

## The Utilization Of Healthcare Services By Refugees And Migrants During The Covid-19 Epidemic From Health Centers Affiliated With Iran University Of Medical Sciences

Aghaei Hashjin.Asgar<sup>1</sup>, Nemati.Ali<sup>1</sup>, Tabatabaee Jabali.Seyed Mohammad<sup>2</sup>, Farrokhi.Pouria<sup>3\*</sup>

1- Assistant Professor, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Ph.D. student, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

**Background and purpose:** Iran is ranked among the top ten nations in the world for hosting a large number of migrants and refugees. During the COVID-19 outbreak, refugees and migrants were among the most vulnerable groups. This study aimed to investigate the extent of healthcare service utilization by refugees and migrants during the COVID-19 pandemic in healthcare centers affiliated with Iran University of Medical Sciences

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted in 2021 in Tehran. The research environment included all healthcare networks and general and specialized hospitals. Data were collected through document review and registered information in the Sina system. All provided services were categorized into four groups: primary care, outpatient, emergency, and inpatient services. Data analysis was performed using the Chow test and Interrupted Time Series model with the Wats and Sctest software packages in R version 4.3.0.

**Results:** The decrease in utilization of outpatient, emergency, and inpatient services by refugees and migrants was significant ( $P$ -value  $< 0.001$ ), whereas the decrease in primary care services was not significant. Additionally, after the onset of COVID-19, only the utilization of inpatient services showed a significant increasing trend ( $P$ -value  $< 0.013$ ).

**Conclusion:** During the COVID-19 pandemic, the utilization of all healthcare services by refugees and migrants, including primary, outpatient, emergency, and inpatient care, decreased. It is recommended to provide complete insurance coverage for refugees, offer free treatment for impoverished refugees, increase awareness among refugees to encourage greater use of health services, reduce existing social and economic barriers, and facilitate interaction between healthcare providers and refugees.

**Keywords:** Utilization, Healthcare Services, Covid-19, Refugees, Migrants

**Received Date:**  
2024.1.15

**Accepted Date:**  
2024.6.17

**\*Corresponding  
Author Email:**  
pouriafarrokhi73@gmail.com



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

## بررسی بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات بهداشتی درمانی در دوره همه‌گیری کرونا از مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران

عسگر آقایی هاشجین<sup>۱</sup>، علی نعمتی<sup>۱</sup>، سید محمد طباطبایی جبلی<sup>۲</sup>، پوریا فرخی<sup>۳\*</sup>

۱- استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- دکتری تخصصی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

### چکیده:

**زمینه و هدف:** کشور ایران یکی از ۱۰ کشور جهان از منظر میزبانی از جمعیت پناهندگان و مهاجران در جهان محسوب می‌گردد. پناهندگان و مهاجران از مهم‌ترین گروه‌های آسیب‌پذیر در همه‌گیری کرونا بودند. مطالعه حاضر باهدف بررسی میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات سلامت در همه‌گیری کرونا در مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران انجام گرفت. محیط پژوهش شامل تمام شبکه‌های بهداشت و درمان، بیمارستان‌های عمومی و تخصصی بود. داده‌ها از طریق بررسی اسناد و اطلاعات ثبت شده در سامانه سینا جمع‌آوری شدند. کل خدمات ارائه شده در چهار گروه خدمات مراقبت‌های اولیه، سرپایی، اورژانس و بستری بیمارستانی دسته‌بندی شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون Chow و مدل Interrupted time series با استفاده از بسته‌های نرم‌افزاری Wats و Sctest با نرم‌افزار R نسخه ۴.۳.۰ انجام گرفت.

**نتایج:** با شروع همه‌گیری کرونا، کاهش در میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات سرپایی، اورژانس و بستری بیمارستانی معنی‌دار ( $P\text{-value} < 0/001$ ) بوده است درحالی‌که این کاهش برای خدمات مراقبت‌های اولیه معنی‌دار گزارش نشد. همچنین بعد از شروع همه‌گیری کرونا فقط میزان بهره‌مندی از خدمات بستری ( $P\text{-value} < 0/013$ ) یک‌روند افزایشی معنی‌دار را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** با شیوع همه‌گیری کرونا میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از کلیه خدمات سلامت شامل مراقبت‌های اولیه، سرپایی، اورژانس و بستری کاهش یافته است. پوشش بیمه‌ای کامل پناهندگان، درمان رایگان پناهندگان کم‌بضاعت، افزایش آگاهی پناهندگان برای استفاده بیشتر از خدمات سلامت، کاهش موانع اجتماعی اقتصادی موجود و تسهیل تعامل بین ارائه‌دهندگان و پناهندگان پیشنهاد می‌گردد.

**کلیدواژه:** بهره‌مندی، خدمات بهداشتی درمانی، کرونا، پناهندگان، مهاجران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۸

\* نویسنده مسئول مقاله:

pouriafarrokhi73@gmail.com

## مقدمه

جمهوری اسلامی ایران از جمله کشورهایی محسوب می‌گردد که به مدت زیادی میزبان تعداد زیادی از پناهجویان در کل جهان بوده است. به دنبال جنگ و درگیری در کشورهای افغانستان و عراق موج‌هایی از خشونت و آوارگی شروع شد (۱). طبق گزارش کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR) در سال ۲۰۲۳ نزدیک به ۳۷/۶ میلیون نفر در کل جهان پناهنده هستند که بیشترین تعداد مربوط به کشور افغانستان با تعداد ۶/۴ میلیون نفر هست (۲) که از این تعداد به دلیل مشترک بودن مذهب، زبان و فرهنگ، حدود ۹۰ درصد در جمهوری‌های اسلامی ایران و پاکستان ساکن هستند. ایران حدود ۴۰ سال است که میزبان پناهندگان از افغانستان و عراق است و یکی از ۱۰ کشور برتر میزبان پناهجویان در جهان است. آمارهای متفاوتی از تعداد دقیق پناهندگان در ایران وجود دارد که گزارش UNHCR در سال ۲۰۲۲ این تعداد را ۷۶۲/۰۰۰ (۷۵۰/۰۰۰ افغان و ۱۲/۰۰۰ عراقی) اعلام کرده است (۳). طبق سایر آمارهای رسمی، حدود ۹۷۹/۰۰۰ مهاجر افغانی و ۳۲/۰۰۰ پناهجوی عراقی در ایران زندگی می‌کنند. علاوه بر این، تعداد مهاجران غیرقانونی نیز بیش از ۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود و بر اساس آمار میدانی، پس از حمله طالبان به افغانستان، جمعیت آن‌ها در ایران اکنون به ۸ میلیون نفر رسیده است (۴، ۵). در کنار سایر مشکلات، از مهم‌ترین نگرانی‌هایی که پناهندگان و مهاجران در کل جهان با آن روبرو هستند میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت است. بهره‌مندی از خدمات سلامت، یعنی دریافت و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی موجود (۶)، به عبارتی دیگر بهره‌مندی به عنوان استفاده افراد از خدمات سلامت به منظور پیشگیری، درمان و حفظ سلامت و رفاه خود یا کسب اطلاعات و پیش‌آگهی در مورد وضعیت سلامتی تعریف می‌گردد (۷).

