نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۷۳ تا ۸۰

اصیل

مسیر پذیرش نظام ارجاع در پیچ و خم اعتماد به پزشکان عمومی

فاطمه پازیار[۱]، سعید نجبا[۲*]، محمد آزادی احمدآبادی[۳]، محمدسعید صفاری[۴]، الیاس هادیان شیوا[۵]، حمید ایزدبخش[۶]

۱. دکترای حرفه‌ای پزشکی، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران
۲. *نویسنده مسئول: کاندیدای دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران، saeed.nojaba@gmail.com
۳. دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد معارف اسلامی و اقتصاد، گرایش بخش عمومی، تهران، ایران
۶. دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه‌السلام)، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: نظام ارجاع با هدف ارتقای کارایی و کیفیت خدمات سلامت، بر دو رکن اصلی «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» و «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی» استوار است. در جوامعی با مراجعه مستقیم به پزشکان متخصص، اجرای این نظام نیازمند تغییر در رفتار جستجوی مراقبت و تقویت اعتماد به پزشکان عمومی به عنوان محور آن است. این پژوهش با هدف سنجش پذیرش ارکان نظام ارجاع و ارتباط آن با اعتماد به پزشکان عمومی، براساس داده‌های یک پیمایش ملی انجام شده است.

روش: این پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه و در بستر پانل ملی برخط در تیرماه ۱۴۰۳ انجام شد. داده‌ها از ۱۵۰۴ پاسخ‌دهنده گردآوری و با نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. پذیرش نظام ارجاع در قالب ۲ گویه و اعتماد به پزشک عمومی با ۵ گویه سنجیده شد.

یافته‌ها: حدود دوسوم پاسخ‌دهندگان با «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» و نیمی با «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی» موافق نیستند. در مجموع ۳۸/۶ درصد هر دو رکن نظام ارجاع را می‌پذیرند و سایرین یک یا دو رکن آن را قبول ندارند. بین مؤلفه‌های اعتماد به پزشک عمومی و پذیرش ارکان نظام ارجاع نیز روابط معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: اجرای مؤثر نظام ارجاع از نظر پذیرش مردمی با چالش‌هایی مواجه است و افزایش اعتماد به پزشکان عمومی، نقش مهمی در پذیرش آن دارد. بنابراین سیاست‌های مبتنی بر مشارکت و اعتمادسازی می‌تواند مسیر استقرار مؤثر نظام ارجاع را تسهیل نماید.

کلیدواژه‌ها: ارجاع و مشاوره، اعتماد، پزشکان عمومی، روابط پزشک - بیمار

مقدمه

نظام ارجاع، یک سازوکار کلیدی در نظام‌های سلامت پیشرو است که با هدف هدایت مؤثر بیماران به‌سوی خدمات متناسب با نیاز آن‌ها طراحی شده است. در این نظام، پزشک عمومی با ایفای نقش دروازه‌بان نظام سلامت (Gatekeeper)، مسئول ارزیابی اولیه بیمار، سطح‌بندی خدمات و در صورت لزوم، ارجاع آگاهانه و به‌موقع به سطوح تخصصی‌تر است. این رویکرد نه‌تنها از سردرگمی بیماران در انتخاب مسیر درمانی جلوگیری می‌کند؛ بلکه با افزایش بهره‌وری منابع تخصصی و مدیریت بار مراجعات، به ارتقای کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت می‌انجامد (۱).

در ایران، با وجود تأکید مکرر در اسناد بالادستی مانند بند ۸ سیاست‌های کلی در حوزه سلامت، ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه، بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه، بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه و بند «پ» ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم توسعه، نظام ارجاع تاکنون نتوانسته جایگاه تثبیت‌شده و کارآمدی در ساختار اجرایی نظام سلامت کشور به‌دست آورد.

یکی از عوامل مهم در استقرار مؤثر نظام ارجاع، اصلاح و هدایت رفتار جستجوی مراقبت (Health Seeking Behaviour) در جامعه است. این رفتار، کنشی پیچیده و چندبعدی است که تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روان‌شناختی شکل می‌گیرد و نشان می‌دهد افراد در مواجهه با مشکلات مرتبط با سلامت، چه مسیری را برای دریافت خدمات مورد نیاز خود برمی‌گزینند (۲، ۳). هرگونه تلاش برای اصلاح این رفتار،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22034/9.1.9]

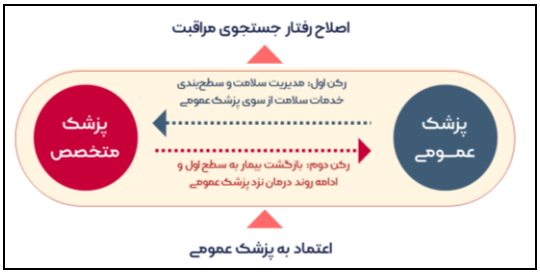
نیازمند سنجش دقیق وضعیت موجود و شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر تغییر آن است.

