

Promotion of the Hypertension Prevention and Control Process at Alzahra Primary Health Care Center in Marand through Action Research Approach

Gorbanzadeh S¹, Khodayari-Zarnaq R², Babaie J*³

1. Department of health policy and management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Associate professor, Department of health policy and management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Assistant professor, Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* Corresponding author. Tel: +989144236905, Fax: +9841317762, E-mail: javad1403@gmail.com

Received: Jun 02, 2023 Accepted: Oct 18, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: Prevention and control programs for hypertension have been integrated into the health system and implemented for many years in Iran. However, executing such programs often faces challenges in practice, and requires continuous promotion. This study aims to share the experience of promoting hypertension prevention and control processes at the Alzahra Healthcare Center in Marand.

Methods: This quantitative-qualitative study utilized an action research approach. Initially, the performance of the control process was assessed at Alzahra Healthcare Center in Marand. The nominal group method and semi-structured interviews were then used to identify challenges in the process from the perspective of purposefully selected stakeholders. Suggestions for promotion were generated through focus group discussions and finalized using priority matrices. The interventions were implemented, and the process performance was reassessed.

Results: Implementation of the interventions led to improvements in indicators related to the percentage of newly identified patients, care for patients with high blood pressure referrals and visits to physicians for the thirty-year-old and older population, and referrals to specialists for patients with hypertension.

Conclusions: While the prevention process for patients with high blood pressure at the selected healthcare center showed relatively good performance, there was still a need for promotion. This study provided solutions to enhance aspects of the process. To ensure continued improvement, the action research cycle should be sustained.

Keywords: Action Research; Process Promotion; Prevention and Control; Hypertension

ارتقای فرایند مراقبت فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرنند با رویکرد اقدام پژوهی

سپیده قربانزاده^۱، رحیم خدایاری زرنق^۲، جواد بابائی^{۳*}

۱. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. دکتری تخصصی، دانشیار، گروه مدیریت و سیاستگذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. دکتری تخصصی، استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۴۲۳۶۹۰۵. تلفکس: ۰۴۱۳۱۷۷۶۲. ایمیل: javad1403@gmail.com

چکیده

چکیده و هدف: بدلیل اهمیت کنترل فشارخون بالا، برنامه پیشگیری و کنترل آن سالهاست که در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور ادغام شده و درحال اجراست. اجرای چنین برنامه‌هایی در عمل همواره با مشکلاتی روبرو هست که نیازمند ارتقای مداوم است. از اینرو مطالعه حاضر به تبیین تجربه ارتقای فرایند پیشگیری و کنترل فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرنند پرداخته است.

روش کار: در این مطالعه کمی-کیفی؛ با رویکرد اقدام پژوهی، ابتدا عملکرد فرایند پیشگیری و مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرنند ارزیابی شد. سپس با روش گروه اسمی و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، چالش‌های فرایند از دیدگاه صاحبان فرایند که به روش هدفمند انتخاب شده بودند، شناسایی شده. پیشنهادات جهت ارتقاء از طریق بحث گروهی متمرکز ارائه و با استفاده از ماتریس اولویت‌بندی نهایی شدند. مداخلات نهایی شده، در مرکز مذکور اجرا و عملکرد فرایند مجدداً ارزیابی شد.

یافته‌ها: اجرای مداخلات، موجب بهبود شاخص‌های مربوط به درصد بیماران شناخته شده جدید، مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا، درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ارجاع شده به پزشک، درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ویزیت شده توسط پزشک و درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای ارجاع شده به پزشک متخصص، گردید.

نتیجه‌گیری: با وجود عملکرد نسبتاً مناسب فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز سلامت مورد مطالعه، فرآیند مراقبت نیازمند ارتقاء بود که با استفاده از راهکارهای ارائه شده در این مطالعه، بخشی از آن ارتقا پیدا کرد. برای تداوم ارتقا، نیازاست که چرخه اقدام پژوهی در این مرکز ادامه یابد.

واژه‌های کلیدی: اقدام پژوهی، ارتقای فرایند، پیشگیری و کنترل، فشارخون بالا

دریافت: ۱۴۰۲/۳/۱۲ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۲۶

مقدمه

در عصر کنونی، در کنار بهبود شاخص‌های بهداشتی که سبب افزایش میزان امید به زندگی شده است، بیماری‌های غیرواگیر مجالی برای گسترش پیدا کرده و به سرعت در حال افزایش هستند. این بیماری‌ها

سالانه ۱۸ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشانند (۲،۱) و تبدیل به اولین علت مرگ و میر در کشورهای پیشرفته شده، در کشورهای در حال توسعه نیز روندی افزایشی دارند (۳). از مهمترین بیماری‌های این گروه می‌توان به آسیب‌های ناشی از سوانح و

حوادث، بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، فشارخون بالا، سکتته‌های مغزی، بیماری‌های تنفسی مزمن، بیماری‌های مفصلی-استخوانی مزمن و سرطان‌ها اشاره کرد (۴). بدلیل روند افزایشی مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر بخصوص در کشورهای در حال توسعه، سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) از دو دهه پیش بیماری‌های غیر واگیر را جزو اولویت‌های بهداشتی کشورهای در حال توسعه اعلام (۵) و کنترل این بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ساز آنها را به عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵٪ مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده است (۵). در بین بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون بالا بزرگترین عامل خطر در بروز مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها به شمار می‌رود (۶). برآوردها حاکی از آن است که فشارخون بالا سومین عامل کشنده در دنیا بوده (۷) و در سراسر جهان، سالانه ۷/۱ میلیون مرگ (۱۳٪) به دلیل فشارخون بالا در بزرگسالان گزارش می‌شود (۸).

در ایران نیز پژوهش‌ها نشانگر شیوع گسترده بیماری فشارخون بالا می‌باشد. بر اساس پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۴۰۰، در ایران حدود ۳۲ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال، مبتلا به بیماری فشارخون بالا بودند که تنها در ۸۵/۸۵ درصد از این بیماران فشارخون کنترل شده بود (۹).

