

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، ایستگاه تحقیقات بهداشتی (سلامت) بندرعباس - موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران (انستیتو تحقیقات بهداشتی سابق)، 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 جامعه فرآیندی است که در طی آن پژوهشگران و اعضای جامعه با جمع آوری و تحلیل داده ها و تعیین 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 آن با کمک مردم، انجام شده است.

روش کار: این پژوهش 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. که به ترتیب بی توجهی مسئولین، ناامنی و بیکاری، فقر، فاضلاب، قطعی آب، آسفالت نبودن 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 مربوط به حوزه بهداشت و درمان بوده که این مشکلات طیف وسیع و متنوعی از مسائل در زمینه های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی را در بر می گیرد.

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

مقدمه

آن درکی درست از سلامت، دلپایسی 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 جامعه برای توسعه زندگی شهروندان، به اوج خود می رسد. همچنین ارزیابی 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 مسؤلیت 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 and Karimi 2009). محله چاهستانی ها یکی از محله های حاشیه ای و محروم شهرستان بندرعباس بوده که به علت حاشیه نشین بودن و غیرقانونی بودن ساخت و ساز منطقه، دارای وضعیت نابسامان و مشکلات عدیده ای می باشد این محله حدود ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت دارد. اکثر افراد ساکن این محله از مهاجران و به خصوص روستای چاهستان شهرستان بندرعباس می باشند 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 پژوهش با هدف ایجاد یک پایه ی اطلاعاتی برای توانمند سازی مردم محله چاهستانی ها، شناسایی، اولویت بندی، برنامه ریزی و اقدام به حل مشکلات آنان انجام گرفته است.

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

نیازهای یک جامعه ممکن است به صورت نیازهای احساس شده باشد؛ یعنی توسط افراد جامعه تشخیص داده شود و یا به صورت نیاز واقعی توسط مطالعه کارشناسانه جامعه مشخص گردد (Delshad et al. 2004). حل مسائل جامعه مستلزم به کارگیری ابعاد مختلف سیاسی، اجتماعی، زیست شناختی می باشد (Israel et al. 2005) 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 مشکلات نقش تعیین کننده ای در هدایت جریان 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 et al. 2010). با این وجود پژوهش های جامعه نگر دانشگاهی نتوانسته اند منجر به اقدامات موثر بر طبق نیازها و اولویت های سلامت جامعه شوند 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 (Shamsi Meymandi et al. 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 پایگاه های تحقیقات بهداشتی و مراکز توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت در سال های اخیر در این راستا بوده است (Habibzadeh et al. 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 and Jewkes 1995; Minkler et al. 2006). در این راستا ارزیابی جامعه فرآیندی است که اعضای جامعه طی

کارمندان مرکز بهداشتی و درمانی 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 شد، همچنین دو بحث گروهی متمرکز در مسجد یکی با حضور زنان و دیگری هم با حضور مردان انجام شد. داده‌ها و اطلاعات کیفی تا زمانی جمع آوری شدند که به سطح اشباع برسند و نیازی به انجام بیشتر مصاحبه نباشد.

در مرحله سوم، تحلیل داده های 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 داده ها و مقایسه آمارهای سلامت با داده های جامعه صورت گرفت در پایان این مرحله درک اساسی از مسائل عمده سلامت محله چاهستانی ها به دست آمد.

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

در مرحله ششم، پس از مشخص شدن مشکلات (جدول ۱) و برای تشخیص اولویت ها، با حضور ۵ نفر از افراد صاحب نظر محله و از طریق ماتریس انتخاب، اولویت‌های اصلی محله مشخص شدند (جدول ۲).

مرحله هفتم شامل ایجاد سند ارزیابی جامعه است. در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه 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 علاقه مندان بود.

در آخرین مرحله از این بررسی تیم ارزیابی جامعه برنامه های عملیاتی را بر اساس اولویت های مرحله ششم ارائه نمودند که در صورت اجرای فاز دوم این پروژه، با همکاری و مشارکت سازمان های ذیربط به اجرا در خواهند آمد.

