

رفتارهای بهداشتی در میان ترکمن‌ها

زردشت هوشور

دکتر منوچهر محسنی

دکتر عزت‌الله کیوان

مقدمه :

ضمن طرح دراز مدت (بررسی طولی مسائل بهداشتی - جمعیتی حوزه شمال شرقی دریای خزر) که عملیات اجرایی آن از ۱۳۵۵/۲/۱۵ آغاز گردید، انجام تحقیق ویژه‌ای در زمینه رفتارهای بهداشتی پیش بینی شده بود. در مطالعات اولیه که جهت انتخاب ناحیه انجام شد بیش از هر چیز نارسائیهای پزشکی، بهداشتی و اجتماعی بچشم میخورد که کمبود مدرسه، حمام، غسالخانه و لوله کشی آب از آنجمله بودند.

انزوای جغرافیائی، محدودیت قومی و نژادی (ترکمن)، محدودیت در زبان، نوع شغل، کم آبی شدید و وابستگیهای فرهنگی و امثال آن شواهد عینی ولی سطحی بودند که در همان بررسیهای نخستین ذهن ما را متوجه پاره‌ای کمبودهای احتمالی در زمینه‌های مختلف نمود. قوم ترکمن از دوسوی شمال و غرب بترتیب با روسیه شوروی و دریای خزر همسایه است و این مجاورت از علل مهم انزوای جغرافیائی و فرهنگی ناحیه بحساب میآید. چراکه مانع از آشنائی با تمدن و فرهنگ دیگران شده که در نهایت موجب تماس و حشر و نشر کمتر با آنها و وابستگی بیشتر به محیط گردیده است.

نوع شغل نیز یکی از معیارهای ارزنده فرهنگی است و ربه گردانی و تربیت دام که شغل اصلی است میتواند تا حدودی مبین درجه فرهنگ جامعه مورد بررسی باشد. عوامل یادشده بالا وقتی با وضع نامساعد اقلیم و کمبود آب بهم آمیختند رهگشای طرح سؤالاتی شدند که پرسشنامه‌های این تحقیق زاده مستقیم آنهاست.

(بررسی رفتارهای بهداشتی ترکمن) که عنوان این مقاله است حاصل تجزیه و تحلیل چند سؤالی است که در زمینه رفتارهای بهداشتی با توجه بشرایط طبیعی و محدودیتهای اجتماعی و فرهنگی جامعه طرح ریزی شده بودند.

دراین تحقیق تنها شناخت رفتارها مطرح نبود، بلکه شناسائی کم و کیف و الگوهای رفتاری نیز مورد توجه قرار گرفت زیرا بکمک معیارهای بدست آمده، انتخاب کادر درمانی و بهداشتی بنحو بهتری امکان پذیر خواهد بود، چراکه تا شاخص نوع رفتارها بدست نیاید

تشخیص نوع نیازهای بهداشتی - درمانی جامعه و بر اساس آن انتخاب کادر درمانی از لحاظ پایه تحصیلات و چگونگی آموزش آن مقدور نیست.

با توجه باینکه این گزارش حاصل تلاش مشترک عده زیادی است، نویسندگان مقاله وظیفه خود میدانند که از جملگی آنان بویژه جناب آقای دکتر جلالی سرپرست محترم طرح (بررسی طولی مسائل بهداشتی - جمعیتی حوزه شمال شرقی دریای خزر) و آقای علی جلالی مدیر داخلی ایستگاه گنبد کاووس تشکر نمایند. همچنین همکاری پرسشگران، خانمها: زلیخا باهکی و زبیده شیر محمدی و آقایان: اراز محمد کرو محمد نیازی و همکاری آقایان عباس رضانپور و حمید موسوی که در استخراج و تدوین جدولها ما را یاری کرده‌اند و بالاخره خانم شهره فرنی که تایپ این گزارش را بعهده داشتند در خور سپاس بسیار است.

هدف و فرضیات مطالعه :

هدف از اجرای این بررسی آگاهی یافتن رفتارهای بهداشتی ترکمن‌ها و عوامل مؤثر در آن رفتارها بود.

منظور از رفتارهای بهداشتی در این بررسی، آندسته از اعمال است که شخص برای تمیز نگاهداشتن خود به آنها اقدام مینماید که از آن میان افق مطالعه، به بررسی رفتارهایی مانند حمام رفتن و مسواک زدن دندان محدود میگردد .

در این بررسی فرض بر اینست که رفتارهای بهداشتی هر جامعه متأثر از عواملی مثل سن، سواد، تحرك مکانی، رسانه‌های گروهی، آگاهی‌های بهداشتی (شناخت بیماری و میکرب و...) و گرایش بسوی جبر و اختیار است که هر کدام حتی به تنهایی میتواند سازنده نوعی رفتار بهداشتی باشد.

با توجه به هدف ذکر شده در بالا فرضیات زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱- آگاهیهای بهداشتی مثل شناخت بیماری و میکرب و علل ابتلاء و پیدائی بیماری با رفتارهای بهداشتی در ارتباط است.

۲- سن عامل مؤثر در نوع رفتار بهداشتی و تعیین کننده میزان عملکرد بان رفتار است، جوانترها پویائی بیشتری برای تجربه‌های جدید، نوآوری و یا تقلیدهای تازه دارند تا افراد مسن.

۳- تحرك مکانی (مسافرت) یکی از عوامل مؤثر در ایجاد رفتار یا تغییر رفتار است.

