

تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت از طریق نیاز سنجی در استان کهگیلویه و بویراحمد

چکیده:

مقدمه و هدف: تعیین اولویتهای فرآیندی مهم در مدیریت پژوهش حوزه سلامت کشورها به شمار می رود. فرآیند تعیین اولویتهای به طراحی برنامه های پژوهش در حوزه سلامت و تخصیص منابع پژوهشی و همچنین تقویت ظرفیت بومی مناطق کمک خواهد کرد، پروژه حاضر نیز در استان کهگیلویه و بویراحمد به این منظور طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار: برای انجام این پروژه از روشهای مختلف تحلیل وضعیت، شامل ارزیابی وضعیت بهداشتی، نظام مراقبتهای بهداشتی، نظام پژوهش حوزه سلامت، نیازها و خواسته های استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی درمانی استفاده شد. ابزار اصلی ارزیابی نیازهای استفاده کنندگان از خدمات، پرسشنامه ای بود که با مشارکت گروههای علمی و تخصصی دانشگاه، سایر بخشهای متولی سلامت در استان و نمایندگان مردم تهیه گردید و از طریق مصاحبه با اعضای ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی تکمیل شد. استفاده از روش بحث متمرکز گروهی و آراء صاحب نظران و افراد کلیدی، روشهای دیگر مورد استفاده در زمینه ارزیابی نیازها بود. اطلاعات به دست آمده از این روشها جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. و مشکلات حوزه سلامت استخراج گردید در کمیته راهبردی تعیین اولویتهای پژوهشی، اعضاء بر اساس روش های علمی و با در نظر گرفتن معیارهای میزان حدت، فراوانی، فوریت زمانی و میزان پذیرش/تعهد/اراده سیاسی و تعیین وزن برای این معیارها، به هر مشکل در خصوص هر معیار امتیاز دادند و میانگین امتیازات هر معیار در وزن آن ضرب شد و مجموع امتیازات معیارها برای هر مشکل جمع و رتبه بندی انجام شد و مشکلات حوزه سلامت اولویت بندی گردید.

یافته ها: نتایج این پروژه شامل میزانها و وضعیت برخی شاخصهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، شاخصهای بهداشت باروری، مرگ و میر، سلامت کودکان، بروز و شیوع بیماریها، امکانات رفاهی و بهداشت محیط خانوار، مواد غذایی و تغذیه، امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی، سوانح و حوادث بود.

نتیجه گیری: با توجه به این نتایج اهم مشکلات حوزه سلامت در استان، مشخص شد که مهمترین آنها عبارتند از: شیوع فزاینده بیماریهای غیر واگیردار و واگیردار با اولویت بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای روانی، گوارشی و سرطانی، شیوع فزاینده سوانح و حوادث، بالابودن بیکاری، فقر، بیسوادی و مشکلات رفاهی، سوء تغذیه اختلالات رشد و مشکلات غذایی و نامناسب بودن خدمات و استانداردهای بهداشت محیط در استان.

واژه های کلیدی: تعیین اولویت های پژوهشی، نیازسنجی، حوزه سلامت، استان کهگیلویه و بویراحمد

- × دکتر بهروز یزدانپناه
- × دکتر فریدون پوردانش
- × میترا صفری
- × دکتر مهرداد رضایی
- × رحیم استوار
- × اسفندیار افشون
- × دکتر فریدمردیان
- × یعقوب غفاری
- × ناصر رضایی
- × حسین ماری اورپاد
- × ناز آفرین حسینی
- × حمیدرضا غفاریان شیرازی
- × قادر زاده باقری
- × دکتر صدرااله محرابی
- × دکتر رضا چمن
- × محسن سالاری
- × عبدمحمد موسوی
- × علیرضا رایگان شیرازی
- × عزیزاله پورحمودی
- × فرحناز رئیس کریمیان
- × معصومه افرا
- × داریوش دبیقی
- × عمران حسینی
- × خیراله خشنود
- × مهران یوسفی
- × علیرضا موسوی امجد
- × منوچهر حبیبی
- × علی آرام
- × اعضا هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- × کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- × نمایندگان سایر بخش ها به ترتیب: جمعیت هلال احمر، آموزش و پرورش، صدا و سیما، منابع طبیعی، مدیریت و برنامه ریزی، بهزیستی، شهرداری و استانداری

مقدمه

هدف نهایی نظام سلامت هر کشور، ارتقاء سطح سلامت مردم و برقراری عدالت بهداشتی در میان آنان است. پژوهش در این میان می تواند از طریق اطلاع رسانی و ارائه رهنمود در جهت طراحی و اجرای سیاستها و برنامه های بهداشتی، نقش بسزایی در نیل نظام سلامت به این هدف ایفا کند. اما در حال حاضر بسیاری از پژوهشها در راستای اولویتهای نظام سلامت کشورها نیست.

تنها ده درصد از کل سرمایه های پژوهشی دنیا برای نود درصد مردم جهان بکار گرفته می شود. در کشورهای در حال توسعه این مشکل شدید تر است حتی همان پژوهشهای اندکی که در این کشورها انجام می شود در جهت برطرف کردن مشکلات بهداشتی و کاهش باربیماریهای عمده آن کشورها نیست و بیشتر بر اساس انگیزه شخصی پژوهشگر، سرمایه گذاری بخش خصوصی، صنایع دارویی و یا مؤسسات خارجی انجام می شود. تعیین اولویتهای فرآیندی مهم در مدیریت پژوهش حوزه سلامت کشورها به شمار می رود که اهمیت آن بویژه در زمان تخصیص منابع محدود مالی و انسانی دو چندان می شود. فرآیند تعیین اولویتهای به تمامی کشورها در زمینه طرح ریزی برنامه های پژوهش در حوزه سلامت و بسیج و تخصیص منابع پژوهشی و همچنین تقویت ظرفیت پژوهشی بومی خود کمک خواهد کرد [۱].

در سال ۱۹۹۰ ((کمسیون پژوهش حوزه سلامت برای توسعه))^(۱) مفهوم ((پژوهش در ضرورتهای بهداشت ملی))^(۲) را به عنوان راهبردی در جهت ارتقاء سلامت، توسعه بر پایه برابری و

عدالت اجتماعی ارائه کرد. پژوهش در ضرورتهای بهداشت ملی ابزار اصلی برای تصحیح عدم تعادل ۱۰ به ۹۰ در پژوهشهای حوزه سلامت و در نتیجه ابزار اصلی سلامت و توسعه است. تعیین اولویتهای پژوهشهای حوزه سلامت گامی آغازین برای توسعه پژوهش در ضرورتهای ملی در هر کشوری محسوب می شود [۲]. عناصر فرآیند تعیین اولویتهای شامل: الف: شناسایی گروههای ذینفع - گروههایی که بایستی در فرآیند تعیین اولویتهای شراکت داده شوند که علاوه بر پژوهشگران، تصمیم گیرندگان در سطوح مختلف و مدیران بخش سلامت، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، سازمانهای تامین کننده منابع مالی، مراکز تحقیقاتی و بالاخره مردم و جوامع هستند که از نتایج پژوهش تاثیر می پذیرند. ب: تحلیل وضعیت - به منظور ایجاد فرآیندی مؤثر جهت تعیین اولویتهای انجام تحلیل وضعیت اهمیتی اساسی دارد. تحلیل وضعیت فهرست برداری از منابع و امکانات موجود علاوه بر آن وسعت بخشیدن به درک افراد مشارکت کننده و فراهم کردن تصویری از وضعیت فعلی است. تحلیل وضعیت بایستی ارزیابی موارد زیر را در برگیرد: وضعیت بهداشتی، نظام مراقبتهای بهداشتی، نظام پژوهش حوزه سلامت، نیازها و خواسته های احساس شده و نیازهای بیان شده از سوی استفاده کنندگان [۱]. جهت آشنایی با نیازها و خواسته های استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی درمانی، استفاده

1- Commission on Health Research for Development (COHRED)

2- Essential National Health Research (ENHR)

مواد و روشها

در راستای اجرای فرآیند پروژه تعیین اولویتهای پژوهشی عرصه سلامت در استان از طریق نیازسنجی مراحل مختلف زیر به اجرا درآمد.

