

ارزیابی اقدامات مراکز بهداشت روستایی در اپیدمی کووید ۱۹

(مطالعه موردی: بخش مرکزی شهرستان مشهد)

حانیه معیریان^۱، مریم قاسمی^{۲*}

۱- کارشناس ارشد جغرافیا و برنامه ریزی روستایی گرایش برنامه ریزی فضایی - کالبدی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی

دکتر علی شریعتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران، hanie.mn.18@gmail.com

۲- استادیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی دکتر علی شریعتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران،

magh30@um.ac.ir

(نویسنده مسول)

چکیده

خدمات بهداشتی درمانی در طول همه‌گیری کووید ۱۹، از اهمیت بالایی برخوردار بود. از آنجا که دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی و همچنین کیفیت دستیابی به این خدمات، از مولفه‌های مهم سلامت است، مطالعه حاضر به ارزیابی اقدامات مراکز بهداشتی درمانی روستایی طی همه‌گیری کووید ۱۹ در بخش مرکزی شهرستان مشهد می‌پردازد. روش تحقیق توصیفی تحلیلی و از نوع تحقیقات کاربردی است. گردآوری اطلاعات به دو شیوه اسنادی و میدانی بوده‌است. در این پژوهش از مجموع ۶۶ روستای دارای مرکز بهداشتی درمانی در بخش مرکزی شهرستان مشهد که آمار ثبتی کووید ۱۹ مثبت داشته‌اند، ۱۰ روستا به طور تصادفی انتخاب شد. واحد تحلیل ۱۸۱ نفر از خانوارهای روستایی در روستاهای نمونه بود. کیفیت اقدامات مراکز بهداشتی درمانی به کمک ۱۲ شاخص ذیل چهار مولفه پاسخگویی، ایمنی، اثربخشی و هزینه خدمات کمی شد. همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی به کمک ۱۳ شاخص ذیل سه مولفه دسترسی جغرافیایی، قابلیت استفاده، دسترسی به امکانات محافظتی کمی گردید. نتایج نشان داد حدود ۴۰ درصد سرپرستان خانوارهای مورد بررسی به کووید ۱۹ مبتلا شده‌اند، همچنین در ۱۰ درصد خانوارها کلیه افراد خانواده به کووید ۱۹ مبتلا گردیده و تنها ۳۸ درصد مبتلایان به خانه‌های بهداشت روستایی مراجعه کرده‌اند. نیز ۴ درصد از خانوارهای مورد بررسی فوت ناشی از کووید ۱۹ داشته‌اند که در مقایسه با آمار کشور رقم بالایی است. طبق یافته‌ها میانگین دسترسی به خدمات با ۲،۵۲، دسترسی قابلیت استفاده با ۲،۴۸، دسترسی به امکانات محافظتی با ۳،۷۶ در طیف لیکرت با میانه نظری تفاوت معنی داری دارد. همچنین میانگین سازه دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی با میانگین ۲،۸۹ به طور معنی داری کمتر از میانه نظری است. همچنین در کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، میانگین پاسخگویی با ۲،۸۷، ایمنی با ۳،۲۷، هزینه خدمات با ۱،۴۹ و اثربخشی با ۳،۹۰ با میانه نظری تفاوت دارد در مجموع میانگین کیفیت خدمات بهداشتی درمانی روستایی با ۳،۰۸ در حد متوسط ارزیابی شده‌است.

واژگان کلیدی: کووید ۱۹، مراکز بهداشت روستایی، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، دسترسی به خدمات بهداشتی

درمانی

Evaluation of actions of rural health centers during the epidemic of Kovid 19

Case study: Central part of Mashhad county

Abstract

Healthcare services were of great importance during the Covid-19 pandemic. Since access to healthcare services and the quality of access to these services are important components of health, the present study evaluates the actions of rural healthcare centers during the COVID-19 epidemic in the central part of Mashhad County. The research method is descriptive, analytical, and of the type of applied research. Information was collected in two ways, documentary and field. In this research, 10 villages were randomly selected from 66 villages with healthcare centers in the central part of Mashhad city, which have registered positive statistics for COVID-19. The unit of analysis was 181 people from rural households in the sample villages. The quality of health care centers' actions was quantified with the help of 12 indicators under the four components of responsiveness, safety, effectiveness, and cost of services. Also, access to health care services was quantified with the help of 13 indicators under the three components of geographical access, usability, and access to protective facilities. The results showed that about 40% of the heads of the investigated households were infected with COVID-19, also in 10% of the households, all the family members were infected with COVID-19 and only 38% of the infected went to the rural health centers. Also, 4% of the investigated households have died due to COVID-19, which is a high figure compared to the country's statistics. According to the findings, the mean of access to services at 2.52, accessibility of usability at 2.48, and access to protective facilities at 3.76 in the Likert spectrum are significantly different from the theoretical mean. Also, the average structure of access to healthcare facilities in rural areas with an average of 2.89 is substantially lower than the theoretical average. Also, in the quality of health care services, the average response rate is 2.87, safety is 3.27, service cost is 1.49, and effectiveness is 3.90. Overall, the average quality of rural health care services is rated as average with 3.08.

Keywords: Covid-19, rural health centers, quality of health care services, access to health care services

۱. مقدمه

به عقیده بسیاری از صاحب‌نظران شیوع کووید ۱۹ دهشتناک‌ترین رویداد جهان معاصر پس از جنگ جهانی دوم به شمار می‌آید. رویدادی که تا شهریور ۱۴۰۳ (سپتامبر ۲۰۲۴) بیش از ۷ میلیون و ۱۰ هزار نفر تلفات از خود به جای گذاشته است.^۱ کووید ۱۹ اولین بار در ۲۶ فوریه سال ۲۰۱۹ در ووهان چین گزارش شد و متعاقباً در سطح جهانی گسترش یافت تا به پنجمین بیماری همه‌گیر ثبت شده از زمان همه‌گیری آنفولانزای ۱۹۱۸ تبدیل شود. بیماری کروناویروس COVID-19 در تاریخ ۱۱ مارس ۲۰۲۰ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان بیماری همه‌گیر اعلام شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). همه‌گیری COVID-19 به طور قابل توجهی بر پیشرفت به سمت سومین هدف توسعه پایدار (SDG 3) که هدف آن تضمین زندگی سالم و ارتقای رفاه برای همه در تمام سنین است،^۲ تأثیر گذاشت. این بیماری همه‌گیر سیستم‌های بهداشتی را در سطح جهانی مختل کرد و منجر به عقب‌نشینی در شاخص‌های مختلف سلامت و تشدید نابرابری‌های موجود شد. همه‌گیری کووید ۱۹ منجر به بزرگ‌ترین کاهش واکسیناسیون کودکان در سه دهه گذشته، افزایش مرگ و میر ناشی از سل و مالاریا

^۱ . <https://www.worldometers.info/coronavirus>

^۲ . <https://sdgs.un.org/goals>

و اختلال در خدمات ضروری بهداشتی شد. این کاهش دستیابی به اهدافی مانند کاهش مرگ و میر مادران و کودکان و پایان دادن به اپیدمی های بیماری های واگیر تا سال ۲۰۳۰ را به شدت تهدید کرد (یوان^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، کووید ۱۹ پوشش همگانی سلامت (UHC) را در دنیا تحت تاثیر قرار داد و شکنندگی سیستم های بهداشتی و نیاز به پوشش سلامت همگانی قوی را برجسته کرد (تاکیان و همکاران، ۲۰۲۲).

سلامت روستاییان همواره دغدغه فراهم آوردن مراقب سلامت و همچنین نظام های ارائه مراقبت سلامتی و دولت ها است. بر اساس آمار بانک جهانی بیش از ۳ میلیارد و ۴۰۰ هزار نفر در دنیا ساکن نواحی روستایی هستند که نیازمند خدمات و امکانات بهداشتی هستند (بانک جهانی، ۲۰۲۰).^۲ دغدغه گذشته و حال حاضر کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته این بوده که بتوانند خدمات بهداشتی مناسبی را در اختیار و دسترس همه از جمله روستاییان قرار دهند (براتی، قادری و حاج حسنی، ۱۳۸۵). در طول همه گیری COVID-19، روستاییان در سراسر جهان با چالش های متعددی در دسترسی به سیستم های مراقبت های بهداشتی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مواجه بودند. در بسیاری از مناطق روستایی، مراکز بهداشتی و درمانی فاقد تجهیزات و لوازم پزشکی ضروری بودند. برای مثال، کلینیک های روستایی اغلب با منابع ناکافی از جمله داروها و ابزارهای تشخیصی، دست و پنجه نرم می کردند که توانایی آنها را برای درمان مؤثر بیماران کووید-۱۹ محدود می کرد. بسیاری از کلینیک ها تجهیزات پزشکی اولیه مانند ژنراتور اکسیژن یا اکسیتر که برای نظارت بر موارد جدی کووید-۱۹ بسیار مهم است، نداشتند. همچنین طی همه گیری کووید ۱۹ کمبود قابل توجهی از متخصصان مراقبت های بهداشتی آموزش دیده در مناطق روستایی وجود داشت. بسیاری از بهیاران روستایی آموزش کافی در زمینه مدیریت کووید-۱۹ نداشتند. اغلب بهیاران روستایی فاقد آموزش پزشکی رسمی بودند (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). مساله دیگر فاصله تا امکانات مراقبت های بهداشتی درمانی است. روستاییان اغلب مجبورند مسافت های طولانی را برای دسترسی به خدمات مراقبت های بهداشتی طی کنند (هاردانتیو و چوانگ^۴، ۲۰۲۱). لذا همه گیری نیاز به خدمات بهداشت از راه دور را تسریع کرد، اما بسیاری از مناطق روستایی فاقد زیرساخت های پهنای باند لازم بودند. لذا جمعیت روستایی اغلب در مقایسه با همتایان شهری با نرخ های بالاتر بیماری های مزمن و پیامدهای بهداشتی ضعیف تر مواجه شدند، که این امر آنها را در طول همه گیری آسیب پذیرتر کرد (کومار^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر موارد ذکر شده عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مانند فقر، کمبود آموزش و ناامنی غذایی دسترسی جامعه روستایی به مراقبت های بهداشتی را محدودتر و پیچیده تر کرد (کربگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

در اوایل همه گیری، به دلیل تراکم جمعیت کمتر در نواحی روستایی و انزوای نسبی روستاها، شیوع کووید ۱۹ به آرامی صورت می گرفت، اما با پیشرفت همه گیری، به مرور مناطق روستایی شیوع قابل توجهی را تجربه کرده (دوکا^۷ و همکاران، ۲۰۲۰) و با چالش های زیادی مواجه شدند. زیرا مناطق روستایی اغلب زیرساخت های مراقبت های بهداشتی محدودی دارند که مدیریت و درمان مؤثر موارد COVID-19 را دشوار می کند. علاوه بر این نرخ واکسیناسیون در مناطق روستایی به دلیل چالش های لجستیکی، تردید واکسیناسیون و دسترسی محدود به مکان های واکسیناسیون عموماً از مناطق شهری ضعیف تر بوده است.^۸ ایران به طور رسمی از ابتدای اسفند ۱۳۹۸، شیوع کووید ۱۹ را در کشور گزارش داد. تلاش برای انکار و یا نادیده انگاری ویروس و بحران ناشی از آن از یکسو و ایجاد بیم و هراس ناشی از ابعاد گسترده این ویروس از سوی دیگر، دو سوی سیاست ها

1. Yuan

2. Universal Health Coverage

3. World Bank, 2020

4. Li

5. Hardhantyo & Chuang

6. Kumar

7. Kerbage

8. Duca

9. <https://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/en/c/1273345/>

^{۱۰}. بیماری کروناویروس به انگلیسی Coronavirus disease یا کووید-۱۹ به انگلیسی COVID-۱۹ که بیماری حاد تنفسی ناشی از کروناویروس جدید (SARS-CoV-2) است که قبلاً با نام nCoV-۲۰۱۹ شناخته می شد، به شکل عمومی به آن کرونا می گویند در این مطالعه هر جا صحبت از شیوع کووید ۱۹ می شود منظور شیوع بیماری کروناویروس است.

و رویکردهای مختلف اتخاذ شده از سوی متولیان و رسانه های رسمی و غیررسمی کشور بود. با پذیرش مخاطرات گسترده این ویروس، تلاش برای مهار و کنترل آن در اولویت اول و مدیریت آثار و پیامدهای آن در اولویت بعدی، در دستور کار گروههای مختلف اعم از متولیان و مسئولان حاکمیتی و حکومتی، گروهها و تشکل های تخصصی و غیرتخصصی، گروه های خودجوش مردمی در فضای واقعی و مجازی و ... قرار گرفت (اسکندریان، ۱۳۹۹). مناطق روستایی کشور به واسطه پراکندگی جغرافیایی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، وضعیت بهداشتی نامناسب، موانع طبیعی و مانند آن (صدوقی و همکاران، ۱۳۹۵) فاصله زیاد دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی طی همه گیری کووید ۱۹ با مشکلات مختلفی روبه رو شدند (شمس الدینی و امیری فهلیانی، ۱۴۰۰). لذا اگرچه ویروس کووید-۱۹ بیشتر قربانیان خود را در آغاز از بین جمعیت شهری گرفت، اما شیوع آن در مناطق روستایی کشور، ابعاد فاجعه آمیز آن را دوچندان کرد (دادورخانی و سادات موسوی، ۱۴۰۱).