۴- استفاده از وسایل ارتباط جمعی (رادیو) در افزایش سطح آگاهیهای بهداشتی مؤثر است.

۵- سواد مهمترین عامل آشنائی جامعه با بهداشت میباشد.

ویژه‌گیهای جامعه مورد بررسی و روش تحقیق :

(بررسی طولی مسائل بهداشتی - جمعیتی شمال شرقی ایران) تحقیقی است پیرامون مسائل و موضوعات اجتماعی و بهداشتی اقوام ترکمن که با توجه با مکانات و شرایط اجرای طرح دهستان گوکلان از بخش کلالة واقع در شهرستان گنبد کاووس برای انجام آن انتخاب

گردید. از دهستان مزبور محدوده‌ای مشتمل بر ۳۵ روستا و ۱۵ مزرعه وابسته جهت بررسی انتخاب شد. سرشماری انجام شده در منطقه، جمعیت روستاهای تحت مطالعه را بالغ بر ۱۱/۲۵۳ نفر بدست داد، که از این عده ۵۸۴۸ نفر مرد و ۵۴۰۵ نفر زن بودند. باینترتیب نسبت جنسی رقمی معادل ۸/۲ بدست آمد و با توجه به ۱۹۳۶ خانوار ساکن منطقه بعد متوسط خانوار به ۸۱ نفر رسید. ۴۷۳٪ جمعیت را افراد کمتر از ۱۵ سال و ۲۴٪ آن را افراد ۶۵ ساله و بیشتر تشکیل میدادند.

براساس محاسبات انجام شده میانگین سنی جامعه ۱۶/۳ سال بود که گویای جوانی جمعیت است.

از مجموع ۸۳۱۰ نفر جمعیت ۷ ساله و بالاتر ۶۵۹۷ نفر (۷۹/۴٪) بیسواد بودند که در این میان زنان سهم بیشتری داشتند. (مردان ۴۳/۷٪، زنان ۵۶/۳٪). حدود ۲/۲٪ کل جامعه هفت‌ساله و بالاتر تحصیلاتی بیش از ابتدائی و ۱۸/۴٪ میران سوادشان در حدود ابتدائی و یا کمتر بود (۱). گروه مصاحبه‌شونده در بررسی رفتارهای بهداشتی، رؤسای خانوار یا همسران آنها بودند، از مجموع ۱۹۳۶ نفریکه انتظار مصاحبه با آنها برفت به ۱۸۶۴ نفر (۹۶/۳٪) آنها دسترسی حاصل شد، بیشتر مصاحبه‌شوندگان (۴۳٪) درگروه سنی ۴۴-۳۵ سال قرار داشتند، با میانگین سنی ۳۹ سال، ضمناً ۸۴٪ پاسخگویان بیسواد و فقط ۸/۳ درصد دارای تحصیلاتی حدود ابتدائی بودند.

استفاده مرتب از حمام در بین جامعه متداول نبود. حدود ۲۶ درصد از پاسخگویان اظهار داشته‌اند حداکثر سالی یکبار و ۴۳/۲٪ هفته‌ای یکبار و بیشتر به حمام میروند، این ارقام در بین زن و مرد متفاوت بود. ۲/۲٪ مردان و ۳۴٪ زنان پاسخگو، حداکثر سالی یکبار و ۵/۵٪ مردان و ۳۲/۷٪ زنان هفته‌ای یکبار و بیشتر به حمام میروند که احتمالاً این اختلاف در اثر تحرك مکانی بیشتر مردان بدست آمده است.

باوجودیکه سؤالات پرسش‌نامه نوعی تنظیم و کد گذاری شده بود که استخراج آنها با ماشین‌های کامپیوتر امکان‌پذیر بود، اما وصول تدریجی پرسشنامه‌ها، وجود پاره‌ای سؤالات ارزنده که استخراج و محاسبه آنها با کامپیوتر امکان‌پذیر نبود، لزوم تقدم و تأخر در امر استخراج بعضی از ارقام و تنظیم جداول مربوط به آنها و بالاخره موضوعات مختلف دیگر از عواملی بود که باعث شد کارهای استخراج و محاسباتی آن با دست انجام شود.

روش گردآوری اطلاعات، استخراج و تجزیه و تحلیل :

مطالعه بکممک پرسشنامه ویژه‌ایکه برای شناخت سطح آگاهیهای اجتماعی و هشیاری جامعه ترکمن در مورد بیماری، بهداشت و درمان تدوین شده بود انجام پذیرفت. برای تکمیل پرسشنامه‌ها از پرسشگران محلی استفاده شد تا با استفاده از زبان محلی (ترکمن) بهترین و صحیحترین اطلاعات را افراد کسب نمایند. از ۹۰ سؤالی که در زمینه‌های مختلف در پرسشنامه آورده شده بود، سؤالات مربوط به سن، جنس، وضع سواد، شناخت میکروب، شناخت بیماری، عامل بیماری، تحرك مکانی و کاربرد وسائل ارتباط جمعی در رابطه با تغییرهای اصلی که مسواک کردن و حمام رفتن بود مورد سنجش قرارگرفت. با این حساب فقط

(۱۰) سؤال از مجموع (۹۰) سؤال پرسشنامه برای تنظیم این گزارش استفاده شده است. برای اثبات فرضیات مورد نظر و وجود رابطه میان سؤالاتی که متغیرهای اصلی و دیگر متغیرها را میساختند از آزمون χ^2 و برای آگاهی از میزان رابطه از ضریب توافق پی (C) کمک گرفته شد.

