

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

شبنم صادقی خو<sup>۱\*</sup>، شهرام یزدانی<sup>۲</sup>، محمدرضا رهبر<sup>۳</sup>، مینا احمدی<sup>۴</sup>

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: ۰۹۱۲۷۹۷۶۱۰۲ نامبر: ۸۱۴۵۴۳۵۷ پست الکترونیک: Shabnam\_sadeghikho@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۸ پذیرش: ۹۳/۱/۱۸

### چکیده

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

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در بین بهروزان مرد و زن شاغل در خانه‌های بهداشت انجام شد. نمونه‌گیری با روش چندمرحله‌ای صورت گرفت. به منظور گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای ۱۰۴ سؤالی بر اساس اطلاعات دموگرافیک و سرفصل‌های آموزشی بهروزان تدوین شد. اعتبار پرسشنامه بر اساس نظرخواهی از کارشناسان و صاحب‌نظران در حیطه بهروزی کشور، پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷۴) 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 بهروزان زن در این مطالعه ۳۵/۷±۶/۷ سال و در بهروزان مرد ۳۹/۱±۷/۴ سال بود. ۶۲٪ بهروزان ساکن روستای خود بودند و ۶۸٪ آن‌ها مدرک دیپلم داشتند. در این مطالعه، ۹۵٪ از بهروزان توانایی خود را در حیطه استفاده از کامپیوتر و دیگر نرم‌افزارها ضعیف دانستند. بهروزان در ۳۴٪ از حیطه‌ها توانایی خود را عالی و در ۶۵٪ دیگر از حیطه‌ها توانایی متوسط بیان کردند.

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

**کل واژگان:** بهروز، نیازسنجی، خانه بهداشت

### مقدمه

است. بهروزان از دیر باز نقش اساسی در موفقیت نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی کشور داشته‌اند. بهروزان ارایه‌دهندگان خدمات چندپیشه‌ای 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<sup>۱</sup> در نظام شبکه سلامت ایران در محیطی‌ترین سطح ارایه خدمات آن، یعنی خانه‌های بهداشت که به وسیله بهروزان اداره می‌شود نهفته

<sup>۱</sup> Primary Health Care

تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به عنوان یک طبقه<sup>۳</sup> و از هر استان، یک شهر به عنوان خوشه<sup>۴</sup> انتخاب شد، سپس از هر خوشه به صورت تصادفی سیستماتیک، ۲۵۰۰ خانه بهداشت انتخاب شدند و در این خانه‌های بهداشت، بهورزان مورد پرسشگری قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای محقق ساخته با سؤالات بسته بر اساس سرفصل‌های آموزش بهورزی کشور بود که برای تعیین روایی<sup>۵</sup> آن، تعدادی از اساتید و مدیران و کارشناسان خبره در زمینه بهورزی آن را نقد و بررسی کردند و برای تعیین پایایی<sup>۶</sup> آن نیز از ۱۰۰ بهورز (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 بهورزان بود. حیطه‌های مورد نظر بر اساس آخرین سرفصل‌های آموزشی بهورزان 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 تغذیه، 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، روش تحقیق و ارتقای کیفیت، بهداشت سالمندان، 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 مکتوب در مورد ضرورت و نحوه انجام این پژوهش، از طریق پست الکترونیک برای مسؤولین گسترش دانشگاه‌ها ارسال شد و آن‌ها پرسشنامه‌ها را در اختیار بهورزان انتخاب شده قرار دادند. بعد از سه هفته زمان تعیین شده، همه پرسشنامه‌های ارسال شده، توسط بهورزان پاسخ داده شد و با همکاری مسؤولین گسترش به معاونت بهداشتی عودت داده شد.

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

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

بسته‌های خدمتی بهورزان، 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 بهورزان بر محتوای بسته آموزشی، تأثیر مستقیمی بر سلامت روستائینان دارد (۴). تغییر در الگوی بیماری‌ها و هرم جمعیتی از یک سو و همچنین 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 بهورزان به لحاظ مدارک تحصیلی و آموزش‌های ضمن خدمت می‌نماید. بازنگری در محتوای آموزشی و نیز نیازسنجی آموزشی از بهورزان در حیطه ارایه خدمات سلامتی ضروری است. بنابراین ارزیابی بهورزان 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، بهورزان در دانشگاه‌های محروم و برخوردار با طیف متنوعی از سوابق خدمتی 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 بهورزان 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<sup>۲</sup> استفاده گردید. ابتدا

<sup>2</sup> Multi stage

<sup>3</sup> Strata

<sup>4</sup> Cluster

<sup>5</sup> Validity

<sup>6</sup> Reliability

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

حیطه‌هایی از سرفصل‌های آموزش بهورزی که بهورزان تسلط خود را عالی توصیف کردند در جدول ۱ نشان داده شده است:

