

ارزیابی میزان و علل عدم مراجعه خانوارهای شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر به مراکز بهداشتی درمانی و پایگاههای بهداشتی مربوطه جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی (سال ۱۳۸۲)

دکتر حمیدرضا صادقی پوررودسری (استاد)*، دکتر امیر بهزاد حیدری (پزشک عمومی)**، پیمان قاضی شهرباف (دانشجوی پزشکی)***

* گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

** شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: هنوز در سطح بسیاری از خانوارهای ایرانی به دلایل مختلف کم توجهی و یا بی توجهی در برنامه‌های بهداشتی وجود دارد. با اینکه در تمام سطح کشور واحدهای بهداشتی درمانی جمعیت منطقه مزبور خود را تحت پوشش دارند و برای هر خانوار پرونده‌جداگانه ای در واحد مربوطه تشکیل شده است اما وجود پرونده‌های ناقص یا سفید حاکی از عدم مراجعه بعضی از خانوارها جهت دریافت خدمات ارزان و اکثراً رایگان بهداشتی می‌باشد. این پرونده‌های سفید و همچنین وجود پرونده‌های ناقص که میزان آنها کم نمی‌باشد، ما را بر آن داشت تا به بررسی میزان علاقه مندی خانوارهای تحت پوشش و ارزیابی علل عدم علاقه مندی گروهی دیگر از آنها برای دریافت خدمات بهداشتی از واحدهای شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر بپردازیم. از کل مراکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاههای بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر ۷۱۲ پرونده بطور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت.

از این پرونده ها ۲۵ درصد آنها کامل، ۵۱ درصد ناقص و ۲۴ درصد سفید و دست نخورده بود. جهت ۵۳۳ پرونده ناقص یا سفید با مراجعه به درب منازل پرسشنامه پر گردید. در قسمت تنظیم خانواده، پایش رشد و مراقبتهای بارداری، مصاحبه شوندگان بیشترین علت عدم مراجعه خود را عدم احساس نیاز به مراقبتهای مربوطه ذکر کردند و در بخش بهداشت دهان و دندان بیشترین علت عدم مراجعه، نبودن بخش دندانپزشکی در واحد مربوطه بود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: این پژوهش نشان داد که در قسمت تنظیم خانواده، پایش رشد و مراقبتهای بارداری، عدم درک نیاز به این مراقبتهای توسط خانوارها که ناشی از نا آگاهی آنان نسبت به لزوم آنهاست، موجب عدم مراجعه ایشان به واحدها می‌گردد که با اجرای آموزشها و تبلیغات مناسب میتوان بر این مشکل تا حدودی فائق آمد. در بخش بهداشت دهان و دندان نیز میتوان با تجهیز همه مراکز به واحد دندانپزشکی نسبت به رفع این کمبود اقدام نمود.

مقدمه

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد شامل ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۹ پایگاه بهداشتی، ۱۹ خانه بهداشت و یک آموزشگاه بهورزی می‌باشد و خدمات بهداشتی درمانی در قالب این شبکه به جامعه ارائه می‌گردد. نکات فوق به همراه پایش مستمر وضعیت بهداشتی منطقه توسط شبکه بهداشت شهرستان و همچنین وجود پرونده‌های دقیق در این مراکز موجب گردید تا مطالعه مربوطه در این شهرستان آغاز شود و ضمن دستیابی به علل و عوامل مربوطه راهی جهت تدوین برنامه‌هایی برای رفع مشکلات مراکز و ایجاد انگیزه در خانوارها جهت مراجعه به مراکز ایجاد گردد.

مواد و روش‌ها

ملاک عمل در این بررسی پرونده خانوار می‌باشد لذا ابتدا توضیح مختصری در این مورد ارائه می‌گردد:

پرونده خانوار: هر واحد بهداشتی باید اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود جمع‌آوری کند. برای این کار، ساختمانهای موجود در مناطق تحت پوشش طبق نظم خاصی شماره گذاری می‌شود. برای هر یک از خانوارهایی که در این ساختمانها زندگی می‌کنند یک پرونده خانوار تنظیم می‌گردد. مشخصات افراد به تفکیک نام، سن، جنس، نسبت با سرپرست خانوار، شغل و میزان سواد، بارداری، معلولیت، بیماری مزمن و وقایع حیاتی جمعیت (ازدواج، مرگ، مهاجرت موقت یا دائم و نیز وضع بهداشت محیط محل سکونت (آب، فاضلاب، دفع، زباله و فضولات، توالی)، نوع مصالح به کاررفته در ساختمان، موقعیت محل نگهداری دامها نسبت به محل زیست، نوع سوخت مصرفی، نوع کارگاه خانگی و... در پرونده خانوار ثبت می‌گردد.

پرونده خانوار شامل بخشهای زیر است:

۱- مراقبت از زنان باردار:

- تکمیل فرم مراقبت دوران بارداری در اولین دیدار زن باردار؛ ثبت سابقه و نتیجه زایمانهای قبلی، درج نتیجه اولین معاینه در فرم مراقبت.

