

Exploration of the educational needs of health educators and volunteer health care communicators: A qualitative study

Bayati A(M.Sc)^{1*}, Ghanbari F(M.Sc)², Shamsi M(M.Sc)³

1- Department of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Department of Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3- Department of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 4 Feb 2012, Accepted: 4 Jul 2012

Abstract

Background: Considering the importance of the presence of volunteer health care communicators and the reduction in their cooperation with health centers or their breaking off their communication in recent years, this study was done to explore the educational needs of health care communicators and their instructors.

Materials and Methods: In a qualitative study, data were obtained through focus group discussions (FGDs) and individual depth interviews (IDIs) for need assessment from three groups of active volunteer health care workers, inactive volunteer health care workers and health instructors. In total, 14 FGD and 5 DII were held to cover the aims of research chosen by aimed sampling. The analysis was carried out by qualitative content analysis.

Results: Three major themes emerged from data analysis, including the concepts of soft and hard tools (time, space, educational tools, and educational content), educator (teaching methods, awareness, and skills), and learner (application, literacy, experience learning level, and motivation).

Conclusion: Many of the educational needs of the health care communicators and their educators had not been met which, in many cases, had led to the discontinuation of their cooperation with health centers. Hence, presenting the obtained feedback to officials for meeting their needs can be an effective measure in improving the activities of the communicators and their continuous presence in the health care system.

Keywords: Qualitative study, content analysis, educational need, health care communicators

*Corresponding author:

Address: School of Paramedicine, Arak University of Medical Sciences, Sardasht, Arak, Iran

Email: a_bayati@arakmu.ac.ir

تبیین تجارب مریبان و رابطین بهداشت در خصوص نیازهای آموزشی: یک مطالعه کیفی

اکرم بیاتی^{1*}، فاطمه قنبری²، محسن شمس³

1- مریب، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3- مریب، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: 90/11/16 تاریخ پذیرش: 91/4/14

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت حضور رابطین در برنامه‌های بهداشتی و این که در سال‌های اخیر شاهد کاهش میزان همکاری و یا قطع ارتباط آنها با مراکز بهداشتی درمانی هستیم این مطالعه با هدف تعیین نیازهای آموزشی رابطین بهداشت و مریبان آنان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی، ابزار جمع‌آوری اطلاعات بحث متمرکز گروهی و مصاحبه عمیق فردی بوده که با سه گروه از افراد شامل رابطین بهداشت شاغل، قطع همکاری کرده و مریبان آنان انجام و نیازهای آموزشی آنان سوال شده است. در مجموع 14 مصاحبه متمرکز گروهی و 5 مصاحبه عمیق فردی بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد سپس داده‌های متنی شرکت کنندگان با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مفاهیم کلیدی زیر در سه طبقه اصلی شامل سخت افزار و نرم افزارها (چهار طبقه فرعی شامل زمان، فضا و وسایل کمک آموزشی، کتب و محتوای تدریس)، آموزش دهندگان (شیوه تدریس، آگاهی و مهارت) و آموزش گیرندگان (به کارگیری، سطح سواد، تجربه، سطح یادگیری و انگیزه) استخراج شد.

نتیجه‌گیری: بسیاری از نیازهای آموزشی رابطین و مریبان آنها تامین نگردیده که در بسیاری از موارد زمینه ساز قطع ارتباط رابطین با مراکز بهداشتی گردیده است، لذا ارایه پسر خوراند به مسئولین مربوطه جهت تامین نیازهای مربوطه می‌تواند در ارتقاء فعالیت‌های رابطین و ماندگاری آنان در سیستم بهداشتی تاثیر گذار باشد.

واژه گان کلیدی: مطالعه کیفی، آنالیز محتوا، نیازهای آموزشی، رابطین بهداشت

*نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)، دانشکده پیراپزشکی

Email: a_bayati@arakmu.ac.ir

مقدمه

در سی امین اجلاس سازمان بهداشت جهانی مهم‌ترین هدف اجتماعی کشورها "بهداشت برای همه در سال 2000" اعلام شد. در سال 1978 در کنفرانس آلمان آتارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی تنها کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه تلقی گردید، در این بین مشارکت افراد جامعه در طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشتی دیدگاه جدیدی را برای مسئولین به همراه آورد (1، 2). از دیدگاه نظری مشارکت، اقدام سازمان یافته‌ای در جهت حصول دستاوردهای عینی است در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال 1369 برنامه داوطلبان شهری را با هدف ارتقا سطح سلامتی جامعه در قالب طرح رابطین بهداشت به وجود آورد. 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 (3، 4).

رابطین بهداشت علاوه بر کسب آگاهی بهداشتی با شرکت در کلاس‌های آموزشی و کسب مهارت‌های ارتباطی به برقراری یک ارتباط صحیح و صمیمانه با خانواده‌های تحت پوشش به منظور انتقال پیام‌های بهداشتی و تشویق و ترغیب آنها برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی، جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و آمار مربوط به مرگ و میر، تولد، مهاجرت و امور تنظیم خانواده با مسئولین بهداشتی دیگر ارگان‌ها مشارکت فعال دارند (5).

در خصوص اهمیت همکاری رابطین و تاثیر فعالیت‌های آنان پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است (6-9)، از جمله پژوهش فولادی و همکاران در خصوص اثر بخشی مشارکت رابطین داوطلب زن در پیش‌گیری و کنترل اسهال و عفونت‌های، تنفسی حاد اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات واحدهای پژوهش (مادرائی که حداقل یک کودک زیر پنج سال دارند) در مورد پیش‌گیری و کنترل این دو بیماری در دو مرحله قبل و بعد از مشارکت زنان به دست آمد (5). امروزه کشور با بهره‌مندی از 100000 داوطلب بهداشتی روستایی و

شهری و عشایر و متخصص توانسته است 16 میلیون نفر را تحت پوشش خود داشته و خدمات بهداشتی درمانی را ارائه دهد (10).

