مهدی زنگنه بایگی[1]، مصطفی پیوند[2*]

[1] دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
[2] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تبیین تجارب ارایه دهندگان خدمت در مورد کمپین فشار خون در ایران: یک مطالعه کیفی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۱۴ ؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماریهای قلبی عروقی از بیماریهای شایع در جهان بوده و شایع ترین علت مرگ و میر بزرگ سالان در دنیا شناخته شده، از این بین شیوع بالای پرفشاری خون در سراسر جهان و ایجاد عوارض جدی آن بر ارگانهای بدن که سومین عامل کشنده در دنیا محسوب می‌شود و سبب یک مرگ از هر هشت مرگ می‌باشد، بسیج ملی کنترل فشار خون جهت تمامی افراد بالای ۳۰ سال در سراسر ایران در خرداد ماه سال ۱۳۹۸ آغاز گردید. به منظور بررسی اثرات و استفاده از تجارب افراد از کمپین، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب ارایه دهندگان در مورد کمپین فشار خون در ایران انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع پژوهش های کیفی به روش تحلیل محتوا بود که با هدف کاربردی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمام خدمت دهندگان واحد های تابعه معاونت بهداشتی بودند. جهت پیشگیری از تاثیر ذهنیات محقق بر مصاحبه ها و فرایند پژوهش، پژوهشگر صرفا مصاحبه شونده را در مسیر پاسخ به سوالات قرار داده و از هرگونه القا و تاثیر وی مبتنی بر ذهنیت های خود جلوگیری می‌کردند. داده‌ها با استفاده از چک لیست مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد .

یافته‌ها: در این مطالعه ۴۲تعداد نفر شرکت کردند، پس از تحلیل مصاحبه ها تعداد ۴درون مایه اصلی(طرح تحول، محتوای بسته خدمت، منابع مالی، کمپین موقتی) و ۲۳ درون مایه فرعی استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: ادغام برنامه های موقتی، کوتاه مدت و پیش بینی نشده به صورت عمودی در سیستم بهداشتی باعث کاهش کیفیت و افزایش حجم کاری پرسنل می شود که نیاز به بازنگری بسته خدمتی فعلی و توجه به کارسنجی و زمان سنجی فعالیت ها دارد.

واژه‌های کلیدی: کمپین، فشار خون، غیر واگیر، تحلیل محتوا

***نویسنده مسئول:**
کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۰۹۱۵۹۴۱۲۹۶۵
Mp.peyvand@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

مقدمه

مشخصه اصلی مرحله دوم از گذار اپیدمیولوژیک بیماری ها، جایگزین شدن بیماری های مزمن غیرواگیر به جای بیماری های واگیر است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی بیماری های مزمن غیر واگیر شامل بیماری های قلبی و عروقی، سکته ها، انواع سرطان، دیابت و بیماری های مزمن ریوی است [۱]. بیماری های مزمن غیر واگیر نزدیک به نیمی از کل بار بیماری ها در دنیا را به خود اختصاص داده است [۲]. یکی از بیماری هایی که در جهان و ایران در حال افزایش است بیماری فشار خون می باشد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، فشار خون بالا بعد از دخانیات به عنوان دومین عامل خطر اصلی مرگ کشور های در حال توسعه و سومین عامل خطر اصلی برای بیماری های غیر واگیر معرفی شده است [۳]. بر اساس آمار سال ۲۰۲۳ سازمان جهانی بهداشت ۴۲ درصد از کل مرگ ها در کشور ایران مربوط به فشار خون و بیماری های قلبی می باشد [۴]. طبق تعریف فشار خون بالا در نتیجه افزایش فشار بیش از حد طبیعی جریان خون بر دیواره شریان ها ایجاد می شود. اگر فشار خون به طور دایمی بالاتر از حد طبیعی باشد، به آن فشارخون بالا می گویند. فشار خون بالاتر از حد طبیعی(پرفشاری خون) خود موجب عوارض کشنده ای است. به دلیل اینکه فشار خون بالا علامت ندارد تنها راه پی بردن به مقدار فشار خون هر فرد اندازه گیری فشارخون او است. بدون شک استمرار این وضعیت در آینده نزدیک منجر به بروز اپیدمی های گسترده بیماری های غیر واگیر خواهد شد[۵]. از طرفی امروزه موضوع سلامت از اولویت های اصلی زندگی هر فرد است. در هر نظام سلامت مردم به طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب دریافت نمایند[۶].

در کشور ایران از ابتدای انقلاب اسلامی نظام شبکه های بهداشتی و ساختار شبکه و بهورزان روی کار آمد و در سال ۱۳۷۴ طرح بیمه همگانی سلامت تصویب شد و تا سال ۱۳۸۴ بیمه روستایی و پزشک خانواده روستایی ادامه یافت، اما با توجه به چالش های فعلی سلامت مانند گذر اپیدمیولوژیک بیماری ها به سبب افزایش میانه سنی جمعیت، تغییر الگوی مصرف، شیوع رفتار های خطر زا، رشد سریع شهر نشینی باعث شده است روند بیماری ها از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن غیر واگیر و نیز علل بالینی به علل روانی و اجتماعی نقش پیشگیری و سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است که ارمغان این بیماری ها افزایش بار بیماری ها و ناتوانی ها و مرگ پیش از موعد برای میلیونها نفر انسان است که نیاز به مداخلات جدید تر می باشد[۷].

جهت پاسخ به نیاز های جدید مردم، برنامه تغییر و تحول در ایران در قالب برنامه طرح تحول نظام سلامت یکی از بزرگترین برنامه های اصلاح نظام سلامت از تاریخ ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ اجرا گردیده است. از اولویت های مهم این طرح ارتقای سلامت مردم و شاخص های سلامت جامعه افزایش رضایت مردم و شاخص های سلامت جامعه یکی از مهمترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، برقراری عدالت در تامین مالی نظام سلامت و کاهش بار هزینه های پرداختی مستقیم توسط بیمار است[۸].

با توجه به اهمیت توجه به بیماری های غیر واگیر به خصوص بیماری فشار خون، بسیج ملی کنترل فشار خون جهت تمامی افراد بالای ۳۰ سال در سراسر ایران در خرداد ماه سال ۱۳۹۸ آغاز گردید[۹]. اما ادغام کمپین های موقتی و برنامه های متعدد در سالیان متمادی، در نظام خدمات سطح اول مانند برنامه بهداشت روان، برنامه های تغذیه، برنامه کودک سالم و... باعث افزایش حجم کاری و کاهش کیفیت کار شده است، به طوری که کیفیت ارایه خدمات سلامت به مراجعه کنندگان و بیماران به صورت مستقیم تحت تاثیر حجم کاری کارکنان در یک واحد می باشد[۱۰].

