

# دانشور

پزشکی

## تأثیر آموزش بر مبنای الگوی ارتقای بهداشتی بر توانمندسازی رابطین بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی در زمینه پیشگیری از پوکی استخوان

نویسندگان: حسن بابامحمدی\*، حسام‌الدین عسکری مجدآبادی<sup>۱</sup> و مهدی کاهویی<sup>۱</sup>

۱. مربی دانشکده پرستاری و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان

Email: babamohammady2001@yahoo.com

\* نویسنده مسئول:

### چکیده

مقدمه: امید به زندگی در سطح جهانی به مرز ۶۵ سالگی نزدیک می‌شود. این میزان در کشورهای پیشرفته جهان بالاتر و در بعضی کشورهای در حال توسعه پایین‌تر است. در کشور عزیز ما ایران، امید به زندگی از متوسط سطح جهانی بالاتر است و این بدان معنا است که میزان سالمندی رو به افزایش است. در حدود ۱۳ تا ۱۸ درصد از زنان دارای سن ۵۰ سال و بیش‌تر و ۳ تا ۶ درصد از مردان در همین محدوده سنی مبتلا به استئوپروزیس هستند. امروزه با مشارکت مردم می‌توان نیازهای مربوط به سلامت جامعه را شناخت، برای تأمین آن برنامه‌ریزی کرد و با تکیه بر این نیروی مردمی، برنامه‌ها را اجرا کرد. با توجه به نقش مهم رابطین بهداشتی در امر آموزش و پیشگیری از بروز بیماری‌ها در جامعه و اهمیت پوکی استخوان، این پژوهش با هدف بررسی آگاهی و نگرش آنان و نیز تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر مبنای الگوی ارتقای بهداشت در زمینه پوکی استخوان انجام گرفت.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است که در آن ۷۰ نفر از رابطین بهداشتی در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سمنان که به‌صورت تصادفی انتخاب شدند به‌عنوان نمونه پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه پژوهشگر ساخته، مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، و سؤالات مربوط به آگاهی و نگرش است که این پرسشنامه در دو نوبت توسط نمونه پژوهش تکمیل شد. یک نوبت در شروع مطالعه که براساس اطلاعات به‌دست آمده آموزش مناسب بر مبنای الگوی ارتقای بهداشت داده شد و دیگری سه ماه پس از آموزش که مجدد پرسشنامه توسط ایشان تکمیل شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون آماری تی زوج و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به‌دست آمده از مرحله اول تکمیل پرسشنامه نشان داد که ۶۰ درصد نمونه‌های پژوهش در سنین بین ۳۰-۴۰ قرار داشتند و ۴۵ درصد آنان دارای تحصیلات دیپلم بودند. مقایسه نتایج در دو مرحله قبل و پس از مداخله آموزشی نشان داد که آگاهی، نگرش و عملکرد رابطین بهداشتی قبل از آموزش ناچیز بوده و با باورها و عقاید غلط و تصورات نادرست همراه است و آموزش بر مبنای مدل ارتقای بهداشتی، موجب تصحیح و تعمیق این اطلاعات می‌گردد. بحث: به‌کارگیری روش‌های آموزشی مشارکتی، برای آموزش مردم، به‌ویژه گروه‌هایی مانند رابطین، باعث درگیر شدن بیشتر آن‌ها با موضوع آموزشی شده، زمینه را برای آن‌ها در سایر موضوعاتی که با آن‌ها مواجه می‌شوند، فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: مدل ارتقای بهداشتی، داوطلبین بهداشتی، توانمندسازی، استئوپروز، پیشگیری

دوماهنامه علمی - پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال سیزدهم - شماره ۵۹  
آبان ۱۳۸۴

تاریخ وصول: ۸۲/۱۲/۱۳  
تاریخ پذیرش: ۸۳/۱۲/۲۵

## مقدمه

امید به زندگی در سطح جهانی به مرز ۶۵ سالگی نزدیک می‌شود. این میزان در کشورهای پیشرفته جهان بالاتر و در بعضی کشورهای در حال توسعه پایین‌تر است. در کشور عزیز ما ایران، امید به زندگی از متوسط سطح جهانی بالاتر است و این بدان معنا است که میزان سالمندی رو به افزایش است [۱]. در حدود ۱۳ تا ۱۸ درصد از زنان دارای سن ۵۰ سال و بیش‌تر و ۳ تا ۶ درصد از مردان در همین محدوده سنی مبتلا به استئوپروزیس هستند. در زنان در ۶۵ سالگی به نسبت یک به دو نفر، احتمال شکستگی استخوان به‌علت پوسیدگی آن وجود دارد [۲].

