

برنامہ نیاز سنجے سلامت جامعہ

شیوہ نامہ اجرایے







برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

شیوه نامه اجرایی



تألیف:

دکتر مجید توکلی، دکتر منصور شیری، دکتر محمدرضا کریمی، توفیق علیزاده،
حمیدرضا رصافیانی، امیر نصیری، سودابه امینی، شمسعلی عباسی،
مهندس مهران خائفی، عهده ملکی، دکتر فاطمه سربندی، دکتر آتوسا سلیمانیان،
دکتر مناسادات اردستانی

زیر نظر:

دکتر علی اکبر سیاری، دکتر جعفر صادق تبریزی، دکتر ناصر کلانتری،
دکتر احمد کوشا و دکتر شهرام رفیعی فر

دیماه ۱۳۹۵

عنوان و نام پدیدآور: برنامه نیازسنجی سلامت جامعه: شیوه‌نامه اجرایی / تألیف مجید توکلی ... [و دیگران]: زیر نظر علی‌اکبر سیاری... [و دیگران]: به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش و ارتقای سلامت. مشخصات نشر: تهران: تندیس، ۱۳۹۵. مشخصات ظاهری: ۸۶ص: مصور، جدول. شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۴۵-۶۶-۴ وضعیت فهرست‌نویسی: فیا یادداشت: تألیف مجید توکلی، منصور شیری، محمدرضا کریمی، توفیق علیزاده، حمیدرضا رصافیانی، امیر نصیری، سودابه امینی...

یادداشت: زیر نظر علی‌اکبر سیاری، جعفر صادق تبریزی، ناصر کلانتری، احمد کوشا، شهرام رفیعی‌فر.

یادداشت: کتابنامه: ص. [۴۵]-[۴۶]

موضوع: پزشکی -- ایران -- خدمات -- نیازسنجی

موضوع: Medical Care -- Iran -- Needs assessment

موضوع: پزشکی -- خدمات -- نیازسنجی

موضوع: Medical Care -- Needs assessment

موضوع: سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی

موضوع: Health promotion -- Iran -- Planning

شناسه افزوده: توکلی، مجید، ۱۳۴۲

شناسه افزوده: سیاری، علی‌اکبر، ۱۳۳۰، ویراستار

شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش و ارتقای سلامت

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۵ ۴ب۹الف/۸۸۳۹۵

رده‌بندی دیویی: ۳۶۲/۱۰۶۸۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۴۵۳۲۷۰۱

برنامه نیازسنجی سلامت جامعه – شیوه‌نامه اجرایی

تألیف:

دکتر مجید توکلی، دکتر منصور شیری، دکتر محمدرضا کریمی، توفیق علیزاده،

حمیدرضا رصافیانی، امیر نصیری، سودابه امینی، شمس‌علی عباسی،

مهندس مهران خائفی، عهدیه ملکی، دکتر فاطمه سربندی، دکتر آتوسا سلیمانیان،

دکتر مناسادات اردستانی

زیر نظر:

دکتر علی‌اکبر سیاری، دکتر جعفر صادق تبریزی، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا

و دکتر شهرام رفیعی‌فر

ناشر: تندیس

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چاپ و صحافی: رامین

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۵

شمارگان: ۵۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۴۴۵-۶۶-۴

حق چاپ و نشر برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محفوظ است.



فهرست مطالب

۱. مقدمه	۷
۲. پیشینه علمی در ایران و جهان	۹
۳. پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها	۱۹
۴. منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه	۲۵
۵. روند طراحی برنامه	۲۷
۶. مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه	۳۱
۷. منابع	۴۵
پیوست ۱: جدول وضعیت اجرای برنامه نیازسنجی در دانشگاه‌ها	۴۷
پیوست ۲: فرآیند اجرایی ابلاغ برنامه	۵۳
پیوست ۳: چارچوب ابلاغ و فرم‌ها	۵۵
پیوست ۴: فهرست استاندارد شده نیازها	۷۳
پیوست ۵: نمای گردش کار برنامه از سطح شهرستان تا وزارتخانه	۷۷
پیوست ۶: نامه ابلاغ شیوه‌نامه اجرایی برنامه نیازسنجی سلامت جامعه	۸۵



۱. مقدمه

سلامت به معنای وسعت توانمندی یک فرد یا گروه برای توسعه خواستها و رفع نیازها و نیز برای تغییر یا سازش با محیط است. سلامت درون موقعیتهای زندگی روزانه افراد و توسط آنها خلق می‌شود و دوام می‌یابد، جایی که یاد می‌گیرند، کار می‌کنند، تفریح می‌کنند و عشق می‌ورزند.

ارتقای سلامت نیز حالتی است که در آن مردم قادر باشند ذهن و جسمشان را تا زمانی که ممکن است، در شرایط ایده‌آل حفظ کنند. یعنی مردم بدانند: چگونه سلامتی‌شان را حفظ کنند، تحت شرایطی زندگی کنند که رعایت شیوه زندگی سالم عملی باشد و قدرت تصمیم‌گیری در خانه، جامعه و در دنیایی که در آن زندگی می‌کنند را داشته باشند.

ارتقای سلامت نیازمند مشارکت مردم است. مشارکت در ارتقای سلامت، فرآیندی است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتی‌شان را تعیین کنند؛ توجه نمایند که چگونه می‌توانند با این نیازها روبرو شوند؛ به‌طور گروهی در مورد اولویت‌هایشان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی مداخله کنند. توسعه مشارکت مردم در فرآیند تأمین و ارتقای سلامت، نیازمند توجه ویژه به برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه است که با تعیین نیازهای سلامت آغاز شده و با طراحی مداخلات مناسب اجرایی در خصوص علل رفتاری و غیر رفتاری آن نیازها با مشارکت مردم، ارایه‌دهندگان خدمت و برنامه‌ریزان حوزه نظام سلامت تکمیل می‌گردد. از طرف دیگر برنامه‌ریزی‌سنجی سلامت جامعه به مردم و دست‌اندرکاران نظام سلامت کمک می‌کند که به درک بهتری درباره نیازهای خود و جوامع‌شان برسند تا بتوانند در راستای برنامه خودمراقبتی اجتماعی، اقدامات مورد نیاز برای رسیدن به بالاترین سطح



سلامت را انجام دهند.

