

موانع آموزش سلامت در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی

رویا صادقی^۱، سارا مرتاض هجری^۲، الهام شکیبازاده^۱، عباس رحیمی فروشانی^۳، هاشم حشمتی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: علی‌رغم اهمیت آموزش سلامت، مطالعات نشان دهنده نارسایی آموزش سلامت، در نظام سلامت کشور ایران است، لذا مطالعه حاضر باهدف تبیین موانع آموزش سلامت در نظام سلامت ایران انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ۲۰ کارشناس سلامت و پزشک در سطوح مختلف نظام سلامت و ۲۶ بهروز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طرق مصاحبه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی جمع‌آوری گردید و به‌طور هم‌زمان به روش تحلیل کیفی قراردادی با استفاده از رویکرد Graneheim و Lundman تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ درون‌مایه موانع فردی (مهم‌ترین طبقات شامل توانمندی ناکافی در آموزش سلامت، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی و باورهای نادرست آموزش دهنده)، بین فردی (مهم‌ترین طبقات شامل ضعف سایر مراقبان سلامت در آموزش به‌روزان، ارتباط نادرست، تعهد کاری ضعیف و مشکلات مربوط به مراجعین)، سازمانی (مهم‌ترین طبقات شامل ضعف در توانمندسازی نیروی انسانی، حجم بالای کاری به‌روزان، مشکلات مربوط به منابع آموزشی و ارزشیابی و پایش نامناسب)، جامعه (مهم‌ترین طبقات شامل باور نداشتن به‌روزان توسط مردم، مشکلات اقتصادی مردم، مشکلات مربوط به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی) و موانع زمینه‌ای (مهم‌ترین طبقات شامل موانع مربوط به دانشگاه‌ها، موانع مربوط به صداوسیما، شکاف بین آموزش عملی و تئوری) استخراج شد.

نتیجه‌گیری: با توجه چند بعدی بودن موانع، تدوین و اجرای سندی جامع با مشارکت مسئولان، متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمت به‌منظور رفع موانع، پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش سلامت، موانع، نظام سلامت

ارجاع: صادقی رویا، مرتاض هجری سارا، شکیبازاده الهام، رحیمی فروشانی عباس، حشمتی هاشم. موانع آموزش سلامت در نظام سلامت ایران: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۸(۳): ۱۷-۳۰.

تاریخ چاپ: ۹۸/۹/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۱۸

- ۱- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۳- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۴- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Email: heshmatih1@gmail.com

نویسنده مسئول: هاشم حشمتی

مقدمه

پدیده‌هایی مانند مقاومت باکتریایی به آنتی‌بیوتیک‌ها، تغییرات ژنتیکی عوامل بیماری‌زا و پیدایش مجدد عوامل میکروبی، آینده درخشان‌رهای نسبی از بیماری‌های واگیر را تیره و تار کرده است (۱). از طرفی به دلیل تغییر در شیوه زندگی، اپیدمی‌های بسیار شدیدی در زمینه بیماری‌های مزمن به وجود آمده است و در صورت عدم کنترل، این اپیدمی‌ها بسیار شدیدتر خواهد شد (۲). از سویی علی‌رغم پیشرفت‌های زیست پزشکی و هزینه‌های گزاف آن، میزان مرگ‌ومیر در کشورهای پیشرفته و نیز امید به زندگی آن‌ها تغییر قابل قبولی نداشته است. همچنین امروز بدینی پیرامون پزشکی را فراگرفته؛ و علم پزشکی به دلیل ناتوانی در درمان برخی بیماری‌ها مانند سرطان‌ها و ایدز کم‌کم زیر سؤال رفته و مورد انتقاد قرار گرفته است (۳).

این حقایق تلخ بار سنگینی را بر دوش سیستم بهداشتی گذاشته است و اهمیت داشتن نیروهای بهداشتی توانمند به‌منظور پیشگیری از فجایع بهداشتی، اپیدمی‌های مرگبار و در صورت بروز، مقابله سریع با آن‌ها را بیش از هر زمان برجسته ساخته است. آقا ملایی عنوان می‌کند که بنا به گفته Califano «رسیدن به سلامت بهتر در آینده، تنها به وسیله آجرهای طلایی درمان و فناوری‌های پرهزینه امکان‌پذیر نخواهد بود، بلکه انقلاب بعدی در سلامت مردم از راه پیشگیری و ارتقاء سلامت به دست خواهد آمد». دیگر دانشمندان نیز به این نتیجه رسیده‌اند که فعالیت‌های آموزش بهداشت، ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری، بیشترین ظرفیت را برای کاهش بیماری، مرگ‌ومیر و هزینه‌های سرسام آور پزشکی دارد. همچنین بهترین امید برای بهبود دراز مدت کیفیت زندگی و سلامت جمعیت‌ها فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت است (۴).

آموزش بهداشت به‌عنوان اولین و مهم‌ترین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه در نظر گرفته شده است (۲). شاید تاکنون هیچ زمانی به‌منظور تسهیل تغییرات رفتاری، به این میزان تقاضا برای آموزش سلامت وجود نداشته است. با توجه به اهمیت موضوع، در دو دهه گذشته تحقیقات در زمینه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت به سرعت رشد کرده است و

آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، به‌عنوان راه‌هایی برای دستیابی به اهداف بهداشت عمومی؛ و بهبود موفقیت مداخلات بهداشت عمومی و پزشکی در سراسر جهان تشخیص داده شده‌اند (۵). از طرفی تعداد زیادی از آموزشگران سلامت، آموزش‌های تخصصی محدودی دارند (۶). همچنین مطالعه‌ای نشان داد کارکنان بهداشت عمومی با ارتباطات روزمره بیشتر، مانند پرستاران و آموزشگران بهداشت نیاز به آموزش بیشتری نسبت به سایر کارکنان دارند (۷). علی‌رغم اهمیت بسیار بالای آموزش سلامت، بر اساس مطالعات انجام شده در ایران (۱۳-۸) به نظر می‌رسد در کشور ما وضعیت آموزش سلامت بسیار نامطلوب است. مطالعه‌ای نشان داد کیفیت خدمات آموزشی ارائه شده به زنان باردار تنها در ۲۷/۹ درصد خوب بود (۸). مطالعه دیگری نشان داد، تنها ۱۳ درصد از افراد جامعه مورد مطالعه در زمینه اطلاعات بهداشتی دارای آگاهی خوب بودند (۹). در پژوهشی دیگر عنوان شد ۶۴ درصد کارکنان دوره‌های آموزش، اصول فرآیند یاددهی را طی نکرده بودند (۱۰). اگرچه مطالعات مختلفی به موضوع بررسی و توانمندسازی کارکنان سلامت در زمینه آموزش بهداشت و ارتباطات پرداخته‌اند (۲۳-۱۴)؛ اما به نظر می‌رسد نتایج مطالعات مختلف منجر به ارتقاء وضعیت آموزش سلامت در سیستم نشده است.

با توجه وضعیت نامطلوب آموزش سلامت در نظام سلامت، مطالعات مختلفی موانع آموزش سلامت را بررسی نموده‌اند؛ در مطالعه‌ای مدیریت سیستم بهداشتی درمانی، ضعف کارکنان بهداشتی درمانی، عوامل مربوط به مراجعه‌کنندگان، محیط فیزیکی و شرایط کار به‌عنوان مهم‌ترین موانع آموزش سلامت تشخیص داده شدند (۲۴). حکمت پو و همکاران نشان دادند عواملی مانند برنامه‌ریزی درسی و عملکرد دانشکده، سرفصل نامناسب درس فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار، کم توجهی به شرایط پرستاران بالینی، توجه نسبی به نیازهای آموزشی، فرهنگی و عادات بیمار و خانواده وی، مدیریت آموزشی، نگرش افراد شرکت‌کننده به آموزش مددجو، از آسیب‌های آموزش به مددجو هستند (۲۵). اشقلی فراهانی و همکاران نشان دادند مدیریت ناکارآمد، فرهنگ سازمانی نامناسب و موانع

روش

در این مطالعه کیفی که به روش تحلیل محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۷ انجام شد، ۲۰ نفر از کارشناسان سلامت و پزشکان (۵ کارشناس از معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، ۴ کارشناس از معاونت بهداشتی دانشگاه، ۲ نفر پزشک مرکز جامع سلامت، ۵ کارشناس مربی آموزشگاه بهورزی و ۴ کارشناس مرکز جامع سلامت) برای شرکت در مصاحبه؛ و ۲۶ نفر از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، جهت شرکت در جلسات بحث گروهی انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، حداقل ۶ ماه سابقه کار، تمایل افراد به شرکت در مصاحبه و بحث‌های گروهی و داشتن توانایی در بیان تجارب، نظرات و دیدگاه‌های خود بود. معیارهای خروج شامل عدم تمایل افراد جهت ادامه همکاری در مطالعه و عدم رضایت جهت ضبط مصاحبه و بحث‌های گروهی بود. برای انتخاب شرکت‌کنندگان در مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند با رعایت حداکثر تنوع استفاده شد. تنوع انتخاب مصاحبه‌شوندگان از تمام سطوح نظام سلامت؛ و تنوع بهورزان از نظر سطح تحصیلات، سابقه کار و مناطق مختلف تحت پوشش دانشگاه بود.

برای جمع‌آوری داده از روش‌های مصاحبه نیمه ساختاریافته و بحث گروهی متمرکز استفاده شد. جلسات بحث گروهی متمرکز و انجام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر مسئول (نویسنده پنجم) انجام شد، بدین صورت که در ابتدای هر جلسه پژوهشگر خودش را معرفی می‌نمود و توضیحاتی در خصوص اهداف مطالعه و هدف از برگزاری جلسه ارائه می‌کرد. در این مرحله از مطالعه نیز به منظور حصول اطمینان از ثبت دقیق و کامل جلسات، با کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، جلسات مصاحبه و بحث گروهی ضبط شد. با توجه به شرایط و آمادگی شرکت‌کنندگان طول مدت هر جلسه مصاحبه و بحث گروهی به‌طور تقریبی به ترتیب بین ۴۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه و بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه بود. برگزاری جلسات تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از ۵ جلسه بحث گروهی، داده‌ها تکرار شد ولی برای اطمینان بیشتر جمع‌آوری داده‌ها تا ۶ جلسه بحث گروهی با ۶ گروه (یک گروه ۶ نفری از مردان،

فرهنگی، مانع اصلی آموزش مؤثر به بیمار هستند (۲۶). Rubio-Valera و همکاران با بررسی مطالعات کشورهای مختلف جهان در یک مرور نظام‌مند نشان دادند، عواملی که بر فعالیت‌های پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت تأثیرگذار هستند در ۵ سطح مدل اکولوژیک شامل عوامل فردی (باورهای حرف‌های در مورد پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت، تجارب، مهارت‌ها، دانش و خود پنداره)، فرآیندهای بین فردی (نگرش‌ها و رفتار بیماران، متخصصان، مدیران و همکاران) نسبت به پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت، عوامل مربوط به مؤسسه یا سازمان (حجم کاری بالا، فقدان زمان و منابع و تسلط زیست پزشکی)، عوامل مربوط به اجتماع (ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی بیمار، منابع محلی، پیام‌های رسانه‌های جمعی، کمپین‌های صنعت داروسازی، اهمیت دادن به پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت در برنامه درسی دانشگاه) و عوامل مربوط به سیاست عمومی (تأثیر سیاست‌ها بر توزیع منابع و نهایتاً تأثیر بر اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه و ارتقاء سلامت) هستند (۲۷).

