کشورها از سه سطح تشکیل شده است (۲، ۳).

اگر نظام ارجاع به درستی اجرا شود، بین ۸۵-۸۰٪ بیماران با استفاده از تکنولوژی ساده سطح اول و ۱۵-۱۰٪ بیماران با استفاده از تکنولوژی متوسط سطح دوم قابل تشخیص و درمان خواهند بود. بنابراین تنها ۵٪ بیماران به فناوری بسیار پیچیده و بالاترین سطح دانش پزشکی موجود در سطح سوم، نیازمند خواهند بود (۴). بطور کلی در جهان بخش سلامت به دلیل اجرای ناموزون چارچوب‌های ارجاع، با چالش‌های بی‌شماری در نظام ارجاع روبرو شده است. کشورهایی که بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته‌اند کشورهای در حال توسعه هستند که هم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و هم بیماران خود از دستورالعمل‌های تعیین شده برای هدایت روند ارجاع پیروی نمی‌کنند (۵).

از موانع پایداری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران می‌توان به آگاهی ناکافی (پایین) مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی، مراجعه مستقیم مراجعین به سطح دوم، مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده صرفاً جهت دریافت فرم ارجاع و برخورداری از مزایای آن و عدم ویزیت بیمار توسط پزشک خانواده نام برد (۶). به عبارتی بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند به جای مراجعه اول به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به بیمارستان‌ها و سطوح بالاتر مراجعه کنند (۷). این خود ارجاعی‌های غیرضروری و عدم پذیرش نظام ارجاع در ایران مشکلاتی از قبیل: مشکلات مالی و ابهام در چگونگی پرداخت و دریافت هزینه‌ها توسط بیمار، سازمان و عرضه کننده خدمات، عدم وجود یک ساختار سازمانی مناسب بین سطوح مختلف عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی، فقدان سیستم اطلاعاتی جامع، ناکفایتی جریان اطلاعات و ضعف اطلاعات صحیح و روزآمد را موجب شده است (۸).

خودارجاعی در بسیاری از کشورهای دیگر نیز مشاهده شده است. در کشورهای آفریقایی پیشرفته‌تر بودن مراکز موجود در سطح ۲ و ۳ منجر به دور زدن سطوح پایین مراقبت و حضور در سطوح بالای مراقبت صرف نظر از شدت یا بی‌اهمیت بودن بیماری شده است. بیش از ۸۲٪ بیمارستان‌های زنان و زایمان در آفریقا توسط بیماران خودارجاع پرشده است. همچنین در سریلانکا نیز حدود ۶۶٪ بیماران سطوح ارجاع را رعایت نمی‌کنند. در هند نیز ۵۵/۷٪ بیماران مستقیماً به متخصصین مراجعه می‌کنند چرا که احساس می‌کنند خدمات با کیفیت‌تری دریافت می‌کنند (۹). میزان خودارجاعی در اتیوپی نیز ۸۲٪ (۱۰) و در هلند ۳۰٪ گزارش شده است (۱۱). در مورد دلایل

نمونه‌ها از دو گروه صاحب‌نظران و بیماران انتخاب شده-
 اند. انتخاب اولین نفر از صاحب‌نظران جهت مصاحبه بر اساس
 مسئولیت و سابقه‌ی کاری در زمینه‌ی نظام ارجاع انجام گرفت.
 انتخاب نفرات بعد نیز بصورت هدفمند و با معرفی افراد قبل
 صورت گرفت. معیار انتخاب صاحب‌نظران برخورداری از
 دانش و تجربه کافی در زمینه‌ی اجرا و یا در زمینه برنامه‌ریزی
 نظام ارجاع بود. معیار انتخاب بیماران بر اساس داشتن سابقه
 ارجاع از مراکز خدمات جامع سلامت (سطح یک) و داشتن
 اطلاعات کافی در زمینه نظام ارجاع بوده است. تعداد نمونه‌ها
 تا اشباع شدن داده‌ها، یعنی تا زمانی که اطلاعات جدیدی به
 دست نیامد، ادامه داشت.

از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری
 داده‌ها استفاده شد. در ابتدای مصاحبه هدف تحقیق، روش
 مصاحبه و حق افراد نسبت به شرکت در مطالعه و یا امتناع از
 آن برای مشارکت‌کنندگان توسط محقق توضیح داده شد. در
 خصوص ضبط مصاحبه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها
 اطمینان داده شد و سپس رضایت آگاهانه از آنان کسب شد.
 زمان و مکان انجام مصاحبه‌ها با توجه به نظر مشارکت‌کنندگان
 و هماهنگی‌های قبلی با ایشان تعیین گردید. زمان مصاحبه‌ها
 بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه طول کشیده است.

برای تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه، از تحلیل
 چارچوبی (ساختاری) استفاده شد. یکی از روش‌های تحلیل
 کیفی تحلیل چارچوبی است. این روش برای تحقیقات در
 سیستم‌های سلامت و سیاست‌گذاری کاربرد دارد و طی پنج گام
 آشناسازی، تعیین چارچوب مفهومی، نمایه‌سازی، نمودارسازی
 و نگاشت و تحلیل انجام می‌شود. بنابراین ابتدا مصاحبه‌ها تایپ
 و سپس کدگذاری و گروه‌بندی شد. پس از گروه‌بندی، ارتباط
 منطقی بین داده‌ها برقرار شد که برای این منظور از نرم افزار

خودارجاعی نیز می‌توان به وجود کارکنان شایسته و ارائه
 خدمات با کیفیت در نیجریه، کمبود دارو و تجهیزات
 آزمایشگاهی در سطح یک در اتیوپی (۱۲) و درک بیماران از
 شدت بیماری خود در پاکستان اشاره کرد (۹).

بنا بر شواهد پژوهشی متعدد، عدم رعایت سطوح نظام
 ارجاع، یک نگرانی عمده در سیستم ارائه خدمات بهداشتی و
 درمانی ایران می‌باشد به گونه‌ای که در بسیاری از مطالعات
 نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌ها یاد شده‌است چرا که
 عدم پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران باعث می‌شود که
 سطوح پایین مراقبت‌های سلامت مورد استفاده قرار نگیرد و
 سطوح بالاتر و بیمارستان‌ها بیش از حد مورد استفاده قرار
 گیرند و در نتیجه تراکم و بار سنگین در سطوح بالا منجر به
 افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و به خطر افتادن
 کیفیت مراقبت گردد (۱۵-۱۳). بنابراین نظر به اهمیت رعایت
 نظام ارجاع توسط بیماران، پژوهش حاضر با هدف شناسایی
 عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران انجام شد.

روش کار

این مطالعه کیفی به روش تحلیل چارچوبی (ساختاری)
 در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش را ۱۸
 نفر از صاحب‌نظران حوزه نظام ارجاع (سیاست‌گذاران،
 مدیران و اساتید دانشگاهی، پزشکان، مدیران بیمارستانی،
 مدیران سازمان‌های بیمه‌گر پایه، مدیران و کارکنان شبکه
 بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی) و ۱۴ نفر از بیماران
 ارجاع شده به بخش‌های سرپایی و بستری مجتمع بیمارستانی
 امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران،
 تشکیل دادند.

سلامت، بیمار محوری و قوانین و مقررات اشاره و نکات مهمی را بیان کردند.

۱-۱. مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی: مشارکت‌کنندگان ضمن آنکه مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی وزارت بهداشت و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را یکی از عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران دانسته‌اند، به چالش‌ها و راهکارهای مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی نیز اشاره کردند. عدم وجود مسئولیت‌پذیری یا پاسخگویی منجر به بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به بیماران می‌شود.

