

پژوهش جهادی ۵



مجلة البحث العلمي



مجموعه جزوات پژوهش جهادی (۵)

توضیحات کلی پژوهش سلامت



به اهتمام: معاونت جهاد سازندگی سازمان بسیج دانشجویی
مرکز مطالعات و هدایت حرکت های جهادی

ناشر: مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

نوبت چاپ: اول - تابستان ۹۸



آدرس: تهران - خیابان طالقانی - تقاطع مفتح - مجتمع فرهنگی
سیزده آبان - مرکز اسناد و انتشارات سازمان بسیج دانشجویی

تلفن: ۰۹۱۹۳۳۷۲۱۸۴ - ۸۳۸۱۵۱۶

پست الکترونیک: bso.publication@gmail.com

۵	پژوهش
۷	شناسایی سلامت
۸	نحوه عملیاتی کردن پژوهش سلامت
۹	روش های احصاء اطلاعات
۱۰	ویژگی های یک پژوهشگر
۱۱	نمونه گیری
۱۱	نکات
۱۱	قبل از اردو (اردوی شناسایی)
۲۱	اردوی اصلی (شناسایی ثانویه)
۱۲	نکات
۱۳	پس از اردو
۱۳	مثال بشاگرد
۱۴	نمونه پژوهش در دو روستای چوخون و پرانگی منطقه بشاگرد
۱۵	صحبت های انجام شده با مسئول مرکز بهداشت
۱۵	صحبت های مردم محل و کسبه
۱۶	آب رسانی
۱۶	مشکلات مربوط به بهداشت محیط
۱۶	مشکلات مربوط به دام
۱۶	تغذیه
۱۶	نتیجه گیری اولیه
۱۷	تیم درمان
۱۸	بیماری های شایع
۱۸	مشکلات مربوط به زنان

۱۹	مشکلات ریوی
۱۹	تغذیه
۱۹	سرویس بهداشتی
۲۰	مدرسه
۲۰	بهداشت محیط
۲۰	اطلاعات مرکز بهداشت
۲۱	روستای پرانگی
۲۱	صحبت با دهیار روستا
۲۱	مشکلات مربوط به دام
۲۱	آبرسانی
۲۲	نتیجه‌گیری کلی
۲۲	تیم درمان
۲۳	بیماری‌های شایع
۳۲	بهداشت سرویس‌های بهداشتی (حادثه‌ترین مسئله)
۲۴	بهداشت منطقه
۲۴	بیمه
۲۴	بهداشت دهان و دندان
۲۴	گزارش غربالگری بینایی سنجی
۲۵	گزارش غربالگری شنوایی
۲۶	گزارش غربالگری فیزیوتراپی
۲۷	نتایج

پژوهش

یکی از مشکلات و محدودیت‌های قابل توجه در گروه‌های درمان جهادی، در دست نداشتن اطلاعات کافی از منطقه در حوزه‌های مختلف بهداشت و درمان و در نتیجه نبود امکان دستیابی به ریشه مشکلات بهداشتی - درمانی منطقه و مردم است. از این رو علاوه بر نداشتن اطلاعات دقیق از ریشه و شیوع بیماری‌ها، ایده و راه‌حل دقیقی برای برطرف کردن آن‌ها وجود نخواهد داشت و به همین سبب، مشکلات بهداشتی به صورت مقطعی درمان شده و موفق به ریشه‌کن کردن آن‌ها نمی‌شویم. در راستای برطرف کردن این مشکلات بهداشتی - درمانی در یک منطقه، انجام یک پژوهش عمیق در آن‌جا بسیار راهگشا خواهد بود، که یکی از مهم‌ترین ملزومات پژوهش در این حوزه، انجام یک شناسایی دقیق و هدفمند است. در واقع گام اول در عرصه خدمت‌رسانی به یک منطقه، شناسایی آن منطقه تعریف می‌شود تا جایی که شهید باقری می‌فرمایند صد درصد شناسایی مساوی با صد درصد موفقیت در عملیات است.

پژوهش، امری مهم در محرومیت‌زدایی و پیشرفت پایدار می‌باشد و یک بُعد مغفول اردوهای جهادی می‌باشد. یکی از حوزه‌هایی که با نگاه پژوهشی باید به آن نگاه کرد، حوزه بهداشت و سلامت اردوهای جهادی است؛ به این معنا که برای اردوهای جهادی باید برنامه‌های بلندمدتی در نظر بگیریم تا مشکلات و محرومیت‌های بهداشتی هر روستا را به صورت ریشه‌ای حل کنیم و خدمت‌رسانی را محدود به بازه دوهفته‌ای حضور در منطقه نکنیم.

علیرغم تعدد گروه‌های جهادی، افزایش امکانات و خدمات در سال‌های پس از انقلاب و حضور گروه‌های جهادی مختلف در مناطق محروم، آن طور که شایسته پیشرفت است به آن نرسیدیم و وقتی به آن نگاه می‌کنیم، مشکلات روستاهای محروم در تمام ابعاد حل نشده است. علت این مشکل این است که نیازهای اساسی مردم حل نشده و در واقع به‌جای توجه به کیفیت، بیشتر به کمیت توجه شده است.

برای رفع این مشکل باید نگاه بلندمدت داشت و داشتن این نگاه بلندمدت به اردوهای جهادی یک ضرورت است. اگر این نگاه وجود نداشته باشد، آمار رشد بهداشت فردی و جمعی تغییری نخواهد کرد، گام مه‌برای محرومیت‌زدایی برداشته نمی‌شود و فعالیت‌ها به‌صورت مقطعی و موردی تعریف می‌شوند. عواملی که باعث داشتن نگاه بلندمدت شوند:

۱. **حضور مداوم در منطقه:** گروه جهادی باید دقت کند که تغییر مداوم منطقه هدف، بازده مفید کارش را پایین آورد و نتواند مشکلات هر منطقه را به‌طور اساسی و ریشه‌ای حل کند. به‌همین دلیل لازم است تا هر گروه جهادی یک منطقه هدف را انتخاب کرده و همه مسائل و مشکلات آنجا را حل کند و سپس سراغ منطقه دیگری برود. برای اینکار، حضور چندساله در هر منطقه نیاز است. حتی در صورت نیاز و امکان گروه جهادی، سرزدن مداوم یک تیم از گروه جهادی در طول سال تواند بسیار مفید باشد. به‌همین دلیل، سابقه حضور در منطقه هدف گروه جهادی بسیار مهم می‌باشد؛ به‌این‌صورت که برای داشتن نگاه بلندمدت، گروه جهادی باید برای منطقه هدف خود به مدت چندسال برنامه ریزی داشته باشد و سال‌به‌سال منطقه هدف را تغییر ندهد.

