



تأثیر آموزش بهداشت یائسگی توسط داوطلبان سلامت بر دانش زنان اجتماع؛ یک

مطالعه ی مداخله ای

نویسندگان: محمد حسین کاوه^۱ اطهره نجفی^۲ نسرين پورعلی محمدی^۳ سید حمید رضا طباطبایی^۴

۱. نویسنده ی مسئول: استادیار گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز،

۰۹۱۷۷۰۶۸۲۴۴ Email: kaveh@sums.ac.ir

۲. دانش آموخته ی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳. مربی گروه پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۴. استادیار گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

سابقه و هدف: مطالعات اندکی روی نقش داوطلبان سلامت در آموزش مراقبت از خود به زنان وجود دارد. از این رو، مطالعه ی حاضر به منظور ارزیابی نقش داوطلبان سلامت در آموزش بهداشت یائسگی به زنان اجرا شده است.

روش بررسی: در این مطالعه ی نیمه تجربی، ۴۸ داوطلب سلامت و ۴۸۰ نفر از زنان تحت پوشش آنان در ۸ مرکز از ۷۰ مرکز بهداشت شهری در شیراز شرکت داشتند. ابتدا یک کارگاه آموزشی ۸ ساعته طی دو روز برای داوطلبان سلامت اجرا شد. پس از آن از داوطلبان درخواست شد تا به آموزش بهداشت یائسگی به زنان بپردازند. پرسشنامه ای خود-ایفا برای جمع آوری داده های جمعیت شناختی استفاده شد. سطوح دانش داوطلبان و زنان قبل و بعد از مداخلات آموزشی با استفاده از یک آزمون کتبی (ضریب کودر-ریچاردسون ۲۰ برابر با ۰/۶۶)، مشتمل بر ۳۰ سؤال چندگزینه ای، اندازه گیری گردید. داده های پژوهش با استفاده از نسخه ی ۱۱/۵ نرم افزار SPSS و کاربرد آزمون های ناپارامتریک مجذور کای، ویلکاکسون، و من ویتنی پردازش و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمرات دانش داوطلبان سلامت در گروه آزمایش، از ۱۷/۱ قبل از کارگاه آموزشی به ۲۹/۲ بعد از کارگاه افزایش یافته بود ($P < ۰/۰۰۱$). میانگین های نمرات دانش داوطلبان در گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون، به ترتیب ۱۶/۳ و ۱۴/۷ بودند. دانش زنان در گروه آزمایش به نحو بارزی از ۱۲/۴، قبل از آموزش توسط داوطلبان، به ۲۵/۴ پس از آن افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). سطوح دانش زنان در گروه شاهد در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۵/۱ و ۱۴/۹ بود.

نتیجه گیری: یافته ها نشان دهنده ی اثربخشی مداخله ی آموزشی در توانمندسازی داوطلبان، همچنین موفقیت داوطلبان در آموزش سلامت یائسگی به زنان در اجتماع آنان است. از این رو، پیشنهاد می شود متولیان سلامت با برنامه ریزی مناسب به توسعه ی این ظرفیت اجتماعی بپردازند و از آنان برای ارتقای سلامت زنان استفاده نمایند.

واژه های کلیدی: یائسگی، آموزش، داوطلبان سلامت، زنان

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال یازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۱

شماره مسلسل: ۳۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۹/۸

**مقدمه**

در تمام جوامع زنان با تشکیل نیمی از جمعیت، از ارکان مهم سلامت و توسعه محسوب می‌شوند. آنان به دلایل مختلف، از جمله مراحل و بحران‌های بالقوه‌ی تکاملی در مقایسه با مردان آسیب پذیرترند. از این میان، دوره یائسگی که حدود یک سوم از عمر زنان را در بر می‌گیرد، اهمیت خاصی دارد (۱،۲). با افزایش امید به زندگی در بیشتر کشورها، اکنون زنان سالهای بیشتری را در یائسگی همراه با مشکلات و چالش‌های آن سپری می‌کنند (۳،۴).

یائسگی به عنوان نارسایی تخمدان تعریف شده است که به قطع دائمی قاعدگی و از دست رفتن توانایی باروری منجر می‌شود (۵). سطوح پایین استروژن در یائسگی، می‌تواند انواعی از علائم و مشکلات را موجب شود. فراوانی تجربه‌ی علائم و ناخوشی‌ها در یائسگی در زنان متفاوت است. این البته به وضعیت سلامت و سبک زندگی افراد قبل و حین یائسگی بستگی زیادی دارد (۵،۶). علائم یائسگی به حدی رایج است که تأثیر آنها بر کیفیت زندگی به راحتی کم برآورد می‌شود. بلیک به نقل از مطالعه‌ی دیلی و همکاران می‌نویسد: زنانی که علائم خفیف یائسگی دارند به کیفیت زندگی خود در یک مقیاس صفر تا یک، نمره‌ی ۰/۶۵ و آنها که دچار علائم شدید بودند نمره‌ی ۰/۳ دادند (۶).

از دیدگاه سلامت، علائم زودرس اغلب مشکل ساز نیستند، اما عوارض بلند مدت کمبود استروژن روی دستگاه اسکلتی، مثل پوکی استخوان، بیشتر نگران کننده است (۷). نگرانی مهم دیگر افزایش خطر بیماریهای قلبی عروقی در زنان یائسه است و این خطر در زنانی که دچار یائسگی زودرس می‌شوند بیشتر خواهد

بود (۵). با در نظر گرفتن عوامل خطر دیگر مانند سیگار، بی‌حرکی و بالا بودن نمایه‌ی توده‌ی بدنی، تجربه‌ی علائم و نگرانی‌ها از خطر بروز عوارض در دوره‌ی یائسگی افزایش می‌دهند. به همین خاطر، یائسگی توأم با بیماری قلبی، بزرگترین تک‌قاتل زنان در ایالات متحده محسوب می‌شود (۸،۹).