"به نظر من مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی از پیش نیازهای اجرای نظام ارجاع خوب است و باعث پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران می‌شود" (صاحب نظر ۷).

"در صورتی که در تمامی مراکزی که خدمت ارائه می‌شود (مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها) وظایف به درستی تعریف شود و مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی هم بالا باشد، ضمن اینکه رضایت ما بیشتر می‌شود، تمایل به تکرار مراجعه و پیگیری درمان و پذیرش نظام ارجاع بیشتر می‌شود" (بیمار ۳).

"تصمیم‌گیری در مورد نحوه اجرای برنامه پزشکی خانواده توسط مدیران ارشدی صورت می‌گیرد که تعارض منافع آنها را وادار می‌کند مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی برای اجرای برنامه را براحتی نادیده بگیرند و برنامه‌ای را طراحی کنند که براحتی بتوان از انجام مسئولیت آن شانه خالی کرد" (صاحب نظر ۴).

"خیلی وقتا که به مرکز شهرستان یا مرکز استان ارجاع می‌شویم، بلا تکلیف هستیم" (بیمار ۹).

MAXQDA استفاده شد. برای اطمینان از پایایی کدها و تم‌های استخراج شده، از روش کسب توافق بین دو کدگذار از طریق بحث و رفع موارد مورد اختلاف استفاده شد. برای Rigor داده‌ها نیز از Immersed در داده‌ها با مراجعه مکرر به آنها و اصلاحات لازم در کدگذاری و در برخی موارد کدگذاری مجدد استفاده شد. از Peer Check نیز استفاده شد.

نتایج

۱۸ نفر از صاحب نظران حوزه نظام ارجاع در این مطالعه شرکت کردند که از این تعداد ۱۳ نفر مرد و ۵ نفر زن با میانگین سنی ۴۴ سال (کمترین ۳۰ بیشترین ۵۷) بودند. سابقه شغلی مشارکت‌کنندگان بین ۵ تا ۳۰ سال با میانگین ۱۷ سال بوده است. سطح تحصیلات صاحب نظران از لیسانس تا پزشک متخصص متغیر بود، که بیشترین تعداد مدرک دکتری تخصصی ۷ نفر (۳۸/۸۹٪) داشته‌اند (جدول ۱).

۱۴ نفر از بیماران که دارای سابقه ارجاع بودند نیز در این مطالعه شرکت کردند که شامل ۹ مرد و ۵ زن با میانگین سنی ۵۲ سال (کمترین ۳۴ بیشترین ۷۳) بودند (جدول ۲). پس از تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران از دیدگاه صاحب نظران و بیماران در قالب ۵ موضوع و ۱۸ زیر موضوع دسته‌بندی گردید (جدول ۳).

موضوع ۱. عوامل مرتبط با تولیت و حاکمیت نظام سلامت: در این بخش مشارکت‌کنندگان حاکمیت نظام سلامت را از وظایف مهم دولت دانسته‌اند و به موضوعات مربوط به مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، سطح‌بندی مناسب خدمات

و سه باید به سطح یک بازخورد بدهند... (صاحب نظر ۱).
"پزشکانی که در این مراکز مستقرند پزشک عمومی هستند، بهتر هست مستقیم مراجعه کنم به پزشک متخصص و اجباری هم نیست که حتما اول اونجا مراجعه کنم، اعتماد نسبت به پزشک عمومی کمتر هست" (بیمار ۶).

اهداف اصلی سطح بندی خدمات سلامت یعنی: توزیع نظام مند و برنامه ریزی شده خدمات پزشکی، تأمین دسترسی آسان جامعه به خدمات سلامت و ارائه خدمات سلامت هزینه-اثربخش می‌تواند منجر به افزایش رضایت بیماران از سیستم سلامت و تبعیت از نظام ارجاع گردد.
۳-۱. بیمار محوری: یکی دیگر از موضوعاتی که از دیدگاه مشارکت کنندگان می‌توانست بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران نقش مثبت داشته باشد، بیمار محوری و توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیماران بود.

"بیمار، محور اصلی فرآیند نظام ارجاع است و تمامی خدماتی که ارائه می‌شود به خاطر بیمار است. بنابراین، رضایت بیمار می‌تواند تا حد زیادی نشان‌دهنده‌ی انجام صحیح نظام ارجاع باشد و این رضایت باعث می‌شود تا نظام ارجاع بیشتر مورد پذیرش بیماران قرار بگیرد" (صاحب نظر ۱۶).

"از کارکنان نظام سلامت انتظار داریم تا به خواسته‌ها و نیازهای ما توجه کنند و پاسخگو باشند" (بیمار ۲).
"ما هم به عنوان خدمت گیرندگان در صورتی که از فرآیند درمان رضایت داشته باشیم، به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل‌های درمانی ترغیب می‌شویم" (بیمار ۶).

بنابراین نظام ارجاع بیمار محور با آسان نمودن دسترسی بیماران به خدمات، احترام به ارزش‌ها و

بنابراین نظام ارجاع بدلیل نقشی که در اعتلای سطح سلامتی جامعه دارد، ملزم به رعایت مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی می‌باشد. عدم وجود مسئولیت‌پذیری، سهل انگاری و بی‌تفاوتی را موجب می‌شود که خود منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های سلامت می‌شود.

۲-۱. سطح‌بندی مناسب خدمات سلامت: از دیدگاه مشارکت کنندگان اگر سطح بندی خدمات به درستی انجام شود، می‌تواند باعث کاهش هزینه‌ها، جلوگیری از اتلاف وقت بیماران و انجام خدمات تکراری در سطوح مختلف گردد.

"ارتباط دوسویه اطلاعات بین سطح اول و سطوح دوم و سوم، باعث تقویت نظام ارجاع و آموزش کارکنان مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌شود" (صاحب نظر ۱۴).

"گردش اطلاعات بین سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت به تقویت سطح‌بندی خدمات و برقراری ارتباط موثر بین سطح اول ارائه خدمات و سطوح تخصصی ارائه خدمات می‌گردد. این ارتباطات موثر باعث اعتماد بیشتر بیماران و در نهایت پذیرش نظام ارجاع می‌شود" (بیمار ۸).

"برای یه تشخیص ساده مجبور هستیم بیایم پایتخت، تنها هزینه‌های درمان نیستن که ما پرداخت می‌کنیم، به این هزینه‌ها باید هزینه اسکان، هزینه مسافرت و هزینه همراه (همراه بیمار) را اضافه کنیم" (بیمار ۱۱).

"هماهنگی میان بخش بهداشت و درمان به خوبی صورت نمی‌گیرد، از مواردی که می‌توان نام برد بازخوردهایی هستند که باید صورت بگیرد و سطوح دو

مشکلاتی بود که مصاحبه شوندگان در این قسمت به آن اشاره کردند.

"در صورتی که خدمات نظام ارجاع قیمت مناسبی داشته باشند و این قیمت‌ها برای ما قابل پرداخت باشد به طور مشخص این نظام قابلیت پذیرش بیشتری خواهد داشت" (بیمار ۵).

"پوشش بیمه‌ای همه افراد باعث می‌شود نظام ارجاع مورد مقبولیت قرار بگیرد، البته داشتن دفترچه بیمه‌ای که کاربرد زیادی نداشته باشد همان قد هم باعث عدم مقبولیت می‌شود و شاید هم بیشتر" (بیمار ۱۲).

"هر چه سطح پوشش خدمات ارائه شده بیشتر باشد و هزینه خدمات (ویزیت، دارو، بستری و ...) مناسب‌تر باشد هم بر رضایت بیماران اثر مثبت خواهد داشت هم اینکه پذیرش نظام ارجاع برای آنان بهتر خواهد بود" (صاحب نظر ۷).

