



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۱، شماره ۴، بهار ۱۴۰۵



شناسایی و تبیین موانع استفاده از خدمات پایگاه‌های سلامت از دیدگاه شهروندان تایباد: یک مطالعه کیفی

علی صوفی^۱ (MSc)، رضا زینلی^۲ (MD)، کبری میرزاخانی^۳ (PhD)، عطیه مالک^۴ (MSc)

مقاله پژوهشی

چکیده

سابقه و هدف: دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی اولیه یکی از ارکان اساسی ارتقای سلامت جامعه است. پایگاه‌های سلامت شهری نقش کلیدی در تحقق این هدف دارند، با این حال در برخی مناطق میزان استفاده از این خدمات کمتر از حد انتظار است. این مطالعه با هدف شناسایی و تبیین موانع استفاده از خدمات پایگاه‌های سلامت شهری از دیدگاه شهروندان شهر مرزی تایباد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل مضمون در شهرستان تایباد طی ماه‌های آبان تا اسفند ۱۴۰۳ انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۴۳ نفر از افراد واجد شرایط دریافت خدمات بهداشتی تحت پوشش پایگاه‌های سلامت شهری بودند. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و با تنوع دیدگاه‌ها انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و پس از کدگذاری، مقوله‌بندی و استخراج تم‌ها، تحلیل گردید. برای اعتبار داده‌ها از روش بازبینی مشارکت‌کنندگان و همکاران استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج چهار تم اصلی و سیزده زیرتم شد. تم‌های اصلی عبارت بودند از: ۱- موانع ساختاری و سازمانی (کمبود زیرساخت‌ها، ازدحام، بی‌ثباتی نیروی انسانی، عدم رعایت حریم خصوصی) ۲- محدودیت‌های خدمات و پوشش مراقبت (کمبود خدمات تخصصی، کیفیت ناکافی مراقبت، نیاز به مراقبت در منزل) ۳- نگرش‌ها و رفتارهای فردی (پایین بودن انگیزه پیشگیری، محدودیت زمانی، بی‌اعتمادی به کارآمدی خدمات) ۴- ترجیحات مراجعه و پیگیری ناکافی (عدم پیگیری فعال از سوی پایگاه، ترجیح مراکز درمانی دیگر).

نتیجه‌گیری: عدم استفاده از خدمات پایگاه‌های سلامت شهری ناشی از ترکیبی از موانع ساختاری، محدودیت‌های خدمات و عوامل فردی است. ارتقای مراجعه نیازمند بهبود زیرساخت‌ها، تثبیت نیروی انسانی، گسترش خدمات و آموزش مؤثر جامعه است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند در بازطراحی خدمات سلامت شهری مبتنی بر نیاز و تجربه واقعی مردم مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: خدمات بهداشتی اولیه؛ استفاده از خدمات سلامت؛ دسترسی به خدمات؛ تحلیل مضمون؛ یران

نویسنده مسئول: رضا زینلی، پزشک عمومی، رئیس مرکز بهداشت شهرستان تایباد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

E-mail: zeinalibr3@mums.ac.ir تلفن: ۰۹۳۶۷۶۳۵۵۶۸

۱. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه بیماری‌های واگیر مرکز بهداشت شهرستان تایباد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

۲. پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان تایباد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

۳. استادیار مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان تایباد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۲ اصلاح: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۳۰

مقدمه

دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی از حقوق بنیادین هر فرد در جامعه به شمار می‌رود و یکی از شاخص‌های کلیدی تحقق عدالت در سلامت است (۱). در این میان، دسترسی مؤثر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه زمانی محقق می‌شود که جمعیت تحت پوشش به‌طور واقعی از خدمات ارائه‌شده استفاده کند؛ بنابراین میزان مراجعه به پایگاه‌های سلامت، یکی از نشانگرهای عملیاتی دسترسی و کارآمدی نظام مراقبت اولیه محسوب می‌شود (۲). کاهش یا تأخیر در استفاده از این خدمات می‌تواند پیامدهای نامطلوبی مانند کنترل ضعیف بیماری‌های مزمن، افزایش بستری‌های غیرضروری و تحمیل هزینه‌های بیشتر به نظام سلامت را به دنبال داشته باشد (۳-۵).

مطالعات نشان داده‌اند که عوامل متعددی در عدم مراجعه افراد به مراکز بهداشتی نقش دارند. این عوامل شامل ویژگی‌های ارائه‌دهندگان خدمت، نگرش و باورهای بیماران، نوع مراقبت ارائه‌شده و متغیرهای اجتماعی-اقتصادی مانند وضعیت شغلی و سطح تحصیلات است (۶-۹). علاوه بر این، مشکلات حمل‌ونقل، کمبود زمان، فراموشی، اطلاع‌رسانی ناکافی و تصور کم‌اهمیت بودن مراقبت‌های پیشگیرانه نیز از عوامل مؤثر بر کاهش مراجعه گزارش شده‌اند (۷-۱۰). شواهد موجود نشان می‌دهد که تفاوت‌های جمعیت‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی می‌توانند الگوهای مراجعه را تحت تأثیر قرار دهند. به‌عنوان نمونه، در مطالعات انجام‌شده در ایران، اختلاف معناداری در میزان مراجعه بین مناطق شهری و روستایی، گروه‌های سنی مختلف و سطوح متفاوت تحصیلات گزارش شده است (۱۱-۱۳). کیفیت ارتباط میان بیمار و ارائه‌دهنده خدمت، میزان اعتماد به نظام سلامت و آگاهی از مزایای مراقبت‌های پیشگیرانه نیز از دیگر عوامل کلیدی مؤثر بر مراجعه عنوان شده‌اند (۱۴-۱۵).

با وجود این شواهد، بخش عمده پژوهش‌های انجام‌شده در ایران ماهیت کمی داشته‌اند و کمتر به بررسی عمیق تجربه زیسته شهروندان در مواجهه با نظام ارائه خدمات سلامت پرداخته‌اند. این خلأ به‌ویژه در مناطق مرزی و کم‌برخوردار، که شرایط فرهنگی، اجتماعی و ساختاری خاصی دارند، برجسته‌تر است. فقدان مطالعات کیفی تجربه‌محور در این

مناطق، درک جامع از چرایی عدم مراجعه را محدود کرده است.

