

تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت

منیژه اسکندری^۱، عباس عباس‌زاده^۲، فریبا برهانی^۳

چکیده

مقدمه: نظام ارایه مراقبت سلامت در برآورده کردن نیازهای جامعه روستایی با چالش‌های زیادی مواجه است و تاکنون توجه کافی به این مسأله نشده است. مطالعه حاضر با هدف توصیف تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت انجام شد.

روش: این یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوا می‌باشد. ۲۱ نفر از فراهم‌آوردندگان مراقبت سلامت روستا بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه نیمه ساختار یافته و بحث گروهی متمرکز کوچک جمع‌آوری شد. این داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش توصیف شده توسط Granheme و Landman تحلیل شد.

یافته‌ها: آنالیز داده‌ها در نهایت منجر به شکل‌گیری یک طبقه تحت عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت در جامعه روستا شد. این تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت شامل طبقه‌های فرعی مانند وضعیت اقتصادی، تنوع فرهنگی، سطح سواد، اولویت‌های ارزشی و باورهای مردم، سیاست‌های دولت، کیفیت تعاملات و رازداری، کیفیت دسترسی و مراقبین سلامت بومی بودند.

نتیجه‌گیری: تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت در روستا به طور معمول عواملی هستند که بر استفاده مردم روستا از مراقبت‌های جاری تأثیرگذار هستند. بنابراین در طراحی مدل‌های جدید ارتقای فرایند مراقبت از سلامت، توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی از اهمیت زیادی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: فرایند مراقبت سلامت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی، جامعه روستایی.

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۰۵/۰۱

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۳/۰۸

ارجاع: منیژه اسکندری، عباس عباس‌زاده، فریبا برهانی. تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران بر اساس تجربه مراقبین سلامت. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۳): ۱۵۹-۱۶۹.

مقدمه

هنوز در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. اگر نیمی از جمعیت دنیا در مناطق روستایی زندگی می‌کنند، خدمات قابل ملاحظه‌ای در آن مناطق لازم است (۲). جمعیت‌های روستایی باید برای مراقبت‌های سلامتی کافی و یک سیستم اجتماعی که چنین مراقبتی را فراهم می‌کند، مستحق دانسته شوند. اشخاص صرف‌نظر از مکان، حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت را دارند (۳)، اما جوامع روستایی به تجربه

موضوع سلامت روستا در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفت و ارایه مراقبت سلامت روستا به عنوان یک دلوپسی و بحث بین‌المللی مطرح است (۱). سلامت این افراد یک دلوپسی بزرگ برای پرستاران، ماماها و دیگر فراهم‌آوردندگان مراقبت سلامت و همچنین سیستم‌های ارایه مراقبت سلامتی و دولت‌ها است. در حدود نیمی از جمعیت ۷ میلیاردی دنیا

۱- دانشجوی دکتری، گروه پرستاری، مرکز آموزش بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان و دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، گروه پرستاری و مامایی، ارسنجان، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: aabaszadeh@hotmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر عباس عباس‌زاده

انبوهی از مشکلات سلامتی در مقایسه با هم‌تایان شهری خود ادامه می‌دهند (۴، ۳).

برنامه مراقبت سلامتی اولیه (Primary health care) اغلب به عنوان راهبرد اصلی برای برآورده کردن نیازهای مناطق روستایی در سراسر دنیا مورد استفاده قرار گرفته است (۲). مفهوم مراقبت سلامتی اولیه به عنوان یک راهبرد برای آوردن "سلامتی برای همه" پا برجا است، ولی یکسانی کمی در اجرای آن وجود داشته است. بسیاری از برنامه‌های مراقبت سلامتی اولیه در کشورهای کم درآمد از کفایت لازم برخوردار نیستند. بنابراین این برنامه‌ها اغلب ناموفق در نظر گرفته می‌شود (۵).

ایران بر طبق سرشماری سال ۲۰۱۱ بیش از ۷۰ میلیون جمعیت داشت که ۲۹ درصد آن روستایی بودند (۷، ۶). به دنبال پیروزی انقلاب، اولویت روستاها و مناطق محروم به عنوان سیاست پایه اظهار شد. از این رو سیستم مراقبت سلامتی اولیه ایران برای بهبود دستیابی به مراقبت سلامتی برای محرومین و کاهش شکاف بین پیامدهای سلامتی در مناطق شهری و روستایی مستقر شد. بی‌شک در طی دو دهه گذشته، شاخص‌های سلامت در ایران به دلیل اجرای برنامه مراقبت سلامت اولیه به طور قابل توجهی بهبود یافت (۸). با این وجود گرچه یک بهبود قابل توجهی در وضعیت مراقبت سلامتی در طی بیست سال گذشته برای ایرانی‌ها به وجود آمد، اما هنوز سیستم ارایه مراقبت سلامت در مناطق روستایی در برخورد با نیازهای جامعه با چالش‌های زیادی مواجه است (۹).

شواهد مربوط به مطالعه‌های بین‌المللی موجود در حوزه سلامتی و مراقبت از سلامتی در روستا بیانگر وجود مشکلات و چالش‌هایی در این زمینه است. Strasser معتقد است که با وجود اختلاف بسیار بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، همه کشورها مشکلات و چالش‌هایی پیرامون سلامت روستا و مراقبت سلامتی اولیه دارند (۱۰). با وجود ادعای کارایی مراقبت سلامتی اولیه، این رویکرد در حقیقت مورد ارزشیابی قرار نگرفته است (۱۱).

