

Investigation of the Barriers to Access of Afghan Immigrant Children Under 12 Years of Age to Dental Services Living in Iran

Reza Emrani¹ 

Ali Karimkhani² 

Hossein Vafaei Anbardan³ 

Saba Zamani⁴ 

Ali Hosseini⁵ 

Mohammadreza Mokarram⁶ 

1. Assistant professor, Department of Dental Public Health, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Science, Qazvin, Iran.

3. Dentist, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

4. Dental Students' Research Committee, Department of Pedodontics, School of Dentistry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Student Research Committee, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

6. **Corresponding Author:** Student Research Committee, Department of Operative Dentistry, School of Dentistry, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Email: mohammadreza.mokarram@gmail.com

Abstract

Introduction: Migration and asylum are widespread phenomena in today's world. Over the past decades, Iran has hosted a large population of Afghans, the majority of whom live in the country illegally. A significant number of Afghan children have been born in Iran and are in need of healthcare services similar to those provided to Iranian citizens. This study was conducted to identify the barriers that these children face in accessing dental services.

Materials & Methods: In this descriptive-cross-sectional study conducted in 2023, an 11-question questionnaire, which had been standardized in previous studies, was used. Parents of Afghan children residing in four cities—Qazvin, Tehran, Varamin, and Karaj—were asked about the barriers to accessing dental services. The results were reported in descriptive statistics.

Results: A total of 458 participants took part in this study. According to the results, no Afghan child had access to supplementary insurance. Most participants reported financial difficulties in paying for dental services (409). The rate of voluntary check-ups was very low (18), and lack of insurance was identified as a major issue. Access to public sector services was not possible for 273 participants, but access to private sector services was available. Language and dialect issues in communication with individuals were reported to a minor extent (35), and 187 participants reported experiencing discriminatory behavior when receiving services.

Conclusion: Migrant children in Iran face barriers in accessing dental services, with the primary obstacles being financial problems, lack of insurance, and absence of legal residency.

Key words: Afghanistan; Dentistry; Pediatric dentistry.

Received: 05.11.2024

Revised: 14.02.2025

Accepted: 20.03.2025

How to cite: Emrani R, Karimkhani A, Vafaei anbardan H, Zamani S, Hosseini A, Mokarram M. Investigation of the Barriers to Access of Afghan Immigrant Children Under 12 Years of Age to Dental Services Living in Iran. J Isfahan Dent Sch 2025; 20(1): 77-86.

بررسی موانع دسترسی کودکان زیر ۱۲ سال مهاجر افغان ساکن ایران به خدمات دندان پزشکی

۱. استادیار سلامت دهان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۲. استادیار دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۳. دندان پزشک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۴. دستیار تخصصی، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، گروه دندان پزشکی کودکان، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 ۵. دانشجو، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 ۶. نویسنده مسئول: دستیار تخصصی، کمیته‌ی پژوهش‌های دانشجویی، گروه دندان پزشکی ترمیمی و زیبایی، دانشکده‌ی دندان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.
 Email: mohammadreza.mokarram@gmail.com

رضا عمرانی^۱ ID
 علی کریم خانی^۲ ID
 حسین وفایی انباردان^۳ ID
 صبا زمانی^۴ ID
 علی حسینی^۵ ID
 محمدرضا مکرم^۶ ID

چکیده

مقدمه: مهاجرت و پناهندگی، پدیده‌هایی بسیار شایع در دنیای امروز هستند. ایران در دهه‌های گذشته میزبان جمعیت بالایی از افغان‌ها بوده که عمده‌ی آن‌ها به صورت غیر قانونی در ایران ساکن هستند. تعداد قابل توجهی از کودکان افغان در ایران به دنیا آمده و نیازمند خدمات سلامت همانند ایرانیان هستند. این مطالعه به منظور شناخت موانع دسترسی این کودکان به خدمات دندان پزشکی انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی در سال ۱۴۰۲، از یک پرسشنامه ۱۱ سؤالی که در مطالعات قبلی استانداردسازی شده بود استفاده شد. از والدین کودکان افغان ساکن ۴ شهر قزوین، تهران، ورامین و کرج در خصوص موانع دسترسی به خدمات دندان پزشکی پرسش به عمل آمد. نتایج به صورت آمار توصیفی اعلام شد.

یافته‌ها: ۴۵۸ نفر در این مطالعه شرکت کردند. بر اساس نتایج، هیچ کودک افغانی به بیمه تکمیلی دسترسی نداشت. بیشتر شرکت‌کنندگان مشکل مالی را در پرداخت هزینه اعلام کردند (۴۰۹). میزان چک‌آپ داوطلبانه بسیار اندک بوده (۱۸) و نداشتن بیمه یک معضل اساسی به شمار می‌رفت. امکان دسترسی به بخش دولتی برای ۲۷۳ نفر ممکن نبود، ولی دسترسی به بخش خصوصی امکان‌پذیر بود. مشکل زبان و لهجه در ارتباط با افراد به میزان پایین گزارش شد (۳۵) و ۱۸۷ نفر اعلام کردند که احساس رفتار تبعیضانه در هنگام دریافت خدمات داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: کودکان مهاجر در ایران برای دسترسی به خدمات دندان پزشکی با موانعی روبرو هستند که در صدر این موانع مشکل اقتصادی، نبود بیمه و نداشتن اقامت قانونی بود.

