

نگرش و عملکرد عشایر کرمان با توجه به اعتقادات رایج آنها نسبت به بهداشت و درمان در سال ۸۲

علی توکلی^۱ دکتر علی اکبر روحانی^۲ دکتر محمدرضا افلاطونیان^۳ دکتر نوذر نخعی^۴ عفت حاجی زاده^۵
^۱ مربی گروه هوشبری، ^۲ استادیار گروه اطفال، ^۳ مربی گروه بهداشت، ^۴ استادیار گروه پزشکی اجتماعی، ^۵ پرستار، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مجله پزشکی هرمزگان سال یازدهم شماره دوم تابستان ۸۶ صفحات ۱۶۶-۱۵۹

چکیده

مقدمه: سبک زندگی عشایر بخصوص عشایر کوچنده و وضعیت نگرش، عملکرد آنها با توجه به اعتقادات رایجشان نسبت به بهداشت و درمان، بصورت اجبار به نحوی رقم خورده که سهم آنها از منابع اختصاص داده به بهداشت و درمان کشور نزدیک به صفر است. مطالعه حاضر در سطح جمعیت عشایری استان کرمان با هدف بررسی وضعیت نگرش و عملکرد عشایر کرمان با توجه به اعتقادات رایج آنها نسبت به بهداشت و درمان در سال ۸۳ انجام گرفت.

روش کار: در این پژوهش، پرسشنامه‌ای حاوی ۷۵ متغیر مربوط به وضعیت نگرش و عملکرد عشایر استان کرمان با توجه به اعتقادات رایج آنها نسبت به بهداشت و درمان در قالب مصاحبه و مشاهده تکمیل شد. از میان ۴۴ ایل، طایفه و ۵۴ منطقه به روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای در مناطق مختلف شهرستانهای عشایری استان کرمان ۲۶۸۱ نفر از عشایر کوچنده و متمرکز و نیمه متمرکز در طرح پژوهشی شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون مجذور کای استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه، ۱۹۶۹ مرد (۷۳/۴٪) و ۷۱۲ زن (۲۶/۶٪) مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۴۷۸ نفر (۵۵/۱٪) اعتقاد داشتند نقش پوست گاو، بز و میش (در پوست خوابیدن) در درمان بیماریها مؤثر است. ۹۰۹ نفر (۳۳/۹٪) نقش جن را بعنوان عامل بیماری زا باور داشتند. ۶۴٪ به دعای دعانویس محلی برای پیشگیری و یا درمان بیماریها باور داشتند. وضعیت نگرش و عملکرد عشایر نسبت به بهداشت و درمان ضعیف، متأثر از اعتقادات رایج آنها بود. این وضعیت در عشایر کوچنده بطور معنی‌داری بالاتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بطور سنتی اعتقاداتی نسبت به بهداشت و درمان در میان عشایر رایج است که بر سلامت آنها و شاخص‌های بهداشت و سلامت جامعه تأثیرگذار خواهد بود. بطور اعم برای تعدیل و یا رفع مشکل جهت تغییر اعتقادات رایج عشایر، ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد آنها پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: دانش، نگرش و مهارت - سلامت - سبک زندگی

نویسنده مسئول:

علی توکلی

دانشکده پزشکی افضل‌پور

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کرمان - ایران

تلفن: +۹۸ ۳۴۱ ۳۳۲۱۶۶۰

پست الکترونیکی:

A_tavakoli@kmu.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۳/۹/۲۶ اصلاح نهایی: ۸۵/۷/۱ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۲۳

مقدمه:

و سیرجان در قالب ۱۱۶ ایل، طایفه و قبیله کوچک و بزرگ به صورت کوچنده، نیمه‌متمرکز و متمرکز امرار معاش می‌نمایند (۲). وضعیت بهداشت و درمان این جمعیت پویا، سخت‌کوش و پراکنده عمدتاً به علت ساختار شیوه زندگی خاص (عمدتاً کوچ و صحراگردی) مطلوب نبوده و همواره بر شاخص‌های بهداشتی درمانی تأثیر

عشایر ایران، جمعیتی حدود ۱/۳ میلیون نفر در سطح کشور به صورت ایل، قبیله و طایفه به روش دامداری، رمه‌گردانی و بعضاً کشاورزی زندگی می‌کنند (۱). حدود ۱۱٪ جمعیت عشایر کشور در استان کرمان در محدوده شهرستانهای بم، جیرفت، عنبرآباد، بافت، کهنوج، بردسیر

شرایطی اختصاص سرمایه‌گذارهای کلان ملی که برای حذف بیماری‌های شده و می‌شود، به هدر خواهد رفت. حاصل این پژوهش شاید بتواند سطح این مشکلات و محرومیتها و علل آن را حداقل در قسمت دانش، نگرش و بعضی عملکردهای بهداشتی عشایر با توجه به اعتقادات رایج در میان آنها بر اساس آنالیز داده‌های جمع‌آوری شده ارائه دهد (۱۲،۱۳).

