اولویت‌های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذی‌نفعان در جمهوری اسلامی ایران

دکتر حسین ملک‌افضلی[۱]، فرح‌السادات بحرینی[۲*]، دکتر فرشید علاءالدینی[۳]، دکتر آمنه‌ستاره فروزان[۴]

۱- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز توسعه و هماهنگی تحقیقات و فناوری، معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳- مؤسسه توسعه و تحقیق پژوهشگران سلامت ۴- گروه مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

دریافت: ۸۵/۵/۲۸ پذیرش: ۸۶/۱۲/۲۱

Title: *Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in I.R. Iran*

Authors: *Malekafzali H, (PhD); Bahreini FS, (MSc); Alaedini F, (MD, PhD); Forouzan AS, (MD.)*

Introduction: *Nowadays, there is a growing demand for prioritizing research activities based on the subjects associated with health care. In fact, health resources have not increased in developing countries, and despite the increased burden of diseases in these countries, the research budget allocated to dealing with health related issues has not increased in developing countries. Priority setting in health system is a response to the current challenges. For the priority setting process to be collective and participative, involvement of all stakeholders concerned could prove helpful. In the present article, the priorities in health system were set through needs assessment*

Methods: *This project was formulated by needs assessment and involvement of the interested stakeholders as well as users of the health services with the aim of priority setting in health care system in 7 provinces of the country. A unique guideline was proposed to the executing universities as a preliminary guide. The project was implemented using qualitative and quantitative methods.*

Results: *Results of the prioritization of the problems in health system indicate that accidents have the highest frequency, with the environment, water and food health ranking second in frequency.*

Conclusion: *It is the duty of health care system of a country to resolve its health problems. To this end, primarily, problems should be identified. Accordingly, the limitations of the priorities set by the health system must be recognized, and research titles have to be determined for each. The basis of this process is the consensus of the stakeholders concerned on the priority lists.*

Keywords: *Priority setting, health system, needs assessment, participation.*

Hakim Research Journal 2007; 10(1):13- 19

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان آزادی، روبروی پارک اوستا، معاونت تحقیقات وفنآوری، طبقه پنجم. تلفن: ۶۶۹۳۶۲۸۶، نمابر:۶۶۹۳۹۵۰۶

پست الکترونیک: farahbahreini@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

چکیده

مقدمه: *امروزه درخواست فزاینده‌ای برای اولویت‌بندی پژوهش‌ها بر اساس اهمیت موضوعات مرتبط با سلامت وجود دارد. واقعیت آن است که منابع بهداشتی کشورهای در حال توسعه به‌میزان کافی پیشرفت نکرده است و علی‌رغم بار زیاد بیماری‌ها در این کشورها، نسبت بودجه‌های اختصاص یافته برای پژوهش در حوزه سلامت که صرف مسایل و مشکلات بهداشتی این کشورها می‌شود، افزایش نیافته است. تعیین اولویت‌های نظام سلامت پاسخی بر چالش موجود است. به‌منظور آن‌که تعیین اولویت‌ها فرایندی فراگیر و مشارکت برانگیز باشد، درگیری و مشارکت تمام ذی‌نفعان می‌تواند به شناسایی نیازهای نظام سلامت کمک کند. در مقاله حاضر با بهره‌گیری از نیازسنجی مشارکتی، اقدام به تعیین اولویت‌های نظام سلامت شده است.*

روش کار: *این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نظام سلامت در ۷ استان کشور از طریق نیازسنجی و با مشارکت فعال ذی‌نفعان و استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی طراحی و بر اساس دستورالعمل واحدی به دانشگاه‌های مجری پیشنهاد گردید تا به‌عنوان راهنمای اولیه به‌کار گرفته شود. نیازسنجی به دو صورت کمی و کیفی انجام شد.*

یافته‌ها: *نتایج اولویت‌بندی مشکلات نظام سلامت بیانگر آن است که حوادث و سوانح از بالاترین فراوانی برخوردار است و بعد از آن بهداشت محیط، آب و غذا قرار دارند.*