همه آنچه درباره پزشکی و سلامتی گفته شده است در واژه پیشگیری تجلی می‌یابد و اینک بیشتر کشورهای جهان برای دستیابی به آرمان سلامتی به پزشکی پیشگیری و اجتماعی روی آورده‌اند چراکه بخش بزرگی از بیمارها، خواه واگیر و یا غیرواگیر و حتی آسیبهای وارده ناگهانی و ناخواسته را می‌توان پیشگیری نمود. برای رسیدن به این هدف آگاهیهای دقیق و بررسی‌های جامع لازمست و اشخاص هم که واحدهایی از جامعه هستند باید آموزش ببینند تا به سلامت خود و اهمیت بهداشت نه تنها بخاطر خود بلکه بخاطر کل جامعه ارج نهند. در کشور ما نیز در طی اجرای برنامه‌های پنج ساله اول و دوم توسعه و در ادامه آن برنامه سوم توجه زیادی به امر پیشگیری و بهداشت معطوف گردیده است. بطوریکه اکنون حتی در دور افتاده‌ترین روستاهای کشور خانه‌های بهداشت با مجموعه‌ای از خدمات رایگان بهداشتی و درمانی مشغول سرویس دهی به هموطنان می‌باشند.

با اینکه در تمام سطح کشور واحدهای بهداشتی درمانی جمعیت تحت پوشش دارند و برای هر خانوار پرونده‌جداگانه در واحد مربوطه تشکیل شده است، اما وجود پرونده‌های ناقص یا سفید حاکی از عدم مراجعه بعضی از خانوارها جهت دریافت خدمات رایگان و یا بسیار ارزان بهداشتی می‌باشد. این پرونده‌های سفید و همچنین وجود پرونده‌های ناقص که میزان آنها کم نمی‌باشد، ما را بر آن داشت تا به بررسی میزان علاقه مندی خانوارهای تحت پوشش و ارزیابی علل عدم علاقه مندی گروهی دیگر از آنها را بپردازیم.

جهت مطالعه، شهرستان اسلامشهر انتخاب گردید. اسلامشهر یکی از شهرستانهای استان تهران است که در منطقه جنوب غربی تهران واقع شده است. جمعیت این شهرستان با احتساب رشد جمعیت از سال ۱۳۷۵ که آخرین سرشماری توسط مرکز آمار ایران انجام گرفته است، بالغ بر ۵۱۸۵۷۴ نفر می‌باشد. این منطقه به شدت مهاجرپذیر است و تقریباً سیزده درصد جمعیت آنرا افغانه تشکیل می‌دهند. شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر که تحت پوشش دانشگاه علوم

و چهار درصد از پرونده های انتخاب شده در بررسی ناقص و شصت و شش درصد پرونده ها کامل اعلام گردید. در مورد علل عدم مراجعه بین افرادی که پرونده ناقص یا سفید داشتند (عدم مراجعه) مطالعه ای انجام شد. نتیجه این بود که ۸۰ درصد علل عدم مراجعه را "عدم احساس نیاز خانوارها به خدمات بهداشتی" تشکیل میداد که با احتساب عدد فوق حداقل حجم نمونه ۲۴۳ جهت بررسی علل عدم مراجعه حاصل می گردد. حال از آنجائیکه این ۲۴۳ مورد برای عدم مراجعه بررسی می شود و باید این تعداد پرونده ناقص داشته باشیم و ضمناً از آنجائیکه طبق مطالعه اکتشافی سی و چهار درصد پرونده ها ناقص می باشد لذا کل حجم نمونه ما معادل ۷۱۴ مورد (احتمالاً ۳۴ درصد ناقص و ۶۶ درصد کامل) خواهد بود که حجم نمونه کافی هم برای میزان و هم برای علل عدم مراجعه را پوشش میدهد.

حال با بررسی تعداد کل خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی شهری و پایگاههای شبکه بهداشت اسلامشهر در می یابیم که تعداد خانوارهای تحت پوشش این واحدها معادل ۴۰۱۵۰ خانوار می باشد. (در این مطالعه خانه های بهداشت بدلیل این که سیستم پی گیری فعال دارند و غالب پرونده ها کامل هستند حذف می گردند). لذا با نظر به اینکه حجم نمونه با معادل هفتصد و چهارده مورد می باشد، فاصله نمونه گیری معادل ۵۶ بدست خواهد آمد. باتوجه به نکات فوق ابتدا اسامی مراکز شهری و پایگاههای بهداشتی شهری بدنبال هم نوشته شد و از پرونده شماره ۲۵ (عدد تصادفی) از اولین مرکز آغاز گشته سپس پرونده ۸۱ سپس ۱۳۷ و همینطور تمام مراکز و پایگاهها را دربرگرفت و همه این پرونده های انتخاب شده بررسی شدند. بعد از بررسی پرونده های انتخابی جهت پرونده های ناقص و سفید فرمهایی بصورت پرسشنامه تهیه شده که با مراجعه به آدرس مربوطه نسبت به ارزیابی علل مربوطه اقدام گردید. سپس اطلاعات پرسشنامه ها کدبندی شده و توسط برنامه کامپیوتری SPSS v10.0 مورد پردازش قرار گرفتند و نتایج حاصل تجزیه، تحلیل و به بحث گذاشته شد.