۲. **به کار بردن شیوه‌ها و ترفندهای بهتر برای رفع مشکل:** برای رفع یک مشکل، راه‌حل‌های متعددی وجود دارد که گروه باید بتواند ساده‌ترین، کم‌هزینه‌ترین و بهترین راه‌حل را با توجه به نیروها و امکاناتش بسنجد و درصدد رفع آن برآید.



۳. داشتن یک چهارچوب مشخص: گروه‌های جهادی برای پیشبرد اهداف خود باید از روش‌های صحیح و با چهارچوب خاص استفاده کنند تا نتیجهٔ بهتری بگیرند.

۴. داشتن برنامهٔ منظم و پیگیر برای اردوی جهادی در طول سال: بدیهی است که اردوی جهادی محدود به چندروز در سال برای حضور در منطقه نشود، بلکه در طول سال، قبل و بعد از اردوی اجرایی باید برنامه‌ریزی و آمادگی نیروها صورت گیرد.

۵. داشتن شناسایی دقیق از منطقهٔ هدف: به دلیل دقیق نبودن شناسایی منطقه، نیازسنجی صحیح مردم روستا و نیاز واقعی مردم نیز تعیین نگشته یا ریشهٔ مشکلات روستا مشخص نشده است. به همین علت مشکلات به صورت ریشه ای حل نشوند. مهمترین مسئله برای انجام یک کار جهادی منسجم و پایدار، علم به مشکلات اساسی و نیازهای واقعی یک منطقه در حوزه‌های مختلف و انتخاب روشی مناسب در برطرف کردن آنهاست.

نخستین گام در یک پژوهش صحیح و کامل، داشتن یک شناسایی مناسب است. پژوهش در سه بازهٔ زمانی قبل اردو، حین اردو و بعد از اردو صورت گیرد.

شناسایی سلامت

اطلاعات کلی منطقه از راه‌های متعددی قابل احصا می‌باشند که در روند تکمیل اطلاعات به ما کمک می‌کنند. استفاده از منابع کتابخانه‌ای و فضای مجازی، مسئولان خانهٔ بهداشت و مراکز درمانی، بزرگان و معتمدان منطقه و اهالی منطقه، مثال‌های از راه‌های تکمیل اطلاعات می‌باشند.

لازم است به این نکته توجه شود که تیم شناسایی‌کننده باید از اطلاعات مرکز بهداشت استفاده کند، اما نباید به آن اکتفا کند. همچنین معلم مدرسه نیز منبع اطلاعاتی بسیار خوبی است که نباید حذف شود. نکتهٔ دیگر این است که

همیشه نباید مشکل شایعی که به‌روز می‌گوید را ملاک قرار داد؛ گاهی اوقات مشکلی که مردم روستا بروز می‌دهند اولویت بیشتری دارد، زیرا چون ممکن است به‌روز همیشه مشکل اصلی را نگوید.

نحوه عملیاتی کردن پژوهش سلامت

برای کسب اطلاعات کلی از روستا و شناسایی درست منطقه در حوزه سلامت، نیاز به یک سری پارامترها و سؤالات حوزه‌های مختلف تیم درمان داریم. برای این کار، یک سری پارامترهای حوزه‌های مختلف سلامت فراهم شده است که این پارامترها، در واقع مؤلفه‌های اصلی است که لازم است برای رسم یک شمای کلی از روستا به دست آورده شوند و به آن‌ها توجه شود.^۱ به عبارت دیگر، پارامترها در نظر گرفتن ابعاد مختلف همچون سلامت فردی، سبک زندگی، بهداشت عمومی، تغذیه، امکانات بهداشتی و میزان دسترسی به امکانات در حوزه‌های مختلف بهداشتی می‌باشد.

اطلاعات مورد نیاز در شناسایی اولیه در حوزه بهداشت و درمان، اطلاعاتی است که معمولاً در زمان کوتاه اردوی شناسایی قابل جمع‌آوری است. این اطلاعات با پرس‌وجو از مراکز بهداشت و اهالی به دست می‌آید و نیازی به انجام معاینات و بررسی‌های عمیق نیست. علاوه بر آن، لازم نیست تا پارامترهای هر حوزه توسط متخصص مربوط به هر رشته تکمیل شوند، بلکه توسط همان تیم شناسایی‌کننده تکمیل می‌شوند.

نکته حائز اهمیت این است که اطلاعات پارامترهای حوزه‌های دیگر همانند حوزه فرهنگی، زیربنایی و اقتصادی رابطه تنگاتنگ با فعالیت تیم درمان دارد. به‌طور مثال، نوع دین و قومیت افراد منطقه روی نحوه تعامل با مردم از حوزه سلامت تأثیر به‌سزایی دارد، یا معماری یک منطقه می‌تواند اثر مستقیم روی سلامت مردم داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، وجود فاضلاب نامناسب و شیوع یک

۱. به فایل پارامترها در قسمت ضمیمه جزوه مراجعه شود.

بیماری خاص بین مردم. به همین دلیل توصیه می‌شود تا همه کارگروه‌ها همگام با هم و به صورت یک تیم هماهنگ برای منطقه هدف برنامه‌ریزی داشته باشند. توجه شود که اردوی شناسایی و اردوی اصلی معمولاً دو بستر برای فعالیت پژوهش سلامت می‌باشند.

روش‌های احصاء اطلاعات

۱. مصاحبه

مصاحبه و دیدار با مسئولان و مردم منطقه (شبکه بهداشت، مسئولان خانه بهداشت، دهیار، بهورز، شورای روستا، معلم مدرسه، امام جماعت مسجد، کسبه و مردم. در مورد اطلاعات دموگرافیک منطقه، وضعیت شیوع بیماری‌ها و دارو درمانی که غالباً اطلاعاتی کمی هستند، صورت می‌گیرد.