نتیجه‌گیری: *حل مشکلات سلامت جامعه، وظیفه هر نظام بهداشتی- درمانی است. برای این کار نیاز است که ابتدا مشکلات شناسایی شده و سپس با توجه به محدودیت‌های منابع، اولویت‌های نظام سلامت تعیین و برای هر اولویت، عناوین پژوهشی مشخص شود. آن‌چه در این فرآیند اهمیت دارد، توافق تمامی ذی‌نفعان در مورد لیست اولویت‌هاست.*

گل‌واژگان: *تعیین اولویت‌ها، نظام سلامت، نیازسنجی، مشارکت.*

مقدمه

امروزه درخواست فرایندهای برای اولویت‌بندی پژوهش‌ها بر اساس اهمیت موضوعات مرتبط با سلامت وجود دارد (۱ و۲)؛ زیرا با توجه به منابع اعتباری محدود، مدیریت کارآمد پژوهشی ایجاب می‌کند که منابع و اعتبارات به مسایل و مشکلاتی تخصیص داده شوند که شیوع بیشتری داشته و خسارات و آسیب‌های جدی‌تری را بر سلامت جامعه وارد می‌سازند. اما علی‌رغم چنین انتظاری کمتر از ۱۰٪ از بودجه تمامی پژوهش‌های انجام شده در دنیا به بیماری‌ها و مشکلاتی مربوط می‌شوند که ۹۰٪ بار کلی بیماری‌ها را موجب می‌شوند. مثلا بیماری‌هایی چون پنومونی، اسهال، سل و مالاریا در مجموع ۲۰٪ بار بیماری‌ها را در جهان دارند ولی کمتر از ۱٪ بودجه اختصاص یافته به پژوهش‌های سلامت را به خود اختصاص داده‌اند (۳). به‌نظر می‌رسد این شکاف در کشورهای جهان سوم عمیق‌تر باشد (۴). بر اساس اعلام معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران نسبت کل اعتبارات اولویت‌های پژوهشی نظام سلامت به کل هزینه‌های تحقیقات سلامت حدود ۱۵٪ است. اختصاص نامناسب منابع و اعتبارات پژوهشی، خسارات و هزینه‌های متنوع و فراوانی (۳) در حوزه سلامت ایجاد خواهد کرد. نیازسنجی به‌عنوان یک روش منظم برای تشخیص نیازهای حوزه سلامت و همچنین ارایه پیشنهاد برای اقداماتی که بتوانند چنین نیازهایی را مرتفع سازند، در نظر گرفته می‌شود (۵ و ۶).

سنجش نیازهای سلامت از اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ توسط تأمین‌کنندگان مالی حوزه سلامت مورد توجه قرار گرفت و به‌صورت رسمی در کشورهایی مثل انگلیس،سوئد، آمریکا، استرالیا و نیوزیلند انجام گردید (۷). برای سنجش نیازها، رویکردهای مختلفی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۵). گرچه رویکردهای مورد استفاده در سنجش نیازها متفاوتند و روش‌های مختلفی در هر رویکرد برای به‌دست‌آوردن اطلاعات ضروری به‌کار گرفته می‌شوند ولی مهم آن است که روش یا روش‌ها به‌طور متناسبی انتخاب گردند. بنابراین می‌توان گفت موضوعات و اهداف متفاوت، رویکردها و روش‌های متفاوتی می‌طلبند و همان‌طوری‌که رایت[1] (۸) تأکید داشته است، نیازسنجی مناسب

[1] Wright

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

مستلزم ترکیبی از روش‌های پژوهشی کیفی و کمی برای جمع‌آوری داده‌ها و استفاده از اطلاعات موجود می‌باشد.

