



اولویت های مشکلات سلامت و تحقیقات بهداشتی براساس نیازسنجی در استان یزد

طلوع بهداشت

نویسندگان: دکتر سیدمجتبی یاسینی* دکتر حسن مظفری خسروی**
 دکتر سیدمهدی کلاتر** دکتر مهران کریمی** محمدحسین احمدیه***
 مهندس محمدرضا امینی پور** زهره کلانی*** دکتر سیدسعید مظلومی* دکتر
 محمدحسن احرام پوش** دکتر محسن میرزایی*** دکتر مجید رضازاده****
 دکتر محمدعلی حرازی* دکتر احمد حائریان** دکتر حسین ملک افزلی****

*استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

**دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

***عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

****پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

*****پزشک اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

*****استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

چکیده

در سال های اخیر معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحقیقات مبتنی بر نیاز جامعه، از قبیل تحقیقات در نظام سلامت (Health System Research, HSR) و مسائلی که مستقیماً به مردم مربوط می شود را مورد توجه قرار داده است. در این ارتباط معاونت به تمام دانشگاهها توصیه نموده تا بخشی از اعتبارات تحقیقاتی خود را به پروژه هایی از نوع HSR تخصیص دهند. همچنین دانشگاههای علوم پزشکی به دو گروه تقسیم شدند تا دو پروژه «تعیین اولویت های محلی از طریق نیازسنجی» و «پایگاه تحقیقات جمعیتی» را انجام دهند. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد در گروهی قرار گرفت که می بایست پروژه نیازسنجی را انجام دهد. این مقاله گزارش بخشی از نتایج آن است که به عنوان اولین تجربه عملی به کمک ذی نفعان مختلف در استان انجام شده است.

معاونت تحقیقات و فناوری دستورالعمل اجرایی واحدی با عنوان «تعیین اولویت های محلی از طریق نیازسنجی» طراحی و به هفت دانشگاه علوم پزشکی کشور به عنوان دانشگاههای پایلوت پیشنهاد نمود تا به عنوان راهنمای اولیه به کار گرفته شود. این دستورالعمل پس از تغییرات متناسب با ضرورت های محلی در استان طی ۹ مرحله و با مشارکت فعال و مؤثر ذی نفعان استان اجرا شد.

بعد از نشست های متعدد با کلیه ذی نفعان، پرسشنامه ای تنظیم و پس از آزمون مقدماتی آن، اصلاحات لازم انجام و نهایی گردید. پرسشنامه توسط ۲۰۰۰ خانوار (۱۰۰۰ خانوار روستایی و ۱۰۰۰ خانوار شهری) که به صورت نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده و از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان بهداشتی آموزش دیده تکمیل گردید. سپس داده های جمع آوری شده به کامپیوتر وارد شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با استفاده از نتایج حاصله مهمترین مشکلات سلامت توسط کمیته تلفیق مشخص گردید. از بین این مشکلات با نظر کارشناسی گروه تلفیق و عناوین تحقیقاتی نمایندگان گروههای آموزشی، موضوعات

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پنجم

شماره سوم و چهارم

پاییز و زمستان ۱۳۸۵



در مجموع حاصل تجزیه و تحلیل داده ها و نظر کارشناسی گروه تلفیق، منجر به ارائه ۴۳ مشکل سلامت شد که توسط ذی نفعان رتبه بندی گردید. از دیدگاه گروههای آموزشی «خدمات دندانپزشکی» بالاترین و «دانش ناکافی مردم درباره مواد غذایی بسته بندی شده» کمترین رتبه را احراز نمودند (۷۱/۶ در مقابل ۲۸/۶).

از دیدگاه رابطین بهداشتی و نمایندگان مردمی «اشتغال و آینده شغلی جوانان» بالاترین رتبه و «بالا بودن بعد خانوار در شهرستان طبس و خاتم» کمترین رتبه را احراز نمودند (۶۷/۸ در مقابل ۴۱/۹). در رتبه بندی نهایی حاصل از نظرات گروههای مختلف ذی نفعان استان، «اعتیاد» به عنوان بالاترین و «سهم عمده مردان در خرید مایحتاج منزل» پایین ترین رتبه را کسب نمود (۱۹۰ در مقابل ۱۲۵/۷). در رتبه بندی نهایی عناوین پژوهشی، عناوین «بررسی بروز تصادفات و تعیین سهم هر یک از وسایل نقلیه موتوری»، «تعیین نیازهای آموزشی جامعه در خصوص رفتار صحیح با نوجوانان» و «تعیین نیازهای آموزشی جامعه در خصوص تغذیه مناسب» به ترتیب حائز برترین رتبه شدند.

