

پیاده نمودن برنامه عملیاتی پیشگیری و کنترل شپش سر (*Pediculus humanus capitis*) کودکان به دنبال اجرای ارزیابی جامعه در منطقه چاهستانی‌ها در شهر بندرعباس

مرجان حسین پور: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
شهرزاد نعمت‌اللهی: دانشجوی دوره دکتری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
محمد شکاری: دانشیار، مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
عبدالحسین مدنی: دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران
علی اکبری ساری: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
علی اردلان: دانشیار، گروه سلامت در حوادث و بلایا، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
الهام ترابی: کارشناس، ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بندرعباس، ایران
حسین شخبیز: کارشناس، ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بندرعباس، ایران
کوروش هلاکویی نائینی: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: holakoik@hotmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: امروزه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها، تأکید بسیاری بر رویکردهای مشارکتی مبتنی بر جامعه دارد. این رویکردها با استفاده از مداخلات متعدد، استراتژی اصلی ارتقای سلامت به شمار می‌رود. ارزیابی جامعه یک رویکرد پژوهش کاربردی و مشارکتی است که در آن اولویت‌بندی مشکلات و سهمیه‌بندی توزیع منابع با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده در منطقه به منظور ارتقای سلامت جامعه انجام می‌شود.

روش کار: در این تحقیق کاربردی با بکارگیری هشت مرحله ارزیابی جامعه در منطقه چاهستانی‌ها در شهر بندرعباس شامل تشکیل "گروه ارزیابی جامعه، جمع‌آوری داده‌ها اولیه و ثانویه، تجزیه و تحلیل داده‌های سلامت شهرستان، ترکیب آمارهای سلامت شهرستان با داده‌های جامعه، گزارش نتایج به جامعه، تعیین اولویت‌های سلامتی، ارائه و انتشار سند ارزیابی جامعه" به شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات اصلی اقدام گردید و پس از انتخاب مشکل "شیوع بالای شپش سر (*Pediculus humanus capitis*) کودکان"، در مرحله هشتم ابعاد و عوامل موثر در ایجاد آن در جامعه تشخیص داده شد و برنامه عملیاتی متناسب برای حل این مشکل طراحی و به اجرا درآمد.

نتایج: اجرای ارزیابی جامعه در منطقه چاهستانی‌ها در شهر بندرعباس به شناسایی ۵۲ مشکل منجر شد. مشکلات دارای اولویت طبقه بندی شدند. شیوع بالای شپش سر کودکان به عنوان مشکل اصلی دارای اولویت انتخاب، و به منظور برخورد با این مشکل و حل آن برنامه عملیاتی برای کاهش شیوع آن طراحی و اجرا شد.

نتیجه گیری: انجام کامل چرخه ارزیابی جامعه با اندکی تغییرات در اکثر جوامع با فرهنگ، آداب و سنن و اندازه‌های مختلف، قابلیت اجرا دارد. این روش می‌تواند مشارکت مردم را در اجرای مطالعه و به کارگیری مداخلات جلب نماید در نتیجه بار مشکلات اصلی قابل مداخله در جامعه کاهش پیدا کرده و به ارتقای سلامت جامعه بینجامد.

واژگان کلیدی: ارزیابی جامعه، برنامه عملیاتی، شپش سر کودکان، بندرعباس، چاهستانی‌ها

مقدمه

سلامت به همه جنبه‌های زندگی افراد بخصوص به عوامل اجتماعی وابسته است (Delshad et al. 1383). امروزه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با بهداشت عمومی، تأکید بسیاری بر رویکردهای مبتنی بر جامعه دارد. رویکردهای مبتنی بر جامعه با استفاده از مداخلات متعدد، به‌عنوان راهبرد اصلی ارتقای سلامت بر پایه مشارکت مردم در تامین سلامت جامعه خود به شمار می‌رود (Merzel and D'afflitti 2003; WHO 2002). شناسایی مشکلات موجود که اهداف و موقعیت کنونی بهداشت جامعه را می‌شناساند یک روش واقع‌گرایانه و متداول جهت ارتقای سلامت می‌باشد (Boyce et al. 2000; Zahner et al. 2005; Holakouie-Naieni et al. 2015). ارزیابی جامعه‌فرایندی است که طی آن اعضای گروه ارزیابی همگام با اعضای جامعه اقدام به جمع‌آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات و دارایی‌ها، نقاط قوت، ضعف، منابع و نیازهای جامعه می‌نمایند. چنین شیوه ارزیابی، فرصت تعیین و ارزشیابی وضعیت سلامت را هم برای مؤسسات و سازمان‌های گوناگون و هم برای اعضای جامعه به وجود می‌آورد (Karimi et al. 2012). ارزیابی جامعه و اولویت‌بندی مشکلات امکان برآورد اهداف اساسی مانند هدایت و تخصیص منابع، برقراری عدالت، توجه به نیاز گروه‌های آسیب‌پذیر و تقویت تعاملات بین پژوهش، عمل و سیاست را منطبق با شرایط اجتماعی-فرهنگی هر جامعه فراهم می‌آورد (Mokhtari et al. 2013).

در گذشته، فاصله بین پژوهش‌های علمی و اعضای جامعه و سازمان‌ها باعث می‌شد تا استفاده از نتایج این پژوهش‌ها در عمل محدود شود. پژوهش مبتنی بر جامعه با کنار هم قرار دادن اعضای جامعه، سازمان‌ها و دانشگاه، رویکردی برای از بین بردن این فاصله و تلاش همه‌جانبه برای حل مشکلات بهداشتی و اجتماعی است (Shoultz et al. 2006). در رویکرد پژوهش مشارکتی، همه اعضا

به‌صورت مساوی و با در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی وارد فرآیند پژوهش می‌شوند. فرآیند ارزیابی جامعه را می‌توان یکی از رویکردهای پژوهش کاربردی و مشارکتی به‌حساب آورد که در آن اولویت‌بندی مشکلات و سهمیه‌بندی توزیع منابع با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری‌شده در منطقه به منظور ارتقای سلامت جامعه انجام می‌شود (Khosravi et al. 2013).

