

ارزیابی جامعه برای شناسایی و اولویت بندی مشکلات محله چاهستانی های شهرستان بندرعباس

یونس محمدی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

معصومه جواهری: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

لیلا مونسان: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

خالد رحمانی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

کوروش هلاکویی نائینی: استاد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران-نویسنده رابط: holakoik@hotmail.com

عبدالحسین مدنی: استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

فریبا قاسمی: کارشناس بهداشت محیط، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۲/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: جلب مشارکت مردمی مهمترین راهکار توسعه در بخش های مختلف جامعه تلقی می شود. در این راستا ارزیابی بهداشت جامعه فرآیندی است که در طی آن اعضای جامعه طی آن با تعیین، جمع آوری، تحلیل، و انتشار اطلاعات دارایی ها، نقاط قوت، منابع، و نیازهای جامعه، درکی درست از سلامت، دلواپسی ها، و نظام مراقبت سلامت جامعه به دست می آورند. محله چاهستانی ها از محله های محروم و حاشیه ای شهرستان بندرعباس است که این بررسی با هدف شناسایی و اولویت بندی مشکلات با کمک مردم انجام شد.

روش کار: این طرح بر اساس الگوی کارآموزی MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدل کارولینای شمالی انجام شده است. در این مدل فرآیند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله انجام که هفت مرحله اول شامل شناسایی و اولویت بندی مشکلات و مرحله هشتم شامل تدوین برنامه های عملیاتی برای حل مشکلات دارای اولویت می باشد.

نتایج: در این مطالعه، در مجموع ۶۰ مشکل مختلف به دست آمد. همچنین بی توجهی مسئولین، ناامنی و بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نپوشیده معابر و قطعی برق، عدم روشنایی معابر، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر به عنوان مشکلات اصلی محله اولویت بندی شدند.

نتیجه گیری: اکثر مشکلات بدست آمده در این مطالعه، مسایل غیر از مشکلات بهداشتی بوده که این مشکلات طیف وسیع و متنوعی از مسائل در زمینه های دیگر اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی را در بر می گرفت.

واژگان کلیدی: ارزیابی جامعه، شناسایی مشکلات، اولویت بندی، شهرستان بندرعباس، ایران

مقدمه

نیازهای یک جامعه ممکن است به صورت تشخیص داده شود و یا به صورت نیاز واقعی باشد که نیازهای احساس شده باشد؛ یعنی توسط افراد جامعه توسط مطالعه کارشناسانه بهداشت جامعه مشخص می گردد

جامعه برای توسعه زندگی شهروندان، به اوج خود می رسد . همچنین ارزیابی سلامت جامعه می تواند مبنایی برای تبادل نظر و اقدام فراهم آورد. اعضای جامعه در ایجاد مشارکت ها، جمع آوری داده های مربوط به سلامت، تعیین اولویت های سلامت، شناسایی منابع، و طرح ریزی برنامه های سلامت جامعه نقش رهبری را به عهده دارند. در این چارچوب، فرایند ارزیابی با مردمانی که در جامعه زندگی می کنند آغاز می شود و خود آنان مسئولیت اولیه برای تعیین ارزیابی جامعه در تمام سطوح، از جمله جمع آوری و تفسیر داده ها، ارزشیابی منابع سلامت، تعیین مشکلات سلامت، و پیشبرد راهبردهای مقابله با این مشکلات، را به عهده می گیرند. از این دیدگاه، ارزیابی جامعه " به دست جامعه" انجام می شود "تا بر روی جامعه" (Holakouie & Naeini & Karimi 2009) محله چاهستانی ها یکی از محله های حاشیه ای و محروم شهرستان بندرعباس بوده که به علت حاشیه نشین نشین بودن و غیرقانونی بودن ساخت و ساز منطقه، دارای وضعیت نابسامان و مشکلات عدیده ای می باشد این محله در حدود ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت دارد. اکثر افراد ساکن این محله از مهاجران و به خصوص روستای چاهستان شهرستان بندرعباس است و نام محله هم برگرفته از نام آن روستا می باشد. البته در محله مهاجران دیگری از مناطق مختلف استان هرمزگان و حتی مهاجران افغانی نیز حضور دارند که تعداد آن ها به نسبت کم می باشد. این مطالعه با هدف ایجاد یک پایه ی اطلاعاتی و توانمند سازی مردم محله چاهستانی ها برای شناسایی، اولویت بندی، برنامه ریزی و اقدام به حل مشکلات محله انجام گرفته است. انجام چنین مطالعه ای با یک روش متری و پیشرفته در این محله که دارای مشکلات زیادی است مفید به نظر می رسد.