کلید واژه‌ها: افغانستان؛ دندان پزشکی؛ دندان پزشکی کودکان.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۳۰

تاریخ اصلاح: ۱۴۰۳/۱۱/۲۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۳/۰۸/۱۵

استناد به مقاله: عمرانی رضا، کریم خانی علی، وفایی انباردان حسین، زمانی صبا، حسینی علی، مکرم محمدرضا. بررسی موانع دسترسی کودکان زیر ۱۲ سال مهاجر افغان ساکن ایران به خدمات دندان پزشکی. مجله دانشکده دندان پزشکی اصفهان. ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۱): ۷۷-۸۶.

مقدمه

مهاجرت و پناهندگی، پدیده‌ای شایع در دنیای امروز است و عامل اصلی آن مشکلات سیاسی، جنگ، فقر و ناامنی می‌باشد. یکی از گسترده‌ترین انواع مهاجرت نیز در قالب پناهندگی به سایر کشورها تعریف شده است. آخرین آمارها از وجود ۱۱۴ میلیون پناهنده ثبت شده در دنیا خبر می‌دهد که جمعیتی بسیار قابل توجه را شامل می‌شود (۱).

ایران سالیان طولانی است که میزبان جمعیت بالایی از افغان‌هاست که به این کشور مهاجرت قانونی و یا غیر قانونی داشته‌اند. تخمین تعداد پناهجویان افغان در ایران بسیار دشوار است زیرا بیشتر آنها را مهاجران غیرقانونی تشکیل می‌دهند، اما برخی مراجع تخمین می‌زنند که بیش از ۶ میلیون پناهنده‌ی افغان در ایران زندگی می‌کنند. در سال‌های گذشته نسل جدیدی از جمعیت پناهندگان افغانی در ایران را مشاهده می‌کنیم که والدینشان در دهه‌های گذشته به ایران آمده‌اند و اکنون فرزندان متولد ایران را دارند. این کودکان در بسیاری از موارد دارای کارت شناسایی یا ثبت نام دائم هستند و برخی از آنها اجازه تحصیل در مدارس ایرانی را دارند (۲).

سیستم بهداشتی و درمانی ایران شامل دو بخش دولتی و خصوصی است. در بخش دولتی، برخی از نیازهای ضروری دندانپزشکی مانند جرم‌گیری، فیشور سیلانت و فلورایدتراپی به صورت رایگان و یا با پرداخت هزینه‌ای اندک ارائه می‌شود. بخش خصوصی برای خدمات سطح بالاتر و پیچیده‌تر استفاده می‌شود و پرداخت هزینه‌ی آن بر عهده خدمت گیرنده است. اگرچه می‌توان با برخی قراردادهای بیمه‌ای مانند بیمه تکمیلی درصدی از هزینه‌های افراد در بخش خصوصی را پوشش داد، اما در هر حال حالت پرداخت از جیب مردم برای خدمات دندانپزشکی در ایران بیش از ۹۰ درصد است (۳).

در بخش خدمات بهداشتی دولتی در ایران برای استفاده از خدمات پزشکی باید کدملی ایرانی داشت. خارجی‌هایی که تقریباً تمام آنها افغانی و درصد بسیار کمی عراقی هستند و دارای مجوز اقامت می‌باشند نیز می‌توانند از برخی خدمات استفاده کنند. اما بسیاری از پناهجویان افغان کارت شناسایی

ویژه اتباع خارجی را ندارند و بنابراین در بسیاری از موارد نه والدین و نه فرزندان امکان دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در بخش دولتی را پیدا نمی‌کنند. با توجه به مشکلات اقتصادی، نرخ بالای بیکاری در جمعیت ایران و قوانین جاری کشور ایران که به کارگیری اتباع خارجی را منع می‌کند، در سازمان‌های دولتی ایران کارمند افغانی وجود ندارد و این گروه جمعیتی مقیم ایران فقط در بخش خصوصی کار می‌کنند. شغل اصلی مهاجران در بخش خصوصی، عمدتاً شامل خدمات است و تقریباً هم تمام آنها فاقد مجوز کار هستند. باید توجه داشت که در ایران همه می‌توانند از خدمات پزشکی خصوصی استفاده کنند زیرا تمام هزینه‌ها از جیب خود شخص پرداخت می‌شود، تا جایی که در سال‌های گذشته برخی از مراکز درمانی ایران اقدام به جذب بیماران سایر کشورها در قالب تورسیم درمانی هم می‌نمودند (۴).

باید توجه داشت که بهداشت دهان و دندان برای مهاجران از نظر حفظ وجهه اجتماعی هم مهم است. داشتن ظاهر بهتر همچنین به مهاجران در تمام نقاط دنیا کمک می‌کند تا با حضور فعال‌تر در جامعه، بر موانع زبانی راحت‌تر غلبه کنند و زبان را سریع‌تر یاد بگیرند که البته این موضوع در ایران با توجه به مشترک بودن زبان مردم ایران و افغانستان بیشتر به جنبه زیبایی و آراستگی ظاهر توجه دارد. البته باید توجه داشت که به دلیل مشکلات ذاتی پناهندگی، پناهندگان معمولاً مشکلات اقتصادی و اجتماعی گسترده‌ای دارند که می‌تواند بر سلامت آنها از جمله سلامت دهان و دندان تأثیر بگذارد. لازم به ذکر است که ناآشنایی با قوانین کشور مقصد و یا مشکلاتی مانند محدودیت زبان، نداشتن مدارک لازم برای استفاده از خدمات و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمان نیز از جمله مشکلاتی است که پناهندگان ممکن است با آن مواجه شوند (۵).