اگر چه مطالعات گوناگونی موانع آموزش سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ اما به نظر می‌رسد مطالعات انجام شده در ایران بیشتر در سطح ارائه خدمت (واحد‌های بهداشتی درمانی و بیمارستان)، این موضوع را بررسی نموده‌اند و تاکنون مطالعه‌ای جامع، موانع آموزش سلامت را در سطوح مختلف نظام سلامت ایران (از وزارتخانه تا خانه بهداشت) مورد بررسی قرار نداده است. از سویی با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت‌های مربوط به نظام‌های ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف، بررسی موضوع در هر کشوری ضروری است؛ بنابراین با توجه به پیچیدگی موضوع آموزش سلامت، برای تعیین موانع به‌طور دقیق و عمیق انجام مطالعه کیفی ضروری به نظر می‌رسد، لذا به منظور دستیابی به واقعیت مشکلات آموزش سلامت از دیدگاه کارکنان و مراقبان سلامت در تمام سطوح نظام سلامت، مطالعه حاضر باهدف تبیین موانع آموزش سلامت در نظام سلامت ایران از دیدگاه کارشناسان سلامت، پزشکان و بهورزان طراحی و اجرا شد.

ثبت شده، داده‌ها به نرم‌افزار MAXQDA10 منتقل شد و فرآیند کدگذاری و تجزیه و تحلیل با استفاده از این نرم‌افزار صورت گرفت. بدین صورت که متون به دقت مطالعه شد و کدهای اولیه استخراج گردید. این روند هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام شد و کدگذاری داده‌ها تا پایان مرحله جمع‌آوری داده‌ها ادامه داشت، سپس کدهای اولیه جزئی‌تر در زیرمجموعه کدهای اولیه کلی‌تر دسته‌بندی شدند و کدهای مشابه در یک گروه دسته‌بندی گردید و زیر طبقات شکل گرفت. در گام بعدی زیر طبقات مشابه در یک گروه قرار گرفتند و طبقات اصلی شکل گرفت و در گام بعدی درون‌مایه‌ها استخراج شد. لازم به ذکر است در طول فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، محقق هر نوع اندیشه و جرقه‌های ذهنی مرتبط با داده‌ها را که به ذهن می‌رسید، یادداشت نمود و برای مصاحبه بعدی از آن‌ها استفاده کرد (۲۹).

به‌منظور تأیید صحت و استحکام علمی نتایج از معیارهای مقبولیت (Credibility)، اعتماد (Dependability)، تأیید پذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) که توسط Guba و Lincoln پیشنهاد شده است، استفاده شد (۲۹، ۳۰).

به‌منظور بررسی مقبولیت داده‌ها، علاوه بر پژوهشگر اصلی اعضای تیم تحقیق (محققان چندگانه) نیز در مراحل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها نظارت و مشارکت فعال و مستمر داشتند. منابع اطلاعات چندگانه مورد استفاده قرار گرفت؛ بدین صورت که مصاحبه با کارشناسان سلامت در تمام سطوح نظام سلامت که دارای تجربه مستقیم و غیر مستقیم با موضوع بودند انجام شد. از طرفی روش‌های دوگانه بحث گروهی و مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. به‌علاوه کدهای استخراج شده در اختیار تعدادی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه قرار گرفت؛ و همسانی کدها با تجارب بیان شده آن‌ها ارزیابی شد.

به‌منظور لحاظ نمودن اعتماد مطالعه، متون پیاده شده بحث‌های گروهی و مصاحبه‌ها، مجدداً پس از چند روز کدگذاری گردید و نتایج دو کدگذاری باهم مقایسه شد و با عنایت به ثبات و هماهنگی کدها، اعتماد مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. به‌منظور تأیید پذیری مطالعه، در زمان جمع‌آوری

یک گروه ۵ نفری از مردان، یک گروه ۵ نفری از زنان، یک گروه ۳ نفری از زنان، یک گروه ۴ نفری از زنان و یک گروه ۳ نفری از دو مرد و یک زن) ادامه داشت. در مصاحبه بعد از شرکت‌کننده هجدهم داده‌ها تکرار شد؛ ولی برای اطمینان بیشتر تا مصاحبه بیستم ادامه داشت.

جلسات بحث گروهی بدین صورت اجرا شد که در ابتدای جلسه بحث گروهی، اعضای جلسه خودشان را معرفی کردند؛ با نظر خود اعضای گروه، وظایف افراد در گروه تعیین گردید و توضیحات لازم در خصوص وظایف اعضا به آن‌ها ارائه شد. پژوهشگر در کنار گروه‌ها به‌عنوان تسهیل‌گر حضور داشت و برای ورود به بحث سؤالات کلی را مطرح کرد؛ به‌طور مثال برای آموزش بهداشت چه موانعی را تجربه کرده‌اید؟ به شرکت‌کنندگان اطمینان داد که پاسخ درست و غلطی وجود ندارد و نظر هر کدام از آن‌ها بسیار مهم و با ارزش است. پژوهشگر از اعضا خواست که نظرات خود را علی‌رغم موافقت و یا مخالفت با نظر بقیه همکارانشان عنوان کنند. در ادامه با توجه به راهنمای سؤالات، به تدریج سؤالات دقیق‌تر و عمیق‌تری که در راستای هدف تحقیق بودند مطرح شد. در صورت مبهم بودن مطالب، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا توضیح بیشتری بدهند و مثال‌هایی ارائه نمایند. در جلسات مصاحبه نیز پس از پرسش اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، نوع سؤالات و شیوه پرسش سؤالات مشابه روش بحث گروهی طراحی و اجرا شد.

در طی جلسات مصاحبه و بحث گروهی، پژوهشگر باورهای قبلی خود را در جریان مصاحبه‌ها و بحث‌ها وارد نکرد و از جهت دادن به صحبت‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه اجتناب نمود.

برای آنالیز داده‌ها از روش کیفی مرسوم با رویکرد تحلیل محتوای Graneheim و Lundman استفاده شد (۲۸، ۲۹). بحث‌های گروهی و مصاحبه‌های ضبط شده، در اولین فرصت تایپ گردید، بدین صورت که ابتدا به فایل صوتی آن‌ها گوش داده و سپس کلمه به کلمه بر روی نرم‌افزار Word2010 تایپ شد. پس از تایپ مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی، متن آن‌ها با فایل صوتی مربوطه مقایسه شد و دقت داده‌های ثبت شده کنترل گردید. پس از کسب اطمینان از دقت داده‌های

خاطر داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده از آنان به‌طور محرمانه نزد محقق باقی می‌ماند و نتایج فقط به‌صورت کلی بیان شد. زمان و مکان انجام مصاحبه با موافقت مشارکت‌کنندگان تعیین گردید. جهت ضبط گفته‌های مشارکت‌کنندگان از آن‌ها اجازه گرفته شد. همچنین فایل‌های صوتی در شرایط امن نگهداری شد و پس از تجزیه و تحلیل نهایی داده‌ها حذف آن‌ها مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۳ بهورز مرد، ۱۳ بهورز زن، ۱ پزشک مرد، ۱ پزشک زن، ۱۳ کارشناس سلامت زن و ۵ کارشناس سلامت مرد شرکت کردند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ درون‌مایه (موانع فردی، بین فردی، سازمانی، جامعه و موانع زمینه‌ای) استخراج شد. درون‌مایه موانع فردی شامل ۵ طبقه، موانع بین فردی شامل ۹ طبقه، موانع سازمانی شامل ۸ طبقه، درون‌مایه موانع مربوط به جامعه ۶ طبقه و موانع زمینه‌ای شامل ۵ طبقه بودند (جدول ۱).

و تجزیه و تحلیل داده‌ها پژوهشگران باورهای قبلی خود را وارد مطالعه نکردند؛ همچنین مصاحبه‌ها توسط دو نفر از اعضای تیم تحقیق به‌طور مستقل کدگذاری شد.

به‌منظور تأیید انتقال‌پذیری مطالعه، شیوه انجام مطالعه شامل اطلاعات دقیق شرکت‌کنندگان در مطالعه، شیوه جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها به‌طور دقیق و گام‌به‌گام شرح داده شد. همچنین داده‌های استخراج شده توسط دو نفر از متخصصان آموزش بهداشت آشنا با مطالعات کیفی که خارج از تیم تحقیق بودند مورد ارزیابی قرار گرفت.

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی و با دریافت کد اخلاق مورد تأیید قرار گرفت. اصول اخلاقی و امانت‌داری در استفاده از منابع و جمع‌آوری داده‌ها رعایت شد. واحدهای پژوهش با رضایت آگاهانه و کامل در پژوهش شرکت کردند و هیچ اجباری جهت ادامه شرکت در مداخله اعمال نگردید. پس از اخذ رضایت آگاهانه و شفاهی، فرم رضایت‌نامه کتبی جهت امضاء در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. به واحدهای پژوهش اطمینان

جدول ۱. درون‌مایه‌ها، طبقات اصلی و زیر طبقات در رابطه با موانع آموزش سلامت در نظام سلامت

طبقات اصلی	درون‌مایه‌ها (تم‌ها)
توانمندی ناکافی بهورزان در آموزش سلامت، عدم سلامت بهورزان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی، باورهای نادرست آموزش دهنده، موانع زمینه‌ای فردی	موانع فردی
ضعف سایر مراقبان سلامت در آموزش بهورزان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح بین فردی، عدم درک صحیح مسئولان از آموزش سلامت علمی و صحیح، ارتباط نادرست، انتظارات غیرواقع بینانه از بهورز، کم ارزش و کم اهمیت بودن آموزش سلامت در مراکز جامع سلامت، مشکلات مربوط به پایش و نظارت، تعهد کاری ضعیف، مشکلات مربوط به مراجعین	موانع بین فردی
ضعف در توانمندسازی نیروی انسانی، بی‌اعتمادی درون سیستم، ناکارآمدی سیستم مدیریتی، حجم بالای کاری بهورزان، پایین بودن عوامل انگیزشی و حمایت در سطح سازمانی، مشکلات مربوط به منابع آموزشی، نگرش نامطلوب مدیران و مسئولان، ارزشیابی و پایش نامناسب	موانع سازمانی
باور نداشتن بهورزان توسط مردم، بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی مردم به آموزش، عوامل اقتصادی، مشکلات فرهنگی، مشکلات مربوط به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی، ضعف همکاری بین بخشی	موانع مربوط به جامعه
موانع مربوط به دانشگاه‌ها، موانع مربوط به صداوسیما، موانع مربوط به ماهیت علم آموزش سلامت، علمی نبودن شیوه طراحی و اجرای طرح‌های کلان وزارتخانه، شکاف بین آموزش عملی و تئوری	موانع زمینه‌ای

بعد علاقه شون هست. انگیزه لازم را ممکنه نداشته باشند چون گاهی مثلاً من یک کاری رو خیلی دوست دارم خیلی هم دلم می‌خواد انجام بدم» (مشارکت‌کننده ۱۸، کارشناس سلامت زن).