این بیماری اغلب بدون علامت می‌باشد و بیشتر مردم از ابتلا به آن آگاهی ندارند، از اینرو به قاتل خاموش نیز معروف است. در صورت عدم کنترل فشارخون بالا، حدود ۵۰ درصد بیماران در اثر بیماری‌های قلبی و عروقی، ۳۳ درصد در اثر سکتته مغزی و حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد در اثر نارسایی کلیه فوت می‌کنند (۵) و (۷). امروزه تشخیص زودرس و کنترل فشارخون بالا جزء ارکان اصلی برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در کشورها می‌باشد. در همین راستا وزارت بهداشت از دو دهه پیش، اقدام به ادغام برنامه

غربالگری، بیماریابی و کنترل فشارخون در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور نموده است، که طی آن تمامی افراد بالای ۳۰ سال، از نظر ابتلا به بیماری فشارخون بالا غربال شده، بیماران شناسایی و تحت مراقبت قرار می‌گیرند (۱۰). اما این فرایند در عمل با مشکلاتی روبرو هست که موجب می‌شود بیماران به موقع شناسایی نشده و یا حتی پس از شناسایی، خدمات مورد نیاز خود را به درستی دریافت ننمایند. فلذا با توجه اهمیت موضوع تشخیص به موقع و کنترل فشارخون بالا، و با توجه به مشکلات این فرایند در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرا، مراکز خدمات دیگری نیز آذربایجان شرقی، صاحبان این فرایند تصمیم گرفتند که با استفاده از رویکرد اقدام پژوهی فرایند مذکور را ارتقا دهند و این مقاله به بیان این تجربه پرداخته است. لازم به یادآوری است که در مرند علاوه بر مرکز سلامت الزهرا، مراکز خدمات جامع دیگری نیز وجود دارند اما با توجه به خصوصیات مطالعات اقدام پژوهی که معمولا در یک محل مشخص و محدود و به صورت مشارکتی فرایندها را ارتقا می‌دهد، فقط این مرکز برای مطالعه انتخاب شد. قابل ذکر است که اقدام پژوهی یک روش و ابزاری موثر برای درک شرایط پیچیده و ارتقای کیفیت عملکرد در آن شرایط با مشارکت همه صاحبان فرایند (افرادی که دخیل در فرایند هستند) است. این روش می‌تواند بطور همزمان برای حل مساله، توسعه تئوری و ارتقای شایستگی‌ها نیز مورد استفاده قرار گیرد (۱۱).

روش کار

در این مطالعه اقدام پژوهی چند روشی که در سالهای ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ انجام شده است؛ در قسمت کمی، برای جمع‌آوری داده‌ها (ارزیابی عملکرد فرایند قبل از ارتقا) از چک‌لیست پایش و ارزیابی برنامه فشارخون بالا استفاده شد. این چک لیست از پیوست های برنامه کشوری مراقبت و کنترل فشارخون بالا است که با استفاده از آن عملکرد برنامه در سطح شهرستانها و

¹ World Health Organization

استانها مورد ارزیابی قرار می گیرد. این چک لیست شامل ۱۳ شاخص است (شاخص‌های ذکر شده در جدول ۶) که هر کدام از شاخص‌ها نیز راهنمای محاسبه خاص خود را دارند (برنامه کشوری). تیم پژوهش با استخراج داده‌های لازم از سامانه سیب، این شاخص‌ها را محاسبه کردند. برای استخراج نقاط ضعف و چالش‌های برنامه (در قسمت کیفی) از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته عمیق و برای ارتقای فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا از روش اقدام پژوهی استروبرت اسپیزال و کارپنتر^۱ استفاده شد (۱۲). روش توصیه شده توسط استروبرت اسپیزال (۲۰۱۱) و همکاران در ۵ مرحله انجام می‌شود که با شناسایی و تعریف مشکل - که مهمترین و اساسی‌ترین مرحله در اقدام پژوهی است - با مشارکت، صاحبان فرایند (افرادی که به نوعی در فرایند درگیر هستند) آغاز می‌شود. سپس با استفاده از ابزارهای مختلف مانند پرسشنامه، دفترچه خاطرات، مصاحبه، مشاهده، عکس، ویدئو و ضبط صوت داده‌های مورد نیاز برای شناسایی دقیق مشکل، جمع‌آوری می‌شوند. همزمان با گردآوری داده‌ها، تفسیر و تحلیل آنها نیز شروع می‌شود تا پسخوراند به مشارکت کنندگان ارائه شود و اصلاح و تایید مجدد داده‌ها صورت می‌گیرد. در این مرحله لازم است به

این سوالات پاسخ داده شود: چگونه می‌توان از این داده‌ها در حل مساله و مشکل استفاده نمود؟ بهترین راه حل مشکل چیست؟ پس از شناسایی مشکل و راه‌حل‌ها، مرحله اجرا و عمل کردن به راه‌حلها شروع می‌شود. در مرحله اجرا، ضمن مداخله، نظارت مداوم بر جمع‌آوری و ثبت داده‌ها، گزارشات موقت، گزارشات خود ارزیابی، ارزیابی گروهی، پایش وظایف، بازخورد به تیم پژوهش، طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها انجام می‌گیرد. در صورت لزوم با توجه به نتایج حاصله، تعدیل و پایش برنامه و عملکرد تا زمان حصول نتیجه مطلوب صورت می‌گیرد. ارزشیابی برنامه هم در حین پژوهش (ارزشیابی تکوینی)، و هم در مرحله پایانی پژوهش (ارزشیابی پایانی) نیز انجام می‌گیرد (۱۳، ۱۴). با توجه به کیفی بودن بخشی از مطالعه، تعیین دقیق حجم نمونه میسر نبود، شرکت کنندگان در مطالعه، صاحبان و ذینفعان فرایند در مرکز سلامت الزهرا بودند که برای مصاحبه به صورت هدفمند انتخاب شدند (۱۹ مصاحبه). افرادی که علاقمند به مصاحبه و یا شرکت در جلسات بحث گروهی نبودند، کنار گذاشته شدند. جمع‌آوری داده تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ادامه پیدا کرد. جزئیات مربوط به مشخصات مصاحبه شوندگان در جدول ۱ بیان شده است.

جدول ۱. مشخصات شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها

متغیرهای کیفی	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۷	۳۶/۸
زن	۱۲	۶۳/۲
مراقبین سلامت	۶	۳۱/۵
بیماران بالای ۳۰ سال	۸	۴۲/۲
مسئولین شبکه بهداشت و درمان	۵	۲۶/۳

از دو روش مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته و بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای انجام مصاحبه‌ها از فرم راهنمای مصاحبه‌ی نیمه

ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه با سئوالات کلی مثل، به نظر شما فرایند پیشگیری و کنترل فشارخون بالادر مرکز سلامت الزهرا چه مشکلاتی دارد؟ برای حل این مشکلات چه کاری می‌توان کرد؟ شروع می‌شد و سپس بر اساس پاسخ مصاحبه شوندگان، از سئوالات

^۱ Speziale & Carpenter

دقیق‌تر برای به دست آوردن اطلاعات دقیق‌تر و جزئی‌تر استفاده می‌شد. برای تحلیل مصاحبه‌ها، از تحلیل محتوا^۱ و نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد. متن مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از ضبط روی کاغذ پیاده شد و چندین بار بازخوانی شد تا شناخت کاملی از مفاهیم و طبقات مطالب کسب گردد، سپس نسبت به کدگذاری داده‌ها اقدام گردید و طبقات از درون کدهای اولیه استخراج گردیدند.