شهر تایباد، به‌عنوان یک منطقه مرزی در جنوب‌شرق استان خراسان رضوی با جمعیتی حدود ۶۸ هزار نفر، دارای پایگاه‌های سلامت شهری فعال است؛ با این حال، بر اساس گزارش‌های مدیریتی و داده‌های محلی، میزان مراجعه جهت دریافت برخی خدمات پایه کمتر از حد انتظار گزارش شده است. این وضعیت ضرورت بررسی عمیق‌تر موانع مراجعه از دیدگاه شهروندان را برجسته می‌کند.

بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف شناسایی و تبیین موانع استفاده از خدمات پایگاه‌های سلامت شهری تایباد از منظر شهروندان، با رویکرد کیفی و تحلیل مضمون انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند شواهد ارزشمندی برای بهبود کیفیت خدمات، ارتقای دسترسی و طراحی مداخلات متناسب با شرایط محلی فراهم کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل مضمون بر اساس چارچوب براون و کلارک است (۱۶). مطالعه بر روی افراد واجد شرایط مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در بازه زمانی آبان تا اسفند ۱۴۰۳ برای دریافت خدمات به پایگاه‌های سلامت شهری تایباد مراجعه نکرده بودند؛ انجام شد. در تمامی پایگاه‌های سلامت شهری فعال (چهار پایگاه) خدمات بهداشتی اولیه از جمله مراقبت بیماران مبتلا به دیابت و فشارخون، واکسیناسیون، مراقبت مادران باردار و سایر خدمات پیشگیرانه به‌صورت رایگان ارائه می‌شود. شرکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری: افراد واجد شرایط بر اساس داده‌های پرونده الکترونیک سلامت شناسایی شدند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند با حداکثر تنوع انجام شد تا تفاوت‌ها از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع شغل (شاغل/غیرشاغل/مشاغل با ساعات نامنظم) و تجربه قبلی استفاده از خدمات سلامت در نمونه لحاظ شود.

معیارهای ورود: سن ≤ 18 سال، تابعیت ایرانی، سکونت دائم در شهرستان تایباد، ثبت شماره تماس در پرونده الکترونیک سلامت، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود.

تم‌ها، تدوین ساختار نهایی و گزارش نتایج. کدگذاری اولیه به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر انجام شد. اختلاف نظرها از طریق بحث و اجماع حل شد. مدیریت داده‌ها و کدگذاری به صورت دستی انجام گرفت.

اعتبار و اعتمادپذیری داده‌ها: برای تضمین اعتبار یافته‌ها از راهبردهای بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، بازبینی همتای پژوهشی، مستندسازی دقیق مراحل تحلیل و رعایت بازاندیشی پژوهشگر استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با موافقت کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد: IR.MUMS.REC.1403.247) انجام شد. پیش از هر مصاحبه، هدف مطالعه، نحوه استفاده و حفاظت از داده‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه به صورت شفاهی اخذ گردید. فایل‌های صوتی و متون رونویسی شده به صورت رمزگذاری شده در فضای امن ذخیره شد. دسترسی به داده‌های خام صرفاً برای اعضای تیم پژوهش امکان‌پذیر بود.

یافته‌ها

در این مطالعه، در مجموع ۴۳ نفر شرکت کردند که ۷/۷۶ درصد آنان زن بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۱۴/۷ ± ۳۵/۶ سال بود و دامنه سنی آنان بین ۱۴ تا ۷۱ سال متغیر بود. بیشتر افراد متأهل (۸۸/۴ درصد)، ساکن منازل شخصی (۴۴/۲ درصد) و دارای درآمد در حد کفاف (۷۲ درصد) بودند. میانگین تعداد فرزندان ۲/۲ نفر و میانگین مدت سکونت در شهرستان تایباد ۲۷/۳ سال گزارش شد. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی مربوط به مقطع دبیرستان و دیپلم (۳۹/۵ درصد) بود و پس از آن، تحصیلات دانشگاهی (۲۷/۹ درصد) قرار داشت. الگوی مشابهی نیز در بررسی سطح تحصیلات همسران مشاهده شد. از نظر وضعیت شغلی، بیشترین گروه شرکت‌کننده خانه‌دار (۵۱/۲ درصد) بودند، رتبه دوم به افراد شاغل اختصاص داشت و دانشجویان و دانش‌آموزان کمترین سهم را داشتند (جدول ۱).

تحلیل مضمون مصاحبه‌ها با هدف تبیین چرایی عدم مراجعه بخشی از شهروندان به پایگاه‌های سلامت شهری تایباد، به شناسایی چهار تم اصلی و ۱۳ زیرتم انجامید. این تم‌ها بیانگر مجموعه‌ای از عوامل ساختاری-سازمانی، محدودیت‌های

معیارهای خروج: عدم تمایل یا انصراف از ادامه مصاحبه، عدم پاسخ‌گویی به سه تماس تلفنی در سه هفته متوالی و وجود مشکلات جسمی یا روانی مؤثر بر توانایی ارائه اطلاعات معتبر بود.

حجم نمونه و اشباع داده‌ها: فرآیند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع مفهومی ادامه یافت. پس از انجام ۳۴ مصاحبه، کدها و مفاهیم جدیدی استخراج نشد. با این حال، برای اطمینان از پایداری اشباع و پوشش تنوع تجربیات، نه مصاحبه تکمیلی انجام شد که منجر به ظهور مفهوم جدیدی نگردید؛ بنابراین، تحلیل نهایی بر اساس ۴۳ مصاحبه صورت گرفت.

