

رویکرد بومی سازی علم پزشکی در نواحی روستایی^۱

هوشنگ حمیدی*

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۵

چکیده

این مقاله، مقاله‌ای کاملاً تحقیقی است و به چگونگی بکارگیری طب جدید در مناطق روستایی با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی روستایی خرده مالکی اشاره دارد. تحقیق اصلی این مقاله در دو ناحیه روستایی ایران انجام گرفته که عبارتند از: ۱- مناطق روستایی فریدن،^۲ واقع در استان اصفهان که از پنج گروه جمعیتی لر، ترک، فارس، ارمنی و گرجی تشکیل شده است. ۲- مناطق روستایی سلسله،^۳ واقع در استان لرستان که ساکنان آن را لک‌ها تشکیل می‌دهند.

۱- جامعه مورد مطالعه مریض‌های گروه‌های گوناگون.

* عضو هیأت علمی دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی و متخصص قلب و عروق

۲- محل و زادگاه نگارنده.

۳- محل طبابت چندین ساله نگارنده.

واژه‌های کلیدی: بومی‌سازی، علم پزشکی، مناطق روستایی، بیمارستان روستایی

مقدمه

چرا شروع به تحقیق در جامعه‌شناسی روستایی نمودم؟

پس از فارغ التحصیل شدن از دانشگاه چند سالی در بیمارستان‌های شهری و مدتی در مناطق روستایی مشغول طبابت بودم و طی این مدت متوجه شدم علمی را که فرا گرفته‌ام نمی‌توانم با راندمان بالا در اختیار بیماران روستایی قرار دهم. از طرف دیگر دیدم علمی را که در دانشگاه فرا گرفته‌ام در علمی بودن آن شکی نیست و پس از مدتی کار در زمینه پزشکی متوجه شدم من باید بیمارانی را درمان کنم که در کتاب‌های دانشگاهی خوانده‌ام. از طرف دیگر دیدم که پزشکان سنتی مانند شکسته بندها و یا کسانی که در زمینه گیاهان دارویی تبحر دارند، مانند عطاران و مادر بزرگ‌ها در مناطق روستایی و شهری مشغول طبابت هستند و بیماران با کار آنها آشنایی کامل دارند، زیرا پزشکان قدیم توانسته بودند تا آنجایی که امکان داشت علوم خود را به خانه‌های مردم ببرند و بیشتر وقت‌ها بیماران را در منازلشان ویزیت می‌کردند، و یک رابطه عاطفی بین بیمار، خانواده بیمار و پزشک سنتی برقرار بود. برعکس امروز که بیماران در ساختمان‌های چند طبقه بستری شده و به جای نام و نام خانوادگی با شماره مشخص می‌شوند (مانند یک شیء).

همان‌طور که اشاره شد بیماران و خانواده آنان با پزشکی سنتی آشنایی داشته و از پزشکی جدید اطلاعات بسیار محدود و ابتدایی داشتند. من هم از جامعه‌شناسی روستایی و شهری اطلاعات ابتدایی‌تری نسبت به آنها داشتم، پس به این نتیجه رسیدم که دانشگاه، علوم پزشکی را به من آموزش داده، ولی در مورد جامعه‌شناسی روستایی و شهری خودمان هیچ‌گونه آموزشی به من نداده است که مثلاً شما طبیب جوان وقتی که فارغ التحصیل می‌شوی چه موانعی در پیش پای شماست؟ چگونه آن موانع را باید از سر راه برداشت؟ با کشف این علت مهم تصمیم گرفتم در مورد جامعه‌شناسی روستایی

و شهری تحقیق کنم و با نتیجه‌گیری از این تحقیقات بیماران را در امور پزشکی یاری رسانم. بنابراین علاوه بر طبابت شروع به تحقیق و پرسش از بیماران و همراهان آنها در مورد مسائلی که داشتند می‌کردم. و هر نکته‌ای که راجع به زندگی آنها مشاهده و یا می‌شنیدم فوراً یادداشت نموده و یا هنگامی که به عیادت بیماران به منازل آنها می‌رفتم به آداب و رسوم و همچنین داستانهایی که می‌گفتند به دقت گوش می‌دادم تا از این راه کارآیی خود را در درمان و پیشگیری از بیماری‌ها افزایش دهم. بیشترین کوشش من در این تحقیقات بر این اساس بود که چه عواملی باعث پایداری روستاهاست و قوانین حاکم بر آنها چیست؟ پس از تحقیقات و جستجوی کامل به این نتیجه رسیدم که تعاونی‌های سنتی روستایی و قوانین مربوط به این تعاونی‌هاست که پایه اصلی پابرجا بودن روستاها در کشور شده است و یک اندیشه ژرف نگر در پس پرده این تعاونی‌های سنتی وجود دارد.

بنابراین بر شدت فراگیری از بیماران شهری و روستایی و خانواده آنها ادامه دادم و نظر به این که مسائل پزشکی مناطق روستایی و شهری باعث شد که در زمینه جامعه شناسی روستایی تحقیقاتی به عمل آورم، بنابراین مطالب تحقیقی خود را به صورت کوتاه و مترکم در این مورد توضیح داده و سپس به مطالب دیگر می‌پردازم.

بیمارانی که در بیمارستان شهری جهت درمان مراجعه می‌کردند دو گروه بودند: ۱- بیماران شهری ۲- بیماران روستایی و آنچه در این مقاله مورد نظر است بیماران روستایی است. پس از مدتی متوجه شدم بیماران روستایی به نحو مطلوبی نمی‌توانند از این بیمارستان‌ها بهره ببرند که علل آن به شرح زیر می‌باشند:

۱- عدم اطلاع از مقررات بیمارستان، مثلاً کسانی که فرزندشان در بیمارستان بستری بود سعی داشتند که هر روز با بیمارشان ملاقات داشته باشند، که این مسأله برخلاف مقررات بیمارستان بود و گاهی به این دلیل پدر و مادر بیمار رضایت داده و بیمارشان ترخیص می‌شد و گاهی این عمل باعث عوارض جبران ناپذیری برای بیمار می‌شد.

