

تعیین اولویت های پژوهشی حوزه سلامت در استان اردبیل: به عنوان یک تجربه

دکتر علی مجید پور^۱، دکتر حسن عدالتخواه^۲، دکتر سید هاشم سزاوار^۳، نیره امینی ثانی^۴، دکتر مسعود شعبانی^۵، علی نعمتی^۶، ناطق عباسقلی زاده^۷، دکتر مهرداد میرزاجیمی^۸، دکتر شهنام عرشی^۹، دکتر داریوش سوادی اسکویی^{۱۰}، دکتر همایون صادقی^{۱۱}، دکتر سید مرتضی شمشیرگران^{۱۲}، دکتر شهرام حبیب زاده^{۱۳}، دکتر پرویز مولوی^{۱۴}، دکتر ایرج پورفرزان^{۱۵}، دکتر سعید محمدی^{۱۶}، دکتر عباس یزدانید^{۱۷}، دکتر فرهاد صالح زاده^{۱۸}، دکتر گیتی رحیمی^{۱۹}، دکتر خلیل رستمی^{۲۰}، دکتر اکبر پیرزاده^{۲۱}، فیروز امانی^{۲۲}، دکتر سعید صادقیه^{۲۳}، محرم یوسفی سادات^{۲۴}، حکمت محمدی^{۲۵}، رئوف عیسی زاده^{۲۶}، رضا حامدی^{۲۷}، شفیع شفیع^{۲۸}، رقیه درخشنده^{۲۹}، شهرزاد ایدانی^{۳۰}، دکتر علیرضا آقاجانی^{۳۱}، دکتر مینایه خدامرادزاده^{۳۲}، دکتر مسعود بابایی^{۳۳}، دکتر منصور حاج جباری^{۳۴}، سعید بشرخواه^{۳۵}، دکتر بابک نیرومند^{۳۶}، فرشته عبدالله زاده^{۳۷}، علی حق مقدم^{۳۸}، دکتر منصور باقری^{۳۹}

چکیده

زمینه و هدف: ارتقای سلامت به عنوان یک اولویت اساسی در سیاست ها و برنامه های بین المللی، ملی، منطقه ای و محلی قرار گرفته است. حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه منوط به داشتن اطلاعات از ضرورت ها و اولویت های آینده است لذا تعیین اولویت های بهداشتی و تدوین سیاست ها و برنامه های بهداشت عمومی از جمله اقدامات مهم کشور ها و سازمان های ذیربط است. به نظر می رسد بازنگری اساسی در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی بر اساس معیارهای ارتقای سلامت به منظور افزایش تاثیرات برنامه های مداخله ای بهداشتی، ترویج کیفیت خدمات بهداشتی و بهبود فعالیت های بهداشت عمومی لازم و ضروری است.

روش کار: این پروژه از بهمن ماه سال ۱۳۸۰ آغاز گردید و در ابتدا با سازماندهی دقیق چارت تشکیلاتی آن تعریف گردید. این پروژه دو محور اصلی شامل تحلیل وضعیت موجود سلامت و اولویت بندی را دنبال نمود، که تحلیل وضعیت موجود از سه طریق بررسی مطالعات انجام یافته قبلی، پژوهش های کیفی و عملیات میدانی صورت گرفت و در آن با ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی در خصوص ابعاد مختلف سلامت اعم از ویژگی های جمعیتی، تغذیه، عوامل خطر، رفتارهای درمانی و غیره مصاحبه به عمل آمد. از افراد بالای ۱۵ سال ۲۰۰ خانوار نمونه خون جهت اندازه گیری پارامترهایی نظیر هموگلوبین، هماتوکریت، قند و لیپیدها اخذ گردید. قد، وزن و فشار خون تمام افراد بالای ۱۵ سال و قد، وزن و دور بازو برای کودکان کمتر از ۶ سال اندازه گیری شد. پس از جمع آوری اطلاعات و جمع بندی آنها بر اساس معیار علمی امتیازدهی شد و در نهایت فهرست اولویت های پژوهشی دانشگاه در حوزه سلامت تعیین گردید. تمام مراحل از مشارکت مردم و سایر سازمان ها استفاده گردید.

یافته ها: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که در استان اردبیل اولویت های پژوهشی عبارتند از مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، سوانح و حوادث و ... که در مجموع ۳۴ اولویت مهم در ابعاد مختلف سلامت تعیین گردید. **نتیجه گیری:** با توجه به تجربه عظیم تعیین اولویت های پژوهشی از طریق نیازسنجی که برای اولین بار بدین شیوه و با مشارکت وسیع مردم و سایر سازمان ها صورت گرفت و نیازهای واقعی سلامت مردم مشخص گردید. به نظر می رسد که این کار باید هر چند سال یکبار صورت گیرد و به سایر بخش ها تسری یابد، تا از اتلاف هزینه، زمان و نیروی انسانی جلوگیری شده و تحقیقات به سمت نیازهای واقعی و انجام مداخلات لازم جهت ارتقای سلامت مردم باشد.

واژه های کلیدی: سلامت، نیاز سنجی، اولویت پژوهشی

۲ تا ۲۳ - اعضای هیات علمی و پزشکان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲۴ تا ۳۹ - نمایندگان سایر سازمان های دخیل در پروژه

۱- دانشیار عفونی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۴- مؤلف مسئول: مربی اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

با توجه به تعریف سلامت از طرف WHO^۱، ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می باشد [۱]. عوامل تاثیر گذار بر سلامت شامل عوامل فردی، شرایط محیطی، اجتماعی، اقتصادی، خدمات بهداشتی- درمانی و کیفیت و نحوه ارایه آنها، شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی افراد جامعه است. با عنایت به این امر که تامین سلامت مردم از محورهای عمده عدالت و توسعه جوامع در تمامی ابعاد اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و انسانی به شمار می رود، نقش مستقیم دولت ها در تامین و ارتقای آن به وضوح مشهود است.

ارایه صحیح و کامل خدمات بهداشتی - درمانی با کیفیت مطلوب توسط دولت به تمامی آحاد جامعه از جمله اقدامات مؤثری است که می تواند در ارتقای سلامت جامعه نقش بسزایی داشته باشد، لذا ضروری است که تلاشی مستمر، منسجم و مدون برای جلب مشارکت مؤثر سازمان های دولتی و غیر دولتی به منظور طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت آغاز گردد. جمع آوری و تحلیل اطلاعات درست و بهنگام جهت دستیابی به شاخص هایی که معرف سلامت یک جامعه است، امری ضروری است [۲]. تاکنون اطلاعات فراوانی در قالب پروژه های ملی در حیطه سلامت حاصل آمده است. این طرح ها که با صرف هزینه، زمان و نیروی انسانی زیادی به انجام رسیده است به ثبت اطلاعاتی چون وضعیت سلامت کودکان، جوانان، مادران و خانوارها، شناخت نیازهای بهداشتی، ارزیابی توان و امکانات جامعه، وضعیت سواد، تولید علم و تکنولوژی و شناخت معیارهای یاد شده به تفکیک استان های کشور و مناطق شهری و روستایی

پرداخته اند تا روند تحول و ارتقای سلامت و توانمندی های مرتبط با آن در سطح کشور ارزیابی و نمادی از حرکت و پیشرفت جامعه با تئنگاهای پیش رو را ارایه دهند. عمده این پروژه ها در سال های اخیر عبارتند از:

۱- RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey): که در سال ۱۳۷۵ به بررسی مرگ تمام زنان و دختران ۱۰ تا ۵۰ ساله به منظور بررسی مرگ بعلت عوارض بارداری و زایمان پرداخته است [۳].

۲- MICS (Multiple Indicators Cluster Survey): که با بررسی ۲۰۰۰ خانوار در هر استان در سال ۱۳۷۶ به بررسی شاخص های چندگانه وضعیت سلامت زنان و کودکان پرداخته است [۴].

۳- OHSCI (Oral Health Situation of Iranian Children): در سال ۱۳۷۷ به بررسی کودکان ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ساله پرداخته است [۵].

۴- ANIS (Anthropometry Nutrition Indicators Survey): در سال ۱۳۷۷ به بررسی شاخص های تن سنجی و تغذیه کودکان صفر تا ۷۱ ماهه پرداخته که در مجموع ۳۴۲۰۰ کودک زیر شش سال مورد بررسی قرار گرفتند [۶].

۵- بررسی سلامت و بیماری که در سال ۱۳۷۸ با بررسی ۸۷۷۶ خانوار شهری و ۴۷۱۹ خانوار روستایی در کشور، به بررسی شاخص های بهداشتی و بیماریهای افراد با تکیه بر معاینه و نمونه های آزمایشگاهی پرداخت [۷].

۶- DHS (Demographic and Health Survey): که در سال ۱۳۷۹ با بررسی ۴۰۰۰ خانوار در هر استان شاخص های جمعیتی و سلامت افراد را ارزیابی نمود [۸].