"برخی از پزشکان از عدم آگاهی بیماران سوء استفاده کرده و خدمات یا درمان‌های گران قیمتی را پیشنهاد می‌کنند که هیچ ضرورتی برای بیماران ندارد" (صاحب نظر ۳).

هزینه‌های مربوط به بیماری از مهم‌ترین نگرانی‌های بیماران و خانواده‌های آنان در نظام سلامت می‌باشد. بنابراین در صورتی که هزینه‌های نظام ارجاع به گونه‌ای باشد که خانواده‌ها به ورطه فقر نروند یا با هزینه‌های کمرشکن (فاجعه‌بار) مواجهه نشوند، پذیرش نظام ارجاع برای بیماران و خانواده‌های آنها راحت‌تر می‌شود؛ چرا که دسترسی مالی خانوارها به مراقبت‌های سلامت با توجه به ماهیت غیر قابل پیش بینی و کمرشکن برخی هزینه‌های نظام سلامت بسیار اهمیت دارد.

ترجیحات بیمار، ارائه اطلاعات و برقراری ارتباط مناسب با بیمار، مشارکت دادن بیمار و خانواده وی در فرآیند درمان و حمایت عاطفی بیماران می‌تواند به پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران کمک به سزایی بکند. ۴-۱. قوانین و مقررات: مصاحبه‌شوندگان در این مطالعه وجود قوانین و مقررات را در هر دو سمت (ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات) ضروری دانسته و ابراز داشته‌اند که رعایت قوانین در هر دو سمت باعث تداوم و مقبولیت نظام ارجاع می‌شود.

"هیچ اهرم فشاری نیست که سطح دو و سه را ملزم به بازخورد نظام ارجاع کند" (صاحب نظر ۱۰).

"بارها به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه داشته‌ام و تا بلو اعلانات را نگاه که می‌کردم مطالبی نوشته بودند، اما خیلی از قوانینی که می‌دیدم را خود مراکز رعایت نمی‌کردند" (بیمار ۴).

بنابراین می‌توان گفت برقراری قوانین و مقررات قابل اجرا و داشتن ضمانت اجرایی برای قوانین و مقررات تدوین شده به اجرای موثر برنامه نظام ارجاع منتهی می‌شود. و همین امر می‌تواند به پذیرش بیشتر نظام ارجاع توسط بیماران کمک کند.

موضوع ۲. عوامل مرتبط با دسترسی: در این بخش مشارکت کنندگان اذعان داشتند در صورتی که نظام ارجاع دسترسی (مالی، فیزیکی و فرهنگی) بیماران به خدمات ارائه شده را افزایش دهد، پذیرش نظام ارجاع برای آنها آسان‌تر خواهد شد.

۱-۲. دسترسی مالی: بالا بودن قیمت برخی از خدمات سلامت و تحت پوشش بیمه نبودن آنها، ارائه خدمات غیر ضروری و ایجاد تقاضای القایی از سوی ارائه کنندگان خدمات از اهم

"ارائه خدمات نظام سلامت در قالب نظام ارجاع که برای بیماران قابلیت مقبولیت (Acceptability) را داشته باشد، باعث می‌شود بیماران دستورات پزشکی و سلامتی را بهتر رعایت کنند و پیگیر سلامت خود باشند. خدماتی مورد مقبولیت قرار می‌گیرند که با فرهنگ مردم سازگار باشد. زمانی می‌گیم دسترسی فرهنگی بالاست که ارائه این خدمات امکان پذیر باشد" (صاحب‌نظر ۱۷).

"خیلی از پزشکان مراکز ارائه خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی بومی آن منطقه نیستند و با فرهنگ مردم آشنایی ندارند" (بیمار ۱۴).

موضوع ۳. عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات: در این قسمت مصاحبه شونده‌گان به عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمت اشاره کردند و اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمات، مهارت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات و مهارت‌های رفتاری و ارتباطی ارائه‌دهندگان را مهم برشمردند.

۳-۱. اعتماد به کادر بهداشت و درمان: یکی از عواملی که بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران می‌تواند تاثیر مثبت داشته باشد، اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. ارائه خدمات غیر ضروری، سردرگمی در بین مراکز ارجاع دهنده و ارجاع شده و عدم گذاشتن وقت کافی توسط پزشکان خانواده جهت ویزیت بیماران از اهم مشکلاتی بود که توسط مصاحبه شونده‌گان بیان گردید.

"کارکنان مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت ضمن اینکه باید از ارائه خدمات غیر ضروری به بیماران جلوگیری کنند، باید اعتماد بیماران را جلب کنند و باعث شوند تا نظام ارجاع مورد پذیرش واقعی قرار بگیرد" (صاحب‌نظر ۹).

۲-۲. دسترسی فیزیکی: دسترسی فیزیکی از مسائل مهمی بود که مصاحبه شونده‌گان به آن اشاره کردند و مسائلی همچون عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، توزیع نامناسب بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی، دور بودن از مراکز تشخیصی درمانی پیشرفته، زمان انتظار طولانی و کمبود متخصصین در شهرهای کوچک از اهم مواردی بود که توسط افراد بیان شد.

"درسته در سراسر کشور خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی زیادی ساخته‌ایم و دسترسی را ارتقاء داده‌ایم، اما همچنان روستاهایی هستند که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه ندارند. یا خیلی از افرادی که در شهرهای بالای بیست هزار نفر ساکن هستند، از ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه بی‌اطلاع هستند. طبیعی هست وقتی دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بیشتر باشد، پذیرش نظام ارجاع بیشتر خواهد بود" (صاحب‌نظر ۱۳).

"توزیع بیمارستان‌ها و مراکز تشخیصی و درمانی در بعضی از استان‌ها به گونه‌ای است که تمامی شهروندان به سهولت به خدمات درمانی مورد نیاز دسترسی ندارند" (صاحب‌نظر ۲).

"وقتی به بیمارستان مراجعه می‌کنیم در لیست انتظار قرار می‌گیریم و می‌گن دو تا سه ماه بعد مراجعه کنید. مجبور می‌شویم راینی کنیم یا به مراکز دیگه‌ای مراجعه کنیم" (بیمار ۵).

۲-۳. دسترسی فرهنگی: ارائه خدمات متناسب با فرهنگ مردم نیز از عواملی است که بر بهره‌مندی و پذیرش نظام ارجاع توسط مردم تاثیر گذار است.

۲-۳. مهارت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات: مهارت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات از جمله تشخیص درست بیماری در سطح اول، در دسترس بودن و مهارت پزشک خانواده و پیگیری وضعیت بیمار در سطوح بعدی از مواردی است که رعایت آنها می‌تواند بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران تاثیر مثبت داشته باشد.

"در صورتی که تشخیص اولیه به درستی انجام بگیرد، بسیاری از مشکلات یا در همان سطح اولیه حل خواهند شد یا اینکه ارجاع به درستی انجام می‌گیرد و از سردرگمی بیماران در سطوح بالاتر کاسته می‌شود" (صاحب نظر ۶).
 "در دسترس بودن و مهارت پزشک خانواده باعث می‌شود مردم از نظام ارجاع رضایت بیشتری داشته باشند و به تبعیت از آن پذیرش نظام ارجاع برای آنان بهتر باشد" (صاحب نظر ۱۷).

"تیم سلامت مخصوصاً پزشکان زود به زود تغییر می‌کنند، یکی می‌آید و دیگری می‌رود، تا بخواهیم با پزشک آشنا شویم و بالعکس پزشک بخواهد با ما آشنا شود، پزشک تغییر می‌کند" (بیمار ۱).
 "پزشکان باید از ارائه خدمات غیرضروری جلوگیری کنند" (بیمار ۹).

