

بررسی نظرات بهورزان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی از توانایی خود در انجام بسته خدمتی

شنیم صادقی خو^{۱*}، شهرام یزدانی^۲، محمد رضا رهبر^۳، مینا احمدی^۴

۱- دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ۳- گروه نیروی انسانی وزارت بهداشت، ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- بیمارستان طالقانی، درمانگاه پیشگیری و ارتقای سلامت

* نویسنده مسؤول: دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تلفن: ۸۱۴۵۴۲۰۵ همراه: ۹۱۲۷۷۶۱۰۲. نامبر: ۸۱۴۵۴۳۵۷

پست الکترونیک: Shabnam_sadeghikh@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۸ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

چکیده

مقدمه: در نظام بهداشت و درمان کشور، بهورزان اولین رده نیروی انسانی در صفت ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی در رستاه‌ها هستند. شناسایی نیازهای آموزشی بهورزان، پیش‌نیاز یک برنامه آموزشی مؤثر است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نظرات بهورزان شاغل در سیستم بهداشتی کشور از توانایی خود در انجام بسته خدمتی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در بین بهورزان مرد و زن شاغل در خانه‌های بهداشت انجام شد. نمونه‌گیری با روش چند مرحله‌ای صورت گرفت. به منظور گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای ۱۰۴ سوالی بر اساس اطلاعات دموگرافیک و سرفصل‌های آموزشی بهورزان تدوین شد. اعتبار پرسشنامه بر اساس نظرخواهی از کارشناسان و صاحب‌نظران در حیطه بهورزی کشور، و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha = 0.974$) تأیید شد. داده‌ها با استفاده از فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های t -student و Chi-squared در SPSS مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی بهورزان زن در این مطالعه 35.7 ± 6.7 سال و در بهورزان مرد 39.1 ± 7.4 سال بود. ۶۲٪ بهورزان ساکن روستای خود بودند و ۶۱٪ آن‌ها مدرک دیپلم داشتند. در این مطالعه، ۹۵٪ از بهورزان توانایی خود را در حیطه استفاده از کامپیوتر و دیگر نرم‌افزارها ضعیف دانستند. بهورزان در ۳۴٪ از حیطه‌ها توانایی خود را عالی و در ۶۵٪ دیگر از حیطه‌ها توانایی متوسط بیان کردند.

نتیجه‌گیری: توجه به نظرات بهورزان، اقدامات کارشناسی در بهبود توانایی بهورزان در انجام وظایف حرفه‌ای ایشان و تأکید بر آموزش‌های مددام و کارگاه‌های آموزشی منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌ها می‌شود. به علت گستردگی جغرافیایی خانه‌های بهداشت، نیاز‌سنجی آموزشی جهت بهورزان هر استان به صورت جداگانه ضروری می‌باشد.

گل واژگان: بهورز، نیاز‌سنجی، خانه بهداشت

مقدمه

است. بهورزان از دیر باز نقش اساسی در موقیت نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور داشته‌اند. بهورزان ارایه‌دهندگان خدمات چندپشه‌ای هستند که مهارت‌های کافی برای ارایه خدمات بهداشتی و درمانی خصوصاً در زمینه‌های بهداشت باروری، مراقبت از بیماری‌ها و بهداشت محیط دارند (۱).

روح خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ در نظام شبکه سلامت ایران در محیطی‌ترین سطح ارایه خدمات آن، یعنی خانه‌های بهداشت که به وسیله بهورزان اداره می‌شود نهفته

