



Assessment of Barriers to Elderly Health Education from Health Care Providers Opinions in the Urban Family Physician Plan of Babol City in 2020

Derakhshan N¹, Pourhadi S^{2*}, Moradi Z³

1- M.Sc. Student of Gerontology, Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran.

2- Assistant Professor of Gerontology, Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran.

3- M.Sc. in Gerontology, Education Development Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran.

Corresponding Author: Pourhadi S, Assistant Professor of Gerontology, Social Determinants of Health (SDH) Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Mazandaran, Iran.

E-mail: samaneh.pourhadi@gmail.com

Received: 18 Jan 2022

Accepted: 21 Feb 2022

Abstract

Introduction: Health education as the first and most important component of primary health care is one of the serious duties of health center staff. This study aimed to assessment of barriers to elderly health education from health care providers opinions employed in the urban family physician plan of Babol city in 1399.

Methods: This study was a cross-sectional (descriptive-analytical) study in which 108 health care providers were selected by census method of sampling. Data were collected using a researcher-made questionnaire. At the end of the quantitative questionnaire, two open-ended questions were considered for interviews with health care providers to examine their views from different perspectives. The obtained data from the quantitative questionnaire were analyzed using Statistical tests and $P < 0.05$ was considered significant. Finally, the findings of the quantitative questionnaire and the interview were combined based on a combined explanatory model.

Results: The quantitative study results of the present study showed that the most important barriers to elderly health education for health care providers was lack of time due to workload, which 49.1% of caregivers reported its impact was high. Among the demographic variables only the age factor had a significant relationship with elderly educational barriers ($P=0.004$). Also, the interview findings in this study showed that more health care providers expressed high working load (24.6%) and low salaries (21.5%) as the most educational barriers.

Conclusions: According to the results, it is suggested that the official authorities, by providing the necessary manpower in various departments and reducing working load and increasing the level of satisfaction of health care providers regarding the amount salaries, make to encourage health care providers to consider this important issue.

Keywords: HealthCare Workers, Health education, Aged.

<https://doi.org/10.22034/JOGE.7.1.29>

بررسی موانع آموزش بهداشت به سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹

نادر درخشان^۱، سمانه پورهادی^{۲*}، زهرا مرادی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، مازندران، ایران.
۲- استادیار سالمندشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، مازندران، ایران.
۳- کارشناس ارشد سلامت سالمندان، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، مازندران، ایران.

نویسنده مسئول: سمانه پورهادی، استادیار سالمندشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، مازندران، ایران
ایمیل: samaneh.pourhadi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: آموزش بهداشت به عنوان اولین و مهم ترین جزء مراقبتهای بهداشتی اولیه، از وظایف خطیر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی می باشد. این مطالعه، با هدف بررسی موانع آموزش بهداشت به سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار: بررسی حاضر، یک مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بوده که در آن تعداد ۱۰۸ نفر از مراقبین سلامت با روش نمونه گیری سرشماری وارد تحقیق شدند. جمع آوری اطلاعات، با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته صورت گرفت. در پایان پرسشنامه کمی، دو سوال باز نیز جهت مصاحبه با مراقبین سلامت در نظر گرفته شد تا دیدگاه های آن ها از جوانب مختلف بررسی شود. داده های بدست آمده از پرسشنامه کمی، با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد. در نهایت یافته های حاصل از پرسشنامه کمی و مصاحبه براساس الگوی ترکیبی تبیینی، باهم ترکیب شدند.

یافته ها: نتایج بررسی کمی مطالعه حاضر، نشان داد مهمترین مانع آموزش بهداشت به سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت، کمبود وقت به علت تراکم بار کاری بود که ۴۹/۱ درصد از مراقبین تاثیر آن را زیاد گزارش کردند. از بین متغیرهای دموگرافیک، تنها عامل سن با موانع آموزشی ارتباط معناداری داشت ($P=0/004$)، همچنین یافته های مصاحبه در این بررسی، نشان داد که تعداد بیشتری از مراقبین سلامت حجم بالای کارها (۲۴/۶ درصد) و حقوق پایین (۲۱/۵ درصد) را جزء بیشترین موانع آموزشی بیان نمودند.

نتیجه گیری: باتوجه به نتایج، پیشنهاد می شود که مسئولین با تامین نیروی انسانی لازم در بخش های مختلف و کاهش حجم وظایف کاری و افزایش سطح رضایتمندی مراقبین سلامت، در خصوص میزان حقوق، مراقبین سلامت را به این امر مهم ترغیب نمایند.

کلیدواژه ها: مراقبین سلامت، آموزش بهداشت، سالمندان.

مشکلاتش کاست (۱۱، ۱۲).

سازمان بهداشت جهانی (WHO)، آموزش بهداشت را بدین صورت تعریف می نماید: «تشکیل فرصت های آگاهانه ساختار یافته برای یادگیری، مستلزم گونه هایی از ارتباط است که جهت بهبود سواد بهداشتی، مشتمل بر بهبود دانش و توسعه مهارت های زندگی بوده و منجر به سلامت شخص و جامعه گردد» (۱۳).

بر اساس مطالعات انجام شده در ایران، علیرغم اهمیت بسیار بالای آموزش سلامت، به نظر می رسد که وضعیت آموزش سلامت بسیار نامطلوب است. امروزه شاهدیم، پرستاران و اعضای تیم بهداشتی درمانی، متأسفانه توجه کمتری به این نقش مهم خویش معطوف نموده اند و جای خالی آموزش در میان فعالیت های سیستم بهداشتی درمانی کشور، که امروزه بحث جامعه نگری را مطرح می نمایند، ملموس است (۱۴). مطالعات نشان می دهند، آنچه موجب می گردد تا آموزش به خوبی انجام نشود (۱۵)، وجود موانع متعدد در این زمینه است. منظور از موانع آموزشی، عوامل بازدارنده ای است که توانایی پرسنل و یا اعضای گروه درمانی را محدود می کند (۱۶، ۱۷).

