پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی
سال ۲۵، شماره ۳، صفحات ۱۶۱- ۱۵۳ (پائیز ۱۳۸۰)

Original Article

ارتباطات اجتماعی در بررسی آینده‌نگر قند و لیپید تهران

نفیسه سعادتی*، دکتر فریدون عزیزی*

*مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی

خلاصه

مطالعه آینده‌نگر " قند و لیپید تهران" اولین مطالعه بزرگ اپیدمیولوژیک کشور با هدف شناخت علل بیماریهای قلبی عروقی در جامعه شهری تهران است. این طرح که جمعیت قابل‌توجهی از جامعه شهری تهران را مورد بررسی قرار داده است، ابتدا با شناخت جامعه، کار را شروع کرده و در حال حاضر ادامه می‌دهد وهمچون دیگر مطالعات آینده‌نگر جهان، چگونگی ارتباط با جامعه را مدنظر اساسی قرار داده است.

آشنا ساختن جامعه با اهداف طرح و تشویق آنان به مشارکت در این مطالعه از مقوله‌های مهم و تعیین‌کننده در اجرای کار بوده که همواره با دقت و حساسیت ویژه‌ای مدنظر قرار گرفته است. این مهم به عهده تیم ارتباطات اجتماعی واگذار شد که متشکل از مددکاران اجتماعی با همکاری رابطین بهداشت شبکه خدمات‌رسانی بهداشتی منطقه شرق بوده است. اهداف بخش ارتباطات اجتماعی با مراجعه مستقیم و چهره به چهره جامعه مورد بررسی به مرحله اجرا درآمده و در طی کمتر از دو سال حدود ۱۷ هزار نفر از جمعیت شهری منطقه ۱۳ تهران را تحت پوشش قرار داده است. با وجود پیش‌بینی‌های بنیادین شیوه ارتباط با جامعه و شناخت نقاط قدرت و ضعف سازمانهای بهداشتی- درمانی موجود و به کارگیری تجربیات قبلی، بدیهی بود که تیم همواره با موضوعات کوچک پیش بینی نشده‌ای مواجه می‌شد. ولی شناخت مشکلات و تمهیدات لازم به منظور رفع آن، تجربیات ارزنده‌ای به دست می‌داد که راهنمای ما در مراحل بعدی کار بود و ما را در اجرای صحیح‌تر اهداف طرح یاری می داد.

دراین تجربه از نیروهای داوطلب " رابطین بهداشت" و همکاریهای سه مرکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی استفاده شد. زدودن ذهنیت و گرایش‌های منفی نسبت به خدمات بهداشتی- درمانی دولتی، صرف وقت کافی برای توجیه و اجرای طرح، ارتباط مستمر یا خانوارها و اتخاذ تمهیداتی برای هماهنگی با باورهای فرهنگی، بررسی پدیده عدم استقبال و پیدا کردن راه‌حلهای مناسب از جمله اقدامات عمده گروه بود.

***واژگان کلیدی:** ارتباطات اجتماعی، اپیدمیولوژی*

مقدمه

در تمام مطالعات پژوهشی که از حد کتابخانه و مدارک بایگانی فراتر می رود و به حیطه انسانی و ارتباط با انسانها قدم می‌گذارد، به ویژه مطالعات اپیدمیولوژیک که با سلامت جامعه در سطح وسیعی مربوط است، اهمیت بخش اجتماعی و ارتباطات آن رخ می نمایاند و دراغلب مطالعات آینده نگر دنیا که در سطح وسیعی از جامعه انجام می‌شود این مقوله مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است(۱و۲). مطالعه جامعه مورد بررسی و آگاهی از خصوصیات آن و شیوه ایجاد ارتباط موثر و کارساز از ضروریات اولیه هر برنامه پژوهشی است که همواره از ابتدا تا انتهای کار باید مورد نظر و دقت باشد. چراکه تعلل در این امر ممکن است پروژه های پژوهشی را با ناکامی مواجه سازد و هزینه ها و انرژی انسانی صرف شده را بدون نتیجه به هدر بدهد. این امر گاهی باید بدقت و حساسیت مقوله‌های آزمایشگاهی و لابراتواری مورد توجه قرار گیرد و بی‌اهمیت انگاشته نشود تا تداوم و موفقیت کار تضمین شود (۳). بدین منظور لازم

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

است که بخشی از تیم تحقیقاتی را برای مطالعه خصوصیات خلقی، رفتاری و فرهنگی جامعه تجهیز نمود و نحوه رفتار مناسب با اهداف تحقیق را طراحی کرد. این ساختار رفتاری باید در تمام قسمت‌های طرح اعم از دعوت و جمع‌آوری داده‌ها به کار گرفته شود چنانچه در بسیاری از مطالعات مشابه "طرح قند و لیپید تهران" که در کشورهای دیگر پیاده شده و در حال اجرا است توجه به چگونگی ارتباط‌گیری صحیح مستمر از اهداف اولیه و مهم طراحان مطالعه بوده است. بعنوان مثال یکی از قدیمی‌ترین مطالعات اپیدمیولوژیک برروی عوامل خطرساز قلبی عروقی مطالعه "فرامینگهام" در آمریکاست. این مطالعه که از سال ۱۹۴۷ در شهر فرامینگهام (۲۱ مایلی غرب بوستون) پایه‌گذاری شده و هم اکنون در حال اجراست، با تاکید بر شیوه ارتباطی موثر و کارساز با مردم کار خود را شروع کرد. بدین ترتیب که با تشکیل ۶ کمیته به این امر مبادرت ورزید (۱). عملکرد این کمیته ها به قرار زیرند:

۱- کمیته تدارکات
۲- کمیته تبلیغات یا روابط عمومی
۳-کمیته صنعت
۴- کمیته تجارت
۵-کمیته سازمانهای شهری
۶- کمیته همسایگی.