روش کار

این مطالعه در سال ۱۳۸۸ و در محله چاهستانی ها شهرستان بندرعباس انجام شد. این ارزیابی بر اساس الگوی تدوین شده کارآموزی MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدل کارولینای شمالی، در آمریکا که یک

(Delshad 2004). حل این مسائل مستلزم به کارگیری ابعاد مختلف سیاسی، اجتماعی، زیست شناختی برای حل مشکلات می باشد (Israel 2005) به طوری که تحقیقات مربوط به سلامت برای ارتقای طراحی برنامه های مداخله ای، سیاست ها و ایجاد سیستم های خدماتی نقش حیاتی دارد. هم چنین اولویت بندی نقش تعیین کننده ای در هدایت جریان خود پژوهش دارد؛ با این حال هیچ راه آسانی برای اولویت بندی وجود ندارد و عدم وجود راهی مناسب برای رسیدن به این هدف باعث هزینه فقط ۱۰ درصد سرمایه های سلامت برای ۹۰ درصد مشکلات مربوط به سلامت می شوند (Imami 2010). با این وجود پژوهش های جامعه نگر دانشگاهی نتوانسته اند طبق نیازها و اولویت های سلامت جامعه اقدامات موثر را انجام دهند و روش های سنتی تحقیق و عدم شرکت محققان غیر دانشگاهی و شرکت محدود مردم در روند تولید دانش و ایجاد تغییر در سیستم بهداشتی دچار چالش می باشند (Meymandi 2006). در تمدن نوین جلب مشارکت مردمی مهمترین راهکار توسعه در بخش های مختلف جامعه تلقی می شود. در سال های اخیر متولیان سلامت در پی راهکارهایی بوده اند که از طریق آن بتوانند با دادن آموزش های موثر، در رفتار، نگرش و باور عمومی تغییر ایجاد نمایند که ایجاد مراکز توسعه اجتماعی و ارتقا ی سلامت در این راستا بوده است (Habibzadeh 2005). راهبردهای تحقیق که بر مشارکت تاکید می کنند در حال کسب توجه بیشتر هم در کشورهای توسعه یافته و هم کشورهای در حال توسعه است (Cornwall & Jewkes 1995; Minkler 2006). در این راستا ارزیابی بهداشت جامعه فرآیندی است که اعضای جامعه طی آن با تعیین، جمع آوری، تحلیل، و انتشار اطلاعات دارایی ها، نقاط قوت، منابع، و نیازهای جامعه، درکی درست از سلامت، دلواپسی ها، و نظام مراقبت سلامت جامعه به دست می آورند. به طور معمول ارزیابی سلامت جامعه با یک گزارش که شامل اطلاعات سلامت جامعه آنطور که امروز هست، و ظرفیت

آوری شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و واحد مطالعه خانوار و بدین صورت بود که با مشاوره کارمندان مرکز بهداشتی محله چاهستانی‌ها، این منطقه به ۲۱ خوشه تقسیم و از هر خوشه به طور تصادفی به درب منازل ۱۵ خانوار مراجعه و با یکی از افراد بالای ۱۵ سال حاضر در منزل مصاحبه می‌شد، همچنین دو بحث گروهی متمرکز گروهی در مسجد یکی با حضور زنان و دیگری هم با حضور مردان انجام شد. داده‌ها تا زمانی جمع‌آوری شدند که داده‌ها به سطح اشباع برسند و نیازی به انجام بیشتر مصاحبه نباشد.

در مرحله سوم، تحلیل داده‌های سلامت شهرستان انجام گرفت. در این مرحله تیم ارزیابی جامعه آمارهای سلامت محله را با استان مقایسه کرد تا مشکلات احتمالی جامعه را تعیین کنند.

در مرحله چهارم، تیم ارزیابی جامعه جزئیات داده‌های حاصل از مرحله ۲ و ۳ را مرور کرد. در این مرحله تفسیر داده‌ها و مقایسه آمارهای سلامت با داده‌های جامعه صورت گرفت در پایان این مرحله درک اساسی از مسائل عمده سلامت محله چاهستانی‌ها به دست آمد.

