

# ارزیابی جامعه شاهین شهر اصفهان: به منظور برنامه‌های عملیاتی ارتقای سلامت در سال ۱۳۸۷

جلال کریمی<sup>۱</sup>، کورش هلاکویی نایینی<sup>۲</sup>، الهام احمدنژاد<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، معاونت بهداشتی شاهین شهر، ایران

<sup>۲</sup> استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت، ایستگاه تحقیقات سلامت بندرعباس، موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران

(انستیتو تحقیقات بهداشتی سابق)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن علمی اپیدمیولوژیست‌های ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دوره دستیاری اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نویسنده رابط: کورش هلاکویی نایینی، نشانی: تهران، انقلاب، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی، تلفن: ۸۸۹۵۰۱۸۵

پست الکترونیک: holakoik@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۲، پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۵

**مقدمه و اهداف:** ارتقا و پیشرفت سلامت اعضای یک جامعه، بر پایه‌ی ارزیابی آن جامعه استوار است. هدف از این مطالعه، ارائه چارچوبی

جهت اجرای جامع و مشارکتی ارزیابی جامعه برای تعیین وضعیت سلامت، اولویت‌بندی مشکلات در راستای ارتقای سلامت، تدوین

مداخله‌های مؤثر، ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت عمومی ساکنان منطقه و ارائه الگوی مناسب برای مطالعات دیگر بود.

**روش کار:** این مطالعه براساس تجارب گروه پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال ۱۳۶۸ و

مدل کارولینای شمالی از سال ۲۰۰۲ میلادی در هشت مرحله اجرا گردید. تیم ارزیابی جامعه در برگیرنده‌ی دامنه وسیعی از ذینفعان

کلیدی و مردم محلی در سه سطح مشارکتی شامل گروه مشورتی، گروه کار و ناظر پروژه بود. داده‌ها به روش مشاهده، مصاحبه، بحث

گروهی متمرکز و فهرست منابع سلامت جامعه جمع‌آوری شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، نقشه‌های دارایی جامعه آماده گردید. سپس

آمارهای زیج حیاتی به دو روش کمی و کیفی بررسی شد و اطلاعات در دسترس از آمارهای شهرستان و نیروی انسانی خلاصه گردیدند.

داده‌های مرتبط به بررسی کیفی تحلیل محتوا شدند. در مرحله بعدی (چهارم)، داده‌های سلامت شهرستان با داده‌های جامعه ترکیب

شده و نتایج حاصل از این ترکیب به جامعه گزارش گردیدند از روش Hanlon شامل سه ملاک وسعت، خطرناک بودن و قابلیت اصلاح

جهت اولویت‌بندی مشکلات بهره گرفته شد.

**نتایج:** تیم ارزیابی جامعه مصرف مواد مخدر، استعمال سیگار و افسردگی را به عنوان مهم‌ترین مشکلات اولویت‌بندی نمودند. بعد از ایجاد

پرونده ارزیابی جامعه، برنامه عملیاتی سلامت جامعه تدوین و مشکلات مطرح شده براساس الویت، تعیین علل شده و فعالیت‌های

مداخله‌ای و پیشگیرانه ارائه گردید.

**نتیجه‌گیری:** ارزیابی جامعه در این مطالعه بخوبی مشکلات موجود را آشکار ساخت. این روش برای ارزیابی مشکلات سلامتی توصیه

می‌شود.

**واژگان کلیدی:** ارزیابی جامعه، سلامت، شاهین‌شهر، بررسی، مطالعات کمی، مطالعات کیفی

## مقدمه

فرصتی است که طی آن موسسات و سازمان‌های گوناگون، همانند

اعضای جامعه، در تعیین و ارزشیابی سلامت درگیر می‌شوند و

توانایی همکاری بدست می‌آورند. هدف نهایی ارزیابی جامعه،

ارتقای سلامت است که می‌تواند دانش لازم درباره چگونگی

سلامت جامعه را تامین نموده و محیط مناسبی را برای تغییر

بیافریند.

این مفهوم که افراد و جوامع خود قادر به ارتقا و کنترل

ارزیابی سلامت جامعه، فرایندی است که تیم ارزیابی همراه با

اعضای جامعه اقدام به تعیین، جمع‌آوری، تحلیل، انتشار اطلاعات و

دارایی‌ها، نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه جهت حصول به درک

صحیح از سلامت جامعه، دلواپسی‌ها و نظام مراقبت سلامت

می‌نمایند. بطور معمول، ارزیابی سلامت جامعه با یک گزارش

شامل اطلاعات سلامت جامعه آنطور که هست و ظرفیت توسعه

زندگی شهروندان شروع می‌شود این ارزیابی فراهم آورنده‌ی

بهداشتی و درمانی محلی، افرادی از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، بازرگانان و رهبران اجتماعی، دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، کارکنان خدمات اجتماعی و سایر اعضای ذینفع جامعه می‌باشند. هر فردی از جامعه که دستی در پیامد دارد، می‌تواند درگیر باشد و از آنجایی که سلامت دغدغه آحاد جامعه است، هر شهروند یک شریک بالقوه است. این امر منجر به ایجاد انگیزه شده که خود منجر به این می‌شود که سراسر جامعه نسبت به ارزیابی احساس مالکیت نمایند و در جستجوی فرصت‌هایی برای جلب مشارکت و همکاری باشند و این امر شانس آنکه ارزیابی بتواند در جهت تصمیم‌سازی و ارتقای سلامت آحاد جامعه بکار گرفته شود و بر تغییر نظام سلامت اثرگذار باشد را بطور معنی‌داری افزایش می‌دهد (۴).

