Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰: ۳۲۱-۳۰۹

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۰۳۲

چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشک خانواده: پژوهش کیفی

دکتر عزت‌اله گل‌علیزاده ۱
محمود مو سی‌زاده ۲*
دکتر محمدرضا امیراسماعیلی ۳
دکتر نادر آهنگر ۴

۱- پزشک عمومی، MPH، پژوهشگر
۲- دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی
۳- استادیار گروه مدیریت ارائهٔ خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴- پزشک عمومی، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** کرمان- دانشگاه علوم پزشکی کرمان- گروه آمار و اپیدمیولوژی

تلفن: ۰۳۴۱-۲۷۳۸۴۹۱

نشانی الکترونیکی:
cdctbmaz@yahoo.com

چکیده

زمینه: یکی از مهم‌ترین روش‌های افزایش دسترسی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت برنامه پزشک خانواده است. در این برنامه، اجرای نظام ارجاع سبب استفاده مناسب از خدمات مراقبت‌های بهداشتی و بیمارستانی می‌گردد. با این حال شواهد حاکی از آن است که مهم‌ترین نقطه ضعف طرح پزشک خانواده، ناقص بودن نظام ارجاع می‌باشد. لذا این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های موجود در اجرای سطح دوم نظام ارجاع، در برنامه پزشک خانواده اجرا شده است.

روش کار: داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شده است. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بوده که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید که بر این اساس، یک چارچوب موضوعی تنظیم و موضوعات کلیدی شناسایی گردید.

یافته‌ها: ۲۲ مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام گردید. ۴ موضوع اصلی و ۳۴ زیر موضوع در تبیین چالش‌های سطح دوم ارجاع برنامه پزشک خانواده شناسایی شد که موضوعات اصلی شامل چالش‌های مرتبط با واحدها یا پرسنل سطح دوم ارجاع، واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع، مدیریت و مردم می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری: عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع به ویژه ارجاع سطح دوم در برنامه پزشک خانواده تأثیر می‌گذارد که به صورت متقابل علت و معلول یکدیگرند، از این رو هر گونه تلاش به منظور بهبود کیفیت نظام ارجاع در این سطح، نیازمند اقدامات سیستماتیک و هماهنگ با شناخت عمیق موانع و چالش‌ها، می‌باشد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، ارجاع سطح ۲، پژوهش کیفی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۵/۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۹/۱

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه‌ای در توسعه زیر ساخت بخش‌های مختلف جامعه می‌باشد. نظام مراقبت سلامت شامل کلیه سازمان‌ها، نهادها و افراد ارائه‌دهنده خدمات سلامت می‌شود که عمدتاً از دو بخش دولتی و خصوصی تشکیل می‌گردد. بخش دولتی نظام مراقبت سلامت در اکثر کشورها به منظور کارایی و اثربخشی بیشتر و همچنین ایجاد عدالت و امکان دسترسی آحاد مردم به سه سطح اول، دوم و سوم سازماندهی می‌شود که با توجه به سطح‌بندی خدمات، دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر از طریق نظام ارجاع میسر می‌گردد [۳-۱].

هدف نهایی نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی سهیم شوند [۴].

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون مایه شبکه‌های بهداشت و درمان جاری نمود. سیاست‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی- درمانی به طور عمده بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری پایه‌ریزی شد که بر اساس این اصول در طول دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت. پیش‌بینی سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور به منظور ارایه خدمات به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل یابنده است، تا اگر یکی از مراجعین واحد پایین‌تر به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته باشد که از عهده این واحد بر نمی‌آید، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع نماید [۶و۵].

سطح‌بندی خدمات، از مراجعه مکرر و غیر ضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود [۷].

در کشور ایران گر چه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری به دنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود [۸].

از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع که اساس ساماندهی سلامت می‌باشد، مورد تأکید قرار گرفته است و مناسب‌ترین استراتژی اجرایی هم برای برنامه بیمه روستایی در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده تعیین شده است و برای رسیدن به این منظور از اواسط سال ۱۳۸۴، طرح سازماندهی و ارتقاء بیمه درمان روستاییان و صدور دفتر چه برای آنها و اجرای طرح پزشک خانواده صورت گرفته است [۱۱-۹].

در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک محسوب شده و هدف کلی طرح، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارایه خدمات سلامتی در حدود بسته تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف نظر از تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است [۱۲ و۱۳].

پزشک خانواده سلسله‌ای مشخص از خدمات بهداشتی- درمانی- ارتقایی را به عنوان حداقل برای همه کسانی که در پوشش خود دارد تعهد می‌کند و فراتر از این محدوده فنی، فرد را برای بهره‌گیری از خدمات تکمیلی- تخصصی به سطوح دیگر ارجاع می‌دهد [۱۶-۱۴].

هر چند که افزایش پاسخگویی و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت از جمله اهداف طرح پزشک خانواده می‌باشد ولی شواهد حاکی از این است که مهم‌ترین نقاط ضعف طرح، ناقص بودن نظام ارجاع و عدم ارایه بازخورد مناسب توسط پزشک متخصص به پزشک خانواده، عدم پیش‌بینی واقع بینانه امکانات و حجم بالای وظایف محوله می‌باشد [۱۷و۱۸].

نتایج یک مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از بیماران که توسط پزشک خانواده به سطح ۲ ارجاع شدند، بدون رعایت سیستم ارجاع از خانه‌های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی مراجعه نمودند که این مغایر با قواعد سطح‌بندی خدمات و تضعیف نظام ارجاع در سطح اول به حساب می‌آید. زیرا استفاده از کارکنان غیر پزشک به عنوان یکی از راه‌کارهای کاهش هزینه خدمات در نظام ارجاع همواره مورد تأکید قرار گرفته است [۱۹و۲۰].

در چند مطالعه نشان داده شد که پزشکان خانواده رضایت خوبی از کارکرد ستاد مرکز بهداشت شهرستان، پزشکان متخصص سطح ۲ و دارندگان دفترچه روستایی نداشتند همچنین اکثر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پس خوراند ارجاعی متخصصان سطح ۲ راضی نبودند [۲۱و۲۲].

اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارایه خدمات بهداشتی درمانی و نظام

www.SID.ir

Archive of SID

ارجاع در کشور ایران محسوب می‌شود ولی با توجه به مطالب گفته شده، نظام ارجاع علی‌رغم کارآمدی مسلم، با چالش‌های متعددی مواجه می‌باشد و اگر تهدیدهای موجود به موقع شناسایی و مداخله متناسب انجام نگیرد، ممکن است فقط اسمی از آن باقی بماند، لذا این پژوهش با هدف تبیین مسائل و مشکل‌های موجود در نظام ارجاع سطح ۲ طراحی شده است تا راهکارهایی برای بهبود کیفیت خدمات ارائه گردد.