همه‌گیری کرونا (Covid-19) نگرانی در مورد میزان دسترسی و استفاده از خدمات سلامت را دوچندان کرده است، شرایطی که بسیاری از دولت‌ها را در ارائه خدمات به شهروندان خود با چالش روبرو کرده است. همه‌گیری کرونا در دسامبر ۲۰۱۹ در کشور چین گزارش شد که بعد از مدت‌زمان کوتاهی به سایر کشورها نیز سرایت کرد و اولین بیمار کرونایی در ایران در تاریخ ۱۹ فوریه سال ۲۰۲۰ به صورت رسمی گزارش شد (۸). هم‌زمان با تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های کشورها برای مقابله با بیماری کرونا، امنیت بهداشت در خط مقدم حاکمیت ملی و بین‌المللی قرار گرفت. این اصطلاح شامل دو رویکرد متفاوت برای حفاظت از بهداشت یک جامعه در برابر تهدیدات است. امنیت بهداشت فردی و امنیت بهداشت جمعی، امنیت بهداشت فردی به امنیت ناشی از دسترسی ایمن و مؤثر به خدمات، محصولات و فناوری‌های بهداشتی اطلاق می‌شود. درحالی‌که امنیت بهداشت جمعی به کاهش آسیب‌پذیری جوامع در برابر تهدیدات بیماری‌های عفونی اشاره دارد که در سراسر مرزهای ملی گسترش می‌یابند. همه کشورها در مبارزه با بیماری‌های عفونی از جمله بیماری کرونا و تقویت سیستم بهداشت خود به هر دو رویکرد احتیاج دارند به گونه‌ای که در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر در اولویت قرار دارد. پناهجویان و مهاجران به دلیل نقص در مدارک شناسایی معتبر، نداشتن بیمه سلامت، درآمد پایین، زندگی در حاشیه شهرها و غیره در کنترل بیماری‌های عفونی به عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر شناخته می‌شوند (۹). عدم توجه به موقع به نیازهای بهداشتی درمانی گروه‌های آسیب‌پذیر در همه کشورها در پیشرفت و گسترش بیمارهای واگیر بسیار تأثیرگذار بوده و می‌تواند تأثیر بسیار منفی بر سطح بهداشت و درمان کل کشور داشته باشد. به‌عنوان مثال یک مطالعه مروری در ایران نشان داد که میزان

پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران خدمت دریافت کرده بودند. محیط پژوهش شامل تمام مراکز شبکه بهداشت و درمان و بیمارستان‌های عمومی و تخصصی بود. داده‌های مورد نیاز با استفاده از چک‌لیست‌های مناسب و فایل‌های اکسل با بررسی داده‌های ثبت شده در سامانه سینا (سامانه یکپارچه نظام اطلاعات)، به صورت الکترونیک و دستی جمع‌آوری شدند. داده‌های این مطالعه در دو بازه زمانی ۶ ماهه، قبل و بعد از همه‌گیری بیماری کرونا جمع شدند. به عبارتی دیگر داده‌های مورد نیاز از تاریخ یکم شهریورماه سال ۱۳۹۸ تا سی‌ام بهمن‌ماه سال ۱۳۹۸ به‌عنوان دوره قبل از کرونا و از تاریخ یکم اسفندماه سال ۱۳۹۸ تا سی و یکم مردادماه سال ۱۳۹۹ به‌عنوان دوره بعد از کرونا جمع‌آوری و دسته‌بندی شدند. داده‌های مورد نیاز با انجام هماهنگی‌های لازم، از واحد (اداره) آمار و مدارک پزشکی معاونت‌های درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران دریافت شدند. در صورت موجود نبودن اطلاعات مورد نیاز مربوط به هر کدام از گروه‌ها و زیرگروه‌ها، پژوهشگران به صورت حضوری با مراجعه به بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی درمانی مربوطه اقدام به جمع‌آوری داده‌ها می‌کردند. کل خدمات ارائه شده در چهار گروه خدمات مراقبت‌های اولیه، سرپایی، اورژانس و بستری بیمارستانی دسته‌بندی شدند. با توجه به زیرگروه‌های متعدد خدمات بستری بیمارستانی این خدمات در ۱۰ زیرگروه شامل خدمات مراقبت‌های ویژه، جراحی عمومی، ارتوپدی، پیوند، روان پزشکی، داخلی، مغز و اعصاب، زنان و زایمان، کودکان و سایر تقسیم شدند. در این پروژه تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون chow و مدل Interrupted time series از طریق بسته‌های نرم‌افزاری Wats و Sctest با استفاده از نرم‌افزار R نسخه 4.3.0 انجام گرفت.

پوشش واکسیناسیون کودکان در بین مهاجران افغانی بسیار پایین بوده که علت آن نیز بی‌توجهی والدین به برنامه‌های پیشگیری یا عدم سواد و دانش کافی آن‌ها از اهمیت پیشگیری گزارش شد. عدم واکسیناسیون کودکان این قشر از جامعه می‌تواند باعث گسترش بیماری و به خطر افتادن سلامتی سایر کودکان جامعه گردد (۱۰). همچنین مطالعات دیگر نشان دادند که پناهندگان و مهاجران معمولاً از سطح بهداشت روان پایینی برخوردار هستند. مهم‌ترین علت به وجود آمدن اختلالات روانی در این گروه از جامعه بیشتر به دلیل اسکان دوباره آن‌ها است، به عبارتی دیگر نقل مکان از کشوری به کشور دیگر باعث ایجاد استرس شده و در کنار سایر عوامل مانند تفاوت زبان و فرهنگ مشکلات روانی را پدید می‌آورد (۱۱، ۱۲).

بر اساس آخرین دانش به دست آمده در این حیطه، می‌توان گفت اگرچه چندین پژوهش در رابطه با بررسی وضعیت سلامتی پناهجویان و مهاجران در ایران انجام گرفته است (۱۰، ۱۳) اما تاکنون هیچ مطالعه‌ای در رابطه با میزان بهره‌مندی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی در بین پناهجویان انجام نگرفته است. به همین دلیل این پژوهش باهدف بررسی میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران ساکن در کشور ایران از خدمات بهداشتی درمانی در دو بازه زمانی قبل و بعد از همه‌گیری کرونا انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت نیمه تجربی، میزان بهره‌مندی پناهندگان از خدمات سلامت قبل و بعد (Before-after) از همه‌گیری کرونا در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران را مورد بررسی قرار داد. جامعه مطالعه این پژوهش شامل تمام پناهندگان و مهاجرانی بود که از مراکز خدمات بهداشتی درمانی تحت

## یافته‌ها

در این مطالعه، داده‌های ثبت شده از ۱۷ بیمارستان و هشت شبکه بهداشت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تحلیل قرار گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده، پناهندگان و مهاجران در شش ماه قبل از همه‌گیری کرونا تعداد ۱۸۰۹،۹۰۶ خدمت و در شش ماه بعد از همه‌گیری کرونا تعداد ۹۵۴،۵۴۳ خدمت دریافت کرده بودند. با شروع همه‌گیری کرونا میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از کل خدمات کاهش یافته است. بیشترین تأثیر همه‌گیری کرونا بر

