

## *Translation, Adaptation and Validation of Referral Systems Assessment and Monitoring Toolkit for the Family Physicians Program in Iran*

Samad Rouhani<sup>1</sup>,  
Ghader Momeni Rahkola<sup>2</sup>,  
Seiyed Davood Nasrollapour-Shirvani<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor, Department of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup>MSc Student in Health Services Management, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup>Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received March 9, 2019 ; Accepted October 21, 2019)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Studies on the function of referral system in Iran had not covered all aspects and structures of the referral system. This could be due to lack of an appropriate tool that could investigate referral system in Iran. The current study was done to translate and investigate the validation of Referral Systems Assessment and Monitoring (RSAM) Toolkit based on family physician in Iran.

**Materials and methods:** The English version of RSAM was translated into Farsi. Content validity was assessed by calculating content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI). For this purpose we used 20 informed individuals familiar with family physician program and referral system. Then, the tool was used in 52 family physician units in Mazandaran province and its reliability was investigated. Data were analyzed in SPSS V24 and LISREL 8.8.

**Results:** The coefficients of CVR and CVI were 70% and 90%, respectively, which were higher than the acceptable values. The Chrocbach's alpha coefficient for reliability of multiple choice items was 0.89 (good) and the Kudar-Ricahrson coefficient for two-choice items was 0.83. (acceptable).

**Conclusion:** The RSAM tool for Family Physician Program in Iran has the necessary scientific features and could be efficient in investigating this form of referral system.

**Keywords:** referra system, family physician, evaluation, adapting, validity, reliability

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (179): 145-152 (Persian).

\* Corresponding Author: Ghader Momeni Rahkola - Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: ghader.1358@yahoo.com)

# ترجمه، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران

صمد روحانی<sup>۱</sup>

قادر مومنی راهکلاء<sup>۲</sup>

سید داود نصرالله پور شیروانی<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** تاکنون بررسی‌های انجام شده در زمینه عملکرد سیستم ارجاع در ایران، همه ابعاد و ساختار نظام ارجاع را پوشش نداده است. فقدان یک ابزار متناسب و بومی برای ارزیابی از دلایل این امر به نظر می‌رسد. در این مقاله گزارش ترجمه و بومی سازی ابزار بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده برای اولین بار در ایران ارائه شده است.

**مواد و روش‌ها:** نسخه انگلیسی ابزار (RSAM (Referral Systems Assessment and Monitoring) به فارسی روان برگردانده شد. روایی محتوایی با محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) بررسی شد. داده‌های مورد استفاده حاصل نظرات ۲۰ فرد مطلع در زمینه سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده می‌باشد. سپس این ابزار در ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده شهری و روستایی در سطح استان مازندران به کار گرفته و پایایی آن بررسی شد. نرم‌افزارهای آماری مورد استفاده SPSS 24 و LISREL 8.8 بودند.

**یافته‌ها:** CVI و CVR به ترتیب ۷۰ و ۹۰ درصد به دست آمد که بالاتر از مقدار قابل قبول می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی آیتیم‌های چند گزینه‌ای و ضریب کودر ریچاردسون برای دو گزینه‌ای به ترتیب اعداد ۰/۸۹ (خوب) و ۰/۸۳ (قابل قبول) را نشان دادند.

**استنتاج:** ابزار "ارزیابی سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده" برای مطالعه و ارزیابی فرایند ارجاع در این بخش از واحدهای ارائه خدمت دارای ویژگی‌های علمی لازم و روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد و می‌توان آن را به کار گرفت.

