

چالش‌ها و موانع ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به جامعه عشایری استان خوزستان با محوریت تقویت نظام شبکه: واکاوی عوامل درونی و بیرونی با رویکرد کیفی

حجت رحمانی^۱، صادق مرادی^۲، نایب فدائی‌ده‌چشمه^{۳*}

چکیده

زمینه و هدف: برخورداری از سلامت، اساسی‌ترین حق و ارزشمندترین سرمایه‌ی همه‌ی اقشار و طبقات اجتماع است. افرادی که کوچ‌نشین هستند برای دسترسی به خدمات ضروری با دامنه‌ای از موانع جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و زبانی مواجه می‌باشند. ماهیت زندگی عشایری ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را به یک مسئله بغرنج و پیچیده تبدیل کرده است. هدف این مطالعه آسیب شناسی ارائه خدمات سلامت به جمعیت عشایری استان خوزستان بود.

روش بررسی: رویکرد این مطالعه کیفی است. جامعه پژوهش مطالعه، ۱۷ نفر شامل مدیران و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز بود. رویکرد جمع‌آوری داده‌ها، استقرایی بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های انفرادی جمع‌آوری و نظرات شفاهی شرکت‌کنندگان ثبت شد. با استفاده از روش تحلیل محتوای عرفی (قراردادی) با رویکرد ترکیبی (قیاسی و استقرایی)، داده‌ها تحلیل شدند. اعتبار و کیفیت داده‌ها با روش Guba و Linkoln ارزیابی شد.

یافته‌ها: چالش‌ها و موانع ارائه خدمات بهداشتی در عشایر در ۹ مقوله و سه تم شناسایی شدند. تم‌ها شامل ماهیت و مختصات جامعه عشایری، نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و مسئولیت‌های سایر بخش‌ها بود. ماهیت و مختصات جامعه در پنج مقوله‌ی جمعیتی، فرهنگی، اقلیمی - جغرافیایی، اجتماع قومی - قبیله‌ای و شیوه‌ی زیست مبتنی بر کوچ، دسته‌بندی شدند. نظام ارائه خدمات سلامت شامل دو مقوله‌ی ساختاری و فرایندی بود و وظایف و مسئولیت‌های سایر بخش‌های توسعه نیز در دو مقوله‌ی زیرساخت‌ها و همکاری‌های بین بخشی طبقه‌بندی گردید. نتایج نشان داد که عشایر برای دریافت خدمات با موانع مرتبط با ویژگی‌های ذاتی و خاص عشایر، نظام ارائه خدمات سلامت و عملکرد سایر سازمان‌های اجرایی مواجه می‌باشند. ثابت نبودن جمعیت، تنوع فرهنگی، پراکندگی جمعیت و شیوه زندگی قومی و مبتنی بر کوچ از جمله خصیصه‌های ذاتی هستند که بر ارائه خدمات تأثیر می‌گذارد. **نتیجه‌گیری:** ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به عشایر از ویژگی‌ها و شرایط دریافت‌کنندگان و تأمین‌کنندگان خدمات تأثیر می‌پذیرد. تصمیم‌گیران و مدیران ضمن لحاظ کردن شرایط خاص زندگی عشایری در طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت باید به تقویت شبکه‌های بهداشتی و درمانی در مناطق عشایری اهتمام ورزند. با توجه به کمبود منابع و ضعف زیرساخت‌ها در محل اسکان عشایر، همکاری بین بخشی و توسعه‌ی منابع و زیرساخت‌ها به‌کارگیری رویکرد One Health از ضرورت و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. **واژه‌های کلیدی:** خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، عشایر، جامعه عشایری، نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی، همکاری بین بخشی، خوزستان

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۹/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۸/۶

* نویسنده مسئول:

نایب فدائی‌ده‌چشمه؛

گروه بهداشت عمومی دانشکده علوم پزشکی شوشتر

Email:

fadaei-n@shoustarums.ac.ir

۱ دانشیار گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ کارشناس ارشد مدیریت اصلاحات نظام سلامت، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران

۳ استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران

در عشایر پراکندگی محله‌ای اسکان عشایر بود (۱۲).

علاوه بر موارد مذکور، از سوی دیگر کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی نیز خود یک مانع برای دریافت خدمات توسط دامداران عشایر عنوان شده است. تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در مناطق عشایری با محدودیت‌ها و تنگناهای مختلفی از قبیل تکمیل نبودن زیرساخت‌ها، تجهیزات، ملزومات و محصولات (از قبیل واکسن و دارو)، ناکافی بودن یا کیفیت پایین داده‌ها برای برنامه‌ریزی پشتیبانی و لجستیکی) و همچنین کافی نبودن تعداد پرسنل تربیت‌شده برای مراقبت‌های بهداشتی مواجه هستند (۱۱).

با توجه به تنگناها و مشکلات موجود در مناطق عشایری در زمینه کارا بودن تأمین خدمات ضروری و اساسی بهداشتی به عشایر و مناطق دوردست روستایی اطلاعات چندانی وجود ندارد (۱۴) ولی از آنجایی که برخورداری از سلامت، اساسی‌ترین حق و ارزشمندترین سرمایه‌ی همه‌ی اقشار و طبقات اجتماع است و با توجه به محدودیت‌هایی که در زیرساخت‌ها و منابع مورد نیاز در این مناطق وجود دارد یکی از راهکارهای مهم برای فایق آمدن بر چالش‌های پیش‌روی ارایه و دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همکاری‌های بین بخشی و مشارکت بزرگان قبایل و طوایف است (۱۵).

مطالعات معدودی در خصوص ارایه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی به عشایر و کوچ‌نشینان در کشور انجام شده است ولی در استان خوزستان مطالعه‌ای در این زمینه مشاهده نشد. مطالعاتی که در کشور نیز انجام شده است بر یک خدمت خاصی تمرکز کرده‌اند. نظر به این که طرح خانه‌های بهداشت عشایری در سال ۱۳۹۸ ابلاغ و عملیاتی گردید؛ اجرای موفق طرح خانه‌های بهداشت عشایری به عوامل مختلفی از قبیل شرایط فرهنگی، جغرافیایی، اجتماعی و وضعیت منابع و زیرساخت‌ها بستگی دارد؛ بنابراین چالش‌ها و مشکلات اجرای این طرح متأثر از این عوامل در مناطق مختلف متنوع هستند. عملکرد دانشگاه‌های مختلف در این خصوص نیز می‌تواند متفاوت باشد؛ شناسایی موانع و مشکلات و بهبود شرایط و بستر اجرای طرح، ضرورت انجام این پژوهش را بیش از پیش نشان می‌دهد. بنابراین در این مطالعه سعی شده است، به صورت جامع و گسترده به ابعاد ارایه و دریافت خدمات در جمعیت‌های عشایری پرداخته شود. نتایج این مطالعه اطلاعات ارزشمندی در خصوص چالش‌ها و موانع مرتبط با خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با هدف بهبود وضعیت برخورداری و بهره‌مندی عشایر ارایه خواهد داد.

۲۵۱/۶۲۴ خانوار مشتمل بر ۱/۱۱۵/۴۰۱ نفر (تقریباً معادل ۱/۴ درصد کل جمعیت کشور) جمعیت عشایری ایران را تشکیل می‌دهند (۱)؛ که ۱۷۰ هزار و ۴۹۹ نفر (۳۳/۱۰۴ خانوار) از آن‌ها در استان خوزستان زندگی می‌کنند. در واقع این استان حدود ۱۵ درصد از جمعیت عشایری کشور را در خود جای داده است (۲). براساس ساختار زندگی، شیوه‌ی معیشت و سازمان اجتماعی از گذشته تاکنون سه جامعه عشایری، روستایی و شهری وجود داشته است (۳). عشایر افرادی هستند که از ساختار اجتماعی مبتنی بر نظام ایلی و قبیله‌ای برخوردار هستند؛ شغل اصلی آن‌ها دامداری است و برای یافتن مراتع و تأمین معاش به طور فصلی بیلاق و قشلاق می‌کنند (۴).

