



Research Paper

Community Health Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Choliche County, Farsan City, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran



Zahra Karimi¹, Karim Hamid¹, Khadije Safi¹, Mahshid Pasdar Yazd¹, *Abdollah Mohammadian-Hafshejani²

1. Department of Epidemiology and Biostatistics, Student Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
2. Modeling in Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.



Citation Karimi Z, Hamid K, Safi KH, Pasdar Yazd M, Abdollah Mohammadian-Hafshejani A. [Community Health Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Choliche County, Farsan City, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2023; 10(2):144-157. <https://doi.org/10.32598/JPM.10.2.576.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.10.2.576.1>



Article Info:

Received: 03 Feb 2023

Accepted: 02 May 2023

Available Online: 01 Jul 2023

Key words:

Community assessment, Needs Assessment, Prioritization, Cholicheh, Iran (Farsan)

ABSTRACT

Objective Public participation in different projects is one of the most important strategies for development. Community health assessment is a process by which community members gain an understanding of the health concerns and the health care system by identifying, collecting, and disseminating information on the community's strengths, resources, and needs. This study aims to identify and prioritize the problems of Cholicheh county in Farsan city, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran.

Methods This study was conducted in 8 stages based on the North Carolina Community Health Assessment Model in the winter of 2021; the first seven stages include identifying and prioritizing the problems, and the eighth stage includes developing an action plan to solve priority problems. After establishing the assessment team, primary and secondary data were collected.

Results A total of 42 problems were identified, which were classified into six different groups, including health, education and culture, economics and employment, social and civil rights, security, and urban services. Using the nominal group technique, the priority problems were drinking water pollution, economic problems and unemployment, and low knowledge of health issues

Conclusion The problems in Cholicheh county are related to cultural, social, and economic areas, in addition to the health area. To solve these problems, cross-sectoral collaboration, support from managers and officials, and public participation are needed.

* Corresponding Author:

Abdollah Mohammadian-Hafshejani, Assistant Professor.

Address: Modeling in Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Tel: +98 (913) 9887945

E-mail: a_mohamadii@yahoo.com



Extended Abstract

Introduction

Attracting people's participation in different parts of society is an important solution for development. The main task of each health system in the world is to solve the health problems of people. To achieve this goal, proper planning should be done to solve problems based on their priority by relying on available resources. In this regard, community health assessment is a process by which community members gain an understanding of the health concerns and the health care system by identifying, collecting, and disseminating information on the community's strengths, resources, and needs. The final goal of the community health assessment is to promote the health of the community by promoting the healthy life of people, eliminating health problems, increasing the level of access to preventive services, protecting the general health of people, fostering positive and supportive living and working conditions in communities, and providing support to people to develop their talents and skills for achieving a healthy lifestyle. This survey aimed to identify and prioritize the problems of people in Choliche county in Chaharmahal and Bakhtiari province of Iran.

Methods

This cross-sectional study was conducted in the winter of 2021 in Choliche county, Farsan city, Chaharmahal and Bakhtiari province. The study was carried out in 8 stages based on the North Carolina community health assessment model, the first seven stages include identifying and prioritizing problems, and the eighth stage includes preparing an operational plan to solve the priority problems. In the first stage, the assessment team was established, including the working group, the consultant group, and the project supervisor. The second stage was the collection of primary data. At this stage, the assessment team collected the data directly by being among the people and completing 250 questionnaires and a focused group discussion with people visiting the comprehensive health service center in Choliche county. The third stage was the collection of secondary data from Chaharmahal and Bakhtiari Province's Health Center, Farsan City's Health Network, General Department of Forensic Medicine of Chaharmahal and Bakhtiari Province, Comprehensive health service center of Choliche county, Farsan City's Education Department, and Farsan City's General Welfare Department.

In the fourth stage, the secondary data were combined and compared with the primary data; based on this, the assessment team found a comprehensive understanding of the major problems of Choliche county. In the fifth stage, the assessment team presented the results of the assessment to the community members. Then by using the nominal group technique, problems were ranked and prioritized. The sixth and seventh stages included preparing and publishing the community health assessment document.

Results

After removing the repeated concepts raised in different meetings, finally, 42 problems were identified in 6 areas: health, education and culture, economy and employment, social and civil rights, security, and urban services. Most of the problems (n=18) were related to health. Based on the meetings of the assessment team with the consultant group and paying attention to criteria such as the problem size, the problem consequences, ease of solving the problems, and the urgency of solving the problems, scoring was done for each problem using the nominal group technique. In this regard, drinking water pollution, economic problems, unemployment, and low knowledge of health issues were prioritized as the main problems of the region. The first-level priority problem was the problem of drinking water pollution due to the oldness and wear and tear of the water supply lines of Choliche and the occurrence of intermittent breaks in these pipes, followed by the leakage of sewage into the drinking water. The second-level priority problem was unemployment. Factors such as the change in people's lifestyle, lack of agricultural water, improper planning and follow-up by officials to create jobs, and lack of knowledge and improper use of the city's capacities can be involved in the high unemployment rate in this region.

Discussion

Ten priority problems of Choliche county include: Drinking water pollution, economic problems and unemployment, low knowledge of health issues, high prevalence of cancers, smoking (cigarettes and hookah), hypertension disease, inactivity, high-risk behaviors in teenagers, problems related to the use of virtual space in teenagers and young people, and inadequate consumption of fruits and vegetables. These problems are related to various cultural, social, educational, and health service areas. They are not limited to the health area; hence, Cross-sectoral collaboration, support from managers and officials, and active community partici-

pation are needed to solve them. Our study, in line with other community health assessment studies, identifies local issues in the community. We can improve health and achieve sustainable development in the region by solving these issues. It is suggested that community assessment be institutionalized as an organizational task in the country's health system and that it should be done periodically and regularly; people should be involved as the key axis of this process, and should be informed about the assessments.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethics committee of [Shahrekord University of Medical Sciences](#) (Code: IR.SKUMS.REC.1402.040). Participation in the study was voluntary. Written informed consent to participate in the study was obtained from the participants.

Funding

This study was funded by [Shahrekord University of Medical Sciences](#) (Grant No.: 6699).

Authors' contributions

Data collection: Karim Hamid and Khadije Safi; Review: Zahra Karimi and Abdollah Mohammadian-Hafshejani; Data analysis and editing: Abdollah Mohammadian-Hafshejani; Design and writing: All authors.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participants in the study, Farsan county's Health Center, Choliche county's Comprehensive Health Service Center, and the Faculty of Health of [Shahrekord University of Medical Sciences](#) for their cooperation and support.



ارزیابی سلامت جامعه برای شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات شهر چلیچه، شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری

زهرا کریمی^۱، کریم حمید^۱، خدیجه صفی^۱، مهشید پاسدار یزد^۱، عبدالله محمدیان هفشجانی^۲

۱. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران.

۲. مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Karimi Z, Hamid K, Safi KH, Pasdar Yazd M, Abdollah Mohammadian-Hafshejani A. [Community Health Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Choliche County, Farsan City, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2023; 10(2):144-157. <https://doi.org/10.32598/JPM.10.2.576.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.10.2.576.1>

چکیده

هدف: جلب مشارکت مردمی مهم‌ترین راهکار توسعه در بخش‌های مختلف جامعه تلقی می‌شود. در این راستا ارزیابی بهداشت جامعه، فرایندی است که در طی آن با مشارکت فعال اعضای جامعه به تعیین، جمع‌آوری و انتشار اطلاعات نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه پرداخته می‌شود و درکی درست از چالش‌ها و نظام مراقبت سلامت جامعه به دست می‌آید. این بررسی با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات شهر چلیچه انجام شد.

