

Mashhad University of
Medical Sciences

Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد*Original Article*

The Interaction of Inequality and the Consequences of Health and Treatment Inequality in the studied Population Living in the Provinces of Ilam, Kermanshah and Kurdistan

Forouzan Karkhaneh¹ , Hasan Reza Yusofvand^{2*} , Hossien Dhghan³ 1. PhD student of Social Issues, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran. fkarkhaneh@pnu.ac.ir2. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Tehran, Iran. Yosofvand@pnu.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.

Corresponding author: Yosofvand@pnu.ac.ir

Received: 13 May 2023; Revised: 23 May 2023; Accepted: 19 October 2023

Abstract

Background and Aims: The quality of health-treatment system, proper access to treatment facilities and improvement of environmental conditions are important factors of sustainable development and long-term economic development of regions. The purpose of the research; Analyzing the consequences of inequality in the field of health among the natives of the western region of the country.

Materials and Methods: This study is a conventional content analysis. The participants of this research were the households of Kermanshah, Kurdistan and Ilam provinces who were selected purposefully. The number of research participants included 20 university teachers, educators and medical workers living and working in Kermanshah, Kurdistan and Ilam provinces. The research data were analyzed by conventional content analysis method.

Results: Main themes including: 1. Inflation 2. Lack of sanitary equipment and hoarding 3. Lack of sufficient credits to access facilities 4. Medical insurances and credits. Sub-topics: 1. Decreasing the quality of sanitary equipment 2. Not supporting specific diseases 3. Decreasing the quality of life 4. Increasing stress and anxiety 5. Seclusion and isolation 6. Family conflicts 7. Abandoning treatment 8. Migration to big cities 10. Lack of medicine and the cost of providing it 11. Lack of specialist manpower 12. High drug costs and 13. Increase in corona epidemic 14. Safe drinking water and health and treatment facilities have been extracted and became the basis of the analysis

Conclusion: The findings showed a deep understanding of the consequences of health and treatment inequality in the western provinces of the country with 4 main themes and 14 sub-themes.

Keywords

Inflation; Health Care Inequality; Quality of Life; Health Tourism.

Cite this article as: Karkhaneh F, Yusofun HR, Dhghan H. The Interaction of Inequality and the Consequences of Health and Treatment Inequality in the studied Population Living in the Provinces of Ilam, Kermanshah and Kurdistan. Navid No, 2023; 26(88): 26-35. <https://doi.org/10.22038/nmj.2023.72327.1391>.

E-ISSN: 2645-5927 / P-ISSN: 2645-5919

Copyright: © 2023 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license[\(http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/\)](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).**Publisher's Note:** Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of
Medical Sciences

نوید نو

Navid No

Journal homepage: <https://nmj.mums.ac.ir/>



کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهش و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نوع مقاله (پژوهشی)

برهمکنش نابرابری و پیامدهای نابرابری بهداشتی و درمانی در جمعیت مورد مطالعه ساکن استانهای ایلام، کرمانشاه و کردستان

فروزان کارخانه^۱، حسن‌رضا یوسفوند^{۲*}، حسین دهقان^۳

۱. دانشجوی دکتری مسائل اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد، واحد تهران شمال، تهران، ایران.
 ۲. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
 ۳. استادیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.
- پست الکترونیک نویسنده مسئول: Yosofvand@pnu.ac.ir
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۳، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۳/۰۲، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۷

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت سیستم بهداشتی-درمانی، دسترسی مناسب به امکانات درمانی و بهبود شرایط زیست محیطی از عوامل مهم توسعه پایدار و رشد بلند مدت اقتصادی مناطق به شمار می‌روند. هدف پژوهش؛ واکاوی پیامدهای نابرابری در حوزه سلامت در بین بومیان منطقه غرب کشور.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع تحلیل محتوای مرسوم می باشد. مشارکت کنندگان این پژوهش خانوارهای ساکن استان‌های کرمانشاه، کردستان و ایلام بودند که بصورت هدفمند انتخاب شدند. تعداد مشارکت کنندگان پژوهش شامل ۲۰ تن از مدرسین دانشگاه، فرهنگیان و کارکنان علوم پزشکی ساکن و شاغل در استان‌های کرمانشاه، کردستان و ایلام بودند. داده‌های پژوهش با روش تحلیل محتوای مرسوم تحلیل شدند.

