

پذیرش بیماران و رعایت نظام ارجاع در پنج مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر فرید عبادی فرد آذر *

Patients admission and referral system observance in five educational centers (IUMS)

F. E. Farde Azar

Abstract

Background : Hospital is not an alternative to primary health care services, and should only admit referral patients .

Objective : To determine the admission status respecting the referral system observance in five educational hospitals .

Methods : All patients selected by stratified random sampling (n = 372) were studied by questionnaires and direct observation at 5 IUMS hospitals in Tehran. Data is presented through descriptive statistics and some intergroup analysis .

Findings: 79% of the referrals were from urban and 21% from rural areas, 81.5% were referred by other physicians, and 18.5% were self-referred. 66% of patients who need to refer had referral forms, and 33.2% did not. The self-referred patients had no priority over physician-referred ones in admission. There was also no feedback to physicians who had referred patients .

Conclusion : Referral system is not usually followed in hospital level . There is no priority and no mutually information interchanging between hospital and primary health care centers.

Keywords: Hospital, Referral System, Health System Research

چکیده

زمینه : بیمارستان جانشین تسهیلات بهداشتی و واحدهای اولیه سطح تماس نیست و لازم است فقط بیماران ارجاع شده در آن پذیرفته شوند.

هدف: مطالعه به منظور تعیین وضعیت پذیرش بیماران از لحاظ رعایت نظام ارجاع در چند بیمارستان آموزشی منتخب انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۷۸ در پنج بیمارستان عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در تهران انجام شد. ۳۷۲ بیمار به صورت اتفاقی و متناسب با حجم پذیرش هر بیمارستان انتخاب شدند. داده‌ها به صورت آمارهای توصیفی و تحلیلی ارائه شد.

یافته‌ها: ۷۹٪ مراجعان شهری و ۲۱٪ روستایی، ۸۱/۵٪ دارای مراجعه قبلی و ۱۸/۵٪ خود ارجاع و نخستین مراجعه بودند. ۶۶/۸٪ از بیمارانی که ارجاع لازم داشتند با برگ ارجاع و ۳۳/۲٪ بدون برگ ارجاع مراجعه کرده بودند. دارندگان برگ ارجاع اولویتی نسبت به خود ارجاع‌ها نداشتند. بازخوراند ارجاع هم وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نظام ارجاع در بیشتر بیمارستان‌ها رعایت نمی‌شود و بین سطوح خدماتی شبکه بهداشت و درمان، هماهنگی و جریان دو سویه اطلاعات وجود ندارد.

کلید واژه‌ها: بیمارستان، نظام ارجاع، تحقیق در نظام بهداشتی

* استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران

□ مقدمه:

نظام بهداشتی کشور ایران در سه سطح کشوری، استان و شهرستان سازماندهی شده است. وزارت بهداشت و درمان ستاد اصلی و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی عهده‌دار نظارت و پشتیبانی از واحدهای عرضه خدمات و آموزش پزشکی هستند. (۵) شبکه بهداشت و درمان کوچک‌ترین واحد مستقل نظام بهداشتی کشور شامل خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی - درمانی روستایی یا شهری، مراکز تسهیلات زایمان و پایگاه‌های بهداشتی است. بیمارستان عمومی شهرستان دارای چهار بخش عمومی است و خدمات تخصصی با ارجاع به بیمارستان تخصصی انجام می‌شود. (۵ و ۶)

بیمارستان مرکز ثقل ارائه مراقبت‌های درمانی است، ولی نقش آن به خوبی تبیین نشده است و واحدهای سرپایی و بستری آن اغلب به صورت جداگانه و جدا از شبکه ارجاع عمل می‌کنند. (۹)

مهم‌ترین عملکرد بیمارستان پذیرش و درمان سریع بیمار، مشارکت در بهداشت جامعه، انجام فعالیت‌های پژوهشی مرتبط و آموزش علوم پزشکی است. (۹ و ۳)

بیمارستان را نباید جانشینی برای دیگر تسهیلات بهداشتی و واحدهای اولین سطح تماس دانست. فقط بیماران دچار فوریت‌های حاد باید اجازه مراجعه مستقیم بیابند و در درمانگاه سرپایی بیمارستان نیز فقط باید بیماران ارجاع شده معاینه شوند و گرنه مردم ترجیح می‌دهند به جای رفتن به مراکز بهداشتی - درمانی، به درمانگاه بیمارستان یا درمانگاه اورژانس مراجعه کنند. (۶)

