

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**اندوخته‌های سلامت؛**

**ویژه گروه‌های جهادی درمانی**

**موضوع:** مجموعه تجربیات جهادگران عرصه درمان و سلامت

45 ص.

تولید شده توسط: مرکز مطالعات و هدایت حرکت های جهادی با همکاری  
معاونت جهادسازندگی سازمان بسیج دانشجویی و گروه جهادی منتظران مصلح  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

**تابستان 1398**

## فهرست مطالب

6.....	مقدمه
7.....	رسالت تیم درمانی
9.....	ویژگی‌های مسئول
12 .....	شناسایی
13.....	کلاس‌های آموزشی
14 .....	ساختار تیم درمان
16 .....	هیئت اندیشه‌ورز
17.....	نحوه اعزام تیم‌ها
22 .....	آموزش
24.....	هم‌افزایی درمانی-فرهنگی
26.....	هم‌افزایی درمانی-عمرانی
27 .....	حضور مستمر در منطقه
29.....	ارائه خدمات
30.....	تامین بودجه
31.....	تهیه اقلام و تجهیزات
32 .....	تهیه دارو
33 .....	ارجاع

38	.....مستندسازی
39	.....مطالبه‌گری
41	.....آسیب‌ها
44	.....جزوات تخصصی

## وَ إِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينُ<sup>1</sup>

### مقدمه

عرصه سلامت از عرصه‌های مهم خدمت‌رسانی در اردوهای جهادی است. این عرصه به دلیل خدمت‌رسانی مستقیم بر مردم، سبب زمینه‌سازی برای اثرپذیری بیشتر مردم در بخش‌های فرهنگی نیز می‌گردد. تاثیر غیرمستقیمی بر عرصه فرهنگی باعث شده است تا اغلب گروه‌های جهادی، سعی کنند تا با حضور کارگروه درمان در مناطق خدمت‌رسانی کنند. با توجه به اهمیت این کارگروه، ضروری است گروه‌های جهادی فعالیت خود را در این حوزه سازماندهی کنند. برنامه‌ریزی و سازماندهی در این حوزه سبب رشد مناطق محروم در زمینه بهداشت و درمان خواهد شد. همچنین برای برگزاری یک اردوی جهادی موفق لازم است مجموعه جهادی با در نظر گرفتن ظرفیت‌های خود اهداف بلندمدت و کوتاه مدت خود را تعیین کند. پس از آن، بایستی مشخص شود چه اقداماتی برای رسیدن به این اهداف صورت گیرد و چه افرادی باید مسئولیت امور را به عهده گیرند.

از آنجایی که گروه‌های جهادی بسیاری در گذشته مسیر برنامه ریزی سلامت را پیموده اند، استفاده از تجربیات آنان موثر و راه‌گشا خواهد بود. این مجموعه با احساس نیاز در این زمینه جزوه اندوخته‌های سلامت را گردآوری کرد. این جزوه حاصل مجموعه ای از تجربیات گروه‌های جهادی برتر و فعال در این عرصه است. تلاش شده است که مراحل مختلف برگزاری اردو جهادی درمانی به همراه نکات مدیریتی و اجرایی مربوط به هر مرحله شرح داده شود.

<sup>1</sup> آیه 80 سوره مبارکه شعراء

## رسالت تیم درمانی

همه ساله تیم‌های درمان گروه‌های جهادی به منظور ارتقاء سطح سلامت و عامل بودن به کلام امیرالمومنین (علیه السلام) که فرمودند: "هر که طبابت می‌کند باید از خدا بترسد و خیرخواه باشد و سعی خود را به کار برد"<sup>2</sup> می‌توانند با بکارگیری بهترین اصول و روش‌ها برای مناطق محروم کشور حداکثر اثرگذاری را داشته باشند.

حوزه درمان خط مقدم اقدامات جهادی با جلب اعتماد مردم در روستاها می‌باشد و پیشرفت یک منطقه در این حوزه، می‌تواند اثرات قابل توجهی در بهبود وضعیت کلی منطقه داشته باشد و زمینه ساز پیشرفت در عرصه‌های دیگر شود. همچنین این حوزه با اثرگذاری غیرمستقیم فرهنگی روی مردم، از حساسیت بالایی برخوردار است.

طبیعتاً نام تیم درمانی ذهن شما را به سمت ارائه خدمات درمانی سوق می‌دهد، لکن این ذهنیت از رسالت تیم درمانی، نیاز به اصلاح دارد.

باتوجه به کمبود امکانات روستائیان، فقر مالی آن‌ها برای درمان، حضور مقطعی و کوتاه مدت جهادگران در منطقه، محدودیت‌های موجود در ارائه خدمات درمانی کامل به اهالی (مثل شیوع بالای بیماری‌های مزمن در منطقه و پروسه زمان‌بر درمان و یا کنترل این بیماری‌ها، نیاز به عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، مراجعه به متخصص یا فوق تخصص برای درمان قطعی) و اهمیت پیشگیری نسبت به درمان، رسالت اصلی تیم درمانی، **پیشگیری** از ابتلای به بیماری‌ها است.

برای تحقق این هدف، آموزش‌هایی هدفمند و متناسب با نیازهای منطقه (وضعیت بهداشت عمومی و بهداشت محیط، میزان شیوع بیماری‌های مزمن، ریشه یابی علت بیماری‌ها، حیوانات در تماس با اهالی، بررسی اقلیم کلی و پوشش گیاهی منطقه، پیشه عموم مردم

---

<sup>2</sup> منتخب میزان الحکمه؛ 342

و...)، درخور فهم گروه‌های سنی مختلف (میانسال و سالمند، نوجوان، کودک و خردسال)، توسط افراد آموزش دیده ارائه می‌شود.

به طور واضح‌تر باید گفت این تیم در کنار آموزش‌های گفته شده، خدمات درمانی نیز ارائه می‌کند ولی فعالیت‌های تمامی این تیم‌ها با محوریت فرهنگ سازی و اصلاح عادات، رفتارها و هنجارهای نادرست رایج در منطقه صورت می‌پذیرد.

ضمن ارائه خدمات، اطلاعات مفیدی از سطح بهداشت (محیطی، فردی، روانی، اجتماعی) منطقه بدست می‌آید که از این اطلاعات ارزشمند و دقیق می‌توان برای طرح ریزی در زمینه‌های مختلف برای سال‌های آتی بهره برد. برای مثال می‌توان برای ریشه کن کردن بیماری خاصی در منطقه که ناشی از عدم رعایت مسائل ساده بهداشتی است، برنامه ریزی و محتوا تهیه کرد و با حضور مستمر در منطقه و تاکید و تکرار آموزش‌ها درصد رفع همیشگی بیماری برآمد.