از آنجا که امروزه سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان حقی مورد تقاضا از سوی مردم مطرح است، توجه به سلامت روستاییان خصوصا در همه گیری کووید ۱۹ دارای اهمیت است. به طور کلی درخصوص خدمات بهداشتی درمانی دو اصل در جوامع روستایی دارای اهمیت و قابل بررسی است، که مطالعه حاضر خدمات ارائه شده به روستاییان را ذیل این دو اصل بررسی می کند:

- کیفیت خدمات بهداشتی درمانی: اندازه گیری و مدیریت کیفیت خدمات برای سازمان های بهداشتی درمانی امری حیاتی است. در نواحی روستایی کمبود قابل توجهی از کارکنان مراقبت های بهداشتی وجود دارد.^۱ همچنین کلینیک های بهداشت روستایی اغلب با مشکلاتی مانند کمبود داروهای ضروری، مواجه هستند، این امر می تواند به شدت بر کیفیت مراقبت ارائه شده تأثیر بگذارد.^۲ علاوه بر این جمعیت روستایی به دلیل عوامل نامطلوب اجتماعی و محیطی و همچنین سیستم های بهداشتی ضعیف تر، نابرابری های بهداشتی زیادی را به لحاظ کیفیت خدمات تجربه می کنند.

- دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی: دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یک حق اساسی و هدف اجتماعی مورد توجه است، تمام افراد مستحق دریافت مراقبت های سلامت هستند، ولو اینکه آنها احتیاجی به دریافت آن نداشته باشند (خیاطان، نصیری پور، امینی و محمد نژاد، ۱۳۸۹). از این رو مسئولان بخش بهداشت و درمان می کوشند توزیع عادلانه ای را برای دسترسی جمعیت روستایی به این خدمات فراهم آورند. بسیاری از مناطق روستایی فاقد امکانات اولیه مراقبت های بهداشتی هستند، که دریافت مراقبت های پزشکی به موقع را برای ساکنان دشوار می کند. بر اساس گزارش سازمان بین المللی کار، ۵۶ درصد از ساکنان روستایی در کشورهای در حال توسعه به خدمات بهداشتی ضروری دسترسی ندارند (چاودوری و راوی، ۲۰۲۲).

طی همه گیری کووید ۱۹، شهرستان مشهد به مرکزیت شهر مشهد (دومین کلانشهر ایران و مرکز استان خراسان رضوی)، با توجه به جمعیت بالا و تردد زیاد زائران، از جمله مناطق پرخطر برای شیوع کووید-۱۹ محسوب می گردید. طبق آمار و اطلاعات سرشماری مرکز آمار ایران، جمعیت روستایی شهرستان مشهد در سال ۱۳۹۵ برابر با ۳۶۰۴۹۸ نفر و جمعیت روستایی بخش مرکزی شهرستان مشهد برابر با ۲۷۹۱۸۴ نفر می باشد. با توجه به حجم بالای جمعیت روستایی بخش مرکزی شهرستان مشهد (۷۷،۵ درصد)، مطالعه حاضر به ارزیابی اقدامات مراکز بهداشتی درمانی روستایی این بخش طی همه گیری کووید ۱۹ می پردازد. در این مطالعه منظور از مراکز بهداشتی درمانی مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی است که در سه گروه مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه سلامت و خانه های بهداشت تعریف شده است. در حال حاضر مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه روستایی در شهرستان مشهد شامل ۳۳ مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، ۳ مرکز خدمات جامع سلامت شهری-روستایی و ۱۷ پایگاه سلامت روستایی و ۱۴۷ خانه بهداشت فعال می باشد. همچنین در شهرستان مشهد ۹ پایگاه روستایی مستقر می باشد. با توجه به آنچه بیان شد سوالات تحقیق به این صورت ارائه می شود: اقدامات مراکز بهداشتی-روستایی از نظر دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی در مواجهه با کووید ۱۹ چگونه ارزیابی می شود؟ اقدامات مراکز بهداشتی-روستایی از نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در مواجهه با کووید ۱۹ چگونه ارزیابی می شود؟

¹ . <https://www.who.int/activities/addressing-health-inequities-among-people-living-in-rural-and-remote-areas>

² . <https://carlsonschool.umn.edu/news/keeping-rural-health-clinics-developing-countries-running-out>

³ . Chowdhury & Ravi

۲. پیشینه تحقیق

ارزیابی کیفیت و دسترسی جمعیت سراسر کشور به خدمات مراقبت های بهداشتی برای بهبود سلامت جمعیت و بهینه سازی عملکرد سیستم های بهداشت ملی ضروری است (سانگ و همکاران، ۲۰۱۸).^۱ مطالعات زیادی در داخل و خارج کشور به کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی به طور عام و به طور خاص در اپیدمی کووید ۱۹ پرداخته اند که در ادامه طبقه بندی مطالعات ارزیابی اقدامات مراکز بهداشتی درمانی روستایی در طول همه گیری کووید-۱۹ بر اساس حوزه های تمرکز آنها ارائه می شود.

دسته اول مطالعاتی هستند که بر آمادگی و راهبردهای واکنش سیستم های بهداشت روستایی در مواجهه با کووید ۱۹ پرداختند. دادلی^۲ و همکاران، در مطالعه ای در سال ۲۰۲۳ با عنوان «آمادگی و واکنش COVID-19 در مناطق روستایی و دورافتاده» ارزیابی می کند که چگونه سیستم های بهداشت روستایی برای همه گیری کووید-۱۹ آماده شدند و به آن واکنش نشان دادند. یافته های این مطالعه نشان داد بسیاری از مناطق روستایی متخصصان و منابع بهداشتی کمتری داشتند، که منجر به چالش هایی در مدیریت موثر همه گیری شد. همچنین گروم^۳ و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه ای با عنوان «تفاوت در میزان مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹: پیامدهایی برای سیاست و آمادگی بهداشت روستایی آمریکا» نشان داد در طول دوره مورد مطالعه، میزان مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ برای جمعیت ساکن در مناطق روستایی تنسی در مقایسه با جمعیت های ساکن شهری در طول دوره مورد مطالعه بیشتر بود. این قبیل مطالعات اهمیت رهبری محلی و مشارکت جامعه را در تلاش های واکنش سیستم های بهداشت روستایی نشان داد.

دسته دوم مطالعاتی هستند که به تأثیر مداخلات مبتنی بر جامعه بر کووید ۱۹ می پردازند. باسو^۴ و همکاران در مطالعه ای در سال ۲۰۲۴ با عنوان «مداخله تاب آوری و کاهش خطر COVID-19 در جمعیت روستایی غرب هند: ارزیابی گذشته نگر» اثربخشی ابتکارات جامعه محور با هدف کاهش اثرات COVID-19 را ارزیابی می کند. این مطالعه مداخلاتی مانند برنامه روستای عاری از کووید در هند نقش مشارکت جامعه و داوطلبان محلی را در افزایش پاسخ های بهداشت عمومی نشان داد، اگرچه برخی مطالعات موفقیت محدودی را در تغییر نرخ واکسیناسیون یا کاهش مرگ و میر ذکر کردند.

دسته سوم مطالعاتی هستند که دسترسی به خدمات بهداشتی را مورد توجه قرار داده اند. هریس^۵ در کتابی با عنوان «تأثیر COVID-19 بر چشم انداز مراقبت های بهداشتی روستایی» دسترسی به خدمات بهداشتی در طول همه گیری، به ویژه برای جمعیت های آسیب پذیر در مناطق روستایی را بررسی می کند. در این کتاب نشان داد که کلینیک های بهداشت روستایی با چالش های مهمی در حفظ ارائه خدمات مواجه بودند و بسیاری از آنها به راه حل های بهداشت از راه دور برای ارائه مراقبت ها متکی بودند. با این حال، تفاوت در دسترسی به فناوری بر در دسترس بودن خدمات تأثیر می گذارد.

دسته چهارم مطالعاتی که به نظارت و مطالعات اپیدمیولوژیک در کووید ۱۹ می پردازند. نصیری زارع و همکاران در سال ۱۴۰۰ در مطالعه ای با عنوان آسیب شناسی مناطق روستایی از خطرات شیوع بیماری کرونا نشان داد در ناحیه روستایی، میان مبتلایان بیماری کرونا و سطح خدمات در این مناطق ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد. بیشتر خدمات در مناطقی که جمعیت بیشتری دارند، تمرکز یافته است. مناطقی که خدمات کمتری دارند، برای دریافت خدمات به مناطقی که این خدمات را دارند مراجعه می کنند با توجه به ماهیت بیماری های عفونی که در مسیرهای حمل و نقل و جابجایی گسترش بیشتری می یابند، این امر، عامل اصلی برای شیوع بیماری در میان نواحی روستایی بزرگتر و پرجمعیت تر گردیده است. این قبیل مطالعات بر نیاز به اقدامات مناسب بهداشت عمومی که ویژگی های منحصر به فرد جمعیت روستایی را در نظر می گیرد، تأکید کردند.

¹ Song et al., 2018

² . Dudley

³ . Grome

⁴ . Basu

⁵ . Harris

دسته پنجم مطالعاتی که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را طی همه گیری کووید ۱۹ مورد توجه قرار داده اند. پائول و همکاران در سال ۲۰۲۱ در مطالعه ای با عنوان «ارتباط عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با مرگ و میر COVID-19 در شهرستان های روستایی و شهری» نشان می دهد نرخ مرگ و میر کووید-۱۹ با درصد سیاه پوستان، اچ آی وی و دیابت به طور قابل توجهی مرتبط بود، نرخ بیکاری با افزایش مرگ و میر در شهر همراه بود. شهرستان هایی که درصد بالاتری از مدرک دانشگاهی یا کاردانی داشتند، میزان مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ کمتر بود. در سایر مطالعات بر عواملی مانند ناامنی غذایی و دسترسی به آب پاک جمعیت روستایی و ... بر همه گیری کووید ۱۹ توجه شده است.

دسته ششم مطالعاتی که بر هماهنگی و برنامه ریزی طی همه گیری کووید ۱۹ پرداخته اند. الیوت^۱ و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه ای با عنوان «خدمات مراقبت های بهداشتی مجازی و فناوری های سلامت دیجیتال بکار گرفته شده در طول همه گیری بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ در آفریقای جنوبی» استفاده از فناوری های دیجیتالی در آفریقای جنوبی مانند راه حل های مبتنی بر پیام کوتاه، برنامه های کاربردی سلامت تلفن همراه، پزشکی از راه دور و بهداشت راه دور، سیستم های مبتنی بر واتس اپ، هوش مصنوعی و چت بات ها و رباتیک برای ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی در نواحی روستایی در طول همه گیری کووید-۱۹ را مورد توجه قرار داد. این فناوری های نوآورانه برای اهداف مختلفی از جمله غربالگری بیماری های عفونی و غیر عفونی، نظارت و پایش بیماری، انطباق با دارو و درمان، ایجاد آگاهی و ارتباطات مورد استفاده قرار گرفته اند. این قبیل مطالعات تلاش های هماهنگی که بین نهادهای مختلف بهداشتی و ارگان های دولتی طی همه گیری در نواحی روستایی وجود داشت را بررسی می کند.

۳. روش شناسی تحقیق

مطالعه حاضر براساس هدف، در زمره پژوهش های کاربردی و بر حسب روش، توصیفی-تحلیلی است. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک آمار کلاسیک (توصیفی و استنباطی) انجام شد. مطابق اطلاعات اخذ شده از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۶ خانه بهداشت و پایگاه بهداشت روستایی در بخش مرکزی شهرستان مشهد اطلاعات مربوط به کووید ۱۹ را ثبت و گزارش کرده اند. لذا این روستاها به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. در این مطالعه ۱۰ روستا معادل ۱۵ درصد جامعه آماری به عنوان نمونه به صورت تصادفی انتخاب شد. به منظور برآورد حجم خانوارهای نمونه از فرمول کوکران استفاده شد. با توجه به ۲۱۲۸ خانوار ساکن در روستاهای نمونه در سال ۱۳۹۵ و با خطای ۰,۰۶۵، حجم نمونه ۱۸۱ نفر برآورد شد که با استفاده از قاعده تسهیم به نسبت حجم نمونه در هر یک از روستاها تعیین گردید. افراد نمونه از بین خانوارهایی انتخاب شدند که حداقل یک نفر طی موج های مختلف کووید ۱۹ به این بیماری مبتلا شده بود. در روستاهای نمونه علاوه بر پرسشنامه جامعه محلی (روستاییان) یک پرسشنامه به کمک دهیاران و یک پرسشنامه به کمک بهورزان تکمیل گردید و در مجموع در این مطالعه ۲۰۱ پرسشنامه تکمیل شد.

