

بررسی نحوه ارجاع در مراجعین به بیمارستانهای کاشان

سال ۱۳۷۵

* سید اصغر رسولی نژاد

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت و نقش سیستم ارجاع در بکارگیری امکانات آموزشی - درمانی و به منظور تعیین نحوه ارجاع در مراجعین به بیمارستانهای کاشان، این پژوهش در سال ۱۳۷۵ انجام گرفت.

مواد و روشها: این پژوهش به روش توصیفی بر روی ۶۱۴ نفر و به صورت مراجعته مستمر (sequential) انجام گرفت. این تعداد بر اساس قابل قبول (۱۰ درصد) ارجاع و با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۲/۳ درصد تعیین و بر حسب تسبیت تختهای ۵ بیمارستان کاشان تقسیم و سهم هر بیمارستان مشخص و سپس از هر فرد نمونه مشخصات سن، جنس، سطح سواد، علت مراجعته، دفعه مراجعته، نحوه پرداخت هزینه‌های بیمارستانی و نیز نحوه ارجاع به بیمارستان مشخص و ثبت گردید.

یافته‌ها: ۳۵۰ نفر (۵۷ درصد) زن و بقیه مرد، سن مراجعین ۲۴/۹+۲۰/۹ سال، ۷۵/۲۱ درصد متاهل، ۳۲/۲ درصد بیماریهای غیر عفونی حاد، ۲۵/۷ درصد بیماریهای مزمن، ۱۹/۵ درصد بیماریهای عفونی، و ۴۷/۲ درصد را بقیه بیماریها تشکیل می‌دادند و ۲۲/۵ درصد بیماران به صورت خود ارجاعی مراجعته کرده بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نحوه ارجاع بیماران و تأثیر آن بر عملکرد سیستم بهداشتی و درمانی، توصیه می‌گردد هر چه سریعتر علل مشکلات سیستم ارجاع بررسی، و اقدامات در جهت کاهش مشکل معمول گردد.

وازگان کلیدی: سیستم ارجاع، بازخورد، استراتژی خدمات بیمارستان، محور، خود ارجاعی

یک سیستم نقل و انتقال بیمار از مرکز بهداشتی به بیمارستان توانسته‌اند یک سیستم ارجاع موفق را تقویت کرده و به مقدار زیادی هزینه‌های بهداشتی درمانی خود را کاهش دهند^(۴).

مطالعات انجام شده در کشورهای با سیستم بهداشت تعاضی نشان داده‌اند که پزشکان عمومی متبع اصلی ارائه کننده مراقبتهای پزشکی برای اغلب مردم بوده و بیش از ۸۰ درصد مراقبتهای سرپایی در مطب پزشکان و حدود ۱۵ درصد در بخش‌های درمانگاهی انجام می‌گیرد. میزان ارجاعات وابسته به عوامل مختلفی از جمله وجود پزشکان متخصص می‌باشد اما بطور متوسط ۵-۱۰ درصد ویزیتها توسط پزشک عمومی منجر به ارجاع به پزشک متخصص می‌گردد.

مطالعات انجام شده در سالهای میانه ۱۹۷۰ در آمریکا دامنه ارجاع پزشکان اولیه را بین ۴-۱۰ درصد گزارش کرده‌اند^(۵).

در این مطالعه در نظر است میزان ارجاع و بازخورد بیماران مراجعت کننده به بیمارستانهای کاشان بررسی گردد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند ضمن پاسخ به سوال تحقیق جهت تصمیم‌گیری و کمک در برنامه‌ریزی‌های آموزشی، بهداشتی و درمانی منطقه به منظور تعیین خط مشی‌ها و استراتژی‌های مناسب بهداشتی - درمانی برای صرفه‌جویی و کاهش هزینه‌ها مفید و مؤثر باشد.

با توجه به مطالب فوق و در اولین موضوع پژوهش، این سوالات مطرح است که نحوه ارجاع بیماران در آخرین سطح سیستم عرضه خدمات بهداشتی و درمانی چگونه است؟ و مشخصات مراجعین چیست؟

تا بر اساس نتایج آن و در صورتی که مشکلی مطرح باشد اقدامات بعدی انجام گیرد. بدین لحاظ و به منظور تعیین نحوه ارجاع در مراجعین به بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۷۵ این پژوهش انجام گرفت.