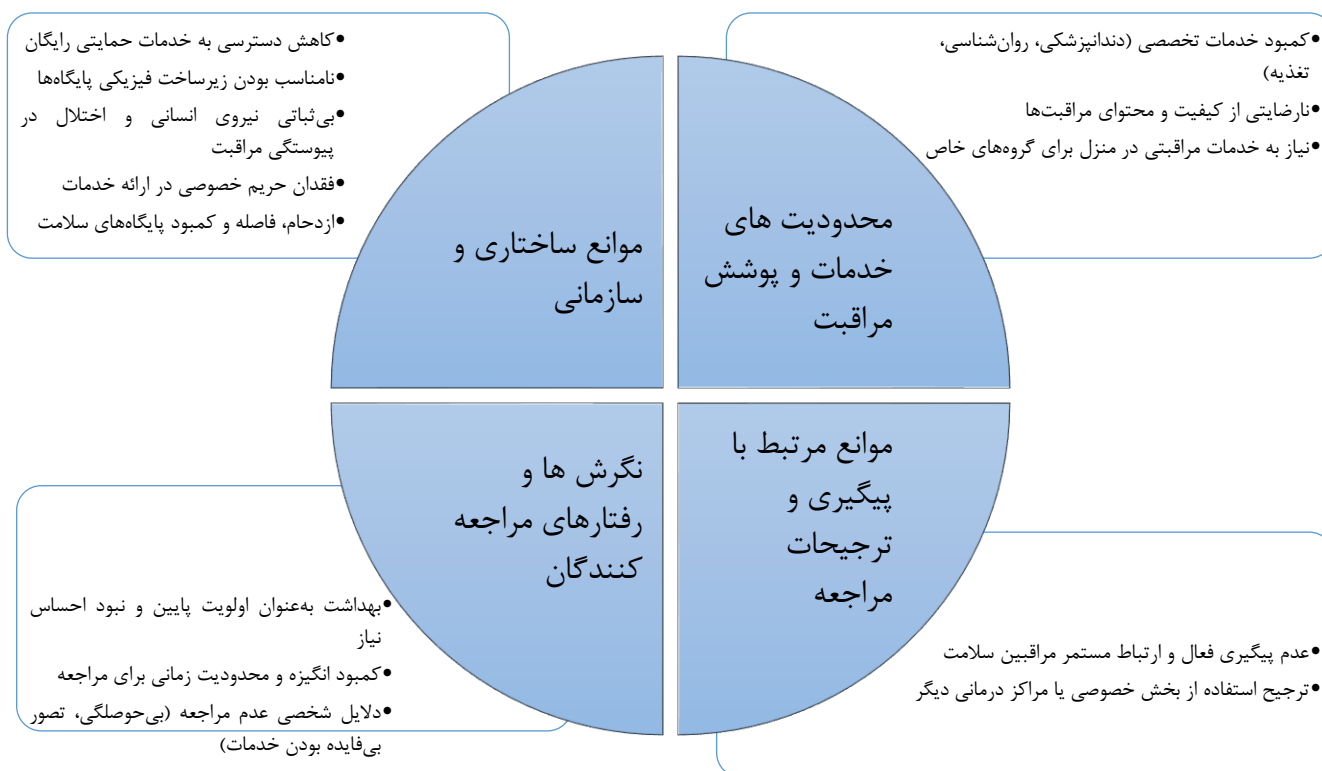
گردآوری داده‌ها: مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی (کارشناس ارشد روانشناسی با تجربه انجام مصاحبه‌های عمیق) انجام شد. پژوهشگر هیچ‌گونه رابطه سازمانی یا درمانی مستقیم با شرکت‌کنندگان نداشت. پس از تماس تلفنی اولیه و توضیح هدف مطالعه، مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختاریافته و تلفنی انجام شد. توصیه به مراجعه برای دریافت خدمات، پس از پایان مصاحبه و صرفاً در راستای وظیفه اخلاقی و حرفه‌ای ارائه اطلاعات سلامت صورت گرفت و هیچ ارتباطی با پذیرش یا رد شرکت در مطالعه نداشت. راهنمای مصاحبه بر اساس مرور متون علمی و با مشارکت سه متخصص مامایی، روانشناس و اپیدمیولوژیست تدوین شد. روایی محتوایی راهنما از طریق بررسی وضوح، تناسب و پوشش مفهومی سؤالات توسط این متخصصان تأیید گردید. مصاحبه با این سؤال عمومی آغاز شد: می‌توانید در مورد مراجعه به پایگاه سلامت جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی صحبت کنید؟ و سپس با پرسش‌های کاوشی نظیر «می‌توانید بیشتر توصیف کنید؟» و «می‌توانید مثال بزنید؟» ادامه می‌یافت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط و کلمه به کلمه رونویسی شد.

روش تحلیل داده‌ها: تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل مضمون براساس چارچوب شش مرحله‌ای براون و کلارک و تفسیر Naem و همکاران انجام شد (۱۶). مراحل شامل: آشنایی با داده‌ها از طریق گوش دادن و خواندن مکرر مصاحبه‌ها، استخراج واحدهای معنایی و کدگذاری اولیه، گروه‌بندی کدهای مشابه در قالب مقوله‌های فرعی، شناسایی الگوهای مشترک و تشکیل تم‌های اولیه، بازبینی، پالایش و نام‌گذاری

خدمات به‌عنوان مضامین غالب مطرح شدند، در حالی که نگرش‌های فردی و عوامل مرتبط با پیگیری و ترجیحات مراجعه نقش تکمیلی اما معناداری در تداوم عدم مراجعه داشتند. خلاصه تم‌ها و زیرتم‌ها در شکل ۱ ارائه شده است.

خدمات، نگرش‌های فردی و عوامل مرتبط با پیگیری و ترجیحات مراجعه بودند که به‌صورت درهم‌تنیده بر استفاده از خدمات مراقبت‌های اولیه اثر می‌گذاشتند. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان، تم‌های ساختاری - سازمانی و محدودیت

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی و دموگرافیک شرکت‌کنندگان					
متغیر	گروه بندی	تعداد(درصد)	متغیر	دسته	تعداد(درصد)
جنسیت	مرد	۱۰ (۲۳/۳)	تحصیلات	ابتدایی	۸ (۱۸/۶)
	زن	۳۳ (۷۶/۷)		راهنمایی	۶ (۱۴)
میانگین سنی		۳۵/۶۷ سال		دبیرستان و دیپلم	۱۷ (۳۹/۵)
وضعیت تاهل	مجرد	۴ (۹/۳)	تحصیلات همسر	دانشگاهی	۱۲ (۲۷/۹)
	متاهل	۳۸ (۸۸/۴)		ابتدایی	۷ (۱۶/۲)
	سایر	۱ (۲/۳)		راهنمایی	۶ (۱۴)
نوع سکونت	استیجاری	۱۶ (۳۷/۲)	شغل	دبیرستان و دیپلم	۱۲ (۲۷/۹)
	شخصی	۱۹ (۴۴/۲)		دانشگاهی	۱۲ (۲۷/۹)
	منزل والدین	۸ (۱۸/۶)		نامشخص	۶ (۱۴)
سطح درآمد	کمتر از حد کفاف	۱۰ (۲۳/۳)	میانگین مدت زمان سکونت در تایباد	خانه دار	۲۲ (۵۱/۲)
	در حد کفاف	۳۱ (۷۲)		شاغل	۱۶ (۳۷/۲)
	بیش از حد کفاف	۲ (۴/۷)		دانشجو و محصل	۵ (۱۱/۶)
میانگین تعداد فرزند		۲/۲	میانگین مدت زمان سکونت در تایباد		
			۲۷/۳۶ سال		



شکل ۱. تم‌های اصلی و زیر تم‌های استخراج شده از تحلیل مضمون مصاحبه‌ها

موانع ساختاری و سازمانی

این تم به مجموعه‌ای از موانع زیرساختی و سازمانی اشاره دارد که به‌طور مستقیم تجربه مراجعه، احساس امنیت و کیفیت تعامل مراقب-مراجع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در روایت مشارکت‌کنندگان، این موانع نه تنها دسترسی فیزیکی به خدمات را محدود می‌کردند، بلکه با تضعیف اعتماد و رضایت، زمینه‌ساز کاهش انگیزه برای مراجعه مجدد می‌شدند. پنج زیرتم اصلی شامل کاهش خدمات حمایتی رایگان، نامناسب بودن فضا، فقدان حریم خصوصی، ازدحام و فاصله و بی‌ثباتی نیروی انسانی بود.

