

Medical Ethics and Law
Research Center

Tārīkh-i pizishkī i.e., Medical History

2025; 17: e1

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

An Ethnographic Study of Lifestyle Changes in Formation and Development of Healthcare in Izeh

Alihossein Hosseinzadeh¹, Masoumeh Bagheri¹, Hossein Moltafet¹, Sajjad Bahmani¹,
Zolfaqar Ahmadi-Avandi^{1*}

1. Department of Social Sciences, Faculty of Economic and Social Sciences, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Social factors play a decisive role in the formation and change of lifestyle. Urbanization, modern education, technological development, mass media, health promotion and healthcare development are among these factors. The study aims to investigate lifestyle changes in the the formation and development of healthcare in Izeh. It was conducted using an ethnographic method.

Methods: In this qualitative study, 20 people were selected and entered into the study through purposive sampling (snowball). Data were collected using common data collection methods in ethnographic studies (observation and in-depth interviews). Interviews with samples, or in qualitative terms, informants, continued until the researcher reached theoretical saturation. Grounded theory analysis was used to analyze the data obtained.

Ethical Considerations: In compiling this research, the principles of trustworthiness and honesty in the analysis, reporting and publication of the material have been observed.

Results: The findings show that the transition from natural to man-made ecosystems and the development of health care services have paved the way for lifestyle changes in Iseh. While in natural ecosystems, there was a type of local indigenous medicine based on historical and oral experiences, the man-made ecosystem of modern medicine was based on two approaches: rationalism and empiricism. Health care facilities, reducing infant and child mortality and consequently increasing the population, improving nutrition, developing urban services and facilities, increasing social awareness and promoting public health and public sports were among the achievements of the emergence and development of health care in Izeh, which have created fundamental changes in its people lifestyle.

Conclusion: Before the government entered the nomadic society, people's medical needs were met through a kind of local indigenous medicine. However, due to limitations, it was not able to treat all patients. With the settlement of the nomads in the region and the implementation of modernization programs, including the introduction of modern education, the emergence of health care (1938), the formation of the Malaria Control Department (1965), the dispatch of the Knowledge Corps, the Health Corps and the Promotion Corps to rural areas, the establishment of maternity hospitals (1968), hospitals (1979), water pipes (1979) and since the 1960s, the increase in urban-rural clinics, health homes, health centers and the increase in the number of doctors and paramedics has brought about fundamental changes in the lifestyle of the people of the region.

Keywords: Local Indigenous Medicine; Modern Medicine; Health Care Facilities; Lifestyle Changes

Corresponding Author: Zolfaqar Ahmadi-Avandi; **Email:** zahmadiavendi@gmail.com

Received: March 10, 2023; **Accepted:** December 10, 2024; **Published Online:** May 06, 2025

Please cite this article as:

Ahmadi-Avandi Z, Hosseinzadeh A, Bagheri M, Moltafet H, Bahmani S. An Ethnographic Study of Lifestyle Changes in Formation and Development of Healthcare in Izeh. *Tārīkh-i pizishkī, i.e., Medical History*. 2025; 17: e1.



مجله تاریخ پزشکی

دوره هفدهم، ۱۴۰۴



مطالعه مردم‌نگارانه تغییرات سبک زندگی در فرایند پیدایش و توسعه

بهداشت و درمان شهر ایزه

علی حسین حسین‌زاده^۱، معصومه باقری^۱، حسین ملتفت^۱، سجاد بهمنی^۱، ذوالفقار احمدی اوندی^{۱*}

۱. گروه علوم اجتماعی، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در شکل‌گیری و تغییر سبک زندگی عوامل اجتماعی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. شهرنشینی، آموزش مدرن، توسعه تکنولوژی، رسانه‌های ارتباط جمعی، ارتقای سلامت و توسعه بهداشت و درمان از جمله این عوامل هستند. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تغییرات سبک زندگی در فرایند پیدایش و توسعه بهداشت و درمان شهرستان ایزه می‌باشد که با روش مردم‌نگاری انجام شده است.

روش: در این مطالعه کیفی، ۲۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند (گلوله برفی) انتخاب و وارد مطالعه شدند. با استفاده از روش‌های رایج گردآوری داده‌ها در مطالعه مردم‌نگاری (مشاهده و مصاحبه عمیق) به جمع‌آوری داده‌ها پرداخته شد. مصاحبه با نمونه‌ها یا در اصطلاح کیفی مطلعین تا آنجا ادامه یافت که محقق به مرحله اشباع نظری دست یافت. برای تحلیل داده‌های به دست آمده از روش تحلیل نظریه داده‌بنیاد استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: در تدوین این پژوهش، اصل امانتداری و صداقت در تحلیل، گزارش و انتشار مطالب رعایت گردیده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد گذار از زیست‌بوم طبیعی به زیست‌بوم انسان‌ساخت و توسعه خدمات بهداشتی درمانی زمینه‌ساز تغییر سبک زندگی در منطقه مورد مطالعه بوده است، در حالی که در زیست‌بوم طبیعی نوعی طب بومی محلی مبتنی بر تجربیات تاریخی و شفاهی وجود داشت، زیست‌بوم انسان‌ساخت پزشکی مدرن مبتنی بر دو رویکرد عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی بود. امکانات بهداشتی درمانی، کاهش مرگ و میر نوزادان و اطفال و در نتیجه افزایش جمعیت، بهبود تغذیه، توسعه خدمات و تسهیلات شهری، افزایش آگاهی اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی و ترویج ورزش همگانی از دستاوردهای پیدایش و توسعه بهداشت و درمان در ایزه بود که تغییرات اساسی در سبک زندگی مردم منطقه به وجود آورده است.

نتیجه‌گیری: تا قبل از ورود دولت به جامعه عشایری، نیازهای درمانی مردم از طریق نوعی طب بومی محلی پاسخ داده می‌شد، اما به دلیل محدودیت قادر به مداوای تمام بیماران نبود. با یکجانشین شدن عشایر منطقه و اجرای برنامه‌های نوسازی از جمله ورود آموزش مدرن، پیدایش بهداری (۱۳۱۷ ش.)، شکل‌گیری اداره مبارزه با مالاریا (۱۳۴۴ ش.)، اعزام سپاه دانش، سپاه بهداشت و سپاه ترویج به مناطق روستایی، تأسیس زایشگاه (۱۳۴۷ ش.)، بیمارستان (۱۳۵۸ ش.)، لوله‌کشی آب (۱۳۵۸ ش.) و از دهه شصت افزایش درمانگاه‌های شهری - روستایی، خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و افزایش تعداد پزشکان و پیراپزشکان تغییرات اساسی در سبک زندگی مردم منطقه به وجود آورده است.

واژگان کلیدی: طب بومی محلی؛ پزشکی مدرن؛ امکانات بهداشتی درمانی؛ تغییرات سبک زندگی

نویسنده مسئول: ذوالفقار احمدی اوندی؛ پست الکترونیک: zahmadiavendi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۲/۱۶

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Ahmadi-Avandi Z, Hosseinzadeh A, Bagheri M, Moltafet H, Bahmani S. An Ethnographic Study of Lifestyle Changes in Formation and Development of Healthcare in Izeh. *Tārīkh-i pizishkī*, i.e., *Medical History*. 2025; 17: e1.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

در آغاز قرن چهاردهم شمسی، منطقه ایذه از هیچ‌گونه امکانات بهداشتی درمانی بهره‌مند نبود. مرگ و میر بیشتر به دلیل ابتلا به بیماری‌های مسری همچون وبا، طاعون، آبله، سرخک و... بود و تعداد کمی به علت کهولت سن فوت می‌کردند. جمعیت غالب منطقه را دامداران و کشاورزان تشکیل می‌داد. مالکیت مراتع از نوع مشاع بود که عرفاً از سوی خوانین به تیره و طوایف تعلق می‌گرفت. مالکیت اراضی کشاورزی نیز از نوع بزرگ‌مالکی بود که به شیوه سهم‌بری و کار بر روی زمین توسط زارعین و خوش‌نشینان انجام می‌شد. با وجود موالید بالا، به دلیل نبود امکانات بهداشتی درمانی بسیاری از نوزادان و مادران حین زایمان از بین می‌رفتند و جمعیت منطقه طی سالیان متمادی در حدود معینی ثابت می‌ماند. بسیاری از نوزادان و کودکان بر اثر بیماری‌هایی همچون آبله، مخملک، سرخک، سینه‌پهلو، دیفتری، اسهال و سل از پا درمی‌آمدند. کمتر خانواده‌ای پیدا می‌شد که از مرگ فرزندان یا زنان و مادران خود در حین زایمان یا بعد از زایمان داغی بر دل نداشته باشد. نبود آب شرب سالم، تغذیه نامناسب، وجود حشرات بی‌شماری که ناقل بیماری بودند و ناآگاهی مردم در مورد رعایت مسائل بهداشتی زمینه‌ساز بروز بیماری‌های مسری و خطرناک و در نتیجه مرگ و میر زیاد می‌شد. پیش از ورود دولت به این منطقه، سازمان سیاسی مبتنی بر نظام قبیله‌ای و قانون جاری عرف و مذهب بود. زندگی کوچ‌نشینی که به دو صورت درون‌کوچی و برون‌کوچی در میان عشایر منطقه وجود داشت، نظارت مستقیم و مناسب دولت مرکزی را با مشکل رو به رو کرده بود. با روی کارآمدن پهلوی اول، سیاست اسکان اجباری عشایر با اهداف گوناگونی همچون خلع سلاح عشایر، به کارگیری نیروی عشایر در امور نظامی، دورکردن عوامل تهدیدزا از حکومت و... اجرا شد، اگرچه پهلوی اول هدف اصلی خود را از اجرای این سیاست ایجاد وحدت ملی عنوان کرد، اما در ادامه مشخص شد که هدف واقعی او حذف عشایر (به عنوان یک قدرت سیاسی) و جلب رضایت حامیان خارجی خود همچون انگلیس بود. از این رو با

روی کارآمدن پهلوی اول، اقداماتی در جهت محدود نمودن قدرت مانور عشایر به اجرا درآمد و عشایر این منطقه نیز از این سیاست‌ها بی‌نصیب نماندند. خلع سلاح عشایر، ورود حکام نظامی و استقرار ادارات دولتی، اسکان اجباری عشایر، سلب قدرت از خوانین و حکام محلی، الزام عشایر به ساخت خانه، فرهنگ‌زدایی و قانون خدمت نظام وظیفه، از جمله اقداماتی بود که در این دوره در جهت محدود نمودن قدرت عشایر به مرحله اجرا درآمد. مقاومت عشایر در برابر اسکان اجباری، پهلوی اول را بر آن داشت تا قلمرو عشایر بختیاری را به دو حوزه سردسیر و گرمسیر تقسیم کند. تخته قاپو عشایر در ایذه از سال ۱۳۱۴ شروع و با ورود فرمانداران نظامی از سال ۱۳۱۵ تا ۱۳۱۹ با شدت اجرا و ایذه به عنوان مرکز گرمسیرات بختیاری محل اسکان عشایر گردید. تا پیش از اسکان اجباری عشایر، ایذه سکونتگاه قشلاقی و محل اقامت خوانین و عشایر منطقه بود که با ورود ژاندارمری، اداره مالیه، ثبت احوال و جانشین بازپرس به عنوان بخشی از استان خوزستان اداره می‌شد. همزمان با اجرای برنامه تخته، اولین مدرسه (۱۳۱۵ ش.) و مرکز بهداری (۱۳۱۷ ش.) به سبک نوین شروع به کار کردند. به تدریج با توسعه امکانات پزشکی، از جمله درمانگاه، زایشگاه، بیمارستان، خانه بهداشت، پایگاه‌های سلامت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و افزایش پزشکان عمومی و متخصص و پیراپزشکان تغییراتی در سبک زندگی مردم منطقه به وجود آمد. هدف اصلی پژوهش حاضر فهم تغییرات سبک زندگی در فرایند پیدایش و توسعه بهداشت و درمان شهرستان ایذه می‌باشد که با روش مردم‌نگاری انجام شده است.

۱. پیشینه پژوهش: لمبشکن (۱۳۸۹ ش.)، در پژوهشی با عنوان «بررسی وضعیت بهداشت و درمان در اصفهان بین سال‌های ۱۳۵۷-۱۳۴۲ شمسی» نتیجه‌گیری می‌کند که در دهه چهل از سوی دولت در جهت بهبود وضعیت شهر اصفهان اقداماتی چون توجه به بهداشت محیط شهر و عمران و زیباسازی آن، ایجاد و گسترش اماکن خدماتی چون بیمارستان، زایشگاه، آسایشگاه و کلینیک، بالابردن سطح

آب و هوای ناسالم، کاروان زائران و حمل جنازه به عتبات عالیات و بالعکس از مهم‌ترین عواملی بودند که باعث بروز این دسته از بیماری‌ها در کرمانشاه شده بود (۳).

روش

روش‌شناسی پژوهش حاضر بر اساس پارادایم تفسیری است و برای پاسخگویی به سؤالات و اهداف پژوهش، روش مردم‌نگاری انتخاب شده است. سه روش جمع‌آوری داده‌ها در مدل مردم‌نگاری عبارتند از: مشاهده، مصاحبه و اسناد و مدارک (۴). در این پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند جهت گردآوری داده‌ها بهره گرفته شد. در نمونه‌گیری هدفمند تعداد کمی از افراد دیدگاه‌ها و تجربیات متنوعی ارائه می‌دهند و اگرچه تعداد پاسخ‌دهندگان اندک است، اما داده‌های جمع‌آوری‌شده عمیق و غنی از اطلاعات می‌باشند، در نتیجه درک زمینه‌ای عمیقی از پدیده‌های مورد مطالعه ارائه و فهم مسائل و مفاهیم مربوط به اهداف مطالعه تسهیل می‌شود (۵). در این پژوهش ۲۰ نفر بر اساس توانایی در ارائه اطلاعات مورد نیاز انتخاب و وارد مطالعه شدند. مبنای انتخاب مشارکت‌کنندگان، تجربه کاری و زیسته آنان بود و عمدتاً از افرادی بودند که خود سابقه کار در حوزه بهداشت و درمان را داشتند و یا از اطلاعات جامعی پیرامون وضعیت اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی قبل و بعد از انقلاب اسلامی برخوردار بودند. این افراد شامل کارکنان اداره مالاریا، اعضای خانواده آنان، اعضای سابق سپاه دانش، معلمان دهه سی، چهل و شصت، پژوهشگران اجتماعی، فعالان میراث فرهنگی و برخی از مطلعین بومی بودند. مصاحبه با این نمونه‌ها یا در اصطلاح کیفی مطلعین، تا آنجا ادامه یافت که محقق به مرحله اشباع نظری دست یافت. اشباع نظری معیاری است که بر اساس آن محقق در مورد اتمام فرایند گردآوری داده‌ها تصمیم‌گیری می‌کند (۶). برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نظریه داده‌بنیاد استفاده شد. در این روش محقق پژوهش خود را با لیستی از مفاهیم از پیش آماده آغاز نمی‌کند، بلکه مفاهیم طی فرایند تحلیل بدست می‌آیند. تحلیل با گردآوری اولین داده‌ها آغاز و مفاهیم به دست‌آمده راهنمای گردآوری داده‌های بعدی می‌شود. در این فرایند داده‌ها به کوچک‌ترین اجزای ممکن (مفاهیم) شکسته

آموزش‌های مردمی و تربیت پرستار، بهیار، ماما و اعزام آن‌ها به مناطق روستایی و... انجام شد که به میزان زیادی در بهبود اوضاع شهر مؤثر بود (۱).

درکتانیان و همکاران (۱۳۹۶ ش.) در پژوهشی با عنوان «بررسی تحولات بهداشتی شهر دزفول در دوره پهلوی اول (۱۳۵۷-۱۳۰۴ ش.)» نشان دادند که با روی کارآمدن پهلوی اول و آغاز برنامه نوسازی، دولت برنامه اصلاحات و رسیدگی به وضعیت بهداشتی - درمانی شهرها را در دستور کار خود قرار داد، اما این اقدامات به دلیل مشکلات زیاد دزفول به نتیجه نرسید. با شروع سلطنت پهلوی دوم، با مشارکت مردم و رجال شهر با دولت و تشکیل مؤسسه‌های مردم‌نهاد در اجرای برنامه‌های اصلاح و بهبود وضعیت بهداشت، اقدامات مؤثری انجام شد که تا آن زمان در دزفول بی‌سابقه بود و باعث ریشه‌کنی بیماری‌های واگیردار از جمله تراخم شد. در سال‌های بعد این روند با اجرای برنامه چهارم توسعه و احداث بیمارستان، درمانگاه و داروخانه و افزایش پزشکان عمومی و متخصص تداوم پیدا کرد، هرچند که تمام اهداف و برنامه‌های پهلوی دوم محقق نشد و به استانداردهای سازمان بهداشت جهانی نرسید، اما گام‌های مؤثری در جهت ارتقای بهداشت شهر دزفول برداشته شد (۲).

قنبری (۱۳۹۷ ش.) در پژوهشی با عنوان «وضعیت بهداشت مردم کرمانشاه در دوره قاجار» چنین نتیجه‌گیری می‌کند که در دوره قاجاریه تعدادی از حاکمان منطقه مانند محمدعلی دولت‌شاه، میرزا عمادالدوله و میرزا حسین فرمانفرما با انجام اقدامات ارزنده‌ای همچون مایه‌کوبی، برپایی چادرهایی برای بیماران وبایی به منظور جداکردن آن‌ها از سایرین، استخدام پزشکان و اطبای حاذق و ماهر از سایر مناطق ایران به کرمانشاه، ساخت بیمارستان، احداث طرح بلدیة در سال ۱۳۲۹ قمری و ایجاد قرنطینه در مرزهای ورودی ایران و عراق، سعی در بهبودی اوضاع بهداشتی کرمانشاه داشتند، اما در برخی ادوار، به علت کم‌کاری و یا بی‌توجهی سایر حکام، این بیماری‌ها به سرعت منتشر شد و مردم را دچار زحمت کرد. عدم رعایت بهداشت، اوضاع نامناسب حمام‌های عمومی،

جنس	سن	شغل
زن	۵۵	خانه‌دار
زن	۴۰	کارمند بهداشت و درمان
زن	۳۶	خانه‌دار

روش‌شناسی پژوهش حاضر بر اساس پارادایم تفسیری است و برای پاسخگویی به سؤالات و اهداف پژوهش، روش مردم‌نگاری انتخاب شده است. سه روش جمع‌آوری داده‌ها در مدل مردم‌نگاری عبارتند از: مشاهده، مصاحبه و اسناد و مدارک (۴). در این پژوهش از نمونه‌گیری هدفمند جهت گردآوری داده‌ها بهره گرفته شد. در نمونه‌گیری هدفمند تعداد کمی از افراد دیدگاه‌ها و تجربیات متنوعی ارائه می‌دهند، اگرچه تعداد پاسخ‌دهندگان اندک است، اما داده‌های جمع‌آوری شده عمیق و غنی از اطلاعات می‌باشند، در نتیجه درک زمینه‌ای عمیقی از پدیده‌های مورد مطالعه ارائه و فهم مسائل و مفاهیم مربوط به اهداف مطالعه تسهیل می‌شود (۵). در این پژوهش ۲۰ نفر بر اساس توانایی در ارائه اطلاعات مورد نیاز انتخاب و وارد مطالعه شدند. مبنای انتخاب مشارکت‌کنندگان، تجربه کاری و زیسته آنان بود و عمدتاً از افرادی بودند که خود سابقه کار در حوزه بهداشت و درمان را داشتند و یا از اطلاعات جامعی پیرامون وضعیت اجتماعی و خدمات بهداشتی درمانی قبل و بعد از انقلاب اسلامی برخوردار بودند. این افراد شامل کارکنان اداره مالاریا، اعضای خانواده آنان، اعضای سابق سپاه دانش، معلمان دهه سی، چهل و شصت، پژوهشگران اجتماعی، فعالان میراث فرهنگی و برخی از مطلعین بومی بودند. مصاحبه با این نمونه‌ها یا در اصطلاح کیفی مطلعین، تا آنجا ادامه یافت که محقق به مرحله اشباع نظری دست یافت. اشباع نظری معیاری است که بر اساس آن محقق در مورد اتمام فرایند گردآوری داده‌ها تصمیم‌گیری می‌کند (۶). برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نظریه داده‌بنیاد استفاده شد. در این روش محقق پژوهش خود را با لیستی از مفاهیم از پیش آماده آغاز نمی‌کند، بلکه مفاهیم طی فرایند تحلیل به دست می‌آیند. تحلیل با گردآوری اولین داده‌ها آغاز و مفاهیم به دست‌آمده راهنمای گردآوری داده‌های بعدی می‌شود. در این فرایند

می‌شوند. داده‌های جدید همزمان از نظر تفاوت و شباهت مقایسه می‌گردند و مقوله‌سازی با مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام می‌گیرد. در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم شناسایی و مشخص می‌شوند. در هنگام توسعه مفاهیم پژوهشگر از مرحله کدگذاری باز وارد مرحله کدگذاری محوری می‌شود، هرچند کدگذاری محوری مشابه کدگذاری باز است، اما در اهداف متفاوت هستند. مقولاتی که در کدگذاری باز ظهور پیدا نموده‌اند، در کدگذاری محوری دقیق‌تر و واضح‌تر با مقولات فرعی مرتبط می‌شوند. کدگذاری گزینشی سومین مرحله کدگذاری است و کدگذاری محوری را در سطحی انتزاعی‌تر ادامه می‌دهد. در این مرحله، شکل‌گیری و پیوند هر دسته‌بندی با سایر گروه‌ها تشریح می‌شود. محقق مجموعه محدودی از کدها را که در مرحله اول توسعه یافتند انتخاب می‌کند و در مورد تعداد زیادی از داده‌ها به کار می‌برد (۷). بر این اساس، داده‌های به دست‌آمده از طریق تحلیل داده‌بنیاد، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند و مفاهیم، خرده‌مقوله‌ها و مقوله‌های اصلی استخراج می‌گردند.

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

جنس	سن	شغل
مرد	۹۳	بازنشسته شرکت نفت
مرد	۸۵	بازنشسته بهداشت و درمان
مرد	۸۲	آزاد
مرد	۸۰	مکانیک
مرد	۷۸	بازنشسته آموزش و پرورش
مرد	۷۵	بازنشسته آبفا
مرد	۷۰	بازنشسته آموزش و پرورش
مرد	۷۰	پیمانکار سابق اداره برق
مرد	۶۸	بازنشسته جهاد کشاورزی
مرد	۶۲	بازنشسته آموزش و پرورش
مرد	۶۲	آزاد
مرد	۵۵	کارمند بهداشت و درمان
مرد	۴۴	کارمند
مرد	۴۴	فعال میراث فرهنگی
مرد	۳۷	پژوهشگر
مرد	۳۶	کارمند بهداشت و درمان
زن	۶۵	خانه‌دار

شفاهی وجود داشت، در زیست‌بوم انسان ساخت پزشکی مدرن مبتنی بر دو رویکرد عقل‌گرایی و تجربه‌گرایی بود. امکانات بهداشتی درمانی، کاهش مرگ و میر نوزادان و اطفال و در نتیجه افزایش جمعیت، بهبود تغذیه، توسعه خدمات و تسهیلات شهری، افزایش آگاهی اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی و ترویج ورزش همگانی از دستاوردهای پیدایش و توسعه بهداشت و درمان در ایذه بود که تغییرات اساسی در سبک زندگی مردم منطقه به وجود آورده است.

بحث

۱. وضعیت بهداشت و درمان ایذه پیش از پیدایش پزشکی مدرن: دوراند (Durand) در کتاب «سفرنامه دوراند» در سال ۱۸۹۹ میلادی (مقارن با ۱۲۷۸ شمسی) وضعیت بهداشتی نامناسب مردم ایذه را این‌گونه شرح می‌دهد: «در وسط این دره مردابی نسبتاً خشک و دهکده‌های کوچک بسیار و متشکل از کلبه‌های بی‌قواره دیده می‌شدند. خانه‌ها دارای دیوارهایی از خاک یا توده سنگ بودند و حصار داشتند که با بته‌های خار انباشته شده بود. این خارها سقف و دور خانه را دربر گرفته بودند، گرچه راهنمایان بختیاری تذکر ما را در مورد عدم سلامت مردم با اوقات تلخی و تندی انکار می‌کردند و عقیده داشتند که در هیچ مکانی آب و هوایی به خوبی آب و هوای ایالت بختیاری وجود ندارد و در کوهستان‌های این منطقه آدم ناسالم پیدا نمی‌شود، ولی به هر حال مردم فوق‌العاده فقیر و ناسالم می‌نمودند. مالمیر دهکده‌ای است که از یکصدوپنجاه باب خانه تشکیل شده است...» (۸). سکویل وست (Sackville-West) نیز در سفرنامه «دوازده روز در کوهساران بختیاری، جنوب غربی ایران» بیماری‌هایی همچون سل، تراخم و سیفلیس را از عمده بیماری‌های عشایر ایذه عنوان می‌کند (۹). کمبود شدید امکانات بهداشتی، قحطی، خشکسالی، فقر، گرسنگی و سوءتغذیه، امید به زندگی پایین، نرخ بالای مرگ و میر کودکان و مادران به دلیل بارداری‌های مکرر غیر ایمن، مرگ زود هنگام نوزادان بر اثر اسهال و بیماری‌های عفونی، شیوع همه‌گیری‌های تیفوس، وبا، شبه‌وبا،

داده‌ها به کوچک‌ترین اجزای ممکن (مفاهیم) شکسته می‌شوند. داده‌های جدید همزمان از نظر تفاوت و شباهت مقایسه می‌گردند و مقوله‌سازی با مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه انجام می‌گیرد. در مرحله کدگذاری باز، مفاهیم شناسایی و مشخص می‌شوند. در هنگام توسعه مفاهیم پژوهشگر از مرحله کدگذاری باز وارد مرحله کدگذاری محوری می‌شود، هرچند کدگذاری محوری مشابه کدگذاری باز است، اما در اهداف متفاوت هستند. مقولاتی که در کدگذاری باز ظهور پیدا نموده‌اند، در کدگذاری محوری دقیق‌تر و واضح‌تر با مقولات فرعی مرتبط می‌شوند. کدگذاری گزینشی سومین مرحله کدگذاری است و کدگذاری محوری را در سطحی انتزاعی‌تر ادامه می‌دهد. در این مرحله، شکل‌گیری و پیوند هر دسته‌بندی با سایر گروه‌ها تشریح می‌شود. محقق مجموعه محدودی از کدها را که در مرحله اول توسعه یافتند، انتخاب می‌کند و در مورد تعداد زیادی از داده‌ها به کار می‌برد (۷). بر این اساس، داده‌های به دست‌آمده از طریق تحلیل داده‌بنیاد، مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند و مفاهیم، خرده‌مقوله‌ها و مقوله‌های اصلی استخراج می‌گردند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ابتدا وضعیت بهداشتی و درمانی مردم منطقه تا قبل از ورود پزشکی مدرن توصیف شده است. روش‌های درمانی سنتی و نبود امکانات درمانی، از جمله ویژگی‌های وضعیت بهداشتی و درمانی مردم منطقه قبل از ورود پزشکی مدرن می‌باشد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد گذار از زیست‌بوم طبیعی به زیست‌بوم انسان‌ساخت و توسعه خدمات بهداشتی درمانی زمینه‌ساز تغییر سبک زندگی در منطقه مورد مطالعه بوده است، در حالی که در زیست‌بوم طبیعی نوعی طب بومی محلی مبتنی بر تجربیات تاریخی و

قوت خود باقی است و در طول سال زوار به این مکان‌های مقدس مراجعه می‌کنند. در واقع، مردم ایزه بر این باورند که امامزاده‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در شفای بیماران و حل مشکلات آن‌ها دارند. علاوه بر اعتقاد به شفابخشی بیماران توسط امامزادگان، تجربه زیسته افراد در زیست‌بوم طبیعی نقش مهمی در زندگی آنان داشت.

علی‌قلی‌خان سردار اسعد در کتاب «تاریخ بختیاری» (خلاصه‌الاعصار فی تاریخ بختیار) نقش افراد باتجربه عشایر در معالجه بیماران را این‌گونه روایت می‌کند: «در ایلات طیب نیست، پیرزن‌های قدیم و بعضی پیرمردها با تجربیات خود معالجه می‌نمایند» (۱۰).

به دلیل نبود امکانات بهداشتی درمانی، در هر روستایی معمولاً اشخاصی بودند که کار طبابت را انجام می‌دادند. آن‌ها با توجه به آشنایی نسبی که از گیاهان دارویی یا تخصصی که در جانداختن و شکسته‌بندی اعضای بدن و استخوان‌ها داشتند، به رفع و رجوع مشکلات بیماران محلی می‌پرداختند. در مورد شکستگی استخوان و جراحات‌های شدید جسمی از وسایلی همچون چوب و تخته استفاده می‌شد. علاوه بر شکستگی و تخته‌بندی، کج‌شدن صورت، ورم معده، کشیدن دندان، افتادن ناف، فتق، سیاتیک و دررفتن استخوان لگن، از جمله بیماری‌هایی بود که توسط افراد باتجربه محلی درمان می‌شد. مشارکت‌کننده پژوهش تجربه زیسته خود در مورد شکسته‌بندی را این‌گونه روایت می‌کند: «زمانی که دستم شکسته شده بود، به شخصی معروف به شکسته‌بند مراجعه کردم. وی دستم را با دو تخته بست و هر چند روز یک‌بار برای اینکه رگ‌های دستم خشک نشوند با پیه و خرما و زرده تخم‌مرغ مالش می‌داد و دوباره می‌بست» (مرد، ۶۲ ساله، آزاد). افراد شکسته‌بند صرفاً بر اساس تجربه به این کار می‌پرداختند. مشارکت‌کننده دیگری زندگی عشایری و تجربه شکسته‌بندی و جانداختن استخوان را این‌گونه روایت می‌کند: «در گذشته اکثر مردم دامدار بودند و معمولاً شکسته‌بندی و دررفتگی استخوان دام‌ها را خود انجام می‌دادند. بنابراین در این زمینه تبحر زیادی پیدا کرده بودند و به مرور مهارت جانداختن و

سرخک، طاعون، سل، مالاریا و... نمودی از وضعیت نامناسب بهداشت و درمان در ایزه قبل از انقلاب می‌باشد. در ادامه به مقولات استخراج‌شده از مصاحبه‌ها پرداخته می‌شود.

۱-۱. روش‌های درمانی سنتی: در گذشته زیست‌بوم طبیعی موجب شکل‌گیری فرهنگ خاصی شده و این فرهنگ به نوبه خود انواع خاصی از رفتار را شکل داده بود. در این زیست‌بوم نوعی طب بومی محلی وجود داشت که تا حدودی پاسخگوی نیازهای درمانی افراد بود. طب بومی محلی به عنوان جزئی از فرهنگ با سایر اجزای فرهنگ جامعه، از قبیل نوع تغذیه، معیشت، باورها، آداب و رسوم و... ارتباط نزدیکی داشت. باورها و اعتقادات مردم ایزه ریشه در زیست‌بوم طبیعی، زندگی کوچ‌نشینی و مذهب داشت که بخشی از طب بومی محلی بود. مردم به هنگام مواجهه با مشکلات زندگی با مراجعه به امامزادگان که در اصطلاح محلی به آن‌ها «پیر» گفته می‌شد، طلب گشایش می‌کردند. یک مشارکت‌کننده پژوهش این اعتقاد و باور را این‌گونه روایت می‌کند:

«در ایزه هر امامزاده‌ای برای یک حاجت یا شفای یک بیماری وجود دارد، مثلاً امامزاده سیدصالح مختص دیوانه‌هاست. من با چشم‌های خودم دیدم که یک بیمار نابینا را برای شفا، به درخت کُنار بسته بودند. سلطان ابراهیم مختص بچه‌دارشدن و بیماران مغز و اعصاب، امامزاده خضر نبی، امامزاده شه‌پیر و حضرت سلیمان مختص بیماران اعصاب، امامزاده‌های دیگری مثل دانیال نبی، امامزاده محمد ابراهیم و... هم بودند» (مرد، ۶۲ ساله، آزاد).

