

تبیین تجارب کارکنان بهداشتی در زمینه موانع آموزش مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر: یک مطالعه کیفی

مهناز صلیحی^۱، فاطمه خلیلی^۲، سید فهیم ایراندوست^۲، سیده خدیجه حسینیان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: ارائه یک آموزش اثربخش توسط کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی، اهمیت فوق‌العاده‌ای در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و بهبود زندگی بیماران دارد. آموزش اثربخش با چالش‌های مختلفی روبرو است؛ که این امر منجر به بهره‌وری پایین افراد خبره و باتجربه ارائه دهنده مراقبت بهداشتی می‌شود. هدف از این مطالعه کیفی، تبیین تجارب کارکنان بهداشتی در زمینه موانع آموزش مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر بود.

روش: این مطالعه از نوع کیفی و با روش تحلیل محتوا در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با روش‌های بحث گروهی متمرکز؛ و مصاحبه انفرادی با مشارکت ۲۰ نفر از کارکنان مراقبت سلامت که با روش نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند، گردآوری گردید. داده‌ها به روش تحلیل محتوای عرفی (قراردادی) و با تکنیک لاندمن و گرانهم، مورد تحلیل و تفسیر قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از بررسی و تحلیل داده‌ها ۴ مقوله اصلی و ۱۵ زیر مقوله استخراج شد. مقولات اصلی شامل چالش‌های ساختاری، شرایط کاری نامناسب، فقدان دانش تخصصی یکپارچه؛ و روش‌های آموزشی ناکارآمد بود.

نتیجه‌گیری: موانع ساختاری، اصلی‌ترین مانع ارائه یک آموزش اثربخش توسط کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی است. همچنین، بستر یک آموزش مناسب فراهم نیست و کارکنان با وجود تلاش‌های فراوان، در ارائه آموزش مفید ناتوان هستند. ضروریست سیاست‌های آموزشی تغییر یابند و با بهره‌گیری از نیروی متخصص و کنار گذاشتن چالش‌های کلان، آموزش با کیفیت‌تر و اثربخش‌تری ارائه گردد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مراجعه‌کنندگان، موانع آموزشی، کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی

ارجاع: صلیحی مهناز، خلیلی فاطمه، ایراندوست سید فهیم، حسینیان سیده خدیجه. تبیین تجارب کارکنان بهداشتی در زمینه موانع آموزش مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۸؛ ۲۸(۳): ۳۰-۱۲۰.

تاریخ چاپ: ۹۸/۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۳۱

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲۸

۱- دانشیار، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳- کارشناس مامایی، مرکز بهداشت شهرستان قائم‌شهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، قائم‌شهر، ایران

Email: irandoost.f@tak.iuums.ac.ir

نویسنده مسئول: سید فهیم ایراندوست

مقدمه

آموزش بهداشت، اولین و مهم‌ترین جزء از اجزاء مراقبت بهداشتی اولیه؛ و یکی از بهترین ابزارهای لازم برای سلامتی جامعه به حساب می‌آید؛ که از تلاش برای از بین بردن شکاف بین وضعیت موجود و مطلوب انجام رفتارهای بهداشتی گرفته؛ تا ترکیبی از تجارب یادگیری طراحی شده برای تسهیل اتخاذ داوطلبانه رفتار سالم در افراد، گروه‌ها یا جوامع را شامل می‌شود (۱). بیماران نیز جهت شناخت و درک موقعیت بهداشتی خود، تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های بهداشتی و تغییر رفتار، نیازمند کمک و آموزش هستند (۲). در سیستم ارائه خدمات بهداشتی اولیه در ایران، ارائه آموزش بهداشت توسط کارکنان بهداشتی از قبیل پزشک، کارشناسان و کارداناتان بهداشت و بهورزان اجرا می‌گردد. آموزش بهداشت توسط کارکنان بهداشتی - درمانی، باید با بهترین تکنولوژی، ابزار، روش مناسب و داشتن توانمندی کامل ارائه گردد (۳،۴)؛ و در مورد بیماری، عوارض ناشی از آن، نحوه درمان و مراقبت از خود، اطلاعات کاملی را به بیماران و خانواده‌های آنان ارائه کنند (۵). آموزش به بیمار باعث رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و کسب استقلال مددجو در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود (۶). فردی که در زمان بیماری آموزش‌های موردنیاز را دریافت می‌کند، به دلیل برآورده شدن یکی از نیازهای انسانی در خود، احساس امنیت و آرامش می‌کند (۷). نکته مهم آن است که ارتقای سطح سلامت، نیازمند تغییر در شیوه زندگی فردی است و بخشی از این تغییر با آموزش صورت می‌گیرد (۸). ارائه یک آموزش اثربخش (به صورت فردی یا گروهی) توسط کارکنان مراکز بهداشتی درمانی از اهمیت زیادی در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی برخوردار است؛ و هم‌زمان با چالش‌های مختلفی نظیر وجود تجهیزات نامناسب، تسهیلات ناکافی، تحصیلات ناکافی، شرایط نامناسب فضای کاری و حقوق و مزایا روبه‌رو است. بسیاری از سازمان‌ها و مؤسسات موظف به امر آموزش، از زیرساخت‌ها و تجهیزات اساسی کافی و کارکنان ماهر و آموزش دیده جهت انجام امر آموزش صحیح برخوردار