به نظر می‌رسد علیرغم همه تمهیدات و نیات خیری که بعد از انقلاب نسبت به این قشر وجود داشته و دارد این بخش از جمعیت کشور نه تنها از خدمات بهداشتی درمانی مطلوب برخوردار نبوده‌اند که در مقایسه با قشرهای روستائی کشور مورد کم توجهی قرار گرفته‌اند (۱۴،۱۵).

ضرورت توجه و نگاه عمیق و هدمند مسئولین پزشکی اجتماعی دانشگاه به این قشر در راستای تأمین و ارتقای سلامت آنها و جامعه اجتناب‌ناپذیر رسید (۱۶،۱۷)، به همین علت این پژوهش تحت عنوان «بررسی وضعیت نگرش و عملکرد عشایر کرمان با توجه به اعتقادات رایج آنها نسبت به بهداشت و درمان در سال ۸۲» به شورای پژوهشی دانشگاه پیشنهاد و پس از تصویب به اجرا درآمد.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود حجم نمونه موردنیاز در این مطالعه ۲۶۸۱ نفر (از ۲۰ ناحیه و ۴۴ ایل و طایفه و ۵۹ منطقه) برآورد گردید. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای از مناطق مختلف شهرستانهای عشایری استان (بافت، سیرجان، بردسیر، بم، جیرفت، عنبرآباد و کهنوچ) انجام گرفت. ابزار گردآوری، پرسشنامه‌ای مشتمل بر چهار بخش (خصوصیات دموگرافیکی، اعتقادات بهداشتی، نگرش و عملکرد بهداشتی درمانی) حاوی ۷۲ سؤال بود. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصصین در امور پژوهشی دانشگاه و پایایی آن به صورت آزمون مجدد ارزیابی شد. ۷۲ سؤال تبدیل به ۷۲ جدول مجزا و تفکیک شده گردید که در این مقاله فقط دو جدول و یک نمودار

بسیاری داشته است (۳). چنین به نظر می‌رسد به دلیل طبیعت زندگی عشایری، ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شکل مطلوب و در سطح اولیه به عشایر نمی‌رسد.

زندگی بسیاری از عشایر در قالب کوچ سپری می‌شود. معمولاً کوچها در اوایل فصل بهار (از قشلاق به میان بند و بیلاق) و در فصل پاییز و یا اواخر تابستان (از بیلاق به میان بند و قشلاق) انجام می‌گیرد (۶-۴) و رای این کوچهای طولانی جابجایی آنها در محدوده بیلاق و قشلاق بمنظور تأمین علوفه دام از دره‌ای به دره‌ای دیگر است. مجموعه این رفتار و سبک زندگی باعث می‌گردد آدرس مشخص و ثابتی نداشته باشند، لذا خدمات‌رسانی به آنها در بخشهای بهداشتی درمانی، فرهنگی و اجتماعی غیرکارآمد است. در بخش بهداشت تیمهای سیار بهداشتی درمانی به صورت مقطعی خدماتی چون واکسیناسیون و بعضاً مراقبتهای اولیه بهداشتی را به شکل غیرفعال و غیر قابل پیگیری به این قشر می‌رسانند (۷،۸).

خانه‌های بهداشت (هسته‌های اولیه ارائه‌دهنده خدمات فعال بهداشتی) که در روستاها متمرکزند، جمعیت‌های تعریف شده‌ای را در روستاهای اصلی و قمر محدوده کاریشان تحت پوشش قرار می‌دهند. لذا خدمت‌رسانی به عشایر کوچنده توسط چنین خانه‌های بهداشتی ممکن نیست (۹،۱۰). تیم‌های سیار هم یا فرصت و مأموریت لازم را برای این کار ندارند و یا مثل بهورزان خانه‌های بهداشت در یک محدوده کاری مشخصی انجام وظیفه می‌نمایند. بطور یقین نقاط کور و بینابینی فراوانی وجود دارد که معمولاً عشایر از آنجا عبور می‌کنند. طبعاً در چنین شرایطی یا خدمات را دریافت نمی‌نمایند و یا اینکه غیراصولی از این خدمات برخوردار می‌شوند (۱۱).

