مقاله پژوهشی

شناسایی و رتبه‌بندی علل عدم مراجعه بیماران از سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان در سال ۱۳۹۸

محمدجواد کبیر [۱]، علیرضا حیدری [۲*]، زهرا خطیرنامنی [۳]، سکینه بیگم کاظمی [۴]، محمدرضا هنرور [۲]، عباس بدخشان [۲]، سراج‌الدین عارف نیا [۲]، منصوره لطفی [۵]، سید مهدی صداقت [۶]، سیدمحمد حسینی [۶]، مهرداد کمانگری [۶]، محمد دادجو [۷]، معصومه غلامی [۸]، نرگس رفیعی [۴]، مریم ایری [۵]

[۱] دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۲] استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۳] کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۴] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۵] کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۶] پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۷] متخصص داخلی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران
[۸] دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان، گرگان، ایران

* **نویسنده مسؤول:** علیرضا حیدری
alirezaheidari7@gmail.com

ارجاع: کبیر محمدجواد، حیدری علیرضا، خطیرنامنی زهرا، کاظمی سکینه بیگم، هنرور محمدرضا، بدخشان عباس و همکاران. شناسایی و رتبه‌بندی علل عدم مراجعه بیماران از سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان در سال ۱۳۹۸. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۵(۴): ۲۷۰-۹.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۰۳
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۱۱/۰۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: بخش دولتی نظام مراقبت سلامت، ایجاد عدالت و امکان دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر را از طریق نظام ارجاع میسر می‌سازد. اگر چالش‌های نظام ارجاع به موقع شناسایی و مورد مداخله متناسب قرار نگیرد، این سیستم مطمئناً کارایی و اثربخشی لازم را نخواهد داشت. این مطالعه با هدف شناسایی و رتبه بندی دلایل عدم مراجعه بیماران سرپایی سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش پژوهش: نوع مطالعه توصیفی به روش مقطعی بود. ۴۳۱ بیمار سرپایی از بیمارستان‌های پایلوت نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان که علی‌رغم نوبت‌گیری توسط سیستم، به متخصص تعیین شده در سطح دو مراجعه نکردند، با روش نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب و از طریق اطلاعات ثبت شده در سیستم و با روش نمونه گیری سیتماتیک وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، جمع‌آوری و با روش‌های آمار توصیفی و آزمون فریدمن در نرم افزار SPSS 23 تحلیل گردید.

یافته‌ها: مهمترین دلایل عدم مراجعه بیماران از سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک، به ترتیب داشتن یک پزشک معتمد و آشنا، عدم امکان پرداخت هزینه ویزیت متخصص و بالا بودن هزینه‌های ایاب و ذهاب از منزل تا پزشک متخصص تعیین‌شده، جنسیت پزشک متخصص و عدم راهنمایی لازم در مورد ارجاع به پزشک متخصص توسط مرکز ارجاع‌دهنده بود. رتبه دلایل عدم مراجعه مطرح شده توسط بیماران با یکدیگر متفاوت بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: افزایش اعتماد مردم به پزشکان متخصص شاغل در نظام ارجاع الکترونیک و رایگان نمودن خدمات تخصصی برای بیماران بی‌بضاعت می‌تواند منجر به بهبود وضعیت موجود گردد. افزایش آگاهی بیماران جهت استفاده از خدمات تخصصی سطح دو از طریق رسانه‌های عمومی می‌تواند به بهره‌مندی بیماران از این خدمات کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: نظام ارجاع، الکترونیک، خدمات سرپایی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

مقدمه

سلامت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است که دولت موظف به تامین آن به طور برابر و با رعایت عدالت می‌باشد (۱). بخش دولتی نظام مراقبت سلامت، ایجاد عدالت و امکان دسترسی افراد نیازمند به خدمات تخصصی‌تر را از طریق نظام ارجاع میسر می‌سازد (۲). نظام ارجاع به‌گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین درصورتیکه قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند، به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی‌تر را در ابعادی وسیع‌تر و با استفاده از تکنولوژی پیشرفته‌تر عرضه نمایند، ارجاع دهند. ایجاد و تقویت نظام ارجاع باید مبین تبادل دوسویه اطلاعات باشد. یعنی اولین سطح پذیرنده، ارجاع بیمار را با اعلام وضعیت و راهنمایی کارکنان محلی درباره طرز پیگیری و مراقبت از بیمار به واحد ارجاع دهنده عودت دهد. در این‌صورت نظام ارجاع ضمن اولویت‌بندی بیماران جهت دریافت خدمات تخصصی‌تر می‌تواند در آموزش و هدایت کارکنان محلی در راستای برخورد صحیح با مسائل و مواردی که باید ارجاع شوند، موثر باشد (۳). زنجیره ارجاع وکارایی آن در سطوح مختلف موجب استفاده بهینه از نیروی انسانی و تجهیزات می‌شود، درصورتیکه موانعی بر سر راه رعایت این زنجیره وجود داشته باشد، نه تنها هم افزایی توان عملی سطوح مختلف خدمات سطح‌بندی شده را کاهش می‌دهد، بلکه به مشکلات آن در راه پاسخگویی به نیازمندی‌های قشر محروم و عمدتاً روستایی می‌افزاید (۴).