در مطالعه‌های صورت گرفته در ایران نیز شواهدی مبنی بر وجود پاره‌ای از چالش‌ها در مراقبت از سلامت روستاها

وجود دارد. صدری‌زاده در مطالعه خود به بعضی ضعف‌ها در سیستم مراقبت سلامتی اولیه ایران همچون هماهنگی درون بخشی و بین بخشی ضعیف، نارضایتی مددجو و فراهم‌کنندگان، محدودیت منابع و تصمیم‌گیری متمرکز اشاره کرد (۸). ملک افضل‌ی نیز به بخش دیگری از این چالش‌ها در سیستم مراقبت از سلامت ایران از جمله کمبود توجه به مراقبت سلامتی اولیه در آموزش پزشکی، عدم تطابق سیستم جمع‌آوری اطلاعات سلامت با تکنولوژی جدید، فقدان فرهنگ تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، فقدان سازمان‌دهی و مشارکت جامعه در تصمیم‌گیری و موارد دیگر اشاره نمود (۱۲). البته این چالش‌ها بیشتر به ساختار سیستم مراقبت از سلامت مربوط هستند و حاصل یک نگاه کمی به مقوله مراقبت از سلامت در روستا می‌باشد.

تاکنون مطالعه‌ای پیرامون فرایند مراقبت از سلامت در روستاها با دیدگاه کیفی صورت نگرفته است. این در حالی است که درک فرایند مراقبت از سلامت به لحاظ پیچیدگی‌های فرهنگی و اجتماعی که دارد، با درون پارادایم اثبات‌گرایی و با رویکردهای علمی و تجربی غالب بر آن ممکن نیست. پدیده مراقبت به زمینه اجتماعی پیرامونش وابسته است (۱۳). بنابراین بهترین روش برای درک پدیده مراقبت، دیدن آن در محیط طبیعی آن است. چنین دیدگاهی با رویکرد طبیعت‌گرا یا تفسیری که تلاش می‌کند تا پدیده‌ها و فرایندها را در محیط طبیعی خود مطالعه کند، سنخیت دارد. امروزه روش تحقیق کیفی، یک مشارکت مهم در درک موضوعات سلامتی روستا است. این روش‌ها همچنین به عنوان روش‌های به ویژه مناسب برای تحقیق در زمینه سلامت و دیگر حوزه‌های تحقیقات اجتماعی روستا به شمار می‌روند. روش‌های کیفی از ظرفیت لازم برای تولید داده‌هایی برخوردار است که تأثیر بستر اجتماعی روی سلامتی را کشف می‌کند (۱۴). کاربرد رویکردهای کیفی در مطالعه‌های مراقبت سلامتی اولیه وقتی محقق می‌خواهد روی تجارب مشارکت‌کنندگان متمرکز شود، ضروری است (۱۵). با توجه به چنین دیدگاهی و اعتقاد به ناتوانی پارادایم اثبات‌گرایی یا کمی در درک مفهوم فرایند مراقبت از سلامت به لحاظ

پنج‌جیدی‌های فرهنگی و اجتماعی که دارد، در این تحقیق محقق کوشید تا تجربه مراقبین سلامت را درباره تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی توصیف نماید.

روش

این تحقیق یک تحقیق کیفی با رویکرد تحلیل محتوا می‌باشد و با هدف توصیف تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت در جامعه روستایی ایران در سال ۱۳۹۱-۲۰۱۱ انجام گرفت. محیط پژوهش منطقه روستایی شهرستان ارسنجان در استان فارس بود. در مجموع ۲۱ نفر از فراهم‌آوردندگان مراقبت سلامت روستا شامل (۱۳) بهورز، ۲ پزشک خانواده روستا، ۲ ماما و ۴ پرستار روستا) در این پژوهش شرکت نمودند. این افراد بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با معیارهایی چون دارا بودن تجربه کافی در زمینه مراقبت در روستا (حداقل ۲ سال تجربه در مورد پرسنل) و تمایل به بیان تجربه خود انتخاب گردیدند. مشارکت‌کنندگان اصلی در این تحقیق بهورزان بودند که در زمینه فرایند مراقبت از سلامت در روستا از نقش کلیدی برخوردار بودند. در ادامه بر حسب ضرورت و برای تکمیل داده‌ها از تجارب سایر مشارکت‌کنندگان دخیل در فرایند مراقبت نیز برای روشن‌سازی بیشتر فرایند مراقبت در روستا به صورت نمونه‌گیری نظری استفاده شد.

جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق و بحث گروهی متمرکز کوچک (۱ جلسه با حضور ۴ پرستار) صورت گرفت. محور سؤال‌های مصاحبه، چگونگی روند مراقبت در روستا بود. کلیه مصاحبه‌ها پس از ضبط، بلافاصله به صورت کلمه به کلمه نوشته شدند. هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی بازنویسی و تحلیل شد. مدت زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه با شرکت‌کنندگان در پژوهش تا حصول به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

کلیه ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، حق کناره‌گیری از مطالعه، حفظ گمنامی و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت گردید. بدین صورت که قبل از شروع مصاحبه فرم رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت آگاهانه و

