● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شمارهٔ ۳، تابستان ۱۳۸۴، صفحه ۹۰-۸۵
دریافت: ۸۳/۳/۱۷، پذیرش: ۸۳/۱۱/۷

بررسی وضعیت ارجاع بیماران در مرکز بهداشتی درمانی پایین گتاب بابل در سال ۸۲

دکتر سیدرضا حسینی[۱*]، مهران داداش پور[۲]، دکتر نیما مصباح[۳]، دکتر کریم اله حاجیان[۴]، محمود حاجی احمدی[۵]، پروین سجادی[۶]، دکتر عبدالایمان عمویی[۷]

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- کارشناس بهداشت عمومی ۳- پزشک عمومی ۴- دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۵- عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۶- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: از آنجا که امکان توزیع یکسان خدمات بهداشتی درمانی در همه سطوح شبکه وجود نداشته و در هر سطح سقف تعیین شده ای از خدمات وجود دارد، مراکز کوچک بایستی بیماران نیازمند را جهت دریافت خدمات تخصصی تر به سطوح بالاتر ارجاع دهند که اگر این روند بر طبق اصول سیستم ارجاع صورت نگیرد باعث ازدحام و شلوغی و نارسایی خدمات در سطوح بالاتر شده و به هدر رفتن خدمات موجود در سطوح پائین تر را بهمراه دارد. این مطالعه جهت بررسی عملکرد سیستم ارجاع در یکی از مراکز بهداشتی درمانی بابل انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه بصورت مقطعی در سه ماهه سوم سال ۸۲ در مرکز بهداشتی درمانی پائین گتاب بابل انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران ارجاعی از این مرکز به سطوح بالاتر بود. اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه با بیماران و نیز از دفاتر ثبت فرم های ارجاع بدست آمد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۴۴۵ فرم مورد بررسی، ۲۰۰ نمونه حاوی اطلاعات مورد نیاز و مبدأ ارجاع بودند. بیشتر ارجاع شدگان (۷۳٪) را زنان و اکثر بیماران ارجاعی (۴۲٪) از گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بودند. اکثریت افراد جهت دریافت خدمات پاراکلینیک (۵۸٪) به خصوص سونوگرافی و آزمایشگاه ارجاع شده بودند و بیماریهای زنان و زایمان بیشترین موارد ارجاع(۱۸/۶٪) بیماران را تشکیل میداد. بیمارستان شهید بهشتی بیشترین محل ارجاع بیماران (۴۹/۷٪) و بیمارستان شهید یحیی نژاد و امیرکلا در رده های بعدی قرار داشتند. در بررسی برگشت فرم های ارجاع از بیمارستان به مراکز ارجاع کننده، هیچکدام از فرم ها برگشت داده نشد.

نتیجه‌گیری: سیستم ارجاع با وجود قانونمندی، تنها بصورت یکطرفه از مراکز محیطی به سطوح بالاتر در حال اجرا بوده و هیچگونه بازخوردی از بیمارستان ها به مراکز بهداشتی صورت نمی گیرد تا بیماران مورد توجه و پی گیری قرار گیرند و با توجه به اینکه اکثریت بیماران ارجاعی را بیماریهای زنان و زایمان تشکیل می دهند افزایش امکانات تسهیلات بهداشتی درمانی در مراکز روستایی می تواند از هجوم بیماران به بیمارستان ها بکاهد.