یافته‌ها: درون مایه‌های اصلی: ۱. تورم، ۲. کمبود وسایل بهداشتی و احتکار، ۳. نبود اعتبارات کافی دسترسی به امکانات و ۴. بیمه‌های درمانی و اعتبارات. درون مایه های فرعی: ۱. پایین آمدن کیفیت وسایل بهداشتی، ۲. حمایت نکردن از بیماریهای خاص، ۳. کاهش کیفیت زندگی، ۴. افزایش استرس و اضطراب، ۵. گوشه گیری وانزوا، ۶. تعارض های خانوادگی، ۷. صرف نظر کردن از درمان، ۸. مهاجرت به شهرهای بزرگ، ۹. کمبود دارو و هزینه تأمین آن، ۱۰. کمبود نیروی متخصص، ۱۱. هزینه‌های بالای دارو، ۱۲. افزایش اپیدمی کرونا و ۱۳. آب آشامیدنی سالم و امکانات بهداشتی و درمانی استخراج شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها درک عمیقی از پیامدهای نابرابری بهداشتی و درمانی در استان‌های غرب کشور نشان داد و مردم در این منطقه با کاستی‌های بیشتری مواجه هستند. پیشنهاد می شود از این مطالعه برای توسعه استان‌های غرب کشور استفاده شود.

کلمات کلیدی

تورم، نابرابری بهداشتی و درمانی، کیفیت زندگی.

مقدمه

بررسی تاریخچه نابرابری نشان می‌دهد در حالی که برخی از سطوح نابرابری همیشه یک واقعیت در جامعه بوده است، درجه نابرابری در طول زمان تغییر کرده است و این در نتیجه نیروهای اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی، سیاسی و غیره است (۱).

در نابرابری اقتصادی امکانات کاری و درآمد اهمیت دارند و در نابرابری اجتماعی، موقعیت‌های اجتماعی، دسترسی یکسان به موقعیت‌های اجتماعی از جمله آموزش و پرورش، بهداشت، مسکن و دیگر خدمات اجتماعی و در دسترس بودن موقعیت کار و شغل اهمیت دارند (۲). اصطلاح «نابرابری بهداشتی» یک مفهوم توصیفی صرف نیست و به تفاوت میزان مرگ، ابتلا به بیماری، امید به زندگی، سال-های زندگی به سر شده با ناتوانی و... با سه منشأ طبقه اجتماعی، جنسیت و قومیت می‌پردازد. نابرابری در سلامت اصطلاح کلی است که برای نشان دادن اختلاف‌ها، تغییرات و ناهمسانی‌های موجود در دسترسی به سلامت افراد یا گروه‌ها از آن استفاده شده است. سلامت افراد در جامعه تحت تأثیر متغیرهای محیطی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد. بر این مبنای توجه به آگاهی‌های بهداشتی افراد، سواد سلامتی، حمایت‌های اجتماعی و سبک زندگی در کنار مؤلفه‌هایی مانند سواد، وضعیت اقتصادی، نوع اشتغال، شرایط محیط زندگی و سبک زندگی مورد توجه قرار گرفته است. وضعیت سلامت افراد جامعه بستگی به موقعیت اجتماعی و وضعیت اقتصادی آنها دارد. پیامدهای نابرابری در تمام ابعاد اقتصادی، بهداشتی و درمانی، آموزشی و اجتماعی در جامعه ایران بخصوص منطقه غرب کشور استانهای مرزی (کردستان، کرمانشاه و ایلام) کاملاً مشهود است هدف این پژوهش بررسی پیامدهای نابرابری در حوزه بهداشت و درمان در بین بومیان منطقه غرب کشور (استان-های کردستان، کرمانشاه و ایلام) است.

روابط نابرابر قدرت منجر به طرد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگ می‌شود که به نوبه خود دسترسی به منابع را در سطوح فردی، خانواده، گروه، جامعه، کشور و