به‌منظور دستیابی به اهداف بنیادین تعیین اولویت‌های تحقیقاتی از طریق نیازسنجی یعنی هدایت و تخصیص منابع به مهم‌ترین نیازها، تلاش برای برقراری عدالت، توجه به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر و تقویت ارتباط بین پژوهش، عمل و سیاست‌گذاری لازم است فرآیند تعیین نیازها متناسب با شرایط فرهنگی اجتماعی طراحی و اجرا گردد (۹). به‌نظر می‌رسد تعیین اولویت‌های پژوهشی از طریق راهبردهای ENHR[1] که به‌عنوان یک ابزار مهم برای تصحیح نابرابری در پژوهش‌های سلامت و در راستای دستیابی به مساوات و عدالت در نظر گرفته می‌شود (۱۰)، می‌تواند مشارکت ذی‌نفعان را افزایش داده، منجر به تدوین برنامه‌های پژوهشی پاسخگو و پویا شده و احساس مالکیت را در بین ذی‌نفعان افزایش دهد (۹ و ۱۱). در سالیان گذشته (۱۳۷۲ و ۱۳۷۶) تعیین اولویت‌های پژوهشی علوم پزشکی در سطح ملی انجام شده بود که کاستی‌های فراوان از نظر روش‌شناسی و نحوه استفاده از نتایج وجود داشت وذی‌نفعان نقشی در تعیین آن نداشتند.

تنوع وضعیت فرهنگی– اجتماعی در کشور از یک سو و وضعیت متفاوت شاخص‌های سلامت نواحی مختلف کشور از سوی دیگر ایجاب می‌نماید که نیازهای حوزه سلامت به‌صورت محلی و منطقه‌ای مورد سنجش قرار گیرند و بر آن اساس اولویت‌های پژوهشی منطقه‌ای تعیین گردند. در این راستا اهمیت دارد که ذی‌نفعان و دریافت‌کنندگان خدمات در فرآیند تعیین اولویت‌ها قرار گیرند؛ چرا که وقتی بین متخصصان و دریافت‌کنندگان خدمات گفتگو و بحث صورت می‌گیرد ناهمگونی‌ها به حداقل می‌رسند (۱۲).

با توجه به آنچه گفته شد حوزه معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور از سال ۱۳۸۰ در راستای حفظ و ارتقای سلامت جامعه و دستیابی به اصل برابری و عدالت اجتماعی، تخصیص مناسب اعتبارات و منابع پژوهشی، افزایش احساس مالکیت و همکاری بین‌بخشی و درون‌بخشی، تعیین اولویت‌های نظام سلامت را با استفاده از راهبرد نیازسنجی مورد تأکید قرار داد (۱۲).

به‌همین منظور، این مطالعه با هدف تعیین اولویت‌های نظام سلامت به‌صورت منطقه‌ای در ۷ استان منتخب (سیستان و بلوچستان، قزوین، یزد، لرستان، اردبیل، همدان، کهکیلویه و بویراحمد) و با مشارکت فعال ذی‌نفعان و استفاده‌کنندگان خدمات بهداشتی– درمانی طراحی و اجرا گردیده است. در این پژوهش هدف اصلی، تعیین اولویت‌های نظام سلامت بود. بدیهی است پس از مشخص شدن اولویت‌ها، هر استان، بایستی عناوین پژوهشی را نیز مشخص نماید.

روش کار

معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش کشور در سال ۱۳۸۰ دستورالعمل اجرایی واحدی تحت‌عنوان «تعیین اولویت‌های منطقه‌ای سلامت از طریق نیازسنجی» را طراحی و به هفت دانشگاه علوم پزشکی کشور (اردبیل، سیستان و بلوچستان، کهکیلویه و بویراحمد، قزوین، لرستان، همدان و یزد) با توجه به سه شاخص تعهد، علاقمندی و وجود روحیه مشارکت‌طلبانه در مدیران دانشگاه به‌عنوان دانشگاه‌های پایلوت پیشنهاد نمود تا به‌عنوان راهنمای اولیه به‌کار گرفته شود. این دستورالعمل پس از تغییرات متناسب با ضرورت‌های منطقه‌ای با مشارکت فعال و مؤثر ذی‌نفعان استان اجرا شد.