در حالی که مطالعات گوناگونی موانع آموزش سلامت را مورد بررسی قرار داده اند، اما به نظر می رسد مطالعات انجام شده در ایران بیشتر در سطح ارائه خدمت (واحدهای بهداشتی درمانی و بیمارستان)، این موضوع را بررسی نموده اند و تاکنون مطالعه ای جامع، موانع آموزش سلامت را در سطوح مختلف نظام سلامت ایران (از وزارت خانه تا خانه بهداشت) مورد بررسی قرار نداده است. از سویی با عنایت به تفاوت های فرهنگی و تفاوت های مربوط به نظام های ارائه خدمات سلامت در کشورهای مختلف، بررسی این موضوع در هر کشوری ضروری است (۱۸).

مطالعات انجام شده در خارج از کشور بر روی پرستاران مواردی همچون کمبود وقت، کمبود نیروی انسانی، عدم همکاری بیمار، عدم علاقه پرستار به آموزش بیمار و هزینه های شرکت در دوره های آموزش مداوم را به عنوان موانع عمده آموزش به بیمار بیان کردند (۱۹، ۲۰). همچنین مطالعات انجام شده در زمینه دیدگاه پرستاران در خصوص موانع آموزشی بیماران در ایران نشان می دهد که عدم تناسب تعداد بیمار با تعداد پرستاران، کمبود وقت و تراکم زیاد وظایف پرستاری، وضعیت استخدامی، میزان تحصیلات، بخش مورد اشتغال، شیفت کاری، جنس، سن، انجام شیفت اضافه کاری پرستاران، کمبود آگاهی پرستاران در زمینه اصول آموزش به بیمار و بیسوادی و کم سوادی بیماران،

مقدمه

در بسیاری از جوامع از جمله ایران، جمعیت سالمندان رو به افزایش است (۱). افزایش تعداد سالمندان در سرتاسر جهان، نقطه عطفی در روند تغییر طول عمر است که از تغییرات در رفتار باروری و مرگ و میر ناشی می شود. پیش بینی های جهانی، حاکی از افزایش تعداد افراد بالای ۶۰ سال از ۱/۴ میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ به ۲/۱ میلیارد نفر در سال ۲۰۵۰ یا به عبارتی ۵۰ درصد افزایش این جمعیت در طی این ۲۰ سال خواهد بود (۲-۴). جمعیت بالای ۶۵ سال در ایران نیز از ۳/۹ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۶/۱ درصد در سال ۱۳۹۵ خورشیدی افزایش یافته است و تخمین زده شده است که جمعیت بالای ۶۵ سال ایران در سال ۱۴۱۵ و ۱۴۳۰ خورشیدی به ترتیب، به ۱۱ درصد و ۱۷ درصد کل جمعیت افزایش یابد (۵).

سالمندی، فرآیندی تدریجی است که با تغییرات فیزیولوژیک و کاهش ظرفیت جسمی و روانی در زندگی روزمره، همراه است. در نتیجه ی این تغییرات، میزان بیماری های حاد و مزمن و نیاز به مراقبت های بهداشتی در سالمندان، افزایش می یابد (۶). با این وصف، کاهش ظرفیت جسمی و ذهنی مرتبط با بیماری های مزمن، توأم با تغییرات جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک در مشخصات جمعیت می باشد (۷). در این سناریو، تقاضای خدمات بهداشتی بویژه با توجه به ابعاد چندگانه زندگی و ناهمگونی سالمندان ساکن جامعه، نیز افزایش می یابد. بنابراین، اجرایی کردن اقدامات یکپارچه سازی و ارتقای سالمندی فعال، چالش مهمی برای سلامت سالمندان است. از این رو، متخصصان بهداشت باید راهبردهای ارتقاء سلامت را بهینه سازند تا مشارکت اجتماعی سالمندان افزایش یابد و به استقلال آن ها ارج نهاده شود. برای این منظور، آموزش بهداشت، ابزاری ضروری در جهت ارتقای سلامت سالمندان می باشد، زیرا دانشی را برای پیشگیری و کاهش بیماری ها فراهم می کند، فرد را در تحولات زندگی فعال می کند، خودمراقبتی و طلب استقلال را بر می انگیزاند و به عبارت دیگر نقش مهمی در کاهش سرعت زوال عملکردی، افزایش کیفیت زندگی، طول عمر سالم و مشارکت اجتماعی دارد. از این رو، ارتقای فعالیت های آموزشی سالمندان، هم از منظر فردی و هم از منظر اجتماعی حائز اهمیت است (۸-۱۰). مطالعات مختلف نیز به تاثیر برنامه های آموزشی بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، اشاره نموده اند. بنابراین، سالمندی، یکی از مراحل اجتناب ناپذیر زندگی است که می توان از طریق مداخلات آموزشی مؤثر، از عوارض و

از موانع اصلی آموزش به بیمار به شمار می‌روند (۱۸، ۲۱، ۲۲). بنابراین این سوال مطرح می‌شود که از دیدگاه مراقبین سلامت در برنامه پزشکی خانواده شهری چه موانعی بر اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت تاثیر می‌گذارد؟ برنامه پزشکی خانواده شهری در ایران از تیرماه سال ۱۳۹۱، صرفاً در مناطق شهری شهرهای بالاتر از ۲۰۰۰۰ نفر دو استان فارس و مازندران، اجرا شد. اکثر پزشکان نیز یک کارشناس مامایی را به عنوان دستیار، که بعدها به مراقب سلامت تغییر نام داده شد، جذب نمودند. بنابراین مراقبین سلامت گروهی از ارائه دهندگان اولیه خدمات بهداشتی درمانی محسوب می‌شوند که پزشک خانواده شهری را در راستای ارائه خدمات سلامت، یاری می‌نمایند (۱۱، ۲۳). از آنجائیکه کارکنان مراکز خدمات بهداشتی درمانی، به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبت‌های اولیه بهداشتی، وظیفه خطیر انجام خدمات آموزش سلامت را برعهده دارند، از این رو می‌توانند افراد را در مدیریت سلامت خود راهنمایی کنند (۱۲، ۱۳). بنابراین آگاهی از دیدگاه آن‌ها می‌تواند در شناسایی موانع آموزش بهداشت به سالمندان، کمک به برنامه‌ریزی و ارتقای برنامه آموزش بهداشت و در نهایت ارتقای سلامت سالمندان موثر باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی موانع آموزش بهداشت به سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت در طرح پزشکی خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹ طراحی شده است.

روش کار

در این بررسی، روش پژوهش توصیفی تحلیلی بوده و جامعه پژوهش را مراقبین سلامت شاغل در مراکز مجری طرح پزشکی خانواده شهری و پایگاه‌های پزشکی خانواده شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹ تشکیل داده‌اند. معیارهای پذیرش در مطالعه، کلیه مراقبین سلامت (ماماهای پزشکی خانواده) شاغل در مراکز مجری طرح پزشکی خانواده شهری و پایگاه‌های پزشکی خانواده شهرستان بابل بودند. مراقبین سلامت (ماماهای پزشکی خانواده) شاغل در مراکز مجری طرح پزشکی خانواده روستایی و سایر پرسنل شاغل در هر دو مراکز مجری طرح پزشکی خانواده شهری و روستایی، نیز از معیارهای عدم پذیرش در مطالعه بودند. جهت تعیین حجم نمونه، نظر به اینکه آموزش و موانع آن با توجه به حیطه‌های آموزش (شناخت-نگرش-رفتار) می‌تواند به علل مختلف کیفی با پراکندگی بالا باشد، سعی شد تا حد امکان با انتخاب حجم نمونه بیشتر، به واریانس کوچکتر (خطای کمتر) دست یابیم. با در نظر

گرفتن تعداد مراقبین سلامت شبکه، مطالعات پژوهشی انجام شده قبلی بین مراقبین سلامت، همکاری مطلوب مراقبین و در نظر گرفتن مدل‌های مختلف نمونه‌گیری غیرتصادفی قضاوتی، گلوله برفی و متوالی، در نظر گرفتن سوق جامعه مورد مطالعه به توزیع نرمال با افزایش تعداد شرکت‌کننده و همچنین امکان اجرا و جمع‌آوری ابزار پرسشنامه، انتخاب نمونه بر اساس روش سرشماری، شامل کلیه مراقبین سلامت شبکه بهداشت به حجم ۱۰۸ نفر در نظر گرفته شدند. بدین ترتیب که با توجه به در دسترس بودن نمونه، امکان اجرای مطالعه، در نظر گرفتن احتمال واریانس کوچکتر (خطای کمتر) با افزایش حجم نمونه و رسیدن به توزیع نرمال، شامل کلیه مراقبین مراکز مجری طرح پزشکی خانواده شهری و پایگاه‌های پزشکی خانواده شهرستان بابل بود.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و به مدت ۳ ماه توسط پژوهشگر از طریق تماس تلفنی، انجام گرفت. میزان پاسخدهی به سوالات پرسشنامه، ۱۰۰ درصد بود. لازم به ذکر است، جهت پیشگیری از افت پاسخدهی، قبل از اجرا و در طی یک جلسه توجیهی، اهداف برنامه و درخواست همکاری برای مراقبین سلامت بیان گردید.

مقاله حاضر با کد اخلاق (IR.MUBABOL. REC.1399.080) مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل، پس از اخذ موافقت کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل، در طی هر تماس تلفنی با مراقبین سلامت، بعد از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف طرح، از کلیه مراقبین سلامت رضایت‌نامه اخلاقی جهت ورود به مطالعه و تکمیل این پرسشنامه اخذ گردید.

پرسشنامه، با استفاده از مقالات پژوهشی تهیه گردید. همچنین تعاریف نظری و عملی ابعاد مورد نظر مشخص شدند، سپس گویه‌های مناسب برای سنجش آنها مطرح شد. پرسشنامه پس از مصاحبه با چند نفر از مراقبین سلامت در خصوص موانع موجود و نظر آن‌ها در مورد سطح دشواری، میزان تناسب و ابهام هر یک از گویه‌ها پرسیده شد و با در نظر گرفتن سه حیطه موضوع آموزش و یادگیری (شناخت - نگرش - رفتار) طراحی صورت گرفت. بنظر می‌رسد گزینه‌های پرسشنامه با توجه به طیف گسترده کیفیت عملکرد مراقبین سلامت در اجرای برنامه‌های آموزشی، از نوع لیکرت ۴ آیتمی مناسب باشد. بخش اول پرسشنامه، حاوی اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ها شامل نام و نام خانوادگی، محل خدمت، سن، میزان تحصیلات،

یافته ها

تعداد ۱۰۸ نفر از مراقبین سلامت (ماماهای پزشک خانواده) شاغل در مراکز مجری طرح پزشک خانواده شهری و پایگاه های پزشک خانواده، در این مطالعه شرکت داشته اند. میانگین سن مراقبین سلامت $33/59 \pm 8/86$ سال بوده است. ۲۲/۲ درصد (۲۴ نفر) از شرکت کنندگان در مراکز مجری و ۷۷/۸ درصد (۸۴ نفر) در پایگاه ها شاغل بودند. از نظر تحصیلات، اکثریت (۹۱/۷ درصد) دارای مدرک لیسانس بودند. در بررسی تعداد فرزندان، ۴۳/۵ درصد (۴۷ نفر) از شرکت کنندگان در گروه بدون فرزند (۱۹ نفر متاهل و ۲۸ نفر مجرد) دسته بندی شدند. ۴۴/۴ درصد (۴۸ نفر) از مراقبین سلامت، جمعیتی در حدود ۲۵۰۰ و بالاتر را تحت پوشش خود جهت انجام مراقبت ها دارا بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سابقه کاری در طرح پزشک خانواده شهری $38/43 \pm 56/86$ (به ماه) بود. بیشترین افراد (۳۷ درصد)، بالاتر از ۶ سال (۷۲ ماه) سابقه کاری در طرح پزشک خانواده شهری داشتند (جدول ۱). همچنین میانگین و انحراف معیار موانع آموزشی در این بررسی $20/91 \pm 4/59$ امتیاز بوده است.