شهرستان شاهین‌شهر اصفهان، شهرستان نوپنیدادی با جمعیت ۱۲۳،۶۸۲ نفر (برابر ذیح‌های حیاتی سال ۱۳۸۷) که در فاصله ۲۰ کیلومتری شمال شهر اصفهان و در کنار مجاورت شاهراه پرتدد تهران- اصفهان قرار دارد. این شهر تازه ساخت بوده بطوری که در فاصله سال‌های ۱۳۴۰ تا ۱۳۵۰ ه.ش با هدف تولید مسکن انبوه و احداث مسکن برای مهاجرین و اتباع خارجی شاغل در صنایع نظامی و هلیکوپترسازی اصفهان، در اراضی کشاورزی چند آبادی فاقد سکنه و یک روستای کوچک (هسته اولیه شاهین شهر به نام روستای امیرآباد بود که تنها یک مسجد از آن باقی مانده است) در وسعتی حدود ۱۲،۰۰۰ هکتار برای اسکان جمعیتی بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر بنا نهاده شد. در این شهر عوامل طبیعی چون کوه، دره، دریاچه، رودخانه و ... وجود ندارد و به این دلیل جریان‌های آب و هوایی این ناحیه شدت و ضعف قابل ملاحظه‌ای ندارد و بعلت قرارگیری در مجاورت کویر، از اقلیم کویری تأثیر پذیرفته و بطور کلی دارای آب و هوای خشک و نیمه بیابانی با بارندگی کم و تبخیر زیاد می‌باشد. جهت بادهای اصلی از غرب به شرق است که در فصل پاییز با گرد و غبار توأم می‌باشد. تفاوت درجه حرارت سالیانه در این شهر به ۵۰ درجه سانتی‌گراد می‌رسد. ساکنین این شهر از قشر متوسط جامعه بوده که اغلب در مشاغل نظامی، اداری و خدماتی اشتغال دارند. اکثر جمعیت شهر مهاجر بوده و از نقاط مختلف کشور، بویژه خوزستان مهاجرت نموده‌اند، لذا جمعیت این شهر ترکیبی از اقشار و گروه‌های مختلف قومی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. اقلیت‌های مذهبی از جمله آشوری، کلدانی و ارمنی هم در این شهر زندگی می‌کنند. امروزه ۹۸٪ جمعیت این شهر باسوادند. جمعیت آن جوان بوده، و شهری است که بافت فرسوده و سکنه حاشیه‌نشین ندارد. با وجود فضای سبز با وسعت

سلامتی‌شان هستند، با انتشار نشریه‌ای به نام مردم سالم (people: The Surgeon General's Report on Healthy Health Promotion and Disease Prevention) در سال ۱۹۷۹ میلادی آغاز شد (۱). گزارشات بعدی، چون مردم سالم ۲۰۰۰ (Healthy People 2000) و مردم سالم ۲۰۱۰ (Healthy People 2010) به ایجاد ابتکاراتی نظیر (Healthy Carolinians 2000 & 2010) در جوامع منجر شد (۲-۴). چنین گزارشاتی منجر به صدور دستورالعملی به جوامع، مبنی بر فعالیت در جهت زندگی سالم‌تر شد. اهداف مردم سالم 2010، افزایش پوشش زندگی سالم شهروندان، رفع نابسامانی‌های سلامت، افزایش دسترسی به خدمات پیشگیرانه، حفاظت از سلامت عمومی، زندگی و کار با شرایط مناسب در جوامع و حمایت از افراد در جهت توسعه استعدادها و مهارت‌ها برای رسیدن به زندگی سالم بود. مدل دیگر، مدل (MAPP; NACCHO) Mobilizing for Action through Planning and Partnership یک ابزار برنامه‌ریزی راهبردی برگرفته از جامعه است که شامل پنج مرحله: ۱- سازماندهی برای موفقیت ۲- مال‌اندیشی ۳- ارزیابی‌ها ۴- مباحث راهبردی و ۵- اهداف در بر می‌گیرد (۵). یافته‌های این ارزیابی برپایه‌ی عدالت، دسترسی، کفایت و کیفیت، و اجرا، خلاصه گشته و در چهار قسمت قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها (SWOT Analysis) تحلیل می‌شود (۶).

اگر اطلاعات مناسب و درستی در جوامع موجود نباشد، اغلب تصمیمات در این جوامع درست اتخاذ نخواهد شد؛ برای مثال، بدون داشتن اطلاعات مناسب، چگونه می‌توان درباره محل احداث واحدهای بهداشتی و درمانی جدید، چگونگی جذب صنایع جدید و مناسب و یا تعیین وضعیت رشد جامعه در آینده تصمیم گرفت. از این رو ارزیابی سلامت جامعه به شناخت بهتر آن منتهی می‌گردد و به شهروندان کمک می‌کند تا به سوالاتی نظیر این سوال‌ها پاسخ دهند. چه چیزی برای جامعه اهمیت دارد؟ مردم دوست دارند در جامعه چگونه زندگی کنند؟ مردم میلند چه تغییراتی را ببینند؟ چگونه بر چالش‌هایی که در گذشته داشته‌اند، فایق بیایند؟ چه کسانی (افراد، گروه‌ها یا سازمان‌ها) در تلاش برای ارتقای سلامت جامعه مسئولیت بیشتری دارند؟ مردم بزرگترین راه دستیابی به سلامت را چه می‌دانند؟

سوالی که مطرح می‌شود، این است که چه کسانی باید درگیر ارزیابی جامعه باشند؟

در اکثر جوامع افراد درگیر در فرایند ارزیابی جامعه شامل اشخاصی از بخش بهداشت عمومی، ارایه‌کنندگان خدمات

سلامت، پیشنهاد مداخله‌های مؤثر و ارزشیابی سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت عمومی ساکنان منطقه، مشارکت داد و الگویی مناسب جهت مطالعات ارزیابی جوامع ارائه نمود.

### روش کار

این مطالعه در سال ۱۳۸۷ در شهرستان شاهین‌شهر اصفهان انجام شد. این ارزیابی براساس الگوی بکار گرفته شده در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، برای ارزیابی جوامع مختلف توسط دانشجویان MPH و مدل کارولینای شمالی که یک روش شناخته شده و بسیار مرفقی است، انجام شد. این روش، جامعه را در هشت مرحله فرایند ارزیابی درگیر می‌کند که مدل پردازش شده برای جامعه شاهین شهر مطابق شکل یک است.

بالا (۲۱ مترمربع به ازای هر نفر) این شهر، از آلاینده‌های موجود در صنایع مادر رنج می‌برد، طوری که سالیانه بیش از ۳۵۰۰ تن آلاینده از صنایعی چون پالایشگاه اصفهان، نیروگاه شهید منتظری، صنایع شیمیایی و غیره را بر فراز خود تحمل می‌کند. با توجه به جمعیت جوان و مهندسی شهر، واحدهای صنعتی و تولیدی متعدد، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی و ... بخصوص مهاجرپذیری و ساخت و سازهای مسکونی اجاره به شرط تملیک، جمعیت این شهر را به سرعت رو به افزایش نهاده بنحوی که پیش‌بینی می‌گردد جمعیت آن تا سال ۱۴۰۰ ه.ش به نیم میلیون نفر برسد. از دیگر عوامل کمک کننده به رشد جمعیت در این شهرستان، تاسیس رو به رشد مراکز آموزشی عالی است. هدف از این مطالعه، تهیه چارچوبی برای اجرای جامع و ارزیابی مشارکتی جهت‌دار است، تا بدین وسیله بتوان اعضای جامعه را در تعیین وضعیت سلامت، اولویت‌بندی مشکلات در جهت ارتقای