۳-۳. مهارت‌های رفتاری و ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمات: ارتباط موثر بین کادر بهداشت و درمان و بیمار نقش مهمی در پذیرش نظام ارجاع و به طور کلی نظام سلامت دارد.

"افزایش مهارت‌های ارتباطی کادر بهداشت و درمان و ایجاد الگوی رفتاری و برخورد مناسب با بیمار باعث می‌شود، بیماران رغبت بیشتر به ادامه فرآیند و مراجعات بعدی داشته باشند" (صاحب نظر ۵).

"اعتماد، سنگ زیربنای رابطه بین کارکنان بخش بهداشت و درمان با بیمار را تشکیل می‌دهد و شرایطی را فراهم می‌آورد که باعث پذیرش نظام ارجاع می‌شود" (صاحب نظر ۱۰).

"متأسفانه پزشکان خانواده وقت لازم برای بیماران نمی‌گذارند. خودم چندین بار که به پزشک خانواده مستقر در مرکز جامع خدمات سلامت مراجعه داشتم، ویزیت کم‌تر از دو دقیقه طول می‌کشید" (بیمار ۸).

"مردم به پزشکان خانواده اعتماد زیادی ندارند، به همین خاطر ترجیح می‌دهند ابتدا به پزشک متخصص یا فوق تخصص مراجعه کنند" (صاحب نظر ۶).

"پزشکان سطح اول یا همان پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی برای دوره‌های کوتاه مدت حضور دارند. این پزشکان یا ادامه تحصیل می‌دهند یا اینکه دوره طرح را می‌گذرانند و تنها دو سال حضور دارند. در طول تحصیل بیشتر مهارت‌های بالینی یاد می‌گیرند و در مراقبت‌های سطح اول مهارت زیادی ندارند. همین مورد باعث عدم اعتماد می‌شود" (صاحب نظر ۵).

"اعتماد به خدمات ارائه شده در سطح یک کمتر می‌باشد که می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد. بهتر است برای جلب اعتماد بیماران به این نوع خدمات تلاش بیشتری شود و هر چه بیشتر تلاش شود نظام ارجاع بهتری خواهیم داشت" (صاحب نظر ۱۸).

اعتماد بین بیمار و کادر بهداشت و درمان در قالب نظام ارجاع باعث افزایش همدلی، یکپارچگی، کیفیت ارائه خدمات و کارایی می‌شود، در نتیجه می‌توان گفت اعتماد بیشتر به ارائه‌دهندگان خدمات باعث پذیرش نظام ارجاع از طرف بیماران می‌شود.

۴-۱. کیفیت ارائه خدمات: افزایش کیفیت خدمات سلامت با اصلاح روند درمان بیماران یکی از عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران است. بهبود درمان، برقراری ارتباط مناسب و هتلینگ خوب از شاخص‌های کیفیت از دیدگاه بیماران بود. "نظام ارجاع باعث صرفه‌جویی در هزینه بیماران و افزایش کیفیت خدمات سلامت می‌شود. در صورتی که این روند ادامه دار باشد و بیماران از کیفیت خدمات در قالب نظام ارجاع اطمینان پیدا کنند، ضمن اینکه رضایت آنها بالا می‌رود، نظام ارجاع قابلیت پذیرش بیشتری خواهد داشت" (صاحب نظر ۸).

"اینکه ما از راه‌های دور مراجعه کنیم و خدمات دریافت کنیم و پول کمتری پرداخت کنیم کافی نیست، ما باید خدمات با کیفیتی دریافت کنیم" (بیمار ۳).

"در صورتی که کیفیت خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع مناسب نباشد، خیلی از بیماران از جمله بنده از این خدمات استفاده نخواهیم کرد و مسیر دیگری را انتخاب خواهیم کرد" (بیمار ۱).

"هر چه دانش، مهارت، رفتار و ارتباط ارائه‌دهنده با بیماران بیشتر باشد، کیفیت خدمات بیشتر خواهد بود. حتی بهره‌مندی از خدمات نظام ارجاع هم بیشتر می‌شود و همه این موارد باعث رضایت‌مندی بیشتر بیماران می‌شوند" (صاحب نظر ۱۲).

۴-۲. توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیماران: شناخت ادراکات و انتظارات پزشکی و غیر پزشکی بیماران نیز از عواملی بود که از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان می‌تواند بر پذیرش نظام ارجاع کمک کند.

"داشتن اطلاعات در مورد انتظارات و ادراکات بیماران نقش انکارناپذیری بر ارتقای کیفیت خدمات نظام ارجاع

"ارتباط پزشک با بیمار باید دو طرفه باشد. درمان بیماری‌ها وابستگی زیادی به تعامل پزشک و بیمار دارد و نتیجه همکاری بیمار با پزشک، درمان سریع و موفق است. در نهایت این ارتباط باعث رضایت بیماران می‌شود" (صاحب نظر ۱۵).

"خیلی از پزشکان ارتباط خوبی با بیماران ندارند، در صورتی که پزشک برخورد مناسبی داشته باشد و با احترام با بیماران برخورد کند، دستورات او به درستی انجام می‌گیرد. بنابراین تاثیر زیادی بر پذیرش نظام ارجاع دارد" (بیمار ۱۱).

"به عنوان یه بیمار در صورتی که از برخورد پزشک خود ناراضی باشم، کمتر جریانات درمان خود را پیگیری می‌کنم. در صورتی که هم شرایط فراهم باشد پزشک خود را تغییر خواهم داد" (بیمار ۱۴).

ایجاد ارتباط مناسب و دوستانه با بیمار علاوه بر این که موجب تقویت نظام ارجاع و پذیرش آن توسط بیماران می‌شود، می‌تواند به تشخیص صحیح بیماری و فرآیند درمان کمک کند چرا که بسیاری از تصمیم‌های درمانی بر مبنای اطلاعات به دست آمده از مصاحبه مناسب پزشکی با بیمار انجام می‌گیرد.

موضوع ۴. عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات: مشارکت‌کنندگان به فرآیند نظام ارجاع توجه زیادی داشتند و از آن به عنوان عاملی موثر در پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران نام برده‌اند. و عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات را در پنج موضوع اصلی بیان کردند: کیفیت ارائه خدمات، توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیماران، استفاده از فناوری در ارائه خدمات، نظارت بر ارائه خدمات و پوشش خدمات.

۴-۴. نظارت بر ارائه خدمات: نظارت بر ارائه دهندگان خدمات درمانی به علت اینکه با جان انسان‌ها در ارتباط می‌باشد، اهمیت چشمگیری دارد. مصاحبه شوندگان نیز بر این مهم تاکید داشتند. "نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باعث بهبود کیفیت عملکرد آنها می‌شود، بنابراین از این طریق می‌توان رضایت گیرنده خدمات را افزایش داد و باعث پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران شد" (صاحب نظر ۳).

"نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باعث بهبود کیفیت عملکرد آنها می‌شود، بنابراین از این طریق می‌توان رضایت گیرنده خدمات را افزایش داد و باعث پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران شد" (صاحب نظر ۶).

"نظارت و بررسی بیشتر و دقیق‌تر باید به صورت دوره‌ای و مداوم پیرامون میزان دستیابی به اهداف مورد نظر نظام ارجاع و رفع مشکلات موجود صورت گیرد" (صاحب نظر ۲)

۴-۵. پوشش خدمات: به دلیل ماهیت غیرقابل پیش‌بینی بیماری و هزینه‌های کمرشکن برخی از خدمات سلامت، پوشش بیمه‌ای از اهمیت به‌سزایی برای بیماران برخوردار است. بنابراین گسترش پوشش بیمه‌ای در نظام ارجاع، به پذیرش نظام ارجاع برای بیماران کمک شایانی خواهد کرد.