تجربه سازمانی عبارت است از مفهوم سازی مدیر از عملیات سازمانی و رخداد های پیرامونی که شرایط توسعه افق دیدگاه های فردی و سازمانی وی را فراهم کرده باشد همچنین قابلیت یادگیری تحصیل مهارت استفاده مجدد و انتقال به دیگران را داشته باشد [۱۱]. بهره گیری از دانش و تجربیات در فرایند های دانشگاهی یکی از اصول اساسی کیفی سازی فعالیت ها به شمار می رود. بر این اساس برنامه ای می تواند با اقبال سازمان مواجه شود که در رعایت این اصل دقت و اهتمام لازم را به کار گرفته باشد. متاسفانه در کشور ما مستند سازی فعالیت ها به صورت هدف مند و روش مند مورد توجه واقع نشده و این امر موجب گردیده تا اطلاعات و روش هایی که در فرایند های مختلف هر سازمان از جمله دانشگاه ها از آنها بهره برداری شده و به عنوان پشتوانه و دارایی فکری یک سازمان محسوب می گردند چنان پراکنده شوند که کمتر شخصی قادر باشد در

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

مراجعات بعدی جهت استفاده از آنها راه پر نشیب و فراز کسب اطلاعات گرد آوری داده ها و طبقه بندی برای مستندات نمودن تجربیات اصول علمی را طی کند. باید ترتیبی اتخاذ شود که حرکت در این مسیر به دور از خطا و هدر دادن سرمایه ها باشد[۱۲].

در مطالعات کیفی لایه ها و چالش های پنهان اجرای هر طرح استخراج می‌شود که با در نظر داشتن نیاز به انجام چنین پژوهش هایی که در نهایت به تولید دانش کمک می کند، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب ارایه دهندگان در مورد کمپین فشار خون در ایران انجام گردید. نتایج این مطالعه می‌تواند جهت بهره گیری از ادغام کمپین فشار خون و بهبود عملکرد در ادغام های آینده در روند طرح تحول نظام سلامت و همچنین جهت ارزیابی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد تصمیم گیری و ارزیابی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع پژوهش های کیفی به روش تحلیل محتوا بود که با هدف کاربردی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل تمام خدمت دهندگان شامل: (مدیران معاونت بهداشتی، مدیران شبکه های بهداشت شهرستان، کارشناسان ستادی، مراقبین سلامت و بهورزان) واحد های تابعه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در پنج شهرستان (زاهدان، خاش، میرجاوه، سراوان و سیب سوران) بودند. معیار ورود سابقه یک سال کار در واحد های تابعه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان رضایت در مورد شرکت در مطالعه، داشتن زمان مناسب کافی و توانایی صحبت کردن در حد مطلوب بود. روش نمونه گیری با توجه به پست سازمانی خدمت دهنده به تناسب پراکندگی مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان برای شروع تعداد ۵ نفر خدمت دهنده (پنج نفر مدیر معاونت بهداشتی، پنج مدیر شبکه بهداشت شهرستان، پنج کارشناس ستادی و پنج مراقب سلامت) انتخاب شدند. نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها(بدین معنی که شرکت کنندگان مطلب جدیدی را به اطلاعات جمع آوری شده اضافه نکنند) ادامه یافت.

روش اجرای طرح پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات دانشجویی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کد۹۶۳۹) و کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC.1398.344) و کسب مجوزهای لازم، پژوهشگران با توجه به روش نمونه گیری ابتدا مصاحبه شوندگان (مدیران، کارشناسان ستادی و مراقبین سلامت) مورد نظر در واحد های تابعه دانشگاه را مورد شناسایی قرار دادند و سپس با هر کدام از افراد ابتدا تلفنی یا حضوری ارتباط برقرار شد و هدف از مطالعه توضیح داده شد و خلاصه ای از مطالعه شامل اهداف و راهنمای مصاحبه ارسال شد و جهت انجام مصاحبه وقت تعیین شد و در زمان مشخص شده به محل کار افراد مراجعه و مصاحبه ها انجام شد.

در ابتدای مصاحبه فرم رضایت نامه جهت مطالعه و امضا تقدیم فرد شد و سپس اطلاعات دموگرافیک در فرم مربوطه ثبت شد. در صورت موافقت مصاحبه ضبط شد. مصاحبه با سوال باز "نظر شما در مورد کمپین فشار خون چیست؟" شروع می‌شد و کم کم سوالات تکمیلی دیگری پرسیده می شد، پس از انجام مصاحبه در اولین فرصت نکات کلیدی مصاحبه یادداشت شد، در پایان روز تمام اطلاعات ضبط شده در یک فایل رایانه ای مکتوب شد. پس از نوشتن متن مصاحبه از روی صدا، متن به فرد ارسال می‌شد تا خوانده شود و در صورت نیاز به تغییر توسط فرد تایید و امضا شد و تایید مصاحبه ها وارد فرایند کدگذاری شد. در مواردی که مشارکت کنندگان اجازه ضبط صدا را نمی دادند، مصاحبه ها بر روی کاغذ، مکتوب شدند. جهت دستیابی به صحت (Trustworthiness) و استحکام داده ها (Rigor) مقبولیت آنها با استفاده از مطالعه و بررسی مستمر داده ها، پیاده کردن مصاحبه ها و بررسی مرور آنها تا پیدایش درون مایه های اصلی، بازنگری تجزیه و تحلیل انجام شده توسط همکاران طرح (Peer check) و بازنگری نوشته ها توسط شرکت کنندگان مطالعه (Member check) انجام گرفت. جهت تحلیل داده های هر مرحله از روش تحلیل محتوا (Content analysis) استفاده گردید. تحلیل محتوای کیفی شیوه ای تخصصی در پردازش داده های علمی است که به منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می گیرد تا داده ها خلاصه، توصیف و تفسیر شود. سپس با استفاده از نرم افزار Microsoft word 2016 در یک فایل کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعد متن مصاحبه ها چندین بار خوانده و مرور شد، به طوری که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده ها به واحد هایی معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته می‌شوند. واحد های معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کد های مناسب هر

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه ها، زیر موضوعات در هم ادغام شد و تقلیل گرایی (Reductionism) صورت گرفت و نهایت موضوعات اصلی مشخص شد. تحلیل اولیه پس از اولین مصاحبه با اولین نمونه شروع شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد. بدین صورت که درون محتوای هر جمله یک کد(کلمه کلیدی) وجود دارد، تمام کد های مشابه در یک زیر طبقه دسته بندی شده و سپس زیر طبقه های مشابه را در یک طبقه و پس از آن طبقات مشابه به صورت یک زیر مضمون طبقه بندی می شوند و در نهایت مضمون (Theme) شناسایی شد.

