Archive of SID

بررسی وضعیت ارجاع بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۷۷

صمد روحانی(M.Sc.) *

چکیده

سابقه و هدف : نظر به بالا بودن میزان مراجعات مستقیم و خارج از سیستم ارجاع بیماران به بیمارستان ها که هم موجب ازدحام و شلوغی این مراکز ارائه خدمات تخصصی و هم موجب بیکاری و بلااستفاده ماندن خدمات درمانی پیش بینی شده در مراکز بهداشتی و درمانی سیستم شبکه می گردد، به منظور تعیین مهمترین علل مراجعه مستقیم و خارج از سیستم ارجاع این تحقیق روی مراجعین بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۷۷ انجام پذیرفت.

مواد و روش ها : تحقیق به روش توصیفی بر روی ٤۰۰ نفر از مراجعین که ۳۳۰ نفر آنان موارد غیر ارجاعی و ۷۰ نفر موارد ارجاعی بوده اند انجام گرفت که ازنظر نوع مراجعه با یکدیگر تفاوت داشته و از لحاظ متغیرهای منطقه محل سکونت (شهری و روستایی)، میزان آگاهی ، تکرار مراجعات و وضعیت پرداخت هزینه خدمات مورد ارزیابی قرار گرفته اند. اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه تنظیمی توسط پرسشگر در محل مراجعه و پذیرش بیماران از آنها یا از طریق افراد همراه تکمیل و جمع آوری گردید.

نتایج : این تحقیق نشان داد که اکثریت بیماران ارجاعی (۸۷/۱ درصد) از مناطق روستایی هستند و ارتباط بین منطقه محل سکونت و نوع مراجعه معنی دار می باشد (P= 0). همچنین مشخص شد که در مراجعات تکراری میزان تمایل افراد به ارجاع به حدود نصف کاهش می یابد. ۹۰ درصد بیماران ارجاعی ازنحوه برقراری ارتباط صحیح بین بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمان آگاهی داشته درصورتی که این میزان دربیماران غیرارجاعی ۳۵/٦ درصد می باشد. ضمناً اغلب بیماران ارجاعی (۷۷/۱ درصد) افرادی هستند که تحت پوشش بیمه روستایی سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی قرار دارند.

استنتاج : اعمال مدیریت و نظارت دقیق تر به منظور استفاده بهینه از امکانات خدمات بهداشتی و درمان موجود و توزیع آن براساس نیاز نواحی مختلف جغرافیایی ضرورت می باشد. ضمن این که دادن آگاهی به مردم در خصوص سیستم جامع خدمات بهداشتی ودرمانی کشور ونقش و وظیفه هریک ازواحدهای سطوح مختلف نیزدارای اهمیت می باشد. همچنین منوط نمودن کمک های مالی سازمان های بیمه گر یا سازمان های دیگری که به نوعی در هزینه خدمات بیمارستانی افراد جامعه مشارکت دارند به پیروی و رعایت سیستم ارجاع نقش مؤثری در موفقیت این سیستم دارد.

واژه های کلیدی : بیمه خدمات درمانی، مراجعه مستقیم، سیستم ارجاع، بیمه خدمات درمانی روستایی

☜ این تحقیق طی شماره ۲۵-۷۵ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت گردیده، با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام پذیرفته است.

* کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ ساری- خیابان وصال شیرازی- دانشکده بهداشت

