مقاله اصیل	سلامت اجتماعی مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	دوره اول، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۳، صفحات ۱۱ تا ۲۰ http://ch.sbmu.ac.ir

مقایسه عملکرد رابطین بهداشتی در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

احمدرضا فرسار[۱*]، منیژه یونسی[۲]، لیلا فتاحی[۲]، هاله احمدنیا[۳]، نعمت اله محمدی نیا[۴]، بهزاد کلانتری[۴]

۱. دانشیار کودکان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. کارشناس ستاد گسترش شبکه، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. پزشک عمومی و MPH، مرکزبهداشت غرب تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران، ایران
۴. پزشک عمومی و MPH، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر برسلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،تهران، ایران

* نویسنده مسئول: احمدرضا فرسار، تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت farsar@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: خرداد ۱۳۹۳ تاریخ پذیرش: شهریور ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Farsar AR, Younesi M, Fattahi L, Ahmadnia H, Mohammadinia N, Kalantari B. Comparison of the Performance of Health Volunteers in the Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Community Health 2014; 1(1):11-20.

چکیده

زمینه وهدف: رابطین بهداشتی زنان داوطلبی هستند که خیرخواهانه در پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامت همسایگان تحت پوشش با پایگاه‌ها و مرکز بهداشتی درمانی همکاری می‌کنند. هدف این مطالعه مقایسه عملکرد رابطین بهداشتی در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود.

روش و مواد: این مطالعه توصیفی تحلیلی با مشارکت ۲۰۶۰ نفر از رابطین بهداشتی ۹۰ مرکز بهداشتی درمانی مراکز شمال و شرق تهران و شهرستان‌های شمیرانات، پاکدشت، دماوند و فیروزکوه تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی درسال ۱۳۹۱ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری سرشماری بوده وداده های جمعیت شناختی بوسیله مصاحبه با رابطین وعملکرد آنها با استفاده از فرمهای ارزیابی ثبت شده توسط مسئولین رابطین بهداشتی هر مرکز بهداشتی درمانی جمع آوری شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) عملکرد رابطین بهداشتی بر اساس امتیازکل (۱۶/۴)۳۰/۹ و به ترتیب در شرق تهران (۲۲)۳۵/۱، شمال تهران (۱۴/۵)۳۴، فیروزکوه (۱۱/۳)۳۲، شمیرانات (۱۴)۲۸/۳، دماوند (۹/۲)۷/۹ و پاکدشت (۸/۵)۲۳/۶،ولی از نظر امتیاز کارایی (۹/۹)۸/۶ وبه ترتیب در فیروزکوه (۵/۶)۱۱/۷، شرق تهران (۱۵/۷)۱۰/۷، شمال تهران (۶/۸)۹/۴، دماوند (۴/۹)۷/۹، شمیرانات (۶/۱)۷/۹ و پاکدشت (۴/۳)۴/۶ بدست آمد. رابطین بهداشتی با سن بالاتر، سابقه فعالیت بیشتر و متاهل عملکرد بالاتری داشتند. بین کارایی رابطین با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و عامل جذب کننده رابط ها، رابطه معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: رابطین بهداشتی مرکز بهداشت شرق، شمال تهران و فیروزکوه به ترتیب بر اساس امتیاز کل بهترین عملکرد را داشتند. عملکرد کلی رابطین بهداشت سه مرکز شمیرانات، دماوند و پاکدشت پایینتر از متوسط کل مراکز بدست آمد. امتیاز کارایی مراکز بهداشت فیروزکوه، شرق تهران و شمال تهران به ترتیب بالاتر از متوسط کل مراکز مطالعه شده بود. با لحاظ کردن مجموع عوامل به نظرمی رسد، کارایی رابطین بهداشتی مرکز شمال تهران و پاکدشت به ترتیب مناسب ترین و نامناسب ترین وضعیت را داشتند.

واژگان کلیدی: عملکرد، کارایی، رابطین بهداشتی، مسئولیت پذیری، برنامه های توانمندسازی، مرکز بهداشتی درمانی

مقدمه

رشد شهرنشینی به علت افزایش مهاجرت روستاییان به شهرها در دهه ۶۰ موجب دگرگونی در شاخص های حیاتی و تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی شد (۱). اکثر این مهاجرین در حاشیه شهرها ساکن شدند (۲). آنها از یک طرف از نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی فعال روستایی گسسته و از طرفی به علت تفاوت های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی، از خدمات غیر فعال مراکز بهداشتی درمانی شهری کمتر بهره می بردند. با این دگرگونی نیازهای جدیدی برای خدمات بهداشتی و پیشگیری شکل گرفت که نظام سلامت توان ارائه خدمات را متناسب با رشد مهاجرت نداشت. زیرا طبق ساختار نظام سلامت برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در شهر نیاز به ایجاد مراکز بهداشتی درمانی شهری بود که در آن هنگام منابع و زمان کافی در دسترس نبود. همچنین ادامه ارائه خدمات فعال نیز به علت اینکه حاشیه شهرها از نظر جغرافیایی روستا محسوب نمی شدند، مقدور نبود. از طرف دیگر از بین خدمات بهداشتی درمانی، خدمات پیشگیری نسبت به درمان هم دارای اولویت بیشتر بوده و هم احتمال دارد به علت عدم احساس نیاز مورد غفلت قرار گیرند. در مقابل نیاز های درمانی در اغلب موارد به علت تظاهرات بیماری، احساس شده و به تقاضا تبدیل می شوند. همچنین درشهرها به خدمات درمانی دسترسی وجود داشت.

با موفقیت های اجرای برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی در دهه ۱۳۶۰ در خانه های بهداشت مناطق روستایی که موجب کاهش سریع مرگ و میر کودکان، مادران و افزایش پوشش ایمن سازی، مراقبت های دوران بارداری و کودکی گردیده بود (۵-۳) تفکر انتخاب یک راه میانه که هم محدودیت های ذکر شده را در نظر داشته باشد و هم از این تجربیات برای وضعیت دگرگون شده استفاده شود، شکل گرفت. آن راه میانه تأسیس پایگاه های بهداشتی بود که زیر مجموعه مراکز بهداشتی درمانی است و درآن فقط به ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیری توسط کارکنان پرداخته شده و برای خدمات درمانی نیز ارجاع صورت می گیرد. و سایر وظایف شامل سرشماری و جمع آوری اطلاعات، آموزش بهداشت و پیگیری ها با مشارکت خود مردم انجام می گیرد. بدین گونه بود که هسته اولیه رابطین بهداشتی شکل گرفت. از این رو در سال ۱۳۶۹ رویکرد استفاده از توان مشارکت داوطلبان مردمی برای خدمات خارج از مراکز مانند جمع آوری داده ها، پیگیری ها و انتقال آموزش ها آغاز شد (۶).نخستین مطالعه آزمایشی در سال ۱۳۷۰ با مشارکت ۲۰۰ داوطلب زن به عنوان رابط بهداشتی در منطقه محروم جنوب تهران انجام شد (۷). این طرح از سال ۱۳۷۲ به حداقل یک پایگاه بهداشتی در حاشیه یک شهر در هر استان کشور گسترش یافت و در سال ۱۳۷۳ به یک برنامه فراگیر پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری درتمام نقاط کشور تبدیل شد. در این پایگاه ها کاردان های بهداشتی مراقبت های اولیه بهداشتی را ارائه می دهند و رابطین بهداشتی نیز در فعالیت های خارج از پایگاه بصورت داوطلبانه مشارکت می کنند. امروزه رابطین بهداشتی یا داوطلبان سلامت نه تنها در پایگاه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری، بلکه در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و حتی خانه های بهداشت نیز حضور و مشارکت دارند. رابطین بهداشتی از میان زنان منطقه مربوطه با داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، با برخورداری از مقبولیت اجتماعی مناسب، وقت کافی و وجود علاقه و انگیزه برای انجام فعالیت های اجتماعی به همکاری دعوت می شوند. هر رابط به طور متوسط ۵۰ خانوار را که در همسایگی محل سکونت وی زندگی می کنند، تحت پوشش قرار می دهد و از طریق برقراری ارتباط مؤثر با آنان، نسبت به وظایف خود اقدام می‌کند (۸). براساس اهداف برنامه رابطین بهداشت انتظارات نظام بهداشتی از آنان در چند محور اصلی شامل یادگیری مفاهیم و مهارت های بهداشتی اولیه، انتقال این مفاهیم به خانوارهای تحت پوشش، پیگیری مراقبت‌های بهداشتی خانوارهای تحت پوشش، جمع آوری آمار و اطلاعات حیاتی در محدوده فعالیت و جلب همکاری و مشارکت مردم برای رفع مسائل مرتبط با سلامت تعریف شده است (۸). عملکرد رابطین بهداشت هر شش ماه یکبار با استفاده از فرم های مربوطه در ده جزء مختلف اندازه گیری می شود (۹). با گذشت ۲۰ سال از اجرای برنامه رابطین بهداشت و جذب نزدیک به ۲۰۰ هزار نفر از رابطین بهداشت در

کشور تاکنون مطالعه ای در خصوص عملکرد و کارایی آنها بر اساس ارزیابی مستمر گزارش نشده است. این مطالعه با هدف مقایسه عملکرد و کارایی رابطین بهداشت در مراکز تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. یافته های این مطالعه می تواند در برنامه ریزی اجرایی برای مشارکت هرچه بیشتر برنامه رابطین مورد استفاده قرار گیرد.

