

ارزیابی جامعه روستای آلتی از توابع مشکین شهر استان اردبیل به منظور تعیین و تشخیص مشکلات مرتبط با سلامت در سال ۱۳۹۳

حسین رفیع منش^۱، مهران یاری^۱ و جیه‌اله خدابخش‌نژاد^۲ کورش هلاکویی نائینی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۲ دانشجوی MPH اپیدمیولوژی میدانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۳ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مجله طب پیشگیری سال دوم شماره دوم تابستان ۹۴ صفحات ۱۷-۱۰

چکیده

مقدمه: ضامن برنامه‌ریزی مناسب برای پیشرفت، ارتقاء و حل مشکلات یک جامعه شناخت واقعی از مشکلات آن جامعه است. در غالب موارد نیز بین مشکلات تشخیص داده شده توسط متولیان دولتی و آنچه که برای مردم ملموس است، تفاوت فاحشی وجود دارد. یکی از بهترین راههای کاهش این فاصله، بکارگیری ارزیابی جامعه است، ارزیابی جامعه به معنای تشخیص، نگهداری و بسیج منابع و ظرفیت‌ها با هدف خلق و دستیابی به یک دیدگاه مشترک در مورد آن جامعه است.

روش‌ها: این مطالعه در دهستان آلتی شهرستان مشکین شهر از توابع استان اردبیل و بر اساس مدل ۸ مرحله‌ای کارولینای شمالی و الگوی تدوین شده در دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

نتایج: طیفی از مشکلات در این مطالعه شناخته شد و در نهایت به ترتیب زیر اولویت‌بندی شدند: بیکاری، مشکلات روحی - روانی و افسردگی، مصرف مواد مخدر و اعتیاد، ازدواج در سنین پائین، آسفالت نبودن معابر، نامناسب بودن سیستم دفع زباله و فاضلاب، فشارخون بالا، کمبود آب آشامیدنی و قطعی آب در فصول گرم سال، نبود آب برای کشاورزی - نداشتن سد، عدم همکاری مسئولین برای اعطاء وام در جهت ایجاد شغل. در نهایت با بررسی و تشخیص ابعاد بیکاری به عنوان الویت اول مشکلات روستای آلتی، برنامه عملیاتی مرتبط تدوین گردید.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که این جامعه با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی دست به گریبان است و مدل ارزیابی جامعه می‌تواند یک روش کارآمد برای شناخت و ارائه راه حل مشکلات جامعه لحاظ شود.

نویسنده مسئول:
دکتر کورش هلاکویی نائینی
دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی
تهران
تهران - ایران
تلفن: 021 88989123
پست الکترونیکی:
holakoik@hotmail.com

کلیدواژه‌ها: ارزیابی جامعه، بیکاری، روستای آلتی

دریافت مقاله: ۹۴/۲/۵ اصلاح نهایی: ۹۴/۳/۱۲ پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۲۱

مقدمه:

سازمان‌های گوناگون، همچون اعضای جامعه در تعیین و ارزشیابی مسایل سلامت درگیر شوند. هدف نهایی فرآیند ارزیابی جامعه ارتقای سلامت جامعه است (۲).

این مفهوم که افراد و جوامع می‌توانند سلامتی شان را ارتقاء داده و کنترل نمایند، اهدافی شامل افزایش پوشش زندگی سالم شهروندان، رفع نابسامانی‌های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات پیشگیرانه، حفاظت از سلامت عمومی، پرورش زندگی و کار با شرایط مثبت و حمایتی در جوامع و حمایت از افراد در جهت توسعه استعدادها و مهارت‌ها برای رسیدن به زندگی سالم را فراهم می‌کند که شناخت جامعه و باورها، رفتارها و عادات مردمی که در آن جامعه زندگی می‌کنند، اولین قدم برای رسیدن به این هدف‌هاست. ارزیابی جامعه یک روش جمع‌آوری اطلاعات

وظیفه هر سیستم بهداشتی و درمانی در سطح دنیا، رفع مشکلات سلامت جوامع است. برای نیل به این هدف می‌بایست با توجه به منابع در دسترس، برنامه‌ریزی مناسب برای حل مشکلات اولویت‌دار انجام شود (۱). شالوده ارتقاء و پیشرفت سلامت اعضای یک جامعه بر اساس ارزیابی جامعه (Community Assessment) قرار دارد. ارزیابی سلامت جامعه فرآیندی است که طی آن اعضای جامعه با تعیین، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات دارایی‌ها، نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه درکی درست از سلامتی، دلواپسی‌ها و نظام مراقبت سلامت جامعه بدست می‌آورد. ارزیابی جامعه فرصتی فراهم می‌کند که طی آن مؤسسات و

مجله طب پیشگیری، سال دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۴

۱۳۹۳ با مشارکت مستقیم مردم محلی و انتخاب یکی از مشکلات اولویت‌دار به منظور تعیین حجم مشکل و عوامل موثر بر آن انجام گردید.