۱- تأثیر عوامل مختلف بر رفتارهای بهداشتی

الف - سن و جنس :

جنس پاسخگو با دفعات حمام رفتن در طول سال مورد بررسی قرار گرفت. ارقام بدست آمده نشان میدهد که اصولاً مردان بیش از زنان بحمام میروند، بدینمعنی که فقط ۲۲ درصد از مردان حداکثر سالی یکبار استحمام میکنند در حالیکه تعداد زنان اندکی کمتر از ۲ برابر مردان است و در مقابل ۷۰ درصد از مردان که ماهی یکبار و بیشتر بحمام میروند، فقط ۵۱ درصد از زنان قرار دارند (جدول شماره ۱).

بطور کلی صرف نظر از عامل سن که باید در رابطه با جنس و دفعات حمام رفتن در طول سال مورد بررسی قرار گیرد. میتوان چنین حدس زد که چون اصولاً با نبودن حمام در روستا-های تحت مطالعه، حمام رفتن لزوماً رفتن بشهر را ایجاب میکند و بشهر آمدن روستائی نیز معمولاً بخاطر انجام امور اداری و فروش فرآوردهها و خرید مایحتاج زندگی است و انجام این امور بعهده مرد خانواده است بنابراین مردها بیشتر دسترسی به حمام دارند تا زنهار.

بنظر میرسد که دفعات حمام رفتن در طول سال با سن در ارتباط باشد، بدینمعنی که هرچه سن بیشتر شود تمایل به استحمام کمتر میگردد. علت چنین حدسی را میتوان در شناخت سطحی جامعه کهن از بیمار و بیماری و تأثیر بیشتر فعالیتهای سپاهیان بهداشت و شناساندن نقش بیماری به نسل جوان بجهت قدرت پذیرش بیشتر آن گروه و بالاخره گسترش سواد از شهر بروستا و آشنائی نسل جوان با الف باء بهداشت دانست. براین اساس سن و جنس توأم در رابطه با دفعات حمام رفتن در طول سال مورد سنجش و بررسی قرار گرفت.

علی رغم نظر پیش آورده شده، دفعات حمام رفتن با افزایش سن (در هر دو جنس) فزونی میگردد، بدینمعنی که ۲۶/۲ درصد مردان کمتر از ۳۰ ساله، حداکثر سالی یکبار استحمام میکنند، در حالیکه در گروه سنی ۵۰ ساله و بیشتر این رقم به ۲۰/۷ درصد کاهش مییابد. برعکس وقتی فاصله دوبار استحمام به کمتر از یکماه میرسد، مردان سالمند (۶۰ ساله و بالاتر) بیشتر از جوانترها (۳۰ ساله و کمتر) باین رفتار بهداشتی اقدام مینمایند (۶۰ درصد جوانترها و ۶۹/۵ درصد سالمندان).

در مورد زنان همین نتایج با اندکی اختلاف بدست آمده است. مثلاً ۳۹/۵ درصد زنانیکه در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال قرار داشتند و ۳۳/۳ درصد زنان ۵۰ ساله و بیشتر حداکثر سالی

$$\star - \chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} \quad \star\star - C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

یکبار بحمام میروند درحالیکه ۰/۵ درصد زنان کمتر از ۳۰ ساله و بیش از ۶۲ درصد زنان ۵۰ ساله و بیشتر ماهی یکبار و یا بیشتر استحمام میکنند. احتمالاً علت این امر را میتوان در دو نوع ارزش جستجو کرد. اول آنکه روستائیان معتقدند با افزایش سن، عقل نیز فزونی مییابد. و این امر در خصوص انجام رفتارهای بهداشتی و مراعات فردی و اجتماعی و محیطی بیشتر صادق است (۳). دوم آنکه افراد مسن خانواده در جوامع سنتی کهن دارای ارزش اجتماعی خانوادگی هستند و شاید باین خاطر است که با بهره‌گیری از این ارزش، از امکانات بیشتر جهت مسافرت بشهر و استحمام، استفاده میکنند.

ب - سواد :

در بررسی‌های اجتماعی سواد یکی از شاخصهای اصلی است و متغیرهای دیگر در رابطه با آن مورد سنجش قرار میگیرند.

در این بررسی میزان سواد با دفعات حمام رفتن در طول سال مورد مطالعه قرار گرفت. نتیجه اینکه ۶/۲۵٪ بیسوادها و ۱۲/۵٪ آنانکه سواد ابتدائی و بالاتر داشتند حداکثر یکبار در سال بحمام میرفتند.

دوگروه باسواد و بیسواد از جهت دیگر مطالعه شد تا معلوم گردد کدام یک از آن دو در شرایط یکسان هر هفته بطور مرتب به حمام میروند. نتیجه آنکه بنسبت قابل ملاحظه‌ای با سوادها بر بیسوادها پیشی داشتند. (۹/۴۱٪ بیسواد، ۴/۶۲٪ خواندن و نوشتن و ۹/۷۲٪ ابتدائی و بالاتر). ارقام ذکر شده بوضوح رابطه بین حمام رفتن و میزان سواد را نشان میدهد. هر اندازه که سطح سواد افزایش یافته تعداد آنها که مرتب هر هفته بحمام میروند بیشتر شده است (جدول شماره ۱). به منظور اثبات این فرض از ملاک χ^2 بهره‌گیری شد و با اطمینان ۹۹ درصد فرض نبودن همبستگی میان دو متغیر رد شد (دو متغیر باهم در ارتباط هستند). برای آگاهی بیشتر از میزان همبستگی دو متغیر از ضریب C نیز استفاده شد.