روش و مواد

این مطالعه توصیفی تحلیلی با مشارکت ۲۰۶۰ نفر از رابطین بهداشتی۹۰ مرکز بهداشتی درمانی مراکز شمال و شرق تهران وشهرستانهای شمیرانات، پاکدشت،دماوند و فیروزکوه تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. روشنمونه گیری سرشماری بود و داده های جمعیت شناختی بوسیله مصاحبه با رابطین و عملکرد آنها با استفاده از فرم های ارزیابی ثبت شده توسط مسئولین رابطین بهداشتی هر مرکز بهداشتی درمانی جمع آوری شد. مطابق فرم های امتیاز بندی، عملکرد رابطین بهداشتی با استفاده از هفت گروه از فعالیت ها تعیین گردید. این معیارها شامل تعداد خانوارتحت پوشش، حضور در کلاس های آموزشی یک روز در هفته، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، انتقال مطالب آموزشی به خانوارهای تحت پوشش، تهیه مواد آموزشی، جذب رابطان جدید و ارزیابی مربی رابطین هر مرکز بود. این ارزیابی بطور مستمر و هر شش ماه یکبار توسط مسئول رابطین هر مرکز بهداشتی درمانی ثبت می شود. جدول شماره۱ فعالیت ها و معیار های امتیاز دهی مربوط به عملکرد رابطین بهداشت را نشان می دهد. امتیازات مربوط به تهیه مواد یا رسانه آموزشی و جذب رابطین جدید به علت سهم اندک شان (به ترتیب با ۱/۴ درصد و ۱ درصد) حذف گردید. بنابراین بازآرایی امتیازات در سه حیطه مسئولیت پذیری، توانمند سازی و کارایی به شرح جدول شماره ۲ در نظر گرفته شد. از بین این سه حیطه کارایی اهمیت بیشتری دارد، چون هدف اصلی فعالیت های رابطین بهداشتی کارایی آنها است. هر چند حیطه های مسئولیت پذیری و توانمند سازی بخودی خود دارای اهمیت است ولی در واقع، آنها پیش نیاز کارایی هستند. داده ها پس از جمع آوری وارد برنامه نرم افزار SPSS-21 شد. برای مقایسه و تحلیل داده های متغیر های کیفی از آزمونPearson Chi-Square و برای متغیرهای کمی از آزمون های t و آنالیزواریانسیکطرفه به ترتیب برای دو گروه و بیشتر استفاده گردید.سطح معنی داری۰/۰۵در نظرگرفته شد.

جدول شماره ۱- فعالیت ها و معیار امتیازدهی عملکرد رابطین بهداشت

ردیف	حیطه یا فعالیت ها	معیار امتیازدهی	حداکثر امتیاز
۱	تعداد خانوار تحت پوشش	هر ۵۰ خانوار ۶ امتیاز	بدون سقف
۲	حضور در کلاس های آموزشی	هر جلسه حضور ۰/۵ امتیاز	۱۲ امتیاز
۳	مشارکت در فعالیتهای اجتماعی*	به ازای هر فعالیت ۱۰ امتیاز	بدون سقف
۴	انتقال مطالب آموزشی	به ازای هر خانوار تحت پوشش ۲/۵ امتیاز	۵ امتیاز
۵	تهیه مواد یا رسانه آموزشی	هر پوستر ۲ امتیاز	بدون سقف
۶	تهیه مواد یا رسانه آموزشی	هر پمفلت ۰/۵ امتیاز	بدون سقف
۷	تهیه مواد یا رسانه آموزشی	هر روزنامه دیواری ۱ امتیاز	بدون سقف
۸	تهیه مواد یا رسانه آموزشی	هر مقاله یا تراکت ۰/۵ امتیاز	بدون سقف
۹	جذب رابطان جدید	جذب هر رابط جدید ۲ امتیاز	بدون سقف
۱۰	ارزیابی مربی رابطین	انجام به موقع پیگیری ها، گزارش وقایع حیاتی و همکاری با مرکز	۵ امتیاز

*مشارکت در فعالیت های اجتماعی به هر گونه اقدامی که منجر به توسعه سلامتی آن منطقه می گردد، اطلاق می شود. مانند بهسازی محیط، برگزاری کلاس های آموزشی جمعی، هماهنگی با ارگان های مختلف

جدول شماره ۲- بازآرایی امتیازات در سه حیطه مسئولیت پذیری، توانمند سازی و کارایی

ردیف	حیطه یا فعالیت ها	معرف
۱+۱۰	تعداد خانوار تحت پوشش و ارزیابی مربی رابطین	مسئولیت پذیری
۲	حضور در کلاس های آموزشی	توانمند سازی
۳+۴	مشارکت در فعالیتهای اجتماعی و انتقال مطالب آموزشی	کارایی

یافته ها

این مطالعه با مشارکت ۲۰۶۰ نفر از زنان رابطین بهداشتی ۹۰ مرکز بهداشتی درمانی یا پایگاه بهداشتی تحت پوشش شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل شمال و شرق در شهر تهران، شمیرانات، دماوند، پاکدشت و فیروزکوه در شهرستان های استان تهران انجام گرفت. ویژگی های جمعیتی رابطین بهداشتی و توزیع فراوانی آنها در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه در جداول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی رابطین بهداشتی در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه

مرکز بهداشت	مرکز بهداشتی یا پایگاه (درصد) تعداد	رابطین بهداشتی (درصد) تعداد	متوسط تعداد رابط در هر مرکز بهداشتی درمانی
پاکدشت	۱۶ (۱۷/۸)	۴۰۱ (۱۹/۵)	۲۵/۱
دماوند	۶ (۶/۷)	۱۱۰ (۵/۳)	۱۸/۳
شرق تهران	۳۰ (۳۳/۳)	۵۷۲ (۲۷/۸)	۱۹/۱
شمال تهران	۱۹ (۲۱/۱)	۶۰۳ (۲۹/۳)	۳۱/۷
شمیرانات	۱۸ (۲)	۳۱۱ (۱۵/۱)	۱۷/۳
فیروزکوه	۱ (۱/۱)	۶۳ (۳)	۶۳
جمع	۹۰ (۱۰۰)	۲۰۶۰ (۱۰۰)	۲۲/۹

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی ویژگی های جمعیتی رابطین بهداشتی در مراکز بهداشت تابعه دانشگاه