^۱ Primary Health Care

تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به عنوان یک طبقه^۳ و از هر استان، یک شهر به عنوان خوش^۴ انتخاب شد، سپس از هر خوش به صورت تصادفی سیستماتیک، ۲۵۰۰ خانه بهداشت انتخاب شدند و در این خانه‌های بهداشت، بهوزان مورد پرسشگری قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق ساخته با سؤالات بسته بر اساس سرفصل‌های آموزش بهوزان و کارشناسان خبره تعیین روابی^۵ آن، تعدادی از استادی و مدیران و کارشناسان خبره در زمینه بهوزانی آن را نقد و بررسی کردند و برای تعیین پایابی^۶ آن نیز از ۱۰۰ بهوز (خارج از حجم نمونه اصلی) خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند و پس از استخراج داده‌ها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷۴ + محاسبه گردید. این پرسشنامه ۱۰۴ سؤالی شامل: اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، سابقه کار، تعداد شیفت کاری، محل سکونت) و اطلاعات اصلی مربوط به سرفصل‌های آموزشی بهوزان بود. حیطه‌های مورد نظر بر اساس آخرین سرفصل‌های آموزشی بهوزان در وزارت بهداشت شامل: آشنایی با نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور و اخلاق حرفه‌ای، شناسایی جمعیتی-جغرافیایی روستا، شیوه‌های آموزش بهداشت، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، بهداشت و تنظیم خانواده، بهداشت فردی، اصول کلی تعذیه، بیماری‌های واگیر، ایمن‌سازی و بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، مراقبت اطفال، بهداشت محیط، درمان‌های ساده علامتی و دارونامه، کمک‌های اولیه، بهداشت و تنظیم خانواده، بیماری‌های غیرواگیر، مراقبت اطفال، بهداشت مدارس، روشن تحقیق و ارتقای کیفیت، بهداشت سالم‌دان، بهداشت دهان و دندان، اقدامات در بروز بلایا، چگونگی محاسبه شاخص‌های زیج، آمار ماهیانه، آشنایی با روش‌های آماری و نحوه تعاملات سازمانی وارد گردید. پرسشنامه‌ها همراه با نامه مكتوب در مورد ضرورت و نحوه انجام این پژوهش، از طریق پست الکترونیک برای مسؤولین گسترش دانشگاه‌ها ارسال شد و آن‌ها پرسشنامه‌ها را در اختیار بهوزان انتخاب شده قرار دادند. بعد از سه هفته زمان تعیین شده، همه پرسشنامه‌های ارسال شده، توسط بهوزان پاسخ داده شد و با همکاری مسؤولین گسترش به معاونت بهداشتی عوتد داده شد.

در این پژوهش با بکارگیری طیف لیکرت، گزینه‌ها در پنج سطح تعریف شدن: (الف) به داشت مهارت مورد نظر هیچ تسلطی

بنابراین در نظام بهداشت و درمان کشور، بهوزان اولین رده نیروی انسانی برای ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی درروستاهای هستند که طی یک دوره دو ساله پس از گذراندن آموزش‌های نظری و عملی به خدمت در زادگاه خود مشغول می‌شوند (۲).

بسته‌های خدمتی بهوزان، مبتنی بر شرح وظایف سازمانی آن‌ها می‌باشد که اعم آن‌ها عبارتند از: شناسایی جمعیتی-جغرافیایی روستا، بهداشت و تنظیم خانواده، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران، شیوه‌های آموزش بهداشت، بیماری‌های واگیردار و غیر واگیر، واکسیناسیون، مراقبت اطفال، بهداشت حرفه‌ای و محیط و غیره (۳). خانه‌های بهداشت در اکثریت مناطق روستایی تنها پایگاه ارایه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق روستایی است. بنابراین مسلط بودن بهوزان بر محتوای بسته آموزشی، تأثیر مستقیمی بر سلامت روستانشینان دارد (۴). تغییر در الگوی بیماری‌ها و هرم جمعیتی از یک سو و همچین ارتقای فرهنگ و سواد روستائیان و ایجاد توقعات جدید از سوی آنان، ما را ناگزیر از تحول در دو حیطه طراحی خدمات بهداشتی و درمانی جدید و ارتقای توانمندی‌های ارایه‌دهندگان خدمات از جمله بهوزان به لحاظ مدارک تحصیلی و آموزش‌های ضمن خدمت می‌نماید. بازنگری در محتوای آموزشی و نیز نیاز‌سنجی آموزشی از بهوزان در حیطه ارایه خدمات سلامتی ضروری است. بنابراین ارزیابی بهوزان به لحاظ نیازهای آموزشی یکی از اولویت‌های وزارت بهداشت در ارتقای کیفیت خدمات می‌باشد (۵). نیاز‌سنجی آموزشی را گاهی اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی سیستم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ذکر می‌کنند (۶). گرچه نیاز‌سنجی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است، در وضعیت فعلی، بهوزان در دانشگاه‌های محروم و برخوردار با طیف متنوعی از سوابق خدماتی و وضعیت تحصیلی، مشغول به کار می‌باشند. لذا ارزیابی مسؤولان وزارت‌خانه از نیازهای آموزشی متنوع افراد، یک اولویت مهم برای سیاست‌گذاری آموزش نیروی انسانی در حیطه ارایه خدمات روستایی است.

