

هو العليم

اصول و مقدمات نیازسنجی

و اولویت بندی

فهرست

۳	مقدمه مدرس	۱-
۱۳	مسئله و مسئله یابی	۲-
۲۳	شناسائی عوامل ایجاد کننده مسئله	۳-
۳۵	نیاز و نیازسنجی	۴-
۳۹	مراحل نیازسنجی و نقش نیازسنجی در برنامه های سلامت	۵-
۵۷	نحوه اولویت بندی و نیاز سنجی	۶-
۶۴	صرفا جهت مطالعه	۷-

مقدمه

بسیاری از افراد حتی برای انجام کارهای روزانه و روزمره خود دچار مشکل می شوند یا خیلی ها نمی توانند به انجام تمام کارهای خود برسند و دائماً وقت کم می آورند. این افراد مشکل در اولویت بندی دارند و نمی دانند که چطور باید کارهای خود را طوری مدیریت کنند که بتوانند موفق به تکمیل همه آن ها شوند. این در مورد بود و سایر موارد مربوط به منابعی مانند پول ، فضای فیزیکی ، توانائی های فردی ، مسئولیت های اجتماعی و ... نیز کمابیش چنین اوضاع مشابهی دارند. در این مطلب سعی کردیم به طور کامل درباره اولویت بندی و تکنیک های آن صحبت کنیم و نکات خلاصه ای را برایتان بیان کنیم. امیدوارم که از آن ها بیشترین استفاده ممکن را ببرید.

اولویت بندی چیست؟

اگر بخواهیم اولویت بندی را به صورت خیلی ساده و و بر اساس معنی لغوی آن تعریف کنیم، به این معنی است که اول کدام کار را باید انجام دهیم؟

این تعریف در عمل هم به ما کمک می کند تا بهترین تصمیم را در برنامه ریزی و اولویت بندی کارهایمان رعایت کنیم؛ یعنی آن کدام کار است که اگر امروز انجام دهیم بزرگترین کار خود را انجام داده ایم و بیشترین سود را بدست خواهیم آورد و اگر امروز انجام ندهیم ضرر بزرگی متوجه ما خواهد شد؟

به همین ترتیب دومین کار و سومین کار را در لیست برنامه ریزی خود مرتب می کنیم تا اینکه آخرین کار دارای کمترین سود و انجام ندادن آن کمترین ضرر را به همراه خواهد داشت.

فواید اولویت بندی و برنامه ریزی

همانطور که در توضیحات اولیه مشخص شد، اولویت بندی کارها باعث می شود برنامه ریزی خوبی برای انجام کارهای خود داشته باشیم؛ یعنی در برنامه ریزی کارهای خود باید اولویت کارهای مهم را حتماً در نظر بگیریم، زیرا فقط انجام کارهای مهم باعث پیشرفت و افزایش کارایی ما می شود و یک برنامه ریزی دقیق می تواند ما را در رسیدن به اهدافمان یاری نماید.

اگر بخواهیم فواید اولویت بندی در برنامه ریزی را نام ببریم شامل موارد زیر خواهد بود:

➤ حذف فعالیت های غیر مفید

همان طور که گفتیم وقتی کارهایمان را اولویت بندی کنیم، در این صورت کارهای غیر مهم مشخص میشود و ما می توانیم به راحتی آنها را از برنامه روزانه خود حذف کنیم و دیگر وقت و انرژی خود را بر روی کار های غیر مهم تلف نخواهیم کرد.

➤ جلوگیری از اتلاف وقت و انرژی

در صورت اولویت بندی کارها، چون کارهای بسیار زیادی که از اولویت بالایی برخوردار هستند و برای پیشرفت ما مهم هستند، مشخص میشود دیگر وقتی برای انجام کارهای غیر مفید باقی نمی ماند. در نتیجه از اتلاف وقت و انرژی ما جلوگیری خواهد شد.

➤ تصمیم گیری ساده تر

در صورت اولویت بندی کارها تصمیم گیری برای انتخاب کارهای مهم و اولویت دار که باعث پیشرفت ما می شود، بسیار راحت تر خواهد شد.

➤ استفاده حداکثری از توانمندی ها

در صورت اولویت بندی کارها بر اساس اهداف و استعدادها و توانمندی ما میتوانیم بیشترین استفاده را از توانایی‌های خود ببریم و با سرعت بیشتری پیشرفت کنیم.

➤ جلوگیری از بروز استرس

بیشترین استرس افراد در زندگی به خاطر اوضاع نابسامان و به هم ریختگی فعالیت آنها است. البته همه افرادی که مشغله‌های زیادی در زندگی دارند، درگیر استرس نمی‌شوند. حتی تعداد افراد زیادی هستند که علاوه بر اینکه کار و مشغله‌های زیادی در روز دارند و برنامه‌های زیادی برای روز خودشان تعریف کرده‌اند، اما از آرامش و بهداشت روان بالایی برخوردار هستند. شغل این افراد برنامه ریزی دقیقی برای انجام تمامی کارها و فعالیت‌های خود دارند و اصول اولویت بندی را به درستی رعایت می‌کنند. در نتیجه این افراد از فشارهای عصبی و استرس زای ناشی از فعالیت‌های بسیار زیاد و برنامه‌های شلوغ روزانه آسوده خاطر هستند.

آیزنهاور، رئیس جمهور آمریکا در سال ۱۹۵۴ بود که با توجه به کارهای زیادی که برای انجام دادن داشت و معمولاً وقت نمی‌کرد تمام آنها را انجام دهد، این روش را پیشنهاد داد تا بتواند کارهای خود را به خوبی برنامه ریزی کند.

او در یکی از سخنرانی‌هایش گفت کارهای ما دو دسته است کارهای مهم و کارهای فوری؛ معمولاً کارهای فوری آنقدر زیاد است که به ما اجازه نمی‌دهد کارهای مهم مان را انجام دهیم. بنابراین هیچ پیشرفتی در کارهایمان نخواهیم داشت. به همین خاطر باید یک برنامه ریزی صحیح انجام دهیم تا بتوانیم کارهای مهم را به درستی تشخیص دهیم و آنها را در اولویت انجام قرار دهیم و با کمترین کار فوری مواجه شویم؛ زیرا اگر کارهای فوری خیلی زیاد شود ما دیگر وقتی برای انجام کارهای مهمی که باعث پیشرفت ما می‌شود نخواهیم داشت.

ماتریس آیزنهاور

ماتریس آیزنهاور به این صورت است که کارها را بر اساس اهمیت و فوریت آن ها به چهار گروه تقسیم بندی می کنیم:

۱- کارهای مهم و فوری

این کارها معمولاً هرروزه پیش می آید و ما مجبوریم آنها را به سرعت انجام دهیم وگرنه ضرر عمده ای متوجه ما خواهد شد.

مثلاً کارهای پیش بینی نشده که بدیهی است به صورت اتفاقی ایجاد می شود و ما ناگزیر هستیم آنها را انجام دهیم و هیچ چاره دیگری نداریم.

۲- کارهای مهم و غیرفوری

این کارها اهمیت فوق العاده ای برای پیشرفت و افزایش درآمد ما دارد؛ زیرا بر اساس اهداف ما برنامه ریزی شده است و در صورتی که موفق به انجام آنها نشویم هرگز به اهداف و آرزوهای خود نخواهیم رسید.

بنابراین باید یک برنامه ریزی دقیق برای انجام این کارها در نظر بگیریم تا تمام کارهای مهم خود را برای دستیابی به اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود انجام دهیم، ولی اگر کارهای غیر مهم ما در روز زیاد شود دیگر وقتی برای انجام کارهای مهم نخواهیم داشت. بنابراین راز تفاوت بین افراد موفق و ناموفق در همین نکته خلاصه می شود.

۳- کارهای غیر مهم و فوری

این کارها معمولاً بیشترین وقت ما را در روز می گیرد و هیچ دستاوردی برای ما ندارد؛ مثل پیامها و اخباری که در شبکه های اجتماعی برای ما ارسال می شود یا تلفنهای غیرضروری که وقت زیادی از ما میگیرد و یا سوالات و درخواست هایی که همکاران ما در محل کار از ما دارند.

برای رفع کردن این مشکل باید مهارت هایی را یاد بگیریم تا بتوانیم بیشترین استفاده را از وقتمان ببریم. مثلاً در مورد سوال ها و درخواستهای بی مورد اطرافیان و همکاران باید مهارت نه گفتن داشته باشیم و یا کارهایی را که میتوانیم به دیگران محول کنیم مثل جواب دادن به تلفن ها و یا پیام ها و انجام کارهای ساده که از عهده همه برمی آید.

۴- کارهای غیر مهم و غیر فوری

این دسته از کارها بیشترین وقت افراد علاف و بیکار را به خود اختصاص می دهد که شامل انواع بازی ها و تفریحات غیر سالم و غیر مفید می باشد که هیچ تأثیری در پیشرفت ما ندارد و باعث از بین رفتن عمر و انرژی ما می شود. این کارها را باید به سرعت از زندگی خود حذف کنیم.

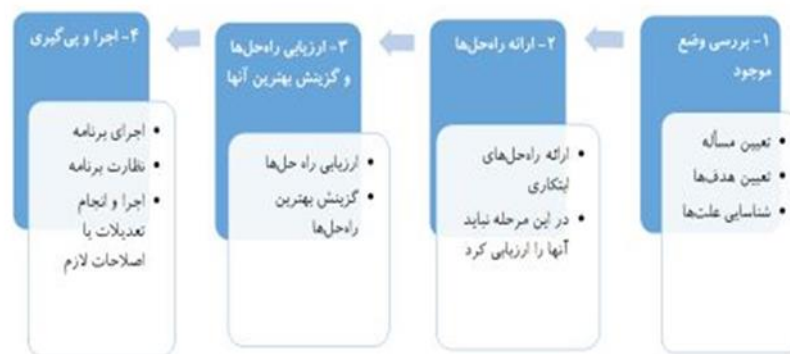
نکته پایانی در این مقدمه اینکه:

لیست اولویت بندی کارها را در معرض دید خود قرار دهید.

از نظر علمی ثابت شده است که وقتی شما برنامه خود را در جلوی چشمتان قرار می دهید و مدام آن را می بینید عملگرایی و اجرای آن برنامه بیشتر خواهد بود این امر مخصوصاً برای لیست کارهای بلندمدت اهمیت بیشتری دارد با دیدن لیست کارها این مورد برای شما یادآوری می شود که کار مهمی برای انجام دارید و همین مورد باعث عمل گرایی و کاهش اهمال کاری شما نسبت به آن کار خواهد شد.

نیازسنجی سلامت و اولویت بندی

نیازهای انسان همواره در بخش سلامت بی پایان و بی انتها بوده و منابع مربوط به بخش سلامت با محدودیت‌های خاص خود مواجه می‌باشد. بنابر این مبحث مربوط به چگونگی تخصیص این منابع محدود به این نیازهای مبسوط و بی انتها، همواره از دغدغه‌های مدیران و مسئولین بخش سلامت و بهداشت می‌باشد. اینکه چگونه با کمترین منابع مصرفی و هزینه کرد مالی توان بیشترین بهره سلامتی و موثرترین اقدامات در زمینه بهبود وضعیت سلامت جامعه یا یک منطقه را تامین نمود؛ یکی از مسائل دائمی و سوالات مستمر این مدیران و مسئولین می‌باشد.



شکل ۱-۱- فرایند عقلانی تصمیم‌گیری (استونر و فریمن، ۱۳۷۵)

از جمله راهکارها و نیز روشهای مرسوم و معمول در بخش برنامه ریزی و یافتن بهترین گزینه جهت بهره‌وری هرچه بالاتر در اقدامات و برنامه‌های تدوین شده در حال حاضر نیازسنجی و اولویت بندی فعالیت‌ها و اهداف اختصاصی در برنامه می‌باشد.

آنچه در این مختصر خدمت شما دوستان و همکاران عزیز ارائه خواهد شد، ابتدا مبحث مربوط به مسئله و مسئله‌یابی می‌باشد. نکته مهم و کاملاً حائز اهمیت این است که به دلیل مولفه‌های دخیل در حوزه سلامت و همچنین وضعیت دائماً در تغییر نیازهای سلامت جامعه به خدمات آن؛ در ابتدا بایستی به این سوال پاسخ داد که مسئله تهدیدکننده سلامت در این گروه یا جامعه و مردم چیست؟ و این مسئله تا چه میزان در وضعیت سلامت و بار بیماری و بار مرگ و میر و فرآیند ارائه خدمات سلامت تاثیر گذار می‌باشد؟

➤ پس از آن که یک مسئله شناسایی شد و در لیستی از مسائل در کنار سایر مشکلات و مسائل دیگر قرار گرفت؛ بایستی با تجزیه و تحلیل علل به وجود آورنده مسئله، راهکارها و راه حل‌های

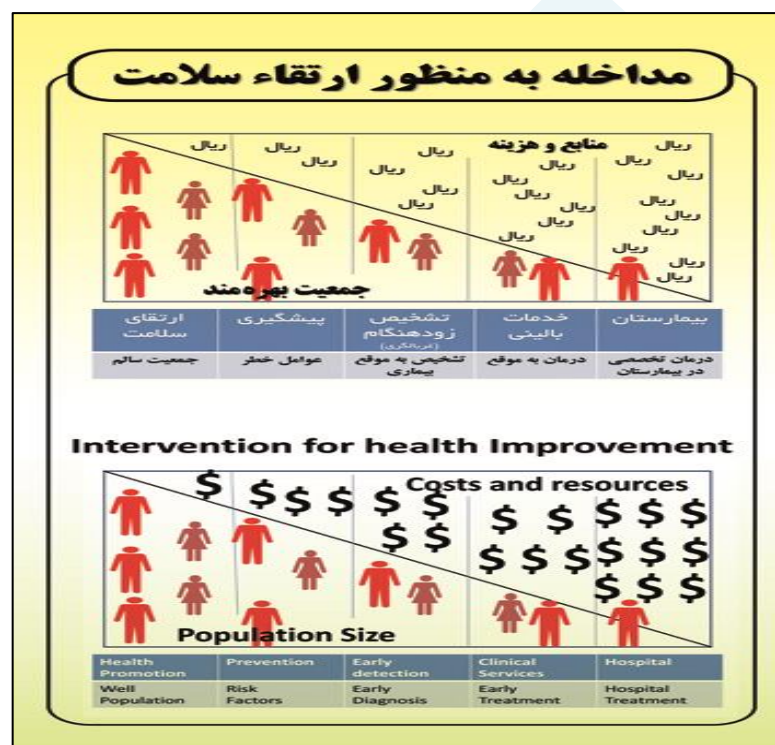
مناسب جهت مواجهه با علل ایجاد کننده مسئله و همچنین تصمیمات موثر و مفید جهت حل این علل را در قالب یک برنامه اثربخش و مداخلات مبتنی بر شواهد و مستندات برنامه ریزی قابل قبولی را انجام داد که در در آینده نزدیک نسبت به روند برنامه ریزی بیشتر خواهیم پرداخت.

➤ آنچه که در ابتدای این بحث بسیار مهم و حیاتی می باشد، شناخت مسئله و طی مراحل مسئله یابی در یک کارگروهی و تیم فنی و با تجربه می باشد. همچنین روش های تشخیص مسئله به ویژه روش فعال تشخیص مسئله که از دانش ها و مهارت های یک تیم کاری قوی می باشد در اسلاید های مربوطه به اختصار خواهد آمد.

➤ بخش مهم بعدی از این مبحث که مربوط به اولویت بندی مسائل و مشکلات مداخله کننده و مخدوش کننده وضعیت سلامت جمعیت هدف مورد برنامه ریزی می باشد. در این بخش به شیوه های اولویت بندی مسائل اشاره و روش ساختاری اولویت بندی که از شیوه های مرسوم و مورد تایید برنامه ریزان بخش سلامت می باشد توضیح مختصری داده شده و مولفه های مهم در اولویت بندی تعریف و تبیین می گردد.

➤ پس از آن که مسائل دارای اولویت شناسایی و استخراج گردید به جهت ضرورت مداخله و حل مسئله عوامل ایجاد کننده این مسائل و مشکلات با روشهای استاندارد شده و شناخته شده ای (مانند: نمودار شبکه علت ، نمودار استخوان ماهی ، روش $6W$) عوامل موثر در ایجاد مسئله و مشکل شناسایی و نیاز های مداخله ای تعیین و مشخص می گردد.

➤ در این مرحله که تدوین و لیست بندی نیازها می باشد در اکثر قریب به اتفاق موارد برآورده کردن تمامی این نیازها نه امکان پذیر است و نه از نظر هزینه اثربخشی، هزینه منفعت و هزینه مطلوبیت دارای توجیه علمی و اجرایی می باشد؛ پس بنابراین در گام بعدی می بایست به منظور اجرای مداخلات مفید و موثر و بهره‌ور در حل مسئله و افزایش سطح سلامت بیشترین افراد و جامعه، با کمترین هزینه و بیشترین بهره‌وری می بایست نسبت به اولویت بندی این نیازها اقدام نمود. این گام که به نیازسنجی مصطلح شده و با این عنوان از آن نام برده می شود، رکن اولیه طراحی و



تدوین یک برنامه عملیاتی موفق و موثر می باشد.

اجرای صحیح نیازسنجی و نیز تعیین اولویتها فارغ از نظرات و علائق شخصی و تخصصی افراد باعث می گردد تا نیازهای واقعی در اولویت قرار گرفته و علاوه بر بهره‌وری و اثربخشی برنامه‌های تدوین شده از سردرگمی پراکندگی و روزمرگی در طراحی و تدوین برنامه جلوگیری شود.

در واقع این گام ابتدایی در مداخلات مربوط به سلامت افراد و جامعه تحت پوشش کارشناسان و مدیران سلامت یک منطقه می باشد که نیازمند تکرار تمرین و کار گروهی مستمر بوده که در کارگاه آموزشی متعاقب این برنامه آموزشی بیشتر به آن پرداخته خواهد شد.

این پکیج خلاصه‌ای از شیوه کار در کارگاه اولویت بندی در سلامت آورده شده و جداول و ماتریس های مربوط به آن مختصراً توضیح داده شده است. علی حال امیدواریم که این محتوا فتح باب و آشنایی لازم با این مقوله مهم را در عزیزان مخاطب ایجاد نموده و پاسخ به ابهامات و سوالات محتمل را به کار عملی و کارگاه متعاقب این آموزش موکول می نماییم.



**It doesn't matter how many resources you have
if you don't know how to use them, they will never be enough**

پیشاپیش از تشنت احتمالی مطالب این پکیج آموزشی و همچنین استفاده از بعضی اسلاید ها در متن پکیج ، از محضر کلیه دوستان و عزیزان پوزش می طلبیم؛ چه اینکه علی رغم کنکاش و جستجوی مستمر و مداوم توسط کارشناسان خبره و زبده و تماس با نویسندگان، مدرسان و اساتید این رشته امکان دستیابی به یک مجموعه جامع و مانع که کلیه برنامه های سلامت را دربرگیرد، میسر نگردید و تنها کتاب موجود مربوط به نیازسنجی در مقوله آموزش سلامت چاپ و منتشر گردیده بود که تعمیم آن به کلیه برنامه های سلامت از نظر شکلی و ماهوی امکانپذیر نبود.