مرکز بهداشت	سن رابطین (انحراف معیار)میانگین	تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (درصد) تعداد	تحصیلات دبیرستان و بالاتر (درصد) تعداد	رابطین ازدواج کرده (درصد) تعداد	رابطین شاغل (درصد) تعداد
پاکدشت	۳۳/۳ (۹/۵)	۱۵۳ (۳۸/۲)	۲۴۸ (۶۱/۸)	۳۴۰ (۸۴/۸)	۱۰ (۲/۵)
دماوند	۴۱/۲ (۹/۷)	۶۸ (۶۱/۸)	۴۲ (۳۸/۲)	۱۰۲ (۹۲/۷)	۰ (۰)
شرق تهران	۴۰ (۹/۶)	۱۸۷ (۳۲/۷)	۳۸۵ (۶۷/۳)	۵۲۲ (۹۱/۳)	۳۲ (۵/۶)
شمال تهران	۴۲/۵ (۱۰/۹)	۲۶۲ (۴۳/۴)	۳۴۱ (۵۶/۶)	۵۶۳ (۹۳/۴)	۴۳ (۷/۱)
شمیرانات	۴۰/۹ (۱۰/۲)	۶۱ (۱۹/۶)	۲۵۰ (۸۰/۴)	۲۹۴ (۹۴/۵)	۲۴ (۷/۷)
فیروزکوه	۴۲/۳ (۹)	۴۱ (۶۵/۱)	۲۲ (۳۴/۹)	۶۱ (۹۶/۸)	۱۱ (۱۷/۶)
جمع	۳۹/۷ (۱۰/۶)	۷۷۲ (۳۷/۵)	۱۲۸۸ (۶۲/۵)	۱۸۸۲ (۹۱/۴)	۱۲۰ (۵/۸)

میانگین تعداد رابط در هر مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی ۲۳ نفر بود. صرف نظر از فیروزکوه که فقط دارای یک مرکز بهداشتی درمانی با ۶۳ رابط بهداشتی بود، بیشترین و کمترین تعداد رابط به ترتیب در مراکز شمال تهران و شمیرانات قرار داشت. کمترین و بیشترین سن به ترتیب برابر ۱۵ و ۷۳ سال بود. رابطین بهداشتی پاکدشت حدود هفت سال از سایر مراکز جوان تر بودند. تفاوت سن از نظر آماری معنی دار بدست آمد ($p<0.001$). مسن ترین رابطین در مراکز شمال و فیروزکوه بودند. جدول شماره ۵ نحوه جذب رابطین بهداشتی را نشان می دهد. همانطور که دیده می شود حدود نیمی از رابطین توسط رابطین دیگر جذب شده اند. دماوند، شمال تهران و پاکدشت به ترتیب بیشترین درصد جذب رابط بوسیله رابطین را دارند. در مقابل در مراکز فیروزکوه، شرق تهران و شمیرانات بیشترین درصد مربوط به جذب توسط مسئولین یا مربی رابطین می باشد. (۹۱/۴درصد)۱۸۸۲ نفر از رابطین بهداشتی دارای فرزند بودند. میانگین (انحراف معیار) تعداد فرزند برابر(۱/۳)۲/۳ نفر بود. بیشترین تعداد فرزند به ترتیب در فیروزکوه برابر (۱/۴) ۲/۹ و در دماوند (۱/۴) ۲/۷ بود. کمترین تعداد فرزند هم (۱/۴) ۲ در پاکدشت قرار داشت.

(۵/۹درصد)۱۲۰نفر از رابطین بهداشتی ازدواج کرده فرزند نداشتند و (۸/۷درصد)۱۷۸ نفر باقی مانده هرگز ازدواج نکرده بودند. میانگین (انحراف معیار) مدت زمان

رابط بودن برابر (۴/۴)۵/۵ سال بود. رابطین فیروزکوه و دماوند با (۴/۸) ۷/۵ و (۴/۷) ۷/۱ سال به ترتیب دارای بیشترین سابقه بودند.کمترین سابقه مربوط به پاکدشت (۲/۵) ۳/۱ سال بود.در مورد تعداد خانوار تحت پوشش، مطابق دستور العمل اجرایی رابطین بهداشتی هر رابط بهداشتی باید ۵۰ خانوار را تحت پوشش داشته باشد، نظر به کمبود داوطلبان بطور معمول این تعداد تا ۱۰۰ نفر نیز افزایش می یابد. حتی در این مطالعه ۴۳۶ نفر رابط بهداشتی وجود داشت که بیش از ۱۰۰ خانوار تحت پوشش داشتند. متوسط تعداد خانوار تحت پوشش ۶۶ خانوار بود. رابطین بهداشتی شرق تهران، شمیرانات و شمال تهران به ترتیب بیشترین خانوار تحت پوشش را داشتند. نظر به اینکه به ازای هر ۵۰ خانوار شش امتیاز محاسبه می شود، با بالا رفتن تعداد خانوار تحت پوشش امتیاز کل هم بالا می رود. از طرف دیگر چون حدود ۷۰درصد از امتیازات مربوط به عملکرد رابطین بهداشتی وابسته به مجموع امتیازات مسئولیت پذیری و توانمند سازی می باشد، ارزیابی آنها با امتیاز کل می تواند گمراه کننده باشد. بنابراین در این مطالعه عملکرد رابطین برای هر سه حیطه مسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی گزارش می شود. در آنالیز داده ها به منظور سهولت در مقایسه از امتیاز تهیه انواع مواد یا رسانه آموزشی به علت سهم اندک (۱/۴درصد از کل) و جذب رابطین جدید (۱درصد از کل) صرف نظر گردید (جدول شماره ۶). در مرحله بعد مرکز شمال تهران و فیروزکوه قرار دارد که عملکرد بهتری دارند. عملکرد رابطین بهداشت سه مرکز شمیرانات، دماوند و پاکدشت پایین تر از متوسط کل مراکز است.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی رابطین بهداشت در شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه بر حسب عامل جذب رابطین