شکل شماره ۱- مراحل ارزیابی سلامت جامعه شاهین شهر

راهبردی با درک مناسب از جامعه خود و متمایل به صرف وقت و تلاش کافی برای موفقیت فرایند بود جزئیات این مرحله بشرح زیر بود:

۱. ساختار تیم ارزیابی جامعه: مشتمل بر سه سطح مشارکت گروه مشورتی (Advisory Group)، گروه کار (Work Group) و ناظر پروژه (Project Group)
۲. سازماندهی تیم ارزیابی جامعه: گروه مشاور و گروه کار، شامل

فازهای اجرایی ارزیابی جامعه در این مطالعه، دو فاز است. فاز اول شامل مراحل اول تا هفتم که به شناسایی مشکلات و اولویت‌بندی‌ها می‌پردازد و در فاز دوم برنامه‌های عملیاتی برای حل مشکل پیشنهاد می‌شود، که بشرح زیر می‌باشند:

### فاز اول:

مرحله اول- تشکیل تیم ارزیابی جامعه که در برگزیده ترکیبی از شهروندان جامعه‌ی شاهین‌شهر و نمایندگان سازمان‌های

نمایندگانی از طیف وسیع اعضای جامعه

ساختار هر گروه توسط مجریان پروژه انتخاب می‌گردید و افراد کلیدی مسئول پیشبرد فرایند بودند. موارد زیر در سازماندهی این تیم لحاظ شد:

- گروه مشاور: شامل پنج عضو بودند که با اهداف کلی موافق بوده و فرایند را درک کرده بودند از این افراد خواسته شد که به‌عنوان نگهبان و مشاور فرایند باشند و ۱- طی دوره تعیین شده در دسترس باشند. (۹-۱۲ ماه) ۲- مفاد فرایند ارزیابی مدل جامعه کارولینای شمالی را مرور کنند. ۳- برای طرح عملیاتی سلامت جامعه ایده و پیشنهاد ارائه دهند. ۴- اهداف و موضوعات پیشنهاد شده را مرور و بررسی نمایند. ۵- مداخله پیشنهاد دهند و آن‌ها را بررسی نموده و در صورت لزوم نظریه‌پردازی کنند. ۶- بعنوان مشاور ارزیابی فرایند در جامعه انجام وظیفه نمایند. ۷- از مشارکت عناصر علمی برای توضیح فرایند و تهیه بازخورد بهره ببرند.

- گروه کار: شامل پنج عضو بود که قادر بودند اکثر کارهای لازم برای تکمیل فرایند را انجام دهند. با اسامی، کمیته هدایت (Steering Committee) یا کمیته اجرایی (Executive Committee) هم نامیده می‌شود. این گروه افرادی توانا و نماینده جامعه بودند. که می‌بایستی به پرسنل "پشتیبان" دسترسی داشته تا وظایف فهرست شده را انجام دهد. پرسنل پشتیبان از میان افراد داوطلب انتخاب می‌شدند تا در تهیه کپی، آماده کردن پاکت‌های پستی، وارد کردن داده‌ها، تنظیم و ترتیب جلسات و غیره کمک نمایند. وظایف گروه کار عبارت بود از: ۱- هدایت فرایند ۲- کسب مهارت‌های لازم برای انجام فرایند ارزیابی و دریافت آموزش در صورت نیاز ۳- ایجاد کمیته‌های فرعی و دریافت آموزش در صورت نیاز ۴- انجام دادن یا محول نمودن پروسه جمع‌آوری داده‌ها ۵- تفسیر داده‌ها ۶- توسعه طرح عملیاتی با همکاری گروه مشاور و سایر اعضای جامعه ۷- اطمینان از پیشنهاد مداخله‌ها- ناظر پروژه: هماهنگ کننده فرایند ارزیابی و مسئول حفظ جریان فرایند بود. مهمترین وظایف ناظر پروژه عبارت بود از: ۱- حفظ جریان فرایند ۲- اطمینان از اتمام به موقع کارها اینکه کارها در زمان مقرر به اتمام برسد. ۳- هماهنگی جلسات تیم ارزیابی جامعه ۴- حضور در جلسات گروه کار و گروه مشاوره ۵- اطمینان از در اختیار داشتن اطلاعات و ابزار لازم اتمام کارها توسط اعضای گروه مشاور و کار ۶- هماهنگی لازم برای دسترسی به مواد لازم (برای مثال وسایل، مکان، ملزومات اداری و غیره ...) ۷- بکار گماردن یک نفر برای پاسخگویی به اعضای جامعه، تیم ارزیابی جامعه و رسانه‌ها ۸- اطمینان از اینکه اعضای

ارزیابی جامعه، نمایندگان جامعه باشند و با جامعه ارتباط داشته باشند.

- از درون تیم ارزیابی جامعه چند نفر مأموریت هدایت کمیته‌های فرعی را به منظور انجام وظایف خاص از جمله هماهنگ کردن گروه بررسی (Survey) و انجام بحث‌های گروهی متمرکز بر عهده گرفتند.

۱. شروع فرایند ارزیابی سلامت جامعه در شاهین‌شهر: جمعیت مورد مطالعه برای ارزیابی از بین ساکنین مرکز شهرستان شاهین‌شهر انتخاب شدند. قبل از اجرای فرایند ارزیابی، پرسشنامه‌ای برای توجیه تیم ارزیابی تدوین شد تا فرصتی برای درک مشترک از اهداف و مقاصد فرایند ارزیابی فراهم آورد.

۲. گردآوری منابع ارزیابی جامعه: در طی یک جلسه توجیهی، تیم ارزیابی جامعه درگیر این بحث شدند و بوسیله بارش افکار، ایده‌های مناسب بدست آمد. طی این جلسه، پرسنل پشتیبانی، کمک‌های اعتباری، فضای اداری، وسایل و تدارکات، منابع مالی و بودجه‌ریزی معین شدند. در مجموع برای بدست آوردن اعتبارات مالی به سه منبع تکیه گردید: کمک بلاعوض از موسسات خیریه محلی، هدایای موسسات، سازمان‌ها، اشخاص و اعتبارات شبکه بهداشت و درمان شهرستان.