به دنبال مشکلات و تنگناهای اکولوژیکی، جمعیتی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، قدرت توسعه‌ی زندگی عشایری و کوچ‌نشینی در ایران کاهش یافته است (۵). ضعف در برنامه‌ریزی و اجرا، کمبود منابع مالی و انسانی و موانع طبیعی، فرهنگی و فناوری از جمله عوامل زمینه‌ای مؤثر بر توسعه در مناطق عشایری است (۶). اجتماعات عشایری به لحاظ شرایط سخت زندگی و پراکندگی اسکان و فواصل دور جغرافیایی از استفاده‌ی مؤثر از خدمات و امکانات امروزی کمتر برخوردار هستند (۷). امروزه مشکلات زیرساختی و حیاتی از قبیل کمبود آب، امکانات رفاهی، آموزشی و بهداشتی و درمانی، جامعه‌ی عشایری ایران را تهدید می‌کند (۸ و ۹).

افرادی که کوچ‌نشین هستند برای دسترسی به خدمات ضروری با دامنه‌ای از موانع جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و زبانی مواجه می‌باشند (۱۰). ماهیت زندگی عشایری ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به عشایر را به یک مسئله بغرنج و پیچیده تبدیل کرده است (۱۱). به دلایلی همچون طبیعت زندگی عشایری و در برخی موارد به علت کافی نبودن میزان توجه مسئولان، ارایه مراقبت‌های بهداشتی به شکل انسجام یافته و مناسب در منطقه‌های عشایری صورت نمی‌گیرد (۱۲). در ۶۵ درصد مطالعات انجام شده در آفریقا، دسترسی جغرافیایی (فاصله و مسیر دسترسی بین اسکان و تسهیلات بهداشتی) به عنوان مانعی در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در عشایر ذکر شده است (۱۱). محمدی و همکاران یکی از مشکلات زنان عشایر در تأمین نیازهای اطلاعات بهداشتی را صعب‌العبور بودن راه‌های ارتباطی مطرح کردند (۱۳). مطالعه‌ی صادقی‌بازرگانی و همکاران در اردبیل نشان داد که یکی از دلایل پایین بودن پوشش مراقبت‌های دوران بارداری

۵۰ دقیقه به طول انجامید که شامل ۱۷ مصاحبه تا زمان اشباع داده‌ها بود. به منظور حفظ اصول اخلاق پژوهشی و برای آن‌که رضایت آگاهانه‌ی مشارکت‌کنندگان در پژوهش جلب شود؛ رازداری، محرمانه و گمنام بودن، امانتداری و نیز آزادی نظر مشارکت‌کنندگان در حین مصاحبه و بعد از آن رعایت شد (۱۷).

در ابتدای هر مصاحبه ابتدا اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان ثبت شد و سپس مصاحبه با یک سوال کلی در خصوص وضعیت ارائه خدمات و مراقبت‌ها در مناطق عشایری آغاز گردید. در ادامه به چالش‌ها و موانع احتمالی پرداخته شد. در بین صحبت‌ها به منظور روشن شدن و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها و افزایش روایی و پایایی داده‌ها از سوال‌های کاوشی از قبیل، چرا؟ لطفاً بیشتر توضیح دهید و لطفاً در این باره مثال بزنید؛ استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها با استفاده از یک دستگاه الکترونیکی ضبط گردید. بلافاصله بعد از هر مصاحبه ابتدا موارد ضبط شده گوش داده شد تا حس کلی حاصل شود، سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده و تایپ شد و چندین بار توسط محقق بازخوانی و از صحت پیاده‌سازی داده‌ها اطمینان حاصل گردید (۱۸). در پایان هر مصاحبه یک کد واحد به فرم و فایل صوتی اختصاص یافت تا پیگیری به سهولت انجام شود. فرم حاوی خلاصه موضوعات مهم مطرح شده در طی مصاحبه، به رویت مصاحبه‌شونده‌ها رسید تا در صورت تأیید و احیاناً اصلاح برخی موارد در فرایند تحلیل استفاده شود. روند انجام مصاحبه‌ها تا مرحله رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا کرد. یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان بازبینی گردید و پژوهشگر نیز یافته‌ها را جهت اطمینان از انتخاب صحیح درون مایه‌ها و همخوانی با اظهارات مشارکت‌کنندگان بررسی نمود. در پژوهش حاضر جهت تعیین قابلیت اعتماد و تأییدپذیری که معادل پایایی در مطالعات کمی است، متن مصاحبه و درون مایه‌های انتخاب شده توسط یک ناظر بیرونی بازبینی گردید.

از روش تحلیل محتوا عرفی (قراردادی) با رویکرد تحلیل ترکیبی (قیاسی و استقرایی) برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد. تحلیل محتوا روشی است که از طریق بررسی تجربیات و دیدگاه‌های افراد و نیز تحلیل عوامل مشترک بین این دیدگاه‌ها امکان تبیین مفهوم موردنظر را فراهم می‌نماید (۱۹). بر اساس این روش، تحلیل و تفسیر در ۵ مرحله شامل آشنایی محقق با داده‌ها، تولید کد اولیه برای مفاهیم، شناسایی مضامین، بررسی مضامین و شماره‌گذاری مضامین انجام شد (۱۶). تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش دستی صورت گرفت. بلافاصله بعد از هر مصاحبه، پیاده‌سازی انجام و کلمه به کلمه به دست‌نویس تبدیل شد.

رویکرد این مطالعه کیفی و بر اساس نتایج، مطالعه کاربردی است. یک مطالعه‌ی پدیدارشناختی که با هدف اکتشافی در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه پژوهش مطالعه شامل ۱۷ نفر از مدیران عملیاتی و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت و خانه‌های بهداشت شهرستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اهواز بود. این افراد علاوه بر داشتن دانش در زمینه‌ی ارائه خدمات و مراقبت روستاییان و عشایر، در سطوح مختلف نظام سلامت از تجربه کافی (اعم از کارشناسی و مدیریتی) نیز برخوردار بودند. معیار خروج بر اساس عدم همکاری مناسب افراد، نداشتن علاقه به مشارکت در پژوهش و نداشتن آشنایی با برنامه‌ی ارائه خدمات به عشایر بود. در پژوهش حاضر به دلیل استفاده از رویکرد کیفی از روش نمونه‌گیری هدفمند (گلوله برفی) استفاده گردید. بدین معنی که از دیدگاه افرادی استفاده شد که بیشترین و غنی‌ترین اطلاعات را در اختیار تیم پژوهشی قرار دهند (۱۶). به منظور کسب اطلاعات بیشتر در خصوص موضوع مورد مطالعه، حداکثر تنوع در انتخاب نمونه‌ها حفظ شد. در این پژوهش گردآوری داده‌ها تا جایی ادامه یافت که اطلاعات به حد اشباع رسید و داده‌های مورد نیاز تکراری نبود.

رویکرد جمع‌آوری داده‌ها استقرایی بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های انفرادی جمع‌آوری و نظرات شفاهی شرکت‌کنندگان ثبت شد. با توجه به این‌که روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود، با استفاده از متون مرتبط و مبتنی بر اهداف مطالعه یک راهنمای مصاحبه تدوین گردید. به منظور سنجش روایی، راهنمای مصاحبه برای ۵ نفر از صاحب‌نظران ارسال و نظرات ایشان لحاظ شد. ضمناً روایی این راهنما با برگزاری یک مصاحبه پایلوت بررسی و تأیید گردید. پس از انتخاب مشارکت‌کنندگان و قبل از هر مصاحبه از طریق تماس تلفنی با فرد مورد نظر ضمن معرفی خود توضیحات لازم در خصوص اهداف مصاحبه و ارزشمند بودن تجارب مصاحبه‌شونده در تحقق این اهداف داده شد و سپس هماهنگی‌های لازم برای انجام مصاحبه به صورت حضوری صورت گرفت. برای حصول اطمینان و انجام هماهنگی‌های نهایی یک روز پیش از موعد مصاحبه مجدداً هماهنگی تلفنی با فرد انجام گرفت. در شروع جلسه‌ی مصاحبه، توضیح مختصری در مورد مطالعه و اهداف آن برای مشارکت‌کنندگان داده شد و رضایت آن‌ها برای ضبط صدا جلب گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که از مطالب ضبط شده بدون ذکر نام و مشخصات آن‌ها استفاده خواهد شد. طول مدت هر جلسه‌ی مصاحبه ۳۰ تا

متن پیاده شده چندین بار مرور و با یادداشت‌های محقق تطبیق داده شد. مفاهیم و واحدهای معنایی قابل درک استخراج گردید و خلاصه و کدهای مشابه به منظور ساخت زیر طبقات به لحاظ مفهوم گروه‌بندی شدند. برای هر طبقه نامی که معرف کدهای قرار گرفته در آن باشد انتخاب شد. با مقایسه‌ی روابط، مفاهیم، تضادها و نظریات مشاهده شده، درون مایه‌های مورد نظر از یافته‌ها استخراج گردید.