#### جدول ۱- توزیع فراوانی پاسخ‌های بهورزان در حیطه‌های با تسلط "عالی" بر آنها

ردیف	پرسش‌ها	تعداد (درصد)
۱	آشنایی با اصول سرشماری	۲۰۷۸ (۸۳/۱٪)
۲	آشنایی با تنظیم پرونده خانوار	۲۱۱۷ (۸۴/۷٪)
۳	آشنایی با ثبت جمعیت در زیج حیاتی	۱۹۴۸ (۷۷/۹٪)
۴	تزیقات و پانسمان	۱۲۸۰ (۵۱/۲٪)
۵	آشنایی با روش‌های گندزدایی آب	۱۲۴۴ (۴۹/۷٪)
۶	اصول دفع فاضلاب	۱۲۵۰ (۵۰٪)
۷	آشنایی با بهداشت اماکن تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی	۱۲۵۰ (۵۰٪)
۸	آشنایی با بهداشت مسکن	۱۱۸۷ (۴۷/۵٪)
۹	آشنایی با نمک ید دار و ید سنجی	۱۹۲۵ (۷۷٪)
۱۰	بیماری سل	۱۳۸۲ (۵۵/۳٪)
۱۱	حیوان‌گزیدگی و هاری	۱۲۲۷ (۴۹/۱٪)
۱۲	بیماری مالاریا	۱۶۰۲ (۶۴/۱٪)
۱۳	جدول واکسیناسیون ایران	۱۸۹۵ (۷۵/۸٪)
۱۴	نظام اطلاعات و فرم‌ها در ایمن‌سازی و بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن	۱۶۶۵ (۶۶/۶٪)
۱۵	زنجیره سرد	۱۶۳۲ (۶۵/۳٪)
۱۶	مشاوره برای انتخاب یک روش مناسب پیشگیری از بارداری	۱۳۹۵ (۵۵/۸٪)
۱۷	مراقبت از استفاده‌کنندگان روش‌های پیشگیری از بارداری	۱۴۵۷ (۵۸/۳٪)
۱۸	آشنایی با کودک سالم	۱۴۳۷ (۵۸/۹٪)
۱۹	آشنایی با کودک بیمار	۱۳۲۸ (۵۳/۱٪)
۲۰	آشنایی با اصول تغذیه تکمیلی و تغذیه بومی کودکان	۱۳۲۰ (۵۲/۸٪)
۲۱	آشنایی با علایم و تغییرات دوران حاملگی	۱۳۸۰ (۵۵/۲٪)
۲۲	آشنایی با معاینات دوران بارداری	۱۳۹۵ (۵۵/۸٪)
۲۳	آشنایی با آموزش‌های دوران بارداری	۱۱۶۵ (۴۶/۶٪)
۲۴	مراقبت از نوزاد	۱۴۱۰ (۵۶/۴٪)
۲۵	مادران در معرض خطر	۱۳۸۰ (۵۵/۱٪)
۲۶	مراقبت بعد از زایمان	۱۳۵۷ (۵۴/۳٪)
۲۷	اهمیت تغذیه با شیر مادر	۱۶۲۵ (۶۵٪)
۲۸	تغذیه در مادران (باردار، زایمان و دوران شیردهی)	۱۳۰۸ (۵۲/۳٪)
۲۹	سنجش بینایی	۱۴۲۸ (۵۷/۱٪)
۳۰	آب آشامیدنی مدرسه	۱۳۹۵ (۵۵/۸٪)
۳۱	کمبود آهن و کم خونی در سنین مدرسه	۱۲۱۳ (۴۸/۵٪)
۳۲	داروهای مسکن و تب‌بر	۱۲۹۵ (۵۱/۸٪)
۳۳	داروهای درمان برفک	۱۳۵۰ (۵۴٪)
۳۴	درمان کلودرد استرپتوکوکی	۱۴۰۲ (۵۶/۱٪)
۳۵	داروهای درمان پنومونی و عفونت حاد گوش	۱۴۱۰ (۵۶/۴٪)
۳۶	نگهداری، ذخیره‌سازی و خروج داروها	۱۲۴۲ (۴۹/۷٪)

در حیطه‌های با تسلط عالی از نظر بهورزان، بالاترین فراوانی را مقوله آشنایی با تنظیم پرونده خانوار (۸۴/۷٪) داشت. همچنین توانایی و تسلط بهورزان در مورد مدیریت بیماری‌های سل، هاری و حیوان‌گزیدگی، و مالاریا نسبت به بیماری‌های دیگر بیشتر بود. با دسته‌بندی کردن سؤالات مربوط به یک حیطة، طبق سرفصل‌های آموزش بهورزی، حیطه‌هایی که بهورزان بر اساس نظرات خودشان از توانایی‌های متوسطی برخوردار بودند