همچنین یکی از موضوعات حائز اهمیت، فعال کردن مردم منطقه جهت مشارکت در امور فرهنگی، عمرانی، درمانی و اقتصادی توسط گروه جهادی اعزام شده به منطقه می‌باشد. "به عبارت دیگر، جهادی فقط کار کردن برای مردم نیست؛ بلکه مردم را باید پای کار آورد."<sup>۳</sup> در حقیقت یکی از اهداف گروه جهادی می‌تواند تعیین رابط یا تربیت نیروهای بومی جهادگر از خود منطقه باشد.<sup>۴</sup>

---

<sup>۳</sup> آقای مهدی صدقی؛ گروه جهادی فاطمه الزهرا(س) دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

<sup>۴</sup> خانم فاطمه خطیب؛ گروه جهادی بنیاد صدر استان تهران

## ویژگی‌های مسئول

داشتن ویژگی‌های اخلاقی مناسب با کار جهادی و الزامات اخلاقی مهم به عنوان مثال:

- آشنایی به اصول تشکیلاتی اولیه
- توانمند در امور اجرایی و مدیریتی
- دارای روابط عمومی مناسب
- آشنا به اهداف حرکت‌های جهادی و ایمان به آنها
- واقف بودن نسبت به کار
- قراردادن اصل به همدلی و همکاری
- داشتن مدیریت بحران
- کنترل خشم در شرایط سخت کاری
- انعطاف پذیر بودن
- ناظر دانستن خداوند در کارها
- مسئولیت پذیری
- انتقاد پذیری
- مشورت با افراد باتجربه
- عدم دخالت بیجا در فعالیت سایر اعضای کادر
- پرهیز از بی‌احترامی، غیبت کردن و قضاوت نادرست نسبت به سایرین



- دوری از رذایلی چون غرور و تکبر

\*البته وجود این این ویژگی‌ها به میزان حداقلی کفایت می‌کند و آنچه که مورد اهمیت است تقویت و رشد این ویژگی‌ها جهت آمادگی برای مسئولیت آینده می‌باشد.

← **ویژگی‌های مسئول درمان:** علاوه بر همه ویژگی‌های بالا دارای ویژگی-

های زیر نیز می‌باشد؛

- دارای دید درمانی و رشته علوم پزشکی
  - دارای علم کلی نسبت به حیطه‌های مختلف درمانی
  - دارای تعامل مناسب و هماهنگ با مسئول گروه
  - ولایت پذیر نسبت به مسئول گروه
- با توجه به مسئولیت زیاد و سنگین مسئول درمانی، گروه می‌تواند فردی را به عنوان جانشین مسئول درمان انتخاب کند تا تقسیم کار صورت گیرد و رسیدگی به امور نیز با کیفیت بهتری صورت بگیرد. مسئولیت کلی هماهنگی تیم‌های درمانی برعهده مسئول درمان می‌باشد که مسئول درمان، مسئولیت برخی امور جزئی‌تر را می‌تواند به فراخور حجم کارها، به جانشین درمانی بسپارد. توجه شود که لازم است تا جانشین درمانی با مسئول درمان همراهی و همکاری زیاد و رابطه تنگاتنگی داشته باشد.
- همچنین یکی از مهم‌ترین اهداف تعریف این مسئولیت، تربیت و پرورش مسئول درمانی آینده می‌باشد و از طرفی با انجام و پیگیری امور اجرایی توسط مسئول درمان، جانشین درمانی بهتر می‌تواند به بعد محتوایی و نظارتی امور بپردازد.

**نکته:** گروه‌های جهادی غیرعلوم پزشکی که می‌خواهند در حوزه سلامت فعالیت کنند، باید برای تیم‌های درمانی خود یک مسئول درمانی از رشته‌های علوم پزشکی انتخاب کنند تا امور مربوط به تیم درمان توسط وی پیگیری شود.

## شناسایی

قدم اول برای تعیین محتوا و برنامه ریزی، کسب اطلاعات قوی و کاربردی از منطقه است که با شناسایی آن منطقه تعریف می‌شود تا جایی که شهید باقری می‌فرماید **صد در صد شناسایی مساوی با صد در صد عملیات است.**

شناسایی در سه بازه قبل اردو، حین اردو و بعد از اردو صورت می‌گیرد. بهترین و دقیق‌ترین اطلاعات، در دوره اول برگزاری اردو به دست می‌آید، لکن برای حضور موثرتر و مستمر نیازمند آشنایی کلی و موردی از منطقه هستیم که این امر با شناسایی محقق می‌شود.

جهت آشنایی با نحوه شناسایی منطقه و تکنیک‌های آن به جزوه پژوهش سلامت<sup>5</sup> مراجعه شود. این جزوه به توضیح چگونگی عملیاتی کردن پژوهش سلامت در سه مرحله اردو شناسایی، حین اردو و تحلیل اطلاعات در پس از اردو؛ به توضیح می‌پردازد. همچنین پارامترهای شناسایی سلامت جهت احصا در اردو شناسایی و فرم رشته‌ها برای تکمیل در حین اردو، ضمیمه جزوه شده اند.

---

<sup>5</sup> جهت دریافت محصول به سایت [shop.jahadgaran.org](http://shop.jahadgaran.org) مراجعه فرمایید.

## کلاس‌های آموزشی

به منظور توانمندسازی جهادگران برای فعالیت‌های حین اردو برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌هایی قبل از شروع اردو، لازم و ضروری است.

کارگاه‌های مهارتی مانند مخاطب‌شناسی، نحوه ارتباط‌گیری، نحوه جمع‌آوری اطلاعات و یا آموزش برخی تکنیک‌ها مثل نحوه معاینه و یکسان‌سازی همه تیم‌ها جهت استخراج نتایج و مقیاس معتبرتر از اردو، مثال‌هایی از کارگاه‌ها می‌باشند که در راستای نتایج بهینه از اردو بسیار مفید می‌باشند.

همچنین برگزاری کارگاه‌ها و جلسات توجیهی برای جهادگران توصیه می‌شود. در این جلسات باید اصول کلی و نحوه کار، ملاحظات کار در مناطق محروم، قوانین و شرایط اردو و... شرح داده شود.

در هفته منتهی به اردو نیز می‌توان با اساتیدی که سابقه جهادی دارند و یا برگزارکننده اردوهای جهادی هستند، جلسه‌ای انگیزشی تنظیم گردد و در آمادگی‌های جهادگران برای اردو سرعت و کیفیت اضافه‌ای ایجاد کند.

برای بهبود کیفیت این کارگاه‌ها می‌توان از جهادگران باتجربه نیز استفاده کرد و نظریه‌های تئوری اساتید کارگاه‌ها را، با تجربه‌ی جهادگران قدیمی چکش کاری کرد و به راهکارهای عملیاتی رسید.

کارگاه‌ها را می‌توان در دو بخش عمومی و تخصصی، متناسب با نیازهای جهادگران برگزار کرد.

## ساختار تیم درمان

تیم درمان شامل رشته‌های مختلفی است که توصیه می‌شود برای بهبود کیفیت خدمت رسانی، بدنه تیم متشکل از اساتید، افراد فارغ التحصیل و دانشجو باشد.

### ← تیم‌های گروه درمان (بسته به میزان نیرو و توان گروه جهادی):

توجه شود که این تیم‌بندی با توجه به نحوه اعزام نیروها (کلینیکی، سیار، هوم ویزیت) تغییر می‌کند:

- ❖ پزشک
- ❖ پرستار
- ❖ داروساز
- ❖ ماما
- ❖ کارشناس بهداشت
- ❖ تیم دندان پزشکی
- ❖ تیم دامپزشکی
- ❖ کارشناس علوم آزمایشگاه
- ❖ تیم توانبخشی: فیزیوتراپیست، شنوایی‌شناس، بینایی‌سنج، گفتار درمان و کاردرمان
- ❖ کارشناس تغذیه
- ❖ کارشناس طب سنتی یا طب اسلامی

❖ روانشناس

**توجه:** این تیم‌بندی، با توجه به شناسایی و نیاز یا عدم نیاز هر منطقه به تخصص‌های خاص، می‌تواند متغیر باشد.

## هیئت اندیشه‌ورز

مجموعه‌ای از فارغ التحصیلان و دانشجویان شامل ادوار، مسئولین قبلی و فعلی گروه جهادی، مسئولین درمانی، مسئولین بسیج و... (با توجه به ساختار تعریف شده برای هر گروه جهادی) که در جهت تعیین سیاست‌های اردو و همچنین بررسی فعالیت تیم‌ها، جلسات منظم برگزار می‌کنند.