به منظور بررسی روایی پرسشنامه، تعداد محدودی پرسشنامه در یکی از روستاهای بخش مرکزی شهرستان مشهد به کمک خانوارهای روستایی تکمیل و مورد حک و اصلاح قرار گرفت. با بررسی ادبیات نظری و مطابق با سوالات تحقیق اقدامات مراکز بهداشت روستایی طی کووید ۱۹ از نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به کمک ۱۲ شاخص ذیل ۴ مولفه: پاسخگویی، ایمنی، اثربخشی و هزینه خدمات در مقیاس ترتیبی کمی شد. همچنین دسترسی به خدمات بهداشتی در نواحی روستایی به کمک ۱۳ شاخص ذیل سه مولفه: دسترسی جغرافیایی، دسترسی قابلیت استفاده و دسترسی به امکانات محافظتی در مقیاس ترتیبی کمی شد. پایایی ابزار تحقیق به کمک آلفای کرونباخ بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ۰,۷۳ و برای دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی ۰,۷۵ و مطلوب ارزیابی شد.

لازم به ذکر است علاوه بر سوالات مرتبط با سازه های اصلی پژوهش، سوالاتی در مقیاس نسبی-فاصله ای و سوالات باز در پرسشنامه ها گنجانده شد. این سوالات شامل ویژگی های فردی پاسخگویان و سوالاتی پیرامون ابتلای پاسخگو و افراد خانواده به کووید ۱۹ و ارتباطات آنها با مراکز بهداشتی درمانی و غیره بوده است. روش گردآوری اطلاعات ترکیبی از روش های کتابخانه

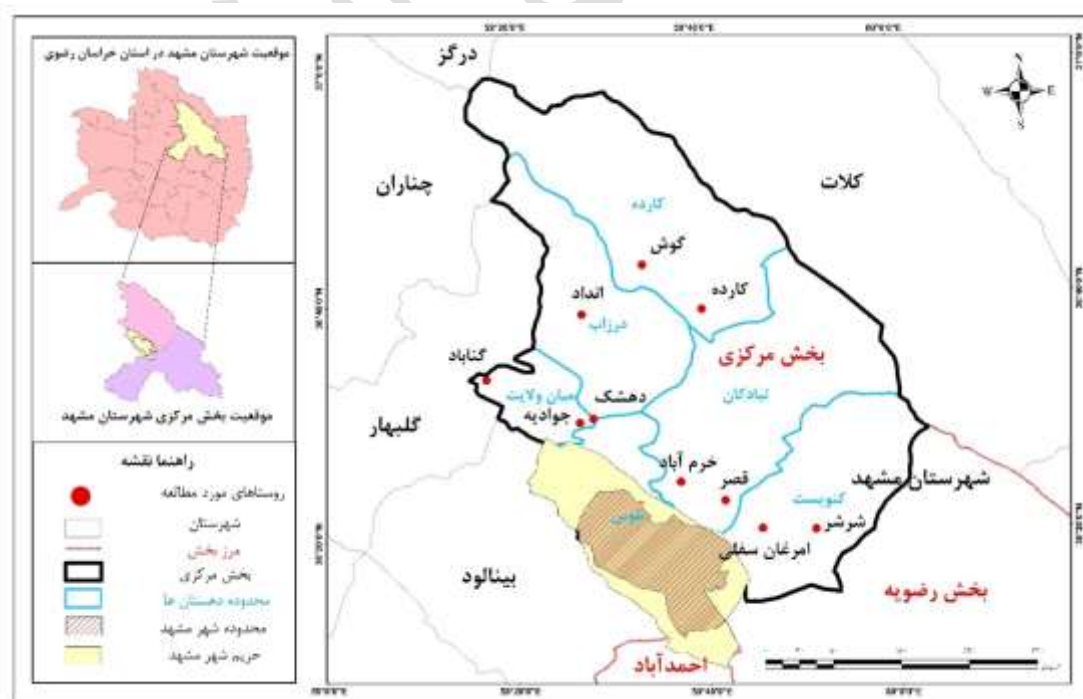
¹. Elliot

ای و میدانی است. همچنین از اسناد و گزارشات و نشریات سازمان‌های ذیربط شامل؛ وزارت بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی مشهد- سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن کشور در سالهای مختلف، مقالات، گزارشات و طرح‌های پژوهشی، پایان نامه‌ها، کتاب‌های معتبر فارسی و لاتین و مطالب موجود در پایگاه‌های اینترنتی استفاده شد و در روش پیمایشی مصاحبه فردی با روستاییان و تکمیل پرسشنامه بوده است.

جدول ۲- تعداد نمونه در روستاهای مورد مطالعه بخش مرکزی شهرستان مشهد

نام دهستان	نام روستا	موقعیت	نوع مرکز بهداشتی درمانی	جمعیت ۱۳۹۵	خانوار ۱۳۹۵	حجم نمونه
طوس	دهشک	دشتی	خانه بهداشت ^۱	۱۲۲۳	۳۵۵	۳۰
درزآب	انداد	دشتی	مرکز خدمات جامع سلامت ^۲	۵۷۷	۱۶۵	۱۴
تبادکان	خرم آباد	دشتی	خانه بهداشت	۴۳۸	۱۳۶	۱۲
	قصر	دشتی	خانه بهداشت	۸۸۳	۲۵۱	۲۱
میان ولایت	گناباد	دشتی	خانه بهداشت	۵۱۰	۱۷۲	۱۵
	جوادیه	دشتی	خانه بهداشت	۵۱۱	۱۵۹	۱۳
کنویست	شرشر	دشتی	خانه بهداشت	۵۷۳	۱۷۷	۱۵
	امرغان سفلی	دشتی	مرکز خدمات جامع سلامت	۱۵۹۳	۴۷۲	۳۸
کارده	کارده	کوهستانی	مرکز خدمات جامع سلامت	۴۸۴	۱۵۰	۱۳
	گوش	کوهستانی	خانه بهداشت	۲۴۷	۹۱	۱۰
جمع				۷۰۳۹	۲۱۲۸	۱۸۱

منبع: یافته‌های تحقیق، ۱۳۹۵.



^۱. خانه بهداشت محیطی ترین عرضه خدمات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی (با متوسط جمعیت ۱۵۰۰ نفر) است و سطح اول مراقبت در روستاها به شمار می رود. هر خانه بهداشت ممکن است علاوه بر روستای اصلی به یک یا چند روستای قمر خدمات رسانی نماید.

^۲. مستقیماً زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان فعالیت می کند و پایگاه سلامت روستایی و خانه های بهداشت روستایی زیر نظر این مرکز است.

شکل ۱- موقعیت سیاسی بخش مرکزی شهرستان مشهد

۴. مبانی نظری تحقیق

کرونا ویروس ها متعلق به خانواده Coronaviridae بوده، و در سال های گذشته به واسطه ایجاد چندین بیماری اپیدمی در جهان به عنوان یک خانواده معروف از ویروس ها شناسایی شده اند. این ویروس ها دامنه میزبانی بسیار بالایی دارند که این امر از لحاظ انتشار و همه گیری بیماری های ایجاد شده در جهان از اهمیت بالایی برخوردار است (بلوزارد، ۲۰۲۱). به نقل از سهندی خلیفه کندی و رازقی، (۱۳۹۹). کووید-۱۹ سومین بیماری شناخته شده کرونا ویروس جانوری بعد از سندروم شدید تنفسی حاد سارس (SARS) و سندروم تنفسی خاورمیانه مرس (MERS) می باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). این ویروس که سندرم حاد تنفسی کرونا-۲ (SARS-CoV-2) نام گذاری شد (دوس سانتوس، ۲۰۲۰)، به سرعت تمام مرزهای بین المللی را درنوردید و زندگی و سلامت میلیون ها انسان را تحت تاثیر قرار داد. شیوع این ویروس نشان داد که سیستم های بهداشتی و درمانی در بسیاری از کشورها ناکافی هستند (اسدی لاری، ۱۳۹۹).

تا ۲۹ خرداد ۱۴۰۲ (۱۹ ژوئن ۲۰۲۳) از بین ۶۹۰،۵۹۶،۳۰۲ مورد مبتلا به کرونا تعداد ۶۸۹۲،۶۷۳ نفر فوت شده و ۶۶۳،۰۵۳،۲۲۹ نفر بهبود یافته اند که بهبودیافتگان ۹۹ درصد نسبت به فوت شدگان با ۱ درصد هستند. همچنین از آمار مبتلایان به کرونا در حال حاضر در جهان ۲۰،۶۵۰،۴۰۰ مورد فعال ثبت گردیده که از این تعداد ۳۷،۴۶۷ با ۲٪ به طور جدی و خطرناک با بیماری دسته و پنجه نرم می کنند و ۲۰،۶۱۲،۹۳۳ با ۹۹،۸٪ در وضعیت خوب و به دور از خطر به سر می برند (ورد متر، ۲۰۲۳).

کووید ۱۹ در ایران از شهر قم در ۳۰ بهمن ماه سال ۱۳۹۸ آغاز شد. سرعت گسترش ویروس کووید ۱۹ باعث شد ایران در اواخر اسفند ۱۳۹۸، در رتبه سوم از نظر ابتلا به ویروس کووید ۱۹ بعد از کشور چین و ایتالیا قرار گیرد (محمدی و کوزه گری، ۱۳۹۹: ۱۱۵). در حال حاضر در ایران ۷،۶۱۲،۳۵۲ مورد ابتلا به کووید ۱۹ در ایران ثبت شده و کشور در جایگاه نوزدهمین کشور جهان می باشد (ورد متر، ۲۰۲۳). با وجود تمامی اقدامات دولت و رعایت پروتکل های بهداشتی توسط مردم، در ایران ۸ موج بیماری کووید ۱۹ تاکنون (بهار ۱۴۰۲) به وقوع پیوسته است. با شیوع کرونا ویروس در کشور مناطق روستایی مستثنی از ابتلا نبودند اما کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

الف) کیفیت خدمات بهداشتی درمانی

در حال حاضر توجه به موضوع کیفیت در چارچوب اهداف توسعه پایدار افزایش یافته است، زیرا تحقق اهداف توسعه پایدار مستلزم پوشش سراسری مراقبت سلامت شامل محافظت در مقابل ریسک مالی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت و دسترسی به واکسن و داروهای ایمن، کارآمد، با کیفیت و مقرون به صرفه برای همه است. بدیهی است که کیفیت، جنبه ای الزامی از بهره وری است. میزان مطابقت ویژگی های خدمت عرضه شده با استانداردهای از پیش تعیین شده، کیفیت آن خدمت را تشکیل می دهد. ساختارهای زیادی در طول ۲۰ سال گذشته با هدف تسهیل درک بهتر سیستم های بهداشتی درمانی و نیز ارزیابی عملکرد سیستم های بهداشتی تدوین شده اند. بسیاری از این ساختارها به طور ضمنی یا صریح، کیفیت را به عنوان یک هدف مهم سیستم بهداشتی درمانی دربرمی گیرند اما در نحوه تعریف کیفیت و چگونگی تشریح نقش آن در اهداف کلی سیستم سلامت و بهداشت تفاوت دارند (کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۹، ص. ۱۶). کیفیت به صورت تصادفی به وجود نمی آید. بلکه چیزی است که سازمان برای دستیابی به آن تلاش می کند. برای حصول کیفیت باید برنامه ریزی شود. استراتژی ها، خط مشی ها، فعالیت ها و روش های مخصوص آن مشخص شود (همان منبع، ص. ۹).