عشایر از آموزش‌های مستمر، عینیت‌دار و مطابق با شرایط روانی که می‌تواند در تغییر نگرش و رفتارهای بهداشتی درمانی آنها مؤثر باشد، برخوردار نمی‌شوند.

این معضل ضمن اینکه می‌تواند تهدیدی جدی برای سلامت عشایر باشد، به صورت کانونهایی برای انتقال بیماریهایی که در لیست ریشه‌کنی‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی قرار دارند، ایجاد مشکل کند. طبعاً در چنین

تسهیلات زایمان در محل سکونت خود محروم بودند، ۷۶٪ بزاله‌هایشان را در فضای باز می‌ریختند، ۳۹٪ معتاد به استعمال سیگار و قلیان بودند. ۷۱٪ در مورد جوشاندن شیر قبل از مصرف یا اطلاع نداشتند و یا این موضوع را بعنوان یک رفتار بهداشتی باور نداشتند.

۶۸٪ با بعد خانوار بیش از ۵ نفر در سرپناهی چون تک اتاق کوچک، کپر، پلاس و آلونکهای ساخته شده از پلاستیک در شرایطی کاملاً غیربهداشتی (بدون آب، توالت) بسر می‌بردند، ۹۴٪ عشایر مورد مطالعه از تسهیلات و امکانات اولیه رفاهی و اجتماعی محروم بودند. اعتقادات عشایر نسبت به بهداشت متأثر از روشهای سنتی آنهاست. ۲۷٪ متأهلین به ال‌زدگی، چشم زخم بعنوان عوامل بیماری و مرگ و میر اعتقاد داشتند. ۵۵٪ نقش پوست گاو، بز و میش را در پیشگیری از بیماری و یا درمان بیماری بسیار مؤثر می‌دانستند، حدود ۳۴٪ نقش جن را در بروز بیماری کاملاً باور داشتند. ۴۰٪ به دعای دعانویس محلی برای درمان بیماریها و یا پیشگیری از بیماریها اعتقاد داشتند. بطوری که بر اساس مشاهدات ۳۲٪ دعای دعانویس محلی را به صور مختلف به گردن، سر، بازو و یا الصاق شده به لباس خود همراه داشتند. ۶۷٪ جامعه مورد مطالعه اعتقاد داشتند بستن بازوی راست در پیشگیری و یا درمان دل‌دردهای حاد مؤثر و تا حدودی مؤثر است. (جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۱).

آورده شده (علاقمندان جهت دریافت بقیه جداول می‌توانند با نویسنده مسئول مقاله مکاتبه نمایند).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS، از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و آزمون‌های آنالیز واریانس یک راهه و کای دو استفاده شد. در این مطالعه، $P < 0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

نتایج:

در این بررسی، ۱۹۶۹ نفر مرد (۷۳/۴٪) و ۷۱۲ نفر زن (۲۶/۶٪) با بعد خانوار $2/5 \pm 7/64$ و میانگین سنی $37 \pm 6/37$ (مردان $39 \pm 1/75$ و زنان $35 \pm 1/49$) مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۵ نفر (۲٪) زیر ۲۰ سال، (۱۱٪) بین ۲۹-۲۱ سال، (۲۶٪) بین ۳۹-۳۰ سال، (۲۱٪) بین ۴۹-۴۰ سال (۱۵٪) بین ۵۹-۵۰ سال (۲۵٪) و بیش از ۶۰ سال سن داشتند. شرایط سکونت افراد تحت مطالعه ۵۲٪ در ساختمان، ۷٪ در کپر، ۴۱٪ در سیه چادر (پلاس) و یا در الونکهای ساخته شده از پلاستیک زندگی می‌کردند. ۴۸٪ کوچنده، ۵۲٪ به صورت متمرکز و یا نیمه متمرکز در روستاهای تحت پوشش و یا قمرخانه‌های بهداشت بودند.