۲. مشاهده

مشاهدات محیطی منطقه از لحاظ بهداشتی (بهداشت زباله و شیوه‌های دفع آن، بهداشت محیط، وضعیت خانه‌ها، مواد غذایی، بهداشت آب‌وفاضلاب منطقه، بهداشت دام و... بسیار مفید و ضروری می‌باشد. تکنیک مشاهده برای پژوهشگر بسیار کمک‌کننده خواهد بود و از تمام حواس مشاهده‌گر مانند بوی رطوبت و تفکیک زباله‌ها و... باید استفاده شود.

۳. ویزیت خانگی

از دیگر روش‌ها، روش ویزیت خانگی می‌باشد که در این تکنیک، اطلاعات مفیدی از اهالی روستا و افراد مطلع به دست می‌آید. علاوه بر کامل کردن اطلاعات مورد نیاز پژوهشگر، صحت اطلاعات احصاء شده از مراکز بهداشتی و مشاهدات را تا حد زیادی محک خواهد زد.

نکات

♦ برای جذب اعتماد اولیه مردم روستا می‌توان یک خدمت‌رسانی کوچک و کوتاه در همان اردوی شناسایی انجام داد که البته به امکان و توان نیروهای گروه‌های جهادی بستگی دارد و به جمع‌آوری اطلاعات بیشتر کمک می‌کند.

♦ در هنگام شناسایی حتماً حداقل دو نفر از دانشجویان علوم پزشکی به همراه گروه شناساگر باید وارد منطقه هدف شوند تا وضعیت بهداشتی و سلامت منطقه را رصد کنند. تیم شناسایی‌کننده درمانی متشکل از دو نفر خانم و آقا به‌عنوان هسته اصلی تیم- که مسلط روی محتوای پارامترها هستند و دید پژوهشی دارند- تشکیل می‌شود. ضرورت وجود خانم‌ها در اردوی شناسایی به دلیل مسائل مربوط به پزشکی و خانم‌های منطقه می‌باشد و آقایان بهتر است ارتباط‌گیری با مسئولان را برعهده بگیرند.

♦ روستاهای با سکنه و کنار هم معمولاً اطلاعات تقریباً مشابهی با یکدیگر دارند، مگر این‌که این روستاها در تعامل زیاد با هم نباشند و از نظر فرهنگی متفاوت از یکدیگر باشند. بنابراین گرفتن اطلاعات از یکی از روستاها، اطلاعات تقریبی بقیه روستاهای نزدیک به آن را هم به ما می‌دهد.

♦ بهتر است یکی از اعضای این تیم شناسایی، داروساز یا پزشک باشند تا بیماری‌های منطقه و داروهای مورد نیاز را رصد کنند. همچنین یک نفر از این اعضا کارشناس بهداشت (عموماً بهداشت محیط) باشد تا بدون جهت‌گیری خاصی در هر حوزه درمانی، همه جنبه‌های بهداشت و درمان را در نظر بگیرد.

♦ در طی گرفتن اطلاعات منطقه از مردم، نباید به‌صورتی رفتار کرد که باعث بی‌اعتمادی مردم و احساس ناراحتی در آن‌ها شود. بنابراین شاید لازم باشد تا هر اطلاعاتی به‌صورت نامحسوس و غیرمستقیم پرسیده شود.



ویژگی های یک پژوهشگر

۱. ارتباط گیری مناسب و جلب اعتماد مردم؛
۲. مشاهده گر بودن؛
۳. شنونده خوبی بودن؛
۴. جزئی نگر بودن؛
۵. دقت بالا؛
۶. برقراری ارتباط بین اجزا و وقایع.

نمونه گیری

روش های مختلفی برای جمع آوری اطلاعات وجود دارد که باتوجه به شرایط و امکانات، بهترین روش انتخاب می شود. به عنوان مثال برای زمانی که گروه جهادی نیرو و زمان کافی دارد، از روش سرشماری استفاده می کند که جامع ترین و کامل ترین روش برای احصاء اطلاعات می باشد. در مواقعی که زمان و نیروها محدود است، می توان از روش نمونه گیری سیستماتیک استفاده کرد؛ به این صورت که عدد ثابتی باتوجه به میزان جمعیت خانوار روستا انتخاب می کنیم، به همان تعداد خانه را می شماریم و سراغ خانه بعدی می رویم و همین کار را ادامه می دهیم. اگر کپر نیز وجود دارد، باید در آمارگیری دخیل شود.

نکات

- ♦ مسجد و مراکز فرهنگی و مکان هایی از این قبیل که مخاطب های خاص دارند را در آمارگیری دخیل نمی کنیم.
- ♦ گروه جهادی باید توجه کند که اطلاعات شخصی مانند کد ملی را از اهالی روستا نگیرد تا باعث عدم اعتماد مردم نشود.
- ♦ به این مورد توجه شود که اطلاعات به دست آمده در طول روز، در همان روز باید به طور دقیق ثبت شوند تا حجم اطلاعات به فراموشی سپرده نشود.

قبل از اردو (اردوی شناسایی)

اردوی شناسایی یک روش مناسب برای تعیین مشکلات و نیازهای هر منطقه و به عبارت دیگر یک شناسایی اولیه از منطقه می‌باشد و اردویی است که عمدتاً تا یک‌ماه قبل از اردوی اصلی توسط یک تیم شناسایی‌کننده طی یک تا دو روز صورت می‌گیرد. در این اردو، انتخاب منطقه و هماهنگی‌های لازم با مسئولان و مردم روستا صورت می‌گیرد. همچنین اطلاعات سطح اول از میزان سلامت مردم منطقه، میزان بهداشت عموم و امکانات بهداشتی و سبک زندگی مردم با پرس و جو از مراکز بهداشتی، معلم روستا، بزرگان و خود اهالی بومی به دست می‌آید.