در ایالات متحده، ۴۰ میلیون زن بالای ۵۰ سال وجود دارد که ۵۰ درصد آنان دارای علائم رادیولوژیک استئوپروز هستند و ۳۰ درصد نیز به شکستگی‌های متعاقب استئوپروز مبتلا می‌شوند. سالانه بیش از ۱/۲ میلیون شکستگی به‌علت استئوپروز رخ می‌دهد که سیصد هزار مورد از آن‌ها شکستگی هیپ است. هزینه‌های همراه با استئوپروز بیش از ۱۰ میلیارد دلار در سال است و انتظار می‌رود که این مبلغ تا سال ۲۰۲۰ به ۶۲ میلیارد دلار برسد [۳].

در کشور ما، طبق آخرین آمار موجود، حدود ۶/۵ درصد جمعیت را سالمندان بالای ۶۰ سال تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود این میزان در ده سال آینده به حدود ۱۰ درصد جمعیت برسد [۴]. اگرچه در حال حاضر، جمعیت کشور ما جوان است (۵۰ درصد در سنی حدود ۲۰)، ولی در دهه‌های آتی شاهد خیل عظیمی از جمعیت سالمند خواهیم بود که این امر نیاز به برنامه‌ریزی گسترده در جنبه‌های مختلف بهداشتی و درمانی و آگاه کردن مردم و مشارکت بیش‌تر آن‌ها در برآوردن نیازهای بهداشتی خودشان را نمایان می‌سازد.

از اولین سال‌های بعد از جنگ جهانی دوم، با تأسیس سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی صلیب سرخ جهانی و جمعیت حمایت از اسرا و مجروحین، موضوع مشارکت مردمی در عرصه بهداشت و درمان مطرح

گردید [۵]. امروزه با مشارکت مردم می‌توان نیازهای مربوط به سلامت جامعه را شناخت، برای تأمین آن برنامه‌ریزی کرد و با تکیه بر نیروی مردم برنامه‌ها را اجرا کرد. یکی از این عناصر مردمی، رابطین بهداشتی مراکز بهداشتی و درمانی هستند. در ایران، رابطین بهداشتی از میان زنان مناطق مختلف شهری انتخاب می‌شوند. این افراد داوطلبانه و بدون دریافت دستمزد در کنار کارکنان دولت نقش جدی خود را در ارتقای سطح سلامت جامعه ایفا می‌کنند. مهم‌ترین وظایف این افراد، شامل آموزش مسائل مربوط به سلامت، انتقال آموزش‌ها به خانواده‌های تحت پوشش، گزارش وقایع حیاتی خانواده‌های تحت پوشش به مرکز، پیگیری موارد به تأخیر افتاده مراقبت‌های مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، ایجاد ارتباط بین مراکز بهداشتی-درمانی و مردم، انتقال مشکلات بهداشتی جامعه به واحدهای بهداشتی، و تلاش جدی در جهت حل این‌گونه مشکلات است.

اجرای طرح داوطلبین بهداشتی برای اولین بار در سال ۱۳۶۹ به‌طور آزمایشی در مرکز بهداشتی درمانی بدر واقع در جنوب شهر تهران آغاز گردیده و به تدریج در استانهای مختلف رو به گسترش نهاد. با توجه به گسترش وسیع شهرنشینی، ارائه خدمات بهداشتی فعال و مطمئن جز با مشارکت وسیع مردم امکان‌پذیر نیست. لذا ضرورت انجام پژوهش‌های وسیع در این باره ضروری به نظر می‌رسد، به‌طوری که امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا از این منبع عظیم به‌منظور ارتقای سلامت جامعه استفاده به‌عمل می‌آید [۶].

پژوهشی تحت عنوان داوطلبین در مراقبت‌های بیمارستانی و خانگی توسط فوسکا کارمن در میلان ایتالیا صورت گرفته که نتایج آن نشان می‌دهد که حضور داوطلبین حتی در بیمارستان و منزل برای بیمار و خانواده بیمار بسیار ارزشمند است [۷].

گروهی از داوطلبین بهداشتی در سال ۱۹۹۴ در گرانا‌دا به شکل گسترده در برنامه ایمن‌سازی شرکت کرده، سطح پوشش واکسیناسیون را در منطقه گپس از

تعاملات بین فردی، تأثیرات وضعیتی و فاکتورهای بهداشتی است.