روش کار

این مطالعه مقطعی، در نیمه اول سال ۱۳۹۰ در خانه‌های بهداشت انجام گردید. جامعه پژوهش شامل بهوزان شاغل در معاونت‌های بهداشتی بود که بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه ۲۵۰۰ نفر (۱۲۵۰ نفر زن و ۱۲۵۰ نفر مرد) تعیین شد. برای نمونه‌گیری از روش چند مرحله‌ای^۷ استفاده گردید. ابتدا

³ Strata

⁴ Cluster

⁵ Validity

⁶ Reliability

تابستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره دوم، پایی

² Multi stage

توانایی خود را متوسط و در ۳۶ حیطه (٪۳۴/۳) توانایی خود را در ارایه خدمت عالی بیان کردند. ۹۵٪ از بهورزان در پاسخ به یک سؤال در مورد کار با نرم افزارها و کامپیوتر، تسلط خود را ضعیف دانستند. در مقایسه این حیطه، بین بهورزان مرد و زن مشخص شد که بهورزان زن ضعیفتر از بهورزان مرد بودند و این تفاوت، در آزمون آماری معنادار گردید.

حیطه هایی از سرفصل های آموزش بهورزی که بهورزان تسلط خود را عالی توصیف کردند در جدول ۱ نشان داده شده است:

جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخ های بهورزان در حیطه های با تسلط "عالی" بر آن ها

ردیف	پرسش ها	تعداد (درصد)
۱	آشنایی با اصول سرشماری	(٪۸۲/۱) ۲۰۷۸
۲	آشنایی با تنظیم پرونده خانوار	(٪۸۴/۷) ۲۱۱۷
۳	آشنایی با ثبت جمیت در زیج حیاتی	(٪۷۷/۹) ۱۹۴۸
۴	ترزیقات و بامسنان	(٪۵۱/۲) ۱۲۸۰
۵	آشنایی با روش های گندزدایی آب	(٪۴۹/۷) ۱۲۴۳
۶	اصول دفع فاضلاب	(٪۵۰) ۱۲۵۰
۷	آشنایی با پهداشت اماکن نهاده، توزیع و فروش مواد غذایی	(٪۴۱/۰) ۱۱۸۷
۸	آشنایی با پهداشت مسکن	(٪۷۷) ۱۹۲۵
۹	آشنایی با نمک ید دار و ید سنجی	(٪۵۵/۲) ۱۳۲۸
۱۰	بیماری سل	(٪۴۹/۱) ۱۱۲۷
۱۱	حیوان گزیدگی و هاری	(٪۶۴/۱) ۱۶۰۲
۱۲	بیماری مalaria	(٪۷۸/۰) ۱۱۹۵
۱۳	جدول و اکسیناسیون ایران	(٪۶۶/۶) ۱۶۶۵
۱۴	نظام اطلاعات و فرم ها در این سازی و بیماری های قابل پیشگیری با اکسن	(٪۶۵/۳) ۱۶۳۲
۱۵	زنجبیر سرد	(٪۵۵/۸) ۱۳۹۵
۱۶	مشاوره برای انتخاب یک روش مناسب پیشگیری از بارداری	(٪۵۸/۳) ۱۴۵۷
۱۷	مراقت از استفاده کنندگان روش های پیشگیری از بارداری	(٪۵۷/۹) ۱۷۷۳
۱۸	آشنایی با کودک سالم	(٪۵۴/۱) ۱۳۲۸
۱۹	آشنایی با کودک بیمار	(٪۵۱/۸) ۱۳۰۰
۲۰	آشنایی با اصول تغذیه تکمیلی و تغذیه بومی کودکان	(٪۵۵/۲) ۱۳۸۰
۲۱	آشنایی با عالیم و تغییرات دوران حاملگی	(٪۵۵/۸) ۱۳۹۵
۲۲	آشنایی با معایبات دوران بارداری	(٪۴۶/۰) ۱۱۶۵
۲۳	آشنایی با آموزش های دوران بارداری	(٪۵۵/۴) ۱۴۱۰
۲۴	مراقت از نوزاد	(٪۵۵/۱) ۱۳۸۰
۲۵	مادران در معرض خطر	(٪۵۴/۳) ۱۳۵۷
۲۶	مراقت بعد از زایمان	(٪۶۵) ۱۶۲۵
۲۷	همیت تغذیه با شیر مادر	(٪۵۷/۱) ۱۳۰۸
۲۸	تغذیه در مادران (باردار، زایمان و دوران شیردهی)	(٪۵۷/۱) ۱۴۲۸
۲۹	سنجش بینایی	(٪۵۵/۸) ۱۳۹۵
۳۰	آب آشامیدنی مدرسه	(٪۴۸/۵) ۱۲۱۳
۳۱	کمبود آهن و کم خونی در سنین مدرسه	(٪۵۱/۸) ۱۱۹۵
۳۲	داروهای مسکن و تبیر	(٪۵۴) ۱۱۳۰
۳۳	داروهای درمان بروک	(٪۵۵/۱) ۱۴۰۲
۳۴	درمان گلودره استرپتوکوکی	(٪۵۶/۴) ۱۴۱۰
۳۵	داروهای درمان بیومونی و غفتون حاد گوش	(٪۴۹/۷) ۱۲۴۲
۳۶	نگهداری، ذخیره سازی و خروج داروها	