برای افزایش قوام^۲ و صحت نتایج مطالعه از بازبینی شرکت کنندگان^۳ استفاده شد. بدین ترتیب که بعد از اتمام جلسات و جمع‌بندی نظرات افراد خلاصه‌ای از گفته‌های افراد از روی یادداشت‌های بعمل آمده در حین جلسات به افراد بازگو شد تا موارد اشتباه و مبهم اصلاح و برطرف گردد. همچنین، برای افزایش قوام و اعتبار مطالعه، انتقال‌پذیری و پایایی داده‌ها از خواندن چندین باره متن‌های پیاده شده، غوطه‌وری در داده‌ها استفاده گردید. سپس تیم پژوهشی از روش بحث گروهی متمرکز (FGD)^۴ برای شناسایی راهکارهای ارتقا در دو مرحله استفاده کرد. در مرحله اول، شرکت کنندگان، بیماران دارای فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت مورد مطالعه، کارکنان واحد ارائه خدمات سلامت مرتبط و همچنین مسئولین واحد پیشگیری و مراقبت بیماری‌های غیرواگیر و نظام مراقبت‌های اولیه شهرستان بودند. جلسه بحث گروهی دوم نیز با کارکنان مرکز خدمات جامع سلامت و صاحب‌نظران و مسئولین واحد پیشگیری و مراقبت بیماری‌های غیرواگیر در مرکز شهرستان بود. تمامی شرکت کنندگان با هماهنگی قبلی جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند. گفته‌های افراد با کسب رضایت‌شان با دستگاه ضبط صوت ضبط گردید و همچنین مصاحبه‌گران در حین بحث‌های گروهی از یادداشت‌برداری نیز برای ثبت اطلاعات استفاده

کردند. جلسات توسط یک نفر فرد اصلی مصاحبه‌گر، یک نفر یادداشت‌بردار انجام گرفت. همچنین فرد مصاحبه‌گر به عنوان تسهیل کننده جلسه نیز عمل می‌کرد. متن بحث‌های گروهی بلافاصله بعد از پایان هر جلسه توسط محققین چندین بار گوش داده شده و در نرم‌افزار Word (Office) پیاده شد. برای رعایت مسائل اخلاقی در این مرحله از مطالعه از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کسب شده و همچنین افراد حق انصراف و ترک مطالعه را داشتند. علاوه بر این موارد اهداف مطالعه در ابتدا برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. شرکت کنندگان در هر بحث گروهی ۷-۱۱ نفر بودند. در ادامه، با استفاده از ماتریس اولویت‌بندی و با نظر شرکت کنندگان، اولویت مداخلات مشخص گردید و مداخلات منتخب جهت اجرا در دستور کار گروه اقدام پژوهی قرار گرفت. شرکت کنندگان در این بخش از مطالعه را بیماران دارای فشارخون بالا، کارکنان واحد ارائه خدمات سلامت و مسئولین حیطة و نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهرستان تشکیل می‌دادند. جهت اولویت‌بندی و انتخاب راهکارها و مداخلات پیشنهادی برای ارتقاء فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در شهرستان، در کل ۱۷ نفر مشارکت داشتند که مشخصات آنها در جدول ۲ بیان شده است. جهت اولویت‌بندی مداخلات و راهکارها از معیارهایی نظیر اهمیت مداخله، هزینه انجام آن، امکان‌پذیری و توانایی انجام مداخلات، مدت زمان پیاده‌سازی مداخلات استفاده شد که نحوه نمره‌دهی به معیارها به شرح زیر بود:

- اهمیت مداخله: با توجه به میزان اهمیت به اهمیت بیشتر نمره ۵ و به اهمیت کمتر نمره ۱ اختصاص داده شد.

- هزینه انجام مداخله: با توجه به میزان هزینه لازم برای انجام مداخله به هزینه بالا عدد ۱ و هزینه پایین عدد ۵ اختصاص داده شد.

¹ Content Analysis

² Rigor

³ Respond Validity

⁴ Focus Group Discussion

مفصلی در مرکز خدمات جامع سلامت برگزار شد. در اجرای این مداخلات اعضا تیم پژوهشی با استفاده از ساده‌ترین روش‌ها که هدف آنها آموزش بود، راهکارهای اولویت‌دار را به ذینفعان انتقال دادند و مداخلات به مدت دو ماه اعمال (خرداد تا تیر ۱۴۰۰) شدند. سپس نتیجه مداخلات اجرا شده، با استفاده از چک‌لیست پایش و ارزشیابی برنامه پیشگیری از فشارخون بالا توسط تیم پژوهشی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌های کمی از آمارهای توصیفی (میانگین، فراوانی، درصد) استفاده شد.

- امکان‌پذیری: در صورتی که مداخله از لحاظ اجرایی امکان‌پذیری بالایی داشت، نمره ۵ و اگر امکان‌پذیری پایین داشت، نمره ۱ به آن اختصاص داده شد.
- مدت زمان: در صورتی که زمان لازم جهت انجام مداخله کم بود، نمره ۵ و در صورت طولانی بودن مدت زمان لازم نمره ۱ به اختصاص داده شد.
برای انتقال مداخلات اولویت‌بندی شده جهت ارتقای فرآیند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا به ذینفعان (بیماران مبتلا به فشار خون بالا، کارکنان واحد ارائه خدمات سلامت و همچنین مسئولین حیطة و نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه شهرستان) جلسه

جدول ۲. مشخصات مشارکت‌کنندگان در اولویت‌بندی راهکارها

متغیرهای کیفی	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۵
	زن	۱۲
وضعیت تاهل	مجرد	۳
	متاهل	۱۴
سن	۳۰-۴۰	۵
	۴۱-۵۰	۶
	۵۱-۶۰	۴
مراقبین سلامت	بالای ۶۰ سال	۲
	مراقبین سلامت	۵
ذینفعان	بیماران بالای ۳۰ سال	۷
	مسئولین شبکه بهداشت و درمان	۵

جلوگیری از تکرار نتایج همزمان با نتایج بعد از مداخله در جدول ۶ ارائه شده است.
پس از پیاده‌سازی نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان، جهت شناسایی چالش‌ها، مصاحبه‌ها کدبندی شده و با دسته‌بندی کدها (در کل ۳۹ کد)، و ادغام آنها، طبقه‌ها (دو طبقه: چالش‌های مربوط به خود بیماران و چالش‌های مربوط به مرکز خدمات جامع سلامت) به‌دست آمدند. نتایج تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌ها در جدول ۳ بیان شده است.