**واژه‌های کلیدی:** نظام ارجاع، پزشکی خانواده، پایش و ارزشیابی، بومی سازی ابزار، پایایی، روایی

## مقدمه

آن بوده‌اند (۱-۳). امروزه نیز برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی مردم و تحقق اهداف نظام سلامت، توسعه و بکارگیری استراتژی پزشک خانواده، همواره توسط سازمان جهانی پزشک خانواده (WONCA) به همه کشورهای جهان توصیه می‌شود (۴). پزشک خانواده

در تاریخچه نظام مراقبت سلامت در دنیا، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر پزشک خانواده قدمت حدود ۱۰۰ ساله دارد. کشورهای پیشگام در این زمینه شامل آمریکا، کانادا، استرالیا، اتحادیه اروپا، هند و... می‌باشند که از دهه ۱۹۶۰ به بعد در صدد بکارگیری

E-mail: ghader.1358@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** قادر مومنی راهکلاء - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، کمیته تحقیقات دانشجویی

۱. دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۸/۱/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۷/۲۹

با نظام ارجاع، پیوند مستقیم دارد و یکی از ضروریات اجرای موثر آن برشمرده می‌شود (۵، ۶). نظام ارجاع هماهنگی لازم بین ارائه‌کنندگان خدمات در سطوح مختلف را برقرار می‌نماید. پزشک خانواده مبتنی بر نظام ارجاع ضمن تامین دسترسی سریع جامعه به خدمات عمومی پزشکی، می‌تواند دسترسی به خدمات تخصصی را نیز به طور عادلانه بین نیازمندان توزیع نماید؛ در نتیجه خدمات جامع بهداشتی و درمانی هم از پوشش متناسب برخوردار شده و هم به لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه می‌گردد (۷، ۸).

امروزه کشورهای پیش‌تری از جمله کشورهای منطقه خاورمیانه در صدد اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از طریق به‌کارگیری و گسترش پزشک خانواده می‌باشند؛ اما در اغلب این کشورها عملکرد نظام ارجاع و به‌کارگیری درست آن دچار مشکل و فاقد کارآمدی مناسب می‌باشد. بنابراین برای موفقیت طرح پزشک خانواده انتظار می‌رود تلاش‌های کافی برای ایجاد یک نظام ارجاع با ساختار متناسب و کارآمد انجام شود (۹-۱۱). در طراحی، استقرار و گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور ایران که مبتنی بر سطح بندی خدمات می‌باشد، نظام ارجاع به‌عنوان یک عامل کلیدی برای هدایت بیماران در بین سطوح مختلف واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پیش‌بینی شده است (۱۲). اگرچه از منظر متخصصین و صاحب نظران داخلی و خارجی گسترش این شبکه‌ها دستاوردهای بسیار خوبی را به همراه داشته، ولی بارها به عدم توفیق در بکارگیری یک نظام ارجاع کارآمد به‌عنوان مهم‌ترین مشکل این سیستم اشاره شده است. در این راستا رفع موانع و به‌کارگیری یک سیستم ارجاع موثر، همیشه به‌عنوان یک مسئله اساسی و اولویت دار در کانون توجه طرح‌های اصلاح نظام سلامت کشور بوده است (۱۳-۱۵). از سویی دیگر یکی از اهداف ملی طرح پزشک خانواده که از سال ۱۳۸۴ در سطح کشور اجرا می‌شود، سطح‌بندی ارائه خدمات

بهداشتی و درمانی با به‌کارگیری نظام ارجاع بوده است که انتظار می‌رفت پس از اجرای آن، بار مراجعات به سطح دو ارائه خدمت کاهش یابد و فواید سطح بندی خدمات حاصل شود (۱۶)، اما بررسی‌های سال‌های اخیر نشان می‌دهد که علی‌رغم تلاش‌های بسیار و هزینه‌های هنگفت، سیستم ارجاع هنوز کارایی لازم را نداشته و باید اقداماتی برای اجرای درست آن صورت گیرد (۷). یکی از مشکلات مشاهده شده در اغلب این بررسی‌ها انجام مطالعات مشابه و تکراری و عدم ارزیابی همه ابعاد مربوط به ساختار نظام ارجاع بوده در نتیجه راهکارهای لازم عملاً جامعیت نداشته و مورد توجه تصمیم‌گیرندگان نیز واقع نشده است (۱۱). فقدان ابزار متناسب و بومی برای ارزیابی نظام ارجاع از دلایل این امر به نظر می‌رسد. ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع یا (Referral Systems Assessment and Monitoring) RSAM که توسط گروه Measure Evaluation در دانشگاه کارولینای شمالی و با حمایت آژانس توسعه بین‌المللی آمریکا USAID در سال ۲۰۱۳ توسط گروهی از متخصصین در سطح بین‌المللی طراحی و تهیه شد، تقریباً جامع‌ترین ابزار در این زمینه می‌باشد. این ابزار در ابتدا برای ارزیابی و پایش مراقبت‌های مربوط به نظام ارجاع بیماران مبتلا به ایدز معرفی شد، اما قابلیت متناسب‌سازی برای سایر بخش‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را دارد و برای به‌کارگیری در دامنه گسترده‌ای از خدمات مبتنی بر نظام ارجاع در سطح بین‌المللی توصیه شده است (۱۷). این ابزار در کشورهای در حال توسعه از جمله کنیا و تایلند نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸). فقدان چنین ابزار جامع و متناسبی برای ارزیابی سیستم ارجاع در داخل کشور به چشم می‌خورد. با انجام این مطالعه و معرفی این ابزار به مجریان و متولیان راه‌اندازی و به‌کارگیری نظام ارجاع، مدیران و ناظران در سیستم ارائه خدمات بهداشتی، سازمان‌های بیمه سلامت و پژوهشگران، انتظار می‌رود که خلاء فقدان این ابزار برطرف شود.