- برآورد تاریخ تقریبی زایمان و درخواست آزمایشهای تشخیصی لازم.

- مراقبتهای بعدی زن باردار، در هفت ماه اول حاملگی ماهی یکبار، در ماه هشتم دو بار و در ماه نهم هر هفته یکبار باید انجام گیرد؛ تا دوران حاملگی را با شرایط مناسبی به پایان برساند.

۲- مراقبت از کودکان:

- تکمیل فرم مراقبت برای کودکان زیر یکسال، تنظیم برنامه واکسیناسیون و انجام آن، اندازه گیری قد و وزن، ترسیم منحنی رشد، آموزش مادران در مورد تغذیه صحیح و متناسب با رشد نوزاد. این گروه از کودکان باید ماهی یکبار تحت مراقبت قرار گیرند.

- تحت نظر گرفتن کودکان یکساله از نظر رشد و نمو، تغذیه و انجام واکسیناسیونها. این گروه کودکان باید هر دو ماه یکبار مورد مراقبت قرار گیرند.

- مراقبت از کودکان ۲ و ۳ ساله، از طریق کنترل رشد و نمو، پایش سلامت کودکان، تنظیم و تلقیح واکسنهای یادآور. این کودکان باید هر سه ماه یکبار تحت مراقبت قرار گیرند.

- مراقبت از کودکان ۴ تا ۶ ساله (۵ سال تمام) که هر ۶ ماه یکبار انجام میگردد.

۳- تنظیم خانواده:

آموزش، اجرا و پیگیری برنامه تنظیم خانواده در زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار. این گروه ماهی یکبار مورد مراقبت قرار میگیرند.

۴- بهداشت دهان و دندان:

در این قسمت ۳ گروه هدف وجود دارد که مورد معاینات رایگان دندانپزشکی قرار می گیرند:

- مادران باردار

- مادران شیرده

- کودکان ۲ تا ۱۲ سال

ابتدا برطبق یک مطالعه اکتشافی که در تیرماه ۱۳۸۲ در مرکز بهداشت گلشهر (از مراکز شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان اسلامشهر) انجام گردید، تعداد یکصد پرونده بطور کاملاً تصادفی از میان دوهزار و دویست و چهل و چهار پرونده موجود انتخاب و بررسی گردید که سی

یافته‌ها

در سراسر شهرستان اسلامشهر و در مراکز بهداشتی - درمانی شهری و پایگاههای بهداشتی شهری ۷۱۲ پرونده مورد بررسی قرار گرفت که ۱۷۹ پرونده کامل، ۳۶۱ پرونده ناقص و ۱۷۲ پرونده بطور کلی سفید و دست نخورده بود. بنابراین ۲۵ درصد پرونده‌ها کامل، ۵۱ درصد ناقص و ۲۴ درصد آنها سفید و خالی بودند.

در مقایسه میزان عدم مراجعه به تفکیک نوع مراکز، میزان پرونده‌های کامل، ناقص و یا سفید در هر دو نوع مراکز شهری، و پایگاههای بهداشتی حدوداً در یک سطح است. فقط در مورد پایگاههای بهداشتی میزان پرونده‌های کامل کمتر و میزان پرونده‌های سفید بیشتر بود.

حال به بررسی میزان نواقص بطور تفکیکی در هر یک از بخشها می‌پردازیم. در این بررسی پرونده‌هایی که دارای وضعیت ناقص یا سفید در هر بخش می‌باشند در یک دسته و پرونده‌هایی با وضعیت کامل در هر واحد در دسته مقابل قرار می‌گیرند.

در قسمت تنظیم خانواده ۶۰ درصد پرونده‌ها ناقص و ۴۰ درصد کامل بودند.

آمار بدست آمده از پرونده‌های ناقص نشان می‌دهد که ۳۶ درصد از روش انزال منقطع، ۱۹ درصد از روش بستن لوله‌ها در خانمها و ۱۷ درصد از قرص و ۱۱ درصد از IUD استفاده می‌کردند و ۸ درصد هم از هیچ روشی استفاده نمی‌کردند (نمودار ۲).

مصاحبه شونده‌گان علل عدم مراجعه خود به واحدهای تحت پوشش شبکه بهداشت اسلامشهر جهت دریافت خدمات رایگان تنظیم خانواده را در ۲۹ درصد موارد عدم احساس نیاز به استفاده از وسایل پیشگیری، ۱۵ درصد بدلیل نداشتن آگاهی کافی از خدمات ارائه شده در واحدهای بهداشتی و ۱۵ درصد بعلت ازدحام و شلوغی مراکز بهداشتی ذکر نموده‌اند (نمودار ۳).

