

تبیین تجارب اداری - رفاهی مریبان و رابطین بهداشت در قطع ارتباط با مراکز مجری برنامه در استان مرکزی: یک مطالعه کیفی

اکرم بیاتی^۱، فاطمه قنبری^۲، دکتر محسن شمس^۳، راضیه رجبی^۴

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت حضور رابطین در برنامه‌های بهداشتی و اینکه در سالهای اخیر شاهد کاهش میزان همکاری و یا قطع ارتباط آنها با مراکز بهداشتی درمانی هستیم، لذا مطالعه‌ای کیفی با هدف تبیین تجارب اداری-رفاهی مریبان و رابطین بهداشت در قطع ارتباط آنان با مراکز مجری برنامه در استان مرکزی طراحی و اجرا گردید. **روش بررسی:** این مطالعه یک پژوهش کیفی می‌باشد که شرکت کنندگان آن شامل رابطین شاغل به تعداد ۶۰ نفر، قطع همکاری کرده ۲۰ نفر و مریبان آنان ۳۵ نفر بودند که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از بحث متمرکز گروهی و از مصاحبه انفرادی نیمه ساختاریافته و برای تحلیل آنها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها: از تحلیل متن مصاحبه‌ها، مفاهیم کلیدی زیر در دو طبقه اصلی رفاهی و اداری استخراج گردید. در طبقه رفاهی، امکانات درمانی، هدایا، استخدام و اردو و در طبقه اداری، اعتبارات، وضعیت مریبان، پست سازمانی و آشناسازی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: بیان انتظارات از رابطین در هنگام انتخاب آنان می‌تواند در ماندگاری آنان تاثیر زیادی داشته باشد. همچنین برگزاری نشست‌های نمایندگان رابطین با مسئولین به منظور بیان مشکلات و ارائه راهکارها، برگزاری مراسم و فراهم نمودن بستر مناسب از طریق جذب منابع مالی جهت حمایت از برنامه رابطین و تقدیر از ایشان و ارتقاء سطح تحصیلات رابطین و مریبان و ایجاد پست‌های سازمانی جهت مریبان می‌تواند در افزایش حضور و ارتقاء برنامه رابطین بهداشت موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: مریبان، رابطین بهداشت، قطع ارتباط، تجارب اداری رفاهی

* نویسنده مسئول :

اکرم بیاتی؛

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه

علوم پزشکی اراک

Email :

A.bayati@arakmu.ac.ir

- دریافت مقاله : خرداد ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله : اسفند ۱۳۹۱

مقدمه

در سی امین اجلاس سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۷ در کشور قزاقستان در شهر آلماتا بیانیه‌ای صادر شد که بعدها به عنوان بیانیه آلماتا معروف گردید.

در این بیانیه مهمترین هدف اجتماعی کشورها «بهداشت برای همه در سال ۲۰۰۰» اعلام و مراقبتهای اولیه بهداشتی تنها کلید دستیابی به هدف بهداشت برای همه تلقی گردید(۱). در این بین مشارکت افراد جامعه در طراحی، برنامه ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشتی دیدگاه جدیدی را برای مسئولین به همراه آورد(۲). از دیدگاه نظری مشارکت، اقدام سازمان یافته‌ای در جهت حصول دستاوردهای

^۱ مریبی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت استان مرکزی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

ایران

^۳ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۴ کارشناس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

ایران

با مراکز مجری برنامه استان در سال ۱۳۸۸ حدود ۳۰۴ نفر بوده است. با توجه به اینکه قطع ارتباط رابطنین بهداشت آموزش دیده موجب دلسردی در سایر رابطنین و تشویق آنان به قطع ارتباط می‌گردد که متعاقباً موجب به هدر رفتن هزینه‌های مصروفه جهت آموزش و آماده سازی آنان می‌گردد و از طرفی کاهش تعداد رابطنین می‌تواند بر روی نشر اطلاعات بهداشتی و به دنبال آن بر روی شاخص‌های بهداشت خانواده اثرات سوئی داشته باشد. لذا تحلیل عوامل موثر بر قطع همکاری رابطنین از دیدگاه‌های مختلف از جمله ملزومات تحقیقات در سیستم‌های بهداشتی می‌باشد. از آنجایی که مطالعات کیفی به بیان نظرات و تجارب زنده و احساسات افراد توجه دارد می‌تواند عینی‌تر به بیان واقعیت‌ها بپردازد (۱۱). لذا با انجام چنین پژوهشهایی می‌توان از زمینه‌ها و واقعیت‌های موجود مفاهیمی را استخراج کرد که شاید مورد تاکید و توجه محققین در مطالعات کمی قرار نگرفته باشد. لذا هدف از تدوین این مقاله، تبیین تجارب اداری - رفاهی مربیان و رابطنین بهداشت استان مرکزی در مورد علل قطع ارتباط آنها با مراکز مجری برنامه در استان مرکزی در یک مطالعه کیفی می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و از نوع تحلیل محتوا با رویکرد قراردادی می‌باشد که در شهرستان‌های زیر مجموعه استان مرکزی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه پژوهش را سه گروه از افراد شامل رابطنین شاغل (۶۰ نفر) و قطع همکاری کرده (۲۰ نفر) و مربیان رابطنین (۳۵ نفر) تشکیل می‌دادند. شایان ذکر است که این افراد حداقل ۶ ماه همکاری مداوم با مراکز مجری برنامه داشتند که به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب گردیدند. نمونه‌ها