مطابق این دستورالعمل در ابتدا کمیته راهبردی استان متشکل از هیأت رئیسه دانشگاه، گروه‌های علمی، سایر سازمان‌های مؤثر درسلامت (مانند آموزش و پرورش، تربیت بدنی، صدا و سیما، شهرداری)، نمایندگان مردم (زنان، جوانان، سالمندان) و نمایندگان بخش خصوصی تشکیل گردید. وظیفه کمیته، حمایت سیاسی، فنی و لجستیکی، تبیین اهداف واستراتژی‌های فعالیت‌ها، اجرای برنامه، تعیین لیست نهایی اولویت‌ها، نظارت و ارزشیابی طرح در استان بود. پس از بررسی اطلاعات موجود در دانشگاه و سایر سازمان‌های دولتی، به‌منظور طراحی پرسش‌نامه نیازسنجی کمی، کمیته‌های تخصصی با حضور نمایندگان مردم، گروه‌های علمی، نمایندگان سازمان‌های مردم نهاد و سازمان‌های دولتی تشکیل و هر کمیته پرسش‌نامه‌ای جهت به‌دست آوردن اطلاعات مورد نیاز طراحی و سپس پرسش‌نامه‌های طراحی شده جهت تبدیل به یک پرسش‌نامه واحد در اختیار کمیته تلفیق که متشکل از نمایندگان کمیته راهبردی و متخصصین بود، قرار گرفت. در نهایت پرسش‌نامه واحدی طراحی و جهت روایی و پایایی آن در نمونه کوچکی از خانوارهای روستایی و شهری به‌صورت پایلوت اجرا گردید. پس از بررسی نتایج پایلوت و اصلاح، پرسش‌نامه توسط پرسشگران آموزش دیده از همه ذی‌نفعان در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی تکمیل و پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر، اطلاعات توسط کمیته‌های تخصصی تجزیه و تحلیل گردید. سپس اطلاعات جهت یکسان‌سازی توسط کمیته تلفیق، مورد

[1] Essential National Health Research (ENHR)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

بررسی نهایی قرار گرفت. جهت کسب اطلاعات بیشتر، از روش‌های کیفی شامل مصاحبه و بحث‌های گروهی متمرکز با مشارکت همه ذینفعان نیز استفاده شد. سپس کمیته تلفیق از نتایج به‌دست آمده از نیازسنجی کمی وکیفی، مشکلات سلامت را استخراج نموده و اولویت‌بندی نمود. جهت اولویت‌بندی در ابتدا لیست مشکلات سلامت تعیین گردید و سپس معیارهایی مانند بزرگی و فوریت مسأله، هزینه‌بری، پابرجایی و تأثیر نهایی بر سلامت، تعیین و نمره (از صفر تا ده) داده شد. براساس نظر ذی‌نفعان به معیارها نسبت به همدیگر، وزن داده شد، در خصوص هر مشکل در هر معیار امتیاز داده شد و هر امتیاز در وزن معیار ضرب گردید و حاصل این فعالیت در کل برای هر مشکل محاسبه شده و مشکلات بر اساس این امتیاز کل رتبه‌بندی شد تا اولویت مشکلات سلامت تعیین شود. در کلیه مراحل اجرایی اولویت‌بندی از نظرات ذی‌نفعان و مشارکت فعال آنان استفاده گردید. به‌منظور یکسان‌سازی روش‌های استفاده شده، دانشگاه‌های پایلوت هر شش‌ماه یک‌بار با برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی تجارب خود را با یکدیگر به مشارکت می‌گذاشتند. در این نشست‌ها نمایندگانی از همه ذی‌نفعان حضور داشتند.

پس از آن‌که اولویت‌های سلامت در هر استان تعیین شد، بر اساس امتیاز کل به‌دست آمده برای هر اولویت، در هر استان ۱۰ اولویت که دارای بالاترین امتیاز بودند، انتخاب گردید (جدول ۱).

