

تبیین تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی: یک مطالعه کیفی

فاطمه رجعتی^۱، محمد کمالی^۲، سرور پرویزی^۳

^۱ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

^۲ دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشیار، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

^۳ دکتری تخصصی پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نویسنده مسئول: سرور پرویزی، آدرس: تهران، میدان توحید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن ۶۶۹۲۷۱۷۱، نمابر ۶۶۹۰۴۲۵۲

پست الکترونیک: s_parvizy@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۷؛ پذیرش: ۸۹/۸/۱

مقدمه و اهداف: دستیابی به "بهداشت برای همه" در بنیانه آلماتا در سال ۱۹۷۸ به عنوان شعار زیربنایی و براساس مراقبت‌های بهداشتی اولیه به تمام کشورهای جهان معرفی شد. چگونگی دسترسی به این هدف مهم یعنی دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی بیشتر با نشانگرهای کمی بررسی شده است. در حالی که رویکرد کیفی می‌تواند تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی از منظر مصرف‌کنندگان را بشناساند بینش عمیقی را در این زمینه ایجاد کند. این مطالعه با هدف توصیف و تفسیر درک استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی از دسترسی به خدمات و به دست آوردن بینش عمیق‌تر در مورد تجربه مصرف‌کنندگان این خدمات انجام شده است.

روش کار: مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق، با ۹ نفر از مراجعه‌کنندگان به مرکز بهداشتی-درمانی انتخاب شده به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. مصاحبه‌ها ضبط، دست‌نویس و سپس با رویکرد پدیدشناسی و با استفاده از روش "اون مانن" تجزیه و تحلیل شدند. **نتایج:** شش مضمون زیر در تجزیه و تحلیل داده‌ها ظهور یافتند. رویارویی با فرصت‌های آموزش همه‌جانبه، ارتباطات مشتری‌مدار، خدمات بهداشتی باکیفیت، کفایت زمانی-مکانی خدمات بهداشتی، عدالت محوری و مشارکت فردی.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که دسترسی به خدمات بهداشتی چیزی فراتر از وجود خدمات به تنهایی است. خدمات بهداشتی با آموزش بهداشت و برقراری عدالت اجتماعی تکمیل خواهد شد. آموزش‌های همه‌جانبه و افزایش مشارکت‌های فردی در بهره‌مندی مطلوب از خدمات بهداشتی برای توانمندسازی مردم لازم به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دسترسی، مطالعه کیفی، پدیدارشناسی، تجربه زنده

مقدمه

ملی و جهانی خود را با تسهیل دسترسی مردم به خدمات بهداشتی فراهم کنند.

دسترسی به منابع خدماتی کافی با فرصت داشتن برای کسب مراقبت‌های بهداشتی تفاوت دارد. به عبارت دیگر دسترسی مفید مردم به خدمات بهداشتی، به موانع مالی، سازمانی، فرهنگی و اجتماعی در به کارگیری این گونه خدمات محدود می‌شود (۲). پژوهش‌های کیفی با حضور در محیط طبیعی برای تفسیر پدیده‌ها و درک و تفسیر شرایط طبیعی زندگی مردم می‌کوشند. درست همان طور که خود مردم آن را درک می‌کنند. درک عمیق و جامع‌چرایی و چگونگی پدیده‌ها رسالت پژوهش کیفی است (۳). به علاوه درک تجربه دسترسی به خدمات و مراقبت‌های بهداشتی گامی است به سوی مراجع محوری و مشتری‌گرایی در مقابل دیدگاه‌های جزمی و خودمحوری از سوی کارکنان بهداشتی. در واقع سازماندهی و طراحی برای دسترسی به خدمات بهداشتی

خدمات بهداشتی با تحولات اخیر در شکل، محتوا و اولویت‌های مسایل مرتبط با انسان در تمام حیطه‌ها تغییر کرده و این تغییر منجر به ایجاد نیازها و انتظارات جدیدی شده است. تحولات اقتصادی، اجتماعی-فرهنگی، دگرگونی ساختار خانواده، کاهش مرگ و میر کودکان، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی تغییر کرده و به دنبال آن دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و چگونگی کیفیت خدمات، اهمیت بیشتری یافته است. به گونه‌ای که مراکز خدمات بهداشتی سهم بیشتری را در گسترش، حفظ و ارتقای سلامت مردم ایفا می‌کنند. دسترسی آسان شامل کمک به مردم برای برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی است. دسترسی به خدمات بهداشتی برای سیاست‌گذاران، محققان، مدیران، کارگزاران خدمات بهداشتی و همچنین استفاده‌کنندگان خدمات مساله پر اهمیتی به شمار می‌رود (۱). گاه دولت‌ها در برنامه‌ریزی‌های کلان می‌توانند وجاهت

پدیده شناسی برای بررسی تجارب افراد استفاده شد. پدیده شناسی هرمنیوتیک یکی از انواع پدیده شناسی است که نوع خاصی از تفسیر و تاویل را جهت آشکار سازی مخفی شده در پدیده را ارائه می نماید (۷). هرمنیوتیک در حقیقت توصیف و تفسیر نوشتاری پدیده‌هاست. چنین رویکردی از پدیده شناسی، معناهای مرتبط با پدیده را در سطح مناسبی از عمق و غنا مشخص می‌کند (۸).

محیط و نمونه‌های پژوهش

محیط پژوهش یکی از مرکزهای بهداشتی درمانی تحت پوشش مرکز بهداشت غرب تهران بود. مصاحبه‌ها در اتاقی که با همکاری رییس مرکز به همین منظور آماده شده بود، انجام شد. نمونه‌گیری بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سابقه بیش از یک سال مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی بود تا تجربه عمیق و غنی داشته باشند. نویسنده اول (ف-ر) با نمونه‌گیری هدفمند ۹ نفر از مراجعین به یک مرکز بهداشتی درمانی غرب تهران را انتخاب نمود که علاوه بر داشتن معیارهای مذکور زمان کافی و علاقمندی برای شرکت در مطالعه و بیان تجربیات خود در مورد دسترسی به خدمات بهداشتی بودند. مشارکت کنندگان تنها با توجه به معیارهای مذکور بدون توجه به جنس و سن انتخاب شدند و ۸ نفر از شرکت کنندگان زن و یک نفر مرد بوده و ۳ نفر از مراجعین به واحد واکسیناسیون و ۲ نفر از مراجعین به واحد تنظیم خانواده و ۴ نفر هم مراجعین به واحد مراقبت از کودک بودند. سابقه مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی در ۳ نفر از شرکت کنندگان یک سال، ۲ نفر دو سال، و ۴ نفر سه سال و بیشتر بود و هر یک از شرکت کنندگان دارای پرونده خانوار و تاریخ ثبت مراجعات و نوع خدمات ارائه شده بود.

جمع آوری داده‌ها

فرم راهنمای مصاحبه در بر گیرنده دو دسته سوال بود. دسته اول سوال‌های اساسی با سه پرسش زیر بودند:

- ۱- چگونه با مرکز بهداشتی درمانی آشنا شدید؟
- ۲- وقتی عبارت دسترسی به خدمات بهداشتی را می‌شنوید چه چیزی به ذهنتان خطور می‌کند؟
- ۳- موقعیت، مکان یا زمانی بوده است که شما احساس کنید دسترسی تان به خدمات بهداشتی بیشتر یا کمتر است؟

دسته دوم سوالات پیگیری محسوب می‌شدند. در این پرسش‌ها مصاحبه کننده می‌تواند نکات یا لغات خاصی که شرکت کنندگان به کار می‌برند را پیگیری نماید. مانند آیا می‌توانید درباره ... بیشتر

درمانی نیازمند کشف و تفسیر دیدگاه گیرندگان خدمات و مراقبت‌های بهداشتی است. کارکنان تیم بهداشتی و از جمله پرستاران، اگر بخواهند به افراد جامعه در ارتقاء سلامت کمک کنند، باید بتوانند مثل آن‌ها و در آن شرایط بیان‌دیشند (۴).

تجربه زنده در جهان زندگی در مورد پدیده دسترسی به خدمات بهداشتی موضوعی است که برای هر فرد منحصر به فرد است. تحقیقات کیفی پژوهش‌های مبتنی بر فرهنگ، ارزش محور و وابسته به زمینه‌ی اجتماعی- فرهنگی^۱ هستند (۵). از این رو دریافت معنای این تجربه برای مشارکت کنندگان با زمینه فرهنگی و اجتماعی خاص خودشان اهمیت دارد و با استفاده از رویکرد کیفی امکان پذیر خواهد بود.

مطالعات اندکی با رویکرد کیفی و با تمرکز بر تجربه زنده افراد در مورد دسترسی به خدمات بهداشتی انجام شده که نشان دهنده تجربه و دیدگاه مشارکت کنندگان بوده است. در یک بررسی برای شناخت نقش خصوصیات سیستمی و فردی در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در دو منطقه متفاوت مسکونی در امریکا بررسی و با شرکت کنندگان در مورد تجاربشان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی مصاحبه شد. دسترسی منطقی به خدمات بهداشتی در چهار مضمون خلاصه شد: دسترسی اقتصادی، دسترسی جغرافیایی، وجود خدمات، دسترسی اجتماعی _ فرهنگی (۱). در مطالعه دیگری به روش کیفی برای کشف و درک تجارب دریافت کنندگان خدمات بهداشتی با پزشکان، درمانگران و پرستاران و مدیران بخش بهداشت مصاحبه شد. چهار مضمون زیر ظهور یافت: "خصوصیات محیط"، "خصوصیات درمانگران"، "نظام ارجاع"، "خصوصیات مشارکت" (۶).

این مطالعه با هدف توصیف و تفسیر درک استفاده کنندگان خدمات بهداشتی از دسترسی به خدمات و به دست آوردن بینش عمیق‌تر در مورد تجربه مصرف کنندگان این خدمات انجام شده است.

روش کار

روش پژوهش: پدیده شناسی

این مطالعه یک پژوهش کیفی و به شیوه پدیده شناسی انجام شده است. پیش فرض این مطالعه بر این مبناست که تحلیل توصیفات مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی از تجربه زندگی شده شان در مورد دسترسی به خدمات بهداشتی قابل فهم و درک است. واحد پژوهش در این مطالعه تجربه افراد بود و لذا از رویکرد

^۱ Value laded or Context based

الف- روی آوردن به ماهیت تجربه زندگی شده: این فعالیت پژوهشی تجربه انسانی را وابسته به بافتی که تجربه در آن صورت گرفته است می‌داند. این مضمون اشاره به حضور مداوم سوال مربوط به پدیده مورد بررسی در ذهن پژوهشگر دارد که معنی تجربه دسترسی در مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی منتخب چیست؟

ب- کنکاش تجربه مورد بررسی همانطور که زندگی شده است: محقق تلاش کرد تا در عمق و قلب دنیای مرتبط با زندگی و موقعیت قرار بگیرد. تجارب همانطور که وجود داشتند بیان شدند و بر مثال‌های واضح تأکید شد. سوالات پیگیری مانند مثال بزنید یا آیا خودتان هم چنین تجربه‌ای داشتید؟ به پیاده کردن این مقوله کمک کرد.

ج- تأمل بر مضمون‌های ذاتی که مشخص کننده پدیده هستند: پاسخ به این سوال که چه چیزی ماهیت تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهد منجر به آشکار شدن مضمون‌های ذاتی پدیده مورد بررسی شد. به این ترتیب از فعالیت‌های تحلیل مضمونی و متمایز کردن مضمون‌های ذاتی از مضمون‌های فرعی استفاده شد.

د- هنر نوشتن و باز نویسی: نوشتن، در پدیده شناسی نقش اساسی در توصیف و تفسیر پدیده مورد بررسی دارد. نوشته‌ها ممکن است بارها و بارها به موازات کسب بینش عمیق‌تر در جریان تحقیق تغییر کند. در پژوهش حاضر نیز محقق متن پدیده شناسی را با توجه به یافته‌های پژوهش تنظیم نمود. این کار با درک نمونه‌هایی از نقل قول مشارکت کنندگان انجام گرفت.

ه- حفظ ارتباط قوی و جهت دار با پدیده: محقق در طول تحقیق باید بر سوال اصلی تحقیق پایبند باقی بماند، در غیراین صورت ممکن است تسلیم فرضیات سست شود و به مسیرهای فرعی منحرف گردد. محقق سعی کرد با ایجاد عمق و غنای مناسب در متن و عدم محدود نمودن ذهن خود به معانی آنی داده‌ها به سوال اصلی تحقیق پایبند باقی بماند.

و- مطابقت بافت پژوهش با در نظر گرفتن اجزا و کل: محقق در طول تحقیق با حفظ ارتباط اجزا با کل در ذهن خود، توانایی تهیه متن پدیده شناختی را فراهم آورد که بتواند نمایانگر واقعی داده‌های موجود در پدیده مورد مطالعه باشد. در این مطالعه یافته‌ها در قالب مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها معرفی، توصیف و تفسیر شدند. به این ترتیب مضمون‌های به دست آمده محقق را در تدوین متن پدیده شناختی کمک کرد.

توضیح دهید؟ آیا می‌توانید یک خاطره خوب یا یک خاطره بد از یک روز مراجعه را بیان کنید و وقتی می‌گویید... منظور شما چیست؟

مصاحبه‌ها به نحوی جهت داده شدند که در هدایت تحقیق به سمت بیرون کشیدن معنای تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی کمک کننده باشند. طول مدت هر مصاحبه بین یک تا یک و نیم ساعت بود. مصاحبه‌ها بر روی نوار صوتی ضبط و سپس پیاده شدند. برگه‌ها تاریخ نویسی گردیدند، موقعیت و زمان مصاحبه و شماره مشارکت کنندگان هم روی برگه‌ها آورده شد.

صحت داده‌ها

در این مطالعه محقق با استفاده از مجموعه‌ای از اقدامات مانند نوع طراحی سوالات، تحلیل حین انجام مطالعه، انجام ندادن مرور متون قبل از جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها فرایند براکتینگ (کنارگذاری) را تا حد امکان پیاده نمود. براکتینگ از پیش نیازهای انجام مطالعه پدیده شناسی است و آن عدم استفاده محقق از پیش پنداشت‌های خود، و انتظارات یا چارچوب نظری به عنوان مرجعی برای هدایت تحقیق در زمان جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنهاست.

اخلاق پژوهش

از مشارکت کنندگان خواسته شد که فرم رضایت نامه اخلاقی تنظیم شده بر اساس معیارهای اخلاقی پژوهش کیفی را امضا نمایند. در این رضایت نامه اختیاری بودن شرکت در مصاحبه و تمام فرآیند پژوهش، محرمانه ماندن صدای ضبط شده و نام مشارکت کنندگان، کسب اجازه در مورد ضبط صدا، حق انصراف در روند پژوهش مورد تأکید قرار گرفته بود. مشارکت کنندگان مورد تعیین مکان مصاحبه مختار بودند اما تمام مشارکت کنندگان ترجیح دادند که مصاحبه در مرکز بهداشتی درمانی انجام شود.

تحلیل داده‌ها

دسترسی به خدمات بهداشتی به عنوان پدیده مورد مطالعه تنها زمانی قابل تفسیر است که تجربه زندگی شده افراد را درمورد آن درک نماییم. از این رو پدیده شناسی تفسیری به عنوان پایه فلسفی پژوهش در این مطالعه، مناسب به نظر رسید.

روش پیشنهادی ون مانن به عنوان رویکردی در انجام پدیده شناسی هرمنیوتیک به عنوان متدولوژی پژوهش و روش تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. شش مرحله روش ون مانن به عنوان ساختار روش شناسی پژوهش در زیر شرح داده می‌شود.

یافته‌ها

مضمون‌هایی که در این مطالعه ظهور یافتند همگی در مورد تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی مراجعین به مرکز بهداشتی درمانی منتخب و بر اساس هدف مطالعه یعنی توصیف و تفسیر پدیده دسترسی به خدمات بهداشتی بود. این مضمون‌ها از عبارت، جمله یا پاراگراف جدا شدند، بدین ترتیب که این جملات یا پاراگراف‌ها در ابتدا ۱۰ مضمون و ۱۱۷ زیر مضمون را تشکیل دادند و سپس با ادغام آن‌ها تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی در قالب ۶ مضمون و ۱۹ زیر مضمون ظهور یافتند (جدول شماره ۱). تمام مضمون‌ها با یکدیگر در ارتباط بوده و نوعی الگو از تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی را نمایان می‌سازد. مضمون‌های اصلی و زیر مضمون‌ها با فرازهایی از مصاحبه‌ها در قسمت زیر ذکر می‌شود:

۱- رویارویی با فرصت‌ها و چالش‌های آموزش همه جانبه در این مطالعه شرکت کنندگان از آموزش به عنوان جنبه مهمی از دسترسی به خدمات بهداشتی یاد کردند. مراجعین آرایه اطلاعات بهداشتی، وجود منابع یادگیری و مشاوره و ارتباط دانش نظری با عمل، چه در سطح کارکنان و چه در سطح خدمات گیرندگان را جنبه مهمی از تجارب دسترسی خود به خدمات بهداشتی توصیف نمودند. زیر مضمون‌های ظهور یافته از این مضمون عبارت بودند از: "کسب دانش عمیق، کافی و مداوم"، "به کارگیری دانش در تغییر نگرش و رفتار بهداشتی"، "وجود و آرایه منابع اطلاعاتی بهداشتی".

در محیط مرکز بهداشتی درمانی، آموزش فقط شامل مراجعین نمی‌شد دو شرکت کننده زیر لزوم آموزش را به ترتیب در مراجعین و آرایه دهندگان خدمات تأکید کرده‌اند. این فرازی از یکی از مصاحبه‌ها است: "پرسنل خوب راهنمایی کنند بالاخره بعضی‌ها که می‌آیند سواد درست و حسابی ندارند. اطلاعاتشون کمه. بیشتر توضیح بدهند." مشارکت کننده دیگری در این باره گفته است: "هر سوالی دارم در مورد بچه سوال می‌پرسم زیاد جواب درستی نمی‌دهند. مثلاً می‌پرسم نرمی استخوان داره یا نه می‌گویند بپرید دکتر بیرون ما سر در نمی‌آوریم."

مشارکت کنندگان وجود خدمات را به عنوان شرط لازم در دسترسی به خدمات و آموزش را به عنوان شرط کافی در بهره‌مندی از خدمات دانسته‌اند.

۲- ارتباطات مشتری مدار

در برخورد آرایه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات بهداشتی

مسایل و روابط انسانی به حیطه آرایه خدمات بهداشتی وارد می‌شود. ارتباطات انسانی با محوریت دریافت کنندگان خدمات مضمون دیگری بود که سه زیر مضمون "امنیت فیزیکی-روانی"، "ارتباط تعاملی- انگیزشی" و "مهارت ارتباطی صحیح" آن را حمایت نمودند.

شرکت کننده‌ای اظهار داشت: "من که راضی هستم. بعضی وقتها است من برای وسایل پیشگیری از بارداری اومدم گفتم ماه دیگه نمی‌تونم بیام چون باید مرخصی بگیرم وسیله ماه دیگه را هم بهم دادند." این مساله موجب ایجاد انگیزش برای مراجعه بعدی در فرد شده بود. در مقابل مراجعه کننده دیگری با نارضایتی گفت: "یک راهنمایی کوچک هم به آدم نمی‌کنند. یا به خاطر شلوغی است چون جمعیت مراجعه کننده زیاد است. یا به خاطر اینکه حوصله اش رو ندارند."

نداشتن مهارت ارتباطی صحیح کارکنان، همواره مورد اعتراض مراجعه کنندگان بوده است. در مجموع یکی از مؤلفه‌های مهم دسترسی به خدمات بهداشتی ارتباطات مشتری مدار بود. این مضمون نشانگر اهمیت ارتباطات انسانی با محوریت توجه به استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی بود. تجربیات مراجعین نشان داد که حتی روابط انسانی نیز در دسترسی به خدمات بهداشتی اثر گذار است.

۳- خدمات بهداشتی با کیفیت:

با توجه به تجربه مشارکت کنندگان هنگامی دسترسی به خدمات بهداشتی وجود داشت که خدمات از کیفیت مناسبی برخوردار باشند. سه زیر مضمون "نظم و ترتیب در آرایه خدمات و انعطاف پذیری در انجام فعالیت‌ها"، "استفاده از دارو و تجهیزات تازه بهداشتی در شرایط فاقد آلودگی" و "شایستگی نیروی انسانی" منجر به ظهور مضمون خدمات بهداشتی با کیفیت شدند. تعهد و شایستگی کارکنان و آرایه دهندگان بسیار با اهمیت بود. یکی از مشارکت کنندگان با تأکید بر خدمات با کیفیت گفته است: "رسیدگی بشه توقعی بیشتر از این نداریم پیگیری کنند کارمون رو."

همچنین استفاده از تجهیزات تازه در مکان بهداشتی مد نظر بوده و این فراز شاهدی بر این مدعا است: "خوب خدمات خوب باشه، تمیز باشه، چون قبلاً اینجا خوب نبود. الان خوب شده" بیشتر مشارکت کنندگان از دسترسی به خدمات بهداشتی به عنوان وجود نظم و ترتیب در آرایه خدمات بهداشتی در عین حال انعطاف پذیری در انجام فعالیت‌ها و تعهد نیروی انسانی تعبیر کردند.

خدمات بهداشتی اولین چیزی که به ذهن آدم خطور می‌کند همین کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی است که نزدیک منزلم باشه. بتونم استفاده کنم. مشکلی پیش می‌آید سریع بتونم مراجعه کنم. "مراجعه کننده دیگری بر تمرکز خدمات سطوح مختلف در مکان اشاره کرد:

"پزشک عمومی که دارند. بهتر بود پزشک متخصص اطفال هم همین جا داشتند یعنی همین جا که ارجاع می‌دهند پزشک هم باشه. حالا با پول هم باشه عیب نداره خیلی بهتره." مراجعه کننده دیگری به محدود بودن ساعات و مکان ارایه خدمات اشاره کرد: "این جایک طوری است خدمات، که فقط صبح ارایه می‌شه. تازه من ساعت ۱۲ اومدم رسیدگی نکردند، گفتند نیستند. بعضی‌ها شاغل هستند و بعد از ظهرها می‌توانند بیایند اگر اینجا بعد از ظهر هم باشه اونها هم می‌توانند بیایند می‌تونند اینجا رو شیفتی کنند شیفت بعد از ظهر بگذارند."

۴- جامعیت و کفایت زمانی- مکانی خدمات بهداشتی:

کفایت زمانی گستره وسیعی را شامل می‌شد و از انتظار در مراکز بهداشتی درمانی تا صرف زمان کم برای رسیدن به خدمات را در بر می‌گرفت. نزدیک بودن محل دریافت خدمات و تمرکز مکانی خدمات مختلف نیز از عمده مسایل مربوط به کفایت مکانی خدمات بهداشتی بود. چهار زیر مضمون "جامعیت و کفایت زمانی- مکانی خدمات بهداشتی" عبارت هستند از: "فاصله مکانی و زمانی برای دریافت خدمات"، "تمرکز خدمات بهداشتی در مکان"، "عبور و مرور آسان"، "ارایه خدمات بدون مرزهای زمانی و مکانی".

یکی از مشارکت کنندگان در این باره گفت: دسترسی به

جدول شماره ۱- مضمون‌ها و زیر مضمون‌های استخراج شده

۱- روبرویی با فرصت‌ها و چالش‌های آموزش همه جانبه	<ul style="list-style-type: none"> • کسب دانش عمیق، کافی و مداوم • بکارگیری دانش در تغییر نگرش و رفتار بهداشتی • وجود و ارایه منابع اطلاعاتی بهداشتی
۲- ارتباطات مشتری مدار	<ul style="list-style-type: none"> • امنیت فیزیکی-روانی • ارتباط تعاملی- انگیزشی • مهارت ارتباطی صحیح
۳- خدمات بهداشتی با کیفیت	<ul style="list-style-type: none"> • نظم و تربیت در ارایه خدمات و انعطاف پذیری در انجام فعالیت‌ها • استفاده از داور و تجهیزات تازه بهداشتی در شرایط فاقد آلودگی • شایستگی نیروی انسانی
۴- جامعیت و کفایت زمانی- مکانی خدمات بهداشتی	<ul style="list-style-type: none"> • فاصله مکانی و زمانی برای دریافت خدمات • تمرکز خدمات بهداشتی در مکان • عبور و مرور آسان • ارایه خدمات بدون مرزهای زمانی و مکانی • فراهم بودن نیروی انسانی متخصص به ازای جمعیت • برابری در بر آوردن نیازها • پایین بودن هزینه خدمات بهداشتی
۵- عدالت محوری	<ul style="list-style-type: none"> • حق انتخاب • خود کارآمدی • عملکرد منطقی
۶- مشارکت فردی	

فراهم بودن نیروی انسانی گفت: "پزشکی، پرستاری به کسی باشه کارمون رو انجام بده ... دیگه." شرکت کننده دیگری در مورد برابری در ارایه خدمات برحسب نیاز بیان داشت: "نیاز ... هر موقع آدم احتیاج داشته باشه بتونه مراجعه کنه. کاری که نیاز داره زود براش انجام بشه."

سرعت رسیدن به خدمات و زمان صرف شده و مکان طی شده برای دریافت خدمات از عمده تجربیات مراجعین برای دریافت خدمات محسوب می‌شود.

۵- عدالت محوری: عدالت محوری مضمون‌های فرعی قابل توجهی را به خود اختصاص داده است. شرکت کننده‌ای در مورد

مضمون‌های اصلی در این بررسی بوده است. شاید تعداد زیاد مراجعه کنندگان و نیازهای آموزشی گسترده آن‌ها جوابگوی تلاش کارکنان بهداشتی نبوده است و تاکید مشارکت کنندگان به معنای فریاد و تمنای فراگرفتن در مسایل و موضوع‌های بهداشتی است. در پژوهش آرتور و همکارانش با انجام مطالعه کیفی به روش پدیده شناسی به شرح برنامه‌های آموزشی مراقبت‌های بهداشتی اولیه پرستاران و تجربه آن‌ها به عنوان فراهم آورندگان خدمات برای جمعیت‌های محلی پرداختند. مضمون ظهور یافته مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود که با مضمون آموزش در مطالعه حاضر مطابقت دارد (۹). همچنین در بررسی دیگری که برای شناسایی مسایل بهداشتی و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در میان جوانان و توزیع اجتماعی-جغرافیایی آن انجام شد. یکی از موانع دسترسی به خدمات بهداشتی آگاهی از خدمات بود که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت داشته است (۱۰).

ارتباطات و توجه به مراجعین در فرهنگ شرقی ما جایگاه ویژه‌ای دارد و برای گیرندگان خدمات در فرهنگ ایرانی شاید بیش از سایر نشانگرهای بهداشتی مانند داشتن ابزار و تجهیزات و یا در دسترس بودن نیروی متخصص اهمیت داشته باشد. محققین نیز بر روابط انسانی به معنای یکی از جلوه‌های پررنگ استفاده از خدمات بهداشتی برای بیماران تأکید کرده‌اند. در مطالعه تجربه سالمندان در استفاده از خدمات بهداشتی مکمل، یکی از زیر مضمون‌های ظهور یافته در این مطالعه را "ارتباط" بیان نمود. در واقع ارتباط بین خدمات دهندگان و دیگر اعضای مرکز بر عملکردهای اجتماعی و درمانی مؤثر بود (۱۱).

مضمون خدمات بهداشتی با کیفیت شامل سه محور عمده بوده است: قوانین و مقررات، وسایل و تجهیزات و نیروی انسانی. هوشیاری و آگاهی مشارکت کنندگان از نیازها و خواسته‌های بهداشتی شان در این مضمون نیز خود را نشان داده است. آنچه در این مطالعه حایز اهمیت بود این است که شرکت کنندگان در این مطالعه معنی دسترسی به خدمات بهداشتی را کیفیت داشتن خدمات دانسته‌اند. چنین کیفیت فراگیری نه تنها مربوط به خدمات بهداشتی مواد و تجهیزات پزشکی و دارویی بلکه شامل قوانین و مقررات و نیروی انسانی نیز بود. در مطالعه گلیفورد و همکاران دسترسی به خدمات بهداشتی به عنوان کاربرد خدمات مطرح شده است (۱۲). در مطالعه دیگری نیز در زیر مضمون محدودیت‌های مربوط به سیستم، به کیفیت خدمات اشاره شده است (۱۰).

مفهوم کفایت مکانی-زمانی خدمات بهداشتی نیز با پرداختن به

زیر مضمون حق انتخاب اشاره به آزادی مشارکت کنندگان در مکان دریافت خدمات بهداشتی داشت. به طور کلی این مضمون بیانگر حقوق خدمات گیرندگان در مورد هزینه خدمات بهداشتی، تعداد کافی ارائه دهندگان، یکسان بودن کیفیت خدمات بدون توجه به هزینه پرداختی داشت.

۶) مشارکت فردی: در زیر دو عبارت مهم از دو شرکت کننده به شکل جداگانه آورده می‌شود که معنای جدیدی از دسترسی به خدمات بهداشتی با تأمل بر ماهیت تجربه زندگی شده این دو فرد پیش روی ما قرار می‌دهد. این دو عبارت به ترتیب منجر به ظهور دو زیر مضمون خود کارآمدی و عملکرد منطقی در دسترسی به خدمات بهداشتی شد. یکی از مراجعه کنندگان اشاره نمود که "دسترس فقط این نیست که خدمات رو به ما ارائه بدهند، خدمات وجود داشته باشه، باید وقتی هم می‌ریم خونه درست استفاده کنیم. مثلاً در مورد قرص باید آموزشی که به ما دادند برای مصرفش همانطور که درسته مصرفش کنیم، بتونیم درست مصرف کنیم." این جملات منجر به ظهور زیر مضمون خود کارآمدی در به عنوان معنای دسترسی به خدمات بهداشتی شد.

شرکت کننده دیگری دسترسی را از منظر موانع فردی در نظر گرفت که در آموزش بهداشت به عنوان عملکرد منطقی بدان نگاه می‌شود. این فرازی از یکی از مصاحبه‌ها و در این باره است: "باید خودم هم وقت داشته باشم دیگه، باید بسنجم ببینم کار دیگه ای نداشته باشم شوهرم می‌تونه بچه رو نگه داره من پیام وسیله پیشگیری از بارداری رو بگیرم یا نه. مهمون نداشته باشم از روز قبل برنامه ریزی بکنم ... خودمم مانعی نداشته باشم." ارزیابی فرد از رفتار خود در گرایش فرد مؤثر و در نهایت به رفتار مراجعه به مرکز منجر می‌شود.

بحث

بحث در سه بخش مستقل: بحث در مورد یافته‌ها، پژوهش‌های بعدی و محدودیت‌ها تنظیم شده است.

بحث در مورد یافته‌ها

تمام مضمون‌های به دست آمده در این مطالعه پاسخ به این سوال را مطرح می‌کند که تجربه دسترسی به خدمات بهداشتی یعنی چه؟ بیشتر یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعات پیشین همخوانی دارد در حالی که یافته‌ها و مواد جدیدی نیز مطرح شد که قابل تأمل است.

رویارویی با فرصت‌ها و چالش‌های آموزش همه جانبه یکی از

رفتار بهداشتی فرد را منجر شود.

مضمون ارتباطات مشتری مدار عمدتاً بر ایجاد ارتباط صحیح و مبتنی بر مهارت ارتباطی تأکید داشت. شناخت و حضور علوم و روابط انسانی در علوم پزشکی و بهداشت از عمده مسائلی است که از دستاوردهای این تحقیق محسوب می‌گردد. کارمندان بهداشتی می‌توانند با شناخت و ایجاد روابط و تعاملات صحیح بین فردی و گروهی با مراجعین، آن‌ها را در جهت دریافت و استفاده درست از خدمات ترغیب نمایند. چنین راهبردی می‌تواند خدمات بهداشتی را پویا و همراه با دریافت بازخورد از خدمات نماید. این امر خود سهمی در ارتقا کیفیت خدمات به عهده خواهد داشت. طراحی برنامه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی برای کارمندان بخش بهداشت و درمان نیز می‌تواند مؤثر باشد.

برنامه ریزان و سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان می‌توانند با توجه به مضمون جامعیت و کفایت مکانی زمانی خدمات بهداشتی، تسهیلاتی در دسترسی جغرافیایی و فیزیکی مردم به خدمات ایجاد نمایند. ارایه خدمات بهداشتی بر حسب نیاز مردم از لازمت‌هاست. ارتقا و پویایی سیستم‌های بهداشتی است و نباید از دید سیاست‌گذاران وزارت بهداشت و درمان پوشیده بماند.

پژوهش‌های بعدی

مطالعه قوم نگاری (اتنوگرافی) برای درک فرایندهای فرهنگی- اجتماعی در استفاده صحیح از خدمات بهداشتی پیشنهاد می‌شود. به علاوه پژوهش‌های اتنوگرافی برای درک تلقی قومیت‌های مختلف از دسترسی به خدمات بهداشتی هم کارساز است.

همچنین پژوهش‌گراند تئوری با طراحی و اجرای الگوی توانمندسازی برای مراجع کنندگان بهداشتی می‌تواند ساختار و فرآیند این خدمات را تبیین کند و به سامان برساند.

با توجه به اینکه این تحقیق تنها در یکی از مراکز بهداشتی درمانی غرب تهران انجام شده است جامعیت لازم را نخواهد داشت و البته همین ضعف را می‌توان یکی از ویژگی‌ها تحقیق کیفی دانست که به غنا و عمق داده‌ها کمک کرده است.

نتیجه‌گیری

پژوهشگران بخش بهداشت می‌توانند در تحقیقات خود با تکیه بر دو نظریه خودکارآمدی و عملکرد منطقی به شرح و بسط چگونگی ایجاد و حفظ مشارکت فردی در برنامه‌های بهداشتی بپردازند.

تأثیر مکان در دسترسی به خدمات بهداشتی مورد اشاره قرار گرفته است (۱۳). مصاحبه شونده‌گان در پژوهش دیگری نیز به موانع موجود در سیستم خدمات بهداشتی اشاره کردند. این موانع شامل زمان انتظار و عدم دسترسی جغرافیایی بوده است (۱).

عدالت محوری نیز با تامین نیروی انسانی متخصص به ازای جمعیت در مطالعه پرفیت و همکاران (۲۰۰۷) مورد حمایت قرار گرفت (۱۴). زیر مضمون برابری نیز دو جنبه مهم داشت: برابری در ارایه خدمات در مراکز دولتی و خصوصی و برابری در برآوردن نیاز در پایتخت و مراکز شهرستان‌ها. هم چنین جوانان استرالیایی بر دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و توزیع اجتماعی جغرافیایی آن دسترسی به عوامل مربوط به مراقبت‌های بهداشتی با سن و جنس و مکان تأکید کرده‌اند (۱۰). دسترسی معقول به عنوان دسترسی برابر برای نیاز برابر مورد توجه مشارکت کنندگان در پژوهش‌های دیگر قرار گرفته است (۱۵). همچنین دسترسی معقول به خدمات بهداشتی به دسترسی اقتصادی تعبیر شده است (۱).

مشارکت فردی نیز توانایی، گرایش فردی و هنجارهای موجود در جامعه را برای دریافت خدمات در تصمیم‌گیری فرد مورد تأکید قرار می‌دهد.

در مجموع در مطالعه حاضر نقش آموزش ارتباطات و عدالت محوری از بقیه جنبه‌های دسترسی پررنگ‌تر نشان داده شد شاید چنین تأکید و توجهی از سوی شرکت کنندگان به شرایط و ویژگی‌های جامعه مرتبط باشد یا ظهور آموزش به عنوان معنای دسترسی به خدمات بهداشتی بدین سبب بوده است که آموزش یک نیاز تعاملی و تکاملی است که نیازی دایمی و همه جانبه است. در مورد عدالت محوری نیز شاید شرایط ناهمگون جامعه از نظر استدلالی و اجتماعی می‌توانسته زمینه ساز چنین تجاربی باشد.

یافته‌های حاصل از این مطالعه که معنای جدیدی از دسترسی به خدمات بهداشتی را ارایه می‌دهد، افق جدیدی در بیان آنچه مردم تجربه می‌کنند را به روی ما می‌گشاید. تأکید اساسی دریافت کنندگان خدمات به آموزش مسایل بهداشتی و افزایش دانش و آگاهی‌های بهداشتی بود. توجه به سه زیر مضمون کسب دانش و کاربرد آگاهی در تغییر نگرش و رفتار بهداشتی و ارایه منابع اطلاعاتی بهداشتی ما را به این نکته رهنمون می‌سازد که از طریق آموزش بهداشت بجا، درست و منطقی، نه تنها در مراکز بهداشتی درمانی بلکه در سطوح و جایگاه‌های مختلف بهداشت و درمان و حتی فراتر از آن می‌توان بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشتی را تسهیل نمود. ایجاد آگاهی همچنین ممکن است در نهایت تغییر

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه یکایک مشارکت کنندگان که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌کنیم و از خداوند متعال سلامت و توفیق روز افزون آنان را خواستاریم. همچنین حمایت‌های اجرایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، به ویژه دانشکده بهداشت را از این پژوهش که پایان نامه کارشناسی ارشد بوده است را می‌ستاییم.

با توجه به ماهیت مراقبتی خدمات بهداشتی اولیه که سطح تماس مردم با نظام سلامت است و تأثیر عوامل مختلف در آرایه خدمات بهداشتی به آحاد مردم، فرایند رساندن چنین خدماتی می‌تواند بستر مناسبی برای تحقیقات کیفی در حوزه علوم بهداشتی باشد. در مجموع هدف از تحقیقات کیفی ایجاد بینش عمیق‌تر درباره پدیده مورد بررسی است. مضمون ارتباطات مشتری مدار با توجه به حضور عوامل انسانی جایگاهی برای مطالعاتی با زمینه علوم انسانی در سلامت را باز می‌نماید. با توجه به اهمیت روابط انسانی پیشنهاد می‌شود با انجام پژوهش‌های عملکردی شیوه مناسب ارتباطی به کارکنان بهداشتی آموزش داده شود.

منابع

- Wellstood K, Wilson K, John E. Reasonable access to primary care assessing the role of individual and system characteristics, *Health Place* 2006; 12, 121-30.
- Gulliford M, Munoz JF, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What dose access to health care mean? *Journal of Health Service Research Policy* 2002; 7, 186-188.
- Parvizy, S., Nikbakht, A., Tehrani, S & Shahrokhi, S. Adolescents' perspectives on Addiction: Qualitative Study. *Nursing & Health Sciences journal* 2005; 3, 192-199.
- Polit D F, Beck C T. *Essentials of Nursing Research*. 6th Ed. Philadelphia: lippincott Co, 2006, 14 & 404.
- Streubert HJ, & Carpenter DR. *Qualitative research in nursing; Advancing the humanistic imperative*, 4th Ed, Lippincott Co, Philadelphia, 2007.
- Todal JL, Linville D, Smith TE, Barnes MF, Miller JK. Qualitative study in collaborative health care in a primary care setting. *Families, System& Health*, 2006; 24, 45-64.
- Spiegelbeg H. *Doing phenomenology: essays on and in phenomenology*. Net Harland: Martinus Nijhoff the Hague, 1975.
- Van Manen, M .From meaning to method. *Qualitative Health Research* 1997; 7: 345-69.
- Arthur D, Drury J, Sy-sina MT, Nakao R, Lopez A, GloriaG, et al, A primary health care curriculum in action: The lived experience of primary health care nurse in a school of nursing in the Philippines: a phenomenological study, *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 707-12.
- Booth L, Bernard D, Quine S, Kang MS, Usherwood T, Alperstein G, et al, Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution, *Journal of Adolescent Health*, Volume, 2004; 34: 97-103.
- Cartwright T. Getting on with life: The experiences of older people using complementary health care. *Social Science in Medicine* 2007; 64, 1692-703.
- Gulliford M, Munoz JF, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What dose access to health care mean? *Journal of Health Service Research Policy* 2002; 7: 186-88.
- Powell M .On the outside looking in: medical geographer and access to health care. *Health Place* 1995; 1: 41-50.
- Parfitt BA, Cornish F. Implementing family health nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Social Science in Medicine* 2007; 65: 1720-9.
- Birch S, Aberson j. Is Reasonable access what we want? Implication of, and challenges to, current Canadian policy on equity in health care. *International Journal of health service* 1993; 23: 629-53.

Iranian Journal of Epidemiology 2011; 7(2): 17-24.

Original Article

Public Health Customers' Experiences of Health Accessibility: A Phenomenological Study

Rajati F ¹, Kamali M ², Parvizy S³, Rajati M⁴

1- Doctoral Student in Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran

2- PhD in Health Education, Associate professor, Tehran Rehabilitation Sciences School, Tehran University of Medical Sciences, Iran

3- PhD in Nursing, Associate professor, Tehran Nursing and Midwifery school, Tehran University of Medical Sciences

4- Gynecologist, Mo'tazedy hospital, Kermanshah University of Medical Science, Iran

Corresponding author: Parvizy S., s_parvizy@yahoo.com

Background & Objectives: Custom-orienting is a critical issue for public health service. Peoples with a variety of developmental health care needs and perspectives are health care clients. Health accessibility through "Primary health care" has been approved and emphasized in Alma Ata in 1978. It is important to have a clear and transparent understanding of clients' health needs and problems that would enable us to address such needs and prevent the negative consequences that might otherwise ensue. The aim of this study was to understand and gain deeper insight into health service customers' lived experience of public health accessibility.

Methods: This study has been conducted with a phenomenological approach. Max van Manen six steps method of hermeneutic-phenomenology has been used. Nine health care clients were selected purposefully and interviewed semi-structured.

Results: The results of this experiment revealed the following six themes: to encounter with holistic learning chance, custom-oriented communications, qualified health care service, appropriate time-place health services, equality-orienting, and individual participation.

Conclusion: The participants believed that health accessibility is something more than just to have health services. Therefore, health education and social equality will bring about optimum health services. To develop multi-dimensional learning and to promote individual participation will be useful for more community empowerment.

Keywords: Primary health care, Health accessibility, Qualitative approach, Phenomenology, Lived experience