### مرحله دوم- جمع‌آوری داده‌های جامعه

جمع‌آوری داده‌ها به طور مستقیم از جامعه شروع شد. داده‌ها به دو قسمت تقسیم شدند: ۱- داده‌های اولیه (Primary Data) داده‌هایی که توسط تیم جمع‌آوری شدند. ۲- داده‌های ثانویه (Secondary Data) داده‌های موجود که جمع‌بندی شدند.

منابع جمع‌آوری داده‌ها شامل بیمارستان محلی، مرکز بهداشت، آموزش و پرورش و واحد آمار بودند. ابزارهای جمع‌آوری طی پایلوت، بررسی گردید و در همان قالبی که تهیه شده بود، توسط تیم ارزیابی بکار گرفته شد و تجدید نظر و ایجاد تغییرات لازم، با توجه به نیازهای محلی در آن اعمال گردید. بطورکلی داده‌ها طی این موارد جمع‌آوری شد: ۱- گردآوری داده‌های محلی جمع‌آوری شده توسط دیگران ۲- مصاحبه با اعضای جامعه ۳- اجرای جلسات بحث گروهی متمرکز ۴- بررسی دیدگاه‌های سلامت جامعه ۵- فهرست منابع سلامت جامعه ۶- تهیه نقشه دارایی‌های جامعه

۱. بررسی نظرات جامعه: برای بررسی نظرات سلامت جامعه دو بررسی (Survey) در دو نمونه از جمعیت شهر انجام شد:

بررسی نمونه جمعیت (Community Sample Survey): با نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی ساده و با حجم نمونه ۵۷۶

۲. منابع داده‌ها: داده‌ها به دو نوع اصلی تقسیم شدند، داده‌های اولیه و داده‌های ثانویه. هر دو نوع داده‌ها (برای مثال کمی و کیفی) را از منابع اولیه و ثانویه بدست آمدند. این داده‌ها عبارت بودند از: ۱- جمعیتی ۲-موالید و بارداری ۳- مرگ ۴- ابتلا ۵- برنامه‌ها و منابع سلامت ۶- آموزش و ۷- سلامت جامعه. مرحله چهارم- ترکیب آمارهای سلامت شهرستان با داده‌های جامعه

در این مرحله داده‌ها بطور کامل و با جزئیات توسط تیم ارزیابی سلامت جامعه مرور شد. که در پایان آن: ۱- درک اولیه‌ای از مشکلات عمده و عوامل خطر سلامتی شهرستان بدست آمد. ۲- فرضیه‌هایی برای اینکه چرا این مشکلات وجود دارد، لیست شد ۳- استدلال برای شرایط و عوامل خطر شناسایی شده و عواملی که به نفع یا به ضرر این شرایط و عوامل خطر است و نیز توصیفی از یافته‌ها با توجه به درک و مشاهدات اعضای جامعه پدید آمد.

۱. تحلیل داده‌ها: روش‌های بکار گرفته شده در این مطالعه برای تحلیل داده‌ها، بسته به دلایل ارزیابی متفاوت بود. در این مرحله به تیم ارزیابی یادآوری شد که برای چه هدفی ارزیابی جامعه را انجام شده است. تیم ارزیابی بر تحلیل داده‌های گردآوری شده، که به روش‌های مختلف برای ایجاد پرونده ارزیابی جامعه و تهیه برنامه عملیاتی سلامت جامعه جمع‌آوری شده بود، تمرکز داشت. نتایج بدست آمده از هر روش جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و خلاصه شد. این داده‌ها و گزارش‌های تهیه شده را با سایر بخش‌ها یا آمارهای مرکز بهداشت همسان گردید. در مواردی که برخی داده‌ها ناسازگار بود، تطبیق و وفق دادن اطلاعات انجام شد. در نهایت خلاصه‌ای از نتایج تحلیل بصورت یک سند مکتوب برای ارایه به جامعه آماده شد. از روش‌های زیر برای خلاصه نتایج ارزیابی استفاده شد

- نتایج هر یک از ابزارهای بکار رفته در جمع‌آوری داده‌ها ارایه شد، برای مثال آنچه از بررسی نظرات سلامت جامعه بدست آمده بود، آنچه داده‌های ثانویه مرکز بهداشت نشان داده بود، آنچه اعضای جامعه در مصاحبه‌ها بر آن تاکید کرده بودند و غیره. - شایع‌ترین و شدیدترین بیماری‌ها یا مشکلات جامعه که توسط اعضای جامعه و داده‌های ثانویه بر آنها تاکید شده بود. - داده‌های ثانویه که گویای بیشترین مشکلات سلامت جامعه بودند و شهروندان نیز بر آن تاکید داشته‌اند. نشان دادن اینکه کجاها داده‌ها مورد توافق نبوده و چرا.

نفر صورت گرفت. هر منطقه تحت پوشش مرکز یا پایگاه‌های بهداشتی بعنوان یک خوشه در نظر گرفته شده و با توجه به نسبت سنی و جنسی جمعیت مورد نیاز در هر خوشه، پرسشنامه‌ها توزیع گردیدند.

- بررسی رهبران (Community Leader Survey): ابتدا از فرمانداری شهرستان، فهرستی از رهبران جامعه تهیه گردید این فهرست دربرگیرنده‌ی اشخاصی از تمام بخش‌های جامعه بود. برای این منظور از پرسشنامه استاندارد کارولینای شمالی بهره گرفته شد. پرسشنامه‌ها به صورت چهره به چهره پرسیده و جمع‌آوری شد.

۲. منابع سلامت جامعه: ابتدا منابع در دسترس فهرست شده و با تماس با نمایندگان سایر مراجع، نقایص موجود برطرف گردید. برای این منظور با روش مصاحبه یا بررسی از طریق روش‌های الکترونیکی منابعی جستجو گردیدند. با سؤال از اعضای جامعه در خصوص مکان‌هایی که جهت دریافت مراقبت بهداشتی مراجعه می‌کردند، به منابعی دست یافته شد. زمانی که فهرست منابع سلامت جامعه تکمیل شد، تیم ارزیابی جامعه توانست تکافوی (کفایت) خدمات، هماهنگی تلاش‌های جامعه در ارتقای مراقبت‌های بهداشتی و اصلاحات مورد نیاز را در کلیت جامعه ارزیابی کند.

۳. ترسیم دارایی‌های جامعه، که طی مراحل زیر اجرا شد:

۱. فهرست استعدادها و توانایی‌ها (Assets) افراد، انجمن‌ها و موسسات.