عینی است (۳). در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹ برنامه داوطلبان شهری را با هدف ارتقاء سطح سلامتی جامعه در قالب طرح رابطنین بهداشت به وجود آورد. رابطنین بهداشتی سعی دارند حقایق اساسی مورد نیاز برای رسیدن به سلامتی فردی، خانوادگی و اجتماعی را به خوبی فرا گیرند و در این یادگیری شرکت فعال داشته باشند (۴). رابطنین بهداشت علاوه بر کسب آگاهی بهداشتی با شرکت در کلاس‌های آموزشی و کسب مهارت‌های ارتباطی به برقراری یک ارتباط صحیح و صمیمانه با خانواده‌های تحت پوشش به منظور انتقال پیام‌های بهداشتی و تشویق و ترغیب آنها برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی، جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و آمار مربوط به مرگ و میر، تولد، مهاجرت و امور تنظیم خانواده با مسئولین بهداشتی دیگر ارگان‌ها مشارکت فعال دارند (۵). درخصوص اهمیت همکاری رابطنین و تاثیر فعالیت‌های آنان پژوهش‌های فراوانی صورت گرفته است (۹-۶)، از جمله پژوهش رضایی و همکاران در خصوص نقش رابطنین بهداشت در آموزش شیوه‌های زندگی سالم لزوم وجود رابطنین فعال را در ارتقاء شیوه‌های زندگی سالم در بین مردم جامعه توجیه نموده است (۵).

امروزه کشور با بهره‌مندی از ۱۰۰۰۰۰ داوطلب بهداشتی روستایی و شهری و عشایر و متخصص توانسته است ۱۶ میلیون نفر را تحت پوشش خود داشته و خدمات بهداشتی درمانی را ارائه دهد (۱۰).

استان مرکزی نیز دارای ۱۵۰۱ رابطن بهداشتی است که در سطح ۷۱ مرکز بهداشتی درمانی شهری مجری برنامه رابطنین بهداشت فعالیت می‌نمایند. علیرغم تاثیر گذاری حضور رابطنین در ارتقای شاخص‌های بهداشتی متاسفانه تعداد زیادی از آنان در سال‌های اخیر از مجموعه مراکز بهداشتی درمانی قطع ارتباط نموده‌اند. بطوری که تعداد رابطنین قطع ارتباط نموده

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 تجربه وضعیت تحت مطالعه در زمان نسبتاً نزدیک را داشتند.

رابطین بهداشت از تمامی مراکز مجری برنامه رابطین استان مرکزی بصورت پراکنده در این مطالعه شرکت داشتند، لذا این مسئله سبب افزایش کیفیت و عمق و همچنین غنی سازی یافته‌های پژوهش شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات مصاحبه متمرکز گروهی و مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته بود.

این اطلاعات در قالب ۹ مصاحبه متمرکز گروهی با رابطین شاغل و ۳ جلسه با مربیان و ۲ جلسه با رابطین قطع ارتباط کرده در مراکز بهداشتی درمانی گردآوری شد و با توجه به تعداد کم و عدم امکان بحث گروهی در برخی شهرستانها ۵ جلسه بحث عمیق فردی در مرکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. قبل از انجام مصاحبه هدف از انجام پژوهش به اطلاع شرکت کنندگان رسانده می‌شد و رضایت کتبی آنان جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید. همچنین با اجازه و رضایت شرکت کنندگان مصاحبه آنان ضبط می‌شد.

بعد از توجیه درباره هدف پژوهش، مصاحبه به روش گفت و گوی دو طرفه انجام شد. مدت مصاحبه با هر گروه حدود ۲ ساعت بود و تعداد شرکت کنندگان در هر گروه شامل ۸-۶ نفر بودند. در این مطالعه، پژوهشگر برای افزایش دادن عمق و وسعت اطلاعات، زمان کافی را برای جمع آوری آنها اختصاص داد و علاوه بر رابطین شاغل با رابطین قطع همکاری کرده و مربیان آنان مصاحبه شد. علاوه بر مصاحبه، پژوهشگر از مشاهده حالات و روحيات شرکت کنندگان نیز استفاده کرد. جمع آوری داده‌ها تا زمان اشباع اطلاعات ادامه می‌یافت به طوری که در مصاحبه‌های آخر هیچ کد جدیدی به کدهای قبلی اضافه نگردید. متن

