

بررسی نتایج پروژه‌های ارزیابی جامعه انجام گرفته در حوزه تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی کشور در طول سال‌های ۹۲-۱۳۷۸

کوروش هلاکویی نائینی^۱، مهین احمدی پیشکوهی^۲، طیبه شفیعی زاده^۳، حمید صالحی نیا^۴، بهزاد پویا^۵

^۱ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دوره دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشجوی دوره عالی بهداشت عمومی زمینه اپیدمیولوژی میدانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ دانشجوی دوره دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ کارشناس پژوهش دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسنده رابط: طیبه شفیعی زاده، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه پنجم، گروه اپیدمیولوژی. تلفن: ۸۸۹۵۰۱۸۵

پست الکترونیک: t_shafieezadeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۹/۰۱؛ پذیرش: ۹۳/۱۲/۰۲

مقدمه و اهداف: ارزیابی جامعه ابزار کلیدی برای بهبود و ارتقای سلامت جامعه است. نقش آن شناسایی مهمترین عواملی است که بر روی سلامت مردم تاثیر می‌گذارد. هدف مطالعه‌ی حاضر، بررسی گزارش‌های ارزیابی‌های انجام شده در محدوده جمعیت‌های تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری در سطح کشور به منظور جمع‌بندی بهتر از مشکلات شناسایی شده، اولویت‌ها و برنامه‌های عملیاتی پیشنهاد شده برای حل مشکلات سلامتی می‌باشد.

روش کار: مجموعه مستندات مربوط به گزارشات ارزیابی جامعه که از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۹۲ منطبق بر الگوی تدوین شده کارآموزی MPH دانشگاه علوم پزشکی تهران و فرایند ارزیابی جامعه کارولینای شمالی، با نظارت گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. تیم‌های ارزیابی جامعه شامل دانشجویان MPH، کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، داده‌ها و اطلاعات را با روش‌های مشاهده، مصاحبه، بحث گروهی متمرکز و بررسی‌های میدانی جمع‌آوری کرده و با استفاده از «تکنیک گروه اسمی» و «روش هانلون» به اولویت‌بندی مشکلات پرداخته بودند.

نتایج: اعتیاد، وضع اقتصادی و مشکلات مرتبط با آب آشامیدنی به عنوان مهم‌ترین مشکلات مناطق مختلف کشور در طول سال‌های مطالعه تعیین شده‌اند.

نتیجه‌گیری: مروری بر ارزیابی‌های انجام شده دال بر توانمندی این فرآیند در آشکارسازی همه‌جانبه‌های مشکلات سلامتی جامعه است. بنابراین کاربرد آن در ارزیابی و اولویت‌بندی مشکلات سلامتی و تدوین برنامه‌های عملیاتی در سطح خرد و کلان می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: ارزیابی جامعه، مشکلات سلامت، مراکز بهداشتی درمانی، برنامه عملیاتی

مقدمه

برای حل مشکلات اجتماعی مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه و تلقی از آنان به عنوان ابزار و موضوع پژوهش دچار چالش شده‌اند (۳). اعتقاد بر این است که معمولاً پژوهشگران بر حسب دیدگاه خود موضوع‌های پژوهشی را رتبه‌بندی نموده و به آن می‌پردازند. به این ترتیب رابطه بین نتایج حاصل از این تحقیقات و مشکلات موجود در جامعه منسجم و هدفمند نخواهد بود. با استفاده از مشارکت اعضای جامعه و ایجاد ارتباط بین افراد جامعه و پژوهشگران می‌توان دریچه‌ای برای بحث و تبادل نظر فراهم آورد

انجام پژوهش با رویکرد ضرورت‌های ملی، اهمیت اساسی دارد، بنابراین تعیین اولویت‌ها در پژوهش‌های حوزه‌ی سلامت گامی آغازین و اولیه برای توسعه‌ی پژوهش‌های کاربردی به منظور حل مشکلات سلامت در هر کشوری محسوب می‌شود (۱).

از طرف دیگر روش‌های سنتی پژوهش نتوانسته‌اند در تعیین نیازها و اولویت‌های سلامت جامعه، اقدام مؤثری انجام دهند و به مرور جایگاه خود را از دست داده‌اند (۲).

هم‌چنین در طول چند دهه‌ی اخیر روش‌های متداول پژوهش

کارآموزی MPH^۱ دانشگاه علوم پزشکی تهران و فرآیند ارزیابی سلامت جامعه کارولینای شمالی^۲ (۶) در مناطق مختلف تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری در سطح کشور انجام شده‌اند. ارزیابی‌های انجام شده در طی این ۱۴ سال بر اساس یک فرآیند ۸ مرحله‌ای به شرح زیر انجام گرفته‌اند:

مرحله‌ی اول: تشکیل تیم ارزیابی جامعه؛

مرحله دوم: جمع‌آوری داده‌های جامعه. شامل الف) داده‌های اولیه^۳ که توسط تیم از طریق حضور در میان مردم به روش‌های کیفی، مصاحبه عمیق و بحث گروهی متمرکز^۴ جمع‌آوری می‌شوند، ب) داده‌های ثانویه^۵ داده‌های موجودی هستند که جمع‌بندی می‌شوند. منابع جمع‌آوری داده‌ها شامل بیمارستان محلی، مرکز بهداشت، فرمانداری‌ها و شهرداری‌های هر منطقه، آموزش و پرورش و واحد آمار هر منطقه می‌باشد.

به‌طور کلی داده‌ها طی این موارد جمع‌آوری شدند:

- گردآوری داده‌های محلی گردآوری شده توسط دیگران؛

- مصاحبه با اعضای جامعه؛

- اجرای جلسات بحث گروهی متمرکز؛

- بررسی دیدگاه‌های سلامت جامعه؛

- فهرست منابع سلامت جامعه؛ و

- تهیه نقشه دارایی‌های جامعه.

مرحله سوم: تحلیل داده‌های سلامت شهرستان است که با آمارهای استان مقایسه شده تا مشکلات احتمالی جامعه تعیین گردد.

مرحله چهارم: ترکیب آمارهای معمول سلامت منطقه با داده‌های جامعه

مرحله پنجم: گزارش به جامعه

مرحله ششم: انتخاب اولویت‌های جامعه

مرحله هفتم: تدوین سند ارزیابی جامعه

مرحله هشتم: توسعه برنامه عملیاتی سلامت جامعه (۶، ۷).

اولویت‌بندی مشکلات در ارزیابی‌ها با روش گروه اسمی^۶ و هانلون^۷ (۸) انجام شده است. این روش در طی دو مرحله به اولویت‌بندی مشکلات می‌پردازد. در گام اول اندازه‌گیری و سنجش مشکلات انتخاب شده بر اساس سه ملاک زیر صورت می‌گیرد:

که به وسیله‌ی آن با وسعت گسترده‌تری به بررسی مشکلات جامعه پرداخته شود. یکی از انواع مطالعه‌های مشارکتی ارزیابی جامعه است که در واقع به‌عنوان راه‌کاری برای شناسایی، تعیین و اولویت‌بندی نیازهای ساکنان مناطق گوناگون کشور می‌باشد که تمامی جنبه‌ها را در بر گرفته و الزاماً مرتبط با مشکلات سلامت نیست (۴). ارزیابی جامعه منجر به تحول در شیوه‌ی تعیین و اولویت‌بندی مشکلات و چگونگی رفع آن‌ها خواهد شد و در نهایت توسعه جامعه را در پی خواهد داشت (۱).

