

## فرآیند قطع ارتباط رابطين بهداشت با مراکز مجرى برنامه رابطين

اکرم بیاتی<sup>۱\*</sup>، فاطمه قنبری<sup>۲</sup>، دکتر کبری راهزانی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۱/۰۲/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۱/۰۳/۳۰

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** رابطين بهداشت در حقيقت حلقه ارتباطی بين مردم و کارکنان حوزه سلامت هستند و داوطلبانه در تأمین سلامتی جامعه مشارکت می‌نمایند. با توجه به اهمیت حضور آنان و افزایش روند قطع ارتباط رابطين بهداشت، این مطالعه با هدف تبیین نظرات ایشان و مربیان آنان در خصوص فرآیند قطع ارتباط رابطين بهداشت با مراکز مجرى برنامه در دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است.

**مواد روش کار:** این مطالعه یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا است و ابزار جمع آوری داده‌ها بحث متمرکز گروهی و مصاحبه عمیق فردی (نیمه ساختار یافته) است که با سه گروه از افراد شامل رابطين بهداشت شاغل، قطع همکاری کرده و مربیان آنان انجام و دیدگاه آنان در مورد علل قطع ارتباط رابطين سؤال شد. جلسات تا اشیاع نظرات افراد ادامه یافت. در مجموع ۱۴ جلسه مصاحبه متمرکز گروهی و پنج جلسه بحث عمیق فردی بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام شد و برای تجزیه تحلیل از روش تحلیل محتوا و مقایسه‌ای استفاده شد.

**یافته‌ها:** ۳۲۸ کد اولیه براساس بررسی محتوای داده‌ها طی مصاحبه و یادداشت برداری مربوطه بدست آمد و با در نظر گرفتن همپوشانی کدها و ادغام آن‌ها ۸۱ کد حاصل شد و در روند بررسی این کدها سه درون مایه شکل گرفت. که در این مقاله به درون مایه سنجش موقعیت پرداخته می‌شود. از این مفهوم سه طبقه اصلی شامل واکنش‌ها، باورهای شخصی و موقعیت فردی-خانوادگی استخراج شد. طبقه اصلی واکنش‌ها به دو طبقه فرعی تیم بهداشتی درمانی و خانواده-جامعه که هر یک از طبقات فرعی مذکور به دو زیر طبقه فرعی باز دارنده و حمایت کننده تقسیم شدند. طبقه اصلی باورهای شخصی به دو طبقه فرعی شامل روانی و مذهبی که هر یک شامل یک زیر طبقه فرعی به نام حمایت کننده گردید. طبقه اصلی موقعیت فردی - خانوادگی نیز به دو طبقه فرعی شامل عوامل فردی و عوامل خانوادگی تقسیم شد که هر یک شامل دو زیر طبقه فرعی بنام‌های بازدارنده و حمایت کننده شدند.

**بحث و نتیجه گیری:** نتایج نشان داد مهم‌ترین دلایل قطع همکاری رابطين از نظر اکثریت افراد مهاجرت، ازدواج، زایمان، اشتغال، ادامه تحصیل، بیماری، فاصله زیاد منزل تا مراکز، برخورد بد کارکنان مراکز بهداشتی، مردم و عدم توجه مسئولین به مشکلات ایشان است. بیان انتظارات از رابطين در هنگام انتخاب آنان می‌تواند در ماندگاری آنان تأثیر زیادی داشته باشد. همچنین برگزاری نشست‌های نمایندگان رابطين با مسئولین به منظور بیان مشکلات و ارائه راهکارها، برگزاری مراسم و فراهم نمودن بستر مناسب از طریق جذب منابع مالی جهت حمایت از برنامه رابطين و تقدیر از ایشان می‌تواند در افزایش حضور و ارتقا برنامه رابطين بهداشت موثر باشد.

**کلید واژه‌ها:** مربیان، رابطين بهداشت، قطع ارتباط، مراکز مجرى برنامه رابطين

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۹، مهر و آبان ۱۳۹۱، ص ۵۱۵-۵۰۷

آدرس مکاتبه: اراک، سردشت، دانشکده پیراپزشکی، صندوق پستی: ۶۹۱۴-۳۸۴۸۱۷؛ تلفن: ۰۹۱۸۳۶۷۵۵۷۴

Email: a.bayati@arakmu.ac.ir

### مقدمه

مشکلات گروه‌های آسیب پذیر و محروم دنیا به عمل آمده و برنامه‌های بسیاری تدوین و اجرا شده است، تمام این برنامه‌ها بر اساس مشارکت مردم شکل گرفته است.