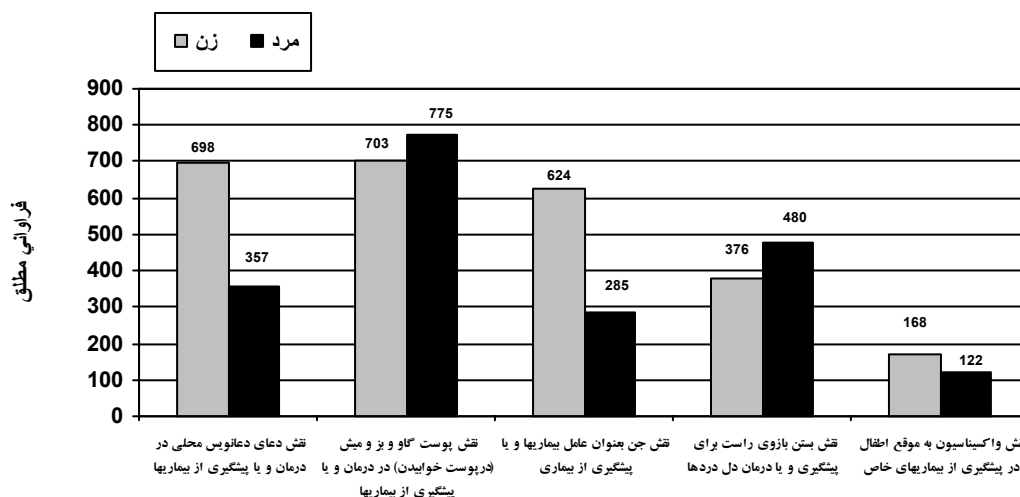
۷۳٪ جمعیت مورد بررسی از داشتن حمام محروم بودند، ۶۵٪ در محل سکونت خود دام نگهداری می‌کردند، ۵۴/۲٪ عشایر متمرکز از آب لوله‌کشی شده استفاده می‌کردند و ۱۰۰٪ عشایر کوچنده از آب لوله‌کشی محروم بودند، ۷۲٪ دسترسی به پزشک نداشتند، ۸۶٪ از

جدول شماره ۱- اعتقادات رایج افراد تحت بررسی نسبت به درمان و یا پیشگیری از بیماریها بر اساس بیان افراد تحت مطالعه

ردیف	اعتقادات رایج عشایر تحت مطالعه		مثبت		تا حدودی نظر موافق		منفی		بی‌نظر یا نمی‌داند		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۱۰۵۵	۲۹/۳	۶۶۷	۲۴/۹	۸۰۹	۲۰/۲	۱۵۰	۵/۶	۲۶۸۱	۱۰۰	نقش دعای دعانویس محلی در درمان و یا پیشگیری از بیماریها	
۲	۱۴۷۸	۵۵/۱	۳۰	۱/۲	۸۵۵	۲۱/۸	۳۱۸	۱۱/۹	۲۶۸۱	۱۰۰	نقش پوست گاو، بز و میش در درمان بیماریها و یا پیشگیری از بیماریها	
۳	۹۰۹	۲۳/۹	۷۰۹	۲۶/۴	۷۷۸	۲۹	۲۸۵	۱۰/۷	۲۶۸۱	۱۰۰	نقش جن بعنوان عامل بیماریها و یا پیشگیری از بیماریها	
۴	۸۵۶	۲۱/۹۲	۹۵۴	۳۵/۵۸	۴۵۶	۱۷/۰۲	۴۱۵	۱۵/۴۷	۲۶۸۱	۱۰۰	نقش بستن بازوی راست برای پیشگیری و یا درمان دل دردها	
۵	۲۹۰	۱۰/۸۱	۲۵۹	۹/۶۶	۱۹۰۰	۷۰/۸۶	۲۳۲	۸/۶۵	۲۶۸۱	۱۰۰	نقش واکسیناسیون به موقع اطفال در پیشگیری از بیماریهای خاص	