- ۲- بیماران روستایی پس از چند هفته که از بستری شدن آنها می‌گذشت به محیط بیمارستان عادت می‌کردند، در صورتی که بیماران شهری پس از چند روز خود را با محیط بیمارستان تطابق می‌دادند.
- ۳- بیشتر بیماران روستایی پس از گذشت یک هفته از بستری شدنشان اصرار به مرخص شدن می‌کردند و می‌گفتند که کار و زندگی داریم، از کار کشاورزی عقب می‌افتیم، بستگان‌مان در مسافرخانه می‌خوابند و علاوه بر هزینه خواب، پول غذا می‌دهند.
- ۴- بیشتر بیماران وقتی وارد اتاق معاینه می‌شدند کفش‌های خود را در می‌آوردند، البته این بهترین عادت ما ایرانی‌هاست ولی نه در بیمارستان.
- ۵- بیماران روستایی یک حالت دلهره و هیجان (نه از نظر تشخیص بیماری و یا اعمال پزشکی) از این که می‌خواستند روی یک تخت معمولی برای معاینه بخوابند، داشتند. چون هیچ کدام از این تخت‌ها در روستا نبوده و بیشتر هم ندیده بودند. مثل این که بیمارستان فقط برای شهری‌ها ساخته شده بود و در روستا نباید بیمارستان باشد.

چگونگی کار در یک درمانگاه روستایی

- ۱- شرح حال گرفتن دقیق از بیشتر بیماران مشکل است، زیرا تعداد بیماران زیاد است و همچنین مسائل دیگری پیش می‌آید، مثلاً وقتی از بیمار پرسیده می‌شود ناراحتی شما چیست؟ می‌گوید شما دکتر هستید من از کجا بدانم.
- ۲- برخی از بیماران که چندین سال بود دچار یک بیماری مزمن بودند، وقتی سؤال می‌شد که چه مدت است که دچار بیماری شده‌اید؟ می‌گفتند چند روزی است، در صورتی که دچار بیماری‌های مزمن قلبی، عروقی و

هیرتانسیون بوده‌اند. اگر توضیح داده می‌شد که می‌دانم چند سالی است که دچار بیماری هستی، چرا راست نمی‌گویی؟ می‌گفتند: آقای دکتر اگر بگویم چند سال است که بیمار هستم یا داروی خوب نمی‌دهی و یا می‌گویی که باید به شهر بروم. من هم که پول ندارم، و یا این که می‌گویی که تو دیگر خوب نمی‌شوی.

۳- به قرص رنگی، آمپول کلسیم، آمپولی که هنگام تزریق عضلانی درد شدید داشته باشد، شربت سینه و داروهای ضد انگلی و پمادهای جلدی علاقه عجیبی داشتند.

۴- بعضی از بیماران وقتی دارو به آنها تجویز می‌شد، مقداری قرص از جیبشان در می‌آوردند و می‌گفتند: سال پیش که کمردرد داشتم این قرص‌ها را داده بودند که اثر نداشت. از این قرص‌ها ننویسد و یا برعکس.

۵- دارو به مدت زمان لازم مصرف نمی‌کردند. مثلاً بیمارانی که دچار سل بودند تا مدت زمان لازم جهت درمان این بیماری دارو مصرف نمی‌کردند. (یکی از علل ریشه کن نشدن سل در ایران علاوه بر عامل‌های دیگر این عامل بود).

۶- بعضی از خانواده‌های بیماران برای بیماری که در خانه بود با گفتن شرح حال تقاضای دارو می‌کردند وقتی گفته می‌شد باید بیمار معاینه شود، می‌گفتند راه خیلی دور است. بیمار پیرزن یا پیرمردی است وسیله‌ای نداریم که او را بیاوریم. (پزشکان سنتی گاهی بدون معاینه بیمار فقط با شرح حال دارو تجویز می‌کردند).

۷- برخی از بیماران وقتی دارو به آنها تجویز می‌شد که مثلاً در عرض ده روز مصرف کنند، در عرض شش روز مصرف می‌کردند و گاهی دچار مسمویت‌های شدید دارویی می‌شدند. وقتی علت پرسیده می‌شد می‌گفتند: می‌خواستم زودتر بهبود پیدا کنم.

- ۸- علاقه عجیبی به رادیو گرافی داشتند.
- ۹- برخی از بیماران که دچار بیماری مزمن بودند اعتقاد خود را به پزشک از دست می‌دادند، و اعتقاد داشتند که پزشک خوب کسی است که بیمار را در عرض چند روز معالجه کند. این موضوع باعث می‌شد که بیمار به پزشکان گوناگون مراجعه کند و هزینه سنگینی پرداخت نماید.
- ۱۰- برخی از بیماران به پزشک اظهار می‌کردند که دو تا آمپول خوب بده تا هم من راحت شوم و هم شما.
- ۱۱- برخی از بیماران عقیده داشتند که هر جای بدن درد کند باید گوشی گذاشت.
- ۱۲- اعتقاد عجیبی به رژیم غذایی داشتند (این را از پزشکان سنتی فرا گرفته بودند).

دلایل رفتارهای ذکر شده در بیماران روستایی عبارت بودند از:

به شربت سینه علاقه‌مند بودند، چون سرفه را ساکت می‌کرد. آمپولی که هنگام تزریق عضلانی درد شدید ایجاد می‌کند معمولاً از گروه مسکن‌ها است و برای زمانی کوتاه درد را تسکین می‌دهد، آن را طالب بودند.

قرص رنگی را دوست داشتند، چون از نوع مسکن‌ها و یا ویتامین‌ها بوده و درد را برطرف می‌کردند، و یا شبکوری داشتند قرص مولتی ویتامین باعث شفای ایشان شده و سبب جلب اعتماد ایشان می‌شده است.

پماد جلدی را دوست داشتند زیرا یا مسکن بوده و یا این که کورتن دار بوده که روی آگزمای ایشان اثر خوبی داشته است. اگر فقط اندکی دقت شود باید حق را به روستایی داد چون می‌خواسته از راه تجربه، همه داروها را آزمایش کرده تا از نتایج آن بهره‌مند شود (یکی از بارزترین امتیازات بشر). بیمار روستایی مسئله‌ای برایش قابل درک است که صحت آن برای او روشن شده باشد. به عبارتی دیگر بجای این که

پزشکی جدید به ایشان کمک و ایشان را در زمینه دارو و درمان آگاه و هدایت نماید - نظر به این که این عمل انجام نگرفته - خودش به تنهایی درباره پزشکی جدید تحقیق می‌کند، تا از فواید آن بهره ببرد. و اگر پزشک بخواهد به روش کتابی بیماران روستایی را درمان کند در این مورد موفقیت چندانی بدست نخواهد آورد و طبابتش تنها در حد تجویز چند قرص و کپسول و یا پانسمان یک بیمار زخمی و یا فرستادن بیمار به یک مرکز جراحی جهت جراحی‌های اورژانس باقی می‌ماند.