در کنار این پروژه ها نظام مراقبت از بیمارها که مبنی بر گزارش دهی برخی بیماری های واگیر چون فلج اطفال، سرخک، کزاز نوزادان، وبا، ایدز، مالاریا و ... می باشد، که گزارش برخی از آنها اجباری بوده و

1- World Health Organization

اطلاعات مربوط به این بیماریها را بصورت گزارش دهی اجباری، تلفنی و ماهانه ثبت می نماید.

اطلاعات حاصله از زیج حیاتی خانه های بهداشتی روستاهای کشور نیز اطلاعات ارزشمندی را در مورد وقایع حیاتی چون تولد، مرگ و مشخصات دیگر ارایه می دهد.

اطلاعات حاصل از این پروژه ها و نظام مراقبت از بیماریها و نیز زیج حیاتی جمع بندی شده و نتایج آن برای هر استان بصورت کتاب سیمای سلامت منتشر شده که در این مجموعه وضعیت سلامت هر استان در مقایسه با شاخص های کشوری مقایسه و رتبه بندی شده است [۹].

در واقع یکی از اهداف مهم این پروژه ها کمک به شناخت وضعیت موجود هر استان و رتبه بندی آنها بوده تا مدیران اجرایی را به رقابتی سالم در جهت استفاده از این اطلاعات برای اولویت بندی در برنامه ها و رفع نابرابری ها و عقب ماندگی ها سوق دهد.

نکته قابل توجه در این راستا آن است که این پروژه ها با برنامه ای معین و برای ثبت اطلاعاتی که از قبل طراحی شده، سازماندهی شده و هیچکدام متناسب با نیاز واقعی مردم منطقه در حیطه سلامت به جمع آوری اطلاعات نپرداخته اند، در واقع مردم بعنوان ذی نفعان حقیقی دستاوردهای این پروژه ها، خود در تعیین آنچه که نیازهای بهداشتی و سلامتی آنهاست دخالتی نداشته اند. از طرف دیگر، مادامی که اولویت های بهداشتی به طور واضح و بطور علمی مشخص نگردند، بی شک هر تلاش، برنامه ریزی و سیاست گذاری در جهت نیازهای واقعی سلامت مردم نخواهد بود و منجر به هدر رفتن هزینه ها و منابع انسانی بیشمار می گردد. از طرفی نیز باید قدرت تصمیم گیری صحیح برای سلامت فردی و اجتماعی را در تمامی افراد جامعه ایجاد نمود چرا که تا زمانی که مردم نتوانند عوامل مؤثر بر سلامت خود را شناسایی و کنترل نمایند، تامین و ارتقای سلامت به

مفهوم کلی آن دست نیافتنی است. در این میان از نقش شیوه زندگی افراد و مسایلی چون فرهنگ، سنت ها، باورها، نگرش ها، ارزش ها و نوع درک مردم از مفهوم بهداشت که بر تحقق یا عدم تحقق سلامتی کامل جامعه مؤثر است، نیز نباید غافل شد.

با توجه به اینکه ایران از تنوع جغرافیایی و فرهنگی برخوردار است و بی شک نگرش ها، باورها و شیوه زندگی مردم آن با هم متفاوت است بنابراین شناخت و آگاهی از مسایل مرتبط با سلامت جهت تعیین اولویت های منطقه ای ضروری به نظر می رسد تا ارایه خدمات بهداشتی و درمانی با جهت گیری صحیح خدمات و برنامه ریزی ها به سمت اولویت ها و نیازهای واقعی مردم منطقه باشد.

دلایل زیر جهت انجام این طرح مطرح گردید:

۱- نداشتن اطلاعات صحیح، جامع و کافی از سلامت و اجزای مرتبط با آن به منظور اقدامات صحیح و هدفدار بهداشتی در جهت ارتقای سلامت.

۲- تحولات متعدد سلامتی در طول قرن بیستم (Health Transition): خصوصاً گذر جمعیتی و اپیدمیولوژیک حایز اهمیت است که گذر اپیدمیولوژیک باعث کاهش ابتلا و میرایی ناشی از بیماری های عفونی به دلیل شناخت عوامل آن، واکسن ها، آنتی بیوتیک ها، بهسازی محیط، بهبود تغذیه و ... شده است، ولی در عوض بیماری های قلبی - عروقی، سرطان ها و حوادث مهمترین علل ابتلا در اکثر جوامع گشته است که این امر نیاز به نیروی انسانی ماهرتر، شیوه های مراقبتی جدید و نظام مراقبتی مناسب وضعیت حال و آینده را مشخص می کند [۱۰].

۳- تا کنون به دلیل بالا بودن میزان مرگ و میر، شیوع بیماری ها و مشکلات زیادی که به دلیل توسعه نیافتگی در مناطق روستایی بوده، توجه مسئولین به گسترش و استقرار خدمات اولیه بهداشتی در غالب مراکز درمانی و خانه های بهداشتی در روستا معطوف بوده است و

ارتباط، انسجام و هماهنگی مطلوب بین سطح اول ارایه خدمات و سطوح بالاتر وجود ندارد [۱۱ و ۱۲].

۴- بدلیل تنوع خدمات تخصصی و حضور فعال بخش خصوصی در ارایه خدمات درمانی، در شهرها آگاهی دقیق از الگوی بیماری ها، عوامل خطر و مسایل مرتبط با جامعه شهری به دلیل عدم پایش و مراقبت دقیق وجود ندارد [۱۱ و ۱۲].

۵- مطالعات قبلی که در سالهای اخیر انجام شده علی رغم اطلاعات ذی قیمتی که در بر داشته متأسفانه به دلایل حجم کم نمونه یا معطوف بودن به قسمت خاصی از حیطه سلامت و سایر دلایل قادر به پاسخگویی کامل نیازهای مرتبط با سلامت نیست [۷-۳].

۶- تا کنون مطالعه جامعی که بطور همزمان، وضعیت سلامت جامعه در سطوح عمومی، تخصصی و بار مراجعه واقعی در بخش های مختلف و شیوع بیماری ها و عوامل خطر را مشخص کند، در منطقه انجام نشده است و به همین دلیل نمی توان از میزان نیاز به خدمات و به تبع آن نیاز به تربیت نیروی انسانی درعلوم پزشکی و نیز مداخلات مناسب و متناسب بانيازها برآورد دقیقی نمود.

۷- بار مراجعه سالانه به پزشک از حد مطلوب بالاتر است و همچنین میزان مصرف اقلام مختلف دارو ها نیز چند برابر مصرف متعارف یا مطلوب برآورد شده است که یکی از علل عدم کارایی نظام بهداشتی و سازمان های بیمه به شمار می رود و نیاز مند بررسی بیشتر و یافتن راه حل های مناسب است [۱۳].

۸- پروژه های تحقیقاتی و پایان نامه های دانشجویی و طرح های تحقیقاتی سایر سازمان های مرتبط با سلامت که با زحمت فراوان، صرف وقت و نیروی انسانی و هزینه زیاد صورت می گیرد در راستای اولویت های واقعی و نیازهای اساسی نیست و در نتیجه نتایج حاصل از آنها کمتر کاربردی می گردد.

این دلایل ضرورت انجام این طرح را پشتیبانی می کند که در راستای دستورالعمل وزارتی، مبنی بر اینکه «تعیین اولویت های منطقه ای به عنوان یکی از راهکارهای مناسب جهت انجام تحقیقات مداخله ای به منظور بهبود مستمر کیفیت خدمات انتخاب گردیده و اجرای این برنامه موجب تقویت همکاری های بین بخشی، مشارکت جامعه و حضور بخش خصوصی در فرآیند مدیریت بخش بهداشت و درمان خواهد شد» دانشگاه علوم پزشکی اردبیل پروژه ای را با همین عنوان در سال ۱۳۸۱ طراحی نمود. تا ضمن ترسیم وضعیت موجود سلامتی در جامعه شهری و روستایی اردبیل، اولویت های پژوهشی در حیطه سلامت را تعیین تا براساس آن برنامه ریزی و راهکارهای مداخله ای ارایه گردد و پروژه های تحقیقاتی بعدی در جهت ارتقای سلامت مردم صورت گیرد.