یافته‌ها

ابتدا با استفاده از شاخص‌های موجود در چک لیست ارزیابی برنامه‌کشوری مراقبت فشارخون بالا (شاخص‌های جدول ۶)، عملکرد فرایند بصورت کمی ارزیابی شد. اطلاعات ثبت شده در سامانه سیب تا ماه فروردین ۱۴۰۰ استخراج شد. به دلیل اینکه آمار دقیقی از برخی شاخص‌ها در سامانه سیب ثبت نشده بود، برای محاسبه و گزارش این شاخص‌ها به اطلاعات ارائه شده توسط مراقبین و کارشناسان مرکز خدمات جامع سلامت اکتفاء شد. نتایج ارزیابی اولیه برای

جدول ۳. چالش‌های فرایند مراقبت از بیماران مبتلابه فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهراء مرند

دسته	کدها	نمونه نقل قول مستقیم
چالش‌های مرتبط با خود بیماران	آگاه نبودن بیماران از عوارض عدم کنترل فشارخون بالا مشاهده نکردن نتیجه ملموس از کنترل فشارخون ماهانه وجود مشکلات روزمره در زندگی شخصی بیماران مخالفت برخی از خانواده‌ها با مراجعه بیمار به مرکز سلامت مشکلات مالی در تهیه داروهای موردنیاز تکراری و خسته کننده بودن فرآیند ارائه مراقبت برای بیماران تاثیر منفی همه‌گیری کووید-۱۹ بر مراجعه بیماران به مرکز مراجعه مستقیم بیماران به متخصصان به جای مرکز سلامت ناتوانی سالمندان در مراجعه به مرکز سلامت کم رنگ شدن نقش مرکز بهداشت در بین عموم جامعه اکتفا کردن بیماران به گرفتن فشارخون خود در منزل انتظار بیماران مبنی بر دریافت دارو در مرکز سلامت ناراضی‌ت‌ی بیماران از جامع نبودن خدمات فرهنگ پایین برخی از بیماران تغذیه نامناسب بیماران نگرانی و وجود استرس نزد بیماران کافی نبودن ساعات کاری مراکز سلامت	«چون ابتکار را مفید نمی‌دانند و معتقدند که همراه فشارخون را بررسی کنیم که چه بشود؟ خود بیماران مفید نمی‌دانند و آگاهی و اطلاع دقیقی از این فرایند ندارند که ماه به ماه مراجعه کنند برای بررسی» (یکی از مراقبین سلامت). «و این که مورد بعدی آگاهی به مردم می‌باشد. و باید مردم از بیماری فشارخون شناخت کامل و جامع داشته باشند و بدوند که این بیماری مربوط به سبک زندگی می‌باشد. و اگر به خود مراقبتی اهمیت بدهیم زمینه بیماری از بین می‌رود.» (یکی از مسئولین شبکه بهداشت و درمان).
	نیود امکانات و زیرساخت‌های مناسب بار کاری بالای مراقبین سلامت نبود برنامه زمانی دقیق برای ارائه خدمات به بیماران فشارخون جامع نبودن خدمات فشارخون در مرکز سلامت دور بودن مرکز سلامت از داروخانه نبود حس مسئولیت‌پذیری کافی نزد کارکنان مرکز سلامت استفاده از ماماها به عنوان مراقبین سلامت استفاده از پرداخت حقوق ثابت به کارکنان نبود پزشک متخصص در مرکز سلامت عدم انسجام در برنامه‌های آموزشی بیماران برگزار نشدن کلاس‌های آموزشی برای مراقبین سلامت وابسته بودن ارائه مراقبت‌ها صرفاً به مراقبین سلامت آشنا نبودن کافی مراقبین سلامت با سامانه سبب پایین بودن کیفیت مدیریت داده‌ها تلقی شدن مرکز سلامت صرفاً به عنوان مرکز واکسیناسیون در بین مردم عدم یکپارچگی در سیستم اطلاعاتی بیماران امکان پذیر نبودن دعوت ماهانه بیماران به مرکز خراب بودن و کالیبره نشدن دستگاه فشارسنج در برخی موارد ضعف در اندازه‌گیری فشارخون بیماران استفاده نکردن از ظرفیت‌های بخش خصوصی به روز و مبتنی بر نیاز نبودن آموزش‌های مراقبت فشارخون عدم ماندگاری پزشکان در مراکز سلامت	«به نظر من چون در پرداخت حقوق شاخص وجود ندارد و هر ماه حقوق ثابت پرداخت می‌کنند میل و شوق مراقبین سلامت نیز کم می‌باشد و به ارائه مراقبت مستمر اهمیت نمی‌دهند.» (یکی از مسئولین شبکه بهداشت و درمان). «بیماران توقع و میل دارن تا به مراکز تخصصی مراجعه کنند. حالا اینجا فقط پزشک عمومی وجود دارد اگرکنار این پزشک؛ به تخصص دیگر هم مثلاً داخلی یا قلب عروق بود با خودشون میگفتن که چه عیبی دارد اونجا هم تخصصی وجود دارد پس مراجعه میکنیم. پس چون کلینیک تخصصی وجود ندارد و کمک خاصی به بیمار همیشه میل به مراجعه وجود ندارد» (یکی از مراقبین سلامت).
چالش‌های مربوط به مرکز خدمات جامع سلامت		

چالش‌های مرتبط با خود بیماران

چالش‌های مربوط به مرکز خدمات جامع سلامت

سلامت و کارشناسان مرکز بهداشت و درمان شهرستان انجام شد (۱۱ نفر). گفته‌های مشارکت کنندگان در این جلسه نیز ضبط و مورد تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل محتوای حاصل از این دو جلسه منجر به شناسایی طیف وسیعی از چالش‌ها، راهکارها و پیشنهادات جهت ارتقاء فرآیند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

برای شناسایی راهکارهای ارتقای فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا، دو جلسه بحث گروهی متمرکز تشکیل شد. در جلسه اول، براساس روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، ۹ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون بالا که پرونده آنها در مرکز خدمات جامع سلامت موجود بود، برای جلسه دعوت شدند. میانگین سنی این ۹ نفر ۴۴ سال بود که شامل ۶ نفر خانم و ۳ نفر آقا بودند. جلسه دوم نیز با مشارکت مراقبین

جدول ۴. راهکارها و پیشنهادات ارائه شده جهت ارتقای فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرن

- ایجاد ارتباط با فرزندان سالمندان جهت آوردن سالمندان به مرکز برای معاینه
- استفاده از قابلیت‌های نوآورانه سلامت همراه برای ارائه خدمات سلامت
- برگزاری دوره‌های آموزشی برای مراقبین سلامت
- افزایش ساعت کاری مرکز خدمات جامع سلامت
- فراهم کردن تجهیزات و امکانات پزشکی مناسب برای مرکز
- جلب مشارکت و همکاری عموم جامعه
- افزایش مهارت‌های برقراری روابط اجتماعی در مراقبین سلامت
- استفاده از مشوق‌های مالی هدفمندتر به مراقبین سلامت جهت ارائه مراقبت‌های مناسب
- امکان تجویز داروهای پایه به صورت رایگان به بیماران فشارخون بالا در مرکز سلامت
- استخدام فردی خاص در مرکز برای پیگیری ارائه مراقبت منظم به بیماران
- استفاده از آموزش‌های به‌روز درباره فشارخون بالا به بیماران
- جلب مشارکت پزشکان مرکز در ارائه خدمات به بیماران

پزشکان مرکز در ارائه خدمات به بیماران با ۱۴ امتیاز بیشترین امتیاز را کسب کردند و اولویت‌های استفاده از مشوق‌های مالی هدفمندتر به مراقبین سلامت جهت ارائه مراقبت‌های مناسب، افزایش مهارت‌های روابط اجتماعی مراقبین سلامت با بیماران فشارخون بالا، استخدام فردی خاص در مرکز برای پیگیری ارائه مراقبت منظم به بیماران فشارخون بالا، افزایش ساعت کاری مرکز خدمات جامع سلامت و جذب مشارکت و همکاری عموم جامعه برای ارائه خدمات بیماری فشارخون بالا؛ هر کدام با ۱۰ امتیاز کمترین اولویت را به دست آوردند.

همانطوری که در روش کار نیز توضیح داده شد، برای اولویت‌بندی راهکارها از ماتریس اولویت‌بندی استفاده شد که در جدول ۵ نتایج مربوط به اولویت‌بندی راهکارها و مداخلات براساس شاخص‌ها و معیارهای اهمیت مداخله، هزینه انجام مداخله، امکان‌پذیری انجام مداخله و مدت زمان مداخله ارائه شده است. در اولویت‌بندی راهکارها و مداخلات، به تمامی شرکت‌کنندگان وزن یکسانی داده شد و تفاوتی از لحاظ سابقه کار، تخصص و دانش افراد لحاظ نگردید. دو اولویت استفاده از آموزش‌های به‌روز درباره فشارخون بالا به بیماران و جلب مشارکت

جدول ۵. اولویت‌بندی نهایی مداخلات برای ارتقای فرایند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرند

رتبه	راهکارها و مداخلات	امتیاز
۱	استفاده از آموزش‌های به روز درباره فشارخون بالا به بیماران	۱۴
۲	جلب مشارکت پزشکان مرکز در ارائه خدمات به بیماران	۱۴
۳	فراهم کردن تجهیزات و امکانات پزشکی مناسب برای مرکز	۱۳
۴	برگزاری دوره‌های آموزشی مراقبت از بیماران فشارخون برای مراقبین سلامت	۱۲
۵	ارتباط با فرزندان سالمندان جهت آوردن سالمندان به مرکز برای معاینه	۱۲
۶	امکان تجویز داروهای پایه به صورت رایگان به بیماران فشارخون بالا در مرکز سلامت	۱۱
۷	استفاده از قابلیت‌های نوآورانه سلامت همراه برای ارائه خدمات سلامت	۱۱
۸	استفاده از مشوق‌های مالی هدفمندتر به مراقبین سلامت جهت ارائه مراقبت‌های مناسب	۱۰
۹	افزایش مهارت‌های روابط اجتماعی مراقبین سلامت با بیماران فشارخون بالا	۱۰
۱۰	استخدام فردی خاص در مرکز برای پیگیری ارائه مراقبت منظم به بیماران فشارخون بالا	۱۰
۱۱	افزایش ساعت کاری مرکز خدمات جامع سلامت	۱۰
۱۲	جذب مشارکت و همکاری عموم جامعه برای ارائه خدمات بیماری فشارخون بالا	۱۰

بیماران و تسهیل مراجعه آنان به مرکز سلامت، تدوین برنامه‌های کاری جدید در مرکز برای ارائه خدمات بهتر، آگاهی بیشتر بیماران با اهمیت بیماری فشارخون بالا، بازنگری در برنامه‌های آموزشی بیماران مبتلا به فشارخون بالا، اصلاح بودجه مرکز سلامت، همکاری بهتر پزشکان برای ارائه خدمات بهتر.

نتایج مربوط به قسمت کمی که از طریق شاخص‌های استاندارد و نظرات مراقبین سلامت گردآوری شده، در جدول ۶ ارائه شده است. لازم به ذکر است که در محاسبه تعدادی از این شاخص‌ها به دلیل نبود اطلاعات دقیق در سامانه سیب، به نظرات مراقبین سلامت اکتفا شد.

سپس جلسه‌ای باحضور ذینفعان برگزار شد، ابتدا پژوهشگران راهکارهای نهایی شده را به حاضران در جلسه ارائه و آموزش دادند و بعد در مورد اجرای آنها بحث و گفتگو صورت گرفت. در نهایت توافق حاصل شد که راهکارهای نهایی شده با کمک تیم پژوهشی و ذینفعان فرآیند در مرکز خدمات جامع سلامت به کار گرفته شود. در این جلسه بیماران نیز به عنوان ذینفعان مشارکت داشتند تا راهکارهایی که به آنها مرتبط است به آنها بیان گردد و دانش بیماران در این زمینه ارتقاء یابد.

بعد از دوماه اجرای مداخلات، نتایج حاصل از مداخلات اجرا شده ارزیابی شد. نتایج عبارت بودند از: استفاده بیشتر از خدمات تلفن همراه جهت ارتباط بهتر با

جدول ۶. شاخص‌های مربوط به فرآیندهای مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرای مرند

عنوان شاخص	قبل از مداخله	بعد از مداخله
درصد جمعیت ۳۰ سال و بالاتر تحت پوشش برنامه در مرکز خدمات سلامت	۱۰۰٪	۱۰۰٪
درصد بیماران شناخته شده جدید به تفکیک جنس (میزان بروز)	۵/۵٪ (آقایان)	۸/۷٪ (آقایان)
شیوع فشارخون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری	۴/۴٪ (خانم‌ها)	۷/۶٪ (خانم‌ها)
فشارخون بالا به تفکیک سن و جنس	۳۰۵/۴ (آقایان)	۳۰۵ (آقایان)
درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای مراقبت شده تحت پوشش برنامه پیشگیری و کنترل بیماری	۳۰۴/۳ (خانم‌ها)	۳۰۴ (خانم‌ها)
فشارخون بالا به تفکیک سن و جنس	۵۰٪ (آقایان)	۵۰٪ (آقایان)
درصد عدم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالای تحت پوشش برنامه به تفکیک جنس	۵۰٪ (خانم‌ها)	۵۰٪ (خانم‌ها)
درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ارجاع شده به پزشک در طول	۵۰٪ (آقایان)	۴۰٪ (آقایان)
	۵۰٪ (خانم‌ها)	۳۵٪ (خانم‌ها)
	۸٪	۱۲٪

درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ویزیت شده توسط پزشک به تفکیک جنس	۸٪ (آقایان)	۱۰٪ (آقایان)
	۸٪ (خانمها)	۱۱٪ (خانمها)
درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای ارجاع شده به پزشک متخصص به تفکیک جنس	۳٪ (آقایان)	۵٪ (آقایان)
	۳٪ (خانمها)	۶٪ (خانمها)

بحث

این مطالعه با هدف کلی ارتقای برنامه مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز خدمات جامع سلامت الزهرا مرند در استان آذربایجان شرقی با رویکرد اقدام پژوهی انجام پذیرفت. دو دسته از چالش‌ها با ۳۹ مورد (چالش‌های مربوط به خود بیماران و چالش‌های مربوط به مرکز خدمات جامع سلامت) فرایند پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا را تحت تاثیر قرار داده بودند. برای رفع این چالش‌ها، ۱۲ مداخله و راهکار پیشنهاد شد. در مرحله اولویت‌بندی، دو راهکار (آموزش بیماران و جلب مشارکت پزشکان) برای مداخله در اولویت قرار گرفتند.

اجرای مداخلات موجب بهبود شاخص‌های مربوط به درصد بیمار شناخته شده جدید، درصد عدم مراقبت بیماران مبتلا به فشارخون بالا، درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ارجاع شده به پزشک، درصد جمعیت ۳۰ ساله و بالاتر ویزیت شده توسط پزشک و درصد بیماران مبتلا به فشارخون بالای ارجاع شده به پزشک متخصص گردید.

پوشش غربالگری اولیه (فقط معاینات اولیه که توسط مراقبین سلامت انجام می‌شود) در برنامه پیشگیری و کنترل بیماران مبتلا به فشارخون بالا در مرکز سلامت ۱۰۰ درصد بود که این نقطه قوتی اساسی در این مرکز سلامت می‌باشد. البته این نقطه قوت با فرض صحیح بودن اطلاعات سامانه سیب، در نظر گرفته

می‌شود. همچنین ۵۰ درصد بیماران شناسایی شده تحت مراقبت قرار گرفته بودند. در صورتی که در مطالعات دیگر میزان پوشش کمتر بوده است به عنوان مثال در مطالعه انجام شده در شهر اصفهان، نتایج نشان داد که شیوع فشارخون در اصفهان ۱۸ درصد بود که فقط در ۱۲ درصد بیماران فشارخون بالا کنترل می‌شد (۱۵) که کمتر از مطالعه حاضر است. بر اساس پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در سال ۱۴۰۰، در ایران حدود ۳۲ درصد از جمعیت بالای ۱۸ سال، مبتلا به بیماری فشارخون بالا بودند که تنها در ۸۵/۴۵ درصد از این بیماران فشارخون کنترل شده بود (۹). در مطالعه حاضر، ۸/۷ درصد آقایان و ۷/۶ درصد خانم‌های بالای سی سال مبتلا به فشارخون بالا بودند که کمتر از نتایج پیمایش کشوری است.

از ۱۲۳۱ بیمار زن، ۸ درصد به پزشک ارجاع داده می‌شوند که ۹۹ نفر در ماه می‌باشد. همچنین، از ۱۳۱۰ بیمار مرد در مرکز سلامت، ۸ درصد به پزشک ارجاع داده می‌شوند که ۱۰۵ نفر در ماه می‌باشد که تمامی این افراد توسط پزشکان ویزیت شده‌اند. می‌توان چنین استنباط کرد که در این مطالعه اولاً درصد بیماران مراقبت شده در فرایند غربالگری فشارخون بالا، خوب بوده است و ثانیاً ۸ درصد از بیماران به پزشک در مطالعه حاضر ارجاع داده می‌شدند که کم می‌باشد.

نتایج مطالعه‌ای با هدف بررسی سنجش کیفیت مراقبت و پایش برنامه در سطح مراکز بهداشتی،

درمانی و خانه‌های بهداشت تحت پوشش شهر بیرجند نشان داد که ۳۵ درصد از بیماران مبتلا به فشارخون بالا به طور کامل مراقبت می‌شوند و ۴۵ درصد آنان به پزشک معرفی شده بودند و ۴۰ درصد بیمارانی که به موقع مراقبت نشده بودند، توسط بهورز پیگیری شده و تنها ۳۰ درصد بیماران ارجاعی به پزشک، توسط پزشک مراقبت شده بودند (۱۶). این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد چرا که در مطالعه حاضر ۵۰ درصد بیماران شناسایی شده تحت مراقبت بوده و ۱۲ درصد آنها به پزشک ارجاع داده شده بودند.

چالش‌های ارائه مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون بالا دارای دو طبقه چالش‌های مرتبط با خود بیماران و عوامل مرتبط با مرکز سلامت بود که برای ارائه خدمات جامع و با کیفیت این موانع باید برطرف گردد. یکی از موانعی که در این مطالعه هم بیشتر به آن تاکید شده است عدم آگاهی بیماران از بیماری خود و خطرات آن است. خسروی و همارانش هم در مطالعه خود اشاره کرده‌اند که با وجود برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا در جامعه و تلاش‌های صورت گرفته توسط نظام سلامت هنوز هم آگاهی کاملی در این زمینه در بین عموم جامعه وجود ندارد (۱۷).

در مطالعه حاضر، اندازه‌گیری فشارخون توسط خود بیماران و یا اطرافیان آنها از جمله چالش‌های فرایند کنترل فشارخون ذکر شده بود. در صورتی که شیرانی و همکاران در مطالعه خود نشان داده‌اند که مداخلات خودتنظیمی بیماری پرفشاری خون بسیار سودمند است و موجب افزایش آگاهی بیماران می‌شود، در نتیجه خودتنظیمی، فشارخون کاهش می‌یابد (۱۸). همچنین نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۷ در شهر مشهد نشان داد که اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی و سواد سلامت بیماران شود (۱۹).

موانع متعددی باعث جلوگیری از ارائه خدمات با کیفیت به بیماران مبتلا به فشارخون در مرکز خدمات جامع سلامت مورد مطالعه، می‌شوند. از مهمترین آنها می‌توان به ضعف در امکانات و زیرساخت‌ها، مشغله و بار کاری زیاد مراقبین سلامت، کمبود منابع مالی و نیروهای انسانی اشاره کرد. مجتمع‌های سلامت شهرستان تبریز که به عنوان سازمان‌های مسئولیت‌پذیر برای ارائه خدمات سلامت جامع و ادغام یافته با بهره‌گیری از توان بخش‌های دولتی و خصوصی تعریف شده‌اند نیز در سال‌های گذشته با این موانع مواجهه داشتند (۲۰). مشابه یافته‌های حاضر، نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۶ نشان داد که مشکلاتی نظیر کمبود برخی امکانات و تجهیزات، کمبود در برخی نیروها و حجم کاری بالا، ناپایداری منابع مالی و عدم همکاری سازمان‌های بیمه سلامت در ارائه خدمات سلامت به بیماران وجود دارد که در صورت پایداری مناسب‌تر منابع این طرح و همراهی بیمه‌های پایه و رفع سایر مشکلات دستاوردهای این طرح بیشتر خواهد گردید (۲۱). همچنین، در ارائه خدمات جامع به بیماران مبتلا به فشارخون بالا از مهمترین مشکلاتی که وجود دارد بحث عدم ماندگاری و فعالیت مستمر پزشکان در مراکز سلامت بخصوص در مناطق کم جمعیت و محروم است که به نظر می‌رسد این مورد از چالش‌های اصلی نظام سلامت کشور می‌باشد.

در مطالعه بختیاری و همکاران نیز به کمبود برخی نیروی انسانی در ارائه خدمات سلامت در مراکز بهداشتی و درمانی اشاره شده است (۲۲). کایه و همکاران بیان می‌کنند که عدم هماهنگی بین سطح یک و دو نظام ارجاع و نداشتن تدوam لازم در ارائه خدمات، مشکلات دیگری از قبیل عدم همراهی کامل پزشکان متخصص در سطوح بالاتر را به دنبال خواهد داشت که به دلیل نداشتن دید جامع در ارائه خدمات اتفاق می‌افتد (۲۳). برای مثال در مطالعه نصراله‌پور و همکاران مشخص شد که در استان‌های جنوبی کشور

در ۶۷ درصد موارد نظام ارجاع به درستی رعایت نمی‌گردد (۲۴).

در راستای فائق آمدن بر این مشکلات و موانع، از تحلیل مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان، تسهیل‌کننده‌هایی برای ارائه خدمات سلامت به بیماران مبتلا به فشارخون بالا به دست آمد. از مهمترین این تسهیل‌کننده‌ها می‌توان به استفاده از امکاناتی همچون گوشی‌های هوشمند برای ایجاد ارتباطات بهتر بین مراقبین سلامت و بیماران مبتلا به فشارخون به‌خصوص در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره کرد. مشابه یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه‌ای در کشور آمریکا نیز به نقش فناوری اطلاعات سلامت در ارائه خدمات به بیماران مبتلا به فشارخون بالا اشاره کرده بود و تاکید شده است که استفاده گسترده و مناسب از ICT از طریق راهبردهای آموزشی، امکانات جدیدی برای بهبود مراقبت از بیماران مبتلا به فشار خون بالا ایجاد می‌کند (۲۵).

نتایج مطالعه حاضر به تعامل مناسب همراه با تکریم و احترام کارکنان با مراجعه‌کنندگان به مرکز سلامت نیز به عنوان یکی از عوامل کلیدی در ارائه خدمات سلامت به بیماران مبتلا به فشارخون بالا تاکید کرده است. توجه به ابعاد فرهنگی و اجتماعی جامعه موجب افزایش دسترسی بیشتر مردم به خدمات می‌شود. بنابراین، شاید وجود مراقب سلامت مرد، مراجعه بیشتر مردان را می‌تواند تسهیل بخشد. همچنین، در مطالعات دیگر اشاره شده است که فراهم آوردن امکان رعایت فضای محرمانه برای مراجعین و توجه به ملاحظات فاصله‌ای و توجه به وضعیت جغرافیایی منطقه برای ارائه مناسب خدمت باید به طور ویژه مورد توجه قرار گیرد تا موجب بهبود دسترسی بیماران به خدمات فشارخون بالا گردد (۲۶).

بر خلاف مطالعه حاضر که استفاده از ماماها به عنوان مراقب سلامت را چالش‌های فرایند کنترل فشارخون بالا می‌داند، در مطالعه‌ای دیگر استفاده از ماماها در نقش مراقب سلامت و ایفای نقش جدی در تیم

سلامت را موجب تقویت ارائه خدمات مرتبط با زنان بیان کرده است که این امر نیز به برقراری ارتباطات موثرتر با جامعه کمک کرده است و ارائه این خدمات جامعه محور، مشارکت و همراهی عموم جامعه را در ارائه بهتر خدمات سلامت بهبود می‌بخشد (۲۷).

در مطالعه حاضر پرداخت حقوق ثابت و مرتبط ساختن آن با عملکرد از جمله مواردی ذکر شده بودند که موجب می‌شود کارکنان انگیزه‌ای برای ارائه خدمات بیشتر نداشته باشند. در مطالعات دیگر نیز این موضوع مورد توجه قرار گرفته است و برای رفع این مشکل به استفاده از روش سرانه برای پرداخت به ارائه‌دهندگان تاکید شده است که این روش نسبت به روش‌های دیگری همچون حقوق و کارانه برای خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت مناسب‌تر است (۲۸).

در مرکز خدمات جامع سلامت بیماران از نبود داروهای پیشگیری و کنترل بیماری فشارخون بالا شکایت می‌کردند و بیان شده بود که این کمبود موجب عدم تمایل بیماران برای مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت می‌گردد. راهکار رفع این نقیصه در مطالعات، مشارکت و همراهی بیمه‌ها در پوشش خدمات سلامت و داروهای بیماران در سطوح مختلف و با تکیه بر نگاه پیشگیرانه ذکر شده است (۲۹، ۲۲).

فرهنگ پایین مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت و عدم تداوم در ارتباط مستمر با کارکنان و پزشکان از جمله موانع تاثیرگذار بر عملکرد نامطلوب فرایند در مرکز خدمات جامع سلامت مورد مطالعه بودند. در مطالعات قبلی نیز تاکید شده است که ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار باعث جلب اعتماد بیماران، جلوگیری از مراجعات مکرر آنها به پزشکان متفاوت یا سرگردانی آنها و موجب کاهش هزینه‌ها و صرفه‌جویی در وقت می‌گردد (۳۰). بنابراین افزایش آگاهی بیمار از وضعیت سلامتی خود و تشویق او برای مشارکت در روند درمان و در نتیجه افزایش مسئولیت هر دو طرف نسبت به هدف مشترک

می‌تواند ارتباط پزشکی و بیمار را بر اساس الگوی مشارکت متقابل به پیش ببرد و با ایجاد اعتماد بین بیمار و پزشک، ارائه خدمات سلامت را تسهیل نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که مرکز سلامت مورد بررسی عملکرد نسبتاً مناسبی دارد اما موانع و مشکلات عمده‌ای در ارائه خدمات به بیماران مبتلا به فشارخون بالا وجود دارد که این مشکلات باید توسط تمامی ذینفعان همچون سیاستگذاران سلامت، مدیران استانی و شهرستانی شناسایی و در نهایت حذف گردد. با توجه به ضرورت آگاهی مراقبین سلامت و بیماران مبتلا به فشارخون از خطرات این بیماری و شناخت علائم و عوارض فشارخون بالا، برگزاری دوره‌های آموزشی متناسب و اثربخش‌تر و کلاس‌های ضمن خدمت به مراقبین سلامت و همچنین آموزش‌های لازم به بیماران از طریق آموزش چهره‌به‌چهره، بحث گروهی و استفاده از سایر راه‌های ارتباطی به‌منظور ارتقای سطح آگاهی آنها، مورد نیاز است.

همچنین با توجه به اهمیت بیماری فشارخون بالا که گاه از دست دادن زمان برای این بیماران ممکن است منجر به آسیب جدی به آنان شود، بهتر است ارائه خدمات به این بیماران به صورت جامع و با کیفیت انجام گردد. نتایج این مطالعه نشان داد که انجام مداخلاتی برای ارتقاء بهبود مراقبت از بیماران فشارخون بالا در مراکز سلامت می‌تواند فرایند را بهبود بخشد.

نقاط قوت و محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه، از نوع مطالعات چند روشی بود که در انجام آن تلاش شد از بهترین شواهد و یافته‌های معتبر علمی برای ارتقاء فرآیند مراقبت از بیماران مبتلا به فشارخون در مرکز سلامت استفاده گردد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از روش

اقدام پژوهی و همچنین استفاده از روش‌های مختلف پژوهشی برای جمع‌آوری داده اشاره کرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مشکلات پیش آمده از بیماری همه‌گیری کووید-۱۹ اشاره کرد که منجر به محدودیت در دسترسی و مصاحبه با افراد کلیدی و فعال سلامت در حوزه ارائه خدمات به بیماران مبتلا به فشارخون شد. همچنین تعدادی از مصاحبه‌ها به صورت تلفنی انجام پذیرفت که منجر به از دست دادن برخی از اطلاعات نسبت به مصاحبه‌های چهره به چهره گردید. مدت زمان محدود بین اجرا و ارزشیابی مداخله به دلیل محدودیت زمان پژوهش نیز از دیگر نقاط ضعف این مطالعه است. همچنین، به آمار ثبت شده در سامانه‌ها که امکان خطا در این داده‌ها وجود دارد، اتکاء گردید.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب با شماره ۶۶۲۵۷ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که جا دارد از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز قدردانی شود. همچنین از کلیه مراقبین و کارشناسان مرکز خدمات جامع سلامت الزهرا و مسئولین شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرند که در انجام این پژوهش، پژوهشگران را همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1399.1066 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز مصوب شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- 1- Sriipatana A, Pourat N, Chen X, Zhou W, Lu C. Exploring racial/ethnic disparities in hypertension care among patients served by health centers in the United States. *Journal of Clinical Hypertension*. 2019; 21(4):489-98.
- 2- Piper MA, Evans CV, Burda BU, Margolis KL, O'Connor E, Whitlock EP. Diagnostic and predictive accuracy of blood pressure screening methods with consideration of rescreening intervals: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2015; 162(3):192-204.
- 3- Lyratzopoulos G, Heller RF, McElduff P, Hanily M, Lewis P. Deprivation and trends in blood pressure, cholesterol, body mass index and smoking among participants of a UK primary care-based cardiovascular risk factor screening program: both narrowing and widening in cardiovascular risk factor inequalities. *Heart*. 2006; 92(9):1198-206.
- 4- Boutayeb A. The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2006; 100(3):191-9.
- 5- Kosha A, Najmi M, Mahdavi Hazaveh A, Moghisi A, Ganbari Motlag A, et al. Collection of essential interventions on non-communicable diseases in Iranian primary health care system. Ministry of Health. 2017. [Persian]
- 6- Azdaki N, Kazemi T. National project of blood pressure control. *J Birjand Univ Med Sci*. 2019; 26(2): 95-7. [Persian]
- 7- Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, et al. Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children. *Canadian Journal of Cardiology*. 2018; 34(5):506-25
- 8- Chiolero A, Bovet P, Paradis G. Screening for elevated blood pressure in children and adolescents: a critical appraisal. *JAMA Pediatrics*. 2013; 167(3):266-73.
- 9- Atlas of STEP-wise approach to non-communicable diseases (NCD) risk factors surveillance (STEPS) 2021. Spring 2022
- 10- MOHME. National Program for Prevention and Control of Hypertension. 2013. [Persian]
- 11- Doosti Irani M, Abdoli S, Parvizi S, Seyed Fatemi N, Amini M. An umbrella named action research. *Iranian journal of medical education*. 2012; 11 (9): 1223-1230. [Persian]
- 12- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- 13- Atashzadeh Shourideh F, Hasani P. Action research: a way to improving quality nursing practice. *Nursing journal of AJA*. 2012; 1(19): 7-16. [Persian]
- 14- Asadzaker M, Abed saeedi Zh, Abedi HA. Development of Clinical Teaching Process of the Fundamentals of Nursing with Participatory Approach: an Action Research. *J Qual Res Health Sci* 2014; 3(2): 175-89.
- 15- Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. *J Hypertension*. 2014; 32(1):30-8.
- 16- Miri M, Ramazani A, Hanafi H, Gholinejad B. Analysis of quality assessment of the prevention & control of hypertension plan in Birjand University of Medical Sciences. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences*. 2006; 12(2):39-45. [Persian]
- 17- Khosravi A, Ansari R, Shirani S, Baghaei A. The causes of failure to control hypertension in population aged over 65. *Journal of Inflammatory Disease*. 2005; 9(2):8-14.
- 18- Shirani A, Baghaei A. The causes of failure to control hypertension in population aged over 65. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2005; 35(35):8-14. [Persian]
- 19- Akhlaghi M, Ranjbar H, Abedinzadeh MR, Ahmadi A. Comparative study of two methods of fluid therapy with Ringer's Lactate and Ringer's solution. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2018; 61(1):888-99. [Persian]
- 20- Tabrizi JS, Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Hassanzadeh R, Zakeri A, Abedi L. Effectiveness of the health complex model in Iranian primary health care reform: the study protocol. Patient preference and adherence. 2016; 10: 2063.

- 21- Dehnavieh R, Noorihakmat S, Masoud A, Moghbeli M, Rahimi H, Poursheikhali A, et al. Evaluating the Tabriz Health Complex Model, Lessons to Learn. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018; 13(0):59-70. [Persian]
- 22- Bakhtiari A, Takian A, Sayari A, Bairami F, Sadeghtabrizi J, Mohammadi A, et al. Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran. *Journal of Medicine and Cultivation*. 2017; 25(4):213-32.
- 23- Kaye R, Kokia E, Shalev V, Idar D, Chinitz D. Barriers and success factors in health information technology: A practitioner's perspective. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*. 2010; 3(2):163-75.
- 24- Nasrollahpour Shirvan SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alireza R. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. *J Babol university of medical sciences*. 2010; 11 (6): 46-52. [Persian]
- 25- Chérrez-Ojeda I, Vanegas E, Felix M, Mata VL, Gavilanes AW, Chedraui P. Use and preferences of information and communication technologies in patients with hypertension: a cross-sectional study in 35-35-28- Ecuador. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2019; 12: 583.
- 26- Fracoli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACCd. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciencia & saude coletiva*. 2014; 19: 4851-60.
- 27- D'Avila OP, Pinto LFDS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciencia & saude coletiva*. 2017; 22: 855-65.
- 28- Mojahed F, Vahidi R, Asgari JM, Gholopour K, Mehri N. Payment mechanisms effect on performance indicators of family physician program. 2015. [Persian]
- 29- Strasser S, London L, Kortenbout E. Developing a competence framework and evaluation tool for primary care nursing in South Africa. *Education for Health: Change in Learning & Practice*. 2005; 18(2): 133-44
- 30- Karami Z, Keyvanara M. Models of Relationship between Physicians and Patients Referring To the Clinic of Isfahan Shahid Beheshti Hospital, 2007. *Strides in Development of Medical Education*. 2010; 6(2): 149-156.