ORIGINAL ARTICLE

Translation, Adaptation and Validation of Referral Systems Assessment and Monitoring Toolkit for the Family Physicians Program in Iran

Samad Rouhani[1],
Ghader Momeni Rahkola[2],
Seiyed Davood Nasrollapour-Shirvani[3]

[1]Associate Professor, Department of Public Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] MSc Student in Health Services Management, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3]Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received March 9, 2019 ; Accepted October 21, 2019)

Abstract

Background and purpose: Studies on the function of referral system in Iran had not covered all aspects and structures of the referral system. This could be due to lack of an appropriate tool that could investigate referral system in Iran. The current study was done to translate and investigate the validation of Referral Systems Assessment and Monitoring (RSAM) Toolkit based on family physician in Iran.

Materials and methods: The English version of RSAM was translated into Farsi. Content validity was assessed by calculating content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI). For this purpose we used 20 informed individuals familiar with family physician program and referral system. Then, the tool was used in 52 family physician units in Mazandaran province and its reliability was investigated. Data were analyzed in SPSS V24 and LISREL 8.8.

Results: The coefficients of CVR and CVI were 70% and 90%, respectively, which were higher than the acceptable values. The Chrocbach's alpha coefficient for reliability of multiple choice items was 0.89 (good) and the Kudar-Ricahrson coefficient for two-choice items was 0.83. (acceptable).

Conclusion: The RSAM tool for Family Physician Program in Iran has the necessary scientific features and could be efficient in investigating this form of referral system.

Keywords: referra system, family physician, evaluation, adapting, validity, reliability

J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29 (179): 145-152 (Persian).

*** Corresponding Author: Ghader Momeni Rahkola -** Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: ghader.1358@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و نهم شماره ۱۷۹ آذر سال ۱۳۹۸ (۱۵۲-۱۴۵)

ترجمه ، بومی سازی و بررسی روایی و پایایی ابزار ارزیابی نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران

صمد روحانی[۱]
قادر مومنی راهکلاء[۲]
سید داود نصرالله پور شیروانی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: تاکنون بررسی‌های انجام شده در زمینه عملکرد سیستم ارجاع در ایران، همه ابعاد و ساختار نظام ارجاع را پوشش نداده است. فقدان یک ابزار متناسب و بومی برای ارزیابی از دلایل این امر به نظر می‌رسد. در این مقاله گزارش ترجمه و بومی‌سازی ابزار بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده برای اولین بار در ایران ارائه شده است.

مواد و روش‌ها: نسخه انگلیسی ابزار (Referral Systems Assessment and Monitoring) RSAM به فارسی روان برگردانده شد. روایی محتوایی با محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) بررسی شد. داده‌های مورد استفاده حاصل نظرات ۲۰ فرد مطلع در زمینه سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده می‌باشد. سپس این ابزار در ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده شهری و روستایی در سطح استان مازندران به کار گرفته و پایایی آن بررسی شد. نرم‌افزار های آماری مورد استفاده SPSS 24 و LISREL 8.8 بودند.

یافته‌ها: CVR و CVI به ترتیب ۷۰ و ۹۰ درصد به دست آمد که بالاتر از مقدار قابل قبول می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی آیتم های چند گزینه ای و ضریب کودر ریچاردسون برای دو گزینه ای به ترتیب اعداد ۰/۸۹ (خوب) و ۰/۸۳ (قابل قبول) را نشان دادند.

استنتاج: ابزار "ارزیابی سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده" برای مطالعه و ارزیابی فرایند ارجاع در این بخش از واحدهای ارائه خدمت دارای ویژگی‌های علمی لازم و روایی و پایایی قابل قبولی می‌باشد و می‌توان آن را به کار گرفت.