همچنین با توجه به اهمیت موضوع و آموزش این شیوه و روش متداول و مهم، دو مقاله از اساتید مبرز سلامت و پیشکسوتان این بخش جناب آقای دکتر ملک افضلی و جناب آقای دکتر هلاکویی صرفاً جهت آگاهی بیشتر دوستان تقدیم حضور می گردد.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَالَّذِينَ جَاهَدُوا فِي سَبِيلِنَا
عَنَّا

وَكُفَّوا نَفْسَهُمْ كَرِهُوا قُتْلَ أَنْفُسِهِمْ وَأُولَئِكَ
يُضِلُّ اللَّهُ سَبِيلَهُمْ

هَدَايَتِ مِي كُنْهِي

مسئله و مسئله یابی

در ابتدای این مقوله می بایست با تاکید دوباره بر نگرش سیستمی و سازمانی مروری بر تعاریف سیستم و سازمان داشته و سپس با تاکید بر فعالیت های سیستمیک در سازمان و همچنین رویکرد فرایند محور به منظور استفاده بهینه از منابع موجود: نیروی انسانی، تجهیزات، ملزومات، منابع مالی، فضای فیزیکی و ... در داده ها ؛ فرآیندها ؛ و ستانده ها بتوان به بهترین نحو از این منابع استفاده و بیشترین بهره سلامت را نصیب گیرندگان خدمت نمود.

تعریف سیستم:

سیستم مجموعه ای از اجزای مختلف است که معمولاً برای رسیدن به یک هدف با یکدیگر در ارتباط و تعامل هستند. هر سیستم دارای ورودی، خروجی و پردازش مشخص است. (INPUT → PROCESS → OUTPUT)

در تعریف سیستم یا سامانه بیان می کنیم که سیستم مجموعه ای از اجزا است که برای رسیدن به یک هدف مشترک با یکدیگر در تعاملند.

۳ شرط لازم در سیستم:

✓ هر عنصر سیستم بر رفتار و یا ویژگی های کل سیستم، موثر است. به عنوان مثال رفتار هر عضو از بدن انسان مانند قلب یا مغز می تواند عملکرد بدن انسان را به عنوان یک کل، تحت تاثیر قرار دهد. بین عناصر سیستم از نظر رفتاری و نوع تاثیر بر کل سیستم، وابستگی متقابل وجود دارد. یعنی نحوه رفتار هر عنصر و نیز نحوه تاثیر هر عنصر بر کل سیستم، بستگی به چگونگی رفتار حداقل یک عنصر دیگر از سیستم دارد. مثلاً در بدن انسان، نحوه رفتار چشم بستگی به نحوه رفتار مغز دارد.

✓ هر زیر مجموعه ای از عناصر تشکیل شود، بر رفتار کل سیستم موثر است و این تأثیر بستگی به حداقل یک زیر مجموعه دیگر از سیستم دارد. به عبارت دیگر اجزای یک سیستم چنان به هم مرتبط هستند که هیچ زیر گروه مستقلی از آنها نمی توان تشکیل داد. با استفاده از تعاریف فوق نتیجه می گیریم که هر سیستم، یک کل است و نمی توان آن را به اجزای مستقل تقسیم نمود. زیرا ویژگی های سیستم، در هیچ

یک از اجزا بطور مستقل وجود ندارد و اگر اجزای سیستم را از هم جدا کنیم، خاصیت خود را از دست می دهند. به عنوان مثال چشم به عنوان جزئی از بدن انسان، اگر از بدن جدا باشد، دیگر نمی تواند ببیند.

✓ وقتی سیستم به اجزا مستقلی تقسیم شود، تعامل بین اجزا از بین می رود و سیستم خاصیت و توانایی های خود را از دست می دهد. اگر اجزای یک سیستم با یکدیگر تعامل نداشته باشند، تشکیل یک مجموعه می دهند نه یک سیستم. به عنوان مثال، اگر قطعات یک خودرو را به صورت منفک کنار هم قرار دهیم، تشکیل خودرو نخواهند داد و صرفاً تبدیل به یک فروشگاه لوازم یدکی می گردد!

خلاصه برخی از ویژگی های مهم سیستم ها

- ✓ سیستم از اجزای متعدد تشکیل می شود.
- ✓ اجزای سیستم با یکدیگر در ارتباط و تعامل هستند.
- ✓ برای سیستم ها می توان رفتار تعریف کرد. با حذف هر یک از اجزای سیستم، رفتار کلی سیستم تغییر می کند.

سازمان

از سازمان تعاریف مختلف ولی مفهومی یکسان ارائه می شود.

بعنوان مثال تعریف سازمان از نظر بعضی صاحب نظران ؛ مجموعه هدفمندی است که پیرو یک سیستم است، و دارای مرزها و حدودی است که آن را از محیط خود جدا می سازد. تالکوت پارسونز، در کتاب ساختار و فرایند در جوامع مدرن، می گوید: سازمان، واحدی اجتماعی است که عامدانه ساخته و بازسازی شود تا حصول به اهدافی مشخص، ممکن شود. و یا این تعریف که: یک سازمان، یک نهاد مستقل است که یک مأموریت خاص دارد. یک سازمان، یک ماهیت اجتماعی است که دارای ساختار، اهداف و مرز مشخصی است.

در این مقوله ما به تعریف سازمان از نظر رابینز و جاج : سازمان یک واحد اجتماعی متشکل از دو نفر یا بیشتر است به صورت نسبتاً پیوسته برای دستیابی به یک یا چند هدف مشترک فعالیت می کند استناد می کنیم.

ولی مفاهیمی که در سازمان وجود دارد و مورد اتفاق نظر همگان می باشد این ویژگیها می باشد:

✱ هدف دارد.

✱ برای هدفش برنامه دارد.

✱ استراتژی (راهبرد) دارد.

✱ منابع خود را می‌شناسد و از آنها به‌طور بهینه و هماهنگ استفاده خواهد کرد.

✱ وابسته به اطلاعات است.

به عنوان مثال اگر مجموعه خدمات سلامت را به عنوان یک سیستم "سیستم سلامت" تعریف و تبیین نمائیم، آنگاه سازمانهایی چون: معاونت بهداشت، معاونت درمان، معاونت دارو و غذا، بیمه سلامت، نظام پزشکی، تامین اجتماعی، بیمارستانها و درمانگاههای خصوصی و خیریه، شهرداری، آب و فاضلاب، محیط زیست، صنعت معدن و تجارت و بسیاری سازمانهای دیگر در ذیل آن قابل تعریف بوده که هدف مشترک کاهش بار بیماری و مرگ و میر را دنبال می کنند.

در مثالی دیگر اگر مجموعه خدمات سلامت حوزه بهداشت را بعنوان یک سیستم "سیستم ارائه خدمات سطح اول" بدانیم، آنگاه سازمانهایی مانند: تغیه، سلامت روان، سلامت محیط، سلامت کار، آزمایشگاه، مبارزه با بیماریهای واگیردار، مقابله با بیماریهای غیر واگیر دار، سلامت دهان و دندان، سلامت خانواده، سلامت جمعیت، سلامت مدارس، آموزش سلامت، گسترش شبکه ها، امور عمومی، امور مالی، حراست، مدیریت و ... به عنوان سازمانهای در تعامل و همکاری با یکدیگر محسوب می گردند که دارای هدف مشترک ارتقاء سطح سلامت فردی و عمومی از طریق پیشگیری می باشند.

نگرش سیستمی

طرزفکری مجموعه نگر و کل گرا است که مسائل را از زوایای مختلف مورد بررسی قرارمی دهد و تاثیر و تعامل عناصر تشکیل دهنده یک سیستم را نسبت به یکدیگر و نسبت به سیستمهای بزرگتر محیطی درنظر می گیرد.

مبنای نگرش سیستمی بر اساس تعریف و ویژگی های خاص یک سیستم بنا می گردد. توجه ویژه به ورودی ها یا داده ها تمرکز بر فرآیندها یا پروسس ها و ارزیابی و بررسی خروجی ها یا ستانده ها در نگرش سیستمی جایگاهی ویژه و مهمی دارند. در این نوع نگرش، مقصود و هدف نهایی سیستم و نحوه ارتباط و نوع همکاری و تعامل اجزاء سازمان ها در آن فصل مشترک و اصل اولیه این نوع تفکر و نگرش می باشد.

اینکه افراد شاغل در یک سازمان متعهد به تفکر سیستمی و همچنین پایبند به هدف سیستم و افزایش اثربخشی، کارایی و همچنین بهره وری در منابع موجود سیستم باشند؛ از الزامات اولیه تفکر سیستمی بوده که متأسفانه همواره با تهدید هایی از قبیل: تعارض منافع، بخشی نگری، سهم خواهی، مدیریت هزینه، و تله بنیان گذار^۱ و بسیاری تهدید های دیگر مواجه می باشد که پرداختن به آن مقوله ای مجزا و مبسوط می باشد.

نتیجه اینکه به جهت پیشبرد اهداف سیستم الزاما بایستی نگرش سیستمی و مبتنی بر ورودی، خروجی و پردازش (INPUT→PROCESS→OUTPUT) در سیستم داشت و کلیت یک سیستم را در نظر گرفت و اهداف و برنامه های سازمانی را در راستای آن طراحی و تبیین نمود.

با توجه به موارد پیشگفت و همچنین جریان سیال درونداد ها و فرآیندها و برون داد ها که ناشی از از متغیرهای بسیار زیادی از جمله وضعیت سلامت همگانی، میزان درآمد افراد، متوسط سن جامعه، تغییرات اقلیمی و آب و هوایی، مخاطرات سبک زندگی جدید، تماس با حیوانات و بیماری های منتقله یا متقابل و بسیاری مولفه های دیگر؛ سیستم سلامت سطح اول به شدت دچار چالش ها و تهدیدهای جدید و همچنین بازپدیدي بعضی تهدیدهای قدیمی در سطح سلامت همگانی میباشد. تغییرات در این درونداد های ناشی از مولفه های فوق الذکر که بایستی پاسخ مناسب و به هنگام به آن داده شود و فرایند های جدید که نیاز به طراحی دارند، در

^۱ تله بنیانگذار دارای اشکال متفاوت و بعضا خطرناکی است که در رایج ترین آن ترس صاحبان فرآیند و یا مدیران یک سازمان از تغییر و نگرانی از نتایج تغییرات، باعث مقاومت در برابر اصلاح و بهبود و تغییر فرآیندها و اهداف اختصاصی می گردد.

کنار فرآیندهای قدیمی که نیازمند ارتقاء بوده نهایتاً به برونداد و پاسخ مناسب و موثر و به هنگام به این تهدیدها خواهد انجامید.

لازمه پاسخ مناسب موثر و به هنگام در این موارد؛ یافتن متغیرها و مسائل و مشکلات تاثیر گذار آنهم در زمان مناسب و ارائه راه حل صحیح و بهنگام در قالب برنامه می باشد. پس بنابراین نقطه آغاز هر برنامه و مداخله که به آن برنامه برنامه عملیاتی میگوییم، پیدا کردن مسئله یا (Problem Finding) جهت علل به وجود آورنده مسئله یا مشکل و همچنین طراحی مداخلات لازم در درونداد ها فرآیندها و برون داد ها می باشد.

تعریف مسئله

مسئله عبارت از پدیده‌ای غیر عادی در روند کار سیستم است که به دلیل ایجاد اخلاص سبب افت کمی و کیفی جریان داده ها و بازدهی سیستم می گردد. به عبارت دیگر هرگونه مخدوش کننده ای که باعث افت کیفیت یا کمیت ارائه خدمات در جهت دستیابی به اهداف سیستم گردد و یا اینکه در فرآیندهای اجرایی باعث کاهش بازدهی سیستم شود، به عنوان یک مسئله شناسایی می گردد. یک مسئله معمولاً عامل ایجاد شکاف بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب فرایند ها بوده که نیازمند مداخله موثر و به هنگام جهت رفع آن می باشد.

مسائل معمولاً به دو شکل تقسیم می گردند:

- ۱- مسائل اتفاقی که معمولاً به یکباره به وجود آمده و دلایل مشخص و روشنی دارد و کنترل و شناسایی علت های آنها و یافتن راه حل های مختلف و انجام مناسبترین راهکار زیاد مشکل نمی باشد. به عنوان مثال زمانی که دستگاهی به علت نوسانات برق دچار خرابی و اختلال در روند ارائه خدمت می گردد، مسئله ای بسیار مشخص و روشن است. علت ایجاد آورنده آن برای افراد روشن بوده و از گزینه‌های مختلف راه حل میتوان از : تعمیر، تعویض، جایگزینی و ارائه خدمت در مکانی دیگر، سود جست و بهترین راه حل با توجه به شرایط را انتخاب نمود.

۲- در مقابل مسائل اتفاقی مسائل مزمن و نهادینه شده وجود دارد که در فرایند و سیستم نهادینه شده و به عنوان یک عرف و عادت پذیرفته و چندان توسط ارائه دهندگان خدمت و صاحبان فرآیند مشهود نمی باشند و به همین علت ؛ عدم توجه به آنها باعث افت شدید بهره وری و اثربخشی و کارایی در سیستم و فرایند می گردد. یافتن مسائل مزمن نیازمند دانش و آگاهی کافی و مهارت های فنی و کار گروهی منسجم می باشد. معمولاً علت بروز مسائل مزمن در گستره زمان چند عاملی بوده و و برای حل آنها بایستی از فرایندهای بهبود استفاده نمود.

مسئله یابی

روش علمی و پذیرفته شده در مسئله یابی نگاه سیستمی به پدیده ها و فرایندها می باشد تا به این شیوه بتوان به درستی مسائل را شناسایی نمود. از دیدگاه سیستمی ابتدائاً بایستی مشخص نمود که آیا مسئله یا مشکل در درون داده ها، فرایندها یا برون داد ها روی داده است؟ یا اینکه به طور کل مسئله بر اثر ارتباطات و مداخلات گروه ها و سازمانهای دخیل در سیستم پدید آمده است؟

این شیوه نیازمند مهارت در مسئله یابی بوده که معمولاً به دو روش:

○ غیر فعال روش هایی که ما نقش مستقیمی در تشخیص مسئله (Problem Finding) نداشته و مسائل توسط دیگران تذکر داده شده یا خود بروز می کند که معمولاً در سیستمهای غیر پویا و منفعل رایج بوده و افراد و سازمان های دخیل در فرآیند فاقد دانش مهارت و توانمندی لازم جهت تحلیل و پیش بینی برون داد ها را ندارند روی می دهد.

○ دومین روش روش فعال یافتن مسئله بوده که در این روش افراد صاحبان فرآیند گروه ها به صورت خودجوش برای تشخیص مسائل (Problem Finding) پیش قدم شده و با توجه به وظایف افراد در سیستم ها و سازمانهای توسعه یافته با تکیه بر تجربه هوشمندی و انگیزه مشارکت در کار گروهی با حساسیت رویدادها را رصد نموده و وضعیت موجود را با وضعیت ایده آل سنجش و نهایتاً به شناخت و تشخیص مسائلی که مانع از بهره وری کامل و یا افزایش کارایی در فرایندها و سیستم می گردد می پردازند به عبارت دیگر به روش فعال تشخیص مسئله نقطه مقابل روش غیرفعال بوده که

در آن قبل از آنکه مشکلی بروز پیدا کند و یا به شکل یک مسئله اتفاقی خود را در سازمان نشان دهد و یا این که توسط دیگران مورد تذکر و بازخواست قرار گیرد توسط کارکنان همان مجموعه یا واحد با روش فعال تشخیص مسئله پیشاپیش مشکلات و مخدوش کننده های فرایند شناسایی و راه حل های رفع مشکلات و مخدوش کننده ها بررسی و ارزیابی می گردد.

در روش های غیر فعال تشخیص مسئله معمولاً از طریق گزارشهای مربوط به بازرسی درون سازمانی و برون سازمانی و یا پایش و نظارت توسط مسئولان و مدیران رده بالاتر و همچنین بروز شکایاتی از طرف مراجعین و نارضایتی گیرندگان خدمات و یا حتی وقوع یک بحران (با توجه به عدم پیش بینی های لازم در برنامه مربوط به کاهش کاهش اثر بلایا و یا داشتن یک برنامه آمادگی جهت اپیدمی ها سوانح و بلایای طبیعی) نقطه آغاز یافتن یک مسئله می باشد و به صورت انفعالی برای مقابله با این مسئله اولویت بندی و راهکارهای غیرکارشناسی و مبتنی بر سلاقت افراد و مدیران ارائه می گردد.

در نقطه مقابل ؛ در روش فعال ؛ یافتن مسئله عمدتاً توسط تیم های کارشناسی با توجه به شاخص ها و آمارهای مستند موجود در خصوص عملکرد سیستم و همچنین کنترل های مالی (هزینه - فایده) و زمانی ؛ اثربخشی و کارایی فرایندها و خدمات صورت پذیرفته و در عین حال سعی در ارتقاء مستمر فرایندها و بهبود شاخص های عملکردی بر اساس افزایش اثربخشی و کارایی می نمایند. همچنین در روش فعال یافتن مسئله، صاحبان فرآیند با مطالعه متون و تجربیات مستند و متقن در سایر سیستم ها و سازمان ها و همچنین شرکت در دوره های آموزشی و همایش های علمی سعی در ساده نمودن کارها و کنترل کیفی خدمات و رضایت سنجی مشتریان و ارباب رجوع داشته و با دقت به فرایندهای مرتبط با زمان ؛ سعی در پیش بینی اتفاقات و رویدادهای آینده و همچنین مشکلات و تهدیدهای آتی دارند.

این شیوه معمولاً در سازمان ها و سیستم های تجربه محور و کارآمد استفاده شده و توسط بخش خصوصی بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد.

شناسائی عوامل ایجاد کننده مسئله

در هر دو روش فوق هنگامی که یک مسئله شناسایی شد، می بایست عوامل ایجاد کننده مسئله به دقت بررسی و لیست شود. روش های متداول و مرسوم شناسایی عوامل ایجاد کننده مسئله شامل:

➤ نمودار شبکه علیت

➤ نمودار علت و معلول (ایشیکاوا یا استخوان ماهی)

➤ نمودار شش کلمه ای (۶W)

می باشد.

نکته مهم در شناسایی عوامل ایجاد کننده مسئله این است که به دنبال شناسایی این عوامل می توان با استفاده از اولویت بندی بر مبنای منابع موجود و اولویتهای مشخص شده ؛ امکان طراحی ، مداخله و رفع مشکل و یا حتی کاهش اثر و تبعات مشکل را با کمترین منابع و بیشترین بهره وری ایجاد نمود.

به عبارت دیگر شناسایی علل به وجود آورنده مسئله ، لیستی از مشکلات موجود در سیستم یا سازمان یا فرآیند را به ما ارائه می دهد که با توجه به توان و بضاعت سازمان یا سیستم ، میتوان طراحی مداخله به شیوه برنامه ریزی عملیاتی را انجام داد.

