

Educational Priorities of Self-Care Based on Needs Assessment of Household Health Ambassadors

Fatemeh Jafarian¹
Maryam Khazae-Pool^{2,3}
Seyed Abolhassan Naghibi^{2,3}
Ali Asghar Nadi Ghara³
Amir Faghieh⁴

¹ MSc Student in Health Education and Promotion, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Medical Student, Student Research Committee, School of Medicine, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received June 1, 2024; Accepted August 12, 2024)

Abstract

Background and purpose: Self-care is recognized as a fundamental approach in the field of providing, maintaining, and promoting health in individuals, families, and society. Providing essential training in the field of self-care is one of the important tasks of primary health service systems to the community, including household health ambassadors. On the other hand, determining the educational needs of self-care in each society should be based on the educational needs assessment in the same society. Therefore, the present study was conducted to determine the educational priorities of self-care using the educational needs assessment of health ambassadors.

Materials and methods: The current study is a cross-sectional study (descriptive-analytical). The research community included household health ambassadors living in the Golestan and Mazandaran provinces. Entry criteria included being family health ambassadors, being between the ages of 20 and 60, and volunteering to enter the program. Also, the exclusion criteria included the health ambassador's unwillingness to participate in the evaluation. The study tools included a demographic questionnaire and a researcher-made questionnaire on "self-care educational needs" for health ambassadors. The health ambassadors' needs assessment questionnaire was the result of self-care educational priorities based on a general survey of the community, which was scored by the health ambassadors. Data analysis was done using SPSS version 20 software. U-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to analyze the data.

Results: Results showed that the average age of health ambassadors participating in the study was 38.11 ± 9.64 years. 987 people (57.8 percent) of them were health ambassadors of Golestan province and 721 people (42.2 percent) of them were health ambassadors of Mazandaran province. Also, concerning the participants' gender, 1439 people (84.3%) were women and 269 (15.7%) were men. The educational needs assessment showed the top 10 priorities among self-care education topics determined by household health ambassadors, including stress and anxiety, healthy eating, life skills, parenting skills, water hygiene, inactivity, depression, skeletal problems, and lack of vitamins, and oral and dental health. It was also shown that there is a statistically significant difference between different subgroups of participants such as gender, place of residence, education level, occupation, and ethnicity with self-care educational priorities in household health ambassadors ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings of the study showed that mental health issues such as stress, anxiety, and depression, as well as issues related to people's lifestyles, such as healthy eating, inactivity, and skeletal problems, were determined among the needs-based priorities for community education. Due to the limitation in financial and human resources, it is necessary to conduct self-care training based on the needs assessment of the society, because, on the one hand, an important part of the health needs of the society will be answered. On the other hand, the educational subjects that have priority will be the target of educational programs.

Keywords: Self-care, need assessment, health ambassadors, health priorities, educational priorities

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (236): 77-86 (Persian).

Corresponding Author: Maryam Khazae-Pool - School of Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: khazae_m@yahoo.com)

اولویت‌های آموزشی خود مراقبتی مبتنی بر نیاز سنجی سفیران سلامت خانوار

فاطمه جعفریان^۱
مریم خزائی پول^{۳و۲}
سید ابوالحسن نقیبی^{۳و۲}
علی اصغر نادى قرا^۳
امیر فقیه^۴

چکیده

سابقه و هدف: خودمراقبتی به عنوان یک رویکرد اساسی در زمینه تامین، حفظ، و ارتقاء سلامت در افراد، خانواده، و جامعه شناخته شده است. ارائه‌ی آموزش‌های ضروری در زمینه‌ی خود مراقبتی از جمله وظایف مهم سیستم‌های خدمات بهداشتی اولیه به جامعه از جمله سفیران سلامت خانوار می‌باشد. از طرفی تعیین نیازهای آموزشی خود مراقبتی در هر جامعه باید براساس نیازسنجی آموزشی در همان جامعه باشد. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اولویت‌های آموزشی خود مراقبتی با استفاده از نیازسنجی آموزشی سفیران سلامت، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع مطالعات مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، است. جامعه مورد پژوهش شامل سفیران سلامت خانوار ساکن در استان‌های گلستان و مازندران بودند. معیارهای ورود شامل سفیران سلامت خانوار بودن، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، و داوطلب بودن برای ورود به برنامه در نظر گرفته شد. هم‌چنین معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل سفیر سلامت برای مشارکت در ارزیابی قرار داده شد. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه محقق ساخته "نیازسنجی آموزشی خود مراقبتی" برای سفیران سلامت بود. پرسشنامه‌ی نیازسنجی سفیران سلامت حاصل اولویت‌های آموزشی خود مراقبتی مبتنی بر نظرسنجی عمومی از جامعه بود، که به وسیله سفیران سلامت، امتیازدهی شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. برای آنالیز داده‌ها از آزمون‌های یو من ویتنی و کروسکال والیس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد میانگین سن سفیران سلامت شرکت کننده در مطالعه برابر با $38/11 \pm 9/64$ سال بود. تعداد ۹۸۷ نفر (۵۷/۸ درصد) از آن‌ها از سفیران سلامت استان گلستان و ۷۲۱ نفر (۴۲/۲ درصد) از آنان از سفیران سلامت استان مازندران بودند. هم‌چنین از نظر جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه، ۱۴۳۹ نفر (۸۴/۳ درصد) زن و ۲۶۹ نفر (۱۵/۷ درصد) مرد بودند. نیازسنجی آموزشی نشان داد ۱۰ اولویت برتر از بین موضوعات آموزش خود مراقبتی که توسط سفیران سلامت خانوارها تعیین گردید شامل استرس و اضطراب، تغذیه سالم، مهارت‌های زندگی، مهارت فرزندپروری، بهداشت آب، کم تحرکی، افسردگی، مشکلات اسکلتی، کمبود ویتامین‌ها، و سلامت دهان و دندان بودند. هم‌چنین نشان داده شد که بین زیرگروه‌های مختلف شرکت کنندگان همچون جنسیت، محل سکونت، سطح تحصیلات، شغل، و قومیت با اولویت‌های آموزشی خود مراقبتی در سفیران سلامت خانوار از نظر آماری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$).