## مواد و روش ها

در نسخه انگلیسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم های ارجاع پنج محور بنیادی و مرتبط با سیستم ارجاع شامل: (۱) مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت، (۲) ویژگی های شبکه ارجاع، (۳) پایش سیستم ارجاع، (۴) فرآیند سیستم ارجاع و (۵) توصیه های پاسخ دهندگان در قالب ۷۶ آیتم بررسی می شود. برای بومی سازی و ارائه نسخه فارسی، ابتدا نسخه انگلیسی این پرسشنامه با روش Forward-Backward در دو مرحله توسط سه متخصص متون زبان تخصصی به فارسی روان برگردانده شد. سپس با نشست مشترک بین مترجمین و مجریان طرح، در نهایت روی نسخه واحدی اتفاق نظر حاصل شد. برای تایید روایی صوری و همچنین سنجش کیفی روایی محتوا به یک پنل تخصصی سیزده نفره متشکل از ۵ عضو هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور که صاحب تالیفات مرتبط با موضوع و همچنین ۸ نفر از کارشناسان خبره شاغل در حوزه معاونت بهداشتی استان ها از اقصی نقاط کشور رجوع شد. این کارشناسان به لحاظ تجربه و اشتغال، آشنایی کافی با پزشک خانواده و نظام ارجاع و فرایند ارزیابی این نظام داشته و با مسائل و همچنین نقاط قوت و ضعف آن آشنا بودند. از این افراد خواسته شد تا: ۱. آیتم ها با پاسخ های مناسب را تایید و مشخص نمایند، ۲. آیتم های مناسب ولی پاسخ های نامتناسب را مشخص و در صورت امکان پیشنهاد اصلاحی متناسب ارائه نمایند، ۳. آیتم های غیر مرتبط با نظام بهداشتی و سیستم ارجاع در ایران را مشخص نمایند، ۴. آیتم ها و مواردی که باید به این ابزار اضافه شود را پیشنهاد دهند تا آن را تبدیل به یک ابزار مناسب تر برای ارزیابی ساختار و ارکان سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران نمایند. اعضای تیم تحقیقاتی پس از دریافت نظرات و پیشنهادهای ارائه شده، نسخه نهایی را تدوین و برای پایلوت به منظور سنجش کمی روایی محتوا آماده نمودند. در مرحله بعدی نسخه فارسی پرسشنامه به ۲۰ فرد مطلع در زمینه

سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده شامل پزشکان خانواده شهری (۸ نفر)، پزشکان خانواده روستایی (۷ نفر)، کارشناسان مجرب شاغل در ستاد مراکز بهداشت (۳ نفر) و سازمان های بیمه (۲ نفر) جهت ارزیابی ارائه شد. تنوع در ترکیب افراد انتخاب شده در راستای دریافت نظرات از زوایای متفاوت، متنوع و در عین حال مرتبط، بوده است.