اساس یافتن این مشکلات بر پایه مشارکت مدیران و کارشناسان خبره و صاحبان فرایند بنا شده و روش مرسوم و معمول در یافتن لیست مشکلات استفاده از بارش افکار می باشد. تکنیک بارش افکار با کلیه الزامات و شرایط خاص خود از تکنیک های بسیار متداول در مدیریت یک فرایند بوده و باید ها و نبایدهای خاص آن را با توجه به سابقه ذهنی و آموزشی دوستان از تکرار مجدد آن پرهیز میکنیم.

🌈 در روش های متداول شناسایی مشکلات اولین روش نمودار شبکه علیت و ترسیم آن می باشد. در این شیوه مسئله به عنوان کانون مرکزی در نمودار قرار گرفته و با توجه به رابطه علت و معلولی بین عوامل ایجاد کننده این مسئله که طریقه بارش افکار توسط یک تیم مشخص شده و مجرب صورت می پذیرد با دلایل مربوط در این چارت ثبت و ضبط می گردد.

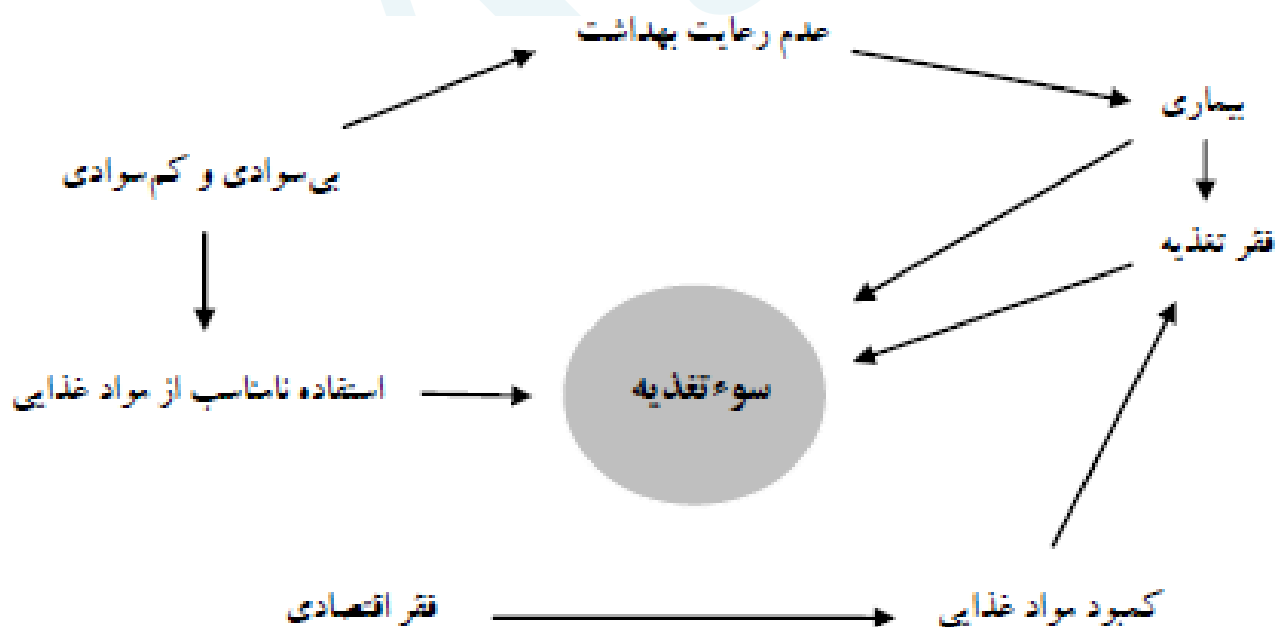
نکته بسیار مهم در ترسیم نمودار شبکه علیت ثبت کلیه علل مستقیم و با واسطه غیر مستقیم به وجود آورنده و یا دخیل در بروز یک مسئله می باشد.

در این شیوه هرچه اشراف و ادراک اعضای تیم نسبت به مسئله بیشتر باشد خروجی بهتر و علل مرتبطتری را ارائه خواهند نمود.

در طراحی و ترسیم نمودار شبکه علیت به هیچ عنوان حق حذف نظری از طرف اعضای تیم و یا اجماع سایر اعضای تیم در خصوص نقد یک علت مستقیم یا غیرمستقیم را نداشته و صرفاً به ثبت و ضبط نظرات اعضای گروه و مدل ارتباطی علت و معلولی می پردازیم.

در ذیل نمودار شبکه علیت سوء تغذیه به عنوان یک نمونه و مثال آورده میشود:

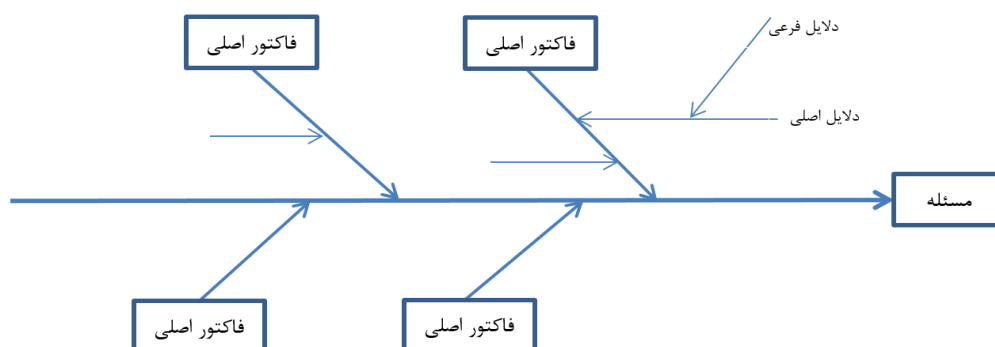
نمودار شبکه علیت (Web of Causation Chart)

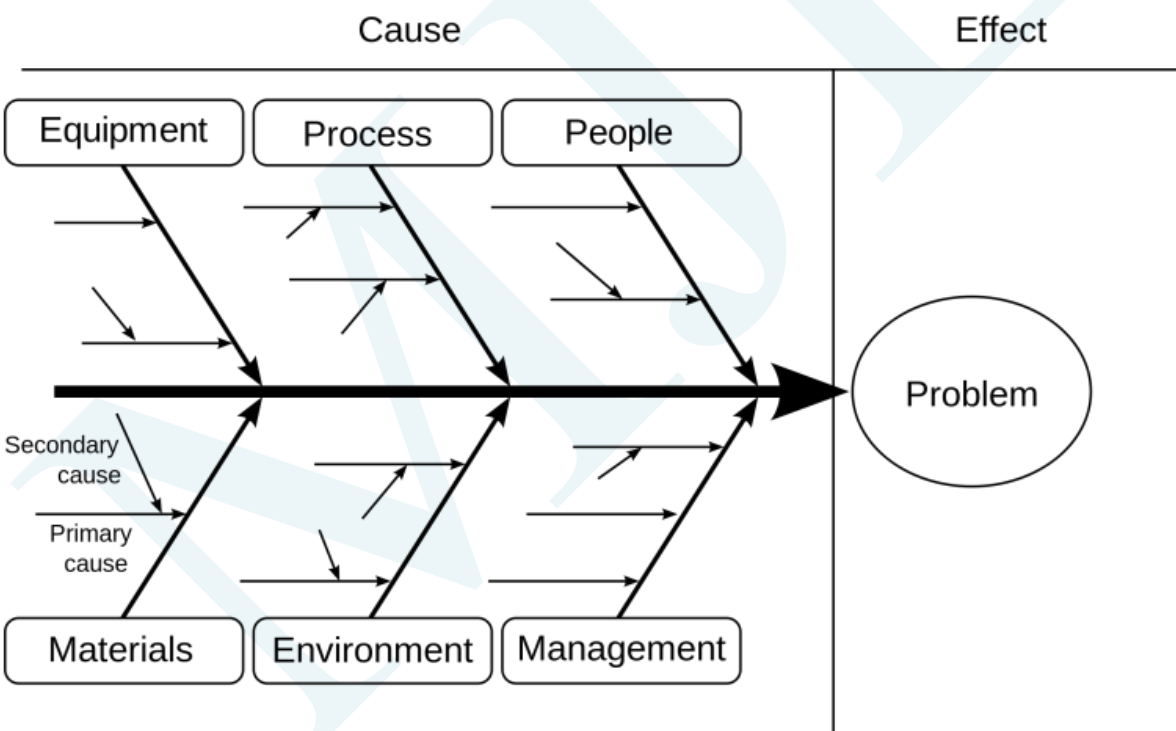


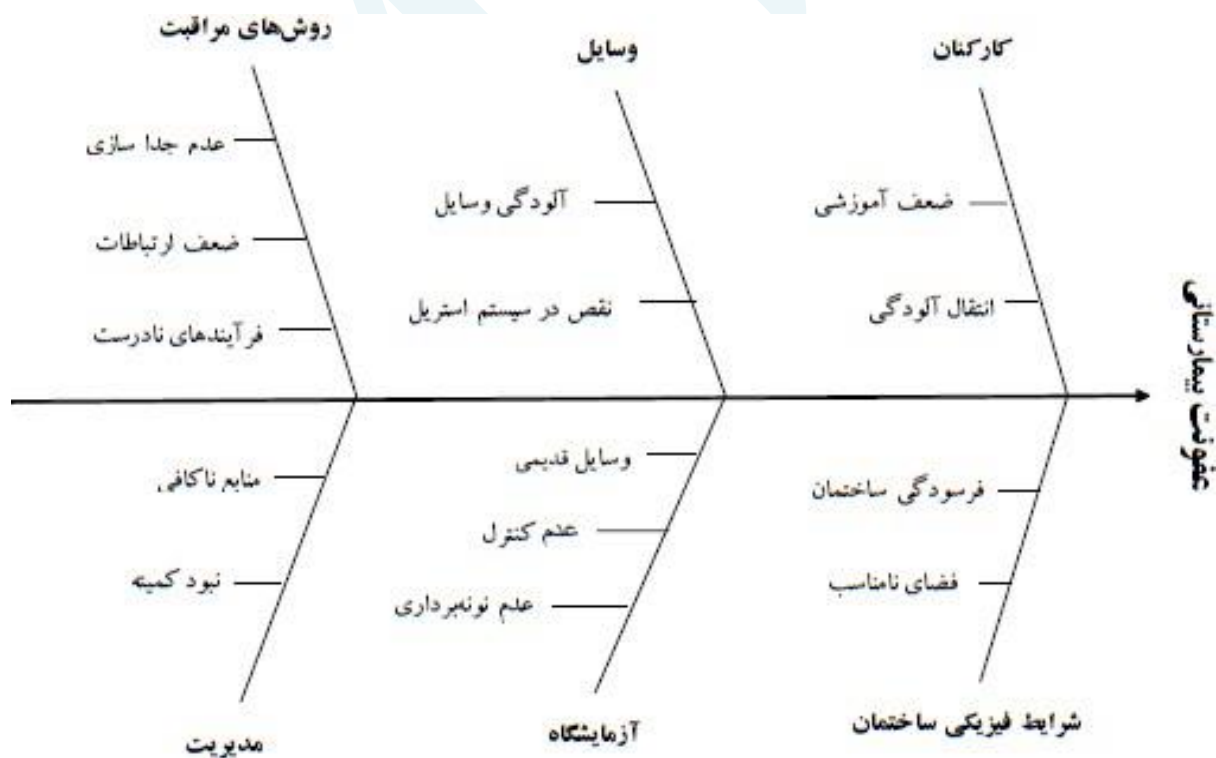
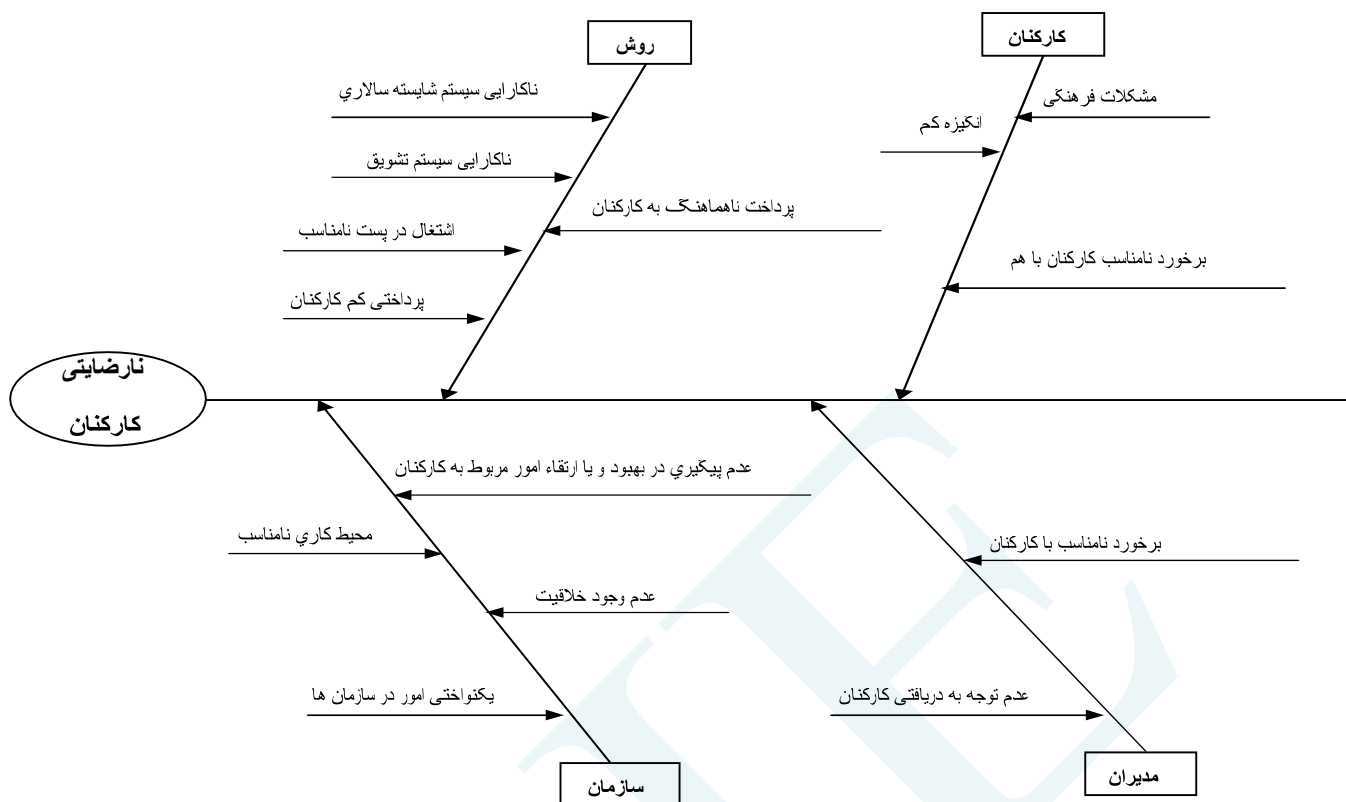
دومین روش در شناسایی مشکلات ایجاد کننده مسئله نمودار استخوان ماهی یا نمودار علت و معلول بوده که بر مبنای یک الگوی استاندارد مسئله در نوک پیکان استخوان ماهی قرار گرفته و تیغه های متصل به ستون فقرات این ماهی در حقیقت همان $M \ 7$ که بیانگر فاکتورهای اصلی در بروز مسئله می باشند به صورت سرفصل و Title نوشته شده و مشکلات اصلی و دلایل فرعی هر کدام به مانند تیغه های ریز ماهی به سرفصل های مرتبط متصل می گردند نکته مهم در ترسیم نمودار استخوان ماهی این است که هیچگاه سرفصل ها و فاکتورهای اصلی ثابت نبوده و تعداد و تکرار آنها می تواند متفاوت باشد (کما اینکه در ماهی اوزون برون تیغه های اصلی این فاکتورهای اصلی و سرفصل ها بسیار کمتر از ماهی سفید یا کفال می باشد!).

پس از تعیین سرفصل ها و فاکتورهای اصلی ایجاد کننده مسئله بایستی با توجه به نظرات تیم دلایل مرتبط با هر سرفصل و تایتل در نمودار ثبت و مستند گردد این موارد ثبت شده در حقیقت همان لیست مشکلات ایجاد کننده مسئله می باشند که بایستی برای حل مسئله و یا کاهش ابعاد و تبعات مسئله برنامه مداخله ای لازم و راهکارهای مطلوب و مقبول پیش بینی و اجرا گردد.

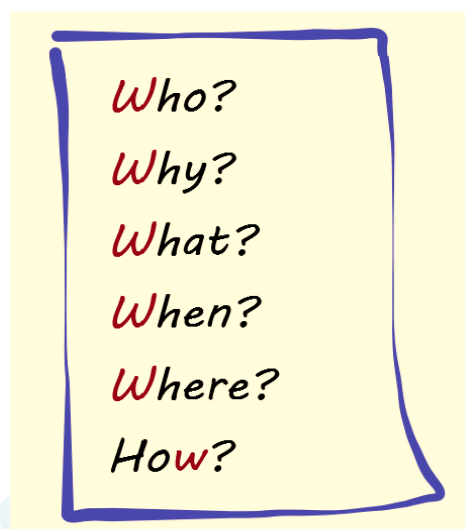
در صفحه بعد نمونه ای از نمودار فیش بن و مثالی از نمودار تکمیل شده آن جهت دوستان و کنشگران عزیز خواهد آمد:







سومین روش معمول و پذیرفته شده در یافتن مشکلاتی که در سیستم و سازمان ایجاد مسئله میکنند روش ۶W می باشد در این روش که معمولاً زمانی که اطلاعات کامل و جامع نسبت به یک مسئله وجود نداشته و یا مهارتهای کارشناسی و ادراکی اعضای تیم جهت بررسی رابطه علت و معلولی بین مشکلات پیش آمده و مسئله منتج از آن وجود ندارد؛ می توان از این شیوه و روش استفاده نمود.



در این روش اساس کار در درک مشترک تیم از یک مسئله و موقعیت به وجود آمده و عوامل به وجود آمدن این موقعیت می باشد.

در ادامه توضیحات مربوط به این روش مختصری در خصوص چگونگی شیوه انجام این روش و همچنین مثالی از آن آورده می شود:

۶W در مورد چیست؟

در روش ۶W شما سوالات اساسی در مورد مسئله یا مشکل را می پرسید .