داوطلبانه مشارکت‌کنندگان تهیه گردید. این فرم توسط آن‌ها بعد از توجیه درباره چگونگی روند تحقیق و بیان هدف آن امضا شد. به مشارکت‌کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات ارایه شده از سوی آنان در تمامی مراحل تحقیق اطمینان داده شد. جهت ضبط گفته‌های مشارکت‌کنندگان در طی تحقیق از آن‌ها اجازه گرفته شد. در صورت عدم رضایت آنان نسبت به ضبط صدایشان، به خواست آن‌ها احترام گذاشته شد. به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در تحقیق، در هر مرحله از تحقیق می‌توانند از آن خارج شوند. زمان و مکان مصاحبه‌ها نیز با توافق مشارکت‌کنندگان تعیین شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی بر اساس روش توصیف شده Granheme و Landman انجام شد. این فرایند شامل کدگذاری باز، ایجاد طبقات و انتزاعی ساختن می‌باشد (۱۷، ۱۶). در ابتدا همه مصاحبه‌ها به صورت متن درآورده شد. سپس متن‌ها چندین بار خوانده شد و کدهای اولیه (واحد‌های معنایی) مشخص شد. محقق در ضمن این فرایند -کدگذاری باز- داده‌ها را خط به خط و کلمه به کلمه بررسی کرد و اجازه داد که کدها آزادانه ایجاد شود؛ به طوری که همه جنبه‌های محتوا تا حد امکان از زبان خود پاسخ‌دهندگان توصیف شود. در گام بعدی کدهایی که به لحاظ معنایی مشابه بود، در طبقات یکسان قرار گرفت. سپس این طبقات تحت عنوان طبقات بزرگتر گروه‌بندی شد. هدف از گروه‌بندی، کاهش تعداد طبقات به وسیله ادغام طبقات مشابه یا غیر مشابه درون طبقات گسترده‌تر بود. در نهایت طبقات به منظور آشکارسازی معانی ضمنی آن‌ها در یک سطح تفسیری انتزاعی شد.

برای اطمینان از دقت و صحت مطالعه از روش‌های متنوعی استفاده شد. بدین ترتیب که محقق بعد از کدگذاری مصاحبه‌ها بخشی از آن را به شرکت‌کنندگان باز گرداند تا از صحت کدها و تفاسیر خود مطمئن گردد. محقق برای اطمینان از ثبات در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها در ضمن کدگذاری هر مصاحبه، به مصاحبه‌های کدگذاری شده قبلی جهت بازبینی مجدد کدها رجوع می‌نمود. همچنین محقق

متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات پدیدار شده را برای اساتید راهنما، مشاور و همکاران آشنا به تحقیق کیفی فرستاد. سپس از نظرات آن‌ها در مورد صحت روند تجزیه و تحلیل و تفسیرهای صورت گرفته جويا شد. علاوه بر این محقق کوشید تا با توصیفات دقیق و هدفمند فرایند تحقیق و کارهای انجام شده در ضمن مطالعه، امکان پیگیری روند تحقیق را برای دیگران نیز فراهم کند.

درگیری طولانی مدت با موضوع پژوهش یکی دیگر از روش‌های اطمینان از اعتبار پژوهش است. در این مطالعه نیز محقق سعی نمود تا حد امکان مصاحبه‌ها و ملاقات‌های طولانی‌تری با مشارکت‌کنندگان داشته باشد و مدت زمان بیشتری را در محیط بماند. محقق برای تلفیق در منابع تولید و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها کوشید تا هم نمونه‌های خود را از کلیه گروه‌های مرتبط با فرایند مراقبت در روستا انتخاب نماید و هم این که از روش‌های مختلفی مانند مصاحبه و بحث گروهی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده نماید.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۱ نفر از کارکنان تیم سلامت بودند که بخشی از مشخصات دموگرافیک آن‌ها در جدول ۱ ارایه شده است.

تحلیل داده‌ها در نهایت منجر به شکل‌گیری یک طبقه تحت عنوان تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت در جامعه روستا شد. این تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت شامل طبقات فرعی مانند وضعیت اقتصادی، تنوع فرهنگی، سطح سواد، اولویت‌های ارزشی و باورهای مردم، سیاست‌های دولت، کیفیت تعاملات و رازداری، کیفیت دسترسی و مراقبین

سلامت بومی بودند.

وضعیت اقتصادی

مسایلی چون فقر، بیکاری، خشکسالی و نداشتن درآمد ثابت منجر به این شده است که اکثر مردم روستا شرایط اقتصادی خوبی نداشته باشند. مشارکت‌کننده شماره ۳ (بهروز): «مردم روستای ما اکثرشان مشکل مالی دارند. این‌جا به طور معمول افراد بیکارند. فقر توشون زیاده. فقر خودش بیماری ایجاد می‌کند. فقر بیماری روانی ایجاد می‌کند. اختلال رشد و سوءتغذیه ایجاد می‌کند».

فقر علاوه بر ایجاد بیماری، بر جنبه‌های گوناگون روند مراقبت مانند توانایی مردم برای پیشگیری، مراجعه به پزشک، تأمین دارو و پیگیری آن‌ها تأثیر می‌گذارد. مشارکت‌کنندگان در بحث گروهی (پرستاران): «مردم از نظر مالی واقعا مشکل دارند. دکتر ارجاع می‌دهد. به خاطر این که از نظر مالی مشکل دارند، نمی‌روند». مشارکت‌کننده شماره ۲ (بهروز): «پیرزنی که زیر پوشش کمیته امداد است، پول دارو ندارد. وقتی یک نسخه دارو با دفترچه روستایی می‌شود شش هزار تومان، برای من و شما چیزی نیست، ولی اون واقعا ندارد. برائش سخته». این یافته‌ها حاکی از آن است که وضعیت اقتصادی مردم، یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت سلامت در روستا است.