مصاحبه شرکت کنندگان بلافاصله بعد از مصاحبه کلمه به کلمه رونوشت گردید و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی مورد تحلیل قرار گرفت. شیوه تحلیل محتوا به منظور بررسی وجود کلمات و مفاهیم مشخص در متون مورد استفاده قرار می‌گیرد و طی آن به تقلیل داده‌ها پرداخته شده و به آن‌ها ساختار و نظم داده می‌شود (۱۲). در این روش از طریق فرایند طبقه بندی نظام مند کدها و طبقات مستقیماً و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج می‌شود (۱۴-۱۳). در رویکرد قراردادی از به کارگیری طبقات از پیش تعیین شده اجتناب شده و اجازه داده می‌شود طبقات و نام آن‌ها به صورت مستقیم از درون داده‌ها بیرون آید. بدین منظور متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا حس کلی حاصل شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده شد تا کدها استخراج شود. مصاحبه با مشارکت کنندگان دیگر ادامه یافت و کدگذاری متن‌ها ادامه پیدا کرد و کدهای جزئی در زیر مجموعه عناوین کلی‌تر دسته بندی شد. پس از آن کدها بر اساس شباهت‌ها به طبقات دسته بندی شد (۱۶-۱۵).

در این مطالعه نیز با استفاده از روش مذکور از متن مصاحبه شرکت کنندگان واحدهای تحلیل مشخص شده و کدهای اولیه بر اساس واحدهای معنا برگرفته از توصیفات مشارکت کنندگان استخراج گردید و سپس بر اساس اختلافات یا شباهتهای کدهای اولیه طبقه بندی صورت گرفت. در نهایت بر اساس تفسیر و استنباط دقیق محقق و مقایسه مداوم داده‌ها طبقات و مفاهیم کلیدی استخراج گردید. در این مطالعه تعداد ۳۲۸ کد اولیه بر اساس بررسی محتوای داده‌ها طی مصاحبه و یادداشت برداری مربوطه به دست آمد و با در نظر گرفتن همپوشانی کدها و ادغام آنها ۸۱ کد حاصل شد و در روند بررسی این کدها سه درون مایه شکل گرفت که در مطالعه حاضر به تجارب اداری و

برای افزایش قابلیت اعتماد محقق باید رابطه پرباری با مشارکت کنندگان داشته باشد و بتواند اعتماد آنان را به خود جلب کند تا داده‌ها و تجارب بیشتر و درست تری به دست آورد. مشارکت کنندگان باید بدون احساس هیچ گونه فشاری مایل به سهیم کردن محقق در احساسات تجارب و افکار خود بدون هیچ سانسور اطلاعاتی باشند(۱۷).

با تخصیص زمان کافی ضمن ارتباط مداوم با شرکت کنندگان و غرقه بودن در عرصه تحقیق تلاش شد حسن ارتباط و تامین فضای صمیمی و قابل اعتماد با مشارکت کنندگان ابزاری برای کسب داده‌های غنی تر باشد. همچنین جهت افزایش قابلیت اعتماد محقق سعی کرد با نوشتن اندیشه‌های خود و کنار گذاری (Bracketing) آنها از اعمال سوء گیریهای شخصی در تحقیق اجتناب ورزد. در نهایت اینکه محقق کوشیده است تا مسیر تحقیق و تصمیمات اتخاذ شده در این مسیر را دقیق ثبت و گزارش نماید تا امکان پیگیری مسیر تحقیق برای سایر محققان فراهم گردد.

یافته ها

۳۲۸ کد اولیه بر اساس بررسی محتوای داده‌ها طی مصاحبه و یادداشت برداری مربوطه به دست آمد و با درنظر گرفتن همپوشانی کدها و ادغام آنها ۸۱ کد حاصل شد و در روند بررسی این کدها سه درون مایه شکل گرفت، که در این مقاله به تجربیات اداری رفاهی پرداخته می‌شود. از این مفهوم دو طبقه اصلی شامل اداری و رفاهی استخراج شد. طبقه اصلی اداری به ۴ طبقه فرعی اعتبارات، وضعیت مربی، پست سازمانی و آشناسازی که هر یک از آنها یک زیرطبقه فرعی داشتند تقسیم شدند. طبقه اصلی رفاهی به ۴ طبقه فرعی شامل امکانات درمانی، هدایا، استخدام و اردو که هر یک شامل یک زیر طبقه فرعی بودند.

رفاهی پرداخته شده است. ژانگ به نقل از لینکولن و گابا معیارهای دقت در تحلیل محتوا را اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت تایید ذکر می‌کند. این معیارها، معادل روایی درونی، روایی خارجی، پایایی و عینیت پذیری هستند(۱۴).

برای افزایش اعتبار تحقیق محقق کوشید تا ارتباط خود را با شرکت کنندگان بیشتر کند و بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت کنندگان درخواست کرد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت و سقم آنها را ارزیابی کنند. برای بازنگری ناظرین متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراجی علاوه بر محقق و همکاران اصلی، توسط عده‌ای از همکاران مورد بررسی قرار گرفت، تا صحت فرایند کدگذاری ارزیابی شود.

