



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

# بهبود پیگیری مراقبت های تخصصی پس از ویزیت ED با استفاده از نظام ارجاع

## منحصر به فرد

### چکیده

**هدف:** بسیاری از بیماران مرخص شده از بخش اورژانس (ED) نیاز به پیگیری فوری توسط ارائه دهندگان تخصصی دارند. ما فرض کردیم که یک مکانیسم ارجاع تخصصی منحصر به فرد می تواند موانعی را که هماهنگی پیگیری با معیارهای گزارش شده و تاریخچه ای را افزایش می دهد، به حداقل برساند.

**روش ها:** بررسی گذشته نگر از تمام بیماران نیازمند ارجاع های تخصصی فوری (در ۱ ماه) در سال ۲۰۱۰ از ED یک بیمارستان ایمنی برای پوست، گوش و حلق، مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، چشم پزشکی، ارولوژی، جراحی پلاستیک، جراحی عمومی، و یا بالینی جراحی عروق. پس از ورود متخصص، تمام بیماران، ملاقات پیگیری خاصی را قبل از ترخیص ED از طریق خدمات برنامه ریزی خاص دریافت نمودند. ضرورت پرداخت برای ویزیت پیگیری لغو شد.

**نتایج:** از ۱۱۷۴ ارجاع دریافت شده، ۸۵،۶٪ از بیماران وقت ملاقات برنامه ریزی شده داشتند و ۸۰،۱٪ آن قرار ملاقات را حفظ. پس از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک، عواملی که (P B 0.05) دارای ارتباط معنی داری با رعایت حفظ وقت ملاقات بودند، نوع کلینیک تخصصی (پوست، ۶۱،۵٪، چشم، ۹۸،۰٪)، وضعیت بیمه (دیگر پرداخت کننده، ۸۷،۵ درصد، تجاری، ۸۲،۸٪، خدمات درمانی، ۷۷،۹٪، مدیکر، ۸۵،۷٪، برنامه مراقبت های خیریه، ۸۸،۱٪، خود پرداخت، ۷۳،۰٪)، سن (<18 سال، ۸۰،۱٪، ۱۸-۳۴ سال، ۷۵،۰٪، ۳۵-۴۹ سال، ۷۹،۲٪، ۵۰-۶۴ سال، ۸۵،۹٪، سال N64، ۹۳.۹٪)، و متوسط مدت زمان بین ویزیت ED و وقت تعیین شده بالینی (روزهای نگه داشته شده ۱۰،۵، نگه داشته نشده ۱۴،۳ روز)

کلینیک تخصصی (مغز و اعصاب، ۷۲٫۸٪، جراحی عروق، ۱۰۰٪،  $P > ۰٫۰۰۱$ ) به طور قابل توجهی با احتمال تکمیل فرایند وقت تعیین شده توسط بیماران مرتبط بود. نژاد / قومیت با برنامه ریزی و یا حفظ یک وقت ارتباط نداشت.

**نتیجه گیری:** روند ارجاع که موانع را به حداقل می رساند، می تواند به ۸۰٪ پیگیری میزان انطباق برسد. سن، بیمه، نوع تخصصی، و به قرار ملاقات با عدم انطباق مرتبط است.

## 1. مقدمه

ارجاع مراقبت های ویژه اغلب برای بخش بیماران اورژانسی (ED) در دسترس نیست، به خصوص در بیمارستان های ایمنی، اگر چه بیماران می توانند از مراقبت های پیگیری تخصصی [۱،۲] بهره مند شوند. اگر چه حفاظت بیمار و قانون مراقبت مقرون به صرفه [۳] و انجمن های حرفه ای از خانه های پزشکی برای تمام بیماران [۴،۵] حمایت می کنند، بسیاری از بیماران بیمارستان ایمنی، یک ارائه دهنده مراقبت های اولیه را (PCP) برای هماهنگ کردن مراقبت و ارجاع ندارند [۶]. به همین دلیل، بیماران نیازمند خدمات مراقبت های تخصصی اغلب نادیده گرفته می شوند و بدون گزینه های درمان تا زمانی که سلامتی آنها با قرار دادن بیمار در معرض خطر درمان بی اثر و پر هزینه به مرحله حاد پیشرفت کنند، کارشان خاتمه می یابد. با ارجاع یک بیمار برای پیگیری با PCP، حتی اگر کسی در دسترس باشد، تست های تخصصی، تجهیزات، و یا روش های در دسترس از طریق خدمات تخصصی ارائه نمی شود. بنابراین، بسیاری از بیماران ED نیاز به ارجاع به مراقبت های تخصصی در زمان ویزیت ED خود دارند.

مطالعه ما شامل طیف گسترده ای از متخصصان در دسترس برای مراقبت پیگیری ED می شود، در حالی که مطالعات پیگیری ED قبلی به طور معمول شامل ارجاع به یک کلینیک PCP یا مراقبت های اولیه برای رسیدگی به یک بیماری خاص مثل آسم یا درد قفسه سینه می شد. ارجاع به بخش اورژانس برای پیگیری مراقبت به طور کلی دارای مطلوبیت ضعیفی بود. مطالعات قبلی برخی از عوامل زیر را گنجانده است که احتمال حفظ وقت ملاقات را افزایش می دهد: برنامه ریزی یک تاریخ قرار ملاقات خاص و در زمانی قبل از خروج از [7-18] ED، از بین بردن موانع

مالی از جمله الزامات پرداخت [ ۲۲-۱۳،۱۵،۱۹ ]: ارائه دهندگان ED درک کننده پیگیری ضروری از نظر پزشکی [۲۳]، و شامل پیگیری ارائه دهندگان مراقبت در روال ارجاع [ ۱۱،۲۲ ] . پراختن به ۱ یا ۲ عامل از این عوامل به تنهایی در طول ویزیت ED تنها به میزان پیگیری های مختلف از ۱۴٪ تا ۶۵٪ [ ۲۸-۱۱،۲۴-۷ ] منجر می شود. گنجاندن تمام عوامل فوق در ارتباط با پیگیری ED برای بهبود قبول قرار ملاقات با موفقیت انجام نمی شود. ما، به طور همزمان با توسعه یک مکانیزم ارجاع خاص برای بیماران نیاز به مراقبت فوری تخصصی پیگیری به دنبال به پرداختن به موانع پی گیری ED ( در عرض ۱ ماه از ویزیت شاخص ED ) هستیم. بررسی ما منحصر به فرد است به دلیل اینکه عوامل زیر به طور همزمان مورد بررسی قرار می گیرند: (۱) بیماران برنامه مراقبت تخصصی پیگیری و تاریخ تعیین وقت و زمان خود را قبل از خروج ED زمانبندی می کنند؛ (۲) ارائه دهنده ED نیاز به پیگیری فوری را تعیین می کند و فوریت پیگیری را در رابطه با یک متخصص تایید می کند، (۳) خدمات تخصصی، نقطه ورودی مراقبت را فراهم می کند، و (۴) پرداخت در زمان ویزیت پیگیری لازم نیست. ما همچنین یک سیستم را می کنیم به طوری که زمان ارائه دهنده ED و تلاش آن حداقل می شود.

