مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵: ۱۵۷-۱۶۲

● **نامه به سردبیر** **کد مقاله: ۱۵**

عملکرد رابطین بهداشتی در ایران

صحبایی فایزه ۱ *
نیک‌سادات نگین ۲
کشاورز نسترن ۱
توحیدی میترا ۳

۱- استادیار گروه پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحدعلوم پزشکی تهران
۲- داشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقا سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳- کارشناس آموزش بهداشت، پژوهشگر

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران- دانشکده پرستاری و مامایی- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران

تلفن: ۰۹۱۲۳۷۱۶۵۱۹

نشانی الکترونیکی:
f.safdari.to@gmail.com

چکیده

مشارکت سبب افزایش آگاهی افراد جامعه می‌شود و اجرای اینگونه برنامه‌ها در ایران موفقیت‌هایی را به دنبال داشته است از جمله طرح بسیج ریشه‌کنی فلج اطفال، طرح شهر سالم، طرح روستای سالم، طرح بسیج بهسازی محیط روستاها و طرح رابطین بهداشتی. در این راستا حضور داوطلبان بهداشتی تجربه موفقی از برنامه مشارکت بوده و پل ارتباطی میان کارکنان بهداشتی و مردم را فراهم می‌نمایند.

در خصوص تأثیر مثبت رابطین در برنامه‌های بهداشتی تحقیقات زیادی انجام شده و نتایج اکثر آن‌ها نشان می‌دهد که رابطین سعی دارند تأثیری اساسی در رسیدن افراد به اهداف سلامتی فردی، خانوادگی و اجتماعی داشته باشند، رابطین به دلیل ساخت الگو در جامعه تأثیرات بلند مدتی در درک و باور، نگرش و اعتقاد افراد ایجاد می‌کنند بنابراین در رابطه با مسایل بهداشتی و سلامتی نباید آنان را دست کم گرفت زیرا ضریب نفوذ بالایی دارند. اما ممکن است در بعضی موارد بنا به دلایلی قطع همکاری نمایند. قطع ارتباط رابطین آموزش دیده موجب دلسردی سایر رابطین و تشویق آنان به قطع ارتباط می‌گردد، موجب هدر رفتن هزینه‌های صرف شده جهت آموزش و آماده‌سازی آنان نیز می‌شود. کاهش تعداد رابطین می‌تواند بر نشر اطلاعات بهداشتی و به دنبال آن بر روی شاخص‌های بهداشتی خانواده‌ها اثرات سویی داشته باشد.

از دلایل مهم قطع همکاری رابطین می‌توان به این مورد اشاره نمود که آنان بیشتر به عنوان کمک بهورز و یا کمک کارشناس فعالیت کرده و بار کاری آنان را کاهش می‌دهند، این مقوله از دلایل مهم قطع همکاری رابطین می‌توان به این مورد اشاره نمود که آنان بیشتر به عنوان کمک بهورز و یا کمک کارشناس فعالیت کرده و بار کاری آنان را کاهش می‌دهند. به علاوه به دلیل افزایش سطح سواد سلامت مردم خصوصاً در شهرها رفته‌رفته نیاز کمتری نیز به آنها احساس می‌شود، لذا لازم است برای پیشگیری از این مقوله تدابیری اندیشیده شود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

مقدمه

جلب مشارکت افراد جامعه برای حل مشکلات بهداشتی تا رسیدن به سطح قابل قبولی از بهداشت برای همه افراد جامعه لازم است. مشارکت سبب افزایش آگاهی تک‌تک افراد جامعه شده و در این راستا حضور داوطلبان بهداشتی یک پدیده منحصر به فرد است که افق دستیابی به سطح بهتر سلامتی را نوید می‌دهد. فعالیت داوطلبان بهداشتی در عرصه بهداشت نشانه توسعه یافتگی یک کشور است [۱و۲].

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با انگیزه حل مشکلات بهداشتی حاشیه‌نشینان شهری برای اولین بار در پایان دهه ۶۰ اقدام به طراحی و اجرای «طرح رابطین بهداشت» نمود، سپس برنامه داوطلبان شهری با هدف ارتقاء سطح سلامتی مردم و در قالب طرح رابطین بهداشتی ایجاد گردید و با توجه به دستاوردهای مهم در سال ۱۳۷۱ به صورت برنامه کشوری درآمد [۱و۳].