علاقه‌مندی شدید به بیمارستان ممکن است

جاذبه‌ای مهم برای مراجعه به بیمارستان باشد. اگر بیمارستان به ارائه خدمات اولین سطح تماس مشغول شود (جز در مورد خدمات باارزش اورژانس) حاصلی به جز از ارزش انداختن مراکز بهداشتی - درمانی و ازدحام بیمارستان‌ها نخواهد داشت. (۹)

در یک نظام بهداشتی مبتنی بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مواردی که نیاز به مراقبت‌های تخصصی‌تر دارند به سطوح بالاتر ارجاع می‌شوند تا از مراجعه مکرر و غیرضروری به مراکز درمانی سطح سوم و تخصصی جلوگیری، و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری شود. (۲)

اگر درمانگاه بیمارستان فقط بیماران ارجاع شده را بپذیرد، کار تشخیص و درمان بسیاری از بیماران در همان درمانگاه انجام می‌شود و در نتیجه با کاهش ازدحام، پزشکان امکان خواهند یافت که زمان بیشتری را صرف هر بیمار کنند. در برگ ارجاع که توصیه‌های مناسب نوشته می‌شود همواره باید پاسخ درست به مراکز ارجاع کننده وجود داشته باشد و بیمار هر چه زودتر به مکان اولیه‌اش فرستاده شود تا ادامه درمان در مرکز بهداشتی درمانی یا منزل صورت گیرد. (۱)

با توجه به مشکلات اقتصادی کشورهایی مانند ایران و گران بودن هزینه احداث بیمارستان و تجهیز آن، به منظور جلوگیری از اتلاف نیروی انسانی متخصص و پوشش وسیع خدمات بهداشتی و درمانی باید تمامی تلاش‌ها صرف برنامه ریزی به منظور استفاده بهینه از امکانات موجود در قالب سیستم شبکه بهداشتی و درمانی کشور گردد. (۱۰)

بررسی نگرش بهورزان مرکز بهداشت شهرستان زنجان نسبت به سیستم ارجاع در سال ۱۳۷۴ نشان داد

بیماران مراجعه کننده به بخش پذیرش هر بیمارستان از صبح تا عصر مورد مطالعه قرار گرفتند تا تعداد نمونه مورد نظر تکمیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای شامل ۲۲ سؤال بود. که توسط پرسش‌گران آموزش دیده تکمیل شد.

شرکت در مطالعه اختیاری بود و جهت محفوظ ماندن حق و حقوق شرکت کنندگان، از درج نام و آدرس ایشان در پرسش‌نامه خودداری شد.

📌 یافته‌ها:

از ۳۷۲ بیمار مورد مطالعه، ۷۶ نفر (۴/۲۰ درصد) از بیمارستان فیروزگر و از بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام سجاد (ع)، هفتم تیر و فیروزآبادی هر یک ۷۴ نفر (۹/۱۹ درصد) بودند.

در تقسیم‌بندی گروه‌های سنی ۶۷ نفر زیر ۲۰ سال، ۷۶ نفر بین ۲۱ تا ۲۹ سال، ۷۱ نفر بین ۳۱ تا ۳۹ سال، ۵۹ نفر بین ۴۱ تا ۴۹ سال و باقی‌مانده یعنی ۹۹ نفر بیشتر از ۵۰ سال داشتند. تعداد مراجعین مذکر ۱۹۸ نفر (۴/۵۳ درصد) و مونث ۱۷۴ نفر (۶/۴۶ درصد) بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نداشت ($\chi^2 = 1/55$).

مراجعان به بخش‌های داخلی ۱۸۱ نفر (۷/۴۸ درصد) و بخش‌های جراحی ۱۹۱ نفر (۳/۵۱ درصد) بودند که از این لحاظ تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت. ۲۹۴ نفر از مراجعان (۷۹ درصد) شهری و ۷۸ نفر (۲۱ درصد) روستایی بودند. بیشترین میزان مراجعان روستایی (۵۹ نفر، ۷/۷۹ درصد) در بیمارستان امام سجاد و بیشترین میزان مراجعان شهری (۷۴ نفر، ۴/۹۷ درصد) در بیمارستان فیروزگر بودند. تفاوت مراجعان شهری و روستایی به

اگرچه به‌روزان به اهمیت ارجاع واقف و برای خود جایگاهی خاص قائل هستند، لیکن از نحوه سرویس دهی مراکز بهداشتی-درمانی و پزشکان راضی نیستند. تعداد زیادی از به‌روزان مورد مطالعه معتقد بودند که برداشت مردم از ایفای نقش آنان نادرست است و خود نیز در رابطه با کیفیت و کمیت هدایت خدمات در مسیر ارجاع چندان توجیه نبودند.^(۷)