در این راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت پذیرش ارکان نظام ارجاع در ایران و رابطه اعتماد به پزشکان عمومی با آن طراحی شده است. چارچوب مفهومی پژوهش بر این فرض استوار است که رفتار مطلوب در نظام ارجاع زمانی محقق می‌شود که حداقل دو رکن اساسی به‌درستی پذیرفته شوند و پذیرش آنها مستلزم سطح قابل قبولی از اعتماد مردم به پزشکان عمومی است:

۱. مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی؛
۲. بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی؛

برای بررسی اعتماد به پزشکان عمومی، از مؤلفه‌های کلیدی سطح خرد سازه اعتماد بهره گرفته شد که در یک فراترکیب تحلیلی شناسایی شده بودند. مطابق با این فراترکیب، اعتماد فرد به پزشک یک رابطه دوسویه و پیچیده است که تحت‌تأثیر عوامل متعددی در سه سطح کلان (مسائل اجتماعی و فرهنگی)، میانی (ملاحظات قانونی و اخلاقی) و خرد (تعامل مستقیم بیمار و پزشک) قرار می‌گیرد (۴). تمرکز مطالعه حاضر بر سطح خرد به این دلیل است که این سطح به‌طور مستقیم به تعامل میان دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت پرداخته و امکان سنجش آن از طریق نظرسنجی‌فراهم است. مؤلفه‌های متعددی در این سطح از اعتماد مورد بحث قرار می‌گیرند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها که برای ارزیابی در این مطالعه انتخاب شدند، می‌توان به ادراک سطح سواد، سادگی و قابل‌فهم بودن بیان، کفایت مدت‌زمان ویزیت و کیفیت اخلاق و رفتار حرفه‌ای پزشکان اشاره کرد.

در نهایت، این پژوهش با تمرکز بر وضعیت کنونی پذیرش ارکان کلیدی نظام ارجاع و بررسی رابطه آن با اعتماد به پزشکان عمومی، در پی آن است که درکی عمیق‌تر از نگرش‌های مردم ارائه دهد و زمینه جلب مشارکت مؤثر آنان را که ذی‌نفعان اصلی در تحقق این نظام هستند، فراهم سازد.



شکل ۱. چارچوب مفهومی پژوهش

روش‌شناسی

این پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه و در بستر پانل ملی برخط در تیرماه ۱۴۰۳ در قالب پیمایش ملی انجام شد. داده‌ها از ۱۵۰۴ پاسخ‌دهنده گردآوری و با نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

پرسشنامه

به‌منظور سنجش میزان پذیرش نظام ارجاع و بررسی رابطه اعتماد به پزشکان عمومی با آن، پرسش‌نامه‌ای تنظیم شد. این پرسش‌نامه شامل دو گویه برای بررسی پذیرش دو رکن اصلی نظام ارجاع یعنی «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» و «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی» بود. برای ارزیابی اعتماد به پزشکان عمومی نیز، براساس چهار زیرمؤلفه مهم اعتمادساز در سطح خرد شامل ادراک سطح سواد، سادگی و قابل‌فهم بودن بیان، کفایت مدت‌زمان ویزیت و کیفیت اخلاق و رفتار حرفه‌ای، چهار گویه طراحی گردید. علاوه بر این، یک گویه نیز برای سنجش اعتماد به صورت کلی تدوین شد. در نهایت تأیید روایی گویه‌ها، با کسب نظرات ۸ تن از خبرگان علمی و روش‌شناختی صورت گرفت.

جدول ۱. سؤالات پرسشنامه

پذیرش ارکان نظام ارجاع
اگر سیاست دولت این باشد که «یک پزشک عمومی، مسئول درمان بیماری‌های خانواده شما باشد و معرفی به پزشک متخصص فقط با صلاحدید او انجام پذیرد»، شما تا چه میزان با آن موافق هستید؟
فرض کنید «پزشک متخصص شما، می‌خواهد پیگیری و ادامه فرایند درمانی شما را به پزشک عمومی بسپارد»، آیا از این مسیر تبعیت می‌کنید؟
وضعیت اعتماد به پزشکان عمومی
شما به‌طورکلی سطح سواد پزشکان عمومی را چطور ارزیابی می‌کنید؟
از نظر شما به‌طورکلی توضیحات پزشکان عمومی دربارهٔ بیماری‌ها و درمان، تا چه حد ساده و قابل‌فهم است؟
از نظر شما به‌طورکلی مدت‌زمانی که پزشکان عمومی برای ویزیت بیماران اختصاص می‌دهند تا چه حد کافیست؟
از نظر شما به‌طورکلی پزشکان عمومی، تا چه میزان اخلاق و رفتار خوب و مناسبی با بیماران دارند؟
شما در مجموع به پزشکان عمومی تا چه میزان اعتماد دارید؟

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22034/9.1.9]

نمونه‌گیری و گردآوری داده

در این پژوهش از پانل ملی برخط مرکز تحلیل اجتماعی (متا) استفاده شد. پانل متا دارای ۱۴،۰۰۰ عضو از سراسر کشور است که به‌صورت داوطلبانه در مطالعات نظرسنجی مشارکت دارند. این جامعه آماری برخط، نماینده حدود ۸۵ درصد از کل جمعیت ایران به‌شمار می‌رود. در این پانل، ابتدا پرسشنامه برای تمام اعضا ارسال می‌شود و به‌منظور تضمین تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پاسخ‌های دریافتی وارد فرایند تطبیق نمونه (Sample Matching) می‌شوند؛ بدین معنا که ابتدا، یک نمونه تصادفی از جمعیت ایران با استفاده از داده‌های سرشماری یا نتایج نظرسنجی‌های ملی معتبر به‌عنوان معیار تنظیم انتخاب می‌شود (۵). سپس با استفاده از تکنیک‌های آماری نظیر امتیاز تمایل (Propensity Score) افرادی که بیشترین شباهت را به ویژگی‌های نمونه معیار از نظر متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، سن و مصرف رسانه‌ای دارند، از نمونه برخط گردآوری‌شده، انتخاب می‌شوند. در نهایت، اصلاح تفاوت‌های باقی‌مانده نیز با روش پساطبقه‌بندی (Post-Stratification) و وزن‌دهی صورت می‌گیرد (۶). در این پیمایش، پس از فرایند تطبیق نمونه، پاسخ ۱۵۰۴ نفر از اعضای پانل مبنای مطالعه قرار گرفت.