متغیر دیگری که در رابطه با سواد ارزیابی شد مسواک کردن دندان بود. در پاسخ این سؤال که (آیا تا بحال دندان خود را مسواک کرده‌اید؟) نسبت پاسخهای مثبت آن عده که سواد ابتدائی و بالاتر داشتند ۳/۶ برابر پاسخهای منفی بود، بر عکس این نسبت در مورد بیسوادان بسیار ناچیز (۱۷ صدم درصد). اگر چه نسبتهای بدست آمده از مقایسه بیسوادان و آنها که سواد ابتدائی و بالاتر داشتند در رابطه با ستغیر مورد نظر چشم‌گیر است اما بعلت کمی تعداد افراد باسواد (۴۷ نفر یا ۲/۵ درصد پاسخگویان) نمیتوان به آن عمومیت داد و بآن استناد نمود. با این وصف برای اثبات وجود رابطه بین دو متغیر از آزمون χ^2 استفاده شد و با اطمینان ۹۰ درصد وجود رابطه ثابت گردید. ☆☆☆

$$\ominus - \chi^2 = 10/94, d.f = 4; P < .005; C = .110.$$

$$\odot\odot - \chi^2 = 231/49, d.f = 2; P < .05, C = .33.$$

۲- آگاهیهای پزشکی و بهداشتی در رابطه با رفتارهای بهداشتی

الف - شناخت بیماری :

با توجه به پائین بودن سطح کمی و کیفی سواد جامعه بنظر میرسد که شناخت افراد از بیماری، شناختی ابتدائی و سطحی باشد. لذا سؤالاتی که در این زمینه عنوان شده تا حد امکان منطبق با برداشتهای پزشکی و بهداشتی جامعه بوده است. در این بحث هدف روشن ساختن این مطلب بوده که آیا آنچه را که ما بیماری میدانیم و بدرمانش میپردازیم و حتی آنرا احتمالا عامل و یا نشانه بیماری دیگری ذکر میکنیم، فرهنگ پزشکی تر کمن هم آنرا بیماری میدانند یا نه؟

برای روشن شدن مطلب از جامعه مورد بررسی سؤال شده که (آیا شما سردرد را یک بیماری میدانید؟).

پاسخهای بدست آمده نشان میدهد که اکثر قریب باتفاق افراد جامعه آنرا نوعی بیماری دانسته اند. (۹۴/۷٪). این عامل، در رابطه با فاصله دوبار حمام رفتن مورد بررسی قرارگرفت و اختلاف زیادی بین آنها که حداکثر سالی یکبار و آنها که هفته ای یکبار و بیشتر استحمام میکنند بدست نیامد. (۹۴/۴٪ حداکثر سالی یکبار و ۹۵/۹٪ هفته ای یکبار و بیشتر) و هر دو گروه آنرا نوعی بیماری دانسته اند. برای اثبات فرض مذکور از ملاک χ^2 استفاده شد و با اطمینان ۹۵٪ فرض نبودن رابطه میان دو متغیر رد شد. (دو متغیر با هم ارتباط دارند). برای آگاهی بیشتر از میزان همبستگی دو متغیر از ضریب C نیز استفاده شد. برای آگاهی بیشتر از عقاید جامعه در مورد شناخت بیماری سؤال مشابه دیگری نیز مورد بررسی قرارگرفت.

در پاسخ این سؤال که (آیا کرم خوردگی دندان یک بیماری است؟) اکثر پاسخگویان جواب مثبت داده بودند (۹۴/۶٪) اما وقتی همین سؤال در رابطه با سؤال (آیا تا بحال دندان خود را مسواک زده اید؟) مورد سنجش قرارگرفت، جوابهای بدست آمده گویائی چندانی نداشت و نشان داد که دانستن این نکته که کرم خوردگی دندان یک بیماری است تأثیری بر روی رفتار بهداشتی (مسواک کردن) ندارد، زیرا ۹۴/۶٪ آنها که تا بحال دندان خود را مسواک نکرده بودند و ۹۵/۲٪ آنها که به این عمل اقدام کرده بودند آنرا نوعی بیماری میدانستند (جدول شماره ۲). این مطلب میرساند که احتمالا آگاهیهای سطحی در مورد پاره ای از بیماریها نمیتواند در رفتار بهداشتی مؤثر واقع شود و برای تأثیر بیشتر باید بموضوعات دیگری مثل افزایش سطح آگاهیهای بهداشتی، در اختیار قراردادن وسائل بهداشتی و... توجه گردد.

ب- عوامل بیماری زا :

یکی از هدفهای این تحقیق آگاهی از عقاید جامعه در مورد عوامل بیماریزا بود. در این مورد عقاید جامعه مورد ارزیابی قرارگرفت ۱۴/۵٪ جامعه، پیدائی امراض را با دیدی خرافی

$$\chi^2 - X^2 = 37/70.7, d.f = 4 ; P < .05, C = .14.$$

مینگریستند (بد شانس و یابی دینی)، $0.53/4$ بعلت عدم مراقبتهای بهداشتی و $0.32/1$ بقیه علت بیماری را در ضعف جسم و عوامل گوناگون ذکر کرده بودند (جدول شماره ۳). هنگامیکه این علل در رابطه با حمام رفتن مورد سنجش قرار گرفت مشاهده شد آنها که یکبار در سال حمام میکردند و به مسئله نظافت بدن بی توجه بودند خرافات را عامل اصلی بیماری دانسته اند ($0.46/5$)، در حالیکه در بین آنعده که هر هفته یکبار و بیشتر استحمام میکردند درصد افراد پای بند بخرافات به $(0.19/2)$ کاهش یافته است.