در مرحله پنجم، تیم ارزیابی جامعه نتایج ارزیابی خود را به جامعه گزارش کرد. اهمیت این مرحله با ارائه روشهای کاربردی، تلفیق نظرات مردم با یافته‌های تیم ارزیابی است.

در مرحله ششم، پس از مشخص شدن مشکلات و برای تشخیص اولویت‌ها، با حضور ۵ نفر از افراد محله و از طریق ماتریس انتخاب، اولویت‌های اصلی محله مشخص شدند.

مرحله هفتم شامل ایجاد سند ارزیابی جامعه است. در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه به تنهایی گزارش مستند فرآیند ارزیابی را به همراه یافته‌های کامل آن تهیه کرد. مقصود از این مرحله به اشتراک گذاشتن نتایج و برنامه‌های ارزیابی با کل جامعه و سایر علاقه‌مندان بود.

در آخرین مرحله از این بررسی تیم ارزیابی جامعه برنامه‌های عملیاتی را که بر اساس اولویت در مرحله ششم

روش شناخته شده و بسیار مترقی است انجام شد (Holakouie Naeni & Karimi 2009). در این مدل فرایند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله انجام میشود. مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی هر ۴ سال یکبار انجام میشود بدینسان هر شهرستان پس از ارزیابی جامعه و تعیین اولویت‌های سلامت، و تدوین برنامه عملیاتی برای حل مشکل، سه سال فرصت دارد. سپس از سوی سطوح بالاتر (ایالتی) مورد ارزشیابی قرار می‌گیرد و در نهایت منجر به صدور گواهی یا نوعی تاییدیه نسبت به عملکرد آن شهرستان میشود که این گواهی مدت ۴ سال اعتبار دارد. این بررسی در دو فاز انجام شد در فاز اول که شامل مراحل اول تا هفتم می‌باشد به شناسایی مشکلات و اولویت بندی آن‌ها می‌پردازد و در فاز دوم به تدوین برنامه‌های عملیاتی برای حل مشکلات پرداخته می‌شود. مقاله حاضر فقط به ارائه نتایج فاز اول این مطالعه اختصاص داده شده است. روش کار: این ارزیابی در ۸ مرحله به شرح زیر به اجرا درآمده است. مرحله اول، تشکیل تیم ارزیابی جامعه بود که فرایند ارزیابی را رهبری به عهده خواهد داشت. این گروه باید شامل افراد دارای انگیزه باشند که بتوانند در جهت منافع طیف وسیعی از اعضای جامعه فعالیت نمایند و قادر باشند به نحو شایسته دلواپسی‌ها و نیازهای جمعیت‌های مختلف درون جامعه را بیان کنند. با توجه به این که گروه از قبل تشکیل شده بود، در بررسی ما نیازی به تشکیل این گروه نبود.

مرحله دوم، به جمع‌آوری داده‌ها اختصاص دارد. در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه داده‌ها را بطور مستقیم جمع‌آوری کرد تا بدین وسیله نقطه نظرات جامعه، دغدغه‌های مردم نسبت به زندگی، سلامت و سایر زمینه‌هایی که برای مردم اهمیت دارند را به دست آورند. اهمیت این داده‌ها در ارزیابی وضعیت جامعه از دیدگاه مردمانی است که در آن جامعه زندگی می‌کنند. این داده‌ها از طریق حضور در میان مردم و به روش کیفی هم به صورت مصاحبه و هم به صورت بحث گروهی متمرکز جمع

تعیین خواهند شد با همکاری و مشارکت سازمان های ذیربط به اجرا خواهند گذاشت.

نتایج

با انجام این بررسی و در مجموع ۶۰ مشکل توسط مردم بیان گردید و ثبت شد. مشکلات به دست آمده از مردم دسته بندی گردید. به منظور فهم و درک آسان تر مشکلات شناسایی شده، این مشکلات در ۶ گروه طبقه بندی شدند:

بهداشت و سلامت: عدم نظارت مستمر و صحیح سازمان های تشکیل دهنده سیستم بهداشتی، برخورد نامناسب با مردم در بیمارستان، کم بودن مراکز بهداشتی و درمانی، بی توجهی به بهداشت و نظافت مدارس، نبود پزشک در محله.

آموزشی و فرهنگی: فقر فرهنگی، ترک تحصیل کودکان، نبود امکانات ورزشی مورد نیاز، عدم دسترسی مردم محل به کتابخانه، عدم وجود مهدکودک مناسب برای کودکان، پایین بودن سطح سواد مردم، نداشتن مدارس راهنمایی و متوسطه در محل، دوری مدارس دخترانه از محل، نبود فضای سبز، نبود امکانات تفریحی برای خانواده ها، نبود پارک.

اقتصادی و اشتغال: فقر، بیکاری، گرانی، بالا بودن اجاره خانه، دستمزد پایین، کار کودکان، عدم ایجاد اشتغال برای جوانان، گران فروشی بعضی از نانواییها.

اجتماعی و حقوق شهروندی: فروش مشروبات الکلی، خودکشی، زورگیری، مهاجرت از مناطق همجوار، مشکل بچه های سرراهی، فساد اخلاقی، بی توجهی مسؤولان، کمبود نانوایی در محل، کیفیت پایین نان، اعتیاد، نبود گاز، عدم ازدواج جوانان، آمار بالای طلاق، تراکم زیاد جمعیت در محله، ازدحام جمعیت در بلوار امام حسین، عدم اختصاص بودجه کافی به محله، نبود پیاده روی مناسب، خلف وعده مسئولین.

امنیتی: نزاع و درگیری، ناامنی در شب، زورگیری، ورود افراد شرور به محله از نقاط دیگر شهر.

بهداشت محیط و خدمات شهری: نداشتن شبکه فاضلاب و جاری بودن فاضلاب خانگی در داخل محل، بافت فرسوده و سستی شهری، نبود روشنایی معابر، نوسانات زیاد برق، نبود، مشکل اسفالت خیابانها و کوچه ها، نگهداری احشام در منازل، آلودگی منطقه در هنگام بارش و جاری شدن آبهای سطحی، قرار گرفتن خور (فاضلاب روباز) و اثرات زیانبار بهداشتی آن همچون تکثیر ناقلان عوامل بیماریزا محیط، وجود موش، کمبود مغازه های میوه فروشی، عدم بازدید و پیگیری مشکلات منطقه توسط ارگانهای ذیربط، عدم نظارت بر پیمانکاران در اخراج کارکنان، کثیف بودن معابر، نبود کیوسک تلفن عمومی.

در مرحله اولویت بندی با استفاده از ماتریس دو بعدی به ترتیب، بی توجهی مسؤولان، ناامنی، بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نبودن معابر، قطعی برق، عدم روشنایی معابر، نبود فضای سبز و کثیف بودن معابر به عنوان مهمترین مشکلات دارای اولویت مشخص شدند.

بحث

در هر جامعه ای بهترین منبع کسب اطلاعات برای تعیین مشکلات و نیازهای جامعه افراد آن جامعه می باشند. (Delshad 2004) این بررسی نوعی تحقیق مشارکتی است زیرا فرآیند پژوهش نه فقط بر روی مردم بلکه با کمک همه اقشار جامعه که فعالانه در فرایند ارزیابی دخالت داشتند انجام و با کمک خود آنان نیز اولویت های مربوط به منطقه تعیین شدند. در این ارزیابی مسائل مختلفی (۶۰ مشکل) علاوه بر مسائل بهداشتی در زمینه های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، آموزشی و غیره به عنوان مشکلات مردم به دست آمد. اکثر مشکلات عنوان شده موارد غیر از مشکلات بهداشتی بود و این امر روشن کننده این نکته است که از نظر مردم محله، مشکلات بهداشتی دارای اهمیت کمتری نسبت به سایر مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی داشت. و همین موضوع، نکته مثبت مطالعات مربوط به ارزیابی جامعه است که به تمامی مشکلات علاوه بر مشکلات بهداشتی توجه می کند. به هر

نامناسب بین سرویس های ارائه دهنده ی خدمات بدست آمد (Dale 1996).

مهمترین مشکلاتی که در ارزیابی نیازهای جامعه که در ایرلند شمالی انجام شد کمبود مکان های امن ، عدم حمایت از سالمندان تا افزایش مصرف داروهای روانپزشکی بودند (Lazenbatt 2001).

در یک مطالعه که در آرژانتین برای بررسی نیازهای مردم انجام شد طیفی وسیعی از نیازها از آلودگی هوا تا اعتیاد به الکل و مواد مخدر بدست آمد (Lotersztain 2000).

با مقایسه نتایج این بررسی با نتایج دیگران این نکته مشخص می شود که بین مطالعه ما و ارزیابی های دیگر تشابهات و تفاوت هایی وجود دارد . از این نظر که مشکلات به دست آمده طیف وسیعی از مشکلات در زمینه های مختلف را در بر داشته ، مشابه و از این نظر که نوع مشکلات بیان شده مختلف بودند ، متفاوت است که این امر به سبب وجود تفاوت های فرهنگی ، اجتماعی و اقتصادی در هر منطقه است . که همین مساله از ویژگی های بارز ارزیابی جامعه بوده و اهمیت شناسایی مشکلات از زبان خود مردم را ضروری می سازد .

یکی از محدودیت هایی که در این مطالعه وجود داشت و قابل چشم پوشی بود، عدم پاسخگویی و شرکت تعداد معدودی از ساکنان در بررسی بود. تعدادی دلیل عدم شرکت در مطالعه را این طور بیان می کردند که شرکت در بررسی هیچ تغییری در وضعیت محله ایجاد نمیکند زیرا مسؤولانی که برای بررسی مشکلات به محله آمده بودند هیچ اقدام موثری انجام ندادند . عده ای هم در زمان مراجعه گروه پرسشگری در منزل حضور نداشتند . البته عده ای هم ناآشنایی با محله و تازه وارد بودن را عدم پاسخگویی عنوان می کردند . برای گروه اول سعی شد با انجام توضیحاتی در مورد اهداف بررسی و مفید بودن آن ، افراد به شرکت کردن در مطالعه ترغیب شوند . در مورد گروه دوم هم از یکی از خانوارهای همان خوشه یک منزل به عنوان جایگزین انتخاب می شد . برای گروه سوم هم از آنان

حال بررسی های دیگری در کشورهای مختلف جهان انجام شده است در ایران نیز چند سالی است که توجه به ارزیابی جامعه در حال افزایش است که در زیر به برخی از این بررسی ها در ایران و جهان اشاره می شود:

در مطالعه ای که در منطقه ۱۷ شهرداری تهران در دوره کارآموزی MPH دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد در مجموع ۱۲ مشکل اولویت دار توسط ساکنان منطقه به دست آمد . (Jahangiri 2003)

پژوهشی با هدف آگاهی از شیوه زندگی و عوامل موثر بر آن در منطقه ۱۷ شهرداری تهران انجام گردیده که رویکرد کلی آن ارزیابی مشارکتی می باشد و اطلاعات مورد نیاز با استفاده تکنیک ها و ابزارهای مشارکتی شامل: مشاهده و مصاحبه جمع آوری گردیده است. در این مطالعه یک تیم تحقیقی متشکل از افراد ساکن در منطقه ۱۷ تهران و محققان دانشگاهی شکل گرفت. در این پژوهش مردم از طریق مشارکت در تمامی مراحل پژوهش دانش و مهارت جدیدی را آموختند که باعث شد مسؤولان و متعهدانه برای بهبود کیفیت زندگیشان تلاش نمایند و نیز آموختند که با اتخاذ سیاست های مشارکتی و مبتنی بر توانمندسازی قادرند براساس نیازها و اولویت های خودشان به شیوه ای خردمندانه زندگی بهتری را برای خود و خانواده شان فراهم کنند (Shahandeh 2006)

در ارزیابی دیگری که توسط آقای کریمی در پایان نامه خود با عنوان ارزیابی جامعه شاهین شهر اصفهان به منظور تدوین برنامه عملیاتی ارتقای سلامت انجام داد در پایان ۱۰ مشکل منطقه را به عنوان مشکل های مهم شهر انتخاب و اولویت بندی شد (Karimi 2009).

در مطالعه ای که در شهر لندن و با هدف آگاهی از نیازهای سلامت و بدست آوردن نقطه نظرات خدمت گیرندگان و خدمت دهندگان سرویس های سلامت انجام شد مشکلاتی از قبیل نارضایتی وسیع از نظام های ارائه دهنده خدمات سلامت، از دسترسی تا ارتباطات

منظور شناخت و ارائه راه حل مشکلات سلامتی جامعه به خود گیرد، پیشنهاد می شود جایگاه آن در نظام سلامت تعریف شود تا بتوان به عنوان یک وظیفه سازمانی، به انجام دوره ای و منظم آن در راستای رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نائل شد. لذا فرآیند (برنامه) ارزیابی جامعه به صورت یکی از فعالیت های بالقوه، در مراکز بهداشتی درمانی شهری یا مراکز زیر پوشش فعالیت- های پزشک خانواده می تواند در نظر گرفته شود (Holakouie and Ahmadvand 2009).