اعتبار و کیفیت داده‌ها با روش Guba و Lincoln شامل اعتباربخشی، انتقال‌پذیری، تأییدپذیری و اعتمادبخشی ارزیابی شد (۲۰ و ۲۱). اعتبار عبارت است از فعالیت‌هایی که منجر به افزایش احتمال تولید یافته‌های حقیقی و معتبر می‌شوند. در این پژوهش برای اطمینان از مقبولیت داده‌ها از نظرسنجی مشارکت‌کنندگان در جریان مطالعه استفاده گردید. محقق با صرف زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و نگارش یادداشت دامنه و یادآور در طول پژوهش (Memo writing) و همچنین رفت و برگشت‌های مکرر (Continuous comparison) در داده‌ها و بازبینی و بررسی فرایند تحلیل و مقوله‌های به دست آمده درگیری طولانی مدت (Prolonged involvement) خود را حفظ کرد که این امر میزان اعتباربخشی داده‌های پژوهش را به حد قابل قبولی افزایش داده است. برای افزایش قابلیت

انتقال داده‌ها تلاش پژوهشگر بر این بود تا با توصیف دقیق و هدفمند فرایند تحقیق و اقدامات انجام شده در مسیر مطالعه امکان پیگیری و خصوصیات جامعه‌ی مورد مطالعه و سیر تحقیق برای دیگران فراهم گردد (Audit trailing) و همچنین افرادی که از این تحقیق بهره می‌برند با داشتن اطلاعات کافی از درون مایه‌ها طبقات و سازه‌های حاصل بتوانند در مورد تحقیق قضاوت نمایند و به‌علاوه سعی شد تا توصیفی غنی از اطلاعات برای خوانندگان فراهم شود. در این مطالعه جهت نیل به معیار تأییدپذیری با جمع‌آوری سیستماتیک داده‌ها و با رعایت بی‌طرفی، تمام مراحل مختلف به اطلاع استادان راهنما و مشاور (External checking) رسید. برای مقایسه بین آنچه که محقق برداشت کرده بود با آنچه که منظور مشارکت‌کنندگان بوده است با استادان مربوط مشاوره‌های لازم به انجام شد. همچنین تمامی مراحل انجام تحقیق به ویژه مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها در تمام مسیر با شرح و بسط ثبت شده است. قابلیت اعتماد معادل پایایی در مطالعات کمی است که به معنای پایداری داده‌ها در طول زمان و شرایط مشابه است که از طریق تکرار گام‌به‌گام و حسابرسی صورت می‌گیرد. در پژوهش حاضر جهت تعیین قابلیت اعتماد و تأییدپذیری، متن مصاحبه و درون مایه‌های انتخاب شده توسط ناظر خارجی بازبینی گردید (۱۶ و ۱۹).



شکل ۱: مسیر انجام مطالعه

مشارکت‌کنندگان زن و مابقی آن‌ها مرد بودند. تقریباً نیمی از آن‌ها ۴۱ تا ۵۰ سال داشتند.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید، ۸۲/۴ درصد

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	آماره توصیفی	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۴	۸۲/۴
	مرد	۳	۱۷/۶
سن (سال)	۲۰-۳۰	۳	۱۷/۶
	۳۱-۴۰	۵	۲۹/۴
	۴۱-۵۰	۸	۴۷/۱
	بالتر از ۵۰	۱	۵/۹
وضعیت تحصیلی	فوق‌دیپلم	۱	۵/۹
	لیسانس	۸	۴۷/۱
	فوق‌لیسانس	۶	۳۵/۲
	دکتری	۲	۱۱/۸
عنوان شغلی	کارشناس	۱۲	۷۰/۶
	مدیر	۵	۲۹/۴
محل کار	ستاد	۱۳	۷۶/۵
	مراکز بهداشتی	۴	۲۳/۵
سابقه کار(سال)	زیر ۱۰	۳	۱۷/۶
	بالای ۱۰	۱۴	۸۲/۴

و معاونت بهداشت دانشگاه کار می‌کردند. بیشتر افراد بالای ۱۰ سال سابقه کار داشتند.

از مصاحبه‌های انجام شده ۱۲۰ کد استخراج شد. کدهای اولیه بعد از تحلیل محتوا در نه مقوله و سه تم طبقه‌بندی گردید(شکل ۲).

اکثر مصاحبه‌شوندگان دارای مدرک لیسانس بودند(۴۷/۱ درصد). نزدیک ۳۰ درصد از آن‌ها مدیر و بقیه افراد را کارشناسان و سایر کارکنان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت، مراکز آموزش بهورزی و خانه‌های بهداشت تشکیل داد. بیشتر این افراد در ستاد شبکه‌های بهداشت و درمان



شکل ۲: چالش‌ها و موانع ارائه خدمات به عشایر استان فوژستان

فرهنگی، اقلیمی - جغرافیایی، اجتماع قومی - قبیله‌ای و شیوه‌ی زیست مبتنی بر کوچ طبقه‌بندی شدند. نظام ارائه خدمات سلامت شامل دو مقوله‌ی ساختاری و فرایندی بود. وظایف و مسئولیت‌های سایر بخش‌های توسعه نیز در دو مقوله‌ی

همان‌گونه که شکل ۲ نشان می‌دهد، تم‌ها شامل ماهیت و مختصات جامعه عشایری، نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و وظایف و مسئولیت‌های سایر بخش‌ها بود. ماهیت و مختصات جامعه عشایری در پنج مقوله‌ی جمعیتی،

زیرساخت‌ها و همکاری‌های بین‌بخشی دسته‌بندی گردید.

• ماهیت و مختصات جامعه عشایری

یافته‌های مطالعه نشان داد که مسایل جمعیتی، فرهنگی، اقلیمی - جغرافیایی،

اجتماع قومی - قبیله‌ای و شیوه‌ی زیست مبتنی بر کوچ از جمله عوامل مرتبط با ماهیت و ویژگی‌های عشایر هستند که مشکلات و چالش‌هایی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به این گروه هدف به دنبال داشته است (جدول ۲).

جدول ۲: عوامل مرتبط با ماهیت و مختصات جامعه عشایری

طبقات اصلی	طبقات فرعی
جمعیتی	ثابت نبودن جمعیت سیال بودن جمعیت ترکیب جمعیت
فرهنگی	تنوع قومی تنوع زبانی
اقلیمی - جغرافیایی	تنوع اقلیمی زیاد بودن پراکندگی
اجتماع قومی - قبیله‌ای	مسایل عقیدتی مسایل ارزشی کوچ‌نشینی
شیوه‌ی زیست	اشکال متفاوت کوچ کوچ از ایل راه‌های مختلف

بر اساس جدول ۲، یکی از چالش‌هایی که ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی با آن مواجه می‌باشند، تغییرات زیاد جمعیتی به لحاظ فراوانی و ترکیب در مناطق عشایری است. در واقع جمعیت عشایر به دلیل شرایط حکمفرما بر زندگی آن‌ها بسیار سیال و متغیر است که همین موضوع بر برنامه‌ریزی و ارائه خدمات به شدت تأثیر می‌گذارد. مشارکت‌کننده شماره ۳ اذعان کرد که «هر بار که برای انجام مراقبت‌ها به عشایر مراجعه می‌کنیم، نمی‌توانیم از قبل برای گروه‌های هدف برنامه‌ریزی کنیم و کارها را انجام بدهیم. افرادی که نیاز به خدمات دارند در منطقه نیستند و پیگیری آن‌ها خیلی سخت است».

عشایر از نظر خصوصیات فرهنگی متفاوت می‌باشند و این تنوع فرهنگی باعث گردیده است که به لحاظ آداب و رسوم و همچنین زبان و گویش منحصر به فرد باشند. مشارکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر اعتقاد داشتند که این تنوع و تفاوت‌های فرهنگی و زبانی از جمله مسایلی است که ارائه خدمات سلامت را دشوار می‌نماید. «با توجه به این‌که عشایر در منطقه از تیره‌ها و طوایف بختیاری، ترک‌های قشقایی، عشیره‌های عرب زبان و الوار لرستانی هستند دارای آداب و گویش‌های خاص می‌باشند که ارائه آموزش و مشاوره‌های بهداشتی را با مشکل مواجه می‌کند و نیاز به نیروهای بسیار توانمند می‌باشد.» (مشارکت‌کننده شماره ۹).