وقتی افراد واقع بین تر، یعنی آنانکه علت بیماری را در عدم مراقبتهای کافی بهداشتی دانسته اند در رابطه با فاصله دوبار حمام رفتن قرار گرفتند، ارتباط بنحو بهتری نشان داده شد و نسبت آنها که موبت هفته ای یکبار یا دوبار حمام میکردند رقمی متجاوز از سه برابر آنهائی بود که حداکثر یکبار در سال حمام میکردند. ظاهر امر نشان داد پرهیز از استحمام (بهرعلت) با اتیولوژی بیماری در ارتباط بوده و آنانکه کمتر حمام میکردند، بموضوعات بهداشتی بیشتر بدیده خرافی مینگریستند (همان جدول). برای اثبات این فرض از ملاک X^2 استفاده شد و با 0.99 اطمینان فرض یکسان بودن در جامعه رد شد. برای میزان ارتباط از ضریب C نیز کمک گرفته شد و استحکام همبستگی بین دو عامل اثبات گردید.

آنچه تا کنون در این بحث عنوان شد، تأثیر عقاید خرافی بر رفتارهای بهداشتی بود، اما حقیقت اینستکه تعداد افراد پای بند خرافات در اسورپزشکی همانطور که گفته شد فقط $0.14/5$ جامعه را ساخته و بقیه دیدی روشنتر و واقع گراتر داشته اند. برای ارزشیابی عقاید بهداشتی بقیه پاسخگویان، معیارهای دیگری نیز عنوان گردید که از آنجمله است «رابطه مگس با بیماری».

در پاسخ این سؤال که (آیا مگس میتواند عامل بیماری را باشد؟)، اکثر پاسخگویان جواب مثبت دادند ($0.87/7$).

نقش بیماری زائی مگس در رابطه با دفعات حمام رفتن در سال مورد بررسی قرار گرفت. ارقام بدست آمده نشان میدهند در صد افرادی که بنقش بیماری زائی مگس آگاهی داشتند بیشتر از حمام استفاده میکردند ($0.46/5$ هفته ای یکبار و بیشتر) (جدول شماره ۳). بمنظور اطمینان از وجود رابطه میان دو صفت ذکر شده از آزمون X^2 استفاده شد و وجود ارتباط با اطمینان 0.99 تأیید گردید برای آگاهی از کیفیت رابطه از ضریب C کمک گرفته شد.

ج - شناخت میکرب :

در پاسخ این سؤال که (آیا میدانید میکرب چیست؟) فقط $0.16/5$ پاسخگویان جواب مثبت دادند که بیانگر پائین بودن سطح آگاهیهای بهداشتی جامعه تحت مطالعه است. برای روشن شدن این مطلب که آیا شناخت میکرب تأثیری در نظافت و ترتیب حمام رفتن دارد؟ دو متغیر ذکر شده در ارتباط با هم مورد بررسی قرار گرفتند.

$$\star - X^2 = 163/80, d.f = 4 ; P < .001 ; C = .730$$

$$\star \star - X^2 = 12/07, d.f = 4 ; P < .100 ; C = .110$$

حدود ۱۰٪ آنها که شناختی از میکرب داشتند حداکثر سالی یکبار و ۷۲٪ هفته‌ای یکبار و بیشتر استحمام میکردند. در حالیکه این ارقام برای آن‌ده که اظهار داشتند میکرب را نمیشناسند بترتیب ۳/۲۸٪ و ۴/۳۷٪ بود (جدول شماره ۳). بمنظور آگاهی از وجود رابطه بین متغیرهای (شناخت میکرب و دفعات حمام رفتن در طول سال) از آزمون X^2 استفاده شد و فرض یکسان بودن دو متغیر رد شد (دو متغیر با هم ارتباط دارند). برای تعیین اندازه رابطه بین دو متغیر، ضریب C محاسبه و وجود همبستگی قابل ملاحظه‌ای را با ثبات رساند. * با توجه به معنی دار بودن رابطه بین دو متغیر ذکر شده و بالا بودن نسبی ضریب توافق میتوان بتأثیر میزان آگاهیهای بهداشتی جامعه در بالا بردن سطح رفتارهای بهداشتی پی برد. شناخت میکرب از دیدگاه ترکمن در رابطه با سواک کردن دندان مورد بررسی قرار گرفت. ارقام بدست آمده نشان میدهد، درصد آنها که اظهار داشتند میکرب را میشناسند و به سواک کردن دندان تا بحال (حتی برای یکبار) اقدام کرده‌اند بیش از ۳ برابر آنهایی بود که هرگز در تمام مدت عمر از سواک استفاده نکرده بودند (۹/۳۴٪ و ۱۱/۱٪). ضمناً درصد افرادی که شناختی از میکرب نداشتند و تا بحال اقدام به سواک کردن دندان نکرده بودند نسبت قابل توجهی بیش از آنهایی بود که به این رفتار بهداشتی تا بحال اقدام کرده بودند. (جدول شماره ۲). آزمون X^2 در این مورد نیز رابطه بین دو متغیر را معنی دار نشان داد $\star\star$. دو سؤال (آیا میدانید میکرب چیست؟) و (آیا در حال حاضر دندان خود را سواک میکنید؟) در ارتباط با هم مورد بررسی قرار گرفتند تا معلوم شود آشنائی با بهداشت در این زمینه تا چه حد بر رفتار (سواک کردن منظم دندان) تأثیر میگذارد. ارقام بدست آمده نشان میدهد که برخلاف انتظار اینگونه آشنائیا تأثیر چندانی بر کیفیت رفتار جامعه مورد مطالعه ندارد. زیرا ۲/۲٪ آنها که میدانستند میکرب چیست و ۱/۱۷٪ آنها که هیچگونه آگاهی نداشتند منظماً به سواک کردن دندان میپرداختند، و ارقام تقریباً متعادلی در مورد آنانکه گاهگاه و یا بندرت باین عمل اقدام میکردند بدست آمده که نظر فوق را تأیید مینماید.