۱. کاهش دسترسی به خدمات حمایتی رایگان

بسیاری از مشارکت‌کنندگان به‌ویژه خانواده‌های کم‌درآمد و زنان باردار به کاهش یا حذف تدریجی مکمل‌ها، داروهای پایه و اقلام ضروری اشاره داشتند. این موضوع در تلقی افراد نوعی «پسرفت» در عدالت سلامت ایجاد کرده بود. نمونه‌ای از گفته‌ها: «داروهای تقویتی و ویتامین‌ها رو به مادر باردار نمی‌دید حتی قطره‌ی کودکان کمتر شده» (مشارکت‌کننده ۸). «حمایت دارویی نمی‌شیم ... دیگه انگیزه‌ای برای رفتن به بهداشت ندارم» (مشارکت‌کننده ۱۷). این تجربه‌ها به کاهش اعتماد به سیستم و ایجاد دلسردی از تداوم مراجعه منجر شده است.

۵. بی‌ثباتی نیروی انسانی و اختلال در پیوستگی

مراقبت

جابجایی و تغییر مکرر مراقبین سلامت مانع شکل‌گیری رابطه اعتماد و تداوم مراقبت شد. مشارکت‌کنندگان از این بی‌ثباتی به‌عنوان یک مانع جدی در دریافت خدمات مؤثر یاد کردند: مشارکت‌کننده شماره ۲۸ نظرش را در زمینه تغییر مراقبین سلامت این گونه بیان نمود: «مراقبان بهداشت خیلی زود به زود عوض می‌شن ... تا با یک مراقب آشنا می‌شیم ... دفعه بعد جابجا شده».

این وضعیت به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیرتر اثر منفی بیشتری داشته و مانع از ایجاد ارتباط پایدار و کارآمد شده است.

محدودیت‌های خدمات و پوشش مراقبت

این تم به نارسایی‌های موجود در نوع، کیفیت و گستره خدمات ارائه‌شده در پایگاه‌های سلامت؛ از جمله کمبود خدمات تخصصی مانند دندانپزشکی، روان‌شناسی و تغذیه، کیفیت ناکافی مراقبت‌های ارائه‌شده و فقدان خدمات مراقبتی در منزل برای گروه‌های خاص اشاره دارد. مشارکت‌کنندگان این محدودیت‌ها را در امتداد موانع ساختاری-سازمانی تجربه می‌کردند؛ به‌گونه‌ای که کمبود خدمات تخصصی و کیفیت ناکافی مراقبت‌ها، کارآمدی مراجعه را زیر سؤال برده و ترجیح به استفاده از سایر مراکز درمانی را تقویت می‌کرد. مشارکت‌کنندگان به‌طور مکرر بر محدود بودن خدمات تخصصی، نارضایتی از کیفیت و محتوای مراقبت‌ها و همچنین نبود خدمات خانگی تأکید داشتند. سه زیر تم این حوزه شامل کمبود خدمات دندانپزشکی، روان‌شناسی و تغذیه، نارضایتی از کیفیت و محتوای مراقبت‌ها و نیاز به خدمات مراقبتی در منزل برای گروه‌های خاص، بود.

۱. کمبود خدمات دندانپزشکی، روان‌شناسی و تغذیه

یکی از مطالبات پرتکرار مشارکت‌کنندگان، حضور فعال و مستمر دندانپزشک، روان‌شناس و کارشناس تغذیه در پایگاه‌ها بود. خدمات موجود در این حوزه‌ها محدود، پراکنده و گاه غیرقابل دسترسی در زمان‌های موردنیاز بود. این مسئله به‌ویژه در خانواده‌هایی با کودک، نوجوان، سالمند یا بیماران مزمن محسوس‌تر بود:

۲. نامناسب بودن زیرساخت فیزیکی پایگاه‌ها

کمبود فضا، تهویه ناکافی، گرمای محیط و نبود امکانات مناسب از دیگر موارد پرتکرار در مصاحبه‌ها بود. برخی مراجعان مرد نیز به محدودیت فضا برای حضور همراه اشاره کردند.

یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «اتاق‌ها کوچک دو تا خانم داخل باشن جایی برای آقا نیست» (مشارکت‌کننده ۲۹). «صندلی مراجعین خیلی خشک و سفته ... خیلی گرمه انگار کولر ندارند» (مشارکت‌کننده ۲۷).

این شرایط نه تنها موجب نارضایتی عمومی شد، بلکه در برخی موارد به ترک مراجعات بعدی نیز منجر گردید.

۳. فقدان حریم خصوصی و احساس شرمندگی

بسیاری از زنان و نوجوانان از نبود فضای خصوصی گلایه داشتند. حضور همزمان چند مراجع در اتاق باعث ایجاد احساس شرم و کاهش تمایل به بیان مسائل شخصی شده بود.

بعنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «دو نفر یا بیشتر توی اتاق هستن آدم راحت نیست گاهی وقتا موقع مراقبت صدا به صدا نمی‌رسه» (مشارکت‌کننده ۲۵).

نظر دیگر مشارکت‌کننده: «سوالات شخصی دوست ندارم جلوی بقیه و همکارشون بپرسم» (مشارکت‌کننده ۲۸). این وضعیت سبب تضعیف کیفیت تعامل مراقب-مراجع و کاهش اعتماد به خدمات می‌شود.

۴. ازدحام و فاصله زیاد تا مراکز سلامت

ازدحام بیش از حد پایگاه‌ها و فاصله زیاد برخی مناطق تا مراکز سلامت، از موانع مهم دسترسی به‌ویژه برای سالمندان و مادران دارای فرزند خردسال بود. مشارکت‌کنندگان افزایش تعداد پایگاه‌ها را برای کاهش شلوغی و سهولت دسترسی پیشنهاد کردند: یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «خیلی شلوغه هربار میرم برای مراقبت خودم منصرف می‌شم» (مشارکت‌کننده ۹).