مرکز بهداشت	مسئول رابطین (درصد) تعداد	رابطین بهداشتی (درصد) تعداد	سایر کارکنان (درصد) تعداد	سایر (درصد) تعداد	جمع
پاکدشت	۸۳ (۲۰/۷)	۲۲۱ (۵۵/۱)	۷۶ (۱۹)	۲۱ (۵/۲)	۴۰۱
دماوند	۳۲ (۲۹/۱)	۷۳ (۶۶/۴)	۵ (۴/۵)	۰ (۰)	۱۱۰
شرق تهران	۳۱۵ (۵۵/۱)	۲۱۳ (۳۷/۲)	۲۷ (۴/۷)	۱۷ (۳)	۵۷۲
شمال تهران	۱۴۲ (۲۳/۵)	۳۵۶ (۵۹)	۸۲ (۱۳/۶)	۲۳ (۳/۸)	۶۰۳
شمیرانات	۱۵۱ (۴۸/۶)	۱۰۸ (۳۴/۷)	۴۴ (۱۴/۱)	۸ (۲/۶)	۳۱۱
فیروزکوه	۵۵ (۸۷/۳)	۸ (۱۲/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۶۳
جمع	۷۷۸ (۳۷/۸)	۹۷۹ (۴۷/۵)	۲۳۴ (۱۱/۴)	۶۹ (۳/۳)	۲۰۶۰

P<0.001

جدول شماره ۶- مقایسه مجموع امتیازات و امتیاز حیطه های مسئولیت پذیری، توانمندسازی، کارایی رابطین بهداشت در شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه

مرکز بهداشت	تعداد رابط	مجموع امتیازات (انحراف معیار) میانگین	مسئولیت پذیری (انحراف معیار) میانگین	توانمندسازی (انحراف معیار) میانگین	کارایی (انحراف معیار) میانگین
پاکدشت	۴۰۱	۲۳/۶ (۸/۵)	۱۰/۶ (۳/۶)	۷/۸ (۳)	۴/۶ (۴/۳)
دماوند	۱۱۰	۲۶/۲ (۹/۲)	۱۰/۶ (۵)	۷/۳ (۲/۷)	۷/۹ (۴/۹)
شرق تهران	۵۷۲	۳۵/۱ (۲۲)	۱۵/۲ (۸/۴)	۸ (۳/۵)	۱۰/۷ (۱۵/۷)
شمال تهران	۶۰۳	۳۴ (۱۴/۵)	۱۴/۹ (۷/۹)	۸/۷ (۴/۲)	۹/۴ (۶/۸)
شمیرانات	۳۱۱	۲۸/۳ (۱۴)	۱۴/۶ (۸/۶)	۵/۱ (۳/۹)	۷/۹ (۶/۱)
فیروزکوه	۶۳	۳۲ (۱۱/۳)	۱۰/۶ (۳/۲)	۸/۲ (۳/۸)	۱۱/۷ (۵/۶)
جمع	۲۰۶۰	۳۰/۹ (۱۶/۴)	۱۳/۷ (۷/۵)	۷/۷ (۳/۸)	۸/۶ (۹/۹)

P<0.001

در جدول شماره ۷ توزیع امتیازات در سه حیطه مسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می شود، مسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی رابطین متاهل بطور معنی داری بالاتر از رابطینی است که هرگز ازدواج نکرده اند. مقایسه امتیازات در سه حیطه مسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی بر حسب وضعیت تحصیلات نشان داد که رابطه ای بین مسئولیت پذیری و کارایی رابطین با سطح تحصیلات وجود ندارد، ولی رابطین با تحصیلات پایین تر از دبیرستان اشتیاق بیشتری به مشارکت در برنامه های توانمندسازی داشتند (P=0.001). تفاوتی بین امتیاز رابطین خانه دار و شاغل از نظرمسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی وجود نداشت.

جدول شماره ۷–مقایسه امتیازات حیطه های مسئولیت پذیری، توانمندسازی، کارایی رابطین بهداشت در شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه بر حسب وضعیت تاهل

حیطه	هرگز ازدواج نکرده ۱۷۸= تعداد (انحراف معیار) میانگین	متاهل یا سابقه تاهل ۱۸۸۲= تعداد (انحراف معیار) میانگین	P Value
مسئولیت پذیری	۱۱/۹ (۶/۷)	۱۳/۹ (۷/۶)	0.001
توانمندسازی	۷ (۳/۹)	۷/۸ (۳/۸)	0.016
کارایی	۶/۹ (۹/۷)	۸/۸ (۹/۹)	0.017
کل	۲۶/۶ (۱۵/۷)	۳۱/۳ (۱۶/۴)	<0.001

جدول شماره ۸– مقایسه امتیازات حیطه های مسئولیت پذیری، توانمندسازی، کارایی رابطین بهداشت در شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه بر حسب تعداد خانوار تحت پوشش