جهت فراهم ساختن مشارکت گروههای ذینفع در فرآیند پروژه تعیین اولویتهای کمیته راهبردی استان متشکل از مدیران و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی، نمایندگان گروههای علمی دانشگاه، سایر بخشهای متولی سلامت در استان، نمایندگان مردم، نمایندگان بخش خصوصی، تشکیل گردید که این کمیته وظیفه تبیین اهداف، استراتژیها، فعالیتها و نظارت بر اجرای برنامه را در استان زیر نظر داشت.

به منظور تحلیل وضعیت و کاربردهای نیازسنجی، گروههای تخصصی ۹ گانه با محوریت گروههای علمی شامل گروه تخصصی بهداشت محیط، تغذیه، بهداشت باروری، بهداشت روانی، قلب و عروق، داخلی، کودکان، عفونی، حوادث و سوانح جهت تدوین پرسشنامه بررسی نیازهای بهداشتی درمانی جامعه مورد نظر تشکیل شد و همچنین تیم بحث متمرکز گروهی برای اخذ اطلاعات کیفی از ایده های جمعیت ذینفع و پی بردن به دانش و نظریات و عقاید اقشار مختلف مردم در مورد مسائل و مشکلات بهداشتی و درمانی استان تشکیل و این تیم اقدام به برگزاری جلسات با اعضای ۲۰-۱۵ نفره از زنان خانه دار و رابطین بهداشتی خانوارها، زوجهای جوان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی جهت مشاوره قبل از ازدواج در سطح شهرها، زنان و مردان روستایی در چندین روستای استان نمود. تشکیل تیم جمع آوری اطلاعات و شاخصهای بهداشتی استان، ثبت وقایع حیاتی، بیماریها و آمارهای نظام سلامت،

از روش نیازسنجی ضروری است که فنون بررسی نیازهای سازمانی یا شخصی شامل روشهای مشاوره مستقیم، استفاده از پرسشنامه، مشاوره با افراد کلیدی یا افراد با معلومات ویژه، مرور منابع مربوطه، مصاحبه، بحث های متمرکز گروهی، مطالعه یادداشتها و اسناد و گزارشات است. استفاده از متدهای مختلف و تکیه نکردن بر یک متد جهت بدست آوردن تصویر واقعی لازم است [۳]. ج: شناسایی حیطه های پژوهش - هدف این مرحله ترسیم فهرست اولیه ای از حیطه های پژوهش بر اساس نتایج تحلیل وضعیت و بازده گروههای مختلف ذینفع می باشد. به این منظور بایستی از معیارها و نظام امتیازبندی برای رتبه دادن به زمینه های پژوهشی، استفاده شود. مهمترین معیارها برای رسیدن به اهداف پژوهش در ضرورتهای ملی، توجه به برابری، اهمیت مشکل بهداشتی، اجتناب از دوباره کاری و مناسبت است. مراحل نهایی تعیین اولویتهای منتج به فهرستی از حیطه های وسیع پژوهشی می گردد که بر اساس تحلیل وضعیت نیاز به تفکیک آنها به موضوعات و برنامه های پژوهشی ویژه، تعیین نوع پژوهش، شناسایی منابع مورد نیاز و گروههای پژوهشی برای عملی کردن و اجرای پروژه ها و برنامه های پژوهشی است [۲]. هدف پروژه حاضر تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت در استان کهگیلویه و بویراحمد با توجه به مراحل مختلف اولویت بندی با تکیه بر اطلاعات حاصل از تحلیل وضعیت و نیازسنجی بر اساس متدهای مختلف است.

تیم جمع آوری پژوهش‌های انجام شده مرتبط با سلامت در استان جهت آشنایی با نظام پژوهش حوزه سلامت و دستیابی به اطلاعات کسب شده از نتایج پژوهش‌ها و درنهایت تیم جمع آوری نظرات کارشناسان و صاحب‌نظران و افراد کلیدی در مورد اهم مشکلات بهداشتی درمانی استان به ترتیب اولویت، اقدام دیگری در این زمینه بود.

در بین روش‌های مختلفی که برای نیازسنجی و تحلیل وضعیت در این پروژه مورد استفاده قرار گرفت. تدوین پرسشنامه و اجرای پرسشگری از خانوارهای استان از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. تشکیل گروه‌های تخصصی با محوریت نمایندگان گروه‌های علمی حاضر در کمیته راهبردی به این منظور بود، هر گروه تخصصی با برگزاری جلسات متعدد با حضور نمایندگان سایر بخش‌های متولی سلامت، ذینفع‌ها و گروه‌های بهداشتی مردمی در زمینه تخصصی مورد نظر پرسشنامه‌ای را برای بررسی نیازها و مشکلات بهداشتی درمانی مردم استان تدوین کرد. سپس این پرسشنامه‌ها در کمیته تلفیق که با حضور مسئولین گروه‌های تخصصی و مدیران و مسئولین دانشگاه و تعدادی از صاحب‌نظران و ذینفع‌ها تشکیل شده بود، در جلسات مکرر مورد بحث و بررسی قرار گرفت. سئوالات و مواردی که اطلاعات آن از طریق روش‌های دیگر بررسی تحلیل وضعیت قابل دسترسی و موجود بود از پرسشنامه‌ها حذف گردید و نهایتاً پرسشنامه نهایی با ۱۴۱ سؤال طبقه بندی شده در بخش‌های مختلف مربوط به مشکلات بهداشتی درمانی خانوار تهیه گردید.

برنامه عملیاتی و اجرایی پرسشگری در

سطح استان با تشکیل کمیته‌های اجرایی، آموزشی و تدارکات آغاز گردید. کمیته اجرایی وظیفه نظارت بر اجرای پرسشگری در سه سطح محل پرسشگری، مرکز شهرستان و مرکز استان و همچنین پیشبرد مراحل اجرایی پرسشگری را به عهده داشت. کمیته آموزش وظیفه بررسی پرسشنامه نهایی، رفع اشکالات آن و انجام مطالعه پیلوت و نظرخواهی از کارشناسان و صاحب‌نظران در مورد محتوی پرسشنامه جهت تعیین روایی و پایایی آن و آموزش تیم‌های پرسشگری را قبل از شروع پرسشگری به عهده داشت، کمیته تدارکات نیز وظیفه پشتیبانی تیم‌های پرسشگری و هماهنگی آنان را عهده دار بود. جمعیت مورد مطالعه از طریق پرسشنامه، ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی بود که باروش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی با توجه به جمعیت شهری و روستایی در ۴ شهرستان استان انتخاب شد. تعداد ۲۰۰ خوشه شهری و ۲۰۰ خوشه روستایی که هر خوشه شامل ۵ خانوار بود مورد پرسشگری قرار گرفت. هر تیم پرسشگری شامل یک پرسشگر مرد و یک پرسشگر زن و یک راننده وسیله نقلیه بود. اعضای تیم پرسشگری در سطح شهرها عمدتاً اعضای کانون‌های دانشجویی جمعیت هلال احمر استان و در سطح روستاها و جمعیت عشایری، کارکنان بهداشتی استان بودند و در هر شهرستان یک تیم ناظر متشکل از مدیر شبکه بهداشت و درمان و مسئول هلال احمر و چند نفر از کارشناسان شهرستان امر نظارت را به عهده داشت. عملیات پرسشگری به مدت یک ماه بطول انجامید. درحین پرسشگری ضمن هماهنگی با سازمان صدا و سیما استان جلسات متعدد معرفی پروژه و نحوه اجرای آن برگزار گردید و به اطلاع عموم رسانده شد

و گزارشهای متعددی از اجرای پرسشگری از طریق صدا و سیما تهیه و پخش گردید. بعد از پایان پرسشگری پرسشنامه ها جمع آوری و بعد از بازبینی نهایی در مرکز استان داده های آن با استفاده از نرم افزار SPSS⁽¹⁾ وارد کامپیوتر شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