در این پروژه سعی شده است حداکثر مشارکت گروههای ذی نفع در پاسخ به سؤالاتی از قبیل مهمترین چالش های علمی- پژوهشی عمده در منطقه، جایگاه بخش های مختلف در تحقیقات مبتنی بر مشکلات جامعه و رتبه بندی آنها جلب گردد. از آنجایی که دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور به عنوان یگانه تجربه جهانی متولی اصلی سلامت جامعه هستند، نهادینه کردن پروژه نیازسنجی و تخصیص منابع به اولویت های برتر در کلیه دانشگاههای علوم پزشکی کشور و استفاده از نظرات جمعی ذی نفعان فعالیت ارزنده ای تلقی می شود.

واژه های کلیدی

مشکل سلامت، اولویت بندی، استان یزد، نیازسنجی

طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پنجم

شماره سوم

پاییز ۱۳۸۵





مقدمه

در بسیاری از کشورها، محققین دانشگاهی اساساً به انجام تحقیقاتی مبادرت می نمایند که منجر به تولید دانش می شود. تلاش آنها عمدتاً در جهت توجه به موضوعات پایه ای و نشر آنها در مجلات علمی-پژوهشی، بویژه به زبان بومی است. در صورتی که می بایست نتایج تحقیقات بیشتر در خدمت سلامت جامعه قرار گیرد. شورای پژوهشی حوزه سلامت برای توسعه^۱ (COHRED) تأکید نموده است که پژوهش در ضرورت های ملی^۲ (ENHR) اهمیت اساسی داشته، بنابراین تعیین اولویت ها در پژوهش های حوزه سلامت گامی آغازین و اولیه برای توسعه ENHR در هر کشوری محسوب می شود(۱).

اخیراً معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بازنگری اساسی در مسئولیت های خود نموده و بیشتر به انجام تحقیقاتی نظیر تحقیق در نظام سلامت^۳ (HSR) تأکید دارد که مستقیماً به مسائل و مشکلات مردم مربوط می شود. در این خصوص معاونت به تمام دانشگاهها توصیه کرده است تا بخشی از اعتبارات و منابع خود را به انجام تحقیقات HSR اختصاص دهند. همچنین دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی را به دو گروه تقسیم نموده که گروه اول پروژه «پایگاه تحقیقات جمعیتی^۴» و گروه دوم پروژه «تعیین اولویت های محلی از طریق نیازسنجی» را اجرا نمایند. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد جهت اجرای پروژه دوم انتخاب گردید. تعیین اولویت های محلی از طریق نیازسنجی بدین معنی است که توده مردم باید نقش اساسی تری در اولویت بندی مشکلات سلامت جامعه داشته باشند. این سیاست ما را مطمئن می سازد که پژوهش همراه

با نوآوری باعث تحول در رفع موانع و مشکلات سلامت خواهد شد و در نهایت ارتقاء توسعه جامعه را در پی خواهد داشت. یکی از مراحل مهم در رتبه بندی موضوعات پژوهشی، شناسایی و درگیر ساختن گروههای ذی نفع جامعه است. اعتقاد بر این است که معمولاً محققین بر حسب دیدگاه خود موضوعات پژوهشی را رتبه بندی نموده و به آن می پردازند. به این ترتیب رابطه بین نتایج حاصل از این تحقیقات و مشکلات سلامت موجود در جامعه منسجم و هدفمند نخواهد بود.

در این خصوص، پیش نویس مقدماتی پروژه «تعیین اولویت های محلی از طریق نیازسنجی» توسط معاونت تحقیقات و فناوری برای اجرای آن توسط هفت دانشگاه علوم پزشکی کشور طراحی شد(۲) که در واقع با یک دستورالعمل مشابه به عنوان یک مطالعه چند مرکزی در سطح کشور انجام شود. در این پیش نویس، سیاست گزاران، متولیان خدمات سلامت، متولیان خدمات پژوهشی، پزشکان متخصص و مردم از گروههایی هستند که در تعیین اولویت بندی مشکلات سلامت و تحقیقات بهداشتی، گروههای ذی نفع تلقی شدند.

از اسفند ماه سال ۱۳۸۰ کار گروههای مختلف جهت انجام این پروژه آغاز و همچنان ادامه دارد. در این مقاله بخشی از نتایج این پروژه که با یاری تعداد زیادی از گروههای ذی نفع در استان حاصل شده است، گزارش می شود.

