

مشارکت داوطلبانه زنان: تجربه موفق رابطین بهداشت

حسن نان‌بخش*

چکیده

مشارکت زنان به معنی دخالت همه‌جانبه در فرایند تصمیم‌گیری و اجرا در همه امور جامعه از جمله شرط اساسی توفیق در برنامه‌های بهداشتی است. با توجه به اهمیت مشارکت زنان در حفظ سلامتی و بهداشت جامعه، طرح رابطین بهداشت علاوه بر آموزش مطالب و مهارت‌های لازم به رابطین زن، باهدف انتقال پیام‌های بهداشتی، از طریق آنان، به خانواده‌ها در ایران اجرا می‌شود. با هدف ارزیابی موفقیت رابطین بهداشت زن و اثرگذاری آنها در ارتقای سطح آگاهی و رفتار زنان دیگر، پژوهشی درمورد دو گروه از زنان (یک گروه مورد مطالعه و یک گروه شاهد) با مشابهت‌های اجتماعی - اقتصادی در شهرستان ارومیه پیش از اجرای طرح و پس از یک سال از اجرای طرح انجام شد. مقایسه میزان آگاهی زنان در میان دو گروه نشان می‌دهد فعالیت رابطین بهداشتی موجبات ارتقای سطح آگاهی اعضای جامعه را فراهم نموده و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود دارد، اما نتایج مقایسه آماری میزان عملکرد بین دو گروه (رفتار متناسب با آگاهی) نشانگر اختلاف معنی‌داری نمی‌باشد. برای بررسی تغییر رفتار باید دوره زمانی بیش از یک‌سال را مورد نظر قرار داد.

واژگان کلیدی

آگاهی، جنبش‌های اجتماعی، رفتار مشارکت، زنان، سلامت.

hassan_nanbakhsh@yahoo.com

* . استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳ شهریور ماه ۱۳۸۱.

تاریخ پذیرش مقاله: ۳۱ خرداد ماه ۱۳۸۲.

مقدمه

در دهه اخیر کوشش فراوانی برای کاهش مشکلات گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم دنیا به عمل آمده و برنامه‌های بسیاری تدوین و اجرا شده است. تمام این برنامه‌ها براساس مشارکت مردم شکل گرفته است. تجربیات جهانی اثبات نموده که تدابیر مردمی بهترین راه حل برای مشکلات مردمی بوده و یکی از پیامدهای اصلی این‌گونه مشارکت‌ها تحقق توسعه اجتماعی است (صادقی‌حسن‌آبادی و صالح‌پور، ۱۳۷۶: ۱۶۸).

بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه امروزه اطلاع چندانی از بهداشت و ارائه خدمات بهداشتی ندارند. آموزش صحیح با هدف‌گیری تحول افکار بومی، قومی یا منطقه‌ای می‌تواند عامل مؤثری در برخورداری از خدمات بهداشتی باشد و همچنین وظیفه انتقال یک تجربه محلی یا ابداعات منطقه‌ای را به دوش بکشد (کاهسی^۱، ۱۹۸۹). بررسی‌ها مشخص می‌کنند که بیشتر مردم جهان از خدمات اولیه بهداشتی بی‌نصیب هستند، از طرف دیگر در کشورهای در حال توسعه، خدمات بهداشتی، فقط تعداد کمی از مردم را پوشش می‌دهد و این در حالی است که مردم فقیر همین مناطق، نیز از حداقل خدمات بهداشتی استفاده می‌کنند (رفکین^۲، ۱۹۸۰: ۸-۱). در سال ۱۹۷۷ در سی‌امین اجلاس سازمان بهداشت جهانی مهم‌ترین هدف اجتماعی کشورها، «بهداشت برای همه در سال ۲۰۰۰» اعلام شد. در سال ۱۹۷۸ در کنفرانس آما آتا^۳ ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۴ تنها کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه تلقی گردید (وود^۵، ۱۹۸۲).

-
- 1 . Kahssay
 - 2 . Rifkin
 - 3 . Alma Ata
 - 4 . Primary Health Care
 - 5 . Wood

مشارکت افراد جامعه در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشتی، دیدگاه جدیدی بر چگونگی این مهم است و آینده روشنی را به مسئولین بهداشتی نوید می‌دهد (نیول^۱، ۱۹۷۵: ۷-۳).

چارچوب مفهومی

مشارکت حرکتی آگاهانه، فعال، آزاد و مسئولیت‌آوری است که برای تمثیت امور جامعه تعریف کرده‌اند.

مفهوم مشارکت در توسعه اقتصادی- اجتماعی جامعه، خود از مفاهیم عامی می‌باشد که از برداشته‌های متفاوت نشأت گرفته است. آلن بیرو^۲ مشارکت را چنین تعریف کرده است:

مشارکت به معنای سهمی در چیزی یافتن و از آن سود بردن یا در گروهی شرکت جستن و بنابراین با آن همکاری داشتن است (متین، ۱۳۷۷: ۱۱۵).

وی معتقد است مشارکت در یک یا چند گروه با توجه به شکل، شدت و فراوانی تماس‌های فرد با گروه قابل تعریف است:

عرصه‌های مشارکت وسیع است و شخص می‌تواند در بخش‌های گوناگون چون اقتصاد، گذران اوقات فراغت، فرهنگ، تقبل مسئولیت‌های سیاسی و مدنی و جز اینها به فعالیت پردازد (متین، ۱۳۷۷: ۱۱۵).