تعداد فرزندان و سابقه کاری بوده که در انتهای این بخش از تعداد جمعیت تحت پوشش هر مراقب نیز سوال شد و بخش دوم آن شامل ۱۵ سوال بود که موانع آموزشی سالمندان را با سوال های دوقطبی که یک قطب آن مربوط به مراقبین سلامت و شرایط آنان و قطب دیگر مربوط به سالمند است، می سنجد و پاسخ دهندگان در مقابل هریک از سوالات نظر خود را در سطوح (هرگز، کم، متوسط، زیاد) مشخص و به هر پاسخ نمرات ۳-۰ بترتیب تعلق گرفت. علاوه بر موارد مذکور، ۲ سوال باز با نظر اساتید، برای آگاهی عمیق تر از دیدگاه مراقبین، تهیه شد. جهت تعیین اعتبار علمی، از نظرات ۱۰ نفر از متخصصین سالمندشناسی و آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت استفاده گردید. برای تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات حاصل از بخش کمی پرسشنامه، با استفاده از آزمون های کای اسکور و آزمون های ناپارامتریک من-ویتنی و کروسکال والیس از طریق نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد. در نهایت در بخش بحث و نتیجه گیری، یافته های حاصل از پرسشنامه کمی و مصاحبه براساس الگوی ترکیبی تبیینی، باهم ترکیب شدند؛ به این معنا که یافته های کمی و کیفی به تبیین و روشن سازی یکدیگر کمک کردند.

جدول ۱: تعداد و درصد متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، محل خدمت، سابقه اشتغال در پزشک خانواده شهری و جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹.

تعداد(درصد)	مشخصات
۵۱ (۴۷/۲)	زیر ۳۰ سال
۴۵ (۴۱/۷)	۳۰ تا ۴۵ سال
۱۱۲ (۱۱/۱)	بالاتر از ۴۵ سال
۴ (۳/۷)	کاردانی
۹۹ (۹۱/۷)	کارشناسی
۵ (۴/۶)	کارشناسی ارشد
۴۷ (۴۳/۵)	بدون فرزند
۳۶ (۳۳/۳)	یک فرزند
۲۳ (۲۱/۳)	دو فرزند
۲ (۱/۹)	سه فرزند
۲۴ (۲۲/۲)	مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده
۸۴ (۷۷/۸)	پایگاه های پزشک خانواده
۲۶ (۲۴/۱)	زیر ۱۲ ماه
۲۲ (۲۰/۴)	۱۲ تا ۳۶ ماه
۲۰ (۱۸/۵)	۳۶ تا ۷۲ ماه
۴۰ (۳۷)	بالاتر از ۷۲ ماه
۴۱ (۳۸)	زیر ۲۰۰۰
۱۱۹ (۱۷/۶)	۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰
۴۸ (۴۴/۴)	۲۵۰۰ و بالاتر
$2208/75 \pm 659/8$	mean±SD

کمبود وقت به علت تراکم بار کاری بود که ۴۹/۱ درصد از مراقبین تاثیر آن را زیاد گزارش کردند. همچنین بر طبق این نتایج، چهار عامل که تعداد بیشتری از مراقبین تاثیر آن ها را متوسط گزارش کردند به ترتیب شامل: نارضایتی از حمایت مسئولین نسبت به نقش مراقب سلامت (۶۱/۱ درصد)، نامناسب بودن فضا و وسایل کمک آموزشی (۵۲/۸ درصد)، عدم تخصیص بودجه کافی برای آموزش سالمند (۵۰ درصد)، مانع بودن مشکلات جسمی یا روانی و ناتوانی سالمندان برای اجرای برنامه آموزشی (۴۶/۳ درصد)، بودند (جدول ۲).

پرسشنامه موانع برنامه های آموزشی سالمندان از نظر مراقبین سلامت، دارای ۱۵ سوال بود که برای هر سوال، حداقل امتیاز، ۰ (هرگز) و حداکثر امتیاز، ۳ (زیاد) در نظر گرفته شد، بنابراین مراقبین سلامت می توانستند حداقل ۱۵ و حداکثر ۴۵ امتیاز لحاظ کنند. امتیاز (۰-۱۵)، ضعیف، امتیاز (۱۵-۳۰)، متوسط و امتیاز (بالتر از ۳۰)، قوی در نظر گرفته شد. با توجه به توضیحات فوق، در این مطالعه ۱۵ مشارکت کننده (۱۳/۹ درصد) موانع را ضعیف، ۹۲ نفر (۸۵/۲ درصد) موانع را متوسط و ۱ نفر (۰/۹) موانع را قوی توصیف کردند. مهمترین مانع آموزشی سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت،

جدول ۲: فراوانی دیدگاه مراقبین سلامت در مورد موانع آموزشی سالمندان در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹

دیدگاه نمونه های مورد پژوهش				گویه ها
زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)	اصلا تعداد (درصد)	
۰	۱۹ (۱۷/۶)	۶۵ (۶۰/۲)	۲۴ (۲۲/۲)	۱- آیا سالمندان نسبت به نقش مراقب سلامت در ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی ناآگاه هستند؟
۵۳ (۴۹/۱)	۲۷ (۲۵)	۱۲ (۱۱/۱)	۱۶ (۱۴/۸)	۲- آیا بخاطر تراکم بار کاری، کمبود وقت دارید؟
۲۱ (۱۹/۴)	۶۶ (۶۱/۱)	۱۹ (۱۷/۶)	۲ (۱/۹)	۳- آیا از حمایت مسئولین نسبت به نقش خودتان ناراضی هستید؟
۲۶ (۲۴/۱)	۵۴ (۵۰)	۱۷ (۱۵/۷)	۱۱ (۱۰/۲)	۴- آیا فکر می کنید بودجه کافی برای آموزش سالمند تخصیص نیافته است؟
۱ (۰/۹)	۷ (۶/۵)	۲۷ (۲۵)	۷۳ (۶۷/۶)	۵- آیا فکر می کنید برنامه آموزشی سالمندان در بهبود سبک زندگی آنان تاثیری ندارد؟
۲۴ (۲۲/۲)	۱۷ (۱۵/۷)	۴۱ (۳۸)	۲۶ (۲۴/۱)	۶- آیا دوره های مربوط به اصول برگزاری جلسه آموزشی را نگذرانده اید؟
۶ (۵/۶)	۱۶ (۱۴/۸)	۷۰ (۶۴/۸)	۱۶ (۱۴/۸)	۷- آیا از مزایا و معایب انواع روش های آموزشی اطلاع کافی ندارید؟
۲۲ (۲۰/۴)	۲۰ (۱۸/۵)	۴۹ (۴۵/۴)	۱۷ (۱۵/۷)	۸- آیا از مفاهیم آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) اطلاع کافی ندارید؟
۶ (۵/۶)	۲۲ (۲۰/۴)	۶۲ (۵۷/۴)	۱۸ (۱۶/۷)	۹- آیا فکر می کنید توانایی برگزاری جلسه آموزشی سالمندان را بصورت اصولی و درست و مطابق با اصول آموزشی ندارید؟
۱۲ (۱۱/۱)	۱۵ (۱۳/۹)	۴۰ (۳۷)	۴۱ (۳۸)	۱۰- آیا به عنوان مراقب سلامت به آموزش سالمندان علاقه ندارید؟
۴۶ (۴۲/۶)	۵۰ (۴۶/۳)	۱۱ (۱۰/۲)	۱ (۰/۹)	۱۱- آیا مشکلات جسمی یا روانی و ناتوانی سالمندان مانعی برای اجرای برنامه آموزشی می باشد؟
۳ (۲/۸)	۲۹ (۲۶/۹)	۴۴ (۴۰/۷)	۳۲ (۲۹/۶)	۱۲- آیا خانواده افراد سالمند، آن ها را از شرکت در برنامه آموزشی منع می کنند؟
۷ (۶/۵)	۲۱ (۱۹/۴)	۲۹ (۲۶/۹)	۵۱ (۴۷/۲)	۱۳- آیا اختلاف جنسیت آموزش دهنده و آموزش گیرنده در آموزش سالمند تاثیر دارد؟
۳۱ (۲۸/۷)	۵۷ (۵۲/۸)	۱۳ (۱۲)	۷ (۶/۵)	۱۴- آیا فضا و وسایل کمک آموزشی نامناسب هستند؟
۱۲ (۱۱/۱)	۳۰ (۲۷/۸)	۴۹ (۴۵/۴)	۱۷ (۱۵/۷)	۱۵- آیا در سالمندان اعتقاداتی وجود دارد که موجب عدم پذیرش یا اجرای آموزش می شود؟

نادر درخشان و همکاران

مقادیر مربع کای آزمون کروسکال وایس برحسب عوامل دموگرافیک در مراقبین سلامت پزشک خانواده شهری شهرستان بابل، در سطح $P < 0/05$ ، تنها در عامل سن معنادار بود (جدول ۳).

نتایج حاصل از آزمون یو من ویتنی در مورد محل خدمت مراقبین، حاکی از آن است که بین دیدگاه مراقبین شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح پزشک خانواده و پایگاه های پزشک خانواده از نظر موانع آموزشی سالمندان، تفاوت معناداری وجود ندارد ($U: 947$; $sig: 0/46$). همچنین نتایج

جدول ۳: داده های مربوط به نتایج آزمون کروسکال وایس بر حسب عوامل دموگرافیک در مراقبین سلامت طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل در سال ۱۳۹۹

تعداد فرزندان	سن	سابقه اشتغال در پزشک خانواده	سطح تحصیلات
۵/۸۵	۱۰/۸۶	۷/۸۱	X2
۰/۱۱۹	۰/۰۰۴	۰/۰۵	P
۳	۲	۳	Df
میانگین امتیاز مانع در مراقبین با ۳ فرزند بیشتر است.	میانگین امتیاز مانع با افزایش سن کاهش می آید.	میانگین امتیاز مانع در سابقه کاری ۱۲ تا ۳۶ ماه بیشتر است.	میانگین امتیاز مانع با افزایش سطح تحصیلات افزایش می یابد.

درصد) از مراقبین سلامت به این سوال پاسخ دادند که تعداد بیشتری از مراقبین سلامت، حجم بالای کارها برای مراقبین سلامت (۱۶ نفر ۲۴/۶ درصد) و حقوق پایین (۱۴ نفر ۲۱/۵ درصد) را به عنوان مهم ترین موانع آموزش بهداشت به سالمندان، گزارش کردند (جدول ۴).

