بررسی اهمیت دو مولفه مشارکت و آموزش درارجاع ناقص طرح پزشک خانواده روستایی در ایران

محترم احمدی‌فرد[۱]، عبدالرضا شاه‌محمدی[۲*]، محمودرضا محمدطاهری[۳]، نازمحمد اونق[۴]
[۱] گروه علوم ارتباطات، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] گروه علوم ارتباطات، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول) reza.ctbazad@gmail.com
[۳] گروه علوم ارتباطات اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۴] گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** عبدالرضا شاه‌محمدی، استادیار گروه علوم ارتباطات، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
پست الکترونیک: reza.ctbazad@gmail.com

Citation:
Ahmadifard M, Shahmohammadi A, Mohammad Taheri MR, Onagh N. Investigating the importance of two components of participation and education in incomplete referral of rural family physician plan in Iran. Iran J Health Insur. 2022;4(4):305-308

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۹ **تاریخ تصحیح:** ۱۴۰۰/۱۱/۳۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۰/۱۲/۰۶ **تاریخ انتشار آنلاین:** ۱۴۰۰/۱۲/۱۸

سردبیر محترم

نظام ارجاع یکی از متعالی‌ترین نظام‌ها در بین سیستم‌های درمانی مختلف جهان است که هزینه اثربخش بودن آن در مطالعات گوناگون به اثبات رسیده است. پزشک خانواده در نظام ارجاع علاوه بر درمان بیماری‌ها و آموزش‌ها ، مشاوره‌های ضروری برای پیشگیری از بیماری‌ها و رسیدن به یک سطح سلامت قابل قبول روحی و جسمی را ارائه می‌دهد [۱]. از طرفی ارجاع بیماران به سطوح بالاتر فرصتی برای آموزش مداوم پزشکان خانواده است [۲]. اثربخشی سیستم‌های ارجاع در برنامه‌های سلامت جامعه به عوامل متعددی بستگی دارد که شامل مراجعان/اعضای جامعه، کارمندان بهداشت جامعه (CHW) و کارکنان مراقبت از سلامت مبتنی بر تسهیلات می‌شود. تفکر سیستمی تاکید می‌کند که بخش‌ها از کل جدا نیستند و روابط پویا وجود دارد که توسط محیط‌هایی که در آن تعبیه شده‌اند شکل می‌گیرند. ساختارهای شبکه مجموعه گسترده‌ای از رویکردهای مشترک را نشان می‌دهند که برای گرد هم آوردن ذی‌نفعان مفید هستند [۳]. در یک مطالعه درآمریکا شایع‌ترین دلایل تکمیل نشدن ارجاع، «کمبود زمان» و باور بیمار به «حل شدن مشکل سلامتی» گزارش شد، بیمارانی که در برنامه‌های Medicaid بودند کمتر از دیگران احتمال داشت که ارجاع را تکمیل کنند و احتمال بیشتری داشت طرح سلامت را نپذیرند و رها کنند. پیش‌بینی می‌شود طولانی‌تر شدن زمانی که پزشک مراقبت‌های اولیه برای ارتباط با بیمار می‌گذارد و برنامه‌ریزی پزشک یا کارکنان به‌منظور برقراری ملاقات‌های تخصصی با بیمار، هر دو از عوامل مثبت گرایش بیماران به انجام کامل نظام ارجاع بودند. در نتیجه از هر ۱۰ بیمار ارجاع شده از مراقبت‌های اولیه، ۸ نفر یک ارجاع تخصصی را طی ۳ ماه تکمیل می‌کنند [۴]. موانع و تقویت سیستم‌های ارجاع هر دو عاملی هستند که می‌توانند بر عملکرد سیستم مراقبت از سلامت و درک جامعه از مراقبت تاثیر بگذارند و آن را شکل دهند. بدین‌منظور توجه به موانع رایج و تقویت کارآیی سیستم‌های ارجاع، باعث می‌شود بهبود سلامت در سطح جامعه به عنوان یک پتانسیل ایجاد شود. همچنین بهبود ارتباطات و بازخورد بین ذی‌نفعان درگیر (به ویژه تقویت نقش میانجی CHWs و مشارکت فعال جامعه نقشی کلیدی برای تحریک استفاده بهتر از خدمات ارجاع و امکانات مراقبت‌های بهداشتی خواهد داشت و می‌تواند بر عملکرد CHWs تأثیر بگذارد [۵].