اطلاعاتی که با استفاده از روشهای مختلف تحلیل وضعیت و نیازسنجی از جمله، نتایج پرسشگری از خانوارها، نتایج بحث متمرکز گروهی، نظرخواهی از صاحب نظران، آمارها، شاخصهای بهداشتی درمانی استان و پژوهشهای انجام شده جمع آوری شده بود در اختیار اعضای کمیته راهبردی قرار داده شد. این اطلاعات در جلسات مختلف مورد بحث و بررسی قرار گرفت و مشکلات بهداشتی درمانی استان با توجه به معیار وسعت و شدت مشکل، امکان حل مشکل و هزینه حل مشکل استخراج شدند و جهت اولویت بندی نیازها و مشکلات، از شاخص های تعیین اولویت چهار معیار میزان حدت، میزان فراوانی، میزان فوریت زمانی و پذیرش/تعهد/اراده سیاسی انتخاب و با تعیین وزن برای هر معیار و سپس دادن امتیاز برای هرکدام و محاسبه امتیاز نهایی از حاصل ضرب وزن هر شاخص در امتیاز کسب شده و تعیین میانگین امتیازات برای هر مشکل، مشکلات مذکور اولویت بندی گردیدند، آنگاه لیست مشکلات و نیازهای عرصه سلامت به گروههای تخصصی ارسال و با استفاده از معیار وجود یا عدم وجود علم در زمینه حل مشکل، برای مشکلات سلامت عناوین برنامه های بهداشتی با توجه به علم موجود و حیطه های پژوهشی با توجه به عدم وجود علم در آن زمینه، تعیین شد. این حیطه ها در زمینه توصیف مشکل، علل ایجاد مشکل، درمان و چگونگی راهکار حل مشکل و راهکارهای ارایه خدمات

مؤثر، تبیین و عناوین پژوهشی از آن استخراج گردید. در کمیته راهبردی با استفاده از راهبرد پژوهش در ضرورت های ملی از معیارهای ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت و تأثیر نهایی پیامدهای پژوهش، که مورد توافق جمع شرکت کننده قرار گرفته بود، عناوین پژوهشی امتیاز بندی شد. روش امتیاز بندی بدین گونه بود که در مورد هر عنوان پژوهشی امتیازی خاص و مشخص به هر یک از معیارها داده شد و مجموع امتیازهای هر عنوان مقایسه گردید و بر اساس آن عناوین پژوهشی اولویت بندی شد. در نهایت لیست عناوین پژوهشی که مبتنی بر مشکلات و نیازهای مردم استان بود استخراج و اعلام گردید.

یافته ها

نتایج به دست آمده از این پروژه با توجه به تنوع روشهای مورد استفاده در تحلیل وضعیت، بسیار زیاد بود که در این بخش به مسائل و مشکلاتی که از وسعت و شدت بیشتری برخوردار بود و اهم نیازهای بهداشتی درمانی مردم استان را تشکیل می داد اشاره می شود.

پژوهش های انجام شده در استان :
پژوهش های انجام شده در استان در مورد مسائل بهداشتی درمانی با توجه به تخصصهای ۹ گانه ۱۲۱ مورد بود.

اهم مشکلات استخراج شده از آمارها و شاخصهای بهداشتی درمانی: در مورد شاخصهای برگرفته از زیج حیاتی از قبیل درصد زایمان به وسیله افراد دوره ندیده (۳۴/۱۹ درصد) و درصد زایمان در بیمارستان (۵۶/۹۴ درصد)، میزان مرگ و میر کودکان

¹ Statistical Package for Social Science

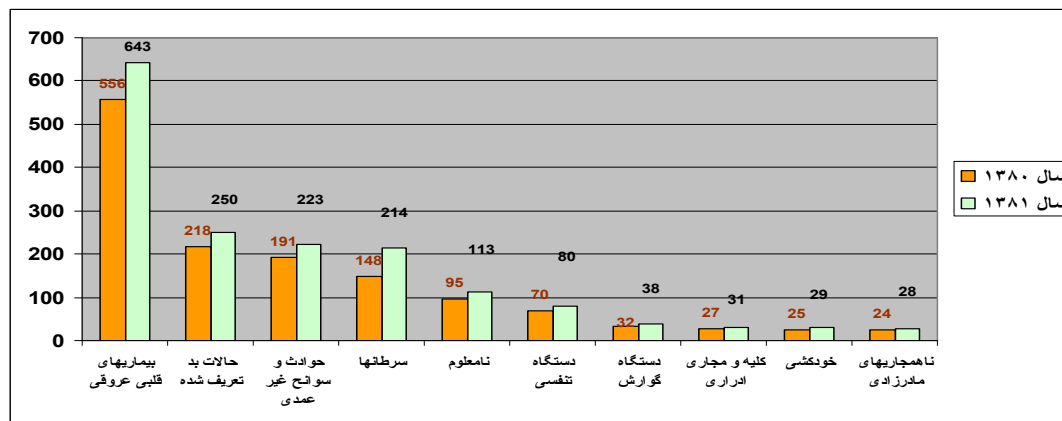
در شاخص های سلامت کودکان نیز شیوع کوتاه قدی متوسط و شدید در کودکان زیر ۵ سال (۲۶/۳ درصد) میزان شیوع کم وزنی متوسط و شدید کودکان زیر ۵ سال (۱۷/۶ درصد) و شیوع لاغری متوسط و شدید (۵/۸ درصد) نسبت به میانگین کشوری بالاتر و اختلاف چشمگیر بود.

شاخصهای مربوط به بروز و شیوع بیماری ها در جامعه تحت پوشش استان، میزان شیوع افسردگی (۳۱/۳ درصد) و میزان شیوع سایر اختلالات روانی (۲۶/۳ درصد) در جمعیت بالای ۱۵ سال، از میانگین کشوری بالاتر بود. این اختلاف به ویژه در جمعیت روستایی و زنان روستایی قابل توجه بود. میزان شیوع آنمی (۶/۵ درصد) از میانگین کشوری بالاتر و بخصوص در گروه سنی ۶۹-۱۵ سال این اختلاف چشمگیر بود. شیوع آلودگی به زیاردیا (۱۵/۳ درصد) از میانگین کشوری بسیار بالاتر و میزان بروز سرخک ۶/۳ و هپاتیت ب ۱۵/۳ در ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، از میانگین کشوری بالاتر بود. تعداد بیماران تالاسمی در استان ۴۵۸ نفر بود [۵].

بیشترین علل مرگ و میر در سالهای ۱۳۸۰-۱۳۸۱ به ترتیب اولویت، بیماریهای قلبی و عروقی، سوانح و حوادث و سرطانها بود(نمودار ۱).

زیر ۵ سال (۳۶/۴۷ در هزار تولد زنده)، میزان مرگ مادران (۱۰۲/۲۵ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده)، درصد جمعیت زیر ۱۵ سال (۳۷/۱۵ درصد) و رشد جمعیت (۱/۲۹) و درصد جمعیت بالای ۶۴ سال (۴/۷۸ درصد) و بعد خانوار (۶/۱۴)، این استان در رده استانهای ضعیف و نیازمند برنامه ریزی و بازبینی جدی برنامه های بهداشتی بود. در مورد شاخصهای درصد جمعیت زیر یکسال (۱/۷۶ درصد) و زیر ۵ سال (۹/۰۵ درصد) و میزان موالید خام (۱۶/۸۹ در ۱۰۰۰) میزان باروری عمومی (۶۷/۴۳ در ۱۰۰۰)، میزان باروری کلی (۲/۱۸)، میزان تجدید نسل ناخالص (۱/۰۷)، جزء رده استانهای متوسط و نیازمند بازبینی برنامه های بهداشتی بود [۴].

در شاخصهای بهداشت محیط درصد خانوارهایی که به آب آشامیدنی بهداشتی دسترسی داشتند (۸۴ درصد) از میانگین کشوری پایین تر بود، درصد خانوارهایی که از توالت در محل سکونت استفاده می کردند (۸۲/۶ درصد) و درصد خانوارهایی که از توالت بهداشتی استفاده می کردند (۱۱/۹ درصد) نسبت به میانگین کشوری خیلی پایین تر بود. درصد خانوارهای دارای حمام شخصی در خانوارهای روستایی (۳۱/۲ درصد) از میانگین کشوری فاصله زیادی داشت.



نمودار ۱: توزیع فراوانی ده علل مرگ در سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

اهم مشکلات بیان شده در جلسات بحث متمرکز گروهی در جمعیت شهری و روستایی: مشکلات اقتصادی خانوارها، نامناسب بودن بهداشت محیط، سوء تغذیه، فقدان نظام ارجاع مناسب، بیکاری، فقدان تامین اجتماعی کافی برای زنان بی سرپرست و سالمندان، بیماریها بالاخص بیماریهای قلبی و عروقی، ازدواج های اجباری، مشکلات جوانان و آسیبهای اجتماعی، سرقت، اعتیاد، فقدان رابطه مناسب بین والدین و جوانان و اختلاف نظر و سلیقه بین دو نسل، کمبود آگاهی در رابطه با بهداشت باروری، بلوغ و مسائل جنسی، عفونتهای دستگاه تناسلی در زنان، استفاده از درمانهای سنتی غیر بهداشتی در رابطه با بیماریهای زنان و کودکان، نارضایتی از روشهای تنظیم خانواده و عوارض این روشها، افزایش هزینه خدمات بهداشتی درمانی و عدم رضایت از نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مشارکت ناکافی مردان در برنامه تنظیم خانواده و

عدم رعایت حقوق زنان در جامعه.