مشارکت مردمی همیشه و در تمامی کشورها یکی از مفاهیم اصلی در مباحث توسعه بوده است، در بنگلادش، داوطلبان سلامت در حال پوشش‌دهی کامل برنامه‌های سلامت هستند به طوری که تعداد ۲۱۰۰۰ همیار سلامت و ۲۳۵۰۰ همیار رفاه خانواده، برنامه‌های خانواده و محدودیت‌های سرویس‌های خدمات بهداشتی اولیه در کشور را حمایت می‌کنند. در کشور بوتان از ۱۹۷۹ برنامه داوطلبان سلامت روستایی توسط معاونت سلامت به اجرا درآمده و ارتباطی بین مراکز بهداشتی و جامعه برقرار نموده است. این گروه داوطلبان مفاهیم بهداشتی را در جامعه توسعه داده و اقدامات آنان شامل توسعه بهداشت اولیه و اقدامات بهداشتی مربوط به آن، تشویق به واکسیناسیون، تشویق به پیشگیری از بیماری‌ها و سایر جنبه‌های بهداشتی می‌باشد [۴].

سال ۱۹۷۷ در هند بزرگترین مجمع تسهیل‌گران در توسعه سلامت عمومی به صورت نیروهای سلامت جامعه شروع به کار نمودند و پس از مدتی نام داوطلبان سلامت به آنان داده شد و در سال ۱۹۸۰ و ۱۹۸۱ نام راهنماهای سلامت روستایی به آنان تعلق گرفت. در سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ در حدود ۳۲۳۰۰ راهنمای سلامت روستایی در قالب یک طرح، تحت حمایت دولت هند شروع به انجام وظیفه نمودند. در نپال دولت اولین برنامه داوطلبان سلامت جامعه را در سال ۱۹۷۰ به اجرا درآورد و در طی سه دهه برنامه داوطلبان توسعه پیدا نمود و در سطح ملی به صورت برنامه داوطلبان سلامت بانوان اجرا گردید و بیش از ۴۸۵۵۰ داوطلب سلامتی تربیت شدند به طوری که هم اکنون در ۷۵ شهرستان آن کشور در حال اجرا می‌باشد. در پاکستان تعداد ۷۰۰۰۰ نیروی زن خدمات تنظیم خانواده و بهداشت اولیه را برای زنان پاکستانی و کودکان فراهم می‌کنند به طوری که هر نیرو در حدود ۱۵۰ تا ۲۰۰ خانوار یا حدود ۱۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. در کشور سریلانکا تاریخچه برنامه داوطلبان به سال ۱۹۱۵ برمی‌گردد. بیشترین میزان رشد این برنامه در اواسط دهه ۱۹۷۰ اتفاق افتاد. از سال ۱۹۷۶ تعداد داوطلبان سلامت افزایش یافت و هم اکنون آمار داوطلبانی که به صورت منظم کار می‌کنند متفاوت است اما به طور متوسط حدود ۱۵۰۰۰ نفر اعلام شده است [۲]. در ایران رابطین پل ارتباطی میان کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و مردم محسوب می‌شوند. برنامه به کارگیری رابطین تجربه موفقی از برنامه جلب مشارکت مردمی را نشان می‌دهد، این برنامه دارای اهداف مختلفی است که وصول همه آنها با اتخاذ استراتژی‌های علمی، منطقی و جامعه شناختی امکان‌پذیر است، هدف کلی این برنامه «جلب مشارکت جامعه در توسعه و تعمیق برنامه‌های نظام سلامت» و اهداف اختصاصی آن به قرار زیر می‌باشد:

- جلب مشارکت جامعه در توسعه مفاهیم سلامت
- جلب مشارکت جامعه در توسعه و ترویج الگوی زندگی و رفتارهای سالم
- جلب مشارکت جامعه در توسعه فرهنگ وقف در حوزه سلامت
- جلب مشارکت جامعه در توسعه ساختار و واحدهای بهداشتی درمانی
- جلب مشارکت جامعه در توسعه و گسترش خدمات سلامت
- جلب مشارکت جامعه در اجرای هر چه بهتر طرح‌های ملی
- ساماندهی و سازماندهی خدمات داوطلبانه و انسان دوستانه در نظام سلامت
- ارتقاء مهارت‌های علمی، عملی و اجتماعی داوطلبان، مربیان و مروجان سلامت
- افزایش تعداد داوطلبان سلامت و جمعیت تحت پوشش

استراتژی‌های کلی برنامه بکارگیری رابطین عبارت است از:

- ایجاد ساختار و جایگاه مستقل جهت برنامه‌های مشارکت مردمی
- سازماندهی داوطلبان سلامت در بین اقشار مختلف جامعه
- توانمندسازی داوطلبان سلامت در ابعاد علمی، اجتماعی، فرهنگی
- ساماندهی و توسعه ارتباط سازمان‌های مردم نهاد (NGO)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