باورهای نادرست آموزش دهنده: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برخی باورهای نادرست، به‌عنوان مانعی برای آموزش سلامت به شمار می‌رفت. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند مواردی از جمله اعتقاد نداشتن به آموزش سلامت و مطالب آموزشی موجب شده است، آموزش دهندگان برای موضوع آموزش سلامت علمی اهمیتی قائل نباشند؛ و حتی گاهی به‌جای مطالب علمی دیدگاه‌های خودشان را آموزش دهند. «چون من توی حرف‌های متداولی که گاه‌گاهی، حین ویزیت مریض می‌بینم مثلاً میگه بهورزها یه چیزی توی عقاید خودشونه آموزش میدن، مثلاً به‌جای مطالب علمی مثلاً تو اسهال به بچه فرض کن آب نده که از دست میده یا مثلاً اگه بچه‌ات شیر نمی‌خوره میتونی شیر خشک کمکی کنارش شروع کنی» (مشارکت‌کننده ۲۳، پزشک زن).

مواع زمینه‌ای فردی: از نظر مشارکت‌کنندگان، برخی مواع زمینه‌ای که مربوط به زندگی فردی و یا ویژگی‌های فردی آموزش دهنده سلامت است، به‌عنوان مانعی برای آموزش سلامت به شمار می‌رود. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به عواملی نظیر عدم توجه به اخلاق، مشکلات مربوط به خانه (زندگی خانوادگی) و مشکلات اقتصادی آموزش دهنده سلامت اشاره کردند؛ که به‌عنوان مانعی در زمینه آموزش سلامت به شمار می‌رفت. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای به مواع زمینه‌ای فردی اشاره کرد که به دلیل مشکلات مالی نمی‌تواند الگوی مناسبی برای جامعه باشد و گفت: «خودمون هم نداریم، ما الان نمی‌تونیم خدا شاهد، بعد ما خودم باید الگو باشیم، خودم بتونم اون کار را انجام بدم، بگم خودم این کار را انجام دادم چقدر مفید بوده، چند درصد روی خودم اثر گذاشته، شما این کار را بکنی یا بخری یا انجام بدی، چند درصد رو خودت یا خانوادت اثر می‌داره» (بهورز مرد در بحث گروهی ۲).

الف) درون‌مایه مواع فردی: منظور از مواع فردی مواع مربوط به فرد آموزش دهنده بود. این درون‌مایه شامل طبقات توانمندی ناکافی در آموزش سلامت، عدم سلامت بهورزان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی، باورهای نادرست آموزش دهنده و مواع زمینه‌ای فردی بود.

توانمندی ناکافی بهورزان در آموزش سلامت: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، یکی از مواع آموزش سلامت، توانمندی ناکافی بهورزان بود. آن‌ها اذعان داشتند مواردی نظیر خود کارآمدی پایین، تحصیلات پایین، مهارت ناکافی، اطلاعات ناکافی و مهارت‌های زندگی ناکافی موجب شده است، آن‌ها توانایی کافی برای آموزش سلامت را نداشته باشند «اصلاً مهارت و توانایی خودمون واقعاً زیاد نیست من اصلاً خودم رو در اون حدی نمی‌بینم که یه جلسه پر باری برای مردم بزارم» (بهورز مرد در بحث گروهی ۱).

عدم سلامت بهورزان: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عدم برخورداری از سلامت موجب می‌شود، افراد نتوانند به‌طور مطلوب به مراجعین آموزش دهند. مشارکت‌کنندگان به مواردی نظیر سلامت ناکافی جسمی و روانی و همچنین فرسودگی شغلی اشاره داشتند؛ که موجب شده بود آن‌ها نتوانند خدمات مطلوب از جمله آموزش سلامت مطلوبی را ارائه دهند. شرکت‌کننده‌ای به مشکلات سلامت روان بهورزان و نقش آن‌ها در کاهش کیفیت ارائه خدمات اشاره کرد و گفت: «یک تست روانشناسی بیان از تک‌تک بهورزها بگیرن، رندوم بگیرن در سطح کشور، بیان ببینن سطح اعصاب و روان ما چقدره؟ و آیا کسی با این سطح اعصاب و روان می‌تونه خدمت ارائه کنه؟ ببینه ما با چه توانی داریم کار می‌کنیم» (بهورز مرد در بحث گروهی ۲).

پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی: از منظر مشارکت‌کنندگان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح فردی، مانعی جهت آموزش سلامت بود. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند نداشتن انگیزه‌های درونی به موضوع آموزش سلامت، کم توجهی مسئولان به بهورزان و ناشناخته بودن بهورزان در بین مردم باعث شده است، بهورزان انگیزه‌های فردی کافی جهت آموزش نداشته باشند. شرکت‌کننده‌ای به علاقه و انگیزه بهورزان به آموزش اشاره کرد و گفت: «شاید

نیازمند برنامه‌ریزی دقیق، اجرا و ارزشیابی می‌باشد و فرآیندی زمان بر است. یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود چون مسئولان از این موضوع درک دقیقی ندارند تنها بر کمیت آموزش‌ها تأکید دارند و گفت: «به خاطر فشاری که واقعاً سازمان میاره، همه مسئولان واحدها آموزش می‌خوان، همه واحدها می‌گن شما باید این قدر جلسه آموزشی داشته باشین، باید این قدر آدم آموزش داده باشین، مثلاً امروز توی خونه بهداشت دو تا مادر باردار نشسته‌اند، سه تا سالمنده، به نفر مثلاً حالا برای کنترل دوران بارداریش اومده، پنج شش نفر آدم جمع‌اند می‌گه خوب، حالا بشینین من آموزشمو می‌خوام بدم در حالی که واقعاً این آموزش اصلاً مفید که نیست هیچ، مضر هم هست، اصلاً ندادنش بهتر از دادنش» (مشارکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن).

ارتباط نادرست: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مشکلات مربوط به ارتباط بین فردی یکی از موانع آموزش سلامت بود. مشارکت‌کنندگان به مواردی نظیر ارتباط نادرست کارکنان با بهورزان، ارتباط نادرست کارکنان با یکدیگر، ارتباط نادرست برخی کارکنان با مردم، ارتباط نادرست بهورز با بهورز و ارتباط نادرست مردم با بهورزان اشاره کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان به ارتباط نامطلوب کارکنان با بهورزان که موجب بی‌ارزش شدن جایگاه بهورز در بین مردم و در نتیجه بی‌ارزش شمردن حرف‌ها و آموزش‌هایش در بین مردم می‌شود، اشاره کرد و گفت: «مامای من جلوی مراجعه‌کننده، با این که من جای مادرش هستم بسیار با من بی‌ادبانه برخورد می‌کنه» (بهورز زن در بحث گروهی ۳).

انتظارات غیرواقع بینانه از بهورز: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، انتظارات و فعالیت‌هایی که سطوح ستادی از بهورزان دارند، فراتر از توان آن‌ها بود. مشارکت‌کنندگان ادعان داشتند فعالیت‌های مورد انتظار از بهورزان از نظر حجم کار، نوع کار، دانش و مهارت مورد نیاز، غیرواقع بینانه است. زمانی که آن‌ها دانش و مهارت لازم برای انجام فعالیتی را نداشته باشند، در نتیجه در مورد آن موضوع نیز نمی‌توانند آموزش دهند. یکی از مشارکت‌کنندگان به انتظارات غیرواقع بینانه و از طرفی نداشتن علم و زمان کافی برای انجام فعالیت‌های درخواستی سطوح ستادی اشاره کرد و گفت:

ب) درون‌مایه موانع بین فردی: منظور از موانع بین فردی موانعی بود که در تعاملات بین آموزش دهنده و سایر افراد در ارتباط مستقیم با وی رخ می‌داد. این درون‌مایه شامل طبقات ضعف سایر مراقبان سلامت در آموزش بهورزان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح بین فردی، عدم درک صحیح مسئولان از آموزش سلامت علمی و صحیح، ارتباط نادرست، انتظارات غیرواقع بینانه از بهورز، کم ارزش و کم اهمیت بودن آموزش سلامت در مراکز جامع سلامت، مشکلات مربوط به پایش و نظارت، تعهد کاری ضعیف و مشکلات مربوط به مراجعین بود.

ضعف سایر مراقبان سلامت در آموزش بهورزان:

از نظر مشارکت‌کنندگان، ضعف سایر مراقبان سلامت در زمینه آموزش به‌عنوان یک مانع موجب می‌شود که نتوانند بهورزان را به‌طور مطلوب آموزش دهند، در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره به عدم توانمندی و مهارت در موضوع آموزش سلامت گفت: «خودم تلاش می‌کنم تو کلاس این کار رو استفاده کنم این روش رو استفاده کنم، به خاطر تایمی که در اختیار داریم از لحاظی و وارد نیستیم واقعاً، اون جویری که باید و شاید مهارت نداریم، ... فکر می‌کنم یک مشکلی که خیلی تابه و خیلی هم دیده میشه تو این زمینه، این باشه» (مشارکت‌کننده ۱۸، کارشناس زن).

پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح بین فردی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، کارکنانی که در تعامل مستقیم با بهورزان (پزشک و کارشناسان) بودند، برای برنامه‌های آموزشی اهمیتی قائل نبودند، لذا از دیدگاه آنان، بهورزانی که به‌طور مطلوب آموزش می‌دهند با آن‌هایی که به این موضوع بی‌توجه هستند، تفاوتی ندارند. این عامل موجب کاهش انگیزه بهورزان می‌شد. یکی از مشارکت‌کنندگان بر اهمیت تعامل بین کارکنان و بهورزان اشاره کرد و گفت: «می‌گم برخورد کارکنان با بهورزها خیلی رو عملکردشون تأثیر داره، یک نفر مثلاً طرف، اون آموزش میده، مثلاً من اهمیت نمیدم که تو حالا آموزش دادی» (مشارکت‌کننده ۲۰، پزشک مرد).

عدم درک صحیح مسئولان از آموزش علمی و

صحیح: از منظر مشارکت‌کنندگان، مسئولان درک صحیحی از آموزش صحیح و علمی ندارند، آموزش دقیق و علمی

دیگری به شیوه نامطلوب پایش و گرفتن وقت بهورزان در طی یک روز کاری اشاره کرد و گفت: «من امروز صبح برای خودم برنامه‌ریزی می‌کنم، امروز چه کارهایی انجام بدم در محل کارم، هنوز تو فکر برنامه هستم، در را باز می‌کنم یک‌دفعه ۳ نفر برای پایش بلند می‌شن میان، اصلاً برنامه تا آخر روز تمام. یک نفر میاد شاید توی ده دقیقه پایش تموم بشه، دیروز به خانم اومد از همکارا به ده دقیقه کارش راه میافتاد، از ساعت هشت و نیم اومد تا یک و نیم بعد از ظهر رفت، همه کارا را من به ده دقیقه انجام می‌دادم، خودش هم سرگرم، سرگرم، سرگرم» (بهورز زن در بحث گروهی ۲).

تعهد کاری ضعیف: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند برخی پزشکان و کارشناسان برای آموزش مردم وظایفشان را به‌طور مطلوب انجام نمی‌دهند؛ و به مواردی مانند عدم همکاری یا بدقولی آنان در آموزش مردم، وجدان کاری کم، تعهد کاری کم و کم کاری برخی کارکنان اشاره کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه گفت: «اصلاً پزشک و ماما و کارشناس الان جدیداً خودشون را درگیر جلسه آموزشی نمی‌کنند فقط بهورز بیاد، آموزش می‌ده. باید خانم بهورز جلسه را آماده کنه، خانم یا آقا اون‌ها بیان صحبت کنند» (بهورز زن در بحث گروهی ۱).

مشکلات مربوط به مراجعین: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، تداخل برنامه‌های آموزشی با ورود مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمت، عدم تمرکز آموزش دهنده به دلیل حضور مراجعین و همچنین عدم تمرکز مراجعین برای آموزش در حین دریافت خدمت، از موانع آموزش مطلوب بود. یکی از مشارکت‌کنندگان با اشاره به تداخل برنامه‌های آموزشی با ورود مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمت و عدم تمرکز خودش برای آموزش اشاره کرد و گفت: «مثلاً من تو محیط اتاق کارم پنج نفر را دعوت کردم آموزش میدم، از در می‌میرم مراجعه‌کننده میاد تو و باز چهار نفر، پنج نفر بچشون گریه می‌کنه، واکسن داره مثلاً اون بچه‌اش واکسن داره من هی تند تند اصلاً نمی‌فهمم چی دارم می‌گم فقط می‌خوام جلسه را سریع تمام کنم که مثلاً جواب این مراجعه‌کننده‌ها رو بدم» (بهورز زن در بحث گروهی ۱).

«واقعاً خودشان در جریانن، مطمئناً همشون در جریانن، چندین واحدن، واحد بیماری‌های واگیر، واحد بیماری‌های غیر واگیر، محیط ... حالا من می‌خوام به چیز دیگه بگم. مثلاً واحد محیط میاد به چیزی ارائه می‌کنه، این را شما برید انجام بدین، واحد بیماری‌ها به چیز دیگه که ... اصلاً اینا فکر نمی‌کنن این بهورز آیا از نظر علمی واقعاً این‌قدر علم داره که بره مثلاً همچین چیزهایی را ارائه کنه، یا از نظر وقت، این‌قدر وقت داره؟» (بهورز مرد در بحث گروهی ۲).

کم ارزشی و کم اهمیت بودن آموزش سلامت در مراکز جامع سلامت: یکی از مشارکت‌کنندگان به کم اهمیت بودن آموزش سلامت در مراکز جامع سلامت اشاره کرد؛ وی با ذکر دلیل آن گفت: «وقتی پزشک پیگیر نباشه معمولاً بهورز هم این کار رو انجام نمیده، چون روند طبیعی که بگذره آموزش معمولاً مرحله آخر حساب میشه، ولی اگه بخواد آموزش بیاد تو اولویت یک چالش بین بهورز و پزشک حتماً ایجاد میشه و معمولاً پزشکی هم که بخواد این کارو انجام بده می‌گه من یک سال دیگه هستم، ۱۹ ماه نه‌پایتش طرح هستم می‌خوام برم خیلی با بهورز چالش ایجاد نکنم» (مشارکت‌کننده ۲۰، پزشک مرد).

مشکلات مربوط به پایش و نظارت: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مشکلات مربوط به شیوه پایش و نظارت توسط کارکنانی که در تعامل با بهورزان بودند، به‌عنوان مانعی موجب عدم بهبود کیفیت آموزش‌ها می‌شد. شرکت‌کنندگان به عواملی نظیر بازخورد نامطلوب در پایش‌ها، نظارت نامطلوب و عدم نظارت به دلیل ضعف‌های دو طرف (ضعف‌های نظارت‌کننده و نظارت شونده) اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای به کمبود نظارت اشاره کرد و گفت: «نظارت کمه آقای دکتر، مثلاً نظارت بیشتر باشه هر کاردان و کارشناسی خودش را موظف می‌کنه هر زمانی میره بازدید از این‌ها دفتر آموزش را درست بخواد، طرح درس را بخواد و یا اینکه مثلاً اون پری تست، پست تست اگر لازمه اون‌ها را بخواد، فکر کنم به مقدار کار قوی‌تر انجام بشه، ما اینجا دیگه نمی‌تونیم ۱۲۰ تا خونه بهداشت رو بازدید کنیم ولی همکاری کاردان، کارشناس ما خیلی راحت می‌تونند» (مشارکت‌کننده ۱۸، کارشناس سلامت زن). مشارکت‌کننده

سلامت در سیستم اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای به عدم هماهنگی واحدهای وزارتخانه اشاره کرد و گفت: «یکی از مشکلات مهم عدم هماهنگی واحدهای وزارتخانه با واحد آموزش سلامت در زمینه برنامه‌های آموزشی است» (شرکت‌کننده ۸، کارشناس سلامت زن). مشارکت‌کننده دیگری به بی‌برنامگی اشاره کرد و گفت: «حالا این چیزهایی که واقعاً توی این آسیب‌هایی که نظام سلامت داره می‌بینه، مردم دارن می‌بینند به خاطر بی‌برنامگی که از اون بالا است» (شرکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن).

حجم بالای کاری به‌روزان: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان حجم بالای کار به‌روزان موجب حذف و یا کاهش کیفیت برنامه‌های آموزشی می‌شود. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی نظیر گستردگی وظایف، زیاد بودن جمعیت تحت پوشش، انجام کارهای غیر رسمی، زیاد بودن برنامه‌های ابلاغی سطوح بالاتر، دوباره کاری‌های گسترده در سیستم و حذف یا کاهش کیفیت برنامه‌های آموزش سلامت، به دلیل حجم بالای کارشان اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای با اشاره به عدم توانایی برگزاری جلسه آموزشی به دلیل حجم زیاد کار گفت: «خانه بهداشت واقعاً کار زیاد داره، حجم کار بالا و نیرو کمه، مثلاً من خودم جمعیتیم زیاده، حجم کارم زیاده، من نمیتونم بیام هفته‌ای یک بار آموزش بزارم برای ده نفر، پانزده نفر، در حین کار هم خوب مراجعه‌کننده داریم همیشه اصلاً» (به‌روز زن در بحث گروهی ۱).

پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح سازمانی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان ساختارهای سازمانی موجود موجب کاهش انگیزه برای برنامه‌های آموزشی می‌شد. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی چون مشکلات مربوط به ادامه تحصیل به‌روزان، عدم تناسب حقوق و دستمزد، عدم حمایت سازمانی، بی‌ارزش شمردن آموزش سلامت و پیشگیری در سیستم از جمله در پرداخت‌ها، عدم توجه مسئولان به مشکلات به‌روزان، اشکالات طرح‌ها و برنامه‌ها و دلسرد شدن کارکنان به دلیل حل نشدن مشکلات آموزش سلامت در سیستم اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای به عدم تأثیر فعالیت‌های آموزشی در پرداخت‌های اشاره کرد و گفت: «پرداختی‌ها را بر اساس ثبت سامانه سبب قرار دادن، یعنی الان برای ما

ج) درون‌مایه موانع سازمانی: منظور از موانع سازمانی موانعی بود که مربوط به کارآمدی ناکافی فرآیندها و ساختارهای سیستم می‌شد. این درون‌مایه شامل طبقات ضعف در توانمندسازی نیروی انسانی، بی‌اعتمادی درون سیستم، ناکارآمدی سیستم مدیریتی، حجم بالای کاری به‌روزان، پایین بودن عوامل انگیزشی در سطح سازمانی، مشکلات مربوط به منابع آموزشی، نگرش نامطلوب مدیران و مسئولان و همچنین ارزشیابی و پایش نامناسب بود.

ضعف در توانمندسازی نیروی انسانی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برنامه‌های توانمندسازی کارکنان مطلوب نبود و برنامه‌های آموزشی توانمندسازی، اولاً تئوری بود و توان ایجاد مهارت در آن‌ها را نداشت و ثانیاً محتوای آموزشی برنامه‌ها غیر کاربردی بود. یکی از مشارکت‌کنندگان به ضعف کارگاه‌های توانمندسازی در ایجاد مهارت و تأکید آن‌ها بر محفوظات اشاره کرد و گفت: «مخصوصاً برای جلسات آموزشی الان برای ما کارگاه می‌ذارن، برای به‌روز کارگاه می‌ذارن. کارگاه‌های ما و به‌روز به نظر بیخوده. چون وقت تلف کنیه، من که میرم توی کارگاه می‌شینم مثلاً یک جلسه آموزشی می‌ذارن یک بوکلت به من میدن، بوکلت را از اول تا آخر می‌خونن. اون بوکلت خوندن فایده‌ای نداره» (مشارکت‌کننده ۱۶، کارشناس سلامت زن).