جدول شماره ۲- عملکرد عشایر تحت بررسی و برخی امکانات بهداشتی آنها

ردیف	عملکرد عشایر تحت مطالعه		مثبت		منفی		نامشخص		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱	۸۵۸	۲۲	۱۷۹۰	۶۶/۷۷	۳۳	۱/۲۳	۲۶۸۱	۱۰۰	۲۶۸۱	۱۰۰
۲	۱۷۴۲	۶۲	۹۳۹	۳۵	-	-	۲۶۸۱	۱۰۰	۲۶۸۱	۱۰۰
۳	۷۲۳	۲۷	۱۹۵۷	۷۳	-	-	۲۶۸۱	۱۰۰	۲۶۸۱	۱۰۰
۴	۸۶۱	۳۲	۱۸۲۰	۶۸	-	-	۲۶۸۱	۱۰۰	۲۶۸۱	۱۰۰



نمودار شماره ۱- اعتقادات رایج افراد تحت بررسی نسبت به درمان و یا پیشگیری از بیماریها بر اساس بیان افراد تحت مطالعه

بحث و نتیجه‌گیری:

بر اساس نتایج این پژوهش، عشایر استان کرمان نه فقط از دانش، نگرش و عملکرد مناسبی نسبت به بهداشت و درمان برخوردار نیستند، بلکه اعتقادات سنتی و خرافی هم نسبت به بهداشت و درمان دارند که میتواند بر شاخصهای بهداشتی کشور لطمه وارد کند.

عشایر جمعیتی هستند که در سایه مشقت روزگاران، سنن و روشها و مهارتهای اولیه زندگی کردن را در دامن طبیعت با اعتقادات و باورهای سنتی و غیرقابل قبول تمدن امروزی حفظ کرده‌اند (۱۹-۱۷). تداوم این سبک و شیوه زندگی به شکل فعلی در کمتر کشوری که عزم راسخ ارتقای سطح سلامت جامعه و پیمودن مسیر توسعه همه‌جانبه را دارد، قابل قبول است (۲۲-۲۰). در کشور ما بصورت جدی این باور را کارشناسان و مسئولین ذیربط دارند که می‌باید تغییر به جای کوچ و تحول به جای اسکان بوجود آید تا گشایشی در باب

مسائل مختلف عشایر به نحوی که در راستای توسعه و قابل پذیرش عشایر باشد، حاصل شود (۲۴، ۲۳، ۸). به نظر می‌رسد به دلیل طبیعت زندگی عشایری و عدم توجه کافی در برنامه‌های بهداشتی نظام بهداشتی درمانی کشوری و استانی ارائه خدمات بهداشتی به شکل برنامه‌ای تعریف شده به عشایر انجام نمی‌گیرد. ارزیابی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی را میتوان به عنوان شاخصی از عدالت اجتماعی در حوزه سلامت و سیاست‌گذاری وزارت بهداشت و درمان تلقی نمود (۲۵، ۲۳، ۲۲، ۲۰).

وضعیت سلامت و بهداشت جامعه نیز می‌تواند خود شاخصی از میزان بهره‌مندی و مستقلاً شاخصی از عدالت اجتماعی باشد (۲۶). معهذاً به دلیل نبود سیستم کلاسیک و مطمئن اطلاعاتی، داده‌های کافی در خصوص وضعیت بهداشت عشایر کرمان وجود ندارد. در دیگر کشورهایی که جمعیت عشایری کوچنده وجود دارد، مسائل و مشکلات مشابه را محققین گزارش کردند.

۴۲/۸٪ است (۳۱)، بر اساس نتایج این مطالعه، ۱۰۰٪ جامعه عشایری توالیت بهداشتی ندارند.

مقایسه شاخصهای بهداشتی درمانی نشان‌دهنده محرومیت مضاعف جامعه عشایری علی‌الخصوص عشایر کوچنده است.