نتایج به دست آمده از نظرخواهی صاحبانظران و کارشناسان به ترتیب اولویت: مشکلات مربوط به بهداشت محیط، تغذیه، بیماریها، بهداشت خانواده، بهداشت روانی، آموزش بهداشت. مشکلات استخراج شده از پرسشنامه خانوار: در ۲۷/۶ درصد موارد مرد خانوار و در ۴۳ درصد موارد زن خانوار استان بیسواد بود و این رقم در روستا به ترتیب ۴۰/۵ درصد و ۶۰ درصد بود که از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (جدول ۱). بیکاری سرپرست خانوار در استان ۱۷/۸ درصد که این رقم در روستا ۲۴/۵ درصد بود (جدول ۲). ۲۹۰ درصد خانوارها بیش از ۵ فرزند داشتند ۲۰/۳ درصد جمعیت مورد مطالعه از پوشش حمایتی کمیته امداد برخوردار بودند و ۷/۵ درصد زیر پوشش سایر ارگانهای حمایتی قرار داشتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی میزان تحصیلات والدین در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد

منطقه وضعیت سواد	شهر (درصد)		روستا (درصد)		استان (درصد)	
	مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	پدر
بی سواد	۲۵/۸	۱۴/۵	۶۰	۴۰/۵	۴۳	۲۷/۶
ابتدایی تادپلم	۶۸	۶۳/۸	۳۹/۵	۵۵/۶	۵۳/۸	۵۹/۷
دانشگاهی	۶/۲	۲۱/۷	۰/۵	۳/۹	۳/۲	۱۲/۷
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی شغل پدر خانوار در ۱۰۰۰ خانوار

منطقه	شهر (درصد)	روستا (درصد)	استان (درصد)
بیکار و کارگر موقت	۱۰/۹	۲۴/۵	۱۷/۸
کشاورز و دامدار	۳/۸	۳۸/۶	۲۱/۵
کارگر دائم	۶/۴	۵/۲	۵/۸
کارمند	۴۷	۱۲/۳	۲۹/۵
شغل آزاد	۲۳/۳	۱۲/۲	۱۷/۷
سایر	۸/۶	۷/۲	۷/۷
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

در مورد مشکلات بهداشت محیط، وضعیت نامناسب دیوار اتاقهای محل سکونت ۳۵/۲ درصد، اسکلت نامناسب ۸۰/۸ درصد، معابر خاکی ۶۲ درصد، عدم نورگیری کافی خانه ها ۲۳/۵ درصد، فقدان سیستم جمع آوری زباله ۳۲/۴ درصد و فضولات ۲۹/۶ درصد، فقدان آشپزخانه مجزا در منازل ۳۳/۴ درصد، فقدان دودکش برای بخاری در منازل ۲۸/۷ درصد بود. این مشکلات در روستاها جدی تر است (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی وضعیت مسکن در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد

وضعیت مسکن منطقه	دیوارهای اتاق مسکونی (درصد)		اسکلت ساختمان (درصد)		نورگیری (درصد)		آشپزخانه (درصد)		دودکش بخاری (درصد)	
	دارای درزی و شکاف	آرمه	آهلی و بتون	سنگی سایر	خشتی و	تورگیر و کاملاً نورگیر	غیر نورگیر	مجزا	غیر مجزا	اختصاصی
شهر	۱۸/۶	۳۰	۷۰	۸۴/۲	۱۵/۸	۸۵/۴	۱۴/۶	۸۴/۵	۱۵/۵	
روستا	۵۰/۹	۹	۹۱	۶۹/۲	۳۰/۸	۴۸/۸	۵۱/۲	۵۸/۸	۴۱/۲	
استان	۳۵/۲	۱۹/۲	۸۰/۸	۶/۵	۲۳/۵	۶۶/۶	۳۳/۴	۷۱/۳	۲۸/۷	

جدول ۴: توزیع فراوانی نسبی وضعیت جمع آوری زباله و فضولات در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد

وضعیت جمع آوری منطقه	زباله (درصد)			فضولات (درصد)		
	منظم	نامنظم	عدم جمع آوری	منظم	نامنظم	عدم جمع آوری
شهر	۷۲/۵	۱۸/۷	۷/۸	۲۲/۸	۸/۶	۱۲/۹
روستا	۲۶/۷	۱۷/۸	۵۵/۷	۱۹/۹	۱۱/۹	۴۴/۲
استان	۴۹/۴	۱۸/۲	۳۲/۴	۲۱/۳	۱۰/۳	۲۹/۶

در رابطه با بهداشت فردی نیز مشکلات مربوط به عدم رعایت بهداشت فردی در خانوارها از قبیل استفاده نامناسب از صابون، نداشتن حوله اختصاصی حمام و... مطرح بود. خود درمانی در ۶۰ درصد افراد بوسیله داروهای گیاهی و شیمیایی صورت می گرفت. در مورد علائم و نشانه های بیماریهای داخلی و اسکلتی، کمردرد مزمن با ۲۱ درصد و سوزش سردل با ۱۶ درصد موارد و مشکلات مفاصل با ۱۵ درصد موارد و در مورد مشکلات روحی و روانی، عصبانیت ۴۰ درصد، خستگی ۲۷ درصد و سردرد مکرر ۲۱ درصد موارد، از اهم آنها بودند. سابقه فشارخون در افراد زیر ۳۰ سال خانوار ۲ درصد و سکت قلبی و مغزی ۳ درصد گزارش شده است. فقط ۵ درصد افراد از عوامل خطر بیماریهای قلبی و عروقی اطلاع کامل داشتند. سابقه بیماریهای عفونی در خانوار به ترتیب

اوربون، آبله مرغان، سرخک، اسهال خونی، هیپاتیت شایعترین موارد بود (جدول ۵). ۴۰ درصد از زنان از علائم عفونتهای دستگاه تناسلی و به همین میزان نیز از بیماری اختلالات بافتهای لگنی شاکی بودند. ۲۱ درصد دختران از قاعدگی نامنظم و ۱۲/۵ درصد از پرمویی و ۵۳ درصد از درد هنگام قاعدگی شاکی بودند. اسهال و سینه پهلو ۱۵ درصد موارد بستری کودکان بود. عمده ترین شکایت کودکان از مشکلات روانشناختی کمروبی و خجالتی بودن، سردرد مداوم، اضطراب و بیقراری بود. فقط ۸/۸ درصد کودکان ۱۴-۶ ساله ایام فراغت خود را به مطالعه اختصاص می دادند (جدول ۶).

تصادف با وسیله نقلیه شایعترین مورد حوادث بود (۱۲/۱ درصد) (جدول ۷). ۷۰ درصد افراد از تأخیر کمک رسانی (اورژانس و آتش نشانی) شاکی بودند.