کمیته تبلیغات و روابط عمومی با استفاده از متخصصین مطبوعات، رادیو و دیگر رسانه های عمومی برای معرفی این برنامه همکاری داشته است. کمیته‌های صنعت، تجارت و سازمانهای شهری سعی داشتند تا مطالعه و طرح فوق را در اجتماعات خاص خودشان معرفی کنند و مورد توجه قرار دهند. کمیته همسایگی که شاید یکی از مهم‌ترین کمیته ها در این مطالعه باشد، بدین شکل عمل می‌کرد که هر شرکت‌کننده در مطالعه، باید از طریق شخصی که او را می‌شناخته و مورد اعتماد بوده است به مطالعه فراخوانده شود. ضمنا" دعوت باید از طریق شخصی صورت می‌گرفت که خود به کلینیک مراجعه داشته و مورد معاینه قرار گرفته بود. بنابراین در شروع کار، معاینات در مورد تمام اشخاصی که در خود کمیته بودند صورت گرفت و به نوبت و پس از آن در ادامه، مطالعه بر روی دیگر اعضای جامعه که به انجام داوطلبانه آزمایشاهها تشویق شده بودند، انجام شد.

از بین این داوطلبان، مجموعه کمیته همسایگی انتخاب شد. مهمترین کاری که به‌عهده این کمیته است، دعوت اولیه افراد انتخاب شده در این مشارکت بود. تا به امروز کانالهای عمومی استاندارد اطلاع‌رسانی به مردم در این مطالعه به صورت فوق بوده است. بر اساس نظرسنجی از داوطلبان این مطالعه، مهمترین اطلاعات ارائه شده به جامعه از طریق نقل قول و دهان به دهان بوده است.

اهمیت بعد اجتماعی تحقیق هنگامی که پروژه تحقیقاتی درازمدت در پیش‌رو داریم و قرار است آن را در محدوده جغرافیایی مشخص و با افراد مشخص به اجرا درآوریم، صدچندان می شود. به همان نسبت باید مطالعه جامع و عمیق‌تر صورت گیرد و با سنجیدن همه جوانب و رعایت احتیاط لازم آن را به جامعه عرضه کرد. چراکه جامعه به مرور و با بررسی همه جانبه یک پدیده، آنرا تجزیه و تحلیل و سپس به آن اعتماد می‌کند.

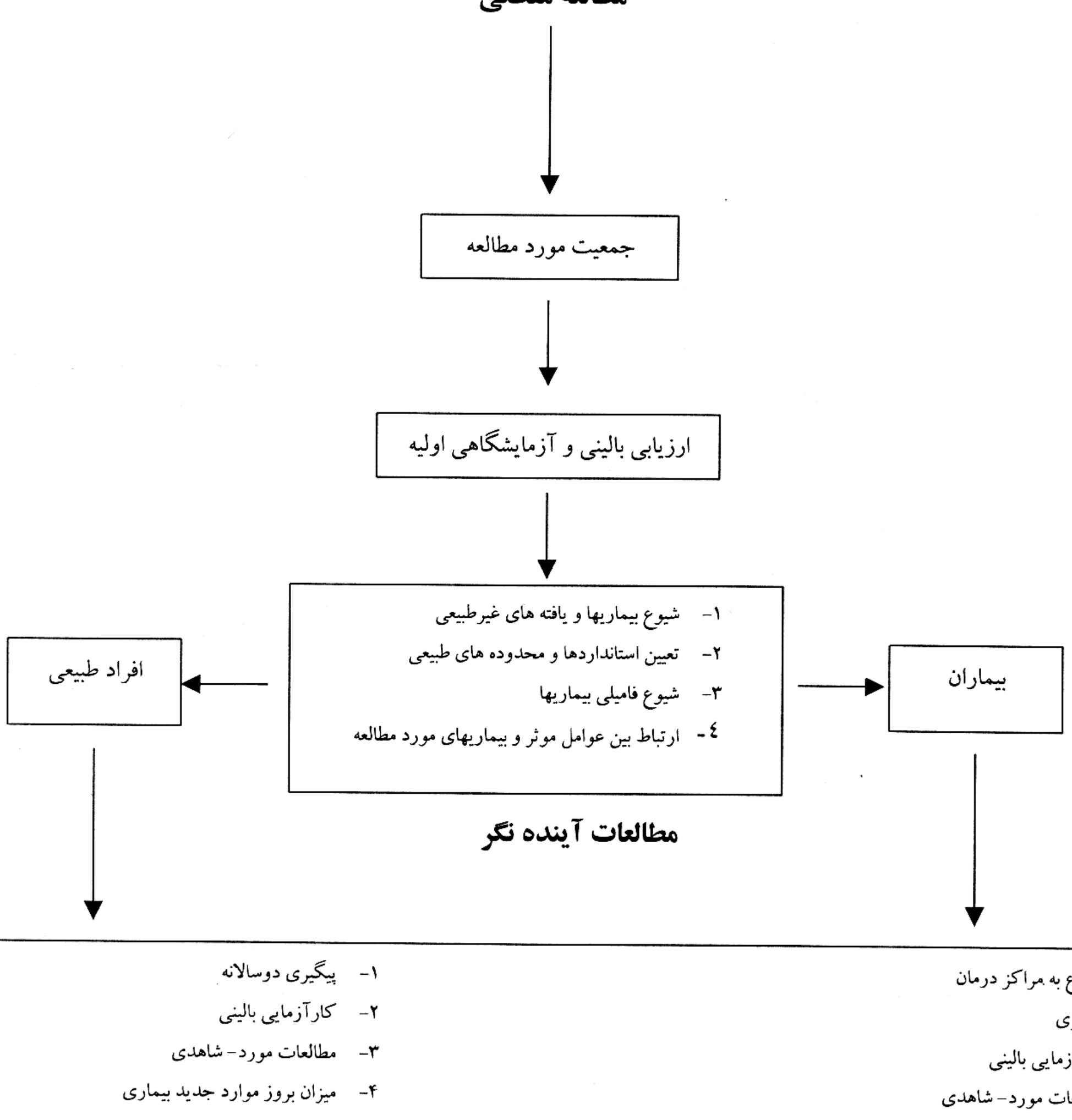
در اجرای بررسی آینده‌نگر قند و لیپید دقیقا" ما با همین موضوع مواجه بوده‌ایم و باید به ابزار شناخت لازم مجهز می‌شدیم و آنرا به کار می‌بستیم. ارائه روند کار، مشکلات طرح و نحوه حل آنها، ابتکارات و پیشنهادات حاصله از این طرح می‌تواند برای سایر مطالعات اپیدمیولوژیک اعم از مقطعی، مورد شاهدی، همگروهی (Cohort) و یا تجربی مفید باشد.