مرتبط با سلامت
– ساماندهی و هدایت کمک‌های مردمی (خیرین و واقفین) به سمت اهداف سلامت
– توانمندسازی کارشناسان جلب مشارکت مردمی در حوزه ارتباطات سلامت
– ترویج فرهنگ مشارکت، فعالیت‌های داوطلبانه و انسان دوستانه در حوزه سلامت
و تجارب جهانی موفق از برنامه جلب مشارکت مردمی عبارت است از:
برنامه SARTHI ایالت گوجارات هند ۱۹۹۶
طرح مشارکت اجتماعی آمریکا در سال ۲۰۰۲
طرح مشارکت بیماران و خانواده‌ها درکنترل بیماری دیابت در کشور پاراگوئه، ۲۰۰۱
برنامه‌های یکپارچه ارتقاء سلامت در انگلستان در سال ۲۰۰۲
خدمات بهداشت روانی جامعه محور در استرالیا، ایتالیا، کانادا، آمریکا، و انگلستان، ۲۰۰۱
برنامه‌های ارتقاء سلامت به صورت جامعه محور در توآیو در سال ۲۰۰۱
خدمات جامعه محور برای حمایت از افراد مسن در انگلستان در سال ۲۰۰۲
برنامه مشارکت مردمی در ایران نیز موفقیت‌هایی داشته که از جمله طرح رابطین بهداشتی، طرح بسیج ریشه‌کنی فلج اطفال، طرح شهر سالم، طرح روستای سالم، طرح بسیج بهسازی محیط روستاها را می‌توان نام برد [۸–۵].
موفق‌ترین برنامه مشارکت مردمی در ایران طرح رابطین بهداشتی است. طبق آخرین آمار به دست آمده در سال ۱۳۹۲ تعداد ۱۴۲۹۸۲ رابط بهداشتی در ایران انجام وظیفه نموده و با توجه به محل و نوع خدمات، رابطین به صورت‌های مختلف معرفی می‌شوند مانند رابطین بهداشتی شهری، رابطین بهداشتی روستایی، رابطین بهداشتی متخصص [۳].
در خصوص تأثیر رابطین در مسائل بهداشتی تحقیقات زیادی انجام شده و نتایج اکثر این تحقیقات نشان می‌دهد که 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، اما ممکن است در بعضی موارد بنا به دلایلی همکاری خود را قطع نمایند [۹].
تقدیسی و همکاران تحقیقی با عنوان «بررسی تأثیر آموزش بر توانمندسازی رابطین بهداشت مراکز بهداشت غرب تهران و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۳۸۸» انجام دادند، و به این نتیجه رسیدند که آموزش توانمندسازی بر جمعیت مورد مطالعه مؤثر بوده ($p > ۰/۰۱$) [۹]. بیاتی و همکاران نیز تحقیقی تحت عنوان «تأثیر آموزش کمک‌های اولیه بر نحوه امداد رسانی رابطین بهداشت در هنگام بروز حوادث در اراک» انجام دادند و نتایج نشان داد که میانگین نمرات آگاهی و عملکرد، قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی‌داری داشته است ($p > ۰/۰۱$) [۱۰].
رمضانی و همکاران در خصوص نقش رابطین بهداشت در آموزش شیوه‌های زندگی سالم، لزوم وجود آنان را بسیار مهم دانسته‌اند و با توجه به نتایج تحقیق بیان می‌دارند که علیرغم تأثیرگذاری رابطین در ارتقای شاخص‌های بهداشتی تعدادی از آنان در سال‌های اخیر از مجموعه مراکز بهداشتی درمانی قطع ارتباط نموده‌اند. با توجه به اینکه قطع ارتباط رابطین آموزش دیده موجب دلسردی سایر رابطین و تشویق آنان به قطع ارتباط می‌گردد، همچنین موجب به هدر رفتن هزینه‌های مصروفه جهت آموزش و آماده سازی آنان نیز می‌شود، به علاوه کاهش تعداد رابطین می‌تواند بر روی نشر اطلاعات بهداشتی و به دنبال آن بر روی شاخص‌های بهداشت خانواده اثرات سویی داشته باشد [۱۱].
استوار و همکاران در تحقیق کیفی خود با سه گروه شامل رابطین بهداشت شاغل، قطع همکاری کرده و مربیان آنان مصاحبه‌هایی عمیق و نیمه ساختار یافته انجام دادند و نظر آنان را در مورد علل قطع ارتباط رابطین جویا شدند. نتایج نشان داد مهم‌ترین دلایل قطع همکاری رابطین مهاجرت، ازدواج، زایمان، اشتغال، ادامه تحصیل، بیماری، فاصله زیاد منزل تا مراکز، برخورد بد کارکنان مراکز بهداشتی، مردم و عدم توجه مسئولین به مشکلات آنان است [۱۲و۱۳].
با توجه به نتایج مطالعات می‌توان بیان نمود که بررسی مسائل رابطین بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا معاونت سلامت با انجام SWOT نتایج زیر را به دست آورد:

نقاط قوت:

۱– وجود آئین نامه اجرایی جامع برنامه داوطلبان سلامت
۲– وجود بسته آموزشی ویژه و امکان تربیت مربیان توانمند
۳– وجود منابع آموزشی ویژه برنامه داوطلبان سلامت
۴– وجود چک لیست‌های پایش برنامه در سطوح مختلف

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

۵- وجود کارشناسان توانمند برنامه در سطح شهرستان‌ها
۶- وجود مربیان توانمند و علاقمند در سطوح محیطی
۷- حضور داوطلبان سلامت توانمند
۸- برنامه اجرایی موفق داوطلبان متخصص در توانمندسازی داوطلبان سلامت
۹- وجود برنامه اجرایی مؤثر برای توانمندسازی داوطلبان در زمینه انجام مراقبت‌های اولیه بهداشتی
۱۰- اجرای برنامه پزشک خانواده
۱۱- مشارکت گروه‌های تخصصی و واحدهای ستادی در دستیابی به اهداف سلامتی از طریق برنامه داوطلبان
۱۲- وجود برنامه‌های اجرایی مشوق انگیزشی داوطلبان سلامت و مربیان

نقاط ضعف:

۱-طرحی بودن تعدادی از مربیان داوطلبان سلامت و تغییر و جابجایی آنان
۲- کمبود کتاب‌های آموزشی برای استفاده همه داوطلبان و کمبود متون ویژه مربیان
۳- تعدد مسئولیت کارشناسان برنامه در برخی شهرستان‌ها
۴- حمایت ضعیف مسئولین و مدیران گروه‌های تخصصی از برنامه‌های جلب مشارکت
۵- کمبود اعتبارات مربوط به برنامه داوطلبان در زمینه‌های: روز جهانی داوطلب- جذب و آموزش
۶- داوطلبان- کارگاه‌های تربیت مربیان و گردهمایی‌های رابطان و کارشناسان برنامه
۷- تعدد مسئولیت مربیان و نظارت ناکافی آنان به فعالیت‌های داوطلبان سلامت در محلات
۸- تعداد پرسنل کم مراکز و پذیرش ناکافی خانوارهایی که از سوی رابطین معرفی شده‌اند.
۹- بی‌توجهی مسئولین نسبت به سهل‌انگاری پرسنل در اجرای برنامه
۱۰- وجود ساختمان‌های استیجاری و نامناسب با کاربردی واحد بهداشتی از نظر فضای فیزیکی کلاس‌های داوطلبان
۱۱- کمبود شدید تجهیزات و امکانات آموزش داوطلبان در واحدهای بهداشتی
۱۲- نامناسب بودن روند اجرایی برنامه‌های آموزش و بازآموزی
۱۳- فقدان برنامه نرم‌افزاری برنامه داوطلبان سلامت و مشارکت‌های مردمی و بین بخشی
۱۴- ضعف در فرایندهای تولیدی رسانه‌ها و محتواهای آموزشی رابطین
۱۵- کمبود و نامناسب بودن فضای فیزیکی برای کلاس‌های آموزش داوطلبان سلامت در واحدهای بهداشتی
۱۶- نبودن سطح‌بندی در محتواهای آموزشی داوطلبان
۱۷- کمبود طرح‌های پژوهشی کاربردی برنامه داوطلبان سلامت
۱۸- طولانی بودن فرایند توانمندسازی داوطلبان و مردم در جهت مسئولیت‌پذیری

فرصت‌ها:

۱- انگیزه و تمایل مردم به مشارکت در قبال نیازهای سلامتی
۲- وجود اصل مشارکت مردمی به عنوان یکی از اصول PHC و اتکاء، استمرار و استحکام مراقبت‌های اولیه بهداشتی با جلب مشارکت مردم
۳- حمایت مدیران ارشد از برنامه داوطلبان سلامت
۴- بهره‌گیری از اختیارات هیئت امناء و هیئت رئیسه دانشگاه
۵- بستر هماهنگی‌های بین بخشی با سازمان‌های توسعه در اجرای برنامه داوطلبان متخصص
۶- وجود سازمان‌های مردم نهاد
۷- امکان استفاده از رسانه‌های گروهی و سایت دانشگاه جهت توسعه فرهنگ مشارکت
۸- افزایش سواد زنان و امکان جذب داوطلبان سلامت با سواد مناسب‌تر و امکان آموزش بهتر

تهدیدها:

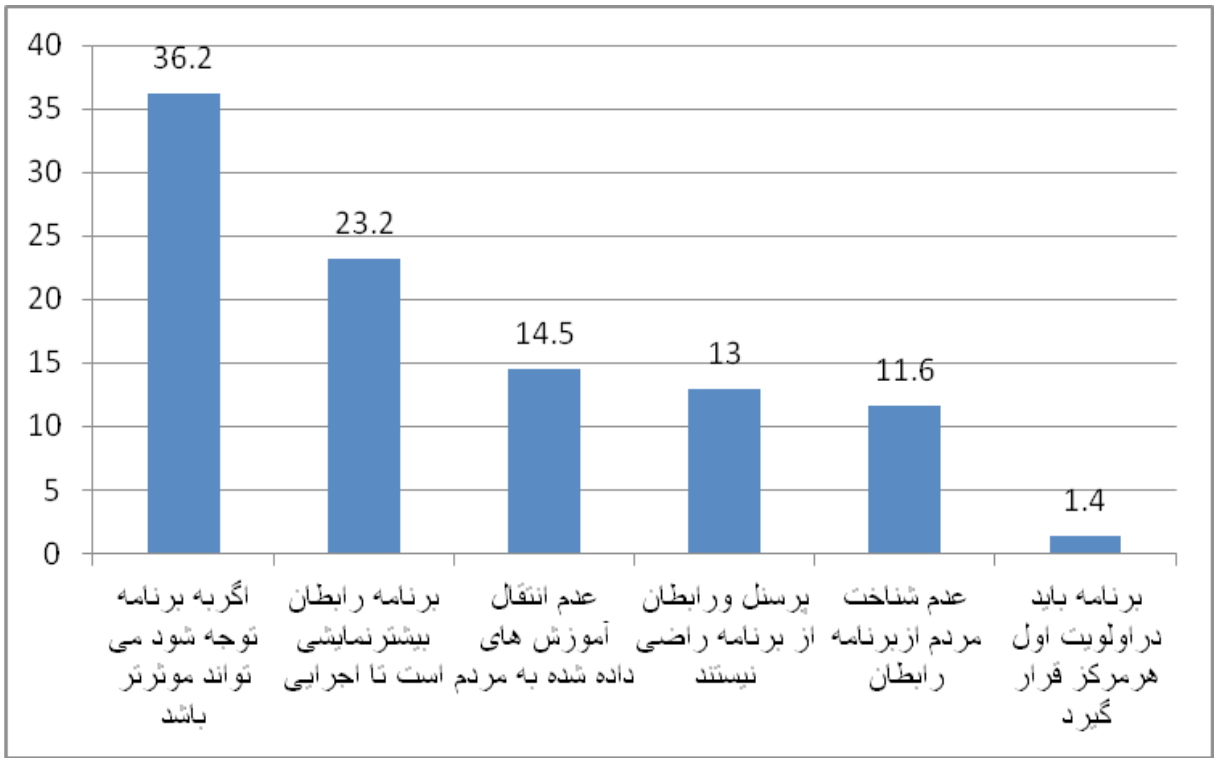
فقدان تشکیلات قوی و کارآمد تحت عنوان گروه مشارکت مردمی در وزارت متبوع و دانشگاه
فقدان ردیف سازمانی تحت عنوان کارشناس مسئول جلب مشارکت مردمی و کمبود نیروی کارشناس لازم در ستاد استان و شهرستان‌ها
مشخص نبودن سهم اعتباری برنامه از کل اعتبارات ارسالی و ناکافی بودن آن
نظارت ناکافی وزارت بهداشت بر اجرای برنامه در دانشگاه
کمبود آگاهی و بی‌اطلاعی جامعه در خصوص مشارکت مردم و برنامه داوطلبان
عدم همکاری برخی از خانوارها با داوطلبان سلامت