روش کار:

این مطالعه در تابستان سال ۱۳۹۳ در روستای آلی شهرستان مشکین شهر استان اردبیل انجام گرفت. روستای آلی از توابع بخش مشکین شرقی برای ارزیابی جامعه مشکین شهر انتخاب شد که دارای ۳۷۴۶ نفر جمعیت بود. در این مطالعه از روش ارزیابی جامعه ارایه شده در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی که یک روش شناخته شده و مترقی است، استفاده شد (۵).

براساس این مدل، ارزیابی جامعه در هشت فاز انجام گرفت. فاز اول این مدل؛ تشکیل تیم ارزیابی جامعه است که فرآیند ارزیابی را رهبری خواهد کرد. این گروه باید شامل افراد دارای انگیزه باشند که بتوانند در جهت منافع طیف وسیعی از اعضای جامعه فعالیت نمایند و قادر باشند به نحو شایسته دلاپرسی ها و نیازهای جمعیت‌های مختلف درون جامعه را بیان کنند. فاز دوم؛ جمع‌آوری داده‌های اولیه: در این مرحله، داده‌های مورد نیاز با تشکیل جلسات مصاحبه و بحث متمرکز گروهی در قالب جلسات جداگانه بین مسئولین و کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت، اعضای شورای اسلامی، دهیاری و ریش سفیدان روستا، زنان و جوانان روستا انجام گرفت. فاز سوم؛ تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود منطقه و جمع‌آوری داده‌های ثانویه: پس از هماهنگی‌های انجام گرفته با مرکز بهداشتی و درمانی، خانه‌های بهداشت و سایر ارگانهای مورد نظر مانند مدارس و ... داده‌های ثانویه مورد نیاز استخراج و بر روی فرم‌های از پیش تهیه شده (Worksheet) وارد گردید. فاز چهارم؛ ترکیب داده‌های اولیه و ثانویه: در این مرحله به منظور بدست آوردن یک دید کلی از مشکلات منطقه، داده‌های جمع‌آوری شده در فاز ۳ و ۴ با هم ترکیب شدند. فاز پنجم؛ گزارش به جامعه: به منظور درگیر کردن بیشتر افراد جامعه در فرآیند ارزیابی و همچنین ارایه گزارش از کارهای انجام شده، اطلاعات جمع‌آوری شده در مرحله قبل طی جلساتی به همه گروهها و افرادی که در ارزیابی جامعه دخیل بودند یا مشارکت داشتند به صورت گزارش شفاهی و کتبی ارایه گردید. فاز ششم؛ اولویت بندی مشکلات جامعه: پس از جمع‌بندی مشکلات و حذف مشکلات مشترکی که در جلسات مختلف بیان شده بود،

درباره یک جامعه است (۳). ارزیابی جامعه به معنای تشخیص، نگهداری و بسیج منابع و ظرفیت‌ها با هدف خلق و دستیابی به یک دیدگاه مشترک در مورد آن جامعه می باشد. طی فرآیند ارزیابی، اعضای جامعه موانع و مشکلاتی را که باید جهت ایجاد یک محیط سالم تحت تأثیر قرار گیرند، شناسایی می‌کنند. هدف کلیدی ارزیابی نیاز جامعه درگیر کردن و سهیم کردن گروههای مختلف جامعه در سطح دولتی و غیردولتی است (۴).

