

بررسی نگرش بهورزان و پزشکان شاغل در سطح اول ارائه خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بویراحمد نسبت به سیستم ارجاع، سال ۱۳۷۹

رحیم استوار*

جانمحمد ملک‌زاده**

اسفندیار افشون***

ناصرفرهادی****

چکیده

این مطالعه به منظور آگاهی از نگرش بهورزان و پزشکان شاغل در سطح اول ارائه خدمات بهداشتی درمانی (مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت) در شهرستان بویراحمد نسبت به سیستم ارجاع و تشخیص موانع و مشکلات اجرایی سیستم ارجاع به اجرا درآمد. نمونه مورد مطالعه کلیه پزشکان و بهورزان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت بودند (در کل تعداد ۲۰ نفر پزشک و ۱۶۰ نفر بهورز). جمعیت مورد مطالعه از طریق پرسشنامه کتبی و با همکاری کارکنان و مسئولین فنی مراکز بهداشتی درمانی و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان یاسوج مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌های طرح به صورت جداول توزیع فراوانی هم برای پزشکان و هم برای بهورزان به صورت مجزا تنظیم گردید. آگاهی پزشکان نسبت به سیستم ارجاع و لزوم اجرای این سیستم و همچنین آموزش آنان در بدو ورود به سیستم بهداشتی درمانی و دوره‌های باز آموزی متأسفانه رضایت بخش نیست، اما آگاهی بهورزان نسبت به سیستم ارجاع نسبتاً خوب است. بیشتر مشکلات عدم اجرا سیستم ارجاع از نظر بهورزان عدم توجه و پیگیری مراکز بهداشتی درمانی

مربوطه (کارشناسان) و عدم توجه بیمارستان به بیماران ارجاعی، نبود دارو و در دسترس نبودن فرمهای مربوطه... عنوان شده است.

واژه‌های کلیدی: سیستم ارجاع، بهورز، خدمات بهداشتی

مقدمه

در نشست تاریخی سال ۱۹۷۸ سازمان جهانی بهداشت در آلماتا، هدف مقدس بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی به عنوان مقصد و هدف نهایی کشورهای دنیا، انتخاب و راه رسیدن به این هدف متعالی مراقبت‌های بهداشتی اولیه عنوان گردید.

* مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

آموزشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی

** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

آموزشکده بهداشت، گروه تغذیه

*** کارشناس امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، واحد

کارشناسان پژوهشی

**** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

آموزشکده پیراپزشکی، گروه اتاق عمل

این مراقبت ها باعث می شوند تا کلیه جوامع انسانی به سطح قابل قبولی از سلامتی جسمی-روحي و اجتماعي نائل شوند و حافظ بهداشت و تندرستی خود و جامعه باشند (۱). منشور مراقبت های اولیه بهداشتی جهت اجرای صحیح و مطلوب، دارای اصول اجزاء و سطوح مشخص می باشد. در این منشور خدمات بهداشتی درمانی با توجه به الگوی بهداشت و بیماریها به سه سطح تقسیم شده اند (۲). سطح اول خدمات از فرد و جامعه شروع شده و به اولین سطح تماس مردم با نظام بهداشتی ختم می شود. برابر بررسیها بیش از ۸۰٪ مشکلات بهداشتی درمانی مردم مربوط به سطح اول نظام بهداشتی است که با اجرای مطلوب خدمات بهداشتی اولیه و اجزاء آن مشکلات این حجم جمعیت برطرف خواهد شد (۳). در سطح دوم که به خدمات بستری بیماران و مسائل تشخیصی دقیق تر مربوط می شود، مرکز بهداشت و بیمارستان شهرستان قرار دارد و در سطح سوم خدمات تخصصی تر و امور پشتیبانی و برنامه ریزی قرار می گیرد.

ارائه خدمات بهداشتی درمانی مطلوب و موفق وقتی امکان پذیر است که ۳ سطح ذکر شده فوق، دارای ارتباط مستمر و منسجم و هماهنگ باشند. نظام ارجاع، راه علمی و صحیح ارتباط بین سطوح نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی است. کیفیت و کمیت صحیح اجرای خدمات بهداشتی درمانی در گرو اجرای صحیح نظام ارجاع است. در این نظام متقاضی خدمات بهداشتی درمانی به اولین سطح ارائه خدمات مراجعه و چنانچه در آن سطح نیاز بهداشتی وی مرتفع نشود، با تکمیل فرم ارجاع به سطح بعدی فرستاده شده و بعد از ارائه خدمات لازم باز همین مسیر را طی می نماید. اجرای سیستم ارجاع مزایای فراوانی دارد و تنها راه ارائه خدمات کامل بهداشتی درمانی با توجه به وضعیت

کشورهای جهان سوم نظام ارجاع است. از مزایای اجرای نظام ارجاع به موارد زیر می توان اشاره کرد: ۱- اجرای نظام ارجاع در وقت و هزینه ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی به شدت صرفه جویی می کند و باعث ارائه خدمات به نیازمندان واقعی و محروم می گردد.