روش بررسی

دستورالعمل اجرای پروژه که بنا به ضرورت های محلی توسط کمیته های مختلف اصلاح شده است در ۹ مرحله به صورت زیر خلاصه می شود:

۱) تشکیل کمیته راهبردی و تلفیق، گروه راهبردی شامل ریاست دانشگاه، معاونین بهداشتی، پژوهشی، پشتیبانی و درمان و نمایندگانی از گروههای آموزشی-تخصصی ۹ گانه (تغذیه، بهداشت محیط، آمار و اپیدمیولوژی، داخلی، جراحی، اطفال، عفونی، زنان و

1-Council on Health Research for Development

2-Essential National Health Research

3- Health System Research

4-Population Lab



مراقبت سلامت، رضایت مردم از سرویس های بهداشتی و آگاهی و عملکرد مردم سؤال شده بود. در ابتدا پرسشنامه در گروه کوچکی از مردم روستایی و شهری تست شد و در مواردیکه نیاز بود، بوسیله کمیته تلفیق اصلاح گردید.

۴) مجموعاً ۲۰۰۰ خانوار (هزار خانوار شهری و هزار خانوار روستایی)، در ۱۰۰ خوشه ۲۰ خانواری انتخاب شدند. بطوریکه در هر خانوار یک نفر، عمدتاً سرپرست و یا همسر سرپرست خانوار، مورد پرسشگری قرار می گرفت.

۵) کارشناسان بهداشتی در یک کارگاه توجیهی در خصوص چگونگی تکمیل پرسشنامه آموزش داده شدند و با راهنمای تکمیل پرسشنامه آشنا گردیدند.

۶) اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه ها توسط دانشجویان کمیته تحقیقات دانشجویی وارد بسته نرم افزاری SPSS گردید و چگونگی ورود اطلاعات توسط یکی از اعضای کمیته تلفیق نظارت و کنترل گردید. و در نهایت داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۷) مشکلات سلامت از نتایج فوق و توسط کمیته تلفیق استخراج گردید و سپس معیارهایی برای اولویت بندی این مشکلات مشخص شد. سپس به معیارهای یاد شده وزن داده شد (هر عضو کمیته تلفیق بین ۰-۱۰ امتیاز برای هر معیار داده و میانگین آنها برای فراوانی ۶/۷۷ و شدت مشکل ۷/۵۵ بدست آمد. در نهایت اولویت بندی مشکلات سلامت در استان با استفاده از نظرات ذی مدخلان مشخص گردید.

۸) مشکلات سلامت به دو دسته اجرایی و تحقیقاتی تقسیم بندی شد و در مواردیکه نیازمند تحقیق بود، عناوین تحقیقاتی بوسیله اعضای کمیته تلفیق و نمایندگان از گروههای تخصصی مشخص گردید. سپس معیارهای قبلی بعلاوه قابلیت انجام با ۷/۸۸ و هزینه انجام با ۶/۶۶ در نظر گرفته شد و مجدداً با توجه به نقطه نظرات تمام ذی مدخلان اولویت بندی شد.

زایمان و روانپزشکی)، سایر بخش ها (آموزش و پرورش، شهرداری، صداوسیما هر کدام یک نماینده) نمایندگان مردمی (زنان، جوانان، سالمندان هر کدام یک نماینده) و بخش خصوصی (پزشکان و اصناف) بود. مسئولیت این کمیته تعیین اهداف، استراتژی ها، فعالیت و ارزیابی چگونگی اجرای برنامه در استان بود. ارزیابی کلی پروژه بعهده معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع می باشد.

۲) جلسات متعددی با گروههای مختلف مردم، مدیران اجرایی، ائمه جمعه و گروههای اثرگذار مردمی جهت تعیین اهداف عمده پروژه و حمایت آنها از اجرای برنامه و جمع آوری اطلاعات بعمل آمد. کمیته تلفیق شامل ۱۱ نفر و ترکیبی از اعضاء گروههای تخصصی و کمیته راهبردی بودند که وظیفه آن جمع بندی پرسشنامه های تهیه شده توسط گروههای تخصصی و سایر ذی نفعان و همچنین نظارت بر ورود اطلاعات و تهیه لیست عناوین و مشکلات سلامت بوده است.