مواد و روشها

"بررسی آینده‌نگر قند و لیپید تهران" در زمره طرحهای ملی تحقیقاتی کشور است که از طرف شورای پژوهشهای علمی کشور و سازمان برنامه و بودجه تامین اعتبار شده است. این مطالعه عوامل خطرزای بیماری آترواسکلروز را در یک جامعه تهرانی (محدوده خیابان نیروی هوایی خیابان دماوند) بررسی می‌کند و شامل دو مرحله است. مرحله اول آن یک مطالعه مقطعی است که در سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۷۹ طراحی و اجرا شده است. حدود ۱۷۰۰۰ نفر افراد ۳ تا ۶۹ ساله بطور تصادفی انتخاب شده‌اند. کلیه افراد خانواده‌های انتخاب شده تحت بررسی دقیق بالینی قرار می‌گیرند. اطلاعات آنتروپومتریک در کلیه افراد و ECG در افراد بالای ۲۰ سال اخذ می‌گردد. اندازه‌گیری قند ناشتا و غلظت لیپیدهای سرم در همه افراد و قند دو ساعته پس از۷۵ گرم گلوکز در افراد ۲۰ سال به بالا انجام می‌گیرد. مطالعات دقیق مصرف مواد غذایی و فعالیت بدنی نیز انجام می‌شود. در مرحله دوم

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

طرح، بخشی از جمعیت مورد مطالعه تحت مداخله جهت تغییر در شیوه زندگی با تاکید بر تغییر در عادت غذایی، فعالیت بدنی، ترک سیگار، کنترل فشار خون، چاقی، هیپرلیپیدمی، دیابت، مواجهه با استرس و سایر عوامل خطرساز قلبی- عروقی قرار خواهند گرفت. در بخش دیگر جامعه، بدون مداخله، روند تغییرات قند و لیپید و سایر متغیرها در فواصل ۲-۳ سال بررسی خواهد شد (شمای ۱). این مرحله از سال ۱۳۸۰ آغاز خواهد شد (۴).



شمای ۱- الگوریتم بررسی قند و لیپید تهران در دو مرحله مقطعی و آینده نگر
نحوه کار در واحد بررسی قند و لیپید در بخش‌های مختلف پذیرش، آزمایشگاه، معاینات، تن‌سنجی و نوار قلب، ارتباطات اجتماعی و کلینیک های تخصصی در شمای ۲ آورده شده است.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

بخش پذیرش

وظایف:

۱- پذیرش افراد دعوت شده به مطالعه

۲- تکمیل فرم رضایت نامه

۳- ثبت مشخصات فردی

۴- تعیین نوبت برای مراجعه فرد به بخش معاینات بالینی

۵- دادن کارت شناسایی

۶- راهنمایی فرد به آزمایشگاه

بخش آزمایشگاه

وظایف:

۱- نمونه گیری

۲- انجام آزمایشات

۳- ورود داده های آزمایشگاهی به کامپیوتر

بخش معاینات بالینی
(اطاق پزشک عمومی)

وظایف:

۱- گرفتن شرح حال

۲- معاینات فیزیکی

بخش تن سنجی و نوار قلب

وظایف:

۱- اندازه گیری و ثبت قد، وزن، دور کمر، دور هیپ و دور مچ دست

۲- گرفتن نوار قلب (در افراد ۳۰ سال و بالاتر)

* توجه: بررسی نوار قلب به عهده متخصص قلب و عروق است.

بخش ارتباطات اجتماعی و مشاوره

وظایف:

۱- دعوت جمعیت نمونه جهت شرکت در پژوهش باتوجه به برنامه از پیش تعیین شده

۲- بیان اهداف مطالعه برای جمعیت، همچنین ارائه جزوه توضیحی به آنها

۳- آموزش رابطین بهداشت و نظارت بر عملکرد آنها

۴- دعوت افراد برای مراجعات بعدی (درصورت لزوم)

۵- پیگیری در موارد عدم مراجعه

۶- اجرای برنامه های آموزشی گروهی و فردی

بخش تخصصی داخلی
کلینیک تخصصی قلب و عروق

وظایف:

۱- ویزیت و تایید تشخیص در مواردی که نیاز به بررسی تخصصی دارند.