به‌طورمعمول، ارزیابی جامعه با یک گزارش شامل اطلاعات موجود سلامت جامعه و ظرفیت توسعه زندگی شهروندان آغاز می‌شود و شامل هشت مرحله است که از مرحله اول تا هفتم به شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات اختصاص دارد. این مراحل به ترتیب عبارتند از: تشکیل گروه ارزیابی جامعه، جمع‌آوری داده‌های اولیه، جمع‌آوری آمار سلامت شهرستان به عنوان داده ثانویه، ترکیب، تجزیه و تحلیل آمارهای سلامت شهرستان با داده‌های جامعه، گزارش به جامعه، اولویت‌بندی مشکلات و ارائه سند ارزیابی جامعه. در مرحله هشتم برنامه عملیاتی برای حل مشکلات ارائه می‌گردد (Maleki et al. 2015; Holakouie Naieni et al. 2015; Bassej et al. 2014).

هر جامعه از نظر اهداف، تمایل‌ها، امکانات، منابع، تاریخچه‌ی قبلی و پتانسیل آینده کاملاً منحصر به فرد می‌باشد و یک ارزیابی مناسب از جامعه می‌تواند در اتخاذ تصمیمات مناسب برای موقعیت‌های مختلف مفید باشد (Zaeri et al. 2011). بر این اساس این مطالعه با هدف اجرای برنامه عملیاتی برای کاهش بار مشکل انتخاب شده در جامعه پس از شناسایی مشکلات منطقه چاهستانی‌ها در شهرستان بندرعباس بر اساس روش و تجارب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، الگوی ارزیابی جامعه ادغام شده در نظام عرضه خدمات کارولینای شمالی (North Carolina Division of Public Health 2015) و مدل طرحی شده ارزیابی جامعه برای جمهوری اسلامی ایران (Holakouie Naieni et al. 2014) اجرا گردید.

منطقه آنالیز و باهم ترکیب شدند و ۵۲ مشکل از طریق مصاحبه با مردم منطقه و ۷ مشکل از آمار سلامت شهرستان استخراج شد (جدول ۱).

مرحله پنجم: روند ارزیابی و نتایج آن به اعضای جامعه گزارش داده شد. به اشتراک گذاشتن یافته‌های ارزیابی با ساکنین و دریافت پس‌خوراند از آنان بخش مهمی از فرآیند ارزیابی جامعه را تشکیل داد. با توجه به شیوع بالای بی‌سوادی و کم‌سوادی در منطقه، ارائه یافته‌های حاصل از ارزیابی به اعضای جامعه به صورت شفاهی انجام شد. جلسه‌ی ارائه‌ی گزارش در پرازدحام و در دسترس‌ترین محل اجتماع مردم محله (مسجد) با حضور نمایندگان نهادهای منطقه چاهستانی‌ها شامل: بهزیستی، آموزش و پرورش، شهرداری منطقه ۲، فرمانداری، اعضای هیئت امناء مساجد و تعدادی از اهالی برگزار شد. در انتهای جلسه ۴۵ دقیقه به بحث و گفتگو و پرسش و پاسخ تهیه فهرست مشکلات دارای الویت در منطقه اختصاص داده شد.

مرحله ششم: طی یک جلسه ۱۲ نفر از نمایندگان جامعه، سازمان‌ها و تیم ارزیابی، مشکلات استخراج‌شده را با استفاده از روش هانلون (Hanlon) اولویت‌بندی نمودند (جدول ۲): از دیدگاه تیم ارزیابی جامعه، مشکلات دارای اولویت با رتبه اهمیت ۱ تا ۶ به سادگی قابل حل نبودند و حل آن‌ها حجم بالایی از همکاری بین بخشی و درون بخشی را می‌طلبد و از نظر فنی، مادی و نیروی انسانی خارج از توان و اختیارات تیم بود. در نهایت مشکل "شیوع بالای شپش سر (*Pediculus humanus capitis*) کودکان" با توجه به قابلیت اجرایی و مداخله‌پذیری و همچنین وسعت مشکل به‌عنوان مشکل قابل مداخله در منطقه انتخاب شد. مشاهده چشمی در سطح منطقه، آمارهای مرکز سلامت جامعه چاهستانی‌ها و همچنین مصاحبه‌های ساکنین حاکی از وجود شیوع بالای شپش سر کودکان در منطقه بود. برای تشخیص این مشکل در سطح منطقه چاهستانی‌های بندرعباس با تدوین پروپوزال تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی شیوع شپش

روش کار

مطالعه حاضر در شمال شرق شهرستان بندرعباس در منطقه‌ی چاهستانی‌ها در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جمعیت این محله با اکثریت مهاجرنشین روستایی و افغانی، حدود ۲۸۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۳ گزارش شده است. منطقه‌ی چاهستانی‌ها یکی از منطقه‌های حاشیه‌نشین و محروم شهرستان بندرعباس در استان هرمزگان است که به علت حاشیه‌نشین بودن و ساخت‌وسازهای غیرقانونی، دارای وضعیت نابسامان و مشکلات عدیده‌ای است (Mohammadi et al. 2010).