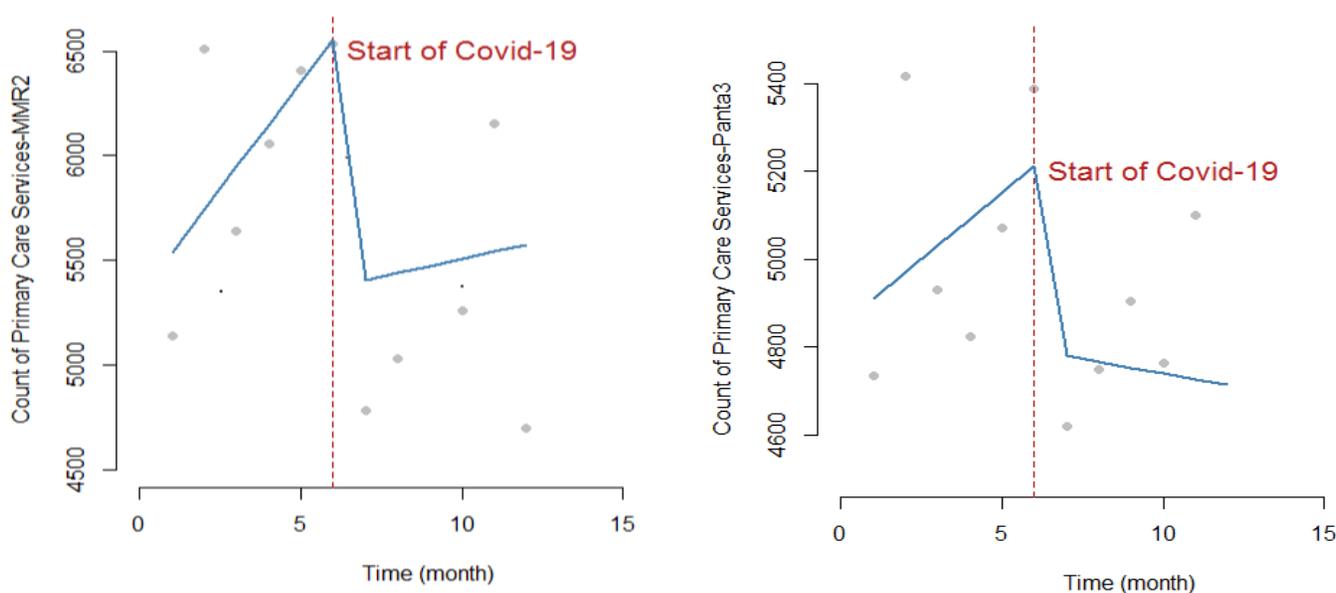
کاهش میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران مربوط به خدمات سرپایی (کاهش معنی‌دار تقریباً ۱۲۷ هزار خدمت)، خدمات اورژانس (کاهش معنی‌دار تقریباً ۵۱ هزار خدمت) و خدمات بستری (کاهش تقریباً ۱۰ هزار خدمت) بود. در ماه‌های بعد از همه‌گیری کرونا، میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از اکثر خدمات سلامت روند صعودی به خود گرفته است. بالاترین میزان روند بهره‌مندی بعد از COVID-19 مربوط به خدمات بستری (با افزایش متوسط ۱۲۷۴ خدمت در هرماه) بود (جدول ۱).

جدول ۱- میزان تغییرات در ارائه خدمات سلامت به پناهندگان و مهاجران

p-value	t-value	خطای استاندارد	ضریب تخمینی	ضرایب	خدمات سلامت		نوع
					تعداد قبل	تعداد بعد	
۰/۵۴۶	-۰/۶۳۱	۲۶۷/۸	-۱۶۹	اثر پایدار	۳۲،۹۴۵	۳۶،۲۸۱	مراقبت‌های اولیه (MMR2)
۰/۲۴۱	-۱/۲۶۶	۹۳۴/۱	-۱۱۸۲	اثر فوری			
۰/۴۷۳	-۰/۷۵۳	۹۸/۱۲	-۷۳/۹۱	اثر پایدار	۲۸،۴۸۱	۳۰،۳۶۸	مراقبت‌های اولیه (Panta3)
۰/۲۵۵	-۱/۲۲۶	۳۴۲/۲۴	-۴۱۹/۵۷	اثر فوری			
۰/۰۶۶۵	۲/۰۸۷	۳۹۶۶	۸۲۷۸	اثر پایدار	۴۳۷،۵۸۱	۹۶۲،۶۴۶	سرپایی
<۰/۰۰۱	-۸/۷۶۳	۱۴۴۸۳	-۱۲۶۹۱۴	اثر فوری			
۰/۷۴۹	۰/۳۲۹	۲۹۸۳/۱	۹۸۲/۳	اثر پایدار	۳۵۲،۱۰۷	۶۴۶،۲۵۱	اورژانس
۰/۰۰۱	-۴/۷۱۷	۱۰۸۹۲/۶	-۵۱۳۷۶/۹	اثر فوری			
۰/۰۱۳	۳/۰۹۸	۴۱۱/۲۳	۱۲۷۴/۱۰	اثر پایدار	۱۰۳،۴۲۹	۱۳۴،۳۶۰	بستری
<۰/۰۰۱	-۶/۶۴۶	۱۵۰/۱/۶۱	-۹۹۷۹/۹۰	اثر فوری			

نبوده است. همچنین میزان بهره‌مندی از واکسن Panta3 بعد از همه‌گیری کرونا نه تنها افزایش پیدا نکرده است بلکه روند نزولی نیز داشته است. اثر فوری و پایدار کرونا بر تعداد خدمات واکسن MMR2 ارائه شده در شکل ۱ مشهود است که در نقطه شروع کرونا یک کاهش فوری اما روند افزایشی نسبتاً پایدار وجود دارد. همچنین شکل مربوط به اثر فوری و پایدار کرونا بر تعداد خدمات واکسن Panta3 نیز نشان می‌دهد که با شروع همه‌گیری کرونا روند ارائه این خدمات منفی بوده است اما تفاوت زیادی با وضعیت قبل از کرونا ندارد (شکل ۲).

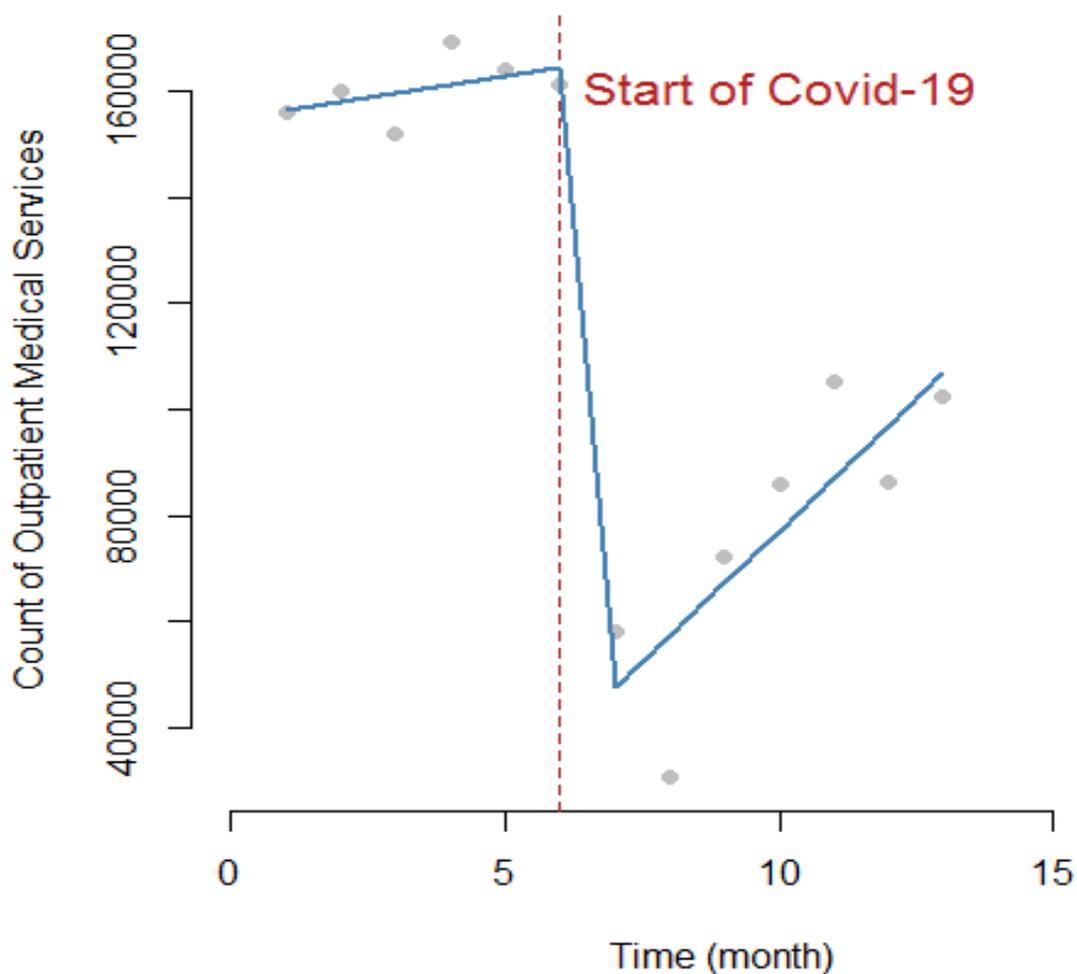
با توجه به محدودیت‌های موجود، صرفاً داده‌های مربوط به میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات واکسن MMR2 و Panta3 مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که ضریب فوری (Immediate) خدمات مراقبت-های اولیه (استفاده از واکسن MMR2 و Panta3) منفی بوده است و ارائه خدمات واکسن MMR2 و Panta3 به پناهندگان بلافاصله بعد از همه‌گیری کرونا کاهش یافته است. ولی این کاهش فوری در ارائه خدمات واکسن MMR2 پایدار نبوده و در طی ماه‌های بعد از همه‌گیری کرونا، روند ارائه خدمات صعودی شده است اما این افزایش بر اساس ضریب پایدار شده (Sustained) معنادار