جدول ۱- ده مشکل سلامت رتبه‌بندی شده توسط تمامی ذی‌نفعان در ۷ استان منتخب

رتبه	همدان	اردبیل	کهکیلویه و بویراحمد	لرستان	قزوین	سیستان و بلوچستان	یزد
۱	حوادث و ترافیک	مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۵ سال	بیماری‌های غیرواگیردار و واگیردار با اولویت (بیماری‌های قلبی- عروقی، بیماری‌های روانی، گوارشی، سرطان‌ها)	اعتیاد	بیماری‌های تنفسی	اعتیاد و مصرف مواد	اعتیاد
۲	مشکل تأمین آب سالم و آشامیدنی	حوادث و سوانح	حوادث و سوانح	بیماری‌های قلبی- عروقی	فشارخون	حوادث جاده‌ای	خرابی آسفالت معابر شهر و روستا
۳	اعتیاد و سوءمصرف مواد (سیگار، موادمخدر و غیره)	نارسایی رشد کودکان	حوادث و سوانح	کم‌خونی	حوادث و سوانح	مهاجرت	شناخت ناکافی اهمیت برخی بیماری‌ها (فشارخون، دیابت، افسردگی، هپاتیت، تب مالت، سل و ایدز)
۴	سوء تغذیه	بیماری‌های ایسکمیک قلبی	سوءتغذیه، اختلالات رشد و مشکلات غذایی	سقط جنین	بیماری‌های اعصاب و روان	شیوع و بروز بیماری‌های عفونی	بالا بودن میزان باور عمومی نسبت به مفید بودن مواد مخدر
۵	ایدز و بیماری‌های مقاربتی	آموزش بهداشت (بهداشت فردی، محیط، روان، بیماری ایدز و غیره)	نامناسب بودن خدمات و استانداردهای بهداشت محیط در استان	بهداشت مواد غذایی	بیماری‌های عضلانی- اسکلتی	آب آشامیدنی غیربهداشتی	اشتغال و آینده شغلی جوانان
۶	سکته قلبی و نارسایی قلبی	مصرف نامناسب گروه‌های عمده غذایی	بالا بودن عوارض ناشی از بارداری و زایمان‌های غیرایمن	سوءتغذیه	دیابت	پایین بودن شاخص‌های رفاهی- اجتماعی	شیوع بالای بیماری‌های فشارخون، دیابت، ساییدگی مفاصل و دردکمر، بیماری‌های قلبی- عروقی
۷	بیماری‌های اسهالی در کودکان	فشارخون بالا	اعتیاد، بزهکاری، سرقت و غیره	بیماری‌های اعصاب و روان	مصرف نامنظم مولتی‌ویتامین و قطره آهن	شاخص‌های نامناسب بهداشت باروری	خدمات دندان‌پزشکی
	مدیریت بهداشت و درمان و نارضایتی مردم از ان	جلب مشارکت مردمی در ارتقای سلامت	رشد بی‌رویه جمعیت	عوارض بارداری	افزایش مصرف تنقلات مضر	سوءتغذیه و مشکلات تغذیه‌ای	نگرانی جامعه از انواع آسیب‌های اجتماعی
۹	بیمه‌های درمانی	اسهال در کودکان	ناکافی بودن خدمات بهداشتی درمانی و اورژانس	بهداشت محیط	اعتقادات نادرست	پایین بودن شاخص‌های بهداشت محیط	کم‌تحرکی جامعه
۱۰	هزینه بالا، نبودن نظام بیمه و همچنین پایین بودن کمیت و کیفیت خدمات دندان‌پزشکی	دیابت نوع ۲	سطح پایین بهداشت فردی	روغن‌های مصرفی	تبلیغات تنقلات مضر در رسانه‌ها	اختلالات خونی (تالاسمی، هموفیلی)	الگوی نامناسب غذایی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

برای تعیین اولویت‌های کشوری، از بین ۱۰ اولویت اول هر استان، بر اساس فراوانی هر موضوع و تعداد تکرار آن، اولویت‌ها به ۴ گروه (با بالاترین فراوانی، فراوانی زیاد، فراوانی متوسط و اولویت‌های با کمترین فراوانی) دسته‌بندی شدند (جدول ۲).

جدول۲- لیست اولویت‌های نظام سلامت در کشور

بالاترین فراوانی	فراوانی زیاد	فراوانی متوسط	کمترین فراوانی
۱- حوادث و سوانح	۱- اعتیاد و سوء مصرف مواد	۱- بیمارهای اسهالی در کودکان	۱- بیمه‌های درمانی
۲- بهداشت محیط، آب و غذا	۲- بیماری‌های مقاربتی و ایدز	۲- بیماری‌های گوارشی	۲- ارایه خدمات دندان‌پزشکی
۳- سوء تغذیه	۳- دیابت نوع دوم	۳- سرطان‌ها	۳- رشد بی‌رویه جمعیت
۴- بیماری‌های قلبی- عروقی	۴- بیماری‌های اعصاب و روان	۴- اختلالات خونی	۴- مهاجرت
۵- نارضایتی مردم از نظام ارایه خدمات بهداشتی- درمانی	-	۵- بیماری‌های عضلانی- اسکلتی	۵- سل
۶- عوارض بارداری و زایمان	-	-	۶- مالاریا