هر جامعه‌ای از نظر اهداف، تمایلات، امکانات، منابع، تاریخچه قبلی و پتانسیل آینده کاملاً منحصر به فرد می‌باشد و یک ارزیابی مناسب از جامعه می‌تواند در اتخاذ تصمیم‌های مناسب در موقعیت‌های مختلف مفید باشد (۵). این ارزیابی‌ها هم‌چنین تصویری از وضع جامعه مورد بررسی را ترسیم نموده و کفایت منابع جامعه از نظر منابع انسانی، اقتصادی، آموزشی، محیطی و روانی را بررسی و در نهایت اطلاعات حاصل از این ارزیابی در راستای هدایت فعالیت‌ها به منظور رفع مشکلات دارای اولویت و توجیه منطقی برای عرضه خدمات قابل بهره‌برداری می‌باشد (۴).

مطالعه‌های متعددی با هدف نیازسنجی در ایران انجام شده است. ایران به عنوان یک کشور پهناور دارای معضلات متعددی است بنابراین ارزیابی مشکلات جامعه به دلیل ماهیت پیچیده‌ی عوامل دخیل، مستلزم در نظر گرفتن متغیرهای فراوان محلی و بومی می‌باشد. «ارزیابی جامعه بنیانی است برای بهبود بخشیدن و ارتقای سلامت آحاد جامعه. ارزیابی جامعه ابزاری است برای تعیین فراهم بودن ظرفیت‌ها و منابع جامعه برای برخورد با مشکلات سلامت» (۶).

این مطالعه با هدف جمع‌بندی مشکلات اولویت‌بندی شده در پروژه‌های ارزیابی جامعه انجام شده، طی چند سال متمادی، به بررسی سیر تحول در عرصه‌ی نیازهای بیان شده در هر یک از ارزیابی‌ها می‌پردازد تا بتوان با مشخص کردن سیر مشکلات شناسایی شده، گامی برای برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات نظام‌مند و تخصیص منابع محدود در جاهایی که بیش‌ترین منفعت سلامت را داشته باشد، برداشت.

روش کار

این مطالعه به جمع‌بندی و مرور مطالعاتی می‌پردازد که طی سال‌های ۹۲-۱۳۷۸ با همکاری گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سطح ۲۵ استان، ۴۲ شهر و ۳۴ روستای کشور بر اساس الگوی تدوین شده برای

^۱ Master of Public Health

^۲ North Carolina Community Health Assessment Process

^۳ primary data

^۴ Focus Group Discussion

^۵ Secondary data

^۶ Nominal Group Technique

^۷ Honlon

مهم‌ترین مشکلات به صورت اختصاصی در قالب یک طرح پژوهشی با تدوین و اجرای پروپوزال پژوهشی پرداخته‌اند. در ۱۲/۸ درصد موارد موضوع پژوهشی منتخب در خصوص معضلات مرتبط با بیماری‌های واگیر، در ۱۰/۳ درصد موارد مربوط به مشکلات جمعیتی و مسایل مربوط به تنظیم خانواده و در ۸/۵ درصد موارد به معضلات مربوط به بیماری‌های غیر واگیر پرداخته‌اند.

در جدول شماره ۳، فهرستی از تمامی ارزیابی‌های جامعه انجام شده به همراه سال بررسی، محل و اولویت نخست مشکلات آورده شده است.

در جدول شماره ۴ پیشنهادها و برنامه‌های عملیاتی اجرا شده توسط تیم‌های ارزیابی جامعه به منظور تشخیص مشکلات و تدوین برنامه‌های عملیاتی در سطح کشور، طی سال‌های ۹۲-۱۳۷۸ ارایه شده است. از بین بررسی‌های انجام شده، ۹ مطالعه برنامه عملیاتی برای حل مشکل منتخب در زمینه مورد ارزیابی داشتند و در ۷ مطالعه تنها به ارایه پیشنهاد برای رفع معضل بسنده کرده بودند.

۱- اندازه درگیری مردم با مشکل؛

۲- جدی بودن اثرات مشکل بر جامعه؛ و

۳- برآورد قابلیت اصلاح مشکل در جامعه با توجه به فن‌آوری، دانش و منابع لازم.

بر اساس ملاک‌های یاد شده هر مشکل نمره ۱-۱۰ دریافت می‌کند. نمره‌ها به هم افزوده و برای هر موضوع سلامت یک شاخص اهمیت مشکل^۱ به دست می‌آید. و در گام دوم رتبه‌بندی بر اساس شاخص فوق صورت می‌گیرد. مشکلات رتبه‌بندی شده و ۱۰ اولویت اول انتخاب می‌شوند (۶، ۷).

در این مطالعه فهرست نهایی مشکلاتی که توسط مردم و مسؤولان بیان شده و توسط پژوهشگران با روش یاد شده یک کاسه و اولویت‌بندی شده بود به همراه مکان و زمان ارزیابی و طرح پژوهشی مصوب آن استخراج گردید.

یافته‌ها

طی سال‌های ۹۲-۱۳۷۸، در مجموع ۱۲۰ بررسی ارزیابی جامعه انجام شده است. در مجموع ۲۴۵ مشکل عمده در مناطق گوناگون کشور در طی این سال‌ها شناسایی شده که در ۲۷ گروه اصلی و یک گروه سایر دسته‌بندی شدند (جدول شماره ۱).

در هر بررسی ارزیابی جامعه ۱۰ مشکل به عنوان مشکلات اصلی شناسایی و اولویت‌بندی شده بودند. نتایج این جمع‌بندی نشان داد، معضل اعتیاد با فراوانی ۱۶/۴ درصد رتبه‌ی اول را در میان مشکلات اولویت اول داشت. مشکلات اقتصادی مانند فقر، گرانی، بیکاری، مشکلات مسکن با ۱۱/۵ درصد رتبه‌ی دوم را در فهرست مشکلات اولویت اول داشتند. هم‌چنین مشکلات مربوط به آب آشامیدنی نا سالم با فراوانی ۸/۲ درصد رتبه‌ی سوم را در فهرست مشکلات اولویت اول داشتند.

جدول شماره ۲ نشان‌دهنده‌ی شایع‌ترین مشکل رتبه‌ی اول در محدوده‌های محلی زمینه‌های ارزیابی جامعه مراکز بهداشتی-درمانی در استان‌های مختلف کشور می‌باشد. با توجه به این که در برخی از استان‌ها بیش‌تر از یک زمینه برای بررسی و ارزیابی وجود داشته و در هر بررسی، مشکل جداگانه‌ای به عنوان اولویت نخست در نظر گرفته شده بود؛ برای این استان‌ها با توجه به فراوانی زمینه‌های ارزیابی جامعه، بیش از یک مشکل به عنوان اولویت نخست ذکر شده است.

هر تیم ارزیابی جامعه با استفاده از روش هانلون با تأکید بر سه ملاک یاد شده از بین اولویت‌های ۱۰ گانه به بررسی یکی از

^۱ Problem Importance Index

جدول شماره ۱- گروه‌بندی مشکلات شناسایی شده بر اساس پروژه‌های انجام گرفته ارزیابی جامعه در محدوده تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی به منظور