سوالات:

کیست؟ چرا؟ چی؟ چه زمانی؟ جایی که؟ چگونه؟

بررسی علل ایجاد کننده مسئله		
چه؟	چه چیزی اتفاق می افتد؟	چه چیزی اتفاق نمی افتد؟
چرا؟	چرا اتفاق می افتد؟	چرا اتفاق نمی افتد؟
کجا؟	کجا اتفاق می افتد؟	کجا اتفاق نمی افتد؟
چه زمانی؟	چه زمانی اتفاق می افتد؟	چه زمانی اتفاق نمی افتد؟
چه کسی؟	چه کسی سبب به وجود آمدن اتفاق است؟	چه کسی در متوقف کردن آن نقش دارد؟
چگونه؟	چگونه به وجود مسئله پی می بریم؟	چگونه به عدم وجود آن پی می بریم؟

بررسی علل ایجادکننده شکست برنامه های مبارزه با سل		
چه؟	چه چیزی اتفاق می افتد؟	چه چیزی اتفاق نمی افتد؟
	افزایش شیوع بیماری سل بروز موارد جدید	کاهش شیوع بیماری سل توقف بروز موارد جدید
چرا؟	چرا اتفاق می افتد؟	چرا اتفاق نمی افتد؟
	بهداشت نامناسب سوءتغذیه نامنظم بودن برنامه درمان و پیگیری	بهبود تغذیه و بهداشت نظم در درمان رعایت دستورات پزشک
کجا؟	کجا اتفاق می افتد؟	کجا اتفاق نمی افتد؟
	مناطق فقیرنشین	مناطق مرفه
چه زمانی؟	چه زمانی اتفاق می افتد؟	چه زمانی اتفاق نمی افتد؟
	فقر اقتصادی و مخارج درمان بالا باشد درمان به موقع صورت نگیرد	فقر اقتصادی ریشه کن شود درمان به موقع انجام شود
چه کسی؟	چه کسی سبب به وجود آمدن اتفاق است؟	چه کسی در متوقف کردن آن نقش دارد؟
	مسئولان ناکارآمد بهداشت اطفایان بیمار	بیمار + پزشک + مردم + سیستم بهداشتی درمانی
چگونه؟	چگونه به وجود مسئله پی میبریم؟	چگونه به عدم وجود آن پی میبریم؟
	غربالگری پیگیری دقیق موارد گزارشهای بهداشتی و پزشکی افزایش بیماران مراجعه کننده	غربالگری منظم

در اقدام مربوط به یافتن مشکلات (Problem Finding) اعضاء گروه می توانند از هر سه روش فوق یا هر روش استاندارد شده دیگری استفاده و سپس ابتدا هر یک از اعضای گروه نظرات خود را در مورد مشکل و فرآیندهای نیازمند ارتقاء ؛ بیان (بارش افکار) و یا یادداشت می کنند. حال ما یک لیست مشکل در اختیار داریم که نیاز به مداخله داشته تا به حل مسئله کمک نماید. به این لیست " لیست نیازها " می گوئیم.

پس از استخراج و تدوین و مستند سازی مشکلات موجود (عوامل بوجود آورنده مسئله) کلیه این مشکلات بایستی در یک لیست (و با رعایت اصل امانت داری) قرار گرفته و طی یک سری اقدامات نسبت به احصاء **نیازهای مداخله ای و نیاز سنجی** آن اقدام نمائیم. این اولین بخش از نیاز سنجی و اولویت بندی می باشد که در بخش بعد به مبحث نیاز و نیاز سنجی و اولویت بندی آن خواهیم پرداخت.

موارد مهم در هنگام حل مسئله:

- از پیش فرض‌های نادرست پرهیزیم.
- به جای حل مسئله به دنبال مقصر نگردیم.
- بر روی مسئله و مشکل تمرکز کنیم.
- آنچه را که یافته‌ایم، مکتوب کنیم.

دام‌های متداول در فرایند حل مسئله

- کار کردن بر روی مسایل خوب تعریف نشده و مبهم
- انتخاب عجولانه یک راه حل قبل از تجزیه و تحلیل واقعی مسئله
- دخالت ندادن تصمیم گیران اصلی یا کارکنانی که مستقیماً با مسئله درگیر هستند در شناسایی راه حل های احتمالی
- روبه رو شدن با مسایل خارج از کنترل فرد یا گروه
- استفاده از راه حل های مرسوم به جای یافتن یک راه حل ابتکاری
- عدم توانایی در ارائه دلایل معقول برای انتخاب یک راه حل
- عدم برنامه ریزی کامل برای مراحل اجرا و ارزیابی راه حل انتخابی

✓ شناسایی نیاز Need Identification

– تهیه لیست نیاز

✓ نیازسنجی Need Assessment

– تهیه لیست نیازها به همراه اولویت بندی

نیاز و نیازسنجی

نیازسنجی و اولویت بندی برنامه های سلامت

پیشینه علمی در ایران و جهان

بررسی و شناخت نیازها، مهمترین و اولین گام در برنامه ریزی در همه سازمانها است که با افزایش انطباق برنامه ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنها میگردد.

برنامه ریزان هر سیستمی ناگزیرند برای تدوین برنامه و طرحهای خویش، دلایل قانع کننده ای داشته باشند. بنابراین کلیه تصمیمات در خصوص تعیین اهداف، محتوای برنامه ها و استفاده از سایر منابع و امکانات محدود، تابعی از مطالعات نیازسنجی است.

در حوزه های مرتبط با خدمات اجتماعی و بهداشت، نیاز به عنوان یک اصل زیربنایی که روشنگر نوع خدمات مورد نظر و جمعیتی که باید آن خدمات را دریافت کنند، مورد پذیرش است.

با تشخیص نیازها قبل از انتخاب هر نوع راه حل، میتوان بر میزان کارایی و اثربخشی برنامه ها در سیستم بهداشت و درمان افزود.

نیاز، مفهومی چند بعدی است که درک کامل آن مستلزم جامع نگری است. با این حال کاملترین تعریف ارائه شده در مورد نیاز، تحلیل شکاف یا فاصله وضعیت موجود با وضعیت مطلوب و یا آنچه هست با آنچه باید باشد، است.

نیازسنجی فرایندی نظامدار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتاً تعیین اولویتها برای اقدام و اجراست.

طبقه بندی نیازها

نیاز از جنبه های گوناگون طبقه بندی میشود:

الف) از نظر حوزه و دامنه

- نیازهای استاندارد: نیازهای که بیانگر وضع مطلوب است و رسیدن سیستم به یک وضع مطلوب مستلزم تحقق آنهاست

- نیازهای هنجاری: فاصله بین وضع موجود و استانداردهای تعیین شده است.

- نیاز مقایسه ای: نیازی است که در مقایسه با نمونه مشابه معنا پیدا میکند.

ب) از نظر موقعیت:

- نیازهای پنهان: نیازی که در اثر مطالعه و جستجوی کارشناسان و صاحب نظران شناخته میشود.

- نیاز احساس شده: نیازی است که با مفهوم خواست مترادف است.

- نیاز ابراز شده: عبارت است از آنچه که فرد تقاضا میکند.

ج) از نظر عینیت:

مازلو (۱۹۵۴) پنج نوع نیاز را در یک سلسله مراتب به ترتیب اولویت بیان میکند:

۱-نیازهای فیزیولوژیک

۲-نیازهای تأمین و ایمنی

۳-نیازهای اجتماعی

۴-نیازهای منزلت و احترام

۵-نیازهای خودیابی و کمال

از نظر مزلو تا زمانی که این نیازها ارضاء نشوند، انسان از نظر جسمانی و روانی سالم نخواهد بود.

د) از نظر منبع تعیین نیاز:

- نیازهای استقرایی: نیازی است که منبع تعیین و شناسایی آن خردترین سطح در یک سیستم باشد.

- نیازهای قیاسی: نیازی است که منبع تعیین و شناسایی آن کلانترین سطح در یک سیستم باشد.

ه) از نظر زمان:

-نیاز کوتاه مدت: نیازهایی که باید در مدت زمان کوتاهی و فوراً برآورده شوند.

نیازهای بلند مدت: نیازهایی که باید در بلند مدت برای رفع آن اقدام شود.

نیازسنجی سلامت

نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسایل و مشکلات بهداشتی مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسایی شده و این مسایل بر طبق معیارهایی که منجر به ارتقای بهره وری شوند، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب میشوند.

علیرغم اهمیت نیازسنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمیشود و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و کارکنان محلی یا بالاتر انجام میشود. در ایران نیز حلقه مفقوده نیازسنجی در نظام برنامه ریزی آموزش پزشکی و بهداشتی، به طور جدی نتایج برنامه های سلامت را تهدید میکند. در صورتی که پیروی از یک طرح الگوی علمی مشخص باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار نیازسنجی میشود.

اگرچه شناسایی نیازها و سنجش دقیق آنها برای افزایش و بهبود سطح کیفیت بهداشت امری ضروری و اساسی است اما طرح ریزی و اجرای پروژه های نیازسنجی در هر سطح مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی مشخص است که برای رسیدن به آن باید بدانیم چگونه و با چه روشها و الگوهایی میتوان آن را مشخص نمود.

ضرورت نیازسنجی

اهمیت و حساسیت فرایند نیازسنجی هنگامی فزونی می یابد که به بودجه های محدود اختصاص داده شده به فرایندهای ارائه خدمات بهداشت در اکثر کشورها توجه داشته باشیم. در چنین حالتی مسئله اولویتها و ضرورتها مطرح میشود و سیاستگذاران و برنامه ریزان مجبورند از میان خواسته های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند؛ زیرا امکانات موجود تکاپوی تمامی خواسته ها را نمی کند. در این شرایط نیز متخصصین و کارشناسان باید به معیارهایی دست یابند تا بر اساس آنها بتوانند مسائل ضروری را تشخیص داده و برای رفع آنها اقدام نمایند.

بنابر آنچه تا کنون گفته شد اولین و اساسی ترین اقدام در برنامه ریزی هر سیستمی، فرآیند نیازسنجی است که با استفاده از اطلاعات کامل از این فرایند، برنامه طراحی شده و سپس به مرحله اجرا در می‌آید و سرانجام ارزشیابی حاصله از این جهت که با اهداف از پیش تعیین شده مطابقت دارد یا نه مورد بررسی قرار می‌گیرد.



اهمیت نیاز سنجی سلامت جامعه

- زیرساخت ارتقاء و پیشرفت در سلامت مردم یک ناحیه است.
- یک ضرورت برای عقد تفاهم بین نظام سلامت و مقامات و فعالان محلی در جهت ارتقای سلامت جامعه است.
- گام اول در فرایند برنامه ریزی برای ارتقای سلامت جامعه است.
- یک معیار ارزیابی برای نظام سلامت یک محل است که آیا فقط به برنامه های ابلاغی می پردازد یا به ضروریات محل هم اهمیت می دهد و بر روی آنها برنامه ریزی می کند.



سؤالاتی که در نیازسنجی باید پاسخ داده شوند

- نقاط قوت جامعه در زمینه سلامتی چیست؟
- دغدغه های سلامت مردم ناحیه چیست؟
- فوریت های سلامت جامعه مورد نظر چیست؟



الزامات نیازسنجی

- نیازسنجی با مردم شروع می شود و حضور مردم در مرحله تعیین راهکارها برای مقابله با نیازها و اجرای این راهکارها نیز تداوم دارد. در واقع نیازسنجی با جامعه انجام می شود نه بر جامعه
- نقش مردم منطقه در نیازسنجی، جلب مشارکت عمومی در جمع آوری اطلاعات، مشخص کردن اولویت های سلامت و مشخص کردن امکانات موجود و مورد نیاز برای مقابله با اولویت ها و نهایتاً برنامه ریزی برای ارتقای سلامت منطقه و اجرای آن است.



الزامات نیازسنجی...

- در نیازسنجی باید اطلاعات جامع در همه ابعاد و از روش های مختلف و با رعایت ملاحظات فرهنگی گردآوری شود.
- در نیازسنجی باید واقع بین بود و به آینده هم نگاه کرد.
- نیازسنجی مبتنی بر اولویت بندی است.

- اگرچه حقایق علمی می تواند در تصمیم گیری برای اولویت ها به ما کمک کند، اما اغلب ارزش های شخصی برنامه ریز و افراد دیگر در برنامه ریزی اهمیت نسبی اولویت ها را تعیین می کنند. بنابراین نتایج، اولویت ها مبتنی بر یک سری مفروضات انسانی است.

بویل، پاتریک جی (برنامه ریزی در فرایند توسعه روش های نوین آموزش بزرگسالان)



مسایل اساسی نیازسنجی

- ❖ اطلاعات حاصل قابل تعمیم به کل نمی باشد.
- ❖ اطلاعات بدست آمده در مدت کوتاهی قابل استناد است.
- ❖ دستیابی به توافق کامل در مورد نیازها امکان پذیر نمی باشد.
- ❖ تعیین مطلوبیت آینده بر اساس اطلاعات فعلی کاملاً درست نمی باشد.



اقدامات پایه ای برای انجام نیازسنجی سلامت جامعه

- گام اول: رسیدن به تعریف مشخص از "نیاز سلامت جامعه"
- گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه
- گام سوم: تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات
- گام چهارم: به اشتراک گذاری یافته های نیازسنجی



گام اول: رسیدن به تعریف مشخص از "نیاز سلامت جامعه"

۱- تعریف ما از جامعه چیست؟

? حدود جغرافیایی جامعه مورد نظر چیست؟

? چه افرادی از جامعه گروه های هدف جامعه را نمایندگی می کنند؟

? آیا در نیازسنجی سلامت جامعه کل جمعیت مد نظر است یا گروه خاصی از جمعیت؟

? آیا محیط زندگی مردم، محیط اجتماعی، وضعیت اقتصادی و فرهنگی حاکم بر جامعه هم مد نظر است؟



گام اول: رسیدن به تعریف مشخص از "نیاز سلامت جامعه"

۲- هدف از نیازسنجی چیست؟

چشم انداز نیازسنجی سلامت جامعه باید بطور واضح مشخص شود به این معنی که:

? فقط بدست آوردن اولویت ها، هدف است یا تجزیه و تحلیل آنها هم مد نظر است؟

? آیا مداخلات بعدی هم می خواهیم داشته باشیم یا خیر؟

? مداخلات احتمالی در چه سطحی خواهد بود آیا صرفاً مداخلات آموزشی خواهد بود یا اقدامات غیرآموزشی هم مد نظر است؟



گام اول: رسیدن به تعریف مشخص از "نیاز سلامت جامعه"

۳- فرآیند نیاز سنجی و الگویی انتخابی برای نیاز سنجی چیست؟

۴- چه نوع اطلاعاتی نیاز است؟

۵- عواملی که نیازهای جامعه را تحت تأثیر قرار می دهند کدام است؟

۶- آیا برنامه هایی از قبل وجود داشته است که به آن نیازها پرداخته؟



گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه

انواع اطلاعاتی که در نیاز سنجی سلامت جامعه بدست می آید عبارتند از:

- ۱- اطلاعات مربوط به سطح سلامت کلی جامعه
- ۲- اطلاعات درباره شرایط زمینه ای مؤثر بر سلامت جامعه
- ۳- اطلاعات در مورد اشخاص، سازمانها و ارگانهای دولتی و مردمی که جامعه مورد نظر را نمایندگی می کنند.



گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه

انواع اطلاعاتی که در نیازسنجی سلامت جامعه باید جمع آوری شوند:

- ۱- خصوصیات و ویژگی های جامعه
- ۲- خصوصیات و ویژگی های محیط
- ۳- خصوصیات و ویژگی های اقتصادی اجتماعی
- ۴- اطلاعات در مورد شرایط زمینه ای تأثیر گذار بر سلامت



گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه

انواع اطلاعاتی که در نیازسنجی سلامت جامعه باید جمع آوری شوند:

۲- خصوصیات و ویژگی های محیط شامل:

- ❖ دسترسی به خدمات درمانی و پزشکی
- ❖ دسترسی به سیستم حمل و نقل عمومی
- ❖ دسترسی به گروه های غذایی
- ❖ دسترسی به امکانات ورزشی
- ❖ دسترسی به منابع آب آشامیدنی و بهداشتی

❖ کیفیت آب آشامیدنی



گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه

انواع اطلاعاتی که در نیازسنجی سلامت جامعه باید جمع آوری شوند:

۳- خصوصیات و ویژگی های اقتصادی اجتماعی شامل:

- ❖ سطح درآمدی خانوارها
- ❖ سطح سواد افراد جامعه
- ❖ میزان افراد باسواد خواندن و نوشتن
- ❖ صنایع و محل های کار بزرگ
- ❖ درصد خانوارهای زیر خطر فقر
- ❖ معیارهای رفاه ملموس مانند درصد افراد دارای موبایل خصوصاً موبایل هوشمند، دسترسی به اینترنت، درصد خانوارهای دارای توالت بهداشتی



گام دوم: بدست آوردن اطلاعات مورد نیاز برای تعیین نیازهای سلامت جامعه

انواع اطلاعاتی که در نیازسنجی سلامت جامعه باید جمع آوری شوند:

۴- اطلاعات در مورد شرایط زمینه ای تأثیر گذار بر سلامت شامل:

- ❖ باورهای اجتماع که سینه به سینه منتقل می شوند.
- ❖ نوع تغذیه، روشهای فعالیت بدنی، عادت های دخل و خرج مردم
- ❖ روشهای بدست آوردن اطلاعات خصوصا اطلاعات سلامت در آن جامعه
- ❖ نقش زنان در خانواده و تأثیر آنها بر تصمیمات خانواده



گام های جمع آوری اطلاعات مورد نیاز برای نیازسنجی

□ اطلاعات کیفی شامل عقاید و باورها و دیدگاه ها از مصاحبه با افراد زیر می تواند استخراج شوند:

۱- افرادی که در مورد جامعه مطلع تر هستند که به آنها افراد کلیدی (مسئولین و معتمدین محلی) می گویند.

۲- ذی نفعان که تمایل به کارکردن برای رفع نیازهای جامعه دارند.

۳- صحبت با خود مردم هم می تواند اطلاعاتی در مورد جامعه به دست بدهد.

□ اطلاعات کمی می تواند از بانک های اطلاعاتی متعدد استخراج شود، مانند:

شاخص های حیاتی، مطالعات قبلی صورت گرفته بر جامعه، اطلاعات ثبت شده در مراکز بهداشتی درمانی در زمینه خدمات ارائه شده.



گام سوم: تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات

اطلاعات بدست آمده باید آنالیز شده و برای تشخیص نیازهای جامعه مورد آزمون قرار گیرند.

اول: سطح سلامت جمعیت هدف را در جامعه تفسیر می کنیم.

دوم: الگوی خدمات مراقبتی سلامت و طراحی برنامه ها برای ارتقای سلامت مردم را تفسیر می کنیم.

سوم: ارتباط وضعیت سلامت مردم با مراقبت های سلامت در جامعه را تفسیر می کنیم.

چهارم: ارتباط شرایط محیطی با سلامت مردم جامعه را تفسیر می کنیم.



گام سوم: تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات

پس از بدست آوردن اطلاعات و تفسیر و آنالیز آنها باید یافته ها را خلاصه سازی کرد
در این خلاصه باید:

- ❖ ابعاد مشکلات شامل شدت وسعت و توالی و تکرار آن مشکل بیان شود
- ❖ گسترش آن در منطقه شهری، روستایی یا هردو و گروه های سنی که از آن متأثر می شوند
- ❖ علل آن مشکل
- ❖ مرگ ومیرهای همراه آن
- ❖ نقاط قوت امکانات موجود در جامعه و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت که با مشکل و جمعیت هدف مرتبط هستند



گام چهارم: به اشتراک گذاری یافته های نیازسنجی

اطلاعات بدست آورده را باید با گروه های ذی نفع که می توانند در تلاش های پیشگیرانه و همکاری برای ارتقای وضعیت موجود مشارکت کنند به اشتراک بگذاریم.