۲. برقراری ارتباط بین دارایی‌های شناسایی شده

۳. بسیج دارایی‌ها به نفع جامعه

۴. تشکیل یک گروه پویا (Representative Group) برای برنامه‌ریزی جامعه

۵. ارتباط برقراری و پیوند با منابع بیرون از جامعه

مرحله سوم- تحلیل داده‌های سلامت شهرستان

۱. نوع داده‌ها: در این مرحله، فرایند ارزیابی را با خلاصه کردن آمارهای زیج حیاتی شهرستان توسط تیم ارزیابی، شروع گردید که با استفاده از یکسری کاربرگ انجام شد و داده‌ها به دو صورت کمی و کیفی بررسی شدند. داده‌های بدست آمده از هر دو روش جداگانه تحلیل و به صورت ممزوج، معتبرسازی (Cross-Validate) گردید. اگر هر دو داده‌های کیفی و کمی به نتایج مشابهی اشاره داشتند، نتایج تقویت شدند. اگر چنین نبود، علت تفاوت‌ها معلوم شده و بحث بر روی آن‌ها انجام شد.

گام دو- رتبه‌بندی مشکلات سلامت: تمام مشکلات را با توجه به رتبه آن‌ها روی کاربرگ اولویت‌بندی مشکل لیست شده و تیم، نمره هر مشکل را مرور و درباره هر مشکل به توافق رسید. معنی‌دارترین مشکلات به سه تا شش مشکل محدود می‌شد (مشکلات دارای بیشترین نمره). مشکلات انتخاب شده در مرحله آخر در کانون توجه عملیات سلامت جامعه (Community Health Action Plan) قرار گرفت.

مرحله هفتم- مستند ساختن ارزیابی جامعه در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه گزارش مستند فرایند ارزیابی را به همراه نتایج آن تهیه و ارائه نمود. فاز دوم:

مرحله هشتم- پیشنهاد و تدوین برنامه عملیاتی سلامت جامعه برای تکمیل برنامه عملیاتی سلامت جامعه، ابتدا کارگروه‌هایی تعیین شد، وظیفه کارگروه تعیین عواملی که هر مشکل سهم دارند و عواملی که منجر به تداوم آن مشکل در سطح جامعه می‌شود، بود. لذا فرضیه‌ای را درباره اینکه چرا مشکل وجود دارد طرح نموده و منابع و مداخلاتی را که برای مقابله با آن نیاز است، تعیین کردند. برای تکمیل برنامه عملیاتی، کارگروه‌ها بترتیب گام‌های زیر را انجام دادند.

گام ۱- تعیین عوامل خطر: عوامل خطر هر یک از موضوعاتی که توسط جامعه به‌عنوان الویت انتخاب شده بود، تعیین شد. عوامل خطر شامل شیوه زندگی محیط یا سیستم مراقبت سلامت بودند. گام ۲- تعیین فعالیت‌های مداخله و پیشگیری: ابتدا مداخله مورد نظر برای مشکلات اولویت‌بندی شده بیان شد و مشخص گردید که تغییر در چه سطحی باید صورت گیرد، سپس جزئیات قابل اندازه‌گیری هر مرحله طی مداخله از قبیل چارچوب زمانی برای اجرای مراحل و حرکت به سمت هدف مشخص شد. سطوح مداخله در این طرح شامل این موارد بود: ۱- مداخله براساس افراد ۲- مداخله براساس جامعه ۳- مداخله بر روی سیستم.

گام ۳- ملاحظه منابع جامعه گام ۴- تکمیل نهایی برنامه‌ریزی عملیاتی سلامت جامعه: در این مرحله تمامی مشکلات عمده سلامت مشخص و مرور شده و تمامی عوامل شناخته شده که در هر یک از مشکلات سهمی داشتند، مورد توجه قرار گرفت. برای اولویت‌های تعیین شده برنامه مداخله پیشنهاد شد و منابع مربوطه و متناسب جامعه مرور شد. افراد سازمان‌های مسئول اجرای مداخلات برنامه‌ریزی شده مشخص شد.

- نگرانی‌های اعضای جامعه که توسط داده‌های ثانویه و آمارهای مرکز بهداشت نیز حمایت شده‌اند.

- باروها و نظرات تیم ارزیابی سلامت جامعه که توسط داده‌های مربوط به مشکلات سلامت بعنوان بیشترین نگرانی‌های جامعه بر آن تاکید شده بود.

مرحله پنجم- گزارش به جامعه با توجه به شرایط جامعه شاهین‌شهر، برای گزارش به جامعه، جامعه را به شورای اداری شهرستان محدود کردیم. این شورا متشکل از فرماندار و تمامی مسئولین ادارات و نهادهای موجود در شهرستان بود.

مرحله ششم- تعیین الویت‌های سلامت ابتدا از لیست قوت‌ها و مشکلات سلامت که در کاربرگ جمع‌بندی مرحله چهارم تنظیم شده بود، استفاده کردیم و این موارد دسته‌بندی شد. برای اولویت‌بندی مشکلات از روش Hanlon (۷) به روش زیر استفاده شد:

گام ۱- اندازه‌گیری مشکلات سلامت: در این مرحله از کاربرگ اهمیت مشکل استفاده شد. هر یک از افراد درگیر در تعیین الویت، یک نسخه از کاربرگ را برای هر مشکل پر کردند و عنوان هر مشکل (برای مثال بیماری قلبی، سوء مصرف مواد یا خشونت خانوادگی) در بالای فرم (کاربرگ) نوشته شد. پیشنهاد شد که جامعه ما سه ملاک را برای اندازه‌گیری مشکلات سلامت بکار گیرد: ۱- وسعت (Magnitude) چه تعداد از افراد جامعه تحت تأثیر مشکل هستند. خطرناک بودن پیامدها (Seriousness of the Consequences)- چه درجاتی از ناتوانی یا مرگ‌های زودرس در اثر مشکل رخ می‌دهد؟ بار بالقوه آن، نظیر بار اقتصادی و اجتماعی برای جامعه چقدر است؟ ۳- اصلاح شدنی (Feasibility of Correcting)- آیا مشکل به مداخلات جواب می‌دهد (برای مثال، آیا مداخله از نظر علمی، عملی است و برای مردم جامعه قابل قبول است؟)، چه فناوری، دانش یا منابعی برای انجام تغییر نیاز است؟ آیا مشکل قابل پیشگیری است؟ ملاک‌هایی که برای انتخاب اولویت توصیه شد شامل، وسعت مشکل، خطرناک بودن پیامد، قابل اصلاح بودن و سایر مواردی که توسط تیم ارزیابی تعیین می‌شود. با توجه به این ملاک‌ها، نمره یک تا ده برای هر مشکل اختصاص داده شد. نمره ده: مشکل بیشترین وسعت، وخیمترین پیامد و بیشترین قابلیت را برای اصلاح و نمره یک: کمترین وسعت، پیامد و حداقل قابلیت را برای اصلاح داشت. نمره‌ها بهم افزوده شده و برای هر موضوع سلامت، یک شاخص اهمیت مشکل (Problem-Importance Index) بدست آمد.

