



Research Paper

Community health assessment in Davas, Bushehr: Applying the North Carolina Model

Mahan Razeghipour¹ , Fatemeh Malekzade¹ , Tooba Chekav¹ , * Mahnoush Reisi¹ 

1. Department of Health Education, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.



Citation: Razeghipour M, Malekzade F, Chekav T, Reisi M. Community health assessment in Davas, Bushehr: Applying the North Carolina Model. *Journal of Preventive Medicine*. 2025; 12(2):183-196. [In Persian]

 10.48312/JPM.12.2.847.1

Article Info:

Received: 16 May 2025
Accepted: 15 Sep 2025
Available Online: 20 Sep 2025

Key Words:

Needs Assessment,
Community Participation,
Health Priorities, Garbage
Disposal.

ABSTRACT

Introduction: Community health assessment provides a complete perspective of the community's health status, needs, and capacities. Also, identifying problems, prioritizing needs and designing operational activities to solve problems requires the participation of community members. The aim of this study was to identify and prioritize problems of Davas region in Bushehr city with the direct participation of local people.

Methods: This study was conducted in the fall of 2023 in Davas region of Bushehr city based on the eight-stage model of North Carolina. The first seven stages include identifying and prioritizing the problems of Davas region and the eighth stage includes designing and presenting operational plans to solve the priority problems of Davas region.

Results: About 60 problems were identified and classified in this study. The ten prioritized problems of Davas region according to the Hanlon model included the following order: unsanitary disposal of waste and garbage, stray dogs, inundation of roads during rains, unsanitary disposal of sewage, substandard speed bumps, high prevalence of hypertension, overweight and obesity, lack of parks and green areas, improper street lighting and depression.

Discussion: The study identified a wide range of social, cultural, economic and health problems. Although the proposed operational plan was specific to the first priority, planning to solve other problems is essential. However, it should be noted that solving all the community problems requires the co-operation and support of all in charge governmental organizations as well as involvement of the community at large.

* Corresponding Author:

Dr Mahnoush Reisi

Address: Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

E-mail: reisi_mr@yahoo.com





Extended Abstract

Introduction:

The primary task of every health system is to solve community health issues; therefore, improving public health requires systematic planning to identify priority problems. Determining population health priorities needs comprehensive information and direct consultation with the public.

Public participation plays a key role in the health sector, and community health assessment is a major approach for identifying and addressing health problems. Community health assessment involves collecting and interpreting data, assessing health resources, identifying and prioritizing health problems, and developing solutions; its findings support health objectives, planning, and informed decision-making in health policy.

One of the best community assessment methods is the North Carolina model. This 8-step model provides the necessary factors in order to collect and analyze primary and secondary data and to prioritize needs. Also preventing repetition and promoting civic engagement are considered as important strengths of the North Carolina model. This research aimed to identify and prioritize health problems in the Davas region of Bushehr city with the active engagement of local residents.

Methods:

The study was conducted in the fall of 2023 in the Davas region of Bushehr city (population: 17,000), one of the oldest districts in southern Bushehr. The study used the North Carolina Model for community health assessment, which is conducted every four years in eight stages across two phases: the first phase (7 steps) focuses on identifying and prioritizing issues, and the second phase presents operational plans.

The first stage was dedicated to establishing an assessment team, which included 3 master's degree students and the main program executor. In the second stage and in order to collect primary information through interviews and group discussion sessions with people, the assessment team spent 3 months in different areas of the Davas

region, especially Hazrat Zeynab Comprehensive Health Services Center. The third stage involved collecting regional health statistics from Comprehensive Health Services Center. In the fourth stage, the health statistics obtained from the third stage were combined and compared with field data, and, based on that, the assessment team identified the main problems of Davas region. In the fifth stage, the needs assessment team reported the results of its assessment to the target population. During the sixth stage, the ten main priorities were identified by using the Hanlon method indexes. The seventh stage involved creating and publishing the final assessment document. The eighth stage of the North Carolina Model was dedicated to designing operational plans based on the identified priorities.

Results:

Following interviews (n=72) and group discussions (n=17) with officials and different community groups, 60 problems were identified in the Davas region. In meetings with the community assessment team, supervisor, and Comprehensive Health Services Center staff, problems were scored using the Hanlon method indexes and the top ten priorities were determined. Unsanitary disposal of garbage and waste ranked first, followed by stray dogs, waterlogging of streets during rain, unsanitary sewage disposal, substandard speed bumps, high prevalence of hypertension, overweight and obesity, lack of parks and green spaces, poor street lighting, and depression. To support implementation, the team reviewed contributing factors to unsanitary waste disposal and developed a comprehensive operational plan to address it.

Conclusion:

This study assessed the community using a participatory approach and the North Carolina Model. In addition to health problems, cultural, social, educational, and urban services issues were identified, which reflects a positive feature of community assessment studies. The 10 priority problems of the Davas region were unsanitary disposal of garbage and waste, stray dogs, waterlogging of streets during rain, unsanitary sewage disposal, substandard speed bumps, high prevalence of hypertension, overweight and obesity, lack of parks and green spaces, poor street lighting, and depres-



sion. While residents and officials agreed on some priorities, differences also emerged due to their distinct perspectives and roles. Comparisons with studies in Iran and other countries show both similarities and differences, often influenced by research objectives, target groups, models used, and implementation processes; these variations may also relate to location, cultural variables, customs, and socio-economic factors.



مقاله پژوهشی

ارزیابی سلامت جامعه در منطقه دواس بوشهر: کاربردی از مدل کارولینای شمالی

ماهان رازقی پور^۱ ID، فاطمه ملک‌زاده^۱ ID، طوبی چکاو^۱ ID، * مهنوش رئیسی^۲ ID

۱. گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

Use your device to scan and read the article online

**Citation:** Razeghipour M, Malekzade F, Chekav T, Reisi M. Community health assessment in Davas, Bushehr: Applying the North Carolina Model. *Journal of Preventive Medicine*. 2025; 12(2):183-196. [In Persian] 10.48312/JPM.12.2.847.1

چکیده

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۷ اردیبهشت ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۵ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳۰ شهریور ۱۴۰۴

هدف: ارزیابی سلامت جامعه چشم‌اندازی از وضعیت سلامت و نیازهای جامعه فراهم می‌آورد که طی آن با مشارکت جامعه مشکلات شناسایی و اولویت‌بندی می‌شود و فعالیت‌های مداخله‌ای برای رفع مشکلات طراحی و اجرا می‌گردد. هدف این مطالعه، شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات منطقه دواس شهر بوشهر با مشارکت مردم بود.

