

علل ارجاع بیماران مناطق روستایی شهرستان زاهدان به سطح دوم ارائه خدمات نظام سلامت

فاطمه ستوده زاده^۱، حسین انصاری^۲، آذر ابولپور^۳، فاطمه نظری^۴، فاطمه خیبری^۴، محمد حسن امیری مقدم^{۴*}

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳- کارشناس ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۴- کارشناس، گروه بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

*نویسنده رابط: amirimoghadam.1378@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: نظام سلامت، در تلاش است با ارائه خدمات بصورت سطح بندی از مراجعات غیر ضروری به سطوح بالاتر جلوگیری کرده و بدین ترتیب از هزینه مراقبت های سلامت بکاهد. لذا مطالعه حاضر با هدف یافتن علل ارجاع به سطوح بالاتر در مناطق روستایی طراحی و اجرا شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۴۵۸ نفر از بیماران روستایی ارجاع داده شده به سطح دو در مناطق روستایی شهرستان زاهدان انجام گرفت. از پرونده های بهداشت خانواده موجود در سامانه سیب جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS16 استفاده گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی (درصد، فراوانی) و آزمون Chi-square تحلیل شدند.

نتایج: بیشترین درصد ارجاع به سطح دوم ارائه خدمات (۵۷/۶٪) مربوط به سال ۱۳۹۷ و کمترین درصد آن (۴/۱٪) مربوط به سال ۱۳۹۵ می باشد. از بین بیماران ارجاع داده شده نزدیک به ۵۰٪ آن ها به دلیل نیاز به تخصص بالاتر ارجاع داده شده اند و به تبع آن بیشترین مقصد ارجاع، پزشکان متخصص (۶۷/۲٪) می باشند. از بین تمامی افراد ارجاع داده شده به سطح بالاتر تنها ۲۳/۶٪ دارای پسخوراند به سطح اول می باشند.

نتیجه گیری: از عوامل مهم ارجاعات پزشک خانواده به سطوح بالاتر نیاز به تخصص بالاتر و اصرار بیمار می باشد. همچنین ثبت پسخوراند به سطح اول ارائه خدمات مورد توجه قرار نگرفته استبا برقراری تعامل بین پزشک و سایر سطوح، آموزش پزشکان، تاکید بر اهمیت ارائه پسخوراند و آگاهی بخشی به بیماران تا حدود زیادی می توان ارجاعات غیر مقتضی را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: سیستم ارجاع، خدمات سلامت، مناطق روستایی، زاهدان

مقدمه

افزایش اهداف و مسئولیت های نظام سلامت، باعث دشوارتر شدن سازماندهی و اداره این نظام ها شده و نظام های سلامت را مستعد انبوه چالش ها و مسائل مختلف بخصوص در حوزه مدیریت آن ساخته است (۲،۳). سرعت رشد هزینه مراقبت های

امروزه اهداف نظام های سلامت گسترش یافته و در کنار مسئولیت ارتقای سلامت افراد، مسئولیت حفاظت از آنها در برابر هزینه های بیماری، پاسخ به انتظارات و رعایت شأن و جایگاهشان را نیز شامل می شوند (۱). پیچیدگی ناشی از

۶۴/۹٪ بیماران به علت نیاز بیمار به تخصص بالاتر به سطوح دیگر ارجاع داده شدند (۱۰).

باتوجه به نقش و اهمیتی که پزشک خانواده در این سیستم دارد؛ دولت موظف شد طبق بند (ب) از ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، با هدف تقویت نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی به خدمات سلامت و کاهش هزینه های غیرضروری، تمهیدات لازم جهت اجرای طرح ملی پزشک خانواده را فراهم آورد (۱۱). پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، وظیفه ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول را بر عهده دارد. همچنین خدمات سلامت را در قالب خدمات تعریف شده بدون تبعیض جنسی، سنی، ویژگی های اقتصادی-اجتماعی و ریسک بیماری به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود ارائه می دهد (۷).

