

## نقش مشارکت نوجوانان روستایی در ارتقاء شاخص توالیت بهداشتی

سید وحیده حسینی<sup>۱\*</sup>، منیره انوشه<sup>۲</sup>، فضل اله احمدی<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری بهداشت جامعه دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس ۲- استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس  
۳- دانشیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تربیت مدرس

**سابقه و هدف:** جمع آوری و دفع صحیح و بهداشتی فضولات نیز مانند تامین آب پاکیزه، از اولویت های یک برنامه بهسازی محیط است. این در حالی است که هنوز هم بیشتر ساکنان بعضی از مناطق روستایی در کشورهای رو به توسعه حتی از ساده ترین شرایط بهداشتی در این زمینه محرومند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشارکت نوجوانان بر میزان درصد خانوارهای روستایی که قبل و بعد از مداخله دارای توالیت بهداشتی هستند، انجام گرفت.

**مواد و روشها:** مطالعه بصورت نیمه تجربی بر روی کلیه نوجوانان روستای رستم آباد از توابع شهرستان بویین زهرا که ۱۰۲ خانوار را تحت پوشش قرار می دادند، انجام شد. ابتدا جلسات آموزشی بر اساس هدف تحقیق برای نوجوانان، برگزار گردید. سپس هر یک از آنان، آموزش و کنترل چند خانواده روستایی را بر عهده گرفتند و تفاوت حاصله پس از بررسی و مقایسه میزان درصد خانوارهای روستایی که قبل و بعد از مشارکت نوجوانان، دارای توالیت بهداشتی بودند، مورد مطالعه قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته های مطالعه نشان داد که میانگین وضعیت توالیت بهداشتی در خانوارهای مورد مطالعه از  $2 \pm 9/6$  قبل از مداخله به  $17/7 \pm 12/5$  بعد از مداخله رسیده که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ). این میزان در ارزیابی دو ماه بعد نیز به  $17/5 \pm 12/7$  رسید. این اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج حاصل بیانگر آن است که مشارکت نوجوانان بر ارتقاء شاخص توالیت بهداشتی روستا تاثیر مثبت داشته است، لذا تشویق نوجوانان به مشارکت در فعالیت های مربوط به بهداشت محیط به عنوان یک راهکار عملی برای ارتقاء شاخص های بهداشتی توسط روستاییان، پیشنهاد می گردد.

**واژه های کلیدی:** مشارکت، نوجوان، توالیت های خانگی، وضعیت بهداشتی.

### مقدمه

ساکنان بعضی از مناطق روستایی کشورهای رو به رشد حتی از ساده ترین شرایط بهداشتی در این زمینه محرومند (۶). با توجه به اینکه دفع مناسب فضولات برای ارتقاء سلامت افراد کشورهای رو به توسعه ضروری است (۷)، یکی از مشکل ترین مسائل تمدن نوین، نحوه دفع بهداشتی مدفوع انسان محسوب می شود (۸). نتایج تحقیق انجام گرفته در گامبیا و نیجر نشان می دهد که وجود توالیت

بشر از ابتدای تاریخ تاکنون، عوامل محیطی را مرتبط با بیماری و سلامت می دانست (۱). تحقیقات مختلف نیز نشان داده که محیط فیزیکی و اجتماعی، یکی از عوامل خطرزای موثر بر وضعیت بهداشت مردم جهان می باشد (۲). یکی از آلاینده های مهم محیط زیست، فضولات مختلف هستند (۳ و ۴). آلودگی محیط به این مواد، سلامت انسانها را به طور جدی تهدید می کند (۵). متأسفانه اکثر