علاوه بر این، می‌توان انتظار داشت که مهاجران در کشور مبدأ خود با مشکلات سلامتی مواجه بوده باشند. افغانستان در ۴۰ سال گذشته درگیر جنگ‌های مختلف بوده است و طبعاً سرویس‌های ارایه خدمات دندانپزشکی هم به تبع جنگ دچار

مشکلات گسترده‌ای بوده‌اند. از طرفی اقامت در کشورهای خارجی، یافتن شغل و درآمد برای مهاجران آنقدر مشکل ساز است که در بیشتر مواقع آنها فرصتی برای مراقبت از سلامت عمومی و دهان و دندان خود ندارند و این مسأله شاید برای کودکان و نوجوانان شدت بیشتری را نشان دهد (۶). در مطالعه‌ی مشابه با این تحقیق؛ جمعیت بزرگسال افغان ساکن ایران از لحاظ پوشش دندانپزشکی و موانع خدمات سلامت دهان مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن نشان داد پوشش بیمه‌ی تکمیلی در حد صفر و بیمه پایه برای عده بسیار معدودی از جامعه افغان مقیم وجود دارد که دلیل آن در اینست که عمده آنها اصولاً اقامت قانونی ندارند. همچنین شاخص‌های سلامت دهان این افراد در وضعیت بدتری قرار داشت (۷).

در مطالعه‌ی دیگری بر روی جمعیت پناهندگان به اروپا؛ نشان داده شد که با وجود برخی خدمات دندانپزشکی برای این گروه ولی بدلائل فرهنگی و عدم تطابق آنها با وضعیت جدید و نیز مشکل ارتباط زبانی و معضلات اقتصادی؛ باز هم وضعیت سلامت دهان جامعه پناهندگان در اروپا مناسب نیست (۸).

با توجه به حضور میلیونی افغان‌ها در ایران و با توجه به نسل جدید افغان‌هایی که در ایران متولد شده‌اند، به نظر می‌رسد باید راهکارهایی برای ارتقای سلامت این جمعیت اندیشیده شود. این جمعیت اکنون در صدی از جمعیت کل ایران را پوشش می‌دهد و نیازهای سلامت آنها باید مورد توجه قرار گیرد. در گام اول، شناخت مشکلات و موانع دسترسی این افراد می‌تواند زمینه‌ای برای مطالعات بیشتر باشد. این مطالعه به منظور شناخت موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی در میان کودکان پناهندگان افغان مقیم ایران طراحی شده است تا با کمک این تحقیق بتوان به مشکلات پایه آنها دسترسی پیدا کرد و بر مبنای نتایج مطالعه بتوان برای کاهش معضلات دسترسی به خدمات دندانپزشکی آنها برنامه‌ای را طراحی نمود.

مواد و روش‌ها

در ابتدای شروع این مطالعه با کد اخلاق (IR.QUMS.REC.1401.26) به تأیید کمیته‌ی اخلاق

دانشگاه علوم پزشکی قزوین رسید.

معیارهای ورود به این مطالعه شامل داوطلبان شهروند کشور افغانستان که در ۳ سال گذشته بطور پیوسته در ایران حضور داشته و دارای حداقل یک فرزند بین سنین ۴ تا ۱۲ سال باشند و در طول یکسال گذشته به منظور درمان فرزند خود به یک مرکز دندانپزشکی مراجعه و یا در حین مطالعه جهت ادامه درمان در این مرکز حضور داشته باشند. افرادی که صرفاً برای کسب اطلاع از نحوه‌ی ارائه‌ی خدمت و هزینه و صرفاً جهت ویزیت و بدون کار درمانی در مرکز بودند به مطالعه وارد نشدند. این افراد باید تابع کشور افغانستان بوده؛ شهروندی کشور دیگری را نداشته باشند و دارای شناسنامه ایرانی نیز نباشند. معیار خروج از مطالعه نیز در عدم همکاری و ناتوانی فرد در همکاری و یا انصراف فرد از شرکت در مطالعه توصیف گردید.

به منظور انجام این مطالعه در نخستین گام، سه دانشجوی رشته‌ی دندانپزشکی که شهروند کشور افغانستان بوده و در دانشگاه علوم پزشکی قزوین به تحصیل مشغول بودند، انتخاب و به همراه دو محقق دیگر جلساتی برای کالبره شدن را انجام دادند. انتخاب سه دانشجوی دندانپزشکی از کشور افغانستان به منظور بالا بردن سطح ارتباط کلامی بهتر به لحاظ درک بهتر کلمات و لهجه و احساس نزدیکی بیشتر بین آنها و شرکت کنندگان در مطالعه بود.

محل انجام مطالعه شهرهای ورامین؛ جنوب تهران؛ کرج و قزوین بود که دارای آمار بالایی از شهروندان مقیم از کشور افغانستان است و بازه انجام مطالعه از تیرماه ۱۴۰۲ تا ابتدای شهریورماه همان سال را شامل می‌شد. در هر کدام از این مناطق یک درمانگاه دندانپزشکی و یا یک مرکز درمانی که بخش فعال دندانپزشکی را داشته باشد و در محله پر تردد از نظر جمعیت مهاجران بود به صورت تصادفی انتخاب گردید. رضایت مدیر درمانگاه در ابتدای مطالعه برای ورود به مرکز اخذ گردید. برای انجام این مطالعه یک پرسشنامه که در فاز اول این مطالعه طراحی گردیده و روایی و پایایی آن تأیید گردیده بود استفاده شد. روایی و پایایی آن مطالعه حدود ۰/۸۵

برآورد گردیده بود و قبل از شروع نمونه‌گیری این پرسشنامه بصورت پایلوت بین ۲۰ نفر تقسیم گردید تا مورد ارزیابی قرار گیرد. پرسشنامه استفاده شده توسط ۷ نفر از خبرپان دانشگاهی مورد بررسی و استانداردسازی گردیده بود (۷).