بنابراین احتمالاً باید عوامل دیگری غیر از شناخت سطحی میکرب وجود داشته باشند تا بتواند یک ترکمن را بمسواک کردن تشویق و بعد عادت دهد. این عوامل ممکن است شناخت دقیقتر از میکرب، آب کافی، سطح دانش بالاتر، دانستن ارزش دندان و تأثیر آن بر سلامتی دیگر دستگاههای بدن و... باشد و چون موضوعات اجتماعی معمولاً در هم بافتگی و پیچیدگی بسیار دارد باسانی نمیتوان علت را در یک عامل جستجو کرد. از آن‌ده که اظهار داشته بودند میکرب را میشناسند (۴/۱۶ درصد پاسخگویان) سؤال شده بود که (میکرب در کجا وجود دارد؟)، ۴۴٪ آن را در همه جا، ۲۸٪ فقط در آب، ۷٪ فقط در خاک ذکر کردند. سطحی بودن جوابها نشان میدهد که اصولاً اطلاعات بهداشتی جامعه حتی آن‌ده که خود را واقف و مطلع بر امور بهداشتی میدانند ناچیز است.

$$\star - X^2 = 34/49, \text{ d.f.} = 2; P < .0.01; C = .014$$

$$\star\star - X^2 = 116/23, \text{ d.f.} = 2; P < .0.01; C = .024$$

۳ - تأثیر رادیو بر رفتارهای بهداشتی

حدود ۶۷ درصد خانوارهای تحت بررسی دارای رادیو بودند. وجود رادیو در بین خانوارهاییکه منظم تر و بیشتر حمام می‌کردند امری کاملاً محسوس بود. درصد آنها که رادیو داشته و حداکثر یکبار در سال حمام می‌رفتند در مقایسه با آن‌ها که منظم‌تر هرفته استحمام می‌کردند جزئی بود (۲۱/۳ درصد و ۹/۷ درصد). درصد آنها که دارای رادیو بوده و حداکثر یکبار در سال حمام می‌کردند در مقایسه با آنها که فاقد رادیو بودند در خور توجه بود (۲۱/۳٪ دارای رادیو و ۴/۳۰٪ فاقد رادیو). ارقام بدست آمده نشان می‌دهد که استفاده از رادیو وسیله مؤثری جهت تغییر رفتارهای بهداشتی است و چنانچه در این خصوص برنامه - ریزیهای دقیقتری انجام شود (مثلاً بحثهای بهداشتی بزبان محلی)، امکان بهره‌گیری بیشتر نیز وجود دارد.

برای حصول اطمینان از وجود ارتباط بین دو متغیر یادشده از آزمون χ^2 استفاده شد و با اطمینان ۹۰ درصد فرض یکسان بودن دو عامل رد شد (ارتباط وجود دارد) و برای تعیین میزان این همبستگی از ضریب C کمک گرفته شد. ☆

۴ - تأثیر جبرگرائی بر رفتارهای بهداشتی

جبرگرائی در جوامع کهن و سنتی بخصوص در جوامعی که سطح فرهنگی پائین دارند ریشه‌ای عمیق دارد. در جامعه ترکمن که فرهنگی اینچنین حکفرماست علی‌الاصول جبرگرائی باید یکی از اصول عقاید عامه باشد. جبرگرائی در امور بهداشتی نیز جزئی از عقاید جبری و وابسته و پیوسته بفرهنگ است. پائین بودن سطح دانش، عدم آگاهی بمسائل بهداشتی و درمانی، دور بودن از مراکز درمانی و بهداشتی و مشکلات دسترسی بآن و... همه از عللی است که باعث میشود شخص خود را در برابر عظمت طبیعت ضعیفتر از آنچه که هست بداند، عامل همه چیز را قوای طبیعی دانسته و خود را بیدفاع حس کند، بیماری را صرفاً زاده قهر طبیعت بداند، نه عدم رعایت اصول بهداشتی.

در پاسخ این سؤال که (اگر سرریض شوید بنظر شما قسمت چپین بوده یا خیر؟) جواب هائی باین شرح بدست آمد: ۳/۸٪ جامعه، قضا و قدر و قسمت را عامل اصلی بیماری دانسته، ۳/۳٪ آنرا یکی از عوامل و بقیه در این مورد اظهار بی اطلاعی کرده‌اند. ارقام گویای واقعیت دیگری نیز هست و آن اینکه ۳۱/۴٪ آنانکه بقضا و قدر اعتقاد کامل دارند، حداکثر سالی یکبار و ۲۷٪ هفته‌ای یکبار و بیشتر استحمام می‌کردند، درحالیکه آن‌عه که به تأثیر این‌گونه علل اعتقاد کمتری داشتند ۱/۴٪ شان حداکثر یکبار در سال و ۹/۷٪ هفته‌ای یکبار و بیشتر استحمام مینمودند (جدول شماره ۳). برای اثبات فرض مذکور از آزمون χ^2 استفاده شد و با اطمینان ۹۹٪ وجود رابطه بین دو عامل تأیید گردید.