لازم به ذکر است به دلیل پیچیدگی و گستردگی بحث درمان و بهداشت، دستیابی به اطلاعات جامع و ژرف در یک منطقه محدود به زمان کوتاه اردوی شناسایی نمی‌شود و نیازمند مشاهدات عمیق‌تر، ارتباط‌گیری‌های بیشتر و انجام معاینات و بررسی‌های دقیق‌تر در اردوی تکمیلی و در نهایت یک پژوهش مستمر خواهد بود. بعد از اردوی شناسایی، اطلاعات به دست آمده جهت استفاده و برگزاری اردوی اجرایی که مرحله دوم شناسایی محسوب شود، تحلیل شوند. همچنین اطلاعات برای اردوهای بعدی و استفاده از اطلاعات جهت رفع موانع بهداشتی در آینده، ذخیره شوند. در اصل، سال اول حضور در منطقه بیشتر پژوهش صورت گیرد و به سال‌های بعدی ممکن است میزان پژوهش کم‌رنگ‌تر شود.

اردوی اصلی (شناسایی ثانویه)

در گام دوم باید با برگزاری یک اردوی اصلی در بازه دو هفته در رابطه با پارامترهای مورد بررسی به صورت تخصصی‌تر اقدامات پژوهشی را ترتیب داد که در این جا فرم‌های مخصوص به هر رشته توسط متخصص هر رشته تکمیل می‌شوند.^۲ فرم‌ها، اطلاعات جزئی‌تر و دقیق‌تر در هر حوزه به ما می‌دهند و در اینجا نیاز به انجام معاینات و بررسی‌های عمیق است.

۲. به فایل فرم‌ها در قسمت ضمیمه جزوه مراجعه شود.

نکات

♦ ابتدا برای تیم‌بندی و تشکیل تیم درمان باید اعضا را نسبت به کار پژوهشی توجیه کنیم.

♦ برای جمع‌آوری و مدیریت حجم زیاد اطلاعات بهتر است تا در اردوی اصلی یک نفر مسئول، به‌عنوان رابط سلامت حضور داشته باشد و اطلاعات جمع‌آوری‌شده از رشته‌های مختلف را در پایان هر روز تحویل بگیرد و آنها را ثبت، پیاده‌سازی و یکدست کند.

پس از اردو

اولین کاری که پس از اردو باید انجام داد، تحلیل داده‌هایی است که در اردو به‌دست آمده‌اند. تحلیل داده‌ها در دو مرحله-یکی بعد از اردوی شناسایی اولیه و دیگری بعد از اردوی شناسایی ثانویه (اردوی اصلی) به‌منظور بررسی و طبقه‌بندی مسائل و مشکلات جهت رسیدگی به آنها صورت می‌گیرد.

گروه جهادی باید روی بیماری‌های زودبازده بیشتر سرمایه‌گذاری کند. دسته‌بندی اطلاعات در سه زمینه فرهنگی، بهداشتی-درمانی و پیگیری مسئولان منطقه صورت می‌گیرد. بعد از مرحله تحلیل داده‌ها، برنامه‌ریزی برای حضور مستمر در منطقه و پیگیری کارهایی که صورت گرفته، انجام شود. برای تداوم ارتباط با منطقه می‌توان یک یا چند رابط را به‌عنوان سفیران سلامت از بین افراد دغدغه‌مند و به‌نوعی آشنا به مسائل بهداشتی در روستا انتخاب کرد تا در طول سال با این افراد ارتباط برقرار شود و از طریق این افراد ارتباطات و تغذیه فکری و آموزشی مردم انجام پذیرد. ارجاع بعد از اردوی اصلی نیز یکی از مراحل مهم است که باید پیگیری شود.

مثال بشاگرد

اقداماتی که قبل از اردو صورت گرفت:

۱. تدوین پارامترهای حوزه سلامت و بهداشت به تفکیک رشته و تخصص توسط متخصص مربوط به هر حوزه جهت احصاء اطلاعات؛
۲. فراهم کردن تجهیزات تیم ارائه‌دهنده خدمات درمانی؛
۳. تأمین نیروها.

تیم پژوهش سلامت در فروردین‌ماه سال ۱۳۹۶ به منظور اجرای طرح آزمایشی پژوهش و تکمیل پارامترها و روش‌های احصاء آن در اردوهای جهادی، به منطقه بشاگرد اعزام شدند. اعضای شناسایی‌کننده، متشکل از تیم توان‌بخشی (بینایی‌سنجی، شنوایی‌شناسی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی) به‌عنوان تیم مستقر و تیم سیار (دو پرستار و یک کارشناس علوم آزمایشگاهی) بودند که براساس آیت‌های بهداشتی از پیش تعیین‌شده و همچنین روش‌های احصاء اطلاعات مشخص طی چهار روز در دو روستای چوخون و پرانگی به‌عنوان دو روستای نمونه از منطقه بشاگرد، فعالیت داشتند.

تیم مستقر به‌منظور ارائه خدمات درمانی و جلب اعتماد مردم و تیم سیار به‌منظور احصاء اطلاعات کلی از منطقه (تکمیل پارامترها) به فعالیت پرداختند. به این صورت که تیم توان‌بخشی، غربالگری کردند (تکمیل فرم‌ها) و تیم سیار در مراکز بهداشت و خانه‌ها با استفاده از یک‌سری سؤالات مربوط به بهداشت، اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری کردند. این سؤالات در حوزه‌های مختلف درمانی اعم از بهداشتی، دندانپزشکی، داروسازی، مامایی و... تهیه شده بودند. همچنین جهت مکتوب‌کردن و دسته‌بندی اطلاعات جمع‌آوری شده در طول روز از طریق مشاهده عینی وضعیت بهداشتی مردم و مصاحبه با مسئولان خانه بهداشت، مردم و بزرگان روستا، جلساتی به‌صورت شبانه در محل اسکان برگزار می‌شد. به‌منظور مستندسازی و ثبت دقیق روند کار، اعضای تیم و تیم مستند حاضر در اردو از تمام مراحل کار فیلمبرداری می‌کردند.

پس از اردو جلساتی مبنی بر سنجش کار و پیدا کردن بهترین راهکارها با حضور و مشورت افراد مختلفی صورت گرفت و فرم‌ها و پارامترها با مشورت اساتید هر رشته اصلاح و تکمیل شدند.

نمونه پژوهش در دو روستای چوخون و پرانگی منطقه بشاگرد

روستای چوخون

این روستا دارای امکانات زیر بود:

- ♦ خانه بهداشت
- ♦ مدارس ابتدایی و راهنمایی؛
- ♦ آبرسانی لوله‌کشی؛
- ♦ مسجد؛
- ♦ کانون فرهنگی؛
- ♦ جدول‌کشی خیابان اصلی روستا؛
- ♦ سالن ورزشی نیمه‌کاره؛
- ♦ سیستم جمع‌آوری زباله به صورت هفتگی (وجود محل‌هایی برای قراردادن زباله در سطح روستا).

