



گزارش

ارزیابی سلامت شهر نقده

نگاهی به نیازها و تعیین کننده های سلامت شهر نقده



مرکز تحقیق و توسعه
معاونت بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی

معاونت پژوهشی

گزارش پایان کار

عنوان:

ارزیابی جامعه برای شناسایی و اولویت بندی مشکلات سلامت شهر نقده

Title:

Community Assessment to Identify and Prioritize Health Problems of Naghadeh City

مجری اصلی: نجف احمدی آغزیارت، سایر مجریان: دکتر احسان ریخته گر

همکاران اصلی: دکتر مرادعلی زارعی پور، دکتر محمد حیدری، لیلا خسروی فر، زهرا بقالی

اهداف (Goals, Objectives)

➤ هدف یا اهداف کلی:

- ارزیابی سلامت جامعه به منظور شناسایی مشکلات مرتبط با سلامت و تدوین برنامه های عملیاتی برای استقرار برنامه پزشک خانواده

➤ اهداف اختصاصی:

- تشکیل تیم ارزیابی جامعه متشکل از نماینده جامعه، مراقبین سلامت، پزشکان، هیات علمی، کارکنان ستادی

- جمع آوری داده های اولیه به روشهای کیفی و کمی از ذینفعان

- جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده های سلامت جامعه از منابع داده های ثانویه از طریق شاخص های سلامت

- ترکیب داده های ثانویه حاصل از مرحله قبل با داده های اولیه و مقایسه داده ها

- گزارش نتایج حاصل از ارزیابی را به ساکنین جامعه مورد مطالعه و تلفیق نظرات مردم با یافته های تیم ارزیابی

- الویت بندی مشکلات شناسایی شده با استفاده از روش هانلون (Hanlon)

- تهیه و انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه به مسئولین و افراد ذینفع جامعه

➤ اهداف کاربردی طرح:

- هدف کاربردی این پژوهش، شناسایی و ارزیابی نیازهای بهداشتی جامعه به منظور اولویت بندی مشکلات و نیازهای بهداشتی، تدوین و اجرای برنامه های عملیاتی مبتنی بر نتایج ارزیابی سلامت جامعه برای بهبود دسترسی، کیفیت و پوشش خدمات پزشک خانواده، تعیین موانع و چالش های استقرار برنامه پزشک خانواده و ارائه راهکارهای اجرایی برای رفع آنها، افزایش مشارکت و همکاری ذینفعان در توسعه و ارتقای برنامه پزشک

خانواده، و ارزیابی مستمر اثربخشی برنامه های عملیاتی اجرا شده و بازنگری و به روز رسانی آنها متناسب با نیازهای جامعه است.

• فرضیات یا سؤالات تحقیق: (Hypothese or Questions):

- 1- میزان دسترسی و استفاده از خدمات مراقبت های اولیه سلامت در مناطق مورد بررسی چگونه است؟
- 2- وضعیت شاخص های سلامت عمومی در جامعه مورد مطالعه چگونه است؟
- 3- چه مشکلات سلامتی در جامعه مورد مطالعه وجود دارد؟
- 4- اولویت بندی مشکلات استخراج شده جامعه مورد مطالعه چگونه است؟

بیان مسئله (Problem Statement)

اولین گام در طراحی یک پروژه خدماتی مؤثر در جامعه، شناخت نقاط ضعف و قدرتهای آن جامعه می باشد. با صرف زمان روی موضوعات مهم جامعه می توان فرصتهای تازه ای را برای انجام برنامه های خدماتی یافته و از دوباره کاری جلوگیری نمود. نقش ارزیابی سلامت جامعه عبارت از شناسایی عوامل تأثیرگذار در سلامت جمعیت و تعیین میزان دسترسی به منابع درون آن جامعه برای هدف گیری درست آن عوامل می باشد. بدین سان، جامعه می تواند با تشریک مساعی رهبران آن، نمایندگان بهداشت عمومی، مشاغل، بیمارستانها، پزشکان خصوصی و مراکز آموزشی و سایر سازمان ها و نهادهای به سؤالات اساسی در خصوص نقاط ضعف و قوت جامعه، دلواپسی های رهبران جامعه و سایر مشکلات سلامت جامعه پاسخ دهد[1].

ارزیابی سلامت جامعه اساس تدوین سیاستهای راهبردی برای سیاستگذاران سلامت بوده تا آنها دید بهتری نسبت به مسائل، نقاط قوت و ضعف حوزه مدیریت خود داشته باشند و دادههای جمع آوری شده در مورد سلامت و نیازهای بنیادی جامعه را در جهت اولویت بندی مشکلات، توزیع منابع و امکانات لازم مورد استفاده قرار دهند. در چارچوب این فرایند، ارزیابی با افرادی که در آن جامعه زندگی می کنند آغاز می شود و خود آنان مسئولیت کلیدی ارزیابی جامعه در تمام سطوح، از قبیل جمع آوری و تفسیر دادهها، ارزشیابی منابع سلامت، تعیین مشکلات سلامت و راهکارهای مقابله با این مشکلات را برعهده می گیرند. طبق این دیدگاه، فرایند ارزیابی جامعه به جای آنکه بر روی جامعه صورت گیرد به دست افراد جامعه انجام می شود[2].

هدف نهایی فرایند ارزیابی جامعه، ارتقای سلامت جامعه بوده و اهدافی شامل ارتقای شیوه زندگی سالم شهروندان، رفع نابسامانیهای سلامت، افزایش سطح دسترسی به خدمات پیشگیرانه، حفاظت از سلامت عمومی افراد، پرورش شرایط زندگی و کار به صورت مثبت و حمایتی در جوامع و حمایت از اعضای جامعه در جهت توسعه استعدادها و

مهارت‌ها برای رسیدن به زندگی سالم را فراهم می‌سازد که شناخت جامعه و عادات و رفتارهای مردمی که در آن جامعه زندگی می‌کنند، اولین و اصلی‌ترین قدم برای رسیدن به این اهداف است [3]. هر جامعه‌ای از نظر اهداف، تمایلات، امکانات، دارایی‌ها، تاریخچه پیشین و پتانسیل آینده کاملاً منحصر به فرد است و یک ارزیابی مناسب از سطح جامعه می‌تواند در اتخاذ تصمیمات مناسب برای شرایط مختلف مفید باشد [4].