شکل ۱- میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات واکسن MMR2 و Panta3

کاهش فوری پایدار نبوده و در طی ماه‌های بعد از همه‌گیری کرونا، روند ارائه خدمات صعودی شده اما این افزایش بر اساس ضریب پایدار شده (Sustained) معنادار نبوده است (شکل ۲).

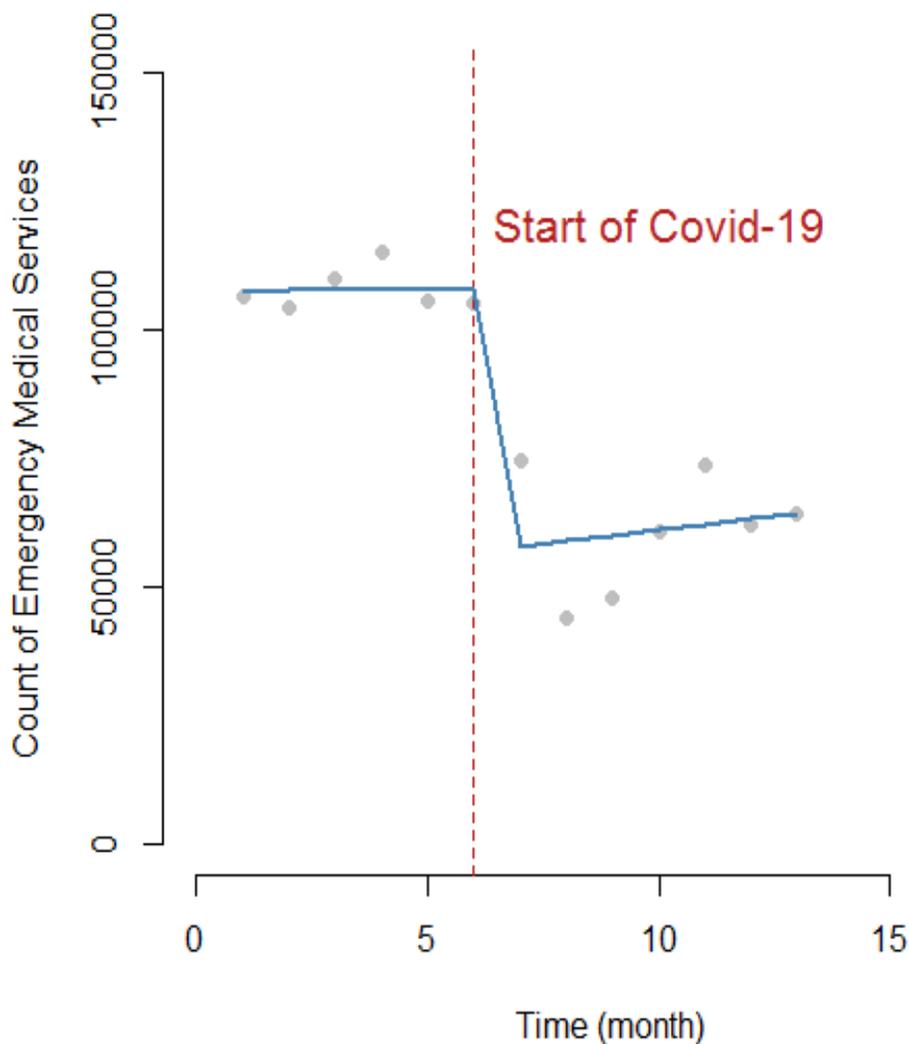
نتایج نشان داد که ضریب فوری (Immediate) خدمات سرپایی منفی و معنی‌دار بوده است. در نتیجه ارائه خدمات سرپایی به پناهندگان بلافاصله بعد از همه‌گیری کرونا به صورت معنی‌داری ( $P\text{-value} < 0/001$ ) کاهش یافته است. این



شکل ۲- میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات سرپایی

این افزایش بر اساس ضریب پایدار شده (Sustained) معنادار نبوده است. در نتیجه در شش ماه بعد از همه‌گیری کرونا ارائه این خدمات روند افزایشی چشمگیری نداشته و این روند معنادار نبوده است. اثر فوری و پایدار کرونا بر تعداد خدمات اورژانس ارائه شده در نمودار زیر مشهود است که در نقطه شروع کرونا یک کاهش فوری را نشان می‌دهد (شکل ۳).