"وقتی ما از نظام ارجاع استفاده می‌کنیم، انتظار داریم خدماتی که دریافت می‌کنیم شامل تخفیف فرانشیز باشند، اینطور نباشد که بعضی از خدمات را آزاد حساب کنیم و بگویند تحت پوشش بیمه نیستند" (بیمار ۱۳).

"در صورتی که قرار باشد خدمات سطح دو و سه را به صورت آزاد حساب کنیم و تحت پوشش بیمه نباشند، خوب چه فرقی میکند که نظام ارجاع باشد یا نباشد" (بیمار ۱۰).

دارد، هر چه کیفیت خدمات بالاتر باشد پذیرش نظام ارجاع برای بیماران بیشتر می‌شود" (صاحب نظر ۹).
"درمانگاه‌ها و مراکز ارائه خدمات دولتی به قدری شلوغ هستند که دو نفر دو نفر و حتی بیشتر می‌فرستند داخل، ما فرصت کمی داریم تا بتوانیم با پزشک خود بیشتر صحبت کنیم" (بیمار ۱۲).

۴-۳. استفاده از فناوری در ارائه خدمات: یکی از زیرساخت‌های بسیار مهم در نظام سلامت بالانحص نظام ارجاع، به کارگیری فناوری مناسب می‌باشد. استفاده از نظام ارجاع الکترونیک می‌تواند به دسترسی سریع و راحت به اطلاعات پزشکی بیماران، کنترل تقاضاهای القایی، سرعت بخشی به فرآیند ارجاع و رعایت حریم خصوصی کمک کند. "با اجرای نظام ارجاع الکترونیک، هم مردم بهتر راهنمایی خواهند شد و هم هزینه‌ها کنترل می‌شوند، همچنین مردم از هزینه‌ها و تقاضاهای القایی مصون خواهند بود" (صاحب نظر ۷).

"نظام ارجاع الکترونیک باعث می‌شود تا حد زیادی بیماران از مسیر درست به سمت مراکز درمانی هدایت شوند" (صاحب نظر ۱۲).

"رعایت ابعاد مختلف حریم خصوصی بیماران طی دریافت مراقبت یکی از مفاهیم کلیدی ارجاع الکترونیک هست و همین مورد باعث رضایت بیشتر بیماران می‌شود" (صاحب نظر ۱)

"واقعیت این‌است که الکترونیکی شدن ارجاع کمک کننده هست، اما جاهایی هم هست که بیماران به دردسر می‌افتند، بنظرم باید سیستم کاغذی هم فعال باشد. خیلی از شهرهای کوچک و روستاها اینترنت مناسبی ندارند" (بیمار ۶).

داشته باشه رضایت‌مندی بیماران رو تامین خواهد کرد" (صاحب نظر ۸).

۲-۵. آگاهی و اطلاع‌رسانی: افزایش آگاهی مردم در اجرای صحیح نظام ارجاع نقش مهمی دارد. استفاده از وسایل ارتباط جمعی و یا هر برنامه‌ای که باعث افزایش آگاهی مردم شود، در برطرف کردن بسیاری از مشکلات نظام ارجاع می‌تواند موثر باشد. بسیاری از مردم به علت اطلاع‌رسانی ضعیف، از کلیات و محتوای برنامه نظام ارجاع و قوانین و مقررات مربوط به بهره‌مندی از آن آگاهی ندارند.

"افکار و نگرش‌های عمومی از طریق رسانه‌های مختلف شامل رادیو، تلویزیون، روزنامه‌ها و مجلات شکل می‌گیرد که می‌تواند در اتخاذ سیاست و تصمیم‌گیری‌ها در مورد نظام ارجاع تاثیر بگذارد و پذیرش نظام ارجاع را برای بیماران متحول کند" (صاحب‌نظر ۱۸).

"مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها هیچ توضیحی در مورد ارجاع نمی‌دهند، ما هم نمی‌دانیم که چیست؟ و چه کارکردی دارد؟ از مزایای ارجاع هم خبر نداریم" (بیمار ۳).
"در صورتی که ما از ابتدا با محتوا و فرآیند نظام ارجاع آشنایی داشته باشیم و از مزایای آن آگاه باشیم، طبیعتاً هم استقبال می‌کنیم و هم اینکه به دیگران (اقوام، خویشاوندان و دوستان) معرفی می‌کنیم" (بیمار ۱۳).

۳-۵. آموزش: آموزش به بیمار فعالیتی است هدفمند که فرصت‌های یادگیری را برای بیمار و خانواده‌ی وی در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها فراهم می‌کند و موجب بهبودی و ارتقاء سلامتی در فرد می‌شود و یکی از شاخص‌های کیفیت در حوزه درمانی است (۱۶).

"هر چه سطح پوشش خدمات ارائه شده بیشتر باشد بر رضایت بیماران اثر مثبت خواهد داشت و پذیرش نظام ارجاع برای آنان بهتر خواهد بود" (صاحب نظر ۱۱).

موضوع ۵. عوامل مرتبط با گیرنده خدمات: مشارکت‌کنندگان در این مطالعه عوامل مرتبط با گیرندگان خدمات از جمله رضایت‌مندی، آگاهی و اطلاع‌رسانی و آموزش را به عنوان عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع دانسته‌اند و به موضوعات مهمی اشاره کردند.

۱-۵. رضایت‌مندی: رضایت بیماران از خدمات ارائه شده عامل مهمی در پذیرش نظام ارجاع می‌باشد. عواملی مانند کیفیت خدمات و برخورد محترمانه بر رضایت بیماران تاثیرگذار است.

"در صورتی که بیماران از ارائه خدمات نظام ارجاع رضایت داشته باشند، همکاری بیشتری با ارائه‌کنندگان خدمات سلامت خواهند داشت و آنان را به انجام صحیح و به موقع دستورالعمل‌های درمانی ترغیب نموده، که منجر به تسریع روند بهبود آنها و دستیابی به نتایج مثبت سلامت می‌شود" (صاحب نظر ۱۵).

"عوامل زیادی بر رضایت بیماران تاثیر دارند از رفتار اولیه کادر بهداشت تا فرآیند ارجاع، بستری و ترخیص و همه این عوامل باعث می‌شوند تا نظام ارجاع مورد مقبولیت بیماران قرار بگیرد" (بیمار ۱۴).

"رضایت‌مندی بیماران زمانی حاصل می‌شه که بتوانند خدمات سلامت رو به بهترین شکل دریافت کنند یعنی از نظر کیفیت خدمات نیازهای بیمار مورد توجه قرار بگیره و همچنین عزت و احترامشون هم رعایت بشه. نظام ارجاع اگر ارتقا کیفیت دریافت خدمات رو به همراه

مصاحبه‌شوندگان آموزش به بیمار را یکی از عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع دانسته‌اند.

"آموزش به بیمار نباید در تجویز دارو و ... خلاصه شود، کادر بهداشت و درمان از زمان مراجعه بیمار باید در خصوص ارجاع و مزایای آن به بیمارانی که آگاهی لازم در این خصوص را ندارند آموزش دهند" (بیمار ۷).

"بسته آموزشی استاندارد که فلسفه و کارکرد نظام ارجاع را برای مردم تبیین کند وجود ندارد و آموزش‌هایی که به مردم داده می‌شود عمدتاً در حد رفع تکلیف است. حتی همین مقدار آموزش ضعیف و کم محتوی را هم بسیاری از مردم دریافت نمی‌کنند" (صاحب نظر ۸).