مدلهای مختلفی برای ارزیابی سلامت جامعه وجود دارد یکی از مدلها رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه **Planned Approach To Community Health= PATC** می باشد. رویکرد برنامه ریزی شده به سلامت جامعه مدلی است برای بهبود وضعیت بهداشتی و کیفیت زندگی جوامع و فرآیندی است که در بسیاری از جوامع از آن به منظور برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها استفاده می شود این فرآیند به جامعه کمک می کند تا تیم ارتقای سلامت را تشکیل دهد. داده های محلی را جمع آوری کند بر اساس آنها اولویت های بهداشتی را مشخص نماید، برنامه مداخله را طراحی و در نهایت آن برنامه را ارزشیابی کند این رویکرد قابل تطابق با موقعیت های مختلف است و زمانی که یک جامعه در صدد تعیین اولویت بهداشتی برآید می توان د آن را با ساختار سازمانی خود تطبیق دهد. [5] یکی دیگر از مدل های خوب ارزیابی سلامت جامعه، مدل کارولینای شمالی است. این مدل یک راهنمای گام به گام برای فرایند ارزیابی سلامت جامعه ارائه می دهد؛ به این صورت که کاربرگ هایی برای تحلیل داده های محلی (روستا، شهر، شهرستان)، ابزارهای لازم برای جمع آوری داده های اولیه و ثانویه جامعه، راهنمای نحوه تفسیر داده ها، دستورالعمل اولویت بندی نیازها و مشکلات سلامت محل و کمک هایی در زمینه برنامه ریزی سلامت جامعه ارائه می دهد. مزیت و نقطه قوت مدل کارولینای شمالی اجتناب از دوباره کاری و سردرگمی های ناشی از ارزیابی های متعدد است، درحالی که مشارکت اعضای جامعه را در فعالیتهای ارزیابی افزایش می دهد [3].

در گذشته مطالعات مشابهی به روش ارزیابی جامعه توسط پژوهشگران انجام شده است. بطوری که در مطالعه انجام شده در منطقه 17 شهر داری تهران، اعتیاد، فقر و درآمد پایین خانوار، تراکم بالای جمعیت، مشکلات ترافیکی و اشکال در سیستم حمل و نقل منطقه، فرسودگی ساختمان ها، مشکلات بهداشت محیط، وضعیت نامناسب اشتغال و آلودگی صوتی بعنوان مهمترین مشکلات منطقه شناسایی شدند [6] در مطالعه دیگری که در شاهین شهر اصفهان به منظور تدوین برنامه عملیاتی ارتقای سلامت انجام شد 10 مشکل به عنوان مشکل های مهم شهر انتخاب و اولویت بندی شد [7] مطالعه مشابهی نیز در محله چاهستانی های شهرستان بندر عباس با هدف شناسایی و الویت بندی مشکلات محله صورت گرفت که در پایان 11 مشکل به عنوان مشکلات مهم انتخاب والویت بندی شدند که شامل بی توجهی مسئولان ، ناامنی ، بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نبودن معابر، قطعی برق، عدم روشنایی معابر، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر بود [8] در مطالعه ای که در منطقه تحت پوشش پا یگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد انجام شد 54 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 وایمنی فردی - اجتماعی را در بر می گیرد [9].

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 می شود [10]. 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 می باشند [11].

توسعه مراقبت های بهداشتی درمانی و سلامت خانواده، در حال حاضر از مهم ترین برنامه های وزارت بهداشت و درمان است و برنامه توسعه برنامه پزشک خانواده راهبردی بنیادین برای تضمین سلامت جامعه است. یکی از مهم ترین معیارهای موفقیت این برنامه ارتباط پیوسته و مستمر افراد و خانواده ها با ارائه دهندگان خدمت می باشد با وجود اقدامات گوناگونی که تا به امروز در این حوزه انجام شده است باز هم این روزها مردم با مشکلات گوناگونی در حوزه سلامت و درمان مواجه هستند و نسبت به رفع مشکلات خود در این حوزه مهم دغدغه ها و مطالبه های جدی دارند؛ دغدغه هایی که نباید براحتهای از کنار آن گذشت و باید در اولویت مدیران و دست اندرکاران حوزه سلامت باشد. لذا شناخت مشکلات سلامتی از دید مردم می تواند مبنایی برای تدوین برنامه های عملیاتی برای انجام مداخله برای رفع مشکلات سلامت باشد. بنابراین این مطالعه باهدف ارزیابی جامعه برای شناسایی و اولویت بندی مشکلات سلامت شهر نقده انجام گردید