روش‌ها: مطالعه حاضر با رویکرد توصیفی-تحلیلی در پاییز سال ۱۴۰۲ در منطقه دواس شهر بوشهر و براساس مدل کارولینای شمالی انجام شد. جامعه پژوهش شامل ساکنان منطقه دواس شهر بوشهر بود؛ نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام گرفت و در مجموع ۹۶ نفر در پژوهش مشارکت داشتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، جلسات بحث گروهی و اطلاعات آماری مراکز بهداشتی بود. داده‌های گردآوری شده براساس شاخص‌های مدل Hanlon امتیازدهی و مشکلات اولویت‌بندی شدند. هفت مرحله اول شامل شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات و مرحله هشتم شامل طراحی و ارائه برنامه‌های عملیاتی برای حل مشکل دارای اولویت بود.

یافته‌ها: در پایان مطالعه ۶۰ مشکل شناسایی شد که ۱۰ مشکل دارای اولویت منطقه دواس به ترتیب شامل دفع غیر بهداشتی زباله و پسماند، سگ‌های ولگرد، آب-گیری معابر هنگام بارندگی، دفع غیر بهداشتی فاضلاب، دست‌اندازهای غیراستاندارد، شیوع بالای بیماری پرفشاری خون، اضافه وزن و چاقی، کمبود پارک و فضای سبز، وضعیت نامناسب روشنایی معابر و افسردگی بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه طیف گسترده‌ای از مشکلات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سلامت شناسایی شد. هرچند برنامه عملیاتی پیشنهادی مختص اولویت اول بود اما برنامه‌ریزی برای رفع سایر مشکلات ضروری است. اجرای کامل پیشنهادات ارائه شده نیازمند همکاری مردم و سازمان‌های متولی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها:

نیازسنجی، مشارکت جامعه، اولویت‌های سلامت، دفع زباله.

*نویسنده مسئول:

دکتر مهنوش رئیسی

نشانی: دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

پست الکترونیک: reisi_mr@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author[s].

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License [CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode> en], which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.



مقدمه:

ارتقاء سلامت عمومی به عنوان یکی از وظایف اساسی نظام‌های بهداشتی و درمانی، از طریق ارزیابی نظام‌مند نیازهای سلامت جامعه و اولویت‌بندی مشکلات با تکیه بر منابع و محدودیت‌های موجود امکان‌پذیر می‌گردد [۱]. انتخاب استراتژی مناسب و کارآمد در راستای تعیین اولویت‌های سلامت نیازمند منابع اطلاعاتی دقیق و جامع است؛ چراکه استناد به اطلاعات نامعتبر منجر به اتخاذ تصمیمات نادرست و در نهایت مواجهه با پیامدهای نامطلوب می‌گردد [۲].

در عصر حاضر، جلب مشارکت‌های مردمی راهبردی موثر در توسعه بخش‌های مختلف جامعه، به ویژه حوزه سلامت تلقی می‌شود و متولیان سلامت با تاکید بر پژوهش‌های مردم محور، مشارکت افراد جامعه را ابزاری قدرتمند در زمینه شناسایی و حل مشکلات سلامت برمی‌شمرند [۳، ۲]. از سوی دیگر، با توجه به این که هر جامعه‌ای از نظر مقاصد، تمایلات، امکانات، منابع، سابقه فرهنگی، تاریخی و ویژگی‌های جمعیتی منحصر به فرد است، یک ارزیابی مناسب از جامعه می‌تواند در اتخاذ سیاست‌های مناسب برای شرایط مختلف موثر باشد که در این میان، ارزیابی جامعه به‌عنوان یکی از شاخص‌ترین راهبردها شناخته می‌شود [۴].

ارزیابی جامعه با شناسایی و اولویت‌بندی نظام‌مند مشکلات، بستر تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی متناسب با نیازهای واقعی را فراهم می‌کند [۱]. در این راستا، ارزیابی سلامت جامعه با ارائه تصویری جامع از وضعیت سلامت، نیازها و ظرفیت‌ها، نقش کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی و بهبود شاخص‌های سلامت ایفا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که مشارکت فعال مردم، درکی واقع‌بینانه‌تری از وضعیت سلامت ایجاد کرده و فرآیندهای تصمیم‌سازی، سیاست‌گذاری و اجرای مداخلات در حوزه سلامت را تقویت می‌نماید [۵، ۳]. در این فرایند، اعضای جامعه در گردآوری و تحلیل داده‌ها، ارزیابی منابع موجود، شناسایی و اولویت‌بندی مسائل سلامت و ارائه راهکارهای اجرایی شرکت می‌کنند و این مشارکت موجب افزایش دقت و اثربخشی ارزیابی‌های سلامت و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه می‌شود [۶]. به طور کلی،

ارزیابی جامعه راهبردی برای نیازسنجی، برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد و ارتقای سلامت و رفاه عمومی است و اجرای منظم آن، به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار، توصیه می‌گردد.

یکی از بهترین مدل‌های ارزیابی جامعه مدل کارولینای شمالی است؛ این مدل هشت مرحله‌ای شامل مراحل تشکیل تیم ارزیابی، جمع‌آوری اطلاعات از جامعه، تجزیه و تحلیل آمارهای سلامت، ترکیب آمارهای سلامت با یافته‌های جامعه، اولویت‌بندی مشکلات جامعه و انتخاب موارد دارای اولویت با کمک افراد جامعه، تشکیل پرونده ارزیابی جامعه، انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه و در نهایت تهیه برنامه عملیاتی است [۷]. این الگو ابزارهای لازم برای جمع‌آوری داده‌های اولیه و ثانویه، راهنمای تحلیل داده‌ها و شیوه اولویت‌بندی نیازها را فراهم می‌کند و از نقاط قوت آن می‌توان به پیشگیری از تکرار، کاهش سردرگمی و جلب مشارکت جامعه اشاره کرد [۵].

بررسی مطالعات پیشین مبتنی بر مدل کارولینای شمالی در مناطق مختلف کشور نشان می‌دهد این رویکرد با اتکا به مشارکت جامعه محلی، امکان شناسایی و اولویت‌بندی نظام‌مند مسائل را فراهم می‌کند؛ برای نمونه، در ارزیابی سلامت جامعه شهرستان چلیچه، پس از شناسایی و طبقه‌بندی مشکلات، اولویت‌هایی مانند آلودگی آب آشامیدنی، مشکلات اقتصادی و پایین بودن سطح آگاهی درباره مسائل سلامت به‌عنوان مسائل دارای اولویت گزارش شده است [۴]. همچنین در ارزیابی انجام شده در منطقه صوفیان با بهره‌گیری از مدل کارولینای شمالی، پس از شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات، مجموعه‌ای از مسائل اجتماعی-اقتصادی و خدمات شهری در میان اولویت‌ها قرار گرفت [۸]. با این حال، برخی پژوهش‌ها عمدتاً با چالش‌هایی نظیر مشارکت محدود جامعه محلی در مراحل شناسایی و تحلیل مشکلات مواجه بوده‌اند و در بسیاری موارد، فرایند ارزیابی بدون ارائه برنامه عملیاتی پایان یافته است [۴]. از این‌رو مطالعه حاضر با هدف کاهش این محدودیت‌ها، ضمن بهره‌گیری از مشارکت مؤثر افراد محلی، در مرحله پایانی نیز برنامه اجرایی منسجمی برای حل مشکل اولویت‌دار تدوین و ارائه نموده است.