از دیگر نتایج این بخش این است که ارتقای کمی و کیفی خدمات بهداشتی به دلیل پراکندگی زیاد محل اسکان، صعب‌العبور بودن سکونت‌گاه‌ها و همچنین شرایط سخت و دشوار اقلیمی به‌ویژه در مسیر کوچ و مناطق بیلاقی را با موانعی روبرو کرده است. یکی از مشارکت‌کنندگان (شماره ۱۱) در این خصوص بیان کرد که «چادر و منازل عشایر در یک جا نیستند آن‌ها به صورت پراکنده در جاهای مختلف و با فاصله زیاد مستقر هستند و ما با مشقت و در زمان طولانی خدمات محدودی ارائه می‌دهیم». مشارکت‌کننده‌ی ۷ نیز اشاره داشت که «بعضی از عشایر در مناطقی زندگی می‌کنند که دسترسی به آن‌ها با توجه به شرایط جغرافیایی که در آن مناطق هست خیلی مشکل است و گاهی شرایط جوی بر کار ما تأثیر منفی می‌گذارد».

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاکی از آن بود که عشایر به دلیل بافت قومی و قبیله‌ای، دارای عقاید خاصی هستند و ارزش‌های حاکم بر جامعه آن‌ها از قبیل مردسالاری، تعصبات خاص، سنت‌گرایی و ساختار ایلیاتی تأثیر بسیار زیادی بر دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارد. «آن‌ها چون ایلیاتی هستند آدم‌های متعصبی‌اند که اخلاق خاصی دارند و به راحتی آموزش‌ها و مشاوره‌های ما را نمی‌پذیرند. خیلی به سنت‌های خودشان پایبندند.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴). همچنین مصاحبه‌شوندگان این مطالعه اشاره داشتند که: «کوچندگی و کوچ

بر کوچ و همچنین محرومیت‌های مذکور از مهمترین دلایلی است که نیروهای بهداشتی و درمانی بالانحص پزیشک، ماما، کارشناسان بهداشتی و بهورز از حضور در مناطق عشایری استقبال نمی‌کنند».

• نظام ارایه خدمات سلامت

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که برخی از چالش‌های دریافت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در جامعه عشایری، با نظام ارایه خدمات سلامت مرتبط است. موانعی که در این زمینه وجود دارند عبارتند از: مشکلات ساختاری نظیر زیرساخت‌ها، تجهیزات و ملزومات و نیروی انسانی و مشکلات فرایندی شامل محتوا و نحوه اجرای برنامه‌های سلامت (جدول ۳).

از ایل راه‌های مختلف با اشکال متفاوت هم از دیگر مواردی است که ارایه و دریافت خدمات را مختل نموده است؛ در واقع شیوه‌ی زندگی مبتنی بر کوچ باعث گردیده است که عشایر جامعه‌ای باشند با درآمد پایین، بی‌سواد یا سطح تحصیلات پایین و محروم از امکانات رفاهی، بهداشتی و آموزشی». مشارکت‌کننده شماره ۲ در این زمینه گفت: «چون عشایر مرتب در حال کوچ و جابه‌جایی هستند و ثابت و یک‌جانشین نیستند، باعث شده است که آن‌ها از امکانات اولیه از قبیل خانه بهداشت، مدرسه و امور رفاهی کمتر برخوردار باشند و عملاً این خدمات به صورت سیار ارایه می‌شود و جابه‌جایی آن‌ها بر خدمات اثر می‌گذارد». یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان (شماره ۱۰) اعتقاد داشت که: «این شیوه زندگی مبتنی

جدول ۳: عوامل مرتبط با نظام ارایه خدمات سلامت

طبقات اصلی	طبقات فرعی
ساختاری	زیرساخت‌ها
	تجهیزات
	مواد و ملزومات
	نیروی انسانی
فرایندی	طراحی برنامه‌ها
	فرایند اجرای برنامه‌ها و مراقبت‌ها
	محتوای برنامه‌ها

طبق جدول ۳، مشکلات زیرساختی نظام سلامت در ارایه خدمات به افرادی که زندگی عشایری دارند شامل: تأمین فضای فیزیکی، خودرو مناسب، تجهیزات و وسایل موردنیاز می‌باشد. حفظ و نگهداری و همچنین امنیت وسایل و تجهیزات هم موضوع بسیار مهمی است که به کرات توسط شرکت‌کنندگان در این مطالعه بیان شده است. جابه‌جایی کانکس و سایر تجهیزات در زمان کوچ از دیگر مواردی است که می‌توان به آن اشاره داشت. «هنرینه‌ی نگهداری و نقل و انتقال کانکس و تجهیزات یکی از مشکلاتی است که بهورزان با آن مواجه می‌باشند و مسئولان در این خصوص توجه چندانی نمی‌کنند.» (مشارکت‌کننده‌ی شماره ۸). فقدان بستر اینترنت یا اینترنت در مناطق صعب‌العبور و دورافتاده از جمله مسایلی است که برخی از مشارکت‌کنندگان ذکر کردند. از دیگر مشکلات حادی که در ارایه خدمات به عشایر مشکل‌آفرین است تأمین زنجیره سرد جهت اجرای برنامه واکسیناسیون است. مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱۴ در این خصوص بیان کرد که «... اگر برق نبود، واکسن‌ها و داروها رو چطور می‌نگهداری کنیم؟ ...

آمارها چطوری جمع‌آوری می‌شوند؟ خدمات رو چگونه در سامانه ثبت کنم...؟» چالش‌های مربوط به نیروی انسانی از دیگر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود. فقدان داوطلب کافی و مناسب برای خدمت در سکونت‌گاه‌های عشایری و پایین بودن انگیزه‌ی نیروهای شاغل در این مناطق از مهمترین مشکلات ذکر شده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ گفت: «... از ایرادات و مشکلات دیگر این طرح این‌که بهورز باید در فصول کوچ، مناطق بیلاقی و قشلاقی رو همزمان پوشش بده و در فصولی که به مناطق عشایری کوچ می‌کنن بهورز اونارو همراهی کنه ... نظر من از لحاظ عقلانی هم همچون چیزی شدنی نیست که یک بهورز بخواد همراه با این جمعیت در مسیر راه، در مسیری که حالا بیلاق و قشلاق می‌کنن اونارو همراهی بکنه ...». یکی دیگر از شرکت‌کنندگان (شماره ۱۶) در این زمینه اشاره داشت که «... بهورز زنی که ملزومه همیشه همراه با عشایر در قشلاق و بیلاق و در مسیر کوچ ارایه خدمت بده و ترک پست و عدم همراهی برای اون جرم تلقی می‌شه چه کار باید بکنه؟ چگونه می‌تونه هم زندگی بکنه و هم به وظایف

و تعهدات خودش عمل بکنه؟ اصلاً با چه کسی می‌تونه ازدواج بکنه؟؟؟... او در ادامه می‌گوید: «... با این اوضاع بهورز زن چه کاندیدی برای ازدواج خواهد داشت؟ قاعدتاً یا باید با یکی از چوپانان ایل و تبار خودش تن به ازدواج بده، یا باید به ازدواج یک جوان تحصیل کرده و شاغل در کیلومترها آن‌سوتر در عسلویه و غیره در بیاد که عملاً زندگی نخواهد داشت یا کلاً قید ازدواج رو بزنه و مادام که بهورز عشایری هست مجرد بمونه ...!»

پژوهش انجام شده حاکی از این بود که پاره‌ای از موانع موجود در ارائه مراقبت‌های بهداشتی ریشه در ساختار نظام ارائه خدمات دارد. فقدان یک شیوه‌نامه‌ی اجرایی شفاف و جامع، کم‌رنگ بودن نقش معاونت توسعه دانشگاه/ دانشکده در زمینه تأمین منابع، ضعف مشارکت معاونت آموزشی در تدوین شیوه‌نامه و نبود ساختار مناسب برای به‌کارگیری فوریت‌های پزشکی از جمله مسایلی است که در مصاحبه‌ها به چشم می‌خورد. به عقیده‌ی شرکت‌کننده‌ی شماره ۶: «ساختار دانشگاه‌ها به‌گونه‌ای است که نسبت به آینده همسر و فرزندان بهورزان متأهل توجه چندانی ندارد و همین امر موجب نارضایتی‌هایی در پرسنل گردیده است». دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های مربوط به مراکز و کارکنان ارائه‌دهنده‌ی خدمات در شهر و روستا به لحاظ قانونی و حقوقی متناسب با نقاط عشایری نیست. «نمی‌توان مسایل و مشکلات مربوط به بهورزان عشایری را با دستورالعمل‌های فعلی که برای بهورزان و مراقبان سلامت وجود دارد، حل کرد. فوق‌العاده ماموریت و سختی شرایط محیط کار به افرادی که در منطقه‌های

عشایری کار می‌کنند تعلق نمی‌گیرد.» (مشارکت‌کننده‌ی شماره ۲).

