Journal of Ilam University of Medical Sciences

P-ISSN: 1563-4728
E-ISSN: 2588-3135

Reasons for not Referral to health centers in Zahedan: a case study of 2022

Mehdi Zanganeh Baygi [1], Mohammad Hassan Amiri Moghaddam [1], Mahdi Koolaji [1], Mostafa Peyvand [2*], Sayedeh Narges Noormohamadi [1]

[1] Dept of Health Care Management, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
[2] Dept of Epidemiology and Biostatistics, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Article Info

Article type:
Research article

Article History:
Received: Apr. 03, 2024
Received in revised form: Dec. 29, 2024
Accepted: Feb. 04, 2025
Published Online: May. 26, 2025

**** Correspondence to:***
Mostafa Peyvand
Dept of Epidemiology and Biostatistics, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Email:
mp.peyvand@yahoo.com

A B S T R A C T

Introduction: Despite the implementation of the health transformation plan and the increase in the number of comprehensive health services and centers in Iran in 2013, still a large number of people do not go to these centers to receive health services. In order to find out the reasons for this, the present study was conducted with the reasons for not referring to the health centers of Zahedan city.

Materials & Methods: This case study was conducted in the form of content analysis and targeted sampling with semi-structured interviews based on the interview guide using open questions in the comprehensive health service centers of Zahedan in the year 2022. After receiving the code of ethics and other necessary permits, the researcher visited the desired areas and identified the people who had not visited during the last year. Finally, coding was done using the conventional content analysis method.

Results: Finally, 34 people participated in this study. After analyzing the interviews, four categories emerged: "Provision of health services," "Time of provision of health services," "Infrastructure of health services," and "Individual beliefs.".

Conclusion: Using the results obtained from this research, it seems necessary to provide effective health services to increase the satisfaction of those seeking help and to refer them to health and treatment centers to use health services. It is also suggested that those in charge make arrangements so that various services can be made available to the clients based on their needs.

Keywords: Health Services, Non-visit, Dissatisfaction, Zahedan

How to cite this paper: Zanganeh Baygi M, Amiri Moghaddam MH, Koolaji M, Peyvand M, Noormohamadi SN. Reasons for not Referral to health centers in Zahedan: a case study of 2022. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2025;33(2):45-59.

Introduction

Primary healthcare (PHC) serves as the cornerstone of equitable, affordable, and efficient health systems globally, emphasizing preventive care, health promotion, and community-based service delivery (1). In Iran, the establishment of the national Health Network in 1981 marked a pioneering effort to institutionalize PHC, achieving milestones such as near-universal vaccination coverage and reduced maternal-child mortality (2). This network operates through rural Health Houses and urban Comprehensive Health Service Centers (CHSCs), designed to bring essential care closer to communities (3). However, despite decades of progress, recent trends highlight declining public utilization of urban CHSCs, particularly in socioeconomically disadvantaged regions like Sistan and Baluchestan Province (4). Zahedan, the provincial capital, exemplifies these challenges. Characterized by ethnic diversity, low health literacy, and infrastructural deficits, the city faces persistent inequities in healthcare access (5). Since previous studies have been conducted using quantitative methods, they have only examined a limited number of variables. Given

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

© The Author(s)
Publisher: Ilam University of Medical Sciences

the complexity and multifaceted nature of the reasons behind non-attendance, it is likely that there are additional, hidden factors that cannot be captured through quantitative approaches and have therefore not been evaluated. Furthermore, considering the strategic location of Sistan and Baluchestan province—a deprived region with distinct ethnic and cultural characteristics—this study aimed to explore the deeper nature of this issue through a qualitative approach. Accordingly, the present study was conducted in 2023 with the aim of identifying the factors influencing the reduction or absence of public attendance at health service centers in Zahedan.

Methods

This qualitative study was conducted using a conventional content analysis approach in 2023 (1402 in the Iranian calendar) in comprehensive health service centers in Zahedan, Iran. The study population included individuals registered in the Integrated Health System (SIB) who had not sought health services during the past year. Participants were selected through purposive sampling until data saturation was achieved. Data were collected through semi-structured interviews initiated with the question, "In your opinion, what factors have led to your lack of or reduced visits to health centers?" Further questions explored perceived barriers such as access, provider behavior, service availability, and timing. Interviews were recorded with consent, transcribed verbatim, and analyzed using Microsoft Word 2016. When recording was not permitted, detailed notes were taken. Data analysis followed the conventional content analysis method, involving repeated readings of the transcripts, open coding, and categorization into meaningful clusters based on thematic similarities and differences, without imposing preconceived categories or theories.

Results

In this qualitative study, 34 individuals registered in the SIB system who had not visited the comprehensive health service centers in Zahedan during the past year participated in semi-structured interviews. Data were analyzed using conventional content analysis, resulting in 114 initial codes. After coding, four main themes were identified as the primary reasons for non-attendance: health service provision, timing of services, infrastructure, and individual beliefs.

Under "health service provision," participants emphasized a preference for treatment over preventive care, discontinuation of free services, and outdated services that did not meet current needs. Regarding "timing of services," inconvenient working hours and lengthy service delivery processes discouraged attendance. In the "infrastructure" theme, issues such as distant locations, poor hygiene of the centers, and frequent system (SIB) outages were mentioned. Finally, under "individual beliefs," negative attitudes toward health centers, previous unpleasant experiences, and dissatisfaction with staff behavior and responsiveness played a significant role in discouraging people from seeking services. These findings highlight the necessity for a policy review and improvements in service quality, accessibility, and the patient-staff relationship within the healthcare system to increase utilization of preventive health services.

Conclusion

This study showed that the main reasons for not visiting health centers in Zahedan included dissatisfaction with services, lack of awareness, overcrowding, long distances, and lack of trust in staff. Providing services tailored to people's needs, extending service hours, improving the physical environment, and employing specialized personnel can increase visits. It is recommended to review service delivery methods, promote public education, and engage community participation to enhance access to and satisfaction with health services.

Authors' Contribution

Conceptualization, Software, Resources, Project Administration: MZ, MP, Methodology: MP, Validation, Formal Analysis: MK, NN, Investigation: NN, MA, Data Curation, Visualization: MK, MZ, Writing– Original Draft Preparation: MA, MK, Writing– Review & Editing: MZ, MA, Supervision: MZ, MA.

Ethical Statement

This study was approved by the Ethics Committee of Zahedan University of Medical Sciences (Iran) (IR.ZAUMS.REC.1402.262). The authors avoided data fabrication, falsification, plagiarism, and misconduct.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

Conflicts of Interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding

This research resulted from a project with number 11090 which carried out with the financial support of the Vice President for Research and Technology, Zahedan University of Medical Sciences.