محقق در جریان اجرای مسئولیت‌های آموزشی دریافت که نظام ارجاع در سطوح محیطی و میانی شبکه‌های بهداشت و درمان نسبتاً خوب است ولی در سطح سوم، یعنی مراقبت‌های بیمارستانی مناسب نیست. این تحقیق به منظور تعیین وضعیت و پذیرش بیماران از لحاظ رعایت نظام ارجاع در چند بیمارستان آموزشی انجام شد.

📌 مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۷۸ در پنج بیمارستان عمومی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران (هفتم تیر، فیروزآبادی، فیروزگر، حضرت رسول و امام سجاد) انجام شد.

۳۷۲ بیمار مراجعه کننده به بخش پذیرش این بیمارستان‌ها به صورت اتفاقی و متناسب با حجم پذیرش هر بیمارستان انتخاب شدند. بیماران بر حسب داشتن یا نداشتن برگ ارجاع توصیف و هر یک از این دو گروه بر حسب انجام و عدم انجام خدمت پزشک توصیف و تحلیل شدند.

با توجه به اسناد پزشکی بیمارستان‌های مورد مطالعه، نحوه مراجعه بیماران به بیمارستان در طول سال و روزهای ماه چندان فرقی نداشت، از این رو کلیه

جدول شماره ۱ :

فراوانی معاینه مراجعان برحسب داشتن یا نداشتن برگ ارجاع و نخستین معاینه کننده در بیمارستان

معاینه کننده	برگ ارجاع	داشت	نداشت	جمع
پزشک عمومی	۱۰۵	۱۴۴	۲۴۹	
پزشک متخصص	۲۲	۱۰۱	۱۲۳	
جمع	۱۲۷	۲۴۵	۳۷۲	

$$x^2 = 216 \quad (P < 0/00000)$$

از ۶۹ نفری که نخستین مراجعه‌شان برای بیماری به بیمارستان بود، ۵۰/۷ درصد توسط پزشک عمومی و ۴۹/۳ درصد توسط پزشک متخصص معاینه شده بودند که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نبود.

بین نوبت مراجعه بیمار به بیمارستان و معاینه کننده تفاوت آماری معنی دار وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ :

فراوانی مراجعان برحسب نوبت مراجعه و نخستین معاینه کننده در بیمارستان

نوبت مراجعه	اول	چندم	جمع
پزشک عمومی	۳۵	۲۱۴	۲۴۹
پزشک متخصص	۳۴	۸۹	۱۲۳
جمع	۶۹	۳۰۳	۳۷۲

$$x^2 = 9 \quad (P < 0/0005)$$

از ۳۰۳ نفر بیماری که پیش از مراجعه به بیمارستان حداقل یک پزشک آنان را معاینه کرده بود، در بیمارستان هم ۲۱۴ نفر (۷۰/۶ درصد) توسط پزشک عمومی و ۸۹ نفر (۲۹/۴ درصد) توسط پزشک متخصص معاینه شده بودند که این تفاوت از لحاظ

بیمارستان‌های مورد بررسی از نظر آماری به شدت معنی دار بود ($P < 0/00000$).

از ۳۷۲ بیمار مورد بررسی، ۳۰۳ نفر (۸۱/۵ درصد) دست کم به یک مرکز ارائه کننده خدمات بهداشتی-درمانی مراجعه کرده بودند. از بین این ۳۰۳ نفر، ۲۰۳ نفر (۶۷ درصد) به یکی از مراکز نظام شبکه مراجعه داشتند. تفاوت بین نسبت مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی شبکه و غیرشبکه از نظر آماری به شدت معنی دار بود ($P < 0/00000$). این تفاوت در بیمارستان‌های امام سجاد، فیروزگر و فیروزآبادی از نظر آماری معنی دار نبود ولی بیمارستان‌های حضرت رسول و هفتم تیر به شدت معنی دار بود ($P < 0/0005$) ($P < 0/00000$).

از ۲۰۳ نفری که پیش از مراجعه به بیمارستان به یک مرکز بهداشتی درمانی نظام شبکه مراجعه کرده بودند، ۱۹۰ نفر (۹۳/۶ درصد) توسط پزشک معاینه شده بودند. برای ۱۲۷ نفر (۶۶/۸ درصد) از بیمارانی که پیش از مراجعه به بیمارستان توسط پزشک معاینه شده بودند، برگ ارجاع (معرفی نامه یا یادداشت) صادر شده و برای بقیه (۶۳ نفر، ۳۳/۲ درصد) صادر نشده بود.