شناسایی و تشخیص مشکلات و تدوین برنامه‌های عملیاتی طی سال‌های ۹۲-۱۳۷۸

مشکلات آب آشامیدنی، کمبود آب، کمبود آب کشاورزی و خشکسالی، بیماری‌های منتقله از آب، فرسودگی تأسیسات آب و برق، آلودگی آب دریا، خشکسالی	۱- آب
فاضلاب، دفع غیر بهداشتی فاضلاب حمام روستا، آبیاری مزارع با فاضلاب	۲- فاضلاب
جمع آوری زباله، زباله بیمارستانی	۳- زباله
بهداشت محیط نامناسب، بهداشت محیط نامطلوب مراکز بهداشتی درمانی، عدم همکاری برون‌بخشی با فرمانداری و شهرداری در مورد بهداشت محیط، عدم کنترل عوامل زیان‌آور محیط کار کارخانجات و کارگاه‌های صنعتی، دمای بالای محیط کار، نظافت شهری، سر و صدا، سر و صدای بیش از حد، آلودگی صوتی ناشی از تردد قطار، فضولات حیوانی، نگهداری غیر بهداشتی دام و طیور در منازل، جوندگان-سگ‌ها و حیوانات ولگرد، کشتارگاه غیر بهداشتی، توالی غیر بهداشتی، اماکن غیر بهداشتی، حمام غیر بهداشتی، مشکلات بهداشتی مهدکودک‌ها، معضلات بهداشتی متعدد در کوره‌های آجرپزی، تشعشعات رادیواکتیو	۴- بهداشت محیط
آب و هوا و شرایط اقلیمی نامناسب، آلودگی هوا	۵- آب و هوا
وجود دامداری‌ها در بافت شهری، عدم دسترسی به خدمات شهری، نظافت شهری، حمل و نقل شهری و جاده نامناسب، فرسودگی بافت شهری، کمبود کتابخانه، عدم توسعه شبکه مخابراتی، عبور دو خط آهن تهران- تبریز و تهران- اهواز، قطع برق، ساخت و ساز غیر مجاز	۶- خدمات شهری
عدم کنترل بهداشت مواد غذایی، کیفیت پایین غذا و رژیم غذایی و بهداشت تغذیه و مواد غذایی، پیگیری اجرای قوانین ماده ۱۳ در اماکن توزیع مواد غذایی، قاچاق مواد غذایی از مرز، تعداد کم نمونه‌برداری از مواد غذایی در اماکن تهیه و توزیع، پایین بودن صدور کارت پزشکی معتبر کارکنان اماکن، کیفیت نامناسب نان، بهداشت نامناسب نانوائی‌ها و عدم نظارت بر آنها	۷- بهداشت مواد غذایی
تغذیه نامناسب، سوء تغذیه کودکان، الگوی غذایی نامناسب	۸- تغذیه
سرطان و بیماری‌های غیر واگیر، فشار خون، بیماری‌های قلبی- عروقی، چاقی، کم‌تحرکی، دیابت، آنمی، آرتروز مفاصل، تالاسمی	۹- بیماری‌های غیر واگیر
کمبود خدمات بهداشت روان، بیماری‌های اعصاب و روان، جانبازان و آزادگان دچار مشکلات روانی، خودکشی، نبود مشاوره، افسردگی و اضطراب، نبود مراکزی برای ارتقای مهارت‌های زندگی، مشکلات بلوغ	۱۰- بهداشت روان
مشکلات اقتصادی، بیکاری، نبود امکان اشتغال زنان در شهر و امکان تحصیل، در نهضت سوادآموزی، مهاجرت سرپرستان خانوار برای کار، تک‌شغله بودن مردم روستا، فقر و درآمد پایین، درآمد پایین خانواده‌ها و عدم هم‌خوانی با هزینه، گرانی، گرانی مسکن، قیمت نامناسب برنج، سهمیه‌بندی بنزین	۱۱- اقتصادی
مشکلات فرهنگی، باورهای فرهنگی غلط، ناهمگونی فرهنگی، خرافات در بین مردم	۱۲- فرهنگی
نامنی، امنیت، رفتار پرخطر، سرقت، خشونت علیه زنان، افزایش بی‌بند و باری و مشکلات اخلاقی، نزاع‌های دسته‌جمعی، بزهکاری، اوباش	۱۳- اخلاقی
طلاق، سن پایین ازدواج، زنان سرپرست خانوار، بی‌سوادی-کودکان خیابانی، دستفروشی، مهاجرت‌پذیری منطقه، وضع نامناسب زندگی مهاجران، وجود ساختمان‌های نامناسب (بی‌غوله‌ها)، حاشیه‌نشینی، کارتن‌خوابی، هم‌خانه بودن ۲ یا چند خانوار، مشکلات ناشی از دانشجویان دانشگاه آزاد	۱۴- اجتماعی
اعتیاد، خرید و فروش مواد مخدر، مراکز ترک اعتیاد، مصرف قلیان	۱۵- اعتیاد
کمبود مراکز آموزشی، نبود دبیرستان دخترانه، عدم وجود دبیرستان در روستا، ترک تحصیل، بی‌انگیزگی جوانان به تحصیل	۱۶- تحصیلات
بهداشت مدارس، کمبود امکانات بهداشتی مدارس، اختلالات بینایی دانش‌آموزان، لاغری و کوتاهی قد دانش‌آموزان	۱۷- بهداشت مدارس
پوسیدگی دندان دانش‌آموزان، کمبود خدمات دندانپزشکی، بهداشت دهان و دندان	۱۸- دهان و دندان
تهدید ویای التور، مالاریا، بیماری‌های جنسی، بیماری‌های عفونی (سرخک و.....)، بیماری‌های انگلی (لیشمانیوز و...)، سل، بروسلوز، انفلوانزا، سالک، ایدز، تب راجعه، پدیکولوز، شیوع بالای بیماری‌های پوستی، کچلی، هپاتیت، بیماری‌های اسهالی، جذام، کالآزار، بوتولسم، همجواری با جنگل و بیماری‌های مربوط به آن، حیوان‌گزیدگی	۱۹- بیماری‌های واگیر
عدم به‌سازی راه‌ها و جاده‌های نامناسب، روشنایی نامناسب راه‌ها، حوادث شغلی، عدم مناسب سازی معابر برای معلولان، غرق شدگی، ترافیک، حفاظت و ایمنی، تصادفات، نبود آتش‌نشانی و فوریت‌های پزشکی، نامناسب بودن ایمنی دانش‌آموزان، نامناسب بودن خدمات اورژانس، عدم رعایت مسائل ایمنی کار	۲۰- سوانح و حوادث
کمبود آگاهی پزشکان نسبت به نظام مراقبت بیماری‌ها، کمبود آگاهی و تجربه پزشکان در مدیریت مراکز بهداشتی - درمانی، کمبود آگاهی پزشکان در خصوص غربالگری سرطان پستان، نداشتن اطلاعات در زمینه سلامت سالمندان، کمبود آگاهی بهداشتی پرستل بهداشتی، عدم آگاهی بهداشتی مردم، عدم آموزش پذیری مردم، آموزش به‌روزان، عدم آگاهی مردم از	۲۱- آموزش و آگاهی