Acknowledgment

The present article was extracted from a research project approved by the Student Research Committee. The authors thank the all of participants and persons who help in this project.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام

JIUMS

P-ISSN: ۱۵۶۳-۴۷۲۸

E-ISSN: ۲۵۸۸-۳۱۳۵

علل مراجعه نکردن به مراکز بهداشت شهر زاهدان: یک مطالعهٔ تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۲

مهدی زنگنه بایگی [۱]، محمد حسن امیری مقدم [۱]، مهدی کولجی [۱]، مصطفی پیوند [۲*]، سیده نرگس نورمحمدی [۱]

[۱] گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

[۲] گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۱/۱۵

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۰۵

نویسنده مسئول:
مصطفی پیوند
گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

Email:
mp.peyvand@yahoo.com

چکیده

مقدمه: علی‌رغم اجرای طرح تحول بهداشت و افزایش تعداد خدمات و مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۳۹۳ در ایران، هنوز تعداد فراوانی از افراد برای دریافت خدمات سلامت به این مراکز مراجعه نمی‌کنند. به‌منظور بررسی علل این امر، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی علل مراجعه نکردن به مراکز بهداشت شهر زاهدان انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعهٔ کیفی به‌صورت تحلیل محتوای قراردادی و به شیوهٔ نمونه‌گیری هدفمند، با مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بر اساس مصاحبه با استفاده از سؤالات باز، در مراکز خدمات جامع سلامت شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. پس از دریافت کد اخلاق و سایر مجوزهای لازم، پژوهشگر به مناطق مدنظر مراجعه کرد و ضمن شناسایی اولیهٔ افرادی که طی یک سال اخیر مراجعه نکرده بودند، مصاحبه‌ها انجام گرفت. درنهایت، به روش تحلیل محتوای قراردادی کدگذاری انجام گرفت.

یافته‌های پژوهش: در این مطالعه، تعداد ۳۴ نفر مشارکت کردند. از مصاحبه‌ها، چهار مضمون «ارائهٔ خدمات بهداشتی»، «زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی»، «زیرساخت خدمات بهداشتی» و «باورهای فردی» استخراج گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: با استفاده از نتایج این پژوهش، ارائهٔ خدمات مؤثر بهداشتی در بالا بردن میزان رضایت مددجویان و مراجعهٔ آنان به مراکز بهداشتی و درمانی برای استفاده از خدمات بهداشتی ضروری به‌نظر می‌رسد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، مسئولان امر ترتیبی اتخاذ کنند تا خدمات متنوع بر اساس نیاز مراجعان در دسترس آنان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خدمات بهداشتی، مراجعه نکردن، نارضایتی، زاهدان

استناد: زنگنه بایگی مهدی، امیری مقدم محمدحسن، کولجی مهدی، پیوند مصطفی، نورمحمدی سیده نرگس. علل مراجعه نکردن به مراکز بهداشت شهر زاهدان: یک مطالعهٔ تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، خرداد ۱۴۰۴؛ (۲)۳۳: ۵۹-۴۵.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

CC BY NC

حق‌مؤلف © نویسندگان

مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع‌ترین، عادلانه‌ترین، مقرون‌به‌صرفه¬ترین و کارآمدترین روش برای ارتقای سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی افراد است (۲، ۱)؛ همچنین به‌عنوان اولین نقطهٔ تماس افراد، خانواده‌ها و جامعه با نظام سلامت تلقی می¬شود و خدمات بهداشتی و درمانی را به نزدیکی محل زندگی و کار مردم می¬آورد (۴، ۳). اجزای اصلی مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت‌اند از: آموزش بهداشت، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، بهبود تغذیه، بهداشت مادر و کودک، واکسیناسیون، دسترسی به داروهای اساسی، درمان بیماری‌ها و جراحات معمول و پیشگیری و کنترل بیماری¬های واگیر (۶، ۵). راه‌اندازی و گسترش ساختار شبکه‌های بهداشتی–درمانی در ایران (۱۳۶۰) با هدف ارائهٔ خدمات بهداشتی مستمر در قالب مراقبت‌های بهداشتی اولیه و افزودن خدمات بیشتر به سطح اول مراقبت‌های بهداشتی یکی از نمونه‌های موفق ارائهٔ خدمات بهداشتی در دنیا است (۷). ازجملهٔ این موفقیت‌ها می–توان به اجرای خوب برنامهٔ واکسیناسیون و پوشش بالای واکسیناسیون علیه بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن اشاره کرد (۹، ۸). شبکهٔ بهداشتی–درمانی با هدف تضمین دسترسی عادلانه همهٔ افراد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در مناطق روستایی از طریق خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی فعالیت می‌کند. در مناطق شهری نیز، با توجه به افزایش شهرنشینی و اهمیت تأمین سلامت ساکنان، این شبکه با ایجاد مراکز خدمات سلامت شهری به نیازهای بهداشتی پاسخ می‌دهد (۴). از سال ۱۳۹۳ به بعد، با توجه به طرح تحول، مراکز خدمات جامع سلامت شروع به خدمت‌رسانی کردند. در محدودهٔ هر مرکز، بین یک تا چهار پایگاه سلامت برای افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی دایر شد (۵) تا این‌گونه موجب استفادهٔ کافی از خدمات مراقبت سلامت برای حفظ یا بهبود سلامتی و همچنین موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش نابرابری‌ها از لحاظ بهداشتی و در سطح کلان، موجب رشد اقتصادی کشور شود (۱۱، ۱۰). با توجه به افزایش شهرنشینی، تأمین سلامت ساکنان مناطق شهری از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۳، ۱۲). با توجه به مطالعات، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام شبکه‌های بهداشتی–درمانی ایران مراجعه نکردن و استقبال نکردن مردم از مراکز بهداشتی–درمانی شهری است، به‌طوری‌که در سال‌های اخیر، تعداد مراجعات مستقیم به بیمارستان‌ها افزایش و میزان مراجعهٔ مردم به مراکز خدمات جامع سلامت کاهش پیدا کرده است (۱۴).

استان‌های کم¬برخوردار در شاخص‌های توسعه، در شرایط مناسبی قرار ندارند. با عنایت به محرومیت مضاعف مردم این استان¬ها نیاز است تا مسئولان استانی و کشوری و خیرین در حوزهٔ سلامت تلاش بیشتری را برای رفع این نابرابری‌ها در سطوح ملی و استانی داشته باشند تا شاهد رفع غبار کمتر توسعه‌یافتگی و مشکلات سلامت در این استان‌ها باشیم. توزیع عادلانهٔ خدمات بهداشتی درمانی و نیروی انسانی از مهم‌ترین راهکارهای برون‌رفت از این چالش است که باید توسط سیاست¬گذاران نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد. علل مختلفی ازجمله ۱. عوامل مسافتی و فیزیکی مراکز، ۲. وضعیت آگاهی از انواع خدمات، ۳. دسترسی زمانی و ۴. زمان‌بر بودن انجام خدمات بر مراجعه نکردن مردم به مراکز خدمات جامع سلامت مؤثر است (۱۵). با بررسی مطالعات انجام‌شده مشخص می‌شود که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در نقاط مختلف کشور در وضعیت نامطلوب است، به‌گونه‌ای که در پژوهشی که در شهر تهران صورت گرفت، نشان داد، میزان دسترسی به‌صورت متوسط در حدود ۸۰ درصد است و حدود ۲۰ درصد افراد با وجود نیازمندی به دریافت خدمات، از دسترسی به آن محروم بودند (۱۶).