در حیطه هایی با تسلط عالی از نظر بهورzan، بالاترین فراوانی را مقوله آشنایی با تنظیم پرونده خانوار (٪۸۴/۷) داشت. همچنین توانایی و تسلط بهورzan در مورد مدیریت بیماری های سل، هاری و حیوان گزیدگی، و مalaria نسبت به بیماری های دیگر بیشتر بود. با دسته بندی کردن سؤالات مربوط به یک حیطه، طبق سرفصل های آموزش بهورزی، حیطه هایی که بهورzan بر اساس نظرات خودشان از توانایی های متوسطی برخوردار بودند

نداрам (۱)؛ ب) به کمتر از نیمی از آن تسلط دارم (۲)؛ پ) به بیش از نیمی از آن تسلط دارم (۳)؛ ت) به طور کلی تسلط دارم (۴)؛ ث) به طور کامل و دقیق تسلط دارم (۵). برای تفسیر سؤالات، پاسخ های با امتیاز ۱ و ۲ به صورت تسلط ضعیف، پاسخ های با امتیاز ۳ و ۴ تسلط متوسط در آن مقوله و پاسخ های با امتیاز ۵ به صورت توانایی عالی توصیف شدن. برای رعایت مسائل اخلاقی و افزایش همکاری به جای نام و نام خانوادگی بهورzan، پرسشنامه ها کد گذاری و اطلاعات مجرمانه بودند. در صورت عدم رضایت بهورز برای شرکت در مطالعه، خارج می گردید و بهورز دیگر آن خانه بهداشت یا نزدیک ترین خانه بهداشت به آن مرکز وارد مطالعه می شد. اطلاعات جمع آوری شده در نرم افزار آماری SPSS-16 وارد شد و با آمار توصیفی (جدول و نمودارها) و آزمون های تی^۷ و مرربع کای^۸ (با سطح معناداری $p < 0.05$) تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