۲- خدمات در نزدیکترین محل زندگی مردم (شهری و روستایی) ارائه می شود و نیازمندان به خدمات پیچیده و کاملتر به سطح بالاتر ارجاع می شوند.

۳- از ازدحام بی رویه و بیهوده مراجعین به واحدهای درمانی جلوگیری شده و نهایتاً در هزینه و وقت دولت - مردم و ارائه کنندگان صرفه جویی گردیده و خدمت به نیازمند واقعی بهداشتی ارائه می شود.

۴- از تمام توانائیهها و وقت نیروی انسانی استفاده بهینه شده و ادغام خدمات مشابه به خوبی صورت می گیرد (۴).

این امر نیز به کاهش هزینه خدمات و استفاده صحیح از نیروی انسانی کمک شایانی می نماید.

با توجه به اینکه راه اندازی شبکه های بهداشتی درمانی کشور بعد از یک وقفه نسبتاً طولانی (۷ساله) بعد از کنفرانس آما آتا از سال ۱۳۶۴ شروع گردیده و نظام ارجاع به صورت بسیار ناقص در آن اجرا می شود و اخیراً در بسیاری از شبکه های بهداشتی درمانی کشور وضعیت اجرایی مشخصی ندارد. از طرفی چون اجرای هر برنامه در هر سیستمی توسط نیروی انسانی شاغل در آن سازمان انجام می گیرد و اجرای صحیح و باکیفیت و مستمر برنامه ها بخصوص برنامه های بهداشتی اولاً به میزان آگاهی مجریان برنامه و ثانیاً به نوع نگرش آنان بستگی تام و کامل دارد، این تحقیق به آگاهی و نگرش دو گروه عمده و اساسی و اجزاء مراقبت های اولیه بهداشتی

کشورمان یعنی پزشکان و بهورزان پرداخته است و امید است گامی کوچک در جهت شناخت موانع و مشکلات نظام ارجاع برداشته باشد.

مواد و روشها

نمونه‌های مورد تحقیق شامل کلیه بهورزان و پزشکان شاغل در سطح اول نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بویراحمد (مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت) بودند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه کتبی و مشتمل بر ۴۰ سؤال (برای پزشکان و بهورزان پرسشنامه خاص و مجزایی طراحی گردیده بود) انجام گرفت. پرسشگران از مسئولین فنی مراکز بهداشتی درمانی (اکثراً کاردانهای شاغل) و کارشناسان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان بویراحمد بودند. این افراد در وهله اول درخصوص سؤالات و نحوه تکمیل پرسشنامه توسط جمعیت نمونه، اهمیت مسأله و محرمانه بودن اطلاعات طی چند جلسه، آموزش کامل دیده و سپس هر مسئول فنی یا کارشناس در حوزه کاری خود نسبت به توزیع پرسشنامه های پزشکان و بهورزان اقدام می‌کرد و پس از تکمیل آن را جمع‌آوری نموده و تحویل می‌دادند. اطلاعات جمع‌آوری شده از پزشکان و بهورزان به صورت مجزا تفکیک و پس از کدبندی به رایانه وارد شده و به صورت جداگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

الف: در مورد پزشکان

یافته های طرح نشان می دهد که بیش از ۳۰٪ خانه های بهداشت بیش از ۴۰ کیلومتر و ۶۵٪ آنها بیش از ۲۰ کیلومتر با مرکز مربوطه فاصله داشته‌اند. ۹۰٪ پزشکان اعلام کرده اند با سیستم ارجاع آشنایی کامل دارند. ۵۰٪ پزشکان در