هدف از این تحقیق، معرفی یک بررسی برای پرداختن به عوامل نشان داده شده برای افزایش انطباق با ارجاع از ED بیمارستان ایمنی برای خدمات تخصصی است. ما فرض کردیم که بیماران با استفاده از نظام ارجاع منحصر به فرد ما، دارای نرخ وقت تعیین شده نگهداری بهتر از نرخ تاریخی ۶۲٪ از جمعیت عمومی در بیمارستان برنامه ریزی شده برای خدمات و نسبت به نرخ محک زنی نوشته های کنونی ۶۵٪ هستند.

## 2. روش ها

### 2.1. طراحی مطالعه و تنظیم

ما یک بررسی گذشته نگر در مورد ارجاع های مراقبت تخصصی ED فوری را انجام دادیم. این مطالعه در بیمارستان Wishard، یک مرکز درمان سطح ۱ با حدود ۹۰۰۰۰ بازدیدکننده سالانه بیمار ED انجام شد. Wishard یک بیمارستان ایمنی واقع در مرکز شهر Indianapolis است که میزبان یک برنامه اقامتگاه طب اورژانس است.

بیمارستان Wishard از یک برنامه مراقبت خیریه با مدیریت مراقبت برای ارائه با مراقبت های پزشکی کیفیت بالا برای ساکنان کم درآمد و بیمه شده Indianapolis استفاده می کند. همه ساکنان Marion County ( Indianapolis ) که در زیر ۲۰۰٪ از سطح فقر فدرال قرار می گیرند و واجد شرایط کمک در هر برنامه دیگر نیستند، واجد شرایط هستند. این برنامه، دسترسی به خدمات را با مسئولیت های مالی حداقل یا بدون هزینه مالی میسر می سازد. کمیته بازبینی رسمی دانشگاه Indiana، این مطالعه را تایید نمود.

## 2.2. انتخاب شرکت کنندگان

ما تمام بیماران دریافت کننده ارجاع مراقبت تخصصی ED فوری را به صورت در دسترس از طریق ثبت الکترونیکی پزشکی (EMR) برای بالینی پوست، گوش و حلق، مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، چشم پزشکی، ارولوژی، جراحی پلاستیک، جراحی عمومی، و یا عمل جراحی عروق در Wishard بین ماه های ژانویه ۱، ۲۰۱۰، ۳۱ دسامبر، ۲۰۱۰ گنجانیدیم.

### ۲.۳. مداخله

با شروع در نوامبر ۲۰۰۹، ارائه دهندگان، استفاده از مکانیزم منحصر به فرد جدید برای هر بیمار ED نیازمند ارجاع مراقبت های تخصصی فوری را برای این خدمات آغاز نمودند. اول، ارائه دهنده ED، به ارزیابی و پرداختن نیازهای اورژانسی بیمار پرداختند و قضاوت بالینی را برای او انجام دادند که بیمار نیاز به مراقبت فوری تخصصی پیگیری یک روز در ۱ ماه داشت. پس از آن ارائه دهنده به طور خلاصه در تماسی تلفنی با پزشک در مورد مراقبت های تخصصی در دسترس ۲۴ ساعت هر روز صحبت کرد تا از توافق با ارجاع و به دست آوردن دستورالعمل خاص مانند یک جلسه کلینیک خاص که بیمار باید در آن شرکت کنند و یا نیاز به آزمایش بالینی پیش تخصصی اطمینان حاصل نماید. قبل از خروج از ED، ارائه دهنده در مورد روال ارجاع با بیمار بحث نمود و درخواستی خاص را به EMR داد که نشان دهنده چارچوب زمانی برای پیگیری و هر دستورالعمل خاص درخواست شده توسط پزشک تخصصی بود. سپس یک پرستار ED بیمار را به تلفن اختصاص داده شده به نظام ارجاع ED راهنمایی نمود. این سیستم تنها برای بیماران ضروری و ارجاع شده از ED و نه از بالینی های دیگر، از هر بیمار بستری و یا از هر کسی در خارج از سیستم

بیمارستان Wishard مورد استفاده قرار می گیرد. هنگامی که بیمار تلفن را بردارد، به طور خودکار به یک زمانبند وصل می شود که ۲۴ ساعته در روز در دسترس است و کسی که دارای دسترسی به ارجاع EMR و یک لوح جایگاه اختصاص داده شده برای ارجاع های فوری ED است. سپس بیمار، یک ثبت نوشته شده از تاریخ و زمان خاص پیگیری را انتخاب و دریافت می کند. مکانیزم پیگیری، ضرورت پرداخت در ویزیت پیگیری ED فوری را حذف می کند.

#### ۲.۴. اندازه گیری ها

یک خلاصه کننده آموزش دیده که از فرضیه مطالعه آگاه نبود، به جمع آوری اطلاعات بیمار از پایگاه داده اداری و مالی EMR و بیمارستان در زمینه های داده های از پیش تعیین شده از جمله نوع، جنس، سن، نژاد / قومیت، نوع بیمه مشورت و این مورد پرداخت که آیا وقت تعیین شده حفظ شده است یاخیر. تمامی اطلاعات مربوط به بیماران منحصر به فرد، ناشناس و محرمانه باقی ماند. یکی از داده های بیماران گم شد و از تجزیه و تحلیل حذف شد. مجموع ملاقات برنامه ریزی شده و نرخ وقت تعیین شده حفظ کل برای تمام بیماران برنامه ریزی شده برای کلینیک های تخصصی Wishard مختلف (از هر منبع دیگری از جمله ارجاع غیرفوری ED، بخشهای بستری، بیمار و خود ارجاعی) که برای سال ۲۰۱۰ به دست آمده بود به عنوان یک مقایسه تاریخی استفاده شد.