مشارکت‌کننده دیگری مراجعه مردم به امامزاده‌ها برای درمان بیماری را این‌گونه روایت می‌کند: «مردم منطقه با مراجعه به امامزاده‌ها برای شفای بیماران خود کارهای مختلفی می‌کردند: به ضریح امامزاده قفل می‌زدند یا تکه‌ای از پارچه لباس فرد بیمار را به ضریح می‌بستند یا نذر و نیاز می‌کردند که اگر بیمار شفا یابد گوسفندی را نذر امامزاده کنند» (زن، ۶۵ ساله، خانه‌دار).

مشاهدات نشان می‌دهد هنوز در این منطقه اعتقاد به امامزادگان به عنوان شفادهندگان بیماری‌های علاج‌ناپذیر به

شکسته‌بندی افراد را هم به دست آوردند. زمانی پای گاوی از آبادی در رفته بود. برخی گفتند که سرش را ببرند. پدر بزرگم که تجربه طولانی در شکسته‌بندی داشت، گفت گاو را دو روز بدون آب و کاه، داخل یک طویله نگه دارند. بعد از دو روز چند نفر مرد گورمچ (تنومند) دست و پای گاو را بستند و بعد آب و کاه جلویش گذاشتند. برای بیشتر کردن حس تشنگی در گاو به آب نمک اضافه کردند و بعد از اینکه گاو با ولع زیاد شروع به خوردن کرد، بر اثر شدت غذا خوردن و باد کردن، پای در رفته‌اش صدا کرد و جا افتاد» (مرد، ۴۴ ساله، کارمند).

در زیست‌بوم طبیعی، راهکارهای درمان بیماری برگرفته از محیط بود. یک مشارکت‌کننده در پژوهش روند درمان بیماری در زندگی عشایری را این‌گونه روایت می‌کند: «در قدیم که داخل منطقه پزشکی و درمانگاهی نبود، اگر فردی بیمار می‌شد، از داروهای گیاهی محلی استفاده می‌کردیم. این داروها معمولاً داخل مناطق کوهستانی که عشایر در بیلاق در آنجا به سر می‌بردند، می‌رویدند» (مرد، ۸۲ ساله، آزاد).

لایارد (Layard) تجربه خود از درمان کودک مبتلا به مالاریا در قلعه‌تل را این‌گونه روایت می‌کند: «هنگامی که وارد شدم مشاهده کردم که او (محمدتقی‌خان) در نهایت اضطراب و درماندگی مشغول گریه و مادر طفل و سایر زنان نیز مشغول عزاداری بودند. آنان یک جمله غم‌انگیز را با افزودن کلمه «وای وای» مرتب تکرار می‌کردند و سر و بدن خود را به جلو و عقب تکان می‌دادند. فهمیدم که بدبختی بزرگی به آن‌ها روی آورده است. طفل در حال مرگ بود. محمدتقی‌خان چند رأس اسب و مادیان را به عنوان هدیه به من وعده کرده بود و تقاضا داشت تا جان فرزندش را نجات دهم. او گفت که آن چند نفر حکیم که جهت معالجه طفل از اطراف دعوت شده بودند، نتوانستند کاری انجام دهند و تنها امیدش به من است. من در برابر خواهش و درخواست محمدتقی‌خان نتوانستم مقاومت کنم و پس از یادآوری اینکه دارویی را که من برای طفل تجویز کرده بودم، به او خورانده نشد، موافقت کردم که طفل بیمار را معالجه کنم. یکی از شرایط معالجه این بود که پزشکان محلی در امر مداوا مداخله نکنند، گرچه او مایل بود

که تمام شرایط و پیشنهادات را بپذیرد، ولی به عنوان یک فرد مسلمان قبل از استخاره با قرآن یا تسبیح نمی‌توانست معالجه طفل را به عهده من واگذار نماید. استخاره توسط ملایی که در سمت پیش‌نمازی یا منشی مخصوص او در قلعه انجام وظیفه می‌کرد، انجام شد. نتیجه استخاره و پیشگویی موفقیت‌آمیز بود. به من اجازه داده شد تا معالجه را شروع کنم، منتهی ملا اصرار داشت که داروها قبلاً در آبی که آیاتی از قرآن در آن شسته شده، مخلوط گردد و بعد به طفل بیمار خورانده شود. طفل در یک تب بسیار شدید می‌سوخت و من امیدوار بودم که با گنه‌گنه و گرد Dover او را معالجه نمایم. پاسی از شب گذشته بود که معالجه مؤثر واقع شد و طفل عرق زیادی کرد و من آسوده‌خاطر شدم. روز بعد حال طفل بهتر شد و من معالجه را با تجویز گنه‌گنه دنبال کردم تا اینکه بیمار کاملاً سلامت خود را به دست آورد» (۱۱).

مشارکت‌کننده دیگری درمان بیماری تب در میان مردم منطقه را این‌گونه روایت می‌کند:

«اگر فردی تب می‌کرد، بزی را می‌کشتیم و پوست آن را فوراً می‌کندیم و مثل یک پارچه به تن برهنه بیمار می‌بستیم و این باعث می‌شد که تب بیمار پایین بیاد و خوب شود یا اگر فردی تب می‌کرد از هییره دام کشته‌شده که یا بز بود یا گاو استفاده می‌کردیم و پاهای فرد تب‌دار را داخل آن قرار می‌دادیم تا تب قطع شود» (مرد، ۶۲ ساله، آزاد).

مشارکت‌کننده دیگری درمان کم‌خونی را این‌گونه روایت می‌کند: «وقتی شخصی بیماری کم‌خونی داشت، هنگام کشتن دام‌ها و یا جوجه و مرغ محلی، خون آن را داخل یک لیوان می‌کردند و به شخص بیمار می‌دادند. آن‌ها معتقد بودند این کار موجب درمان کم‌خونی می‌شود» (زن، ۵۵ ساله، خانه‌دار). دلاک‌ها و سلمانی‌ها یکی از گروه‌های فرعی در ایده بودند که از قدیم‌الایام به کارهای بهداشتی همچون اصلاح سر و صورت، کیسه‌کشیدن در حمام‌های عمومی و کارهای پزشکی همچون حجامت، ختنه‌کردن، کشیدن دندان و آبله‌کوبی اشتغال داشتند.

مهرم‌گذاشتن و بستن زخم و بیرون‌کشیدن گلوله از تن تیرخورده مهارت دارند. حق‌العلاج که فقط در صورت بهبودی بیمار به حکیم پرداخت می‌شود، مبلغی معتدبه است، زیرا این حکیمان در معالجه خود ولو که صعب‌العلاج باشد، حوصله بسیار به خرج می‌دهند. آن‌ها داروها را خودشان تدارک می‌بینند و اگر از بهبودی بیمار نومید شوند و مرگ او را حتمی بدانند، بینی محتضر را با خمیری از گیاهان معطر می‌کنند. این حکیمان خاصیت بسیاری از داروهایی را که تجویز می‌کنند از طریق تجربه به دست آورده‌اند. اینان برای معالجه زخم‌ها از مازو استفاده می‌کنند که از برخی از انواع درخت بلوط به دست می‌آید. برای دفع سوء‌هاضمه مومیایی به مریض می‌خورانند. در معالجه تورم‌های مغزی، امعا و احشا تازه بیرون کشیده و گرم حیوانات را بر موضع مورد نظر می‌اندازند که بر اثر گرمای زیاد تا حدی کار مشمع خردل را انجام می‌دهد و سرانجام برای بریدن تب از جوشانده پوست بید استفاده می‌کنند. برای مارگزیدگی که بسیار زیاد است، مارگزیده را به حرکت بسیار وامی‌دارند، سپس مقعد مرغی زنده یا امعا و احشا بزی تازه کشته را بر روی محل گزیدگی قرار می‌دهند. این حکیمان گذشته از به کاربردن دارو از طریق روانی نیز به معالجه بیماران می‌پردازند. این‌گونه تداوی گاه با قراردادن آیاتی از قرآن یا ادعیه بر عضو بیمار و گاه با خواندن اوراد صورت می‌گیرد که در تسکین روحی بیماران بی‌اثر نیستند» (۱۲).

مشاهدات نشان می‌دهد در جامعه مورد مطالعه در مواقع مار و عقرب‌گزیدگی به سیدها و افراد باتجربه مراجعه می‌شد و آنان با تیغ‌زدن محل نیش (که عمدتاً دست و پا بود) زهر را خارج می‌ساختند و با ذبح جوجه، گوشت آن را بر محل تیغ‌زدگی قرار می‌دادند تا زهر کشیده شود. این عمل هنوز در میان روستاییان و عشایر شهرستان که دسترسی به مراکز درمانی ندارند، رواج دارد. بنا بر روایات عدم دسترسی به پزشک، درمانگاه و داروخانه موجب می‌شد مردم منطقه بر اثر بیماری‌های گوناگون، بی‌آنکه از خدمات پزشکی بهره‌مند شوند، از دنیا بروند. در واقع، طب بومی محلی همیشه قادر به

مشارکت‌کننده دیگر خدمات بهداشتی درمانی دلاک‌ها و سلمانی‌ها را این‌گونه روایت می‌کند: «از قدیم تا همین الان کسانی داخل منطقه بودند که بهشون دلاک می‌گفتند و کارهایی مثل تراشیدن سر، اصلاح صورت، کیسه‌کشی در حمام‌های عمومی، ختنه‌کردن کودکان، کشیدن دندان، حجامت و آبله‌کوبی را انجام می‌دادند. هنوز هم داخل روستاها بچه‌ها را به همین روش سنتی ختنه می‌کنند» (مرد، ۸۰ ساله، مکانیک).

مشارکت‌کننده دیگری خدمات دلاک‌ها در حمام‌های عمومی شهر را این‌گونه روایت می‌کند: «تا سال ۱۳۷۰ دو حمام عمومی داخل منطقه وجود داشت. یکی نزدیک مسجد جامع و یکی هم رو به روی سپاه قدیم. ما از روستا می‌آمدیم اینجا حمام می‌کردیم. دلاک‌ها خدماتی همچون کیسه‌کشی به مردم ارائه می‌دادند» (مرد، ۶۲ ساله، بازنشسته آموزش و پرورش). بیماری و مشکلات موجب مراجعه مردم منطقه به افرادی تحت عنوان «سید» یا «ملا» شده بود که به کار دعانویسی اشتغال داشتند. امروزه نیز با وجود گسترش امکانات درمانی مدرن، مراجعه به دعانویس به قوت خود باقی است.

مشارکت‌کننده دیگری مراجعه به دعانویسان محلی را این‌گونه روایت می‌کند: «هنوز در منطقه اعتقادات سنتی وجود دارد، مثلاً کسانی که مشکل اعصاب دارند را پیش سیدها یا ملاهای دعانویس می‌برند. سید یا ملا بعد از پرسیدن نام بیمار و نام مادرش، با محاسبه اعداد ابجد نام‌هایشان علت بیماری را تشخیص می‌دهد» (زن، ۳۶ ساله، خانه‌دار).

هانری رنه د آلمانی (Henry-Rene D'Allemagne) در کتاب «از خراسان تا بختیاری» طبابت زنان بختیاری را این‌گونه روایت می‌کند: «از فواید متعددی که از سوی زنان عاید بختیاری‌ها می‌شود، طبابت زنانی است که در میان قبیله به «حکیم» معروفند. این حرفه در میان قبیله ارثی است و غالباً از پدر یا مادر به دختر بزرگ‌تر می‌رسد. برای مثال اگر پدری به دارویی برای درمان مرضی دست یابد، ولو فرزندان ذکور بسیار داشته باشد، طرز تهیه و تداوی آن را به دختر بزرگ‌تر خود یاد می‌دهد. زنان بختیاری به خصوص در

عفونی‌کردن باعث می‌شد زنان بسیاری حین زایمان از دنیا بروند و در برخی موارد هم مبتلا به بیماری‌های عفونی شوند. آلمنی در کتاب از «خراسان تا بختیاری»، زایمان زنان عشایر بختیاری را این‌گونه روایت می‌کند: «مامای واجد شرایطی در ایل وجود ندارد و غالباً مددکار زن جوانی که دچار درد زایمان می‌شود، همسایه‌ای است که در دسترس است. استراحت بعد از زایمان نیز مطلقاً مطرح نیست و اغلب زانو بعد از یکی دو روز و حداکثر یک هفته کارهای دشوار همیشگی را از سر می‌گیرد» (۱۲).

یکی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش فوت زنان و نوزدان حین زایمان در میان عشایر منطقه را این‌گونه روایت می‌کند: «خیلی از زنان سر زایمان از بین رفتند. در شهر و روستاها امکانات نبود. هیچ کسی نیست که خاطره بدی از این فوتی‌ها نداشته باشه. زن و بچه برادر شوهرم سر زایمان از دنیا رفتند. بچه تازه متولدشده خودم هم بعد از چند روز فوت شد. نه امکاناتی بود و نه دکتری که به ما رسیدگی کند» (زن، ۶۵ ساله، خانه‌دار).

تا قبل از انقلاب، نبود پزشک متخصص و عدم برخورداری از امکانات بهداشتی درمانی نظیر بیمارستان و آب شرب سالم عامل عمده مرگ و میر مردم منطقه بود. مشارکت‌کننده دیگری وضعیت نامناسب بهداشتی را این‌گونه بیان می‌کند: «خیلی از افراد به خاطر نبود آب آشامیدنی سالم دچار بیماری حصبه و یا اسهال خونی شدید می‌شدند و از بین می‌رفتند. خبری از پزشک و بیمارستان نبود. مردم بدبخت بودند. نه آب سالم داشتیم و نه امکانات درمانی» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

مشارکت‌کننده در پژوهش عدم برخورداری از امکانات اولیه بهداشتی را این‌گونه روایت می‌کند: «تا قبل از انقلاب اکثر مردم در روستاها و در کلبه‌های بسیار کوچک ساخته‌شده از گل و پوشال به سر می‌بردند و نه‌تنها از آب آشامیدنی سالم که حتی از امکانات اولیه بهداشتی نیز محروم بودند» (مرد، ۷۸ ساله، بازنشسته آموزش و پرورش).

تشخیص و درمان بیماری‌ها نبود و چه بسیار کسانی که بر اثر عدم تشخیص صحیح، زنده به خاک سپرده می‌شدند. مشارکت‌کننده در پژوهش خاطره خود از مشاهده قبرهای قدیمی را این‌گونه روایت می‌کند: «در قبرهای قدیمی که بر اثر فعالیت‌های کشاورزی، ساختمانی یا عمرانی شکافته شده‌اند، مشاهده شده که افراد درون قبر به صورت نشسته قرار داشتند. این نشان می‌دهد که فرد اشتباهی خاک شده بود، یعنی به دلیل اینکه درست تشخیص نداده بودند او را خاک کرده بودند... آن زمان مثل الان پزشک و امکانات پزشکی نبود... شاید فرد سخته ناقصی کرده، ولی چون به درستی تشخیص داده نشده، وی را به تصور اینکه فوت کرده، به خاک می‌سپردند» (مرد، ۴۴ ساله، کارمند).