مشارکت جامعه در ارجاع مؤثر

مطالعه انجام شده در بنگلادش تعدادی از عوامل را نشان داد که استقبال جامعه برای دریافت خدمات ارجاع در مراکز بهداشتی را ارتقا می‌دهد، از جمله: ۱) مشارکت جامعه از طریق

توسعه برنامه‌های اقدام که شامل جامعه و ذی‌نفعان تسهیلات می‌شود. ۲) ایجاد گروه‌های خودیاری اجتماعی برای حمایت از خانواده‌های فقیرتر. ۳) آموزش مراقبت در منزل ۴) بودجه اجتماعی یا طرح‌های بازپرداخت. ۵) تکمیل فرم‌های نظرسنجی ۶) حمایت از دولت محلی. ۷) CHWs همراه بیمار به مرکز و ۸) ارائه خدمات جامع و دریافت تسهیلات بهداشتی قوی‌تر [۷، ۶]. شواهدی از پاکستان و بنگلادش نشان داد در جایی که هیچ گروه پشتیبان شرکت‌کننده‌ای برای ارائه خدمات و دریافت تسهیلات برای مشتریان وجود نداشت، هیچ بهبودی (برای مشتریان) وجود نداشت [۸].در کشورهای جنوب صحرای آفریقا (نیجر و مالاوی)، تعداد محدودی از مطالعات نشان دادند که چگونه سیستم‌های ارجاع می‌توانند مراقبت‌های قبل از زایمان، زایمان و خدمات مراقبت‌های پس از زایمان را در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه بهبود بخشند و نشان‌دهنده بهبود سلامت مادر و کودک زمانی که CHWs در آن فعالیت‌ها مشغول هستند، باشند [۹، ۱۰]. موانع یا عوامل برای ارجاع مؤثر و اینکه آیا بازخورد به CHW ارجاع داده شده است، کشف نشد. براساس نتایج یک مطالعه درمورد بررسی آگاهی و رضایت‌مندی مردم از طرح پزشک خانواده روستایی در اصفهان، باتوجه به نقش مهم کارکنان بهداشتی در انتقال اطلاعات، مشخص شده که اجرای برنامه‌های آموزشی توسط کارکنان بهداشتی سبب افزایش آگاهی و نگرش افراد تحت پوشش و در نهایت اثربخشی برنامه پزشک خانواده می‌شود. [۱۱] مطالعه تجربه پزشکان خانواده روستایی درباره ارجاع بیماران و راه‌های بهبود آن در شهرستان ساری در سال ۱۳۹۱ نشان داد که مهم‌ترین مشکلات از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان در ۴ تیم شامل نقش ارائه‌کنندگان خدمات سطوح بالاتر، نقش بیماران، نقش پزشکان خانواده و نقش سازمان‌های مجری و سازمان‌های نظارت‌کننده دسته‌بندی شده است، نتایج این مطالعه این نقش‌ها را با موضوعات فرعی شامل ارائه نشدن پس‌خوراند، ارجاع معکوس، ناآگاهی بیماران از دستورالعمل، بی‌اعتمادی بیماران به توانمندی پزشکان خانواده، مشکل مقاومت در مقابل درخواست بیماران، فشار سایر ذی‌نفعان و ضمانت اجرایی دستورالعمل مرتبط دانسته است. [۱۲]. مطالعه سال ۱۳۹۴ نشان داد ایجاد بستر مناسب برای ارتقای سواد سلامت توسط مسئولان و سیاست‌گذاران سلامت می‌تواند راهگشا باشد. مطالعه در حوزه آگاهی در طرح پزشک خانواده مربوط به پژوهش سال ۱۳۹۹ مشخص کرد افزایش سواد بیمه‌شدگان [۱۳] ضرورت توانمندسازی بیمه‌شدگان در مشارکت اجتماع و اجرای کامل نظام ارجاع نقش مهمی دارد [۱۴].