مواد و روش ها

دستور العمل وزارتی جهت انجام این پروژه در بهمن ماه ۱۳۸۰ توسط دانشگاه علوم پزشکی اردبیل دریافت شد و نظر به اهمیت و وسعت موضوع و با در نظر گرفتن الگوی اولیه مطرح شده در دستور العمل، جهت پیشبرد صحیح پروژه به سازماندهی ویژه ای نیاز بود که در این راستا اقدامات ذیل صورت گرفت:

۱- **کمیته راهبردی:** این گروه متشکل از ریاست دانشگاه و معاونین آن، یک نفر نماینده از گروه های مختلف بالینی، بهداشت و علوم پایه، یک نفر نماینده از سایر سازمانهای دولتی نظیر استانداری، شهرداری، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، صدا و سیما، بهداشتی، نظام پزشکی، بیمه خدمات درمانی، بیمه تامین اجتماعی، سازمان زندان ها، جمعیت هلال احمر، سازمان انتقال خون، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، مجامع امور صنفی، انجمن دیابت و یک نفر نماینده از تشکل های

مختلف مردمی که جمعاً ۳۳ نفر بودند هدایت پروژه را از ابتدا تا انتها فعالانه به عهده داشتند. فعالیت هایی شامل تشکیل جلسات و کارگاه های توجیهی پروژه، تشکیل کمیته های جانبی (کمیته های تلفیق، اجرایی، پردازش و نظارت) و تعیین شرح وظایف آنها، تشکیل گروه های تخصصی (بهداشت، بالینی، درمان و دارو، تغذیه، جمعیت و محیط، آموزش، اپیدمیولوژی، پژوهشهای کیفی و بررسی مطالعات موجود) و تعیین شرح وظایف آنها، شرکت در تدوین و اصلاح پرسشنامه نهایی جهت عملیات میدانی، مراحل اولویت بندی پروژه و جمع بندی آن و بحث و تبادل نظر پیرامون گزارش همایش های نیازسنجی و مباحث ارایه شده در هر همایش جهت ارتقای کیفی پروژه را به انجام رساندند.

۲- تشکیل کمیته تلفیق: این گروه که متشکل از ریاست دانشگاه و رؤسای گروه های تخصصی بود به عنوان هسته مرکزی پروژه جهت هماهنگی و برقراری انسجام عملکرد گروه های تخصصی به منظور رسیدن به اهداف پروژه قلمداد می شد، تدوین پروپوزال پروژه، بررسی اولیه سوالات رسیده از گروه ها از نظر کمی و کیفی، بررسی گزارش کار گروه پژوهش های کیفی و مطالعات موجود، بحث و تبادل نظر پیرامون اولویت های واصله از گروه های تخصصی و ارایه اولویت های نهایی، جمع بندی و اعمال نظرات کمیته راهبردی در تدوین سوالات، اولویت ها و گزارش نهایی پروژه، مدیریت مالی و پشتیبانی پروژه از جمله فعالیت های این کمیته بود.

۳- تشکیل کمیته اجرایی: این گروه با هدف تسهیل اجرای پروژه در مراحل مختلف آن تشکیل گردید و عمده ترین فعالیت آن برنامه ریزی و هدایت مرحله عملیات میدانی پروژه بود (در این عملیات ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی از کل استان مورد پرسشگری قرار گرفتند). همچنین کمیته فرعی تبلیغات

(از طریق صدا و سیما و نشریات محلی) زیر نظر این کمیته فعالیت داشت.

۴- تشکیل کمیته نظارت و بازرینی: این کمیته با هدف نظارت بر روند اجرای کل پروژه و خصوصاً مرحله عملیات میدانی و اپراتوری داده ها تشکیل گردید، اعضای این کمیته متشکل از یک نفر عضو هیأت علمی، کارشناس پژوهشی، نماینده شهرداری، نماینده سازمان های غیردولتی و دو نفر از اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی بودند.

۵- تشکیل کمیته پردازش: تهیه راهنمای کدگذاری، اپراتوری، اصلاح و بازرینی مجدد داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها و نیز آماده سازی گزارش نهایی نتایج به صورت یک کتاب جزو فعالیت های این کمیته بود. اعضای این کمیته شامل مدیریت پژوهشی، دو نفر اپیدمیولوژیست، یک آمارگر و یک نفر با تحصیلات MPH بودند.

۶- تشکیل گروه های تخصصی: این گروه ها متشکل از اعضای هیأت علمی، کارشناسان داخل و خارج دانشگاه و نیروهای مردمی بود. فعالیتهای این گروه شامل تهیه پرسشنامه در حیطه مورد نظر، آموزش پرسشگران، تدوین اولویت ها، عناوین پژوهشی و گزارش نهایی با برگزاری جلسات منظم و ارایه آن به کمیته تلفیق، همکاری مستمر و هماهنگ با کمیته تلفیق و اجرایی بود.

۷- بررسی مطالعات موجود: این گروه که در واقع یکی از گروه های تخصصی پروژه به حساب می آمد فعالیت های بررسی نتایج طرح های ملی نظیر سلامت و بیماری، DHS و ...، بررسی آمار نامه دانشگاه، اطلاعات بیمارستانی، نتایج طرح های دانشگاهی، بررسی پایان نامه های دانشجویی، جمع بندی تمام اطلاعات موجود و ارایه گزارش به کمیته تلفیق را به انجام رساند. مباحث تعیین شده توسط این گروه در طراحی پرسشنامه نهایی پروژه و اولویت بندی مد نظر قرار گرفت.

۸- **پژوهش های کیفی:** این گروه نیز یکی از گروه های تخصصی پروژه بود که به تامین نیازهای بهداشتی، درمانی و رفتارهای پرخطر در جامعه به شیوه کیفی پرداخت. اطلاعات حاصل از کار این گروه نیز در طراحی پرسشنامه نهایی و بعضاً در بخش اولویت بندی مد نظر قرار گرفت.

جهت نیل به هدف کلی پروژه یعنی تعیین اولویت های منطقه ای از طریق نیاز سنجی دو محور اصلی شامل تحلیل وضعیت موجود و اولویت بندی مد نظر قرار گرفت.

۱- تحلیل وضعیت موجود

برای تحلیل وضعیت موجود سلامت در استان اردبیل به سه طریق زیر اقدام شد:

الف- بررسی مطالعات موجود: تیمی متشکل از دانشجویان داوطلب کمیته تحقیقات دانشجویی و به سرپرستی یک نفر کارشناس ارشد اپیدمیولوژی کلیه اطلاعات جاری و موجود استان را در حیطه های آمار بیمارستانی، اطلاعات مربوط به شاخص های بهداشتی، طرح های تحقیقاتی ملی و منطقه ای و پایان نامه ها بررسی نموده و اطلاعات مربوط به سلامت و مشکلات در این خصوص را ارایه نمودند. پس از جمع بندی چنانچه مواردی در این اطلاعات وجود داشت که جمع آوری اطلاعات در خصوص آن تکراری به نظر می رسید از مرحله عملیات میدانی پروژه حذف و در مرحله اولویت بندی مد نظر قرار گرفت. لازم به ذکر است تنها در برخی از مسایل بهداشتی که باتوجه به مطالعات قبلی وضعیت آنها نامطلوب و بسیار نامطلوب بود بعنوان یک اولویت وارد بخش اولویت بندی گردید. برخی عناوینی که قبلاً مطالعه شده و نتایج آن مورد تایید بوده است، نیز در بررسی سطح خانوار کنار گذاشته شد. نتایج پایان نامه ها و طرح های تحقیقاتی

داخل دانشگاه که در ارتباط با جمعیت بوده و حجم نمونه مناسبی داشت ارایه و مابقی کنار گذاشته شد.

ب- پژوهش های کیفی: تعیین مسایل و مشکلات در حوزه سلامت جهت تعیین اطلاعات پایه نیاز به بررسی بیشتر توسط پژوهشهای کیفی دارد. روش جمع آوری داده ها به دو صورت انجام گرفت. در مبحث مربوط به تعیین اولویت های بهداشتی و به تفکیک واحدهای فنی از روش بحث گروهی متمرکز (FGD)^۱ استفاده گردید و در روش دیگر جمع آوری داده ها که در واقع تعیین اولویت ها مطابق انتظارات جامعه بود با استفاده از رابطین بهداشتی و به روش مصاحبه های خیابانی انجام شد که مصاحبه ها توسط ۷۰۰ رابط بهداشتی در ۹ شبکه و از هر شبکه با حدود ۱۰۰۰ نفر مصاحبه به عمل آمد.

وسیله جمع آوری داده ها برای بحث گروهی متمرکز در گروه های فنی کاربرگ های پژوهش های کیفی بود و در مصاحبه های خیابانی از پرسشنامه دارای ساختار با طرح چند سوال کلی و کلیدی انجام شد و نتایج مصاحبه خیابانی توسط مصاحبه گر ثبت گردید. در بحث گروهی متمرکز در واحدهای فنی کارشناسان ستادی و بعضی موارد کارشناسان شبکه های مراکز بهداشتی درمانی و حتی خانه های بهداشت گروه مصاحبه شوندگان را تشکیل می دادند. مسئول واحد به عنوان مصاحبه گر و یک نفر منشی مسئولیت ثبت موارد شاخص را به عهده داشت که این نتایج مطابق آنچه در کاربرگها مد نظر بود، جمع آوری گردید. در مصاحبه های خیابانی گروه سنی ۱۵ سال به بالا مصاحبه شوندگان را تشکیل می دادند که از ۵ منطقه هر شهر یعنی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز به صورت گروه های متعدد تا سقف ۱۰۰۰ نفر برای این کار انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار گرفتند.