۱-۲. نبود امکانات بهداشتی درمانی: در گذشته بیماری‌های عفونی و واگیردار نظیر مالاریا، سیفلیس و سوزاک شایع بود. اغلب مردم و جوانان مبتلا به سوزاک و سیفلیس بودند و بیماری مالاریا جمعیت زیادی از مردم منطقه را از بین برده بود. لایارد تجربه خود از بیماری تب نوبه در قلعه‌تل را این‌گونه روایت می‌کند: «در اوایل نوامبر مبتلا به بیماری تب نوبه شدم، زیرا هوای قلعه‌تل در این موسم از سال بسیار ناسالم است و در بیشتر خانواده‌ها یک یا دو نفر مبتلا به این بیماری دیده می‌شوند» (۱۱).

با وجود موالید بالا در جامعه عشایری ایذه، به دلیل نبود امکانات بهداشتی و درمانی بسیاری از نوزادان و مادران حین زایمان از بین می‌رفتند و جمعیت منطقه طی سالیان متمادی در حدود معینی ثابت می‌ماند. بسیاری از نوزادان و کودکان بر اثر بیماری‌هایی همچون آبله، مخملک، سرخک، سینه‌پهلو، دیفتری، اسهال و سل از پای درمی‌آمدند. کمتر خانواده‌ای پیدا می‌شد که از مرگ فرزندان یا زنان و مادران خود در حین زایمان یا بعد از زایمان داغی بر دل نداشته باشد. به دلیل نبود زایشگاه، زنان روستایی و عشایر یا خود شخصاً بچه را به دنیا می‌آوردند یا با کمک زنانی که قابله نام داشتند، با وسایل ابتدایی و غیر بهداشتی زایمان صورت می‌گرفت. این‌گونه زایمان‌ها، به دلیل آلودگی ابزارها و عدم رعایت موازین ضد

یک نفر یا دو نفرشان زنده می‌ماند. از هر ۱۰ زایمان، یکی دو تا زنده می‌ماندند. دارو و درمانی هم نبود، واقعاً هیچ چیز نبود» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

۲. وضعیت بهداشت و درمان ایذه بعد از پیدایش و توسعه پزشکی مدرن: دولت پهلوی اول از بدو قدرت متأثر از کشورهای همسایه، از جمله ترکیه هدف خود را تجدیدگرایی و مقابله با سنت‌گرایی اعلام کرد. یکی از اقدامات وی تغییر نام مناطق ایلی و عشایری بود. ایذه تا قبل از تیرماه ۱۳۱۴ با نام «مالمیر» شناخته می‌شد؛ نامی که برگرفته از هفت قرن حکومت اتابکان لر با مرکزیت ایذه بود. در ۱۴ تیر ۱۳۱۴ فرهنگستان ایران با تغییر نام مالمیر به ایذه موافقت نمود و هدف آن القای قدرت به ایلات و عشایر منطقه بود. از سوی دیگر دولت مرکزی درصدد آن بود که آگاهانه در بخشی از هویت هر فرد از ایلات (که از راه شناسایی او به نام فلان طایفه و یا مکان بیلاق و قشلاق او حاصل می‌شد) تغییر ایجاد کند و وی را وادار کند تا در مکانی با نام جدید و فارغ از خاطره‌ها و هویت گذشته خود به سر برد.

مشارکت‌کننده دیگر می‌گوید: «داخل روستا هیچ چیز نبود. مردم بیمار می‌شدند و کسی نبود به دادشان برسد. خیلی‌ها به خاطر سرخک فوت کردند» (مرد، ۸۲ ساله، آزاد).

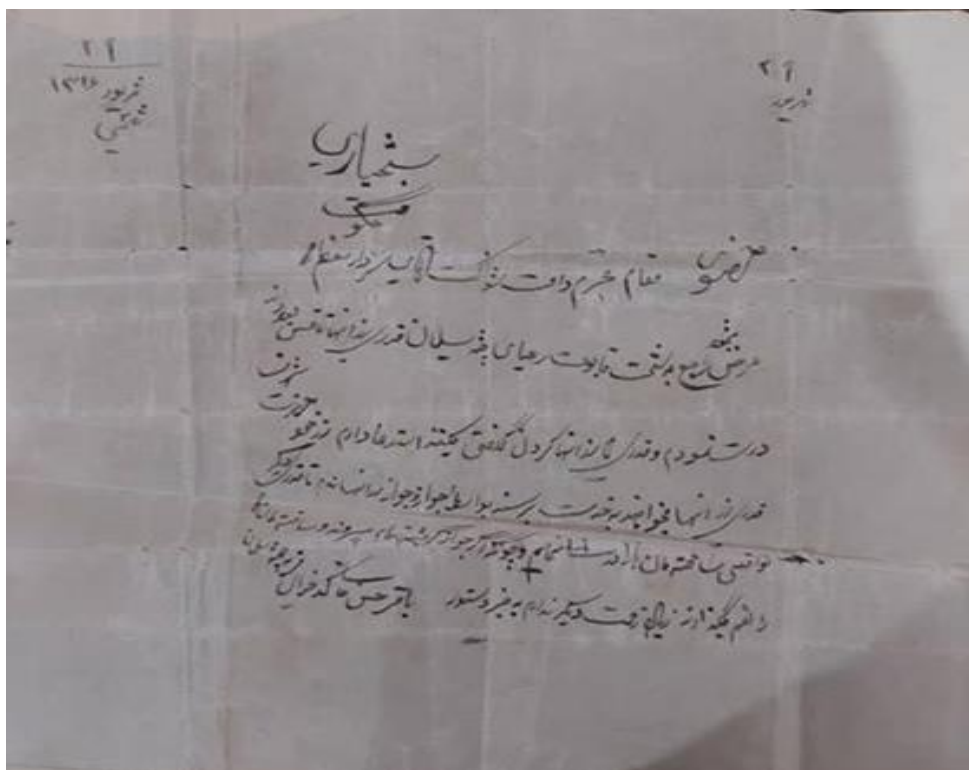
قبل از انقلاب، به دلیل بیماری‌های عفونی و انگلی آمار مرگ و میر در سنین نوزادی و طفولیت بالا بود و در نتیجه تعداد کمی به سنین میانسالی و سالمندی می‌رسیدند. بیماری‌ها یا از طریق هوا منتقل می‌شدند، مانند سل و سرخک یا از طریق غذای آلوده، مانند اسهال، حصبه، شبه‌حصبه، یرقان و تب مالت و یا توسط یک ناقل مانند مالاریا، طاعون و تیفوس. بیماری‌های عفونی و انگلی نقش عمده‌ای در افزایش مرگ و میر ساکنین داشتند. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در پژوهش سختی‌های زندگی عشایری قبل از ورود پزشکی مدرن به منطقه را این‌گونه روایت می‌کند: «قبل از شهرنشینی در دهه شصت، عشایر زندگی سختی داشتند و مرگ و میر زیاد بود. گه‌گاه بیماری تب مالت، حصبه، تب نوبه، وبا و سرخک می‌آمد و موجب مرگ و میر زیادی می‌شد، مثلاً خیلی از خانواده‌ها به خاطر وبا فوت کردند و اگر شانس می‌آوردند،



عکس ۱: سند تغییر نام مالمیر به ایذه در سال ۱۳۱۴ شمسی

«تخته قاپو عشایر» به مرحله اجرا درآمد. تخته قاپو در ایذه از سال ۱۳۱۴ شروع شد، ولی به دلیل کندبودن روند اسکان عشایر، با اعزام حکام نظامی در سال ۱۳۱۵ به منطقه، این سیاست تا سال ۱۳۱۹ با شدت به مرحله اجرا درآمد و عشایر زیادی در ایذه و روستاهای حومه اسکان داده شدند.

تا پیش از ورود دولت به ایذه، عشایر منطقه زندگی کوچ‌نشینی داشتند؛ نیمی از سال در بیلاق که عمدتاً کوه‌سفید و دیناران بود و نیمی دیگر در ایذه و روستاهای حومه. با روی کار آمدن دولت پهلوی اول اقداماتی در جهت یک‌جانشینی عشایر و تحت نظارت درآوردن آن‌ها در چهارچوب قانون، با عنوان



عکس ۲: سندی از تخته قاپو عشایر ایذه در روستای چشمه سلمان - شهریور ۱۳۱۶

مشارکت‌کننده پژوهش تأسیس بهداری در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «بهداری ایذه قبل از جنگ دوم جهانی به وجود آمده بود. آن زمان مرحوم لطف‌الله کیوان پزشکیار ایذه بود. زمانی که اینجانب به آموزش و پرورش ایذه رفتم، آقای بصیرت رییس آموزش و پرورش و رییس بهداری آنجا جناب دکتر معتمدی کرمانشاهی بودند و پزشکیار آقای کیوان بود» (مرد، ۹۳ ساله، بازنشسته شرکت نفت).

دیگر مشارکت‌کننده پژوهش نیز روند شکل‌گیری مرکز بهداری را این‌گونه روایت می‌کند: «بهداری ایذه سال ۱۳۱۷ در ساختمانی سنگی و چند اتاقه در خیابان شهید عزیزی بعد

با یک‌جانشینی عشایر تغییراتی در شیوه زندگی آنان به وجود آمد و با حضور ادارات دولتی در دهه‌های بعد و نفوذ مستقیم در زندگی آنان، شدت بیشتری گرفت. یکی از نهادهایی که نقش مهمی در زندگی مردم منطقه داشت، بهداشت و درمان بود که به تدریج تغییرات اساسی در زندگی مردم منطقه ایجاد کرد. در ادامه به مقولات استخراج‌شده از مصاحبه‌های مطلعین پرداخته می‌شود.

۱-۲. ورود امکانات بهداشتی و درمانی مدرن: اولین مرکز پزشکی مدرن در ایذه بهداری بود که با هدف انجام امور ساده پزشکی و مبارزه با بیماری‌های همه‌گیر تأسیس شده بود.

از بسیج به طرف پارک جنگل تأسیس گردید. امور درمانی و پزشکی در آنجا انجام می‌شد؛ به عبارتی هم ساختمان اداری بود و هم درمانگاه. این درمانگاه و بهداری توسط آقای دکتر معتمدی اداره می‌شد. مرحوم لطف‌الله کیوان، مرحوم عزیزقلی بابائی، قباد کیانی و مرحوم هوشنگ اعتمادی کار تزریقات و آبله‌کوبی و نظایر آن را عهده‌دار بودند و کادر درمان محسوب می‌شدند» (مرد، ۴۴ ساله، فعال میراث فرهنگی).

در دوره پهلوی اول، ایده وضعیت بهداشتی و درمانی مناسبی نداشت و تأسیس بهداری نیز پاسخگوی نیازهای مردم نبود. مناطق روستایی و عشایری که خیل عظیمی از جمعیت را در خود جای داده بودند، وضعیت بهداشتی نامناسبی داشتند و از هرگونه امکانات بهداشتی درمانی محروم بودند. نابرابری و توزیع نامناسب امکانات بهداشتی و درمانی از ویژگی‌های بارز دولت‌های قبل از انقلاب بود و شهرستان ایده نیز از این قاعده مستثنی نبود. مشارکت‌کننده پژوهش که خود در دهه سی به مدت ۵ سال (۱۳۳۷-۱۳۳۲ ش.) به عنوان معلم در ایده مشغول فعالیت بود، وضعیت اجتماعی و اقتصادی مردم منطقه را این‌گونه روایت می‌کند: «خیابانی در ایده بود که نصف آن تا منزل شادروان درگاهی سنگ‌فرش بود. طوایف ساکن شهر مجزا بودند و شهر به این شکل به هم چسبیده و خیابان‌بندی نبود. بازار دو داروفروشی داشت و چند دکان. وضع مردم اکثراً تعریفی نداشت. دکتر معتمدی گاهی نسخه می‌نوشت، پول دارو را هم به مریض می‌داد یا یادداشتی به داروخانه می‌نوشت که به حساب خود دکتر منظور شود. اگر مردم داروخانه و بهداری دولتی می‌رفتند، مهمان مرحوم کیوان بودند» (مرد، ۹۳ ساله، بازنشسته شرکت نفت).

با توجه به شیوع بیماری مالاریا در سرتاسر کشور، دستور تأسیس اداره‌ای تحت عنوان «اداره مبارزه با بیماری مالاریا» در کلیه شهرهای ایران در دستور کار قرار گرفت. این اداره در سال ۱۳۴۴ در ایده تأسیس شد و در ابتدای تأسیس آن، اکثر

نیروها اعم از پزشک و کارمندان غیر بومی بودند. به دلیل کمبود نیرو، آموزش نیروهای بومی در جهت تسهیل مبارزه با بیماری مالاریا طی بخشنامه‌ای به مرحله اجرا درآمد. مشارکت‌کننده پژوهش روند شکل‌گیری و استخدام نیروهای بومی در اداره مبارزه با مالاریا را این‌گونه روایت می‌کند: «اداره مبارزه با مالاریا در اواخر سال ۱۳۴۴ در ایده ایجاد شد. در ابتدا همه نیروهای آن غیر بومی و اکثراً هفتگی و مسجده‌سلیمانی بودند و تنها نیروی ایده‌ای آنجا ابوالقاسم امانی بود. نیروهای غیر بومی مأموریتی می‌آمدند. ۲۵ روز می‌ماندند و ۵ روز مرخصی می‌رفتند. اواخر سال ۱۳۴۷ بخشنامه آمد و سال ۱۳۴۸ نیروهای بومی استخدام شدند، یعنی خود بچه‌های ایده آموزش دیدند و استخدام شدند. نادعلی اسکندری، سبزمراد جنتی، محمدعلی مرادی، محمدجواد حیدری، رحیم آل محمد، سلطان‌مراد فیضی، سلطان‌علی گیوه‌چی، ابوالقاسم امانی، صیدال سلطانی، حاج غلام‌عباس محمودی، غفار کیانی، دکتر محمدعلی شهابی، رمضان شیروانی، عباس پناهی، حاج غلام‌عباس رضایی و... اولین نیروهای بومی بودند که در اداره مالاریا به کار گرفته شدند. اکثراً مأموریت‌های کارکنان اداره مالاریا یک‌ماهه و دوماهه بود و در روستاهای حومه شهر ایده در مأموریت به سر می‌بردند. مأموریت کارکنان اداره مالاریا تنها مختص به روستاهای پیرامون ایده نبود و سایر مناطق بختیاری نیز اعزام می‌شدند. داروها را داخل یک کول باکس (Cool Box) می‌گذاشتند و سفرهای یک‌ماهه و دوماهه به روستا داشتند. نه فقط بیماری مالاریا، بلکه بیماری‌های واگیردار، عقرب‌گزیدگی، مارگزیدگی، کچلی و هر نوع بیماری واگیردار دیگه‌ای هم بود داخل عشایر و طوایف برطرف می‌کردند (مرد، ۳۷ ساله، پژوهشگر).



عکس ۳: کلاس‌های آموزش نیروهای بهداشت در استادیوم ایذه - دهه پنجاه

و سفت می‌شد. نوع دیگرش که خطرش بالاتر بود، مغز را درگیر می‌کرد که داخل ایذه به ندرت وجود داشت. با وجود سم‌پاشی که انجام می‌دادیم و کارهای درمانی که می‌کردیم، باز شمار مبتلایان به مالاریا در منطقه بالا بود» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

مشارکت‌کننده پژوهش وضعیت بیماری مالاریا در منطقه را این‌گونه روایت می‌کند: «مالاریا مرگ و میر محدود داشت، اما فلج‌کننده بود و جمعیت زیادی را درگیر می‌کرد، یعنی واقعاً نیروی کار را مختل می‌کرد و مرگ و میر به مرور زمان به وجود می‌آمد. یک سال تعداد ۲۷۰۰ مورد مبتلا به مالاریا در سطح شهر و روستا داشتیم. بر اثر ابتلا به مالاریا طحال بزرگ



عکس ۴: مبارزه با بیماری مالاریا در ایذه (دهه چهل)

شیوع بیماری مالاریا و اقدامات پیشگیرانه نیروهای اداره مالاریا در شعر طنز پشه مالاریا که توسط آقای محمود انصاری (یکی از کارمندان واحد بهداشت و درمان ایذه در روستای میداوود) در تیرماه ۱۳۵۳ سروده شده، این‌گونه منعکس شده است:

پشه مالاریا، ای پشه مالاریا
 هر کجا هستی بیا در جنگ ما
 ما شب و روزیم دنبال تو گرچه
 خیلی کوچکی اما گرفتی حال ما
 با هزاران مرد گنده در پی ما
 ما تمام خانه‌ها گشتیم کن رحمی به ما
 با هزاران پمپ حاوی از سموم
 با هزاران دوج از مالاتیون
 ما بگردیم از برایت در جهان
 آخرش گشتی بلای جانمان
 در کمینی هر زمان جان‌هایمان
 با مکیدن می‌کنی بیمارمان

پلکریموس، استفنسی، ترخدا*
 رحمتان آید به ما بهر خدا
 ما همه بیمار گشتیم از سر نیش شما
 پشه مالاریا دیگر چه باشد این بقا
 سازمانی را تخصص داده‌ایم بهر شما
 تا کنند نابودتان با یک قوا
 مردمان با پمپ‌ها اندر پی این پشه‌ها
 کوه و صحرا را به سم آغشته کردند هر کجا

* پلکریموس، استفنسی و ترخدا از اسامی پشه‌های مالاریا و عوامل آلوده‌کننده آن‌ها می‌باشند.

