پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۲۵۵ تا ۲۶۰

مقاله اصلی
(Original Article)

ارزشیابی پوشش برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون در شهرستان دماوند در سال ۱۳۸۲

دکتر محمد رضا سهرابی*، دکتر محمدعلی حیدرنیا*، دکتر یدالله محرابی، دکتر فرید ابوالحسنی*****

* گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
** گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
*** گروه داخلی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: *این پژوهش با هدف بررسی پوشش غربالگری برنامه پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون در سطوح مختلف ارجاع و همچنین عوامل موثر بر بهره‌مندی از این خدمت در شهرستان دماوند طراحی شد.*

روش بررسی: *این مطالعه مقطعی روی ۴۰۰ نفر از افراد بالای ۳۰ سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان دماوند انجام شد. برای نمونه‌گیری ابتدا از میان ۲۷ خانه بهداشت شهرستان دماوند، ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در داخل هر روستا نمونه‌گیری به روش سیستماتیک و متناسب با جمعیت هدف هر روستا در دو گروه سنی ۳۱ تا ۵۰ سال و ۵۰ سال و بالاتر انجام شد و در نهایت با مراجعه به درب منازل پرسشنامه‌ها تکمیل شدند.*

یافته‌ها: *پوشش غربالگری برنامه در سطح اول برای مردان ۱۱/۵درصد، برای زنان ۱۴/۱درصد و در کل حدود ۱۳درصد و پاسخ مثبت به فراخوان ۹۴درصد بود. پوشش در سطوح بالاتر از خانه بهداشت صفر بود. شیوع پرفشاری خون ۹/۸درصد به دست آمد که شیوع در زنان (۱۰/۹درصد) کمی بیش از مردان (۸/۷درصد) بود. به دلیل پوشش بسیار پایین غربالگری برنامه، بررسی عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمت ممکن نشد.*

نتیجه‌گیری: *نتیجه این پژوهش نشان داد خدمت در نظر گرفته شده در برنامه به جمعیت هدف ارائه نشده و مردم از وجود این برنامه آگاهی نداشتند. استانداردهای برنامه به درستی رعایت نشده و نظارت بر اجرای برنامه ضروری است.*

واژگان کلیدی: *پرفشاری خون، غربالگری، ارزشیابی، پوشش، پیشگیری.*

مقدمه

بیماری پرفشاری خون یک بیماری شایع و بدون علامت است که در صورت تشخیص به موقع به راحتی قابل درمان خواهد بود. این بیماری در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده‌ای مانند سکته قلبی، سکته مغزی و نارسایی قلب می‌شود. شیوع پرفشاری خون از ۶ تا ۲۵ درصد در جمعیت بزرگسال تخمین زده می‌شود (۱،۲). در مطالعه قند و لیپید که در مرکز تحقیقات غدد درون ریز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، شیوع پرفشاری خون در مردان ۱۹ و در زنان ۱۸ درصد گزارش شده است (۳). پرفشاری خون دومین عامل خطری است که بیشترین بار بیماری به آن منتسب می‌شود. در سال ۲۰۰۰ بار قابل انتساب به پرفشاری خون ۴/۴درصد (معادل ۶۴ میلیون DALY (Disability Adjusted Life Years، هر دالی معادل یک سال عمر از دست رفته به علت مرگ زودرس یا ناتوانی می‌باشد(۴))، برآورد شده است و بار قابل اجتناب این بیماری در سالهای ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، دکتر محمد رضا سهرابی (**email:** drmsohrabi@sbmu.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۸

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

به ترتیب ۱/۷درصد (معادل ۲۵ میلیون DALY) و ۱/۹درصد (معادل ۲۷ میلیون DALY) برآورد می‌شود (۴). در حال حاضر حدود ۳۳ تا ۷۸/۵ درصد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون تشخیص داده نمی‌شوند یا در صورت تشخیص درمان کافی دریافت نمی‌کنند (۵،۶). این امر اهمیت غربالگری برای این بیماری را دو چندان می‌کند، تا بدین ترتیب موارد بیماری را قبل از بروز علایم و عوارض کشف و تحت درمان و مراقبت قرار دهند.