از آنجا که در مدل ارتقای بهداشت، بر خلاف مدل‌های بهداشتی دیگر، ترس از بیماری یا تهدید درک شده از آن، منبعی برای اتخاذ رفتار بهداشتی محسوب نمی‌شود و تنها بر تهدید درک شده فردی به‌عنوان منبع اولیه انگیزش رفتار تکیه ندارد، لذا می‌تواند در طول زندگی کاربرد داشته باشد. این مدل برای هر رفتار غیربهداشتی که در آن، تهدید به‌عنوان منبع اصلی انگیزش رفتار مطرح نیست، به‌کار می‌رود [۱۱].

با توجه به نقش مهم رابطین بهداشتی در امر آموزش و پیشگیری از بیماری‌ها در جامعه و اهمیت پوکی استخوان و نیز ارجحیت این مدل بهداشتی، و از آنجا که اکثر مدل‌های بهداشتی دیگر فقط در زمان ابتلا به بیماری به‌کار می‌روند، نه برای ارتقای سلامتی و پیشگیری از بروز بیماری، و این که نتایج تحقیقات انجام شده مؤید تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و رفتار افراد تحت آموزش است، به‌عنوان نمونه، مطالعه‌ای توسط «اله‌وردی‌پور» در زمینه تحلیل عوامل تعیین‌کننده رفتار براساس مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) در اقدام به انجام آزمایش پاپ اسمیر انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که براساس این مدل، ارائه برنامه‌های آموزشی با تأکید بر متغیرهای تئوریک مدل HBM در ترغیب زنان به انجام آزمایش پاپ اسمیر نقش دارند [۱۲]. همچنین مطالعه‌ای که توسط انجذاب و دیگران در زمینه نقش آموزش بهداشت در غربالگری سرطان‌های شایع زنان انجام شد نشان داد که مهم‌ترین محرک در انجام معاینه بالینی پستان، توصیه و آموزش کادر بهداشتی و مهم‌ترین موانع عدم آگاهی افراد از معاینات و مراکز انجام معاینات، ترس، و احساس خجالت بوده که نقش آموزش بهداشت را در انجام غربالگری به‌منظور از بین بردن موانع مراجعه افراد نمایان می‌سازد [۱۳]. لذا محققین تصمیم به انتخاب این مدل و آموزش رابطین بهداشتی بر مبنای این مدل و بررسی آگاهی و نگرش و عملکرد رابطین قبل و بعد از اجرای آن گرفتند تا به توانمندسازی رابطین و مآلاً جامعه بپردازند.

۴۲/۲ درصد به ۶۸/۲ درصد رساندند. مراقبین بهداشتی مردمی در سال ۱۹۹۳ در یکی از مناطق هندوراس توانستند تا ۸۰ درصد مشکلات بهداشتی محلی را شناسایی و حل کنند [۸]. به‌کارگیری زنان داوطلب در امور تنظیم خانواده در بنگلادش، آثار فوق‌العاده مطلوب در کنترل جمعیت داشت [۹].

امروزه اعتقاد بر این است که اکثر مشکلات عمده بهداشتی و مرگ و میر زودرس در جهان از طریق ایجاد تغییر در رفتار انسان با هزینه‌ای اندک، قابل پیشگیری است. ما از تکنولوژی و نحوه این کار مطلع هستیم؛ اما باید آن‌ها را در قالب یک اقدام مؤثر در سطح جامعه منتقل کنیم. اقدام پیشنهادی ما استفاده از الگوی ارتقای سلامت است.

ارتقای سلامت عبارت است از فرایند توانمندسازی مردم برای کنترل بر سلامت خود. ارتقای سلامت، ارائه‌دهنده یک فرایند همه‌جانبه اجتماعی، سیاسی بوده، فقط شامل تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های افراد نیست، بلکه علاوه بر آن تغییر شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی به‌منظور کاهش آثار نامطلوب شرایط یاد شده در سلامت فرد و جامعه را نیز شامل می‌شود.

توانمندسازی در ارتقای سلامت، فرایندی است که به‌وسیله آن مردم بر تصمیم‌گیری‌ها و اقداماتی که سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کنترل بیش‌تر پیدا می‌کنند [۱۰].