تعیین نقشه راه کلی تیم درمانی و اهداف آن، نظارت و بررسی فعالیت تیم‌ها، بررسی روند اجرایی کار و نقد آن و... مثال‌هایی از فعالیت اعضای هیئت اندیشه ورز، می‌باشد.

به فراخور نیاز و انجام هماهنگی‌های لازم، هیئت می‌تواند با سرتیم‌های مختلف درمانی یا معاونت‌های مختلف مثل معاونت فرهنگی، پشتیبانی، خیریه و... جلساتی را برگزار نمایند.

## نحوه اعزام تیم‌ها

تیم‌های درمانی به چند نوع می‌توانند به روستاها اعزام شوند و با توجه به چگونگی نحوه اعزام، کارکرد و الزامات هر کدام متفاوت می‌شود لذا لازم است تا گروه از قبل با توجه به اطلاعات حاصل از شناسایی و برنامه خود، نحوه اعزام‌ها را مشخص کرده و با توجه به آن، برنامه‌ریزی کرده باشد.

حضور در منطقه و ارائه خدمات به سه شکل قابل اجراست:

(الف) سیستم کلینیکی مستقر در یک روستا (ثابت)

(ب) سیستم اعزامی متمرکز روستا به روستا (سیار)

(ج) سیستم اعزامی غیرمتمرکز روستا به روستا (دوار، هوم ویزیت)

درمورد نحوه اجرایی هر مورد و معایب و مزایا آن‌ها به تفکیک توضیح داده خواهد شد:

### ← الف) سیستم کلینیکی مستقر در یک روستا:

شیوه‌ی کار به این صورت خواهد بود که تمام تیم‌های درمانی در روستای مرکزی و مجهزتر منطقه مستقر شده و با استفاده از چادر و یا فضای فیزیکی منطقه چیزی شبیه بیمارستان صحرائی فراهم می‌کنند و یا در مدرسه مستقر می‌شوند. با اطلاع رسانی به اهالی روستاهای هدف از آن‌ها خواسته می‌شود که برای دریافت خدمات درمانی رایگان می‌توانند به مدت مثلا ده روز به روستای موردنظر مراجعه کنند.

با مراجعه اهالی به مقر، شرح حالی مختصر (شامل نام و نام خانوادگی سن شکایت اصلی فرد شماره تماس سابقه بیماری خاص نام روستا و...) از آن‌ها توسط دانشجویان پرستاری یا پزشکی گرفته می‌شود تا تیمی که مراجعه کننده باید به آن راهنمایی شود، مشخص گردد.

افراد مراجعه کننده در این حین سه دسته می‌شوند:



دسته ی اول) دسته‌ای که باتوجه به مشکلی که عنوان می‌کنند تیم هدفشان مشخص می‌شود و در مرحله اول می‌توان تعیین کرد که به کدام تیم باید ارجاع داده شوند به عنوان مثال ارجاع به تیم بینایی سنج یا مامایی و... فرضاً فرد از درد چشم شکایت می‌کند یا دچار کمر درد و... است.

دسته ی دوم) مراجعینی که دارای مشکلاتی هستند که در مرحله‌ی اول نمی‌توان تیم هدفشان را تعیین کرد و مشخص نمی‌شود که به طور دقیق به کدام تیم درمانی باید ارجاع داده شوند. فرضاً فرد از درد شکم شکایت می‌کند و دارای راش‌های پوستی همراه با خارش است!

دسته سوم) در صورت فعالیت تیم هوم ویزیت به عنوان یکی از تیم‌های درمانی، معاینه اولیه صورت گرفته برای بسیاری از اهالی منطقه، در منزل خودشان صورت گرفته و این دسته از افراد با فرم ارجاعی که توسط اعضای تیم هوم ویزیت به آن‌ها داده شده به کلینیک مراجعه کرده و بلافاصله به سمت تیم‌های مورد نیازشان راهنمایی می‌شوند.

دسته ی اول بعد از گرفتن شرح حال ابتدایی به تیم موردنظر راهنمایی می‌شوند و دسته ی دوم به اتاق پزشک فرستاده می‌شوند تا مشکل‌شان رسیدگی شود.

باتوجه به اینکه احتمال تجویز دارو توسط پزشک برای فرد زیاد است، شاید به نظر برسد که داشتن داروخانه‌ی سیار هم در این سیستم کلینیکی نیاز است.

تکمیل ظاهری سیکل درمان فرد، شاید متوقف به دادن دارو به نظر برسد اما تصمیم این که به اهالی دارو داده شود یا نشود جزء دشوارترین تصمیم‌گیری‌هاست که منطقه به منطقه باتوجه به روحیات اهالی و سابقه‌ی حضور تیم‌های جهادی در منطقه، متفاوت خواهد بود.

نکته: صف انتظار موقعیت خوبی برای آموزش می‌باشد به این صورت که اگر فضای خالی در کنار کلینیک موجود بود، می‌توان اهالی را که در صف منتظر ویزیت هستند را جمع کرده و کلاس آموزش بهداشت، برگزار کرد و در صورت نبود فضای فیزیکی، آموزش را به صورت انفرادی و یا گروهی در صف انتظار به مردم منتقل کرد.

مزایای این طرح:

- متمرکز بودن تمامی تیم‌ها و در دسترس بودن همه آن‌ها برای مراجعه کنندگان
- عدم نیاز به جابجایی اقلام و داروها
- پذیرش تعداد افراد بیشتر و صرفه جویی در زمان و حمل و نقل

معایب این طرح:

- عدم امکان مراجعه همه اهالی روستاها به روستای مرکزی (به علت دوری راه، نبود وسیله نقلیه و...)
- حضور پزشک در سیستم و امکان درخواست بالای اهالی برای ویزیت شدن توسط پزشک
- عدم امکان جمع‌آوری اطلاعات و شناسایی با حضور در خانه و کوچه و محله منطقه

### ← (ب) سیستم اعزامی متمرکز روستا به روستا:

این طرح تا حدود زیادی مشابه مدل قبلی است اما تفاوت اصلی این طرح این است که تمامی تیم‌ها به صورت متمرکز در تک تک روستاها حضور پیدا می‌کنند. با این کار یکی از اشکالات طرح قبلی که عدم امکان دسترسی تمامی اهالی به تیم درمان بود تا حدودی برطرف می‌شود.

مزایای این طرح:

- ایجاد فضای مناسب جهت استفاده از خدمات برای تمامی اهالی
- در دسترس بودن تمامی تیم‌ها به طور همزمان

معایب این طرح:

- نبود فضای فیزیکی جهت برپایی کلینیک در تمام روستاها
- مراجعه از روستاهای اطراف و تجمع جمعیت
- عدم مراجعه برخی از اهالی (مثل بیماران با سن بالا یا بیماری خاص و...) به کلینیک

### ← (ج) سیستم اعزامی غیرمتمرکز روستا به روستا:

این مدل به این صورت است که افراد در قالب تیم‌های چند نفره به صورت خانه به خانه (هوم ویزیت) فعالیت می‌کنند.

روند فعالیت این سیستم می‌تواند در قالب آموزش بهداشت و یا در قالب درمان باشد. بدین صورت که محتوای آموزشی بر اساس نیاز منطقه و مشکلات احصا شده در شناسایی، توسط تیم آموزش بهداشت فراهم شده و آموزش‌های لازم داده می‌شود و یا این که در قالب تیم درمانی می‌باشد که به طور مثال این تیم شامل پزشک، پرستار و داروساز جهت ویزیت و غربالگری فعالیت خود را انجام می‌دهد.