اگر چه فوری در ابتدا به عنوان یک وقت تعیین شده پیگیری مراقبت های تخصصی ظرف مدت ۳۰ روز از ویزیت اول ED، تعریف شده بود، ۷۳٪ از وقت های تعیین شده توسط بیمار دوباره برنامه ریزی شد و فراتر از ۳۰ روز رخ داد. بنابراین، بیماران سازگار به عنوان کسانی تعریف شدند که وقت ملاقات تعیین شده مراقبت های تخصصی را در ۹۰ روز برای اطمینان از گرفتن تمام وقت های پیگیری مراقبت تخصصی فوری تولید شده توسط ویزیت شاخص ED را کامل نمودند. بیمار غیرانطباقی، بیماری بود که قرار ملاقات پیگیری مراقبت های تخصصی خود را حفظ ننمود.

#### ۲.۵. نتایج

نتایج مطالعه اولیه، نسبت بیماران مراجعه کننده برنامه ریزی شده برای قرار ملاقات مراقبت های تخصصی پیگیری فوری و نسبت آن دسته از بیماران حفظ کننده قرار ملاقات پیگیری بود. نتایج ثانویه شامل اثرات نوع وقت تعیین

تخصصی، جنس، نژاد / قومیت، وضعیت بیمه، سن، و زمان از این ویزیت ED در مورد احتمال پیگیری قرار ملاقات دارای وقت ملاقات فوری برنامه ریزی شده و در تطابق بیمار با حفظ وقت تعیین شده بود.

### ۲.۶. تجزیه تحلیل

ما دموگرافیک بررسی و ویژگی های ویزیت زمان بندی قرار ملاقات ها و حفظ قرار ملاقات پیگیری بیماران را ارزیابی نمودیم. ما کسانی که با تجزیه و تحلیل  $\chi^2$  مطابق بودند یا نبودند را مقایسه نمودیم که ما از آنها برای مقایسه نرخ تعیین وقت برای افراد با و بدون ارجاع ارجاع تخصصی ED فوری استفاده نمودیم. ما از آزمون مجموع رتبه Wilcoxon برای مقایسه زمان برای قرار ملاقات مراقبت تخصصی در میان بیماران سازگار و غیرسازگار استفاده نمودیم. یک رگرسیون لجستیک برای در نظر گرفتن ارتباط مشخصات ویزیت و مشخصات دموگرافیک با انطباق پیگیری مراقبت تخصصی، برای کنترل همه عوامل دیگر، متناسب شد. همه تجزیه و تحلیل ها با استفاده از نسخه SAS ۹.۳ (SAS Institute, Cary, NC) انجام شد.

### ۳. نتایج

از ارائه دهندگان بخش اورژانس در طول دوره مطالعه، ۱۱۷۴ ارجاع مراقبت تخصصی فوری گرفته شد. یکی از داده های بیماران گم شد و از تجزیه و تحلیل حذف شد. جدول ۱ ارائه دهنده جمعیتی افراد دریافت کننده ارجاعات تخصصی فوری ED و ارجاعات همه بیماران منحصر به فرد است که (به طوری که بازدید کنندگان تکراری تنها یک بار شمارش شدند) در Wishard ED در سال ۲۰۱۰ دیده شده است.

جدول ۱ مشخصات جمعیت شناسی بیماران ارجاع شده برای پیگیری مراقبت تخصصی فور ED و مشخصات بیماران

ED منحصر به فرد در سال ۲۰۱۰

جنسی

زن

مرد سن (سال)

<18

۱۸-۳۴

۴۹-۳۵

۲۶۴-۵۰

+ ۶۵

ناشناخته

نژادی / قومی

آفریقایی آمریکایی

اسپانیایی

دیگر ۲

سفید

ناشناخته

وضعیت بیمه

برنامه مراقبت های خیریه

تجاری

خدمات درمانی

مدیکر

خود پرداخت

دیگر پرداخت کننده

	Study population (N = 1174)		ED population (unique patients; N = 53 244)	
	n	%	n	%
Sex				
Female	418	35.6	26 223	49.2
Male	756	64.4	27 021	50.8
Age (y)				
< 18	43	3.7	3564	7.3
18-34	441	37.6	19 218	36.7
35-49	386	32.9	15 789	29.8
50-64	233	19.8	10 991	20.0
65 +	71	6.0	3440	6.1
Unknown	-	-	242	0.5
Race/Ethnicity				
African American	465	39.6	21 162	43.5
Hispanic	142	12.1	2177	4.1
Other	27	2.3	1176	2.2
White	540	46.0	21 539	40.4
Unknown	-	-	5195	9.7
Insurance status				
Charity care program	329	28.0	15 544	29.2
Commercial	81	6.9	4488	8.5
Medicaid	124	10.6	8636	16.2
Medicare	99	8.4	5162	9.7
Self-pay	508	43.3	17 636	33.1
Other payer	33	2.8	1341	2.5



جدول ۲، نوع ارجاع بالینی تخصصی، جنس، سن، نژاد / قومیت، و وضعیت بیمه بیماران برنامه ریزی کننده و حفظ کننده قرار ملاقات پیگیری مراقبت تخصصی فوری ED است. از این بیماران دریافت کننده ارجاع مراقبت تخصصی فوری ED، ۸۵٫۶٪ یک قرارملاقات پیگیری را زمانبندی نمودند. از کسانی که وقت ملاقات را برنامه ریزی نمودند، ۸۰٫۱٪، قرار ملاقات بالینی تخصصی خود را حفظ نمودند. ما دریافتیم که نوع ارجاع بالینی تخصصی، جنس، سن، وضعیت بیمه، و طول زمان بین ویزیت ED و وقت تعیین شده بالینی، همه و همه به طور معنی داری با انطباق ( P < 0.05 برای تفاوت ها در میان متغیرها در مشخصات دموگرافیک ) مرتبط بودند.

تکمیل فرایند برنامه ریزی قرار ملاقات به طور قابل توجهی با تخصص ( طیف وسیعی از ۷۲٫۸٪ [ مغز و اعصاب ] تا ۱۰۰٪ [ جراحی عروق ] ، ( P > ۰٫۰۰۱ ) ، و همچنین وضعیت بیمه ( محدوده ۷۲٫۷٪ [ پرداخت کننده دیگر ] با ۹۱٫۹٪ [ Medicare ] ، P = 0.013 ) مرتبط بود.