مدل ارتقای بهداشتی (HPM)، به‌عنوان چهارچوبی برای توضیح فرایندهای پیچیده جسمی، روانی و اجتماعی پیشنهاد شده که برانگیزاننده افراد برای اتخاذ رفتارهایی به‌منظور ارتقای سلامتشان است. این مدل به‌منظور توضیح و پیشگویی رفتارهای بهداشتی از ۷ فاکتور درکی - شناختی (cognitive-perceptual) و ۵ فاکتور اصلاحی (modifying) تشکیل شده است. فاکتورهای درکی - شناختی این مدل، شامل اهمیت سلامتی، کنترل درک شده سلامتی، تعریف سلامتی، وضعیت سلامتی درک شده، خود کفایتی درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده است. فاکتورهای اصلاحی، شامل خصوصیات دموگرافیک و بیولوژیک،

## روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است که در آن ۷۰ نفر از رابطین بهداشتی در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سمنان که به صورت تصادفی انتخاب شدند به عنوان نمونه پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه پژوهشگر ساخته، مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، سؤالات مربوط به آگاهی و نگرش و چهار سؤال در زمینه رفتاری (عملکرد) بود. سؤالات مربوط به آگاهی، شامل ۶ سؤال چهار گزینه‌ای با یک پاسخ صحیح بود و سؤالات نگرشی (۵ سؤال) نظر رابطین را در سه حیطه موافقم، مخالفم و بی نظرم می‌سنجید. سؤالات مربوط به عملکرد به صورت باز بود و از آن‌ها خواسته می‌شد با دقت به سؤالات پاسخ دهند. این پرسشنامه در دو نوبت توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل شد. یک نوبت در شروع مطالعه که براساس اطلاعات به دست آمده از این مرحله، آموزش مناسب بر مبنای الگوی ارتقای بهداشت داده شد و دیگری سه ماه پس از آموزش که پرسشنامه مجدد توسط ایشان تکمیل شد. این آموزش شامل ۴ جلسه آموزش ۲ ساعته بود که در طی ۴ هفته متوالی به صورت برنامه‌ریزی شده و با هماهنگی قبلی با رابطین بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی و به طور چرخشی در مراکز بهداشتی درمانی انجام گردید و یک کتابچه آموزشی نیز در پایان برنامه آموزشی به هر یک از رابطین داده شد. در نهایت از مسئولین مراکز بهداشتی درمانی خواسته شد به توزیع این کتابچه بین بقیه رابطین بپردازند و به صورت پیگیر (هر ۶ ماه یکبار) میزان آگاهی، نگرش و عملکرد رابطین را با استفاده از پرسشنامه‌ای که در اختیار آن‌ها قرار داده شد اندازه‌گیری کنند و در صورت ورود یک عضو جدید به مجموعه، این کتابچه در اختیار وی نیز قرار گیرد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، بررسی مجددی از نظر تعداد، نحوه تکمیل پرسشنامه و صحت مندرجات پرسشنامه صورت گرفت و اطلاعات برای ورود به سیستم کامپیوتری آماده شد. در این پژوهش

برای کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوا (content validity) استفاده شد؛ بدین ترتیب که علاوه بر مطالعه مقالات و دانستنی‌های موجود درباره نقش و فعالیت داوطلبین بهداشتی، پرسشنامه در اختیار تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و تربیت مدرس قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه از آزمون مجدد استفاده شد که ضریب همبستگی ۹۵ درصد به دست آمد. سرانجام برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون آماری «تی» زوجی و من‌ویتنی استفاده شد.

## یافته‌ها

نتایج به دست آمده از مرحله اول تکمیل پرسشنامه نشان داد که ۶۰ درصد نمونه‌های پژوهش در سنین بین ۴۰-۳۰ قرار داشتند و ۴۵ درصد آنان دارای تحصیلات دیپلم بودند. ۶۵ درصد نمونه‌ها نسبت به پوکی استخوان و عوامل مسبب و راه‌های پیشگیری از آن آگاهی ضعیف داشتند. حدود ۷۰ درصد نمونه‌ها معتقد بودند که پوکی استخوان فقط زنان را مبتلا کرده و کشیدن سیگار ارتباطی با آن ندارد (۸۰ درصد) و امری غیرقابل پیشگیری است (۶۵ درصد). ذکر این نکته جالب توجه است که بیش از ۹۰ درصد آنان مایل به کسب اطلاعات کامل راجع به پوکی استخوان بودند.

در حدود ۸۰ درصد رابطین از عوارض پوکی استخوان اطلاع نداشتند. ۵۰ درصد آن‌ها مصرف لبنیات، حدود ۴۳ درصد تحرک و ورزش و ۲۰ درصد تغذیه مناسب را از عوامل مهم در امر پیشگیری از استئوپروز برشمردند. حدود ۵۰ درصد آن‌ها تنها هفته‌ای ۳-۲ روز و هر بار تنها حدود ۱۰ دقیقه یا کم‌تر ورزش می‌کردند و فقط ۴۵ درصد آن‌ها روزانه یک لیوان شیر می‌خوردند یا ماست مصرف می‌کردند.

اما در بررسی نتایج به دست آمده از مرحله دوم تکمیل پرسشنامه‌ها (بعد از آموزش رابطین بر مبنای الگوی ارتقای بهداشت)، میزان آگاهی نمونه‌ها نسبت به پوکی استخوان، عوامل مسبب و راه‌های پیشگیری از

سطح اطلاعات و تغییر در نگرش آنان شده است. به علاوه گفتند باید در برنامه آموزشی خانواده‌ها در رابطه با اوستئوپروز تجدید نظر شود و آن‌ها را از خطرها و عوارض پوکی استخوان آگاه سازند. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد در مقایسه میزان آگاهی رابطن بهداشتی در قبل و بعد آموزش، تفاوت معناداری دیده می‌شود که آزمون آماری تی زوج نیز آن را تأیید می‌کند ( $p < 0.05$ ).

آن به ۸۵ درصد رسید. تقریباً ۱۰۰ درصد نمونه‌ها معتقد بودند که پوکی استخوان علاوه بر زنان، مردان را نیز - البته با شیوع کم‌تر - درگیر می‌کند؛ اما این بیماری قابل پیشگیری بوده، ۸۰ درصد، آن را با سیگار کشیدن مرتبط می‌دانستند. بیش از ۹۰ درصد، از کسب اطلاعات مربوط به بیماری پوکی استخوان احساس رضایت کرده، حتی اظهار داشتند خیلی از آن‌ها در معرض پوکی استخوان قرار داشته، ولی از این امر آگاهی نداشته‌اند و این برنامه آموزشی موجب افزایش

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ به سؤالات آگاهی در مورد پوکی استخوان

بعد آموزش		قبل آموزش		سؤالات	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲۸/۵	۲۰	۴۲/۸	۳۰	۱۵ سالگی	۱- حداکثر سن استخوان‌سازی
۵۷	۴۰	۲۸/۵	۲۰	۲۰ سالگی	
۸/۵۷	۶	۱۴/۲	۱۰	۳۵ سالگی	
۵/۷	۴	۱۴/۲	۱۰	۵۰ سالگی	
۸۵/۷	۶۰	۵۷	۴۰	لبنیات	۲- گروه‌های غذایی اصلی حاوی کلسیم زیاد
۸/۵۷	۶	۱۱/۴	۸	سبزیجات	
۵/۷	۴	۲۲/۸	۱۶	غلات	
۰	۰	۸/۵۷	۶	گوشت	
۵/۷	۴	۲/۸۵	۲	۲۰-۲۵ سالگی	۳- سن شروع پوکی استخوان
۷۱/۴	۵۰	۱۷/۱۴	۱۲	۳۰-۳۵ سالگی	
۱۹/۹	۱۴	۵۱/۴	۳۶	۳۵-۴۵ سالگی	
۲/۸۵	۲	۲۸/۵	۲۰	۴۵-۵۵ سالگی	
۸۰	۵۶	۵/۷	۴	تحرك و فعالیت	۴- عامل مهم در پیشگیری از پوکی استخوان
۱۴/۲	۱۰	۲۸/۵	۲۰	تغذیه	
۵/۸	۴	۵۷	۴۰	داروها	
۰	۰	۸/۵۷	۶	لاغری	
۸۵/۷	۶۰	۵/۷	۴	سویا	۵- مواد غذایی غنی از کلسیم
۰	۰	۲۲/۸	۱۶	نوشابه	
۱۱/۴	۸	۵۷	۴۰	گوشت	
۲/۸۵	۲	۱۴/۲	۱۰	هویج	
۰	۰	۵/۷	۴	قاعدگی (بلوغ)	۶- احتمال بروز بیش تر پوکی استخوان در مراحل زندگی
۲/۸۵	۲	۸/۵۷	۶	شیردهی	
۱۱/۴	۸	۵۷	۴۰	بارداری	
۸۵/۷	۶۰	۲۸/۵	۲۰	یائسگی	

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی نگرش رابطین نسبت به پوکی استخوان قبل و بعد از آموزش

سؤال نگرشی	موافق		مخالف		بی نظر	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
۱. پوکی استخوان فقط زنان را مبتلا می‌کند.	٪۷۰	٪۰	٪۲۰	٪۱۰۰	٪۱۰	٪۰
۲. با افزایش سن، فرد دچار کوتاهی قد می‌شود و این امری اجتناب‌ناپذیر است.	٪۶۰	٪۵	٪۲۰	٪۸۵	٪۲۰	٪۱۰
۳. یکی از علل خمیدگی پشت (قوز) می‌تواند پوکی استخوان باشد.	٪۴۰	٪۷۰	٪۵۰	٪۲۰	٪۱۰	٪۱۰
۴. سیگار کشیدن در ایجاد پوکی استخوان نقش دارد.	٪۱۰	٪۸۰	٪۸۰	٪۵	٪۱۰	٪۱۵
۵. پوکی استخوان به صورت خودبه‌خودی ایجاد می‌شود و غیرقابل پیشگیری است.	٪۶۵	٪۲۰	٪۲۰	٪۸۰	٪۱۵	٪۰

تأمین نیازهای آموزشی و همچنین تغییر فرهنگ اجتماعی محسوب می‌شود [۱۴].