بعضی از موانع مطرح شده در مصاحبه‌ها مرتبط با محتوای برنامه‌ها و فرایندهای ارائه مراقبت‌ها به عشایر بود. یکی از مهم‌ترین مواردی که بدان اشاره شد موضوع فرایند جذب، تربیت و به‌کارگیری بهورزان می‌باشد. عدم تناسب کوریکولوم‌های آموزشی با نیازهای جمعیت عشایری و ابلاغ نشدن بسته‌های خدمتی بهداشت محیط و حرفه‌ای برای اجرا از دیگر چالش‌های مطرح شده بود. یکی از مشارکت‌گندگان (شماره ۳) اشاره کرد که «به علت پیدا نکردن فرد مناسب در مناطق عشایری بعضاً از بستگان آن‌ها که در شهر سکونت دارند، متقاضی بهورزی می‌شوند که به‌کارگیری این افراد اختلال‌هایی در ارائه و تداوم خدمات و مراقبت‌ها در پی خواهد داشت». یکی دیگر از موضوعات عنوان شده بحث نظارت و پایش عملکرد بهورزان شاغل در این مناطق است. «با توجه به شرایط خاص عشایر و چالش‌هایی که وجود دارد، بررسی وضعیت کمی و کیفی خدمات و مراقبت‌ها کمی مشکل است و نیاز است که سازوکارهای کنترلی و نظارتی مناسبی تدوین گردد.» (مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱۷).

• وظایف و مسئولیت‌های سایر بخش‌های توسعه

برخی یافته‌های این پژوهش حکایت از چالش‌ها و موانعی دارد که در حیطه‌ی وظایف و مسئولیت‌های سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی خارج از بخش بهداشت و درمان است. به‌طور کلی می‌توان این مسایل را در دو زمینه زیرساخت‌ها و همکاری‌های بین بخشی دسته‌بندی کرد (جدول ۴).

جدول ۴: عوامل مرتبط با وظایف و مسئولیت‌های سایر بخش‌های توسعه

طبقات اصلی	طبقات فرعی
زیرساخت‌ها	جاده دسترسی مناسب
	دسترسی به آب
	برخورداری از امکانات بهداشتی نظیر سرویس بهداشتی
همکاری‌های بین بخشی	دسترسی به وسیله نقلیه
	امور عشایر
	فرمانداری و بخشداری
	مسکن و شهرسازی
	امور بیمه‌ای
	بزرگان طوایف و قبایل
	مراتع و جنگل‌بانی
آب و برق	

و مبتنی بر کوچ از جمله خصیصه‌های ذاتی عشایر هستند که بر ارایه مراقبت‌ها و خدمات تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، مشکلات دیگری نیز وجود دارد که می‌توان به همکاری و هماهنگی بین بخش‌های مختلف، تأمین زیرساخت‌ها و منابع مورد نیاز اشاره کرد.

ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به عشایر به علت خصوصیات زندگی آن‌ها چالش‌برانگیز و پیچیده شده است (۱۱). طیف وسیعی از مشکلات جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی و زبانی مانع دسترسی کوچ‌نشینان به خدمات ضروری گردیده است (۱۰). یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده در ارایه خدمات عمومی از جمله خدمات سلامت به مردم میزان جمعیت و تراکم آن است و این مساله بر ارایه و دریافت مراقبت‌های بهداشتی در جمعیت‌های عشایری به لحاظ کمی و کیفی اثر گذاشته است. از جمله مشکلاتی که در این زمینه می‌توان اشاره کرد، نارسایی‌های ثبت جمعیت عشایری، اختلاف نظر در تعاریف جمعیت‌های عشایری و کوچنده و همچنین اسکان عشایر در استان‌های مختلف در طول سال می‌باشد (۷). اکبری و میزبان (۲۰۰۴) اعتقاد دارند که میزان رشد طبیعی واقعی جمعیت عشایر با میزان رشد جمعیت مندرج در سرشماری همخوانی ندارد که یک دلیل آن را می‌توان در جریان مداوم اسکان جستجو کرد (۷). در مطالعه‌ی Ferrinho و همکاران در چاد (۲۰۱۳) تراکم پایین جمعیت و ویژگی‌های ذاتی عشایر از جمله عوامل زمینه‌ای بود که سرعت پیشرفت برنامه واکسیناسیون را به شدت کاهش داد (۲۲). این نتایج با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. نداشتن اطلاعات جمعیتی دقیق به لحاظ تعداد و ترکیب و همچنین روند نزولی جمعیت باعث گردیده است که وضعیت دسترسی و دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در مناطق عشایری مناسب نباشد. به نظر می‌رسد که ضرورت دارد دستگاه‌های اجرایی ذیربط نسبت به سرشماری و ثبت اطلاعات دقیق جمعیت‌های عشایری اهتمام بیشتری داشته باشند تا خدمات مورد نیاز این افراد تأمین گردد.

از موضوعات مهم در ارایه مراقبت‌های بهداشتی توجه به مسایل فرهنگی و ارزش‌های حاکم بر هر جامعه‌ای است که جمعیت‌های عشایری نیز از این قاعده مستثنی نیستند. در جوامع مختلف، آداب و رسوم و سنن متنوعی وجود دارد که ممکن است با اصول بهداشتی منطبق و یا مغایرت داشته باشند؛ بنابراین لحاظ کردن تنوع‌های قومی و عقیدتی در خدمات عمومی همچون بهداشت در عشایر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ماهیت و مختصات فرهنگی و عقیدتی نظام ایلی به گونه‌ای است که هنوز آداب و رسوم و سنن قدیمی و خاص در زندگی

جدول ۴ نشان می‌دهد که از جمله موانع زیرساختی که در ارایه و دریافت مراقبت‌های بهداشتی در مناطق عشایری حایز اهمیت است، می‌توان به نبود جاده‌ی مناسب، آب سالم و کافی، وضعیت به‌سازی و بهداشتی ضعیف و همچنین عدم برخورداری از امکانات اولیه زندگی اشاره کرد. مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱۳ گفت: «به علت جاده‌های نامناسب و همچنین عدم دسترسی ساکنان به وسایل نقلیه مناسب برای رفت و آمد، دسترسی به ساکنان این منطقه‌ها سخت و دشوار است ... ضمن این‌که عشایر از امکانات اولیه مثل آب و برق محروم هستند و همین موضوع باعث مشکلاتی برای رعایت اصول بهداشتی شده است». مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱۶ نیز در این خصوص اعتقاد داشت که: «... واقعیت امر این است که دیگر سازمان‌های متولی، سرمایه‌گذاری جهت ارایه خدمات به جمعیت‌های پراکنده را واجد توجیه اقتصادی نمی‌دانند و جمعیت‌های عشایری که به‌ویژه در مناطق بیابانی پراکنده هستند، از نعمت آب و برق و جاده و ارتباطات بهره‌مند نخواهند شد ... و طبیعی است که خدمات بهداشتی به شدت متأثر از این واقعیت تلخ است...».

علاوه بر این اکثر شرکت‌کنندگان در خصوص ضعف و نقصان در همکاری سایر بخش‌ها با بهداشت و درمان و همچنین عدم همسویی و هماهنگی در این زمینه متفق‌القول بودند. در مصاحبه‌های انجام‌شده، عدم مشارکت بیمه‌های پایه و همگانی، عدم همسویی بخش‌های مسکن و راه‌سازی، انرژی، آب و فاضلاب، مراتع و جنگلبانی با بهداشت و همچنین نبود یک سازمان مسئول و پاسخ‌گو در حوزه‌ی عشایر، چالش واگذاری زمین و اختلافات آماری در جمعیت واقعی عشایر به چشم می‌خورد.