استنتاج: یافته‌های مطالعه نشان داد که موضوعات حوزه سلامت روان همچون استرس، اضطراب، و افسردگی و هم‌چنین موضوعات مربوط به سبک زندگی افراد نظیر تغذیه سالم، کم تحرکی، و مشکلات اسکلتی جزو اولویت‌های نیازسنجی شده برای آموزش جامعه تعیین گردیدند. با توجه محدودیت در منابع مالی و نیروی انسانی، ضروری است تا آموزش‌های خود مراقبتی بر پایه نیازسنجی جامعه صورت گیرد؛ چرا که از یک طرف بخش مهمی از نیازهای بهداشتی جامعه پاسخ داده خواهد شد و از طرف دیگر موضوعات آموزشی که دارای اولویت هستند مورد هدف برنامه‌های آموزشی قرار خواهند گرفت.

واژه‌های کلیدی: خود مراقبتی، نیازسنجی، سفیران سلامت، اولویت‌های بهداشتی، اولویت‌های آموزشی

مؤلف مسئول: مریم خزائی پول - ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح آباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی
E-mail: khazaeia_m@yahoo.com

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۲. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۳. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
 ۴. دانشجوی دکتری حرفه‌ای، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۴/۶ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۵/۲۲

مقدمه

سیستم‌های مراقبت بهداشت در سرتاسر جهان با افزایش بیماری‌های مزمن و بار اقتصادی ناشی از آن رو به رو شده‌اند (۱). این سیستم‌ها نیاز دارند خود را با شرایط به وجود آمده تطبیق داده تا بهترین خدمات را به جامعه‌ی تحت پوشش خود ارائه دهند. از طرفی با ارتقاء روز افزون سطح سواد و آگاهی جامعه، افراد می‌توانند از سلامتی خود مراقبت کرده و در صورت بیمار شدن، در بهبود کیفیت مراقبت‌های دریافتی خود مداخله نمایند (۲).

مفهوم خود مراقبتی که دارای اجزای مختلفی است با هدف افزایش سواد سلامت افراد جامعه، توانمندسازی و خود مدیریتی آن‌ها در مسائل مربوط به سلامت، در سیستم‌های بهداشتی درمانی ادغام گردیده است (۳). خود مراقبتی در واقع به توانایی افراد، خانواده‌ها، و جامعه برای ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامتی، و مدیریت بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت مراقبین سلامت اطلاق می‌گردد (۴).

خود مراقبتی عمل قابل یادگیری هدفمند و داوطلبانه می‌باشد که منجر به ارتقای سلامتی و پاسخگویی به نیازهای فردی گردیده، ترس و وابستگی فرد را کاهش می‌دهد و باعث افزایش انگیزه و اعتماد به نفس و همچنین افزایش رضایت‌مندی فرد و کیفیت زندگی او می‌گردد (۵، ۶). مراقبت از خود، اصلی‌ترین روش برای پاسخ به بیماری در کشورهای در حال توسعه، به ویژه کشورهای با درآمد کم در نظر گرفته شده است (۷). در همین راستا، سازمان جهانی بهداشت نیز علاوه بر تاکید بر خود مراقبتی، به اهمیت دسترسی و کسب اطلاعات در این زمینه از طریق آموزش بهداشت، تاکید نموده است (۸، ۹). همان‌طور که می‌دانیم آموزش، نقش حیاتی در ارتقای سلامت افراد دارد و از ارکان اساسی در تغییر رفتارهای نامناسب است. آموزش صحیح و برنامه‌های منظم آموزشی و تبیین عناصر موثر در فرایند آموزشی می‌تواند عامل مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها باشد (۱۰). ایده هر خانه یک پایگاه سلامت، با هدف گسترش

مشارکت آگاهانه مردم در عرصه تامین، حفظ و ارتقای سلامت مطرح گردید. در این برنامه، در هر خانواده یک نفر به عنوان "سفیر سلامت خانواده" آموزش دیده و برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و جامعه توانمند می‌گردد. آموزش و توانمندسازی سفیران سلامت خانواده، توسط تیم سلامت در واحدهای ارابه خدمات سلامت صورت می‌گیرد. این آموزش‌ها در سه حیطه پیشگیری و ارتقای سلامت، درمان‌های اولیه، و توانبخشی می‌باشد (۱۱). در حال حاضر در استان گلستان تعداد ۱۴۰۶۷۵ سفیر سلامت خانوار با سیستم سلامت استان همکاری دارند که این تعداد سفیر، ۱۶۳۶۹۸ خانوار معادل ۲۸/۵ درصد از جمعیت استان را تحت پوشش قرار داده‌اند (۱۲).

شناسایی نیازهای آموزشی، اولین گام مداخله‌ی آموزشی است به طوری که اثربخشی نهایی فرآیند آموزش، وابسته به اجرای صحیح نیازسنجی قبل از طراحی برنامه آموزشی می‌باشد. نیازسنجی، فرآیند جمع‌آوری و تحلیل هدفمند اطلاعات است که بر اساس آن نیازهای افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع شناسایی شده و قبل از ارائه‌ی آموزش، اولویت‌بندی نیازهای آموزشی می‌بایست توسط پرسنل بهداشتی درمانی مورد سنجش قرار گیرد (۱۳). لذا اولین گام در بحث آموزش سفیران سلامت خانوار تعیین نیازهای آموزشی هر جامعه و اولویت‌بندی عناوین آموزشی آن‌ها می‌باشد تا براساس اولویت‌های تعیین شده، برنامه‌های آموزشی طراحی گردند. با بررسی صورت گرفته در پایگاه‌های داده معتبر، مشاهده شد که مطالعات اندکی در زمینه‌ی آموزش سفیران سلامت خانوار انجام شده است. مطالعات صورت گرفته اغلب بر ارزیابی سواد سلامت سفیران و یا مداخلات آموزشی مبتنی بر رفتارهای پیشگیرانه با استفاده از بسته‌های ابلاغی وزارت بهداشت تمرکز داشته‌اند؛ اما مطالعاتی که مبتنی بر نیازسنجی برای این گروه از جامعه جهت تولید محتوای آموزشی خود مراقبتی انجام شده باشد، تاکنون اجرا نشده است (۱۴-۱۶). لذا هدف از انجام مطالعه حاضر تدوین محتوای آموزشی

