Archive of SID

میزان و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت در شهرستان دماوند

دکتر محمد علی حیدرنیا:* استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر محمدرضا سهرابی: متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر فرید ابوالحسنی: مرکز تحقیقات غدد، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر یدالله محرابی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش
سال سوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۳ صص ۲۷۲-۲۶۵
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۵/۲۷

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی میزان و عوامل مؤثر در بهره‌مندی مردم از خدمات خانه‌های بهداشت در شهرستان دماوند بوده است.

این مطالعه مقطعی روی ۴۰۰ نفر از افراد بالای ۳۰ سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان دماوند انجام شده است. برای نمونه گیری ابتدا از میان ۲۷ خانه بهداشت شهرستان دماوند ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در هر روستا نمونه گیری به روش سیستماتیک و متناسب با جمعیت هدف آن روستا و در دو گروه ۳۱ تا ۴۹ سال و ۵۰ سال و بالاتر انجام شد و در نهایت با مراجعه به درب منازل پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. پس از ایجاد بانک اطلاعاتی در نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون «کای دو» متغیرهایی که با بهره‌مندی از خدمت دارای رابطه معنی داری هستند شناسایی و با استفاده از رگرسیون لجستیک سعی در یافتن مدلی برای نشان دادن چگونگی و میزان تأثیر عوامل مختلف بر بهره‌مندی از خدمت نمودیم.

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد ۴۹/۵ درصد از مردان و ۷۷/۱ درصد از زنان در فاصله مهرماه ۱۳۸۱ تا اسفند ۱۳۸۲ از خدمات خانه‌های بهداشت بهره‌مند شده‌اند. ۲۴/۵ درصد از مردان و ۲۰/۳ درصد از زنان در مدت فوق از این خدمات بهره‌مند نشده و ۲۶ درصد از مردان و ۲/۶ درصد از زنان نیز اظهار کرده‌اند هیچگاه از این نوع خدمات بهره‌مند نشده‌اند. متغیرهای مؤثر بر عدم بهره‌مندی از خدمات ارایه شده در خانه‌های بهداشت عبارت بودند از: جنس مرد، شغل آزاد و کارمند، میزان تحصیلات بالا، زمان لازم برای رسیدن به خانه بهداشت بیش از ۲۰ دقیقه، زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت بیش از ۲۰ دقیقه، برخورد نامناسب ارایه کننده خدمت، عدم مشاوره با گیرنده خدمت در مورد خدمت ارایه شده، کیفیت نامناسب محیط فیزیکی محل ارایه خدمت، عدم تناسب زمان ارایه خدمت هر کدام با $P<۰/۰۰۱$ و کیفیت نامناسب ارتباط ارایه کننده خدمت با گیرنده خدمت با $P<۰/۰۴$، اعتقاد به زیاد بودن فاصله زمانی و ایجاد ناتوانی به دنبال ابتلا به پرفشاری خون از زمان حاضر با $P<۰/۰۲$ و عدم اعتقاد به اثر پرفشاری خون بر کاهش طول عمر با $P<۰/۰۱$. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با مداخله بر عوامل فوق می‌توان بهره‌مندی از خدمت را افزایش داد.

کلیدواژه‌ها: بهره‌مندی از خدمت، ارزشیابی، خانه بهداشت، شهرستان دماوند

* نویسنده اصلی: تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، طبقه نهم، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۲۳۸۷۲۵۶۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

ارزشیابی برای بررسی وسعت تأثیرات برنامه، میزان دستیابی آن به اهداف مورد نظر، میزان پایایی نتایج و تأثیر آن بر سایرمراقبت‌های بهداشتی انجام می‌شود[۱]. ارزشیابی، تنها راه تمایز بین برنامه‌هایی که موجب ارتقای سلامت می‌شوند و از ناتوانی، بیماری و آسیب جلوگیری می‌کنند با برنامه‌های فاقد این خصوصیات، می‌باشد. ارزشیابی همچنین میزان تطابق مبلغ سرمایه گذاری شده با نتیجه اقدامات انجام شده را بررسی می‌کند[۵].

برنامه را می‌توان در هر زمان از اجرای آن ارزشیابی کرده و نتایج آنرا در جهت بهبود مستمر کیفیت اجرای برنامه و استانداردها مورد استفاده قرار داد [۲] و اطلاعات به‌دست آمده از آن می‌تواند مورد استفاده گروه‌های مختلف از جمله مجریان برنامه، دولت و سیاست‌گذاران بهداشتی، مراکز پشتیبانی کننده برنامه و محققان سیستم‌های بهداشتی قرار گیرد[۳].