برعکس اگر پزشک سنتی به بیمار بگوید که مثلاً دست شکسته او باید تا فلان مدت بسته باشد، این دستور بدون چون و چرا اجرا می‌شود. یا اگر پیرزنی یا عطاری یک داروی گیاهی تجویز نماید و بگوید روزی سه بار و به مدت یک هفته باید بیمار آن را دم کرده و میل نماید، این کار را با جان و دل قبول کرده و دستورات را اجرا می‌کند. علت این است که او را می‌شناسد، با کار او آشنایی دارد، اما برعکس نه پزشکی جدید را بخوبی می‌شناسد و نه پزشکش را، و کار این پزشک را در تجویز یک یا دو عدد آمپول و یاد دادن یک شیشه شربت سینه می‌داند و فکر می‌کند داروی تمام دردها در این دو آمپول گنجانده شده است. پزشک جدید هم به همان اندازه او را می‌شناسد و از رسم و رسوم او اطلاع دارد که بیمار از پزشکی جدید.

همان طور که اطلاع دارید منابع دروسی که در دانشکده‌های پزشکی ما تدریس می‌شود بیشتر از کشورهای غربی گرفته شده است و در علمی بودن آن در بسیاری از زمینه‌ها نمی‌توان شک کرد. این دروس همان طور که در کشورهای غربی تدریس می‌شود در دانشکده‌های پزشکی ما هم به همان نحو ارائه می‌شود. سپس پزشک فارغ‌التحصیل شده می‌خواهد این علوم را به روستا برده و بکار گیرد، بدون این که کوچکترین زمینه سازی در روستا انجام شده باشد. اگر دقت شود هیچ کدام از دانشکده‌های پزشکی ما کتابی در مورد جامعه شناسی روستایی و یا شهری در زمینه پزشکی ندارند که بگویند پزشک تازه فارغ‌التحصیل شده با فلان مشکلات در نواحی روستایی روبرو هستی و چگونه باید این مشکلات را از سر راه برداری!

در کتاب‌های خارجی می‌خوانیم وقتی بیمار به شما مراجعه می‌کند با او صحبت کنید، برای او وقت بگذارید، شرح حال دقیق بگیرید، در صورتی که تعداد بسیاری بیمار پشت در درمانگاه منتظر هستند، تا پزشک آن‌ها را ویزیت کند و اگر برای هر یک از بیماران ده دقیقه وقت صرف کنیم به زمان طولانی احتیاج داریم. برای حل این مسأله بقول معروف بیماران بد حال را دستچین می‌کنیم، البته تعدادی از بیماران بد حال از زیر دست ما خواهند گذشت و متوجه بیماری مهم آنها نخواهیم شد. شرح حال را طولانی می‌کنیم بیمار می‌گوید آقای دکتر بسیار معطل نکنید امروز آبیاری دارم یک آمپول بزق ساکت شود تا سرکار بروم. چند روز دیگر اگر درد داشتم خدمت می‌رسم. در کتاب‌های خارجی می‌خوانیم در فلان بیماری مریض باید تا فلان مدت استراحت داشته باشد، ولی چنین امکانی برای بیماران روستایی وجود نداشت. در کتاب‌های خارجی می‌خوانیم رژیم غذایی بیمار باید محتوی گوشت و میوه و غیره باشد، اما بیشتر بیماران روستایی قادر به اجرای این رژیم نیستند. در کتاب‌های خارجی می‌خوانیم برخی از بیماران باید زیر نظر باشند وقتی می‌گوییم چند روز دیگر باید مراجعه کنید، بعضی‌ها می‌گویند انشاء الله پس از فصل درو خدمت می‌رسیم. به بیمار می‌گوییم لازم است چند روزی در بیمارستان بستری شوی، برخی از بیماران می‌گویند پول ندارم هرچه از دستت می‌آید، همین جا انجام بده، و خلاصه مطالب بسیار دیگر که ذکر آنها کلام را به درازا می‌کشاند. همان‌طور که پیشتر اشاره شد برای این که بتوانم راندمان و بهره‌وری کار پزشکی را از طریق بومی‌سازی این علم افزایش دهم، از تعاونی‌های سنتی روستایی شهر خلیج فریدن الگوگیری کردم، که در این بخش به طور فهرست‌وار نمونه‌هایی از این تعاونی‌ها را نام برده و پاره‌ای از آنها را بطور اختصار و گذرا شرح می‌دهیم.^۱

۱ - جهت آگاهی کامل از تفاوتی‌های سنتی روستایی شما را به مطالعه کتاب هفت دانگی تألیف این جانب راهنمایی می‌کنم.

۱) تقسیم زمین‌های بهره‌گیرنده از آب قنوت، ۲) تقسیم آب قنوت و یا رود آب، ۳) تعاون لایروبی قنوت، ۴) تعاون لایروبی نهر قنوت، ۵) مشارکت چند نفر کشاورز خرده مالک با یکدیگر در امور کشاورزی، ۶) انتخاب دشتبان و پاکار روستا، ۷) انتخاب نجار روستا، ۸) انتخاب چوپان، ۹) انتخاب گاوچران‌ها، ۱۰) انتخاب بره و بزغاله چران‌ها، ۱۱) تعاونی شیرواره، ۱۲) انتخاب سلمانی، ۱۳) ساختن ساختمان‌های عمومی مانند حمام عمومی، مساجد، پل‌ها و غیره، ۱۴) انتخاب حمامی روستا، ۱۵) آسیاب آبی، ۱۶) ساختن قلعه روستایی، ۱۷) مکتب روستایی، ۱۸) جنگ در نواحی روستایی، ۱۹) مراسم عروسی و عزاداری، ۲۰) تعزیه و چگونگی مشارکت تماشاگران در این مراسم، ۲۱) تعاون‌های تغذیه‌ای برای زنان حامله، ۲۲) انتخاب کدخدا، ۲۳) دروگری به شکل تعاونی و غیره. در بیشتر تعاونی‌های ذکر شده روستاهای خرده مالکی فریدن، تمام امور در مجمع عمومی که بوسیله روستاییان تشکیل می‌شد به نظرخواهی گذاشته و پس از تصمیم‌گیری و تصویب آن جهت اجرا در اختیار شورای هماهنگی (هفت دانگ) قرار می‌گرفت.