مواد و روش‌ها

با توجه به هدف این مطالعه که بررسی مشکل‌ها و مسائل موجود در سطح ۲ نظام ارجاع برنامه پزشک خانواده و درک عوامل مؤثر بر ارتقاء مدیریت این برنامه می‌باشد از تحقیق کیفی که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارایه می‌کند و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شوند، استفاده شده است [۲۳].

بر اساس نوع مطالعه، روش اجرای طرح، مصاحبه نیمه ساختارمند با افراد مورد پژوهش بوده که برای جمع‌آوری اطلاعات از تعدادی سؤال کلی برای روشن کردن موضوع‌های خاص استفاده گردید. این سؤال‌ها در مر حله اول با بررسی متون و نظرهای مشاور آگاه به موضوع طراحی شد، سپس به صورت پایلوت، مصاحبه‌ای با یک نفر کارشناس با تجربه که سابقه کار در ارتباط با موضوع را داشت، انجام شد و نواقص آن رفع گردید. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۷۰-۵۰ دقیقه بوده است. مصاحبه‌ها در محل کار شرکت‌کنندگان انجام گرفت. محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شد و به عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. در ۴ مورد به علت خستگی شرکت‌کنندگان مصاحبه‌ها در دو جلسه انجام گرفته است. از چهار معیار مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال‌پذیری برای ارزیابی روایی و دقت و پایایی داده‌های کیفی استفاده شد [۲۴] و برای افزایش روایی و پایایی داده‌ها مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان در تحقیق و استفاده از دو منشی برای ضبط و ثبت داده در طول اجرای پژوهش لحاظ شده بود.

نمونه‌گیری از نوع هدفمند بوده که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد و سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد است [۲۵]. مصاحبه با ۲۲ نفر صاحب‌نظر شاغل در حوزه ستادی شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های نوشهر و بهشهر (به ترتیب از شهرستان‌های غربی و شرقی استان مازندران) که با نظام ارجاع آشنایی کامل داشته و از ابتدای برنامه پزشک خانواده، جزء دست‌اندرکاران این طرح بوده‌اند، انجام شد. علت ادامه ندادن مصاحبه با تعداد بیشتری از کارشناسان، اشباع اطلاعاتی در مرحله جمع‌آوری داده‌ها بوده است. زمان انجام مصاحبه سال ۱۳۹۰ بوده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید به این ترتیب که پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع‌های کلیدی را شناسایی و براساس آن، یک چارچوب موضوعی تنظیم نموده‌اند و سپس تمام نوشته‌های مربوط به مصاحبه‌های فردی را بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد باز بینی قرار داده و بر اساس یک منبع موضوعی مناسب چیدمان نموده‌اند و مفاهیم، تضادها، نظریه‌ها، تجربه‌ها و تحقیق‌های انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها استنتاج گردید [۲۶و۲۷].

یافته‌ها

در بررسی مشکلات و مسائل موجود در سطح ۲ ارجاع برنامه پزشک خانواده ۴ موضوع و ۳۴ زیر موضوع شناسایی شدند (جدول شماره ۱)

موضوع ۱: واحدها یا پرسنل سطح دوم ارجاع:

واحدها یا سطح دوم ارجاع در این مطالعه یعنی پزشکانی با تخصص‌های مختلف (داخلی، اطفال، زنان و ...) که در درمانگاه بیمارستان دولتی تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان مستقر می‌باشند و بر اساس قرارداد، بیماران ارجاع شده از سطح یک را مورد پذیرش و ویزیت می‌نمایند و همچنین شامل پرسنل پرستاری، مدارک پزشکی و پذیرش که در فرایند ارجاع نقش دارند، می‌باشد.

ضعف در ارائه پس خوراند از سطح ۲ به ۱، همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرار داد بیمه روستایی و رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده به سطح ۲ از نکاتی است که متأسفانه در فرایند نظام ارجاع که در قالب برنامه پزشک خانواده پیش‌بینی شده، وجود دارد که در این باره مشارکت‌کنندگان عنوان می‌کردند «بعضی از متخصصین به برگه ارجاع نگاه نمی‌کنند و کارهایی که انجام میدن، در برگه ارجاع نمی‌نویسند» (م.۸) «متاسفانه پزشکان متخصص اعتقادی به تکمیل فرم ارجاع و عودت اون به سطح قبلی ندارند» (م.۱۰) از موضوعات فرعی دیگر اینکه پرسنل ارائه‌دهنده خدمات در سطح ۲ از برخی قوانین و ضوابط برنامه پزشک خانواده اطلاعی ندارند در این خصوص افراد تحت مطالعه عنوان نمودند «کارمندانی

www.SID.ir

Archive of SID

که در بیمارستان‌ها کار پذیرش بیمار را انجام میدن برنامه پزشک خانواده را خوب نمی‌شناسند، بیمار اونجا معطل می‌شه» (م.۴) دیگر موضوع اینکه در مواردی نیاز به ارجاع بیمار توسط یک متخصص سطح به متخصص دیگر می‌باشد. در این باره شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که «پزشک خانواده بیمار را به متخصص ارجاع میده و این بیمار نیاز داره که متخصص دیگه هم اونو ویزیت کنه ولی اینکار و متخصص انجام نمی‌ده» (م.۲) عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده و ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی بیمارستان از مشکلات موجود در نظام ارجاع سطح ۲ می‌باشد در این رابطه مصاحبه‌شدگان بیان نمودند که «برنامه حضور پزشکانی که در سطح ۲ ارجاع با ما قرار داد دارند را ما به مراکز اعلام کردیم و پزشکای خانواده هم بیمارانشونو که نیاز به ارجاع دارن، طبق اون برنامه ارجاع میده و بیمار میره بیمارستان و می‌بینه که پزشک حضور نداره که این بیمار یا پیش پزشکای دیگه که با ما طرف نیستند باید بره یا باید دست خالی برگرده که اینکارا باعث می‌شه برنامه (ارجاع) خراب بشه» (م.۱۱).

موضوع ۲: واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع:

واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع در این مطالعه شامل پزشک عمومی، ماما یا پرستار طرف قرارداد با برنامه می‌باشد که بر اساس بسته خدمتی تعریف شده، در سطح یک ارجاع به جمعیت تحت پوشش خدمت ارائه می‌نمایند.

پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش از موضوعات بسیار مهم و اساسی در برنامه پزشک خانواده می‌باشد و بایستی در آغاز راه‌اندازی این برنامه، پرونده سلامت خانوارها تکمیل می‌شد که عده‌ای از شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند «در بعضی جاها پرونده سلامت ناقصه، بهش خوب توجه نمی‌شه و همین، کار ارجاع رو که می‌خواهی از پرونده کمک بگیری واطلاعاتی رو در برگه ارجاع بنویسی سخت می‌کنه» (م.۲) تکمیل ناقص کادر ارجاع دفترچه بیمه توسط پزشکان خانواده، ممهور نمودن چندین برگ دفترچه بیمه روستایی توسط پزشکان خانواده، عدم آگاهی یا بی‌توجهی پرسنل تیم سلامت شاغل در سطح یک ارائه‌دهنده خدمت به تاریخ اعتبار دفترچه روستایی، و مشخص ننمودن اقدامات انجام گرفته در سطح یک ارجاع از دیگر موارد ایجادکننده اختلال در سطح ۲ ارجاع می‌باشد گروهی از شرکت‌کنندگان در این باره مواردی را به شرح ذیل ذکر نمودند «یکی از مشکلات ما در ارجاع اینه که خود پزشکان خانواده وظیفه‌اشونو به خوبی انجام نمیدن، کارهای که خودشون انجام دادن و روی برگه ارجاع نمی‌نویسن» (م.۶). «چندین ورقه دفترچه بیماران راکه سفید هستش مهر می‌زنند تا هر وقت بیمار خواست پیش متخصص بره، خودش مستقیم بره» (م.۵).

فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جمعیت تحت پوشش از مواردی است که توسط پزشکان خانواده انجام نمی‌گیرد شرکت‌کننده‌ای بیان نمود که «پزشکای خانواده ما باید روی مردم کار بکنند، فرهنگ‌سازی کنند، راجع به برنامه به مردم اطلاعات بدهند تا به مرور زمان توقعات مردم منطقی بشه» (م.۸)

پرسنل تیم پزشک خانواده در ارجاع ضعف‌های دارند که با وجود چنین ضعف‌هایی هم اعتماد پزشکان متخصص را از دست خواهند داد و هم مقبولیت مردمی آنها مخدوش خواهد شد. در این خصوص مصاحبه کننده‌ای عنوان نمود که «پزشکان مستقر در سطح یک ارجاع بعضی موقعها یک بیمار را که واقعاً نیاز داره که توسط یک متخصص ویزیت بشه، اینکار را انجام نمی‌دهند بعضی وقتها هم بیمارا را اصلا نیازی به ارجاع ندارن، ارجاع میدن» (م.۱۷).

موضوع ۳: مدیریت:

مدیریت در این پژوهش شامل مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان، بیمارستان‌ها و سازمان بیمه خدمات درمانی می‌باشد.

فقدان پزشکان متخصص مورد نیاز با توجه به نیازهای بومی منطقه تحت پوشش و محدود بودن مراکز ارائه خدمات در سطح ۲ ارجاع، کمبود وسیله نقلیه، وجود قوانین دست و پا گیر و پایین بودن تعرفه خدمات برای متخصصین سطح ۲ ارجاع و خروج برخی متخصصین از برنامه پزشک خانواده، طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح ۱ به سطوح تخصصی‌تر به دلیل بلوک‌بندی بیمارستان‌ها و نبود بعضی از تخصص‌ها در شهرستان و عدم ارائه خدمت به مراجعین تحت پوشش برنامه پزشک خانواده توسط بیمارستان‌های شهرستان‌های مجاور از مواردی است که سطح دسترسی مردم به واحدهای ارائه‌دهنده خدمت در سطح ۲ ارجاع را کاهش می‌دهد مصاحبه‌شوندگان در این موارد اعتقاد داشتند «ما در سطح ۲ ارجاع پزشک متخصص کم داریم، بعضی متخصص‌ها خودشونو نمی‌تونند با برنامه جور در بیارند و بعد از مدتی از طرح خارج می‌شوند» (م.۳) «بعضی از متخصصین به ما میگن که کاغذبازی‌های برنامه شما زیاده» (م.۱۲) «بیماران بایستی به بیمارستان خاصی به هنگام ارجاع برند گاهی وقت‌ها در نزدیکی خونه بیمار، بیمارستان وجود داره ولی برای استفاده از خدمات نظام ارجاع باید به جایی که تعیین شده بره، خوب این مسیر بیمار را طولانی می‌کنه و ممکنه بیمار مراجعه نکنه» (م.۷). مسؤولین سیاسی- اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه پزشکان خانواده و نظام ارجاع اطلاعی ندارند و در بعضی موارد آن را باعث به وجود آمدن جو نارضایتی در بین مردم قلمداد می‌کنند.

www.SID.ir

Archive of SID

شرکت‌کنندگان در این باره عنوان کردند «گاهی اوقات یک مسؤول رده بالا شهرستانی به ما می‌گه که شما به مردم اجازه مراجعه به یک متخصص را نمی‌دین، برای فرم ارجاع سخت‌گیری می‌کنین» (م.۱۴) «مسؤولین شهرستانی با برنامه آشنا نیستن و این برنامه رو خوب حمایت نمی‌کنن» (م.۱۱) نبود الزام قانونی جهت ارائه پس خوراند از سطح ۲ به ۱، تأثیر نداشتن چگونگی عملکرد پزشکان متخصص سطح ۲ ارجاع در نظام پرداخت و تشویق آنان، مشکلات مربوط به ارجاع مجدد یا معاینات دوره‌ای در سطح تخصصی، ناکافی بودن و غیر اثربخش بودن نظارت‌های نهادهای مرتبط (بیمه خدمات درمانی و شبکه بهداشت و درمان) از دیگر مواردی بود که به مشکلات ارجاع سطح ۲ دامن می‌زند اعتقاد برخی از مصاحبه‌شدگان این بود که «نظارتاً دیگه خیلی کم رنگ شده مثل اولای طرح نیست» (م.۱۵). «اگه یک متخصصی پسخوراند ارجاع را به سطح یک نمیده، ما کاری از نظر قانونی نمی‌تونیم بکنیم» (م.۱).

موضوع ۴: مردم:

در این بررسی کیفی منظور از مردم، جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده هستند که در قالب بسته خدمتی تعریف شده مشمول دریافت خدمات بهداشتی و درمانی می‌شوند.

آگاهی ناکافی (پایین)مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی، مراجعه مستقیم مراجعین به سطح ۲، مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده صرفاً جهت دریافت فرم ارجاع و برخورداری از مزایای آن و عدم ویزیت بیمار توسط پزشک خانواده، مانع پایداری مؤثر برنامه پزشک خانواده می‌شود. شرکت‌کننده‌ای بیان کرد «مردم مقررات ما را نمی‌دونن، دوست دارند فقط پیش متخصص برند، حتی برای یک بیماری جزئی خودشان میان میگن به ما فرم ارجاع بده می‌خوام پیش متخصص برم» (م.۱۳) مشکلات مربوط به ایاب و ذهاب بیماران، مشکلات اقامتی روستائیان در شهر تا هنگام ویزیت، مشکلات مربوط به دسترسی روستائیان کوچ نشین (اقامت فصلی در مناطق مجری طرح پزشک خانواده دارند) تحت پوشش بیمه روستایی در ارجاع به سطوح تخصصی و عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر از مواردی است که بایستی در برنامه پزشک خانواده مورد ملاحظه قرار گیرند. نظرات شرکت‌کنندگان در این باره عبارت بود «مردم مشکل تردد به شهر را دارند» (م.۲) «گاهاً بایستی چند روز در شهر بمونند و از خودشون هم در شهر منزل ندارند و مجبورند خونه اقوامشون برند» (م.۱۷) مراجعه مکرر و غیر ضروری بیماران زن به پزشکان متخصص بار کاری سطوح مختلف ارجاع را افزایش می‌دهد و ارائه‌دهندگان خدمت را در پرداختن به امورات بیماران نیازمند دچار مشکلاتی می‌نماید نظرات برخی مصاحبه‌شدگان در این باره عبارت بود «خیلی از مراجعات زن‌ها بی‌مورده که باید در این خصوص کاری کرد که اگر بشه تصمیم درستی در این مورد گرفته بشه کیفیت کار خیلی خوب می‌شه آنوقت بیشتر بیمارای واقعی میان پیش پزشک، تراکم کار در مراکز بهداشتی و درمانی و ارجاع سطح ۲ کم می‌شه» (م.۶)