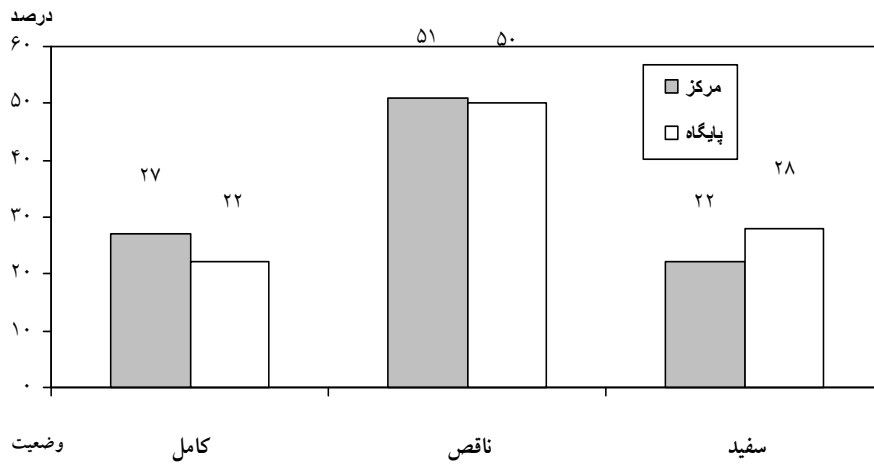
در مورد مراقبتهای دوران بارداری ۶۵ درصد پرونده‌ها کامل و ۳۵ درصد ناقص بود.

در مورد علل و عوامل موثر بر عدم مراجعه مرتب این افراد جهت دریافت مراقبتهای بارداری سؤال گردید که ۱۶ درصد علت را عدم احساس نیاز به استفاده از مراقبتهای ذکر نمودند، ۱۳ درصد علت را نداشتن آگاهی کافی از خدمات ارائه شده در واحدهای بهداشتی، ۱۳ درصد علت را مراجعه به مطبهای خصوصی و ۱۲ درصد علت را عدم اعتماد به دانش و مهارت پرسنل واحد بهداشتی عنوان نمودند (نمودار ۴).

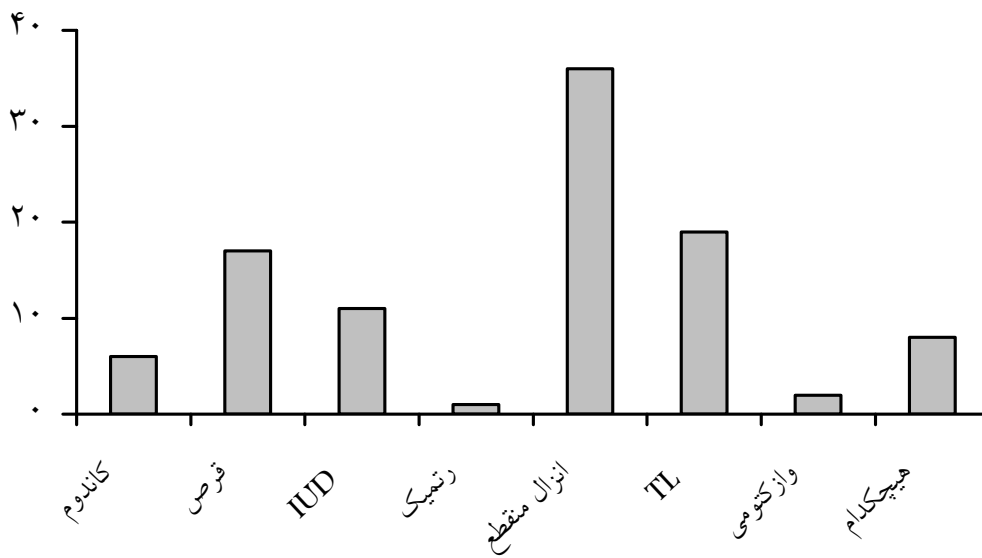
در مورد پایش رشد کودکان ۶۰ درصد پرونده‌ها کامل و ۴۰ درصد ناقص بودند.

از افرادی که پرونده پایش رشد کودک آنها ناقص است در مورد علت عدم مراجعه جهت پایش رشد کودکان سؤال گردید که ۳۷ درصد علت را عدم احساس نیاز به پایش رشد کودک، ۱۷ درصد علت را نداشتن وقت کافی، ۱۳ درصد علت را اتلاف وقت زیاد بدلیل ازدحام و شلوغی و ۱۱ درصد علت را دوری راه ذکر نمودند.