در مطالعات پیشین در دنیا نشان داده‌شده است، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی در شهرها نسبت به روستاها کمتر است (۱۷). در ایران نیز، با وجود توجه بسیار به توسعهٔ مراکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرها در سال‌های اخیر، متأسفانه میزان مراجعات مردم به برخی مراکز خدمات جامع سلامت نه‌تنها افزایش نیافته، بلکه در مواردی بسیار کاهش یافته است و از سوی دیگر، تعداد مراجعات مستقیم به بیمارستان‌ها افزایش پیدا کرده است. علل مختلفی می‌توانند در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

این فرایند تأثیر داشته باشند که شناخت آن‌ها به مدیران سلامت کمک خواهد کرد تا با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای هدفمند، تعداد مراجعهٔ افراد به این مراکز افزایش یابد (۱۸).

ازآنجایی‌که این مطالعات به‌صورت کمی انجام‌شده، تنها چند متغیر را بررسی کرده است و با توجه به پیچیدگی و گستردگی علل مراجعه نکردن، این احتمال وجود دارد که علل پنهان دیگری نیز وجود داشته باشند که در قالب مطالعهٔ کمی نگنجد و ارزیابی نشده‌اند. از سوی دیگر، با توجه به موقعیت راهبردی استان سیستان و بلوچستان که در یک منطقهٔ محروم، با بافت قومی و فرهنگی خاص واقع گردیده است، در این پژوهش به بررسی عمیق و دقیق ماهیت این بیماران طی مطالعه‌ای کیفی پرداخته شد؛ بنابراین، مطالعهٔ حاضر با هدف شناسایی عوامل مؤثر در کاهش مراجعه و مراجعه نکردن مردم به مراکز خدمات سلامت در شهر زاهدان سال ۱۴۰۲ انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع پژوهش‌های کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی، در سال ۱۴۰۲، در مراکز خدمات جامع سلامت شهرستان زاهدان انجام شد. جامعهٔ پژوهش همهٔ افرادی بودند که در سامانهٔ یکپارچهٔ بهداشتی (سامانهٔ سیب) ثبت گردیده‌اند؛ اما طی یک سال گذشته، برای دریافت خدمات بهداشتی مراجعه نکرده‌اند و یا تجربهٔ دریافت خدمات بهداشتی را نداشتند.

معیار ورود به مطالعه شامل مراجعه نکردن به مراکز خدمات سلامت شهری برای دریافت بستهٔ خدمت در یک سال گذشته، رضایت دربارهٔ مشارکت در مطالعه، داشتن سلامت عمومی و توانایی صحبت کردن در حد مطلوب و معیار خروج شامل تمایل نداشتن به همکاری و دسترسی نداشتن به فرد بود.

روش نمونه‌گیری روش مبتنی بر هدف تا اشباع داده‌ها بود؛ بدین معنی که مشارکت‌کنندگان مطلب جدیدی را به اطلاعات جمع‌آوری‌شده اضافه نکنند. مصاحبه با پرسش «به‌نظر شما چه عواملی باعث مراجعه نکردن و یا کاهش مراجعهٔ شما به مراکز بهداشتی شده است؟» آغاز گردید و سایر پرسش‌ها مطابق با جدول شمارهٔ ۱ از افراد پرسیده شد.

جدول شمارهٔ ۱. پرسش‌های مصاحبه

ردیف	سؤالات
۱	از دیدگاه شما چه عواملی باعث مراجعه نکردن به مراکز بهداشتی شده است؟ توضیح دهید.
۲	مراجعه نکردن شما به کادر بهداشت و درمان ارتباط داشت؟ توضیح دهید.
۳	به‌نظر شما عوامل ممانعت‌کننده (مانند دوری مسیر، نبود امکانات در مراکز، برخورد نامناسب و ...) باعث مراجعه نکردن شما شده است؟ توضیح دهید.
٤	مراجعه نکردن شما به زمان ارائهٔ خدمات ارتباط دارد؟ توضیح دهید.
۵	دربارهٔ سایر علل که در روند مراجعه نکردن شما مؤثر بوده است، توضیح دهید.

پس از تصویب طرح و گرفتن کد اخلاق و کسب مجوزهای لازم، پژوهشگران ۱۵ مرکز جامع سلامت و ۲۲ پایگاه سلامت را انتخاب کردند که بر اساس گزارش‌های سامانهٔ سیب، بیشترین مراجعه نکردن را داشتند؛ سپس با آن‌ها تماس گرفته شد. در ابتدای کار ضمن معرفی، ذکر هدف، اطمینان از محرمانه بودن مصاحبه‌ها و آزادانه بودن خروج از مصاحبه در هر مرحله توضیح داده شد. تمایل افراد برای انجام مصاحبه به‌منزلهٔ رضایت آنان در نظر گرفته شد.

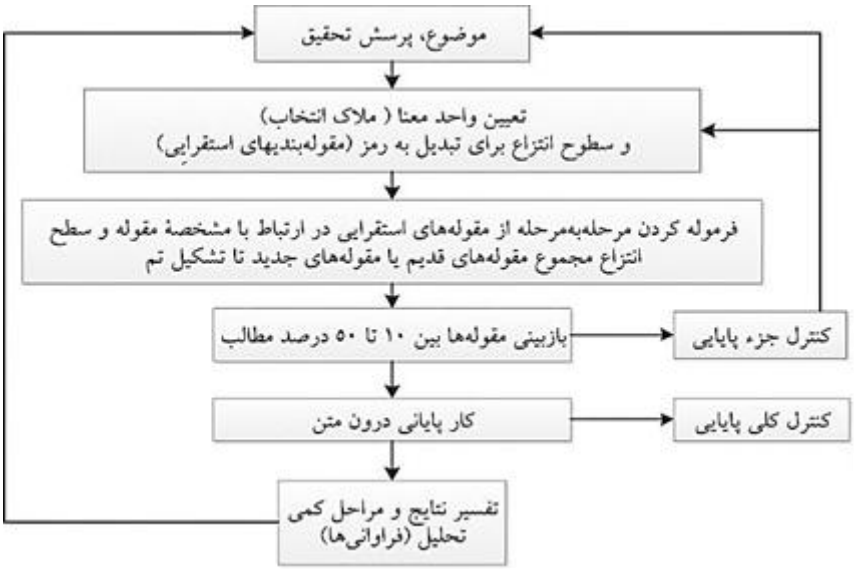
در صورت موافقت، مصاحبه ضبط می¬گردید. ابتدا اطلاعات دموگرافیک افراد ثبت و در ادامهٔ کار، پرسش‌های مصاحبه پرسیده ¬شد. در حین مصاحبه، پژوهشگر یادداشت‌برداری می‌کرد تا در صورت احتمال وقفه در حین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مصاحبه، امکان ادامهٔ آن به‌صورت مطلوب وجود داشته باشد. پس از انجام مصاحبه، در اولین فرصت نکات مهم مصاحبه یادداشت گردید و در پایان روز، همهٔ اطلاعات ضبط‌شده در یک فایل رایانه‌ای مکتوب شد.