صحت‌های انجام شده با مسئول مرکز بهداشت

- ♦ جمعیت روستا حدود ۵۶۰ نفر و ۱۴۰ خانوار؛
- ♦ روستا دارای سه نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع یک (پدر و مادر مبتلا نبودند)؛
- ♦ دارای ۹ نفر مبتلا به فشار خون و چند نفر با ناراحتی قلبی؛
- ♦ به نسبت جمعیت، افراد دارای مشکلات عصبی زیاد دیده شد (تشنج، صرع و...)

ایشان با تیم مشاهده‌گر گروه سلامت برای بازدید و دیدار با افراد با مشکلات خاص همراه شدند. مسئول مرکز بهداشت با بیان این نکته که آموزش‌های

بهداشتی را در مدارس انجام می‌دهد، دغدغه خود را بررسی مسائل مربوط به بانوان و زنان باردار اعلام کرد و گفت بی‌توجهی مردم نسبت به توصیه‌های انجام‌شده امر مه‌است که هنوز نتوانسته آن را برطرف کند.

صحبت‌های مردم محل و کسبه

این افراد مشکلات بهداشتی خود را این‌گونه اعلام کردند که به‌دلیل عدم ارائه کمترین خدمات پزشکی و دارویی توسط خانه بهداشت، برای کوچک‌ترین مورد درمانی مجبور به طی مسیر حدود یک‌ساعته به جاسک، جکدان یا بشاگرد هستند.

آبرسانی

به منبع آبی که در ابتدای روستا واقع بود به‌صورت دوهفته یک‌بار کلر اضافه می‌شود. آزمایشات دیگری برای پایش سلامت آب منطقه انجام نمی‌گیرد.

مشکلات مربوط به بهداشت محیط

مشاهدات:

- ♦ نبود فاصله مناسب محل زندگی افراد با دام؛
- ♦ نداشتن فاضلاب برای منازل (به‌جز سرویس بهداشتی)؛
- ♦ وجود زباله فراوان و عدم جمع‌آوری آن در دو مسیر رودخانه اطراف روستا (شرق و غرب).

مشکلات مربوط به دام

به‌گفته اهالی، تعداد زیادی (به‌نسبت دام‌های موجود. دام، هرساله در فصل بهار (رویش علوفه) دچار بیماری اسهال شده و تلف می‌شوند. به‌گفته اهالی، این مسئله ناشی از خوردن علوفه تازه می‌باشد.

تغذیه

مردم، میوه و سبزی مناسبی ندارند، ولی با این وجود از گوشت (بیشتر شامل ماهی) و حبوبات نیز برای تغذیه استفاده می‌کنند. استفاده از غذاهای فست‌فودی مانند سوسیس و کالباس در این روستا مرسوم نیست.

نتیجه‌گیری اولیه

بیشتر مشکلات مردم منطقه به جهت نبود آموزش‌های بهداشتی مناسب با روش‌های نو و مستمر می‌باشد. دلیل این مسئله به گفته اهالی این است که در زمان شیوع بیماری‌های فصلی مانند اسهال، آموزش‌های پیشگیرانه قبل از شروع یا در فصل شیوع، در سطح روستا دیده نمی‌شود.

همچنین مشکلات ناشی از بیماری‌های خاص، بیشتر ناشی از عدم پیگیری خود اهالی است که می‌تواند به دلیل نداشتن وضعیت اقتصادی مناسب باشد. به گفته اهالی، دلیل این مشکل این است که برای پیگیری درمان بیمار باید بیش از یک‌روز در شهر دیگر باشند و با وجود وضعیت اقتصادی نامناسب اهالی روستا، علاوه بر هزینه‌های درمان، محلی برای اسکان ندارند.

مشکلات ناشی از مرگ‌ومیر دام‌ها می‌تواند ناشی از عدم آموزش و ارائه راه‌حل به مردم منطقه باشد که با آموزش‌های مربوطه شاید بتوان این وضعیت را بهبود بخشید.

تیم درمان

جمعیت کل روستا ۵۶۵ نفر اطلاع داده شد. این روستا مجهز به خانه بهداشت و خدمات درمانی می‌باشد. در بررسی خانه بهداشت و خدماتی که توسط مرکز بهداشت ارائه می‌شود، موارد زیر احصا شد که تمام خدمات به صورت رایگان می‌باشد. (البته به گفته بهورز روستا، مردم روستا اهتمام به استفاده از خدمات ارائه شده ندارند.)

۱. خدمات مربوط به خانم‌های باردار (البته به علت عدم دسترسی به امکانات، به صورت تخصصی بررسی نمی‌شود)؛

۲. بررسی فشار خون و قند خون؛
۳. واکسیناسیون؛
۴. تشکیل پرونده برای تمااهالی روستا؛
۵. ارائه راه‌های پیشگیری از بارداری؛
۶. آموزش در مدارس برای ریشه‌کن کردن پدیدکولوزیس؛
۷. ارائه خدمات در حد توزیع شامپو برای درمان پدیدکولوزیس و توزیع فلوراید و همچنین توزیع داروهای مولتی ویتامین، قرص آهن و آمپول پیشگیری (در صورت تأمین اقلام مورد نیاز)؛
۸. آموزش‌های همگانی که شامل: فشارخون، دیابت، پدیدکولوزیس، مالاریا، آنفولانزا، آموزش مربوط به سالمندان، آموزش دوران بارداری، زنان در معرض بارداری پرخطر، ایدز، اعتیاد، حمایت‌های روانی و اجتماعی در بلا یا حوادث، مهارت زندگی و فرزندپروری و بهداشت محیط.