برای پیشبرد مراحل هشتگانه ارزیابی جامعه به شرح زیر اقدام شد. مرحله اول:

تیم ارزیابی جامعه، شامل یک نفر کارشناس اپیدمیولوژیست به عنوان راهنما، یک نفر مسؤول هماهنگی با ادارات و ساکنین منطقه و دو نفر به عنوان دبیر و منشی جلسات مصاحبه، تشکیل شد. یک فرد متخصص اپیدمیولوژی به عنوان سرپرست و ناظر تمامی برنامه‌های پروژه، تیم را همراهی و هدایت می‌نمود.

مرحله دوم: طی جلسات بحث متمرکز گروهی، بارش افکار و مصاحبه فردی در مرکز سلامت جامعه، دبیرستان‌ها، مدارس و مساجد محل، نظر پرسنل مرکز سلامت، دانش-آموزان، معلمان، ساکنین و معتمدین منطقه ضمن جمع‌آوری داده‌های اولیه سنجیده شد.

مرحله سوم: تیم ارزیابی فعالیت خود را با جمع‌آوری خلاصه و تفسیر نمودن داده‌های اولیه و ثانویه از سازمان‌های دیگر ادامه دادند. این داده‌ها معمولاً با اهدافی متفاوت با هدف ارزیابی جامعه جمع‌آوری شده بودند.

مرحله چهارم: داده‌های به‌دست‌آمده از مرحله دو و سه با هدف به دست آوردن درک پایه‌ای از ویژگی‌های جمعیت شناختی، خطرات عمده بهداشتی و مشکلات موجود در

۵۱/۹٪ آزمودنی‌ها از وسایل شخصی (شانه، حوله، کلاه، مقنعه، روسری و ...) مشترک استفاده می‌کنند. با توجه به دارایی‌های منزل شامل کامپیوتر، لپ‌تاپ، یخچال‌فریزر، اجاق‌گاز فردار و ... وضعیت اقتصادی افراد با مدل آنالیز مؤلفه‌های اصلی (PCA) سنجیده شد و افراد بر اساس شاخص سنجیده شده به دو گروه وضعیت اقتصادی مطلوب و نامطلوب تقسیم شدند؛ ۵۴ نفر از افراد از نظر اقتصادی از وضعیت مطلوب برخوردار بودند. آلودگی به شپش در گروه با وضعیت اقتصادی مطلوب ۹/۳٪ و در گروه با وضعیت اقتصادی نامطلوب ۲۴/۷٪ بود.

امتیاز آگاهی خانواده‌های کودکان گروه هدف در زمینه پیشگیری از ابتلا به شپش ۷۴/۱٪، نگرش ۸۳/۳٪ و عملکرد ۵۸/۸٪ بود.

نتایج تحقیق نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین میزان آلودگی به شپش با سابقه قبلی ابتلا به شپش ($p=0/007$)، درمان قبلی شپش ($p=0/002$)، جنس ($p=0/000$)، بعد خانوار ($p=0/007$) و وضعیت اقتصادی ($p=0/001$) در منطقه چاهستانی‌های بندرعباس وجود دارد (جدول ۲).

ارتباط معنی‌داری بین میزان آلودگی به شپش با سن، تحصیلات مادر، شغل مادر، تحصیلات پدر، شغل پدر، آموزش قبلی در خصوص پیشگیری و درمان ابتلا به شپش، رتبه تولد کودک مورد بررسی، پایه تحصیلی، تعداد دفعات شانه زدن، تعداد دفعات استحمام، نحوه استفاده از وسایل شخصی، آگاهی، نگرش و عملکرد وجود داشت (جدول ۳).

نتایج این بررسی نشان داد که دختران بطور معنی‌داری بیش از پسران به شپش سر آلوده می‌باشند. پائین بودن درصد افرادی که با وجود ابتلا برای درمان اقدام کرده بودند و وجود رابطه معنی‌دار بین سابقه ابتلای قبلی با احتمال آلودگی به شپش نشان‌دهنده میزان‌های پایین آگاهی جامعه نسبت به این مشکل بهداشتی می‌باشد. همچنین میزان آگاهی افراد در خصوص عوارض و نحوه درمان پایین بود.

سر کودکان و عوامل موثر بر آن در منطقه چاهستانی‌های بندرعباس به منظور تدوین برنامه عملیاتی، پژوهش میدانی صورت پذیرفت.

مرحله هفتم: پس از گزارش یافته‌های ارزیابی جامعه، تدوین سند مکتوب ارزیابی جامعه آغاز شد. این سند شامل شرح فرایند ارزیابی به همراه افراد و سازمان‌های مشارکت‌کننده و همچنین اطلاعات و یافته‌های ارزیابی است که به نحو مقضی انتشار آن نیز مورد برنامه ریزی قرار گرفت.

مرحله هشتم: هدف این مرحله تدوین برنامه جامع عملیاتی برای مسائلی است که به‌عنوان مشکلات دارای اولویت در فرآیند ارزیابی شناسایی شده‌اند. انتخاب مشکلات مستلزم قابلیت اجرایی حل آنها می‌باشد. گروه کار با آشنایی و شرایط مسلط بودن به مشکل موردنظر، بهترین افراد ممکن برای طراحی برنامه عملیاتی هستند. گروه کار با مورد توجه قرار دادن داده‌های موجود شهرستان، عوامل موثر در ایجاد مشکل انتخاب شده، دلایل تداوم و موانع کاهش آن را از طریق ایجاد فرضیه و انجام پژوهش شناسایی نمود. و در پی آن پنج گام برنامه عملیاتی را به اجرا درآمد.

نتایج

از میان ۲۱۶ کودک مورد مطالعه، ۴۵ نفر (۲۰/۸٪) آلوده به شپش سر بودند. ۳۳/۲۶٪ دختران و ۶٪ پسران آلوده به شپش سر بودند. ۲۶/۴٪ سابقه قبلی ابتلا به شپش داشتند که از میان آنها ۲۳/۶٪ برای درمان اقدام کردند. ۳۱/۹٪ خانواده‌ها در مورد پیشگیری از آلودگی به شپش آموزش دیده بودند.