عملکرد سامانه پزشک خانواده، کمبود آگاهی نوجوانان در مورد بلوغ و باروری، عدم آشنایی مردم با نقش رابطان سلامت، کمبود آموزش‌های بهداشتی، آموزش مسائل جنسی، آموزش ناکافی برای ارتقای فرهنگ بهداشت عمومی، نبود آموزش پیش از استخدام و آموزش نامناسب پرستاری	۲۲- جمعیت و تنظیم خانواده
پوشش کم خدمات تنظیم خانواده، عدم رعایت تنظیم خانواده در بلوچ‌ها، نبود کاندوم، عدم مشارکت مردان در تنظیم خانواده، تمایل به فرزند زیاد، تراکم جمعیت، پراکندگی جمعیت، رشد بی‌رویه جمعیت، بارداری ناخواسته، بالا بودن میزان باروری اختصاصی سنی گروه ۳۵ سال به بالا، شاخص‌های جمعیتی پایین، عدم وجود آمار و اطلاعات و سرشماری، بعد بالای خانوار، عدم تأمین به موقع و مناسب وسایل پیش‌گیری از بارداری، مرگ‌ومیر شهرستان	۲۳- مادر و کودک
ناهنجاری‌های مادرزادی، عدم مراجعه به موقع مادران و کودکان برای انجام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مرگ‌ومیر مادران به دلیل عوامل بارداری، تولدهای نارس و ناهنجاری‌های مادرزادی، وجود زایمان‌های غیر ایمن در روستاهای دور و نزدیک، بالا بودن مرگ نوزادان، کار سخت و طاقت‌فرسای خانم‌ها در مزارع و شالیزارها که منجر به سقط و زایمان زودرس می‌شود، حاملگی پر خطر، وزن پایین هنگام تولد، عقب‌ماندگی ذهنی، سن پایین ازدواج	۲۴- مشکلات مدیریتی
برنامه‌ریزی، عدم برنامه‌ریزی نامناسب ادارات، مشکلات ناشی از عدم وجود مدیریت بحران، ناهماهنگی در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی، پایش و ارزشیابی ناکارآمد، ناکارآمدی سامانه پذیرش و ترخیص/ناکارآمدی گردش کار، ناکارآمدی شبکه بهداشت و درمان در نیازها، نامشخص بودن شرح وظایف، بی‌توجهی مسئولان، تصمیم‌گیری‌های غیر کارشناسی، بی‌نظمی در حضور به موقع سر کار	۲۵- نیروی انسانی
عدم رضایت شغلی، کمبود بهورز، عدم حضور کافی دستیاران به ویژه برای مشاوره‌ها، عدم برقراری ارتباط مناسب پرسنل با بیمار، نارضایتی پرسنل بهداشتی، کمبود پزشک و نیروی انسانی متخصص، کمبود نیروی انسانی بهداشتی- درمانی روستایی، کمبود نیروی ماهر برای کار	۲۶- کمبود امکانات و ساختار
نبود داروخانه شبانه روزی، نبود بخش NICU، در دسترس نبودن خدمات بهداشتی درمانی برای جمعیت سیال، کمبود وسایل نقلیه در مرکز بهداشتی- درمانی روستایی، کیفیت پایین خدمات رفاهی- بهداشتی، دور بودن امکانات رفاهی و آموزشی، نبود مهد کودک، بیمه درمانی، ارگونومی، نبود حمام، عدم دسترسی به مراکز بهداشتی- درمانی، کمبود امکانات تفریحی، نداشتن طرح گردشگری، نبود امکانات دامپزشکی، نارضایتی از خدمات بهداشتی	

جدول شماره ۲- شایع‌ترین مشکل رتبه ۱ شناسایی شده بر اساس پروژه‌های انجام گرفته ارزیابی جامعه در محدوده تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی بر

حسب استان‌های مورد بررسی در طول سال‌های ۹۲-۱۳۷۸

البرز	اعتیاد
اردبیل	بهداشت روان، سرطان، اقتصادی، تحصیلی، جمعیت و تنظیم خانواده
آذربایجان غربی	جمع آوری زباله، سوانح و حوادث، جمعیت و تنظیم خانواده
آذربایجان شرقی	اقتصادی
بوشهر	اجتماعی
اصفهان	بهداشت محیط
گلستان	بهداشت محیط، بهداشت روان، اعتیاد
همدان	بیماری‌های واگیر
هرمزگان	اقتصادی، جمعیت و تنظیم خانواده، مشکلات مدیریتی
ایلام	اقتصادی
کرمان	اعتیاد
کرمانشاه	تغذیه‌ای
خراسان رضوی	جمع آوری زباله
خراسان شمالی	کمبود امکانات و ساختار
خوزستان	سوانح و حوادث
کهگیلویه و بویراحمد	جمعیت و تنظیم خانواده
لرستان	بیماری‌های واگیر
مازندران	آب آشامیدنی
قزوین	آب آشامیدنی، فاضلاب، اعتیاد، کمبود امکانات و ساختار

اقتصادی	سمنان
اقتصادی، بیماری‌های واگیر	سیستان و بلوچستان
اقتصادی، اعتیاد	تهران
سوانح و حوادث	یزد
بیماری‌های واگیر	زنجان

جدول شماره ۳- توزیع اصلی‌ترین مشکلات تعیین شده برحسب سال بر اساس پروژه‌های انجام گرفته ارزیابی جامعه در محدوده تحت پوشش مراکز بهداشتی-

درمانی در سطح کشور در طول سال‌های ۹۲-۱۳۷۸

ردیف	سال	استان	شهرستان	منطقه مورد بررسی	اصلی‌ترین مشکل (اولویت اول)
۱	۱۳۹۲	اردبیل	مشکین شهر	آقبلاغ	سرطان معده
۲	۱۳۹۲	اردبیل	مشکین شهر	پریخان	خودکشی
۳	۱۳۹۲	خراسان شمالی	بجنورد	باقرخان	عدم دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی
۴	۱۳۹۲	اردبیل	مشکین شهر	عورکندی	بیکاری
۵	۱۳۹۲	خوزستان	آبادان	آبادان	آب آشامیدنی
۶	۱۳۹۱	کردستان	سنندج	حسن‌آباد	-
۷	۱۳۹۱	سمنان	شاهرود	بسطام	اعتیاد
۸	۱۳۹۱	اصفهان	اصفهان	راشان	اعتیاد
۹	۱۳۹۱	مازندران	بابل	نوابی‌کلا	کمبود امکانات تفریحی
۱۰	۱۳۹۱	مازندران	بابل	اندی‌کلا	اعتیاد
۱۱	۱۳۹۱	ایلام	ایلام	چالسرا	کمبود درآمد و فقر
۱۲	۱۳۹۱	خراسان رضوی	چناران	احمدآباد	زباله
۱۳	۱۳۹۰	تهران	فیروزکوه	فیروزکوه	عدم رعایت مسایل ایمنی کار
۱۴	۱۳۹۰	تهران	رباط کریم	سلطان‌آباد	اعتیاد
۱۵	۱۳۹۰	سمنان	شاهرود	شاهرود	بیکاری
۱۶	۱۳۸۹	تهران	تهران	محله آذربایجان	سالمندان
۱۷	۱۳۸۹	تهران	تهران	مرکز بهداشت عباس‌آباد علاقه‌بند	آب آشامیدنی
۱۸	۱۳۸۹	قزوین	بوئین‌زهرا	بوئین‌زهرا	کمبود امکانات تفریحی
۱۹	۱۳۸۸	تهران	تهران	پونک (ناحیه ۵)	کمبود خدمات دندانپزشکی
۲۰	۱۳۸۸	تهران	فیروزکوه	فیروزکوه	تصادفات
۲۱	۱۳۸۸	آذربایجان شرقی	هشترود	هشترود	بیکاری
۲۲	۱۳۸۸	تهران	محله آذربایجان	مرکز بهداشت فرمانفرمائی‌ان	کمبود خدمات دندانپزشکی
۲۳	۱۳۸۸	هرمزگان	بندرعباس	محله چاهستانی‌ها	بی‌توجهی مسئولان
۲۴	۱۳۸۷	گلستان	کلاله	کلاله	خودکشی
۲۵	۱۳۸۷	مازندران	رامسر	رامسر	تصادفات
۲۶	۱۳۸۷	گلستان	آزادشهر	آزادشهر	اعتیاد
۲۷	۱۳۸۷	البرز	کرج	کرج	وضع نامناسب زندگی مهاجران
۲۸	۱۳۸۷	تهران	تهران	ناحیه ۲	اعتیاد
۲۹	۱۳۸۷	لرستان	بروجرد	بروجرد	سگ‌ها و حیوانات ولگرد
۳۰	۱۳۸۷	گلستان	گرگان	کلاله	خودکشی
۳۱	۱۳۸۷	تهران	اکباتان	اکباتان	کمبود امکانات تفریحی
۳۲	۱۳۸۷	البرز	کرج	محمدشهر	نارضایتی از خدمات بهداشتی
۳۳	۱۳۸۷	گلستان	بندر ترکمن	بندر ترکمن	سگ‌ها و حیوانات ولگرد
۳۴	۱۳۸۷	سیستان و بلوچستان	ایرانشهر	ایرانشهر	کمبود درآمد و فقر
۳۵	۱۳۸۷	کرمان	کرمان	کرمان	آب آشامیدنی
۳۶	۱۳۸۷	تهران	تهران	منطقه ۱۷	اعتیاد