معضلاتی چون آگاهی، نگرش و عملکرد بسیار ضعیف عشایر که متأثر از اعتقادات سنتی آنها نسبت به بهداشت و درمان، محروم بودن عشایر از آموزش‌های بهداشت، فاصله محل زندگی عشایر تا دسترسی به آب آشامیدنی و خطراتی که بالقوه سلامت زنان و کودکان عشایر را تهدید می‌کند و مجموعه مسائل و معضلات بهداشتی حکایت از این دارد که سلامت عشایر نه فقط مورد توجه عملی نیست بلکه مورد تهدید بسیار جدی است، بسیاری از این معضلات ناشی از اعتقادات و باورهای غلط و خرافاتی خود جامعه عشایری است. مطالعه شاخصهای بهداشت و سلامت عشایر توسط دیگر محققین کشور هم دلالت بر سبک زندگی غیربهداشتی این جامعه دارد (۵،۱۰،۲۶). در حالی که برنامه سوم توسعه را به پایان رساندیم و برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی مملکت را با افق‌های بسیار روشن و امیدوارکننده در کنار چشم‌انداز بیست ساله پیش رو می‌بینیم، جامعه عشایر کوچنده متأسفانه فاقد آدرس دقیق برای خدمت‌رسانی به موقع هستند بسیاری از مسائل و مشکلات، نگرش و باورهای عشایر در پرده ابهام است. بر اساس آمار و ارقام نه فقط عشایر محرومند بلکه به صورت جدی در استضعاف همه جانبه قرار گرفته‌اند. طبعاً تداوم این معضل انسانی و جمعیتی در کشور مانع توسعه پایدار همه جانبه جامعه ماست و همچنان باعث خواهد شد وضعیت نگرش، اعتقادات بهداشتی و عملکرد عشایر نسبت به بهداشت و درمان بر اساس اعتقادات و باورهای غلط بسیار ضعیف باقی بماند و بر بسیاری از شاخصهای بهداشتی درمانی کشوری هم اثر سوء داشته باشد. برای رسیدن به شناخت علمی نسبت به سبک زندگی عشایر و باورهای آنها نیازمند به تحقیقات بیشتری در جوامع عشایری هستیم. تغییر

ابوعمر نیز در مقاله‌ای تحت عنوان « سهم عشایر از بهداشت برای همه چیست؟ » اظهار می‌دارد که بسیاری از کشورها نتوانسته‌اند حق طبیعی بهداشت و درمان برای همه را برای عشایر تأمین کنند (۲۷،۲۸).

هامپ شایر در مطالعه‌ای بر روی زنان عشایری چاد، به تبعیض جنسی در دسترسی به خدمات بهداشتی در عشایر چاد اشاره نموده و ذکر کرده است که تنها در فصل غیر کوچ، امکان دسترسی به خدمات بهداشتی برای زنان عشایری امکان‌پذیر می‌باشد (۲۹). فاصله سطح زندگی عشایر با شاخصهای قابل قبول بسیار زیاد است. طبق برآوردهای جهانی، ۱/۱ بلیون نفر در دنیا دسترسی ناکافی به آب دارند و ۲/۴ بلیون نفر هم از آب بدون بهسازی مفید استفاده می‌کنند که عمدتاً هم در کشورهای فقیر که جمعیت‌هایی روستایی غیرمتمرکز و عشایری دارند، هستند (۳۰).

شاخص‌های آب آشامیدنی در کشور ما بر اساس آخرین اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عبارتست از درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی بهداشتی دسترسی دارند. در کل کشور (در نقاط شهری ۹۹٪، روستایی ۷۷/۱٪ و استان کرمان در نقاط شهری ۹۶/۸٪، روستایی ۸۶/۱٪ از آب آشامیدنی بهداشتی برخوردارند (۳۱). در حالی که بر اساس نتایج این پژوهش فقط ۵۴/۲٪ عشایر متمرکز به آب آشامیدنی بهداشتی (لوله‌کشی و بهسازی شده) دسترسی دارند و ۱۰۰٪ عشایر کوچنده از این مزایا محرومند. در مورد شاخص‌های آگاهی و عملکرد مادران درباره تغذیه و رشد کودکان درصد مادرانی که کارت رشد را نمی‌شناسند، شاخص کشوری، ۵۱/۶٪ شهری و ۴۷/۳٪ روستایی و میانگین کلی ۴۷/۳٪ در استان کرمان در نقاط شهری ۴۹/۲٪، روستایی ۶۳/۱٪ و میانگین کلی ۵۶/۵٪ است (۳۱). ۵۲/۵٪ جامعه عشایری متمرکز و ۱۰۰٪ جامعه عشایر کوچنده این کارت را نمی‌شناختند. درصد خانوارهایی که از توالیت بهداشتی استفاده می‌کنند، میانگین کشوری ۳۶/۳٪ و میانگین استان کرمان