استان مرکزی نیز دارای 1501 رابط بهداشتی است که که در سطح 71 مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه رابطین بهداشت فعالیت می‌نمایند لذا شناخت نیازهای آموزشی رابطین به عنوان مهم‌ترین زنجیره‌های ارتباطی بین پرسنل بهداشت و مردم جامعه به عنوان گیرندگان خدمات از اهمیت زیادی برخوردار است. عدم توجه به این مهم می‌تواند موجب به هدر رفتن هزینه‌های صرف شده جهت آموزش و تاثیر منفی بر روی نشر اطلاعات بهداشتی و به دنبال آن بر روی شاخص‌های بهداشت خانواده باشد لذا تحلیل نیازهای آموزشی رابطین از دیدگاه‌های مختلف از جمله ملزومات تحقیقات در سیستم‌های بهداشتی می‌باشد و از آنجایی که مطالعات کیفی به بیان نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد می‌پردازد می‌تواند عینی تر به بیان واقعیت‌ها بپردازد (11). با انجام چنین پژوهش‌هایی می‌توان از زمینه‌ها و واقعیت‌های موجود مفاهیمی را استخراج کرد که شاید مورد تاکید و توجه محققین در مطالعات کمی قرار نگرفته باشد لذا پژوهشگران بر آن شدند که با هدف تبیین تجارب مربیان و رابطین بهداشت در خصوص نیازهای آموزشی آنان در استان مرکزی این مطالعه کیفی را انجام دهند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و از نوع تحلیل محتوا می‌باشد که بخشی از مطالعه بزرگتر در رابطه با علل قطع ارتباط رابطین با مراکز بهداشتی در شهرستان‌های زیر مجموعه استان مرکزی انجام شده است و 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 6 ماه همکاری مداوم با مراکز مجری برنامه داشته‌اند، تشکیل داده‌اند. 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 115 نفر رسید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه متمرکز گروهی (Focus Group Discussion-FGD) بوده که توسط کارشناسان بهداشت عمومی که آموزش کافی را در این خصوص دیده بودند و از سه گروه اولیه از افراد شامل 60 نفر رابطن بهداشت شاغل، 20 نفر قطع همکاری کرده و 35 نفر مریبان آنان بودند که برای تولید داده و جمع‌آوری اطلاعات مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. هم‌چنین برای غنی کردن داده‌ها از حداکثر تنوع در نمونه‌گیری استفاده شد و سعی گردید رابطن بهداشت از تمامی مراکز مجری برنامه رابطن استان مرکزی در طرح شرکت داشته باشند. اطلاعات در قالب 9 مصاحبه متمرکز گروهی با رابطن شاغل و 3 جلسه با مریبان و 2 جلسه با رابطن قطع ارتباط کرده در مراکز بهداشتی درمانی از طریق ضبط صوت و نوشتن اطلاعات گردآوری شد بعد و از توجه درباره هدف پژوهش به مشارکت کنندگان، مصاحبه به روش گفت و گوی دو طرفه انجام شد مدت مصاحبه با هرگروه حدود 2 ساعت بود و تعداد شرکت کنندگان در هرگروه شامل 8-6 نفر بودند.

در این مطالعه، پژوهشگر برای افزایش دادن عمق و وسعت اطلاعات، زمان کافی را برای جمع‌آوری آنها اختصاص داد و علاوه بر رابطن شاغل با رابطن قطع همکاری کرده و مریبان آنان 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.

مصاحبه‌های انفرادی نیز به صورت حضوری در مراکز بهداشتی درمانی انجام گرفت مدت مصاحبه‌ها بستگی به تمایل و خستگی شرکت کنندگان و کفایت داده‌ها داشت. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع اطلاعات ادامه می‌یافت به طوری که در مصاحبه‌های آخر هیچ کد جدیدی به کدهای قبلی اضافه نگردید متن مصاحبه شرکت کنندگان بلافاصله بعد از مصاحبه کلمه به کلمه رونوشت گردید و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی مورد تحلیل قرار گرفت. این روش که به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی به کار می‌رود از طریق فرایند طبقه‌بندی نظام‌مند کدها و طبقات مستقیماً و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج می‌شود. در واقع تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی بر گرفته از داده‌های متنی بوده است و از این طریق مفاهیم کلیدی و الگوهای پنهان از درون محتوای داده‌های شرکت کنندگان در مطالعه نمایان ساخت در فرایند تحلیل محتوای کیفی جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات هم‌زمان انجام گرفت در این روش محقق در راستای پاسخگویی به سوالات پژوهش به منظور جمع‌آوری داده‌های جدید به صورت رفت و برگشت اطلاعات را جمع‌آوری و تحلیل می‌کند هم‌چنین واحدهای تحلیلی از متن مصاحبه انتخاب شدند واحد تحلیل بخش قابل تحلیل متن در راستای رسیدن به اهداف پژوهش است. کدهای اولیه از واحدهای معنا (Meaning Unit) که بخش مهم و قابل استناد واحدهای تحلیل هستند استخراج شدند این کدهای اولیه می‌توانند در برگزیده عین محتوای مصاحبه شرکت کننده یا انتزاع محقق از محتوا باشند. سپس کدهای اولیه بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها به زیر طبقه‌ها و در نهایت زیرطبقه‌ها به طبقات انتزاعی و به مفاهیم کلیدی تقلیل یافتند در این مطالعه نیز با استفاده از روش مذکور از متن مصاحبه شرکت کنندگان واحدهای تحلیل مشخص شده و کدهای اولیه بر اساس واحدهای معنا بر گرفته از توصیفات مشارکت کنندگان استخراج گردید و سپس بر اساس اختلافات یا شباهت‌های کدهای اولیه طبقه‌بندی صورت گرفت در نهایت بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق و

مقایسه مداوم داده‌ها طبقات و مفاهیم کلیدی استخراج گردید.

