



Research Article

Investigating the Reasons for Not Referring Men to Health Centers to Receive Health Services

Zahra Hosseini¹ , Mohtasham Ghaffari² , Sakineh Rakhshanderou^{3,*} , Yasaman Jafari⁴ , Hamid Reza Shoraka⁵ 

¹MPH of Health Education & Health Promotion, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Assistant Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

⁵Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Science, Esfarayen, Iran

***Corresponding author:** Sakineh Rakhshanderou, Assistant Professor of Health Education & Health Promotion, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: s_rakhshanderou@yahoo.com

DOI: [10.52547/nkums.14.1.29](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.29)

How to Cite this Article:

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. DOI: [10.52547/nkums.14.1.29](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.29)

Received: 14 Aug 2021

Accepted: 18 Jan 2022

Keywords:

Men
Health Services
Health

Abstract

Introduction: A healthy society requires a healthy family. Studies have shown that men are more affected by the disease than women, and their mortality rate is higher than women. However, many men do not go to health centers to receive health services, so this study was conducted to investigate why men do not go to health centers.

Method: This descriptive cross-sectional study was performed in 2020 on 380 men over 18. Data were collected using a two-part questionnaire including demographic questions and factors affecting men's lack of referral to health centers. The sampling method was multi-stage. Data analysis was performed by SPSS16 statistical software using an independent t-test, analysis of variance, and Scheffe post hoc tests.

Results: According to the results of the study, non-referral to the centers had a significant relationship with ethnicity ($p = 0.023$) and level of education ($p < 0.001$). At the same time, there was no significant relationship between age, marriage, economic status, or occupation ($p > 0.05$). The inadequate physical condition of health centers (82.95 ± 14.67) and lack of trust in health personnel (82.95 ± 14.67) of the most important, as well as insufficient information and knowledge (61.22 ± 25.37). The least important factors were the lack of referral of men to health centers.

Conclusion: According to the findings, the need to improve the physical condition of the centers and confidentiality, the confidentiality of information, proper treatment of people, and enhancing personnel skills is important. These cases have been suggested to health managers so that with appropriate policies and planning, we can see an increase in the number of men going to the centers.



بررسی علل عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی و درمانی جهت دریافت خدمات سلامت

زهرا حسینی^۱، محتشم غفاری^۲، سکینه رخشنده‌رو^{۳*}، یاسمن جعفری^۴، حمید رضا شرکاء^۵

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲ استاد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳ استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۴ گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
 ۵ گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

* نویسنده مسئول: سکینه رخشنده‌رو، استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: s_rakhshanderou@yahoo.com

DOI: 10.52547/nkums.14.1.29

| | |
|--|--|
| چکیده | تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳ |
| مقدمه: لازمه داشتن جامعه سالم، سلامت خانواده است. نتایج مطالعات نشان داده که مردان بیشتر از زنان به بیماری دچار شده و میزان مرگ و میر آنان نیز بالاتر است، با این وجود هنوز هم درصد بالایی از مردان جهت دریافت خدمات سلامت مراجعه نمی‌نمایند، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی علل عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی درمانی انجام گردید. | تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸ |
| روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۸۰ نفر از مردان بالای ۱۸ سال انجام گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل سؤالات جمعیت شناختی و عوامل مؤثر بر عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی و درمانی انجام شد. روش نمونه‌گیری بصورت چند مرحله‌ای بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماري SPSS16 و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس و آزمون‌های تعقیبی شفه انجام شد. | واژگان کلیدی: مردان خدمات بهداشتی سلامت |
| یافته‌ها: براساس نتایج مطالعه عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی درمانی با نوع قومیت و سطح تحصیلات ($P < 0/05$) ارتباط معنی دار داشت، در حالی که با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و شغل ($P > 0/05$) ارتباط معنی دار نداشت. شرایط فیزیکی نامناسب مراکز سلامت (۱۴/۶۷٪ ± ۸۲) و عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی (۱۷/۱۳٪ ± ۸۰) از مهمترین عوامل و همچنین اطلاعات و شناخت ناکافی (۲۵/۳۷٪ ± ۶۱) کم اهمیت‌ترین عوامل عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی و درمانی بود. | |
| نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، لزوم بهبود وضعیت فیزیکی مراکز و رازداری و محرمانگی اطلاعات، داشتن رفتار مناسب با مردم و ارتقاء مهارت پرسنل حائز اهمیت می‌باشد؛ لذا به مدیران بهداشتی پیشنهاد می‌گردد تا سیاست گذاری‌ها و برنامه ریزی‌های مناسب را در جهت افزایش آمار مراجعه مردان به مراکز انجام دهند. | |

مقدمه

می‌شود که خشن باشند، درد را تحمل کنند و تجربیات دردناک را تحمل کنند، در حالی که دختران و زنان در جامعه یاد می‌گیرند تا حساس باشند، مراقب باشند و ناراحتی‌هایشان را به زبان بیاورند (۲). در یک مطالعه، شرکت‌کنندگانی که امتیاز بالایی در مردانگی کسب کردند، تحمل درد بالاتری را نشان دادند و شرکت‌کنندگانی که امتیاز بالایی در زنانگی کسب کردند، حساسیت بیشتری به درد نشان دادند (۳).

زنان بیشتر از مردان در پی کسب اطلاعات در خصوص پیشگیری از بیماری‌ها هستند (۴). مردان در دنیای امروز دارای امید به زندگی ناکافی و مرگ و میر بالا به دنبال ابتلا به بیماری‌ها هستند که می‌تواند با عوامل بیولوژیکی، قومی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مداخلات بهداشتی توضیح داده شود (۵، ۶). نتایج مطالعات نشان داده که مردان بیشتر از زنان به بیماری دچار شده و میزان مرگ و میر آنان نیز بالاتر

لازمه داشتن جامعه‌ی سالم، سلامت خانواده است و در این حوزه سلامت مردان به اندازه سلامت زنان اهمیت دارد، مردان علاوه بر نقش پدری و همسری، مدیریت خارج از منزل و اداره امور اقتصادی را برعهده دارند، بنابراین ایجاب می‌کند، توجه ویژه‌ای به سلامت هر دو جنس شود. مقوله سلامت مردان مقوله‌ای چند بعدی و پیچیده است که تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی قرار دارد. شواهد بسیار در دست است که نشان دهنده عدم توزیع عادلانه و یکنواخت سلامت در میان گروه‌های مختلف جنسی و سنی می‌باشد. شاید بتوان ویژگی‌های خاص و نوع دیدگاه متمایز مردان به مقوله سلامت، نسبت به زنان را عمده‌ترین عامل تعیین کننده این نوع توزیع دانست (۱).

پسران و دختران از سنین پایین، برای چگونگی پاسخ به درد بر اساس هنجارهای جنسیتی، اجتماعی می‌شوند. به پسران و مردان آموزش داده

علل عدم مراجعه مردان شهر بجنورد به مراکز بهداشتی جهت دریافت خدمات سلامت انجام شد تا بتواند در راستای بهبود وضعیت سلامت مردان شهر بجنورد با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی دریافت خدمات بهداشت و درمانی در استان و کشور مؤثر باشد.