## مواد و روشها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با هدف تعیین تاثیر مشارکت نوجوانان بر شاخص توالد بهداشتی از شاخص های بهداشت محیط روستای رستم آباد از توابع شهرستان بویین زهرا می باشد، انجام شد. منظور از این شاخص، تعیین درصد خانوارهای روستایی است که قبل و بعد از مداخله دارای توالد بهداشتی هستند و منظور از توالد بهداشتی، توالتی است که دارای چاه فاضلاب، درب، نور کافی، پنجره، توری برای پنجره، سنگ مستراح سالم و قابل شستشو، کف و دیوارهای داخلی قابل شستشو، وجود آب برای شستشو، اطاقک تمیز، سیفون (آفتابه یا ظرفی برای تخلیه آب در توالد بعد از اجابت مزاج)، دستشویی جهت شستن دستها در مجاورت توالد، صابون یا مواد شوینده در دستشویی و شیب کف توالد به سمت سنگ مستراح باشد. پژوهشگر با هماهنگی خانه بهداشت، جهت جلب همکاری نوجوانان و کسب رضایت والدین آنها با برگزاری جلسه ای اطلاعات دموگرافیک نوجوانان داوطلب را از طریق پرسشنامه جمع آوری نمود و برای تشکیل جلسات آینده هماهنگی لازم را انجام داد. نمونه ها به صورت سرشماری انتخاب شدند. ابتدا ۵۶ نفر از نوجوانان که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند (سن ۱۰ تا ۱۹ سال، تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی و...) با آگاهی کامل از اهداف، شرایط و شیوه پژوهش و کسب رضایت از والدین خود داوطلب شرکت در مطالعه شدند. پس از طی کلیه مراحل آموزش (تئوری و عملی) در مرحله پیگیری پس از مشارکت، ۲۰ نفر از آنان به دلایل مختلف (سکونت در خوابگاه، عدم هماهنگی اوقات فراغت و...) از همکاری در مطالعه منصرف شدند. ۳۶ نفر از نوجوانان داوطلب باقی مانده و ۱۰۲ خانواده را تحت پوشش خود قرار دادند. نوجوانان بر اساس جنسیت و اوقات فراغت مشترک خود به دو گروه تقسیم شدند و تحت آموزش قرار گرفتند. جلسات آموزشی به طور تئوری و عملی طبق برنامه هماهنگ شده بر اساس هدف تحقیق، روزانه، در دو نوبت صبح و عصر در مسجد برای نوجوانان برگزار شد. تعداد این جلسات ۷ جلسه ۲ ساعته بود که برای هر یک از گروهها به طور جداگانه آموزش داده می شد. در جلسه اول، پژوهشگر با استفاده از روشهای پرسش و پاسخ و سخنرانی، موضوع مورد بحث را برای آنان تشریح کرده و در نهایت روش تکمیل

بهداشتی در منزل، میزان مرگ و میر کودکان و احتمال ضعف و کم وزنی در آنان را به طرز چشمگیری کاهش می دهد(۹). در کشور ایران با ۱۲۵۸۲۷ آبادی و ۲۲۱۰۷۸۴۵ نفر جمعیت روستایی، فقط ۶۰ درصد از خانوارها تحت پوشش توالد بهداشتی هستند(۱۰ و ۱۱). این شاخص در شهرستان بویین زهرا ۶۰/۱۶ درصد و در روستای رستم آباد از توابع این شهرستان ۴۹ درصد می باشد(۱۲). طبق آمار مرکز بهداشت بویین زهرا و با بررسی های انجام شده از بین روستاهای این شهرستان، روستای رستم آباد با ۱۵۲۹ نفر جمعیت و داشتن پایین ترین درصد این شاخص (بر اساس شاخص های بهداشت محیط سال ۱۳۸۱، ۴۹ درصد) جزء روستاهایی است که از نظر شاخص بهداشت محیط، وضعیت نامطلوبی دارند(۱۳).

بهبودی محیط یکی از اولویت های مهم سازمان جهانی بهداشت از ابتدای تاسیس آن بوده است(۱۴). در حال حاضر نیز بهداشت محیط یکی از اهداف پروژه مردم سالم در سال ۲۰۱۰ می باشد، لذا پایش و بهبود وضعیت محیط زیست یک امر فوری و حیاتی به نظر می رسد(۱۴ و ۱۵). مشارکت های مردمی نیز یکی از ارکان مهم تامین سلامت است و بدون وجود آن دست یابی به همه اهداف و شاخص های سلامت فرد و جامعه ممکن نخواهد بود(۱۶). امروزه در زمینه "مشارکت" مطالعات بسیار وسیعی صورت گرفته است، نتایج تحقیقات بنی طب(۱۳۷۲) (۱۷)، فولادی (۱۳۷۳) (۱۸)، نمدیان(۱۳۷۶) (۱۹)، پرویزی و سپهوند(۱۳۸۲) (۲۰)، نان بخش (۱۳۸۳) (۲۱)، Karangula (۱۹۹۲) (۲۲)، گزارش یونیسف(۱۹۹۲) (۲۳) Tumwine (۱۹۹۳) (۲۴)، Cairncross و همکاران(۱۹۹۶) (۲۵) همگی حاکی از تاثیر مشارکت جامعه می باشد اما متأسفانه هنوز به نقش ویژه نوجوانان و اهمیت مشارکت ایشان در امر آموزش بهداشت و ارتقاء شاخص های بهداشت محیط به ویژه بهداشت محیط روستا به صورت عملی و تجربی توجه چندانی به عمل نیامده است.