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

مهاجرت داوطلبان از یک منطقه به منطقه دیگر
حمایت ناکافی مسئولان از فعالیت‌های کارشناسی
عـدم وجود برنامه‌هـای حمایتی از داوطلبان سـلامت (همچون نیروهای بسیج)
حمایت ناکافی از عملکرد مثبت نیروها در اجرای برنامه
بهره‌گیـری ابزاری از داوطلبان سـلامت در اجـرای برنامه‌های تحقیقاتی، تبلیغاتی، اجرایی و ... خارج از حیطه وظایف آنان
نبود فرایند جذب منابع مردمی و مشارکت خیرین
حمایت ناکافی و پشـتیبانی کم بخش‌های توسـعه از اولویت‌های مورد نیاز مردم
نگرش سـنتی برنامه‌ریزی و اجرای متمرکز (برنامه‌ریزی از بالا به پایین)
۱۵- تمایـل ناکافی سـازمان‌های توسـعه به همـکاری مؤثر و مطلوب بین بخشـی در راستای توانمندسـازی و حمایت از مردم [۱۵و۱۴و۷و۵].

هدف از ارزشـیابی، تعیین میزان تأثیر برنامـه رابطین بر آگاهی و رفتار خود آن‌ها، خانوارهای تحت پوشـش، کارکنان بهداشـتی و درمانی، مسئولین اجرایی شـبکه بهداشت و درمان در بخش‌های مختلف بود.

دلایل نارضایتی از برنامه رابطین بهداشتی عبارت بودند از:
۱- توجیه نبودن رابطین و مسئولین آن‌ها به وظایف خود
۲- عدم نظارت از طرف استان
۳- تخصیص ندادن اعتبار و بودجه لازم جهت انجام کار
نیـک نیاز و همکاران تحقیقی جهت ارائه الگوی مشـارکت مردم مبتنـی بر برنامه داوطلبین انجام دادند هدف از این کار به دسـت آوردن ترجیحات مردم در رویارویی با مسـائل مربوط به سلامتی بود.
برای این کار از ابزار کیفی به نام Spider gram اسـتفاده گردید و میزان مشـارکت رابطین از ۵ بعد به قرار زیر مورد ارزشیابی قرار گرفت:
تعیین نیازهای سلامت توسط مردم انجام گیرد
مدیریت برنامه در دست مردم باشد
داوطلبین و یا نمایندگان مردم، به مشکلات همه اقشار به خصوص مردم محروم توجه داشته باشند
همسویی برنامه با برنامه‌های جاری سازمان
شـاخص بسیج منابع نیز اسـتفاده از منابع مردمی است. حتی اگر مـردم، از کارکنان به عنوان منابع خود اسـتفاده کنند، باز هم این شاخص از جایگاه بهتری برخوردار خواهد شد.



نمودار- دلایل عدم رضایت

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

بحث و نتیجه‌گیری

چگونگی رویکرد افراد به مقوله سلامتی و درک عوامل مؤثر بر آن در طول زمان تغییر نموده است. در بسیاری از کشورها قدم‌های مهمی در راستای رویکرد ارتقاء سلامت برداشته شده است که همگی بر تغییر مؤلفه‌های مختلف مؤثر بر سلامت در سطح جامعه تأکید دارند [۱۶]. از طرف دیگر خطرات مختلف سلامتی، دائماً افراد و جامعه را تهدید می‌کند. تشخیص این خطرات و کاستن از آن‌ها برای یک زندگی کارا، سالم و طولانی یکی از دغدغه‌های مردم و مسئولان است و آموزش نکات سلامتی از وظایف پرسنل بهداشتی و درمانی است [۱۷].

رابطین بهداشتی افراد مهمی در مقوله سلامتی هستند. آنان به منظور افزایش سطح آگاهی عمومی از طریق فراهم نمودن اطلاعات، یادآوری و تذکر در مورد اثرات رفتار مخرب بر سلامتی و فواید اتخاذ رفتارها و شیوه‌های زندگی سالم، تغییر نگرش و برانگیختن تغییر رفتار تأثیر بسزایی در جامعه دارند [۱۸].