روش کار

این مطالعه مقطعی (توصیفی- تحلیلی) در سال ۱۳۹۹ بر روی ۳۸۰ نفر از مردان بالای ۱۸ سال شهر بجنورد انجام گرفت. در این پژوهش با توجه به فرمول محاسبه حجم نمونه کوکران در جمعیت مشخص (۴۰۳۷ نفر)، حجم نمونه محاسبه شده به تعداد ۳۸۲ نفر محاسبه گردید. همچنین با توجه به مطالعه انجام شده توسط صادقی پور و همکاران (۱۶)، حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۰۵ و با احتمال ریزش ۱۰ درصد ۳۶۸ نفر محاسبه شد که باتوجه به اینکه به حجم نمونه محاسبه شده توسط فرمول کوکران بسیار نزدیک به هم بود، بنابراین حجم نمونه نهایی این مطالعه همان ۳۸۰ نفر در نظر گرفته شد.

حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان و با توجه به جامعه‌ی ۴۴۰۳۷ نفری ۳۸۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل سن ۱۸ سال و رضایت فرد شرکت کننده بود و معیار خروج از مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه بود. در این مطالعه نمونه گیری به صورت چند مرحله‌ای صورت گرفت. در مرحله اول، نمونه گیری سهمیه‌ای انجام شد. ابتدا بر اساس درصد جمعیت هر گروه، سهم نمونه هر گروه مشخص شد (کارمندان ۸۹ نفر، افراد بیکار ۳۷ نفر، دانشجویان ۱۴ نفر، بازنشستگان ۲۶ نفر و مشاغل آزاد ۲۱۴ نفر) و در مرحله دوم، با توجه پراکندگی جغرافیایی نمونه گیری به صورت در دسترس، با مراجعه به ادارات، دانشگاه، کانون‌های بازنشستگی، مکان‌های عمومی، مساجد، مغازه‌ها، سالن ورزشی و سایر مکانها در سطح شهر انجام شد. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای که شامل سؤالات مربوط به اطلاعات فردی و سؤالات مربوط به عوامل عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی درمانی بود، استفاده گردید. این پرسشنامه شامل دو بخش می‌باشد که بخش اول اطلاعات عمومی با ۸ سؤال و بخش دوم سؤالات اختصاصی که شامل ۹ بعد و ۳۹ سؤال (آگاهی و شناخت ناکافی (۳ سؤال)، عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی (۴ سؤال)، مسائل خانوادگی (۳ سؤال)، مسائل شخصی (۴ سؤال)، شرایط فیزیکی نامناسب مراکز (۶ سؤال)، عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی (۵ سؤال)، عدم پاسخ گویی مناسب (۶ سؤال)، ترجیح بخش خصوصی نسبت به دولتی (۵ سؤال) و کیفیت خدمات (۳ سؤال)) و بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد.

طراحی پرسشنامه با استفاده از مروری بر متون و ابزارهای موجود و یک مطالعه کیفی بصورت مصاحبه با روش نمونه گیری هدفمند با حداکثر تنوع با تعدادی از مردان در گروه‌های مختلف سنی، شغلی و تحصیلی انجام شد. برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه، از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان استفاده شد. برای سنجش روایی محتوایی از شاخص روایی محتوا (CVR) و نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد. برای تعیین روایی صوری پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از مردان در گروه‌های متنوع قرار گرفت و نمره نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVR) برای همه سؤالات بالاتر از ۰/۷۹ بدست آمد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه‌ها نیز یک مطالعه پایلوت بر روی

از زنان است (۷) با این حال از جستجوی خدمات بهداشتی اجتناب می‌کنند (۸). در مطالعه‌ای نشان داد که ۶۱ درصد از مردان ۱۸ تا ۵۵ ساله حداقل سالی یک بار هم برای معاینه عمومی به پزشک مراجعه نکرده‌اند (۹).

نتایج مطالعه کیفی رضایی و همکاران نشان داد که دغدغه اصلی بیشتر مردان شرکت کننده در پژوهش، موضوعاتی غیر از سلامت بوده است و فقط تعدادی بسیار کمی به مقوله سلامت اشاره نموده بودند. بر اساس نتایج مطالعه ذکر شده مهم‌ترین عوامل بازدارنده اولویت سلامت در مردان شامل عوامل اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، فقدان تأمین اجتماعی، ضعف مدیریت کلان و عوامل زیست محیطی می‌باشد (۱۰).

سلامت در طیف وسیعی از تجربیات مرتبط با جنسیت شکل می‌گیرد، به طوری که ممکن است ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هم بر اساس هنجارهای جنسیتی مانند «مردان باید از نظر بدنی قوی باشند» و نه بر اساس نیازهای فردی ارائه خدمت کنند (۱۱). از طرفی جستجوی مراقبت اغلب برای مردان، به ویژه در جوامع مردسالار، ضد هنجار تلقی می‌شود، به علاوه کلینیک‌ها اغلب به عنوان «فضاهای زنانه» در نظر گرفته می‌شوند، زیرا زنان معمولاً بیشتر جمعیت مراجعه کننده را در این مکان‌ها تشکیل می‌دهند (۱۲).

گزارش بررسی وضعیت سلامت مردان در ۲۶ کشور عضو اتحادیه اروپا بازگو کننده نرخ بالای مرگ و میر و شیوع انواع بیماری‌ها در میان مردان به دلایل متعدد می‌باشد. طبق این گزارش مردان نسبت به زنان کمتر به ابراز بیماری‌ها و ناخوشی‌های خود پرداخته و تمایل کمتری نسبت به زنان جهت انجام چکاپ‌های دوره‌ای و تست‌های غربالگری دارند و همچنین تعداد برنامه‌های پیش سلامت مردان در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت بسیار کم است. بر اساس این گزارش عواملی چون بالا بودن هزینه خدمات سلامت، محدودیت زمانی دسترسی به خدمات سلامت، ساعات کار اداری غیر انعطاف پذیر، صف انتظار طولانی جهت دریافت خدمات، تمرکز مراقبت‌های اولیه سلامت بر نیازهای زنان و کودکان جزء عواملی هستند که به عنوان موانع پیشروی مردان در بهره‌گیری از خدمات اولیه سلامت محسوب می‌شوند (۱).

بر اساس مطالعات مختلف علل عدم مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شامل نا آگاهی و کم اهمیت شمردن بهداشت، کامل نبودن خدمات در سیستم شبکه و اتلاف وقت مراجعین به دلیل ازدحام و شلوغی مراکز (۱۳) بی نظمی و عدم پذیرش مراجعین در برخی جلسات، عجول بودن کارکنان، عدم مشارکت، مراجعه به پزشک خصوصی و محدودیت خدمات (۱۴) بوده است. از آنجایی که خدمات نیز عمدتاً توسط کارکنان زن ارائه می‌شود، نگرانی مردان در مورد محرمانگی و دیدگاه‌های مربوط به هنجارهای جنسیتی مانعی برای دریافت خدمات آنها در کلینیک‌ها است (۱۵).