این مطالعه نخستین ارزیابی سلامت مبتنی بر مدل



شکل ۱: مراحل مدل کارولینای شمالی در ارزیابی سلامت جامعه

بخش‌های مختلف منطقه دواس، به‌ویژه مرکز خدمات جامع سلامت حضرت زینب (س)، از طریق مصاحبه با مردم، کسبه و مسئولین و نیز برگزاری جلسات بحث گروهی، اقدام به جمع‌آوری مستقیم اطلاعات و شناسایی مشکلات نمود. هریک از اعضای تیم تحقیق به صورت جداگانه در محله‌های مختلفی از منطقه دواس حضور یافتند و به مصاحبه با ساکنین این محله پرداختند که در مجموع با ۷۲ نفر از ساکنین این محله مصاحبه انجام شد؛ همچنین جلسات بحث گروهی متمرکز با حضور ۱۷ نفر از ساکنان منطقه برگزار شد؛ شرکت‌کنندگان با همکاری مسئولان مرکز و به‌صورت داوطلبانه از میان مراجعان مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب و برای شرکت در جلسات بحث گروهی دعوت شدند. شرکت‌کنندگان براساس سکونت در منطقه دواس و تمایل به مشارکت در پژوهش انتخاب شدند. علاوه بر دعوت داوطلبانه از مراجعان مرکز خدمات جامع

کارولینای شمالی در منطقه دواس شهر بوشهر است که با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات سلامت و با مشارکت فعال ذی‌نفعان محلی انجام شد و می‌کوشد مبنایی علمی برای برنامه‌ریزی مداخلات هدفمند متناسب با بافت فرهنگی و اجتماعی منطقه، فراهم سازد.

مواد و روش‌ها:

فرزندآوری مطالعه حاضر در پاییز سال ۱۴۰۲ در منطقه دواس شهر بوشهر انجام شد. منطقه دواس یکی از مناطق پرجمعیت شهر بوشهر با حدود ۱۷۰۰۰ نفر جمعیت است. این منطقه از محله‌های قدیمی و جنوبی شهر بوشهر به شمار می‌آید و قدمت آن به دوران تمدن لیان و ایلامی‌ها باز می‌گردد. منطقه دواس با توجه به تنوع بالای گروه‌های جمعیتی و نرخ بالای اسکان اتباع و مهاجرین، با مشکلات متعدد سلامت مواجه است؛ از این رو، پژوهش حاضر براساس الگوی واحد درسی «آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جامعه‌محور» در مقطع کارشناسی ارشد آموزش سلامت و مدل کارولینای شمالی که یک روش کاربردی برای ارزیابی سلامت جامعه است، انجام پذیرفت.

ارزیابی جامعه براساس مدل کارولینای شمالی فرایندی است که هر چهار سال یک‌بار و طی هشت مرحله انجام می‌شود (شکل ۱). کلیت پروژه ارزیابی جامعه در دو فاز تعریف می‌شود؛ فاز اول شامل هفت مرحله اولیه است که به شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات جامعه اختصاص دارد و در فاز دوم، برنامه‌های عملیاتی مورد نیاز برای کاهش و یا رفع مشکلات دارای اولویت ارائه می‌گردد [۷]. مراحل ارزیابی جامعه در پژوهش حاضر به شرح زیر بود:

مرحله اول به تشکیل تیم ارزیابی جامعه اختصاص داشت که طی آن تیم ارزیابی جامعه در دو گروه تحقیق و نظارت معرفی شد؛ تیم تحقیق شامل سه نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت و تیم نظارت شامل مجری اصلی برنامه بود که وظیفه هدایت برنامه و پاسخگویی به نهادهای مربوطه را بر عهده داشت.

در مرحله دوم، تیم ارزیاب طی سه ماه با حضور در



در تاریخ ۱۴۰۱/۳/۳۰ دریافت و تحلیل شد. همچنین با همکاری کارکنان مرکز جامع خدمات سلامت حضرت زینب (س)، اطلاعات بهداشتی و سلامتی شهری از سامانه یکپارچه بهداشت (سیب) استخراج گردید.

در مرحله چهارم، آمارهای سلامت به دست آمده از مرحله سوم با داده‌های میدانی مرحله دوم ترکیب و مقایسه شد و بر این اساس تیم ارزیابی جامعه، شناختی از عمده مشکلات مردم منطقه دواس به دست آورد. در پایان این مرحله، درک کلی از مشکلات سلامت منطقه دواس حاصل شد. سپس در مرحله پنجم، نتایج ارزیابی به جامعه مورد بررسی گزارش شد و نظرات مردم با یافته‌های تیم ارزیابی تلفیق گردید.

طی مرحله ششم و پس از تعیین مشکلات اصلی منطقه دواس، برای تشخیص اولویت‌ها جلساتی با حضور تیم ارزیاب جامعه، چهار نفر از مراقبین سلامت، کارشناس بهداشت محیط و سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت منطقه برگزار شد. ابتدا بحث گروهی برای بررسی و اولویت‌بندی اولیه مشکلات انجام گرفت و در پایان، پیشنهادات اعضا برای امتیازدهی براساس شاخص‌های مدل Hanlon مطرح شد. مدل Hanlon رویکردی ساختارمند برای اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی است که با استفاده از نظرات کارشناسان و مشارکت جامعه، مسائل نیازمند اقدام را شناسایی و اولویت‌بندی می‌کند.

سپس با استفاده از شاخص‌های مدل Hanlon، اولویت‌های ده‌گانه اصلی منطقه مشخص شد. در این مرحله فرم‌هایی بین اعضا توزیع شد و اعضا به شاخص‌های این فرم که شامل بزرگی مشکل، پیامد، قابلیت اصلاح و فوری بودن مشکل بود، امتیاز دادند. هر یک از معیارها با مقیاس یک تا پنج امتیازدهی شد. بنابراین حداقل و حداکثر امتیاز برای هر مشکل به ترتیب چهار و بیست بود. در پایان نیز برای مشکلات شناسایی شده، نمرات چهار شاخص مدل Hanlon که اعضای گروه به صورت جداگانه ارائه کرده بودند، جمع‌آوری و میانگین‌گیری شد؛ سپس، مجموع میانگین شاخص‌ها برای هر مشکل محاسبه و فهرست مشکلات براساس امتیازات نهایی، به ترتیب اولویت تنظیم شد.

مرحله هفتم به آماده‌سازی و انتشار سند ارزیابی جامعه

سلامت حضرت زینب (س)، تیم تحقیق به صورت میدانی در محله‌های مختلف منطقه حضور یافت و با ساکنان مصاحبه کرد. مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت؛ به این معنا که جمع‌آوری داده‌ها زمانی متوقف شد که مشکلات مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان تکراری بوده و اطلاعات جدیدی حاصل نمی‌شد.

همچنین در این مرحله با هفت نفر از افراد کلیدی منطقه مصاحبه نیمه ساختاریافته هدفمند انجام شد و مشکلات و نیازهای منطقه از دیدگاه آن‌ها فهرست گردید. این افراد شامل، رئیس شورای محله، سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت منطقه، کارشناس واحد پایش گروه آموزش بهداشت معاونت بهداشتی استان بوشهر، امام جماعت مسجد محله و سه نفر از پرسنل مرکز خدمات جامع سلامت بودند. اهمیت این مرحله در ارتباط مستقیم با مردم و شناسایی مشکلات از دیدگاه افراد محلی بود. نکات کلیدی مصاحبه‌ها به طور دقیق توسط تیم تحقیق یادداشت برداری شد و پس از مرور آن‌ها، مضامین اصلی استخراج شد و برای تحلیل مسائل سلامت منطقه مورد استفاده قرار گرفت. در فرآیند مصاحبه با مردم، سؤالاتی با هدف شناسایی مشکلات روزمره، نیازهای اساسی و کاستی‌های منطقه مطرح شد. محورهای مصاحبه شامل وضعیت سلامت و خدمت بهداشتی (دسترسی به منابع سلامت، کیفیت خدمت درمانی و سطح بهداشت فردی و خانوادگی)، کیفیت محیط زندگی (وضعیت معابر و زیرساخت‌ها، آلودگی هوا و محیط، وضعیت دفع زباله و مدیریت پسماند)، امنیت و انسجام اجتماعی (وضعیت امنیت جامعه، وضعیت اعتماد اجتماعی، میزان مشارکت در امور اجتماعی) و امکانات عمومی و رفاه شهری (میزان و کیفیت مراکز فرهنگی، ورزشی، آموزشی و تفریحی) بود. سؤالات با استفاده از راهنمای واحد درسی «آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جامعه محور» و الگوبرداری از مطالعات پیشین طراحی شد.

طی مرحله سوم و به منظور جمع‌آوری آمارهای سلامت جامعه، بعد از هماهنگی با شبکه بهداشت شهرستان و مرکز خدمات جامع سلامت منطقه، شاخص‌های جمعیت‌شناختی، آمارها و نیازهای سلامت جامعه طبق نیازسنجی انجام شده



فهرست نهایی مشکلات سلامت منطقه تهیه گردید. اولویت‌بندی مطابق با مرحله ششم مدل کارولینای شمالی و از طریق جلسات گروهی با حضور تیم ارزیابی و نمایندگان مرکز خدمات جامع سلامت انجام شد و مشکلات با شاخص کمی Hanlon امتیازدهی و نهایی شدند.

تمام شرکت‌کنندگان به‌طور داوطلبانه در این پژوهش حضور یافتند و رضایت‌نامه آگاهانه پیش از جمع‌آوری داده‌ها از افراد اخذ شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان محرمانه خواهد بود و تنها برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار داده خواهد شد. تیم پژوهش تمامی اقدامات لازم را برای حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق شرکت‌کنندگان رعایت نمود.

یافته‌ها:

در نتیجه فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، فهرستی جامع از مشکلات منطقه دواس شهر بوشهر تهیه شد که مشتمل بر ۶۰ مشکل بود که کلیت آن‌ها در (جدول ۱) آمده است.

اختصاص داشت. تیم تحقیق گزارشی مستند از فرایند ارزیابی و یافته‌ها تهیه کرد تا مردم و مسئولین از فعالیت‌های انجام‌شده آگاه شوند. همچنین از اهداف اصلی انتشار سند، جلب مشارکت عمومی و بهره‌مندی از حمایت و هم‌فکری آنان برای حل مشکلات دارای اولویت بود.

مرحله هشتم مدل کارولینای شمالی به طراحی برنامه‌های عملیاتی براساس اولویت‌های شناسایی شده در مرحله ششم اختصاص داشت. تیم تحقیق با مرور منابع علمی معتبر، بررسی تجربیات پروژه‌های مشابه و مشورت با متخصصین حوزه بهداشت، پیشنهادهای اجرایی متناسب با مشکل اولویت‌دار را تدوین کرد. این برنامه‌ها با توجه به امکانات موجود، ساختار اجرایی منطقه و مشارکت گروه‌های محلی طراحی شدند تا قابلیت اجرا و اثربخشی آن‌ها تقویت شود.

داده‌های گردآوری‌شده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، جلسات بحث گروهی، مشاهدات میدانی و اطلاعات ثانویه توسط تیم تحقیق مرور، ترکیب و دسته‌بندی شد. پس از حذف موارد تکراری و تجمیع دیدگاه‌های مردم و مسئولان،

جدول ۱: فهرست کلی مشکلات شناسایی شده منطقه دواس شهر بوشهر

نام حوزه	مشکلات بدون طبقه‌بندی
بهداشت و سلامت	شیوع بالای بیماری‌های قلبی-عروقی، شیوع بالای بیماری پرفشاری خون، شیوع بالای چاقی و اضافه وزن، شیوع بالای بیماری دیابت، شیوع بالای بیماری چربی خون، شیوع بیماری سل در میان اتباع، شیوع قابل توجه افسردگی، شیوع بیماری‌های روانی (دوقطبی، اسکیزوفرنی و ...)، بالا بودن نرخ خودکشی و مصرف خودسرانه دارو، شیوع قابل توجه خودکشی، ازدیاد مشکلات دهان و دندان، وضعیت نامناسب فعالیت بدنی، عدم حضور تمام وقت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت، کمبود واکسن در مرکز خدمات جامع سلامت
محیط زیست	وضعیت غیربهداشتی اطراف اماکن فروش آبیژان، آلودگی صوتی، ازدیاد حشرات و حیوانات موذی، آلودگی معابر، ازدیاد درختان حساسیت‌زا، وضعیت تفکیک زباله، وضعیت پسماندهای عفونی، وضعیت نخاله‌های ساختمانی
خدمات شهری و زیرساخت	دفع غیربهداشتی زباله و پسماند، سگ‌های ولگرد، آب‌گیری معابر در بارندگی، دفع غیربهداشتی فاضلاب، دست‌اندازهای غیراستاندارد، وضعیت نامناسب روشنایی معابر، کمبود پارک و فضای سبز، خانه‌های کلنگی، آسفالت‌های نامناسب، کمبود سطل زباله، پیاپی راهروهای غیرمسطح، وجود چاله در سطح خیابان، فرسودگی برخی معابر و ساختمان‌ها، کمبود چراغ‌های راهنما، پیشروی غیرمجاز ساختمان‌ها، فقدان برنامه توسعه شهری متناسب با بافت قدیم، کم عرض بودن کوچه‌ها و معابر، مشکلات قطعی اینترنت و عدم آنتن‌دهی، قطعی متناوب برق در فصول گرم، قطعی آب و ضعیف بودن آب شهری، کمبود نانوایی، نامناسب بودن آب شهری برای مصارف نوشیدنی
اجتماعی	سن پایین اعتیاد، دسترسی آسان به مواد مخدر، پراکندگی اتباع غیرمجاز، ازدیاد متکدیان، اختلافات طبقاتی، عدم رعایت حقوق شهروندی توسط برخی از اهالی منطقه، اولویت روابط بر ضوابط در سطح ادارات و مراکز دولتی، بالا بودن جمعیت مهاجر
فرهنگی و آموزشی	عدم آشنایی مردم با خدمات مراکز خدمات جامع سلامت، عدم آشنایی مردم با نقش رابطین بهداشتی، عدم مراجعه مردم به مراکز خدمات سلامت در موعد مقرر، کمبود مدارس ابتدایی، کمبود فضا و امکانات ورزشی
اقتصادی، اشتغال و رفاه	نرخ بالای بیکاری جوانان، گرانی اقلام مصرفی، گرانی اجاره‌بها، کمبود امکانات تفریحی