نکته مهم و مشترک تمام نظرها و دیدگاه‌ها از مشارکت از این قرار است: مشارکت عاملی اساسی و تعیین‌کننده در فرایند رشد و توسعه در تمامی جوامع محسوب می‌گردد و در پیشبرد اهداف برنامه‌های مختلف از پیش‌نیازهای اساسی به شمار می‌آید. نوع نگرش به مفهوم مشارکت و اجزای تشکیل‌دهنده و مکانیزم آن است که ماهیت واقعی آن را تشکیل می‌دهد (عابدینی، ۱۳۷۹: ۲۱-۲۰).

1 . Newell

2 . A. Biro

یکی از مشخصه‌های عمده در شناسایی و تعریف مشارکت در امور اجتماعی خودانگیزگی و اراده مردم به مشارکت است و در چنین شرایطی مشارکت معنا و مفهوم اصلی خود را بازمی‌یابد و به صورت عاملی اساسی در راستای توسعه جامعه به کار گرفته می‌شود. به علاوه این گونه تشکل‌های ارادی و خودانگیزخته به طور مستمر و غیرمقطعی بوده و نتایج قابل حصول و عینی را به بار می‌آورند.

از دیدگاه نظری مشارکت اقدام سازمان‌یافته‌ای در جهت حصول دستاوردهای عینی است. مشارکت گرچه مقوله‌ای اجتماعی است که از عمل جمع ناشی می‌شود، اما منافع فردی افراد مشارکت‌کننده نیز در قالب یک هدف ملموس اجتماعی مدنظر است. مشارکت مردم در نهادهایی که حاکم بر زندگی آنها هستند. جزء حقوق اساسی بشر بوده و در توزیع مجدد قدرت سیاسی به نفع گروه‌های محروم و همین‌طور برای توسعه اجتماعی ضروری است.

بدین ترتیب مشارکت پدیده‌ای چندبعدی است که در آن درک قدرت تصمیم‌گیری برای خود و تسلط بر نفس از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف اساسی و توجیه اصلی مشارکت در این است که از توانایی‌های اساسی انسان از جمله مسؤلیت‌پذیری فرد در تصمیم‌گیری و عملی که سنجیده و از روی فکر باشد، استفاده گردد. اگر مشارکت دارای پایه‌های مردمی باشد روحیه تعاون و همکاری را در جامعه ترویج می‌کند. یک گروه منسجم هنگامی که با مشکلات روبه‌رو می‌شود و به صورت جمعی آنها را از سر راه برمی‌دارد، روح همکاری را در جامعه نشر می‌دهد و در خود احساس اعتماد به نفس نسبت به توانایی‌های گروهی در انجام عمل را ایجاد می‌کند. بنابراین می‌توان گفت به طور کلی مشارکت یعنی سهیم شدن در تصمیم‌گیری به وسیله تمامی کسانی که این تصمیم‌گیری در وضعیت آنها مؤثر است و نتیجه آن احساس رضایت از دخالت مستقیم در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای برنامه‌ها است (شهیدی‌زند، ۱۳۷۳: ۳۳).

به طور خلاصه مفهوم و عمل مشارکت را در معانی زیر می‌توان جای داد (عابدینی، ۱۳۷۹: ۲۲):

- همکاری یا شرکت کردن در کاری و صرفاً حضور در اجتماعی که برای بحث و تصمیم‌گیری درباره مسأله‌ای تشکیل شده است.
 - سهم داشتن در چیزی که شخص برای آن مسؤولیت معینی را به‌عهده گرفته است. در این مفهوم مشارکت برتر از حالت قبل است، چون شخص یا سازمان مشارکت‌کننده آزاد نیست که هرگاه بخواهد کناره‌گیری کند.
 - ایجاد نوعی احساس همبستگی، تعلق و تلاش جمعی میان افراد یک جامعه به‌منظور نیل به یک نظام عادلانه اجتماعی (متین، ۱۳۷۷: ۴۵).
 - متشکل ساختن گروه‌های محروم از مزایای اجتماعی به‌منظور تأمین برخی نیازهای ضروری آنها از طریق خودیاری.
 - فرایند نیازسنجی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، اجرا، بازنگری، ارزشیابی و بهره‌مندی مشترک افراد.
 - هر کنش متقابل اجتماعی که در آن افراد یا گروه‌ها، کار و فعالیت خود را به‌صورت کم و بیش سازمان‌یافته و با کمک متقابل به هم می‌آمیزند تا هدفی مشترک تحقق پذیرد.
- بنابراین از یک دیدگاه محدود مشارکت عبارت است از متشکل ساختن گروه‌های مردم به‌منظور تأمین برخی نیازهای ضروری آنها از طریق خودیاری. در این مقاله مشارکت به معنای محدود کلمه مدنظر قرار گرفته است تا از مسؤولیت دولت در تأمین خدمات اجتماعی کاسته شود به‌ترتیبی که نیروهای داوطلب به‌ویژه زنان به‌عنوان نیروهای متشکل و سازمان‌یافته، سهم و مسؤولیت بیشتری را در تأمین نیازهای خود و جامعه بپذیرند.
- موضوع مشارکت زنان از جهات گوناگون دارای اهمیت و ارزش می‌باشد. نخست این‌که مشارکت زنان در سرنوشت خویش به‌عنوان یک هدف ارزشی است. بدین معنی که زنان خود در تصمیمات و اقدامات سرنوشت‌ساز خویش شرکت مؤثر داشته باشند و این مشارکت در همه مراحل برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای آنها به‌عنوان ارزش تلقی شود.

دوم این که «مشارکت» خود بخشی از فرایند و نتیجه توسعه است. بدین معنی که مشارکت زنان موجب می شود:

- حس اعتماد و خوداتکایی آنها افزایش یابد.
- در به نتیجه رساندن فعالیت‌ها با سرعت بیشتری کوشش نمایند.
- زمینه‌های رشد استعدادها و بروز خلاقیت‌های آنها فراهم شود.
- هزینه اجرای برنامه‌ها و طرح‌ها با مشارکت آنها کاهش یابد.

مروری بر پژوهش‌های پیشین

• در پژوهشی که به‌وسیله خانم فولادی و همکاران در سال ۱۳۷۳ صورت گرفت از رابطین داوطلب زن برای آموزش بهداشت مادران در ارتباط با پیشگیری و کنترل اسهال و عفونت‌های تنفسی حاد استفاده شده و اثربخشی مشارکت زنان مورد سنجش قرار گرفته است. نتایج تحقیق با $p < 0.05$ ارتباط آماری معنی داری را بین میانگین نمرات واحدهای پژوهش (مادرانی که حداقل یک کودک زیر پنج سال دارند) درمورد آگاهی از پیشگیری و کنترل این دو بیماری بین مرحله قبل و بعد از مشارکت زنان را نشان می‌دهد (فولادی و همکاران، ۱۳۷۳).

• طرح «داوطلبان بهداشتی جامعه شهری» در سال ۱۹۸۷ در شهر نچارای نپال به کار گرفته شد. پس از گذشت دو سال از شروع کار این داوطلبان با وجود حمایت و مدیریت ضعیف و ناکافی در این طرح، بهبود قابل توجهی در میزان مراقبت‌های قبل از تولد، پوشش واکسیناسیون، استفاده از ORS و وضعیت تغذیه‌ای اطفال زیر پنج سال، پدید آمد (چتنس ایهاو لاجی^۱، ۱۹۹۳).

• طرح «ارزیابی تأثیر آموزش بر کنترل بیماری اسهال شدید به‌وسیله خدمات بهداشتی اولیه» در منطقه روستایی هاریانا^۲ در هندوستان انجام شد، به این منظور مراقبین

1 . Chetnath ehav Lajei

2 . Haryana

بهداشتی که شامل ۱۱ نفر از داوطلبان مراقب کودکان به نام کارکنان آنگاواد^۱ نامیده شدند، ۱۲ نفر از کارکنان بهداشتی چندمنظوره^۲ و ۱۲ نفر از کارکنان راهنمای بهداشتی^۳ به طور احتمالی از ۱۲ روستا انتخاب شدند و پس از گذراندن یک دوره آموزشی درمورد درمان بیماران مبتلا به اسهال شدید و استفاده از درمان خوراکی اسهال^۴ عازم مناطق روستایی مورد نظر شدند. علاوه بر این، تعداد نه پزشک که در مراکز خدمات بهداشتی اولیه و یک بیمارستان ۵۰ تختخوابی کار می کردند جزو منطقه مطالعه منظور شد. نتایج بررسی آماری نشان داد ارزیابی بیماران بر اساس تاریخچه بیماری و آزمایشات فیزیکی بین کارکنان فوق معنی دار بود ($P < 0.05$). همچنین پزشکان ۸۰ درصد، ۶۵ MPHW، ۶۰ درصد، ۶۰ CHG، ۴۵ درصد، ۴۵ AAW مبتلا به کمبود آب را ارزیابی کردند. به هر حال داروهای ضد میکروبی و اسهال به وسیله پزشکان به مراتب بیشتر از سایر کارکنان به کار برده شد ($P < 0.05$). روش استفاده از ORS به اکثریت والدین (۸۵ تا ۹۰ درصد) همه کارکنان فوق توضیح داده شد. همچنین ادامه استفاده از شیر مادر^۵ در زمان درمان به اکثریت مادران اطلاع داده شد. بررسی ها نشان داد داوطلبان مراقب کودکان (AWW)، نقشی اساسی در پیشگیری، کنترل بیماری اسهال، ارتقای سلامتی کودکان و جلب مشارکت مادران برای همکاری دارند (کومار^۶ و همکاران، ۱۹۸۹).

- نتایج مطالعه ارزیابی طرح «داوطلبان بهداشتی جامعه»^۷ در زمینه توسعه خدمات بهداشتی اولیه در هندوستان. نتایج نشان داد که این طرح در تأمین خدمات بهداشتی اولیه به مردم موفق بود. (خدماتی نظیر بهداشت خانواده، واکسیناسیون، تشخیص و درمان بیماری مالاریا) نتیجه بررسی مشخص کرد که

1. Anja Wadi Workers (AWW)
2. Multi Purposes Health Workers (MPHW)
3. Community Health Guide (CHG)
4. Oral Rehydration - Therapy
5. Feeding Breast
6. Kumar
7. Community Health Volunteer (CHV)

داوطلبان بهداشتی، رابط مفیدی میان جامعه و مرکز خدمات بهداشتی درمانی هستند (مارو^۱، ۱۹۸۳).

• در سال ۱۹۸۲ وزارت بهداشت نیکاراگوه تعدادی از داوطلبان محلی را که علاقه‌مند به همکاری با مراکز خدمات بهداشتی بودند انتخاب کرد. هدف اصلی این گروه جلب مشارکت مردم و راهنمایی مادران برای استفاده از ORS، تغذیه اطفال زیر پنج سال، پوشش واکسیناسیون و بالا بردن آگاهی نسبت به مسائل بهداشتی بود. مسؤلان در این تحقیق محلی که در دو منطقه انجام شد به این نتیجه رسیدند که داوطلبان بهداشتی نقش به نسبت محدودی دارند و به کمک و راهنمایی پرستاران مراکز بهداشت وابسته هستند. افزایش دوره‌های آموزشی و سازماندهی خوب می‌تواند در ارائه خدمات بهداشتی داوطلبانه به مردم به‌ویژه در مناطق روستایی مفید واقع شود (شول^۲، ۱۹۸۵).

• بررسی انجام‌شده در مورد اهمیت انگیزه در داوطلبان بهداشتی در مناطق روستایی اندونزی نشان می‌دهد فعالیت داوطلبان نتایج قابل توجهی به‌بارآورده است (لیزاک^۳ و کریفتینگ^۴، ۱۹۹۳ به نقل از: مجله سلامت برای همه، ۱۳۷۳، ش ۱: ۱۶).

• در بررسی طرح «برنامه داوطلبان غیرحرفه‌ای در رابطه با مادران»، نقش داوطلبان غیرحرفه‌ای محلی درباره مراقبت از کودکان تا یک سالگی ارزیابی شد. مطالعه روی دو گروه از مادران انجام شده است:

گروه اول گروه مورد مطالعه، مادرانی که در شش ماه اول زندگی در منطقه محروم دوبلین در سال ۱۹۸۹ برای اولین بار فارغ شده‌اند.

گروه دوم گروه شاهد، مادرانی باتجربه از همان جامعه با همان مشخصات. در گروه اول، ارائه خدمات بهداشتی طبق برنامه برای مادران و کودکان در طول یک‌سال اول زندگی کودک به‌وسیله داوطلبان در نظر گرفته شد. نتایج بررسی

1 . Maru
2 . Scholl
3 . Lysack
4 . Krefting

روشن ساخت که داوطلبان غیرحرفه‌ای به طور مؤثر می‌توانند در ارائه خدمات از جمله راهنمایی مادران، تغذیه کودکان، پوشش واکسیناسیون و مراقبت و رشد کودکان مفید باشند (جانسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۳).

معرفی طرح رابطین بهداشت

هدف

پژوهش با هدف اصلی تعیین اثربخشی مشارکت رابطین بهداشت در میزان آگاهی و عملکرد (رعایت دستورات بهداشتی) زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار سساز بهداشت خانواده در جمعیت تحت پوشش یکی از مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان ارومیه در چهار زمینه میزان آگاهی زنان از بهداشت دوران بارداری، مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال، تنظیم خانواده و میزان عملکرد زنان در مورد بهداشت دوران بارداری بوده است.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اتخاذ سیاست جلب مشارکت مردم با آموزش عده‌ای داوطلب از مناطق حاشیه‌ای شهر، امکان انتقال پیام‌های بهداشتی را به مردم آن منطقه فراهم آورد و به وسیله ارتباط نزدیک این افراد با خانواده‌های تحت پوشش آمارهای بهداشتی را به شیوه‌ای صحیح به مرکز بهداشتی - درمانی منطقه منتقل می‌سازد (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۱۹۷۹).

رابطین بهداشت، پیش‌تازان همیاری عمومی هستند که داوطلبانه قدم در راه مشارکت مردم در تأمین سلامتی جامعه گذاشته‌اند. به زنان داوطلب، آموزش و سازمان داده می‌شود تا در امر سلامت ساکنان محله و در واقع همسایگان خود مشارکت داشته باشند. رابطین بهداشت در حقیقت مشاور بهداشتی مردم و همکار مردمی بخش خدمات بهداشتی هستند.

-
1. Johnson
 2. World Health Organization (WHO)

رابطین سعی دارند حقایق اساسی مورد نیاز برای رسیدن به سلامتی فردی، خانوادگی و اجتماعی را به خوبی فراگیرند و در این یادگیری، شرکت فعال داشته باشند. رابطین نه تنها با رفتار خود، الگوی عملی برای اهالی محله ارائه می‌کنند بلکه از طریق همکاری با رابطین محله‌های مجاور و دعوت از مردم برای اقدام مشترک، به ارتقای سطح بهداشت و سلامت جامعه کمک می‌کنند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵ : ۵-۱).

یکی از اهداف طرح رابطین، ارتقای سطح آگاهی و عملکرد خانواده‌های تحت پوشش در زمینه بهداشت خانواده است. منظور از بهداشت خانواده : بهداشت تنظیم خانواده، بهداشت کودکان زیر شش سال و بهداشت زنان باردار است. در سطح ایران ۴۳ هزار نفر زن داوطلب به‌عنوان رابط بهداشت فعالیت می‌کنند، در استان آذربایجان غربی در ۴۴ مرکز بهداشتی - درمانی که ۱۱ مرکز آن پایگاه بهداشتی است تعداد ۱۹۱۰ نفر رابط بهداشتی همکاری دارند که ۸۵۲ نفر آنان ساکن شهر ارومیه هستند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۵).

با توجه به اهمیت نقش رابطین بهداشت زن در توسعه خدمات بهداشتی در جامعه این پژوهش در مورد اثربخشی مشارکت داوطلبانه رابطین بهداشت در میزان آگاهی و عملکرد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله شوهردار انجام شده است.

فرضیات

۱. بین میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در رابطه با بهداشت دوران بارداری در دو مرحله گردآوری اطلاعات، اختلاف معنی‌دار وجود دارد.
۲. بین میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در رابطه با مراقبت‌های کودکان زیر شش سال در دو مرحله گردآوری اطلاعات، اختلاف معنی‌دار وجود دارد.
۳. بین میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در رابطه با تنظیم خانواده در دو مرحله گردآوری اطلاعات، اختلاف معنی‌دار وجود دارد.

۴. بین میزان عملکرد زنان مورد مطالعه در رابطه با بهداشت دوران بارداری در دو مرحله گردآوری اطلاعات، اختلاف معنی دار وجود دارد.
۵. بین میزان عملکرد زنان مورد مطالعه در رابطه با مراقبت‌های کودکان زیرشش سال در دو مرحله گردآوری اطلاعات، اختلاف معنی دار وجود دارد.
۶. بین میزان عملکرد زنان مورد مطالعه در رابطه با تنظیم خانواده در دو مرحله گردآوری اطلاعات اختلاف معنی دار وجود دارد.

روش پژوهش

نوع مطالعه، در این بررسی به صورت کارآزمایی فیلیدی^۱ است. جامعه مورد مطالعه شامل دو گروه است: یکی گروه مورد مطالعه که تحت مداخله رابطین بهداشت بوده و طبق برنامه آموزشی به وسیله رابطین تحت آموزش‌های از پیش تعیین شده قرار گرفته‌اند و دیگری گروه شاهد که در محدوده عملیاتی رابطین بهداشتی نبوده و به این گروه هیچ آموزشی داده نشده است. رابطین بهداشتی برای کسب آمادگی‌های لازم جهت آموزش جامعه، در مرکز بهداشتی - درمانی تحت آموزش قرار گرفته‌اند. انتخاب نمونه در گروه مورد مطالعه به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی و شماره خانوارها و پلاک ساختمان‌ها صورت گرفته است. حجم نمونه با توجه به سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۵ درصد، ۳۸۴ نفر منظور شده و براساس فرمول
$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$
 محاسبه گردیده است. در این بررسی میزان آگاهی و عملکرد زنان مورد مطالعه متغیر وابسته و میزان مشارکت رابطین متغیر مستقل است. جمع‌آوری اطلاعات از جامعه مورد مطالعه با تکمیل پرسش‌نامه بوده و مرحله دوم پس از گذشت یک سال از فعالیت رابطین در جامعه انجام گرفته است.

1 . Field Trial

یافته‌های پژوهش

اطلاعات گردآوری شده براساس هدف و فرضیات طرح به تفکیک هریک از موارد بهداشتی در رابطه با گروه مورد مطالعه در قسمت یکم ارائه می‌شود. در قسمت دوم، اطلاعات مربوط به مقایسه گروه مورد مطالعه و شاهد طرح می‌شود.

قسمت یکم

• بهداشت دوران بارداری

مقایسه آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه درباره بهداشت دوران بارداری در گروه مورد مطالعه که در دوره طرح به وسیله رابطن بهداشت تحت آموزش بوده‌اند، نشان می‌دهد میزان آگاهی این افراد در مرحله دوم بررسی به‌طور معنی‌داری بیشتر از مرحله اول است (جدول شماره ۱). همچنین عملکرد افراد این گروه درباره بهداشت دوران بارداری نیز افزایشی معنی‌دار را نشان می‌دهد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه بر حسب میزان آگاهی درباره بهداشت دوران

بارداری در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۱۲/۸	۴۸	۴۵/۶	۱۷۱	۴۱/۶	۱۵۶	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۵	۲۱/۹	۸۲	۴۳/۷	۱۶۴	۳۴/۴	۱۲۹	بعد از آموزش
-	۷۵۰	-	۱۳۰	-	۳۳۵	-	۲۸۵	جمع

$$D.F.=0.003$$

$$X^2=11.60$$

$$P=0.003$$

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه برحسب میزان عملکرد درباره بهداشت دوزان بارداری در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۶۸	۲۳/۹	۸۸	۳۶/۷	۱۳۵	۳۹/۴	۱۴۵	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۵	۲۱/۶	۸۱	۶۰/۳	۲۲۶	۱۸/۱	۶۸	بعد از آموزش
-	۷۴۳	-	۱۶۹	-	۳۶۱	-	۲۱۳	جمع

D.F.=2

 $X^2=12.22$

P=0.002

• مراقبت‌های بهداشتی کودکان

مقایسه آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه درباره مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال در گروه مورد مطالعه که در دوره طرح میزان آگاهی افراد، به طور معنی‌داری افزایش یافته است (جدول شماره ۳). همچنین افزایش معنی‌داری در مورد عملکرد این افراد نیز صادق است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه برحسب میزان آگاهی درباره مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۶۲	۳۹/۵	۱۴۳	۴۹/۷	۱۸۰	۱۰/۸	۳۹	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۵	۶۰/۶	۲۲۷	۳۶/۵	۱۳۷	۲/۹	۱۱	بعد از آموزش
-	۷۳۷	-	۳۷۰	-	۳۱۷	-	۵۰	جمع

D.F.=2

 $X^2=40.37$

P=0.000

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه برحسب میزان عملکرد درباره مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۶۲	۱۶/۰	۵۸	۵۱/۹	۱۸۸	۳۲/۱	۱۱۶	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۵	۲۵/۹	۹۷	۵۶/۵	۲۱۲	۱۷/۶	۶۶	بعد از آموزش
-	۷۳۷	-	۱۵۵	-	۴۰۰	-	۱۸۲	جمع

D.F.=2

 $X^2=24.77$

P=0.000

• تنظیم خانواده

مقایسه آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در رابطه با تنظیم خانواده در گروه مورد مطالعه نشان می‌دهد میزان آگاهی این افراد در مرحله دوم بررسی، به‌طور معنی‌داری بیشتر از مرحله اول است (جدول شماره ۵). عملکرد افراد یادشده در رابطه با تنظیم خانواده نیز افزایش معنی‌داری را نشان می‌دهد (جدول شماره ۶).

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه برحسب میزان آگاهی درباره تنظیم خانواده در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۱۱/۵	۴۱	۵۹/۹	۲۱۴	۲۸/۶	۱۰۲	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۳	۲۵/۵	۹۵	۶۶/۷	۲۴۹	۷/۸	۲۹	بعد از آموزش
-	۷۳۰	-	۱۳۶	-	۴۶۳	-	۱۳۱	جمع

D.F.=2

 $X^2=64.45$

P=0.000

جدول شماره ۶. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه برحسب میزان عملکرد درباره تنظیم خانواده در دو مرحله طرح

جمع		سطوح آگاهی						مرحله
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۵۹	۲۳/۴	۸۴	۲۵/۹	۹۳	۵۰/۷	۱۸۲	قبل از آموزش
۱۰۰	۳۷۵	۲۴/۰	۹۰	۳۶/۳	۱۳۶	-	۳۹/۷	۱۴۹
-	۷۳۶	-	۱۷۴	-	۲۳۱	-	۳۳۱	جمع

D.F.=2

 $X^2=12.22$

P=0.002

قسمت دوم

• بهداشت دوران بارداری

عملیات آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در گروه مورد مطالعه و شاهد در رابطه با بهداشت دوران بارداری نشان می‌دهد میزان آگاهی گروه مورد مطالعه به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است (جدول شماره ۷) ولی بین عملکرد افراد جامعه مورد مطالعه در دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌شود (جدول شماره ۸).

جدول شماره ۷. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب میزان آگاهی درباره بهداشت دوران بارداری

جمع		سطوح آگاهی				گروه
		خوب		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۴	۴۳/۱	۱۶۱	۵۶/۹	۲۱۳	شاهد
۱۰۰	۳۷۴	۵۲/۷	۱۹۷	۴۷/۳	۱۷۷	مورد
-	۷۴۸	-	۳۵۸	-	۳۹۰	جمع

D.F.=2

 $X^2=8.14$

P=0.01

جدول شماره ۸. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب میزان عملکرد درباره بهداشت

دوران بارداری

جمع		سطوح آگاهی						گروه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۲۱/۶	۸۱	۵۶/۸	۲۱۳	۲۱/۶	۸۱	شاهد
۱۰۰	۳۷۵	۲۱/۶	۸۱	۶۰/۳	۲۲۶	۱۸/۱	۶۸	مورد
-	۷۵۰	-	۱۶۲	-	۴۳۹	-	۱۴۹	جمع

D.F.=2

$X^2=1.52$

P=0.47

• مراقبت‌های بهداشتی کودکان

پس از جمع‌آوری اطلاعات درباره مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال مشاهده شد که میزان آگاهی گروه مورد مطالعه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد است. (جدول شماره ۹) ولی میزان عملکرد جامعه مورد مطالعه در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد (جدول شماره ۱۰).