واژه‌های کلیدی: *سیستم ارجاع، مراکز بهداشتی، بیمارستان.*

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هفتم، شمارهٔ ۳، تابستان ۱۳۸۴، صفحه۹۰-۸۵

مقدمه

سیستم ارجاع یکی از اصول و مبانی خدمات بهداشتی اولیه بوده و در قالب شبکه های بهداشتی درمانی کشور درحال اجرا است. برای اینکه ارجاع بیماران از مراکز محیطی به درستی صورت پذیرد، سه سطح برای آن در نظر گرفته شده است. سطح اول برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی را، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری تشکیل می دهند. در این سطح خدمات بهداشتی اولیه (Primary Health Care) و خدمات درمانی بصورت سرپایی انجام می شود. سطح دوم جهت ارائه خدمات فنی تر و تخصصی تر، بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان است و سطح سوم شامل مرکز بهداشت استان و بیمارستان های فوق تخصصی جهت ارائه خدمات

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]

پیچیده فوق تخصصی می باشد(۱). یکی از امتیازات مهم این سطح بندی، صرفه جویی در منابع محدود و گرانبهای انسانی و تجهیزاتی کشور و توزیع منطقی تر خدمات است طوری که خدمات هر سطح نسبت به سطح ماقبل پیچیده تر و تخصصی تر بوده و لذا کارکنان هر سطح نسبت به ماقبل دانش و مهارت بیشتری دارند و کارهای پیچیده تری انجام می دهند و بالطبع خدمات هر سطح ارزانتر از خدمات سطح ما بعد آن تمام می شود. برقراری کامل زنجیره ارجاع بین سطوح شبکه نیازمند یک نظام ارجاع دوطرفه می باشد و بیمارانی که به بیمارستان شهرستان یا استان اعزام می شوند بایستی پس از درمان تخصصی سرپایی یا بستری با اعلام نتایج و توصیه های درمانی به مبدأ (مراکز بهداشتی درمانی یا خانه بهداشت) برگشت داده شوند تا مراقبت ها و پیگیری های لازم و نظارت بر مصرف صحیح و بموقع دارو از طریق کارکنان رده محیطی انجام پذیرد(۱). این نحوه ارجاع با وجود قانونمندی و اعتبارات اجرایی، هیچگاه بطور کامل اجرا نشده و خروج از این مسیر موجب مشکلات متعددی از جمله ازدحام بیش از حد جمعیت و نارسایی ارائه خدمات در مرکز استان می شود(۲).

در مطالعه Coleman، نشان داده شد که ۵۵٪ از بیماران با مشکلات بهداشتی غیر اورژانس، که به واحد فوریت ها مراجعه می کنند، می توانستند توسط پزشک عمومی یا فقط با توصیه ها مراقبت شوند(۳). همچنین در مطالعه vanulden و همکاران (۴) مشخص گردید که خود ارجاعی باعث ازدحام و شلوغی واحد فوریتها و بیمارستان می شود و اگر این امکان فراهم شود که همه آنها بوسیله پزشک عمومی غربالگری شوند از حجم کاری واحدهای اورژانس کاسته می شود.

در مطالعه Leibowitz و همکاران (۵) این نتیجه بدست آمد که مشاوره های تلفنی و خدمات توصیه ای می تواند کاهش حجم کاری پزشکی و متعاقب آن کاهش هزینه ها را در پی داشته باشد. همچنین در مطالعه Dale و همکاران (۶)، استخدام پزشکان عمومی در واحد فوریت ها، منجر به میزان های کمتری از بررسی ها، داروهای تجویزی و ارجاع ها شده بود. همچنین در این زمینه مطالعه ای در آمریکا در چهار مرکز پزشکی انجام گرفت که نشان داد کسانی که قبل از تماس با متخصص از یک کانال کنترل رد شده و توسط رده های پایین تر ویزیت گشته اند، کاهش زیادی را در ویزیت های اورژانس نشان داده اند که دامنه آن ۳۷-۲۷٪ در اطفال و ۳۰ تا ۴۵ درصد در بالغین متغیر بود(۷).

همچنین در مطالعه Cooke و همکاران (۸)، ۲۹/۴٪ بیماران مراجعه کننده به واحد فوریت ها، بعد از ارزیابی بالینی، بدون هیچ بررسی یا درمان خاصی ترخیص شدند در حالیکه امکان درمان و مراقبت از آنها در همان مرکز درمانی خودشان وجود داشت. در مطالعه ای در عربستان بکار بردن سیستم ارجاع موجب یک کاهش ۴۰/۶٪ در بیماران سرپایی بیمارستان، یک افزایش ۱۹/۶ درصدی در مراجعین به مراکز بهداشتی و یک افزایش ۱۹/۲٪ در ارجاعات شده بود و نتیجه گیری شد که برای داشتن یک سیستم ارجاع خوب باید یک ارتباط قوی بین مراکز بهداشتی اولیه و بیمارستان ها برقرار شود(۹).