جدول ۵: توزیع فراوانی نسبی مشاهده بیماری عفونی طی یکسال گذشته در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی استان کهگیلویه و

بویراحمد

نوع بیماری منطقه	سرخک (درصد)	آبله مرغان (درصد)	اوربون (درصد)	هیپاتیت (درصد)	تب مالت (درصد)	حصبه (درصد)	اسهال خونی (درصد)	سل (درصد)	مالاریا (درصد)	جمع (درصد)
شهر	۳/۵	۸/۸	۱۲/۶	۱/۳	۰/۲	۰/۳	۱/۶	۰	۰/۲	۲۸/۵
روستا	۱/۴	۴/۵	۷/۳	۰/۷	۰/۳	۰/۱	۲/۷	۰/۱	۰/۱	۱۷/۲
استان	۲/۴	۶/۶	۹/۹	۱	۰/۳	۰/۲	۲/۲	۰/۱	۰/۲	۲۲/۹

جدول ۶: توزیع فراوانی نسبی نحوه سپری کردن اوقات فراغت کودکان و نوجوانان در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی

استان کهگیلویه و بویراحمد

اوقات فراغت منطقه	استراحت در منزل (درصد)	حضور در مسجد (درصد)	مطالعه (درصد)	استفاده از رایوو و تلویزیون (درصد)	استفاده از کامپیوتر و آتاری (درصد)	فعالیت تفریحی و ورزش با دوستان (درصد)	سایر (درصد)	جمع (درصد)
شهر	۹/۸	۲/۴	۱۰/۱	۳۱/۶	۵/۵	۴۰/۵	۰/۱	۱۰۰
روستا	۷/۱	۰/۹	۷/۴	۲۵/۳	۰/۶	۵۸/۵	۰/۲	۱۰۰
استان	۸/۴	۱/۷	۸/۸	۲۸/۵	۳	۴۹/۵	۰/۱۵	۱۰۰

جدول ۷: توزیع فراوانی نسبی وقوع حوادث و سوانح در ۱۰۰۰ خانوار شهری و ۱۰۰۰ خانوار روستایی

استان کهگیلویه و بویراحمد

نوع حادثه منطقه	آتش سوزی (درصد)	تصادف با وسیله نقلیه (درصد)	اقدام به خودکشی (درصد)	آسیب با اسلحه سرد (درصد)	آسیب با اسلحه گرم (درصد)	غرق شدن (درصد)	سقوط از بلندی (درصد)	جمع (درصد)
شهر	۳/۷	۱۳/۷	۱/۱	۱/۴	۰/۶	۱/۱	۳/۴	۲۵
روستا	۶/۴	۱۰/۶	۲/۲	۴/۴	۰/۴	۱/۱	۷	۳۲/۱
استان	۵	۱۲/۱	۱/۶	۲/۹	۰/۵	۱/۱	۵/۲	۲۸/۴

این رقم در روستا ۴۱/۲ درصد بود، ۲۱ درصد خانوارها سبزیها و میوه را به طور نامناسب شستشو می دادند. فقط ۹/۶ درصد خانوارها از روغن مایع استفاده می کردند.

۲۵/۱ درصد از خانوارها از محیط زندگی خود نارضایتی داشتند و مهمترین مشکل خانوارها مشکلات اقتصادی، بیکاری، اعتیاد و مشکلات خانوادگی بود.

بحث و نتیجه گیری

فرآیند تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت در کشورهای مختلف از قبیل بنگلادش در سال های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۱ با مشارکت سازمانهای دولتی و غیر دولتی صورت گرفت که منتج به فهرست ده گانه اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت در این کشور گردید. در بنین سال ۱۹۹۱ با برگزاری کارگاههایی در سطوح ناحیه ای و ملی مبادرت به تعیین اولویتهای پژوهشی ناحیه ای و ملی با مشارکت منتخبین جامعه، نمایندگان کارکنان حوزه سلامت، تصمیم گیرندگان محلی، سالمندان، شفا بخشان سنتی، سازمانهای غیر دولتی گردید و اولویتهای مشکلات حوزه سلامت در سه زمینه بهداشت، کشاورزی و

۵۸ درصد زنان تا کنون پاپ اسمیر انجام نداده و ۷۸ درصد معاینات سینه را انجام نداده بودند، ۳۶ درصد زنان مورد ضرب و شتم همسران قرار می گرفتند. ۳۲/۵ درصد زنان از حمایت همسران خود در هنگام بارداری و بیماری رضایت نداشتند. ۳۴ درصد زنان از مراقبت حین زایمان و ۳۰ درصد از مراقبت بعد از زایمان رضایت نداشتند.

در مورد مراقبتهای دوران بارداری ۷۷ درصد مراقبت دندانپزشکی نداشته اند ۳۶ درصد آزمایشات دوران بارداری انجام نداده بودند و ۵۰ درصد آموزش کافی در این مورد ندیده بودند. در ۲۳ درصد زنان انتخاب همسر با میل خودشان نبوده است. ۲۲ درصد مشاوره قبل از ازدواج نداشته اند و ۲۷ درصد از مشاوره رضایت نداشته اند. ۷۳/۵ درصد زنان و ۷۳ درصد مردان از نوع آزمایشات قبل از ازدواج اطلاع نداشتند. ۳۲ درصد زنان و ۲۴/۵ درصد مردان و ۴۰ درصد دختران ۱۵ سال به بالا از راههای انتقال ایدز آگاهی نداشتند و آگاهی از سایر بیماریهای آمیزشی نیز ضعیف تر بود. درصد ازدواج فامیلی (فامیل نزدیک) در جمعیت مورد مطالعه ۳۵ درصد بود.

در مورد تغذیه ۲۸ درصد موارد تامین گوشت قرمز در استان به طریق غیر بهداشتی بود که

اقتصاد، ارتباطات و آموزش تعیین شد. در سال ۲۰۰۰ مجدداً در این کشور اولویتهای پژوهشی حول همین سه محور تعیین گردید. غنا در سال ۱۹۹۲ و ۱۹۹۷، گینه در سال ۱۹۹۲ و ۲۰۰۰، اتیوپی سال ۱۹۹۷، برزیل سال ۱۹۹۷، بورکینوفاسو سال ۱۹۹۶ و مصر سال ۱۹۹۳ و... با الگویی مشابه اقدام به تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت کردند. بررسی الگوی تعیین اولویتهای در این کشورها نشان می دهد که با وجودی که چارچوب مفهومی این فرآیند و ابعاد چگونگی انجام آن و ماحصل کار که فهرست زمینه ها و برنامه های پژوهشی است از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. اما در موارد زیر تجربیات مشترکی وجود دارد:

فراگیربودن مشارکت، مشاوره و تبادل نظر گسترده از طریق کارگاهها و جلسات بحث گروهی متمرکز استفاده از اطلاعات کمی و کیفی و نظارت توسط یک کمیته فنی یا گروه کاری کوچک [۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵]. با توجه به اینکه بر اساس چارچوب پژوهش در ضرورتهای ملی تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت فرآیندی مشتمل بر ارزیابی علمی و نظام یافته وضعیت بهداشتی، نظام های سلامت و نظام پژوهشهای حوزه سلامت، تجزیه و تحلیل نظام یافته و علمی تقاضاهای استفاده کنندگان و ارزشها و نیازهای محسوس آنها است، بررسی چگونگی پیشبرد مراحل مختلف پروژه تعیین اولویتهای پژوهشی استان کهگیلویه و بویراحمد در حوزه سلامت و نتایج حاصل از روشهای مختلف جمع آوری اطلاعات در این زمینه، نشانگر رعایت این اصول و توجه به تجربیات به دست آمده از این فرآیند در کشورهای دیگر است. مرور یافته ها و نتایج به

دست آمده از روشهای مختلف جمع آوری اطلاعات جهت تحلیل وضعیت در این پروژه نشان می دهد که اهم مشکلات بهداشتی درمانی برخاسته از نیازهای مردم مشخص شده است و با توجه به اینکه در شرایط ایده آل، زمینه پژوهشی بایستی مبتنی بر مسئله باشد و پردازش مسائل بهداشتی باعث دستیابی به حیطه های قابل پژوهش می شود. بنابراین می توان از مسئله بهداشتی به مسئله پژوهشی رسید. در این پروژه نیز با حرکت در این راستا و در نهایت با بحث و بررسی و جمع بندی مشکلات استخراج شده از روشهای مختلف اجرای پروژه، فهرستی از حیطه های پژوهشی که مبتنی بر مشکلات و مسائل عرصه سلامت مردم استان بود با در نظر گرفتن معیارها تهیه و بر اساس آنها اولویت بندی شد. فهرست حیطه های پژوهشی و برنامه های اجرایی و عناوین پژوهشی آنها به قرار زیر است:

۱- شیوع فزاینده بیماریهای غیرواگیردار، واگیردار با اولویت (بیماریهای قلبی و عروقی، بیماریهای روانی، گوارشی و سرطانها).

الف- برنامه های اجرایی:

- ایجاد مرکز تحقیقات برای بیماریهای قلب و عروق.
- ترویج و تشویق ورزش همگانی در ادارات، مدارس و ... با هماهنگی بین بخشی.
- تدوین برنامه رژیم غذایی سالم و آموزش آن در جامعه.
- نظارت و آموزش مداوم به منظور کنترل نسخ پزشکان در تجویز دارو (آنتی بیوتیک و ...) و فروش بدون نسخه.