ژانگ به نقل از لینکولن و گابا معیارهای دقت در تحلیل محتوا را اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت تایید ذکر می‌کند این معیارها معادل روایی درونی، روایی خارجی، پایایی و عینیت پذیری هستند 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.

در این خصوص برای تعیین اعتبار در این پژوهش از راهبردهای مختلفی از قبیل بازبینی توسط مشارکت کننده و بررسی داده‌ها توسط همکار متخصص طرح استفاده شد برای بازبینی مشارکت کننده علاوه بر بازگرداندن گفتار و تجربیات وی در طول مصاحبه محقق متن کامل تاییدی چند مصاحبه اولیه را به همراه کدهای اولیه به افرادی که از آنها مصاحبه اولیه به عمل آمده بود به منظور تایید و یا اصلاح برگرداند که همه موارد مورد تایید آنها قرار گرفت برای همتراز سنجی (Peer Check) نیز متن کامل چند مصاحبه اولیه پیاده شده همراه با کدگذاری و طبقات اولیه به همکار متخصص طرح و دو تن از اعضای هیات علمی محقق (گروه بهداشت عمومی) در خصوص تحلیل محتوا ارایه و نظر تاییدی آنها در جهت پیاده کردن کدگذاری و طبقات اولیه دریافت شد لازم به ذکر است که تمامی مشارکت کنندگان و همکاران صحت و درستی نحوه انجام کدگذاری و طبقه‌بندی را مورد تایید قرار دادند برای افزایش قابلیت اعتماد محقق باید رابطه پرباری با مشارکت کنندگان داشته باشد و بتواند اعتماد آنان را به خود جلب کند تا داده‌ها و تجارب بیشتر و درست‌تری به دست آورد مشارکت کنندگان باید بدون احساس هیچ گونه فشاری

مایل به سهم کردن محقق در احساسات تجارب و افکار خود بدون هیچ سانسور اطلاعاتی باشند.

با تحلیل مقایسه‌ای مداوم برگشت به عرصه و تخصیص زمان کافی ضمن ارتباط مداوم با شرکت کنندگان و غرقه بودن در عرصه تحقیق تلاش شد حسن ارتباط و تامین فضای صمیمی و قابل اعتماد با مشارکت کنندگان ابزاری برای کسب داده‌های غنی تر باشد هم چنین جهت افزایش قابلیت اعتماد محقق سعی کرد با نوشتن اندیشه‌های خود و کنار گذاری آنها (Bracketing) از اعمال سوء گیری‌های شخصی در تحقیق اجتناب ورزد. در نهایت این که محقق کوشیده است تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پی گیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد.

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش مجوز برای انجام مصاحبه‌ها در مراکز بهداشتی درمانی از طریق کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه با کد 511 کسب گردید پس از تشریح اهداف مطالعه اطمینان جهت بی‌نام ماندن داده‌های حاصل و اختیار برای شرکت و قطع همکاری در هر زمان برای کلیه شرکت کنندگان اجازه ضبط مصاحبه‌ها و موافقت استفاده از اطلاعات کسب گردید.

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 تجارب آموزشی می‌پردازیم. در مورد مسائل آموزشی سه طبقه اصلی شامل سخت افزار و نرم افزارها، آموزش دهندگان و آموزش گیرندگان استخراج شد. طبقه اصلی سخت افزارها و نرم افزارها به چهار طبقه فرعی شامل زمان، فضا و وسایل کمک آموزشی، کتب و محتوای تدریس که هر کدام نیز دارای یک زیر طبقه فرعی بودند تقسیم شد. طبقه اصلی آموزش دهندگان نیز سه زیر طبقه فرعی شیوه تدریس، آگاهی و مهارت را شامل گردید که هر زیر طبقه فرعی نیز یک زیر طبقه داشت. طبقه اصلی آموزش

شرکت کننده 5 (مربی): برخی از پایگاه‌های بهداشتی استیجاری و فوق العاده کوچک هستند و اصلاً از اتاق‌ها برای کلاس نمی‌شود استفاده کرد و حتی ما مجبور هستیم آبدارخانه را به عنوان کلاس درس استفاده نماییم.

شرکت کننده 3 (مربی): در کلاس‌های آموزشی ما به دلیل عدم دسترسی به وسایل کمک آموزشی و کتاب‌های جدید نمی‌توانیم سطح آموزش‌ها را ارتقا دهیم و این باعث افت آموزش‌ها می‌شود.

کمبود تعداد کتب نسبت به رابطین و پایین بودن سطح محتواهای آموزشی نیز از دلایل ذکر شده توسط مربیان می‌باشد:

شرکت کنندگان 7 و 5 و 8 (مربی): تعداد کتبی که در اختیار رابطین قرار داده می‌شود خیلی کم است و ما واقعاً با این مسئله مشکل داریم و با توجه به عدم بودجه کافی امکان کپی گرفتن هم بعضی اوقات وجود ندارد و یا کپی کیفیت مطلوب را هم ندارد.

اغلب مشارکت کنندگان اذعان داشتند که سطح محتواهای آموزشی کتب رابطین پایین است و مطالب ارائه شده در حیطه کتب کافی نیست و به همین دلیل بسیاری از مردم به دلیل اطلاعات بیشتر اعتماد خود را به آموزش‌های ارائه شده به رابطین از دست می‌دهند.