نکاتی در مدل هوم ویزیت وجود دارد مثلاً تیم باید توجه داشته باشد که حتماً وقت را طوری تنظیم کند که بین یک ربع تا بیست دقیقه در خانه‌ها حضور داشته باشد و زمان نه خیلی کوتاه شود و نه خیلی زیاد که اهالی خسته شوند.

نکته دیگر در بحث ارتباط گیری درست تیم با اهالی است و باعث جلب توجه مردم به آموزش‌ها بشوند و اگر خانواری از راه دادن تیم به خانه‌اش امتناع ورزید، تیم با روی خوش بپذیرد و به سراغ همسایه‌شان برود تا آموزش‌ها از طریق همسایه به آن‌ها منتقل شود.

همچنین سعی شود تا در هوم ویزیت فقط آموزش و غربالگری صورت گیرد و در صورت درمان از درمان‌هایی که به امکانات و تجهیزات کمتر نیاز دارند، استفاده شود.

مدل دیگر این سیستم به این صورت است که تیم‌های مختلف به صورت جداگانه به روستا اعزام می‌شوند و هر تیم هر روز به یک روستا می‌رود تا اشکال مدل اول که ممکن است باعث زمان‌بر شدن و خستگی اهالی بخاطر ویزیت همزمان چند تیم باشد را کاهش دهد. به عنوان مثال روز اول تیم مامایی به روستای A و تیم فیزیوتراپی به روستای B می‌روند و روز بعد جابجا می‌شوند.

مزایای این طرح:

- شناسایی دقیق نیازهای بهداشتی خانواده و نیازهای آموزش بهداشت
- امکان همراهی تیم پژوهش یا فرهنگی با تیم جهت کسب اطلاعات شناسایی و همچنین انجام فعالیت‌های فرهنگی مثل حضور روحانی

معایب این طرح:

- استقبال به نسبت کم اهالی

امکان عدم ویزیت همه اهالی توسط تیم‌ها بخاطر جمعیت زیاد و زمان‌بر بودن طرح

## آموزش

یکی از وظایف مهم تیم درمان، فرهنگ سازی و آموزش مسائل بهداشتی اعم از بهداشت فردی و عمومی خصوصا در زمینه بیماری‌های شایع منطقه است.

آموزش، پیشگیری و بالابردن اطلاعات مردم منطقه هدف در هر کدام از رشته‌های تیم درمان در الویت قرار دارد.

فعالیت‌های مثمر ثمر در این عرصه در قالب‌های مختلف مانند توزیع پمفلت‌های آموزشی، برگزاری کلاس، کارگاه‌های مشاوره، توزیع پک بهداشتی، همچنین آموزش کمک‌های اولیه و تزییقات و روش‌های نوین مانند "نمایش عروسکی با موضوع بهداشتی"<sup>۶</sup> و... صورت می‌گیرد.

بخش عمده محتوای آموزشی براساس اطلاعات به دست آمده از شناسایی، الویت بندی و فراهم می‌شود که اثرگذاری و نتیجه بخش بودن آموزش‌ها و اصلاحات رفتاری نیازمند نیروهای خبره و حضور مستمر در منطقه است.

"توجه شود که حفظ هویت روستایی باید در کنار آموزش بهداشت انجام گیرد."<sup>۷</sup>

در راستای اهمیت این جنبه از فعالیت‌های تیم درمانی محتوای آموزشی را می‌توان در یک تقسیم بندی سه‌گانه در نظر گرفت، به این صورت که:

در دسته اول: محتوای آموزشی هر تیم به صورت فرد به فرد و حین معاینه و ارتباط گیری با اهالی منتقل می‌شود.

<sup>۶</sup> خانم مینا محبیان؛ گروه جهادی خادم المهدی دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
<sup>۷</sup> آقای مهدی صدقی؛ گروه جهادی فاطمه الزهرا(س) دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

در دسته دوم: محتوای آموزشی کلی تر توسط اعضای تیم آموزش بهداشت بنا به جامعه هدف تفکیک شده‌ای که در نظر می‌گیرند، آموزش داده می‌شود.

در دسته سوم: این بخش در راستای دو بخش قبلی و در واقع تکمیل کننده و تثبیت کننده آن‌هاست و به این صورت اجرا می‌شود که بخشی از محتوای آموزشی توسط مربیان فرهنگی به مخاطب کودک و نوجوان آموزش داده می‌شود.

**نکته:** جهت پیشبرد بهتر و کارآمدتر اهداف گروه جهادی، لازم است تا ارتباط و هماهنگی بین عرصه‌ها صورت بگیرد و همه در یک راستا و با یک هدف کلی، حرکت کنند.

## هم‌افزایی درمانی-فرهنگی

در جهت آموزش بهداشت و پیشگیری می‌توان از مربیان فرهنگی کمک گرفت و مربیان می‌توانند این مطالب را به کودکان، نوجوانان و جوانان انتقال و آموزش دهند.

انتقال مطالب در مبحث پیشگیری در الویت است و بخشی از مطالب آموزش بهداشت قبل از اردو به مربی فرهنگی گفته می‌شود و او با توجه به الزمات فرهنگی هر گروه سنی، طرح درسی تهیه می‌کند.

به عنوان مثال آموزش دهان و دندان به کودکان و یا موضوع بهداشت فردی به نوجوانان با توجه به اهمیت آن در این سنین، گفته می‌شود. این موضوعات بستگی به الویت نیاز آموزشی منطقه دارد که با تحلیل اطلاعات از منطقه به دست می‌آید. مثلاً در یک منطقه فرهنگ زدن عینک در بین اهالی وجود ندارد و مشکلات بینایی زیاد است که در این مورد می‌توان محتوای آموزشی توسط مربیان فرهنگی را به این موضوع اختصاص داد.

به طور کلی در این قسمت موضوعات حائز اهمیت و رایج برای آموزش شامل موارد زیر می‌شود:

آموزش دهان و دندان، تغذیه، بهداشت فردی، بهداشت بلوغ و...

در این شرایط ضمن پذیرش بیشتر این آموزش‌ها توسط کودکان و نوجوانان از مربی فرهنگی خود به علت ارتباط عاطفی بیشتری که با آن‌ها برقرار می‌کنند و همچنین طولانی‌تر بودن بازه‌ای که مربی فرهنگی با آن‌ها در ارتباط است، آموزش با بازده بیشتر و پذیرش بهتری صورت خواهد گرفت.

دقت شود که در هریک از این گروه‌های سنی مربی باید به نکات و الزامات فرهنگی توجه کند که برای این مورد می‌توان به جزوات فرهنگی (بسته‌های سیادت و اطاعت)<sup>8</sup> مراجعه کرد.

**نکته:** برای انتقال مطالب بهداشتی درمانی توسط مربیان فرهنگی می‌توان از دانشجوی علوم پزشکی استفاده کرد تا تسلط کافی به مطالب را داشته باشد در غیر این صورت باید مطالب بهداشتی مدنظر به صورت کامل و جامع به مربی فرهنگی آموزش داده شوند.

---

<sup>8</sup> جهت دریافت محصولات به سایت [shop.jahadgaran.org](http://shop.jahadgaran.org) مراجعه فرمایید.



## هم افزایی درمانی-عمرانی

علت و ریشه بخشی از مشکلات بهداشتی درمانی مناطق هدف؛ خرابی، ناکارآمدی و یا عدم وجود سازه‌های مربوطه است. بخش قابل توجهی از این مشکلات را می‌توان با همکاری تیم‌های درمانی و عمرانی سازماندهی کرد. برای مثال مشکلات بهداشتی ناشی از فاضلاب نامناسب یا استحمام در مکان‌های غیربهداشتی بخاطر نبود حمام و آب نامطلوب چاه ناشی از ریزش دیواره‌های فرسوده را می‌توان به کمک تیم عمرانی و کمک گرفتن از خود اهالی برطرف کرد. بدین طریق بخشی از فعالیت‌های عمرانی متناسب با نیازهای بهداشتی اهالی جهت دهی می‌شود.