- نظارت و ارزشیابی مؤثر طرحهای کنترل بیماریهای
اسهالی^(۱)، بیماریهای ناشی از کمبود ید^(۲)، عفونتهای
حاد تنفسی^(۳) و مانا .

- نظارت بر واحدهای دندانپزشکی و تزریقات در جهت
کاهش بیماریهای منتقله از راه خون.

- نظارت جهت بهبود کیفیت تشخیص پاراکلینیکی در
مراکز بهداشتی و درمانی استان

- نظارت بر توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص.

- نظارت در تهیه و توزیع مناسب تسهیلات و
تجهیزات واحدهای بهداشتی درمانی.

- ساماندهی مراقبت های توانبخشی بیماران.

ب-عناوین پژوهشی:

- غربالگری بیماریهای مهم.

- بررسی میزان آگاهی و نگرش جامعه نسبت به
بیماریهای غیرواگیر و واگیردار(قلبی و عروقی
-بیماریهای روانی -گوارشی -سرطانها- بیماریهای
عفونی)در استان.

- بررسی علل و عوامل مؤثر بر ایجاد و گسترش
بیماریهای غیرواگیردار و واگیردار (قلبی و عروقی
-بیماریهای روانی -گوارشی -سرطانها- بیماریهای
عفونی)در استان.

- راهکارهای ارتقاء آگاهی از عوامل خطر زای
بیماریهای واگیردار و غیر واگیردار مهم .

-ارائه برنامه مناسب پیشگیری و درمان بیماریهای
مهم.

-ارائه روشهای درمانی برای کنترل بیماریها با
استفاده از منابع موجود گیاهان دارویی .

- ارائه الگوهای مناسب شیوه زندگی مردم در کاهش
عوامل خطر بیماریها و عوارض آنها.

۲- شیوع فزاینده سوانح و حوادث:

الف- برنامه های اجرایی:

- استقرار و پوشش کامل مراکز امداد رسانی با تاکید
بر مناطق حادثه خیز.

-اجرای برنامه های آموزشی جامع مقابله با حوادث و
سوانح با همکاری بین بخشی .

- نظارت دقیق و مستمر بر اجرای استانداردهای
مربوط به ساخت وساز اماکن، جاده سازی و مقررات
ترافیک شهری و جاده ای.

ب- عناوین پژوهشی :

-بررسی اپیدمیولوژی حوادث و سوانح مختلف .

- بررسی علل و عوامل مؤثر بر ایجاد و گسترش
حوادث و سوانح.

- بررسی میزان آگاهی مردم از عوامل خطر ساز
سوانح و حوادث.

- راهکارهای ارتقاء آگاهی جامعه از عوامل خطر ساز.

- ارزشیابی وضعیت خدمات رسانی و نحوه مدیریت
در سوانح و حوادث.

- تعیین میزان اثر راهکاری مناسب در پیشگیری و
کاهش حوادث و سوانح و عوارض آنها.

- تعیین و ارائه الگوهای مناسب اصلاح رفتارهای
اجتماعی در پیشگیری از حوادث و سوانح.

۳- بالا بودن بیکاری، فقر، بیسوادی و مشکلات
رفاهی

الف- برنامه های اجرائی:

-حمایت از کارآفرینی و ایجاد تسهیلات اشتغال زایی
در بخشهای مختلف.

1-CDD
2-IDD
3-ARI

- بررسی الگوی نگهداری، توزیع، طبخ و مصرف مواد غذایی در استان.

- شیوع و علل بروز چاقی در استان .

- تعیین الگوی آموزشی مناسب در خصوص نگهداری، طبخ و مصرف مواد غذایی.

- راهکارهای چگونگی افزایش آگاهی و عملکرد زنان باردار و شیرده از تغذیه مناسب در این دوران.

- تعیین شیوه های مناسب در بهبود کیفیت تهیه نان مطی.

۵- نامناسب بودن خدمات و استانداردهای بهداشت محیط در استان.

الف- برنامه اجرایی:

- گسترش خصوص سازی در ارائه خدمات بهداشت محیطی شهر و روستا.

- نظارت دقیق بر اجرای استانداردهای بهداشت محیط.

ب- عناوین پژوهشی:

- بررسی کمی و کیفی منابع آب آشامیدنی در استان.

- بررسی وضعیت جمع آوری و دفع زباله های شهری ورو ستایی و علل ناکارآمدی آنها.

- بررسی عوامل مؤثر در عدم مشارکت مردم در ساخت توالت و حمام و آب آشامیدنی در روستاها.

- تعیین راهکارهای مناسب ساماندهی و بهبود خدمات مربوط به تامین آب آشامیدنی سالم در روستا، حمام بهداشتی روستا، دفع بهداشتی فاضلاب شهر و روستا، جمع آوری و حمل بهداشتی زباله شهر و روستا.

- بررسی نحوه ساماندهی وضعیت بهداشت محیط مدارس و بهداشت محیط کار در استان.

- زمینه سازی جهت افزایش سطح سواد و توانمند سازی اقشار آسیب پذیر.

- تدوین الگوی مناسب توسعه همه جانبه استان جهت رفع مشکلات رفاهی و...مردم استان.

ب- عناوین پژوهشی:

-تعیین خط فقر در جامعه

-شناسایی منابع و امکانات بالقوه استان جهت سرمایه گذاری و اشتغال زایی (منابع طبیعی و معدنی).

-بررسی میزان و علل بیسوادی در کودکان و نوجوانان استان.

- تعیین راهکار تغییر جهت در خدمات پوششی و حمایتی اقشار آسیب پذیر به سوی خدمات خودکفایی.

- مطالعه الگوهای مناسب توسعه همه جانبه استان.

۴- سوء تغذیه اختلالات رشد و مشکلات غذایی.

الف- برنامه های اجرایی:

- ترویج الگوی صحیح تغذیه مناسب بر اساس فرهنگ بومی در سنین و شرایط مختلف.

- اجرا و تعمیم برنامه های تغذیه تکمیلی (آهن یاری -ویتامین یاری و...) در گروههای خاص.

-تدوین و ترویج برنامه آموزشی الگوی مناسب نگهداری، طبخ و توزیع و مصرف مواد غذایی از طریق رسانه ها در جامعه.

ب- عناوین پژوهشی:

-شناسایی الگوی غذایی مادران باردار، شیرده و کودکان استان.

- بررسی عوامل مرتبط با اختلالات رشد در کودکان استان.

- بررسی علل گرایش افراد جامعه به مواد غذایی کم ارزش.

- تأثیر اجرای برنامه محله سالم شهر یاسوج در اصلاح وضعیت بهداشت محیط .
- ۶- بالا بودن عوارض ناشی از بارداری و زایمانهای غیر ایمن:
- الف- برنامه های اجرائی:
- اجرای برنامه افزایش زایمانهای ایمن .
- گسترش زایمان بدون درد با استفاده از انتونوکس و ارزیابی نتایج آن در مراکز درمانی.
- کنترل میزان سزارینهایی غیر ضروری به وسیله مراجع قانونی و کارشناسان مربوطه.
- ب- عناوین پژوهشی
- بررسی اپیدمیولوژیکی عوارض ناشی از بارداری و زایمان در استان.
- بررسی عوامل مؤثر در مرگ مادران و زایمانهای غیر ایمن.
- راهکارهای هدایت زایمانهای غیر ایمن به ایمن.
- تعیین راهکارهای افزایش مهارت و انگیزه های کارکنان در ارائه خدمات در موارد اورژانس مادر و نوزاد.
- نقش کلینیک های مادر و کودک خصوصی در کاهش عوارض بارداری و زایمان.
- ۷-افزایش اعتیاد، بزهکاری، سرقت و ...
- الف- برنامه های اجرائی:
- فعال کردن مراکز مشاوره دانش آموزی در سطح دبیرستانها... جهت جلوگیری از آسیب های اجتماعی .
- تدوین و ارائه برنامه های مناسب جهت پیشگیری از اعتیاد، بزهکاری.
- ب- عناوین پژوهشی:
- شناخت زمینه های بروز آسیب های اجتماعی.
- بررسی علل و عوامل مؤثر بر گسترش آسیب های اجتماعی.
- بررسی راهکارهای مناسب جهت پیشگیری از آسیب های اجتماعی (مراکز مشاوره- برنامه های آموزشی- درمانی و...).
- ۸- رشد بی رویه جمعیت:
- الف- برنامه های اجرائی:
- تدوین و گنجانیدن برنامه های آموزشی تنظیم خانواده در دوره های دبیرستانی.
- توسعه مراکز مشاوره قبل از ازدواج و تنظیم خانواده
- اجرای برنامه های آموزشی تنظیم خانواده در مراکز فرهنگ سازی
- تدوین و برنامه ریزی در جهت کاهش اثر عوامل زمینه ساز رشد بی رویه جمعیت (مسائل اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی).
- ب- عناوین پژوهشی:
- بررسی میزان کارائی روشهای موجود تنظیم خانواده در استان.
- بررسی علل نارضایتی مردم از روشهای پیشگیری.
- بررسی نگرش مردم در خصوص تنظیم خانواده (پژوهشهای کیفی).
- بررسی موانع پیشبرد برنامه تنظیم خانواده.
- تعیین راهکارهای افزایش مشارکت مردان در برنامه تنظیم خانواده.
- ۹- ناکافی بودن خدمات بهداشتی درمانی و اورژانس.
- الف - برنامه های اجرائی:
- استاندارد سازی منابع انسانی، تسهیلات و تجهیزات خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی.