مواد و روشها

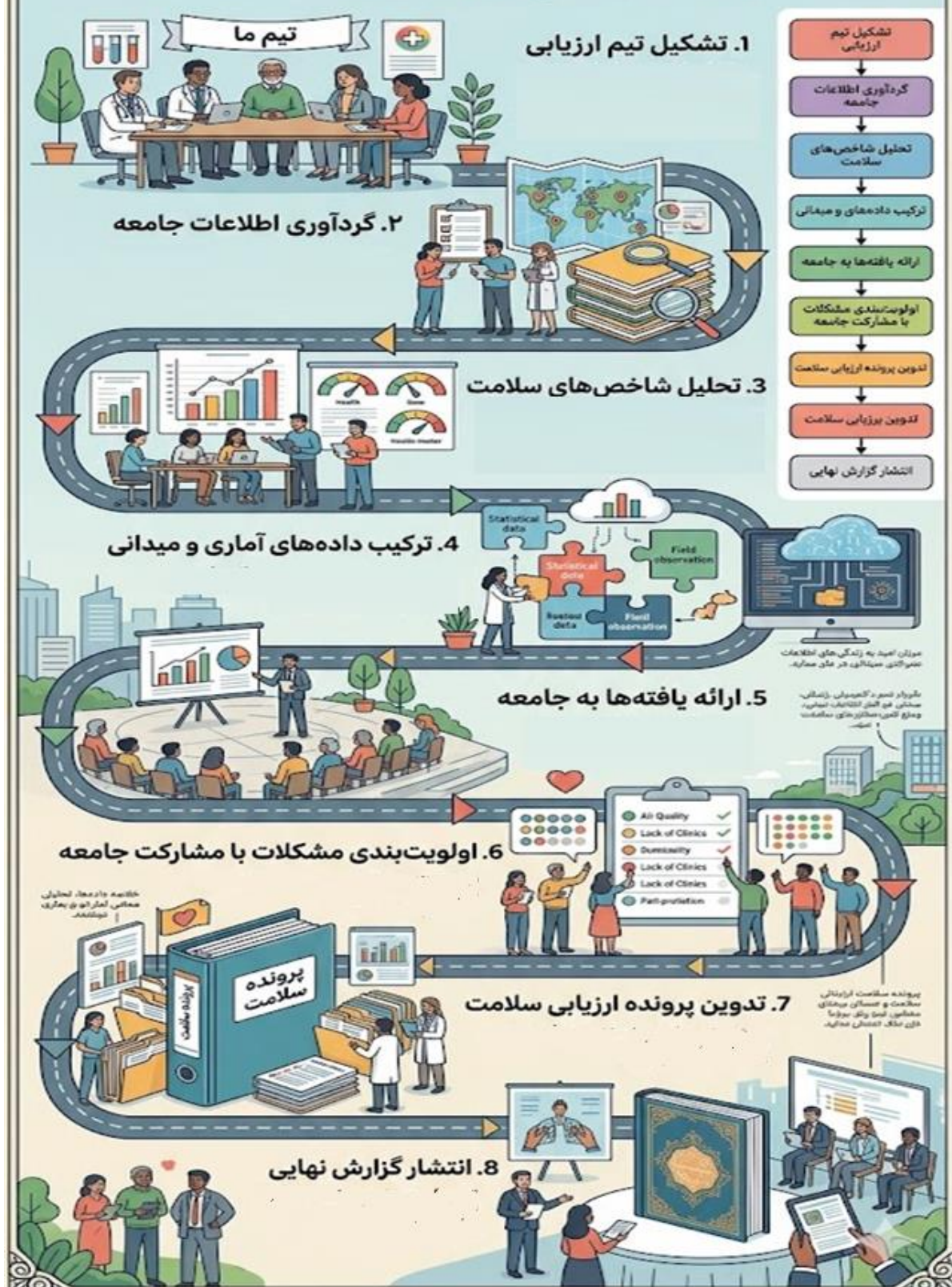
این مطالعه به صورت مقطعی در زمستان 1403 تا بهار سال 1404 شهر نقده، مرکز شهرستان نقده در استان آذربایجان غربی، انجام شد. شهر نقده در جنوب استان آذربایجان غربی و در فاصله حدود 95 کیلومتری شهر ارومیه واقع شده است. این شهر یکی از مراکز مهم جمعیتی و کشاورزی استان محسوب می شود و بر اساس آخرین سرشماری رسمی، دارای جمعیت قابل توجهی است ارزیابی سلامت جامعه با استفاده از مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی (North Carolina Community Assessment Model) انجام شد. این مدل یکی از الگوهای معتبر و تجربه شده در حوزه ارزیابی سلامت جامعه است که هر چهار سال یکبار اجرا می شود. در این مدل، پس از ارزیابی وضعیت سلامت جامعه، اولویت های سلامت تعیین و برنامه عملیاتی تدوین می شود. سپس

فرصت سه‌ساله‌ای برای اجرای مداخلات و برنامه‌های تدوین‌شده در نظر گرفته شده و در پایان، عملکرد منطقه توسط سطوح بالاتر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد..

فرایند ارزیابی در مدل کارولینای شمالی در دو فاز انجام می‌شود. فاز نخست شامل جمع‌آوری اطلاعات، شناسایی مسائل سلامت و اولویت‌بندی مشکلات جامعه است و فاز دوم به طراحی و اجرای برنامه‌های عملیاتی برای رفع مشکلات اولویت‌دار اختصاص دارد. مطالعه حاضر نتایج فاز نخست این فرایند را گزارش می‌کند. در این راستا، ارزیابی سلامت جامعه در شهر نقده طی هفت مرحله متوالی انجام شد که شامل گردآوری داده‌ها، تحلیل وضعیت سلامت، شناسایی مشکلات، اولویت‌بندی نیازهای سلامت و جلب مشارکت ذی‌نفعان محلی بود.

مراحل:

فرآیند جامع ارزیابی سلامت



مرحله اول: تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه

در مرحله نخست، تیم ارزیابی سلامت جامعه با هدف برنامه‌ریزی، هدایت و اجرای فرایند ارزیابی تشکیل شد. اعضای این تیم شامل رئیس مرکز بهداشت شهرستان، مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت و پایگاههای بهداشت، مراقبان سلامت و معتمدان محلی بودند. این افراد به‌عنوان ذی‌نفعان کلیدی جامعه، در شناسایی مسائل و نیازهای سلامت، جمع‌آوری اطلاعات، تفسیر یافته‌ها و اولویت‌بندی مشکلات سلامت مشارکت داشتند. مدیر آموزشگاه بهورزیمسئولیت هماهنگی بین‌بخشی، تسهیل دسترسی به اطلاعات و نظارت بر اجرای مراحل مطالعه را بر عهده داشت. مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت و مراقبان سلامت با ارائه داده‌های مورد نیاز، مشارکت در جلسات کارشناسی و انتقال دیدگاه‌های تخصصی در خصوص وضعیت سلامت جامعه، نقش فعالی در فرایند ارزیابی ایفا کردند. همچنین معتمدان محلی به‌عنوان نمایندگان جامعه، در شناسایی نیازها و مشکلات سلامت از دیدگاه مردم و جلب مشارکت اجتماعی در مراحل مختلف مطالعه همکاری داشتند. نظارت علمی بر اجرای مطالعه توسط تیم پژوهش انجام شد و مسئولیت برنامه‌ریزی، هدایت فرایند ارزیابی، پایش کیفیت جمع‌آوری داده‌ها و اطمینان از صحت اجرای مراحل مختلف مطالعه را بر عهده داشت.