روش‌ها: این طرح براساس مدل کارولینای شمالی طی ۸ مرحله در زمستان سال ۱۴۰۰ انجام شد که ۷ مرحله اول شامل شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات و مرحله هشتم شامل تدوین برنامه عملیاتی برای حل مشکلات دارای اولویت بود. اطلاعات و شاخص‌های مورد استفاده در مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه و مصاحبه جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، در مجموع ۴۲ مشکل مختلف شناسایی شد که در ۶ گروه مختلف شامل حیطه بهداشت و سلامت، حیطه آموزشی و فرهنگی، حیطه اقتصاد و اشتغال، حیطه اجتماعی و حقوق شهروندی، حیطه امنیتی و حیطه خدمات شهری طبقه‌بندی شدند. سپس براساس تکنیک گروه اسمی، آلودگی آب آشامیدنی، مشکلات اقتصادی و بیکاری و آگاهی کم از مسائل بهداشتی به‌عنوان مشکلات اصلی منطقه اولویت‌بندی شدند.

نتیجه‌گیری: مشکلات به‌دست‌آمده از این بررسی، طیف وسیع و متنوعی از مسائل در زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را دربر می‌گیرد و منحصر به مشکلات بهداشتی نیست که جهت حل آن‌ها فعالیت‌های بین‌بخشی، حمایت مدیران و مسئولین و مشارکت فعال جامعه ضروری است.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۲ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۲

کلیدواژه‌ها:

ارزیابی جامعه، نیازسنجی، اولویت‌بندی، چلیچه، شهرستان فارس

* نویسنده مسئول:

دکتر عبدالله محمدیان هفشجانی

نشانی: شهر کرد، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت.

تلفن: ۹۸۸۷۹۴۵ (۹۱۳) +۹۸

پست الکترونیکی: a_mohamadii@yahoo.com

مقدمه

ارزیابی سلامت جامعه ارائه می‌دهد؛ به این صورت که کاربرگ‌هایی برای تحلیل داده‌های محلی (روستا، شهر، شهرستان)، ابزارهای لازم برای جمع‌آوری داده‌های اولیه و ثانویه جامعه، راهنمای نحوه تفسیر داده‌ها، دستورالعمل اولویت‌بندی نیازها و مشکلات سلامت محل و کمک‌هایی در زمینه برنامه‌ریزی سلامت جامعه ارائه می‌دهد. مزیت و نقطه قوت مدل کارولینای شمالی اجتناب از دوباره‌کاری و سردرگمی‌های ناشی از ارزیابی‌های متعدد است، درحالی‌که مشارکت اعضای جامعه را در فعالیت‌های ارزیابی افزایش می‌دهد [۵].

در گذشته، پژوهشگران مطالعات مشابهی جهت ارزیابی جامعه انجام داده‌اند، به طوری که در مطالعه انجام‌شده در محله چاهستانی‌های شهرستان بندرعباس با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات محله، ۱۱ مشکل به‌عنوان مشکلات مهم انتخاب و اولویت‌بندی 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 [۸]. در مطالعه دیگری که در منطقه ۱۷ شهرداری تهران انجام شد، اعتیاد، فقر و درآمد پایین خانوار، تراکم بالای جمعیت، مشکلات ترافیکی و اشکال در سیستم حمل‌ونقل منطقه، فرسودگی ساختمان‌ها، مشکلات بهداشت محیط، وضعیت نامناسب اشتغال و آلودگی صوتی به‌عنوان مهم‌ترین مشکلات منطقه شناسایی شدند [۹]. همچنین در مطالعه مشابهی که در شهرستان گیلفورد از ایالت کارولینای شمالی در سال ۲۰۱۶ انجام شد، ۴ مورد به‌عنوان نیازها و مشکلات احساس‌شده مردم شناسایی شد که طیف وسیعی از مشکلات تغذیه سالم و زندگی فعال، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و بهداشت رفتاری تا بهداشت مادر و کودک را دربر می‌گیرد [۱۰].

باتوجه به نتایج مطالعات پیشین و از آنجاکه اولین گام در طراحی یک پروژه خدماتی مؤثر در جامعه، شناخت نقاط ضعف و قدرت‌های آن جامعه است و فرایند ارزیابی جامعه در نظام شبکه بهداشت و درمان یک ابزار کاملاً مفید جهت نیازسنجی و شناسایی نقاط قوت و ضعف و حل مشکلات جامعه است و به‌کارگیری آن فرصتی را فراهم می‌سازد تا مؤسسات مختلف و اعضای جامعه در تعیین اولویت‌های سلامتی درگیر شوند، بنابراین این مطالعه با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات شهر چلیچه از توابع شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری با مشارکت مستقیم مردم محلی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی در زمستان سال ۱۴۰۰ (۱۴۰۰/۱۱/۱۱ تا ۱۴۰۰/۱۱/۳۰) و در شهر چلیچه از توابع شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. چلیچه در بخش جونقان از توابع شهرستان فارس در استان

نیازهای یک جامعه ممکن است به‌صورت نیازهای احساس‌شده باشد، یعنی توسط افراد جامعه تشخیص داده شود یا به‌صورت نیاز واقعی باشد که توسط کارشناسان بهداشت جامعه مشخص می‌شود [۱]. حل مسائل جامعه نیازمند به‌کارگیری ابعاد گوناگون سیاسی، اجتماعی و زیست‌شناختی است [۱]. وظیفه اصلی هر سیستم بهداشتی و درمانی در سطح دنیا، حل مشکلات سلامت جوامع است. برای دستیابی به این هدف باید با تکیه بر منابع در دسترس، برنامه‌ریزی مناسب برای رفع مشکلات اولویت‌دار انجام شود؛ چراکه شالوده بهبود و پیشرفت سلامت افراد یک جامعه بر مبنای ارزیابی جامعه است [۲]. ارزیابی بهداشت جامعه، فرایندی است که به‌منظور شناخت و درک درست از وضعیت سلامتی، دلواپسی‌ها و نظام ارائه خدمات بهداشتی در جامعه از طریق شناخت، گردآوری، تحلیل و انتشار اطلاعات در خصوص منابع، نقاط قوت و نیازهای جامعه صورت می‌گیرد [۳].

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 جمع‌آوری‌شده در مورد سلامت و نیازهای بنیادی جامعه را در جهت اولویت‌بندی مشکلات، توزیع منابع و امکانات لازم مورد استفاده قرار دهند. در چارچوب این فرایند، ارزیابی با افرادی که در آن جامعه زندگی می‌کنند آغاز می‌شود و خود آنان مسئولیت کلیدی ارزیابی جامعه در تمام سطوح، از قبیل جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، ارزش‌یابی منابع سلامت، تعیین مشکلات سلامت و راهکارهای مقابله با این مشکلات را برعهده می‌گیرند. طبق این دیدگاه، فرایند ارزیابی جامعه به‌جای آنکه بر روی جامعه صورت گیرد به دست افراد جامعه انجام می‌شود [۴].