بحث

با توجه به این‌که به علت شرایط خاص زندگی عشایر و کوچ‌نشینی، ارایه و دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به آن‌ها با مسایل و مشکلات متعددی همراه است، بررسی چالش‌ها و موانع مرتبط با ارایه خدمات سلامت به جامعه عشایری استان خوزستان هدف این مطالعه بود. نتایج مطالعه نشان داد که عشایر ساکن در این استان برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی با سه دسته موانع مرتبط با ویژگی‌های ذاتی و خاص جامعه عشایری، نظام تأمین و ارایه خدمات سلامت و عملکرد سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی مواجه می‌باشند. ثابت نبودن جمعیت، تنوع فرهنگی و زبانی، پراکندگی جمعیت عشایری و شیوه زندگی قومی



آن‌ها غالب است و در چنین جامعه‌ای، تعهد اجتماعی بر تعلقات خویشاوندی و قومی استوار می‌باشد (۵). ارائه مراقبت‌های بهداشتی مشابه روستائینان و شهرنشینان به عشایر مناسب نیست و باید برنامه‌های اختصاصی عشایر طراحی و ارائه شود. متأسفانه در حال حاضر سیستم مراقبتی متناسب با ویژگی‌های جامعه عشایری نیست (۱۲). با توجه به این‌که از یک سو تنوع فرهنگی در زندگی عشایری زیاد است و از سوی دیگر زندگی کوچ‌نشینی مبتنی بر ارزش‌ها و اصول متفاوتی نسبت به سایر جوامع می‌باشد. از این رو نظام سلامت کشور به منظور موفقیت در دستیابی به اهداف برنامه‌های بهداشتی باید نیازسنجی، طراحی و ارائه مراقبت‌ها و خدمات به عشایر را متناسب با مختصات فرهنگی و اعتقادی آن‌ها انجام دهد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه نقش شرایط اقلیمی و جغرافیایی در دسترسی و بهره‌مندی عشایر از خدمات بخش سلامت است. همان‌گونه که در این مطالعه اشاره شد، زندگی در شرایط سخت آب و هوایی و مناطق صعب‌العبور باعث گردیده است که این جامعه در برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی با چالش‌های گوناگونی دست و پنجه نرم کنند. محمدی و همکاران (۲۰۱۷) یافتند که یکی از مشکلات زنان عشایر در تأمین نیازهای اطلاعاتی بهداشتی موضوع صعب‌العبور بودن راه‌های ارتباطی است (۱۳). مطالعه‌ی صادقی‌بازرگانی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که یکی از دلایل پایین بودن پوشش مراقبت‌های دوران بارداری در عشایر پراکندگی محله‌ای اسکان عشایر بود (۱۲). در بیش از نیمی از مطالعات انجام شده در آفریقا، دسترسی جغرافیایی (فاصله و مسیر دسترسی بین اسکان و تسهیلات بهداشتی) به عنوان مانعی در دریافت خدمات بهداشتی و درمانی در عشایر ذکر شده است (۱۱). در مطالعه‌ای در شمال سنگال (۲۰۱۷) ۳۶ درصد افراد مبتلا به مالاریا علت دنبال نکردن مراقبت و عدم مراجعه برای دریافت خدمات را دوری راه و ۲۵ درصد نیز نداشتن تمکن مالی ذکر کردند (۲۳) که منطبق با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

دریافت و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در عشایر متأثر از سبک زندگی و کوچندگی آن‌هاست. مطالعه‌ای در اصفهان (فریدون شهر) نشان داد که شیوه‌ی زندگی، محل زندگی و میزان دسترسی به خدمات، نقش تأثیرگذاری در سلامت دهان و دندان و شاخص‌های پوسیدگی عشایر دارد (۱). به علت سبک زندگی خاص عشایر، صادقی‌بازرگانی و همکاران وضعیت مراقبت دوران بارداری زنان عشایر مناطق قشلاقی اردبیل را نامطلوب گزارش کردند (۱۲). البته

نتایج مطالعه‌ی صلاحی‌اصفهانی و خجسته‌نسب (۲۰۱۴) حاکی از آن است که به علت افزایش ارتباطات عشایر با جوامع شهری در شیوه و الگوهای زندگی نسل جدید تغییراتی به وجود آمده است و تفاوت نسلی در سطح بهداشت نیز موجب افزایش توجه به بهداشت فردی و گروهی در عشایر شده است (۲۴). این نتایج متفاوت نشان می‌دهد که به دنبال افزایش سطح آگاهی عشایر، نگرش آن‌ها نیز تغییر کرده است ولی به دلیل شیوه‌ی زندگی کوچ‌نشینی، دسترسی جغرافیایی و مالی به خدمات و مراقبت‌ها برای آن‌ها چندان مقدور نیست و ضرورت دارد که شبکه‌های بهداشت و درمان برنامه‌ریزی و نظارت اختصاصی برای ارائه خدمات در جوامع عشایری داشته باشند.

همان‌گونه که مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر اشاره داشتند، برخی از چالش‌های مردم چادرنشین در دریافت خدمات مرتبط با سیستم تأمین و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. Gammino و همکاران (۲۰۲۰) ذکر کردند که در ۵۷ درصد مطالعات قبلی کیفیت پایین خدمات بهداشتی و درمانی یک مانع برای دریافت خدمات توسط دامداران عشایر عنوان شده است (۱۱). عوامل ساختاری که بر کیفیت خدمات تأثیر نهاده است، عبارتند از: تکمیل نبودن زیرساخت‌ها، تجهیزات، ملزومات و محصولات (از قبیل واکسن و دارو)، ناکافی بودن یا کیفیت پایین داده‌ها (برای برنامه‌ریزی پشتیبانی و لجستیکی) و همچنین کافی نبودن تعداد پرسنل تربیت شده برای مراقبت‌های بهداشتی (۱۱). Zepro و همکاران (۲۰۲۳) اذعان داشتند که سبک زندگی و فراهم نبودن خدمات باعث کاهش استفاده از خدمات سلامت باروری و جنسی در جوانان ساکن در مناطق دورافتاده و دور دست واقع در شمال شرقی اتیوپی شده است (۲۵).

منابع انسانی مورد نیاز برای ارائه خدمات در مناطق عشایری از جمله موانع مورد اشاره بود. یک مطالعه‌ی نظام‌مند در آفریقا (۲۰۲۰) نشان داد که نیروی انسانی ماهر، اعتماد به خدمات و همچنین پایداری مواد و ملزومات بهداشتی نقش مؤثری در دریافت مراقبت‌های بهداشتی توسط عشایر دارد (۱۱). به دلیل کمبود نیروی حرفه‌ای در مناطق عشایری دورافتاده در مطالعات مختلف بر گسترش بسته خدمت (ارتقای، پیشگیرانه، درمانی ساده/ پایه و ارجاع بیماران) که توسط پرسنل خط مقدم (نیروهای تربیت شده بومی) ارائه می‌شود، تأکید گردیده است (۲۶). در اوگاندا (۲۰۱۴) انتقال وظیفه (Task shifting) در زمینه بیماری‌های ایدز به صورت گسترده‌ای انجام شده و موفقیت‌آمیز بوده است. برای این که پرسنل غیرمتخصص اقدامات درمانی پایه را بتوانند انجام دهند نیاز به

اهرم‌های قانونی و حقوقی، آموزش مداوم و نظارت و اعتباربخشی دارند؛ بنابراین نیاز به تغییر ساختار فعلی از طریق تصویب قوانین و حمایت از آن‌ها دارد (۲۶). در برخی مناطق دورافتاده‌ی کشور ممکن است در صورت عدم دسترسی به نیروهای متخصص اقداماتی مشابه انجام شود؛ که به‌عنوان یک راهکار عملیاتی نیاز به مکانیزم‌های کنترلی و قانونی دارد.

از دیگر مشکلات مرتبط با نظام مراقبت بهداشتی که مصاحبه‌کنندگان تأکید داشتند در خصوص محتوای برنامه‌ها و فرایندهای ارایه مراقبت‌ها بود. همان‌گونه که در بالا اشاره گردید به دلایلی همچون پایین بودن جمعیت عشایری نسبت به جمعیت عادی کشور متأسفانه در برنامه‌های پایش و ارزشیابی ارایه خدمات بهداشتی که توسط مدیران و مسئولان انجام می‌شود سهم عشایر اندک است (۱۲). گواه این ادعا نیز موفقیت برنامه واکسیناسیون در عشایر به دلیل حساسیت مدیران و مسئولان در این زمینه و تقویت نظام پایش و ارزشیابی در مناطق سیاری و عشایری بود. ضرورت دارد که طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی برای عشایر نسبت به افراد ساکن در یک محل ثابت، متفاوت باشد (۱۱). برخی مطالعات نشان داده‌اند که وضعیت بیماری مالاریا در عشایر در مقایسه با جمعیت‌های ثابت متفاوت است (۲۷ و ۲۳). چون مردان عشایری برای تأمین مایحتاج زندگی و انجام دادوستد و همچنین برخورداری از قدرت جسمانی بیشتر، تردد و رفت‌وآمد بیشتری به شهر و روستاهای اطراف دارند و در واقع به دلیل وابستگی و اتکای زنان به مردان می‌طلبند که برنامه‌ریزان، برنامه‌های بهداشتی را مبتنی بر مردان ایل طراحی نمایند (۱۰). در اثربخشی رویکرد مداخلات مبتنی بر مشارکت جامعه به منظور افزایش دسترسی جمعیت‌های غیرساکن به امکانات بهداشتی و درمانی تردیدی وجود ندارد (۲۸). نظام برنامه‌ریزی کشور با ویژگی‌های جوامع عشایری ناسازگاری دارد و نیازهای آن‌ها معمولاً نادیده گرفته می‌شود (۷). به منظور افزایش اثربخشی برنامه‌های بهداشتی ضرورت دارد نسبت به بازنگری خدمات و برنامه‌های فعلی با در نظر گرفتن شرایط زندگی و نیازهای واقعی جوامع عشایری اقدام گردد.

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که ارایه خدمات توسط بخش سلامت ارتباط مستقیم با خدمات سایر بخش‌های توسعه دارد. در مطالعات مختلف نیز بر تأثیر عواملی از قبیل جاده دسترسی مناسب، سرویس بهداشتی و بهره‌مندی از آب و وسیله نقلیه بر مراقبت‌های بهداشتی تأکید شده است. یافته‌های مطالعه‌ی نوروزی و محمودیان در کوه‌رنگ در استان چهارمحال و بختیاری (۲۰۱۶) حاکی

از آن است که به علت برخورداری از امکانات و زیرساخت‌ها، دریافت خدمات بهداشتی در عشایر اسکان یافته نسبت به عشایر کوچنده وضعیت مطلوب‌تری دارد (۸). آزادی و همکاران در مطالعه‌ای در ایلام (۲۰۱۶) ادعا داشتند که دسترسی عشایر به خدمات زیربنایی از قبیل آب شرب، مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی، آموزشی و ارتباطی و همچنین فضاهای ورزشی ضعیف است (۲۹). Sangare و همکاران (۲۰۲۱) پی بردند که مهمترین مانع در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی جوامع عشایری در کشور مالی مشکل حمل و نقل و ناوگان ترابری (۷۹/۴ درصد) بود (۳۰). Atekem (۲۰۲۲) تأکید دارد که زندگی در مناطق دوردست، موانع مالی و دسترسی ضعیف به آب و تسهیلات بهداشتی مشابه سایر بیماری‌ها در پیشگیری و مراقبت بیماری کووید ۱۹ نیز مؤثر است (۱۰). فقدان آب قابل شرب و سرویس بهداشتی و دفع مدفوع در فضای باز از جمله عوامل تعیین‌کننده‌ی احتمالی در بروز طغیان فلج اطفال در عشایر غنا بود (۳۱). که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد.

با توجه به نقش سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی در ارایه و دریافت مراقبت‌های موردنیاز عشایر همکاری‌های بین بخشی یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است. تجربه‌ی موفق Kamadjeu و همکاران در سومالی (۲۰۱۵) در برنامه‌ریزی و اجرای مشترک کمپین واکسیناسیون کودکان و احشام عشایر در شمال غربی این کشور به دنبال هم‌افزایی سازمان‌های مختلف، مشارکت بزرگان منطقه و تقویت استفاده‌ی بهینه از منابع محدود به خوبی اهمیت همکاری‌های بین بخشی در ارایه و دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در مناطق عشایری و دوردست را به تصویر کشیده است (۱۵). در واقع به‌کارگیری رویکرد One Health همکاری و تشریک مساعی بین ارایه‌کنندگان خدمت در بخش‌های مختلف سلامت انسان، سلامت حیوان، سلامت محیط زیست و منابع طبیعی را ارتقا می‌دهد (۳۲). لازم است که در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی در جوامع عشایری از ظرفیت‌های محلی و منطقه‌ای استفاده‌ی بیشتری صورت گیرد و دستگاه‌های اجرایی و اداری شهرستان و استان مشارکت بیشتری در این زمینه داشته باشند.

آشنایی و تسلط یکی از محققان به تاریخچه، سبک زندگی و فرهنگ عشایر خوزستان به‌واسطه‌ی سال‌ها زندگی و ارتباط مستقیم با عشایر و ارایه خدمات در مناطق عشایری کمک شایانی به اجرای پژوهش کرد. این مطالعه از دیدگاه ارایه‌کنندگان خدمات بود، لازم است دیدگاه‌ها و نظرات دریافت‌کنندگان



خدمات در یک مطالعه‌ای کیفی مشابه بررسی شود. تضاد منافع مدیران و کارکنان شرکت‌کننده در مطالعه در بیان چالش‌ها و راهکارها یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ که البته سعی گردید با مصاحبه با سطوح مختلف مدیریتی و پرسنلی میزان سوگیری به حداقل برسد. شرایط خاص فرهنگی و اقلیمی استان خوزستان بر تصمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه تأثیرگذار است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که ارائه خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به عشایر و کوچنده‌های استان خوزستان هم از جنبه‌ی تأمین‌کنندگان و هم دریافت‌کنندگان با محدودیت‌ها و موانعی روبروست. شایان ذکر است که ارائه خدمات توسط بخش سلامت، ارتباط مستقیم با خدمات سایر بخش‌های توسعه دارد و نباید از نقش مهم سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی غافل شد. دریافت و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی در عشایر متأثر از سبک زندگی و کوچندگی آن‌ها می‌باشد. تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان بهداشت و درمان کشور

باید برنامه‌های تندرستی را متناسب با شرایط جغرافیایی، اقلیمی، فرهنگی و اقتصادی عشایر طراحی نمایند. شبکه‌های بهداشت و درمان نیز برای اجرای موفق این برنامه‌ها در قالب طرح خانه‌های بهداشت عشایری نیازمند تقویت ارائه‌کنندگان خدمات و مراقبت‌ها در مناطق عشایری هستند و بدین منظور جلب همکاری‌های بین‌بخشی و ایجاد هم‌افزایی در ارائه خدمات به این گروه از جامعه و همچنین بهبود وضعیت منابع و زیرساخت‌ها (به‌کارگیری رویکرد One Health) از ضرورت و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع MPH به شماره IR.TUMS.SPH.REC.1401.02 مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۲۰۲۲ می‌باشد. بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاری و مشارکت مدیران، کارشناسان و بهورزان وابسته به معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اهواز اعلام می‌نماید.

References

1. Tahani B & Moosavi SP. Assessment of oral health status and health behaviors in the adult population of nomadic tribes (2016). Journal of Mashhad Dental School 2019; 42(4): 307-19[Article in Persian].
2. Statistical Center of Iran. Baseline results of the nomadic population in the country 2021. Available at: https://amar.org.ir/Portals/0/Statistics/1_sabt%20ashaer-shahrastani-14030316103220.pdf. 2021.
3. Foroutan F & Jamali HR. An ethnographic study of information needs and practices of nomadic people of babadi clan of Bakhtiari tribe. Human Information Interaction 2018; 4(4): 27-37[Article in Persian].
4. Fallhtabar N. Nomads of competences and capabilities in organizing in the event of sustainable security with (emphasis on the nomads of, Sistan and Baluchistan). Quarterly of Geography and Regional Planning 2017; 6(22): 101-11[Article in Persian].
5. Chalabi M & Abdollahi M. Tribal system, the nature and characteristics of Iranian nomadic community. Quarterly Social Sciences 1993; 2(3-4): 238-47[Article in Persian].
6. Taheri M, Poursaeed A, Eshraghi-Samani R & Arayesh MB. Strategies for zagros nomadic organization development: Application of grounded theory. Scientific Quarterly Village and Development 2021; 24(3): 94-120[Article in Persian].
7. Akbari A & Mizban M. An Introduction to the demographic characteristics of nomadic communities of Iran. National Studies Journal 2004; 5(17): 9-42[Article in Persian].
8. Norouzi A & Mahmoudian F. A comparative study of social and economic characteristics of accommodated and non-accommodated nomad (case study: Koohrang township). Spatial Planning 2016; 5(4): 17-38[Article in Persian].
9. Habibian SMR, Barani H, Abedi-Sarvestani A & Sepehri A. Identification and analyzing the most important factors affecting early and well-timed migration in Shesh-Bolooki nomad tribe. Iranian Journal of Range and Desert Research 2018; 25(2): 399-416[Article in Persian].