ندارم (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، پاسخ‌های با امتیاز ۱ و ۲ به صورت تسلط ضعیف، پاسخ‌های با امتیاز ۳ و ۴ تسلط متوسط در آن مقوله و پاسخ‌های با امتیاز ۵ به صورت توانایی عالی توصیف شدند. برای رعایت مسایل اخلاقی و افزایش همکاری به جای نام و نام‌خانوادگی بهورزان، پرسشنامه‌ها کد گذاری و اطلاعات محرمانه بودند. در صورت عدم رضایت بهورز برای شرکت در مطالعه، خارج می‌گردید و بهورز دیگر آن خانه بهداشت یا نزدیک‌ترین خانه بهداشت به آن مرکز وارد مطالعه می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم‌افزار آماری SPSS-16 وارد شد و با آمار توصیفی (جدول و نمودارها) و آزمون‌های تی<sup>۷</sup> و مربع کای<sup>۸</sup> (با سطح معناداری  $p < 0.05$ ) تجزیه و تحلیل صورت گرفت.

## نتایج

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

در بررسی نظرات بهورزان از بسته خدمتی آن‌ها نتایج زیر حاصل گردید: پاسخگویی بهورزان به ۱۰۴ سؤال مطرح شده از رئوس آموزش‌های بهورزی به شرح زیر بود: در یک حیطة (۰/۹۵٪) بهورزان توانایی خود را ضعیف، در ۶۷ حیطة (۶۴/۷٪)،

<sup>7</sup> T-student

<sup>8</sup> Chi-square

با آیین‌نامه‌های سابق آموزش بهورزی که بهورزان مورد مطالعه طبق آن پذیرفته شده‌اند 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 راه‌اندازی می‌شود؛ اما با افزایش جمعیت تنها بهورزان زن گزینش می‌شوند. این وضعیت، میانگین سنی بهورزان شاغل را در جهت کاهش میانگین سنی بهورزان بعداً گزینش شده زن پیش می‌برد. دسترسی بیشتر و افزایش آگاهی افراد منجر به افزایش متوسط 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 نرم‌افزارها، شاید شرایط فرهنگی و امکان دسترسی کمتر را برای زنان بهورز مطرح می‌کند. 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 حیطه‌هایی که بهورزان توانایی خود را در ارایه بسته خدمتی عالی توصیف کردند نشان داد که هر جا بهورزان الزام بیشتری برای انجام اقدامات عملی در خدمت داشتند مهارت آن‌ها نیز بالاتر بود. علاوه بر این، در زمینه برنامه‌هایی که مستندات آماری آن‌ها مداوماً پایش می‌شود نظیر خدمات تنظیم خانواده، مادر و کودک و ایمن‌سازی، تسلط بهورزان در رده‌های بعدی قرار داشت. در ضمن در برنامه‌هایی نظیر آشنایی با نظام ارایه خدمات، اخلاق حرفه‌ای و آموزش بهداشت که بیشتر اقدام به تقویت جنبه‌های دانشی و نگرشی می‌نماید، 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 یافته‌ها مشخص شد هر کجا ابزارهای پایش و ارزشیابی فعالیت بهورز در برنامه خدمتی وجود نداشت توانایی و تسلط بهورزان کمتر بود؛ مانند مواردی نظیر بهداشت فردی، بیماری‌های واگیر و غیر واگیر و بهداشت محیط و کمک‌های اولیه و بلایا و حوادث.

بر اساس نتایج این مطالعه، اولین الویت نیازمند آموزش، در زمینه کامپیوتر و نرم‌افزارهای آن می‌باشد. البته باید توجه داشت که آن چه بهورزان در زمینه نیازهای آموزشی خود اظهار داشته‌اند به طور قطع بخشی متأثر از نیازهای روزانه آن‌ها در تابستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره دوم، پیاپی ۶۵

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

جدول ۲- توزیع فراوانی پاسخ‌های بهورزان در حیطه‌های با تسلط "متوسط"