به-دست آمد و مجموع آن‌ها امتیاز نهایی ۱۷/۶ را برای این مشکل نشان داد. سایر مشکلات نیز به همین ترتیب ارزیابی شدند که نتایج آن در (جدول ۲) ارائه شده است. به ترتیب مشکلات مربوط به سگ‌های ولگرد، آب‌گیری معابر هنگام بارندگی، دفع غیر بهداشتی فاضلاب، دست‌اندازهای غیراستاندارد، شیوع بالای بیماری پرفشاری خون، اضافه وزن و چاقی، کمبود پارک و فضای سبز، وضعیت نامناسب روشنایی معابر و افسردگی بالاترین امتیازها را کسب کردند.

در مجموع، از میان فهرست تهیه شده (جدول ۱)، ده مشکل دارای اولویت با استفاده از مدل Hanlon مشخص شد (جدول ۲) و دفع غیر بهداشتی زباله و پسماند با کسب بالاترین امتیاز به‌عنوان اولویت اصلی تعیین شد تا پس از بررسی‌های اجمالی، برنامه‌ای عملیاتی برای مقابله با آن طراحی شود. برای این اولویت نخست، میانگین نمرات چهار شاخص مدل Hanlon به ترتیب شامل بزرگی مشکل ۴/۵، پیامد ۴/۴، قابلیت اصلاح ۴/۲ و فوریت ۴/۵ بود. این نمرات از میانگین‌گیری امتیازات فردی اعضای گروه برای هر شاخص

اولویت	نام مشکل	میانگین امتیاز
۱	دفع غیر بهداشتی زباله و پسماند	۱۷/۶
۲	سگ‌های ولگرد	۱۵/۹
۳	آب‌گیری معابر در بارندگی	۱۴/۷
۴	دفع غیربهداشتی فاضلاب	۱۴/۶
۵	دست‌اندازهای غیراستاندارد	۱۴/۴
۶	شیوع بالای بیماری پرفشاری خون	۱۳
۷	اضافه وزن و چاقی	۱۲/۳
۸	کمبود پارک و فضای سبز	۹/۴
۹	وضعیت نامناسب روشنایی معابر	۸/۶
۱۰	افسردگی	۸/۴

ابعاد مختلف مشکل اولویت‌دار منطقه دواس (دفع نامناسب زباله و پسماند) از منظر شرایط محیطی و دیدگاه مردم که مبنایی برای طراحی برنامه عملیاتی قرار گرفت به شرح (جدول ۳) است.

نقاط قوت	نقاط ضعف
جمع‌آوری زباله‌ها در ساعات مشخص توسط مامورین شهرداری جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله و پسماندهای عفونی مرکز بهداشت منطقه علاقتمندی مردم به شرکت در برنامه و کارگاه‌های مدیریت و تفکیک زباله و پسماند	عدم آشنایی مردم با اصول تفکیک زباله و عدم تفکیک از مبدا زباله و پسماند توسط مردم عدم استفاده از کیسه‌های مناسب حمل زباله‌های تر و خشک محدودیت تعداد سطل زباله در سطح محله عدم توزیع و استقرار مناسب سطل‌های زباله در سطح منطقه فقدان تعبیه سطل‌های مجزا برای جداسازی زباله‌های خشک و تر رهاسازی نامناسب زباله در سطح محله توسط مردم عدم رعایت بهداشت و شستشوی مستمر سطل‌های زباله فقدان برنامه‌ی جامع و سازمان یافته در زمینه مدیریت و دفع بهداشتی زباله و پسماند



بحث و نتیجه‌گیری:

فضاهای عمومی و مسیرهای پرتردد باشد. از طرفی با توجه به پیامدهای فوری و ملموس آن برای ساکنان، معمولاً در اولویت قرار می‌گیرد.

آب‌گیری معابر هنگام بارندگی نیز یکی از اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس معرفی شد که حاکی از نقش زیرساخت‌های ناکافی دفع آب‌های سطحی در ایجاد مخاطرات محیطی و اختلال در تردد ساکنان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در منطقه دو تهران و سپاهان‌شهر اصفهان هم‌خوانی دارد که در آن‌ها نیز ناکارآمدی شبکه دفع روان آب و ضرورت مداخلات مدیریتی برای کاهش آب‌گرفتگی معابر گزارش شده است [۱۱، ۱۲]. این الگوی مشابه می‌تواند ناشی از چالش‌های مشترک در طراحی و نگهداشت شبکه‌های دفع آب‌های سطحی و محدودیت ظرفیت سیستم‌ها در بارش‌های شدید باشد.

دفع غیر بهداشتی فاضلاب در میان اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس قرار گرفت و بر نقش تعیین‌کننده وضعیت بهداشت محیط و کارآمدی خدمات شهری در سلامت محلی تأکید داشت. این نتیجه با پژوهش‌های انجام‌شده در مناطق باسمنج، آرنی، آذرشهر و چاهستانی هم‌خوان است، در آن‌ها نیز دفع نامطلوب فاضلاب به‌عنوان یکی از مسائل حائز اهمیت گزارش شده است [۵، ۷، ۱۰، ۱۳]. این شباهت می‌تواند بازتاب چالش‌های مشترک در پوشش و نگهداشت شبکه‌های جمع‌آوری فاضلاب، محدودیت‌های زیرساختی و اثرات مستقیم آن بر بهداشت عمومی و کیفیت محیط زندگی ساکنان باشد.