از آنجایی که بیشترین درصد جمعیت کشور ما را جوانان و نوجوانان تشکیل می دهند، که یکی از منابع مهم برای مشارکت در برنامه های بهداشتی و توسعه اجتماعی هستند، به نظر می رسد، با جلب مشارکت نوجوانان بتوان به ارتقاء بهداشت محیط و رسیدن به یک روستای سالم کمک کرد.

کنترل بیشتر، هر خانواده چک لیستی از عملکرد نوجوان را تکمیل می کرد. در پایان به منظور بررسی پایداری آموزش و مشارکت نوجوانان، چک لیست شاخص بهداشت محیط ۲ ماه بعد از کنترل اولیه مجدداً توسط بهروز روستا پایش می شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS و جهت مقایسه میانگین ها از آزمون های آماری t-test و آنالیز واریانس با تست ویلکز (از نوع اندازه گیری مکرر) استفاده گردید.

### یافته ها

این مطالعه نشان داد که ۷۲/۸٪ آنان مرد و ۲۷/۸٪ زن بوده اند. ۴۱/۷٪ در گروه سنی ۱۴-۹ سال، ۳۳/۳٪ در گروه سنی ۲۰-۱۷ سال و ۲۵٪ در گروه سنی ۱۷-۱۵ قرار داشتند. بررسی وضعیت توالی بهداشتی در خانواده های مورد مطالعه قبل، بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مداخله در جدول ۱ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می شود بین میانگین وضعیت توالی بهداشتی خانواده های مورد مطالعه قبل، بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مداخله تفاوت وجود داشت ( $p < 0.001$ ).

در پژوهش حاضر با جلب مشارکت نوجوانان وضعیت توالی خانواده های مورد مطالعه از نظر بهداشتی بودن، ارتقاء یافت. بدین صورت که میانگین وضعیت توالی بهداشتی از ۹/۶ به ۱۲/۵ بعد از مشارکت نوجوانان رسیده است. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ ).

#### جدول ۱. وضعیت توالی بهداشتی در خانواده های مورد مطالعه

قبل، بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مداخله

مرحله	قبل	بلافاصله بعد	دو ماه بعد
متغیر	mean±SD	mean±SD	mean±SD
توالی بهداشتی	۲/۰±۹/۶	۱/۷±۱۲/۵	۱/۵±۱۲/۷

$p < 0.001$

### بحث و نتیجه گیری

همانطور که قبلاً نیز اشاره شد تا کنون در زمینه مشارکت نوجوانان در امر آموزش بهداشت پژوهشی صورت نگرفته است اما

پرسشنامه را آموزش داد. ابزار جمع آوری اطلاعات چک لیست بود که جهت تعیین روایی آن از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد ( $r=0.89$ ) استفاده گردید. در طی آموزش، از روش های مختلف آموزشی مثل پرسش و پاسخ، سخنرانی، بحث گروهی، نمایش علمی و بازدید علمی استفاده می شد. ضمناً به منظور ارتقاء کیفیت آموزش و یادگیری نوجوانان از وسایل آموزشی چون تلویزیون، ویدیو (جهت نمایش فیلم در مورد بهداشت محیط) و پوسترهای آموزشی در مورد بهداشت محیط و... در طی جلسات آموزشی استفاده شد.

برای افزایش سطح یادگیری و مطالعه مستمر یک جزوه آموزشی در مورد شاخص مورد نظر توسط پژوهشگر تهیه و جهت مطالعه نوجوانان در اختیار آنان قرار داده شد. در مجموع ۲۸ ساعت به گروههای مختلف نوجوانان آموزش داده شد. پس از پایان هر جلسه، ارزشیابی بر اساس اهداف آموزشی در حیطه های دانش و عملکرد انجام می شد و نوجوان پس از تایید صلاحیت، بر اساس سن، میزان توانایی و اوقات فراغت خود مسئولیت آموزش و کنترل چند خانواده (به طور متوسط ۳ خانواده) را به عنوان رابط بهداشتی به عهده می گرفت (در واقع هر نوجوان رابط بهداشتی بین خانه بهداشت و خانواده های تحت پوشش خود بود). پس از آن مداخله با نظارت پژوهشگر آغاز می شد و جلسه ای برای کلیه خانواده های منتخب، جهت معرفی نوجوانان رابط و جلب همکاری خانواده ها با آنان در مسجد برگزار شد. نوجوانان، پس از جلسه معارفه، با مراجعه به خانواده ها، ضمن ارزیابی اولیه شاخص مورد نظر، آنان را تحت آموزش قرار می دادند. لازم به ذکر است که به منظور اطمینان از آموزش تمام موارد مورد بحث، از چک لیست خود گزارش دهی نوجوان استفاده می شد. در این چک لیست به تمام جنبه ها اشاره گشته بود تا به عنوان راهنما مورد استفاده نوجوان قرار گیرد.

در جلسه بعد، نوجوان ضمن ارائه آموزش جدید به خانواده، به ارزیابی موارد قبلی نیز می پرداخت. بدین وسیله ضمن تکرار و یادآوری مطالب جلسه قبل، نسبت به رفع اشکال احتمالی خانواده نیز اقدام می کرد. این مداخله به مدت یک ماه به طول انجامید. پس از آن ارزشیابی به صورت تکمیل مجدد چک لیستهای بهداشت محیط توسط نوجوان و با نظارت پژوهشگر انجام شد. ضمناً به منظور

Mitchell نیز نشان داد که مداخله مردم در ساختن خانه بهداشت، به عنوان مشوقی برای تغییر وضعیت زندگی آنان تاثیر مثبت داشته است (۲۸). تجزیه و تحلیل داده های دموگرافیک نوجوانان در این بررسی نیز نشان داد که میزان مشارکت نوجوانان پسر، بیشتر از دختران بوده است. ضمن اینکه اکثریت نوجوانان شرکت کننده در پژوهش (۴۱/۷) در گروه سنی ۹-۱۴ سال قرار داشتند. بر اساس مطالعات مختلف، تاثیر جنس و سن بر مشارکت، متفاوت است چنانکه به عنوان مثال نتایج بررسی زیرکی نشان داد که متغیر جنسیت در میزان مشارکت روستاییان به صورت مشارکت فعالتر مردان موثر است (۲۹). در حالیکه نتایج تحقیق سلیمانی نشانگر عدم تاثیر سن و جنس جوانان در میزان مشارکت آنها بوده است (۳۰). Bamberger نیز به محدودیت مشارکت زنان اشاره می کند (۳۱).

بر اساس یافته های این تحقیق، مشارکت نوجوانان باعث ارتقاء شاخص توالد بهداشتی در جامعه پژوهش شده است ضمن آنکه پایداری تغییر حاصله نیز مشاهده شده است. بنابراین می توان چنین نتیجه گرفت که جلب مشارکت نوجوانان در برنامه های بهداشتی به توانمند کردن آنها و نیل سریعتر به اهداف، پرداخت بهای کمتر و ثبات بیشتر برنامه ها می انجامد. با توجه به اینکه جوانان و نوجوانان بیشترین درصد جمعیت کشور می باشند، ضمن این که نیروی محرکه و پویای جامعه را نیز همین جمعیت تشکیل می دهد، پیشنهاد می گردد که از مشارکت آنان در امر آموزش و بهداشت استفاده شود.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از آقای مهندس شریف زاده و همکارانشان، نوجوانان و اهالی روستای رستم آباد، خانم و آقای پیروسی که در انجام این طرح ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