اجرای طرح داوطلبین بهداشتی برای اولین بار در سال ۱۳۶۹ به‌طور آزمایشی در مرکز بهداشتی درمانی بدر واقع در جنوب شهر تهران آغاز گردید و به‌تدریج در استان‌های مختلف رو به گسترش نهاد. با توجه به گسترش وسیع شهرنشینی، ارائه خدمات بهداشتی فعال و مطمئن جز با مشارکت وسیع مردم امکان‌پذیر نیست. لذا ضرورت انجام پژوهش‌های وسیع در این رابطه ضروری به نظر می‌رسد، به‌طوری که امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا نیز از این منبع عظیم به‌منظور سلامت جامعه استفاده به‌عمل می‌آید [۶].

پژوهشی تحت عنوان بررسی کارایی مشارکت اجتماعی در ارتقای عملکرد زنان در مراقبت از وضعیت سلامت خودشان در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی و درمانی «شهداء» توسط پورعلی و همکاران او در ارومیه صورت گرفته که نتایج آن نشان می‌دهد آموزش رابطین بهداشتی در ارتقای میزان آگاهی آنان از خودآزمایی پستان (BSE) مؤثر بوده است. همچنین انتقال مطالب آموزشی از طریق رابطین بهداشتی به زنان تحت پوشش خود در عملکرد آنان مؤثر بوده و بین میزان عملکرد زنان در مورد BSE با میزان آگاهی رابطین بهداشتی، رابطه معنادار وجود داشته است [۱۵].

۸۰ درصد رابطین، مهم‌ترین عارضه پوکی استخوان را مواردی همچون کمردرد، پادرد و شکستگی استخوان بیان کردند و مواردی همچون خوردن لبنیات (۹۸ درصد)، تغذیه مناسب (۸۰ درصد)، تحرک داشتن و ورزش کردن (۱۰۰ درصد)، استفاده از پروتئین سویا (۶۰ درصد)، قرار گرفتن در معرض نور آفتاب (۷۵ درصد) و عدم استفاده از داروها مانند کورتون (۲۰ درصد) را عوامل مهمی در امر پیشگیری از استئوپروز برشمردند. حدود ۸۰ درصد آن‌ها روزی حداقل ۲۰ دقیقه ورزش می‌کردند و ۹۵ درصد روزانه حداقل یک لیوان شیر می‌نوشیدند.

همچنان که جدول ۲ نشان می‌دهد در مقایسه نگرش رابطین در قبل و بعد آموزش تفاوت مثبت معناداری دیده می‌شود که آزمون آماری من‌ویننی نیز مؤید این تفاوت است ( $p < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به پرسشگری‌ها، از میان راه‌های مختلف آموزشی شامل پرسنل بهداشتی- درمانی، کتاب‌های درسی و ... مؤثرترین و مناسب‌ترین استراتژی، آموزش خانواده‌ها از طریق نیروی متشکل و داوطلب مردمی، یعنی رابطین بهداشتی با توجه به استمرار ارتباط آن‌ها با خانواده‌ها و هماهنگی طبقاتی، تحصیلی و اجتماعی آنان است. این استراتژی به‌عنوان یک رویکرد آموزشی مردم‌مدار (community based education) بهترین راه برای

واقعی (خودکفایتی درک شده)، بحث فاکتورهای محیطی مؤثر بر استفاده (تأثیرات موقعیتی)، و مدل‌های ایفای نقش سازش موفقیت آمیز با موانع استفاده (موانع درک شده) به‌طور کامل در فیلم ارائه شد. بررسی استفاده از وسایل حفاظتی شنوایی ۱۲-۱۰ ماه بعد، نشان داد که در نتیجه این مداخله، استفاده از وسایل محافظتی به میزان ۲۰ درصد از حد پایه افزایش یافته که این افزایش از نظر آماری معنادار بوده است [۱۱].