جهانی کاهش می‌دهد. محرومیت مشارکت در روابط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی را محدود می‌کند و در نتیجه می‌تواند منجر به بیکاری، درآمد پایین، تغذیه نامناسب یا سایر محرومیت‌های مرتبط شود (۱). معیار زندگی عموماً براساس هنجارهای موسوم به کیفیت زندگی تعریف می‌شود که در هر دوره تاریخی و در هر جامعه بسته به ارزش‌های فرهنگی حاکم متفاوت است. با این حال در وضعیت ارتباطات گسترش یافته امروزین درجوامع نوین، کیفیت زندگی، درآمد، سلامت، تحصیلات، اوقات فراغت، امنیت محیط مادی و اجتماعی. همه این عوامل از موقعیت مکانی زندگی و پایگاه طبقاتی تأثیر می‌پذیرد و از آنجا که معیارهای زندگی بر مبنای همین کیفیت‌ها تعریف می‌شود، بنابراین دارای تعیین مکانی و طبقاتی است (۳). کیفیت زندگی به وضعیت اجتماعی-اقتصادی ختم می‌شود. افراد با درآمد بالاتر، سطح تحصیلات و شغل بهتر، مردم می‌توانند در مسکن و محله‌های بهتر زندگی کنند، مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت دریافت کنند، بیمه درمانی خوب داشته باشند، ورزش کنند و رژیم غذایی مناسب داشته باشند، بهتر با استرس کنار بیایند و در بخش حمایتی قرار گیرند (۴). نابرابری موجود در منطقه منجر به مهاجرت نیروی کار نخبه برای یافتن شغل و رفاه بیش‌تر است. از پیامدهای آن کاهش رشد جمعیت، کاهش باروری، کاهش ازدواج، افزایش طلاق، کمبود مسکن، کاهش اشتغالزایی و روی آوردن جوانان به کولبری است. اخیراً نقش مراقبت‌های بهداشتی به طور فزاینده‌ای مهم شده است، به طوری که مسافران "به طور خاص به دنبال درمان بیماری‌ها و خدمات بهداشتی متقاضی سفر به کشورهای دیگر هستند" (۵). این روند مفهوم "مسافر سلامت" را روشن کرده است، که مجموعه‌ای از پدیده‌های مرتبط با ترک موقت محل سکونت خود برای جستجوی خدمات بهداشتی به منظور حفظ و ارتقای سلامت نشان می‌دهد (۶). این گسترش تدریجی مرز شناختی گردشگری سلامت باعث ایجاد "پدیده تجاری بهبود خدمات گردشگری سلامت" شده است (۷). گردشگری سلامت شامل سفری برای حفظ یا بهبود سلامت است.

هتل‌ها) و مقاصد منابع منظم گردشگری را فراهم می‌کنند (۱۵).

نابرابری بهداشتی و درمانی؛ وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین اثرات منفی بر سلامت در طول زندگی دارد و بردها پیامد سلامتی از وزن هنگام تولد و سرطان گرفته تا بیماری قلبی عروقی و مرگ و میر تأثیر می‌گذارد. عوامل محیطی، عوامل سبک زندگی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، و رفتارهای بهداشتی برای ایجاد یک رابطه پایدار بین وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و نرخ مرگ و میر بالا ترکیب می‌شوند (۲). کیفیت سیستم بهداشتی - درمانی، دسترسی مناسب به امکانات درمانی و بهبود شرایط زیست محیطی از عوامل مهم توسعه پایدار و رشد بلند مدت اقتصادی مناطق به شمار می‌روند. بهبود امکانات درمانی و کاهش هزینه‌های زیست محیطی، امید به زندگی را افزایش داده و تولید بالقوه و فعالیت را بهبود می‌بخشد. چند وجهی بودن مبحث توسعه بر سلامت و بهداشت انسان‌ها و نقش آن در توسعه پایدار تأکید دارد. لذا علاوه بر مطالعات خارجی همچون (۱۶) و (۱۷) که عوامل بهداشتی و درمانی را در سنجش مشخص نابرابری منطقه‌ای وارد کرده‌اند، مطالعات داخلی همچون (۷). نیز متغیرهای سرانه تخت بیمارستانی و سرانه پزشک را به عنوان نماگرهای اصلی سنجش توسعه منطقه‌ای در نظر گرفته‌اند.

نابرابری، به باور افراد در مورد درآمد و توزیع ثروت مربوط می‌شود و همچنین شامل نحوه مشاهده نابرابری در محیط‌های خود، با مقایسه موقعیت اجتماعی خود با خانواده، دوستان و همکاران، که به عنوان گروه‌های مرجع نیز شناخته می‌شوند (۱۸). افراد برای اندازه‌گیری یا ارزیابی نابرابری به تجربیات شخصی تکیه می‌کنند (۱۹). یکی از دلایلی که ما باید به برداشت‌های مردم توجه کنیم، این است که می‌توانیم تحلیل کنیم که چگونه تقاضای عمومی برای باز توزیع و سایر سیاست‌های اجتماعی با نحوه تفکر و دیدگاه مردم نسبت به نابرابری در جوامع خود مرتبط است (۲۰).