واژه های کلیدی: نظام ارجاع، پزشکی خانواده، پایش و ارزشیابی، بومی سازی ابزار، پایایی، روایی

مقدمه

در تاریخچه نظام مراقبت سلامت در دنیا، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مبتنی بر پزشک خانواده قدمت حدود ۱۰۰ ساله دارد. کشورهای پیشگام در این زمینه شامل آمریکا، کانادا، استرالیا، اتحادیه اروپا، هند و... می‌باشند که از دهه ۱۹۶۰ به بعد در صدد بکارگیری آن بوده‌اند(۳-۱). امروزه نیز برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی مردم و تحقق اهداف نظام سلامت، توسعه و بکارگیری استراتژی پزشک خانواده، همواره توسط سازمان جهانی پزشک خانواده (WONCA) به همه کشورهای جهان توصیه می‌شود(۴). پزشک خانواده

مولف مسئول: قادر مومنی راهکلاء – ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، کمیته تحقیقات دانشجویی E-mail:ghader.1358@yahoo.com
۱. دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۷/۱۲/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۸/۱/۲۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۸/۷/۲۹

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

با نظام ارجاع، پیوند مستقیم دارد ویکی ازضروریات اجرای موثر آن برشمرده می‌شود(۶،۵). نظام ارجاع هماهنگی لازم بین ارائه‌کنندگان خدمات درسطوح مختلف را برقرار می‌نماید. پزشک خانواده مبتنی بر نظام ارجاع ضمن تامین دسترسی سریع جامعه به خدمات عمومی پزشکی، می‌تواند دسترسی به خدمات تخصصی را نیز به طور عادلانه بین نیازمندان توزیع نماید؛ در نتیجه خدمات جامع بهداشتی و درمانی هم از پوشش متناسب برخوردار شده و هم به لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه می‌گردد(۸،۷).

امروزه کشورهای بیش‌تری از جمله کشورهای منطقه خاورمیانه در صدد اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از طریق به‌کارگیری و گسترش پزشک خانواده می‌باشند؛ اما در اغلب این کشورها عملکرد نظام ارجاع و به‌کارگیری درست آن دچار مشکل و فاقد کارآمدی مناسب می‌باشد. بنابراین برای موفقیت طرح پزشک خانواده انتظار می رود تلاش‌های کافی برای ایجاد یک نظام ارجاع با ساختار متناسب و کارآمد انجام شود(۱۱-۹). در طراحی، استقرار و گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور ایران که مبتنی بر سطح بندی خدمات می‌باشد، نظام ارجاع به‌عنوان یک عامل کلیدی برای هدایت بیماران در بین سطوح مختلف واحدهای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پیش‌بینی شده است(۱۲). اگرچه از منظر متخصصین و صاحب نظران داخلی و خارجی گسترش این شبکه‌ها دستاوردهای بسیار خوبی را به همراه داشته، ولی بارها به عدم توفیق در بکارگیری یک نظام ارجاع کارآمد به‌عنوان مهم‌ترین مشکل این سیستم اشاره شده است. در این راستا رفع موانع و به کارگیری یک سیستم ارجاع موثر، همیشه به عنوان یک مسئله اساسی و اولویت دار در کانون توجه طرح‌های اصلاح نظام سلامت کشور بوده است(۱۵-۱۳). از سویی دیگر یکی از اهداف ملی طرح پزشک خانواده که از سال ۱۳۸۴ در سطح کشور اجرا می‌شود، سطح‌بندی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با به‌کارگیری نظام ارجاع بوده است که انتظار می‌رفت پس از اجرای آن، بار مراجعات به سطح دو ارائه خدمت کاهش یابد و فواید سطح بندی خدمات حاصل شود(۱۶)، اما بررسی‌های سال‌های اخیر نشان می‌دهد که علی‌رغم تلاش‌های بسیار و هزینه‌های هنگفت، سیستم ارجاع هنوز کارایی لازم را نداشته و باید اقداماتی برای اجرای درست آن صورت گیرد(۷). یکی از مشکلات مشاهده شده در اغلب این بررسی‌ها انجام مطالعات مشابه و تکراری و عدم ارزیابی همه ابعاد مربوط به ساختار نظام ارجاع بوده در نتیجه راهکارهای لازم عملا جامعیت نداشته و مورد توجه تصمیم گیرندگان نیز واقع نشده است(۱۱). فقدان ابزار متناسب و بومی برای ارزیابی نظام ارجاع از دلایل این امر به نظر می‌رسد. ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع یا (Referral Systems Assessment and Monitoring) RSAM که توسط گروه Measure Evaluation در دانشگاه کارولینای شمالی و با حمایت آژانس توسعه بین المللی آمریکا USAID در سال ۲۰۱۳ توسط گروهی از متخصصین در سطح بین‌المللی طراحی و تهیه شد، تقریباً جامع ترین ابزار در این زمینه می‌باشد. این ابزار در ابتدا برای ارزیابی و پایش مراقبت‌های مربوط به نظام ارجاع بیماران مبتلا به ایدز معرفی شد، اما قابلیت متناسب‌سازی برای سایر بخش‌های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را دارد و برای به کارگیری در دامنه گسترده‌ای از خدمات مبتنی بر نظام ارجاع در سطح بین‌المللی توصیه شده است(۱۷). این ابزار در کشورهای در حال توسعه از جمله کنیا و تایلند نیز مورد استفاده قرار گرفته است(۱۸). فقدان چنین ابزار جامع و متناسبی برای ارزیابی سیستم ارجاع در داخل کشور به چشم می خورد. با انجام این مطالعه و معرفی این ابزار به مجریان و متولیان راه اندازی و به‌کارگیری نظام ارجاع، مدیران و ناظران در سیستم ارائه خدمات بهداشتی، سازمان‌های بیمه سلامت و پژوهشگران، انتظار می رود که خلاء فقدان این ابزار برطرف شود.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