پزشکی تهران و مدل کارولینای شمالی که یک روش شناخته شده و بسیار متری است انجام شد (Holakouie Naeini and Karimi 2009). در این

مدل فرایند ارزیابی جامعه در ۸ مرحله انجام میشود. مدل ارزیابی جامعه کارولینای شمالی هر ۴ سال یکبار انجام میشود هر شهرستان پس از ارزیابی جامعه و تعیین اولویت های سلامت و تدوین برنامه های عملیاتی برای حل مشکلات، سه سال فرصت دارد. سپس از سوی سطوح بالاتر (ایالتی) مورد ارزشیابی قرار می گیرد 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 پروژه در دو فاز انجام می شود در فاز اول که شامل مراحل اول تا هفتم می باشد به شناسایی مشکلات و اولویت بندی آن ها می پردازد و در فاز دوم به تدوین برنامه های عملیاتی برای حل مشکلات پرداخته می شود. پژوهش حاضر فقط به فاز اول اختصاص داده شده است. روش کار: این ارزیابی در ۸ مرحله به شرح زیر به اجرا در آمده است. مرحله اول، تشکیل تیم ارزیابی جامعه بود که فرایند ارزیابی را به عهده داشت. این گروه باید افراد دارای انگیزه باشند که بتوانند در جهت منافع طیف وسیعی از اعضای جامعه فعالیت نمایند و قادر باشند به نحو شایسته دلواپسی ها و نیازهای جمعیت های مختلف درون جامعه را ارائه نمایند. مرحله دوم، به جمع آوری داده ها اختصاص داشت. در این مرحله، تیم ارزیابی جامعه داده ها را بطور مستقیم جمع آوری کرد تا بدین وسیله نقطه نظرات جامعه، دغدغه های مردم نسبت به زندگی، سلامت و سایر زمینه هایی که برای مردم اهمیت دارند را به دست آورد. اهمیت این داده‌ها در ارزیابی وضعیت جامعه از دیدگاه مردمانی است که در آن جامعه زندگی می‌کنند. این داده ها از طریق حضور در میان مردم و به روش کیفی هم به صورت مصاحبه و هم به صورت بحث گروهی متمرکز جمع آوری شد. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای و واحد مطالعه خانوار و بدین صورت بود که با مشاوره

نتایج

با انجام این بررسی و در مجموع ۶۰ مشکل توسط مردم تعیین و ثبت شد. مشکلات به دست آمده 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، کمبود 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 کسبه.

اجتماعی و حقوق شهروندی: فروش مشروبات الکلی، خودکشی، زورگیری، مهاجرت از مناطق همجوار، مشکل بچه های سرراهی، فساد اخلاقی، بی توجهی مسؤولان، کمبود نانوائی 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.

خدمات شهری: نداشتن شبکه فاضلاب و جاری بودن فاضلاب خانگی در داخل محل، بافت فرسوده و سستی شهری، نبود روشنایی معابر، نوسانات زیاد برق،

مشکل آسفالت 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، وجود موش، کمبود مغازه های میوه فروشی، عدم بازدید و پیگیری مشکلات منطقه توسط ارگانهای ذیربط، 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، آسفالتی 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 نوع بررسی ها نوعی تحقیق مشارکتی اند، زیرا فرآیند پژوهش نه فقط بر روی مردم بلکه با کمک همه اقشار جامعه که فعالانه در فرآیند ارزیابی دخالت دارند انجام و با کمک خود آنان نیز اولویت های مربوط به منطقه تعیین می شوند. 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 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:

حمایت از سالمندان تا افزایش مصرف داروهای روانپزشکی بودند (Lazenbatt et al. 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 et al. 2000).

با مقایسه نتایج این بررسی با نتایج دیگران این نکته مشخص می‌شود که بین مطالعه ما و ارزیابی‌های دیگر تشابهات و تفاوت‌هایی 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 تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در هر منطقه است. که همین مساله از ویژگی‌های بارز ارزیابی جامعه بوده و اهمیت شناسایی مشکلات از زبان خود مردم را ضروری می‌سازد.

یکی از محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت و قابل چشم‌پوشی بود، عدم پاسخگویی و شرکت تعداد معدودی از ساکنان در بررسی بود. تعدادی دلیل عدم شرکت در مطالعه را این‌طور بیان می‌کردند 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. عده‌ای هم در زمان مراجعه گروه پرسشگری در منزل حضور نداشتند. البته عده‌ای هم ناآشنایی با محله و تازه وارد بودن را عدم پاسخگویی عنوان می‌کردند. 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 می‌شد. برای گروه سوم هم از آنان خواسته شد که هر مشکل مهمی را تا آن زمان دیده و حس کرده‌اند بیان کنند.

نتیجه‌گیری

در مطالعه‌ای 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 et al. 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 می‌باشد و اطلاعات مورد نیاز با استفاده تکنیک‌ها و ابزارهای مشارکتی شامل: مشاهده و مصاحبه جمع‌آوری 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 سیاست‌های مشارکتی و مبتنی بر توانمندسازی قادرند براساس نیازها و اولویت‌های خودشان به شیوه‌ای خردمندانه زندگی بهتری را برای خود و خانواده‌شان فراهم کنند (Shahandeh et al. 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 مشکل‌های مهم شهر انتخاب و اولویت بندی شد (Karimi 2009).

در مطالعه‌ای که در شهر لندن و با هدف آگاهی از نیازهای سلامت و بدست آوردن نقطه نظرات خدمت گیرندگان و خدمت‌دهندگان سرویس‌های سلامت انجام شد مشکلاتی از قبیل نارضایتی وسیع از نظام‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، از دسترسی تا ارتباطات نامناسب بین سرویس‌های ارائه دهنده خدمات بدست آمد (Dale et al. 1996).

مهمترین مشکلاتی که در ارزیابی نیازهای جامعه که در ایرلند شمالی انجام شد کمبود مکان‌های امن، عدم

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 حوزه فعالیت پزشک خانواده می تواند در نظر گرفته شود (Holakouie and Ahmadvand 2009).

تشکر و قدر دانی

این پژوهش بخشی از برنامه ارزیابی جامعه کارآموزی دانشجویان کارشناسی ارشد رشته اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد که با مساعدت ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس و همراهی سیستم بهداشتی و درمانی بندرعباس، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام شد. بدین وسیله از تمامی کارکنان ایستگاه تحقیقات بهداشتی بندرعباس و مرکز بهداشت استان هرمزگان تشکر و قدردانی می شود. کلیه هزینه های این بررسی توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران تامین گردید.

بیشتر مشکلات به دست آمده از محله چاهستانی ها، زمینه ای 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 است. 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 مردم همان جامعه 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 منظور شناخت و ارائه راه حل مشکلات سلامتی جامعه به خود گیرد، پیشنهاد می شود جایگاه آن در نظام سلامت

جدول ۱- فهرست 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 درمانی	بی توجهی به بهداشت و نظافت مدارس	نبود پزشک در محله	فقر فرهنگی	ترک تحصیل کودکان	نبود امکانات ورزشی مورد نیاز	عدم وجود مهد کودک 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	فقر	مشکل مسکن	بیکاری	گرانی
بالا بودن اجاره خانه	دستمزد پایین	کار کودکان	عدم ایجاد اشتغال برای جوانان	فروش مشروبات الکلی	خودکشی	زورگیری	مهاجرت از مناطق همجوار	مشکل بچه های سرراهی
فساد اخلاقی	بی توجهی مسئولین	کمبود خبازی در محل	کیفیت پایین نان	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 و عده مسئولین	نزاع و درگیری	زورگیری	ورود افراد شرور به محله از نقاط دیگر شهر	نداشتن شبکه فاضلاب شهری	بافت فرسوده و سستی شهری	نبود روشنایی معابر
نوسانات زیاد برق	نبود کیوسک تلفن عمومی	مشکل اسفالت خیابانها و معابر	نگهداری احشام در منازل	قرار گرفتن خور (فاضلاب روباز) و اثرات زیانبار بهداشتی آن	وجود موش	کمبود مغازه های میوه فروشی	عدم بازدید و پیگیری مشکلات منطقه توسط ارگانهای ذیربط	

جدول ۲ - اولویت بندی مشکلات محله چاهستانی های بندرعباس 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 نبودن 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 Professionals*, Moghim, Isfahan [In Persian].
- Holakouie Naeini, K. and Ahmadvand, A., 2009. *Developing The Community Assessment Model For Iranian Community*, Unpublished report [In Persian].
- 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].