"هدف از آموزش و دادن دانش مناسب به بیمار، دستیابی به تغییرات رفتاری درست است. آموزش موجب توانمندی بیمار در پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامتی و تعدیل بیماری می‌شود" (صاحب نظر ۳).

بحث

هدف اصلی این پژوهش، شناسایی عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران بود که هم از دیدگاه صاحب نظران و هم از دیدگاه بیماران بررسی شد. بنا بر نتایج به دست آمده از این پژوهش، عوامل مرتبط با تولیت و حاکمیت نظام سلامت، عوامل مرتبط با دسترسی، عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات، عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات و عوامل مرتبط با گیرنده خدمات، موضوعات اصلی بودند که بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران موثر خواهند بود.

در حیطه تولیت و حاکمیت نظام سلامت، مسائلی از قبیل مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، سطح‌بندی مناسب خدمات سلامت، بیمار محوری و قوانین و مقررات به عنوان عوامل موثر شناسایی شده در پژوهش حاضر بوده‌اند. مطالعه Lim و همکاران نشان داد برای اینکه نظام ارجاع در عمل مفید واقع شود، تلاش‌ها و سرمایه‌گذاری‌های دولت مورد نیاز است (۱۷). Fyie و همکاران اظهار داشتند که خدمات ارجاع باید به سرعت و توسط کارکنان متعهد اجرا شود، و مراکز ارائه‌دهنده خدمات ارجاع باید برای خدمت به بیماران آماده باشند و نیازی به یک پروسه اداری طولانی نباشد (۱۸). در خصوص سطح بندی مناسب خدمات، مطالعه وفایی و همکاران نشان داد که سطح‌بندی خدمات و سطوح ارجاع، نه تنها از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری کرده و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری می‌کند، بلکه ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی پزشکان عمومی و متخصص تلقی می‌شود (۱۹). همچنین مطالعات متعدد نشان دادند چنانچه سطح‌بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می‌توان ۸۰ تا ۹۰٪ نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود (۲۱، ۲۰). قوانین و مقررات نیز از موضوعاتی بود که مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به آن اشاره داشتند. مطالعه Ajwang نشان داد ارجاعاتی اثربخش هستند که بر اساس علم و استانداردهای قابل اجرا باشند (۲۲). در خصوص بیمار محور بودن نظام ارجاع نیز مطالعه Senitan و همکاران بیان می‌کند که نظام ارجاع باید بتواند خدمات بیمارمحور ارائه دهد، نیازهای بیماران را برآورده سازد و برای افزایش آگاهی به بیمار مشاوره ارائه دهد (۲۳). مطالعه Omaha و همکاران در کشور هندوراس نشان داد که با آموزش بیماران در مورد استفاده صحیح از امکانات و مراکز ارائه خدمات سلامت و راه‌اندازی

مراقبت از طرف بیماران پوشش بیمه‌ای است (۳۱). ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه و نظام ارجاع باید با همکاری و هماهنگی با اصلاحات نظام بیمه سلامت تقویت شود (۳۲).

عامل دیگری که نتایج این پژوهش نشان داد، عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات بود که شامل زیر موضوعات اعتماد به کادر بهداشت و درمان، مهارت‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات، مهارت‌های رفتاری و ارتباطی ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشد. مطالعه فیضی و همکاران نشان داد که در علوم پزشکی، اعتماد نه تنها دارای ارزش ذاتی است بلکه ارزش کاربردی نیز دارد و در واقع بسیاری از رفتارها و نگرش‌های مهم بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتماد، لازمه جست و جوی سلامتی از سوی بیمار، بیان اطلاعات محرمانه شخصی، پذیرش درمان و پیروی از توصیه‌های درمانی است (۳۳). در مطالعه حاجی نژاد و همکاران نیز نشان داده شد مساله مهمی که همواره می‌بایست در ارائه مراقبت‌ها مورد توجه قرار بگیرد، دستیابی به کیفیت مطلوب ارائه مراقبت و جلب رضایت مراقبت‌شوندگان می‌باشد که این امر یکی از مسئولیت‌های مهم مدیران و کارکنان شاغل در حرفه‌های مراقبت‌های بهداشتی محسوب شده و هر روز اهمیت بیشتری می‌یابد و افزایش کیفیت مراقبت با نتایجی از قبیل بهبودی سریع بیمار، ترخیص زودتر از بیمارستان و رضایت بیمار از خدمات همراه است و باعث آسایش بیمار می‌گردد و می‌تواند کلیه اهداف بالینی را متأثر سازد (۳۴). سایر مطالعات نیز نشان داده اند که احترام به منزلت بیمار گامی موثر در افزایش رضایت بیماران است و باعث پیشرفت درمان، کوتاه شدن زمان بستری و کم شدن هزینه‌های درمان می‌گردد.

یکی دیگر از عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران که در این پژوهش به آن دست یافتیم، عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات می‌باشد که شامل زیر موضوعات کیفیت

سیستم اطلاعاتی موثر برای ارجاع بیماران، می‌توان به توسعه نظام ارجاع کمک کرد (۲۴).

موضوع مهم بعدی که در این پژوهش به آن دست یافتیم، دسترسی بود. مشارکت‌کنندگان دسترسی را به سه دسته (دسترسی مالی، دسترسی فیزیکی و دسترسی فرهنگی) تقسیم نموده‌اند. بالا بودن قیمت برخی از خدمات در قالب نظام ارجاع و تحت پوشش بیمه نبودن برخی از افراد یا برخی از خدمات درمانی باعث کاهش دسترسی مالی به این خدمات می‌شود. دسترسی جغرافیایی - فاصله فیزیکی یا زمان مسافت از مرکز ارائه خدمات تا محل سکونت استفاده‌کننده بر پذیرش نظام ارجاع تاثیر مثبت دارد. همچنین توجه به عوامل فرهنگی (مثل باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ‌ها) باعث پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران می‌شود. همانگونه که مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بیان کرده‌اند سه بعد دسترسی (فیزیکی، مالی و فرهنگی) بر پذیرش نظام ارجاع تاثیرگذار است، سایر مطالعات هم این سه بعد را تایید کرده‌اند. سه بعد اصلی دسترسی شامل: فراهم بودن (Availability) به مفهوم دسترسی فیزیکی، به صرفه بودن از لحاظ مالی (Affordability) به مفهوم دسترسی مالی و استطاعت پرداخت، مقبولیت (Acceptability) به مفهوم دسترسی فرهنگی، می‌باشد (۲۸-۲۵). مطالعه خدیوی و همکاران نشان داد که افزایش دسترسی فیزیکی و اقتصادی مردم مناطق روستایی استان اصفهان به پزشک خانواده و تیم سلامت و حتی سطوح تخصصی، منجر به رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامت شده است (۲۹). مطالعات متعددی نشان داده‌اند بیمارانی که شرایط اقتصادی بدتری دارند برای دسترسی به مراقبت‌های ویژه با موانعی روبرو هستند. همچنین بیمارانی که تحت پوشش بیمه نیستند، مراقبت‌های کمتری دریافت می‌کنند (۳۰). یکی از دلایل عدم تداوم

موفقیت برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده و نقطه عطفی برای اقدام در جهت اجرای این برنامه در کل کشور باشد. همچنین با توجه به اختصاص بیشترین سهم منبع اطلاع‌رسانی به رسانه‌های جمعی پیشنهاد گردید چنین برنامه‌های آموزشی جز اولویت‌های برنامه‌های رسانه‌های جمعی قرار گیرد (۳۹).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که جلب رضایت گیرندگان خدمت از طریق بهبود عوامل مرتبط با تولیت و حاکمیت نظام سلامت، عوامل مرتبط با دسترسی، عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمات، عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات و عوامل مرتبط با گیرنده خدمات می‌تواند بر رعایت نظام ارجاع توسط بیماران موثر باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مدیران و سیاستگذاران قبل و حین اجرای نظام ارجاع به این عوامل توجه ویژه‌ای معطوف نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه دوره دکترای تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان "ارائه الگوی پذیرش نظام ارجاع از دیدگاه بیماران" و کد مصوبه اخلاق "IR.TUMS.VCR.REC.1399.329" است که با حمایت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. نویسندگان این پژوهش از داوران محترم که با بیان نظرات ارزشمند خود به ارتقاء کیفیت مطالعه کمک نمودند صمیمانه تشکر می‌کنند.