در واقع، چگونگی طراحی و توفیق برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت نیازمند تعیین دقیق نیازهای مردم با توجه به موارد زیر است:

- دخالت مستقیم مردم در تعیین نیازها و مداخله در رفع آن‌ها
 - در نظر گرفتن واقعیت‌های زندگی روزانه مردم و کارهای جاری آن‌ها
 - توجه به نگرش مردم و باورها و شیوه‌های زندگی آن‌ها
 - لحاظ نمودن نظرات ارایه‌دهندگان خدمت و برنامه‌ریزان
 - نگرش و رضایتمندی مردم در خصوص برنامه‌های جاری حوزه بهداشت
 - نیازهای مغفول مانده مردم در مجموعه برنامه‌های حوزه بهداشت
- مجموعه‌ای که پیش رو دارید به عنوان راهنمایی برای اجرای برنامه نیازسنجی سلامت جامعه تدوین و گردآوری شده است، با این امید که موجب ارتقای مدیریت برنامه‌ها در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور گردد.
- در اینجا بر خود لازم می‌داند که از پیگیری‌های مجدانه دکتر احمد کوشا معاون محترم فنی حوزه معاونت بهداشت و دکتر شهرام رفیعی‌فر مدیرکل محترم دفتر آموزش و ارتقای سلامت از عملیاتی شدن این برنامه در کشور قدردانی و از تلاش ارزشمند دکتر مجید توکلی و اعضای محترم کمیته کشوری تدوین شیوه‌نامه نیازسنجی سلامت در طراحی و تدوین این مجموعه تشکر نمایم.

دکتر علی‌اکبر سیاری

معاون بهداشت



۲. پیشینه علمی در ایران و جهان

بررسی و شناخت نیازها، مهم‌ترین و اولین گام در برنامه‌ریزی در همه سازمان‌ها است که با افزایش انطباق برنامه‌ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثربخشی آن‌ها می‌گردد. نیازسنجی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم در بسیاری از حوزه‌ها که با برنامه‌ریزی سروکار دارند از دیرباز مورد توجه بوده است. برنامه‌ریزان هر سیستمی ناگزیرند برای تدوین برنامه و طرح‌های خویش، دلایل قانع‌کننده‌ای داشته باشند. بنابراین کلیه تصمیمات در خصوص تعیین اهداف، محتوای برنامه‌ها و استفاده از سایر منابع و امکانات محدود، تابعی از مطالعات نیازسنجی است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که نیازسنجی در ارتباط با خدمات اجتماعی و بهداشت از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. زیرا در این حوزه‌ها، نیاز به عنوان یک اصل زیربنایی که روشن‌گر نوع خدمات مورد نظر و جمعیتی که باید آن خدمات را دریافت کنند، مورد پذیرش است. با تشخیص نیازها قبل از انتخاب هر نوع راه‌حل، می‌توان بر میزان کارایی و اثربخشی برنامه‌ها در سیستم بهداشت و درمان افزود (Wagargah, 2003).

نیاز مفهومی چند بعدی است که درک کامل آن مستلزم جامع‌نگری است. با این حال کامل‌ترین تعریف ارائه شده در مورد نیاز، تحلیل شکاف یا فاصله وضعیت موجود با وضعیت مطلوب و یا آنچه هست با آنچه باید باشد، است (Bowil & patric, 1981). وجه تمایز نیاز با نیازسنجی، اولویت‌بندی کردن نیازها پس از استخراج آن‌ها در نیازسنجی است. لذا نیازسنجی فرایندی نظام‌دار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتاً تعیین اولویت‌ها برای اقدام و اجراست.



طبقه‌بندی نیازها:

نیاز از جنبه‌های گوناگون طبقه‌بندی می‌شود:

(الف) از نظر حوزه و دامنه:

- نیازهای استاندارد: نیازهای که بیانگر وضع مطلوب است و رسیدن سیستم به یک وضع مطلوب مستلزم تحقق آن‌هاست.
- نیازهای هنجاری: فاصله بین وضع موجود و استانداردهای تعیین شده است.
- نیاز مقایسه‌ای: نیازی است که در مقایسه با نمونه مشابه معنا پیدا می‌کند.

(ب) از نظر موقعیت:

- نیازهای پنهان: نیازی که در اثر مطالعه و جستجوی کارشناسان و صاحب‌نظران شناخته می‌شود.
- نیاز احساس شده: نیازی است که با مفهوم خواست مترادف است.
- نیاز ابراز شده: عبارت است از آنچه که فرد تقاضا می‌کند.

(ج) از نظر عینیت:

مزلو (۱۹۵۴) پنج نوع نیاز را در یک سلسله مراتب به ترتیب اولویت بیان می‌کند:

- ۱- نیازهای فیزیولوژیک
- ۲- نیازهای تأمین و ایمنی
- ۳- نیازهای اجتماعی
- ۴- نیازهای منزلت و احترام
- ۵- نیازهای خودیابی و کمال

از نظر مزلو تا زمانی که این نیازها ارضاء نشوند، انسان از نظر جسمانی و روانی سالم نخواهد بود.

(د) از نظر منبع تعیین نیاز:

- نیازهای استقرایی: نیازی است که منبع تعیین و شناسایی آن خردترین سطح در یک سیستم باشد.



- نیازهای قیاسی: نیازی است که منبع تعیین و شناسایی آن کلان‌ترین سطح در یک سیستم باشد.

ه) از نظر زمان:

- نیاز کوتاه مدت: نیازهایی که باید در مدت زمان کوتاهی و فوراً برآورده شوند.
- نیازهای بلند مدت: نیازهایی که باید در بلند مدت برای رفع آن اقدام شود (Yarmohammadian & Bahrami, 2005).

نیازسنجی سلامت:

نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسایل و مشکلات بهداشتی مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسایی شده و این مسایل بر طبق معیارهایی که منجر به ارتقای بهره‌وری شوند، اولویت‌بندی شده و جهت اجرا انتخاب می‌شوند (Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001). علی‌رغم اهمیت نیازسنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمی‌شود و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و کارکنان محلی یا بالاتر انجام می‌شود. در ایران نیز حلقه مفقوده نیازسنجی در نظام برنامه‌ریزی آموزش پزشکی و بهداشتی، به‌طور جدی نتایج برنامه‌های آموزشی را تهدید می‌کند. در صورتی که پیروی از یک طرح الگوی علمی مشخص باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار نیازسنجی می‌شود (Allaeddiny, 2001).