بی‌اعتمادی درون سیستم: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، درون سیستم یک بی‌اعتمادی وجود داشت و این احساس بی‌اعتمادی مانعی بر اجرای مطلوب برنامه‌ها بود. مشارکت‌کننده‌ای به بی‌اعتمادی مسئولان اشاره کرد و گفت: «مسئولین بعضی وقت‌ها میان رنگ می‌زنند مثلاً ما به هم اطمینان نداریم، به اون‌ها نه اداره ما، وقتی وزارت به مسئولین ما اعتماد نداره که میره سیستم پیامکی را راه می‌اندازه خوب معلومه دیگه همکار ما، به ما اعتماد نداره» (به‌روز مرد در بحث گروهی ۲).

ناکارآمدی سیستم مدیریتی: از منظر مشارکت‌کنندگان، ناکارآمدی سیستم مدیریتی یکی از موانع آموزش سلامت مطلوب بود. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی نظیر بی‌برنامگی و بی‌نظمی در سیستم، عدم تناسب برنامه‌های آموزشی و ناکارآمدی فرآیندهای آموزش

نبودشون نباید فرقی داشته باشه. یکی از معاونین بهداشتی می‌گفت من اگه تو دستم باشه اصلاً واحد آموزش سلامت را کلاً از ریشه جمعش می‌کنم» (شرکت‌کننده ۱۹، کارشناس سلامت مرد).

ارزشیابی و پایش نامناسب: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، اشکالات ساختاری مربوط به پایش و ارزشیابی در سازمان، موجب بی‌کیفیت بودن و بی‌تأثیر بودن ارزشیابی و پایش در سیستم شده است. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به عواملی چون محدود شدن پایش و ارزشیابی به تکمیل فرم، نظارت ضعیف، پایش نامطلوب و ارزشیابی نامطلوب اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای به محدود بودن پایش و ارزشیابی به تکمیل فرم و عدم ارائه بازخورد که موجب بی‌انگیزگی می‌شود اشاره کرد و گفت: «من این کارو انجام بدم یا ندم با کیفیت انجام بدم یا بی‌کیفیت، هیچ تأثیری نداره، این‌ها چیزهایی که واقعاً خیلی آزار دهنده است» (شرکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن). مشارکت‌کننده دیگری به اشکالات ساختاری پایش و ارزشیابی اشاره کرد و گفت: «یکی هم به دلیل این‌که خب بعد از این‌که میرن دیگه نظارتی هم نیست، کسی ازشون نمیخواد، به نظر من اگه بیان در ارزشیابی یک آیتیم در ارزشیابی سالانه بهروز یا مثلاً کلاً کارکنان اضافه کنند... ولی هیچ وقت کسی نمی‌پرسه آیا از آموزش این راضی هستی؟ آیا آموزش به تو داده شد؟ آیا استفاده کردی؟ اگه به جایی اینجا مثلاً سؤال بشه، به جایی گفته بشه اونهایی که خوب آموزش میدن، خوب ارتباط برقرار می‌کنند، شاخص بشند، جداشند از بقیه، براشون انگیزه‌ای بشه برای این‌که مثلاً به جایی مطرح بشن، به جایی ارزشیابی بشن» (شرکت‌کننده ۱۶، کارشناس سلامت زن).

د) درون‌مایه موانع مربوط به جامعه: منظور از موانع مربوط به جامعه موانعی بود که از درون جامعه بر آموزش دهنده، مددجو و آموزش سلامت تأثیر می‌گذاشت. این درون‌مایه شامل طبقات باور نداشتن بهروزان توسط مردم، بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی مردم به آموزش، مشکلات اقتصادی مردم، مشکلات فرهنگی، مشکلات مربوط به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی و ضعف همکاری بین

اولویت کاری سامانه هست تا بخواهیم مثلاً به آموزش بپردازیم» (شرکت‌کننده ۲۳، کارشناس سلامت زن).

مشکلات مربوط به منابع آموزشی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، محدودیت و فقدان منابع آموزشی به‌عنوان مانعی در زمینه آموزش محسوب می‌شد. شرکت‌کنندگان اذعان داشتند مواردی مانند عدم وجود فضای آموزشی، فقدان سیستم اطلاع‌رسانی به مردم جهت شرکت در جلسات، محدودیت مواد و وسایل آموزشی، محدودیت منابع انسانی (کمبود و عدم توانمندی)، کمبود و استفاده نادرست از منابع مالی موجب ناکارآمدی آموزش سلامت می‌شود. شرکت‌کننده‌ای به کمبود منابع اشاره کرده و گفت: «از جمله خب، امکانات هم مؤثر هست، امکانات مثلاً خب توی یک خانه بهداشتی که هیچ امکاناتی وجود نداره مثلاً حتی یک کلاس آموزشی که خواسته باشه یک جلسه آموزشی بذاره، خب مطمئناً هر چی هم در زمینه اطلاعاتشون، در زمینه ارتباطات و روش‌های آموزشی مسلط باشه ولی وقتی که فضا نداشته باشه، امکانات نداشته باشه، باز هم با مشکل مواجه خواهد شد وقتی که مثلاً یک کلاس آموزشی کلاس فیزیکی ما نداریم دیتا چه اوورهد، چه پروژکتور ما نداریم و حتی در اختیارش قرار نمیدیم این با مشکل مواجه خواهد شد» (شرکت‌کننده ۱۳، کارشناس سلامت مرد).

نگرش نامطلوب مدیران و مسئولان: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان نگرش نامطلوب مدیران و مسئولان موجب ضعف آموزش سلامت در سیستم شده بود. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند مواردی مانند کمیت‌گرایی و بی‌توجهی واحدهای ستادی به کیفیت، بی‌ارزش و کم‌اهمیت شمردن آموزش سلامت و به‌طور کلی نگرش نامطلوب مدیران و مسئولان به واحد آموزش سلامت، موجب ناکارآمدی آموزش سلامت در سیستم شده است. شرکت‌کننده‌ای به دیدگاه نامطلوب مدیران اشاره کرد و گفت: «تو همین سال‌ها واحد آموزش سلامت را به‌عنوان یک واحد تقریباً فرعی به حساب آوردن، من با همکاری سایر دانشگاه‌ها هم که صحبت می‌کنم، یک دید منفی نسبت به آموزش سلامت دارند، می‌گن اصلاً به واحدیه که کار انجام نمیده، این جوهری برداشت می‌کنند که کاری انجام نمیدن، پس ببینید اصلاً بود و

بخشی بود.

باور نداشتن بهورزان توسط مردم: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مردم بهورزان را برای آموزش باور نداشتند و چون باور نداشتند آموزش‌های آن‌ها تأثیری بر مردم نداشت. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی نظیر ناتوانی بهورزان در برآورده کردن انتظارت از دیدگاه مردم، ناتوانی بهورزان در تشخیص نیازهای واقعی از دیدگاه مردم و قبول نداشتن بهورزان برای آموزش اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای به عدم حرف‌شنوی مردم از بهورزان اشاره کرد و گفت: «الآن مردم به حرف پزشک گوش نمی‌کنن، یک بهورزی که الآن داره با خود مردم زندگی می‌کنه که اصلاً به حرفش گوش نمی‌کنن» (بهورز مرد در بحث گروهی ۲). مشارکت‌کننده دیگری به بالاتر بودن آگاهی مردم از بهورزان اشاره کرد و گفت: «مردم این‌قدر آگاهی پیدا کردن، کل چیزها را می‌دونن و این چیزی که شما الآن می‌خواوین بگین ما خودمون می‌دونیم، قبول ندارن اون چیزهایی که ما می‌خواویم تو خونه بهداشت به اون‌ها ارائه کنیم» (بهورز مرد در بحث گروهی ۲).

بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی مردم به آموزش: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که بی‌علاقه بودن مردم به آموزش‌ها موجب ضعف آموزش‌ها در سیستم شده است. مشارکت‌کنندگان در این زمینه به مواردی نظیر مشارکت ضعیف مردم در برنامه‌های آموزشی، بی‌انگیزگی مردم، بی‌حوصلگی مردم و بی‌علاقگی مردم اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای به بی‌حوصلگی مردم اشاره کرد و گفت: «مردم حوصله ندارند، شاید فرصتی ندارند که بخوان مطالب آموزشی را دریافت کنند یا توی جلسه‌ای بشینند» (شرکت‌کننده ۱۹، کارشناس سلامت مرد). مشارکت‌کننده دیگری به بی‌علاقگی مردم به آموزش اشاره کرد و گفت: «برای تشکیل یک جلسه آموزشی این‌قدر باید زنگ بزینم التماس کنیم که می‌خواهیم بهشون آموزش بدیم» (بهورز زن در بحث گروهی ۲).

مشکلات اقتصادی مردم: مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند، مشکلات اقتصادی موجب می‌شود مردم نتوانند به توصیه‌های بهداشتی عمل کنند. شرکت‌کننده‌ای به مشکلات

اقتصادی مردم اشاره کرد و گفت: «مشکلات اقتصادی خیلی تأثیر داره و روز به روز هم مشکلاتش بیشتر میشه. ما به یک مادری آموزش می‌دادیم در مورد تغذیه، بعد گفتم مثلاً فلان چیزو بخور، فلان چیزو نخور، بعد گفت که یک شعر: اگر دندان نباشد نان توان خورد ولی مصیبت روزی که نان نباشد، می‌گفت اگه الآن باشه مگه من نمی‌تونم» (بهورز مرد در بحث گروهی ۱).

مشکلات فرهنگی: مشارکت‌کنندگان باور داشتند بسیاری از مشکلات فرهنگی موجب می‌شود آموزش‌های آنان تأثیر لازم را نداشته باشد. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی چون باورهای و ارزش‌های نادرست، بی‌اعتمادی مردم، ضعیف بودن فرهنگ آموزش در جامعه، پدیده‌های اجتماعی نامطلوب و انتظارات غیرواقعی از بهورز توسط مردم اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای به موضوع فرهنگ جامعه اشاره کرد: «این‌که که چه طور می‌تواند موجب بی‌اثر شدن آموزش شود وی گفت: «فرهنگ جامعه مهم‌ترین قسمت‌شده و اعتقاد و باورشون. عوض کردن فرهنگ جامعه و اعتقادات این جور چیزها، زمان بره. حوصله همکارای ما سر میره؛ یعنی گاهی شده که افراد با نفوذی تو خانواده‌ها هستند مثل پدربزرگ‌ها، مادربزرگ‌ها یا مثلاً افراد دیگه حتی همسر، نفوذ داره روی همسرش، می‌بینم که هر چی که ما داریم می‌گیم مثلاً روغن جامد مصرف نکن، فایده نداره. اون جلسه آموزشی میره، باز هم کار خودشو انجام میده» (شرکت‌کننده ۱۸، کارشناس مرد). شرکت‌کننده دیگری نیز در این زمینه گفت: «زواج سنین پایین خیلی زیاده، توی بحث آموزشی می‌ایم کار می‌کنیم، این فرهنگ، یه شبه تغییر نمی‌کنه، یه شبه هم به وجود نیومده، یک برنامه بلند مدتی براش نمی‌ذارن، من خودم دو سال برای یک مادری صحبت کردم، هفته بعد اومده دخترش را عروس کرد، درواقع هر چی گفتم هیچ چی، می‌گه خانم، دیگه می‌گن دخترش تو خونه مونده، حرف مردم را چکار کنیم؟» (بهورز زن در بحث گروهی ۲).