علاوه بر اداره مبارزه با مالاریا، تشکیل و اعزام سپاه بهداشت، سپاه دانش و سپاه ترویج به مناطق روستایی (۱۳۴۲ ش.) با هدف تعمیم و توسعه بهداشت نقش مهمی در تغییر سبک زندگی روستاییان داشت. خدمات سپاهیان بهداشت در دو دسته صورت می‌گرفت: ۱- آموزش بهداشت؛ ۲- بهداشت محیط.

باید شاهد بودی و مشاهده می‌کردی که در عرض سه چهار سال چه تحول عظیمی با اعزام سپاهیان دانش به روستاها رخ داد، مثلاً بنده در سال ۱۳۳۹ و ۱۳۴۰ معلم منحصر به فرد سوسن که بیش از صد روستا داشت بودم. این روستاها بدون استثنا از داشتن حمام، دستشویی و سایر امکانات بهداشتی، آموزشی و پرورشی محروم بودند. کودکان واجب‌التعلیم به خاطر دسترسی نداشتن به معلم و دبستان در روستای خود به دلیل عوامل جوی، قادر به رفتن به روستای دور دست نبودند. با گسیل سپاهیان دانش اغلب روستاها دارای معلم شدند و دانش‌آموزان از برکت این مشعل‌داران فروزان دانش به خواندن و نوشتن و ادامه تحصیل پرداختند. سپاهیان به موازات تعلیم و تربیت از هیچ کوششی در عمران و آبادی روستاها دریغ نورزیدند. این بود که در کمترین فاصله زمانی تأثیرات عمیق و مثبت این گام بلند مشهود گردید» (مرد، ۷۸ ساله، بازنشسته آموزش و پرورش).

مشارکت‌کننده پژوهش عملکرد سپاه ترویج و سپاه بهداشت را این‌گونه روایت می‌کند: «سپاه ترویج آموزش کشاورزی می‌دادند، حیوانات را آمپول می‌زدند و آن‌ها را مقطوع‌النسل می‌کردند. سپاه بهداشت هم کارش این بود که مثلاً کودها را اینجا نریزد، دستشویی درست کنید. این کارها را می‌کردند. یادم هست بچه ابتدایی بودیم. یک گله‌داری کنار چشمه، زمستان دو تا از گوسفندانش مرده بود و آورده بود به قصابی‌ها تا بفروشد. سپاه ترویج آن‌ها را همان بغل چشمه گرفت و گفت بروید نفت بیاورید. نفت آوردند. همان‌جا آتش‌شان زد و گفت این‌ها را نباید بخورید. این‌ها مریض‌اند. این‌ها بر اثر مریضی مرده‌اند. اگر این‌ها را بخورید بیمار می‌شوید. سپاه ترویج این کارها را می‌کرد یا مثلاً اگر کسی با زیرشلواری می‌آمد داخل بازار، بر سرش توپ و تشر می‌زدند» (مرد، ۷۰ ساله، بازنشسته آموزش و پرورش).

مشارکت‌کننده دیگری عملکرد سپاه دانش در حوزه بهداشت عمومی را این‌گونه روایت می‌کند: «سپاهیان دانش تأثیر بسیار مطلوب و به‌سزایی بر دانش‌آموزان و زندگی مردم داشتند.



عکس ۵: منوچهر شفیانی (۱۳۴۶-۱۳۱۶ ش.) نویسنده مسجده سلیمانی در دوران فعالیت خود در سپاه دانش (سرباز معلم) - روستای ده‌ثریا سوسن. منوچهر شفیانی و پس از وی بهرام حیدری از نویسندگان ادبیات داستانی رئالیسم کارگری در ایران محسوب می‌شوند.

با ۴ بخش اصلی داخلی، کودکان، جراحی و زایشگاه زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی اهواز شروع به فعالیت کرد. در این بیمارستان اکثر پزشکان خارجی مشغول به طبابت بودند. مشارکت‌کننده پژوهش تأسیس زایشگاه در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «زایشگاه به عنوان بنگاه حمایت از مادران در سال ۱۳۴۲ کلنگ‌زنی و در سال ۱۳۴۸-۱۳۴۷ به صورت رسمی افتتاح شد» (مرد، ۳۷ ساله، پژوهشگر).

تأسیس زایشگاه دولتی (۱۳۴۷ ش.)، بهداشتی مرکز شهر (۱۳۴۹ ش.) و بیمارستان (۱۳۵۸ ش.) در جهت ارتقای سطح سلامت مردم منطقه بود. این بیمارستان ابتدا (سال‌های قبل از ۱۳۴۷ ش.) به صورت درمانگاه در خیابان طالقانی تأسیس شده بود. در سال ۱۳۴۷ با اضافه‌شدن بخش زایمان، درمانگاه وقت به زایشگاه تغییر نام داد. این مرکز درمانی تا سال ۱۳۵۸ به همین صورت فعالیت می‌کرد و نهایتاً در سال ۱۳۵۸ رسماً به صورت بیمارستان عمومی با نام «بیمارستان ۱۷ شهریور»



عکس ۶: مراسم افتتاح زایشگاه ایذه (۱۳۴۷ ش.)، زایشگاهی که بعدها با توسعه چند بخش، در سال ۱۳۵۸ به بیمارستان ارتقا یافت.

مشارکت‌کننده پژوهش وضعیت درمانگاه‌های موجود در شهر را این‌گونه روایت می‌کند: «دکترهای هندی در مرکز بهداشت میدان اصلی فعلی شهر از دهه شصت مشغول طبابت بودند. همچنین در کاخ سردار اسعد درمانگاهی بود که پزشکان هندی در آنجا فعالیت می‌کردند» (مرد، ۵۵ ساله، کارمند شبکه بهداشت و درمان).

علیرغم تأسیس زایشگاه در ایذه، تا دهه هفتاد اکثر زایمان‌ها به شیوه سنتی و در خانه توسط خود زنان انجام می‌گرفت. مشارکت‌کننده پژوهش روند زایمان‌ها در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «با وجود تأسیس زایشگاه در ایذه، بیش از ۹۰ درصد زایمان‌های زن‌ها تا سال ۱۳۷۴-۷۵ توسط قابله‌های محلی و در خانه صورت می‌گرفت» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

داشت. نزدیک ۱۶-۱۵ پزشک خارجی قرارداد بسته بودند و کار می‌کردند. این پزشکان پاکستانی و بنگلادشی و اکثراً هندی بودند. از متخصصین تا پزشکان عمومی دهه پنجاه وارد ایذه شده بودند» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

قبل از انقلاب اسلامی، کمبود یا عدم پزشک متخصص در شهرستان ایذه مشهود بود. از این رو از دهه پنجاه تا دهه هفتاد از پزشکان کشورهای دیگر، مانند هند، بنگلادش و پاکستان استفاده می‌شد. مشارکت‌کننده پژوهش حضور پزشکان خارجی در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «در ایذه قبل انقلاب تعداد محدودی مراکز بهداشتی - درمانی وجود



عکس ۷: مرحوم نادعلی اسکندری مسئول زنجیره سرد و مقابله با بیماری‌های واگیردار در کنار دکتر خان، طبیب هندی - دهه پنجاه، بهداری میدان اصلی ایذه

جدول ۲: آمار پزشکان ایرانی و خارجی شاغل در ایذه ۱۳۷۲-۱۳۶۲

سال	جمع کل	ایرانی				خارجی			
		عمومی	متخصص	دندان‌پزشک	داروساز	جمع	عمومی	متخصص	دندان‌پزشک
۱۳۶۲	۲۰	-	-	-	-	۱۸	-	-	-
۱۳۶۳	۲۹	۳	۲	-	-	۲۴	۸	۱۶	-
۱۳۶۴	۲۶	۱	۲	۱	-	۲۲	۲	۲۰	-
۱۳۶۵	۲۳	۱	۱	۱	-	۲۰	۸	۱۲	-
۱۳۶۶	۲۵	۲	۱	-	-	۲۲	۴	۱۸	-
۱۳۶۷	۲۸	۵	۱	-	-	۲۲	۳	۱۹	-
۱۳۶۸	۱۹	۳	-	-	۱	۱۵	۵	۱۰	-

سال	جمع کل	ایرانی					خارجی				
		جمع	عمومی	متخصص	دندان‌پزشک	داروساز	جمع	عمومی	متخصص	دندان‌پزشک	داروساز
۱۳۶۹	۳۷	۱۶	۱۴	۱	۱	-	۲۱	۱۸	۳	-	
۱۳۷۰	۳۰	۱۸	۱۶	۱	۱	-	۱۲	۶	۶	-	
۱۳۷۱	۳۳	۲۳	۱۵	۴	۲	۲	۱۰	۶	۴	-	
۱۳۷۲	۲۸	۲۲	۱۸	۱	۲	۱	۶	۳	۳	-	

مأخذ: سالنامه آماری استان خوزستان، مرکز آمار ایران

با توجه به جدول ۲ می‌توان گفت تا پیش از یک‌جانشینی عشایر، طبابت به وسیله طبیبان سنتی، عطاران، شکسته‌بندها و سلمانی‌ها انجام می‌شد. با تبدیل‌شدن ایذه به شهر در دهه چهل، نیاز به پزشک بسیار محسوس بود و به دلیل کمبود امکانات، نبود زیرساخت‌های آموزش پزشکی و عدم برنامه‌ریزی دولتی، افزایش تعداد پزشکان براحتمی امکان‌پذیر نبود. در دهه پنجاه، به دلیل گشایش منابع مالی، فراخوان پزشک از کشورهای همسایه و منطقه در دستور کار قرار گرفت و پزشکان هندی، پاکستانی، بنگلادشی و حتی فلیپینی وارد کشور شدند. این پزشکان در دهه پنجاه، شصت و حتی تا دهه هفتاد در شهرستان ایذه به مردم خدمات درمانی ارائه می‌دادند. در دهه هفتاد افزایش تعداد پزشکان ایرانی، نیاز به پزشکان خارجی را برای همیشه پایان داد.

جهاد سازندگی، از جمله نهادهای انقلابی بود که علاوه بر کارهای عمرانی و جاده‌سازی در زمینه بهداشت نیز خدمات زیادی به مناطق روستایی ایذه ارائه داد. مشارکت‌کننده پژوهش خدمات جهاد سازندگی در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «جهاد سازندگی در سال ۵۹-۵۸ در ایذه به وجود آمد و به صورت شورایی اداره می‌شد. آقای طاهری و آقای بیگزاد شرکت نفتی بودند و آقای طاهری هفتگی بود. جهاد

سازندگی اصالتاً توسط دانشجویان تهران بنا نهاده شد؛ آقایان هاشمی، نصرتی و جلیل‌پور که ایذه‌ای بودند. کارهایی که جهاد سازندگی در ایذه انجام می‌داد عبارت بود از: مدرسه‌سازی، پل‌سازی، جاده‌سازی، آب‌رسانی، برق‌رسانی و بهسازی، در زمینه‌هایی همچون بهداشت، دام‌پزشکی، دامداری و کشاورزی و حتی در رابطه با سیل و زلزله و کارهای فرهنگی فی‌سیل... کار می‌کردند» (مرد، ۶۸ ساله، بازنشسته جهاد کشاورزی).

در سال ۱۳۶۴، عملکرد واحد بهداشت و درمان جهاد سازندگی در سطح روستاهای شهرستان ایذه عبارت بودند از: ۱۲۴۱۱ مورد درمان رایگان، ۱۶۴۷۲ مورد تزریقات و پانسمان، ۶۷۹ مورد واکسیناسیون، ۶۴۴۷ ریال توزیع دارو، ۷۹۰ نفر بستری بیماران، ۴۲۳ نفر معرفی به پزشک، ۱۹۹ نفر اعزام گروه پزشکی، تشکیل یک درمانگاه ثابت، ۷۶۵۰ مورد لوازم بهداشتی، ۲۵۴۶ مورد بهداشت محیط، ۳۱۳۲ مورد دندان‌پزشکی و ۷۳۲ مورد خدمات پزشکی دیگر (سالنامه آماری استان خوزستان، ۱۳۶۴ ش.). در سال ۱۳۷۰ نیز مجموع پروژه‌های خاتمه‌یافته جهاد سازندگی در زمینه بهداشت محیط در شهرستان ایذه عبارت بودند از: ۹۵ باب احداث حمام تک‌دوش، ۶ مورد بهسازی چشمه و ۱۲۵ باب احداث توالیت بهداشتی (سالنامه آماری استان خوزستان، ۱۳۷۰ ش.).



عکس ۸: اعضای کمیته فرهنگی جهاد سازندگی ایذه سال ۱۳۶۱

جدول ۳: مؤسسات بهداشتی درمانی شهرستان ایذه ۱۳۵۳-۱۳۹۹

سال	بیمارستان و زایشگاه دولتی		مرکز بهداشتی درمانی			خانه بهداشت	آزمایشگاه	کلینیک تنظیم خانواده	داروخانه	رادیولوژی	مرکز توانبخشی	مرکز اورژانس
	تعداد تخت	تعداد	تعداد	شهری	روستایی							
۱۳۵۳	۱	۲۰	۵	*	*	۰	۰	۵	۲	۰	۰	۰
۱۳۵۵	۱	۳۰	۷	*	*	۰	۲	۴	۲	۰	۰	۰
۱۳۶۰	۱	۵۹	۶	*	*	۰	۱	۳	۸	۱	۰	۰
۱۳۶۵	۱	۱۱۶	۱۲	۲	۱۰	۵۰	۱	۵۰	۶	۱	۰	۰
۱۳۷۰	۱	۱۲۴	۱۱	۶	۵	۴۹	۱	۵۴	۷	۱	۰	۰
۱۳۷۵	۱	۱۵۰	۱۵	۹	۶	۷۰	۵	-	۴	۱	۰	۰
۱۳۷۹	۱	۱۵۰	۱۶	۷	۹	۷۶	۶	۹۳	۷	۲	۰	۰
۱۳۸۳	۱	۱۵۰	۲۵	۱۳	۱۲	۷۶	۴	-	۷	۳	۳	۰
۱۳۹۰	۱	۱۶۳	۲۲	۱۰	۱۲	۸۳	۷	-	۱۲	۳	۵	۵
۱۳۹۵	۱	۱۵۰	۱۶	۶	۱۰	۸۴	۸	-	۱۴	۴	۷	۷
۱۳۹۶	۱	۱۵۰	۱۶	۶	۱۰	۸۵	۸	-	۱۴	۴	۷	۷
۱۳۹۷	۱	۱۵۰	۱۸	۶	۱۲	۸۱	۹	-	۱۷	۴	۶	۷
۱۳۹۸	۱	۱۵۰	۱۸	۶	۱۲	۸۱	۵	-	۲۰	۵	۱۲	۷
۱۳۹۹	۱	۱۵۰	۱۸	۶	۱۲	۸۵	۹	-	۲۱	۵	۱۳	۸

مأخذ: سالنامه آماری استان خوزستان، مرکز آمار ایران

جدول ۳ نشان می‌دهد افزایش امکانات بهداشتی درمانی شهرستان ایزه از دهه پنجاه تا به امروز موجب تغییراتی در سبک زندگی ساکنین شده است. بررسی وضعیت بهداشت و درمان شهرستان ایزه در سال‌های گذشته حاکی از این است که «وضع موجود» با «وضع مطلوب»، فاصله بسیار زیاد دارد، اگرچه بهداشت و درمان ایزه نسبت به قبل از انقلاب وضعیت بهتری پیدا کرده و از امکانات و نیروی انسانی (پزشکان و پیراپزشکان) بیشتری برخوردار شده است، اما با این وجود بسیاری از مردم ترجیح می‌دهند برای درمان بیماران خود و یا برای زایمان به بیمارستان‌های خصوصی شهرهایی همچون اهواز، اصفهان، شیراز و حتی تهران مراجعه کنند.