نتایج

در این مطالعه، تعداد بهورzan زن و مرد مساوی انتخاب شدند (هر کدام ۵۰٪). میانگین سنی در کل افراد تحت مطالعه ۳۷/۲±۷ سال بود. در تفکیک سنی آن ها بر اساس جنسیت: میانگین سنی زنان ۳۵/۷±۶ سال و میانگین سنی مردان ۳۹/۱±۷/۴ سال بود. متوسط سابقه خدمتی بهورzan در این مطالعه کشوری، ۱۴/۵±۷/۵ سال بود. در بررسی سطح تحصیلاتی کل بهورzan، بیشترین فراوانی مربوط به سطح دیپلم (۶۸٪) و کمترین فراوانی را مدارک تحصیلی بالاتر از کاردانی (۱/۸٪) داشتند. اکثریت بهورzan از لحاظ شیفت کاری، یک شیفته بودند. در این مطالعه جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت، از حداقل ۳۰ نفر با یک بهورز در استان مازندران تا حداقل ۹۰۵۶ نفر با ۴ بهورز در استان آذربایجان غربی مشاهده گردید. جمعیت تحت پوشش شامل جمعیت روستای اصلی، جمعیت روستای قمر و سیاری بود. همچنین تعداد بهورzan در خانه های بهداشت از حداقل ۱ نفر تا حداقل ۵ نفر بودند میانگین تعداد بهورzan ۷/۳±۱/۲ نفر بود. در بررسی محل اقامت بهورzan در خارج از ساعت کار اداری، اکثر آن ها (۶۲/۶٪) در روستای محل کار خود ساکن بودند.

در بررسی نظرات بهورzan از بسته خدمتی آن ها نتایج زیر حاصل گردید: پاسخگویی بهورzan به ۱۰۴ سؤال مطرح شده از رئوس آموزش های بهورزی به شرح زیر بود: در یک حیطه (٪۶۴/۷)، بهورzan توانایی خود را ضعیف، در ۶۷ حیطه (٪۹۵)،

⁷ T-student

⁸ Chi-square

با آیین نامه های سابق آموزش بهورزی که بهورزان مورد مطالعه طبق آن پذیرفته شده اند همخوانی دارد (۲).

در این مطالعه، زنان بهورز نسبت به مردان بهورز، درصد بالاتری از سطوح تحصیلاتی را داشتند و در آزمون آماری این تفاوت تحصیلاتی بین زنان و مردان بهورز معنادار شد. هر خانه بهداشت با یک بهورز زن و یک بهورز مرد راه اندازی می شود؛ اما با افزایش جمعیت تنها بهورزان زن گزینش می شوند. این وضعیت، میانگین سنی بهورزان شاغل را در جهت کاهش میانگین سنی بهورزان بعداً گزینش شده زن پیش می برد. دسترسی بیشتر و افزایش آگاهی افراد منجر به افزایش متوجه سطح سواد جامعه روستایی به ویژه جامعه زنان روستایی گردیده است. این یافته با نتایج سرشماری نفوس و مسکن کشور که معرف افزایش سطح سواد به ویژه در جامعه روستایی است همخوانی دارد (۲).

توانایی کمتر زنان بهورز نسبت به مردان بهورز در استفاده از کامپیوتر و دیگر نرم افزارها، شاید شرایط فرهنگی و امکان دسترسی کمتر را برای زنان بهورز مطرح می کند. هرچند تسلط کم در این مقوله در سطح تحصیلی دیپلم، بیشترین فراوانی را نشان داد، به لحاظ آماری معنادار نبود؛ شاید به این علت که درصد بالایی از بهورزان از نظر سطح سواد دیپلم بودند. بررسی حیطه هایی که بهورزان توanایی خود را در ارایه بسته خدماتی عالی توصیف کردند نشان داد که هر جا بهورزان الزام بیشتری برای انجام اقدامات عملی در خدمت داشتند مهارت آن ها نیز بالاتر بود. علاوه بر این، در زمینه برنامه هایی که مستندات آماری آن ها مداوماً پایش می شود نظیر خدمات تنظیم خانواده، مادر و کودک و ایمن سازی، تسلط بهورزان در رده های بعدی قرار داشت. در ضمن در برنامه هایی نظیر آشنایی با نظام ارایه خدمات، اخلاق حرفه ای و آموزش بهداشت که بیشتر اقدام به تقویت جنبه های دانشی و نگرشی می نماید، تسلط بهورزان در درجات کمتری قرار گرفته بود. به همین دلیل باید برای تقویت نظام ارایه خدمات از طریق آموزش، مطالب کاربردی و عملی در برنامه درسی بهورزان گنجانده شود. بر اساس یافته ها مشخص شد هر کجا ابزارهای پایش و ارزشیابی فعالیت بهورز در برنامه خدمتی وجود نداشت توanایی و تسلط بهورزان کمتر بود؛ مانند مواردی نظیر بهداشت فردی، بیماری های واگیر و غیر واگیر و بهداشت محیط و کمک های اولیه و بلایا و حوادث.