بیشتر کاهشی که در سلامت زنان با افزایش سن رخ می‌دهد با رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط دارد. متأسفانه امروزه تعداد زیاد و روزافزونی از دختران جوان سیگار می‌کشند، غذاهای آماده و سریع استفاده می‌کنند، و بی‌تحرك یا کم‌تحركند (۱۰). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، اکنون اضافه‌وزن و چاقی از معضلات بحرانی تغذیه‌ای در زنان شده‌اند (۱۱). بنابراین، سلامت و کیفیت زندگی افراد در بزرگسالی و پس از آن با سبک زندگی آنان، به ویژه در سال‌های اولیه‌ی عمر همبسته است. به عنوان نمونه، دریافت کلسیم کافی در طول دوره‌ی زندگی و از جمله بعد از یائسگی نقش مهمی در پیشگیری از پوکی استخوان در زنان دارد (۷).

به طور خلاصه به دلایل مشکلات و عوارض چندگانه یائسگی، سلامت زنان و یائسگی حوزه‌ای است که در پزشکی و پژوهش علمی به سرعت در حال توسعه است. این حوزه از لحاظ ملی و جهانی، در کشورهای توسعه یافته و همچنین ممالک در حال توسعه، از اهمیت و تأثیر اجتماعی بسیار بالایی برخوردار است. لذا، کیفیت زندگی زنان سالمند در جمعیت بستگی زیادی به توانایی جوامع در مقابله با چالش‌های اقتصادی، اجتماعی، سلامت و پزشکی سالهای پس از یائسگی دارد (۴).

ابعاد چندگانه‌ی جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی یائسگی بر اتخاذ رویکرد کل‌نگر به سلامت و هدف قرار دادن عوامل خطر



نیروهای سازمان یافته ی مردمی (Grassroots organizations)، شامل داوطلبان سلامت، از منابع اجتماعی (Community resources) مهمی هستند که صاحب نظران حوزه ی سلامت در جهان به اتفاق بر مشارکت برنامه ریزی شده ی آنان در برنامه های ارتقای سلامت جامعه تأکید می نمایند. داوطلبان سلامت به دلایل متعدد شامل ارتباط مستمر با خانواده ها و شباهت ها و نزدیکی های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آنان می توانند در توانمندسازی اجتماع (community empowerment) و به طور خاص زنان نقش مؤثری ایفا کنند (۱۸، ۱۹). قابل ذکر است توانمندسازی و مشارکت زنان در تمام سطوح جامعه برای بهبود سلامت زنان، خانواده های آنان، همچنین توسعه ی حقوق انسانی، عدالت اجتماعی و توسعه ی پایدار امری اساسی است (۲۰).

در جمهوری اسلامی ایران، به کارگیری زنان به عنوان داوطلب سلامت به منظور پاسخ به نیازهای مناطق شهری از دهه ی ۱۹۹۰ آغاز شد. این برنامه، رویکردی مشارکتی برای درگیر شدن مردم و جوامع محلی در تصمیمات مرتبط با سلامت ایجاد می کند (۲۱). داوطلبین سلامت قادرند پس از یادگیری صحیح مفاهیم بهداشتی، آنها را به زبان خود مردم به همسایگان منتقل کنند و از این طریق به حفظ سلامت مردم کمک نمایند (۲۲، ۲۳). داوطلبان با کمک کارکنان بهداشتی نقش مهمی در شناسایی مخاطرات سلامت، کمک به بیماران، و مراجعان برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز برای سلامت و در نهایت انتخاب سبک زندگی سالم در جامعه دارند. بنابراین، توانمندسازی داوطلبان اثربخشی آنان را در ارتقای دانش مردم و در نهایت ارتقای سلامت جامعه افزایش خواهد داد (۲۴).

چندگانه از طریق برنامه ریزی و اجرای مؤثر مداخلات ارتقای سلامت در سال های قبل از یائسگی و درگیر ساختن زنان به عنوان ذینفعان اصلی (key stakeholders) دلالت می نمایند (۱۲، ۱۳). در حقیقت، رویکرد پزشکی به ارتقای سلامت زنان در یائسگی کارآیی و اثربخشی مطلوب ندارد. شواهد نیز نشان می دهند که درمان هورمونی به تنهایی تضمین کننده ی کیفیت زندگی در زنان یائسه نیست (۱۲). حتی درمان جایگزینی هورمون در پیشگیری از بیماری قلبی مؤثر دیده نشده است بلکه با افزایش خطر بیماری قلبی، سکته مغزی، و سرطان سینه همراه است (۱۰).

نسبت بالایی از زنان به دلیل کمبود دانش و اطلاعات و دسترسی نداشتن به مراقبت بهداشتی لازم برای کاهش عوامل خطر در معرض خطر بیماری قلبی قرار دارند (۸). مطالعه ی شجاعی زاده و همکاران در تهران نشان داد که بخش کوچکی از زنان مورد مطالعه دانش کافی در باره ی رفتارهای بهداشتی داشتند؛ تنها ۱۱٪ آنان از نگرش مثبت برخوردار بودند، و ۱۶٪ رفتارهای بهداشتی مرتبط با دوره ی یائسگی را انجام می دادند (۱۴). دو مطالعه ی انجام شده در پاکستان (۱۵) و عربستان (۱۶) نیز نشان داده اند که بیشتر زنان مورد مطالعه از علائم و اثرات یائسگی بر سلامت آگاه نیستند. همچنین، مطالعه ی انجام شده در السالوادر نشان داد که اکثر زنان دانش نسبتاً پایینی در باره ی بوکی استخوان داشتند. دانش پایه ی آنها از رفتارهای سلامت پیشگیری کننده، از قبیل دریافت کلسیم کافی و انجام فعالیت های بدنی متعادل کننده ی وزن، ضعیف بود (۱۷). این واقعیت ها، نیاز به آموزش مناسب با در نظر گرفتن فرهنگ و ظرفیت های موجود در اجتماع را پیشنهاد می دهد. (۸)