از میان آزمودنی‌ها ۵/۶٪ آزمودنی‌ها شانه نمی‌زدند، ۲۳/۱٪ یک‌بار در روز، ۴۷/۲٪ دو بار در روز و ۲۴/۱٪ سه بار در روز و بیشتر شانه می‌زدند. ۱/۴٪ آزمودنی‌ها ۲ هفته یک‌بار استحمام می‌کنند، ۲/۳٪ یک‌بار در هفته، ۳۱٪ دو بار در هفته، ۶۵/۳٪ سه بار در هفته یا بیشتر استحمام می‌کنند.

یکی از عوامل خطری که در طول ارزیابی شناسایی شد، مشکل کمبود آب و قطعی مکرر آب‌لوله‌کشی و سهمیه‌بندی آن در منطقه بود که حل آن از عهده‌ی توانایی‌ها و اختیارات تیم پژوهشی خارج بود بنابراین تصمیم بر آن شد تا با امکانات موجود به پیشگیری و کنترل سایر عوامل خطر پرداخته شود.

برای یافتن راهکار مناسب مداخله، مطالعات قبلی که در این زمینه انجام شده بود مورد بررسی قرار گرفت. بررسی میدانی نشان داد میزان آگاهی و دانش افراد در خصوص راه‌های پیشگیری، کنترل و درمان بسیار پایین است. بنابراین نیاز به آموزش برای همه سنین در سطح منطقه دیده می‌شد. بررسی دانش، نگرش و عملکرد افراد جامعه در خصوص پیشگیری و کنترل شپش سر کودکان نشان داد که میزان عملکرد در موارد شستشوی لباس، ملحفه و استحمام در سطح مناسبی است اما با توجه به انجام ارزیابی جامعه قبل از پژوهش میدانی و حضور مستمر و بلند مدت پژوهشگران در منطقه و آشنایی با شرایط فرهنگی- اجتماعی آنان، مشخص شد که شستشوی لباس و ملحفه‌ها به روش مناسب و بهداشتی انجام نمی‌گیرد بنابراین این نکته در طراحی و اجرای برنامه عملیاتی مدنظر قرار گرفت. همچنین علاوه بر مداخله پیشگیری به اقدام درمانی نیز برای موارد موجود نیاز بود که درمان رایج با شامپوی پرمترین مورد توصیه قرار گرفت.

در راستای رسیدن به اهداف برنامه عملیاتی با موضوع کاهش شیوع پدیکلوزیس و همچنین توانمندسازی خانوارها، پمفلت آموزشی با توجه به فرهنگ و سطح سواد ساکنین و با کمک خود ایشان طراحی شد. توزیع پمفلت و آموزش نحوه‌ی پیشگیری و درمان پدیکلوزیس به شرح زیر در سطح محله انجام شد:

- توزیع پمفلت و آموزش به مراجعه‌کنندگان در مرکز سلامت جامعه محله چاهستانی‌ها

- توزیع پمفلت و آموزش در دبیرستان دخترانه شیخ‌الاسلام
 - توزیع پمفلت و آموزش در دبستان‌های دخترانه ستایش و ارمغان دانش
 - توزیع پمفلت و آموزش در مسجد ۱۴ معصوم (ع) پس از نماز ظهر و عصر
 - توزیع پمفلت و آموزش در مسجد ابراهیم رسول‌الله پس از نماز مغرب و عشاء
 - توزیع پمفلت در سطح منطقه‌ی چاهستانی‌ها (منازل مسکونی- مغازه‌ها- تاکسی‌تلفنی)
- راهبرد مورد نظر برای اجرای مداخلات در راستای رسیدن به اهداف برنامه عملیاتی شامل: هماهنگی درون-بخشی، هماهنگی بین‌بخشی، آموزش، تهیه محتوای آموزشی و اطلاع‌رسانی بود.
- از منابعی که در مرحله دوم ارزیابی جامعه شناسایی شده بودند، برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی، کمک گرفته شد. این منابع و دارایی‌ها عبارت بودند از: کانون بسیج منطقه، معلمین و مربیان دانش‌آموزان، هیئت‌امنا مساجد به‌عنوان افراد کلیدی.
- بخشی از زمان جلسات و تشکیل‌های هفتگی موجود که در چاهستانی‌ها برگزار می‌شد به اجرای برنامه عملیاتی، آموزش و توزیع پمفلت در زمینه پدیکلوز اختصاص داده شد، از جمله:

- کلاس نهضت سوادآموزی در محله
- کلاس آموزش مهارت‌های زندگی توسط بسیج محله در مسجد حمزه سیدالشهدا
- پس از پایان نماز جماعت ظهر و عصر در مسجد چهارده معصوم
- پس از پایان نماز جماعت مغرب و عشاء در مسجد ابراهیم محمد رسول‌الله (ص)
- کلاس آموزش خانواده در مرکز سلامت جامعه چاهستانی‌ها

سلامت روان، داده‌های بیماری‌های مقاربتی مرکز بهداشت و همچنین آمار جرم و جرائم درکلانتری شد.

چالش دیگری که در طول ارزیابی جامعه پژوهشگران با آن روبرو هستند، پیش‌بینی میزان همکاری مردم است، آیا افرادی که در ابتدا اعلام آمادگی می‌نمایند فقط برحسب دستور یا به امید کمک مالی همکاری نموده‌اند یا آن‌ها در طول فرایند زمان‌بر ارزیابی جامعه از ابتدا تا انتها و مرحله تجزیه و تحلیل نتایج، انتشار و سپس اجرای برنامه عملیاتی همکار طرح می‌مانند. قطع همکاری مردم با تیم ارزیابی یکی از موارد چالش‌برانگیز برای تیم حاضر نیز بود که با کمک جلسات توجیهی برای مردم و مسئولین و همکاری قابل‌تقدیر افراد ذی‌نفع در جامعه مانند امامان جماعت و اعضای شورای شهر تا حدود زیادی برطرف گردید.