جدول موضوع و زیر موضوع‌های کلیدی مشکل‌ها و مسائل موجود در سطح ۲ ارجاع برنامه پزشک خانواده

موضوع‌ها	زیر موضوع‌ها
موضوع ۱: واحدها یا پرسنل سطح دو ارجاع	۱- ضعف پس خوراند ۲- همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرار داد ۳- رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده ۴- آگاهی ناکافی پرسنل ارائه‌دهنده خدمات ۵- عدم رعایت ارجاع افقی توسط پزشکان متخصص ۶- عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده ۷- ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی بیمارستان ۸- عدم ثبت کد ارجاع و تشخیص در برگه‌های درخواست آزمایش و رادیولوژی ۹- عدم اعتماد برخی پزشکان متخصص به ارائه خدمات در سطح یک
موضوع ۲: واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع	۱- عدم تکمیل پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش ۲- تکمیل ناقص کادر ارجاع دفترچه بیمه توسط پزشکان خانواده ۳- ضعف در فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه ۴- ضعف پرسنل تیم پزشک خانواده در ارجاع به موقع و ضروری به رشته تخصصی مرتبط ۵- مشخص ننمودن اقدامات انجام گرفته در سطح یک ارجاع

www.SID.ir

Archive of SID

موضوع ۳: مدیریت	۱- فقدان پزشکان متخصص مورد نیاز ۲- محدود بودن مراکز ارائه خدمات در سطح ۲ ارجاع ۳- پایین بودن تعرفه خدمات برای متخصصین سطح ۲ ارجاع ۴- آگاهی ناکافی مسؤولین سیاسی اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه پزشکان خانواده و نظام ارجاع ۵- نبود الزام قانونی جهت ارائه پس خوراند از سطح ۲ به ۱ ۶- طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح ۱ به سطوح تخصصی‌تر ۷- عدم ارائه خدمت به مراجعین تحت پوشش برنامه پزشک خانواده توسط بیمارستان‌های شهرستان‌های مجاور ۸- تأثیر نداشتن چگونگی عملکرد پزشکان متخصص سطح ۲ ارجاع در نظام پرداخت و تشویق آنان ۹- مشکلات مربوط به ارجاع مجدد یا معاینات دوره‌ای در سطح تخصصی ۱۰- ناکافی بودن و غیر اثربخش بودن نظارت‌های نهادهای مرتبط ۱۱- کمبود وسیله نقلیه ۱۲- وجود قوانین دست و پا گیر
موضوع ۴: مردم	۱- آگاهی ناکافی (پایین) مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی ۲- مراجعه مستقیم مراجعین به سطح ۲ ۳- مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده ۴- مشکلات مربوط به ایاب و ذهاب بیماران ۵- مراجعه مکرر و غیرضروری بیماران زن به پزشکان متخصص ۶- مشکلات اقامتی روستاییان در شهر تا هنگام ویزیت ۷- مشکلات مربوط به دسترسی روستاییان کوچ نشین (اقامت فصلی در مناطق مجری طرح پزشک) در ارجاع به سطوح تخصصی ۸- عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه، چارچوبی از روابط، مسائل و مشکل‌های سطح ۲ ارجاع برنامه پزشک خانواده را نشان داد که بر اساس مصاحبه با مطلع‌ترین افراد از برنامه، استخراج گردید. این پژوهش در بردارنده ۴ موضوع با زیر موضوع‌های مربوطه بوده است که جزئیات آن در بخش یافته‌ها تشریح شد.

نتایج نشان می‌دهد که عوامل متعددی بر کیفیت نظام ارجاع به ویژه ارجاع سطح ۲ برنامه پزشک خانواده تأثیر می‌گذارد و این عامل‌ها به صورت زنجیره‌ای، به وجود آورنده معلول‌های متعددی می‌باشند یا به صورت متقابل علت و معلول یکدیگرند.

در بررسی موضوع نقش کارکنان شاغل در سطح ۲ ارجاع، نکات بارز و مشخصی وجود دارد که علیرغم آشنایی دست‌اندرکاران با مشکلات واضح و ریشه‌ای نظام ارجاع قبل از جاری شدن برنامه پزشک خانواده، متأسفانه در مرحله پیاده‌سازی طرح پزشک خانواده و بعد از آن هم توجه اساسی و جدی به مسائل موجود نشده است. سطح ۲ ارجاع، سطحی تخصصی است که مقرر گردید به نیازهای بهداشتی و درمانی مراجعین ارجاع شده از سطح یک پاسخ گوید ولی به دلیل ضعف در تعیین خط و مشی‌ها، این وظیفه به نحو مطلوبی انجام نمی‌گیرد و بیماران به دلایلی همچون مدت زمان ناکافی حضور پزشکان متخصص در کلینیک، برخورد نامناسب، توجیه نبودن پرسنل مستقر در این سطح و بعضی برخوردهای نامناسب ارائه‌دهندگان خدمت ناراضی هستند و این موضوع مشکلاتی همچون عدم مراجعه بیمار به سطح ۱، یاس و ناامیدی از نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، تحمیل هزینه به بیمار به علت مراجعه به سایر بخش‌ها برای درمان بیماریش و تبلیغ نادرست برای نظام سلامتی که برای پیشبرد اهدافش نیاز به همکاری و مشارکت جمعی دارد را به وجود می‌آورد در سطح ۲ ارجاع، بایستی اقدامات انجام شده برای بیماران ارجاع شده ثبت و پسخوراند آن به سطوح پایین‌تر ارسال گردد تا پرسنل شاغل در سطح یک علاوه بر اطلاع از وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده، از بار آموزشی این نظام سود ببرند که متأسفانه در این پژوهش در ارائه پسخوراند از سطح ۲ به ۱، مصاحبه‌شوندگان مشکلاتی همچون عدم ارائه پسخوراند توسط بعضی از پزشکان متخصص و پسخوراند بدون کیفیت را متذکر شدند.