۲- ارجاع به مراکز خارج از واحد بررسی قند و لیپید در مواردی که نیاز به بررسی تشخیصی بیشتر و یا اقدامات درمانی باشد.

شمای ۲: الگوریتم کار بخش‌های مختلف در بررسی قند و لیپید تهران

عملکرد بخش ارتباطات اجتماعی

کار این بخش بدون هیچ آشنایی قبلی با مناسبات اجتماعی جامعه آغاز شد. درواقع آشنایی زیادی جز اینکه بخشی از جامعه شهری تهران و از اقشار متوسط اجتماعی است، نداشتیم. اگرچه این امر مراحل ابتدایی کار را دشوار می کرد ولی از آنجاکه هیچگونه پیش‌داوری به مطالعه‌کنندگان نمی‌داد، نکته مثبتی بود. بدین ترتیب بخش اجتماعی تحقیق مرحله به مرحله ضمن جریان کار با موقعیت و ساختار اجتماعی جامعه آشنایی پیدا کرد و یافته های بدست آمده را خط مشی ادامه کار خود قرار داد.

از آنجاکه این طرح بسیار جدید بود و اولین‌بار در ایران مطرح می‌شد و درهیچ نقطه دیگر از کشور سابقه اجرا نداشت، ذهنیت جامعه دراین زمینه بدون آشنایی و خالی از هرگونه اطلاعات بود. بنابراین باید سعی می شد تا با شناخت نسبی از دانش و آگاهی و تجارب جامعه و کمی هم با احتیاط موضوع را مطرح کرد. چون همیشه و بویژه از جانب گروه بخصوصی این احتمال می‌رفت که درمقابل "طرح تحقیقاتی" موضع گرفته شود و نه تنها با آن مخالفت شود بلکه نظریه منفی نیز در جامعه اشاعه پیدا کند. درآن‌صورت بیم آن می‌رفت که در اجرای طرح وقفه ایجاد شود و یا با موفقیت به اجرا در نیاید، بهمین علت طرح مسئله با جامعه باید درنهایت احتیاط و با ظرافت خاصی انجام می‌شد، یعنی ابتدا ضمن عنوان کردن واقعیت اهداف طرح، اعتماد افراد جامعه را جلب کرده و طیف

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

وسیعی از آنان را تحت پوشش قرار دادیم. جامعه مورد بررسی از این نظر توسط طراحان انتخاب شده بودند که از بسیاری از شاخص‌ها و متغیرها نمونه مناسبی از ساکنین شهر تهران بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع جمعیت شهری ایران(۱۳۷۵)،جمعیت شهری تهران* (۱۳۷۵)، جمعیت خانوارهای تحت پوشش سه مرکزبهداشتی‌درمانی لیله القدر، محمدیان و صلواتی

گروه سنی	جمعیت شهری ایران		جمعیت شهر تهران		جمعیت مراکز بهداشتی - درمانی	
	جمعیت	درصد	جمعیت	درصد	جمعیت	درصد
۰-۹	۸۳۰۵۰۳۳	۲۲/۶	۱۱۹۲۶۰۲	۱۷/۶	۳۷۳۸	۱۵
۱۰-۱۹	۹۸۳۱۶۴۰	۲۶/۷	۱۶۲۹۲۳۸	۲۴/۱	۵۵۹۱	۲۲/۴
۲۰-۲۹	۶۲۱۳۳۴۴	۱۶/۹	۱۲۲۲۰۷۷	۱۸/۱	۴۴۱۹	۱۷/۷
۳۰-۳۹	۵۱۴۲۵۴۲	۱۴	۱۰۴۸۶۱۸	۱۵/۵	۴۱۰۲	۱۶/۵
۴۰-۴۹	۳۲۳۳۱۴۸	۸/۸	۷۱۷۷۰۱	۱۰/۶	۲۷۸۵	۱۱/۲
۵۰-۵۹	۱۸۰۸۵۴۴	۴/۹	۴۳۱۶۷۵	۶/۴	۲۱۲۲	۸/۵
۶۰<	۲۲۸۳۵۳۸	۶/۱	۵۱۶۹۳۴	۷/۷	۲۱۸۰	۸/۷
جمع	۳۶۸۱۷۷۸۹	۱۰۰	۶۷۵۸۸۴۵	۱۰۰	۲۴۹۳۷	۱۰۰

* بانضمام دو شهر تجریش و ری

بعلاوه در منطقه‌ای از تهران زندگی می‌کردند که تحت پوشش بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم (مجری طرح) نیز تحت نظارت این دانشگاه می‌باشد.

مشکل دیگری که در روند کار با آن مواجه بودیم، انتخاب خانوارها به صورت تصادفی بود. این امر امکان تبلیغات وسیع و همگانی را از ما می‌گرفت، چون اگر تبلیغات در سطح گسترده و رسانه های گروهی انجام می‌شد، درآنصورت با استقبال عموم مردم چه می‌کردیم؟ و چه پاسخی برای آنها داشتیم؟ بدین منظور مجبور بودیم از خانه به خانه و شخص به شخص موضوع را از ابتدا و بصورت جداگانه در میان بگذاریم و آنان را نسبت به طرح و اهمیت آن حساس کنیم. آموزشهای لازم را ارائه کرده و تمام نکات را بازگو نماییم. این کار صرف وقت روزانه گاهی تا ۱۲ ساعت را برای ۹ نفر می‌طلبید، ولی ما گام‌های اولیه را با خوش‌بینی به آینده برمی‌داشتیم و به امید اینکه روزی این طرح کاملا" شناخته شده و دیگر احتیاج به کار توان فرسا و وقت گیر نداشته باشد، به انجام آن اهتمام ورزیدیم.

