

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 بدالله محرابی: استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

فصلنامه پایش

سال سوم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۳ صص ۲۶۵-۲۷۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۲۷

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی میزان و عوامل مؤثر بر 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 نمونه‌گیری ابتدا از میان ۲۷ خانه بهداشت شهرستان دماوند ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در هر روستا نمونه‌گیری 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 خدمات 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 خدمات 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 ارایه‌کننده 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 $P < 0/01$ و کیفیت نامناسب ارتباط ارایه‌کننده خدمت با گیرنده خدمت با $P < 0/04$ ، اعتقاد به زیاد بودن فاصله زمانی و ایجاد ناتوانی به دنبال ابتلا به پرفشاری خون از زمان حاضر با $P < 0/02$ و عدم اعتقاد به اثر پرفشاری خون بر کاهش طول عمر با $P < 0/01$. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با مداخله بر عوامل فوق می‌توان بهره‌مندی از خدمات 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

مقدمه

ارزشیابی برای بررسی وسعت تأثیرات برنامه، میزان دستیابی آن به اهداف مورد نظر، میزان پایایی نتایج و تأثیر آن بر سایر مراقبت‌های 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 سرمایه‌گذاری 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 پشتیبانی‌کننده برنامه و محققان سیستم‌های بهداشتی قرار گیرد [۳].

بهره‌مندی 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 بهره‌مند 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 ارائه شده و تناسب قیمت طبقه بندی می‌شوند. عوامل مؤثر بر دسترسی شامل فراهم بودن منابع، آگاهی از ارائه خدمت، استطاعت مالی برای خرید خدمت و زمان مناسب ارائه 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 و مدت 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

ارایه‌کننده 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 کم‌سودای، 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 ارایه‌کنندگان 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 نمونه‌گیری و شواهد آن پرداخته‌اند [۸-۱۳].

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 به این 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

شده و سپس با استفاده از رگرسیون لجستیک سعی در یافتن مدلی برای نشان دادن چگونگی و میزان تأثیر عوامل مختلف بر بهره‌مندی از خدمت نمودیم.

در این پژوهش احترام به افراد مورد بررسی و حفظ اسرار آنان همواره مورد توجه بوده و اطلاعات گرفته شده از آنان محرمانه تلقی گردیده است.

یافته‌ها

۲۰۸ نفر از افراد مورد بررسی (۵۲ درصد) مرد و ۱۹۲ نفر (۴۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی برای مردان ۴۹/۴ سال ($SD=12/4$) و میانگین سنی ۴۷ سال بود. میانگین سنی برای زنان ۴۹/۱ سال ($SD=11/1$) و میانگین سنی ۴۸ سال بود. اکثر مردان دارای شغل آزاد (۳۵/۶ درصد) و یا کشاورز (۲۴/۵ درصد) بودند و ۹۸/۴ درصد زنان خانه‌دار بودند. ۲۹ درصد آنان بی‌سواد و ۵۰/۸ درصد دارای تحصیلات ابتدایی و تنها ۵ درصد مدرک 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 نشد. میانگین زمان رسیدن به خانه بهداشت ۱۷ دقیقه با انحراف معیار ۱۰/۳ دقیقه بود. کمترین و بیشترین زمان گزارش شده به ترتیب ۲ و ۶۰ دقیقه بوده است. ۴۵/۸ درصد از افراد بررسی شده اظهار داشته‌اند که در هنگام مراجعه برای دریافت خدمت، این خدمات همیشه و در ۱۶/۸ درصد موارد معمولاً به راحتی به آنها ارائه شده است.