در این خصوص برای تعیین اعتبار در این پژوهش از راهبردهای مختلفی از قبیل بازبینی توسط مشارکت کننده و بررسی داده‌ها توسط همکار متخصص طرح استفاده شد. برای بازبینی مشارکت کننده علاوه بر بازگرداندن گفتار و تجربیات وی در طول مصاحبه محقق متن کامل تاپی چند مصاحبه اولیه را به همراه کدهای اولیه به افرادی که از آنها مصاحبه اولیه به عمل آمده بود، به منظور تایید و یا اصلاح برگرداند که همه موارد مورد تایید آنها قرار گرفت. برای همتراز سنجی (Peer Check) نیز متن کامل چند مصاحبه اولیه پیاده شده همراه با کدگذاری و طبقات اولیه به همکار متخصص طرح و دو تن از اعضای هیات علمی محقق (گروه بهداشت عمومی و پرستاری) در خصوص تحلیل محتوا ارائه و نظر تاییدی آنها در جهت پیاده کردن کدگذاری و طبقات اولیه دریافت شد. لازم به ذکر است که تمامی مشارکت کنندگان و همکاران صحت و درستی نحوه انجام کد گذاری و طبقه بندی را مورد تایید قرار داده و اصلاحات جزئی را در این زمینه مبذول داشتند.

امکانات درمانی

عدم امکان برخورداری هر رابط از خدمات درمانی مراکز بهداشتی درمانی محل خدمت، برخورد نامناسب کارکنان و عدم تحت پوشش قرار گرفتن بیمه خدمات درمانی از جمله مواردی بود که توسط رابطین به آن اشاره شده است.

شرکت کننده ۱ و ۶ و ۴ (رابط): امکانات درمانی به ما از طرف مرکز بهداشت داده نمی شود و همچنین غیر از ویزیت پزشک که در بعضی مراکز آن هم وجود ندارد ما باید هزینه آزمایشگاه و دارو و... را بپردازیم و با اینکه بارها خواستیم کاری برای ما در زمینه بیمه بکنند میگویند قانون به ما اجازه نمی دهد.

شرکت کننده ۳ (رابط قطع همکاری کرده): ندادن امکانات به رابطین و اهمیت ندادن به آنها باعث شده اکثر رابطین علاقه‌ای به برنامه نداشته باشند. من بدلیل بیماری نیاز به استفاده از خدمات بیمه داشتم متأسفانه هیچ کاری از طرف مرکز بهداشت برای من انجام نشد و حتی بیمارستان معرفی نامه مرکز بهداشت را قبول نکردند.

شرکت کننده ۵ (مربی): قبلاً رابطین از خدمات مراکز بهداشتی درمانی که در آن کار می کردند می توانستند استفاده کنند ولی الان بجز ویزیت هزینه‌های دارو و آزمایشگاه و... را بایستی خودشان بپردازند و این امر باعث دلسردی زیادی در آنها شده است.

هدایا

اغلب رابطین بهداشت نبود امکانات کافی برای برنامه رابطین را عنوان نمودند و اذعان می داشتند که مزایای در نظر گرفته شده مانند سفرهای زیارتی و تفریحی و هدایا برای آنان کم است یا حتی وجود ندارد.

شرکت کننده ۱ و ۶ و ۲ (رابط): قبلاً کادوهایی برای ما در روز رابط یا هر مناسبت دیگر می فرستادند ولی مدتی است این کار انجام نمی شود ما نیاز به آن کادو

نداریم ولی از آنجایی که این هدیه نشان قدردانی از ما و ارج گذاشتن به فعالیت‌های ما بود برای ما ارزش داشت. حتی برای حمایت خانواده جهت حضور ما بهتر است خانواده‌های ما هم به جشن دعوت شوند.

شرکت کننده ۷ (رابط): قبلاً کادو و یا حق الزحمه کمی برای انجام کارها مثل شرکت در برنامه واکسیناسیون سرخک و سرخجه به ما دادند ولی با اینکه ما در برنامه‌های آموزشی مثل مشاوره شیردهی برای مادران شرکت کردیم و از وقت خانه گذاشتیم ولی پولی به ما ندادند.

شرکت کننده ۵ (مربی): ما در چند سال اخیر حتی برای برگزاری جشن رابطین با مشکلات زیادی روبرو هستیم. معمولاً به دلیل عدم وجود اعتبار مسئولان تمایل چندانی به برگزاری جشن ندارند و یا کادوهایی هم اگر خریداری شود خیلی کم ارزش است و در واقع ما بیشترین ریزش رابط را بعد از مراسم ۱۴ آذر داریم.

شرکت کننده شماره ۱ (رابط قطع همکاری کرده): به ما قول دادند که از امکاناتی مانند استخر نیم بها می توانیم استفاده کنیم. ولی هیچ وقت امکاناتی اینچنینی در اختیار ما قرار ندادند و وعده‌هایشان را عملی نکردند و من و خیلی‌های دیگر قطع ارتباط کردیم.

انتظار تسهیلات

در نظر گرفتن سهمیه جهت پذیرش در دانشگاه از جمله مواردی بود که مربیان به آن اشاره کردند.

شرکت کننده ۳ (مربی): ۲ سال پیش در مراسم روز رابط گفتند رابطین بهداشت می توانند در سطح کاردانی ادامه تحصیل بدهند ولی بعداً دیگر صحبتی نشد.

شرکت کننده ۶ و ۳ و ۲ و ۱ (رابط): هر موقع روز رابط میشه برای دلگرمی ما می گویند ما برای شما ارتقاء تحصیلی می‌ذاریم ولی بعداً خبری نمی‌شه الان ۴ ساله می‌خواهند برای ما کاردانی بهداشت بذارند

ولی هنوز خبری نیست.