قاسمی در پژوهشی نظام ارجاع از سطح ۱ به ۲ را به عنوان راهکاری که از نظر علمی مورد تأیید و از نظر عملی قابل اجرا می‌باشد، معرفی کرده است و بیان نموده که این نظام باعث دسترسی مردم به پزشک

www.SID.ir

Archive of SID

متخصص می‌گردد و با ایجاد یک چرخه مناسب، پزشکان سطح ۱ قادر به پیگیری بیماران بعد از ویزیت متخصص می‌باشند [۲۸]. در مطالعه‌ای ۱۳.۶٪ بیماران از مشکل عدم استقبال سطح ۲ از بیماران ارجاعی عنوان نمودند [۲۹] که در تحقیق حاضر هم به برخورد نامناسب بعضی پزشکان متخصص در سطح ۲ اشاره شده است.

یکی از عوامل موفقیت هر طرح اجرایی در نظام مراقبت سلامت، رضایت ارایه‌دهندگان این خدمات است که اگر به آن بی‌توجهی شود پس از مدتی باعث بی‌تفاوتی افراد خواهد شد به طوری که بر کمیت و مهم‌تر از آن ، بر کیفیت خدمات آسیب جدی وارد خواهد اورد.

در مطالعه‌ای نشان داده شد که پزشکان خانواده رضایت خوبی از کارکرد پزشکان متخصص سطح ۲ نداشتند و اکثر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت پس خوراند ارجاعی متخصصان سطح ۲ راضی نبودند [۱۹]. در تحقیقی با عنوان بررسی کمیت ارایه پسخوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر نظام شبکه نشان داده شد که کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان خانواده به خانه‌های بهداشت مربوطه کمتر از یک پنجم و کمیت ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص سطح ۲ به پزشکان خانواده کمتر از یک‌سوم بوده است. از نظر کیفیت پسخوراند ارائه شده مشخص گردید که تنها در یک سوم موارد پسخوراند ارائه شده در پشت صفحه سوم دفترچه بیمه روستایی دارای کیفیت مطلوب بوده و برای پزشکان خانواده وجهه آموزشی و هدایت‌کنندگی داشته است [۳۰]. در مطالعه حسینی و همکاران، از بین ۱۹۴ بیماری که با داشتن فرم ارجاع به پزشکان متخصص بیمارستان‌های دولتی مراجعه نمودند، حتی برای یک مورد آنها نیز پسخوراند ارایه نشد [۳۱] مطالعه عبادی فردآذر نشان داد که از بین ۳۷۲ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۲۷ نفرشان فرم ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی داشتند که حتی برای یک مورد از آنها هم پسخوراند ارجاع صادر نگردید [۲۱] در حالی در یک سیستم بهداشتی درمانی خوب سازماندهی شده، سطوح بالاتر باید نتیجه ویزیت و درمان کلیه بیماران ارجاع شده از سطح پایین‌تر را در نامه کتبی و فرم‌های استاندارد قید و توصیه‌های پیگیری را برای منبع ارجاع‌کننده گزارش کنند. اگر بیمار با فرم نوشته شده استاندارد به سطوح بالاتر ارجاع شود و پزشک مشاور نظر خود را کتبی به پزشک ارجاع‌کننده ارسال کند پیگیری و نتایج درمان به نحو بسیار مطلوب‌تری انجام خواهد گرفت.

در تعیین نقش پرسنل تیم پزشک خانواده در وضعیت نظام ارجاع سطح ۲ موارد مهمی توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه مطرح شده است. یکی از مقوله‌های اشاره شده پرونده سلامت است که از موضوعات بسیار مهم و اساسی برای استقرار عملی برنامه پزشک خانواده در نظام سلامت می‌باشد که در صورت وجود پرونده سلامت کامل برای جمعیت مورد نظر، می‌توان به اجرای بهینه برنامه پزشک خانواده بر اساس پروتکل پیشنهادی امیدوار بود ولی بر اساس اظهارات مطلعین، این پرونده برای بعضی از جمعیت‌های تحت پوشش تکمیل نشده است و در بخشی از پرونده‌های تکمیل شده، نواقصی وجود دارد که در مراجعه به آن نمی‌توان به اطلاعات مورد نیاز دست یافت. مشخص ننمودن اقدامات انجام گرفته به صورت کامل برای بیماران در فرم ارجاع از نکاتی می‌باشد که مشکلاتی در فرایند ارجاع سطح ۲ به وجود می‌آورد و پزشک متخصص درمانگر از خدماتی که برای بیمار ارائه شده، اطلاعی ندارد. با برخورداری از پرونده سلامت کامل می‌توان اطلاعات و شرح حال مهمی از بیمار ارجاع شده به سطح بالاتر، توسط پزشک خانواده در فرم مورد نظر درج و توصیف گردد که در این صورت به پزشک مستقر در سطح ۲ برای تصمیم‌گیری مؤثر کمک شایانی می‌شود.

از جمله مسائل ذکر شده در این تحقیق ارجاع نامناسب بیماران از سطح یک به سطح ۲ (عدم ارجاع بیماران مشمول ارجاع، ارجاع نابهنگام، ارجاع غیرضروری) می‌باشد که یکی از عوامل منجر به این مشکل، آموزش ناکافی یا غیر اثربخش پزشکان خانواده می‌باشد. در مقاله‌ای عنوان شده است که از مشکلات اساسی طرح این است که حدود نیمی از پزشکان خانواده که به روستا اعزام شده‌اند نسبت به وظیفه خود توجیه نیستند [۳۲] در مقاله‌ای دیگر تحت عنوان تأثیر آموزش پزشکی خانواده بر رضایت بیماران دارای پزشک خانواده در تایلند ذکر شده است که برنامه‌های آموزشی پزشکان خانواده می‌تواند کیفیت ارجاع را از پزشکان عمومی به متخصصان افزایش دهد [۳۳].

در تحقیقی در ایتالیا ۲۴.۲٪ پزشکان خانواده فاقد اطلاعات لازم بوده‌اند در حالی که این گروه علاقمند به کسب اطلاعات جهت ارائه مناسب خدمات بوده‌اند [۳۴] در مطالعه حاضر هم آگاهی ضعیف پزشکان خانواده به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر فرایند ارجاع ذکر شده است که لزوم برگزاری گارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی مؤثر برای ارتقاء عملکرد آنها در حیطه‌های فنی و بهداشتی با بازنگری در وضعیت موجود کارگاه‌های آموزشی بیش از پیش احساس می‌شود.

متأسفانه علیرغم اینکه پزشکان خانواده اصلی‌ترین عضو نظام ارجاع هستند ولی برخی از آنها با عملکرد نامطلوبشان لطماتی را بر پیکر بیمار نظام ارجاع وارد می‌نمایند. در مطالعه حسینی و همکاران میزان پیگیری پزشک خانواده پس از ارجاع جهت جویا شدن از نتیجه درمان در ۱۲.۲٪ موارد هیچگاه انجام نگرفت و در ۶۸.۷٪ تا حدودی انجام می‌گرفت [۳۱]. مراقبت هر بیمار وابسته به ارتباط بین پزشک و بیمار است. این ارتباط ارزشمند، توسعه یافته، پرورش یافته و

www.SID.ir

Archive of SID

نگهداری شده است که پزشکی خانواده را از سایر تخصص‌ها متمایز می‌سازد که بر این اساس ضرورت دارد پرچمداران اصلی این برنامه رغبت بیشتری برای بهبود وضع موجود انجام دهند.