حیطه	کمتر از ۵۰ خانوار ۳۴۲ = تعداد (انحراف معیار) میانگین	۵۰–۱۰۰ خانوار ۱۲۸۲= تعداد (انحراف معیار) میانگین	بیش از ۱۰۰ خانوار ۴۳۶= تعداد (انحراف معیار) میانگین	P Value
مسئولیت پذیری	۷/۱ (۲/۱)	۱۲ (۲/۸)	۲۴ (۹/۷)	<0.001
توانمندسازی	۶/۴ (۳/۶)	۸ (۳/۶)	۷/۹ (۴/۴)	<0.001
کارایی	۶/۲ (۵/۸)	۸/۵ (۱۰/۴)	۱۰/۷ (۱۰/۷)	<0.001
کل	۲۰/۴ (۹/۸)	۲۹/۴ (۱۴/۴)	۴۳/۷ (۱۷/۸)	<0.001

مسئولیت پذیری، توانمندسازی، کارایی رابطین بهداشت برحسب تعداد خانوار تحت پوشش مورد مقایسه قرار گرفت. همانطور که در جدول شماره ۸ مشاهده می شود، با افزایش تعداد خانوار تحت پوشش یا افزایش مسئولیت پذیری هم مشارکت در برنامه های توانمندسازی و هم کارایی بطور معنی داری افزایش یافته است، که این میزان افزایش در حیطه کارایی بارزتر است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مسئولیت پذیری بیشتر پیشگویی کننده کارایی بالاتر است. مقایسه امتیازات حیطه های مسئولیت پذیری، توانمندسازی، کارایی رابطین بهداشت در شش مرکز بهداشت تابعه دانشگاه بر حسب سن رابطین بهداشتی نشان داد که با افزایش سن رابطین امتیاز هر سه حیطه و کل بطور معنی داری افزایش می یابد (P<0.001).

بحث

مطالعه نشان داد که رابطین بهداشتی مرکز بهداشت شرق بر اساس امتیاز کل بهترین عملکرد را دارند. در رتبه بعد مرکز شمال تهران و فیروزکوه قرار دارد که عملکرد بهتری داشتند. عملکرد رابطین بهداشت سه مرکز شمیرانات، دماوند و پاکدشت پایین تر از متوسط

کل مراکز می باشد. ولی در ارزیابی با شاخص کارایی شاهدیم که بهترین عملکرد به رابطین بهداشت مرکز بهداشت فیروزکوه و در رتبه بعدی به شرق و شمال تعلق دارد. مطلبی که عملکرد فیروزکوه را تا حدودی مخدوش می کند نمونه اندک و تک مرکزی بودن آن است. بنابراین عملکرد رابطین فیروزکوه چندان قابلیت مقایسه را ندارد. رابطین مرکز بهداشت شمیرانات کمترین امتیاز را در حیطه توانمندسازی داشتند و کارایی آنها همانند دماوند کمتر از حد متوسط کل مراکز است. در مورد مرکز بهداشت شرق مشاهده می شود با اینکه بعد از فیروزکوه بالاترین کارایی را دارد ولی به علت پراکندگی بالای امتیازات کسب شده در مجموع امتیازات و حیطه کارایی جایگاه خود را از نظر کیفیت از دست می دهد. بدین معنی که در آن مرکز دو طرف طیف عملکرد یعنی خیلی خوب و خیلی بد زیاد است. در مقابل به نظر می رسد قابل قبول ترین عملکرد متعلق به رابطین بهداشتی مرکز بهداشت شمال تهران باشد. دلایل این فرضیه توزیع موزون و بالاتر از متوسط امتیاز کل و حیطه های توانمند سازی، مسئولیت پذیری و کارایی مناسب است. البته باید در نظر داشت که داده های این مطالعه محدود به متغیرهایی است که در فرم امتیازبندی رابطین بهداشتی توسط خود مراکز تهیه می شود و عوامل مداخله گری همچون موقعیت جغرافیایی از نظر پراکندگی، تعداد و تراکم جمعیت، تعداد رابطین در هر مرکز، حاشیه نشینی، ثبات و مهاجرت به عنوان عوامل مؤثر بر درونداد، و توانایی، تعهد، عملکرد، ثبات مربی رابطین هر مرکز و نحوه نظارت کارشناسان ستادی به عنوان عامل فرایندی مورد سنجش قرار نگرفته است.