تمامی مربیان اذعان داشتند سطح علمی کتب پایین است و اکثر اطلاعات قدیمی است با توجه به دسترسی خانوارها به ماهواره و اینترنت و برنامه‌های آموزشی تلویزیون و رسانه‌ها و همچنین وجود افراد تحصیل کرده در اکثر خانواده‌ها مردم آموزش‌های رابطین را نمی‌پذیرند چون آنها در سطح ابتدایی آموزش می‌دهند و این عدم پذیرش از طرف خانوارها خود دلیل مهمی برای دلسردی رابطین است. شرکت کننده 5 (رابط شاغل): سطح علمی کتاب‌ها بایستی تغییر کند و افزایش یابد و مطالب خارج از کتاب نیز برای ما گفته شود و رابطین هم در امر آموزش دخیل شوند.

شرکت کننده 3 (رابط شاغل): همسرم می‌گوید به جای رفتن به کلاس درس و گذاشتن این همه وقت

گیرندگان نیز دارای 5 طبقه فرعی شامل به کارگیری، سطح سواد، تجربه، سطح یادگیری و انگیزه بوده که هر یک از آنها نیز دارای یک زیر طبقه بودند.

سخت افزارها و نرم افزارها

زمان برگزاری و تشکیل کلاس‌های آموزشی

تجربه رابطین نشان می‌دهد زمان برگزاری و تشکیل کلاس‌ها با توجه به این که داوطلبین بهداشتی خانه‌دار هستند عامل بسیار مهمی است در این رابطه یکی از آنان گفت:

شرکت کننده 1 (رابط): ما باید حتماً در کلاس درس حاضر می‌شدیم اگر حتی مطالب را هم خوب می‌خواندیم باز برایمان غیبت می‌گذاشتند و اگر مزایایی می‌خواستند بدهند اطلاعات و فعالیت‌های ما را در نظر نمی‌گرفتند من و خیلی از افراد از نظر زندگی مشکلاتی داشتیم که نمی‌توانستیم همیشه در سر کلاس بیایم بنابراین قطع ارتباط کردیم.

فضا وسایل کمک آموزشی مورد نیاز رابطین

نبود فضای آموزشی مناسب و وضعیت نامطلوب کلاس‌های آموزشی از نظر سرمایش و گرمایش و گنجایش آنها نیز از جمله مواردی بود که توسط رابطین بهداشتی و مربیان به عنوان علل قطع ذکر شده بود.

شرکت کننده 6 (رابط شاغل): فضای کلاس ما مناسب نیست کلاس ما در اتاق مامایی تشکیل میشه و هر وقت مراجعه کننده داشته باشیم باید کلاس را تعطیل کنیم.

شرکت کننده 4 (مربی): جلسات آموزشی به صورت نامرتب تشکیل میشه و فضای فیزیکی کلاسها مناسب نیست مثلاً کلاس در نزدیک سرویس بهداشتی قرار دارد و بوی نامطبوع باعث عدم رغبت رابطین جهت حضور ایشان می‌شود. سیستم سرمایش و گرمایش مناسب نیست. به دلیل این که اکثر کلاس‌ها در واقع فضای درمانگاه یا قسمتی است که خدمات به مردم ارائه می‌دهند مثلاً مامایی - مشاوره شیردهی... و ما نمی‌توانیم کتابخانه یا حتی وایت برد نصب کنیم.

می توانی این اطلاعات را از برنامه های تلویزیون و یا اینترنت کسب کنی آن هم در سطح بالاتر.

آموزش دهندگان

نامناسب بودن شیوه تدریس مربیان

کاربرد نبودن اطلاعات و عدم بهره مندی از آن در زندگی روزمره نیز از جمله کدهایی است که توسط رابطین و مربیان به آن اشاره شده است.

شرکت کننده 2 (رابط شاغل): درس ها تکراری و غیر کاربردی است بهتر است کارهای عملی مثل پانسمان و تزریقات و... نیز به ما آموزش بدهند و فقط کلاس ها تئوری نباشد.

یکنواختی کلاس ها و عدم استفاده از وسایل کمک آموزشی و یا روش های جدید تدریس از جمله بحث گروهی نیز از جمله علل قطع رابطین بهداشت با برنامه است که توسط رابطین مطرح گردید.

شرکت کننده 5 (رابط شاغل): کلاس ها فقط تئوری است و ما برخی موارد ممکن است چیزی را خوانده باشیم ولی چون عملی ندیدیم کارایی برایمان ندارد. مثلاً ما کتاب سرطان پستان را خواندیم ولی اگر ماکتی بود که ما از روی آن معاینه کردن را یاد می گرفتیم حداقل هر ماه می تونستیم خودمان را درست معاینه کنیم. هم یادگیری برای ما بهتره و هم ماندگاری آن مطالب بیشتره.

شرکت کننده 7 (رابط شاغل): بهتره از کارخانجات هم ما بازدید داشته باشیم. توی کلاس ها از بحث گروهی هم استفاده بشود ما وقتی با هم سر یک موضوع بحث می کنیم مطالب را بهتر به خاطر می سپاریم و برای آموزش به مردم آمادگی بیشتری داریم مثلاً برای آموزش ایدز من به خانوارهام آموزش می دادم که یکی از آنها از من سوالی کرد که توی کتاب ما نبود ولی چون ما سر کلاس راجع به ایدز بحث کرده بودیم من آنرا یاد گرفتم. شرکت کننده شماره 1 (رابط شاغل): فقط برای ما کلاس نگذارند بهتره ما را هم سمینار ببرند این هم باعث میشه اطلاعات بیشتر و بهتری کسب کنیم و همین که وقتی

خانوارها بفهمند ما سمینار هم می ریم بیشتر به ما اعتماد می کنند.

شرکت کننده 2 (رابط قطع همکاری کرده): سمینارهای آموزشی برای ما برگزار نمی کنند و ما باید حتماً در سر کلاس حاضر شویم و گرنه غیبت می خوریم، مسئولین هم به ما سر نمی زنند. این شد که من قطع ارتباط کردم.

شرکت کننده 6 و 3 (رابط): باید مربیان به ما اجازه دهند با هم بحث کنیم ولی فقط به صورت محصلین به ما آموزش می دادند ما دوست داشتیم تجربیاتمان را در زمینه موضوع آموزش به هم منتقل کنیم ولی مربیان تمایلی به اینگونه روش ها نداشتند. در اکثر مواقع همان اطلاعات کم کتاب ها آموزش داده می شد و مربی اطلاعات بیشتری نداشت. آموزش ها بیشتر جنبه تئوری داشت و کار عملی (پانسمان، تزریقات...) چیزی یاد نگرفتیم

پایین بودن سطح اطلاعات مربیان

ثابت بودن و پایین بودن اطلاعات مربیان توسط عده زیادی از رابطین به عنوان چالش بزرگ در برنامه مطرح گردید.

شرکت کننده 3 (رابط): سطح علمی مربیان مهم است بعضی از مربیان از نظر علمی اطلاعات کمی دارند و یا خیلی تمایل جهت حضور در برنامه رابطین را ندارند و در نتیجه باعث دلسردی رابطین می شوند.

شرکت کننده 6 (رابط): اکثر رابطین به خاطر علاقه و دوست داشتن مربی و البته نه سطح اطلاعات بالای او در برنامه حضور دارند و با برنامه مشارکت می کنند. اگر مربی محل کارش عوض بشود رابطین هم قطع ارتباط می کنند.

شرکت کننده 8 (مربی): بعضی اوقات رابطینی در کلاس درس می آیند که اطلاعاتشان از مربی بیشتر است و مربی واقعاً چیز جدیدی ندارد که به آنها آموزش بدهد. باید برنامه ای جهت ارتقا سطح تحصیلات مربیان گذاشته شود.

استفاده از سایر مسئولین در امر تدریس رابطین

در مورد عوامل موثر در استمرار برنامه رابطین این گروه (رابطین) اکثراً اعتقاد داشتند که مربیان در استمرار و

تداوم حضور آنان دخالت زیاد داشته‌اند و البته توجه به مزایا و کیفیت مناسب کلاس‌های درس و حمایت از رابطین توسط مسئولین نیز مهم است.

عده‌ای هم برگزاری سمینارهای آموزشی با حضور مسئولین، اجباری کردن حضور در کلاس‌ها و عدم وجود تفاوت بین افرادی که مرتب سر کلاس حاضر می‌شوند و آنهایی که نمی‌آیند را دلیل قطع ارتباط خود ذکر کردند.

شرکت کننده 5 و 2 و 1 (رابط): بهتر است از مسئولین و پزشکان نیز دعوت شود تا در کلاس رابطین تدریس کنند و سطح علمی کلاس‌ها بالا رود. از منابع علمی جدیدتری استفاده شود مطالب آموزشی ارائه شده به ما خیلی مواقع سطح پایین بود و من فکر می‌کردم وقتم را تلف می‌کنم. سطح سواد رابطین هم با هم متفاوت بود در نتیجه کلاس برای ما خسته کننده می‌شد. بین کسانی که مرتب سر کلاس می‌آمدند و آنهایی که نمی‌آمدند فرقی وجود نداشت بنابراین نظم و حضور رابطین در کلاس‌ها بهم می‌ریخت.

عده‌ای هم توجه به رابط از سوی مسئولین، حضور مسئولین در کلاس درس یا برنامه‌های آنان را نیز از دلایل مهم و تاثیر گذار در برنامه می‌دانند و بیان کردند وقتی مسئولین در مراسم خاص یا در کلاس رابطین حاضر می‌شوند یا به مشکلات آنان گوش می‌دهند رابطین احساس خیلی خوبی دارند.

شرکت کننده 2 (رابط): من نزدیک 7 سال رابط بودم ولی حتی یک بار هم مسئولین برای سرکشی پیش ما نیامدند. با این که چندین بار از مربی خواستیم که جلسه‌ای را ترتیب دهد متأسفانه این کار صورت نگرفت و بسیاری از مشکلات ما هم چنان حل نشده ماند به طوری که خیلی از ما از برنامه کناره‌گیری کردیم.

شرکت کننده 8 (رابط): هر کتابی که می‌خوانیم اگر کارشناس و یا پزشک مرکز هم برای آموزش سر کلاس بیایند بهتر است. چون در بعضی مواقع اطلاعات مربی کافی نیست یا سوالات ما را نمی‌تواند جواب بدهد.

تمامی مربیان به این مسئله اشاره دارند که از عوامل دیگری که به عنوان عامل بازدارنده در تداوم حضور رابطین وجود دارد عدم وجود کلاس‌های آموزشی و یا پودمان‌های آموزشی جهت ارتقا سطح علمی مربیان و یا آشنایی آنان با روش‌های آموزش، تدریس و ارزشیابی است که باعث می‌شود تعاملات بین رابطین و مربیان کمتر شود و در نتیجه آموزش‌ها به خوبی منتقل نشود.

آموزش گیرندگان

بکارگیری رابطین توانمند در امر آموزش

توجه به رابطین با تجربه و استفاده از آنان در امر آموزش و به کارگیری داوطلبان متخصص برای توانمند تر کردن توسط اکثر رابطین بیان شده است:

شرکت کنندگان 1 و 4 و 5 (قطع همکاری کرده): در برنامه رابطین برای تجربه ما ارزش قایل نیستند و از ما رابطین قدیمی فقط می‌خواهند رابط جذب کنیم ولی برای آموزش و یاد دهی رابطین جدید از ما استفاده نمی‌کنند.

شرکت کننده 5 (مربی): استفاده از تجارب رابطین قدیمی‌تر در جذب و آموزش رابطین بسیار مفید است ولی از آنها استفاده نمی‌شود. رابطین متخصص هم کم با برنامه همکاری می‌کنند.

شرکت کننده 7 (رابط شاغل): قبلا در کلاس‌های درس از افراد با تجربه در مشاغل مختلف دعوت می‌کردند مشاغلی که به نوعی با سلامت و بهداشت ارتباط داشت ولی الان خیلی کم شده می‌پرسیم میگن چون پول نمی‌دهیم کم تر همکاری می‌کنند.

شرکت کننده 7 (رابط): برنامه‌های رابطین کسالت آور شده است و تنوع وجود ندارد ما را برای بازدید از مراکز و یا کارخانجات نمی‌برند و می‌گویند بودجه نداریم یا حداقل در پایان تدریس هر کتابچه به رابطینی که بیشترین امتیاز را می‌آورند جایزه بدهند و یا سفرهای زیارتی ببرند.

سطح سواد و یادگیری رابطین

اکثر مربیان هم چنین گفتند که متفاوت بودن سطح تحصیلات و سطح فرهنگی اجتماعی رابطین باعث شده

انگیزه پایین رابطین

عدم کاربردی بودن و قابل استفاده نبودن مطالب از مواردی است که توسط رابطین و عدم امکان ارتقای تحصیلی از جمله موارد ذکر شده توسط رابطین و مربیان ذکر شده است.

شرکت کننده 1 و 6 و 7 (رابط شاغل): ما وقتی می‌بینیم که بعضی از آموزش‌ها بدرد زندگی نمی‌خورد یا مهارتی یاد نگرفتیم دل‌سرد می‌شیم و تصمیم می‌گیریم دیگه وقت نذاریم.

شرکت کننده 5 (مربی): رابطین دنبال کاری هستند که در خانه ارائه کنند مثل تزیینات و... آگه اینا آموزش داده نشه انگیزه‌ای برای شرکت تو کلاس‌ها ندارند و خانواده‌ها هم مانع آنها می‌شوند.

اکثرا اذعان داشتند: عدم آشنایی مردم با برنامه رابطین باعث می‌شود همکاری آنان کم شود و بهتر است از طریق رسانه‌ها و با برگزاری نمایشگاه‌هایی جهت معرفی دست آوردهای برنامه‌های رابطین به مناسبت‌های مختلف، باعث تداوم حضور آنان در برنامه شوید.

شرکت کننده 1 (رابط): برای ارتقاء برنامه و معرفی آن به مردم می‌توان تیم ورزشی رابطین را راه اندازی کرد.

بحث

در پژوهش حاضر پس از تحلیل متن مصاحبه‌ها سه طبقه اصلی شامل سخت افزار و نرم افزارها، آموزش دهندگان و آموزش گیرندگان همراه با طبقات فرعی آنان استخراج شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بسیاری از نیازهای آموزشی رابطین و مربیان آنها تامین نگردیده که در بسیاری از موارد زمینه ساز قطع ارتباط رابطین با مراکز بهداشتی گردیده است. به گونه‌ای که هر سه گروه شرکت کننده معتقد بودند که مطالب آموزشی کتب رابطین متناسب با سطح آگاهی‌های جامعه نمی‌باشد و مطالب کتب آموزشی مربوط به رابطین بایستی تغییر نماید و از روش‌های نوین تدریس و وسایل کمک آموزشی بهره بیشتری برده شود. کلاس‌ها از نظر سطح تحصیلات رابطین گروه‌بندی شوند و

کلاس برای عده‌ای کسالت بار و برای عده‌ای هم تازگی داشته و این ناهمگون بودن کیفیت آموزش‌ها را پایین آورده است و باعث ملال آور بودن آموزش‌ها شده است.

شرکت کننده 1 (مربی): من رابط بهداشتی دارم که دارای تحصیلات در سطح کارشناسی است در حالی که رابطینی هم هستند که در حد خواندن و نوشتن سواد دارند و همگی در سر یک کلاس می‌نشینند در نتیجه آموزش‌ها برای آن فرد تحصیل کرده خسته کننده می‌شود.

تجربه های قبلی رابطین

وجود تجارب کاری و علمی در برخی از رابطین از مواردی دیگری بود که توسط رابطین و مربیان به عنوان مانع تداوم ارتباط رابطین ذکر شد:

شرکت کننده 3 (رابط قطع همکاری کرده): ما که بچه نیستیم خیلی چیزها را از نزدیک لمس کردیم باید مربیان اینو بدوند و با رابطین مثل محصلین برخورد نکنند.

شرکت کننده 4 (رابط): من اعتقاد دارم چون ما خانم‌های خانه‌دار هستیم و تجربه زندگی هم داریم مثل دانش آموزان نیستیم و باید روش آموزش ما متفاوت باشد مربی و نحوه برخوردش خیلی مهم است من مربی قبلی خودم را خیلی قبول داشتم هم خوب مطالب را آموزش می‌داد و هم به ما احترام می‌گذاشت وقتی او بازنشسته شد مربی جدید مثل او نبود در نتیجه من از برنامه کناره‌گیری کردم.