مشارکت به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه در حوزه‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی و به ویژه توسعه انسانی مطرح است (۱). در دهه‌های اخیر کوشش فراوانی برای کاهش

<sup>۱</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناس جلب مشارکت‌های مردمی، کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

<sup>۳</sup> استادیار، دکترای آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک

توانسته است ۱۶ میلیون نفر را تحت پوشش خود داشته و خدمات بهداشتی درمانی را ارائه دهد.

درخصوص اهمیت همکاری رابطین و تأثیر فعالیت‌های آنان پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است.

در سال ۱۹۸۷ در شهر نجارای<sup>۱</sup> نپال طرح داوطلبانه بهداشتی جامعه شهری<sup>۲</sup> بکار گرفته شد. پس از گذشت دو سال از شروع کار داوطلبان با وجود حمایت و مدیریت ضعیف و ناکافی در این طرح بهبود قابل<sup>۱</sup> توجهی در میزان مراقبت‌های قبل از تولد، پوشش واکسیناسیون، استفاده از ORS و وضعیت تغذیه‌ای برای اطفال زیر ۵ سال پدید آمد (۶).

مطالعه‌ای توسط مشایخی و همکاران در سال ۸۳ تحت عنوان ارتباط بین وجود رابط بهداشتی و انجام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اراک انجام گرفت. نتایج نشان داد درصد پوشش کلیه مراقبت‌های بهداشتی در کودکان و زنان خانوارهای دارای رابط بهداشتی از افزایش نسبی و معنی داری برخوردار بود (۷).

علی‌رغم تأثیرگذاری، حضور رابطین در ارتقای شاخص‌های بهداشتی متأسفانه تعداد زیادی از رابطین در سال‌های اخیر از مجموعه مراکز بهداشتی درمانی قطع ارتباط نموده‌اند به طوری که تعداد رابطین قطع ارتباط نموده از استان مرکزی در سال ۱۳۸۸ حدود ۳۰۴ نفر بوده است. با توجه به اینکه قطع ارتباط رابطین بهداشت آموزش دیده موجب دلسردی در سایر رابطین و تشویق آنان به قطع ارتباط می‌گردد و موجب به هدر رفتن هزینه‌های مصروفه جهت آموزش و آماده سازی آنان می‌گردد؛ لذا جهت ارتقا کیفیت مراقبت‌ها لازم است مشکلاتی که باعث قطع ارتباط رابطین با برنامه شده است شناسایی و در جهت بهبود و تداوم این برنامه پیشنهادات لازم ارائه گردد. تحقیقات کیفی از آنجا که به بیان

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 (۲). بررسی‌ها مشخص می‌کنند که بیشترین مردم جهان از خدمات بهداشتی اولیه 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 (۳).

موضوع مشارکت زنان از جهات گوناگون دارای اهمیت و ارزش است. نخست اینکه مشارکت زنان در سرنوشت خویش به عنوان یک هدف ارزشی است و دوم اینکه مشارکت زنان موجب می‌شود که حس اعتماد به نفس و خودتکایی آن‌ها افزایش یابد تا در به نتیجه رساندن فعالیت‌ها با سرعت بیشتری کوشش نمایند و هزینه‌های اجرای برنامه‌ها و طرح‌ها با مشارکت آنان کاهش می‌یابد (۴).

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

رابطین بهداشتی سعی دارند حقایق اساسی مورد نیاز برای رسیدن به سلامتی فردی، خانوادگی و اجتماعی را به خوبی فرا گیرند 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 می‌کند (۵). امروزه کشور با بهره‌مندی از ۱۰۰۰۰۰ داوطلب بهداشتی روستایی و شهری و عشایر و متخصص

<sup>۱</sup> Natuarai nepal

<sup>۲</sup> community health volunteer urbans

نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد می‌پردازند می‌توانند واقعیت‌ها را به صورت عینی تر استخراج نمایند (۸).