از ۳۷۲ بیمار مورد مطالعه، برای ۲۴۹ نفر (۶۶/۹ درصد) نخستین معاینه در بیمارستان توسط پزشک عمومی و بقیه توسط پزشک متخصص انجام شده بود که این تفاوت از لحاظ آماری به شدت معنی دار بود ($P < 0/00000$)، ($x^2 = 9$) در ضمن از ۱۲۷ نفر بیماری که با برگ ارجاع به بیمارستان مراجعه کرده بودند، ۱۰۵ نفر (۸۲/۲ درصد) توسط پزشک عمومی معاینه شده بودند (جدول شماره ۱).

توجه به محل جغرافیایی استقرار بیمارستان و وجود نسبت بزرگی از جمعیت شهری در تهران می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت نسبت مراجعان شهری و روستایی باشد. البته فرهنگ روستایی در مراجعه به بیمارستان، وضعیت اقتصادی دو جامعه، دور یا نزدیک بودن فاصله محل زندگی تا بیمارستان و رفتار بیماران از عواملی است که باید مورد مطالعه قرار گیرند.

تفاوت بین کسانی که اولین مراجعه‌شان به بیمارستان بود با کسانی که پیش از مراجعه به بیمارستان حداقل به یک مرکز ارائه خدمات مراجعه کرده بودند ۶۵ تا ۱۰۰ درصد بود. یافتن عوامل این تفاوت در مطالعه‌ای دیگر می‌تواند راه‌گشای اقدامات تقویت‌کننده نظام ارجاع باشد. در ضمن اکثر این مراجعه‌ها به یکی از مراکز ارائه خدمات شبکه بهداشت و درمان بوده است که نشان می‌دهد تقویت مراکز بهداشتی - درمانی شبکه می‌تواند در ارتقای نظام ارجاع مؤثر باشد. علی‌رغم این که ۹۳/۶ درصد (۱۹۰ نفر) از مراجعان مراکز بهداشتی - درمانی توسط پزشک مرکز معاینه شده بودند. ولی ۶/۴ درصد آنان معاینه نشده بودند. یافتن راه‌هایی برای بهبود ارائه خدمات در سطوح اول و دوم، نیز در تقویت نظام ارجاع مؤثر خواهد بود. ۶۶/۸ درصد معاینه شدگان با برگ ارجاع به بیمارستان مراجعه کرده بودند، این موضوع لزوم آموزش بیشتر پزشکان برای ارائه خدمات متناسب با نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی را تأکید می‌نماید.

نخستین معاینه $\frac{2}{3}$ مراجعان در بیمارستان و نخستین معاینه بیش از ۸۲ درصد از مراجعانی که دارای برگ ارجاع بودند نیز در بیمارستان توسط پزشک عمومی انجام شده بود، ولی کسانی که نخستین مراجعه‌شان برای این بیماری بیمارستان بود تقریباً به یک نسبت توسط پزشک عمومی و متخصص معاینه

آماري معنی‌دار بود ($P < 0/0000$). بیشترین معاینه توسط پزشک عمومی (۱۰۰ درصد) در بیمارستان امام سجاد و بیشترین معاینه توسط پزشک متخصص (۴۱/۷ درصد مراجعان) در بیمارستان فیروزآبادی بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. تفاوت بین تعداد معاینه شدگان توسط پزشک متخصص نیز در چهار بیمارستان (به جز بیمارستان امام سجاد) از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

برای ۱۹۹ نفر از مراجعان (۵۳/۵ درصد) خدمات بستری و برای ۱۷۳ نفر (۴۶/۵ درصد) خدمات سرپایی (و ترخیص) ارائه شده بود. بیشترین میزان بستری بیماران در بیمارستان‌های هفتم تیر و فیروزآبادی (به ترتیب با ۷۹/۷ درصد و ۷۸/۴ درصد مراجعان) و بیشترین میزان خدمات سرپایی در بیمارستان‌های فیروزگر و حضرت رسول (ص) (به ترتیب با ۶۸/۴ درصد و ۶۶/۲ درصد مراجعان) بود. اگرچه در مجموع تفاوت بین تعداد بستری شدگان و درمان سرپایی در هر یک از بیمارستان‌های مورد بررسی از نظر آماری معنی‌دار نبود، ولی بین چهار بیمارستان نام برده به شدت معنی‌دار بود ($P < 0/0000$). در بیمارستان امام سجاد تفاوت بین تعداد بستری شدگان و درمان سرپایی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری :

توزیع بیماران مورد مطالعه در بیمارستان‌های مورد بررسی برابر بود و انتظار می‌رفت سایر یافته‌های مطالعه نیز از توزیع مشابهی برخوردار باشند. به طور کلی تعداد مراجعان برای خدمات مربوط به بیماری‌های داخلی و جراحی تقریباً مساوی بود، ولی تفاوت نسبت مراجعان شهری و روستایی معنی‌دار بود.