بنابراین با توجه به شروع برنامه سلامت مردان از سال ۱۳۸۵ در خدمات بهداشت ایران، شروع برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت از سال ۱۳۹۴ در کشور با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات و از طرفی با توجه به اهمیت سلامت مردان به عنوان مدیر خانواده و همچنین به دلیل اینکه هنوز هم درصد بالایی از مردان جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی مراجعه نمی‌نمایند این گروه به عنوان یک گروه هدف مناسب برای انجام پژوهش می‌باشد که مطالعه حاضر با هدف تعیین

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۳۸۰ نفر از مردان بالای ۱۸ سال شهر بجنورد انجام گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $39/12 \pm 7/44$ بود. سطح تحصیلات اکثر افراد مورد مطالعه کمتر از دیپلم (۲۳/۷ درصد) و دیپلم (۲۳/۲ درصد) بود و سایر افراد به ترتیب فوق دیپلم (۲۱/۸ درصد)، لیسانس (۲۱/۱ درصد) و فوق لیسانس (۷/۱ درصد) بودند. ۲/۳۱ درصد بی سواد بودند. ۷۸/۴ درصد متأهل و ۲۰/۸ درصد مجرد بودند و ۰/۸ درصد از افراد همسرانشان را از دست داده بودند. اکثر افراد از قوم فارس (۵۱/۳ درصد) بودند و سایر افراد به ترتیب کرد (۲۰/۳ درصد)، ترک (۱۰/۳ درصد)، تات (۹/۷ درصد) و ترکمن (۸/۴ درصد) بودند. بیشتر افراد در بخش خصوصی شاغل (۵۶/۱ درصد) بودند و بقیه به ترتیب، بخش دولتی (۲۳/۴ درصد)، بیکار (۱۰ درصد) و دانشجو (۳/۷ درصد) بودند. ۵۰/۳ درصد افراد وضعیت اقتصادی متوسط، ۳۲/۶ درصد ضعیف و ۱۷/۱ درصد وضعیت خوبی داشتند. عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشتی و درمانی جهت دریافت خدمات سلامت با عواملی نظیر قومیت ($P=0/023$) و تحصیلات ($P<0/001$) ارتباط معنی دار داشت (تحصیلات بیشتر افرادی که مراجعه نداشتند، کمتر از دیپلم بود و عدم مراجعه به مراکز در قومیت‌های خاص مانند ترکمن، تات و ترک نسبت به فارس‌ها بیشتر بود). عدم مراجعه با سایر فاکتورها نظیر سن، تأهل، وضعیت اقتصادی، شغل ارتباط معنی دار نداشت ($P>0/05$).

۳۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه صورت گرفت که متغیر آگاهی و شناخت ناکافی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴، عدم احساس نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی ۰/۸۸، مسائل خانوادگی ۰/۹۲، مسائل شخصی ۰/۷۴، شرایط فیزیکی نامناسب پایگاهی و مراکز ۰/۸۸، عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی ۰/۹۰، عدم پاسخ گویی مناسب ۰/۹۲، ترجیح بخش خصوصی نسبت به غیردولتی ۰/۹۰ و کیفیت خدمات ۰/۸۶ به دست آمد.

برای اجرای مطالعه بعد از دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشکده بهداشت و ایمنی، از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مجوز لازم گرفته شد و به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ارائه گردید و هماهنگی لازم با فرماندار برای مراجعه به محل‌های مورد نظر و تکمیل پرسشنامه بعمل آمد. از نظر اخلاقی به تمام مردان مورد مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی می‌ماند. در نهایت داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و در تحلیل نتایج، شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی، میانگین و انحراف معیار و توزیع فراوانی و برای تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و عوامل مختلف عدم مراجعه از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس و آزمون‌های تعقیبی شفه برای متغیرها با توزیع نرمال و آزمون‌های من ویتنی و ویلکاکسون برای متغیرهایی که از توزیع نرمال پیروی نمی‌کردند، استفاده شد. در همه آزمون‌ها سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار عوامل عدم مراجعه افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

| متغیر / زیر طبقه | آگاهی ناکافی | عدم احساس نیاز | مسائل خانوادگی | مسائل شخصی | شرایط فیزیکی نامناسب |
|------------------|--------------|----------------|----------------|------------|----------------------|
| سن | | | | | |
| ۲۰-۲۹ | ۹/۸۵±۳/۶۱ | ۱۵/۳۵±۳/۹۲ | ۱۰/۳۴±۲/۷۵ | ۱۵/۵۶±۲/۸۹ | ۲۵/۵۰±۴/۸۶ |
| ۳۰-۳۹ | ۸/۷۷±۳/۷۶ | ۱۴/۹۱±۴/۱۶ | ۱۲/۱۴±۲/۵۷ | ۱۴/۳۰±۳/۵۹ | ۲۴/۵۱±۴/۵۶ |
| ۴۰-۴۹ | ۹/۱۵±۳/۷۲ | ۱۶/۱۶±۳/۷۷ | ۱۲/۸۰±۲/۳۷ | ۱۵±۳/۵۲ | ۲۴/۸۸±۳/۸۴ |
| ۵۰ به بالا | ۸/۹۳±۴/۱۲ | ۱۵/۹۱±۳/۷۸ | ۱۲/۸۲±۲/۵۰ | ۱۵/۱۳±۳/۴۹ | ۲۴/۶۲±۴/۲۴ |
| | $P=0/208$ | $P=0/111$ | $P<0/001$ | $P=0/067$ | $P=0/401$ |
| وضعیت تأهل | | | | | |
| مجرد | ۹/۳۰±۳/۳۴ | ۱۵/۰۷±۳/۸۴ | ۸/۸۲±۱/۴۶ | ۱۴/۹۲±۳/۲۶ | ۲۵/۸۵±۴/۵۹ |
| متأهل | ۹/۱۵±۳/۹۲ | ۱۵/۶۹±۳/۹۶ | ۱۲/۸۷±۲/۳۴ | ۱۵±۳/۴۴ | ۲۴/۶۳±۴/۳۲ |
| | $P<0/005$ | $P=0/591$ | $P<0/001$ | $P=0/49$ | $P=0/424$ |
| تحصیلات | | | | | |
| کمتر از دیپلم | ۷/۸۶±۳/۷۶ | ۱۸/۲۲±۲/۰۲ | ۱۱/۹۵±۲/۸۱ | ۱۳/۶۷±۳/۴۹ | ۲۴/۰۹±۳/۷۱ |
| دیپلم | ۹/۳۲±۳/۸۱ | ۱۶/۴۷±۳/۱۸ | ۱۱/۶۹±۲/۸۳ | ۱۵/۲۷±۳/۰۸ | ۲۴/۶۸±۵/۰۷ |
| فوق دیپلم | ۱۰/۰۴±۳/۵۲ | ۱۳/۸۲±۴/۲۳ | ۱۲/۲۲±۲/۲۸ | ۱۵/۳۹±۳/۴۲ | ۲۵/۹۱±۳/۸۰ |
| لیسانس و بالاتر | ۹/۶۵±۳/۷۷ | ۱۳/۶۱±۳/۹۷ | ۱۲/۱۴±۲/۵۷ | ۱۵/۶۷±۳/۲۱ | ۲۵±۴/۷۱ |
| | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P=0/589$ | $P<0/001$ | $P=0/445$ |
| شغل | | | | | |
| دولتی | ۹/۲۲±۳/۶۰ | ۱۴/۲۹±۳/۷۵ | ۱۲/۸۳±۲/۳۵ | ۱۳/۱۲±۳/۹۰ | ۲۵/۱۷±۴/۶۱ |
| خصوصی | ۹/۰۴±۳/۷۷ | ۱۶/۲۲±۳/۷۸ | ۱۱/۸۲±۲/۸۳ | ۱۴/۲۲±۳/۳۵ | ۲۴/۶۶±۴/۰۶ |
| بیکار | ۹/۵۱±۴/۱۲ | ۱۵/۱۷±۴/۲۰ | ۱۱/۵۳±۲/۷۴ | ۱۵/۷۶±۳/۲۵ | ۲۵/۱۵±۵/۰۲ |
| | $P=0/649$ | $P<0/001$ | $P=0/003$ | $P<0/001$ | $P=0/546$ |
| وضعیت اقتصادی | | | | | |
| ضعیف | ۷/۴۵±۳/۸۶ | ۱۷/۲۶±۳/۰۲ | ۱۱/۲۵±۲/۸۰ | ۱۳/۵۸±۳/۶۳ | ۲۳/۶۲±۴/۵۵ |
| متوسط | ۹/۴۶±۳/۵۰ | ۱۵/۶۵±۳/۷۰ | ۱۲/۰۴±۲/۷۳ | ۱۵/۱۳±۳/۱۰ | ۲۵/۱۰±۴/۲۰ |
| خوب | ۱۱/۵۹±۲/۹۶ | ۱۲/۱۰±۳/۸۴ | ۱۳/۲۷±۲/۱۳ | ۱۷/۱۶±۲/۴۶ | ۲۶/۶۰±۴/۰۳ |
| | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P<0/001$ | $P<0/001$ |

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار \pm میانگین آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار عوامل عدم مراجعه افراد مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

| متغیر / زیر طبقه | عدم اعتماد به پرسنل | عدم پاسخگویی | ترجیح بخش خصوصی | کیفیت پایین خدمات |
|------------------|---------------------|--------------|-----------------|-------------------|
| سن | | | | |
| ۲۰-۲۹ | ۴/۳۲±۲۰/۰۱ | ۵/۲۸±۲۳/۲۴ | ۵/۴۵±۱۸/۱۲ | ۲/۵۲±۱۲/۱۲ |
| ۳۰-۳۹ | ۴/۴۵±۱۹/۸۷ | ۵/۷۰±۲۱/۷۵ | ۵/۲۹±۱۸/۴۳ | ۲/۹۲±۱۱/۴۴ |
| ۴۰-۴۹ | ۴/۱۳±۱۹/۹۳ | ۴/۱۳±۲۱/۶۷ | ۵/۳۲±۱۸/۳۲ | ۲/۹۰±۱۱/۵۷ |
| ۵۰ به بالا | ۴/۲۴±۲۱/۳۹ | ۵/۳۷±۲۱/۸۷ | ۵/۶۲±۱۸/۸۶ | ۳/۰۲±۱۱/۷۵ |
| | P=۰/۸۵۹ | P=۰/۱۷۰ | P=۰/۸۳۱ | P=۰/۳۷۱ |
| وضعیت تأهل | | | | |
| مجرد | ۴±۲۰/۲۵ | ۵/۱۰±۲۳/۷۰ | ۵/۱۲±۱۸/۴۷ | ۲/۴۱±۱۲/۱۵ |
| متاهل | ۴/۳۶±۱۹/۹۷ | ۵/۷۳±۲۱/۷۱ | ۵/۴۸±۱۸/۴۰ | ۲/۹۶±۱۱/۵۹ |
| | P=۰/۱۷۶ | P=۰/۰۰۸ | P=۰/۱۵۴ | P=۰/۰۱۱ |
| تحصیلات | | | | |
| کمتر از دیپلم | ۴/۱۶±۲۰/۱۰ | ۵/۴۸±۲۲/۰۳ | ۳/۴۳±۲۱/۲۹ | ۳±۱۱/۴۰ |
| دیپلم | ۴/۴۱±۱۹/۴۵ | ۶/۴۲±۲۱/۶۸ | ۵/۶۷±۱۸/۲۳ | ۲/۸۶±۱۱/۹۵ |
| فوق دیپلم | ۳/۸۳±۲۱ | ۵/۱۲±۲۳/۵۴ | ۵/۸۴±۱۶/۵۴ | ۲/۵۶±۱۹/۹۶ |
| لیسانس و بالاتر | ۴/۵۳±۱۹/۷۰ | ۵/۴۴±۲۱/۵۳ | ۵/۳۲±۱۷/۲۸ | ۲/۹۵±۱۱/۶۳ |
| | P=۰/۰۸۹ | P=۰/۰۷۴ | P<۰/۰۰۱ | P=۰/۴۶۹ |
| شغل | | | | |
| دولتی | ۴/۴۵±۲۰/۲۶ | ۶/۱۴±۲۱/۲۵ | ۵/۴۹±۱۷/۳۹ | ۲/۹۶±۱۱/۷۹ |
| خصوصی | ۳/۹۳±۱۹/۹۵ | ۵/۲۳±۲۲/۴۲ | ۵/۰۷±۱۹/۱۰ | ۲/۷۵±۱۱/۷۰ |
| بیکار | ۴/۷۹±۲۰ | ۶/۱۵±۲۲/۳۷ | ۵/۹۹±۱۷/۷۱ | ۳/۰۶±۱۱/۶۵ |
| | P=۰/۸۴۰ | P=۰/۲۴۳ | P=۰/۰۱۸ | P=۰/۹۴۷ |
| وضعیت اقتصادی | | | | |
| ضعیف | ۴/۶۸±۱۸/۲۴ | ۶/۰۹±۲۰/۱۴ | ۴/۹۲±۲۰/۳۳ | ۳/۲۸±۱۰/۶۵ |
| متوسط | ۳/۲۸±۲۰/۷۹ | ۵/۲۲±۲۳/۰۳ | ۴/۸۳±۱۸/۵۷ | ۲/۷۱±۱۱/۹۸ |
| خوب | ۳/۹۱±۲۱/۱۸ | ۵/۱۱±۲۳/۲۷ | ۵/۷۲±۱۴/۴۲ | ۲/۸۶±۱۱/۷۱ |
| | P<۰/۰۰۱ | P<۰/۰۰۱ | P<۰/۰۰۱ | P<۰/۰۰۱ |

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار ± میانگین آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار امتیازات عوامل عدم مراجعه مردان به مراکز جامع سلامت

| عوامل | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|----------------------|---------|--------------|-------|--------|
| آگاهی ناکافی | ۶۱/۲۲ | ۲۵/۳۷ | ۲۰ | ۱۰۰ |
| عدم احساس نیاز | ۷۷/۸۱ | ۱۹/۷۱ | ۲۰ | ۱۰۰ |
| مسائل خانوادگی | ۸۰/۰۱ | ۱۸/۲۹ | ۳۳/۳۳ | ۱۰۰ |
| مسائل شخصی | ۷۴/۹۲ | ۱۷/۰۳ | ۲۵ | ۱۰۰ |
| شرایط فیزیکی نامناسب | ۸۲/۹۵ | ۱۴/۶۷ | ۴۰ | ۱۰۰ |
| عدم اعتماد به پرسنل | ۸۰/۱۴ | ۱۷/۱۳ | ۲۲ | ۱۰۰ |
| عدم پاسخگویی مناسب | ۷۳/۸۰ | ۱۸/۸۷ | ۲۳ | ۱۰۰ |
| ترجیح بخش خصوصی | ۷۳/۶۸ | ۲۱/۶۰ | ۲۰ | ۱۰۰ |
| کیفیت پایین خدمات | ۷۸/۱۲ | ۱۹/۰۸ | ۲۶ | ۱۰۰ |

با توجه به جدول فوق مشخص گردید که عوامل "شرایط فیزیکی نامناسب مراکز و پایگاه‌های سلامت" (۱۴/۶۷ ± ۸۲/۹۵)، "عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی" (۱۷/۱۳ ± ۸۰/۱۴) و "مسائل خانوادگی" (۱۸/۲۹ ± ۸۰/۰۱) به ترتیب بیشترین میانگین را داشتند و همچنین عامل "اطلاعات و شناخت ناکافی" با میانگین (۲۵/۳۷ ± ۶۱/۲۲) کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود (جدول ۲).

همچنین با توجه به اینکه شرایط فیزیکی نامناسب مراکز و پایگاه‌های سلامت دارای بیشترین میانگین امتیازات بود. میانگین و انحراف معیار سؤالات این عامل بررسی شد. قدیمی و فرسوده بودن تجهیزات با میانگین امتیاز (۲ ± ۲۰/۰۸) رتبه اول و عامل تمیز نبودن محیط مراکز

در بین متغیرهای اصلی دلایل عدم مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه‌های سلامت جهت دریافت خدمات سلامت، بیشترین میانگین، نمره مربوط به شرایط فیزیکی نامناسب مراکز و پایگاه‌های سلامت (۱۴/۶۷ ± ۸۲/۹۵) و در رتبه‌های بعدی عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی (۱۷/۱۳ ± ۸۰/۱۴) و مسائل خانوادگی (۱۸/۲۹ ± ۸۰/۰۱) بود. همچنین کمترین عامل اثر گذار در عدم مراجعه، اطلاعات و شناخت ناکافی با میانگین امتیاز (۲۵/۳۷ ± ۶۱/۲۲) بود. عدم مراجعه مردان به مراکز با نوع قومیت (P=۰/۰۲۳) و سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی دار داشت. در حالی که با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، شغل (P<۰/۰۰۵) ارتباط معنی دار نداشت (جدول ۱).

سلامت با میانگین امتیاز (۲۰/۰۵±۲) رتبه دوم را در عدم مراجعه داشتند.

جدول ۴. توزیع فراوانی و درصد دلایل عدم مراجعه به مراکز و پایگاههای سلامت به تفکیک هر عامل

| عنوان عامل / وضعیت | خیلی زیاد | زیاد | متوسط | کم | خیلی کم |
|--|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات | | | | | |
| مطلع نبودن از خدمات بهداشتی ارائه شده در مراکز | ۵۶ (۱۴/۷) | ۹۰ (۲۳/۷) | ۶۵ (۱۷/۱) | ۸۱ (۲۱/۳) | ۸۸ (۲۳/۲) |
| نداشتن آدرس مراکز | ۵۳ (۱۳/۹) | ۹۳ (۲۴/۵) | ۸۹ (۲۳/۴) | ۶۶ (۱۷/۴) | ۷۰ (۲۰/۷) |
| آشنا نبودن با اهمیت مراقبت مردان | ۷۴ (۱۹/۵) | ۸۶ (۲۲/۶) | ۸۰ (۲۱/۱) | ۵۶ (۱۴/۷) | ۸۴ (۲۲/۱) |
| عدم احساس نیاز به دریافت خدمات | | | | | |
| عدم احساس نیاز به دلیل دسترسی به اطلاعات از فضای مجازی | ۳۸ (۱۰) | ۶۴ (۱۶/۸) | ۵۷ (۱۵) | ۸۳ (۲۱/۸۰) | ۱۳۸ (۳۶/۳) |
| عدم احساس نیاز به دلیل تحصیلات بالا | ۲۰ (۵/۳) | ۶۷ (۱۷/۶) | ۴۸ (۱۲/۶) | ۷۰ (۱۸/۴) | ۱۷۵ (۴۶/۱) |
| عدم احساس نیاز به دلیل تحصیلات مرتبط | ۱۱ (۲/۹) | ۱۶ (۴/۲) | ۳۲ (۸/۴) | ۴۴ (۱۱/۶) | ۳۷۷ (۷۲/۹) |
| داشتن تجهیزات بهداشتی در منزل | ۳۷ (۹/۷) | ۶۶ (۱۷/۴) | ۳۵ (۹/۲) | ۸۲ (۲۱/۶) | ۱۶۰ (۴۲/۱) |
| مسائل خانوادگی | | | | | |
| عدم موافقت همسر جهت مراجعه به مراکز | ۱ (۰/۳) | ۱۱ (۲۹/۱) | ۱۴ (۳/۷) | ۴۲ (۱۱/۱) | ۲۳۰ (۶۰/۵) |
| عدم موافقت سایر افراد خانواده جهت مراجعه به مراکز | ۰ (۰) | ۱۳ (۳/۴) | ۳۴ (۸/۹) | ۵۲ (۱۳/۷) | ۲۸۱ (۹/۷۳) |
| داشتن مشکلات خانوادگی | ۲۱ (۵/۵) | ۶۴ (۱۶/۸) | ۴۹ (۱۲/۹) | ۸۹ (۲۳/۴) | ۱۵۷ (۳/۴۱) |
| مسائل شخصی | | | | | |
| عدم مراجعه به دلیل چند شغله بودن | ۷ (۱/۱) | ۲۰ (۳/۵) | ۱۹ (۵) | ۶۰ (۱۵/۵) | ۲۷۴ (۱/۷۲) |
| عدم مراجعه به دلیل اینکه طی روز کامل سرکار هستم | ۶۶ (۱۷/۴) | ۸۱ (۲۱/۱) | ۵۰ (۱۲/۳) | ۶۰ (۱۵/۵) | ۱۲۳ (۴/۳۲) |
| عدم مراجعه به دلیل بی حوصلگی | ۲۴ (۶/۳) | ۷۸ (۲۰/۰) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۸۳ (۲۱/۳) | ۱۳۶ (۳/۳۵) |
| عدم مراجعه به دلیل اولویت نداشتن سلامت برای من | ۲۰ (۵/۳) | ۶۸ (۱۷/۷) | ۷۵ (۱۹/۷) | ۸۸ (۲۳/۳) | ۱۲۹ (۳/۳۳) |
| شرایط فیزیکی نامناسب مراکز پایگاهها | | | | | |
| تمیز نبودن محیط مراکز | ۵ (۱/۳) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۸۷ (۲۲/۲) | ۱۷۰ (۷/۴۴) |
| زیاد بودن پله یا نداشتن آسانسور | ۱ (۰/۳) | ۳۸ (۱۰) | ۶۹ (۲۱/۸) | ۱۰۲ (۲۶/۶) | ۱۷۰ (۷/۴۴) |
| نداشتن محل عبور ویلچر | ۱۵ (۳/۹) | ۱۷ (۵/۴) | ۲۶ (۸/۶) | ۶۶ (۱۷/۴) | ۲۵۶ (۴/۶۷) |
| قدیمی بودن تجهیزات | ۸ (۲/۱) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۶۱ (۱۶/۱) | ۸۰ (۲۱/۱) | ۱۷۲ (۴۵/۳) |
| نبودن تابلوهای راهنما | ۸ (۲/۱) | ۴۷ (۱۲/۲) | ۴۵ (۱۱/۱) | ۹۷ (۲۵/۵) | ۱۸۳ (۴/۸) |
| نبودن امکانات بهداشتی | ۶ (۱/۱) | ۷ (۱/۱) | ۳۳ (۷/۸) | ۷۲ (۱۹/۱۸) | ۲۶۲ (۹/۶۸) |
| عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی | | | | | |
| پرسنل بهداشتی راز نگهدار نیستند | ۶ (۱/۶) | ۳۳ (۸/۷) | ۶۵ (۱۷/۱) | ۹۹ (۲۶/۱) | ۱۷۷ (۴۶/۶) |
| پرسنل بهداشتی تخصص کافی ندارند | ۲۰ (۵/۳) | ۶۴ (۱۸/۸) | ۵۸ (۱۵/۳) | ۹۰ (۲۳/۷) | ۱۴۸ (۳۸/۹) |
| پرسنل بهداشتی علاقه مند نیستند | ۹ (۲/۴) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۶۲ (۱۶/۳) | ۸۲ (۲۱/۶) | ۱۶۸ (۴۴/۲) |
| پرسنل عجولاند | ۴ (۱/۱) | ۲۰ (۵/۳) | ۴۵ (۱۱/۸) | ۸۹ (۲۳/۴) | ۲۲۲ (۵۸/۶) |
| پرسنل بهداشتی رفتار مناسب با مراجعین ندارند | ۵ (۱/۳) | ۴۸ (۱۲/۶) | ۶۱ (۱۶/۱) | ۹۶ (۲۵/۳) | ۱۷۰ (۴۴/۷) |
| عدم پاسخگویی مناسب | | | | | |
| عدم مراجعه به دلیل شلوغ بودن مراکز | ۲۲ (۵/۸) | ۸۶ (۲۲/۶) | ۵۶ (۱۴/۷) | ۸۶ (۲۲/۶) | ۱۳۰ (۳۴/۲) |
| عدم مراجعه به دلیل وقت گیر بودن مراقبت | ۷۴ (۱۹/۵) | ۹۵ (۲۵) | ۳۰ (۷/۹) | ۸۱ (۲۱/۳) | ۱۰۰ (۲۶/۳) |
| عدم مراجعه به دلیل کم بودن تعداد پرسنل | ۲۳ (۶/۱) | ۵۰ (۱۳/۲) | ۴۲ (۱۱/۱) | ۱۲۲ (۳۲/۱) | ۱۴۳ (۳۷/۶) |
| عدم مراجعه به دلیل مناسب نبودن زمان پذیرش | ۱۶ (۴/۲) | ۵۱ (۱۳/۴) | ۳۷ (۹/۷) | ۹۶ (۲۵/۳) | ۱۸۰ (۴۷/۴) |
| عدم مراجعه به دلیل نا مناسب بودن ساعات کار مراکز | ۱۳ (۳/۴) | ۶۲ (۱۶/۳) | ۵۰ (۱۳/۳) | ۱۱۱ (۲۹/۲) | ۱۴۴ (۳۷/۹) |
| عدم مراجعه به دلیل بی نظمی در پذیرش مراجعین | ۱۳ (۳/۴) | ۶۹ (۱۸/۲) | ۵۲ (۱۳/۷) | ۷۳ (۱۹/۲) | ۱۷۳ (۴۵/۵) |
| ترجیح بخش خصوصی به بخش دولتی | | | | | |
| بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی خدمات تخصصی تر دارد | ۵۰ (۱۳/۲) | ۸۲ (۲۱/۶) | ۴۲ (۱۱/۱) | ۸۷ (۲۲/۹) | ۱۱۹ (۳۱/۳) |
| دریافت خدمات از بخش خصوصی زمان بر نیست | ۴۰ (۱۰/۵) | ۸۲ (۲۱/۶) | ۵۶ (۱۴/۷) | ۸۳ (۲۱/۸) | ۱۱۹ (۳۱/۳) |
| توان مالی در استفاده از خدمات بخش خصوصی رادارم | ۳۵ (۹/۲) | ۳۳ (۸/۷) | ۳۱ (۸/۲) | ۴۱ (۱۰/۸) | ۲۴۰ (۶۳/۲) |
| حریم خصوصی در بخش خصوصی بیشتر رعایت می شود | ۲۹ (۷/۶) | ۷۲ (۱۸/۹) | ۴۲ (۱۲/۴) | ۷۵ (۱۹/۷) | ۱۵۷ (۴۳/۱) |
| خدمات ارزان تر کیفیت پایین دارند | ۲۵ (۶/۶) | ۵۹ (۱۵/۵) | ۳۰ (۷/۹) | ۱۰۲ (۲۶/۸) | ۱۶۴ (۴۳/۲) |
| کیفیت پایین خدمات در بخش دولتی | | | | | |
| پرسنل به موقع و درست به مردم خدمات ارائه نمی دهند | ۲۰ (۵/۳) | ۸۱ (۲۱/۳) | ۵۸ (۱۵/۳) | ۸۳ (۲۱/۸) | ۱۳۸ (۳۶/۳) |
| پرسنل مهارت کافی ندارند | ۱۱ (۲/۹) | ۷۷ (۲۰/۳) | ۷۰ (۱۸/۴) | ۸۱ (۲۲/۳) | ۱۴۱ (۳۷/۱) |
| پرسنل شئون اسلامی را رعایت نمی کنند | ۶ (۱/۶) | ۱۶ (۴/۲) | ۳۵ (۹/۲) | ۸۷ (۲۲/۹) | ۲۳۶ (۶۱/۱) |

اطلاعات در جدول به صورت (درصد) فراوانی آمده است.

عامل مسائل خانوادگی مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به داشتن درگیری و مشکلات خانوادگی با میانگین امتیاز (۲/۲۱ ± ۱/۲۹)، در

در عامل عدم اعتماد به پرسنل مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به نداشتن تخصص کافی پرسنل با میانگین امتیاز (۲/۲۵ ± ۱/۲۷) در

بهداشتی درمانی نیز بهبود می‌یابد (۲۳). از طرفی روابط خوب و رفتار مؤدبانه پرسنل منجر به تعهد بیشتر مراجعه‌کنندگان به پرسنل می‌گردد و مراجعه آن‌ها را تضمین می‌کند (۲۴). در مطالعه Omar Yousaf و همکاران نیز روابط بین فردی و رفتار ادراک شده پرسنل، مانند عدم رعایت ادب، تمایل به عجله بدون توضیح درباره اطلاعات مهم، تمایل به استفاده از اصطلاحات غیرقابل درک، و عدم حساسیت به نیازهای مراجعین و علاوه مسائل مربوط به عدم صلاحیت و اعتبار درک شده پرسنل، از عوامل کاهش مراجعات مردان به مراکز بهداشتی درمانی بود (۲۵).

همچنین نتایج این مطالعه نشان دهد که کمترین عامل در عدم مراجعه مردان به مراکز و پایگاه‌های بهداشت آگاهی و شناخت ناکافی نسبت به خدمات بهداشتی درمانی بوده است و نشان می‌دهد که مردان شهر بجنورد به برنامه‌های سلامت مردان آگاه هستند و اگر به مراکز و پایگاه‌های سلامت مراجعه نموده‌اند، دلیل آن عدم آگاهی نبوده بلکه دلایل دیگر داشته و این امر نشان می‌دهد که در طی سالها نقش پرسنل بهداشتی، صدا و سیما، اطلاع‌رسانی مردم و معرفی خدمات مفید بوده است که نتایج این مطالعه با مطالعه صادقی پور و همکاران (۱۶) که نشان داد عدم آگاهی مهمترین عامل در عدم مراجعه به مراکز و پایگاه‌ها بوده است کاملاً مغایرت دارد. مراجعه‌کنندگان امروزی از اطلاعات بهتری برخوردارند، وضعیتی که به واسطه سطوح بالاتر اطلاعات در دسترس آنها ایجاد شده است؛ بنابراین این مراجعه‌کنندگان دقیقاً می‌دانند که به چه چیزی نیاز دارند و آگاهی بالای افراد می‌تواند منجر به کاهش مراجعه به مراکز شود که کیفیت و سطح خدمات پایینی دارند. در رابطه با ترجیح بخش خصوصی نسبت به بخش دولتی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که هنوز هم درصد بالایی از مردم، خدمات بخش خصوصی را به دلیل کیفیت بالا و دسترسی راحت‌تر به بخش دولتی ترجیح می‌دهند که نتایج این مطالعه با مطالعه نیکپور و همکاران (۱۴) مطابقت داشت ولی با مطالعه انجام شده توسط علامه و همکاران (۱) که نشان داده بود مردان مراکز بهداشتی و درمانی دولتی را مکانی مناسب برای ارائه خدمات به مردان دانستند مطابقت نداشت. دلایل مختلفی می‌تواند منجر به ایجاد این شرایط گردد؛ به عنوان مثال عدم رعایت حریم خصوصی مراجعه‌کنندگان در مراکز بهداشتی درمانی، مشغله بسیار زیاد پرسنل بهداشتی، درگیر بودن پرسنل با ثبت مراقبت‌های صورت گرفته در سامانه سیب و درنهایت ارائه خدمات تخصصی‌تر در بخش خصوصی. پیشنهاد می‌گردد آموزش‌های لازم درخصوص رعایت حریم خصوصی مراجعه‌کننده به پرسنل ارائه گردد، ثبت مراقبت‌ها همزمان با برقراری ارتباط با مراجعه‌کننده صورت گیرد و درخصوص سیستم ارجاع اطلاعات بیشتری در اختیار مراجعه‌کنندگان و در شبکه‌های اجتماعی قرارگیرد.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی داری بین عدم مراجعه مردان به مراکز و پایگاه‌ها با میزان تحصیلات وجود دارد، یعنی هر چه تحصیلات کمتر باشد مراجعه به مراکز و پایگاه‌ها نیز کمتر است که این یافته با مطالعه نیکپور و همکاران (۱۴) مطابقت داشت و با مطالعه طاووسی و همکاران (۲۴) همخوانی نداشت. افراد با سطح تحصیلات بالاتر آگاهی بیشتری درخصوص خدمات موجود دارند؛ بنابراین آگاهی بالاتر افراد منجر به مراجعه بیشتر آن‌ها به مراکز بهداشتی می‌گردد. Omar Yousaf و همکاران نیز نشان دادند که

عامل کیفیت پایین خدمات مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به ارائه ندادن خدمت به موقع و درست توسط پرسنل با میانگین امتیاز $2/37 \pm 1/30$ ، در عامل عدم احساس نیاز مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به دسترسی به اطلاعات از طریق فضای مجازی با میانگین امتیاز $2/42 \pm 1/38$ ، در عامل مسائل شخصی مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به سرکار بودن در طی روز با میانگین امتیاز $2/57 \pm 1/51$ ، در عامل عدم پاسخگویی مناسب مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به وقت گیر بودن فرایند مراقبت با میانگین امتیاز $2/9 \pm 1/51$ ، در عامل ترجیح بخش خصوصی مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به تخصصی بودن خدمات در بخش خصوصی با میانگین امتیاز $2/62 \pm 1/42$ ، در عامل آگاهی و شناخت ناکافی مهمترین دلیل عدم مراجعه مربوط به آشنا نبودن با اهمیت مراقبت‌ها با میانگین امتیاز $3/02 \pm 1/42$ بودند (جدول ۳).

بحث

مردان به دلیل جایگاه متفاوت سرشتی، اقلیمی و شرایط حرفه‌ای و بهداشتی، در معرض امراض و بیماری‌های مختلف هستند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داد که مردان بیشتر از زنان به بیماری‌ها دچار شده و میزان مرگ و میر آنان نیز بالاتر از زنان است (۱۷)، بنابراین مراجعه به موقع جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی و درمانی و پایگاه‌های سلامت می‌تواند بر کاهش بار بیماری‌ها، شناسایی و درمان به موقع بیماری‌ها، افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی در مردان منجر شود.

مطالعه حاضر با هدف بررسی دلایل عدم مراجعه مردان جهت دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به مراکز و پایگاه‌های سلامت انجام شد که نتایج پژوهش حاکی از این بود که مهمترین دلایل عدم مراجعه مردان به مراکز بهداشت و پایگاه‌های بهداشت، نامناسب بودن فضای فیزیکی و عدم اعتماد به پرسنل بهداشتی و مسائل خانوادگی بود که در رابطه با نامناسب بودن فضای فیزیکی، قدیمی و فرسوده بودن تجهیزات رتبه اول و عامل تمیز نبودن محیط مراکز سلامت رتبه دوم را در عدم مراجعه داشتند.

مطالعات مختلف نقش محیط فیزیکی بهتر یک مرکز بهداشتی را در بالا بردن رضایت بیشتر بیماران نشان داده است. مناسب بودن محیط فیزیکی منجر به ادراک مثبت نسبت به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌شود (۱۸، ۱۹) و تمیز نبودن محیط فیزیکی به این دلیل که آلودگی محیطی مستقیماً با عفونت مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی مرتبط است منجر به کاهش سطح رضایت افراد و عدم مراجعه آن‌ها می‌گردد (۱۸، ۲۰).

در عامل عدم اعتماد به پرسنل، مهم‌ترین دلیل عدم مراجعه مربوط به "نداشتن تخصص کافی پرسنل" بود. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که مراجعین با پرسنلی که به نظر می‌رسد از نظر فنی ماهر هستند و اطلاعات کافی در مورد بیماری می‌دهند، تعامل راحت‌تری دارند (۲۱).

ارائه آموزش‌های کافی به پرسنل خدمات سلامتی در مورد ارتباطات مهارت‌های بین فردی، منجر به ارتقاء رضایت و مراجعه افراد می‌گردد (۲۲). هرچه ارتباط پرسنل بهداشتی با مراجعه‌کنندگان بهتر باشد، اعتماد بیشتری ایجاد می‌گردد و به تبع آن مراجعه افراد به مراکز

است بجای آموزش مردان از فرآیندهای جدید مانند جلب مشارکت برای توانمندسازی آنان استفاده نمود. همچنین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های تکمیلی در زمینه تأثیر مداخلات (بهبود فضای فیزیکی، بهبود جلب اعتماد پرسنل) بر میزان مراجعه مردان به مراکز و پایگاه‌های سلامت انجام شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به جمع آوری داده‌ها به صورت خودگزارشی و صرفاً در جامعه شهری اشاره نمود.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه به دلیل تمایل کم مردان به مراجعه به مراکز بهداشتی، ایجاد محیطی مناسب برای مردان، می‌تواند در افزایش مراجعات آن‌ها به مراکز بهداشتی مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه MPH با کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1399.94 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. نویسندگان از همه افراد مشارکت کننده در این مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

- Allameh MAA, Arshinchi M, Pistachio K, Abedini Mehr A. Iranian Men's Health, Current Situation, Challenges: andishe mandegar2016.
- Myers CD, Riley JL, 3rd, Robinson ME. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. *Clin J Pain*. 2003;19(4):225-232. DOI: 10.1097/00002508-200307000-00005 PMID: 12840616
- Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Pain*. 2012;16(9):1211-1223. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2012.00121.x PMID: 22434689
- Deeks A, Lombard C, Michelmore J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*. 2009;9:213. DOI: 10.1186/1471-2458-9-213 PMID: 19563685
- Siegrist M, Keller C, Kiers HA. A new look at the psychometric paradigm of perception of hazards. *Risk Anal*. 2005;25(1):211-222. DOI: 10.1111/j.0272-4332.2005.00580.x PMID: 15787770
- Health Gap ZH. Related Factors and Solutions to Solve It. 4th Men's Health Congress and 12th Congress of Men's Health and Reproductive Health Research Center; Tehran2019.
- Williams DR. The health of men: structured inequalities and opportunities. *Am J Public Health*. 2008;98(9 Suppl):S150-S157. DOI: 10.2105/ajph.98.supplement_1.s150 PMID: 18687602
- Ahlsen B, Mengshoel AM, Solbraekke KN. Troubled bodies--troubled men: a narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disabil Rehabil*. 2012;34(21):1765-1773. DOI: 10.3109/09638288.2012.660601 PMID: 22394105
- Schlichthorst M, Sancu LA, Pirkis J, Spittal MJ, Hocking JS. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. *BMC Public Health*. 2016;16(Suppl 3):1028. DOI: 10.1186/s12889-016-3706-5 PMID: 28185596
- Ramezani TF, Amiri P, Simbar M, Rostami DM, Azizi F. Do men consider health as a priority? A qualitative study. 2011.
- Kvam L, Eide AH, Vik K. Understanding experiences of participation among men and women with chronic musculoskeletal pain in vocational rehabilitation. *Work*. 2013;45(2):161-174. DOI: 10.3233/WOR-121534 PMID: 23241707
- Camlin CS, Ssemmondo E, Chamie G, El Ayadi AM, Kwarisiima D, Sang N, et al. Men "missing" from population-based HIV

نسل جوان نسبت به نسل گذشته تمایل بیشتری به دریافت خدمات بهداشتی دارند که این امر می‌تواند ناشی از بالارفتن سطح تحصیلات و آگاهی افراد باشد (۲۵).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ارتباط معنی داری بین قومیت و عدم مراجعه وجود دارد و در قوم فارس مراجعه به مراکز بیشتر و در سایر اقوام مانند ترکمن، تات و ترک مراجعه کمتر است که ممکن است مراجعه کمتر این قومیت‌ها بدلیل باورها و اعتقاداتشان باشد.

بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه، لزوم بهبود وضعیت فیزیکی مراکز و پایگاه‌های سلامت از لحاظ تمیز بودن محیط، بروز بودن تجهیزات پزشکی، وجود تابلوهای راهنما و وجود امکانات بهداشتی و جلب اعتماد مردم به پرسنل با رازنگهداری پرسنل، علاقه مند بودن آنان، صبور بودن و داشتن تخصص کافی بسیار حائز اهمیت می‌باشد که باید به اطلاع مسئولین بهداشتی رسانده شود، تا با انجام مداخلات لازم بتوانند در فرایند مراجعه مردان جهت دریافت خدمات سلامت تغییر مثبت ایجاد نموده، تا شاهد افزایش آمار مراجعین به مراکز، کاهش بار بیمارها در مردان و نهایتاً سلامت مردان شهر و کشورمان باشیم.

ضمناً به نظر می‌رسد با توجه به اینکه اطلاعات مردان در زمینه مسائل بهداشتی بعنوان یک معضل در عدم مراجعه نمی‌باشد، بنابراین بهتر

testing: insights from qualitative research. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:67-73. DOI: 10.1080/09540121.2016.1164806 PMID: 27421053

- HR SPR, Heidari A, Ghazy Sherbaf P. Study Of The Rate And Causes Of Islamshahr Urban Residents' voiding To Refer To The Health Centers For Receiving Health Services (2003). *Tehran Univ Med J TUMS Pub*. 2005;63(2):141-150.
- 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 J Nurs*. 2002;15(32):37-43.
- Dowden J, Mushamiri I, McFeely E, Apat D, Sacks J, Ben Amor Y. The impact of "male clinics" on health-seeking behaviors of adult men in rural Kenya. *PLoS One*. 2019;14(11):e0224749. DOI: 10.1371/journal.pone.0224749 PMID: 31751377
- Sadeghipour Rudsari Hamidreza HAB, Ghazi Sharabaf P. Evaluation of the amount and causes and non-referral of urban households covered by the health network of Islamshahr city to the relevant health centers and health centers to receive health services (2003). *J School Med*. 2003;63(2):141-150.
- Adams LB, Baxter SLK, Lightfoot AF, Gottfredson N, Golin C, Jackson LC, et al. Refining Black men's depression measurement using participatory approaches: a concept mapping study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1194. DOI: 10.1186/s12889-021-11137-5 PMID: 34158011
- Beggs C, Knibbs LD, Johnson GR, Morawska L. Environmental contamination and hospital-acquired infection: factors that are easily overlooked. *Indoor Air*. 2015;25(5):462-474. DOI: 10.1111/ina.12170 PMID: 25346039
- Sun J, Hu G, Ma J, Chen Y, Wu L, Liu Q, et al. Consumer satisfaction with tertiary healthcare in China: findings from the 2015 China National Patient Survey. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(2):213-221. DOI: 10.1093/intqhc/mzw160 PMID: 28096280
- Andrade CC, Lima ML, Devlin AS, Hernández B. Is it the place or the people? Disentangling the effects of hospitals' physical and social environments on well-being. *Environ Behav*. 2016;48(2):299-323. DOI: 10.1177/0013916514536182
- Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int J Environ Res Public*

- Health*. 2019;16(18). DOI: 10.3390/ijerph16183318 PMID: 31505840
22. Manimay G. Measuring patient satisfaction. *Leadership Health Service*. 2014;27(3):240-254. DOI: 10.1108/LHS-06-2013-0027
23. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J Behav Med*. 1978;1(4):391-401. DOI: 10.1007/BF00846695 PMID: 755868
24. Hayes-Bautista DE. Modifying the treatment: Patient compliance, patient control and medical care. *Soc Science Med*. 1967;1976(10):5. DOI: 10.1016/0037-7856(76)90005-6
25. Yousaf O, Grunfeld EA, Hunter MS. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol Rev*. 2015;9(2):264-276. DOI: 10.1080/17437199.2013.840954 PMID: 26209212