روایی محتوایی با محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوایی (CVI: Content Validity Index) سنجیده شد. محاسبه میانگین ضرایب CVR و CVI بر مبنای نظرات افراد پاسخ دهنده است که وجود هر آیتم در ابزار نهایی را به ترتیب "ضروری"، "کاملاً مرتبط" یا "مرتبط اما نیاز به بازبینی" تشخیص می دهند. با توجه به این که تعداد افرادی که از آن ها نظر خواهی شد ۲۰ نفر بود (با ملاحظه به افراد در دسترس و دامنه قابل قبول تعداد نمونه)، مقادیر حداقل میانگین هر آیتم و در نهایت میانگین کل در مورد ضریب CVR و شاخص CVI به ترتیب باید بالای ۰/۴۲ و ۰/۷۹ باشد تا روایی محتوایی تایید شود (۲۰، ۱۹). سپس این ابزار در ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده شهری و روستایی در سطح استان مازندران به کار گرفته شد و پایایی آن با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون به ترتیب از طریق نسخه های نرم افزارهای SPSS 24 و LISREL 8.8 بررسی شد.

## یافته ها

### روایی کیفی ابزار

اعمال نظرات و پیشنهادات اعضای پنل تخصصی منتهی به تغییر ابزار از شکل اولیه (۵ بعد در قالب ۷۶ سوال) به شکل نهایی آن (همان ۵ بعد در قالب ۷۵ سوال) به شرح: ۱. مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت (۱۵ آیتم)، ۲. ویژگی های شبکه ارجاع ب (۱۰ آیتم)، ۳. پایش سیستم ارجاع (۲۲ آیتم)، ۴. فرآیند سیستم ارجاع (۲۶ آیتم) و ۵. توصیه های پاسخ دهندگان (۲ آیتم) شد.

روایی کمی ابزار

نتایج تحلیل آماری برای ارزیابی کمی ابزار شامل ضرایب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مقادیر شاخص‌های CVI و CVR کلی و به تفکیک برای سنجش روایی نسخه فارسی ابزار «بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران»

ابعاد ابزار/ شاخص‌ها	تعداد سوالات	میانگین ضریب CVI	میانگین ضریب CVR
مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت	۱۵	۰/۶۰	۰/۹۵
ویژگی‌های شبکه ارجاع	۱۰	۰/۶۹	۰/۹۲
پایبند سیستم ارجاع	۱۳	۰/۶۷	۰/۹۱
پدیرش ارجاع از سایر ارائه‌کنندگان خدمات	۹	۰/۸۱	۰/۸۴
پروتکل و دستورالعمل ارجاع	۶	۰/۵۵	۰/۸۳
کیفیت داده‌ها و استفاده از آن	۱۲	۰/۶۶	۰/۸۸
حفظ محرمانگی و رضایت مشتری	۸	۰/۷۸	۰/۹۴
توصیه‌های پاسخ‌دهندگان	۲	۰/۸۵	۰/۹۲
کل سوالات	۷۵	۰/۷۰	۰/۹۰

همان گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، ابزار مورد مطالعه از نظر هر دو شاخص به کار گرفته شده برای ارزیابی روایی کمی دارای میانگین ضریب بالایی است که حاکی از تایید روایی آن برای بکارگیری در سطح پزشک خانواده در کشور می‌باشد.

پایایی ابزار

داده‌های مربوط به بررسی پایایی، حاصل به کارگیری این ابزار به صورت پایلوت در سطح ۵۲ واحد از انواع مختلف مجری پزشک خانواده در سطح استان مازندران می‌باشند. جدول شماره ۲ ویژگی‌های توصیفی این واحدها را نشان می‌دهد.

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود واحدهای متنوعی از لحاظ نوع، ویژگی‌های متفاوت پزشک خانواده و شیوه فعالیت، مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی پایایی برای آیت‌های چند گزینه‌ای، ضریب آلفای کرونباخ با عدد ۰/۸۹ (خوب) و برای آیت‌های دو گزینه‌ای، ضریب کودر ریچاردسون با عدد ۰/۸۹ (قابل قبول) را نشان داد که تایید کننده تناسب این ابزار با نظام پزشک خانواده ایران می‌باشد.