آموزش بیمه شده در ارجاع کامل

برنامه‌های آموزشی به جای تکرار ایده‌ها و ارائه برنامه درسی، نیاز است به شناسایی نیازمندی‌های لازم با تاکید بر اولویت‌های بهداشتی جامعه محلی در چارچوب تیم‌های چندحرفه‌ای بپردازند. برنامه‌های آموزشی باید ابزارهایی را برای ارزیابی دقیق‌تر فعالیت‌های مراقبت‌های اولیه، مانند ابزار ارزیابی مراقبت‌های اولیه داشته باشند [۱۵]. نتایج مطالعه Manga و همکاران [۱۶] نشان می‌دهد که مراقبت‌های تخصصی اغلب بسیار دشوار است و اغلب دسترسی به آنها برای خانواده‌های محروم ممکن نیست. رایج‌ترین موانع مراقبتی که توسط والدین ذکر شد ۳ عامل اجتماعی بودند که دسترسی به مرکز پزشکی را دشوار می‌کردند: ترک کار، مراقبت از کودک و حمل و نقل. این موانع احتمالاً به‌ویژه در میان خانواده‌هایی که خدمات مراقبتی کمتری در نظام ارجاع دریافت می‌کنند، شایع است زیرا مشاغل آنها اغلب انعطاف‌پذیری کمتری را ارائه می‌دهند. این ۳ مانع ذکر شده به طور قابل توجهی با ارجاع ناقص تخصص همراه بود. این یافته نشان می‌دهد که در بیشتر موارد، والدین از این موانع در سطح جامعه ناراحت بودند، اما توانستند بر آنها غلبه کنند. در مقابل، موانعی که به شدت با ارجاع ناقص مرتبط بودند، عوامل سیستم بهداشتی بودند، همچون ساعات کاری نامناسب، تعیین محل دفاتر و گرفتن وقت سریع. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سیستم‌های مراقبت بهداشتی ممکن است بتوانند نرخ تکمیل ارجاع را با بهبود برنامه‌های آموزشی نظیر ارائه خدمات در ساعات اداری، دستورالعمل‌ها و روابط با کارکنان دفتر تخصصی بهبود بخشند. با توجه به اینکه تعهدات کاری و مراقبت از کودک موانعی هستند که معمولاً توسط والدین ذکر می‌شود، برنامه‌ریزی آموزشی برای ارائه ساعات کاری کلینیک تخصصی عصر ممکن است به بهبود رضایت و تکمیل ارجاع کمک کند. گزینه دیگر، ارائه برنامه‌ریزی به صورت دسترسی آزاد است که زمان انتظار

بیمار را کاهش می‌دهد و مشـــخص شده که ثبت پرونده ویزیت در بازدیدهای نظام ارجاع و مراقبت از کودکان را بهبود می‌بخشد [۱۶]. همچنین مطالعه‌ای درایران بر روی حدود ۲ هزار بزشـــک و ۲ هزار ماما نشـــان داد حدود ۱۵ درصد پزشـــکان و ماماها در طرح نظام ارجاع هیچ آموزشی نداشته‌اند و مابقی غالبا در ضمن خدمت، آموزش‌هایی در این زمینه داشته‌اند [۱۷].

تقدیر و تشـــکر: این مقاله حاصل بخشی از رساله دوره دکتری رشته علوم ارتباطات اجتماعی، با عنوان «شناســـایی مولفه های موثر بر ســـواد سلامت بیمه شـــدگان روســـتایی و ارائه الگوی ارتباطی مؤثر، مورد مطالعه: سازمان بیمه سلامت ایران»، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز می‌باشد. نویســـندگان این مقاله بر خود الزم میدانند از همـــکاری صمیمانه خبرگان شرکت‌کننده در این مطالعه که از پرسنل سازمان بیمه سلامت ایران بودند تشکر و قدردانی نمایند.