بهره مندی از خدمت یا پوشش، قسمتی از ارزشیابی برنامه است که نشان دهنده نسبت افرادی که تحت مراقبت قرار گرفته‌اند به افرادی که باید تحت مراقبت قرار گیرند یا به عبارتی نسبت بهره‌مند به نیازمند است[۲، ۳]. پس از آن که اثربخشی یک مداخله برای حل یک مشکل بهداشتی به اثبات رسید، باید شرایط بهره مند شدن جامعه از آن را فراهم کرد. بهره‌مندی هنگامی تحقق خواهد یافت که فرد اولاً بتواند و ثانیاً بخواهد از کالا یا خدمت استفاده کند[۲].

در نظام سلامت عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت در ۴ دسته کلی دسترسی، شدت تقاضا برای خدمت، مقبولیت خدمت ارایه شده و تناسب قیمت طبقه بندی می‌شوند. عوامل مؤثر بر دسترسی شامل فراهم بودن منابع، آگاهی از ارایه خدمت، استطاعت مالی برای خرید خدمت و زمان مناسب ارایه خدمت است. احساس نیاز یا شدت تقاضا تابع شدت احساس ناتوانی به دنبال ابتلا به بیماری، احتمال بروز ناتوانی به دنبال ابتلا به بیماری و شدت ومدت آن در صورت وقوع، احتمال وقوع مرگ زودرس و زمان آن و احتمال تأثیر خدمت در پیشگیری از ناتوانی و مرگ است. مقبولیت خدمت به تجربیات مستقیم و غیر مستقیم فرد در مورد مقبولیت فرد ارایه کننده و محل ارایه خدمت و رعایت حقوق گیرنده خدمت و... بستگی دارد. تناسب قیمت با توان اقتصادی جامعه و قیمت خدمات مشابه در بازار تندرستی در ارتباط است[۲].

مطالعات مختلفی در مورد بهره‌مندی از خدمت انجام شده است. در مطالعه‌ای در مصر کم‌سوادی، اشکال در فهم نیاز به درمان در موارد پرفشاری خون بدون علامت، گستره وسیع اعتقادات و اولویت‌های افراد از جمله موانع بهره‌مندی از یک خدمت برای کنترل پرفشاری خون شناخته شده است[۶].

در یک مطالعه برای بررسی تلقی زنان از مراقبت‌های دوران بارداری ۴ گروه از زنان انتخاب شدند و موانع و محرک‌های بهره‌مندی از مراقبت‌های دوران بارداری در آنها بررسی شد. پیامدهای نافذ در تلقی آنان از این مراقبت‌ها شامل دارو، الگوی زندگی (Life style)، نگرش منفی به ارایه کنندگان خدمات بهداشتی و کارکنان آنها و عدم مشارکت مردان در برنامه بود[۷]. مقالات دیگری در مورد بهره‌مندی از خدمت در برنامه‌های بهداشتی به روش انجام کار و یا نمونه گیری و شواهد آن پرداخته‌اند[۱۳-۸].

در این پژوهش سعی در بررسی عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت و تعیین عوامل خطر در عدم بهره‌مندی از این خدمات بوده است تا به‌این وسیله ابتدا الگویی کلی برای بررسی عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت به جای بررسی اندازه کمی پوشش ارایه شود و سپس متغیرهای قابل مداخله شناسایی و در جهت افزایش بهره‌وری مورد مداخله قرار گیرند. در ایران مطالعه‌ای مشابه که به بررسی عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت و ارایه راهکار در مورد آن بپردازد یافت نشد.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی (Cross sectional) انجام شده است. با گذشت حدود ۲۰ سال از فعالیت خانه‌های بهداشت، تمامی افراد بالای ۳۰ سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان دماوند جامعه مورد مطالعه را تشکیل داده‌اند تا زمان طولانی تری قابل ارزیابی باشد و اثر کوهورت سنی در سنین پایین که همیشه نیاز به ارایه خدمت دارند، حذف شود. برای به دست آوردن حداکثر حجم نمونه، نسبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

افـراد بهـره‌مـند از خـدمات ۵۰ درصـد در نظر گرفته شد و با احتساب سطح اشتباه ۵ درصد و نیز دقت ۰/۰۵ حجم نمونه‌ای معـادل ۳۸۴ نفـر محاسـبه شـد. در مجمـوع برای ۴۰۰ نمونه پرسشنامه تکمیل گردید.