شرکت کننده 2 و 4 و 8 (مربی): رابطین به دلیل تجارب قبلی خود حتی آگه از نظر علمی غلط باشه تاکید دارند و برخی مواقع حرف مربی را گوش نمی‌دهند. البته گاهی بیان این تجارب در کلاس درس خوبه و درس عبرتی برای بقیه همیشه توجه به کلاس‌های درس، افزایش سطح معلومات مربیان و روش‌ها مناسب تدریس و بحث گروهی و اجازه بیان تجربیات رابطین در زمینه مباحث کلاس به منظور آشنایی آنان با تجارب یکدیگر از مواردی بود که اکثر رابطین به آن اعتقاد داشتند.

و مداوم می‌توان از کسب اطلاعات مناسب توسط آنان اطمینان حاصل نمود.

همان‌گونه که در نتایج مشاهده شد اکثر مربیان بیان داشتند که متفاوت بودن سطح تحصیلات و سطح فرهنگی اجتماعی رابطین باعث شده کلاس برای عده‌ای کسالت بار و برای عده‌ای هم تازگی داشته و این ناهمگون بودن کیفیت آموزش‌ها را پایین آورده است و باعث ملال آور بودن آموزش‌ها شده است که این ناشی از عدم مهارت و توانایی مدرسین مربوطه جهت درگیر نمودن این افراد در امر آموزش به سایر رابطین با سطح تحصیلات پایین می‌باشد، لذا توصیه می‌گردد که مربیان مربوطه علاوه بر سخنرانی از سایر روش‌های آموزشی فعال دیگر نیز استفاده نمایند.

در این خصوص نیز تقسیم‌بندی کلاس به گروه‌های همسان‌تر از لحاظ سطح تحصیلی می‌تواند تا حدودی کارگشا باشد هر چند انجام چنین کاری نیز به دلیل وقت‌گیر بودن و تکرار مطالب برای دو یا چند گروه با توجه به مشغله کاری مربیان تا حدودی دشوار می‌باشد که با تامین نیروی‌های تخصصی بیشتر در مراکز بهداشتی و یا استفاده از سایر پرسنل مرتبط برای آموزش مباحث مربوطه تا حدودی این مشکل را برطرف نمود.

در مطالعه و کیلی و همکاران در خصوص بررسی تاثیر برنامه آموزشی توأم ایدز و مهارت‌های ارتباطی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطین سلامت نشان دادند که اختلاف معنی‌داری بین سازه‌های نگرشی رابطین سلامت در قبل و بعد از آموزش به شیوه‌های مشارکتی وجود داشته است (15). لذا می‌توان نتیجه‌گیری نمود که به کارگیری روش‌های آموزش مشارکتی، برای آموزش مردم به ویژه گروه‌هایی مانند رابطین باعث درگیر شدن بیشتر آنان با موضوع آموزشی شده و نتیجه خود آموزی را برای آنها در سایر موضوعاتی که با آن مواجه می‌شوند فراهم می‌کند.

در تحقیقی که توسط محمدی و همکاران تحت عنوان تاثیر مشارکت رابطین بهداشت بر چگونگی به کارگیری رژیم غذایی و دارویی در مبتلایان به پرفشاری

آموزش‌ها از صورت تئوری به شکل عملی و کاربردی تغییر پیدا کنند تا با آموزش بهتر مردم پذیرای بیشتر رابطین باشند. مطالعه رضای و همکاران در بیرجند نیز نشان دهنده آن بود که نامناسب بودن زمان آموزش و فضای آموزشی و همچنین پایین بودن کیفیت آموزش موجب قطع همکاری رابطین بهداشت با برنامه شده بود (12).

در بررسی دیگری هم که در سال 2004 تحت عنوان کارایی تدابیر آموزشی برای رفتارهای عملکردی مراقبت‌های بهداشتی اولیه به روش متا آنالیز در ایالات متحده آمریکا صورت گرفت نتایج نشان داد که مراقبین بهداشتی نقش مهمی در پیش‌گیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها دارند و آموزش مداوم رسمی و توزیع مواد آموزشی به تنهایی در ایجاد تغییر رفتار افراد موثر نیست و استفاده و به کارگیری از روش‌های نوین آموزشی مانند بحث در گروه‌های کوچک و برگزاری کارگاه و آموزش‌های چهره به چهره نیز موثر است (13).

در مطالعه حاضر اکثریت رابطین اذعان داشتند که مربیان با آنها هم‌چون دانش‌آموزان و به صورت یک طرفه برخورد می‌کردند و صرفاً به صورت تئوری اطلاعات را به آنان ارایه می‌دادند که بعضاً موجب دل‌سردی آنان از تدریس و زمینه ساز قطع ارتباطشان با مراکز بهداشتی می‌شد از این رو می‌توان گفت که یکی از نیازهای آنان تدریس متون مربوطه به شیوه‌ای مشارکتی و درگیر نمودن بیشتر آنان در مباحث و با تاکید بر پیش‌دانسته‌های آنان می‌باشد.

در هندوراس نیز آموزش به شیوه برنامه‌های آموزشی با تاکید بر اصول آموزش به بزرگسالان و فراگیری بر مبنای حل مسئله جهت افراد داوطلب بهداشتی نشان داد 80 درصد مشکلات بهداشتی مردم توسط خودشان قابل حل بوده و شیوه آموزش در تربیت افراد بزرگ سال برای آموزش به گروه‌های مختلف مردم نقش مهمی دارد (14).