- تعیین راهکارهای مناسب کنترل بیماریهای انگلی شایع.

۱۱- شیوع بالای بیماریهای زنان در استان:

الف- برنامه های اجرائی:

- آموزش نوجوانان در خصوص بهداشت بلوغ در مدارس.

- تدوین و اجرای برنامه های آموزش بهداشت باروری.

- ساماندهی مسائل تشخیصی و درمانی بیماریهای زنان.

- تدوین و اجرای برنامه آموزش و مراقبت زنان یائسه در مراکز بهداشتی درمانی.

- رفع موانع و مشکلات انجام آزمایش پاپ اسمیر و معاینه سینه در مراکز بهداشتی درمانی .

ب- عناوین پژوهشی:

- بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای زنان.

- بررسی عوامل مؤثر بر بیماریهای زنان با اولویت عفونتها، ناباروری ، خونریزیهای غیر طبیعی رحمی، بیماری تخمدان پلی کیستیک.

- بررسی یائسگی در زنان استان .

- بررسی میزان استفاده از طب سنتی و داروهای گیاهی در درمان بیماریهای زنان.

- تعیین راهکارهای مؤثر در ارتقاء آگاهی زنان در پیشگیری از بیماریها.

- راهکارهای کاهش موانع فرهنگی در پیشگیری و درمان بیماریهای زنان.

۱۲- راهکارهای ساماندهی استفاده از اوقات فراغت (نابسامانی و مشکلات اوقات فراغت).

الف- برنامه های اجرائی:

- توزیع مناسب خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی در استان برحسب استانداردها.

- ایجاد پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی و اورژانسی جدید و تجهیز مراکز.

- تسهیل مشارکت بخش خصوصی و مردم در خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی.

ب- عناوین پژوهشی:

- بررسی میزان رضایتمندی از خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی.

- ارزشیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی.

- ارزیابی و نیازسنجی منابع انسانی و تجهیزاتی مراکز بهداشتی درمانی و اورژانسی.

- راهکارهای افزایش کارایی خدمات بهداشتی درمانی و اورژانسی.

- تعیین شیوه های اصلاح فرآیند های اجرائی و آموزشی بخش بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

۱۰- سطح پایین بهداشت فردی.

الف- برنامه های اجرائی:

- برنامه ریزی در جهت افزایش دسترسی به امکانات بهداشتی (آب -حمام و توالت و...).

- تدوین و اجرای برنامه های آموزش بهداشت فردی و عمومی به تفکیک گروههای مختلف در معرض خطر.(روستائیان - کودکان- زنان- کارگران و...).

ب- عناوین پژوهشی:

- شناخت رفتارهای غیر بهداشتی و تعیین عوامل زمینه ای آنها.

- ارتباط شیوه های تربیتی کودکان با رفتارهای بهداشتی و اجتماعی.

- تدوین برنامه هماهنگ غنی سازی اوقات فراغت
- اقشار جامعه توسط سازمانهای متولی و تمرکز مدیریت آن و استفاده از بخش خصوصی .
- توسعه، گسترش و ایجاد زیرساخت های فرهنگی، آموزشی، اجتماعی و... جهت اوقات فراغت (سینما، تئاتر و فرهنگ سرا، مراکز تفریحی، پارک ها و...).
- ب- عناوین پژوهشی:
 - بررسی وضعیت موجود گذراندن اوقات فراغت اقشار جامعه.
 - نیازسنجی اوقات فراغت اقشار جامعه.
 - اثر بخشی عملکرد سازمانهای متصدی اوقات فراغت.
 - تعیین راهکارهای تغییر نگرش و رفتار مردم در رابطه با اوقات فراغت.
 - بررسی علل رویکرد جوانان به برخی از پدیده های اجتماعی نابهنجار.
 - بررسی رابطه نحوه گذراندن اوقات فراغت و آسیب های اجتماعی.
 - بررسی موانع و علل عدم استفاده مناسب از اوقات فراغت .
 - راهکارهای موثر غنی سازی اوقات فراغت با استفاده از نظرات مردم
- ۱۳- مطلوب نبودن حقوق زنان در خانواده و اجتماع
- الف- برنامه های اجرائی:
 - اجرای قوانین مربوط به حقوق زن در خانواده و اجتماع.
 - توسعه فعالیتها و برنامه های سازمان های مربوط به زنان در استان.
 - تبلیغ حقوق مدون زنان در خانواده و اجتماع.
- توسعه فعالیتهای سازمان های مختلف در ارتباط با رعایت حقوق زنان در اجتماع.
- ب- عناوین پژوهشی
 - بررسی نگرش و آگاهی زنان (شهری، روستایی و عشایری) نسبت به حقوق خود در جامعه و خانواده .
 - بررسی نگرش و آگاهی مردان (شهری، روستایی، عشایری) نسبت به حقوق زنان در جامعه و خانواده.
 - نیازهای حقوقی زنان و نقش آنها در مدیریت خانواده .
 - موانع رعایت حقوق فردی و اجتماعی زنان.
 - راهکارهای مؤثر بر افزایش آگاهی زنان (شهری - روستایی و عشایری) از حقوق خود در خانواده و اجتماع.
 - راهکارهای آموزش مهارت های زندگی زوجین.
- ۱۴- مطلوب نبودن موارد حقوق کودکان در خانواده و اجتماع
- الف- برنامه های اجرائی:
 - تدوین و اجرای منشور حقوق کودکان در خانواده و اجتماع توسط مراجع ذیصلاح.
 - تبلیغ حقوق کودکان در خانواده و اجتماع .
 - ب- عناوین پژوهشی
 - بررسی آگاهی خانواده ها، مربیان و... راجع به حقوق کودک در خانواده و اجتماع.
 - عوامل مؤثر بر عدم رعایت حقوق کودکان در خانواده و اجتماع.
 - آگاهی کودکان نسبت به حقوق خود در خانواده و اجتماع.
 - تعیین راهکارهای دسترسی کودکان به حقوق خود در خانواده و اجتماع.

ب- عناوین پژوهشی

- علل گرایش به خود درمانی (در زمینه گیاهان دارویی و داروهای شیمیایی) و شیوع آن.

- شناخت روشهای طب سنتی و گیاهی در استان.

- بررسی عوارض استفاده از گیاهان دارویی.

- استخراج عصاره و مواد مؤثره گیاهان دارویی و شناخت اثرات درمانی آنها.

-ارایه راهکارهای کاهش خود درمانی

-ارایه راهکارهای کاهش داروهای مانده مصرف نشده در منازل

۱۷- دسترسی ناکافی و نامناسب جمعیت عشایری به خدمات بهداشتی درمانی:

الف- برنامه های اجرایی:

-تدوین برنامه بهورز سیار .

ب- عناوین پژوهشی

- بررسی اپیدمیولوژیک بیماریها در جامعه عشایری (با اولویت بیماریهای مشترک دام و انسان).

- بررسی راهکارهای افزایش دسترسی عشایر به انواع خدمات بهداشتی درمانی (انسان و دام).

- تعیین راهکارهای ارتقاء و بهبود روش کوچ عشایر.

-تدوین راهکارهای مناسب جهت کمک به اسکان عشایر .

۱۸- پوشش بالای سازمانهای حمایتی در مناطق روستایی.