در مواردی که مشارکت‌کننده اجازهٔ ضبط صدا را نمی‌داد، مصاحبه‌ها روی کاغذ مکتوب می‌گردید. پس از انجام هر مصاحبه، به‌سرعت مصاحبه‌ها شنیده و رونویسی می‌شد و سپس با استفاده از نرم‌افزار Microsoft word 2016 در یک فایل کامپیوتر تایپ و ذخیره می‌گردید. در مرحلهٔ بعد، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور می‌شد، به‌طوری‌که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی (عرفی) استفاده شد (شکل شمارهٔ ۱). تحلیل محتوای قراردادی (عرفی) معمولاً در مطالعاتی به‌کار می‌رود که هدف آن شرح یک پدیده است. این نوع طرح اغلب هنگامی مناسب است که نظریه‌های موجود یا ادبیات تحقیق دربارهٔ پدیدهٔ مورد مطالعه محدود باشد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده از طریق مصاحبه و از طریق تداعی معنا تحلیل می‌شوند و نظریه‌های ازپیش‌موجود جایگاهی ندارند. در این حالت، تحلیل داده‌ها با خواندن آن‌ها به‌صورت مکرر آغاز می‌گردد تا درکی کامل دربارهٔ آن‌ها به‌دست آید. محقق بر اساس ادراک و فهم خود از متن مطالعه‌شده، نوشتن تحلیل اولیه را آغاز می‌کند این کار ادامه می‌یابد تا پیش‌زمینه‌هایی برای ظهور رمزها آغاز شود. این عمل اغلب موجب می‌گردد که طرح‌ریزی رمزها از متن ظهور یابد و سپس بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان مقوله‌بندی شوند. این مقوله‌بندی از سازمان‌دهی و گروه‌بندی کردن رمزها به‌صورت خوشه‌های معنادار دسته‌بندی می‌گردد. امتیاز بارز تحلیل محتوای کیفی بر اساس رویکرد عرفی، به‌دست آوردن اطلاعات مستقیم و آشکار از مطالعه، بدون تحمیل کردن مقوله یا نظریه‌های ازپیش‌تعیین‌شده است (۱۹).



شکل شماره ۱. میدان PA دیاگرام تحلیل محتوای قراردادی

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه ۳۴ نفر مشارکت داشتند که مشخصات دموگرافیک آنان در جدول شمارهٔ ۲ آورده شده است.

جدول شمارهٔ ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)
جنسیت	زن	۱۷(۵۰)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

	مرد	۱۷(۵۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۲۵(۷۳/۵)
	مجرد	۹(۲۶/۵)
سن	زیر ۲۰ سال	۷(۲۰/۵)
	۳۰-۲۰	۵(۱۵)
	۴۰-۳۰	۶(۱۷/۵)
	۵۰-۴۰	۷(۲۰/۵)
	بیشتر از ۵۰ سال	۹(۲۶/۵)
وضعیت شغلی	شاغل دولتی	۶(۱۷/۵)
	شاغل آزاد	۱۰(۲۹/۵)
	خانه‌دار	۹(۲۶/۵)
	ناتوانی در کار به علت بیماری	۹(۲۶/۵)
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۵(۴۴)
	دیپلم	۹(۲۶/۵)
	دانشگاهی	۱۰(۲۹/۵)

بر اساس نتایج جدول شمارهٔ ۲، تعداد ۱۷ مرد و ۱۷ زن در این مطالعه شرکت کردند که بیشتر آنان بیش از ۵۰ سال سن داشتند (۹ نفر/ ۲۶/۵ درصد) و تحصیلات بیشتر آنان زیر دیپلم بود (۱۵ نفر/ ۴۴ درصد).

در این مطالعه، تعداد ۱۱۴ کد اولیه به‌دست آمد. پس از خلاصه‌سازی و کدبندی موارد مطرح‌شده از سوی مشارکت‌کنندگان، چهار علت اصلی در مراجعه نکردن (ارائهٔ خدمات بهداشتی، زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی، زیرساخت خدمات بهداشتی و باورهای فردی) و ۹ کد فرعی استخراج شد. داده‌های به‌دست‌آمده از پاسخ مصاحبه‌شوندگان به پرسش‌های تحقیق در جدول شمارهٔ ۳ ارائه گردید.

جدول شمارهٔ ۳. مضامین مربوط به علل شرکت‌کنندگان در مطالعه برای مراجعه نکردن به مراکز بهداشتی

مضمون	کد فرعی	کد اصلی
۱. ارائهٔ خدمات بهداشتی	ترجیح خدمات درمانی به خدمات بهداشتی	اولویت درمان بر بهداشت
		حذف خدمات رایگان (تنظیم خانواده و...)
		اولویت داشتن خدمات بخش خصوصی
		نبود دارو در مراکز بهداشتی
		حضور نداشتن پزشک متخصص
	انتظار خدمات جدید و به‌روز	نداشتن احساس نیاز
		معیوب بودن اقلام پزشکی
		داشتن فشارسنج و سایر اقلام در منزل
		ارائهٔ خدمات سنتی
		نبود اطلاع‌رسانی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

		دریافت اطلاعات سلامت از اینترنت
	غیرمفید دانستن خدمات بهداشتی	صرفاً تیک زدن سامانهٔ سیب
		وابسته بودن به سامانهٔ سیب
		تعدد پرسش‌ها
		پر کردن تعدادی برگه و چک‌لیست
۲. زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی	مشکلات زمان نامناسب ارائهٔ خدمات	درگیر بودن کارکنان در صبح
		زمان نامناسب ارائهٔ خدمات
		ارائه نکردن خدمات در نوبت عصر و شب
		درگیر بودن افراد خانه‌دار در صبح‌ها و ظهرها
	زمان‌بر بودن ارائهٔ خدمات	نبود سامانهٔ نوبت‌دهی
		تعدد خدمات
		نوبت‌دهی طولانی
		شلوغی مراکز
۳. زیرساخت خدمات بهداشتی	مشکلات مرتبط با مکان	وضعیت فیزیکی نامناسب
		دور بودن واحدها از محل زندگی
		شرایط غیراستاندارد واحدهای استیجاری
	نارضایتی از فرایند ارائهٔ خدمات بهداشتی	قطعی و کند بودن سامانه
۴. باورهای فردی	مشکلات ارائه‌دهندهٔ خدمات	برخورد نامناسب کارکنان
		دقت اندک کارکنان و عجله در کار
		نبود پاسخگویی مناسب
		پایین بودن سواد علمی
	مسائل ذهنی	درک نکردن اهمیت بهداشت
		نگرش منفی نسبت به خدمات

۱. ارائهٔ خدمات بهداشتی

نوع خدمات ارائه‌شده در مراکز یکی از عمده‌ترین موضوعاتی بود که مشارکت‌کنندگان آن را مطرح کردند. این مضمون شامل دو طبقه (دیدگاه درمان‌محور و نبود خدمات جدید) است.

ترجیح خدمات درمانی به خدمات بهداشتی: از دیدگاه بیشتر مراجعان، خدمات درمانی اولویت بیشتری داشت و از سویی، حذف خدمات رایگان (تنظیم خانواده و انواع مکمل‌ها) باعث می‌شد که مردم برای دریافت خدمات مراجعه نکنند. فردی دراین‌باره گفت: «من فقط وقتی به درمانگاه مراجعه می‌کنم که مریض شده باشم، در غیر این صورت، دلیلی برای مراجعه‌ام نمی‌بینم» (مشارکت‌کنندهٔ ۱۷). مشارکت‌کنندهٔ دیگری نیز دربارهٔ حذف شدن بسیاری از خدمات افزود: «بهداشت هیچ مکمل و دارویی رو به رایگان به ما نمیده و میگه: برید از داروخانه تهیه کنید. خب من مستقیم میرم داروخانه تهیه می‌کنم» (م ۲۳). اولویت داشتن خدمات بخش خصوصی و همچنین نظم این خدمات در مراکز خصوصی نیز از عمده بحث‌های یکی از مراجعان بود: «ما توی عمرمون یک‌بار رفتیم بهداشت. خیلی اذیت شدیم؛ اما الآن یک مطب خصوصی میریم، تموم کارهامون رو به‌موقع و با

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

احترام انجام میده، با یک هزینهٔ اندک. ما که خیلی راضی هستیم» (م ۵).