تحلیل آماری

تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. در گام نخست، از شاخص‌های توصیفی برای محاسبه فراوانی و درصد پاسخ‌ها به گویه‌ها استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (Kolmogorov–Smirnov) بررسی و با توجه به غیرنرمال بودن آن‌ها، از روش‌های آماری ناپارامتریک استفاده شد. برای بررسی رابطه میان پذیرش رکن اول نظام ارجاع و مؤلفه‌های اعتماد، از آزمون همبستگی اسپیرمن (Spearman) استفاده شد؛ زیرا هر دو دسته متغیر از نوع ترتیبی بودند. همچنین برای سنجش تفاوت میان دو گروه پاسخ‌دهندگان رکن دوم نظام ارجاع (موافقان و مخالفان بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی) از منظر مؤلفه‌های اعتماد، با توجه به ماهیت دوحالتی این متغیر، آزمون من‌ویتنی (Mann–Whitney U) به کار گرفته شد.

جدول ۲. وضعیت جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان

		تعداد از کل	درصد از کل
محل زندگی	روستا	۳۶۸	۲۴/۵ درصد
	شهر	۱۱۳۶	۷۵/۵ درصد
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۵۳۰	۳۵/۲ درصد
	دیپلم	۳۹۵	۲۶/۳ درصد
	بالاتر از دیپلم	۵۷۹	۳۸/۵ درصد
بازه سنی	۱۸ تا ۲۴ سال	۱۳۳	۸/۸ درصد
	۲۵ تا ۳۴ سال	۲۷۰	۱۷/۹ درصد
	۳۵ تا ۴۴ سال	۳۸۰	۲۵/۳ درصد
	۴۵ تا ۵۴ سال	۳۴۱	۲۲/۷ درصد
	۵۵ سال و بالاتر	۳۸۰	۲۵/۳ درصد
جنسیت	زن	۷۵۱	۵۰ درصد
	مرد	۷۵۳	۵۰ درصد

یافته‌ها

پذیرش ارکان نظام ارجاع

در بررسی میزان پذیرش رکن اول نظام ارجاع یعنی «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی»، ۳۵/۸ درصد از پاسخ‌دهندگان حمایت بالایی نشان داده و ۳۱ درصد تا حدی موافق بودند. در مقابل، حدود ۱۸/۵ درصد این رکن را چندان پذیرفتنی ندانسته و ۱۴/۷ درصد نیز به طور کامل مخالف بودند. بنابراین همراهی کامل با رکن نخست تنها در حدود یک‌سوم پاسخ‌دهندگان مشاهده شد، درحالی‌که دوسوم دیگر یا مردد بودند و یا تمایلی به پذیرش آن نداشتند. در بررسی پذیرش رکن دوم یعنی «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی» نیز، ۵۲/۱ درصد از پاسخ‌دهندگان حاضر بودند که با توصیه پزشک متخصص روند درمان خود را تحت‌نظر پزشک عمومی ادامه دهند، درحالی‌که ۴۷/۹ درصد ترجیح می‌دادند همچنان تحت‌نظر پزشک متخصص باقی بمانند. (شکل ۲)

در تحلیل ترکیبی دو رکن، تنها ۳۸/۵ درصد از پاسخ دهندگان با هر دو رکن نظام ارجاع موافق بودند و ۶۱/۵ درصد حداقل با یکی از ارکان مخالف بودند. این الگو بیانگر آن است که همراهی کامل با ساختار پیشنهادی نظام ارجاع در جامعه، در سطح محدودی قرار دارد. (شکل ۳)

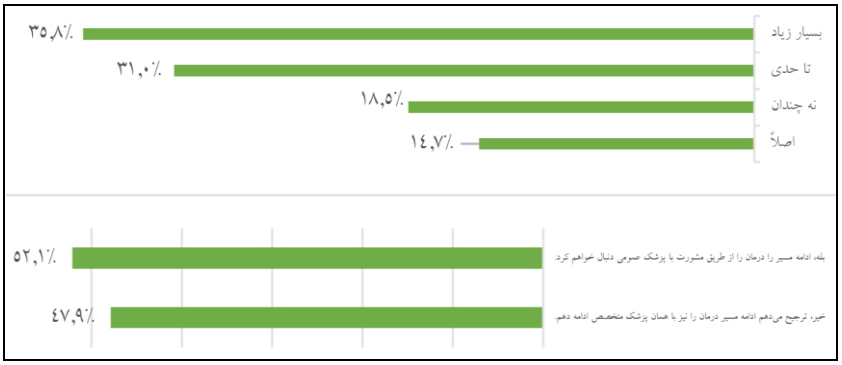
رابطه اعتماد به پزشکان عمومی در پذیرش ارکان نظام ارجاع

هرچه افراد اعتماد بیشتری به پزشکان عمومی داشتند و آن‌ها را باسوادتر و توضیحاتشان را قابل‌فهم‌تر ارزیابی کردند، تمایل بیشتری به پذیرش رکن اول و دوم نظام ارجاع نشان دادند. همچنین، کفایت مدت‌زمان ویزیت و اخلاق و رفتار حرفه‌ای مناسب، تنها با پذیرش رکن اول رابطه معناداری داشت و این رابطه برای رکن دوم مشاهده نشد.