در تشریح یافته های حاصل از مصاحبه، سؤال نخست: "آیا به بیماری یا مشکل خاصی مبتلا هستید؟" بود، که تعداد خیلی کمی از مراقبین به این سوال پاسخ دادند، در نتیجه قابل بحث نمی باشد. همچنین در مورد سوال دوم مصاحبه: "سایر موانع برنامه های آموزشی سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت چیست؟"، تعداد ۶۵ نفر (۱/۶۰)

جدول ۴. موانع گزارش شده توسط مراقبین سلامت در بخش مصاحبه (سوال باز پرسشنامه)

ردیف	موانع آموزشی گزارش شده توسط مراقبین سلامت	تعداد مراقبین سلامت	درصد
۱	حجم بالای کارها برای مراقبین سلامت	۱۶ نفر	۲۴/۶
۲	حقوق پائین	۱۴ نفر	۲۱/۵
۳	جمعیت زیاد تحت پوشش هر مراقب	۹ نفر	۱۳/۸
۴	زمان کم پرسنل برای گوش دادن به صحبت های جانبی سالمندان	۸ نفر	۱۲/۳
۵	نبود حمایت اجتماعی سالمندان - مشکلات مربوط به فراخوان سالمندان	۷ نفر	۱۰/۷
۶	مشکلات مربوط به سامانه ثبت اطلاعات جمعیت - همکاری کم مسئولین با پایگاه های پزشک خانواده - مسئله کرونا	۶ نفر	۹/۲
۷	عدم صبر و حوصله از طرف سالمندان - وضعیت اقتصادی پایین سالمندان - عدم باور و آگاهی سالمندان به اینکه آموزش ها در کاهش مشکلات آن ها موثر است.	۵ نفر	۷/۶
۸	سن سالمندان - عدم جذابیت آموزش ها و محیط مراکز بهداشتی - عدم همکاری خود سالمندان - غم و غصه ها و مشکلات سالمندان مانند معتاد بودن و مشکلات ازدواج و طلاق فرزندان - عدم همکاری مسئولین در مورد موضوع ارائه مکمل ها - رایگان نبودن خدمات - سطح سواد سالمندان	۴ نفر	۶/۱
۹	مسافت طولانی سالمندان تا مراکز و پایگاه های سلامت - ازدحام جمعیت در زمان مراقبت ها - خستگی کارکنان - نبود اتاقی جداگانه برای مشاوره و آموزش	۳ نفر	۴/۶
۱۰	عدم وجود مسئول آموزش سالمندان - عدم برقراری ارتباط مناسب مراقبین سلامت و سالمندان با هم - بی اعتمادی مردم نسبت به ارگان های بهداشتی	۲ نفر	۳/۰۷
۱۱	الکترونیکی شدن ثبت ها	۱ نفر	۱/۵۳

بحث

(سن، جنس، سابقه کار و ...) و موانع آموزشی، ارتباط معناداری وجود نداشت (۲۲). درحالی که مطالعه رستمی (۱۳۸۸) نشان داد که وضعیت استخدامی، جنس و سن پرستاران با برخی موانع آموزش به بیمار ارتباط معنی داری دارد (۲۱). احتمال دارد یکی از علل این اختلافات به دلیل تفاوت در محل خدمت در این مطالعات، از نظر ماهیت شغل افراد و استرس های محل کار پرستاران شاغل در بیمارستان در مقایسه با مراقبین سلامت در طرح پزشک خانواده، باشد.

یافته های حاصل از بخش مصاحبه با مراقبین سلامت در خصوص بیان سایر موانع آموزش بهداشت به سالمندان، نشان داد که تعداد بیشتری از مراقبین سلامت حجم بالای کارها برای مراقبین (۲۴/۶ درصد) و حقوق پایین (۲۱/۵ درصد) را جزء بیشترین موانع آموزشی بیان نمودند.

عزت آبادی (۱۳۹۴) در بررسی خود سه عامل حجم زیاد وظایف کاری، کمبود پرستاران شاغل در بخش و نوبت های کاری پشت سرهم را بیشترین موانع آموزش به بیمار از دیدگاه پرستاران عنوان کرد (۳۱). سایر مطالعات نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر، زیاد بودن حجم کاری و سختی کار پرستاری را به عنوان موانع ارتباط با بیمار از دیدگاه پرستاران گزارش کردند (۳۲، ۳۳). در مطالعه عبدی (۱۳۹۶) نیز یکی از مهمترین موانع ارتباطی پرستار- بیمار سالمند، مربوط به پایین بودن حقوق پرستاران و سختی کار و زیاد بودن حجم کار پرستاران بود (۳۴)، که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارند.

نارضایتی دستیاران پزشکان خانواده از میزان حقوق، تقریباً در همه مطالعات گزارش شده است. یافته های مطالعه کبیر (۲۰۱۸)، نشان می دهد که کمترین رضایت مراقبین سلامت، بر میزان حقوق دریافتی شان متمرکز بود (۱۱). مطالعه اسمیت (۲۰۰۱) نشان داد که درآمد مالی، به عنوان یکی از موثرترین عوامل رضایت شغلی است. در مطالعه شادپور و بیگی (۱۳۷۳) نیز که بر روی بهورزان شاغل انجام شد نتایج نشان داده است که بیشترین نارضایتی به ترتیب ناشی از حقوق دریافتی، ساعات کار و حجم کار بوده است (۳۵). ماماهاای مصاحبه شده در مطالعه بیاتی (۲۰۱۶) هم اظهار نمودند که نسبت به کارهای متعددی که به ماما محول کرده اند مانند دارویاری، تزریقات و پانسمان و غیره، حقوق دریافتی خیلی پایین است و مقدار زیادی از آن صرف ایاب و ذهاب می شود (۳۶).

مشکل تامین بودجه و اعتبارات، مشکلات مرتبط با پرداخت و عدم بالانس پرداختی، جنبه هایی از مشکلات مالی در برنامه پزشک خانواده شهری هستند. که تبعاتی از قبیل

آموزش، فرایندی است متقابل که در طی آن یادگیری صورت می گیرد و یکی از نیازهای اساسی بشر محسوب می شود (۲۴). با توجه به نتایج کمی تحقیق، میانگین موانع آموزشی $4/59 \pm 20/91$ بوده است. در ارتباط با تعیین موانع آموزشی از دیدگاه مراقبین سلامت شاغل در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل، یافته های حاصل از بررسی کمی مطالعه حاضر نشان داد که مهمترین مانع آموزشی سالمندان از دیدگاه مراقبین سلامت، کمبود وقت به علت تراکم بار کاری بود (۴۹/۱ درصد).