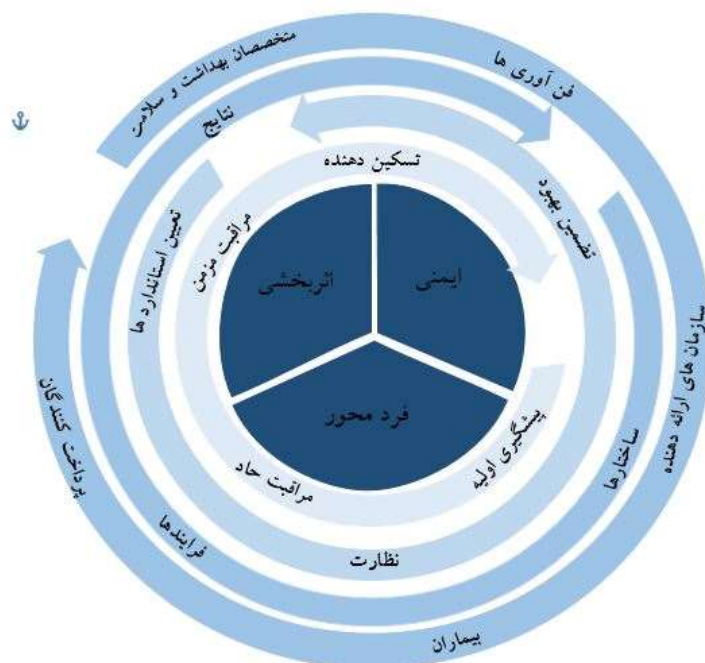
¹ Belouzard et al., 2021

² Dos Santos, 2020

³ Worldometers, 2023

⁴ Worldometers, 2023

پروژه^۱ HCQI (شاخص کیفیت مراقبت های بهداشتی) سه بعد اثربخشی، ایمنی و بیمارمحوری را به عنوان اصلی ترین ابعاد کیفیت مراقبت های درمانی و بهداشتی انتخاب کرده و معتقد است سایر خصوصیات نظیر تناسب، استمرار، در دسترس بودن و قابل قبول بودن را می توان به سادگی در سه بعد ذکر شده جای داد. به عنوان مثال تناسب را می توان در قالب اثر بخشی و استمرار و قابل قبول بودن را در قالب بیمار محوری تفسیر کرد. دسترسی، کارآیی و عدالت نیز از اهداف مهم سیستم های بهداشتی و درمانی به شمار رفته اند (کولیوند و کاظمی، ۱۳۹۹، ص. ۱۴). از مهم ترین اجزای مراقبت های بهداشتی و درمانی به سه بعد کیفیت (اثربخشی، ایمنی و بیمارمحوری) می توان اشاره کرد (شکل ۲).



شکل ۲- چهارچوب پنج دیدگاه استراتژی کیفیت در مراقبت های بهداشتی و درمانی.

ماخذ: کولیوند، ۱۳۹۹: ۲۵-۲۶

ب- دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

دسترسی تعیین کننده نسبتی از کل جمعیت است که انتظار می رود به تسهیلات یا خدماتی خاص دسترسی یابند. موانع دسترسی ممکن است فیزیکی (مثل مسافت، سفر، زمان)؛ اقتصادی (مثل هزینه های سفر، هزینه پرداختی) و یا اجتماعی و فرهنگی (مثل موانع مذهبی یا زبانی) باشد. در نواحی روستایی، دسترسی به خدمات عمومی یا خصوصی مشکل تر از نواحی شهری است. بخش عمده ای از تفاوت ها در نتیجه پراکندگی زیاد نواحی روستایی و فاصله آن ها از مراکز ارائه خدمات است (دایکسترا و پولمن، ۲۰۰۸ به نقل از دربان آستانه و رضوانی، ۱۳۸۷). دسترسی به خدمات درمانی بهداشتی از اولین شاخص های مهم برای دستیابی به هدف سلامتی همگانی است (هلت، ۲۰۰۵ به نقل از امیرفخریان و رهنما، ۱۳۹۷، ص. ۲) و شاخصی مهم در جهت تحقق عدالت اجتماعی به شمار می آید.

دسترسی به مفهوم فرصت و توانایی استفاده از خدمات می باشد. این تعریف انعکاسی است از این نظریه که فرد نیازمند به خدمات سلامت بتواند از خدمات مناسب استفاده نماید. همزمان، هم باید مفهوم دسترسی، تمکن مالی را فراتر از مفهوم فرصت جهت اتخاذ یک تصمیم آگاهانه برای استفاده از خدمات در خود جای دهد، جوامع و افراد نیاز دارند تا در شرایطی باشند که توانایی انتخاب اینکه چه زمانی، استفاده از چه خدمتی برای آنها در یک چهارچوب معین مناسب است، داشته باشند. به همین

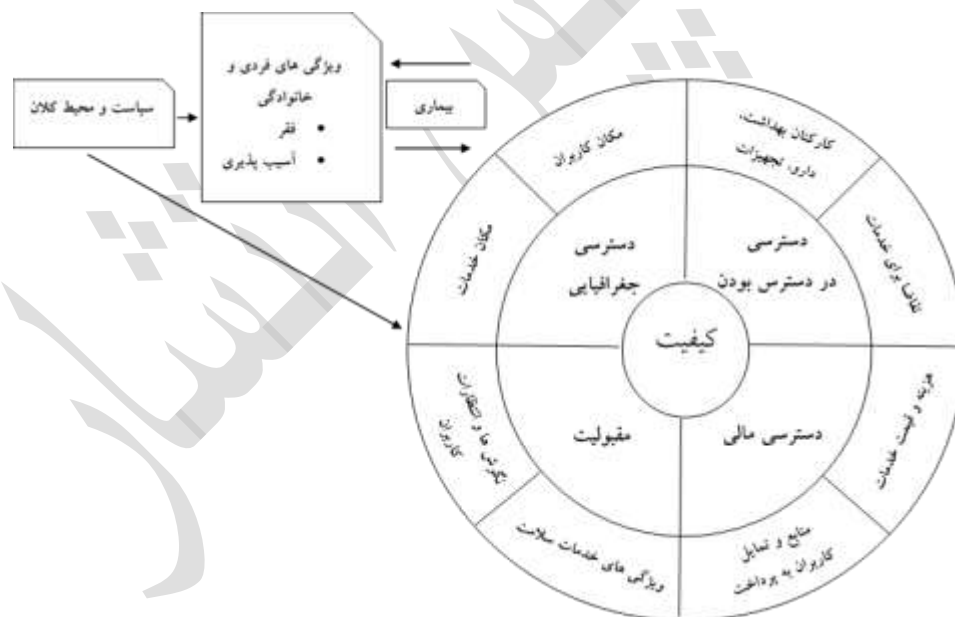
¹ Health Care Quality Indicator

² Dijkstra & Poelman

³ Holt

دلیل دسترسی باید به عنوان آزادی در استفاده از خدمات معنا شود (پیترز و همکاران، ۲۰۰۸). اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که دسترسی با استفاده به موقع از خدمات با توجه به نیاز مرتبط می باشد. اگرچه اکثر پژوهشگران بین عرضه و فرصت استفاده از خدمات و استفاده واقعی از خدمات سلامت تمایز قائل شده اند، اما اغلب دریافته اند که دسترسی به خدمات سلامت شامل نیاز عینی به خدمات سلامت می باشد (رضا پور، رومیانی، عبادی فرد و غضنفری، ۱۳۹۴). فاکتورهای مربوط به در دسترس بودن و مقرون به صرفه بودن یک مرکز، مانند زمان ویزیت، مسافرت و هزینه ها، هنگامی که روستاییان یک مرکز مراقبت های بهداشتی را برای مراقبت های اولیه انتخاب می کنند، در تصمیم آنان اثرگذار است (لیو و همکاران، ۲۰۱۹). در یک چهارچوب مفهومی که از توصیفات دیرینه دسترسی به خدمات سلامت در ایران بیان شده می توان به چهار بعد اصلی آن اشاره کرد:

- ۱) دسترسی جغرافیایی-فاصله فیزیکی یا زمان مسافرت از مرکز ارائه خدمات تا استفاده کنندگان
- ۲) دسترسی (قابلیت استفاده)-داشتن نوع صحیحی از دسترسی به مراقبت برای آنهایی که به آن مراقبت نیاز دارند، مانند ساعات بهره مندی و زمان انتظار برای برآورده نمودن تقاضاهای کسانی که درخواست خدمت کرده اند، همچنین داشتن ارائه دهندگان خبره و ابزارهای مناسب
- ۳) دسترسی مالی-ارتباط بین قیمت خدمات و تمایل و توانایی استفاده کنندگان به پرداخت در ازای آن خدمات، همچنین محافظت شدن در برابر پیامدهای اقتصادی هزینه های سلامت
- ۴) مقبولیت-نظیر اینکه چگونه ارائه دهندگان خدمات سلامت در برابر انتظارات اجتماعی و فرهنگی افراد و جوامع پاسخگو هستند (پیترز و همکاران، ۲۰۰۸).^۳



شکل ۳- چارچوب مفهومی برای ارزیابی دسترسی به خدمات سلامت. ماخذ: (پیترز و همکاران، ۲۰۰۸)

کووید ۱۹، جامعه جهانی را در بخش بهداشت به شدت درگیر کرد. لذا در آینده امنیت سلامت در جوامع و کشورها ممکن است به یک اولویت بالاتر از هر نوع امنیت دیگر بدون داشتن امنیت بهداشتی- یا محافظت در برابر بیماری های همه گیر تبدیل شود- هیچ امنیتی از سلامت، اقتصاد، دفاع یا هر نوع امنیت دیگری بالاتر از آن وجود نخواهد داشت (بلکزیز، ۲۰۲۱).

¹ Peters

² . Liu

³ Peters

⁴ Belkeziz

در ایران در اصل سوم و بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی، به ضرورت تامین بهداشت و درمان به عنوان نیازهای اساسی مردم تاکید شده است. بخش بهداشت و درمان کشور به منظور تامین و ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی و اجتماعی جامعه با توجه به سیاست ها و خط مشی های تعیین شده، مجموعه ای نظام یافته از فعالیت ها و عملیات را اجرا می کند که مهم ترین آنها شامل: آموزش بهداشت، پیشگیری و ایمن سازی علیه بیماری های واگیردار، بهداشت خانواده و مدارس، بهداشت و سالم سازی محیط زیست، مبارزه با بیماری ها و تامین و تدارک داروهای اساسی، تغذیه، ایجاد مراکز و واحدهای ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری، تامین و آموزش نیروی انسانی و پیراپزشکی در زمینه های مختلف است (امینی، یدالهی و اینانلو، ۱۳۸۵).

۵. یافته های تحقیق

روستاهای نمونه در بخش مرکزی شهرستان مشهد و در ۶ دهستان (تبادکان، طوس، کارده، میان ولایت، کنویست، درزآب) پراکنده هستند. میانگین سنی پاسخگویان ۴۲٫۷ سال است، میانگین تعداد افراد خانواده ۴ نفر می باشد. عمده پاسخگویان یعنی ۳۲٫۲ درصد ابتدایی و ۱۶٫۱ درصد سیکل هستند. افراد بیسواد ۱۵ درصد از پاسخگویان را شامل می شوند. میانگین تعداد سالهای تحصیل پاسخگویان ۷ سال و میانه و مد برابر با عدد ۵ (مقطع ابتدایی) است. ۵۰٫۸ درصد در بخش خدمات، ۲۳٫۸ درصد در بخش کشاورزی، ۱۸٫۲ درصد غیرفعال و ۷٫۲ درصد در بخش صنعت مشغول به فعالیت هستند. ۸۷ درصد پاسخگویان درآمد ماهیانه خود را کم و بسیار کم عنوان نموده اند. میانگین درآمد سرپرستان خانوار نمونه ۵۷۲۰۰۰۰، و میانه برابر با ۵ میلیون تومان بوده است.

مطابق جدول زیر ۶۰٫۲ درصد از سرپرستان خانوارهای مورد بررسی به بیماری کووید ۱۹ مبتلا نشده و ۳۹٫۸ درصد به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده اند. همچنین از تعداد ۷۲ سرپرست خانواری که به کرونا مبتلا شده ۳۳٫۷ درصد یک بار و ۶٫۱ درصد دوبار به این بیماری مبتلا شده اند. در ۹۰٫۱ درصد از خانوارهای مورد بررسی هیچکدام از اعضا خانواده به کرونا مبتلا نشده اند و ۹٫۹ درصد از پاسخگویان همه اعضا خانواده شان به کرونا مبتلا شده اند. تعداد ۶۹ نفر معادل ۳۸٫۱ درصد از خانوارهای روستایی ۱ نفر از اعضای خانواده آنان به کرونا مبتلا شده و تنها در یک خانواده معادل ۰٫۶ درصد، بیشتر از ۵ نفر از اعضا مبتلا به کووید ۱۹ مبتلا شده اند (این آمار با در نظر گرفتن سرپرست خانوار منظور شده است). ۱۹٫۹ درصد برابر با ۳۶ خانوار اظهار داشته اند که هیچ یک از اعضا خانواده مبتلا به بیماری کووید ۱۹ نشده است.