لازم به ذکر است که در این میان باید به نیازسنجی خود مردم توجه ویژه داشت و در صورت نیاز کاذب می‌توان با تکنیک‌های تسهیلگری، نیاز واقعی را دغدغه خود اهالی کرد تا پذیرش و مشارکت خود مردم در پروژه‌های عمرانی گروه جهادی صورت گیرد.

## حضور مستمر در منطقه

از مسائل بسیار مهم و کلیدی در برنامه ریزی‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای منطقه، پیش بینی این مسئله است که تیم برای چه مدت در منطقه حضور خواهد داشت و طرح ریزی برنامه‌های جامع و کلان منطقه منوط به این تصمیم است.

قطع به یقین دستیابی به حداکثر کارایی و اثرگذاری در منطقه، با حضور چند ساله‌ی فعال و برنامه ریزی شده در منطقه محقق می‌شود. این امر نیازمند اطلاعات جامع شناسایی، افراد توانمند در برنامه ریزی، تیم توانمند برای تهیه محتوا، افراد متخصص برای گرفتن بازخورد مناسب و دقیق از منطقه و... است.

همچنین حضور مداوم گروه جهادی در طول سال در صورت نیاز و امکان گروه جهادی، می‌تواند بسیار مفید باشد.

برای هدف گذاری و به دنبال آن طرح ریزی دقیق و قابل اجرا؛ باید به زیرساخت‌های روستا، توان اجرایی جهادگران، اولویت‌های منطقه، همکاری مسئولین و خود اهالی، دقت داشت.

در پایان هر دوره اردو و پیش از شروع برنامه ریزی دوره بعد، به منظور تعیین میزان تحقق اهداف از پیش تعیین شده و اصلاح برنامه ریزی‌های انجام شده، تعیین و رفع نواقص و بالا بردن سطح درمانی در اردوهای بعدی باید از منطقه بازخورد گرفت.

به عنوان مثال جهت تعیین میزان فعال شدن گروه جهادی منطقه یا میزان ارجاع‌های انجام شده و... باید به صورت حضوری مانند حضور کارشناس بعد از اردو یا مجازی مثل تماس تلفنی یا پیگیری از مسئولین منطقه، از منطقه بازخورد گرفت.

عدم بازخوردگیری مناسب به دلیل مشخص نشدن نقاط قوت و ضعف، اهمیت حضور چندساله گروه جهادی را پایین می‌آورد.

جهادگران می‌توانند جهت بررسی دقیق‌تر و همچنین میزان کارآمدی فعالیت‌های خود، با استفاده از مطالعه موردی در طی چندسال حضور در منطقه، اطلاعات را ثبت کنند.

زمان حضور در منطقه بستگی به رویکرد گروه جهادی دارد. گروه جهادی با رویکرد درمانی به طور معمول نیاز به زمان کمتری برای حضور در منطقه دارد و تا زمانی در منطقه حضور دارد که هم‌زمان با درمان اهالی، ریشه مشکلات درمانی و سلامت منطقه را برطرف نماید. در این مدل پیگیری و **follow up** بیماران پس از اردو حائز اهمیت است.

گروه جهادی با رویکرد آموزش بهداشت و سبک زندگی به زمان بیشتری برای حضور در منطقه نیاز دارد و تا زمانی که فرهنگ و رفتارهای درست جایگزین عادات و رفتارهای اشتباه شوند، در منطقه حضور دارد. در این مدل گروه جهادی به آموزش در سطح وسیع‌تر در کنار ارائه خدمات درمانی می‌پردازد. با توجه به میزان مشکلات منطقه و وابستگی اهالی به رسوم و عادات خود، زمان حضور در منطقه متفاوت است. واضح است که این مدل، از دوام بیشتری برخوردار است.

برای حضور چند ساله در منطقه، گروه نیاز به اطلاعات قوی شناسایی از منطقه دارد و از آن‌جا که ممکن است همه اطلاعات از اردو شناسایی به دست نیاید، سال اول حضور در منطقه باید به شناسایی دقیق و اطلاعات ریزتر از منطقه اختصاص یابد و پس از اردو تحلیل اطلاعات صورت گیرد و مشکلات با توجه به نیاز منطقه و توانایی گروه جهادی، الویت بندی شوند.

در اعزام‌های بعدی باید بازخوردگیری از منطقه آغاز شود و اطلاعات ثبت شوند. برای این کار نیاز است تا جلسات مداوم طی بازه اعزام‌ها برگزار شده و نحوه فعالیت گروه با توجه به بازخوردها ارزیابی شود.

## ارائه خدمات

حداقل سطح خدمات درمانی برای یک تیم جهادی رفع نیازهای حداقلی درمانی اهالی در مناطق محروم و شناسایی مناطق هدف درمانی می‌باشد.

همچنین حداکثر سطح خدمات، پوشش دهی تمامی مناطق محروم از نظر درمانی در رسیدن مردم به استانداردهای بهداشتی است. "برای حرکت در این مسیر می‌توان با برنامه طولانی مدت و تعیین شاخص‌ها و استانداردهایی در حوزه‌های مختلف درمانی و تلاش در جهت رسیدن منطقه به این سمت، برنامه‌ریزی کرد."<sup>9</sup>

"رسیدن به جامعه‌ای توسعه یافته که در آن مردم بتوانند با قدرت، امید، آگاهی، مهارت و صلاحیت کافی به صورت فردی، گروهی و جمعی، نیازهای سلامت خود، خانواده، همسالان و جامعه را تعیین، اولویت‌بندی کنند و برای برآوردن نیازهای در اولویتشان، برنامه‌ریزی و اقدام نمایند تا با رعایت سبک زندگی سالم، خودمراقبتی، همیاری متقابل و مشارکت جمعی، سلامت، ایمنی، نشاط و بهره‌وری خود، خانواده، همسالان و جامعه و جهانی را که در آن زندگی می‌کنند، کنترل و ارتقا دهند."<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> آقای سعید سالخورده؛ قرارگاه جهادی علمدار 2 استان مازندران

<sup>10</sup> برگرفته شده از یکی از آثار دومین جشنواره ملی جهادگران در عرصه سلامت؛ آقای علیرضا عبدالحسین زاده؛ گروه جهادی شهید حججی آذربایجان شرقی

## تامین بودجه

بودجه گروه جهادی بستگی به میزان اهتمام مسئول گروه به رایزنی از نهادهای مختلف، دارد.

به طور معمول گروه می‌تواند بودجه خود را از سپاه و بسیج، دستگاه‌های دولتی (مثل وزارت بهداشت، استانداری‌ها، بخش‌داری‌ها و...)، نهادهای غیردولتی (مثل ستاد اجرایی فرمان امام، کمیته امداد، بهزیستی، بنیاد مستضعفان و...) و کمک‌های مردمی و اساتید و خیرین تامین کند.

## تهیه اقلام و تجهیزات

پس از مشخص شدن برنامه درمانی هر تیم و با توجه به تعداد افراد جامعه هدف، اقلام مورد نیاز استعلام می‌شود. ترجیحا تا جای ممکن اقلام خریداری شده ایرانی و در راستای حمایت از تولید ملی باشند مثلا خمیردندان یا مسواکی که توسط تیم دندان پزشکی به کودکان منطقه هدیه داده می‌شود، ایرانی باشند.