رابطین بهداشتی به عنوان افراد تسهیل‌گر و رابط از زمره کسانی محسوب می‌شوند که نیاز به بررسی، کنترل و ارزشیابی مداوم دارند زیرا رعایت نکات بهداشتی را توسعه داده و از طرفی نیز به دلیل این که خود از اعضاء جامعه هستند توسط جامعه نیز مورد احترامند، به علاوه به دلیل ارتباط مداوم، درگیر مسائل و مشکلات بهداشتی مردمند، تحت تأثیر آن‌ها عمل می‌کنند و همچنین انتقال پیام‌ها توسط آن‌ها می‌تواند به خوبی صورت گیرد. در بسیاری اوقات نیز رابطین به طور غیر مستقیم اثرگذار بوده و در قالب پیام‌ها، نکات لازم بهداشتی را به مردم متذکر می‌گردند و موجب تقویت رفتار آنان می‌شوند [۱۹]. رابطین به دلیل ساخت الگو در جامعه تأثیرات بلند مدتی در درک و باور، نگرش و اعتقاد افراد ایجاد می‌کنند بنابراین در رابطه با مسایل بهداشتی و سلامتی نباید آنان را دست کم گرفت زیرا ضریب نفوذ بالایی دارند. بنابراین زمانی که دانش و آگاهی افراد نسبت به رابطین و تأثیرات آن‌ها بیشتر شود، قدرت تشخیص شأن نسبت به تأثیرپذیری آنان نیز بالاتر می‌رود. همچنین پژوهش و ارزشیابی عملکرد رابطین در ارتقاء سطح بهداشتی و سلامتی منجر به بررسی پتانسیل‌ها و محدودیت‌های آنان نیز می‌گردد [۱۸و۸].

بررسی عملکرد رابطین نشان‌دهنده سهم موضوعات مرتبط با سلامتی و به خصوص مطالب مرتبط با پیشگیری نسبت به تشخیص و درمان است که نشان‌دهنده سهم کوچک پیشگیری است. هر چند حتی ممکن است مطالب مربوط به سلامت و پیشگیری در کشور هنوز در حیطه پزشک‌نگر باشد. همان گونه که نتایج تحقیقات نشان داده‌اند مشارکت رابطین در امر آموزش آگاهی‌های بهداشتی جامعه را در زمینه‌های مختلف بالا می‌برد و از این طریق سبب بهبود عملکرد افراد می‌شود بنابراین تداوم در امر آموزش رابطین بهداشتی سبب می‌گردد که اطلاعات بهداشتی آنان ارتقاء یافته و در نتیجه آنان را قادر می‌سازد که مطالب را به افراد آموزش دهند. با توجه به نتایج به دست آمده از ارزشیابی انجام شده در طول اجرای برنامه رابطین بهداشتی در ایران به نظر می‌رسد که آنان نیاز به آموزش بیشتری از طرف مربیان خود داشته باشند.به علاوه در ایران رابطین بهداشتی به دلیل مشکلات، فعالیتی محدود و در سطح PHC انجام می‌دهند اما در بسیاری از کشورها رابطین از این حیطه فراتر رفته و در سایر موارد عملکردهای مفیدی داشته‌اند. در ایران فعالیت رابطین بیشتر به صورت دولتی بوده اما در سایر کشورها رابطین در NGOها فعالیت و موفقیت‌های چشمگیری داشته‌اند [۲۰].

با توجه نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که رابطین بیشتر به عنوان کمک بهورز و یا کمک کارشناسان فعالیت می‌کنند و لذا بار کاری آنان را کاهش می‌دهند، این مقوله می‌تواند باعث دلسردی رابطین شده خصوصاً که آنان بهره مالی از عملکردشان دریافت نمی‌کنند. همچنین با توجه به افزایش سطح سواد عمومی و بهداشتی مردم و پایین بودن سطح تحصیلات اکثر رابطین، می‌توان گفت که نیاز کمتری به آنها خصوصاً در سطح شهرها، احساس می‌شود. از طرف دیگر امکان جذب رابطین تخصصی در بخش مشارکت مردمی کم است زیرا رابطین متخصصی که در شهرها فعالیت می‌کنند دارای تحصیلات بالاتری بوده و به دلیل نیازهای مالی زندگی شهری به نظر می‌رسد که آنان به دنبال مشاغل دارای درآمد باشند لذا بهتر است جذب رابطین تخصصی به صور دیگر انجام گیرد. به علاوه پیشنهاد می‌شود برای موفقیت در حیطه خدمات‌رسانی رابطین بهداشتی به مردم نکات زیر در نظر گرفته شود:

۱- برنامه‌ریزی جهت جلب مشارکت بخش‌های مختلف توسعه به منظور ارتقاء سطح بهداشتی جامعه.

۲- برقراری ارتباط، هماهنگی مستمر با سازمان‌ها و ارگان‌های مؤثر در بهداشت جامعه به منظور جلب مشارکت آنها در برنامه‌ریزی بهداشتی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

۳- برنامه‌ریزی جهت اجرای برنامه داوطلبان بهداشـــتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری.
۴- برنامه‌ریزی جهت افزایش دانش مهارت‌های علمی و اجتماعی و عملی داوطلبان بهداشتی (از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی منظم هر هفته به مدت ۲ ساعت در مراکز مجری برنامه داوطلبان بهداشتی).
۵- تربیت مربیان داوطلبان بهداشتی از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزش به شیوه مشارکتی.