نمی‌باشند (۹). هر برنامه آموزشی هنگامی ثمربخش خواهد بود که افراد کارآمد، مکان مناسب، وسایل و امکانات ضروری برای اجرای آن به نحو مطلوب آماده گردد (۱۰). مطالعات داخلی و خارجی بیشتر به بحث موانع آموزش به بیمار از نگاه پرستاران پرداخته‌اند؛ دلیل این مسئله این است که وظیفه آموزش بیماران بیشتر از آن‌که بر عهده کارکنان بهداشتی و افراد دارای تحصیلات مرتبط با آن باشد، توسط پرستاران انجام می‌گیرد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که موانع فراوانی در اجرای این فرآیند وجود دارد که می‌توان به اضطراب، فقدان انگیزه، وضعیت جسمی نامناسب، عدم اطلاع از فواید آموزش بیماران اشاره نمود (۵،۷)؛ همچنین این‌که پرستاران دانش و مهارت‌های لازم را در مورد روش‌ها و اصول آموزش به بیمار را ندارند و یا بعضی از عوامل دیگر مانند عوامل محیطی و مدیریتی دیگر موانع آموزشی هستند (۱۱). فقدان حمایت‌های مدیریتی و اجرایی، کمبود اطلاعات علمی آموزش‌دهنده، تضاد نقشی بین متخصصین رشته‌های مختلف علوم پزشکی، کمبود منابع مادی (مالی، تجهیزاتی و تسهیلاتی) از دیگر موانع عمده آموزش به مددجویان است (۱۱). از طرفی بررسی‌ها نشان داد مهم‌ترین مانع اجرای آموزش به بیمار عدم سازمان‌دهی و کنترل نظارت توسط مدیران است (۱۲). در مطالعه بیاتی و همکاران، سه مقوله سخت‌افزار و نرم‌افزارها، آموزش‌دهندگان و آموزش‌گیرندگان موانع آموزش بودند (۱۳). مطالعه عزیز نژاد و همکاران نشان داد، مهم‌ترین موانع آموزشی به بیمار، عدم تناسب تعداد بیماران با پرستاران، کمبود وقت، تراکم وظایف پرستاری و عدم وجود محیط آموزشی مناسب در بیمارستان‌ها بود (۱۴). در تحقیق طلوعی و همکاران عواملی نظیر وجدان کاری، آگاهی، علاقه به کار، شناخت و قدردانی، پیشرفت و ارتقای شغلی و امنیت شغلی در انگیزه پرستاران برای انجام آموزش به بیمار تأثیر زیادی داشت (۱۵). در تحقیق منصورقنایی و همکاران، مهم‌ترین عامل بازدارنده در امر آموزش به بیمار، نداشتن دانش و مهارت از سوی آموزش‌دهنده برای شناخت نیازهای یادگیری بیمار (با توجه به نوع بیماری) و کمترین عامل بازدارنده، مخالف بودن جنسیت آموزش‌دهنده با بیمار ذکر شد (۱۶).

مراکز (۴۷ نفر) و بهورزان (۱۴۳ نفر) تشکیل دادند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه راهنما؛ مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته؛ بهره‌گیری از تکنیک‌های بحث گروهی متمرکز و مصاحبه انفرادی جمع‌آوری گردید. محور سؤالات در زمینه آموزش به مراجعه‌کنندگان مرکز بهداشتی بود (مانند وضعیت آموزش دهی به مراجعه‌کنندگان مرکز بهداشت را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ این آموزش‌ها چگونه ارائه می‌شوند؟ و ...). برای انتخاب نمونه‌ها از نمونه‌گیری نظری و هدفمند استفاده شد؛ نمونه‌گیری هدفمند برای گزینش افراد مورد مصاحبه و نمونه‌گیری نظری برای تشخیص تعداد افراد، تعیین محل داده‌های مورد نیاز و یافتن مسیر پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نمونه‌ها از بین کسانی انتخاب شدند که مایل به شرکت در مصاحبه بوده و توانایی بیان احساسات و عواطف درونی، برقراری ارتباط و درک مفاهیم، بیان کلامی با سهولت و تجاربی در زمینه موضوع تحقیق را داشتند. جلسات با رعایت اصول بحث گروهی و مصاحبه انفرادی برگزار و قبل از برگزاری جلسات، اهداف، ماهیت و روند مطالعه توضیح داده شد و با کسب اجازه، کلیه مکالمات ضبط گردید؛ و در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات، حفظ گمنامی و مختار بودن آن‌ها برای ترک مصاحبه اطمینان داده شد. تعداد افراد نمونه با معیار اشباع نظری تعیین گردید؛ زمانی این نتیجه حاصل شد که از انجام مصاحبه و مشاهده، اطلاعات جدیدی بدست نمی‌آید؛ و فقط تکرار اطلاعات قبلی است، گردآوری اطلاعات متوقف شد. بر این اساس با ۲۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی شهرستان قائم‌شهر بحث گروهی متمرکز (۴ مصاحبه در گروه‌های ۴ نفری)؛ و مصاحبه انفرادی (۴ مصاحبه انفرادی) انجام شد. مدت زمان بحث‌های گروهی حدود ۲ ساعت و مصاحبه‌های انفرادی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید. گردانندگان جلسات مصاحبه گروه‌مدار، دانشجویان دکترای آموزش بهداشت و کارشناس ارشد آموزش بهداشت بودند.

برای تعیین اعتبار از تکنیک خودبازبینی محقق طی فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها؛ و تکنیک کنترل اعضاء (عناوین به دو نفر از شرکت‌کنندگان داده می‌شد تا سوء تفاهم‌ها مشخص و رفع گردد) بهره گرفته شد. برای تعیین پایایی از روش بازبینی توسط همکاران و خود محقق (مکالمه ضبط

نتایج تحقیق واحدیان عظیمی و همکاران، نشان داد مهم‌ترین موانع آموزش بیمار شامل کم بودن دانش و اطلاعات علمی پرستار، کمبود نیروی پرسنلی پرستاری، مشغله زیاد کاری پرستار، ایجاد سیستم نظارت و بازخورد، آموزشی بودن بیمارستان و تحمیل کارهای اضافی به پرستاران بود (۱۷). در مطالعه Marcum و همکاران سه عامل کمبود وقت، کمبود نیروی انسانی و عدم پذیرش بیمار از موانع آموزشی بودند (۱۸).