1- Focus Group Discussion

ج- عملیات میدانی پروژه: در این مرحله که شاید

بتوان گفت وسیعترین بخش این مرحله بوده است با ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی که قبلاً از طریق نمونه گیری خوشه ای در سطح استان تعیین شده بودند مصاحبه به عمل آمده و پرسشنامه تکمیل شد. بطور تصادفی از ۲۰۰ خانوار در کل استان خونگیری به عمل آمده و پارامترهایی نظیر قند، لیپید و CBC برای آنها تعیین شد. همچنین از کلیه افراد بالای ۱۵ سال هر خانوار فشارخون، قد و وزن اندازه گیری شد. لازم به ذکر است که اطلاع رسانی پروژه از طریق صدا و سیما، مراکز بهداشتی و مدارس به خانواده های هدف مصاحبه از طریق رابطین بهداشتی و بهورزان صورت گرفت.

ابزار گرد آوری اطلاعات دراین پروژه شامل پرسشنامه نهایی بود که از ترکیب پرسشنامه های پیشنهادی گروه های تخصصی پس از تایید کمیته تلفیق و راهبردی حاصل آمده و قسمتی از سئوالات آن نیز حاصل مطالعات کیفی بود. این پرسشنامه دارای ۴۰۰ سؤال در ابعاد مختلف وضعیت کلی خانوار، تغذیه، بهداشت مادر و کودک، دهان و دندان، بهداشت محیط، رفتارهای درمانی، عوامل خطر و بالینی بود. بخشی از این سئوالات شامل اطلاعات کلی خانوار و اطلاعات رفتارهای جامع آنها از سرپرست خانوار پرسیده شد و بخشی که مرتبط با تک تک افراد و یا گروه سنی خاص بود، از همان گروه هدف سؤال شد. تیم های پرسشگری متشکل از یک پزشک و یک کارشناس بهداشت بود که با مراجعه به درب منازل مصاحبه مورد نظر را انجام می دادند و از افراد مورد نظر خونگیری بعمل آمده و به آزمایشگاه مرکزی انتقال می یافت.

جهت کار میدانی اقدامات زیر به عمل آمد:

۱- تشکیل کمیته اجرایی جهت تدوین برنامه کاری عملیات میدانی.

۲- تهیه ملزوماتی از قبیل کیف پرسشگری، فشار سنج و وزنه به تعداد تیم های پرسشگری.

۳- آماده سازی پرونده های خانوار (۲۰۰۰ پرونده) و تطابق آن با خوشه های مورد نظر پروژه.

۴- تشکیل کلاس های آموزشی پرسشگران.

۵- تشکیل جلسات توجیهی برای مسئولان شبکه های بهداشتی.

۶- ارایه اهداف پروژه در برنامه های رادیویی و تلویزیونی و تبلیغات از طریق سایر رسانه ها و آموزش و پرورش.

۷- تشکیل گروه کدگذاری داده ها و آموزش آنها بطور همزمان با شروع مرحله اجرایی.

۸- تشکیل گروه نظارت بر مراحل اجرایی درطول عملیات میدانی.

۹- تهیه Base Data و ورودی اطلاعات توسط کارشناس ذیربط.

۱۰- نظارت و ارزشیابی پروژه در طول مدت اجرا و ارایه پسخوراند به واحد های اجرایی توسط کمیته نظارت.

۱۱- تشکیل جلسات منظم در فواصل کار جهت ارایه گزارش پیشرفت کار، تصمیمات جدید و پشتیبانی مالی.

۱۲- برقراری ارتباط منظم و اطلاع رسانی دقیق با سازمان های مختلف و مردم.

۲- اولویت بندی

توانمندی اولویت بندی توسط دو کارگاه استانی و کشوری کسب گردید و مباحث مطرح شده در کارگاه تهران محور اولویت بندی پروژه قرار گرفت [۱۴]. بر اساس مباحث این کارگاه شاخص های تعیین اولویت های بهداشتی عبارت بودند از:

☐ میزان فراوانی مشکل

☐ میزان حدت مشکل (ایجاد مرگ و ناتوانی)

☐ میزان فوریت زمانی مشکل

□ تجمع نظرات ذی نفعان بر روی مشکل

□ پابرجایی مشکل

□ میزان پذیرش، تعهد و اراده سیاسی

□ میزان هزینه ایجاد شده توسط مشکل

□ امکان مداخله

□ وسعت مشکل

ابتدا به شاخص های مورد نظر نمره از ۰ تا ۱۰ داده شد تا ضریب آنها معلوم گردد. سپس برای هر مشکل امتیاز ۱ تا ۵ داده و میانگین آن در میانگین ضریب مرتبط ضرب و نمره کل آن مشکل پس از جمع بندی شاخص ها ارایه گردید. بر اساس نمره نهایی اولویت های اولیه هر گروه معلوم گردید.

اعضای کمیته راهبردی متناسب با تخصص خود در گروه های تخصصی قرار گرفتند و در مباحث اولویت بندی شرکت نمودند و نهایتاً در جلسات تلفیق شاخصهای یاد شده مورد بررسی قرار گرفتند.

برای هماهنگی و انجام کار گروه ها مراحل اولویت بندی پروژه به شرح ذیل بود:

۱- ارایه نتایج اولیه عملیات میدانی پروژه به گروه های تخصصی.

۲- ارایه نتایج اولیه بررسی مطالعات موجود و پژوهشهای کیفی به گروه ها.

۳- برگزاری جلسات گروه ها برای امتیاز دهی شاخصها.

۴- برگزاری جلسات تلفیق برای جمع بندی اولویت ها.

۵- برگزاری جلسه کمیته راهبردی برای جمع بندی و ارایه نظرات و پیشنهادات برای اولویت های نهایی.

پس از مشخص شدن اولویت های گروه های تخصصی، با توجه به آنکه اولویت های دریافت شده از گروه ها بسیار زیاد بود کمیته تلفیق با بحث و تبادل نظر اولویت های هر گروه را متناسب با وسعت و حجم کار آن گروه به روش نمره بندی اسمی تعدیل نموده و با در نظر گرفتن امتیاز نهایی اولویت های هر گروه ارایه شدند که این اولویت ها، بر اساس شاخص های

ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت و پیامد نهایی از ۱ تا ۵ نمره دهی شد و پس از مشخص شدن امتیازات و رتبه بندی هر یک از مشکلات، لیست اولویت های نهایی به کمیته راهبردی ارایه گردید.

پس از اتمام کار اولویت بندی، اولویت های هر گروه برای تعیین عنوان پژوهشی تحویل آن گروه شد و با کمک اعضای گروه و سایر افراد متخصص، دو عنوان پژوهشی ارایه گردید که در جلسات کمیته تلفیق مورد بحث و ارزیابی قرار گرفت تا در نهایت این عناوین پژوهشی بعنوان عناوین پیشنهادی سال آتی در راس فعالیت های پژوهشی دانشگاه قرار گیرد.

یافته ها

۱- نتایج حاصل از بررسی مطالعات موجود

نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که در خصوص عناوین زیر وضعیت بسیار نامطلوب است:

درصد باسوادی در افراد ۶ ساله و بالاتر، نسبت کودکان محروم از زندگی با پدر در روستاهای استان، نسبت بی سوادی در زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار در کل استان، دسترسی به آب آشامیدنی بهداشتی، آب لوله کشی در منزل، توالیت بهداشتی در روستاها، داشتن حمام شخصی و یخچال در شهر و روستا، دفع بهداشتی فاضلاب حمام و زباله در روستاها، مراقبت دوران بارداری و زایمان در منزل در کل استان، ابتلا به اسهال در کودکان زیر ۵ سال در روستاها و آلودگی با ژیا ردیا در کل استان.

موارد ذکر شده در بالا در سایر مناطق نیز نامطلوب بوده است. علاوه بر این مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، اختلالات روانی، ابتلا به عفونت حاد تنفسی، ابتلا به پرفشاری خون در افراد بالای ۱۵ سال، افزایش کلسترول خون و آنمی در کل استان نامطلوب بوده است.

□ اکثرأ معتقد بودند نیازهای بهداشتی جامعه

عبارتند از:

بهداشت دوران بلوغ در دختران، بهداشت زنان، بهداشت روان، بهداشت ازدواج برای دختران، توجه بیشتر به بهداشت مراقبت از کودکان در سنین مدرسه، پیشگیری از بیماریهای مقاربتی، توجه به ایدز و آگاهی دادن در مورد رفتارهای پرخطر، بهداشت محیط محل سکونت و همچنین بهداشت دهان و دندان از جمله نیازهای بهداشتی می باشند که توسط اکثر مصاحبه شونده ها بعنوان نیازهای بهداشتی اولویت دار عنوان شده است.