طبق بررسی‌های بعمل آمده، پژوهش‌های متعددی در زمینه نابرابری در شهرهای مختلف ایران انجام شده است؛ برای مثال در پژوهشی که زمانی نیا (۸)، ربانی و خورسگانی (۹) و تقوایی (۱۰) انجام دادند، نتایج نشان داد که بیشتر شهرستان‌های توسعه نیافته و محروم ایران، در مناطق حاشیه‌ای و مرزی کشور قرار گرفته‌اند. بین عدم رضایت از زندگی و محل سکونت، گروه‌های سنی، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل و طبقات اجتماعی اقتصادی رابطه آماری معناداری وجود دارد. نابرابری در عدم رضایت از زندگی وجود دارد و عدم رضایت در گروه فقیر جامعه متمرکز شده است و این نابرابری در استان‌های مختلف متفاوت است. وضعیت تأهل، محل سکونت، شغل، سن، وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان از عوامل تأثیرگذار در عدم رضایت از زندگی در بین زنان است و باید برای کاهش نابرابری‌ها به این مسائل توجه کرد (۱۱). برچسب اجتماعی مبتنی بر فقر یک عامل تعیین کننده مهم نابرابری‌های سلامت عمومی و نابرابری‌های سلامتی را در اسکاتلند تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۲). در پژوهشی در دانشگاه شیکاگو آمریکا به بررسی: «قرار گرفتن در معرض خودکشی به چه معناست؟ خطر خودکشی و اهمیت معناسازی» پرداخته است. در معرض خودکشی خود ذاتاً خطرناک نیست، اگرچه ممکن است ذاتاً ناراحت کننده باشد. آیا منجر به افزایش آسیب‌پذیری می‌شود یا خیر، بستگی به معنایی که فرد از این تجربه می‌کند و احتمالاً زمینه‌های پیرامون مرگ دارد. (۱۳). مفهوم گردشگری سلامت عمیق شده است زیرا مراقبت‌های پزشکی از "بیماری محور" به "سلامت محور" تغییر یافته است. «گردشگری سلامت پایدار» را می‌توان به طور کلی به عنوان گردشگری تعریف کرد که شامل فعالیت‌های پزشکی و سلامتی است که سلامت جسمی و روانی را افزایش می‌دهد (۱۴). با این حال، گردشگری سلامت یک پدیده پویا است، یعنی استاندارد یکسانی برای آن وجود ندارد. قبل از بررسی عمیق تر گردشگری سلامت، توجه به این نکته مهم است که مطالعات اولیه در گردشگری به نقش سلامت با توجه به اینکه برای سال‌های متمادی اکثر کسب و کارهای مرتبط با گردشگری (به عنوان مثال،

روش کار

شیوع ویروس کرونا در کشور و قرنطینه بودن افراد، مصاحبه‌ها به وسیله تماس تلفنی انجام شد، هر مصاحبه ضبط و جهت تحلیل تبدیل به متن نوشتاری گردید. واحد نمونه‌گیری در تحقیق حاضر به لحاظ جنس شامل ۱۱ مرد و ۹ زن بوده است.

مصاحبه با این سوالات آغاز و ادامه یافت؛ ۱. نابرابری اجتماعی چه پیامدهایی دارد؟ ۲. نابرابری چه تأثیری بر سلامت افراد جامعه دارد؟ ۳. تورم چه تأثیراتی بر کیفیت زندگی افراد جامعه دارد؟ ۴. عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر نابرابری سلامت کدامند؟

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ مشخص شده است.

روش تحقیق تحلیل محتوا و از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ملاک‌های انتخاب مشارکت‌کنندگان نیز عبارت بودند از؛ ساکن بودن در (استانهای ایلام، کردستان، کرمانشاه) و زیستن در مناطق مرزی که علاقه‌مند به انجام مصاحبه را داشته و توانایی انتقال معنای مفاهیم مورد واکاوی را داشته باشند و بتوانند اطلاعاتی درخصوص پیامدهای نابرابری اجتماعی و بهداشتی در اختیار محقق قرار دهند. همچنین تلاش بر این بوده مشارکت‌کنندگانی مورد مطالعه از بین افراد تحصیل‌کرده و دانشگاهی درحوزه‌های مرتبط با موضوع مورد تحقیق باشد که توانایی و اشراف بیشتری درانتقال اطلاعات و تحلیل ذهنی علمی-تری در این باب دارند. تکنیک گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر، مصاحبه عمیق ساختار نیافته، مشاهده مشارکتی و یادداشت‌های میدانی بوده‌اند. به این اعتبار تحلیل و تفسیر داده‌ها در بخش کیفی بر اساس اصول تحقیق پدیدارشناسی صورت پذیرفته است. حجم نمونه مورد مصاحبه ۲۰ نفر تا محقق به اشباع نظری رسید. هر مصاحبه به صورت تقریبی ۴۵ دقیقه به طول انجامید و با توجه به