جدول شماره ۲: ویژگی‌های ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده که برای اولین بار نسخه فارسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع را اجرا نمودند

متغیر/ تعداد	تعداد (درصد)	حداقل	حداکثر	میانگین
عنوان واحد	مطب پزشک خانواده	-	-	۲۳ (۴۴/۲)
	پایگاه پزشک خانواده شهری	-	-	۱۴ (۲۶/۸)
	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی	-	-	۱۵ (۲۸/۸)
جنسیت پزشک	مرد	-	-	۱۷ (۵۱/۹)
	زن	-	-	۲۵ (۴۸/۱)
بازه زمانی فعالیت واحد	تک شیفت صبح	-	-	۱۴ (۲۶/۹)
	تک شیفت عصر	-	-	۱ (۱/۹)
	شیفت صبح و عصر	-	-	۲۴ (۴۶/۲)
	شبانه روزی	-	-	۵ (۹/۶)
	دارای یتونه	-	-	۸ (۱۵/۴)
نوع رابطه استخدامی	رسمی	-	-	۱۵ (۲۸/۸)
	پیمانی	-	-	۳ (۵/۸)
	طرحی	-	-	۵ (۹/۶)
	قراردادی	-	-	۲۸ (۵۳/۸)
	سایر	-	-	۱ (۱/۹)
سن پزشک (سال)	-	۱۷	۷۵	۴۶/۶۲
سابقه خدمت پزشک (سال)	-	۱	۴۳	۱۶/۳۳
سابقه خدمت بعنوان پزشک خانواده (سال)	-	۱	۱۳	۵/۷۴

بحث

با توجه به اهمیت نظام ارجاع در سطح بندی و سازماندهی سیستم خدمات بهداشتی و درمانی، به کارگیری ابزارهای متناسب برای ارزیابی و مطالعه دقیق آن یک ضرورت انکار ناپذیر می‌باشد. در این مطالعه برای اولین بار یک ابزار متناسب برای ارزیابی نظام ارجاع در ایران با نسخه فارسی ارائه شده است. بومی سازی این ابزار در سطح پزشکان خانواده انجام شده که حلقه اولیه و کلیدی در فرایند ارجاع بیماران در نظام سلامت کشور هستند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نسخه فارسی این ابزار از جنبه‌های روایی کیفی و پایایی دارای ویژگی‌های لازم برای استفاده در برنامه پزشک خانواده جهت مطالعه ساختار نظام ارجاع و شناسایی کمبودها و کاستی‌های احتمالی و راهنمایی برای اقدامات رفع کننده این نواقص می‌باشد.

در فرآیند بومی سازی این ابزار ساختار اولیه و ابعاد آن عمدتاً حفظ شده به گونه‌ای که نسخه فارسی همانند نسخه اصلی، دارای ۵ بعد اصلی و ۵ بعد فرعی مربوطه (جدول شماره ۱) می‌باشد. این ابعاد در برگزیده عناصر مرتبط با ارجاع اعم از ویژگی‌های واحد ارائه خدمت یا

ارجاعی مبتلا به ایدز طراحی و ساخته شده بود و ما آن را برای برنامه پزشکی خانواده در نظر گرفتیم و وجود داشت. این چالش با دقت در انتخاب افراد و متخصصینی که دارای تجربه کافی و دانش مرتبط بودند برطرف شد. با توجه به دسترسی به نسخه فارسی یک ابزار نسبتاً به روز و جامع و معتبر برای بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در ایران، موارد زیر پیشنهاد می شود:

- بکارگیری از این ابزار در پژوهش های آینده
- انجام مطالعات مشابه در سایر بخش های نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور
- تدوین مطالب آموزشی و به ویژه آموزش ضمن خدمت در زمینه ارجاع بر مبنای ابعاد مهم و جامع پوشش داده شده در این ابزار
- استفاده روتین مدیران اجرایی و کارشناسان ناظر مرتبط با نظام ارجاع از این ابزار در راستای بررسی وضعیت موجود ارجاع و کاستی های آن
- انجام مداخلات برای بهبود سیستم ارجاع بر مبنای یافته های حاصل از بکارگیری این ابزار

ابزار فارسی "ارزیابی سیستم ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده" ابزاری با ویژگی های علمی لازم است و امکان استفاده از آن بویژه برای مطالعه سیستم ارجاع در این بخش از واحدهای ارائه خدمت می باشد، تا اطلاعات جامعی از فرآیند ارجاع و عملکرد آن برای ذینفعان فراهم شود.