ســـهم نویســـندگان: محترم احمدی فرد: تدوین مقالـــه و بازبینی مطالب و ویرایـــش نهایی (۳۰درصد)؛ عبدالرضا شـــاه‌محمدی: نویســـنده مســـئول، تعیین کلی چارچوب مقاله، تدویـــن مقاله، بازبینی مطالب و ویرایش نهایی (۵۰درصد)؛ نازمحمد اونق: ویرایش مقاله و بررسی منابع (۲۰درصد).

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر با کـــد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1400.005 مورد تأیید دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز می باشد.

تعـــارض منافع: نویســـندگان این مقالـــه هیچ‌گونه تعـــارض منافعی اعلام نکرده‌اند.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

نتیجه‌گیری

بایـــد با ادغام تفکر مشـــارکت‌محور در مراقبت‌هـــای اولیه و آموزش با رویکرد جامع و یکپارچه، به جای مراقبت‌های انتخابی و برنامه‌هـــای عمودی، رویکردهای زیست‌پزشـــکی ایجاد کنیم. مراقبت شـــخص‌محور و توجه به شایستگی‌های جمع‌گرایی باید هسته‌های آموزش باشد [۱۸]. آموزش بین‌حرفه‌ای باید بازیگران نقـــش را به عنوان مشـــارکت‌کنندگان در یـــک رویکرد انطباقی پیچیده مشـــارکتی برای تشکیل تیم‌های عملکردی که نیازهای جامعه را برآورده می‌کنند، درگیر کند. اســـتفاده از فناوری‌ها نیز باید برای نظارت بر اثربخشی ارجاع مورد کاربرد قرار گیرد. برای مثال، سیستم تبادل ارجاع مادران و نوزادان در اندونزی قابلیتی را برای نظارت بر ارتباطات ارجاع ارائه می‌دهد که می‌تواند توسط کارکنان مرکز تماس PSC یا کارکنان دفتر بهداشت انجام شود. برخی از برنامه‌ها برای بهبود دانش بیمار درمورد سلامت مادران یا نوزادان و کاهش نابرابری اطلاعاتی برگزار می‌شود. اگرچه این برنامه‌ها مســـتقیماً ارجاع را مورد بحث قرار نمی‌دهند اما ممکن است از همین رویکرد برای آموزش بیماران درمورد سیستم ارجاع استفاده شود [۱۹]. نتایج مطالعه سال ۱۳۹۲ در شیراز نشان داد مردم از آگاهی مناسبی نسبت به طرح پزشک خانواده برخوردار نیســـتند و دســـتیابی به این آگاهی نیازمند آموزش متناسب با فرهنگ بومی مردم اســـت [۲۰]. پزشک خانواده به عنوان اولین سطح تماس با مردم و بیمار باید دارای مهارت‌های لازم در زمینه غربالگری، تشـــخیص و درمان بیمـــاران، مهارت‌های ارتباطی و تـــوان تجزیه و تحلیل ابعاد روانـــی، اقتصادی و اجتماعی موثر بر ســـلامت بوده و قادر به مدیریت بیمـــاران، به‌ویژه بیماران مزمن نیازمند مراقبت‌های طولانی‌مدت، باشد [۱۹]. مطابق نظر انجمن پزشـــکان عمومی، اصلاح نظام آموزشی و توانمندسازی پزشکان شـــامل توانمندســـازی به طور کلی و همچنیـــن مهارت‌آموزی متناســـب با بسته‌های خدمتی در طرح پزشـــک خانواده و نظام ارجاع لازم است [۱۹].