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان

جنسیت	مرد ۱۱ تن	زن ۹ تن
شغل	مدرس دانشگاه ۱۲ تن	کارکنان علوم پزشکی ۴ تن
وضعیت تاهل	متاهل ۱۷ تن	مجرد ۳ تن
محل سکونت	استان کرمانشاه ۹ تن	استان کردستان ۶ تن
مدرک تحصیلی	دکتری ۱۰ تن	کارشناسی ارشد ۵ تن

جدول ۲: درون مایه‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها

درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
تورم	پایین آمدن کیفیت وسایل بهداشتی
	کاهش کیفیت زندگی
کمبود وسایل بهداشتی و احتکار	تعارض‌های خانوادگی
	کمبود دارو و هزینه تأمین آن

افزایش استرس و اضطراب	
گوشه گیری و انزوا	
هزینه‌های بالای دارو	
افزایش اپیدمی کرونا	نبود اعتبارات کافی و دسترسی به امکانات
کمبود نیروی متخصص	
مهاجرت به شهرهای بزرگ	
آب آشامیدنی سالم	
امکانات بهداشتی و درمانی	
حمایت نکردن از بیماریهای خاص	بیمه‌های درمانی دولتی و اعتبارات
صرف نظر کردن از درمان	

۱. افزایش تورم

تورم در سال‌های اخیر عاملی مهم برای افزایش قیمت‌ها و کاهش قدرت خرید افراد جامعه شده است.

مصاحبه شونده کد ۵ بیان می‌کند: «رخ تورم بدون شک نرخ وسایل بهداشتی و داروها افزایش می‌یابد این باعث می‌شود که هزینه درمان برای قشر ضعیف جامعه که در ایران رو به افزایش است و توانایی فراهم کردن وسایل بهداشتی و درمان نداشته باشند، مانند « داروهای متفورمین و کلیندامایسین برای بیماریهای دیابت و عفونتهای پوستی که خیلی نایاب هستند به دلیل تورم نرخ بالایی دارند و همه افراد جامعه قدرت خرید آنها را ندارند».

مصاحبه شونده کد ۱۰ اظهار می‌کند: «تورم باعث نابرابری بر سطح جامعه و روی سلامت افراد شده و به خاطر مشکلات اقتصادی که افراد دارند کمتر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند با توجه به مشکلات اقتصادی افرادی هستند که بیماریهای خاصی دارند مثل سرطان و نیاز به داروهای خاصی دارند و کسانی که بیماری کلیوی دارند و این داروها در دسترسشان نیست

این مشکل روی کیفیت زندگی شان هم تأثیر منفی گذاشته».

مصاحبه شونده کد ۲ بیان می‌کند: «بهداشت و درمان در استان کرمانشاه نسبت به کردستان و ایلام توازن بهتری در زمینه پزشک و پرستار و تخت بیمارستانی است مناطقی در این سه استان فاقد امکانات و خدمات لازم درمانی و بهداشتی است مثلاً برای یک زایمان خدماتی نیست و ممکن است جان مادر و فرزند به خطر بیفتد که دولت باید امکانات درمانی بیشتری به این مناطق ارائه دهد».

۲. بیماریهای روحی و روانی و افسردگی

رابطه تنگاتنگی بین نابرابری و افزایش بیماریهای روحی و روانی و افسردگی وجود دارد.

مصاحبه شونده کد ۱۲ بیان می‌کند: «در میان طبقه متوسط و فقیر جامعه رشد روزافزون تورم و کاهش کیفیت زندگی این گروه‌ها و نگاه مقایسه‌ای که به طبقه ثروتمند دارند. حس سرخوردگی را در جوانان و نوجوان‌ها و حتی کودکان برمی‌انگیزد، این احساس سرخوردگی به مرور منجر به اضطراب و افسردگی و گاهی به خودکشی می‌انجامد و در برخی دیگر منجر به بزهکاری و افزایش بی‌تفاوتی اجتماعی، نزاع فردی و جمعی، قتل و سرقت می‌شود. با توجه به نتایج بدست آمده نابرابری اجتماعی اثرات منفی به مراتب بیشتری بر جامعه و افراد دارد.»