اعضای شورای هماهنگی کشاورزان که هماهنگ کننده و تنظیم کننده امور هستند، از طرف کشاورزان انتخاب می‌شوند و در مجمع عمومی، هر یک از اعضای مجمع عمومی نظرات خود را با آزادی کامل ارائه می‌دهند. مثلاً چگونگی آبگیری جهت مزارع در اوایل بهار یا چگونگی لایروبی قنوت، لایروبی نهرقنوت، همچنین انتخاب دشتبان، چوپان، حمامی، گاوچران‌های روستا. در مورد این که چه کسانی شرایط لازم برای مشاغل ذکر شده را دارند و یا برای احداث بناهای عمومی یا قرق کردن چراگاه‌ها جهت احشام روستا و یا جلوگیری از کار بی‌رویه علوفه چین‌ها، خلاصه همه و همه در مجمع عمومی کشاورزان خرده مالکی به نظرخواهی گذاشته و تصمیم‌گیری نهایی انجام می‌گرفت و پس از تصویب، جهت اجرا در اختیار شورای هماهنگی (هفت دانگ) قرار می‌گرفت، البته در مواردی که لازم به مکتوب شدن بود مانند تقسیم زمین‌ها و غیره

تقسیم نامه نوشته می‌شد و به امضای همه اعضای مجمع عمومی می‌رسید. در برخی موارد دیگر فقط با بلند کردن دست موافقت خود را اعلام می‌کردند و همچنین در عروسی، عزا، جنگ بین دو روستا و دو طایفه و ساخت قلعه‌های روستایی از قوانین تعاونی‌های سنتی بهره می‌گرفتند. در مواردی که تصمیم‌گیری مشکل بود و ممکن بود حقی از کسی ضایع شود از پشک اندازی^۱ (قرعه‌کشی) استفاده می‌کردند. در مواردی که آب یک کشاورز به هرعلتی هرز می‌رفت کشاورز که باید زمین‌های زراعی خود را هر هفت روز آبیاری می‌کرد، باید چهارده روز بعد آبیاری می‌کرد و این امرگاهی اوقات باعث از بین رفتن محصولات کشاورزی وی می‌شد.

کشاورزی که آب او در یک نقطه ای از نهر هرز رفته بود طبق قانون باید در اسرع وقت آب را در آن ناحیه مهار کرده به نهراصلی برمی‌گرداند، سپس فوراً این موضوع را به اطلاع هفت دانگ می‌رساند. هفت دانگ سریعاً چند نفر خبره جهت ارزیابی آب هرز رفته به بازدید، زمین‌های کشاورز می‌فرستاد و آنها از روی وسعت زمین‌های آبیاری شده مدت زمان، آب هرز رفته را تخمین می‌زدند. فرض کنیم ۱۱۲ دقیقه آب کشاورز هرز رفته بود در آن صورت در یک جلسه اضطراری طبق قانون «وسط انداختن آب» صاحب هر شعیر^۲ (ملک) یک دقیقه از آب خود را به کشاورز زیان دیده می‌داد و چون این زیان تقسیم شده بود، اثر آن بسیار ناچیز و قابل اغماض بود و این عمل نشان دهنده، اندیشه والا و قوانین خردمندانه ایشان بود.

سردانگ‌ها قدرت اجرایی داشتند. مثلاً اگر احشام کسی به مزرعه یک زارع آسیب می‌رساند، دشتبان آن قنات موظف بود احشام را بازداشت کرده و به ده بیاورد و در یک مکان نگه‌داری کند، تا هفت دانگ خبرگان خود را به مزرعه خسارت دیده اعزام و

۱ - پشک اندازی یک نمونه از خردمند بودن است.

۲ - هر دانگ برابر ۱۶ شعیر و هفت دانگ برابر با ۱۱۲ شعیر است.

زیان وارده را با حضور صاحب احشام ارزیابی کند که صاحب احشام باید بدون چون و چرا خسارت وارده را جبران می‌کند.

حتی در نمایش‌های مذهبی تعزیه در روستای نهر خلج فریدن تعاون نقش داشت. در اواسط مراسم تعزیه خوانی نمایش بطور موقت (حدود ۲۰ دقیقه) قطع می‌شد و دو نفر از تعزیه خوان‌ها عمل طلب کردن را انجام می‌دادند. یعنی از تماشاگران از نظر مالی طلب کمک می‌کردند و تماشاگران جهت برپایی این نمایش مذهبی بسته به وضع اقتصادی خود پول یا سایر کالاها را به بازیگران هدیه می‌دادند. همچنین تعدادی از تماشاگرها از تماشاگران دیگر که نظاره گر این مراسم بودند، پذیرایی می‌کردند.

مانند پذیرایی با آب خنک مشک، چای، شربت و برخی از تماشاگران هم با محصولات باغی خود مانند: انگور و یا سایر میوه‌ها از تماشاگران پذیرایی می‌کردند. همچنین با دادن شربت، چای و آب خنک از بازیگران هم هنگام اجرای نقش پذیرایی می‌شد. برخی از تماشاگران با تخت چوبی، قالی و غیره جهت صحنه نمایش به یاری تعزیه خوانها می‌شتافتند و خلاصه مشارکت و تعاون بوسیله تماشاگران در این مراسم بسیار چشمگیر بود.

بنده با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی روستایی، دو بیمارستان روستایی برای اولین بار در ایران احداث کردم که به چگونگی ساخت و اداره آنها اشاره خواهد شد.

چگونگی احداث دو بیمارستان روستایی با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی

اولین بیمارستان روستایی را در منطقه سلسله استان لرستان در دره هنام و در روستایی به نام چهار تخته و دومین بیمارستان را در روستایی به نام دربه واقع در منطقه فلائی استان لرستان احداث کردم. ساخت و اداره امور هر دو بیمارستان با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی بود و هیچ‌کدام از قوانین بیمارستان‌های جدید را در اداره و ساخت این دو بیمارستان بکار نگرفته بودم.

همان طور که پیشتر اشاره شد پس از مدتی کار در امور پزشکی و تحقیقات در زمینه جامعه‌شناسی روستایی و شهری به این نتیجه رسیدم که با واکسیناسیون و بهداشتی کردن آب‌های آشامیدنی، و بردن برق به نواحی روستایی که کمک شایانی به نگهداری مواد غذایی می‌نمود - که خود یک عامل مهم در ارتقاء سطح بهداشت روستاییان بود - و همچنین بردن گاز به روستا تا حدود بسیاری باعث پیشگیری از عفونت‌های ریوی در این نواحی شده ولی با وجود موارد ذکر شده سطح بهداشت و درمان در نواحی شهری و روستایی در مرتبه مطلوبی قرار نداشت، بنابراین علاوه بر عوامل یاد شده یک عامل مهم و تعیین کننده دیگر، افزایش سطح معلومات بهداشتی درمانی کل جمعیت کشور بود که باید به تدریج و بطور عمقی مردم با مسائل بهداشتی و درمانی جدید آشنا می‌شدند، که این آموزش باید از طریق دبستان، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاه شروع شده و از طریق این افراد تحصیل کرده وارد خانواده‌ها می‌شد. البته رسانه‌های دیگر نیز می‌توانستند در این زمینه نقش داشته باشند ولی نقش مدارس و دانشگاه‌ها در درجه اول اهمیت قرار داشت.