خود مراقبتی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی سفیران سلامت خانوار می باشد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1402.232 می باشد. جامعه مورد پژوهش شامل سفیران سلامت خانوار ساکن در استان‌های گلستان و مازندران بودند. معیارهای ورود شامل سفیران سلامت خانوار بودن، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، و داوطلب بودن برای ورود به برنامه در نظر گرفته شد. همچنین عدم تمایل سفیر سلامت برای شرکت در نیازسنجی، و یا کوچ سفیر سلامت به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. با توجه به این که مطالعه مشابهی در ایران انجام نشده بود، لذا برای تعیین حجم نمونه، بالاترین نسبت برای به دست آوردن حداکثر حجم نمونه استفاده شد. تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول حجم نمونه با خطای آلفای ۰/۰۵، نسبت ۰/۵ و میزان دقت ۰/۰۲۵، برابر با ۱۵۳۶ نفر به دست آمد. با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش نمونه‌ها (ناقص بودن پرسشنامه‌ها)، حجم نمونه نهایی برابر با ۱۷۵۰ سفیر سلامت خانوار تعیین شد. برای نمونه‌گیری از روش دو مرحله‌ای استفاده شد. ابتدا با توجه به سهم هر یک از استان‌ها از کل جمعیت سفیران سلامت، نمونه‌گیری سهمیه‌ای برای هر استان صورت گرفت. سپس با توجه به سهم هر شهرستان از کل جامعه آماری سفیران سلامت، به همان نسبت، نمونه‌گیری سفیران سلامت انجام شد. در مرحله بعد به منظور انتخاب نمونه‌ها از جامعه سفیران سلامت در درون هر شهرستان، از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک استفاده شد. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه‌ی دموگرافیک و پرسشنامه محقق ساخته "نیازسنجی آموزش خودمراقبتی برای سفیران سلامت" بود. پرسشنامه‌ی نیازسنجی سفیران سلامت شامل ۳۴ اولویت آموزشی خود مراقبتی بود. روش امتیازدهی به گویه‌های پرسشنامه به این صورت بود که

سفیر سلامت با توجه به نیاز درک شده از موضوعات آموزشی خود مراقبتی، به هر یک از اولویت‌ها، از ۱ تا ۱۰ امتیاز اختصاص دادند.

برای تعیین روایی محتوایی از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) جهت ارزیابی ضرورت هر آیتم و شاخص روایی محتوا (CVI) جهت سنجش سادگی، اختصاصی بودن یا مربوط بودن و وضوح هر آیتم در یک طیف لیکرت ۴ قسمتی استفاده شد. برای این منظور، از نظرات ۱۰ متخصص آشنا به ابزارسازی و حوزه سلامت در رشته‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، اپیدمیولوژی، پزشکی، تغذیه و روانشناسی) و در مورد محتوای آیتم‌ها و حذف یا اضافه نمودن آن‌ها استفاده شد. مقادیر بالای ۰/۶۲ براساس شاخص Lawshe در نسبت روایی محتوا (CVR) و مقادیر بالای ۰/۷۹ مبتنی بر Waltz شاخص روایی محتوا (CVI) قابل قبول در نظر گرفته شد. برای محاسبه CVI، آیتم‌هایی که نمره ۳ و ۴ دریافت کردند در فرمول زیر وارد شدند. معیار پذیرش هر آیتم براساس معیارهای زیر بود. نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ مناسب در نظر گرفته شد، نمره بین ۰/۷۹-۰/۷۰ سوال برانگیز در نظر گرفته شد و آیتم نیاز به بازنگری داشت و کم‌تر از ۰/۷۰ غیر قابل قبول در نظر گرفته شد و حذف گردید.

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصانی که نمره ۳ یا ۴ داده اند}}{\text{تعداد تمام متخصصان}}$$

در انتهای محاسبه روایی محتوایی، ۳۴ آیتم به ۳۰ آیتم کاهش یافت و برای محاسبه روایی صوری آماده شد. برای سنجش روایی صوری، از نظرات ۱۰ نفر از سفیران سلامت خانوار استفاده شد و براساس پاسخ آنان امتیاز تاثیر هر آیتم براساس فرمول زیر محاسبه شد.

$$\text{Impact Score} = \text{Frequency (\%)} \times \text{Importance}$$

در فرمول بالا Frequency، درصد فراوانی افرادی بودند که امتیاز ۴ و یا ۵ را به هر آیتم داده بودند، Importance دلالت بر میانگین نمره اهمیت مبتنی بر

درصد) کاردانی یا کارشناسی و تعداد ۱۱۷ نفر (۶/۷۵ درصد) سطح سواد کارشناسی ارشد یا بالاتر از آن داشتند. از نظر قومیتی نیز، قومیت فارس با فراوانی ۹۸۱ نفر (۵۰/۰۵ درصد) معادل نیمی از شرکت کنندگان را شامل گردید. هم چنین قومیت های ترکمن، سیستانی، و بلوچ با فراوانی ۶۳۸ نفر (۳۲/۵۵ درصد)، ۱۳۳ نفر (۶/۷۹ درصد)، و ۲۷ نفر (۱/۳۸ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند. هم چنین ۱۸۱ نفر (۹/۲۳ درصد) از شرکت کنندگان از سایر قومیت ها بودند. از نقطه نظر وضعیت اشتغال سفیران سلامت خانوار شرکت کننده در مطالعه مشاهده گردید که ۷۳۸ نفر (۴۳/۲۱ درصد) از شرکت کنندگان، خانه دار بودند. هم چنین ۶۸۲ نفر (۳۹/۹۳ درصد)، ۱۱۳ نفر (۶/۶۲ درصد)، ۳۸ نفر (۲/۲۲ درصد)، ۲۳ نفر (۱/۳۵ درصد)، ۲۰ نفر (۱/۱۷ درصد) و ۱۷ نفر (۱ درصد) به ترتیب شغل خود را کارمند، آزاد، محصل، بازنشسته، کارگر و کشاورز یا دامدار عنوان کردند و تعداد ۷۷ نفر (۴/۵۱ درصد) از شرکت کنندگان در مطالعه در دسته بندی مشاغل، در طبقه سایر مشاغل قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت شناختی سفیران سلامت