مقدمه

ارجاع فرایندی است که در آن تداوم مراقبتهای بهداشتی طراحی گشته و اولین سطح تماس برای عرضه خدمات بهداشتی می‌باشد. هر بیمار باید در اولین محل تماس، خدماتی را دریافت دارد و در همانجا مراحل مقدماتی درمان او آغاز گردد و سپس دوباره نیاز به ارجاع شدن او به مرکز تخصصی و بیمارستان تصمیم‌گیری شود. مهمترین مسئولیت ارجاع بیماران را پزشکان عمومی پرستاران، فیزیوتراپیها، کارشناسان بهداشتی، بهداشتیاران و بهورزان به عهده دارند^(۱).

که به ظاهر تنها راه (Hospital based service) در این رابطه، استراتژی خدمات مبتنی بر بیمارستان متصور برای توسعه بهداشت طی سالیان دراز تلقی می‌شود، نتوانست به نیازهای کل اقشار جامعه پاسخ دهد و از اوایل دهه هفتاد با موثر استراتژی‌های موجود تاکید کردند^(۲). (WHO) بررسی متعدد به عدم کارآیی اجلاس‌های مکرر

یکی از مهمترین موانع و مشکلات سیستمهای عرضه خدمات بهداشتی درمانی عدم هماهنگی و ارتباط متقابل و دوسویه بین سطوح مختلف عرضه خدمات است که سیستم ارجاع یکی از عناصر مهم آن می‌باشد.

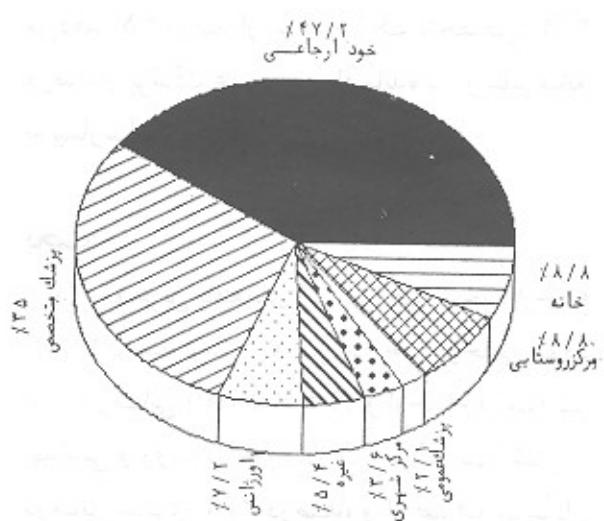
کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۱) مشکلات سیستم ارجاع را از جمله حجم زیاد کاری بیمارستان با خود ارجاعی نامناسب توسط بیماران و یا ارجاعات غیر ضروری توسط کارکنان بهداشتی، عدم اعتماد به مراقبتهای بهداشتی در سطوح پایین و ناکفایتی جریان اطلاعات از منابع ارجاع کننده به بیمارستان و بر عکس می‌داند^(۳).

با وجود مشکلات عدیده در اجرای یک سیستم ارجاع کارآمد، بعضی از کشورها از جمله کشور کویت با توجه به محدوده آن با ایجاد یک سیستم اطلاعاتی جامع و متمرکز، و کشور نیال با ایجاد

**جدول ۱ - توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه درباره چگونگی
نحوه ارجاع به بیمارستانهای کاشان در سال ۱۳۷۵**

نسبی	مطلق	فراوانی
بیمارستان		
۲۶/۸	۲۲۶	شهید بهشتی
۲۹/۶	۱۸۲	نقوی
۱۸/۲	۱۱۲	زایشگاه
۸/۳	۵۱	متینی
۷	۴۳	اخوان
۱۰۰	۶۱۴	جمع

علت مراجعه بیماران به بیمارستان ۳۲/۲ درصد درمان بیماری‌های غیر عفونی حاد، ۲۵/۷ درصد بیماری‌های مزمن، ۱۹/۵ درصد بیماری‌های عفونی، و ۶/۶ درصد سایر بیماریها شامل بود. ۱۱/۱ درصد بیماران مورد مطالعه اولین مراجعه برای درمان بیماری و ۳۸/۹ درصد بقیه تماسهای بیش از یک مرتبه بصورت مراجعات مکرر داشتند.