به اشتراک گذاری یافته ها میزان هوشیاری نسبت به نیازها را دوچندان می کند.

4. اولویت بندی

مهم ترین ابزار مورد استفاده در این مرحله عبارتند از:

- جدول گروه اسمی
- ماتریکس تصمیم گیری
- ماتریکس انتخاب
- ماتریکس انتخاب نهایی

جدول گروه اسمی

- ابتدا هر یک از اعضای گروه نظرات خود را یادداشت می کند.
- نظرات افراد را یکی یکی و بدون بحث و گفتگو روی تابلو می نویسیم.
- برای رفع ابهامات و نهایی کردن فهرست نظرات، بحث گروهی می کنیم.
- در ارتباط با تعداد گزینه هایی که انتخاب و رتبه بندی خواهند شد، تصمیم گیری می کنیم.
- موارد ارتقاء را با حروف مشخص می کنیم و از اعضاء گروه می خواهیم تعداد گزینه های مورد نظر را انتخاب و رتبه بندی کنند (مثلا اگر 4 مورد ارتقاء انتخاب می کنند، موارد را از 1 تا 4 رتبه بندی کنند).
- از موارد ارتقاء جدولی تشکیل می دهیم و رتبه هر یک از موارد را جمع می کنیم.
- از میان گزینه های رتبه بندی شده، گزینه های حائز بالاترین رتبه ها را انتخاب می کنیم.

مثال: جدول گروه اسمی برای اولویت بندی علل نارضایتی کارکنان سازمان (معیار امتیاز دهی بین 1-7 در نظر گرفته شده است)

رتبه	جمع امتیاز	رحمانی	فغانی	نظری	عزیزی	اعضاء گروه موارد
7	14	7	3	3	1	مشکلات فرهنگی
2	21	6	4	4	7	عدم توجه به دریافتی کارکنان
5	16	3	1	5	7	برخورد نامناسب با کارکنان
3	20	4	4	7	5	ناکارایی سیستم شایسته سالاری
1	23	5	6	6	6	ناهماهنگی سیستم پرداخت کارکنان
4	18	3	7	3	5	اشتغال در پست نامناسب
6	15	6	3	4	2	دریافتی کم کارکنان

- کلیه موارد را به ترتیب در ستون افقی و به همان ترتیب در ستون عمودی ثبت می کنیم (در جدول خانه ها به صورتی هاشور زده شده است که هر موضوع فقط یک بار با موضوع دیگر سنجیده می شود).
- موارد ذکر شده در ستون افقی با تک تک موارد ستون عمودی مورد مقایسه قرار می گیرند تا اهمیت و اولویت هر یک از عوامل نسبت به سایر عوامل تعیین گردد. زمانی که اهمیت ستون افقی نسبت به ستون عمودی بیشتر باشد، علامت ضربدر و هنگامی که اهمیت ستون عمودی از افقی بیشتر باشد، خانه ها خالی می مانند.
- سپس جمع ستون افقی پر و ستون عمودی خالی به صورت جمع امتیاز کل ثبت می گردد.

موارد	1. مشکلات فرهنگی	2. عدم توجه به دریافتی کارکنان	3. برخورد نامناسب با کارکنان	4. ناکارایی سیستم شایسته سالاری	5. ناهماهنگی سیستم پرداخت کارکنان	6. اشتغال در پست نامناسب	7. دریافتی کم کارکنان	جمع امتیازات ستون افقی پر
1. مشکلات فرهنگی				x		x		2
2. عدم توجه به دریافتی کارکنان			x				x	2
3. برخورد نامناسب با کارکنان				x				1
4. ناکارایی سیستم شایسته سالاری					x	x	x	3
5. ناهماهنگی سیستم پرداخت کارکنان						x	x	2
6. اشتغال در پست نامناسب							x	1
7. دریافتی کم کارکنان								0
کد موضوعات	1	2	3	4	5	6	7	
جمع ستون پر افقی	2	2	1	3	2	1	0	
جمع ستون خالی عمودی	0	1	1	1	3	2	2	
جمع کل امتیاز	2	3	2	4	5	3	2	

ماتریکس انتخاب

نحوه استفاده از ماتریکس اولویت بندی و انتخاب:

- 3 تا 5 مورد از موارد را با استفاده از روش های دیگر (اولویت های تعیین شده در جدول گروه اسمی) انتخاب می کنیم.
- از طریق بحث و اجماع نظر، معیارهای اولویت بندی را تعیین می کنیم.
- موارد انتخاب شده را در ردیف ها و معیارها را در ستون ها می نویسیم.
- مقیاس نمره گذاری را تعیین می کنیم.
- از طریق بحث و اجماع نظر، به هر یک از موارد نمره می دهیم.
- نمره هر یک از موارد را جمع کرده و موردی که بیشترین نمره را دارد انتخاب می کنیم.

ماتریکس انتخاب (معیار امتیازدهی از 1 تا 6)

معیارهای انتخاب موارد	وجود منابع جهت تغییر	شدت تاثیر بر مشکل	نبود موانع جهت تغییر	جمع امتیاز
ناهماهنگی در سیستم پرداخت	2	2	3	7
عدم توجه به دریافتی کارکنان	4	3	2	9
ناکارایی سیستم شایسته سالاری	4	4	5	13
اشتغال در پست نامناسب	4	5	1	10

مواردی دیگر از معیارهای انتخاب، با توجه به نوع مشکلات می تواند به شرح ذیل باشد:

سهولت اجرا، هزینه بری، زمان بری، اثربخشی بالا، کارایی بالا، مقبولیت، اقتصادی بودن، منطبق بر سیاستها و ارزش ها و

ماتریکس انتخاب نهایی

- اولویت های بیان شده در ماتریکس انتخاب را در ستون عمودی می نویسیم.
- در ستون افقی، به ترتیب، امتیاز هر یک از عوامل از ماتریکس انتخاب، امتیاز از ماتریکس تصمیم گیری و حاصل ضرب امتیازات این دو ماتریکس را می نویسیم.
- بر اساس امتیازات نهایی، عوامل را رتبه بندی می کنیم.
- علتی که رتبه اول را به خود اختصاص دهد به عنوان مهم ترین علت مشکل مورد نظر ما انتخاب می شود.

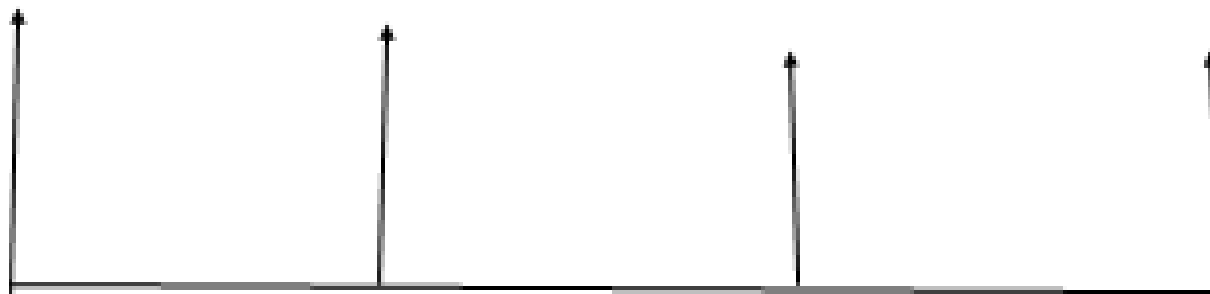
جدول انتخاب نهایی

رتبه نهایی	حاصل ضرب امتیازها	امتیاز از ماتریکس تصمیم گیری	امتیاز از ماتریکس انتخاب	موارد
2	40	4	10	ناهماهنگی در سیستم پرداخت
4	27	3	9	عدم توجه به دریافتی کارکنان
1	52	4	13	ناکارایی سیستم شایسته سالاری
3	35	5	7	اشتغال در پست نامناسب

نکته: ناکارایی سیستم شایسته سالاری به عنوان اولویت اول شناخته شده است. اما از سایر مشکلات غافل نشوید. لازم است برای تمامی موارد تعیین شده در جدول انتخاب نهایی به ترتیب اولویت هدف گذاری کرده و برای هر یک برنامه ای جداگانه تهیه نمایید.

نیازسنجی ابزاری است جهت طراحی برنامه ها (WHO)

Needs Assessment → Designing → Implementation → Evaluation



Feedback

مدیریت سلامت

بررسی و تحلیل
وضعیت موجود

تعیین وضعیت
سلامت جامعه

تعیین مشکلات موجود
و اولویت بندی آنها

تعیین راه حل و تدوین
مداخله جهت کنترل/
برطرف کردن
مشکلات سلامت

اجرای مداخلات و
برنامه های تدوین شده

پایش و ارزشیابی
مداخلات انجام شده



شناسایی نیازهای جامعه و اولویت بندی مشکلات بر پایه ارزیابی جامعه در محله آذربایجان تهران

سیما زاپری: دانشجوی دوره MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
صبا اصغرزاده: دانشجوی دوره MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
شیوا خوشنویس: دانشجوی دوره MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
مهرنوش محمدی: دانشجوی دوره MPH، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
کوروش هلاکویی نائینی: استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن علمی اپیدمیولوژیست های ایران، تهران، ایران- نویسنده رابط: holakoik@hotmail.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی جامعه فرآیندی است که در طی آن با مشارکت فعال اعضای جامعه تصویر واضحی از دارایی ها، نقاط قوت و نیازهای جامعه مورد بررسی بدست آمده و این نیازها اولویت بندی و نهایتاً راهکارها و برنامه های مناسب جهت رفع مشکلات تدوین می شود. این پژوهش در محله آذربایجان شهر تهران و با هدف شناسایی و اولویت بندی مشکلات و نیازهای آن و با مشارکت مردم انجام شده است. روش کار: در این مطالعه اعضای جامعه در ارتباط با نیازها و مشکلاتشان مورد بررسی قرار گرفتند. این پژوهش بر اساس مدل کارولینای شمالی انجام شده است. در این مدل فرایند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله انجام که هفت مرحله اول شامل شناسایی و اولویت بندی مشکلات و مرحله هشتم شامل تدوین برنامه های عملیاتی برای حل مشکلات دارای اولویت می باشد. **نتایج:** در این مطالعه در مجموع ۴۰ مشکل مختلف به دست آمد که در ۵ گروه به شرح ذیل مشخص گردیدند: بهداشت محیط، مشکلات اجتماعی، حقوق شهروندی و خدمات شهری، مشکلات بهداشت و سلامت، مشکلات آموزشی و فرهنگی و به ترتیب پخش و استفاده از مواد مخدر، کمبود مرکز مشاوره خانواده، کمبود پارک و فضای سبز و زمین بازی برای کودکان محله، عدم نظارت پیمانکاران شهرداری در خصوص نظافت شهری، عدم تهیه خدمات بهداشت روان به عنوان مشکلات اصلی محله اولویت بندی شدند. **نتیجه گیری:** مشکلات بدست آمده در این مطالعه، طیف وسیع و متنوعی از مسائل در زمینه های، بهداشتی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی را در بر می گیرد و منحصر به مشکلات بهداشتی نیست. ارزیابی جامعه فرصت لازم برای انجام مشارکت فعالانه را در اختیار اعضای جامعه قرار می دهد و همچنین اطلاعات کافی برای انجام تصمیم گیری های درست در اختیار می گذارد. که مجموع این عوامل، ارزیابی جامعه را به عنوان روش قابل قبولی برای تعیین مشکلات و انتخاب اولویت های جامعه معرفی می نماید.

واژگان کلیدی: ارزیابی جامعه، نیاز، مشارکت، تهران

مقدمه

کامل، دقیق و صحیح در زمینه نیازها و امکانات جامعه مورد بررسی در اختیار داشت. البته اغلب این اطلاعات یا وجود ندارند یا ناکافی هستند یا قابل اطمینان نمی باشند و در نتیجه بر

به منظور انتخاب مناسب ترین و بهترین روش برای تعیین مشکلات مهم و اولویت های جامعه باید اطلاعاتی

مبنای فرض و نتیجه‌گیری‌های غیر قابل توجیه تصمیماتی گرفته می‌شود. نتایج حاصل از چنین تصمیم‌گیری‌هایی، انتخاب سیاست‌ها و روش‌های نامناسب خواهد بود که عواقب آن مدتی بعد از پیاده کردن سامانه جدید آشکار خواهد شد. (Holakouie Naeini and Karimi, 2009).

فرآیند پژوهش با مشارکت اعضای جامعه، ابزاری جهت ایجاد انگیزه در افراد جامعه برای توسعه اجتماعی است که بستری را برای ارتباط موثر بین افراد جامعه و پژوهشگران فراهم آورده و دریچه‌ای را برای بحث و تبادل نظر فراهم می‌آورد که به وسیله آن افراد جامعه از ماهیت و وسعت مشکلات خود و نیز مسیر مشکلاتشان آگاه‌تر شده و بدین ترتیب برای تدبیر راهکارها و ابزارهایی برای حل آنها برانگیخته می‌شوند (Anyanwu 1988).

یکی از انواع مطالعات مشارکتی، ارزیابی جامعه است (Community assessment) که در واقع فرآیند جمع‌آوری اطلاعات درمورد جامعه، شناسایی مشکلات آن و تعیین اولویت نیازهای افراد جامعه می‌باشد. که تمامی جنبه‌ها را در بر می‌گیرد و الزاماً مرتبط با نیازهای سلامت نیست. این امر بطور متناوب توسط دولت‌ها انجام می‌گیرد که مشتمل بر بسیاری از جنبه‌ها مانند محیط، اقتصاد، مسکن و تحصیلات است و معمولاً نیازهای سلامت را نیز در بر می‌گیرد و حاصل آن تهیه و اجرای برنامه‌های عملیاتی است. یافته‌ها و نتایج حاصل از ارزیابی جامعه پایه و اساسی را برای برنامه‌ریزی تشکیل می‌دهند که شامل بر تعیین اولویت‌ها و تعیین اهداف مرتبط با مهم‌ترین اولویت‌ها است. به علاوه ارزیابی نیازهای جامعه درک بهتری در مورد نقاط ضعف و قوت منطقه مورد بررسی تهیه می‌کند، به مردم کمک می‌کند که در تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌ها تاثیر گذار باشند و در مورد نظارت بر مشکلات احساس مسئولیت کنند.

همچنین تصویری از وضعیت جامعه مورد بررسی را ترسیم می‌نماید و کفایت منابع جامعه شامل منابع انسانی، اقتصادی، آموزشی، محیطی و روانی را بررسی کرده و اطلاعات به دست آمده را برای هدایت فعالیت‌هایی که به منظور حل مشکلات انجام می‌شود به کار می‌گیرد و نهایتاً به جوامع در تعیین و حل مشکلات کمک کرده و توجیه منطقی برای عرضه خدمات تهیه می‌نماید (Nelson et al. 2008).

باید در نظر داشت که در طول چند دهه‌ی اخیر، روش‌های پژوهش و متداول به کار گرفته شده برای حل مشکلات اجتماعی مردم به دلیل مشارکت محدود جامعه و تلقی کردن مردم به عنوان موضوع پژوهش، دچار چالش شده‌اند. با توجه به فاصله موجود بین نیازهای احساس شده توسط مردم و دیدگاه‌های پژوهشگران دانشگاهی و ضرورت جامع‌نگری، پژوهش مشارکتی توسعه یافته (Shamsi meymandi et al. 2006) و تبدیل به راهکاری برای کاربردی نمودن نتایج تحقیقات و ابزاری برای بهبود شرایط اقتصادی-اجتماعی و افزایش کارایی و تاثیرگذاری برنامه‌ها و نیز ابزاری برای افزایش اعتماد به محققین و تلاش‌های آنان در جهت پیشرفت جامعه شده است. به علاوه مزیت آن بر دیگر روش‌های تحقیق متداول این است که این فرآیند با مشارکت و همراهی مردم جامعه و به دست جامعه انجام می‌شود که در آن اعضای جامعه به عنوان راهنمایانی هستند که متناوباً در انجام پژوهش و حل مشکل به طور موثر مشارکت می‌نمایند (Johnson et al. 2010).

در گذشته مطالعات مشابهی به روش ارزیابی جامعه توسط پژوهشگران انجام شده است. بطوری که در مطالعه انجام شده در منطقه ۱۷ شهرداری تهران، اعتیاد، فقر و درآمد پایین خانوار، تراکم بالای جمعیت، مشکلات ترافیکی و اشکال در سیستم حمل و نقل منطقه، فرسودگی ساختمان‌ها، مشکلات بهداشت محیط، وضعیت نامناسب اشتغال و آلودگی صوتی بعنوان مهمترین مشکلات منطقه شناسایی شدند (Jahangiri et al. 2003). در مطالعه دیگری که در

محلّه آذربایجان یکی از محلّه‌های تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائیانی می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، شناسایی والویت‌بندی مشکلات محلّه آذربایجان تهران، برنامه‌ریزی و اقدام برای حل آن مشکلات است.

روش کار

این پژوهش در سال ۱۳۸۹ و بر روی جمعیت محلّه آذربایجان انجام شد. مدل‌های بسیاری به منظور ارزیابی جامعه در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه مورد استفاده قرار می‌گیرد که روش انجام این مطالعه بر اساس مدل کارولینای شمالی و مطابق الگوی تدوین و تجربه شده کارآموزی MPH دانشگاه علوم پزشکی تهران است. در این مدل فرآیند ارزیابی جامعه طی ۸ مرحله انجام می‌شود. که به شرح زیر می‌باشد:

در مرحله اول گروه فرآیند ارزیابی جامعه را تشکیل دادیم که این تیم فرآیند ارزیابی جامعه را بر عهده داشت. اعضای گروه باید دارای انگیزه کافی باشند تا بتوانند به عنوان نمایندگان برای طیف وسیعی از جامعه فعالیت نمایند و به نحو مناسبی نگرانی‌ها و نیازهای گروه‌های مختلف جامعه را ارائه کنند.

در مرحله دوم، داده‌های جامعه جمع آوری شد. در این مرحله، گروه ارزیابی جامعه داده‌های منطقه را بطور مستقیم جمع آوری کرد تا بدین وسیله نقطه نظرات و نگرانی‌های افراد جامعه را در مورد مسائل اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سایر مسائلی که برای مردم اهمیت دارند را کشف نماید. این داده‌ها از طریق حضور در میان مردم، هم به روش کیفی هم به صورت مصاحبه عمیق و هم به صورت بحث گروهی متمرکز (FGD) جمع آوری شد. چارچوب آماری پژوهش، خانوارهای ساکن در محدوده محلّه آذربایجان و واحد آماری آن فرد بالای ۱۵ سال در خانوار در نظر گرفته شد که در هنگام پرسشگری در منزل به سر می‌برد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای صورت گرفت. بدین صورت بود که

شاهین شهر اصفهان به منظور تدوین برنامه عملیاتی ارتقای سلامت انجام شد ۱۰ مشکل به عنوان مشکل‌های مهم شهر انتخاب و اولویت‌بندی شد (karimi 2009). مطالعه مشابهی نیز در محلّه چاهستانی‌های شهرستان بندر عباس با هدف شناسایی والویت‌بندی مشکلات محلّه صورت گرفت که در پایان ۱۱ مشکل به عنوان مشکلات مهم انتخاب والویت بندی شدند که شامل بی‌توجهی مسئولان، ناامنی، بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نبودن معابر، قطعی برق، عدم روشنایی معابر، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر بود (Mohammadi et al. 2010). در مطالعه‌ای که در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد انجام شد ۵۴ مورد به عنوان نیازها و مشکلات احساس شده مردم شناسایی شد که طیف وسیعی از مشکلات را، از مسائل سلامت و خدمات بهداشتی درمانی تا امنیت و ایمنی فردی-اجتماعی را در بر می‌گیرد (Delshad et al. 2004).