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Archive of SID

مقدمه

درمان وبهداشت جدا ازهم نیستند، مردم ازکمبود درمان بیشتر از کمبود واکسن در رنج می باشند(۱). وزارت بهداشت،درمان وآموزش پزشکی درکنارتلاش خود در راه استقرار زیرساخت مناسب برای عرضه خدمات بهداشتی و درمانی امیدوار است به تدریج بتواند با استقرار کامل شبکه های بهداشتی و درمانی از طریق زنجیره منطقی برای ارجاع بیماران، دسترسی تمام مردم به خدمات جامع پزشکی را میسر سازد(۲). در درون شبکه بهداشت و درمان شهرستان واحدهای سطوح مختلف قرارگرفته اند که انتظار می رود قسمت اعظم نیازهای بهداشتی درمانی جامع تاحدپزشک عمومی درواحدهای سطح اول تأمین گردد وتنها کسانی راهی بیمارستان شوند که از صافی این واحدها گذشته باشند و نیاز آنان برای مراجعه به مراجع تخصصی به تأئید پزشکان عمومی مستقر در واحدهای سطح اول رسیده باشد و بیمارستان های عمومی جز در موارد اورژانس فقط پذیرای بیمارانی خواهند بود که نیاز واقعی آنها توسط پزشکان عمومی سطح اول تأیید شده باشد تا وقت و ظرفیت بیمارستان ها صرف انبوه مراجعات بی رویه کسانی که می توانند خدمات خود را از واحدهای سطح اول دریافت کنند، نگردد(۳). عرضه خدمات بهداشتی اولیه در صورتیکه به طور مؤثری با سیستم ارجاع و سرپرستی تقویت نگردد،عملاً به خدمات دست دوم و نارسا و فقط درسطح محیطی محدود می گردد(۲). از طرف دیگرتنها راه کاستن از بار بی حساب مراجعات به بیمارستان ها قرار دادن آنان در جایگاه یک کانون تخصصی و بالا بردن ارزش و کیفیت کار آنها و احیاء کار مراکز بهداشتی و درمانی به صورتی است که در طراحی نظام بهداشتی و درمانی کشور مورد نظر بوده است. این کار هرقدر دیرتر شروع شود به همان اندازه و شدیداً به زیان نظام خواهد بود(٤).در این رابطه مطالعات وگزارش ها نشان می دهد علی رغم وجود دستاوردهای چشمگیر سیستم شبکه، عدم موفقیت سیستم ارجاع به عنوان یکی از مهم ترین مشکلات این سیستم مطرح می باشد.آمارها نشان می دهد که حدود۷۵ درصد ازمراجعه کنندگان به بیمارستان ها بیمارانی هستند که بیمارستان اولین محل مراجعه آنها است یعنی مراجعه بیماران از الگو و طرح پیش بینی شده پیروی نکرده و براساس اصول و موازین نظام شبکه نمی باشد و مراکز بهداشتی و درمانی نقش فیلتر و پالایش کننده بیماران بیمارستان را نداشته و در نتیجه مراجعات غیرضروری و بی رویه به بیمارستان ها به وضوح مشاهده می شود(۵). در این راستا تاکنون در کشور تحقیقی که دلایل این وضعیت را بیان نماید صورت نگرفته است، لذا در این تحقیق سعی شده است تا به بررسی برخی ازمهمترین عوامل مؤثردر مراجعه مستقیم وخارج ازسیستم ارجاع پرداخته شود.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت توصیفی انجام گرفته است. برای جمع آوری داده ها ازپرسشنامه استفاده شده است. بدین ترتیب که با هماهنگی بیمارستان های امام (ره) ساری، امام رضا آما(ع) و امام سجاد (ع) رامسر، مکان هایی که محل مراجعه وپذیرش بیماران بوده است، مشخص گردید وسپس پرسشگر با برنامه زمانی تدوین شده در ماه های تیر، مرداد و شهریور سال ۷۷ هر روزه به یکی از مکان ها مراجعه و ازکلیه افراد مراجعه کننده که حاضر به همکاری وپاسخگویی بوده اند، پرسشنامه مربوطه را تکمیل وجمع آوری نموده است،سپس افراد به دوگروه یکی بیماران دارای برگ ارجاع که به عنوان گروه شاهد ودیگری بیماران فاقد برگ ارجاع به عنوان گروه مورد، دسته بندی شدند. ضمناً برای خردسالان و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir

Archive of SID

کودکان و همچنین بیماران بدحال از همراه آنان پرسش به عمل آمد.

نتایج

از تعداد ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل شده از بیماران تعداد ۳۳۰ نفر(۸۲/۵ درصد) از نوع مراجعه مستقیم و ۷۰ نفر (۱۷/۵ درصد) ازبیماران ارجاعی بوده اند. ازکل مراجعه کنندگان دراین مطالعه ۵۷/۳ درصد از جمعیت روستایی و ۴۲/۸ درصد از جمعیت شهری بوده اند. همانطور که در جدول شماره(۱) نشان داده شده است ۸۷/۱ درصد بیماران ارجاعی از جمعیت روستایی و ۱۲/۹ درصد از جمعیت شهری بوده اند درصورتی که در بین بیماران غیرارجاعی این نسبت در بین جمعیت شهری و روستائی تقریباً مساوی است. آزمون X^2 ارتباط معنی داری را بین منطقه محل سکونت ونوع مراجعه نشان می دهد (P=0). از دیگر یافته های این تحقیق وجود ارتباط معنی دار بین مرحله دفعات به بیمارستان و تمایل به مراجعه از طریق ارجاع می باشد. همان گونه که در جدول شماره(۱) آمده است درمراجعه اول میزان بیماران ارجاعی ۲۲/۹ درصد بوده است که در مراجعات بعدی این میزان به ۱۲/۱ درصد کاهش یافته است(P=۰/۰۰۴).

از دیگر یافته های این تحقیق مطابق جدول مذکور وجود ارتباط بین میزان آگاهی بیماران از نحوه برقراری ارتباط اصولی بین بیمارستان و واحدهای محلی و نحوه مراجعه است به نحوی که ۹۰درصد بیماران ارجاعی از این ارتباط آگاهی صحیح داشته در صورتی که در بین بیماران غیر ارجاعی این میزان به ۳۵/۶ درصد کاهش می یابد (P=0).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران ارجاعی و غیرارجاعی بر حسب متغیرهای منطقه محل سکونت، دفعه مراجعه و آگاهی از ارتباط صحیح بین بیمارستان و واحدهای محلی در مراجعه کنندگان به بیمارستان های علوم پزشکی مازندران در سال ۷۷

متغیرها	منطقه محل سکونت			دفعه مراجعه			آگاهی از ارتباط صحیح بیمارستان و واحدهای محلی				
نوع مراجعه	شهری	روستایی	کل	اول	تکراری	کل	پیام شفاهی	برگ ارجاع	یادداشت پزشک	غیره	کل
ارجاعی	(۱۲/۹)۹	(۸۷/۱)۶۱	(۱۰۰)۷۰	(۲۲/۹)۴۶	(۱۲/۱)۲۴	(۱۷/۵)۷۰	—	(۹۰)۶۳	(۲/۹)۲	(۷/۱)۵	(۱۰۰)۷۰
غیرارجاعی	(۴۹/۱)۱۶۲	(۵۰/۹)۱۶۸	(۱۰۰)۳۳۰	(۷۷/	(۸۷/۹	(۸۲/۵)۳۳۰	(۲/۱)۷	(۳۵/۶)۱۱۶	(۱/۳)۴	(۶۱)۱۹۹	(۱۰۰)۳۲۶
جمع	(۴۲/۸)۱۷۱	(۵۷/۳)۲۲۹	(۱۰۰)۴۰۰	(۱۰۰)۲۰۱	(۱۰۰)۱۹۹	(۱۰۰)۴۰۰	(۱/۸)۷	(۴۵/۲)۱۷۹	(۱/۵)۶	(۵۱/۵)۲۰۴	(۱۰۰)۳۹۶

مطابق جدول شماره(۲) در این تحقیق مشخص شد که در بین انواع مختلف بیمه شدگان و همچنین افراد غیربیمه شده بیشترین درصد بیماران ارجاعی (۷۷/۱درصد) مربوط به بیمه شدگان روستایی تحت پوشش سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی بوده ولی در بیماران غیرارجاعی بیشترین درصد مربوط به افراد دارای دفترچه بیمه خدمات درمانی تحت پوشش سازمان های بیمه گر متفاوت بوده است (۶۰درصد). آزمون X^2 ارتباط معنی داری را بین نوع مراجعه و نحوه تأمین هزینه خدمات بیمارستانی نشان می دهد (P=0).