۳) جلسات متعدد با گروههای تخصصی آموزشی ۹ گانه، نمایندگان مردمی (که براساس مناطق جغرافیایی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سطح تحصیلات انتخاب شدند) تشکیل و از طریق بحث گروهی (GD) نظرسنجی به عمل آمد. نمایندگان سایر بخش های دولتی و غیر دولتی (NGO) نیز طی یک کارگاه یک روزه با پروژه آشنا و از آنها نظرخواهی به عمل آمد. در مرحله بعد کمیته تلفیق با توجه به نتایج حاصله از گروههای نامبرده فوق و نتایج تحقیقات موجود از قبیل پایان نامه ها و تحقیقات موجود (پروژه های ملی^۶ ANIS، DHS^۵، بررسی ملی سلامت و بیماری و غیره) پرسشنامه ای حاوی بیش از ۱۰۰ سؤال تهیه نمود، که در آن فاکتورهایی از قبیل بیماریها، رضایت از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی (خصوصی، دولتی، و...)، هزینه

5-Demograplit Health Survey

6-Antropometric Nutrition Indiator Survey



بعد خانوار در شهرستانهای طبس و خاتم» کمترین رتبه را به خود اختصاص داده است (۶۷/۸) در مقابل (۴۱/۹).

جدول شماره ۳، ده مشکل سلامت که توسط کارشناسان سازمانهای دولتی و غیر دولتی رتبه بندی شده و حائز رتبه شده اند را نشان می دهد. از این ۴۳ مشکل، «باور غلط مردم در استفاده از مواد مخدر» بالاترین و مشکل «عدم شناخت بیماریهای واگیر بویژه در مناطق روستایی» کمترین رتبه را به خود اختصاص داده است.

جدول شماره ۴، ده مشکل سلامت که توسط تمام گروههای ذی نفع (هر سه گروه) رتبه بندی شده و حائز بالاترین رتبه شده اند را نشان می دهد. از این ۴۳ مشکل در کل، «مشکل اعتیاد» بالاترین و مشکل «سهم عمده مردان در خرید مایحتاج منزل» کمترین رتبه را به خود اختصاص داده است.

ب: عناوین تحقیقاتی: در مجموع ۱۰۷ عنوان تحقیقاتی در ارتباط با برخی از مشکلات سلامتی در فیلدهای آموزشی مختلف تدوین شده که بیشترین عناوین مربوط به رشته خدمات بهداشتی (۳۰ مورد) و کمترین عناوین مربوط به رشته عفونی و بهداشت محیط (۵ مورد) بوده است. جدول شماره ۵، ده عنوان پژوهشی که در رتبه بندی نهایی توسط ذی مدخلان حائز بالاترین رتبه شده اند، را نشان می دهد.

۹) نهایتا مشکلات سلامت رتبه بندی شده و عناوین تحقیقاتی رتبه بندی شده مرتبط با آنها بوسیله کمیته راهبردی بحث و مورد تایید قرار گرفت.

نتایج

در این پروژه تقریباً ۱۰۱۵ پرسشنامه از مناطق شهری و ۹۵۰ پرسشنامه از مناطق روستایی تکمیل شده است. **الف - مشکلات سلامت:** کمیته تلفیق با استفاده از اطلاعات حاصل در تجزیه و تحلیل داده های پرسشنامه ها، ۴۳ مشکل را استخراج نمود. هر یک از این مشکلات توسط اعضاء سه گروه ذی نفع (گروههای آموزشی، رابطین بهداشتی و نمایندگان مردمی، کارشناسان سازمانهای دولتی و غیردولتی) با دو ملاک «فراوانی» و «شدت» نمره داده شد (از ۱ تا ۵) که نتایج حاصل در جداول ۱ تا ۴ آمده است.

جدول شماره ۱، ده مشکل سلامت را که توسط ۹ گروه آموزشی رتبه بندی و حائز بالاترین رتبه شده اند را نشان می دهد. از این ۴۳ مشکل، مشکل «خدمات دندانپزشکی» بالاترین و «مشکل ناکافی بودن دانش مردم در باره مواد غذایی بسته بندی شده» کمترین رتبه را به خود اختصاص داده است (۷۱/۶) در مقابل (۲۸/۶).

جدول شماره ۲، ده مشکل سلامت که توسط رابطین و نمایندگان مردمی رتبه بندی شده و حائز بالاترین رتبه شده اند را نشان می دهد. از این ۴۳ مشکل، «مشکل اشتغال و آینده شغلی جوانان» بالاترین و «بالا بودن