به کارگیری نظام ارجاع، اگرچه از بدو گسترش نظام شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی ایران مورد توجه بوده است، ولی از زمان اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در سال ۱۳۸۴، به شکل مدون، مقرر و بر به کارگیری آن تاکید شده است. با این حال گزارشات مختلف حاکی از مشکلات متعدد در اجرای صحیح آن است و موفقیت لازم در این زمینه حاصل نشده است (۵). به عنوان مثال شیروانی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه‌ای در استان‌های شمالی کشور از بین بیمارانی که با ارجاع پزشک خانواده به سطح دو مراجعه و موفق به دریافت خدمات شدند به این نتیجه رسیدند که کیفیت نظام ارجاع در ۶۷ درصد موارد نامطلوب بوده است. ضمن آن که بسیاری از قواعد و الزامات اجرایی طرح نیز مطابق دستورالعمل رعایت نشده بود (۶). در مطالعه بیدارپور و همکاران (۱۳۹۷) با هدف شناخت علل عدم مراجعه خانوارهای شهری به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر سنندج، عدم احساس نیاز به خدمات، شاغل بودن در نوبت صبح، نامناسب بودن مکان ارائه خدمات، اطلاع رسانی ناکافی، برخورد نامناسب برخی از کارکنان ارائه دهنده خدمت مهمترین علل عدم مراجعه افراد بودند (۷).

علی‌رغم وجود یک ساختار ارجاع ممکن است، وضعیت‌هایی به وجود آید که بیماران از سطح اول تماس گذشته، به متخصص یا مراکز درمانی تخصصی‌تر خودارجاعی نموده و باعث مشکلاتی از قبیل ایجاد هزینه‌های غیرضروری برای سیستم عرضه خدمات، کاهش بازخورد درمان‌های انجام شده به عرضه‌کنندگان خدمت و سیستم عرضه خدمات، کاهش کارایی سیستم‌های نظارتی و پایش کارکنان در سطوح مختلف و تضعیف اعتماد مردم به سیستم عرضه خدمات به ویژه کارکنان سطوح پایین‌تر گردند (۸). نظام ارجاع الکترونیک به صورت پایلوت در ۳ شهرستان بندر ترکمن، آق قلا و علی آباد کتول در استان گلستان، اجرایی شد. برای رفع مشکلات سیستم ارجاع دستی گذشته، تهیه پرونده الکترونیک سلامت برای افراد به‌عنوان اولویت مهم وزارت بهداشت مد نظر قرار گرفت که در این راستا استان گلستان به‌عنوان پیشرو در راه اندازی سامانه اطلاعات بهداشتی از سال ۱۳۹۳ با طراحی و پیاده‌سازی سامانه ناب (نرم افزار اطلاعات بهداشتی) اقدام به تکمیل فرآیند پرونده الکترونیک سلامت کرده است. ۳ سطح در نظام ارجاع در نظر گرفته شد. خدمات سطح اول توسط واحدی در نظام سلامت مانند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری و خانه‌های بهداشت تابعه آن‌ها ارائه می‌شود. سطح دوم، شامل خدمات تخصصی است که خدمات تشخیصی، درمانی اعم از سرپایی یا بستری را در برمی‌گیرد و سطح سوم شامل خدمات فوق‌تخصصی مانند اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویربرداری می‌باشد (۹).

درک بهتر عوامل مؤثر بر انتخاب پزشکان توسط مردم، به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در زمینه ارائه خدمات بهتر و در

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

دسترس کمک می‌کند. از طرف دیگر، شناخت عوامل کلیدی که بیماران در انتخاب پزشکان خود مورد توجه قرار می‌دهند به مدیران و سیاست‌گذاران سلامت کمک می‌کند که به منظور جذب بیماران بیشتر، خدمات خود را بهبود دهند و منابع خود را در حوزه‌هایی سرمایه گذاری کنند که بیماران به آن‌ها اهمیت بیشتری می‌دهند (۱۰). از آنجا که اگر چالش‌های نظام ارجاع به موقع شناسایی و مورد مداخله متناسب قرار نگیرد، این سیستم مطمئناً کارایی و اثربخشی لازم را نخواهد داشت (۶) و استان گلستان نیز با مشکل عدم مراجعه بیماران سرپایی از پزشک خانواده به پزشک متخصص دولتی مواجه است (۱۱). به دلیل عدم وجود مطالعات کافی در زمینه بررسی کیفیت نظام ارجاع الکترونیک در استان گلستان و چالش‌ها و مشکلات آن، و علل عدم مراجعه بیماران به سطح دو خدمات علی‌رغم دریافت نوبت ارجاعی، این مطالعه با هدف شناسایی و رتبه‌بندی دلایل عدم مراجعه بیماران سرپایی در نظام ارجاع الکترونیک استان گلستان در سال ۱۳۹۸ انجام شد تا دلایل آن برای مدیران و برنامه‌ریزان سلامت استان شفاف شود و مداخلات اجرایی در راستای اصلاح وضعیت موجود تبیین گردد.