بر اساس نتایج این مطالعه، اولین الیت نیازمند آموزش، در زمینه کامپیوتر و نرم افزارهای آن می باشد. البته باید توجه داشت که آن چه بهورزان در زمینه نیازهای آموزشی خود اظهار داشته اند به طور قطعی بخشی متأثر از نیازهای روزانه آن ها در تابستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره دوم، پیاپی ۶۵

مشخص گردید و این نتیجه به دست آمد که بهورزان در اکثر حیطه های آموزش بهورزی، تسلطی متوسط داشتند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ های بهورزان در حیطه های با تسلط "متوسط"

ردیف	پرسش ها	تسلط متوسط
۱	آشنایی با نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی	(۴۵۶، ۹۹) ۱۴۲۴
۲	شیوه های آموزش بهداشت	(۴۸۰، ۵۵) ۱۶۲۸
۳	بهداشت فردی	(۵۷۰، ۷۷) ۱۸۸۴
۴	اصول کلی تغذیه	(۴۶۱۷۴) ۱۰۴۳
۵	بیماری های واگیر	(۴۵۳، ۴) ۱۲۲۵
۶	بهداشت محیط و حرفه ای	(۴۵۶، ۴۵) ۱۴۶۱
۷	کمک های اولیه	(۴۶۱۱۵۰)
۸	بیماری های غیر واگیر	(۷۶۰، ۴۸) ۱۶۸۷
۹	بهداشت مدارس	(۴۵۸، ۲۱) ۱۴۶۲
۱۰	بهداشت ساماندان	(۴۵۰، ۷۴) ۱۶۴۳
۱۱	بهداشت دهان و دندان	(۴۸۶، ۲۲) ۱۷۷۵
۱۲	اقامات در بروز بلایا	(۴۶۴، ۴۲) ۱۶۱۰
۱۳	آشنایی با روش های آماری	(۴۵۶، ۶۸) ۱۴۲۲

بحث

بر اساس یافته های مطالعه مشخص شد که بهورزان زن شاغل در سیستم بهداشتی کشور جوان تر از مردان بهورز بودند. اکثریت بهورزان از سطح تحصیلاتی دیپلم برخوردار بودند و بیشتر آن ها در روستای محل کار خود ساکن بودند. بهورزان فقط در یک حیطه مربوط به استفاده از کامپیوتر و دیگر نرم افزارها توanایی خود را ضعیف بیان کردند. توanایی کم در این حیطه با جنسیت رابطه معناداری داشت؛ یعنی زنان بهورز نسبت به مردان بهورز در این زمینه ناتوان تر بودند. بر اساس یافته ها بهورزان در ارایه بیشتر از نیمی از سرفصل های آموزش بهورزی توanایی متوسط بیان کردند.

مطالعات کشوری به گستردگی تحقیق ما درباره آموزش بهورزان در دسترس نبود. در بعضی مطالعات، فقط تعداد محدودی از سرفصل های آموزشی بهورزان را در بعضی استان ها مورد بررسی قرار داده بودند؛ برای مثال، در مطالعه دکتر عسگری در سال ۱۳۸۹ جهت نیازسنجی آموزشی بهورزان در استان اصفهان در یک جمعیت ۱۶۲۱ نفری مشکل از بهورزان، الیت های آموزشی شامل: شیوه های آموزش سلامت و مهارت زندگی، بیماری های غیر واگیر و واگیر، تغذیه و دارو، بهداشت محیط و حرفه ای، بهداشت دهان و دندان بود. نتایج مطالعه ما هم در بعضی موارد با الیت های مورد نظر این مطالعه همخوانی داشت (۵).