جدول شماره ۱: ده مشکل سلامت رتبه بندی شده توسط گروههای آموزشی

رتبه	نمونه نهایی	حدت (وزن = ۷/۵۵)		فراوانی (وزن = ۶/۷۷)		مشکل سلامت
		نمونه	نمونه	نمونه	نمونه	
۱	۷۱/۶	۳۷/۷۵	۵	۳۳/۸۵	۵	خدمات دندانپزشکی
۲	۷۱/۶	۳۷/۷۵	۵	۳۳/۸۵	۵	اشتغال و آینده شغلی جوانان
۳	۷۱/۶	۳۷/۷۵	۵	۳۳/۸۵	۵	اعتیاد
۴	۷۱/۶	۳۷/۷۵	۵	۳۳/۸۵	۵	خرابی آسفالت کوچه در شهر و روستا
۵	۶۴/۸۳	۳۷/۷۵	۵	۲۷/۰۸	۴	وجود خانوارهای ۶ نفره به بالا در ۲۵ درصد خانوارهای مورد بررسی
۶	۶۴/۸۳	۳۷/۷۵	۵	۲۷/۰۸	۴	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماریها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هیپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۷	۶۴/۸۳	۳۷/۷۵	۵	۲۷/۰۸	۴	آلودگی هوا
۸	۶۴/۰۵	۳۰/۲	۴	۳۳/۸۵	۵	الگوی نامناسب غذایی
۹	۶۴/۰۵	۳۰/۲	۴	۳۳/۸۵	۵	بالا بودن میزان باور عمومی نسبت به مفید بودن مواد مخدر
۱۰	۵۷/۵۳	۳۲/۶۹	۴/۳۳	۲۴/۸۴	۳/۶۷	نارضایتی بیش از ۱۲ درصد مردم از بیمه های درمانی

جدول شماره ۲: ده مشکل سلامت رتبه بندی شده توسط رابطین بهداشتی و نمایندگان مردمی

رتبه	نمونه نهایی	حدت (وزن = ۷/۵۵)		فراوانی (وزن = ۶/۷۷)		مشکل سلامت
		نمونه	نمونه	نمونه	نمونه	
۱	۶۷/۸۰	۳۷/۷۵	۵	۳۰/۰۵	۴/۴۴	اشتغال و آینده شغلی جوانان
۲	۶۶/۷۳	۳۵/۱۸	۴/۶۶	۳۱/۵۴	۴/۶۶	شیوع بالای بیماریهای فشارخون، دیابت، سائیدگی مفاصل و درد کمر، بیماری های قلبی عروقی
۳	۶۶/۰۷	۳۶/۰۱	۴/۷۷	۳۰/۰۵	۴/۴۴	بالا بودن اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در شهر و روستا
۴	۶۴/۵۸	۳۶/۰۱	۴/۷۷	۲۸/۵۶	۴/۲۲	نحوه نامناسب مصرف دارو
۵	۶۱/۰۷	۳۴/۸۰	۴/۶۱	۲۶/۲۶	۳/۸۸	نگرانی جامعه از انواع آسیب های اجتماعی
۶	۶۰/۵۱	۳۲/۶۹	۴/۳۳	۲۷/۸۲	۴/۱۱	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماری ها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هیپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۷	۶۰/۴۸	۳۳/۶۹	۴/۳۸	۲۷/۴۱	۴/۰۵	خرابی آسفالت کوچه در شهر و روستا
۸	۵۹/۷۸	۳۳/۵	۴/۴۴	۲۶/۲۶	۳/۸۸	خدمات دندانپزشکی
۹	۵۹/۷۶	۳۱/۹۳	۴/۲۳	۲۷/۸۲	۴/۱۱	توزیع و دسترسی نامناسب دارو ویژه در روستاها
۱۰	۵۹/۴۵	۳۳/۵	۴/۴۴	۲۵/۹۲	۳/۸۳	مشکل ترافیک و عوارض ناشی از آن (اتلاف وقت، آلودگی صوتی، آلودگی هوا و فرهنگ عمومی)