مشکلات مربوط به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، به دلیل عدم نظارت و مدیریت دقیق بر اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی، این موضوع به‌عنوان چالشی در موضوع سلامت و آموزش

نصبشو پرداخت نکنیم نصب نمی‌شه، این تعامل حتی مثلاً این‌قدر کمه، یعنی این حد ادارات ما واقعاً به اون نقش خودشون در سلامت پی نبردند» (شرکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن).

ه) درون‌مایه موانع زمینه‌ای: منظور از موانع زمینه‌ای موانعی بود که به‌صورت ریشه‌ای موجب بروز موانع و مشکلات در سطوح مختلف می‌شد. این درون‌مایه شامل طبقات موانع مربوط به دانشگاه‌ها، موانع مربوط به صداوسیما، موانع مربوط به ماهیت علم آموزش سلامت، شکاف بین آموزش عملی و تئوری و همچنین علمی نبودن شیوه طراحی و اجرای طرح‌های کلان وزارتخانه بود.

موانع مربوط به دانشگاه‌ها: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند دانشگاه‌ها نتوانسته‌اند توانمندی و مهارت‌های لازم در زمینه آموزش سلامت را در دانشجویان ایجاد نمایند. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند مواردی چون مناسب نبودن محتوای آموزشی، توانمندی ضعیف برخی اساتید، توانمندی ضعیف برخی دانشجویان و اهمیت ندادن برخی دانشگاه‌ها به موضوع آموزش سلامت در تربیت دانشجو، موجب توانمندی ضعیف دانش‌آموختگان دانشگاه‌ها در زمینه آموزش سلامت شده است. شرکت‌کننده‌ای به توانمندی ضعیف برخی اساتید اشاره کرد و گفت: «ما حتی تو دوره دانشگاه هم داشتیم مثلاً یک نفر آموزش بهداشت می‌آمد تدریس می‌کرد، خودشون آدمای ضعیفی بودند، خیلی ضعیف بودند مثلاً واقعاً هیچ ربطی به مسائل آموزشی اون‌ها نداشتند، می‌آمدند آموزش می‌دادند اصلاً هیچ ربطی نداشت به آموزش بهداشت» (شرکت‌کننده ۱۹، کارشناس مرد). شرکت‌کننده دیگری به ضعف دانشگاه‌ها در توانمندسازی دانشجویان اشاره کرد و گفت: «تجربه داره به ما کمک می‌کنه نه کتاب‌هایی که تو این مدت، ما درس خوندم. من خودم لیسانس که گرفتم تمام درس‌هایی که خوندم هیچ فایده‌ای برای من نداشت، فقط تجربه کاری بود که با مردم در تماس بودم، من تجربی یاد گرفتم» (شرکت‌کننده ۱۶، کارشناس سلامت زن).

موانع مربوط به صداوسیما: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند بخشی از مشکلات آموزش سلامت مربوط به صداوسیما بود؛ و در این زمینه به مواردی نظیر همسو نبودن

سلامت تبدیل شده است. مشارکت‌کنندگان در این زمینه به مواردی نظیر بی‌علاقگی مردم به آموزش حضوری به دلیل دسترسی به اطلاعات از طریق اینترنت، اطلاعات اشتباه و نادرست در اینترنت و عدم توانمندی مردم در استفاده صحیح از اینترنت اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای به بی‌علاقگی مردم به آموزش به دلیل دسترسی به اینترنت اشاره کرد و گفت: «عدم علاقه‌مندی مردم به بحث آموزش با وجود این چیزها مثل تلگرام و اینترنت، اطلاعات را خودشون دارند مثلاً در مورد فلان موضوع در تلگرام و اینترنت مطلب بوده» (بهروز زن در بحث گروهی ۲). شرکت‌کننده دیگری به فراهم بودن اطلاعات زیاد در اینترنت و عدم توانمندی بهروزان در پاسخگویی به سؤالات مردم اشاره کرد و گفت: «مردم به چیزهایی درست یا اشتباه از اینترنت میگیرن، من باید خودم این‌قدر توانمند باشم که اشتباهاتی که می‌گه، من از اون قبول نکنم. ما داشتیم در طول جلسه همچین چیزی توضیح می‌دادیم به سؤالی از من میپرسه میمونیم این خیلی وقت‌ها شده مثلاً این چی بود من جواب این را چی بدم؟» (بهروز مرد در بحث گروهی ۱).

ضعف همکاری بین بخشی: مشارکت‌کنندگان معتقد بودند سازمان‌ها و نهادهای خارج از دانشگاه، در زمینه آموزش سلامت همکاری لازم را نداشته‌اند. در این زمینه مشارکت‌کنندگان به مواردی مانند ضعف همکاری بین بخشی در سطح روستا، ضعف همکاری بین بخشی در سطح شهرستان، ضعف همکاری بین بخشی در سطح کشور اشاره داشتند. شرکت‌کننده‌ای به عدم تعهد سازمان‌ها در موضوع سلامت و آموزش سلامت اشاره کرد و گفت: «اگر من از راهنمایی رانندگی اومدم تو اون جلسه برای من کاری تعیین شده، دیگه بعد تعهد اجرایی ندارم که این رو انجامش بدم یا ندم، ندم هم حالا اتفاقی نمی‌افته، چیزی که بهداشت از من خواسته، سازمان خودم نمی‌خواسته» (شرکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن). مشارکت‌کننده دیگری به همکاری ضعیف سایر بخش‌ها اشاره کرد و گفت: «مثلاً ما به فوریتی پیش اومده مثلاً از بیل بوردها می‌خواهیم استفاده کنیم، برنامه‌مون رو ببریم حتی برای نصبش، کلی فرایند اداری باید طی بشه تا برهای ما، رو بیل‌بوردها نصب بشه تا پول

علمی نبودن شیوه طراحی و اجرای طرح‌های کلان وزارتخانه: از دیدگاه مشارکت‌کنندگان برخی طرح‌های کلان وزارتخانه به صورت علمی طراحی و اجرا نمی‌شد؛ و این موضوع سبب نادیده گرفتن موضوع پیشگیری و آموزش سلامت می‌شد. شرکت‌کننده‌ای با اشاره به غیرعلمی بودن شیوه طراحی و اجرای طرح‌های کلان وزارتخانه گفت: «حالا خیلی از این‌ها همیشه خدمات را یک جور دیگه به مردم ارائه داد، هزینه دولت هم خیلی کمتر میشه ولی کار کارشناسی نشده» (شرکت‌کننده ۲۰، پزشک (مرد)).

بحث

نتایج نشان داد، از دیدگاه مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر موانع آموزش سلامت در پنج سطح موانع فردی، بین فردی، سازمانی، جامعه و موانع زمینه‌ای قرار گرفته‌اند. از طرفی موانع بین سطوح مختلف نیز در هم تنیده شده‌اند. مطالعه حاضر نشان داد یکی از موانع آموزش سلامت، موانع فردی است که با مطالعات مختلفی در زمینه آموزش به بیمار همخوانی داشت (۳۵-۳۱، ۲۶، ۲۵). اگر چه در مطالعات گوناگون عناوین مختلفی به کار می‌رفت؛ اما به اشکال مختلف به برخی از انواع موانع فردی اشاره شده بود. البته با توجه به این که در مطالعه حاضر داده‌ها از دیدگاه کارشناسان تمام سطوح نظام سلامت جمع‌آوری شد، به نظر می‌رسد به ابعاد وسیع‌تر و عمیق‌تری از موضوع پرداخته است، بنابراین با توجه به اهمیت موانع فردی پیشنهاد می‌شود، با همکاری ذی‌نفعان و مراقبان سلامت و بهورزان، مداخلات مناسب از جمله مداخلات آموزشی به منظور برطرف نمودن موانع فردی و ارتقاء توانمندی‌های بهورزان در زمینه آموزش سلامت، طراحی و اجرا گردد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، موانع بین فردی به عنوان یکی از موانع آموزش سلامت شناخته شد که با مطالعات گوناگونی در زمینه آموزش سلامت و آموزش به بیمار همخوانی داشت (۳۲، ۳۱، ۲۶، ۲۴). اگرچه در مطالعات مختلف تمام موانع بین فردی ذکر نشده بود، اما اشاره به بسیاری از این موانع بیانگر اهمیت موضوع موانع بین فردی است. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور تعدیل و یا برطرف نمودن موانع

آموزش‌های صداوسیما با وزارت بهداشت؛ و همچنین عدم استفاده از پتانسیل رسانه‌های ارتباط جمعی مانند تلویزیون اشاره کردند. شرکت‌کننده‌ای در این زمینه گفت: «ولی همین یک برنامه آموزشی ۴ تا صاحب‌نظر بیان تو تلویزیون صحبت کنند این کار انجام نمیشه، با هزینه خیلی کمتری ولی تأثیرگذاری بیشتری. ولی این کار نمیشه» (شرکت‌کننده ۱۹، کارشناس مرد). شرکت‌کننده دیگری در این زمینه گفت: «یکی از مشکلات همسو نبودن آموزش‌های صداوسیما با وزارت بهداشت است» (شرکت‌کننده ۸، کارشناس سلامت).

موانع مربوط به ماهیت علم آموزش سلامت:

دیدگاه مشارکت‌کنندگان، ماهیت پیچیده علم آموزش سلامت به عنوان مانعی موجب عدم کاربرد این علم در نظام سلامت می‌شد. مشارکت‌کنندگان در این زمینه به مواردی نظیر پیچیدگی علم آموزش سلامت، نداشتن استاندارد طلایی در آموزش سلامت، وقت گیر بودن آموزش بهداشت علمی و دقیق و عدم تعریف مهارت برای رشته آموزش بهداشت اشاره کردند. مشارکت‌کننده‌ای با اشاره به پیچیدگی علم آموزش سلامت و عدم توانمندی بهورزان در کاربرد این علم، گفت: «برای همین فکر می‌کنم این چیزی که با اون جزئیات و سختی که مثلاً مدل‌ها چیه؟ تئوری چیه؟ نمیدونم هر کدوم از این‌ها باید چه کاری برایش انجام بشه؟ نه واقعاً برای بهورز قابل انجام نیست» (شرکت‌کننده ۱۲، کارشناس سلامت زن).