از این رو محقق بر آن شد به تبیین نظرات رابطین در خصوص قطع ارتباط و همکاری آنان با مراکز بهداشتی درمانی در استان بپردازد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و از نوع تحلیل محتوا است که در شهرستان‌های زیر مجموعه استان مرکزی انجام شد. جامعه پژوهش را سه گروه از افراد شامل رابطین شاغل و قطع همکاری کرده و مربیان رابطین در سطح مراکز مجری برنامه رابطین در استان مرکزی که حداقل شش ماه همکاری مداوم با مراکز مجری برنامه داشته‌اند، تشکیل می‌داند. نمونه‌ها از بین کسانی انتخاب شد که مایل به شرکت در مصاحبه بوده و توانایی بیان احساسات و عواطف درونی، برقراری ارتباط و درک مفاهیم، بیان کلامی با سهولت، و تجربه وضعیت تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک را داشتند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد که با توجه به ناهمسان بودن نمونه‌گیری و استفاده از گروه‌های متفاوت تعداد نمونه به ۱۱۵ نفر رسید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه متمرکز گروهی (FGD)<sup>۱</sup> بود که از سه گروه اولیه از افراد شامل ۶۰ نفر رابطین بهداشت شاغل - ۲۰ نفر قطع همکاری کرده و ۳۵ نفر مربیان آنان بود که برای تولید داده و جمع‌آوری اطلاعات مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. رابطین بهداشت از تمامی مراکز مجری برنامه رابطین استان مرکزی به صورت پراکنده در طرح شرکت داشتند. این مسئله سبب افزایش کیفیت و عمق و غنی‌سازی یافته‌های پژوهش شد. این اطلاعات در قالب ۹ مصاحبه متمرکز گروهی با رابطین شاغل و سه جلسه با مربیان

و دو جلسه با رابطین قطع ارتباط کرده در مراکز بهداشتی درمانی گردآوری و با توجه به تعداد کم و عدم امکان بحث گروهی در برخی شهرستان‌ها پنج جلسه بحث عمیق فردی در مرکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. بعد از توجیه هدف پژوهش به مشارکت کنندگان، مصاحبه به روش گفت و گوی دو طرفه انجام شد. مدت مصاحبه با هر گروه حدود دو ساعت بود و تعداد شرکت کنندگان در هر گروه شامل ۸-۶ نفر بودند. مصاحبه تا اشباع داده‌ها ادامه یافت.

در این مطالعه، پژوهشگر برای افزایش دادن عمق و وسعت اطلاعات، زمان کافی را برای جمع‌آوری آن‌ها اختصاص داد و علاوه بر رابطین شاغل با رابطین قطع همکاری کرده و مربیان آنان، با خانواده‌ها نیز مصاحبه کرد. علاوه بر مصاحبه، پژوهشگر از مشاهده حالات و روحیات شرکت کنندگان نیز استفاده کرد. برای افزایش اعتبار تحقیق محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت کنندگان بیشتر کند و بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت کنندگان درخواست کرد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آن‌ها را ارزیابی کنند. برای بازنگری ناظرین متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراجی علاوه بر محقق و همکاران اصلی، توسط عده‌ای از همکاران مورد بررسی قرار گرفت، تا صحت فرایند کدگذاری ارزیابی شود. محقق کوشیده است تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد.

## یافته‌ها

در این پژوهش متن مصاحبه‌های شرکت کنندگان به سه منطقه محتوایی تفکیک و سه مفهوم اصلی استخراج شد که در این مقاله به بیان نتایج مرتبط با مفهوم سنجش موقعیت پرداخته می‌شود. از این مفهوم سه طبقه اصلی شامل واکنش‌ها، باورهای

<sup>۱</sup> focus group Discussion

بود. طبقه اصلی موقعیت فردی - خانوادگی نیز به دو طبقه فرعی شامل عوامل فردی و عوامل خانوادگی تقسیم شد که هر یک شامل دو زیر طبقه فرعی دیگر بنام‌های بازدارنده و حمایت کننده بودند. کدها و طبقات اصلی و فرعی مفهوم سنجش موقعیت در جدول ۱ نشان داده شده است.

شخصی، و موقعیت فردی - خانوادگی استخراج شد. طبقه اصلی واکنش‌ها، دارای دو طبقه فرعی؛ تیم بهداشتی- درمانی، و خانواده- جامعه بود که هر یک از طبقات خود به دو زیر طبقه فرعی باز دارنده و حمایت کننده تقسیم شدند. طبقه اصلی باورهای شخصی به دو طبقه فرعی شامل روانی و مذهبی تقسیم شد که هر یک شامل یک زیر طبقه فرعی به نام حمایت کننده