10. Atekem K, Dixon R, Nditanchou R, Makia CM, Ntsinda M, Basnet S, et al. Reach and utility of COVID-19 information and preventive measures for nomadic populations in Massangam, West region of Cameroon. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2022; 106(5): 1491-7.
11. Gammino VM, Diaz MR, Pallas SW, Greenleaf AR & Kurnit MR. Health services uptake among nomadic pastoralist populations in Africa: A systematic review of the literature. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2020; 14(7): e0008474.
12. Sadegi-Bazargani H, Arshi Sh, Mortazazadeh AA, Bashiri J, Aminisani N, Sezavar SH, et al. Health status among migrant tribes (Ashayer) of Ardabil province. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2005; 5(2): 150-9[Article in Persian].
13. Mohammadi M, Sepidnameh Z & Ebadollah-Amoughin J. Nomad women's health and hygiene information needs: Motivations, resources, and challenges. *Health Information Management* 2017; 14(1): 26-30.
14. Abakar MF, Schelling E, Bechir M, Ngandolo BN, Pfister K, Alfaroukh IO, et al. Trends in health surveillance and joint service delivery for pastoralists in west and central Africa. *Revue Scientifique et Technique* 2016; 35(2): 683-91.
15. Kamadjeu R, Mulugeta A, Gupta D, Abshir-Hirsi A, Belayneh A, Clark-Hattingh M, et al. Immunizing nomadic children and livestock—experience in north east zone of Somalia. *Human Vaccines and Immunotherapeutics* 2015; 11(11): 2637-9.
16. Ghorrabi AT, Kakemam E, Moradi-Joo E & Dehcheshmeh NF. Challenges of the organizational structure of county health network in Iran: Findings from a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2022; 22(712): 1-10.
17. Mehrdad N, Oskouie F & Seyed-Fatemi N. Qualitative content analysis. Tehran: Boshra (Medical Science Publishing Center); 2013: 60-5.
18. Abbaszadeh A, Salmani N & Rassouli M. Perceptions of mothers from barriers of nursing care satisfaction: A qualitative research. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2014; 3(1): 51-61[Article in Persian].
19. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani Kh, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2017; 22(5): 66-83[Article in Persian].
20. Lietz CA & Zayas LE. Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work* 2010; 11(2): 188-202.
21. Guba EG & Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: *Handbook of qualitative research*. USA: Sage Publications, Inc Thousand Oaks; 1994: 105-17.
22. Ferrinho P, Drame M & Tumusiime P. Perceptions of the usefulness of external support to immunization coverage in Chad: An analysis of the GAVI-Alliance cash-based support. *Pan African Medical Journal* 2013; 15(44): 1-13.
23. Seck MC, Thwing J, Fall FB, Gomis JF, Deme A, Ndiaye YD, et al. Malaria prevalence, prevention and treatment seeking practices among nomadic pastoralists in northern Senegal. *Malaria Journal* 2017; 16(413): 1-11.
24. Salahi-Esfahani G & Khojasth-Nasab H. Generational lifestyle changes in nomadic community; Case example: Tropical area of Kara-Bakh in Saveh county. *Journal of Geography* 2014; 12(40 new): 161-86[Article in Persian].
25. Zepro NB, Ali NT, Tarr N, Medhanyie AA, Paris DH, Probst-Hensch N, et al. Sexual and reproductive health services use among adolescents in pastoralist settings, northeastern Ethiopia. *BMC Health Services Research* 2023; 23(677): 1-13.
26. Ochieng BM, Akunja E, Edwards N, Mombo D, Marende L & Kaseje DC. Perceptions of health stakeholders on task shifting and motivation of community health workers in different socio demographic contexts in Kenya (nomadic, peri-urban and rural agrarian). *BMC Health Services Research* 2014; 14(S1, S4): 1-13.



27. Seck MC, Thwing J, Badiane AS, Rogier E, Fall FB, Ndiaye PI, et al. Analysis of anti-Plasmodium IgG profiles among Fulani nomadic pastoralists in northern Senegal to assess malaria exposure. *Malaria Journal* 2020; 19(15): 1-10.
28. Akogun OB, Adesina AO, Njobdi S & Ogundahunsi O. Nomadic Fulani communities manage malaria on the move. *International Health* 2012; 4(1): 10-9.
29. Azadi Y, Garakani SAH & Azadi Z. Evaluation of nomads' settlement plans with focus on settled attitudes C.S: Talkhab site (Ilam province). *Journal of Housing and Rural Environment* 2016; 35(156): 67-80[Article in Persian].
30. Sangare M, Coulibaly YI, Coulibaly SY, Dolo H, Diabate AF, Atsou KM, et al. Factors hindering health care delivery in nomadic communities: A cross-sectional study in Timbuktu, Mali. *BMC Public Health* 2021; 21(421): 1-8.
31. Ameme DK, Yeboah YO, Odoom JK, Djokoto SK, Akyereko E, Mamudu A, et al. Response to back-to-back outbreaks of circulating vaccine-derived poliovirus type 2 in two nomadic pastoralist settlements in Oti-Region, Ghana-2019. *Archives of Public Health* 2023; 81(1): 1-12.
32. Mor SM, Fascendini M, Imbach S, Ayehu M, Belay K & HEAL Consortium. Community-designed One Health units as a model for integrated service delivery in pastoralist areas of Africa. *One Health Cases* 2024; 2024(1): ohcs20240004.

Challenges and Obstacles in Providing Healthcare Services to the Nomadic Populations, with a Focus on Strengthening the Network System in Khuzestan Province, Iran: A Qualitative Approach Addressing Internal and External Factors

Hojjat Rahmani¹ (Ph.D.), Sadegh Moradi² (M.S.), Nayeb Fadaei Dehcheshmeh^{3*} (Ph.D.)

1 Associate Professor, Department of Health Management, Policy, and Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Master of Science in Health System Reform Management, Deputy of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

3 Assistant Professor, Department of Public Health, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran

Abstract

Received: 5 Dec. 2023

Accepted: 27 Oct. 2024

Background and Aim: The fundamental right and most valuable asset for all strata of society is the enjoyment of health. Individuals residing in nomadic settings face geographical, social, cultural, and linguistic barriers when seeking access to essential services. The provision of healthcare services to nomads has become a complex issue due to the nature of the lifestyle. The aim of this study was to assess the challenges in the provision of healthcare services among the nomads in the Khuzestan province.

Materials and Methods: This study uses a qualitative approach, involving seventeen managers and staff from health centers affiliated with Ahvaz University of Medical Sciences. The data collection approach was inductive. Data were gathered through individual interviews, and participants' opinions were recorded. The data were analyzed using the conventional content analysis method with a mixed approach (deductive and inductive). The credibility and quality of the data were assessed using the Guba and Lincoln method.

Results: The challenges in providing healthcare services in nomads were identified in nine categories and three overarching themes. The themes encompassed the nature and characteristics of the non-sedentary populations, the healthcare system, and the responsibilities of other sectors. The nature and characteristics of the nomads were categorized into five categories: demographic, cultural, climatic-geographic, socio-ethnic-tribal, and lifestyle. The healthcare delivery comprises of two aspects: structural and procedural. Additionally, the duties of other development sectors were categorized into two categories: infrastructures and inter-sectoral collaborations. The results showed that nomads face barriers to receiving healthcare due to the inherent characteristics of them, the healthcare system, and the performance of other organizations. The unstable population, cultural diversity, scattered distribution of the population, and their ethnic and migration-based lifestyle are among the inherent characteristics of nomads that impact the provision of services.

Conclusion: The provision of health services to nomads is influenced by recipients' and providers' characteristics. Decision-makers and managers, considering the unique conditions of life in the design and implementation of health programs, decision-makers and managers should prioritize strengthening healthcare networks in hard-to-reach areas. Given the limited resources and infrastructure weaknesses in settlements, inter-sectoral collaboration and the development of resources and infrastructure (applying the One Health approach) are important.

Keywords: Healthcare Services, Nomads, Nomadic Community, Healthcare System, Inter-sectoral Collaboration, Khuzestan

* Corresponding Author:
Fadaei Dehcheshmeh N
Email:
fadaei-n@shoushtarums.ac.ir