کلاسهای بازآموزی مرکز بهداشت شهرستان شرکت نکرده‌اند. این مسأله بر عدم تکیه مرکز بهداشت شهرستان به برنامه بازآموزی پزشکان دلالت دارد. ۸۰٪ پزشکان اعلام کرده اند در کلاسهای بازآموزی راجع به سیستم ارجاع هیچ صحبتی نمی‌شود و ۹۵٪ پزشکان اعلام کرده اند که راجع به اجرای نظام ارجاع از طرف مرکز بهداشت شهرستان هیچ توجیه نشده اند. ۲۵٪ پزشکان معتقدند اجرای سیستم ارجاع وقت آنان را کامل یا تا حدودی به هدر می دهد و لزومی به اجرای آن نمی‌بینند. ۷۰٪ پزشکان اعلام می کنند اعتقادی به اولویت پذیرش بیماران ارجاعی ندارند و ۲۵٪ آنان معتقدند بهورزان اصلاً نباید در امر مداوای بیماران دخالت نمایند. ۵۰٪ مراکز بهداشتی درمانی امکانات تشخیصی اولیه را در خود مرکز یا مراکز همجوار دارند. ۷۰٪ مراکز بهداشتی اعلام کرده‌اند که غالباً کمبود دارو دارند و ۲۵٪ آنان اعلام کرده‌اند که همیشه کمبود دارو دارند. یعنی حدود ۹۵٪ مراکز بهداشتی درمانی به نحوی کمبود دارو داشته‌اند. ۷۵٪ مراکز بهداشتی درمانی اعلام کرده‌اند که یا اصلاً فرم ارجاع ندارند و یا به صورت مستمر کمبود فرم ارجاع دارند. ۹۰٪ پزشکان اعلام کرده‌اند که در پذیرش یا بستری بیماران ارجاعی آنان به بیمارستان شهرستان با سایر بیماران فرقی قائل نشده‌اند.

ب: در مورد بهورزان :

فقط ۲/۵ درصد بهورزان تحصیلات درحد دیپلم داشتند. ۲۷/۵٪ بهورزان از عدم آموزش و یا آموزش ناقص درخصوص سیستم ارجاع گله‌مند بودند. ۵۵٪ بهورزان در کلاسهای بازآموزی راجع به سیستم ارجاع آموزشی ندیده بودند. ۶۱٪ بهورزان اعلام کرده اند از طرف کارشناسان و تیم مرکز بهداشت شهرستان توصیه ای برای اجرای

حضور مستمر پزشکان در مراکز بهداشتی درمانی است. از ساز و کارهای اجرای صحیح و کامل سیستم ارجاع وجود دارو در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی است. با توجه به فرهنگ مردم در درمان خود و مشکلات ایاب و نهاب به شهر و دوری مسافت روستاها تا شهر جهت تهیه دارو و عدم وجود دارو، توجه و گرایش مردم به مراجعه در قالب سیستم ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت، دچار مشکلات جدی خواهد شد.

یکی از ابزارهای لازم در اجرای سیستم ارجاع، وجود فرمهای مربوطه به سیستم ارجاع در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت است. عدم وجود آن عملاً دست بهورزان و پزشکان را در ارجاع بیماران می‌بندد.

از دیگر عوامل اجرای مطلوب نظام ارجاع اولاً وجود بیمارستان شهرستان شهرستان تحت سرپرستی مرکز بهداشت (شبکه بهداشت شهرستان) است. ثانیاً توجه بیمارستان، بالاخص مدیران و بخش پذیرش و سایر کارکنان بیمارستان نسبت به سیستم ارجاع است. در این بررسی اولاً بیمارستانی مختص مرکز بهداشت شهرستان وجود نداشت. ثانیاً بیماران ارجاعی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری هیچ اولویتی در پذیرش در بیمارستان نداشته‌اند. این مسأله یک حلقه مفقوده مهم در اجرای نظام ارجاع در شهرستان یاسوج است.

از دیگر عوامل مهم اجرای نظام ارجاع، برگشت بیماران ارجاعی از مراکز بالاتر به مراکز ارجاع دهنده است تا هم سرنوشت سلامتی بیمار مشخص شود و هم پیگیریهای لازم تا حصول نتیجه انجام گیرد. متأسفانه هیچکدام از واحدهای سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی بالاتر (بیمارستانها و مراکز بهداشتی