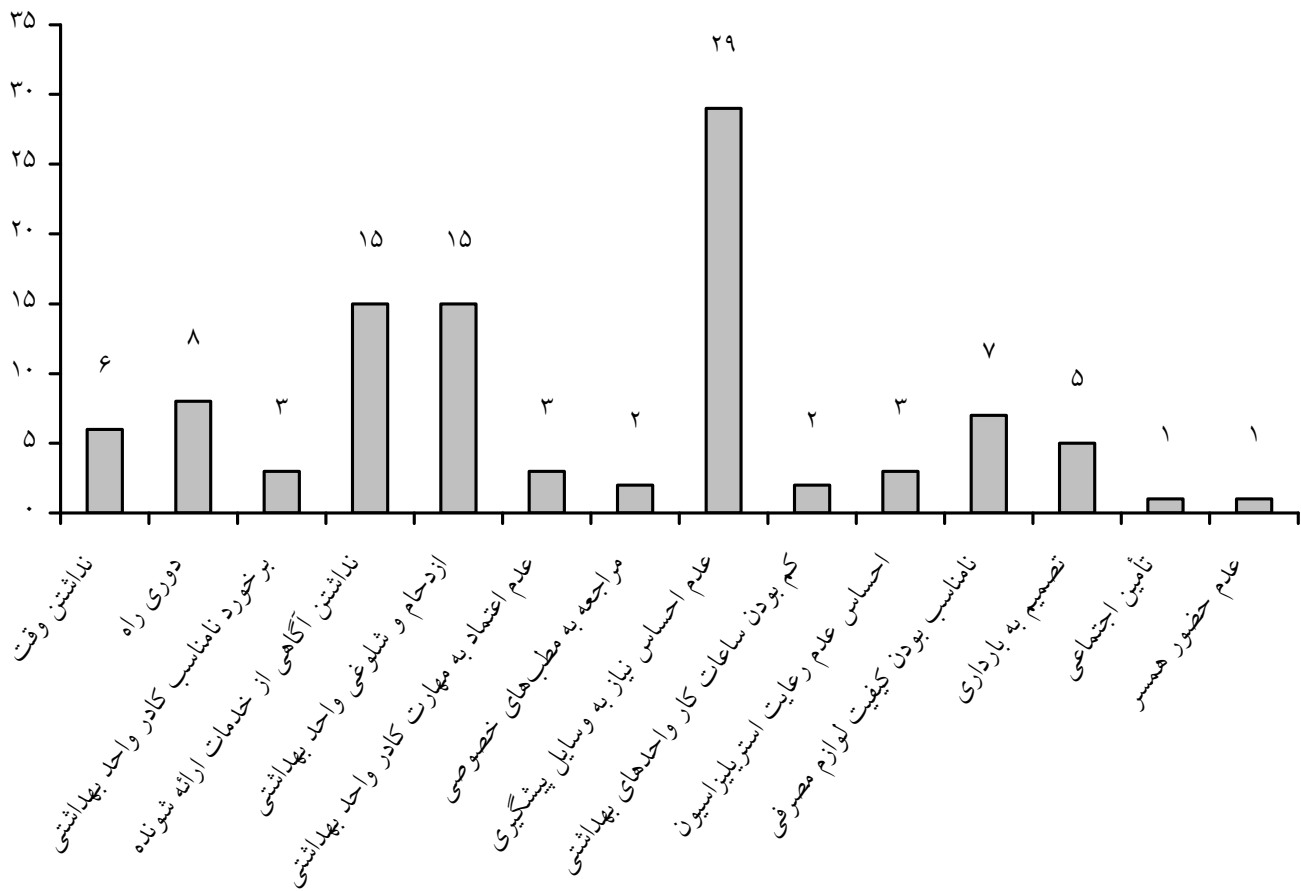
در مورد بهداشت دهان و دندان ۴۸ درصد پرونده‌ها کامل و ۵۲ درصد ناقص بودند.



نمودار شماره ۱- نمودار مقایسه‌ای میزان نقائص پرونده‌ها در مراکز بهداشتی شهری و پایگاههای بهداشتی شهری