ب- یافته های مربوط به بحث های گروهی

طبق یافته های حاصل از بحث های گروهی مسایل و مشکلات اولویت دار مرتبط با سلامت در حوزه بهداشت به شرح زیر می باشد:

□ گروه بهداشت محیط: توالیت بهداشتی و آب

شرب سالم در مناطق روستایی.

□ گروه بهداشت خانواده: بهداشت سالمندان،

مرگ و میر کودکان زیر یک سال، حاملگی های ناخواسته، مصرف غلط قرص های ضد بارداری.

□ گروه بیماری ها: تصادفات، سوختگی ها، فشار خون، دیابت، مالاریا وایدز.

□ گروه بهداشت دهان و دندان و مدارس:

مراقبت از دهان و دندان کودکان سه ساله، مشکلات مربوط به بینایی، مشکلات تغذیه ای دانش آموزان، بهداشت بلوغ در دختران، بهداشت روان دانش آموزان و پیشگیری از ایدز.

۳ - نتایج حاصل از عملیات میدانی

نتایج حاصل از عملیات میدانی پروژه که در آن با ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی در خصوص مباحث مختلف از قبیل تغذیه، رفتارهای درمانی و ... مطابق پرسشنامه نهایی مصاحبه گردید، جهت استفاده از فراوانی آنها متناسب با موضوع هر

در خصوص بیماری های عفونی شایع تب مالت، انگل های روده ای، سل، سوزاک، حصیه و شبه حصیه، سرخک، تب راجعه به عنوان معضل مطرح بودند. همچنین بیشترین موارد فوت شده به خاطر بیماری های دستگاه گردش خون بوده است. از میان سرطان ها، سرطان های معده و مری در صدر قرار دارند، سوانح و حوادث به عنوان یک معضل مهم در استان مطرح هستند.

۲- نتایج حاصل از پژوهش های کیفی

یافته های حاصل از پژوهش کیفی به روش تجزیه و تحلیل محتوایی صورت گرفت با توجه به اهداف پژوهش در دو قسمت مصاحبه های خیابانی با سوالات کلیدی و روش های بحث گروهی متمرکز با پرسشنامه دارای ساختار، نتایج به شرح زیر ارایه می گردد.

الف- یافته های مصاحبه های خیابانی

□ اکثر نمونه ها معتقد بودند که رفتارهای

پرخطر در جامعه مورد مطالعه عبارتند از:

سیگار، اعتیاد به مواد مخدر، پرخاشگری، دزدی، زیاده روی در مصرف خودسرانه دارو، رانندگی با سرعت زیاد، استفاده زیاد از شیرینی جات، استفاده از مشروبات الکلی و خالکوبی.

□ اکثرأ معتقد بودند که نیازهای درمانی در جامعه عبارتند از:

مراقبت های دوران بارداری، درمان های مربوط به کم خونی، بهداشت و مراقبت از پوست، خدمات چشم پزشکی، وجود رادیوگرافی و سونوگرافی در مراکز دولتی، وجود سیستم بیمه ای مناسب که تمامی خدمات خصوصاً خدمات پر هزینه را پوشش دهند، درمان های مرتبط با عفونتهای تناسلی در بانوان، درمان های دندانپزشکی، عفونت های انگلی، سردردها، دیابت، بیماریهای کلیوی.

شدند و بر اساس شاخص های نهایی ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت و پیامد نهایی امتیاز دهی و رتبه بندی شدند. پس از آن در کمیته راهبردی اولویت های نهایی ارایه گردید و مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و به عنوان اولویت های پژوهشی دانشگاه تایید گردید (جدول ۸).

گروه تخصصی در اختیار آنان قرار گرفت تا در کنار نتایج حاصل از بررسی مطالعات موجود و پژوهش های کیفی در مبحث اولویت بندی استفاده شود. پس از ارایه نتایج سه بخش فوق به گروه های تخصصی کار اولویت بندی در گروه ها صورت گرفت و هر گروه اولویت های خود را به شرح ارایه شده در جداول ۱ تا ۷ اعلام نمود. بعد از تعیین اولویت های هر گروه این اولویت ها در گروه تلفیق مورد بررسی قرار گرفته و تعدیل

جدول ۱. اولویت بندی گروه آموزش بهداشت

شاخص ها										
نام مشکلات	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله	امتیاز
بهداشت محیط	۵۰	۱۸/۶	۳۸/۲۵	۳۴/۲	۳۱/۸	۳۰	۲۵/۵۵	۳۰/۸	۳۵/۶۵	۲۳۴/۸
تغذیه	۲۰	۲۴	۲۳/۱۵	۳۴/۲	۲۸/۵	۱۶/۴۵	۲۵/۷۵	۲۷/۳	۳۴/۴	۲۳۳/۷۵
آموزش بیماری ها	۳۰	۲۴/۶	۳۶/۲	۳۰/۴	۲۶/۸	۱۸/۸	۲۶/۳	۳۱/۵	۲۹/۲	۲۲۲/۸
بهداشت فردی	۴۰	۲۴	۳۳/۱۵	۳۳/۴۵	۳۰/۲	۱۱/۷۵	۲۶/۳	۲۸	۳۱/۶	۲۱۸/۵
تنظیم خانواده	۲۰	۱۶/۵	۲۷/۸۵	۲۵/۸	۲۸/۵	۲۰/۷	۳۲/۸۵	۲۳/۸	۳۳/۲	۲۰۹/۲

جدول ۲. اولویت بندی گروه اپیدمیولوژی

شاخص ها										
نام مشکلات	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله	امتیاز
فعالیت فیزیکی کم افراد بالای ۱۵ سال	۴۴	۲۶/۹۸	۱۶/۹	۳۹/۴۲	۳۸/۲۵	۲۲/۸۸	۲۲/۴۴	۲۷/۹	۳۲/۶۸	۲۷۱/۴۵
تماس با دود سیگار دیگران	۳۱/۶۸	۲۶/۹۸	۱۶/۹	۳۷/۳۵	۳۸/۲۵	۲۲	۲۲/۴۴	۳۲/۵۵	۳۲/۶۸	۲۶۰/۸۳
سابقه فشار خون بالا	۲۲/۸۸	۲۶/۹۸	۲۲/۷۵	۲۹/۰۵	۳۴	۱۷/۶	۲۷/۸۸	۳۷/۲	۳۶/۹۸	۲۵۵/۲۳
مصرف سیگار	۲۴/۶	۳۱/۹۵	۱۴/۹۵	۳۷/۳۵	۳۶/۵۵	۱۷/۶	۲۴/۴۸	۴۱/۸۵	۲۱/۵	۲۵۰/۸۳
عادت غلط مصرف چای	۳۹/۶	۲۰/۵۹	۱۵/۶	۳۷/۳۵	۲۹/۷۵	۱۳/۲	۲۲/۴۴	۲۲/۳۲	۲۶/۶۶	۲۳۲/۵۱
چربی خون بالا	۲۲/۸۸	۲۶/۹۸	۱۸/۸۵	۲۳/۲۴	۲۹/۷۵	۱۸/۴۸	۲۱/۰۸	۳۰/۶۹	۳۰/۱	۲۳۲/۰۵
دیابت نوع II	۱۷/۶	۲۵/۵۶	۲۱/۴۵	۲۰/۷۵	۲۵/۵	۱۷/۶	۲۳/۱۲	۳۴/۴۱	۲۸/۳۸	۲۱۴/۱۷
مصرف قلیان	۱۶/۷۲	۲۶/۹۸	۱۵/۶	۱۹/۰۹	۲۱/۲۵	۱۷/۶	۱۱/۹	۱۹/۵۳	۳۰/۹۶	۱۷۹/۶۳