هر چند که ارتقا سلامت روستائیان، کاهش زمان دریافت خدمات، کاهش هزینه ها و دسترسی آسان به مراکز ارائه خدمات و جلوگیری از به هدر رفتن منابع مالی کشور در حوزه سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به کمتر از ۳۰٪ از اهداف برنامه پزشک خانواده است، اما شواهد حاکی از آن است که عدم رعایت سیستم ارجاع در سطوح محیطی و میانی، عدم همکاری پزشکان متخصص با بیماران و ندادن پسخوراند، عدم پیش بینی واقع بینانه امکانات و ناکارآمد بودن نظام ارجاع، حجم زیاد کاری که توسط خود ارجاعی بیماران و یا ارجاعات غیر ضروری کارکنان بهداشتی حاصل می شود، بعد مسافت، عدم اعتماد به مراقبت های سطوح پایین سیستم ارائه خدمات، استفاده از کارکنان غیر پزشک به عنوان یکی از راه های کاهش هزینه خدمات، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه نگر، فقدان پشتیبانی مدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای این

سلامت مهم ترین مشکل و چالشی است که امروزه نظام های سلامت با آن مواجه هستند (۴). پیشگیری از مراجعات غیرضروری برای دریافت مراقبت های سلامت، یکی از راه های کاهش هزینه مراقبت های سلامت می باشد؛ که نظام ارجاع با ارائه خدمات بصورت سطح بندی از این مراجعات مکرر و غیر ضروری جلوگیری می کند (۵،۶).

نظام ارائه خدمات سلامت، تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توان بخشی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در بر می گیرد که این خدمات در نظام سلامت در سه سطح ارائه می شود. سطح اول شامل واحدهایی است که اولین و وسیع ترین سطح تماس جامعه با نظام ارائه خدمات بهداشتی در آن به وقوع می پیوندد که این واحدها عبارتند از خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی که پزشک در آن مستقر است. سطح دوم این نظام شامل واحد تخصصی در نظام سلامت است که خدمات درمانی تخصصی، سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می دهد و سطح سوم این خدمات شامل خدمات درمانی فوق تخصصی می باشد که باز خورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد (۷).

سیستم ارجاع قادر است بار مراجعه به سطوح دوم و سوم را به مقدار زیادی کاهش دهد؛ بطوریکه با اصلاح سیستم ارجاع ۸۰ تا ۹۰٪ بیماران در سطح اول قابل تشخیص و درمان هستند (۸). انعطاف پذیری بیشتر پزشکان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به درخواست غیر ضروری بیمار برای ارجاع به سطوح بالاتر یکی از دلایل ارجاعات غیر ضروری به سطح ۲ می باشد که نظام ارجاع را با چالش اساسی روبه رو نموده است (۹). در مطالعه پور شیروانی و همکاران گزارش شد ۳۵/۱٪ با اصرار بیمار و

صفت مورد نظر در جامعه یعنی علل ارجاع، q یا $(1-p)$ عدم احتمال وجود صفت مورد نظر، d درجه اطمینان یا دقت احتمالی مطلوب و Z درصد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول می باشد.

بعد از مشخص کردن مناطق مختلف، با استفاده از نمونه-گیری خوشه‌ای در ۹ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی که مجری طرح پزشک خانواده بودند؛ نمونه‌گیری انجام شد. حجم نمونه مربوط به هر مرکز، بر اساس جمعیت تحت پوشش مرکز و حجم نمونه مطالعه تعیین شد و با نمونه‌گیری تصادفی این تعداد نمونه از میان بیماران ارجاع شده به سطح دو در سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۴ انتخاب شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها از پرونده‌های بهداشتی خانواده موجود در سامانه سیب با استفاده از چک لیست جمع‌آوری گردید.