نظر به تحقیقاتی که در زمینه جامعه‌شناسی روستایی انجام داده بودم هدف من از ساختن این دو بیمارستان روستایی علاوه بر کارهای درمانی و کمک اقتصادی به این قشر از هموطنان عزیز، بردن پزشکی جدید بین مردم روستایی و مشارکت دادن آنها در امور اجرایی این دو بیمارستان و آشنا ساختن آنها با زوایای پزشکی جدید بود.

ساخت اولین بیمارستان روستایی در چهار تخته:^۱

هنگامی که در روستای چهار تخته مشغول طبابت بودم ابتدا فقط بیماران سرپایی را درمان می‌کردم و برخی از بیماران که احتیاج به بستری شدن داشتند را در صورتی که امکان بستری شدن در خانه را دارا بودند، در خانه خودشان بستری می‌کردم و

۱ - توضیح محل چهارتخته جهت شناسایی خواننده.

دستورات پزشکی و تزریقات آنها را در خانه خودشان بطور رایگان انجام می‌دادم. همچنین روزانه آنها را ملاقات و معاینه می‌کردم. نظر به این که راندمان این عمل بسیار پایین بود تصمیم گرفتم یک بیمارستان روستایی با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی بسازم. زیرا به غیر از برخی از بیمارانی که احتیاج به جراحی داشته و یا بیمارانی که دچار سکته مغزی یا قلبی شده بودند و احتیاج به یک بیمارستان مجهزتری داشتند، بیماری‌های دیگر مانند تب مالت، تب روده، تب روماتیسمی، مننژیت‌ها، انواع پنومونی‌ها، هپاتیت، اسهال و استفراغ‌های شدید، زایمان‌های طبیعی و غیره را می‌توان در یک بیمارستان روستایی مورد درمان قرار داد. بنابراین با دانشی که از تعاونی‌های سنتی روستایی به دست آورده بودم به این نتیجه رسیدم که باید با مشارکت مردم و یاری گرفتن از آنها یک بیمارستان روستایی بسازم و نظربه این که مردم منطقه قدرت اقتصادی خوبی نداشتند و من هم هیچ گونه بودجه‌ای نداشتم، تصمیم گرفتم که درمانگاهی که در روستای چهار تخته در آن مشغول طبابت بودم - بخشی از آن درمانگاه که مربوط به سکونت من بود و دارای چند اتاق خواب و یک دستگاه حمام و یک سالن و توالت بود و در طرف دیگر چندین اتاق در حیاط درمانگاه و نیز پارکینگ ماشین بود - را تبدیل به بیمارستان نمایم. موضوع ساخت این بیمارستان را با مردم روستای چهارتخته و سایر روستاهای دره‌هنام در میان گذاشتم و به آنها توضیح دادم که تمام وسایل مانند تختخواب، یخچال، و ظروف و غیره را که به پزشک اختصاص دارد و همچنین ساختمان محل سکونت پزشک را در اختیار بیماران می‌گذارم و توضیح دادم بیمارستانی که می‌خواهم بسازم با تمام بیمارستان‌های جدید کارش متفاوت خواهد بود. و به آنها گفتم که فعلاً من به یکی از اتاق‌های مدرسه کنار بیمارستان نقل مکان می‌کنم و شما باید در بر پایی این بیمارستان به من کمک کنید. روستاییان اعلام آمادگی کردند و گفتند تا آنجا که امکان دارد شما را یاری می‌کنیم. خلاصه چند تخت چوبی دست دوم (تختهایی که در قهوه‌خانه‌ها جهت نشستن مشتریان استفاده می‌کردند) را خریداری کرده و همچنین برای اطفال حدود هشت عدد تخت با نقشه‌ای

که داده بودم آهنگر آماده کرد و بیمارستان را به بیست و پنج تخت بیمارستانی مجهز کردم و این بیمارستان دارای بخشهای اطفال، زنان و مامائی، داخلی و بخش عفونی که جدا از بخش‌های دیگر نزدیک داروخانه بیمارستان بود و یک اتاق جهت ویزیت بیماران سرپایی برپا شد و نظر به این که این بیمارستان یک دستگاه حمام داشت و این حمام برای بیماران کافی نبود و به علت نداشتن بودجه نمی‌توانستم حمام دیگری بسازم پارکینگ ماشین را تبدیل به یک حمام سه دوشه کردم. اهالی روستای چهار تخته بعد از مدت دو ماه یک خانه روستایی را بطور رایگان جهت زندگی در اختیار من قرار دادند که محل زندگی من، دو نفر بهورز و پزشک‌یار و راننده بیمارستان شد.

چگونگی اداره بیمارستان روستایی چهار تخته:

۱. این بیمارستان با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی و با مشارکت مردم ساخته شد.
۲. در این بیمارستان چگونگی سرایت بیماری‌ها، کیفیت غذاها، بهداشت فردی و اجتماعی به بیماران و همراهان آنها آموزش داده می‌شد.
۳. تمیز کردن اتاق‌ها و حیاط بیمارسان و شستشوی ظروف بوسیله همراهان بیماران انجام می‌گرفت و نکات بهداشتی در موارد ذکر شده از طریق پرسنل بیمارستان به همراهان آنها آموزش داده می‌شد.
۴. حمام کردن بیماران بوسیله همراهان آنها انجام می‌گرفت.
۵. لباس‌های بیماران توسط همراهان بیمار در یک ظرف بزرگ آب جوشیده قرار می‌گرفت و زیر دیگ با هیزم روشن می‌شد. و سپس در معرض آفتاب خشک می‌شد.
۶. نظربه این که بیشتر همراهان بیماران کشاورز بودند انواع و اقسام سبزیجات در زمین‌های بیمارستان کشت و مورد استفاده بیماران قرار می‌گرفت. (چگونگی شستن بهداشتی و ضدعفونی کردن سبزیجات به همراهان بیماران آموزش داده می‌شد).