یافته ها

در این مطالعه کیفی تعداد شامل ۴۲ نفر مصاحبه شونده با طیف سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بودند. اطلاعات دموگرافیگ م شارکت کنندگان به تفضیل در جدول شماره ۱ بیان شده است:

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه

	متغیر	تعداد
جنسیت	مرد	۲۴
	زن	۱۸
سن	۲۰تا ۳۰ سال	۱۴
	۳۰ تا ۴۰ سال	۱۹
	بیشتر از ۴۰ سال	۹
پست سازمانی	پزشک	۱۱
	کارشناس ستادی حوزه بهداشت	۱۲
	مدیران حوزه بهداشت	۱۰
	بهورز و مراقب سلامت	۹
تحصیلات	کاردانی	۱۰
	کارشناسی	۱۷
	کارشناسی ارشد و دکترا	۱۵
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۱۱
	۶ تا ۱۰ سال	۹
	بالاتر از ۱۰ سال	۲۲

بر اساس نتایج جدول شماره یک: تعداد ۲۴ نفر مرد و ۱۸ زن با میانگین سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۱۹نفر)در مطالعه شرکت کردند. پست سازمانی اکثر آنها کارشناس ستادی (۱۲ نفر) و اکثریت آنها دارای مدرک کارشناسی (۱۷ نفر) بود.

پس از تحلیل مصاحبه ها تعداد ۴ درون مایه اصلی و ۲۳ درون مایه فرعی استخراج گردید که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

جدول۲. درون مایه اصلی و درون مایه های فرعی مربوط به شکل گیری کمپین فشارخون

درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
۱- طرح تحول	۱- الگو برداری از ساختار مراقبت های اولیه سایر کشور ها
	۲- مشکلات نیروی انسانی
	۳- عدم آموزش مناسب
	۴- تفاوت بین ویژگی های آموزشی نیروهای قدیم و جدید
	۵-تفاوت در فرهنگ
۲-محتوای بسته خدمت	۱- تغییر در ارائه خدمات از گروه های هدف به رده های سنی
	۲-ارائه خدمات مبتنی بر کنترل عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر
	۳- عدم تناسب خدمات
	۴- عدم توجه به محتوای خدمات از نظر کارسنجی، زمان سنجی
	۵- عدم توجه به مقوله ادغام خدمات
	۶-نبود زیر ساخت ها
۳- منابع مالی	۱- کاهش قابل ملاحظه اعتبارات مالی
	۲- عدم تعدیل در حجم خدمات
	۳- راکد ماندن پروژه های نیمه تمام
	۴- ایجاد ظرفیت های مختلف و تعهدآور
	۵- عدم توجه به ویژگی های منطقه ای
	۶- پرداخت بخش اعظمی از اعتبارات جهت نیروی انسانی
۴- کمپین های موقتی	۱- حالت موقت و تسکینی
	۲- نشان دهنده عدم انجام وظیفه در سیستم بصورت مطلوب
	۳- تجهیز امکانات قبل از اجرای کمپین و استفاده از تجهیزات با کیفیت
	۴- تعدد خدمات
	۵- حجم کاری بالا و تعدد خدمات، انجام خدمات درسایر موارد مانند غربالگری دیابت را نیز مختل نموده است.
	۶- امکان ارائه خدمات

۱- طرح تحول:

بسیاری از مشارکت کنندگان معتقد بودند که طراحی و اجرای طرح تحول نظام سلامت که به نوعی الگو برداری ناقصی از نظام مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) می‌باشد، عامل مهمی در ایجاد شرایط فعلی و عدم کارایی سیستم بوده است. به نحوی که با بکار گیری و جذب مراقبین سلامت، درصدد پوشش جمعیت در مناطق شهری و حاشیه شهر کم شده اند: "این افراد دارای مدرک لیسانس بوده ولی، فاقد ویژگی های مطلوب بهورزان از جمله: بومی بودن، امنیت شغلی و تعهد خدمت طولانی مدت می باشند".(شرکت کننده شماره ۶ مدیر معاونت بهداشت). علاوه بر این، آموزش کوتاه مدت مراقبین سلامت بدون توجه به نیاز جامعه صورت می پذیرد. عدم توجه به تفاوت های فرهنگی در مناطق شهری و عدم یکپارچگی جمعیت تحت پوشش بخصوص در حاشیه شهرها و از همه مهم تر، بالا بودن جمعیت تحت پوشش هر مراقبت سلامت را فراهم نموده

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

است که مراقب سلامت عملا نتواند تمامی وظایف تعیین شده را انجام دهد و تنها سعی بر کمیت خدمات بدون توجه به کیفیت داشته باشد.

"روز اولی که وارد سیستم شدم یه کارشناس ستاد اومد به من گفت هر چی توی دانشگاه یاد گرفتی بریز دور، روند کار با اون چیزی که توی دانشگاه یاد گرفتی کلا فرق میکنه "(شرکت کننده شماره ۱۱ مراقب سلامت). مبنای اصلی طرح تحول نظام سلامت بر کنترل عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر پایه ریزی شده است. کنترل فشارخون جزو خدمات سطح اول از سالهای قبل در نظام PHC ایران وجود داشته و در طرح تحول نظام سلامت نیز وجود دارد. یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد که: "در حال حاضر در تمام کشور، بیماریهای غیر واگیر مهم است ولی در استان سیستان و بلوچستان هنوز بیماریهای واگیر وجود دارند مانند: مالاریا، سل و تب کریمه کنگو. حتی برخی از بیماریهای غیرواگیر مانند تالاسمی در این استان هست و در جاهای دیگر نیست. این موضوع کار ما را بیشتر کرده است" (شرکت کننده شماره ۳۶کارشناس غیرواگیرمعاونت بهداشتی).

۲- محتوای بسته خدمت:

تغییر در محتوا و نحوه اجرای خدمات بهداشتی به اعتقاد بسیاری از مصاحبه شوندگان شاغل در سیستم بهداشتی دانشگاه، یکی دیگر از عوامل مهم در پایین آمدن کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده به گروه های هدف می باشد. براساس نقل قول یکی از مشارکت کنندگان: "از جمله ویژگی های بسته های خدمتی که مسبب شرایط جدید و وجود فاصله زیاد تا رسیدن به شاخص های تعیین شده در برنامه ها شده اند عبارتند از: تغییر ارائه خدمات از گروه هدف به گروه های سنی و به تبع آن، افزایش وظایف ارائه دهندگان خدمت".(شرکت کننده شماره ۷ مدیر معاونت بهداشتی). همچنین مدیر دیگری بیان داشت: "ثبت خدمات در بستر دیجیتال (سامانه سیب) به جای ثبت کاغذی و پرداخت حقوق کارکنان برمبنای تعداد خدمات ثبت شده در سامانه باعث توجه بیشتر از حد کارکنان به این سامانه شده است و ارتباط با دریافت کننده خدمت به نحو محسوسی دچار خلل شده است"(شرکت کننده شماره ۸ مدیر معاونت بهداشتی).

مشارکت دیگری ذکر کرد:"انجام برخی از خدمات موجود مانند تست فیت بسیار تخصصی بوده و تنها از عهده کارکنان آزمایشگاه بر می‌آید لذا خیلی از مراقبین سلامت و بهورزان مهارت کافی جهت ارائه این خدمات را ندارند".(شرکت کننده شماره ۳۷ کارشناس غیرواگیر).

مشارکت کننده دیگری نیز در مورد آموزش های نامناسب و عدم در نظر گرفتن پست سازمانی نیرو ها اظهار کرد:

"یه جلسه گذاشتن و یه نفر سخنرانی کرد و دستگاه فشار خون رو به ما نشون و به اصطلاح فشار خون گرفتن رو یادمون داد!! حالا ما نیروی های بهداشت محیط، تغذیه و روانشناس رو مجبور کردند، فشار خون بگیریم، خوب چه طوری! " (شرکت کننده شماره ۱۲ کارشناس روان). تعدد خدمات، جمعیت زیاد تحت پوشش هر بهورز و مراقب سلامت و عدم اولویت بندی بین خدمات، باعث شده تا کنترل فشار خون که یکی از مهمترین وظایف نیروهای ارائه دهنده خدمت در سطح اول میباشد تاکنون بطور کامل انجام نشود. انجام کمپین دلیلی بر این واقعیت میباشد. مراقب سلامتی چنین گفت "یکی از آرزوهای من در طول این سه سال همیشه این بوده تا تمامی افراد بالای سی سال را از نظر فشار خون کنترل نمایم، ولی در عمل این اتفاق رخ نداده است. در مناطق شهری هنوز تعداد زیادی از مردم بسته خدمتی خود را دریافت نکرده اند و تعداد بیشتری از مردم خدمات را بطور ناقص دریافت کرده اند" (شرکت کننده شماره ۱۳ مراقب سلامت). از طرف دیگر برخی مراقبین سلامتی هم نسبت به اجرای موقت کمپین ها انتقاد داشتند به طوری که یکی از مشارکت کنندگان اظهار کرد: "این کمپین هم مثل خیلی کمپین های دیگه یک مدتی انجام میشه و تموم میشه. هیچی ام ازش استخراج نمیشه. فقط کارهای ما رو بیشتر میکنه."(شرکت کننده شماره ۱۵ مراقب سلامت).

در طرح تحول نظام سلامت، عملکرد نیروها در سطح اجرا بر مبنای ارائه خدمات به گروه های سنی طرح ریزی شده است. در مقابل، ساختار موجود نظام سلامت در حوزه ستادی بهداشت از سطح ملی تا سطوح دانشگاهی و شهرستانی بر مبنای برنامه های مختلف واحد بندی شده است. پس از اجرای طرح تحول نیز ساختار موجود مبتنی بر عملکرد جدید تغییر نکرده است. این تناقض باعث ایجاد چالش در بویژه در بخش نظارت بر عملکرد نیروها شده است. "واحدهای ستادی از قبل شامل سلامت خانواده، بیماریهای واگیر،

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

بیماریهای غیرواگیر، سلامت روان و... می‌باشد. ولی یک مراقب بایستی خدمات را به گروه های سنی بدهد. در هر بسته خدمت مربوط به هر گروه سنی، تعدادی خدمت مربوط به حوزه سلامت خانواده است و تعدادی مربوط به بیماریها، تغذیه و سلامت روان. با توجه به تفکیک کارشناسان در سطح ستاد، عملا نظارتها بصورت یکپارچه نیست و هر کارشناسی قسمت مربوط به خود را نظارت میکند. بهتر این است که ما کارشناس رده سنی داشته باشیم. مثلا کارشناس سالمندان تمام برنامه سالمندان را چک کند"(شرکت کننده شماره ۱ مدیر شبکه شهرستان).

بر مبنای تئوری بروکراسی، تمایل به ساختار امپراتور گونه در تمامی حوزه ها، کار را بسیار مشکل کرده است. چرا که هر حوزه ستادی قصد افزایش حوزه تحت پوشش خود را دارد و نگاه کلی به تمام بخش ها ندارد. "دلیل اصلی افزایش برنامه ها در بسته های خدمتی اینست که هر واحد ستادی در سطح ملی با هدف پررنگ کردن واحد خود، درصدد افزایش تعداد برنامه های خود در سطح اجرا است"(شرکت کننده شماره ۹ مدیر معاونت بهداشتی).

ادغام برنامه های مختف در طرح تحول سلامت و افزایش حجم کاری پرسنل موضوع دیگری بود که یکی از مدیران شبکه به آن اشاره نمود"انفعال بیش از حد واحد توسعه شبکه وزارت به این چالش دامن زده است بطوری که در عمل تعداد زیادی از خدمات جدید، بدون کارسنجی و زمان سنجی دقیق به مجموعه وظایف بهورزان و مراقبین سلامت در طی سالیان اخیر اضافه شده است" (شرکت کننده شماره ۲ مدیر شبکه شهرستان). در نقل قول مستقیمی از مدیران شبکه شهرستان آمده است که" ساختار بهداشت به شدت بروکراتیک است. در مقایسه با سالهای قبل، سیستم بسیار پیچیده تر، عریض و طویل و انعطاف ناپذیرتر شده و این شرایط به شدت جریان انجام کارها را کند و زمان بر کرده. بخش عمده ای از قابلیتهای کارکنان در این وضعیت بدون استفاده شده است و خلاقیت، مفهومی بدون کاربرد شده است." (شرکت کننده شماره ۳ مدیر شبکه شهرستان).در این باره مشارکت کننده دیگری نیز گفت : "سطح بالاتر فقط میخواد آمار افراد غربالگری شده بره بالا (دارن کمیت رو دارن فدای کیفیت میکنند) آخه کی توی ورزشگاه یا توی پارک هنگام ورزش فشارشو چک میکنه!!!" (شرکت کننده شماره ۱۶ مراقب سلامت).

بسیاری از مصاحبه شوندگان، گذشته نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران را در بوجود آمدن شرایط موجود موثر می دانستند و معتقد بودند که کارگزاران و تصمیم گیرندگان بخش سلامت با درنظر گرفتن ویژگی های نظام PHC در گذشته، برنامه های بسیاری را به وظایف ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در سطح یک، افزوده اند. وجود نیروهای متعهد و بومی بنام بهورز، آشنا با ویژگی های فرهنگی، اجتماعی جمعیت تحت پوشش خود در سیستم بهداشتی که آموزش های لازم را برای برآورد نمودن نیاز جامعه در مدت نسبتا طولانی (۲سال) کسب نموده و از ورزیدگی کافی جهت ارائه خدمات برخوردار بودند. به تدریج و در طی سالیان بعد، مدیران سطح ملی تغییر یافتند و این حساسیتها جهت اضافه نمودن خدمات دیگر در سیتم شبکه کم رنگ شد. به طوری که در حال حاضر تعداد زیادی از خدمات توسط بهورزان ارائه میشود بدون آنکه کار سنجی و زمان سنجی دقیقی انجام شود و یا از خدمات قبلی کاسته شود. براساس نقل قول یکی از شرکت کنندگان "وجود ساختار کارآمد و سطح‌بندی شده نظام PHC در ارائه خدمات در مناطق روستایی از دهه ۶۰، باعث شده تا برنامه‌ریزان بخش سلامت با توجه به جذابیتهای فراوان سیستم و بر اساس علایق خود، برنامه های جدید بسیاری را در سطح یک ارائه خدمات، طراحی و اجرایی نمایند. این در حالی است که هیچ یک از برنامه های قبلی از لیست وظایف بهورزان حذف نشده است". (شرکت کننده شماره ۱۷ بهورز روستا) در چنین شرایطی، کنترل فشار خون علیرغم اینکه جزو مهمترین برنامه‌های حوزه بهداشت می باشد، ولی بدلیل تعدد برنامه ها، امکان انجام آن جهت تمامی افراد تا کنون مهیا نشده است. "کنترل فشار خون بایستی جزو اولویت ها باشد. در حال حاضر اینطور نیست و در عمل خیلی به آن توجه نمی‌شود. تعداد برنامه ها خیلی زیاد است. از گذشته تاکنون این تعداد بسیار زیادتر شده است". (شرکت کننده شماره ۱۸ بهورز روستا)

بروکراسی موجود باعث شده تا هر کدام از واحدهای ستادی در سطح ملی، تعداد زیادی خدمت در بسته خدمتی سطح اول اضافه نمایند بدون آنکه کارسنجی و زمان سنجی دقیقی انجام شده باشد و یا حداقل اولویت بندی شده باشند: "برخی از خدمات موجود در بسته خدمتی فاقد کارشناس مرتبط در سطح وزارتی است ولی در دوره ای به بسته خدمتی اضافه شده و پس از آن حذف نشده است". (شرکت کننده شماره ۳۸ کارشناس ستادی) در این وضعیت، تفاوتی

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

بین کنترل عوامل خطر مهمی که باعث مرگ و میر بالا در جامعه میشود با مواردی که اهمیت کمتری دارند وجود ندارند.

۳- منابع مالی

یکی دیگر از عوامل مهم که در صحبت های مصاحبه شوندگان بویژه مدیران به آن اشاره بسیار زیادی شد بحث منابع مالی و چالش های مربوط به آن بود. در نقل قول مستقیمی از یکی از مدیران آمده است که: مبنای بسیاری از خدمات و برنامه های سیستم بهداشتی مربوط به طرح تحول مربوط به سال‌های آغازین آن (سال ۹۳ و ۹۴) می‌باشد که اعتبارات به اندازه کافی موجود بود، اما در سال های اخیر به علت کاهش شدید اعتبارات تخصیص یافته به بخش بهداشت، انجام بسیاری از این خدمات و برنامه ها عملا امکان پذیر نیست". (مشارکت کننده شماره ۴ مدیر شبکه شهرستان) کمبود منابع باعث شده است تا پرداختی به نیروهای ارائه دهنده خدمت بویژه در مناطق شهری در سال جاری کمتر از سالهای قبل شود. علاوه بر این، اغلب پرداختی ها با تاخیر انجام میشود. یکی از پزشکان خانواده در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بیان داشت که: "در ماههای اخیر حقوق و کارانه ما به موقع پرداخت نمیشود. با گذشت بیش از سه ماه از سال جاری، هنوز مقداری از مطالبه های من مربوط به سال گذشته نیز پرداخت نشده است. شرایط اقتصادی کشور این وضع را برای من سخت تر کرده است". (شرکت کننده شماره ۳۱ پزشک مرکز خدمات جامع سلامت) این شرایط بر کمیت و کیفیت ارائه خدمت در بیشتر مناطق تاثیر گذاشته است. در چنین شرایطی به نظر میرسد پرسنل فاقد انگیزه کافی جهت فعالیت در کمپین کنترل فشار خون باشند. به گفته یکی از مراقبین سلامت بخش خصوصی: "ما جزو نیروهایی هستیم که کمترین امنیت شغلی را داریم. شرکت همیشه ما را تهدید به اخراج میکند. حقوق ما اغلب ماهها با تاخیر پرداخت میشود.در چنین شرایطی بایستی برخی از اوقات در ساعات غیر اداری نیز در ایستگاههای کمپین فعالیت کنیم بدون اینکه دستمزد دیگری دریافت کنیم". (شرکت کننده شماره ۱۹ مراقب سلامت).

۴- کمپین های موقتی

زمانی که وظیفه یا خدمتی مهم و ضروری بصورت مطلوب در سیستم انجام نشده باشد، برگزاری کمپین می تواند در کوتاه مدت این نیاز را برآورده نماید. در واقع برگزاری کمپین یک حالت موقت و تسکینی دارد.

در نقل قول از یک پزشک معاونت بهداشتی آمده است " بالا بودن حجم کاری مراقبین سلامت و بهورزان، تعدد بسته های خدمتی، عدم اولویت بندی خدمات در بسته های خدمتی و بالا بودن جمعیت تحت پوشش بخصوص در مناطق شهری، سبب شده است تا تعداد زیادی از افراد بالای ۳۰ سال از نظر فشارخون مورد غربالگری قرار نگیرند و در واقع این خدمت مهم و ضروری به دلایل مذکور مغفول واقع شده و جهت اصلاح این وضعیت برگزاری کمپین در کوتاه مدت می تواند ارائه این خدمت را تقویت نماید." (شرکت کننده ۱۰ پزشک معاونت بهداشتی).

مشارکت کننده ای نیز در مورد استفاده از تجهیزات نامطلوب در کمپین چنین گفت:

"این فشارسنج های دیجیتال اصلا دقیق نیست، با دیجیتال میگیریم یه فشار نشون میده، با جیوه ای میگیریم یه عدد دیگه رو نشون میده" (شرکت کننده ۳۲ پزشک مرکز خدمات جامع سلامت).

مسئول پایگاهی مشارکت کننده ای نیز نبود تجهیزات مناسب در هنگام اجرای کمپین گفت:

"ما چهار تا مراقب سلامت توی این پایگاه هستیم و یه دونه فشارسنج داریم، با این حجم مراجعه نمیتونیم فشار خون همه رو بگیریم "(شرکت کننده شماره ۲۰ مراقب سلامت).

مراقب سلامتی نیز از نحوه اجرای اشتباه کمپین چنین گفت: (به من یک فشارسنج دادن بعد گفتن برو توی این محله در خونه ها در بزن و فشار ها رو ثبت کن و تا وقتی ۶۰ تا فشارخون نگرفتی بر نگردی، سوالم اینه که این حالت فشار گرفتن رو کجای دستورالعمل نوشته بودند! "(مشارکت کننده شماره۲۱ کارشناس مبارزه با بیماری ها مراقب سلامت).

شرکت کننده ای نیز در مورد برنامه ریزی و زمان بندی کمپین آینده گفت:

" بنظرم اگه کمپین دیگه ام میخوان برگزار کنند چند ماه قبلش دستورالعمل اجرایی رو برای ما بفرستن تا ما بر اساس دستورالعملش خودمون رو آماده کنیم تا بتونیم به بهترین نحو احسن اجراش کنیم" "(مشارکت کننده شماره۲۲مراقب سلامت).

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب ارایه دهندگان خدمات سلامت در مورد کمپین فشار خون در ایران انجام شد. نتایج در قالب ۴ مضمون اصلی (طرح تحول، محتوای بسته خدمت، منابع مالی، کمپین) طبقه بندی گردید.

بر اساس نتایج مطالعه عمده ترین چالش هایی که مشارکت کنندگان تاکید زیادی بر آن داشتند ادغام برنامه های طرح تحول سلامت در برنامه کاری پرسنل بود که با در نظر گرفتن این موضوع ادغام برنامه های عمودی و موقتی موجب افزایش کار پرسنل و کاهش کیفیت کاری آنها میشود. به طوری که در نظام مراقبت های بهداشتی اوّلیّه[1] ۱۱ بسته داشت اما طرح تحول ۲۰۰ خدمت دارد. با توجه به انعطاف پذیری فراوان سیستم بهداشتی، واحد ها بر اساس علایق خود، برنامه های جدیدی را طراحی و اجرایی می نمایند. این در حالی است که هیچ یک از برنامه های قبلی از لیست وظایف مراقبین و بهورزان حذف نشده است.

زنگنه و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان بررسی زمان سنجی و کارسنجی فعالیت های بهورزان خانه های بهداشت به این نتیجه رسیدند که ادغام برنامه ای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش زمان انجام کارها و کاهش کیفیت در انجام آنها می شود. در تبیین این یافته میتوان چنین گفت که بهتر است با افزایش یک کار جدید از کارهای غیر ضروری در برنامه های قبلی کم شود و توجه بیشتر به مقوله زمان سنجی و کارسنجی فعالیت ها انجام گیرد[10]. یکی دیگر از عمده چالش ها و موانع اجرای کمپین کمبود اعتبارات مالی؛ پس از طرح تحول نظام سلامت بود، کمبود سرانه اعتبارات، صرف بودجه اختصاص یافته به سایر برنامه ها و وجود تحریم ها، را از علل کمبود منابع مالی در کمپین میدانستند. راهبرد پاداش علاوه بر عنصر مالی که تامین کننده نیاز های سطوح پایین کارکنان می باشد در برگیرنده مولفه غیر مالی شامل حس قدردانی و استقلال شغلی است که توان قابل ملاحظه ای در تغییر رفتار کارمندان دارا می باشد. خدابخشیان و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که رابطه مثبت و معنا دار میان انگیزش و عملکرد کارکنان بخش های بهداشتی و درمانی وجود دارد و هرچه از طریق اعطای پاداش های سازمان موثر، عامل انگیزش تقویت گردد، مطابق آن عملکرد مناسب تری از سوی کارکنان حاصل خواهد آمد. در واحد هایی که مدیریت به کارکنان به هدف ارائه مراقبت با کیفیت پاداش می دهد و از آنها حمایت میکند نیروهای کاری تلاش بیشتری جهت انجام نقش های شغلی شان صرف خواهند کرد و در نتیجه عملکرد موثرتری خواهند داشت زیرا که سیستم پاداش موثر سبب بروز رفتار هایی در افراد می شود که عملکرد را در آنها بر می انگیزد[16].

اجرای طرح تحول نظام سلامت اقدام خوبی در وزارت بهداشت است اما این نکته را باید در نظر گرفت که با توجه به حجم برنامه های گسترده این طرح و میزان اعتبارات آن، طرح باید با برنامه ریزی منسجم پیش برود. لذا سیاستگذاران و متولیان اصلی سلامت در کشور باید در بازنگری و تعدیل طرح تحول سلامت به این نکات توجه داشته تا بتوانند به خوبی در رفع مشکلات و بهبود وضعیت موجود گام بردارند و این طرح سازنده از اهداف عالیه خود دور نماند.

آموزش های کوتاه مدت، نامناسب و عدم در نظر گرفتن پست سازمانی نیروها و استفاده از پرسنل غیر تخصصی جهت اجرای کمپین نیز وجود نیرو های چندگانه در کار (رسمی، قرار دادی و شرکتی) و همچنین بی انگیزگی پرسنل مهمترین موضوعات دیگر بود که شرکت کنندگان به آن اشاره داشتند و معتقد بودند که این عوامل باعث کیفیت پایین اجرای کمپین شده است. نیروی کار رکن اصلی و بنیانی تشکیل دهنده جامعه صنعتی است که با تربیت صحیح و هدایت آن، می توان جامعه ای هدفمند و محیط کاری سالم را به وجود آورد. جهت دست یافتن به این مهم، وجود مدیریتی توانا و آگاه نسبت به دانش مدیریت و مسائل روز دنیا از اهمیت بسزایی برخوردار است.خمرنیا و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که منابع انسانی اعم از کارکنان و مدیران، با ارزش‌ترین سرمایه‌های هر سازمانی محسوب می‌شوند و رسالت سازمان باید دادن فرصت مناسب برای رشد و افزایش بهره‌وری آنان باشد و تاکید کردند با توجه به تغییرات روزافزون شرایط و به طبع آن غیر قابل پیش بینی بودن شرایط آتی سازمان های بهداشتی و همچنین ناپایدار شدن وضعیت محیطی هر سازمان به دلیلی تغییرات تکنولوژی

[1] Primary Health Care (PHC)

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

اقتصادی و سیاسی و در نهایت تاثیر پذیری اجتناب ناپذیر سازمان از این تغییرات سازمان ها پیش از پیش به دنبال راهکار هایی برای افزایش بهره وری و رسیدن به شرایط پایدار و امن می باشند[۱۷]. یکی از راهکارهای مناسب در راه رسیدن به اهداف مطلوب سازمانی، ایجاد انگیزش روانی در کارکنان جامعه صنعتی است. با توجه به این نکته که ایجاد انگیزش در محیط های کاری گوناگون و کارکنان متفاوت می باشد، مدیریت بایستی سیاست های مدیریتی خود را با توجه به محیط کار و شناخت و آگاهی کامل از اوضاع موجود طراحی و اجرا نماید.در این تحقیق سعی شده به بررسی و اهمیت طرح پاداش نقدینگی توسط مدیران به زیر مجموعه های خود و بازدهی کارمندان اعمال گردد. عدم وجود نیروی انسانی کافی در زمان اجرای کمپین نیز موضوع دیگری بود که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند، که باعث تحمیل فشار مضاعف بر روی پرسنل موجود و همچنین بروز اختلال در روابط بین پرسنل موجود و مراجعین می شد. لذا حذف یا تسهیل این فشار مضاعف با توجه به نقش کلیدی مراقبین سلامت در ارتقای کیفی و کمی سطح ارائه خدمات بهداشتی و افزایش رضایت مندی مراجعان تاثیر بسزایی دارد.عرب و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که توجه مدیریت سازمان به حجم کاری پرسنل، باعث می شود کارکنان نسبت به موثر بودن فعالیت های خود در جهت دستیابی به اهداف سازمان اطمینان حاصل کنند و با دریافت بازخورد های مثبت از مدیریت با انگیزه بیشتر وظایف خود را به انجام برسانند[۱۸].منابع ناکافی و ناپایدار، وجود نیروهای چندگانه و بی انگیزه، بسته خدمتی بزرگ و غیر معمول، باعث شد تمام افراد جامعه خدمات سطح اول را دریافت نکنند، راه حل موقت ایجاد کمپین بود اما راه حل کامل و جامع تعدیل بسته خدمتی و اولویت بندی براساس واقعیت جامعه می باشد. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به پرداختن به تمامی جنبه های کمپین فشار خون با استفاده از رویکرد کیفی و دریافت اطلاعات ارزشمند از این طریق و همچنین ورود به مقوله ارزیابی کمپین های وزارت بهداشت به عنوان اولین پژوهش معتبر انتشار یافته اشاره نمود. از محدودیت های این مطالعه نیز میتوان به مواردی همچون تکیه صرف بر ادراکات مشارکت کننده و عدم بررسی اثرات این مثبت و منفی کمپین در قالب عنوان شاخص ها و مطالعه کمی اشاره نمود. محدودیت دیگر این مطالعه، عدم انتشار مقالات و گزارشات رسمی و معتبر مرتبط با حوزه ارزشیابی کمپین فشار خون جهت مقایسه نتایج با پژوهش حاضر می باشد.در این پژوهش تجربیات تعدادی از کارمندان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مورد بررسی قرار گرفت، انجام کمپین از مرکزی به مرکز دیگر و از شهری به شهر دیگر می تواند متفاوت باشد.

نتیجه گیری

نتایج بدست آمده نشان داد که ادغام برنامه های موقتی، کوتاه مدت و پیش بینی نشده به صورت عمودی در سیستم بهداشتی باعث کاهش کیفیت و افزایش حجم کاری پرسنل می شود که نیاز به بازنگری و توجه به کارسنجی و زمان سنجی فعالیت ها در برآورد نیروی انسانی و کم کردن کارهای زائد و غیر ضروری قبل از ادغام برنامه های آتی امری مهم و اجتناب ناپذیر است. نقطه مثبت مطرح شده در رابطه با اجرای کمپین فشار خون توجه به برنامه های غیر واگیر بود. اما بسترسازی نامناسب و تامین ضعیف زیر ساخت ها، باعث به وجود آمدن دیدگاه منفی نسبت به کمپین توسط پرسنل شده بود. با واقع گرایی در بسته های خدمتی، امکان پرداختن به اولویت های اساسی میسر می شود و نیازی به اقدامات تسکینی نمی باشد.

پیشنهادات

انجام تحقیقات با چشم انداز وسیع تر در حوزه بهداشت و تدوین مداخلات جامع محور جهت ارتقای عملکرد کمپین ها به سایر محققان علاقمند پیشنهاد می شود. امکان سنجی آموزشی پرسنل و تامین تجهیزات قبل از اجرای کمپین ها، آگاهی مردم در مورد مراجعه دوره ای به مراکز بهداشتی از جمله پیشنهادات کاربردی این مطالعه می باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است.نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کارمندان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، که در انجام این پژوهش آنان را یاری نموده اند اعلام می دارند.

تعارض در منافع

نویسندگان این مقاله تصریح می‌کنند که در انجام مطالعه حاضر هیچ گونه تضاد منافعی نداشته‌اند.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

References

1. Twetman S. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. Eur J Oral Sci. 2018;126 Suppl 1:19-25.
2. Benziger CP, Roth GA, Moran AE. The Global Burden of Disease Study and the Preventable Burden of NCD. Glob Heart. 2016;11(4):393-7.
3. Cameranesi M, Mollard R, Balshaw R, MacKay D. The Hans Kai trial: study protocol of a mixed methods randomized controlled trial evaluating a peer-led health promotion program for adults with or without noncommunicable diseases. Trials. 2023 Oct 24;24(1):689. doi: 10.1186/s13063-023-07708-z. PMID: 37875962; PMCID: PMC10598963.
4. Noce A, Romani A, Bernini R. Dietary Intake and Chronic Disease Prevention. Nutrients. 2021;13(4):1358. Published 2021 Apr 19. doi:10.3390/nu13041358.
5. Vischer AS, Burkard T. Principles of Blood Pressure Measurement - Current Techniques, Office vs Ambulatory Blood Pressure Measurement. Adv Exp Med Biol. 2017;956:85-96.
6. Peyvand M, Ansari H, Payandeh A, Yadegari MA. Cumulative Probability of Occurrence of Retinopathic in Type II Diabetes Using Survival Analysis in Zahedan City. Journal of Diabetes Nursing. 2023 Apr 10;11(2):2104-17.
7. Fadakar Davarani MM, Aghabozorgi Davarani MM, Daliri L. A Study on Perceived Discrimination from Implementation of the Health Reform Program among Employees of Training Organizations in Rafsanjan City, 2015. Health and Development Journal. 2018;7(1):23-32.
8. Gharibi F, Janati A, Farajollah Beiknoori M, Amini Daghalian B. A Survey of Health System Reform Circumstances from the Experiences of Managers and Nurses of Tabriz Taleqani Hospital. Depiction of Health. 2015;6(1):1-10.
9. Maftoon F, Aghasi M, Rafiee Bahabadi M, naghizadeh moghari f, montazeri a. A national campaign on 'High Blood Pressure Control' in Iran: A rapid evaluation. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2020;19(6):711-21.
10. Zanganeh Bagigh M, Khammarnia M, Payvand M, Ravangard R, Azarang M. A Review of the Timing and Performance Calibration of Health Care Workers' Activities of Health Homes in 2018. Sadra Medical Journal. 2018;7(1):11-22.
11. Elahi S, Baharifar A. Designing a structure for the documentation of managers organizational experiences. Management Research in Iran. 2005;9(20):23-52.
12. Bastani P, Samadbeik M, Dinarvand R, Kashefian-Naeeini S, Vatankhah S. Qualitative analysis of national documents on health care services and pharmaceuticals` purchasing challenges: evidence from Iran. BMC Health Services Research. 2018;18(1):410.
13. Keshvari M, Shirdel A, Taheri Mirghaedi M, Yusefi AR. Challenges in the Optimal Management of Human Resources in Hospitals: A Qualitative Study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2020;7(4):349-60.
14. Khammarnia M, Ansari-Moghaddam A, Peyvand M, Setoodehzadeh F. Role of Substance Abuse Treatment Centers in Addiction Recurrence. Int J High Risk Behav Addict. 2019;8(4):e91864.
15. BArati O, Kamerrneya M, Sadeki A, Seyavosi E. Skills, Capabilities, and Requirements of Hospital Managers: A Qualitative Study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2020;5(1):17-28.
16. Khodabakhshian M, Rafiei S. The Impact of Organizational Reward on Employee Performance with Mediating Role of Motivation in Teaching Hospitals of Qazvin. Health_Based Research. 2016;2(3):223-32.
17. Khammarnia M, Kassani A, Peyvand M. Relationship between partnership working and employees' productivity in a University of Medical Sciences in the South of Iran. Journal of Health Management & Information Science. 2016;3(3):89-93.
18. Arab M, fazayeli S, mohamadpour M, pirmoazen V, Yousefi M. Estimating the number of needed personnel in admission department of Children's Medical Center affiliated with Tehran University of medical sciences using work and time Measurement Hospital. 2010;8(3):19-26.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal

Alborz University of Medical Sciences Journal, Fall 2023, Vol. 12, No. 4:383 - 394 *Original Article*

Mehdi Zanganeh Baygi[1], Mostafa Peyvand[2*]

[1]Associate Professor in Health Care Management, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

[2]MSc, Epidemiology, Student Research committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Experiences of service providers about the blood pressure campaign in Iran: A qualitative study

Received: 5 Aug 2022 ; Accepted: 14 Nov 2022

Abstract

Background and Aim: Cardiovascular disease is one of the most common diseases in the world and is known as the most common cause of adult mortality in the world. It is considered and causes one in eight deaths. The National Blood Pressure Control Mobilization for all people over the age of 30 throughout Iran began in June 2017. In order to investigate the effects and use of people's experiences of the campaign, the present study was conducted to explain the experiences of providers about the blood pressure campaign in Iran.

Methods: This study was qualitative research using content analysis method, which was conducted with an applied purpose in 2018. The study population included all employees of the affiliated units of the Deputy Minister of Health. In order to prevent the influence of the researcher's mentality on the interviews and the research process, the researcher simply placed the interviewee in the way of answering the questions and prevented any induction and influence based on their mentalities. Structured was collected Content analysis method was used to analyze the data.

Results: A total of 42 interviewees with an age range of 30 to 40 years, including physicians, experts and managers of health care providers, health workers were included in the study. 24 males and 18 females. Four main themes and 23 sub-themes were extracted

Conclusion: The integration of temporary, short-term and unforeseen programs vertically in the health system reduces the quality and increases the workload of personnel. Which needs to review the current service package and pay attention to the job evaluation, timing of activities.

Keywords: Campaign, Blood pressure, non-communication

***Corresponding Author:**

MSc, Epidemiology, Student Research committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Tel: 09159412965
E-mail: Mp.peyvand@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61186/aums.12.4.383]