نوع درمانگران تخصصی، احتمال حفظ وقت ملاقات پیگیری را ( طیف وسیعی از ۶۱٫۵٪ [ امراض پوستی ] تا ۹۸٫۰٪ [ امراض چشم ] ، ( P > ۰٫۰۰۱ ) تعیین می نمود. سن بیمار نیز با حفظ یک وقت ملاقات ( محدوده ۷۵٪ [ ۱۸-۳۴ سال ] تا ۹۳٫۹٪ [ ≤ ۶۵ سال ] ، ( P > ۰٫۰۰۱ ) مرتبط بود. دیگر عوامل که به طور قابل توجه با حفظ وقت ملاقات مرتبط بودند عبارت بودند از نوع بیمه (برنامه مراقبت های خیریه ، ۸۸٫۱٪، دیگر پرداخت کننده ، ۸۷٫۵٪، Medicare ، ۸۵٫۷٪، تجاری؛ جنس ( P = 0.026 زن ، ۸۳٫۸٪ ، و مرد ، ۷۷٫۹٪ ) ، ۸۲٫۸٪، خدمات درمانی ، ۷۷٫۹٪، خود پرداخت ، ۷۳٫۰٪، ( P > ۰٫۰۰۱ ) بودند.

جدول ۳، تعداد کل وقت ملاقات تعیین شده و نرخ حفظ وقت ملاقات برنامه ریزی شده برای بیماران را از طریق روند ارجاع فوری ED و از تمام بیماران دیگر برنامه ریزی شده برای آن درمانگاه ها، از همه منابع از جمله ارجاع ED غیرفوری، در سال ۲۰۱۰ مقایسه نموده است. تنها بیماران منحصر به فرد در مجموع آمارهای ۲۰۱۰ برای جلوگیری از شمارش بیش از حد ویزیت های تکراری گنجانده شدند. بیماران با ارجاع ED فوری به طور قابل توجهی دارای میزان وقت حفظ شده افزایش یافته برای ۵ تا از ۹ درمانگاه و برای همه درمانگاه های ترکیبی بودند.

بیمارانی که قرار ملاقات را پس از ویزیت شاخص ED زودتر می گرفتند، به احتمال بیشتر وقت ملاقات خود را (جدول ۴) حفظ می کردند. زمان میانگین برای قرار ملاقات پیگیری مراقبت های تخصصی برای بیمارانی که قرار ملاقات خود را حفظ می کردند، ۱۰،۵ روز در مقایسه با ۱۴،۳ روز برای کسانی بود که وقت ملاقات خود را حفظ نمی کردند ( $P < .001$ )

جدول ۲ تعداد ارجاعات فوری ED، قرار ملاقات ها، قرار ملاقات های برنامه ریزی شده (%) و حفظ شده (%)

تعداد قرار ملاقات های برنامه ریزی شده / تعداد قرار ملاقات های حفظ شده      تعداد قرار ملاقات های حفظ شده  
 تعداد قرار ملاقات های برنامه ریزی شده / تعداد ارجاعات      تعداد قرار ملاقات های برنامه ریزی شده  
 تعداد ارجاع برای پیگیری های تخصصی

نوع ارجاع

پوست

گوش و حلق

جراحی عمومی ۹۹

مغز و اعصاب

جراحی مغز و اعصاب

چشم

جراحی پلاستیک

اورولوژی

جراحی عروق

جنسیت

زن

مرد

سن (سال)

%

۳۴-۱۸

۴۹-۳۵

۶۴-۵۰

+ ۶۵

نژادی / قومی

آفریقایی آمریکایی

اسپانیایی

سایر

سفید

بیمه

برنامه مراقبت های خیریه

تجاری

خدمات درمانی

مدیکر

خود پرداخت

دیگر پرداخت کننده

\* مقدار  $P (\chi^2)$  برای مقایسه نرخ های حفظ قرار ملاقات بین افراد با ارجاع ED فوری و کلی.

	No. referred for specialty follow-up	No. of appointments scheduled	No. of appointments scheduled + no. of referred	No. of appointments kept	No. of appointments kept + no. of appointments scheduled
n (%)	1174	1005	85.6%	805	80.1%
Referral type		$P < .001$		$P < .001$	
Dermatology	42	39	92.9%	24	61.5%
Otolaryngology	168	148	88.1%	118	79.7%
General surgery	99	87	87.9%	62	71.3%
Neurology	191	139	72.8%	111	79.9%
Neurosurgery	66	54	81.8%	43	79.6%
Ophthalmology	122	98	80.3%	96	98.0%
Plastic surgery	279	247	88.5%	187	75.7%
Urology	196	182	92.9%	156	85.2%
Vascular surgery	11	11	100.0%	8	72.7%
Sex		$P = .389$		$P = .026$	
Female	418	363	86.8%	304	83.8%
Male	756	642	84.9%	501	77.9%
Age (y)		$P = .180$		$P = .001$	
<18	43	36	83.0%	28	80.0%
18-34	441	368	83.4%	276	75.0%
35-49	386	337	87.3%	267	79.2%
50-64	233	199	85.4%	172	85.9%
65+	71	66	93.0%	62	93.9%
Race/Ethnicity		$P = .115$		$P = .910$	
African American	465	402	86.4%	319	79.1%
Hispanic	142	129	90.8%	105	81.4%
Other	27	24	88.9%	20	83.3%
White	540	450	83.3%	361	80.2%
Insurance		$P = .013$		$P < .001$	
Charity care program	329	293	89.1%	259	88.1%
Commercial	81	64	79.0%	53	82.8%
Medicaid	124	104	83.9%	81	77.9%
Medicare	99	91	91.9%	78	85.7%
Self-payer	508	429	84.5%	313	73.0%
Other payer	33	24	72.7%	21	87.5%

زمانی که همه عوامل در مدل رگرسیون لجستیک متناسب شدند، همه متغیرها به جز جنس و نژاد / قومیت به طور

قابل توجهی با حفظ یک قرار ملاقات ( جدول شماره ۵ ) مرتبط ماندند.

جدول ۳ .