مراجع

1- Setade gostareshe shabakehaye behdashti, darmani keshvar. Tarhe ejraie jalbe mosharekate mardomi dar ghalebe rabetine behdashtie zan bar asase natayeje kargah, haye amoozeshe Pakdashte Varamin va Shiraz.1374(Persian)

2- Vezarate behdasht darman va amoozeshe pezeshki. Rabetine behdashti dar Iran. Tehran: unicef pub; 1377(Persian)

3- Amar va mostanadate mojood dar vahede rabetin, Vezarate behdasht, darman va amoozeshe pezeshki.

4- Fatehi M. Raveshe amoozeshe rabetine behdasht. Vezarate behdasht darman va amoozeshe pezeshki. UNICEF. chape 2; 1378(Persian)

5- Naghavi M. arzeshyabie amalkerde rabetine behdasht. Markaze gostareshe shabakeha va tose,e khadamate behdashti va darmani. UNICEF. 1374(Persian)

6- Setade gostareshe shabakehaye behdashti, darmani keshvar. Tarhe ejraie jalbe mosharekate mardomi dar ghalebe rabetine behdashtie zan bar asase natayeje kargah, haye amoozeshe Pakdashte Varamin va Shiraz.1377(Persian)

7- Amalkerd va kholase faaliathaye goroohe gostareshe shabake daneshgage oloome pezeshki va khadamate behdashti darmani Semnan. Moavenate behdashti. 1391(Persian)

8- National Public Health Management Cente (NPMC).

9- Taghdisi M, Abolkheirian S, Hoseini F. Baresi tasire amoozesh bar tavanmandsazie rabetine behdasht e marakeze gharbe Tehran va avamele moaser bar an dar sale 1388. Faslnameh salamate kare Iran. 1390; no2(Persian)

10- Bayati A, Mohammadbeigi A, Eshrati B, Jafari M. Tasire amoozeshe komak,haye avalie bar nahveh emdad resanie rabetine behdashti dar hengame borooze havades dar Arak. majaleh elmi pajooheshie daneshgahe oloome pezeshki Arak. 1388; No2(Persian)

11- Ramezani A, Toosi J. Modiriate mahaleie dar Iran. entesharate booye shahr. 1391(Persian)

12- Ostvar R, Moosavi M. Baresi khadamate behdashti darmani dar jamiate tahte poosheshe tasire faaliathaye rabetine behdashti zan dar erteghaye marakeze behdashti darmani shahre Yasooj. Majalr Armaghane danesh. No31. 1388(Persian)

13- Arabnejad B, Abolghasemi S. baresie tasire amoozesh bar agahi va negareshe sakenine manateghe hemat abad, khaje rabi va emam Reza dar zamineh bimari salak dar sale 1383-84. faslnameh pajooheshi daneshkadeh behdasht Yazd. 1385; no 3va4(Persian)

14- Almasi A, Hashemian H, shokrnejad M. tasire rabetine behdashti dar mizane agahie madaran jame,e tahte poosheshe arseh amoozesh pezeshkie jame,e negare Kermanshah. 1380; no2: 30-35(Persian)

15- Nikniaz AR, Behjat H. Gozareshe pajooheshi erae olgooye mosharekate mardom dar modiriate salamat ba hamkarie vahede keshvari

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]

eslahat dar nezame salamat va sazemane jahani behdasht1384; Tabriz 1386(Persian)
16- Keshavarz N.Amoozeshe behdasht va ertaghae salamat dar Iran:gozashte,hal va ayandeh.faslnameh elmi pajooheshi amoozeshe behdasht va erteghae salamat.1392; no1(Persian)
17- Keshavarz, N. (2013)Health Promotion Thinking, Interpretation and Implementation in Iran: Capacities, and the Way Forward. International Quarterly Gournal. www.ghealthscope.com
18- Health and Wellness Guide for the Volunteer Fire Service By US Fire Administration, United States Fire Administration, National Volunteer Fire Council (U.S.), TriData Corporation
19- Minimum Standards for Village Health Volunteers in Papua New Guinea. Independent State of Papua New Guinea, Ministry of Health, 2003 - Rural health.
20- Hoodfar H. Volunteer health workers in Iran as social activists:Can “governmental non-governmental organisations” be agents of democratisation? WLUML Occasional Paper No.10, December 1998.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-25]