در بررسی صورت گرفته در یک منطقه روستایی در نیجریه که هدف آن مبارزه با فقر روستایی بود عدم وجود راه‌های ارتباطی با مراکز شهری منطقه و کمبود مواد غذایی در منطقه روستایی به عنوان مهمترین مشکلات شناسایی شدند که این دو عامل، علل اصلی فقر در منطقه نیز بودند که منجر به مهاجرت گسترده مردم از روستا به شهر می‌شد (Anyanwu 1988).

مطالعه دیگری که در ایالت Tulsa آمریکا و بر روی سرخپوستان آن منطقه صورت گرفت، نشان داد که سوء مصرف مواد، شیوع فقر، شیوع مصرف الکل و سیگار در بین نوجوانان، حاملگی در سنین پایین، مشکلات سلامت (شامل دیابت، چاقی و مشکلات بهداشت روان شامل افسردگی و استرس) بیکاری، کمبود وسایل حمل و نقل عمومی و کمبود امکانات تفریحی و فرهنگی و آموزش همگانی مانند کلاسهای ورزشی مهمترین مشکلات منطقه می‌باشند (Johnson et al. 2010).

مرحله سوم در واقع مرحله جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های سلامت جامعه مورد بررسی از منابع داده‌های ثانویه (مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان) است. در این مرحله تیم ارزیابی جامعه آمار و شاخص‌های سلامتی محله آذربایجان را از مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان اخذ نموده و با شاخص‌های سلامت مرکز بهداشت جنوب تهران که تحت نظارت آن قرار دارد مقایسه کرد تا تصویری از آنچه در جامعه در حال رخ دادن است بدست آورد و نهایت مشکلات احتمالی جامعه را تعیین کند.

در مرحله‌ی چهارم تیم ارزیابی جامعه جزئیات داده‌های حاصل از مرحله ۲ و ۳ را مرور کرده و داده‌ها را تفسیر نمود که این امر منجر به ترسیم دارایی‌های جامعه شد که طی آن مشخصات جامعه تهیه گردید که شامل ویژگی‌های دموگرافیک، عوامل اجتماعی-اقتصادی، عوامل محیطی و وضعیت سلامت جامعه بود و نهایتاً مهمترین نقاط قوت و مشکلات جامعه مشخص شده و فهرست مشکلات جامعه تعیین شد.

در مرحله‌ی پنجم نتایج و تحلیل ارزیابی جامعه مرور شده و خلاصه‌ای به اعضای جامعه تهیه گردید. سپس با حضور ۵ نفر از افراد صاحب نظر محله (Key informant) و با به کارگیری تکنیک گروه اسمی (Nominal Group Technique) مشکلات رتبه بندی شده و ۵ الویت اول محله انتخاب شدند. معیارها برای انتخاب الویت‌ها شامل اندازه و وسعت مشکل، عواقب و پیامدهای مشکل و سهولت رفع مشکل بودند.

مرحله‌ی ششم تهیه و تنظیم سند ارزیابی جامعه است. در این مرحله تیم ارزیابی جامعه گزارشی در مورد فرآیند ارزیابی و نیز یافته‌ها و نتایج آن را تهیه کرد که در آن وضعیت جاری سلامت و هدف‌های اختصاصی هر یک از الویت‌های سلامت بحث شده است.

در مرحله‌ی هفتم گروه ارزیابی جامعه، سند ارزیابی جامعه را به اعضای جامعه تهیه کرد تا مردم جامعه و

با مشاوره کارمندان مرکز بهداشتی و درمانی فرمانفرمائی‌ان، این منطقه به ۳۰ خوشه تقسیم و از هر خوشه به طور تصادفی به درب منازل ۱۴ خانوار مراجعه و با یکی از افراد بالای ۱۵ سال حاضر در منزل مصاحبه شد. همچنین در این مرحله ۵ بحث گروهی متمرکز انجام شد که به ترتیب زیر می‌باشد:

بحث گروهی متمرکز با حضور زنان در مسجد محل، بحث گروهی متمرکز با مردان حاضر در بوستان واقع در منطقه (بوستان اوستا)، بحث گروهی متمرکز با رابطین بهداشتی منطقه در مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان، بحث گروهی متمرکز با افراد شرکت کننده در جلسات بهداشت روان که در مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان برگزار می‌شد، بحث گروهی متمرکز با افراد مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان. لازم به ذکر است که در بحث‌های گروهی متمرکز یادداشت برداری همزمان توسط یک نفر از اعضا انجام می‌شد و همچنین فرد مصاحبه گر گفته‌های افراد را برایشان بازگو می‌کرد تا از صحت تلقی خویش از مفاهیم درک شده اطمینان حاصل کند. در طی جلسات از طریق بارش افکار، نیازها و مشکلات احساس شده خود را بیان می‌کردند. داده‌های کیفی تا زمانی جمع آوری شد که به سطح اشباع برسند و نیاز به انجام بیشتر مصاحبه نباشد.

علاوه بر این، برای جمع آوری اطلاعات تکمیلی یکسری مصاحبه‌های حضوری با مسئولین و دست‌اندرکاران شامل سرپرست مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان، پزشکان شاغل در مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائی‌ان، کارشناسان واحدهای فنی ستادی (گسترش شبکه، بهداشت خانواده، بهبود تغذیه، آموزش بهداشت، بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس، بیماری‌ها و سلامت روانی-اجتماعی)، مسئول کتابخانه مسجد، مسئولین خانه‌های سلامت منطقه انجام شد.

تفکیک جنسیت شامل ۵۴۹۲ نفر مرد و ۵۶۳۴ نفر زن هستند. همچنین بعد خانوار در این جمعیت ۲/۵۵ می باشد. سطح درآمد اکثر خانوارهای منطقه به گفته خود ایشان و مسئولین محلی متوسط (رو به ضعیف) می باشد.

محلۀ دارای ۳ خانه سلامت (اسکندری، حشمت الدوله و جمهوری) و یک فرهنگسرای فن آوری اطلاعات است و تنها پارک موجود در منطقه بوستان اوستا است. مسجد میثم، مسجد ولیعصر، کانون زینبیه و هیات نوباوگان حسینی اجتماعات مذهبی محلۀ هستند. ترافیک منطقه به نسبت روان است البته در برخی مناطق تراکم مقطعی وسایل نقلیه دیده می شود. با انجام مطالعه حاضر فهرست مشکلات منطقه مورد بررسی تهیه شد و در مجموع ۴۰ مشکل در فرآیند ارزیابی جامعه تعیین و ثبت گردید. به منظور فهم و درک آسان تر مشکلات شناسایی شده، این مشکلات در ۵ گروه طبقه بندی شدند:

بهداشت محیط زندگی: وجود موش و سگ و گربه و لگردد، آلودگی هوا (با توجه به موقعیت جغرافیایی واقع شدن در مرکز شهر)، عدم نظارت پیمان کاران شهرداری در خصوص نظافت شهری و جمع آوری نامناسب زباله در سطل باز، عدم تفکیک زباله و عدم وجود کانکس بازیافت، آلودگی جوی آب منطقه، آلودگی صوتی ناشی از بازسازی منازل، فرسودگی ساختمان ها، عدم سم پاشی درختان پارک اوستا و افزایش حشرات موذی.

اجتماعی: پخش و استفاده از مواد مخدر به صورت آشکارا در مناطقی از محلۀ، استعمال دخانیات توسط جوانان و بانوان، وجود سرنگ آلوده معتادین در بین درختان، مستاجر بودن غالب جمعیت محلۀ و تاثیر فرهنگی آن، وجود زنان خاص.

حقوق شهروندی و خدمات شهری: فقدان بازار روز و میدان تره بار یا کانکس تهیه میوه و سبزی، وضعیت نامناسب بهداشتی نانوئی ها، تاریکی بعضی از معابر، عدم رعایت حقوق شهروندی توسط اهالی محل مانند عدم رعایت نظافت و سروصدای شبانه و پارک نمودن وسیله نقلیه در مکان های

مسئولان از فعالیت هایی که توسط گروه ارزیابی انجام شده و آنچه که در طول فرآیند ارزیابی به دست آمده آگاه شوند و اعضای جامعه از طریق انتشار نتایج ارزیابی در این فرآیند درگیر شوند و با کمک و همفکری آنان برای حل مشکلات برنامه ریزی شود.

در آخرین مرحله از بررسی، تیم ارزیابی جامعه برنامه های عملیاتی (Action Plans) را بر اساس اولویت های تعیین شده در مرحله پنجم تهیه کرد که در این برنامه های عملیاتی گام های لازم برای اجرای هر مداخله توضیح داده شده و منابعی از هر جامعه که برای مداخله مقابله با هر یک از اولویت های سلامت لازم است تعیین شده است که در صورت همکاری و مشارکت سازمان های مسئول به اجرا در خواهند آمد.

نتایج

با توجه به داده های گرد آوری شده، ویژگی های محلۀ به شرح ذیل شناسایی شد:

منطقه تحت پوشش این مرکز از سمت شمال به خیابان جمهوری، از سمت غرب به خیابان اسکندری جنوبی، از سمت شرق به خیابان پیروز و از سمت جنوب به خیابان دانشگاه جنگ محدود می شود. خانه های این محلۀ به دستور فردی به نام حشمت الدوله بنا شده است و دارای بافت شهری پیچیده و ساختمان های فرسوده و ساختاری نامناسب است. از نظر قومیت اکثریت با اقوام ترک، فارس و گیلک است. از بقیه اقوام شامل لر، کرد و عرب نیز تعدادی در محلۀ ساکن می باشند.

مشکل بی سوادی تقریباً در منطقه وجود ندارد و بر اساس اطلاعات موجود ۹۹/۸٪ دختران و زنان زیر ۱۹ سال محلۀ و ۹۷/۳٪ زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ ساله) با سواد هستند. بر اساس اطلاعات جدول مقایسه ای شاخص های بهداشتی موجود در مرکز جمعیت محلۀ آذربایجان، ۱۱۱۲۶ نفر (۴۴۷۰ خانوار) می باشد که به

بحث

انتخاب نمایندگانی از جامعه و کسب اطلاعات لازم در مورد نیازها و مشکلاتشان، از مهمترین روش‌های نیازسنجی جامعه است. تفاوت بین پژوهش مشارکتی و مدل‌های سابق و رایج پژوهش برای ارزیابی نیاز جامعه این است که مدل‌های قدیمی پژوهش یک روش پژوهشی از بالا به پایین را تهیه می‌کنند ولی در پژوهش مشارکتی، ارزیابی جامعه به دست مردم همان جامعه انجام می‌شود که همگام با غایت و آرمان برنامه‌ریزی توسعه است که در آن، مسیر از "برای مردم" به سوی "با مردم" و در نهایت "به دست مردم" است. و این خود نکته قوت این مطالعات و دلیل روند رو به رشد مطالعات است (Johnson et al. 2010).

بررسی حاضر نشان می‌دهد که محله آذربایجان تهران با مشکلات زیادی در زمینه‌های مختلف رو به رو است و هدف آن به دست آوردن درک صحیحی از این مشکلات و نیازها و تعیین اولویت‌ها در این محله است. در مجموع ۴۰ مشکل از دیدگاه ساکنان محله بدست آمد که بیشتر مشکلات مطرح شده توسط مردم، در زمینه‌های دیگری غیر از زمینه بهداشتی بود. نتایج به دست آمده از این تحقیق و مطالعات مشابه انجام شده در شاهین شهر اصفهان، محله چاهستانی بندر عباس، منطقه ۱۷ شهرداری تهران و گناباد نشان داد که هر چند مشکلات به دست آمده در این جوامع در زمینه‌های مشابه (زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، تفریحی، آموزشی، خدمات سلامتی) است اما تنوع مشکلات مطرح شده در هر زمینه، در جوامع مختلف متفاوت است که خود، ریشه در تفاوت در متغیرهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جوامع مختلف دارد و خود دلیل روشنی برای انجام نیازسنجی و شناسایی مشکلات جامعه به دست مردم همان جامعه است (Jahangiri et al. 2003; Delshad et al. 2004; Mohammadi et al. 2010; karimi 2009).

همچنین وجه مشترک مطالعه حاضر با سایر مطالعات ارزیابی جامعه در این است که عوامل بومی و زمینه ساز

ممنوعه، کمبود پارک و فضای سبز و زمین بازی برای کودکان محله، کمبود باشگاه ورزشی دولتی. آموزشی و فرهنگی: فرسوده بودن ساختمان مدارس، هزینه گزاف ثبت نام در برخی مدارس، کمبود مدارس مقطع تحصیلی راهنمایی، عدم هماهنگی بین مراکز آموزش دهنده (مثلا خانه سلامت و مرکز بهداشت)، اطلاع رسانی ضعیف آموزش‌ها در سطح محله، کمبود آموزش مهارت کمبود مشاور ماهر در مدارس، کمبود امکانات کتابخانه محله، گران بودن هزینه کلاس‌های فرهنگسرا.

بهداشت و سلامت: عدم تهیه کامل خدمات آزمایشگاهی در مرکز فرمانفرمائی، برخورد نامناسب پرسنل با توجه به کمبود نیرو در مرکز فرمانفرمائی، کم بودن زمان تهیه خدمت در مرکز فرمانفرمائی، عدم آشنایی مردم با نقش رابطین بهداشتی، کاهش انگیزه رابطین، کمبود مراکز تخصصی مشاوره تحصیلی و خانواده با هزینه مناسب، عدم فعالیت مشاور روانشناس در مرکز، فقدان مرکز تخصصی شبانه‌روزی (به خصوص اطفال و قلب)، فقدان مراکز رادیولوژی و سونوگرافی، عدم تهیه کامل خدمات دندانپزشکی در مرکز فرمانفرمائی، مشکلات بهداشت روان شامل تنهایی سالمندان در منازل و احساس افسردگی آنان، احساس ناشادی و افسردگی به خصوص در زنان، عدم فعالیت مشاوره تغذیه به صورت مستمر.

در مرحله اولویت‌بندی با توجه به ماتریس دو بعدی، ترتیب پخش و استفاده از مواد مخدر، کمبود مرکز مشاوره خانواده، کمبود پارک و فضای سبز و زمین بازی برای کودکان محله، عدم نظارت پیمانکاران شهرداری در خصوص نظافت شهری، عدم تهیه خدمات بهداشت روان در مرکز بهداشتی درمانی محله، ترتیب به عنوان مهمترین مشکلات دارای اولویت مشخص شدند.

برنامه‌های دقیق تری را برای یک ناحیه جغرافیایی تدوین کرد. برای اینکه ارزیابی جامعه بتواند به عنوان روشی در جهت ارتقا و استاندارد کردن امور مربوط به سلامت و رفاه اجتماعی مردم جامعه، مورد استفاده قرار گیرد، پیشنهاد می‌شود که بعنوان یک وظیفه سازمانی در نظام سلامت کشور، نهادهای شده و به طور متناوب و مداوم انجام شود و به مردم، مسئولین سازمان‌های دولتی و غیردولتی و دانشگاهیان در مورد آن اطلاع‌رسانی شود. نیز پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش کارایی و تاثیر فرآیند ارزیابی جامعه، مردم به عنوان محور اصلی این فرآیند، برای انجام مشارکت برانگیخته شوند و فعالیتهایی مانند در جهت افزایش انگیزه و اعتماد افراد جامعه به این امر صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از برنامه ارزیابی جامعه کارآموزی دانشجویان MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد که با مساعدت شبکه بهداشت و درمان جنوب تهران و همراهی مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائیان دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. بدین وسیله از تمامی کارکنان مرکز بهداشت جنوب تهران و مرکز بهداشتی درمانی فرمانفرمائیان به ویژه جناب آقای دکتر حسینی (مدیر مرکز بهداشت جنوب تهران) که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مرتبط با مشکلات را در منطقه شناسایی می‌کند که با مرتفع کردن و حل این عوامل، بسیاری از مشکلات جامعه حل می‌شود که از این طریق می‌توان در راه ارتقای اجتماعی و رسیدن به توسعه پایدار تلاش کرد.

نتیجه گیری

مشکلات به دست آمده از محله آذربایجان، حیطه‌های مختلفی از مشکلات را شامل مشکلات‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، تفریحی، آموزشی، خدمات سلامتی در بر می‌گیرد و محدود به زمینه خاص نیست.

در مجموع با توجه به نتایج مطالعه انجام شده در محله آذربایجان تهران و مطالعات مشابه دیگر می‌توان اذعان داشت که ارزیابی جامعه فرصت لازم برای انجام مشارکت فعالانه را در اختیار اعضای جامعه قرار می‌دهد و همچنین اطلاعات کافی برای انجام تصمیم‌گیرهای درست در اختیار می‌گذارد. که مجموع این عوامل، ارزیابی جامعه را به عنوان روش قابل قبولی برای تعیین مشکلات و انتخاب اولویت‌های جامعه معرفی می‌نماید که به وسیله آن می‌توان اعضای جامعه را توانمندتر ساخته و ظرفیت لازم برای تشخیص، اولویت‌بندی و حل معضلات جامعه را افزایش داد.