	Specialty care clinic with urgent ED referral			Overall 2010 specialty care clinic			P*
	No. of appointments scheduled	No. of appointments kept	No. of appointments kept → no. of appointments scheduled (%)	No. of appointments scheduled	No. of appointments kept	No. of appointments kept → no. of appointments scheduled (%)	
Dermatology	39	24	61.5	14 529	7991	55.0	.412
Otolaryngology	148	118	79.7	7957	4714	60.0	<.001
General Surgery	87	62	71.3	13 033	9834	75.5	.366
Neurology	139	111	79.9	5328	3037	57.0	<.001
Neurosurgery	54	43	79.6	1689	1436	85.0	.277
Ophthalmology	98	96	98.0	20 069	11 640	58.0	<.001
Plastic Surgery	247	187	75.7	3097	2013	65.0	.001
Urology	182	156	85.7	6093	3656	60.0	<.001
Vascular Surgery	11	8	72.7	1244	909	73.1	.980
Total	1005	805	80.1	72 939	45 230	62.0	<.001

#### ۴. بررسی

ما یک مکانیسم منحصر به فرد ارجاع مراقبت های تخصصی شهری، غرب میانه ED پیاده سازی نمودیم که به صورت فرض شده، انطباق حفظ وقت ملاقات را با معیارهای گزارش شده و تاریخچه ای افزایش می دهد. این مکانیسم ، که ما هنوز هم استفاده می کنیم، در هماهنگی در و توافق با طب اورژانس و پزشکان مراقبت های تخصصی برای ترویج پیگیری به موقع بیماران پس از یک ویزیت ED توسعه داده شد. ما از همه عوامل زیر برای ساده تر و جامع تر نمودن این فرایند برای بیماران خود استفاده نمودیم: (۱) در زمان واقعی، قرار ملاقات توسط بیماران مشخص شود به طوری که آنها بتوانند مناسب ترین زمان را برای خود انتخاب کنند و دارای یک وقت ملاقات تایید شده قبل از خروج ED باشند (2)) تعیین ارائه دهنده ED اضطراری، (۳) ورودی از متخصص مرتبط، (۴) گرفتن ارجاع در EMR ، و (۵) چشم پوشی از پرداخت هزینه در زمان تخصصی وقت تعیین شده بالینی .

ما دریافتیم که ۸۵ درصد از بیماران از طریق این مکانیزم برنامه ریزی قرار ملاقات مراجعه می کنند. کسانی که دارای ارجاع معینی بودند، به چند دلیل دارای وقت ملاقات برنامه ریزی شده نبودند که ما آن را پیگیری نکردیم: پرستار، بیمار را برای تکمیل تماس تلفنی برنامه ریزی هدایت نمود. پرستار زمانبندی وقت برای بیمار را فقط توسط توسط تماس تلفنی انجام داد و یا بیمار قبل از فرآیند ترک / ترخیص ED خود که شامل پیگیری برنامه ریزی شده بود، خارج شد. بعید است که پرستاران موفق به هدایت بیمار از طریق این روند شوند چرا که آنها در حال حاضر کاملاً با آن آشنا نیستند: آنها از روال فوری ارجاع تخصصی خاص ED برای بیش از ۱ ماه قبل از تاریخ جمع آوری معین و نیز از یک مکانیسم بسیار شبیه مراجعه فوری به مراقبت های بالینی های اولیه (نیاز جهت به سمت تلفن زمانبندی همان ) برای بیش از ۵ سال استفاده می نمودند.

جدول ۴ ارتباط بین حفظ قرار کلاقات و میانگین زمانی بازدید ED برای قرار ملاقات

به طور کلی  
پوست  
گوش و حلق  
جراحی عمومی  
مغز و اعصاب  
جراحی مغز و اعصاب  
چشم پزشکی  
جراحی پلاستیک  
ارولوژی  
جراحی عروق

Appointments scheduled (n = 1005)	Appointments kept, mean time in days (SD)	Appointments not kept, mean time in days, (SD)	P
Overall	10.5 (11.7)	14.3 (15.4)	<.0001
Dermatology (n = 39)	8.1 (14.2)	20.1 (23.5)	.010
Otolaryngology (n = 148)	8.9 (10.6)	8.3 (6.7)	.396
General surgery (n = 87)	11.3 (11.7)	17.1 (19.8)	.414
Neurology (n = 135)	18.5 (12.6)	18.6 (13.4)	.910
Neurosurgery (n = 54)	16.0 (17.2)	24.8 (21.2)	.042
Ophthalmology (n = 98)	5.0 (8.1)	4.5 (0.7)	.400
Plastic surgery (n = 247)	7.7 (6.0)	9.1 (7.7)	.211
Urology (n = 182)	11.2 (13.3)	19.9 (19.4)	.004
Vascular surgery (n = 11)	9.2 (7.7)	5.0 (1.7)	.536

ما نشان داد که ۸۰٪ از بیمارانی که یک وقت ملاقات را دریافت می کردند با حفظ آن وقت ملاقات ، بیش از هر مورد مشابه دیگر ED ایالات متحده سازگار بودند. Vinson and Patel [۱۲] ، که از یک سیستم قرار ملاقات برای بیماران برنامه ریزی شده قبل از ترک ED استفاده می نمودند، ۶۷٪ تا ۷۹٪ میزان تطابق را برای مراقبت های اولیه و تخصصی گزارش نمودند، اما این در ۱ سازمان حفظ سلامت رخ داد که در آن ۹۸ درصد از بیماران در دارای PCP بودند، بر خلاف بیشتر EDهای ایمنی. بیشتر شبیه به مکانیزم پیگیری ما، یک مکانیزم توسط Murray و [ 15 ] LEBLANC نهادینه شد. هنگامی که بیماران تایید کتبی را از وقت تعیین شده خاص قبل از خروج از ED دریافت می کنند و مجبور به پرداخت برای بازدید از کلینیک نبودند، ۸۱٪ از بیماران قرار ملاقات را حفظ کردند. نویسندگان ادعا کردند که میزان انطباق غیر منتظره ای به این علت بالا بود که این مطالعه در کانادا انجام شد که در

آن هیچ بیماری نیاز به پرداخت ویزیت برای پیگیری خود نداشت، برخلاف ایالات متحده که این کار صورت می گیرد. ما باور داریم که با تنوع، جمعیت داخلی شهر و ترکیبی از منابع پرداخت کننده، مطالعه ما، یک موقعیت بیشتر شبیه به اورژانس های شهری در سراسر ایالات متحده را فراهم می کند و این مکانیزم ارجاع ما می تواند در چنین سیستم ایالات متحده بهره برداری شود.