پرسشنامه دارای دو قسمت بود که در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کننده و فرزندان او و در قسمت دوم، ۱۱ سؤال در خصوص موانع دسترسی به خدمات دندانپزشکی ارایه گردید. سؤالات دارای دو طبقه‌بندی بودند. طبقه‌بندی اول تحت عنوان طبقه‌بندی «محدودیت» به بررسی محدودیت‌های پیش روی جمعیت مهاجران افغانستان می‌پرداخت و شامل ۹ سؤال می‌شد و سؤال بعد شامل طبقه‌بندی «نظرسنجی» بود که بر اساس آن نظر و یا تجربه داوطلب مورد پرسش قرار می‌گرفت. سؤالات به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای شامل مخالفم؛ نظری ندارم و موافقم بود که به گزینه‌ی مخالفم، نمره‌ی برابر با منفی ۱ و گزینه‌ی نظری ندارم، نمره‌ی معادل صفر و موافقم، نمره‌ی مثبت یک داده شده بود و هرچه نمره‌ی پرسشنامه بیشتر بود به معنای بیشتر بودن محدودیت‌ها تعریف می‌گردید.

در قسمت دموگرافیک، سن والدین و شغل آنها؛ سن کودک یا کودکان فرد؛ سابقه‌ی اقامت در ایران، نوع پوشش احتمالی بیمه؛ نوع شغل فرد؛ دارا بودن اقامت؛ کارت آمایش و ویزا و هر نوع اقامت دیگر مورد پرسش قرار گرفت. ۹ سؤال از مجموع ۱۱ سؤال به عنوان سؤالات محدودیت دسترسی در نظر گرفته و نمره بین ۰ تا ۹ برای آن لحاظ گردید. بر اساس طبقه‌بندی سه گزینه‌ای عددی، افراد بین ۰ تا ۳ به عنوان فاقد محدودیت؛ ۳ تا ۶ محدودیت نسبی؛ ۶ تا ۹ محدودیت بالا تعریف شدند. دو سؤال آخر به طبقه‌بندی «نظرسنجی» اختصاص داشت و در آن از فرد مورد پرسش قرار گرفته سؤال می‌شد که در خصوص پیشنهادات ارایه شده در متن سؤال به منظور ارتقای سطح سلامت دهان کودک خود چه نظری دارد. دو سؤال اول که در خصوص دسترسی به بیمه دندانپزشکی بود بدلیل اینکه پاسخ «بلی» یک گزینه‌ی مثبت محسوب می‌گردد به صورت معکوس محاسبه گردید و پاسخ بلی منفی یک امتیاز

و پاسخ خیر یک امتیاز و نظری ندارم صفر امتیاز را دارا بود. به منظور راحتی در درک اعداد کلیه آنها از صفر به بالا محسوب و حداقل نمره‌ی صفر فرض گردید.

اگر کودک افغان در شرایط مطالعه فقط دارای یک والد بود، فقط مشخصات همان یک نفر ثبت گردید و اگر کودکی توسط افرادی غیر از والدین خود به مرکز مراجعه نموده بود به مطالعه وارد نشد. در صورت حضور هر دو والد؛ سؤالات از سرپرست خانوار (پدر) که مسئولیت تأمین معاش را بر عهده دارد پرسیده شد و در صورت عدم توانایی یا تمایل او به پاسخ‌دهی از مادر کودک کمک گرفته شد.

مراحل مصاحبه با شرکت‌کنندگان بدین صورت بود که محققین پس از کسب رضایت از فرد توضیحاتی در خصوص موضوع تحقیق به او ارایه می‌کردند. افرادی که لهجه‌هایی متفاوت از زبان فارسی رایج در ایران را داشتند توسط دانشجویان شهروند افغانستان که دارای زبان و یا لهجه مشترک با داوطلب بودند مورد پرسش قرار گرفتند تا خطایی در درک اطلاعات روی ندهد. در این حالت از فرد به طور دقیق در خصوص داشتن اقامت کشور دیگری؛ سابقه‌ی درمان در اردوگاه‌های پناهندگان در سایر کشورها و سابقه‌ی زندگی در ایران و افغانستان سؤال گردید و اگر شخصی سابقه‌ی درمان در اردوگاه‌های پناهندگان در سایر کشورها و یا درمان در کشورهای دیگر را داشت و یا شخصی بود که اقامت او در ایران در سه سال گذشته بطور دایم نبوده است به مطالعه وارد نشد. پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل می‌شد و در صورت دشوار بودن و یا نداشتن سواد کافی، سؤالات برای شخص خوانده و سپس نظر او توسط یکی از محققین در پرسشنامه ثبت می‌گردید. در تمام مدت زمان تکمیل پرسشنامه یکی از محققین جهت راهنمایی و کمک به شخص داوطلب در کنار او حضور داشت. این پرسشنامه فقط دارای نسخه کاغذی بود و از نسخ اینترنتی استفاده نشد تا اطمینان کامل از درک پرسش‌ها توسط داوطلبان حاصل شود. در پایان نتایج مطالعه وارد کامپیوتر شده و با نسخه‌ی ۲۶ نرم‌افزار SPSS (version 26, IBM Corporation, Armonk,)

NY) مورد آنالیز قرار گرفت. نتایج به صورت توصیف فراوانی، میانه و میانگین انجام پذیرفت. نتایج ۹ سؤال قسمت محدودیت و ۲ سؤال قسمت نظرسنجی به صورت تفکیک شده ارایه گردید.