تنوع فرهنگی

داده‌ها نشان داد که با وجود بومی بودن اکثر مراقبین (بهروزان)، آن‌ها این احساس را داشتند که فرهنگ مردم روستا با شهر تفاوت دارد. مشارکت‌کننده شماره ۹ (بهروز): «روستایی هر کاریش کنی درک و فهمش کمتر از شهری است. فرهنگش فرق دارد». علاوه بر تفاوت فرهنگی بین

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

حرفه	محل کار	تعداد	سابقه کار	تحصیلات	جنس
بهروز	خانه بهداشت	۱۳	۲۰-۳ سال	راهنمایی و دیپلم	۹ زن، ۴ مرد
پزشک خانواده	مرکز بهداشتی درمانی روستا	۲	۲-۳ سال	پزشک عمومی	۲ مرد
ماما	مرکز بهداشتی درمانی روستا	۲	۵-۶ سال	کاردان	۲ زن
پرستار	مرکز بهداشتی درمانی روستا	۴	۱۱-۲ سال	لیسانس	۲ زن، ۲ مرد

در جریان مراقبت، از تأثیر حرف آنان بیشتر است. مشارکت‌کننده شماره ۸: «تر نظر بهداشتی مردم تو روستا شایعات را قبول می‌کنند. به خصوص در مورد روش‌های پیشگیری بیشتر شایعات رویشان تأثیر می‌گذارد. می‌گویند فلانی گفته آمپول نازایی می‌دهد. فلانی رفته باردار شده، فلانی تو آ یو دی باردار شده. خیلی حرف ما را قبول نمی‌کنند. بیشتر شایعات را قبول می‌کنند. ما آموزش بهشون می‌دهیم. سعی خودمون را می‌کنیم، ولی بیشتر شایعات را قبول می‌کنند».

وضعیت سواد

بر اساس داده‌ها یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت، وضعیت سواد و تحصیلات مردم روستا می‌باشد. سطح سواد مردم یک عامل تعیین‌کننده در تفهیم آموزش، برقراری ارتباط و پذیرش مراقبت‌ها است. مشارکت‌کننده شماره ۱۵ (بهورز): «هر چه سطح سواد بالاتر باشد، بهتر می‌فهمد. برای کلاس آموزشی هم سواددار بهتر می‌فهمد».

گرچه سطح سواد مردم به خصوص نسل جدید در مقایسه با قبل افزایش یافته است. مشارکت‌کننده شماره ۸ (بهورز): «نسل جدید درس خونده‌ترند، بهتر می‌تونم ارتباط برقرار کنم»، اما هنوز در جمعیت‌های روستایی محدودیت سواد و آموزش به خصوص در گروه‌های سالمند وجود دارد. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ (بهورز): «سالمندها تو روستا هیچ کلام سواد ندارند که بخواهند این‌ها را تکمیل کنند. سالمند که می‌آید این جا ما باید یکی یکی سؤالات را بخونیم براشون علامت بزنیم. این چقدر وقت ما را می‌گیرد». این محدودیت سواد می‌تواند به عنوان یک عامل منفی بر کیفیت فرایند مراقبت تأثیر بگذارد.

سیاست‌های دولت

داده‌ها حاکی از این است که سیاست‌های دولت بر روند مراقبت در روستا تأثیرگذار بوده است. تأثیر سیاست‌های دولت بر روند مراقبت متفاوت است. بعضی از این سیاست‌ها مانند اعطای تسهیلات در زمینه ساخت و نوسازی مسکن بر بهداشت محیط روستاها تأثیر مثبتی داشته است. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ (بهورز): «البته دست دولت‌ها هم هست».

مردم شهر و روستا، تفاوت‌های درون فرهنگی مردم روستاهای مختلف نیز در رغبت مراجعه مردم برای دریافت مراقبت، شرکت در کلاس‌های آموزشی، اولویت دادن به سلامتی و غیره تأثیرگذار است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰ (بهورز): «تفاوت فرهنگ خیلی است. برای مثال این جا خونه بهداشت است. سمت راست ما می‌شود ... آباد سمت چپ می‌شود ... آباد. فرهنگ این‌ها از زمین تا آسمان فرقه. حتی کلاس آموزشی که می‌گذاریم من از اینا دعوت نکردم. فقط به این‌ها وقتی می‌گی اینا می‌فهمن ولی اونا نه». مشارکت‌کننده شماره ۶ (بهورز): «یک سری مردم فرهنگش را ندارند. حالا این جا باز خدا را شکر فرهنگ مردم خوب است، ولی من روستای ... که بودم، مردم حتی برای واکسن‌های ضروری مراجعه نمی‌کردند. فرهنگ مردم شان با مردم ما خیلی فرق دارد». در مجموع یافته‌ها نشان‌دهنده این است که فرهنگ مردم بر ابعاد گوناگون فرایند مراقبت در روستا تأثیرگذار است.

اولویت‌های ارزشی و باورهای مردم

یافته‌ها بیانگر این است که سلامتی در نظام ارزش‌گذاری مردم در روستا از اهمیت به نسبت پایینی برخوردار است. این موضوع به دلایل گوناگون فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۹ (بهورز): «زنان روستایی به سلامت خودشان اهمیت نمی‌دهند. یک زن شهری اگر مشکلی براش پیش بیاید، سریع‌السير به ده تا متخصص مراجعه می‌کند، ولی زنان روستایی بیشتر از اون‌ها کار می‌کنند، زحمت می‌کشند، ولی به سلامت خودشان اهمیت نمی‌دهند». مشارکت‌کنندگان در بحث گروهی: «هو روستاها عده‌ای کم اهمیت هستند نسبت به بیماری‌شان طرف چند روز درد قفسه سینه دارد. می‌گه دیروز چیز سنگین بلند کردم. درد گرفته. غافل از این که درد قلبی است. می‌میرند و نمی‌فهمند به چه علت بوده است».

همچنین یافته‌ها نشان داد که باورهای مردم یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر روند مراقبت است. در بسیاری از مواقع به عنوان یک مانع بر سر راه آموزش عمل نموده است؛ به طوری که مراقبین این احساس را داشتند که تأثیر باورها و شایعات

مراقبین سلامت با مردم، توانایی جلب اعتماد و رازدار بودن آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است.