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

Archive of SID

جدول شماره۲: توزیع فراوانی بیماران ارجاعی و غیرارجاعی بر حسب نحوه تأمین هزینه خدمات بیمارستانی در مراجعه کنندگان به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۷۷

نوع پرداخت	دفترچه بیمه	کارت کمیته امداد	کارت بیمه روستایی	خدمات رایگان	پرداخت با تخفیف	پرداخت بدون تخفیف	سایر موارد	جمع کل
ارجاعی	(۱۲/۹)۹	(۲/۹)۲	(۷۷/۱)٥٤	—	—	(٥/۷)٤	(۱/٤)۱	(۱۰۰)۷۰
غیرارجاعی	(٦۰)۱۹۸	(۳)۱۰	(۲۱/۲)۷۰	(۰/٦)۲	—	(۱۳/۹)٤٦	(۱/۳)٤	(۱۰۰)۳۳۰
جمع	(٥۱/۸)۲۰۷	(۳)۱۲	(۳۱)۱۲٤	(۰/٥)۲	—	(۱۲/٥)٥۰	(۱/۳)٥	(۱۰۰)٤۰۰

بحث

همانگونه که یافته های تحقیق نشان می دهد ارتباط مستقیمی بین سهولت دسترسی به خدمات بیمارستان و مراجعه مستقیم وجود دارد، به عبارت دیگر جمعیت شهری به دلیل کم بودن فاصله محل سکونت وبیمارستان در مقایسه با این فاصله در جمعیت روستایی و همچنین وجود وسایل نقلیه بیشترجهت ایاب وذهاب به بیمارستان و در نتیجه صرف زمان و هزینه کمتر در مقایسه با جمعیت روستایی دارای مراجعه مستقیم بیشتری هستند. به عبارت دیگر هرچه سهولت دسترسی به خدمات بیمارستان بیشتر باشد در صورت نبود ضابطه خاص میزان مراجعه مستقیم نیز افزایش می‌یابد که این موضوع با روح عدالت و برابری که از اصول خدمات بهداشتی اولیه می باشد و تأکید بر توزیع امکانات ومنابع را براساس نیاز جامعه دارد مغایرت خواهد داشت، لذا مدیریت و نظارت دقیق تر وتنظیم ضوابطی که متضمن هدایت منطقی بیماران باشد، به منظور کمک به تسهیل خدمات بیمارستان و توزیع عادلانه آن برای نواحی جغرافیایی مختلف ضروری می باشد(٦).

دراین زمینه مطالعه مشترک برنامه‌های‌توسعه سازمان ملل متحد(UNDP)، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و وزارت همکاری های اقتصادی آلمان فدرال (BMZ) درتعدادی ازکشورهای درحال توسعه جهان درسال‌های ۱۹۸۲ و ۱۹۸۳ میلادی نشان داده است که تعهد سیاسی دولت ها در قبال خدمات بهداشتی اولیه و توزیع عادلانه آن در جامعه ضعیف است، ضمن این که مدیریت نظام بهداشتی ضعیف وجریان اطلاعات ناقص است. همچنین به علت عدم هماهنگی بین قسمت های مختلف امکان بهـره‌برداری از بسیـاری از منابـع و امکانات فراهم نمی‌شود(۷).

همچنین کینگ(۸) در زمینه مدیریت و سرپرستی ارجاع مسئله نظارت و ارجاع را دو فعالیت وابسته به هم دانسته و می گوید ارجاع و نظارت کاملاً مرتبط به هم هستند و هر دو بیانگر ضرورت تلفیق اجزاء یک سیستم بهداشتی می باشند. وی همچنین می افزاید نظارت پیچیده ترین مسئله است و شامل هماهنگی فعالیت هایی همانند تشویق، بازدید، آموزش، سازماندهی، پشتیبانی و غیره می باشد. یافته دیگر این تحقیق نشان می دهد در مراجعات اول تمایل به ارجاع حدود دو برابر این تمایل در مراجعات تکراری می باشد. به عبارت دیگر، در مراجعات تکراری، به دلایل مختلف تمایل افراد به پیروی از ارجاع تا میزان حدود نصف کاهش می یابد. در این رابطه یافته های محقق در تحقیقات قبلی تحت عنوان بررسی‌نحوه مراجعه و پذیرش ... در سال ۷٤ مؤید این نکته است که برگ ارجاع و معرفی بیمه از سیستم شبکه باعث هیچگونه اولویتی در پذیرش بیمار نخواهد بود و با این بیماران مثل سایر مراجعه کنندگان در بیمارستان برخورد می شود و این امر درنهایت باعث دلسردی و سلب اعتماد بیماران از مراکز بهداشتی و درمانی نظام شبکه خواهد شد و بیماران تشویق خواهند شدکه درمراجعات بعدی به جای دور زدن سطوح شبکه، مستقیماً به بیمارستان مراجعه نمایند. کما اینکه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir

Archive of SID

اغلب مراجعه کنندگان فعلی بیمارستان اینگونه عمل می نمایند(۵).

دیگر یافته های این تحقیق که حاکی از وجود ارتباط بین نوع مراجعه و آگاهی از نحوه برقراری ارتباط صحیح بین واحدهای اول و بیمارستان می باشد در واقع نشان می دهد که موفقیت در پذیرش ارجاع از سوی مردم مستلزم ارائه آگاهی به آنان و تبیین اهداف واحدهای سطوح مختلف وتوانمندی های آنها و تفهیم شیوه اصولی برقراری ارتباط بین واحدها می باشد. در این زمینه کاریون (Carreon) با استناد به تجارب حاصله از دو تحقیق جداگانه که در فیلیپین و استرالیا به انجام رسانیده مبنای تحقیق خودرا برپایه نظام ارجاع دو طرفه، مشارکت متقابل پرسنل بیمارستان ومراکز بهداشتی در ارائه خدمات و جلب مشارکت مردم از طریق آموزش قرار داد(۹).

همچنین دکتر رنه ساند می گوید که مریض واقعی باید خدمات واقعی را در محل مناسب، مکان مناسب و یا جایی مناسب دریافت دارد، نظام خدمات بهداشتی اولیه تا وقتی که پشتیبانی مؤثر از جانب بیمارستان برای برآوردن نیازهای بیماران ارجاعی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان ندارند و به یک مرکز خدمات بهداشتی دیگر ارجاع می گردند، دریافت نکند نمی تواند به خوبی کار کند. بدون کمک های بیمارستان، خدمات بهداشتی اولیه به توان بالقوه خود دسترسی نخواهد یافت(۱۰).

باتوجه به یافته دیگر این تحقیق که مبیّن وجودارتباط بین نحوه پرداخت هزینه خدمات و مراجعه مستقیم بوده است این نکته قابل بحث می باشد که نظر به اینکه برخورداری از مزایای بیمه روستایی منوط به پیروی از سیستم ارجاع است؛ بیشترین درصد مراجعه از نوع ارجاعی دراین گروه وجود دارد درصورتی که درسایر انواع بیمه‌ها یاکمک های مالی سازمان های مختلف در زمینه درمان، افرادمشروط به رعایت مسیر ارجاع نبوده و نوع مراجعه آنها تفاوتی در ارائه خدمات این سازمانها ندارد، بنابراین افرادمتقاضی، خدمات تخصصی تر و در نتیجه مراجعه مستقیم به بیمارستان را انتخاب می نمایند. لذا ضرورت تنظیم مکانیسم مالی و ایجاد ارتباط بین کمک های مالی و ارجاع از ضروریات می باشد.

در این زمینه پالمر (Palmer) در خصوص موانع موجود بر سر راه تحقق سیستم ارجاع در بخش قیمت خدمات می گوید:

گرچه یک مرکز بهداشتی و درمانی خوب در امر جلوگیری از مراجعه مستقیم به بیمارستان مؤثر می باشد اما به طورکامل آن را متوقف نمی‌کند ومحدودیت های دیگری نیز در این مورد باید اعمال شود. در مجموع ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مجانی منجر به تقاضای بیش از حد و هدر رفتن منابع می شود. بنابراین کشورها از مکانیسم کنترل مالی (Financial brake) یعنی تعیین برخی برای ارائه خدمات که متناسب با توان مالی اکثر بیماران باشد، بهره می جویند(۱۱).

سپاسگزاری

بدینوسیله از زحمات آقای رضاعلی محمد پور به عنوان همکار آمار در تحقیق و کارشناس بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مازندران که علاوه برمسئولیت تکمیل پرسشنامه در انجام هماهنگی و سایر زمینه ها نیز با اینجانب همکاری صمیمانه داشته اند تشکر و سپاسگزاری‌می‌شود. همچنین از همکاری بی دریغ مدیریت محترم بیمارستان های امام خمینی (ره) ساری، امام رضا(ع) آمل و امام سجاد(ع) رامسر و کارکنان محترم اداره امورپژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر به عمل می آید.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir

Archive of SID

فهرست منابع

۱- شاپور، کامل؛ سیروس، پیله رودی؛ ایوب، اسپندار. خدمات بهداشتی اولیه و شبکه های بهداشتی و درمانی کشور ، مقاله ارائه شده در سمینار اهمیت و نقش دانشکده های پزشکی در خدمات بهداشتی اولیه، گناباد، ۱۷ لغایت ۱۸ اسفندماه ۱۳٦۷.

۲- ظافر، سیدآقا؛ مدیریت و برنامه ریزی مراقبت های اولیه بهداشتی، مقاله ارائه شده در کارگاه آموزشی مشهد، شهریور۷۱.

۳- پیله رودی، سیروس؛ طرح شبکه وسیستم ارجاع در ایران، مقاله ارائه شده در اولین سمینار طب اجتماعی اطفال در ایران زاهدان، مهر ۷۰.

٤- شادپور، کامل؛ شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ۱۳۷۲.

۵- روحانی، صمد؛ بررسی نحوه مراجعه و پذیرش بیماران در بیمارستان های تحت پوشش نظام شبکه شهرستان آمل، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران،۷٤.

٦- پیله رودی،سیروس؛کامل، شادپور؛ فرهنگ اصطلاحات بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، مقاله ارائه شده در کارگاه آموزشی مدیریت وبرنامه ریزی مراقبت های بهداشتی اولیه، مشهد، شهریور ۷۱.

۷- مرکز آمار ایران، سالنامه آماری، سازمان برنامه و بودجه بهمن ٦۸.

8- King M.L. An Iranian experiment of primary Health care. The west Azerbiejan project. oxford university press, 1983; 218-221.

9- Carreon, coabriel. co. The role of the hospitalprimsary health care. World Health fourum, 1982; 3(2): 32-33.

۱۰- شجاعی تهرانی، حسین؛ ملک افضلی، حسین ؛ کلیات خدمات بهداشتی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۲.

11- Palmer PES. The mangement for Hospital, world Health fourum, 1991; 3(2): 62-64.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

www.SID.ir