مطابق دستور العمل اجرایی رابطین بهداشتی، هر رابط بهداشتی باید ۵۰ خانوار را تحت پوشش داشته باشد. نظر به کمبود داوطلبان بطور معمول این تعداد تا ۱۰۰ نفر نیز افزایش می یابد. در این مطالعه ۴۳۶ نفر رابط بهداشتی وجود داشت که هر یک بیش از ۱۰۰ خانوار را تحت پوشش داشتند که با بالا رفتن مسئولیت پذیری هم مشارکت در برنامه های توانمندسازی و هم کارایی بطور معنی داری افزایش یافته است ($P=0.001$). این میزان افزایش در حیطه کارایی بارزتر است. مسئولیت پذیری، توانمندسازی و کارایی رابطین متاهل بطور معنی داری بالاتر از رابطینی است که هرگز ازدواج نکرده اند.با افزایش سن رابطین امتیاز هر سه حیطه و کل بطور معنی داری افزایش می یابد ($P<0.001$). بنابراین با افزایش سن رابطینمسئولیت پذیری و کارایی آنها نیز افزایش می یابد. همین نتایج در مورد سال های فعالیت رابطین بهداشت صادق است. بطوریکه سابقه فعالیت بیش از ۱۰ سال بطور معنی داری شاهد افزایش امتیاز در سه حیطه هستیم. همین تصویر در تعداد فرزندان نیز دیده می شود. به نظر می رسد چون هر سه عامل سن، سال های فعالیت و تعداد فرزندان در راستای هم هستند، می توان نتیجه گرفت که در حقیقت تجربه رابطین موجب کارایی بیشتر می شود. رابطین با تجربه هم مسن تر بوده و هم ممکن است تعداد فرزند بیشتری داشته باشند. در مقابل رابطین جوانتر سال های فعالیت کمتری دارند و چون در اوایل سنین باروری هستند تعداد فرزند کمتری دارند. بین کارایی رابطین با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و عامل جذب کننده رابطین بهداشتی، رابطه ای مشاهده نشد. از آنجا که مطالعه مشابه ای یافت نشد، مقایسه یافته ها در این مورد مقدور نمی باشد. مطالعات متعدد نشان می دهد که در هر برنامه ای که رابطین بهداشتی مشارکت داشته اند، بهبود شاخص ها، افزایش آگاهی، افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و در مجموع ارتقاء سطح سلامت جامعه تحت پوشش مشاهده شده است. بطور مثال مطالعه باقری یزدی و همکاران نشان داد که با مشارکت رابطین بهداشت آگاهی مردم در شهرها نسبت به بیماری های روانی عصبی به میزان ۵۲ درصد و افزایش و نگرش آنها به میزان ۲۱ درصد تغییر مثبت داشته است (۱۱). در مطالعه دیگر اجرای برنامه رابطین بهداشتی موجب شده است که آگاهی زنان تحت پوشش در تهران، سنندج و شهرکرد به ترتیب در زمینه های فاصله گذاری و سن مناسب زایمان به میزان ۲۹ درصد، آب آشامیدنی سالم ۲۵ درصد، وزن و کنترل رشد کودک ۲۴ درصد، مراقبت و درمان کودک مبتلا به اسهال ۲۳ درصد، مراقبت و درمان کودک مبتلا به عفونت های دستگاه تنفسی فوقانی ۲۱ درصد و تغذیه کودک شیرخوار ۱۰ درصد افزایش یابد (۱۳). همچنین مطالعه

انجام شده در ۱۸ استان کشور نشان داد که هر دو حیطه دانش و عملکرد جمعیت تحت پوشش بطور معنی داری افزایش یافته است (۱۴). در کرمانشاه نیز نشان داده شد، میزان آگاهی در گروه مورد (۹۰درصد) در مقایسه با گروه شاهد(۲۷درصد) اختلاف آماری معنی داری دارد (۱۵).

نتیجه گیری

در مجموع می توان نتیجه گرفت با اینکه به ترتیب امتیاز کارایی مراکز بهداشت فیروزکوه، شرق و شمال تهران بالاتر از متوسط کل مراکز مطالعه شده می باشد، ولی به علت عوامل گفته شده وضعیت مرکز شمال از همه مناسب تر ارزیابی می شود. نامناسب ترین وضعیت نیز به پاکدشت تعلق داشته و دماوند و شمیرانات بینابین ارزیابی می شود. همچنین می توان نتیجه گرفت که مسئولیت پذیری بیشتر رابطین پیشگویی کننده کارایی بالاتر است. این تحقیق همچنین تاییدی دیگر بر رسیدن به اهداف کلان برنامه رابطین بهداشت و موفقیت های آن است و نشان می دهد با هدایت مناسب رابطین بهداشت علیرغم تحصیلات پایین و وجود وظایف متعدد مادری و همسرداری می توان از مشارکت آنها در برنامه های اجتماعی بهداشتی بهره جست و آنها را در راستای تحقق رویکرد سلامت متکی بر مردم و توسعه برنامه های خود مراقبتی در سطوح فردی و اجتماعی توانمند نمود.

مشکلات و محدودیت ها: تعدادی از رابطین بهداشتی به ذکر دقیق شغل همسرانشان تمایل نداشتند، بطوریکه ۲۵ درصد آنها شغل همسرانشان را آزاد و نامشخص ذکر کرده اند. محدویت بعدی فقدان تحصیلات همسر در فرم ها بود.

توصیه و پیشنهادات:

توصیه می شود در مطالعات آتی تحصیلات همسران نیز به متغیرها اضافه شود. در انتخاب رابطین بهداشتی به سن، سطح تحصیلات و میزان مسئولیت پذیری آنها توجه شود.

تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر حمایت، از همکاران محترم معاونت امور بهداشتی دانشگاه، کارشناسان، مسئولین رابطین مراکز بهداشت پاکدشت، دماوند، شرق تهران، شمال تهران، شمیرانات، فیروزکوه و همه رابطین بهداشتی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم ساختند، صمیمانه سپاسگزاریم.

REFERENCES

1. Naghavi M. Transition in Health Status in Islamic Republic of Iran. Iranian Journal ofEpidemiology 2006;1(3): 13-25.
2. The Statistical Center of Iran. The population Indicator of Iran for 1956-1996. The Statistical Center of Iran. Tehran 1998.
3. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D. Community health workers' perspectives on their contribution to rural health and well-being in Iran. Am J Public Health. 2011 Dec;101(12):2287-92.
4. Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2000 Jul;6(4):822-5. 11794090.
5. Asadi-Lari M, Sayyari AA, Akbari ME, Gray D. Public health improvement inIran: lessons from the last 20 years. Public Health. 2004 Sep;118(6):395-402.
6. Ramezani AA, Miri MR. Evaluation of health workers volunteers' performance and investigating the causes of interruption of this connection with health centers of Birjand University of Medical Sciences.Journal of Birjand University of Medical Sciences 2003;10(15): 39-4. (Full Text in Persian)
7. Hoodfar H. Health as a context for social and gender activism: female volunteer health workers in Iran. PopulDev Rev. 2010;36(3):487-510.
8. The department of development of country health and treatment network. The executive program for attracting public participants, female health volunteers, based on teaching workshops of Pakdasht, Varamin and Shiraz, 1995.
9. The instruction of completing the health volunteers' program forms. Available from: http://eazphcp.tbzmed.ac.ir/?PageID=2003. (Accessed 13 Sep. 2014).

10. The instructions, documents and books related to public Participations attracted unit. Available frome: http://vch.qums.ac.ir/portal/file/?177388/laws.docx. (Accessed 13 Sep. 2014).

11. BagheriYazdi SA, MalekAfzali H, Shah Mohammadi D, Naghavi M, Hekmat S. Evaluation of functions of auxiliary health workers (Behvarzes) and health volunteers in mental health care delivery in the framework of PHC system in Brojen city, Chaharmahal and Bakhtiaryprovince.Hakim Research Journal 2001;4(2): 100-9. (Full Text in Persian)

12. Kaveh MH, Najafi A, PourAlimohammadi N, Tabatabae SHR. Effect of a menopausal health training led by health volunteers on community women's knowledge; an interventional study. Toloo e Behdasht 2013;11(4): 135-49. (Full Text in Persian)

13. Raeissi P, Khosravi A. Surveying the effect of women volunteers in families' health. Promotion. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (AndeeshehVaRaftar) 1999;4(15): 61-48. (Full Text in Persian)

14. Soori H, Naghavi M . The role of health volunteer communicators on knowledge and performance of their clients before and after a health education program in 18 provinces of Iran .Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences 1999;(26): 33-27. (Full Text in Persian)

15. Almasi A, Hashemian A, ShekarNejad M.Impacts of health-workers on mother's health awareness in Kermanshah community-oriented medical education center (1999). Behbood, The Scientific Quarterly 2001;5(10): 30-5. (Full Text in Persian)

Community Health; Vol. 1, No. 1; 2014 ISSN 2383-3033, Journal of Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. http://journals.sbmu.ac.ir/en-ch

Original Article

Comparison of the Performance of Health Volunteers in the Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Ahmad-Reza Farsar[1*], Manijeh Younesi[2], Leila Fattahi[2], Haleh Ahmadnia[3], Nematallah Mohammadinia[4], Behzad Kalantari[4],

1. Associate Professor of Pediatrics, Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Expert of Health Affairs, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. MD, MPH, Gharb Health Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MD, MPH, Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[*]**Corresponding Author:** Ahmad-Reza Farsar; Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Velenjak, Tehran, Iran.

Email: farsar@sbmu.ac.ir

How to cite this article:
Farsar AR, Younesi M, Fattahi L, Mohammadi nia N, Kalantari B, Ahmadnia H. Comparison of the Performance of Health Volunteers in the Health Centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Community Health 2014; 1(1):11-20.

Abstract

Background and Objective: Health volunteers are the women who do charity work to prevent, protect and promote the health status of the covered neighbors and hereby cooperate with the health centers. The aim of this study was to compare the health volunteer's performance in the covered health centers by Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This descriptive- analytical study was performed by the participation of 2060 Health volunteers, who were cooperating with 90 covered health centers by Shahid Beheshti University of Medical Sciences. These include Shomal, Shargh, Shemiranat, Pakdasht, Damavand and Firoozkooh. We used census sampling method. Demographic data was gathered through interviews with the health volunteers and their performance evaluated by the supervisor of the volunteers; through the evaluation forms and these data gathered together.

Results: The mean (SD) of the health volunteers performance was 30.9 (16.4) in all centers. They were 35.1 (22) in Shargh, 34 (14.5) in Shomal, 32 (11.3) in Firoozkooh, 28.3 (14) in Shemiranat, 7.9 (9.2) in Damavand and 23.6 (8.5) in Pakdasht respectively. The mean (SD) of the efficacy of health volunteers was 8.6 (9.9) in all centers. They were 11.7 (5.6) in Firoozkooh, 10.7 (15.7) in Shargh, 9.4 (6.8) in Shomal, 7.9 (4.9) in Damavand, 7.9 (6.1) in Shemiranat and 4.6 (4.3) in Pakdasht respectively. Older and married volunteers with more experience performed better. There was no significant relationship between the efficacy of health volunteers with their literacy level, employment status and absorber of them.

Conclusion: The health volunteers of Shomal, Shargh and Firoozkooh had the best performances respectively. The performances of those in Shemiranat, Damavand and Pakdasht were less than the overall health centers' mean score. The efficacy score of Firoozkooh, Shomal and Shargh health centers were above the overall health centers' mean score respectively. Considering all factors, it seems that the efficacy of the health volunteers of Shomal and Pakdasht were the most and least suitable respectively.

Keywords: Performance, Efficacy, Health volunteers, Responsibility, Empowerment programs, Health