نتایج نشان داد نظرات مردم و مسئولین در مورد مشکلات منطقه تا حدودی مطابقت دارد. به‌طوری‌که هم مسئولین بهداشتی و هم سکنه مشکلاتی مانند بیماری‌های پوستی، بیماری‌های انگلی و شیوع بالای کمبودهای تغذیه‌ای در مادران باردار و کودکان را ذکر کردند. اگرچه در برخی موارد نیز مشکلات متفاوتی توسط هریک از دو گروه مطرح شده بود که از بین آن‌ها می‌توان به مشکلاتی مانند پیگیری نامناسب و عدم وجود مداخلات کافی در بیماری پرفشاری خون توسط مسئولین و ناکارآمدی سیستم فاضلاب و مدیریت پسماند خشک، عدم وجود امنیت کافی در معابر در زمان تاریکی و ناکافی بودن مراکز ارائه خدمات بهداشتی توسط سکنه اشاره کرد. وجود تفاوت در مشکلات گزارش شده توسط گروه‌های مختلف یک جامعه می‌تواند نشان‌دهنده این مطلب باشد که هر گروهی از افراد مشکلات را با استفاده از اطلاعات و مستندات خود گزارش می‌کنند. کاملاً طبیعی است که مسئولین بهداشتی یک منطقه با توجه به آمار و اطلاعاتی که در خصوص وضعیت بهداشتی منطقه به دست می‌آورند اقدام به برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی مشکلات می‌کنند در حالی که مشکلات دارای اولویت از دیدگاه مردم منطقه می‌تواند

معمولاً ارزیابی پس از گذشت چند ماه و برای سنجش میزان تأثیر مداخلات در گروه هدف انجام می‌شود. به دلیل محدودیت زمان و منابع ارزیابی اثربخشی برنامه عملیاتی در این پژوهش گنجانده نشد. بررسی‌های اولیه نشان داد که در همن فرصت کم نتایج قابل ملاحظه‌ای در سطح دانش، نگرش و عملکرد جامعه در خصوص کنترل و پیشگیری شپش سر کودکان بوجود آمده است. برای ارزشیابی وسیع‌تر و تعیین سطح اثر بخشی اجرای برنامه عملیاتی، به گذشت زمان طولانی‌تر نیاز است.

بحث

ارزیابی جامعه فرآیندی است که طی آن، نیازهای ساکنان منطقه موردنظر شناسایی، تعیین و اولویت‌بندی می‌شود تا با تهیه و تدوین برنامه‌ها و راهکارهای مناسب به رفع مشکلات اقدام گردد (Holakouie Naieni et al. 2014). در این مطالعه جمع‌آوری نظرات مسئولین و مردم منطقه در مورد مشکلات شایع منطقه محل سکونت آن‌ها با استفاده از اصول ارزیابی جامعه به روش کارولینای شمالی و تجارب و الگوی ارزیابی جامعه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدل ارائه شده برای ارزیابی جامعه در جمهوری اسلامی ایران انجام گردید.

صرف‌نظر از فواید ارزیابی جامعه انجام این مطالعه دارای محدودیت‌های متعددی نیز می‌باشد. اولین محدودیت در مرحله تشکیل ائتلاف و تلاش برای حل مشکل با کمک سایر سازمان‌ها و نهادها می‌باشد. بعضی از مراکز و سازمان‌ها در طول فرایند ممکن است تمایلی به همکاری با تیم ارزیابی و به اشتراک‌گذاری داده‌ها به دلیل نگرانی از فاش شدن اطلاعات محرمانه یا پیامدهای منفی گزارش‌های ناموفق، نداشته باشند. چنین نگرانی‌هایی منجر به عدم دسترسی تیم ارزیابی جامعه این پژوهش به داده‌های بخش

می‌تواند به ارزشیابی اقدامات انجام‌شده و بهبود برنامه‌های عملیاتی منجر شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به‌خوبی مشکلات سلامتی موجود در جامعه را آشکار ساخت. به نظر می‌رسد با پرداختن دوره‌ای به دو یا سه مشکل اساسی در جامعه، بتوان مابقی مشکلات اصلی را به تدریج در طول زمان با اجرای برنامه‌های عملیاتی مرتبط به حداقل رسانید. به‌کارگیری این روش جهت ارتقاء سلامت و رفاه هر جامعه در راستای توسعه ارائه خدمات بهداشتی توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود جایگاه آن در نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور تعریف شود تا بتوان به‌عنوان یک وظیفه سازمانی، به انجام دوره‌ای و منظم فرآیند ارزیابی جامعه به منظور بهبود بخشیدن و ارتقای سلامت جامعه پرداخت. ایجاد جامعه سالم نیازمند رویکردهای مشارکتی و راه‌حلی‌هایی است که جامعه و سازمان‌ها را در کنار یکدیگر با هم درمی‌آمیخت تا از ظرفیت‌ها، توانایی‌ها و منابع اجتماعی جهت شناخت و حل مشکلات، استفاده بهینه گردد. تعارض منافع: نویسندگان مقاله بیان می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران، مراتب تقدیر و تشکر خود را از کارکنان ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس، مرکز بهداشت شهرستان بندرعباس، مرکز سلامت جامعه چاهستانی‌ها، ساکنین گرانقدر منطقه و دانشجویان "MPH" زمینه اپیدمیولوژی میدانی "خانم سیده مریم هاشمی نسب، خانم اعظم گراوندی، آقای دکتر محمد بکرانی و آقای بهروز تقی‌لو، اعلام می‌دارند.