بدین منظور برنامه جدید کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۰ طراحی و در حال حاضر در تمامی کشور در حال اجرا می‌باشد. مطابق دستورالعمل در این طرح هر ۳ سال یکبار در مناطق تحت پوشش خانه‌های بهداشت، افراد ۳۰ سال و بالاتر غربالگری شده و افرادی که فشار خون بالا داشته باشند، جهت تشخیص، درمان و بررسی از نظر وجود عوارض به سطوح بالاتر ارجاع (مرکز بهداشتی درمانی روستایی، پلی‌کلینیک تخصصی، بیمارستان شهرستان و بیمارستان دانشگاهی) می‌شوند. لازم است این افراد در فواصل معین جهت پیگیری به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی مراجعه و در صورت نیاز به پزشک متخصص معرفی و در صورت صلاحدید او بستری شوند. نتایج موارد ارجاع در دفترچه مراقبت بیماران ثبت و پس از مراجعه بیمار به خانه‌های بهداشت در فرمهای مربوطه وارد می‌گردد. شاخصهای متعددی نیز برای بررسی برنامه از نظر پوشش در سطوح مختلف ارجاع، شیوع و بروز بیماری و عوارض آن، کنترل بیماری، دلایل عدم مراقبت معرفی و برای هر کدام استانداردهایی تعیین شده است. در این برنامه بیماری پرفشاری خون به فشار خون سیستولی ۱۴۰ میلیمتر جیوه و بالاتر یا دیاستولی ۹۰ میلیمتر جیوه و بالاتر اطلاق می‌شود (۷).

ارزشیابی برای بررسی وسعت تأثیرات هر برنامه، میزان دستیابی آن به اهداف مورد نظر، میزان پایایی نتایج و تأثیر آن بر سایر مراقبتهای بهداشتی انجام می‌شود (۸). به طور معمول در هر برنامه، فرآیندها (Processes)، پیامدها (Outcomes) و اثر نهایی (Impact) را می‌توان مورد ارزشیابی قرار داد. فرایند مجموعه فعالیتهای به هم پیوسته ایست که با یک فعالیت مشخص آغاز و با یک فعالیت مشخص پایان می‌یابد. هر فرایند دارای درون‌داد و برون‌داد است. برای مثال در این برنامه، درون‌داد گیرنده خدمتی است که تحت فرایند غربالگری قرار گرفته و برون‌داد آن فردی است که فشار خون او اندازه‌گیری شده و اسناد مربوطه تکمیل و در صورت نیاز به سطح بعدی ارجاع شده است. پیامدهای واسط مانند کنترل فشار خون و کاهش عوارض ناشی از آن و اثر نهایی ارتقاء سلامت جامعه است (۸،۹).

در ارزشیابی فرایند میزان بهره‌مندی از خدمت یا پوشش برنامه را می‌توان مورد بررسی قرار داد. پوشش عبارت است از نسبت افراد بهره‌مند شده از خدمت به افرادی که باید از خدمت بهره‌مند می‌شدند یا به عبارتی نسبت بهره‌مند به نیازمند (۹) و در این پژوهش نسبت افراد غربالگری شده از جمعیت هدف و نسبت افرادی که در هر سطح از خدمت بهره‌مند شده‌اند به افرادی که باید از آن خدمت بهره‌مند می‌شدند، به عنوان پوشش تلقی می‌گردد. اطلاعات بدست آمده از ارزشیابی می‌تواند مورد استفاده گروههای مختلف از جمله مجریان برنامه، دولت و سیاست‌گذاران بهداشتی، مراکز پشتیبانی‌کننده برنامه و محققان سیستمهای بهداشتی قرار گیرد (۷).

برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون نیز از این قائده مستثنی نیست و با توجه به آنکه غربالگری برنامه طی مدت ۶ ماه دوم سال ۱۳۸۱ انجام شده است، لذا در زمان اجرای این پژوهش با گذشت بیش از یک سال از شروع برنامه و پایان غربالگری زمان مناسبی برای ارزشیابی فرایند و پیامدهای آن بود تا بدین طریق بررسی شود که اقدامات انجام شده به چه میزان با طراحی برنامه مطابقت داشته و نتایج آن برای تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه برنامه مورد استفاده قرار گیرد. در این پژوهش، پوشش غربالگری، پوشش برنامه در سطوح مختلف، میزان دستیابی به اهداف کوتاه‌مدت برنامه و در نهایت، بهره‌مندی از این خدمت و عوامل موثر بر آن در خانه‌های بهداشت شهرستان دماوند بررسی شده‌اند. شهرستان دماوند با جمعیتی بالغ بر ۷۰ هزار نفر در شمال تهران واقع شده است و مردم آن از طریق یک شبکه بهداشت و درمان از خدمات بهداشتی- درمانی بهره‌مند می‌شوند. جمعیت ۳۰ سال و بالاتر در مناطق روستایی این شهرستان ۴۶۳۲ نفر مرد و ۴۵۴۳ نفر زن بودند.

مقالات متعددی به ارزشیابی و بررسی پوشش پرداخته‌اند. بیشتر آنها به بررسی پیامدها و یا ذکر درصد پوشش در مورد پرفشاری خون در قالب یک برنامه دیگر مانند برنامه کنترل دیابت و غیره پرداخته‌اند و مقاله‌ای جامع در مورد برنامه کشوری مشابه ایران یافت نشد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

مواد و روشها

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. کلیه افراد بالای ۳۰ سال تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان دماوند جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند. برای به دست آوردن حداکثر حجم نمونه، نسبت افراد تحت پوشش 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 شد.

برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از میان ۲۷ خانه بهداشت شهرستان دماوند ۱۴ خانه بهداشت با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها متناسب با جمعیت هدف هر روستا به روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت انتخاب شده تخصیص یافت و با استفاده از ساختار جمعیتی، جمعیت روستاهای انتخاب شده به دو گروه ۳۱ تا ۵۰ سال و ۵۰ سال و بالاتر تقسیم شدند و نمونه‌ها به صورت متناسب با جمعیت به این دو گروه تخصیص یافتند. در هر روستا نمونه‌گیری به روش سیستماتیک انجام شد و پرسشنامه‌ها با مراجعه به درب منازل تکمیل شدند.

متغیرهای مورد اندازه‌گیری شامل متغیرهای دموگرافیک و پوشش در سطوح مختلف ارجاع بود. در این تحقیق دو پرسشنامه طراحی شد. پرسشنامه شماره ۱ برای همه نمونه‌ها و پرسشنامه شماره ۲ فقط برای نمونه‌های مبتلا به پرفشاری خون تکمیل شدند. پرسشنامه‌ها بر اساس اظهارات نمونه‌ها تکمیل شد. با ایجاد یک بانک اطلاعاتی، داده‌های جمع‌آوری شده وارد رایانه شد و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس اطلاعات زمینه‌ای و دموگرافیک استخراج و به صورت آمار توصیفی ارائه شد. با توجه به اهداف مطالعه میزان پوشش غربالگری و سطوح مختلف ارجاع محاسبه شده و با معیارهای برنامه کشوری مقایسه گردید. عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمت نیز طبق اهداف تعیین شده به صورت آمار توصیفی ارائه شد. در نهایت با استفاده از آمار تحلیلی با روش کای‌دو عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمت که دارای رابطه معنی‌داری با غربالگری بودند، شناسایی و با استفاده از رگرسیون لجستیک سعی در یافتن مدلی برای نشان دادن چگونگی و میزان تاثیر عوامل مختلف بر بهره‌مندی از خدمت نمودیم.

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

یافته‌ها

۵۲درصد افراد بررسی شده مرد با میانگین سنی ۱۲/۵±۴۹/۴ سال (۷۹-۳۱ سال) و ۴۸درصد زن با میانگین سنی ۱۱/۱±۴۹/۱ سال (۷۴-۳۱ سال) بودند.

جدول ۱ توزیع افراد مورد بررسی از نظر شغل و تحصیلات را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود شغل عمده مردان آزاد (۳۵/۶درصد) و کشاورزی (۲۴/۵درصد) و اکثریت قریب به اتفاق زنان (۹۸/۴درصد) خانه‌دار بودند. ۲۹درصد آنان بی‌سواد و ۵۰/۸درصد تحصیلات ابتدایی و تنها ۵درصد مدرک دیپلم یا بالاتر داشتند. نسبت بی‌سوادی در زنان بیش از دو برابر مردان بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب وضعیت شغلی و تحصیلات به تفکیک جنس در شهرستان دماوند، سال ۱۳۸۲

	مرد	زن	کل
شغل			
آزاد	۷۴(۳۵/۶)*	۰	۷۴(۱۸/۵)
کشاورز	۵۱(۲۴/۵)	۰	۵۱(۱۲/۸)
دامدار	۱۲(۵/۸)	۰	۱۲(۳)
کارمند	۲۴(۱۱/۵)	۳(۱/۶)	۲۷(۶/۸)
خانه‌دار	۰	۱۸۹(۹۸/۴)	۱۸۹(۴۷/۳)
سایر مشاغل	۴۷(۲۲/۶)	۰	۴۷(۱۱/۸)
تحصیلات			
بالاتر از دیپلم	۱(۰/۵)	۰	۱(۰/۳)
دیپلم	۱۳(۶/۳)	۶ (۳/۱)	۱۹(۴/۸)
سیکل	۵۷(۲۷/۴)	۴(۲/۱)	۶۱ (۱۵/۳)
ابتدایی	۱۰۳(۴۹/۵)	۱۰۰(۵۲/۱)	۲۰۳(۵۰/۸)
بیسواد	۳۴(۱۶/۳)	۸۲(۴۲/۷)	۱۱۶(۲۹)
کل	۲۰۸(۱۰۰)	۱۹۲(۱۰۰)	۴۰۰(۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

۵۱ نفر (۱۳درصد) از افراد بررسی شده برای غربالگری فراخوانده شده بودند که این نسبت در زنان (۱۴/۱درصد) اندکی بیش از مردان (۱۱/۵درصد) بود. ۴۸ نفر (۹۴درصد) از افراد فراخوانده شده، برای غربالگری مراجعه کردند و در این میان تمام زنان فراخوانده شده، پاسخ داده بودند و تنها ۳ نفر از مردان مراجعه نکردند. همه این افراد، در دعوت اول به فراخوان پاسخ مثبت داده بودند.

شیوع پرفشاری خون در افراد فراخوان شده ۹/۸درصد به دست آمد که شیوع در زنان (۱۰/۹درصد) کمی بیش از مردان

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

(۸/۷درصد) بود. ۲۳درصد از این بیماران برای کنترل فشار خون خود تنها به خانه‌های بهداشت، ۲۶درصد تنها به مطبهای خصوصی و ۵۱درصد به هر دو مراجعه می‌کردند. از میان بیماران تنها بیماری یک مورد از شروع غربالگری توسط بهورز تشخیص داده شده بود و سایر موارد یا موارد قدیمی بوده یا خارج از برنامه غربالگری شناسایی شده بودند.

هیچیک از این بیماران دفترچه مراقبت از بیماران مبتلا به پرفشاری‌خون که در برنامه پیش‌بینی شده بود را دریافت نکرده بودند. طبق اظهارات آنان تا زمان انجام تحقیق، هیچ‌کدام از طریق خانه‌های بهداشت به سطوح بالاتر ارجاع داده نشده بودند و مراجعات مطابق دستورالعمل کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون نبوده است. معیار پوشش برنامه در سطوح دو، سه و چهار صفر بود. ۴ نفر از بیماران نیاز به بستری داشتند اما هیچ‌یک از طریق نظام ارجاع به بیمارستان معرفی نشده بودند. همه این افراد دوره بستری خود را به طور کامل سپری کرده بودند.