جدول شماره (۱): کدها، طبقات اصلی و فرعی تم سنجش موقعیت

سنجش موقعیت										
تم										
طبقه اصلی										
واکنش‌ها										
باورهای شخصی										
موقعیت فردی - خانوادگی										
طبقه فرعی (۱)										
تیم بهداشتی درمانی										
خانواده- جامعه										
روانی										
مذهبی										
فردی										
خانوادگی										
طبقه فرعی (۲)										
بازدارنده										
حمایت کننده										
کد	برخورد بد مریبان	تشویق به مشارکت از طریق مریبی	نارضایتی همسر	تشویق یکی از اعضا خانواده	افزایش اعتماد به نفس	اخذ اجر و ثواب اخروی	بیماری رابطه	پرکردن اوقات فراغت	ازدواج	کاهش مشکلات خانوادگی
	بها ندادن پرسنل به رابطین بهداشت	بهورز و پزشک	نارضایتی والدین	تشویق از طریق شرکت در مراسم مذهبی	افزایش روابط اجتماعی	کاهش افسردگی	ادامه تحصیل	افزایش معلومات	زایمان	تشویق همسر
	عدم اهمیت مسئولین به رابطین بهداشت			آشنایی از طریق همسایه	افزایش حس مسئولیت پذیری		فاصله زیاد از منزل			
				مقبولیت از طرف مردم	افزایش مهارت برقراری ارتباط		اشتغال بکار			

واکنش‌ها:

تیم بهداشتی-درمانی:

حمایت کننده: قبل از شروع همکاری رابطن با مراکز مجری برنامه اغلب از طریق پزشکان، بهورزان یا مربیان در هنگام ایجاد مشکلات بهداشتی و درمانی برای خود یا اعضای خانواده مورد تشویق و حمایت قرار گرفته بودند و این افراد انگیزه‌ای قوی برای شرکت در برنامه بدست آورده بودند. یکی از مشارکت کنندگان درباره واکنش یکی از پزشکان می‌گوید:

"سال ۸۰ مادر شوهرم سل داشت. آمدم و یکسری اطلاعات از سل پیدا کردم و تمام اعضای خانواده‌ام را آوردم. دکتر گفت شما به درد ربط شدن می‌خورید، من هم آمدم به درمانگاه و گفتند می‌توانی این‌طوری ارتباط برقرار کنی، اطلاعات افزایش پیدا می‌کنه، ارتباطت با جامعه بیشتر می‌شود. علاقمندی پیدا کردم و آمدم و شرکت کردم" (شرکت کننده شماره ۲).

بازدارنده: اما مدتی پس از شروع همکاری اکثر رابطن با نقش بازدارنده تعدادی از کارکنان تیم بهداشتی درمانی مواجه و یکی از عوامل قطع ارتباط را برخورد بد مربیان مربوطه، بها ندادن پرسنل و عدم اهمیت مسئولین به برنامه رابطن ذکر نموده‌اند. در این رابطه چند تن از شرکت کنندگان اذعان داشتند:

"بعضی از پرسنل مراکز بهداشتی درمانی رفتار خوبی با ما ندارند و حتی ما را مزاحم می‌دانند و میگویند شما فقط درمانگاه را شلوغ می‌کنید." (شرکت کنندگان شماره ۱ و ۶ و ۴).

شرکت کننده‌ی دیگری درباره برخورد مسئولین می‌گوید: "علی‌رغم اینکه خواستیم مسئولین در سر کلاس ما بیایند یا با نمایندگان ما برنامه‌ای داشته باشند تا ما مشکلاتمان را بگوییم این کار انجام نشد و مسئولین تمایلی به انجام این کار نداشتند و حتی برخی از مسئولین با برنامه آشنا نیستند." (شرکت کننده شماره ۱۴).

واکنش‌های خانواده-جامعه:

حمایت کننده: اکثر زنان برای شروع هر برنامه‌ای چه

خانوادگی و چه اجتماعی به مشورت با خانواده می‌پردازند و در مورد متأهلین رضایت همسر نقش بسیار مهمی دارد. در مورد چگونگی آشنایی با برنامه تعداد زیادی از رابطن آشنایی از طریق همسایه‌ها، یکی از اعضای خانواده، و شرکت در مراسم مذهبی اعلام نمودند و از جمله عوامل برانگیزاننده‌ی آنان مقبولیت برنامه رابطن توسط مردم اعلام شد. من از وقتی رابط شده‌ام احساس می‌کنم همسایه‌ها بیشتر به من احترام می‌گذارند (رابط شماره ۳).