وفایی نجار (۱۳۸۶) در تحقیق خود گزارش نمود که کمبود وقت، مهمترین مانع آموزش بیمار بوده است (۲۵). مارکوم (۲۰۰۲) نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر، سه عامل بازدارنده آموزش را به ترتیب اولویت، کمبود وقت، پرسنل ناکافی و عدم پذیرش از سوی بیمار عنوان کرد (۱۹). در مطالعه گرین (۲۰۰۳) نیز کمبود وقت، شلوغی بخش و عدم آمادگی جسمانی بیمار برای آموزش، مهمترین موانع آموزش به بیمار بودند (۲۶). بر طبق نتایج مطالعه خالق پرست (۱۳۹۶) که موانع آموزش به بیمار را از دیدگاه بیماران، پرستاران و پزشکان مورد مطالعه قرار داد، هر سه گروه معتقد بودند، پرستاران وقت ارائه آموزش به بیماران خود را ندارند (۲۷). سایر مطالعات نیز در بررسی موانع آموزشی، زمان ناکافی پرسنل پرستاری و پزشکی برای آموزش به بیماران را از موانع اصلی برای آموزش به بیمار گزارش کردند (۲۸، ۲۹)، که نتایج این مطالعات همسو با یافته های مطالعه حاضر است.

طی مصاحبه ای که با مراقبین سلامت صورت گرفت، دلایل کمبود وقت را تنوع مراقبت ها، بالا بودن تعداد مراجعین و لزوم ثبت به موقع مراقبت ها در سامانه ذکر کردند که این موضوع از یک سو منجر به خستگی جسمی و روحی مراقبین می شود و از سوی دیگر فرصت کافی و مناسب برای آموزش به سالمندان را از بین خواهد برد. لذا شاید بتوان با قرار دادن کارشناس ویژه آموزش جهت همکاری با مراقبین سلامت، این مشکل را برطرف نمود. همچنین آموزش به سالمندان توسط نوارهای ویدئویی و سایر منابع سمعی و بصری نیز سبب می شود تا سالمندان وقت زیادی را از مراقبین سلامت برای آموزش نگیرند (۳۰). همچنین نتایج نشان داد از بین متغیرهای دموگرافیک (سن، سن، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، سابقه کاری) تنها عامل سن ($p=0/004$)، با موانع آموزشی ارتباط معناداری داشت. در مطالعه عزیزنژاد (۱۳۸۸) نیز بین متغیرهای دموگرافیک

کاربرد از نتایج حاصل از این بررسی می تواند شامل ارائه اطلاعات پایه و اجرای مداخلات مورد نیاز در مراکز مجری و پایگاه های طرح پزشک خانواده شهری در شهرستان بابل باشد.

نتیجه گیری

در مجموع با توجه به یافته های این پژوهش، جهت ارتقاء و بهبود برنامه آموزش به سالمندان، لازم است موانعی که از اولویت بیشتری برخوردارند شامل کمبود وقت و حجم بالای کاری و حقوق ناکافی مراقبین سلامت مورد توجه قرار گیرند و به حداقل رسانیده شوند. لذا پیشنهاد می شود مسئولین با تامین نیروی انسانی لازم در بخش های مختلف و کاهش حجم وظایف کاری مراقبین سلامت و افزایش سطح رضایتمندی ماماهاای پزشک خانواده در خصوص میزان، شرایط و نحوه پرداخت حقوق آنان تجدید نظر نمایند و با این اقدامات آن ها را در جهت انجام بهتر آموزش به سالمندان ترغیب کنند.

سیاسگذاری

مقاله حاضر مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل است. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی و سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بابل و کلیه مراقبین سلامت دلسوز در طرح پزشک خانواده شهری شهرستان بابل که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر می گردد.

ایجاد نارضایتی و کاهش انگیزه پرسنل را بدنبال خواهند داشت. در برنامه پزشک خانواده شهری بر خلاف برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی، کل سرانه جمعیت تحت پوشش، به حساب پزشک خانواده واریز و پزشک خانواده باید ۱۲ درصد سهم دریافتی را به عنوان حقوق ماهانه به مراقب سلامت پرداخت نماید. بنابراین به خاطر اینکه ممکن است درصد قابل ملاحظه ای از پزشکان خانواده حقوق مراقبین سلامت را تا سقف ۱۲ درصد کل سرانه پرداخت نمایند، شاید این نارضایتی و عدم بالانس پرداختی کمی ملموس تر باشد. لذا مداخله در این حوزه نقش مهمی در ایجاد انگیزه در کارکنان و افزایش رضایت شغلی و پیامدهای مثبت آن خواهد داشت (۱۱، ۳۷، ۳۸). نیرویی که انگیزه نداشته و از شغل و سازمان خود راضی نباشد، طبیعی است که نمیتوان از تمام مهارتها و توان او استفاده کرد. تحقیقات نشان داده است، افراد به طور معمول از ۲۰ تا ۳۰ درصد توان خود در سازمان استفاده می کنند. این در حالی است که اگر بتوان در کارکنان انگیزه ایجاد کرد، می توان تا ۸۰ درصد توان آنها را مورد استفاده قرار داد، فقدان کارایی در سازمان را به حداقل رسانده و از منابع سازمان، بخصوص نیروی انسانی استفاده بهینه نمود (۳۱).