$$\chi^2 - X^2 = ۷۵/۴۹۶ , P < .۱۰۰ ; C = .۰/۲۰۷$$

$$\chi^2 - X^2 = ۱۱۱/۲۴ , d.f = ۴ ; P < .۰/۰۰۱ ; C = .۰/۲۴$$

بمنظور بررسی رفتارهای بهداشتی در جامعه ترکمن، دهستان گوکلان از بخش کلاله در دشت‌گران انتخاب و بررسی بر روی ۱۸۶۴ خانوار که در ۳۵ روستا و ۱۵ مزرعه ساکن بودند انجام پذیرفت. بررسی‌های ابتدائی نشان میداد که ناحیه مورد مطالعه فاقد هرگونه تأسیسات بهداشتی مثل آب لوله کشی، غسلخانه و درمانگاه است و در تمام ناحیه تنها یک حمام وجود دارد. لذا با توجه به عدم امکانات فوق‌الذکر، سؤالات رفتارهای بهداشتی در سطحی بسیار ابتدائی و پائین طرح‌ریزی گردید و از فاصله زمانی بین دوبار حمام رفتن و مسواک کردن تجاوز نمود. شناخت کم و کیف رفتارهای بهداشتی جامعه با بهره‌گیری از متغیرهای عمده‌ای مثل سن، جنس، سواد، استفاده از وسائل ارتباط جمعی و تحرک مکانی امکان‌پذیر گردید. نتایج بدست آمده معلوم داشتند که:

۱- برخلاف انتظار، دفعات حمام رفتن در طول سال با سن ارتباط مستقیم داشته و افراد مسن تر بالنسبه بیشتر از جوانترها بحمام میرفتند.

۲- جوانترها بیش از افراد مسن به تمیز نگاهداشتن دندان و مسواک کردن توجه داشتند اگرچه در بین جوانان هم این رفتار رواج چندانی نداشت، با اینوصف میتوان گفت هرچه سن افزایش یابد شدت آن در جامعه کاهش مییابد.

۳- دفعات حمام رفتن در طول سال با جنس در ارتباط بود و مردان در این مورد از زنان پیش بودند. بنظر میرسد افزونی تحرک مکانی (مسافرت بشهر) مردان بر زنان عامل اصلی باشد.

۴- اگر چه نسبت مردانیکه به مسواک کردن دندان مبادرت کرده بودند از زنان بیشتر بود ولی درصد زنانیکه همیشه و مرتب باین رفتار بهداشتی عمل میکردند با اختلاف چشم‌گیری زیادتر بود.

۵- باسوادها بنسبت قابل توجهی بیش از بیسوادها حمام میکردند و به تمیز نگاهداشتن دندانها میپرداختند.

۶- جبرگرائی و تقدیرگرائی در بین جامعه ترکمن رواج بسیار دارد ، ارقام بدست آمده نشان میدهد آنهاکه ابتلاء به هر بیماری را فقط زاده قضا و تقدیر میدانستند و حداکثر سالی یکبار حمام میکردند تعدادشان بیش از آنتهای بود که هفته‌ای یکبار و بیشتر حمام میکردند برعکس آنان که به قضا و قدر توجه زیادی نداشتند و هفته‌ای یکبار و بیشتر حمام میکردند تعدادشان $\frac{1}{2}$ برابر آنتهای بود که حداکثر یکبار در سال به حمام میرفتند.

۷- باوجودیکه آگاهیهای بهداشتی جامعه ترکمن بسیار ضعیف بود، اما اکثراً درد را نوعی بیماری میدانستند و این شناخت در رابطه بادفعات حمام رفتن در سال و کم و کیف مسواک کردن اختلاف معنی‌داری را نشان نمیدهد و به عبارت دیگر، جامعه دردهای شایع مثل سر درد و دل درد و غیره را نوعی بیماری میدانند، در حالیکه این آگاهی رابطه‌ای با رفتارهای بهداشتی ندارد.

۸- آنده از افراد جامعه که بیشتر به نظافت بدن و دندان توجه داشتند با لفظ میکرب

آشنا تر بودند و با احتمال قوی همین آشنائی (هرچقدر هم که سطحی باشد) باعث سראعات بیشتر در امر نظافت گردیده است، هرچند که در مجموع فقط $1/4$ درصد جامعه بسؤال (آیامیکرب را میشناسید؟) جواب مثبت داده بودند.

۹- پای بند بودن به خرافات پزشکی، باعث عدم استفاده از حمام و مسواک کردن میگردد و هرچقدر خرافات جامعه نقصان یابد رغبت به رعایت نظافت افزایش مییابد.

۱۰- آن عده از جامعه که مگس را یکی از عوامل بیماری زا میدانستند به نظافت دندان و بدن توجه بیشتری مینمودند، تا آن ها که مخالف آن می اندیشیدند.

۱۱- استفاده از وسائل ارتباط جمعی (رادیو) بروج رفتارهای بهداشتی در جامعه ترکمن کمک کرده و خانواده هائیکه رادیو داشتند بیشتر به استحمام و مسواک کردن میپرداختند تا آن ها که فاقد آن بودند.