جدول شماره ۹. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب میزان آگاهی درباره

مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال

جمع		سطوح آگاهی						گروه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۶۴/۵	۲۴۲	۳۱/۵	۱۱۸	۴/۰	۱۵	شاهد
۱۰۰	۳۷۵	۷۷/۶	۲۹۱	۲۰/۳	۷۶	۲/۱	۸	مورد
-	۷۵۰	-	۵۳۳	-	۱۹۴	-	۲۳	جمع

D.F.=2

$X^2=64.45$

P=0.000

جدول شماره ۱۰. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب میزان عملکرد درباره مراقبت‌های بهداشتی کودکان زیر شش سال

جمع		سطوح آگاهی						گروه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۲۵/۹	۹۷	۵۶/۵	۲۱۲	۱۷/۶	۶۶	شاهد
۱۰۰	۳۷۵	۳۲/۰	۱۲۰	۵۱/۵	۱۹۳	۱۶/۵	۶۲	مورد
-	۷۵۰	-	۲۱۷	-	۴۰۵	-	۱۲۸	جمع

D.F.=2

$X^2=3.45$

P=0.18

• تنظیم خانواده

میزان آگاهی افراد جامعه مورد مطالعه درباره تنظیم خانواده در گروه مورد مطالعه در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد (جدول شماره ۱۱) ولی در میزان عملکرد دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نمی‌شود (جدول شماره ۱۲).

جدول شماره ۱۱. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب آگاهی درباره تنظیم خانواده

جمع		سطوح آگاهی						گروه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۷۵	۱۸/۴	۶۹	۶۳/۷	۲۳۹	۱۷/۹	۶۷	شاهد
۱۰۰	۳۷۵	۲۵/۹	۹۷	۶۶/۴	۲۴۹	۷/۷	۳۲	مورد
-	۷۵۰	-	۱۶۶	-	۴۴۸	-	۹۶	جمع

D.F.=2

$X^2=19.97$

P=0.000

جدول شماره ۱۲. توزیع فراوانی زنان گروه مورد مطالعه و شاهد برحسب میزان عملکرد درباره تنظیم خانواده

جمع		سطوح آگاهی						گروه
		خوب		متوسط		ضعیف		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۳۶۵	۲۴/۶	۹۰	۲۵/۵	۹۳	۴۹/۹	۱۸۲	شاهد
۱۰۰	۳۶۵	۳۴/۵	۱۲۶	۲۷/۷	۳۰۱	۳۷/۸	۱۳۸	مورد
-	۷۳۰	-	۲۱۷	-	۱۹۴	-	۳۲۰	جمع

D.F.=2

$X^2=13.68$

P=0.30

نتیجه گیری

بررسی‌های متعددی در زمینه مشارکت داوطلبانه در فعالیت‌های گوناگون گزارش شده است. به‌عنوان نمونه دو پژوهشگر با ارزیابی تأثیر فعالیت‌های داوطلبان در افزایش آگاهی مادران درباره مایع درمانی خوراکی در درمان اسهال در جمعیت روستایی آفریقایی گزارش می‌دهند که داوطلبان زن نقش مهمی در بالابردن سطوح آگاهی مادران درباره مایع خوراکی و کاهش بروز بیماری اسهال دارند (بکف^۱ و فرینهو^۲، ۱۹۸۹).

در بررسی طرح «ارزیابی تأثیر آموزش بر کنترل بیماری اسهال شدید به‌وسیله ارائه خدمات بهداشتی اولیه» در یک مرکز خدمات بهداشتی اولیه در هندوستان اعلام شده است که داوطلبان مراقب کودکان نقشی اساسی در پیشگیری، کنترل بیماری

1 . Bacf

2 . Ferrinho

اسهال ارتقای سلامت کودکان و جلب مشارکت مادران دارند (کومار و همکاران، ۱۹۸۹). پژوهشگری با توجه به نتایج بررسی «ارزیابی کارکنان بهداشت محلی در نیکاراگوئه» که هدف اصلی آن جلب مشارکت مردم در زمینه‌های استفاده مادران از ORS، تغذیه کودکان زیرشش سال و واکسیناسیون بود، اختصاص دوره‌های مناسب آموزشی به داوطلبان و سازماندهی خوب در بهتر کردن ارائه خدمات بهداشتی به وسیله آنان به جامعه را مؤثر می‌داند (شول، ۱۹۸۵).

یک بررسی در اندونزی نشان می‌دهد داوطلبان در ارائه خدمات توانبخشی در مناطق روستایی موفق بوده‌اند (لیزاک و کریفتینگ، ۱۹۹۳ به نقل از: مجله سلامت برای همه، ۱۳۷۳: ش ۱: ۱۶). با توجه به نتایج بررسی دیگری با عنوان «برنامه داوطلبان غیرحرفه‌ای در رابطه با مادران» در منطقه محروم دوبلین گزارش شده که داوطلبان غیرحرفه‌ای به‌طور مؤثر می‌توانند در ارائه خدمات از جمله راهنمایی مادران، تغذیه کودکان، واکسیناسیون و مراقبت و رشد کودکان، مفید باشند (جانسون و همکاران، ۱۹۹۳).

یافته‌های طرح حاضر نیز نشانگر این نظریات است. مقایسه آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در گروه مورد مطالعه (تحت پوشش مرکز بهداشتی-درمانی جلیلی) در مرحله قبل از فعالیت رابطین و به فاصله یکسال از شروع فعالیت آنها در هر سه زمینه بهداشت دوران بارداری، مراقبت‌های بهداشتی کودکان و تنظیم خانواده نشان می‌دهد تفاوت به‌وجود آمده معنی‌دار است. یعنی فعالیت رابطین بهداشت موجب ارتقای آگاهی افراد جامعه مورد مطالعه را فراهم ساخته است ($p < 0.001$).