این رازداری به خصوص در ارتباط با بیماری‌های روانی، مزمن و مسایل مرتبط با بهداشت و سلامت جنسی در جوامع روستایی از اهمیت بیشتری برخوردار است. مشارکت‌کننده شماره ۲ (بهروز): «محیط روستا محیط کوچکی هست. آبروش می‌رود. می‌گویند فلانی تو نامزدی بودی چرا وسیله پیشگیری می‌خواستی؟ حالا این از لحاظ شرعی مشکلی ندارد، ولی تو محیط روستا عرف نیست، می‌خواهد پخش نشه». مشارکت‌کننده شماره ۱۴ (بهروز): «فلان خانواده آگه بچه‌ای دارد، مشکل اعصاب دارد. این را بد می‌دانند. آگه بگویی بیا خونه بهداشت پرورنده تشکیل بده که دکتر حداقل یک ماهی مراقبت کند. بدش می‌گیره می‌گه من چنین مشکلی ندارم. چون محیط کوچک است، دوست ندارد کسی بفهمد».

کیفیت دسترسی

بر اساس داده‌های این تحقیق، دسترسی یک مفهوم دو جانبه در روند مراقبت می‌باشد. دسترسی هم از جانب مردم و هم از جانب مراقبین سلامت از تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت می‌باشد. کیفیت دسترسی متأثر از عواملی چون فاصله از خانه بهداشت و مراکز بهداشتی و خدمات حمل و نقل روستایی است. مشارکت‌کننده شماره ۳ (بهروز): «چون مشکل راه دارند علی‌آباد نمی‌روند می‌گویند راه دور است نمی‌تونیم برویم شهر، باز تاکسی بگیریم برویم ... آباد». استطاعت مالی افراد نیز از عوامل تعیین‌کننده میزان دسترسی به مراقبت‌ها است. خیلی مواقع اشخاص در محیط روستا به دلیل عدم استطاعت مالی امکان دسترسی به مراقبت‌ها را نداشتند. مشارکت‌کننده شماره ۳ (بهروز): «می‌گه چون پول تو دستم نیست، نرفته. این مسلماً آگه من ارجاعش بدم پیش یک متخصص اعصاب یک روز برو نوبت بگیر، مطمئناً نمی‌ره».

امکانات موجود در مراکز درمان روستایی نیز یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده کیفیت دسترسی مردم است. مشارکت‌کنندگان در بحث گروهی: «مشکل دیگری که در

الان چند سالی که این دولت است، اکثر روستاها طرح هادی زند، چون وام دادند. اکثر خونه‌ها نوساز شده است. به تبع توالت‌ها هم نوساز شده همه توالت‌ها نوساز شده است. خیلی روی بهداشت محیط تأثیر گذاشته است».

دادن یارانه به اقشار کم درآمد بر استطاعت مالی آن‌ها برای مراجعه و تأمین دارو تأثیرگذار بوده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۹ (پزشک خانواده): «یارانه که الان دولت می‌دهد، خیلی کمک حالشان هست. قسم می‌خورد می‌گه اگر یارانه دولت نبود، پول دارو هم نداشت». با این وجود بعضی از سیاست‌های دولت هم مانند دادن سبد تغذیه در بهبود وضعیت تغذیه کودکان اثربخش نبوده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ (بهروز): «یک مدتی دولت سبد تغذیه می‌داد، ولی کارهایی که دولت می‌کند، خیلی تأثیر ندارد». در مجموع می‌توان گفت سیاست‌های دولت یک عامل تعیین‌کننده در فرایند مراقبت است.

کیفیت تعاملات و رازداری

کیفیت ارتباط و همکاری بین مراقبین سلامت و مردم یکی از عوامل تعیین‌کننده مهم در روند مراقبت می‌باشد. ارتباط خوب در محیط روستا زمینه‌ساز ایجاد اعتماد و از عوامل کمک‌کننده به روند مراقبت از سلامت می‌باشد. مشارکت‌کننده شماره ۱۱ (بهروز): «ارتباط خیلی مهم است. اگر خوب ارتباط برقرار کنی، اون‌ها هم مسلماً باهات خوب ارتباط برقرار می‌کنند. هستند کسانی که می‌آیند مسایل خیلی شخصی‌شان را می‌گویند. این فکر می‌کنم به خاطر ارتباط خوب است که تو روند کار کمک می‌کند».

همچنین یافته‌ها نشان دادند که رازدار بودن مراقبین سلامت در محیط روستا یک ضرورت است. محیط روستا یک محیط کوچک است. افراد همدیگر را می‌شناسند. خیلی مواقع مردم مایل نیستند که دیگران از مشکلات یا بیماری آن‌ها مطلع شوند. بنابراین سعی در پنهان کردن مسایل می‌کنند و برای دریافت مراقبت مراجعه نمی‌کنند. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ (بهروز): «خیلی‌ها خوششان نمی‌آید که دیگران مشکلاتشان را بفهمند. اگر طرف رازداری کند، مشکلاتشان را می‌گویند. اعتماد می‌کند». این جا است که نحوه تعاملات

خصوصاً تو آموزش دادن خیلی بیشتر است، ولی از جهتی که روی مردم شناخت داری، بومی بودن بهتر است».

بحث

نتایج این تحقیق بخش قابل توجهی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی ایران را آشکار می‌نماید. همچنان که مطالعه‌های Beard و همکاران نشان دادند، عوامل زمینه‌ای شامل بستر اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی روستا تعیین‌کننده مهم و کلیدی سلامت جوامع روستایی است. فهم تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی می‌تواند در تخفیف نابرابری سلامتی بین جمعیت‌های شهری و روستایی کمک کند. جوامع روستایی ویژگی‌های فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی متمایز از جوامع غیر روستایی دارند (۱۸، ۱۴). نتایج این تحقیق نشان داد که بسیاری از این عوامل زمینه‌ای اجتماعی مانند وضعیت اقتصادی یا بیکاری دارد. این موارد علاوه بر تأثیر روی سلامتی افراد بر ابعاد گوناگون فرایند مراقبت مانند توانایی برای پیشگیری، مراجعه، پیگیری، تأمین دارو و میزان استفاده از مراقبت از سلامت تأثیر می‌گذارد. این نتیجه با یافته‌های مطالعه Shaikh و Hatcher که عوامل اقتصادی را از تعیین‌کننده‌های اجتماعی تأثیرگذار بر جستجو و استفاده افراد از مراقبت از سلامت دانستند، همخوانی دارد (۱۹).