شهرستان شیراز که در آنان طرح داوطلبین سلامت در حال اجرا بود، هر کدام ۴ مرکز بهداشتی به صورت تصادفی انتخاب شدند. به همین صورت در گروه‌های آزمایش و شاهد تخصیص یافتند. در مرحله‌ی بعد در هر مرکز منتخب، ۶ داوطلب سلامت به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. با این وصف، ۲۴ داوطلب در هر کدام از گروه‌های آزمایش و شاهد، و در جمع ۴۸ داوطلب در این مطالعه شرکت کردند. طبق تعریف در برنامه داوطلبان سلامت، هر داوطلب معمولاً ۵۰ خانوار و به عبارتی ۵۰ زن را تحت پوشش می‌گیرد. از میان آنان، ۱۰ زن نیز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. با اجرای این مرحله، ۲۴۰ زن از خانوارهای تحت پوشش برای هر کدام از گروه‌های آزمایش و شاهد (در مجموع ۴۸۰ نفر) انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و آزمون‌های برای اندازه‌گیری دانش بود. آزمون دانش شامل ۳۰ سؤال چندگزینه‌ای بود. به پاسخ صحیح نمره یک و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت و بر این اساس حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر ۳۰ بود. روایی محتوایی آزمون توسط پانل متخصصان تأیید شد. و پایایی آن از طریق اجرای آزمایشی در نمونه‌ای مشابه (تعداد=۳۰ نفر) از زنان و محاسبه ضریب کورد-ریچاردسون ۲۰ برابر با ۰/۶۶ به دست آمد. مداخله‌ی آموزشی برای داوطلبان سلامت به شیوه کارگاه آموزشی طی دو جلسه چهارساعته و جمعاً به مدت ۸ ساعت برگزار گردید. محتوای آموزش شامل آشنایی با دستگاه تناسلی، شناخت علایم و عوارض یائسگی، و راه‌های پیشگیری و کنترل عوارض یائسگی بود. محتوای آموزش به صورت جزوه آموزشی و پمفلت نیز در اختیار آنان قرار گرفت. سپس

در جستجوی نسبتاً گسترده‌ی متون، مطالعه‌ای که اختصاصاً به ارزیابی نقش داوطلبان سلامت در زمینه‌ی آموزش بهداشت یائسگی به زنان اجتماع پرداخته باشد مشاهده نگردید. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بر دانش داوطلبین سلامت در آموزش سلامت دوران یائسگی به زنان تحت پوشش آنان در مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز در سال ۱۳۸۸ اجرا شد؛ و بر اساس نتایج نقش داوطلبان در آموزش سلامت یائسگی به زنان مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش بررسی

در این مطالعه نیمه تجربی مشارکت کنندگان اولیه شامل ۴۸ داوطلب سلامت و ۴۸۰ نفر زنان تحت پوشش آنان در ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری در شیراز بودند. اما با خروج تعداد اندکی از آنان از مطالعه، تعداد نهایی داوطلبان و زنان مشارکت‌کننده، به ترتیب، ۴۷ و ۴۶۶ نفر گردید. حجم نمونه پژوهش با توجه به مطالعات قبلی و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای اختلاف دو میانگین، با در نظر گرفتن قدرت برابر با ۰/۸۰، اختلاف میانگین‌های برابر با ۳/۵، انحراف معیار برابر با ۴، و سطح اطمینان برابر با ۰/۹۵ حداقل ۲۱ نفر برآورد شد. اما به منظور جلوگیری از تأثیر ریزش احتمالی نمونه‌ها و نیز افزایش دقت مطالعه این تعداد به ۲۴ نفر در هر گروه (جمعاً ۴۸ نفر) افزایش یافت.

$$n = \frac{2S^2(x_{1-\alpha/2} + x_{1-\beta})^2}{(u_1 - u_2)^2}$$

نمونه‌گیری طی چندمرحله انجام شد. بدین ترتیب که از بین مراکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دو مرکز بهداشت شهدای والفجر (تعداد=۳۶) و شهدای انقلاب (تعداد=۳۴)



داوطلبین به زنان تحت پوشش خود (گروه آزمایش) آموزش های لازم را به صورت گروهی و چهره به چهره ارائه نمودند. جمع آوری داده ها در دو مرحله قبل و بعد از گذشت ۱ ماه از مداخله صورت گرفت. در این مطالعه، تغییرات در سطح دانش زنان تحت پوشش داوطلبان سلامت به عنوان شاخصی برای ارزیابی عملکرد داوطلبان در آموزش به زنان در نظر گرفته شده است. اطلاعات به دست آمده پس از جمع آوری، کنترل و کدگذاری در نرم افزار اس. پی. اس. اس (SPSS) وارد گردید. تحلیل داده ها نیز با استفاده از آزمونهای آماری ویلکاکسون (برای مقایسه ی میانگین های قبل و بعد در یک گروه)، من ویتنی (برای مقایسه ی میانگین ها بین گروه های آزمایش و شاهد)، و مجدورکای (برای مقایسه ی دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی) صورت گرفت. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار محسوب گردید.

یافته ها

در گروه شاهد، یک داوطلب و ۱۴ زن و در گروه آزمایش ۲ داوطلب و ۱۲ زن از مطالعه خارج شدند. تعداد نهایی داوطلبان و زنان مشارکت کننده در این مطالعه به ترتیب ۴۷ و ۴۶۶ نفر شدند. سطح تحصیلات اغلب داوطلبین سلامت مشارکت کننده در این پژوهش دیپلم (۵۲/۲ درصد در گروه شاهد و ۴۱/۷ درصد در گروه آزمایش) و پس از آن تحصیلات دوره راهنمایی (۳۹/۱ درصد و ۲۵ درصد به ترتیب در گروه های شاهد و آزمایش) بود. از لحاظ وضعیت شغلی اکثر آنان (بیش از ۹۵٪) در هر دو گروه آزمایش و شاهد خانه دار بودند. ۸۷ درصد داوطلبان در گروه شاهد و ۷۹/۲ درصد آنان در گروه

آزمایش متأهل بودند. سایر داوطلبان در گروه های مطالعه وضعیت خود را مجرد گزارش کردند. بیشتر زنان تحت مطالعه که در این پژوهش مورد مطالعه قرار داشتند از تحصیلات ابتدایی برخوردار بودند. این درصدها در گروه های شاهد و آزمایش به ترتیب ۴۷/۲ درصد و ۵۰/۸ درصد بود. در مرتبه بعد، فراوانی تحصیلات دوره راهنمایی و دبیرستان (حدود ۲۳ درصد) قرار داشت. اکثریت این زنان نیز خانه دار (در گروه های شاهد و آزمایش به ترتیب ۹۴/۳ درصد و ۹۳/۳ درصد) و متأهل (۸۹/۹٪ در گروه شاهد و ۸۴/۵٪ در گروه آزمایش) بودند. تحلیل های آماری با استفاده از آزمون مجدورکای نشان داد که توزیع فراوانی داوطلبین سلامت و زنان تحت پوشش آنها در گروه های آزمایش و شاهد بر حسب متغیر های جمعیت شناختی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند.

در ارتباط با اهداف اصلی مطالعه، نتایج نشان داد که میانگین نمرات دانش داوطلبین سلامت در گروه آزمایش از ۱۷/۱۲، قبل از مداخله، به ۲۹/۲ یک ماه پس از مداخله تغییر یافته است. افزایش دانش در این گروه بر اساس آزمون ویلکاکسون معنی دار بود ($p < 0/001$). به عبارت دیگر سطح دانش داوطلبین سلامت در گروه آزمایش به طور متوسط قریب ۱۲ نمره افزایش یافت. این در حالی است که میانگین نمرات دانش افراد در گروه شاهد در مرحله اول و دوم اندازه گیری (هم زمان با اجرای پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش) به ترتیب ۱۶/۳۰ و ۱۴/۶۵ به دست آمد. (جدول ۱). چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می شود. بر اساس آزمون من ویتنی، داوطلبان مورد مطالعه در گروه های آزمایش و شاهد از لحاظ میانگین های



یافته‌ها در جدول شماره ۴ نیز نشان می‌دهد که زنان مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ میانگین‌های تغییرات در سطوح دانش، پس از برنامه‌ی آموزشی، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر داشتند. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$).

تغییرات در میانگین‌های نمرات دانش در هر کدام از بخش‌های محتوای آموزشی نیز بین گروه‌های آزمایش و شاهد مقایسه گردید. نتایج نشان دادند که داوطلبان و زنان در گروه‌های آزمایش، در تمام بخش‌ها به طور بارز افزایش بیشتری را در دانش در مقایسه با افراد مورد مطالعه در گروه‌های شاهد تجربه کردند. آزمون‌های آماری من ویتنی در هر کدام از بخش‌ها نیز تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شاهد را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$).

تغییرات در سطوح دانش، پس از برنامه‌ی آموزشی، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر داشتند ($P < 0/001$).

در این مطالعه تغییر در سطح دانش زنان به عنوان نشانگر ایفای نقش (عملکرد) مورد انتظار از داوطلبان، یعنی آموزش محتوای مورد نظر به زنان تحت پوشش، در نظر گرفته شد. در همین راستا، یافته‌ها نشان دادند که میانگین نمرات دانش زنان قبل از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمایش ۱۲/۳۷ و یک ماه بعد از مداخله ۲۵/۳۶ می‌باشد. سطح دانش زنان در این گروه به اندازه‌ی ۱۳ نمره افزایش را نشان می‌دهد. آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره دانش زنان یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری نسبت به نمره دانش آنان قبل از مداخله داشته است. در گروه شاهد میانگین نمرات دانش زنان قبل از اجرای برنامه آموزشی ۱۵/۱۵ و یک ماه بعد از مداخله ۱۴/۸۹ به دست آمد (جدول ۳).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات دانش داوطلبین سلامت در زمینه سلامت دوران یائسگی در گروه‌های آزمایش و شاهد (قبل و بعد از مداخله‌ی آموزشی)

نتیجه آزمون	P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه‌های مطالعه (تعداد)
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
Z=-۱/۱۹	P=۰/۲۳۲	۴/۴۸	۱۴/۶۵	۵/۱۸	۱۶/۳۰	شاهد (۲۳)
Z=-۴/۳۰	P<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۲۹/۲۰	۳/۴۳	۱۷/۱۲	آزمایش (۲۴)

جدول ۲: مقایسه میانگین تغییرات در سطح دانش داوطلبان در باره‌ی سلامت یائسگی بین گروه‌های آزمایش و شاهد

نتیجه آزمون	P	تغییرات دانش		گروه‌های مطالعه (تعداد)
		انحراف معیار	میانگین	
Z=-۵/۸۲	p<۰/۰۰۱	۳/۵۳	۱۲/۰۸	آزمایش (۲۴)
		۵/۱۷	-۱/۶۵	شاهد (۲۳)

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات دانش زنان تحت پوشش داوطلبین سلامت در زمینه سلامت دوران یائسگی در گروه‌های آزمایش و شاهد (قبل و بعد از آموزش)

نتیجه آزمون	P	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه‌های مطالعه (تعداد)
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
Z=-۰/۴۱۹	p=۰/۶۷۵	۶/۵۱	۱۴/۸۹	۵/۶۵	۱۵/۱۵	شاهد (۲۲۸)
Z=-۱۳/۳۸	P<۰/۰۰۱	۳/۳۹	۲۵/۳۶	۶/۲۲	۱۲/۳۷	آزمایش (۲۳۸)

**جدول ۴: مقایسه میانگین های تغییرات در سطح دانش زنان در باره ی سلامت یائسگی بین گروه های آزمایش و شاهد**

نتیجه آزمون		تغییرات دانش		گروه های مطالعه (تعداد)
		انحراف معیار	میانگین	
Z=-۱۷/۹۰ p<۰/۰۰۱		۴/۸۱	۱۲/۹۹	آزمایش (۲۳۸)
		۴/۶۲	-۰/۲۵	شاهد (۲۲۸)

یافته ها

تحت پوشش آنها در گروه های آزمایش و شاهد بر حسب متغیر های جمعیت شناختی تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند.