بازدارنده: از طرف دیگر تعدادی از شرکت کنندگان به خصوص شرکت کنندگان قطع ارتباط کرده برخورد بد افراد محل و همسایه‌ها را عامل قطع ارتباط دانسته‌اند، عده‌ای نیز نارضایتی والدین و همسر را یکی از عوامل قطع ارتباط دانسته‌اند. در این رابطه یکی از شرکت کنندگان می‌گوید:

"رفتن همسایه‌های قدیمی و آمدن افراد جدید و عدم آشنایی ما با آن‌ها باعث ایجاد مشکل هم برای ما و هم آنان می‌شود و گاهی همسر من می‌گوید امنیت ندارد شما در خانه افرادی که نمی‌شناسیم بروید و اجازه جهت مراجعه به در منزل آن‌ها را نمی‌دهد." (شرکت کننده شماره ۳).

باورهای شخصی

نقش باورهای شخصی در این پژوهش در حد یکی از عوامل انگیزشی مهم در فرآیند شروع همکاری و ماندگاری آنان در برنامه مطرح است که در دو طبقه فرعی روانی و مذهبی و به عنوان حمایت کننده جای گرفته است و تعداد زیادی از رابطن شرکت در برنامه‌ی رابطن را عامل افزایش ارتباطات اجتماعی، اعتماد به نفس، احساس مسئولیت و کاهش دهنده‌ی افسردگی دانسته‌اند. از آنجا که در شروع برنامه چشمداشت مادی وجود نداشته است این فعالیت را برای بدست آوردن اجر و ثواب اخروی ذکر کرده‌اند. یکی از شرکت کنندگان درباره نقش باورهای مذهبی می‌گوید:

می‌گردانند. در واقع رابطین بهداشت مهم‌ترین محل اتکاپشان حمایت‌های خانواده و تیم بهداشتی درمانی است.

اکثر رابطین اذعان داشتند که خانواده‌ها با حضور ایشان در برنامه رابطین موافقت دارند اما عدم آشنایی با شرح انتظارات رابطین همانند رفتن به درب منازل باعث مواجه شدن رابطین با چالش‌های زیادی از جمله مخالفت همسر و خانواده گردیده است. در مطالعه‌ی رضائی و همکاران نیز که در یک مطالعه کمی علل قطع ارتباط رابطین را بررسی نموده‌اند ۳/۲ درصد رابطین اذعان می‌داشتند که با شرح وظایف خود آشنا نبوده‌اند (۹).

یکی از عوامل بازدارنده نیز برخورد بد افراد محله و همسایه‌ها با رابطین بوده است. علت برخورد بد مردم احتمالاً ناآشنایی مردم با برنامه رابطین و اهداف آن است. در کلیه برنامه‌های بهداشتی که نیاز به مشارکت جامعه در چگونگی ارتباط با جامعه مورد توجه است، آشنا ساختن جامعه با اهداف و تشویق آنان به مشارکت از مقوله‌های مهم و تعیین کننده در اجرای برنامه است که همواره با دقت و حساسیت ویژه‌ای مد نظر قرار می‌گیرد.

بر اساس نظریه سایبر<sup>۱</sup> هنگامی که فردی با نقش جدید خود دچار تنش می‌گردد یکی از روش‌های مفهوم سازی مجدد نقش ایجاد امنیت پایگاه عمومی می‌باشد (۱۰). این در حالی است که رابطین مورد مطالعه این پژوهش که یکی از عوامل موثر بر انگیزاننده آنان برای جلب مشارکت افزایش روابط اجتماعی بود با برخورد بد مردم و احساس عدم امنیت مواجه می‌شوند. بنابراین بر افزایش آگاهی مردم در مورد اهداف و مزایای اجرای موفقیت آمیز برنامه رابطین تاکید می‌گردد تا شاید بتوان با تقویت هر چه بیشتر این انگیزه اجتماعی شاهد ماندگاری رابطین بود. در پژوهشی مشاهده گردید، که ۳۶ درصد زنان انگیزه‌های روانی و رشد شخصی را دلیل اشتغال خود دانسته‌اند و ۱۲ درصد نیز

"اکثر ماهایی که در مراسم مذهبی تشویق شدیم که در این کار وارد شویم به امید ثواب در آخرت آمدیم اما با این برخوردها شوهرم می‌گوید حالا که آمدی ثواب کنی نباید به قول معروف کباب شوی" (شرکت کننده‌ی شماره ۵).