در مورد عوامل مؤثر بر مقبولیت خدمت، میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت، ۱۷ دقیقه با انحراف معیار ۹/۸ دقیقه بوده است. کمترین و بیشترین زمان گزارش شده نیز به ترتیب ۲ و ۱۲۰ دقیقه بوده است. حدود ۹۰ درصد افراد بررسی شده، چگونگی رعایت احترام به خود توسط کارکنان بهداشتی را خیلی خوب و خوب بیان کردند و هیچیک از آنان کیفیت بد و خیلی بد را ذکر نکردند. ۹۲ درصد افراد مورد بررسی در مورد کیفیت برقراری ارتباط کارکنان با آنها و اجازه بیان مشکلاتشان راضی بودند. هیچیک از آنان موارد بد و خیلی بد را ذکر نکرده‌اند. منظور از کیفیت

افراد بهره‌مند از خدمات ۵۰ درصد در نظر گرفته شد و با احتساب سطح اشتباه ۵ درصد و نیز دقت ۰/۰۵ حجم نمونه‌ای معادل ۳۸۴ نفر محاسبه شد. در مجموع برای ۴۰۰ نمونه پرسشنامه تکمیل گردید.

برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از میان ۲۷ خانه بهداشت شهرستان دماوند ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شد. سپس نمونه‌ها متناسب با جمعیت هدف هر روستا به روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت انتخاب شده تخصیص یافت و در هر روستا نمونه‌گیری به روش سیستماتیک انجام پذیرفت و در نهایت با مراجعه به درب منازل پرسشنامه‌ها تکمیل شدند.

متغیرهای مورد اندازه‌گیری شامل متغیرهای دموگرافیک، عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت در ۴ دسته کلی دسترسی، شدت تقاضا برای خدمت، مقبولیت خدمت ارائه شده و عوامل مؤثر بر آنها بود. سؤالات مربوط به تناسب قیمت به دلیل ارائه رایگان خدمات در خانه‌های بهداشت در پرسشنامه منظور نشد. برای بررسی احساس نیاز یا شدت تقاضا، بیماری پرفشاری خون به عنوان یک الگوی بیماری مزمن که برنامه کشوری پیشگیری و کنترل آن جزئی از خدمات خانه‌های بهداشت است انتخاب و افراد مورد مطالعه از این نظر مورد پرسش واقع شدند.

در این تحقیق دو پرسشنامه طراحی شده که پرسشنامه شماره ۱ برای همه نمونه‌ها و پرسشنامه شماره ۲ فقط برای نمونه‌های مبتلا به پرفشاری خون تکمیل شدند. مدت زمان در نظر گرفته شده برای استفاده از خدمات خانه‌های بهداشت ۱/۵ سال قبل از انجام پژوهش یعنی از مهرماه ۱۳۸۱ لغایت اسفندماه ۱۳۸۲ بود. پرسشنامه‌ها بر اساس اظهارات نمونه‌ها تکمیل شده است.

پس از جمع‌آوری داده‌ها با ایجاد یک بانک اطلاعات، داده‌های جمع‌آوری شده وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک و عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت، استخراج و به صورت آمار توصیفی ارائه شد و در نهایت با استفاده از آمار تحلیلی با روش «کای دو» متغیرهایی که با بهره‌مندی از خدمت دارای رابطه معنی‌داری هستند، شناسایی

طبق جدول شماره ۲، اکثر افراد مورد بررسی معتقد بودند که پر فشاری خون ایجاد ناتوانی می‌کند و هیچیک به عدم وجود ناتوانی به‌دنبال پر فشاری خون اعتقاد نداشتند. بیشترین عوارض و ناتوانی‌های ذکر شده توسط این افراد سردرد، سرگیجه، تنگی نفس، سکتة مغزی و فلج اندام‌ها، و سکتة قلبی بود. درصد عمده افراد بررسی شده ابتلا به پر فشاری خون را موجب کاهش طول عمر انسان می‌دانستند. ۸۳ درصد افراد بررسی شده فاصله 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 ۵-۱۰ سال و ۱۸/۱ درصد بیش از ۱۰ سال می‌دانستند. ۱۱۳ نفر هم در این زمینه نظری نداشتند و یا اظهار بی‌اطلاعی کردند.

۹۹ نفر (۳۴/۵ درصد) میزان طول عمر به دنبال پرفشاری خون درمان نشده را کمتر از ۵ سال، ۱۳۶ نفر(۴۷/۴ درصد) ۵-۱۰ سال و ۵۲ نفر(۱۸/۱ درصد) بیش از ۱۰ سال می‌دانستند. ۱۱۳ نفر هم در این زمینه نظری نداشتند و یا اظهار بی‌اطلاعی کردند.