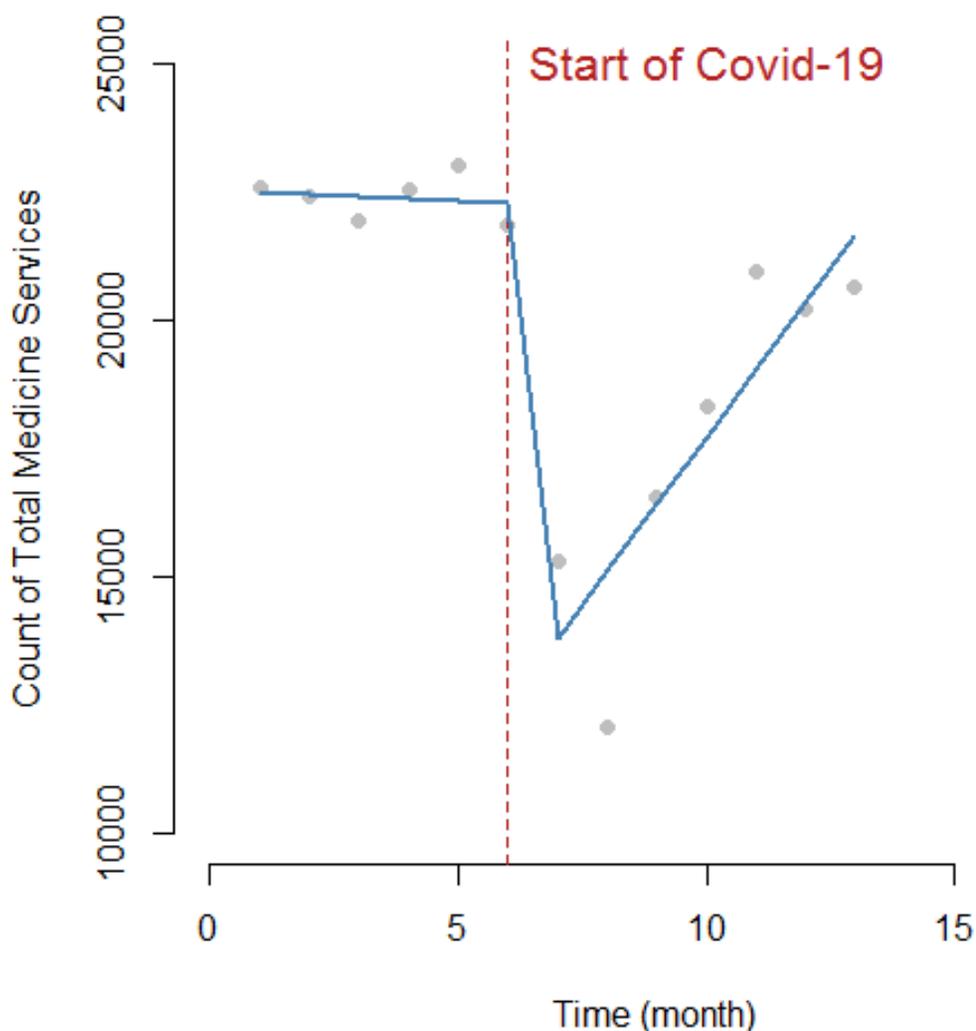
در ادامه، نتایج نشان داد که ضریب فوری (Immediate) خدمات اورژانس منفی و معنی‌دار بوده است. در نتیجه ارائه خدمات اورژانس به پناهندگان بلافاصله بعد از همه‌گیری کرونا به صورت معنی‌داری ( $P\text{-value} < 0.001$ ) کاهش یافته است. ولی این کاهش فوری پایدار نبوده و در طی ماه‌های بعد از همه‌گیری کرونا، روند ارائه خدمات نسبتاً صعودی شده اما



شکل ۳- میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات اورژانس

خدمات ارائه شده به پناهندگان در هر ماه به طور متوسط ۱۲۷۴/۱۰ افزایش یافته است. این افزایش در تعداد خدمات ارائه شده بر اساس ضریب پایدار شده معنادار بوده است (P-value=۰/۰۱۳). در نتیجه در شش ماه بعد از همه گیری کرونا ارائه این خدمات به طور کلی روند افزایشی داشته و این افزایش قابل توجه و معنی دار بوده است (شکل ۴).

همچنین نتایج نشان داد که ضریب فوری خدمات بستری منفی و معنی دار بوده است. در نتیجه ارائه خدمات پزشکی تخصصی به پناهندگان بلافاصله بعد از همه گیری کرونا به صورت معنی داری (P-value<۰/۰۰۱) کاهش یافته است؛ اما این کاهش فوری پایدار نبوده و در طی ماه های بعد از همه گیری کرونا، روند ارائه خدمات صعودی شده و تعداد



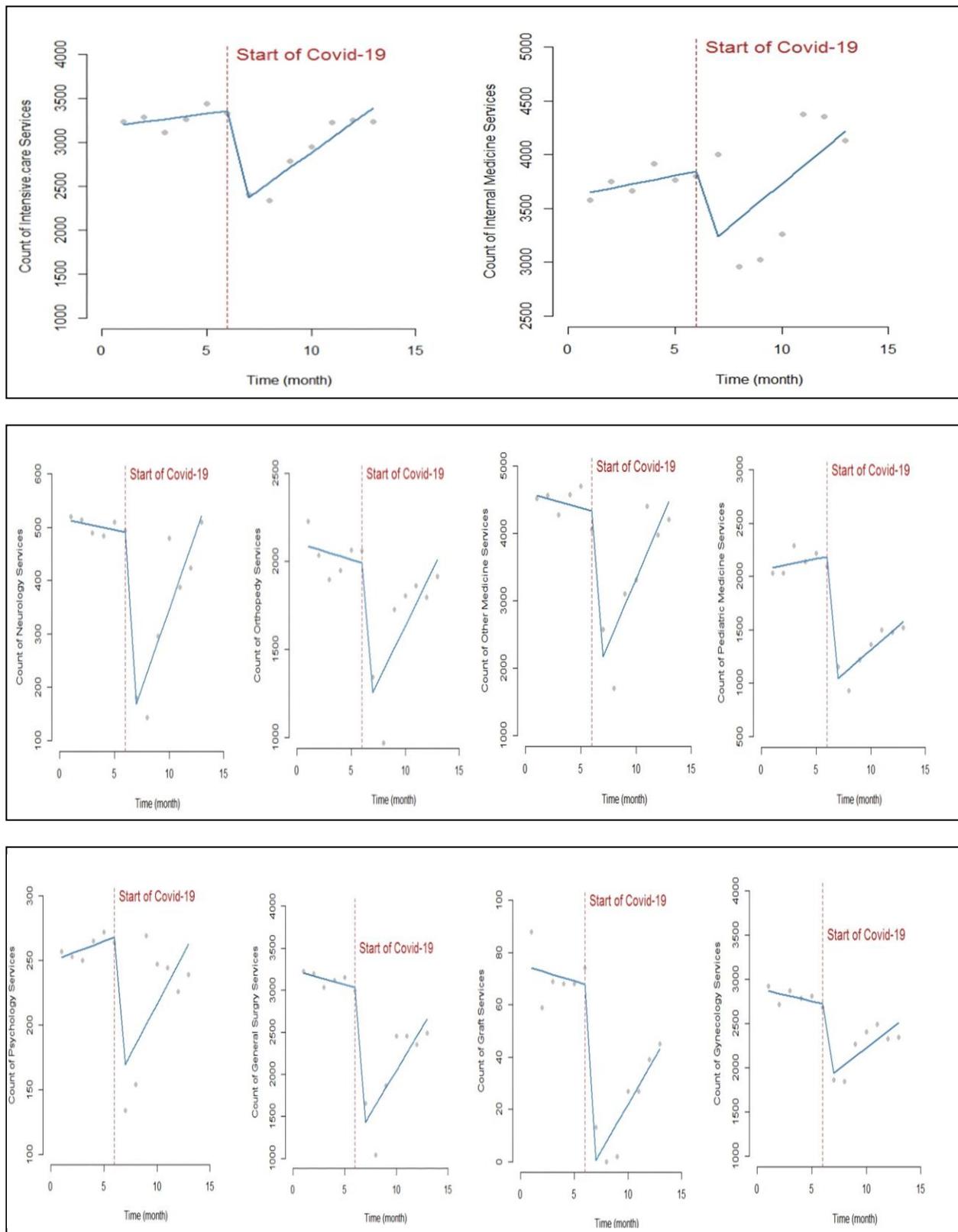
شکل ۴- میزان بهره مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات بستری

روند صعودی به خود گرفته است. بالاترین میزان روند بهره-مندی پناهندگان از خدمات بستری بعد از COVID-19 مربوط به خدمات سایر (با افزایش متوسط ۳۶۶ خدمت در هرماه) و خدمات جراحی عمومی (با افزایش متوسط ۲۳۸ خدمت در هرماه) بود (جدول ۲ و شکل ۵).