گروسی و خسروی، رؤسا و کارشناسان محترم مراکز بهداشت شهرستانهای بزم (آقای دکتر عباسی و آقای منصور جلالی)، جیرفت و عنبرآباد (آقای مهندس نادری)، بافت (آقای دکتر پورابراهیمی)، بردسیر (آقای نقوی)، سیرجان (آقای دکتر زارع)، کهنوج و منوجان (آقایان دکتر شکوهی و صادقی)، رانندگان محترم (حسین نعمت‌زاده، جواد سنجری، محمود کرمشاهی)، دانشجویان عزیز خانمها مهین عسکری، مهدیه عسکری، سعیده توکلی، احسان شجاعی، ایمان شجاعی، علی حاجی‌زاده، احد حاجی‌زاده، تایپ خانم مهربان و استاد محترم جناب آقای دکتر حق‌دوست که زحمت مطالعه و اصلاحات لازم را بعمل آوردند و جناب آقای علی میرزازاده که در طراحی نمودار و جدول مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

اعتقادات رایج عشایر نسبت به بهداشت و درمان نیازمند داشتن برنامه همه جانبه آموزش بهداشت مستمر است. داشتن خانه بهداشت سیار همراه ایل بطور اخص، مدرسه سیار، پایگاه تحقیقاتی و کلاً همه امکاناتی که می‌تواند در یک اردوگاه مولد شکل حقیقی بخود بگیرد، بطور اعم، برای تعدیل و رفع مشکل عشایری پیشنهاد می‌گردد. یقیناً آموزش بهداشت مستمر و عینیت‌دار که مطابق با روحیه عشایر باشد، سوادآموزی و آموزش مهارت‌های زندگی در تغییر اعتقادات رایج، سنتی و غیرعلمی، ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد عشایر تأثیرگذار خواهد بود.

سپاسگزاری:

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که اعتبار و تسهیلات لازم طرح را تامین نموده اند، اساتید بزرگوار که در روایی پرسشنامه مساعدت کردند، آقایان دکتر نجفی - دکتر اسکندری - دکتر رستمی - دکتر صافی‌زاده - دکتر ابراهیم‌نژاد - دکتر فرچپور - دکتر فرخی - خانمها دکتر جلیلی - دکتر

References

منابع

- 1. منابع و مأخذ عشایر ایران، مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران، بکوشش دبیرخانه شورای عالی عشایر ایران. ص
- 2. کرامت‌الله، افسر. سفرنامه بایندر، هنری سفرنامه‌های بایندر، انتشارات فرهنگ‌سرا (نیساوی)، ص ۵۰۰-۳۹۹.
- 3. یزدانی، مسلم. دلایل استمرار کوچ‌نشینی از ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقلیمی، کتاب خلاصه مقالات سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۵۸۶-۵۷۷.
- 4. نجفی بهاء‌آبادی، حسن. بررسی اقتصاد کوچ‌نشینی در سیستان و راههای بهبود آن، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۵۴۹-۵۲۱.
- 5. خدایی، غلامحسین. طرح بهداشت و درمان عشایر، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۵۲۰-۵۱۱.
- 6. صفری، اسکندر. بحران در شیوه تولید عشایری و ضرورت ایجاد تحولات همه جانبه در آن، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۱۹۹-۱۸۷.
- 7. حیاتی، ابراهیم. چشم‌اندازی به فردای زندگی عشایری، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۱۸۶-۱۶۹.