یکی از بهترین مدل‌های ارزیابی جامعه مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی است. این مدل جامعه را در ۸ مرحله فرآیند ارزیابی درگیر می‌کند که عبارتند از: تشکیل تیم ارزیابی، جمع‌آوری داده‌ها، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل آمارهای سلامت شهرستان، ترکیب آمارهای سلامت شهرستان با داده‌های جامعه، اولویت‌بندی مشکلات جامعه و انتخاب مشکل اولویت‌دار به کمک اعضای جامعه، تشکیل پرونده ارزیابی جامعه، گزارش/انتشار پرونده ارزیابی جامعه به جامعه مورد بررسی و تهیه برنامه عملیاتی. این مدل یک راهنمای گام به گام برای ارزیابی سلامت جامعه را ارائه می‌دهد و برای این منظور کاربرگهایی برای تحلیل داده‌های محلی (روستا، شهر، شهرستان)، ابزارهای لازم برای جمع‌آوری داده‌های جامعه، راهنمای تفسیر داده‌ها، دستورالعمل اولویت‌بندی نیازهای سلامت محل، کمک‌هایی جهت برنامه‌ریزی سلامت جامعه ارائه می‌کند (۵-۳). مزیت مدل کارولینای شمالی این است که از دوباره کاری و سردرگمی‌های ناشی از ارزیابی‌های متعدد که در شهرستانهای مختلف به انحاء مختلف انجام می‌شود جلوگیری می‌کند و به همان خوبی مشارکت اعضای جامعه را در فعالیت‌های ارزیابی افزایش می‌دهد. فرآیند ارزیابی جامعه اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد سلامت و نیازهای اساسی جامعه برای کمک به مدیران در جهت اولویت‌بندی پاسخ‌ها و سهمیه‌بندی توزیع منابع مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتیجه این فرآیند پاسخ به خواست‌های مردم بر اساس درک محقق از مشکلات منطقه، افکار عمومی و اولویت‌های منطقه است (۳).

هر جامعه‌ای از نظر اهداف، تمایل‌ها، امکانات، منابع، تاریخچه قبلی و پتانسیل آینده کاملاً منحصر به فرد می‌باشد و یک ارزیابی مناسب از جامعه می‌تواند در اتخاذ تصمیمات مناسب برای موقعیت‌های مختلف مناسب باشد. براین اساس، مطالعه حاضر با هدف شناسایی و ارائه سیمای مشکلات روستای آلی از توابع شهرستان مشکین شهر استان اردبیل در شهریور ماه

نتایج:

پس از برگزاری جلسات مصاحبه و بحث گروهی با مسئولان و قشرهای مختلف مردم داده‌های اولیه در راستای بررسی مشکلات مطرح در روستا جمع‌آوری گردید و پس از جمع‌آوری داده‌های ثانویه از خانه‌های بهداشت آلی ۱ و ۲ و مرکز بهداشتی و درمانی روستای آلی، داده‌های اولیه و ثانویه با هم ترکیب شدند و پس از حذف مشکلات تکراری مطرح شده در جلسات مختلف، در نهایت ۳۲ مشکل شناسایی گردید.

جدول شماره ۱ مشکلات شناسایی شده را بدون در نظر گرفتن اولویت آنها نشان می‌دهد.

امتیازدهی برای هر مشکل به شیوه ذکر شده صورت گرفت.

جدول شماره ۲ مشکلات اولویت‌بندی شده برای ۱۰ مشکل اصلی روستای مورد مطالعه را بیان می‌کند.

جدول شماره ۱- مشکلات شناسایی شده در روستای آلی**شهرستان مشکین شهر در سال ۱۳۹۳****مشکلات بدون اولویت بندی**

مشکل آب آشامیدنی	آسفالت نبودن معابر
نبود کشتارگاه	بیکاری
مشکلات روحی - روانی و افسردگی	نبود آب برای کشاورزی - نداشتن سد
فشارخون بالا	احساس نیاز به شهر شدن روستا
حیوان‌گزینی	نبود کتابخانه عمومی
استفاده فزاینده‌ای از سموم در کشاورزی	نبود امکانات رفاهی برای گردشگران
آمنی در زنان باردار	ازواج در سنین پایین
بالا بودن میزان سزارین	عدم همکاری مسئولین برای اعطاء وام در جهت ایجاد اشتغال
ریخته شدن فضولات قصابی‌ها به نهرها	کمبود آب آشامیدنی و قطعی آب در فصول گرم سال
نبود خدمات دندانپزشکی و زایمانی	فرهنگ نامناسب تغذیه‌ای (عدم مصرف میوه و سبزی)
مصرف مواد مخدر و اعتیاد	مهاجرت به شهرهای بزرگ
نامناسب بودن سیستم دفع زباله و فاضلاب	مشکل سیستم آبراج
سرطان مری و معده	مشکلات روستای قمر (نیاز به دهیاری و بهوز)
سگ‌های ولگرد	
ریختن پساب خانگی به مزارع کشاورزی	
مصرف زیاد گوشت و حبوبات	
دیابت	
حوادث جاده‌ای	
وزن کم هنگام تولد نوزاد	