به هر حال کار شروع شد و بدیهی است که در آغاز کار با مشکلات عدیده‌ای روبرو بودیم که بخشی از آن ناشی از تجربیات ناکافی ما در این زمینه بود.

همکاری سیستم بهداشتی– درمانی

در سه مرکز بهداشتی-درمانی که افراد تحت پوشش آن برای بررسی انتخاب شده بودند، تعدادی نیروی داوطلب مردمی بنام "رابطین بهداشت" همکاری داشتند که پرونده‌های خانوارها را با مراجعه به منازل تکمیل کرده بودند. ابتدا از وجود این افراد برای آشنایی با خانوارها استفاده شد. قبل از هر چیز آموزش رابطین بهداشت ضرورت داشت. بدین منظور برای این افراد ۱۰ تا ۱۵ جلسه کلاسهای آموزشی همراه با تمرین های نمایشی و عملی دایر گردید تا این افراد که طیف تحصیلاتی نابرابری از بیسواد تا لیسانس داشتند، با اهداف طرح آشنا شوند. سپس از آنها خواسته شد افراد گروه ارتباطات اجتماعی را که شامل چهارنفر کارشناس مددکاری و یک نفر مسئول ارتباطات اجتماعی بودند به خانوارها معرفی نمایند تا باب آشنایی ما با جامعه مورد مطالعه باز شود.

بعدها سعی کردیم که همچنان از وجود این افراد برای کار کمک بگیریم. ولی از آنجاکه کار سخت و فشرده دعوت از مردم گاهی تا ۱۲ ساعت کار در روز را ایجاب می‌کرد، عملا" نتوانستیم از این نیروی داوطلب که هریک مشغله‌های فراوانی داشتند و هیچ انگیزه مالی و رفاهی نیز در بین نبود استفاده کنیم. درنتیجه حجم انبوه کار و ارتباط با مردم به عهده ۵ نفر کارشناس مددکار قرار گرفت.

معضل بزرگ دیگر درابتدای کار، زدودن ذهنیت و گرایش‌های منفی نسبت به خدمات بهداشتی- درمانی دولتی بود. بخصوص که این خدمات را ما با کیفیت خوب و رفتاری محترمانه و رایگان انجام می‌دادیم. همواره درارتباط با بخش وسیعی از جامعه با این سئوال مواجه بودیم که "چگونه یک سازمان بهداشتی دولتی این همه خدمات را رایگان انجام می‌دهد؟" و طبیعی است که بدنبال آن نتیجه‌گیری می‌شد که حتما" خود منافعی را دنبال می‌کنند؟! توضیحات ما بیشتردر موارد، موثر واقع می‌شد ولی در پاره‌ای موارد نیز کارگر نمی‌افتاد و هنوز هم درصدی از عدم استقبال مردم را به این حساب می‌گذاریم. برای رفع این نقیصه لازم بود موضوع طرح بخوبی برای افراد توضیح داده شود تا پیام اصلی طرح را برسانیم. توضیحات باتوجه به سطح دانش و آگاهی قشری از جامعه که فرد بدان تعلق داشت. بسیار متفاوت بود و این هنری بود که تنها در سایه تمرین و تجربه بدست می‌آمد. بعضی از سر

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

دلسوزی می‌پرسیدند که اگر نیامدن ما برای شخص شما اشکالی ایجاد می کند ما حاضر به همکاری هستیم.

مسئله دیگر چگونگی ماهیت اجرای کار بود. برای آزمایشات و معاینات پزشکی حداقل ۳ ساعت زمان لازم بود و شرکت تمامی اعضای خانواده نیز ضرورت داشت. تنظیم وقت برای تمام افراد خانواده که شامل شاغلین و دانش‌آموزان نیز می‌شدند، برای یک روز خاص و صرف ۳ تا ۴ ساعت وقت و حتی گاهی هم بیشتر، بسیار دشوار بود. ضمن اینکه باید شرایط ناشتایی دقیقی را مطابق پروتکل طرح و براساس معیارهای سازمان بهداشت جهانی رعایت می‌کردند. طبیعی است این انتظار از خانوارها و رعایت کامل این نکات توسط آنها مستلزم تلاش و صبر و حوصله زیادی بود و برقراری ارتباط موثر و سازنده‌ای را ایجاب می‌کرد.

چگونگی ارتباط با خانوارها

روند کار آشنایی و ارتباط با خانوارها بدین صورت بود که برای آموزش آنها به در خانه‌ها مراجعه می‌کردیم. مشخصات آنها قبلا" از سه درمانگاه از پیش تعیین‌شده جمع‌آوری و به حافظه رایانه سپرده شده بود. بنابراین در بدو مراجعه نام سرپرست و مشخصات افراد خانوار و آدرس را می‌دانستیم و سپس با یکی از افراد که عموما" خانم خانواده بود به گفتگو می پرداختیم. اهداف طرح را برای آنان بازگو می‌کردیم، اهمیت مسئله را توضیح می‌دادیم و در پایان ضمن ارائه جزوه آموزشی کوچکی که با نقاشی طراحی شده بود از آنان می‌خواستیم که آن را بخوانند و برای مطالعه به سایر افراد خانواده بدهند. ضمنا" گوشزد می‌کردیم که با افراد خانواده مشورت کند تا تاریخ مناسبی که حتی‌الامکان برای تمام افراد خانواده امکان مراجعه وجود داشته باشد، مشخص کنند. سپس چند روز بعد برای دعوت از آنان مجددا" مراجعه می‌کردیم.