مواد وروش ها

در نسخه انگلیسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم‌های ارجاع پنج محور بنیادی و مرتبط با سیستم ارجاع شامل: ۱) مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت، ۲) ویژگی‌های شبکه ارجاع، ۳) پایش سیستم ارجاع، ۴) فرآیند سیستم ارجاع و ۵) توصیه‌های پاسخ دهندگان در قالب ۷۶ آیتم بررسی می‌شود. برای بومی‌سازی و ارائه نسخه فارسی، ابتدا نسخه انگلیسی این پرسشنامه با روش Forward-Backward در دو مرحله توسط سه متخصص متون زبان تخصصی به فارسی روان برگردانده شد. سپس با نشست مشترک بین مترجمین و مجریان طرح، در نهایت روی نسخه واحدی اتفاق نظر حاصل شد. برای تایید روایی صوری و همچنین سنجش کیفی روایی محتوا به یک پنل تخصصی سیزده نفره متشکل از ۵ عضو هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که صاحب تالیفات مرتبط با موضوع و همچنین ۸ نفر از کارشناسان خبره شاغل در حوزه معاونت بهداشتی استان‌ها از اقصی نقاط کشور رجوع شد. این کارشناسان به لحاظ تجربه و اشتغال، آشنایی کافی با پزشک خانواده و نظام ارجاع و فرایند ارزیابی این نظام داشته و با مسائل و همچنین نقاط قوت و ضعف آن آشنا بودند. از این افراد خواسته شد تا: ۱. آیتم‌ها با پاسخ‌های مناسب را تایید و مشخص نمایند، ۲. آیتم‌های مناسب ولی پاسخ‌های نا متناسب را مشخص و درصورت امکان پیشنهاد اصلاحی متناسب ارائه نمایند، ۳. آیتم‌های غیر مرتبط با نظام بهداشتی و سیستم ارجاع در ایران را مشخص نمایند، ۴. آیتم‌ها و مواردی که باید به این ابزار اضافه شود را پیشنهاد دهند تا آن را تبدیل به یک ابزار مناسب‌تر برای ارزیابی ساختار و ارکان سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران نمایند. اعضای تیم تحقیقاتی پس از دریافت نظرات و پیشنهادهای ارائه شده، نسخه نهایی را تدوین و برای پایلوت به منظور سنجش کمی روایی محتوا آماده نمودند. در مرحله بعدی نسخه فارسی پرسشنامه به ۲۰فرد مطلع در زمینه سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده شامل پزشکان خانواده شهری (۸ نفر)، پزشکان خانواده روستایی (۷ نفر)، کارشناسان مجرب شاغل در ستاد مراکز بهداشت (۳ نفر) و سازمان‌های بیمه (۲ نفر) جهت ارزیابی ارائه شد. تنوع در ترکیب افراد انتخاب شده در راستای دریافت نظرات از زوایای متفاوت، متنوع و در عین حال مرتبط ، بوده است.