ردیف	پرسش‌ها	تسلط متوسط
۱	آشنایی با نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی	۱۴۲۴ (۹۹٪)
۲	شیوه‌های آموزش بهداشت	۱۶۳۸ (۵۴٪)
۳	بهداشت فردی	۱۸۹۴ (۷۷٪)
۴	اصول کلی تغذیه	۱۰۴۳ (۷۴٪)
۵	بیماری‌های واگیر	۱۳۳۵ (۵۳٪)
۶	بهداشت محیط و حرفه‌ای	۱۱۶۶ (۵۵٪)
۷	کمک‌های اولیه	۱۱۵۰ (۴۶٪)
۸	بیماری‌های غیرواگیر	۱۶۸۷ (۶۸٪)
۹	بهداشت مدارس	۱۵۶۳ (۵۸٪)
۱۰	بهداشت سالمندان	۱۱۶۳ (۷۴٪)
۱۱	بهداشت دهان و دندان	۱۷۱۵ (۶۸٪)
۱۲	اقدامات در بروز بلایا	۱۱۶۰ (۴۴٪)
۱۳	آشنایی با روش‌های آماری	۱۲۴۲ (۵۲٪)

## بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه مشخص شد که بهورزان زن شاغل در سیستم بهداشتی کشور جوان‌تر از مردان بهورز بودند. اکثریت بهورزان از سطح تحصیلاتی دیپلم برخوردار بودند و بیشتر آن‌ها در روستای محل کار خود ساکن بودند. بهورزان فقط در یک حیطه مربوط به استفاده از کامپیوتر و دیگر نرم‌افزارها توانایی خود را ضعیف بیان کردند. توانایی کم در این حیطه با جنسیت رابطه معناداری داشت؛ یعنی زنان بهورز نسبت به مردان بهورز در این زمینه ناتوان‌تر بودند. بر اساس یافته‌ها بهورزان در ارایه بیشتر از نیمی از سرفصل‌های آموزش بهورزی توانایی متوسط بیان کردند.

مطالعات کشوری به گستردگی تحقیق ما درباره آموزش بهورزان در دسترس نبود. در بعضی مطالعات، فقط تعداد محدودی از سرفصل‌های آموزشی بهورزان را در بعضی استان‌ها 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 متشکل از بهورزان، الویت‌های آموزشی شامل: شیوه‌های آموزش سلامت و مهارت زندگی، بیماری‌های غیرواگیر و واگیر، تغذیه و دارو، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت دهان و دندان بود. نتایج مطالعه ما هم در بعضی موارد با الویت‌های مورد نظر این مطالعه همخوانی داشت (۵).

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

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

### نتیجه‌گیری

توجه به نظرات بهروزان، اقدامات کارشناسی در بهبود توانایی بهروزان در انجام وظایف حرفه‌ای‌شان و تأکید بر آموزش‌های مداوم کاملاً محسوس است. با توجه به نتایج این مطالعه، استفاده از نظرات خود بهروزان به عنوان آموزش‌گیرندگان بسته خدمتی تدوین شده، الزامی و مؤثر می‌باشد. همچنین به علت گستردگی جغرافیایی خانه‌های بهداشت، نیازسنجی آموزشی جهت بهروزان هر استان ضروری می‌باشد. مرکز مدیریت شبکه به عنوان بدنه اصلی سیاست‌گذاری آموزش و توسعه منابع انسانی بهورزی که خود متولی تدوین سیاست‌های تربیتی بهورزی نیز می‌باشد می‌بایست در اقدامات خود موضوع نیازسنجی بهروزان را مورد توجه ویژه قرار دهد.

### تشکر و قدردانی

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

### References

- 1- Rahbar M. Primary health care in Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education; 2009: 23-28. (in Persian)
- 2- Pilerodi S. Health networks in Iran. Ministry of Health; 2007: 70-75. (in Persian)
- 3- 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).
- 4- Akbari M, Naghavi M. The changes of health in Iranian villagers. ministry of health, treatment and medical 2005. (in Persian)
- 5- 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)
- 6- Yoosefi A. Needs assessment techniques. Iranian Journal of Medical Science 2002; 66(5):62-63. (in Persian)
- 7- 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)
- 8- Zananlo A, Shirazi M, Alaedini F, Tofighi 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)
- 9- 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)
- 10- Ebad 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 Persain)
- 11- Karen S. Needs assessment of physicians practicing in KFL & A area. Public Health 2006; 10(3): 84- 86.
- 12- 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)
- 13- Curran K, Vernon RD, Parsons P, Rideout G, Tannenbaum D, Dumoul 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.

## Behvarzes Viewpoints on their Abilities in Delivering Health Services

Sadeghikho Sh<sup>1\*</sup> (MSc), Yazdani Sh<sup>2</sup> (PhD), Rahbar M<sup>3</sup> (MD), Ahmadi M<sup>4</sup> (PhD)

<sup>1</sup> School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Educational Development Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Human Resource Management Division, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

<sup>4</sup> 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  $35 \pm 6.7$  in the female Behvarzes and  $39.1 \pm 7.4$  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 health 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](mailto:Shabnam_sadeghikho@yahoo.com)