مسعودی اصل در بررسی نظام پزشک خانواده از دیدگاه پزشکان طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی، مهم‌ترین مزیت این این طرح را پرونده سلامت جمعیت تحت پوشش ذکر نموده‌اند که می‌تواند راهنمای خوبی برای تصمیم‌گیری و ارزیابی صحیح بیمار باشد [۳۵]. در حالی که شرکت‌کنندگان در این پژوهش عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرونده‌های پزشکی را از مسائل مهم عنوان نموده‌اند.

نقش مردم در فرایند نظام ارجاع غیر قابل انکار می‌باشد. جمعیت تحت پوشش در صورت داشتن آگاهی مناسب، توقعات خود را از سیستم پزشک خانواده متعادل و متناسب خواهند نمود و از مراجعه مستقیم به سطح ۲ ارجاع خودداری می‌نمایند. تقاضای مکرر و غیر ضروری برخی مراجعین زن، بار مراجعات را افزایش می‌دهد و مانع از ارائه خدمت مناسب به افراد نیازمند می‌شود که بایستی با اتخاذ تدابیر مناسب همچون فرهنگ‌سازی بر این مشکل چیره شد تا از این طریق یکی دیگر از علت‌های به وجود آورنده مشکل در این چرخه را حذف نمود.

بر اساس نتایج مطالعه جنتی، ۲۱٪ جمعیت مورد مطالعه ازدحام بیش از حد خانه بهداشت در هنگام دریافت خدمت و ۱۳٪ نحوه پذیرش در سطوح بالاتر، عدم امکان انتخاب متخصصین توسط بیماران و محدود بودن زمان دسترسی به پزشکان مستقر در سطح ۲ ارجاع را به عنوان نقاط ضعف عمده طرح پزشک خانواده عنوان کردند [۲۹]. کلمان در مطالعه خود نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی مراقبت شوند [۳۶]. که یافته‌های پژوهش حاضر هم نشان داد که مردم با مراجعات غیر ضروری و خارج از چارچوب نظام ارجاع به سطوح بالاتر، مشکلاتی از قبیل مدت زمان انتظار طولانی برای بیماران ارجاع شده نیازمند، افزایش بار مراجعات سطح ۲ و نارضایتی پزشکان متخصص و بیماران را به وجود می‌آورند.

همچنین ونالدن و همکاران در مطالعات خود مشخص نمودند که خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریت‌ها و بیمارستان‌ها می‌شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آنها به وسیله پزشک عمومی غربالگری شوند از حجم کاری واحدهای سطوح بالاتر کاسته می‌شود [۳۷].

در یک مطالعه پژوهشی مشخص شد که تنها ۴۶٪ موارد ارجاع به سطح ۲ با تشخیص و خواست پزشکان خانواده بود و ۵۶ ٪ مابقی بنا به درخواست و اصرار بیماران انجام گرفت [۱۹] که این یکی از چالش‌های طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد که اگر تدابیر کنترلی به عمل نیاید می‌تواند کارآمدی طرح را زیر سؤال ببرد در مطالعه حسینی گزارش شد که ارجاع بیماران از پزشک خانواده به پزشکان متخصص تنها ۱۲.۲ درصد بنا به درخواست بیمار بوده است [۳۱]. از موارد غیر ضروری ارجاع به سطوح بالاتر اعمال فشار بیمار یا خانواده وی به پزشک خانواده جهت صدور برگه ارجاع برای مراجعه به سطوح بالاتر می‌باشد. که در مطالعه حاضر هم چنین مشکلاتی توسط صاحب‌نظران مطرح شد. قطعا پزشک صادرکننده برگه ارجاع تحمیلی، تمایلی به تکمیل توضیحات مورد نیاز ندارد و این چرخه معیوب برانگیزه پزشک مستقر در سطح ۲ ارجاع برای انجام کار صحیح تأثیر منفی می‌گذارد و تکرار چنین وقایعی با گذشت زمان پزشک خانواده را از اهداف پیش‌بینی شده دور می‌کند و جهت پیشگیری از این روند بایستی فرهنگ‌سازی مناسب توسط دست‌اندرکاران به ویژه اعضاء تیم پزشک خانواده صورت گیرد.

مهارت ناکافی پرسنل، مشکلات ایاب و ذهاب و مسائل اقامتی در شهر و مشکلات مالی از یافته‌های این مطالعه بود که پالمر نیز موانع موجود بر سر راه تحقق نظام ارجاع را به کیفیت نامطلوب خدمات اولیه، مهارت ناکافی پرسنل، مشکلات حمل و نقل، کمبود داروها، قیمیت بالای بعضی از خدمات دسته‌بندی می‌کند [۳۸].

مراجعات مکرر به ویژه مراجعات متعدد زنان از موارد ایجاد نقص در فرایند نظام ارجاع یا مانعی برسر راه اجرای درست ارجاع سطح ۲، توسط شرکت‌کنندگان در این مطالعه مطرح شد. در مطالعه‌ای حدود دوسوم بیماران ارجاعی برخوردار از خدمات سطح ۲ را زنان تشکیل داده و از نظر گروه سنی، بیشترین تعداد مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بود و در پژوهشی دیگر ۷۳٪ ارجاع شدگان را زنان و بیشترین گروه سنی هم شامل گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بوده است یافته‌های مطالعه نشان داد که تعداد کمی از بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به سطح اول یا نزد پزشکان ارجاع‌دهنده خود باز گشتند که اکثریت بیماران عدم آگاهی را به عنوان علت اصلی عدم مراجعه ذکر کردند [۱۹و۳۱].

در یک تحقیق نشان داده شد از بین بیمارانی که به سطح اول باز گشتند، نتایج ویزیت سطح ۲ کمتر از نیمی از بیماران باز گشت نموده و در پرونده سلامت آنها ثبت گردیده است و پزشکان خانواده در موارد نادر وضعیت و سرنوشت ارجاع بیماران را از طریق ارتباطات تلفنی پیگیری و در صورت نیاز راهنمایی لازم را به بیماران ارایه نمودند [۱۹]. طبیعی است بازگشت با مراجعه مجدد بیماران به سطحی که توسط آن ارجاع شده، اولا به آگاهی بیمار برمی‌گردد که این اطلاع را داشته باشد تا بعد از مراجعه به سطح بالاتر و دریافت خدمت از آن، به سطح ما قبل برگردد و نتیجه ویزیت و درمان را در

www.SID.ir

Archive of SID

اختیار پزشک خانواده خود قرار دهد، دوماً بـه نگـرش بیمـار بـستگی دارد که این اعتقاد را داشته باشد که در صورت بازگشت بـه پزشـک خانواده، پزشک او برای ادامه و تکمیل درمان کمک‌ها و توصیه‌هـای مؤثری به عمل می‌آورد.