اگرچه شناسایی نیازها و سنجش دقیق آن‌ها برای افزایش و بهبود سطح کیفیت آموزش پزشکی و بهداشت امری ضروری و اساسی است اما طرح‌ریزی و اجرای پروژه‌های نیازسنجی در هر سطح مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی مشخص است که برای رسیدن به آن باید بدانیم چگونه و با چه روش‌ها و الگوهایی می‌توان آن را مشخص نمود (Yarmohammadian, Bahrami, & Abary, 2004).



ضرورت نیازسنجی:

اهمیت و حساسیت فرایند نیازسنجی هنگامی فزونی می‌یابد که به بودجه‌های محدود اختصاص داده شده به فرایند آموزش پزشکی و بهداشت در اکثر کشورها توجه داشته باشیم. در چنین حالتی مسئله اولویت‌ها و ضرورت‌ها مطرح می‌شود و سیاست‌گذاران و برنامه ریزان آموزشی مجبورند از میان خواسته‌های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند؛ زیرا امکانات موجود تکاپوی تمامی خواسته‌ها را نمی‌کند. در این شرایط نیز متخصصین و کارشناسان آموزشی باید به معیارهایی دست یابند تا بر اساس آن‌ها بتوانند مسائل ضروری را تشخیص داده و برای رفع آن‌ها اقدام نمایند.

مارگارت پاتر و همکارانش در سال ۲۰۰۳ در مقاله‌ای تحت عنوان نیازسنجی و یک مدل برای آموزش کارکنان بهداشت عمومی اشاره می‌کنند که اگر چه برخی از افراد آموزش را بدون نیازسنجی توصیه می‌کنند اما به علت عدم پذیرش برنامه آموزشی توسط مربیان و نامتناسب بودن وسایل و امکانات موجود و عدم دسترسی به نیازهای واقعی و همچنین به علت عدم صرفه‌جویی در وقت و منابع مالی، به سرعت این برنامه‌ها با شکست روبرو می‌شوند (Potter, 2004).

بنابراینچه گفته شد نیازسنجی به دلایل زیر شایسته تأمل و توجه است:

- متکی بودن برنامه آموزشی به اطلاعات: نیازسنجی جزء جدایی‌ناپذیر برنامه‌ریزی محسوب می‌شود ("Need assessment and goal analysis," 2002).
- ضرورت بهسازی و بازسازی برنامه‌ریزی آموزشی متناسب با تغییرات و تحولات (Palfrey, 2000).

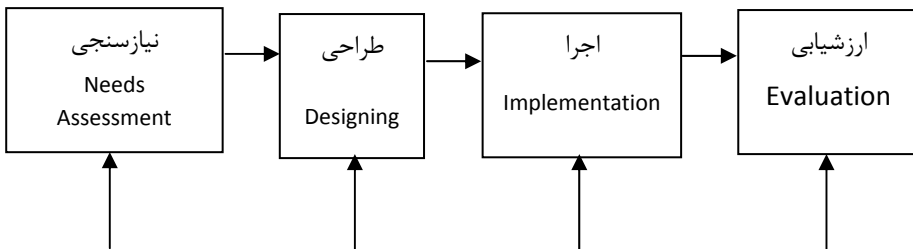
- ضرورت فراکنشی عمل کردن
- توجیه برنامه آموزشی و اخذ اعتبار لازم و بودجه
- فراهم کردن مبنایی برای پاسخگویی و ارزیابی آن‌ها (Wagargah, 2003).

چنانچه ملاحظه می‌شود، اولین و اساسی‌ترین اقدام در برنامه‌ریزی هر سیستمی، فرآیند نیازسنجی است که با استفاده از اطلاعات کامل از این فرایند، برنامه طراحی شده و سپس به مرحله اجرا در می‌آید و سرانجام ارزشیابی حاصله از این جهت که با اهداف از پیش تعیین شده مطابقت دارد یا نه مورد بررسی قرار می‌گیرد



(World Health organization. Need assessment," 2000").

پس قبل از طراحی هر برنامه‌ای اعم از آموزشی و بهداشتی باید برنامه ریزان و طراحان به علم نیازسنجی و اصول آن مجهز باشند که مراحل آن در شکل زیر قابل مشاهده است.



اصول نیازسنجی

۱. اصل تداوم: به دلیل تغییرات دائمی در محیط و در درون سازمان و نیز ضرورت اثربخشی سازمان و برنامه‌های آن، یک سازمان به فرایند نیازسنجی به طور مداوم نیازمند است.
۲. اصل جامعیت: به علت اهمیت و جایگاه اطلاعات حاصل از نیازسنجی در برنامه‌ریزی، لازم است اطلاعات جامعی شامل همه ابعاد و ارکان از جهات گوناگون و با استفاده از روش‌های مختلف گردآوری و تجزیه و تحلیل شود.
۳. اصل مشارکت: پیچیدگی موقعیت و جامعیت نیازسنجی، برخورداری از یک تیم نیازسنجی و مشارکت دست‌اندرکاران را ایجاب می‌کند.
۴. اصل عینیت و اعتبار: این اصل ایجاب می‌کند که حتی‌الامکان از روش‌های عینی‌تر استفاده شود و داده‌ها از عینیت لازم برخوردار گردند.
۵. اصل واقع بینی
۶. اصل توجه نابرابر (اصل اولویت‌بندی)
۷. اصل رعایت ملاحظات فرهنگی
۸. آینده‌نگری (Yarmohammadian & Bahrami, 2005).