نتایج سایر مطالعات انجام گرفته در زمینه مشارکت، نتیجه پژوهش حاضر را تایید می کند. به عنوان مثال، مشارکت جامعه در روستای گینالیا در سریلانکا شامل تدوین یک طرح برای بهبود وضعیت آب و بهسازی محیط روستا با موفقیت همراه بود و منجر به حفر ۲۰ حلقه چاه سطحی و ساخت ۱۲۵ توالد شد. درحالی که نتایج بررسی قبل از مشارکت نشان داده بود که ۹۰٪ خانوارها فاقد آب مشروب هستند و حدود ۷۰٪ فاقد امکانات اساسی بهسازی محیط هستند (۵). نتایج بررسی بنی طببا نیز نشان داد که مشارکت دانش آموزان در بهبود وضع توالد ها موثر بوده است (۱۷). نتایج مطالعه صورت گرفته توسط کرنکراس و همکاران حاکی از تاثیر مشارکت جامعه در ریشه کنی بیماری کرم قلابدار در کشورهای آندمیک می باشد (۲۵). مطالعه دیگری در جمکد نشان داد که داوطلبان بهداشتی جامعه پس از آموزش، ضمن انتشار پیام های بهداشتی، به ارائه خدمات پیشگیری و درمانی به جامعه می پرداختند. نتایج هم چنین بیانگر کاهش بیماری های مزمن و کاهش چشمگیر مرگ و میر کودکان بود (۲۶).

Telekainen و همکاران نیز مطالعه ای با هدف تاثیر مشارکت والدین کودکان شناگر بر روی غذاهای انتخابی کودکان قبل و بعد از مشارکت انجام دادند. نتایج نشانگر آن بود که مشارکت والدین، تغییرات مثبتی در رژیم غذایی کودکان به وجود آورده است (۲۷). در پژوهش حاضر، نتایج بررسی دو ماه بعد از مشارکت نیز نشان می دهد که میانگین وضعیت توالدها نسبت به بعد از مداخله باز هم افزایش داشته است. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ ).

توجه این مسئله می تواند این گونه باشد که مشاهده عینی توالد بهداشتی و پاکیزگی محیط آن باعث تشویق و ترغیب خانواده ها به بهداشتی کردن ساختمان توالد خود می باشد. نتایج بررسی

\*\*\*\*\*

### References

1. Mc Guire SL, Eigsti Gerber D. Teaching students about nursing and environment: part 2- legislation and resources. Community Health Nurs 1999; 16(2): 81-94.

2. Foggin P, Armijo Hussein N, Marigaux C, Zhu H, Liu Z. Risk factors and child mortality among the Miao in Yunnan, Southwest China. *Soc Sci Med* 2001; 53(12): 1683-96. Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
۳. سلمانی باروق ن و گروهی از اعضاء هیئت علمی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران. پرستاری بهداشت جامعه (محیط). چاپ اول، قم، انتشارات امید۱۳۷۶؛ ص: ۶۰.
۴. پارک جی ای، پارک ک. درسنامه پزشکی و پیشگیری اجتماعی. مترجم: شجاعی تهرانی ح. جلد ۳، چاپ چهارم، انتشارات سماط۱۳۷۷؛ ص: ۹۶.
۵. سازمان جهانی بهداشت. سلامت و محیط در توسعه پایدار. مترجم: فرشاد ع ا. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، مرکز سلامت محیط و کار ۱۳۸۰؛ ص: ۱۰۹.
۶. حسینی م. دفع فاضلاب در اجتماعات کوچک. چاپ دوم، موسسه فرهنگی انتشاراتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه شاهد و ایثارگران ۱۳۸۱؛ ص: ۲.
7. World Health Organization. Environmental Health Newsletters [Monograph on the internet] 1997; 27. Files/world .j p9/ available at [www.sanicon.net/titles/title.php3?titleno](http://www.sanicon.net/titles/title.php3?titleno) accessed 2004; 11-1.
8. Kitawaki H. Common problems in water supply and sanitation in developing countries. *International review for environmental strategies, Sustainable Fresh Water Resource Management* 2002; 3(2): 264-73.
9. Oyekale AS. Oyekale TO. Do mothers' educational levels matter in child malnutrition and health outcomes in Gambia and Niger? Available from: <http://www.saga.cornell.edu/saga/educconf/oyekale.pdf> Accessed 2006. Paper prepared for the regional conference on education in West Africa: constraints and opportunities in Dakar, Senegal, November 1-2, 2005. SAGA Publications.
۱۰. مرکز آمار ایران. سالنامه آماری کشور، سال ۸۱. تهران: مرکز آمار ایران ۱۳۸۲؛ ص: ۴۹.
۱۱. بی نام. گزارش تکان دهنده از وضعیت روستاهای کشور. روزنامه همشهری ۱۳۸۲، شماره ۲۱۳۲، سال ۱۱، یکشنبه ۱۹ مرداد؛ ص: ۸.
۱۲. شاخص های بهداشت محیط. مرکز بهداشت و درمان شهرستان بویین زهرا ۱۳۸۱.
۱۳. گزارش ۶ ماهه خانه بهداشت از وضعیت بهداشت محیط روستا. خانه بهداشت رستم آباد ۱۳۸۲.
۱۴. سازمان جهانی بهداشت. فعالیتهای مهم سازمان جهانی بهداشت در نیمه دوم قرن بیستم (۱۹۴۸-۱۹۹۸). ترجمه: توکلی ر، سنایی نسب ه، رشیدی ح. انتشارات چهر، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله ۱۳۸۰؛ ص: ۱۹-۷۰.
15. Freidrich BV. Healthy people 2000-2010: Health appraisal of the Nation and future objectives. *J Nurs* 2000; 15(1): 77-8.
۱۶. مردنی س ع، عزیز ف، لاریجانی ب، جمشیدی ح. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ یونیسیف ۱۳۷۷؛ ص: ۷۹.
۱۷. بنی طب پ. تاثیر مشارکت والدین با مراقبین بهداشت در اعتلاء بهداشت مدارس. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۲؛ ص: ۱۰۸.
۱۸. فولادی نمین ن. بررسی اثر مشارکت زنان به عنوان رابطین بهداشتی در آگاهی مادران در رابطه با پیشگیری و کنترل اسهال و عفونتهای حاد تنفسی. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۲؛ ص: ۷۱.
۱۹. نمودیان م. بررسی تاثیر مشارکت دختران دبیرستانی بر میزان مراقبت از خود زنان در مورد B.S.E. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۷۶.