متغیر	زیر گروه ها	تعداد (درصد)
استان	گلستان	۹۸۷ (۵۷/۸)
	مازندران	۷۲۱ (۴۲/۲)
محل سکونت	شهر	۷۲۳ (۴۲/۳۳)
	روستا	۹۸۵ (۵۷/۶۶)
جنسیت	زن	۱۴۳۹ (۸۴/۲۵)
	مرد	۲۶۹ (۱۵/۷۴)
تحصیلات	ابتدایی/ نهضت	۲۵ (۱/۴۶)
	راهنمایی	۲۲۴ (۱۳/۱۱)
	دبیرستان / دیپلم	۶۵۹ (۵۸/۳۸)
	کاردانی / کارشناسی	۶۸۵ (۴۰/۱)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۱۵ (۶/۷۳)
قومیت	فارس	۸۹۱ (۵۲/۱۶)
	ترکمن	۵۷۳ (۳۳/۵۴)
	سیستانی	۱۲۲ (۷/۱۴)
	بلوچ	۲۷ (۱/۵۸)
	سایر	۹۵ (۵/۵۶)
شغل	خانه دار	۷۳۸ (۴۳/۲)
	کارمند	۶۸۲ (۳۹/۹۲)
	آزاد	۱۱۳ (۶/۶۱)
	محصل	۳۸ (۲/۲۲)
	بازنشسته	۲۳ (۱/۳۵)
	کارگر	۲۰ (۱/۱۷)
	کشاورز / دامدار	۱۷ (۰/۹۹)
	سایر	۲۷ (۱/۵۱)

طیف لیکرت بود. امتیاز تاثیر بیش از ۱/۵، موجب حفظ آیتم شد. در پایان تمامی ۳۰ آیتم ضریب تاثیر بیش تر از ۱/۵ را کسب کردند و حفظ شدند. هم چنین برای سنجش پایایی، پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از سفیران سلامت خانوار قرار داده شد. با انجام پیش آزمون و باز آزمون، پایایی ابزار با محاسبه همبستگی درون خوشه ای (Intra Class Correlation: ICC) و انسجام درونی (ضریب آلفای کرونباخ) تعیین شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که نشان دهنده پایایی قابل قبول ابزار بود. سپس به منظور به دست آوردن همبستگی درون خوشه ای، پرسشنامه در دو مرحله با فاصله زمانی ۲ هفته بین ۱۵ نفر از شرکت کنندگان توزیع شد که شاخص ICC برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده ها، با توجه به عدم برقراری نرمال بودن داده ها، برای مقایسه میانگین امتیاز اولویت های آموزشی در بین دو گروه از آزمون یو من ویتنی و برای مقایسه در بیش از دو گروه، از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. سطح معنی داری تمامی آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

با توجه به اطلاعات به دست آمده از مطالعه حاضر، میانگین سن سفیران سلامت خانوار شرکت کننده در مطالعه برابر با $38/11 \pm 9/64$ سال بود. تعداد ۹۸۷ نفر (۵۷/۸ درصد) از افراد شرکت کننده در مطالعه از سفیران سلامت خانوار استان گلستان و ۷۲۱ نفر (۴۲/۲ درصد) از آنان از سفیران سلامت استان مازندران بودند. از نظر محل سکونت، ۷۲۰ نفر (۴۲/۲ درصد) از آن ها ساکن شهر و ۹۸۵ نفر (۵۷/۸ درصد) ساکن روستا بودند. هم چنین از نظر جنسیت شرکت کنندگان در مطالعه، ۱۴۳۹ نفر (۸۴/۳ درصد) زن و ۲۶۹ نفر (۱۵/۷ درصد) مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۵ نفر (۱/۴۴ درصد) سواد ابتدایی یا نهضت، ۲۳۰ نفر (۱۳/۲۷ درصد) سواد راهنمایی، ۶۶۶ نفر (۳۸/۴۳ درصد) سواد دبیرستان یا دیپلم، ۶۹۵ نفر (۴۰/۱)

هم‌چنین با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲، که حاصل نیازسنجی آموزش خودمراقبتی از دیدگاه سفیران سلامت خانوار می‌باشد نشان داده شد که موضوعات استرس و اضطراب، تغذیه سالم، مهارت‌های زندگی، فرزندپروری، بهداشت آب، کم‌حرکی، افسردگی، مشکلات عضلانی، ویتامین‌ها، و سلامت دهان و دندان به‌عنوان ۱۰ اولویت اول موضوعات آموزش خود مراقبتی توسط سفیران سلامت خانوارها عنوان شدند.

جدول شماره ۲: اولویت‌های آموزشی در زمینه خود مراقبتی از دیدگاه سفیران سلامت

اولویت	موضوع آموزشی	میانگین رتبه ای
۱	استرس و اضطراب	۲۳/۹۸
۲	تغذیه سالم	۲۳/۹۶
۳	مهارت زندگی	۲۳/۲
۴	مهارت فرزندپروری	۲۲/۶۱
۵	بهداشت آب	۲۱/۵۸
۶	کم تحرکی	۲۱/۳۸
۷	افسردگی	۲۱/۲۹
۸	مشکلات اسکلتی	۲۱/۰۹
۹	ویتامین‌ها	۲۰/۷۵
۱۰	سلامت دهان و دندان	۲۰/۴۴
۱۱	فشار خون بالا	۲۰/۳۵
۱۲	بیماری‌های قلب و عروقی	۲۰/۲۳
۱۳	اضافه وزن و چاقی	۱۹/۹۹
۱۴	فضای مجازی	۱۹/۸۲
۱۵	دیابت	۱۹/۱
۱۶	زباله	۱۸/۸۵
۱۷	سرطان	۱۸/۶۳
۱۸	باروری	۱۸/۱۵
۱۹	پاپ اسمیر	۱۸/۰۶
۲۰	حوادث کودکان	۱۷/۶۷
۲۱	فاضلاب	۱۷/۶۵
۲۲	بیماری‌های	۱۷/۴۳
۲۳	بیماری‌های تنفسی	۱۷/۱۴
۲۴	محیط مدرسه	۱۷/۰۱
۲۵	حوادث ترافیک	۱۶/۸۳
۲۶	دارو	۱۶/۷۷
۲۷	اعتیاد	۱۶/۵۸
۲۸	سقوط سالمندان	۱۶/۴۲
۲۹	خودکشی	۱۶/۲۳
۳۰	دخانیات	۱۵/۸۱
۳۱	سموم کشاورزی	۱۵/۳۸
۳۲	فضولات دامی	۱۵/۳۲
۳۳	آلودگی هوا	۱۴/۳۸
۳۴	شپش	۱۴/۲۷
۳۵	بیماری سل	۱۴/۰۷
۳۶	تب مالت	۱۳/۵۸