ارائه خدمات، توجه به خواسته‌ها و نیازهای بیماران، استفاده از فناوری در ارائه خدمات، نظارت بر ارائه خدمات و پوشش خدمات می‌باشد. در خصوص تاثیر نظام ارجاع الکترونیک بر موفقیت نظام ارجاع مطالعات زیادی انجام شده است؛ مطالعه Kim-Hwang و همکاران نشان داد که اتخاذ نظام ارجاع الکترونیکی با کاهش پیگیری‌های غیرضروری برای بیماران همراه است (۳۵). همچنین مطالعه Kim و همکاران نشان داد که ارجاع الکترونیکی باعث افزایش کیفیت و دسترسی به مراقبت‌های بالینی می‌شود (۳۶). مطالعه ابراهیم آبادی و همکاران نیز نشان داد که یک نظام ثبت نام مبتنی بر اینترنت در مقایسه با نظام ارجاع سنتی (کتبی یا شفاهی) برای غربالگری رتینوپاتی زودرس (Retinopathy of Prematurity) منجر به موارد کمتری از معاینه با تأخیر اول شده‌است. در نتیجه تعداد کمتری از نوزادان مبتلا به ROP پیشرفته شده‌اند (۳۷). نتایج مطالعه Senitan و همکاران نشان داد که برای افزایش کارایی مراقبت‌های اولیه، ارجاع با کیفیت بالا می‌تواند از ارائه خدمات مکرر سلامت برای بیمار در مراقبت‌های ثانویه جلوگیری کند که این امر به نوبه خود روند ارجاع را کارآمدتر و مقرون به صرفه‌تر می‌کند (۲۳).

یکی از عوامل شناسایی شده در این پژوهش که بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران تاثیر می‌گذارد، عامل مرتبط با گیرنده خدمات بود. مطالعه کبیر و همکاران نشان داد افزایش اعتماد مردم به پزشکان متخصص شاغل در نظام ارجاع الکترونیک و همچنین افزایش آگاهی بیماران جهت استفاده از خدمات تخصصی از طریق رسانه‌های عمومی می‌تواند به بهره‌مندی بیماران از خدمات نظام ارجاع کمک کند (۳۸). مطالعه جعفرزاده و همکاران نیز نشان که اجرای برنامه‌های آموزشی می‌تواند گامی مؤثر در جهت دستیابی به

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک صاحب نظران مشارکت کننده در مطالعه عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران

| متغیر | فراوانی | درصد |
|-----------------------|-----------------------------------|------------|
| جنس | مرد | ۱۳ / ۷۲/۲۲ |
| | زن | ۵ / ۲۷/۷۸ |
| سن (سال) | ۳۰-۳۵ | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | ۳۶-۴۰ | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | ۴۱-۴۵ | ۵ / ۲۷/۷۸ |
| | ۴۶-۵۰ | ۴ / ۲۲/۲۲ |
| | ≤۵۱ | ۴ / ۲۲/۲۲ |
| تحصیلات | لیسانس | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | کارشناسی ارشد | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | دکتری تخصصی | ۷ / ۳۸/۸۹ |
| | پزشک عمومی | ۴ / ۲۲/۲۲ |
| | پزشک متخصص | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | ۱۰-۵ | ۴ / ۲۲/۲۲ |
| تجربه کاری | ۱۱-۱۵ | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | ۱۶-۲۰ | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | ۲۱-۲۴ | ۵ / ۲۷/۷۸ |
| | ≤۲۵ | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | ستاد وزارت بهداشت | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| محل کار | عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | سازمان بیمه سلامت ایران | ۳ / ۱۶/۶۷ |
| | سازمان تامین اجتماعی | ۱ / ۵/۵۶ |
| | شبکه بهداشت و درمان | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| | معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی | ۱ / ۵/۵۶ |
| | بیمارستان | ۲ / ۱۱/۱۱ |
| مرکز بهداشتی و درمانی | ۳ / ۱۶/۶۷ | |

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک بیماران مشارکت کننده در مطالعه عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران

| متغیر | فراوانی | درصد |
|---------------|-----------|-------|
| جنس | مرد | ۶۴/۲۹ |
| | زن | ۳۵/۷۱ |
| سن (سال) | ۳۰-۴۰ | ۱۴/۲۹ |
| | ۴۱-۵۰ | ۳۵/۷۱ |
| | ۵۱-۶۰ | ۲۱/۴۳ |
| | ۶۱-۷۰ | ۲۱/۴۳ |
| تحصیلات | ≤۷۱ | ۷/۱۴ |
| | زیر دیپلم | ۲۸/۵۷ |
| | دیپلم | ۴۲/۸۶ |
| | لیسانس | ۲۱/۴۳ |
| کارشناسی ارشد | ۱ | ۷/۱۴ |

جدول ۳- عوامل موثر بر پذیرش نظام ارجاع توسط بیماران از دیدگاه صاحب نظران و بیماران

| موضوع | زیر موضوع |
|--|--|
| عوامل مرتبط با تولید و حاکمیت نظام سلامت | مسئولیت پذیری و پاسخگویی سطح بندی مناسب خدمات سلامت بیمار محوری قوانین و مقررات |
| | عوامل مرتبط با دسترسی |
| عوامل مرتبط با ارائه دهندگان خدمات | مالی فیزیکی فرهنگی |
| | اعتماد به کادر بهداشت و درمان مهارت های حرفه ای ارائه دهندگان خدمات مهارت های رفتاری و ارتباطی ارائه دهندگان خدمات |
| عوامل مرتبط با فرآیند ارائه خدمات | کیفیت ارائه خدمات توجه به خواسته ها و نیازهای بیماران استفاده از فناوری در ارائه خدمات نظارت بر ارائه خدمات پوشش خدمات |
| | عوامل مرتبط با گیرنده خدمات |
| | رضایت مندی آگاهی و اطلاع رسانی آموزش |

References

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
2. Azadeh H. Guide to the rules and regulations of referral levels and institutions of the contract of rural and nomadic health insurance contract in levels 2 and 3: General directorate of Health Insurance of Tehran Province; 2016. [Persian]
3. Sufi-Karimi F, Derakhshan MH, Hosseini SM. Electronic referral system and its importance in health care. *Faslname Behvarz*. 2018;29(99):6-9. [Persian]
4. Ortega MÁF, Prato JBR, Coria AEI, Lara SB, Barrell AE, Téllez VMJ. Referral and Counter-Referral Patient Management Systems in Latin America: Care Coordination Mechanisms and the role of Family and Community Medicine. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2016;11:37-45.
5. Seyed-Nezhad M, Ahmadi B, Akbari-Sari A. Factors affecting the successful implementation of the referral system: A scoping review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;10(12):4364-75.
6. Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili MR, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: a qualitative research. *journal of medical council of islamic republic of iran*. 2011;29(4):309-21. [Persian].
7. Abodunrin O, Akande T, Osagbemi G. Awareness and perception toward referral in health care: a study of adult residents in Ilorin, Nigeria. *Annals of African medicine*. 2010;9(3):176-80.
8. Rasoulynejad S. Patient views for self-referral to specialists. *Iranian Journal of Public Health*. 2007:62-7.
9. Abdi WO, Salgado WB, Nebes GT. Magnitude and determinants of self-referral of patients at a general hospital Western Ethiopia. *Science Journal of Clinical Medicine*. 2015;4(5):86-92.
10. Geta ET, Belete YS, Yesuf EA. Determinants of Self-referral among Outpatients at Referral Hospitals in East Wollega, Western Ethiopia. *BioRxiv*. 2019:540-476.
11. Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, Edwards M. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first—a questionnaire study. *International journal of emergency medicine*. 2015;8(1):46.
12. Koce F, Randhawa G, Ochieng B. Understanding healthcare self-referral in Nigeria from the service users' perspective: a qualitative study of Niger state. *BMC health services research*. 2019;19(1):209.
13. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. *Journal of caring sciences*. 2013;2(3):229.
14. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, et al. Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;23(109):27-35. [Persian].
15. Shams A, Ashrafi-rizzi H, Afrough S, Javadi M, Shams A. A Survey on