دست‌اندازهای غیراستاندارد نیز در میان اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس قرار گرفت و بر اهمیت ایمنی ترافیکی تأکید داشت. در پژوهش انجام‌شده در شهر قائم‌شهر نیز به آثار به‌کارگیری انواع سرعت‌گیرها بر کاهش تصادفات پرداخته شد [۱۴]. از سوی دیگر، اجرای غیراستاندارد سرعت‌گیرها می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش خطر حوادث، آسیب به خودروها و اختلال در تردد ایجاد کند و به همین دلیل در برخی بافت‌ها به‌عنوان یک مسئله قابل توجه مطرح می‌شود. با این حال، به نظر می‌رسد این مسئله در بسیاری از

حل مساله سلامت که از رسالت‌های اصلی نظام‌های بهداشتی جوامع است، مستلزم شناسایی و اولویت‌بندی نظام‌مند مشکلات و بهره‌گیری از مشارکت مستقیم مردم و ذی‌نفعان محلی است [۹]. پژوهش حاضر با رویکرد مشارکتی و براساس مدل کارولینای شمالی، ارزیابی سلامت جامعه را در منطقه دواس شهر بوشهر انجام داد و نشان داد مشکلات این منطقه صرفاً محدود به مسائل بهداشتی نیست، بلکه ابعاد محیطی، اجتماعی و خدمات شهری را نیز در بر می‌گیرد. در این ارزیابی، ۶۰ مشکل شناسایی و با شاخص Hanlon امتیازدهی شد و ۱۰ مشکل به‌عنوان اولویت‌های اصلی منطقه تعیین گردید.

در مطالعه حاضر، دفع غیر بهداشتی زباله و پسماند به‌عنوان اولویت نخست مشکلات منطقه دواس شناسایی شد که نشان‌دهنده نقش پررنگ عوامل محیطی و خدمات شهری در سلامت محلی است. این یافته با نتایج ارزیابی‌های جامعه‌محور در مناطق باسمنج، صوفیان، آرنی و آذرشهر هم‌خوانی دارد که در آن‌ها نیز مدیریت نامطلوب پسماند در زمره مسائل دارای اولویت گزارش شده است [۵، ۷، ۸، ۱۰]. این الگوی مشابه می‌تواند ناشی از چالش‌های مشترک در نظام جمع‌آوری و دفع پسماند، محدودیت‌های زیرساختی و نظارتی، و نیز برجسته شدن پیامدهای آن در زندگی ساکنان باشد. علاوه بر این، ماهیت مشارکتی فرایند ارزیابی باعث می‌شود مشکلات ملموس محیطی، مانند دفع غیر بهداشتی زباله، با حساسیت بیشتری از سوی مردم و ذی‌نفعان محلی مطرح و در اولویت قرار گیرند.

در این پژوهش، سگ‌های ولگرد به‌عنوان یکی از مشکلات اصلی منطقه دواس شناسایی شد که بیانگر برجستگی این مسئله در تقاطع سلامت عمومی، ایمنی محیطی و رفاه اجتماعی ساکنان است. این یافته با نتایج ارزیابی‌های مناطق باسمنج و آذرشهر هم‌سویی دارد که در آن‌ها نیز این مشکل در میان اولویت‌های مهم گزارش شده است [۷، ۱۰]. این هم‌خوانی می‌تواند ناشی از محدودیت در سازوکارهای کنترل و ساماندهی سگ‌های ولگرد و نیز تمرکز حضور آن‌ها در



سرمایه‌گذاری‌های ارتقادهنده کیفیت محیط زندگی در برخی بافت‌های شهری باشد.

وضعیت نامناسب روشنایی معابر به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس شناسایی شد و با نتایج پژوهش انجام‌شده در منطقه چاهستانی همسو است که در آن، عدم روشنایی معابر به‌عنوان یکی از چالش‌های مهم گزارش شد [۱۳]. این همسویی می‌تواند ناشی از کاستی‌های مشترک در زیرساخت‌های روشنایی شهری و نگهداشت آن باشد؛ به‌گونه‌ای که روشنایی ناکافی، علاوه بر ایجاد اختلال در تردد شبانه، می‌تواند خطر حوادث و احساس ناایمنی را افزایش دهد و در اولویت‌بندی محلی مطرح شود.

قرار گرفتن افسردگی در میان اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس نشان داد که در کنار مسائل زیرساختی و خدمات شهری، دغدغه‌های سلامت روان نیز می‌تواند در سطح محلی برجسته باشد. این یافته با نتایج پژوهش انجام‌شده در منطقه آلنی و ارزیابی انجام‌شده در آذرشهر هم‌راستا بود که در آن‌ها نیز افسردگی به‌عنوان یکی از مسائل دارای اولویت گزارش شد [۵، ۱۰]. با این حال، در برخی ارزیابی‌ها مسائل سلامت روان کمتر به‌عنوان اولویت مستقل مطرح می‌شود که می‌تواند به‌انگ اجتماعی، تفاوت در الگوی مراجعه و تمرکز بیشتر بر مشکلات ملموس زیرساختی مربوط باشد. از سوی دیگر، ماهیت مشارکتی ارزیابی می‌تواند باعث شود مشکلات سلامت روان از طریق بیان تجربه زیسته ساکنان شفاف‌تر مطرح و در اولویت‌بندی برجسته شود. این مسئله می‌تواند بازتاب فشارهای اجتماعی-اقتصادی و دسترسی یا پیگیری ناکافی خدمات سلامت روان باشد و تداوم علائم افسردگی را تقویت کند.

مقایسه نتایج این ارزیابی با مطالعات پیشین نشان می‌دهد اولویت‌های سلامت، ضمن داشتن برخی اشتراک‌ها، تحت تأثیر شرایط هر منطقه تغییر می‌کند. تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیرساختی و وضعیت خدمات شهری و بهداشتی می‌تواند برجستگی مسائل را جابه‌جا کند. با این حال، به‌کارگیری چارچوب ساختارمند مدل کارولینای شمالی و ترکیب داده‌های میدانی با اطلاعات موجود، شناسایی و

ارزیابی‌های جامعه‌محور ذیل عناوین کلی‌تر گزارش می‌شود و بنابراین به‌صورت یک اولویت مستقل کمتر بازتاب یافته است.

پرفشاری خون نیز یکی دیگر از اولویت‌های اصلی منطقه دواس بود که بیانگر بار قابل توجه بیماری‌های غیرواگیر در این منطقه بود. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده در مناطق آلنی و چلیچه هم‌راستا بود که در آن‌ها نیز پرفشاری خون در میان مسائل دارای اولویت گزارش شد [۴، ۵]. این همسویی می‌تواند ناشی از عوامل مشترکی مانند الگوهای تغذیه‌ای ناسالم، فعالیت بدنی ناکافی، افزایش وزن و نیز دسترسی یا پیگیری ناکافی خدمات پیشگیری و کنترل بیماری‌های مزمن باشد که در کنار شرایط اجتماعی-اقتصادی، بر توزیع این بیماری در جوامع مختلف اثر می‌گذارد.

چاقی و اضافه‌وزن در میان مشکلات اصلی مشکلات منطقه دواس مطرح شد و نشان داد مؤلفه‌های مرتبط با سبک زندگی، در الگوی سلامت محلی سهم قابل توجهی دارند. با این حال، در بسیاری از مطالعات مشارکت‌محور داخلی این موضوع کمتر به‌عنوان یک اولویت مستقل گزارش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در جوامع عربستان سعودی همسو است که در آن‌ها نیز شیوع قابل توجه چاقی و اضافه‌وزن، به‌عنوان یک مسئله مهم سلامت مورد توجه قرار گرفته است [۱۵، ۱۶]. این همسویی احتمالاً بازتاب الگوهای تغذیه‌ای ناسالم، کم‌تحرکی و شرایط زندگی شهری است که می‌تواند به تداوم افزایش وزن و پیامدهای آن در جوامع مختلف منجر شود.

کمبود پارک و فضای سبز نیز در فهرست اولویت‌های اصلی مشکلات منطقه دواس قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش انجام‌شده در منطقه چاهستانی تطابق دارد که در آن، فقدان فضای سبز در شمار چالش‌های اصلی گزارش شد [۱۳]. همچنین در ارزیابی انجام‌شده در آذرشهر نیز به کمبود فضاهای تفریحی و ورزشی اشاره شده است که از نظر کارکردی با کمبود پارک و فضای سبز هم‌جنس است [۱۰]. این هم‌پوشانی می‌تواند بازتاب محدودیت‌های مشترک در توسعه و توزیع فضاهای عمومی و نیز اولویت‌پایین‌تر بودن



زمینه و بهره‌گیری از پیشنهادهای کارشناسان، یک برنامه عملیاتی جامع و متناسب با شرایط، ظرفیت‌ها و نیازهای منطقه دواس شهر بوشهر تدوین و پیشنهاد گرد.

برنامه عملیاتی پیشنهادی برای مواجهه با مشکل دفع غیربهداشتی زباله و پسماند در منطقه، بر تلفیق اقدامات آموزشی، فرهنگی و اجرایی استوار است؛ به نحوی که ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش مردم منطقه درباره شیوه صحیح و بهداشتی دفع زباله و پسماند از طریق آموزش همگانی در کنار فرهنگ‌سازی به منظور مقابله با مصرف‌گرایی و اصلاح الگوی مصرف از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی دنبال شود. هم‌زمان، برای افزایش نظم خدمات شهری و ارتقای مشارکت شهروندی، اطلاع‌رسانی دقیق زمان‌بندی جمع‌آوری زباله توسط شهرداری در سطح منطقه انجام گیرد و با برگزاری کلاس‌های آموزش گروهی شیوه و اصول تفکیک از مبدأ زباله و پسماند زمینه اجرای صحیح تفکیک تقویت شود. از سوی دیگر، در راستای افزایش بازیافت، طراحی برنامه‌های توسعه بازیافت در محله ضروری است؛ به‌ویژه از طریق استقرار ایستگاه‌های تحویل پسماندهای قابل بازیافت و معاوضه با کالاهای مورد نیاز (اعم از کالاهای خوراکی، شوینده و ...) و نیز توزیع رایگان کیسه‌های مخصوص حمل زباله‌های تر و خشک که می‌تواند فرایند تفکیک و تحویل را تسهیل کند. در سطح عملیات و زیرساخت نیز باید تسهیل و بهینه‌سازی فرایند جمع‌آوری و حمل زباله و پسماند توسط مأموران شهرداری به صورت مستمر پیگیری شود و با تأمین سطل‌های زباله استاندارد به تعداد کافی و توزیع و جانمایی بهینه آن‌ها براساس نیاز نقاط پرتردد و الگوی تولید پسماند پشتیبانی گردد؛ به‌علاوه حفظ وضعیت بهداشتی سطل‌های زباله و جلوگیری از انباشت زباله به منظور مقابله با ازدیاد حشرات و حیوانات موزی باید به‌عنوان جزء ثابت نظام خدماتی و نظارتی شهرداری مورد توجه قرار گیرد.

پژوهش حاضر با بهره‌گیری از چارچوب علمی مدل کارولینای شمالی و با مشارکت فعال گروه‌های محلی، تصویری جامع و واقع‌گرایانه از وضعیت سلامت و مشکلات زیربنایی منطقه دواس شهر بوشهر ارائه داد. فرایند اولویت‌بندی نیازها بر پایه داده‌های میدانی و تحلیل‌های جمعی، به شناسایی

اولویت‌بندی مشکلات را ممکن ساخت و نشان داد رویکرد مشارکتی می‌تواند مسائل فرابخشی را نیز آشکار کند.

از نقاط قوت پژوهش، رویکرد مشارکتی و حضور میدانی، استفاده از چارچوب ساختارمند مدل کارولینای شمالی، بهره‌گیری هم‌زمان از داده‌های کیفی و داده‌های ثانویه، و اولویت‌بندی نظام‌مند با شاخص کمی هانلون بود که به افزایش دقت ارزیابی و قابلیت اتکای یافته‌ها انجامید. همچنین تدوین برنامه عملیاتی برای مشکل اولویت‌دار، کاربردپذیری نتایج را تقویت کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت دیدگاه مردم و برخی مسئولان، دشواری هماهنگی‌های بین‌بخشی و اخذ مجوزها، و اتکای بخشی از داده‌ها به گزارش مشارکت‌کنندگان اشاره کرد؛ از این‌رو تفاسیر یافته‌ها و تعمیم آن‌ها به سایر مناطق باید با احتیاط صورت گیرد. افزون بر این، تمرکز برنامه عملیاتی بر اولویت نخست نشان می‌دهد سایر اولویت‌ها به پیگیری تکمیلی در برنامه‌ریزی‌های بعدی نیاز دارند.

امروزه در سطح جهان با توجه به رشد بالای جمعیت، صنعتی شدن جوامع، تغییر الگوی مصرف، تغییر کیفیت زندگی و پیشرفت فناوری، تولید زباله به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است [۱۷]. از این رو مدیریت و دفع بهداشتی زباله و پسماندهای شهری یکی از مهم‌ترین چالش‌های دولت‌ها به شمار می‌رود. برنامه‌ریزی و به‌کارگیری راهکارهای مناسب در این زمینه می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت جامعه، آسایش شهروندان و حفظ محیط زیست شود [۱۸]. در کشور ما نیز گسترش شهرنشینی و توسعه فعالیت‌های صنعتی و تجاری موجب افزایش تولید زباله و پسماندهای شهری شده است و بر این اساس، اتخاذ راهبردهای نوین و کارآمد در زمینه مدیریت و دفع پسماند ضروری به نظر می‌رسد [۷].

در نهایت، تیم ارزیابی پس از جمع‌آوری نظرات مردم و مسئولان و تعیین اولویت‌های ده‌گانه منطقه دواس براساس شاخص‌های Hanlon، مشکل دفع غیر بهداشتی زباله و پسماند را به عنوان اولویت نخست انتخاب کرد و وضعیت منطقه دواس را از این نظر مورد ارزیابی اولیه قرار داد. سپس تیم تحقیق با استفاده از نتایج پژوهش‌های پیشین در این



بدین وسیله نویسندگان این مقاله نهایت سپاس و قدردانی خود را نسبت به تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه، شبکه بهداشت شهرستان بوشهر، مرکز خدمات جامع سلامت حضرت زینب (س) و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که در انجام این پژوهش یاری رساندند، ابراز می‌نمایند.