موضوعاتی همچون فشارخون بالا، بیماری‌های قلبی عروقی، اضافه وزن و چاقی، فضای مجازی، دیابت، دفع زباله، سرطان‌ها، باروری، پاپ اسمیر و حوادث کودکان در اولویت‌های ۱۱ تا ۲۰ قرار گرفتند. در حالی که موضوعات آموزش خود مراقبتی در زمینه فاضلاب،

بیماری‌های، بیماری‌های تنفسی، محیط مدرسه، حوادث ترافیکی، دارو، اعتیاد، سقوط سالمندان، خودکشی، دخانیات، سموم کشاورزی، فضولات دامی، آلودگی هوا، شپش، سل، و تب مالت جزو اولویت‌های ۲۱ تا ۳۶ جای گرفتند. با توجه به یافته‌های جدول شماره ۳، با مقایسه ده اولویت آموزشی خود مراقبتی بین سفیران سلامت دو استان گلستان و مازندران، میانگین رتبه‌ای امتیاز سفیران سلامت مازندران و گلستان به اولویت استرس و اضطراب به ترتیب برابر با ۸۹۲/۹۳ و ۸۶۵/۹۸ به دست آمد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P=0/005$). هم‌چنین دو استان از نظر میانگین رتبه‌ای مهارت فرزند پروری ($P=0/029$) و افسردگی ($P=0/001$) با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند. با مقایسه میانگین امتیاز اولویت‌های آموزشی براساس محل سکونت، مشاهده شد که سفیران سلامت ساکن شهر با سفیران سلامت ساکن روستا از نظر میانگین نمره استرس و اضطراب با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار داشتند. به‌طوری‌که میانگین امتیاز این اولویت در ساکنین شهر (۹۱۱/۲۹) بالاتر از ساکنین روستا (۸۱۰/۳۹) بود. هم‌چنین برای اولویت مهارت زندگی، میانگین امتیاز سفیران سلامت شهر (۹۰۱/۹۶) به‌طور معنی‌داری بالاتر از میانگین امتیاز همین اولویت در سفیران سلامت روستا (۸۱۷/۲۱) بود ($P<0/001$). در زمینه جنسیت شرکت کنندگان و ارتباط آن با اولویت‌های آموزش خود مراقبتی، مشاهده شد که تقریباً در تمامی ده اولویت اول آموزشی، میانگین رتبه‌ای در زنان بالاتر از مردان بوده و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/005$). در ارتباط با تحصیلات سفیران سلامت و تاثیر آن بر نیازسنجی آموزش خود مراقبتی مشاهده شد که تنها برای استرس و اضطراب ($P=0/023$)، و کم‌حرکی ($P=0/005$) بین سطح تحصیلات مختلف سفیران سلامت، تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشته است به‌طوری‌که برای اولویت استرس و اضطراب، با بالا رفتن سطح تحصیلات، میانگین رتبه‌ای افزایش یافت. هم‌چنین در زمینه کم‌حرکی، با بالا رفتن سطح تحصیلات، نمره‌ی اولویت آموزشی با افزایش همراه بود.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین رتبه ای ده اولویت آموزشی خود مراقبتی بر اساس زیر گروه های جمعیت شناختی سفیران سلامت خانوار