- Clients' Opinions in Isfahan's Public Hospitals About Effective Factors in the Fulfillment of Referral System. *Acta Informatica Medica*. 2013;21(1):51.
16. Memarian R, Vanaki Z. The effect of implementing clinical supervision model on the patient education outcomes. *Journal of Health Promotion Management*. 2012;1(3):28-36. [Persian]
17. Lim K, Kim J-W, Yoo S, Heo E, Ji H, Kang B. Design of a Hospice Referral System for Terminally Ill Cancer Patients Using a Standards-Based Health Information Exchange System. *Healthcare informatics research*. 2018;24(4):317-26.
18. Fyie K, Frank C, Noseworthy T, Christiansen T, Marshall DA. Evaluating the primary-to-specialist referral system for elective hip and knee arthroplasty. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2014;20(1).۷۳-۶۶.
19. Vafae A, Bayrami R. Challenges of the Rural Health Insurance in Family Physician Program in Khorasan Razavi Province: A Qualitative Study. *Hakim Research Journal*. 2018;21(2):122-9. [Persian]
20. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease control priorities in developing countries. 2006.
21. Sanders D, Kravitz J, Lewin S, McKee M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*. 1998;13(4):359-70.
22. Ajwang NWO, editor The influence of referral service on household access to healthcare services in Eldoret municipality, Kenya 2013: 1st Annual International Interdisciplinary Conference, AIIC 2013.
23. Senitan M, Alhaiti AH, Lenon GB. Factors contributing to effective referral systems for patients with non-communicable disease: evidence-based practice. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2018;38(1):115-23.
24. 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):433-45.
25. Burger R, Christian C. Access to health care in post-apartheid South Africa: availability, affordability, acceptability. *Health Economics, Policy and Law*. 2020;15(1):43-55.
26. McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*: Cambridge University Press; 2007.
27. Moradi-Joo M, Seyed-Nezhad M. Progress towards universal health coverage (UHC) using health right concepts . *Iran J Health Insur*. 2021;4(2): 174-7. [Persian]
28. Rezapoor A, Roumiani Y, Ebadifard azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Sarabi asiabar A, et al. Effective Factors on Utilization and Access to Health Care: A Population-Based Study in Kerman. *Journal of Health Administration*. 2015;18(60):24-36. [Persian]
29. Khadivi R, Golshiri P, Farasat E, Khaledi G. Caregiver Satisfaction in Rural Areas in Isfahan District, Iran, after Implementation of the Family Physician Project. 2013. 2013;31(244):11.
30. Calfee RP, Shah CM, Canham CD, Wong AH, Gelberman RH, Goldfarb CA. The influence of insurance status on access to and utilization of a tertiary hand surgery referral center. *The*

- Journal of bone and joint surgery American volume. 2012;94(23):2177.
31. Idowu AO, Adesegun OA, Osonuga A, Osibowale B, Ajiro T, Ngubor TD, et al. Patterns and Impact of Consultations to an Endocrinology Unit in a Tertiary Hospital in Southwestern Nigeria. *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association*. 2018;59(3):28.
32. Li C, Yu X, Butler JR, Yiengprugsawan V, Yu M. Moving towards universal health insurance in China: performance, issues and lessons from Thailand. *Social Science & Medicine*. 2011;73(3):359-66.
33. Feizi A, Mohammadi R, Nikravesh M. Factors causing patient's trust in nurse from patients' perspective. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2006;13(52):177-87. [Persian]
34. Hajinezhad M, Rafii F, Jafarjalal E, Haghani H. Relationship between nurse caring behaviors from patients' perspectives & their satisfaction. *Iran Journal of nursing*. 2007;20(49):73-83. [Persian]
35. Kim-Hwang JE, Chen AH, Bell DS, Guzman D, Yee HF, Kushel MB. Evaluating electronic referrals for specialty care at a public hospital. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(10):1123-8.
36. Kim Y, Chen AH, Keith E, Yee HF, Kushel MB. Not perfect, but better: primary care providers' experiences with electronic referrals in a safety net health system. *Journal of general internal medicine*. 2009;24(5):614-9.
37. Ebrahimiadib N, Roohipour R, Karkhaneh R, Farahani A, Esfahani MR, Khodabande A, et al. Internet-based versus conventional referral system for retinopathy of prematurity screening in Iran. *Ophthalmic epidemiology*. 2016;23(5):292-7.
38. Kabir MJ, Heidari A, Khatirnamani Z, Kazemi SB, Honarvar MR, Badakhshan A, et al. Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019. *Quarterly Journal of Management Strategies in Health System*. 2021. [Persian]
39. Jafarzadeh S, Mobasheri F, Bahramali E. Caregivers Awareness about the rules of Family Physician Program in Fasa in the Year 2014. *Journal of Advanced Biomedical Sciences*. 2016;6(3):326-33. [Persian]

Factors Affecting the Acceptance of the Referral System by Patients: A Qualitative Study

Ali Akbari-Sari¹, Batoul Ahmadi², Mohammad Moradi-Joo³, Alireza Arabi⁴, Maryam Seyed-Nezhad^{5*}

- 1- Ph.D. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Associated Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Ph.D. Student, National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
- 4- MD. Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran
- 5- Ph.D. Student, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: maryam.seyyednezhad@gmail.com

Received: Jan 20, 2022

Accepted: Mar 19, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: Referral system is one of the principles and foundations of primary health care services. One of the most important challenges and problems of the referral system is the lack of knowledge of people and patients of its nature, services and benefits. The purpose of this study was to identify the factors affecting the acceptance of the referral system by patients.

Materials and Methods: This was a qualitative study conducted in 2021 using the framework (structural) analysis method. The participants were 18 experts in the field of referral system and 14 patients referred to the outpatient and inpatient wards of Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran selected by purposive sampling. Data were collected by Semi-structured interviews and analyzed using the MAXQDA.

Results: Based on the findings in this study, Factors influencing the acceptance of the referral system by patients were found to be the following: (1). Factors related to the stewardship and governance of the health system (responsibility and accountability, appropriate levels of health services, patient-centered care, and rules and regulations); (2). Factors related to the health services access (financial, physical and cultural); (3). Factors related to service providers (trusting healthcare staff, professional skills of service providers, and their behavioral and communication skills); (4). Factors related to the service delivery process (quality of service delivery, attention to patients' wants and needs, use of technology in service delivery, monitoring service delivery, and service coverage); (5). factors related to the recipients of the services (satisfaction, education, awareness and communication).

Conclusion: Considering the importance and key role of patients in the success of the referral system, health planners and policy makers should pay special attention to the factors identified in this study.

Keywords: Referral System, Patients, Acceptance

Copyright © 2022 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.