بـرای انـتخاب نمـونه‌هـا ابـتدا از مـیان ۲۷ خانه بهداشت شهرسـتان دماوند ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تـصادفی انتخاب شد. سپس نمونه‌ها متناسب با جمعیت هدف هـر روسـتا بـه روسـتاهای تحـت پوشـش خانـه‌های بهداشت انـتخاب شـده تخـصیص یافـت و در هر روستا نمونه گیری به روش سیـستماتیک انجـام پذیـرفت و در نهایـت با مراجعه به درب منازل پرسشنامه ها تکمیل شدند.

متغیرهای مورد اندازه گیری شامل متغیرهای دموگرافیک، عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت در ۴ دسته کلی دسترسی، شدت تقاضا برای خدمت، مقبولیت خدمت ارایه شده و عوامل مؤثر بر آنها بود. سؤالات مربوط به تناسب قیمت به دلیل ارایه رایگـان خـدمات در خانـه‌هـای بهداشـت در پرسشنامه منظور نـشد. بـرای بررسـی احـساس نـیاز یـا شـدت تقاضـا، بیماری پرفـشاری خـون بـه عنوان یک الگوی بیماری مزمن که برنامه کـشوری پیـشگیری و کنتـرل آن جزئـی از خـدمات خانه‌های بهداشـت اسـت انـتخاب و افـراد مورد مطالعه از این نظر مورد پرسش واقع شدند.

در ایـن تحقـیق دو پرسشنامه طراحی شده که پرسشنامه شـماره ۱ بـرای همه نمونه‌ها و پرسشنامه شماره ۲ فقط برای نمونه‌های مبتلا به پرفشاری خون تکمیل شدند. مدت زمان در نظـر گرفته شده برای استفاده از خدمات خانه‌های بهداشت ۵/ ۱ سـال قـبل از انجـام پـژوهش یعنی از مهرماه ۱۳۸۱ لغایت اسـفندماه ۱۳۸۲ بـود. پرسشنامه‌ها بر اساس اظهارات نمونه‌ها تکمیل شده است.

پـس از جمـع آوری داده‌هـا بـا ایجـاد یک بانک اطلاعات، داده‌هـای جمـع آوری شده وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افـزار SPSS مـورد تجـزیه و تحلـیل قـرار گـرفت. اطلاعـات زمیـنه‌ای و دموگرافیک و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت، اسـتخراج و بـه صـورت آمـار توصـیفی ارایه شد و در نهایت با اسـتفاده از آمـار تحلیلـی با روش «کای دو» متغیرهایی که با بهره‌مندی از خدمت دارای رابطه معنی‌داری هستند، شناسایی شده و سپس با استفاده از رگرسیون لجستیک سعی در یافتن مدلـی بـرای نشان دادن چگونگی و میزان تأثیر عوامل مختلف بر بهره‌مندی از خدمت نمودیم.

در ایـن پژوهش احترام به افراد مورد بررسی و حفظ اسرار آنـان همـواره مـورد تـوجه بوده و اطلاعات گرفته شده از آنان محرمانه تلقی گردیده است.

یافته‌ها

۲۰۸ نفـر از افراد مورد بررسی (۵۲ درصد) مرد و۱۹۲ نفر (۴۸ درصـد) زن بـودند. میانگین سنی برای مردان ۴۹/۴ سال (SD= ۱۲/۴) و مـیانه سنی ۴۷ سال بود. میانگین سنی برای زنان ۴۹/۱ سال (SD= ۱۱/۱) و میانه سنی ۴۸ سال بود. اکثر مـردان دارای شـغل آزاد (۳۵/۶ درصـد) و یـا کـشاورز (۲۴/۵ درصـد) بـودند و ۹۸/۴ درصـد زنـان خانه‌دار بودند. ۲۹ درصد آنـان بی‌سواد و ۵۰/۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و تنها ۵ درصـد مـدرک دیپلم یا بالاتر داشتند. بی‌سوادی در زنان بیش از دو برابر مردان بود.