۲-۲. افزایش جمعیت: یکی از دستاوردهای مهم توسعه اقتصادی و اجتماعی در چند دهه اخیر، توسعه بهداشت و در نتیجه کاهش مرگ و میر به ویژه مرگ و میر نوزادان و اطفال بوده است. تا پیش از ورود پزشکی مدرن به منطقه بیشتر مرگ و میرها در سنین نوزادی و طفولیت و ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی بود، در نتیجه تعداد کمی از موالید به سنین سالخوردگی می‌رسید و همواره جمعیت به دلایل طبیعی در محدوده معینی باقی می‌ماند. می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر در کاهش مرگ و میر کودکان، واکسیناسیون بوده است. بر اساس داده‌های آماری واکسیناسیون انجام‌گرفته در شهرستان ایزه در سال ۱۳۵۳ عبارت بود از: ۹۵۷۳ مورد حصبه، ۶۸ مورد کزاز، ۷۶۶۲ مورد سل، ۱۵۳۱۱ مورد سرخک، ۱۱۲۰ مورد توبرکلین، ۱۸۴۴ مورد فلج اطفال، ۸۶۹۰۲ مورد وبا، ۶۴۶۵۴ مورد آبله، ۱۲۶۲۱ مورد دیفتی، کزاز، سیاه سرفه و ۷۰۱۲ مورد دیفتی - کزاز (سالنامه آماری

خوزستان، ۱۳۴۵ ش.). این آمار در سال ۱۳۵۵ عبارت بودند از: ۱۰۰۶۵ مورد حصبه، ۲۸۴۱۳ مورد سل، ۳۴۸۲۷ مورد سرخک، ۱۵۸۸ مورد فلج اطفال، ۲۳۵۴۰ مورد وبا، ۲۸۰۵۰ مورد آبله، ۴۰۷۵ مورد دیفتی، کزاز، سیاه سرفه و ۴۶۲۹۸ مورد دیفتی - کزاز (سالنامه آماری خوزستان ۱۳۵۵). با ورود پزشکی مدرن و توسعه بهداشت و کاهش مرگ و میر نوزادان و اطفال، تعداد زیادی از موالید به سنین سالخوردگی می‌رسند و بیشتر به علل ناشی از بیماری‌های غیر عفونی و انگلی فوت می‌کنند. به عبارتی، میزان بالای مرگ و میر در سنین سالمندی ناشی از بیماری‌های غیر عفونی و انگلی است و در نتیجه درصد بالایی از متولدین به سنین سالمندی می‌رسند. بیماری‌های غیر عفونی و انگلی، بیماری‌های دستگاه گردش خون، قلب و عروق، سرطان‌ها و بیماری‌های مزمن مانند دیابت، زخم معده و یرقان را شامل می‌شد. جمعیت‌شناسان این تغییر و تحول در مرگ و میر را «مرحله انتقالی مرگ و میر» می‌نامند. توسعه خدمات بهداشتی و درمانی از جمله خدمات بهداشت فردی توسط پزشکان، پرستاران و تکنسین‌های بهداشت، فعالیت‌های بهداشت محیط توسط کارشناسان امور بهداشتی و مهندسان به منظور کنترل کیفیت عوامل محیطی مانند آب، غذا، هوا، مسکن و... آموزش بهداشت، افزایش اطلاعات عمومی و نظارت بهداشتی به مرور زمان موجب رشد جمعیت منطقه گردیده است. بنابراین با توسعه و بهبود امکانات بهداشتی و درمانی، تغییر و تحول اساسی در علل مرگ و میر و افزایش جمعیت منطقه مورد مطالعه به وجود آمده است.

جدول ۴: تغییر و تحولات موالید و مرگ و میر شهرستان ایزه ۱۳۹۵-۱۳۵۵

سال	جمعیت		موالید			مرگ و میر	
	شهر	روستا	جمع کل	شهر	روستا	جمع کل	شهر
۱۳۵۵	۱۰۲۵۷	۱۲۸۳۷۹	۴۶۲۲	۱۴۰۳	۳۲۱۹	۴۰۳	۲۳۵
۱۳۵۹	-	-	۱۵۲۹۸	۸۵۰۵	۶۷۹۳	۴۳۲	۲۳۹
۱۳۶۰	-	-	۱۱۳۰۱	۲۹۲۱	۸۶۸۰	۵۷۹	۵۶
۱۳۶۱	-	-	۱۳۹۱۰	۳۵۰۶	۱۰۴۰۴	۴۳۲	۱۵۰

سال	جمعیت		موالید			مرگ و میر		
	شهر	روستا	جمع کل	شهر	روستا	جمع کل	شهر	روستا
۱۳۶۵	۴۶۰۴۲	۱۵۵۹۲۷	۱۳۰۲۲	۴۶۰۹	۸۴۱۳	۵۲۰	-	-
۱۳۶۸	-	-	۹۴۳۶	۸۶۰۳	۸۲۳	۹۳۸	۷۹۷	۱۴۱
۱۳۷۰	-	-	۵۷۰۶	۵۳۷۱	۳۳۵	۴۳۵	۴۲۴	۱۱
۱۳۷۵	۸۱۲۸۸	۹۰۷۳۹	۴۷۹۵	۴۰۵۱	۷۴۴	۱۴۵۳	۴۶۷	۹۸۶
۱۳۷۹	-	-	۴۴۸۰	۳۴۴۵	۱۰۳۵	۳۴۸۷	۶۰۲	۲۸۸۵
۱۳۸۳	*۱۰۴۳۶۴	۸۹۱۴۶	۳۹۷۷	۲۰۸۹	۱۸۸۸	۷۹۲	۵۲۵	۲۶۷
۱۳۹۰	۱۱۷۰۹۳	۸۱۶۰۸	۴۵۴۸	۳۰۸۸	۱۴۶۰	۷۹۶	۷۴۰	۵۶
۱۳۹۵	۱۱۹۳۹۹	۷۳۹۸۲	۴۵۸۶	۳۲۰۹	۱۳۷۷	۷۶۰	۶۷۹	۸۱

مأخذ: سالنامه آماری استان خوزستان، مرکز آمار ایران

* جمعیت شهر و روستا بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ است.

کنیم و جمعیت رشد کرد» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

در مجموع می‌توان گفت، کاهش چشم‌گیر مرگ و میر نوزادان و اطفال در منطقه نتیجه تأکید بر توسعه مناطق محروم، فراهم کردن امکانات اولیه بهداشتی مانند دسترسی به آب آشامیدنی سالم در مناطق محروم و روستاهای دوردست، تأسیس خانه‌های بهداشت، تأکید بر بهداشت پیشگیری و افزایش مقاومت افراد در برابر بیماری‌ها به سبب بهبود وضع تغذیه بوده است. مشارکت‌کننده پژوهش بیماری‌هایی که امروزه در منطقه رایج هستند را این‌گونه روایت می‌کند: «بیماری‌های این دوره بیشتر بیماری قلبی، سرطان، چاقی، دیابت و فشار خون بالاست که به تغییر سبک زندگی به ویژه استعمال دخانیات، مصرف دارو و... برمی‌گردد» (زن، ۴۰ ساله، کارمند شبکه بهداشت و درمان).

۲-۳. ورود خدمات و تسهیلات شهری: یکی از دستاوردهای مهم بهداشت و درمان در ایذه ورود خدمات و تسهیلاتی همچون جدول‌کشی، آسفالت و بهره‌مندی از برق و آب شرب سالم بود که نگرش‌ها و باورهای مردم را تغییر داد و زمینه‌ساز تحولات اساسی در زندگی آنان شد. تا قبل از ورود این خدمات، شهر ایذه از لحاظ بهداشت درمانی وضعیت مطلوبی نداشت.

جدول ۴ نشان می‌دهد با ورود امکانات بهداشتی درمانی و واکسن‌سیون کودکان و اطفال، امید به زندگی افزایش یافته که ناشی از کاهش مرگ و میر بیماری‌های عفونی و انگلی بوده است. علاوه بر افزایش امکانات بهداشتی و درمانی، مهاجرت‌های روستایی نیز نقش مهمی در افزایش جمعیت شهر ایذه داشته است. بنابراین می‌توان گفت مهاجرت به شهر و بهبود معیارهای زیستی همچون تغذیه، مسکن، لباس و... اقدامات بهداشت عمومی همچون لوله‌کشی آب، توالیت بهداشتی، حمام بهداشتی، افزایش درآمد و دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی درمانی، از جمله عوامل مهم و مؤثر در افزایش جمعیت و امید به زندگی بوده است، ضمن آنکه کاهش موالید در دو دهه گذشته متأثر از برنامه‌های تنظیم خانواده و تأکید بر خانواده‌های کم‌جمعیت بوده که کاهش موالید را به همراه داشته است. این جدول همچنین نشان می‌دهد برخلاف دهه شصت که بیشتر موالید متعلق به روستاییان بود، با مهاجرت جمعیت روستایی از دهه هفتاد همزمان با افزایش جمعیت شهر نسبت به جمعیت روستاهای منطقه، برخلاف گذشته بیشتر موالید متعلق به شهرنشینان بوده است. مشارکت‌کننده پژوهش علت افزایش جمعیت در منطقه مورد مطالعه را این‌گونه روایت می‌کند: «زمانی ما در منطقه با افزایش جمعیت مواجه شدیم، توانستیم بیماری‌های واگیردار را مهار



عکس ۹: جدول کشی خیابان فعلی امام، جنب گاراژ محمدی دهه چهل

کیلوواتی آورد و برق ۱۱۰۰۰ واتی به ۲۲۰ ولت تبدیل گردید. در سال ۱۳۵۶-۵۷ شبکه سراسری برق در ایذه وارد شد و برق از هفتگل از طریق پایه‌گذاری، ابتدا وارد منطقه جانکی و بعد وارد ایذه شد. در این سال ۱۲۰ مشترک برق در ایذه وجود داشت» (مرد، ۷۰ ساله، پیمانکار اسبق اداره برق).

مشارکت‌کننده پژوهش ورود برق به ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «در اوایل ورود ترانس‌های برق به ایذه، سازمان برق در ایذه وجود نداشت و وظیفه تأمین برق بر عهده شهرداری بود. سال ۱۳۴۷-۴۸ شهرداری ایذه تنها یک موتور برق داشت. با تشکیل سازمان برق در سال ۱۳۵۳-۵۴ موتور برق از شهرداری تحویل گرفته شد، سپس سازمان، موتور برق ۱۶۰



عکس ۱۰: ژنراتور ساخت کشور چکسلواکی (۱۹۵۶)، اولین بار در سال ۱۳۴۴ به منظور تأمین برق ساکنین شهر وارد ایذه گردید.

تا قبل از تأسیس اداره آب در ایذه، مردم منطقه از طریق چشمه‌ها و قنات‌های موجود یا حفر چاه، آب مورد نیاز خود را تأمین می‌کردند. مشارکت‌کننده پژوهش تأمین آب شرب مردم منطقه در دهه سی را این‌گونه روایت می‌کند: «آب شرب یا از طریق حفر چاه به دست می‌آمد، مثلاً چند متر که چاه حفر می‌شد، آب در دسترس بود و یا از طریق آب چشمه نورآباد، اما هر کس توان داشت از آب نورآباد استفاده می‌کرد. وسیله نقلیه نبود. هر کس می‌توانست چند مشک آب نورآباد را برای مهمان تهیه می‌کرد و اصرار داشت به مهمان بگوید این آب نورآباد هست تا میزان ارادت خود را ثابت کند» (مرد، ۹۳ ساله، بازنشسته شرکت نفت).

به دنبال ورود ژنراتور به شهر در جهت تأمین برق ادارات و خانه‌ها، کارخانه یخ نیز در سال ۱۳۴۹ توسط یکی از خیرین منطقه احداث گردید. احداث این کارخانه از اقدامات مهمی بود که در جهت رفاه اهالی منطقه انجام گرفت. مشارکت‌کننده پژوهش احداث کارخانه یخ در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «سال ۱۳۴۸-۴۹ کارخانه یخ به وسیله حاج خدارحم مرادی احداث شد. چون آب اینجا بالا بود، وقتی چاه زدند، فهمیدند برای یخ‌سازی مناسب است. کارخانه یخ در منطقه نبود. از باغ‌ملک، می‌داود، مال‌آقا و دودز صبح نشده با ماشین می‌آمدند و برای گرفتن یخ صف می‌کشیدند. مردم یخچال نداشتند. یخ مصرف روزانه همه اهالی شهر بود. برقی نبود، آبی هم در دسترس نبود و عمدتاً آب قنات بود» (مرد، ۸۰ ساله، مکانیک).



عکس ۱۱: نحوه حمل و فروش آب آشامیدنی در شهر. در دهه چهل افرادی به شغل آب‌فروشی اشتغال داشتند که آب شرب قشر ثروتمند را از چشمه نورآباد تأمین می‌کردند. آب گوارای چشمه نورآباد هنوز هم برای مردم این منطقه خاطره‌انگیز است.

و مرگ افراد زیادی می‌شدند. مشارکت‌کننده پژوهش روند انتشار بیماری وبا در منطقه را این‌گونه روایت می‌کند: «به دلیل نبود آب شرب سالم و لوله‌کشی‌شده، بیماری وبا که فوق‌العاده خطرناک بود، در منطقه وجود داشت. سال ۱۳۶۷، تعداد ۳۷۰ تا ۴۲۰ مورد بیمار شبه‌وبا داشتیم. نوع خطرناک در باغ‌ملک و صیدون بود که مرگ و میر هم به دنبال داشت. آلودگی آب شرب شهر موجب بروز بیماری وبا می‌شد» (مرد، ۸۵ ساله، بازنشسته شبکه بهداشت و درمان).

با توجه به شیوع بیماری‌های مسری، لوله‌کشی آب شهر ایده از اهمیت بسیاری برخوردار بود، زیرا موجب حفظ بهداشت عمومی و حیات افراد جامعه می‌شد. بنا بر روایت مشارکت‌کنندگان پژوهش، تانکی محله تل در اواخر دهه چهل (سال‌های ۴۷-۱۳۴۶) با هدف تأمین آب شرب لوله‌کشی‌شده، کار گذاشته شد و از این طریق آب شرب اهالی محله تأمین می‌شد. منبع آب شرب مذکور تا دهه شصت فعال بود.