۷. غذای بیماران توسط خانواده آنها که مواد اولیه آن را خود آورده بودند در بیمارستان پخته می‌شد و کارکنان بیمارستان فقط در مورد کیفیت غذا و چگونگی پخت و پز بهداشتی به همراهان بیماران آموزش می‌داند.
۸. شیر روزانه بیماران هر روز از یکی از روستاهای منطقه بطور رایگان تأمین می‌شد (طبق قانون هفت دانگی).
۹. این بیمارستان وقت ملاقات نداشت و نزدیکان بیماران در هر زمانی می‌توانستند با بیماران خود ملاقات داشته باشند. بنابراین هیچ نوع شلوغی ملاقاتی نداشتیم.
۱۰. بیماران هیچ گونه وجهی جهت بستری شدن پرداخت نمی‌کردند (کاملاً رایگان بود).
۱۱. تمام بیماران پرونده پزشکی داشتند.
۱۲. بیمارستان آزمایشگاه نداشت (نه خودم بودجه داشتم و نه مردم) بنابراین نمونه‌های خون، ادرار، مدفوع و مایع نخاع و غیره بوسیله راننده بیمارستان جهت آزمایش به شهر فرستاده می‌شده و جواب آزمایشات بوسیله راننده مجدداً باز گردانده می‌شد. هزینه آزمایشات را همراهان بیماران می‌پرداختند.
۱۳. جهت رادیوگرافی‌های گوناگون، بیماران توسط راننده بیمارستان به شهر اعزام می‌شدند و پس از انجام رادیوگرافی توسط راننده برگردانده می‌شدند. هزینه رادیوگرافی‌ها را همراهان بیماران می‌پرداختند. (حتی جهت خرید یک دستگاه رادیوگرافی پرتابل بیمارستان بودجه نداشت).
۱۴. وسایل پزشکی بیمارستان شامل چند سلیندر اکسیژن، دو عدد یخچال نفتی، یک عدد تخت زایمان، مقداری وسایل جراحی کوچک، وسایل کورتاژ، دو عدد ساکشن، چندین تخت چوبی قهوه خانه‌ای و چند تخت فلزی اطفال و یک موتور

رویکرد بومی‌سازی علم پزشکی در ... ۹۵

برق کوچک جهت روشنایی بیمارستان و استریل کردن وسایل پزشکی بود (روستای چهارتخته برق نداشت).

کارکنان بیمارستان:

الف: مردم منطقه

ب: خودم که بطور شبانه روزی در اختیار بیماران بودم و هنگام مرخصی رفتن از پزشکان شبکه بهداشت شهرستان الشتر جایگزین می‌کردم.

ج: دو نفر بهورز و یک نفر پزشک‌یار که بطور نوبتی پرستاری از بیماران را به عهده داشتند.

د: یک راننده و یک نفر سرایدار

جمع کل کارمندان این بیمارستان شش نفر بود، که هم درمانگاه بیمارستان را اداره می‌کردند و هم خود بیمارستان را (کمترین کارمند با بیشترین راندمان) لازم به ذکر است که هیچ‌گونه اضافه کاری در این بیمارستان به کسی تعلق نمی‌گرفت.

بیمارستان روستایی قلائی

همانطور که پیشتر اشاره شد بیمارستان بیست و پنج تخت‌خوابی روستایی چهار تخته در درهٔ هنام بطور شبانه روزی فعال بود و بوسیلهٔ کادر پزشکی و مردم اداره می‌شد. در جلسه‌ای کارکنان شبکهٔ بهداشت شهرستان الشتر تصمیم گرفتند گروهی را جهت تربیت بهورز به منطقهٔ قلائی واقع در استان لرستان اعزام کنند، بنده در این مورد پیش قدم شدم و با گروهی که از طرف طرح توسعه، جهت تربیت مروج و معلم به این منطقه اعزام شده بودند اعزام این منطقه شدم.

همیشه وقتی پزشکی به یک منطقه اعزام می‌شود او را به یک درمانگاه یا یک بیمارستان معرفی می‌کنند و یا این که بودجه‌ای در اختیار او می‌گذارند و یا خانه‌ای جهت زندگی او در نظر می‌گیرند. من هیچ کدام از موارد ذکر شده را بجز کوله باری از تجربه، یک کارتن کوچک دارو و گوشی و فشارسنج نداشتم. (فقط تجربه تحقیق در مورد تعاونی‌های سنتی روستایی و تجربه ساخت بیمارستان روستایی ده چهار تخته را داشتم) حتی در روزهای اول جا برای خوابیدن وجود نداشت، اجباراً به خانه کدخدای روستای شینه قلائی رفتیم. ایشان سه اتاق در اختیار ما گذاشتند و من در یکی از این اتاق‌ها شروع به ویزیت و درمان بیماران کردم (همراه با بهورزی که از بیمارستان چهار تخته تجربه کافی داشت)، پس از چند روزی کار، بیمارانی را که روزانه ویزیت می‌کردم حدود ۲۰ نفر بودند ولی بتدریج شروع به افزایش کردند و تعدادی احتیاج به بستری شدن داشتند. بیماران بستری را اجباراً در خانه‌های مردم روستای شینه بستری می‌نمودم (تجربه بیمارستان روستای چهار تخته). مردم هم این روش را قبول کردند. پس از مدتی مردم احساس کردند که من به یک مکان وسیع تری احتیاج دارم، بنابراین مردم روستای شینه یک خانه کوچک گلی که در اول ده قرار داشت را در اختیار من قرار دادند که من آن خانه را تبدیل به یک درمانگاه روستایی کردم. ولی جهت بستری کردن بیماران با مشکل روبه رو بودم. یک روز به روستای دریده که در نزدیکی روستای شینه قرار داشت رفتم و به آنها گفتم که می‌خواهم بیمارستانی در این روستا بسازم. البته افراد این روستا نیز در جریان مشکلات من از نظر بستری شدن بیماران بودند اما توضیح در مورد ساخت بیمارستان روستایی چهار تخته باعث روشن شدن آنها شد و پس از شور و بحث فراوان آنها دو ساختمان گلی روستایی که حدود ۲۰ متر از همدیگر فاصله داشتند را در اختیار من گذاشتند و خلاصه با همکاری روستاهای گوناگون منطقه قلائی و با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی این بیمارستان در عرض ۳۵ روز (سی و پنج) ساخته شد.