همچنان که مطالعه‌های قبلی نشان دادند، فرهنگ به شیوه‌های گوناگون بر سلامتی و مراقبت از سلامت تأثیر می‌گذارد. ابعاد گوناگون مراقبت سلامت شامل جستجوی مراقبت از سلامت، استفاده از مراقبت از سلامت، پذیرش مراقبت از سلامت و ترجیح‌های درمانی متأثر از فرهنگ است (۲۰). مطالعه Vaughn و همکاران نیز نشان داد که مردم با زمینه‌های فرهنگی مختلف اغلب انتساب‌های متفاوتی درباره ناخوشی، سلامتی، بیماری، علایم و درمان دارند. گروه‌های فرهنگی مختلف، سیستم‌های اعتقادی متنوعی درباره سلامتی و شفا دارند (۲۱). باورها و عملکردهای فرهنگی

درمانگاه‌های روستایی وجود دارد، تعداد داروهای که در داروخونه است، محدود است. ۱۲۰ قلم دارو است. مریض به خاطر یک کلیه درد مراجعه می‌کند. به هیوسین جواب نمی‌دهد، مجبوره دیکلوفناک بزند. دیکلوفناک تو داروها نیست. به خاطر یک دیکلوفناک مجبوره چهل کیلومتر برود». حضور پزشک در مراکز روستایی هم از دیگر عوامل تعیین‌کننده کیفیت دسترسی به مراقبت‌ها می‌باشد. مشارکت کننده شماره ۸ (بهروز): «پزشک روزهای چهارشنبه می‌آید ... آباد. خیلی کم می‌شود پزشک بیاید. دو هفته یک بار می‌آید. خودشون دلشون می‌خواهد بیایند، ولی شبکه ماشین نمی‌دهد». یافته‌ها نشان‌دهنده این است که کیفیت دسترسی در مناطق روستایی به عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده روند مراقبت‌ها چندان مطلوب نیست.

مراقبین سلامت بومی

بومی بودن مراقبین سلامت روستا بر اساس تجربه خودشان به عنوان یک عامل مهم در تعیین روند فرایند مراقبت عمل می‌کند. بدین صورت که به لحاظ امکان فراهم کردن شناخت بیشتر مردم توسط مراقبین بومی و اعتماد بیشتر مردم به آن‌ها، بومی بودن یک عامل تسهیل‌کننده فرایند مراقبت است. مشارکت کننده شماره ۱۱ (بهروز): «برای گفتن حرف‌هایشان با ما راحت‌ترند. وقتی بهروز بومی باشه، مردم خیلی راحت‌ترند. مسایل و مشکلات را میدونی حتی خصوصی‌ترین چیزهاشون را می‌آیند می‌گویند، ولی به یک غریبه نمی‌تونند این حرف‌ها را بزنند».

البته به جهت حرف شنوی کمتر مردم از مراقبین بومی، بومی بودن به عنوان یک مانع بر سر راه آموزش در روند مراقبت از مردم عمل می‌کند. مشارکت کننده شماره ۱۳ (بهروز): «مردم حرف غریبه‌ها را بهتر گوش می‌دهند، به خصوص اگه طرف جدید باشه. یا بفهمند مدرکش بالاتر است، بهتر گوش می‌دهند». این بومی بودن خیلی مواقع تأثیرات دوگانه داشت. مشارکت کننده شماره ۷ (بهروز): «بومی بودن بهروز از یک جهت خوب است، از یک جهت بد است. از یک جهت در بعضی چیزها تأثیر یک غریبه خیلی بیشتره، به

سیاست‌های دولت از دیگر عوامل اجتماعی تعیین‌کننده روند مراقبت از سلامت در روستاها می‌باشد. نتایج این تحقیق نشان‌دهنده این است که بخشی از سیاست‌های دولت توانسته است به کاهش نابرابری در زمینه مراقبت از سلامت کمک کند. مطالعه‌ها نیز نشان دادند که دولت‌ها می‌توانند نقش‌های مثبت مهمی در توجه به نابرابری‌های سلامتی داشته باشند و اقدامات موفق دولتی می‌تواند نابرابری‌های سلامتی را به روش‌های گوناگون کاهش دهد (۲۴).

کیفیت تعاملات نیز یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های فرایند مراقبت از سلامت روستا در این تحقیق می‌باشد که در جلب اعتماد مردم نسبت به مراقبین سلامت اهمیت زیادی دارد. این نتایج با مطالعه Hays و همکاران قابل تطبیق است. در مطالعه آنان نیز یکی از عوامل تعیین‌کننده کیفیت مراقبت از سلامت روستا، ارتباط است. وجود ارتباطات خوب بین شخص با پرسنل منجر به افزایش اعتماد بیمار گردید (۲۵).

ضرورت رازداری در محیط روستا از دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی می‌باشد. این یافته با نتیجه مطالعه Bourke و همکاران قابل تطبیق است که یکی از مفاهیم متمایزکننده عملکرد سلامتی در روستا را رازداری می‌دانستند. آن‌ها معتقدند که در یک جامعه روستایی، ارتباطات اجتماعی روی رازداری هم مشتریان و هم مراقبین سلامت تأثیر می‌گذارد. الگوهای تعامل بین جوامع روستایی و شهری فرق می‌کند. فقدان گمنامی در جوامع روستایی منجر به یک فشار اجتماعی برای هم‌نوایی با دیگران می‌گردد. فقدان گمنامی برای موضوعات حساس مثل سلامت جنسی و بیماری‌های روانی پیامدهای خاص خودش را دارد (۲۶).