مطالعات متعددی از نیازسنجی آموزشی درباره گروه های هدف دیگر مانند مربیان بهورزی، پزشکان عمومی، کارشناسان آموزش سلامت، اساتید دانشگاه ها در دسترس بود؛ اما با توجه به متفاوت بودن گروه هدف ما (بهورزان) مقایسه نتایج منطقی نبود (۱۳-۷). میانگین سنی پایین تر زنان بهورز نسبت به مردان در مطالعه ما،

مدیران و مریبان مراکز بهوزی جهت ارتقای توانایی‌های بهوزان پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های این مطالعه نداشتن همزمان نیازسنجی آموزشی مریبان و کارشناسان بهوزی جهت مقایسه با بهوزان، عدم امکان کنترل متغیرهایی نظیر کسالت و خستگی پاسخگویان و محدودیت زمانی انجام تحقیق بود.

نتیجہ گیری

توجه به نظرات بهورزان، اقدامات کارشناسی در بهبود توانایی بهورزان در انجام وظایف حرفه‌ای شان و تأکید بر آموزش‌های مداوم کاملاً محسوس است. با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از نظرات خود بهورزان به عنوان آموزش‌گیرندگان بسته خدمتی تدوین شده، الزامي و مؤثر می‌باشد. همچنین به علت گستردگی غرافیایی خانه‌های بهداشت، نیازمنجی آموزشی جهت بهورزان هر استان ضروری می‌باشد. مرکز مدیریت شبکه به عنوان بدنۀ اصلی سیاست‌گذاری آموزش و توسعه منابع انسانی بهورزی که خود متولی تدوین سیاست‌های تربیتی بهورزی نیز می‌باشد می‌باشد در اقدامات خود موضوع نیازمنجی بهورزان، امداد توجه و پیش‌قار، دهد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسؤولین محترم گسترش، مدیران آموزشگاه‌های بهورزی و همه بهورزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند صمیمانه تشکر می‌نماییم.

References

- Rahbar M. Primary health care in Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education; 2009: 23-28. (in Persian)
 - Pilerodi S. Health networks in Iran. Ministry of Health; 2007: 70-75. (in Persian)
 - Education Center for Network Development and Health Promotion of Ministry of Health and Medical Education. Regulations of training of health workers 2009; 8-18: 40-55 (in Persian).
 - Akbari M, Naghavi M. The changes of health in Iranian villagers. ministry of health, treatment and medical 2005. (in Persian)
 - Asgari H, Kheirmand M, Yarmohamadian M, Rohani M, Ansari S. Needs assessment of behvarzes in Isfahan health networks. Iranian Journal of Medical Sciences 2010; 10(5): 66-69. (in Persian)
 - Yousefi A. Needs assessment techniques. Iranian Journal of Medical Science 2002; 66(5):62-63. (in Persian)
 - Shiri M. On job training needs assessment of health education experts in Isfahan University of Medical Sciences. Deputy for Research 2006; 1(1): 120-135. (in Persian)
 - Zananlo A, Shirazi M, Alaezini F, Tofiqhi F. Determining the Topics and Content of CME Programs in 5 categories selected. Iranian Journal of Medical Education 2008;10(1):260-261, 258-259. (in Persian)
 - Shakornia A, Elhampour H, Marashi T, Heidari Sorjani Sh. Are the contents and time allocated to CME in the Khozestan province as corresponded with the needs that were announced. Iranian Journal of Medical Education 2007; 7(1):85-92. (in Persian)
 - Ebadi A, Vanaki Z, Tahrir B, Hekmat poor D. Pathology of continuing education in the medical community in Iran. Academic Journal of Strides in Development of Medical Education of Kerman University of Medical Sciences 2001; (4): 2. (in Persian)
 - Karen S. Needs assessment of physicians practicing in KFL & A area. Public Health 2006; 10(3): 84- 86.
 - Amini A, Kargar Maher M, Hatami F, Salami H. Determining CME needs of general physicians in East Azarbaijan. The Iranian Journal of Education in Medical Sciences 2002; 2: 19. (in Persian)
 - Curran K, Vernon RD, Parsons P, Rideout G, Tannenbaum D, Dumoulin Keerby F, Fleet, L. A comparative analysis of the perceived continuing medical education- needs of cohort rural and urban Canadian family physicians. Society of Rural physicians of Canada 2007;12(3):161-166.