#### شیوه دسترسی و استفاده از ابزار

نسخه فارسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده می تواند از طریق مکاتبه با نویسنده مسؤل این مقاله (ghader.1358@yahoo.com) قابل دسترس باشد. هر نوع استفاده (چه بطور کامل و چه بصورت استفاده بخش یا بخش هایی از آن) از این ابزار منوط به ارجاع به مقاله حاضر است.

آغاز کننده ارجاع، پرسنل مربوطه، نظارت کنندگان و حامیان فرایند و نظام ارجاع، مدیران سطوح مختلف نظام بهداشتی و بیمه ها می باشند، بنابراین اطلاعات حاصل از بکارگیری این ابزار می تواند منتهی به شناخت جامع و ارائه تصویری کامل از وضعیت موجود نظام ارجاع و عملکرد آن شود. مشابه با مطالعه حاضر، در کشور سنگال برای فهم بهتر و ارزیابی سیستم ارجاع موجود در دو منطقه جغرافیایی از ابزار RSAM اقتباس و ابزار بومی شده مربوطه به صورت دیجیتالی ارائه شد. به کارگیری این ابزار برای تشخیص ضعف های برنامه های ارائه خدمات از جمله رفتارهای نامتناسب برخی از کارکنان (تشدید کننده معضلات ارجاع) مفید بود. با استفاده از این یافته ها و با همکاری تیم های ارائه خدمات بهداشتی برنامه های عملیاتی دقیقی تدوین و اجرا شد. پیامد حاصل بهبود ۹۲ درصدی سیستم ارجاع در واحدهای بازدید شده بود. بعد از اطلاع رسانی این نتایج مطلوب، سایر مناطق سنگال نیز علاقمند به پیروی از این تجربه شدند (۲۱). در کشور کنیا نیز متناسب بودن نسخه بومی این ابزار برای ارزیابی ساختار و کارآمدی سیستم ارجاع تایید شد. نتایج به کارگیری ابزار نشان داد که سیستم ارجاع مطلوب نبوده و نیاز به تقویت فوری دارد. پژوهشگران مربوطه بیان داشتند که بهبود سیستم ارجاع فقط از طریق اقدامات جامع در برگیرنده همه عناصر مرتبط با ارجاع امکان پذیر است و پیشنهاد استفاده از ابزار در سطح ملی را ارائه نمودند (۲۲، ۱۸). در کشور تانزانیا نیز با بهره گیری از RSAM نقاط قوت و ضعف بخش هایی از سیستم ارائه خدمات که مرتبط با فرآیند ارجاع بودند شناسایی و سپس توصیه هایی برای بهبود فرآیند ارجاع ارائه شد (۲۳).

مهم ترین محدودیت این مطالعه مربوط به واژه یابی و جایگزینی عبارات و واژه های فنی مصطلح بود. این مسئله در برگرداندن واژه های انگلیسی به اصطلاحات رایج در محیط ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور ایران و نیز در اقتباس از ابزار اولیه که بر مبنای بیماران

## سپاسگزاری

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با شماره IR.MAZUMS.REC1397.1494 از کمیته اخلاق می باشد و تحت حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری

دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گرفت. بدین وسیله از این معاونت محترم و همچنین اعضای پنل تخصصی و کلیه افرادی که در مراحل مختلف انجام این کار همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