روایی محتوایی با محاسبه نسبت روایی محتوایی (CVR: Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوایی (CVI: Content Validity Index) سنجیده شد. محاسبه میانگین ضرایب CVR و CVI بر مبنای نظرات افراد پاسخ دهنده است که وجود هر آیتم در ابزار نهایی را به ترتیب"ضروری"، "کاملا مرتبط" یا "مرتبط اما نیاز به بازبینی" تشخیص می‌دهند. با توجه به این‌که تعداد افرادی که از آن‌ها نظر خواهی شد ۲۰ نفر بود (با ملاحظه به افراد در دسترس و دامنه قابل قبول تعداد نمونه)، مقادیر حداقل میانگین هر آیتم و در نهایت میانگین کل در مورد ضریب CVR و شاخص CVI به ترتیب باید بالای ۰/۴۲ و ۰/۷۹ باشد تا روایی محتوایی تایید شود(۱۹،۲۰). سپس این ابزار در ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده شهری و روستایی در سطح استان مازندران به‌کار گرفته شد و پایایی آن با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون به‌ترتیب از طریق نسخه‌های نرم‌افزارهای SPSS 24 و LISREL 8.8 بررسی شد.

یافته ها

روایی کیفی ابزار

اعمال نظرات و پیشنهادات اعضای پنل تخصصی منتهی به تغییر ابزار از شکل اولیه (۵ بعد درقالب ۷۶ سوال) به شکل نهایی آن (همان ۵ بعد در قالب ۷۵ سوال) به شرح: ۱. مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت (۱۵آیتم)، ۲. ویژگی‌های شبکه ارجاع ب(۱۰ آیتم)، ۳. پایش سیستم ارجاع (۲۲ آیتم)، ۴. فرآیند سیستم ارجاع (۲۶ آیتم) و ۵. توصیه‌های پاسخ‌دهندگان(۲ آیتم) شد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

روایی کمی ابزار

نتایج تحلیل آماری برای ارزیابی کمی ابزار شامل ضرایب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مقادیر شاخص‌های CVR و CVI کلی و به تفکیک برای سنجش روایی نسخه فارسی ابزار«بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده درایران»

ابعاد ابزار/ شاخص ها		تعداد سوال	میانگین ضریب CVR	میانگین ضریب CVI
مشخصات کلی سازمان یا واحد ارائه خدمت		۱۵	۰/۶۰	۰/۹۵
ویژگی های شبکه ارجاع		۱۰	۰/۶۹	۰/۹۲
پایش سیستم ارجاع	ارجاع به سایر واحدها	۱۳	۰/۶۷	۰/۹۱
	پذیرش ارجاع ازسایر ارائه کنندگان خدمات	۹	۰/۸۱	۰/۸۴
فرآیند سیستم ارجاع	پروتکل و دستورالعمل ارجاع	۶	۰/۵۵	۰/۸۳
	کیفیت داده ها و استفاده از آن	۱۲	۰/۶۶	۰/۸۸
	حفظ محرمانگی و رضایت مشتری	۸	۰/۷۸	۰/۹۴
توصیه های پاسخ دهندگان		۲	۰/۸۵	۰/۹۲
کل سوالات		۷۵	۰/۷۰	۰/۹۰

همان گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، ابزار مورد مطالعه از نظر هر دو شاخص به‌کار گرفته شده برای ارزیابی روایی کمی دارای میانگین ضریب بالایی است که حاکی از تایید روایی آن برای بکارگیری در سطح پزشک خانواده در کشور می‌باشد.

پایایی ابزار

داده‌های مربوط به بررسی پایایی، حاصل به کارگیری این ابزار به صورت پایلوت در سطح ۵۲ واحد از انواع مختلف مجری پزشک خانواده در سطح استان مازندران می‌باشند. جدول شماره ۲ ویژگی‌های توصیفی این واحدها را نشان می‌دهد.

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود واحدهای متنوعی از لحاظ نوع، ویژگی‌های متفاوت پزشک خانواده و شیوه فعالیت، مورد مطالعه قرار گرفتند. بررسی پایایی برای آیتم‌های چند گزینه‌ای، ضریب آلفای کرونباخ با عدد ۰/۸۹ (خوب) و برای آیتم‌های دو گزینه‌ای، ضریب کودر ریچاردسون با عدد ۰/۸۹ (قابل قبول) را نشان داد که تایید کننده تناسب این ابزار با نظام پزشک خانواده ایران می باشد.

جدول شماره۲: ویژگی های ۵۲ واحد مجری پزشک خانواده که برای اولین بار نسخه فارسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع را اجرا نمودند

متغیر/ تعداد		تعداد (درصد)	حداقل	حداکثر	میانگین
عنوان واحد	مطب پزشک خانواده	(۴۴/۲)۲۳	–	–	–
	پایگاه پزشک خانواده شهری	(۲۶/۹)۱۴			
	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی	(۲۸/۸)۱۵	–	–	–
جنسیت پزشک	مرد	(۵۱/۹)۲۷	–	–	–
	زن	(۴۸/۱)۲۵	–	–	–
بازه زمانی فعالیت واحد	تک شیف صبح	(۲۶/۹)۱۴	–	–	–
	تک شیفت عصر	(۱/۹)۱	–	–	–
	شیفت صبح و عصر	(۴۶/۲)۲۴	–	–	–
	شبانه روزی	(۹/۶)۵	–	–	–
	دارای بیتوته	(۱۵/۴)۸	–	–	–
نوع رابطه استخدامی	رسمی	(۲۸/۸)۱۵	–	–	–
	پیمانی	(۵/۸)۳	–	–	–
	طرحی	(۹/۶)۵	–	–	–
	قراردادی	(۵۳/۸)۲۸	–	–	–
	سایر	(۱/۹)۱	–	–	–
سن پزشک(سال)		–	۲۷	۷۵	۴۶/۶۲
سابقه خدمت پزشک(سال)		–	۱	۴۳	۱۶/۳۳
سابقه خدمت بعنوان پزشک خانواده(سال)		–	۱	۱۳	۵/۷۴

بحث

با توجه به اهمیت نظام ارجاع در سطح بندی و سازماندهی سیستم خدمات بهداشتی و درمانی، به کارگیری ابزارهای متناسب برای ارزیابی و مطالعه دقیق آن یک ضرورت انکار ناپذیر می‌باشد. در این مطالعه برای اولین بار یک ابزار متناسب برای ارزیابی نظام ارجاع در ایران با نسخه فارسی ارائه شده است. بومی سازی این ابزار در سطح پزشکان خانواده انجام شده که حلقه اولیه و کلیدی در فرایند ارجاع بیماران در نظام سلامت کشور هستند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نسخه فارسی این ابزار از جنبه‌های روایی کیفی و پایایی دارای ویژگی‌های لازم برای استفاده در برنامه پزشک خانواده جهت مطالعه ساختار نظام ارجاع و شناسایی کمبودها و کاستی‌های احتمالی و راهنمایی برای اقدامات رفع‌کننده این نواقص می‌باشد.

در فرآیند بومی‌سازی این ابزار ساختار اولیه و ابعاد آن عمدتا حفظ شده به گونه‌ای که نسخه فارسی همانند نسخه اصلی، دارای ۵ بعد اصلی و ۵ بعد فرعی مربوطه (جدول شماره ۱) می‌باشد. این ابعاد در برگیرنده عناصر مرتبط با ارجاع اعم از ویژگی‌های واحد ارائه خدمت یا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

آغاز کننده ارجاع، پرسنل مربوطه، نظارت کنندگان و حامیان فرایند و نظام ارجاع، مدیران سطوح مختلف نظام بهداشتی و بیمه ها می باشند، بنابراین اطلاعات حاصل از بکارگیری این ابزار می‌تواند منتهی به شناخت جامع و ارائه تصویری کامل از وضعیت موجود نظام ارجاع و عملکرد آن شود. مشابه با مطالعه حاضر، در کشور سنگال برای فهم بهتر و ارزیابی سیستم ارجاع موجود در دو منطقه جغرافیایی از ابزار RSAM اقتباس و ابزار بومی شده مربوطه به صورت دیجیتالی ارائه شد. به کارگیری این ابزار برای تشخیص ضعف‌های برنامه‌های ارائه خدمات از جمله رفتارهای نامتناسب برخی از کارکنان (تشدیدکننده معضلات ارجاع) مفید بود. با استفاده از این یافته‌ها و با همکاری تیم های ارائه خدمات بهداشتی برنامه های عملیاتی دقیقی تدوین و اجرا شد. پیامد حاصل بهبود ۹۲ درصدی سیستم ارجاع در واحدهای بازدید شده بود. بعد از اطلاع‌رسانی این نتایج مطلوب، سایر مناطق سنگال نیز علاقمند به پیروی از این تجربه شدند(۲۱). در کشور کنیا نیز متناسب بودن نسخه بومی این ابزار برای ارزیابی ساختار و کارآمدی سیستم ارجاع تایید شد. نتایج به کارگیری ابزار نشان داد که سیستم ارجاع مطلوب نبوده و نیاز به تقویت فوری دارد. پژوهشگران مربوطه بیان داشتند که بهبود سیستم ارجاع فقط از طریق اقدامات جامع در برگیرنده همه عناصر مرتبط با ارجاع امکان‌پذیر است و پیشنهاد استفاده از ابزار در سطح ملی را ارائه نمودند(۲۲،۱۸). در کشور تانزانیا نیز با بهره‌گیری از RSAM نقاط قوت و ضعف بخش‌هایی از سیستم ارائه خدمات که مرتبط با فرآیند ارجاع بودند شناسایی و سپس توصیه‌هایی برای بهبود فرآیند ارجاع ارائه شد(۲۳).