از ذکر اطلاعات مربوط به عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمت به دلیل عدم کاربرد در تجزیه و تحلیل آماری به دلیل پوشش پایین غربالگری این برنامه خودداری شده است.

بحث

در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و آموزشی باید توجه خاص به تحصیلات و شغل گروه هدف داشت تا میزان استقبال و بهره‌مندی از خدمات بالا رود. در برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری‌خون نیز با توجه به لزوم مراجعه مستمر و به موقع برای دریافت خدمت، اگر ارائه خدمت با توجه به شغل مردم منطقه و توانایی آنان برای مراجعه نباشد و آموزش و اطلاع‌رسانی مطابق با سواد عمومی نباشد، پوشش مطلوبی به دست نخواهد آمد. لازم به ذکر است که علت آمار بالای بی‌سوادی در افراد مورد بررسی، انتخاب این گروه سنی خاص است و کل جمعیت در نظر گرفته نشده است. در مطالعه‌ای در مصر یکی از عوامل خطر ابتلا به پرفشاری‌خون کم‌سوادی ذکر شده است (۱۰).

شیوع به دست آمده برای پرفشاری‌خون در این پژوهش تا حدودی با آمار موجود در مقالات و سایر متون مطابقت می‌کند. در مقالات شیوع پرفشاریخون از ۶درصد در مردان میانسال تا ۲۵-۱۵درصد در جمعیت بزرگسال و تا ۳۳ درصد در مراکز ارجاعی ذکر شده است (۵،۴). از آنجا که تنها نیمی از موارد بیماری پرفشاری‌خون تشخیص داده می‌شوند، با اجرای این برنامه سعی در یافتن نیمه دیگر این بیماران داشتیم. با توجه به عدم دستیابی به پوشش مورد نظر برنامه، به نظر می‌رسد شیوع به دست آمده در این پژوهش تخمینی کمتر از واقع است و با غربالگری کامل و اطلاع همه بیماران از پرفشاری‌خون، شیوع این بیماری نیز بالا رود. چنانکه در همه برنامه‌های غربالگری در اولین مرحله اجرای برنامه انتظار افزایش شیوع را داریم (۵).

پوشش غربالگری برنامه بسیار پایین بود و با معیارهای برنامه فاصله زیادی دارد. معیارهای دستورالعمل برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری‌خون برای پوشش غربالگری در ماههای اول تا ششم از شروع غربالگری برنامه به ترتیب ۱۶/۵، ۳۳/۵، ۵۰، ۶۶/۵، ۸۳/۵ و ۱۰۰ درصد بود اما در زمان انجام پژوهش با گذشت ۱۸ ماه از شروع برنامه تنها حدود ۱۳درصد پوشش حاصل شده است. یعنی یک سال پس از اتمام غربالگری حتی معیار تعیین شده برنامه برای ماه اول غربالگری نیز محقق نشده است.

در توجیه این تفاوت آشکار به نظر می‌رسد که غربالگری آن‌گونه که در برنامه پیش‌بینی شده به صورت فعال نبوده و تنها موارد در دسترس شامل مراجعین به خانه‌های بهداشت در زمان اجرای مرحله غربالگری برنامه و بیماران مبتلا به پرفشاری‌خون ثبت شده در خانه‌های بهداشت به صورت محدود غربالگری شده‌اند. لازم به ذکر است که طبق دستورالعمل برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری‌خون ابتدا باید لیستی از افراد واجد شرایط تهیه و سپس فراخوان عمومی صورت گیرد. بهورز باید افرادی که به دنبال فراخوان مراجعه نکنند را به صورت فعال با مراجعه به درب منزل پیگیری نماید (۲).

از طرف دیگر، امروزه عده‌ای در کارایی نظام ارائه خدمت در خانه‌های بهداشت با روشهای قدیم تردید دارند و خواستار بازنگری در آن هستند. گرچه روند سرشماریهای کشوری و همچنین زیجهای حیاتی موجود در روستاهای مورد مطالعه نشان‌دهنده مهاجرت از روستاها به شهر و کاهش رشد جمعیت و از طرف دیگر افزایش آگاهی مردم از روشهای جلوگیری از بارداری و استفاده از آنها، بهبود نسبی شرایط زندگی در روستاها، افزایش پوشش جاده‌ای و افزایش دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی شهرها حجم کاری بهورزان را کم کرده است اما تزریق برنامه‌های جدید مانند برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری‌خون یا دیابت به سیستم و حجم زیاد کار در هر برنامه باعث افت کیفیت شده است. شاهد این ادعا شیوع بسیار پایین

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

پرفشاری‌خون و انکار انجام غربالگری توسط جمعیت هدف است. برای مثال در روستای آبعلی با بیش از ۲۵۰۰ نفر جمعیت طبق فرمهای ثبت بیماران مبتلا به پرفشاری‌خون خانه بهداشت آن روستا، تنها ۱۵ مورد بیمار مبتلا به پرفشاری خون ثبت شده است که شیوع پرفشاری خون معادل ۰/۶ درصد در جمعیت کل و ۱/۵ درصد در جمعیت هدف را نشان می‌دهد. این در حالیست که در اوایل برنامه غربالگری به دلیل بیماریابی، انتظار افزایش شیوع پرفشاری خون را داریم.

یک نکته حایز اهمیت آنکه تمام افرادی که غربالگری شده‌اند و به آن پاسخ مثبت داده‌اند، با اولین فراخوان مراجعه کرده‌اند و هیچ‌یک در دعوت دوم یا بیشتر مراجعه نکرده‌اند. لذا با دیدی خوش‌بینانه می‌توان نتیجه گرفت که مردم به برنامه‌های پیشگیری در صورت توجیه بودن علاقه مند هستند و به خوبی با مجریان برنامه همکاری می‌کنند و در صورت اجرای صحیح برنامه و ارائه کامل خدمت، امید موفقیت آن می‌رود. البته باید توجه داشت که افراد فراخوانده شده یک نمونه تورش دار است، زیرا این افراد کسانی هستند که قبل از فراخوان بیشتر از خدمات خانه‌های بهداشت بهره‌مند می‌شدند، لذا باید با احتیاط در مورد آن قضاوت کرد.

پوشش سطح اول یعنی خانه‌های بهداشت بسیار ناقص بود. همانگونه که ذکر شد غربالگری به درستی انجام نیافته و بیماران به طور کامل ثبت نشده‌اند. به هیچ‌یک از بیماران ثبت شده دفترچه مراقبت از بیماران مبتلا به پرفشاری‌خون تحویل نشده و مراقبت از بیماران طبق دستورالعمل نبوده است (بیماران باید حداقل ماهی یک بار توسط بهورز مراقبت شوند). فعالیت بیماریابی بهورز نیز ضعیف بوده، به طوری که از شروع غربالگری برنامه تنها یک مورد از بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد بررسی توسط بهورز تشخیص داده شده بود؛ حال آنکه طبق مطالعات انجام شده، نیمی از موارد پرفشاری‌خون بدون علامت هستند و موارد زیادی برای کشف وجود داشته است (۵). از طرف دیگر طبق اظهارات افراد مصاحبه شده، بدلیل کمبود شدید دارو در خانه‌های بهداشت و محدودیت اقلام دارویی در اختیار بهورز، اکثر بیماران تمایلی به مراجعه به خانه‌های بهداشت ندارند و مستقیما به مطب پزشکان مراجعه می‌کنند و فقط مواقعی که دسترسی به پزشک ندارند و یا کنترل فشارهای معمولی به خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند. از آنجا که مراقبت در سطح اول ناقص بود، مراقبت در بقیه سطوح تحت تاثیر قرار گرفته است. طبق دستورالعمل اجرایی برنامه بیماران باید حداقل ۴ بار در سال توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی مراقبت شوند و به خانه بهداشت پس‌خوراند داده شود. در ضمن پوشش این سطح باید ۱۰۰درصد باشد. لیکن هیچ‌یک از افراد مصاحبه شده از طریق خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارجاع داده نشده بودند. نیاز به ویزیت متخصص باید توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی تعیین شود، اما با توجه به عدم ارجاع از خانه بهداشت این امر میسر نشده است و در عمل پوشش این سطح صفر بود (۷).

نیاز به بستری باید توسط پزشک مرکز یا پزشک متخصص تعیین شود. پوشش این سطح باید ۱۰۰ درصد باشد، یعنی تمام بیماران معرفی شده به این سطح باید تحت مراقبت قرار گیرند (۷). در عمل پوشش این سطح نیز صفر بوده است و با معیار برنامه تفاوت بسیار دارد.

بیمارانی که توسط پزشکان در مطبهای خصوصی ویزیت می‌شوند باید دفترچه مراقبت خود را به همراه داشته و پزشک نتیجه ویزیت را در آن ثبت کند (۷). متاسفانه هیچ‌یک از بیماران مصاحبه شده دفترچه مراقبت دریافت نکرده بودند.

این مطالعه همچنین سعی در بررسی میزان و عوامل موثر در بهره‌مندی از خدمت در برنامه کشوری کنترل و پیشگیری از پرفشاری‌خون را داشت، اما به علت پایین بودن پوشش غربالگری، علیرغم جمع‌آوری داده‌های مربوطه، امکان بررسی عوامل موثر بر بهره‌مندی از این خدمت وجود نداشت.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که خدمت در دسترس عموم جمعیت هدف قرار نگرفته است و تنها بخش کوچکی از آن بهره‌مند شده‌اند. پیشنهاد می‌شود صحت اطلاعات ارسالی از مراکز محیطی به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گیرد و تنها به بالا بودن آمار ارسالی اکتفا نگردد. همچنین پژوهشهای دیگری نیز در زمینه رضایت‌مندی کارکنان ارائه دهنده خدمت، انتظارات آنها و علل پایین بودن پوشش از دید آنها انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از زحمات همه عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند به خصوص مردم شریف روستاهای دماوند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]

REFERENCES

۱. حجت‌زاده ع، نوری ح. طرحی فرا فرهنگی برای تربیت کارکنان بهداشتی در مورد روشهای آموزش بیماران در زمینه پرفشاری خون. انتـشارات دفتر سازمان بهداشت جهانی در تهران، سال ۱۹۹۸.

2. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, editors. Harrison's principle of internal medicine. 15th edition. New York: Mc Graw-Hill, 2001.

3. Johnston K. Two view mammography at incident screens: cost effectiveness analysis of policy options. Br Med J 1999;319(7217):1097–102.

۴. احمدوند ع‌ر. گزارش جهانی سلامت سال۲۰۰۲. مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، زمستان سال ۱۳۸۱.

۵. شجاعی تهرانی ح، مولف. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. جلد ۴. تهران، انتشارات سماط. سال ۱۳۷۷.

6. Taylor RB, editor. Family medicine. 5th edition. New York: Springer, 1998.

۷. سماوات ط. دستورالعمل کشوری پیشگیری و کنترل بیماری پرفشاری خون. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، سال۱۳۸۰.

۸. شاهوردی م، مولف. اصول ارزشیابی. چاپ اول، انتشارات قاضی جهانی، تهران، سال ۱۳۷۸.

۹. ابوالحسنی ف، مولف. مدیریت برنامه‌های تندرستی. انتشارات برای فردا، چاپ اول، نهران، سال ۱۳۸۳.

10. Lessa I, Costa MC, Daltro ME. Differences in blood pressure measurement in the first consultations before and after implementation of the National Program of Hypertension Control. Rev Assoc Med Bras 1993;39(3):141-5.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-06]