چگونگی ساخت و اداره بیمارستان قلانی

۱. اطراف این دو ساختمان را بوسیله شاخه درختان جنگلی دیوارکشی کردیم. (با الگوگیری از محصور ساختن حیاط خانه‌ها با شاخه درختان در این ناحیه که به نام تعجیر معروف بود).
۲. یک قطعه زمین کشاورزی که در کنار بیمارستان قرار داشت بطور رایگان توسط اهالی روستای دریده - جهت کاشتن انواع محصولات کشاورزی و درختان میوه - در اختیار من قرار گرفت.
۳. جهت تأمین شیر روزانه بیماران چندین رأس گوسفند برای بیمارستان خریداری شد چون آوردن شیر از روستاهای دور دست باعث آلودگی آن می‌شد، چرای گوسفندان نیز به یکی از چوپانان ده سپرده شد. (الگوگیری از چوپان روستا) و دوشیدن شیر گوسفندان هم به عهده همراهان بیماران بود و بیمارستان فقط دوشیدن بهداشتی شیر را آموزش می‌داد.
۴. چند عدد کندوی عسل برای استفاده از عسل آنها برای بیماران خریداری شد که متأسفانه به علت این که در این مورد مهارت و تبحر نداشتم این پروژه با شکست روبرو شد.
۵. مکانی برای تعدادی مرغ اختصاص داده شد که از گوشت و تخم مرغ آنها جهت تغذیه بیماران استفاده شود.
۶. به کمک زنان روستایی چندین اجاق سنتی در آشپزخانه بیمارستان ساخته شد و دیگر پخت و پز نان و غذای بیماران توسط زنان همراه بیماران انجام می‌گرفت. (بیمارستان چگونگی بهداشتی پخت غذاها را به همراهان بیماران آموزش می‌داد).

۷. گاهی همراهان بیماران روزانه یک گوسفند را به طور تعاونی خریداری کرده و غذای پخته شده از آن را بین بیماران خود تقسیم می‌کردند.
۸. با دو بشکه، یک حمام برای بیمارستان ساخته شد که به وسیله هیزم گرم می‌شد. (الگوگیری از آتشدان حمام روستایی).
۹. نظر به این که بودجه در اختیار نداشتم نمی‌توانستم آزمایشگاه در بیمارستان دایر کنم، بنابراین نمونه خون، مدفوع، ادرار، مایع نخاع و غیره را بوسیله راننده بیمارستان به شهر می‌فرستادم که جوآب‌ها را نیز راننده به بیمارستان بر می‌گرداند.
۱۰. بیمارانی که احتیاج به رادیوگرافی داشتند بوسیله راننده به شهر اعزام می‌شدند و پس از انجام رادیوگرافی به بیمارستان بازگردانده می‌شدند. (بودجه‌ای جهت خرید دستگاه رادیوگرافی نداشتم).
۱۱. بیماران جهت بستری شدن هیچ گونه هزینه‌ای پرداخت نمی‌کردند.
۱۲. ۲۳ عدد تخت چوبی قهوه‌خانه‌ای دست دوم و هفت عدد تخت فلزی برای بخش اطفال خریداری کردم.
۱۳. تعدادی پتو و تشک، ظروف غذاخوری ملامین، وسایل جهت آماده کردن خمیر نان و پخت آن و چندین قابلمه و چراغ فانوس از نوع ارزان قیمت جهت بیمارستان خریداری شد و در اختیار همراهان بیماران قرار گرفت.
۱۴. دو عدد یخچال یکی گازی و دیگری نفتی که هر دو دست دوم بودند جهت بیمارستان خریداری شد.
۱۵. وسایل پزشکی برای اعمال جراحی کوچک، کورتاژ، دستگاه استرلیراتور، ساکشن، تخت زایمان و چند سلیندر اکسیژن خریداری شد.
۱۶. یک داروخانه کوچک و یک مغازه کوچک جهت بیماران در بیمارستان راه‌اندازی شد.

۱۷. چون این روستا برق نداشت برق بیمارستان بوسیله یک موتور برق کوچک که برای چند ساعت روشن بود تأمین می‌شد. (بیشتر مواقع هنگام دارو دادن در شب و استریل کردن وسایل پزشکی به کار گرفته می‌شد).

۱۸. برای گرم کردن اتاق‌های بیمارستان از بخاری‌های چوبی مخصوص این منطقه استفاده می‌شد.

کارکنان بیمارستان:

کارکنان بیمارستان تشکیل شده بود از مردم منطقه، خودم، دو نفر بهورز و یک نفر راننده و خانمی که سواد خواندن و نوشتن نداشت و کمک کار من در امور اداری بیمارستان بود. تمام کارکنان فقط حقوق ثابت داشتند و هیچ گونه اضافه کاری پرداخت نمی‌شد. آموزش‌های بهداشتی، و راهنمایی‌های تغذیه‌ای و واکسیناسیون مردم منطقه به عهده بنده و دو نفر بهورز بود. همچنین داروخانه و مغازه بیمارستان را دو نفر بهورز اداره می‌کردند. اگر در چگونگی ساخت این دو بیمارستان و چگونگی اداره آنها دقت شود مردم این مناطق مشارکت کامل در امور این دو بیمارستان داشته و این مشارکت باعث آشنایی آنها با پزشکی جدید شد. در این بیمارستان‌ها، چگونگی سرایت بیماری‌ها، چگونگی مراقبت از خود در برابر بیماری‌ها، چگونگی تغذیه مناسب، کیفیت غذاها، چگونگی رعایت بهداشت در بیشتر زمینه‌ها و خلاصه آشنایی با اصول پزشکی جدید به بیماران و همراهان آنها آموزش داده می‌شد. همراهان بیماران با دوشیدن شیر گوسفندان بیمارستان، پختن غذا در تنور و اجاقی که خود ساخته بودند، شستن لباس‌های بیماران خود، حمام کردن بیماران، تمیز کردن اتاق‌ها و حیاط بیمارستان، کاشت سبزیجات و کاشتن نهال در زمین‌های اهدایی مردم به بیمارستان، باعث شده بود که این دو بیمارستان را خانه خود بدانند و یک رابطه عاطفی بین بیماران و همراهان و کارکنان بیمارستان برقرار شده بود. آنها هیچ گونه احساس غریبی در این بیمارستان نداشتند، زیرا افراد فامیل بیماران در طی بستری شدن جزء پرسنل موقتی