در ارتباط با اهداف اصلی مطالعه، نتایج نشان داد که میانگین نمرات دانش داوطلبین سلامت در گروه آزمایش از ۱۷/۱۲، قبل از مداخله، به ۲۹/۲ یک ماه پس از مداخله تغییر یافته است. افزایش دانش در این گروه بر اساس آزمون ویلکاکسون معنی دار بود ($p < 0/001$). به عبارت دیگر سطح دانش داوطلبین سلامت در گروه آزمایش به طور متوسط قریب ۱۲ نمره افزایش یافت. این در حالی است که میانگین نمرات دانش افراد در گروه شاهد در مرحله اول و دوم اندازه گیری (هم زمان با اجرای پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش) به ترتیب ۱۶/۳۰ و ۱۴/۶۵ به دست آمد. (جدول ۱). چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می شود. بر اساس آزمون من ویتنی، داوطلبان مورد مطالعه در گروه های آزمایش و شاهد از لحاظ میانگین های تغییرات در سطوح دانش، پس از برنامه ی آموزشی، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر داشتند ($P < 0/001$).

در این مطالعه تغییر در سطح دانش زنان به عنوان نشانگر ایفای نقش (عملکرد) مورد انتظار از داوطلبان، یعنی آموزش محتوای مورد نظر به زنان تحت پوشش، در نظر گرفته شد. در همین راستا، یافته ها نشان دادند که میانگین نمرات دانش زنان قبل از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمایش ۱۲/۳۷ و یک ماه بعد

در گروه شاهد، یک داوطلب و ۱۴ زن و در گروه آزمایش ۲ داوطلب و ۱۲ زن از مطالعه خارج شدند. تعداد نهایی داوطلبان و زنان مشارکت کننده در این مطالعه به ترتیب ۴۷ و ۴۶۶ نفر شدند. سطح تحصیلات اغلب داوطلبین سلامت مشارکت کننده در این پژوهش دیپلم (۵۲/۲ درصد در گروه شاهد و ۴۱/۷ درصد در گروه آزمایش) و پس از آن تحصیلات دوره راهنمایی (۳۹/۱ درصد و ۲۵ درصد به ترتیب در گروه های شاهد و آزمایش) بود. از لحاظ وضعیت شغلی اکثر آنان (بیش از ۹۵٪) در هر دو گروه آزمایش و شاهد خانه دار بودند. ۸۷ درصد داوطلبان در گروه شاهد و ۷۹/۲ درصد آنان در گروه آزمایش متأهل بودند. سایر داوطلبان در گروه های مطالعه وضعیت خود را مجرد گزارش کردند.

بیشتر زنان تحت مطالعه که در این پژوهش مورد مطالعه قرار داشتند از تحصیلات ابتدایی برخوردار بودند. این درصدها در گروه های شاهد و آزمایش به ترتیب ۴۷/۲ درصد و ۵۰/۸ درصد بود. در مرتبه بعد، فراوانی تحصیلات دوره راهنمایی و دبیرستان (حدود ۲۳ درصد) قرار داشت. اکثریت این زنان نیز خانه دار (در گروه های شاهد و آزمایش به ترتیب ۹۴/۳ درصد و ۹۳/۳ درصد) و متأهل (۸۹/۹٪ در گروه شاهد و ۸۴/۵٪ در گروه آزمایش) بودند. تحلیل های آماری با استفاده از آزمون مجذور کای نشان داد که توزیع فراوانی داوطلبین سلامت و زنان



ساختن نیازهای سلامت جمعیت زنان، به ویژه در توانمندسازی آنان، می‌توانند ایفا نمایند (۲۱).

گروه‌های آزمایش و شاهد- به تفکیک در داوطلبان و زنان- از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی با یکدیگر مقایسه شدند. یافته‌ها تفاوت‌های آماری معنی‌داری را بین گروه‌های آزمایش و شاهد بر حسب این متغیرها نشان ندادند. لذا به نظر می‌رسد تخصیص تصادفی افراد در گروه‌ها مطلوب، و تغییرات در سطوح دانش در گروه آزمایش قابل‌انتساب به مداخله آموزشی است. آزمون اندازه‌گیری دانش با محتوایی نسبتاً ساده و با در نظر گرفتن سطح مخاطبان تهیه گردید. با وجود این، نتایج سطوح نسبتاً پایین دانش داوطلبان و زنان را در باره‌ی سلامت و مراقبت در دوره‌ی یائسگی نشان دادند. برخی مطالعات که در مقدمه به آنها اشاره شد، از جمله مطالعه‌ی شجاعی زاده (۱۴) و روتن (۱) نیز پایین بودن سطح دانش زنان در زمینه‌ی سلامت و مراقبت از خود در دوره‌ی یائسگی را در جمعیت‌های مورد مطالعه خاطر نشان کرده‌اند. مطالعه‌ی دیگری توسط نوروزی و همکاران در اصفهان انجام شد. نتایج آن نشان داد که سطوح دانش بیشتر زنان (۶۸٪) در حد متوسط، و تنها ۳۸/۵٪ در حد مطلوب بود (۲۵). کمبود دانش زنان در باره‌ی یائسگی در مطالعه‌ی دیگری در پاکستان نیز مشاهده شده است. این کمبود دانش در افراد کم‌سواد، مسن، و طبقه‌ی اجتماعی-اقتصادی پایین بیشتر دیده شد (۲۶). این یافته‌ها بر نیاز به مداخلات آموزشی برنامه‌ریزی شده برای افزایش دانش، مهارت‌های مراقبت از خود، و بالاخره بهبود کیفیت زندگی زنان دلالت می‌کنند.