شکاف بین آموزش عملی و تئوری: مشارکت‌کنندگان

بر این باور بودند، مبانی نظری و تئوری علم آموزش سلامت نتوانسته است به صورت عملی در نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد؛ آن‌ها معتقد بودند بخشی از این مشکل مربوط به متولیان علم آموزش سلامت کشور؛ و بخش دیگری مربوط به وزارتخانه است. شرکت‌کننده‌ای به محدود شدن علم آموزش سلامت به کلاس‌های دانشگاهی اشاره کرد و گفت: «ببینید این که آموزش بهداشت صرفاً اگه هم در کلاس‌های کارشناسی ارشد و PhD گفته می‌شه به خاطر این نیست که تو همین کلاس‌ها دفن بشه، برای این هست که بره در سطح جامعه و بتونه این ارتباطات را برقرار بکنه» (مشارکت‌کننده ۳، کارشناس سلامت مرد).

را به واحدها زیرمجموعه ابلاغ نموده و درنهایت درخواست حجم بالایی از برنامه‌های آموزشی به دست بهروزان می‌رسد. به دلیل این حجم بالا، برنامه‌های آموزشی فقط با کیفیت پایین اجرا می‌شود؛ و پایش و ارزشیابی مناسبی انجام نمی‌شود و یا به تکمیل فرم‌ها محدود می‌شود. این کیفیت پایین برنامه‌ها چند مشکل ایجاد می‌کند، اولاً به دلیل حل نشدن مشکلات، مجدداً وزارتخانه برنامه‌های بیشتری را طراحی و ابلاغ می‌نماید که مشکل را دوجندان می‌کند، ثانیاً کیفیت پایین برنامه‌های آموزشی موجب کم ارزش و کم اهمیت تلقی شدن آموزش سلامت؛ و ایجاد نگرش نامطلوب مدیران به واحد آموزش سلامت و ماهیت آموزش سلامت می‌شود. این نگرش نامطلوب مدیران نیز بر تصمیمات آن‌ها تأثیر گذاشته و موجب کم ارزش و کم اهمیت شدن آموزش سلامت در برنامه‌های آن‌ها می‌شود؛ و این چرخه معیوب دائماً در سیستم تکرار می‌شود. لذا به نظر می‌رسد انجام مطالعات و مداخلات در یک سطح از نظام سلامت و بدون توجه به چند عاملی و ریشه‌ای بودن موانع و مشکلات به نتیجه مطلوب نخواهد رسید. لذا پیشنهاد می‌شود ابتدا مسئولان وزارتخانه، مسئولان دانشگاه‌ها و نمایندگانی از ارائه‌دهندگان خدمات، طی نشست‌هایی این مشکلات ریشه‌ای و حلقه‌های معیوب را بررسی نموده و با نگاهی همه جانبه، مداخلات لازم را برای تعدیل و برطرف نمودن این موانع طراحی و اجرا نمایند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر یکی دیگر از موانع آموزش سلامت، موانع مربوط به جامعه بود. برخی مطالعات به عوامل مربوط به اجتماع اشاره داشتند (۲۷)؛ و در برخی مطالعات به مشکلات مربوط به مراجع‌کنندگان اشاره شده بود (۲۴، ۳۲، ۳۹)؛ اما به بافت جامعه توجه نکرده بودند. مراجع‌کنندگان در خلأ زندگی نمی‌کنند؛ و بر اساس نگاه جامعه شناختی، پدیده‌های اجتماعی برون ذاتی، عمومی و اجباری هستند که بر افراد اجتماع تحمیل می‌شوند و تنها با انجام مداخله بر روی یک فرد نمی‌توان آن‌ها را تغییر داد (۴۰). به‌طور مثال ازدواج و بارداری در سنین پایین یکی از پدیده‌هایی بود که بهروزان احساس می‌کردند، علی‌رغم این که آموزش‌های زیادی به مادران داده‌اند در تغییر آن موفق

بین فردی، تمام کارکنانی که در ارتباط مستقیم با بهروزان هستند در خصوص عواملی نظیر انگیزش، ارتقاء کیفیت و شیوه صحیح پایش و نظارت، آموزش داده شوند. از سوی دیگر از طرق مختلفی از جمله رسانه‌های ارتباط جمعی، شبکه‌های اجتماعی و... سیستم بهداشت و درمان و همچنین جایگاه والا و ارزشمند مراقبان سلامت به جامعه معرفی گردد؛ و از این طریق با برطرف نمودن موانع بین فردی گام مهمی در ارتقاء آموزش سلامت برداشت.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، یکی از موانع آموزش سلامت موانع سازمانی بود؛ که با نتایج مطالعات مختلفی در زمینه آموزش سلامت و آموزش به بیمار همخوانی داشت (۳۸-۳۶، ۲۶، ۲۴). گرچه برخی از این مطالعات دقیقاً از واژه عوامل سازمانی استفاده ننموده بودند. البته در برخی مطالعات موانع سازمانی ذکر شده بود (۲۷، ۳۲)، اما نوع موانع سازمانی در آن‌ها با مطالعه حاضر همخوانی نداشت؛ که به نظر می‌رسد دلیل این امر از یک سو محدود بودن حوزه مطالعات به سطح ارائه خدمت؛ و از سوی دیگر به دلیل تفاوت در فرهنگ کشورها و ساختارهای نظام ارائه خدمات سلامت بود. گرچه در مطالعات مختلف به نقش عوامل سازمانی اشاره شده بود، اما به نظر می‌رسد چون سایر مطالعات، سطوح بالاتر نظام سلامت را بررسی نکرده‌اند، نتوانسته‌اند به علل ریشه‌ای و پایه‌ای مشکلات دست پیدا کنند. در مطالعه حاضر با عنایت به این که به بررسی عوامل از بالاترین سطح (وزارت بهداشت) تا پایین‌ترین سطح (خانه بهداشت) پرداخته شد، ریشه‌های بسیاری از موانع مشخص گردید. همچنین بسیاری از مشکلات سازمانی به هم مرتبط بوده و موجب تقویت یکدیگر می‌شوند. لذا به نظر می‌رسد برای حل مشکلات و موانع سازمانی می‌بایست با یک دید جامع‌نگر به این علل ریشه‌ای و شکستن حلقه‌های معیوب پرداخته شود. به‌طور مثال مشکلاتی مانند کمیت‌گرایی و ارزشیابی و پایش نامناسب مشکلاتی را ایجاد می‌کنند؛ با توجه به عدم هماهنگی واحدهای مختلف وزارتخانه، هر واحد حجم زیادی از برنامه‌های آموزشی را به زیرمجموعه‌های خود در دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌کنند؛ و دانشگاه‌ها نیز به دلیل عدم هماهنگی واحدها با یکدیگر، هر واحد برنامه‌هایش

محدودیت‌ها: مطالعه حاضر مانند بسیاری از تحقیقات کیفی با محدودیت‌هایی مواجه بود که عدم مشارکت برخی از بهروزان در جلسات بحث گروهی از جمله این محدودیت‌ها بود. از این رو تلاش شد با زمان‌بندی مناسب و هماهنگی با بهروزان این محدودیت برطرف شود. همچنین یکی از شرکت‌کنندگان برای ضبط مصاحبه موافقت نکرد و لذا این فرد وارد مطالعه نشد. با توجه به محدودیت‌های مطالعات کیفی از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، نتایج باید با احتیاط تعمیم داده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده چند بعدی بودن، چند سطحی بودن و درهم تنیدگی موانع و مشکلات آموزش سلامت در سطوح مختلف (فردی، بین فردی، سازمانی، جامعه) و ابعاد مختلف بود، لذا به نظر می‌رسد در صورتی که تنها در یک سطح اقدام به تعدیل یا برطرف نمودن موانع نمود، موانع و مشکلات آموزش سلامت برطرف نخواهد شد؛ بنابراین برای حل ریشه‌ای موانع آموزش سلامت، باید با یک دید جامع‌نگر و همه جانبه به این موضوع توجه نمود و موانع را در سطوح و لایه‌های مختلف برطرف کرد. اگر چه موانع تا حدودی با کشورهای دیگر مشابه است اما راهکارهای خاص ویژه شرایط، زمینه و فرهنگ ایران را می‌طلبد، لذا تدوین و اجرای سندی جامع در زمینه آموزش سلامت بر اساس شرایط خاص، زمینه و فرهنگ ایران با مشارکت مسئولان، متخصصان و ارائه‌دهندگان خدمت پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولان و کارشناسان معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، مسئولان و کارشناسان معاونت بهداشتی، مدیر و مربیان آموزشگاه بهورزی، پزشکان و کارشناسان سلامت مراکز جامع سلامت و بهروزان دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه که در این مطالعه شرکت کردند قدردانی می‌گردد. این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که در کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست

نبودند؛ چرا که حتی اگر مادری به این نتیجه برسد که ازدواج سن کم برای فرزندش نامطلوب است، بافت جامعه این موضوع را به او تحمیل خواهد کرد. لذا لحاظ کردن دیدگاه‌های جامعه شناختی و جامع‌نگر برای پرداختن به این موضوعات ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه حاضر نشان داد یکی از موانع آموزش سلامت نیز موانع زمینه‌ای بود، موانع زمینه‌ای موانعی هستند که به صورت ریشه‌ای موجب بروز موانع و مشکلات در سطوح مختلف می‌شدند. در مطالعات مختلف، برخی از این عوامل ذکر شده‌اند (۲۴، ۲۷، ۳۲). اگر به موضوع موانع آموزش سلامت نگاه عمیق‌تری داشت، این سؤال به وجود می‌آید که اولاً چرا این موانع به وجود آمده‌اند؟ و ثانیاً چرا این موانع نه تنها حل نشده‌اند؟ و حتی روز به روز به تعداد آن‌ها اضافه شده است. به نظر می‌رسد یکی از ریشه‌ای‌ترین و پایه‌ای‌ترین علت‌ها مربوط به دانشگاه‌ها است. اگر فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها در زمینه آموزش سلامت توانمند بودند؛ اولاً اجازه نمی‌دادند چنین موانع و مشکلاتی ایجاد شود و ثانیاً در صورت ایجاد و یا وجود این موانع و مشکلات ریشه‌ای و مزمن، می‌توانستند این موانع و مشکلات را برطرف نمایند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد علی‌رغم وجود اساتید و متخصصان توانمند در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در دانشگاه‌ها، سیستم مراقبت سلامت نتوانسته است از این پتانسیل مهم استفاده نماید؛ لذا به نظر می‌رسد با ایجاد ارتباط بین بخش عملی و تئوری آموزش سلامت در ایران و یا ایجاد ارتباط بین متخصصان دانشگاه‌ها و مدیران اجرایی، بتوان گام مهمی در برطرف نمودن موانع و مشکلات و ارتقاء جایگاه آموزش سلامت و نهایتاً سلامت مردم برداشت. در این راستا به نظر می‌رسد اصول، مدل‌ها و تئوری‌ها و به‌طور کلی پیچیدگی‌های مربوط به علم آموزش سلامت باید توسط متخصصان به زبان ساده برای ارائه دهنگان خدمات طراحی و تدوین شود. از سوی دیگر باید برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های لازم در خصوص همسو نمودن و هم‌افزایی با رسانه‌هایی مانند صداوسیما، به‌منظور استفاده مطلوب از این پتانسیل صورت گیرد.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

پزشکی به تصویب
وب (IR.TUMS.SPH.REC.1397.030) رسید.