انواع نیازسنجی:

- اولین معیار تعیین‌کننده در الگوی نیازسنجی سلامت، توافق بر سر تعریف نیاز است.
- ۱- اگر نیاز به مفهوم فاصله بین وضع موجود و مطلوب در نظر گرفته شود، الگوهای هدف محور مناسب‌ترین روش نیازسنجی خواهد بود. در این الگوهای نیازسنجی اساس کاربر تعیین اهداف، شناسایی وضع موجود و وضع مطلوب و در کنار آن مقایسه این دو وضعیت و سرانجام تعیین اولویت‌ها استوار است. از روش‌های هدف محور می‌توان به الگوی استقرایی کافمن و قیاسی کافمن و الگوی پیشنهادی کلاین اشاره کرد (Kafman & Herman, 1996).
 - ۲- اگر نیاز به مفهوم خواست یا ترجیح باشد تکنیک‌های توافق‌سنج که اساس کار آن‌ها جمع‌آوری و ایجاد توافق بین نظرات و ایده‌های گوناگون است، مناسب خواهد بود. نمونه‌ی این تکنیک‌ها، تفکیک دلفی، فیش بول، تل استار و مدل سه‌بعدی است (Kafman & Herman, 1996).
 - ۳- اگر نیاز به مفهوم عیب یا نقصان در نظر گرفته شود، الگوهای مسأله محور که اساس کار آن‌ها فرآیند ساخت مسایل، مشکلات و معایب موجود در عملکرد افراد یا سازمان و پیشنهاد اقدامات اصلاحی برای رفع آن معایب است، مناسب است. از تکنیک‌های مسأله محور می‌توان به تکنیک "درخت خطا"، "رویداد حساس"، "آزمون وظایف کلیدی" و "تجزیه و تحلیل شغل" اشاره کرد (Kafman & Herman, 1996; Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001; Wagargah, 2003).
 - ۴- اما معمولاً نیاز را به مفهوم یک برداشت ترکیبی (فاصله بین وضع موجود و مطلوب، ترجیحات و علایق افراد، عوامل مؤثر بر عملکرد منفی) در نظر می‌گیرند و تکنیک‌های مناسب آن نیز الگوهای ترکیبی خواهد بود که علاوه بر فرآیند مشخص کردن فاصله بین وضع موجود و مطلوب، نقاط ضعف را هم تعیین کند و نظرات و تفکر شما را هم بررسی نماید. از جمله‌ی این الگوها می‌توان به الگوی "طرح جامع نیازسنجی" اشاره کرد (Freed, 2002).



۵- تکنیک‌های کیفی که در این تکنیک‌ها توجه دقیق به دیدگاه‌ها و نظرات افراد و صاحب‌نظران جهت توصیف و تشریح شرایط محیطی پدیده‌ها است تا بدین لحاظ به روابط میان متغیرها و عمق ساختار آن‌ها پی برده شود (Marshall, 1999; Bazargan, 2003).

۶- تکنیک‌های کمی که شالوده اساسی این تکنیک‌ها، تعیین نیازهای کمی خدمات بهداشتی در یک جامعه است (World Health organization. Need assessment, 2000).

از مجموع مطالب فوق آنچه بیشتر بر آن تأکید شده است استفاده از روش ترکیبی برای نیازسنجی سلامت است. برای مثال در مطالعه‌ای که بر پرسنل ارتش آمریکا انجام شد الگوی ترکیبی، الگوی منتخب بود (The NATO training group. Need assessment an integrated model, 1998) و در مطالعه‌ای یارمحمدیان و همکاران "الگوی ترکیبی" از دید فعالان عرصه‌ی سلامت کاربردی‌ترین روش نیازسنجی سلامت برگزیده شد (Yarmohammadian & Bahrani, 2005). تکنیک‌های توافق سنج برای لحاظ کردن نظرات گروه‌های مختلف که به نوعی از برنامه‌ها متأثر می‌شوند بکار می‌روند. برای مثال در مطالعه‌ای که توسط شیری و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان "نیازسنجی آموزش سلامت در شبکه‌های بهداشت و درمان استان اصفهان" انجام شد، برای تعیین نیازهای آموزشی از فنون دلفی و تل استار استفاده گردید. در این مطالعه نیازهای آموزش سلامت بر اساس نظرات سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت (مردم) تعیین و اولویت‌بندی گردید که مبنایی برای طراحی و اجرای مداخلات آموزشی در سطح ۲۱ شبکه بهداشت و درمان استان اصفهان قرار گرفت. (Shiri et al., 2009)

الگوی دیگری که در سال ۱۳۸۹ توسط عده‌ای از کارشناسان آموزش سلامت طراحی و توسط وزارت بهداشت و درمان جهت تعیین اولویت‌های پژوهشی حوزه‌ی سلامت طراحی و اجرا گردید، فرایند شامل ۴ مرحله‌ی اصلی زیر بود:

- تشکیل کمیته‌ی راهبردی استانی متشکل از نمایندگان مردم، متخصصین و سازمان‌های دخیل در سلامت
- طراحی پرسشنامه‌ی نیازسنجی کمی توسط کمیته‌های تخصصی ذیل کمیته‌ی



راهبری استانی

- جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و نیز روش‌های کیفی مانند مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با مشارکت ذینفعان
- استخراج و اولویت‌بندی نیازسنجی کمی و کیفی توسط کمیته راهبری استانی

در همین الگو اولویت‌بندی مشکلات تعیین شده بر اساس معیارهای: بزرگی، فوریت مساله، هزینه‌بری، پابرجایی و تأثیر نهایی بر سلامت انجام می‌گرفت. در این الگو معیارها طبق نظر ذینفعان وزن‌دهی می‌شد و امتیاز نهایی هر مشکل از مجموع امتیاز مشکل در هر معیار ضربدر وزن آن معیار به دست می‌آمد ("Health education need assesment, 2010").

الگوی دیگری که در سطح جهانی برای ارزیابی سلامت جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد به مدل کارولینای شمالی معروف است. این مدل دارای ۸ مرحله است که عبارت‌اند از:

- تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه
- جمع‌آوری داده‌های اولیه
- جمع‌آوری داده‌های ثانویه
- تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌های سلامت منطقه
- تعیین اولویت‌های سلامتی
- تدوین سند ارزیابی سلامت جامعه
- انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه
- برنامه‌ریزی عملیاتی مبتنی بر سند ارزیابی سلامت جامعه

در مرحله‌ی نخست این مدل تأکید شده است که برای معنادار بودن ارزیابی سلامت جامعه باید کلیه‌ی مردم آن جامعه در تمام مراحل این ارزیابی حضور داشته باشند. همچنین تأکید شده است که گرچه شراکت دادن مردم از کلیه‌ی اقشار در ارزیابی سلامت جامعه وقت و انرژی زیادی را به خود اختصاص خواهد داد ولی راه‌حل دیگری برای اطمینان از حمایت مردم در مداخلات جامعه‌محور وجود ندارد. گروه پیشنهادی