جدول ۳- ویژگی های پاسخگویان

متغیر	مقوله	درصد	متغیر	مقوله	درصد
سن	کمتر از ۲۰ سال	۵٫۵	وضع سکونت	بومی	۹۲٫۷
	۲۰-۲۹	۴٫۹		غیربومی	۸٫۳
	۳۰-۳۹	۱۰٫۲۷		کشاورزی	۲۳٫۸
	۴۰-۴۹	۷٫۲۸		صنعت	۷٫۲
	۵۰-۵۹	۶٫۱۶		خدمات	۵۰٫۸
	بیش تر از ۶۰ سال	۷٫۱۲		غیرفعال	۱۸٫۲
جنس	زن	۵۵٫۲	ابتلای سرپرست خانواده به کووید	بله	۳۹٫۸
	مرد	۵۴٫۸		خیر	۶۰٫۲
دفعات ابتلای سرپرست به کووید	یک مرتبه	۳۳٫۷	ابتلای همه اعضای خانوار به کووید ۱۹	بله	۱۰
	دو مرتبه	۶٫۱		خیر	۹۰
	عدم ابتلا	۶۰٫۲			

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱

۴۴,۹ درصد از پاسخگویان شدت بیماری خود را بسیار خفیف و ۲۵,۵ درصد شدت بیماری خود را خفیف بیان کرده اند. در مورد شدت بیماری در سایر اعضا خانواده ۳۵,۷ درصد بسیار خفیف و ۲۳,۵ درصد شدید عنوان کرده اند. از مجموع ۱۸۱ پاسخگو فقط ۹۸ نفر مبتلا به بیماری کووید ۱۹ شده اند و در ۱۱۵ خانوار سایر اعضا مبتلا به بیماری کووید ۱۹ شده اند. ۹۶,۱ درصد معادل ۱۷۴ خانواده فوتی ناشی از ابتلا به کووید ۱۹ نداشته و ۳,۹ درصد معادل ۷ خانواده فوت ناشی از بیماری کرونا داشته اند. از مجموع ۱۲۲ نفر که به کووید ۱۹ مبتلا شده و مراجعه به مراکز درمانی داشته اند، ۳۷,۷ درصد پس از مشاهده علائم بیماری کووید ۱۹ ابتدا به خانه بهداشت مراجعه داشته اند و ۱۳,۱ درصد مراجعه به بیمارستان، ۱۲,۳ درصد مراجعه به درمانگاه در مشهد، ۱۰,۷ درصد مراجعه به پزشک عمومی در مشهد، ۹,۸ درصد مراجعه به مرکز بهداشت روستایی و سایر مراکز درمانی، ۴,۱ درصد مراجعه به پزشک متخصص و ۲,۵ درصد مراجعه به داروخانه داشته اند. از مجموع ۱۸۱ پاسخگو، ۱۶۱ نفر معادل ۸۹ درصد از پاسخگویان از خدمات درمانی خانه بهداشت روستا در طول همه گیری کووید ۱۹ بهره مند شده اند و ۱۱ درصد از پاسخگویان برابر با ۲۰ نفر از خدمات خانه بهداشت روستایی استفاده نکرده اند.

۵.۱. ارزیابی اقدامات مراکز بهداشت روستایی در مواجهه با کووید ۱۹

الف- ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده به روستاییان طی همه گیری کووید ۱۹

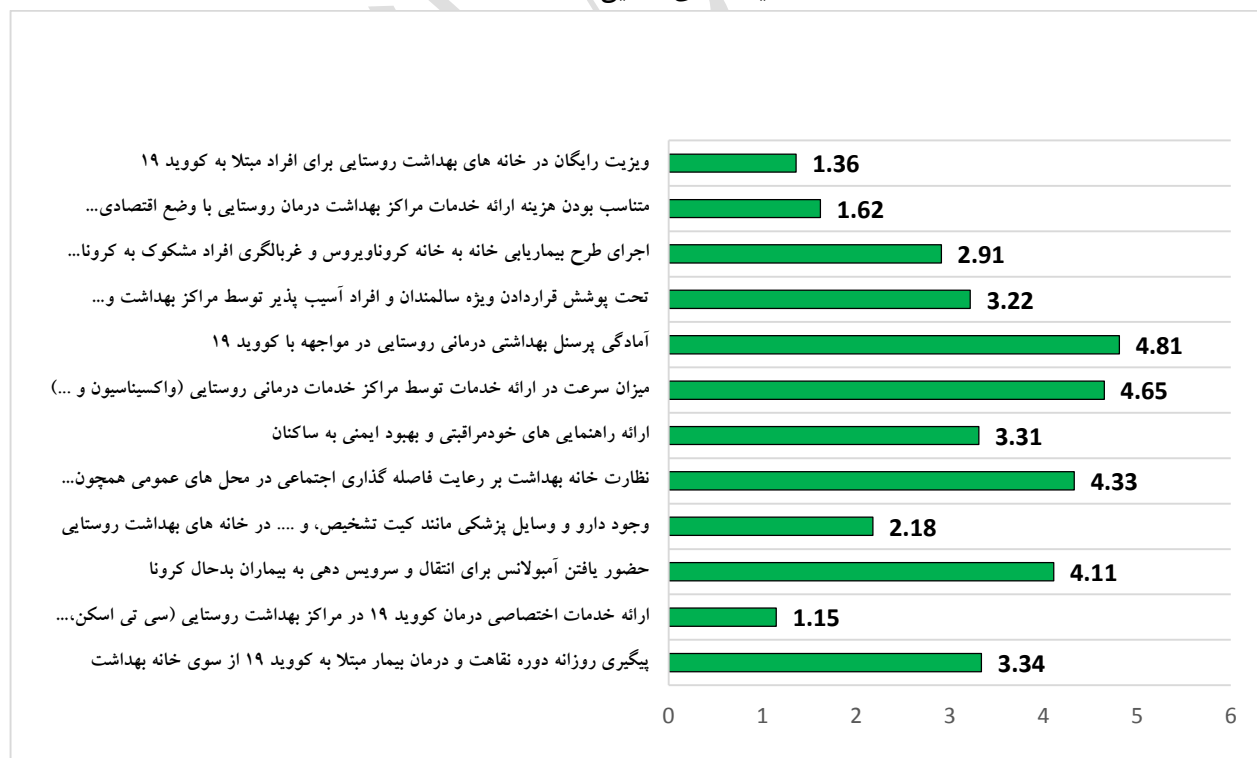
کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده از سوی مراکز بهداشت روستایی به تفکیک ۴ مولفه به شرح جدول زیر مورد بررسی قرار گرفت. مطابق جدول میانگین ارائه خدمات اختصاصی درمان کووید ۱۹ در مراکز بهداشت روستایی با ۱,۱۵ و متناسب بودن هزینه ارائه خدمات مراکز بهداشت درمان روستایی با وضع اقتصادی خانوارهای روستا با ۱,۶۲ و ویزیت رایگان در خانه های بهداشت روستایی برای افراد مبتلا به کووید ۱۹ با ۱,۳۶، وجود داروها و وسایل پزشکی مانند کیت تشخیص و غیره در خانه های بهداشت روستایی با ۲,۱۸ بسیار پایین بوده است.

جدول ۴- ارزیابی خانوارهای روستایی از کیفیت خدمات ارائه شده مراکز بهداشت و درمان روستایی

ردیف	شاخص های کیفیت	کیفیت	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	Sig. کای اسکور
۱	پیگیری روزانه دوره نقاهت و درمان بیمار مبتلا به کووید ۱۹ از سوی خانه بهداشت	تعداد	۴۵	۳۵	۲	۱۱	۸۸	۳,۳۴	۰,۰۰
		درصد	۲۴,۹	۱۹,۳	۱,۱	۶,۱	۴۸,۶		
۲	ارائه خدمات اختصاصی درمان کووید ۱۹ در مراکز بهداشت روستایی (آزمایش، بستری و ...)	تعداد	۱۵۵	۲۵	۰	۱	۰	۱,۱۵	۰,۰۰
		درصد	۸۵,۶	۱۳,۸	۰	۰,۶	۰		
۳	حضور یافتن آمبولانس برای انتقال و سرویس دهی به بیماران بدحال کرونا	تعداد	۲۱	۱۵	۲	۲۸	۱۱۵	۴,۱۱	۰,۰۰
		درصد	۱۱,۶	۸,۳	۱,۱	۱۵,۵	۶۳,۵		
۴	وجود دارو و وسایل پزشکی مانند کیت تشخیص، و در خانه های بهداشت روستایی	تعداد	۵۳	۸۸	۵	۲۴	۱۱	۲,۱۸	۰,۰۰
		درصد	۲۹,۳	۴۸,۶	۲,۸	۱۳,۳	۶,۱		
۵	نظارت خانه بهداشت بر رعایت فاصله گذاری اجتماعی در محل های عمومی همچون نانوايي،خانه بهداشت، مسجد و...	تعداد	۹	۱۵	۲	۳۷	۱۱۸	۴,۳۳	۰,۰۰
		درصد	۵	۸,۳	۱,۱	۲۰,۴	۶۵,۲		
۶		تعداد	۳۲	۴۸	۳	۲۸	۷۰	۳,۳۱	۰,۰۰

نقده	شاخص های کیفیت		کیفیت					میانگین	Sig. اسکوئر کای
			خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد		
نقده	ارائه راهنمایی های خودمراقبتی و بهبود ایمنی به ساکنان	درصد	۱۷,۷	۲۶,۵	۱,۷	۱۵,۵	۳۸,۷		
	میزان سرعت در ارائه خدمات توسط مراکز خدمات درمانی روستایی (واکسیناسیون و ...)	تعداد	۳	۶	۱۰	۱۳	۱۴۹	۴,۶۵	۰,۰۰
		درصد	۱,۷	۳,۳	۵,۵	۷,۲	۸۲,۳		
	آمادگی پرسنل بهداشتی درمانی روستایی در مواجهه با کووید ۱۹	تعداد	۲	۲	۰	۲۱	۱۶۵	۴,۸۱	۰,۰۰
		درصد	۱,۱	۱,۱	۰	۱۱,۶	۸۶,۲		
	تحت پوشش قراردادن ویژه سالمندان و افراد آسیب پذیر توسط مراکز بهداشت و درمان روستایی در مواجهه با کووید ۱۹	تعداد	۵۴	۱۵	۱	۶۰	۵۱	۳,۲۲	۰,۰۰
		درصد	۲۹,۸	۸,۳	۰,۶	۳۳,۱	۲۸,۲		
	اجرای طرح بیماریابی خانه به خانه کروناویروس و غربالگری افراد مشکوک به کرونا توسط خانه بهداشت	تعداد	۴۴	۵۵	۵	۲۸	۴۹	۲,۹۱	۰,۰۰
		درصد	۲۴,۳	۳۰,۴	۲,۸	۱۵,۵	۲۷,۱		
	متناسب بودن هزینه ارائه خدمات مراکز بهداشت درمان روستایی با وضع اقتصادی خانوارهای روستا	تعداد	۱۳۴	۱۵	۳	۲۵	۵	۱,۶۲	۰,۰۰
		درصد	۷۴	۸,۳	۱,۷	۱۳,۳	۲,۸		
	ویزیت رایگان در خانه های بهداشت روستایی برای افراد مبتلا به کووید ۱۹	تعداد	۱۳۰	۴۵	۰	۴	۲	۱,۳۶	۰,۰۰
		درصد	۷۱,۸	۲۴,۹	۰	۲,۲	۱,۱		

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱



شکل ۴- میانگین شاخص های کیفیت خدمات و عملکرد خانه بهداشت/مرکز بهداشت روستا در دوره کووید ۱۹

به منظور بررسی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی به تفکیک مولفه از آزمون T تک نمونه ای استفاده شد. با توجه به ترکیب شاخص ها برای هر یک از مولفه ها، مقیاس از رتبه ای به فاصله ای ارتقا یافت. همچنین بررسی ضرایب چولگی و کشیدگی نشان داد این سازه و مولفه های آن دارای توزیع نرمال است ($-1.5 < SK \& KU < 1.5$) است. مطابق جدول زیر با توجه به مقدار t در مولفه های پاسخگویی (-۲,۳۸۸)، ایمنی (۳,۸۲۲)، هزینه خدمات (-۳۰,۱۱۳)، اثربخشی (۱۴,۹۸۳)، با اطمینان ۹۵٪ و در سطح خطای کوچکتر از ۰,۰۵ تفاوت معنی داری بین میانگین ها با میانه نظری وجود دارد به طوریکه میانگین مولفه پاسخگویی ۲,۸۷، هزینه خدمات با ۱,۴۹ به طور معنی داری کمتر از میانه نظری و میانگین اثربخشی با ۳,۹۰ و ایمنی با ۳,۲۷ بالاتر از میانه نظری است. در مجموع میانگین کیفیت خدمات بهداشتی درمانی با میانگین ۳,۰۸ تفاوت معنی داری با میانه نظری ندارد و در حد متوسط ارزیابی شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون T جفت نمونه ای به منظور بررسی شدت کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی

Sig.	df	T	ضریب اطمینان ۹۵٪		میانگین	میانگین	مولفه
			کرانه بالا	کرانه پایین			
۰,۰۱۸	۱۸۰	-۲,۳۸۸	-۰,۰۲	-۰,۲۴	-۰,۱۳۱	۲,۸۷	پاسخگویی
۰,۰۰۰	۱۸۰	۳,۸۲۲	۰,۴۱	۰,۱۳	۰,۲۷۳	۳,۲۷	ایمنی
۰,۰۰۰	۱۸۰	-۳۰,۱۱۳	-۱,۴۱	-۱,۶۱	-۱,۵۰۸	۱,۴۹	هزینه خدمات
۰,۰۰۰	۱۸۰	۱۴,۹۸۳	۱,۰۱	۰,۷۸	۰,۸۹۵	۳,۹۰	اثربخشی
۰,۰۵۳	۱۸۰	۱,۹۴۷	۰,۱۷	۰,۰۰	۰,۰۸۲	۳,۰۸	کیفیت خدمات