#### موقعیت فردی - خانوادگی

این طبقه اصلی شامل دو زیر طبقه‌ی فردی و خانوادگی است که دارای نقش‌های بازدارنده و حمایت کننده هستند. کاهش مشکلات خانوادگی و تشویق همسر به شرکت در برنامه کدهایی بودند که حاکی از عوامل حمایت کننده‌ی خانوادگی می‌باشند. عوامل حمایت کننده‌ی فردی شامل پر کردن اوقات فراغت و افزایش معلومات است. از آن وقتی که توانستم به سؤالات بهداشتی خانواده و فامیلم پاسخ دهم خیلی خوشحالم و احساس می‌کنم وقتم را در برنامه مفید تری که هم برای من و هم خانواده‌ام مفید است صرف می‌کنم (شرکت کننده شماره ۱).

اما از عوامل بازدارنده‌ی خانوادگی ازدواج، زایمان و مهاجرت مطرح شد. از جمله عوامل باز دارنده‌ی فردی بیماری و ادامه تحصیل مطرح شدند. یکی از شرکت کنندگان پژوهش در این رابطه اظهار می‌دارد:

"رابطین مستأجر هستند یا زمانی که رابطین شرایط جدیدی پیدا می‌کنند مثلاً ازدواج می‌کنند، دانشگاه قبول می‌شوند، بیمارند و یا حتی صاحب فرزند می‌شوند بیشتر تمایل دارند قطع ارتباط کنند. در واقع این بر نامه حکم سر گرمی را برای آن‌ها دارد چون مزایای مادی هم برایشان ندارد." (مریبی شرکت کننده‌ی شماره ۳).

#### بحث و نتیجه گیری

بحث: رابطین براساس واکنش‌های تیم بهداشتی درمانی، خانواده، جامعه و باورهای شخصی و موقعیت فردی و خانوادگی به برنامه رابطین بهداشتی روی می‌آورند و یا از این برنامه روی

<sup>1</sup> siber

انگیزه‌های اجتماعی را برای اشتغال خود مطرح کرده‌اند که با یافته‌های تحقیق ما همسو می‌باشد (۱۱).

از جمله عوامل فردی بازدارنده رابطین برای ماندگاری در برنامه، بیماری رابط، ادامه تحصیل، فاصله زیاد منزل از مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه، و اشتغال به یک کار دیگر بوده است. رضایی و همکاران نیز یکی از علل مهم قطع همکاری رابطین با برنامه را فاصله زیاد مرکز بهداشتی درمانی با محل زندگی و مشکلات شغلی عنوان کردند (۹). اما ادامه تحصیل نیز در این مطالعه از عوامل قطع ارتباط با برنامه بود که در واقع یکی از انگیزه‌های اصلی رابطین برای ادامه تحصیل در رشته‌های مرتبط با پزشکی شرکت آنان در برنامه رابطین عنوان شده و نیاز آنان به کسب اطلاعات بیشتر و تکمیل اطلاعات قبلی برای کمک به خانواده و جامعه مشوق اصلی آنان برای ادامه تحصیل بوده است. با وجود اینکه این اتفاق برای خود رابط و جامعه خوشایند است اما از عوامل قطع ارتباط نیز مطرح شد.

اکثر رابطین شاغل و قطع ارتباط کرده و مربیان از عوامل خانوادگی قطع ارتباط، ازدواج، زایمان و مهاجرت را مطرح نمودند. همچنین یافته‌های این پژوهش دلالت بر نقش حجم بالای کار و نقش‌های خانوادگی (ازدواج- زایمان و...) در قطع ارتباط رابطین می‌نمود. رابط بهداشت به عنوان یک زن بعد از ازدواج نقش‌های متعددی را ایفا می‌نماید و با افزایش بار مسئولیت به عنوان همسر مواجه است لذا این امر مستلزم تحمل فشارهای مضاعفی در نقش‌های خویش می‌شود. با زایمان و تولد فرزند او با ازدیاد نقش مادری نیز مواجه می‌گردد، این عوامل و افزایش حجم کار به علت افزایش خانوارهای تحت پوشش او را دچار تعارض نقش می‌کند. همان‌طور که تحقیق انجام شده توسط دفتر امور بانوان نهاد ریاست جمهوری نشان می‌دهد یک زن نسبت به امور خانوادگی احساس مسئولیت بیشتری می‌کند و بنابراین هرچه ساعات بیشتری را در شغل خود صرف کند بیشتر احساس خواهد کرد که

شغل او تحمیلی بر تعهدات خانوادگی اوست در نتیجه زن‌ها احتمالاً تداخل شغل با خانواده را بیشتر احساس می‌کنند (۱۲). بنابراین شخص برای آن که به کار یا خانواده تعهد شدید پیدا می‌کند باید از تعهد قوی به نقش دیگر صرف نظر کند که این موضوع به ویژه برای مادران شاغل باعث می‌شود تنش و فشار بیشتری را تحمل کنند (۱۳). در مورد حجم کار نیز پژوهشگران اعلام می‌دارد که با کاهش ساعات کار هفتگی از میزان تعارض تجربه شده توسط زنان کاسته می‌شود به طوری که نسبت زنانی که تعارض کمی احساس کرده‌اند در بین کسانی که حجم ساعات کار هفتگی کمتری دارند بیشتر است (۴۰ درصد) (۱۱).