موضوعاتی کاملاً متفاوت باشد (Khosravi et al. 2013). فرآیند ارزیابی جامعه شرایطی را فراهم می‌کند که افراد جامعه صرف‌نظر از هرگونه تفاوتی بتوانند خواسته خود را مطرح کنند. اهمیت مطرح‌شدن خواسته‌های مردم یک منطقه در بحث فرآیند ارزیابی جامعه بسیار واضح و آشکارا می‌باشد به‌نحوی که می‌توان مشاهده کرد که اکثریت افراد عادی جامعه به مشکلاتی مانند عدم وجود امنیت کافی در محل زندگی و نبود مراکز ارائه خدمات بهداشتی اشاره نموده بودند درحالی‌که چنین مسائلی به دلیل مشکلات فرهنگی در جوامع ایرانی به‌راحتی می‌تواند از دیدگاه مسؤولین پنهان بماند.

انجام کامل چرخه ارزیابی جامعه با اندکی تغییرات در اکثر جوامع با فرهنگ، آداب و سنن و اندازه‌های مختلف، قابلیت اجرا دارد. این روش می‌تواند مشارکت مردم را در اجرای مطالعه و به‌کارگیری مداخلات جلب نماید در نتیجه بار مشکلات اصلی قابل مداخله در جامعه کاهش پیدا کرده و به ارتقای سلامت جامعه بینجامد. علت برخی تفاوت‌ها در نتایج این مطالعه با سایر مطالعات داخلی و خارجی به دلیل خاص بودن مکان انجام مطالعه است و این نتیجه مورد انتظار بود. جامعه چاهستانی‌ها، جامعه‌ای مهاجرپذیر، آسیب‌پذیر، حاشیه‌نشین و با مشکلات خاص است و این موضوع در تمام جوامع خاص در زمان ارزیابی جامعه، مورد انتظار است و باید مورد توجه قرار گیرد.

درنهایت پیشنهاد می‌شود که فرآیند ارزیابی جامعه در جوامع دیگری که تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور هستند ادغام یافته در نظام عرضه خدمات انجام شود تا بتوان درکی درست از مشکلات دارای اولویت هر منطقه به دست آورد و بر اساس آن برنامه‌های عملیاتی متناسب برای هر منطقه را به منظور کاهش بار مشکلات سلامتی تدوین و اجرا نمود. همچنین تداوم و تکرار دوره‌ای فرآیند ارزیابی جامعه در نظام ارائه خدمات بهداشتی کشور

جدول ۱- مشکلات استخراج شده از دیدگاه گروه‌های مختلف در جامعه چاهستانی های بندرعباس در جریان ارزیابی جامعه

۱۳۹۳

| مسئولان بهداشتی | مردم منطقه | اولویت بندی نهایی |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| شیوع بالای بیماری های انگلی | نبود سیستم فاضلاب و جاری شدن فاضلاب در سطح منطقه | ۱- نبود سیستم فاضلاب کارآمد و کانال کشی، حل لایروبی خور گور سوزان و حل مشکل ورود فاضلاب به خور گور سوزان |
| شیوع بالای بیماری های پوستی | بعد مسافت مرکز بهداشت و نبود یک مرکز بهداشت دیگر | ۲- عدم وجود امنیت، عدم حضور پلیس و عدم نظارت دستگاه قضایی |
| پیگیری نامناسب در مراقبت های پر فشاری خون (عدم وجود برنامه ای برای شناسایی بیماران). | عدم جمع آوری زباله به طور مداوم و منظم | ۳- تاریکی و تنگی معابر و مشخص نبودن آدرس ها در کوچه ها و خیابان های منطقه |
| شیوع بالای وضعیت نزدیک به کم خونی و سایر کمبودهای تغذیه ای در مادران باردار | آسفالت نبودن معابر | ۴- نبود فضا و مجموعه فرهنگی، فرهنگسرا، کتابخانه و فضای آموزشی |
| شیوع بالای سوء تغذیه در کودکان | مدت زمان زیاد انتظار به دلیل حجم زیاد مراجعین و نبود مکان برای نشستن | ۵- عدم جمع آوری زباله به صورت منظم، نبود سطل آشغال و دزدیده شدن سطل آشغال ها |
| حاملگی در سنین زیر ۳۰ سال همراه با بیماری های مزمن | عدم وجود امنیت، عدم حضور پلیس و عدم نظارت دستگاه قضایی | ۶- کمبود فضای معاینه، کمبود کارکنان، تراکم زیاد جمعیت و بار بالای مراجعه به مرکز بهداشت |
| پایین بودن سن ازدواج، بارداری، تعدد بارداری و فاصله کم بین موالید | بیماری های پوستی، انگلی و شپش | ۷- بیماری های پوستی (به ویژه گال) و پدیکلوزیس (به ویژه در مدارس) و بیماری های انگلی |

جدول ۲- نتایج تحلیلی مقایسه عوامل خطر شپش سر کودکان منطقه چاهستانی های بندرعباس

| متغیر | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی | p-value* |
|-------------------------|------------------|--------------|----------|
| جنس | دختر | ۵۳/۷ | ۰/۰۰ |
| | پسر | ۱۰۰ | |
| وضعیت اقتصادی- اجتماعی | مطلوب | ٪۲۵ | ۰/۰۰۱ |
| | نامطلوب | ٪۷۵ | |
| سابقه قبلی ابتلا به شپش | با سابقه ابتلا | ۲۶/۴ | ۰/۰۰۷ |
| | بدون سابقه ابتلا | ۷۳/۶ | |
| سابقه درمان شپش | درمان شده | ۲۳/۶ | ۰/۰۰۲ |
| | درمان نشده | ۷۶/۴ | |
| بعد خانوار | ۳ | ۶ | ۰/۰۰۷ |
| | ۴ | ۳۷ | |
| | ۵ | ۳۰/۱ | |
| | ۶ | ۱۳ | |
| | ۷ | ۹/۳ | |
| | ۸ | ۱/۴ | |
| | ۹ | ۱/۴ | |
| | ۱۰ | ۱/۹ | |
| | ۱۱ | ۱۳ | |
| | ۱۲ | ۳۷ | |