پس از تهیه اقلام کلیه اقلام از نظر تاریخ انقضا باید مورد بررسی قرار گرفته و لیست شوند و این لیست در دسترس معاونت درمان قرار گیرد هدف از این کار این است که پس اردو در صورتی که از اقلام تهیه شده باقی مانده بود و تاریخ انقضا آن‌ها کمتر از آن بود که بشود برای دوره بعدی اردو هم استفاده کرد جدا کرده و در صورتی که امکان پس دادن باقی مانده‌ها به فروشنده بود پس داده و اگر نه تصمیمی بابت این اقلام تا قبل از به سر آمدن تاریخ انقضا آن‌ها گرفته شود مثلا به یک گروه جهادی دیگر داده شود و یا....

معاونت درمان حتما به این نکته توجه داشته باشد که معمولا نواقصی در لیست اقلام تهیه شده هست که ممکن است هر تیم در زمان تهیه لیست اقلام فراموش کرده

باشد بنابراین این اقلام باید در اردو خریداری شوند اگر اردو برون استانی بود طبیعتا از نزدیکترین شهر به منطقه‌ی جهادی باید خریداری شود بنابراین تمام بودجه‌ی اختصاص یافته به معاونت درمان را قبل از شروع اردو تمام نکنید.

اقلام و تجهیزات را با هماهنگی از نهادها و مراکز زیر می‌توان گرفت و یا به امانت برد:

دانشگاه علوم پزشکی / سپاه / نواحی بسیج شهرستان‌ها / مرکز بهداشت منطقه / بسیج جامعه پزشکی / هلال احمر / بیمارستان‌ها / دانشکده‌های دندان پزشکی (یونیت و تجهیزات دندان پزشکی) / تجهیزات شخصی خود جهادگران درمانی و...

همچنین گروه می‌تواند با هزینه‌های خود یا خیرین تجهیزاتی را خریداری نموده تا بانکی از تجهیزات را برای خود داشته باشند.

## تهیه دارو

با توجه به الگوی کاری گروه‌های جهادی مختلف، انواع و تعداد داروها مختلف است. گروه‌های جهادی که الگوی کاری‌شان براساس آموزش و پیشگیری می‌باشد، طبیعتاً حجم کمتری دارو به نسبت گروه‌های جهادی که اساس کاری‌شان بر محوریت درمان و استفاده از دارو می‌باشد، خریداری می‌کنند.

هریک از تیم‌های درمانی براساس بیماری‌های شایع منطقه که در مراحل اردو شناسایی به دست آورده شده را تهیه می‌کنند.

نکته: داروها نیز همچون اقلام، تاریخ انقضایشان لیست شود.

گروه می‌تواند با هماهنگی مراکز زیر، داروها را به صورت رایگان یا با تخفیف زیاد تهیه کنند:

معاونت غذا و دارو / داروخانه‌ها / شرکت‌های داروسازی / مراکز پخش و توزیع دارو / آستان قدس / مراکز بهداشت و ...

\*توصیه می‌شود که گروه تا حد امکان کمترین میزان دارو را به اهالی بدهد؛ زیرا دارو مقطعی به خصوص در بیماران مزمن فایده چندانی ندارد و علاوه بر آن دادن دارو به مقدار زیاد، سطح توقع مردم را افزایش می‌دهد. همچنین با توجه به شرایط منطقه، اهالی می‌توانند با مهر پزشکی در بیمه‌های خود، داروها را با تخفیف از خانه بهداشت منطقه تهیه کنند و گروه نیز آموزش‌های بهداشتی، مشاوره تغذیه‌ای، آموزش سبک زندگی اسلامی ایرانی و... را تا حد ممکن جایگزین دارو دادن کنند.

نکته: گروه می‌تواند با صحبت با داروخانه‌ها، داروها را با تخفیف زیاد تهیه کند یا مقداری از آن‌ها را به امانت ببرد سپس با هماهنگی داروخانه، داروهای اضافه آمده پس از اردو را به داروخانه بازگرداند.

## ارجاع

سیستم ارجاع یکی از مهم‌ترین بخش‌های یک اردو جهادی درمانی می‌باشد و اگر این بخش به درستی مدیریت نشود در حقیقت کار غربالگری تیم سلامت بدون نتیجه باقی می‌ماند و باعث بی‌اعتمادسازی مردم منطقه و همچنین هدررفت هزینه و زمان می‌شود.

سیستم ارجاع معمولاً بعد از اردو جهادی عملی می‌شود و هدف آن پیگیری درمانی در بیمارانی است که نیاز به درمان طولانی مدت دارند و یا بیمارانی که برای درمان خود نیاز به هزینه بیشتر، امکانات تجهیزات خاص و یا نیروهای متخصصی دارد که خارج از عهده گروه جهادی طی بازه زمانی حضور در منطقه می‌باشد.

در این میان مسئولان تیم درمانی باید توجه داشته باشند که قبل از اردو هماهنگی‌های لازم را با سازمان یا ارگان خاصی که قصد مساعدت در زمینه کمک به این افراد را دارد، داشته باشند و در واقع همه مراحل که قرار است برای یک بیمار طی شود پیش از اردو به صورت کامل مشخص شده باشد.

این سیستم باید به گونه‌ای باشد که حداقل هزینه و مسافت را برای بیماران داشته باشد. روش‌های متعددی برای پیگیری وضعیت بیماران وجود دارد که با توجه به توان و نیرو گروه جهادی متفاوت می‌باشند. این هماهنگی‌ها شامل هماهنگی با مراکز درمانی یا نهادهای خاص مدنظر از قبیل سپاه، دانشگاه علوم پزشکی مبدا و مقصد، بیمارستان‌های مبدا و مقصد، پزشکان خیر، بهزیستی، کمیته امداد، هلال احمر، بسیج جامعه پزشکی و... می‌باشد.

یک نمونه از بهترین و دردسترس‌ترین مدل این سیستم، ارجاع به دانشگاه علوم پزشکی همان شهرستان است. لازم است تا از قبل اردو با دانشگاه علوم پزشکی شهرستان صحبت شود و ادامه کار جهادی را به کمک آن‌ها همراه با پیگیری مسئولین اردو در طول زمان پیش برد و همچنین گروه جهادی خود منطقه هدف فعال شود.



پیشنهاد مبنی بر این که اردوی چند روزه‌ای بعد از اردو اصلی جهت پیگیری روند درمانی اهالی برگزار شود می‌تواند مثمر ثمر واقع شود.

نکات تکمیلی:

1. مهر پزشکیانی که بومی منطقه نیستند اصولاً برای مراکز بهداشت و بیمارستان‌های منطقه قابل قبول نیست فلذا از پزشک مقیم منطقه کمک گرفته شود و یا از قبل هماهنگی - هایی مبنی بر تایید مهر پزشکیانی که بومی منطقه نیستند و با تیم جهادی همراه شده‌اند، صورت بگیرد.

2. ارجاع توسط پزشک باید تا حد ممکن در دفترچه بیمه روستایی اهالی نوشته شود تا پیگیری آن برای اهالی راحت‌تر و با زحمت کمتر و به صرفه‌تر باشد.

3. جهت افزایش تعامل بین گروه جهادی اعزام شده به منطقه و گروه جهادی دانشگاه علوم پزشکی شهرستان هدف، توصیه می‌شود تا یکی از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی شهرستان (به عنوان مثال مسئول گروه جهادی یا مسئول کانون جهادی یا ...) در طی چند روز در اردو شرکت کند تا از نزدیک شاهد فعالیت‌های گروه جهادی اعزام شده و مشکلات منطقه باشد.