بیمارستان محسوب می‌شدند به همین جهت به این بیمارستان تعلق خاطر پیدا می‌کردند. چون بیماری‌های عفونی بیشترین بیماران این مناطق را تشکیل می‌داد، هر سال یک یا چند نفر از افراد فامیل در بیمارستان‌های ذکر شده بستری می‌شدند. در این صورت، این دو بیمارستان نقش آموزشی بسیار مهمی در مورد پزشکی جدید و چگونگی پیشگیری از بیماری‌ها را دارا بودند. همانطور که اشاره شد ساخت این دو بیمارستان با الگوگیری از تعاونی‌های سنتی هفت دانگی به انجام رسید. اگر دقت شود در بیشتر پروژه‌ها افراد اجرا کننده همیشه اظهار می‌دارند که بودجه کم داریم بنابراین نمی‌توانیم کاری انجام دهیم و اگر در هنگام اجرای برخی از پروژه‌ها بودجه کم شود امکان شکست کامل آن برنامه وجود دارد، البته در هر کاری بودجه لازم است و یکی از عوامل مهم محسوب می‌شود، ولی اندیشه عاملی مهمتر از بودجه است. مثلاً اگر من در پروژه این دو بیمارستان روستایی به این نتیجه می‌رسیدم که چون نمی‌توانم آزمایشگاه و رادیولوژی در بیمارستان داشته باشم، بنابراین، این پروژه را کنار می‌گذاشتم، در این صورت تمام بیماران این مناطق باید جهت بستری شدن به شهر فرستاده می‌شدند و در یک بیمارستان دولتی یا خصوصی بستری می‌شدند و برای بستری شدن باید پول فراوان هزینه می‌کردند. همراهان بیمار باید کرایه مسافرخانه می‌دادند، کرایه ماشین و پول غذا و غیره پرداخت می‌کردند. در صورتی که این دو بیمارستان در محل زندگی آنها ساخته شد و هر دو کاملاً رایگان بودند و مقدار قابل توجهی سرمایه از منطقه خارج نشد.

در پایان باید بگویم که اولین و آخرین پزشک ایرانی هستم که در خود روستا بیمارستان احداث کردم و خود مدیریت بیمارستان را عهده‌دار بودم.

رویکرد بومی سازی علم پزشکی در ... ۱۰۱



تصویر ۱- بیمارستان قلائی لرستان (روستای دریده) با بخش زنان و اطفال و سایر بخش ها در پشت و حمام بشکه ای بیماران و دیوار چوبی (تعجیر) که حیاط بیمارستان را احاطه کرده است.



۱۰۲ دو فصلنامه دانش‌های بومی ایران، شماره ۲ پاییز و زمستان ۱۳۹۳

تصویر ۲- بخاری چوبی که درمانگاه و بیمارستان به وسیله آن گرم می‌شدند (درمانگاه
روستای شینه فلائی)

رویکرد بومی سازی علم پزشکی در ... ۱۰۳



تصویر ۳- سرویس بهداشتی درمانگاه روستایی



تصویر ۴- نمایی از بخش اطفال بیمارستان روستائی ده چهار تخته



تصویر ۵- بخش عفونی و داروخانه بیمارستان روستایی ده چهار تخته



تصویر ۶- نویسنده مقاله در یکی از اتاق‌های بخش اطفال بیمارستان روستایی ده چهار تخته

رویکرد بومی سازی علم پزشکی در ... ۱۰۵



تصویر ۷- بخش مامایی و بخش اطفال بیمارستان روستای قلائی



تصویر ۸- یکی از اتاق‌های بیمارستان روستایی قلائی با بخاری چوبی



تصویر ۹- داروخانه درمانگاه روستای شینه



تصویر ۱۰- وسیله نقلیه درمانگاه روستایی

پیوست: مردم‌شناسی روستایی یک پزشک

دکتر هوشنگ حمیدی پزشک متخصص قلب و عروق است که نیمی از روزهای هفته را در شهریار و کرج به طبابت مریض‌های خود می‌پردازد، پدر وی در روستای هفت دانگی در همسایگی فریدن اصفهان به کشاورزی اشتغال داشت، وی هم در جوانی کم و بیش، همیار پدر بود. در این روستا، رده‌هایی از: لر، ترک، فارس، ارمنی، گرجی و عرب سکونت داشتند و دارند، وی با این شرایط محیط به تحصیل خود ادامه داده و پس از فارغ‌التحصیل شدن ازدانشکده پزشکی در رشته قلب و عروق در پهنه زادگاه خود و اطراف به طبابت روستاییان پرداخته و از هر دری با آنان سخن می‌گفت: وضع شخم، کشت و کار، برداشت، شیوه آبیاری، نوع تغذیه، وضع خانوار، سوابق درمانی، شیوه‌های درمان، ارتباط با همکاران، نوع یاری‌ها و ... سؤالاتی می‌نمود و در دفتر خود می‌نگاشت. چند سالی بدین منوال گذشت تا این که به پهنه لرستان در غرب ایران منتقل گردید و در اطراف خرم‌آباد به طبابت پرداخت. پس از آن دکتر حمیدی به فکر تأسیس یک بیمارستان کوچک افتاد.

وی اولین بیمارستان خود ساز را با همکاری خودجوش مردم در روستای چهار تخته در «دره هنام» منطقه سلسله لرستان ایجاد نمود. وی دومین بیمارستان خود را در روستای «دربده» واقع در منطقه قلانلی لرستان برپا کرد.

در این مناطق هم با مریض‌های روستایی به صحبت می‌نشست و از اوضاع و احوال نظام زراعی سنتی پرسش‌هایی می‌نمود، این پرسش‌ها و مطالب مربوط بیشتر در حول و حوش جامعه‌شناسی دور می‌زد تا سرانجام مجموعه این اطلاعات در کتابی با نام «هفت دانگی» تحقیقی در زمینه جامعه‌شناسی روستایی را، تألیف نموده و با هزینه خود در سال ۱۳۸۶ به چاپ رسانید.

دکتر حمیدی این اطلاعات مفید روستایی را «پزشکی بومی» نام نهاد، زیرا یک روابط عاطفی بین پزشک و بیماران روستایی ایجاد می‌شد. از این رو ضمن طبابت، خود راهی را ادامه داد که به «جامعه‌شناسی روستایی» شهرت دارد، دکتر حمیدی هنوز

هم در بستر این الگوبرداری‌های سنتی گام بر می‌دارد و در گسترش آن کوشا است. تحریریه مجله این خدمات شایان را خدمت آقای دکتر حمیدی تبریک گفته و امیدوار است که جامعه پزشکی ما بتواند از تجربیات گرانبه‌های ایشان استفاده لازم را به عمل آورد.

دفتر دو فصلنامه دانش‌های بومی ایران