امکانش نیست. وقتی هم پول نباشه کاری نمیشه کرد. شرکت کننده ۳ و ۲ و ۷ (رابط): ما هرکاری می‌گوییم برای ما بکنید می‌گویند اعتبار نداریم. درسته ما برای پول کار نمی‌کنیم ولی به هر حال هر کاری یک مقدار پول می‌خواهد. بعضی وقتها ما به این نتیجه می‌رسیم که این رابطین اصلاً ارزش ندارند.

اردوها

اغلب رابطین اذعان می‌دارند که سفرهای زیارتی و علمی که بمنظور آشنایی بیشتر آنان و کسب تجارب می‌شود در سالهای اخیر کم شده است:

اکثریت رابطین معتقد بودند که حذف مزایا مانند سفرهای زیارتی و اردوهای تفریحی و عدم برگزاری مراسم و جشن جهت رابطین از علل قطع ارتباط ایشان با برنامه بوده است.

شرکت کننده ۴ (مربی): در گذشته بودجه اختصاصی برای برنامه رابطین در نظر گرفته می‌شد و ما می‌توانستیم براساس آن برنامه ریزی کنیم و سفرهای زیارتی سیاحتی برای آنان برگزار نماییم. خیلی از رابطین فقط بدلیل همین مزایا با برنامه همکاری می‌کردند که متأسفانه با مشکلات اعتباری ریزش رابطین زیاد شده است.

شرکت کننده ۳ (رابط قطع همکاری کرده): در شروع برنامه، مربیان ما را اردو می‌بردند. هم بهمون خوش می‌گذشت هم چیز یاد می‌گرفتیم. این اردوها هم زیارتی بود هم علمی ولی حالا متأسفانه می‌گویند اعتبارات کمه و رابطین را نمی‌برند. من از چند تا از دوستای رابطم پرسیدم میگن اصلاً دیگه چند وقتی نمی‌برند. خوب این خودش عاملی برای قطع ارتباطه.

تجارب اداری

اعتبارات

کمبود اعتبارات از جمله مواردی است که توسط مربیان بعنوان عامل مهم قطع ارتباط ذکر گردید:

شرکت کننده ۵ و ۶ و ۲ و ۱ و ۴ (مربی): قبلاً هر سال به مقدار مشخص کم یا زیاد به برنامه رابطین پول می‌دادند که چند ساله میگند بایستی از اعتبارات هر برنامه بهداشتی هزینه رابطین محاسبه بشه که اصلاً

وضعیت مربیان

عدم وجود پست سازمانی اختصاصی جهت مربیان و کارشناس مسئولان برنامه و چند پیشگی آنها، توسط اکثر مربیان رابطین بهداشت به عنوان عامل بازدارنده در امر تداوم حضور رابطین بهداشت در برنامه بیان شد.

پست سازمانی و چند پیشگی

شرکت کننده ۲ (مربی): برای مربی شدن از ما نظر نخواستند و ما را مجبور به انجام اینکار کردند. در نتیجه مربی با بی علافگی و بی انگیزگی و اجبار می‌پذیرد و کارش را هم ممکن است درست انجام ندهد.

شرکت کننده ۸ (مربی): مربی علاوه بر وظایف شغلی خودش کارهای رابطین را هم باید برعهده داشته باشد. در واقع کار مربی رابطین بودن جزء وظایف فرعی هر مربی است چون پست سازمانی برای آن وجود ندارد و در خیلی از جاها مربی اول وظایف خودش را انجام می‌دهد و بعد به کار رابطین رسیدگی می‌کند.

شرکت کننده ۵ (مربی): من خیلی از مواقع آنقدر سرم شلوغه که حتی سر کلاس رابطین به زور می‌توانم بروم و رابطین حتی بارها از من شاکی هستند.

آشنا سازی

اکثر رابطین اذعان داشتند: عدم آشنایی مردم با برنامه رابطین باعث می‌شود همکاری آنان کم شود و بهتر

همچنین یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌ی هوشمند و همکاران مطابقت دارد، آنان دریافتند که عوامل حرفه‌ای و عدم توجه مسئولین به پیشنهادات و نظریات پرستاران و عدم برخورداری از حمایت مدیران و سرپرستاران به عنوان موثرترین عوامل ترک خدمت بوده‌اند (۱۹).

در مطالعه‌ای که توسط ریاضی دوست و همکاران انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد که از جمله عواملی که موجب حفظ ارتباط رابطین با مراکز بهداشتی شده بود عوامل انگیزاننده‌ای همچون افزایش آگاهی خود و خانواده‌شان، به دست آوردن قدرت اعتماد به نفس، حضور فعال در جامعه به دلیل کار داوطلبی و مفید بودن کار داوطلبی برای جامعه اذعان شده بود (۲۰).