با ایجاد تنوع در روش‌های تدریس و استفاده از مدرسین متخصص در امر تدریس و ارتقای محتوای آموزشی رابطین می‌توان نیازهای آموزشی این عزیزان را فراهم نمود. هم‌چنین با استفاده از شیوه‌های ارزشیابی مناسب

رابطن از کتابخانه، اینترنت و کاربردی نمودن آموزش‌ها و افزایش توانمندی رابطن بهداشت در زمینه انتقال آموزش به خانوارهای تحت پوشش، شناسایی مشکلات محله و در نظر گرفتن مطالب آموزشی مناسب ضرورت دارد. افزایش توانمندی مریبان رابطن از طریق برگزاری کارگاه‌های و جلسات آموزشی در زمینه نحوه آموزش به بزرگسالان و آشنایی با شیوه‌های مختلف آموزشی و ارزشیابی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که هزینه‌های مالی طرح را با شماره مصوب 511 تأمین نموده و هم‌چنین واحد مشارکت مردمی مرکز بهداشت استان و کلیه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

1. Khalili M. Women's participation Pathology in contemporary society. Journal of Women's research. 2006; 2(5): 165-86. [Persian]
2. Abtahi H, Abesi S. Employee's empowerment. Karaj: Institute of management education & studies; 2006.p.19-20. [Persian]
3. Nanbakhsh H. Volunteer of women: successful of volunteer. research women quarterly. 2006 (1):165-6. [Persian]
4. AmirKhani A, Ayazi M, Pariani A, Rafiei-far Sh, Golmakani M, MoazenJami M. citizen's empowerment guideline for health promotion. Tehran: Mehravash; 2007.p. 127-45.[Persian]
5. Foladi N. The effect of women's social participation in health activities as health volunteers Maternal education in relation to the prevention and control of common diseases in children under 5 years, primary health care seminar. Tabriz, Iran; 1993.[Persian]
6. Bagheri YSA, Malekafzali H, Shahmohammadi D, Naghavi Ravandi 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.

خون در دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت نتایج نشان داد مشارکت رابطن بهداشتی در بکارگیری رژیم غذایی در بیماران موثر است و ضرورت دارد بیماران در زمینه مسایل بهداشتی به طور منظم و مدون آموزش ببینند تا بتوان با استفاده از نیروی مردمی گامی در جهت ارتقا سلامت جامعه و کنترل بیماری‌ها برداشت (16).

در این پژوهش از جمله کمبودهای آموزشی که توسط رابطن مصاحبه شده مطرح شد کمبود آموزش مهارت‌های عملی بود. در این زمینه مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر آموزش کمک‌های اولیه بر نحوه امداد رسانی رابطن بهداشتی در هنگام بروز حوادث در اراک صورت پذیرفت و نتایج این مطالعه که مداخله آموزشی در غالب شیوه‌های سخنرانی، بحث گروهی، مطرح نمودن مشکلات در قالب مسئله و آموزش عملی مهارت‌های کمک‌های اولیه در اتاق پراتیک بود نشان داد که میانگین نمرات آگاهی و عملکرد قبل و بلافاصله بعد از آموزش تفاوت آماری معنی‌داری دارد. در ارزشیابی نتایج یک سال بعد، بین نمره عملکرد بلافاصله بعد از آموزش با یک سال بعد در هنگام امداد رسانی همبستگی مستقیم وجود داشت اما ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود که علت آن را می‌توان قطع ارتباط تعدادی از رابطن و کاهش تعداد نمونه‌های در دسترس که قبلاً آموزش مذکور را دریافت کرده بودند دانست (17).

نتیجه‌گیری

با توجه به موارد یافت شده، برنامه‌ریزی جهت حفظ مهارت‌های رابطن بهداشت ضرورت دارد و قطعاً نظارت مناسب، آموزش مستمر به شیوه‌های مناسب و حمایت صحیح آنان می‌تواند میزان دستیابی به سطوح بالاتری از پیش‌گیری‌های بهداشتی و سلامتی با افزایش میزان سنوات ماندگاری رابطن در برنامه را فراهم کند. ارتقا کمی و کیفی آموزش‌های ارائه شده به رابطن از طریق استفاده از منابع علمی معتبر و به روز و تعیین اولویت‌های آموزشی با توجه به نیازسنجی و افزایش سطح علمی کتب و استفاده از شیوه‌های جدید آموزشی، امکان برخورداری

- Chaharmahal and Bakhtiary province Hakim Research Journal; 2001;4(2): 100-9.[Persian]
7. Raeissi P, Khosravi A. Surveying the effect of women volunteers in families' health promotion. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999;4(15): 61-48.[Persian]
 8. Haghpanah B, Javadi AA, Shadzi S, Yadollahi M. Mother's knowledge about prevention of Leishmaniasis: What is the role of health volunteers' education?. Journal of Research In Medical Sciences.2001;5(4): 294-8.[Persian]
 9. 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.[Persian]
 10. Tabatabaei Sh, Hoseinian S. Head Women's empowerment through family counseling, group awareness and entrepreneurship. Journal of Family Study. 2004; (4):359-60.[Persian]
 11. Polit D, Beck CT. Essentials of nursing Research, Methods, Appraisal and utilization. 6 ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.p.3-4.
 12. 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): 34-9.[Persian]
 13. WHO.Programming for adolescent and development. WHO,UNFPA,UNICEF. Geneva. 1999: 21-2.
 14. Lysak C, Krefting L. Community Based Rehabilitation Cadres : Their Motivation for Volunteerism, Int J- Rehabil.1993;(16):2-3.
 15. Vakili MM, Hidarnia A, Niknami Sh, Mousavinasab N. Effect of Communication Skills Training on Health Belief Model Constructs about AIDS in Zanjan Health Volunteers (2010-11). Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services. 2010;19(77): 78-93.[Persian]
 16. Mohammadi M. The contribution of health volunteers diet on use of drug in patients with hypertension. J of nursing Iran.2005;19 (45): 35-6. [Persian]
 17. Bayati A, Eeshrati B, Jafari M. Effect of first aid educational program in Health Volunteers, rescue method during disasters in Arak. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh). 2009;12(2): 1-7.[Persian]