یافته‌ها

۴۵۸ نفر (کودک) به مطالعه وارد شدند. میانگین سن والدین شرکت کننده ۳۸ سال و ۳ ماه و میانگین سن کودکان آنها ۸/۴ سال برآورد گردید. عمده‌ی شرکت کنندگان (۴۲۴ نفر) سواد خواندن و نوشتن در سطوح مختلف را داشتند و ۲۴ نفر بی سواد بودند. در این مطالعه هیچ کدام از شرکت کنندگان شهروندی کشور دیگری را غیر از افغانستان نداشتند. ۴۰۸ (۸۹/۸ درصد) نفر از آنان به صورت کارگر در بخش خدمات کار می کردند که بیشترین فراوانی را شامل می شد. میانگین سابقه‌ی زندگی این خانواده‌ها در ایران ۱۱/۵ سال بود. جدول یک اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

با توجه به نتایج فوق نشان داده می شود که هیچ یک از اتباع افغانستان امکان دسترسی به بیمه پایه و تکمیلی را نداشته اند. بالاترین نمره‌ی محدودیت به محدودیت استفاده از بیمه تکمیلی اختصاص داشت که صد در صد شرکت کنندگان امکان استفاده

از آن را نداشتند. کمترین محدودیت نیز به محدودیت استفاده از خدمات در بخش خصوصی بود که صرفاً ۰/۸ (۴ نفر) درصد افراد با آن مشکل روبرو بوده اند. ۲۷۳ (۶۰/۱ درصد) نفر از آنها اعلام نموده اند که در هنگام مراجعه به مراکز دولتی با مانع استفاده از خدمات به دلیل عدم تبعیت ایران مواجه شده اند و لی این عدد در بخش خصوصی تنها ۴ نفر بوده است. ۳۵ نفر مانع زبانی و لهجه برای ارتباط گیری با کادر درمان را ابراز نموده اند. (۹۰ درصد) ۴۰۹ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه اعلام نموده اند که هزینه‌ی دندانپزشکی برای آنها زیاد بوده است. ۱۸۷ (۴۱/۱ درصد) نفر اعلام نموده اند که در هنگام دریافت خدمات تبعیض را احساس نموده اند. (۸۱/۲ درصد) ۳۶۹ نفر فقط با اعلام دندان درد از سوی کودک خود به دندانپزشکی مراجعه نموده اند. میانگین نمره‌ی کل اکتسابی معادل ۶/۳۶ (از نمره‌ی کامل ۹) است که نشان دهنده‌ی محدودیت بالای افراد در دسترسی به خدمات سلامت دهان است. در خصوص دو سؤال مربوط به نظرسنجی ۶۶/۱ درصد افراد اعلام نموده اند که حاضر به پرداخت هزینه برای استفاده از بیمه هستند و فقط ۳/۹ درصد اعلام نمودند که حداقل یک بار برای معاینه‌ی دوره‌ای به دندانپزشک مراجعه نموده اند. جدول ۲ توزیع فراوانی پاسخگویی شرکت کنندگان در مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	درصد
سن والدین (سال)	۳۸/۳	۳/۸	
میانگین سابقه‌ی زندگی در ایران (سال)	۵/۱۱	۴/۶	
میانگین تعداد فرزند	۲/۳	۷۶/۰	
میانگین سن کودکان (سال)	۸/۴	۲/۲	
محل تولد کودکان	ایران	۳۸۶	۲/۸۴
	افغانستان	۷۲	۸/۱۵
	سایر کشورها	۰	۰
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۴	۲/۵
	زیر دیپلم	۴۰۱	۵/۸۷
	دیپلم	۲۲	۸/۴
	دانشگاهی	۱	۲/۰
شغل	خویش فرما	۳۶	۸/۷
	خدمات	۴۰۸	۸۹/۰۸
	استخدام در شرکت های ایرانی	۴	۸/۰

جدول ۲: جدول نمایش پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به سؤالات پرسشنامه‌ی موانع دستیابی به خدمات دندانپزشکی

طبقه‌بندی سؤال	پرسش	بلی (درصد)	خیر (درصد)	نظری ندارم (درصد)
۱ محدودیت	آیا تاکنون توانسته‌اید از بیمه تکمیلی استفاده کنید؟	۰	۴۵۸ (۱۰۰)	۰
۲ محدودیت	آیا تاکنون توانسته‌اید از بیمه پایه استفاده کنید؟	۱۹ (۰/۴)	۴۵۸ (۹۷/۷)	۱ (۰/۲)
۳ محدودیت	آیا زمانی را به خاطر دارید که به دلیل ملیت خود از خدمات دندانپزشکی در بخش دولتی محروم شده‌اید؟	۳۷۳ (۵۹/۶)	۱۵ (۳/۲)	۱۷۰ (۳۷/۱)
۴ محدودیت	آیا زمانی را به خاطر دارید که به دلیل ملیت خود از خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی محروم شده‌اید؟	۴ (۰/۸)	۴۲۷ (۹۳/۲)	۲۷ (۵/۸)
۵ محدودیت	آیا در بیان مشکلات خود با مانع زبانی (لهجه) مواجه شده‌اید؟	۳۵ (۷/۶)	۴۰۲ (۸۷/۷)	۲۱ (۳/۸)
۶ محدودیت	آیا پرداخت هزینه‌های دندانپزشکی برای شما دشوار بوده است؟	۴۰۹ (۸۹/۳)	۳۷ (۰/۸)	۱۲ (۲/۶)
۷ محدودیت	آیا تا به حال به دلیل هزینه‌ها بین ترمیم و یا کشیدن، مجبور شده‌اید که کشیدن دندان را انتخاب کنید؟	۴۰۳ (۸۷/۹)	۹ (۱/۹)	۴۷ (۱۰/۲)
۸ محدودیت	آیا در کیفیت خدمات دریافتی یا قیمت آن احساس تبعیض کرده‌اید؟	۱۸۷ (۴۰/۸)	۲۰۸ (۴۵/۴)	۶۳ (۱۳/۷)
۹ نظرسنجی	آیا فقط برای درد یا ناراحتی شدید به مرکز دندانپزشکی مراجعه کرده‌اید؟	۳۶۹ (۸۰/۵)	۳۸ (۸/۲)	۵۱ (۱۱/۱)
۱۰ نظرسنجی	اگر پوشش بیمه‌ای برای مهاجران ایجاد شود، آیا حاضرید هزینه‌ی آن را بپردازید؟	۳۰۳ (۶۶/۱)	۴۷ (۱۰/۲)	۱۰۸ (۲۳/۵)
۱۱ نظرسنجی	آیا تا به حال به طور داوطلبانه برای معاینه به دندانپزشک مراجعه کرده‌اید؟	۱۸ (۳/۹)	۳۸۷ (۸۴/۴)	۵۳ (۷/۶)