هدف نهایی فرایند ارزیابی جامعه، ارتقای سلامت جامعه بوده و اهدافی شامل ارتقای پوشش زندگی سالم شهروندان، رفع نابسامانی‌های سلامت، افزایش سطح دسترسی به خدمات پیشگیرانه، حفاظت از سلامت عمومی افراد، پرورش شرایط زندگی و کار به‌صورت 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 [۵]. 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 [۶].

یکی از بهترین مدل‌های ارزیابی سلامت جامعه، مدل کارولینای شمالی است [۷]. این مدل یک راهنمای گام‌به‌گام برای فرایند

زندگی، سلامت و سایر زمینه‌هایی که برای مردم اهمیت دارند را به دست آورند. اهمیت این داده‌ها در ارزیابی وضعیت جامعه از دیدگاه مردمانی است که در آن جامعه زندگی می‌کنند. این داده‌ها از طریق حضور در میان مردم و تکمیل پرسش‌نامه و نیز به‌صورت بحث گروهی متمرکز با افراد مراجعه‌کننده به مرکز خدمات سلامت جامع شهر چلیچه و در مکان‌های تجمع موجود در شهر مانند فضای سبز امامزاده و بازار شهر چلیچه جمع‌آوری شد. همچنین ۶ مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته و هدفمند با مسئولین سلامت و افراد کلیدی جامعه به‌عنوان گروه مشاور صورت گرفت و مشکلات و نقاط ضعف و قوت شهر از زبان آن‌ها شنیده و لیست شد.

باتوجه به تعداد جمعیت (۵۱۴۴ نفر) و تعداد خانوار (۱۴۹۲) موجود در شهر چلیچه و همچنین امکانات در دسترس و توصیه‌های ارائه‌شده در دستورالعمل ارزیابی سلامت جامعه، تصمیم گرفته شد که از هر ۶ خانوار ساکن در شهر چلیچه، یک خانوار وارد مطالعه شود. بنابراین حجم نمونه در این مطالعه برابر با ۲۵۰ نفر (از هر خانوار یک نفر) در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری از اعضای جامعه به‌صورت تصادفی چندمرحله‌ای (طبقه‌ای - سیستماتیک) و واحد مطالعه، خانوار بود؛ بدین‌صورت که با مشاوره کارمندان مرکز بهداشتی، شهر چلیچه به دو طبقه تقسیم شد و از هر طبقه به‌طور تصادفی سیستماتیک از طریق کد ملی سرپرست خانوار به درب منازل ۱۲۵ خانوار مراجعه شد و با یکی از افراد بالای ۱۵ سال حاضر در منزل مصاحبه و پرسش‌نامه تکمیل شد (در مجموع تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل شده ۲۵۰ مورد بود).

این پرسش‌نامه شامل ۹ قسمت بود که هر قسمت از چند سؤال تشکیل شده بود؛ قسمت ۱ شرح کیفیت زندگی، قسمت ۲ پیشرفت جامعه، قسمت ۳ اطلاعات سلامت، قسمت ۴ سلامت شخصی، قسمت ۵ دسترسی به مراقبت/بهداشت خانواده، قسمت ۶ آمادگی اورژانسی، قسمت ۷ سؤالات جمعیت‌شناختی، قسمت ۸ آگاهی و عملکرد در زمینه سرطان و سبک زندگی و قسمت آخر مربوط به نیازسنجی بود. به‌طور کلی، پرسش‌نامه ۸۰ سؤال داشت که از پرسش‌نامه استاندارد موجود در کتاب درسی ارزیابی سلامت جامعه الگو برداری شده بود [۱۱] و برخی از سؤالات که با فرهنگ و آداب زندگی منطقه تطابق نداشت حذف شد و برخی سؤالات نیز به آن اضافه شد (سؤال مربوط به تزریق و تعداد دفعات تزریق واکسن کرونا و آگاهی از سرطان و سبک زندگی).

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 ۱۰ (بیشترین اهمیت) بدهند. در مصاحبه با مسئولین

چهارم حال و بختیاری واقع شده است. جمعیت چلیچه در سرشماری سال ۱۴۰۰، ۵۱۴۴ نفر و ۱۴۹۲ خانوار بوده است. فاصله این شهر از فارسان ۹ کیلومتر است. منبع تأمین آب مردم یک چشمه و چاه است. ۱۰۰ درصد خانوارها به شبکه عمومی آب آشامیدنی دسترسی دارند. از نظر خدمات اجتماعی، ۲ ورزشگاه و ۲ سالن ورزشی، ۵ مسجد، ۲ پارک و ۶ مدرسه در این شهر وجود دارد. از نظر بهداشتی و درمانی نیز یک مرکز سلامت جامعه شهری با ۲ پزشک و ۳ مراقب سلامت در چلیچه فعالیت می‌کند.

این ارزیابی براساس الگوی تدوین‌شده درس ارزیابی سلامت جامعه کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و مدل کارولینای شمالی در ایالات متحده آمریکا که یک روش تجربه‌شده و بسیار موقی است، انجام شد. مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی هر ۴ سال یک‌بار و طی ۸ مرحله انجام می‌شود؛ بدین‌ترتیب که هر شهرستان پس از ارزیابی جامعه و تعیین اولویت‌های سلامت و تدوین برنامه عملیاتی، برای حل مشکلات سلامتی مربوطه ۳ سال فرصت دارد، سپس از سوی سطوح بالاتر (ایالتی) مورد ارزش‌یابی قرار می‌گیرد و در نهایت به صدور گواهی یا نوعی تأییدیه نسبت به عملکرد آن شهرستان منجر می‌شود که این گواهی به‌مدت ۴ سال اعتبار دارد. این بررسی در کارولینای شمالی طی دو فاز انجام می‌شود: در فاز اول که شامل مراحل اول تا هفتم است به شناسایی مشکلات و اولویت‌بندی آن‌ها می‌پردازد و در فاز دوم به تدوین برنامه‌های عملیاتی برای حل مشکلات پرداخته می‌شود [۸]. مقاله حاضر نتایج فاز اول این مطالعه را گزارش داده است. در این مطالعه، فرایند ارزیابی جامعه طی ۷ مرحله انجام شد که به شرح زیر است:

مرحله اول

در این مرحله تیم‌های فرایند ارزیابی سلامت جامعه شامل گروه کار، گروه مشاور و ناظر پروژه تشکیل شدند که این تیم‌ها رهبری و انجام فرایند ارزیابی سلامت جامعه را برعهده داشتند. گروه کار متشکل از ۴ نفر دانشجوی کارشناسی‌ارشد اپیدمیولوژی و گروه مشاور متشکل از اعضای شورای شهر، شهردار، امام جمعه، پزشک مرکز خدمات جامع سلامت شهر، امور مشترکین شرکت آب و فاضلاب شهر جونقان، معاونت غذا و داروی استان چهارم حال و بختیاری بودند. ناظران پروژه نیز مدرس و مجری برنامه بودند که مسئولیت کل برنامه از جمله انجام هماهنگی‌های مورد نیاز، هدایت برنامه و نظارت بر صحت انجام فرایند و پاسخگویی به مسئولین و سازمان‌های همکار را برعهده داشتند.