در این پژوهش از عوامل برانگیزاننده افراد جهت شرکت در برنامه رابطین که در طبقه فرعی باورهای شخصی دسته بندی گردید افزایش اعتماد به نفس، افزایش روابط اجتماعی، کاهش افسردگی، افزایش حس مسئولیت پذیری و مهارت در برقراری ارتباط مطرح شد. در مطالعه دیگری که توسط ریاضی دوست در سمنان در سال ۷۹ انجام شد نشان داد ۹۲/۵ درصد رابطین انگیزه شرکت خود را در طرح رابطین بهداشت ارتقا سطح آگاهی و دانش خود بیان نمودند و ۸۸/۶ درصد بدست آوردن قدرت اعتماد به نفس و ۸۹/۹ درصد حضور فعال در جامعه به دلیل کار داوطلبی و ۹۲/۳ درصد به دلیل مفید بودن کار داوطلبی می‌دانند که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد (۱۴).

انگیزه‌های مادی جزو برانگیزاننده های رابطین بهداشت برای شروع همکاری در این پژوهش نمی‌باشد. البته این عامل در مراحل بعدی به گونه‌ای مطرح شده است. در مطالعات متعدد مشاهده شده است زنانی که علاوه بر انگیزه‌های فوق انگیزه قوی مادی نیز برای پذیرش شغل داشته‌اند بعدها با افزایش نقش‌های خود دچار تعارض نقش گردیده‌اند و موجبات بروز واکنش‌های خاصی از جمله ترک خدمت گردیده‌اند. در این مطالعه مشاهده شد که قطع ارتباط رابطین یکی از راه حل‌های اساسی آنان بوده است. در

علت عدم رضایت از شغل یا به خاطر مسایلی نظیر مشکلات خانوادگی، تحصیلی، بیماری و یا تغییر مکان صورت گرفته است. در پژوهشی که توسط هوشمند و همکاران در خصوص بررسی ترک خدمت پرستاران در یک دوره ده ساله صورت گرفت مشاهده شد که عدم تأمین نیازهای اولیه زندگی با ۴۱/۲ درصد و دوری مسکن از محل کار با ۲۳/۵ درصد تأثیر زیادی در ترک خدمت پرستاران داشته است (۱۶).

نتایج این بررسی نشان می‌دهد بیان انتظارات از رابطین در هنگام انتخاب آنان می‌تواند در ماندگاری آنان تأثیر زیادی داشته باشد. لزوم استفاده از مربیان با تجربه و همچنین برگزاری نشست‌های نمایندگان رابطین با مسئولین به منظور بیان مشکلات و ارائه راهکارها، برگزاری مراسم و فراهم نمودن بستر مناسب از طریق جذب منابع مالی جهت حمایت از برنامه رابطین و تقدیر از ایشان می‌تواند در افزایش حضور و ارتقا برنامه رابطین بهداشت موثر باشد.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری کلیه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری و همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نمایم:

جناب آقای دکتر عشرتی: معاونت محترم بهداشتی دانشگاه  
۲- همکاران محترم کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اراک

۳- مسئولین و همکاران محترم شورای پژوهشی دانشگاه  
۴- روسای مراکز بهداشت شهرستانها  
۵- کارشناس مسئولین برنامه جلب مشارکت مردمی مراکز بهداشت شهرستانها

۶- مدیر گروه محترم واحد گسترش شبکه معاونت بهداشتی استان

۷- شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک

نظریه سایبر مفهوم سازی مجدد فشار نقش به طور کلی براساس توجه و تاکید بر پاداش‌های انباشت نقش یا نتایج مطلوب و مثبت نقش‌های چندگانه استوار است (۱۰).

کسانی که نقش‌های بیشتر بر عهده می‌گیرند، خروجی‌های بیشتری برای آزاد ساختن و تخلیه تنش‌ها و فشار در اختیار دارند. بدین ترتیب بسیار احتمال می‌رود که مشکلی که در یک نقش بروز می‌کند به وسیله رضایت از نقش دیگر جبران شود (۱۵).