منابع :

- ۱- کیوان، عزت الله، گزارش فعالیت ماههای مهر، آبان و آذر سال ۲۰۳۰، ایستگاه تحقیقات پزشکی گنبد کاووس، گزارش سوم صفحات ۱۴۹۲ و ۱۸۹ و ۲۰۹.
- ۲- محسنی، منوچهر، آگاهیهای فرهنگی در بیان ترکمن ها، انتشارات علمی دانشکده بهداشت و مؤسسه تحقیقات بهداشتی، نشریه شماره ۱۹۸۳، صفحه ۶.
- ۳- گزارش ارزشیابی طرح بهداشتیبار روستائی کوار، دانشکده پزشکی پهلوی، بخش پزشکی اجتماعی، سال ۱۳۵۴، صفحه ۷۰.

جدول شماره ۱ توزیع جامعه برحسب دفعات حمام رفتن در طول سال در رابطه با سن ، جنس و میزان سواد

میزان سواد				جنس				سن				فاصله دویار حمام رفتن		
جمع	اطهار نشده	ابتدائی و بالاتر	خواندن و نوشتن	بیسواد	جمع	اطهار نشده	زن	مرد	جمع	اطهار نشده	۵۵ سال و بیشتر		۳۵ تا کمتر از ۵۵ سال	۲۵ تا کمتر از ۳۵ سال
۴۸۵	۵۵	۶	۲۰	۴۰۴	۴۸۵	۹	۲۵۵	۲۳۱	۴۸۵	۹	۶۴	۲۰۱	۲۱۳	حد اکثر سالی یکبار
۱۵۲	۱۱	۲	۸	۱۳۱	۱۵۲	۳	۶۱	۸۸	۱۵۲	۳	۲۲	۶۶	۶۱	۲ تا ۱۲ بار در سال
۱۰۴۹	۴۱	۳۹	۸۶	۸۸۲	۱۰۴۹	۶	۳۳۲	۷۱۱	۱۰۴۹	۲۴	۱۷۵	۴۷۰	۳۸۰	بیش از ماهی یکبار
۱۷۸	۱۲	۱	۳	۱۶۲	۱۷۸	۲	۱۰۴	۷۳	۱۷۸	۸	۱۶	۶۴	۹۰	اطهار نشده
۱۸۶۴	۱۱۹	۴۸	۱۱۷	۱۵۸۰	۱۸۶۴	۲۰	۷۵۱	۱۰۹۳	۱۸۶۴	۴۴	۲۷۵	۸۰۱	۷۲۴	جمع

جدول شماره ۲ توزیع جامعه بر حسب مسواک کردن دندان در رابطه با شناخت میکرب و عوامل بیماریزا

میکرب چیست؟				آیا مگس عامل بیماری است؟				آیا کرم خوردگی دندان بیماری است؟				تابحال دندان خود را مسواک کرده‌اید؟
جمع	نمیدانم	خیر	بلی	جمع	نمیدانم	خیر	بلی	جمع	نمیدانم	خیر	بلی	
۱۵۰۷	۱۰	۱۳۲۶	۱۷۱	۱۵۰۷	۱۳۲	۷۴	۱۳۰۱	۱۵۰۷	۵۱	۳۰	۱۴۲۶	
۳۳۵	۲	۲۱۵	۱۱۷	۳۳۵	۱۶	۱۵	۳۰۴	۳۳۵	۶	۱۰	۳۱۹	
۲۲	۳	۱۵	۴	۲۲	۳	-	۱۹	۲۲	۲	۱	۱۹	ظاهر نشده
۱۸۶۴	۱۶	۱۵۵۶	۲۹۲	۱۸۶۴	۱۵۱	۸۹	۱۶۲۴	۱۸۶۴	۵۹	۴۱	۱۷۶۴	جمع

جدول شماره ۳ توزیع حمام رفتن در طول سال در رابطه با علل و عوامل بیماری

فاصله دوازده ماه حمام رفتن	علل بیماری				آیا مکن عامل بیماری است؟				بیماری مرکب چیست؟				تاثیر تقوا و قدر در بیماری			
	علل خارجی	عدم مراقبتهای بهداشتی	سایر علل	جمع	بلی	خیر	بیمیانم	جمع	بلی	خیر	جمع	تاثیر کامل	ناحدود تاثیر	بیمیانم	جمع	
حد اکثر سالی یکبار	۱۲۶	۱۹۰	۱۶۹	۴۸۵	۴۰۹	۲۸	۴۸	۴۸۵	۴۶	۴۳۹	۴۸۵	۲۵۶	۲۵	۱۸۴	۴۸۵	
۴ تا ۱۲ بار در سال	۲۳	۶۰	۶۹	۱۵۲	۱۳۱	۸	۱۳	۱۵۲	۱۲	۱۴۰	۱۵۲	۷۶	۲۳	۴۳	۱۵۲	
بیش از ماهی یکبار	۶۳	۶۷۷	۳۰۹	۱۰۴۹	۹۵۰	۴۲	۵۷	۱۰۴۹	۲۴۶	۸۰۳	۱۰۴۹	۳۵۹	۳۲۸	۳۲۲	۱۰۴۹	
اظهار نشده	۵۹	۶۹	۵۰	۱۷۸	۱۴۴	۱۲	۲۲	۱۷۸	۶	۱۷۲	۱۷۸	۱۲۵	۸	۴۵	۱۷۸	
جمع	۳۷۱	۹۹۶	۵۹۷	۱۸۶۴	۱۶۳۴	۹۰	۱۴۰	۱۸۶۴	۳۱۰	۱۵۵۴	۱۸۶۴	۸۱۶	۴۳۴	۶۱۴	۲۸۶۴	