بحث

با توجه به جمعیت چند میلیونی افغان‌های مقیم ایران، این مطالعه به منظور شناخت مشکلات و موانع دستیابی جمعیت افغان ساکن ایران در دسترسی به خدمات دندانپزشکی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که مشکلات اقتصادی، مهم‌ترین معضل در دستیابی به خدمات دندانپزشکی در ایران است و در کنار آن نبود بیمه و نیز عدم دسترسی به خدمات پایه‌ی رایگان دندانپزشکی نیز از موارد دیگری است که مانعی برای دستیابی به خدمات دندانپزشکی برای کودکان افغانی در ایران است.

در این مطالعه نشان داده شد که بیش از ۸۰ درصد از شرکت‌کنندگان در شرایطی قرار گرفته‌اند که به جای حفظ دندان، آن را کشیده‌اند. که این ناشی از این واقعیت است که مسایل اقتصادی همواره بر بهداشت و سلامت تأثیر دارد. نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی و ارتباط آن با سلامت در مطالعات فراوانی در گذشته به اثبات رسیده است. لذا افراد در

شرایطی که دندانپزشک به آنها امکان نگهداری دندان فرزندشان را پیشنهاد کرده است اما آن‌ها ترجیح داده‌اند این دندان را که حتی ممکن است دائمی بوده باشد را خارج نمایند. در مطالعات مشابه نیز نشان داده شده است که بهبود شرایط اقتصادی به کمتر شدن کشیدن دندان و بیشتر شدن دشواری‌های مالی به افزایش شاخص‌های نامطلوب دندانپزشکی و افزایش کشیدن منجر می‌گردد (۹). از آنجا که مهاجران افغانی در اصل افرادی هستند که به دلیل شرایط جنگی کشور خود را ترک نموده‌اند لذا طبیعی است که آنها سرمایه‌ای را با خود همراه نداشته باشند و برای تأمین معاش خود معمولاً کارهای خدماتی را در حد گذراندن زندگی را قبول می‌نمایند و طبیعی است که این افراد در تأمین نیازهای خود با دشواری‌های زیادی روبرو باشند.

در مطالعه‌ی فوق نشان داده شد که هیچ شهروند کشور افغانستان امکان دسترسی به بیمه تکمیلی و پایه دندانپزشکی

را نداشته و از آن به عنوان یک معضل نام برده‌اند. از یک سو پوشش بیمه‌ای پایه در ایران شامل برخی خدمات محدود در زمینه‌ی خدمات پیشگیری است و شامل خدمات سطح دوم سوم خدمات بهداشتی نمی‌شود (۱۰).

بیمه‌های تکمیلی نیز فقط شامل افرادی می‌شود که ماهانه حق بیمه‌ای را به شرکت بیمه پرداخت و در ازای آن در حدود سقف مشخصی از خدمات دریافت نمایند که شامل دامنه‌ای بیشتری از خدمات می‌گردد. شهروندان افغانستان فاقد کد ملی ایرانی هستند و لذا امکان استخدام و یا بیمه شدن به صورت شخصی را ندارند و البته که باید در نظر داشت که پرداخت هزینه حق بیمه ماهانه هم برای شهروندان افغانستان دشوار است. البته این نکته را هم باید مدنظر داشت که عمده‌ی جامعه افغانی ایران در مشاغل خدماتی غیر رسمی مشغول به کار هستند که اساساً امکان بیمه شدن در آن بسیار کم است (۶).

۲۷۳ نفر از شرکت کنندگان اعلام کرده‌اند که در مراکز ارایه خدمات بهداشتی و درمانی دولتی نتوانسته‌اند از خدمات بهره ببرند که دلیل آن در این است که خدمات بهداشتی در سازمان‌های دولتی و مراکز بهداشتی- درمانی دولتی فقط مخصوص ایرانیان و یا افرادی است که اقامت دائم آنها به ثبت رسیده باشد. لذا نمی‌توان آن را دقیقاً محرومیت دانست بلکه دلیل اصلی آن در عدم ثبت اقامت افغانی‌های مقیم ایران است که به دلیل عدم ثبت اقامت و یا دارا بودن کارت آمایش، امکان دسترسی به مراکز دولتی را ندارند. شرکت کنندگان در مطالعه مانع خاصی برای استفاده از خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی را نداشتند چون پرداخت هزینه در بخش خصوصی بر عهده‌ی دریافت‌کننده‌ی خدمت است و مانعی برای استفاده از آن وجود ندارد. ضمن اینکه محدودیت خدمات دولتی از نظر ارایه‌ی خدمات و ساعت کاری نیز در بخش خصوصی وجود ندارد.

