طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع

رضا چمن[1]، محمد امیری[2*]، مهدی راعی[3]

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳. گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره ششم آذر ـ دی ۱۳۹۱ صص ۷۹۰-۷۸۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۳۹۱/۶/۲۶]

چکیده

یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت اجرای طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. مطالعه حاضر به منظور بررسی کیفیت نظام ارجاع در طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود انجام شد. این پژوهش، از نوع مطالعات کاربردی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۹ اجرا گردید. در این مطالعه، کلیه مراکز بهداشتی ـ درمانی مجری طرح پزشک خانواده مورد مطالعه قرار گرفته و تعداد ۸۰۰ نفر از بیماران ارجاعی بررسی و بر اساس مشاهده مستندات و مصاحبه با بیماران، پرسشنامه‌ها و چک لیست‌های ذی ربط تکمیل شد.

در ۵۶/۲ درصد از بیماران ضرورت ارجاع با تشخیص پزشک خانواده و در ۴۳/۸ درصد به درخواست بیمار انجام شده و نیز انتخاب پزشک سطح ۲ در ۶۶ درصد از موارد توسط بیمار و در ۳۴ درصد توسط پزشک خانواده صورت گرفته بود. محل ارجاع ۵۳ درصد از بیماران در سطح ۲ مطب و کلینیک‌های خصوصی بود. یک سوم بیماران از خانه بهداشت ارجاع شده و حدود یک پنجم ارجاعات منجر به بستری بیمار گردیده بود. ارسال رونوشت ارجاع از پزشک خانواده به خانه بهداشت فقط در ۱۲/۵ درصد از موارد وجود داشت. پزشکان متخصص داخلی با ۱۶ درصد، بیشترین پذیرش بیماران ارجاعی از سطح اول را داشتند. کیفیت پس خوراند، تنها در ۸/۴ درصد از بیماران مطلوب بود. بین محل ارجاع بیماران در سطح ۲ و پسخوراند، رابطه معنی‌دار مشاهده گردید (P=۰/۰۰۲).

هرچند که یکی از اهداف اجرای طرح ملی پزشک خانواده اصلاح نظام ارجاع بوده و هست، ولی نتایج این مطالعه نشان داد مشکلات جدی در سطح ۱ و ۲ وجود دارد که رفع آن بهبود خدمات و رضایت بیماران را به دنبال خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: پزشک خانواده، نظام ارجاع، مراکز بهداشتی ـ درمانی

[*] نویسنده پاسخگو: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت
تلفن: ۳۳۳۵۵۸۸-۰۲۷۳
E-mail: M_amiri_71@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]

مقدمه

بر اساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرها با جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد [۱].

در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسوولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش را بر عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئول پیگیری سرنوشت آن‌ها هستند. لذا، یکی از مهم‌ترین وظایف پزشک خانواده ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی است [۲].

خدمات پزشک خانواده به دو شکل عمده مراجعه تیم سلامت به درب منازل افراد تحت پوشش به شکل فعال و مراجعه فرد به تیم پزشک خانواده انجام می‌شود. در صورت نیاز به خدمات تخصصی بیمار توسط پزشک به متخصص ارجاع می‌شود. در جریان دریافت خدمات تخصصی، چنانچه فرد نیازمند بستری شدن باشد، بستری و درمان و مشاوره تخصصی انجام و پس خوراند خدمات و اقدامات تخصصی به پزشک خانواده اعلام می‌شود. کلیه اطلاعات در پرونده سلامت ثبت و در صورت نیاز پی گیری خواهد شد [۱]. این سطح بندی موجب می‌شود تا از مراجعه مکرر و غیر ضرور به مراکز تخصصی جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری شود [۳]. بنابراین نظام ارجاع به عنوان پل ارتباطی سطوح ارائه دهنده خدمات در کاهش هزینه‌ها و ایجاد دسترسی به خدمات تخصصی‌تر نقش اساسی دارد.

ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دو سویه اطلاعات و بازگشت بیمار به جایی باشد که از آن جا ارجاع شده است که این امر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی موثر باشد [۴]. نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که اگر سطح بندی خدمات با نظام ارجاع سازماندهی گردد، می‌توان ۹۰-۸۰ درصد از نیازهای سلامت را در سطح اول تأمین نمود [۵]. کلمن در مطالعه خود نشان داد که ۵۵ درصد از بیماران با مشکلات غیراورژانس که به واحد فوریت‌ها مراجعه می‌کنند، می‌توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه‌ها مراقبت شوند [۶]. در این طرح بیان شده که میانگین موارد ارجاع برای انجام آزمایشات سطح اول در بررسی‌های فصلی نبایستی بیش از ۱۰درصد باشد [۲]. مطالعه دیگری [۷] نشان داد که به کار بردن نظام ارجاع موجب کاهش ۴۰/۶ درصد از تعداد بیماران سرپایی بیمارستان شده بود. نتایج پژوهش‌های اخیر انجام شده بیانگر آن است که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷ درصد موارد نامطلوب بوده [۵] و میزان خود ارجاعی به بیمارستان‌ها ۴۶/۳ درصد است [۸]. همچنین مراجعه مجدد بیماران بعد از دریافت خدمات سطح ۲ به پزشکان خانواده ارجاع دهنده تنها ۲۵/۳ درصد بوده است و حدود نیمی از ارجاع شدگان از فرآیند ارجاع رضایت نداشتند [۴].

با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت نظام ارجاع در طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع پژوهش‌های کاربردی بوده و به شیوه مقطعی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. در این مطالعه کلیه مراکز بهداشتی ـ درمانی مجری که طرح ملی پزشک خانواده در سطح شهرستان شاهرود (۲۰ مرکز بهداشتی ـ درمانی) در آنها اجرا شده مورد مطالعه قرار گرفتند.

به منظور تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن مهم‌ترین پیامد ارجاع یعنی بستری شدن با P=٪۳۵ (چون در مطالعات گوناگون ۳۰ تا ۴۰ درصد گزارش گردیده است) و با دقت ۳/۵ درصد، حجم نمونه ۷۱۵ نفر برآورد گردید که ارجاع شدگان نیمه دوم خرداد ۱۳۸۹ با تعداد ۸۰۰ نفر وارد مطالعه گردیدند.

پرسشگران قسمتی از داده‌ها را با توجه به مستندات موجود در مرکز بهداشتی ـ درمانی مجری طرح پزشک خانواده تکمیل و قسمت دیگر را با مراجعه به منزل بیمار و مصاحبه با وی یا بستگان نزدیک و بررسی دفترچه و مدارک ایشان تکمیل نمودند. داده‌های مربوط به نظام ارجاع با استفاده از پرسشنامه ۳۷ سؤالی و کیفیت اجرای طرح ملی پزشک خانواده توسط چک لیست ۱۶۴ سئوالی جمع آوری شد. پرسشنامه حاوی سؤالاتی در خصوص مشخصات فردی پزشک ارجاع دهنده (۸ سؤال) و ۲۹ سؤال در خصوص بیمار ارجاعی بود. روایی و پایایی پرسشنامه قبلاً توسط نصرالله پور شیروانی و همکاران [۵] تأیید گردیده بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار آماری SPSS 17 انجام شد. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده و سطح معنی داری در کلیه تجزیه و تحلیل‌ها P<۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]

یافته‌ها

طرح پزشک خانواده ۷۱/۴ درصد از مراکز بهداشتی ـ درمانی شهرستان شاهرود که در طرح شرکت نمودند را با جمعیتی معادل ۹۹۰۴۷ نفر را تحت پوشش خدمات خود قرار داده است. در ۴۲/۱ درصد از مراکز بیش از یک پزشک خانواده وجود داشته که ۳۹/۳ درصد از پزشکان خانواده مرد و ۶۰/۷ درصد زن بودند. میانگین سنی پزشکان خانواده ۴/۵۲±۳۰/۷۴ سال بوده و ۵۳/۶ درصد (۱۳نفر) از آنها متأهل بودند. میانگین درصد ارجاع در خرداد ماه نیز ۱۳/۳۰ درصد بود. وضعیت بیماران ارجاعی و پزشکان در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی بیماران و پزشکان