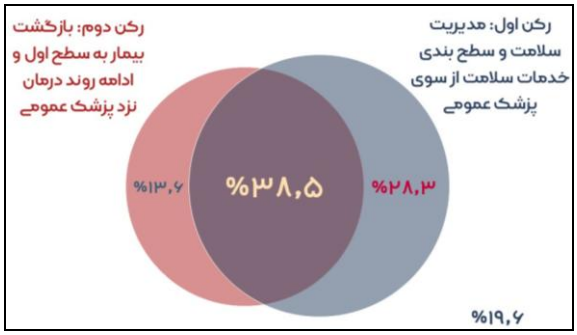
۴۸ درصد از افرادی که اعتماد کلی «بسیار زیاد» به پزشکان عمومی داشتند، حمایت کامل خود را از رکن اول ابراز کردند و تنها ۸،۷ درصد در این گروه کاملاً مخالف بودند. در خصوص رکن دوم نیز، ۶۱،۱ درصد از افرادی که سطح اعتماد کلی «بسیار زیاد» داشتند، تمایل داشتند روند درمان خود را تحت‌نظر پزشک عمومی ادامه دهند. این میزان در میان افرادی با اعتماد کلی «تا حدی»، «نه‌چندان» و «اصلاً» به ترتیب به ۵۳/۱، ۴۲/۴ و ۰ درصد کاهش یافت.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]



شکل ۲. توزیع درصدی پذیرش مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی (رکن اول) و بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی (رکن دوم)



شکل ۳. توزیع پاسخ‌دهندگان در پذیرش رکن اول و دوم

۹۰/۱ درصد از کسانی که سطح سواد پزشکان عمومی را «بسیار زیاد» ارزیابی کردند، با رکن اول به‌طور کامل موافق بودند و تنها ۹/۲ درصد مخالفت بالایی نشان داده‌اند. در خصوص رکن دوم نیز، ۶۸/۱ درصد از افرادی که سطح سواد پزشکان عمومی را «بسیار زیاد» و ۵۵/۶ درصد از کسانی که آن را «زیاد» دانسته‌اند، مایل به ادامه درمان تحت‌نظر آن‌ها بودند. در مقابل، ۵۱/۹ و ۸۸/۹ درصد از افرادی که سطح سواد را به ترتیب «کم» و «بسیار کم» دانسته‌اند، ادامه درمان با پزشک متخصص را ترجیح دادند.

در میان افرادی که بیان پزشکان را «بسیار زیاد» قابل‌فهم دانستند، ۶۱ درصد حمایت کامل از رکن اول داشتند که این میزان در گروه با ارزیابی «تا حدی»، «نه‌چندان» و «اصلاً» به ترتیب ۳۳/۶ درصد، ۲۷/۵ درصد و ۰ درصد بود. برای رکن دوم نیز الگوی مشابهی وجود داشت؛ ۶۴/۳ درصد از افرادی که توضیحات را «بسیار زیاد» قابل‌فهم دانستند،

جدول ۳. توزیع درصدی پاسخ به گویه‌های مرتبط با پذیرش ارکان نظام ارجاع به تفکیک متغیرهای جمعیت‌شناختی

		پذیرش مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی				پذیرش بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی	
		بسیار زیاد	تا حدی	نه‌چندان	اصلاً	بله، ادامه مسیر درمان را از طریق مشورت با پزشک عمومی دنبال خواهم کرد.	خیر، ترجیح می‌دهم ادامه مسیر درمان را نیز با همان پزشک متخصص ادامه دهم.
محل زندگی	روستا	۳۹/۱ درصد	۳۸/۹ درصد	۱۴/۷ درصد	۷/۳ درصد	۵۲/۳ درصد	۴۷/۷ درصد
	شهر	۳۴/۸ درصد	۲۸/۴ درصد	۱۹/۷ درصد	۱۷/۱ درصد	۵۱/۶ درصد	۴۸/۴ درصد
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۲۸/۹ درصد	۴۳/۴ درصد	۱۷/۵ درصد	۱۰/۲ درصد	۴۵/۳ درصد	۵۴/۷ درصد
	دیپلم	۵۰/۴ درصد	۲۰/۸ درصد	۱۰/۴ درصد	۱۸/۵ درصد	۵۸ درصد	۴۲ درصد
	بالاتر از دیپلم	۳۲/۳ درصد	۲۶/۶ درصد	۲۴/۹ درصد	۱۶/۲ درصد	۵۴/۴ درصد	۴۵/۶ درصد
بازه سنی	۱۸ تا ۲۴ سال	۱۵ درصد	۴۲/۹ درصد	۲۳/۳ درصد	۱۸/۸ درصد	۳۳/۱ درصد	۶۶/۹ درصد
	۲۵ تا ۳۴ سال	۲۵/۶ درصد	۱۵/۹ درصد	۳۵/۹ درصد	۲۲/۶ درصد	۵۳/۳ درصد	۴۶/۷ درصد
	۳۵ تا ۴۴ سال	۳۶/۱ درصد	۳۵/۸ درصد	۱۳/۲ درصد	۱۵ درصد	۵۵/۵ درصد	۴۴/۵ درصد
	۴۵ تا ۵۴ سال	۴۶/۶ درصد	۴۲/۵ درصد	۲/۶ درصد	۸/۲ درصد	۵۶/۶ درصد	۴۳/۴ درصد
	۵۵ سال و بالاتر	۴۰/۵ درصد	۲۲/۴ درصد	۲۳/۹ درصد	۱۳/۲ درصد	۵۰/۵ درصد	۴۹/۵ درصد
جنسیت	زن	۲۹/۹ درصد	۳۴/۴ درصد	۱۷/۸ درصد	۱۷/۹ درصد	۵۴/۱ درصد	۴۵/۹ درصد
	مرد	۴۱/۸ درصد	۲۷/۶ درصد	۱۹/۲ درصد	۱۱/۵ درصد	۵۰/۲ درصد	۴۹/۸ درصد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]