بیکاری	منطقه ۱۶	تهران	تهران	۱۳۸۷	۳۷
اعتیاد	سبزآباد	بویین‌زهر	قزوین	۱۳۸۶	۳۸
اعتیاد	کرج	کرج	البرز	۱۳۸۶	۳۹
زباله	ارومیه	ارومیه	آذربایجان غربی	۱۳۸۶	۴۰
کبود امکانات تفریحی	منطقه ۱۲	تهران	تهران	۱۳۸۶	۴۱
بیماری‌های قلبی-عروقی	شاهرود	شاهرود	سمنان	۱۳۸۶	۴۲
آمی	ناحیه ۱	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۶	۴۳
ایدز	شهر ری	شهر ری	تهران	۱۳۸۶	۴۴
بیماری‌های جنسی	کرمانشاه	کرمانشاه	کرمانشاه	۱۳۸۶	۴۵
اعتیاد	آق‌قلا	گناباد	گلستان	۱۳۸۶	۴۶
فقر	ایران‌شهر	ایران‌شهر	سیستان و بلوچستان	۱۳۸۶	۴۷
تصادفات	تفت	تفت	یزد	۱۳۸۵	۴۸
بروسلوز	مرادبیک	مرادبیک	همدان	۱۳۸۵	۴۹
اعتیاد	رفسنجان	رفسنجان	کرمان	۱۳۸۵	۵۰
انفلوانزای پرندگان	بابل	بابل	مازندران	۱۳۸۵	۵۱
عدم رضایت از طرح پزشک خانواده	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۸۵	۵۲
پوشش نامناسب تنظیم خانواده	زینبیه	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۵	۵۳
کبود درآمد و فقر	منطقه ۱۲	تهران	تهران	۱۳۸۵	۵۴
شیوع بوتولیسم	بندر ترکمن	بندر ترکمن	گلستان	۱۳۸۵	۵۵
پوکی استخوان	بابل‌کنار	بابل	مازندران	۱۳۸۵	۵۶
تصادفات	بابل	بابل	مازندران	۱۳۸۵	۵۷
نگهداری غیر بهداشتی دام در منزل	خوش‌رود	بابل	مازندران	۱۳۸۵	۵۸
موش	کردکوی	کردکوی	گلستان	۱۳۸۵	۵۹
ازدحام جمعیت و افزایش بارداری‌های ناخواسته	اصفهان	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۵	۶۰
کمبود درآمد و فقر	زینبیه	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۴	۶۱
اعتیاد	قائم‌شهر	قائم‌شهر	مازندران	۱۳۸۳	۶۲
اعتیاد	زینبیه	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۳	۶۳
آب آشامیدنی	امین‌آباد	بابل	مازندران	۱۳۸۳	۶۴
تصادفات	یزد	یزد	یزد	۱۳۸۳	۶۵
تصادفات	اهواز	اهواز	خوزستان	۱۳۸۳	۶۶
وضع نامناسب زندگی مهاجرین	دشتستان	دشتستان	بوشهر	۱۳۸۳	۶۷
آب آشامیدنی	گلوگاه	بابل	مازندران	۱۳۸۳	۶۸
اعتیاد	منطقه ۱۷	تهران	تهران	۱۳۸۳	۶۹
وضع نامناسب زندگی مهاجران	کن	تهران	تهران	۱۳۸۳	۷۰
اعتیاد	زینبیه	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۲	۷۱
حمل‌ونقل شهری و جاده نامناسب	تفت	تفت	یزد	۱۳۸۲	۷۲
سوء تغذیه کودکان	اسلام‌آباد	تفت	یزد	۱۳۸۲	۷۳
اعتیاد	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۸۲	۷۴
آب آشامیدنی	بابل	بابل	مازندران	۱۳۸۲	۷۵
ترک تحصیل نوجوانان	مشکین‌شهر	مشکین‌شهر	اردبیل	۱۳۸۲	۷۶
مطلوب نبودن کیفیت خدمات سلامت	درویش‌خیل	آمل	مازندران	۱۳۸۲	۷۷
روشنایی نامناسب راه‌ها	اهواز	اهواز	خوزستان	۱۳۸۲	۷۸
فرسودگی منازل مسکونی و ابتلا به اختلال‌های اضطرابی	منطقه ۱۷	تهران	تهران	۱۳۸۲	۷۹
کمبود درآمد و فقر	شهر ری	تهران	تهران	۱۳۸۲	۸۰

سوانح و حوادث	تفت	تفت	یزد	۱۳۸۱	۸۱
مطلوب نبودن کیفیت خدمات سلامت	زینبیه	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۱	۸۲
فاضلاب	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۸۱	۸۳
کمبود آموزش‌های بهداشتی	شهر ری	تهران	تهران	۱۳۸۱	۸۴
تغییر مسیر خط آهن تهران تبریز	منطقه ۱۷	تهران	تهران	۱۳۸۱	۸۵
آب آشامیدنی	درویش خیل	آمل	مازندران	۱۳۸۱	۸۶
تصادفات	یزد	یزد	یزد	۱۳۸۱	۸۷
بیکاری	خشکروندی	بابل	مازندران	۱۳۸۱	۸۸
بیکاری	مرزنکوه دابودشت	آمل	مازندران	۱۳۸۱	۸۹
بی‌انگیزگی مردم و عدم مشارکت در حل مشکلات	لادرو پوست‌کلا	بابل	مازندران	۱۳۸۱	۹۰
بهداشت محیط نامناسب	دارک	اصفهان	اصفهان	۱۳۸۱	۹۱
بالا بودن میزان باروری عمومی و رشد جمعیت	پریخان	مشکین‌شهر	اردبیل	۱۳۸۱	۹۲
دیابت	یزد	یزد	یزد	۱۳۸۰	۹۳
سرطان سینه	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۸۰	۹۴
کمبود خدمات بهداشت روان	دولمه	رامسر	مازندران	۱۳۸۰	۹۵
بیکاری	بندر عباس	بندر عباس	هرمزگان	۱۳۸۰	۹۶
تب راجعه کنه‌ای	خدابنده	خدابنده	زنجان	۱۳۸۰	۹۷
عدم مشارکت مردان در تنظیم خانواده	کنارود	رامسر	مازندران	۱۳۸۰	۹۸
وضعیت نامناسب زندگی مهاجران	جالین	گرگان	گلستان	۱۳۸۰	۹۹
آب آشامیدنی	فیروزجاه ثابت	بابل	مازندران	۱۳۸۰	۱۰۰
کمبود نیروی بهداشتی-درمانی در روستا	سنندج	سنندج	کردستان	۱۳۸۰	۱۰۱
کمبود نیروی بهداشتی-درمانی در روستا	مریوان	مریوان	کردستان	۱۳۸۰	۱۰۲
فاضلاب	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۷۹	۱۰۳
اعتیاد	چاترود	کرمان	کرمان	۱۳۷۹	۱۰۴
کمبود درآمد	شهرک توحید	بندرعباس	هرمزگان	۱۳۷۹	۱۰۵
اختلال رشد در کودکان زیر ۲ سال	عبدل آباد	تهران	تهران	۱۳۷۹	۱۰۶
زباله	منطقه ۱۹	تهران	تهران	۱۳۷۹	۱۰۷
زباله	گلوگاه	بابل	مازندران	۱۳۷۹	۱۰۸
تصادفات	چندقرالویه پل و نوشین	ارومیه	آذربایجان غربی	۱۳۷۹	۱۰۹
پوشش کم خدمات تنظیم خانواده	بلانج و دیزجدل	ارومیه	آذربایجان غربی	۱۳۷۹	۱۱۰
فاضلاب	نهادند	نهادند	قزوین	۱۳۷۹	۱۱۱
پوشش پایین خدمات تنظیم خانواده	بوشهر	بوشهر	بوشهر	۱۳۷۹	۱۱۲
فقر	ایرانشهر	ایرانشهر	سیستان و بلوچستان	۱۳۷۹	۱۱۳
بالا بودن میزان مرگ‌ومیر	کهگیلویه و بویراحمد	کهگیلویه و بویراحمد	کهگیلویه و بویراحمد	۱۳۷۸	۱۱۴
فاضلاب	رامسر	رامسر	مازندران	۱۳۷۸	۱۱۵
فاضلاب	مشکین دشت	کرج	البرز	۱۳۷۸	۱۱۶
آب آشامیدنی	شال	بویین‌زهرا	قزوین	۱۳۷۸	۱۱۷
آب آشامیدنی	دهک	بابل	مازندران	۱۳۷۸	۱۱۸