برای تیم نیازسنجی سلامت جامعه در مدل کارولینای شمالی از شاغلین، صنایع، آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی، رسانه‌ها، سازمان‌های اجتماعی و شهری، مقامات دولتی محلی، انجمن‌های داوطلب، کارشناسان بهداشتی و درمانی منطقه و دیگر گروه‌های جامعه تشکیل شده است. نکته‌ی قابل توجه دیگر در مورد این مدل مرحله‌ی ۵ آن یعنی تعیین اولویت‌های سلامت جامعه است. این مرحله که با ۴ مرحله‌ی قبلی ارتباط مستقیم دارد، بر بحث و تبادل نظر و نهایتاً توافق گروه بر روش تعیین اولویت‌های سلامت منطقه اشاره داشته و بهترین روش را روشی می‌داند که همان‌قدر که کارشناسان در تعیین اولویت‌ها درگیرند، گروه‌های مردمی هم درگیر باشند. همچنین مهم‌ترین معیارها برای رتبه‌بندی اولویت‌ها را بزرگی مشکل، میزان جدی بودن مشکل و امکان‌پذیری مداخلات موفق در آن مشکل معرفی می‌کند (Community Health Assessment Guide Book, 2014).

باید توجه داشت که هر یک از این الگوها و تکنیک‌های نیازسنجی دارای محدودیت‌ها و مزایایی است. به طوری که انتخاب و طراحی آن‌ها به وضعیت پروژه‌های نیازسنجی و شرایط موجود بستگی خواهد داشت. در انتخاب نوع الگوی نیازسنجی به نوع برنامه، ماهیت افراد درگیر، میزان مشارکت جامعه، منابع در دسترس، عینی بودن نوع الگو، کاربردی بودن آن و گروه مورد نظر بایستی توجه نمود.

انتخاب سطح انجام نیازسنجی سلامت به متمرکز بودن یا عدم تمرکز در برنامه‌ریزی مداخلات بستگی دارد. (فتحی و همکاران ۱۳۷۵) تعداد مراحل نیازسنجی می‌تواند در یک مرحله یا چند مرحله انجام شود که بستگی به الگوی علمی انتخاب شده برای نیازسنجی سلامت دارد. در روش جمع‌آوری اطلاعات نیز روش‌های مختلفی ذکر شده مانند:

- ✓ مراجعه به محل و جمع‌آوری اطلاعات با مشاهده مستقیم
- ✓ تقسیم جامعه مورد نظر به چندین گروه و انتخاب نماینده از هر گروه و استخراج اطلاعات مورد نیاز از طریق مصاحبه یا بارش افکار نمایندگان در یک تجمع
- ✓ بررسی اپیدمیولوژی یک جامعه مورد نظر و استخراج نیازها بدین طریق (فتحی ۱۳۷۵ و عباس زادگان ۱۳۷۹)



اینکه نیازسنجی در چه سطحی انجام شود شواهد بیشتر به نفع نیازسنجی سلامت در سطح منطقه‌ای است (world health organization 2000).
در خصوص توالی نیازسنجی نیز در بر فواصل ۲ تا سه سال (ملک‌افضلی و همکاران ۱۳۸۶) تأکید شده است.



۳. پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها

بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در حال حاضر ۴۵ دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی اظهار کرده‌اند که برنامه نیازسنجی را اجرا می‌نمایند. به دنبال برگزاری کارگاه نیازسنجی آموزشی در تابستان ۱۳۸۳ در تبریز توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دانشگاه‌های علوم پزشکی بوشهر و تبریز از سال ۱۳۸۳ به عنوان اولین دانشگاه‌ها اقدام به اجرای برنامه نیازسنجی نمودند. سایر دانشگاه‌ها نیز به تدریج در سال‌های بعد، این برنامه را اجرا کرده‌اند. برنامه نیازسنجی آموزشی از سال ۱۳۸۹ به عنوان یک برنامه کشوری توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید. بر اساس دستورالعمل ابلاغی، این برنامه می‌بایست هر ۲ سال یک‌بار اجرا گردد. از ۴۵ دانشکده/دانشگاه مذکور تعداد ۳۱ دانشگاه/دانشکده بر اساس دستورالعمل کشوری، ۱۱ دانشکده/دانشگاه بر اساس دستورالعمل استانی و ۳ دانشکده/دانشگاه بر اساس ترکیبی از دستورالعمل کشوری و استانی اقدام نموده‌اند. توالی سال‌های انجام برنامه در دانشکده/دانشگاه‌ها متفاوت بوده و از ۱ تا ۵ سال متغیر است اما اکثر دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها مدت زمان ۲ سال را در نظر گرفته‌اند (۲۶ مورد). در مورد سطح اجرای برنامه نیازسنجی اکثر قریب به اتفاق دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها کلیه سطوح از معاونت بهداشتی تا خانه بهداشت را تحت پوشش برنامه قرار داده‌اند (۳۰ مورد)، در سایر دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها یک یا چند سطح محیطی در برنامه نیازسنجی وارد نشده‌اند. از دانشگاه‌ها دانشکده‌های مجری برنامه نیازسنجی ۲۴ مورد عنوان کرده‌اند که نتایج نیازسنجی در مداخلات آموزشی و غیر آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۱۹ دانشکده/دانشگاه نیز عنوان کرده‌اند که



نتایج برنامه فقط برای مداخلات آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است. با بررسی انجام شده مشخص می‌گردد که علیرغم وجود دستورالعمل کشوری، رویه یکسانی در دانشگاه‌ها / دانشکده‌های علوم پزشکی کشور وجود ندارد و در مورد سطوح اجرای نیازسنجی، تعداد اولویت‌های منتخب و نیز نحوه استفاده از نتایج نیازسنجی تفاوت‌هایی وجود دارد. به عنوان مثال نحوه عملکرد چند دانشگاه به عنوان نمونه ذکر می‌گردد.