نمودار شماره ۱: توزیع نسبی ارجاعات هزینه‌های بیمارستانی در ۶۱۴ نفر بیمار مورد بررسی تعداد ۳۵۰ نفر

مواد و روشها

این پژوهش به روش توصیفی انجام گرفت و تعداد نمونه بر اساس میزان قابل قبول سیستم ارجاع که ۰ درصد می‌باشد و با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و خطای $\pm ۳/۵$ درصد تعیین گردید. در زمان اجرای، پژوهش تعداد ۵ بیمارستان فعال که شامل بیمارستانهای شهید بهشتی، نقوی، متینی، اخوان و زایشگاه می‌باشد در کاشان وجود داشته که براساس نسبت تختهای بیمارستان، این تعداد نمونه بین آنها تقسیم و با مراجعه به بیمارستان از بیمارانی که جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده بودند، پس از معرفی پژوهش و جلب موافقت آنها برای همکاری با طرح برای آنها پرسشنامه تهیه گردید که در آن سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد، شغل، علت مراجعه، دفعه مراجعه بیمار برای درمان این بیماری، نوع پرداخت هزینه خدمات بیمارستانی همچنین چگونگی معرفی بیمار (نحوه ارجاع) به بیمارستان مشخص شده بود.

در صورتی که بیمار مراجعه کننده کودک بود، اطلاعات مورد نیاز از والدین وی کسب می‌شد. نمونه‌گیری آنقدر در یک بیمارستان ادامه می‌یافت که سهم هر بیمارستان تکمیل گردد. داده‌های پرسشنامه طبقه‌بندی، استخراج و نحوه ارجاع در نمونه‌های مورد آن بررسی، تعیین و فاصله اطمینان در (CI) با احتمال ۹۵ درصد کل مراجعین به بیمارستانهای کاشان برآورد گردید.

یافته‌ها

از ۶۱۴ نفر بیمار مورد بررسی تعداد ۳۵۰ نفر (۵۷ درصد) زن و ۲۶۴ نفر (۴۳ درصد) مرد بودند. سن بیماران $۲۰/۲ \pm ۳۷/۹$ دارای دامنه تغییرات ۱-۹۹ سال بود. ۷۵/۲ درصد بیماران متاهل و ۲۴/۸ درصد آنها مجرد بودند.

مراجعین را تشکیل داده‌اند. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که باید حدود ۵۰ درصد از سوی مراکز بهداشتی و پزشکان عمومی به بیمارستان بعنوان سطح بالای ارجاع معرفی گرددند. در این رابطه مطالعات انجام شده بوسیله مراکز آمار استرالیا (۱۹۸۴) میزان مراجعه به پزشکان عمومی در اولین سطح تماس را بین ۴۰-۵۰ درصد گزارش کرده و اغلب ارجاعات به پزشک متخصص و بیمارستان را توسط آنها ذکر می‌کند (۶). همچنین مطالعات انجام شده در آمریکا نشان می‌دهد که ارجاع بیماران به مراکز سطح اول و دوم سیستم عرضه خدمات متفاوت بوده و دامنه آن بین ۲۳/۵-۴۵/۲ درصد متغیر می‌باشد (۷).