در مورد عوامل مؤثر بر دسترسی در هیچیک از مناطق در مسیر رسیدن به خانه‌های بهداشت مانع صعب‌العبوری گزارش نـشد. میانگـین زمـان رسـیدن بـه خانه بهداشت ۱۷ دقیقه با انحـراف معـیار ۱۰/۳ دقـیقه بـود. کمتـرین و بیـشترین زمان گزارش شده به ترتیب ۲ و۶۰ دقیقه بوده است. ۴۵/۸ درصد از افـراد بررسـی شـده اظهار داشته‌اند که در هنگام مراجعه برای دریافـت خـدمت، این خدمات همیشه و در ۱۶/۸ درصد موارد معمولاً به راحتی به آنها ارایه شده است.

در مـورد عـوامل مؤثـر بر مقبولیت خدمت، میانگین زمان انـتظار بـرای دریافـت خـدمت در خانه بهداشت، ۱۷ دقیقه با انحـراف معـیار ۹/۸ دقیقه بوده است.کمترین و بیشترین زمان گـزارش شـده نیـز به ترتیب ۲ و۱۲۰ دقیقه بوده است. حدود ۹۰ درصـد افـراد بررسی شده، چگونگی رعایت احترام به خود توسـط کارکنان بهداشتی را خیلی خوب و خوب بیان کردند و هیچـیک از آنـان کیفـیت بـد و خیلـی بد را ذکر نکردند. ۹۲ درصـد افـراد مـورد بررسـی در مـورد کیفـیت برقراری ارتباط کارکنان با آنها و اجازه بیان مشکلاتشان راضی بودند. هیچیک از آنـان موارد بد و خیلی بد را ذکر نکرده‌اند. منظور از کیفیت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

برقـراری ارتـباط، اجـازه ارایه کننده خدمت به گیرنده خدمت برای بیان کامل مشکلات خود می‌باشد.

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب نظـرات آنان در مورد مشارکت بیمار در تصمیم گیری در مورد اقـدامات انجـام شـده و قـدرت انـتخاب ارایه کننده خدمت را نشان می‌دهد. ۸۷ درصد پرسش شوندگان همیشه و یا معمولاً در مـورد اقـدامات انجـام شـده برای ایشان مورد مشورت قرار گـرفته‌انـد. مـنظور از مـشورت، ارایـه توضیح در مورد اقدامات انجام شده و جلب رضایت آنان برای انجام آن بوده است. بیش از ۹۵ درصـد افـراد بررسـی شـده همیـشه و یـا معمولاً اجازه انـتخاب ارایـه‌کنـنده خـدمت را داشـته‌انـد. ۱۵/۳ درصد افراد بررسی شده کیفیت محیط فیزیکی محل ارائه خدمت را خوب، ۵۲ درصـد متوسـط، ۲۸/۵ درصـد بـد و ۴/۲ درصـد خیلی بد گـزارش کـرده اند. هیچیک از نمونه ها کیفیت محیط فیزیکی محـل ارائـه خـدمت را خیلـی خـوب بـیان نکرده است. ۷۹/۴ درصـد افـراد از زمان ارایه خدمت رضایت کامل و ۱۹/۱ درصد رضـایت نـسبی داشـتند و تـنها ۱/۵ درصـد آن را نامناسـب دانـسته‌اند. در مورد عوامل مؤثر بر احساس نیاز یا شدت تقاضا همانطور که قبلاً ذکر شد بیماری پرفشاری خون به عنوان یک الگـوی بـیماری مزمن انتخاب و افراد مورد بررسی از این زاویه مورد پرسش قرار گرفتند.

طـبق جدول شماره۲، اکثر افراد مورد بررسی معتقد بودند کـه پـر فـشاری خـون ایجاد ناتوانی می‌کند و هیچیک به عدم وجـود ناتوانـی بـه‌دنـبال پـر فـشاری خـون اعـتقاد نداشـتند. بیـشترین عـوارض و ناتوانـی‌هـای ذکـر شـده توسط این افراد سـردرد، سـرگیجه، تنگـی نفس، سکته مغزی و فلج اندام‌ها، و سـکته قلبـی بـود. درصـد عمـده افراد بررسی شده ابتلا به پر فـشاری خـون را مـوجب کاهش طول عمر انسان می‌دانستند. ۸۳ درصـد افـراد بررسـی شـده فاصـله زمانی ایجاد ناتوانی به دنبال ابتلا به پرفشاری خون از زمان حاضر را خیلی کم یا کم دانسته و هیچیک این فاصله را بسیار زیاد ندانسته است. ۳۴/۵ درصد میزان طول عمر به دنبال پرفشاری خون درمان نشده را کمتر از ۵ سال، ۴۷/۴ درصد ۱۰-۵ سال و۱۸/۱ درصد بیش از ۱۰ سـال مـی‌دانـستند. ۱۱۳ نفـر هـم در ایـن زمیـنه نظـری نداشتند و یا اظهار بی اطلاعی کردند.