چک لیست مورد استفاده شامل دو بخش اطلاعاتی بود:

الف: اطلاعات زمینه‌ای و پایه‌ای که در اکثر پرسشنامه‌های علوم پایه و پزشکی متناسب با نوع مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ب: اطلاعات فنی چک لیست بر اساس شواهد مربوط بر فرآیند مراجعه و دریافت خدمات مربوط به افراد ارجاع شده در قالب پروتکل جاری پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی شهرستان زاهدان در سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۴ تهیه شد. این اطلاعات شامل علت ارجاع، محل ارجاع و درصد ثبت پس‌خوراند می‌باشد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS16 استفاده شده و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (درصد، فراوانی) و آزمون تحلیلی Chi-square تحلیل شدند.

نظام، آموزش ناکافی و عدم وجود راهنما برای ملاک‌های ارجاع در سطوح مختلف مهمترین نقاط ضعف طرح هستند (۱۲،۱۳).

با توجه به اینکه استان سیستان و بلوچستان به دلیل پراکندگی جمعیت و فاصله زیاد شهرها از هم، پایین بودن سطح اقتصادی-اجتماعی اکثریت مردم و همچنین مجاورت این استان با دو کشور افغانستان و پاکستان و بحث مهاجری از این کشورها نیاز وسیعی به اجرای طرح پزشک خانواده دارد و با وجود گذشت حدود ۱۳ سال از این طرح هنوز ضعف‌هایی در آن دیده می‌شود. همچنین با توجه به عدم وجود مطالعه علمی در مورد علل و فراوانی ارجاع به سطوح دیگر در این استان، مطالعه‌ای با هدف بررسی فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش بیمه سلامت به سطح دوم ارائه خدمات توسط پزشکان خانواده در مناطق روستایی شهرستان زاهدان انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی بصورت مقطعی انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه مراجعین روستایی ارجاع شده به سطح دو در مناطق روستایی شهرستان زاهدان بین سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۴ بود. معیار ورود به مطالعه سکونت در روستای مورد نظر و ارجاع به سطح دوم ارائه خدمات بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، معادل ۴۵۸ نفر تعیین گردید.

$$N = \frac{z^2 \cdot 1 - \frac{\alpha}{2} \cdot p(1-p)}{d^2} = \frac{1.96^2 (0.55)(0.45)}{0.0025} = 380$$

در فرمول بالا N تعداد نمونه بیماران ارجاع داده شده به سطح دو مناطق روستایی شهرستان زاهدان، p احتمال وجود

۴

نتایج

مطالعه حاضر متشکل از ۴۵۸ نفر بوده که شامل ۲۸۱ زن و ۱۷۷ مرد می‌باشد. ۴۸/۵٪ آن‌ها بین ۲۰-۴۰ سال سن و تنها ۲٪ آن‌ها تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). طی سال‌های متوالی از ۹۷-۹۴ تعداد ۴۵۸ نفر به سطوح بالاتر ارجاع داده شده‌اند که بیشترین درصد ارجاع (۵۷/۶٪) مربوط به سال ۱۳۹۷ و کمترین درصد آن (۱/۱٪) مربوط به سال ۱۳۹۵ می‌باشد. از بین بیماران ارجاع داده شده نزدیک به ۵۰٪ آنها به دلیل نیاز به تخصص بالاتر ارجاع داده شده‌اند و به تبع آن بیشترین مقصد ارجاع، پزشکان متخصص (۶۷/۲٪) می‌باشند همچنین اصرار بیمار به دریافت خدمات از سطوح بالاتر یکی از علل اصلی ارجاع به سطح دوم ارائه خدمات می‌باشد (۴۳٪). از بین تمامی افراد ارجاع داده شده به سطح بالاتر تنها ۲۳/۶٪ دارای پسخوراند به سطح اول می‌باشند (جدول ۲).