جدول شماره ۱- دسته‌بندی مشکلات سلامت جامعه شاهین شهر بر اساس ارزیابی جامعه، با توجه به دیدگاه و مشارکت مردم

ردیف	مشکل	نمره‌بندی
۱	سوء مصرف مواد مخدر و داروها	۱/۸۱
۲	سیگار کشیدن در بین بزرگسالان	۱/۷۶
۳	بیکاری	۱/۷۴
۴	فقر	۱/۷۲
۵	مسکن	۱/۷۰
۶	افسردگی	۱/۶۹
۷	دسترسی و استفاده جوانان از چاقو	۱/۶۴
۸	خشونت در بین جوانان	۱/۶۲
۹	سکته	۱/۶۱
۱۰	سرطان ریه	۱/۵۴

جدول شماره ۲- الویت‌بندی مشکلات سلامتی توسط تیم ارزیابی

ردیف	مشکل سلامت	نفر یک	نفر دو	نفر سه	نفر چهار	متوسط
۱	مصرف مواد مخدر	۳۰	۲۸	۲۷	۲۹	۲۸/۵
۲	مشکلات دهان و دندان	۲۹	۲۷	۳۰	۲۶	۲۸/۰۰
۳	استعمال سیگار بین بزرگسالان و جوانان	۲۷	۲۴	۲۰	۲۵	۲۴/۰۰
۴	خشونت در بین جوانان	۱۷	۲۱	۲۴	۱۷	۱۹/۷۵
۵	بیماری‌های منتقله از راه آمیزش جنسی	۱۹	۱۹	۱۶	۱۵	۱۷/۲۵
۶	کمبود فعالیت جسمانی	۱۳	۱۵	۱۹	۱۵	۱۵/۵۰
۷	افسردگی	۱۰	۱۶	۱۹	۱۳	۱۴/۵۰
۸	دیابت	۹	۹	۲۱	۱۵	۱۳/۵۰
۹	بیماری‌های قلبی	۱۰	۱۲	۸	۲۰	۱۲/۵۰
۱۰	مشکلات بهداشت روان	۱۰	۸	۱۲	۱۶	۱۱/۵۰

## یافته‌ها

در این بررسی، در مجموع ۶۳ مشکل توسط مردم تعیین و ثبت گردید. مشکلات بدست آمده دسته‌بندی و با توجه به دیدگاه مردم و با مشارکت آنان به شرح جدول شماره یک الویت‌بندی شد. همان‌گونه که از جدول یک مشهود است، بالاترین الویت به سوء مصرف مواد و کشیدن سیگار اختصاص داده شده است. مشکلات سلامتی توسط تیم ارزیابی از یک تا ده نمره‌بندی شده و برای هر موضوع سلامت یک شاخص اهمیت مشکل

(Problem) Importance Index تعیین شد. جدول شماره دو رتبه‌بندی مشکلات سلامت را از دیدگاه ارزیابی جامعه با توجه به ملاک‌های (وسعت، پیامد و اصلاح‌پذیری) نشان می‌دهد.

## بحث

این مطالعه، یک مدل ارزیابی جامعه است که در شاهین‌شهر اصفهان انجام شد. مدل برگرفته از مدل کارولینای شمالی، از جامع‌ترین و کاربردی‌ترین مدل‌های موجود ارزیابی جامعه است که

مؤثر بر آن در شهر تهران به روش مشاهده و مصاحبه انجام شد. افرادی به عنوان اعضای تیم ارزیابی از بین ساکنین مناطق انتخاب شدند. بدلیل حضور مردم در تمام مراحل تحقیق، اولویت‌بندی مشکلات و نیازها به روش خردمندان‌های توسط مردم اتخاذ شد (۱۲). در تمام مطالعات مذکور، همانند مطالعه حاضر، مردم در اولویت‌بندی مشکلات و تدوین مداخلات حضور داشته‌اند که نشانگر اهمیت بکارگیری این روش بعنوان یکی از بهترین روش‌های ارزیابی مشکلات است و مشارکت مردم در فاز اجرایی مطالعه، ضامن الاجرا بودن مداخلات را فراهم می‌آورد زیرا اجرای مطالعه تبیین مالکیت مردم را فراهم آورده است. کمالینکه در تجارب مشابه خرجی که در زیر عنوان شده است، هم این موفقیت مشهود است:

مطالعه‌ای در جهت جلب مشارکت مردم و ذینفعان با بهره‌گیری از الگوی مشابه مطالع اجرا شد. جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه درگیر بودن گروه هدف خاصی بروش اینترنتی و از طریق ارسال فرم‌های اولویت‌بندی از طریق ایمیل انجام شد. مشکلات مطرح شده توسط تیم ارزیابی دسته‌بندی شده و بعد از توافق ذینفعان و دسته‌بندی نهایی برنامه مداخله‌ای اجرا شد (۱۳). مطالعه‌ای با بکارگیری دانشجویان پرستاری برای ارزیابی نیازهای جوامع روستایی انجام شد. تیم ارزیابی گروهی از رهبران محلی بوده و برای جمع‌آوری داده‌ها از دانشجویان استفاده شد. نیازسنجی به روش الکترونیکی و با ارسال نامه الکترونیکی به ساکنین منطقه انجام شد و اولویت‌بندی براساس این نیازسنجی انجام گرفت. این مطالعه به دلیل ابتکار استفاده از روش جمع‌آوری داده‌ها و نوع نیازسنجی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد و برای جوامع خاصی که گروه‌های هدف ویژه دارند، استفاده شود. (۱۴). مطالعه‌ای در کارولینای جنوبی منطبق با مدل کارولینای شمالی برای جمعیتی حدود ۷۶۰۰۰ نفر از ساکنین این ایالت انجام شد. این جامعه نمونه بسیار مشخصی از جوامع چند فرهنگی با حدود ۸۳ زبان مختلف است. بسیاری از ساکنین، مهاجر بوده و از مناطق مختلف جهان در این منطقه سکونت گزیده‌اند. براساس نیازسنجی انجام شده برای جمع‌آوری اطلاعات از روش بحث گروهی متمرکز بهره گرفته شد. هزینه اعتبارات این طرح از مراکز بهداشتی و اعضای جامعه تعیین شد. مشکلاتی که دز طی بحث‌های گروهی متمرکز جمع‌آوری شد، اولویت‌بندی گردید (۱۵). ارزیابی جامعه کاتوا با منطبق با مدل کارولینای شمالی در شش مرحله انجام شد. بعد از تشکیل تیم ارزیابی، یک ابزار بررسی (Survey) برای جمع‌آوری اطلاعات از اشخاص در مورد نگرانی‌هایشان در جامعه و مسائل