متغیر	زیر گروه ها	اولویت های نیازسنجی شده									
		استرس و اضطراب	تغذیه سالم	مهارت زندگی	مهارت فرزندپروری	بهداشت آب	کم تحرکی	افسردگی	مشکلات اسکلتی	ویتامین ها	سلامت دهان و دندان
استان	گلستان	۸۲۶/۴۲	۸۶۵/۹۸	۸۵۷/۴۸	۸۷۶/۵	۸۷۰/۱۷	۸۳۹/۳۴	۸۲۰/۶۹	۸۴۱/۰۵	۸۴۷/۰۹	۸۵۸/۷
	مازندران	۸۹۲/۹۳	۸۳۸/۷۹	۸۵۰/۴۱	۸۲۴/۳۹	۸۳۰/۳۱	۸۷۵/۲۵	۹۰۰/۷۸	۸۷۲/۹۱	۸۷۱/۴۹	۸۴۸/۷۵
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۵	۰/۳۵۵	۰/۷۶۸	۰/۰۲۹	۰/۰۷۹	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸۴	۰/۲۱۹	۰/۶۷۸
محل سکونت	شهر	۹۱۱/۲۹	۸۷۳/۰۳	۹۰۱/۹۶	۸۹۴/۳۳	۸۵۸/۶۸	۸۶۴/۴	۸۸۹/۶۸	۸۹۰	۸۴۷/۳۳	۸۵۰/۶
	روستا	۸۱۰/۳۹	۸۳۸/۳۶	۸۱۷/۲۱	۸۲۲/۷۹	۸۴۸/۸۵	۸۴۴/۳۵	۸۲۶/۱۹	۸۴۵/۹۵	۸۵۶/۸۵	۸۵۴/۷۶
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۱۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۳	۰/۶۸۰	۰/۳۹۲	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳	۰/۸۶۲
جنسیت	زن	۸۷۵/۰۶	۸۶۶/۶۶	۸۷۶/۴۲	۸۷۱/۷۹	۸۶۶/۸۹	۸۶۱/۵۵	۸۶۲/۸۹	۸۷۳/۵۸	۸۷۱/۳۳	۸۶۹/۳۳
	مرد	۷۴۴/۵۴	۸۰۰/۱۳	۷۳۷/۲۴	۷۶۱/۹۸	۷۸۸/۲۳	۸۱۶/۷۹	۸۰۹/۶۴	۷۵۲/۴۴	۷۶۲/۳۴	۷۴۶/۶۴
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	۰/۱۶۹	۰/۱۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴
تحصیلات	ابتدایی	۵۵۹/۲	۸۰۰/۵۸	۷۹۴/۳	۷۰۴/۵۲	۶۹۶/۲۲	۵۶۷/۷۶	۶۱۲/۶۴	۷۴۰/۰۶	۶۷۲/۱۲	۸۱۵/۹۲
	راهنمایی	۷۵۴	۸۲۲/۰۹	۷۵۷/۳۸	۷۶۶/۹۱	۷۵۵/۷۵	۷۱۹/۴۱	۷۷۸/۸۸	۸۱۹/۰۱	۷۷۷/۵۷	۸۰۱/۷
	دیپلم	۷۹۵/۹۱	۷۸۸/۱۴	۷۸۶/۶۷	۷۹۹/۷۱	۸۱۹/۲۸	۸۰۵/۳۶	۸۰۵	۸۱۰/۶۵	۸۱۳/۱۱	۸۱۳/۲۲
	کاردانی/کارشناسی	۷۴۹/۷۹	۸۴۰/۵	۷۵۲/۵	۸۲۴/۴۳	۷۶۸/۸۶	۸۰۸	۷۶۵/۱۴	۸۷۴/۵۷	۹۹۸/۶۴	۶۳۶/۳۳
	کارشناسی ارشد	۸۲۵/۵۱	۸۱۲/۸۵	۸۲۴/۸۷	۸۱۲/۰۸	۷۹۱/۵۷	۸۲۵/۷۶	۸۰۷/۳۸	۷۸۴/۴۵	۷۹۵/۵	۷۸۶/۶۶
	سطح معنی داری	۰/۰۳۳	۰/۶۲۴	۰/۳۴۴	۰/۶۱۴	۰/۵۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۹۷	۰/۷۱۳	۰/۳۵۸	۰/۷۳۳
قومیت	فارس	۸۰۲/۶۵	۸۰۱/۱۵	۷۸۵/۱۷	۷۹۹/۵۵	۸۰۳/۳۷	۷۸۷/۸۶	۷۸۷/۰۹	۸۰۲/۴۵	۷۹۵/۵۴	۸۰۴/۷۵
	ترکمن	۷۴۱/۸۷	۷۳۹/۶۱	۷۵۵/۸۷	۷۳۴/۶۴	۷۲۳/۹۹	۷۷۱/۲۶	۷۳۳/۷۲	۷۳۷/۱۸	۷۳۸/۰۹	۷۰۶/۳۳
	سیستانی	۷۳۱/۷۳	۷۴۸/۹۴	۷۹۵/۵۷	۷۸۹/۸	۷۹۵/۸۹	۷۵۵/۵۴	۷۵۴/۴۲	۷۱۸/۷۴	۷۸۹/۰۹	۸۲۶/۵۵
	بلوچ	۶۶۸/۷۶	۷۴۳/۶۳	۷۹۲/۵۲	۶۵۳/۶۵	۶۹۰/۷۴	۶۲۴/۵۲	۶۸۰/۶۵	۷۵۵/۴۱	۷۱۳/۷۳	۶۶۳/۳
	سایر	۷۶۴/۹	۷۶۴/۴۷	۷۶۲/۵	۷۱۵/۳۳	۶۶۶/۶۷	۶۲۷/۵۵	۷۲۱/۰۵	۸۱۱/۴۲	۷۵۱/۱۲	۶۷۱/۲
	سطح معنی داری	۰/۰۷۱	۰/۱۲۵	۰/۸۳۱	۰/۰۶۷	۰/۰۱۷	۰/۲۴۱	۰/۶۱۳	۰/۶۶۸	۰/۲۵۳	۰/۰۰۲
شغل	خانه دار	۶۰۸/۴۴	۸۴۷/۵۷	۸۴۰/۰۶	۸۴۰/۵۳	۸۶۸/۸۷	۸۰۱/۷	۷۹۰/۲۴	۸۲۴/۷۳	۸۶۸/۳	۸۷۲/۱۶
	کارمند	۹۲۲/۲۹	۸۴۵/۷۵	۸۷۳/۴۴	۸۲۵/۴۹	۹۳۱	۹۰۹/۳۵	۹۳۷/۹۴	۹۰۹/۳۵	۸۳۷/۸۲	۸۳۷/۸۶
	آزاد	۸۲۷/۷۶	۹۲۹/۶۹	۸۶۵/۹	۸۵۸/۱۵	۹۱۰/۹۸	۸۰۴/۱۵	۸۶۸/۳۸	۸۴۸/۰۶	۸۴۶/۶۸	۸۹۴/۲۸
	محصل	۸۳۳/۷۶	۹۰۱/۹۳	۷۵۷/۰۹	۸۳۶/۶۸	۹۰۲/۰۳	۷۹۲/۸۳	۷۹۵/۰۳	۷۴۵/۲۴	۸۹۰/۴۹	۸۸۵/۱۶
	بازنشسته	۶۷۸/۹۸	۷۵۰/۲۲	۶۸۴/۸۳	۶۹۶/۲۲	۷۶۸/۷	۷۶۵/۴۱	۷۲۱/۱۱	۶۸۴/۵۹	۷۸۸/۷۴	۶۸۱/۳۵
	کارگر	۶۷۹/۷۳	۷۶۹/۵	۸۱۶/۵۸	۸۲۵/۹	۶۱۶/۱	۶۴۰/۹۲	۶۶۳	۶۱۶/۱	۵۶۴/۴	۶۷۹/۲۵
	کشاورز/دامدار	۵۸۱/۸۲	۶۸۲/۸۸	۶۱۸/۸۵	۵۴۴/۷۶	۶۸۶/۲۹	۶۶۸/۷۴	۶۵۸/۴۴	۷۰۷/۵۳	۵۱۳/۶۵	۶۵۲/۰۹
	سایر	۹۲۲/۱۹	۹۵۵/۸۹	۸۴۴/۲۹	۹۴۷/۱۷	۹۹۵/۴	۹۱۴/۸۴	۸۴۴/۲۷	۸۴۴/۲۷	۹۹۷/۵۵	۹۰۱/۰۴
	سطح معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۱۶۲	۰/۰۴۷	۰/۰۵۵	۰/۰۰۹	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰

*: U Mann-Withney ***: Kruskal-Wallis H

مهارت های زندگی، فرزندپروری، آب، کم تحرکی، افسردگی، مشکلات عضلانی، ویتامین ها، و سلامت دهان و دندان به عنوان ده اولویت اول موضوعات آموزش خود مراقبتی از دیدگاه سفیران سلامت خانوارها عنوان شد.