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱

ب- ارزیابی دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی طی همه گیری کووید ۱۹

دسترسی ذیل سه مولفه دسترسی جغرافیایی با چهار شاخص، قابلیت استفاده با پنج شاخص و دسترسی به امکانات محافظتی با سه شاخص مورد بررسی قرار گرفت. منظور از دسترسی جغرافیایی یا فاصله فیزیکی چگونگی توزیع و دسترسی به خدمات و امکانات است و از شاخص های کلیدی موثر بر سنجش وضعیت عدالت فضایی به شمار می آید (شمس الدینی و امیری، ۱۳۹۴: ۱۲۰). منظور از دسترسی قابلیت استفاده، در دسترس بودن از نظر فرصت دسترسی به مراقبت های بهداشتی است (پیترز و همکاران، ۲۰۰۸). مطابق جدول میانگین شاخص فاصله فیزیکی با پزشک متخصص برابر با ۱,۰۵، دسترسی تمام وقت به پزشک در مراکز بهداشت روستایی ۱,۴۴، افزایش ساعت حضور پزشک عمومی در روستا در دوره کووید ۱۹ نسبت به قبل از این دوره ۱,۳۴ و دسترسی به داروهای مورد نیاز بیماران کووید ۱۹ با ۱,۲۹ و میانگین دسترسی ارزان یا رایگان به تجهیزات محافظتی (از قبیل ماسک، الکل و ..) ۱,۲۱ است. لازم به ذکر است که پزشک عمومی در خانه های بهداشت روستایی یک یا نهایت دو بار در هفته به روستا مراجعه دارند. بنابراین از نظر دسترسی به پزشک عمومی در زمان همه گیری کووید ۱۹ نسبت به قبل تغییری نداشته است چون پزشک های متخصص در شهر مشغول به فعالیت هستند. همچون شهر در روستا نیز دسترسی به ماسک و سایر تجهیزات محافظتی رایگان نبوده و پاسخگویان خیلی کم از ماسک رایگان در روستا بهره مند بوده و اغلب خود به تهیه این اقلام مبادرت نموده اند.

جدول ۶- ارزیابی خانوارهای روستایی در مورد دسترسی به خدمات مراکز بهداشت و درمان روستایی

¹ Peters

Sig. کای اسکوئر	میانگین	شدت ارزیابی						شاخص های دسترسی	ابعاد
		خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم			
۰,۰۰	۲,۹۴	۱۴	۸۰	۵	۶۶	۱۶	تعداد	فاصله فیزیکی تا مراکز خدمات درمانی	دسترسی جغرافیایی
		۷,۷	۴۴,۲	۲,۸	۳۶,۵	۸,۸	درصد		
۰,۰۰	۱,۰۵	۱۷۲	۹	۰	۰	۰	تعداد	فاصله فیزیکی با پزشک متخصص	
		۹۵	۵	۰	۰	۰	درصد		
۰,۰۰	۲,۴۴	۷	۳۸	۹	۱۰۰	۲۷	تعداد	تعداد مراکز درمانی در محدوده سکونت	
		۳,۹	۲۱	۵	۵۵,۲	۱۴,۹	درصد		
۰,۰۰	۳,۶۴	۴۸	۶۶	۳۶	۱۵	۱۶	تعداد	کیفیت راه منتهی به مراکز درمانی	
		۲۶,۵	۳۶,۵	۱۹,۹	۸,۳	۸,۸	درصد		
۰,۰۰	۱,۴۴	۲	۱۰	۳	۳۵	۱۳۱	تعداد	دسترسی به صورت تمام وقت به پزشک در مراکز بهداشت روستایی	دسترسی (قابلیت استفاده)
		۱,۱	۵,۵	۱,۷	۱۹,۳	۷۲,۴	درصد		
۰,۰۰	۱,۳۴	۶	۵	۱	۲۰	۱۴۹	تعداد	افزایش ساعت حضور پزشک عمومی در روستا در دوره کووید ۱۹	
		۳,۳	۲,۸	۰,۶	۱۱	۸۲,۳	درصد		
۰,۰۰	۴,۱۵	۹۸	۵۴	۰	۱۷	۱۲	تعداد	دسترسی ۲۴ ساعته ساکنان به خانه بهداشت و بهورز روستا	
		۵۴,۱	۲۹,۸	۰	۹,۴	۶,۶	درصد		
۰,۰۰	۴,۲	۸۴	۷۶	۰	۱۶	۵	تعداد	دسترسی به تب سنج در خانه بهداشت	
		۴۶,۴	۴۲	۰	۸,۸	۲,۸	درصد		
۰,۰۰	۱,۲۹	۶	۳	۰	۱۹	۱۵۳	تعداد	دسترسی به داروهای مورد نیاز بیماران کووید ۱۹	
		۳,۳	۱,۷	۰	۱۰,۵	۸۴,۵	درصد		
۰,۰۰	۴,۹۴	۱۷۶	۱	۲	۲	۰	تعداد	دسترسی به آب لوله کشی جهت شستشوی دست و	دسترسی به امکانات محافظتی
		۹۷,۲	۰,۶	۱,۱	۱,۱	۰	درصد		
۰,۰۰	۴,۰۵	۱۲۲	۱۴	۳	۱۶	۲۶	تعداد	دسترسی به ماسک و تجهیزات بهداشتی در روستا	
		۶۷,۴	۷,۷	۱,۷	۸,۸	۱۴,۴	درصد		
۰,۰۰	۴,۸۳	۱۶۴	۸	۵	۴	۰	تعداد	دسترسی آسان به واکسن	
		۹۰,۶	۴,۴	۲,۸	۲,۲	۰	درصد		
۰,۰۰	۱,۲۱	۵	۴	۰	۶	۱۶۶	تعداد	دسترسی ارزان یا رایگان به تجهیزات محافظتی (از قبیل ماسک، الکل و ..)	
		۲,۸	۲,۲	۰	۳,۳	۹۱,۷	درصد		

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱



شکل ۵- میانگین شاخص های دسترسی به خدمات خانه بهداشت/مرکز بهداشت روستا در دوره کووید ۱۹

در ادامه به منظور بررسی دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی به تفکیک مولفه ها از آزمون T تک نمونه ای استفاده شد. بررسی ضرایب چولگی و کشیدگی نشان داد که دسترسی و مولفه های آن دارای توزیع نرمال است ($SK < 1.5$ و $KU < 1.5$). مطابق جدول زیر با توجه به مقدار t در مولفه های دسترسی جغرافیایی (-10.714)، دسترسی قابلیت استفاده (-12.827)، دسترسی به امکانات محافظتی (19.311) با اطمینان 95% و در سطح خطای کوچکتر از 0.05 تفاوت معنی داری بین میانگین های این سه مولفه با میانه نظری وجود دارد. مولفه های دسترسی جغرافیایی با میانگین 2.52 و دسترسی قابلیت استفاده با 2.48 به طور معنی داری پایین تر از میانه نظری و مولفه دسترسی به امکانات محافظتی با 3.76 بالاتر از میانگین مفروض است. همچنین میانگین سازه دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی با 2.89 به طور معنی داری کمتر از میانه نظری است.

جدول ۷- نتایج آزمون T جفت نمونه ای به منظور بررسی دسترسی به خدمات

Sig.. (۲-tailed)	df	t	تفاوت جفت ها		میانگین	میانگین	
			ضریب اطمینان ۹۵٪				
			کرانه بالا	کرانه پایین			
۰,۰۰۰	۱۸۰	-۱۰,۷۱۴	-۰,۳۹	-۰,۷۵	-۰,۴۸۳	۲,۵۲	دسترسی جغرافیایی
۰,۰۰۰	۱۸۰	-۱۲,۸۲۷	-۰,۴۴	-۰,۶۰	-۰,۵۱۶	۲,۴۸	دسترسی قابلیت استفاده
۰,۰۰۰	۱۸۰	۱۹,۳۱۱	۰,۸۴	۰,۶۸	۰,۷۵۸	۳,۷۶	دسترسی به امکانات محافظتی
۰,۰۰۰	۱۸۰	-۳,۸۰۰	-۰,۰۵	-۰,۱۷	-۰,۱۱۴	۲,۸۹	دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱

۲.۵. بررسی نقش عوامل فردی بر ارزیابی روستاییان در مورد دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی

به کمک آزمون T دو نمونه مستقل، ارزیابی پاسخگویان از کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بین دو مقوله متغیرهای اسمی (جنسیت، وضعیت سکونت، تاهل، بهره مندی از خدمات خانه بهداشت) مقایسه شد. مطابق جدول جنسیت، بومی/غیربومی بودن، تاهل بر ارزیابی پاسخگویان از کیفیت خدمات ارائه شده تاثیر ندارد و تفاوت میانگین ها، معنی دار نیست ($Sig. > 0.05$). همچنین جنسیت و تاهل بر دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی درمانی تاثیر معنی داری ندارد ($Sig. > 0.05$). اما دسترسی به خدمات درمانی ارائه شده مراکز بهداشت روستایی در بین بومیان با 2.87 به طور معنی داری با غیربومیان 3.12 متفاوت

است ($Sig < 0.05$). در واقع غیربومیان با توجه به رفت و آمد به شهر یا دیگر نقاط روستایی اغلب دسترسی بیشتری نسبت به بومیان روستا به خدمات دارند، اغلب غیربومیانی که در پژوهش حاضر با آنها مصاحبه شد در روستا مشغول به فعالیت بوده یا به خاطر هزینه پایین مسکن در روستاها ساکن شده بودند و به شهر رفت و آمد داشته و حتی در شهر خانه دوم نیز داشتند.

جدول ۸- نتایج آزمون T دو نمونه مستقل جهت بررسی اثرگذاری جنسیت، تاهل و بومی بودن روستاییان بر ارزیابی آنها

متغیرهای اسمی	مقوله ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار آزمون T	درجه آزادی	سطح معناداری
کیفیت خدمات ارائه شده به روستاییان	جنسیت	زن	۳,۰۶	۰,۵۸۹	۱۷۹	۰,۵۷۳
		مرد	۳,۱۱	۰,۵۴۹		
	وضعیت سکونت	بومی	۳,۰۹	۰,۵۶۸	۱۷۹	۰,۴۵۹
		غیربومی	۲,۹۸	۰,۶۰۰		
	تاهل	مجرد	۲,۹۶	۰,۵۲۰	۱۷۵	۰,۳۲۲
		متاهل	۳,۱۰	۰,۵۸۱		
دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	جنسیت	زن	۲,۹۱	۰,۴۰۱	۱۷۹	۰,۳۴۱
		مرد	۲,۸۶	۰,۴۰۶		
	وضعیت سکونت	بومی	۲,۸۷	۰,۳۸۷	۱۷۹	۰,۰۲۰
		غیربومی	۳,۱۲	۰,۵۱۶		
	تاهل	مجرد	۲,۹۲	۰,۴۸۲	۱۷۵	۰,۷۱۰
		متاهل	۲,۸۸	۰,۳۹۸		

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱

در ادامه به منظور بررسی رابطه بین سن، تعداد افراد خانواده و تعداد سالهای تحصیل با سازه های مورد بررسی، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. مطابق جدول بین متغیرهای مورد بررسی رابطه معنادار وجود دارد. به طوری که با افزایش سن کیفیت خدمات ارائه شده بهتر ارزیابی شده، اما شدت آن بسیار ضعیف است ($R=0.16$ & $Sig \leq 0.05$). همچنین با افزایش تعداد افراد خانواده، کیفیت خدمات ارائه شده بهتر ارزیابی شده اما شدت آن ضعیف است ($R=0.28$ & $Sig \leq 0.01$). با افزایش تعداد سالهای تحصیل کیفیت خدمات ارائه شده نامطلوب ارزیابی شده است ($R=0.2$ & $Sig \leq 0.01$). اما در مورد دسترسی روستاییان به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی با توجه به سطح معناداری ($Sig > 0.05$) در هر سه بعد دسترسی جغرافیایی، دسترسی قابلیت استفاده و دسترسی به امکانات محافظتی با ویژگی های فردی رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین درآمد سرپرست خانوار با بعد ایمنی و اثربخشی رابطه معنی دار و معکوس با شدت ضعیف وجود دارد ($Sig < 0.05$) همچنین بین درآمد سرپرست خانوار با دسترسی و مولفه های آن رابطه معنی داری وجود ندارد ($Sig > 0.05$).