جدول شماره ۵ نتایج رگرسیون لجستیک برای ارتباط بین فاکتورهای جمعیتی و حفظ قرار ملاقات با کلینیک های

#### مراقبت های تخصصی

درمانگاه تخصصی

پوست

گوش و حلق

جراحی عمومی

مغز و اعصاب

جراحی مغز و اعصاب

چشم

پلاستیک

جراحی عروق

ارولوژی (مرجع)

جنسیت

زن

مرد (مرجع)

مسابقه

سیاه و سفید

اسپانیایی

دیگر

سفید (مرجع)

بیمه

بازرگانی

خدمات درمانی

خود پرداخت

دیگر پرداخت کننده

برنامه مراقبت های خیریه

مدیکر (مرجع)

سن (سال)

(مرجع)

۳۴-۱۸

۴۹-۳۵

۶۴-۵۰

+ ۶۵

زمان انتصاب

OR، نسبت شانس، CI، فاصله اطمینان.

	OR	95% CI	P
Specialty clinic			<.001
Dermatology	0.27	0.12-0.61	
Otolaryngology	0.75	0.41-1.38	
General surgery	0.43	0.22-0.83	
Neurology	0.81	0.43-1.52	
Neurosurgery	0.77	0.34-1.75	
Ophthalmology	8.58	1.95-37.65	
Plastic	0.67	0.39-1.15	
Vascular surgery	0.20	0.05-0.92	
Urology (reference)	1.00		
Sex			.106
Female	1.36	0.94-1.96	
Male (reference)	1.00		
Race			.554
Black	0.80	0.56-1.15	
Hispanic	1.08	0.63-1.84	
Other	1.21	0.36-4.04	
White (reference)	1.00		
Insurance			.001
Commercial	1.81	0.66-4.95	
Medicaid	1.46	0.59-3.66	
Self-pay	1.06	0.47-2.36	
Other payer	3.06	0.71-13.12	
Charity care program	2.74	1.18-6.35	
Medicare (reference)	1.00		
Age (y)			.006
<18 (reference)	1.00		
18-34	0.72	0.28-1.84	
35-49	0.85	0.33-2.21	
50-64	1.45	0.52-4.06	
65+	6.01	1.25-28.78	
Appointment time	0.98	0.97-0.99	.003

OR, odds ratio; CI, confidence interval.

اگر چه مکانیسم ما به شدت وابسته به منابع و یا ممانعت کننده از هزینه های سنگین به نظر می رسد، دیگران نشان داده اند که به طور مشابه برنامه های وابسته به منابع، قبل از ED و یا ترخیص از بیمارستان، می توانند هزینه های کلی و یا استفاده از مراقبت های بهداشتی پر هزینه [ ۲۹-۳۲ ] را کاهش دهند. تجربه خود ما و یکی از دلایل اجرای این برنامه این بود که ما دریافتیم که بیماران با دستورالعمل های ED ما برای دیدن یک متخصص ترخیص می شوند اما کسانی که نمی توانند مراقبت های تخصصی داشته باشند، چون در دسترس بودن ممکن نبود و یا عد در ارائه

پرداخت، عدم توانایی دیده شد، به هر ترتیب به ED ما مراجعه می کردند که در آن آنها مراقبت را اغلب بعد از این دریافت می کردند که ناخوشی جدید قبلاً رخ داده بود و معمولاً زمانی که غیرموثر بود و برای بیمار، متخصص و ED کمتر قابل کاربرد بود.

نظام ارجاع فوری ED بیشترین تاثیر را بر روی کسانی داشت که از نظر تاریخی، فقیرترین نرخ های وقت تعیین شده را حفظ کرده بودند: گوش و حلق، مغز و اعصاب، چشم پزشکی، جراحی پلاستیک، و اورولوژی. جراحی مغز و اعصاب و جراحی عمومی کلینیک دارای نرخ حفظ وقت تعیین شده نسبتاً بالا بودند. ما احساس می کنیم که نرخ حفظ وقت تعیین شده امراض پوست از نظر بالینی افزایش قابل توجهی داشت، اگر چه تعداد نسبتاً کمی برای این کلینیک موفق به رسیدن به اهمیت آماری شدند.

اکثر مردان در جامعه مورد مطالعه ما بیشتر برای فراوانی نسبی خود در ۳ درمانگاه مورد انتظار برای دیدن افراد بیشتر در نظر گرفته می شوند. مردان دارای ۱۰۲ ارجاع به اورولوژی، ۱۲۳ ارجاع به عمل جراحی پلاستیکی، و ۱۹ ارجاع به جراحی عمومی بیشتر از زنان بودند. بیشتر بیماران اورولوژی به طور سنتی مردان بودند. مردان صدماتی را با سرعت بسیار بیشتر از زنان تجربه نمودند و در مرکز درمانی سطح ۱، جراحان عمومی، بیماران مبتلا به آسیب های جدی را پس از سانحه پیگیری می کردند و جراحان پلاستیک بسیاری از افراد سوختگی و تورم دست را پیگیری می کردند.

تفاوت در انطباق در میان درمانگاه های تخصصی به احتمال زیاد چند عاملی است. بیماران کمتر احتمال دارد قرار ملاقات پیگیری را زمانی که آنها بیماری خود را به عنوان خود محدود شونده درک می کنند و یا بیماری خود را با شدت کمتری می بینند، حفظ نمایند [ ۱۴،۱۶،۲۲،۲۵،۳۳،۳۴ ]. در مطالعه ما، این مورد احتمال زیاد در مورد بیماران مراجعه کننده به پوست (با پایین ترین نرخ انطباق از ۶۱،۵٪) در مقایسه با مراجعه کنندگان برای چشم (۹۸،۰٪)، اورولوژی (۸۵،۲٪)، مغز و اعصاب (۷۹،۹٪)، و جراحی مغز و اعصاب (۷۹،۶٪) وجود دارد. اگر چه هر درمانگاه، تعدادی توافقی را برای جایگاه های قرار ملاقات برای بیماران مراجعه کننده از طریق مکانیزم مراقبت تخصصی پیگیری ED اختصاص داد، در دسترس بودن در داخل پنجره ۳۰ روز تغییر می کند به طوری که زمان



تاخیر بین بازدید شاخص ED و پیگیری قرار ملاقات متنوع است. همانطور که Magnusson و همکاران [ ۱۱ ] نیز در یافته اند، بیماران با زمان تاخیر طولانی تر به طور قابل توجهی کمتر احتمال دارد، وقت ملاقات خود را حفظ کنند.