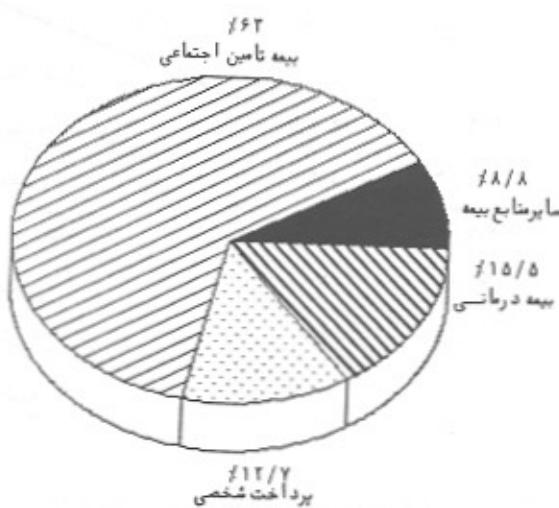
به نظر می‌رسد تغییر در ساختار ضوابط مشخص

برای ارجاع بیماران بتواند عملکرد ارجاع را در این مراکز بهبود بخشد. تجربه کشور کویت در رابطه با تشکیل شناسنامه بهداشتی برای کلیه افراد و خانواده‌ها، ایجاد یک سیستم نقل و انتقال برای ارسال بیماران به مراکز تخصصی ترو بالعکس، و تجربه بهبود مدیریت در ایالت کرالای هندوستان نمونه‌هایی از تغییر ساختار و توسعه شیوه‌های مدیریت اثر بخش می‌باشد (۶). در پایان با استناد به یافته‌های این مطالعه، تحقیقات بیشتر و گسترده‌تر را در رابطه با نگرش مردم در مورد سلامت و بیماری، رفتار مراقبت از خود، رفتار جستجوگرانه در هنگام بیماری، رضایت از عرضه خدمات بهداشتی و درمانی، نگرش کارکنان و پزشکان در مورد مسائل مالی و چگونگی پرداخت هزینه‌های درمانی شیوه‌های بهبود عملیات در رابطه با سیستم ارجاع توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر از کلیه کسانی که به هر نحو ایشان را راهنمایی و حمایت کرده‌اند، قدردانی می‌نماید.

همچنین نمودار زیر چگونگی نحوه مراجعین به مراکز مورد مطالعه را نشان می‌دهد.



نمودار شماره ۲- توزیع نحوه ارجاع در ۶۱۴ نفر بیمار مراجعه کننده به بیمارستانهای کاشان سال ۷۵

چنانچه در نمودار (۲) نشان داده شده است ۴۷/۲ درصد بیماران به صورت خود ارجاعی بوده‌اند و فاصله اطمینان آن از حداقل ۳/۴۲ تا ۱/۵ درصد در کل مراجعین به جامعه مورد بررسی را تشکیل می‌دهد. ۳۵ درصد از سوی پزشک متخصص، ۱/۲ درصد از پزشک عمومی، و باقیمانده نیز از سایر منابع به بیمارستان ارجاع شده‌اند.

بحث

مهمترین یافته‌های این پژوهش نحوه ارجاع ۴۷/۲ درصد بیماران به صورت خود ارجاعی بوده است درمانی (Self-Referral) و ارجاع از مراکز بهداشتی و روستایی ۸/۰ درصد، مراکز بهداشتی - درمانی شهری ۳/۶ درصد، و از طرف پزشکان عمومی ۱/۲ درصد که در مجموع ۶/۵ درصد کل

References:

- 1- W.H.O, Achieving Health for all by the year 2000, Geneva, 1990, PP70-77.
- 2- W.H.O, The role of Hospitals in primary health care, reported of a conference sponsored by the Agakhan foundation. 22-26 November1981, P 20.
- 3- Paine, L.H.W, and Tyamsiem.F, Hospital and health care revolution. W.H.O, Geneva, 1988. PP95-96.
- 4- Starfield, Barbara, Primary care concept, evaluation, and policy, Oxford University press, 1992,PP70-85.
- 5- Australian bureau of Statistics, Australian health surry 1977-78 Doctor consultation, Canberra, 1981.PP92-60.
- 6- Reagon.M, Physicians as gatekeepers: A complex challenge. Engl.Y.Med, 1987,PP1731-34.
- 7- Morrel, P.C, Symptom interpretation in General practice. J.R.Collcen. Pract,1972, PP69-70.
- 8- Williams, T.F.and et al, *The referral process in medical care and the University clinice role.* J.M.U, 1961; 36, PP899-907.