چند روز بعد که سعی می‌شد بین ۳ تا ۱۰ روز باشد، با دعوت‌نامه از پیش تنظیم شده که تمام شرایط آمادگی به منظور آزمایشات و معاینات بالینی در آن ذکر شده بود ، نزد خانواده می‌رفتیم و توضیحات لازم را بخصوص برای رعایت ساعات ناشتایی و سایر موارد ارائه می‌دادیم. متأسفانه با همه توضیحات به کرات دیده می‌شد که شرایط لازم رعایت نمی‌شود و افراد با دانسته‌های قبلی خود رفتار می‌کنند و این مسئله مراجعه دوباره آنان را ضروری می‌ساخت.

برای دستیابی به علل اصلی عدم مراجعه بعضی خانوارها پرسشنامه‌ای تنظیم شد. این پرسشنامه به همراه با پاکت و تمبر آنان به منزل خانوارهایی که مراجعه نکرده بودند، تحویل گردید و از آنها خواسته شد که جواب را پست کنند.

همچنین برای اینکه مشخص شود چند درصد عدم استقبال‌ها به باورهای فرهنگی مردم مربوط می‌شود و چه مقدار از آن متوجه شیوه کار گروه ارتباطات اجتماعی است، تصمیم گرفتیم تا از گروه خود کنترل کیفی بعمل آوریم. بدین صورت که به هر کدام از مددکاران ۱۵ خانوار سهمیه دادیم که ۵ خانوار از سه درمانگاه و بصورت تصادفی انتخاب شده بودند و قرار شد که کلیه مراحل آموزش و دعوت آن را مستقلا" خود انجام دهند و با این کار میزان موفقیت هر کدام از مددکاران در جذب خانوارها سنجیده شود.

یافته ها

از کل خانوارها ۲٪ دعوت را نپذیرفتند و ۶۵٪ از آنها که پذیرفتند جهت انجام بررسی به پایگاه قند و لیپید مراجعه نمودند. استقبال مردان سنین ۱۹ تا ۵۰ سال کمتر از بقیه افراد بود (جدول ۲).

جدول۲:میزان‌استقبال‌گروههای‌سنی متفاوت از طرح قند و لیپید تهران

گروه سنی	مونث (٪)	مذکر (٪)	جمع (٪)
۳-۹	۴/۹	۴/۶	۹/۵
۱۰-۱۹	۱۱/۵	۱۰/۳	۲۱/۸
۲۰-۲۹	۹/۵	۵/۳	۱۴/۸
۳۰-۳۹	۱۰/۳	۷/۴	۱۷/۷
۴۰-۴۹	۷/۹	۵/۶	۱۳/۵
۵۰-۵۹	۶/۴	۴/۱	۱۰/۵
۶۰-۶۹	۴/۲	۴/۵	۸/۷
۷۰ سال به بالا	۱/۹	۱/۶	۳/۵
جمع	۵۶/۶	۴۳/۴	۱۰۰

بطور متوسط دعوت روزانه ۱۰۰ تا ۱۲۰ نفر منجر به مراجعه ۴۵ تا ۶۰ نفر در روز می‌شد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

۲۰۰ خانوار از کل خانوارهایی که برای اولین بار مراجعه نکرده بودند، پرسشنامه شماره ۳(پرسشنامه مربوط به علل عدم مراجعه بعضی خانوارها) را تکمیل و ارسال داشتند و نتایج بشرح زیر بود:

۷۵٪ از پاسخ ها، علت را نداشتن فرصت کافی ذکر کردند و اظهار داشتند که در اولین فرصت مراجعه خواهند کرد.

۴٪ اظهار داشتند که نتوانستند تمام افراد خانوار را متقاعد کنند.

۱۴٪ معتقد بودند که در حال حاضر بیمار نیستند و درصورت لزوم خودشان از سرویس های بیمه استفاده خواهند کرد.

۲٪ ذکر کردند چون این واحد خدمات درمانی مشخصی ارائه نمی‌دهد، مراجعه بی فایده است.

نتیجه کنترل کیفی اعضای بخش ارتباطات اجتماعی نشان داد که با تغییر شیوه ارتباط‌گیری و سعی و تلاش بیشتر برای تفهیم اهداف طرح و تبیین تمام ابعاد و عملکرد آن، می‌توان نتیجه بهتری بدست آورد. که از مجموع نتایج بدست آمده کیفیت متفاوتی با ۱۰ درصد ارتقاء داشته ایم (جدول ۳).