مقایسه آماری میزان عملکرد زنان مورد مطالعه در گروه مورد مطالعه در این زمینه‌ها در فاصله دوره زمانی یک ساله نیز نشانگر اختلاف معنی‌دار است ($p < 0.02$). مقایسه آماری میزان آگاهی زنان مورد مطالعه در گروه مورد مطالعه و شاهد نیز در سه زمینه ذکر شده اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0.01$). اما مقایسه آماری میزان عملکرد زنان مورد مطالعه حاکی از اختلاف معنی‌داری نیست ($P < 0.05$). با این توضیح

نتیجه‌گیری می‌شود که مشارکت رابطین بهداشت در امر آموزش جامعه مورد مطالعه منجر به افزایش آگاهی‌های بهداشتی افراد جامعه مذکور در زمینه بهداشت خانواده گردیده ولی در بهبود عملکرد این افراد مؤثر نبوده است و بهبود عملکردی که در فاصله قبل از شروع و پایان آن در گروه مورد مطالعه، مشاهده می‌شود ناشی از فعالیت رابطین نیست بلکه مربوط به ارتقای عملکرد کل افراد جامعه در این فاصله زمانی است. آگاهی در زمینه‌های بهداشتی، زیربنای نگرش و عملکرد بهداشتی است و پیش‌نیاز در انجام دادن و یا ندادن یک رفتار می‌باشد، بنابراین تداوم مشارکت رابطین باعث بهبود عملکرد جامعه خواهد گردید.

منابع

- شهیدی زندی، کاوه (۱۳۷۳)، «پروژه تحقیقاتی عوامل مؤثر بر مشارکت دامداران در احیای مراتع استان کرمان».
- صادقی حسن آبادی، علی و زهرا صالح پور (۱۳۷۶)، «بررسی عملکرد و ارزیابی مقایسه‌ای طرح رابطین بهداشت شهر شیراز در سال ۱۳۷۵». خلاصه مقالات اولین همایش پژوهش در شبکه‌های بهداشتی - درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی خراسان، آبان، مشهد.
- عابدینی، خلیل (۱۳۷۹)، «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر مشارکت دامداران در طرح‌های مرتعداری منطقه دماوند، حوزه آبخیز لار (استان نهران)»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، استادراهنما ژاله شادی‌طلب، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- فولادی، نسرین و همکاران (۱۳۷۳)، «بررسی اثربخشی مشارکت اجتماعی زنان در فعالیت‌های بهداشتی به‌عنوان رابطین بهداشت در آموزش مادران در رابطه با پیشگیری و کنترل بیماری‌های شایع کودکان زیر پنج سال (اسهال و عفونت‌های تنفسی حاد)»، سمینار مراقبت‌های بهداشتی اولیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- متین، نعمت‌اله (۱۳۷۷)، «مبانی نظری مشارکت و ضرورت‌های آن»، *مجله جهاد سازندگی*، شماره‌های ۲۱۵-۲۱۴.
- *مجله سلامت برای همه* (۱۳۷۳)، دانشگاه علوم پزشکی استان چهارمحال بختیاری، شماره ۱، تیر.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور بهداشتی (۱۳۷۵)، مجموعه آموزشی رابطین بهداشت، کتاب مقدماتی راهنمای فعالیت رابطین.
- Bacf, D. J. and P. D. Ferrinho (1989), "An Evaluation of the Impact of Care Groups on Knowledge about Oral Fluid Therapy", S-Afr Med- J. Vol. 476, No. 9, pp. 500-502, Nov.

- Chetnath ehav Lajei (1993), "Community Health Volunteer", World Health Forum, Vol. 4, Nov.
- Johnson, Z. et al. (1993), "Community Mothers's Programme : Randomised Controlled Trial of non Professional Intervention in Parenting", BMJ, Vol. 306, No. 6890, pp. 1449- 1452, May.
- Kahssay, H. M. MD (1989), *Division of Strengthening of Health Services*, Geneva, Switzerland.
- Kumar, V. et al. (1989), "Assessment of the Effect of Training on Management of Acute Diarrhoeal in a Primary Health Care Setting", J-Diarrhoeal-Dis-Res, Sep-Dec : 7(3-4).
- Lysack, C. and L. Krefting (1993), "Community Based Rehabilitation Cadres; Their Motivation for Volunteerism", Int J-Rehabil-Res, Vol.16, No. 2, Jun.
- Maru, R. M. (1983), "The Community Health Volunteer Scheme in India : An Evaluation", Soc-Sci-Med, Vol. 17, No.19, pp.1417- 1483.
- Newell, K. W. (1975), *Helping People Help Themselves*, World Health, April.
- Rifkin, S. (1980), "Communitg Participation: A Planner's Approach. Contact", Special Series, No. 3, pp. 1-8.
- Scholl, E. A. (1985), "An Assessment of Community Health Workers in Nicaragua", Soc-Sct-Med : pp. 207-214.
- WHO (1979), *Formulating Strategies for All (Health for All by the Year 2000)*, Geneva.
- Wood, E. (1982), *Community Health Worker's Manual Nariobi*, African Medical and Research Foundation.