۳. کیفیت زندگی

دستورالعمل‌ها، نداشتن نیروی تخصصی و فوق تخصصی، نداشتن فضای خیلی خوب دولتی مخصوصاً برای بیماران خاص که هم پزشک متخصص مثلاً انکولوژیست یکی دو نفر بیشتر در مرکز استان نیست با کلی مریض و حمایت نکردن از این بیماران با هزینه های گزافی که برای داروهای شیمی درمانی یا هزینه پرتودرمانی پرداخت می‌کنند.»

۸. گردشگری سلامت

در استاهای غرب کشور به سبب همجوار بودن با کشور عراق و اقلیم کردستان عراق می شود گردشگری سلامت را رونق داد از بین شهرستانها تنها شهرستان کرمانشاه این امکان فراهم است که پذیرای بیماران گردشگر باشد. باید تواناییها و امکانات و پزشکان شناسانده شوند تا گردشگران سلامت بیشتری جذب کنند در حال حاضر شهرستان کرمانشاه پذیرای بیماران از سایر استانها و کشور عراق می باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین نابرابری و پیامدهای بهداشتی و درمانی حاصل از آن در استانهای مرزی غرب کشور (ایلام کردستان و کرمانشاه) انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد.

ماهیت خدمات بهداشتی - درمانی به گونه‌ای است که نیاز به آنها منحصر به گروه خاصی از مردم نمی‌شود و در واقع، همه انسانها در تمامی سکونتگاه‌ها بدان نیازمند می‌باشند. فقدان یا کمبود خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه در روستاها، شهرهای کوچک و مناطق محروم، پیامدهای منفی زیادی را به همراه خواهد داشت که مهمترین آنها، اثرات ناگواری است که متوجه زندگی انسانهاست. تلاش ساکنان مناطق محروم برای بهره‌مندی از امکانات و خدمات درمانی، در بیشتر مواقع به مهاجرت موقت آنها به شهرهای بزرگ منجر می‌گردد که مستلزم صرف هزینه و زمان زیادی است. در موارد ویژه، ممکن

مصاحبه شونده کد ۱۸ اظهار می‌کند «کیفیت زندگی به خاطر بحران هایی که در جامعه بوجود می‌آید، پایین آمده ۱- افزایش نرخ تورم و کاهش قدرت خرید مردم ۲- شیوع بیماری کرونا که مشکلات و تعارض‌هایی بین همسران، والدین و فرزندان و فرزندان با هم به وجود آورده. خانواده ها نیاز به حمایت اجتماعی، حمایت‌های اقتصادی و حمایت عاطفی و روانی از سوی دولت و خانواده هایشان دارند اگر این حمایت ها به موقع انجام نشود منجر به مشکلات روانی، استرس و اضطراب در خانواده و جامعه می‌شود.»

۴. دسترسی به امکانات با کیفیت درمانی

مصاحبه شونده کد ۱۴ بیان می‌کند «متأسفانه در غرب کشور کیفیت دسترسی به امکانات با کیفیت درمانی خیلی کم است و اگر باشد هزینه زیادی باید پرداخت شود»

۵. بیمه‌های درمانی و هزینه درمان

مصاحبه کننده کد ۱۱ بیان می‌کند «بیمه‌ها هم به نوعی باعث نابرابری می‌شود بیمه روستایی ویزیت در درمانگاه مبلغی نمی‌شود اما پزشکان متخصص و فوق تخصص اصلاً با بیمه ویزیت نمی‌کنند خدمات در سطح درمانگاه به خاطر کمبود اعتبارات خیلی بی کیفیت است اعتبارات به موقع تخصیص نمی‌یابد.»

۶. آب آشامیدنی سالم و کمبود امکانات بهداشتی و درمانی در روستاها و شهرهای کوچک

مصاحبه شونده کد ۱۸ بیان می‌کند «روستائیان برای دستیابی به آب آشامیدنی سالم، امکانات بهداشتی و درمانی روستا را ترک می‌کنند. به شهرهای بزرگ مهاجرت می‌کنند. که این مهاجرت کوتاه مدت برای درمان منجر به مهاجرت بلند مدت می‌گردد.»