لیستی کامل از مشکلات تهیه گردید. جلسه مشارکتی به منظور اولویت‌بندی مشکلات تشکیل شد و اولویت‌بندی مشکلات به روش امتیازدهی از ۱ تا ۱۰ برای هر مشکل براساس جدی بودن پیامدها (seriousness of the consequences)، بزرگی (magnitude) مشکل و قابلیت اصلاح مشکل (Feasibility of Correcting) انجام و در نهایت برای همه مشکلات لیست شده امتیازات جمع‌بندی شده و ۱۰ مشکل که بیشترین امتیاز را بدست آورده بود، به عنوان مشکلات اولویت‌دار برای جامعه مورد مطالعه انتخاب گردید. فاز هفتم: ایجاد سند ارزیابی جامعه؛ در این مرحله برای ۱۰ مشکل اولویت‌دار روستا گزارش کار نوشته شد. همچنین در این مرحله به منظور بررسی عمیق‌تر مشکل اولویت‌دار روستا طرح مطالعاتی به منظور بررسی نرخ بیکاری و عوامل مؤثر بر آن ارایه گردید. این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی - تحلیلی انجام شد. برای تعریف بیکاری، تعریف مرکز ملی آمار ایران مورد استناد قرار گرفت که براساس آن "بیکار به فردی اطلاق می‌شود که دارای خصوصیات زیر باشد: در فاصله سنی ۱۸ تا ۶۵ ساله قرار داشته باشد، در طول یک هفته قبل از مراجعه پژوهشگر کار نداشته و مزدی بابت انجام کاری دریافت نکرده باشد، جویای کار و آماده به کار باشد". همچنین طبق این تعریف زنان خانه دار و افراد در حال تحصیل، جزء بیکاران محسوب نمی‌شوند. با در نظر گرفتن تعریف بیکاری و همچنین تعریف جمعیت فعال جامعه، ابتدا به روش نمونه‌گیری سیستماتیک با استفاده از شماره پرونده خانوار ۳۰۹ خانوار بعنوان حجم نمونه محاسبه و در مرحله بعد براساس لیست خانوارهای انتخاب شده با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه ای ۳۰۹ نفره از روستا انتخاب گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها و وارد کردن آنها به نرم افزار SPSS 21، آنالیزهای توصیفی و تحلیلی با آزمون‌های لجستیک، مقایسه میانگین‌ها و کای دو انجام و نتایج در قالب گزارش و جداول ارایه گردید. مرحله هشتم؛ در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه برای اولیاتی که در مرحله پنجم تعیین شده بود، بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از جامعه و با استفاده از نقاط قوت و ضعف منطقه مورد بررسی، برنامه عملیاتی را به منظور اجرا تهیه، تدوین و در اختیار مسئولان مربوطه قرار داد.

جدول شماره ۲- ده مشکل اصلی روستای آلتی شهرستان

مشکین شهر در سال ۱۳۹۳ به ترتیب اولویت

اولویت	عنوان مشکل	جمع امتیاز
۱	بیکاری	۸۴
۲	مشکلات روحی- روانی و افسردگی	۷۱
۳	مصرف مواد مخدر و اعتیاد	۳۴
۴	ازدواج در سنین پایین	۴۹
۵	آسفالت نبودن معابر	۳۹
۶	نامناسب بودن سیستم دفع زباله و فاضلاب	۳۴
۷	فشارخون بالا	۲۳
۸	کمبود آب آشامیدنی و قطعی آب در فصول گرم سال	۲۲
۹	نبود آب برای کشاورزی- نبود سد	۲۱
۱۰	عدم همکاری مسئولین برای اعطاء وام در جهت ایجاد شغل	۱۹

زنان مورد مطالعه $32/76 \pm 10$ سال برآورد گردید ($P=0/249$). میانگین سن در افراد شاغل $33/76 \pm 11/08$ سال و در افراد بیکار $31/32 \pm 8/47$ سال می‌باشد ($P=0/001$). بیشترین نرخ بیکاری مربوط به گروه سنی " ۳۰ سال و کمتر $30/3\%$ " و کمترین نرخ بیکاری مربوط به گروه سنی " ۶۶ ساله و بیشتر با نرخ $14/3\%$ " بوده است. نرخ بیکاری در افراد بی‌سواد $13/3\%$ ، در افراد با تحصیلات ابتدایی $25/9\%$ ، در افراد با تحصیلات راهنمایی $4/6\%$ ، در افراد با تحصیلات دبیرستانی $32/4\%$ و در افراد با تحصیلات دانشگاهی 25% برآورد گردید. نرخ بیکاری در افراد مجرد $37/3\%$ در افراد متأهل $31/3\%$ و در افراد جدا شده صفر درصد و در افراد همسر فوت شده 25% می‌باشد.

نرخ بیکاری براساس رتبه تولد در افراد با رتبه تولد یک برابر با $31/2\%$ ، در افراد با رتبه تولد دوم $17/7\%$ ، در افراد با رتبه تولد سوم $41/2\%$ ، در افراد با رتبه تولد چهارم $20/4\%$ ، افراد با رتبه تولد پنجم $17/9\%$ ، افراد با رتبه تولد شش $41/2\%$ ، افراد با رتبه تولد هفت $30/8\%$ و افراد با رتبه تولد هشت و بیشتر $33/3\%$ بود. نسبت شانس بیکاری در مردان نسبت به زنان $3/5$ برابر و در گروه سنی جوان بیشتر از دیگر سنین بود (جدول شماره ۳). نسبت شانس بیکاری در افراد با منزل رهنی به افراد با منزل شخصی ($6/91-27/0$ CI95% $1/36$) و افراد با منزل استیجاری ($7/58-23/0$ CI95% $1/33$)، نسبت به افراد بدون مهارت در افراد ماهر ($3/56-1/15$ CI95% $1/9$) و نسبت به افراد غیر معتاد در معتادین ($4/72-1/69$ CI95% $8/29$) و نسبت به افراد غیرسیگاری در افراد سیگاری ($3/56-0/96$ CI95% $1/85$) بود.

با نگاه به جدول فوق، مشخص می‌شود که مهمترین و اولویت‌دارترین مشکل روستای مورد مطالعه، معضل بیکاری است. لذا جهت بدست آوردن اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری و پیشنهادات لازم برای مبارزه با معضل بیکاری مطالعه‌ای جهت مشخص کردن نرخ بیکاری و عوامل مؤثر بر آن در روستای آلتی طراحی و به مورد اجرا گذاشته شد. در این مطالعه 309 نفر براساس فرآیند ذکر شده در روش و مواد پژوهش وارد مطالعه گردیدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها بیانگر یافته‌های زیر می‌باشد:

به طور کلی تعداد 309 نفر به مطالعه وارد شدند که $65/7\%$ مرد و $34/3\%$ زن بودند. نرخ بیکاری در مردان $39/4\%$ و در زنان $15/1\%$ و در مجموع در دو جنس $31/1\%$ برآورد گردید. شاخص میانگین سن در افراد مورد مطالعه $32/99 \pm 10/39$ سال، و این شاخص برای مردان $33/11 \pm 10/6$ سال و برای

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی خصوصیات دموگرافیک، OR و فاصله اطمینان بیکاری بر حسب جنسیت، گروه سنی و

تحصیلات در روستای آلتی شهرستان مشکین شهر در سال ۱۳۹۳

متغیر	فراوانی (درصد)	OR	فاصله اطمینان
جنس	زن	۱	
	مرد	۲/۵۶	۲-۶/۶۷
گروه سنی (سال)	۴۶-۶۵	۱	
	۳۱-۴۵	۳	۱/۱۶-۷/۷۱
سطح سواد	۱۸-۳۰	۱	
	بی‌سواد	۲/۷۵	۱/۷۹-۹/۳۵
سطح سواد	ابتدایی	۱	
	راهنمایی	۳	۱/۴-۱۶/۲۳
	دبیرستان	۲/۴۱	۰/۷۸-۷/۴۲
	دانشگاه	۱/۹۶	۰/۵۸-۶/۶۳

باشد که مطالعه کنونی در یک روستا انجام شده است و مطالعه آذرشهر در یک شهر انجام شده است. هرچند در روستای مذکور، تأثیر مدرنیته و شهرنشینی بر سبک زندگی و رفتار مردم پررنگ و ملموس می‌باشد، اما با این حال، به دلیل آنکه غالب مردم روستای آلی، به شغل دامپروری و کشاورزی مشغول هستند، با مشکلاتی که جوامع روستایی ایران با آن روبرو هستند، درگیر هستند. به عنوان نمونه مشکل بیکاری که به عنوان اولویت اول انتخاب شده است در بیشتر روستاهای ایران قابل مشاهده است که عواملی نظیر تغییر سبک زندگی مردم، کمبود آب کشاورزی، برنامه‌ریزی و پیگیری نامناسب مسوولین جهت ایجاد اشتغال، عدم شناخت و استفاده نامناسب از ظرفیت‌های روستا می‌توانند در بالا بودن آمار بیکاری در این روستا و روستاهای دیگر دخیل باشند.

نمونه دیگری از مطالعه ارزیابی جامعه که در کشور انجام شده است، مطالعه ارزیابی جامعه جهت شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات محله چاهستانی‌های شهرستان بندرعباس است. در این مطالعه، در مجموع ۶۰ مشکل مختلف به دست آمد، که به ترتیب بی‌توجهی مسئولین، ناامنی و بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نبودن معابر و قطعی برق، عدم روشنایی معابر، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر به عنوان مشکلات اصلی محله اولویت‌بندی شدند (۷).

تفاوت‌های مشاهده شده در این مطالعه با مطالعه انجام شده در روستای آلی منطقی به نظر می‌رسد. مشکلات یک روستا علیرغم جهانی شدن و کاهش تفاوت‌های زندگی در بین شهر و روستا، با مشکلات شهر متفاوت است. مشکلاتی مانند ناامنی، فقر، اعتیاد، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر در شهر با توجه به سطح توقعات و انتظارات مردم ساکن شهر، نمود بیشتری دارد.

مطالعات مختلف دیگری در سطح ایران جهت بررسی نیازها و اولویت‌بندی مشکلات انجام شده است (۸-۱۳). در یکی از این مطالعات که تحت عنوان اولویت‌های مشکلات سلامت و تحقیقات بهداشتی براساس نیازسنجی در استان یزد انجام شده است. ده مشکل اولویت دار شناسایی شده در این مطالعه عبارتند از: اعتیاد، خرابی آسفالت کوچه‌ها در شهر و روستا، شناخت ناکافی اهمیت برخی از بیماریها (فشارخون بالا، دیابت، افسردگی، هیپاتیت، تب مالت، سل، ایدز)، بالا بودن میزان باور عمومی نسبت

بر اساس یافته‌های بررسی تشخیص ابعاد بیکاری، احیای دوباره کشاورزی با استفاده از آموزش‌های مردمی و با مساعدت مسئولین در جهت در اختیار قرار دادن تسهیلات و همچنین استفاده از قابلیت‌های بالقوه منطقه مانند صنعتی شدن شغل‌هایی مثل زنبورداری و دامداری اهداف اصلی برنامه عملیاتی تدوین شده را تشکیل دادند.

بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر ده مشکل اولویت دار روستای آلی از توابع شهرستان مشکین شهر (استان اردبیل) را به شرح: بیکاری، روحی - روانی و افسردگی، اعتیاد و مصرف مواد مخدر، ازدواج در سنین پایین، آسفالت نبودن معابر، نامناسب بودن سیستم فاضلاب و دفع زباله، فشارخون بالا، کمبود آب آشامیدنی در فصول گرم سال، فقدان سد و کمبود آب کشاورزی، عدم همکاری مسوولین برای اعطاء وام اشتغال شناسایی کرد.

مطالعات مختلفی در زمینه ارزیابی جامعه در ایران و در سطح دنیا انجام شده است. در مطالعه‌ای که در زمینه ارزیابی جامعه در آذر شهر تبریز توسط مختاری و همکاران انجام شد؛ ده اولویت اول مشکلات شامل: افسردگی، بیکاری، جمع‌آوری و دفع غیربهداشتی زباله‌ها، دفع غیربهداشتی فاضلاب، ازدواج تحمیلی دختران، کمبود فضاهای تفریحی و ورزشی، کم عرض بودن خیابان‌های شهر، سگ‌های ولگرد، عدم استفاده از منابع طبیعی و معادن برای توسعه، کمبود امکانات بهداشتی و درمانی شناخته شدند (۶).

دو مطالعه اخیر دارای نقاط مشترک و تشابهات زیادی هستند. غالب ده اولویت اول مشکلات که در این دو مطالعه شناسایی شدند مشترک هستند، که شاید ناشی از تشابه وضعیت فرهنگی و جغرافیایی مکان انجام این دو مطالعه باشد. آذرشهر از توابع استان آذربایجان شرقی و مشکین شهر از شهرستانهای استان اردبیل هستند که علاوه بر اشتراکات فرهنگی، نژادی و قومی تا اوایل دهه هفتاد خورشیدی هر دو شهرستان زیر مجموعه استان آذربایجان شرقی بودند، که این خود نیز می‌تواند دلیلی برای مشابه بودن مشکلات این دو جامعه باشد. از طرف دیگر، نقاط افتراق این دو مطالعه شاید به دلیل آن

آنها، ناآشنا و غریبه بودن مجریان برای مردم، عدم همکاری بانوان به دلیل تفاوت‌های فرهنگی.

در مطالعه اخیر سعی شد با طراحی مکانیسم‌هایی مانند جلب همکاری بهورزان خانه‌های بهداشت روستای آلتی در فرآیند انجام مطالعه، جلب مشارکت افراد و سازمانها مانند روحانیون، اصناف، دهیاری، شورای روستا 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 روستای آلتی مهمترین مشکل را بیکاری تشخیص داد. عواملی همچون جنس، گروه سنی و سطح سواد متغیرهایی بودند که بر روی مشکل بیکاری مؤثر بود. با توجه به اینکه بیکاری در شبکه علیت مشکلات سلامتی قرار دارد و بر روی سلامت اثر می‌گذارد و از آن نیز تأثیر می‌پذیرد، لذا برنامه عملیاتی ارائه شده و استفاده از قابلیت‌های بالقوه منطقه می‌توان راهکاری برای کاهش این مشکل در جامعه مورد مطالعه باشد.

سیاسگزارای:

بدینوسیله از تمام مسئولان استان اردبیل و شبکه بهداشتی درمانی مشکین شهر و همچنین از همه بهورزان و رابطین بهداشتی و مردم خوب روستای آلتی که ما را در این بررسی یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

به مفید بودن مواد مخدر، اشتغال و آینده شغلی جوانان، شیوع بالای پرفشاری خون، دیابت، سائیدگی مفاصل و درد کمر، بیماریهای قلبی-عروقی، خدمات دندانپزشکی، نگرانی جامعه از انواع آسیب‌های اجتماعی، کم تحرکی جامعه، الگوی نامناسب غذایی بود (۱۴). تفاوت در مشکلات اولویت‌دار شناسایی شده در این مطالعه با سایر مطالعات مشابه می‌تواند ناشی از این باشد که مطالعه مذکور هم در سطح روستا و هم در شهر انجام شده و در نهایت اولویت‌بندی مشکلات در سطح شهر و روستا به صورت مشترک انجام شده است. با دقت در نتایج مطالعه مذکور می‌توان ترکیبی از مشکلات شناسایی شده در مطالعات دیگر که به صورت جداگانه (روستا یا شهر) در نقاط مختلف کشور انجام شده است را مشاهده کرد (۱۵).

در نقاط مختلف جهان نیز مطالعات ارزیابی سلامت جامعه انجام شده است. در مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی؛ عدم وجود امنیت غذایی، عدم رعایت بهداشت فردی و جمعی، عدم وجود رژیم غذایی متنوع و مناسب به عنوان مشکلات اولویت دار شناخته شدند (۱۶). مطالعه مذکور با مطالعه اخیر در روستای آلتی دارای نتایج متفاوتی هستند که این می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی باشد.

محدودیت‌هایی در مطالعه اخیر در روستای آلتی، برای مجریان مطالعه قابل پیش‌بینی بود. از جمله این محدودیت‌ها؛ عدم همکاری مردم به دلیل بی‌نتیجه بودن انجام این مطالعه از دیدگاه

References

منابع

1. Owlia P, Bahreini F, Eftekhar MB, Ghanei M, Forouzan As, Farahani M. Health research priority setting in Iran. *Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches*.9(2):9-20.
2. HNKk J. *Community Asseement Guide Book for Community Health Professionals*. Isfahan: Moghim. 2009.
3. Services CHAGBNCNCDoHaH. 2011.
4. Sharpe PA, Greaney ML, Lee PR, Royce SW. Assets-oriented community assessment. *Public Health Reports*. 2000;115(2-3):205.
5. Holakouie Naeini K, Ahmadvand A, Ahmadnezhad E, ALAMI A. A Community Assessment Model Appropriate for the Iranian Community. *Iranian J Publ Health*. Mar 2014;43(3):323-30.
6. Mokhtari M, Jeddi MB, Majidi A, Khoinagh AJ, Naieni KH. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *communities*. 2013;9:10.
7. Mohammadi Y, Javaheri M, Mounesan L, Rahmani K, Naeini KH, Madani A, et al. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches*. 1389;8(1):21-30.
8. Zaeri S, Asgharzadeh S, Khoshnevis S, Mohammadi M, Holakouie Naeini K. Identification of community needs and prioritization of problems based on community assessment in Azerbaijan Borough, Tehran, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2011;9(2):69-78 [persian]
9. Mohammad pour asl A, Akbari H, Shamsi pour M, Mansouri A, Rashidian H, Holakouie Naeini K. Community assessment to identify problems and develop plans of action in health promotion Hashtrud, 1388 1388;47 [persian]
10. 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 Knowledge & Health Journal 1392;8(1):41-5 [persian].
11. Karimi J, Holakouie Naieni K, Ahmadnezhad E. Community Assessment of Shahin-Shar, Isfahan, I. R. Iran to Develop Community Health Action Plan. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2012;8(1):21-30 [persian].
12. Jahangiri K, Fatta pour M, Holakouie naeini K, Azin A, Samavat T, Nikfar S, et al. Community Assessment for identifying existing problems of region 17 of tehran. *Social Welfare Quarterly*. 2003;3(9):133-41 [persian].
13. Maleki F, Hosseinpour M, Rafiemanesh H, Salehi F, Lotfi Z, Naserizadeh M, et al. The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research*. 2014;12(3) [persian].
14. SM Y, H M, SM K, M K, M A, M A, et al. The Priorities for Health Problems and Health Research According to the Need Assessment in Yazd Province. *Toloo e Behdasht*. 1385;5(3-4):10-9.
15. Green C, Schönfeldt H. Needs assessment in a rural community on a commercial farm in South Africa. *Journal of Family Ecology and Consumer Sciences/Tydskrif vir Gesinsekologie en Verbruikerswetenskap*. 2004;32(10)
16. Holakouie -Naieni K, AhmadiPishkuhi M, Shafieezadeh T, Salehiniya H, Pooya B. Review the Results of the Community Assessment Projects in Areas Covered by Health Centers in Iran During the Years 1992-2013. *Iranian Journal of Epidemiology* 2015; 11(2): 69-82.

Community Assessment for Determination and Diagnosis of Health-related Problems in Aliny Village Meshginshahr functions in Ardebil

H. Rafiemanesh, MSc Student¹ M. Yari, MSc Student¹ V. Khodabakhshi Nejad, MSc² K. Holakouie-Naeini, PhD³

MSc Student of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran¹. MSc of Health Services Management, Guilan University of Medical Sciences & MPH Student of Field Epidemiology of Tehran University of Medical Sciences, Guilan, Iran². Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran³.

(Received 25 Apr, 2015 Accepted 12 Aug, 2015)

ABSTRACT

Introduction: Understanding the real problems of a community is necessary for planning towards improving and promoting the health of community members. In most cases, there is a gap between the problems identified by the public authorities and the problems considered by people. One of the best ways to reduce this gap is community assessment which is recognition, maintenance, and mobilization of resources for creating and achieving a shared vision of the community.

Methods: This study was conducted in Aliny village which is located in Meshkin-shahr city in Ardabil Province using North Carolina 8-stage model and the model which has been developed in health school of the Tehran University of Medical Sciences.

Results: The study identified a range of problems and which were prioritized in the following order: Unemployment, psychological disorder and depression, drug abuse and addiction, marriage at an early age, no proper roads, inadequate waste disposal and sewage systems, high blood pressure, lack of drinking water and water outage in summer, shortage of water resources for agriculture, insufficient water dams, lack of cooperation from the authorities to grant loans to create jobs. Finally, an action plan for decreasing the unemployment in Aliny village was developed.

Conclusion: This study showed that the investigated community has a wide range of social, economical, cultural and health problems and community assessment model is an efficient method for recognition and diagnosis of the community problems.

Key words: Community Assessment, Unemployment, Aliny Village

Correspondence:
K. Holakouie Naeini, PhD.
Tehran University for Medical
Sciences.
Tehran, Iran
Tel: 021 88989123
Email: holakoik@hotmail.com