طبق جدول ۳، بین سابقه حضور پزشک در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و علل ارجاع به سطوح بالاتر و همچنین مقصد ارجاع رابطه معنی داری یافت می‌شود ($p=0/0001$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین فراوانی علل ارجاع بیماران تحت پوشش بیمه سلامت به سطح دو توسط پزشکان خانواده در مناطق روستایی شهرستان زاهدان بین سال‌های ۹۷-۹۴ صورت پذیرفت. همانطور که یافته‌های پژوهش نشان داد ۶۴/۱٪ بیماران ارجاع داده شده به سطح دو زن بودند؛ که می‌تواند ناشی از حضور مردان در محل کارشان در ساعت‌های ارائه خدمات و همچنین مراجعه بیشتر زنان به مراکز بهداشتی به دلیل مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و

شیردهی، مراقبت از کودکان و نیز واکسیناسیون کودکان باشد. نصرالله پور شیروانی و همکاران (۱۴) در پژوهشی با عنوان "بررسی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشک خانواده بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران" که در شهرهای گلستان، مازندران و گیلان انجام شد به این نتیجه دست یافتند که ۶۵٪ از بیماران ارجاع داده شده زن بوده‌اند و همچنین مطالعه رضا چمن و همکاران (۱۵) با عنوان "طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع" که در شهرستان شاهرود انجام شد نشان داد که اکثر بیماران ارجاعی (۶۴/۲٪) را زنان تشکیل داده‌اند. در پژوهشی از حسینی و همکاران (۱۶) با عنوان "بررسی وضعیت ارجاع بیماران در مرکز بهداشتی درمانی پایین کتاب بابل" ۷۳٪ از بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر زن بوده است که نتایج این سه مطالعه با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد.

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، تقریباً ثلث بیماران ارجاع داده شده به سطح دو، سطح تحصیلاتی معادل با ابتدایی داشتند (۳۲/۱٪)؛ که این موضوع می‌تواند ناشی از انجام مطالعه در مناطق روستایی باشد. نصرالله پور شیروانی و همکارانش (۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که اکثر بیماران (۲۹/۸٪) سواد خواندن و نوشتن تا پنجم ابتدایی دارند. همچنین در مطالعه رضا چمن و همکاران (۱۵) نتایج نشان داد ۳۰/۸٪ از بیماران ارجاعی تحصیلات ابتدایی داشتند که با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیشترین درصد فراوانی علل ارجاع در بین بیماران ارجاع داده شده به سطح دو، نیاز به تخصص بالاتر بوده است (۴۹/۳٪) و اصرار بیمار به ارجاع به سطوح بالاتر در رتبه دوم علل ارجاع (۴۳٪) قرار گرفته است. یکی از چالش‌های طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، اصرار بی‌مورد بیماران برای ارجاع به سطح دوم است که در

نتایج این پژوهش بیانگر این است که اکثر ارجاعات به سطوح بالاتر (۷۶/۲٪) بدون پسخوراند بوده است و تنها ۲۳/۲٪ از ارجاع شده ها پسخوراند به سطح اولیه ارائه خدمت داشته‌اند. نبود پسخوراند مناسب، باعث عدم حصول مزایا سیستم ارجاع از جمله جلوگیری از انجام فعالیت های تکراری یا خلاء خدمت، تبادل اطلاعات علمی، شناخت نیازهای آموزشی، پیگیری و تداوم خدمات می‌شود (۱۷). نصر الله پور شیروانی و همکارانش (۹،۱۰) در مطالعات خود به ترتیب به این نتایج دست یافتند که ۳۲/۹٪ و ۳۰/۲٪ از بیماران ارجاعی، پسخوراند را به پزشک خانواده خود ارائه داده‌اند. در حالی که در مطالعه حسینی و همکاران (۱۶) هیچ یک از افراد ارجاع شده، به پزشک خانواده پسخوراند ارائه ندادند. احتمالاً افراد به دلیل نداشتن آگاهی لازم نسبت به سیستم ارجاع از اهمیت پسخوراند اطلاعی نداشته و بنابراین پیگیری لازم از سوی گیرنده خدمت برای ارائه پسخوراند به سطح اول انجام نشده است و از سوی دیگر ممکن است اهمیت موضوع به اندازه کافی برای گروه ارائه دهندگان خدمت در سطح دوم ارائه خدمات بیان نشده و بنابراین اقدامی در راستای ارائه پسخوراند به سطح اول انجام نشده است. نبود زیرساخت های لازم به منظور ارائه پسخوراند به سطح اول ارائه خدمات نیز می تواند از علل موضوع باشد. این پژوهش دارای محدودیت هایی نیز بود. از آن جمله می‌توان به این موضوع اشاره کرد که دفاتر ثبت بیماران قبل از سیستمی شدن نظام ارجاع هماهنگ با اهداف پژوهشی نبوده و اطلاعات ناقص می‌باشد و بیشتر اطلاعات مربوط به افراد با تحصیلات و سن نامشخص مربوط به سال های اولیه پژوهش می‌باشند.