۹۹ نفـر (۳۴/۵ درصـد) میـزان طـول عمـر بـه دنـبال پرفشاری خون درمان نشده را کمتر از ۵ سال، ۱۳۶ نفر(۴۷/۴ درصـد) ۱۰-۵ سـال و ۵۲ نفر(۱۸/۱ درصد) بیش از ۱۰ سال مـی‌دانـستند. ۱۱۳ نفـر هـم در این زمینه نظری نداشتند و یا اظهار بی‌اطلاعی کردند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب نظرات آنان در مورد مشارکت بیمار در تصمیم گیری در مورد اقدامات انجام شده و قدرت انتخاب ارایه‌کننده خدمت

	مشارکت بیمار در تصمیم گیری		قدرت انتخاب ارایه کننده خدمت	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
همیشه	۱۶۹	۵۱/۴	۲۳۹	۷۴
معمولاً	۱۱۷	۳۵/۶	۷۶	۲۳/۵
گاهی اوقات	۲۳	۷	۷	۲/۲
هرگز	۲۰	۶/۱	۱	۰/۳
جمع	۳۲۹	۱۰۰	۳۲۳	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب اعتقاد آنان در مورد ایجاد ناتوانی به‌دنبال پرفشاری خون و تأثیر پرفشاری خون در طول عمر

	اعتقاد در مورد ایجاد ناتوانی به‌دنبال پرفشاری خون		اعتقاد در مورد تأثیر پر فشاری خون در طول عمر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۳۱۵	۷۹	۳۱۷	۷۹/۳
خیر	۰	۰	۲	۰/۵
نمی‌داند	۸۱	۲۱	۸۱	۲۰/۲
جمع	۴۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره ۳ بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت در افراد بررسی شده را نشان می‌دهد. بیش از یک سوم افراد بررسی شده حداقل در ۱/۵ سال گذشته از خدمات خانه‌های بهداشت بهره‌مند نشده‌اند.

بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت با جنس گیرندگان خدمت رابطه معنی‌داری داشت به طوری که زنان بیش از مردان از تسهیلات ارایه شده بهره‌مند شده‌اند (P<۰/۰۰۱) و اغلب کسانی که هرگز از خدمات استفاده نکرده‌اند از مردان بوده‌اند. کارمندان و مشاغل آزاد کمتر و زنان خانه دار بیش از سایر مشاغل از خدمات ارایه شده استفاده نموده‌اند (P<۰/۰۰۱). میزان تحصیلات در مردان با بهره‌مندی از خدمت ارتباط معنی‌داری داشت، به طوری که کسانی که تحصیلات بالاتری داشتند کمتر از خدمات استفاده کرده‌اند (P<۰/۰۰۱) اما در زنان چنین رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. میزان عدم بهره‌مندی در کسانی که بیش از ۲۰ دقیقه زمان برای رسیدن به خانه بهداشت صرف می‌کردند ۲/۸ برابر بیشتر از کسانی بوده است که حداکثر ۲۰ دقیقه زمان برای رسیدن به خانه بهداشت صرف می‌کردند (P<۰/۰۰۱). افرادی که اظهار کرده‌اند بیش از ۲۰ دقیقه برای دریافت خدمت انتظار کشیده‌اند، نسبت به کسانی که اظهار کرده‌اند کمتر از ۲۰ دقیقه برای دریافت خدمت انتظار کشیده‌اند، ۲/۷ برابر کمتر از خدمات خانه‌های بهداشت استفاده کرده‌اند (P<۰/۰۰۱). رعایت احترام دریافت کننده خدمت با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت از نظر آماری ارتباط معنی‌داری داشت به طوری که برخورد متوسط و خوب نسبت به برخورد خیلی خوب به ترتیب ۴ و ۲/۷ برابر بهره‌مندی از خدمات را کاهش می‌دهند(P<۰/۰۰۱).