جدول ۳. اولویت بندی گروه بالینی

نام مشکلات	شاخص ها					امتیاز
	فراوانی	حدت	فوریت	پایرجایی	هزینه	
بیماری های ایسکمیک قلبی	۴۲/۵	۴۴/۵	۳۶	۲۸/۵	۳۷/۵	۲۳۵/۵
تروما	۳۴	۳۲/۶	۳۰/۷۵	۱۶/۲	۳۶/۵	۱۸۰/۸
نارسایی قلب	۱۷	۳۱	۲۶/۲۵	۲۵/۲	۲۶/۹	۱۵۶/۷۵
سکته مغزی (C.V.A)	۱۷	۳۳	۲۷	۲۲/۲	۳۰	۱۵۶/۵
دیابت نوع II	۲۵/۵	۳۶/۵	۲۶	۳۰	۳۰/۱	۱۴۹/۵
بیماری های مزمن تنفسی (COPD)	۱۷	۲۸/۵	۲۱/۷۵	۲۲/۸	۲۵/۵	۱۴۱/۵
نارسایی رشد کودکان (F.T.T)	۳۴	۲۸/۵	۱۷/۲۵	۱۳/۵	۲۱/۷۵	۱۳۶/۵
بروسلوز	۲۵/۵	۱۲/۵	۲۳/۲۵	۱۲	۲۱/۳۵	۱۲۹/۵
سرطان معده و مری	۳۰/۵	۴۱	۱۵	۷/۵	۱۹/۷۵	۱۱۴/۸۵
عفونت های لگنی (P.I.D)	۱۷	۲۷/۵	۲۰/۶	۱۶/۸	۱۸/۹	۱۲۵/۱
اسهال کودکان	۳۴	۱۹/۵	۲۰/۵	۶/۶	۱۲	۱۲۴/۲
سپروز کبدی	۱	۳۲/۶	۱۴/۲۵	۱۹/۵	۱۹/۷۵	۱۲۳/۸
سل	۱۷	۱۹	۲۸/۱	۱۳/۲	۲۴/۵	۱۱۹/۵
تبیلی چشم	۸/۵	۲۴	۲۱	۱۹/۲	۱۶/۵	۱۱۲/۷
عیوب انکساری	۴۲/۵	۱۴/۵	۱۲	۱۴/۵	۱۲/۶	۱۰۷/۶
دیسپلازی سرویکس	۱۷	۲۶	۱۱/۲۵	۱۲/۶	۱۴/۲۵	۱۰۰
مولتیپل اسکلروزیس (M.S)	۱۷	۲۶	۷/۵	۱۹/۲	۲۱/۵	۹۹/۳
سنگ های سیستم ادراری	۳۴	۸/۹	۱۲	۱۰/۲	۱۷	۹۶/۳
عفونت دستگاه ادراری (U.T.I)	۳۴	۱۱	۱۲	۹	۱۱/۸۵	۹۴/۸۵
اختلالات تیروئید	۲۵/۵	۸/۹	۱۲/۷۵	۱۲/۶	۱۴/۲۵	۹۰/۲
صرع	۸/۵	۲۱	۱۵	۱۳/۲	۱۷/۴	۸۳/۲
ملاسما	۱۷	۸/۹	۷/۵	۲۲/۸	۱۳/۹	۷۹/۸
سنگ های صفراوی	۱۴	۱۴/۵	۱۰/۱۲	۶/۶	۱۸/۵	۷۶/۹۵

۷۱/۳۵	۱۰/۱	۱۱	۵/۵	۱۱/۲۵	۲۴/۵	۸/۵	پره اکلامپسی - اکلامپسی
۷۰/۸۵	۸/۱	۱۵/۸	۱۸/۲	۸/۲۵	۱۲	۸/۵	هیرسوتیسم
۶۴/۲	۸/۱	۷/۹	۶	۷/۵	۸/۹	۲۵/۵	تونسیلیت
۲۹	۰	۹/۵	۰	۷/۵	۱۲	۳۴	آپاندیسیت

جدول ۴. اولویت بندی گروه بهداشت

نام مشکلات	شاخص ها								امتیاز
	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله
سوانح و حوادث	۸۵	۸۲	۶۳	۸۵	۷۲	۶۲	۸۵	۷۵	۸۵
حاملگی های نا خواسته	۲۴	۹	۷۱	۸۳	۶۲	۴۷	۷۴	۴۵	۳۷
مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	۶۴	۲۶	۶۳	۵۸	۴۷	۳۵	۴۲	۴۰	۵۷
تغذیه و بهداشت فردی در مدارس	۶۰	۱۰	۳۲	۶۴	۴۴	۵۲/۵	۵۰	۵۴	۵۴
پوسیدگی دندان در گروه های سنی ۱۲ تا ۱۷ سال	۴۲	۷/۵	۴۲/۵	۴۶	۴۸	۴۹	۵۶	۵۴	۵۶
بیماری های عفونی بومی استان اردبیل (مالاریا، کالائزار، تب مالت، بورلیا، هاری)	۴۸/۸	۳۸/۴	۲۵/۵	۳۶	۴۳/۴	۵۱/۴	۴۵/۵	۲۸/۵	۴۹/۵
جلب مشارکت نیروهای مردمی در ارتقای سلامت	۶۴	۲۹/۸	۶۷/۵	۲۸	۲۰	۲۶	۳۸	۷۴/۳	۱۷/۵
بهداشت بلوغ دختران	۳۵	۱۵	۴۰	۴۰	۱۵	۳۰	۲۰	۶۴	۲۰
سلامت آب شرب	۴۴	۵۲/۲	۲۸	۳/۳	۷/۲	۱۶	۱۵	۶۰/۲	۷۴/۷
کارفرمایان و بهداشت حرفه ای (بهداشت محیط کار)	۴۵	۲۰	۴۵	۲۵	۲۷/۵	۲۲/۵	۴۵	۲۲/۵	۲۷/۵

جدول ۵. اولویت بندی گروه تغذیه

نام مشکلات	شاخص ها								امتیاز
	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله
عدم آگاهی از اهمیت مصرف ۶ گروه عمده غذایی	۴۵	۸/۳۶	۲۵/۲	۲۲	۳۸	۷/۸	۵۰	۲۸	۴۷/۵
مصرف نامنظم روزانه ۶ گروه مواد غذایی	۴۵	۳۶/۸	۲۸/۸	۲۴/۴	۳۸	۴/۷	۵۰	۱۹/۶	۴۷/۵
شیوع چاقی در زنان و مردان بالای ۳۵ سال	۴۱/۴	۳۵/۲	۲۶/۴	۲۴	۳۴/۹	۸/۹	۵۰	۲۱	۴۳/۷
عدم آگاهی زنان خانوارهای تحت بررسی از رژیم غذایی مناسب جهت جلوگیری از کم خونی فقر آهن	۳۹/۶	۳۶/۸	۲۷/۶	۱۸	۳۸	۴/۲	۴۸	۱۹/۶	۴۵/۶
سوء تغذیه کودکان	۳۹/۶	۲۵/۶	۲۶/۴	۲۰	۳۶/۸	۳/۶	۵۰	۲۲/۴	۴۷/۵
عدم توجه به اهمیت مصرف روغن مایع	۳۹/۶	۳۳/۶	۲۶/۴	۲۴	۳۳/۴	۳/۱	۴۶	۱۹/۶	۳۹/۹
کمبود ریز مغذی ها در برنامه غذایی خانوار	۴۱/۴	۲۸/۸	۲۲/۸	۱۸	۳۳/۵	۲/۶	۵۰	۱۸/۲	۴۷/۵
استفاده بیش از حد از روغن نباتی جامد و غذای پرچرب	۴۱/۴	۳۳/۶	۲۲/۸	۱۸	۳۰/۴	۵/۲	۴۴	۲۳/۸	۴۱/۸
مصرف کم شیر در خانم های حامله	۴۱/۴	۳۲	۲۲/۸	۱۸	۳۰/۴	۴/۲	۳۸	۱۸/۱	۴۱/۸
افراط در مصرف تنقلات در کودکان ۶-۲ سال	۳۷/۸	۳۰/۴	۲۱/۶	۱۶	۲۷/۴	۲/۱	۴۴	۱۹/۶	۴۷/۵
استفاده بیشتر مواد لبنی محلی در مقایسه با محصولات پاستوریزه	۳۴/۲	۳۳/۶	۲۲/۸	۱۶	۲۸/۹	۵/۲	۴۴	۱۸/۲	۳۱/۶
عدم توجه به برجسب غذاهای بسته بندی شده	۳۹/۶	۲۸/۸	۲۰/۴	۱۶	۲۷/۴	۴/۲	۳۴	۲۱	۳۶/۱
فقدان آگاهی مادران از نحوه ی تغذیه صحیح کودکان زیر دوسال در هنگام بیماری	۳۷/۸	۳۲	۱۴/۴	۱۲	۲۸/۸	۳/۶	۳۸	۲۵/۲	۳۴/۲
عدم آگاهی از لزوم کنترل وزن در خانم های حامله در صورت افزایش شدید وزن	۳۷/۸	۳۰/۴	۱۸	۱۵	۲۵/۸	۳/۱	۴۲	۱۴	۳۹/۹
عدم آگاهی از افزودن جوش شیرین به نان در نانوائی	۳۲/۴	۲۸/۸	۲۱/۶	۱۴	۲۵/۸	۱۱/۹	۳۸	۲۰	۳۲/۲
تبعیض جنسی در تغذیه کودکان	۳۰/۶	۲۰/۸	۱۹/۶	۱۲	۱۹/۸	۵/۷	۳۸	۲۶/۶	۲۸/۵
عدم اطلاع از اولویت خرید مواد غذایی بسته بندی شده به جای قله ای	۲۸/۸	۲۲/۴	۱۹/۲	۱۳	۲۸/۹	۴/۷	۲۸	۱۸/۲	۲۴/۷
عدم آگاهی از نحوه ی پخت صحیح بعضی از مواد غذایی (مانند سبزیجات و غلات و ...)	۳۴/۲	۲۲/۴	۱۰/۸	۹	۲۵/۸	۳/۱	۲۸	۱۸/۲	۲۵/۵
عدم آگاهی از مضر یا مفید بودن مصرف برخی غذاهای دودی مثل ماهی دودی و ...	۳۰/۶	۲۰/۸	۱۰/۸	۱۱	۲۱/۳	۰/۵	۳۶	۱۶/۸	۲۸/۵
عدم اطلاع از اهمیت برخی مواد لبنی پروتئینی با ارزش بیولوژیکی بالا مانند کشک و ...	۳۲/۴	۱۹/۲	۱۲	۱۳	۱۹/۸	۱/۶	۲۴	۱۶/۸	۱۹
عدم آگاهی مادران حامله از نحوه تغذیه در هنگام بروز عوارض حاملگی	۲۷	۹۶	۶	۱۱	۱۸/۳	۱	۲۶	۲۹/۴	۲۸/۵

جدول ۶. اولویت بندی گروه جمعیت و محیط

نام مشکلات	شاخص ها									امتیاز
	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله	
فقدان رفتار ورزشی	۴۵/۴	۳۹/۱	۲۴/۸	۲۱/۳	۲۱/۶	۱۰/۴	۲۱/۹	۳۰	۲۶/۸	۲۴۱/۱۶
جوانی جمعیت	۴۵/۴	۳۶/۱	۳۰/۳	۲۱/۹	۲۷	۱۲/۲	۲۲/۹	۱۳/۴	۲۹/۷	۲۳۹
دفع غیربهداشتی زباله	۳۸/۹۵	۳۷/۱	۲۴/۸	۲۰/۶	۲۲/۲	۲۱/۴	۱۶	۳۰/۸	۲۳/۱	۲۳۴/۹
عدم استفاده بهینه از اوقات فراغت	۴۳/۳	۳۷/۹	۲۸/۲	۲۰/۶	۲۳/۴	۶/۱	۲۲/۴	۲۳/۶	۲۵/۳	۲۳۱/۱
نوع اسکلت ساختمان	۳۸	۳۷/۱	۲۳/۴	۲۲/۵	۲۳/۴	۱۳/۴	۲۱/۳	۲۸/۴	۲۰/۸	۲۲۸/۵
دفع غیربهداشتی فاضلاب	۴۰/۸۵	۳۸/۱	۲۲/۷	۱۷/۴	۱۶/۸	۲۲/۶	۱۶/۵	۲۸/۴	۲۲/۵	۲۲۶/۵
بیکاری	۴۲/۲	۳۸/۱	۲۸/۹	۱۵/۵	۲۵/۲	۶/۷	۲۳/۵	۲۱/۳	۲۱/۶	۲۲۳
عضویت در کتابخانه ها	۳۹	۳۸/۱	۱۵/۸	۱۹/۳	۲۲/۲	۱۱/۶	۱۸/۶	۲۶/۸	۲۶/۸	۲۱۸/۵
بی سوادی	۴۱/۱	۳۸/۲	۲۴/۱	۱۸/۷	۱۹/۸	۱۴/۷	۱۸/۷	۳۰/۷	۲۴/۵	۲۰۶/۴
وضعیت معابر	۳۰/۴	۲۶/۴	۱۸/۶	۲۰/۸	۱۸/۶	۱۵/۲	۱۹/۷	۲۴/۱	۲۱/۴	۱۹۵/۲
منبع کسب اطلاعات بهداشتی	۳۰/۶	۲۳/۴	۱۸/۶	۱۸/۶	۱۶/۲	۱۴	۱۳/۸	۲۵/۲	۲۰/۱	۱۸۰/۹
منبع کسب خبر	۲۸/۵	۲۱/۵	۲۰/۷	۲۰	۱۲	۱۱/۶	۱۰/۶	۲۶/۸	۱۷/۱	۱۶۸/۸
عضویت در انجمنها و مراکز	۳۱/۶	۲۶/۴	۱۷/۹	۱۲/۹	۱۹/۶	۹/۲	۱۲/۳	۱۹/۷	۱۷/۱	۱۶۲/۷
زبان مورد استفاده	۲۵/۳	۱۹/۵	۱۷/۹	۱۸	۱۲	۱۵/۲	۱۰/۶	۲۳/۶	۱۴/۹	۱۵۷/۳
نگهداری حیوانات اهلی در خانه	۲۹/۵	۲۳/۵	۸/۹	۱۰/۳	۱۹/۸	۱۱/۶	۷/۵	۲۱/۳	۱۵/۶	۱۴۸/۱

جدول ۷. اولویت بندی گروه دارو و درمان

نام مشکلات	شاخص ها									امتیاز
	فراوانی	حدت	فوریت	وسعت	ذی نفعان	تعهد سیاسی	پابرجایی	هزینه	قابلیت مداخله	
اصلاح و توسعه خدمات بیمه ای	۳۱/۲	۳۲/۱	۳۱/۶	۲۹/۲	۱۷/۵	۲۰/۶	۲۰/۸	۲۱/۳	۲۶	۲۳۰/۴
جهت رضایتمندی مردم										
عدم رعایت سیستم ارجاع و غربالگری بیماری	۳۱/۲	۲۴/۵	۲۵/۸	۲۵/۳	۲۰/۳	۲۵/۹	۲۳/۹	۲۲/۶	۲۹/۶	۲۲۹
عدم استطاعت مالی مردم در پرداخت حق بیمه	۳۱/۲	۲۹/۶	۳۵/۳	۲۸/۴	۲۰/۲	۲۰/۶	۲۰/۸	۲۰/۱	۲۱/۶	۲۲۸
استقبال از خود درمانی	۱۵/۶	۳۲	۳۶/۲	۲۸/۴	۲۴/۵	۱۸/۸	۱۷/۱	۱۸/۳	۲۷/۴	۲۱۸/۶
حجامت توسط افراد فاقد صلاحیت	۳۹	۳۳/۸	۳۴/۴	۲۲/۹	۱۹/۶	۱۸/۲	۱۰/۴	۱۸/۳	۲۲/۴	۲۱۸/۴
عدم فراگیر بودن پوشش بیمه ای	۷/۸	۳۲/۱	۳۲/۵	۳۲/۳	۱۱/۹	۲۲/۹	۲۶/۸	۲۳/۸	۲۵/۲	۲۱۵/۵
خود درمانی با داروهای گیاهی	۳۹	۲۵/۳	۲۱/۱	۱۸/۹	۲۳/۸	۱۸/۲	۸/۹	۱۹/۵	۲۵/۲	۲۰۰/۴
عدم آگاهی از رعایت موازین بهداشتی در استفاده از آب های درمانی	۲۳/۴	۲۴/۵	۲۴/۹	۲۲/۱	۱۶/۸	۱۹/۴	۱۹/۳	۲۱/۳	۲۱/۷	۱۹۳/۷
عرضه داروهای گیاهی توسط افراد فاقد صلاحیت	۲۳/۴	۲۷/۹	۲۳/۹	۲۱/۳	۱۸/۹	۱۷/۱	۷/۵	۲۰/۷	۲۳/۸	۱۸۴/۷
تمایل کم مردم برای مراجعه به آزمایشگاههای دولتی	۳۱/۲	۱۶/۷	۱۸/۱	۲۰/۵	۱۹/۵	۱۵/۳	۱۴/۱	۱۷/۷	۲۴/۵	۱۷۸/۱
آگاهی کم از تعهدات بیمه ای	۲۳/۴	۲۱/۱	۱۹/۱	۲۲/۱	۱۶/۱	۱۷/۶	۱۳/۴	۱۹/۵	۲۰/۹	۱۷۳/۴
عدم اطلاع از اثرات مفید آب درمانی	۳۱/۲	۱۳/۴	۱۶/۱	۲۰/۴	۱۵/۳	۱۵/۲	۱۳/۴	۲۵/۲	۲۱/۶	۱۶۷/۷
عدم تجویز آبیهای درمانی توسط متخصصین مربوطه	۳۹	۱۴/۴	۱۵/۳	۱۶/۵	۱۴/۶	۱۵/۳	۸/۱	۱۶/۵	۲۰/۲	۱۶۰/۱
مشخص نبودن جایگاه درمانی طب سوزنی در بین مردم	۳۹	۱۱	۹/۶	۱۲/۶	۲۱/۱	۱۳/۵	۶/۷	۱۵/۲	۱۷/۳	۱۴۶/۲

جدول ۸. اولویت های پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

امتیاز	نام بیماری ها
۱۳۷/۳	مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال
۱۳۳/۷	سوانح و حوادث
۱۲۱/۲	نارسایی رشد کودکان (FTT)
۱۱۷/۵	بیماری های ایسکمیک قلبی (IHD)
۱۱۶/۵	آموزش بهداشت (بهداشت فردی، محیط، روان، بیماری ایدز و ...)
۱۰۹/۷	مصرف نامناسب گروه های عمده غذایی
۱۰۷/۸	فشار خون بالا
۱۰۶/۹	جلب مشارکت مردمی در ارتقای سلامت
۱۰۶	اسهال در کودکان
۱۰۵/۷	دیابت نوع II
۱۰۳/۳	تغذیه و بهداشت مدارس
۱۰۲/۶	فعالیت فیزیکی کم افراد بالای ۱۵ سال
۱۰۱/۸	بیماری های عفونی بومی (مالاریا، کالآزار، تب مالیت، بورلیا، هاری، سل)
۱۰۱/۸	اصلاح و توسعه خدمات بیمه ای
۱۰۰/۲	دفع غیر بهداشتی زباله
۹۴/۱	پوسیدگی دندانها در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله
۹۳/۷	سکته مغزی (CVA)
۹۳/۷	نارسایی قلبی
۹۲/۳	عدم رعایت سیستم ارجاع و غربالگری بیماری
۹۲/۳	استحکام ساختمان
۹۰/۴	کمبود ریز مغذیها در رژیم غذایی
۸۹/۳	مصرف دخانیات (سیگار، قلیان، مواد مخدر)
۸۸/۹	سرطان مری و معده
۸۷/۹	حاملگی های ناخواسته
۸۷/۴	بهداشت بلوغ دختران
۸۷/۴	بیماری های مزمن تنفسی (COPD)
۸۷/۴	جوانی جمعیت
۸۷/۴	عفونتهای لگنی (PID)
۸۵/۹	مصرف ناکافی روغن مایع در رژیم غذایی
۸۴/۸	شیوع چاقی در افراد بالای ۳۵ سال
۷۸/۸	تمایل به خود درمانی
۷۶/۷	عدم استفاده بهینه از اوقات فراغت
۷۵	تغذیه در حاملگی
۶۹/۴	درمانهای سنتی (درمان با آب های معدنی، استفاده از گیاهان دارویی، طب سوزنی و حجامت)
۶۱	عادات غلط مصرف چایی

نتیجه گیری

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تجربه ای منحصر به فرد را طی دو سال برای به انجام رساندن پروژه تعیین اولویت های منطقه ای از طریق نیازسنجی پشت سر گذاشت. تجربه ای که در آن طی هر مرحله با ایده ای نو و حرکتی تازه همراه بود و برای نخستین بار توانست معنای مشارکت را در ابعاد مختلف آن یعنی مشارکت سایر سازمان های درگیر امر سلامت و مردم، کسب نماید و بار عظیم مسئولیت حفظ و ارتقای سلامت را با مشارکت خود مردم بر دوش کشد، که مرور این تجربه می تواند راه گشای مطالعات بعدی در نیازسنجی و تعیین اولویت ها باشد.

نخست آنکه هر چند سازمان ها و دانشگاه های مختلفی تاکنون بارها فهرستی از اولویت های خود را اعلام نموده اند اما جامعیت مطالعه حاضر به دلیل مشارکت کلیه ذی نفعان در تعیین نیازهای مرتبط سلامتی اهمیت ویژه ای داشته و کاملتر می باشد، چرا که انجام این پروژه باعث شد تا برای نخستین بار نیازهای مردم با مشارکت خود آنها در شکل ها و گروه های مختلف دولتی و غیر دولتی تعیین و اولویت های حوزه سلامت مشخص گردد و دانشگاه نیز از محدوده چهار دیواری و انزوای علمی خارج شده و در بین مردم و همراه آنها در تعیین نیازهای مرتبط با سلامت آنها فعالیت علمی داشته باشد.

دوم آنکه انبوه اطلاعات گذشته که با صرف زمان، هزینه و نیروی انسانی زیاد جمع آوری گردیده است، از فراموشی و بی مصرفی درآمد و برای برنامه ریزی هدفدار مورد استفاده قرار گرفت و نیز معلوم شد که چه منابعی برای دسترسی به اطلاعات سلامت در منطقه موجود است و چه اندازه می تواند پاسخگوی نیازهای مورد نظر باشد تا از دوباره کاری، اتلاف زمان و هزینه جلوگیری شود.

سوم آنکه مشخص گردید که غالباً بین مطالعات مختلفی که توسط سازمان های درگیر سلامت انجام می گیرد و آنچه که نیازهای واقعی منطقه است تناسب کامل وجود نداشته و بسیاری از تحقیقات در راستای اولویت های واقعی نبوده است. در نهایت آنکه مشخص گردید که ارتقای سلامت مستلزم مشارکت تمام سازمان ها، نهادها و مردم بوده و دانشگاه می تواند محوری برای ایجاد این هماهنگی و مشارکت باشد.

هر چند طی این راه بی نقص و مشکل نبود اما تجربه ای بود عظیم و رسیدن به باوری شگرف که باید مردم را برای آنچه که در اهداف ارتقای سلامت مد نظر است سهیم نمود چرا که بدون توجه به باورها، سنت ها، فرهنگ ها و رفتار و شیوه زندگی مردم هیچ تغییری در حوزه سلامت امکان پذیر نخواهد بود و نیز بنظر می رسد که توجه به نکات ذیل می تواند به بهبود کیفیت پروژه ارزیابی نیازسنجی در حوزه سلامت کمک نماید.

□ توجه به جمع آوری و ثبت دقیق اطلاعات بیمارستانی.

□ توجه به جمع آوری داده های مرتبط با میرایی، ناتوانی و هزینه های مرتبط با آن.

□ راه اندازی مرکز ثبت بیماری های غیرواگیر و حوادث.

□ توانمند سازی پژوهش در اقشار مختلف مردم و افراد درگیر موضوع سلامت.

□ نهادینه کردن کمیته راهبردی به منظور تقویت، هدایت و نظارت برنامه های مداخلاتی.

□ توجه به تحقیقات سیستم های بهداشتی به منظور ارتقای کیفیت خدمات.

□ تقویت و ارتقای سیستم ارجاع

در پایان لازم به ذکر است هر چند که روشن نبودن متدلوژی این مطالعه در آغاز و نداشتن الگوی

تعریف شده باعث طولانی شدن مدت پروژه گردید، اما با ممارست و تمرین، کسب دانش و مهارت و تبادل نظر دانشگاههای مختلف درگیر این پروژه، روش معین و روشنی برای نیازسنجی اولویت های پژوهشی مشخص گردید که می تواند برای انجام مطالعات مشابه در سایر بخش ها مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر حسین ملک افصلی بخاطر راهنمایی ها و حمایت بی شائبه و پیگیری مستمرشان در تحقق این پروژه تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 1- 5th global conference on Health promotion, Mexico Health promotion: Bridging the Equity Gap. Mexico city, Jun; 2000.
- 2- Health promotion. www. Camh. Net
- 3- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت بهداشت، مطالعه بررسی میرایی سنین باروری (RAMOS) سال ۱۳۷۶
- 4- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد. سیمای سلامت و توسعه در استان ها ۱۳۷۶، تهران، انتشارات صنوبر، پاییز ۱۳۷۷
- 5- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت بهداشت، دفتر بهداشت دهان و دندان. سیمای بهداشت دهان و دندان کودکان ایرانی، ۱۳۷۹
- 6- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاونت بهداشت، اداره تغذیه، مطالعه ای بررسی شاخص های تغذیه ای و تن سنجی (ANIS)، سال ۱۳۷۷

- 7- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حوزه معاون پژوهشی. سازمان تحقیقات علوم پزشکی کشور، بررسی سلامت و بیماری در ایران، سال ۱۳۷۸
- 8- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. حوزه معاونت سلامت، با همکاری مرکز آمار ایران سازمان ثبت و احوال و سازمان جهانی بهداشت، مطالعه بررسی ویژگی های جمعیتی و بهداشتی (DHS)، سال ۱۳۷۹
- 9- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری. سیمای سلامت استان اردبیل. تهران ۱۳۸۱

10- Gaylin DS, Kates J. Refocusing the lens: epidemiological transition theory, mortality differentials and the AIDS Pandemic. Soc Sci Med. 1997 Mar ; 44(5): 664-21.

- 11- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سومین ارزشیابی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، تهران ۱۳۷۶

- 12- ملک افصلی حسین. ارزیابی برنامه های بهداشتی کشور در گذشته، حال و پیشنهاد برای برنامه های آینده، مجله علمی پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۷۸، صفحات ۶۳ تا ۶۶

- 13- هاشمی حسن. طرح بررسی میزان مراجعه افراد به متخصصین کشور در سال ۱۳۷۷. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۷۷

- 14- معاونت تحقیقات و فن آوری. کارگاه مدیریت پژوهش با تاکید بر روشهای تعیین اولویت های پژوهشی، ۶ الی ۷ دیماه ۱۳۸۲.