مرحله دوم

این مرحله به جمع‌آوری داده‌های اولیه اختصاص داشت. در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه، داده‌ها را به‌طور مستقیم جمع‌آوری کرد تا بدین‌وسیله نقطه‌نظرات جامعه، دغدغه‌های مردم نسبت به

و دست اندر کاران سلامت شهر چلیچیه، داده‌ها تا زمانی جمع‌آوری شدند که به سطح اشباع برسند و نیازی به انجام بیشتر مصاحبه نباشد [۸]. در مصاحبه‌ها و بحث گروهی متمرکز یادداشت‌برداری توسط یک نفر از اعضای تیم به‌طور هم‌زمان صورت می‌گرفت. همچنین تسهیلگر یا فرد مصاحبه‌کننده افراد را به شرکت در بحث ترغیب می‌کرد و گفته‌های آن‌ها را برایشان بازگو می‌کرد تا از صحت آن‌ها اطمینان حاصل شود. در طی جلسات، این فرصت به افراد داده شد تا از طریق بارش افکار، نیازها و مشکلات احساس شده خود را بیان کنند [۱۲].

مرحله سوم

درواقع مرحله جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های سلامت جامعه از منابع داده‌های ثانویه (مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری، شبکه بهداشت شهرستان فارس، اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری، مرکز خدمات جامع سلامت شهر چلیچیه، آموزش و پرورش شهرستان فارس، اداره کل بهداشتی شهرستان فارس) بود. در این مرحله تیم ارزیابی جامعه، آمارهای سلامت چلیچیه را با استان مقایسه کرد تا مشکلات احتمالی جامعه را تعیین کنند. ابتدا با همکاری مسئول و تعدادی از کارکنان مرکز بهداشتی درمانی چلیچیه کلیه اطلاعات بهداشتی و سلامت شهری از پنل‌های مدیریت سلامت و سامانه سبب (سیستم یکپارچه بهداشت) استخراج شد و در قالب شاخص‌های بهداشتی در کنار شاخص‌های استانی و شهرستانی به‌خصوص شاخص‌های عمده سلامتی چون نرخ باروری، مرگ‌ومیر و بروز و شیوع بیماری‌ها و عوامل خطر که به‌عنوان داده‌های ثانویه گردآوری شده بودند، مورد مقایسه قرار گرفت تا مشکلات احتمالی جامعه در حوزه سلامت مشخص شود.

مرحله چهارم

داده‌های ثانویه حاصل از مرحله قبل با داده‌های اولیه ترکیب و مقایسه شد و بر این اساس تیم ارزیابی سلامت جامعه، شناختی جامع از مشکلات عمده شهر چلیچیه پیدا کرد.

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. سپس با به‌کارگیری تکنیک گروه اسمی^۱، مشکلات رتبه‌بندی شد و اولویت‌ها به‌صورت کلی و اختصاصی در هر حیطه با مشارکت اعضای تیم ارزیابی سلامت جامعه (گروه کار، گروه مشاور و ناظر پروژه) مشخص شد. تکنیک گروه اسمی، روشی ساختاری برای اجرای بهتر جلسات طوفان مغزی است. این تکنیک جهت اطمینان از مشارکت همه اعضای

گروه در تعیین اولویت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در تکنیک گروه اسمی، افراد تیم بعد از اینکه در جلسه طوفان مغزی اولویت‌ها را به‌صورت کلی تعیین کردند، شروع به انتخاب آیتم‌های مورد نظر خوششان از میان اولویت‌های ارائه شده می‌کنند. در پایان جلسه پیشنهادهای کل گروه با استفاده از سیستم امتیازدهی مورد بررسی قرار می‌گیرد [۱۱]. معیارهای مورد استفاده برای انتخاب اولویت‌های سلامت عبارت بودند از: بزرگی مشکل، پیامدهای مشکل، سهولت رفع مشکل و فوریت رفع مشکل. هر کدام از این معیارها به‌صورت خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵ نمره گذاری شدند. در مجموع، حداقل امتیاز مربوط به هر کدام از چهار معیار امتیازدهی در جدول ماتریس برابر با ۱ و حداکثر امتیاز برابر با ۵ خواهد بود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره هر مشکل به ترتیب برابر با ۴ و ۲۰ بود [۱، ۲]. در نهایت، میانگین امتیاز آیتم‌ها برای هر عنوان محاسبه شد و فهرست مشکلات منطقه به ترتیب از بیشترین تا کمترین میانگین امتیاز لیست شدند.

مرحله ششم و هفتم

شامل تهیه و انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه بود. 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 برنامه‌های ارزیابی با کل جامعه و سایر علاقه‌مندان بود. جهت اجرای این پژوهش با مسئولین شهر چلیچیه و دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد هماهنگی‌های لازم صورت گرفت و مجوزهای مورد نیاز اخذ شد. افراد جهت شرکت در مطالعه آزاد بودند و اطلاعات شخصی آن‌ها ثبت نشد. همچنین از شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کسب شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها و وارد کردن آن‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲، تحلیل‌های توصیفی انجام و نتایج در قالب گزارش و جداول ارائه شد.

یافته‌ها

به‌طور کلی در این مطالعه، برای ۲۵۰ نفر از ساکنین منطقه، پرسش‌نامه استاندارد ارزیابی سلامت جامعه تکمیل شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۶/۲۸±۱۰/۹۷ سال بود. ۵۱/۶ درصد شرکت‌کنندگان مرد و ۴۸/۴ درصد پاسخ‌دهندگان لر بودند. اکثر پاسخ‌دهندگان (۷۵/۶ درصد) متأهل و تحصیلات دیپلم داشتند. سطح درآمد خانوار بیشتر افراد ۲ تا ۴ میلیون بود و به‌طور متوسط ۱/۴ نفر از اعضای خانواده درآمد خانواده را تهیه می‌کرد. اکثر پاسخ‌دهندگان شغل آزاد (۳۴/۴ درصد) داشتند یا خانه‌دار (۲۴/۸ درصد) بودند. ۹۱/۶ درصد از پاسخ‌دهندگان به اینترنت دسترسی داشتند. اکثر پاسخ‌دهندگان دارای مسکن تملیکی و ویلایی بودند و میانگین زیربنای منزل پاسخگویان ۱۴۱ متر بود. ۶۴/۲ درصد از افراد دارای وسیله نقلیه بودند و نوع وسیله نقلیه اکثر افراد (۳۷ درصد) پراید بود. سایر خصوصیات جمعیت‌شناختی افراد در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

1. Nominal group technique

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی خصوصیات جمعیت‌شناختی واحدهای مطالعه

متغیر	سطوح متغیر	تعداد (درصد)	
نوع مسکن	ویلايي	۱۷۳(۶۹/۲)	
	آپارتمانی	۷۷(۳۰/۸)	
وضعیت تأهل	مجرد	۵۵(۲۲/۰)	
	متاهل	۱۸۹(۷۵/۶)	
	مطلقه	۳(۱/۲)	
	بیوه	۱(۰/۴)	
	سایر	۲(۰/۸)	
	کارمند	۵۸(۲۳/۲)	
وضعیت اشتغال	بازنشسته	۱۱(۴/۴)	
	آزاد	۸۶(۳۴/۴)	
	بیکار بیش از یک سال	۸(۳/۲)	
	ناتوان	۲(۰/۸)	
	خانه‌دار	۶۲(۲۴/۸)	
	دانش‌آموز/دانشجو	۱۲(۴/۸)	
	نظامی	۳(۱/۲)	
	بیکار به مدت یک سال و کمتر	۳(۱/۲)	
	سایر	۵(۲/۰)	
	درآمد ماهانه خانواده	کمتر از ۲ میلیون	۵۶(۲۲/۴)
		۲-۴ میلیون	۸۵(۳۴/۰)
		۴-۶ میلیون	۵۷(۲۲/۸)
۶-۸ میلیون		۲۰(۸/۰)	
۸-۱۰ میلیون		۱۵(۶/۰)	
۱۰ میلیون به بالا		۱۷(۶/۸)	
داشتن وسیله نقلیه شخصی	بلی	۱۶۰(۶۴/۲)	
	خیر	۹۰(۳۵/۸)	
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۶(۲/۴)	
	کمتر از ۹ کلاس	۳۱(۱۲/۴)	
	دیپلم	۹۲(۳۶/۸)	
	فوق‌دیپلم	۳۹(۱۵/۶)	
	لیسانس	۶۳(۲۵/۲)	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۱۹(۷/۶)	
دسترسی به اینترنت	بلی	۲۳۹(۹۱/۶)	
	خیر	۲۰(۸/۰)	
	نمی‌دانم/ مطمئن نیستم	۱(۰/۴)	