الف- برنامه های اجرایی:

- تدوین برنامه توسعه استان با مشارکت بین بخشی و محوریت سلامت.

-ساماندهی و تمرکز سازمانهای حمایتی موازی جهت پیشگیری از دوباره کاری با مدیریت واحد.

-ایجاد صندوقهای اقتصادی حمایت از خانواده.

-تعیین راهکارهای مؤثر بر افزایش آگاهی خانواده و اجتماع نسبت به حقوق کودکان.

۱۵- کمبود مراکز مشاوره کارآمد با اولویت مشکلات زنان و جوانان:

الف- برنامه های اجرایی:

-فعال کردن مراکز مشاوره موجود و افزایش تعداد آنها بر حسب جمعیت.

- آگاه سازی جامعه جهت مراجعه به مراکز مشاوره.

- پیشنهاد ایجاد مدیریت متمرکز ارائه خدمات مشاوره ای .

ب- عناوین پژوهشی

- بررسی وضعیت مراکز مشاوره فعلی و نحوه ارائه خدمات آنان.

- تعیین نیازهای مشاوره ای زنان و جوانان.

- تعیین راهکارهای افزایش مراجعه مردم به مراکز مشاوره.

۱۶- بالا بودن میزان خود درمانی و استفاده نامناسب از منابع گیاهان دارویی:

الف- برنامه های اجرایی:

- ثبت تجارتي داروهای محلی و خانگی (گیاهی) در استان.

- صنعتی کردن گیاهان دارویی.

- حمایت از پایان نامه ها و طرحهای پژوهشی در زمینه گیاهان دارویی .

-برگزاری کارگاههای آموزشی در زمینه استفاده از گیاهان دارویی.

- تدوین برنامه کنترل صدور نسخ پزشکی و تحویل دارو توسط داروخانه.

- تدوین برنامه حفاظت گیاهان دارویی استان .

۵- انسان سالم با تغذیه سالم.

ب- عناوین پژوهشی

-بررسی نگرش مردم درباره خدمات ارگانهای حمایتی.

-تعیین کیفیت خدمات ارگانهای حمایتی.

-بررسی اثرات منفی خدمات ارگانهای حمایتی بر جامعه (اقتشار ضعیف).

-اصلاح راهکارهای حمایتی در جهت خودکفائی.

۱۹- بالا بودن میزان ازدواج فامیلی و تمایل جوانان به این نوع ازدواج.

الف- برنامه های اجرائی:

-گسترش مراکز مشاوره قبل از ازدواج .

- آگاه سازی مردم جهت مراجعه به مراکز مشاوره قبل از ازدواج.

-ساماندهی سیستم ثبت ازدواج در استان.

ب- عناوین پژوهشی

- اثرات ازدواج فامیلی در سلامت جامعه

- عوامل مؤثر در ازدواجهای فامیلی در استان.

-میزان رضایت مندی از ازدواج فامیلی .

-بررسی نگرش و علل تمایل جوانان به ازدواج فامیلی.

لیست تعدادی از پروژه های طراحی شده

۱- همیاران سلامت الگوی مشارکت مردمی در

تعیین راهکارهای حل مشکلات

۲- با خنده شروع کنیم

۳- ورزش، خنده، آرامش- رمز سلامت

۴- بیائید پلیس خود باشیم

Health Research Priority Setting by Needs Assessment in Kohgiluyeh and Boyerahmad Province

^{*} Yazdanpanah B,
^{*} Pourdanesh F,
^{*} Safari M,
^{*} Rezai M,
^{*} Ostavar R,
^{**} Afshoon E,
^{***} Moradian F,
^{***} Ghffari Y,
^{**} Rezai N,
^{*} Mariooriad H,
^{*} Hoseini NA,
^{*} Ghaffarian Shirazi HR,
^{*} Zadeh bagheri GH,
^{*} Mehrabi S,
^{**} Chaman R,
^{*} Salari M,
^{*} Moosavi AM,
^{*} Rayegan Shirazi AR,
^{*} Pour mahmodi AA,
^{*} Reisskarimian F,
^{****} Afra M,
^{****} Dabighi D,
^{****} Hoseini O,
^{****} Khoshnood KH,
^{****} Yousefi M,
^{****} Moosavi Amjad AR,
^{****} Habibi M,
^{****} Aram A

^{*} Faculty members of Yasuj University of Medical Sciences

^{**} Staff of Yasuj University of Medical Sciences

^{***} Representatives of the community

^{****} Representatives of other organizations
Population of Red crescent, Education ,
Broadcast , Natural Resources,
Management and Planning , welfare ,
municipality and office of general governer

KEY WORDS:

Health research, Priority Setting, Needs assessment, Kohgiluyeh and Boyerahmad

ABSTRACT

Introduction & Objective: Priority setting is as critical as conducting the research itself . Funding for research is limited and a rational priority setting process is therefore required . The aim of this project was priority setting for health research in konailoyeh and boyerahmad province.

Materials & Methods: This study was performed by using , variouvs methods of situational analysis that carried out with establishing working group to done systematic and scientific assessment of health status by collecting information about health system, health research and assessment health services user needs and demands by making a questionnaire, performing focus group discussion and consultation with persons in key position. Questionnaire was prepared by establishing specific committee that consist of research scientists, clinical expertise, representatives from population , nongovernmental organization, private sector and significant governmental organization which contribute to health provision. Questionnaires were completed by interviewing members of 1000 urban and 1000 rural families, that were chosen by cluster randomized sampling. Finding were collected and discussed in strategic committee which conduct the project. This way health problems and research areas were done by simple scoring system and ENHR defined criteria suchas; intensity, frequency, urgency of the health problem and political societal acceptibility.

Results: The results of this study included some indicies of health, socioeconomic and cultural status of population, rate of mortality , reproductive health and child health problems, incidence and prevalence of diseases, environmental health status, health facilities of the family, nutritional status and rate of accidents.

Conclusion: This process led to a long list of health problems and potential areas for research. According to results the most important problems of health and related research areas were increasing prevalence of diseases, accidents, unemployment, poverty, illiteracy , malnutrition and environmental health problems.

REFERENCE

- [۱] جاویدروزی - م، باقری نژاد - س، حسین پور-ا. پژوهش در ضرورت‌های ملی و تعیین اولویتها: درس‌هایی از گذشته/ شورای پژوهش حوزه سلامت برای توسعه چاپ اول. تهران: انتشارات اندیشمند، ۱۳۸۱؛ ۵-۹.
- [2] Lansang M A. Reaserch Priority setting Using ENHR Strategies, clinical Epidemiology unit, university of the Philippines Manila 1999:1-3.
- [3] Rouda RH, Kusy ME. Need assessment, The first step. Tappi journal 1996; 1-7.
- [۴] جمشید بیگی -ع. تحلیل نتایج زیج حیاتی مناطق روستایی کشور در سال ۱۳۸۰، ۱۳۸۱. مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، معاونت سلامت، ۱۳۸۰-۱۳۸۱؛ ۹-۱.
- [۵] معاونت سلامت دبیرخانه تحقیقات کاربردی، معاونت تحقیقات و فناوری مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، سیمای سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کهگیلویه و بویراحمد. تهران: نشر تیلور، ۱۳۸۱؛ ۶۰-۳۱.
- [6] ENHR B. secretariat, Priority setting for Reaserch in health and population : Bangladesh Experience. Bangladesh 1997: <http://www.COHRED.ch>.
- [7] Mugambi M. Country experiences with priority setting for ENHR 1995: <http://www.COHRED.ch>.
- [8] Adjei , S. Evolution of Health reaserch for development in Ghana 1999: <http://www.COHRED.ch>.
- [9] American Assosiation for the Advancement of Science, Science in Africa Washington D.C, 1995.
- [10] Yemane T. Proceedings of the workshop on ENHR Ethiopian Science and Technology Commission, Addis Ababa, 1998.
- [11] Noronha JC, Guimaraes R. Brazilan Research system and Health Reaserch: trends and challenges, Brazil, 2002.
- [12] Reaserch into Action, Issue 9 , 1997: <http://www.COHRED.ch>.
- [13] A country report , Health Reaserch in Egypt. Egypt 2000.
- [14] Liss PE. The significance of the goal of health care for the setting of prioities . Health care Anal 2003 ; 11: 161-9.
- [15] Ashton T, Cumming Y, Devlin N. Prority setting in New zeland: translating principles. J Health serv Res Policy 2000 ; 5: 170-5.