از آنجا که کارکنان بهداشتی یکی از محوری‌ترین اعضای تیم بهداشت و درمان در زمینه آموزش به بیماران هستند و آموزش صحیح پیامدهایی مثبت در زندگی بیماران و مراجعه‌کنندگان دارد، لازم است کارکنان از شرایط شغلی مناسبی برخوردار بوده و کمترین چالش را داشته باشند؛ تا بتوانند آموزش مناسب‌تری به مراجعین ارائه دهند. در این زمینه آگاهی از نظرات آن‌ها می‌تواند در شناسایی بهتر موانع آموزش به مراجعه‌کنندگان و کمک به برنامه‌ریزی برای رفع آن‌ها مؤثر واقع شود. بر اساس مروری بر مطالعات انجام شده، مسئله ارائه آموزش بهداشت به مردم توسط کارکنان بهداشت کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ و اکثر مطالعات انجام شده رویکرد کمی داشته‌اند. از آنجا که مطالعه کیفی به بیان نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد می‌پردازد، می‌تواند عینی‌تر به بیان واقعیت‌ها پرداخته و مفاهیمی را استخراج کند که شاید مورد تأکید و توجه محققین در مطالعات کمی قرار نگرفته باشد. لذا، مطالعه کیفی حاضر باهدف تبیین تجارب کارکنان بهداشتی در زمینه موانع آموزش مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر انجام شد. نتایج این مطالعه در مرتفع کردن موانع آموزش مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی و برنامه‌ریزی مداخلات ارتقایی کاربرد دارد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای عرفی بود. جامعه پژوهش تحقیق را کارکنان بهداشتی مرکز بهداشت شهرستان قائم‌شهر اعم کارشناسان ستادی (۳۷ نفر)، کارشناسان (۹۰ نفر)، کاردانان بهداشتی (۷۰ نفر)، پزشکان

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

ردیف	رشته تحصیلی	حوزه کاری	سابقه کار
۱	کارشناس مامایی	شهری	۱۱
۲	کارشناس مامایی	شهری	۱۰
۳	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۵
۴	کارشناس مامایی	شهری	۲۱
۵	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۱۷
۶	کارشناس بهداشت خانواده	روستایی	۱۸
۷	بهورز خانه بهداشت	روستایی	۶
۸	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۱۴
۹	کارشناس مامایی	شهری	۱۲
۱۰	کارشناس مامایی	روستایی	۱۱
۱۱	کارشناس مامایی	روستایی	۹
۱۲	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۱۶
۱۳	بهورز خانه بهداشت	روستایی	۴
۱۴	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۸
۱۵	کارشناس مامایی	شهری	۱۰
۱۶	بهورز خانه بهداشت	روستایی	۳
۱۷	کارشناس مامایی	روستایی	۷
۱۸	کارشناس بهداشت خانواده	شهری	۹
۱۹	کارشناس بهداشت حرفه‌ای	شهری	۸
۲۰	کارشناس بهداشت محیط	شهری	۱۳

پس از تحلیل و بررسی داده‌ها، ۴ مقوله اصلی و ۱۵ زیر مقوله شناسایی شد (جدول ۲) که در ادامه هر کدام به تفکیک بررسی گردید.

جدول ۲. طبقات اصلی و زیر طبقات موانع آموزش

مقولات اصلی	زیر مقولات
چالش‌های ساختاری	کمبود امکانات
	برنامه‌ریزی عمودی
	بوروکراتیک شدن آموزش
	آموزش ناتمام
شرایط کاری نامناسب	عدم انطباق جنسیتی
	ارائه سرویس به جای همکاران
	عدم تمرکز در فرآیند آموزش
	تبعیض قائل شدن میان کارکنان
فقدان دانش تخصصی یکپارچه	چند پیشگی
	اجبار شغلی به جای تخصص گرایی
	تکراری بودن آموزش‌ها
	تناقضات در آموزش و اطلاع‌رسانی
روش‌های آموزشی ناکارآمد	آموزش گروهی
	مغفول ماندن آموزش همسالان
	عرصه محور نبودن آموزش‌ها

شده و متن پیاده شده، به چند نفر از افراد صاحب نظر داده شد تا مورد بررسی قرار گیرد و پس از تحلیل داده‌ها، توسط همکاران مورد بررسی مجدد قرار گرفت) و مستندسازی (بررسی صحت فرآیندهای دنبال شده، قابل فهم بودن آن و مکانیسم‌های غلبه بر خطا) استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها با تکنیک لاندمن و گرانهیم (Lundman and Graneheim) انجام شد (۱۹،۲۱). بعد از اتمام هر مصاحبه، بلافاصله محقق و همکار وی دو بار به محتوای مصاحبه گوش داده؛ و سپس متن مکالمه روی کاغذ پیاده و متن مصاحبه چندین بار مرور شد تا محققین به یک حس کلی در مورد متن دست یابند. سپس داده‌ها کلمه به کلمه خوانده شدند و فرآیند کدگذاری سطح اول با تأکید بر محتوای آشکار و ضمنی، به وسیله شناسایی و پررنگ کردن جملات و پاراگراف‌های واحد تحلیل آغاز گردید. به هر واحد تحلیل، یک کد برتر داده شد و زیرکدها بیرون کشیده شدند؛ سپس کدها بر اساس تفاوت‌ها و تشابهات به طبقه تقییل یافتند. بسته به ارتباط بین زیر طبقات، تعداد زیادی از زیر طبقات در طبقات دیگری سازمان‌دهی شدند. در فرآیند کدگذاری، کدها به صورت مکرر توسط تیم تحقیق کنترل و در صورت تضاد، با بحث و گفت‌وگو این عدم هماهنگی برطرف گردید. پس از طبقه‌بندی، طبقه‌ها به صورت الگوی مفهومی معنادار کنار هم گذاشته شدند و ارتباط بین طبقات شناسایی و کدهای اصلی ظاهر گردید.