تشکر و قدر دانی

این بررسی بخشی از برنامه کار آموزی دانشجویان کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد که با مساعدت ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس وابسته به مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (انستیتو تحقیقات بهداشتی سابق) و همراهی سیستم بهداشتی و درمانی بندرعباس انجام شد. بدین وسیله از تمامی کارکنان مرکز بهداشتی استان هرمزگان تشکر و قدردانی می شود. کلیه هزینه های این بررسی توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران تامین گردید.

خواسته شد که هر مشکل مهمی را تا آن زمان دیده و حس کرده اند بیان کنند .

نتیجه گیری

بیشتر مشکلات به دست آمده از محله چاهستانی ها زمینه غیر از مشکلات بهداشتی را داشتند و حیطه های مختلفی از مشکلات را در بر می گرفتند. در مجموع و با استناد به نتایج این بررسی و بررسی های دیگر مشخص می شود که ارزیابی جامعه برنامه بسیار موفقی برای شناسایی مشکلات و انتخاب اولویت های جامعه می باشد. از آن جا که نیازهای هر جامعه با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی آن جامعه متفاوت می باشد ضروری است که برای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت هر جامعه، شناسایی مشکلات مردم در هر منطقه و اولویت بندی آنها با مشارکت و همراهی خود مردم تدوین گردد. تا از این راه بتوان در مسیر ارتقای سلامت و رسیدن به توسعه پایدار گام نهاد .

پیشنهادات

برای آنکه ارزیابی جامعه در حوزه تحت پوشش نظام عرضه خدمات ، شکل واقعی یک فرآیند سازمانی را به

جدول ۱- لیست مشکلات عنوان شده توسط مردم محله چاهستانی ها

عدم نظارت مستمر و صحیح سیستم بهداشتی	برخورد نامناسب با مردم در بیمارستان	کم بودن مراکز بهداشتی و مدارس درمانی	بی توجهی به بهداشت و نظافت مدارس	نبود پزشک در محله	فقر فرهنگی	ترک تحصیل کودکان	نبود امکانات ورزشی مورد نیاز	عدم دسترسی به کتابخانه کودکان	عدم وجود مهدکودک مناسب برای کودکان
پایین بودن سطح سواد مردم	نداشتن مدارس راهنمایی و متوسطه در محل	دوری مدارس دخترانه از محل	نبود فضای سبز	نبود امکانات تفریحی برای خانواده ها	نبود پارک	فقر مسکن	مشکل بیکاری	گرانی	
بالا بودن اجاره خانه	دستمزد پایین	کار کودکان	عدم ایجاد اشتغال برای جوانان	فروش مشروبات الکلی	فروش مشروبات الکلی	زورگیری	مهاجرت از مناطق همجوار	مشکل بچه های سرراهی	
فساد اخلاقی	بی توجهی مسئولین	کمبود خبازی در محل	کیفیت پایین نان	اعتیاد	نبود گاز	عدم ازدواج جوانان	تراکم زیاد جمعیت در محله	ازدحام جمعیت در بلوار امام حسین	
عدم اختصاص بودجه کافی به محله	نبود پیاده روی مناسب مسئولین	خلف وعده مسئولین	نزاع و درگیری	ناامنی در شب	زورگیری	ورود افراد شرور به محله از نقاط دیگر شهر	نداشتن شبکه فاضلاب شهری	بافت فرسوده و سنتی شهری	نبود روشنایی معابر
نوسانات زیاد برق	نبود کیوسک تلفن عمومی	مشکل آسفالت خیابانها و معابر	نگهداری احشام در منازل	آلودگی منطقه در هنگام بارش	قرار گرفتن خور (فاضلاب) روباز و اثرات زیانبار بهداشتی آن	وجود موش	کمبود مغازه های میوه فروشی منطقه ارگانهای ذربط	عدم نظارت بر پیمانکاران در اخراج کارکنان	