این نتایج می‌تواند بیانگر این مساله باشد که بسیاری از افراد جامعه علاقه وافری به دریافت آموزشهای بهداشتی دارند بنابراین بایستی در جهت انتقال پیامهای بهداشتی افراد جامعه تلاش بیشتری صورت پذیرد که بهترین گروه جهت نشر اطلاعات بهداشتی همان رابطین بهداشتی می‌باشند که تمام مراکز مجری باید حداکثر توان و پتانسیل‌های مدیریتی خود را جهت حفظ همکاری این گروه جهت انجام این رسالت خطیر به کار گیرند.

انگیزه پر کردن اوقات فراغت تعدادی از افراد داوطلب و علاقه مند در این زمینه می‌تواند یکی از راههای مناسب برای جذب افراد علاقه مند جهت عضویت در گروه رابطین بهداشتی باشد. در مطالعه‌ای که در یمن انجام شده است طرح رابطین بهداشتی یکی از راههای مناسب برای پر کردن اوقات فراغت داوطلبین ذکر شده است (۲۱).

در این خصوص سجادی و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان تعهد سازمانی و تمایل به ترک خدمت کارکنان حوزه معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیان داشتند، بالا بردن امنیت شغلی، اصلاح

است از طریق رسانه‌ها و با برگزاری نمایشگاههایی جهت معرفی دست آوردهای برنامه‌های رابطین به مناسبت‌های مختلف باعث تداوم حضور آنان در برنامه شوید.

شرکت کننده ۶ (رابط): بهتر است مانند سربازان مقرر حتی ناچیز در نظر گرفته شود و رابطین را به مردم بشناسانند. مثلاً از طریق برنامه‌های صدا و سیما و یا مجلات محلی. برای رابطین بهداشت کارت صادر شود و یا حتی فرم و لباس خاصی طراحی شود که مردم به آنها اعتماد کنند.

شرکت کننده ۲ رابط (قطع همکاری کرده): خیلی از ما با برنامه رابطین آشنا نبودیم و چون وظایف خواسته شده با روحیاتمان سازگاری ندارد پس مجبوریم قطع ارتباط کنیم.

بحث

یافته‌های تحقیق در مورد مسائل اداری نشان می‌دهد مشکلات اداری که منجر به قطع ارتباط رابطین بهداشت با برنامه میشود حاکی از آن است که بیشترین دلیل قطع ارتباط رابطین با برنامه بدلیل بی توجهی مسئولین در امر مشکلات موجود، کم شدن مزایا جهت رابطین مانند اهداء کادو و یا اعزام به سفرهای زیارتی سیاحتی و در نظر نگرفتن مزایایی مانند بیمه درمانی و یا رایگان نکردن ویزیت پزشک بوده است. در مورد مربیان نیز نبود پست سازمانی، مشغله کاری زیاد و چند پیشه بودن و عدم اختصاص مزایا به عنوان دلایل اصلی کاهش انگیزه مربیان ذکر شده است. در مطالعه رمضانی و همکاران نیز برخورد نامناسب کارکنان، وضعیت بد اقتصادی و عدم پیش بینی مزایا و همچنین بکارگیری مربیان در کلینیک مادر و کودک علاوه بر وظایف ایشان در رابطه با برنامه رابطین که فرصت کافی جهت پیگیری مسائل مربوط به طرح رابطین را نداشتند، از جمله علل طرح شده بود (۱۸).

نظامهای استخدامی و ساختارهای تشکیلاتی، جذب مدیران جدید از درون سازمان، غنی سازی شغل، ایجاد تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، ارائه آموزشهای مناسب و توجیهی قبل از استخدام و انتصاب و فراهم نمودن شرایط ادامه تحصیل، اجرای برنامه‌های تشویقی و توسعه‌ی مهارتهای شغلی در افزایش تعهدات سازمانی و کاهش تمایل به ترک خدمت می‌تواند موثر باشد (۲۲).

عدم تامین بیمه خدمات درمانی و رایگان نبودن هزینه‌های درمانی نیز از جمله معضلات ذکر شده توسط رابطین بود، هر فردی که تاثیری در فراهم نمودن بهداشت و سلامت جامعه دارد حداقل انتظارش تامین خدمات سلامتی برای خود و حتی خانواده‌اش می‌باشد، اما می‌دانیم که این حداقل انتظار نیز توسط مراکز بهداشتی و درمانی فراهم نمی‌گردد و شاید هر یک از ما به گونه‌ای با این مشکل رابطین برخورد کرده باشیم.

عوامل فوق الذکر در سازمانهای رسمی مطرح و مورد تاکید قرار گرفته‌اند، با در نظر گرفتن این نکته که برنامه رابطین سازمان سایه‌ای و غیر رسمی متشکل از نیروهای داوطلب زن را تشکیل داده است، می‌توان اذعان داشت که تاثیر عوامل فوق دو چندان می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بر این موضوع تاکید دارند که بیان انتظارات از رابطین در هنگام انتخاب آنان می‌تواند در ماندگاری آنان تاثیر زیادی داشته باشد. همچنین برگزاری نشست‌های نمایندگان رابطین با مسئولین به منظور بیان مشکلات و ارائه راهکارها، برگزاری مراسم و فراهم نمودن بستر مناسب از طریق جذب منابع مالی جهت حمایت از برنامه رابطین و تقدیر از ایشان و ارتقاء سطح تحصیلات رابطین و مربیان و ایجاد پست‌های سازمانی جهت مربیان می‌تواند در افزایش