۱-۳. در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیازسنجی توسط اجرای یک طرح پژوهشی صورت گرفته است در این روش نیازسنجی با حجم نمونه ۵۵۵۰ نفر در چهار فاز با استفاده از الگوی توافق سنج و فنون دلفی و تل استار انجام شده است. در فاز اول و دوم از فن تل استار برای تعیین نیازهای سلامت مردم به ترتیب از دیدگاه جمعیت تحت پوشش شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارکنان ارایه‌دهنده خدمت در شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شده است. در فاز سوم و چهارم با استفاده از فن دلفی، نیازهای سلامت مردم به ترتیب از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها و مرکز بهداشت استان تعیین و اولویت‌بندی گردیده است. در فاز اول نظرات مردم (گیرندگان خدمت) در خصوص مشکلات سلامت در چهار گروه سنی کودک و نوجوان (۱۰-۱۹ سال)، جوانان (۲۰-۴۴ سال)، میانسالان (۴۵-۶۴ سال) و سالمندان (۶۵ سال به بالا) جمع‌آوری و اولویت‌بندی گردیده است. در انتخاب نمونه‌ها، توزیع جغرافیایی جمعیت مورد مطالعه و جنسیت افراد مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که تعداد زنان و مردان مساوی، از تمام مراکز بهداشتی درمانی و اکثریت قریب به اتفاق خانه‌های بهداشت و از تمام گروه‌های سنی به نسبت جمعیت آن گروه در طرح وارد شده‌اند. در فاز دوم مشکلات سلامت مردم از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت جمع‌آوری و اولویت‌بندی شده‌اند. از بین افراد در پنج گروه شغلی اعم از پزشک، کارشناس و کاردانان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، بهورز شاغل در خانه بهداشت و پزشک، کارشناس و بهیار شاغل در بیمارستان شهرستان افراد انتخاب شدند. این نیازسنجی در دو مرحله با استفاده از پرسشنامه جداگانه انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا نیازها از سوی کارکنان اعلام گشته و پس از جمع‌بندی، مجدداً به افراد برگردانده شده و آن‌ها نیازها را با توجه



به معیارهای مورد نظر امتیازدهی و در نهایت اولویت‌بندی می‌کنند. در فاز سوم و چهارم به ترتیب مشکلات سلامت مردم از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه‌های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه و مدیران و کارشناسان ستادی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه تعیین و اولویت‌بندی شد. بدین نحو که ابتدا به وسیله پرسشنامه باز مشکلات سلامت مردم از دیدگاه کارکنان واحدهای ستادی پرسیده شده و پس از جمع‌بندی در مرحله بعد پرسشنامه دوم جهت امتیازدهی بر اساس معیارهای مورد نظر (ذکر شده در بالا و قسمت ابزار) در اختیار افراد همان واحدها قرار می‌گیرد و سپس بر اساس این امتیازها، عناوین اعلام شده اولویت‌بندی می‌گردد و پس از جمع‌بندی اولویت‌های هر فاز استخراج خواهد شد.

۲-۳. در **دانشگاه علوم پزشکی بوشهر** تا سال ۱۳۸۸ نیازسنجی به صورت سالانه انجام می‌شد اما از سال ۱۳۸۹ به دنبال کشوری شدن برنامه نیازسنجی، به منظور هماهنگی با برنامه کشوری این برنامه هر ۲ سال یک‌بار انجام می‌شود. بر این اساس تیم‌های نیازسنجی در سطح معاونت بهداشتی، مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشتی درمانی روستایی تشکیل می‌شود. ترکیب اعضا طبق دستورالعمل کشوری است و پس از اجرای فرایند نیازسنجی نهایتاً ۱۰ اولویت برای برنامه‌ریزی آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این ۱۰ اولویت ۴ اولویت آن توسط تیم نیازسنجی معاونت بهداشتی تعیین می‌شود که در کلیه شهرستان‌ها و مرکز محیطی در نظر گرفته می‌شود. ۱ اولویت نیز توسط تیم نیازسنجی در هر شهرستان مشخص می‌شود که برای کلیه مراکز محیطی آن شهرستان در نظر گرفته می‌شود. برای تعیین ۵ اولویت دیگر در مراکز شهری با توجه به مشکلات منطقه تحت پوشش هر مرکز، ۵ اولویت توسط تیم نیازسنجی هر مرکز بهداشتی درمانی شهری تعیین می‌شود که با ۵ اولویت قبلی ۱۰ اولویت هر مرکز را تشکیل می‌دهند. در مراکز بهداشتی درمانی روستایی نیز برای هر خانه بهداشت با توجه به مشکلات منطقه تحت پوشش هر خانه بهداشت با مشارکت بهورزان، ۵ اولویت توسط تیم نیازسنجی مرکز بهداشتی درمانی روستایی برای هر خانه بهداشت مشخص می‌شود که با ۵ اولویت تعیین شده توسط معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان ۱۰ اولویت هر خانه بهداشت نیز تعیین



می‌شود. اساس برنامه‌ریزی آموزشی در مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت بر اساس همین اولویت‌های بهداشتی است، به‌طوری‌که کلاس‌های آموزشی باید به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی شوند که حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد آن‌ها بر اساس عناوین اولویت‌ها باشند و ۳۰ تا ۴۰ درصد آن‌ها با توجه به مناسبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های جاری، موارد ابلاغ شده از طرف واحدهای ستادی استان یا شهرستان و یا موارد پیش بینی نشده باشند.

۳-۳. **در دانشگاه علوم پزشکی تبریز** نیز روند اجرای برنامه نیازسنجی به شرح زیر است:

- تدوین برنامه عملیاتی استانی در اسفند ماه سال قبل
- چاپ فرم‌های ۵ گانه مورد نیاز شهرستان‌ها بر اساس تعداد واحدهای محیطی و ستادی شهرستان
- تشکیل جلسه توجیهی برنامه برای کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان‌ها در مرکز بهداشت استان و تحویل فرم‌های مورد نیاز
- تدوین برنامه عملیاتی شهرستانی توسط کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان‌ها
- تشکیل جلسه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی انجام نیازسنجی سلامت در فرمانداری با حضور اعضای تعیین شده
- تشکیل جلسه توجیهی برنامه برای اعضای تیم سلامت، بخشداران، شوراهای اسلامی و دهیاران در جلسات جداگانه و تحویل فرم‌ها به اعضای تیم سلامت
- تشکیل تیم سلامت در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی جهت استخراج لیست مشکلات برای ارائه در جلسه تیم
- تشکیل هیات امناء و انجام نیازسنجی سلامت توسط اعضای هیات امناء در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی
- ✓ تهیه لیست مشکلات - اولویت‌بندی مشکلات (فرم شماره ۲)
- ✓ تهیه لیست و اولویت‌بندی عوامل مؤثر در بروز مشکل اولویت‌دار (برای یک مشکل اولویت‌دار) (فرم شماره ۳)