مدیریت به عنوان عاملی در جهت تدارک بستر مناسب برای اجـرای مطلوب برنامه پزشک خانواده اهمیت وافری دارد. در اجـرای برنامـه پزشک خانواده دو نهـاد وزارت بهداشـت و درمـان و سـازمان بیمـه خدمات درمانی ایفای نقـش مـی‌کننـد و در ایـن راسـتا همکـاری و هماهنگی مدیران سطوح مختلف این دو سازمان (کشوری، استان‌هـا و شهرستان‌ها) برای حرکت صحیح و سازمان یافتـه برنامـه پزشـک خانواده ضروری می‌باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش عوامل متعـدد مدیریتی شناسایی شد که بر روند ارجاع سطح ۲ تأثیرگذار می‌باشـند. مدیران سازمان‌های مرتبط با تأمین پزشکان متخـصص مـورد نیـاز، توجیه مسؤولین سیاسی اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، کوتاه نمودن فراینـد ارجـاع، توجـه بـه تعرفـه خدمات متخصصین سطح ۲ ارجاع، تصمیم‌گیری در خـصوص مـوارد ارجاعات مجدد و معاینات دوره‌ای، تأمین الزامات قانونی برای اجرای صحیح فراینـدهایی همچـون ارسـال پـسخوراند و برقـرای نظـارت مستمر و مؤثر بـر ارتقـا کمیـت و کیفیـت ارجـاع در سـطح ۲ نقـش ارزنده‌ای ایفا نمایند. همکـاری و تـشریک مـساعی مـدیریت شـبکه بهداشت و درمان، رئیس سازمان بیمـه خـدمات درمـانی و مـدیریت بیمارستان برای حل مشکلات این بخش راهگشاست.

از جمله چالش‌هایی که در یافته‌های این مطالعه گزارش شد، حقـوق پایین دریافتی پرسنل شاغل در سطوح مختلف ارجاع و عـدم تناسـب آن با میزان حجم کار و تحصیلات می‌باشد که در مطالعـه‌ای مـشابه در کانادا به همین موضوع اشاره شده است [۳۹]. که مدیران سازمان بیمه خدمات درمانی و وزارت بهداشت و درمان در راسـتای متناسـب نمودن حقوق و مزایای کارکنان چاره چویی نمایند.

از نظر شرکت‌کنندگان در مطالعه، وجود فعالیت‌های زائد (ثبت بعضی موارد غیر ضروری و زیاد بودن فرم‌ها) و طولانی بودن صف انتظار را از موانع برقراری یک نظام ارجاع مناسب ذکر شده است کـه منکـا و همکارانش هم در پژوهشی ۱۰ نکته چالشی شامل: نیاز بـه ترفیـع و افزایش پاداش‌های پزشک خانواده، نیـاز بـه محتـرم شـمرده شـدن توسـط متخصـصان، فقـدان دسترسـی بـه متخصـصان، اقـدامات، آزمایش‌ها، نتایج و سایر منابع، کاغذ بازی، تماس‌های تلفنی و ازدیاد فرم‌هـا، انتظـارات بیمـاران را در ارتبـاط بـا پزشـک خـانواده مطـرح نموده‌اند [۴۰]. جنتی و همکارانش هم در مطالعه‌ای، گزارش نموده‌اند که جمعیت مورد بررسی آنها پذیرش در سطوح بـالاتر، عـدم امکـان انتخاب متخصصین توسط بیماران و محدود بودن زمان دسترسی بـه پزشکان سطوح ارجاع را به عنوان نقاط ضـعف عمـده طـرح پزشـک خانواده عنوان کردند [۲۹]. در مطالعه‌ای در عربستان بیـان شـد کـه برای داشتن یک نظام ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بـین مراکـز بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها برقرار شـود [۴۱] تقویـت ارتبـاط بـین مدیران مرتبط و تدوین یک برنامه اصولی و ایجاد تعامل مناسب بین دستگاه‌ها، شفاف‌سازی ارتباط‌های بین سـازمانی و بررسـی جزئیـات فرایند جاری به منظور سالم‌سازی مسیر جریان ارجاع تأکید می‌شود.

کمیته کارشناسی سازمان جهانی بهداشت مشکلات نظام ارجاع را به حجم زیاد کاری کارکنان بهداشـتی، بعـد مـسافت، عـدم اعتمـاد بـه مراقبت‌های بهداشتی در سطوح پایین سیستم عرضه خدمات، ناکافی بودن میزان اطلاعات ارسال شده از منابع ارجاع بـه بیمارسـتان‌هـا و بالعکس، استفاده نامناسب از بیمارستان و عدم دسترسی افراد نیازمند، فقدان ارتباط بین بیمارستان و خدمات پزشکی جامعه‌نگر، فقدان یک نظام ارجاع خوب طراحی شده و کارآمد، فقدان پـشتیبانی مـدیریت و تعهد ناکافی در مورد اجرای این نظام، آموزش ناکافی و عـدم وجـود راهنما برای ملاک‌های ارجـاع در سـطوح مختلـف عرضـه خـدمات بهداشتی درمانی و فقـدان خـدمات پـشتیبانی از مراکـز بهداشـتی و درمانی توسط بیمارستان می‌دانند [۴۲].

نظام ارجاع به گونه‌ای تبیین می‌گردد کـه کارکنـان سـطح پـایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند به سطح بـالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرنـد خـدمات تخصصی‌تر را در ابعادی وسیع‌تر و با استفاده از تکنولوژی پیشرفته‌تر عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویـت نظـام ارجـاع بایـد مبـین تبادل دو سویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده ارجاع، بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان علمی در باره طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده عـودت دهـد. در ایـن صـورت نظام ارجاع ضـمن اولویـت‌بنـدی بیمـاران جهـت دریافـت خـدمات تخصصی‌تر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راسـتای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شـوند، مـوثر باشـد [۴۳].