جدول ۹- بررسی رابطه کیفیت خدمات مراکز بهداشت روستایی در مدیریت بحران کووید ۱۹ با ویژگی های فردی

سازه	متغیر	سن		تعداد افراد خانواده		تعداد سالهای تحصیل		درآمد سرپرست	
		ضریب همبستگی	Sig	ضریب همبستگی	Sig	ضریب همبستگی	Sig	ضریب همبستگی	**Sig
کیفیت خدمات بهداشتی	پاسخگویی	*۰,۱۵۵	۰,۰۳۷	**۰,۲۳۴	۰,۰۰۲	**۰,۲۵۴	۰,۰۰۱	-۰,۲۳۹	۰,۰۰۲
	ایمنی	۰,۰۹۵	۰,۲۰۳	**۰,۲۴۹	۰,۰۰۱	**۰,۲۱۵	۰,۰۰۴	-۰,۲۴۲	۰,۰۰۱
	هزینه خدمات	-۰,۰۵۵	۰,۴۵۸	-۰,۱۱۰	۰,۱۴۲	۰,۱۲۹	۰,۰۸۴	۰,۱۷۸	۰,۰۱۹
	اثر بخشی	*۰,۱۶۵	۰,۰۲۶	**۰,۲۶۱	۰,۰۰۰	-۰,۱۲۴	۰,۰۹۷	-۰,۰۲۸	۰,۷۱۱

کیفیت خدمات بهداشتی درمانی	۰,۱۵۷*	۰,۰۳۵	۰,۰۰۰	۰,۰۰۵	۰,۰۰۵	۰,۰۴۹
دسترسی جغرافیایی	-۰,۱۱۱	۰,۱۳۶	-۰,۱۰۷	۰,۱۵۲	۰,۱۳۲	۰,۴۱۶
دسترسی قابلیت استفاده	-۰,۰۴۸	۰,۵۲۳	۰,۰۴۷	۰,۵۲۷	۰,۰۴۷	۰,۴۸۴
دسترسی به امکانات محافظتی	۰,۰۵۶	۰,۴۵۱	۰,۰۸۳	۰,۲۶۵	۰,۰۳۱	۰,۴۱۰
دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی	-۰,۰۵۴	۰,۴۷۴	-۰,۰۰۵	۰,۹۴۴	۰,۰۹۸	۰,۶۲۶
دسترسی جغرافیایی	-۰,۱۱۱	۰,۱۳۶	-۰,۱۰۷	۰,۱۵۲	۰,۱۳۲	۰,۴۱۶

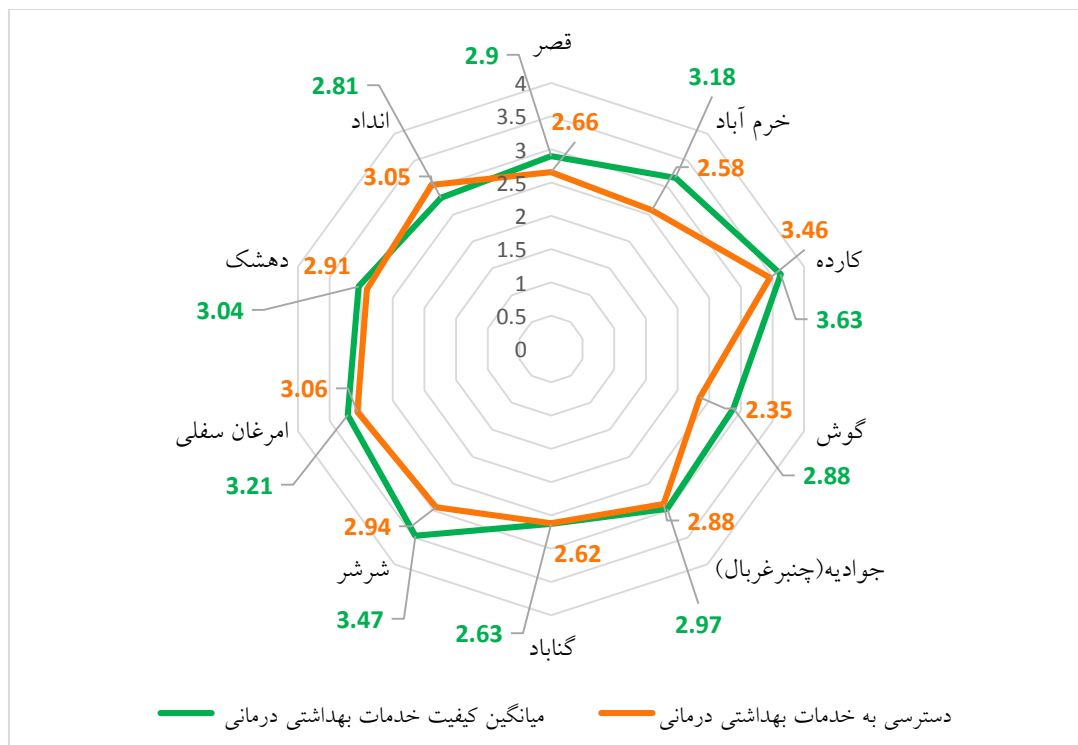
ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱. * سطح معناداری ۰,۰۵ و ** سطح معناداری ۰,۰۱

با توجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه ($\text{Sig.} < 0,05$) می توان گفت که میانگین سازه کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و ابعاد آنها در روستاهای مورد مطالعه به طور معنی داری متفاوت است. به طوری که کیفیت خدمات بهداشتی درمانی در روستای گناباد با میانگین ۲,۶۱ پایین ترین و در روستای کارده با میانگین ۳,۶۳ بالاترین میزان است. همچنین در سازه دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی پایین ترین میانگین متعلق به روستای گوش با ۲,۳۵ و بالاترین میانگین روستای کارده با ۳,۴۶ است. آنچه به وضوح مشاهده می شود این است که این مناطق دسترسی مطلوبی به امکانات بهداشتی ندارند.

جدول ۱۰- میانگین کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و مولفه های آن در روستاهای مورد بررسی

نام آبادی	ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده مراکز بهداشتی درمانی				کیفیت خدمات بهداشتی	ابعاد دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی			دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی
	پاسخگویی	ایمنی	هزینه	اثربخشی		دسترسی جغرافیایی	دسترسی قابلیت استفاده	دسترسی به امکانات محافظتی	
قصر	۲,۴۳	۳,۵۷	۱,۴۸	۳,۴۵	۲,۹۰	۲,۶۳	۲,۱۰	۳,۳۸	۲,۶۶
خرم آباد	۲,۵۸	۳,۳۱	۲,۴۶	۳,۹۰	۳,۱۸	۲,۴۸	۲,۱۵	۳,۲۳	۲,۵۸
کارده	۳,۲۸	۳,۹۷	۱,۵۴	۴,۶۷	۳,۶۳	۲,۶۵	۳,۴۲	۴,۳۳	۳,۴۶
گوش	۲,۸۳	۳,۷۰	۱,۱۰	۳,۲۰	۲,۸۸	۲,۰۵	۱,۶۸	۳,۵۰	۲,۳۵
جوادیه	۲,۵۴	۳,۰۰	۱,۰۰	۴,۲۵	۲,۹۷	۲,۲۱	۲,۵۱	۴,۰۰	۲,۸۸
گناباد	۲,۶۷	۲,۴۷	۱,۱۷	۳,۴۷	۲,۶۳	۲,۶۳	۲,۴۵	۲,۸۰	۲,۶۲
شرشر	۳,۲۹	۳,۵۸	۱,۵۷	۴,۴۸	۳,۴۷	۲,۴۵	۲,۴۹	۴,۰۰	۲,۹۴
امرغان سفلی	۳,۲۱	۳,۲۸	۱,۴۳	۴,۰۵	۳,۲۱	۲,۶۵	۲,۶۴	۳,۹۹	۳,۰۶
دهشک	۲,۹۶	۳,۰۶	۱,۳۰	۳,۹۸	۳,۰۴	۲,۳۸	۲,۴۹	۳,۹۸	۲,۹۱
انداد	۲,۳۸	۳,۰۷	۲,۲۱	۳,۲۳	۲,۸۱	۲,۷۵	۲,۶۳	۳,۸۹	۳,۰۵
آماره F	۴,۸۷	۳,۲۵	۸,۹۲	۷,۷۵	۵,۰۷	۱,۹۷۶	۱۵,۲۳۱	۲۸,۸۲۳	۱۳,۲۶۳
Sig.	۰,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۰۰	۰,۰۰	۰,۰۰	۰,۰۴۵	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰

ماخذ: یافته های تحقیق، ۱۴۰۱



شکل ۶- میانگین کیفیت خدمات و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در روستاهای مورد مطالعه

۶. نتیجه گیری و پیشنهادات

در نقشه راه توسعه کشورهای جهان تا ۲۰۳۰ سومین هدف «تأمین زندگی سالم برای همه سنین» است و ذیل آن به پایان اپیدمی ایدز، سل، مالاریا و سایر بیماری های واگیر اشاره شده است.^۱ همه گیری کووید ۱۹، نقطه عطفی در تاریخ بشر است. شیوع سریع و غیرقابل کنترل، از ویژگی های بارز این پدیده است که آن را به یک بحران برای تمام جهان تبدیل نمود. فقدان آمادگی و ضعف در برنامه ریزی برای مقابله با پاندمی کووید ۱۹، بیشتر کشورهای جهان را با شرایط دشواری روبه رو کرد. توجه کشورها بیشتر به شهرها معطوف و از توجه به مناطق روستایی غفلت شد، این درحالی بود که مناطق روستایی قبل از مواجهه با پاندمی کووید ۱۹ درخصوص برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی با محدودیت های زیادی از جمله تحت تأثیر منابع محدود، آموزش ناکافی و آسیب پذیری های سیستمیک در سیستم های مراقبت های بهداشتی روستایی روبرو بودند. از این رو هدف مطالعه حاضر بررسی اقدامات مراکز بهداشت روستایی از نظر کیفیت خدمات ارائه شده و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی طی همه گیری کووید ۱۹ در روستاهای بخش مرکزی شهرستان مشهد بود. بدیهی است در هر حادثه غیرمترقبه که زنجیره ی زندگی عادی گسیخته می گردد، مردم به خدمات بهداشتی درمانی نیازمند می شوند، ولی معمولاً خدمات مطلوبی دریافت نکرده و دسترسی مناسبی هم به این خدمات ندارند. یعنی علاوه بر اینکه این خدمات بهداشتی درمانی در دسترس جامعه روستایی به طور موثر قرار نمی گیرد، کیفیت این خدمات هم به نحو مطلوبی ارائه نمی شود.

نتیجه بررسی اقدامات مراکز بهداشت روستایی در مدیریت بحران کووید ۱۹ در نواحی روستایی بخش مرکزی شهرستان مشهد نشان داد میانگین سه مولفه دسترسی به خدمات با ۲٫۵۲، دسترسی قابلیت استفاده با ۲٫۴۸، دسترسی به امکانات محافظتی با ۳٫۷۶ در طیف لیکرت با میانه نظری تفاوت معنی داری دارد. بجز دسترسی به امکانات محافظتی مقدار میانگین های واقعی پایین تر از میانگین مفروض است. همچنین میانگین سازه دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی با میانگین ۲٫۸۹ به طور معنی داری کمتر از میانه نظری و ضعیف است. دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی به دلایلی که قبلاً ذکر شد در اغلب کشورهای جهان با مشکلاتی مواجه است که طی همه گیری کووید ۱۹ این مشکل بیشتر نمود یافت. در این ارتباط طبق گزارش سازمان بین المللی کار، ۵۶ درصد از ساکنان روستایی در کشورهای در حال توسعه به

^۱ . <https://sdgs.un.org/goals>

خدمات بهداشتی ضروری دسترسی ندارند. این مهم در مطالعات زیادی تایید گردیده است که ذکر همه آنها در این مجال نمی گنجد و تنها به ذکر چند مورد بسنده می شود. نتایج این بخش با لیو و همکاران، ۲۰۱۹^۱ که به بررسی ترجیحات عمومی برای امکانات بهداشتی و درمانی در روستاهای چین می پردازد، مشابهت دارد و نشان می دهد هنگامی که روستاییان یک مرکز مراقبت های بهداشتی را برای مراقبت های اولیه انتخاب می کنند، فاکتورهای مربوط به دردسترس بودن و مقرون به صرفه بودن یک مرکز در تصمیم آنان اثرگذار است اما در دسترس بودن دارو، مهارت و تجهیزات متخصصان پزشکی در سیستم مراقبت های اولیه می تواند به طور موثر بیمار را از بیمارستان های سطح دو به بیمارستان های سطح اول یا عالی هدایت کند. همچنین مطالعه دوتیت و همکاران، ۲۰۱۵^۲ که به آشکار کردن برخی از موانع مهم دسترسی بهداشت و درمان در مناطق روستایی ایالات متحده آمریکا می پردازد، از این جهت که نشان می دهد تمایل به جستجوی مراقبت های بهداشتی در مناطق روستایی بر اساس محدودیت های فرهنگی و مالی بوده که اغلب با کمبود خدمات، کمبود پزشک آموزش دیده، حمل و نقل عمومی ناکافی و دسترسی ناچیز به خدمات اینترنت باند پهن همراه بوده است، مشابهت دارد. در مجموع نتایج این بخش از مطالعه حاکی از شکندگی سیستم های مراقبت های بهداشتی روستایی را که اغلب از بودجه کافی برخوردار نیستند و حمایت کافی ندارند، آشکار کرد. پرداختن به این مسائل مستلزم تلاش های مستمر و راه حل های نوآورانه برای تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت های بهداشتی برای جمعیت روستایی است.