بیماری‌های شایع

- ♦ صرع: یک نفر خانم و یک نفر آقا؛
- ♦ فشار خون: مردان ۹ نفر - زنان ۸ نفر؛
- ♦ دیابت: ۳ نفر؛
- ♦ خانم باردار: ۸ نفر؛
- ♦ میگرد: ۳ نفر؛
- ♦ بیماری‌های اعصاب و روان: ۷ نفر (در یک مورد خاص، دو پسر یک خانواده دچار بیماری شده‌اند که به‌گفته خانواده، سابقه در پدر وجود داشته و از سن هجده‌سالگی به‌طور ناگهانی بروز می‌کند و البته بعد از مدتی بهبود می‌یابند)؛
- ♦ سکتۀ مغزی و قلبی: ۴ نفر؛
- ♦ مشکلات بینایی و شنوایی: ۵ نفر (۱ نفر مرتبط با دیابت و ۱ نفر نابینا)؛
- ♦ مشکلات گفتار و زبان: ۳ نفر؛

♦ Baby talk / mr / stuttering / articulation ♦

♦ نازایی: ۱ مورد.

مشکلات مربوط به زنان

♦ افسردگی (در یک مورد خاص، دوبار اقدام به خودکشی با پریدن از لبه پرتگاه کرده و در مورد دوم با استفاده از قرص)؛
♦ کم‌خونی.

مشکلات ریوی

دو نفر به این مشکل مبتلا هستند که به‌علت عفونت و وجود لخته خون در ادرار که به‌علت تنگی معیشت هنوز برای درمان اقدام صورت نگرفته است.

تغذیه

استفاده از میوه و سبزی به‌علت کمبود و تنگی معیشت بسیار محدود است. غالباً برای نگهداری مواد غذایی از یخچال استفاده می‌کنند. استفاده از شیر و لبنیات به‌صورت محدود وجود دارد. نان را خودشان می‌پزند. سوسیس و کالباس استفاده نمی‌کنند. توزیع بسته غذایی شامل مرغ، ماهی، عسل، روغن و... با در نظر گرفتن شرایط زیر صورت می‌گیرد:

۱. به خانواده‌های دارای پنج فرزند و بیشتر تعلق نمی‌گیرد.
۲. به خانم‌هایی که در سن بالاتر از ۳۵ سال باردار شوند تعلق نمی‌گیرد.
۳. به خانم‌هایی که در سن کمتر از هجده سال باردار شوند تعلق ن‌گیرد.
۴. اگر خانواده‌ای از لحاظ اقتصادی دچار مشکل ویژه‌ای باشد، می‌تواند از این بسته استفاده کند.
۵. به خانم‌هایی که میزان هموگلوبین آن‌ها کمتر از دوازده باشد تعلق می‌گیرد.

مواردی مانند رب، آلبیمو و آبغوره از مغازه‌ها تهیه می‌شود و به صورت سنتی تهیه نمی‌کنند. بیشتر مواد غذایی مصرفی شامل مرغ - به صورت سرخ‌کرده -، تن ماهی، ماکارونی، روغن مایع، نمک یددار، حبوبات - نسبتاً کم مصرف می‌شود - است.

سرویس بهداشتی

مردم این روستا به طور کلی هم از لحاظ بهداشتی و هم از لحاظ آب‌رسانی نسبت به روستای پیرانگی وضعیت بهتری دارند.

مدرسه

بهداشت کلاس‌ها از لحاظ تهویه، نور، سیستم‌های گرمایشی و سرمایشی و آب‌خوری در وضعیت مناسبی قرار ندارند.

بهداشت محیط

وضعیت بهداشت محیط مناسب است. زباله‌ها به طور هفتگی جمع‌آوری می‌شود و به گفته مردم روستا سوزانده می‌شود. البته زباله‌های زیادی در کنار رودخانه مشاهده می‌شود که به نظر می‌رسد سوزانده نمی‌شوند. همچنین تفکیک زباله خشک و تر دارند.

در خصوص وضعیت تنگی نفس، دچار عارضه سرفه هستند. مصرف تنباکو به صورت جویدن در بین چهار نفر از خانم‌ها رواج دارد که اکثراً در میانگین سنی سالمند مشاهده شده است.

اطلاعات مرکز بهداشت

۱. تحصیلات بهورز دیپلم می‌باشد، ولی دو سال در بندر، دوره بهورزی دیده است.
۲. هفت الی هشت خانه بهداشت زیر نظر خانه بهداشت جکدان فعالیت می‌کنند.

۳. کل ابزار آموزشی مجموعه شامل پمفلت، پوستر و فیلم می باشد که گاهی از مرکز جکدان گرفته می شود.
۴. ماهی یکبار جلسه آموزشی در سردشت و گاهی اوقات در جکدان برگزار می شود.
۵. دوشنبه ها قبل از زیارت عاشورا، مردم جمع می شوند و آموزش های لازم به آنها داده شود. در مدرسه هم هماهنگی انجام شده و آموزش لازم داده می شود. به گفته بهروز روستا در تهیه مکان برای برگزاری همایش دچار مشکل هستند.
۶. خانه بهداشت دارای سه اتاق می باشد که عبارتند از: انبار، اتاق اسکان بهروز و یک اتاق برای انجام کارهای درمانی که باتوجه به امکانات و تجهیزات و نیاز مردم روستا کافی نیست.
۷. رابط سلامت: دوازده سفیر سلامت در روستا وجود دارد که به نسبت مردم روستا کافی نیست و به علت عدم پرداخت حقوق، عملاً فعالیتی مشاهده نمی شود.
- ۸ شیرخشک به صورت دانوک در اختیار مردم روستا - در صورت وضعیت اقتصادی ضعیف - توزیع می شود.

روستای پرانگی

امکانات روستا:

- ♦ آبرسانی لوله کشی؛
- ♦ مسجد؛
- ♦ مدرسه ابتدایی دارای دو کلاس.

صحبت با دهیار روستا

جمعیت روستا حدود ۲۳۰ نفر می باشد. این روستا فاقد خانه بهداشت بوده که حل این مشکل از جمله دغدغه های دهیار روستا می باشد. مدرسه ابتدایی موجود نیز دارای دو کلاس درس و برای تمام مقاطع تحصیلی ابتدایی می باشد. نداشتن راه ارتباطی مناسب نیز از دیگر مشکلات منطقه است.

مشکلات مربوط به دام

مشکلات ناشی از مرگومیر دام نیز مانند روستای چوخون بیشتر در فصل بهار رخ می‌دهد.