جدول شماره ۴- پیشنهادها و برنامه‌های عملیاتی تدوین شده بر اساس پروژه‌های انجام گرفته ارزیابی جامعه در محدوده تحت پوشش مراکز بهداشتی- درمانی بر مبنای شناسایی و تشخیص مشکلات در طول سال‌های ۹۲-۱۳۷۸

ردیف	استان	منطقه مورد بررسی	سال بررسی	اولویت انتخابی برای بررسی	رتبه اولویت انتخابی	برنامه عملیاتی پیشنهاد یا تدوین شده
۱	اردبیل	شهرستان مشکین شهر (روستای آقبلاغ)	۱۳۹۲	سرطان معده	۱	تدوین برنامه عملیاتی برای آموزش و افزایش آگاهی در زمینه عوامل خطر ساز سرطان معده و تغییر نگرش و عملکرد مردم روستا در زمینه‌ی سبک زندگی سالم و انجام اقدامات پیشگیرانه
۲	خراسان شمالی	شهرستان بجنورد (روستای باقرخان)	۱۳۹۲	عدم دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی	۱	ارایه پیشنهاد برای انتقال مکان مرکز فیاض بخش به محدوده مرکزی تحت پوشش
۳	خوزستان	آبادان	۱۳۹۲	فشارخون	۲	تدوین برنامه عملیاتی برای آموزش و افزایش آگاهی در زمینه عوامل خطر ساز فشارخون و تغییر نگرش و عملکرد مردم منطقه در زمینه سبک زندگی سالم و انجام اقدامات پیشگیرانه و تغییر عادت‌های ناصحیح غذایی
۴	سمنان	شهرستان شاهرود (بسطام)	۱۳۹۱	وضع نامناسب زندگی مهاجران	۲	ارایه پیشنهاد به مسؤولان منطقه برای سامان‌دهی به وضع نابه سامان زندگی مهاجران
۵	مازندران	شهرستان بابل (روستای اندیکلا)	۱۳۹۱	چاقی	۲	آموزش به زنان روستا برای تغییر سبک زندگی و افزایش تحرک بدنی و برنامه‌ریزی برای احداث باشگاه ورزشی با همیاری شورای روستا و خیرین منطقه
۶	تهران	محله آذربایجان	۱۳۸۹	پایین بودن سطح بهداشت روان سالمندان	۲	تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه‌ی ارتقای سطح بهداشت روان و توانمندسازی سالمندان ساکن محله آذربایجان تا سال ۱۳۹۳
۷	تهران	مرکز بهداشت عباس‌آباد علاقه‌بند	۱۳۸۹	عدم آگاهی مردم از عملکرد سامانه پزشک خانواده	۳	برگزاری جلسات آموزش گروهی برای مردم روستا در خصوص عملکرد پزشک خانواده، چگونگی استفاده از دفترچه بیمه روستایی، سامانه ارجاع
۸	قزوین	شهرستان بوئین‌زهرا	۱۳۸۹	نامناسب بودن خدمات آزمایشگاه	۲	افزایش میزان پاسخگویی آزمایشگاه بیمارستان از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی و افزایش پایش و ارزشیابی از آزمایشگاه بیمارستان برای افزایش رضایت‌مندی بیماران
۹	تهران	پونک	۱۳۸۸	زباله	۲	تدوین برنامه عملیاتی برای آموزش اهالی، افزایش سطل‌های زباله در سطح محله، ارایه رایگان کیسه‌های زباله از طرف شهرداری منطقه، ارایه برنامه‌های تشویقی و...
۱۰	تهران	فیروزکوه	۱۳۸۸	تصادفات	۱	ارایه پیشنهاد به مسؤولان و تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای اجرای طرح ایمن‌سازی جاده‌ای تقاطع جاده‌های تنگه واشی و فیروزکوه، تعبیه پل‌های عابر پیاده، جداسازی حاشیه جاده توسط گاردریل و جداسازی مسیر تندرو از کندرو
۱۱	آذربایجان شرقی	شهرستان هشترود	۱۳۸۸	بیکاری	۱	برگزاری جلسه هماهنگی و ارایه پیشنهاد به مسؤولان و برنامه‌ریزی توسعه صنعت کشاورزی، دامداری در بخش پرورش آبزیان، زنبورعسل، بیمه محصولات، آبیاری، توسعه بخش صنعت و معدن، احداث کارگاه‌های صنعتی کوچک و...
۱۲	تهران	محله آذربایجان	۱۳۸۸	کمبود	۱	ارایه پیشنهاد برای ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش

خدمات بهداشت روان	خدمات توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب	خدمات توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب	خدمات توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب	خدمات توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب	خدمات توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب
۱۳	هرمزگان	محلّه چاهستانی‌های بندرعباس	۱۳۸۸	بیکاری	۳
۱۴	تهران	منطقه ۱۷	۱۳۸۱	نارضایتی مردم از کارکنان بهداشتی	۱
۱۵	آذربایجان غربی	ارومیه (چنقرالویه پل و نوشین)	۱۳۷۹	جذام	۱۰
۱۶	آذربایجان غربی	ارومیه (بلانج و دیزجدل)	۱۳۷۹	عدم مشارکت مردان در زمینه تنظیم خانواده	۱

بحث

داده‌های آمارهای سلامت منطقه، مشکلات دارای اولویت شناسایی و استخراج شده‌اند (۱۳). در منطقه ویندهام نیز ارزیابی جامعه منطبق با مدل کارولینای شمالی با هدف افزایش کیفیت زندگی ساکنان منطقه به اجرا درآمد (۱۱). بررسی‌های گوناگون نشان دادند که مدل کارولینای شمالی قابل به‌کارگیری در بیش‌تر جوامع با فرهنگ، آداب و سنت‌ها و اندازه‌های مختلف است و می‌تواند مشارکت مردم را در اجرای مطالعه و به‌کارگیری مداخله جلب نماید.

هلاکوبی و همکاران با بررسی‌های انجام شده دریافتند تاکنون در خارج از ایران ۱۸ و در ایران ۱۰ مطالعه بر اساس مدل کارولینای شمالی انجام شده است (۱۳).

نتایج به دست آمده در جوامع دیگر در مقایسه با نتایج کسب شده در جامعه ایرانی اندکی متفاوت‌اند. در مطالعه‌ای که در شهر لندن انجام شد مشکلاتی مانند نارضایتی وسیع از نظام‌های ارایه‌دهنده خدمات به عنوان معضل اصلی شناسایی گردید (۱۴). در ارزیابی جامعه انجام شده در ایرلند شمالی کمبود مکان‌های امن و عدم حمایت از سالمندان و هم‌چنین افزایش مصرف داروهای روانپزشکی به عنوان مشکلات اصلی شناخته شدند. در یک مطالعه که در آرژانتین به اجرا در آمد، آلودگی هوا و اعتیاد به الکل در صدر فهرست معضلات جامعه قرار گرفتند (۱۵).