حضور و ارتقاء برنامه رابطین بهداشت موثر باشد. همچنین با توجه به اینکه درصدی از داوطلبین انگیزه خود را در رابطه با همکاری یا طرح پرکردن اوقات فراغت ذکر کرده بودند می‌توان از این انگیزه در جهت ارتقاء سطح سلامتی جامعه سود برد. این مساله اهمیت و ارزش طرح رابطین بهداشت و مشارکت فعال رابطین بهداشتی در فعالیتهای بهداشتی را نشان می‌دهد که دقیقاً در راستای استراتژی WHO مبنی بر حل مشکلات بهداشتی توسط خود مردم می‌باشد که بایستی اعتماد به نفس را در جامعه افزایش داد و خود مردم مشکلات بهداشتی خود را شناسایی و خود اقدام به حل آنها نمایند.

در زمینه مشکلات مطرح شده از طرف مربیان نیز بهتر است شرایط به گونه‌ای فراهم شود که مربیان اختصاصاً در برنامه رابطین بهداشتی فعالیت کنند تا فرصت کافی جهت برنامه ریزی داشته باشند. در واقع مربیان درگیر برنامه رابطین این وظیفه را به عنوان وظیفه اصلی خود نمی‌دانند لذا اهمیت کمتری به آن می‌دهند و در صدد حل مشکلات خاص این برنامه بطور جدی بر نمی‌آیند. چرا که همواره نظرات و پیشنهادات کارکنانی که در صف مقدم برخورد با مشکلات مربوطه می‌باشند بیشتر چاره ساز است.

همچنین در اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی عمده ترین منابع اشاعه اطلاعات سلامتی در جامعه رابطین بهداشت هستند و با وجود اینکه در برنامه پزشک خانواده رهبری تیم سلامت به عهده پزشک است نباید این نکته را از یاد برد که در یک گروه برای رسیدن به اهداف و ایجاد موفقیت تک تک اعضا نقشی موثر داشته و مکمل هم هستند و از یکدیگر تاثیر می‌پذیرند. همانطور که رابطین نیز جزئی از تیم سلامت به شمار می‌روند و از آنجایی که این اعضا به طور مستقیم و مستمر با جمعیت تحت پوشش در ارتباط است می‌تواند نقش موثرتری در نیل

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری کلیه عزیزانی که ما را در انجام این تحقیق یاری و همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نمائیم:

۱- مدیر گروه محترم واحد گسترش شبکه معاونت بهداشتی استان

۲- شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که طرح حاضر را با شماره ۵۱۱ به تصویب رسانده و مورد حمایت مالی قرار دادند.

۳- کارشناس مسئولین برنامه جلب مشارکت مردمی مراکز بهداشت

و رابطین بهداشت و مر بیان مربوطه در مراکز مجری برنامه رابطین در دانشگاه علوم پزشکی اراک

به هدف تیم سلامت داشته باشد. لذا به صراحت می‌توان این نکته را بیان کرد که اگر رابطین نقش خود را در گروه به طور صحیح ایفا کنند بی شک یکی از موثرترین اعضای تیم سلامت به شمار می‌آید. بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش و توجه به نقش مهم رابطین بهداشت در ارائه مناسب برنامه‌های بهداشتی پیشنهاد می‌گردد که جهت رابط یابی در مراکز بهداشتی و درمانی فاقد رابط بهداشتی و یا دارای کمبود رابط بهداشتی برنامه ریزی لازم در مورد افراد داوطلب صورت گیرد و انتخاب مناسب رابطین بهداشتی واجد شرایط باید از جنبه‌های مختلف میزان تحصیلات، محل سکونت، تعداد فرزندان، شغل و اطمینان از آگاهی آنان نسبت به شرح وظایف خود مورد توجه قرار گیرد.

منابع

1. Salehi M, Kelishadi M, Zandye M, Keshavarz J & Bagheri A. The Effect of Female Health Volunteers Education on knowledge and Attitude of Urban Population about Mental Health in Isfahan province. Iranian Journal of Medical Education 2005; 5(2): 111-9[Article in Persian].
2. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Gafari M & Niknami SH. The Effect of Education, Based on Health Belief Model on Breast Self- Examination in Health Liaisons of Zarandieh City. Journal of Zahedan University of Medical Sciences 2009; 10(4): 283-91[Article in Persian].
3. Nan bakhsh H. Volunteer of women: sucessful of volunteer. Research Women 2006; 1(6): 165-86[Article in Persian].
4. Taghdisi MH, Abolkherian S & Hoseini F. Determining the educational effectiveness on the women health volunteers' empowerment and its influential factors of the West of Tehran Health Center- 2008. Iran Occupational Health 2011; 8(2): 24-30[Article in Persian].
5. Ramazani A, Miri M & Shayegan F. Effect of health education on health coordinating volunteers of Birjand health center to promote the community healthy life styles. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2008; 14(4): 27-33[Article in Persian].
6. Bagheri SA, Malek Afzali H, Shahmohammadi D, Naghavi M & Hekmat S. Evaluation of functions of auxiliary health workers (Behvarzes) and health volunteers in mental health care delivery in the framework of PHC system in Brojen city, Chaharmahal and Bakhtiary province. Hakim Research Journal 2001; 4(2): 100-9[Article in Persian].
7. Miri MR, Ramezani AA & Hanafi H. The influence of performing (The health communication plan) in suburban villages on the health knowledge and attitude of rural women. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2005; 12(1-2): 31-6[Article in Persian].

8. Haghpanah B, Javadi AA, Shadzi SH & Yadollahi M. Mother's knowledge about prevention of Leishmaniasis: What is the role of health volunteers' education? *Journal of Research In Medical Sciences* 2001; 6(4): 294-8[Article in Persian].
9. Soori H & Naghavi M. The role of health volunteer communicators on knowledge and performance of their clients before and after a health education program in 18 provinces of Iran. *Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences* 1999; 2(26): 27-33[Article in Persian].
10. Moosavi AM & Ostvar R. A study on activities of female health communicators on improvement of health services in population served by health clinics in Yasuj city. *Armaghane Danesh* 2003; 8(3): 51-8[Article in Persian].
11. Polit D & Beck CT. *Essentials of nursing Research, Methods, Appraisal and utilization*. 6th ed. USA: Delmar; 2006: 20-31.
12. Hsieh HF & Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 2005; 15(9): 1277-88.
13. Green B. Personal constructs psychology and content analysis. *Personal Construct Theory & Practice* 2004; 1(1): 82-91.
14. Majdzadeh SR, Zamani Gh & Kazemi SH. Qualitative survey on the factors affecting tendency to Hookah in Hormozgan province and appropriate campaign methods against it. *Hakim Research Journal* 2002; 5(3): 183-7.
15. Graneheim U & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105-12.
16. Priest H, Roberts B & Woods L. An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues. *Nurse Researcher* 2002; 10(1): 30-42.
17. Salsali M, Adib Hajbagheri M & Parvizi S. *Qualitative research methods*. 2nd ed. Iran: Boshra Pub; 2003: 20-36[Book in Persian].
18. Ramezani AA & Miri M. Evaluation of health workers volunteers' performance and investigating the causes of interruption of this connection with health centers of Birjand University of Medical Sciences. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2003; 10(1): 9-15[Article in Persian].
19. Hoshmand Bahabadi A, Seyf H & Nikbakht Nasrabadi AR. The survey of disconnection of nurses in a period of ten years. *Journal of Teb va Tazkieh* 2003; 13(4): 10[Article in Persian].
20. Riazi A. Attitude of health volunteers in volunteer work in the province's health system semnan. *Journal of Raze Behzisty* 2001; (10)21: 37-40[Article in Persian].
21. WHO. *Home based maternal records: guidelines for development, adaptation and evaluation*. Geneva: World Health Organization; 1994: 5.
22. Sajjadi H, Khamesipour M, Hasanzadeh A & Vali L. Organizational commitment to employee turnover Department of Medical Sciences, Isfahan, Iran. *Journal of Iran Work Health* 2008; 6(3): 37-40[Article in Persian].

Healthcare Communicators And Instructors' Administrative-Recreational Experiences In Breaking Off With The Headquarter: A Qualitative Study

Bayati Akram¹(MSc.) – Ghanbari Fatemeh²(MSc.)
Shamsi Mohsen³(Ph.D) – Rajabi Razieh⁴(BSc.)

1 Instructor, Nursing Department, School of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2 Master of Sciences in Midwifery, Health Center of Markazi Province, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3 Assistant Professor in Health Education, Public Health Department, School of Public Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

4 Bachelor of Sciences in Public Health, Student Research Commite, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Abstract

Received : May 2012

Accepted : Feb 2013

Background and Aim: Regarding the importance of communicators' presence in health programs and the fact that in recent years, we have witnessed a decrease in their cooperation or a cut in their relationship with the headquarters. This qualitative study was performed to clarify communicators and instructors' administrative-recreational experiences in breaking off with the headquarters.

Materials and Methods: This qualitative study was carried out on 60 healthcare communicators, 20 ex-communicators and 35 instructors selected through purposive sampling. The data were collected using focus discussion groups and semi-structured interviews with the participants. For data analysis, qualitative content analysis was employed.

Results: The findings of data analysis revealed two main levels: recreational and administrative. The key themes of the former included medical facilities, gifts, employment, futurism and camp and of the latter consisted of credit resources, instructors' conditions, organizational posts and orientation.

Conclusion: Expressing what is expected from communicators when selecting them can play a significant role in keeping them up with their jobs. Holding meetings between authorities and communicators' representatives to discuss their problems and present solutions, holding reward ceremonies, preparing the grounds for attracting financial resources to support communicators' programs, appreciating them and enhancing the communicators and instructors' academic level, and creating organizational posts for instructors can be effective in maintaining their presence and enhancing health communicators' program.

Key words: Coaches, Healthcare Communicators, Administrative-Recreational Experiences, Communication Cut

* Corresponding Author:

Bayati A ;

E -mail:

A.bayati@arakmu.ac.ir