همچنین بررسی اقدامات مراکز بهداشت و درمان روستایی بخش مرکزی شهرستان مشهد از نظر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی نشان داد تفاوت معنی داری بین میانگین های چهار مولفه کیفیت خدمات که شامل مولفه پاسخگویی با ۲,۸۷، ایمنی با ۳,۲۷، هزینه خدمات با ۱,۴۹ و اثربخشی با ۳,۹۰ با میانه نظری وجود دارد. پاسخگویان دو متغیر ایمنی و اثربخشی را از حد متوسط بالاتر دانسته اند اما متغیر هزینه خدمات، بسیار پایین و متغیر پاسخگویی پایین ارزیابی شده است. پاسخگویان هزینه خدمات درمانی را با وضع خود متناسب ندانسته اند. در مجموع میانگین کیفیت خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده به روستاییان متوسط ارزیابی شده است. لذا برای بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به نواحی روستایی، ضمن سرمایه گذاری در بهبود زیرساخت ها، آموزش ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی روستاها در جهت پاسخگویی مطلوب ضروری است.

در این ارتباط سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود به کمبود قابل توجه کارکنان مراقبت های بهداشتی در نواحی روستایی و مشکلاتی مانند کمبود داروهای ضروری در کلینیک های بهداشت روستایی اشاره کرده که به شدت بر کیفیت مراقبت ارائه شده تأثیر می گذارد. علاوه بر این جمعیت روستایی به دلیل عوامل نامطلوب اجتماعی و محیطی و همچنین سیستم های بهداشتی ضعیف تر، نابرابری های بهداشتی زیادی را به لحاظ کیفیت خدمات بهداشتی درمانی تجربه می کنند. در بین مطالعات داخلی نتایج مطالعه نصیری زارع و همکاران، ۱۴۰۰^۳ که نشان می دهد در ناحیه روستایی، میان مبتلایان بیماری کرونا و سطح خدمات در این مناطق ارتباط مثبت و معنی داری وجود دارد و بیشتر خدمات در مناطقی که جمعیت بیشتری دارند، تمرکز یافته و مناطقی که جمعیت کمتری دارند از سطح خدمات کمتری نیز برخوردار هستند، مشابهت دارد.

مطالعه حاضر می تواند زمینه ساز و بستر برنامه ریزی های هدفمند برای بهبود خدمات درمانی در سطح روستاها باشد. با توجه به نتایج بدست آمده از تحقیق پیشنهادات زیر ارائه می شود:

-ارتقاء خدمات اختصاصی پزشکی در مراکز بهداشت روستایی به عنوان مثال آزمایشگاه، سی تی اسکن و...

-اتخاذ سیاست هایی در جهت کاهش فاصله فیزیکی مناطق روستایی تا مراکز خدمات درمانی

-ارتقاء تجهیزات و ملزومات خانه های بهداشت روستایی

-اتخاذ سیاست هایی در جهت افزایش ساعات حضور پزشکان در مراکز درمانی روستایی و خانه های بهداشت

-در نظر گرفتن آیتم های تشویقی (افزایش حقوق، پاداش و ..) برای پرسنل بخش بهداشت و درمان روستایی

-متناسب سازی هزینه های خدمات درمانی با وضعیت اقتصادی خانوارهای روستایی

-استقرار مراکز بهداشتی درمانی تخصصی در مراکز دهستان ها

¹ Liu et al., 2019

² Douthit et al., 2015

در مجموع همه‌گیری کووید ۱۹ فرصتی برای ایجاد تغییرات متحول کننده در سیاست‌ها و سیستم‌های بهداشت روستایی است. این بحران بحث‌هایی را در مورد اولویت بندی سلامت روستاییان در برنامه‌های دولت و بهبود تاب آوری روستاییان در برابر همه‌گیری‌های آینده مطرح نموده است.

منابع و مآخذ

۱. اسدی لاری (۱۳۹۹). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران گزارش کنفرانس زوم درباره کووید-۱۹.
۲. اسکندریان، غ. (۱۳۹۹). ارزیابی پیامدهای ویروس کرونا بر سبک زندگی (با تاکید بر الگوی مصرف فرهنگی)، فصلنامه علمی-تخصصی، اثرات اجتماعی، شماره دوم، ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹، اردیبهشت ۱۳۹۹، ۲۱-۱.
۳. امیرفخریان، م. و رهنما، م. (۱۳۹۷). برنامه ریزی دسترسی غیرفضایی به خدمات بهداشتی-درمانی در شهر مشهد، جغرافیا و آمایش شهری - منطقه ای، شماره ۲۶، ۱۶-۱.
۴. امینی، ن.؛ یدالهی، ح.؛ اینانلو، ص. (۱۳۸۵). رتبه بندی سلامت استان های کشور. فصلنامه علمی _ پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، ۲۴-۱.
۵. براتی، ا.؛ قادری، ح.؛ حاج حسینی، د. (۱۳۸۵). مطالعه الگوی مصرف خدمات بهداشتی و درمانی در سبد مصرفی خانوارهای استان کرمان، فصلنامه پایش، ۱۱۱-۱۰۵.
۶. خیاطان، م.؛ نصیری پور، ا.؛ امینی، م.؛ محمدنژاد، م. (۱۳۸۹). عوامل موثر بر دسترسی افراد به خدمات ارائه شده از دیدگاه کارکنان در مراکز بهداشتی درمانی شهری منتخب شبکه بهداشت و درمان شهرستان ری، مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پیاورد سلامت)، دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹، ۲۷-۱۸.
۷. دربان آستانه، ع. و رضوانی، م. (۱۳۸۷). مبانی مدیریت روستایی، انتشارات دانشگاه تهران.
۸. رضایپور، ع.؛ رومیانی، ی.؛ عبادی فرد آذر، ف. و غضنفری، ص. (۱۳۹۴). عوامل موثر در بهره مندی و دسترسی به خدمات سلامت: مطالعه مبتنی بر جمعیت شهر کرمان، مدیریت سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۸(۶۰)، ۲۴-۳۶.
۹. سهندی خلیفه کندی، ا.؛ رازقی، ج. (۱۳۹۹). معرفی کرونا ویروس SARS-COV2 و بررسی منشا احتمالی آن، مجله مهندسی ژنتیک و ایمنی زیستی، دوره ۹، شماره ۱، صفحات ۹۳-۷۶.
۱۰. شمس الدینی، ع.؛ امیری، م. (۱۳۹۴). رتبه بندی مکانی خدمات عمومی و کمبود آنها در سطح شهرها، مطالعه موردی: شهرنورآباد ممسنی، فصلنامه اقتصاد مدیریت شهری، دوره ۳، شماره ۱۲، صص ۱۱۹-۱۳۵.
۱۱. شمس الدینی، ع. و امیری فهلیانی، م. (۱۳۹۹). تحلیلی بر متغیرهای کلیدی موثر بر تشدید وضعیت بیماری واگیردار کووید ۱۹ بر جغرافیای سلامت در سکونتگاه های روستایی (مورد مطالعه: روستای فهلیان-شهرستان ممسنی). توسعه محلی روستایی - شهری (توسعه روستایی)، ۱۲(۲)، ۵۸۵-۵۵۷. <https://sid.ir/paper/961177/fa> SID.
۱۲. صدوقی، ف.، حاتمی نژاد، ح.، زارعی، ج. پروان، م. (۱۳۹۵). دسترسی جغرافیایی روستاها به خدمات خانه‌های بهداشت روستایی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) مطالعه موردی، استان خوزستان. تحقیقات نظام سلامت. ۱۲ (۲): ۲۴۸-۲۴۱.
۱۳. کولیوند، پ. و کاظمی، ه. (۱۳۹۹). ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، تهران، انتشارات میرماه، ۱۰۰-۱.
۱۴. محمدی، ف. و کوزه گری، س. (۱۳۹۹). پیش بینی شیوع بیماری کووید ۱۹ و مرگ و میرهای ناشی از آن بر اساس نمای لیپانوف، مجلی علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دوره ۲۴، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹.
۱۵. نصیری زارع، س.؛ پرزادی، ط.؛ حکیمی، م. (۱۴۰۰)، آسیب شناسی مناطق روستایی از خطرات شیوع بیماری کرونا(مورد مطالعه: نواحی روستایی شهرستان ایجرود در استان زنجان)، جغرافیا و مخاطرات محیطی، سال یازدهم، شماره چهل و یکم، بهار ۱۴۰۱، ۲۳۴-۲۱۷.
16. Basu, S., Desai, M., Karan, A., Bhardwaj, S., Negandhi, H., Jadhav, N., ... & Zodpey, S. (2024). COVID-19 Resilience and Risk Reduction Intervention in Rural Populations of Western India: Retrospective Evaluation. *JMIR Public Health and Surveillance*, 10(1), e47520.
17. Belkeziz, A. (2021). Commentary: Features of a Post-Corona World. *Contemporary Arab Affairs*, 14(1), 3-17.

18. Chowdhury, J., & Ravi, R. P. (2022). Healthcare Accessibility in Developing Countries: A Global Healthcare Challenge. *Journal of Clinical & Biomedical Research*, 4(152), 2-5.
19. Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., & Biswas, S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health*, 129(6), 611-620.
20. Duca, L. M., Coyle, J., McCabe, C., & McLean, C. A. (2020). COVID-19 Stats: COVID-19 Incidence, by Urban-Rural Classification—US January 22–October 31, 2020.
21. Dudley, L., Couper, I., Kannangarage, N. W., Naidoo, S., Ribas, C. R., Koller, T. S., & Young, T. (2023). COVID-19 preparedness and response in rural and remote areas: a scoping review. *PLOS Global Public Health*, 3(11), e0002602.
22. Elliot, M., Batani, J., Gaobotse, G., & Muchemwa, B. (2022). Virtual healthcare services and digital health technologies deployed during coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in South Africa: a systematic review.
23. Grome, H. N., Raman, R., Katz, B. D., Fill, M. M., Jones, T. F., Schaffner, W., & Dunn, J. (2022). Disparities in COVID-19 mortality rates: implications for rural health policy and preparedness. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(5), 478-485.
24. Hardhantyo, M., & Chuang, Y. C. (2021). Urban-rural differences in factors associated with incomplete basic immunization among children in Indonesia: a nationwide multilevel study. *Pediatrics & Neonatology*, 62(1), 80-89.
25. Harris, J. (2023). The Impact of COVID-19 on the Rural Health Care Landscape. Bipartisan Policy Center.
26. <https://sdgs.un.org/goals>
27. <https://www.worldbank.org>
28. <https://www.worldometers.info>
29. <https://www.fao.org/policy-support/tools-and-publications/resources-details/en/c/1273345/>
30. <https://www.who.int/activities/addressing-health-inequities-among-people-living-in-rural-and-remote-areas>
31. <https://carlsonschool.umn.edu/news/keeping-rural-health-clinics-developing-countries-running-out>
32. Kerbage, A., Matta, M., Haddad, S., Daniel, P., Tawk, L., Gemayel, S., ... & Geagea, A. (2021). Challenges facing COVID-19 in rural areas: An experience from Lebanon. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 53, 102013.
33. Kumar, A., Nayar, K. R., & Koya, S. F. (2020). COVID-19: Challenges and its consequences for rural health care in India. *Public Health in Practice*, 1, 100009.
34. Li, J., Zhao, N., Zhang, H., Yang, H., & Yang, J. (2022). Roles and challenges for Village doctors in COVID-19 Pandemic Prevention and Control in Rural Beijing, China: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 10, 888374.
35. Liu, Y., Kong, Q., & de Bekker-Grob, E. W. (2019). Public preferences for health care facilities in rural China: a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 237, 112396.
36. Paul, R., Arif, A., Pokhrel, K., & Ghosh, S. (2021). The association of social determinants of health with COVID-19 mortality in rural and urban counties. *The Journal of Rural Health*, 37(2), 278-286.
37. Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
38. Takian, A., Raoofi, A., & Haghighi, H. (2022). COVID-19 pandemic: The fears and hopes for SDG 3, with focus on prevention and control of noncommunicable diseases (SDG 3.4) and universal health coverage (SDG 3.8). In *COVID-19 and the Sustainable Development Goals* (pp. 211-234). Elsevier.
39. Yuan, H., Wang, X., Gao, L., Wang, T., Liu, B., Fang, D., & Gao, Y. (2023). Progress towards the Sustainable Development Goals has been slowed by indirect effects of the COVID-19 pandemic. *Communications Earth & Environment*, 4(1), 184.