References

1- Population and health in the Islamic Republic of Iran: demographic and health survey (DHS). Tehran: Iranian Ministry of Health & Medical Education, Statistical Centre of Iran/UNICEF. [Persian]
2. 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/comm
3.Willis CD, Riley BL, Best A, Ongolo-Zogo P. Strengthening health systems through networks: the need for measurement and feedback. Health Policy Plan. 2012;27(Suppl 4):iv62-6. doi: 10.1093/heapol/czs089.
4. Forrest CB, Nutting P, Werner JJ, Starfield B, Von Schrader S, Rohde C. Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. Med Care. 2003;41(2):242-53. doi: 10.1097/01.MLR.0000044903.91168.B6.
5- Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, Broerse JE, Kane SS, Ormel H, et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low and middle-income countries? A systematic review. Health Policy Plan. 2015;30(9):1207-27. doi:

10.1093/heapol/czu126.
6. Kamiya Y, Yoshimura Y, Islam MT. An impact evaluation of the safe motherhood promotion project in Bangladesh: evidence from Japanese aid-funded technical cooperation. Soc Sci Med. 2013;83:34-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.01.035.
7. Quayyum Z, Khan MNU, Quayyum T, Nasreen HE, Chowdhury M, Ensor T. "Can community level interventions have an impact on equity and utilization of maternal health care" - evidence from rural Bangladesh. Int J Equity Health. 2013;12(1):1-3. doi: 10.1186/1475-9276-12-22.
8. DasGupta M, Mansuri G, Nistha S, Vishwanath T. Overcoming gender-based constraints to utilization of maternal and child health services in Pakistan: The role of the doorstep delivery system. In Annual Meeting of the Population Association of America, New York, NY 2007.
9. Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Miyé H, Depoorter AM, Van Lerberghe W. Monitoring the referral system through benchmarking in rural Niger: an evaluation of the functional relation between health centres and the district hospital. BMC Health Serv Res. 2006;6(1):1-7. doi: 10.1186/1472-6963-6-51.
10. Ohara K, Meléndez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. Health Policy Plan. 1998;13:433-45. doi: 10.1093/heapol/13.4.433.
11- Najimi A, Alidusti M, Sharifirad Gh. Survey of knowledge, attitude and satisfaction of villagers in Isfahan towards family physician program. Iranian Journal of Health System Research. 2011;12:883. [Persian]
12- Rouhani P, Baqir M. The experience of rural family physicians on patient referrals and ways to improve it (a qualitative study). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2015;25(131):1-13. [Persian]
13- Riahi A, Hariri N, Noushin Fard F. Health information needs and barriers to access among Afghan and Iraqi immigrants in Iran. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2015;7(3):597-610. doi: 10.29252/jnkums.7.3.597.
14- Abdollahipour F, Rahimifroshani A, Jaafaripooyan E. Insurance Literacy and the Affecting Factors Related to the Insured of the Health Insurance Organization in Ilam. Iran J Health Insur. 2020;3(3):210-21. [Persian]
15- American Academy of Pediatrics. Medical home initiatives for children with special needs advisory committee. Pediatrics. 2002;101:184-6. doi: 10.1542/peds.110.1.184.
16. Manga N, Sayed AR, Bhagwan S, Bresick G, le Grange C. Adaptation and cross-cultural validation of the United States Primary Care Assessment Tool (expanded version) for use in South Africa. Afr J Prm Health Care Fam Med. 2015;7(1):1-10. doi: 10.4102/phcfm.v7i1.783.
17- Maftoon f, Farzadi f, Montazeri a, Aeenparast a. Contract performance and training conditions in family physician and referral system: the providers' perspectives. Payesh. 2016;15(1):19-25. [Persian]
18. Howe A. Medical generalism: why expertise in whole person medicine matters. London: RCGP, 2012. Available from: http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~/media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx. Accessed 5 November 2013.
19. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
20- Torabi Ardakani A, Hosseini S, Urmia N, Mirzaei S. Perception, awareness and expectations of people and physicians from the implementation of the family physician plan: a case study of Shiraz. Scientific Journal of the Organization of the Medical System of the Islamic Republic of Iran. 2015;33(2):147-55. [Persian]