از سال ۲۰۰۲ بطور رسمی ابتدا در سطح ایالتی و سپس در اکثر ایالت‌ها و کشورها اجرا شده است. مزیت اصلی این مدل، نگرش فرایندی جامع آن است که کمک می‌کند تا گروه ارزیابی جامعه دید و بینش صحیحی نسبت به کلیت کاری که قرار است انجام بدهند، پیدا کنند (۳). بدلیل ذینفع بودن مردم به عنوان مشتری اصلی ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و سایر بخش‌های درگیر در توسعه اقتصادی و اجتماعی در این مدل، مصرف مواد مخدر بعنوان مهم‌ترین مشکل از جانب مردم، مسئولین و تیم ارزیابی جامعه مطرح شد. در این بررسی مشکلات متعددی در حیطه‌های مختلف غیر از سلامتی توسط مردم بیان شد (۶۳ مورد) که این حیطه‌ها عبارت بودند از: مشکلات اقتصادی و اشتغال، اجتماعی و فرهنگی، آموزشی، امنیتی، خدمات شهری و مشکلات سلامتی. این امر دلالت براین دارد که از نظر جمعیت ساکنین شاهین‌شهر، مشکلات سلامتی در الویت نیستند و مشکلاتی همچون اعتیاد، فقر و بیکاری باید مورد توجه قرار گیرند. بررسی و ارزیابی در جوامع ایرانی با الگوی مشابه یا متفاوت نشانگر مواردی از این قبیل مشکلات بود به طوری که مطالعه استان هرمزگان برای بررسی مشکلات ساکنین محله چاهستانی‌های بندرعباس همانند مطالعه حاضر نشان داد که، مردم مهم‌ترین مشکلات را بی‌توجهی مسئولان، ناامنی، بیکاری، فقر، تجمع فاضلاب، کمبود آب و غیره ذکر نمودند. از بین مشکلات مطرح شده مشکلات بهداشتی در اولویت نبودند (۸). ارزیابی مشکلات منطقه ۱۷ تهران با الگوی کارولینای شمالی انجام شد. این مطالعه ۱۲ مشکل بعنوان مشکلات اصلی توسط ساکنین منطقه اولویت‌بندی شده است و برنامه‌های مداخله‌ای پیشنهادی توسط کارگروه مطالعه و مردم بعد از تدوین بتدریج اجرا شده است (۹).

مطالعات دیگری در جوامع خاص در ایران از جمله جامعه سالمندان با هدف بسیج جامعه برای ارتقای سلامت سالمندان انجام شد. در این مطالعه الگوی کارولینای شمالی با تغییرات منطبق به جامعه بطور موفق بکار گرفته شده است و مشکلات سالمندان بررسی و اولویت‌بندی شده است (۱۰). از جمله مواردی که ارزیابی جامعه در آن بکار گرفته شده است، پایگاه‌های تحقیقات جمعیتی می‌باشد که مثال آن پایگاه شهرستان گناباد است. در این پایگاه با الگوی مشابه مطالعه حاضر، با هدف تعیین نیازهای جامعه، نیازسنجی و اولویت‌بندی مشکلات جامعه بکار گرفته شد. نتایج مطالعه نشانگر در الویت بودن مشکلات غیر مرتبط با نظام سلامت بود (۱۱). مطالعه‌ای مشابه با رویکرد کلی ارزیابی مشارکتی و با هدف آگاهی از روش‌های زندگی و عوامل

شهرستان را آشکار می‌نماید. بیکاری به عنوان ده مشکل اول اولویت‌بندی شده توسط مردم است که توسط مسئولین و تیم ارزیابی اشاره به این موضوع نشده است، لذا توجه دقیق به آمارها و بازبینی در تعریف بیکاری و افزایش اشتغال‌زایی در برنامه‌های مداخله‌ای باید مورد توجه قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه بخوبی مشکلات موجود در جامعه را آشکار ساخت و دلیل درگیر ساختن اعضای جامعه و اهمیت پرداختن و رفع مشکلات توسط ذینفعان، مداخلات پیشنهادی باید بطور جدی مطرح و اجرا شود. ده مشکل اول مطرح شده هم توسط مسئولین و هم مردم مشکلاتی هستند که به نوعی در ارتباط باهم هستند و می‌توان با ترسیم شبکه علیت ارتباط واقعی بین این مشکلات را یافت. به نظر می‌رسد با رفع دو یا سه مشکل کلیدی در این شبکه علیت و قطع زنجیره ارتباط، بتوان مابقی مشکلات موجود را رفع یا به حداقل رسانید و ترسیم شبکه علیت با توجه به نتایج مطرح شده از ارزیابی جامعه برای تدوین برنامه‌های عملیاتی و مداخله باید در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد و چه بسا تمرکز در جهت رفع یک مشکل بدون قطع زنجیره‌های ارتباطی موثر واقع نشده و نگرش جامع برای رفع آن‌ها ضرورت دارد. عدم همکاری برخی مسئولین کلیدی و مردم از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. اجرای ارزیابی جامعه با الگوی مطالعه حاضر با توجه به تجارب موفق آن در سراسر جهان و در جوامع مختلف می‌تواند با بومی‌سازی در کشور ایران مورد توجه قرار گیرد و تکرار دوره‌ای آن و ارایه گواهی‌های سلامت شهرستان بطور دوره‌ای می‌تواند ضمانت اجرایی آن را همراه داشته باشد و با ادغام این برنامه در نظام سلامت شبکه یا برنامه‌های پزشک خانواده بیشترین بهره را از آن برد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. بدین وسیله از تمامی همکاران شهرستان شاهین‌شهر و اهالی محترم این شهرستان که به نوعی ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود. هزینه‌های انجام این بررسی توسط فرمانداری شهرستان شاهین‌شهر و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران تأمین شد.