- کیاوند، عزیز. تغییر به جای کوچ، تحول به جای اسکان و حکومت، سیاست و عشایر از قاجاریه تاکنون، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۱۶۸-۱۵۳.
- شاهدش، مجتبی. اسکان عشایر، ضرورت و واقعیت انجام شده که بطریقی با مسئله بهداشت و درمان عشایر ارتباط دارد، کتاب خلاصه مقالات، سمینار استراتژی توسعه زندگی عشایر، انتشارات سازمان عشایری ایران، سال ۶۹، ص ۸۰-۶۹.
- کشاوری، هما. بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و برای عشایر تا کی. شهرکرد ویژهنامه کنفرانس بین‌المللی عشایر و توسعه، ۱۰ شهریور ۱۳۷۱، ص ۲۴۲-۲۲۳.
- فصلنامه‌های عشایری، ذخایر انقلاب، از شمار ۱ و ۳۰ به ترتیب صفحات ۳۵ تا ۴۷، ۴۷ تا ۷۸ و ۹۸ تا ۹۹.
- مقالات عشایر و توسعه، کنفرانس بین‌المللی شهریور ۱۳۷۱، وزارت جهاد سازندگی، ویژهنامه کنفرانس، ۱۰ شهریور ۱۳۸۱.
- قنبری، علی و جمعی از نویسندگان. ویژهنامه کنفرانس بین‌المللی عشایر و توسعه، شهریور ۱۳۷۱، ص ۳۴-۵.
- زند رضوی، سیامک. ایلات و عشایر کرمان، پیشینه تاریخی، مسئله اسکان و دورنماهای ممکن ۱۳۷۱، ویژهنامه کنفرانس بین‌المللی عشایر و توسعه، ۱۰ شهریور ۱۳۷۱، ص ۹۵-۶۸.
- صحیفه نور، جلد ۵، ص ۲۷۷-۲۷۶.
- فصلنامه عشایر، ویژهنامه همایش ملی - سامان دهی جامعه عشایری، ۲۳ و ۲۴ اردیبهشت ۸۳، ص ۳، ۳۵ و ۳۶.
- تل‌آتشین، کنگره بزرگداشت سرداران و ۸۰۰۰ شهید استانیهای کرمان و سیستان و بلوچستان، ص ۱۵-۱۴.
- شفیق، مسعود. نظری به عشایر چادر نشین و بادیه نشین جازموریان (جوامع عشایری قلمرو غربی هامون، جازموریان). فصلنامه عشایر ذخایر انقلاب، شماره اول، ۱۳۶۶، ص ۴۷ و ۷۸.
- کیاوند، عزیز. حکومت، سیاست و عشایر، واحد تحقیقات و مطالعات شورای عالی عشایر ایران، صفحات ۷-۵ و ۹۵، ۹۷ و ۱۱۰.
- فصلنامه مطالعات ملی، سازمان امور عشایر ایران، شماره ۱، ۱۳۸۳، ویژهنامه همایش ملی سامان‌دهی عشایر ایران، ۲۳ و ۲۴ اردیبهشت ۸۳، تهران، ص ۶۴-۲۲.
- باغبانیان، علی. رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ششم، بازکاری بودجه بخش بهداشت، روزنامه همشهری شماره ۲۹۶۴، سه‌شنبه ۸۱/۱۱/۱.
- شادپور، کامل، جمشیدیگی، عصمت. راه‌اندازی سازمان و مدیریت نظام بهداشتی شهرستان بر اساس مراقبتهای اولیه بهداشتی، دفتر بازآموزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۷۰، صفحات ۱۱-۹، ۱۷-۱۶، ۹۳-۷۳ و ۱۲۷-۱۱.
- نادری، طیبه. کامیابی، زهرا. پوشش مراقبتهای بهداشت مادر و کودک در عشایر استان کرمان، شهریور ۱۳۸۰، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، ۱۳۸۲: پیوست پاییز، شماره ۲۸: ص ۳۱-۲۶.
- صالحی، موسی. کیمیاگر، مسعود. شهبازی، محمد. کلاهی علی‌اصغر. مهربانی، یداله. تأثیر آموزشهای تغذیه و بهداشت به زنان عشایر در سلامت ایل و نقش زنان عشایری در گسترش فرهنگ تغذیه و بهداشت، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۸۲: دوره ۱۳، شماره ۴۱: ص ۶۳-۵۵.
- اسکندریان، طاهره. امیری، ابراهیم. احمدی، علی. بررسی وضعیت بهداشت دهان و دندان در کودکان ۱۲ ساله عشایر کوچ‌چرو قشقایی منطقه دشت تمدان شهرستان اقلید، مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۸: دوره ۱ (زمستان)، شماره ۱: ص ۲۲-۱۷.
- صادقی بازرگانی، همایون. مطالعه جامع شاخصهای بهداشت و سلامت در عشایر استان اردبیل، اولین جشنواره علمی بهداشت و خانواده، دیمیا ۱۳۸۳، مجله همایش، ص ۷۲.

. ارزیابی پوشش واکسیناسیون تکمیلی برنامه ریشه کنی فلج اطفال از طریق جمع‌آوری اطلاعات مرگ و میر استان کرمان در سال ۸۱.

28. Abu omar M, Omar MM. Health for all by the year 200: what about the nomads? Development in practice. 1999;9(3):310-5.
29. Hampshire K. Networkes of nomads: negotiating access to health resources among pastoralist women in chad. Social Science & Medicine. 2002;54(7):1025-1037.
30. World water day 2005. Available from [http://www.world watreday. Org](http://www.worldwatreday.org).

. سیمای سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.