جدول ۴: بررسی همبستگی مؤلفه‌های اعتماد به پزشکان عمومی با پذیرش ارکان نظام ارجاع

	پذیرش رکن اول		پذیرش رکن دوم	
	معناداری همبستگی (p-value)	ضریب همبستگی اسپیرمن (Spearman's ρ)	معناداری همبستگی (p-value)	اندازه اثر (r)
اعتماد کلی	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۶
ادراک سطح سواد	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۴	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۰
ادراک سادگی و قابل‌فهم بودن بیان	<۰/۰۰۱	۰/۱۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۳
ادراک کفایت مدت‌زمان ویزیت	<۰/۰۰۱	۰/۰۸۳	۰/۱۷۸	۰/۰۳۵
ادراک کیفیت اخلاق و رفتار	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۷	۰/۳۸۹	۰/۰۲۲

جدول ۵: توزیع درصدی ادراک جامعه از مؤلفه‌های اعتماد به پزشکان عمومی و پذیرش ارکان نظام ارجاع

		پذیرش مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی				پذیرش بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی		
		بسیار زیاد	تا حدی	نه‌چندان	اصلاً		بله، ادامه مسیر درمان را از طریق مشورت با پزشک عمومی دنبال خواهم کرد.	خیر، ترجیح می‌دهم ادامه مسیر درمان را نیز با همان پزشک متخصص ادامه دهم.
اعتماد کلی	بسیار زیاد	۴۸ درصد	۲۷/۴ درصد	۱۵/۹ درصد	۸/۷ درصد	۱۰۰ درصد	۶۱/۱ درصد	۳۸/۹ درصد
	تا حدی	۳۳/۳ درصد	۳۴/۷ درصد	۱۸/۴ درصد	۱۳/۷ درصد	۱۰۰ درصد	۵۳/۱ درصد	۴۶/۹ درصد
	نه‌چندان	۳۴/۸ درصد	۱۴/۷ درصد	۱۹/۶ درصد	۳۱ درصد	۱۰۰ درصد	۴۲/۴ درصد	۵۷/۶ درصد
	اصلاً	۲۸/۶ درصد	۳۲/۱ درصد	۳۹/۳ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد
سطح سواد	بسیار زیاد	۹۰/۱ درصد	۰/۷ درصد	۹/۲ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد	۶۸/۱ درصد	۳۱/۹ درصد
	زیاد	۳۸/۳ درصد	۳۲/۹ درصد	۱۵/۳ درصد	۱۳/۵ درصد	۱۰۰ درصد	۵۵/۶ درصد	۴۴/۴ درصد
	کم	۲۳/۴ درصد	۳۶/۱ درصد	۲۴/۷ درصد	۱۵/۸ درصد	۱۰۰ درصد	۴۸/۱ درصد	۵۱/۹ درصد
	بسیار کم	۱۱/۱ درصد	۲۲/۲ درصد	۱۱/۱ درصد	۵۵/۶ درصد	۱۰۰ درصد	۱۱/۱ درصد	۸۸/۹ درصد
سادگی و قابل‌فهم بودن بیان	بسیار زیاد	۶۱ درصد	۱۵/۹ درصد	۱۰/۴ درصد	۱۲/۶ درصد	۱۰۰ درصد	۶۴/۳ درصد	۳۵/۷ درصد
	تا حدی	۳۳/۶ درصد	۳۰/۴ درصد	۱۹/۸ درصد	۱۶/۳ درصد	۱۰۰ درصد	۵۲/۷ درصد	۴۷/۳ درصد
	نه‌چندان	۲۷/۵ درصد	۵۷/۵ درصد	۱۳/۸ درصد	۱/۳ درصد	۱۰۰ درصد	۱۸/۸ درصد	۸۱/۳ درصد
	اصلاً	۰ درصد	۷۱/۹ درصد	۲۸/۱ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد	۴۳/۸ درصد	۵۶/۳ درصد
کفایت مدت‌زمان ویزیت	بسیار زیاد	۴۵/۵ درصد	۲۸/۶ درصد	۱۳/۴ درصد	۱۲/۵ درصد	۱۰۰ درصد	۵۴/۵ درصد	۴۵/۵ درصد
	تا حدی	۳۳/۵ درصد	۳۵/۳ درصد	۱۹/۳ درصد	۱۱/۸ درصد	۱۰۰ درصد	۴۹ درصد	۵۱ درصد
	نه‌چندان	۴۲/۶ درصد	۲۵/۷ درصد	۲۳ درصد	۸/۷ درصد	۱۰۰ درصد	۶۵/۶ درصد	۳۴/۴ درصد
	اصلاً	۲۲/۶ درصد	۱۴/۲ درصد	۰/۹ درصد	۶۲/۳ درصد	۱۰۰ درصد	۳۰/۲ درصد	۶۹/۸ درصد
کیفیت اخلاق و رفتار	بسیار زیاد	۴۶/۱ درصد	۲۵/۹ درصد	۱۶/۱ درصد	۱۱/۹ درصد	۱۰۰ درصد	۵۹/۲ درصد	۴۰/۸ درصد
	تا حدی	۳۵ درصد	۳۴/۱ درصد	۱۶/۷ درصد	۱۴/۳ درصد	۱۰۰ درصد	۴۸ درصد	۵۲ درصد
	نه‌چندان	۲۰/۵ درصد	۲۷/۶ درصد	۳۰/۱ درصد	۲۱/۸ درصد	۱۰۰ درصد	۵۵/۲ درصد	۴۴/۸ درصد
	اصلاً	۷۶ درصد	۲۰ درصد	۴ درصد	۰ درصد	۱۰۰ درصد	۷۶ درصد	۲۴ درصد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]