از بین زیر گروه‌های متعدد خدمات بستری بیشترین تأثیر همه‌گیری کرونا بر کاهش میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران مربوط به خدمات سایر (کاهش معنی‌دار تقریباً ۷۸۳،۲ خدمت) و خدمات جراحی عمومی (کاهش معنی‌دار تقریباً ۱۸۱۰ خدمت) بود. در ماه‌های بعد از همه‌گیری کرونا، میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از اکثر خدمات سلامت

جدول ۲- میزان تغییرات در ارائه زیر گروه‌های خدمات بستری بیمارستانی به پناهندگان و مهاجران

خدمات سلامت	ضریب تخمینی	خطای استاندارد	t-value	p-value
مراقبت‌های ویژه	اثر پایدار	۳۹/۹۲	۳/۴۸	۰/۰۰۶
	اثر فوری	۱۴۵/۷۸	-۷/۹۰	<۰/۰۰۱
جراحی عمومی	اثر پایدار	۸۳/۷۰	۲/۸۴	۰/۰۱۹
	اثر فوری	۳۰۵/۶۱	-۵/۹۱	<۰/۰۰۱
ارتوپدی	اثر پایدار	۵۹/۴۸	۲/۴۳	۰/۰۳۷
	اثر فوری	۲۱۷/۱۸	-۳/۹۵	۰/۰۰۳
پیوند	اثر پایدار	۱۲/۶۲	-۰/۲۰	۰/۸۳۹
	اثر فوری	۴۶/۰۸	-۰/۱۸	۰/۸۵۸
روان‌پزشکی	اثر پایدار	۹/۷۴	۱/۲۷	۰/۲۳۳
	اثر فوری	۳۵/۵۸	-۳/۱۹	۰/۰۱
داخلی	اثر پایدار	۱۳۰/۵۱	۰/۹۳	۰/۳۷۲
	اثر فوری	۴۷۶/۵۴	-۱/۶	۰/۱۴۳
مغز و اعصاب	اثر پایدار	۱۷/۰۴	۳/۶۹	۰/۰۰۴
	اثر فوری	۶۲/۲۵	-۶/۱۱	<۰/۰۰۱
زنان و زایمان	اثر پایدار	۴۳/۴۱	۲/۸۳	۰/۰۱۹
	اثر فوری	۱۵۸/۵۱	-۵/۵۵	<۰/۰۰۱
کودکان	اثر پایدار	۳۴/۷۵	۱/۹۶	۰/۰۸۱
	اثر فوری	۱۲۶/۹۱	-۹/۶۷	<۰/۰۰۱
سایر	اثر پایدار	۱۲۸/۰۷	۲/۸۵	۰/۰۱۸
	اثر فوری	۴۶۷/۶۳	-۵/۹۵	<۰/۰۰۱



شکل ۵- میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات بستری بیمارستانی

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با شروع همه‌گیری بیماری کرونا میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از کلیه خدمات سلامت اعم از مراقبت‌های اولیه، سرپایی، اورژانس و بستری کاهش یافته است. کاهش در میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات سرپایی، اورژانس، بستری قابل توجه و معنی‌دار ( $P\text{-value} \leq 0/001$ ) بوده است در حالی که این کاهش برای خدمات مراقبت‌های اولیه معنی‌دار گزارش نشده است. همچنین بعد از همه‌گیری کرونا میزان بهره‌مندی از اکثر خدمات یک‌روند افزایش داشت این روند برای خدمات بستری معنی‌داری گزارش شد. معمولاً خدمات واکسیناسیون زمان‌بندی‌های خاص خود را دارد و با توجه به افزایش اهمیت استفاده از واکسن‌ها با شروع همه‌گیری کرونا، می‌توان استنتاج کرد که به همین دلیل، تعویق دریافت واکسن‌ها توسط پناهندگان و مهاجران به حداقل رسیده و اثر کرونا (اثر فوری) بر دریافت خدمات واکسن قابل توجه نبوده است. در مقابل دریافت سایر خدمات به‌طور چشمگیری کاهش یافته است از مهم‌ترین دلایل این امر می‌توان به کمبود منابع و عدم آمادگی برای همه‌گیری کرونا و ترس از ابتلا به همه‌گیری کرونا اشاره کرد (۱۴، ۱۵). هم‌راستا با نتایج مطالعه ما، مطالعه Xiao و همکاران بود نتایج نشان داد در ماه‌های قبل از شیوع همه‌گیری کرونا، یک‌روند مثبت در الگوهای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی وجود داشته است و پس از شیوع بیماری کرونا، کاهش آماری قابل توجهی در همه شاخص‌ها مشاهده شده است، بطوریکه میزان کاهش در بهره‌مندی از خدمات در فوریه سال ۲۰۲۰ از ۶۳ درصد تعداد ویزیت‌های بیمارستانی و ۷۱ درصد تعداد ویزیت‌های مراقبت‌های اولیه به ترتیب به ۳۳ درصد و ۱۰ درصد رسید (۱۶).

اکثر پناهندگان و مهاجران ساکن در ایران به‌صورت غیرقانونی وارد کشور می‌شوند که این باعث محروم ماندن این جمعیت از خدمات و تسهیلات موجود در کشور می‌شود. یکی از مهم‌ترین چالش‌های پناهندگان در برخورداری و بهره‌مندی از خدمات سلامت نداشتن بیمه سلامت می‌باشد. اگرچه در شرایطی مانند همه‌گیری کرونا تمام افراد بیمه‌شده و بیمه نشده ممکن است هم‌زمان از طیفی از خدمات بی‌نصیب بمانند اما بدون تردید نداشتن بیمه این وضعیت را وخیم‌تر خواهد کرد (۱۷). مطالعه Whaley و همکاران در بررسی میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین جمعیت بیمه‌شده نشان داد که از ۶/۸ میلیون بیمه‌شده که در مرحله اولیه اپیدمی COVID-19 در مارس و آوریل ۲۰۲۰، بیماران به‌طور قابل توجهی استفاده از مراقبت‌های پیشگیرانه و انتخابی را کاهش دادند و استفاده از پزشکی از راه دور را افزایش دادند. همچنین در این مطالعه تفاوت‌های نژادی/قومی و درآمدی در میزان بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأثیرگذار تشخیص داده شد (۱۸). از دیگر چالش‌های موجود پناهندگان در ایران منطقه سکونت آن‌ها است که اکثریت این جمعیت در مناطق دور افتاد هستند و به خدمات ضروری مانند خدمات بستری و اورژانس دسترسی ندارند. مطالعه Pawinee Iamtrakul و همکاران در کشور تایلند نشان داد که مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر دسترسی سالمندان به خدمات سلامت مربوط به فقدان زیرساخت‌های حمل‌ونقل در مناطق دورافتاده و روستایی بوده است (۱۹).