با توجه به اهمیت بسیار زیاد سیستم ارجاع، از آنجا که تاکنون مطالعه دقیقی جهت بررسی وضعیت ارجاع بیماران در شبکه های بهداشتی درمانی انجام نشده است انجام مطالعه ای در این زمینه ضروری به نظر می رسید تا با ارائه راهکارهای مناسب قدمی در جهت بهبود این سیستم برداشته باشیم.

مواد و روشها

این مطالعه بصورت مقطعی در سه ماهه سوم سال ۸۲ در مرکز بهداشتی درمانی پایین گتاب بابل بصورت نمونه انجام گردید. علت انتخاب این مرکز بعنوان نمونه بدو دلیل بوده است اولاً این مرکز دارای ۱۱ خانه بهداشت بوده و جمعیتی حدود ۲۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود دارد و ثانیاً حجم بالایی از بیماران به مرکز جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی مراجعه می کنند که می توانند مورد مطالعه قرار بگیرند. جمعیت مورد مطالعه کلیه بیماران ارجاع شده از این مرکز به مراکز بالاتر بود و اطلاعات مورد نیاز که شامل، سن، جنس، نوع فرم (فوری و غیر فوری)، مبدا ارجاع، علت ارجاع (نوع بیماری یا دریافت خدمات پاراکلینیک) نوع بیمارستان بود از خود بیماران و از دفاتر ثبت فرم های ارجاع جمع آوری گردید.

فرم های ارجاع به سه نوع اند: فرم ارجاع غیرفوری که حاوی مشخصات بیمار و نوع بیماری به همراه مبدأ و مقصد ارجاع است که

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]

توسط بهورزان جهت بیماری های غیر اورژانس و ویزیت توسط پزشک بهداشتی درمانی روستایی در محل خانه بهداشت تکمیل می شود. فرم ارجاع فوری که فرمی با مشخصات فوق و جهت بیماریهای اورژانسی پر می شود و سوم فرم ارجاع به مراکز بالاتر که فرمی با ویژگی های قبلی که قسمت زیرین آن توسط پزشک مرکز بستری (و یا درمان های غیر قابل انجام در مرکز بهداشتی درمانی و روستایی) تکمیل شده و به مرکز بهداشتی روستایی برگشت داده می شود(۱). اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مجموعاً ۴۴۵ فرم در طی این مدت جمع آوری گردید که ۲۰۰ نمونه آن حاوی اطلاعات نوع فرم و مبدأ ارجاع بودند. در بررسی چگونگی توزیع فرم ها، ۱۴۰ مورد (۷۰٪) از نوع غیرفوری، ۴۴ مورد (۲۲٪) از نوع فوری و ۱۶ مورد (۸٪) از نوع ارجاع به مراکز بالاتر بودند. اکثریت ارجاع شدگان (۷۳٪) را زنان تشکیل می دادند. از نظر توزیع سنی، بیشتر بیماران ارجاع شده مربوط به گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بودند(جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فرم های ارجاع برحسب گروه های سنی در مرکز بهداشتی درمانی پایین گتاب ۸۲

محدوده سنی (سال)	تعداد(٪)
کمتر از ۱۰	(۸/۳۲)۳۷
۱۰-۱۹	(۱۵/۷۳)۷۰
۲۰-۲۹	(۴۲/۴۷)۱۸۹
۳۰-۳۹	(۱۰/۵۵)۴۷
۴۰-۴۹	(۱۱/۲۳)۵۰
۵۰-۵۹	(۶/۱)۲۷
۶۰-۶۹	(۴/۷)۲۱
> ۷۰	(۰/۹)۴
کل	(۱۰۰)۴۴۵

