

دو فصلنامه طب جنوب

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

سال پنجم، شماره ۲، صفحه ۱۸۰-۱۷۶ (اسفند ۱۳۸۱)

ارزیابی نیازهای سلامت جامعه به منظور تدوین اولویت های برتر پژوهشی در شهر بوشهر به روش بحث متمرکز گروهی

دکتر سیدرضا امامی^۱، دکتر فاطمه تهمتن، دکتر ایرج نبی پور*^۲، دکتر فاطمه عزیزی^۳، دکتر محمد هادی ظفرمند^۴، کورش نخعی

^۱ پزشکی عمومی، پژوهشگر مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۲ استاد بار غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۳ پزشکی عمومی، معاونت امور بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

^۴ پژوهشگر، مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده

شناسایی اولویت های برتر پژوهشی در زمینه سلامت برای هدایت جریان تحقیق بسیار حیاتی می باشد. اولویت سنجی پژوهشی همچنین نقش بسیار مهمی برای ارتقاء طراحی برنامه های تداخلی، سیاست ها و ایجاد سیستم های خدمات سلامت دارد. به منظور شناسایی اولویت های پژوهشی سلامت در شهر بوشهر، از شیوه کیفی بحث متمرکز گروهی^۱ (FGD) با مشارکت ۹۹ نفر در گروه های سنی مشخص متفاوت، استفاده گردید. دوازده دوره بحث گروهی در هر دو جنس، با هدف شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت و عوامل ارتقاء دهنده آن طراحی شد. بیماری های غیر واگیر شامل بیماری های قلب و عروق، مهمترین گستره مورد نیاز مردم در گستره سلامت در گروه های مورد بحث گروهی مطرح شد. تغذیه ناسالم، مشکلات روحی-روانی و اعتیاد به مواد مخدر، بعنوان عوامل تعیین کننده سلامت عنوان شدند. مردم مشارکت کننده در بحث های گروهی، خواستار آموزش در زمینه شیوه های سالم زندگی، دنیای بدون اعتیاد، آشنایی با مشکلات روحی روانی و ایدز بودند. بنابراین، نیازی اساسی برای تدوین سیستم های مراقبتی در زمینه عوامل خطر ساز رفتاری و شناسایی شیوه های سالم زندگی به منظور طراحی پژوهش های تداخلی برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در سطح جامعه احساس می شود.

واژگان کلیدی: سلامت، بحث متمرکز گروهی، قلب و عروق، روحی - روانی، اعتیاد

* این پروژه با حمایت مالی و امکانات مرکز پژوهش های سلامت خلیج فارس دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به انجام رسیده است.

** بوشهر، خیابان معلم دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت پژوهشی، ص. پ ۳۶۳۱ پست الکترونیک: nabipour1@bpums.com

مقدمه

پژوهش های سلامت برای ارتقاء طراحی برنامه های تداخلی، سیاست ها و ایجاد سیستم های خدماتی سلامت نقش حیاتی دارد. اولویت سنجی همچنین نقش تعیین کننده ای در هدایت جریان خود پژوهش دارد.

با این وجود، هیچ راه سبلی برای انجام اولویت سنجی برای ترسیم چارچوب پژوهشی وجود ندارد. نبود راه روشن برای نیل به این هدف، موجب آن شده است که تقریباً ده درصد از سرمایه های پژوهش های سلامت که از منابع ملی و خصوصی تأمین می شوند، صرف ۹۰ درصد از مسائل و مشکلات عمومی سلامت شوند؛ این دورنما امروز به نام شکاف ۱۰/۹۰ (ده نود) شناخته شده است (۱).

منابع جهت سرمایه گذاری بر گستره پژوهش بسیار محدود می باشد و از این رو وجود فرآیندی منطقی در اولویت سنجی پژوهش بسیار محسوس می باشد.

اولویت سنجی پژوهشی نیاز به روش های منطقی و اصولی، فرآیندی علمی و بکارگیری مکانیسم های بنیادی و شناخته شده برای استحکام و قوت بخشی ارتباط میان پژوهش، عمل و سیاست دارد. از این رو سیاست سلامت و عمل آن بصورت مستحکم بر روی شواهد علمی قابل دسترس استوار می شود.

تعدادی مدل و روش برای سنجش اولویت های پژوهشی در گستره سلامت بوجود آمده است. گزارش ۱۹۹۶ کمیته Ad Hoc بر روی پژوهش های سلامت، بر اهمیت اولویت سنجی پژوهشی در پهنه سلامت تاکید نمود؛ بر اساس رهیافتی سیستماتیک، با در نظر گرفتن وجود منابع محدود برای سرمایه گذاری، این گزارش، استراتژی ای پنج مرحله ای را تدوین نمود. با بکار بردن این استراتژی، چهار محیط سرمایه گذاری کلیدی شناسایی شد.

این چالش های پژوهشی سلامت شامل سلامت مادر و کودک، تهدیدهای میکروبی در حال تغییر دائم، بیماری های غیر واگیر و صدمات و حوادث، و سیاست سلامت و سیستم

این رهیافت، هر چند بسیار جامع بوده و تور آن بر مقوله های وسیعی افکنده شده است ولی در حین جامعیت، دارای مرزبندی بسیار جدی است (۳).

اولویت بندی پژوهشی یک مقوله چند بخشی و فرآیندی مشارکتی است. روش عمل در تحقیقات سلامت در ضرورت های ملی (ENHR) روشی جامع بوده و شامل کلیه ذی نفع ها شامل دانشمندان، سیاستگذاران سلامت، مدیران برنامه ریزی و جامعه می باشد (۵).

ارزیابی میدان های مورد نیاز اساسی در جامعه، نقش بسیار بنیادی در طراحی الگوهای اولویت سنجی پژوهشی دارد. از این روی به منظور یافت اولویت های برتر پژوهشی در گستره سلامت در بندر بوشهر، از رهیافت بحث گروهی متمرکز FGD با مشارکت گروههای مختلف مردم در سن و جنس های مختلف استفاده کردیم.

روش کار

در این پژوهش، به منظور شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت و عوامل تأثیرگذار که موجب ارتقاء سطح سلامت در بندر بوشهر را فراهم می آورند، ۱۲ دوره بحث گروهی متمرکز (FGD) در دو مرکز بهداشتی درمانی شهری بوشهر که بیشترین پوشش جمعیتی را شامل بودند، انجام گردید.

بدین منظور، ۹۹ نفر از مردم شهر که تحت پوشش این مرکز بهداشتی درمانی بودند، بصورت تصادفی از گروههای مختلف سنی و جنسی بدون در نظر گرفتن سطح سواد و شرایط اقتصادی انتخاب گردیدند و با ارسال دعوت نامه رسمی در تاریخ مشخص جهت مصاحبه دعوت شدند. میزان مشارکت مردم ۸۰ درصد بود.

دوره های بحث های گروهی در سه محدوده سنی طبقه بندی شدند (۳۰-۱۹، ۵۰-۳۰ و ۶۴-۵۰ ساله). دو دوره برای هر گروه سنی در هر جنس برگزار گردید. در هر گروه، حداقل پنج نفر و حداکثر ۱۳ نفر شرکت داشتند.

دو نفر زن و مرد با سطح تحصیلی مقطع دکترا که در

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی WHO سلامت را که شامل شرایط مناسب فیزیکی، روحی و اجتماعی فرد و نه تنها نبود بیماری، تعریف می کردند.

◀ عوامل تعیین کننده سلامت کدامیک می باشند؟

در یک فراگرد کلی، گروههای مصاحبه شده، مسائل روحی و روانی، تغذیه ناسالم، عدم تحرک فیزیکی، مصرف دخانیات و مواد مخدر و چربی (کلسترول) خون را از عوامل تعیین کننده سلامت قلمداد کردند. در ضمن نیمی از گروهها نیز به کیفیت محیط زیست و شهری، بعنوان عامل تعیین کننده در سلامت اشاره نمودند.

◀ عوامل مرگ و میر در شهر بوشهر کدامیک می باشند؟

افراد شرکت کننده در گروههای مختلف سنی و جنسی، به ترتیب اولویت، سکته قلبی، حوادث و تصادفات جاده ای، بیماری های روحی و استرس، تغذیه ناسالم را عوامل مرگ و میر در شهر بوشهر قلمداد نمودند.

◀ نیازهای آموزشی مردم برای ارتقاء سلامت و دستیابی به زندگی سالم کدام موارد می باشند؟

گروهها، نیازهای آموزشی جامعه را مفاد آموزشی در زمینه عوامل خطر ساز برای پیشگیری از سکته های قلبی، آموزش تغذیه سالم و جلوگیری از ایجاد مسائل روحی و روانی برای

زمینه بحث متمرکز گروهی، آموزش دیده بودند، بعنوان هماهنگ کننده (Facilitator) انتخاب شدند.

یادداشت بردارها، شامل دو نفر زن و مرد از میان افراد علاقمند به همکاری و تدنویس با مقطع تحصیلی دکتری و لیسانس انتخاب و در چند جلسه توجیهی، اهداف مطالعه و نکات مهم در اجرا به آنها توضیح داده شد.

پرسش نامه راهنما که (جدول ۱) در قالب سئوالاتی متناسب با اهداف مطالعه طراحی شده بود، تنها در دسترس هماهنگ کننده ها قرار گرفت و سئوالات به گونه ای طراحی گردید که قابل درک برای شرکت کنندگان بوده و در مدت تعیین شده، هماهنگ کننده قادر باشد، از طریق طرح این سئوالات، ضمن فراهم آوردن محیطی یکسان و مناسب، اطلاعات لازم و کافی را کسب نماید.

هر دوره مصاحبه، ۱/۵ الی ۲ ساعت بطول انجامید و تمام دوره ها طی یک ماه اجرا شدند. تمام مصاحبه ها هم یادداشت برداری و هم بر روی نوار کاست برای آنالیز بعدی ثبت گردیدند.

نتایج

◀ تعریف سلامت چیست؟

تمام گروههای شرکت کننده در پژوهش بصورت بحث گروهی متمرکز (FGD)، با مفهوم سلامت آشنایی کامل داشته و نسبت به درک سلامت بصورت کلان واقف بودند و

جدول ۱) پرسشهای کلیدی در مباحثه گروهی روی عنوان خاص (FGD) جهت تعیین اولویت های پژوهشی

در شهر بوشهر ۱۳۸۱

هدف اول : (سلامت و عوامل تعیین کننده آن)

۱/ تعریف سلامت چیست ؟

۲/ عوامل تعیین کننده سلامت کدامیک می باشند ؟

۳/ عوامل مرگ و میر شهر بوشهر کدامیک می باشند ؟

هدف دوم : (ارتقاء سلامت)

۱/ نیازهای آموزشی مردم برای ارتقاء سلامت و دستیابی به زندگی سالم کدام موارد می باشند ؟

۲/ مردم از ارائه دهندگان خدمات سلامت برای ارتقاء سطح آن چه درخواستی دارند ؟

بیشتر عوامل تعیین کننده سلامت در درون ارتباطات اجتماعی پیچیده، دینامیک و به هم پیوسته قرار دادند. در یک دورنمای کلی، عوامل تعیین کننده سلامت جمعیت، نه تنها از طریق سیستم های اجتماعی، بلکه از سوی ارتباطات اجتماعی درون این سیستم ها، اعمال حضور می یابند (۶).

حرکت از تمرکز به روی باز بیماری ها به سوی عوامل خطر ساز (عوامل تعیین کننده)، جهتی برای توسعه در سیاست های آینده می باشد. با این وجود، این تغییر، خود چالش های دیگر مختص به خود را آفریده است که مهمترین آن انتخاب، عوامل خطر سازی است که می بایست تحت مطالعه قرار گیرند.

بحث گروهی متمرکز در این پژوهش، نشانگر اضافه وزن و چاقی، عدم فعالیت فیزیکی، اعتیاد و مصرف دخانیات، آب ناسالم و عدم کیفیت محیط زیست و شهری و وجود رفتارهای خطر ساز بعنوان عوامل تعیین کننده سلامت در سطح شهر بوشهر بود.

بر اساس این عوامل خطر ساز و عوامل تعیین کننده سلامت، سلامت جمعیت بیشتر تحت تأثیر عوامل توسعه ای در خارج از سیستم سلامت بوده و شامل تغییرات در اقتصاد و ارتباطات اجتماعی که ارتقاء کیفیت زندگی مردم را فراهم می آورند، نهفته می باشند.

بر اساس مطالعه ای در آمریکا، که برای ارزیابی عوامل عمومی مرگ زودرس و ناتوانی سامان داده شده بود، مشخص گردید که ۱۰ درصد از موارد فوق بدلیل عدم دسترسی کافی به سیستم مراقبت سلامت، ۲۰ درصد ژنتیک، ۲۰ درصد عوامل محیطی و ۵۰ درصد بین فاکتورها و رفتارهای خطر ساز شیوه های زندگی می باشد؛ از این رو سلامت جمعیت ها بیشتر تحت تأثیر خارج از بخش سلامت می باشد (۷).

بنابراین، تحریک بخش های خارج از سلامت، بعنوان یکی از عوامل تأثیر گذار بر سلامت، می تواند اثرات بسیار شگرفی بر روی کیفیت و سال های عمر پر سلامت و حذف بی عدالتی در سلامت در جوامع شود. به زبان کلی، پژوهش

ارتقاء سطح سلامت را نام بردند. در ضمن نیمی از گروهها، نیازهای آموزشی در زمینه ایدز را یادآور شدند.

کمردم از ارائه دهندگان خدمات سلامت برای

ارتقاء سطح آن چه درخواستی دارند؟

اول؛ همگی گروهها، از اطلاعات کم و ناکافی و غیر مؤثر پرسنل ارائه دهنده خدمت در مرکز بهداشتی درمانی شهری شاکی بوده و خواستار ارتقاء سطح دانشی آنان بودند. دوم؛ همه گروهها خواستار ارائه مفاد آموزشی در زمینه اسلوب های سالم زندگی و تغذیه مناسب و سالم از سوی مراکز بهداشتی درمانی بودند.

سوم؛ بعنوان مهمترین تغییر در سیستم ارائه خدمات سلامت، خواستار انجام معاینات متناوب عمومی جهت شناسایی و کنترل فشارخون و سطح چربی (کلسترول) خون بودند.

همچنین آنان از زحمات شبانه روزی پرسنل مراکز بهداشتی درمانی واقف بودند، اما خواستار برخوردی انسانی، به همراه صبر و شکیبایی از سوی پرسنل مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت بودند.

بحث

استفاده از روش پژوهش کیفی بحث گروهی متمرکز برای ارزیابی نیازهای جامعه در زمینه سلامت در شهر بوشهر، به منظور تدوین اولویت های پژوهشی در عرصه سلامت، نخست نشانگر آن بود که تمام گروههای شرکت کننده در پژوهش، با مفهوم واقعی سلامت که در شکل کلان آن توسط سازمان بهداشت جهانی به صورت «سلامت کامل فیزیکی، روحی و روانی و اجتماعی و نه تنها در نبود بیماری و معلولیت» تعریف شده است (۱)، آگاهی کامل داشتند. از این رو برای دستیابی و حفظ سلامت، می بایست عوامل درونی و ذاتی، امور اجتماعی، پژوهش و توسعه، تجارت، کشاورزی، سیاست توسعه و محیط زیست در یک چارچوب پیچیده و منطقی مورد ارزیابی و بدلیل پتانسیل اثرگذاری بر روی مقوله سلامت مورد بررسی دقیق قرار گیرند (۵).

گروه‌های FGD همچنین نسبت به ایجاد سیستم غربالگری جمعیت شهر بوشهر، جهت شناسایی افراد در معرض خطر بیماری های قلب و عروق، بعنوان یکی از وظایف اصلی سیستم های سلامت عنوان نمودند.

سیستم های سلامت که برای بیماری های قلب و عروق طراحی شده اند، شناسایی افراد با عوامل خطر ساز قلب و عروق، در مراحلی که علائم این بیماری ها را هنوز در خود نشان نداده اند را بعنوان بهترین استراتژی جهت کاهش خطر این بیماری ها در سطح جمعیت مطرح کرده اند (۹).

شیوع سکنه قلبی محتمل و اختلالات ایسکمیک نوار قلب در حالت استراحت در مردان و زنان ۶۴-۳۰ ساله شهر بوشهر ۲/۵ درصد و ۱۸ درصد، بر اساس پرسشنامه رز (ROSS) و نوار قلب در حالت استراحت، می باشند (۱۰).

الگوهای ناسالم شیوه زندگی که در آفرینش بیماری های قلب و عروق نقش دارند، هنوز بخوبی در منطقه خلیج فارس مورد مطالعه و بررسی قرار نگرفته اند؛ از این رو بدلیل کمبود اطلاعات در این زمینه، هنوز نمی توان نسبت به تدوین سیاست های سلامت در مورد شیوه های سالم زندگی و برنامه های استراتژیک مربوطه ابراز نظر نمود. به منظور نیل به این هدف، نیاز ایجاد سیستم های مراقبت عوامل خطر ساز رفتاری در منطقه خلیج فارس بشدت احساس می شود.

در عوامل تأثیرگذار می تواند موجب شناسایی تداخلات برای پیشگیری از بیماری یا مرگ زودرس شود.

در سراسر جهان، بیماری های مزمن، شامل بیماری های غیرواگیر (مانند بیماری های قلبی-عروقی)، بیماری های روانی مزمن و بیماری های واگیر مزمن مانند سل و ایدز، موجب چالش عمده ای در بخش سلامت شده اند (۸).

گروه های شرکت کننده در بحث متمرکز گروهی در شهر بوشهر، نیاز به ارتقاء سطح دانش مردم در زمینه اعتیاد، ایدز، مسائل سلامت روحی و روانی و شیوه های سالم زندگی، شامل تغذیه سالم، به منظور پیشگیری از بیماری های قلب و عروق، اشاره نمودند.

آنان خواستار آموزش قلب سالم، تغذیه سالم و شیوه های سالم زندگی از سوی ارائه دهندگان خدمات سلامت شدند. عوامل بیماری های غیرواگیر (مانند بیماری های قلب عروق، سکنه های مغزی و دیابت) ریشه در رفتار انسان، مانند مصرف دخانیات، رفتارهای تغذیه ای ناسالم، نبود فعالیت فیزیکی و زندگی پراسترس دارد. از این رو بر اساس این واقعت، اندیشه متخصصین علم سلامت، اکنون بر روی شیوه هایی که کمک به ایجاد تغییر رفتار در مردم برای کاهش خطر بیماری های قلبی و عروقی می نماید متمرکز شده است.

REFERENCES:

1. Global Forum for Health. Research 2000. The 10/90 report on health research 2001-2002. April 2002, 13.
2. Ad Hoc Committee on Health Research. Investing in Health Research and Development. WHO, September 1996.
3. Fraser DW. Overlooked opportunities for investing in health research and development. Bull WHO 2000;78:1054-1057.
4. Global Forum for Health. Research 2000. The 10/90 report on health research 2000. April 2000, 20-27.
5. Watson J. The contribution of public health to national development. Findings from an introductory workshop with Hungarian stakeholders. 9 September 2001, 4.
6. Harrison D. New perspectives in health promotion planning. Lessons from the evolution of health promotion planning and practice in England. North

West Regional Office, C/0 Institute for Health Research, Public Health Unit, 2002, No 2, 3.

7. Watson J, Harrison D. Asset maximization: the potential role of the health care sector as an economic catalyst in local economies. Division of Public Health Sciences, University of Nottingham, Working Paper, 20 May 2002, 1.
8. Swartz L, Dick J. Managing chronic diseases in less developed countries. BMJ 2002;325:914-15.
9. Brindle P, Fahey T. Primary prevention of coronary heart diseases. BMJ 2002;325:56-7.
10. Fakhrazadeh H, Nabipour I, Osfouri E, et al. Association between electrocardiographic ischemic abnormalities and coronary risk factors in a defined population in Bushehr Port, Iran. Ir South Med J 1998;2:200-09.