برقراری ارتباط، اجازه ارایه کننده خدمت به گیرنده خدمت برای بیان کامل مشکلات خود می‌باشد.

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 ارایه کننده خدمت را نشان می‌دهد. ۸۷ درصد پرسش شوندگان همیشه و یا معمولاً در مورد اقدامات انجام شده برای ایشان مورد مشورت قرار گرفته‌اند. منظور از مشورت، ارایه توضیح در مورد اقدامات انجام شده و جلب رضایت آنان برای انجام آن بوده است. بیش از ۹۵ درصد افراد بررسی شده همیشه و یا معمولاً اجازه انتخاب ارایه‌کننده خدمت را داشته‌اند. ۱۵/۳ درصد افراد بررسی شده کیفیت محیط فیزیکی محل ارائه خدمت را خوب، ۵۲ درصد متوسط، ۲۸/۵ درصد بد و ۴/۲ درصد خیلی بد گزارش کرده‌اند. هیچیک از نمونه‌ها کیفیت محیط فیزیکی محل ارائه خدمت را خیلی خوب بیان نکرده است. ۷۹/۴ درصد افراد از زمان ارایه خدمت رضایت کامل و ۱۹/۱ درصد رضایت نسبی داشتند و تنها ۱/۵ درصد آن را نامناسب دانسته‌اند. در مورد عوامل مؤثر بر احساس نیاز یا شدت تقاضا همانطور که قبلاً ذکر شد بیماری پرفشاری خون به عنوان یک الگوی بیماری مزمن انتخاب و افراد مورد بررسی از این زاویه مورد پرسش قرار گرفتند.

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

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 پرفشاری خون در طول عمر | | |
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۷۹/۳ | ۳۱۷ | ۷۹ | ۳۱۵ | بلی |
| ۰/۵ | ۲ | ۰ | ۰ | خیر |
| ۲۰/۲ | ۸۱ | ۲۱ | ۸۱ | نمی‌داند |
| ۱۰۰ | ۴۰۰ | ۱۰۰ | ۴۰۰ | جمع |

خوب نسبت به برخورد خیلی خوب به ترتیب ۴ و ۲/۷ برابر بهره‌مندی از خدمات را کاهش می‌دهند ($P < 0/001$).

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 ($P < 0/001$).

اجازه انتخاب آرایه کننده خدمت با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت ارتباط معنی‌دار آماری نداشت. با افزایش عدم رضایت از کیفیت محیط فیزیکی محل آرایه خدمت، بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت کاهش یافته است ($P < 0/001$). فاصله زمانی ایجاد ناتوانی به دنبال ابتلا به پرفشاری خون از زمان حاضر با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت رابطه معنی‌دار نشان داد ($P < 0/02$).

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 ($P < 0/01$).

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

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 آرایه شده بهره‌مند شده‌اند ($P < 0/001$) 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 آرایه شده استفاده نموده‌اند ($P < 0/001$). میزان تحصیلات در مردان با بهره‌مندی از خدمت ارتباط معنی‌داری داشت، به طوری که کسانی که تحصیلات بالاتری داشتند کمتر از خدمات استفاده کرده‌اند ($P < 0/001$) 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 ($P < 0/001$). 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 ($P < 0/001$). رعایت احترام دریافت کننده خدمت با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت از نظر آماری ارتباط معنی‌داری داشت به طوری که برخورد متوسط و

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

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

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

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

* $OR = 1$ طبقه‌های از متغیر است که به عنوان شاخص مقایسه یا رفرانس انتخاب شده و حداقل خطر را داراست.

بحث و نتیجه‌گیری

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 پرسش‌شوندگان 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 پرسش‌شوندگان 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.