۷. کمبود اعتبارات کافی و پزشک متخصص

مصاحبه کننده کد ۷ بیان می‌کند «مهمترین عوامل تاثیر گذار بر نابرابری سلامت در جامعه ، نبود اعتبارات کافی برای اجرا

بهبود سلامت است. علاوه بر این، بسیاری از محققان در تعریف گردشگری پزشکی بر مفهوم مرز تأکید می‌کنند. تقویت همکاری گردشگری سلامت با کشورهای «مسیرهای عبور و جاده های خوب» و کشورهای همسایه دارند استانها (کردستان، کرمانشاه و ایلام) به دلیل هم مرز بودن با کشور عراق استعداد و زمینه بسیاری در زمینه جذب گردشگری سلامت دارند شهرستانهای مرزی مهران، قصر شیرین و کرمانشاه، سندیج در سال های اخیر تلاش کرده‌اند گردشگر سلامت از کشور عراق جذب کنند که نیاز به تبلیغات و معرفی مراکز درمانی و معرفی پزشکان متخصص دارد. نتایج حاصل با پژوهش‌های گودریچ (۲۰)، هال (۲۲). جیانگ لی (۱۲) هم سو است.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه شامل ۴ درون مایه اصلی و ۱۴ درون مایه فرعی بود. پیشنهاد می‌شود برای توسعه استان‌های غرب کشور (کرمانشاه، کردستان و ایلام) در حوزه بهداشتی و درمانی از یافته های پژوهش حاضر، بهره گرفته شود میزان مرگ و میر، ولادت و نیز خودکشی که شاخص‌هایی برای بررسی امید به زندگی هستند در استان‌های کرمانشاه، کردستان و ایلام نسبت به سایر استان‌ها بالاتر است و این خود نمایانگر میزان بالای نابرابری بهداشتی - درمانی در این سه استان می‌باشد. از بین رفتن نابرابری‌ها، مستلزم باز توزیع منابع و استفاده از راهکارهایی برای از بین بردن فقر و بیکاری و تبعیضات جنسی و همچنین عادلانه‌تر کردن تقسیم مزایا بین مشاغل و افراد جامعه است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه قدردانی می‌گردد.

حمایت مالی

است این مهاجرت موقت به مهاجرت دائم تبدیل گردد که در این صورت، پیامدهای سوء دیگری نیز به دنبال خواهد داشت. افزایش خودکشی، روی آوری به اعتیاد، آسیب‌ها و انحرافات مثل پایین آمدن امنیت که نتیجه توسعه نامتوازن در این مناطق است مردم از این آسیب‌ها و رویکردها و ارزش‌های اجتماعی دچار استحاله می‌شود طبعاً هویتشان را چندان ارج نمی‌نهند و ممکن است به خودشان و کشور آسیب‌هایی وارد کنند. رابطه تنگاتنگی بین نابرابری اجتماعی، تورم و افزایش بیماریهای روحی و روانی و افسردگی وجود دارد در میان طبقه متوسط و فقیر جامعه رشد روزافزون تورم و کاهش کیفیت زندگی این گروه‌ها و نگاه مقایسه‌ای که به طبقه ثروتمند دارند. حس سرخوردگی را در جوانان و نوجوان‌ها و حتی کودکان برمی‌انگیزد، این احساس سرخوردگی به مرور منجر به اضطراب و افسردگی و گاهاً به خودکشی می‌انجامد و در برخی دیگر منجر به بزهکاری و افزایش بی‌تفاوتی اجتماعی، نزاع فردی و جمعی، قتل و سرقت می‌شود. با توجه به نتایج بدست آمده نابرابری اجتماعی اثرات منفی به مراتب بیشتری بر جامعه و افراد دارد. مقاله زمانی نیه (۸) کریا (۱۶) میلکین (۱۳) با نتایج این پژوهش هم سو است.