بحث

حل مشکلات سلامت جامعه، وظیفه همه نظام‌های بهداشتی- درمانی است. برای این کار نیاز است که ابتدا مشکلات شناسایی شده و سپس با توجه به محدودیت‌های منابع، اولویت‌های کاری مشخص گردد. در دو دهه اخیر بر روی روش‌های مختلفی کار شده است و هر نگرشی رویکرد خاص خود را ارایه نموده است. در ابتدا با توجه به وظیفه محوله، متولیان سلامت هر منطقه با نظر خود و بر اساس تجربه اقدام می‌کردند، اما به‌تدریج به اهمیت اطلاعات و استفاده از آن برای تعیین نیازها و به‌خصوص اولویت‌بندی مشکلات پی بردند و رویکردهای اپیدمیولوژیک و شاخص‌هایی که بتوانند نیازها را مشخص نمایند و با دادن وزن به آنان اولویت‌بندی را انجام دهند، رواج یافت. در چند سال اخیر رویکردهای دیگری به این رویکرد اضافه شده است، رویکردهایی که استفاده از اطلاعات را لازم می‌دانند اما کافی نمی‌داند. همانطور که مشاهده می‌شود حوادث و سوانح، بهداشت محیط، آب و غذا، بیماری‌های قلبی- عروقی و مسایل مربوط به تغذیه در اکثر استان‌ها به‌عنوان مشکل سلامت مشخص شده است. در آفریقای جنوبی نیز ۱۰ مشکل دارای اولویت شامل حوادث و سوانح، سل، تغذیه، ایدز، سرطان، بیماری‌های اسهالی، عفونت‌های ریه، مسایل روحی- روانی، مالاریا و دیابت بودند (۴) که مشابهت فراوانی با نتایج به‌دست آمده در این تحقیق داشت.

در صورتی‌که هدف اصلی تعیین نیازهای سلامت جامعه را حل آن بدانیم، باید تمامی مراحل حل مشکل را بر اساس هدف اصلی برنامه‌ریزی نماییم. به همین دلیل قدم اول را نیز باید به‌نحوی برداریم که به این امر کمک نماید. بر این اساس در سالیان اخیر کلمه ذی‌نفعان[1] بیش از پیش شنیده می‌شود، چرا که ذی‌نفعان تنها در بهره‌مندی از نتایج فعالیت‌ها معنا پیدا نمی‌کنند، بلکه در استفاده از نتایج و حل مشکل و با این نگرش در اولین اقدام که همان تعیین مشکلات و اولویت‌بندی آن باشد، نیز مشارکت دارند. معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های خود را در چند سال اخیر، آشنایی مدیران پژوهشی و نظام بهداشتی- درمانی کشور با روش‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌های سلامتی و پژوهشی قرار داده است و توجه به رویکرد جدید مشارکت ذی‌نفعان و به‌خصوص جامعه را در این مسأله مورد تأکید قرار داده است. به‌عنوان اولین تجربه در کشور باید نکاتی را جهت استفاده از این تجربیات به‌عنوان الگو مورد توجه قرار داد:

مشارکت جامعه: سود نهایی در این فعالیت‌ها به جامعه می‌رسد، پس جامعه باید به‌طور فعال در آن مشارکت داشته باشد. همان‌طور که در بررسی متون اولیه آمده است، مزایای متعددی مانند آگاهی از فعالیت‌های انجام شده در راستای حل مشکلات، افزایش اعتبار نتایج نیازسنجی و اولویت‌بندی، دریافت کمک‌های مردمی در راستای حل مشکلات تعیین شده، ایجاد حس همکاری در جامعه در راستای انجام این فعالیت به‌دست می‌آید. به‌غیر از این مسایل می‌توان امید داشت با حضور نیروهای مردمی و پیگیری آنان در رسیدن به اهداف به‌عنوان ناظری خارج از نظام بهداشت و درمان، مسؤولین با توان و دقت بیشتری به انجام امور بپردازند.

مشارکت ذی‌نفعان: گرچه این فعالیت‌ها توسط مسؤولین سلامت منطقه و برای حل مشکلات سلامت جامعه انجام می‌شود اما این دو گروه تنها ذی‌نفعان این فعالیت‌ها نیستند، نهادها و سازمان‌های دیگری که به نوعی در زمینه سلامت

[1] Stakeholders

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

درگیر هستند، مسؤولین سیاسی منطقه، سازمان‌های مردم‌نهاد[1]، محققین، اساتید دانشگاه‌ها همگی به‌نوعی از نتایج این فعالیت‌ها می‌توانند استفاده نمایند و همچنین با مشارکت خود موجب افزایش بهره‌وری این فعالیت شوند.

اهمیت اطلاعات: بسیاری از افراد هنگامی که استفاده از روش‌های کیفی مانند روش بحث متمرکز[2]، استفاده از نظرات خبرگان، دلفی و سایر روش‌ها مطرح می‌شود، گمان می‌برند که احتیاجی به اطلاعات کمی وجود ندارد، اما تا آنجا که ممکن است باید نظرات در این روش‌ها بر اساس شواهد و اطلاعات باشد. در این فعالیت‌ها باید همواره در نظر داشت که اطلاعات مختلف چه از روش کمی یا کیفی با بهترین و به صرفه‌ترین روش‌ها جمع‌آوری شود و در اختیار گروه‌های کاری قرار گیرد. در برخی مواقع گروه‌ها در هنگام کار به اهمیت اطلاعات و نیازی که به آن دارند آگاه می‌شوند و این جمله معروف بسیاری از کتب نیازسنجی و تعیین اولویت است که حداقل فایده این فعالیت‌ها، آگاهی شرکت کنندگان به اهمیت اطلاعات است که امید است در آینده با طراحی نظام مناسبی به‌طور منظم جمع‌آوری شود.

استفاده از روش‌های مختلف کمی و کیفی و طراحی برای هر منطقه: یکی از مهم‌ترین نکات در زمینه اجرایی طرح‌های نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها آن است که گرچه چارچوب کلی روش‌ها مشخص است اما جزییات اجرایی و چگونگی استفاده از روش‌های کمی و کیفی باید با توجه به شرایط هر منطقه تعیین شده و به‌کار گرفته شود. استفاده از یک نوع روش (کمی یا کیفی) به تنهایی راهگشا نخواهد بود و با توجه به جوامع هدف، پراکندگی و نوع اطلاعات مورد نیاز باید از روش مناسب و به‌صرفه استفاده شود.

تصحیح سیر و روش‌شناسی با تکرار فعالیت: هر بار انجام این فعالیت‌ها موجب می‌شود تا تجربه‌ای جدید به‌دست آید و با استفاده از بازخوردهای لازم در دفعات بعدی با دقت و سرعت بیشتری این فعالیت انجام شود. در دفعات اول نباید نگران برخی اشتباهات بود و به‌خاطر برخی ضعف‌ها کل فعالیت را زیر سؤال برد. اولین‌بار انجام فعالیت باید به‌عنوان شروع فرآیند و استقرار این نظام در کل نظام تصمیم‌گیری سلامت مورد توجه قرار گیرد.

بازخورد: گرچه این فعالیت، فعالیتی مهم است اما با توجه به انرژی زیادی که هر کدام از ذی‌نفعان در سیر اجرای آن صرف می‌کنند و اطلاع‌رسانی که در جامعه انجام می‌شود اگر بازخورد مناسبی به هر یک از ذی‌نفعان داده نشود، استقرار این فعالیت دچار مشکل خواهد شد و استفاده مناسب از آن نمی‌شود. هر کدام از ذی‌نفعان باید در ادامه فعالیت در جریان استفاده از این فعالیت در جهت حل مشکلات سلامت منطقه قرار گیرند، حتی می‌توان خبرنامه‌ای با تواتر ۳ ماهه منتشر کرد و برای کلیه ذی‌نفعان و جامعه ارسال نمود.

تعیین عناوین پژوهشی به‌جای حیطه‌های پژوهشی: اشتباه مکرری که در زمینه فعالیت نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها رخ می‌دهد، تعیین حیطه‌های وسیع به‌جای عناوین پژوهشی است. در این فرآیند عناوین پژوهشی دارای اولویت باید مشخص شوند و برای آنها بودجه مناسب تأمین شود. گرچه این قسمت فعالیت کار مشکلی است اما بدون انجام آن، بهره‌وری مناسب را نخواهد داشت.

رسیدن به توافق اصل است: آن‌چه در این فرآیند، اصل محسوب می‌شود و باید نگران آن بود، توافق کلیه ذی‌نفعان در مورد لیست اولویت‌هاست. در برخی موارد افراد فنی بحث‌هایی را در خصوص روایی[3] و پایایی[4] مطرح می‌سازند، که در مرحله بعد باید به آن توجه نمود. هرگونه تغییر افراد حاضر و اطلاعات موجود شاید نتایج را تغییر دهد اما فعالیت برای تهیه لیست مورد توافق کلیه ذی‌نفعان انجام می‌شود و نه یک کار علمی صرف.

نتیجه‌گیری

با توجه به تجربیات ارایه شده در این مقاله پیشنهاد می‌گردد، با توجه به‌وسعت منطقه و مشکلات، نیازسنجی و تعیین اولویت‌های سلامت در دوره‌های ۲ تا ۳ ساله تکرار شود. امید است دانشگاه‌های دیگری که در این زمینه فعالیت خود را آغاز می‌نمایند، بتوانند روش مناسب‌تری را اتخاذ نموده و راه را با آسودگی بیشتری به پایان برند.

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه‌های اردبیل، سیستان و بلوچستان، کهکیلویه و بویراحمد، قزوین، لرستان، همدان و یزد جهت اجرای این پروژه و همچنین از گروه‌های علمی، سایر سازمان‌ها (مانند آموزش و پرورش، تربیت بدنی، صدا و سیما، شهرداری و غیره)، نمایندگان مردم (زنان، جوانان، سالمندان) و نمایندگان بخش خصوصی استان‌های فوق الذکر، تشکر و قدردانی می‌شود.

[1] Non Governmental Organisations (NGOs)
[2] FGD
[3] Validity
[4] Reliability

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

References

1- Gross CP, Anderson GF, Powe NR. The relation between funding by the national institutes of health and burden of disease. Nengl Med 1999; 340: 1881- 1887.

2- Murray CYL, Lopez AD. Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank;1996.

3- Labonte R, Spiegel J. Setting global health priorities for funding Canadian researchers: A discussion paper prepared for the Institute on Population and Public Health. Saskatchewan: SPHERU; 2001.

4- Global Forum for Health Research.The 10/90 gap in health research financing. Geneva: World Health Organization; 2003: 48- 54.

5- Powell J. Health need assessment: A systematic approach to assessing population needs for healthcare. National Electronic Library for Health; 2003.

6- Global Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2000. Geneva: World Health Organization; 2000.

7- Stevens A, Raftery J, Mant J. An introduction to HCNA:The epidemiological approach to health care needs assessment: In: Stevens A, Raftery I, Mant J. *Health care needs assessment, the epidemiologically based needs assessment reviews*. 2nd ed., vol 1. Oxford: Radciffe Publishing; 2004. Arailable at. radcliff-oxford.com (accessed December 1, 2006)

8- Wright J. Assessing Health needs. In: Penchean D, et al.(eds). *The oxford handbook of public health practice.* Oxford: University Press; 2001.

۹– جاویدروزی. م، باقری‌نژاد س، حسین‌پور ار (مترجم). پـژوهش در ضـرورت‌هـای ملی و تعیین اولویت‌ها. چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۱.

10- Lansang MA. Research priority setting using ENHR strategies. Paper presented at forum 3 Global Forum for Health Research. 1999.

11- Labonte R, Spiegel J. Setting global health research priorities. Br Med J 2003; 326: 722-733.

12-Grant- Pearce C, Miles I, Hills P. Mismatches in priorities for health research between professionals and consumers. Manchester: Policy Research in Engineering Science and Technology, University of Manchester; 1998.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]