• آزمون آماری کای اسکور

جدول ۳ - پرسش ها و نتایج بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد در مورد به منظور دستیابی به اطلاعات لازم برای تدوین برنامه

عملیاتی کاهش شیوع شپش سرکودکان در منطقه چاهستانی های بندرعباس

| پاسخ (درصد) | پرسش | حیطه: |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| | آگاهی: | |
| بلی (۴۹/۱)، خیر (۱۱/۶)، نمی دانم (۳۹/۴) | آیا آلودگی به رشک و شپش سر موجب خستگی و کاهش یادگیری فرد می شود؟ | |
| بلی (۹۳/۱)، خیر (۳/۷)، نمی دانم (۳/۲) | آیا رشک و شپش سر از فردی به فرد دیگر منتقل می شود؟ | |
| بلی (۸۸)، خیر (۶)، نمی دانم (۶) | آیا رشک و شپش از طریق وسایل شخصی (شانه، حوله، کلاه، مقنعه، روسری، کش موی سر، رختخواب) منتقل می شود؟ | |
| بلی (۹۲/۱)، خیر (۳/۲)، نمی دانم (۴/۶) | آیا رشک و شپش سر قابل درمان است؟ | |
| بلی (۷۲/۲)، خیر (۱۳)، نمی دانم (۱۴/۸) | آیا درمان رشک و شپش سر نیاز به تکرار در هفته بعد از درمان دارد؟ | |
| موافقم (۳۹/۴)، مخالفم (۵۷/۴)، نظری ندارم (۳/۲) | برای درمان رشک و شپش سر فرزند خود به پزشک مراجعه می کنید. | |
| موافقم (۱۷/۱)، مخالفم (۶۴/۸)، نظری ندارم (۱۸/۱) | وجود رشک و شپش در موهای فرزندم باعث تقویت موی سر او می شود. | |
| | نگرش: | |
| موافقم (۹۲/۶)، مخالفم (۵/۶)، نظری ندارم (۱/۹) | شستشوی منظم موی سر فرزندم در پیشگیری از رشک و شپش سر او تأثیر دارد. | |
| موافقم (۸۱/۵)، مخالفم (۱۶/۷)، نظری ندارم (۱/۹) | نگران از ابتلا به رشک و شپش سر فرزندم هستم. | |
| موافقم (۸۰/۱)، مخالفم (۱۶/۷)، نظری ندارم (۳/۲) | وجود رشک و شپش در سر فرزندم بر سلامتی او تأثیر دارد. | |
| | عملکرد: | |
| نمی زند (۵/۶)، یکبار در روز (۲۳/۱)، دو بار در روز (۴۷/۲)، ۳ بار و بیشتر (۲۴/۱) | فرزند شما چند بار در روز موهای خود را شانه می زند؟ | |
| دو هفته یکبار (۱/۴)، یکبار در هفته (۲/۳)، دوبار در هفته (۳۱)، سه بار در هفته (۵۰)، هر روز (۱۵/۳) | فرزند شما چند بار در هفته استحمام می کند؟ | |
| بلی (۵۱/۹)، خیر (۴۸/۱) | فرزند شما از وسایل شخصی مشترک (شانه، حوله، کلاه، مقنعه، روسری، کش موی سر رختخواب) استفاده می کند؟ | |
| دو هفته یکبار (۱/۴)، یکبار در هفته (۱/۹)، دو بار در هفته (۱۰/۶)، سه بار در هفته (۳۳/۳)، هر روز (۵۲/۸) | شستشوی لباس ها چند بار در هفته صورت می گیرد؟ | |
| دو هفته یکبار (۱/۴)، یکبار در هفته (۴/۶)، دو بار در هفته (۱۲/۵)، سه بار در هفته (۲۹/۶)، هر روز (۵۱/۹) | لباس مدرسه فرزند خود را (مقنعه و روپوش) چند وقت یکبار می شویید؟ | |
| دو هفته یکبار (۰/۹)، یکبار در هفته (۰/۵)، دوبار در هفته (۶/۵)، سه بار در هفته (۵۶)، هر روز (۳۶/۱) | لباس فرزند چند بار در هفته عوض می شود؟ | |
| هر هفته (۲/۸)، دو هفته یکبار (۲۱/۳)، سه هفته یک بار (۱۴/۸)، ماهی یکبار (۲۱/۷)، سه ماه یکبار (۳۹/۴) | شستشوی رویه بالش چند وقت یکبار صورت می گیرد؟ | |
| هفته ای یکبار (۴/۲)، دو هفته یکبار (۳۵/۶)، سه هفته یکبار (۳۱)، سه ماه یکبار (۱۴/۸)، سالی یکبار (۱۴/۴) | شستشوی ملحفه تشک و لحاف چند وقت یکبار انجام می گیرد؟ | |



شکل ۱- بررسی موی سر برای تشخیص آلودگی به شپش توسط عضو تیم



شکل ۲- توزیع پمفلت و آموزش در دبستان‌های دخترانه ستایش و ارمغان دانش در خصوص روشهای پیشگیری و کنترل شپش سر

References

Basseej, M.H., Holakouie-Naieni, K., Ardalan, A. and Ahmadnezhad, E., 2015. Community assessment for determining the health priority problems and community diagnosis: a case study of Qala_Sayed village, Kazeroun, Fars Province, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 44, pp. 1303-1305.