تفاوت‌های مشاهده شده در این مطالعه با سایرین به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر منطقه باز می‌گردد (۱۶) و

مطالعه‌ی حاضر ارایه جمع‌بندی ارزیابی‌های جامعه انجام شده در مناطق مختلف تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری ایران در طی سال‌های ۹۲-۱۳۷۸ می‌باشد. روش بررسی‌ها بر اساس الگوی تدوین شده برای کارآموزی MPH دانشگاه علوم پزشکی تهران و برگرفته از فرایند (مدل) ارزیابی سلامت جامعه کارولینای شمالی بود. این مدل توسط وزارت بهداشت ایالت کارولینای شمالی تدوین شده و دستورالعمل آن با همکاری دفتر سلامت کارولینا/ اداره آموزش بهداشت (OHC/HE)^۱ و مرکز آمار سلامت (SCHS)^۲ نوشته شده است و برای ارزیابی جامعه در مناطق مختلف به‌کار گرفته شده است و پایایی آن به اثبات رسیده است (۹). مزیت اصلی این مدل نگرش فرایندی جامع آن است که کمک می‌کند تا گروه ارزیابی جامعه دید و بینش صحیحی نسبت به کلیت کاری که قرار است انجام دهد پیدا کنند (۱۰، ۱۱). در کارولینای جنوبی برای جمعیت ۷۶۰۰۰ نفری ساکن در این ایالت از این مدل استفاده گردید و نشان داده شده که این مدل برای ساکنان این ایالت با فرهنگ‌های چندگانه و ۸۳ زبان مختلف بودند مناسب بود (۱۲). هم‌چنین ارزیابی جامعه کاتوبا منطبق با مدل کارولینای شمالی انجام شده است که پس از نظرسنجی از ساکنان منطقه در خصوص نگرانی‌های آن‌ها در منطقه و تطابق آن‌ها با

^۱ Office of Healthy Carolinians/Health Education; OHC/HE
^۲ The State Center for Health Statistics; SCHS

برنامه‌های مداخله‌ای برای رفع مشکلات اقتصادی باید مورد توجه قرار گیرد.

رتبه‌ی سوم از نخستین اولویت مشکلات مطرح شده در مناطق گوناگون کشور در خصوص مسایل مربوط به آب بوده که شامل آب آشامیدنی غیرسالم، کمبود آب آشامیدنی، کمبود آب کشاورزی و خشکسالی، بیماری‌های منتقله از طریق آب، فرسودگی تأسیسات آب، و آلودگی آب دریا است.

لازم به ذکر است از آنجایی که بررسی‌های انجام شده مربوط به سال‌های ۹۲-۱۳۷۸ است، امید می‌رود بسیاری از این مشکلات در حال حاضر مرتفع شده باشند. به دلیل تنوع ویژگی‌های جوامع در مطالعه‌های ارزیابی جامعه، امکان ادغام آن‌ها و برآورد کلی مشکلات وجود نداشت (۱۷) از این رو نمی‌توان پراکندگی مشکلات در استان‌های مختلف کشور را با هم قابل مقایسه دانست.

هدف پژوهشگران در این بررسی، مروری بر مشکلات عمده کشور در سال‌های گذشته و توجه به روند تغییرات احتمالی در طی سالیان مورد بررسی بوده است. چنان‌که با توجه به نتایج به دست آمده اهم مشکلات در سال‌های دهه‌ی ۷۰ مربوط به آب و مشکلات مربوط به تنظیم خانواده بوده، حال آن‌که با گذشت یک دهه توجه ویژه‌ای به مشکلات آب در بسیاری از مناطق کشور شده و با نوسازی تأسیسات، تأمین آب آشامیدنی سالم، احداث سدهای متعدد برای تأمین آب کشاورزی و خشکسالی تا حدودی زیرساخت‌های لازم در کشور در راستای مواجهه با مشکل آب فراهم آمده است. هرچند که در زمان حاضر هم معضل خشکسالی و کمبود آب یکی از مسایل جدی کشور محسوب می‌شود و نیازمند مداخله‌ها و راهکارهای تازه‌ای است.

در فهرست اولویت‌بندی مشکلات کشور در سال‌های ۹۲-۱۳۸۸ مشکلات اقتصادی، سوانح و حوادث، مشکلات مربوط به بیماری‌های غیر واگیر و مشکلات بهداشت روان و مشکلات دهان و دندان در اولویت نخست مشکلات کشور قرار گرفته‌اند و همچنین با مواجهه با پدیده سالمندی، مشکلات مربوط به پوشش ناکافی تنظیم خانواده در سال‌های گذشته از اهمیت خارج شده و در عوض سیاست‌های کشور به افزایش باروری و تولید نسل معطوف شده است. نتایج این بررسی مروری مشابه مطالعه بررسی مقالات منتشر شده ارزیابی جامعه (۱۷) نشان می‌دهد که مشکل اعتیاد در تمام طول سال‌های مورد بررسی تغییری نداشته و به‌طور مداوم به‌عنوان اولویت نخست مطرح شده است که لزوم توجه ویژه مسؤولان و مردم را به برنامه‌ریزی اساسی و تدوین برنامه‌های

همین مسأله از ویژگی‌های بارز ارزیابی جامعه بوده و اهمیت شناسایی مشکلات از زبان خود مردم هر منطقه را ضروری می‌سازد (۱۷-۱۹).

مشکلات به دست آمده در این جمع‌بندی، حیطه‌های مختلفی از مشکلات از جمله مشکلات فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، تفریحی، آموزشی، خدمات سلامت را در بر گرفته و محدود به زمینه خاصی نمی‌باشد. هم‌چنین اهمیت این بررسی‌ها از آنجایی بیش‌تر مطرح می‌شود، که مسایلی هم‌چون دزدی، کودک‌آزاری، و مانند آن که به خاطر طبیعت تابو بودن حداقل به روشی آسان قابل اندازه‌گیری نیستند (۱۸) را می‌توان با روش ارزیابی جامعه شناسایی نمود، چرا که چنین مسایلی ممکن است به دلیل فقدان آمار و ارقام معتبر از دیدگاه مسؤولان دور بماند، اما مردم عادی به خاطر افزایش امنیت خود می‌توانند با صراحت به وجود چنین مشکلاتی در جامعه اشاره کنند. بنابراین در ایران انجام پروژه‌های این چنین و نهادینه کردن آن در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌ها به عنوان متولیان اصلی سلامت جامعه، به‌صورت پروژه‌های HSR^۱ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند یک ابزار قوی برای توسعه سلامت جامعه باشد. در مطالعه‌های مشابه، به مرور مقاله‌های منتشر شده ارزیابی جامعه در کشور پرداخته شده است (۱۷).

در مطالعه حاضر، از بین ۱۰ مشکل اول مطرح شده، پر تکرارترین آن‌ها عبارت‌اند از: اعتیاد به مصرف مواد مخدر که در بررسی مناطق گوناگون کشور در استان‌های البرز، تهران، گلستان، قزوین و کرمان به عنوان اولویت نخست و در سایر استان‌ها به عنوان یکی از ۱۰ اولویت نخست مطرح شده است، که لزوم توجه جدی و مداخله مؤثر به این مشکل به عنوان یکی از معضلات اساسی در کشور آشکار می‌شود.