کیفیت دسترسی مردم روستا به خدمات مراقبت از سلامت یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت از سلامت در جامعه روستایی می‌باشد که از یک پیچیدگی نسبی برخوردار است. مفهوم دسترسی چیزی فراتر از فقط دسترسی فیزیکی می‌باشد. این مفهوم ورای عوامل ظاهری

اغلب منجر به خود درمانی، درمان‌های خانگی و مشاوره با درمان‌کنندگان سنتی در جوامع روستایی می‌شود. این عوامل منجر به تأخیر جستجوی درمان می‌شود (۱۹). در این مطالعه نیز فرهنگ مردم در روستا از دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت در روستا بود. این امر بر ابعاد گوناگون فرایند مراقبت از جمله مراجعه برای دریافت مراقبت، آموزش پذیری، پیگیری و اولویت دادن به سلامتی تأثیر گذاشته بود.

جایگاه سلامتی در نظام ارزش‌گذاری مردم روستا در این تحقیق پایین بود. مطالعه Rass نیز نشان داد که باورها و ارزش‌های سلامتی که اشخاص دارند، روی جستجوی مراقبت از سلامتی آن‌ها، شرکت در اقدامات پیشگیری و درمانی و توسعه رفتارهای ارتقای سلامتی اثر می‌گذارد. مفهوم سلامتی بین مردم شهر و روستا تفاوت دارد. مردم روستا سلامتی را به عنوان توانایی برای کار کردن و مولد بودن تعریف می‌کنند. آن‌ها به طور معمول تا زمانی که خیلی مریض نباشند، در جستجوی مراقبت از سلامت نمی‌روند. بنابراین اغلب در زمان جستجوی مراقبت نیاز به بستری شدن پیدا می‌کنند (۲۲). همچنین مطالعه‌ها نشان دادند که مردم در حال زندگی در مناطق روستایی کمتر درگیر رفتارهای سلامتی پیشگیرانه هستند (۴).

سطح سواد مردم یکی دیگر از تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت از سلامت در روستا است. همچنان که مطالعه‌های دیگر نیز نشان دادند، اغلب جمعیت‌های روستایی مسأله محدودیت آموزش و سواد با مشکل فهم نیازهای سلامتی خود را دارند (۲۲). Cooper و Ensor بیان نمودند که آموزش به عنوان یک تعیین‌کننده استفاده از مراقبت از سلامت، متغیر پیچیده‌ای است. آموزش می‌تواند توانایی اشخاص را برای ایجاد سلامت خودشان از طریق سبک زندگی بهتر بهبود ببخشد. در عین حال شواهدی مبنی بر این وجود دارد که آموزش پایه بهتر، از طریق بهبود سواد و مطالعه‌های سلامتی می‌تواند تمایل برای استفاده از خدمات بهداشتی را بهبود ببخشد (۲۳).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر روند دریافت مراقبت تأثیرگذار هستند، در طراحی مدل‌های ارایه مراقبت سلامت در روستا ضروری است که به حساب آیند.

نتیجه‌گیری

تعیین‌کننده‌های اجتماعی روند مراقبت در روستا به طور معمول عواملی هستند که بر امکان برخورداری یا میزان استفاده مردم روستا از مراقبت‌های جاری تأثیر می‌گذارند. بنابراین در طراحی مدل‌های جدید ارتقا فرایند مراقبت از سلامت، توجه به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامتی در کمک به خطاب قرار دادن نیازهای مردم و مراقبین سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است.

محدودیت‌ها

با وجود روش‌های استفاده شده برای تقویت دقت و صحت مطالعه، ماهیت ذهنی داده‌های جمع‌آوری شده و تعداد کم مشارکت‌کنندگان از عواملی می‌باشد که امکان تعمیم‌دهی یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. با این وجود این مطالعه نقطه نظرات با ارزشی را پیرامون تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت در جامعه روستایی ارایه نمود. یافته‌های این مطالعه از قابلیت انتقال به دیگر محیط‌های روستایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد. پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند که از همه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش شامل بهورزها، پزشکان خانواده، ماما و مردم روستا کمال تشکر را به خاطر همکاری صمیمانه آن‌ها در انجام این تحقیق داشته باشند.

چون فاصله مردم، مراکز بهداشتی و وسایل حمل و نقل به عوامل دیگری چون استطاعت مالی، کیفیت و امکانات موجود در مراکز بهداشتی، میزان حضور مراقبین سلامت و پزشک در محیط و قابلیت نیروی کار موجود نیز بستگی دارد. این یافته با مطالعه Bourke و همکاران که دسترسی ساکنین روستا را متأثر از عواملی مانند فاصله، هزینه، خدمات و نیروی کار می‌دانستند، مطابقت دارد (۲۶). با وجود تلاش‌های نظام سلامت کشور در افزایش کیفیت دسترسی مردم روستا به وسیله احداث خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی روستایی و برنامه ده‌گردشی توسط پزشک خانواده و ماما، هنوز کیفیت دسترسی در مناطق روستایی به طور کامل مطلوب نیست.

نتایج این پژوهش در مورد بومی بودن مراقبین سلامت روستا (بهورز) نشان‌دهنده تأثیرات دوگانه مثبت و منفی هر دو با هم می‌باشد. جنبه مثبت آن امکان شناخت بیشتر مردم و اعتماد بیشتر آن‌ها به نیروی بومی می‌باشد. جنبه منفی آن حرف شنوی کمتر آنان از بهورز بومی می‌باشد. نتایج این تحقیق با نتیجه تحقیق جوانپرست و همکاران که شناخت و اعتماد مراقبین سلامت (بهورزها) را از عوامل تسهیل‌کننده کارایی آنان می‌دانستند، مطابقت دارد (۲۷).