### طرح هر جهادگر؛ یک مددکار<sup>11</sup>:

تجربه نشان داده که برخی شرکت کنندگان در اردو پس از پایان ایام استقرار تیم درمانی در محل فعالیت تیم به دلیل خستگی یا عدم آگاهی نسبت به ادامه امور و نیاز به نیرو انسانی

<sup>11</sup> برگرفته شده از سومین اثر برگزیده دومین جشنواره ملی جهادگران در عرصه سلامت؛ آقای علی امیری کندی؛ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

از همراهی با تیم جهادی غافل می‌مانند و انجام امور باقیمانده برعهده تعدادی محدود از جهادگران محول می‌شود.

این پیشنهاد (هر جهادگر؛ یک مددکار) جهت استفاده بهینه از نیروی انسانی و انجام امور باکیفیت بالاتر ارائه می‌شود.

در این طرح پیشنهاد می‌شود که هریک از جهادگران فارغ از مسئولیتی که در اردو به آنان محول شده بود (پشتیبانی، درمانی، فرهنگی یا ...) مسئولیت انجام و پیگیری امور مددکاری و تکمیلی یک بیمار (مددجو) را در شهر دنبال کرده و به اتمام برسانند؛ لذا وجود یک واحد مددکاری کارآمد و باتجربه و مقبول در بین جهادگران مستلزم اجرای این طرح است.

هریک از جهادگران فارغ از مسئولیتی که در اردو به آنان محول شده بود (پشتیبانی، درمانی، فرهنگی یا ...) مسئولیت انجام و پیگیری امور مددکاری و تکمیلی یک بیمار (مددجو) را در شهر دنبال کرده و به اتمام برسانند؛ لذا وجود یک واحد مددکاری کارآمد و باتجربه و مقبول در بین جهادگران مستلزم اجرای این طرح است.

جهادگران شرکت کننده در اردو با توجه به تجربه و ظرفیت‌هایشان قبل از اردو توسط مسئول واحد مددکاری دسته‌بندی شوند و در روستا بلافاصله پس از شناسایی اولیه یک بیمار توسط پزشک یا مسئول واحد مددکاری، پیگیری امور مددجو به یک جهادگر بنا بر اولویت و توانایی‌های وی سپرده شود. بدین صورت که پزشک پس از شناسایی یک بیمار و صلاحدید مبنی بر ادامه روند تشخیص (آزمایش، عکسبرداری و...) یا درمان (ویزیت متخصص یا فوق تخصص) برای وی در شهر، بیمار را به واحد مددکاری ارجاع می‌دهند و مسئول واحد مددکاری پس از جمع‌آوری اطلاعات اولیه در همان روستا و در طی ایام اردو مددجو را با جهادگر مربوطه مرتبط کرده و جمع‌آوری اطلاعات تکمیلی را به وی می‌سپارد و بر این روند نظارت می‌کند. پس از اتمام ایام اردو نیز جهادگر مربوطه پیگیر انجام امور تکمیلی و مددکاری مددجوی خویش می‌شود و در هنگام بروز مشکل از واحد مددکاری گروه کمک می‌طلبد.

پیاده کردن این طرح علاوه بر کاهش فشار بر عده‌ای خاص از جهادگران پس از اردو سبب ایجاد ارتباط عاطفی بین مددجو و مددکار وی (جهادگر مسئول) و از این طریق پیگیری و انجام بهتر امور درمانی یا مددکاری وی شده و باعث می‌شود جهادگران علاوه بر چشیدن طعم خدمت و لذت به ثمر نشستن زحماتشان مسئولیت پذیری را نیز نسبت به بیمار خود تجربه کنند.

اجرا:

الف) قبل از اردو:

۱) مشخص کردن تیم مددکاری قبل از اردو

۲) جلسه توجیهی برای تمام جهادگران و تشریح طرح

۳) سطح بندی جهادگران در خصوص توانایی پیگیری امور توسط تیم مددکاری به صورت غیر علنی

ب) حین اردو:

۴) شناسایی بیمار نیازمند پیگیری بیشتر توسط پزشک یا واحد مددکاری و ارجاع به مسئول واحد

۵) جمع آوری اطلاعات اولیه از مددجو توسط واحد مددکاری و مشخص کردن مددکار وی از بین سایر جهادگران در سایر واحدهای اردو بنا بر توانایی‌های آنان

۶) مرتبط ساختن مددکار و مددجو با هم و جمع آوری اطلاعات تکمیلی از مددجو توسط مددکار مخصوص وی

ج) پس از ایام اردو:

۷) پیگیری امور تکمیلی بیماران یا مددجویان شناخته شده در شهر (مراکز درمانی مجهز، خیریه‌ها و...) توسط مددکاران مسئول هر یک؛ به طور همزمان و با هماهنگی واحد مددکاری تیم

۸) ارائه گزارش به واحد مددکاری تیم پس از اتمام کار

## مستندسازی

فعالیت‌های روزانه تیم‌ها، ویژگی‌های مناطق اعزام شده (اعم از آداب و رسوم، فرهنگ، سطح کلی بهداشت، مشکلات چشمگیر و کلان روستاها، راهکار برای رفع ویا کاهش آن‌ها، عادات و هنجارهای نادرست شایع در منطقه، خلق و خو اهالی و...) باید به صورت روزانه و در قالب گزارشکار ثبت شود. اهمیت این روند در ماندگار شدن اطلاعات، فراهم کردن امکان آنالیز و دسته بندی داده‌ها و برنامه ریزی یا اصلاح طرح ریزی‌های انجام شده برای منطقه، تعیین اولویت‌های اجرایی و ... است. بدیهی است هرچه گزارشات با دقت بیشتری نوشته شود، خروجی حاصل از آن‌ها قابل اطمینان تر خواهد بود.

حضور چند روزه ی جوانان مومن انقلابی در میان مردم رنج دیده و محروم، حس انسان دوستی آن‌ها را بیش از پیش تقویت می‌کند و غالباً گنده‌هایی با محوریت ریشه‌یابی مشکلات مردم بین جهادگران تشکیل می‌شود که خروجی آن‌ها راهکارها و پیشنهادهاتی است که یادداشت کردن آن‌ها خالی از لطف نیست.

در پایان اردو اطلاعات جمع‌آوری شده از فرم‌ها ثبت می‌شود. این کار به منظور تحلیل داده و مقایسه اطلاعات به دست آمده از شناسایی اولیه و اطلاعات به دست آمده در حین اردو انجام می‌گیرد.

## مطالبه‌گری

مطالبه‌گری به این معناست که افراد با تعامل سازنده بتوانند مطالبات واقعی خود را از نهادهای مسئول داشته باشند.

پیش‌نیاز تحقق مطالبات اقدام از طریق ساختارهای واسطه یا مردم نهاد است.

گروه جهادی هم خود باید به مطالبه‌گری از مسئولین برای محرومیت زدایی و رفع مشکلات مناطق محروم بپردازد و در این امر جدیت به خرج دهد و هم اهالی منطقه را وادار به مطالبه‌گری از دستگاه‌های مسئول برای رفع نیازهای خود، بکند.

در حقیقت می‌توان گفت که مطالبه‌گری از یکی از مهم‌ترین اقدامات و جزوه ماهیت گروه جهادی است زیرا اردو جهادی نماد انقلابی‌گری است.

به عنوان مثال گروه جهادی می‌تواند اهالی منطقه را با وظایف خانه بهداشت آشنا کرده و در صورت عدم کارکرد بهینه خانه بهداشت، مردم مطالبه‌گری کنند<sup>۱۲</sup> و یا تشکیل میز خدمت و دعوت از مسئولین و اهالی منطقه جهت مطالبه‌گری مردم از مسئولین<sup>۱۳</sup> و...

مطالبه از مردم و پزشکان و بیمارستان‌ها برای همراهی گروه جهادی از نظر مالی و معنوی نمونه دیگری می‌باشد که نیاز به صبر و حوصله و پیگیری مستمر همه اعضای گروه دارد.