تورم، کمبود وسایل بهداشتی، احتکار، نبود اعتبارات کافی، کمبود نیروی متخصص، هزینه‌های بالای دارو حمایت نکردن از بیماریهای خاص، کاهش کیفیت زندگی، گوشه گیری و انزوا، تعارض‌هایی بین همسران، و فرزندان، کاهش قدرت خرید، شیوع بیماری کرونا حمایت اجتماعی، اقتصادی و حمایت عاطفی و روانی از سوی دولت و خانواده هایشان دارند اگر این حمایت‌ها به موقع انجام نشود منجر به مشکلات روانی، استرس و اضطراب در خانواده و جامعه می‌شود. نابرابری بر بهداشت و درمان جامعه هدف به شدت مشهود و اثر گذار است. نتایج حاصل از تحقیق با پژوهش خزایی (۱۱)، انگلس (۱۲) هم سو است

اخیراً نقش مراقبت های بهداشتی به طور فزاینده ای مهم شده است، گردشگری سلامت شامل سفری برای حفظ یا

این مطالعه توسط هیچ سازمان دولتی یا خصوصی حمایت مالی نشده است. ملاحظات اخلاقی مرتبط با نوع مطالعه، در این مطالعه رعایت گردید. اطلاعات شرکت کنندگان بصورت بدون نام تحلیل گردید.

ملاحظات اخلاقی

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

مراجع

- [1] Kinsley Kimberley L, Rycroft, Robert S. author. Title: Inequality in America, causes and consequences Description: First Edition. Santa Barbara, California:ABC-CLIO,2021.Includes bibliographical references and index. Identifiers: LCCN 2020052214 (print) .LCCN2020052215 (ebook).
- [2] Kamali A. An Introduction to the Sociology of Social Inequalities, Tehran: Somit Publications: 2015.
- [3] Zahedi MJ. Development and Inequality. Fifth Edition, Tehran: Maziar Publications; 2006.
- [4] Knell M, Stix H. Perceptions of Inequality, Working Papers 216, Oesterreichische National bank (Austrian Central Bank); 2017.
- [5] Goodrich JN. Sociallist Cuba: a study of health tourism. J , Trav , Res, 199332(1) , 36-410.
- [6] Mueller H, Kaufmann EI. Wellness Tourism: market analysis of a special health tourism segment and implication for the hotel industry. J Vacat Mark. 2001; 7(1):5-17.
- [7] Hall CM. Health and SPA tourism, In: Hudson , S. (Ed) , International sports & Adventure Tourism. Haworth press, NewYork; 2003.
- [8] Zamani Nieh S. The effect of rural migration on the reproduction of social inequality. Quarterly Journal of New Research in Human Sciences. 2017; 4(12):17-28.
- [9] Rabbani Khorasgan R, Ghasemi V, Abbaszadeh M. Investigating the relationship between social factors and social inequalities. Social Welfare Quarterly 2011; 11(41): 305-267.
- [10] Tagvai M, Warsi HR, Sheikh Biglou R. Analysis of Regional Development Inequalities in Iran", Human Geography Research Quarterly. 2011; 43(78):168-153.
- [11] Khazaei Z, Godarzi I, Moradi Q. Investigation of economic and social status and inequalities in dissatisfaction with life in women aged 15-54, the fourth international conference on women, infertility and mental health, Lorestan University of Medical and Therapeutic Sciences, 2021; 19.
- [12] Inglis G, McHardy F, Sosu E, McAteer J, Biggs H. Health inequality implications from a qualitative study of experiences of poverty stigma in Scotland Social Science & Medicine., Elsevier – Science Direct: 2019.
- [13] Miklin S, Mueller AS, Abrutyn S, Ordonez K. What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making'.Social Sciencine. 2019; 233/21-27.
- [14] Hei QM, Xiang YY. Health Tourism Science. people Medical publishing House, Beijing, china: 2020.
- [15] Lei Jiang, Huazhang Wu, Yang S. social science & Medicine 293; 2022.

- [16] Kriaa M., Driss S, Karray Z. Inequality and Spatial Disparities in Tunisia. *The Journal of Business Inquiry*. 2011; 10(1): 161- 175.
- [17] Kutscherauer A, Fachinnelli H, Hucka M, Skokan K, Suchacek J, Tomanek P, et al. *Regional Disparities in Regional Development of the Czech Republic*. Press of Technical University of Ostrava, Ostrava; 2010.
- [18] Kuhn A. The subversive nature of inequality: Subjective inequality perceptions and attitudes to social inequality. *European Journal of Political Economy*, 2019; 59: 331–344.
- [19] Han C, Janmaat JG, Hoskins B. Green A. *Perceptions of Inequalities: implications for social cohesion*, published by the Centre for Learning and Life Chances in Knowledge Economies and Societies; 2012.
- [20] Page L, Goldstein D. Subjective beliefs about the income distribution and preferences for redistribution. *Social Choice and Welfare*. 2016; 47(1): 25–61.