کیفیت برقراری ارتباط با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت ارتباط معنی‌داری نداشت. میزان بهره‌مندی افرادی که هرگز مورد مشورت قرار نگرفته‌اند ۴/۳ برابر کمتر از افرادی بود که همیشه مورد مشورت قرار گرفته‌اند (P<۰/۰۰۱).

اجازه انتخاب ارایه کننده خدمت با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. با افزایش عدم رضایت از کیفیت محیط فیزیکی محل ارایه خدمت، بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت کاهش یافته است (P<۰/۰۰۱). فاصله زمانی ایجاد ناتوانی به دنبال ابتلا به پرفشاری خون از زمان حاضر با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت رابطه معنی‌دار نشان داد(P<۰/۰۲).

بین اعتقاد به اثر پرفشاری خون بر طول عمر با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت نیز رابطه معنی‌دار به دست آمد، به طوری که کسانی که طول عمر کمتری را انتظار داشتند بیشتر از خدمات خانه‌های بهداشت استفاده می‌کردند (P<۰/۰۱).

در آنالیز رگرسیون لجستیک، متغیرهای زمان لازم برای رسیدن به خانه بهداشت، زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت، برخورد مؤدبانه ارایه کننده خدمت با گیرنده خدمت، مشاوره با گیرنده خدمت در مورد خدمت ارایه شده وارد شدند. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل رگرسیون را بیان می‌کند.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت و جنس در شهرستان دماوند

	مرد		زن		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهره‌مندی طی ۱/۵ سال قبل از پژوهش	۱۰۳	۴۹/۵	۱۴۸	۷۷/۱	۲۵۱	۶۲/۸
عدم بهره‌مندی طی ۱/۵ سال قبل از پژوهش	۵۱	۲۴/۵	۳۹	۲۰/۳	۹۰	۲۲/۵
هرگز از خدمات بهره‌مند نشده‌اند	۵۴	۲۶	۵	۲/۶	۵۹	۱۴/۷
جمع	۲۰۸	۱۰۰	۱۹۲	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

جدول شماره ۴- عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت در ارزشیابی برنامه کشوری کنترل و پیشگیری پرفشاری خون در شهرستان دماوند

	طبقه بندی متغیر	برآورد پارامتر	SE برآورد پارامتر	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪) *	P
زمان لازم برای رسیدن به خانه بهداشت	۲۰دقیقه≤	-	-	۱	-
	۲۰ دقیقه<	۱/۰۲۶	۰/۳۹۷	۲/۷۸۹ (۱/۲۸۱-۶/۰۷۵)	۰/۰۱۰
زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت	۲۰دقیقه≤	-	-	۱	-
	۲۰ دقیقه<	۱/۰۰۸	۰/۴۶۶	۲/۷۴۱ (۱/۱۰-۶/۸۲۸)	۰/۰۳۰
برخورد مؤدبانه ارایه‌کننده خدمت با گیرنده خدمت	خیلی خوب	-	-	۱	-
	خوب	۲/۶۷۸	۱/۰۶۵	۱۴/۵۴۹ (۱/۸۰۵-۱۷/۲۵۷)	۰/۰۱۲
	متوسط	۳/۹۹۴	۱/۱۶۲	۵۴/۲۸۴ (۵/۵۶۸-۵۹/۲۵۰)	۰/۰۰۱
مشاوره با گیرنده خدمت در مورد خدمت ارایه شده	همیشه	-	-	۱	-
	معمولا	-۰/۶۵۰	۰/۳۹۷	۰/۵۲۲ (۰/۲۴۰-۱/۱۳۶)	۰/۱۰۱
	گاهی	۰/۲۸۳	۰/۷۰۵	۱/۳۲۸ (۰/۳۳۳-۵/۲۸۷)	۰/۶۸۸
	هرگز	۱/۴۶۱	۰/۶۳۵	۴/۳۰۹ (۱/۲۴۱-۱۴/۹۶۴)	۰/۰۲۱
مقدار ثابت	-	-۳/۹۴۰	۱/۰۶۸	۰/۰۱۹	۰/۰۰۰

* ۱= OR طبقه‌ای از متغیر است که به عنوان شاخص مقایسه یا رفرانس انتخاب شده و حداقل خطر را داراست.