مسائل اصلی منطقه انجامید و تدوین یک برنامه عملیاتی مشخص و مبتنی بر شواهد برای مشکل اولویت‌دار، به‌ویژه دفع غیربهداشتی زباله و پسماند، را ممکن ساخت.

براساس یافته‌ها، مشارکت واقعی مردم در ارزیابی سلامت می‌تواند مسیر تدوین راهکارهای بومی، قابل اجرا و مورد پذیرش جامعه را هموار سازد. همچنین به‌کارگیری الگوهای علمی و مشارکت‌محور مانند مدل کارولینای شمالی، مبنایی مناسب برای برنامه‌ریزی مداخلات هدفمند و متناسب با بافت فرهنگی و اجتماعی مناطق فراهم می‌کند

در پایان، توصیه می‌شود مدل کارولینای شمالی به‌عنوان الگویی جامع و قابل انطباق با بافت‌های گوناگون، در برنامه‌ریزی‌های حوزه سلامت و سایر بخش‌ها به‌کار گرفته شود. استمرار و نهادینه‌سازی این رویکرد می‌تواند زمینه‌ساز ارتقای مشارکت محلی و بهبود سیاست‌گذاری‌های مبتنی بر نیازهای واقعی جامعه باشد.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این مطالعه دارای تاییدیه اخلاقی به شماره IR.BPUMS.REC.1403.398 از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است.

حامی مالی

این مقاله از طرف هیچ‌گونه نهاد یا موسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسندگان تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

جمع‌آوری اطلاعات: همه نویسندگان؛ نگارش پیش‌نویس: ماهان رازقی‌پور، فاطمه ملک‌زاده، طوبی چکاو؛ ویراستاری و نگارش نهایی مقاله: ماهان رازقی‌پور؛ بازنگری و تایید نسخه نهایی مقاله: مهنوش رئیسی، ماهان رازقی‌پور.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی



References

- Halimi A, Jorjani G, Sharifi Aliabadi L, Taherian MR, Yeganeh H, Shokrgozar M, et al. Community Health Assessment for Identification and Prioritization of Issues in the Area Under Coverage of Imamzadeh Ghasem Health Center, Tehran City, Iran. *SJSPH*. 2024; 22(1):87-98. [In Persian]. [Link](#)
- 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. *SJSPH*. 2011; 9(2):69-78. [In Persian] [Link](#)
- Madani A, Shekari M, Nejatizadeh A, Aghamolaei T, Azarpakan A, Holakouie Naeini K. Community assessment to identify and prioritize problems of Hormoz Island, in the South of Iran. *J Prevent Med*. 2015; 2(4):58-70. [In Persian] [Link](#)
- Karimi Z, Hamid K, Safi K, Pasdar Yazd M, Mohammadian-Hafshejani A. Community health assessment for identifying and prioritizing the problems of Choliche County, Farsan City, Chaharmahal and Bakhtiari Province, Iran. *J Prevent Med*. 2023; 10(2):148-61. [In Persian] DOI: [10.32598/JPM.10.2.576.1](#)
- Rafiemanesh H, Yari M, Holakui Naeini K. Community assessment for determination and diagnosis of health-related problems in Aliny village Meshginshahr functions in Ardebil. *J Prevent Med*. 2015; 2(2):10-7. [In Persian] [Link](#)
- Kobashi Y. Health needs assessment tool for identifying the health issues among community residents with unmet needs. *Trop Med Health*. 2025; 53(1):29. DOI: [10.1186/s41182-025-00713-9](#) PMID: [39994823](#)
- Iranag MK, Pashapour H, Jafari A, Keshavarzian K, Khodamoradi M, Dorosti AA, et al. Community health assessment of the town of Basmenj, Tabriz city. *SJSPH*. 2018; 16(3):295-306 [In Persian] [Link](#)
- Shekari F, Jalilvand H, Mohammadpoorasl A. Community health assessment to identify problems and develop operational plans to promote health in the soufian district. *SJSPH*. 2022; 20(2):143-56. [In Persian] [Link](#)
- Holakouie Naeini K, Ahmadvand A, Ahmadnezhad E, Alami A. A community assessment model appropriate for the Iranian community. *Iran J Public Health*. 2014; 43(3):323-30. PMID: [25988092](#)
- Mokhtari M, Banaye Jeedi M, Majidi A, Jafari Khoenagh A, Holakoi Naeeni K. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *J Research Health*. 2013; 3(1):295-302. [In Persian] [Link](#)
- Sadeghi S, Samani J, Samani H. Evaluation of the complicated and rational method of storm sewer networks design using simulation-optimization approach. *JWIM*. 2022; 12(2):405-24. [In Persian] DOI: [10.22059/jwim.2022.335811.951](#)
- Aghili Mahabadi N, Zarif Sanayei HR, Hatefi SM. Prioritization of low-impact development methods for management of Urban surface runoff, using the Fuzzy TOPSIS and TOPSIS method (Case study: Sepahan-Shahr Town, Isfahan). *Amirkabir J Civil Eng*. 2022; 53(11):4895-912. [In Persian] DOI: [10.22060/ceej.2020.18619.6909](#)
- Mohammadi Y, Javaheri M, Mounesan L, Rahmani K, Holakouie Naeini K, Madani A, et al. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *SJSPH*. 2010; 8(1):21-3. [In Persian] [Link](#)
- Choubdar A, Farajollahi A, Ameli A. Evaluation of the speed bumps utilization at junctions and U-Turns on accidents and vehicles' speed and offering prediction model of the speed bumpseffects on the accidents reduction. *Transp Res Rec*. 2020; 17(2):67-80. [Link](#)
- Derkaoui A, AlShammari SA, Abuzied Y, Alshalawi A, AlAsseri Y, Alshammari K, et al. Community health needs assessment of primary healthcare in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Glob J Qual Saf Healthc*. 2024; b7(4):182-90. DOI: [10.36401/JQSH-24-13](#) PMID: [39534230](#)
- Barnawi Y, Fairaq B, Bakhsh A, Alhazmy F, BinHassan R, Alshareef J, et al. Community health needs assessment In Makkah, Saudi Arabia 2025: A cross-sectional study. *Rev Diabet Stud*. 2025; 347-56. [Link](#)
- Chabok M, Asakereh A, Bahrami H, Jaafarzadeh NO. Selection of MSW landfill site by fuzzy-AHP approach combined with GIS: Case study in Ahvaz, Iran. *Environ Monit Assess*. 2020; 192(7):433. DOI: [10.1007/s10661-020-08395-y](#) PMID: [32542483](#)
- Arazm F, Mirhosseini SA, Dehghani M, BarkhordariAhmadi M. A multi-objective optimization model of health, safety, and environmental risks of coastal landfills (A Case Study of the Coastal City of Bandar Abbas). *TB*. 2021; 20(3):88-100. [In Persian] DOI: [10.18502/tbj.v20i3.7471](#)