مشارکت‌کننده پژوهش تأمین آب در ایذه تا پیش از تأسیس اداره آب را این‌گونه روایت می‌کند: «اواسط سال ۱۳۵۸، آبان‌ماه بود که به ایذه آمدم و مسئولیت اداره آب را به عهده گرفتم. آن زمان مسئولیت تأمین آب با شهرداری بود و ۱۵ نفر به عنوان کارگر تأمین آب زیر نظر شهرداری بودند. تا قبل از تأسیس اداره آب در آبان سال ۱۳۵۸ منابع تأمین آب مردم ایذه به ۳ دسته تقسیم می‌شد: ۱- آب قنات (سرقنات فعلی) که آقای کیامنش روزی دو ساعت موتور می‌زد و آب به مردم شهر می‌داد؛ ۲- چاه عمیقی که سر تل در سال ۳۸-۱۳۳۷ احداث شده بود و متولی آن عبدالحسین کرم‌پور بود. این چاه آلوده به آب فاضلاب بود؛ ۳- افرادی که آب را با مشک و دول از نورآباد به شهر می‌آوردند و می‌فروختند. فقط ثروتمندان قادر به خرید آب بودند و عامه مردم چون وضع مالی خوبی نداشتند، نمی‌توانستند آب بخرند» (مرد، ۷۵ ساله، بازنشسته آبقا). این منابع تأمین آب به دلیل روبازبودن موجب انتشار بسیاری از بیماری‌ها مانند حصه، وبا، تراخم، هپاتیت و اسهال



عکس ۱۲: تانکی محله تل؛ روزگاری آب شرب اهالی تل از طریق این تانکی تأمین می‌شد.

مدارس و پایگاه‌های سلامت مستقر در محلات و خانه‌های بهداشت روستایی از جمله مکان‌هایی بودند که از طریق آگاهی‌بخشی به افراد نقش مهمی در تغییر سبک زندگی، افزایش آگاهی اجتماعی و ارتقای سطح سلامت شهروندان داشتند. آموزش بهداشت فردی در مدارس و مؤسسات بهداشتی درمانی نظیر خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت باعث ارتقای بهداشت افراد و محدود کردن انتشار بیماری‌های عفونی شده است. اقداماتی نظیر شستن مرتب دست‌ها با آب و صابون، استفاده نکردن از ظروف مشترک برای خوردن و آشامیدن، حمام کردن و رعایت نظافت شخصی، از جمله آموزش‌های زمینه‌ساز ارتقای سلامت عمومی در هر جامعه‌ای می‌باشد.

افزایش تعداد پزشکان (متخصص و عمومی) و پیراپزشکان از دیگر زمینه‌های ارتقای سطح سلامت در منطقه مورد مطالعه بوده است، در حالی که تا سال ۱۳۵۷ تنها ۱۰ پزشک (عمدتاً خارجی) در ایذه به طبابت مشغول بودند، این تعداد در سال ۱۳۶۲ به ۲۰ پزشک (۲ پزشک ایرانی و ۱۸ پزشک خارجی)

مشارکت‌کننده پژوهش تأسیس اداره آب در ایذه و برخورداری از آب لوله‌کشی را این‌گونه روایت می‌کند: «سال ۵۹-۱۳۵۸ بود که شروع کردم به حفاری‌های متعدد. حدود ۱۸ حلقه چاه عمیق در منطقه حفاری کردیم. درب اداره را قفل زده بودم. اداره‌ای نداشتیم. اداره را بسته بودیم. ۱۵ کارگر با خودم داخل بیابان بودیم که فقط چاه حفاری می‌کردیم، آزمایش می‌کردیم و می‌بردیم داخل مخازن. شبکه ایذه، شبکه محدودی بود و حدود ۱۰۰۰ مشترک داشت. تمام چاه‌هایی که حفر کردیم را به مخازن انتقال دادیم. ۱۰۰۰ مشترکی که در شهر بودند هیچ کدام کنتور نداشتند. من حدود ۴۵۰۰ کنتور کنت انگلیسی از دارخوین آوردم. همه مشترکین را کنتور و بعد شبکه را توسعه دادیم» (مرد، ۷۵ ساله، بازنشسته آبقا).

۲-۴. افزایش آگاهی اجتماعی و ارتقای سلامت عمومی: اطلاع‌رسانی و ترویج اصول علمی بهداشت عمومی به نوبه خود موجب افزایش آگاهی اجتماعی در منطقه گردیده است. در دهه چهل سپاه دانش، سپاه بهداشت و سپاه ترویج و بعدها

رسید. روند رو به رشد تعداد پزشکان در ایذه طی دهه‌های بعد نیز ادامه داشت، به گونه‌ای که تعداد پزشکان شاغل در شهرستان ایذه در سال ۱۳۷۰ به ۲۴، سال ۱۳۸۳ به ۵۰، سال ۱۳۹۰ به ۸۴ و سال ۱۳۹۹ به ۱۳۳ نفر رسید. مشارکت‌کننده پژوهش وضعیت آماری پزشکان و پیراپزشکان شاغل در منطقه مورد مطالعه را این‌گونه روایت می‌کند: «در حال حاضر کادر درمانی شهرستان ایذه شامل ۱۳۳ نفر پزشک (۷۶ پزشک عمومی و ۴۷ پزشک متخصص)، ۷ نفر دندان‌پزشک، ۲ نفر دکتر داروسازی، یک نفر دکترای علوم آزمایشگاهی، ۸۵ نفر ماما، ۱۳۷ نفر پرستار، ۱۷ نفر تکنسین اتاق عمل، ۱۷ نفر تکنسین بیهوشی، ۶۱ نفر بهیار، ۱۴۰ نفر بهورز و ۳۵۱ نفر سایر پیراپزشکان است» (مرد، ۳۷ ساله، کارمند شبکه بهداشت و درمان).
تعداد پیراپزشکان شاغل در شبکه بهداشت و درمان شهرستان ایذه در سال ۱۳۶۳، ۸۹ نفر بودند که این تعداد در سال

۱۳۷۰ به ۲۴۱ نفر، سال ۱۳۹۰ به ۵۵۹ نفر و سال ۱۳۹۹ به ۸۲۲ نفر افزایش یافت. بنا بر روایت مشارکت‌کنندگان پژوهش از مشکلات دیرینه بهداشت و درمان شهرستان، معضل کمبود نیروی انسانی به ویژه پرستار بود که در جهت رفع این مشکل، تأسیس مجتمع آموزش عالی سلامت در دستور کار قرار گرفت. این مجتمع که زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز است، در سال ۱۳۹۶ در ایذه شروع به کار کرد و در مقطع کارشناسی اقدام به آموزش نیرو می‌نماید. مشارکت‌کننده پژوهش تأسیس این مجتمع در ایذه را این‌گونه روایت می‌کند: «مجتمع آموزش عالی سلامت که در سال ۱۳۹۶ در ایذه تأسیس شد، فعلاً فقط رشته پرستاری دارد. دانشجویان سال‌های ۱۳۹۶، ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ که تعهد ایذه، دهدز و باغ‌ملک هستند، سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ هم تعهد ایذه دارند. این مجتمع در حال حاضر حدود ۱۱۵ نفر دانشجو دارد» (مرد، ۵۵ ساله، کارمند شبکه بهداشت و درمان).

جدول ۵: آمار پزشکان شاغل در ایذه ۱۳۵۳-۱۳۹۹

سال	جمع کل	پزشک عمومی	پزشک متخصص	دندان‌پزشک	داروساز	دکترای علوم آزمایشگاهی	پزشک فوق تخصص	دکترای تخصصی
۱۳۵۳	۴	۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۵۵	۱۰	۹	۰	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳۶۰	۱۵	۱۳	۲	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۶۵	۳۴	۲۴	۹	۱	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۰*	۲۴	۱۷	۷	۰	۰	۰	۰	۰
۱۳۷۵	۳۳	۲۵	۴	۱	۲	۱	۰	۰
۱۳۷۹	۶۳	۳۸	۱۱	۵	۸	۱	۰	۰
۱۳۸۳	۵۰	۲۹	۱۷	۴	۰	۰	۰	۰
۱۳۹۰	۸۲	۴۹	۲۷	۴	۲	۰	۰	۰
۱۳۹۵	۸۳	۵۳	۲۷	۱	۲	۰	۰	۰
۱۳۹۸	۱۲۱	۴۵	۶۹	۴	۲	۱	۰	۰
۱۳۹۹	۱۳۳	۷۶	۴۷	۷	۲	۱	۰	۰

مأخذ: سالنامه آماری خوزستان، مرکز آمار ایران (۱۳)

* با تبدیل شدن باغ‌ملک به شهرستان در سال ۱۳۶۹، این شهرستان از ایذه منتزع شد. کاهش آمار پزشکان سال ۱۳۷۰ در مقایسه با سال ۱۳۶۵ ناشی از جدایی بخش باغ‌ملک از ایذه بوده است.

روایت می‌کند: «طوایف بختیاری شب را با بلوط و روز را با خرما به سر می‌برند و به ندرت گوشت می‌خورند و گاهی یک تکه نان خشک را آب زده و با اشتهای تام سد جوع می‌کنند» (۱۴).

دسته دیگری از خانوارها که به دامداری و کشت و زرع اشتغال داشتند، بضاعت بهتری داشتند و با نان و دیگر فرآورده‌ها و تولیدات خود که عمدتاً شامل شیر، ماست، کره، پنیر، روغن محلی و کشک بود به سر می‌بردند. ویلسن وضعیت این دسته از عشایر بختیاری را این‌گونه توصیف می‌کند: «آن‌هایی هم که گاو و گوسفند دارند، پنیر و ماست و کره و سایر لبنیات تهیه کرده، مقداری از آن را فروخته و بقیه را خود با عائله‌شان به مصرف می‌رسانند. وضع زندگی سایر ایلات و عشایر ایران نیز کم و بیش به همین منوال است و عجب اینجاست که باز قانع بوده و خدا را شکرگذار می‌باشند و کوچک‌ترین آثار نارضایتی از هیچ‌یک از آن‌ها مشاهده نمی‌گردد» (۱۴).

خانوارهای دیگری که وضعیت اقتصادی نسبتاً مرفه‌ای داشتند، خوراک آنان غالباً نان گندم، گوشت و برنج بود. این دسته که معمولاً گروه اقلیتی را تشکیل می‌دادند، خوانین، کلانتران و کدخدایان طوایف مستقر در منطقه بودند. ژان پیر دیگر صرف غذا در خانه یک خان را این‌گونه روایت کرده است: «ساعت ۱۷ نان و کباب گوسفند و پشت سر آن چای و سپس ساعت ۲۰ چای، نان، ماست، چلوکباب (خوراک گوشت و حبوبات که با برنج داده می‌شود) و از نو چای» (۱۵).

بنابراین می‌توان گفت تا قبل از انقلاب اسلامی و اسکان خودجوش عشایر در دهه شصت اکثریت مردم منطقه از تغذیه مناسبی برخوردار نبودند. این امر باعث افزایش برخی بیماری‌ها مانند سرخک، سینه‌پلو و اسهال شده بود. تغذیه نامناسب مشکلات مختلفی، از جمله کمبود ویتامین آ (خشکی چشم، شب‌کورگی) کمبود روی (عدم رشد، تأخیر در بهبود زخم‌ها، ریزش مو، اسهال)، کمبود آهن (نقص عملکرد مغزی، ایجاد مشکل در تنظیم دمای بدن، اختلال معده) و کمبود ید (بزرگ‌شدن غده تیروئید، کاهش تولید هورمون‌های تیروئید) را به همراه داشت. مشارکت‌کننده پژوهش تجربه زیسته خود از تغذیه زندگی عشایری را این‌گونه روایت می‌کند: «در مناطق

جدول ۵ نشان می‌دهد از دهه شصت، تعداد پزشکان در شهرستان ایذه افزایش یافته و به تدریج تغییراتی را در سبک زندگی ساکنین منطقه به وجود آورده است. افزایش آگاهی اجتماعی و ارتقای سطح سلامت از دستاوردهای افزایش پزشکان در منطقه می‌باشد.

۲-۵. **بهبود تغذیه:** یکی از تأثیرات پیدایش و توسعه پزشکی مدرن در منطقه مورد مطالعه، تأکید بر تغذیه سالم بوده است. در گذشته الگوهای عمده تدارک خوراک در منطقه شامل ۴ الگو بود که به صورت توأمان توسط ساکنین به کار گرفته می‌شد و شرایط بقای آنان را فراهم می‌آورد. این الگوها عبارت بودند از: ۱- کشاورزی سطحی که در مناطق شیب‌دار و صخره‌ای با به کارگیری حیوانات اهلی همچون گاو و الاغ انجام می‌گرفت؛ ۲- دامداری به عنوان اصلی‌ترین الگوی تدارک خوراک در منطقه، از دیرباز عمدتاً شامل پرورش بز و میش بود و تولیدات دامی (شیر، ماست، پنیر، کشک، توف، بدوف، کره، روغن، گوشت، پوست، پشم و...) هم مستقیماً توسط دامداران مصرف می‌شد و هم برای مبادله با دیگران مورد استفاده قرار می‌گرفت؛ ۳- شکار؛ ۴- گردآوری گیاهان خودرو. حیوانات مورد شکار عمدتاً بز کوهی به ویژه بز کوهی نر (پازن) و پرندگانی همچون کبک و بلدرچین بودند. گیاهان خودرو نیز طیف وسیعی از گیاهان را شامل می‌شد که در فصول متفاوت رشد می‌نمودند و مورد استفاده مردم منطقه قرار می‌گرفتند. خوراک خانوارها نیز بنا به وضعیت اقتصادی متفاوت بود. برخی که خیلی فقیر و فاقد زمین کشاورزی بودند و دامداری معدود داشتند، با نان خالی که عمدتاً در برخی خانوارها نان کَلگ بود، به سر می‌بردند. این دسته عمدتاً از گروه رعیت‌ها و خوش‌نشینان روستایی بودند. لایارد وضعیت خوراک این دسته از عشایر بختیاری را این‌گونه روایت می‌کند: «چون میهمان بزرگ آنان مادر ملامحمد بود، فوراً یک گوسفند را ذبح کردند و پس از یک ساعت شام را تهیه و تدارک دیدند. چیزی که در آنجا باعث تعجب شد، آن بود که اینان به قدری فقیر و بی‌بضاعت بودند که با نان بلوط ارتزاق می‌کردند» (۸). ویلسن (Wilson) نیز وضعیت خوراک عشایر بختیاری را این‌گونه

شیر، سوپ و آب موجود در سبزی‌ها و میوه‌ها تأمین می‌شوند. میوه‌ها و سبزی‌ها از اجزای مهم رژیم غذایی سالم هستند و در پیشگیری بسیاری از بیماری‌های عمده نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی و برخی سرطان‌ها کمک می‌کنند. عوامل مسئول آنتی‌اکسیدان‌ها و ریزمغذی‌های کاروتینوئید، ویتامین C، اسیدفولیک و... می‌باشد. مشارکت‌کننده پژوهش تجربه زیسته خود در مراجعه به مطب پزشکان و توصیه‌های پزشکی در مورد مصرف میوه‌ها و سبزیجات را این‌گونه روایت می‌کند: «از قدیم‌الایام که یادم می‌آید هر وقت بیمار می‌شدم و به دکتر مراجعه می‌کردم، همیشه بر مصرف مایعات و تغذیه سالم مثل سبزیجات و گوشت تأکید داشتند. اکثر مردم حرف پزشک برای‌شان حجت بود. این‌گونه توصیه‌ها به مرور موجب شکل‌گیری نوعی عادت و الگوی غذایی در میان افراد منطقه شد، به گونه‌ای که وقتی کسی بیمار می‌شود، دقیقاً حرف‌های دکتر را گوش و تجربیات خود از توصیه‌های پزشکی را به دیگران گوشزد می‌کند» (زن، ۵۵ ساله، خانه‌دار).