آب‌رسانی

بهداشت آب به صورت ماهیانه دوبار ریختن کلر به مخزن آب روستا توسط دهیار انجام می‌شود. نبود خانه بهداشت و نبود آموزش‌های بهداشتی در منطقه نیز از دیگر مشکلات منطقه است که توسط دهیار عنوان شد.

نتیجه‌گیری کلی

اهالی دو روستا، نداشتن کشاورزی و باغداری مناسب را ناشی از نبود آب کافی در منطقه در فصل گرما عنوان کردند. مسئولان دو روستا، ظرفیت احداث آب‌بند و سد را برای ذخیره آب منطقه برای همه‌نوع استفاده مناسب اعلام کردند.

تیم درمان

به‌طور کلی هفده خانوار بررسی شد که به صورت خانه‌به‌خانه ویزیت شدند. به‌طور کلی تمام روستا در زمینه‌های زیر بررسی شدند:

۱. زنان و مامایی؛
۲. دام و طیور؛
۳. بهداشت کلی منزل؛
۴. بهداشت مدرسه شامل آب‌خوری، بهداشت کلاس‌ها از لحاظ تهویه، نور، سیستم‌های گرمایشی و سرمایشی و سرویس‌های بهداشتی؛
۵. بهداشت فردی؛
۶. سیستم دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی - درمانی؛
۷. سبک زندگی و نوع تغذیه؛

۸. محیط نگهداری مواد غذایی؛
۹. بیماری‌های شایع و نیازهای آموزشی؛
۱۰. بررسی سیستم آب و سرویس‌های بهداشتی.

با بررسی‌هایی که صورت گرفت و براساس مواردی که در بالا ذکر شد، اطلاعات زیر به صورت جزئی‌تر به دست آمد:

- این روستا به خانه بهداشت دسترسی نداشت.
- رابط و سفیر روستا وجود نداشت.
- این روستا تحت پوشش خانه بهداشت جکدان است که به صورت یک‌درمیان دو خانم به روستا آمده و مردم روستا را ویزیت می‌کنند.
- هرکدام از مردم روستا یک کارت سلامت دارند که البته اطلاعات پزشکی شان در این کارت درج نشده است.
- در مورد وضعیت دام، به گفته مردم روستا در ماه اخیر از خانواده‌های مختلف دام‌ها - که بیشتر بز بودند - به طور مشکوکی دچار اسهال خونی و بادشدن شکم شده و سپس مرده‌اند.
- از مرکز بهداشت دامپزشکی به طور منظم دام‌ها را معاینه نمی‌کنند.
- درخواست برای دامپزشک صرفاً باید از جانب مردم روستا باشد و هیچ پیگیری از جانب مسئولان مربوطه انجام نمی‌شود.
- مردم روستا به علت تنگی معیشت از دامپزشک استفاده نمی‌کنند.
- علت بیماری دام‌ها هنوز مشخص نشده است.

بیماری‌های شایع

- ♦ میگرد؛
- ♦ نازایی (۳مورد)؛
- ♦ البته بیماری‌های گوارشی، دیابت، صرع، فلج مغزی، سوراخ‌بودن قلب هم مشاهده شد؛ البته شیوع چندانی نداشت.

بهداشت سرویس‌های بهداشتی (حادترین مسئله)

از لحاظ تهویه و نور در وضعیت مناسبی قرار نداشت، مضاف بر این که لوله‌کشی آب هم برای سرویس بهداشتی وجود نداشت و مردم برای انتقال و استفاده از آب از بشکه‌ها استفاده می‌کردند.

بهداشت منطقه

دفع زباله

در این زمینه، سطل زباله در روستا وجود داشت که به گفته مردم روستا، زباله‌ها پس از جمع‌آوری، سوزانده شوند. همچنین نگهداری دام در محل‌های کوچکی که از چوب ساخته شده بود انجام شد. فضولات مربوط به دام‌ها نیز پس از جمع‌آوری از منطقه دور می‌شدند.

بیمه

اغلب مردم تحت پوشش بیمه روستایی بودند.

بهداشت دهان و دندان

۱. خرابی دندان به صورت شایع در بین اهالی روستا مشاهده می‌شد که البته به دلیل استفاده بیش از حد از شیرینی جات و بستنی (به علت گرمای زیاد) بود.
۲. فرهنگ و آموزش استفاده از مسواک و خمیردندان وجود داشت.

گزارش غربالگری بینایی سنجی

غربالگری کودکان ۵ تا ۱۳ سال از نظر امبلیوپی (تنبلی چشم)، انحرافات چشم و مشکلات عضلات چشم (اعم از پرکاری یا کم‌کاری عضله، مشکل در حرکات پرسوئیت یا ساکاد) و مشکلات پاتولوژیک ته چشم (بررسی دیسک و ماکولا) انجام شد. در دو روستای پرانگی و چخون، غربالگری انجام گرفت. براساس اصول غربالگری تست‌های زیر انجام شد:

- ◆ گرفتن VA
- ◆ Cover test
- ◆ EOM test
- ◆ Pupil test
- ◆ Ophthalmoscopy

به‌طور کلی ۱۳۰ نفر مورد معاینه قرار گرفتند؛ ۹۳ نفر از روستای چخون و ۳۷ نفر از روستای پرانگی.

۱. گزارش روستای پرانگی (از ۳۷ نفر معاینه‌شده):
 - ◆ ۶ نفر مشکل قطعی امبلیوپی (شانزده درصد جمعیت مورد معاینه)؛
 - ◆ ۲ نفر استرایسم آشکار؛
 - ◆ ۵ نفر مشکل عضلات چشم؛
 - ◆ ۴ مورد ارجاع (علاوه بر موارد قبل که این‌ها یا مشکوک به امبلیوپی بودند یا نیاز به عینک داشتند یا به ویژن‌تراپی یا follow up احتیاج بود)؛
 - ◆ یک مورد توزیس مشاهده شد.

۲. گزارش روستای چخون (از ۹۳ نفر معاینه شده):
 - ◆ ۸ نفر مشکل قطعی امبلیوپی (هشت درصد جمعیت مورد معاینه)؛
 - ◆ انحراف آشکار مشاهده نشد؛
 - ◆ ۱۲ نفر مشکلات عضلات چشم؛
 - ◆ ۴ مورد ارجاع؛
 - ◆ و یک مورد توزیس مشاهده شد.