اکثر پناهندگان و مهاجرین در ایران که از کشور افغانستان هستند به‌عنوان کارگر برای کارفرمایان مختلف مشغول به کار هستند. با توجه به اینکه این افراد اکثراً در گروه کارگران مزدبگیر قرار می‌گیرند در نتیجه با شروع همه‌گیری کووید-۱۹ این افراد شغل خود را از دست داده و مشکلات اقتصادی

نشان داد که میزان غربالگری سرطان سینه، غربالگری سرطان دهانه رحم، غربالگری عفونت مقاربتی و نسخه‌ها و درج‌های جدید برای پیشگیری از بارداری همگی در سال ۲۰۲۰ نسبت به سال ۲۰۱۹ به میزان قابل توجهی کاهش یافته‌اند (۲۴). موانع مختلفی می‌توانند بر کاهش میزان بهره‌مندی در طی همه‌گیری کرونا تأثیرگذار بوده باشند. یک مطالعه در بررسی موانع بهره‌مندی از خدمات سلامت نشان داد که مهم‌ترین چالش‌ها مربوط به تصورات جامعه و ذینفعان نسبت به COVID-19، تأثیر COVID-19 و قرنطینه بر ارائه خدمات سلامت و محدودیت در استفاده از خدمات آزمایشگاه، پیشگیری و قرنطینه بودند. اکثر شرکت‌کنندگان نگرانی و اضطراب در مورد COVID-19، فقدان آگاهی، اطلاعات نادرست و ترس از بدنامی را به عنوان عوامل اصلی در گسترش COVID-19 گزارش کردند (۲۵).

با شروع همه‌گیری کرونا در ایران پناهندگان و مهاجران با کاهش بهره‌مندی از خدمات روبرو شدند. این کاهش بهره‌مندی در خدمات تخصصی و بستری شدیدتر بوده است. نتایج یک مقاله که ۸۱ مطالعه در ۲۰ کشور که بیش از ۱۱ میلیون خدمات قبل از همه‌گیری و ۶/۹ میلیون خدمت در طول همه‌گیری را مورد بررسی قرار داده بود نشان داد که میزان استفاده از خدمات سلامت به‌طور میانگین ۳۷ درصد کاهش داشته است. در این بین تعداد مراجعات به مراکز بهداشتی درمانی ۴۲ درصد، پذیرش ۲۸ درصد، خدمات تشخیصی ۳۱ درصد و خدمات درمان ۳۰ درصد کاهش داشته است (۲۶).

از مهم‌ترین راهکارهای موجود، تقویت همکاری کشور ایران با کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به تمامی پناهندگان، در سطحی مشابه با ایرانیان است. قبلاً این سازمان با کشور ایران همکاری داشته و خدمات بهداشتی اولیه رایگان شامل

مخصوصاً برای خانواده‌های پرجمعیت آن‌ها تشدید شده است. در نتیجه می‌توان ادعا کرد که مشکلات اقتصادی از طرف دریافت‌کننده خدمت یکی از عواملی بوده است که میزان بهره‌مندی از خدمات مخصوصاً خدمات بستری و سرپایی را کاهش داده است. هم‌راستا با این نتیجه، یک مطالعه در کشور چین در روزهای اولیه همه‌گیری نشان داد که کاهش قابل توجهی در بهره‌مندی بیماران از خدمات اورژانس و سرپایی (به ترتیب ۳۰/۲ درصد، ۳۷ درصد) مشاهده شده است (۲۰). همچنین باید اذعان داشت که با شروع همه‌گیر کرونا بعضی از کارکنان ترک شغل کردند و مراکز از تجهیزات پیشرفته کافی برخوردار نبودند که این عوامل نیز بر کاهش بهره‌مندی تأثیرگذار بوده‌اند (۲۱، ۲۲). یک مطالعه در مقایسه سری زمانی مراجعات دوران قبل از COVID-19 با دوره COVID-19 نشان داد که اختلاف زیادی در ظرفیت ارائه خدمات در مراکز بهداشتی وجود داشته و افت شدیدی در جریان بستری بیماران در برخی از واحدها ثبت شده است. مصاحبه با مطلع کلیدی نشان داد که ترس از عفونت و انگ، زیرساخت‌های ضعیف، کمبود نیروی منابع انسانی و عدم تأمین تجهیزات پیشگیری و درمان از مهم‌ترین چالش‌های موجود در مراکز بهداشتی و درمانی بوده است (۲۳).

مطالعات بیشتری در زمینه بررسی جمعیت پناهنده در ایران لازم است. سلامت زنان و مادران می‌تواند یکی از موضوعات مهم در این رابطه باشد. به‌طور کلی در این مطالعه سعی شد که میزان خدمات دریافتی مادران و کودکان از مراکز بهداشتی درمانی دریافت و تحلیل گردند اما اطلاعات موردنظر به دلیل عدم ثبت داده‌ها در سامانه‌های الکترونیک یافت نشدند. به‌رحال یک مطالعه که در رابطه با مراقبت‌های اولیه و به‌صورت مقطعی بر روی ۶۸۵،۳۷۳ زن ثبت‌نام‌شده در یک طرح بزرگ حفظ سلامت زنان در میشیگان انجام شده بود

مهم‌ترین محدودیت در این مطالعه عدم دسترسی به اطلاعات دموگرافیک پناهندگان و مهاجران بود و انجام تحلیل بیشتر امکان‌پذیر نبود. همچنین به دلیل جابجایی پایگاه داده‌ای در سامانه‌های مختلف مانند سیب، سینا و غیره پژوهشگران به کل داده‌های ثبت شده برای مراقبت‌های اولیه در گروه‌های خدمتی مختلف مانند کودکان و مادران، بهداشت دهان و دندان، آموزش و غیره دسترسی نداشتند. پیشنهاد می‌گردد که مطالعات آتی با انجام هماهنگی بیشتر و دریافت اطلاعات جمعیت شناختی پناهندگان و مهاجران ساکن در ایران گروه‌های کم برخوردار از خدمات سلامت را به صورت دقیق مشخص کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات در آینده با مقایسه روند استفاده از خدمات سلامت بین جمعیت پناهندگان و مهاجران با افراد جامعه ایران میزان اختلافات را بررسی و گزارش کنند.

### نتیجه‌گیری

با شیوع همه‌گیری بیماری کرونا میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از کلیه خدمات سلامت اعم از مراقبت‌های اولیه، سرپایی، اورژانس و بستری بیمارستانی کاهش یافته است. کاهش در میزان بهره‌مندی پناهندگان و مهاجران از خدمات سرپایی، اورژانس و بستری معنی‌دار بوده است در حالی که این کاهش برای خدمات مراقبت‌های اولیه معنی‌دار گزارش نشده است. لازم است که دولت ایران برای بهبود در وضعیت دسترسی و استفاده از خدمات سلامت توسط پناهندگان و مهاجران اقدامات مناسبی انجام دهد. در این راستا، یک نقطه تسهیل‌کننده در ایران هم‌زبانی با اتباع افغانستانی است. پوشش کامل همه پناهندگان (قانونی و غیرقانونی) با بیمه درمانی ضروری به نظر می‌رسد. وکالت در مجامع بین‌المللی برای جذب منابع مالی را می‌توان از