مایل به ادامه درمان تحت‌نظر پزشکان عمومی بودند که این میزان در گروه «تا حدی» و «نه‌چندان» به ۵۲/۷ و ۱۸/۸ درصد کاهش یافت.

۴۵/۵ درصد از کسانی که مدت‌زمان ویزیت را «بسیار زیاد» کافی دانستند، کاملاً از رکن اول حمایت کردند در حالی‌که در گروه‌های با ارزیابی «تا حدی»، «نه‌چندان» و «اصلاً»، این میزان به ترتیب ۳۳/۵، ۴۲/۶ و ۲۲/۶ درصد بود.

در نهایت در میان کسانی که رفتار پزشکان را «بسیار زیاد» مناسب دانستند، ۴۶/۱ درصد حمایت کامل از رکن اول داشتند که با کاهش این ارزیابی به سطح «تا حدی» و «نه‌چندان» این حمایت به ۳۵ و ۲۰/۵ درصد رسید.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پیمایش نشان داد که پذیرش و همراهی مردم با دو رکن اصلی نظام ارجاع، یعنی «مدیریت سلامت و سطح‌بندی خدمات توسط پزشک عمومی» و «بازگشت به سطح اول و ادامه درمان نزد پزشک عمومی»، با چالش‌هایی مواجه است و سطح پذیرش این ارکان با میزان اعتماد به پزشکان عمومی و ادراک جامعه از سطح سواد، سادگی و قابل‌فهم بودن بیان، کفایت مدت‌زمان ویزیت و کیفیت اخلاق و رفتار حرفه‌ای آنان رابطه‌ای معنادار دارد. در میان مؤلفه‌های اعتماد، پذیرش رکن اول با ادراک سطح سواد و کیفیت اخلاق و رفتار و پذیرش رکن دوم با ادراک سطح سواد و سادگی و قابل‌فهم بودن بیان، همبستگی قوی‌تری نشان دادند.

اکبری ساری و همکاران در سال ۱۴۰۰ با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع، با ۱۸ نفر از صاحب‌نظران حوزه نظام ارجاع و ۱۴ نفر از بیماران ارجاع‌شده به بخش‌های سرپایی و بستری مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) مصاحبه کردند. در این پژوهش نیز ذیل عوامل مرتبط با ارائه‌دهندگان خدمت، اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمت و مهارت‌های حرفه‌ای، رفتاری و ارتباطی آنان به‌عنوان عاملی کلیدی در پذیرش نظام ارجاع شناسایی شد (۷).

کبیر و همکاران در سال ۱۴۰۰ با برگزاری ۱۰ جلسه بحث گروهی متمرکز با سیاست‌گذاران و مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر و اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، به شناسایی الزامات مورد نیاز برای اجرای مؤثر برنامه پزشک خانواده پرداختند. یافته‌های این مطالعه در قالب شش محور اصلی دسته‌بندی و در بخش الزامات فرهنگی- اجتماعی، بر ضرورت ارتقای جایگاه و منزلت پزشکان خانواده تأکید شد. نتایج حاکی از آن بود که در شرایط کنونی، پاسخگویی اجتماعی در حوزه سلامت با چالش‌هایی نظیر ترویج رویکرد تخصص‌گرایی در میان پزشکان و مردم، مراجعه غیرضروری به متخصصان، بی‌اعتمادی به پزشکان خانواده و افزایش تقاضاهای غیرضروری مواجه است (۸).

حیدریان نایینی و همکاران در سال ۱۳۹۹ با انجام یک مرور نظام‌مند و بررسی ۶۵ مقاله از کشورهای مختلف، هشت ساختار اجرایی کلیدی را برای دستیابی به خدمات باکیفیت در حوزه پزشکی خانواده شناسایی نمودند و در بخش مربوط به ساختار فرهنگی، به لزوم تقویت اعتماد عمومی به پزشکان خانواده در جهت دستیابی به اهداف کارایی، اثربخشی، ارائه خدمات به‌هنگام، استمرار خدمات و احترام و توجه اشاره کردند (۹).

در سال ۱۳۹۵، شیانی و همکاران با ۲۳ تن از سیاست‌گذاران، مجریان و صاحبنظران پزشک خانواده در وزارت بهداشت، سازمان بیمه خدمات درمانی، کمیسیون بهداشت مجلس، سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌های شهر تهران مصاحبه کرده و به بررسی جایگاه و موانع اجرایی طرح پزشک خانواده در نظام سلامت ایران پرداختند. طبق یافته‌های این پژوهش، یکی از ۴ مقوله اصلی شناسایی شده چالش‌های فرهنگی بود که مصاحبه‌شوندگان ریشه آن را اضمحلال جایگاه پزشک عمومی توسط سیاستگذاران نظام سلامت دانسته و بیان کردند که همین امر بنای بی‌اعتمادی مردم به پزشکان عمومی و سبب رفتارسازی نادرست مابین آن‌ها در مراجعه به پزشکان شده است (۱۰).