با بررسی پایگاه های داده داخلی و خارجی معتبر، مطالعه ای که اولویت های آموزش خودمراقبتی را از دیدگاه سفیران سلامت تعیین کرده باشد، یافت نشد. مطلق و همکاران مطالعه ای با هدف نیازسنجی و تعیین اولویت های آموزشی سلامت جوانان انجام دادند که یافته های آنان نشان داد مهم ترین نیازهای آموزشی مرتبط با سلامت جوانان در تمامی مراکز، آموزش مهارت های زندگی بود. هم چنین مهم ترین خدمات بهداشتی اولیه از

با مقایسه میانگین نمره اولویت های آموزشی بر حسب قومیت شرکت کنندگان در مطالعه مشاهده شد که بر حسب قومیت های مختلف، در آیتم بهداشت آب، بین گروه های قومیتی تفاوت آماری معنی دار وجود دارد به طوری که امتیاز آن به ترتیب در قومیت های فارس (۸۰۳/۳۷)، سیستانی (۷۹۵/۸۹)، ترکمن (۷۲۳/۹۹)، و بلوچ (۶۹۰/۷۴) به دست آمد ($p=۰/۰۱۷$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف الویت بندی موضوعات خود مراقبتی جهت تدوین محتوای آموزشی از دیدگاه سفیران سلامت خانوار انجام شد. نیازسنجی حاصل از مطالعه حاضر نشان داد موضوعات استرس و اضطراب، تغذیه سالم،

دیدگاه جوانان، معاینات دوره‌ای و بیش‌ترین خدمات مشاوره‌ای مورد نیاز، مهارت‌های قبل از ازدواج عنوان گردید (۱۷). هر چند که جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی مورد اشاره، جوانان بوده‌اند و نیازسنجی آنان فقط از دیدگاه این گروه سنی صورت گرفته است؛ اما با توجه به اهمیت گروه سنی جوانان، نیازهای آموزشی تعیین شده در مطالعه آنان می‌تواند قسمت مهمی از اولویت‌های آموزشی جامعه را دربرگیرد. و همان‌طور که مشاهده می‌شود مهارت‌های زندگی که به عنوان اولویت سوم در مطالعه‌ی حاضر تعیین گردید، در مطالعه‌ی مطلق و همکاران نیز به عنوان اولین اولویت آموزشی مطرح شده است. در مطالعه‌ی دیگری که توسط Li و همکاران انجام شد، نیازسنجی آموزش بهداشت در جامعه، نشان داد بیماری‌های قلبی عروقی و آموزش عوامل خطر این بیماری‌ها (سیگار، الکل، و کم‌تحركی) به عنوان نیازهای آموزشی دارای اولویت انتخاب شدند (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر، بیماری‌های قلبی عروقی در اولویت یازدهم جای گرفته است، اما با توجه به این که کم‌تحركی به عنوان یکی از عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی در اولویت‌های آموزشی آنان بوده است و در مطالعه‌ی حاضر نیز کم‌تحركی در رتبه ششم از اولویت‌های نیازسنجی قرار گرفته است؛ می‌توان گفت که هر دو مطالعه به نوعی بر روی موضوعات مربوط به سبک زندگی و عوارض قلبی عروقی ناشی از آن همسو بوده‌اند.

رحیمی و همکاران نیز مطالعه‌ای را با هدف تعیین اولویت‌های سلامت روان در ایران انجام دادند که نتایج مطالعه‌ی آنان نشان داد ۶ اولویت مرتبط با سلامت روان شامل افسردگی، اعتیاد، خودکشی، خشونت‌های خانگی، رفتارهای پرخطرگرانه، و سوء مصرف مواد دارای بیش‌ترین اهمیت از دیدگاه شرکت‌کنندگان در مطالعه بودند (۱۹). با وجود این که مطالعه‌ی مورد اشاره، در زمینه‌ی موضوعات حوزه‌ی سلامت روان بوده است؛ اما همان‌طور که مشاهده می‌شود مقوله‌ی افسردگی در مطالعه آنها به‌عنوان اولین اولویت در حیطه سلامت روان قرار

گرفته است و همین عنوان در مطالعه‌ی حاضر به‌عنوان اولویت هفتم از کل ۳۶ عنوان انتخاب شده است که این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت افسردگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت عمومی تلقی گردیده و نیاز به آموزش‌های بیش‌تر در زمینه پیشگیری و درمان افسردگی را نشان دهند. هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط مختاری و همکاران در آذر شهر صورت گرفت، عدم دفع صحیح فاضلاب، نبودن فضای تفریحی و ورزشی، سگ‌های ولگرد، خیابان‌های باریک، عدم تجهیز بیمارستان، ازدواج زود هنگام و اجباری دختران، و افسردگی فراوان در جوانان و نوجوانان جزو اولویت‌های بهداشتی منطقه شناسایی شد هر چند که مطالعه مختاری و همکاران در زمینه اولویت‌های بهداشتی بوده است و نیازسنجی آموزشی انجام نگرفته است اما با نگاه به اولویت‌های بهداشتی در این مطالعه می‌توان دریافت که اولویت‌هایی همچون عدم دفع صحیح فاضلاب، ازدواج زود هنگام و اجباری دختران و شیوع بالای افسردگی در جوانان و نوجوانان، مواردی هستند که می‌توان از طریق آموزش بهداشت به جامعه، شدت و فراوانی آنها را کاهش داد (۲۰).

مطالعات دیگری در زمینه اولویت‌های بهداشتی و تعیین نیازهای آموزشی برای گروه‌های هدف مختلف صورت گرفته است که البته از نظر جامعیت نیازسنجی آموزشی، همتای مطالعه حاضر نیستند. Archer و همکاران به منظور یافتن وضعیت سلامت دهان در جامعه، مطالعه‌ای را بر روی میزان آگاهی و نیازسنجی آموزش بهداشت دهان در سفیران سلامت انجام دادند که نتایج مطالعه آنها نشان داد ۹۱ درصد سفیران سلامت با مشکلات بهداشت دهان در اطرافیان خود روبرو شده‌اند که اغلب به دلیل نداشتن دانش کافی، نتوانسته‌اند ارزیابی صحیحی از وضعیت سلامت دهان و دندان آنها داشته باشند (۲۱). این یافته، نیاز سفیران سلامت برای آموزش در زمینه بهداشت دهان و دندان را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر نیز موضوع سلامت دهان و دندان در

و افسردگی و هم‌چنین موضوعات مربوط به سبک زندگی افراد همچون تغذیه سالم، و کم‌حرکی، و مشکلات اسکلتی جزو اولویت‌های نیازسنجی شده برای آموزش جامعه تعیین گردیده است. با توجه به منابع محدود مالی و نیروی انسانی، نیاز است تا آموزش‌های خود مراقبتی بر اساس نیازسنجی علمی صورت گیرد؛ چرا که با این روش از یک طرف بخش مهم نیازهای بهداشتی جامعه پاسخ داده می‌شود و از طرف دیگر موضوعاتی که دارای اولویت هستند مورد هدف برنامه‌های آموزشی قرار خواهند گرفت.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در رشته‌ی آموزش و ارتقاء سلامت در دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد طرح تحقیقاتی ۱۸۱۷۴ است. مجوز اخلاق در پژوهش از کمیته اخلاق (کد اخلاق: IR.MAZUMS.REC.1402.232) دانشگاه علوم پزشکی مازندران اخذ گردید. بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به جهت تامین مالی طرح حاضر و هم‌چنین از سفیران سلامت خانوار دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران و گلستان که در این مطالعه همکاری لازم را داشتند تقدیر و تشکر می‌نمایم.