۲۰. پرویزی س، سپهوند ف. مشارکت در سلامت. همایش ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۲؛ ص: ۶.
۲۱. نان بخش ح. مشارکت داوطلبانه زنان: تجربه موفق رابطین بهداشتی. فصلنامه پژوهش زنان ۱۳۸۲؛ ۱ (۶): ۸۶-۱۶۵.
22. Karangula J. Measures to reduce the infant mortality rate in Tanzania. *Int J Nurs Stud* 1992; 29(2): 113-17.
23. UNICEF. Annual Report 1992: 9-11. Available from [www.unicef.org](http://www.unicef.org).
24. Tumwine J. Health centres, involving the community. *Health Action* 1993; 4: 8.
25. Cairncross S, Braide EI, Bugri SZ. Community participation in the eradication of guinea worm disease. *Acta Trop* 1996; 6(2): 121-36.
26. Moazzem Hossain SM, Bhuiya A, Rahman Khan A, Uhaa I. Education and debate: community development and its impact on health: South Asia experience. *BMJ* 2004; 328: 830-3.
27. Telekainen R. Changes in swimmer food choice as a result of parental participation in sport nutrition workshop. *American Dietetic Association* 2000; 14(15): 16-24.
28. Mitchell M. Community involvement in constructing village buildings in Uganda and Sierra Leone. *Dev Pract* 1995; 5(4): 324-33. Available at [www.pubmed](http://www.pubmed) Accessed 2004.
۲۹. زیرکی م. بررسی عوامل موثر بر مشارکت روستاییان در طرح ها و پروژه های عمران روستایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۸۰.
۳۰. محمدی سلیمانی م. عوامل موثر بر میزان مشارکت جوانان و نوجوانان روستایی در برنامه ریزی توسعه، نمونه موردی شهرستان کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه ریزی روستایی، دانشگاه تربیت مدرس ۱۳۸۰.
31. Bamberger M, Blakden M, Taddese A. Gender issues in participation, environment department, Social Policy and Resettlement Division of the World Bank, Rep No. 18195 & 27370, Washington DC, World Bank Participation Sourcebook 1995; pp: 25.

\* آدرس نویسنده مسئول: زنجان، انصاریه خیابان معلم، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری، تلفن: ۷-۴۲۲۱۰۰۱-۰۲۴۱.

[Svahide123@yahoo.com](mailto:Svahide123@yahoo.com)