روش پژوهش

این مطالعه توصیفی به روش مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری، شامل کلیه بیمارانی بود که در قالب نظام ارجاع الکترونیک سلامت از پزشک خانواده در سطح یک به پزشک متخصص در سطح دو ارجاع داده شده، ولی خدمات سرپایی را توسط پزشک متخصص تعیین شده در کلینیک‌ها و درمانگاه‌های سرپایی، دریافت نکردند. این مطالعه در کلینیک‌های تخصصی و فوق تخصصی واقع در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرهای بندرترکمن، آق قلا و علی آباد کتول در استان گلستان انجام شد که نظام ارجاع الکترونیک سلامت برای اولین بار در ایران، به‌طور کامل در این ۳ شهرستان به صورت پایلوت راه‌اندازی شده بود. حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از جدول مورگان (فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و با حجم جامعه حدود ۲۰ هزار نفر) و با احتساب ریزش ۱۰ درصدی حجم نمونه، ۴۳۱ بیمار تعیین شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب با حجم ارجاعات در هر شهرستان، انتخاب شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر ۳۴ سؤال بود. برای طراحی پرسشنامه، ابتدا سؤالات از منابع علمی و با توجه به نظر متخصصان (شامل مدیران ارشد و میانی و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و با میانگین سابقه کاری ۵/۱۲ ± ۲۰/۳۶) و مطالعات انجام شده استخراج گردید (۱۳-۱۲ و ۱۰-۸). برای تعیین روایی محتوایی، از ۲ روش کیفی و کمی استفاده شد. برای بررسی روایی کیفی، سؤالات در اختیار۱۱ نفر از متخصصان و نخبگان حیطه پژوهش قرار گرفت تا نظر اصلاحی خود را در خصوص دستور زبان، جمله بندی و قرار گرفتن عبارات در جای مناسب اعمال نمایند. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد و از گروه متخصصان درخواست شد تا هر سؤال را براساس طیف ۳ قسمتی "ضروری، مفید ولی غیرضروری، غیرضروری" بررسی نمایند. دامنه قابل قبول به تعداد متخصصان بستگی دارد که در این مطالعه براساس قضاوت ۱۱ متخصص ، عدد ۰/۵۹ در نظر گرفته شد. به عبارتی اگر مقدار CVR محاسبه شده برای هر سؤال، مساوی یا بالاتر از ۰/۵۹ باشد، اعتبار محتوای آن سؤال تایید می‌گردد. CVR برای ۱۱ نفر، حداقل ۰/۵۹ و بین ۰ تا ۰/۵۹ با ضریب تأثیر بالای ۲ می‌باشد. اگر مقدار CVR، عددی مابین ۰ و مقدار درج شده در جدول لاوشه باشد، در این صورت میانگین امتیازهای کسب شده آن سؤال از نظرات همه متخصصین محاسبه می‌شود. اگر میانگین محاسبه شده از عدد ۲ بزرگتر باشد، سؤال ضروری در نظر گرفته می‌شود. ولی اگر میانگین امتیازات از عدد ۲ کوچکتر باشد، ضرورت سؤال رد شده و از پرسشنامه حذف می‌گردد (۱۴). سوالات (۱-۲ و ۵ و ۷-۳۴) دارای CVR بالای ۰/۵۹ بودند و تایید شدند. سوالات (۳-۴ و ۶) که مقدار CVR آن پایین تر از ۰/۵۹ بود با محاسبه میانگین امتیازهای کسب شده آن سؤال از نظر متخصصین مورد تایید قرار گرفتند.

پاسخ‌ها به‌صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از "کاملا مخالفم" نمره ۱ ، "مخالفم" نمره ۲، "نظری ندارم" نمره ۳، "موافقم" نمره ۴ و "کاملاً موافقم" نمره ۵، نمره گذاری شد.

از ضریب آلفای کرونباخ جهت تعیین همسانی درونی و

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

پایایی پرسشنامه استفاده شد. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای محاسبه آلفای کرونباخ، با توجه به حجم نمونه کل محاسبه شده برای مطالعه (۱۰ درصد از حجم نمونه کل)، ۵۰ نفر محاسبه گردید. مقدار کلی ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۹۲ به دست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای سؤالات پرسشنامه بود.

با مراجعه به بیمارستان‌های منتخب، مشخصات بیمارانی که در بیش از ۱ ماه گذشته توسط پزشک خانواده به سطح دو ارجاع شده بودند ولی خدمات تعیین شده در سطح دو را دریافت نکردند (بر اساس مطالعات قبلی (۶)، مهلت ۱ ماهه برای مراجعه به سطح دو و دریافت خدمات سرپایی یا بستری و بازگشت به منزل در نظر گرفته شد)، از روی سیستم ارجاع تعیین شد. روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب با حجم ارجاعات و بدین صورت بود که پس از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده در سطح دو، که شامل ۳ بیمارستان تخصصی (هر شهر ۱ بیمارستان) بود، ۴۳۱ بیمار ارجاعی برآورد شده انتخاب شدند. جامعه مورد نظر دارای ۳ طبقه به حجم تقریبی ۱۵۰۵۳ نفر در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند. بدین صورت که به‌صورت تقریبی در شهرستان بندرترکمن ۵۱۰۳ نفر، در شهرستان آق قلا ۵۸۹۵ نفر و در شهرستان علی آباد ۴۰۵۵ نفر پس از ارجاع به سطح دوم خدمات مراجعه نکردند. بنابراین حجم نمونه تخصیص یافته به هر شهر با در نظر گرفتن نسبت بیماران ارجاعی به سطح دو در هر شهر تعیین گردید. برای انتخاب افراد نمونه در هر طبقه از نسبت آن طبقه در جمعیت استفاده شد. سپس اعضای نمونه به‌صورت تصادفی سیستماتیک با توجه به کد ارجاع ثبت‌شده در سیستم انتخاب شدند. در نهایت اطلاعات مربوط به ۴۲۹ نفر به‌صورت کامل جمع‌آوری شد (میزان پاسخ‌دهی ۹۹ درصد). سؤالات پرسشنامه به‌صورت تلفنی و توسط مصاحبه‌گر (با حداکثر زمان صرف شده نیم ساعت برای هر نمونه) تکمیل گردید.

از روش‌های آمار توصیفی (رسم جداول، تعداد، درصد فراوانی برای داده‌های کیفی و میانگین، انحراف معیار برای داده‌های کمی) و برای رتبه‌بندی دلایل عدم مراجعه از آزمون فریدمن استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این مطالعه قبل از اجرا، در کمیته اخلاق در پژوهش، به شماره IR.GOUMS.REC.1398.048 تصویب شد. پس از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان‌های منتخب و توجیه شرکت‌کنندگان نسبت به اهداف طرح، پرسشنامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی با حفظ محرمانه بودن تکمیل گردید و به شرکت‌کنندگان جهت شرکت یا عدم شرکت در پژوهش، حق انتخاب و همچنین جهت محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

یافته‌ها

اکثریت بیماران شرکت کننده در مطالعه، ۱۵۱ نفر (۳۵/۲ درصد) از شهرستان آق قلا، زن (۵۴/۷ درصد)، در گروه سنی ۶۰-۳۰ سال (۴۳/۴ درصد)، متأهل (۸۱/۶ درصد)، دیپلم (۲۶/۴ درصد)، خانه دار (۴۷/۲ درصد)، ساکن روستا (۸۱/۶ درصد) و دارای بیمه سلامت (۹۱/۶ درصد) بودند (جدول ۱).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و الگوی مراجعه

متغیر	زیر گروه	تعداد	درصد
جنس	زن	۲۲۹	۵۳/۴
	مرد	۱۹۰	۴۴/۳
	بی پاسخ	۱۰	۲/۳
گروه سنی	کمتر از ۵ سال	۳۶	۸/۴
	۶-۱۸ سال	۴۹	۱۱/۴
	۱۹-۲۹ سال	۷۲	۱۶/۸
	۳۰-۶۰ سال	۱۸۶	۴۳/۴
	بالاتر از ۶۰ سال	۸۶	۲۰/۰
وضعیت تاهل	مجرد	۷۱	۱۶/۶
	متأهل	۳۲۰	۷۴/۶
	سایر	۱	۰/۲
	بی پاسخ	۳۷	۸/۶
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۰۱	۲۳/۵
	ابتدایی	۸۷	۲۰/۳
	راهنمایی	۵۷	۱۳/۳
	دیپلم	۱۰۳	۲۴/۰
	دانشگاهی	۴۲	۹/۸
	بی پاسخ	۳۹	۹/۱
شغل	کارمند	۱۹	۴/۴
	کارگر	۷	۱/۶
	خانه دار	۱۸۴	۴۲/۹
	محصل	۳۶	۸/۴
	بیکار	۲۳	۵/۴
	آزاد	۱۲۱	۲۸/۲
	بی پاسخ	۳۹	۹/۱
شهرستان	علی آبادکتول	۱۳۴	۳۱/۲
	آق قلا	۱۵۱	۳۵/۲
	بندر ترکمن	۱۴۴	۳۳/۶
محل سکونت	شهری	۷۹	۱۸/۴
	روستایی	۳۵۰	۸۱/۶
نوع بیمه درمانی	بیمه سلامت	۳۹۳	۹۱/۶
	تامین اجتماعی	۲۹	۶/۸
	کمیته امداد	۳	۰/۷
	بدون بیمه	۱	۰/۲
	سایر	۳	۰/۷

آزمون فریدمن نشان داد که اهمیت و رتبه دلایل عدم مراجعه مطرح شده توسط بیماران با یکدیگر متفاوت بود ($\chi2 = ۴۴۲/۰۷$ و $p < ۰/۰۰۱$). مقایسه میانگین رتبه‌ها نشان داد که مهمترین دلایل عدم مراجعه بیماران از سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک، به ترتیب داشتن یک پزشک معتمد و آشنا (۲۰/۶۰)، عدم امکان پرداخت هزینه ویزیت متخصص (۲۰/۳۶)، بالا بودن هزینه‌های ایاب و ذهاب از منزل تا پزشک متخصص تعیین‌شده (۱۹/۲۴)، جنسیت پزشک

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

متخصص (۱۸/۹۶) و عدم راهنمایی لازم در مورد ارجاع به پزشک متخصص توسط مرکز ارجاع دهنده (۱۸/۸۵) بود. عدم رعایت نوبت در درمانگاه تعیین شده نیز، حداقل میانگین رتبه (۱۵/۶۰) را از دیدگاه بیماران به خود اختصاص داد (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع اهمیت دلایل عدم مراجعه بیماران به پزشک متخصص تعیین شده طبق سؤالات پژوهش

رتبه	گویه	میانگین رتبه
۱	داشتن یک پزشک معتمد و آشنا	۲۰/۶۰
۲	عدم امکان پرداخت هزینه ویزیت متخصص	۲۰/۳۶
۳	بالا بودن هزینه‌های ایاب و ذهاب از منزل تا پزشک متخصص تعیین شده	۱۹/۲۴
۴	جنسیت پزشک متخصص	۱۸/۹۶
۵	عدم راهنمایی لازم در مورد ارجاع به پزشک متخصص توسط مرکز ارجاع دهنده	۱۸/۸۵
۶	شلوغ و بی‌نظم بودن درمانگاه تعیین شده	۱۸/۷۸
۷	عدم امکان حضور در نوبت تعیین شده	۱۸/۶۱
۸	شرایط اورژانسی	۱۸/۵۰
۹	مناسب نبودن روز ویزیت تعیین شده	۱۸/۴۰
۱۰	قومیت و زبان پزشک متخصص	۱۸/۰۵
۱۱	نداشتن توانایی جسمی جهت رفتن به درمانگاه تعیین شده (به دلیل فاصله درمانگاه از منزل)	۱۸/۰۲
۱۲	طولانی بودن زمان انتظار در درمانگاه تعیین شده	۱۷/۷۷
۱۳	داشتن دوست یا آشنایی در مطب پزشک دیگر	۱۷/۷۲
۱۴	مناسب نبودن ساعت ویزیت تعیین شده	۱۷/۶۱
۱۵	رفتار و برخورد کارکنان درمانگاه	۱۷/۶۱
۱۶	نداشتن همراه جهت مراجعه به پزشک متخصص	۱۷/۳۶
۱۷	کافی نبودن تجربه پزشک متخصص تعیین شده	۱۷/۳۱
۱۸	کافی نبودن مهارت پزشک متخصص در تشخیص و تجویز	۱۷/۲۱
۱۹	سر وقت حضور نداشتن پزشک متخصص و کنسل کردن زمان حضور	۱۷/۰۹
۲۰	پزشک متخصص وقت کافی برای من نمی‌گذارد، به حرف‌هایم خوب گوش نمی‌دهد و مدت زمان ویزیت کوتاه است.	۱۶/۹۷
۲۱	دشوار بودن مراحل گرفتن نوبت	۱۶/۹۳
۲۲	فضای درونی و خدمات رفاهی درمانگاه (سالن انتظار، تعداد صندلی، تهویه، گرمایش، سرمایش و ...)	۱۶/۸۲
۲۳	دور بودن درمانگاه تعیین شده از محل زندگی	۱۶/۷۳
۲۴	مورد قبول نبودن متخصص از نظر اجتماعی (شهرت، شخصیت و غیره)	۱۶/۷۲
۲۵	تحت نظر پزشک دیگری در استان یا خارج استان بودن	۱۶/۶۹
۲۶	تشخیص اشتباه پزشک عمومی در ارجاع به متخصص	۱۶/۶۴
۲۷	نداشتن تجهیزات مورد نیاز پزشک در درمانگاه تعیین شده	۱۶/۶۰
۲۸	مناسب نبودن نحوه برخورد پزشک متخصص	۱۶/۵۷
۲۹	توصیه دوستان و آشنایان در مراجعه به متخصص دیگر	۱۶/۳۶
۳۰	ویزیت همزمان چند بیمار در یک اتاق	۱۶/۲۱
۳۱	اعتماد نداشتن به پزشک متخصص جهت بیان مشکلات	۱۶/۱۲
۳۲	نداشتن خدمات تکمیلی مورد نیاز پزشک (اکو قلب و غیره) در درمانگاه تعیین شده	۱۶/۰۴
۳۳	توجه بیشتر پزشک متخصص به بیمار مراجعه کننده به مطب نسبت به بیمار ارجاعی	۱۵/۹۷
۳۴	عدم رعایت نوبت در درمانگاه تعیین شده	۱۵/۶۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

بحث

در مطالعه حاضر مهمترین دلیل عدم مراجعه بیماران، از پزشک خانواده ارجاع کننده در سطح یک به متخصص تعیین شده در سطح دو، داشتن یک پزشک معتمد و آشنا، عنوان شد. در این راستا، نتایج مرور سیستماتیک کرایجوانگر و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که عدم اعتماد به پزشک از دلایل خودارجاعی بیماران بود (۱۵). برخلاف نتایج این مطالعه، حرازی و عسگری (۱۳۸۶) نشان دادند که دانش و تجربه پزشک، عدم انجام کارهای دیگر به هنگام ویزیت و ویزیت انفرادی و خصوصی بیمار مهمترین عوامل انتخاب پزشک توسط مردم در سطح شهر یزد بودند (۱۶). در مطالعه مصدق راد و جویا (۱۳۹۶) در شهر تهران، ۱۲/۳ درصد از بیماران، مهارت و تخصص پزشک را علت مراجعه به پزشک متخصص عنوان نمودند (۱۰). در مطالعات دیگر نیز، دانش زیاد و حاذق بودن به عنوان اولین و مهمترین عامل انتخاب پزشک معرفی شد (۱۷-۱۵). در مطالعه آرین خصال و علی حسینی (۱۳۹۰) در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران، مراجعه‌کنندگان سرپایی برای انتخاب بیمارستان، بیشتر به شهرت پزشکان متخصص شاغل در بیمارستان توجه داشتند (۱۸). نارنجی‌ها و همکاران (۱۳۹۱) در زمینه رضایتمندی بیماران از شیوه ارتباط با پزشک و عوامل مرتبط با آن در مراجعه‌کنندگان به درمانگاه قدس شهر تهران مشاهده کردند که رفتار مثبت کلامی و ساختار مشارکتی در طول مشاوره، ارائه اطلاعات از سوی پزشک، تخصیص وقت کافی، مهارت‌های خوب پزشکی و تأمین اطلاعات مورد نیاز نقش مؤثری در افزایش رضایت‌مندی دارد (۱۹).

عدم امکان پرداخت هزینه ویزیت متخصص و بالا بودن هزینه‌های ایاب و ذهاب از منزل تا پزشک متخصص نیز از دلایل عمده عدم مراجعه بیماران ارجاعی از سطح یک به سطح دو بود. یافته‌های مطالعه‌ای (۲۰۱۶) با عنوان تهیه بسته‌های ضروری بهداشت در بیمارستان‌های دولتی کنیا نشان داد که ارائه و بهره‌برداری پایین از خدمات ناشی از عدم دسترسی از نظر مقرون به صرفه بودن، در دسترس بودن و مسافت است (۲۰). نتایج مطالعه کرایجوانگر و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان داد که ملاحظات مالی از دلایل خودارجاعی بیماران بود (۱۵). هزینه خدمت پزشکی یکی دیگر از عوامل مهم مؤثر بر انتخاب پزشک است. به ویژه زمانی که تعرفه پزشک بالاست، درآمد بیمار پایین بوده و او فاقد پوشش بیمه باشد، قیمت خدمات نقش بسزایی در انتخاب بیمار خواهد داشت (۲۱). خدمت پزشک باید در دسترس بیمار باشد. بیمار باید بتواند در زمان و مکانی که به خدمت پزشک نیاز پیدا کرد، به او دسترسی داشته باشد. فاصله محل مطب پزشک از محل زندگی یا کار بیمار یکی دیگر از عوامل مهم در انتخاب پزشک است. دوری مسافت یکی از عوامل محدود کننده انتخاب پزشک توسط بیمار به ویژه در بیماران با سنین بالا است.

یکی از دلایل بعدی عدم مراجعه بیماران به پزشک متخصص تعیین شده، جنسیت پزشک متخصص بود. در این راستا در مطالعه ادیبی و همکاران (۱۳۸۰) در بین پزشکان عمومی نیز بین کیفیت کلی شرح حال‌گیری و معاینه پزشکان زن با پزشکان مرد تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید (۲۲). بیماران خواهان احترام و رفتار دوستانه از سوی پزشکان و دریافت اطلاعات لازم در مورد فرآیند معالجه و درمان خود هستند. بنابراین، پزشکان باید برای جذب مشتریان و بیماران به نحوه ارائه خدمات و برخورد با بیمار توجه داشته باشند (۱۶).

دلیل مهم دیگر عنوان شده توسط بیماران، عدم راهنمایی مرکز ارجاع دهنده در مورد سطح دو خدمات و پزشک متخصص تعیین شده می‌باشد. در مطالعات دیگر نیز تاکید شد که یکی از عوامل منجر به این مشکل، آموزش ناکافی یا غیر اثربخش پزشکان خانواده می‌باشد (۱۳،۲۳). در مطالعه رودپیما و همکاران (۲۰۰۳) در درمانگاه بیمارستان طالقانی تهران، دیر آمدن پزشکان به درمانگاه از عوامل عمده نارضایتی بیماران بود (۲۴). از آنجا که اولین گام در تغییر رفتار افراد در رابطه با یک موضوع داشتن آگاهی در خصوص آن است (۲۷- ۲۵)، برنامه‌های آموزشی برای کارکنان سطح یک و پزشکان خانواده می‌تواند کیفیت ارجاع را از پزشکان عمومی به متخصصان را افزایش دهد. علاوه بر بهبود سیستم نوبت‌دهی در مراکز درمانی می‌توان با افزایش منابع انسانی، افزایش و بهبود تجهیزات و تسهیلات ارائه خدمت مانند استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی، تغییر نگرش و رفتارهای بیماران و پزشکان، زمان انتظار بیماران را کاهش داد، که البته هر یک از آن‌ها مستلزم صرف وقت و هزینه بیشتری نسبت به بهبود سیستم نوبت‌دهی هستند (۲۸).

به طور کلی، توجه به نظرات، نیازها و انتظارات غیرطبی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

گیرندگان خدمات سلامت، در جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات و بهبود فرآیندها نقشی حیاتی دارد. در این مطالعه، دیدگاه بیماران در خصوص دلایل عدم مراجعه به پزشک متخصص تعیین شده در قالب نظام ارجاع الکترونیک بررسی شده است و یافته‌های این مطالعه می‌تواند به سیاست‌گذاران نظام سلامت در خصوص وضعیت تمایل مردم به بخش دولتی و خصوصی و عوامل مؤثر کمک کند. به نظر می‌رسد یکی از راه‌های افزایش استقبال مردم از خدمات در بخش دولتی صرف نظر از جذابیت اقتصادی ناشی از پایین بودن تعرفه و هزینه‌های خدمات در این بخش، ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در این بیمارستان‌ها از طریق تغییر شیوه مدیریت آن‌ها، ارتقای فرآیندهای کلینیکی و پاراکلینیکی موجود، رعایت دقیق منشور حقوق بیمار، برقراری ارتباط نزدیک‌تر با بیمار و همراه وی توسط تیم درمانی، بهسازی فضای فیزیکی و امکانات رفاهی می‌باشد.