مهم‌ترین محدویت این مطالعه مربوط به واژه یابی و جایگزینی عبارات و واژه‌های فنی مصطلح بود. این مسئله در برگرداندن واژه‌های انگلیسی به اصطلاحات رایج در محیط ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور ایران و نیز در اقتباس از ابزار اولیه که بر مبنای بیماران ارجاعی مبتلا به ایدز طراحی و ساخته شده بود و ما آن را برای برنامه پزشک خانواده در نظر گرفتیم وجود داشت. این چالش با دقت در انتخاب افراد و متخصصینی که دارای تجربه کافی و دانش مرتبط بودند برطرف شد. با توجه به دسترسی به نسخه فارسی یک ابزار نسبتاً به روز و جامع و معتبر برای بررسی ساختار نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در ایران، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- بکارگیری از این ابزار در پژوهش‌های آینده
- انجام مطالعات مشابه در سایر بخش‌های نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی کشور
- تدوین مطالب آموزشی و به ویژه آموزش ضمن خدمت در زمینه ارجاع بر مبنای ابعاد مهم و جامع پوشش داده شده در این ابزار
- استفاده روتین مدیران اجرایی و کارشناسان ناظر مرتبط با نظام ارجاع از این ابزار در راستای بررسی وضعیت موجود ارجاع و کاستی‌های آن
- انجام مداخلات برای بهبود سیستم ارجاع بر مبنای یافته های حاصل از بکارگیری این ابزار

ابزار فارسی "ارزیابی سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده" ابزاری با ویژگی های علمی لازم است و امکان استفاده از آن بویژه برای مطالعه سیستم ارجاع در این بخش از واحدهای ارائه خدمت می‌باشد، تا اطلاعات جامعی از فرآیند ارجاع و عملکرد آن برای ذینفعان فراهم شود.

شیوه دسترسی و استفاده از ابزار

نسخه فارسی ابزار ارزیابی و پایش سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده می‌تواند از طریق مکاتبه با نویسنده مسؤل این مقاله (ghader.1358@yahoo.com) قابل دسترس باشد. هر نوع استفاده (چه بطور کامل و چه بصورت استفاده بخش یا بخش‌هایی از آن) از این ابزار منوط به ارجاع به مقاله حاضر است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