پیشنهادهای: این مطالعه در مسیر نیازسنجی جامعه با تکیه بر ارزش‌های پژوهش مشارکتی نشان داد که با مشارکت مردم می‌توان تصویر شفاف‌تری از مشکلات بدست آورد و نهایتاً

جدول ۱- فهرست مشکلات عنوان شده توسط ساکنین محله آذربایجان شهر تهران-۱۳۸۹

بهداشت محیط زندگی	وجود موش و سگ و گربه و لگردد آلودگی هوا (با توجه به موقعیت جغرافیایی واقع شدن در مرکز شهر) عدم نظارت پیمانکاران شهرداری در خصوص نظافت شهری و جمع آوری نامناسب زباله در سطل باز عدم تفکیک زباله و عدم وجود کانکس بازیافت آلودگی جوی آب منطقه آلودگی صوتی ناشی از بازسازی منازل فرسودگی ساختمانها
اجتماعی	عدم سم پاشی درختان پارک اوستا و افزایش حشرات موذی پخش و استفاده از مواد مخدر به صورت آشکارا در مناطقی از محله استعمال دخانیات توسط جوانان و بانوان وجود سرنگ آلوده معتادین در بین درختان مستاجر بودن غالب جمعیت محله و تاثیر فرهنگی آن وجود زنان خیابانی
حقوق شهروندی و خدمات شهری	فقدان بازار روز و میدان تره بار یا کانکس تهیه میوه و سبزی وضعیت نامناسب بهداشتی نانوائیها تاریکی بعضی از معابر عدم رعایت حقوق شهروندی توسط اهالی محل مانند عدم رعایت نظافت و سروصدا شبانه و پارک نمودن وسیله نقلیه در مکانهای ممنوعه
آموزشی و فرهنگی	کمبود پارک و فضای سبز و زمین بازی برای کودکان محله کمبود باشگاه ورزشی دولتی فرسوده بودن ساختمان مدارس هزینه گزاف ثبت نام در برخی مدارس کمبود مدارس مقطع تحصیلی راهنمایی عدم هماهنگی بین مراکز آموزش دهنده (مثلا خانه سلامت و مرکز بهداشت) اطلاع رسانی ضعیف آموزشها در سطح محله کمبود آموزش مهارت کمبود مشاور ماهر در مدارس کمبود امکانات کتابخانه محله، گران بودن هزینه کلاسهای فرهنگی
بهداشت و سلامت	عدم امکان تهیه کامل خدمات آزمایشگاهی در مرکز فرمانفرمائیان برخورد نامناسب پرسنل با توجه به کمبود نیرو در مرکز فرمانفرمائیان کم بودن زمان تهیه خدمت در مرکز فرمانفرمائیان عدم آشنایی مردم با نقش رابطین بهداشتی کاهش انگیزه رابطین کمبود مراکز تخصصی مشاوره تحصیلی و خانواده با هزینه مناسب فقدان مرکز تخصصی شبانه روزی (به خصوص اطفال و قلب) فقدان مراکز رادیولوژی و سونوگرافی عدم تهیه کامل خدمات دندانپزشکی در مرکز فرمانفرمائیان مشکلات بهداشت روان شامل تنهایی سالمندان در منازل و احساس افسردگی آنان، احساس ناشادی و افسردگی به خصوص در زنان

جدول ۲- تهیه ۵ مشکل اصلی محله آذربایجان تهران به ترتیب الویت-۱۳۸۹

معیار انتخاب	فرد شماره ۱	فرد شماره ۲	فرد شماره ۳	فرد شماره ۴	فرد شماره ۵	جمع کل
مشکل	عواقب مشکل	وسعت مشکل	سهولت رفع مشکل	عواقب مشکل	وسعت مشکل	سهولت رفع مشکل
پخش و استفاده از مواد مخدر	۴	۵	۳	۲	۴	۳
کمبود مرکز مشاوره خانواده و تحصیلی با هزینه مناسب	۵	۵	۴	۳	۴	۲
کمبود پارک و فضای سبز و زمین بازی برای کودکان محله	۴	۳	۱	۲	۲	۳
عدم نظارت پیمانکاران شهرداری در خصوص نظافت شهری و جمع آوری نامناسب زباله در سطح باز	۳	۲	۲	۱	۱	۳
عدم تهیه خدمات بهداشت روان در مرکز بهداشتی درمانی محله	۳	۲	۱	۲	۲	۳

References

- Anyanwu, C.N., 1988. The Technique of Participatory Research in Community Development. *Community development journal*. 23(1),pp. 5-11
- Delshad, A., Salari, H., Khajavi, A., Shafaghi, K., Marouzi, P., MohammadPour, A., Mansourian, M., Atarodi, A., Keramati, A. and Ekrami, A., 2004. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab boundaries, *Ofoghe-E-Danesh*. 10(4), pp.15-22 [In Persian].
- Habibzadeh, S., Arshi, S., Abbasgholizadeh, N., Yousefisadat, M. and Alimorad, M., 2005. Presentation and evaluation of community Mobilization Model in Ardebil Social Development and Health Promotion.
- Holakouie Naeini, K. and Karimi, J., 2009. Community Asseement Guide Book for Community Health Professionals, Moghim, Isfahan [In Persian].
- Jahangiri, K., Fatta pour, M., Holakouie Naeini, K., Azin, A., Samavat, T., Nikfar, S. and Shahgholi, A., 2003. Community Assessment for identifying existing problems of region 17 of Tehran, *Social Welfare Quarterly*. 3(9), pp. 133-141. [In Persian].
- Johnson, C.V., Bartgisi, J., Worley, J.A., Hellmen, C.M. and Burkhart, R., 2010. Urban Indian Voices: A Community-Based Participatory Research Health and Needs Assessment, *American Indian Alaska native mental health research*. 17(1), pp.49-70.
- Karimi, j., 2009. Community assessment to establish operational program for health promotion in Isfahan's Shahin Shahr. Msc in epidemiology. School of Public Health and institute of public health research Tehran university of medical science.
- Mohammadi, Y., Javaheri, M., Mounesian, L., Rahmani, K., Holakouie Naeini, K., Madani, A. and Ghasemi, A., 2010. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *Journal of public health and institute of health research*. 8(1), pp.21-30.
- Nelson, D., Rilley, K., Angelon-gaetz, K., Convington, S., Sarah, T. and Smith, G. 2008. *community assessment guide book*, state of North Carolina, The North Carolina Department of Health and Human Services.
- Shamsi meymandi, M., Haghighi, S. and Iranmanesh, F., 2006. determination of effective factors to increase collaboration and participation among people of Baghodrat Jupari community research base, kerman, *Rahavard danesh*. 9, pp.46-53 [In Persian].

اولویت‌های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذی‌نفعان در جمهوری اسلامی ایران

دکتر حسین ملک‌افزلی^۱، فرح‌السادات بحرینی^۲، دکتر فرشید علاءالدینی^۳، دکتر آمنه‌ستاره فروزان^۴

۱- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز توسعه و هماهنگی تحقیقات و فناوری، معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- مؤسسه توسعه و تحقیق پژوهشگران سلامت ۴- گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

دریافت: ۸۵/۵/۲۸ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۱

Title: Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in I.R. Iran

Authors: Malekafzali H, (PhD); Bahreini FS, (MSc); Alaedini F, (MD, PhD); Forouzan AS, (MD.)

Introduction: Nowadays, there is a growing demand for prioritizing research activities based on the subjects associated with health care. In fact, health resources have not increased in developing countries, and despite the increased burden of diseases in these countries, the research budget allocated to dealing with health related issues has not increased in developing countries. Priority setting in health system is a response to the current challenges. For the priority setting process to be collective and participative, involvement of all stakeholders concerned could prove helpful. In the present article, the priorities in health system were set through needs assessment

Methods: This project was formulated by needs assessment and involvement of the interested stakeholders as well as users of the health services with the aim of priority setting in health care system in 7 provinces of the country. A unique guideline was proposed to the executing universities as a preliminary guide. The project was implemented using qualitative and quantitative methods.

Results: Results of the prioritization of the problems in health system indicate that accidents have the highest frequency, with the environment, water and food health ranking second in frequency.

Conclusion: It is the duty of health care system of a country to resolve its health problems. To this end, primarily, problems should be identified. Accordingly, the limitations of the priorities set by the health system must be recognized, and research titles have to be determined for each. The basis of this process is the consensus of the stakeholders concerned on the priority lists.

Keywords: Priority setting, health system, needs assessment, participation.

Hakim Research Journal 2007; 10(1):13- 19

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان آزادی، روبروی پارک اوستا، معاونت تحقیقات و فناوری، طبقه پنجم. تلفن: ۶۶۹۳۶۲۸۶، نمابر: ۶۶۹۳۹۵۰۶
پست الکترونیک: farahbahreini@yahoo.com

چکیده

مقدمه: امروزه درخواست فزاینده‌ای برای اولویت‌بندی پژوهش‌ها بر اساس اهمیت موضوعات مرتبط با سلامت وجود دارد. واقعیت آن است که منابع بهداشتی کشورهای در حال توسعه به میزان کافی پیشرفت نکرده است و علی‌رغم بار زیاد بیماری‌ها در این کشورها، نسبت بودجه‌های اختصاص یافته برای پژوهش در حوزه سلامت که صرف مسایل و مشکلات بهداشتی این کشورها می‌شود، افزایش نیافته است. تعیین اولویت‌های نظام سلامت پاسخی بر چالش موجود است. به‌منظور آن‌که تعیین اولویت‌ها فرایندی فراگیر و مشارکت برانگیز باشد، درگیری و مشارکت تمام ذی‌نفعان می‌تواند به شناسایی نیازهای نظام سلامت کمک کند. در مقاله حاضر با بهره‌گیری از نیازسنجی مشارکتی، اقدام به تعیین اولویت‌های نظام سلامت شده است.

روش کار: این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نظام سلامت در ۷ استان کشور از طریق نیازسنجی و با مشارکت فعال ذی‌نفعان و استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی طراحی و بر اساس دستورالعمل واحدی به دانشگاه‌های مجری پیشنهاد گردید تا به‌عنوان راهنمای اولیه به‌کار گرفته شود. نیازسنجی به دو صورت کمی و کیفی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج اولویت‌بندی مشکلات نظام سلامت بیانگر آن است که حوادث و سوانح از بالاترین فراوانی برخوردار است و بعد از آن بهداشت محیط، آب و غذا قرار دارند.

نتیجه‌گیری: حل مشکلات سلامت جامعه، وظیفه هر نظام بهداشتی- درمانی است. برای این کار نیاز است که ابتدا مشکلات شناسایی شده و سپس با توجه به محدودیت‌های منابع، اولویت‌های نظام سلامت تعیین و برای هر اولویت، عناوین پژوهشی مشخص شود. آن‌چه در این فرآیند اهمیت دارد، توافق تمامی ذی‌نفعان در مورد لیست اولویت‌هاست.

کل‌واژگان: تعیین اولویت‌ها، نظام سلامت، نیازسنجی، مشارکت.

مقدمه

امروزه درخواست فزاینده‌ای برای اولویت‌بندی پژوهش‌ها بر اساس اهمیت موضوعات مرتبط با سلامت وجود دارد (۱ و ۲)؛ زیرا با توجه به منابع اعتباری محدود، مدیریت کارآمد پژوهشی ایجاد می‌کند که منابع و اعتبارات به مسایل و مشکلاتی تخصیص داده شوند که شیوع بیشتری داشته و خسارات و آسیب‌های جدی‌تری را بر سلامت جامعه وارد می‌سازند. اما علی‌رغم چنین انتظاری کمتر از ۱۰٪ از بودجه تمامی پژوهش‌های انجام شده در دنیا به بیماری‌ها و مشکلاتی مربوط می‌شوند که ۹۰٪ بار کلی بیماری‌ها را موجب می‌شوند. مثلاً بیماری‌هایی چون پنومونی، اسهال، سل و مالاریا در مجموع ۲۰٪ بار بیماری‌ها را در جهان دارند ولی کمتر از ۱٪ بودجه اختصاص یافته به پژوهش‌های سلامت را به خود اختصاص داده‌اند (۳). به‌نظر می‌رسد این شکاف در کشورهای جهان سوم عمیق‌تر باشد (۴). بر اساس اعلام معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران نسبت کل اعتبارات اولویت‌های پژوهشی نظام سلامت به کل هزینه‌های تحقیقات سلامت حدود ۱۵٪ است. اختصاص نامناسب منابع و

اعتبارات پژوهشی، خسارات و هزینه‌های متنوع و فراوانی (۳) در حوزه سلامت ایجاد خواهد کرد. نیازسنجی به‌عنوان یک روش منظم برای تشخیص نیازهای حوزه سلامت و همچنین ارایه پیشنهاد برای اقداماتی که بتوانند چنین نیازهایی را مرتفع سازند، در نظر گرفته می‌شود (۵ و ۶).

سنجش نیازهای سلامت از اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ توسط تأمین‌کنندگان مالی حوزه سلامت مورد توجه قرار گرفت و به‌صورت رسمی در کشورهایی مثل انگلیس، سوئد، آمریکا، استرالیا و نیوزیلند انجام گردید (۷). برای سنجش نیازها، رویکردهای مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۵). گرچه رویکردهای مورد استفاده در سنجش نیازها متفاوتند و روش‌های مختلفی در هر رویکرد برای به‌دست‌آوردن اطلاعات ضروری به‌کار گرفته می‌شوند ولی مهم آن است که روش یا روش‌ها به‌طور متناسبی انتخاب گردند. بنابراین می‌توان گفت موضوعات و اهداف متفاوت، رویکردها و روش‌های متفاوتی می‌طلبند و همان‌طوری که رایت^۱ (۸) تأکید داشته است، نیازسنجی مناسب

^۱ Wright

خدمات بهداشتی- درمانی طراحی و اجرا گردیده است. در این پژوهش هدف اصلی، تعیین اولویت‌های نظام سلامت بود. بدیهی است پس از مشخص شدن اولویت‌ها، هر استان، بایستی عناوین پژوهشی را نیز مشخص نماید.

روش کار

معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشور در سال ۱۳۸۰ دستورالعمل اجرایی واحدی تحت‌عنوان «تعیین اولویت‌های منطقه‌ای سلامت از طریق نیازسنجی» را طراحی و به هفت دانشگاه علوم پزشکی کشور (اردبیل، سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد، قزوین، لرستان، همدان و یزد) با توجه به سه شاخص تعهد، علاقمندی و وجود روحیه مشارکت‌طلبانه در مدیران دانشگاه به‌عنوان دانشگاه‌های پایلوت پیشنهاد نمود تا به‌عنوان راهنمای اولیه به کار گرفته شود. این دستورالعمل پس از تغییرات متناسب با ضرورت‌های منطقه‌ای با مشارکت فعال و مؤثر ذی‌نفعان استان اجرا شد.

مطابق این دستورالعمل در ابتدا کمیته راهبردی استان متشکل از هیأت رئیسه دانشگاه، گروه‌های علمی، سایر سازمان‌های مؤثر در سلامت (مانند آموزش و پرورش، تربیت بدنی، صدا و سیما، شهرداری)، نمایندگان مردم (زنان، جوانان، سالمندان) و نمایندگان بخش خصوصی تشکیل گردید. وظیفه کمیته، حمایت سیاسی، فنی و لجستیکی، تبیین اهداف و استراتژی‌های فعالیت‌ها، اجرای برنامه، تعیین لیست نهایی اولویت‌ها، نظارت و ارزشیابی طرح در استان بود. پس از بررسی اطلاعات موجود در دانشگاه و سایر سازمان‌های دولتی، به‌منظور طراحی پرسش‌نامه نیازسنجی کمی، کمیته‌های تخصصی با حضور نمایندگان مردم، گروه‌های علمی، نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد و سازمان‌های دولتی تشکیل و هر کمیته پرسش‌نامه‌ای جهت به‌دست آوردن اطلاعات مورد نیاز طراحی و سپس پرسش‌نامه‌های طراحی شده جهت تبدیل به یک پرسش‌نامه واحد در اختیار کمیته تلفیق که متشکل از نمایندگان کمیته راهبردی و متخصصین بود، قرار گرفت. در نهایت پرسش‌نامه واحدی طراحی و جهت روایی و پایایی آن در نمونه کوچکی از خانوارهای روستایی و شهری به‌صورت پایلوت اجرا گردید. پس از بررسی نتایج پایلوت و اصلاح، پرسش‌نامه توسط پرسشگران آموزش دیده از همه ذی‌نفعان در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی تکمیل و پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر، اطلاعات توسط کمیته‌های تخصصی تجزیه و تحلیل گردید. سپس اطلاعات جهت یکسان‌سازی توسط کمیته تلفیق، مورد

مستلزم ترکیبی از روش‌های پژوهشی کیفی و کمی برای جمع‌آوری داده‌ها و استفاده از اطلاعات موجود می‌باشد.

به‌منظور دستیابی به اهداف بنیادین تعیین اولویت‌های تحقیقاتی از طریق نیازسنجی یعنی هدایت و تخصیص منابع به مهم‌ترین نیازها، تلاش برای برقراری عدالت، توجه به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر و تقویت ارتباط بین پژوهش، عمل و سیاست‌گذاری لازم است فرآیند تعیین نیازها متناسب با شرایط فرهنگی اجتماعی طراحی و اجرا گردد (۹). به‌نظر می‌رسد تعیین اولویت‌های پژوهشی از طریق راهبردهای ENHR^۱ که به‌عنوان یک ابزار مهم برای تصحیح نابرابری در پژوهش‌های سلامت و در راستای دستیابی به مساوات و عدالت در نظر گرفته می‌شود (۱۰)، می‌تواند مشارکت ذی‌نفعان را افزایش داده، منجر به تدوین برنامه‌های پژوهشی پاسخگو و پویا شده و احساس مالکیت را در بین ذی‌نفعان افزایش دهد (۹ و ۱۱). در سالیان گذشته (۱۳۷۲ و ۱۳۷۶) تعیین اولویت‌های پژوهشی علوم پزشکی در سطح ملی انجام شده بود که کاستی‌های فراوان از نظر روش‌شناسی و نحوه استفاده از نتایج وجود داشت و ذی‌نفعان نقشی در تعیین آن نداشتند.

تنوع وضعیت فرهنگی- اجتماعی در کشور از یک سو و وضعیت متفاوت شاخص‌های سلامت نواحی مختلف کشور از سوی دیگر ایجاب می‌نماید که نیازهای حوزه سلامت به‌صورت محلی و منطقه‌ای مورد سنجش قرار گیرند و بر آن اساس اولویت‌های پژوهشی منطقه‌ای تعیین گردند. در این راستا اهمیت دارد که ذی‌نفعان و دریافت‌کنندگان خدمات در فرآیند تعیین اولویت‌ها قرار گیرند؛ چرا که وقتی بین متخصصان و دریافت‌کنندگان خدمات گفتگو و بحث صورت می‌گیرد ناهمگونی‌ها به حداقل می‌رسند (۱۲).

با توجه به آنچه گفته شد حوزه معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور از سال ۱۳۸۰ در راستای حفظ و ارتقای سلامت جامعه و دستیابی به اصل برابری و عدالت اجتماعی، تخصیص مناسب اعتبارات و منابع پژوهشی، افزایش احساس مالکیت و همکاری بین‌بخشی و درون‌بخشی، تعیین اولویت‌های نظام سلامت را با استفاده از راهبردی نیازسنجی مورد تأکید قرار داد (۱۲).

به‌همین منظور، این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نظام سلامت به‌صورت منطقه‌ای در ۷ استان منتخب (سیستان و بلوچستان، قزوین، یزد، لرستان، اردبیل، همدان، کهگیلویه و بویراحمد) و با مشارکت فعال ذی‌نفعان و استفاده‌کنندگان

^۱ Essential National Health Research (ENHR)

مشکل محاسبه شده و مشکلات بر اساس این امتیاز کل رتبه‌بندی شد تا اولویت مشکلات سلامت تعیین شود. در کلیه مراحل اجرایی اولویت‌بندی از نظرات ذی‌نفعان و مشارکت فعال آنان استفاده گردید. به‌منظور یکسان‌سازی روش‌های استفاده شده، دانشگاه‌های پایلوت هر شش‌ماه یک‌بار با برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی تجارب خود را با یکدیگر به مشارکت می‌گذاشتند. در این نشست‌ها نمایندگانی از همه ذی‌نفعان حضور داشتند.

پس از آن‌که اولویت‌های سلامت در هر استان تعیین شد، بر اساس امتیاز کل به‌دست آمده برای هر اولویت، در هر استان ۱۰ اولویت که دارای بالاترین امتیاز بودند، انتخاب گردید (جدول ۱).