مشکلات اقتصادی با فراوانی ۱۲/۵ درصد در استان‌های اردبیل، آذربایجان شرقی، هرمزگان، ایلام، سمنان و تهران از رتبه‌ی دوم برخوردار است. بیکاری، نبود امکان اشتغال برای زنان در شهر و نبود امکان تحصیل در نهضت سوادآموزی، مهاجرت سرپرستان خانوار برای کار، تک‌شغله بودن مردم در مناطق روستایی، فقر و درآمد پایین و عدم هم‌خوانی درآمد با هزینه‌های خانوار، گرانی، بالا بودن هزینه قوت روزانه‌ی خانوار و سهمیه‌بندی بنزین از جمله مشکلاتی بودند که توسط مردم و مسؤولان مناطق گوناگون کشور در زمره‌ی مشکلات اقتصادی، عنوان شده‌اند. بنابراین توجه دقیق به آمارها و بازبینی در تعریف بیکاری، افزایش اشتغال‌زایی و اجرای

^۱ Health System Research

می‌توان در راه ارتقای اجتماعی و رسیدن به توسعه‌ی پایدار تلاش کرد. برای آن که ارزیابی جامعه در حوزه‌ی تحت پوشش نظام عرضه خدمات شکل واقعی یک فرایند سازمانی را به منظور شناخت و ارایه راه حل مشکلات سلامت جامعه به خود گیرد. پیشنهاد می‌شود جایگاه آن بر اساس «مدل طراحی شده ارزیابی جامعه برای جمهوری اسلامی ایران» در نظام سلامت تعریف شود تا بتوان به عنوان یک وظیفه سازمانی به انجام دوره‌ای و منظم آن در راستای تحقق رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نائل شد. بنابراین فرایند برنامه‌ای ارزیابی جامعه به صورت یکی از فعالیت‌های بالقوه در مراکز بهداشتی- درمانی شهری (و یا مراکز سلامت جامعه در حاشیه شهرها) می‌تواند در نظر گرفته شود (۱۳)

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه MPH زمینه اپیدمیولوژی میدانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد و بدین‌وسیله از تمامی همکارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

عملیاتی برای کنترل این معضل اجتماعی در این زمینه بیش از پیش آشکار می‌سازد.

هدف نهایی این‌گونه مطالعه‌ها، افزایش سیاست‌گذاری مبتنی بر اطلاعات (Evidence informed policy-making)، آگاه ساختن سیاست‌گذاران با ایجاد پیوند بین سیاست‌ها و مداخله‌ها، تعیین‌کننده‌های سلامت و پیامدها و نتایج سلامت است؛ به طوری که هدف نهایی این رویکرد از میان برداشتن شکاف نابرابری سلامت می‌باشد (۲۰).

نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به نتایج مطالعه‌های انجام شده می‌توان بیان داشت که ارزیابی جامعه فرصت لازم برای انجام مشارکت فعالانه را در اختیار اعضای جامعه قرار می‌دهد و هم‌چنین اطلاعات کافی را برای انجام تصمیم‌گیری‌های درست در اختیار می‌گذارد. مطالعه‌های ارزیابی جامعه می‌توانند عوامل بومی و زمینه‌ساز مرتبط با مشکلات سلامت را در منطقه شناسایی کنند و با تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی مستند و مبتنی بر شواهد محلی، برای مرتفع کردن مشکلات اقدام اساسی به‌عمل آید، و از این طریق

منابع

1. Commission on Health Research for Development. Health research: Essential link to equity in development (1990 commission report): Oxford University Press; 1990:25-50
2. Shamsi Meymandi M, Haghghi S, Iranmanesh F. determination of effective factors to increase collaboration and participation among people of Baghodrat Jupari community research base, kerman. *Rahavard danesh*. 2006;9:46-53.
3. Anyanwu CN. The technique of participatory research in community development. *Community Development Journal*. 1988;23(1):11-5.
4. Minkler M, Wallerstein N. Community-based participatory research for health: From process to outcomes: John Wiley & Sons; 2010:361-371
5. Kiefer CW. Doing health anthropology: Research methods for community assessment and change: Springer New York; 2007:13-19
6. Britnell M. Community Assessment Guide Book: North Carolina Department of Health and Human Services; 2002. Available from www.schs.state.nc.us/schs/data/databook/2002/Guidebook2002.pdf.
7. Holakouie- Naieni K, Karimi J. Community Assessment Guide. Esfahan: Moghim; 1387. 2 p.
8. Pickett G, Hanlon J. Philosophy and purpose of public health. *Public Health Administration and Practice*. 9 ed: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1990.
9. Mokhtari M, Jaddi MB, Majidi A, Khoinagh AJ, N Holakouie- Naieni K. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *communities*. 2013;9:10.
10. Karimi J, Holakouie- Naieni K, Ahmadnezhad E. Community Assessment of Shahin-Shar, Isfahan, I. R. Iran to Develop Community Health Action Plan. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2012;8(1):21-30.
11. Windham L, Laska M, Wollenberg J. Evaluating urban wetland restorations: case studies for assessing connectivity and function. *Urban Habitats*. 2004;2(1):130-46.
12. Clark MJ, Cary S, Diemert G, Ceballos R, Sifuentes M, Atteberry I, et al. Involving communities in community assessment. *Public Health Nursing*. 2003;20(6):456-63.
13. Holakouie- Naieni K, Ahmadvand A, Ahmadnezhad E, Alami A. A Community Assessment Model Appropriate for the Iranian Community. *Iranian Journal of Public Health*. 2014;43(3):323-30.
14. Dale J, Shipman C, Lacock L, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care: using rapid appraisal methods to create an interagency, community oriented, approach to service development. *Bmj*. 1996;312(7040):1206-10.
15. Lazenbatt A, Lynch U, O'Neill E. Revealing the hidden 'troubles' in Northern Ireland: the role of participatory rapid appraisal. *Health education research*. 2001;16(5):567-78.
16. Mohammadi Y, Javaheri M, Mounesan L, Rahmani K, Holakouie- Naieni K, Madani A, et al. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2010;8(1):21-30.
17. Maleki F, Hosseinpour M, Rafiemanesh H, Salehi F, Lotfi Z, Naserizadeh M, et al. The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2014;12(3).
18. Khosravi A, Sepidar Kish M, Khalili M, Ghofrani M, Ashrafi E, Sharifi N, et al. Community Assessment for Diagnosis and Determination of Health-related Problems. 2013;8(1):41-47

19. Asadi-Lari M, Farshad A, Assaei S, Vaez Mahdavi M, Akbari M, Ameri A, et al. Applying a basic development needs approach for sustainable and integrated community development in less-developed areas: report of ongoing Iranian experience. *Public health*. 2005;119(6):474-82.

20. Sihto M, Ollila E, Koivusalo M. Health in All Policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health Health department Finland. 2006:39

Original Article

Review the Results of the Community Assessment Projects in Areas Covered by Health Centers in Iran During the Years 1992–2013

Holakouie –Naieni K¹, AhmadiPishkuhi M², Shafieezadeh T³, Salehiniya H², Pooya B⁴

1- PhD, Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student in Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran

3- MSc, MPH Student in Field Epidemiology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran

4- Research Instructor, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran

Corresponding author: Shafieezadeh T., t_shafieezadeh@yahoo.com

Background & Objectives: Community assessment is a key tool for improving and promoting the health of the community. The role of community assessment is to identify the most important factors affecting the population health. To get a comprehensive picture of problems, priorities and suggested community health action plans in Iran, this review aims to summarize community assessments in various areas of Iran conducted between 1992 – 2013.

Methods: This study was a retrospective review in which community assessments were compared and the results of several studies conducted in different regions of the country covering both rural and urban health centers were analyzed. Since 1999, department of Epidemiology and Biostatistics has conducted these community assessments in eight phases and follows 2002 North Carolina Community Health Assessment model. Assessment teams typically included MPH students and/ or PhD and masters (epidemiology) students from the School of Public Health. Data was collected through observation, interview, and focus group discussion. Assessment teams in each region prioritized the list of problems using Hanlon method and Nominal Group Technique.

Results: The results identified substance abuse, economical, and water-related problems as the most important problems in different parts of the country which indicates the need for developing a comprehensive action plan and implementing measures.

Conclusion: A review of the community assessments performed in this study shows the ability of community assessment to detect community health problems in all aspects. Therefore, this approach is recommended to evaluate and prioritize health problems and to formulate action plans.

Keywords: Community assessment, Health problems, Health centers, Action plan