انتظار خدمات جدید و به‌روز: جدید نبودن خدمات سلامت مطابق با نیازهای روز مراجعان یکی دیگر از عللی بود که آنان در مصاحبه‌های خود ذکر کردند. ارائهٔ خدمات سنتی و نبودِ احساس نیاز به خدماتی که در حال حاضر در مراکز ارائه می‌شود، باعث می‌شد افراد از خدمات استفاده نکنند: «من تب داشتم. خودم می‌دونستم که سرماخوردم؛ اما پزشک بهم گفت: برو تست مالاریا، شاید مالاریا گرفته باشی!!!، کلی سوزن زد نوک انگشتم. آخرش دکتر گفت: سرماخوردگیه. آخه مالاریا یعنی چی؟» (م ۱۲). مشارکت‌کنندهٔ دیگری دراین‌باره افزود: «اصلاً معلوم نیست توی بهداشت چیکار می‌کنند. من چند بار رفتم. یک سری سؤالات پیش‌پاافتاده می‌پرسن و میگن: تو حالت خوبه، برو خونه» (م ۲۷). فرد دیگری هم دربارهٔ نبودِ به‌روزرسانی خدمات سلامت گفت: «سال‌هاست مراقبت همین است و چیز جدیدی نیست» (م ۳۱).

از سوی دیگر، با توجه پیشرفت مردم، بسیاری از اقلام سلامت (دستگاه قند خون، فشارسنج، استفاده از هوش مصنوعی و...) در منزل افراد وجود دارد و مردم دیگر تمایلی برای دریافت خدمات ندارند: «ما توی خونه‌مون هم پرستار داریم و تقریباً بیشتر اقلام پزشکی (فشارسنج، قند خون، تب‌سنج و...) رو توی خونه داریم. بهداشت غیر از این موارد خدمات، دیگه‌ای هم ارائه میده؟» (م ۱۵). مشارکت‌کنندهٔ دیگری دربارهٔ دریافت اطلاعات سلامت از اینترنت افزود: «الآن دیگه مثل قدیم نیست که فقط نیروهای سلامت بهمون اطلاعات بدن. الآن با یک جست‌وجوی ساده توی اینترنت، هر اطلاعات سلامتی رو که بخوایم، به‌دست میاریم» (م ۸).

غیرمفید دانستن خدمات بهداشتی: ارائهٔ خدمات غیرضروری و پر کردن فرم و چک‌لیست‌های سلامت از دیدگاه بسیاری از مشارکت‌کنندگان امری غیرمفید بود. از نظر برخی از آنان تعدد پرسش‌های سامانهٔ سیب و پرسیدن فراوان آن کلافه‌کننده بود: «یک سامانه دارند که وقتی میری بهداشت، آن‌قدر سؤال می‌پرسند ازت که حوصله‌ات سر میره» (م ۳۳). مشارکت‌کننده‌ای نیز دراین‌باره افزود: «فقط سؤال می‌پرسند و توی سامانه تیک می‌زنند» (م ۴).

بسیاری از مشارکت‌کنندگان نیز از پر کردن تعداد فراوان برگه و چک‌لیست و صرفاً تیک زدن سامانه شکایت داشتند: «از لحظه‌ای که وارد بهداشت میشی، همین کارمندان فقط ازت سؤال می‌کنند و برگه و فرم پر می‌کنند!! در انتها هم هیچی...! » (م ۲۴).

۲. زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی

زمان ارائهٔ خدمات در مراکز یکی دیگر از چالش‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان آن را مطرح کردند. این مضمون شامل دو طبقه (مشکلات زمان نامناسب ارائهٔ خدمات و زمان‌بر بودن ارائهٔ خدمات) است.

مشکلات زمان نامناسب: مانند درگیر بودن کارکنان در صبح و ارائه نکردن خدمات در نوبت عصر و شب از عمده چالش‌هایی بود که مشارکت‌کنندگان طرح کردند: «من یک کارمندم و صبح‌ها به خارج از شهر میرم و نمی‌توانم خدمات رو دریافت کنم» (م ۱۶). فرد دیگری افزود: «عصرها هیچ مرکز بهداشتی باز نیست و ما مجبوریم برای دریافت خدمات به بیمارستان مراجعه کنیم» (م ۲۹).

زمان‌بر بودن ارائهٔ خدمات: نبود سامانهٔ نوبت‌دهی و شلوغی مراکز باعث می‌شد افراد برای دریافت خدمات مراجعه نکنند: «الآن تمام ادارات و بانک‌ها سیستم نوبت‌دهی دارند. از چند روز قبل رزرو می‌کنی؛ اما هنوز نوی بهداشت باید از ۷ صبح بری توی نوبت» (م ۹). مشارکت‌کنندهٔ دیگری هم گفت: «الآن مراکز خیلی شلوغ شده، چندین ساعت باید بری توی صف وایستی که نوبتت بشه» (م ۱) و مشارکت‌کنندهٔ دیگری افزود: «یک مشکل دیگه هم تعدد خدمات هست. نمی‌دونم اینا ضروریه یا نه، از لحظه‌ای که وارد میشی، یک نفر قد و وزن می‌گیره، یکی سامانه تیک می‌زنه، بعد می‌فرسته سلامت روان، تغذیه و... هر بار میری باید چندین ساعت وقت بزاری» (م ۳۴).

۳. زیرساخت خدمات بهداشتی

مشکلات زیرساختی مراکز نیز موضوع بحث دیگر مشارکت‌کنندگان بود. این مضمون شامل دو طبقه (مشکلات

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مرتبط با مکان و مشکلات اینترنت) است.

نارضایتی از مکان ارائهٔ خدمات بهداشتی: مراکز یکی دیگر از موضوعات مورد بحث بود. از دید آنان نظافت نکردن صحیح و دور بودن واحدها از محل زندگی از علل دیگر مراجعه نکردن بود: «بهداشت فقط اسمش بهداشته. اصلاً نظافت درستی نداره. سرویس بهداشتی و اتاق‌هاش خیلی کثیف بودند» (م ۱۴). مشارکت‌کنندهٔ دیگری دربارهٔ دوری مراکز افزود: «یک مرکز ساختن که خیلی از خونهٔ ما دوره. من پیاده با بچهٔ کوچیک نمی‌تونم برم» (م ۳۱). شرایط غیراستاندارد واحدهای استیجاری نیز چالش دیگری بود که برخی افراد ذکر کردند: «ساخت مراکز هیچ استانداردی نداره! بهداشت نزدیک خونهٔ ما، طرف داره توی آشپزخانه به مراجعان خدمت میده!! » (م ۸).

نارضایتی از فرایند ارائهٔ خدمات بهداشتی: قطعی و کند بودن سامانهٔ سیب موضوعی بود که مراجعان مطرح کردند: «حالا تموم این مشکلاتی که تا الآن گفتم به کنار، چندبار رفتم مراقبا بیکار نشسته بودند و می‌گفتند: سامانه قطع هست!!» (م ۱۹). فرد دیگری نیز دراین‌باره افزود: «اصلاً سامانه‌شون مشکل داره. یک‌بار بهم میگن: تو دیابتی هستی و یک‌بار میگن: ثبت نیستی! توی بحث واکسن‌های کووید هم همین مشکل واسم توی سامانه پیش اومد» (م ۳).

٤. باورهای فردی

رضایت نداشتن از خدمات ارائه‌شده در مراکز باعث می‌شد افراد دیگر به مراکز مراجعه نکنند. این مضمون شامل دو طبقه (مسائل مرتبط با ارائه‌دهنده و مسائل فردی) است.

نارضایتی از ارائه‌دهندهٔ خدمات بهداشتی: برخورد نامناسب کارکنان و دقت اندک کارکنان و عجله در کار و نبودِ پاسخگویی مناسب در برخی مراکز باعث می‌شود، افراد دیگر به آن پایگاه مراجعه نکنند: «خیلی رفتار بدی با من داشتند» (م ۳۱). مشارکت‌کنندهٔ دیگری نیز افزود: «سریع ازت سؤال می‌پرسند و اصلاً راهنمایت نمی‌کنند» (م ۱۸). مشارکت‌کننده‌ای دربارهٔ بی‌دقتی و سهل‌انگاری مراقبین گفت: «وزن، دور سر و قد بچه رو حدودی نوشت، بدون اینکه روی ترازو بزاره یا از متر استفاده کنه» (م ۲).

پایین بودن سواد علمی و توضیح ندادن بر اساس رفرنس‌های معتبر مراقبان هم چالش دیگری از مراجعه نکردن افراد بود: «یک سؤال پیش‌پاافتاده رو ازشون می‌پرسی، چهار نفر مراقب سلامت چهار جواب متفاوت میدن» (م ۶).

مسائل ذهنی: درک نکردن اهمیت بهداشت: «من بیمهٔ تأمین اجتماعی دارم و خدمات رو رایگان از بیمارستان می‌گیرم» (م ۳۲) و «من دیگه بچهٔ کوچیک ندارم و نیازی به مراجعه به بهداشت ندارم» (م ۱۰). تجارب منفی پیشین از خدمات بهداشتی باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به خدمات در آنان می‌شد: «چند باری بهم قرص رایگان دادند، وقتی می‌خوردم حالم بد می‌شد. ریختم‌شون دور و دیگه هم نمی‌رم بهداشت» (م ۲۹). نگرش منفی به خدمات بهداشتی: «من اصلاً از بهداشت خوشم نمیاد و حاضر نیستم به اونجا مراجعه کنم» (م ۲۰).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعهٔ حاضر به‌منظور بررسی علل مراجعه نکردن برای دریافت خدمات سلامت در شهر زاهدان در سال ۱۴۰۲ انجام شد. نتایج پژوهش حاکی از این بود که مهم‌ترین علل مراجعه نکردن به مراکز نارضایتی از نوع خدمات بهداشتی، نارضایتی از زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی و نارضایتی از ملزومات خدمات بهداشتی بود.

در بررسی کلی علل مراجعه نکردن خانوارهای تحت پوشش به واحدهای بهداشت شهر زاهدان درمی‌یابیم که بیشترین علل مربوط به خدماتی است که در شبکه ارائه نمی‌گردد؛ ازجمله خدمات درمانی تخصصی و پس از آن، بیشترین علت‌ها یکی نداشتن آگاهی کافی و دیگری اتلاف وقت به سبب ازدحام و شلوغی بود که هر دو تقریباً به یک اندازه دخیل‌اند. در مطالعه‌ای، بدرپور و همکاران (۲۰۱۹) نیز به این نتیجه رسیدند که نبود نیروی متخصص، تناسب نداشتن خدمات با نیازهای جدید مردم و همچنین افزایش انتظارات آنان باعث شده است مردم به بخش خصوصی مراجعه کنند (۲۰). حسینی و همکاران (۲۰۲۲) دربارهٔ در دسترس بودن خدمات و سهل‌الوصول بودن آن‌ها به این نتیجه رسیدند که خدمات در بیمارستان نسبت به مراکز بهداشتی، بیشتر در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

دسترس است (۲۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت، توجه به نظرها، نیازها و انتظارات غیرپزشکی گیرندگان خدمات سلامت، برای ارتقای کمی و کیفی خدمات و بهبود فرایندها نقش حیاتی دارد.

شاغل بودن افراد در نوبت صبح یکی دیگر از علل مراجعه نکردن است که به علت هم‌زمانی ساعت کار آنان با زمان ارائهٔ خدمات بهداشتی، امکان مراجعه و دریافت خدمات وجود نداشت. در مطالعه‌ای، زنگنه و همکاران (۲۰۲۲) به این نتیجه رسیدند که بیشتر خدمات در نوبت صبح انجام می‌شود و افراد شاغل توانایی دریافت این خدمات را ندارند (۲۲). می‌توان چنین ذکر کرد که فراهم آوردن شرایطی برای ارائهٔ خدمات بهداشتی در این گروه از افراد که جمعیت قابل‌توجهی هستند، می‌تواند به افزایش پوشش خدمات بهداشتی منجر شود. برای این منظور می‌توان فعالیت‌های مختلفی انجام داد. انجام مراقبت‌های بهداشتی به‌صورت فعال و در محل کار افراد و یا ارائهٔ خدمات در نوبت‌های بعدازظهر ازجملهٔ این راهکارها به‌شمار می‌روند.

انتخاب نامناسب مکان‌های ارائهٔ خدمات بهداشتی و به عبارتی، دور بودن یا قرار گرفتن در محل‌های نامناسب یکی دیگر از علل بود که با مطالعهٔ تاجور و همکاران (۲۰۲۳) نیز همسو است. مشارکت‌کنندگان یکی از علل اصلی مراجعه نکردن را فاصلهٔ بسیار میان مراکز و مشتریان بیان کردند (۲۳). مطالعات مختلفی نقش محیط فیزیکی بهتر یک مرکز سلامت را در بالا بردن رضایت بیشتر بیماران نشان داده‌اند (۱۸). مناسب بودن محیط فیزیکی به ادراک مثبت مراجعه‌کنندگان منجر می‌شود.

علت مراجعه نکردن افراد برای دریافت مراقبت‌های بارداری مجموعه‌ای از عوامل است که در فاصلهٔ بسیار نزدیکی از لحاظ فراوانی باهم قرار دارند. ازجملهٔ این عوامل نداشتن احساس نیاز به مراقبت‌های بارداری و نداشتن آگاهی از خدمات ارائه‌شده است که در صدر علل هستند و این موضوع لزوم آموزش را نشان می‌دهد.

از سوی دیگر، وضعیت نظافت ضعیف مراکز و احتمال انتقال بیماری به سبب آلودگی محیطی که مستقیماً با عفونت مرتبط است، به کاهش سطح رضایت‌مندی و به‌تبع آن، کاهش سطح رضایت افراد و مراجعه نکردن منجر می‌گردد.

مشکلات نرم‌افزاری در سامانهٔ ارائهٔ خدمات هم باعث ازدحام در مراکز و هم نارضایتی افراد در زمان مراجعه می‌شود. ازدحام در مراکز به‌عنوان یکی از موانع اصلی در ارائهٔ خدمات در مطالعات پیشین هم عنوان‌شده است. در مطالعه‌ای، خمرنیا و همکاران (۲۰۲۱) نیز به این نتیجه رسیدند که در ایران، پس از اجرای طرح تحول بهداشت و معرفی سامانهٔ سیب برای ثبت مراقبت‌ها و خدمات، تکمیل این نرم‌افزار زمان‌بر است و فرایند ثبت یکی از علل اصلی در ایجاد ازدحام در مراکز و نارضایتی مراجعان و ارائه‌دهندگان خدمت و به‌دنبال این‌ها، کاهش مراجعات افراد است (۲۴).

در بحث اعتماد نداشتن به کارکنان، مهم‌ترین علت مراجعه نکردن مربوط به نداشتن تخصص کافی کارکنان بود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که مراجعان با کارکنانی که به‌نظر می‌رسد، از نظر فنی ماهر هستند و اطلاعات کافی دربارهٔ بیماری می‌دهند، تعامل راحت‌تری دارند.

کبیر و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعهٔ خود ذکر کردند که پس از شلوغی فراوان واحدهای بهداشتی، اعتماد نداشتن به دانش و مهارت کارکنان واحدهای بهداشتی از بیشترین علل هستند که بهتر است با استخدام کارکنان بیشتر به‌ویژه کارکنان متخصص، حتی در صورت امکان در روزهای محدود در هفته برای واحدها، این چالش را جبران کنند (۲۵). زنگنه و همکاران (۲۰۲۳) نیز عواملی مانند رضایت، در دسترس بودن خدمات، سهل‌الوصول بودن آن‌ها، تسهیلات از نظر محیط فیزیکی، رفتار کارکنان، کیفیت مراقبت، استمرار مراقبت‌ها را از علل افزایش رضایت مشتریان مراکز خدمات بهداشتی می‌دانند (۲۶)؛ بنابراین، برنامه‌ریزی‌های آموزشی و استفاده از وسایل ارتباط‌جمعی در آگاهی دادن به افراد و همچنین به‌کار بردن کارکنان بیشتر و متخصص‌تر در مراکز می‌تواند در رفع این علل مؤثر باشد.

به‌نظر می‌رسد، یکی از راه‌های افزایش استقبال مردم از خدمات بخش دولتی (فراتر از جذابیت اقتصادی ناشی از

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

تعرفه‌های پایین)، ارتقای کیفیت خدمات در این مراکز از طریق اقداماتی نظیر اصلاح شیوه‌های مدیریتی، به‌روزرسانی فرایندهای کلینیکی و پاراکلینیکی، رعایت دقیق منشور حقوق بیمار، تعامل مؤثر گروه سلامت با بیمار و همراهان وی و بهبود فضای فیزیکی و امکانات رفاهی مراکز باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، ارائهٔ خدمات جدید سلامت، درخواست پیگیری در منزل و پیشرفت برنامهٔ عملیاتی مطابق با جدول زمان‌بندی بیشترین نقاط نیازمند بهبود بودند که بایستی بر آن‌ها تمرکز کرد و با برنامه‌ریزی و نظارت مناسب، تأمین نیروی انسانی و زیرساخت‌های لازم، افزایش دسترسی به خدمات و همچنین آموزش و نیز تکیه بیشتر بر مشارکت‌های مردمی برای بهبود موارد یادشده گام برداشت.

در پایان می‌توان گفت، از ویژگی‌های مهم خدمات بهداشتی مطلوب تناسب ارائهٔ خدمات منطبق با نیازهای جامعه، جامعیت شامل ترکیب بهینه‌ای از خدمات پیشگیری، درمانی و ارتقای سلامت، کفایت تأمین حجم و کیفیت خدمات متناسب با نیازهای فعلی جامعه و دسترسی‌پذیری استفادهٔ آسان از خدمات از نظر جغرافیایی، اقتصادی و فرهنگی است.

خدمات سلامت باید در دسترس مراجعان باشد. افراد باید بتوانند در زمان و مکانی مناسب، به خدمات دسترسی پیدا کنند. فاصلهٔ مناسب یکی از علل انتخاب افراد برای دریافت خدمات است دوری مسیر یکی از علل مراجعه نکردن به‌ویژه در افراد باردار و بیمار است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود دربارهٔ نوع و نحوهٔ ارائهٔ خدمات، مسئولان امر ترتیبی اتخاذ نمایند تا خدمات متنوع بر اساس نیاز مراجعان در دسترس آنان قرار داده شوند.

نقطهٔ قوت پژوهش: این مطالعه اولین پژوهش دربارهٔ علل مراجعه نکردن یا کاهش مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت در استان سیستان و بلوچستان پس از طرح تحول نظام سلامت است. یکی دیگر از نقاط قوت این بررسی متدولوژی انجام مطالعه، یعنی استفاده از رویکرد کیفی برای جمع‌آوری دادها و اخذ نظرهای دریافت‌کنندگان خدمات بود.

محدودیت‌ها: به سبب نبود مطالعات منسجم و محدودیت زمانی و مکانی این مطالعه که تنها در یک شهر انجام شد، انجام مطالعه به‌صورت کشوری با توجه با بافت فرهنگی هر منطقه پیشنهاد می‌شود؛ همچنین مشارکت و همکاری نکردن برخی از افراد در مصاحبه از محدودیت‌های دیگر بود که در این صورت تلاش گردید، با ارائهٔ اهداف و مزایای طرح به مشارکت‌کنندگان، اعتماد آنان جلب شود.

اگرچه علل مختلفی همچون نبودِ احساس نیاز به خدمات بهداشتی، توجه بیشتر به بحث درمان، ارائهٔ خدمات سنتی، اطلاع‌رسانی ناکافی خدمات به افراد، مشکلات زیرساختی، تناسب نداشتن خدمات موجود با نیازهای مراجعان و برخورد نامناسب برخی کارکنان ارائه‌دهنده در مراجعه نکردن افراد به مراکز خدمات جامع سلامت نقش دارد؛ اما اطلاع‌رسانی و معرفی خدمات موجود، ارائهٔ خدمات مطابق با نیاز جامعه و بازبینی خدمات بهداشتی در ترغیب افراد به مراکز پیشنهاد می‌شود.

سپاس‌گزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (کد ۱۱۰۹۰) می باشد. نویسندگان این پژوهش، از معاونت تحقیقات فناوری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به دلیل حمایت های مالی و معنوی این طرح و از تمامی همکارانی که در پژوهش حاضر با پژوهشگران همکاری داشته اند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می آورند.

تعارض منافع

مؤلف اظهار می دارد که هیچ گونه تضاد منافع از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

کد اخلاق

این مطالعه با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1402.262 در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تصویب شد.

حمایت مالی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان حمایت های مالی را بر عهده داشته است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بودند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

References

1. Rezapour R, Khosravi A, Farahbakhsh M, Ahmadnezhad E, Azami-Aghdash S, Tabrizi JS. Developing Iranian sub-national primary health care measurement framework: a mixed-method study. Arch Public Health. 2023; 81:98. doi: 10.1186/s13690-023-01108-0.
2. Nikpour S, Atlasi R, Sanjari M, Aalaa M, Heshmat R, Mafinejad MK, et al. Extracting virtual modules of diabetes courses for training primary health care professionals: a scoping review. J Diabetes Metab Disord. 2023; 22:73-81. doi: 10.1007/s40200-023-01184-7.
3. Gholipour K, Shokri A, Yarahmadi AA, Tabrizi JS, Iezadi S, Naghibi D, et al. Barriers to community participation in primary health care of district health: a qualitative study. BMC Prim Care. 2023; 24:117. doi: 10.1186/s12875-023-02062-0.
4. Hakami MC, Poursharifi H, Dolatshahee B, Seddigh SH. Designing and determining the effectiveness of a suicide intervention package for psychologists working in the primary health care system. J Family Med Prim Care. 2023; 12:917-24. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1187_22.
5. Karimi G, Kabir K, Farrokhi B, Abbaszadeh E, Esmaeili ED, Khodamoradi F, et al. Prescribing pattern of antibiotics by family physicians in primary health care. J Pharm Policy Pract. 2023; 16:11. doi: 10.1186/s40545-023-00515-6.
6. Doshmangir L, Shirjang A, Assan A, Gordeev VS. Iranian primary health care network: challenges and ways forward. Prim Health Care Res Dev. 2023;24: e1. doi: 10.1017/S1463423622000354.
7. Gharaee H, Azami Aghdash S, Farahbakhsh M, Karamouz M, Nosratnejad S, Tabrizi JS. Public-private partnership in primary health care: an experience from Iran. Prim Health Care Res Dev. 2023;24: e5. doi: 10.1017/S1463423622000561.
8. Afkar M, Rezanejad Asl P, Mahdavi Hezaveh A, Akrami F, Riazi-Isfahani S, Peykari N, et al. The Effect of the COVID-19 Pandemic on Non-Communicable Disease Prevention and Management Services in the Primary Health Care System of Iran. Med J Islam Repub Iran. 2022; 36:174. doi: 10.47176/mjiri.36.174.
9. Akrami F, Riazi-Isfahani S, Mahdavi Hazaveh A, Ghanbari Motlagh A, Najmi M, Afkar M, et al. Primary Health Care Model for Non-Communicable Diseases Management during COVID-19 Pandemic in the Islamic Republic of Iran. Med J Islam Repub Iran. 2022; 36:167. doi: 10.47176/mjiri.36.167.
10. Fadaei Dehcheshmeh N, Emamian Fard SM, Roghani T, Mohammadi P, Faraji-Khiavi F. Challenges of middle-aged men in utilizing new health services from primary health care providers' perspective: a qualitative study. BMC Prim Care. 2022; 23:318. doi: 10.1186/s12875-022-01933-2.
11. Shahabi S, Kiekens C, Etemadi M, Mojgani P, Teymourlouei AA, Lankarani KB. Integrating rehabilitation services into primary health care: policy options for Iran. BMC Health Serv Res. 2022; 22:1317. doi: 10.1186/s12913-022-08695-8.
12. Rezapour R, Khosravi A, Farahbakhsh M, Ahmadnezhad E, Azami-Aghdash S, Tabrizi JS. Developing Iranian sub-national Primary Health Care Measurement Framework: a study protocol. Prim Health Care Res Dev. 2022;23: e62. doi: 10.1017/S1463423622000469.
13. Hojjat-Assari S, Rassouli M, Kaveh V, Heydari H. Explaining health care providers' perceptions about the integration of palliative care with primary health care; a qualitative study. BMC Prim Care. 2022; 23:226. doi: 10.1186/s12875-022-01835-3.
14. Rahimi H, Goudarzi R, Noorihekmat S, Haghdoost A, Khodabandeh F. Inequality in households' access to primary health care (PHC): a case study in Kerman, southeast Iran. BMC Health Serv Res. 2022; 22:1077. doi: 10.1186/s12913-022-08467-4.
15. Bagheri Z, Dehdari T, Lotfizadeh M. The Preparedness of Primary Health Care Network in terms of Emergency Risk Communication: A Study in Iran. Disaster Med Public Health Prep. 2022; 16:1466-75. doi: 10.1017/dmp.2021.70.
16. Farahbakhsh M, Azizi H, Fakhari A, Esmaeili ED, Barzegar H, Sarbazi E. Developing a community-based Suicide Prevention Program in Primary Health Care. Community Ment Health J. 2022; 58:713-19. doi: 10.1007/s10597-021-00875-w.
17. Hadavandsiri F, Khalili D, Mahdavi A, Afkar M, Ostovar A, Hashemi-Nazari SS, et al. Timely referral to health centers for the prevention of cardiovascular diseases: IraPEN national program. Front Public Health. 2023; 11:1098312. doi: 10.3389/fpubh.2023.1098312.
18. Sebastian RA, Gunderson LM, Ramos MM, Willging CE. Readiness to implement screening, brief intervention, and referral to treatment in school-based health centers. J Community Psychol. 2023; 51:1571-90. doi: 10.1002/jcop.22937.
19. Palawat K, Root RA, Cortez LI, Foley T, Carella V, Beck C, et al. Patterns of contamination and burden of lead and arsenic

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

in rooftop harvested rainwater collected in Arizona environmental justice communities. J Environ Manage. 2023; 337:117747. doi: 10.1016/j.jenvman.2023.117747.

20. Bidarpoor F, Rahmani KH, Akhavan B, Rahimzadeh A, Pourmoradi A. Identifying reasons of non-attendance of urban households in the comprehensive centers of health services in Sanandaj: a combination of two quantitative and qualitative approaches. Iran J Epidemiol. 2019;14.
21. Hosseini Z, Ghaffari M, Rakhshanderou S, Jafari Y, Shoraka HR. Investigating the Reasons for Not Referring Men to Health Centers to Receive Health Services. North Khorasan Univ Med Sci. 2022; 14:29-37. doi:10.52547/nkums.14.1.29.
22. Baygi MZ, Peyvand M. The Experiences of Health Transformation Plan in Southeast Iran: A Qualitative Study. Depic Health. 2022; 13:453-70. doi: 10.34172/doh.2022.48.
23. Tajvar M, Atashbahar O, Dadras F, Sajadi HS. Evaluation of Performance of Rural Health Houses in Kerman City, Iran in Dealing with Covid-19. SJSPH. 2023; 21:1-16
24. Khammarnia M, peyvand M, Setoodezadeh F. Intensifying health challenges in low-income provinces: The impact of the Corona pandemic. J Jiroft Univ Med Sci. 2021; 8:543-4.
25. Kabir MJ, Heidari A, Khatirnamani Z, Kazemi SB, Honarvar MR, Badakhshan A, et al. Identification and Ranking of the Reasons for not Referring Patients from Level 1 to Level 2 through Electronic Referral System of Golestan Province in 2019. Manage Strat Health Syst. 2021; 5:270-9.doi: 10.18502/mshsj. v5i4.5800.
26. Zanganeh Baygi M, Peyvand M. Experiences of service providers about the blood pressure campaign in Iran: A qualitative study. AUMJ. 2023; 12 :383-94 doi: 10.61186/aums.12.4.383.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]