## References

1. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 21<sup>st</sup> ed. Jabalpur Banarsidas Bhanot Publishers; 2011. Available at: <http://www.goodreads.com/book/show/16247589-park-s-textbook-of-preventive-and-social-medicine>. Accessed May 2018.
2. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafiyan Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Shabestani Mounfared A, Mohoudi S, et al. Satisfaction of Health about the function of family physician program in Northern Provinces of Iran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(3): 180-187 (Persian).
3. Chege PM, Penner J, Godoy-Ruiz P, Kapoor V, Rodas J, Rouleau K. Evolution of Family Medicine in Kenya (1990s to date): a case study. *S Afr Fam Pract* 2017; 59(1): 1-8.
4. Karimi M, Karimi S. Rural Health Insurance of Iran. *Social Security Quarterly* 2004; 3(18): 233-268 (Persian).
5. Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, EbadiFardAzar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. *J Mil Med* 2012;14(2): 129-135 (Persian).
6. Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR. Gatekeeping in health care. *J Health Econ* 2007; 26(1): 149-170.
7. Rouhani S, Alipoor Landy S. The Economic Standpoint of Referral System at Using Tertiary Hospital Services in Iran. *Iran J Health Sci* 2017; 5(1): 38-48 (Persian).
8. Ebadi fard Azar F, Shojaee Tehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat press; 2006. (Persian).
9. Rouhani S, Bagheri M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(132): 1-13 (Persian).
10. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. 2014. [cited 2016 Aug 25] Available from: [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2014\\_EN\\_1783.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1783.pdf?ua=1). Accessed Maaay 2018.
11. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders` Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018; 28(161): 75-87 (Persian).
12. Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A, Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran's Health System, *Scientific Journal of Social Welfare* 2016; 16(62): 59-102 (Persian).
13. Instruction for Family Physician and Referral System Program in Urban Areas. Version 02 Ministry of Health and Medical Education & Ministry of Cooperatives, Labor and Social

- Welfare. 2011 (Persian). Available from: <http://zums.ac.ir/files/emdadi/pages/archive/pk02.pdf>. Accessed May 2, 2018.
14. Family and Rural Insurance Practitioner Program Order in Version 19-Ministry of Health and Medical Education, Deputy Health, Iranian Health Insurance Organization-Referrals of Urgent and Rural Family Practitioners, 2017.
  15. The Law of the Five-Six Program of Economic, Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran (1396-1400). (Third Edition). 2010 (Persian). Available from: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fa/ir/ir038fa.pdf>. Accessed May 2, 2018.
  16. Chman R, Amiri M, Raei DM. The National Family Physician and the Quality of Referral System. *Quart J Monitor* 2012; 785-790.
  17. Referral Systems Assessment and Monitoring Toolkit. MEASURE Evaluation, 2013. Available from: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-13-60>. Accessed May 2, 2018.
  18. Ellis A, McKeown S. Building Capacity in Information Management for HIV and AIDS Programs-A Compendium of Tools. MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill, 2017. Available from: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-164>. Accessed May 2, 2018.
  19. Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analysis by looking at the method of research in Biosciences & Health Sciences (With SPSS guide). Tehran : Gahad Daneshgahi; 2011. (Persian).
  20. Rouhani S, Safizadeh K, Mousavinasab SN, Mousavinasab N. Translation and Survey of Validity and Reliability of Performance of Routine Information Systems Management Tools in Iran. *Health Info Manage* 2018; 15(4): 168-174 (Persian).
  21. IntraHealth. Senegal Integrated Service Delivery and Healthy Behaviours Project (ISD-HB. Stronger Referral Systems Are Saving Lives in Senegal; 2017. <https://www.intrahealth.org/vital/stronger-referral-systems-are-saving-lives-senegal>. Accessed May 2, 2018.
  22. State of the Health Referral System in Kenya: Results from a Baseline Study on the Functionality of the Health Referral System in Eight Counties. 2013, MEASURE Evaluation. USAID. Available from: <https://www.measureevaluation.org/pima/baseline-assessments/the-state-of-the-health-referral-system-in-kenya-results-from-a-baseline-study>. Accessed May 2, 2018.
  23. Torre C, Mushi C, Ntiro M, Schmale A, Matiko C, Odek W. Assessment of Tanzania's District-Level HIV Referral Systems Linking Communities and Facilities. 2018; MEASURE Evaluation. USAID. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-284>. Accessed May 2, 2018.