اولویت دهم از ۳۶ اولویت آموزش خود مراقبتی قرار گرفت که نشان‌دهنده اهمیت سلامت دهان و دندان در بین موضوعات مختلف آموزش خود مراقبتی می‌باشد. خود مراقبتی می‌تواند باعث تقویت سلامت افراد و جامعه گردد. خود مراقبتی هم‌چنین موجب می‌شود تا سیستم‌های مراقبت بهداشتی با کم‌ترین منابع، خدمات بهداشتی اولیه را در جامعه اجرا نموده و مراقبت‌های بهداشتی اولیه بهترین نتایج را در سلامتی جامعه ایجاد نمایند (۴). به‌طور حتم، توانمندسازی جامعه در امر خود مراقبتی، آن هم در راستای اولویت‌های بهداشتی جامعه، باعث پیشگیری از بخش عمده‌ای از بار بیماری‌ها در جامعه می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعه این است که پرسشنامه حاضر تنها بر مبنای نظرات متخصصین که مبتنی بر شرایط جاری سفیران سلامت خانوار استان‌های مازندران و گلستان در بعد رفتار خودمراقبتی و هم‌چنین برنامه‌ها و دستورالعمل‌های جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است، طراحی شد. انجام روایی سازه پرسشنامه در نمونه‌های بیش‌تر و هم‌چنین بومی‌سازی پرسشنامه در سایر استان‌ها با ویژگی‌های فرهنگی متفاوت بر مبنای نیازهای خود مراقبتی سفیران سلامت خانوار پیشنهاد می‌گردد. با توجه به یافته‌های مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود که موضوعات مربوط به سلامت روان نظیر استرس، اضطراب،

References

1. Montgomery HE, Haines A, Marlow N, Pearson G, Mythen MG, Grocott M, et al. The future of UK healthcare: problems and potential solutions to a system in crisis. *Ann Oncol* 2017; 28(8): 1751-1755.
2. Bell J, Dziekan G, Pollack C, Mahachai V. Self-care in the twenty first century: a vital role for the pharmacist. *Adv Ther* 2016; 33: 1691-1703.
3. Validabady Z, Lotfi M. The needs of self-care and community mental health education. *SJSPH* 2022; 20(1): 81-96.
4. World Health Organization. Self-care for health and well-being. 2024. Available from: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1. Accessed June 2, 2024.
5. Valizadeh s, Soheili A, Moghbeli G, Aliafsari E. Applicability of orem's self-care model in Iran: an integrated review. *Nursing Midwifery J* 2017; 15(4): 313-328.

6. Jahanpeyma P, Akbari M. The effect of Orem's self-care education on interdialytic weight and blood pressure changes in hemodialysis patients. *Int J Med Res Health Sci* 2016; 5(7): 294-299.
7. Zareipour M, Jadgal M, Movahed E. Health ambassadors role in self-care during COVID-19 in Iran. *J Miltry Med* 2020; 22(6): 672-674 (Persian).
8. Fallah M, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K. Effect of mindfulness-based self-care education on the quality of female nurses' life. *Avicenna J Nursing Midwifery Care* 2022; 30(3): 181-190.
9. Smelser NJ, Baltes PB. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. 1st ed. Amsterdam: Elsevier; 2001.
10. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd ed. Mumbai: Medknow; 2004.
11. Gharibi F, Kokhaei P, Kassaeian SS, Kahouei M, Moshiri E. The Impact of "Each Home as a Health Post" Program on Community Self-care Based on a Knowledge, Attitudes, and Practice Survey: A Study Protocol. *Journal of Rehabilitation and Health Studies*, 2022, 9.2.
12. Golestan University of medical sciences; Health Deputy. *Vebda.gums.ac.ir*. https://goums.ac.ir/page_arch.php?slc_lang=fa&sid=70
13. Solhi M, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Use of PRECEDE model for self-care educational need assessment among diabetic patients. *J Diabetes Nurs* 2017; 5(4): 295-306 (Persian).
14. Shakiba E, Shahabadi S, Marzbani B, Barkhordar Poor Eayvazi N. The effect of self-care training for health ambassadors on the number of doctor appointment due to the treatment of minor ailments. *Iran J Health Educ Health Promot* 2021; 9(1): 68-79 (Persian).
15. Rahmati M, Malekian F, Kaviani E. Needs assessment and presentation of a comprehensive model of mental and social health education for the families of Kermanshah prison staff. *Islamic-Iran Family Stud J* 2022; 2(1): 17-39 (Persian).
16. Farhadian A, Khorsandi M, Shamsi M, Almasi Hashiani A. The effect of health education based on the health belief model on influenza preventive behaviors in family health delegates in Bakhrez city. *Daneshvar Med* 2021; 29(5): 83-92 (Persian).
17. Motlagh ME, Rejaei L, Jonidi-Jafari A, Ardalan G, Dorouzi J, Sartipizadeh M, et al. Priorities in health education needs of youth based on needs assessment and stakeholder involvement, in areas covered by the health departments of Iran university of medical sciences. *J Educ Community Health* 2016; 3(1): 51-57 (Persian).
18. i Y, Cao J, Lin H, Li D, Wang Y, He J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 1-14.
19. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Hefazi M, Rafiey H, Shariat S V, Sharifi V, et al. National priority setting for mental health in Iran. *IJPCP* 2014; 20(3): 189-200.
20. Mokhtari M, Banaye Jeddi M, Majidi A, Jafari Khoenagh A, Holakoi Naeeni K. Community Assessment For Identification and Prioritization of Problems to Establish Health Promotion Operational Plans. *J Res Health* 2013; 3(1): 295-302.
21. Archer N, Martin K, Johnston L. Oral health ambassador scheme: training needs analysis in the community setting. *Br Dent J* 2022: 1-5.