محققین بر اساس یافته‌های این مطالعه در راستای پرداختن به ابعـاد ۴ موضوع اصلی شناسایی شده، لزوم مستندکردن و اولویت‌بندی تمام مشکلات شناسایی شده و کمبودهای موجـود، رعایـت نظـام ارجـاع مطابق با ضوابط استانی و کشوری توسـط پزشـک، تـشکیل پرونـده سلامت الکترونیکی برای تمام جمعیت تحت پوشش، افزایش ارتبـاط تیم سلامت با مردم و مسؤولین محلی و استفاده از مشارکت مـردم و حل مشکلات معیشتی اعضای تیم پزشک خانواده و بر برنامـه‌ریـزی مناسب برای رفع مشکلات فرایندهای جاری در نظـام ارجـاع تأکیـد می‌شود. وجود برنامه نظارت استاندارد و اجرای صـحیح آن در جهـت

www.SID.ir

Archive of SID

تطبیق وضعیت با معیارهای پیش‌بینی شده و پیگیری موارد ارجاع شده به سطح۲ در رفع نواقص مفید می‌باشد. از آنجایی که بخش زیادی از مشکلات اشاره شده با نقش دادن به مردم و فراهم نمودن بستر مناسب برای فرهنگ‌سازی قابل حل می‌باشد، افزایش ارتباط تیم سلامت با مردم و مسؤولین محلی گسترش یابد. جهت جلوگیری از به هم خوردن حلقه‌های زنجیره ارجاع، مشکلات مربوط به ازدحام جمعیت و دسترسی کم‌تر به پزشکان سطوح ارجاع با دقت نظر مورد ملاحظه قرار گیرد و با ایجاد انگیزه و توجیه پزشکان متخصص مراکز بالاتر در نحوه برخورد با بیماران ارجاعی به پایداری طرح پزشک خانواده کمک شود.

به طور کلی در صورت نگاه سیتماتیک بانیان اصلی برنامه به موضوعات اشاره شده و استفاده از یک فرایند مشگل گشایی برای حل مسائل موجود، می‌توان به رفع دغدغه‌های دلسوزان برنامه امیدوار بود.

تقدیر و تشکر:

از مدیران و کارشناسان خبره ستادی شاغل در شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های نوشهر و بهشهر که با نهایت صبر و حوصله و درایت در مصاحبه ما شرکت نمودند و موشکافانه چالش‌های موجود در نظام ارجاع سطح ۲ را بیان نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

1- Goudarzi G, Azadi H. Determining of technical efficient on Iran universities hospital. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran,Tabriz. P.38.

2- Davoudi S. Health and its determinants, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser 2008; pp: 140-2 .

3- Davoudi S. Introduction to health Sector Reform, 1st ed, Tehran, Asare Mouaser 2006; pp: 233-7 .

4- Ghohariejhad S. Health system decentralization on Iran university and medical science. Proceeding of 5th National Congress of Healthcare Administration Student; 2007 May 9-12; Iran, Tabriz. p.32.

5- Naghavi M, Jamshidi H, editors. Utilization of health services in Iran 2002. Tehran: Tandis press; 2005.

6- Pilehrodi S, editor. Management services on district health network. Tehran: Iran Ministry of Health press; 1997

7- Shojaeetehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat press;1998

8- Pileroudi S . Township network health and treatment. Iran, UNICEF Office 1999; pp: 12-13.

9- Family physician Instruction, Ministry of Health and Medical Education, Version 9, Sep 2009; pp: 4-102.

10- Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000;12(2):143-147.

11- Iran Ministry of Health. Administrative guide direction of family physician.2005.

12- Asefzadeh S, Rezapour A, editors. Health administration. Hadis Emroz press;2005.

13- The college of family physician of Canada. The role of family doctors in public health and december 2005. Available from: URL: http://www.cfpc.ca/local/files/communications/role_fam_doc_de c05.pdf

14- Jamshidi HR. Health system reform in Islamic Rephablic Iran. Public Health services insurance Journal 2005:8(27):14-16.

15- Hafezi Z, Asqari R , Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd, Journal of School Health, Yazd,2009 .

16- Davoudi S, Jamshidy H. Worry story of our family physician, Iran republic Islamic medical council. Available from: URL:http://www.irimc.org/NewsList.aspx?id=5522.

17- Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. Int J Qual Health Care 2000;12(2):143-147.

18- Hoveida H. Family physician, sarmayeh. Available from: URL:http://www.sarmayeh.net/ShowNews.php?28076.

19- Nasrollahpour SH , Ashrafian AH, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki Mohammad R, Shabestani MA, et al. EVALUATION OF THE FUNCTION OF REFERRAL SYSTEM IN FAMILY PHYSICIAN PROGRAM IN NORTHERN PROVINCES OF IRAN, JBUMS, 2008 .

20- Pileroudi S. Township network health and treatment, Iran, UNICEF 1999; pp: 32-3.

21- Ebadiazar F. Admission and referral system observance in five educational centers (IUMS). JQUMS. 2002;6(3):30-5.

www.SID.ir

Archive of SID

22- Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Family Practice. 2003;20(3):311.

23- Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. Journal of Adolescent Health. 1999;25(6):371-8.

24- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Philadelphia; 1999

25- Salsali, M. "Qualitative research methods." Tehran: Boshra Publication; 2004.

26- Lacey, A. and D. Luff ," Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Analysis", Trent Focus,2001.

27- Rashidian A, Martin P, Eccles, Ian Russell", Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care" Health Policy 85 (2008) 148–161.

28- Ghasemi MM. Review referral system through the general medicine in outpatient services self-employed insureds of health care insurance organizations, Public Health services insurance Journal, 2000; 12: 19-21.

29- Jannati A, Maleki M, Gholizade M, Narimani M, Vakeli S,Assessing the Strengths Weaknesses of Family Physician Program Knowledge, Health 2010;4(4):38-43.

30- Clancy CM, Franks P. Utilization of specialty and primary care: the Impact of H.M.O insurance and patient related factors. J Fam Pract 1997: 45(6): 500-8.

31- Hosseinifaraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee, Yazd province 2005: 24 .

32- Malekafzali H. Lack of Doctors justification family physician plan, Iran ministry of health. Available from: URL:http://www.qudsdaily.com/archive/2007/page63.html.[Persian.[

33- Jaturapatporm D, Dellow A, Does Family Medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? BMC Family Practice. 2007: 8 14.

34- Girotto S, DelZotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valante M, Battaggia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and in particular, family planing. Advances in Contraception 1997;13(2-3):283-293.

35- Masudi Asl I. A study of Refferal System from the view of physicians correspondent Emam Khomeini Aid Committee. Tamin-E-Ejtemaee Journal of medicine 2003; 14:10.

36- Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency. Emerg Med J 2001; 18(6): 482-7.

37- Van Ulden CJ, Winkens RA, Weeseling GJ, Cerbolder HF, Vanscayck CP. Use of out of hours services: a comparsion between two organizations. Emerg Med J 2003; 20(2): 184-7

38- Palmer PE. Feeling unwell? Must you go straight to hospital? World Health Forum 1991; 12(1): 38-42.

39- Manca DP, Varnhagen S, Brett- MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Webbased survey using the Delphi method. Can Fam Physician 2007 Feb; 53(2):278-86.

www.SID.ir

Archive of SID

40- Manca DP, Varnhagen S, Brett- MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Webbased survey using the Delphi method. Can Fam Physician 2007 Feb; 53(2):278-86.

41- Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. EMHJ 1997; 3(2): 236-53.

42- WHO. The role of hospital in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation, 1981; pp: 44-63.

43- Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health cares in 20 and 21st centuries, Ministry of Health and Medical Education, Nashreh Tandis 1999; pp:192-13.

www.SID.ir