نتیجه گیری

طبق یافته‌های حاصل از پژوهش، نیاز به تخصص بالاتر و اصرار بیمار از عوامل مهم ارجاعات پزشک خانواده به سطوح

صورت عدم اندیشیدن تدابیر لازم جهت اصلاح آن، می‌تواند کارآمدی طرح که شامل جلوگیری از مراجعه غیرضروری بیماران به سطح دوم خصوصاً بیمارستان‌ها می‌باشد را دچار مشکل جدی نماید (۱۷). رضا چمن و همکارانش (۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که در ۵۶/۲٪ از بیماران ضرورت ارجاع با تشخیص پزشک خانواده و ۴۳/۸٪ به درخواست بیمار انجام شده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و نیز مطالعه پور شیروانی و همکارانش (۱۰) نشان داد ۶۴/۹٪ از ارجاعات بنا به تشخیص و درخواست پزشک خانواده و ۳۵/۱٪ بنا به درخواست و اصرار بیمار انجام گرفته است که نتایج این پژوهش نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. نصر الله پور شیروانی و همکاران در بررسی دیگری به این نتیجه رسیدند که ۴۶٪ از بیماران ارجاع شده به تشخیص پزشک و ۵۴٪ به درخواست و اصرار بیمار انجام شده است که با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی ندارد (۹). احتمالاً عدم مشاهده امکانات پیشرفته پزشکی و پزشکان متخصص در مراکز بهداشتی و همچنین عدم آگاهی افراد از سیستم ارجاع و طرح پزشک خانواده و اهداف آن، سبب ایجاد نگرش منفی نسبت به این مراکز شده است و افراد تمایل دارند به سطوح بالاتر مراجعه کنند.

یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که مقصد ارجاع اکثر بیماران ارجاع داده شده به سطح دو، پزشکان متخصص بوده است (۶۷/۲٪) و تنها ۲/۸٪ از بیماران ارجاع داده شده به پزشک عمومی مراجعه کرده اند که کمترین درصد را به خود اختصاص داده است. از دلایل این موضوع می‌تواند تمایل عموم مردم جامعه به مراجعه به پزشک متخصص به دلیل اعتماد بیشتر به این گروه از پزشکان باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی با شماره ۹۴۵۵ و کد اخلاق (IR:ZAUMS.REC.۱۳۹۸,۳۰۹) در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد.

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت های مادی و معنوی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، کلیه کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و تمامی کسانی که ما را در این طرح یاری نمودند، تقدیر و تشکر کنند.

بالتر می باشد. همچنین یافته ها نشان می دهند ثبت پسخوراند به سطح اول ارائه خدمت در سیستم ارجاع مورد توجه قرار نگرفته است؛ بنظر می رسد عوامل مختلفی از قبیل همکاری نکردن سطوح بالاتر در ارائه پسخوراند به بیمار، استقبال نکردن بیماران از مراجعه مجدد به سیستم جهت ارائه پسخوراند و واضح نبودن اهمیت موضوع برای بیماران می تواند در این مورد دخیل باشد. با یکپارچه شدن نظام ارجاع و برقراری تعامل بین پزشک و سایر سطوح و همچنین آموزش پزشکان، تاکید بر اهمیت ارائه پسخوراند، برطرف کردن کمبود امکانات، آگاهی بخشی به بیماران و جلب اطمینان آنها توسط پزشکان جهت کم کردن اصرار بیمار و همچنین افزایش سواد سلامت آنها تا حدود زیادی می تواند ارجاعات غیر مقتضی را کاهش دهد.