جدول ۳: درصد ارتقاء کیفیت اعضای بخش ارتباطات اجتماعی

نام مددکار	میزان ارتقاء کیفیت ٪
K	۱۳
B	۱۳
H	۱۳
P	۸
F	۸
S	۶
میانگین	۱۰/۲

بحث

با تعریف عام و نه چندان دقیق و علمی می‌توان گفت جامعه مذکور از اقشار متوسط اجتماع شهرنشین ایران است. با توجه به خصوصیات فرهنگی‌شان، این قشر آگاهی عمومی خوبی در زمینه موضوعات بهداشتی و درمانی دارند و به راحتی توضیحات و اهداف طرح را درک می‌کردند, و از جهات نظری هم با آن موافق بودند. میزان استقبال خانوارها همیشه حدود ۶۵٪ کل دعوت‌شدگان را تشکیل می‌داد. علاوه بر آن تمام افراد خانواده نیز مراجعه نمی‌کردند که در این میان استقبال مردان سنین ۱۹ تا ۵۰ سال درصد کمتری را شامل می‌شد، یعنی دقیقا" افرادی که بیشتر از هر گروه سنی دیگر مشغله‌های کاری داشتند. این امر از آنجا ناشی می‌شد که در ابتدای کار روی صحبت ما با خانم خانه بود و ما در ساعاتی از روز به منزل مراجعه می‌کردیم که آقایان حضور نداشتند، در نتیجه انتقال اطلاعات از بقیه افراد به این گروه ضعیفتر صورت می‌گرفت. ولی ما به تجربه دریافتیم که اصولا"مردها نسبت به سلامتی خود بی‌توجه‌تر و به اقدامات پیشگیرانه بی‌اعتمادتر از زنها هستند و ذهنیت زنها در این زمینه از انسجام منطقی‌تری برخوردار است و انعطاف بیشتری نشان می‌دهند. بطور معمول برای پیگیری به هر خانوار حداقل سه بار مراجعه می‌شد تا برای شرکت در طرح یادآوری و تشویق شوند. ولی در موارد استثنائی حتی تا ۱۵ بار هم به یک خانواده مراجعه داشته ایم.

به تجربه دیده شد که روزهای بعد از تعطیلات بخصوص ایام عزاداری, مراجعات کمتر بوده است. مراسم نوروز و زمان امتحانات دانش‌آموزان, تعطیلات تابستانی از دیگر مواردی است که بر کمیت مراجعه‌کننده‌ها تاثیر می‌گذاشت و برعکس روزهای پنجشنبه تعداد مراجعه‌کنندگان چشمگیرتر بود. ما شاهد روزهائی بودیم که با همین میزان دعوت و یا کمی بیشتر ۹۰ تا ۹۵ نفر را پذیرا می‌شدیم که عموما"با نارضایتی مردم همراه بود و بعدها وقتی که برای پیگیری بقیه افراد خانواده که نیامده بودند، می‌رفتیم عمدتا" آن افرادی که در روزهای شلوغ مراجعه کرده بودند، گله و نارضایتی ابراز می‌کردند، و حتی بعضی ها می‌گفتند که حاضر نیستند دوباره مراجعه کنند.این اظهار نظر ما را بشدت متاثر می‌کرد، زیرا برای آوردن هر نفر به واحد ساعتها وقت و نیروی انسانی و هزینه صرف شده بود و گروه ارتباطات اجتماعی معتقد بود که وقتی کسی به واحد مراجعه کرد در واقع ۸۰٪ کار انجام شده و ۲۰٪ بقیه هنر مناسبات موجود در واحد است که آنها را در تصمیم خود پابرجاتر کند و یا دچار تردید نماید. بهمین علت سعی می‌کردیم در مدت زمان حضور افراد در واحد آنها را راهنمایی کنیم و در کنارشان باشیم. به پرسش‌ها و بعضا" اعتراضاتشان پاسخ دهیم، تا احساس کنند وجودشان برای ما باارزش است. ولی اگر با جمعیت زیاد مواجه می‌شدیم فرصت رسیدگی و توجه به همه وجود نداشت که این امر بعضا باعث عدم رضایت مراجعین می‌شد. در مجموع می‌توان گفت اکثریت افراد راضی بودند و بعضی ابراز تعجب می‌کردند که اولین بار است که با رفتارهای خوب توام با احترام و انسانیت

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

کارمندان یک مرکز بهداشتی مواجه شده‌اند. برخی با تشکر و امتنان سعی در قدردانی از واحد داشتند ومی‌خواستند بدانند که به کدام مرجع و یا وزارتخانه می‌توانند به منظور قدردانی و تشویق واحد و کارکنانش نامه بنویسند. چرا که با نهایت تأسف ابراز می‌داشتند که حتی در مراکز بهداشتی درمانی غیردولتی و با صرف هزینه زیاد هم همیشه با بی‌مهری و بی‌احترامی پرسنل مواجه بوده‌اند و این دقیقا" همان معضلی بود که ما ازمدتها پیش شناخته بودیم و سعی در رفع آن داشتیم. بشدت مراقب بودیم تا از همکاران رفتاری از این دست سرنزند و اگر گاهی به ندرت با این پدیده بر می‌خوردیم سعی می‌کردیم تا با صحبت و مشاوره آنرا اصلاح کنیم. چرا که هم بدلایل انسانی و هم بدلیل مستمر بودن و طولانی بودن طرح، لازم بود از وجهه خوبی در میان مردم برخودار باشیم تا در سالهای آتی نیز پذیرای دعوت ما باشند.

خانوارهایی که به کلی با طرح مخالفت کرده و از شرکت در آن سرباز می‌زدند حدودا" ۲٪ جامعه را تشکیل می‌دادند در بین این افراد طیف اجتماعی استاد دانشگاه تا مهاجرین جدید روستایی را شاهد بودیم. بعضی از خانوارها برای رفع شبهات بوجود آمده قبل از تاریخ دعوت به منظور بررسی بیشتر به واحد مراجعه کرده و خواهان کسب اطلاعات بیشتر و بازدید از نزدیک بودند. در بررسی‌های بعمل آمده دریافتیم که در بین افراد جامعه منطقه شرق مهاجرین شمالی زیاد دیده می‌شوند که تا اندازه‌ای طبیعی به نظر می‌رسد، چرا که این منطقه در سر راه نسبتا" اصلی (جاده دماوند) عبور به بخش شمالی شرقی ایران واقع شده است. استقبال خوبی که از طرح بعمل آمد شاید تا اندازه‌ای مربوط به سوابق فرهنگی این مهاجرین باشد، چرا که پذیرش در این گروه بیشتر از سایرین بوده است.