	تعداد	درصد
جنسیت بیماران		
مرد	۲۸۶	۳۵/۸
زن	۵۱۴	۶۴/۲
سن بیماران (سال)		
زیر ۱۵	۱۲۴	۱۵/۵
۱۵-۶۰	۵۴۴	۶۸
بالاتر از ۶۰	۱۳۲	۱۶/۶
سطح تحصیلات بیمار		
بی‌سواد	۳۰۵	۳۹/۲
ابتدایی	۲۴۰	۳۰/۸
راهنمایی	۱۰۳	۱۳/۲
دبیرستان	۳۴	۴/۴
دیپلم	۸۶	۱۱
کاردانی و بالاتر	۱۱	۱/۴
شغل بیمار		
بی کار	۱۳۵	۱۷/۲
خانه دار	۳۷۳	۴۷/۷
دانش آموز	۶۶	۸/۴
کشاورز و دامدار	۸۳	۱۰/۶
کارگر	۴۲	۵/۴
سایر	۸۴	۱۰/۷
جنسیت پزشک ارجاع دهنده		
مرد	۲۸۶	۳۵/۸
زن	۵۱۴	۶۴/۲
جنسیت پزشک سطح ۲		
مرد	۴۶۴	۷۶/۶
زن	۱۴۲	۲۳/۴

میانگین فاصله زمانی ارجاع از پزشک خانواده تا پذیرش در سطح ۲، ۲/۲۶ روز بوده است. تعداد ۲۶۳ نفر(۳۴/۱ درصد) از افراد از خانه بهداشت به پزشک خانواده ارجاع شده و مابقی خود به طور مستقیم به پزشک خانواده مراجعه نموده بودند. ضرورت ارجاع به سطح ۲ در ۴۳/۸ درصد (۳۳۱ نفر) به خواست یا اصرار بیمار و در ۵۶/۲ درصد (۴۲۴ نفر) به تشخیص پزشک خانواده صورت گرفته بود. به ۱۴۰ بیمار (۲۲/۵ درصد) جهت انتقال به سطح بالاتر مساعدت شده بود (اعزام با آمبولانس مرکز بهداشتی ـ درمانی). در ۱۲/۵ درصد (۸۲ نفر) پزشک خانواده رونوشتی از ارجاع را به خانه بهداشت ارسال نموده بود. ۲۶۶ نفر (۴۰/۴ درصد) از بیماران به بیمارستان دولتی و ۳۴۹ نفر(۵۳ درصد) به مطب‌های خصوصی و ۴۴ نفر (۷/۶ درصد) به سایر مراکز ارجاع شده بودند. در ۶۶ درصد (۴۱۴ نفر) پزشک متخصص سطح ۲ توسط بیمار و در ۳۴ درصد (۲۱۳ نفر) توسط پزشک خانواده انتخاب شده بود. نوع تخصص پزشکان و فراوانی بیماران ارجاعی در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بیماران ویزیت شده توسط پزشکان متخصص و پس خوراند داده شده

	بیماران ویزیت شده		پسخوراند داده شده	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داخلی	۹۷	۱۶/۵	۵۱	۵۲/۵۸
زنان و زایمان	۸۸	۱۴/۹	۵۱	۵۷/۹۵
جراحی استخوان و مفاصل	۶۰	۱۰/۲	۲۷	۴۵
چشم پزشک	۵۶	۹/۵	۲۷	۴۸/۲۱
قلب و عروق	۴۷	۸	۲۱	۴۴/۶۸
اطفال	۴۵	۷/۶	۲۷	۶۰
مغز و اعصاب	۴۳	۷/۳	۲۵	۵۸/۱۴
گوش و حلق وبینی	۳۲	۵/۴	۱۴	۴۳/۷۵
جراحی کلیه و مجاری ادراری ـ تناسلی	۲۹	۴/۹	۱۹	۶۵/۵۲
اعصاب و روان	۲۸	۴/۸	۱۶	۵۷/۱۴
جراحی	۲۵	۴/۲	۱۱	۴۴
پوست	۱۳	۲/۲	۶	۴۶/۱۵
عفونی	۱۲	۲/۱	۶	۵۰
غدد	۷	۱/۲	۱	۱۴/۲۹
سایر	۷	۱/۲	۱	۱۴/۲۹
جمع	۵۸۹	۱۰۰	۳۰۳	۵۱/۴۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]