- ✓ تهیه لیست و اولویت‌بندی راهکارها (مداخلات) برای سه عوامل مؤثر در بروز مشکل اولویت‌دار (فرم شماره ۴)
- ✓ تدوین برنامه عملیاتی برای یک راهکار اولویت‌دار هر عوامل مؤثر در بروز مشکل اولویت‌دار (فرم‌های شماره ۵)
- ✓ اجرای برنامه‌های تدوین شده (سه برنامه) بر اساس زمان‌بندی مربوطه
- تحویل فرم جمع‌بندی لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
- جمع‌بندی، تفکیک و تحویل لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به واحدهای کارشناسی شهرستان‌ها
- تشکیل تیم و انجام نیازسنجی سلامت در واحدهای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان‌ها بر اساس مشکلات غیرقابل حل در مراکز و خانه‌های بهداشت، نظرات کارشناسی و اعضای تیم
- انجام نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان‌ها توسط اعضای گروه کاری سلامت و امنیت غذایی شهرستان با توجه مشکلات غیرقابل حل در گروه‌های کارشناسی شهرستان و نظرات اعضای تیم
- تحویل فرم جمع‌بندی لیست مشکلات سلامت مرکز بهداشت شهرستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به گروه کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت استان
- تفکیک و تحویل نتایج نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان‌ها، مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت به گروه‌های کارشناسی مرکز بهداشت استان
- انجام نیازسنجی سلامت در گروه‌های کارشناسی مرکز بهداشت استان
- انجام نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت استان توسط اعضای کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با توجه مشکلات غیرقابل حل در گروه‌های کارشناسی استان و نظرات اعضای تیم
- جمع‌آوری عملکرد برنامه نیازسنجی سلامت از شهرستان‌ها در هر ۶ ماه
- مستندسازی نیازسنجی سلامت استان و گزارش آن به کارگروه ایجاد ساختار و برنامه‌ریزی کارشناسان استانی و کارگروه آموزش سلامت استان



۳-۴. **نیازسنجی سلامت در استان فارس** به‌طور رسمی از سال ۱۳۸۵ در کلیه‌ی خانه‌های بهداشت با دو هدف تعیین نیازها سلامت جهت انجام مداخلات آموزشی و شناسایی مشکلات منطقه جهت مداخلات غیر آموزشی، اجرایی شده است. فرایند انجام این نیازسنجی هر دو سال یک‌بار و با ابلاغ دستورعمل مربوطه از سوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مهرماه سال‌هایی که می‌بایست نیازسنجی انجام شود، آغاز می‌گردد. با ابلاغ این دستورعمل مرکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستان‌ها ضمن تشکیل کارگروه نیازسنجی و آموزش افراد درگیر در این فرایند به نوبه خود نسبت به تعیین ۴ اولویت‌های سلامت استان (توسط کارگروه نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت استان) و یک اولویت سلامت هر شهرستان (توسط کارگروه نیازسنجی هر مرکز بهداشت شهرستان) اقدام می‌کنند. پس از پایان این مرحله و اعلام اولویت‌های استانی و شهرستانی به خانه‌های بهداشت، تیم نیازسنجی سلامت هر خانه بهداشت با ترکیب پزشک منطقه، ماما و دیگر کاردان‌های بهداشتی منطقه، بهروزان، دهیار، رئیس شورای اسلامی روستا، یک نفر از اعضای شورای بهداشت روستا، نماینده مربیان مدارس منطقه و یک نفر از رابطان بهداشت، تشکیل‌شده و پس از تشکیل جلسات اولیه و دریافت آموزش ابتدایی در خصوص اهداف و مراحل نیازسنجی سلامت و نیز آشنایی با وضعیت سلامت و شاخص‌های بهداشتی منطقه، نسبت به شناسایی و ثبت ۱۰ اولویت سلامت از دید هر یک از اعضای تیم نیازسنجی، اقدام می‌کنند. در مراحل بعدی نیازهای سلامت اعلام شده توسط اعضای تیم نیازسنجی خانه بهداشت، اولویت‌بندی شده و ۵ اولویت اول هر خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان ابلاغ می‌شود تا پس از تحلیل این نیازها و تعیین عوامل رفتاری و غیر رفتاری مرتبط با هر موضوع توسط کارشناسان ستادی مربوطه، گروه‌های هدف جهت انجام مداخله نیز تعیین شده و جهت اجرای عملی مداخلات به بهروزان هر یک از خانه‌های بهداشت بازگردانده شود. بهروزان نیز با برنامه‌ریزی قبلی سعی خواهند نمود در طی دو سال گروه‌های هدف تعیین شده را در خصوص عوامل رفتاری ایجادکننده هر یک از نیازهای سلامت، تحت پوشش مداخلات آموزشی قرار دهند.

در ادامه اسامی و وضعیت دانشگاه‌ها / دانشکده‌هایی که اظهار کرده‌اند در حال حاضر نیازسنجی در آن‌ها اجرا می‌شود، آورده شده است. (پیوست شماره ۱)



۴. منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه

۴-۱. برنامه نیازسنجی سلامت نقش بسزایی در **نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت** دارد و به عنوان رکن اساسی **برنامه خود مراقبتی**، زیربنای مشارکت مردم را در برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی مهیا می‌سازد. در این برنامه اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی که ۳۷ سال پیش در نشست آلماتا اعلام گردید و تا به حال نظام سلامت کشور توفیق قابل ملاحظه‌ای در تحقق آن‌ها نداشته، اجرایی گردیده و می‌توان در سایه عملیاتی شدن این برنامه، به پنج اصل "عدالت در سلامت"، "مشارکت مردمی"، "همکاری بین‌بخشی" (و حتی مهم‌تر از آن "همکاری درون بخشی" که یک معضل حاد نظام سلامت فعلی است)، "به‌کارگیری تکنولوژی مناسب" و "ادغام یا جامعیت خدمات" دست یافت.

۴-۲. تعریف سازمان جهانی بهداشت مبنای طراحی برنامه نیازسنجی سلامت قرار گرفته و بر اساس آن، نیازسنجی سلامت باید به صورت فرآیندی مشارکتی توسط گروهی متشکل از کارکنان نظام سلامت و مردم بومی جامعه‌ی مورد ارزیابی، اجرایی شود.