مطالعات انجام شده توسط باستانی و همکاران او [۱۸]، دهداری، موسوی و حیدرنیا [۱۹]، محمدی، زمانی و مسیبی [۲۰] نیز مؤید نقش آموزش بهداشت بر مبنای الگوی اعتقاد بهداشتی است که همگی با نتایج این تحقیق همخوانی دارند.

مراقبت مبتنی بر مستندات و مشاهدات (evidence-based care) برای نظارت بر کیفیت ضروری است. کارکنان بهداشتی می‌توانند از مدل ارتقای بهداشتی (HPM) به‌منظور فراهم کردن یک چهارچوب منظم و منسجم برای مداخله و مواجهه با مددجویان برای افزایش رفتارهای ارتقای بهداشتی استفاده کنند. برای مثال، پرستاران به همراه رابطین بهداشتی می‌توانند مداخلاتی را ترتیب دهند که خود کفایتی درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، تعاملات بین فردی، و تأثیرات موقعیتی که به رفتارهای بهداشتی معین برای هر فرد دریافت‌کننده مراقبت مرتبط هستند در آن‌ها لحاظ شده باشد. بررسی رفتار قبلی، خصوصیات دموگرافیک، و موقعیت بهداشتی درک شده، اگرچه عناصر یک مداخله نیستند، اما می‌توانند راهنمایی باشند که مداخلات آموزشی بتوانند به بهترین روش نیازهای مددجویان مختلف را فراهم کنند [۱۱].

در پایان با توجه به این که استفاده از مشارکت اجتماعی، تأثیری انکارناپذیر در دستیابی به اهداف برنامه‌های بهداشتی دارد، در مورد ابعاد مختلف سلامت جامعه، بخصوص در زمینه پوکی استخوان می‌توان با به‌کارگیری روش‌های آموزشی مناسب، باعث ارتقای میزان آگاهی، نگرش و عملکرد رابطین بهداشتی شد و از طریق آن‌ها با تأثیرگذاری بر عملکرد جامعه به

پژوهشی تحت عنوان «بررسی میزان تأثیر دو روش آموزش بهداشت (PBL, EBL) بر آگاهی رابطین در مورد بیماری تالاسمی در مرکز بهداشتی درمانی گلشهر مشهد» نتایج نشان داد که میزان آگاهی رابطین قبل از برگزاری جلسات آموزشی در مورد بیماری تالاسمی و آگاهی رابطین بعد از برگزاری جلسات آموزشی به روش یادگیری بر مبنای حل مسئله (PBL) و روش یادگیری مبتنی بر شواهد (EBL) اختلاف معناداری را از نظر آماری نشان می‌دهد. به‌علاوه مشخص شد به‌کارگیری روش‌های آموزش مشارکتی، برای آموزش مردم، به‌ویژه گروه‌هایی مانند رابطین، باعث درگیر شدن بیش‌تر آن‌ها با موضوع آموزشی می‌شود [۱۶].

نتایج دیگر تحقیقات انجام شده نیز مؤید تأثیر برنامه آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و رفتار افراد تحت آموزش بوده است [۱۲ و ۱۳ و ۱۷].

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی رابطین بهداشتی بعد از اجرای برنامه آموزش بهداشت به میزان قابل توجه افزایش داشته و این افزایش از لحاظ آماری نیز معنادار بوده است. همچنین نقش آموزش در بهبود نگرش رابطین به‌طور معنادار تأیید شده و موجب ارتقای عملکرد آن‌ها گردیده است.

ذکر این نکته ضروری است که این مطالعه، نیمه تجربی بوده، بر روی گروه منتخبی از رابطین انجام شده و لذا یافته‌ها از لحاظ آماری قطعیت ندارند. اما از آنجا که آموزش بر مبنای مدل ارتقای بهداشتی توانسته تغییر قابل توجهی در میزان آگاهی و نحوه نگرش رابطین بهداشتی ایجاد کند و مطابق با تعریف، یادگیری «یک تغییر نسبتاً پایدار در رفتار بالقوه فرد» است، با توجه به تغییر رفتار داوطلبین، یک نوع یادگیری در آنان ایجاد شده که مؤید اثربخشی برنامه آموزشی پژوهشگران بوده است.

در مطالعه‌ای بر روی ۸۳۷ کارگر ساختمانی، یک برنامه آموزشی شامل تماشای ۲۰ دقیقه فیلم ویدیویی برای استفاده از ابزارهای حفاظتی شنوایی اجرا شد. مدل‌های ایفای نقش استفاده از محافظ شنوایی (تعاملات بین فردی)، تجارب حرفه‌ای در مورد استفاده

11. Pender, Health promotion in Nursing practice, fourth edition, USA, 2002, p:59-79.

۱۲. الهوردی پور، حمید. تحلیل عوامل تعیین کننده رفتار بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) در اقدام به انجام آزمایش پاپ اسمیر. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۱۴.