همان گونه که نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد هیچ یک از عوامل فوق بعد از جلب مشارکت رابطین مورد توجه مسئولین قرار نگرفته‌اند، بنابراین شاهد قطع ارتباط روز افزون رابطین می‌باشیم که این مقوله نیز با مطالعه رضانی و همکاران مطابقت دارد (۹).

از سایر علل قطع ارتباط رابطین بهداشت مهاجرت و مسافت طولانی بین محل زندگی و مرکز بهداشتی درمانی و بیماری ذکر شده است. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط رضانی و همکاران که در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده بود هم‌خوانی دارد آن‌ها نیز مهم‌ترین انگیزه شرکت در برنامه رابطین را ارتقا سطح دانش خود و دیگران در زمینه بهداشتی درمانی می‌دانستند. ۳/۲ درصد رابطین نیز اذعان داشتند که با شرح وظایف خود آشنا نبودند. مهم‌ترین دلیل قطع همکاری با برنامه رابطین از دواج- مهاجرت- فاصله زیاد مرکز بهداشتی درمانی با محل زندگی- و مشکلات شغلی عنوان شده بود که تمامی مربوط به مشکلات خانوادگی داوطلب می‌باشد (۹).

در مورد عامل مهاجرت داوطلبین که یکی از علل قطع ارتباط آنان با مراکز مجری برنامه است به نظر می‌رسد کارکنان بهداشتی در هنگام گزینش داوطلب این موضوع را مد نظر قرار دهند که فرد حتماً ساکن منطقه تحت پوشش باشد و سکونت دائم داشته باشد تا امکان مهاجرت وی به حداقل برسد؛ و اگر رابط بهداشتی به دلایلی مهاجرت نمود امکان استفاده از خدمات او در جای دیگری فراهم شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که ترک خدمت یا به



## References:

1. Hasanabadi S, Salehpour A. Review performance and comparative evaluation of health volunteers in shiraz. Khorasan: First Conference of the Network of Medical Sciences and Health Services; 1997.
2. Kahssay H. Division of strengthening of Health services. Geneva: WHO;1989
3. Ragland DR, Greiner BA, Yen IH, Fisher JM. Occupational stress factors and alcohol-related behavior in urban transit operators. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 1011-19.
4. Nanbakhsh H. Voluntary participation of women: good experience of health volunteers. *J Women Course* 2007; 6: 165-86. (Persian)
5. Ministry of Health and Medical Education. Basic guide book for training of health volunteers Tehran: The Institute; 1996.
6. Chaulagai CN. Community health volunteer. Geneva: World Health Forum 1993 ; 14(1) : 16-19.
7. Mashayekhi N, Aminy M. Determine the interface between health and primary health care in health centers in Arak city. Arak: Health Center; 2004.
8. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research, methods, appraisal and utilization. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. P. 13
9. Rramezani A, Miri M. Evaluation of health workers volunteers' performance and investigating the causes of interruption of this connection with health centers of Birjand University of Medical Sciences. *J Birjand Univ Med Sci* 2003; 10 (15): 34-9.
10. Siber Sam, Avo D. Toward a theory of role accumulation bureau of applied social research comparison of male and female doctor. *J Occup Organ Psychol* 1998; 71(3): 1.
11. Farhangi A, Rastegar A. Provide motivation model based on the staff of spirituality. *Danesh va Raftar* 2006; 13 (20): 1-25. (Persian)
12. angballe EM, Falkum E, Innstrand ST, Aasland OG. The factorial validity of the Maslack burnout inventory-general survey in representative samples of eight different occupational groups. *J Career Assess* 2006; 14: 370-84.
13. Hyde JS, DeLamater JD, Hewitt EC. Sexuality and the dule -earner couples: multiple roles and sexual functioning. *J Fam Psychol* 1998; 12 (3): 335.
14. Riazi dost A, Jandaghi J. Survey in attitude of health volunteers in volunteer work in health system in Smnan. *Behzistan Mystery Magazine* 2002;21: 37-4015.
15. Reid J, Hardy M. Multiple roles and well-being among midlife women: testing role strain and enhancement theories. *J Gerontology* 1999; 6: 334.
16. Hooshmand Behabadi A, Seyf H, Nikbakht Nasarabadi A. Survey of nurse burnout in a 10 years period. *Teb va Tazkiye* 2004; 13: 55. (Persian)