سپاسگزاری

پـژوهش حاضـر دارای کـد اخـلاق بـا شـماره IR.MAZUMS.REC1397.1494 از کمیته اخلاق می باشد و تحت حمایت مالی معاونت تحقیقـات و فنـاوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گرفت. بدین‌وسیله از این معاونت محترم و همچنین اعضـای پنـل تخصصـی و کلیـه افـرادی کـه در مراحـل مختلـف انجـام ایـن کـار همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 21st ed. Jabalpur Banarsidas Bhanot Publishers; 2011. Available at: http://www.goodreads.com/book/show/16247589-park-s-textbook-of-preventive-and-social-medicine. Accessed May 2018.
2. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Shabestani Mounfared A, Mohoudi S, et al. Satisfication of Health about the founction of family physician program in Northern Provinces of Iran. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2011; 9(3): 180-187 (Persian).
3. Chege PM, Penner J, Godoy-Ruiz P, Kapoor V, Rodas J , Rouleau K. Evolution of Family Medicine in Kenya (1990s to date): a case study. S Afr Fam Pract 2017; 59(1): 1-8.
4. Karimi M, Karimi S . Rural Health Insurance of Iran. Social Security Quarterly 2004; 3(18): 233-268 (Persian).
5. Ferdosi M, Vatankhah S, Khalesi N, EbadiFardAzar F, Ayoobian A. Designing a referral system management model for direct treatment in social security organization. J Mil Med 2012;14(2): 129-135 (Persian).
6. Brekke KR, Nuscheler R, Straume OR. Gatekeeping in health care. J Health Econ 2007; 26(1): 149-170.
7. Rouhani S, Alipoor Landy S. The Economic Standpoint of Referral System at Using Tertiary Hospital Services in Iran. Iran J Health Sci 2017; 5(1): 38-48 (Persian).
8. Ebadi fard Azar F,Shojaee Tehrani H, editor. Generalities of health services. Tehran: Samat press; 2006. (Persian).
9. Rouhani S, Bagheri M. Experience of Family Physicians in Rural Areas Regarding Referral System and Improving it (A qualitative study). J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(132): 1-13 (Persian).
10. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Conceptual and strategic approach to family practice: towards universal health coverage through family practice in the Eastern Mediterranean Region. 2014. [cited 2016 Aug 25] Available from: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1783.pdf?ua=1. Accessed Maaay 2018.
11. Safizadehe Chamokhtari K, Abedi G, Marvi A. Analysis of the Patient Referral System in Urban Family Physician Program, from Stakeholders` Perspective Using SWOT Approach: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28(161): 75-87 (Persian).
12. Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A, Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran's Health System, Scientific Journal of Social Welfare 2016; 16(62): 59-102 (Persian).
13. Instruction for Family Physician and Referral System Program in Urban Areas. Version 02 Ministry of Health and Medical Education & Ministry of Cooperatives, Labor and Social

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]

Welfare. 2011 (Persian). Available from: http://zums.ac.ir/files/emdadi/pages/archive/pk02.pdf. Accessed May 2, 2018.

14. Family and Rural Insurance Practitioner Program Order in Version 19-Ministry of Health and Medical Education, Deputy Health, Iranian Health Insurance Organization-Referrals of Urgent and Rural Family Practitioners, 2017.
15. The Law of the Five-Six Program of Economic, Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran (1396-1400). (Third Edition). 2010 (Persian). Available from: https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fa/ir/ir038fa.pdf. Accessed May 2, 2018.
16. Chman R, Amiri M, Raei DM. The National Family Physician and the Quality of Referral System. Quart J Monitor 2012; 785-790.
17. Referral Systems Assessment and Monitoring Toolkit. MEASURE Evaluation, 2013. Available from: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-13-60. Accessed May 2, 2018.
18. Ellis A, McKeown S. Building Capacity in Information Management for HIV and AIDS Programs-A Compendium of Tools. MEASURE Evaluation, University of North Carolina at Chapel Hill, 2017. Available from: https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ tr-17-164. Accessed May 2, 2018.
19. Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analysis by looking at the method of research in Biosciences & Health Sciences (With SPSS guide). Tehran : Gahad Daneshgahi; 2011. (Persian).
20. Rouhani S, Safizadeh K, Mousavinasab SN, Mousavinasab N. Translation and Survey of Validity and Reliability of Performance of Routine Information Systems Management Tools in Iran. Health Info Manage 2018; 15(4): 168-174 (Persian).
21. IntraHealth. Senegal Integrated Service Delivery and Healthy Behaviours Project (ISD-HB. Stronger Referral Systems Are Saving Lives in Senegal; 2017. https://www.intrahealth.org/vital/stronger-referral-systems-are-saving-lives-senegal. Accessed May 2, 2018.
22. State of the Health Referral System in Kenya: Results from a Baseline Study on the Functionality of the Health Referral System in Eight Counties. 2013, MEASURE Evaluation. USAID. Available from: https://www.measureevaluation.org/pima/baseline-assessments/the-state-of-the-health-referral-system-in-kenya-results-from-a-baseline-study. Accessed May 2, 2018.
23. Torre C, Mushi C, Ntiro M, Schmale A, Matiko C, Odek W. Assessment of Tanzania's District-Level HIV Referral Systems Linking Communities and Facilities. 2018; MEASURE Evaluation. USAID. https://www.measureevaluation. org/resources/publications/tr-18-284. Accessed May 2, 2018.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-12]