جدول ۲. نیازسنجی شهر چلیچله، شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۰ از دیدگاه مردم منطقه

ردیف	مشکل	میانگین نمره
۱	بیکاری	۸/۴۱
۲	وضع اقتصادی نامناسب	۸/۰۹
۳	آسیب فضای مجازی	۶/۸۵
۴	خودکشی	۳/۵۲
۵	سن بالای ازدواج	۶/۳۲
۶	نبودن یا کمبود فضای ورزشی و تفریحی	۶/۹۱
۷	کمبود پارک و فضای سبز	۶/۸۹
۸	وضعیت نامناسب خیابان‌ها	۶/۲۷
۹	افزایش حاشیه‌نشینی	۴/۳۷
۱۰	گرانی مسکن و اجاره‌بها	۷/۶۹
۱۱	آگاهی کم مردم در مورد مسائل بهداشتی	۹/۷۲
۱۲	جمع‌آوری نامناسب زباله یا نبود سطل زباله	۵/۴۲
۱۳	بیماری کرونا	۶/۷۲
۱۴	بوی نامطبوع فاضلاب	۵/۱۹
۱۵	بیماری‌های قلبی عروقی	۵/۸۷
۱۶	عدم دسترسی به امکانات بهداشتی	۶/۳۴
۱۷	عدم دسترسی به اینترنت پرسرعت	۵/۷۷
۱۸	شیوع بیماری‌های غیرواگیر (فشار خون و...)	۶/۳۲
۱۹	شیوع سرطان‌ها	۶/۹۷
۲۰	کمبود واکسن کرونا	۶/۳۷
۲۱	بافت قدیمی مدارس	۵/۵
۲۲	کافی نبودن سرویس بهداشتی در سطح شهر	۷/۰۲
۲۳	دسترسی کم به وسایل حمل‌ونقل عمومی	۶/۳۵
۲۴	تصادفات	۶/۱۱
۲۵	اعتیاد	۷/۵۷
۲۶	نبودن مربی بهداشت در مدارس	۶/۵۶
۲۷	مصرف مشروبات الکلی	۶/۲۸
۲۸	کمبود تحرک بدنی	۶/۹۴
۲۹	مصرف زیاد فست‌فود	۶/۱۶
۳۰	مصرف دخانیات (سیگار و قلیان)	۷/۸۱
۳۱	شیوع آسیب‌های اجتماعی (طلاق)	۵/۹۳
۳۲	استفاده کم میوه و سبزیجات	۶/۲۲

ردیف	مشکل	میانگین نمره
۳۳	افسردگی و بیماری‌های روانی	۶/۱۶
۳۴	بالا بودن چاقی و اضافه‌وزن	۶/۹
۳۵	وجود حیوانات ولگرد	۷/۱۳
۳۶	بالا بودن مصرف شیرخشک	۴/۸۶
۳۷	مواجهات شغلی (مواد شیمیایی، رنگ‌های خودروسازی)	۴/۸۴
۳۸	در دسترس نبودن فروشگاه‌های مواد غذایی	۴/۱۸
۳۹	پوشش ناکافی بیمه	۶/۴

زندگی مردم شهر چلیچه داشت. همچنین بیشتر پاسخ‌دهندگان (۵۰/۴ درصد) اظهار کردند که دسترسی به شغل بیشترین نیاز مردم است.

نتایج بخش مربوط به سنجش اطلاعات سلامت افراد بیانگر آن بود که بیشتر پاسخ‌دهندگان اطلاعات بهداشتی خود را به ترتیب از اینترنت (۵۲/۸ درصد) و مرکز بهداشت (۲۶/۸ درصد) به دست می‌آورند. بیشتر پاسخ‌دهندگان (۲۸ درصد) معتقد بودند که مردم شهر به اطلاعات درباره ترک سیگار و دخانیات و چکاپ پزشکی و دندان پزشکی نیاز دارند. علاوه بر این، بیشتر پاسخ‌دهندگان (۴۰/۸ درصد) معتقد بودند که فرزندانشان به اطلاعات درباره مدیریت فضای مجازی نیاز دارند و ۱۵/۶ درصد نیز نیاز به آموزش مهارت‌های زندگی را عنوان کردند.

بر اساس نتایج ارزیابی کیفیت و شرایط زندگی در شهر چلیچه مشاهده شد که بیشتر پاسخ‌دهندگان (۴۶ درصد) با خوب بودن مراقبت سلامت شهر موافق بودند. ۳۲/۸ درصد با این موضوع که شهر چلیچه مکان خوبی برای رشد کودکان است، مخالف بودند. ۳۴ درصد با اینکه شهر چلیچه محل مناسبی برای سالمندان است، موافق بودند. اکثر پاسخ‌دهندگان (۴۲/۴ درصد) در مورد اینکه فرصت‌های اقتصادی مناسبی در شهر موجود است، کاملاً مخالف بودند.

بررسی‌ها جهت ارزیابی پیشرفت جامعه نشان داد بیشتر پاسخ‌دهندگان (۷۲/۴ درصد) معتقد بودند که درآمد پایین و فقر بیشترین اثرات را بر کیفیت زندگی جمعیت شهر چلیچه دارد. در رتبه بعدی آلودگی آب (۷/۵ درصد) بیشترین اثر را بر وضعیت

جدول ۳. مشکلات شناسایی شده در شهر چلیچه، شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۰

نوع حیطة	مشکلات بدون اولویت‌بندی
حیطه بهداشت و سلامت	دیابت، نداشتن بیمارستان، پایین بودن نرخ باروری کلی، آب آشامیدنی ناسالم، کووید-۱۹، پرفشاری خون، بیماری‌های قلبی-عروقی، اضافه‌وزن و چاقی، کم‌تحرکی، بهداشت نامناسب دهان و دندان، بالا بودن شاخص سزارین، مصرف ناکافی میوه و سبزیجات، پوسیدگی دندان، سوانح و حوادث، الگوی نامناسب تغذیه‌ای، مصرف خودسرانه دارو، افسردگی و مشکلات روانی، مواجهه با دود سیگار
حیطه آموزشی و فرهنگی	آسیب‌های ناشی از استفاده نامناسب از فضای مجازی و شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان و جوانان، پایین بودن مهارت ارتباطی و حل مسئله در نوجوانان، نیاز به کیت اضطراری، آگاهی کم مردم در مورد مسائل بهداشتی، اعتیاد
حیطه اقتصاد و اشتغال	بیکاری، مشکلات اقتصادی، گرانی مسکن و اجاره‌بها
حیطه اجتماعی و حقوق شهروندی	نگهداری دام در محیط شهری، بوی نامساعد فاضلاب، سگ‌های ولگرد، دفع غیربهداشتی فاضلاب خانگی، دفع غیربهداشتی پسماند (زباله)، دفع غیربهداشتی کود حیوانی، هزینه بالای خدمات دندان پزشکی، پوشش کم بیمه، هزینه بالای بیمه، عدم اعتماد به مسئولان
حیطه امنیتی	بلایای طبیعی، کم بودن ایمنی منازل، نزاع و درگیری (به‌خصوص در زمینه کشاورزی)
حیطه خدمات شهری	یافت قدیمی شبکه لوله‌کشی آب آشامیدنی، کمبود امکانات تفریحی و ورزشی، کمبود وسیله نقلیه عمومی، کافی نبودن سرویس بهداشتی در سطح شهر

جدول ۴. ده مشکل اصلی شهر چلیچ، شهرستان فارس استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۴۰۰ به ترتیب اولویت

اولویت	نام مشکل	معیارهای امتیازدهی				جمع امتیاز
		بزرگی مشکل	پیامدهای مشکل	سهولت رفع مشکل	فوریت رفع مشکل	
۱	آلودگی آب آشامیدنی	۵	۵	۳	۵	۱۸
۲	مشکلات اقتصادی و بیکاری	۵	۴	۳	۵	۱۷
۳	آگاهی کم از مسائل بهداشتی	۴	۳	۴	۵	۱۶
۴	شیوع بالای سرطان‌ها	۴	۳	۴	۴	۱۵
۵	مصرف دخانیات (سیگار و قلیان)	۳	۵	۲	۵	۱۵
۶	بیماری پرفشاری خون	۵	۳	۲	۴	۱۴
۷	کم‌تحرکی	۳	۳	۴	۴	۱۴
۸	رفتارهای پرخطر در قشر نوجوان	۵	۳	۲	۴	۱۴
۹	مشکلات مربوط به استفاده از فضای مجازی در نوجوانان و جوانان	۳	۳	۴	۳	۱۳
۱۰	مصرف ناکافی میوه و سبزیجات	۳	۳	۳	۴	۱۳

بررسی آمادگی اورژانسی شرکت‌کنندگان نشان داد ۶۵/۲ درصد پاسخ‌دهندگان در خانه کیت وسایل و لوازم مورد نیاز در شرایط اضطراری را نداشتند. پاسخ‌دهندگان راه اصلی برای دریافت اطلاعات در بلایا یا شرایط اضطراری را شبکه‌های اجتماعی (۵۲/۴ درصد) و تلویزیون (۳۶/۸ درصد) بیان کردند. از میان پاسخ‌دهندگان ۱۸/۴ درصد با تخلیه اجباری مخالف بودند و اکثر پاسخ‌دهندگان (۲۹/۶ درصد) دلیل اصلی عدم تخلیه اجباری را عدم اعتماد به مسئولین دانستند.

از لحاظ آگاهی از علائم سرطان‌ها، اکثر پاسخ‌دهندگان (۵۶/۸ درصد) کاهش بیش از ۱۰ درصد وزن بدن در طی ۶ ماه را از علائم اصلی سرطان‌ها گزارش دادند. ۲۰ درصد شرکت‌کنندگان در خانواده خود سابقه ابتلا به سرطان داشتند. تنها ۴۴/۸ درصد پاسخ‌گویان از روش‌های تشخیص سرطان آگاهی داشتند و شناخته‌شده‌ترین روش بین پاسخ‌گویان خودآزمایی پستان (۲۰/۴ درصد) بود. اکثر پاسخ‌دهندگان (۳۹/۶ درصد) وضعیت شهر خود را از نظر بروز انواع سرطان‌ها خیلی بد ارزیابی کردند. اکثر نمونه‌ها (۷۲ درصد) از آب آلوده به‌عنوان مهم‌ترین عامل بروز سرطان در شهر خود یاد کردند.

براساس نتایج جدول شماره ۲، شایع‌ترین مشکلات و نیازهای اهالی شهر چلیچ براساس میانگین نمره کسب‌شده برای هر مشکل در نیازسنجی، آگاهی کم در مورد مسائل بهداشتی، بیکاری، وضع اقتصادی نامناسب، مصرف دخانیات (سیگار و قلیان)، گرانی مسکن و اجاره‌بها بودند. مشکل اقتصادی و بیکاری از جمله مشکلاتی است که بخش زیادی از مردم شهر چلیچ با آن دست و پنجه نرم می‌کنند. توسعه کشاورزی، صنعت و بخش

بررسی‌ها از لحاظ سلامت شخصی افراد حاکی از این بود که بیشتر پاسخ‌دهندگان (۳۹/۶ درصد) سطح سلامتی خود را خوب گزارش داده بودند. شایع‌ترین بیماری‌های مشاهده‌شده در پاسخ‌دهندگان به ترتیب اضافه‌وزن و چاقی (۲۳/۶ درصد)، افسردگی یا اضطراب (۱۶/۴ درصد) و پرفشاری خون (۱۲/۸ درصد) بود. ۱۴۵ نفر (۵۸ درصد) از پاسخ‌دهندگان در ۳۰ روز گذشته تجربه احساس ناراحتی یا نگرانی داشتند. ۱۰۳ نفر (۴۱/۲ درصد) از پاسخ‌دهندگان در ۳۰ روز گذشته تجربه درد جسمی یا مشکل سلامت داشتند. ۱۱۴ نفر (۴۵/۶ درصد) از پاسخ‌دهندگان به فعالیت‌های جسمی یا ورزشی که حداقل نیم ساعت به طول می‌انجامد، می‌پرداختند. بیشترین دلیل عدم فعالیت در پاسخ‌دهندگان به ترتیب نداشتن وقت کافی (۱۶/۸ درصد)، نیاز به مراقبت از کودکان و نبود مکان امن (۱۳/۲ درصد) و داشتن کار عملی (۶/۸ درصد) گزارش شد. میانگین مصرف میوه، سبزیجات و آب‌میوه طبیعی در پاسخ‌دهندگان به ترتیب ۴/۴، ۲/۷ واحد و ۱/۰۱ لیوان بود. ۳۰ نفر (۱۲ درصد) از پاسخ‌دهندگان سیگاری بودند. ۹۴/۸ درصد از پاسخ‌دهندگان، واکسن کووید-۱۹ را دریافت کرده بودند. متوسط دُر دریافتی واکسن کرونا در افراد مورد مطالعه ۲/۳۴ نوبت بود.

از لحاظ دسترسی به مراقبت یا بهداشت خانواده، بیشتر پاسخ‌دهندگان (۴۵/۶ درصد) تحت بیمه تأمین اجتماعی بودند. بیشتر پاسخ‌دهندگان هنگامی که بیمار بودند به مرکز بهداشتی درمانی (۴۹/۲ درصد) یا مطب و کلینیک‌های خصوصی (۲۲ درصد) مراجعه می‌کردند. اکثر پاسخ‌دهندگان (۳۴ درصد) هزینه بالای بیمه و پوشش کم بیمه (۱۷/۶ درصد) را مانعی برای دریافت خدمات دانستند.

غیربهداشتی زباله‌ها، دفع غیربهداشتی فاضلاب، ازدواج تحمیلی دختران، کمبود فضاهای تفریحی و ورزشی، کم‌عرض بودن خیابان‌های شهر، سگ‌های ولگرد، عدم استفاده از منابع طبیعی و معادن برای توسعه و کمبود امکانات بهداشتی و درمانی شناخته شدند [۱۳]. نقاط افتراق این دو مطالعه شاید ناشی از تفاوت وضعیت فرهنگی و جغرافیایی مکان انجام این دو مطالعه باشد. از طرف دیگر، نقطه اشتراک این دو مطالعه مشکل بیکاری است که به‌عنوان اولویت دوم انتخاب شده است که عواملی نظیر تغییر سبک زندگی مردم، کمبود آب کشاورزی، برنامه‌ریزی و پیگیری نامناسب مسئولین جهت ایجاد اشتغال، عدم شناخت و استفاده نامناسب از ظرفیت‌های شهر می‌توانند در بالا بودن آمار بیکاری دخیل باشند.

در یکی از این مطالعات که تحت عنوان اولویت‌های مشکلات سلامت و تحقیقات بهداشتی براساس نیازسنجی در شهرستان شاهرود منطقه مهدی‌آباد و شهر بسطام انجام شده است، ۱۰ مشکل اولویت‌دار شناسایی شد که عبارت بودند از: اعتیاد، نارضایتی از خدمات بهداشتی و کمبود امکانات بهداشتی، عدم وجود مراکز فرهنگی-تفریحی-ورزشی، فقر و بیکاری، اعتیاد به مواد و مصرف سیگار در جوانان، مهاجرپذیر بودن منطقه، مشکلات مرتبط با سلامت روان، مشکلات بهداشت محیط، نزاع و درگیری و بالا بودن شیوع اختلالات روانی و رفتاری [۲]. تفاوت در مشکلات اولویت‌دار شناسایی شده در این مطالعه با سایر مطالعات مشابه می‌تواند ناشی از این باشد که مطالعه یادشده هم در سطح روستا و هم در سطح شهر بوده و درنهایت اولویت‌بندی مشکلات در سطح شهر و روستا به‌صورت مشترک انجام شده است.

در مطالعه شهر باسمنج تبریز توسط کیکاووس و همکاران، مشکلات جامعه به‌ترتیب اعتیاد جوانان، مشکلات زباله شهری، سگ‌های ولگرد، آلودگی زیست‌محیطی کارخانه کلر پارس، کم‌عرض بودن خیابان اصلی، دامداری‌های داخل شهر، سن پایین ازدواج دختران، مشکل فاضلاب شهری، بیکاری جوانان و خود درمانی و مصرف بالای آنتی‌بیوتیک در مردم اولویت‌بندی شده است [۷] که این مشکلات همسو با نتایج پژوهش حاضر است.

در نتایج حاصل از مطالعه کریمی و همکاران در شاهین‌شهر اصفهان مصرف مواد مخدر و کشیدن سیگار به‌عنوان مهم‌ترین مشکل از جانب مردم، مسئولین و تیم ارزیابی نیاز جامعه مطرح شده بود و مشکلاتی چون فقر و بیکاری، مسکن، آفسردگی، دسترسی و استفاده جوانان از چاقو، خشونت در بین جوانان، سکنه و سرطان ریه از دیدگاه مردم به‌عنوان مشکلات جامعه شناسایی شدند [۱۴].

در مطالعه‌ای دیگر که زائری و همکاران در محله آذربایجان تهران در سال ۱۳۹۰ انجام دادند، مشکلات شناسایی شده در ۵ گروه بهداشت محیط، مشکلات اجتماعی، حقوق شهروندی و خدمات شهری، مشکلات بهداشت و سلامت، و مشکلات آموزشی

گردشگری این منطقه می‌تواند نرخ بیکاری در این شهر را کاهش دهد و وضعیت اشتغال‌زایی و اقتصادی منطقه را متحول کند.

در این مطالعه، داده‌های اولیه و ثانویه با هم ترکیب شدند و پس از حذف مشکلات تکراری مطرح‌شده در جلسات مختلف، درنهایت ۴۲ مشکل در ۶ حیطه شناسایی شد. برای فهم بهتر و درک راحت‌تر، مشکلات ثبت‌شده در ۶ حیطه بهداشت و سلامت، آموزشی و فرهنگی، حیطه اقتصاد و اشتغال، حیطه اجتماعی و حقوق شهروندی، حیطه امنیتی و حیطه خدمات شهری مطابق **جدول شماره ۳** دسته‌بندی شدند که در این میان، بیشترین مشکل شهر مربوط به حیطه بهداشت و سلامت بود.

سرانجام براساس جلسات تیم ارزیابی با گروه مشاور و توجه به معیارهایی از قبیل بزرگی مشکل، پیامدهای مشکل، سهولت رفع مشکل و فوریت رفع مشکل، امتیازدهی برای هر مشکل به شیوه گروه اسمی صورت گرفت. **جدول شماره ۴** مشکلات اولویت‌بندی‌شده برای ۱۰ مشکل اصلی شهر مورد مطالعه را بیان می‌کند.

با نگاه به **جدول شماره ۴**، مشخص می‌شود که مهم‌ترین و اولویت‌دارترین مشکل شهر چلیچه، معضل آلودگی آب آشامیدنی به‌علت قدیمی بودن و فرسودگی شبکه آب‌رسانی چلیچه و وقوع شکستگی‌های متناوب در این شبکه و به‌دنبال آن نشت فاضلاب در آب آشامیدنی است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه مطابق با اصول ارزیابی جامعه به روش کارولینای شمالی اقدام به جمع‌آوری نظرات مسئولین و مردم منطقه در مورد مشکلات شایع منطقه محل سکونت آن‌ها شد. نظرات مردم و مسئولین در مورد مشکلات منطقه تا حدودی با هم مطابقت داشت، اما در برخی موارد نیز مشکلات مطرح‌شده توسط این دو قشر هیچ تطابقی با یکدیگر نداشتند. مطالعه حاضر ۱۰ مشکل اولویت‌دار شهر چلیچه واقع در شهرستان فارس، استان چهارمحال و بختیاری را به‌ترتیب آلودگی آب آشامیدنی، مشکلات اقتصادی و بیکاری، آگاهی کم از مسائل بهداشتی، شیوع بالای سرطان‌ها، مصرف دخانیات (سیگار و قلیان)، بیماری پرفشاری خون، کم‌تحرکی، رفتارهای پرخطر در قشر نوجوان، مشکلات مربوط به استفاده از فضای مجازی در نوجوانان و جوانان و مصرف ناکافی میوه و سبزیجات شناسایی کرد.

مشکلات به‌دست‌آمده حیطه‌های مختلفی از مشکلات فرهنگی، اجتماعی، آموزشی و خدمات سلامتی را دربر می‌گیرد. مطالعات مختلفی در زمینه ارزیابی جامعه در ایران و در سطح دنیا انجام شده است. در مطالعه‌ای که مختاری و همکاران در زمینه ارزیابی جامعه در آذرشهر تبریز انجام دادند، ۱۰ اولویت اول مشکلات شامل آفسردگی، بیکاری، جمع‌آوری و دفع

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پروتکل پروژه تحقیقاتی با کد اخلاق: IR.SKUMS.REC. 1402.040 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تأیید شد. شرکت در این مطالعه داوطلبانه بود. رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه نیز از شرکت کنندگان دریافت شد.

حامی مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد انجام شد (شماره گرنت ۶۶۹۹).

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری اطلاعات: کریم حمید و خدیجه صفی؛ بازنگری مقاله: زهرا کریمی و عبدالله محمدیان هفشجانی؛ تحلیل آماری و ویرایش مقاله: عبدالله محمدیان هفشجانی؛ طراحی مطالعه و نگارش مقاله: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افراد شرکت‌کننده در مطالعه، شبکه بهداشت شهرستان فارس، مرکز خدمات جامع سلامت شهر چلیچه و از دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بابت همکاری در اجرای این پژوهش قدردانی و سپاسگزاری می‌کنند.

و فرهنگی طبقه‌بندی شد و در نهایت مهم‌ترین مشکلات 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 و عدم وجود خدمات بهداشت روان در مرکز بهداشتی درمانی محله اولویت‌بندی شدند [۱۲].

تنوع مشکلات مطرح‌شده در هر زمینه، در جوامع مختلف متفاوت است که خود ریشه در تفاوت در متغیرهای فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جوامع مختلف دارد و به‌نوبه خود دلیل روشنی برای انجام نیازسنجی و شناسایی مشکلات جامعه به دست مردم همان جامعه است. علاوه بر این، نقطه اشتراک مطالعه حاضر با سایر مطالعات ارزیابی جامعه در این است که عوامل بومی و زمینه‌ساز مرتبط با مسائل را در منطقه شناسایی می‌کند که از طریق حل این عوامل و موانع می‌توان در راه ارتقای سلامتی و رسیدن به توسعه پایدار تلاش کرد.

محدودیت‌هایی در مطالعه اخیر در شهر چلیچه، برای مجریان مطالعه قابل پیش‌بینی بود، از جمله عدم همکاری مردم به دلیل بی‌نتیجه بودن انجام این مطالعه از دیدگاه آن‌ها، ناآشنا و غریبه بودن مجریان برای مردم، عدم همکاری به دلیل ناآشنایی با محله و تازه وارد بودن. عده‌ای هم در زمان مراجعه گروه پرسشگری در منزل حضور نداشتند که همسایه سمت راست آن منزل به‌عنوان جایگزین انتخاب می‌شد. در مطالعه اخیر سعی شد با طراحی مکانیسم‌هایی مانند جلب همکاری مراقبین سلامت مرکز بهداشت چلیچه در فرایند انجام مطالعه، جلب مشارکت افراد و سازمان‌ها مانند روحانی، اصناف، شهرداری و شورای شهر با تبیین ابعاد و اهداف مطالعه، در راستای همکاری بیشتر مردم، بر میزان اشتیاق مردم برای مشارکت در مطالعه افزوده شود. ارزیابی نیاز در جامعه چلیچه، مهم‌ترین مشکل را آلودگی آب تشخیص داد. عواملی همچون فرسودگی و بافت قدیمی شبکه آب‌رسانی شهر و نبود بودجه برای بهسازی شبکه لوله‌کشی بر مشکل آلودگی آب مؤثر بود. با توجه به اینکه آب آشامیدنی ناسالم در شبکه، علت مشکلات سلامتی است و بر سلامت اثر می‌گذارد و از آن نیز تأثیر می‌پذیرد، بنابراین برنامه عملیاتی ارائه شده و استفاده از قابلیت‌های بالقوه منطقه می‌تواند راهکاری برای کاهش این مشکل در جامعه مورد مطالعه باشد.

پیشنهاد می‌شود ارزیابی جامعه به‌عنوان یک وظیفه سازمانی در نظام سلامت کشور نهادینه شود و به‌طور متناوب و منظم صورت گیرد و مردم به‌عنوان محور کلیدی این فرایند مشارکت داده شوند و در نهایت به مردم و مسئولین در خصوص ارزیابی انجام‌شده اطلاع‌رسانی شود.

References

- [1] Madani A, Shekari M, Nejatizadeh A, Aghamolaei T, Azarpakan A, Holakouei Naeini K. [Community assessment to identify and prioritize problems of Hormoz Island, in the South of Iran (Persian)]. *J Prevent Med.* 2015; 2 (4):58-70. [\[Link\]](#)
- [2] Rahmani A, Asgarian A, Aligol M, Ahmadi Z, Mohammadbeigi A. [Community assessment for identifying and prioritizing the problems of Jamkaran Village in Qom Province in 2019 (Iran) (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2020; 13(11):1-12. [\[Link\]](#)
- [3] Khosravi A, Sepidar Kish M, Khalili M, Ghofrani M, Ashrafi E, Sharifi N, et al. [Community assessment for diagnosis and determination of health-related problems (Persian)]. *Knowl Health J.* 2013; 8(1):41-5. [\[Link\]](#)
- [4] Maleki F, Hossein pour M, Rafiemanesh H, Salehi F, Lotfi Z, Naserizadeh M R, et al . The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *J School Public Health Inst Public Health Res.* 2015; 12(3):13-21. [\[Link\]](#)
- [5] Rafiemanesh H, Yari M, Khodabakhshi nejad V, Holakui Naeini K. Community assessment for determination and diagnosis of health-related problems in Aliny Village Meshginshahr functions in Ardebil (Persian)]. *J Prevent Med.* 2015; 2(2):10-7. [\[Link\]](#)
- [6] Cottler LB, Nagarajan R. Real-time assessment of community health needs and concerns. *Sci Transl Med.* 2012; 4(119):119mr2. [\[DOI:10.1126/scitranslmed.3003367\]](#) [\[PMID\]](#)
- [7] Iranag MK, Pashapour H, Jafari A, Keshavarzian K, Khodamoradi M, Dorosti AA, et al. [Community health assessment of the town of Basmenj, Tabriz City (Persian)]. *J School Public Health Inst Public Health Res.* 2018; 16(3):295-306. [\[Link\]](#)
- [8] Mohamadi Y, Javaheri M, Monesan L, Rahmani K, Holakouei Naeini K, Madani A, et al. [Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city (Persian)]. *J School Public Health Inst Public Health Res.* 2010; 8(1). 21-30. [\[Link\]](#)
- [9] Jahangiri K, Fatta Pour M, Holakouei Naeini K, Azin A, Samavat T, Nikfar S, et al. 2003. [Community assessment for identifying existing problems of region 17 of Tehran (Persian)] . *Soc Welfare.* 2013; 3(9):133-44. [\[Link\]](#)
- [10] Guilford Assessment Team. *Community health assessment: Guilford County 2015-2016.* New York: Guilford; 2016. [\[Link\]](#)
- [11] Holakui Naeini K, karimi J, karimi R. [Community health assessment guide (Persian)]. *Rasht: Gap;* 2018. [\[Link\]](#)
- [12] Zaeri S, Asgharzadeh S, Khoshnevis Sh, Mohammadi M, Holakouei Naeini K. [Identification of community needs and prioritization of problemsbased on community assessment in Azerbaijan Borough, Tehran, Iran (Persian)]. *J School Public Health Inst Public Health Res.* 2012; 9(2):69-78. [\[Link\]](#)
- [13] Mokhtari M, Banaye Jeedi M, Majidi A, Jafari Khoinagh A, Holakoi Naeeni K. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *J Res Health.* 2013; 3(1):295-302. [\[Link\]](#)
- [14] Karimi J, Holakouei Naieni K, Ahmadnezhad E. [Community assessment of Shahin-Shar, Isfahan, I. R. Iran to develop community health action plan (Persian)]. *Iran J Epidemiol.* 2012; 8(1):21-30. [\[Link\]](#)