از محدودیت های این مطالعه، یکسان نبودن شرایط مراکز تحت پوشش و بررسی موانع آموزشی صرفا از دیدگاه مراقبین سلامت بوده است. بنابراین، توصیه می شود مطالعات آینده در حوزه وسیعتری انجام شود که در آن علاوه بر دیدگاه مراقبین سلامت، دیدگاه سالمندان و همچنین سایر اعضای تیم سلامت نیز مورد بررسی قرار گیرد. استفاده

References

1. Ghasemi M, Hosseini H, Sabouhi F. The effect of peer group training on self-care of elderly with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;6.
2. Sá GGdM, Silva FL, Santos AMRd, Noletto JdS, Gouveia MTdO, Nogueira LT. Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186>
3. Ferreira VM, Ruiz T. Community health workers' attitudes and beliefs toward the elderly. *Revista de saude publica*. 2012;46(5):843-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500011>
4. Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical

- centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. *Journal of nursing education*. 2015;3(4):19-28.
5. Mosadeghrad AM, Mousavi A. The futurology of aging population in Iran. *Tehran University Medical Journal*. 2010;68(3):66-71.
6. KARIMI H, SUM S, SHIRINKAM F. The Effect of Health Promoting Lifestyle Training on Elderly Happiness. 2020.
7. United Nations. *World Population Ageing 2017 - Highlights*. New York: Population D; 2017.
8. Rana AM, Wahlin Å, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health promotion international*. 2009;24(1):36-45. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan042>

9. Friebe J, Schmidt-Hertha B. Activities and barriers to education for elderly people. *Journal of Contemporary Educational Studies/Sodobna Pedagogika*. 2013;64(1).
10. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JdC, Vasconcelos EMRd. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:1763-72. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152006.02382014>
11. Kabir MJ, Ashrafian Amiri H, Rabiee SM, Keshavarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. Health care providers, satisfaction in the urban family physician program of Iran. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;16(2):92-100.
12. 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*. 2017;6(4):387-400.
13. Rosenthal EL, Brownstein JN, Rush CH, Hirsch GR, Willaert AM, Scott JR, et al. Community health workers: part of the solution. *Health Affairs*. 2010;29(7):1338-42. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0081>
14. Mazaheri, Effat, al e. Health Personnels opinions of Ardebil university of medical sciences about the aged patienttraininn barriers. *DENA-Q J Yasuj Fac Nurs Midwifery*.1(1):75-82.
15. Farokhnezhad Afshar P, Bastani F, Haghani H, Valipour O. Hospital Anxiety and Depression in the Elderly with Chronic Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(120):87-97. <https://doi.org/10.29252/ijn.32.120.87>
16. Sadeghi R, Mortaz Hejri S, Shakibazadeh E, Rahimi Foroushani A, Heshmati H. Barriers of Health Education in Iran's Health System: A Qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;8(3):300-17.
17. Higgins MM, Barkley MC. Barriers to nutrition education for older adults, and nutrition and aging training opportunities for educators, healthcare providers, volunteers and caregivers. *Journal of Nutrition for the Elderly*. 2004;23(4):99-121. https://doi.org/10.1300/J052v23n04_07
18. Arian M, Mortazavi H, TabatabaeiChehr 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.
19. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2002. p. 112-8. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-20020501-05>
20. Ni C, Hua Y, Shao P, Wallen GR, Xu S, Li L. Continuing education among Chinese nurses: A general hospital-based study. *Nurse education today*. 2014;34(4):592-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.013>
21. 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.
22. Aziznejad 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.
23. Khosravi Alghar N, EMADZADEH A. An interventional study to compare the effect of teaching on lecture method and the use of educational package on the knowledge and performance of health care providers. *FUTURE OF MEDICAL EDUCATION JOURNAL*. 2020;10(1 #r001808):-.
24. Geraghani HS, Nouhi E. Investigation of Barriers to Educating and Establishing Communication with Patients from Nurses' Perspective in Hospitals of Jiroft City in 2015. 2017.
25. Vafae-Najar A, Ebrahimipour H, Shidfar M-R, Khani-Jazani R. Patient education services and the organizational factors affecting them at teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), 2008. *Journal of Men's Health*. 2012;9(4):230-7. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2012.04.004>
26. Green ML, Gross CP, Kernan WN, Wong JG, Holmboe ES. Integrating teaching skills and clinical content in a faculty development workshop. *Journal of general internal medicine*. 2003;18(6):468-74. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20933.x>
27. Khaleghparast S, Mayelafshar M, Hanifi Z, Sari L, Kalaei M, Ghanbari B. Barriers to patient education from the perspective of patients, nurses and doctors in Rajaei cardiovascular medical and research center. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018;7(1):14-23.

28. Hekari D, Mohammadzadeh R. Quality of patients' education by nursing students and employment nurses and its effective factors in Tabriz hospitals in 2007-2008. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University*. 2010;20(1).
29. MARDANIAN DL, Salahshorian A, MOHAMMAD AJ, Hosseini F. NURSES' PERCEPTION OF PATIENT TEACHING, ENHANCING AND INHIBITING FACTORS. 2004.
30. Klein-Fedyshin M, Burda ML, Epstein BA, Lawrence B. Collaborating to enhance patient education and recovery. *Journal of the Medical Library Association*. 2005;93(4):440.
31. RANJBAR EM, Mahdian M, Eslami H, Amini A. PATIENT EDUCATION BARRIERS FROM NURSES' OPINIONS. 2016.
32. Hasani L, Aghamolaie D. Communication barriers between nurses and elderly patients. *J Hormozgan Univ Med Sci*. 2010;14(4):312-8.
33. McCauley J, Jenckes MW, Tarpley MJ, Koenig HG, Yanek LR, Becker DM. Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *Journal of religion and health*. 2005;44(2):137-46. <https://doi.org/10.1007/s10943-005-2772-2>
34. Abdi B, Esmailpour-Bandboni M, Madani F, Qolfeshan E. Barriers to Effective Communication with Elderly Patient from the Nurses' Viewpoints at Gilan University of Medical Sciences Hospitals in 2018. *Journal of Nursing Education*. 2020;9(1):11-8.
35. Ghorbani K, Najaf Zadeh H, Sedighi A, Mousavi S, Mahdavi M, Monajemi F. Midwives' satisfaction with family physician plan in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2014;24(2):33-9.
36. Bayati A, Ghanbari F, Maleki A, Hosseini S, Shamsi M. Exploring the experiences of midwife regarding the family medicine program. *Nursing And Midwifery Journal*. 2016;13(10):843-52.
37. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;22(5):66-83.
38. Dehnavieh R, Kalantari AR, Sirizi MJ. Urban family physician plan in Iran: challenges of implementation in Kerman. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:303.