یافته‌های ترابی اردکانی و همکاران در سال ۱۳۹۲ نیز بر همین محور تأکید داشت. در این پژوهش که با هدف بررسی میزان آگاهی و انتظارات مردم و پزشکان از اجرای برنامه پزشک خانواده در شهر شیراز از طریق ۳۰ مصاحبه با پزشکان عمومی و شهروندان انجام شد، پزشکان عمومی اظهار داشتند که تشخیص‌ها و صلاحدید حرفه‌ای آنان در فرآیند ارجاع مورد توجه قرار نمی‌گیرد. به‌علاوه، بسیاری از بیماران تنها برای گرفتن کد ارجاع مراجعه می‌کنند و تمایلی به دریافت خدمات ویزیت یا ارزیابی پزشکی توسط پزشک خانواده ندارند (۱۱).

یافته‌های مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ توسط ورولاوا و همکاران در کشور گرجستان با مشارکت ۲۰ پزشک خانواده و ۳۰۰ بیمار از مناطق مختلف این کشور انجام شد، با نتایج پژوهش حاضر هم‌راستا است. این پژوهش نشان داد که بخش قابل‌توجهی از بیماران، به‌جای مراجعه به پزشک خانواده، به‌طور مستقیم به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند. از جمله دلایل اصلی این رفتار می‌توان به پایین بودن سطح اعتماد بیماران به صلاحیت حرفه‌ای پزشکان خانواده و آگاهی ناکافی آنان نسبت به نقش و قابلیت‌های این گروه در نظام سلامت اشاره کرد (۱۲).

کولو-گلاسگو و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۸ در کشور هلند با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر رفتار خودارجاعی بیماران در نظام سلامتِ مبتنی بر دروازه‌بانی پزشک عمومی انجام دادند، به نتایجی مشابه دست یافتند. در این پژوهش پرسشنامه برای ۲۰۰۰ نفر از دارندگان بیمه خصوصی که به‌دلیل شرایط بیمه‌ای خود احتمال

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]

بیشتری برای دور زدن مسیر ارجاع داشتند، ارسال شد. نتایج نشان داد که ادراک بیماران از ماهیت تخصصی مشکل خود و باور به ناکافی بودن صلاحیت پزشک عمومی برای رسیدگی به آن، صرفه‌جویی در زمان از طریق حذف مراجعه اولیه به پزشک عمومی، باور به این که پزشک عمومی در نهایت آن‌ها را ارجاع خواهد داد و نیز اعتماد بیشتر به پزشک متخصص، از مهم‌ترین انگیزه‌های خودارجاعی بیماران به شمار می‌روند (۱۳).

در مجموع می‌توان گفت موفقیت نظام ارجاع نه تنها به اصلاح ساختارهای فنی و اجرایی، بلکه به بازسازی اعتماد و درک مشترک میان مردم و پزشکان عمومی وابسته است. تحقق این نظام در گرو این رویکرد مهم است که سیاست‌گذاران، مردم را نه به‌عنوان دریافت‌کننده منفعل خدمات، بلکه به‌عنوان ذی‌نفعان، شرکا و همکاران کلیدی در استقرار و پیاده‌سازی این سیاست قلمداد نمایند. آگاهی‌بخشی پیرامون مزایای این نظام و تقویت تصویر و جایگاه پزشکان عمومی، پیش‌نیازهایی هستند که نمی‌توان از آن‌ها چشم پوشید. چنانچه مردم این برنامه را به‌عنوان راهکاری برای بهبود خدمات سلامت و افزایش دسترسی به مراقبت‌های مناسب ببینند، نه‌تنها مقاومت آن‌ها کاهش می‌یابد، بلکه خود به عناصر پیشران این سیاست تبدیل خواهند شد. در غیر این صورت، نظام ارجاع از یک سو موجب نارضایتی عموم مردم و بی‌اعتمادی به سیاست‌های سلامت کشور خواهد شد و از سوی دیگر ارائه‌کنندگان خدمات را بی‌انگیزه، ناامید و فرسوده می‌سازد. وضعیتی که در بلندمدت می‌تواند کارآمدی کل نظام سلامت را به مخاطره بیندازد.

از نقاط قوت این پژوهش، می‌توان به اجرای آن در قالب یک پیمایش ملی به عنوان اقدامی کم‌سابقه اشاره کرد که امکان دسترسی به نمونه‌ای متنوع و نسبتاً فراگیر از جمعیت کشور را فراهم ساخته است. این رویکرد، برخلاف بسیاری از مطالعات پیشین- که با جامعه هدف محدود انجام شده‌اند-، زمینه اعتبار بیرونی بیشتر و قابلیت تعمیم‌پذیری بهتر نتایج را فراهم می‌کند. همچنین، بررسی دقیق‌تر و ساختارمند مفهوم اعتماد از دیگر ویژگی‌های برجسته این مطالعه به‌شمار می‌رود؛ به‌گونه‌ای که علاوه بر نگرش کلی اعتماد به پزشکان عمومی، ۴ مؤلفه بنیادین آن به صورت هدفمند مورد پرسش قرار گرفته و امکان رتبه‌بندی و مقایسه میزان همبستگی هر یک از این مؤلفه‌ها فراهم شده است. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه است؛ از جمله انحصار جامعه آماری به کاربران آنلاین و اتکای پژوهش به خوداظهاری پاسخ‌دهندگان که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی قرار گیرد. افزون بر این، تمرکز مطالعه تنها بر رابطه میان اعتماد و پذیرش نظام ارجاع بوده و سایر عوامل مؤثر و ابعاد مرتبط مورد بررسی قرار نگرفته است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از رویکردهای کیفی یا ترکیبی بهره گرفته شود تا امکان شناخت عمیق‌تر نگرش‌ها و عوامل مؤثر بر پذیرش نظام ارجاع فراهم گردد و همچنین اثربخشی مداخلات مختلف با هدف افزایش اعتماد به پزشکان عمومی مورد ارزیابی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از مرکز تحلیل اجتماعی (متا) برای فراهم‌سازی بستر اجرای این پیمایش در قالب پانل ملی و همکاری در گردآوری داده‌ها، صمیمانه قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Sripa P, Hayhoe B, Garg P, Majeed A, Greenfield G. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. British Journal of General Practice. 2019;69(682):e294-e303.
2. Olenja J. Editorial Health seeking behaviour in context. East African medical journal. 2003;80(2):61-2.
3. Najafi Karsami S, Sefidgar Nia M, Moradian M, Jamali Golneshini S, editors. A review of cultural challenges in the implementation of the family physician program. The First National Conference on Family Medicine; 2022; Iran.
4. Safaei M, Farasatkhah M, Shamsi Gooshki E. The social context-mining of trust in physicians and policy recommendations for improvement and promotion. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī - ie, Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022;15(46):1-19.
5. Robert M. Groves FJF, Jr., Mick P. Couper, James M. Lepkowski, Eleanor Singer, Roger Tourangeau Survey Methodology, 2nd Edition: Wiley Series in Survey Methodology; 2009.
6. Babbie ER. The practice of social research: Cengage Au; 2020.
7. Akbari-Sari A, Ahmadi B, Moradi-Joo M, Arabi A, Seyed-Nezhad M. Factors Affecting the Acceptance of the Referral System by Patients: A Qualitative Study. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2022;19(4):365-84.
8. Kabir MJ, Malekafzali H, Mohagheghi MA, Heidari A, jafari N, Tabrizchi N, et al. Effective Implementation of Family Medicine Program in Iran: Requirements and Implementation of Strategies. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2021;5(3):353-60.
9. Heidarian Naeini AR, Mahmoodi Alemi G, Yazdani Charati J. Required Structures for Family Physician Program to Achieving Service Quality Dimensions in Primary Health Care: a systematic review. Payavard Salamat. 2021;15(3):254-71.
10. Shiani M, Rashidian A, Mohammadi A. Status and Barriers to Implementation of Family Physician Program in Iran Health System. Social Welfare. 2016;16(62):59-102.
11. Study perception, knowledge and expectations from population and physicians points of view about implementation of family physician program: a case study in Shiraz. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2015;33(2):147-55.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]

12. Verulava T, Beruashvili D, Jorbenadze R, Eliava E. Evaluation of patient referrals to family physicians in Georgia. Family Medicine & Primary Care Review. 2019(2):180-3.

13. Kulu-Glasgow I, Delnoij D, de Bakker D. Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. Health policy. 1998;45(3):221-38.

Original

The Path to Referral System Acceptance Through the Complex Terrain of Trust in General Practitioners

Fatemeh Paziyar[1], Saeed Nojaba*[2], Mohammad Azadi Ahmadabadi[3], Mohammad Saeed Saffari[4], Elyas Hadian Shiva[5], Hamid Izadbakhsh[6]

1. MD, Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran
2. ⁎**Corresponding Author:** PhD Candidate in Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran, saeed.nojaba@gmail.com
3. PhD Student in Public Policy, Imam Sadiq University, Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran
4. PhD Student in Public Policy, Imam Sadiq University, Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran
5. Master of Islamic Studies and Economics, Tehran, Iran
6. PhD Student in Public Policy, Imam Sadiq University, Rushd Center of Imam Sadiq University, Tehran, Iran

Abstract

Background : The referral system aims to improve the efficiency and quality of healthcare services. It is based on two core components: health management and service stratification by general practitioners (GPs) and returning to the primary level for continued care under GPs' supervision. In societies where patients often bypass primary care and directly visit specialists, implementing such a system requires changes in health-seeking behavior and greater trust in GPs as its foundation. This study aimed to assess the public's acceptance of these two core components and examine their relationship with trust in GPs, using data from a national survey.

Methods : The study was conducted in July 2024 using an online national panel. Data were collected from 1,504 respondents through a structured questionnaire and analyzed using SPSS software. Acceptance of the referral system was measured with two items, and trust in GPs was assessed through five targeted items.

Results : About two-thirds of participants disagreed with GP-led health management and service stratification, and nearly half did not support returning to primary care for continued treatment. Overall, only 38.6% of respondents accepted both components of the referral system, while the rest rejected one or both. Significant associations were found between all trust dimensions and acceptance of the referral system.

Conclusion : Public acceptance remains a challenge in implementing the referral system. Enhancing trust in GPs plays a vital role in improving acceptance. Therefore, policies that promote public engagement and build trust may support the system's successful implementation.

Keywords: General Practitioners, Physician-Patient Relations, Referral and Consultation, Trust

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22034/9.1.9]