درمان و آموزش پزشکی

۲- پارک و پارک. کلیات خدمات بهداشتی. ترجمه حسین شجاعی تهرانی، تهران، سماط، ۱۳۷۷، ۶۶-۷
 ۳- پیله رودی سیروس. با طرح شبکه و سیستم ارجاع در ایران. سمینار طب اجتماعی ایران، زاهدان، مهرماه ۱۳۶۹

۴- پیله رودی سیروس، شادپور کامل. فرهنگ اصطلاحات بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰. کارگاه آموزشی مدیریت و برنامه ریزی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مشهد، شهریور ۱۳۷۱

۵- شادپور کامل و دیگران. با بیمارستان‌ها و مراقبت‌های بهداشتی اولیه. کارگاه آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران ۱۳۷۱

۶- شجاعی تهرانی حسین، عبادی فردآذر فرید. اصول خدمات بهداشتی. چاپ اول، تهران، سماط، ۱۳۷۸، ۳-۵۰

۷- شغلی علیرضا. بررسی نگرش به‌روزان مرکز بهداشت شهرستان زنجان نسبت به سیستم ارجاع در سال ۱۳۷۴. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۵

۸- صادقی حسن آبادی علی. کلیات بهداشت عمومی چاپ ششم، شیراز، انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فارس، ۱۳۷۳، ۴۶-۱۲۷

۹- ظافر سیدآقا. مدیریت و برنامه‌ریزی مراقبت‌های اولیه بهداشتی. کارگاه آموزشی مدیریت و برنامه ریزی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مشهد، شهریور ۱۳۷۱

۱۰- نیک پور بهمن، آصف زاده سعید، مجلسی فرشته. مدیریت و برنامه ریزی بهداشت و درمان. جلد اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۶۸، ۷۳-۵

شده بودند. تفاوت نسبت معاینه توسط پزشک عمومی و متخصص برای مراجعان با برگ ارجاع و بدون برگ ارجاع و تفاوت بین نسبت اولین مراجعه کنندگان با معاینه شدگان قبلی، لزوم آموزش پذیرش بیمارستانی را در برخورد با نوع مراجعان تأکید می‌کند.

نزدیک به ۵۳/۵ درصد مراجعان از خدمات بستری و ۴۶/۵ درصد از خدمات سرپایی بیمارستانی برخوردار شده بودند. عدم وجود تفاوت آماری بین نسبت بستری کردن و خدمات سرپایی در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه ممکن است به دلیل محل جغرافیایی بیمارستان‌ها و نوع مراجعان آنها (بر حسب شهری یا روستایی یا دارای برگ ارجاع یا بدون برگ ارجاع) باشد.

در نهایت آن که برای هیچ یک از مراجعان بیمارستانی، برای مراکز ارجاع کننده یا واحد خدمات رسانی محل زندگی وی بازخوراند داده نشده بود.

نظام ارجاع بیمار در سطح بیمارستان‌های مورد بررسی هنوز بسیار دور از حالت آرمانی است. پذیرش بدون برگ ارجاع رایج است و تقریباً بین مراجعان با برگ ارجاع و بدون برگ ارجاع و معاینه شدگان یا معاینه نشدگان قبلی تفاوتی وجود ندارد و هیچ نوع بازخواندی به دارندگان برگ ارجاع (یا بدون برگ ارجاع) داده نمی‌شود. جست و جوی راه‌هایی برای تقویت نظام ارجاع و استفاده بهینه از خدمات بیمارستانی از طریق مطالعات بیشتر ضروری است.

مراجع:

۱- اسپندار ایوب. اهمیت ارجاع در خدمات بهداشتی اولیه. کارگاه آموزشی خدمات بهداشتی اولیه، صومعه سرا، تهران، ۲۱ - ۱۶ آذر ۱۳۶۴، وزارت بهداشت،