از مداخله ۲۵/۳۶ می‌باشد. سطح دانش زنان در این گروه به اندازه‌ی ۱۳ نمره افزایش را نشان می‌دهد. آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره دانش زنان یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری نسبت به نمره دانش آنان قبل از مداخله داشته است. در گروه شاهد میانگین نمرات دانش زنان قبل از اجرای برنامه آموزشی ۱۵/۱۵ و یک ماه بعد از مداخله ۱۴/۸۹ به دست آمد (جدول ۳). یافته‌ها در جدول شماره ۴ نیز نشان می‌دهد که زنان مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و شاهد از لحاظ میانگین‌های تغییرات در سطوح دانش، پس از برنامه‌ی آموزشی، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر داشتند. آزمون من‌ویتنی این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$).

تغییرات در میانگین‌های نمرات دانش در هر کدام از بخش‌های محتوای آموزشی نیز بین گروه‌های آزمایش و شاهد مقایسه گردید. نتایج نشان دادند که داوطلبان و زنان در گروه‌های آزمایش، در تمام بخش‌ها به طور بارز افزایش بیشتری را در دانش در مقایسه با افراد مورد مطالعه در گروه‌های شاهد تجربه کردند. آزمون‌های آماری من‌ویتنی در هر کدام از بخش‌ها نیز تفاوت بین گروه‌های آزمایش و شاهد را معنی‌دار نشان داد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

داوطلبان سلامت در برخی از کشورها از جمله ایران، از منابع و ظرفیت‌های مهم اجتماعی هستند که در مشارکت فعال با نظام‌های سلامت می‌توانند بسیاری از نیازهای اجتماعی را در زمینه‌ی سلامت پاسخ دهند. از آنجا که اغلب داوطلبان سلامت را زنان تشکیل می‌دهند، این گروه نقش مهمی را در برآورده



میری و همکاران در یک مطالعه ی نیمه تجربی نشان دادند که داوطلبان سلامت تأثیرات مثبتی بر بهبود دانش و نگرش های مرتبط با سلامت در زنان دارند (۲۲). مطالعه ای نیز توسط الماسی و همکاران در سال ۱۳۷۸ به منظور بررسی نقش داوطلبان سلامت در ارتقای میزان آگاهی مادران جامعه تحت پوشش برنامه های آموزش پزشکی جامعه نگر کرمانشاه انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که داوطلبان سلامت در افزایش آگاهی مردم نقش مؤثری می توانند ایفا کنند (۲۷). یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه ی سوری و همکاران مبنی بر اثربخشی و موفقیت برنامه های آموزشی بر افزایش سطح دانش و عملکرد جمعیت تحت پوشش داوطلبان سلامت همسویی دارند (۲۸).

شایان ذکر است روش آموزشی مورد استفاده برای داوطلبان در این مطالعه کارگاه آموزشی بوده است؛ در این شیوه فرصت های مناسبی جهت تعامل، بحث، تبادل نظر، و ارائه و دریافت بازخورد در نظر گرفته شده است. اتخاذ رویکردهای فعال و تعاملی در یادگیری، که در شیوه ی کارگاه آموزشی به اجرا گذاشته می شوند، اثربخشی برنامه ی آموزشی را افزایش می دهند. کارگاه آموزشی که به نحو مناسبی اجرا شود، مزایای رویکردهای یادگیری مشارکتی را دارد که اثربخشی بیشتر آن در مقایسه با رویکردهای معلم-محور و فردگرایانه به تأیید رسیده است (۲۹) علاوه بر این، به نظر می رسد کتابچه ی آموزشی که در اختیار داوطلبین قرار گرفت، به ماندگاری بیشتر ذهنی محتوای آموزشی، همچنین به عنوان یک رسانه ی همراه برای استفاده در زمان آموزش به زنان نیز به داوطلبان کمک

یافته های این پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی در ارتقای سطح دانش داوطلبین سلامت اثربخش بوده است. از طرف دیگر، افزایش سطح دانش زنان تحت پوشش داوطلبین در گروه آزمایش عملکرد موفق داوطلبین را در آموزش سلامت یائسگی تأیید می نماید. در حقیقت می توان به توانایی ایفای نقش داوطلبان در این زمینه و ظرفیت آنان برای مشارکت بیشتر در صورت توانمندسازی در سطح بالاتر امیدوار بود.

چنانکه یافته ها نشان دادند، سطح دانش داوطلبین سلامت در حد پایینی قرار داشت؛ به طوری که میانگین نمرات دانش آنان قبل از آموزش ۱۷/۱۲ بود و بعد از آموزش به ۲۹/۲۰ رسید که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. با توجه به اینکه شرایط بین گروه های آزمایش و شاهد از همه جهت به جز مداخله آموزشی یکسان بوده است، افزایش سطح دانش گروه آزمایش را می توان به تأثیر مداخله آموزشی نسبت داد. پژوهش های مشابه نیز از مداخله آموزشی به عنوان عامل اساسی جهت یادگیری در ابعاد شناختی، نگرشی و عملکردی حمایت می کند. به عنوان نمونه، منصوریان و همکاران در گلستان به بررسی تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و نگرش داوطلبان سلامت زن در مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان درباره یائسگی پرداختند. این مطالعه ارتباط معنی داری بین آموزش و تغییر در آگاهی و نگرش داوطلبان سلامت را نشان داد. در آن تحقیق میزان آگاهی اولیه در داوطلبین در حد پایینی قرار داشت؛ به طوری که قبل از آموزش فقط ۷/۱ درصد آگاهی خوب و ۲۰ درصد نگرش خوب داشتند و بعد از آموزش به ترتیب به ۲۱/۳ و ۵۲/۹ درصد رسید (۲۳).



یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش در افزایش دانش و عملکرد داوطلبین سلامت مورد مطالعه در زمینه‌ی آموزش سلامت یائسگی به زنان مؤثر بوده است. این مطالعه همچنین بر توانایی داوطلبین سلامت و امکان استفاده از آنها در راستای اهداف ارتقای سلامت اجتماعی دلالت می‌نماید. بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود برنامه آموزشی مدون در زمینه‌ی سلامت یائسگی برای داوطلبین بهداشتی تدوین و اجرا گردد. این پژوهش نمونه‌ای از مداخلات مبتنی بر جامعه را ارائه می‌دهد. همچنین بخش‌های آموزش سلامت و بهداشت خانواده در معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها یا مراکز بهداشت شهرستان‌ها می‌توانند از الگوی به کار رفته در این پژوهش برای طراحی برنامه‌ها و مداخلات ارتقای سلامت استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان‌نامه‌ی تحصیلی نویسنده‌ی دوم مقاله در دوره‌ی کارشناسی ارشد پرستاری (شماره طرح: ۴۵۴۰) استخراج شده است. نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و مدیریت محترم دانشکده تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که با حمایت مادی و معنوی خود اجرای این پژوهش را میسر ساختند قدردانی می‌نمایند. همچنین از سرکار خانم طاهره کشاورز عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شیراز، ریاست محترم مراکز بهداشت شمال (انقلاب اسلامی) و جنوب (شهدای والفجر) شهرستان شیراز، داوطلبان سلامت و کارکنان مراکز بهداشتی شهر شیراز که در اجرای طرح همکاری و مساعدت نمودند صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

کرده است. بازخوردهای دریافت شده از داوطلبان نیز از موفقیت برنامه و احساس نیاز آنان به آموزش‌های برنامه‌ریزی شده حکایت می‌نماید.

این مطالعه به سنجش پیامدهای مداخله‌ی آموزشی در بلندمدت (به عنوان مثال ماندگاری آموخته‌ها و تغییر سبک زندگی) نپرداخته است. علاوه بر این، پوشش ندادن تمام موضوعات قابل طرح در سلامت یائسگی با جزئیات بیشتر نیز ممکن است از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر باشد. اما، در مجموع نتایج پژوهش حاضر همراه با یافته‌های مطالعات دیگر به طور منسجم بر نیاز زنان در اجتماع به کسب دانش و مهارت‌های اساسی برای اتخاذ سبک زندگی سالم و مراقبت از خود در یائسگی، و از طرف دیگر اثربخشی مداخلات آموزشی برنامه‌ریزی شده دلالت و تأکید می‌کنند. عدم افزایش دانش در گروه شاهد بلکه اندکی کاهش در دانش آنان در مرحله پس‌آزمون، گواه دیگری از اهمیت و ضرورت آموزش است. به عبارت دیگر، بدون آموزش و توانمندسازی نمی‌توان انتظار داشت که تغییری در توانایی و مهارت مخاطبان رخ دهد. از طرف دیگر، وضعیت در گروه شاهد و یافته‌های حاصل از اندازه‌گیری‌های قبل از مداخله از لزوم برنامه‌ریزی آموزشی بهتر و بیشتر برای بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های داوطلبان سلامت و به طور کلی زنان حکایت می‌نمایند. بدیهی است که وسعت نیاز و بالاتر بودن اثربخشی در صورتی که برنامه‌ها مبتنی بر همکاری‌های بین‌بخشی اجرا شوند، همکاری و تشریک مساعی سازمان‌های دخیل در آموزش و فرهنگ عمومی را پیشنهاد می‌دهد.



References

- 1-Rotem M, Kushnir T, Levine R, et al. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *JOGNN* 2005; 34(2): 233-40. available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0884217504274417/pdf>
- 2-Williams RE, Kalilani L, DiBenedetti DB, et al. Healthcare seeking and treatment for menopausal symptoms in the united states. *Maturitas* 2007; 58: 348–358. Available from: www.sciencedirect.com.
- 3-Nkwo PO. Suboptimal management of severe menopausal symptoms by Nigerian Gynaecologists: a call for mandatory continuing medical education for physicians. *BMC Women's Health* 2009; 9:30. available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/30>.
- 4-National Heart, Lung, and Blood institute, Office of research on women's health. International position paper on Women's Health and Menopause: A Comprehensive Approach. National Institute of Health 2002. available from: www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/menopaus/menopaus.pdf.
- 5-Royal College of Nursing; Menopause: lifestyle and therapeutic approaches, RCN guidance for nurses, midwives and health visitors. Available from:
http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/349720/003839.pdf .
- 6-Blake J. Menopause: evidence-based practice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006; 20(6): 799-839. available from: <http://www.sciencedirect.com>
- 7-Tang A L, Walker KZ, Wilcox G, et al. Calcium absorption in Australian osteopenic postmenopausal women: an acute comparative study of fortified soymilk to cows' milk. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19 (2):243-249.available from:
http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/Volume19/vol19.2/Finished/13_1676_243-249.pdf
- 8-Thomas SE. Menopause Knowledge and Attitudes of English-Speaking Caribbean Women: Implications for Health Education. *Californian Journal of Health Promotion* 2005, 3 (3): 167-176. available from:
http://www.cjhp.org/Volume3_2005/Issue3/167-176-thomas.pdf
- 9-The World Bank, Human Development Network. The Growing Danger of Non-Communicable Diseases Acting Now to Reverse Course. Washington DC, The World Bank :2011. available from:



- <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/WBDeepeningCrisis.pdf>
- 10-World Health Organization, UNFPA. Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender. Geneva: WHO, 2007. available from:
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/women_ageing.pdf
- 11-de Leon DG, Lewis J. Experiences of the Network: Towards Unity for Health Women and Health Taskforce. Education for Health 2009; 22 (2). Available from: <http://www.educationforhealth.net/>
- 12-Luoto R. Hot flushes and quality of life during menopause. BMC Women's Health 2009; 9:13, available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-9-13.pdf>,
- 13-Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause; Social Science & Medicine 2006; 62: 93– 102 available from: www.elsevier.com/locate/socscimed.
- 14-Shojaeizadeh D, Gashtae M. Assessing the relationships between knowledge, attitude and healthy behaviour among menopausal women in Tehran in 2000. Iranian J. Publ. Health 2002; 31(1-2): 19-20. available from: http://journals.tums.ac.ir/upload_files/pdf/_/315.pdf
- 15-Nusrat N, Nishat Z, Gulfareen H, et al. Knowledge, Attitude and Experience of Menopause. J Ayub Med Coll Abbottabad 2008; 20(1): 56-9. available from: http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/56_PAST/20-1/Nisar.pdf
- 16-Al-Olayet AY, Al-Qahtani IF, Al-Essa DI, et al. Severity of menopausal symptoms, and knowledge attitude and practices towards menopause among Saudi women. Scientific Research and Essays 2010; 5 (24): 4077-4079, Available from: <http://www.academicjournals.org/SRE>
- 17-Hernandez-Rauda R, Martinez-Garcia S. Osteoporosis-related life habits and knowledge about osteoporosis among women in El Salvador: A cross-sectional study. BMC Musculoskeletal Disorders 2004; 5:29. available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/5/29>.
- 18-Shrestha S. A Conceptual Model for Empowerment of the Female Community Health Volunteers in Nepal. Education for Health. November 2003; 16 (3): 318 – 327. available from: http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/resources_and_tools/Nepal%206.pdf