مطالعه حاضر در نوع خود، از معدود مطالعات انجام شده در زمینه علل عدم مراجعه بیماران سرپایی از سطح یک به سطح دو در نظام ارجاع الکترونیک می‌باشد. این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. به علت عدم وجود ابزار استاندارد و مناسب در مطالعات پیشین در این زمینه، پرسشنامه به‌کار رفته در این پژوهش، ممکن است شامل کلیه دلایل عدم مراجعه بیماران به پزشک متخصص تعیین شده در سطح دو خدمات نظام ارجاع الکترونیک نباشد، بنابراین، استفاده از روش‌های مطالعه کیفی در کنار روش‌های کمی در مطالعات آتی، می‌تواند دلایل بیشتری از عدم مراجعه بیماران به سطح دو خدمات را ارائه دهد. علاوه بر این عدم تعمیم پذیری نتایج این مطالعه به سایر استان‌های کشور یک محدودیت برای مطالعه حاضر است و انجام مطالعه به صورت کشوری و در استان‌های مختلف می‌تواند نتایج بهتری فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

اگرچه بیماران باید حق انتخاب داشته باشند، ولی به‌کارگیری نظام ارجاع الکترونیک می‌تواند منجر به مدیریت صحیح منابع سلامت و ارائه خدمات تخصصی در دسترس برای همه مردم گردد. افزایش اعتماد مردم به پزشکان متخصص شاغل در نظام ارجاع الکترونیک و رایگان نمودن خدمات تخصصی برای بیماران بی‌بضاعت می‌تواند منجر به بهبود وضعیت موجود گردد. افزایش آگاهی بیماران جهت استفاده از خدمات تخصصی سطح دو از طریق رسانه‌های عمومی نیز می‌تواند به بهره‌مندی بیماران از این خدمات کمک نماید.

سپاسگزاری

از همکاری مسئولین و کارکنان بیمارستان‌های منتخب و همچنین معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان در انجام این مطالعه قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م ج. ک، ع. ح، م ر. ه، ع. ب، س. ع

جمع آوری داده‌ها: س ب. ک، س م. ص، س م. ح، م. ک، م. د، م. غ، م. ای، ن. ر

تحلیل داده‌ها: ز. خ، م. ل

نگارش و اصلاح مقاله: ع. ح، ز. خ، ن. ر، م ج. ک، م ر. ه، ع. ب، س. ع، س ب. ک، س م. ص، س م. ح، م. ک، م. د، م. غ، م. ای، م ل

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۱۱۰۶۲۱می‌باشد که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شده است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir MJ, Heidari A, Behnampour N, et al. Assessing rural family physicians performance according to healthcare managers, family physicians, and patients in Golestan province, Iran. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 25(132): 23-32. [Persian]
2) Davoudi S. Introduction to health sector reform. 1st ed. Tehran: Asare Mouaser; 2006: 7-233. [Persian]
3) Motlagh ME, Kabir MJ, Nasrollahpour Shirvani, Raeisee P, 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(1): 19-25. [persian]
4) Rouhani S, Bagher M. Experience of family physicians in rural areas regarding referral system and improving it (a qualitative study). Journal of