جدول شماره ۳: ده مشکل سلامت رتبه بندی شده توسط کارشناسان و دولتی و غیر دولتی

رتبه	نمره نهایی	حدت (وزن=۷/۵۵)		فراوانی (وزن=۶/۷۷)		مشکل سلامت
		نمره نهایی	رتبه	نمره نهایی	رتبه	
۱	۶۳/۷۴	۳۴/۴۲	۴/۵۶	۲۹/۳۱	۴/۳۳	بالا بودن میزان باور عمومی نسبت به مفید بودن مواد مخدر
۲	۶۲/۹۸	۳۳/۶	۴/۴۶	۲۹/۳۱	۴/۳۳	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماریها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هیپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۳	۶۰/۵۵	۳۱/۷۱	۴/۲	۲۸/۸۴	۴/۲۶	نگرانی جامعه از انواع آسیب های اجتماعی
۴	۶۰/۵۱	۳۱/۳۳	۴/۱۵	۲۹/۱۷	۴/۳۱	مشکلات بهداشتی، کمیت و کیفیت نان - مسائل کمی و کیفی در تهیه و توزیع نان
۵	۶۰/۴۶	۳۰/۸۷	۴/۰۹	۲۹/۵۸	۴/۳۷	تبلیغات نامناسب تغذیه ای در صدا و سیما
۶	۵۹/۳۶	۳۱/۴۰	۴/۱۶	۲۷/۹۶	۴/۱۳	اعتیاد
۷	۵۹/۱۴	۳۱/۱۸	۴/۱۳	۲۷/۹۶	۴/۱۳	شیوع بالای بیماری های فشارخون، دیابت، سائیدگی مفاصل و درد کمر، بیماری های قلبی عروقی
۸	۵۷/۲۵	۳۰/۶	۴/۰۶	۲۶/۶۰	۳/۹۳	نحوه نامناسب مصرف دارو
۹	۵۷/۲	۲۹/۴	۳/۹	۲۷/۷	۴/ ۱	خرابی آسفالت کوچه در شهر و روستا
۱۰	۵۶/۹۰	۳۱/۱۸	۴/۱۳	۲۵/۷	۳/۸	نیازهای آموزشی جامعه

جدول شماره ۴: ده مشکل سلامت رتبه بندی شده توسط کلیه ذی مدخلان

رتبه	نمره نهایی	مشکل سلامت
۱	۱۹۰/۰۹	اعتیاد
۲	۱۸۹/۲۹	خرابی آسفالت کوچه در شهر و روستا
۳	۱۸۸/۳۳	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماریها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هیپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۴	۱۸۶/۱۷	بالا بودن میزان باور عمومی نسبت به مفید بودن مواد مخدر
۵	۱۸۵/۶۶	اشتغال و آینده شغلی جوانان
۶	۱۸۲/۳۷	شیوع بالای بیماریهای فشارخون، دیابت، سائیدگی مفاصل و درد کمر، بیماریهای قلبی عروقی
۷	۱۸۱/۷۱	خدمات دندانپزشکی
۸	۱۷۸/۹۰	نگرانی جامعه از انواع آسیب های اجتماعی
۹	۱۶۹/۲۴	کم تحرکی جامعه
۱۰	۱۶۸/۷۰	الگوی نامناسب غذایی



جدول شماره ۵: ده عنوان پژوهشی رتبه بندی شده توسط کلیه ذی مدخلان

رتبه	نمره نهایی	عنوان پژوهشی
۱	۳۶۳/۹۹	بررسی بروز تصادفات و تعیین سهم هر یک از وسائل نقلیه موتوری در بروز آن
۲	۳۵۹/۸۹	تعیین نیازهای آموزشی جامعه در خصوص رفتار صحیح با نوجوانان
۳	۳۵۷/۸۰	تعیین نیازهای آموزشی جامعه در خصوص تغذیه مناسب
۴	۳۵۴/۹۶	تعیین نیازهای آموزشی جامعه در مورد روش همسررداری
۵	۳۵۴/۵۸	تعیین نیازهای آموزشی جامعه در خصوص روابط زناشویی
۶	۳۵۳/۵۳	بررسی راهکارهای ارتقاء آگاهی مردم نسبت به راههای انتقال ایدز
۷	۳۵۱/۶۵	بررسی میزان آگاهی و عملکرد مردم در مورد بیماری هپاتیت
۸	۳۵۰/۵۵	بررسی اثر کم تحرکی در بروز چاقی و بیماریهای غیر واگیر
۹	۳۵۰/۴۶	بررسی تاثیر آموزش جامعه در خصوص رفتار صحیح با کودکان و نوجوانان
۱۰	۳۴۸/۵۹	تعیین میزان ناامیدی در جوانان در نواحی شهری و روستایی

بحث

بطور معمول محققین دانشگاهی، فرایند اولویت بندی را انجام می دهند. بنابراین، ارتباط نسبتا کمی بین نتایج تحقیقاتی و مشکلات سلامت مردم حاصل می شود. سیاست گزاران و متولیان سلامت، متولیان تحقیقات و پرسنل بهداشتی گروه هایی از ذی نفعان هستند که اولویت های تحقیقاتی را مشخص می کنند (۱ و ۳).

ENHR وسیله ای مطمئن برای اصلاح عدم تعادل ۹۰/۱۰ درصد از کل سرمایه های پژوهشی دنیا برای ۹۰ درصد مردم جهان) در تحقیقات سلامت و به دنبال آن سلامت و توسعه می باشد. کمیسیون تحقیقات سلامت و توسعه (۱۹۹۰) روش ENHR را به عنوان یک روش مؤثر و سیستماتیک برای سازمان دهی و مدیریت هر کشور و تحقیقات جهانی سلامت معرفی و توصیه نموده است (۱-۶).

استراتژی ENHR بر روی فرایند اولویت بندی متمرکز شده است و شامل تجزیه و تحلیل نیازهای سلامت و مشارکت در توسعه می باشد. فرایند اولویت بندی شفاف، جاذب و عملی است. در نتیجه، پویا و پاسخگوی نیازهای تحقیقات بوده و باعث مالکیت و عمل توسط بسیاری از ذی نفعان می شود (۷ و ۴). هر کشوری بایستی فرایندی برای انجام اولویت سنجی خود داشته باشد. در ایران، تحقیقات از سال ۱۹۹۹ بوسیله معاونت تحقیقات و فناوری مورد توجه خاص قرار گرفته و منجر به تشکیل کمیته های مختلفی در آن معاونت گردیده است. سیاست جدید بر این استوار است که تحقیقات بایستی در خدمت توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه قرار گرفته و تحقیقات کاربردی از اهمیت کافی برخوردار باشد. گزارش سالانه تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد در سال



با توجه به اینکه دانشگاه های علوم پزشکی در کشور علاوه بر آموزش پزشکی متولی ارائه خدمات بهداشتی نیز می باشند که به عنوان تنها تجربه جهانی از نوع خود است، لزوم انجام چنین پروژه ای و نهادینه کردن آن در دانشگاه های علوم پزشکی ایران ضرورتی غیر قابل اجتناب است و پیشنهاد می شود که این پروژه به سایر دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز تعمیم داده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تمامی ذی مدخلان، از جمله نمایندگان آموزش و پرورش، صدا و سیما، اصناف، زنان، جوانان، سالمندان و همچنین نمایندگان سازمان های دولتی و غیر دولتی که در این پروژه مشارکت نموده اند، تشکر و قدردانی می نمایند. همچنین از کارکنان حوزه معاونت پژوهشی و دانشجویان کمیته تحقیقات دانشجویی و پرسنل زحمتکش معاونت بهداشتی که در ساماندهی، جمع آوری و ورود اطلاعات به رایانه همکاری داشته اند صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می آورد. ضمناً این پروژه با حمایت مالی و معنوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد.

References

1- Commission on Health Research for Development. Health Research: Essential Link to Equity in Development. New York: Oxford University Press, 1990: 25-50.

۲- ملک افضلی حسین و همکاران، دستورالعمل تعیین اولویت محلی براساس نیازسنجی، انتشارات معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰، ۱۰۴.

3- Avorn J. *Benefit and Cost Analysis in Geriatric Care: Turning Age Discrimination into Health Policy*. New England Journal of Medicine, 1984, 310(20): 1294-301.

۱۳۸۱ نشان داده است که ۸۱٪ از مقالات و کارهای پژوهشی انجام شده، در زمینه تحقیقات بنیادی و بالینی بوده است (۸). و به دلیل اینکه این کارها کاملاً از بطن مشکلات جامعه وام نگرفته است، نتایج آن در جامعه تسری پیدا نکرده و انتظار متولیان سلامت را برآورده ننموده است. در خلال بررسی اخیر، اعتیاد بالاترین اولویت را به خود اختصاص داده است. بدین ترتیب از دیدگاه ذی نفعان، اعتیاد به دلیل وسعت و فراگیر بودن آن و همچنین ژرفای نابسامانیهای ناشی از آن، به عنوان اولین مشکل استان می باشد. در حالیکه تاکنون فرایند سیستماتیک و واضحی جهت بررسی اعتیاد در استان انجام نشده است. تصادفات جاده ای و مشکلات ترافیکی و جراحات ناشی از آن موضوعی است که پس از اعتیاد از اهمیت بالایی برخوردار بوده است. هر چند در این خصوص نیز تصویر واضحی از ضایعات حاصله در استان وجود ندارد. نتایج حاصل از این مطالعه در حد بسیار زیادی بیانگر مشکلات فعلی سلامت جامعه می باشد که آمار و ارقام رسمی و غیر رسمی کشور نیز بیانگر آن هستند. بنابراین انجام پروژه های این چنین و نهادینه کردن آن در دانشگاه های علوم پزشکی به عنوان متولیان اصلی سلامت جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار است و می تواند یکی از نتایج مهم این پروژه باشد.

نتیجه گیری: در این بررسی سعی شد حداکثر مشارکت تمامی گروه های ذی نفع در خصوص پاسخ به سوالات زیر جلب شود:

چالش علمی- پژوهشی عمده در منطقه برای حفظ سلامتی چیست؟ جایگاه سایر بخش ها در تحقیقات مبتنی بر مشکلات جامعه در چه حدی است؟ و بالاخره اینکه، ده مورد از تحقیقات کلیدی که بالاترین رتبه را به خود اختصاص می دهند در ۳ تا ۵ سال آینده چیست؟ چه برنامه ای جهت تخصیص منابع موجود دانشگاه برای حل مشکلات در سال های آتی به شورای عالی پژوهشی دانشگاه توصیه می نماید؟



Research for Development
COHRED Document 2000. March
2000.

7-Cantor SB. *Cost-Effectiveness
Analysis, Extended Dominance, and
Ethics*. Medical Decision Making
1994, 14: 259-65.

۸- معاونت پژوهشی، کارنامه پژوهشی معاونت پژوهشی
دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۱۳۸۱،
۱۴۷.

4- Council on Health Research for
Development. Essential National
Health Research and Priority
Setting: Lessons Learned. Geneva:
COHRED, 1997: 75-100.

5- Hadorn DC. *Setting Health Care
Priority in Oregon: Cost-effectiveness
Meets the Rule of Rescue*. JAMA
1991, 265(17): 2218-25.

6- Okello D, A manual for Research
Priority Setting using the ENHR
Strategy. Council on Health



The Priorities for Health Problems and Health Research According to the Need Assessment in Yazd Province

Yassini SM * (ph.D)- Mozaffari H ** (ph.D)-Kalantar SM**(ph.D)- Karimi M** (MD) Ahmadih M*** (M.Sc) -Aminipour M *** (MSc)-Kalani Z *** (M.Sc) -Mazlumi** S.S (ph.D)-Ehrampoush M H** (ph.D)-Harrazi MA* (MD) -Mirzai M**** (MD) -Rezazadeh M ***** (MD) -Haerian A ** (DDM) Malek-Afzali H ***** (MD, PhD)

**Assistant Professor in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*

***Associate Professor in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*

****Master of Sciences in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*

*****General Physition in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*

****** Specialist of Social Science in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*

******Full Professor in Tehran University of Medical Sciences*

Abstract

Recently Iranian Ministry Deputy for research is undergoing major responsibility transference, and is concerned with the research focused on community such as Health System Research (HSR) or/and problems that are directly related to the population. In this regard, deputy has recommended all universities to allocate a proportion of research resources in HSR projects. Also, Medical Universities are divided into two groups to conduct either priority setting in health care or population Lab. Our University was been selected to carry out the first project. Here, we are reporting the results of priorities in health research that have been obtained by wide stakeholders in Yazd province.

The Deputy of Ministry for Research has designed a unique format for all universities called Operational Program as a guideline. The relevant questionnaire was completed by 2000 families selected by random cluster sampling in rural and urban areas. In the next step, the collected data was analyzed and health problems were determined by assimilate committee (AC). These problems were ranked by different groups of stakeholders. From these problems recognized as research issues, research titles were determined by AC and some academic representatives and then were ranked by all groups of stakeholders. These results were finally approved by the University leadership



committee (LS). The data was analyzed by SPSSWIN 11.0 and the level of 0.05 was significant.

43 problems were totally listed and different groups were asked to rank as the most important to the least important. Specialist academic groups, ranked 43 problems the first of which was related to the dentistry services and the last one was insufficient knowledge of people about food materials package (71.6 and 28.6 points, respectively). Health communicators and representatives of people also ranked 43 problems the first one of which was related to the occupation and young employment in future and the last one was higher family members in Tabas and Khatam (67.8 and 41.9, respectively). The final ranking of all stakeholders' opinion of health problem in Yazd province was addiction highest and proportion of men who provided home materials was as lowest (190 and 125.7, respectively). The three research titles in final ranking by all stakeholders were 'study of car accident incidence and the effect of each vehicle in the incidence', 'determination of population educational needs regarding interaction with adolescents' and 'determination of population needs regarding appropriate nutrition'.

The study tried to maximize stakeholder input through the priority setting to address the following questions: what are the critical scientific challenges to be addressed in the area of natural health products?, What should be the role of the other various sectors in fostering research in this area?, The program will be suggested to the University higher committee for research to allocate the resource available in these areas over the year coming.

Keywords

Health problem. Priority setting, Yazd province, research, need assessment.