جدول ۲- اولویت بندی مشکلات با استفاده از ماتریس انتخاب

مشکل/معیار انتخاب	قابلیت اجرا	هزینه	شدت و وسعت مشکل	سهولت رفع مشکل	جمع کل
بیکاری	۱	۱.۲۵	۴	۱.۵	۷.۷۵
بی توجهی مسئولین	۳.۷۵	۴	۳.۷۵	۲.۲۵	۱۳.۷۵
فقر	۱.۲۵	۱	۴.۵	۱.۲۵	۸
ناامنی	۳.۵	۲.۵	۲	۲.۵	۱۰.۵
قطعی آب	۳	۱.۷۵	۱.۵	۲.۲۵	۸
فاضلاب	۱.۷۵	۱.۲۵	۴.۷۵	۱.۷۵	۹.۵
آسفالت نپودن معابر	۲.۷۵	۱.۷۵	۳.۲۵	۲.۵	۱۰.۲۵
قطعی برق	۲.۷۵	۱.۲۵	۱.۷۵	۲.۲۵	۸
کثیف بودن معابر	۳.۵	۲.۲۵	۲.۷۵	۳	۱۱.۵
نبود فضای سبز	۱.۷۵	۲	۲.۵	۲.۵	۸.۷۵
عدم روشنایی معابر	۳.۵	۲.۵	۳	۲.۷۵	۱۱.۷۵

References

- Cornwall, A. and Jewkes, R., 1995. What is participatory research?, *Social Science & Medicine*. **41**(12), pp. 1667-1676.
- Dale, J., Shipman, C., Lacock, L. and Davies, M., 1996. 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*. 312(7040), p. 1206.
- Delshad, A., Salari, H., KHajavi, A., Shafaghi, K., Marouzi, P., Mohammad Pour, A., Mansourian, M., Atarodi, A., Keramati, A. and Ekrami, A., 2004. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab boundaries, *Ofoghe-E-Danesh*. **10**(4), pp. 15-22. [In Persian].
- Habibzadeh, S., Arshi, S., Abbasgholizadeh, N., Yousefisadat, M. and Alimorad, M., 2005. Presentation and Evaluation of a Community Mobilization Model in Ardabil Social Development and Health Promotion Center, *research and scientific journal*. 5(1), pp. 42-52 [In Persian].

- Holakouie Naeini, K. and Karimi, J., 2009. Community Assessment Guide Book for Community Health Professionable, Moghim, Isfahan.
- Holakouie Naeini, K. and Ahmadvand, A., 2009. Developing The Community Assessment Mmodel For Iranian Community. Unpublished WHO.
- Imami, S., Tahmtan, f., Azizi, F., Zafarmand, M. and Nakhaei, K., 2010. Use of focus groups to assess the health needs of the community for priorities in health research in Bushehr port, I.R. Iran, The Persian Gulf region, Iranian South Medical Journal. **5**(2), pp. 176-180 [In Persian].
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J. and Parker, E.A., 2005. Introduction to methods in community-based participatory research for health, Methods in community-based participatory research for health. pp. 3-26.
- Jahangiri, K., Fatta pour, M., Holakouie naeini, K., Azin, A., Samavat, T., Nikfar, S. and Shahgholi, A., 2003. Community Assessment for identifying existing problems of region 17 of tehran, Social Welfare Quarterly. **3**(9) [In Persian].
- Karimi, j., 2009. Community assessment to establish operational program for health promotion in Isfahan's Shahin Shahr. Msc in epidemiology. School of Public Health and institute of public health research.
- Lazenbatt, A., Lynch, U. and O'Neill, E., 2001. Revealing the hidden'troubles' in Northern Ireland: the role of participatory rapid appraisal, Health Education Research. **16**(5), p. 567.
- Lotersztain, M., Zorat, M., Lecouna, M. and Motta, M., 2000. Use of the rapid appraisal method for the identification of perceived needs in a low-class barrio in the city of Buenos Aires, Atencion primaria/Sociedad Espa__ola de Medicina de Familia y Comunitaria. **26**(10), p. 690.
- Minkler, M., Vasquez, V. B., Warner, J. R., Steussey, H. and Facente, S., 2006. Sowing the seeds for sustainable change: a community-based participatory research partnership for health promotion in Indiana, USA and its aftermath, Health Promotion International. **21**(4), p. 293.
- Shahandeh, K., Jamshidi, E., Akbari, F., Adili, F. and Esmail-Zadeh, H., 2006.

Participatory research of lifestyle of residents in zone 17 Tehran, Rahavard danesh. 9, pp. 36-45 [In Persian].

Shamsi meymandi, M., Haghghi, S. and Iranmanesh, F., 2006. determination of effective factors to increase collaboration and participation among people of Baghodrat Jupari community research base,kerman, Rahavard danesh. 9, pp. 46-53 [In Persian].