"نتایج یک مطالبه واقعی از مسئولین می‌تواند به اندازه چندین اردوی جهادی کارکرد خدمت‌رسانی داشته باشد. اردوهای جهادی بستری مناسب در تحقق این دستور صریح مقام معظم رهبری است."<sup>۱۴</sup>

---

12 آقای سینا اخوان محسنی؛ گروه جهادی فاطمه الزهرا(س) دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

13 خانم محمدیگی؛ گروه جهادی شهید حجت اسدی استان قزوین

14 برگرفته شده از دومین اثر برگزیده دومین جشنواره ملی جهادگران در عرصه سلامت؛ آقای محمدرضا

متقیان نژاد؛ گروه جهادی صراط الحمید دانشگاه علوم پزشکی مشهد

**نکته:** جهت یافتن نیازهای واقعی روستا و راهکارهای بعدی برای مطالبه گری، می توان یک کارشناس مدیریت برنامه ریزی روستایی را به منطقه برد تا با صحبت با اهالی و مشاهده امکانات و پتانسیل های موجود در منطقه، ارزیابی دقیق صورت گیرد.

**"نکته:** در برخورد با مسئولین محلی بسیار دقت کنید که این امر ملاحظات و ظرایف فراوانی دارد. اولاً مسئولین وظیفه دارند که به امور محوله خود به نحوه احسن پردازند و به آن اهتمام ویژه داشته باشند، اما ما از آنان طلبکار نیستیم و نباید تمام مسئولین را به چشم کم کار دید. توجه کنید که مسئول منطقه محروم اولاً در آن منطقه زندگی می کند (آیا ما حاضر هستیم در آن شرایط زندگی کنیم؟) و دوماً مسئول منطقه محروم، از دل همان منطقه و با تربیت همان منطقه می باشد، انتظارات خود را در حد یک مسئول محلی ببینیم. دوماً چنانچه کسی یا کسانی وظیفه خود را (دانسته یا ندانسته) درست انجام نمی دهند، در برخورد با آنها از روش و سلوک اسلامی (که ائمه اطهار علیه السلام مظهر آن هستند) پیروی کنید، آهسته، خونسرد و با ادب. انتظار تغییر یک شبه را نداشته باشید و به این نکته توجه کنید که با همه انسان ها اگر درست و صحیح برخورد شود اصلاح پذیرند." ۱۵

---

15 اندوخته های مدیریتی

## آسیب‌ها

حضور گروه های جهادی در مناطق محروم، علی رغم داشتن فواید و برکات بسیار، دارای آسیب هایی نیز می باشد. تا حدی این آسیب‌ها قابل پیش‌بینی هستند و بخشی از آن‌ها هم بعد از حضور در منطقه و باگذشت زمان مشخص می‌شوند. می‌توان برای به حداقل رساندن بخش قابل پیش‌بینی، برنامه ریزی کرد و با در نظر گرفتن تمامی جوانب هر فعالیتی از آسیب‌های احتمالی قابل پیش‌بینی و غیرقابل پیش‌بینی کاست.

چند نمونه از این آسیب‌ها:

- عدم برنامه ریزی بلندمدت
  - نوع رفتار نامناسب و نحوه حضور جهادگران
- جهادگران لازم است دقت کنند که با چگونگی برخورد و حضور در منطقه باعث اختلال در فرهنگ منطقه نشوند و از قبل در جلسات توجیهی شرکت کرده و در نحوه برخورد با اهالی حساسیت بالایی به خرج دهند.
- جهت کاهش این آسیب می‌توان علاوه بر تربیت و توجیه سازی نیروهای درمانی، تا جای ممکن از نیروهای درمانی بومی خود منطقه نیز استفاده کرد.

- اتفاقات احتمالی حین درمان
- عدم ارتباط با مسئولین منطقه
- عدم فعال کردن اهالی برای حل مشکلات خود
- عدم شناسایی صحیح از مشکلات منطقه
- عدم ارتباط با بقیه عرصه‌های جهادی



- عدم ادامه پیگیری درمانی

یکی دیگر از آسیب‌ها، متوقف کردن و ادامه پیدا نکردن پیگیری درمانی اهالی می‌باشد. که این امر باعث بی‌اعتماد سازی مردم نسبت به گروه‌های جهادی می‌شود.

از دلایل آن می‌توان به عدم پیگیری گروه جهادی، عدم حضور مستمر در منطقه، همراهی نکردن یا نبود نیروهای درمانی و... می‌باشد.

جهت برطرف سازی می‌توان به جلب همکاری دستگاه‌ها برای ارجاع بیماران یا همراه کردن و تشویق پزشکان و متخصصان در شرکت در اردوی جهادی یا جلب هرگونه کمک، اشاره کرد.

- خدمت زدگی اهالی

چنان که گفته شد، یکی از آسیب‌های گروه جهادی در منطقه می‌تواند خدمت زدگی باشد به این معنا که گاهی بر اثر ارائه خدمات توسط جهادگران، سطح توقع اهالی منطقه بالا رفته و انتظار خدمت رسانی بیش از حد و بیجا از گروه جهادی دارند.

روش‌هایی برای جلوگیری از این آسیب وجود دارد که عبارت‌اند از:

1. مشارکت دادن مردم در امورات و فعال کردن آن‌ها جهت رفع مشکلات و نیازهای خود

"نظاره گر بودن اهالی ساکن در مناطق محروم و همچنین مسئولان آن منطقه در هنگام برگزاری اردوهای جهادی و عدم مشارکت آن‌ها در برنامه‌های مختلف، باعث شده تا به نوعی فقر فکری برای پیشرفت و آبادانی در این مناطق ایجاد شده و بذرتنبلی و انتظار برای یاری رسیدن از بیرون در آن‌جا شکل بگیرد؛ بنابراین یکی از پیش شرط‌های انجام هر فعالیتی در

مناطق محروم این باید باشد که مسئولان مربوطه و اهالی هر منطقه ای باید در فعالیت‌ها مشارکت داشته باشند.<sup>۱۶</sup>

2. خدمت رسانی متناسب با نیازهای واقعی آن منطقه

3. شفاف سازی فلسفه جهادی برای مردم

4. ...

---

<sup>16</sup> برگرفته شده از یکی از آثار دومین جشنواره ملی جهادگران در عرصه سلامت؛ خانم مرضیه جاویدی؛ گروه جهادی شهید جاویدی استان فارس

## جزوات تخصصی

به منظور تسهیل فرآیند تشکیل تیم درمانی و اطلاعات لازم، جزوه‌هایی مختص هر رشته تهیه شده‌اند که هرکدام به توضیح پیرامون هریک از تیم‌ها اعم از هدف کاربرد رشته در اردوهای جهادی، شرایط و ویژگی‌های نیرو درمانی، جامعه هدف، حداقل امکانات و تجهیزات مورد نیاز، برنامه درمانی و آموزش‌های لازم، فرم مخصوص هر رشته، نکات و بروشورها و پمفلت‌های کاربردی می‌پردازد.

این جزوه‌ها شامل رشته‌های دندان پزشکی، پرستاری، داروسازی، مامایی، تغذیه، آموزش بهداشت، فیزیوتراپی، بینایی سنجی، شنوایی شناسی، روانشناسی (در حوزه درمانی)<sup>۱۷</sup> در قسمت پیوست‌ها موجود می‌باشند.

جهت دریافت مطالب اصلاح سبک زندگی اسلامی-ایرانی، به لینک <http://elmohehat.com/?cat=323> مراجعه فرمایید.

---

<sup>17</sup> با همکاری جمعی از دانشجویان و اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی، ایران، دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی

