

Community Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Jamkaran Village in Qom Province in 2019 (Iran)

Abdollah Rahmani¹, Azadeh Asgarian², Mohammad Aligol³, Zohreh Ahmadi⁴, Abolfazl Mohammadbeigi^{5*}

¹Student Research Committee, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

²Izadi Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Department of Health Education, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁴Student Research Committee, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁵Neuroscience Research Center, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

*Corresponding Author:
Abolfazl Mohammadbeigi;
Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
beigi60@gmail.com,
dr.ambeigi@muq.ac.ir

Received: 20 Oct, 2019
Accepted: 6 Jan, 2020

Abstract

Background and Objectives: The duty of every healthcare system worldwide, is to address needs and problems associated with community health. The current study was performed aiming at identifying and prioritizing the most important needs of Jamkaran village in Qom province and providing applied and useful interventional suggestions in order to solve the problems of the village.

Methods: In a cross-sectional study, community assessment was performed in Jamkaran village in Qom province based on the North Carolina Model and according to MPH model developed by the Tehran University of Medical Sciences. The community assessment process was carried out in 8 stages in 6 different areas, including health, education and culture, economics and employment, social and civil rights, and security and urban services. Then, they were prioritized using the Scoring Matrix method.

Results: In the village, 48 problems were identified in 6 areas, the most important of which, were in health (27%), urban services (25%), social and civil rights (20.83%), economics and employment (12.5%), education and culture (10.4%), and security area (4.17%) areas, respectively. The highest score of Matrix table was obtained to be in urban sanitation system (15 scores), shortage of park and green space (14 scores), unemployment (13 scores), non-communicable diseases (12 scores), and lack of public library (12 scores), respectively.

Conclusion: Jamkaran faces with a wide range of social, economic, cultural and health problems, but the most of the problems of the village was related to health area, which requires serious attention of the authorities in all areas.

Keywords: Public Health; Community Participation; Problem identification; Health priorities.

DOI: 10.29252/qums.13.11.1

ارزیابی جامعه برای شناسایی و اولویت بندی مشکلات روستای جمکران استان قم در سال ۱۳۹۸

عبدالله رحمانی^۱، آزاده عسگریان^۲، محمد علی گل^۳، زهره احمدی^۴، ابوالفضل محمدبیگی^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: وظیفه هر سیستم بهداشتی و درمانی در سطح دنیا، رفع نیازها و مشکلاتی است که با سلامت جامعه در ارتباط می باشد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی و اولویت بندی مهمترین نیازهای روستای جمکران در استان قم و ارائه پیشنهادهای کاربردی و مفید برای مداخله جهت رفع مشکلات روستا انجام شد.

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی، ارزیابی جامعه در روستای جمکران شهرستان قم، براساس مدل کارولینای شمالی و مطابق الگوی MPH تدوین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. فرآیند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله و در ۶ حیطه شامل: بهداشت و سلامت، آموزشی و فرهنگی، اقتصاد و اشتغال، اجتماعی و حقوق شهروندی، امنیتی و خدمات شهری انجام شد. سپس با استفاده از روش ماتریس امتیازدهی، اولویت بندی شد.

یافته ها: در سطح روستا، ۴۸ مشکل در ۶ حیطه شناسایی شدند که مهمترین آن ها به ترتیب در حیطه بهداشت و سلامت (۲۷ درصد)، در حیطه خدمات شهری (۲۵ درصد)، در حیطه اجتماعی و حقوق شهروندی (۲۰/۸۳ درصد)، در حیطه اقتصاد و اشتغال (۱۲/۵ درصد)، در حیطه آموزشی و فرهنگی (۱۰/۴ درصد) و در حیطه امنیتی (۴/۱۷ درصد) بودند. بالاترین امتیاز جدول ماتریس به ترتیب اولویت در سیستم فاضلاب بهداشتی شهری (۱۵ امتیاز)، کمبود پارک و فضای سبز (۱۴ امتیاز)، بیکاری (۱۳ امتیاز)، بیماری های غیرواگیر (۱۲ امتیاز)، نبود کتابخانه عمومی (۱۲ امتیاز) به دست آمد.

نتیجه گیری: جمکران با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی دست به گریبان است؛ اما مهمترین مشکل روستا در حیطه بهداشت و سلامت بود که نیازمند توجه جدی مسئولین در همه حوزه ها می باشد.

کلیدواژه ها: اقدام مبتنی بر جامعه، اولویت بندی سلامت، سلامت جامعه، شناسایی مشکلات.

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، کرمان، ایران.

^۲ بیمارستان ایزدی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳ گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۴ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۵ مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

ابوالفضل محمدبیگی، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

dr.ambeigi@muq.ac.ir
beigi60@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۸/۷/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۱۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Rahmani A, Asgarian A, Aligol M, Ahmadi Z, Mohammadbeigi A. Community Assessment for Identifying and Prioritizing the Problems of Jamkaran Village in Qom [Province in 2019 (Iran)]. Qom Univ Med Sci J 2020;13(11):1-11. [Full Text in Persian]

مشکلات را برعهده می‌گیرند (۱، ۵، ۶).

ارزیابی دقیق و مناسب جامعه، زمینه‌ی مناسبی برای ارتباط مؤثر بین اعضای جامعه و محققین فراهم می‌کند (۹، ۱۰) و می‌تواند در ایجاد برنامه‌ریزی و اتخاذ تصمیمی درست و مناسب برای حل مشکلات جامعه مفید و کمک‌کننده باشد (۲، ۱۰، ۱۱). مهمترین هدف ارزیابی نیاز جامعه، برنامه‌ریزی برای ایجاد تغییر در جهت دستیابی به عدالت و نتیجه‌گیری در مورد ظرفیت‌های لازم برای فراهم کردن منابع ضروری جهت ارتقای سلامت می‌باشد (۴، ۱۲، ۱۳). از این رو با توجه به اینکه مطالعات مشابهی در این زمینه در برخی از شهرهای مختلف کشور انجام گرفته بود و همچنین به دلیل وجود مسجد مقدس جمکران در روستای جمکران شهر قم و مهاجرت بالای مردم و اتباع از کشورهای افغانستان، پاکستان، عراق به این روستا که تقریباً جمعیت اتباع ساکن روستا بیش از دو برابر جمعیت بومی می‌باشد. تصمیم گرفته شد تا مطالعه‌ای با هدف شناسایی و اولویت‌بندی کردن مشکلات جامعه روستای جمکران و برنامه‌ریزی و تهیه‌ی مهمترین پیشنهادات مناسب برای حل مشکلات این منطقه انجام گیرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی می‌باشد که به شیوه ارزیابی جامعه انجام شد. جامعه آماری روستای جمکران شهرستان قم بود. این مطالعه در تابستان و پاییز سال ۱۳۹۸ صورت گرفت. روستای جمکران در ۵ کیلومتری شهرستان قم قرار گرفته و دارای ۱۳۶۲۸ نفر جمعیت و ۳۵۴۰ خانوار می‌باشد (۱۴). روش جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه و چک‌لیست جمع‌آوری اطلاعات بود و نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. با استفاده از نقشه روستا (شکل ۱)، و با کمک کارشناس بیماری‌های مرکز خدمات جامع سلامت جمکران، روستا به ۷ منطقه یا خوشه براساس نسبت جمعیت متراکم در منطقه تقسیم‌بندی گردید که از ۱۳۶۲۸ نفر جمعیت کل روستا (براساس سرشماری معاونت بهداشتی دانشگاه در سال ۱۳۹۴) متوسط جمعیت هر خوشه برابر با ۲۰۰۰ نفر می‌شد. در این مطالعه جهت یکسان‌بودن افراد انتخاب‌شده در هر خوشه سعی گردید که با استفاده از اطلاعات افراد در مرکز بهداشت، خوشه‌های انتخاب

ارزیابی جامعه فرآیندی است که در آن تیم ارزیابی جامعه به منظور شناخت و درک وضعیت سلامت، نگرانی‌ها و نظام ارائه خدمات بهداشتی در جامعه خود اقدام به تعیین، جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار اطلاعات در خصوص ویژگی‌ها، نقاط قوت، منابع و نیازهای جامعه می‌کند (۱، ۲). وظیفه هر سیستم بهداشتی- درمانی در سطح دنیا، رفع نیازها و مشکلاتی است که با سلامت جامعه در ارتباط می‌باشد (۳، ۴). برای رسیدن به این هدف می‌بایست با توجه به منابعی که در اختیار است، برنامه‌ریزی مناسبی برای حل مشکلاتی که در اولویت از نظر اهمیت و جدی‌بودن مشکل قرار دارند، انجام گیرد (۵). نیازهای جامعه به دو صورت می‌باشند، یکی نیازهای احساس‌شده؛ یعنی توسط افراد و اعضای جامعه قابل درک و تشخیص می‌باشد (۳، ۵) و دومی نیازهای واقعی می‌باشد که توسط مطالعات کارشناسانه در سطح جامعه مشخص می‌گردد (۲، ۳، ۵). شالوده و اساس ارتقاء و پیشرفت سلامت اعضای یک جامعه براساس ارزیابی جامعه قرار دارد (۱، ۴). ارزیابی جامعه اساس و پایه‌ی ایجاد سیاست‌های راهبردی برای سیاست‌گذاران و مدیران در حوزه‌ی سلامت می‌باشد (۲، ۶) تا دیدی بهتر نسبت به مشکلات، نگرانی‌ها و نقاط ضعف و قوت جامعه و حوزه‌ی مدیریت خود داشته باشند (۶).

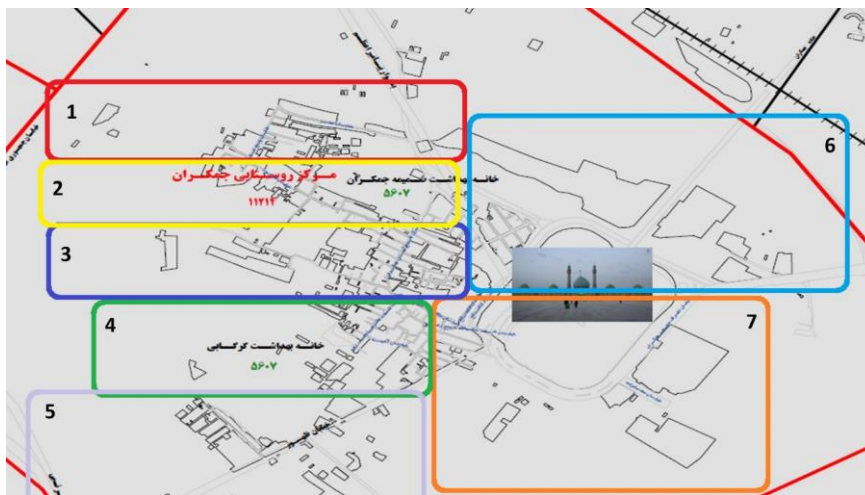
مطالعات ارزیابی نیاز جامعه الزاماً مرتبط با نیازهای سلامت نیست؛ بلکه این امر به‌طور متناوب اجرا می‌گردد و شامل جنبه‌هایی از جمله: محیط، اقتصاد، مسکن و تحصیلات است و معمولاً نیازهای مرتبط با سلامت را نیز در بر می‌گیرد (۷) که حاصل این مطالعات تهیه‌ی یک برنامه عملیاتی می‌باشد (۷، ۸). نتایج و یافته‌های حاصل از این مطالعات و ارزیابی‌های جامعه پایه و اساسی را تشکیل می‌دهند که مشتمل بر تعیین اولویت‌ها و مشخص کردن هدف‌های مرتبط با مهمترین اولویت‌ها می‌باشد (۷، ۸). فرآیند تحقیق با مشارکت اعضای جامعه ابزاری برای ایجاد انگیزه در مردم برای توسعه جامعه خود می‌باشد (۹). در فرآیند تحقیق، ارزیابی، با خود افرادی که در آن جامعه زندگی می‌کنند آغاز می‌گردد (۵، ۶) و خود آن‌ها مسئولیت اصلی برای تعیین ارزیابی جامعه در تمامی سطوح، اعم از جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، ارزشیابی منابع سلامت، تعیین مشکلات سلامت و پیشبرد راهبردهایی برای مقابله با این

Archive of SID

حاوی اطلاعات دموگرافیک، سن، جنسیت و همچنین داده‌های لازم در ۶ حیطه مختلف شامل: بهداشت و سلامت، آموزشی و فرهنگی، اقتصاد و اشتغال، اجتماعی و حقوق شهروندی، امنیتی و خدمات شهری، می‌باشد اقدام به شناسایی و جمع‌آوری مشکلات و نیازهای جامعه گردید. سپس در فاز دوم مطالعه (فاز کیفی) براساس مدل کارولینای شمالی (شکل ۲) (۱) و مطابق الگوی تدوین و تجربه‌شده دانشگاه علوم پزشکی تهران (MPH) (۱۵)، فرآیند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله (۱۰) انجام گرفت. مرحله اول تشکیل تیم ارزیابی جامعه، مرحله دوم، جمع‌آوری اطلاعات که شامل دو مرحله یکی اطلاعات مربوط به سلامت و محاسبه شاخص‌ها با استفاده از اطلاعات موجود در مرکز بهداشت و دیگری استفاده از چک‌لیست و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از افراد انتخاب‌شده جهت شرکت در مطالعه می‌باشد. در جمع‌آوری اطلاعات از سوالات باز موجود در چک‌لیست استفاده گردید و تمامی افراد نظرات و دیدگاه‌هایشان را ذکر نمودند و نتایج در قسمت کیفی مطالعه به اشباع رسید. مرحله سوم محاسبه آمار و شاخص‌های بهداشتی، مرحله چهارم تفسیر داده‌ها، مرحله پنجم گزارش نتایج به جامعه جهت تلفیق نظرات، در مرحله ششم اولویت‌بندی مشکلات با حضور تیم ارزیابی، نمایندگان مردم، مسئولین، مرکز سلامت و با استفاده از جدول ماتریس، مرحله هفتم ایجاد سند ارزیابی جامعه و مرحله هشتم تهیه برنامه عملیاتی براساس مشکلات اولویت‌بندی شده بود (شکل ۲). همچنین در هر خوشه یک بحث گروهی با حضور افراد کلیدی، شامل: افراد ریش سفید، رئیس مرکز بهداشت روستایی، روحانی، کارشناس مبارزه با بیماری‌ها و نماینده هر خوشه صورت گرفت.

شده از لحاظ خصوصیات دموگرافیکی افراد از قبیل: سن، جنس، شغل، وضعیت بهداشتی و سلامت، به‌طور متناسبی در هر خوشه قرار گیرند. سپس با استفاده از روش انتخاب تصادفی براساس مطالعات قبلی انجام گرفته و خطای ۵ درصد، حجم نمونه برابر با ۱۴۰ نفر تعیین گردید که به نسبت مساوی از هر خوشه ۲۰ خانوار انتخاب شد و با یکی از افراد بالای ۱۵ سال خانوار، در مورد مشکلات روستا مصاحبه گردید. در کل جهت شناسایی مشکلات با ۱۴۰ نفر از افراد خوشه‌ها، در ۷ خوشه مختلف و ۱۰ نفر از مسئولین نهادها، در مجموع ۱۵۰ نفر مصاحبه صورت گرفت. در صورت عدم حضور خانواری در زمان رجوع به درب منزل جهت جمع‌آوری اطلاعات، خانوار همسایه به‌عنوان جایگزین انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه ساکن بودن در روستای جمکران حداقل به مدت یکسال، سن بالاتر از ۱۵ سال و توانایی خواندن و نوشتن و درک نیاز و مشکلات جامعه می‌باشد و معیارهای خروج، عدم همکاری در مطالعه و حضور نداشتن خانوار هنگام مراجعه که خانوار همسایه جایگزین شد، تعیین گردید. همه شرکت‌کنندگان در مطالعه، جهت ارائه اطلاعات کاملاً مختار بودند و رضایت آگاهانه شفاهی از آن‌ها گرفته شد. همچنین پروتکل طرح با کد IR.MUQ.REC.1398.024 به تصویب رسیده است.

در فاز اول (فاز کمی) ابتدا طبق خوشه‌بندی انجام گرفته به‌طور تصادفی به درب منزل، تمامی خانوارهای انتخاب شده مراجعه شد و هدف مطالعه برای هر کدام از افراد مورد مصاحبه، هم افراد خوشه‌ها و هم نهادها به‌طور شفاف توضیح داده شد. سپس با استفاده از ابزار جمع‌آوری اطلاعات که شامل: یک چک‌لیست که



شکل شماره ۱: نقشه روستای جمکران و خوشه‌بندی منطقه برحسب جمعیت



شکل شماره ۲: مراحل ارزیابی نیاز جامعه روستای جمکران شهرستان قم براساس مدل کارولینای شمالی (۱)

در این مرحله مشکلات و نیازهای شناسایی شده را برای امتیازدهی و تعیین اولویت وارد جدول امتیازدهی ماتریس گردید (جدول شماره ۳). سپس نتایج حاصل به جامعه مورد مطالعه اعلام گردید. سپس مهمترین توصیه‌های مرتبط با اهداف مطالعه از نظر شدت و اهمیت مشکل با همکاری حاضرین در جلسه جمع‌آوری گردید. نمره‌دهی مشکلات برای اولویت‌بندی در جدول ماتریس براساس ۴ آیتم شامل: وسعت مشکل، امکان مداخله در حل مشکل، فوریت مشکل و مقبولیت سازمانی و اجتماعی حل مشکل صورت گرفت.

پس از جمع‌آوری داده‌ها و شناسایی مشکلات و نیازهای جامعه برای تجزیه و تحلیل و اولویت‌بندی نیازهای شناسایی شده، جلسات متعددی در حوزه‌های مرتبط با سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت جمکران و در زمینه فضای روستا در شهرداری انجام شد. بعد از آن جلسه‌ای با حضور برخی از نمایندگان افراد خوشه‌ها و نهادها جهت تلفیق نظرات در خصوص مشکلات مطرح شده و اولویت‌بندی کردن مشکلات براساس میزان شدت نیاز افراد جامعه به آن نیاز و در نهایت ایجاد راه‌حل‌های رفع این مشکلات برگزار گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۵۰ نفر (۱۴۰ نفر از افراد خوشه‌ها و ۱۰ نفر از مسئولین نهادها یا افراد کلیدی جامعه) در رابطه با شناسایی مشکلات و نیازهای روستای جمکران مصاحبه شد. از این تعداد ۶۰ نفر (۴۰ درصد) زن و ۹۰ نفر (۶۰ درصد) مرد بودند. میانگین سن در خانم‌ها ۴۵ سال و در آقایان ۵۸ سال بود که در دامنه‌ی سنی ۱۵ تا ۷۰ سال بودند. در ابتدا مطابق با حیطة اول مدل کارولینای شمالی تیم ارزیابی جامعه تشکیل شد و به جامعه هدف مورد نظر یعنی روستای جمکران مراجعه گردید.

سپس مطابق با حیطة دوم مدل، با انجام بررسی دقیق در سطح روستا ابتدا طبق خوشه‌بندی انجام‌شده به هر کدام از خوشه‌ها و در هر خوشه به ۲۰ خانوار انتخاب‌شده به صورت تصادفی مراجعه شد و با استفاده از چک‌لیست تهیه‌شده، ضمن توضیح و شفاف‌سازی موضوع، اقدام به جمع‌آوری مشکلات و نیازهای جامعه گردید. در مرحله سوم مشکلات و نیازهای مطرح‌شده توسط اعضای هر خوشه و هر کدام از نهادها از جمله مرکز خدمات جامع سلامت، شهرداری و روحانی جمع‌آوری و در جدول دسته‌بندی گردید و به شرح زیر بیان شد (جدول ۱).

جدول شماره ۱: مشکلات بیان‌شده توسط افراد هر خوشه و افراد کلیدی جامعه روستای جمکران

شماره خوشه	مشکلات بیان‌شده توسط افراد هر خوشه
۱	بیکاری- نوسانات زیاد برق در بهار و تابستان- کمبود پارک و فضای سبز- ناکافی بودن و عدم در دسترس بودن آب شیرین- تاریکی معابر در شب- گرانی- نبود شبکه فاضلاب شهری- کمبود مغازه‌های میوه‌فروشی در دسترس- کیفیت پایین نان نانوائی‌ها- سگ‌های ولگرد
۲	نوسانات زیاد برق در بهار و تابستان- اعتیاد- بیکاری جوانان- آلودگی هوا- فقر- آسفالت نامناسب خیابان‌ها و کوچه‌ها- مهاجرپذیری- کمبود سالن و امکانات تفریحی و ورزشی- ناامن بودن خیابان‌ها در شب- نزاع و درگیری
۳	کمبود پزشک در منطقه با توجه به حجم جمعیت- نبود فضای سبز- کمبود امکانات تفریحی برای خانواده‌ها- مهاجرت- بیکاری- نوسانات زیاد برق- اعتیاد- ناکافی بودن سطل زباله در دسترس و عدم نظارت کافی شهرداری- تراکم زیاد جمعیت
۴	نوسانات زیاد برق- عدم دسترسی کافی به آب شیرین- بیکاری جوانان- فقر- نبود سیستم فاضلاب بهداشتی شهری- مشکلات ساخت و تهیه مسکن- گرمی و آلودگی هوا- پایین بودن سطح سواد به خصوص اتباع- نبود کتابخانه عمومی- نگهداری احشام در منازل- تاریکی معابر در شب
۵	مهاجرت بالا در منطقه- گرانی- بیکاری- نوسانات زیاد برق- پایین بودن کیفیت نان- نبود کتابخانه عمومی- اعتیاد- وجود سگ‌های ولگرد- کمبود پارک و فضای سبز- بالا بودن آمار بیماری‌های واگیر و غیرواگیر در منطقه- گرمی و آلوده بودن هوا- گران‌فروشی بعضی از کسبه
۶	نامناسب بودن آسفالت خیابان و کوچه‌ها- بالا بودن اجاره خانه- بیکاری جوانان- مشکلات مسکن و ساخت و ساز- کمبود مغازه‌های میوه‌فروشی و گرانی میوه- فقر فرهنگی- نگهداری احشام در منزل- فاضلاب روباز و فراهم شدن شرایط برای حشرات ناقل- ناکافی بودن نظارت در جمع‌آوری زباله
۷	گرمی و آلوده بودن هوا- کمبود امکانات تفریحی- کمبود پارک و فضای سبز- نوسانات زیاد برق- گرانی- بیکاری- عدم اشتغال جوانان- کیفیت پایین نان- دسترسی ناکافی به آب آشامیدنی شیرین- ناکافی بودن سطل زباله- مهاجرت بالا- کمبود پزشک در منطقه- تاریکی بعضی معابر در شب- نبود کتابخانه عمومی- اعتیاد
مشکلات از دیدگاه کارکنان مرکز خدمات جامع سلامت جمکران	شیوع بیماری‌های واگیردار (سل، سرخک، پدیکلوزیس، آنفلوآنزا، مالاریا و...) - شیوع بالای بیماری‌های غیرواگیر (دیابت، پرفشاری خون، چاقی، چربی خون) - انجام زایمان در منزل - آمار بالای سزارین - بارداری‌های مکرر و برنامه‌ریزی‌نشده - بارداری در سن زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال - مشکلات سلامت روان به خصوص افسردگی - نزاع و درگیری در منزل - عدم سیستم فاضلاب لوله‌کشی شهری - کثیف بودن معابر - ناکافی بودن تعداد سطل زباله - نگهداری احشام در منزل - بی‌توجهی به واکسیناسیون - عدم رعایت بهداشت دهان و دندان - چندملیتی بودن روستا - آمار بالای طلاق - اعتیاد - بی‌توجهی و مراجعه نامنظم جهت دریافت خدمات بهداشتی - پایین بودن سطح سواد بهداشتی
مشکلات از دیدگاه سایر نهادها و افراد کلیدی جامعه	نگهداری احشام در منزل - وجود سگ‌های ولگرد - فاضلاب روباز و فراهم شدن شرایط برای حشرات ناقل - نزاع و درگیری - اعتیاد - بیکاری جوانان - گرمی و آلودگی هوا

Archive of SID

مشکلات مربوطه حیطه بهداشت و سلامت، ۲۷ درصد (۱۳ مشکل) مشکلات را به خود اختصاص داد، حیطه آموزشی و فرهنگی، ۱۰/۴ درصد (۵ مشکل) از حجم مشکلات منطقه، حیطه اقتصاد و اشتغال، ۱۲/۵ درصد (۶ مشکل) از مجموع مشکلات روستا، حیطه اجتماعی و حقوق شهروندی، ۲۰/۸۳ درصد (۱۰ مشکل) از مشکلات شناسایی شده روستا، حیطه امنیتی، ۴/۱۷ درصد (۲ مشکل) از نیازها و مشکلات مردم و در حیطه خدمات شهری، ۲۵ درصد (۱۲ مشکل) از حجم تمامی مشکلات روستا را به خود اختصاص دادند که در این میان، بیشترین مشکل روستا با ۱۳ تا مشکل و ۲۷ درصد از حجم کل مشکلات منطقه مربوط به حیطه بهداشت و سلامت می باشد.

مرحله چهارم که تفسیر داده ها و اطلاعات جمع آوری شده می باشد، در مجموع با حذف مشکلات تکراری در خوشه ها و سایر نهادها ۴۸ مشکل به صورت مشترک بین افراد خوشه ها و نهادها تعیین و ثبت گردید. برای فهم بهتر و درک راحت تر، مشکلات ثبت شده را در ۶ حیطه: حیطه ی بهداشت و سلامت، حیطه ی آموزشی و فرهنگی، حیطه ی اقتصاد و اشتغال، حیطه ی اجتماعی و حقوق شهروندی، حیطه ی امنیتی، حیطه ی خدمات شهری که مربوط به مرحله کمی مطالعه می باشد، در جدول ۲ دسته بندی شد.

جدول شماره ۲: طبقه بندی مشکلات شناسایی شده توسط افراد خوشه ها و افراد کلیدی جامعه براساس ۶ حیطه مختلف

عنوان مشکلات	طبقه بندی مشکلات در حیطه های مختلف
کمبود پزشک در منطقه با توجه به حجم جمعیت - بالابودن آمار بیماری های واگیر - آمار بالای غیرواگیر در منطقه - انجام زایمان در منزل - آمار بالای سزارین - بی توجهی و مراجعه نامنظم جهت دریافت خدمات بهداشتی - بی توجهی به واکسیناسیون - عدم رعایت بهداشت دهان و دندان - بارداری های مکرر و برنامه ریزی نشده - بارداری در سن زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال - کیفیت پایین نان نانوائی ها - نگهداری احشام در منازل - حیوان گزیدگی	حیطه ی بهداشت و سلامت
کمبود سالن و امکانات تفریحی و ورزشی - نبود کتابخانه عمومی - فقر فرهنگی - پایین بودن سطح سواد به خصوص اتباع - پایین بودن سطح سواد بهداشتی	حیطه ی آموزشی و فرهنگی
بیکاری - گرانی - فقر - بالابودن اجاره خانه - بیکاری جوانان - گران فروشی بعضی از کسبه گرمی و آلودگی هوا - آسفالت نامناسب خیابان ها و کوچه ها - مهاجرپذیری - کمبود امکانات تفریحی برای خانواده ها - تراکم زیاد جمعیت - مشکلات ساخت و تهیه مسکن - چندملیتی بودن روستا - آمار بالای طلاق - نزاع و درگیری در منزل	حیطه ی اقتصاد و اشتغال حیطه ی اجتماعی و حقوق شهروندی
ناامن بودن خیابان ها در شب - نزاع و درگیری	حیطه ی امنیتی
نوسانات زیاد برق در بهار و تابستان - کمبود پارک و فضای سبز - ناکافی بودن و عدم در دسترس بودن آب شیرین - تاریکی معابر در شب نبود شبکه فاضلاب شهری - کمبود مغازه های میوه فروشی در دسترس - سگ های ولگرد - ناکافی بودن سطل زباله در دسترس و عدم نظارت کافی شهرداری - کثیف بودن معابر - خاکی بودن و عدم آسفالت یا بی کیفیت بودن آسفالت برخی از معابر - وجود تعداد زیاد خانه های مخروبه و فراهم شدن شرایط برای حشرات ناقل بیماری ها از جمله مالاریا و سالک	حیطه ی خدمات شهری

ورزشی به عنوان زمینه ساز بیماری های روحی - روانی و بیماری های غیرواگیر، آمار بالای بیماری های غیرواگیر (از جمله: دیابت، پرفشاری خون، چاقی، اختلالات چربی خون و سرطان) و واگیردار (از جمله: سل، پدیكلوزیس، آنفلوانزا)، وجود سگ های ولگرد، بارداری در سن کمتر از ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال، نبود کتابخانه عمومی، به عنوان مهمترین مشکلات در سطح روستا انتخاب و وارد جدول ماتریس گردید.

در مرحله پنجم که گزارش نتایج جهت تلفیق نظرات می باشد، مشکلات و نیازهای بیان شده توسط افراد خوشه ها و افراد کلیدی جامعه هدف در جلسات تشکیل شده با مسئولین مطرح شد. سپس در مرحله ششم با کمک تیم ارزیابی جامعه به بررسی و تجزیه و تحلیل هر مشکل و سپس اولویت بندی مشکلات پرداخته شد. در نهایت ۱۰ مشکل به عنوان مشکلات اصلی روستا مشخص گردیدند که به ترتیب: مشکل سیستم فاضلاب بهداشتی شهری، کمبود پارک و فضای سبز، بیکاری، کمبود امکانات تفریحی و

Archive of SID

در مطالعه حاضر، جهت جمع‌بندی نهایی و امتیازدهی مشکلات از نظرات ۵ نفر شامل: مسئول شهرداری، رئیس مرکز بهداشت، و ۳ نفر به نمایندگی از هر ۷ خوشه استفاده گردید. در مجموع حداقل امتیاز مربوط به هر کدام از ۴ معیار امتیازدهی در جدول ماتریس برابر با یک و حداکثر امتیاز برابر با ۵ خواهد بود؛ بنابراین حداقل و حداکثر نمره هر مشکل به ترتیب برابر با ۴ و ۲۰ بود (جدول ۳).

در جدول ماتریس هر کدام از مشکلات را براساس معیارهای امتیازدهی «وسعت مشکل»، «امکان مداخله در حل مشکل»، «فوریت مشکل»، «مقبولیت سازمانی و اجتماعی حل مشکل» بررسی و امتیازدهی گردید. شایان ذکر است میزان و نحوه امتیازدهی در جدول ماتریس، بستگی به تعداد افراد شرکت‌کننده در زمان جمع‌بندی نهایی و امتیازدهی مشکلات دارد.

جدول شماره ۳: جدول ماتریس جهت امتیازدهی و اولویت‌بندی نیازهای شناسایی شده جامعه براساس ۴ معیار «وسعت مشکل»، «امکان مداخله در حل مشکل»، «فوریت مشکل»، «مقبولیت سازمانی و اجتماعی حل مشکل»

ردیف	عنوان مشکل بهداشتی	وسعت مشکل	امکان مداخله در حل مشکل	فوریت مشکل	مقبولیت سازمانی و اجتماعی حل مشکل	نمره
۱	سیستم فاضلاب بهداشتی	۴	۴	۴	۳	۱۵
۲	کمبود پارک و فضای سبز	۴	۴	۳	۳	۱۴
۳	بیکاری	۴	۲	۴	۳	۱۳
۴	بیماری‌های غیرواگیر (دیابت، فشارخون، چاقی و چربی خون)	۳	۴	۳	۲	۱۲
۵	نبود کتابخانه عمومی	۳	۴	۲	۳	۱۲
۶	بیماری‌های واگیردار (سل، پدیکلوزیس و ...)	۳	۴	۳	۱	۱۱
۷	بارداری در سن کمتر از ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال و برنامه‌ریزی نشده	۳	۳	۲	۲	۱۰
۸	کمبود امکانات ورزشی و تفریحی	۲	۳	۲	۲	۹
۹	آسفالت نامناسب خیابان و کوچه‌ها	۳	۲	۱	۲	۸
۱۰	نوسانات زیاد برق در بهار و تابستان	۲	۲	۲	۱	۷

سپس در مرحله هفتم و هشتم که تهیه سند و برنامه عملیاتی برای رفع مشکل و نیازهای جامعه تهیه شد. با توجه به نمره به‌دست‌آمده از معیارهای امتیازدهی جدول ماتریس، مشکل سیستم فاضلاب بهداشتی شهری ۱۵ امتیاز، کمبود پارک و فضای سبز ۱۴ امتیاز، بیکاری ۱۳ امتیاز، بیماری‌های غیرواگیر (دیابت، فشارخون، چاقی و چربی خون) ۱۲ امتیاز، و نبود کتابخانه عمومی ۱۲ امتیاز به ترتیب به عنوان ۵ مشکل اصلی در سطح روستا شناسایی گردید. در انتها راهکارها و پیشنهادات جهت حل مشکلات مطرح گردید که به ترتیب شامل: ایجاد سیستم فاضلاب شهری و بهداشتی در کل روستا با توجه به اهمیتی که در تکثیر ناقلین و بوی نامطبوعی که ایجاد می‌کند؛ نظارت کافی بر سیستم جمع‌آوری و دفع زباله و افزایش تعداد سطل زباله، نظارت بهداشت محیط بر نانوایی‌ها جهت افزایش کیفیت نان و جلوگیری از گران‌فروشی و تبعیض، آموزش مردم در زمینه بیماری‌های واگیردار و آگاه‌نمودن آن‌ها برای تشخیص و درمان به‌موقع

بیماری‌ها، آموزش مردمدار تمامی سطوح و سنین در زمینه بیماری‌های غیرواگیر با توجه به مزمن بودن بیماری، ایجاد و ساخت فضای سبز و اماکن ورزشی با توجه به اهمیتی که در سلامت جسمی و روانی افراد دارد؛ معاینات اولیه دانش‌آموزان در زمینه‌های دهان و دندان، پدیکلوزیس و اندازه‌گیری وزن و قد و آموزش‌های لازم در زمینه تغذیه، روانشناسی و بیماری‌ها. برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه‌های تغذیه و روانشناسی جهت افزایش فرهنگ تغذیه‌ای و مهارت‌های ارتباطی در سطح خانواده و جامعه؛ آموزش‌های لازم به گروه‌های هدف از جمله دامداران و قصابان و کارکنان رستوران و آشپزخانه در زمینه بیماری‌های مرتبط با شغل از جمله: تب خونریزی دهنده کریمه کنگو، هاری و تب مالت؛ آموزش‌های لازم توسط ماما در سطح مدارس و روستا در زمینه ازدواج و باروری سالم جهت جلوگیری از باروری در سنین پایین و بالا و باروری‌های برنامه‌ریزی نشده، پخش تراکت و پوستر حاوی اطلاعات بهداشتی در تمامی زمینه‌ها در مدارس و ادارات و اماکن عمومی.

سلامت ضروری است؛ اما برای ارتقاء سلامت جامعه لزوماً باید عوامل بالادستی را اصلاح کرد.

ترکیب اطلاعات مختلف حاصل از پژوهش‌های مختلف، بررسی‌های میدانی، بررسی نیازها و خواسته‌های مردم و تجربیات مدیران و برنامه‌ریزان در سطح اجتماع به‌عنوان اقدام شواهد محور برای بهبود سلامت جامعه اهمیت زیادی دارد. در این مطالعه، شناسایی و اولویت‌بندی کردن نیازهای جامعه به‌عنوان یک‌بخش‌های اصلی اقدامات شواهد محور، نشان داد که هم راستا با متون علمی و مطالعات مختلف انجام شده در سایر مناطق کشور می‌باشد. عمده نیازهای مردم و جامعه تحت بررسی با توجه به نظرات افراد کلیدی جامعه، و کارشناسان مرکز خدمات جامع سلامتدر حیطه عوامل محیطی و زیرساختی قرار دارد (۸،۱۰). با این شرایط شکی نیست که تا زمانی که مسائل بنیادین جامعه بررسی شده، مورد مداخله قرار نگیرد، نمی‌توان انتظار داشت تغییر چندانی در شاخص‌های اساسی و برون‌دادی سلامت در این منطقه انجام شود.

ارتباط بین سلامت و وضعیت اقتصادی اجتماعی دارای پیچیدگی‌های خاص خود می‌باشد. درآمد بالاتر سبب می‌شود افراد با سهولت بیشتری به اطلاعات و مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، تغذیه مناسب، آب سالم دسترسی داشته باشند و در محیط‌های سالم‌تر زندگی کنند و در صورت بروز بیماری و یا مشکلات سلامت از خدمات درمانی باکیفیت‌تری بهره‌مند شوند. همچنین سلامت تحت تأثیر وضعیت اجتماعی است و وجود این تفاوت‌ها چه در بین کشورها و چه در درون آن، نابرابری‌های زیادی را در وضعیت سلامت افراد ایجاد می‌کند (۱۷،۴). به‌طور کلی سلامت مردم بیش از آنکه به مراقبت‌های سلامت متکی باشد، به عوامل اجتماعی نظیر: امنیت غذایی و تغذیه، دسترسی به آب سالم و دفع بهداشتی فضولات، مسکن و محل زندگی، حمل و نقل، اشتغال و وضعیت کارکردن و حمایت اجتماعی ارتباط دارد.

در تمامی مطالعات مشابه همانند مطالعه حاضر، مردم در اولویت‌بندی مشکلات و برنامه‌ریزی و تدوین مداخلات و راه‌حل‌های گوناگون جهت رفع مشکلات و نیازها حضور فعال داشتند که این نشانگر اهمیت به‌کارگیری این روش مطالعه

در این مطالعه ۴۸ مشکل در ۶ حیطه بهداشت و سلامت، آموزشی و فرهنگی، اقتصاد و اشتغال، اجتماعی و حقوق شهروندی، امنیتی و خدمات شهری شناسایی گردید. این موضوع نکته مثبت مطالعات مربوط به ارزیابی جامعه است که به تمامی مشکلات جامعه در همه حیطه‌ها می‌پردازد. مقایسه نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج مطالعه مشابه در روستای آلنی از توابع مشکین شهر استان اردبیل (۹) نشان داد مشکلات شناسایی شده در این جوامع در کل در زمینه‌های نسبتاً مشابه از نظر اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی-درمانی، بهداشت و محیط زیست است؛ اما گوناگونی مسائل در هر یک از زمینه‌ها، در این جوامع متفاوت است که این موضوع به تفاوت‌های بنیادین در شرایط اقتصادی-اجتماعی جوامع ارتباط دارد و ضرورت اجرای نیازسنجی برای شناسایی و اولویت‌بندی نیازها را بیشتر روشن می‌سازد.

بسیاری از مشکلات شناسایی شده در این مطالعه، ریشه در مسائل اجتماعی مانند: مسکن، محیط زیست، اشتغال و آموزش دارد. از آنجا که ۷۵ تا ۸۰ درصد از سلامت جامعه تحت تأثیر شرایط اجتماعی قرار دارد؛ بنابراین توجه به این امر خود به‌عنوان یک اولویت مهم برای سیاست‌گذاری کلان جامعه ضروری به‌نظر می‌رسد. نگاهی به تاریخچه سلامت و بیماری در کشورها توسعه‌یافته نشان می‌دهد از آنجا که ریشه بسیاری از مشکلات سلامت در خود جامعه است، برنامه‌ریزی و اقدام خارج از بخش سلامت مانند مسکن و آموزش توانسته است به نحو مؤثری مانع از گسترش نابرابری‌ها و مشکلات سلامت در بین اقشار مختلف جامعه گردد؛ بنابراین توسعه همکاری بین بخشی و تلاش برای برقراری ارتباط بین همه بخش‌های مؤثر بر سلامت می‌تواند روند بهبود شاخص‌های سلامت را تسریع نماید (۱۶،۱۰،۱).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد از نگاه مردم، عمده مشکلات سلامت، زمینه محیطی و اجتماعی دارد؛ بنابراین برنامه‌ریزی و تخصیص منابع لازم در زمینه این عوامل از جمله: مسکن مناسب، آموزش کافی، محیط زیست سالم، اشتغال و سایر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت باید در اولویت سیاست‌گذاری‌ها قرار گیرد. البته وجود خدمات بهداشتی مناسب از جمله خدمات بهداشتی و پیشگیری و همچنین خدمات درمانی کافی برای حفظ

Archive of SID

برای اینکه برنامه نیازسنجی و ارزیابی جامعه در حوزه نظام خدمات سلامت شکل واقعی یک نظام را به‌منظور شناسایی مشکلات و ارائه راه‌حل‌های مناسب جهت مداخله و رفع این مشکلات به خود اختصاص دهد، پیشنهاد می‌گردد که جایگاه آن در نظام سلامت تعریف گردد. به همین خاطر فرآیند نیازسنجی باید به‌عنوان یکی از فعالیت‌های مهم و بالقوه در مراکز بهداشتی-درمانی در نظر گرفته شود. البته اهمیت این مطالعات زمانی آشکار می‌گردد که این مطالعات به‌صورت ادواری انجام گیرد و سطح بهبودی وضعیت پس از مداخلات لازم اندازه‌گیری گردد. همچنین توصیه می‌گردد که مشخصات و متغیرهای افراد شرکت‌کننده در مطالعه از جمله: سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، تعداد سال‌های سکونت در منطقه، میزان درآمد مشخص و ثبت گردد و شناسایی نیازها براساس این متغیرها تجزیه و تحلیل گردد تا بتوان درک بهتر و نتیجه بهتری به‌دست آورد. همچنین پیشنهاد می‌گردد زمانی که چنین مطالعاتی در یک منطقه انجام می‌گیرد و برنامه عملیاتی مناسبی برای رفع و برطرف‌نمودن نیازها تهیه می‌شود، مردم و مسئولین نهایت تلاش خود را برای برطرف نمودن و یا کاهش میزان نیاز انجام دهند و پس از مدت‌زمان مشخص، نتیجه فعالیت انجام‌شده بررسی و میزان بازده فعالیت و طرح سنجیده شود که اگر در یک جامعه مؤثر بوده باشد در تمامی جوامع نیز چنین پژوهش‌هایی انجام پذیرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد که ارزیابی نیازهای جامعه با فرآیند مشارکتی و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه به‌دلیل شرکت و حضور فعالانه افراد جامعه و درگیرنمودن تمامی اقشار و گروه‌ها و هر دو جنس می‌تواند روشی کارآمد برای شناخت و ارائه راه‌حل جهت مداخلات مؤثر با توجه به نیازها و مشکلات جامعه باشد. این مطالعه نشان داد که این جامعه با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی دست به‌گریبان است و مدل ارزیابی جامعه می‌تواند یک روش کارآمد برای شناخت و ارائه راه‌حل مشکلات جامعه لحاظ شود. با توجه به اینکه اکثر مشکلات جامعه به‌صورت زنجیره‌وار و شبکه‌علیت در هم پیچیده هستند با رفع چند تا از مشکلات ضروری و اساسی جامعه بتوان به

به‌عنوان یکی از بهترین روش‌های ارزیابی مشکلات جامعه است (۱۵،۵،۴). مشارکت مردم در فاز اجرایی مطالعه، باعث فراهم‌آوردن امنیت و تضمین اجرای مداخلات می‌شود (۹،۵). مقایسه‌ی نتایج مطالعات با موضوعات مشابه انجام‌شده در شهرها و کشورهای مختلف، با نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که مشکلات شناسایی‌شده در حیطه‌های مختلف، در بسیاری از جنبه‌های ۶ حیطه‌ی طبقه‌بندی‌شده مطابقت دارد (۱۷،۱۳،۸). البته از این نظر که مشکلات بیان‌شده دامنه‌ی وسیعی از مشکلات در زمینه‌های مختلف را در برداشته است با نتایج مطالعات انجام‌شده شباهت و از این نظر که نوع مشکلات مطرح‌شده مختلف می‌باشد با سایر جوامعی که چنین مطالعاتی در آنجا انجام شده متفاوت می‌باشد که این ممکن است در بسیاری از مناطق به‌دلیل اختلافات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی تفاوتی در شناسایی و در اولویت‌بودن یک سری از نیازها وجود داشته باشد. همچنین وجه مشترک مطالعه حاضر با سایر مطالعات مشابه انجام‌شده در سایر شهرها، شناسایی عوامل مرتبط با مشکلات و نیازهای منطقه بود که با برطرف‌نمودن این عوامل، بسیاری از مشکلات جامعه حل خواهد شد و زمینه پیشرفت و ارتقای جامعه را فراهم می‌سازد (۷،۶،۳).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم پاسخگویی ۱۰ خانوار از بین ۱۴۰ خانوار انتخاب‌شده؛ یعنی ۷/۱۴ درصد هنگام مصاحبه بود. البته ما برای رفع این مشکل ضمن شرح کامل مطالعه و انجام توضیحات لازم و کافی در خصوص اهداف مورد بررسی و ضروری و مفید بودن چنین مطالعاتی جهت تشخیص و شناسایی مشکلات منطقه با استفاده از نظرات و مشارکت خود مردم، سعی در ترغیب افراد جهت شرکت در مطالعه نمودیم که ۶ نفر از آن‌ها برای شرکت در مطالعه ضمن تکمیل چک‌لیست همکاری نمودند. سپس با توجه به تعداد کم افراد حاضر نشده برای مصاحبه جهت تکمیل حجم نمونه مورد نظر با خانوار همسایه به‌عنوان جایگزین در اجرای طرح، مصاحبه انجام گردید. قابل ذکر است که با توجه به اینکه مشکلات مربوط به همان خوشه مورد نظر بود به‌نظر می‌رسد عدم پاسخگویی آن‌ها تغییری در پاسخ و نتایج مطالعه و یا اولویت‌های شهری ایجاد نمی‌کند.

Archive of SID

بین دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (محل تحصیل) و دانشگاه علوم پزشکی قم و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی جمکران (محل انجام مطالعه) انجام گردید. بدین‌وسیله از تمامی ساکنین روستای جمکران و کسانی که در انجام این پژوهش مرا یاری نمودند به‌خصوص کارکنان محترم مرکز خدمات جامع سلامت روستایی جمکران به‌ویژه جناب آقای دکتر سلمی‌زاده مدیر مرکز و جناب آقای اروچی کارشناس بیماری‌های مرکز که نهایت همکاری و همدلی را در اجرای طرح داشتند، نهایت تشکر و سپاسگزاری را دارم. شایان ذکر است کلیه هزینه‌های این طرح توسط دانشگاه علوم پزشکی قم تأمین گردید.

رفع یا پیشگیری سایر مشکلات پرداخت. از آنجایی که نیازهای هر جامعه‌ها توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی آن جامعه متفاوت می‌باشد؛ بنابراین ضروری است که برای بهبود وضعیت جامعه و ارتقای سلامت باید شناسایی و اولویت‌بندی و همچنین طرح‌ریزی برنامه برای انجام مداخلات در جهت رفع مشکلات شناسایی‌شده با مشارکت و همراهی افراد همان جامعه انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پروژه کارآموزی بهداشت دوره کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی می‌باشد که در قالب یک طرح پژوهشی براساس مدل کارولینای شمالی و مطابق الگوی تدوین و تجربه شده MPH دانشگاه علوم پزشکی تهران با مساعدت و هماهنگی

References:

1. McCrory P, Slade-Sawyer P. Community health assessment guide book. NC Division of Public Health. North Carolina: Department of Health and Human Services; 2014. Link
2. Khosravi A, Sepidar Kish M, Khalili M, Ghofrani M, Ashrafi E, Sharifi N, et al. Community assessment for diagnosis and determination of health-related problems. *Knowl Health* 2013;8(1):41-5. (In Persian) Link
3. Rafiemanesh H, Yari M, Khodabakhshinejad V, Holakui Naeini K. Community assessment for determination and diagnosis of health-related problems in Aliny Village Meshginshahr functions in Ardebil. *J Prev Med* 2015;2(2):10-7. (In Persian) Link
4. Karimi J, Naieni KH, Ahmadnezhad E. Community assessment of Shahin-Shar, Isfahan, IR Iran to develop community health action plan. *Iran J Epidemiol* 2012;8(1):21-30. (In Persian) Link
5. Hosseinpour M, Nematollahi S, Shekari M, Madani A, Akbarisari A, Ardalan A, et al. 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 Chahestani region in the City of Bandar Abbas. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2016;13(4):1-12. (In Persian) Link
6. Maleki F, Hosseinpour M, Rafiemanesh H, Salehi F, Lotfi Z, Naserizadeh MR, et al. The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2014;12(3):13-21. (In Persian) Link
7. Zaeri S, Asgharzadeh S, Khoshnevis S, Mohammadi M, Holakouie Naeini K. Identification of community needs and prioritization of problems based on community assessment in Azerbaijan Borough, Tehran, Iran. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2011;9(2):69-78. (In Persian) Link
8. Shahandeh K, Rajabi F, Jamshidi E, Majdzadeh R, Majdzadeh B, Akbari F. A cross sectional study on the results of participatory needs assessment in zone 17 of Tehran: three years after intervention. *Hakim Health Syst Res J* 2012;14(4):219-26. (In Persian) Link
9. Abbasi-Ghahramanloo A, Safiri S, Torkamannezhad-Sabzevari J, Kogani M, Holakuie Naeini K, Hassanipour Azgomi S. Community assessment for identification and prioritization health problems in Navai Kola village, Babol, Iran. *J Res Clin Med* 2016;4(1):47-52. Link

10. Bassej MH, Holakouie-Naieni K, Ardalan A, Ahmadnezhad E. Community assessment for determining the health priority problems and community diagnosis: a case study of Qala_Sayed Village, Kazeroun, Fars Province, Iran. *Iran J Public Health* 2015;44(9):1303-5.PMID: 26587511
11. Satcher D. *Methods in community-based participatory research for health*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2005.Link
12. Burke JG, Hess S, Hoffmann K, Guizzetti L, Loy E, Gielen A, et al. Translating community-based participatory research (CBPR) principles into practice: Building a research agenda to reduce intimate partner violence. *Prog Community Health Partnersh*2013;7(2):115-22.PMID: 23793242
13. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health Popul Nutr* 2006;24(1):113-20.PMID: 16796158
14. Statistical Centre of Iran. *Iran national population and housing census 2006*. Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran; 2017. Link
15. Holakouie Naieni K, Ahmadvand A, Ahmadnezhad E, Alami A. A community assessment model appropriate for the Iranian community. *Iran J Public Health* 2014;43(3):323-30.PMID: 25988092
16. Gwede CK, Menard JM, Martinez-Tyson D, Lee JH, Vadaparampil ST, Padhya TA, et al. Strategies for assessing community challenges and strengths for cancer disparities participatory research and outreach. *Health Promot Pract* 2010;11(6):876-87.PMID: 19515858
17. Delshad A, Salari H, Khajavi A, Shafaghi K, Marouzi P, Mohammad PA, et al. Certifying of the society felt needs based on community as partner model in Gonabad population lab. *Boundaries. Ofogh-E-Danesh*2005; 10(4):15-22.(In Persian) Link