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان به فاصله طولانی دسترسی به پایگاه سلامت اشاره دارد: «کاشکی بهداشت به ما نزدیک‌تر بود ...» (مشارکت‌کننده ۲۶).

نگرش‌ها و رفتارهای مراجعه‌کنندگان

این تم بازتاب برداشت‌ها، انگیزه‌ها و اولویت‌های ذهنی مشارکت‌کنندگان نسبت به مراقبت‌های پیشگیرانه و مراجعه به پایگاه‌های سلامت است. برخلاف موانع ساختاری که عمدتاً بیرونی هستند، این تم به عوامل درونی و فردمحور می‌پردازد که می‌توانند حتی در صورت دسترسی به خدمات، مانع مراجعه منظم شوند. مشارکت‌کنندگان نشان دادند که عوامل فردی و اجتماعی، اولویت‌دهی به مراقبت‌های پیشگیرانه و مراجعه منظم را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سه زیر تم این حوزه عبارتند از: بهداشت به‌عنوان اولویت پایین و نبود احساس نیاز، کمبود انگیزه و محدودیت زمانی برای مراجعه و دلایل شخصی عدم مراجعه.

۱. **بهداشت به‌عنوان اولویت پایین و نبود احساس نیاز**
برخی افراد (بیشتر مردان میانسال و افراد دارای وضعیت اقتصادی متوسط) پیشگیری را ضروری نمی‌دانستند و فقط در موارد بیماری مراجعه می‌کردند. این نگرش موجب کاهش مشارکت در برنامه‌های مراقبتی و مراجعه‌گریزی شده است: نمونه‌ای از گفته‌ها: «تیز خاصی حس نمی‌کنم چون اگر مریض باشم مراجعه می‌کنم» (مشارکت‌کننده ۵).
«همه مون دستگاه فشارخون و دیابت خونه داریم انگیزه و نیازی برای مراجعه به بهداشت نمی‌بینم» (مشارکت‌کننده ۱۲).

این موضوع نشان می‌دهد که درک اهمیت پیشگیری و آگاهی از مزایای مراقبت‌های اولیه در میان برخی افراد محدود است.

۲. کمبود انگیزه و محدودیت زمانی برای مراجعه

مشغله‌های شغلی، تحصیلی و مسئولیت‌های خانوادگی از جمله عوامل بازدارنده مراجعه به پایگاه‌های سلامت بودند. این موضوع در میان افراد شاغل و دانشجویان از مهم‌ترین موانع بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان درخواست کردند که خدمات با شیفت‌های انعطاف‌پذیر، هماهنگی قبلی و یادآوری قبل از موعد ارائه شود: بعنوان مثال: «... اگر شیفت بعدازظهر فعال بشه شاید بتونم راحتتر مراجعه کنم» (مشارکت‌کننده ۹).
یا مشارکت‌کننده دیگری اینطور بیان نمود: «دانشجو هستم ... در حال حاضر برایم رفت و آمد به پایگاه سلامت سخت شده» (مشارکت‌کننده ۲۲).

۱ یکی از مشارکت‌کنندگان خدمات مورد نیاز خود را این گونه بیان کرد: «من به خدمات پزشکی و بیشتر دندانپزشکی نیاز دارم» (مشارکت‌کننده ۴). و مشارکت‌کننده دیگری: «کارشناس روان فقط سه روز در هفته هست که خب من نمی‌تونم اون روزا مراجعه کنم» (مشارکت‌کننده ۳۴).
این محدودیت‌ها موجب شد بسیاری از نیازهای بهداشتی و درمانی اساسی افراد بی‌پاسخ بماند و دسترسی به خدمات اولیه سلامت ناکافی تلقی شود.

۲. نارضایتی از کیفیت و محتوای مراقبت‌ها

گروهی از مشارکت‌کنندگان، کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را ناکافی دانستند. تکراری بودن پرسش‌ها، عدم اعتماد به نتایج آزمایش‌ها و کم‌اثر بودن مداخلات از جمله مواردی بود که منجر به کاهش انگیزه برای مراجعه مکرر شد:
نظر مشارکت‌کننده شماره ۱۰ اینگونه است: «از خدمات آزمایشگاهی و پزشکی مشهود استفاده می‌کنم خب نظم و دقت اونا بالاتره».

یا مشارکت‌کننده دیگری از تکراری بودن مراقبت‌ها گلایه مند است: «هر بار که مراجعه می‌کنم سوالات تکراری می‌پرسن البته وظیفه‌شان است ولی همیشه لازم نیست» (مشارکت‌کننده ۲۷).

این تجربه‌ها موجب شده بود خدمات به‌عنوان «کم‌فایده» تلقی شوند و مراجعه به پایگاه‌ها برای برخی افراد تنها زمانی صورت گیرد که ضرورت جدی وجود داشته باشد.

۳. نیاز به خدمات مراقبتی در منزل برای گروه‌های خاص

یکی دیگر از نیازهای مهم مطرح‌شده توسط مشارکت‌کنندگان، ارائه مراقبت در منزل به‌ویژه برای سالمندان، بیماران ناتوان یا وابسته بود. مشکلات جابه‌جایی، شرایط فیزیکی دشوار و نبود مراقب جایگزین، از عوامل بازدارنده در مراجعه این گروه‌ها به پایگاه‌ها عنوان شد: بعنوان مثال: «نمی‌تونم از خونه بخاطر مراقبت مادر سالمندم بیرون برم نیاز دارم که خودشون بیان در منزل» (مشارکت‌کننده ۱۲).
مشارکت‌کنندگان تأکید کردند که با روند رو به رشد سالمندی جمعیت، این نوع خدمات اهمیتی دوچندان خواهد یافت و باید به‌عنوان بخشی از نظام مراقبت‌های اولیه در نظر گرفته شود.

این یافته‌ها نشان می‌دهد که زمان‌بندی مناسب و اطلاع‌رسانی فعال می‌تواند نقش مهمی در افزایش مشارکت و مراجعه منظم داشته باشد.

۳. دلایل شخصی عدم مراجعه (بی‌حوصلگی، تصور بی‌فایده بودن خدمات)

گروهی از افراد، دلایل درونی و شخصی برای عدم مراجعه منظم به پایگاه‌ها مطرح کردند، از جمله بی‌حوصلگی، احساس بی‌فایده بودن خدمات و حتی تنبلی. این دلایل بازتاب‌دهنده شکاف در انگیزه و اعتماد به نظام رسمی سلامت است:

مشارکت کننده شماره ۱۳ گفت: «هرچقدر مراقب سلامت روزهای هفته رو تغییر میدم بازم مراجعه نمی‌کنم انگار تنبلی می‌کنم و انگیزه ای ندارم».