در انتها لازم به ذکر است در هر دو روستا فرهنگ استفاده از عینک برای کودکان اصلاً وجود نداشت.

گزارش غربالگری شنوایی

هدف از انجام برنامه غربالگری شنوایی کودکان، شناسایی افراد نیازمند ارزیابی‌های جامع و تشخیصی شنوایی‌شناسی و دریافت مداخلات پزشکی است که دارای دو مرحله معاینه مجرای گوش خارجی و پرده تمپان و ارزیابی شنوایی می‌باشد. در دو روستای پرانگی و چخون، غربالگری شنوایی و معاینه اتوسکوپی در کودکان پنج تا پانزده که همکاری لازم را داشتند، انجام شد. غربالگری به وسیله دستگاه ASA94 در چهار فرکانس ۵۰۰، ۱۰۰۰، ۲۰۰۰ و ۴۰۰۰ هرتز انجام شد.

در روستای پرانگی مجموعاً ۴۰ نفر مورد ارزیابی شنوایی و معاینه اتوسکوپی قرار گرفتند که هفت نفر به دلیل تجمع شدید وکس یا مشکلات گوش خارجی به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع شدند و دو نفر نیز از لحاظ شنوایی در بعضی فرکانس‌ها در غربالگری قبول نشده و جهت انجام تست‌های تشخیصی به کلینیک شنوایی‌شناسی ارجاع شدند.

در روستای چخون مجموعاً ۱۰۹ نفر مورد ارزیابی شنوایی و معاینه اتوسکوپی قرار گرفتند، که نوزده نفر به دلیل تجمع شدید وکس یا مشکلات گوش خارجی به متخصص گوش و حلق و بینی ارجاع شدند و هفت نفر نیز از لحاظ آستانه‌های شنوایی در بعضی فرکانس‌ها قبول نشده و جهت انجام تست‌های تشخیصی به کلینیک شنوایی‌شناسی ارجاع شدند.

لازم به ذکر است در صورت تأیید وجود افت شنوایی در کودکانی که در تست غربالگری رد شده‌اند، لازم است مداخلات توان‌بخشی و تجویز سمعک انجام شود.

گزارش غربالگری فیزیوتراپی

غربالگری فیزیوتراپی در سه بخش سیستم اسکلتی-عضلانی، سیستم تنفسی و سیستم نورولوژی انجام گردید. جامعه هدف، دختران ۰ تا ۱۸ سال و پسران ۰ تا ۱۰ سال بودند. در بخش سیستم عضلانی-اسکلتی، نحوه راه رفتن

(gait)، راشیتیسیم یا نراستخوان (rickets)، اندازه طول اندام تحتانی، ارزیابی ستون فقرات گردنی، سینه‌ای و کمری، ساکروایلیاک و ارزیابی لگن، مفصل هیپ، زانو، مچ پا و پا انجام شد. در بخش سیستم تنفسی در صورت وجود مشکل تنفسی، ریۀ کودک از نظر وجود ترشحات، رنگ آن و غلظت بررسی شد. همچنین درد قفسه سینه، تنگی نفس و عمق تنفس نیز ارزیابی شد. برای نوزادان نیز ارزیابی سیستم نورولوژی و وجود رفلکس‌ها بررسی شد. همچنین کودکان از نظر وجود تورتيکولی (گردن کجی) ارزیابی شدند. برای ارزیابی صافی کف پا، تست FPI گرفته شد.

نتایج

تعداد ۹۲ نفر غربالگری شدند که از این تعداد، ۶۵ نفر از دختران و ۲۷ نفر از پسران بودند. نتیجه بررسی به شرح زیر است:

- ✓ مشکلات gait (راه رفتن): پنج مورد دیده شد که یک مورد آن به خاطر اختلاف طول اندام و بقیه، به خاطر جابه‌جایی لگن و مشکلات ساختاری ساکروایلیاک، in toeing gait و out toeing gait بودند.
- ✓ پنج مورد اختلاف طول اندام دیده شد که در مادر یک نفر از آن‌ها نیز اختلاف طول اندام دیده شد و در هر دو باعث لنگی در راه رفتن می‌شد.
- ✓ مشکلات ستون فقرات در پانزده مورد دیده شد که ستون فقرات دارای هایپر لوردوز، هایپو لوردوز یا اسکلیوز بودند.
- ✓ مشکلات ساکروایلیاک در چهار مورد دیده شد.
- ✓ مشکلات زانو در نه مورد دیده شد که با والگوس زانو (پا ضربدری) یا واروس (پا پرانتزی) بودند.
- ✓ مشکلات پا در پنج مورد دیده شد که همه این‌ها دارای صافی کف پا بودند.
- ✓ Winging scapula (بالی شدن استخوان کتف) در یازده مورد دیده شد.

- ✓ کمردرد در دو مورد یافت شد.
- ✓ درد عضلانی در ۲۴ مورد وجود داشت که شکایت اکثر آن‌ها درد ران و ساق پا بعد از فعالیت و موقع خواب بود.
- ✓ تنگی نفس و مشکلات تنفسی در دوازده مورد دیده شد که شکایات اکثر آن‌ها تنگی نفس در گرما و قرارگرفتن در مکان‌های شلوغ و بعد از فعالیت بود.
- ✓ مشکلات نورولوژی و توریکولی دیده نشد.

سال‌های سال است که دانشجویان متعهد و انقلابی تا فرصت و فراغتی پیدا می‌کنند، رهسپار روستاهای محروم می‌شوند تا روحشان را جلا دهند. زندگی کردن را کنار زلال‌ترین مردم تمرین کنند و خدمتی ناچیز به آن‌ها ارائه دهند. خدمتی که پس از سال‌ها نزد جهادگران همچون وظیفه‌ای، سنگینی می‌کند و پیوسته در صدد ارتقای آن هستند. بی شک یکی از مؤثرترین و شاید اولین گام جهت انجام بهتر و عمیق تر شدن اقدامات، شناخت صحیح یک منطقه و کشف دقیق مشکلات آن باشد. نبود چنین گامی به مثابه آن است که طبیبی بدون بررسی علائم بیماری و معاینه دقیق، نسخه‌ای جهت درمان ارائه کند. در این حالت حتی اگر نسخه تجویز شده بدون ضرر هم باشد، قطعاً فایده‌ای نخواهد داشت.