سیستم ارجاع نمی‌شود. ۲۸٪ بهورزان معتقدند اجرای سیستم ارجاع باعث اتلاف وقت پزشکان می‌شود و لذا اجرای سیستم ارجاع لزومی ندارد. ۸۸٪ بهورزان معتقدند بیماریهای ساده علامتی بایستی توسط بهورزان درمان شوند. ۵۱٪ بهورزان معتقدند بیمارانی که به مراکز بالاتر ارجاع می‌کنند، هیچ اولویتی در پذیرش آنان دیده نشده است. ۴۲٪ بهورزان درخصوص درمان بیماریهای علامتی بیماران احساس ضعف دارند و بر همین اساس ۲۶/۴٪ آنان معتقدند بیماران بایستی مستقیماً به پزشک مراجعه نمایند. ۷۵/۵٪ بهورزان اعلام کرده‌اند بیماران ارجاعی را به ندرت پیگیری می‌کنند. ۲۶/۶٪ بهورزان اعلام کرده‌اند در یک ماه یا پزشک نداشته یا پزشک به خانه بهداشت آنان مراجعه نکرده است. ۸۳/۸٪ بهورزان اعلام کرده‌اند که همیشه با کمبود داروهای ساده در خانه بهداشت مواجه‌اند.

بحث و نتیجه گیری

اولین مسأله‌ای که در در یافته‌های طرح دیده می‌شود، عدم آموزش نیروی انسانی شاغل در سطح اول ارائه خدمات بهداشتی درمانی (پزشکان و بهورزان) بخصوص در مواقع بازآموزی آنان است. باید دانست که آموزش مداوم علاوه بر تکرار موارد لازم، یافته‌های جدید را به افراد منتقل می‌نماید. این ضعف در مدیریت مراکز بهداشتی استان در قسمت آموزش می‌باشد.

عدم تأکید بر اجرای سیستم ارجاع از طرف کارشناسان و مسئولین مرکز بهداشت شهرستان از طرفی و نبود ساز و کارهای لازم نظیر فرم ارجاع، دارو، حضور مستمر پزشک در مرکز و... از طرف دیگر اجرای سیستم ارجاع را با مشکل مواجه نموده است.

وجود پزشکان غیر بومی از دیگر دلایل عدم

References

- ۱- سازمان بهداشت جهانی. راه اندازی سازمان و مدیریت نظام بهداشتی شهرستان. ترجمه دکتر کامل شادپور، عصمت جمشیدبیگی، چاپ اول، تهران، دفتر بازآموزی و آموزشهای آزاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰، ۹.
- ۲- پيله رودی، س. شبکه بهداشت و درمان شهرستان. چاپ اول، تهران، انتشارات عقیق، ۱۳۷۶، ۱۳ و ۱۴.
- ۳- شادپور، ک. شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران. تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری یونیسیف، ۱۳۷۲، ۷۲.
- ۴- پيله رودی، س. خدمات ادغام یافته و روشی برای برآورد نیروی انسانی. چاپ اول، تهران، انتشارات عقیق، ۱۳۷۶، ۱۶، ۱۷.

درمانی) چنین فعالیتی را اصولاً انجام نمی دهند و بیمار در این مسیر سرگردان مانده و نظام بهداشتی از سرنوشت آنان بی خبر می ماند. متأسفانه سرکشی منظم به خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی انجام نمی گیرد و در سرکشی ها و بازدیدهای اتفاقی در خصوص اجراء سیستم ارجاع هیچ آموزش و توصیه ای نمی گردد. با کمال تأسف، نگرش پزشکان و بهورزان نسبت به بیماران مبتنی بر این است که بیشتر بیماران فقط برای گرفتن داروی مجانی به آنان مراجعه می نمایند. این امر عدم آموزش دست اندرکاران ارائه خدمات بهداشتی درمانی و عدم آموزش مردم را می رساند که در هر دو مورد نظام بهداشتی مقصر است.

به طور کلی آموزش مراقبت های اولیه بهداشتی و مزایای نظام ارجاع در وهله اول بایستی شامل مسئولین و مدیران و کارکنان شبکه های بهداشتی درمانی و بیمارستانهای شهرستان گردیده و در مرحله بعد با اجرای کلاسهای بازآموزی و آموزش مداوم جهت ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در خصوص نظام ارجاع و اهمیت آن این برنامه مهم را راه اندازی و تقویت نمود و همزمان با این اقدامات سازوکارهای لازم از قبیل «تهیه و تدارک دارو، تهیه فرمهای ارجاع و وسایل تشخیصی اولیه پایش و نظارت و...» را فراهم کرد.

تشکر و تقدیر

از همکاری و مساعدت مدیریت وقت مرکز بهداشت شهرستان، واحد امور هماهنگی و گسترش شبکه های شهرستان بویراحمد و مسئولین فنی و کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان که در اجرای این طرح ما را یاری نمودند، سپاسگزاریم.