بحث و نتیجه‌گیری

همانگونه که یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد برخی متغیرها از نظر آماری، رابطه معنی‌داری با بهره‌مندی از خدمت داشتند و به عنوان عامل خطری برای آن به شمار می‌روند. پس از یافتن این عوامل قدم بعدی تعیین متغیرهای قابل مداخله است. به عبارت دیگر با مداخله در کدامیک از عوامل خطر، بهره‌مندی از خدمت را می‌توان افزایش داد؟

با آموزش بهورزان و ارتقای سطح ارایه خدمت می‌توان روی متغیرهای زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت، برخورد مؤدبانه ارایه کننده با گیرنده خدمت و مشاوره با گیرنده خدمت در مورد خدمت ارایه شده مداخله کرد و با بهبود این متغیرها بهره‌مندی از خدمت را افزایش داد.

در مورد زمان لازم برای رسیدن به خانه بهداشت گرچه دارای رابطه معنی‌داری با بهره‌مندی از خدمت است، اما با توجه به آن که سازمان جهانی بهداشت حداکثر یک ساعت پیاده روی برای رسیدن به خدمت را قابل قبول می‌داند[۴] لزومی به مداخله نیست. لازم به ذکر است که مداخله در این زمینه با توجه به نیاز به افزایش تعداد واحدهای ارایه کننده خدمت، بسیار پرهزینه خواهد بود. اغلب کسانی که زمان ارایه خدمت را نامناسب یا نسبتاً مناسب می‌دانستند، کارمند یا در استخدام دولت بودند و یا در بیرون از روستا مشغول به کار بودند. در روستاهایی که تعداد چنین افرادی زیاد است، باید راهکاری برای آن یافت و زمان ارایه خدمت را طوری تنظیم نمود که همه مشاغل به خدمات دسترسی داشته باشند.

ساختمان خانه‌های بهداشت از نظر مردم، یکی از مشکلات عمده بود. کیفیت محیط فیزیکی محل ارایه خدمت از نظر ساختمان، سرما و گرما در فصول مختلف، مسایل بهداشتی، فاضلاب و... در این سؤال مورد پرسش قرار گرفته است. اکثر پرسش شوندگان از وضعیت محیط فیزیکی خانه‌های بهداشت ناراضی بوده‌اند. این مورد نیز قابل مداخله بوده و با توجه به سردسیر بودن شهرستان دماوند باید مورد توجه جدی قرار گیرد.

در کل حدود ۸۰ درصد از پرسش شوندگان نسبت به موضوع فشار خون حساس بوده، آنرا درک کرده‌اند و احتمال وقوع ناتوانی یا مرگ به دنبال پرفشاری خون را نزدیک می‌دانستند. همچنین آن را در طول عمر مؤثر می‌دانستند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

مـی‌تـوان نتیجه گرفت که حداقل، آگاهی در این زمینه وجود داشـته است (این که آیا نگرش و عملکرد نیز به همین صورت باشـد نیازمـند یـک مطالعـه جداگانـه مـی‌باشد).به‌این ترتیب مـی‌تـوان انـتظار داشت که با ارایه یک برنامه مناسب و اجرای صحیح آن تقاضا برای آن خدمت بالا باشد.

جالـب آنجاسـت کـه اعـتقاد به تأثیر پرفشاری خون روی طـول عمـر و ناتوانـی بـه دنـبال آن بـه تنهایـی رابطـه‌ای بـا بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت نداشته، اما زمان ایجاد ناتوانـی بـا بهره‌مندی رابطه معنی‌داری داشته است. به عبارت دیگر با بیان کمی خطرات بهتر از توصیف آنها می‌توان مردم را بـه اسـتفاده از خـدمت تـرغیب کـرد و در برنامه‌های آموزشی می‌توان از این نتیجه به دست آمده سود جست.

تناسـب قـیمت، روی شـدت تقاضـا مؤثر است و با کاهش هزینه خدمت می‌توان شدت تقاضا را افزایش داد. در خانه‌های بهداشـت نیز با ارایه خدمات به صورت رایگان سعی بر آن بوده است تا در این راستا گام برداشته شود و در این پژوهش نیز با این پیش فرض و همچنین تفاوت زیاد یافته‌های مربوط به این حـیطه در مـورد خـدمات مختلف خانه‌های بهداشت از بررسی آن صرف نظر شد. لیکن باید توجه داشت به دلیل کمبود دارو در خانـه‌هـای بهداشت و محدودیت اقلام دارویی که در اختیار بهـورز قـرار دارد و اشکال در سیستم ارجاع گاهی تفاوتی بین دریافـت بعـضی خدمات در خانه‌های بهداشت و سیستم ارجاع با مطب‌های خصوصی پزشکان وجود ندارد. به این ترتیب یکی از اصـول که تناسب قیمت خدمات ارایه شده نسبت به خدمت مـشابه در بازار است رعایت نمی‌شود. پیشنهاد می‌شود در یک تحقیق مجزا به بررسی این موضوع پرداخته شود.