مرحله دوم

در این مرحله، داده‌های اولیه مورد نیاز برای ارزیابی سلامت جامعه از طریق روش‌های کمی و کیفی جمع‌آوری شد. هدف از این مرحله، شناسایی نگرش‌ها، نیازها، دغدغه‌ها و اولویت‌های سلامت از دیدگاه ساکنان و ذی‌نفعان جامعه بود تا تصویری جامع از وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در شهر نقده به دست آید. داده‌های کمی از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌های ارزیابی سلامت جامعه توسط شهروندان و مراجعان مراکز جامع خدمات سلامت گردآوری شد. همچنین به‌منظور دریافت دیدگاه‌های عمیق‌تر و درک بهتر مسائل و مشکلات موجود، جلسات بحث گروهی متمرکز با حضور اعضای جامعه در نقاط مختلف شهر برگزار شد. در این جلسات، شرکت‌کنندگان مهم‌ترین مشکلات، نیازها، ظرفیت‌ها و چالش‌های مؤثر بر سلامت جامعه را مطرح و درباره آن‌ها تبادل نظر کردند.

در بخش کیفی مطالعه، مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با افراد کلیدی و مطلع جامعه شامل مراقبین سلامت، مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت، معتمدان محلی انجام شد. این مصاحبه‌ها با هدف شناسایی مهم‌ترین مسائل سلامت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، نقاط قوت و ظرفیت‌های موجود و همچنین چالش‌ها و موانع پیش‌روی ارتقای سلامت جامعه صورت گرفت.

پرسش‌نامه مورد استفاده شامل 80 سؤال بود که در دو بخش کلی اطلاعات عمومی و مشکلات و نیازهای جامعه سازمان‌دهی شده بود. از این تعداد، 11 سؤال به اطلاعات عمومی و 69 سؤال به مشکلات و نیازهای جامعه

اختصاص داشت. در میان حیطه‌های مرتبط با مشکلات جامعه، بیشترین تعداد سؤالات مربوط به بیماری‌ها و ناتوانی‌ها در جامعه (16 سؤال) و پس از آن زندگی در جامعه (14 سؤال) بود. همچنین حیطه‌های سلامت (11 سؤال) رفتارهای پرخطر (10 سؤال)، خدمات سالمندان (7 سؤال)، خشونت (7 سؤال) و خدمات مادران و کودکان (4 سؤال) سایر بخش‌های پرسش‌نامه را تشکیل می‌دادند. کمترین تعداد سؤالات نیز به حیطه خدمات مادران و کودکان اختصاص داشت.

همچنین در ترتیب گزینه‌های پاسخ تغییراتی اعمال شد و پاسخ‌های پرتکرار بنابر تشخیص تیم ارزیابی در ابتدای گزینه‌ها قرار داده شد. علاوه‌براین در انتهای پرسش‌نامه فهرستی از مشکلات و نیازهای جامعه تهیه شد و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد به مشکلات و نیازهایشان براساس اولویت نمره صفر (کمترین اهمیت) تا 10 (بیشترین اهمیت) بدهند.





در مرحله سوم، داده‌های سلامت شهرستان تجزیه و تحلیل شد. در دو جلسه نخست این مرحله، با همکاری مسئول و تعدادی از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی نقده، تمام اطلاعات بهداشتی و سلامت شهری از پنه‌های مدیریت سلامت و سامانه «سیب» (سامانه یکپارچه بهداشت) استخراج گردید. سپس این اطلاعات در قالب شاخصهای بهداشتی، در کنار شاخصهای استانی و شهرستانی – به‌ویژه شاخصهای کلیدی سلامتی نظیر مراقبتهای مادران و کودکان، مرگ مادران و کودکان، شاخصهای تغذیه‌ای و مراقبت از سالمندان – که به‌عنوان داده‌های ثانویه جمع آوری شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. هدف از این مقایسه، شناسایی مشکلات احتمالی جامعه در حوزه سلامت بود.

در مرحله چهارم، داده‌های ثانویه حاصل از مراحل دوم و سوم با داده‌های اولیه ترکیب و مقایسه شدند. بر این اساس، تیم ارزیاب جامعه به شناختی جامع از مسائل و مشکلات عمده شهر نقده دست یافت

مرحله پنجم:

تیم ارزیابی نتایج حاصل از ارزیابی را به ساکنین جامعه مورد مطالعه گزارش داد. اهمیت این مرحله تلفیق نظرات مردم با یافته‌های تیم ارزیابی است .



مرحله ششم: اولویت‌بندی مسائل سلامت جامعه

در مرحله ششم و پس از شناسایی و دسته‌بندی مسائل و مشکلات سلامت جامعه، جلسات تخصصی با حضور تیم ارزیابی سلامت جامعه، رئیس مرکز بهداشت شهرستان، مسئولان مراکز جامع خدمات سلامت، مراقبان سلامت و معتمدان محلی برگزار شد. هدف از این جلسات، بررسی نتایج مراحل پیشین و تعیین اولویت‌های اصلی سلامت جامعه بود. در ابتدا، مسائل و مشکلات شناسایی‌شده در قالب جلسات بحث گروهی مورد بررسی قرار گرفت و اعضا دیدگاه‌های خود را در خصوص اهمیت، گستره و پیامدهای هر یک از مشکلات مطرح کردند. پس از دستیابی به اجماع اولیه، فرایند اولویت‌بندی با استفاده از مدل هَنلون (Hanlon) انجام شد. این مدل یکی از روش‌های ساختاریافته و پرکاربرد در اولویت‌بندی مسائل سلامت است که با بهره‌گیری از معیارهایی نظیر اندازه مشکل، شدت و اهمیت آن، اثربخشی مداخلات و امکان‌پذیری اجرای برنامه‌ها، به تعیین اولویت‌های سلامت جامعه کمک می‌کند. بر این اساس، هر یک از مسائل شناسایی‌شده توسط اعضای گروه بر اساس شاخص‌های مدل هَنلون امتیازدهی شد و در نهایت، مشکلات دارای بالاترین امتیاز به‌عنوان اولویت‌های اصلی سلامت جامعه انتخاب شدند تا مبنای برنامه‌ریزی و مداخلات آتی قرار گیرند. معیارهای مورد استفاده برای انتخاب اولویت‌های سلامت عبارت بودند از: بزرگی مشکل، پیامدهای مشکل، سهولت رفع مشکل و فوریت رفع مشکل. به هر یک از این مشکلات خواسته شد نمره 1 تا 10 داده شود. در مجموع، حداقل امتیاز مربوط به هر کدام از سه معیار امتیازدهی در جدول ماتریس برابر با 1 و حداکثر امتیاز برابر با 10 بود. در نهایت، مجموع امتیاز آیت‌ها برای هر عنوان محاسبه شد و فهرست مشکلات منطقه به‌ترتیب از بیشترین تا کمترین امتیاز لیست شدند.



مرحله ششم و هفتم:

شامل تهیه و انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه است . در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه گزارش مستند فرایند ارزیابی، نحوه استخراج و اولویتبندی مشکلات را تهیه کرد. مقصود از این مرحله به اشتراک گذاشتن نتایج و برنامه

های ارزیابی با کل جامعه و سایر عاقله مندان بود این نتایج در اختیار مسولین شهری جهت اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفت.

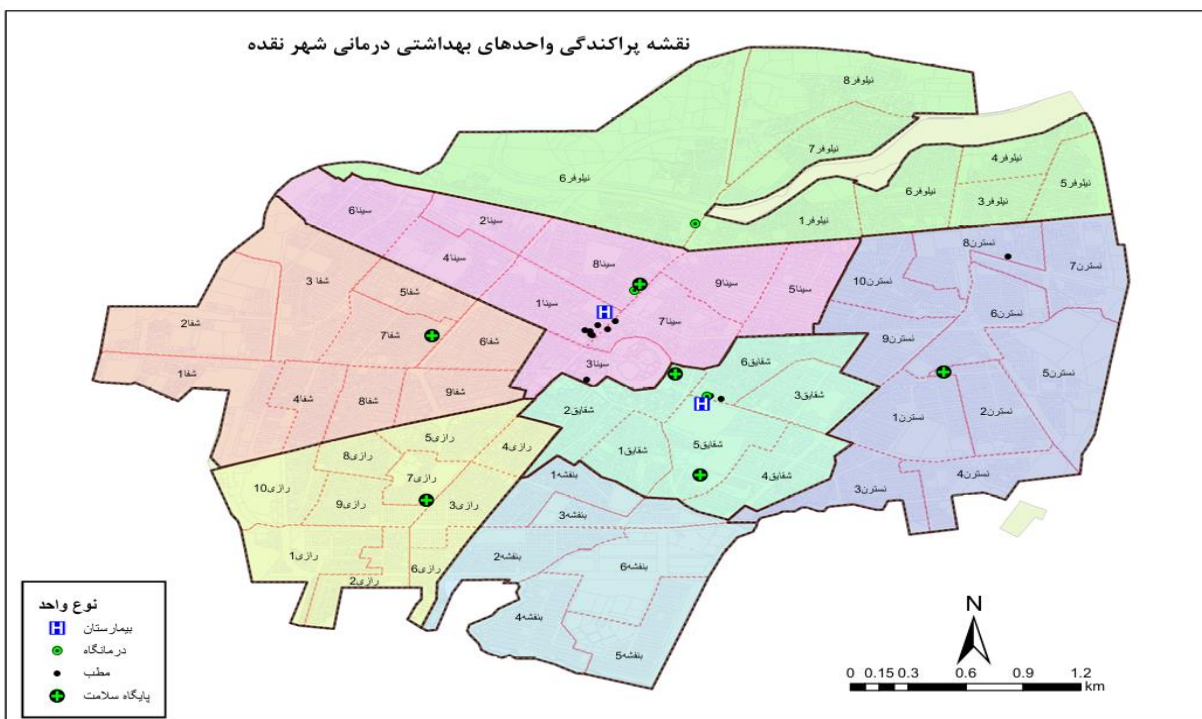
نتایج:

محدوده مطالعه شهر نقده

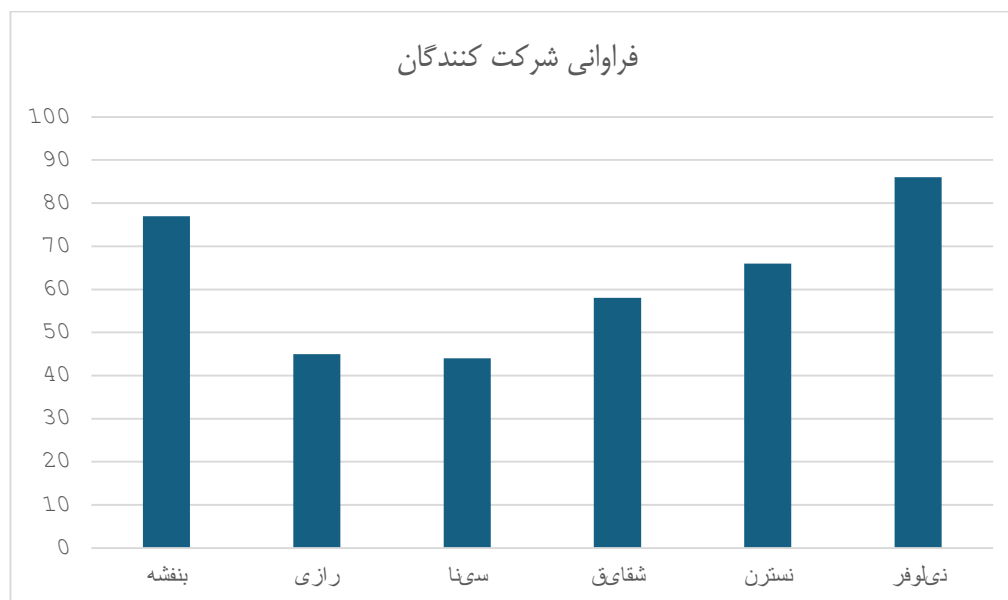
شهرستان نقده در ابتدای سال ۱۴۰۵ دارای جمعیتی معادل ۲۸۹۰۳۷ نفر است. از این تعداد، ۸۹۰۴۰ نفر (حدود ۶۵ درصد) در شهر نقده به عنوان مهم‌ترین مرکز جمعیتی شهرستان سکونت دارند و ۱۰۶۱۵ نفر نیز در شهر محمدیار زندگی می‌کنند. همچنین ۶۳۴۰۳۷ نفر از جمعیت شهرستان در مناطق روستایی ساکن هستند که حدود ۲۷ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد. ساختار جمعیتی شهرستان نشان‌دهنده غلبه جمعیت شهری در کنار حضور قابل توجه جمعیت روستایی است که برنامه‌ریزی متوازن برای ارائه خدمات سلامت را ضروری می‌سازد. در راستای تأمین خدمات بهداشتی اولیه، شبکه بهداشت و درمان شهرستان شامل ۱۰ مرکز جامع سلامت، ۸ پایگاه سلامت شهری و ۴۲ خانه بهداشت است که نقش مهمی در ارائه خدمات پیشگیرانه، مراقبتی و ارتقای سلامت جمعیت شهری و روستایی شهرستان ایفا می‌کنند. این ظرفیت زیرساختی، زمینه مناسبی برای اجرای برنامه‌های سلامت‌محور و کاهش نابرابری‌های دسترسی به خدمات بهداشتی در سطح شهرستان فراهم کرده است.

نقشه شهرستان نقده





نمودار شماره 1: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک پایگاه



بررسی توزیع سنی شرکت کنندگان نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به گروه‌های سنی 25 تا 34 سال (32.8٪) و 35 تا 44 سال (31.2٪) بوده است. همچنین تنها 1.3٪ از افراد کمتر از 18 سال و 2.4٪ در گروه سنی 65 تا 74 سال قرار داشتند.

جدول شماره 2: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک گروه‌های سنی

گروه‌های سنی	فراوانی	درصد
زیر 18 ساله	5	1/33%
18 الی 24 ساله	44	11/73%
25 الی 34 ساله	123	32/80%
35 الی 44 ساله	117	31/20%
45 الی 54 ساله	50	13/33%
55 الی 65 ساله	27	7/20%
65 الی 74 ساله	9	2/40%
جمع	375	100/00%

از مجموع شرکت کنندگان، 69.7٪ زن و 30.3٪ مرد بودند که نشان‌دهنده مشارکت بیشتر زنان در مطالعه می‌باشد.

جدول شماره 3: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک جنس

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	262	69/68%
مرد	114	30/32%
جمع	376	100/00%

بررسی وضعیت تحصیلی افراد نشان داد که بیشترین فراوانی مربوط به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (39.4٪) و دیپلم (27.9٪) بوده است، در حالی که تنها 2.9٪ از افراد بی‌سواد بودند.

جدول شماره 4: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد
---------	---------	------

بی سواد	11	2/9%
ابتدایی	39	10/4%
راهنمایی	73	19/4%
دیپلم	105	27/9%
دانشگاهی	148	39/4%
جمع	376	100/0%

از نظر وضعیت شغلی، نیمی از شرکت کنندگان (50٪) خانه دار بودند و پس از آن مشاغل آزاد (22.1٪) و مشاغل دولتی (21.3٪) بیشترین فراوانی را داشتند.

جدول شماره 5: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک شغل

شغل	فراوانی	درصد
خانه دار	188	50/0%
دانشجو-طلبه	8	2/1%
کشاورزی و دامداری	17	4/5%
مشاغل دولتی	80	21/3%
آزاد	83	22/1%
جمع	376	100/0%

نتایج نشان داد که 77.4٪ از افراد تحت پوشش بیمه درمانی بوده و 22.6٪ فاقد پوشش بیمه‌ای بودند.

جدول شماره 6: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک داشتن بیمه

داشتن بیمه	فراوانی	درصد
بله	291	77/39%
خیر	85	22/61%
جمع	376	100/00%

در میان افراد دارای بیمه، بیشترین نوع پوشش بیمه‌ای مربوط به بیمه تأمین اجتماعی (56٪) و پس از آن بیمه درمانی ایرانیان/روستایی (25.1٪) بود. همچنین 8.3٪ تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح و 10.7٪ دارای سایر انواع بیمه بودند.

جدول شماره 7: فراوانی شرکت کنندگان به تفکیک داشتن نوع بیمه

نوع بیمه	فراوانی	درصد
بیمه درمانی - ایرانیان -		
روستایی	73	25/09%
تامین اجتماعی	163	56/01%
نیروهای مسلح	24	8/25%
سایر	31	10/65%
جمع	291	100/00%

جدول شماره 8: نتایج اولیه مشکلات سلامت از دید مردم

مشکل هست	زیرگروه	
78%	دسترسی جوانان از جاقو	1
75%	مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) در بزرگسالان	2
75%	افسردگی	3
73%	خشونت بین جوانان	4
73%	مصرف الکل در بزرگسالان	5
73%	سو مصرف مواد مخدر یا داروهای غیر مجاز در بزرگسالان	6
73%	فرصت های شغلی و اشتغال	7
72%	فقر در خانواده	8
71%	مصرف دخانیات در کودکان (زیر 15 سال)	9
70%	مسکن	10
68%	دفع غیر بهداشتی زباله /عدم کانال کشی فاضلاب /نظافت خیابان ها	11
68%	نبودن مراکز تفریحی برای کودکان و نوجوانان	12
68%	کمبود فعالیت جسمی و ورزشی	13
67%	سو مصرف مواد مخدر کودکان (زیر 15 سال)	14
67%	خودکشی	15
67%	تسهیلات تفریحی	16
66%	کمبود مواد غذایی مناسب	17
65%	مشکلات فرزند پروری -آموزش مناسب-مهارت آموزی	18
65%	موضوعات سگ های ولگرد و افراد ارازل و اوباش که باید از منطقه تبعید شوند	19
65%	ایمنی جاده ها و معابر	20
64%	کمبود کارشناس سلامت روان و پزشک	21
62%	بد رفتاری و تنها گذاشتن افراد سالمند	22

مشکل هست	زیرگروه	
62%	بدرفتاری زن و شوهر	23
62%	مصرف الکل در کودکان (زیر 15 سال)	24
62%	تفریح یا برنامه های اجتماعی	25
61%	بد رفتاری با کودکان	26
60%	طلاق	27
55%	ساقی های مواد مخدر)	28
54%	عدم نظارت گیم نت -رفتن بچه ها به قهوه خانه ها	29
51%	خدمات دندانپزشکی	30

جدول شماره 9: حیطه بندی نتایج اولیه مشکلات سلامت از دید مردم

حیطه	زیرگروهها
خشونت	دسترسی جوانان از چاقو، افسردگی، بدرفتاری زن و شوهر، خشونت بین جوانان، بد رفتاری و تنها گذاشتن افراد سالمند، بد رفتاری با کودکان، خودکشی
رفتارهای پر خطر	مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) در بزرگسالان، کمبود فعالیت جسمی و ورزشی، کمبود مواد غذایی مناسب، سو مصرف مواد مخدر یا داروهای غیر مجاز در بزرگسالان، مصرف الکل در بزرگسالان، بیماری های قابل انتقال جنسی، ساقی های مواد مخدر، مصرف دخانیات در کودکان (زیر 15 سال)، مصرف الکل در کودکان (زیر 15 سال)، سو مصرف مواد مخدر کودکان (زیر 15 سال)
بخش سلامت	نبودن مراکز تفریحی برای کودکان و نوجوانان، خدمات دندانپزشکی، کمبود کارشناس سلامت روان و پزشک
بخش ارائه خدمات سالمندان	تفریح یا برنامه های اجتماعی
بخش زندگی در جامعه	موضوعات سگ های ولگرد، فقر در خانواده، دفع غیر بهداشتی زباله/عدم کانال کشی فاضلاب/نظافت خیابان ها، مسکن، ایمنی جاده ها و معابر، فرصت های شغلی و اشتغال، تسهیلات تفریحی، مشکلات فرزند پروری-آموزش مناسب- مهارت آموزی، طلاق، عدم نظارت درباره گیم نت-رفتن بچه ها به قهوه خانه ها

جدول شماره 10: لیست اولویت های بهداشتی پس از اولویت بندی

ردیف	زیرگروه	شدت مشکل	وسعت مشکل	قابل حل بودن	نمره کل
1	موضوعات سگ های ولگرد	284	271	215	770
2	مصرف دخانیات (سیگار، قلیان و ...) در بزرگسالان	245	242	199	686
3	نبودن مراکز تفریحی برای کودکان و نوجوانان	245	221	206	672
4	خدمات دندانپزشکی	221	202	225	648
5	کمبود فعالیت جسمی و ورزشی	219	216	207	642
6	فقر در خانواده	234	217	190	641
7	دفع غیر بهداشتی زباله /عدم کانال کشی فاضلاب/نظافت خیابان ها	214	205	212	631
8	ایمنی جاده ها و معابر	210	192	218	620
9	افسردگی	232	198	179	609
10	مشکلات فرزند پروری-آموزش مناسب-مهارت آموزی	210	189	209	608
11	طلاق	213	183	190	586
12	کمبود کارشناس سلامت روان و پزشک	194	182	194	570
13	بدرفتاری زن و شوهر	204	168	195	567
14	خشونت بین جوانان	201	177	183	561
15	سو مصرف مواد مخدر یا داروهای غیر مجاز در بزرگسالان	207	160	188	555
16	مصرف الکل در بزرگسالان	192	173	184	549
17	دسترسی جوانان از چاقو	216	143	179	538
18	عدم نظارت درباره گیم نت-رفتن بچه ها به قهوه خانه ها	177	154	183	514
19	بد رفتاری با کودکان	178	132	198	508
20	خودکشی	192	129	172	493
21	مصرف دخانیات در کودکان (زیر 15 سال)	164	112	208	484
22	مصرف الکل در کودکان (زیر 15 سال)	158	121	174	453

یافته‌های حاصل از نیازسنجی سلامت جامعه در شهر نقده نشان‌دهنده طیف گسترده‌ای از چالش‌های سلامت‌محور، اجتماعی، اقتصادی و محیط‌زیستی است. احصاء ۲۱ عنوان مشکل که حوزه‌های متنوعی نظیر رفتارهای پرخطر (اعتیاد، مصرف الکل و دخانیات)، چالش‌های سلامت روان (افسردگی، خودکشی)، مسائل زیست‌محیطی (دفع نامناسب زباله و فاضلاب) و معضلات اجتماعی (فقر، خشونت و طلاق) را دربر می‌گیرد، نشان‌دهنده ماهیت چندبعدی سلامت در این منطقه است.

این تنوع یافته‌ها با نتایج مطالعه **کریمی و همکاران (۱۴۰۰)** همسویی دارد؛ آنان نیز تأکید کردند که مشکلات سلامت جامعه منحصر به حوزه بهداشت نیست و با مسائل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی پیوندی ناگسستنی دارد. در واقع، بسیاری از مشکلات شناسایی شده در نقده، مانند «فقر در خانواده»، «مشکلات فرزندپروری» و «خشونت»، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (SDH) هستند که مستقیماً بر شاخص‌های بهداشت عمومی تأثیر می‌گذارند.

همان‌طور که در نتایج **کیکاوس ایرانق و همکاران (۱۳۹۶)** و **شکاری و همکاران (۱۳۹۸)** مشاهده شد، مشکلات زیست‌محیطی (مانند زباله‌های شهری و فاضلاب) و مسائل اجتماعی (نظیر بیکاری و ازدواج‌های زودهنگام) در اولویت‌های اصلی جوامع قرار دارند. در شهر نقده نیز، وجود مسائلی همچون «دفع غیربهداشتی زباله» در کنار «سگ‌های ولگرد»، بیانگر نیاز مبرم به مداخلات بین‌بخشی و بهبود زیرساخت‌های شهری است که پیش‌نیاز هرگونه ارتقای سلامت عمومی محسوب می‌شود.

علاوه بر این، چالش‌های مربوط به سلامت روان (افسردگی و خودکشی) و رفتارهای پرخطر (سوءمصرف مواد و دخانیات حتی در کودکان) در نتایج این مطالعه، زنگ خطری جدی برای متولیان بهداشت و سلامت شهر است. با استناد به یافته‌های **رحمانی و همکاران (۱۳۹۶)**، انجام مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای برای شناسایی عوامل زمینه‌ساز این آسیب‌ها، در کنار تقویت تیم‌های سلامت (افزایش کارشناسان سلامت روان و پزشکان)، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

آنچه در تحلیل این یافته‌ها اهمیت دارد، اهمیت «مشارکت مردم» است. مطالعه **مقدسی و همکاران** به وضوح نشان داد که اولویت‌های سلامت هر جامعه متأثر از شرایط منحصربه‌فرد همان منطقه است و موفقیت در حل این مشکلات، تنها از طریق توانمندسازی جامعه، استفاده از نظرات معتمدین محلی و مشارکت تمامی ذینفعان محقق می‌شود. از این رو، پیشنهاد می‌شود برای مدیریت معضلاتی نظیر «دسترسی جوانان به چاقو»، «عدم نظارت بر گیم‌نت‌ها» و سایر آسیب‌های اجتماعی، رویکردهای مشارکتی و مبتنی بر جامعه (Community-Based) با همکاری ادارات ذیربط و مشارکت فعال شهروندان نقده تدوین گردد.

در نهایت، نتایج به‌دست‌آمده از نقده نشان می‌دهد که نگاه سنتی به سلامت به عنوان یک مقوله صرفاً پزشکی، کارآمد نیست. برای گذار از وضعیت موجود، ایجاد هماهنگی بین‌بخشی، حمایت قاطع مدیران شهری و تدوین

برنامه‌های عملیاتی بر اساس اولویت‌های شناسایی شده با مدل‌های استاندارد (نظیر مدل کارولینای شمالی)، کلید اصلی بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت شهروندان خواهد بود.

REFERENCE

1. Iranag, M., et al., *Community health assessment of the town of Basmenj, Tabriz city*. 2018.
2. Maleki, F., et al., *The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran*. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research, 2014. **12** (3).
3. Rafiemanesh, H., M. Yari, and K. Holakui Naeini, *Community Assessment for Determination and Diagnosis of Health-related Problems in Aliny Village Meshginshahr functions in Ardebil*. Journal of Preventive Medicine, 2015. **2**(2): p. 10-17.
4. Cottler, L.B. and R. Nagarajan, *Real-time assessment of community health needs and concerns*, 2012, American Association for the Advancement of Science.
5. Karimi, Z., et al., *Community Health Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Choliche County, Farsan City, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran %J Journal of Preventive Medicine*. 2023. **10**(2): p. 144-157.
6. MOGHADASI, J., et al., *Capacity building of Farokhshahr city for recognition and elimination of society problems by mobilization of people in Farrokshahr development team*. 2006.
7. Keykavous Iranag, M., et al., *Community Health Assessment of the Town of Basmenj, Health Tabriz City %J Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2018. **16**(3): p. 295-306.
8. Shekari, F., H. Jalilvand, and A. Mohammadpoorasl, *Community Health Assessment to Identify Problems and Develop Operational Plans to Promote Health in the Soufian and Institute of Public Health Research. District %J Journal of School of Public Health*. 2022. **20**(2): p. 143-156.
9. Rahmani, K., K. Halakoe Naeini, and G.J.J.o.S.U.o.M.S. Moradi, *Utilization of community assessment model for identification of family health problems*. 1970. **21**(6): p. 1035-1044.
10. Freitas, Â., T.C. Rodrigues, and P.J.J.o.U.H. Santana, *Assessing urban health inequities through a multidimensional and participatory framework: Evidence from the EURO-HEALTHY project*. 2020. **97**(6): p. 857-875.
11. Gatewood, J.G., et al., *Perceived barriers to community-based health promotion program participation*. 2008. **32**(3): p. 260-271.



دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مصوبه کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش

تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۸/۹	شناسه: IR.UMSU.REC.1403.225	محل بررسی:
	کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	تصمیم صادره:
	موضوع: پروپوزال طرح تحقیقاتی/پایان نامه/گزارش مورد، مورد تصویب کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش قرار گرفت. توجه: ۱. علی‌رغم تصویب مطالعه در کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش، تمامی مسئولیت‌های حقوقی و حرفه‌ای اجرای طرح به عهده مجری ارشد و همکاران مطالعه می‌باشد. ۲. تمامی مستندات مطروحه در این مصوبه، بر اساس موارد دریافت شده در تاریخ ۱۴۰۳/۸/۹ می‌باشد و ضروری است هرگونه تغییرات و اصلاحات اعمال شده در این مستندات، توسط مجری محترم مطالعه فوراً به کارگروه/کمیته اخلاق مربوطه اطلاع داده شود.	مصوبه کمیته تخصصی:
	ارزیابی جامعه برای شناسایی و اولویت بندی مشکلات سلامت شهر نقده در سال 1403	عنوان طرح تحقیقاتی (فارسی):
	Community Assessment to Identify and Prioritize Health Problems of Naghadeh City in 2024	عنوان طرح تحقیقاتی (انگلیسی):
	نام و نام خانوادگی: دکتر نجف احمدی آغزیارت آدرس الکترونیک: arya.ahmadi@gmail.com	مشخصات محقق اصلی:

دکتر مابر قلی زاده
دبیر کمیته
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

دکتر محمدامین ولی زاده حسنلویی
رئیس کمیته
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه