

شناخت علل عدم مراجعه خانوارهای شهری به مراکز خدمات جامع سلامت: ترکیب دو رویکرد کمی و کیفی

فرزام بیدارپور^۱، خالد رحمانی^۲، بهروز اخوان^۱، اردشیر رحیم زاده^۱، احمد پورمرادی^۳

^۱ پزشک عمومی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ استادیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۳ کارشناس بهداشت عمومی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

نویسنده رابط: خالد رحمانی، نشانی: کردستان، سنندج، بلوار پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۸۷۳۳۶۶۴۶۷۴.

پست الکترونیک: Khaledrahmani111@muk.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۲/۲۸؛ پذیرش: ۹۷/۰۷/۰۷

مقدمه و اهداف: علیرغم اجرای طرح تحول بهداشت و افزایش تعداد خدمات و مراکز خدمات جامع سلامت در سال ۱۳۹۳ در ایران، هنوز تعداد زیادی از افراد جهت دریافت خدمات سلامت به این مراکز مراجعه نمی‌کنند. مطالعه حاضر باهدف شناخت علل عدم مراجعه خانوارهای شهری به مراکز خدمات جامع سلامت در شهر سنندج انجام شد.

روش کار: این مطالعه با دو رویکرد کمی و کیفی انجام شد. در بخش کمی، داده‌ها با استفاده از یک چکلیست و از طریق مصاحبه با ۲۰۰ نفر از سرپرستان خانوارهایی که مراجعه نمی‌کردند گردآوری شد. در بخش کیفی هم نظرات پزشکان و کارشناسان شاغل در مراکز جامع خدمات سلامت و سرپرستان خانوارها با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته اخذ شد.

یافته‌ها: عدم احساس نیاز به خدمات، توجه بیشتر به درمان، شاغل بودن در نوبت صبح، مشکلات جسمی، نامناسب بودن مکان ارائه خدمات، اطلاع‌رسانی ناکافی، عدم تناسب خدمات با نیازها، برخورد نامناسب برخی از کارکنان ارائه‌دهنده خدمت مهم‌ترین علل عدم مراجعه افراد بودند. علیرغم گذشت چهار سال از اجرای طرح تحول سلامت در ایران، ۵۳/۵٪ و ۶۰٪ از افراد بررسی‌شده به ترتیب از حضور کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه و خدمات رایگان آنها در مراکز هیچ اطلاعی نداشتند.

نتیجه‌گیری: علل مختلفی در عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت در شهرها نقش دارند اما اطلاع‌رسانی و معرفی خدمات موجود به جامعه، توجه به نیازهای افراد و تسهیل نمودن فرایند ارائه خدمات ضروری است.

واژگان کلیدی: عدم مراجعه، خانوارهای شهری، مراکز خدمات جامع سلامت، خدمات سلامت

مقدمه

کشور است (۳). کاهش مرگ‌ومیر مادران باردار و کودکان زیر یک سال به‌عنوان شاخص‌های مهم توسعه از دیگر موفقیت‌های مهم نظام عرضه خدمات بهداشتی در ایران است (۴،۵).

نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی ایران در سه سطح کشوری، دانشگاهی و شهرستانی سازمان‌دهی شده است. در سطح کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به‌عنوان سیاست‌گذار، تصمیم‌ساز و وظایف مهمی همچون سیاست‌گذاری، تعیین خط‌مشی‌ها، تأمین منابع مالی، انجام هماهنگی‌های لازم و نظارت بر فعالیت‌های بهداشتی و درمان در استان‌ها را بر عهده دارد. در سطح استان‌ها هم دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی وظیفه نظارت بر فعالیت‌های شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها، پشتیبانی از واحدهای مختلف عرضه‌کننده خدمات پیش‌بینی‌شده را بر عهده‌دارند. شبکه بهداشت و درمان شهرستان هم به‌عنوان

ارائه خدمات بهداشتی مستمر در قالب مراقبت‌های بهداشتی اولیه و افزودن خدمات بیشتر به سطح یک مراقبت‌های بهداشتی یکی از فعالیت‌های مهم و یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران و مسئولان سلامت در سه دهه گذشته در ایران بوده است. در همین راستا راه‌اندازی ساختار شبکه‌های بهداشتی و درمانی در ایران از دهه ۱۳۶۰ هجری شمسی و گسترش آن به دورترین نقاط کشور یکی از نمونه‌های موفق ارائه خدمات بهداشتی به‌ویژه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح دنیا بوده است (۱). به گفته کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و شواهد علمی موجود، نظام شبکه ایران موفقیت‌های بسیار زیادی در ارائه خدمات بهداشتی به جامعه داشته است (۲). از جمله مهم‌ترین این موفقیت‌ها، اجرای بسیار خوب برنامه ایمن‌سازی و پوشش بالای اکسیناسیون برای بیماری‌های قابل‌پیشگیری با واکسن در سطح

موردبررسی شامل دو گروه ارائه‌دهندگان خدمت در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و گیرندگان خدمت بودند.

در گروه اول یعنی ارائه‌دهندگان خدمت، نظرات تمام کارکنان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت شهری واقع در مناطقی که بر اساس گزارش‌های اخذشده از سامانه کشوری سیب کمترین مراجعات را دارند از طریق انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته (Semi-structured interview) اخذ شد. در این قسمت رویکرد مطالعه کاملاً کیفی بوده و متدولوژی مطالعه هم پدیدارشناسی (Phenomenology) بود. تعداد پزشکان و کارشناسان که به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت با آنها مصاحبه به عمل آمد ۵۳ نفر بودند.

در گروه دوم، یعنی گیرندگان خدمت هم نظرات ۲۰۰ نفر از سرپرستان خانوارهایی که بر اساس داده‌های سرشماری خانوارها و مراقبت آنها در سامانه کشوری سیب، اصلاً به مراکز و پایگاه‌های سلامت مراجعه نمی‌کردند با مراجعه به درب منازل آنها اخذ شد. این افراد تحت پوشش ۶ مرکز خدمات جامع سلامت شهری بودند. سهم نمونه‌های هر مرکز از ۲۰۰ نفر حجم نمونه موردبررسی بر اساس جمعیت آن مرکز و با استفاده از روش متناسب با اندازه (Probability proportional to size) تعیین شد. در هر مرکز هم نمونه‌ها به‌صورت تصادفی از بین خانوارهای مراجعه نکرده جهت دریافت خدمات سلامت انتخاب شدند. در این گروه یعنی گیرندگان خدمت، علاوه بر اخذ نظرات از طریق انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته (Semi-structured interview) در درب منزل، از یک چک‌لیست جداگانه هم جهت گردآوری داده‌های جمعیت شناختی و داده‌های مرتبط با میزان آگاهی افراد از خدمات قابل‌ارائه در مراکز خدمات جامع سلامت استفاده شد. سؤالات راهنمای مورداستفاده در مصاحبه‌ها عمدتاً بر دو موضوع یعنی دلایل عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه و نظر آنها در زمینه خدمات موجود در این پایگاه‌ها تأکید داشت.

همان‌طور که ذکر شد، گردآوری داده‌های کیفی با اخذ نظرات هر دو گروه یعنی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت و با روش مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد. بر همین اساس در گروه ارائه‌دهندگان خدمت مصاحبه فردی نیمه ساختاریافته با هرکدام از پزشکان و کارشناسان ارائه‌دهنده خدمت در داخل مراکز انجام شد. بخش دیگر داده‌های کیفی با استفاده از مصاحبه با گروه دوم یعنی گیرندگان خدمت جمع‌آوری شد، بدین‌صورت که پس از انتخاب تصادفی سرپرستان خانوارهای مورد مطالعه در هر مرکز از میان خانوارهایی که به مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه

کوچک‌ترین واحد مستقل نظام بهداشت و درمان کشور محسوب می‌گردد و علاوه بر نظارت و پایش فعالیت‌های مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان، مسئولیت اجرای تمام فعالیت‌های بهداشتی درمانی منطقه تحت پوشش را بر عهده‌دارند (۶).

بر اساس مطالعات صورت گرفته، عدم توانایی پاسخگویی به نیازهای جدید مراجعین و عدم مراجعه و استقبال مردم از مراکز بهداشتی درمانی شهری مهم‌ترین چالش‌های پیش روی نظام شبکه‌های بهداشتی و درمانی ایران هستند (۷). در سال‌های گذشته و به‌ویژه از سال ۱۳۹۳ به بعد بحث‌های مرتبط با تحول بهداشت در سطح کشور باعث شد که ساختار این مراکز به مراکز خدمات جامع سلامت تغییر پیدا کرده و در محدوده هر مرکز خدمات جامع سلامت هم بین یک تا ۴ پایگاه سلامت برای افزایش دسترسی مردم در مناطق شهری به خدمات بهداشتی درمانی دایر شدند. افزون بر این‌ها، تعداد نیروها و خدمات ارائه‌شده در این مراکز توسعه پیدا کرد طوری که در حال حاضر امکان ارائه خدمات سلامت روان و خدمات مشاوره‌ای و مداخله‌ای تغذیه و تا حدودی خدمات دهان و دندان هم در این مراکز و پایگاه‌ها ایجاد شده است (۸).

در مطالعات قبلی در دنیا نشان داده‌شده است که مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی در شهرها نسبت به روستاها کمتر است (۹). در ایران نیز باوجود توجه زیاد به توسعه مراکز خدمات جامع سلامت در سطح شهرها در طی سال‌های اخیر، متأسفانه میزان مراجعات مردم به برخی مراکز خدمات جامع سلامت نه‌تنها افزایش پیدا نکرده بلکه در مواردی بسیار کاهش پیدا کرده است و از طرف دیگر تعداد مراجعات مستقیم به بیمارستان‌ها افزایش پیدا کرده است (۱۰). علل مختلفی می‌توانند در این فرایند تأثیر داشته باشند که شناخت آنها به مدیران سلامت کمک خواهد کرد تا با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای هدفمند میزان مراجعات افراد به این مراکز را افزایش دهند. مطالعه حاضر هم در این راستا و باهدف شناسایی علل تأثیرگذار در کاهش مراجعات مردم به مراکز خدمات جامع سلامت شهری در شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ با استفاده از دو رویکرد کمی و کیفی انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی (مقطعی) بود که در سال ۱۳۹۶ در شهر سنندج و با استفاده از دو رویکرد کمی و کیفی انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه با توجه به متغیرهای

حداکثر و حداقل مدت زمان اقامت در محل به ترتیب ۶۴ و ۱ سال بود. خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

عدم اطلاع از خدمات موجود، عدم احساس نیاز به خدمات، ناکافی بودن خدمات مرکز، فاصله طولانی مرکز تا محل اقامت، بی تفاوتی نسبت به دریافت خدمات بهداشتی و برخورد نامناسب کارکنان مراکز مهم ترین علل عدم مراجعه افراد به مراکز جامع سلامت از دیدگاه خانوارهای مورد بررسی (گیرندگان خدمت) بودند. جدول شماره ۲ نظرات گیرندگان خدمت را در مورد علل عدم مراجعه به مراکز و پایگاه های خدمات جامع سلامت به نشان می دهد.

گروه ارائه دهندگان خدمت یعنی کارکنان مراکز علل مختلفی برای عدم مراجعه افراد را ذکر می کردند. از دیدگاه آن ها زمان بر بودن خدمت از طریق سیستم هم یکی از علل اصلی عدم مراجعه افراد است که باعث خواهد شد افراد رغبت زیادی به مراجعه به مراکز جهت دریافت خدمات نداشته باشند. جدول ۲ علل تأثیرگذار در عدم مراجعه افراد به مراکز از دیدگاه گروه ارائه دهندگان خدمت را نشان می دهد.

بر اساس نتایج تحلیل بخش کمی داده ها، ۱۳۷ خانوار (۶۸/۵٪) از ۲۰۰ خانوار بررسی شده بیان داشته اند که کارکنان مراکز جامع خدمات سلامت جهت سرشماری به درب منزل آنها مراجعه کرده بودند. همچنین کارشناسان مراکز با ۶۸ خانوار (۳۴/۰ درصد) از آنها، تماس تلفنی داشته اند. بر اساس تحلیل دقیق تر داده ها مشخص شد که در ۴۴ خانوار (۶۹/۸٪) از ۶۳ خانوار، کارکنان مراکز نه تنها جهت سرشماری مراجعه به درب منزل نداشته اند بلکه با خانوار آنها جهت انجام سرشماری و دعوت جهت انجام مراقبت های بهداشتی تماس تلفنی هم انجام نشده است. همچنین از ۲۰۰ خانوار بررسی شده تعداد ۱۰۷ خانوار (۵۳/۵٪) و ۱۲۰ خانوار (۶۰٪) به ترتیب از حضور کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه و خدمات رایگان آنها در مراکز هیچ اطلاعی نداشتند. یافته مهم دیگر این بود که از ۲۰۰ نفر سرپرست خانوار/همسر سرپرست خانوار مصاحبه شده به ترتیب ۲۶ نفر (۱۳ درصد) و ۱۳ نفر (۶/۵ درصد) مبتلا به پرفشاری خون و دیابت بودند که جهت انجام مراقبت های بهداشتی به مراکز مراجعه نمی کردند.

در بررسی علل عدم مراجعه به مراکز با استفاده از رویکرد کمی، عواملی همچون عدم آگاهی از خدمات مراکز (۴۹٪)، محدودیت خدمات مراکز (۲۶٪)، نبود سامانه نوبت دهی در مراکز (۱۴٪)،

نمی کردند یا کمتر و به صورت نامنظم مراجعه می نمودند، با مراجعه به درب هر خانوار با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته با سرپرست خانوار نظرات آنها اخذ می شد. در هر دو گروه تمام جواب های احتمالی افراد بدون هیچ تغییری ثبت می گردید.

روش انتخاب پزشکان و کارشناسان مراکز جهت انجام مصاحبه به صورت هدفمند (Purposive) بود. مصاحبه ها تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. تا زمان اشباع داده ها با ۵۳ نفر از این افراد مصاحبه صورت گرفت. محققان در حین انجام مصاحبه، صحت برداشت خود را با استفاده از سؤالات راهنما کنترل می کردند.

در رویکرد دوم یعنی شناسایی علل عدم مراجعه خانوارها به مراکز جامع خدمات سلامت با استفاده از رویکرد کمی، برای گردآوری داده ها از یک چک لیست محقق ساخته شامل متغیرهای جمعیت شناختی و سؤالاتی متناسب با اهداف مطالعه در زمینه بررسی آگاهی افراد از فعالیت های مراکز خدمات جامع سلامت استفاده گردید. داده های این بخش پس از جمع آوری، با استفاده از نرم افزار STATA نسخه ۱۴ آنالیز شد. داده های به دست آمده در این بخش با استفاده از روش های توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار، فراوانی و فراوانی نسبی خلاصه سازی و توصیف شدند.

قبل از مصاحبه با هر کدام از افراد اطلاعات لازم در مورد پژوهش حاضر و اهداف آن به شرکت کنندگان ارائه می شد و رضایت آنها جهت پاسخگویی به سؤالات به صورت شفاهی اخذ می شد. همچنین اجرای مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1396.172 مورد تصویب و موافقت قرار گرفت.

یافته ها

در گروه ارائه دهندگان خدمت، نظرات و دیدگاه های ۵۳ نفر از افراد اخذ شد. این افراد شامل پزشک، دندان پزشک، کارشناس بهداشتی و ماماها بودند. میانگین سن و میانگین سابقه کار این افراد در نظام سلامت به ترتیب برابر با $36/58 \pm 8/30$ و $11/09 \pm 8/59$ سال بود.

در گروه گیرندگان خدمت هم ۲۰۰ نفر سرپرست یا همسر سرپرست خانوار با میانگین سنی $36/58 \pm 8/30$ سال وارد مطالعه شدند که ۸۳ نفر (۴۱/۵٪) از آنها مرد و ۱۱۷ نفر (۵۸/۵٪) از آنها زن بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد سال های زندگی خانوار در محله مورد بررسی $10/26 \pm 10/68$ سال بود که از نظر متوسط اقامت خانوار در محل، تغییرات زیادی داشتند طوری که

درجه اهمیت چند آیتم اصلی برای دریافت خدمات توسط افراد اخذ شد که در جدول ۵ خلاصه است. بر اساس نتایج خلاصه شده در جدول ۵، دریافت پکیج کاملی از خدمات موردنیاز در یکجا و پس از آن نزدیک بودن مراکز و در دسترس بودن خدمات اهمیت بیشتری برای افراد دارد و پرداخت هزینه بابت ارائه خدمات در درجه بعدی اولویت افراد قرار دارد.

در پاسخ به سؤال دیگری در مصاحبه‌های انجام شده بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه پیشنهادهایی برای افزایش مراجعه به مراکز داشتند که از آن جمله می توان به اطلاع رسانی بیشتر در مورد خدمات موجود، حضور همیشگی پزشک، افزایش خدمات تخصصی تر، راه اندازی برخی خدمات مهم دیگر از جمله خدمات دندانپزشکی، خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی اشاره داشتند.

دوری مرکز از محل زندگی (۱۳/۵٪)، نداشتن زمان کافی جهت مراجعه (۱۳/۵٪)، شلوغی و ازدحام در مراکز (۱۲٪)، عدم اعتقاد به ارزش انجام مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیرانه در مقایسه با خدمات درمانی (۹/۰٪) و برخورد نامناسب کارکنان مراکز (۸٪)، به ترتیب بیشترین نقش را در عدم مراجعه افراد/خانوارها به مراکز داشته‌اند.

یکی دیگر از یافته‌های بخش کمی مطالعه حاضر درصد اطلاع افراد از هرکدام از خدمات ارائه شده در مراکز بود. به همین منظور ۱۰ خدمت مهم و اصلی مراکز و پایگاه‌های خدمات سلامت در قالب سؤال برای افراد مطرح شد و میزان آگاهی آنها از ارائه هرکدام از این خدمات در مراکز محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴ خلاصه شده است.

در بخش دیگری از مطالعه نظرات سرپرست خانوارها در مورد

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه

| متغیر | سطوح متغیر | فراوانی (%) |
|---|------------------------|-------------|
| جنسیت | | |
| | مرد | ۱۵ (۲۸/۳) |
| | زن | ۳۸ (۷۱/۷) |
| تحصیلات سرپرست خانوار | | |
| | دیپلم | ۴ (۷/۵) |
| | فوق دیپلم | ۶ (۱۱/۳) |
| | لیسانس | ۳۸ (۷۱/۷) |
| | دکتری عمومی | ۵ (۹/۴) |
| شغل | | |
| | پزشک | ۴ (۷/۵) |
| | دندانپزشک | ۱ (۱/۹) |
| | مراقب سلامت | ۲۳ (۴۳/۴) |
| | ماما | ۱۱ (۲۰/۸) |
| | کارشناس محیط و حرفه‌ای | ۶ (۱۱/۳) |
| | کارشناس سلامت روان | ۴ (۷/۵) |
| | کارشناس تغذیه | ۴ (۷/۵) |
| جنسیت | | |
| | مرد | ۸۳ (۴۱/۵) |
| | زن | ۱۱۷ (۵۸/۵) |
| نسبت فرد پاسخگو با سرپرست خانوار | | |
| | خودسرپرست خانوار | ۸۴ (۴۲/۰) |
| | همسر سرپرست خانوار | ۱۱۶ (۵۸/۰) |
| تحصیلات سرپرست خانوار | | |
| | بی سواد | ۱۴ (۷/۰) |
| | زیر دیپلم | ۴۰ (۲۰/۰) |
| | دیپلم | ۷۴ (۳۷/۰) |
| | فوق دیپلم | ۱۷ (۸/۵) |
| | لیسانس/فوق لیسانس | ۵۰ (۲۵/۰) |
| | دکتر | ۵ (۲/۵) |

گروه ارائه دهندگان خدمت

گروه گیرندگان خدمت

شغل سرپرست خانوار

| | |
|----------|------------|
| کارمند | ۴۸ (۲۴/۰) |
| آزاد | ۱۴۳ (۷۱/۵) |
| بیکار | ۲ (۱/۰) |
| خانه‌دار | ۷ (۳/۵) |

جدول شماره ۲- علل تأثیرگذار در عدم مراجعه به مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت از دیدگاه گروه گیرندگان خدمت

| طبقه | زیر طبقه | نظرات شاخص شرکت‌کنندگان |
|---|--|---|
| عدم اطلاع از خدمات موجود | عدم فراخوان افراد به مراکز جهت ارائه خدمات عدم اطلاع افراد از خدمات قابل‌ارائه در مراکز | «هیچ‌کسی به ما زنگ نزده که مراجعه کنیم» (ش. ۱۱) «من نمی‌دانم چه خدماتی می‌توانند به ما بدهند» (ش. ۱۹) |
| عدم احساس نیاز به خدمات | احساس نیاز به خدمات بهداشتی به‌عنوان یک نیاز فقط برای بچه‌ها احساس نیاز به خدمات بهداشتی به‌عنوان یک نیاز فقط برای مادران باردار دریافت خدمات رایگان از طریق بیمه تأمین اجتماعی ابتدایی و سنتی بودن خدمات موجود پزشک بودن یکی از اعضای خانواده دریافت خدمات از بهداشت و درمان سایر ارگان‌ها (تأمین اجتماعی/نیروهای مسلح) | «بچه کوچک نداریم دیگر نیازی نداریم بیاییم» (ش. ۲۸) «این مراکز بیشتر برای مادران باردار است ما چرا بریم» (ش. ۹۱) «بیمه تأمین اجتماعی دارم نیازی ندارم بیایم» (ش. ۱۹۴) «سال‌هاست که مراقبت‌ها همین است و چیز جدیدی نیست» (ش. ۱۸۴) «من خدمات خود را درمانگاه خودم می‌گیرم نیازی به مراجعه ندارم» (ش. ۱۴۱) «ما بیمه تأمین اجتماعی داریم می‌رویم بیمارستان تأمین اجتماعی» (ش. ۶۳) |
| ناکافی بودن خدمات در مراکز/ توقع دریافت خدمات تخصصی تشخیصی و درمانی | عدم حضور پزشک در پایگاه عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی در مرکز عدم ارائه خدمات دارویی در مراکز عدم حضور متخصصان در مراکز نبود خدمات تزریقات و پانسمان عدم ارائه خدمات سونوگرافی نداشتن خدمات دندانپزشکی در مرکز | «پایگاهی که ما تحت پوشش آن هستیم اصلاً پزشک ندارد» (ش. ۹۷) «حتی یک آزمایش ساده هم برای ما انجام نمی‌دهند» (ش. ۱۷) «دارویی ندارند به ما بدهند اصلاً داروخانه هم ندارند» (ش. ۱۶) «خدمات ساده است. خدمت تخصصی ندارند. مثلاً متخصص کودکان ندارند» (ش. ۴۴) «یک تزریق ساده را هم انجام نمی‌دهند» (ش. ۳۷) «یک سونوگرافی را برای مادر باردار هم ندارند» (ش. ۱۱۳) |
| نامناسب بودن مکان مراکز و پایگاه‌های بهداشتی | نامناسب بودن مسیر و جاده مراکز و پایگاه عدم اطلاع از محل پایگاه دور بودن مرکز از محل زندگی | «جاده مرکز خاکی است» (ش. ۱۶۸) «من اصلاً نمی‌دانم به کجا باید مراجعه کنم» (ش. ۱۸۶) |
| نامناسب بودن برخورد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات | برخورد بد با مراجعین عدم توجه کارکنان به مراجعین دقت کم کارکنان و عجله در انجام کار | «به مرکز مراجعه کردم ولی پرونده‌ام را گم کرده‌اند» (ش. ۱۴۹) «کارمندان در کارها عجله می‌کنند» (ش. ۴۰) |
| زمان بر بودن انجام خدمات در مراکز | طولانی بودن مدت‌زمان مراقبت برای یک نفر نبود سیستم نوبت‌دهی در مرکز شلوغ بودن مرکز و در نتیجه اتلاف وقت | «یک‌بار رفتیم دو ساعت طول کشید تا مراقبت‌هایم انجام شد» (ش. ۱۰۱) «مراکز شلوغ من بروم و قتم تلف می‌شود» (ش. ۱۰۹) |

| | | |
|--|---|---|
| اولویت داشتن بحث درمان برای افراد | باور غلط در زمینه مراجعه به مراکز فقط در زمان بیمار بودن | «من که ظاهراً سالم هستم چرا مراجعه کنم بیمار نیستم» (ش. ۱۰۷) |
| اولویت دادن به مراجعه به بخش خصوصی | دیدگاه نامناسب نسبت به کارکنان این مراکز در زمینه نداشتن تخصص و حرفه کافی دیدگاه نامناسب در زمینه استفاده مراکز از افراد کم تجربه به ویژه دانشجویان در ارائه خدمات بهداشت پائین وسایل مصرفی نسبت به بخش خصوصی | «کارکنان مراکز هیچ کاری نمی‌توانند بکنند دانش و تخصص ندارند» (ش. ۵۴) «مراجعه به بخش خصوصی آسان تر و مطمئن تر است» (ش. ۱۲۳) «خدمات در بیرون بیشتر توسط خودشان ارائه می‌شود نه دانشجویان» (ش. ۱۳۷) «وسایل مورد استفاده در مراکز از نظر بهداشتی اصلاً قابل مقایسه با بخش خصوصی نیست» (ش. ۹) |
| بی تفاوتی افراد نسبت به دریافت خدمات بهداشتی | بی تفاوتی به دلیل کهولت سن | «من تازه پیر شده‌ام مراکز بهداشتی هیچ کاری برای من نمی‌توانند انجام دهند بهتر است همیشه در یک بیمارستان بستری باشم» (ش. ۱۹۱) «هیچ مانع خاصی نیست خودم تنبل هستم و حوصله مراجعه ندارم» (ش. ۱۰۷) «من خودم دوست دارم مراجعه کنم ولی کسی از خانواده همراه من نمی‌آید و من هم نسبت به فرد» (ش. ۶۲) |
| وضعیت شغلی و کاری افراد | مشغله کاری افراد در نوبت صبح تغییر محل سکونت کم بودن ساعات کار مراکز | مراکز بهداشتی بیشتر صبح‌ها خدمات می‌دهند من صبح سرکار خودم هستم» (ش. ۶) «من مستأجرم هر سال در یک محله ساکن هستم نمی‌دانم به کجا مراجعه کنم» (ش. ۱۷۱) «اگر مراکز در ساعاتی از بعدازظهر هم خدمت ارائه دهند ما می‌توانیم مراجعه کنیم» (ش. ۸۲) |
| عدم مراجعه بدون دلیل | عدم مراجعه بدون هیچ دلیل خاصی (نظر ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان) | «اصلاً خودم دلیل خاصی ندارم» (ش. ۵۱، ۲۳، ۵۹، ۷۹، ۱۲۹، ۱۸۲) «هیچ دلیلی ندارم و خودم هم تابه‌حال به آن فکر نکرده‌ام» (ش. ۳۷، ۴۸، ۹۸، ۱۱۳) |

ش. شماره شرکت کننده

جدول شماره ۳- علل تأثیرگذار در عدم مراجعه به مراکز و پایگاه‌های خدمات جامع سلامت از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت

| طبقه | زیر طبقه | نظرات شاخص شرکت کنندگان |
|----------------------------|--|--|
| عدم اطلاع از خدمات موجود | عدم اطلاع‌رسانی به مردم در زمینه خدمات مراکز مشارکت کم صداوسیما در آگاه‌سازی مردم | «بسیاری از افراد از خدمات ما اطلاع ندارند» (ش. ۱۱) «اطلاع‌رسانی عمومی از طریق صداوسیما هم ضعیف است» (ش. ۱۷) |
| عدم احساس نیاز به خدمات | درک ناکافی از اهمیت خدمات بهداشتی سواد بالای مردم به ویژه در مناطق برخوردار | «مردم درک صحیحی از اهمیت برنامه‌های پیشگیری و بهداشتی ندارند و تا زمانی بیمار نشوند فکر می‌کنند نیازی به خدمات ندارند» (ش. ۱۴) «در مناطق برخوردار مردم به علت سواد بالا مراجعه نمی‌کنند» (ش. ۹) |
| ناکافی بودن خدمات در مراکز | عدم ارائه خدمات آزمایشگاهی در مراکز عدم ارائه خدمات تخصصی (سطح ۲) در مراکز نبود خدمات داروخانه در مراکز نبود واحد تزریقات و پانسمان در مراکز | «مردم خیلی وقت‌ها دنبال خدمات آزمایشگاهی هستند که در مراکز وجود ندارد» (ش. ۳۰) «اگر متخصص زنان و کودکان و در صورت امکان داخلی به مراکز اضافه شود بهتر است» (ش. ۱۸) «مردم دوست دارند داروهایشان را هم در داخل مراکز دریافت کنند اما اینجا داروخانه وجود ندارد» (ش. ۲۹) «خیلی وقت‌ها مردم عنوان می‌کنند شما یک تزریق ساده را هم داخل مراکز انجام نمی‌دهید چرا ما بیاییم» (ش. ۲) |

| | | |
|---|--|--|
| «فضای فیزیکی کنونی برای ارائه خدمت نامناسب است. هر مراقب سلامت باید همه مراقبت‌ها را خودش انجام بدهد» (ش. ۱۱) | فضای فیزیکی نامناسب واحدهای ارائه‌دهنده خدمت | نامناسب بودن مکان مراکز و پایگاه‌های بهداشتی |
| «مسیرهای انتخاب‌شده برای راه‌اندازی این مراکز بسیار نامناسب هستند. دسترسی جمعیت تحت پوشش به پایگاه بهداشتی مشکل است» (ش. ۱) | انتخاب مسیرهای نامناسب برای راه‌اندازی مراکز و پایگاه‌ها | |
| «سرعت اینترنت پایین است. سرعت سامانه ثبت مراقبت‌ها (سامانه سیب) هم پایین است» (ش. ۳۱) | سرعت کم اینترنت و مشکلات مرتبط با کندی سامانه | مشکلات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری |
| «مدت‌زمان انجام مراقبت برای یک فرد و ثبت در سامانه آن قدر طولانی است که مراجعین را خسته می‌کند» (ش. ۳۱) | زمان‌بر بودن تکمیل پرونده سلامت | سیستم ارائه خدمات |
| «برای هرکدام از گروه‌های هدف تعداد و تواتر ارائه خدمت بیش از توان کارکنان و مراجعین است» (ش. ۳) | تعداد خدمات زیاد برای گروه‌های هدف | |
| «مسئولان بیشتر به بحث درمان اهمیت می‌دهند و سرمایه‌گذاری در بهداشت ضعیف است» (ش. ۶) | اختصاص هزینه و توجه کمتر مسئولان به بخش بهداشت | در اولویت بودن بحث درمان در جامعه |
| «نگاه ضعیف مسئولان به بهداشت روی جامعه هم تأثیر گذاشته است» | تأثیر نگاه ضعیف مسئولان به بخش بهداشت روی جامعه | |
| «از روزی که تعرفه‌های بیمارستانی پائین آمده، متأسفانه افراد برای کنترل فشارخون هم به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند» (ش. ۱) | مراجعه مستقیم افراد به اورژانس بیمارستان‌ها | |
| «بیشتر مادران باردار دوست دارند بروند پیش متخصصان زنان هم کیفیت خدمت را بالاتر می‌دانند و هم اطمینانشان بیشتر است» (ش. ۸) | کیفیت بالای خدمات در بخش خصوصی | اولویت دادن به مراجعه به بخش خصوصی |
| «خیلی وقت‌ها افراد به خاطر شلوغی مراکز ما و عدم مدیریت صحیح افراد در اینجا سمت بخش خصوصی می‌روند» (ش. ۱۹) | ازدحام جمعیت در بخش دولتی | |
| «مردم سواد بهداشتی در مورد ارزش این خدمات ندارند» (ش. ۵) | پائین بودن سواد بهداشتی مردم | بی‌تفاوتی افراد نسبت به دریافت خدمات بهداشتی |
| «خدمات بهداشتی خیلی برای مردم مهم نیست و درواقع بی‌تفاوت هستند نسبت به خدمات» (ش. ۲۶) | بی‌تفاوتی افراد نسبت به خدمات بهداشتی | |
| «برخی از افراد به‌ویژه مردان در نوبت صبح شاغل هستند» (ش. ۲۲) | عدم زمان کافی جهت مراجعه به مراکز به‌ویژه مردان | وضعیت جسمی، شغلی و کاری افراد |
| «سالمندانی هستند که نمی‌توانند مراجعه کنند و کسی هم آن‌ها را به مرکز نمی‌آورد» (ش. ۱۱) | سالمندی به‌عنوان یک شاخص از ناتوانی در مراجعه افراد | |

ش. شماره شرکت‌کننده

جدول شماره ۴ - میزان آگاهی شرکت‌کنندگان (گیرندگان خدمت) از هرکدام از خدمات ارائه‌شده در مراکز و پایگاه‌های سلامت

| نوع خدمت | آگاهی (%) |
|---|-----------|
| خدمات مرتبط با مادران باردار و مامایی | ۸۲ |
| خدمات واکسیناسیون کودکان | ۸۸/۵ |
| مراقبت فشارخون و دیابت | ۴۷ |
| خدمات مرتبط با صدور کارت سلامت | ۲۵/۵ |
| خدمات مشاوره سلامت روان | ۳۴ |
| خدمات مشاوره تغذیه و تجویز رژیم‌های غذایی درمانی | ۲۹ |
| خدمات مراقبت نوزادان و کودکان | ۶۴ |
| خدمات پیشگیری و کنترل اختلال چربی خون | ۲۸/۵ |
| خدمات مرتبط با پیشگیری و غربالگری برخی سرطان‌ها (سرطان رحم و سرطان پستان) | ۳۷ |
| خدمات سلامت دهان و دندان | ۳۳ |

جدول شماره ۵ - نظر شرکت‌کنندگان (گیرندگان خدمت) در ارتباط با اهمیت آیت‌های اصلی نحوه دریافت خدمات سلامت

| نوع خدمت | کم تعداد (%) | متوسط تعداد (%) | زیاد تعداد (%) |
|---|-----------------|--------------------|-------------------|
| دریافت خدمت در مدت‌زمان کم و بدون اتلاف وقت | ۱۴ (۷/۰) | ۵۱ (۲۵/۵) | ۱۳۵ (۶۷/۵) |
| مقدار هزینه پرداخت‌شده برای دریافت خدمت | ۳۵ (۱۷/۵) | ۷۸ (۳۹/۰) | ۸۷ (۴۳/۵) |
| نزدیک بودن مراکز و در دسترس بودن خدمات | ۹ (۴/۵) | ۴۲ (۲۱/۰) | ۱۴۹ (۷۴/۵) |
| دریافت تمام خدمات موردنیاز در یکجا (ویزیت پزشکی، خدمات بهداشتی، آزمایشگاهی و پرستاری) | ۱۱ (۵/۵) | ۳۱ (۱۵/۵) | ۱۵۸ (۷۹/۰) |

بحث

مطالعه حاضر باهدف شناسایی علل عدم مراجعه مردم به مراکز و پایگاه‌های خدمات سلامت شهری انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده در دو دسته قابل‌بحث است. یک دسته از عوامل که مربوط به افراد جامعه است و عمدتاً شامل عدم اطلاع افراد از خدمات موجود، عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی، اولویت دادن به دریافت خدمات از بخش خصوصی، توجه بیشتر به بحث درمان، شاغل بودن افراد در نوبت صبح و مشکلات جسمی بود. دسته دیگر، عوامل مرتبط با نظام عرضه خدمات بهداشتی در کشور است و در این دسته هم عواملی همچون نامناسب بودن و دور بودن مکان مراکز ارائه خدمات بهداشتی از محل سکونت افراد، اطلاع‌رسانی ناکافی خدمات موجود به افراد جامعه، مشکلات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری سیستم ارائه خدمات، برخورد نامناسب برخی از کارکنان ارائه‌دهنده خدمت به‌عنوان مهم‌ترین علل تأثیرگذار در عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت بودند.

اگرچه علل زیادی در عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت نقش داشتند اما عدم اطلاع از خدمات موجود یکی از علل اصلی و قابل مداخله محسوب می‌شود. علیرغم گذشت چهار سال از اجرای طرح تحول بهداشت و به‌کارگیری تعداد زیادی از کارشناسان تغذیه و سلامت روان، هنوز درصد زیادی از جامعه (بیش از ۵۰ درصد) از ارائه خدمات رایگان توسط این افراد در مراکز خدمات جامع سلامت اطلاع ندارند. معرفی خدمات موجود از طرق مختلف از جمله رسانه‌های جمعی یا پیگیری فعالانه افراد و معرفی خدمات به آنها می‌تواند در بهبود مراجعه مؤثر باشد.

یکی از دلایل عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت انتخاب نامناسب مکان‌های ارائه خدمات بهداشتی و به عبارتی دور بودن مراکز به محل سکونت افراد بود که با نتایج نیکپور و همکاران همخوانی دارد (۱۱). Andrea و همکاران هم یکی از علل اصلی عدم مراجعه را فاصله زیاد بین مراکز و مشتریان بیان کرده است (۱۲).

یکی دیگر از دلایل عدم مراجعه، شاغل بودن افراد در نوبت صبح است که به علت هم‌زمانی ساعت کار آنها با زمان ارائه خدمات بهداشتی امکان مراجعه و دریافت خدمات وجود نداشت. این یافته در مطالعات قبلی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. فراهم آوردن شرایطی برای ارائه خدمات بهداشتی در این گروه از افراد که جمعیت قابل‌توجهی هستند می‌تواند به افزایش پوشش خدمات بهداشتی منجر شود. در این راستا می‌توان فعالیت‌های مختلفی انجام داد. انجام مراقبت‌های بهداشتی به‌صورت فعال و در محل کار افراد و یا ارائه خدمات در نوبت‌های بعدازظهر از جمله این راهکارها محسوب می‌شوند. بعضی از افراد در این گروه مراجعه به بخش خصوصی را هم ناگزیر ترجیح می‌دادند که این یافته با مطالعه Chris Martin همخوانی داشت (۱۳).

یکی دیگر از علل تأثیرگذار، مشکلات نرم‌افزاری در سیستم ارائه خدمات است که هم باعث ازدحام در مراکز و هم نارضایتی افراد در زمان مراجعه می‌شود. ازدحام در مراکز به‌عنوان یکی از موانع اصلی در ارائه خدمات در مطالعات قبلی هم عنوان شده است (۱۴، ۱۵). در ایران، بعد از اجرای طرح تحول بهداشت و معرفی سامانه سیب برای ثبت مراقبت‌ها و خدمات، تکمیل این نرم‌افزار زمان‌بر بوده و بر اساس نظر ارائه‌دهندگان خدمت ثبت هم‌زمان مراقبت‌ها در نرم‌افزار و زمان‌بر بودن فرایند ثبت، یکی از علل اصلی در ایجاد ازدحام در مراکز، نارضایتی مراجعین و ارائه‌دهندگان خدمت و به دنبال این‌ها کاهش مراجعات افراد است. مشکلات جسمی در افراد سالخورده به‌ویژه در مردان هم یکی از علل تأثیرگذار در عدم مراجعه افراد بود. این یافته با مطالعه David A Ellis و همکاران همخوانی دارد (۱۶). بعضی از افراد هم دلایل خاصی برای عدم مراجعه نداشتند که هیچ مطالعه‌ای مشابه که این یافته را گزارش کرده باشد یافت نشد اما Emma Kaplan-Lewis فراموشی زمان مراجعات را به‌عنوان یک دلیل برای عدم مراجعه ذکر کرده است (۱۷) که در مطالعه حاضر هیچ‌کدام از افراد بررسی شده به آن اشاره نکرده‌اند. مطالعه حاضر در نوع خود از معدود مطالعات انجام‌شده در

نامناسب بودن مکان ارائه خدمات بهداشتی، اطلاع‌رسانی ناکافی خدمات به افراد جامعه، مشکلات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری سیستم ارائه خدمات، عدم تناسب خدمات موجود با نیازهای مراجعین و برخورد نامناسب برخی از کارکنان ارائه‌دهنده خدمت در عدم مراجعه افراد به مراکز خدمات جامع سلامت در شهرها نقش دارند اما اطلاع‌رسانی و معرفی خدمات موجود به جامعه، توجه به نیازهای آنها در راه‌اندازی و یا بازبینی ارائه خدمات بهداشتی و همچنین تسهیل نمودن فرایند ارائه خدمات به افراد ضروری است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی (HSR) مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره ۱۳۹۶/۱۷۲ است و هزینه آن توسط این معاونت تأمین شده است.

زمینه علل عدم مراجعه یا کاهش مراجعه افراد به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی است. بر اساس بررسی متون موجود این مطالعه اولین بررسی حاضر در این زمینه پس از اجرای طرح تحول بهداشت در ایران است. یکی دیگر از نقاط قوت این بررسی، متدولوژی انجام مطالعه یعنی استفاده از دو رویکرد کمی و کیفی برای جمع‌آوری داده‌ها و اخذ نظرات هر دو گروه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت بود. علیرغم نقاط قوت مذکور، عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های به‌دست‌آمده به سایر استان‌های کشور یک محدودیت برای مطالعه حاضر محسوب می‌شود و انجام مطالعه به‌صورت کشوری و در استان‌های مختلف می‌تواند نتایج بهتری فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

اگرچه علل مختلفی همچون عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی، توجه بیشتر به بحث درمان، مشکلات جسمی افراد،

منابع

- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. 2000.
- Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
- Nasseri K, Sadrizadeh B, Malek-Afzali H, Mohammad K, Chamsa M, Cheraghchi-Bashi M, et al. Primary health care and immunisation in Iran. *Public health*. 1991; 105: 229-38.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The lancet*. 2010; 375: 1609-23.
- Rahmani K, Zokaei M, Bidarpoor F, Babahajiani S, Nessaei P, Moradi G. Children mortality rate trend in kurdistan province during 2007 to 2011. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014; 10: 65-72.
- Asadi-Lari M, Sayyari A, Akbari M, Gray D. Public health improvement in Iran—lessons from the last 20 years. *Public health*. 2004; 118: 395-402.
- Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *The international journal of health planning and management*. 2012; 27.
- Hashjin AA, Gorji HA, Kringos DS, Delgoshaei B, Manoochehri J, Klazinga NS. A general description of the Iranian health care system. *Quality Assurance Strategies in Hospitals*. 2015; 21: 35-6.
- Khan AR, Lateef ZNA-A, Al Aithan MA, Bu-Khamseen MA, Al Ibrahim I, Khan SA. Factors contributing to non-compliance among diabetics attending primary health centers in the Al Hasa district of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*. 2012; 19: 26.
- Nabilou B, Yusefzadeh H, Salem Safi P. Performance assessment of health system reform plan in the hospitals affiliated with urmia university of medical sciences. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017; 14: 896-905.
- Nikpour S, Yosefi R, Javadi F, Hosseini F. REASONS OF referring and not referring of satisfied and unsatisfied women from health services, to outpatients department (OPD). *Iran Journal of Nursing*. 2002; 15: 37-43.
- Williamson AE, Ellis DA, Wilson P, McQueenie R, McConnachie A. Understanding repeated non-attendance in health services: a pilot analysis of administrative data and full study protocol for a national retrospective cohort. *BMJ open*. 2017; 7: e014120.
- Martin C, Perfect T, Mantle G. Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Family practice*. 2005; 22: 638-43.
- Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic Emergency Medicine*. 2004; 11: 1302-10.
- Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Archives of internal medicine*. 2008; 168: 1705-10.
- Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health*. 2017; 2: e551-e9.
- Kaplan-Lewis E, Percac-Lima S. No-show to primary care appointments: why patients do not come. *Journal of primary care & community health*. 2013; 4: 251-5.

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

Bidarpoor F¹, Rahmani KH², Akhavan B³, Rahimzadeh A¹, Pourmoradi A¹

1- MD, Vice Chancellor for Health Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2- Assistant Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3- BS in Public Health, Vice Chancellor for Health Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Corresponding author: Rahmani Kh, khaledrahmani111@muk.ac.ir

(Received 18 May 2018; Accepted 29 September 2018)

Background and Objectives: Despite the implementation of the health reform plan and the increasing number of comprehensive centers of health services in 2014 in Iran, many people still do not attend these centers for various reasons. The aim of this study was to determine the reasons why urban households do not attend comprehensive centers of health services in Sanandaj.

Methods: This study was carried out using two quantitative and qualitative approaches. In the quantitative section, data were collected through a checklist and interviews with 200 household heads who did not attend. In the qualitative section, the views of physicians, other health providers, and household heads were obtained using semi-structured interviews.

Results: A feeling of no need for health services, paying more attention to treatment, working on morning shifts, physical problems, inappropriate location of centers, inadequate informing services to community members, inconsistency between existing services and clients' needs, and inappropriate treatment of some health providers were the most important barriers to non-attendance of clients. Despite four years of implementation of the health reform plan in Iran, 53.5% and 60% of participants had no awareness about the presence of mental health and nutrition experts and their free services in the centers, respectively.

Conclusion: Although there are many reasons for people not attending comprehensive centers of health services in cities, informing and introducing services to the community and considering the clients' needs are essential.

Keywords: Non-attendance, Urban households, Comprehensive center of health services, Health services