این تجربه‌ها تأکید می‌کند که علاوه بر اصلاح خدمات و دسترسی، تقویت انگیزه، آموزش و آگاهی‌بخشی در میان جامعه برای مراجعه مؤثر به پایگاه‌ها حیاتی است.

موانع مرتبط با پیگیری و ترجیحات مراجعه

این تم فراوانی متوسط داشت، اما نقش مهمی در کاهش مراجعه منظم ایفا می‌کرد. این تم به عواملی اشاره دارد که در سطح تعامل نظام سلامت با مراجعه‌کننده و انتخاب آگاهانه محل دریافت خدمت شکل می‌گیرند. برخلاف تم نگرش‌ها که بر باورهای فردی تمرکز دارد، این تم نشان می‌دهد چگونه نبود پیگیری فعال و مقایسه خدمات پایگاه‌ها با سایر مراکز درمانی، به شکل‌گیری ترجیحات جایگزین و کاهش مراجعه منجر شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که نبود پیگیری فعال از سوی مراقبین سلامت و همچنین ترجیح افراد برای استفاده از مراکز خصوصی یا سایر سازمان‌های بیمه‌ای، از موانع مهم محسوب می‌شوند.

۱. عدم پیگیری فعال و ارتباط مستمر مراقبین سلامت

برخی مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که تماس یا پیگیری فعال از سوی پایگاه سلامت در برخی موارد انجام نمی‌شود و همین موضوع موجب کاهش احساس ارزشمندی و بی‌انگیزگی برای مراجعه می‌گردد. آنان تأکید داشتند که یادآوری به‌موقع و ارتباط مداوم می‌تواند در ایجاد نظم و استمرار حضور در برنامه‌های بهداشتی مؤثر باشد و فقدان این پیگیری به‌عنوان یک مانع تلقی می‌شود. مثلاً مشارکت کننده ای اینطور اظهار بی‌اطلاعی نمود: «تا الان با من تماس گرفته

نشده شاید به خانواده ام اطلاع دادند» (مشارکت کننده ۱۷). یا مشارکت کننده شماره ۱۴ یادآوری را مناسب عنوان نمود: «کارمند هستم معمولاً هر وقت به من یا دآوری کردند و تماس گرفتند مراجعه کردم».

این اظهارات نشان می‌دهد که ضعف در پیگیری فعال و عدم ارتباط مستمر مراقبین سلامت با مراجعان، می‌تواند مانعی در مسیر مراجعه و بهره‌مندی منظم از خدمات باشد.

۲. ترجیح استفاده از بخش خصوصی یا مراکز درمانی دیگر

تعدادی از مشارکت‌کنندگان به دلایلی مانند کیفیت بالاتر خدمات، نظم بهتر، فضای مناسب‌تر و اطمینان بیشتر به کادر درمان، مراجعه به مراکز خصوصی یا سازمان‌های بیمه‌ای مانند تأمین اجتماعی را به پایگاه‌های سلامت ترجیح می‌دهند. این موضوع در عمل به کاهش مراجعه آنان به پایگاه‌های سلامت منجر شده است:

نمونه ای از اظهارات مشارکت کنندگان: «در مشهد خدمات تخصصی می‌گیرم اونجا خدمات دقیق تر و بهتری ارائه میدن و فضاشون بزرگتر و مرتب تره» (مشارکت کننده ۱۳). «تأمین اجتماعی واقعاً مکان سرد و مرتبی داره و معمولاً اونجا مراجعه می‌کنیم» (مشارکت کننده ۳۱).

در مجموع، برآیند معنایی یافته‌ها نشان می‌دهد که عدم مراجعه به پایگاه‌های سلامت شهری حاصل تأثیر یک عامل منفرد نیست، بلکه نتیجه تعامل پویا میان موانع ساختاری-سازمانی، محدودیت‌های عینی خدمات، نگرش‌های فردی و ترجیحات شکل‌گرفته در تجربه‌های قبلی مراجعه است. موانع ساختاری و سازمانی، از طریق تضعیف کیفیت تجربه مراجعه و اعتماد، زمینه‌ساز شکل‌گیری نگرش‌های منفی و کاهش انگیزه پیشگیری شده‌اند. در ادامه، نبود پیگیری فعال و مقایسه خدمات پایگاه‌ها با مراکز دیگر، به ترجیح گزینه‌های جایگزین یا کنار گذاشتن مراقبت‌های پیشگیرانه انجامیده است. این الگوی درهم‌تنیده نشان می‌دهد که رفتار مراجعه‌کنندگان بیش از آنکه صرفاً فردی باشد، ریشه در تجربه زیسته آنان از نحوه سازمان‌دهی و ارائه خدمات سلامت دارد.

بحث

این مطالعه کیفی با هدف تبیین چرایی عدم مراجعه بخشی از واجدین شرایط به پایگاه‌های سلامت شهری در تایباد انجام شد و چهار تم اصلی شامل موانع ساختاری و سازمانی، محدودیت‌های خدمات و پوشش مراقبت، نگرش‌ها و رفتارهای مراجعه‌کنندگان و ضعف در پیگیری فعال شناسایی گردید. یافته‌ها نشان داد تصمیم به مراجعه یا عدم مراجعه، حاصل برهم‌کنش پیچیده عوامل ساختاری، کیفیت ادراک‌شده خدمات و زمینه‌های فردی-اجتماعی است؛ بنابراین مداخلات تک‌بعدی به‌تنهایی کارآمد نخواهند بود و رویکردی چندسطحی و زمینه‌محور ضروری است (۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷).

کاهش خدمات حمایتی رایگان، ضعف زیرساخت‌های فیزیکی (به‌ویژه فقدان حریم خصوصی، تهویه نامناسب و محدودیت فضای انتظار)، ازدحام و فاصله مکانی از مهم‌ترین موانع گزارش شده بودند. اگرچه این یافته‌ها با مطالعات بین‌المللی همخوانی داشته و نشان می‌دهد محدودیت منابع و کیفیت پایین محیط ارائه خدمت مانع استفاده از مراقبت‌های اولیه می‌شود (۱۰، ۱۷، ۱۸)، شدت اثر این عوامل در زمینه ایران و به‌ویژه شهرستان تایباد قابل توجه‌تر است. انتظار تاریخی جامعه از رایگان بودن خدمات پایه سلامت باعث می‌شود هرگونه کاهش یا حذف این خدمات به‌سرعت به کاهش اعتماد و انگیزه مراجعه منجر شود؛ مسئله‌ای که در بسیاری از نظام‌های سلامت با ساختار بیمه‌محور کمتر مشاهده می‌شود. بی‌ثباتی نیروی انسانی نیز یکی از عوامل کلیدی تضعیف‌کننده مراجعه بود. مشابه گزارش‌های کشورهای با کمبود نیروی سلامت، جابجایی مکرر کارکنان موجب ناپیوستگی مراقبت و کاهش اعتماد می‌شود (۷، ۱۸). با این حال، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که در تایباد، این موضوع تحت تأثیر بافت فرهنگی و اجتماعی منطقه تشدید می‌شود؛ به‌گونه‌ای که مراجعه‌کنندگان، به‌ویژه سالمندان و زنان خانه‌دار، نیاز بیشتری به رابطه مستمر و «چهره آشنا» برای شکل‌گیری اعتماد و تداوم مراقبت دارند.

کمبود خدمات تخصصی مانند دندانپزشکی، روان‌شناسی و تغذیه، کیفیت ناکافی برخی مراقبت‌ها و نبود خدمات خانگی برای گروه‌های خاص، افراد را به سمت بخش خصوصی یا مراکز سطح بالاتر سوق می‌دهد. این الگو که در مطالعات دیگر

نیز گزارش شده است (۱۱، ۱۸)، در گروه‌های با وضعیت اقتصادی پایین‌تر به نابرابری بیشتر در دسترسی و افزایش بار مالی خانوار منجر می‌شود. مطالعات مروری نشان داده‌اند زمانی که بسته خدمات سطح اولیه پاسخگوی نیازهای واقعی جمعیت نباشد، اعتماد به نظام سلامت تضعیف شده و استفاده از خدمات کاهش می‌یابد (۶، ۱۹).

یافته‌ها نشان داد موانع فردی و اجتماعی نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. عدم اهمیت دادن به مراقبت‌های پیشگیرانه، محدودیت‌های زمانی، مشغله‌های شغلی و دلایل شخصی از جمله بی‌حوصلگی یا تصور بی‌فایده بودن خدمات، به‌ویژه در میان شاغلان، مردان جوان و افراد با وضعیت اقتصادی ناپایدار، بیشتر مشاهده شد. اگرچه این نتایج با مطالعات بین‌المللی درباره عدم حضور در مراجعات پیشگیرانه همخوان است (۳، ۲۰)، اما در تایباد شرایط خاص اقتصاد مرزی، ساعات کاری نامنظم و اشتغال غیررسمی، موانع زمانی را تشدید کرده و انعطاف‌ناپذیری نظام ارائه خدمات را برجسته‌تر می‌سازد.

از سوی دیگر، پیگیری فعال توسط مراقبین سلامت به‌عنوان عاملی انگیزاننده مطرح شد و حس ارزش‌گذاری و دیده‌شدن را در مراجعه‌کنندگان تقویت می‌کرد. این یافته با شواهد موجود همسو است که نشان می‌دهد یادآوری و پیگیری فعال می‌تواند مراجعه‌های بعدی را افزایش دهد (۸، ۹). در مقابل، گرایش به بخش خصوصی عمدتاً ناشی از ادراک کیفیت بالاتر، نظم و قابلیت اعتماد بیشتر است (۵، ۱۲، ۱۳، ۲۱)، که نشان می‌دهد حتی در صورت اصلاح ساختاری، بهبود کیفیت ادراک‌شده و مهارت‌های ارتباطی کارکنان نقش تعیین‌کننده‌ای در بازگرداندن واجدین شرایط به پایگاه‌های سلامت دارد.

عدم مراجعه پیامدهای گسترده‌ای فراتر از تأخیر در تشخیص و تداوم بیماری دارد و می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های درمانی خانوار، پرداخت‌های غیررسمی و تحمیل بار مالی بر نظام سلامت شود (۱۱، ۱۸). از این رو، اصلاح بسته خدماتی، بهبود دسترسی و ارتقای کیفیت مراقبت‌ها نه تنها از منظر سلامت عمومی، بلکه از دیدگاه عدالت اجتماعی و پایداری اقتصادی نظام سلامت اهمیت دارد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به طراحی کیفی عمیق، تمرکز بر تجربه زیسته شهروندان و تحلیل تماتیک نظام‌مند

محدودیت‌های بسته خدمات و تجربه‌ها و نگرش‌های مراجعه‌کنندگان شکل می‌گیرد. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، عواملی مانند کیفیت محیط ارائه خدمت، ناپیوستگی نیروی انسانی، ناکافی بودن برخی خدمات و ضعف اطلاع‌رسانی در کاهش انگیزه و اعتماد برای مراجعه نقش داشته‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افزایش مراجعه مستلزم توجه هم‌زمان به بهبود شرایط ارائه خدمات و انطباق بیشتر آنها با نیازها و شرایط محلی است. استفاده از این شواهد می‌تواند به تصمیم‌گیران کمک کند تا مداخلات واقع‌بینانه‌تر و مبتنی بر تجربه زیسته مردم در برنامه‌ریزی خدمات سطح اول سلامت، طراحی کنند.

سیاسگزاری:

تیم پژوهش این مطالعه بر خود لازم می‌داند از همکاری کارشناسان محترم مراقب سلامت و همچنین مسئولین پایگاه‌های سلامت شهر تایباد صمیمانه قدردانی نماید. این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی با کد ۴۰۳۰۷۴۸ و مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد بوده و با حمایت این دانشگاه انجام شده است (کد اخلاق: IR.MUMS.REC.1403.247).

اشاره کرد. با این حال، محدودیت‌هایی نیز وجود دارد؛ از جمله تمرکز جغرافیایی مطالعه بر شهر تایباد، عدم بررسی دیدگاه کارکنان سلامت به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمت و اتکای یافته‌ها بر داده‌های خوداظهاری شرکت‌کنندگان که ممکن است تحت تأثیر سوگیری یادآوری یا ادراک فردی قرار گیرد و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد.

در مجموع، یافته‌ها بر ضرورت مداخلات چندسطحی تأکید دارند؛ از جمله اصلاحات کم‌هزینه فیزیکی، بهینه‌سازی نظام نوبت‌دهی، تثبیت نیروی انسانی، تعریف روزهای تخصصی، توسعه خدمات سیار و تله‌هلت، ویزیت خانگی هدفمند، برنامه‌های آگاهی‌بخشی محلی، شیفت‌های کاری منعطف و سامانه‌های یادآوری مراجعه.

مطالعات آینده می‌توانند با استفاده از روش‌های ترکیبی و ارزیابی مداخلات پایلوت، اثرگذاری این راهکارها بر افزایش مراجعه را به صورت کمی بررسی کنند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه کیفی نشان داد که عدم مراجعه بخشی از واجدین شرایط به پایگاه‌های سلامت شهری تایباد، پدیده‌ای چندعاملی است که از هم‌زمانی موانع ساختاری،

References

1. Abbasi M, Rezaee R, Dehghani G. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Medical Law Journal*. 2014;8(30):183-99.
2. Organization WH. The world health report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview. World Health Organization; 2008.
3. Bedford LK, Weintraub C, Dow AW. Into the storm: a mixed methods evaluation of reasons for non-attendance of appointments in the free clinic setting. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2020;2(11):2271-7.
4. Karter AJ, Parker MM, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, Selby JV. Missed

appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients. *Medical care*. 2004;42(2):110-5.

5. Schectman JM, Schorling JB, Voss JD. Appointment adherence and disparities in outcomes among patients with diabetes. *Journal of general internal medicine*. 2008;23:1685-7.
6. Torres O, Rothberg MB, Garb J, Ogunneye O, Onyema J, Higgins T. Risk factor model to predict a missed clinic appointment in an urban, academic, and underserved setting. *Population health management*. 2015;18(2):131-6.
7. Shahab I, Meili R. Examining non-attendance of doctor's appointments at a

- community clinic in Saskatoon. *Canadian Family Physician*. 2019;65(6):e264-e8.
8. Kumthekar A, Johnson B. Improvement of appointment compliance in an underserved lupus clinic. *BMC Health Services Research*. 2018;18:1-4.
9. Robotham D, Satkunanathan S, Reynolds J, Stahl D, Wykes T. Using digital notifications to improve attendance in clinic: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016; 6 (10): e012116.
10. Bidarpoor F, Rahmani K, 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. 2019.
11. Brewster S, Bartholomew J, Holt RI, Price H. Non-attendance at diabetes outpatient appointments: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2020;37(9):1427-42.
12. Bhise V, Modi V, Kalavar A, Espadas D, Hanser L, Gould M, et al. Patient-reported attributions for missed colonoscopy appointments in two large healthcare systems. *Digestive diseases and sciences*. 2016;61:1853-61.
13. 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(6):638-43.
14. Hosseini Z, Ghaffari M, Rakhshanderou S, Jafari Y, Shoraka HR. Investigating the reasons for not referring men to Health Centers to receive Health Services. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2022;14(1):29-37.
15. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health services research*. 1974;9(3):208.
16. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2023;22:16.94.692312. 5789.
17. Bulkes NZ, Davis K, Kay B, Riemann BC. Comparing efficacy of telehealth to in-person mental health care in intensive-treatment-seeking adults. *J Psychiatr Res*. 2022;145:347–52.
18. Greene J, Ramos C. A mixed methods examination of health care provider behaviors that build patients' trust. *Patient Educ Couns*. 2021;104(5):1222–8.
19. Haenssger MJ, Elliott EM, Phommachanh S, Phomkong S, Kounnavong S, Kubota S. Trust in healthcare: methodological and conceptual insights from mixed-method research in Lao People's Democratic Republic. *BMJ Glob Health*. 2024;9(5):e014640.
20. Haenssger MJ, et al. Trust in healthcare: methodological and conceptual insights from mixed-method research in Lao People's Democratic Republic. *Patient Educ Couns*. 2024;107(1):1–7.
21. Gayen A, et al. Trust@Health: A trust-based multilayered network for scalable healthcare service management. *arXiv*. 2025 Aug 16. Available from: <https://arxiv.org/abs/2508.11942>.



Barriers to Utilization of Urban Health Post Services in Taybad, Iran: A Qualitative Study

Ali Soufi(MSc)¹, Reza Zynali(MD)², Kobra Mirzakhani(PhD)³, Atiyeh Malek(MSc)⁴

Original Article

Abstract

Background: Equitable access to primary health care services is a cornerstone of population health promotion. Urban health posts play a key role in achieving this goal. However, in some regions, utilization of these services remains lower than expected. This study aimed to explore and explain the barriers to using urban health post services from the perspectives of residents of Taybad, Iran.

methods: This qualitative study was conducted using a thematic analysis approach between November and March 2024 in urban health posts of Taybad County, located in northeastern Iran. Participants included 43 individuals aged 18 years and older who were eligible to receive primary health care services but had not attended urban health posts during the study period. Participants were selected through purposive sampling with maximum variation. Data were collected via semi-structured interviews and analyzed through open coding, categorization, and theme development. Credibility of the findings was enhanced through member checking and peer review.

Results: Four main themes emerged: (1) structural and organizational barriers (e.g., inadequate infrastructure, crowding, workforce instability, lack of privacy); (2) service limitations (e.g., limited specialized care, insufficient quality, need for home-based care); (3) individual attitudes and behaviors (e.g., low priority of preventive care, lack of motivation, time constraints, personal reasons); and (4) Barriers related to follow-up and service preferences (lack of active follow-up by health posts and preference for other health care providers). These factors influenced access to services, their quality, and acceptance by the population.

Conclusion: Underutilization of urban health post services results from an interaction of structural barriers, service limitations, and individual-level factors. Improving service utilization requires strengthening infrastructure, stabilizing the health workforce, expanding service packages, and enhancing community-oriented health education. The findings provide context-specific evidence that can inform the redesign of urban primary health care services based on the real needs and experiences of the population.

Keywords: Primary healthcare; Non-utilization; Access to healthcare; Health centers; Taybad

Corresponding author: Reza Zeinali, M.D. (General Practitioner), Head of Taybad County Health Center, Mashhad University of Medical Sciences, Taybad, Iran. E-mail: zeinalibr3@mums.ac.ir Phone: +98 936 763 5568

1. M.Sc. in Epidemiology, Communicable Diseases Officer, Taybad County Health Center, Mashhad University of Medical Sciences, Taybad, Iran.

2. M.D, Taybad County Health Center, Mashhad University of Medical Sciences, Taybad, Iran.

3. Assistant Professor of Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4. M.Sc. in Psychology, Mental Health Officer, Taybad County Health Center, Mashhad University of Medical Sciences, Taybad, Iran.

Received: 2025/11/03

Revised: 2025/12/21

Accepted: 2025/12/21