جامعه فوق در مجموع بسیار پرتحرک است و در عرض ۲ تا ۳ سال ۱۰٪ جابجائی داشته و خانوارهای جدید جایگزین آنها شده‌اند. ضمنا" از جمعیت مورد نظر حدود ۱/۶٪ شناسائی نشدند و همچنین بعلت کهولت، فوت و ساختمان سازی از مطالعه خارج شدند.

مهاجرتهای بدون جایگزین و خانه های خالی از سکنه نیز از دیگر پدیده‌های موجود در جامعه است که متأسفانه آمار بسیار دقیقی از آن در دست نداریم.

پس از دریافت جواب "پرسشنامه علت عدم مراجعه"، برای رفع مشکل شیوه جدیدی به کار گرفته شد. بدین ترتیب که تاریخ دعوت‌نامه‌ها را طبق معمول برای روز مشخصی می‌نوشتیم ولی می‌گفتیم که ترجیحا" در تاریخ مقرر بیایند و درغیر اینصورت تا پایان هفته برای مراجعه فرصت دارند. چون بارها وقتی برای پیگیری خانوارهایی که بنا به دلایلی نیامده بودند مراجعه می‌کردیم اظهار می‌داشتند تصورآنها این بوده است که فقط در همان تاریخ پذیرفته می‌شوند و در نتیجه دیگر مراجعه نمی‌کردند.

بکارگیری این شیوه میزان مراجعات را افزایش داد ولی با مشکل دیگری مواجه می‌شدیم و آن تراکم جمعیت در روزهای خاص مثل پنجشنبه بود و بعد از آن تصمیم گرفته شد برای روز پنجشنبه دعوت کمتری بعمل آید. تا با تراکم مواجه نشویم. معهذا همچنان با پاسخگوئی دلخواه روبرو نبودیم. طبیعی بود که عدم استقبال کافی ریشه در عادات و باورهای فرهنگی مردم داشت و اینکه اصولا" مردم نسبت به امور پیشگیری از بیماری چندان اهمیت قائل نیستند.ضمن صحبت بیشتر با مردم و به اصطلاح حرف کشیدن از زیرزبان آنها این اعتراف را شنیدیم که حاضر نیستند در یک برنامه با عنوان تحقیقاتی شرکت کنند و به اصطلاح"موش آزمایشگاهی" باشند و بسیاری از اظهاراتی که به بهانه "فرصت آمدن نداشتیم" و یا "خودمان بیمه هستیم" عنوان می‌شد، ریشه اصلی در این مسئله داشت، که صراحتا" بازگو نمی‌شد.

پس ازآنکه نتایج کنترل کیفی اعضای گروه خود را دریافت نمودیم، با ارزشیابی اجمالی نتایج بدست آمده چنین استدلال شد:

چون مقایسه عملکرد هر مددکار مطرح بود همکاران دراین موارد خاص دقت و حوصله بیشتری به خرج داده و درحقیقت با تمام توان و تکنیک خود فعالیت کردند که ماحصل آن نتیجه متفاوت ۷۵/۵٪ بود. گواینکه همگی اظهار می‌داشتند که دردعوت و آموزش این نمونه‌ها هیچ تفاوتی قائل نشده‌اند و با همان شیوه قبلی و صرف وقت همیشگی کار کرده‌اند. ولی منطقا" نتیجه متفاوت بدست آمده (۱۰٪) نمی‌تواند تصادفی باشد و با نگرشی منصفانه می‌توان گفت که همه عوامل عدم پذیرش را نمی‌توان به حساب باورهای فرهنگی و اجتماعی مردم گذاشت و تجدیدنظر و دقت بیشتر در شیوه کار الزامی بنظر می‌رسد.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]

با توجه به نتایج حاصله، گروه سعی کرد تا به منظور بالا بردن کیفیت کار و ارتباط موثر و کارساز از شیوه جدید استفاده کند. یعنی بجای اینکه در مدت زمانی واحد با تعداد زیادی خانواده صحبت کند، درهمان زمان با تعداد کمتری خانوار، ولی با عمق و فرصت بیشتری، موضوعات را مطرح نماید که این امر استقبال بیشتر افراد را تضمین می‌کرد. موضوع این مقاله، تجربه جدیدی است که در مطالعات اپیدمیولوژیک ایران در زمینه بیماریهای غیرواگیر

حاصل شده ست. شناخت بیشتر باورهای فرهنگی جامعه در مسایل بهداشتی درمانی، نحوه تجزیه و تحلیل آنها و روند صحیح برقراری ارتباطات اجتماعی از عوامل بسیار مهم در پیشرفت هر برنامه بهداشتی درمانی و به ویژه پژوهشهایی است که مسائل مربوط به سلامت جامعه را مورد بررسی قرارمی‌دهد. توجه خاص پژوهشگران گروه پزشکی و مسئولین محترم به این امر مهم سبب ارتقاء کیفی این نوع تحقیقات خواهد شد.

REFERENCES

1- Dawber TR, Meadors GF, Moore FG. Epidemiological approach to heart disease: The Framingham study. ***Amer J public Health*** 1997; 41: 279-286

2- A.R.IC. Atherosclerosis risk in communities Study Manual 2, Surveillance component procedures. The National Heart, Lung, and Blood Institutes of Health, 1997.

3- Chenaiju. National Health Survey Epidemiology and Disease Control Department Ministry of Health 1998, Singapore.

۴- عزیزی ف، رحمانی م، مجید م و همکاران: معرفی اهداف، روش اجرایی و ساختار بررسی قند و لیپید در مردم تهران. ***مجله نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران***، دوره هجدهم، ۱۳۷۹، صفحات ۷۳ و ۷۴.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-07]