سن و وضعیت بیمه از بیماران به طور قابل توجهی با حفظ وقت تعیین شده پیگیری مرتبط بود. همانطور که مطالعات قبلی نشان داده اند [ ۱۱،۱۶ ]، تطابق در ۵۰ تا ۶۴ سال ( ۸۵،۹٪ ) و در افراد ۶۵ سال و بالاتر ( ۹۳،۹٪ ) بهتر بود. همچنین مشابه با مطالعات دیگر [ ۱۱،۳۴،۳۵ ]، ما متوجه شدیم که خود پرداخت و بیماران خدمات درمانی، کمتر احتمال دارد ملاقات برنامه ریزی شده ( ۷۳،۰٪ و ۷۷،۹٪ ) را در مقایسه با کسانی که دارای بیمه تجاری و یا Medicare هستند حفظ نمایند ( ۸۲،۸٪ بو ۸۵،۷٪ ). بیماران ثبت نام نموده در برنامه مراقبت های خیریه ما به احتمال زیاد ملاقات پیگیری خود ( ۸۸،۱٪ ) را حفظ می کردند. هر چند که بیماران نیازی به داشتن پرداخت همزمان در ویزیت پیگیری نمی دیدند، آنها هنوز هم ممکن است در مورد هزینه های پزشکی پایین دست مرتبط با شرایط نگران باشند. افراد در برنامه مراقبت های خیریه و با Medidare یا بیمه های تجاری، حداقل به احتمال زیاد شخصا مسئول هزینه های پزشکی خود نسبت به آن دسته از بیماران خود پرداخت ( بیمه ) و یا کسانی هستند که تحت پوشش بیمه کمتر قوی مانند خدمات درمانی قرار دارند.

زنان و مردان به طور مساوی به احتمال زیاد برای یک قرار ملاقات برنامه ریزی می شوند. مشابه با Magnusson و همکاران [ ۱۱ ]، ما دریافتیم که پس از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک، زنان و مردان نیز به یک اندازه احتمال دارد وقت ملاقات را حفظ کنند. اگرچه برخی از مطالعات تفاوت در دسترسی، کیفیت و نتیجه را بر اساس نژاد بیمار / قومیت [ ۱۰،۳۶،۳۷ ] شناسایی کرده اند، مطالعه ما تفاوت معنی داری را نشان نداد. بیماران به همان اندازه احتمال دارد برای قرار ملاقات را صرف نظر از نژاد / قومیت ( - اسپانیایی، ۹۰،۸٪ سفید، ۸۳،۳٪ ) برنامه ریزی شوند. حفظ وقت ملاقات نیز بین گروه های قومی / نژادی ( - اسپانیایی، ۸۱،۴٪ آمریکایی آفریقایی تبار، ۷۹،۱٪ ) مشابه بود.

## ۵. محدودیت ها

مطالعه ما دارای محدودیت های مختلف است. اول، اینکه به صورت گذشته نگر است. با این حال، ما فکر نمی کنیم که گرایش نظام مند در جمع آوری داده ها وجود دارد چرا که خلاصه کننده داده ها نسبت به فرضیه مطالعه آشنایی نداشت و EMRS تکمیل شد و به پایگاه داده اداری و مالی بیمارستان برای دقت و صحت ارجاع داده شد. همچنین، تنها ۱ فرد، چکیده سازی داده ها را انجام داد. اگر چه این کار نگرانی ها از تنوع درون مشاهده گر کاهش داد، این امکان وجود دارد خلاصه کننده در جمع آوری داده ها خطا کرده باشد. این مطالعه فقط با ۱ محل با ارجاع مراقبت تخصصی به کلینیک تخصصی در سیستم بیمارستان بستری، انجام شد. با این حال، جمعیت و عملیات ما شبیه به دیگر سیستم های بیمارستانی ایمنی بود، و ما فکر می کنیم که نتایج بدست آمده می تواند در دیگر بیمارستان ها شبکه ایمنی بزرگ شهری در ایالات متحده تکرار شود. این بیمارستان ها نیاز به ایجاد دسترسی ۲۴ ساعته به سیستم وقت تعیین شده، جایگاه اختصاص داده شده برای قرار ملاقات، دسترسی ۲۴ ساعته به مشاوران، و / یا توانایی برای چشم پوشیدن از پرداخت در ملاقات پیگیری دارند، اگر این منابع قبلاً وجود نداشته باشد. محدودیت دیگر این است که ما دلایل عدم پیگیری بیمار را پیگیری نیستیم اگر چه این در یافته های مطالعه تاثیری ندارد. در نهایت این امکان وجود دارد که تنوع بین ارائه دهندگان ED فردی با بیماران در مورد هدف یا فرایند برنامه ریزی و حفظ مراقبت تخصصی پیگیری قرار ملاقات مرتبط بود، هر چند بعید که این گرایش نظام مندی را در نتایج ایجاد نمود.

## ۶. نتیجه گیری

به طور خلاصه، ما به میزان انطباق ۸۰٪ در حفظ قرار ملاقات پیگیری در جمعیت بیمارستان ایمنی با اجرای یک سیستم منحصر به فرد دست یافتیم که در آن بیماران نیاز به ارجاع به مراقبت های تخصصی فوری در زمان واقعی، تاریخ وقت تعیین شده و زمان قبل از دریافت ED، و چشم پوشی از هزینه داشتند. این بالاتر از معیار گزارش شده از ۶۵٪ در دیگر اورژانس های مشابه ایالات متحده و نرخ وقت تعیین شده حفظ بیمارستان برای بیماران در این کلینیک تخصصی است. پژوهش های آینده باید جمعیت شناسی بیمار و وضعیت بیمه و همچنین به هنگام بودن

پیگیری انطباق قرار ملاقات را در نظر گیرند. به طور خاص، بهبود انطباق با هدف قرار دادن متغیرهایی که ما به صورت مرتبط با انطباق ضعیف یافتیم، ممکن است: نوع تخصصی خاص، بیمارانی که ۱۸ تا ۴۹ سال سن دارند، بیماران با بیمه خدمات درمانی و یا خود پرداخت و بیماران با دیگر زمان انتظار بین ویزیت ED و وقت تعیین شده پیگیری. تعمیمات گسترده، نتایج بدست آمده استفاده از یک مکانیزم مشابه در دیگر اورژانس مشابه و غیر مشابه و درمانگاه های مراقبت تخصصی را تولید می کند.

## References

- [1] Asplin BR, Rhodes KV, Levy H, et al. Insurance status and access to urgent ambulatory care follow-up appointments. *JAMA* 2005;294(10):1248-54.
- [2] Handel DA, McConnel KJ, Allen H. Outpatient follow-up in today's health care environment. *Ann Emerg Med* 2007;49:288-92.
- [3] Patient Protection and Affordable Care Act. Pub. L. No. 111-148, §2702, 124 Stat. 119, 318-319 (2010).
- [4] American College of Emergency Physicians. The Patient-Centered Medical Home. August 2008.
- [5] American Academy of Family Physicians AAFP, American College of Physicians, American Osteopathic Association, Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. February 2007.
- [6] Felland LE, Hurley RE, Kemper NM. Safety net hospital emergency departments: creating safety valves for non-urgent care. Washington, DC: Center for Studying Health System, Change; 2008.
- [7] Baren JM, Boudreaux ED, Brenner BE, et al. Randomized controlled trial of emergency department interventions to improve primary care follow-up for patients with acute asthma. *Chest* 2006;129(2):257-65.
- [8] Chan TC, Killeen JP, Castillo EM, et al. Impact of an internet-based emergency department appointment system to access primary care at safety net community clinics. *Ann Emerg Med* 2009;54(2):279-84.
- [9] Komoroski EM, Graham CJ, Kirby RS. A comparison of interventions to improve clinic follow-up compliance after a pediatric emergency department visit. *Pediatr Emerg Care* 1996;12(2):87-90.
- [10] Kyriacou DN, Handel D, Stein AC, et al. Brief report: factors affecting outpatient follow-up compliance of emergency department patients. *J Gen Intern Med* 2005;20(10):938-42.
- [11] Magnusson AR, Hedges JR, Vanko M, et al. Follow-up compliance after emergency department evaluation. *Ann Emerg Med* 1993;22(3):560-7.
- [12] Vinson DR, Patel PB. Facilitating follow-up after emergency care using an appointment assignment system. *J Healthc Qual* 2009;31(6):18-24.
- [13] O'Brien GM, Stein MD, Fagan MJ, et al. Enhanced emergency department referral improves primary care access. *Am J Manag Care* 1999;5(10):1265-9.
- [14] Zorc JJ, Scarfone RJ, Li Y, et al. Scheduled follow-up after a pediatric emergency department visit for asthma: a randomized trial. *Pediatrics* 2003;111(3):495-502.
- [15] Murray MJ, LeBlanc CH. Clinic follow-up from the emergency department: do patients show up? *Ann Emerg Med* 1996;27(1):56-8.
- [16] Straus JH, Orr ST, Charney E. Referrals from an emergency room to primary care practices at an urban hospital. *Am J Public Health* 1983;73(1):57-61.
- [17] Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, et al. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med* 1996;27(1):49-55.
- [18] Vieth TL, Rhodes KV. Nonprice barriers to ambulatory care after an emergency department visit. *Ann Emerg Med* 2008;51(5):607-13.
- [19] McCarthy ML, Hirshon JM, Ruggles RL, et al. Referral of medically uninsured emergency department patients to primary care. *Acad Emerg Med* 2002;9(6):639-42.
- [20] Scherer TM, Lewis LM. Follow-up to a federally qualified health center and subsequent emergency department utilization. *Acad Emerg Med* 2010;17(1):55-62.
- [21] Kiefe CI, Harrison PL. Post-hospitalization followup appointment-keeping among the medically indigent. *J Community Health* 1993;18(5):271-82.
- [22] Silverman GK, Silverman HM. Efficacy of the follow-up system in the community hospital emergency department. *Am J Emerg Med* 1984;2(2):119-22.
- [23] Gregor MA, Wheeler JR, Stanley RM, et al. Caregiver adherence to follow-up after an emergency department visit for common pediatric illnesses: impact on future ED use. *Med Care* 2009;47(3):326-33.
- [24] Barlas D, Homan CS, Rakowski J, et al. How well do patients obtain short-term follow-up after discharge from the emergency department? *Ann Emerg Med* 1999;34(5):610-4.
- [25] Vukmir RB, Kremen R, Dehart DA, et al. Compliance with emergency department patient referral. *Am J Emerg Med* 1992;10(5):413-7.
- [26] Vukmir RB, Kremen R, Ellis GL, et al. Compliance with emergency department referral—the effect of computerized discharge instructions. *Ann Emerg Med* 1993;22(5):819-23.
- [27] Horwitz SM, Busch SH, Balestracci KMB, et al. Intensive intervention improves primary care follow-up for uninsured emergency department patients. *Acad Emerg Med* 2005;12(7):647-52.
- [28] Kallis JM, Gonzalez del Rey JA, Ruddy RM, et al. Linking emergency department patients to primary care: phone vs face-to-face interaction. *Acad Emerg Med* 1999;6(8):817-22.
- [29] Ahmed RM, Green T, Halmagyi GM, et al. A new model for neurology care in the emergency department. *Med J Aust* 2010;192(1):30-2.
- [30] Murnik M, Randal F, Guevara M, et al. Web-based primary care referral program associated with reduced emergency department utilization. *Fam Med* 2006;38(3):185-9.
- [31] Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;333(18):1190-5.
- [32] Teach SJ, Crain EF, Quint DM, et al. Improved asthma outcomes in a high-morbidity pediatric population: results of an emergency department-based randomized clinical trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(5):535-41.
- [33] Jones SL, Jones PK, Katz J, et al. Improving compliance with referrals from the emergency department. *J Emerg Nurs* 1988;14(1):27-9.
- [34] Wang N, Kiernan M, Golzari M, et al. Characteristics of pediatric patients at risk of poor emergency department aftercare. *Acad Emerg Med* 2006;13(8):840-7.
- [35] Crispino F, Messner P. Adherence to scheduled therapy sessions: the influence of payer source. *J Hand Ther* 2008;21(3):286-90 [quiz 291].
- [36] James TD, Smith PC, Brice JH. Self-reported discharge instruction adherence among different racial groups seen in the emergency department. *J Natl Med Assoc* 2010;102(10):931-6.
- [37] Parker MM, Moffet HH, Schilling D, et al. Ethnic differences in appointment-keeping and implications for the patient-centered medical home—findings from the Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Health Serv Res* 2012;47(2):572-93.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی