

زندگی در روستا و تجربه دسترسی به خدمات سلامت؛ مطالعه‌ی کیفی روستائینان بخش فلارد لردگان

موسی لایقی قلعه سوخته^۱، احمد کلاته ساداتی^{۲*}، حسین افراسیابی^۳، سارا صادقیه^۱

۱- کارشناس ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران

۲- دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران

۳- استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، ایران

*نویسنده رابط: asadati@yazd.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: توسعه روستا، در گرو توجه به موضوع سلامت و دسترسی به آن در میان روستائیان می‌باشد. هدف اصلی این پژوهش واکاوی درک و تجربه دسترسی به خدمات سلامت در میان روستائیان در بخش فلارد لردگان است.

روش کار: روش پژوهش کیفی است که با راهبرد نظریه زمینه‌ای انجام شده است. داده‌ها به روش مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد و با ۲۰ نفر به اشباع رسید. دست‌نوشته داده‌ها به روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت یک الگوی زمینه‌ای نیز ارائه شد.

نتایج: از مهمترین یافته‌ها از درک و تجربه روستائیان می‌توان گفت افرادی که در روستا زندگی می‌کنند همیشه در برخورد با زندگی شهری خود را مقایسه می‌کنند و به امکانات و خدمات بیشتر و بهتر شهرها اشاره می‌کنند و نوعی عدم دسترسی و نبود امکانات مساوی در اذهان متصور است. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان به سه مقوله اصلی؛ دسترسی و پوشش ناقص، احساس نابرابری، در حاشیه‌بودگی اشاره کرد، که مهمترین مشکلاتی است که ساکنین روستاهای بخش فلارد را تهدید می‌کند. مقوله اصلی تحقیق حاضر تحت عنوان ادراک نابرابری از دسترسی است.

نتیجه‌گیری: توسعه روستاها در گرو توجه به موضوع سلامت و دسترسی به خدمات مرتبط با آن است. با وجود تلاش‌های باارزش دولت‌ها در ۴ دهه اخیر در رابطه با توسعه بهداشت روستاها موضوع دسترسی نیازمند توجه جدی است. سالمندی روستائیان، در کنار احساس محرومیت نسبی در دسترسی به خدمات سلامت مهمترین موضوعاتی است که سیاستگذاران سلامت بایستی توجه جدی به آن داشته باشند.

واژگان کلیدی: دسترسی ناقص، نابرابری، در حاشیه‌بودگی، روستا

مقدمه

متولی اصلی سلامت در هر کشوری مطرح است، ترکیب سازمان‌های بهداشتی و درمانی و نحوه ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد (۲). در برخی از کشورها، دولت به تنهایی مسئول تامین سلامت مردم است و در برخی دیگر دولت و بخش خصوصی از طریق فرایندهای معینی اقدام به ارائه خدمات

سلامت انسان‌ها به عنوان حقی اساسی و یک دارایی و سرمایه ارزشمند برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع مطرح است و تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق نام برده‌اند. امروزه سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان حقی مورد تقاضا از سوی مردم در نظر گرفته شده است (۱). نظام سلامت که به‌عنوان

ارائه خدمات سلامت دورتر باشد، هزینه‌های غیرمستقیم دریافت خدمات، به صورت تصاعدی افزایش می‌یابد که تشدیدکننده فقر و یا تغییر رفتار بیماری به سمت استفاده نکردن از خدمات سلامت یا محدودکردن آن پیش می‌رود. از سوی دیگر بایستی در نظر داشت که دسترسی به خدمات سلامت، یک حق برای روستاییان است (۹). هر چه میزان دسترسی به خدمات سلامت محدودتر باشد، روستاییان در شاخص سلامت، وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند و برای چنین دسترسی بایستی هزینه‌های بیشتری پرداخت کنند که در نتیجه آن فقر تشدید شده و احساس محرومیت مضاعف می‌گردد.

مهمترین موضوع در رابطه با خدمات سلامت، دسترسی برابر و منصفانه است. دسترسی برابر به خدمات سلامت یعنی همان بهداشت و درمان از حقوق اساسی همه انسان هاست (۱۰). در واقع، سلامتی جمعیت و دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی عوامل ضروری و حیاتی در توسعه اجتماعی و اقتصادی هستند. دسترسی یک مفهوم چند بعدی است که، شامل توانایی تهیه خدمات و استطاعت داشتن (مساعدت، تطبیق، وسائل راحتی)، قابلیت دسترسی و دسترسی‌پذیری می‌گردد (۱۱). در این زمینه گستره جغرافیایی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. هر چه جغرافیای یک کشور گسترده‌تر باشد و پراکندگی روستاها و شهرهای کوچک بیشتر، سطح دسترسی به خدمات سلامت، با مشکلات و موانع بیشتری مواجه است. بنابراین، روستاییان در کشور وسیعی مثل ایران، با مسئله دسترسی بیشتر دست به گریبانند. در این زمینه، علاوه بر کیفیت دسترسی یک روستایی در دسترسی، دوری از مراکز خدمات سلامت (شهری) باعث تحمیل هزینه‌های غیرمستقیم (ازکارافتادگی، رفت و آمد، اسکان) به فرد روستایی می‌شود. این امر نابرابری بخش‌های روستایی و شهری از یک سو و نابرابری در میان روستاییان (افراد برخوردار و دارای وسیله نقلیه در مقابل افراد کمتر برخوردار و فاقد وسیله نقلیه) در دسترسی را افزایش می‌دهد. این موضوع البته در مسائل تخصصی و

سلامت می‌نمایند (۳). آنچه که در تمامی نظام‌های سلامت مشترک است این است که مردم دریافت کنندگان اصلی خدمات سلامت هستند و خود را مستحق داشتن حق برخورداری و انتخاب می‌دانند (۴).

دسترسی به خدمات سلامت، هم یک امر نظری است و هم یک امر تجربه روزمره که افراد در زیست روزمره با آن مواجه‌اند. این دسترسی می‌توان ناکافی یا نابرابر قلمداد شود که در نتیجه آن احساس محرومیت در میان افراد شکل می‌گیرد. در رابطه با احساس محرومیت، گروه‌های کم‌برخوردار در نظام اجتماعی، عموماً نوعی احساس محرومیت نسبی در برخورداری از خدمات دارند. از سوی دیگر، توسعه روش‌های ارتباطات و اطلاع‌رسانی، و پیشرفت فناوری‌های سلامت نیز باعث افزایش انتظارات مردم از نظام‌های سلامت شده است، به گونه‌ای که هرنوع کوتاهی در ارائه خدمات مطلوب باعث نارضایتی و اعتراض آنان می‌گردد (۵). ارزش‌های اجتماعی در موضوع سلامت، هم می‌توانند مربوط به فرایندها باشند و هم نتایج ارائه خدمات سلامت. البته در بخش بهداشت و درمان بیشتر ارزش‌های مرتبط با نتایج نهایی، مورد توجه قرار می‌گیرند، مانند پیامدهای مربوط به افزایش سطح سلامت مردم یا از بین بردن نابرابری‌های قابل اجتناب سلامت (۴).

سلامت یک شاخص توسعه است و توسعه روستاها در گرو توجه به مسئله سلامت در آن است (۶). گوپتا هفت شاخص توسعه روستا را اشاره کرده است که سلامت و تندرستی یکی از آنهاست؛ در کنار شاخص‌هایی چون داده‌های پایه، شاخص‌های اجتماعی، شاخص‌های اقتصادی، شاخص‌های آموزشی، دسترسی به امکانات عمومی و شاخص‌های محیط طبیعی (۷). سلامت روستا در ارتباط با موضوعاتی چون فقر، و انزوای اجتماعی روستاییان است (۸). همچنین میزان فاصله هر روستا از نقاط دسترسی سلامت در روستاهای بزرگ‌تر یا نقاط شهری نیز بر میزان دسترسی و تشدیدکنندگی فقر روستاییان می‌افزاید. هر چه فاصله فرد یا روستا از مراکز

فعالیت بدنی (سبک زندگی) می‌باشد که در کانون این مدل فرد با ویژگی‌های انتصابی مانند سن، جنس و عوامل ژنتیکی و فردی قرار می‌گیرد. این سطوح میزان سلامتی افراد را تعیین می‌کنند. شبکه‌های اجتماعی دومین سطح از عوامل هستند که می‌توانند روی میزان سلامتی تاثیر داشته باشند. سطح سوم مربوط به عوامل ساختاری شامل شرایط کار و زندگی، محیط کار و شغل، کشاورزی و تولید غذا، آموزش، مسکن و خدمات سلامت می‌شود. در سطح چهارم، شرایط کلی اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و محیطی قرار دارند که بر کل جامعه تاثیر دارند (۲۴).

بارتون و همکاران (۲۵) در نقشه سلامت خود مطرح می‌کنند که سلامت طی یک ارتباط پیچیده از تأثیرات متغیرهایی در سطوح مختلف تعیین می‌شود. در واقع barton و همکاران مدل اولیه سلامت که توسط وایتهد مطرح شده بود را با ترکیب با نظریه‌های توسعه پایدار و اکوسیستم توسعه داده‌اند. به اعتقاد barton و همکاران (۲۵) محیط زندگی از مهمترین تعیین‌کننده‌های سلامت هست. نظریه نردبان اجتماعی سلامت، سلامت را در ارتباط با تفاوت‌های طبقاتی و نابرابری‌های اجتماعی موجود تبیین می‌کند. بر اساس این نظریه بین افراد جامعه، در هر یک از شاخص‌های پایگاه اقتصادی- اجتماعی (شامل درآمد، رتبه شغلی، دارایی و تحصیلات) نوعی سلسله مراتب وجود دارد، و هر یک درجه ای که در این سلسله مراتب اجتماعی بالاتر می‌رویم افراد از سلامتی بیشتری نسبت به طبقات پایین تر برخوردار هستند (۲۶).

مروار مطالعات پیشین نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر توجه بیشتری به عدالت در دسترسی به خدمات سلامت شده است؛ اما در این زمینه به‌خصوص در نواحی روستایی، غفلت وجود دارد. رشیدیان و همکاران (۱۵) یک مطالعه کیفی مبنی بر جایگاه آزادی و عدالت در نظام سلامت ایران انجام داده‌اند. بر اساس یافته‌های مطالعه دو ارزش عدالت و

فوق تخصصی، به صورت تشدید یافته‌تری خود را نشان می‌دهد.

یکی از مسائل و مشکلاتی که طی سال‌های اخیر، بخش سلامت کشورهای مختلف را به خود مشغول نموده است، وجود نابرابری‌های شدید در سطح مناطق می‌باشد (۱۲). مطالعات مختلف در زمینه نابرابری در بخش سلامت نشان می‌دهند که نابرابری جغرافیایی در حوزه‌های مختلف پیامدهای سلامت، تعیین‌کننده‌ها و شاخص‌های واسطه‌ای سلامت، منابع سلامت و تأمین مالی مشاهده می‌شود (۱۱). علیرغم دستاوردهای بزرگی که با اصلاح نظام‌های سلامت به وقوع پیوسته است، شکاف‌ها و نابرابری‌های زیادی در توزیع منابع در کشورهای مختلف مشاهده می‌شود که این موضوع به عنوان یکی از نگرانی‌های جدی محققان و سیاستگذاران در کشورهای مختلف مورد توجه قرار گرفته است (۱۳). نابرابری در توزیع منابع بهداشتی و درمانی یک مشکل جهانی بشمار می‌آید و مختص کشورهای در حال توسعه نمی‌باشد. البته این امر در کشورهای در حال توسعه پررنگ است (۱۴).

از منظر مفهومی و نظری موضوع نابرابری به خدمات سلامت از دو منظر انتقادی و غیرانتقادی مورد بحث قرار گرفته است. در حالی که در رویکردهای انتقادی، روابط قدرت از سطح خرد تا سطح کلان به نقد کشیده می‌شود؛ رویکردهای غیرانتقادی، ناظر به امر واقع اجتماعی و عمدتاً به صورت غیرایدئولوژیک در پی حل مسائل و بخصوص نابرابری‌ها می‌باشند. گریفیتس و همکاران روی رابطه سلامت و تغییرات محیطی تمرکز کرده‌اند و اینکه بررسی سلامتی نیازمند این است که به عنوان یک سیستم فراگیر و گسترده در نظر گرفته شود (۲۳). به اعتقاد وایتهد، عوامل موثر بر

سلامت Social Determinants of Health

(SDHs) فراتر از موضوع خدمات بهداشت ملی قرار می‌گیرند. هانگ و وو معتقدند چهار سطح عوامل موثر بر سلامت وجود دارد. در سطح اول عوامل مربوط به شیوه ی زندگی فردی مانند تغذیه و

بهداشتی، کمیسیون‌های برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیرندگان سیاست، نیاز به معیارهای قطعی و قابل اعتمادی از ارزش‌های دسترسی دارند، بنابراین شناخت حوزه‌های کمبود مراقبت‌های بهداشتی مناسب‌ترین عملکرد است. ژانگ و همکاران (۱۳) نشان دادند دسترسی ناکافی به مراقبت‌های بهداشتی به طور قابل‌توجهی با نرخ بالای ناتوانی، اختلال شناختی، و مرگ و میر ناشی از همه علل در میان افراد مسن در چین مرتبط است. ارتباط بین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و پیامدهای بهداشتی به طور کلی در میان سالمندان در مناطق روستایی قوی‌تر از مناطق شهری بود. نتایج پژوهش اوکلو و همکاران (۲۲) نتایج نشان داد افراد فقیر کمتر از سایر افراد به خدمات بهداشتی دسترسی پیدا می‌کنند، اما این تفاوت فقط در مردان قابل توجه است. پاسخ دهندگانی که در مناطق شهری زندگی می‌کردند بیشتر از افراد روستایی به مراقبت‌های بهداشتی دسترسی پیدا می‌کردند، اما این تفاوت فقط در زنان بود.

با وجود مطالعات انجام شده، موضوع سلامت در مناطق روستایی، نیازمند تحقیق بیشتر است. برنامه بهداشت روستایی در جمهوری اسلامی ایران روشی ارزان و موثر در ارتقای سلامت در روستاهای ایران بوده است و بخصوص در کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان تأثیر داشته است (۶). توسعه شبکه بهداشت کشور بعد از بیانیه آماتا یکی از درخشان‌ترین فعالیت‌ها و موفقیت‌ها در دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی بوده است. همچنین ایجاد پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴ نیز یکی دیگر از موفقیت‌ها و خدمات حکمرانی سلامت به روستاها بوده است. با وجود موفقیت‌های چشمگیر در این زمینه، اما موضوع دسترسی روستاییان به خدمات سلامت، همچنان مهم به نظر می‌رسد. امروزه جامعه روستایی بخصوص با مسئله تغییر در الگوی بیماری‌ها و سالمندی مواجه است، که نیازمندی به خدمات سلامت را افزایش داده است. از این جهت، دسترسی به خدمات سلامت در میان روستاییان، یک موضوع مهم در سیاستگذاری سلامت است. این موضوع با توجه به توسعه زیرساخت‌های بهداشتی در کشور ممکن

آزادی به شیوه‌های مختلف در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است، اما هنوز با وضعیت ایده‌آل فاصله قابل ملاحظه‌ای دارد. به نظر می‌رسد التزام پایبندی مدیران نظام سلامت به اسناد بالادستی و یادگیری از تجارب سایر کشورها برای پیاده‌سازی مناسب آزادی و عدالت در سطوح مختلف نظام ضروری است. باوش و همکاران (۱۶) معتقدند میان فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن سلامت، تورم، ضریب جینی، شهرنشینی و بیکاری به‌عنوان متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت به‌عنوان متغیر وابسته رابطه معنادار و منفی وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان از آن دارد که وضعیت اجتماعی-اقتصادی افراد و مولفه‌های کلان اقتصادی، سلامت افراد را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. نظری (۱۷) در نتایج مطالعه خود با عنوان وضعیت نابرابری در نظام سلامت طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۹۳ آورده است؛ شاخص تمرکز هزینه‌های سلامت برای خانوارهای شهری، روستایی و کل کشور در سال‌های مورد بررسی همواره با افزایش همراه بوده است و موجب گردیده شاخص عدالت در سلامت کاهش یابد. همچنین رابطه میان عدالت در سلامت با درصد افراد زیر خط فقر، تورم و هزینه‌های کمرشکن منفی و معنادار است. نتایج پژوهش رضایور و همکاران (۱۸) نشان داد متغیرهای مهمی از قبیل وضعیت اقتصادی خانوار، بیمه، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد بالای ۶۵ سال، وجود فرد زیر ۱۲ سال در بهره‌مندی از خدمات سلامت نقش کلیدی دارند. پروبست و همکاران (۱۹) نشان دادند جمعیت‌های روستایی به طور نامتناسبی از پیامدهای بهداشتی نامطلوب، از جمله سلامت کمتر و مرگ‌ومیر با افزایش سن رنج می‌برند. این نابرابری‌ها تا حدی به دلیل کاهش دسترسی و دسترسی ضعیف به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در جوامع روستایی است. نتایج مطالعه هانگ و وو (۲۰) یکپارچه‌سازی سیستم بیمه سلامت تأثیرات محدودی بر پیامدهای سلامت ساکنان روستایی میانسال و مسن دارد. کانگانتی و همکاران (۲۱) نشان دادند برای اطمینان از دسترسی به مراقبت‌های

در پژوهش حاضر تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس الگوی نظریه زمینه‌ای اشتروس و کوربین انجام گرفت. کدگذاری باز، محوری و انتخابی برای احصاء مضامین انجام گرفت. در نهایت یک مقوله محوری نیز احصاء و ارائه شد (شکل ۱). ملاحظات اخلاق پژوهش مورد توجه بود. گمنامی مشارکت‌کنندگان و صداقت در مسیر تحقیق و ارائه گزارشات از مهمترین موضوعات مورد توجه بود.

نتایج

براساس صحبت‌های مشارکت‌کنندگان دسترسی به خدمات بهداشتی و رفاهی، امکانات ورزشی و تفریحی و داشتن آرامش جسم و روان از مهمترین مقوله‌های سلامتی محسوب می‌شود. در واقع، سلامتی فقط به داشتن جسم سالم مرتبط نیست، بلکه عوامل دیگر رفاهی و امکانات محیطی نیز بر سلامتی تأثیرگذارند. سلامتی افراد در گروه دسترسی به مراکز درمانی و امکانات سلامت، داشتن امکانات ورزشی جهت حفظ تندرستی، و درآمد کافی می‌باشد. مشارکت‌کنندگان نسبت به مراکز بهداشتی روستایی، نظر رضایت‌بخشی نداشتند. از نظر آن‌ها بیشترین کارکرد این مراکز، چک فشار خون، واکسیناسیون و مراقبت‌های مادر و کودک است. این در حالی است که آن‌ها نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی دارند. به علت تغییر الگوی بیماری‌ها، روستاییان نیازهای جدید و نوظهوری دارند. به طور مثال خانم اکبری ۴۵ ساله می‌گوید: «من که مادر ۴ بچه هستم. شبکه بهداشت روستا بیشتر برای واکسینه شدن کار می‌کند. برای خانم‌ها پرونده تشکیل می‌دهد که برای بارداری دارای سابقه و پرونده باشند». لذا، تعریف روستایی از مرکز بهداشتی، عموماً محدود به مراقبت‌های مادر و کودک، چک فشار خون و گاهی حضور دکتر برای درمان‌های سرپایی است. از سوی دیگر، دسترسی مشارکت‌کنندگان به خدمات سلامت بخصوص در شهرها و به منظور خدمات تخصصی و فوق تخصصی مشکل است. از این جهت، آن‌ها خود را با شهرنشینان مقایسه می‌کردند که به راحتی به خدمات سلامت دسترسی دارند. ضمن اینکه

است که البته نیازمند سیاستگذاری‌های روز و خاص خود می‌باشد. قشر روستایی خصوصاً در بخش تولیدات کشاورزی و دامی نقش مهمی در امنیت غذایی کشور دارند و از این جهت دسترسی این افراد به خدمات بهداشتی و سلامت، هم حق است و هم مسئولیت مضاعف سیاستگذار. لذا سوال تحقیق حاضر این است که روستاییان چه درک و تفسیری از دسترسی به خدمات سلامت دارند؟

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی است که در سال ۱۴۰۰ در میان روستاییان بخش فلارد لردگان (توابع استان چهارمحال و بختیاری) انجام شد. مشارکت‌کنندگان در تحقیق عبارتند از ساکنین روستاهای بخش فلارد به مرکزیت روستای مال خلیفه و دهستان پشتکوه به مرکزیت روستای قلعه سوخته در شهرستان لردگان. در این تحقیق، مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند. با رعایت اصل اشباع، بیست نفر از افراد در تحقیق مشارکت کردند (جدول ۱).

یکی از رایج‌ترین شیوه‌های جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش کیفی، مصاحبه است (۲۷). در پژوهش حاضر از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. در مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، هدف این است که گفتگوها به صورت باز انجام شود و به مصاحبه‌شوندگان اجازه داده شود که عقاید و افکار خود را با کلمات مخصوص خود بیان کنند. در پژوهش حاضر مصاحبه‌ها از ۲۵ فروردین ۱۴۰۰ تا ۲۰ خرداد سال ۱۴۰۰ انجام شد. مدت زمان هر مصاحبه ۳۰ دقیقه تا یک ساعت به طول انجامید. مصاحبه‌ها تا زمانی که محقق متوجه جواب‌های، تکراری شد، یعنی محقق احساس کرد که به اشباع (Saturation) رسیده است، ادامه داشت. مصاحبه‌ها در مکانی (با توجه به شرایط مصاحبه شونده در خانه، مسجد، مدرسه و مکان‌های خلوت) آرام و بدون سر و صدا و با رضایت مصاحبه شونده‌گان و جلب اعتماد آن‌ها انجام می‌شد.

مضاعف می کند بخصوص که پزشک عمومی نیز همیشه حضور ندارد. در روستاها مراکز درمانی مناسب وجود ندارد. فقط یک ساختمان کوچک که با یک پزشک و بهیار فعالیت می کند که در بسیاری موارد پزشک مراجعه ای به محل کار خود نمی کند و مراکز درمانی اغلب در روزهای خیلی کمی از هفته پزشک دارد. پزشکانی که در این مراکز فعالیت می کنند اغلب افرادی هستند که تازه فارغ التحصیل شده و تجربه چندانی ندارند.

مشارکت کننده رضایی: «نابرابری هم یعنی اون تسهیلات امکانات وسایل و هر چیز دیگری به طور نابرابر قرار گرفته. نابرابری همیشه تو زمینه عاطفی هم در نظرش بگیریم». مشارکت کننده رضا: «بینید تو روستای ما به خانه بهداشت داریم که کارهاش در حد یک فشار گرفتن به سرماخوردگی کوچیک داشته باشی میری فشارت میگیرن و این چیزها و دکتر هم هفته ای به بار بیشتر نمیداد در حد چند ساعت».

یکی از مهم ترین راهکارها در مسیر نیل به عدالت اجتماعی و برابری در سیستم های نظام سلامت کشورها، دسترسی آسان و مستمر آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی مورد نیازشان می باشد. از نظر روستاییان این مطالعه، چنین تسهیلی وجود ندارد. یکی از مهمترین مسائل روستاییان مراجعه به متخصص و فوق تخصص در شهر است. در این موارد، به علت فقر، تحمیل هزینه های غیرمستقیم و یا هر چیز دیگر، فرد ممکن است بخشی از اقدامات توصیه شده را عمل نکند. این موضوع بیشتر از همه به دلیل عدم استطاعت مالی است. پوشش ناقص شامل بیمه هم می شود. بیمه روستایی اگر چه ابتکار بسیار مهم حکمرانی سلامت است، اما روستاییان با موانع جدی مواجه اند. اول اینکه همه پزشکان شهری طرف قرارداد بیمه روستایی نیستند. دوم اینکه برای استفاده از خدمات پزشکان طرف قرارداد، در مقایسه با شهرنشینان، مشکلات بیشتری در گرفتن نوبت دارند. و سومین مسئله به نظام ارجاع مربوط می شود. روستاییان اقماری گاهی وقت ها، هزینه رفت و آمد به مرکز بهداشتی-درمانی روستایی برای دریافت فرم ارجاع را بسیار بیشتر از مراجعه

به علت آشنا نبودن با متخصصین و فوق تخصص ها، مشکلات دیگری نیز مضاعف می شود. در رابطه با درک و تجربه سطح دسترسی به خدمات سلامت، ۳ مضمون اصلی بر ساخت شده عبارتند از: دسترسی و پوشش ناقص، احساس نابرابری، و در حاشیه بودگی (جدول ۲)

دسترسی و پوشش ناقص: روستائینان به علت دوری از مناطق شهری، در دسترسی به خدمات سلامت با محدودیت مواجه هستند. آن ها برای دسترسی با مشکلات زیادی مواجه هستند. از یک سو هزینه های غیرمستقیم دسترسی، به طور مثال یک روستایی از روستایی بدون مرکز بهداشتی، بایستی به مرکز بهداشت روستایی مراجعه و فرم ارجاع تهیه کند. بعد از این می تواند به شهر برود. در شهر نیز همه پزشکان متخصص و فوق تخصص (بخصوص در بخش خصوصی) با بیمه روستایی قرارداد ندارند. لذا یا روستایی بایستی در نوبت های طولانی بخش دولتی بماند یا با هزینه شخصی هزینه خصوصی را پرداخت کند. معمولاً راه دوم انتخاب می شود که علاوه بر هزینه های غیرمستقیم (از کارافتادگی، رفت و آمد و اسکان) هزینه های مستقیم زیادی نیز به فرد روستایی تحمیل می شود. از نظر مشارکت کنندگان، خدمات مراکز بهداشت روستایی جزئی قلمداد می شوند که عموماً مربوط به درمان های سرپایی است. به نظر می رسد تغییر در الگوی بیماری ها و افزایش بیماری های غیرواگیر در میان روستاییان، نیاز آن ها به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در شهرها را افزایش داده است. اگر چه مراکز بهداشت روستایی که پزشک عمومی و خدمات مرتبط را ارائه می دهند بسیار ارزشمند است، اما از نظر مشارکت کنندگان در مقایسه با بیماری های مزمن و غیرواگیر، این خدمات جزئی تلقی می شوند. برخی مشارکت کنندگان مبتلا به بیماری مزمن هستند که هزینه بر است و رسیدگی به آن در سطح خانه بهداشت روستا و مراکز بهداشتی روستایی نیست. ضمن اینکه در رابطه با همین مراکز بهداشتی نیز گاهی با کمبود نیروی پزشک و پرستار مواجه اند که مشکلات را

مجرد در شهر نیز از سلامت کافی و مناسب برخوردار نیست. به طور کلی، این شرایط باعث ایجاد احساس نابرابری می شود. مشارکت کنندگان امورات سلامت را به مسائل و نابرابری های اجتماعی مرتبط می کردند. در جامعه روستایی نیز فرصت های مناسب و برابری برای دسترسی به خدمات درمانی و تسهیلات دیگری نیست.

مشارکت کننده کرمی: «از منظر من نابرابری ها تو حوزه های گوناگون اقتصادی، اجتماعی، علمی و حتی سیاسی، عدالت و برابری فرصت ها تو دسترسی افراد جامعه به منابع ارزشمند و موقعیت های برتر رو از بین می بره و افراد و گروه ها نسبت به درجه بندی و نزدیکی یا دوری به منابع ثروت و قدرت به امکانات دست پیدا می کنند. تو این شرایط، افراد در ارزیابی های گوناگون قرار گرفته و قشر بندی ها شکل می گیره. و به خاطر تفاوت های دایمی تو دسترسی به فرصت های اجتماعی و شغلی مفهوم نابرابری رو تو جامعه مون گسترش داده و شرایط نامتعادل و به دور از عدالت و انصاف رو در برخورداری از امکانات شهری، رفاهی، آموزشی در جامعه ایجاد می کند».

مشارکت کننده اکبری: «نابرابری یعنی اینکه گروهی از مردم در دسترسی به امکانات و خدمات نسبت به دیگران محروم هستند یا به بیان بهتر اینکه در خیلی از زمینه ها با یکدیگر برابر نیستند و عده ای نسبت به دیگران از امکانات و خدمات بهتر بهره ببرند».

مشارکت کننده همتی: «مفهوم نابرابری تعریف واحدی از اش ارائه ندادن و اما از نظر من به وضعیت و شرایط یک کشور که افراد آن در دستیابی به فرصت های اجتماعی اقتصادی درمانی تحصیلی برخوردار نباشند».

از نظر مشارکت کنندگان، عدم توزیع برابر خدمات درمانی و بهداشتی در جوامع مختلف عواقب سلامت زیادی دارد. وقتی پزشک مجربی در روستا نباشد تا بیماران را معالجه کند، افراد بیمار یا به خاطر بیماری از بین می روند و یا برای درمان نیازمند هزینه های هنگفت و سفر به شهرها هستند که فرد با بی عدالتی و نابرابری زیادی مواجه می شود. در این زمینه، بعضی مشارکت کنندگان حتی پزشکان

مستقیم به شهر، حتی مراجعه به پزشک یا خدمات غیرطرف قرارداد با بیمه روستایی تلقی می کنند.

مشارکت کننده محمدی: اصلا توی روستا و یا مراکز بهداشتی خدمات آنچنانی ارایه نمیشه، فقط در حد رفع تکلیف و این باعث می شه اعتماد نکنیم.

مشارکت کننده عبداللهی: «میزان هزینه های درمان متأسفانه خیلی زیاد شده و خیلی از خدمات هم دفترچه جوابگو نیست و میگن طرف قرارداد نیستن و مردم مجبورن هزینه ها زیادی بابت درمانشان بپردازن»

احساس نابرابری: خانوارهای زیر خط فقر و خانوارهایی که مسکن ندارند، نسبت به سایر خانوارها از شانس کمتری برای دریافت خدمات مورد نیاز خود برخوردار بودند که باز به مسائل مالی مرتبط می شود. دلیل اصلی عدم مراجعه بیماران برای دریافت خدمات در شهر، هزینه بالای خدمات بود. این امر باعث می شود که در آن ها نوعی احساس نابرابری ایجاد شود. فقر و محرومیت باعث عدم توجه به چکاپ وضعیت جسمی شده است. نابرابری در نظر پاسخگویان جنبه های مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و ... را در بر می گیرد. افرادی که در روستا زندگی می کنند همیشه در برخورد با زندگی شهری خود را مقایسه می کنند و به امکانات و خدمات بیشتر و بهتر شهرها اشاره می کنند در نتیجه فردی که در روستا زندگی می کند خود را فاقد امکانات مساوی با افراد ساکن در شهر می بیند. زندگی روستایی به گونه ای است که افراد فرصت های شغلی مناسبی ندارند. کشاورزی و دامداری، شغل رایج روستاییان تلقی می شود که درآمد آن ثابت نیست و بستگی به سال و ماه دارد. به همین جهت جوانان اغلب برای یافتن کار و زندگی بهتر به شهرها مهاجرت می کنند، تا از امکانات و فرصت های شغلی و زندگی بهتری برخوردار شوند. این امر بر سلامت خود آن ها و خانواده هایشان در روستا تأثیرگذار است. والدین احساس می کنند که با رفتن فرزندان، پستوانه و سرمایه خانوادگی خود را از دست داده اند و زندگی فرزندان

آن دسترسی ضعیف به مراکز درمان شهری است. در روستاها به دلیل بعد مسافت و تعداد جمعیتی که در آنها وجود دارد امکان درمان همه بیماری‌ها میسر نیست و خدمات مناسبی برای درمان بیماری‌ها وجود ندارد. مسئولین از مهمترین افرادی هستند که با توجه به سمت و موقعیتی که دارند می‌توانند شرایط مساعدی را برای روستائینان فراهم کنند. زندگی روستایی سراسر سختی و نبود امکانات سلامت است. امکانات سلامت که در ارتباط با محدودیت امکانات در سایر بخش‌هاست. به‌طور مثال یک فرد روستایی در نقاط دورافتاده که بخواهد به شهر برود، هزینه رفت و آمد زیادی را متحمل می‌شود و این موضوع بر رفتار بیماری وی تأثیرگذار خواهد بود. معمولاً در این شرایط، یا قید مراجعه را می‌زند، یا مدت زمان مراجعه را طولانی می‌کند (به‌طور مثال اگر متخصص گفته باشد هر ۴ ماه یک بار بایستی مراجعه کنی، او یک سال یا بیشتر ممکن است آن را طول دهد). گاهی حتی بیماران قید رفتن به متخصص را زده و به محض تمام شدن داروها، به راننده یا کس دیگری نمونه آن را می‌دهند تا به صورت آزاد آن را از داروخانه شهر تهیه کند. در شهرها مسئولین بنا بر شرایط و موقعیت زیادی که برایشان فراهم است بهتر به زندگی شهری رسیدگی می‌کنند. اما در روستاها کمترین امکانات نیز با مشقت و تلاش اهالی به دست می‌آید. نبود مراکز درمانی مناسب همیشه دغدغه روستائیان است و کمبود پزشک با تجربه که در تمامی روزهای هفته به درمان بیماران پردازد نیز یکی دیگر از مواردی است که همیشه موجب مشکلاتی برای روستائیان شده است. کم توجهی مسئولین به شبکه بهداشت و مراکز درمانی یکی از مهمترین مسائلی است که روستائینان با آن دسته و پنجه نرم می‌کنند. روستا به دلیل بعد مسافت و تعداد کمی جمعیت سبب شده که توجه چندانی به آن نشود و افرادی که به اجبارو یا از ابتدا در روستاها زندگی کرده‌اند با این امکانات روزگار خود را سپری کرده‌اند. پاسخگویان در ارتباط با کمبود پزشک و شلوغی مراجعه کنندگان شاکی بودند

عمومی شهر را بر پزشک عمومی خانه بهداشت ترجیح می‌دهند. این تصور هر چند اشتباه است، اما در شبکه‌های از درک و تفسیر نابرابری روستا و شهر در ذهن فرد روستایی به وجود می‌آید. لذا، تفسیر ناقص آن‌ها از پزشک خانواده در مرکز بهداشت، نیز مبتنی بر نوعی نابرابری است. بدین معنا که حتی پزشک عمومی در شهر بهتر از پزشک عمومی در مرکز بهداشت روستاست. فقر و نداشتن هزینه‌های درمانی گاهی سبب می‌شود که بیمار از مراجعه به مراکز درمانی امتناع کند و روند درمان بیماری به تأخیر بیفتد. مراکز درمانی برای درمان بیماری‌ها هزینه‌هایی دریافت می‌کنند و این هزینه‌ها بسته به نوع بیماری و درمانی که بر روی بیمار صورت می‌گیرد بسیار متغیر است و هزینه‌های متفاوتی را در بر می‌گیرد. البته مشارکت‌کنندگانی که با بیماری مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند، هزینه‌های سرسام‌آوری را متقبل می‌شوند. دسترسی ضعیف به متخصصان و فوق تخصص‌های این بیماری‌ها در شهر، نداشتن دانش و مهارت کافی برای گرفتن نوبت از طایق اینترنت، و نیز هزینه بالای داروها، از مشکلات این افراد است.

مشارکت‌کننده قربانی: «نابرابری همون بی‌عدالتی هس حالا تو مبحث بهداشت او هزینه‌های درمانی که خرج میکنن فرق داره داخل شهر و روستا که ای خودش یه نوع نابرابریه».

مشارکت‌کننده سمانه: «هزینه‌ها خیلی بالاس واقعا گاهی اصلا آدم قید درمان خودش هم میزنه. یکی از بستگان خودم بیماری خاص داشت باورت بشه تا خیلی جاها تونست بره درمان کنه ولی متاسفانه هزینه عملش بالا بود و تونست هزینه رو پرداخت کنه بنده خدا رحمت خدا رفت.»

مشارکت‌کننده کاظمی: «خودم به شخصه مریضی قلبی دارم ایتقدر قرص‌هام گرون میشن که خدا میدونه خارجی هم هستن گیر نیاد آنچنان»

درحاشیه‌بودگی: از نظر مشارکت‌کنندگان خدمات سلامت، به درستی در اختیار روستائیان قرار نمی‌گیرد که مهمترین

فرم ارجاع و عدم قرارداد بخش خصوصی در شهر با بیمه روستایی مواجه است. در نتیجه فرد روستایی ناگزیر است کل هزینه را با پرداخت از جیب جبران کند. پیامد این شرایط تشدید بیماری، که ممکن است به علت عدم مراجعه ناشی از دوری از شهر و یا نداشتن هزینه درمان و یا تحمل هزینه های کمر شکن باشد.

بحث

سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکار ناپذیر است. در رویکرد انسانی به توسعه، انسان محور توسعه است و انسان سالم، جامعه سالم را به وجود می‌آورد. امروزه دیدگاه‌های سلامت چشم انداز وسیع‌تری یافته و به عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف شده است. توجه به این مسئله در تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی نیز لحاظ شده است. با وجود کاهش جمعیت روستاها، تغییرات عمده‌ای رخ داده است. سالمندی جمعیت و تغییر در الگوی بیماری‌ها. این وضعیت، نیاز روستاییان به خدمات متفاوت سلامت را افزایش داده است. خدماتی که بخش زیادی از آن تخصصی و فوق تخصصی است. بسیاری از روستاییان امروز به خدماتی از این دست بیشتر نیازمندند تا مراقبت های بهداشت اولیه. با وجود این، در مراکز بهداشتی-درمانی روستاهای تحت مطالعه، فقط پزشک عمومی، آن هم به صورت غیردائم حضور دارد. این در حالی است که روستاییان نیازمند خدماتی در بخش‌های غدد، قلب و عروق و ... دارند. نیازهایی که خیلی عظیمی از جمعیت روستایی را برای دسترسی به خدمات سلامت روانه شهرها می‌کند. اگر چه این افراد با فرم ارجاع که از مرکز بهداشتی-درمانی روستایی دریافت می‌کنند به شهر مراجعه می‌کنند، اما دسترسی به پزشکان و درمانگاه‌های طرف قرارداد با پزشکی خاص که روستایی انتظار دارد بسیار محدود است. در نتیجه آن‌ها با پرداخت کامل هزینه از جیب خود، از بخش خصوصی خدمت می‌گیرند. در واقع با وجود در دست داشتن دفترچه بیمه روستایی، قادر به استفاده از خدمات آن

مشارکت‌کننده بهادر: «تو روستای ما به قولاً بیمارستان یا چیزی نیست که بخوان هزینه بسنجن ولی تو شهرهای اطراف قیمت‌ها فاجعه آور و وحشتناک و مردم زیر قیمت‌ها کمر خم کردند»

مشارکت‌کننده رضایی: «والا تا اونجایی که یادمه که یه خانه بهداشت ساختن دیگ توجه خاصی ندیدم ازشون. دو تا بهیار داریم و یه دکتر هفته ای یه بار بخدا گاهی اینقدر شلوغ هستا ک ادما پشیمون میکنه از مراجعه کردن»

مشارکت‌کننده کرمی: «ببینید اگه واقعا رسیدگی بود و توجه میشد که اوضاع هم می‌بایست خیلی بهتر از این که هست و ما شاهدیم باشه، واقعا کوتاهی‌های زیادی صورت می‌گیره، خیلی کارها میتونن انجام بدن در زمینه خدمات درمانی ک متاسفانه دریغ میکنن.»

مشارکت‌کننده کرمی: «ده سال پیش تا الان هیچ کار مفیدی انجام نشده و امکانات درست در همین حد بوده و واقعا این تاسف‌بار هست برا کشور ما که از جزیی ترین امکانات برا زندگی سالم محرومیم.»

الگوی پارادایمی: شکل ۱ الگوی پارادایمی تحقیق حاضر را نشان می‌دهد. همان‌طور که الگو نشان می‌دهد، شرایط زمینه‌ای شامل روستانشینی، هزینه‌های زیاد درمان و درآمد ناکافی از یک سو و عدم دسترسی و نبود امکانات از سوی دیگر، برای فرد روستانشین شرایط را مشکل کرده است. این شرایط بخصوص در رابطه با دسترسی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی و نیز اقدامات پاراکلینیکی در شهرها اهمیت زیادی دارد. از سوی دیگر، دوری از شهر و صعب‌العبور بودن و نیز کاهش جمعیت روستایی (که عموماً سالمندند) هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت را افزایش داده است. این شرایط به برساخت احساس تشدید یافته نابرابری (مقوله هسته) تبدیل شده است. روستایی تحت چنین شرایطی چه اقداماتی می‌کند. اول اینکه نسبت به خدمات در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی احساس نارضایتی دارد. به همین جهت تلاش می‌کند به مراکز خصوصی یا دولتی شهری مراجعه کند، که در این زمینه نیز با مشکلاتی چون

می‌بیند. این احساس نابرابری در بخش سلامت پررنگ است. روستائینان به علل ذکر شده در فوق، خود را در مقایسه با شهرنشینان، با محرومیت در خدمات سلامت می‌بینند. علاوه بر این، زندگی روستایی به گونه‌ای است که افراد فرصت‌های شغلی مناسبی ندارند. کشاورزی و دامداری شغل رایج روستائیان تلقی می‌شود. جوانان اغلب برای یافتن کار و زندگی بهتر به شهرها مهاجرت می‌کنند، تا از امکانات و فرصت‌های شغلی و زندگی بهتری برخوردار شوند. این یافته‌ها مؤید یافته‌های باوش و همکاران (۱۶)، رضاپور و همکاران (۱۸) می‌باشد.

نابرابری یکی از مأنوس‌ترین حقایق اجتماعی است که در موضوع سلامت نیز پررنگ است. در عین حال نابرابری اجتماعی مسئله‌ای نیست که به سادگی حل و تعیین شود. نابرابری به طور کلی‌تر بر آن دسته از تفاوت‌های میان افراد اشاره دارد که به نحوه زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. اندیشه اساسی در برابری فرصت‌ها، مهباکردن فرصت‌های برابر متناسب با نیازهای ویژه هر فرد است؛ چرا که افراد از نظر استعداد، مهارت، توانایی‌های ذهنی و جسمی، انواع یادگیری، پیشینه فرهنگی و جنبه‌های متعدد دیگر با یکدیگر متفاوت‌اند. به همین دلیل، در درآمدهای ایشان تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، از نظر طرفداران برابری فرصت، نابرابری‌های درآمدی تا حدی ناشی از عواملی است که در اختیار افراد نیست؛ بنابراین منظور از فرصت برابر، جلوگیری یا حذف یا کاهش تبعیض بین افراد از لحاظ جنسیت، نژاد، منطقه، وضعیت جسمانی، زبان و طبقه اجتماعی است. به اعتقاد برونری و همکاران (۳۰) فرصت‌ها می‌تواند ناشی از موقعیت خانوادگی، جنسیت، نژاد، محل تولد و ... نسبت داده شود. گروه بعدی از این فرصت‌ها به واسطه قرار گرفتن در یک محیط اجتماعی در اختیار افراد قرار می‌گیرد؛ محیطی که در آن فرصت‌ها می‌تواند جنبه اقتصادی، اجتماعی و ... به خود بگیرد. بنابراین می‌توان انتظار داشت با تأکید بر ایجاد فرصت‌های برابر در مناطق مختلف زمینه دسترسی افراد به جایگاه بهتر اقتصادی و اجتماعی در اثر تلاش بیشتر فراهم

نیستند. از سوی دیگر، به علت سواد پایین و نداشتن دانش و یا مهارت کافی، روستائیان از دسترسی به خدمات برخط در گرفتن نوبت یا اقدامات پاراکلینیکی محرومند. تحقیق حاضر در واقع برساختی از این وضعیت است. در نتیجه این شرایط است که سه مفهوم دسترسی و پوشش ناقص، احساس نابرابری، و درحاشیه‌بودگی برساخت شد. بر اساس یافته‌های پژوهش دسترسی ناقص به خدمات درمانی و امکانات سلامت از مهمترین مشکلاتی است که ساکنین روستاهای بخش فلارد دارند. ارائه خدمات جزئی، کمبود پزشک و امکانات بهداشتی، عدم تسهیل دسترسی، عدم پوشش بیمه از مهمترین مواردی است که می‌توان به آن‌ها اشاره کرد که همسو با یافته‌های یزدی فیض آبادی و همکاران (۲۸) است. در واقع روستائینی که نیازمند خدمات تخصصی و فوق تخصصی اند، از دسترسی دائم به پزشک عمومی نیز محرومند و پزشک در زمان‌های خاصی در روستا حضور دارد. اگر چه تأمین پزشک برای دولت هزینه زیادی دارد، اما به نظر می‌رسد که نیازمند تصمیم و سیاستگذاری مناسب در این زمینه باشیم که مبتنی بر خرد جمعی در حوزه سلامت باشد. همچنان که بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند که دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در نقاط مختلف کشور در وضعیت نامطلوب بوده به گونه‌ای که در پژوهشی که در شهر تهران به عنوان پایتخت جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت میزان دسترسی به صورت متوسط در حدود ۸۰٪ بوده و حدود ۲۰٪ افراد با وجود نیازمندی به دریافت خدمات از دسترسی به آن به دلایل گوناگون محروم مانده‌اند (۲۹). دیگر نتیجه‌ی تحقیق، احساس نابرابری است که شامل نابرابری در تسهیلات، نبود فرصت‌های برابر، عدم توازن ساختاری، بی‌عدالتی اشاره کرد. افرادی که در روستا زندگی می‌کنند همیشه در برخورد با زندگی شهری خود را مقایسه می‌کنند و به امکانات و خدمات بیشتر و بهتر شهرها اشاره می‌کنند. در نتیجه فردی که در روستا زندگی می‌کند خود را فاقد امکانات مساوی با افراد ساکن در شهر

نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر، به موضوع دسترسی به خدمات سلامت در منطقه پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که روستاییان احساس محرومیت در این زمینه دارند. بر اساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان در روستاها کمترین خدمات به بیماران ارائه می‌شود. فرد روستایی که دچار بیماری است و نیازمند مراقبت و آزمایش و درمان، خدمات متناسب در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی به وی ارائه نمی‌شود و لذا به مراکز درمانی شهری مراجعه می‌کند که مستلزم هزینه و زمان زیادی است. خدماتی که در روستاها به بیماران عرضه می‌شود در حد گرفتن فشار بیمار، وزن کردن و داروهای سرماخوردگی است که برای بیماران روستا بخصوص سالمندان ناکافی است. اگرچه توسعه شبکه بهداشتی در روستاها در قالب بیانیه آلماتا و نیز تأسیس پزشک خانواده روستایی از سال ۱۳۸۴، کمک زیادی به ارتقای سلامت روستاییان کرده است، اما به نظر می‌رسد که تغییرات اجتماعی گسترده‌ای در نواحی روستایی شکل گرفته است. سالمندی روستانشینان، احساس محرومیت نسبی در دسترسی به خدمات سلامت در مقایسه با شهرنشینان، و شکل‌گیری نابرابری در مناطق روستایی از موضوعاتی است که می‌تواند مورد بحث علمی و سیاست‌گذاری قرار گیرد. در واقع می‌توان گفت که به تبع از تغییرات و توسعه اجتماعی، انتظارات سلامت در روستاییان نیز افزایش یافته است. آنها انتظار دارند که خدماتی نسبتاً برابر با شهروندان و شهرنشینان دریافت کنند. توجه سیاستگذاران سلامت به این موضوع می‌تواند کمک زیادی به افزایش رضایت در روستاییان کند. همچنین استفاده از فناوری‌های نوین به طور مثال پزشکی از راه دور، پزشکی همراه و ... می‌تواند در حوزه پزشکی روستایی کمک زیادی به نیازهای روستاییان بخصوص در مناطق صعب‌العبور کرده تا بتوانند از خدمات پزشکی استفاده کنند و هزینه‌های کمرشکن را برای طبابت و مراجعه به مراکز خدمات درمانی شهری متحمل نشوند. به نظر محققان توجه به بهداشت و تندرستی در روستاها، نیازمند تغییر روشها و رویکردها و استفاده از نوعی مدیریت

شود تا بدین طریق امکان خروج افراد از چرخه تسلسل فقر برای نسل‌های متوالی مهیا شود (۳۱). همچنین نظام سلامت، تا حد لازم بایستی تصمیمات و سیاست‌های لازم را برای کاهش احساس نابرابری در میان روستاییان فراهم کند. موضوع دسترسی روستاییان به خدمات تخصصی و فوق تخصصی پزشکی و نیز اقدامات پاراکلینیک نیازمند، روش‌های متفاوتی است. در این زمینه پیشنهاد می‌شود که در موضوع نوبت پزشکان متخصص و فوق تخصص، برای روستاییان سهمیه جدایی در نظر گرفته شود. به طور مثال درصدی از نوبت پزشکان به روستاییان تخصیص داده شود که آن‌ها اگر به علل مختلف نتوانستند، به صورت تلفنی و یا اینترنتی نوبت بگیرند، در صورت حضور، از خدمات متخصصی برخوردار شوند.

در نهایت آن که روستایی خود را از حیث دسترسی به خدمات سلامت، در حاشیه می‌بیند. بعضی از خانه‌های بهداشت فرسوده شده و خدمات به روز ندارند. مراکز بهداشتی-درمانی نیز از داشتن پزشک دائمی محرومند. در این زمینه نیازمند تصمیماتی هستیم که بتوانیم احساس در حاشیه بودگی از سوی سیاستگذاران را در روستاییان کم کنیم. اگر چه این مسئله شامل همه مسائل روستاییان می‌شود، اما در موضوع سلامت، اهمیت زیادی دارد. سیاستگذاری سلامت در مناطق روستایی نیازمند روش‌هایی است که احساس کم توجهی مسئولین به شبکه بهداشت و مراکز درمانی در روستاییان شکل نگیرد. روستاییان تصور می‌کنند به دلیل بعد مسافت و تعداد جمعیت کم، از دایره سیاستگذاران سلامت کنار گذاشته شده‌اند. طولانی بودن زمان انتظار از ویژگی‌های اساسی مراجعه به مراکز بهداشتی و خدماتی می‌باشد، در مجموعه مطالعات سلامت کشورهای سازمان همکاری‌های توسعه اقتصادی نیز مشاهده شد وقت انتظار طولانی مدت عمده‌ترین دلیل عدم مراجعه برای دریافت خدمات می‌باشد.

و رهبری متفاوت و به روز در این موضوع است. همان طور که در موضوع توسعه شبکه بهداشت روستایی با حداقل منابع و ارزان ترین شیوه‌ها، بیشترین دستاوردهای ارزشمند حاصل شد، در این زمینه نیز می توان از رویکردهای خلاقانه و مبتنی بر ابتکار عمل مدیران برای ارتقای سلامت و بهداشت روستاها بهره گرفت.

تشکر و قدردانی

از کلیه مشارکت کنندگان در تحقیق که بدون چشم داشت وارد مصاحبه شدند تشکر می شود. تحقیق حاضر با شناسه کد اخلاق IR.YAZD.REC.1401.010 در کمیته اخلاق دانشگاه یزد مصوب شد که از زحمات مجموعه مورد نظر قدردانی می شود. ضمناً شماره پایان نامه در سامانه گلستان ۱۲۳۲۲۸۰ می باشد.

جدول ۱- مشخصات مصاحبه شوندگان در مطالعه روستانشینی، توسعه و دسترسی به خدمات سلامت؛ مطالعه کیفی روستانشینان بخش فلارد لردگان

ردیف	نام مستعار	جنسیت	سن	تحصیلات	محل سکونت
۱	رضایی	مرد	۲۸	لیسانس	قلعه سوخته
۲	محمدی	مرد	۲۷	لیسانس	سپیدار
۳	کریمی	مرد	۳۰	فوق دیپلم	قلعه سوخته
۴	سمانه	زن	۲۱	دیپلم	شوراب
۵	ریگی	مرد	۲۲	دانشجو	مالخلیفه
۶	کاظمی	مرد	۴۸	لیسانس	ریگ
۷	حاج آقایی	مرد	۳۶	فوق لیسانس	شاهنجف
۸	عبداللهی	مرد	۳۳	فوق دیپلم	بیژگن
۹	نکویی	زن	۲۳	دانشجو	اسلام آباد
۱۰	همتی	مرد	۲۷	لیسانس	دره نامداری
۱۱	صالحی	مرد	۲۵	سیکل	دره نامداری
۱۲	بهادر	مرد	۳۴	دیپلم	امامزاده حسن
۱۳	قربانی	مرد	۴۰	فوق دیپلم	دماب
۱۴	اکبری	زن	۴۵	لیسانس	قلعه سوخته
۱۵	باقری	زن	۳۲	فوق دیپلم	باغ کاج
۱۶	بهرامی	مرد	۴۰	دیپلم	پروز
۱۷	عبدالی	زن	۲۳	دانشجو	سهل آباد

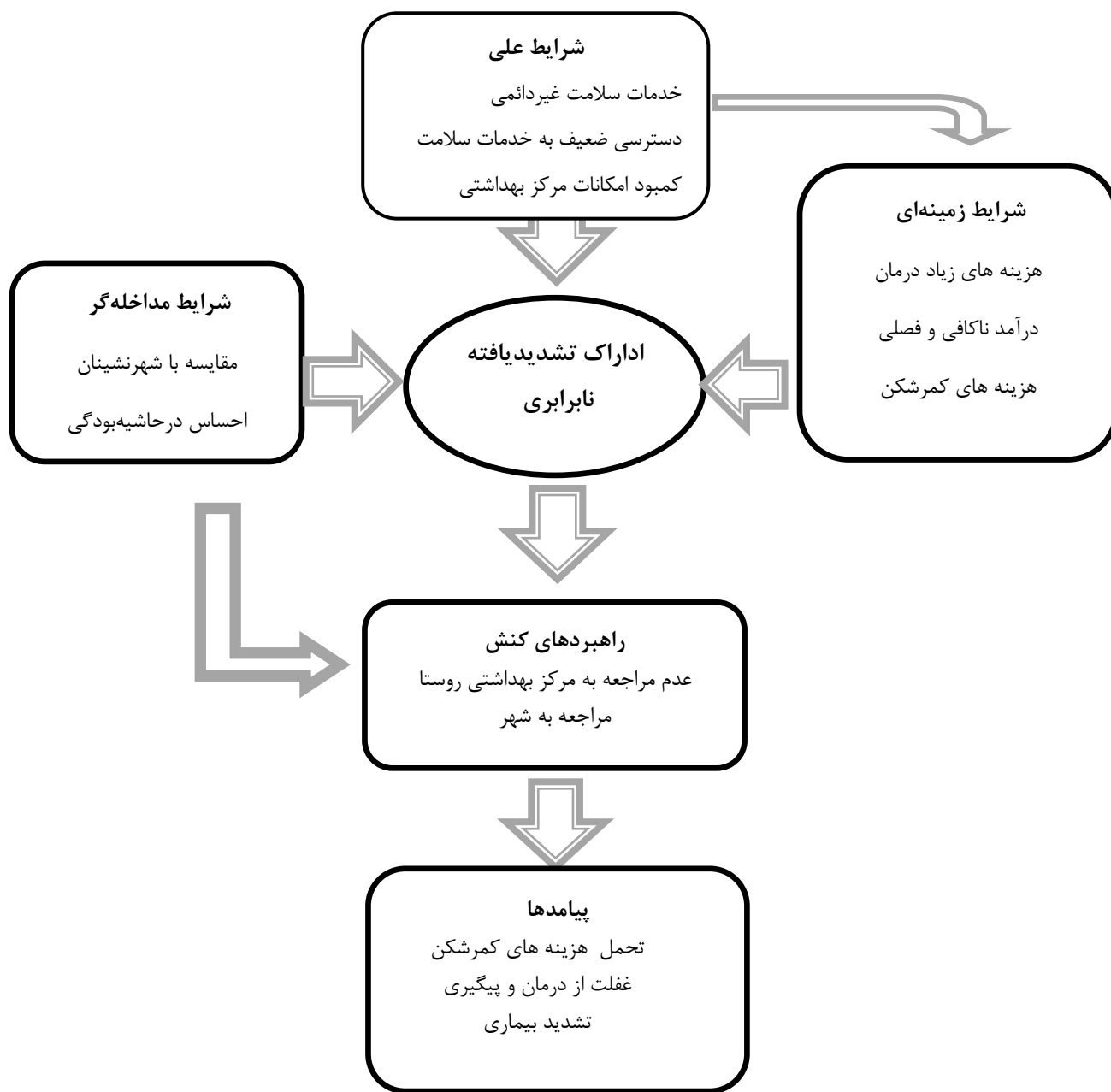
۱۸	صفری	زن	۲۵	لیسانس	چناران
۱۹	کریمی	مرد	۳۷	دیپلم	دماب
۲۰	احمدی	زن	۲۸	لیسانس	باغ محمد

جدول ۲- گزاره‌ها و مفاهیم مرتبط با درک و تجربه روستاییان از دسترسی به خدمات سلامت

مقوله اصلی	مفهوم	گزاره
دسترسی و پوشش ناقص	ارائه خدمات جزئی	ببینید تو روستای ما یه خانه بهداشت داریم که کارهاش در حد یک فشار گرفتن میری فشارت میگین و این چیزا و دکتر هم هفته ای یه بار بیشتر نمیداد در حد چن ساعت. در روستای ما متأسفانه امکانات بهداشتی زیادی نیست. یه درمونگاه به ده تا ۲۰ تا روستا داره خدمت میکنه که حتی تو روزهای تعطیل دکتر نداره.
	عدم تسهیل دسترسی	اصلا توی روستا و یا مراکز بهداشتی خدمات آنچنانی ارایه نمیشه، فقط در حد رفع تکلیف و یا اقدامات خیلی جزئی برای بیماری‌ها که ان هم چون امکانات و تکنولوژی پیشرفته ندارند.
	ترجیحات اقتصادی رفتار بیماری	میریم دکتر برامون کلی دارو می‌نویسه حالا توی داروخانه بیشتر مواقع اول قیمت نسخه رو می‌پرسیم، گاهی وقته نصف داروها رو خریدم و بعضیا که ضروری نبودن رو می‌گفتم نمی‌خوام. بیشتر مواقع مجبوریم بریم اورژانس یا کلینیک چون ویزیتش مناسب تره، وقتی هم میریم اصلا دکترها وقت لازم رو نمیدارن و فقط زود نسخه رو می‌نویسند
	کاهش نابرابری اقتصادی	وقتی فشارهای اقتصادی و تعارض در جامعه کمتر باشه دسترسی همه به خدمات بهتر میشه، آگه کمی شرایط اقتصادی‌ام بهتر بود حداقل سالی یه بار می‌رفتم چک آب و وضعیت سلامتی جسمی‌ام رو چک می‌کردم.
	کمبود مراکز بهداشتی	من که مادر ۴ بچه هستم. شبکه بهداشت روستا بیشتر برای واکسینه شدن کار می‌کند. برای خانم‌ها فقط یه خانه بهداشت روستایی هست که بیشتر وظیفه اش رسیدگی به مادران باردار و بچه‌ها و زدن واکسن شون و گرفتن فشار و مواردی از این قبیل است.
	احساس نابرابری	از منظر من نابرابری‌ها تو حوزه‌های گوناگون اقتصادی، اجتماعی، علمی و حتی سیاسی، عدالت و برابری فرصت‌ها تو دسترسی افراد جامعه به منابع ارزشمند و موقعیت‌های برتر رو از بین می‌بره و افراد و گروه‌ها نسبت به درجه بندی و نزدیکی یا دوری به منابع ثروت و قدرت به امکانات دست پیدا می‌کنن. به خاطر تفاوت‌های دایمی تو دسترسی به فرصت‌های اجتماعی و شغلی مفهوم نابرابری رو تو جامعه مون گسترش داده و شرایط نامتعادل و به دور از عدالت و انصاف رو در برخورداری از امکانات شهری، رفاهی، آموزشی در جامعه ایجاد می‌کند.
	نابرابری هم یعنی اون تسهیلات امکانات وسایل و هر چیز دیگری به طور نابرابر قرار گرفته. نابرابری میشه تو زمینه عاطفی هم در نظرش بگیریم.	
	نابرابری یعنی اینکه گروهی از مردم در دسترسی به امکانات و خدمات نسبت به دیگران محروم هستن یا به بیان بهتر اینکه در خیلی از زمینه‌ها با یکدیگر برابر نیستند وعده ای نسبت به دیگران از امکانات و خدمات بهتر بهره ببرند.	
	نابرابری هم میشه بگی امکانات تسهیلات حالا هر نوع امکاناتی مدنظرم هست در سطح جامعه یا شهر ناعادلانه پخش بشه و در دسترس همه قرار نگیره.	

	مفهوم نابرابری تعریف واحدی ندارد اما از نظر من به وضعیت و شرایط یک کشور که افراد آن در دستیابی به فرصت‌های اجتماعی اقتصادی درمانی تحصیلی برخوردار نباشند.
بی‌توازی ساختاری	نابرابری تعریف‌های گوناگون دارد و مفهوم پیچیده‌ای است. به طور کلی می‌شود گفت که نابرابری فقدان و عدم دسترسی افراد جامعه به موقعیت‌ها و فرصت‌های برابر اجتماعی سیاسی اقتصادی و عاطفی و اخلاقی می‌باشد.
بی‌عدالتی	نابرابری همون بی‌عدالتی هس حالا تو مبحث بهداشت او هزینه‌های درمانی که خرج میکنن فرق داره داخل شهر و روستا که خودش یه نوع نابرابریه. همیشه همه جا نابرابری هست. این استان ما همیشه در حقش بی‌عدالتی شده و هیچ جا امکانات خوبی نداره. تو روستای ماهم امکانات خوبی برای زندگی سالم نیست.
نابرابری در هزینه‌های درمان	هزینه‌ها که برا ما که دفترچه داریم میشه گفت متناسب باشه در برخی زمینه‌ها البته ولی برا افرادی که دفترچه درمانی ندارن خیلی سخت تره. هزینه‌ها بسیار بالا هستش و من همیشه نگران اون قشری هستم که توان خرید دارو رو ندارن.
هزینه بالای مراکز درمانی	خودم مرضی قلبی دارم اینقدر قرص‌هام گرون میشن ک خدا میدونه خارجی هم هستن گیر نمیدان. میزان هزینه‌های درمان متأسفانه خیلی زیاد شده و خیلی از خدمات هم دفترچه جوابگو نیست و میگن طرف قرارداد نیستن و مردم مجبورن هزینه‌ها زیادی بابت درمانشان بپردازن.
نبود خدمات در روستا و هزینه بر بودن خدمات در شهرها	تو روستای ما بقولا بیمارستان یا چیزی نیست که بخوان هزینه بسنجن ولی تو شهرهای اطراف قیمت‌ها فاجعه‌آور و وحشتناک و مردم زیر قیمت‌ها کمر خم کردند. خدمات کمی در روستا وجود داره و باید برای درمان به شهر مراجعه کرد که هزینه‌ها در شهر بسیار بالا هست بخصوص هزینه‌های آزمایشگاهی و تخصصی.
کمبود پزشک و کم توجهی مسئولین	والا تا اونجایی که یادمه که یه خانه بهداشت ساختن دیگ توجه خاصی ندیدم از شون. دو تا بهیار داریم و یه دکتر هفته‌ای یه بار. ببیند اگه واقعا رسیدگی بود و توجه میشد که اوضاع هم می‌بایست خیلی بهتر از این که هست و ما شاهدیم باشه، خیلی کارها می‌تونن انجام بدن در زمینه خدمات درمانی که متأسفانه دریغ می‌کنن.
برنامه ریزی ضعیف	میریم مطب دکترها ویزیت بالایی باید پرداخت کنیم و کمه کم یه ساعت می‌خواد منتظر بمانی تا نوبت بشه، بیشتر مواقع تجمع مردم تو راه پله و راه روها ادم رو واقعا اذیت می‌کنه. وقتی می‌ریم نوبت بگیریم یه عده بدون اینکه سر صف وایسن با پارتی نوبت می‌گیرن. هر دکتری برا خودش یه منشی داره که فقط نزدیکان خودش رو بی نوت رد میکنه.
انباشتگی ارائه خدمات	پزشکی که ساعت ۳ میاد مطب تا ساعت ۱۱ شب که نوبت بیمار میشه مگه دیگه اعصاب یا حوصله داره که بخواد وقت بذاره برا بیمار، انگار نظارت و برنامه‌ای نیست که کنترل کنن تعداد افراد پذیرش شده رو.
نبود برنامه اجرایی خاص و عدم امکانات درمانی	اقدامات زیادی برا بهبود شرایط ایجاد شده و از ده سال تا الان هم فک کنم شرایط یکم بهتر شده باشه هر چند اینقدر کمبودها حس میشه الان که دیگه اقدامات به چشم نیامد. ده سال پیش تا الان هیچ کار مفیدی انجام نشده در این باره. امکانات درست در همین حد بوده و واقعا این تأسف بار هست برا کشور ما که از جزیی ترین امکانات برا زندگی سالم محرومیم.

شکل ۱- مدل پارادایمی ادراک تشدید یافته نابرابری از دسترسی به خدمات سلامت در روستا



References

1. Ministry of Health TaME. Health Certificate, 2011.
2. Maluka SO. Strengthening fairness, transparency and accountability in health care priority setting at district level in Tanzania. *Global health action*. 2011;4(1):7829.
3. Beckfield J, Krieger N. Epi+ demos+ cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic reviews*. 2009;31(1):152-77.
4. Culyer AJ. *Social values in health and social care*. London: The King's Fund. 2014.
5. Kirigia JM, Kirigia DG. The essence of governance in health development. *International archives of medicine*. 2011;4(1):1-13.

6. Aghajanian A, Mehryar AH, Ahmadnia S, Kazemipour S. Impact of rural health development programme in the Islamic Republic of Iran on rural-urban disparities in health indicators. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007;13(6):1466-75. [Persian]
7. Gupta R. Identification of Suitable Rural Development Indicators. *SIAM International Journal*. 2022;1(19):11-22.
8. McGuire R, Longo A, Sherry E. Tackling poverty and social isolation using a smart rural development initiative. *Journal of Rural Studies*. 2022;89:161-70.
9. Gaede B, Versteeg M. The state of the right to health in rural South Africa. *South African health review*. 2011;2011(1):99-106.
10. Amerion A, Mesgarpour Amiri M, Amini Anabod H. Rate of inequality in kidney transplantation services access in Iran. *Jccnursing*. 2010;3(3):129-33.
11. Dickman SL, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet*. 2017;389(10077):1431-41.
12. Barreto ML. Health inequalities: a global perspective. *Ciencia & saude coletiva*. 2017;22:2097-108.
13. Zhang X, Dupre ME, Qiu L, Zhou W, Zhao Y, Gu D. Urban-rural differences in the association between access to healthcare and health outcomes among older adults in China. *BMC geriatrics*. 2017;17:1-11.
14. Fleurbaey M, Schokkaert E. Unfair inequalities in health and health care. *Journal of health economics*. 2009;28(1):73-90.
15. Rashidian A, Arab M, Mostafavi H. Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. *Payesh (Health Monitor)*. 2017;16(6):747-57. [Persian]
16. Baoosh M, Shiani M, Mousaei M. Analysis of Socioeconomic Factors Affecting on Poverty and Inequalities Health. *Refah J*. 2017;17(67):71-108. [Persian]
17. Nazari Z. Health poverty and its application in health economics. *Drug and Treatment Monthly*. 2014;5(10):4-15. [Persian]
18. Rezapoor A, Roumiani Y, Azar F, Ghazanfari S, Mirzaei S, Asiabar AS, et al. Effective factors on utilization and access to health care: A population-based study in Kerman. *JHA*. 2015;18(60):24-36. [Persian]
19. Probst J, Eberth JM, Crouch E. Structural urbanism contributes to poorer health outcomes for rural America. *Health Affairs*. 2019;38(12):1976-84.
20. Huang X, Wu B. Impact of urban-rural health insurance integration on health care: evidence from rural China. *China Economic Review*. 2020;64:101543.
21. Kanuganti S, Sarkar AK, Singh AP. Evaluation of access to health care in rural areas using enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method. *Journal of transport geography*. 2016;56:45-52.
22. Okolo CO, Reidpath DD, Allotey P. Socioeconomic inequalities in access to health care: examining the case of Burkina Faso. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2011;22(2):663-82.
23. Griffiths GH, Finlay PN. IS-enabled sustainable competitive advantage in financial services, retailing and manufacturing. *The Journal of Strategic Information Systems*. 2004;13(1):29-59.
24. Whitehead I M. The concept of physical literacy. *European Journal of Physical Education*. 2001;6(2):127-38.
25. Barton H, Guys R, M G. *Shaping Neighborhoods: A Guide to Health, Sustainability, and Vitality*. Tehran: Tehran Municipality; 2021.
26. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health: Oup Oxford*; 2005.
27. Marshall K, Rossman G. *Qualitative research methods*. . Tehran: Cultural Research Office; 2011.
28. Yazdi FV, Mehrolohasani M, Khosravi S. Study of geographical inequality trend

- in distribution of human resources and health facilities in health sector of Iran in past decade. IRJE 2018;13:27-36. [Persian]
29. Mafton F, Farzadi F, Mohammad K, Pileh Roodi S, Aien Parast A. Burden demand for receiving therapeutic services in Tehran city. J Payesh. 2007;5(2):131-40. [Persian]
30. Brunori P, Ferreira FH, Peragine V. Inequality of opportunity, income inequality, and economic mobility: Some international comparisons. Getting development right: Structural transformation, inclusion, and sustainability in the post-crisis era: Springer; 2013. p. 85-115.
31. Khanzadi A, Ghaderi SE, Najafi SMB, editors. Equal distribution of opportunities and reduce inequality in Iran (A comparative analysis in nine regions). The first international conference on economic planning, sustainable and balanced regional development; 2017. [Persian]

Living in the Rural Areas and Access to Health Services; Qualitative study of the Rural People in the Fullard County

Musa Laighi Ghale Sokhteh¹, Ahmad Kalateh Sadati^{*2}, Hossein Afrasiabi³, Sara Sadeghieh¹

1- MSc. Department of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

2- Ph.D. Associate Professor, Department of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

3- Ph.D. Professor, Department of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran

*Corresponding Author: asadati@yazd.ac.ir

Received: Jul 29 2024

Accepted: Sep 16, 2024

ABSTRACT

Background and Purpose: The development of the rural areas relies heavily on addressing health issues and ensuring access to healthcare for the villagers. The primary objective of this research is to explore the perceptions and experiences related to access to health services among the residents of the Falard county in Lordegan, Iran.

Material and Methods: This study employed a qualitative research method utilizing grounded theory. Data were collected through semi-structured interviews, achieving saturation with a sample of 20 participants. The manuscript data were analyzed using open, axial, and selective coding methods, ultimately leading to the development of a grounded theory.

Results: The findings showed that the understanding and experience of the villagers is based on the change in the pattern of diseases and the need for specialized and super-specialized services, and in this context, a kind of comparison is made with the urban dwellers. The participants face obstacles to receive the mentioned services, while the actions of the rural health house centers are not up to their expectations. The three main categories which explored are: *incomplete access and coverage, feelings of inequality, and marginalization*. The central theme of this research is encapsulated in the concept of an *intensified perception of inequality* in access to health services.

Conclusion: The development of rural villages relies heavily on addressing health issues and ensuring access to related services. Despite the significant efforts made by governments over the past four decades to improve rural health, access to these services remains a critical concern. The changing patterns of diseases, the aging population of villagers, and the growing sense of relative deprivation and inequality in accessing health services are the most pressing challenges that health policymakers must prioritize.

Keywords: Incomplete Access, Inequality, Marginalization, Incomplete Coverage, Rural People

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.