۱۸۷ نفر اعلام نمودند که احساس تبعیض در قیمت یا نوع برخورد را احساس نموده‌اند که البته این شامل فقط ۳۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه است. البته مفهوم تبعیض یک مفهوم پیچیده است و بیشتر به استنباط شخصی فرد بستگی دارد

اما می‌توان چنین فرض نمود که انتظار بیش از حد در نوبت قرار داشتن، قیمت‌های بالای خدمات دندانپزشکی، تفاوت لهجه‌ای و یا عدم امکان دریافت برخی تخفیف‌های بیمه‌ای می‌تواند در ذهن مخاطب به صورت تبعیض دیده شود.

در مطالعه‌ی مشابهی که توسط Lori و Boyle بر روی مهاجران در خصوص احساس تبعیض در دریافت خدمات، نتایج مشابهی دیده شد (۱۱). همچنین Asgary و Segar (۱۲) نیز اعلام نمودند که دسترسی پناهندگان به خدمات سلامت کم و بطور کلی دسترسی آنها با دشواری‌هایی همراه است که ممکن است حس تبعیض را به آنها القا کند. در واقع نتایج نشان می‌دهد که تبعیض ممکن است به صورت سیستماتیک و قانونی وجود نداشته باشد اما برخی محدودیت‌های اخلاقی و زبانی و مسأله‌ی ثبت اقامت بطور غیر مستقیم باعث محرومیت‌هایی گردد که شخص آن را نوعی تبعیض فرض می‌کند.

تنها ۱۸ نفر از داوطلبان شرکت در مطالعه اعلام نمودند که تاکنون برای چک‌آپ فرزندان به مراکز بهداشتی مراجعه نموده‌اند که کمتر از ۴ درصد داوطلبان را شامل می‌شود. سواد سلامت، پوشش بیمه‌ای، سطح اقتصادی و سیستم سلامت هر کشور مؤثرترین دلایل برای داشتن برنامه‌ی چک‌آپ روتین است که در ایران این مسأله در بین خود ایرانیان نیز وجود ندارد و مؤلفه‌های تأثیرگذار نیز در حدی نیست که فرد بتواند به مراکز بهداشتی مراجعه نماید. چک‌آپ در مراکز خصوصی ایران هم مستلزم پرداخت حق ویزیت است که ممکن است مهاجران ساکن ایران نتوانند آن را پرداخت نمایند اگرچه به نظر مشکلات سواد سلامت در آن مؤثرتر باشد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سطح سواد سلامت عمده‌ی پناهندگان پایین است زیرا تقریباً در تمام موارد آنها بطور کلی تحصیلات آکادمیک و حتی متوسطه هم ندارند و به همین دلیل پناهندگی از طریق ورود غیر قانونی تنها راه آنها بوده است و به همین دلیل معمولاً مطالعات و فرصت و انگیزه برای کسب اطلاعات بهداشتی در آنها محدود است. پرداختن به مسأله چک‌آپ و کنترل سلامت نیز علاوه بر آرامش ذهنی نیاز فراوانی به ثبات کاری و اقتصادی دارد که عمده پناهندگان در

جهان از آن بی بهره‌اند (۱۳-۱۵).

در این مطالعه مانع زبانی کم بوده است چون عمده مردم افغانستان فارسی صحبت می‌کنند که شباهت کامل به فارسی ایرانی دارد و تنها یک تغییر لهجه در آن دیده می‌شد. اما مطالعات مشابه نشان داده است که مشکل لهجه و خصوصاً تفاوت زبانی از معضلات مهاجران در بیان نیازهای بهداشتی و نیز دریافت دستورات بهداشتی بوده است. برخی اوقات مهاجران بدلیل خرابی ظاهر دندان‌ها هم چندان تمایلی به صحبت نشان نمی‌دهند که در اینجا می‌توان اهمیت دسترسی این افراد به دندانپزشکی را از نظر مهارت‌های ارتباطی نیز به عنوان یک مسأله‌ی مهم در نظر گرفت (۱۶، ۱۷).

مهاجران افغانی شرکت‌کننده در مطالعه اعلام نموده‌اند که در صورت وجود پوشش بیمه‌ای حاضر به پرداخت هزینه‌ی آن هستند. طبیعی است که اگر یک فرد مهاجر بتواند کاری برای خود پیدا کند این احتمال که بتواند هزینه بیمه را نیز پرداخت کند وجود دارد که البته در اینجا فقط صرف پرداخت هزینه بیمه نیست و بلکه فرد مهاجر باید مدرک اقامت قانونی خود را نیز کسب نماید. با این حال شرکت‌های بیمه‌ای می‌توانند برای این دسته از مهاجران برنامه‌ای را طراحی نمایند تا امکان دسترسی آنها به بیمه‌های تکمیلی دندانپزشکی افزایش یابد.

در مطالعه‌ی مشابه توسط Kay و همکاران نیز تأکید گردیده است که استفاده از خدمات اولیه بهداشتی و دریافت خدمات به صورت بسته‌های بیمه‌ای باید برای مهاجران در هر نقطه از دنیا فراهم گردد (۱۸). مطالعاتی در آلمان نشان داد که ایجاد برنامه‌های بیمه برای مهاجران امکان‌پذیر است ولی بر این نکته تأکید نموده‌اند که منابع بیمه‌ای باید توسط سازمان‌های حمایت‌گر و دولت تأمین گردد و معمولاً نیز این برنامه برای آنها اجرا می‌گردد و در صورتی که پناهنده به شغلی دایم در آلمان دست یابد؛ در آن موقع می‌تواند حق بیمه خود را برای استفاده از خدمات بهداشتی که شامل خدمات دندانپزشکی نیز می‌شود، پرداخت کند که این بیمه‌ها عمدتاً اجباری نیز هست. با این حال عمده پناهندگان و

مهاجران بدلیل عدم ثبات شغلی و بکارگیری در مشاغلی که معمولاً خدماتی و موقت هستند و درآمد ناکافی نه خود توان پرداخت آن را دارند و نه شرکت‌های بیمه‌گر علاقه‌مند پوشش بیمه‌ای این افراد می‌باشند (۱۹، ۲۰).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه در عدم شناخت دقیق وضعیت اقامت مهاجران بود. بدیهی است که افراد مهاجر ممکن است در مقابل پرسش شونده، شرایط اقامت و وضعیت خود را قانونی اعلام کنند اما این احتمال وجود دارد که گفته آنان صحیح نباشد. البته برای رفع این مشکل سه نفر دانشجوی افغان در امر تحقیق شرکت داشتند که به افزایش ضریب اطمینان بیشتری منجر گردد.

نقطه قوت مطالعه نیز یکی در بکارگیری دانشجویان افغانی برای انجام مطالعه بود که باعث شد موانع لهجه‌ای افراد کاهش پیدا کند و دیگری انجام تحقیق در بستر گوناگون چند شهر بود که به شناخت بیشتر مشکل در گستره‌ی وسیع‌تری کمک می‌نمود.

نویسندگان مقاله پیشنهاد می‌نمایند که مطالعاتی مداخله‌ای برای بررسی وضعیت سلامت دهان و لثه مهاجران و نیز برنامه‌هایی جهت آموزش و ارتقاء سلامت آنها انجام پذیرد تا بتوان از نظر کلینیکی نیز به یافته‌هایی که برای بهرمندی بیشتر آنان از خدمات متناسب با نیاز ضروری است دست یافت.

نتیجه‌گیری

دسترسی کودکان افغانی مهاجر ساکن ایران به خدمات دندانپزشکی به دلیل مشکلاتی که والدین آنها از نظر دسترسی به بیمه و امکانات دولتی و همچنین مشکلات اقتصادی دشوار است.

سپاسگزاری

نویسندگان از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه و همچنین درمانگاه‌هایی که امکان حضور را برای ما فراهم نمودند و همچنین دانشجویان تبعه افغانستان که ما را در مطالعه همراهی نمودند سپاسگزاری می‌نمایند.

References

1. Hynie M. The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review. *Can J Psychiatry* 2018; 63(5): 297-303.
2. Rahimitabar P, Kraemer A, Bozorgmehr K, Ebrahimi F, Takian A. Health condition of Afghan refugees residing in Iran in comparison to Germany: a systematic review of empirical studies. *Int J Equity Health* 2023; 22(1): 16.
3. Emrani R, Sargeran K, Grytten J, Hessari H. A survey of common payment methods and their determinants in dental clinics, in Tehran, 2018. *Eur J Dent* 2019; 13(04): 535-9.
4. Neale A, Abu-Duhou J, Black J, Biggs BA. Health services: knowledge, use and satisfaction of Afghan, Iranian and Iraqi settlers in Australia. *Diversity and Equality in Health and Care* 2007; 4: 267-76.
5. Mattila A, Ghaderi P, Tervonen L, Niskanen L, Pesonen P, Anttonen V, Laitala ML. Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland—a pilot study. *Eur J Public Health* 2016; 26(6): 1006-10.
6. Roozbeh N, Sanati A, Abdi F. Afghan refugees and immigrants health status in Iran: A systematic review. *JCDR* 2018; 12(9): LE01-LE04.
7. Emrani R, Bolbolian M, Mirzakhani E. Investigation of the oral health status and barriers to access to dental services among Afghan population living in Iran [in Persian]. *J Res Dent Sci* 2023; 20(4): 196-204.
8. Kateeb E, Lee H. Oral health as a refugee health right. *Int Dent J* 2023; 73(5): 593.
9. Paula JS, Lisboa CM, de Castro Meneghim M, Pereira AC, Ambrosano GM, Mialhe FL. School performance and oral health conditions: analysis of the impact mediated by socio-economic factors. *Int J Paediatr Dent* 2016; 26(1): 52-9.
10. Pouraskari Z, Yazdani R, Hessari H. Exploring the Challenges in Covering Dental Services through Complementary Insurance in Iran: A Qualitative Study. *International Journal of Dentistry*. 2024;2024(1):6982460
11. Lori JR, Boyle JS. Forced migration: Health and human rights issues among refugee populations. *Nursing Outlook*. 2015; 63(1): 68-76.
12. Asgary R, Segar N. Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *J Health Care Poor Underserved* 2011; 22(2): 506-22.
13. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers—a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health* 2015; 15: 1162.
14. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14: 1030.
15. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME. The oral health of refugees and asylum seekers: a scoping review. *Global Health* 2016; 12(1): 59.
16. Bischoff A, Bovier PA, Isah R, Françoise G, Ariel E, Louis L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social science & medicine*. 2003 Aug 1;57(3):503-12.
17. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med* 2017; 24(4): tax016.
18. Kay M, Jackson C, Nicholson C. Refugee health: a new model for delivering primary health care. *Aust J Prim Health* 2010; 16(1): 98-103.
19. Claassen K, Jäger P. Impact of the introduction of the electronic health insurance card on the use of medical services by asylum seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(5): 856.
20. Gottlieb N, Schülle M. An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy* 2021; 125(1): 115-21.