در مجموع نتایج این تحقیق نشان داد که تعیین‌کننده‌های اجتماعی فرایند مراقبت، از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت فرایند مراقبت در روستاها هستند. با توجه به این که امروزه در مناطق روستایی مدل‌های ارایه خدمات یک شیفت بالقوه به سمت مدل اجتماعی سلامت را نشان می‌دهد، مدل‌های جدید می‌توانند زیرساخت و ظرفیت بهتری برای خطاب قرار دادن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را فراهم کنند (۲۸). از آن جایی که بسیاری از این

References

1. Ross J. Rural nursing: aspects of practice. 1st ed. Norfolk, NE: Rural Health Opportunities; 2008.
2. Carty RM, Al-Zayyer W, Arietti LL, Lester AS. International rural health needs and services research: a nursing and midwifery response. *J Prof Nurs* 2004; 20(4): 251-9.
3. Jackman D, Myrick F, Yonge O. Rural nursing in Canada: a voice unheard. *Rural Nurs Health Care* 2010; 10(1): 1-10.
4. Thomlinson E, McDonagh MK, Crooks KB, Lees M. Health beliefs of rural Canadians: implications for practice. *Aust J Rural Health* 2004; 12(6): 258-63.
5. Peterse I, Swartz L. Primary health care in the era of HIV/AIDS. some implications for health systems reform. *Soc Sci Med* 2002; 55(6): 1005-13.
6. Ghaderi Z, Henderson JC. Sustainable rural tourism in Iran: a perspective from Hawraman village. *Tourism Management Perspectives* 2012; 2(3): 47-54.
7. Cheraghali AM. Overview of blood transfusion system of Iran: 2002-2011. *Iranian J Publ Health* 2012; 41(8): 89-93.
8. Sadrizadeh B. Primary health care experience in Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2004; 7(1): 79-90.
9. Etemadi A. Social determinants of health: theme issue on poverty and human development. *Arch Iran Med* 2007; 10(4): 433-4.
10. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract* 2003; 20(4): 457-63.
11. Lewis M, Eskeland G, Traa-Valerezo X. Primary health care in practice: is it effective? *Health Policy* 2004; 70(3): 303-25.
12. Malekafzali H. Primary health care successes and challenges in Iran. *Iran health* 2008; 4(3-4): 1-6.
13. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 2nd ed. London, UK: Wiley-Blackwell; 2002.
14. Harvey DJ. The contribution of qualitative methodologies to rural health research: an analysis of the development of a study of the health and well-being of women in remote areas. *International Journal of Qualitative Methods* 2010; 9(1): 40-51.
15. Brookes D. Understanding the value of qualitative research in nursing. *Nursing Times* 2007; 103(8): 32.
16. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
18. Beard JR, Tomaska N, Earnest A, Summerhayes R, Morgan G. Influence of socioeconomic and cultural factors on rural health. *Aust J Rural Health* 2009; 17(1): 10-5.
19. Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27(1): 49-54.
20. Bussey-Jones J, Genao I. Impact of culture on health care. *J Natl Med Assoc* 2003; 95(8): 732-5.
21. Vaughn LM, Jacquez F, Baker RC. Cultural health attributions, beliefs and practices: effects on health care and medical education. *The Open Medical Education Journal* 2009; 2: 64-74.
22. Rass JE. A delphi panel study of nursing competencies for rural nursing in the State Of Maine. Minneapolis, MN: Capella University; 2008.
23. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan* 2004; 19(2): 69-79.
24. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonte R, Lapitan J, Muntaner C, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet* 2008; 372(9650): 1684-9.
25. Hays RB, Veitch C, Evans RJ. The determinants of quality in procedural rural medical care. *Rural Remote Health* 2005; 5(4): 473.
26. Bourke L, Sheridan C, Russell U, Jones G, DeWitt D, Liaw ST. Developing a conceptual understanding of rural health practice. *Aust J Rural Health* 2004; 12(5): 181-6.
27. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Heidari G, Rezaie S. A policy review of the community health worker programme in Iran. *J Public Health Policy* 2011; 32(2): 263-76.
28. Mahnken JE. Rural nursing and health care reforms: building a social model of health. *Rural Remote Health* 2001; 1(1): 104.

Social Determinants of the Health Care Process in Iranian Rural Society Based on Health Care Provider's Experience

Manijeh Eskandari¹, Abbas Abbaszadeh², Fariba Borhani³

Received date: 28.05.2012

Accept date: 22.07.2012

Abstract

Introduction: Health care systems in rural areas face numerous challenges in meeting the community's needs. However, adequate attention has not been paid to this problem. The aim of this study was to describe the social determinants of the health care process in the rural society of Iran.

Method: This was a qualitative study, in which the content analysis method was used. 21 rural health care providers were selected according to purposive sampling. The data were collected via semi-structured individual interviews and a small focus group discussion. The data were then analyzed by using qualitative content analysis based on methods described by Granheme and Landman.

Results: Data analysis eventually led to formation of one category entitled social determinants of caring process in rural society. These social determinants of caring process include subcategories such as economic situation, cultural variety, literacy level, value priorities and beliefs of people, governmental policies, quality of interactions and confidentiality, quality of accessibility, and native health workers.

Conclusion: Social determinants of the caring process in rural society usually affect health care use by people. Therefore, attention to these social determinants of health care process is very important in designing of new promotional models of the health care process

Keywords: Social determinants, Process assessment (Health care), Rural society

Citation: Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. **Social Determinants of the Health Care Process in Iranian Rural Society Based on Health Care Provider's Experience.** Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(3): 159-169.

1- PhD Student, Department of Nursing, International Education Center of Bam, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran, AND Department of Nursing and Midwifery, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

2- Associate Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Abbas Abbaszadeh PhD, Email: aabaszadeh@hotmail.com