پزشکان متخصص داخلی، زنـان و زایمـان و جراحـی اسـتخوان و مفاصل، تخصص‌هایی بودند که بیشترین پذیرش بیماران ارجـاعی از سطح اول را داشتند و بالاترین درصد پس خوراند مربوط به جراحان کلیه و مجاری ادراری ـ تناسلی بود. بین پس خوراند و نوع تخصص پزشکان نیز رابطه معنی‌دار مشاهده نگردید (P=۰/۵۰).

از ۸۰۰ بیمار ارجاعی ۶۰۹ نفر(۷۶/۱ درصد) به پزشـک سـطح ۲ مراجعه نموده بودند. ۲۳/۴ درصد (۱۴۲ نفر) از پزشکان سطح ۲ زن و ۷۶/۶ درصد (۴۶۴ نفر) مرد بودند.

بین جنسیت پزشک خـانواده و پیشـنهاد دهنـده جهـت انتخـاب پزشک سطح ۲ ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید (P=۰/۱۵). از ۲۶۳ بیمار ارجاع شده از خانه بهداشت، زنـان بـا فراوانـی ۶۳/۱۲ درصـد، رتبه اول و مردان با ۳۶/۸۸ درصـد در رده بعـد قـرار داشـتند. بـین جنسیت بیمار و ارجاع از خانه بهداشت، ارتبـاط نزدیـک بـه حـدود معنی‌داری بود (P=۰/۰۵۷).

از کل بیماران ارجاعی مراجعه نموده بـه پزشـک سـطح ۲ تعـداد ۱۳۹ نفر (۲۲/۸ درصد) بستری و ۴۷۰ نفر (۷۷/۲ درصد) به صورت سرپایی درمان شده بودند (جدول شماره ۳).

کیفیت پسخوراند در ۸/۴ درصد از بیماران در حد مطلـوب بـود و حدود نیمی از پزشکان سطح ۲ هیچگونـه بـازخوردی بـه پزشـکان خانواده نمی‌دادند. بین جنسیت بیمار و پی‌گیـری از سـوی بهـورز و پزشک خانواده در طول فرآیند ارجاع، جنسیت بیمار و رضـایتمندی وی، جنسیت بیمار و ثبت در پرونده سلامت و نیز جنسیت بیمـار و نوع خدمت دریافتی رابطه معنی‌دار مشاهده نگردید. بین پسـخوراند و نوع تخصص نیـز رابطـه معنـی‌دار مشـاهده نگردیـد. بیشـتر پـس خوراندها مربوط به کلینیک‌های خصوصی بود. آزمون دقیـق فیشـر نشان داد که بین محل ارجاع شده بیماران در سطح ۲ و پسخوراند، رابطه معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۲).

بحث و نتیجه گیری

یکی از اهداف ملی طرح پزشک خانواده، اصلاح نظام ارجـاع بـوده که پس از اجرای طرح انتظار می‌رود بار مراجعات به سطح ۲ کاهش یافته و امکان برخورداری بیماران نیازمنـد بـه خـدمات سـطح ۲ بـا سهولت بیشتری انجام گیرد.

اکثـر بیمـاران ارجـاعی (۶۴/۲ درصـد) زن بودنـد. نصـرالله پـور شیروانی [۵] در مطالعه خود درصـد زنـان ارجـاعی را ۶۵ درصـد و مفتون و همکاران [۹] ۶۷ درصـد و حسـینی و همکـاران [۱۰] ۷۳ درصد بیان نمودند که بالاتر بودن آمار زنان نسبت به مردان با نتایج اخیر همخوانی دارد. ۳۹/۲ درصد از بیماران ارجاعی بی‌سـواد بودنـد که با نتایج مفتون [۹] (۲۶/۶ درصـد) و نصـرالله پـور شـیروانی [۴] ۲۲/۲ درصد همخوانی نداشـته، ولـی بـه نتـایج مطالعـه‌ای دیگـر از نصرالله پور شیروانی [۵] نزدیک است. ۳۴/۱ درصد از افـراد از خانـه بهداشت به پزشک خانواده ارجاع شده بودند.

جدول شماره ۳- وضعیت پسخوراند و پی‌گیری و رضایت بیماران ارجاعی

	تعداد	درصد
وضعیت پسخوراند		
مطلوب	۵۱	۸/۴
متوسط	۱۱۷	۱۹/۴
ضعیف	۱۴۰	۲۳/۲
پسخوراند داده نشده	۲۹۶	۴۹
برگشت بیمار پس از ویزیت سطح ۲ به پزشک خانواده		
مراجعه مجدد به پزشک خانواده	۱۷۴	۲۸/۷
عدم مراجعه به پزشک خانواده	۴۳۳	۷۱/۳
ثبت نتایج ویزیت در پرونده سلامت		
ثبت شده	۷۷	۱۲/۸
ثبت نشده	۵۲۴	۸۷/۲
پی گیری در طول فرآیند ارجاع توسط پزشک خانواده		
صورت گرفته	۳۸	۶/۲
صورت نگرفته	۵۷۳	۹۳/۸
پی گیری در طول فرآیند ارجاع توسط بهورز		
صورت گرفته	۱۴۷	۲۴/۱
صورت نگرفته	۴۶۴	۷۵/۹
سطح رضایت بیمار از مجموعه اقدامات انجام شده و فرآینـد ارجاع		
خیلی زیاد	۶۷	۱۱/۳
زیاد	۲۳۶	۳۹/۸
متوسط	۲۵۳	۴۲/۷
کم	۲۷	۴/۶
خیلی کم	۱۰	۱/۷
علل عدم مراجعه به سطح ۱ پس از دریافت خدمات سطح ۲		
بی اطلاعی	۲۳۹	۵۴
بی حوصلگی	۳۴	۷/۷
مشکلات تردد	۳۲	۷/۲
وقت نداشتن	۲۸	۶/۳
سایر	۱۱۰	۱۳/۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]

در مطالعات نصرالله پور شیروانی [۵، ۴] این رقم به ترتیب ۳۴/۷ و ۴۰/۵ درصد عنوان شده که با نتایج اخیر تا حدود زیادی همخوانی دارد. ارجاع به سطح ۲ در ۴۳/۸ درصد به خواست یا اصرار بیمار صورت گرفته بود. در مطالعات نصرالله پور شیروانی [۵، ۴] این رقم به ترتیب ۳۵/۱ و۵۶ درصد و در مطالعه حسینی فرجی [۱۱] ۱۲/۲ درصد عنوان شده است که با نتایج اخیر همخوانی ندارد. از دلایل بالاتر بودن این ارقام در پزشکان خانواده نسبت به مطالعه حسینی در کمیته امداد، انعطاف پذیری بیشتر پزشکان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. ارجاع به درخواست بیمار، سبب ازدحام واحدهای سطوح بالاتر گشته و نظام ارجاع را با چالشی اساسی روبرو خواهد نمود که باید اقدام لازم در این زمینه صورت گیرد. در ۱۲/۵ درصد (۸۲ نفر) پزشک خانواده رونوشتی از ارجاع را به خانه بهداشت ارسال نموده بود. نصرالله پور شیروانی [۵] در مطالعه خود این رقم را ۱۷/۶ درصد عنوان کرده که پایین بودن ارسال رونوشت ارجاع به خانه بهداشت در دو مطالعه مشابه یکدیگر است. ارسال رونوشت به خانه بهداشت می‌تواند در آموزش بهورز و پی گیری بیمار نقش اساسی داشته باشد.

۵۳/۹۶ درصد از بیماران بستری را زنان ارجاع شده تشکیل می‌دادند. بررسی‌های مشابه استفاده زنان از تخت‌های بستری را بیش از مردان نشان می‌دهد [۱۲]. در ۶۶ درصد از موارد، پزشک متخصص سطح ۲ توسط بیمار انتخاب شده بود. در مطالعات نصرالله پور شیروانی [۴و۵] این رقم به ترتیب ۷۲ و۶۷/۱ درصد عنوان شد که بالاتر از نتایج اخیر است. تشخیص نوع تخصص و پزشک سطح ۲ باید با پزشک خانواده باشد. پزشکان متخصص داخلی، بالاترین پذیرش بیماران ارجاعی را داشتند. در مطالعات نصرالله پور شیروانی [۵، ۴] و حسینی [۱۰] رتبه اول مراجعان را به پزشکان متخصص زنان و زایمان و پس از آن متخصصان داخلی به خود اختصاص داده که نوع رتبه با نتایج اخیر همخوانی ندارد [۵، ۴]. در ۵۱/۴ درصد از بیماران ارجاعی، پس خوراند به سطح اولیه ارجاع داده شده بود که کیفیت فقط در ۸/۴ درصد از موارد مطلوب بود. در مطالعه نصرالله پور شیروانی، موارد پس خوراند به ترتیب ۳۰/۲ و ۲۸/۱ درصد و کیفیت پس خوراند، به ترتیب ۲۶/۴ و ۳۱/۷ درصد مطلوب گزارش شد که با نتایج اخیر همخوانی ندارد [۵، ۴]. شاید یکی از دلایل این عدم همخوانی، گذشت مدت بیشتری از اجرای طرح در شهرستان شاهرود است. عدم ارائه پس خوراند یا نامطلوب بودن پس خوراند داده شده، یکی از مشکلات شایع و اساسی در نظام ارجاع از ابتدای استقرار شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی در کشور بوده و هست و نتایج حاضر بیانگر آن است که اجرای طرح ملی پزشک خانواده نیز نتوانسته این مشکل بزرگ را برطرف نماید.

تنها ۲۸/۷ درصد از بیماران بعد از ویزیت پزشک سطح ۲، به پزشک خانواده مراجعه نموده بودند. در مطالعات نصرالله پور شیروانی این رقم به ترتیب ۲۵/۳ و ۲۴/۲ درصد گزارش شده که با نتایج اخیر تا حدود زیادی مشابهت دارد [۵، ۴]. بیش از نیمی از بیماران دلیل عدم مراجعه را بی اطلاعی عنوان نموده‌اند که آموزش بیماران در طول فرآیند ارجاع از سوی ارائه دهندگان خدمات می‌تواند نقش مهمی در بهبود این نقیصه داشته باشد. همچنین نتایج ویزیت پزشک سطح ۲ در پرونده سلامت تنها ۱۲/۸ درصد از بیماران ثبت شده بود. در مطالعات نصرالله پور شیروانی [۵، ۴] درصد ثبت پسخوراندها به ترتیب ۸۰/۷ و ۴۲/۹ درصد ذکر شده که با نتایج اخیر همخوانی ندارد.

در طول فرایند ارجاع، ۶/۲ درصد از بیماران توسط پزشک خانواده و ۲۴/۱ درصد توسط بهورز به صورت تماس تلفنی با بیمار یا حضوری، پی گیری شده بودند. در مطالعات نصرالله پور شیروانی این رقم به ترتیب در مورد پزشک خانواده ۴/۹ و ۴/۸ درصد و در مورد بهورزان ۷ و ۱۴ درصد گزارش شده که بالاتر بودن پی گیری بهورزان نسبت به پزشک خانواده با نتایج اخیر تا حدود زیادی مشابهت دارد [۵، ۴]. شاید یکی از دلایل آن پی گیری فعالی است که از بدو راه اندازی شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی جزء وظایف خانه بهداشت آورده شده که درصد پایین این پی گیری در هر دو گروه جای بررسی بیشتر دارد. ۵۱/۱ درصد از بیماران از فرآیند ارجاع رضایت داشتند. در مطالعات نصرالله پور شیروانی میزان رضایت به ترتیب ۶۶/۶ و ۵۱/۳ و ۵۳/۶ درصد عنوان شده بود [۱۳، ۵، ۴] که بالاتر از نتایج اخیر است. در ۵۴ درصد از بیماران دلیل عدم مراجعه پس از دریافت خدمات سطح ۲ به پزشک خانواده، بی اطلاعی عنوان شده بود. در مطالعات نصراله پور شیروانی به ترتیب ۷۵/۶ و ۷۹/۶ درصد از علل اصلی عدم مراجعه بی اطلاعی عنوان شده که بالاتر بودن این متغیر نسبت به سایر متغیرها در تمامی مطالعات یکسان است [۱۴، ۵، ۴]. همانطور که در بالا اشاره شده، رفع این مشکل تنها با آموزش بیماران و ارزشیابی‌های عملکرد ارائه دهندگان خدمات امکان پذیر است. اگرچه این مطالعه نتایج بسیار ارزشمندی را فراروی مسئولان نظام سلامت و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی ـ درمانی قرار می‌دهد، ولی با توجه به مهم‌ترین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]

محدودیت این مطالعه یعنی تعمیم پذیری پایین به علت اجـرای آن در سطح یـک دانشـگاه پیشـنهاد مـی‌گـردد محققـان علاقمنـد در مطالعات آتی، چنین مطالعه‌ای را در سطح وسیع‌تری در دستور کار خود قرار دهند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گیری نمود که بسیاری از ملزومات نظام ارجاع از جمله ارجاع بیماران بـه سطح ۲ بنا به تشخیص پزشـکان خـانواده، ایفـای نقـش پزشـکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصـص سـطح دو، ارایـه پسـخوراند سطح بالاتر به سطح پایین‌تر، پی گیـری سرنوشـت ارجـاع توسـط بهورزان و پزشکان خانواده و بازگشت مجدد بیماران به سـطح اول و ثبت نتایج ارجاع در پرونده سلامت، در حد انتظار رعایت نشده است که آموزش و نظارت بیشتر می‌تواند نقش مهمی در بهبـود وضـعیت داشته باشد.

منابع

1. Family Physician Instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education; Version 5: Tehran, 2005 [Persian]
2. Family Physician Instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education; Version 11: Tehran, 2010 [Persian]
3. Ebadifard Azar F. Patients admission and referral system observance in live educational centers (IUMS). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 23: 30-35 [Persian]
4. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Research Journal 2010; 13: 19-25 [Persian]
5. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS) 2010; 11: 46-52 [Persian]
6. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency Medical Journal 2001; 18: 482-7
7. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. Eastern Mediterranean Health Journal 1997; 3: 236-53
8. Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health Care Network. Hakim Research Journal 2001; 4: 238-42 [Persian]
9. Maftoon F, Aeinparast A, Montazeri A, Farzadi F, Jahangiri K. Rural satisfaction insured covered by health Insurance organizations and service providers plan and family physician referral system. 1 st Edition, Health Insurance organizations Press: Tehran, 2010 [Persian]
10. Hosseini SR, Mesbah N, Hajian K, Haji-Ahmadi M, Sajadi P, Dadashpour M, et al. Assessment of referral system in health care delivery center of paeengatab (Babol; 2003). Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS) 2005; 7: 85-90 [Persian]
11. Hosseini Faraji H. Performance evaluation of family physician program in Imam Khomeini's Relief Committee Yazd province [dissertation]. M Sc Thesis: Azad Islamic University 2005 [Persian]
12. Sadaghiani E. Health care evaluation and hospital standards. 2 nd Edition, Senovbar Press: Tehran, 2008 [Persian]
13. Nasrollahpour Shirvani SD. Ashrafian H, Motlagh ME, Kabir MJ, Tourani S, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction of service recipients from health centers with family physician program in Northern Provinces of Iran: 2008. Journal of Nursing Midwifery of Rafsanjan 2009; 3: 1-10 [Persian]
14. Nasrollahpour Shirvani SD. Ashrafian Amiri H, Kabir M. Evaluation of the quality of performance of family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Research Project NO: 7121167.252. Babol University of Medical Sciences [Persian]

سهم نویسندگان

رضا چمن: طراحی مطالعه، اجرا و تدوین مقاله
محمد امیری: طراحی مطالعه، اجرا و تدوین مقاله
مهدی راعی: تحلیل داده‌ها، تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصـوب شـماره ۸۸۴۳ دانشـگاه علوم پزشکی شاهرود است که با حمایت مالی دانشـگاه انجـام شـد. ضمناً از زحمات همکاران آقایان محمد علی نـژاد و علیرضـا یـاقوتی تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.6.2.4]