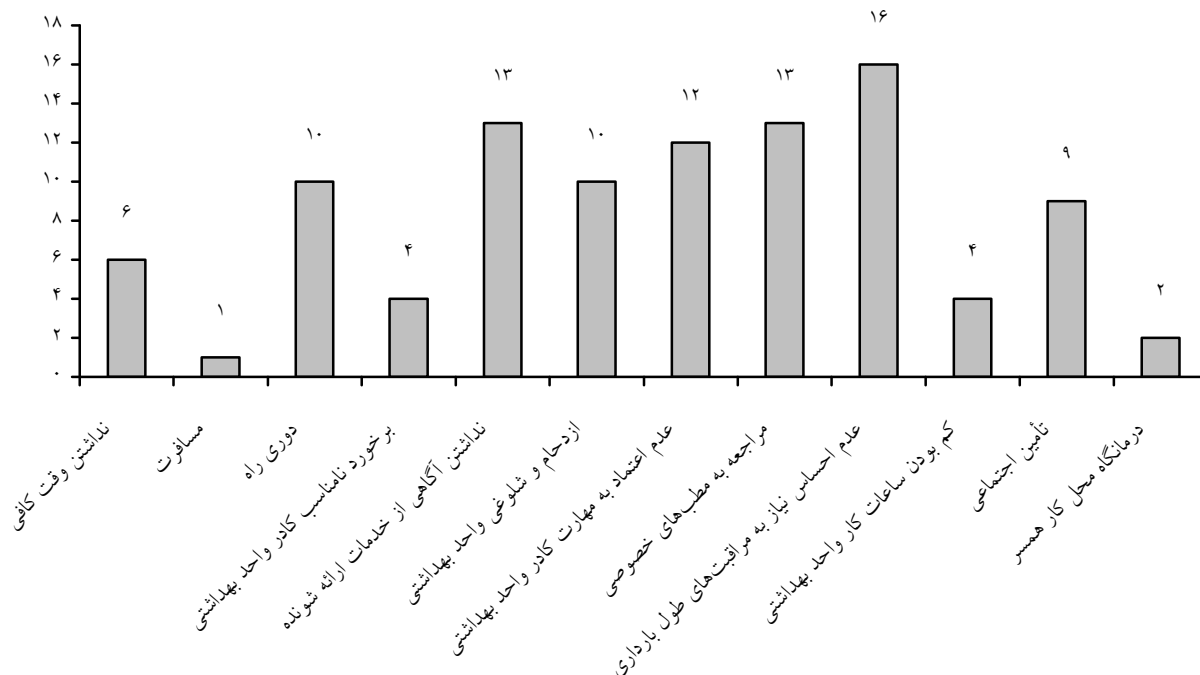
نمودار شماره ۲- فراوانی نسبی استفاده از روشهای موقت و دائم پیشگیری از بارداری در مصاحبه شوندگان



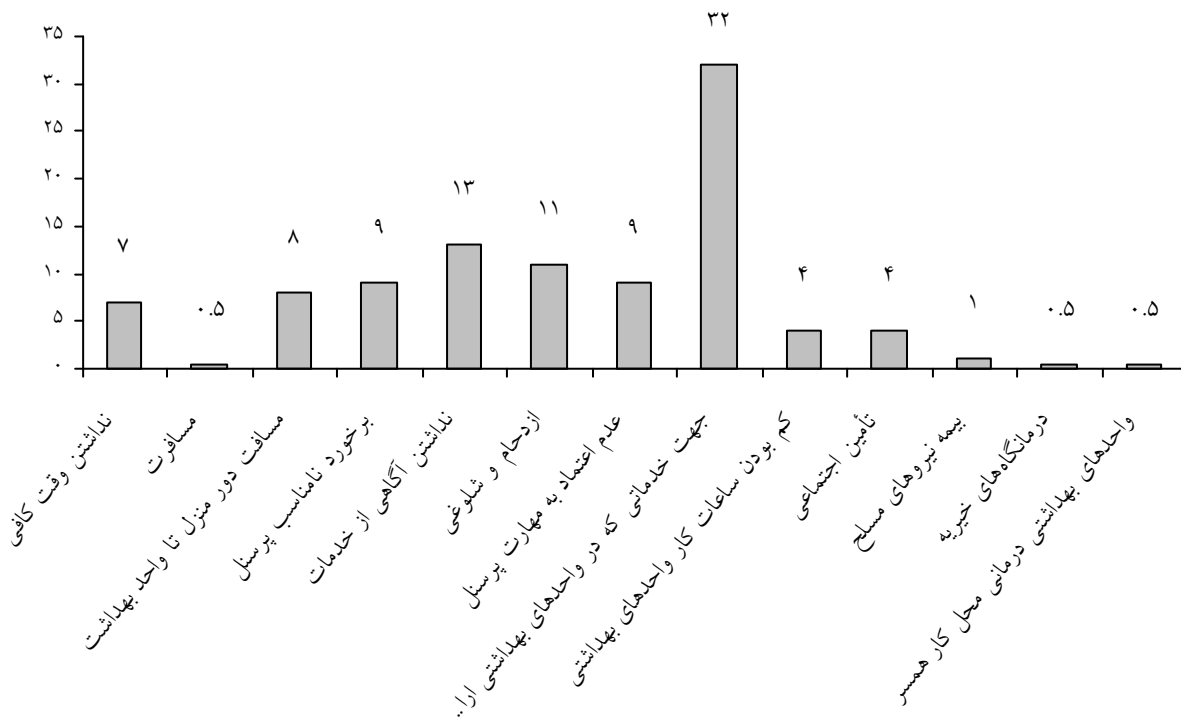
نمودار شماره ۳- فراوانی نسبی علل عدم مراجعه خانوارها به واحدهای شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر در قسمت تنظیم خانواده

به تنهایی ۲ درصد مادر شیرده به تنهایی و ۱ درصد هم مادر باردار و هم کودک ۱۲ - ۲ ساله در خانواده داشتند.

از نظر بررسی گروههای هدف در بین پرونده‌هایی که قسمت بهداشت دهان و دندان ناقص داشتند ۸۸ درصد خانوارها دارای کودک یا کودکان ۱۲ - ۲ ساله بودند، ۵ درصد هم مادر شیرده و هم کودک ۱۲ - ۲ سال ۴ درصد مادر باردار



نمودار شماره ۴- فراوانی نسبی علل عدم مراجعه خانوارها به واحدهای شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر در قسمت مراقبت‌های دوران بارداری



نمودار شماره ۵- فراوانی نسبی علل کلی عدم مراجعه خانوارها به واحدهای شهری تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر و مراجعه آنها به مراکز خصوصی

در قسمت مراقبتهای بارداری و پایش رشد بعکس تنظیم خانواده و بهداشت دهان و دندان تعداد پرونده های کامل، بیشتر است که این احتمالاً میتواند بعلة ارائه اجباری خدمات واکسیناسیون برای این دو گروه بصورت رایگان از سوی واحدهای بهداشتی باشد.

در بررسی کسانی که در بخش بهداشت خانواده مراجعه نمی کنند مشخص می گردد که ۳۶ درصدشان از روش انزال منقطع استفاده می کنند که این موضوع با توجه به رشد جمعیت در ایران امری حساس و ناشی از ناآگاهی آنهاست. جالب اینجاست که ۱۹ درصد این افراد از روش بستن لوله در خانمها (توبکتومی) استفاده کرده -اند و ۱/۷ درصد موارد از وازکتومی، ولی در پرونده آنها این موارد درج نشده است.

حال در پرسش علل عدم مراجعه در بخش تنظیم خانواده می بینیم که بیشترین علت را عدم احساس نیاز به لوازم پیشگیری دربردارد و این بعلة همان استفاده از روش انزال منقطع می باشد. بعد از آن نداشتن آگاهی از خدمات ارائه شده و شلوغی و ازدحام واحدهای بهداشتی بیشترین علت را تشکیل می دهند. این مسئله توجه ما را باید در تجهیز مراکز و بکارگیری پرسنل بیشتر جهت کاهش ازدحام واحدها معطوف دارد.

علت عدم مراجعه افراد باردار جهت دریافت مراقبتهای بارداری، مجموعه ای از عوامل است که در فاصله بسیار نزدیکی از لحاظ فراوانی با هم قرار دارند. از جمله عدم احساس نیاز به مراقبتهای بارداری و نداشتن آگاهی از خدمات ارائه شده که در صدر دلایل هستند و این لزوم آموزش را نشان می دهد. بعد از آن شلوغی زیاد واحدهای بهداشتی و عدم اعتماد به دانش و مهارت پرسنل واحد بهداشتی از بیشترین علل هستند که بهتر است با استخدام پرسنل بیشتر خصوصاً پرسنل متخصص زنان و زایمان حتی در صورت امکان بصورت روزهای محدود در هفته برای واحدها، این نقیصه را جبران نمود.

بیشتر افرادی که جهت پایش رشد کودکشان مراجعه نمی کنند دلیل آنرا عدم احساس نیاز کودک خود به پایش رشد ذکر می کنند. لذا آموزش اصول بهداشتی مجدداً توصیه می گردد.

از افراد فوق در مورد علل عدم مراجعه به مراکز تحت پوشش شبکه بهداشت اسلامشهر جهت دریافت خدمات بهداشت دهان و دندان پرسش گردید که ۲۸ درصد علت را عدم وجود واحد دندانپزشکی در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، ۲۰ درصد علت را عدم احساس نیاز به مراجعه مرتب به دندانپزشک و ۱۷ درصد علت را نداشتن آگاهی از وجود واحد دندانپزشکی در مرکز بهداشتی درمانی مربوطه ذکر نمودند.

در بررسی کلی علل عدم مراجعه خانوارها به واحدهای تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر و بجای آن مراجعه به مراکز خصوصی از میان مصاحبه شوندگان، ۳۲ درصد آنها علت مراجعه خود به بخش خصوصی را برخورداری از خدماتی که در واحدهای دولتی ارائه نمی شوند، ۱۳ درصد علت را نداشتن آگاهی کافی از خدمات ارائه شده در بخش دولتی و ۱۱ درصد علت را ازدحام و شلوغی مراکز دولتی ذکر نمودند (نمودار ۵).

بحث

در یک نگاه در می یابیم که با توجه به اینکه ۷۵ درصد از پرونده ها دارای نقص و یا سفید می باشند توجه خاصی به رفع این معضل باید صورت گیرد.

در مورد مقایسه پرونده ها در واحدهای بهداشتی درمانی شهری و پایگاهها (نمودارهای ۷ تا ۹) در می یابیم که میزان پرونده های سفید در پایگاههای بهداشتی بیشتر است و این احتمالاً بدین دلیل می باشد که در بین پایگاههای فعال موجود، پایگاه باقرالعلوم جدید التاسیس است و هنوز پرونده های زیادی بصورت دست نخورده دارد دلیل دیگر اینست که در منطقه تحت پوشش پایگاه چهاردانگه غالب افراد خدمات خود را از کلینیک شهید مفتوح وابسته به سازمان تأمین اجتماعی دریافت می دارند که به نظر خودشان برای آنها مقرون به صرفه تر است.

در قسمت بهداشت دهان و دندان با فراوانی نسبی ۸۸ درصدی از افرادی که مراجعه نمی کنند، مواجه می شویم که جزو دسته کودکان ۲-۱۲ ساله هستند. یک علت عمده این امر رفتن این گروه سنی از ۶ سالگی به مدرسه است که با ساعات کار مراکز بهداشتی تداخل دارد. لذا مراجعات جهت معاینات روتین دندان میسر نمی گردد. پس بهتر است پرسنل بهداشت دهان و دندان به میزان کافی جهت مراجعه به مدارس و معاینه مرتب دانش آموزان، توسط شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر بکار گرفته شود و یا در این خصوص هماهنگی هایی با مسئولین مدرسه و آموزش و پرورش شهرستان جهت ارسال مرتب دانش آموزان به واحدهای بهداشتی برای معاینات مرتب، صورت گیرد. ضمناً میتوان با تجهیز همه مراکز به واحد دندانپزشکی میتوان شاهد مشارکت بیشتر گروههای هدف در امر بهداشت دهان و دندان بود.

در بررسی کلی علل عدم مراجعه خانوارهای تحت پوشش به واحدهای شهری تابعه شبکه بهداشت و درمان اسلامشهر و

مراجعه آنها به مطبهای خصوصی درمی یابیم که بیشترین علت مربوط به خدماتی است که در شبکه ارائه نمی گردند از جمله خدمات درمانی تخصصی. بعد از آن بیشترین علتها یکی نداشتن آگاهی کافی و دیگری اتلاف وقت بدلیل ازدحام و شلوغی می باشد که هر دو تقریباً به یک اندازه دخیلند. بنابراین برنامه ریزیهای آموزشی و استفاده از وسایل ارتباط جمعی در آگاهی دادن به افراد و همچنین بکار بردن پرسنل بیشتر در مراکز می تواند در رفع علل فوق موثر باشد.

بدین ترتیب از کل مطالعه به این نتیجه می رسیم که نا آگاهی و کم اهمیت شمردن بهداشت، رکن مهمی در عدم مراجعه به مراکز و پایگاههای بهداشتی است و برای رفع این نقیصه سیاستهای کلانی در امر آموزش باید تدوین گردد که همراهی وزارت بهداشت و درمان، وزارت آموزش و پرورش، صدا و سیما و حتی تشکیلات سیاسی مملکت از جمله فرمانداریها و استانداریها لازمست.

منابع

۱. سمینار بهداشت باروری پنج استان کشور- گرگان - سال ۱۳۷۹.
2. Ribeiro JM, Perception of prenatal care among clients of the Brazilian National Health System (SUS): a comparative study, *Cad Saude Publica*. 2004 Mar-Apr; 20(2):534-45.
3. Lakshminarayanan R., Decentralization and its implications for reproductive health: the Philippines experience. *Report Health Review Matters*. 2003 May; 11(21):96-107.
4. H. Mable Preloran, PhD, Strategies for Motivating Latino Couples' Participation In Qualitative Health Research and Their Effects on Sample Construction, *American Journal of Public Health* | November 2001, vol 91, No.11.
5. Oltimayin J., Communication in health care delivery in developing countries: which Pac Health Dialog. 2002 Sep; 9(2):237-41 way out?
6. RC Klesges, A population comparison of participants and no participants in a health survey, University of Memphis, Tenn., USA bklesges@cc.memphis.edu.
7. Stephen H. Taplin, Testing Reminder and Motivational Telephone Calls to Increase Screening Mammography: a Randomized Study, *Journal of National Cancer Institute*, Vol. 92, No. 3, February 2, 2000.
8. DM Buchner and DC Pearson, Factors associated with participation in a community senior health promotion program: a pilot study Department of Health Services, University of Washington, Seattle 98195, November 5 1999.
9. EH Hiller, Public participation in medical policy-making and the status of consumer autonomy: the example of newborn-screening programs in the United States, Genetic Counseling Program, Brandeis University, Waltham, Mass, USA, 1 February 2001.
10. Frank Lüdicke, Reproductive Health in Eastern Europe: A Collaborative Training Project in Romania, November 2001, Vol 91, No.11|*American Journal of Public Health*.
۱۱. دکتر سیروس پیله رودی، کتاب شبکه بهداشت و درمان شهرستان، چاپ دوم پاییز ۱۳۷۶، صفحات ۴۶ - ۵۱