موارد غیرشغلی نیز می باشد؛ لذا این اولویت نیاز را باید مورد ارزیابی های اختصاصی دیگری نیز قرار داد.

یکی از مهم ترین و امیدبخش ترین نقش های خانه بهداشت و بهورزان، آموزش بهداشت است. در مطالعه ما طبق نظر بهورزان، این حیطه از توانایی متوسطی برخوردار بود. طبق نظرات پایه گذاران آموزش بهورزی در ایران، این حیطه از اهمیت خاصی برخوردار بوده است و خانواده و مدرسه بیش از $\frac{2}{3}$ هدف های آموزش بهداشت را در خود جای می دهند. پس در این زمینه نیاز به بازنگی، و بررسی، بسته تری، است (۱، ۲ و ۵).

در مطالعه ما، بهورزان در زمینه بهداشت سالمدان نیز از توانایی متوسطی برخوردار بودند. نظر به تغییرات در ساختار هرم جمعیتی در کشور ما، فراوانی جمعیت سالمدان رو به فزونی است و این موضوع توجه بیشتر به بهداشت سالمدان را طلب می کند (۴). از مقوله های مهم در بسته خدمتی بهورزان، بیماری های واگیر و غیر واگیر است. در مطالعه ما توانایی بهورزان در این دو حیطه مهم، متوسط گزارش شد. موارد فوق نشانگر آن است که نیازسنجی های اختصاصی در مناطق تحت نظر شهرستان توسط مراکز آموزش بهورزی به منظور اجرای دوره های آموزشی و کارگاه های لازم برای بهورزان بر حسب نیازهای آموزشی آن ها از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا مطالعات نیازسنجی از طریق اجرای آزمون های سنجش آگاهی، نگرش و مهارت های بهورزی و همچنین انجام مطالعات در حجم نمونه های بیشتر و نیز بررسی همزمان نظرات کارشناسان،

Behvarzes Viewpoints on their Abilities in Delivering Health Services

Sadeghikho Sh^{1*} (MSc), Yazdani Sh² (PhD), Rahbar M³ (MD), Ahmadi M⁴ (PhD)

¹ School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Educational Development Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Human Resource Management Division, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁴ Taleghani hospital, Prevention and Health Promotion Clinic, Tehran, Iran

Received: 29 Dec 2013, Accepted: 7 Apr 2014

Abstract

Introduction: Behvarzes are at the first contact level of delivering health services in rural areas of Iran. The objective of this study was to investigate viewpoints of Behvarzes on their ability in delivering health services.

Methods: In this cross-sectional survey, 2500 male and female Behvarzes were selected through multi-stage random sampling. Data were gathered through a valid and reliable questionnaire ($\alpha=0.97$). The questionnaire included 104 variables categorized into two areas including demographic, local service delivery unit variables and topics of training materials. Data were analyzed using the t-student and Chi-squared test in the SPSS.

Results: Mean age was 35 ± 6.7 in the female Behvarzes and 39.1 ± 7.4 in the male behvarzes. More than half (62%) of the participants were living in the rural areas; and 68% had a high school diploma degree (12 years of education). The ability of working with computer and software was weak in 95% of the Behvarzes. The skills in the 34% of the areas were reported as excellent and in 65% of the areas were reported as mid-level by the Behvarzes.

Conclusion: The viewpoints of the Behvarzes on their ability to deliver health services could help to provide new approaches in Behvarzes trainings. Improving quality of the training workshops via changes in the content of the curriculum will positively affect more than 32000 Behvarzes working in halth system in Iran. Conducting regional and local needs assessments is suggested to improve plans of action.

Key words: Behvarze, need assessment, health house

Please cite this article as follows:

Sadeghikho Sh, Yazdani Sh, Rahbar M, Ahmadi M. Behvarzes Viewpoints on their Abilities in Delivering Health Services. Hakim Health Sys Res 2014; 17(2): 102- 107.

*Corresponding Author: School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 81454205, Mobile: +98- 912- 7976102. E-mail: Shabnam_sadeghikho@yahoo.com