یافته‌ها

پژوهش حاضر با مشارکت ۲۰ نفر از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر که به امر آموزش به مراجعه‌کنندگان در مرکز اشتغال داشتند، انجام شد (جدول ۱).

چالش‌های ساختاری

ساختار، اشاره به چارچوب‌ها و قواعد رفتاری دارد؛ که به صورت الگوهای عمل و رفتار در می‌آیند و پیروی از آن‌ها حالت رسمی، اجباری و گریزناپذیر می‌یابد؛ و در ساختاری مانند بیمارستان و مراکز بهداشتی به قواعد رفتار و خدمت تبدیل می‌شوند.

کمبود امکانات: کمبود امکانات اصلی‌ترین مشکل بر سر راه آموزش مناسب به بیماران بود. امکانات شامل محیط فیزیکی شامل اتاق مناسب و آرام، تجهیزات و فناوری‌های آموزشی، منابع علمی مثل کتاب و مجلات و مطالب مفید آموزشی می‌شد. کمبود امکانات در هر زمینه‌ای، فرآیند آموزش را مختل و کیفیت آن را با چالش مواجه می‌سازد.

«به آموزش علاقه‌مند هستم و دوست دارم به مراجعین آموزش بدم ولی در فضایی کار می‌کنم که امکانات و تجهیزات لازم را ندارد و به همین دلیل مجبورم بیش از ۹۰ درصد آموزش‌هایم را به شکل سخنرانی ارائه بدم» (م ۳).

برنامه‌ریزی عمودی: در برنامه‌ریزی عمودی، غالباً نیازهای جوامع محلی نادیده گرفته می‌شود و برنامه‌ای برای یک منطقه بدون توجه به نیازهای مردم بومی تدوین می‌شود. مشارکت‌کنندگان بیان داشتند بیشتر برنامه‌هایی که به آن‌ها ابلاغ می‌شود، تناسبی با مسائل و مشکلات حوزه کاری‌شان ندارد.

«چند سال پیش با نیازسنجی، یک برنامه را اجرا کردیم و مردم هم خیلی خوب استقبال کردن، اما الآن اصلاً به نیازها و مشکلات محلی توجه ندارند و برنامه‌ها رواز بالا می‌نویسن و ما باید اجرا کنیم» (م ۱۰).

بوروکراتیک‌شدن آموزش: بوروکراسی، برای اشاره به یک تشکیلات عقلانی بکار می‌رود که از حداقل ابزار برای رسیدن به هدفی ارزشمند استفاده می‌کند. امروزه بیشتر برای اشاره به فرآیندهای پیچیده و خسته‌کننده اداری و سازمانی نظیر کاغذبازی و نامه‌نگاری‌ها بکار می‌رود. بخشی از مشکلاتی که در راه ارائه آموزش مناسب از سوی پاسخگویان مطرح شد در چارچوب ویژگی‌های بوروکراسی قرار می‌گرفت. «پس از گذشت سال‌ها، مدیران همون خواسته‌های قدیمی رو دارن. چهار نفر باید بیان اسمشون رو با خط خودشون

نویسن و امضاء کنند و بعد آمار بدیم که مثلاً چند نفر رو آموزش داده‌ایم. تا کی رئیس باید بگه چند درصد رو درباره نمک آموزش دادی؟ چند درصد رو درباره دیابت و...؟» (م ۲).

آموزش ناتمام: یکی از مسائلی که شرکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند، مسئله نیمه‌کاره ماندن آموزش بود؛ در مواردی که لازم است مراجعه‌کنندگان به مراکزی در سطوح بالاتر معرفی شوند و روند آموزشی آنان پیگیری شود، نبود این مراکز در سیستم ارجاع مانع استمرار آموزش می‌شد.

«آموزش ما غالباً کامل نمیشه؛ مثلاً باید جایی وجود داشته باشه که ما مراجعه‌کنندگان را به آنجا ارجاع بدیم و آموزش در آنجا ادامه یابد ولی چنین مکانیسمی فراهم نیست و آموزش در سطوح بالاتر متوقف می‌شود» (م ۱۱).

عدم انطباق جنسیتی: مدیران و مسئولان مراکز بهداشتی درمانی توجهی به این مسئله ندارند که آموزش‌دهندگان زن، در مواردی نظیر آموزش در مدارس پسرانه یا آموزش مسائل زناشویی که مردان مخاطب آموزش هستند، با چالش مواجه هستند.

«از آقایان برای آموزش مسائل بهداشتی مربوط به مردان استفاده نمیشه و همکاران خانم وظایف آنان را به عهده می‌گیرن که اصلاً خوب نیست» (م ۴).

شرایط کاری نامناسب

ویژگی‌های شغلی برای افرادی که به‌عنوان آموزش‌دهنده فعالیت می‌کنند از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا این شغل به آرامش، تمرکز، فراغت و شرایط مناسب احتیاج دارد تا فرد بتواند وظایف خود را به نحو احسن انجام دهد.

ارائه سرویس به‌جای همکاران: اگر یکی از آموزش‌دهندگان به هر دلیلی نتواند وظیفه خود را انجام دهد، یکی از همکاران وظایف وی را انجام می‌دهد. این مسئله به یکی از دغدغه‌های اصلی آموزش‌دهندگان تبدیل شده است.

«اگه مشکلی برام پیش اومد و تونستم بیام مرکز، آیا همکاری هست که من رو پوشش بده و به‌جای من وظایفم رو انجام بده؟» (م ۱۸).

عدم تمرکز در فرآیند آموزش: کمبود نیروی کار آموزش‌دهنده باعث می‌شود، جریان آموزش بیشتر توسط یک

است، اما وقتی وارد سیستم شدم به عنوان پرسنل مرکز مجبور به آموزش دادن شدم» (م ۹).