بررسی نهایی قرار گرفت. جهت کسب اطلاعات بیشتر، از روش‌های کیفی شامل مصاحبه و بحث‌های گروهی متمرکز با مشارکت همه ذینفعان نیز استفاده شد. سپس کمیته تلفیق از نتایج به‌دست آمده از نیازسنجی کمی و کیفی، مشکلات سلامت را استخراج نموده و اولویت‌بندی نمود. جهت اولویت‌بندی در ابتدا لیست مشکلات سلامت تعیین گردید و سپس معیارهایی مانند بزرگی و فوریت مسأله، هزینه‌بری، پابرجایی و تأثیر نهایی بر سلامت، تعیین و نمره (از صفر تا ده) داده شد. براساس نظر ذی‌نفعان به معیارها نسبت به همدیگر، وزن داده شد، در خصوص هر مشکل در هر معیار امتیاز داده شد و هر امتیاز در وزن معیار ضرب گردید و حاصل این فعالیت در کل برای هر

جدول ۱- ده مشکل سلامت رتبه‌بندی شده توسط تمامی ذی‌نفعان در ۷ استان منتخب

رتبه	همدان	اردبیل	کهگیلویه و بویراحمد	لرستان	قزوین	سیستان و بلوچستان	یزد
۱	حوادث و ترافیک	مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال	بیماری‌های غیرواگیردار و واگیردار با اولویت (بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های روانی، گوارشی، سرطان‌ها)	اعتیاد	بیماری‌های تنفسی	اعتیاد و مصرف مواد	اعتیاد
۲	مشکل تأمین آب سالم و آشامیدنی	حوادث و سوانح	حوادث و سوانح	بیماری‌های قلبی-عروقی	فشارخون	حوادث جاده‌ای	خرابی آسفالت معابر شهر و روستا
۳	اعتیاد و سوءمصرف مواد (سیگار، موادمخدر و غیره)	نارسایی رشد کودکان	حوادث و سوانح	کم‌خونی	حوادث و سوانح	مهاجرت	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماری‌ها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۴	سوء تغذیه	بیماری‌های ایسکمیک قلبی	سوءتغذیه، اختلالات رشد و مشکلات غذایی	سقط جنین	بیماری‌های اعصاب و روان	شیوع و بروز بیماری‌های عفونی	بالا بودن میزان باور عمومی نسبت به مفید بودن مواد مخدر
۵	ایدز و بیماری‌های مقاربتی	آموزش بهداشت (بهداشت فردی، محیط، روان، بیماری ایدز و غیره)	نامناسب بودن خدمات و استانداردهای بهداشت محیط در استان	بهداشت مواد غذایی	بیماری‌های عضلانی-اسکلتی	آب آشامیدنی غیربهداشتی	اشتغال و آینده شغلی جوانان
۶	سکته قلبی و نارسایی قلبی	مصرف نامناسب گروه‌های عمده غذایی	بالا بودن عوارض ناشی از بارداری و زایمان‌های غیرایمن	سوءتغذیه	دیابت	پایین بودن شاخص‌های رفاهی-اجتماعی	شیوع بالای بیماری‌های فشارخون، دیابت، ساییدگی مفاصل و دردکمر، بیماری‌های قلبی-عروقی
۷	بیماری‌های اسهالی در کودکان	فشارخون بالا	اعتیاد، بزهکاری، سرقت و غیره	بیماری‌های اعصاب و روان	مصرف نامنظم مولتی‌ویتامین و قطره آهن	شاخص‌های نامناسب بهداشت باروری	خدمات دندان‌پزشکی
۸	مدیریت بهداشت و درمان و تارضایی مردم از آن	جلب مشارکت مردمی در ارتقای سلامت	رشد بی‌رویه جمعیت	عوارض بارداری	افزایش مصرف تنقلات مضر	سوءتغذیه و مشکلات تغذیه‌ای	نگرانی جامعه از انواع آسیب‌های اجتماعی
۹	بیمه‌های درمانی	اسهال در کودکان	ناکافی بودن خدمات بهداشتی درمانی و اورژانس	بهداشت محیط	اعتقادات نادرست	پایین بودن شاخص‌های بهداشت محیط	کم‌تحرکی جامعه
۱۰	هزینه بالا، نبودن نظام بیمه و همچنین پایین بودن کمیت و کیفیت خدمات دندان‌پزشکی	دیابت نوع ۲	سطح پایین بهداشت فردی	روغن‌های مصرفی	تبلیغات تنقلات مضر در رسانه‌ها	اختلالات خونی (تالاسمی، هموفیلی)	الگوی نامناسب غذایی

به ۴ گروه (با بالاترین فراوانی، فراوانی زیاد، فراوانی متوسط و اولویت‌های با کمترین فراوانی) دسته‌بندی شدند (جدول ۲).

برای تعیین اولویت‌های کشوری، از بین ۱۰ اولویت اول هر استان، بر اساس فراوانی هر موضوع و تعداد تکرار آن، اولویت‌ها

جدول ۲- لیست اولویت‌های نظام سلامت در کشور

بالاترین فراوانی	فراوانی زیاد	فراوانی متوسط	کمترین فراوانی
۱- حوادث و سوانح	۱- اعتیاد و سوء مصرف مواد	۱- بیماری‌های اسهالی در کودکان	۱- بیمه‌های درمانی
۲- بهداشت محیط، آب و غذا	۲- بیماری‌های مقاربتی و ایدز	۲- بیماری‌های گوارشی	۲- ارایه خدمات دندان‌پزشکی
۳- سوء تغذیه	۳- دیابت نوع دوم	۳- سرطان‌ها	۳- رشد بی‌رویه جمعیت
۴- بیماری‌های قلبی - عروقی	۴- بیماری‌های اعصاب و روان	۴- اختلالات خونی	۴- مهاجرت
۵- نارضایتی مردم از نظام ارایه خدمات بهداشتی - درمانی	-	۵- بیماری‌های عضلانی - اسکلتی	۵- سل
۶- عوارض بارداری و زایمان	-	-	۶- مالاریا

بحث

حل مشکلات سلامت جامعه، وظیفه همه نظام‌های بهداشتی - درمانی است. برای این کار نیاز است که ابتدا مشکلات شناسایی شده و سپس با توجه به محدودیت‌های منابع، اولویت‌های کاری مشخص گردد. در دو دهه اخیر بر روی روش‌های مختلفی کار شده است و هر نگرشی رویکرد خاص خود را ارایه نموده است. در ابتدا با توجه به وظیفه محوله، متولیان سلامت هر منطقه با نظر خود و بر اساس تجربه اقدام می‌کردند، اما به تدریج به اهمیت اطلاعات و استفاده از آن برای تعیین نیازها و به خصوص اولویت‌بندی مشکلات پی بردند و رویکردهای اپیدمیولوژیک و شاخص‌هایی که بتوانند نیازها را مشخص نمایند و با دادن وزن به آنان اولویت‌بندی را انجام دهند، رواج یافت. در چند سال اخیر رویکردهای دیگری به این رویکرد اضافه شده است، رویکردهایی که استفاده از اطلاعات را لازم می‌داند اما کافی نمی‌داند. همانطور که مشاهده می‌شود حوادث و سوانح، بهداشت محیط، آب و غذا، بیماری‌های قلبی - عروقی و مسایل مربوط به تغذیه در اکثر استان‌ها به عنوان مشکل سلامت مشخص شده است. در آفریقای جنوبی نیز ۱۰ مشکل دارای اولویت شامل حوادث و سوانح، سل، تغذیه، ایدز، سرطان، بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های ریه، مسایل روحی - روانی، مالاریا و دیابت بودند (۴) که مشابهت فراوانی با نتایج به دست آمده در این تحقیق داشت. در صورتی که هدف اصلی تعیین نیازهای سلامت جامعه را حل آن بدانیم، باید تمامی مراحل حل مشکل را بر اساس هدف اصلی برنامه‌ریزی نماییم. به همین دلیل قدم اول را نیز باید به نحوی برداریم که به این امر کمک نماید. بر این اساس در سالیان اخیر کلمه ذی‌نفعان^۱ بیش از پیش شنیده می‌شود، چرا که ذی‌نفعان تنها در بهره‌مندی از نتایج فعالیت‌ها معنا پیدا

نمی‌کنند، بلکه در استفاده از نتایج و حل مشکل و با این نگرش در اولین اقدام که همان تعیین مشکلات و اولویت‌بندی آن باشد، نیز مشارکت دارند. معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های خود را در چند سال اخیر، آشنایی مدیران پژوهشی و نظام بهداشتی - درمانی کشور با روش‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌های سلامتی و پژوهشی قرار داده است و توجه به رویکرد جدید مشارکت ذی‌نفعان و به خصوص جامعه را در این مسأله مورد تأکید قرار داده است. به عنوان اولین تجربه در کشور باید نکاتی را جهت استفاده از این تجربیات به عنوان الگو مورد توجه قرار داد:

مشارکت جامعه: سود نهایی در این فعالیت‌ها به جامعه می‌رسد، پس جامعه باید به طور فعال در آن مشارکت داشته باشد. همان‌طور که در بررسی متون اولیه آمده است، مزایای متعددی مانند آگاهی از فعالیت‌های انجام شده در راستای حل مشکلات، افزایش اعتبار نتایج نیازسنجی و اولویت‌بندی، دریافت کمک‌های مردمی در راستای حل مشکلات تعیین شده، ایجاد حس همکاری در جامعه در راستای انجام این فعالیت به دست می‌آید. به غیر از این مسایل می‌توان امید داشت با حضور نیروهای مردمی و پیگیری آنان در رسیدن به اهداف به عنوان ناظری خارج از نظام بهداشت و درمان، مسئولین با توان و دقت بیشتری به انجام امور بپردازند.

مشارکت ذی‌نفعان: گرچه این فعالیت‌ها توسط مسئولین سلامت منطقه و برای حل مشکلات سلامت جامعه انجام می‌شود اما این دو گروه تنها ذی‌نفعان این فعالیت‌ها نیستند، نهادها و سازمان‌های دیگری که به نوعی در زمینه سلامت

^۱ Stakeholders

درگیر هستند، مسؤولین سیاسی منطقه، سازمان‌های مردم‌نهاد^۱، محققین، اساتید دانشگاه‌ها همگی به‌نوعی از نتایج این فعالیت‌ها می‌توانند استفاده نمایند و همچنین با مشارکت خود موجب افزایش بهره‌وری این فعالیت شوند.

اهمیت اطلاعات: بسیاری از افراد هنگامی که استفاده از روش‌های کیفی مانند روش بحث متمرکز^۲، استفاده از نظرات خبرگان، دلفی و سایر روش‌ها مطرح می‌شود، گمان می‌برند که احتیاجی به اطلاعات کمی وجود ندارد، اما تا آنجا که ممکن است باید نظرات در این روش‌ها بر اساس شواهد و اطلاعات باشد. در این فعالیت‌ها باید همواره در نظر داشت که اطلاعات مختلف چه از روش کمی یا کیفی با بهترین و به صرفه‌ترین روش‌ها جمع‌آوری شود و در اختیار گروه‌های کاری قرار گیرد. در برخی مواقع گروه‌ها در هنگام کار به اهمیت اطلاعات و نیازی که به آن دارند آگاه می‌شوند و این جمله معروف بسیاری از کتب نیازسنجی و تعیین اولویت است که حداقل فایده این فعالیت‌ها، آگاهی شرکت‌کنندگان به اهمیت اطلاعات است که امید است در آینده با طراحی نظام مناسبی به‌طور منظم جمع‌آوری شود.

استفاده از روش‌های مختلف کمی و کیفی و طراحی برای هر منطقه: یکی از مهم‌ترین نکات در زمینه اجرایی طرح‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها آن است که گرچه چارچوب کلی روش‌ها مشخص است اما جزئیات اجرایی و چگونگی استفاده از روش‌های کمی و کیفی باید با توجه به شرایط هر منطقه تعیین شده و به‌کار گرفته شود. استفاده از یک نوع روش (کمی یا کیفی) به تنهایی راهگشا نخواهد بود و با توجه به جوامع هدف، پراکندگی و نوع اطلاعات مورد نیاز باید از روش مناسب و به‌صرفه استفاده شود.

تصحیح سیر و روش‌شناسی با تکرار فعالیت: هر بار انجام این فعالیت‌ها موجب می‌شود تا تجربه‌ای جدید به‌دست آید و با استفاده از بازخوردهای لازم در دفعات بعدی با دقت و سرعت بیشتری این فعالیت انجام شود. در دفعات اول نباید نگران برخی اشتباهات بود و به‌خاطر برخی ضعف‌ها کل فعالیت را زیر سؤال برد. اولین بار انجام فعالیت باید به‌عنوان شروع فرآیند و استقرار این نظام در کل نظام تصمیم‌گیری سلامت مورد توجه قرار گیرد.

بازخورد: گرچه این فعالیت، فعالیتی مهم است اما با توجه به انرژی زیادی که هر کدام از ذی‌نفعان در سیر اجرای آن صرف می‌کنند و اطلاع‌رسانی که در جامعه انجام می‌شود اگر بازخورد

مناسبی به هر یک از ذی‌نفعان داده نشود، استقرار این فعالیت دچار مشکل خواهد شد و استفاده مناسب از آن نمی‌شود. هر کدام از ذی‌نفعان باید در ادامه فعالیت در جریان استفاده از این فعالیت در جهت حل مشکلات سلامت منطقه قرار گیرند، حتی می‌توان خبرنامه‌ای با تواتر ۳ ماهه منتشر کرد و برای کلیه ذی‌نفعان و جامعه ارسال نمود.

تعیین عناوین پژوهشی به‌جای حیطه‌های پژوهشی: اشتباه مکرری که در زمینه فعالیت نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها رخ می‌دهد، تعیین حیطه‌های وسیع به‌جای عناوین پژوهشی است. در این فرآیند عناوین پژوهشی دارای اولویت باید مشخص شوند و برای آنها بودجه مناسب تأمین شود. گرچه این قسمت فعالیت کار مشکلی است اما بدون انجام آن، بهره‌وری مناسب را نخواهد داشت.

رسیدن به توافق اصل است: آن‌چه در این فرآیند، اصل محسوب می‌شود و باید نگران آن بود، توافق کلیه ذی‌نفعان در مورد لیست اولویت‌هاست. در برخی موارد افراد فنی بحث‌هایی را در خصوص روایی^۳ و پایایی^۴ مطرح می‌سازند، که در مرحله بعد باید به آن توجه نمود. هرگونه تغییر افراد حاضر و اطلاعات موجود شاید نتایج را تغییر دهد اما فعالیت برای تهیه لیست مورد توافق کلیه ذی‌نفعان انجام می‌شود و نه یک کار علمی صرف.

نتیجه‌گیری

با توجه به تجربیات ارایه شده در این مقاله پیشنهاد می‌گردد، با توجه به‌وسعت منطقه و مشکلات، نیازسنجی و تعیین اولویت‌های سلامت در دوره‌های ۲ تا ۳ ساله تکرار شود. امید است دانشگاه‌های دیگری که در این زمینه فعالیت خود را آغاز می‌نمایند، بتوانند روش مناسب‌تری را اتخاذ نموده و راه را با آسودگی بیشتری به پایان برند.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه‌های اردبیل، سیستان و بلوچستان، کهکیلویه و بویراحمد، قزوین، لرستان، همدان و یزد جهت اجرای این پروژه و همچنین از گروه‌های علمی، سایر سازمان‌ها (مانند آموزش و پرورش، تربیت بدنی، صدا و سیما، شهرداری و غیره)، نمایندگان مردم (زنان، جوانان، سالمندان) و نمایندگان بخش خصوصی استان‌های فوق‌الذکر، تشکر و قدردانی می‌شود.

^۳ Validity

^۴ Reliability

^۱ Non Governmental Organisations (NGOs)

^۲ FGD

References

- 1- Gross CP, Anderson GF, Powe NR. The relation between funding by the national institutes of health and burden of disease. *Nengl Med* 1999; 340: 1881- 1887.
- 2- Murray CYL, Lopez AD. Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank;1996.
- 3- Labonte R, Spiegel J. Setting global health priorities for funding Canadian researchers: A discussion paper prepared for the Institute on Population and Public Health. Saskatchewan: SPHERU; 2001.
- 4- Global Forum for Health Research. The 10/90 gap in health research financing. Geneva: World Health Organization; 2003: 48- 54.
- 5- Powell J. Health need assessment: A systematic approach to assessing population needs for healthcare. National Electronic Library for Health; 2003.
- 6- Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2000. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 7- Stevens A, Raftery J, Mant J. An introduction to HCNA: The epidemiological approach to health care needs assessment: In: Stevens A, Raftery I, Mant J. *Health care needs assessment, the epidemiologically based needs assessment reviews*. 2nd ed., vol 1. Oxford: Radcliffe Publishing; 2004. Available at: radcliff-oxford.com (accessed December 1, 2006)
- 8- Wright J. Assessing Health needs. In: Pencheon D, et al.(eds). *The oxford handbook of public health practice*. Oxford: University Press; 2001.
- ۹- جاویدروزی. م، باقری‌نژاد س، حسین‌پور ار (مترجم). پژوهش در ضرورت‌های ملی و تعیین اولویت‌ها. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۱.
- 10- Lansang MA. Research priority setting using ENHR strategies. Paper presented at forum 3 Global Forum for Health Research. 1999.
- 11- Labonte R, Spiegel J. Setting global health research priorities. *Br Med J* 2003; 326: 722-733.
- 12- Grant- Pearce C, Miles I, Hills P. Mismatches in priorities for health research between professionals and consumers. Manchester: Policy Research in Engineering Science and Technology, University of Manchester; 1998.

جدول گروه اسمی برای اولویت بندی مشکلات و مسائل (الف)

(معیار امتیاز دهی بین ۷-۱ در نظر گرفته شده است)

رتبه	جمع امتیاز					اعضاء گروه مشکلات و مسائل
						۱-
						۲-
						۳-
						۴-
						۵-
						۶-
						۷-

ماتریس تصمیم گیری (ب)

مشکلات و مسائل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	جمع امتیازات
۱-								
۲-								
۳-								
۴-								
۵-								
۶-								
۷-								
شماره مشکلات و مسائل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	
جمع ستون پر افقی								
جمع ستون خالی عمودی								
جمع کل امتیاز								

ماتریکس انتخاب (ج)

(معیار امتیاز دهی از ۱ تا ۶)

معیارهای انتخاب مشکلات و مسائل	سهولت اجرا	هزینه بری	زمان بری	اثر بخشی بالا	کارایی بالا	مقبولیت	اقتصادی بودن	انطباق با سیاستها	جمع امتیاز
۱-									
۲-									
۳-									
۴-									
۵-									
۶-									
۷-									

جدول انتخاب نهایی (د)

مشکلات و مسائل	امتیاز از ماتریکس انتخاب	امتیاز از ماتریکس تصمیم گیری	حاصل ضرب امتیازها	رتبه نهایی
۱-				
۲-				
۳-				
۴-				
۵-				
۶-				
۷-				