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 ارایه‌کننده 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 ارایه‌کننده

در مورد مدل رگرسیون لجستیک، زمان لازم برای رسیدن به خانه بهداشت و زمان انتظار برای دریافت خدمت در خانه بهداشت به ترتیب نشان دهنده خطر ۲/۸ و ۲/۷ برابری برای عدم بهره‌مندی از خدمت در زمان بیش از ۲۰ دقیقه است. در مورد برخورد مؤدبانه، نسبت شانس برای برخورد متوسط، خوب و خیلی خوب ۵۴/۳، ۱۴/۲ و ۱ می‌باشد. ملاحظه می‌شود که با تغییر تلقی فرد از برخورد ارایه کننده خدمت از خوب به متوسط، خطر عدم بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت ۳ برابر می‌شود. در مورد مشورت با گیرنده خدمت در مورد خدمت ارایه شده تنها افرادی که هرگز از سوی ارایه کننده خدمت مورد مشورت قرار نگرفته‌اند، دارای افزایش خطری ۴/۳ برابر برای عدم بهره‌مندی از خدمات بودند. می‌توان نتیجه گرفت مشاوره به هر نوعی باشد بهره‌مندی را کاهش نمی‌دهد اما فقدان آن باعث عدم بهره‌مندی می‌شود.

اکثر پژوهش‌هایی که به بهره‌مندی از خدمت می‌پردازند تنها به بیان کمی پوشش (بهره‌مندی از خدمت) اکتفا می‌کنند. این پژوهش بر آن بوده تا الگویی برای بررسی عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت ارایه دهد تا در صورت عدم تحقق پوشش در هر برنامه بهداشتی علل آن نیز بررسی و در جهت رفع آنها اقدام شود. از طرف دیگر در صورتی که پوشش مورد نظر محقق شده باشد، باید بررسی شود آیا این پوشش با صرف منابع مناسبی به دست آمده و آیا مقرون به صرفه بوده است؟ [۲]

می‌توان نتیجه گرفت که حداقل، آگاهی در این زمینه وجود داشته است (این که آیا نگرش و عملکرد نیز به همین صورت باشد نیازمند یک مطالعه جداگانه می‌باشد). به این ترتیب می‌توان انتظار داشت که با ارایه یک برنامه مناسب و اجرای صحیح آن تقاضا برای آن خدمت بالا باشد.

جالب آنجاست که اعتقاد به تأثیر پرفشاری خون روی طول عمر و ناتوانی به دنبال آن به تنهایی رابطه‌ای با بهره‌مندی از خدمات خانه‌های بهداشت نداشته، اما زمان ایجاد ناتوانی با بهره‌مندی رابطه معنی‌داری داشته است. به عبارت دیگر با بیان کمی خطرات بهتر از توصیف آنها می‌توان مردم را به استفاده از خدمت ترغیب کرد و در برنامه‌های آموزشی می‌توان از این نتیجه به دست آمده سود جست.

تناسب قیمت، روی شدت تقاضا مؤثر است و با کاهش هزینه خدمت می‌توان شدت تقاضا را افزایش داد. در خانه‌های بهداشت 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 حیطه در مورد خدمات مختلف خانه‌های بهداشت از بررسی آن صرف نظر شد. لیکن باید توجه داشت به دلیل کمبود دارو در خانه‌های بهداشت و محدودیت اقلام دارویی که در اختیار بهورز قرار دارد و اشکال در سیستم ارجاع گاهی تفاوتی بین دریافت بعضی خدمات در خانه‌های بهداشت و سیستم ارجاع با مطب‌های خصوصی پزشکان وجود ندارد. به این ترتیب یکی از اصول که تناسب قیمت خدمات ارایه شده نسبت به خدمت مشابه در بازار است رعایت نمی‌شود. پیشنهاد می‌شود در یک تحقیق مجزا به بررسی این موضوع پرداخته شود.

منابع

- ۴- شجاعی تهرانی حسین، درسنامه پزشکی پیشگیری 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. *Ethnic Diseases* 1997; 3: 191-99

- ۱- شاهوردی مهدی، اصول ارزشیابی، قاضی جهانی، تهران، ۱۳۷۸
- ۲- ابوالحسنی فرید، مدیریت برنامه‌های تندرستی، برای فردا، تهران، ۱۳۸۳
- ۳- سماوات طاهره، دستورالعمل کشوری کنترل و پیشگیری پرفشاری خون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۰

- 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