تکراری بودن آموزش‌ها: آموزش دهندگان فاقد تخصص لازم، غالباً آموزش‌های تکراری، فاقد جذابیت و فاقد اثربخشی خواهند داشت. اگر افراد برای آموزش توانمندی لازم را داشته باشند، برای جذاب شدن آموزش تلاش بیشتری خواهند داشت؛ و با استفاده از مطالب و محتوای مناسب و بهره‌برداری از تکنیک‌های خاص، فراگیران را ترغیب به یادگیری و پیگیری آموزش‌ها می‌کنند.

«فراگیران خیلی علاقه به کلاس و آموزش ندارند. شاید دلیل اصلی این‌که آموزش‌ها تکراری و فاقد جذابیت هستن. البته ما خیلی برای بهتر شدن وضعیت تلاش می‌کنیم اما خوب همه چی دست ما نیست» (م ۱۰).

تناقضات در آموزش و اطلاع‌رسانی: بین آموزش‌هایی که ارائه می‌شود نوعی تناقض وجود دارد؛ که بیشتر ناشی از توصیه‌ها و آموزش‌هایی است که پزشکان به بیماران می‌دهند؛ و گاهی با اطلاعات ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی در تضاد است. همچنین، گسترش رسانه‌ها و افزایش سطح تحصیلات مردم باعث شده توصیه‌ها و آموزش‌های کارکنان مراکز بهداشتی را قبول و اجرا نکنند.

«اینترنت و سایت‌ها، شبکه‌های تلویزیونی یک چیزی می‌گن و در جایی دیگر عکس آن ارائه می‌شود، حتی یک فرد تحصیل کرده هم در جواب آموزش ما می‌گه من خودم در فلان کتاب چیز دیگری خوانده‌ام مثل قضیه شست‌وشوی سبزی‌ها با مایع ظرف‌شویی» (م ۵).

روش‌های آموزشی ناکارآمد

در بررسی مصاحبه‌ها به روش‌های آموزشی ناکارآمدی اشاره شد؛ که موانع آموزش مناسب هستند و با تغییر آن‌ها می‌توان بهبود در کیفیت آموزش‌ها را ملاحظه کرد.

آموزش گروهی: شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها اذعان داشتند با آموزش رودررو به نتایج بهتری نسبت به آموزش گروهی رسیده‌اند؛ زیرا در بحث‌های گروهی بسیاری از افراد از طرح مباحث شخصی و حساس پرهیز می‌کنند؛ حال آن‌که اگر با آموزش‌دهنده تنها باشند، می‌توانند به راحتی مشکل خود را مطرح و پاسخ مناسب را دریافت کنند.

فرد در جریان آموزش ممکن است بارها مجبور به قطع آموزش و انجام امور غیر مرتبط شود.

«وقتی دارم به رابطم آموزش میدم باید برم به تلفن جواب بدم، باید جواب مراجعه‌کننده دیگه رو بدم و اصلاً احساس خوبی نسبت به آموزشی که میدم ندارم، مراجعه‌کننده هم از جلسه بهره نمی‌برد. این عدم تمرکز باعث میشه آموزش مفید نباشه» (م ۵).

تبعیض قائل شدن میان کارکنان: تبعیضی که در میان کارکنان مختلف مراکز بهداشتی درمانی (پرستاران، ماماها، آموزش دهندگان بهداشت و ...) وجود دارد، منجر به این می‌شود که آموزش از اولویت برخوردار نباشد.

«من نمی‌خوام با متخصص یا همکار بهداشت محیط، پرستار برابر باشم یا از آن‌ها بالاتر باشم. من می‌خوام بهداشت از اهمیت برخوردار باشه و در چارت تشکیلاتی دیده بشود» (م ۲۰).

چند پیشگی: آموزش دهندگان، هم‌زمان چند شغل و وظیفه را انجام می‌دهند؛ آموزش، تزییقات، پانسمان، واکسن، برنامه مراقبت از مادران باردار و غیره؛ که باعث می‌شود، مقوله آموزش مورد غفلت واقع شود؛ و حتی گاهی به اولویت آخر تبدیل شود.

«من باید تزییقات انجام بدم، پانسمان کنم و کارهای دیگه و چون این خدمات اورژانسی هستن، باید آموزش را متوقف و به آن‌ها برسم. گاهی آموزش‌هام خیلی سطحی و عجله‌ای میشن» (م ۱).

فقدان دانش تخصصی یکپارچه

تحلیل مصاحبه‌ها نشان داد، آموزش دهندگان به‌طور کلی از دانش تخصصی لازم برخوردار نبودند.

اجبار شغلی به جای تخصص‌گرایی: بخش زیادی از آموزش دهندگان اساساً برای این کار تربیت نشده و تخصص چندانی برای آموزش ندارند؛ اما پس از استخدام از روی اجبار در حیطه آموزش مشغول بکار شده‌اند. انتظاراتی که از این افراد می‌رود نیز نابجا بوده و آن‌ها را دچار تناقض و سردرگمی می‌کند.

«من دبیری قبول شدم ولی چون دوست نداشتم تدریس کنم، رفتم مامایی خوندم چون بیشتر مهارت ملاک عمل

(۲۳) نیز محدودیت‌های سازمانی کلان از مهم‌ترین موانع آموزش به بیمار بودند. تنوع زیر مقولات این مقوله نشان می‌دهد با طیف وسیعی از چالش‌های ساختاری مواجه هستیم؛ کمبود امکانات، برنامه‌ریزی عمودی، بوروکراتیک شدن آموزش، آموزش ناتمام و عدم انطباق جنسیتی. کمبود امکانات شاید علت مشکلات بسیاری در مراکز بهداشتی است. در تحقیقات بیاتی و همکاران (۱۳) فضا و وسایل کمک آموزشی و عزیز نژاد و همکاران (۱۴) عدم وجود محیط آموزشی مناسب به‌عنوان موانع آموزش معرفی شده‌اند؛ که همسو با یافته‌های تحقیق حاضر بود. نکته مهم در زمینه امکانات آموزشی این است که علیرغم توجه ویژه به بخش سلامت در سطوح کلان سیاست‌گذاری‌ها و مدیریت کشوری، باز امکانات آموزشی مناسب نیست؛ دلیل این مسئله شاید همان نگاه درمان محور مراکز بهداشتی و درمانی است که باید تغییر کند.

مقوله دوم، شرایط و بستر کاری نامناسب بود؛ در تحقیق حداد (۲۴) و رنجبر عزت‌آبادی (۲۵) نیز شرایط کاری، به‌عنوان مهم‌ترین مانع آموزش از نظر پرستاران مشخص گردید. مسائل سرویس‌دهی به‌جای همکاران و عدم تمرکز در فرآیند آموزش بیشتر ناشی از کمبود نیروی کار بود، تبعیض قائل شدن میان کارکنان به نادیده گرفته شدن کارکنان و عدم مشورت با آنان اشاره داشت؛ و چند پیشگی به انجام چند وظیفه و مسئولیت هم‌زمان از سوی آموزش‌دهندگان مربوط بود. در تحقیق عزیز نژاد و همکاران (۱۴) عدم تناسب تعداد بیماران با پرستاران و تراکم وظایف پرستاری، به‌عنوان دو مانع آموزش مورد توجه قرار گرفتند و واحدیان عظیمی و همکاران (۱۷) نیز به کمبود نیروی پرستاری و مشغله زیاد کاری پرستار اشاره کردند. Marcum و همکاران (۱۸) نیز کمبود نیروی انسانی را یکی از موانع آموزش بیان نمودند. در مطالعه Mccauley و همکاران (۲۶)؛ هم‌چنین Piredda و همکاران (۲۷) نیز خستگی زیاد پرستاران که ناشی از کمبود نیروی پرستار و حجم زیاد وظایف کاری بود؛ به‌عنوان مهم‌ترین موانع آموزش به بیمار معرفی شد. با توجه به آمار بالای فارغ‌التحصیلان در رشته آموزش بهداشت، کمبود نیروی آموزش‌دهنده سلامت در مرکز بهداشتی

«ما در آموزش چهره به چهره موفق بوده‌ایم؛ مثلاً مادری بود که بچه‌اش شیر مادر نمی‌خورد من بهش به‌صورت فردی آموزش دادم و مشککش حل شد. معمولاً مراجعین با ما درد دل میکنند و مشکلات رو به راحتی به ما میگن ولی وقتی جمعی آموزش میدیم جلسات خیلی رسمی میشن و خیلی مفید نیست» (م ۱۸).

مغفول ماندن آموزش همسالان: اگرچه بیان شد که آموزش چهره به چهره مناسب‌تر است؛ اما یک استثناء وجود دارد؛ هنگامی که آموزش از طریق همسالان - افراد دارای شرایط مشابه یا در معرض ابتلا به یک بیماری - به‌صورت گروهی یا حتی فردی انجام گیرد بسیار مفید خواهد بود. «یکی از تجارب موفقیت‌آمیزم این است که از یک بیمار دیابتی دعوت کردم تا از تجربیات خودش بگه و برای مردم توضیح بده که چگونه با بیماری‌اش کنار اومده و چه کارهایی انجام داده. استقبال مردم خیلی خوب بود» (م ۱۱).

عرصه محور نبودن آموزش‌ها: نگرش و رویکرد اصلی برای آموزش تلاش برای حضور مردم در مراکز بهداشتی است؛ اما این روش علیرغم موفقیت‌هایش با نقد روبه‌روست؛ مردم صرفاً حضور فیزیکی خواهند داشت و چندان به مطالب توصیه‌شده توجه نمی‌کنند. شواهد زیادی از نتایج مثبت آموزش در عرصه وجود دارد.

«من یک‌بار رفتم جلسه قرآن و در مورد سرطان پستان صحبت کردم و آموزش دادم، خودآزمایی را هم بهشون یاد دادم. بعدها شنیدم که افراد حاضر در آن جلسه خواسته بودن باز هم در جلساتشون حضور یابم. دو سه بار دیگه رفتم و رضایت و اثربخشی آن را دیدم» (م ۱۲).

بحث

در پژوهش حاضر که به بررسی تجارب کارکنان بهداشتی در زمینه موانع آموزش مراجعه‌کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر پرداخت، چهار مقوله به‌عنوان موانع آموزش شناسایی شدند.

مقوله نخست، چالش‌های ساختاری بود که ازجمله اساسی‌ترین موانع ارائه یک آموزش مناسب و کارآمد می‌باشد؛ در مطالعه Bernard و همکاران (۲۲) و Celik و همکاران

خواسته‌اش باشد و از روش‌های تدریس نوین برای آن استفاده گردد تا علاقه فرد را برانگیزد. مادام که مطالب تکراری و فاقد جذابیت ارائه شود، اثربخشی آموزش‌ها پایین خواهد بود.

آخرین مقوله، روش‌های آموزشی ناکارآمد بود. آموزش گروهی، مغفول ماندن آموزش همسالان و عرصه محور نبودن آموزش‌ها، سه زیر مقوله روش‌های آموزشی ناکارآمد بودند؛ که در تحقیقات دیگر به آن‌ها اشاره نشده بود. علیرغم باور به اثربخش بودن آموزش گروهی نتایج آموزش‌های فردی نشان می‌دهد؛ در بیشتر موارد مشاوره و آموزش چهره به چهره و انفرادی نتایج مثبت‌تری به دنبال خواهد داشت. شاید دلیل این امر، مسائل هنجاری و عرفی باشد، یعنی افراد در شرایط گروهی از طرح برخی از مسائل خودداری می‌کنند؛ حال آن‌که در یک ارتباط دو سویه با آموزش‌دهنده ضمن داشتن اطمینان به او، تمام مسائل و خواسته‌ها را مطرح خواهند کرد. نتایج این تحقیق، ارجحیت آموزش فردی بر آموزش گروهی را نشان می‌دهد. زیر مقوله دیگر، عدم توجه به آموزش همسالان - افراد دارای وضعیت و بیماری مشابه - بود. فرد از بیماری که همسان با خودش است و تجارب موفق در آن زمینه را دارد، بهتر یاد می‌گیرد و به توصیه‌هایش گوش می‌دهد. توجه به این شیوه ارائه آموزش باید به یک الزام و دستورالعمل اجرایی تبدیل شود؛ و آموزش‌دهندگان مراکز بهداشتی، ملزم به استفاده از آن شوند. در مورد عرصه محور بودن آموزش‌ها نیز تجربه از میزان بالای موفقیت آن حکایت داشت. حضور در میان مردم و آموزش در فضاهای عمومی بسیار اثربخش است. حضور در میان مردم و ایجاد بسترهای صمیمی و غیررسمی می‌تواند کارگشا باشد.

عدم تعمیم‌پذیری یا تعمیم‌پذیری کم در تحقیقات کیفی؛ و انجام مطالعه در مراکز بهداشتی درمانی یک شهرستان از محدودیت‌های این مطالعه بود. جلب رضایت و اعتماد مشارکت‌کنندگان از جمله سختی‌های این پژوهش بود و سعی شد، با توجیه افراد و اطلاع‌رسانی درباره امکان خروج از مطالعه در هر مرحله از پژوهش؛ و انجام مصاحبه‌ها در شرایط مساعد این سختی‌ها کاهش یابد.

پدیده‌ای سؤال برانگیز است. دلیل این مسئله آن است که ردیف شغلی برای فارغ‌التحصیلان آموزش بهداشت در مراکز بهداشتی تعریف نشده؛ و به جای آن‌ها از سایر افراد استفاده می‌شود.

فقدان دانش تخصصی یکپارچه، سومین مقوله اصلی پژوهش حاضر بود. برای ارائه یک آموزش مناسب، داشتن تخصص و توانمندی حائز اهمیت است. این توانمندی و تخصص گرایمی متأسفانه وجود ندارد و یا در سطح مناسبی نیست. اجبار شغلی به این مسئله اشاره دارد که از افرادی برای تخصص آموزش استفاده می‌شود؛ که توانمندی لازم برای آموزش را ندارند. در تحقیق بیاتی و همکاران (۱۳)؛ طلوعی و همکاران (۱۵) آگاهی و مهارت آموزش‌دهندگان یکی از موانع آموزش بود. منصور قنایی و همکاران (۱۶)؛ همچنین واحدیان عظیمی و همکاران (۱۷)؛ نداشتن دانش و مهارت از سوی آموزش‌دهنده برای شناخت نیازهای یادگیری بیمار را یک مانع در آموزش می‌دانستند. توانمندی و مهارت آموزش در مطالعات مختلف به‌عنوان یک مانع اساسی در آموزش وجود داشت (۷، ۲۲، ۲۳، ۲۸). دلیل عدم توانمندی کارکنان برای آموزش این است؛ که از نیروهایی که در رشته‌های مختلف بهداشتی تربیت می‌شود در جایگاه خود استفاده نمی‌شود. یک ماما برای آموزش تربیت نشده است؛ اما به‌جای یک متخصص آموزش بهداشت که توانایی لازم را دارد بکار مشغول می‌شود. با یک بازننگری و تعریف جایگاه شغلی آموزش برای افراد خبره و متخصص که در رشته مرتبط تحصیل کرده‌اند؛ می‌توان این عدم توانمندی را تا حد زیادی برطرف کرد. نکته دیگر این‌که با برگزاری کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های ضمن خدمت، شاید بتوان میزانی از مهارت و توانایی را در کارکنان کنونی آموزش‌دهنده به وجود آورد؛ اما در بلندمدت نیاز به متخصصینی است که برای آموزش دادن تربیت شده باشد. در مورد تکراری بودن آموزش‌ها نیز باید تدابیر لازم صورت بگیرد و با جذاب ساختن محتواهای آموزشی، زمینه ترغیب مراجعین به یادگیری را فراهم کرد. بیاتی و همکاران (۱۳) کتب و محتوای تدریس نامناسب را یکی از موانع آموزش برشمردند؛ که مشابه یافته تحقیق حاضر بود. مطالبی که برای مخاطب ارائه می‌شود، باید مبتنی بر نیاز و

نتیجه گیری

همه موانعی که مورد بحث قرار گرفت، از اهمیت خاصی برخوردار بود؛ هر چند شاید به نوعی ریشه همه آن‌ها در چالش‌های ساختاری نهفته باشد و موانع اصلی آموزشی، موانع و مسائلی ورای افراد هستند. با وجود آن که برخی از مسائل مرتبط با آموزش کارآمد به افراد پیوند می‌یابد، لیکن دلایل اصلی این مسئله، به موانع و چالش‌های کلانی ارتباط دارد که خارج از کنترل آموزش‌دهنده و آموزش‌گیرنده هستند. بستر یک آموزش مناسب فراهم نیست و کارکنان با وجود تلاش‌های فراوان، در ارائه آموزش مفید ناتوان هستند. ضروری است سیاست‌های آموزشی تغییر یابند و با بهره‌گیری از نیروی متخصص و کنار گذاشتن موانع ساختاری، آموزش با کیفیت‌تر و اثربخش‌تری ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران، به شماره ۲۵۹۷۴-۲۷-۰۲-۹۴ است و دارای کد اخلاق به شماره ۲۵۹۷۴-۰۲-۹۴ می‌باشد. نویسندگان مقاله از همکاری مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان قائم‌شهر و مشارکت کارکنان در این مطالعه سپاسگزاری می‌کنند.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008.
- Mohajer T. Fundamental of Patient Education. Tehran: Salemi; 2010. [In Persian].
- Khademi H, Kaviani N, Araghizadeh A, Jafari M. Knowledge and attitudes of Isfahan township's behvarzes toward prevention of oral and dental diseases. Medical Journal of Hormozgan University 2007; 11(1): 91-5. [In Persian].
- Rezaei AM. Health and treatments network actions in health education in Ilam. Journal of Ilam University of Medical Sciences 2001; 9(31): 24-9. [In Persian].
- Mohammad Pour A, Dehghan Naieri N. The survey of the patient educational need on discharge phase in Gonabad health and treatment centers. Horizon of Medical Sciences 2007; 12(4): 34-9. [In Persian].
- Bastable SB. Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 2nd ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers; 2003.
- Borhani F. Nurses and nurse-managers' opinions about the importance of patients' training barriers. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 5(4): 84-90. [In Persian].
- Taylor CR, Lillis C, Lemone P, Lynn P, Lebon M. Study Guide for Fundamentals of Nursing: the Art and Science of Nursing Care. 7th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- World Health Organization. Transformative scale up of health professional education. [cited 2019 Apr 14] Available from: https://www.who.int/hrh/resources/transformative_education/en/.
- Akturk Z, Dagdeviren N, Sahin EM, Ozer C. Use of quality circles among first year medical students and impact on student satisfaction. Swiss Med Wkly 2002; 132(11-12): 143-7.
- Rostami H, Montazam S, Ghahremanian A. Survey of education barriers from nurses and patients viewpoint. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2010; 18(1): 50-60. [In Persian].
- Cruz SS. Clinical supervision in nursing: Effective pathway to quality. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011; 29:286-91.
- Bayati A, Ghanbari F, Shamsi M. Exploration of the educational needs of health educators and volunteer health care communicators: A qualitative study. Arak Medical University Journal 2013; 15(10): 21-32. [In Persian].
- Aziznezhad P, Zabihi A, Hosseini S, Bijani A. Nurses and nurse managers opinions about the patient's training barriers. Journal of Babol University of Medical Sciences 2010; 12(5): 60-4. [In Persian].
- Toloei M, Dehghan Nayeri N, Faghihzadeh S, Sadooghi Asl A. The nurses' motivating factors in relation to patient training. Hayat 2006; 12(2): 43-51. [In Persian].

16. 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].
17. 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].
18. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Contin Educ Nurs* 2002; 33(3): 112-8.
19. Kermansaravi F, Navidian A, Imani M. Nursing students' views toward quality of theoretical and clinical nursing education: A qualitative study. *Journal of Medical Education and Development* 2013; 7(4): 28-40. [In Persian].
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
21. 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.
22. Bernard A, Whitaker M, Ray M, Rockich A, Barton-Baxter M, Barnes SL, et al. Impact of language barrier on acute care medical professionals is dependent upon role. *J Prof Nurs* 2006; 22(6): 355-8.
23. Celik H, Abma TA, Widdershoven GA, van Wijmen FC, Klinge I. Implementation of diversity in healthcare practices: Barriers and opportunities. *Patient Educ Couns* 2008; 71(1): 65-71.
24. Haddad M. Viewpoints of employed nurses in hospitals of Birjand city regarding existing barriers in patient education. *Modern Care Journal* 2011; 8(3): 152-8. [In Persian].
25. Ranjbar Ezzatabadi M, Mahdian M, Eslami H, Amini A. Patient education barriers from nurses' opinions. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2016; 26(3): 36-45. [In Persian].
26. Mccauley J, Jenckes MW, Tarpley MJ, Koenig HG, Yanek LR, Becker DM. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *J Relig Health* 2005; 44(2): 137-46.
27. Piredda M, De Marinis MG, Rocci L, Gualandi R, Tartaglioni D, Ream E. Meeting information needs on cancer-related fatigue: an exploration of views held by Italian patients and nurses. *Support Care Cancer* 2007; 15(11): 1231-41.
28. Melrose S, Miller J, Gordon K, Janzen KJ. Becoming socialized into a new professional role: LPN to BN student nurses' experiences with legitimation. *Nursing Research and Practice* 2012; 2012: 946063.

Explaining the Experiences of Health Care Providers about Barriers of Client Education in Ghaemshahr Health Centers: A Qualitative Study

Mahnaz Solhi ¹, Fatemeh Khalili ², Seyed Fahim Irandoost², Seyedeh Khadijeh Hoseinian³

Original Article

Abstract

Introduction: Providing an effective education by healthcare workers is very important in improving the quality of health services and patients' lives. Effective education faces a variety of challenges, which results in the low productivity of experienced health care providers. The aim of this study was to explain the experiences of health care providers about barriers of client education in Ghaemshahr health centers.

Method: This qualitative research was conducted by content analysis method in Ghaemshahr healthcare centers. Data were collected by semi-structured interviews through focus group discussion and individual interviews with 20 healthcare staff that were selected by purposive and theoretical sampling. Data were analyzed and interpreted using conventional content analysis with Lundman and Graneheim technique.

Results: After data analysis, 4 main themes and 15 subthemes were extracted. The main themes include structural challenges, inappropriate working conditions, lack of integrated professional knowledge, and inefficient teaching methods.

Conclusion: Structural barriers are the main obstacle for providing an effective education by healthcare workers. Also, there is not a context for proper training, and despite many efforts, staff are incapable of providing an effective education. Educational policies need to be changed and client education should be provided with higher quality and more effectively by employing expert forces and putting aside big challenges.

Keywords: Client education, Educational barriers, Healthcare workers

Citation: Solhi M, Khalili F, Irandoost SF, Hoseinian SK. **Explaining the Experiences of Health Care Providers about Barriers of Client Education in Ghaemshahr Health Centers: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(2): 120-30. [In Persian]

Received date: 19.08.2017

Accept date: 21.05.2018

Published: 21.09.2019

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

2- Ph.D in Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- B.Sc. in Midwifery, Health Center, Ghaemshahr, Mazandaran University of Medical Sciences, Ghaemshahr, Iran

Corresponding Author: Seyed Fahim Irandoost, Email: irandoost.f@tak.iums.ac.ir