روستایی و عشایری مردم زندگی فقیرانه‌ای داشتند. اکثر مردم فقیر بودند. مثل امروز نبود که همه چیز باشد. کافیه پول داشته باشی و به بازار بروی. نان و ماستی بود که می‌خوردیم، نه مثل الان که انواع غذاها در دسترس همه است» (مرد، ۸۲ ساله، آزاد). پزشکی مدرن تغذیه را عامل پیشگیری از بیماری می‌داند. در واقع، تغذیه سالم علاوه بر تأمین انرژی مورد نیاز بدن، از ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری می‌کند و بر کیفیت زندگی و طول عمر افراد می‌افزاید. بر اساس توصیه‌های پزشکی مدرن مواد غذایی مورد نیاز بدن عبارتند از: کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها، پروتئین‌ها، مواد معدنی و آب. منابع اصلی کربوهیدرات‌های پیچیده غلات (نان و برنج)، سبزی‌ها (سیب‌زمینی) و حبوبات است. چربی‌ها از روغن و کره، پروتئین‌ها از گوشت، ماهی، مرغ، شیر، تخم مرغ و سویا، ویتامین‌ها و مواد معدنی از آهن، کلسیم، منیزیم، سدیم و آب مورد نیاز بدن، به جزء آب آشامیدنی که به صورت مستقیم مصرف می‌شود، از آبمیوه،



عکس ۱۳: بازارچه میوه‌فروشی لبدره. امروزه برخلاف گذشته و متأثر از توصیه‌های پزشکان مصرف میوه در رژیم غذایی شهروندان قرار گرفته است.

در کنار بهبود تغذیه و افزایش سطح سلامت مردم منطقه، زندگی شهری و توسعه خدمات بهداشتی و درمانی، مهاجرت روستاییان به شهر را به دنبال داشته است. این مهاجرت‌ها، تغییراتی در سبک زندگی مردم منطقه به وجود آورده، به گونه‌ای که غذاهای سنتی سالم اکثراً جای خود را به غذاهای آماده (فست‌فود) داده است. به عبارتی، اگرچه بهبود تغذیه موجب افزایش سطح سلامتی ساکنین منطقه شده، اما با اسکان عشایر و پایین‌آمدن تحرک جسمی و تغییراتی که به واسطه شهرنشینی در الگوی غذایی آنان رخ داده، میزان ابتلا به برخی بیماری‌ها افزایش یافته است. کاهش فعالیت بدنی و مصرف غذاهای پرچرب و آماده (فست‌فود) منجر به اضافه وزن و چاقی و افزایش بیماری‌های متعددی همچون بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت و انواع سرطان در منطقه شده است.

۲-۶. ترویج ورزش همگانی: پزشکی مدرن، عدم تحرک جسمی را عاملی خطرناک در ایجاد بیماری‌های قلبی عروقی می‌داند و فعالیت بدنی را به عنوان بخشی از سبک زندگی سالم توصیه می‌کند. به طور کلی تمرینات بدنی کیفیت زندگی را افزایش و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد. تقویت قلب برای بیماران قلبی به کمک تمرینات ورزشی بسیار حائز اهمیت است، به گونه‌ای که سهم بالایی از تمهیدات لازم جهت پیشگیری از سکته قلبی با ورزش و فعالیت‌های صحیح بدنی گره خورده است. پیشگیری از سکته قلبی با ورزش امروزه به یک رویکرد جدی در پزشکی تبدیل شده است، به گونه‌ای که پزشکان در کنار رژیم غذایی و دارویی، بیماران را به انجام تمرینات ورزشی تشویق می‌کنند. یکی از تأثیرات ورود پزشکی مدرن به ایده، ترویج فرهنگ زندگی سالم از طریق ورزش‌های همگانی همچون پیاده‌روی، کوهنوردی و شنا است. اسکان اجباری عشایر در اواسط دهه

بیست (۱۳۱۹-۱۳۱۴ ش.) و به تدریج اسکان خودجوش آن‌ها در دهه پنجاه (ناشی از اجرای برنامه اصلاحات ارضی، ملی‌شدن مراتع و جنگل‌ها و جاذبه‌های زندگی شهری)، تغییرات اساسی را در سبک زندگی مردم به وجود آورد. با مهاجرت گسترده روستاییان و عشایر به شهر و انتخاب زندگی شهرنشینی، عدم تحرک جسمی موجب پدیدارشدن بیماری‌های جدید شده است. چاقی به ویژه در میان زنان خانه‌دار یکی از پیامدهای زندگی شهری است که زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد. بنا بر داده‌های به دست‌آمده بیشترین مرگ و میر در ایذه به ترتیب متعلق به بیماران قلبی عروقی، سوانح رانندگی و سرطان‌هاست. پزشکان متخصص یکی از راه‌های مقابله با بیماری‌های مذکور را روی آوردن افراد به ورزش‌های همگانی همچون پیاده‌روی و کوهنوردی بیان می‌کنند. مشاهدات نشان می‌دهند در دو دهه اخیر، پیاده‌روی و کوهنوردی در ایذه مورد استقبال افراد زیادی به ویژه بانوان قرار گرفته است. این استقبال از ورزش‌های همگانی موجب راه‌اندازی مسیرهای پیاده‌روی تحت عنوان «مسیر سلامت» در تپه شهدای شهر شده است. مشارکت‌کننده پژوهش که خود سابقه بیماری قند و چربی بالا دارد، تجربه خود از ورزش پیاده‌روی را این‌گونه روایت می‌کند: «وقتی به پزشک مراجعه کردم و فهمیدم مبتلا به بیماری قند و چربی هستم، چیزی که پزشک سفارش کرد، ورزش بود. دکتر به من گفت راه درمان فقط ورزش و پیاده‌روی است. من هم از همان روز شروع به پیاده‌روی و کوهنوردی کردم. الان نزدیک ۱۰ سال است که هر روز نزدیک ۱۲-۱۰ کیلومتر پیاده‌روی می‌کنم و از همه لحاظ میزان هستم. ورزش هم از نظر جسمی آدم را سرحال می‌آورد و هم از لحاظ روحی باعث نشاط می‌شود» (مرد، ۴۴ ساله، کارمند).



عکس ۱۴: مسیر پیاده‌روی سلامت

نتیجه‌گیری

تا قبل از ورود پزشکی مدرن، عشایر منطقه در زیست‌بوم طبیعی و زندگی سیال کوچ‌نشینی به سر می‌بردند؛ نیمی از سال در بیلاق (کوه‌سفید و دیناران) و نیمی دیگر در قشلاق (ایذه و روستاهای حومه). در این زیست‌بوم وضعیت بهداشت و درمان بسیار نامناسب بود. بسیاری از بیماران به دلیل نبود امکانات درمانی، سعی می‌کردند که با بیماری خود کنار بیایند یا در صورت لزوم برای مداوا راهی مسجد سلیمان، هفتگل، اهواز و حتی اصفهان می‌شدند. مرگ و میر بیشتر به دلیل ابتلا به بیماری‌های مسری، همچون سل، وبا، طاعون، آبله، سرخک و... بود و تعداد کمی از افراد به علت کهولت سن فوت می‌کردند. نبود پزشک و امکانات بهداشتی و درمانی در منطقه موجب مرگ و میر زیاد اهالی به ویژه کودکان در بدو تولد و زنان در حین زایمان می‌شد. نبود آب شرب سالم، تغذیه نامناسب، وجود حشرات بی‌شماری که ناقل بیماری بودند و ناآگاهی مردم در مورد رعایت مسائل بهداشتی زمینه‌ساز بروز بیماری‌های مسری و خطرناک و در نتیجه مرگ و میر زیاد می‌شد. شیوه غالب درمان، طب بومی محلی بود که شامل مصرف گیاهان دارویی و استفاده از تجارب محلی در درمان برخی بیماری‌ها بود. این نوع طب با باورهای سنتی همچون

رجوع به دعانویسان گره می‌خورد. سلمانی‌ها، دلاکان، سادات، ملاها و افراد باتجربه از پیشروان طب بومی محلی به شمار می‌رفتند. ورود ادارات دولتی به منطقه و اجرای برنامه تخته قاپو، اسکان اجباری عشایر را در پی داشت. با اسکان عشایر اقداماتی در چهارچوب نوسازی جامعه سنتی ایذه با هدف جامعه‌پذیر نمودن و یکدست‌سازی آنان صورت پذیرفت. اجبار به ساخت خانه و تأسیس مدرسه و بهداری، از جمله این اقدامات بودند. بهداری به عنوان نخستین مرکز پزشکی مدرن با هدف انجام امور ساده پزشکی و مبارزه با بیماری‌های همه‌گیر در سال ۱۳۱۷ در ایذه شروع به کار کرد و خدماتی مانند تزریقات و آبله‌کوبی ارائه می‌داد. با توجه به خیل عظیم جمعیت روستایی و عشایری، این مرکز قادر به ارائه خدمات به همگان نبود. منطقه ایذه در حوزه سلامت و بهداشت از محروم‌ترین مناطق محسوب می‌گردد. اعزام سپاه دانش، سپاه بهداشت و سپاه ترویج و آبادانی به روستاها و ترویج زندگی سالم تغییراتی در سبک زندگی روستاییان به وجود آورد و آنان را با شیوه زندگی شهری آگاه ساخت. شیوع بیماری مالاریا در دهه چهل موجب تأسیس اداره مبارزه با مالاریا در منطقه گردید که علاوه بر ارائه خدمات در سطح روستاها، محل مراجعه بیماران شهری نیز بود. افتتاح زایشگاه و بعدها با

توسعه چند بخش در آن و ارتقا به بیمارستان نقطه عطف تحولات بهداشت و درمان در ایذه بود. بعد از انقلاب با توسعه امکانات بهداشتی درمانی و واکسیناسیون همگانی، مرگ و میر نوزادان و اطفال کاهش و جمعیت شهرستان به تدریج افزایش یافت. تا قبل از انقلاب اسلامی، امید به زندگی در ایذه نسبت به سایر شهرستان‌های استان خوزستان کمتر بود. به عبارتی می‌توان گفت از ابتدای شکل‌گیری بهداشت و درمان در منطقه، شهرستان ایذه کمترین امکانات درمانی و نیروی انسانی را نسبت به دیگر شهرهای استان داشت و میزان بالای مرگ و میر بیانگر این مطلب بود. گسترش برنامه‌های حمایتی بهداشتی و درمانی بعد از انقلاب اسلامی نقش مهمی در افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر داشته است. بعد از انقلاب، بهداشت و درمان شهرستان ایذه رشد کمی و کیفی داشته و وضعیت سلامت و بهداشت مردم نسبت به قبل از انقلاب بهبود یافته است. عامل اصلی چنین روندی توجه به بهداشت محیط و پیشگیری از بیماری‌ها از طریق واکسیناسیون و بهبود وضع تغذیه مردم منطقه بوده است. ورود خدمات و تسهیلات شهری، از جمله جدول‌کشی و آسفالت خیابان، برق‌رسانی و تأسیس اداره آب، توسعه شبکه آبرسانی و برخورداری از آب شرب سالم، از جمله زمینه‌های تغییر سبک زندگی در منطقه مورد مطالعه بوده است. افزایش خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت محلات، ترویج اصول علمی بهداشت عمومی در روستاها، محلات و مدارس، افزایش آگاهی اجتماعی، ارتقای سلامت عمومی و بهداشت فردی، بهبود تغذیه و ترویج ورزش همگانی نیز از بسترهای تغییر سبک زندگی در منطقه می‌باشند. تا قبل از انقلاب اسلامی، تنها اقلیت خوانین از تغذیه مناسب برخوردار بودند و عامه مردم عشایر در فقر و فلاکت به سر می‌بردند و از تغذیه مناسبی برخوردار نبودند. این امر منجر به بروز مشکلاتی همچون عدم رشد، تأخیر در بهبود زخم‌ها، ریزش مو، خشکی چشم، شب کوری، کم‌خونی و اختلال معده و شیوع بیماری‌هایی چون سرخک، سینه‌پهلو و اسهال می‌شد. یکجانشینی عشایر، برخورداری از امکانات و تسهیلات درمانی و تأثیرپذیری از

توصیه‌های پزشکان که تغذیه سالم بدن را به عنوان فرایند رشد و بازسازی سلولی می‌دانستند، تغییرات اساسی در سبک زندگی به وجود آورد. بررسی وضعیت بهداشت و درمان شهرستان ایذه در سال‌های گذشته نشان می‌دهد که «وضع موجود» بهداشت و درمان با «وضع مطلوب» آن، فاصله بسیار زیاد دارد، به طوری که بسیاری از مناطق روستایی و شهری هنوز با مشکلات عدیده‌ای همچون کمبود پزشک، پرستار و بهورز، عدم وجود روش‌های صحیح جمع‌آوری و دفع زباله، تأمین آب آشامیدنی سالم و فقدان شبکه‌ها و سیستم‌های هدایت و دفع فاضلاب دست و پنجه نرم می‌کنند. به عبارتی، اگرچه بهداشت و درمان ایذه نسبت به قبل از انقلاب وضعیت بهتری پیدا کرده و از امکانات و نیروی انسانی (پزشکان و پیراپزشکان) برخوردار گردیده، اما با این وجود بسیاری از مردم ترجیح می‌دهند برای درمان بیماران خود و یا برای زایمان به بیمارستان‌های خصوصی شهرهایی همچون اهواز، اصفهان، شیراز و حتی تهران مراجعه کنند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان پژوهش کمبود پزشک متخصص، پرستار، ماما، بهورز و نبود امکانات درمانی همچون بیمارستان خصوصی، درمانگاه و کلینیک تخصصی را به عنوان معایب بهداشت و درمان در منطقه عنوان کرده و خواستار افزایش آن‌ها شده‌اند.

لازم به ذکر است این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری جامعه‌شناسی با عنوان «مطالعه مردم‌نگارانه تغییرات سبک زندگی در فرایند گذار از زندگی عشایری به شهری در ایذه» می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

علی حسین حسین‌زاده: نظارت بر مقاله.

معصومه باقری: نظارت و راهنمایی بر مقاله.

حسین ملتفت: مرور کلی و بازنگری منابع.

سجاد بهمینی: ارائه نظرات اصلاحی.

ذوالفقار احمدی اوندی: ارائه ایده، نگارش مقاله، گردآوری منابع.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش این مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Lombeshkon A. The hygiene and treatment in Isfahan between 1963-1979; a critical study, bachelor's thesis in the field of history of Islamic period Iran. Isfahan: University of Isfahan; 2011. [Persian]
2. Darkatanian GH, Nouraei M, Dehghannejad M. Health Reforms in Dezful throughout the Pahlavis (1926-1979). *Ganjineh-ye Asnad Quarterly*. 2017; 1(105): 6-27 [Persian]
3. Ghanbari M. Health status of Kermanshah people in Qajar district. Master's Thesis. Kermanshah: Payam-e Noor University; 2018. [Persian]
4. Sangasubana N. How to conduct ethnographic research. *Qualitative Report*. 2011; 16(2): 567-573.
5. Berg BL, Lune H. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 8th ed. Hoboken: Pearson; 2012.
6. Mohammadpour A. *Qualitative Research Methodology: Practical Steps and Procedures in Qualitative Methodology*. Tehran: Sociologists; 2013. Vol.2 p.326. [Persian]
7. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2014.
8. Durand ER. *Durand's travel book*. Translated by Saki AM. Shiraz: Mohammadi Bookstore; 1967. [Persian]
9. Sackville-West VM. *Twelve days: An account of a journey across the mountains south-western Persia*. Translated by Tavakoli Mehran. 1st ed. Tehran: Ney Publications; 2001. [Persian]
10. Sardar Asad S. *History of Bakhtiari (Summary of the Ages in History of Bakhtiar)*. Lithograph; 1914. [Persian]
11. Layard SA. *Layard's travel book or early adventures in Iran*. Translated by Amiri M. Tehran: Vahid Publications; 1988. [Persian]
12. Allemande HRD. *From Khorasan to Bakhtiari*. Translated by Samiei GH-R. Tehran: Tavoos Publications; 1999. Vol.2. [Persian]
13. Iran Statistics Center. *Khuzestan Province Statistical Yearbook (years 1353, 1355, 1357, 1359, 1360, 1362, 1365, 1370, 1375, 1379, 1383, 1390, 1395, 1399)*. [Persian]
14. Wilson A. *Wilson's travel book or the political and economic history of southwestern Iran*. Translated by Saadat Nouri H. Tehran: Vahid Publications; 1968. [Persian]
15. Digar JP. *The techniques of Bakhtiari nomads*. Translated by Karimi A. 2nd ed. Mashhad: Astan Qods Razavi; 1990. [Persian]