- 19-MalekAfzali H, Jandaghi J, RobabAllameh M, et al. Study of educational needs of 12-14 years old girls about adolescent health and determines appropriate and effective strategies for adolescent health education. Journal Of Semnan University Of Medical Sciences . Winter 2000; 2(1):47-39. available from: http://www.koomeshjournal.ir/browse.php?a_id=376&sid=1&slc_lang=en. [Persian]
- 20-A toolkit for women's empowerment and leadership in health and welfare World Health Organization, Printed in Japan. WHO Centre for Health Development, Kobe, 2005. available from: whqlibdoc.who.int/publications/2005/Toolkit_for_women_eng.pdf
- 21-Behdjat H, Rifkin SB, Tarin E, et al. A new role for Women Health Volunteers in urban Islamic Republic of Iran Eastern Mediterranean Health Journal 2009; 15(5): 1164-73. http://applications.emro.who.int/emhj/1505/15_5_2009_1164_1173.pdf
- 22-Miri MR, Ramazani AA, Moodi M, et al. The effects of suburban villages' health volunteer plan on women's health knowledge and attitude. Journal of Education and Health Promotion. 2012;1:12. available from: <http://www.jehp.net/article.asp?issn=2277>
- 23-Mansourian M, Behnampour N ,Kargar M. The effects of education on Liason health – workers knowledge about menopause ,in 2006. Journal of Gorgan faculty of nursing and midwifery 2007;11:27-30. [Persian]
- 24-Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Tarrahi MJ, et al. The effect of educational intervention on prevention of osteoporosis through Health Belief Model (HBM) in volunteers of Khorramabad city's Health Centers in 2010-2011. Annals of Biological Research 2012; 3 (1): 300-307. available from: <http://scholarsresearchlibrary.com/ABR-vol3-iss1/ABR-2012-3-1-300-307.pdf>.
- 25-Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, et al. Knowledge and Attitude of 40-45 Year Old Women Toward Menopause. Journal of Health System Research 2011, 7 (4), 460-468. [Persian]
- 26-Malik HS. Knowledge and attitude towards menopause and Hormone Replacement Therapy (HRT) among postmenopausal women. J Pak Med Assoc 2008; 58 (4): 164-7. available from: <http://www.jpma.org.pk/PdfDownload/1363.pdf>



- 27-Almasi A, Hashemian A, Shakerarnejad M. Impacts of health- workers on mothers health awareness in Kermanshah community – oriented medical education center(1999). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (BEHBOOD) 2001; 5(2):30-35. [Persian]
- 28-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 Ahvaz university of medical sciences 1999; 26():27-33. [Persian]
- 29-Dikici A, Yavuzer Y. The effects of cooperative learning on the abilities of pre-service art teacher candidates to lesson planning in Turkey. Australian Journal Of Teacher Education 2006; 31(2): 36-44. available from: ro.ecu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1315&context=ajte



Effect of a menopausal health training led by health volunteers on community women's knowledge; an interventional study

Kaveh MH (Ph.D)^{*1} Najafi A (MS.c)² PourAlimohammadi N(Ms.c)³ Tabatabae SHR(Ph.D)⁴

1. Corresponding Author: Assistant Professor, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical sciences, Shiraz, Iran.

2. Msc. graduate in nursing, school of nursing and midwifery, Shiraz University of medical sciences, Shiraz, Iran

3. Instructor, school of nursing and midwifery, Shiraz University of medical sciences, Shiraz, Iran

4. Assistant professor, school of health and nutrition, Shiraz University of medical sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background: There are a few studies on the role of health volunteers in teaching women menopause-related self-care. The present study was, therefore, carried out to evaluate the role of health volunteers in teaching women about menopausal health.

Methods: 48 health volunteers and 480 women in 8 from 70 urban health centers affiliated to Shiraz district health authority, selected through a multistage random sampling participated in this quasi-experimental study. An 8-hour workshop was conducted over two days for health volunteers. The volunteers, then, were asked to teach women about menopausal health. A self-administered questionnaire was used for collecting demographic data. Knowledge levels of volunteers and women were measured using a written test (CR20=0.66), composing of 30 multiple choices questions, before and after educational interventions. Research data were processed and analyzed, using nonparametric tests (Wilcoxon and Mann Whitney tests), in SPSS statistical software, version 11.5.

Results: The mean score of knowledge of health volunteers in experimental group increased from 17.1, before workshop, to 29.2 after that ($p < 0.001$). Means of knowledge scores in volunteers control group in pretest and posttest were 16.3 and 14.7, respectively. The women's knowledge in the experimental group, significantly increased from 12.4, before training by volunteers, to 25.4, after that ($p < 0.001$). The women's knowledge levels in the control group in the pretest and posttest were 15.1 and 14.9, respectively.

Conclusion: The findings of this study showed the effectiveness of training intervention in empowering health volunteers, as well as the volunteers ability in teaching community women about menopausal health. the study also suggests health authorities to consider the utilized protocol in their planned initiatives for promoting women's health.

Keywords: Menopausal health, Teaching, Health volunteers.