References

1. Sabbaghian H. Emerging and reemerging zoonotic diseases. Iranian Journal of Epidemiology 2006; 1(3-4): 1-9. [In Persian].
2. Heshmati H, Rahimzadeh H, Behnampour N. Health Education. Tehran: Avaye-daneshgostar; 2011. [In Persian].
3. Shodjai Tehrani H, Malek Afzali H. Text Book of Preventive and Social Medicine. Tehran: Semat Press; 2007.
4. Aghamolaei T. Basics of Health Services. Tehran: Andishe-Rafi; 2009. [In Persian].
5. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 5th ed. US: WILEY; 2015.
6. World Health Organization. Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Eastern Mediterranean, Cairo: WHO; 2012.
7. Borders S, Blakely C, Quiram B, McLeroy K. Considerations for increasing the competences and capacities of the public health workforce: Assessing the training needs of public health workers in Texas. Human Resources for Health 2006; 4(1): 18.
8. Baradaranrezaei M, Mohammadalizadeh S, Piri H, Jabbarzadeh T. Quality of educational services provided to pregnant women in health centers. Nursing & Midwifery Journal 2007; 2(5): 14-20. [In Persian].
9. Alah Verdipour H, Delgoshai B, Loghmanian L. Assessment of the village health workers educational activities. Teb Va Tazkiye 2005; 13(4): 1-7. [In Persian].
10. Kianian T, Zare M, Ildarabadi E, Moonaghi HK, Saber S. Evaluation of training competency of health care workers in training clients and patients. Journal of Nursing Education 2014; 3(1): 51-60. [In Persian].
11. Heshmati H, Behnampour N, Haji-Ebrahimi MH, Charkazi A, Asadi Z, Dehnadi A. Elderly hygiene status in rural areas of Golestan Province in Iran. Salmand 2012; 7(1): 25-33. [In Persian].
12. Heshmati H, Behnampour N, Homaei E, Khajavi S. Predictors of fruit and vegetable consumption among female high school students based on PRECEDE model. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2014; 1(4): 5-14. [In Persian].
13. Bay A, Heshmati H. Factors associated with pesticide use behaviors among farmworkers based on health belief model. Iran J Public Health 2016; 45(2): 276-7.
14. Shirjang A, Alizadeh M, Mortazavi F, Asghari Jafarabadi M, Jeddi A. Relevance of public health BSc curriculum to job requirements and health system expectations: Views of graduates on courses syllabi and content. Iranian journal of Medical Education 2013; 12(10): 768-77. [In Persian].
15. Hojat M. Need assessment of nursing personnel of Jahrom University of Medical Sciences using delphi technique in 2008. Iranian Journal of Medical Education 2011; 10(4): 464-73. [In Persian].
16. Barati M, Afsar A, Ahmadpanah M. Assessment of communication skills level among healthcare practitioners. Avicenna Journal of Clinical Medicine 2012; 19(1): 62-9. [In Persian].
17. Rostami H, Golchin M, Mirzaei A. Evaluation of communication skills of nurses from hospitalized patients' perspective. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2012; 10(1): 27-34. [In Persian].
18. Motaghi M, Rajabi Z, Akbarzade A. Comparison of distance education regarding primary health care effect on knowledge of Behvarz and other health team members. Journal of Holistic Nursing And Midwifery 2016; 26(79): 64-71. [In Persian].
19. Mottaghi M, Rajabi Z, Kachuee Z. The effect of training in the field of Primary Health Care (PHC) on knowledge of Kashan Health Workers (Behvarz) 2004-2011. Research in Medical Education 2012; 4(1): 34-42. [In Persian].
20. Javanparast S, Baum F, Labonte R, Sanders D, Rajabi Z, Heidari G. The experience of community health workers training in Iran: A qualitative study. BMC Health Services Research 2012; 12(1): 291.
21. Larijani ZM, Vakili MM, Gofranipour F, Mirmohammadkhani M. Effects of health education program on Behvarz's interpersonal communication skills in Semnan University of Medical Sciences. koomesh 2015; 16(2): 229-38. [In Persian].
22. Solhi M, Mansoori N, Rimaz S, Irandoost SF. Comparison the effect of education about teaching methods through using CD and leaflet on staff's knowledge at west Tehran health center. Rahavard Salamat Journal 2015; 1(2): 16-24. [In Persian].

23. Hazavehei MM, Heshmati H, Hasanzadeh A, Pourmazar SA, Maghsoodlou D. The effect of volunteer health workers educational program on the basis of BASNEF model on promotion of their practices about cutaneous leishmaniasis. *Zahedan J Res Med Sci* 2014; 16(5): 16-21.
24. Akbarian N, Bushehri E, Alizadeh A, Aghamolaei T. Barriers and facilitators in health education for the people from health care providers' perspective: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2015; 5(4): 400-387. [In Persian].
25. Hekmatpou D, Anoosheh M, Elhani F. Pathology of patient education: A qualitative study. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20(49): 51-60. [In Persian].
26. Ashghali Farahani M, Mohammadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Obstacles of patient education in CCU and post CCU: A grounded theory study. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(58): 55-73. [In Persian].
27. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: A synthesis through meta-ethnography. *PLoS One* 2014; 9(2): e89554.
28. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
29. Safizadeh H, Hafezpour S, Mangolian Shahrabaki P. Health damaged context: Barriers to breast cancer screening from viewpoint of Iranian health volunteers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018; 19(7): 1941-9.
30. Tehrani H, Zarei F, Behzad F, Peyman N. Educational-communicative factors affecting the health literacy of people with chronic diseases from the perspective of health staff: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2019; 7(3): 326-36. [In Persian].
31. Saeedi-Geraghani H, Nouhi E. Investigation of barriers to educating and establishing communication with patients from nurses' perspective in hospitals of Jiroft city in 2015. *Journal of Nursing Education* 2017; 6(3): 1-7. [In Persian].
32. Adib Hajbaghery M, Zare M. The barriers to patient education from the viewpoint of nurses in Iran: A systematic review. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017; 15(7): 544-58. [In Persian].
33. Mansourghanaei R, Majidi S, Tabari R. Nurses viewpoints about facilitator and inhibitor factors of patients education. *Research in Medical Education* 2011; 3(1): 27-33. [In Persian].
34. Rezaee Nik B, Rassouli M, Vascooi K, Alavi Majd H, Torabi F. The obstacles and facilitating of nurses collaborative in clinical education nursing student. *Journal of Nursing Education* 2017; 6(5):61-8. [In Persian].
35. Arian M, Mortazavi H, Tabatabaiechehr M, Tayebi V, Gazerani A. The comparison between motivational factors and barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers. *Journal of Nursing Education* 2015; 4(3): 66-77. [In Persian].
36. Vahedian Azimi A, Alhani F, Hedayat K. Barriers and facilitators of patient's education: Nurses' perspectives. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 11(6): 620-34. [In Persian].
37. Mardanian Dehkordi L, Salahshorian A, Mohammad Alayha J, Hosseini F. Nurses' perception of patient teaching, enhancing and inhibiting factors. *Iran Journal of Nursing* 2005; 17(40): 18-27. [In Persian].
38. Ghorbani R, Soleimani M, Zeinali MR, Davaji M. Iranian nurses and nursing students' attitudes on barriers and facilitators to patient education: A survey study. *Nurse Educ Pract* 2014; 14(5): 551-6.
39. Sodeify R. Nurses' perception of the factors affecting patient education: A qualitative content analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Science* 2018; 7(1): 1-10. [In Persian].
40. Mohseni M. *Public Sociology*. Tehran: Tahouri Press; 2018. [In Persian].

Barriers of Health Education in Iran's Health System: A Qualitative study

Roya Sadeghi¹ , Sara Mortaz Hejri², Elham Shakibazadeh¹, Abbas Rahimi Foroushani³,
Hashem Heshmati⁴ 

Original Article

Abstract

Introduction: Despite the importance of health education, studies revealed that health education in Iran's health system is not desirable, so the present study was done to investigate the barriers of health education in Iran's health system.

Method: This qualitative study was done in 2019. Twenty health experts and physician and 26 community-based health workers (CHWs) were selected through purposive sampling method. Data were collected using semi-structured interview and group discussion. The data were analyzed using Lundman and Graneheim content analysis approach.

Results: After data analysis, five themes including personal barriers (low capability of CHWs, low personal motivation, and wrong beliefs of educator), interpersonal (the weakness of other health care providers in educating CHWs, inaccurate communication, poor commitment, and Customer-related problems), organizational (the weakness in empowerment of health care providers, high workload of CHWs, problems related to educational resources, and inappropriate evaluation and monitoring), social (low credibility of CHWs among Community Members (CMs), economical issues of CMs, and challenges related to using internet and virtual social networks), and contextual barriers (those related to universities, radio and television, and the gap between practical and theoretical education) were extracted.

Conclusion: As barriers are multidimensional, so it is recommended to develop a comprehensive plan with cooperation of managers, experts, and health providers for solving the barriers.

Keywords: Health education, Barriers, Health system

Citation: Sadeghi R, Mortaz Hejri S, Shakibazadeh E, Rahimi Foroushani A, Heshmati H. **Barriers of Health Education in Iran's Health System: A Qualitative study.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(3): 300-17. [In Persian]

Received date: 09.12.2018

Accept date: 09.07.2019

Published: 21.12.2019

1- Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of Medical Education, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD Student, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Hashem Heshmati, Email: heshmatih1@gmail.com