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران ارجاع داده شده به سطح دو توسط پزشکان خانواده در مناطق روستایی شهرستان زاهدان بین سال های ۹۷-۹۴

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۱۷۷
	زن	۲۸۱
سن	کمتر از ۲۰ سال	۱۲۱
	۲۰-۴۰	۲۲۲
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۰۱
تحصیلات	نامشخص	۱۴
	بیسواد	۷۷
	ابتدایی	۱۴۷
	سیکل	۱۱۴
	دیپلم	۳۷
	دانشگاهی	۹
	نامشخص	۷۴

جدول ۲- عوامل مرتبط با سیستم ارجاع بیماران به سطح دو توسط پزشکان خانواده در مناطق روستایی شهرستان زاهدان
بین سال‌های ۹۷-۹۴

متغیر	فراوانی	درصد
سال ارجاع	۱۳۹۴	۹۹
	۱۳۹۵	۱۹
	۱۳۹۶	۷۶
	۱۳۹۷	۲۶۴
علت ارجاع	کمبود امکانات	۳۳
	اصرار بیمار	۱۹۷
	نیاز به تخصص بالاتر	۲۲۶
	نامعلوم	۲
مقصد ارجاع	بیمارستان	۱۳۷
	پزشک عمومی	۱۳
	متخصص	۳۰۸
	دارد	۱۰۸
پسخوراند به سطح اول	ندارد	۳۴۹
	نامشخص	۱
	۰/۲	۰/۲

جدول ۳- تعیین ارتباط بین سابقه حضور پزشک به عنوان پزشک خانواده در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با علل و مقصد ارجاع بیماران در شهرستان زاهدان بین سال‌های ۹۷-۹۴

p-value	مجموع				سابقه حضور پزشک				
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۰۰۱	۷/۲	۳۳	۱/۶	۱	۱۷/۲	۲۳	۳/۵	۹	کمبود امکانات
	۴۳/۲	۱۹۷	۵۶/۲	۳۶	۳۸/۸	۵۲	۴۲/۲	۱۰۹	اصرار بیمار
	۴۹/۶	۲۲۶	۴۲/۲	۲۷	۴۴	۵۹	۵۴/۳	۱۴۰	نیاز به تخصص بالاتر
۰/۰۰۰۱	۳۰	۱۳۷	۶۰/۹	۳۹	۳۰/۳	۴۱	۲۲	۵۷	بیمارستان
	۲/۸	۱۳	۱/۶	۱	۶	۸	۱/۶	۴	پزشک عمومی
	۶۷/۲	۳۰۸	۳۷/۵	۲۴	۶۳/۷	۸۶	۷۶/۴	۱۹۸	متخصص

References

1. Hari K, O'Connell N, Taylor YJ, Moore JB, Bosworth H, Hanchate A, Pokharel Y. Patient Characteristics Associated with Telemedicine Use for Diabetes Mellitus Care: Experience of a University Health System. *Southern medical journal*. 2024; 117(1), 16-22. <https://doi.org/10.14423/SMJ>.
2. Rosenbluth G, Choi LW, Boscardin CK, Gonzales R, Green A, Hernandez A, Vidyarthi AR, Julian KA, Baron RB. Engaging GME Learners in Health System-Aligned Improvement Work in the Clinical Learning Environment. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*. 2024; 39(1), 33-41. <https://doi.org/10.1097/JMQ>
3. World Health Organization. Everybody's business, strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Masoudi Asl I, Bakhtiari Aliabad M, Akhavan Behbahani A, Rahbari Bonab M. Health system costs in Iran, how to manage it. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2019 Feb 10;1(4):117-127. [Persian]
5. Khayati FA, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. *Journal of Health Administration*. 2009; [Persian]
6. Janati A, Amini A, Adham D, Naseriasl M. Referral system in Iran's health sector and world's leading countries. *Research Journal of Pharmacy and Technology*. 2017;10(6):1597-1602.
7. Instructions for the family physician program and referral system in urban areas 2013. <https://arakmu.ac.ir/imamkhomeinihos/fa/regulation/>
8. Stephen WJ. Primary medical care and the future of the medical profession. *WHO (World Health Forum)* 1981; 2(3): 316.
9. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh RJ. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010;11(6):46-52. [Persian]
10. Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Journal*. 2010 Apr 10;13(1):19-25. [Persian]
11. Dehnavieh R, Movahed E, Rahimi H, Zareipour MA, Jadgal KM, Alizadeh S, Atabay RA, Dehbarez AH. Evaluation of the referral system in Iran's rural family physician program; a study of Jiroft University of Medical Sciences. *Electron Physician*. 2017 Apr 25 ; 9 (4) : 4225 – 4230 . doi:10.19082/4225. PMID: 8607659; PMCID: PMC5459296.
12. Abedi G, Marvi A, Soltani Kentaie SA, Abedini E, Asadi Aliabadi M, Safizadehe Chamokhtari K, Abasi Chaleshtari A. SWOT analysis of implementation of urban family physician plan from the perspective of beneficiaries: A qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017 Dec 10;27 (155):79-93. [Persian]
13. Nasiripour AA, Motaghi M, Navvabi N. The performance of referral system from the perspective of family physicians of Kashan University of Medical Sciences: 2007-2012. *Journal of Health Promotion*