Boyce, B., Reilly, J., Boyce, J., Brennan, R. and Reilly, J., 2000. 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.

- Delshad, A., Salari, H., Khajavi, A.J., Shafaghi, K., Marouzi, P., Mohammad Pour, A., Mansourian, M.R., Atarodi, A.R., Keramati, A. and Ekrami, A., 1383. 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*, 10, pp. 22-15.
- Holakouie Naieni, K., Ahmadvand, A., Ahmadnezhad, E. and Alami, A., 2014. A Community Assessment Model Appropriate for the Iranian Community. *Iranian J Publ Health*, 43, pp. 323-330.
- Holakouie-Naieni, K., Ahmadi Pishkuhi, M., Shafieezadeh, T., Salehiniya, H. and Pooya, B., 2015. Review the Results of the Community Assessment Projects in Areas Covered by Health Centers in Iran During the Years 1992-2013. *Iranian Journal of Epidemiology*. 11(2), pp. 69-82 [In Persian]
- Karimi, J., Holakouie Naieni, K. and Ahmadnezhad, E., 2012. Community Assessment of Shahin-Shar, Isfahan, IR Iran to Develop Community Health Action Plan. *Iranian Journal of Epidemiology*, 8, pp. 21-30 [In Persian]
- Khosravi, A., Sepidar Kish, M., Khalili, M., Ghofrani, M., Ashrafi, E.N., Sharifi, N. and Holakouie Naeini, K., 2013. Community Assessment for Diagnosis and Determination of Health- related Problems. *Knowledge and Health Journal*, 8, pp. 41-45.
- Maleki, F., Hossein Pour, M., Rafiemanesh, H., Salehi, F., Lotfi, Z. and Naserizadeh, M., 2015. The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 12, pp. 13-21 [In Persian].
- Merzel, C. and D'afflitti, J., 2003. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, 93, pp. 557-574.
- Mohammadi, Y., Javaheri, M., Mounesan, L., Rahmani, K., Holakouei Naeini, K., Madani, A. and Ghasemi, F., 2010. Community assessment for identification of problems in Chahestani Region of Bandar-Abbas city. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 8, pp. 21-30 [In Persian].
- Mokhtari, M., Banaye Jeddi, M., Majidi, A., Jafari Khoinagh, A. and Holakouei Naieni, K., 2013. Community assessment for identification and prioritization of problems to establish health promotion operational plans. *Journal of Research & Health*. 3, pp. 295-302.
- North Carolina Division of Public Health (DPH)., 2015. (n.d.) In *Community Health Assessment Guide Book*. Retrieved November 9, 2015, from <http://publichealth.nc.gov/lhd/cha/docs/guidebook/CHA-GuideBook-June2014.pdf>
- Shoultz, J., Oneha, M.F., Magnussen, L., Hla, M.M., Brees-Saunders, Z., Cruz, M.D. and Douglas, M., 2006. Finding solutions to challenges faced in community-based participatory research between academic and community organizations. *Journal of interprofessional care*, 20, pp. 133-144.
- WHO., 2002. *World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques.* [Online]. World Health Organization
- Zaeri, S., Asgharzadeh, S., Khoshnevis, S., Mohammadi, M. and Holakouei Naieni, K., 2011. Identification of community needs and prioritization of problems based on community assessment in Azerbaijan Borough, Tehran, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 9, pp. 69-78 [In Persian].
- Zahner, S.J., Kaiser, B. and Kapelke-Dale, J., 2005. Local partnerships for community assessment and planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 11, pp. 460-464.

Implementation of the Action Plan for the prevention and control of children head lice (*Pediculus humanus capitis*) after the implementation of Community assessment in the Chahestaniha region in the City of BandarAbbas

Hosseinpour, M., MSc. Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Nematollahi, S., Ph.D. Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shekari, M., Ph.D. Associate Professor, Molecular Medicine Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Madani, A., Ph.D. Associate Professor, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Akbari Sari, A., Ph.D. Associate Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Ardalan, A., Ph.D. Associate Professor, Department of Disaster and Emergency Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences

Torabi, E., BSc, Bandar Abbas Health Research Station, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shabkhiz, H., BSc, Bandar Abbas Health Research Station, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Holakouie Naieni, K., Ph.D. Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Bandar Abbas Health Research Station, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran-
Corresponding author: holakoik@hotmail.com

Received: Jan 8, 2016

Accepted: Feb 9, 2016

Abstract

Background and Aim: Nowadays, in health promotion and disease prevention great emphasis is put on participatory community-based approaches. These approaches are considered as the main strategy of health promotion by using multiple interventions. Community assessment is a participatory research approach in which problems prioritization and resource distribution are done using information collected in a region aiming at promoting health of the community.

Materials and Methods: In this applied research community assessment was made in the Chahestaniha region in the City of BandarAbbas with the objective of identifying and prioritizing the main problems. The assessment consisted of eight phases, namely, the formation of a community assessment team, Primary and secondary data collection, data analysis and interpretation, combining district-level health statistics with community assessment data, reporting to the community, prioritizing health problems, and prepared a community assessment document. In the eighth phase, after considering all risk factors that cause high prevalence of Children head lice, the action plan was designed and implemented to solve the problems.

Results: The Chahestaniha community assessment led to identifying 52 problems. The priority problems were classified. High prevalence of lice on children's head was chosen as the top major problem to be solved, an action plan for solving it was developed and implemented.

Conclusion: The full cycle of community assessment methodology can be applied, with only some small changes, in most communities with different sizes, cultures, traditions and social habits. The method can obtain participation of the people in conducting the study and implementing interventions.

Keywords: Community Assessment, Action plan, Children head lice, BandarAbbas, Chahestaniha