از نظر نوع بیماری در افراد ارجاع شده، فراوانی بیماری های زنان و زایمان، داخلی و جراحی از انواع دیگر بیماریها بیشتر بود ولی از نظر دریافت خدمات بیشترین نمونه ها جهت انجام خدمات پاراکلنیک به خصوص سونوگرافی و آزمایشگاه ارجاع شده بودند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فرم های ارجاع برحسب نوع بیماری در مرکز بهداشتی درمانی پایین گتاب ۸۲

نوع بیماری	تعداد(٪)
زنان و زایمان	(۱۸/۶)۸۳
داخلی	(۹/۴)۴۲
جراحی	(۷/۴)۳۳
اطفال	(۳/۶)۱۶
گوش و حلق و بینی	(۱/۸)۸
چشم	(۰/۷)۳
پاراکلینیک	(۵۸/۲)۲۵۹
کل	(۱۰۰)۴۵۵

در میان بیمارستان ها، بیمارستان شهید بهشتی بیشترین تعداد ارجاع (۴۹/۷٪) را در خود جای داده است و بیمارستانهای یحیی نژاد (۴۰٪) و کودکان امیرکلا (۴/۳٪) در رده بعدی قرار داشتند. حدود ۳/۵٪ بیماران مستقیماً با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، از مرکز بهداشتی درمانی روستایی به مراکز خارج از مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل ارجاع شده بودند.

در بررسی برگشت فرم های ارجاع از بیمارستان به مراکز بهداشتی درمانی، هیچیک از فرم های ارجاع برگشت داده نشد.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی فرم ها، فرم ارجاع غیرفوری بیشترین نوع فرم های ارجاع را تشکیل می داد. فراوانی این نوع فرم ها، می تواند بیانگر فراوانی بیماریهایی باشد که از حالت غیرفوری برخوردارند.

از موضوعات دیگر در این مطالعه، بالاتر بودن درصد ارجاع زنان نسبت به مردان به خصوص در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]

می باشد که می تواند به دلیل توجه بیشتر زنان به وضعیت سلامتی خود بوده و همچنین زنان جهت دریافت خدمات تنظیم خانواده، مراقبت های دوران بارداری، زایمان و شیردهی، مراقبت از کودکان و نیز واکسیناسیون کودکان بیشتر به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می کنند و بطور کلی ارتباط خیلی خوبی با کارکنان بهداشتی دارند و بالطبع اگر مشکلی داشته باشند به همان مرکز مراجعه و در صورت لزوم به مراکز بالاتر ارجاع می شوند. در مطالعه ای که توسط رسولی نژاد (۱۰) در کاشان انجام شد نیز اکثریت ارجاع شدگان زن بوده و در گروه سنی ۳۵-۲۰ سال قرار داشتند.

از مسائل دیگر در این مطالعه، فراوانی موارد ارجاع به علت دریافت خدمات پاراکلینیک (آزمایشگاه، سونوگرافی، رادیولوژی) بود که این امر ناشی از کمبود امکانات پاراکلینیک در روستاها و نیز به خاطر پرداخت هزینه کمتر در صورت داشتن فرم ارجاع از مراکز روستایی می باشد در حالیکه در مطالعه ای که در کاشان انجام شده (۱۱) فقط ۵٪ مراجعین برای دریافت خدمات پاراکلینیک ارجاع شده بودند که این تفاوت می تواند بدلایل وضعیت اقتصادی بهتر بیماران این منطقه، تمایل بیشتر آنها برای انجام آزمایشات پاراکلینیک و اختلاف در نوع بیماری ها باشد.

بیمارستان شهید بهشتی بابل نسبت به بیمارستان های دیگر، محل ارجاع اکثر بیماران می باشد که می تواند بدلیل بالاتر بودن کیفیت خدمات، گسترده تر بودن خدمات از جمله امکانات سی تی اسکن، شنوایی سنجی و جدیدتر بودن بیمارستان نسبت به بیمارستان های دیگر از لحاظ ساختمانی و دارا بودن درمانگاه های مختلف تخصصی و فوق تخصصی در این بیمارستان باشد.

از مسائل مهمی که در این طرح بدنبال آن بودیم، برگشت فرم های ارجاع از بیمارستان ها به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی جهت پیگیری و مراقبت بهتر از بیماران بود که متاسفانه حتی یک مورد فرم برگشتی در این مطالعه وجود نداشت در حالیکه در مطالعه ای که توسط رسولی نژاد (۱۱) انجام شد بازخورد بیماران به سطح اول تماس ۶۶٪ و پیگیری درمان ها ۷۴/۴ ٪ بوده است که می تواند ناشی از آگاهی بیشتر پزشکان و کارکنان آنها در مورد سیستم ارجاع نسبت به مطالعه ما باشد. همچنین در مطالعه ای که توسط عبادی فرد آذر (۱۲) در مورد رعایت نظام ارجاع در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گردید هیچیک از مراجعان بیمارستانی، برای مرکز ارجاع دهنده یا واحد خدمات رسانی محل زندگی وی، باز خوراند داده نشد. عدم بازگشت فرم های ارجاع از بیمارستان به مراکز ارجاع دهنده از بزرگترین نقص سیستم ارجاع است. یکی از دلایل عدم برگشت فرم های ارجاع عدم وجود دستورالعملی مبنی بر برگشت دادن فرم ها از بیمارستان به مراکز محیطی توسط پزشک یا کارکنان بیمارستان می باشد یا حداقل هیچ الزامی در این زمینه وجود ندارد و نیز هیچگونه مسئولی در بیمارستان ها جهت نظارت بر اجراء این مسئله وجود نداشته و مدیریت بیمارستان ها در این زمینه اطلاع خاصی ندارند. از دلایل دیگر، عدم آگاهی خود بیماران در رابطه با مراجعه مجدد به مراکز بهداشتی درمانی پس از ترخیص از بیمارستان برای پیگیری و مراقبت می باشد که باید هم در مراکز ارجاع دهنده و هم در بیمارستان به بیماران آگاهی لازم داده شود. یکی دیگر از دلایل شکست سیستم ارجاع، عدم سرویس دهی خوب در مراکز بهداشتی درمانی می باشد(۱۳) طوری که اکثر بیماران فقط بخاطر هزینه مالی، جهت گرفتن فرم ارجاع به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه و حتی در مواردی حاضر به ویزیت توسط پزشک مرکز نبوده و بعد از گرفتن فرم و رفتن به بیمارستان، دیگر به این مراکز مراجعه نمی کنند. در مطالعه ای که توسط رسولی نژاد و خاقانی (۱۴) انجام گرفت اکثریت بیماران (۶۰/۵٪) مراجعه کننده به مراکز دولتی خود ارجاعی داشته و حتی از فرم ارجاع استفاده نکرده اند. برای اینکه سیستم ارجاع بدرستی رعایت شود اول از همه باید کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در مراکز روستایی ارتقاء یابد یعنی هم از لحاظ کادر فنی (پزشک، پرستار، ماما و در صورت امکان خدمات تخصصی در روزهای خاصی از هفته بخصوص درمورد بیماریهای زنان و زایمان) و هم از نظر امکانات پاراکلینیک (رادیولوژی و آزمایشگاهی) در حد اولیه و نیز داروخانه، تا بیماران مجبور نباشند برای درمان یک بیماری ساده به بیمارستان و مراکز بالاتر مراجعه کنند که هم باعث ازدحام در بیمارستان و عدم سرویس دهی کافی به بیماران واقعاً نیازمند می شود و هم باعث مشکلات فراوانی برای خود بیمار و همراهان وی می شود. در کنار این مسائل، باید فضای فیزیکی مناسبی برای مراکز بهداشتی درمانی ایجاد شود تا بیماران در رفاه بیشتری قرار گرفته و میل بیشتری

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]

برای مراجعه به این مراکز پیدا کنند. همچنین جهت برقراری یک سیستم ارجاع خوب، بیمارستان ها هم باید موظف باشند تا بیماران ارجاعی را بعد از ویریت یا ترخیص از بیمارستان با دستورات دارویی و توصیه های پیشگیری به مراکز ارجاع دهنده بازگشت دهند تا تحت مراقبت و پی گیری قرار گیرند. از طرف دیگر افزایش آگاهی مردم در زمینه مراجعه نخست به مراکز بهداشتی درمانی (۱۵) و در صورت لزوم گرفتن فرم ارجاع و نیز از طریق تمام وقت کردن ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی باعث ترغیب بیشتر بیماران برای مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شویم.

تقدیر و تشکر

از کلیه همکاران بهداشتی و درمانی مرکز پایین گتاب، که در جمع آوری اطلاعات تلاشی فراوانی کردند تشکر و قدردانی می شود.

****

منابع

۱. مجموعه درسی تربیت بهورز، بلوک اول، چاپ چهارم، مشهد، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰؛ دستورالعمل شماره ۱۷ ؛ ص: ۱۵-۱۱۰.

۲. پیله رودی س. طرح شبکه و سیستم ارجاع در ایران، مقاله ارائه شده در اولین سمینار طب اجتماعی اطفال در ایران، زاهدان ۱۳۷۰.

3. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands fort non-urgent treatment at accident and emergency. Emerg Med J 2001; 18: 482-7.

4. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling GJ, Crebolder HFJM, Van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emerg Med J 2003; 20: 184-7.

5. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload and patient and GP satisfaction. Family Practice 2003; 20: 311-17.

6. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: Comparison of general practitioners and hospital doctors. BMJ 1995; 311: 427-30.

7. Reagon M. Physicians as gatekeepers: A complex challenge. N Engl J Med 1987; 13: 1731-4.

8. Cooke MW, Arota P, Mason S. Discharge from triage modelling the potential in different types of emergency department. Emerg Med J 2003; 20: 131-3.

9. Tawfik AM, Al Shehri AM, Abdul Aziz F. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. EMHJ 1997; 3(2): 236-53.

۱۰. رسولی نژاد س. بررسی نحوه ارجاع در مراجعین به بیمارستان های کاشان سال ۱۳۷۵. فصلنامه علمی پژوهشی فیض کاشان ۱۳۷۶؛ (۱)۱: ۵-۴۱.

۱۱. رسولی نژاد س، رسولی نژاد م. بررسی سیستم ارجاع در نظام عرضه مراقبتهای بهداشتی ـ درمانی و راه حلهای اصلاح آن در شبکه بهداشت و درمان کاشان. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۰؛ (۴)۴: ۴۲-۲۳۸.

۱۲. عبادی فرد آذر ف. پذیرش بیماران و رعایت نظام ارجاع در پنج مرکز آموزشی ـ درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین ۱۳۸۱؛ ۲۳: ۵-۳۰.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]

۱۳. عزیزی ف، فرشجی نصر ح، ملک افضلی ح، رحیمی نیا ج، مهدوی ب. نحوه بهره گیری روستائیان از خدمات درمانی. مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده شهید بهشتی) ۱۳۷۸؛ (۴) ۲۳: ۳۱—۲۲۳.

۱۴. رسولی نژاد س، خاقانی پ. بررسی میزان خود ارجاعی و عوامل مرتبط با آن در مراکز درمانی دولتی و خصوصی کاشان در سال ۱۳۷۹. فصلنامه علمی پژوهشی فیض کاشان ۱۳۸۱؛ (۲۳)۶: ۷-۸۰.

15. Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centers for out of hours primary care problems. J Accid Emerg Med 2000; 17: 18-21.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۲۹۵۹۱-۵۰

hosseini@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.3.14.5]