- Management.2014 Jul 10;3(3):58-68. [Persian]
14. Nasrollahpour Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, Dadashi A, Nahimi Tabihi M. 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 Jan 10;23(109):27-35. [Persian]
 15. Chaman R, Amiri M, Dehaghi MR. The national family physician and the quality of referral system. Payesh (Health Monitor). 2012 Dec15;11(6):785-790. [Persian]
 16. Hosseini SR, Dadash Pour M, Mesbah N, Hajian K, Haji Ahmadi M, Sajadi P, Amoue A. Assessment of referral system in health care delivery center of Paengatab, Babol, 2003. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2005 Jul 10;7(3):85-90. [Persian]
 17. Rouhani S, Bagher M. Experience of family physicians in rural areas regarding referral system and improving it (a qualitative study). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015 Dec10;25(131):1-3. [Persian]

Reasons for Referring Patients in Rural Areas of Zahedan City to the Second Level of the Health Care System

Fatemeh Setoodehzadeh¹, Hossein Ansari², Azar Abolpour³, Fatemeh Nazari⁴, Fatemeh Khabiri⁴,
Mohammad Hassan Amiri Moghaddam^{*4}

- 1- Ph.D. Associate Professor, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
- 2- Ph.D. Professor, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
- 3- MSc. Health Care Management, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
- 4- BSc. Department of Public Health, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*Corresponding author: amirimoghaddam.1378@gmail.com

Received: Aug 14, 2023

Accepted: Jan 10, 2024

ABSTRACT

Background and Aim: The health system is trying to prevent unnecessary referrals to higher levels by providing tiered services and thus reduce the cost of health care. Therefore, this study was conducted in Zahedan City, Iran with the aim of finding the causes of referrals from level 1 to higher tiers in rural areas.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted on 458 rural patients referred to the second level in the rural areas of Zahedan City, Iran. Data were collected from the family health files available in the Sib system and analyzed using the SPSS-16 statistical software, the statistical tests being descriptive statistics (percentage, frequency) and Chi-square test.

Results: The highest (57.6%) and lowest (4.1%) proportions of referrals to the second level of service provision were found to have been in 2018 and 2016, respectively. From among the referred patients nearly 50% had been referred due to the need for a higher expertise, thus most referrals (67.2%) were to specialists. Further analysis of the data showed that only in 23.6% of the cases there was a feedback from the higher level to the first level.

Conclusion: The findings show that referrals from family physicians to higher levels in the health system requires higher medical expertise and patient insistence. In addition, feedback to the first level of service provision has not received proper attention. Establishing interactions between physicians and other health service levels, refresher training of physicians, emphasizing the importance of providing feedback and promoting the awareness of patients can reduce to a large extent inappropriate referrals.

Keywords: Referral System, Health Services, Rural Areas, Zahedan City, Iran

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.