در مورد مدل رگرسیون لجستیک، زمان لازم برای رسیدن بـه خانـه بهداشت و زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشـت بـه تـرتیب نشان دهنده خطر۲/۸ و ۲/۷ برابری برای عدم بهره‌مندی از خدمت در زمان بیش از ۲۰ دقیقه است. در مـورد بـرخورد مـؤدبانه، نـسبت شـانس برای برخورد متوسط، خـوب و خیلـی خـوب ۵۴/۳ ، ۱۴/۲ و ۱ مـی‌باشـد. ملاحظـه مـی‌شود که با تغییر تلقی فرد از برخورد ارایه کننده خدمت از خـوب بـه متوسـط، خطر عدم بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت ۳ برابر می‌شود. در مورد مشورت با گیرنده خدمت در مـورد خـدمت ارایـه شـده تـنها افرادی که هرگز از سوی ارایه کـنـنده خـدمت مـورد مـشورت قـرار نگرفته‌اند، دارای افزایش خطـری ۴/۳ برابـر بـرای عـدم بهـره‌مـندی از خـدمات بودند. مـی‌تـوان نتیجه گرفت مشاوره به هر نوعی باشد بهره‌مندی را کاهش نمی‌دهد اما فقدان آن باعث عدم بهره‌مندی می‌شود.

اکثـر پـژوهش‌هایی که به بهره‌مندی از خدمت می‌پردازند تـنها بـه بـیان کمـی پوشـش (بهـره‌مـندی از خـدمت) اکتفا می‌کنند. این پژوهش بر آن بوده تا الگویی برای بررسی عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت ارایه دهد تا در صورت عدم تحقق پوشـش در هـر برنامه بهداشتی علل آن نیز بررسی و در جهت رفـع آنها اقدام شود. از طرف دیگر در صورتی که پوشش مورد نظر محقق شده باشد، باید بررسی شود آیا این پوشش با صرف مـنابع مناسبی به دست آمده و آیا مقرون به صرفه بوده است؟ [۲]

منابع

۱- شـاهوردی مهـدی، اصـول ارزشـیابی، قاضی جهانی، تهران، ۱۳۷۸

۲- ابوالحسنی فرید، مدیریت برنامه،های تندرستی، برای فردا، تهران، ۱۳۸۳

۳- سـماوات طاهـره، دسـتورالعمل کشوری کنترل و پیشگیری پرفـشاری خـون، وزارت بهداشـت, درمـان و آمـوزش پزشـکی، تهران،۱۳۸۰

۴- شـجاعی تهرانـی حـسین، درسـنامه پزشـکی پیـشگیری و اجتماعی، سماط، تهران، ۱۳۷۷

5- Mileston RL. Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly Report 1999; 48 (RR-11): 1-9

6- Fouad MN, Kiefe CI. A hypertension control program tailored to unskilled and minority workers. Ethnical Diseases 1997; 3: 191-99

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]
www.SID.ir

Archive of SID

7- Milligan R. Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups. British Medical Council Public Health 2002; 1: 25

8- Saunders LD. Trends in utilization of health services by seniors in Alberta. The Alberta Centre for Health Service Utilization Research, 1999

9- Dryden D. Health services utilization in the population aged 65 and older. The Alberta Centre for Health Service Utilization Research, 1999

10- John D. Home care predicts an increase in admission rate and adverse outcome from community-acquired pneumonia. The Alberta Center for Health Service Utilization Research, 2002

11- Morris TA. Roger GMJ. Approaching equity in consumer health information delivery. Journal of American Medical Informatics Association 1997; 1: 6–13

12- Johnston K. Two view mammography at incident screens: cost effectiveness analysis of policy options. British Medical Journal 1999 ; 7217: 1097–1102

13- Wang PS, Bohn RL. Non compliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. Journal of General Internal Medicine 2002; 17: 504-511

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.3.4.2.4]

www.SID.ir