واکسیناسیون، داروهای ضروری، خدمات سلامت مادر و کودک، برای تمامی افراد صرف‌نظر از وضعیت مدرک اقامتی‌شان در دسترس است. از سال ۲۰۱۸ میلادی، کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در ساخت و بازسازی ۲۰ پایگاه بهداشت و مرکز جامع سلامت مشارکت نموده است و به‌طور مستمر از ساخت ۱۳۴ خانه بهداشت در مناطق پرجمعیت پناهندگان حمایت کرده است. همچنین در رابطه با مراقبت‌های سطح دوم و سوم، از سال ۲۰۱۵ میلادی، به‌عنوان بخشی از توافق همکاری بین کمیساریای عالی، اداره کل امور اتباع و مهاجرین خارجی و سازمان بیمه سلامت ایران، با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، کلیه پناهندگان ثبت شده به طرح ملی بیمه سلامت دسترسی داشته‌اند. در نتیجه پناهندگان دارای بیمه سلامت، می‌توانند مشابه ایرانیان با نرخی کمتر به مراقبت‌های درمانی سطح دوم و سوم دسترسی داشته باشند. برای هشتمین دوره این طرح، (از ۶ اسفندماه ۱۴۰۱ تا ۵ اسفندماه ۱۴۰۲)، کمیساریا ۱۰۰ درصد حق بیمه را برای حداکثر ۹۵،۰۰۰ پناهنده بسیار آسیب‌پذیر، شامل پناهندگان با بیماری خاص و خانواده هایشان، پوشش می‌دهد. سایر پناهندگان می‌توانند با پرداخت حق بیمه سلامت، خود را بیمه کنند (۲۷). در همین راستا در کشور ترکیه از زمان شروع شیوع COVID-19، وزارت بهداشت (MoH) اقدامات مختلفی مانند افزایش پوشش بیمه‌ای را برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای همه ساکنان انجام داده است. با این حال، این کشور با چالش‌های متعددی از جمله موانع زبانی در دسترسی به اطلاعات قابل اعتماد و دسترسی به خدمات بهداشتی برای شرایط مزمن هنگام ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به پناهندگان و مهاجران تحت حمایت موقت و سایر مهاجران غیرقانونی مواجه بوده است (۲۸).

ضروری برای پیشگیری (مانند ماسک و مواد ضد عفونی کننده). در نتیجه، بهبود دسترسی به مراقبت های مقرون به صرفه برای پناهندگان و مهاجران می تواند راهی برای داشتن یک جامعه سالم در نظر گرفته شود.

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع در این مطالعه وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1400.563 می باشد. از کلیه کارکنان اداره آمار و مدارک پزشکی معاونت درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران بابت مساعدت و همکاری لازم، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

راهکارهای تأمین مالی این موضوع دانست. درمان رایگان برای پناهندگان بی بضاعت می تواند جایگزینی برای اطمینان بخشی به پناهندگان باشد تا زمانی که پوشش بیمه کامل ارائه شود. علی رغم هزینه های بالای دولت، با استفاده از پوشش سلامت می توان در درازمدت در هزینه های کل سلامت صرفه جویی و کنترل بیماری ها را تسهیل کرد و از گسترش سریع بیماری به جمعیت بزرگ تر جلوگیری کرد. سایر اقدامات لازم برای حفظ سلامتی و افزایش بهره مندی پناهندگان از خدمات سلامت به شرح زیر است: افزایش آگاهی پناهندگان از طریق برنامه های مبتنی بر جامعه و مشارکت نمایندگان پناهندگان در تصمیم گیری های مربوطه، تلاش در جهت کاهش موانع اجتماعی اقتصادی موجود، تسهیل تعامل بین ارائه دهندگان و پناهندگان و توزیع اقلام

## References

1. Olsen T, Caruana D, Cheslack-Postava K, Szema A, Thieme J, Kiss A, et al. Iraq/Afghanistan war lung injury reflects burn pits exposure. *Scientific Reports*. 2022;12(1):14671.
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). UNHCR's Refugee Population Statistics Database 2023 [Available from: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>]
3. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Refugees in Iran 2022 [Available from: <https://www.unhcr.org/ir/refugees-in-iran/>]
4. Salmani I, Seddighi H, Nikfard M. Access to health care services for Afghan refugees in Iran in the COVID-19 pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2020;14(4):e13-e4.
5. Kiani MM, Khanjankhani K, Takbiri A, Takian A. Refugees and sustainable health development in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2021;24(1):27-34.
6. Bahrami MA, Pakdaman M, Chehrehani L, Rahbar A. Patients and Utilization Rate of Health Services in Selected Hospitals of Qom, 2017. *Management Strategies in Health System*. 2018;3(3):225-39. [In Persian]
7. Carrasquillo O. Health Care Utilization. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 909-10.
8. Nojomi M, Moradi-Lakeh M, Pourmalek F. COVID-19 in Iran: what was done and what should be done. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2021;35:97.
9. Edmonds J, Flahault A. Refugees in Canada during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):947.
10. Roozbeh N, Sanati A, Abdi F. Afghan Refugees and Immigrants Health Status in Iran: A Systematic Review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 2018;12(9):31-46.
11. Rousseau C, Frounfelker RL. Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*. 2019;26(2):tay150.
12. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*. 2019;123(9):851-63.
13. Taherifard E, Moradian MJ, Taherifard E, Hemmati A, Rastegarfar B, Vardanjani HM. The prevalence of risk factors associated with non-communicable diseases in Afghan refugees in southern Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-7.
14. Kharazmi E, Bordbar S, Jafari A. The Effect of Corona Epidemic on Hospital Services and Revenues: A Case Study of Fars Province/Iran. *Europe PMC*. 2021;11(4):10-24.
15. Abeza D, Tayebwa B, Muhumuza J, Nabakka M, Ngonzi J. Impact of Corona virus disease 2019 on antenatal care services in rural western Uganda; a retrospective study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2023;20(2):22-46.
16. Xiao H, Dai X, Wagenaar BH, Liu F, Augusto O, Guo Y, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on health services utilization in China: Time-series analyses for 2016-2020. *The Lancet regional health Western Pacific*. 2021;9:100122.
17. Hosseini Divkolaye NS, Burkle FM, Jr. The Enduring Health Challenges of Afghan Immigrants and Refugees in Iran: A Systematic Review. *PLoS currents*. 2017;9(2):12-25.
18. Whaley CM, Pera MF, Cantor J, Chang J, Velasco J, Hagg HK, et al. Changes in Health Services Use Among Commercially Insured US Populations During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(11):e2024984-e.
19. Iamtrakul P, Chayphong S, Haider MA, Crizzle AM. Older adult access to health care services in Ban Phaeo, Thailand: A case study using geospatial analysis. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*. 2023;22:100946.
20. Xu S, Glenn S, Sy L, Qian L, Hong V, Ryan DS, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Utilization in a Large Integrated Health Care System: Retrospective Cohort Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(4):e26558.

21. Ulupinar F, Erden Y. Intention to leave among nurses during the COVID-19 outbreak: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022.
22. Alnaeem MM, Hamdan-Mansour AM, Nashwan AJ, Abuatallah A, Al-Hussami M. Healthcare providers' intention to leave their jobs during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Health Sci Rep*. 2022;5(6):e859.
23. Shimels T. The Trend of Health Service Utilization and Challenges Faced During the COVID-19 Pandemic at Primary Units in Addis Ababa: A Mixed-Methods Study. *Health serv res manag epidemiol*. 2021;8:233.
24. Becker NV, Moniz MH, Tipirneni R, Dalton VK, Ayanian JZ. Utilization of Women's Preventive Health Services During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum*. 2021;2(7):e211408-e.
25. Singh DR, Sunuwar DR, Shah SK, Karki K, Sah LK, Adhikari B, et al. Impact of COVID-19 on health services utilization in Province-2 of Nepal: a qualitative study among community members and stakeholders. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):174.
26. Ray M, Sharon S, Zoe AM, Anna Mae S, Justin C, Emma JT, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(3):e045343.
27. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Iran health dashboard 2023 [Available from: <https://www.unhcr.org/ir/fa/health/>.]
28. Bahar Özvarış Ş, Kayı İ, Mardin D, Sakarya S, Ekzayez A, Meagher K, et al. COVID-19 barriers and response strategies for refugees and undocumented migrants in Turkey. *Journal of Migration and Health*. 2020;1-2:100012.