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

Mazandaran University of Medical Sciences 2015; 25(131): 1-13. [Persian]
5) Motlagh ME, Nasrollapour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A. The satisfaction of family physicians from the dynamics of family medicine and rural insurance scheme in medical universities. J Guilan Univ Med Sci 2010; 19(76): 48-55. [Persian]
6) Shirvani SD, Mikanik E, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Jafari N, Tahmasbi B, Dadashi A, Nahimi Tabihi M. Evaluation of the referral system situation in family physician program in northern provinces of Iran: 2012-2013. J Mazand Univ Med Sci 2014; 23(109): 26-35. [Persian]
7) Bidarpoor F, Rahmani K, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying reasons of non-attendance of urban households in the comprehensive centers of health services in Sanandaj: a combination of two quantitative and qualitative approaches . IRJE 2019; 14(4): 302-11. [Persian]
8) Rasoolinejad SA, Rasoolinejad MS. Comparison of self-referral in three structures of Kashan medical services. Hakim journal 2004; 7(4): 24-30. [Persian]
9) Iranian Students News Agency (ISNA). The system of electronic referral system runs in Golestan. Available from URL: http://golestan.isna.ir/ default. aspx? NSID=5&SSLID=46&NID=28709. Last accessed: July 22, 2017. [Persian]
10) Mosadeghrad AM, Jooya T. Factors influencing patient choice of a medical consultant in Tehran. Razi Journal of Medical Sciences 2017; 24(160): 62-72. [Persian]
11) The Islamic Republic News Agency (IRNA). The challenge of electronic health system in Golestan. Available from URL: www.irna.ir/news/82668834/. Last access: oct 1, 2020. [Persian].
12) Amery H, Panahi M, Jafari A, Khalafi A, Alizadeh H, Abbaspour R. The reasons of private hospital selection by patients in Yazd province for treatment. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2013; 1(3): 37-43. [Persian]
13) Jalili S, Aghaei M, Saeid Mahdavi A. Studying the factors for selecting public or private hospitals by non emergent patients of ardabil district in 2012. J Ardabil Univ Med Sci 2014; 14(4): 388-98. [Persian]
14) DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh 2007; 39(2): 155-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007. 00161.x.
15) Kraaijvanger N, van Leeuwen H, Rijpsma D, Edwards M. Motives for self-referral to the emergency department: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research 2016; 16(1): 685. doi: 10.1186/s12913-016-1935-z.
16) Harazi MA, Askari J. Assesement of the most important factors influencing physician choice. Hakim Research Journal 2007; 10(3): 22-7. [Persian]
17) Fazaeli S, ghazizadeh hashemi S, Ebrahimipour H, Banikazemi S, Yousefi M, Valinejadi A. Public or private hospitals: survey of households' tendencies in some selected areas of mashhad. Journal of Health Administration 2016; 18(62): 75-86. [Persian]
18) Aryankhesal A, Alihosseini S. Patients' and general practitioners' awareness of and attitudes towards iranian hospital grading system and its impact on choosing hospital, 2009. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 115-22. [Persian]
19) Narenjiha M, Haghighat S, Baahador H, Shajari J, Haji Molla Hoseini F. The effect of physicians' communication skills on patients' satisfaction. Iranian Journal of Medical Education 2012; 12(1): 77-89. [Persian]
20) Opon SO. Provision of essential health package in public hospitals: a case of homabay county hospitals, Kenya. Pan African Medical Journal 2016; 24: 1-8. doi: 10.11604/pamj.2016.24.8.9280.
21) Victoor A, Delnoij D, Friele RD, Rademakers J. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Services Research 2012; 12: 272. doi: 10.1186/1472-6963-12-272.
22) Adibi P, Agha Dadoodi O, Zolfaghari B, Jamshidi H. The effect of physician sex difference on the outpatient treatment process. Medical Council of Iran 2001; 19(4): 276-80. [Persian]
23) Jaturapatporm D, Dellow A. Does family medicine training in thailand affect patient satisfaction with primary care doctors?. BMC Family Practice 2007; 8(1): 1-6. doi: 10.1186/1471-2296-8-14.
24) Roudpeyma Sh, Sadeghian N, Khalighi Monfared M, Azadfar S, Naraghi E, Shakiba Far F. Surveying the outpatient service in Taleghani hospital; are patients satisfied?. Journal of the Faculty of Medicine 2003; 27: 209 -15. [Persian]
25) Etemad K, Eftekhar Ardabili H, Rahimi A, Gouya M, Heidari A, Kabir M. Attitudes and knowledge of HIV positive persons and high risk behaviors groups in Golestan, Iran. Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7(1): 23. [Persian]
26) Afsar Kazerooni P, Heidari A, Amini Lari M. Knowledge and attitude of nurses and health care workers about AIDS in Shiraz-south of Iran. Avicenna J Nurs Midwifery care 2010; 18(2): 28-38. [Persian]
27) Damari B, Heidari A. Implementation of integrated management of non-communicable disease prevention and control in Iran: a proposal. Payesh 2020; 19(1): 7-17. [Persian] doi: 10.29252/payesh.19.1.7.
28) Aeenparast A, Kheirandish M, Maftoon F, Farzadi F. Identifying key variables for designing a scheduling system for outpatient appointments: a systematic review. Payesh 2017; 16(6): 735-45. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]

Manage Strat Health Syst

Original Article

Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019

Mohammad Javad Kabir [1], Alireza Heidari [2*], Zahra Khatirnamani [3], Sakine Beygom Kazemi [4], Mohammad Reza Honarvar [2], Abbas Badakhshan [2], Serajaldin Arefnia [2], Mansoureh Lotfi [5], Seyed Mehdi Sedaghat [6], Seyed Mohammad hosseini [6], Mehrdad Kamangari [6], Mohammad Dadjoo [7], Masoumeh Gholami [8], Narges Rafiei [4], Maryam Eri [5]

[1] Associated Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[2] Assistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[3] MSc in Biostatistics, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[4] Ph.D. student of Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[5] MSc in Health Services Management, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[6] MD, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[7] Internist, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
[8] Ph.D. student of Health Policy, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

* **Corresponding Author:** Alireza Heidari
alirezaheidari7@gmail.com

Citation: Kabir MJ, Heidari A, Khatirnamani Z, Kazemi SB, Honarvar MR, Badakhshan A, et al . Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019. Manage Strat Health Syst 2021; 5(4): 270-9.

Received: September 24, 2020
Revised: January 26, 2021
Accepted: February 21, 2021

Funding: This study has been supported by Golestan University of Medical Sciences (NO 110621).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

ABSTRACT

Background: The public sector of the health care system provides justice and access for all people who need more specialized services through the referral system. If the challenges of the referral system are not identified and addressed promptly, the system will not be efficient and effective. The purpose of this study was to rank the reasons for non-referral of outpatient level 1 to level 2 in the electronic referral system of Golestan province in 2019.

Methods: In this descriptive and cross-sectional study, 431 outpatients participated from the pilot hospitals of the e-referral system in Golestan province, who did not refer to the level 2 specialist despite that an appointment was set by the system. The participants were selected using a stratified random sampling method. Data were collected using a questionnaire and analyzed by descriptive statistics and Friedman test in SPSS $_{23}$ software.

Results: The most important reasons for patients who were not referred from level 1 to level 2 in the electronic referral system included the presence of a trusted and familiar physician, inability to pay the visit of a specialist, and high cost of transportation from home to the designated specialist, respectively. The gender of the specialist physician and lack of guidance on referral to the specialist physician were indicated by the referral center. Patients ranked the reasons of not referring to the specialist differently ($P < 0.001$).

Conclusions: The current status can be improved by increasing the public confidence in specialized physicians working in the electronic referral system and making the specialized services free for the poor patients. Furthermore, raising the patient's awareness about using Level 2 specialized services through the mass media can help patients to benefit from these services.

Key words: Referral system, Electronic, Outpatient care

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1399.5.4.1.8]
[DOI: 10.18502/mshsj.v5i4.5800]