۱۳. انجذاب، بهناز و دیگران. نقش آموزش بهداشت در غربالگری سرطان های شایع زنان. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۱۹.

۱۴. ملک فضل، حسین و همکاران. بررسی نیازهای آموزشی دختران ۱۴-۱۲ ساله سمنا پیروان بهداشت بلوغ و تعیین استراتژی مناسب و مؤثر برای تأمین آن. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سمنا، جلد ۱، شماره ۲، زمستان ۱۳۷۸.

۱۵. پورعلی، رضا. یکتا، زهرا و فریدونی، جاوید. بررسی کارایی مشارکت اجتماعی در ارتقاء عملکرد زنان در مراقبت از وضعیت سلامت خودشان در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهداء ارومیه. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۳۰.

۱۶. واحدیان، محمد. عباس پور، فاطمه و کفش کتان، الهام. بررسی میزان تأثیر دو روش نوین آموزش بهداشت (PBL, EBL) بر آگاهی رابطین در مورد بیماری تالاسمی در مرکز بهداشتی درمانی گلشهر مشهد در سال ۱۳۸۲. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۱۶۸.

17. Ruebush T.K., Use of illiterate volunteer worker for malaria case detection and treatment, Am. Top. Med. Parasitol., 1990; 84(2):119-25.

۱۸. باستانی، فریده و همکاران. تأثیر آموزش بهداشت در دوره پری ناتال بر بهداشت روانی زنان باردار. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۲۴.

۱۹. دهداری، طاهره. موسوی، عبد محمد و حیدرینیا، علیرضا. بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران آترواسکلروز نسبت به بیماری خود. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۶۲.

۲۰. محمدی، انسیه سادات. زمانی، فرشته و مسیبی، مهدی. بررسی تأثیر آموزش بهداشت با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) جهت واکسیناسیون کزاز. مجله طلوع بهداشت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد، سال دوم، شماره دوم و سوم، تابستان و پاییز ۱۳۸۲، ص ۷۸.

ارتقای وضعیت سلامت جامعه کمک کرد. همچنین با توجه به مؤثر بودن کاربرد این مدل در موضوع مورد پژوهش، پیشنهاد می شود از این مدل در اتخاذ سایر رفتارهای بهداشتی که موجب بهبود سبک زندگی و ارتقای سلامت جامعه می شود، استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از جناب آقای دکتر حیدرینیا به خاطر نظرهای ارزنده ایشان اعلام می داریم. همچنین از کلیه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر سمنا و رابطینی که در این پژوهش نهایت همکاری را داشته اند سپاسگزار می کنیم.

### منابع

۱. گروه مترجمین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. اصول پرستاری تایلور. نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۵، ص ۷۶۶.
۲. ماکمیان، هریس و بروس، دبرا فولگوم. پیشگیری و درمان پوکی استخوان. ترجمه دکتر فروغ شفیعی. نشر عبادی فر، ۱۳۸۱، صفحات ۲۲۰-۱.
۳. فیپس، سند، مارک. پرستاری داخلی-جراحی، پرستاری سیستم عضلانی-اسکلتی. ترجمه دکتر حمید نام آور و همکاران، انتشارات چهر، ۱۳۷۹، صفحات ۳۵۱-۳۳۳.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- اداره کل روابط عمومی. شاخص های سلامتی در جمهوری اسلامی ایران. تابستان ۱۳۸۲.
۵. گیتی، عباس. درسهایی از مشارکت جامعه در توسعه بهداشت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۴.
۶. جمشیدی، صدی و دیگران. بررسی علل قطع همکاری داوطلبین بهداشتی با مراکز بهداشتی، درمانی شهری استان اصفهان. مجله طب و تزکیه، شماره ۲۹، ۱۳۷۷، صفحات ۲۷-۲۳.
7. Fusco Karman, Volunteers in hospital and home care, Tunori; 1994;80(4):269-712.
8. Quillian J.P., Community health workers and primary health care in Honduras, J. Am. Asad. Nurse Pract., 1993; 5(5):219-25.
9. Simmons R, Employment in family planning and women's status in Bangladesh, stud. Fam. Plan., 1992;23(2):97-108.
۱۰. دکتر محمد پوراسلامی و همکاران. واژه نامه ارتقای سلامت. سازمان جهانی بهداشت، نشر دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹، صفحات ۲۱ و ۴۲.