جدی مطرح در حوزه سلامت تدوین شد. براساس این بررسی‌ها و تطابق آن‌ها با داده‌های آمار سلامت منطقه، مشکلات اولویت‌بندی گردید. نهایتاً رهنمودهایی برای برنامه عملیاتی و مداخله براساس مشکلات اولویت‌بندی شده ارایه شد (۱۶). پروژه ارزیابی جامعه ویندهام هم منطبق با کارولینای شمالی انجام شده و مشکلات در حیطه‌های زیر به ترتیب اولویت از ساکنین استخراج شد: تولد، رشد، یادگیری، کار، زندگی، مشارکت و پیری. هدف از اجرای این ارزیابی، افزایش کیفیت زندگی ساکنین منطقه بود (۱۷).

دو مطالعه همزمان در لندن بر روی گروه‌های ارایه دهنده خدمات سلامت و گیرندگان خدمات سلامتی انجام شد. مهم‌ترین مشکلات مطرح شده در حیطه سلامت عبارت بودند از: نارضایتی وسیع از سازمان‌های ارایه دهنده خدمات سلامتی. روش اجرای این مطالعه نیز در مرحله نیازسنجی، اولویت‌بندی تقریباً مشابه مطالعات مطرح شده بود (۱۸).

مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات داخلی و خارجی نشانگر تفاوت‌ها و تشابه‌هایی در اجرا، گروه‌های هدف و نتایج است. اما آنچه که اهمیت دارد این است که مدل بکار گرفته شده در این مطالعه، قابل بکارگیری در اکثر جوامع با فرهنگ، آداب و سنن و اندازه‌های مختلف است و آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد این است که این روش با اندکی تغییرات در جوامع مختلف، می‌تواند مشارکت مردم را در اجرا مطالعه و بکارگیری مداخلات جلب نماید. علت برخی تفاوت‌ها در نتایج این مطالعه با سایر مطالعات داخلی یا خارجی بدلیل خاص بودن مکان انجام مطالعه است و این تفاوت در نتیجه مورد انتظار بود. بطوری که جامعه شاهین‌شهر یک جامعه چند فرهنگی، مهاجر پذیر و با مشکلات خاص است و این موضوع در تمام جوامع خاص در زمان ارزیابی جامعه، مورد انتظار است.

ده مشکل اول مطرح شده توسط مردم به ترتیب زیر قابل تفسیر است که مشکل اول مصرف مواد مخدر مشکلی است که هم توسط تیم ارزیابی و هم مسئولین بعنوان اولین مشکل این ارزیابی ذکر شده است. که لزوم توجه جدی و مداخله موثر به این مشکل بعنوان یکی از معضلات اساسی در سایر مناطق کشور نیز آشکار می‌شود. مشکلات دهان و دندان با وجودی که توسط تیم ارزیابی بعنوان مشکل دوم اولویت‌بندی شده است، اما توسط مردم جز ده مشکل اول لیست نشده است. استعمال سیگار در بین بزرگسالان با اولویت دوم توسط مردم و سوم توسط تیم ارزیابی مطرح شده است. به نظر می‌رسد حضور این مشکل با مشکل اول نمی‌تواند بی‌ارتباط باشد که باز لزوم توجه جدی به این معضل در این

## منابع

1. Public Health Service. Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, 1979; DHEW publication no. (PHS)79-55071.
2. National Health Promotion and Disease Prevention Objects. Healthy People 2000 Final Review, 2001. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01.pdf>. (Accessed: June 2011)
3. North Carolina Community Health Assessment Process, 2002. Available at: <http://www.schs.state.nc.us/SCHS/data/databook/2002/GuideBook2002.pdf> (Access: June 2011)
4. North Carolina Community Health Assessment Guide Book, 2008. Available at: [WWW.healthCarolinians.org](http://WWW.healthCarolinians.org): 2008. (Accessed: June 2011)
5. NACCHO: Mobilizing for Action through Planning and Partnership, 2011. Available at: <http://www.naccho.org/topics/infrastructure/mapp/index.cfm>. (Accessed: June 2011)
6. U.S. Agency for International Development (USAID) A: Promoting Stability by Improving Family and Workforce Health in Angola: Recommendations for a new USAID Health Program 2006-2011, Luanda, Angola, 2005.
7. Resource for setting priority. Available at: <http://www.cohred.org/priority-setting-tools/>. (Accessed: June 2011)
8. Mohammadi Y, Mounesan L, Rahmani Kh, Holakouie Naeini K, Madani A, Ghasemi F. 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 2010; 8: 21-30.
9. Jahangiri K, Holakouie Naeini K, Azin SA, Samavat T, Nikfar Sh, Shahgholi E. Health needs assessment: A study of a district in Tehran, Iran. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2004; 3: 193-199.
10. Malek Afzali H BEM, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T: Social mobilization for health promotion in the elderly HAKIM RESEARCH JOURNAL 2007; 9:1-6.
11. Delshad Sh, Khajavi AJ, Shafaghi Kh, Marouzi P, Mohammad Pour A, Mansourian MR, Atarodi AR, Keramati A, Ekrami A. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab boundaries OFOGH-E-DANESH, JOURNAL OF GONABAD UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES 2005; 10: 15-22.
12. Shahandeh Kh, Akbari F, Adili F, Esmail-zadeh H. Participatory research of lifestyle of residents in zone 17 Tehran. Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh) 2006; Summer Suppl: 36-45.
13. Zahner KB, Kapelke-Dale J. Local partnerships for community assessment and planning. J Public Health Manag Pract 2005; 11: 460-4.
14. Boyce BR, Reilly J, Boyce J, Brennan R, Reilly J. A Rural Health Nursing Practicum: A Graduate Student Perspective on Learning to Appreciate the Importance of Using a Community Assessment Model to Identify the Strengths and Needs of a Rural Community. The 128th Annual Meeting of APHA, 2000.
15. Clark MJ, Diemert G, Ceballos R, Sifuentes M, Atteberry I, et al. Involving communities in community assessment. Public Health Nurs 2003; 20: 456-63.
16. Catawba County Community Assessment, 2007. Available at: <http://www.catawbacountync.gov/phealth/CHA.pdf> (Accessed June 2011)
17. Windham Country Community Assessment Project, 2004. Available at: [http://www.unitedwaywindham.org/pdf/CNA2009/UWW\\_C\\_Data\\_Report\\_MAIN.pdf](http://www.unitedwaywindham.org/pdf/CNA2009/UWW_C_Data_Report_MAIN.pdf) (Accessed June 2011)
18. Dale JS, Lacock L, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care: using rapid appraisal methods to create an interagency, community oriented, approach to service development. British Medical Journal 1996; 312: 1206.