۴-۳. برای این برنامه، نام "**نیازسنجی سلامت جامعه**" انتخاب شد و مقرر شد تا علاوه بر مداخلات آموزشی در خصوص علل رفتاری، برای علل غیر رفتاری نیازها نیز مداخله طراحی شود. در این برنامه، به **نظرات مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه‌ریزان** با الگوی توافق‌سنج پرداخته و هر یک در جایگاه خود تحلیل می‌گردند. ضمناً برای اجرایی نمودن مداخلات غیر رفتاری، بایستی از ابتدای نیازسنجی، مسوولین محلی و معتمدین، در تیم نیازسنجی حضور داشته باشند.

۴-۴. برنامه نیازسنجی یک برنامه از پایین به بالاست و باید تسهیلاتی فراهم گردد تا



صدای نیازهای سطوح محیطی به گوش برنامه‌ریزان برسد و با حذف آرایه خدمات موازی، چاره‌ای برای خلأهای خدمتی بیاندیشند یا به عبارتی "رفرم شبکه" را پی‌ریزی نمایند. مسلماً جمع‌آوری نیازها و طبقه‌بندی آن‌ها در سطوح مختلف شهرستان، دانشگاه و کشور، نیازمند یک وحدت رویه در ثبت آن‌هاست؛ بنابراین با توجه به انتخاب متدولوژی نظرسنجی با روش توافق سنج، تصمیم گرفته شد تا عنوان نیازها از جنس علل نزدیک و بیماری باشد و برای آن لیستی استاندارد شده، تهیه شود تا شکل یکسانی برای ثبت نیازها در سراسر کشور ایجاد شود.

۴-۵. اصول جامعیت، مشارکت، عینیت و توجه نابرابر در طراحی برنامه، خطوط قرمز آن است و تخطی از آن‌ها موجبات انحراف برنامه از مسیر اصلی خود خواهد شد. پرداختن به نیازسنجی کارکنان در کنار نیازسنجی سلامت جامعه امری ضروری است. ۴-۶. طراحی برنامه در فیلد اجرایی و با حضور نمایندگان دانشگاه‌ها انجام شده و از تجارب موفق آن‌ها در برنامه استفاده گردد.

۴-۷. این برنامه یک جزء اساسی در برنامه پزشکی خانواده است و بدون شک، پزشک خانواده‌ای که از مشکلات و نیازهای سلامت منطقه خود در چارچوب یک برنامه مدون و مستمر آگاه نباشد، نمی‌تواند برنامه‌ریز خوبی برای فیلد خود باشد؛ بنابراین این برنامه باید در چک‌لیست ارزشیابی آن‌ها قرار گیرد.

۴-۸. حمایت‌طلبی از سازمان‌های برون بخشی در خصوص اجرای مداخلات غیر رفتاری در سطح ملی انجام شده و با توجه به تجارب دانشگاه‌ها، تفاهم‌نامه‌ای با وزارت کشور برای همکاری مشترک منعقد گردد.

۴-۹. پیش‌بینی بازنگری دو سالانه برنامه برای ارتقای کمی و کیفی آن، نیازمند نظارت صحیح برنامه از طریق ستاد و دانشگاه‌هاست، لذا کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت با حضور ۸ دانشگاه برای نظارت بر حسن اجرای برنامه تشکیل شد.



۵. روند طراحی برنامه

با توجه به تجربه حدود ۱۴ ساله برنامه در کشور، تصمیم گرفته شد تا دانشگاه‌های صاحب سبک در این زمینه شناسایی شده و طبق یک برنامه زمان‌بندی، مراحل اجرایی برنامه در فیلد هر یک از آن دانشگاه‌ها برگزار شود تا ضمن برگزاری نشست‌های کارشناسی، از فیلد آن دانشگاه، بازدید شده و مورد تحلیل قرار گیرد. در این راستا، ضمن بررسی برنامه نیازسنجی دانشگاه‌های مختلف و با عنایت به مستندات آن‌ها، چهار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوشهر، تبریز و شیراز به عنوان اعضای اولیه کمیته کشوری تدوین شیوه‌نامه نیازسنجی سلامت انتخاب شدند. از سطح ستاد وزارتی نیز به لحاظ قرابت برنامه CBI با برنامه نیازسنجی و کار مشارکت مردمی، نماینده‌ای از دبیرخانه CBI نیز برای شرکت در جلسات این گروه دعوت شد. در اولین نشست کشوری که در خرداد ۱۳۹۴ در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد، اعضا مکلف شدند تا برای اشراف بیشتر آن‌ها به برنامه یکدیگر در یک نشست دو روزه ضمن ارایه برنامه‌های خود، از فیلد تبریز نیز در مناطق شهری و روستایی بازدید داشته باشند.

در این نشست، نظر به تنوع روش‌های اجرایی دانشگاه‌های منتخب، تصمیم گرفته شد تا برای رسیدن به یک زبان مشترک، ابتدا بر روی اصول برنامه به توافق رسیده و چارچوب برنامه را طراحی نماییم، لذا در این مرحله، تدوین یک پیش‌نویس اولیه در راستای "تعیین چارچوب برنامه نیازسنجی سلامت" در دستور کار قرار گرفت و سپس با ارسال آن از طریق پست الکترونیکی گروهی، بین اعضا به بحث گذارده شد تا گروه به یک‌زبان مشترک در اصول برنامه رسیده و سپس گام‌های بعدی که طراحی محتوایی آن خواهد بود با مشارکت فعال تمامی اعضا، طراحی و تدوین گردد. در این نشست مقرر



شد تا تجربه تبریز در خصوص طراحی فرم‌ها و اقدامات مداخله‌ای برای علل غیر رفتاری و فرآیندهای برون بخشی به‌عنوان یک تجربه موفق در برنامه کشوری لحاظ گردد. در ضمن، پرداختن به اصول برنامه‌ریزی در تجربه اصفهان، نکته قابل تعمق در برنامه کشوری شناخته شده و تجربه شیراز و بوشهر نیز در اصلاح فرآیندها و ساختار برنامه‌ای فعلی که در کشور اجرا می‌گردد، کاملاً راهگشا بوده و در برنامه‌ریزی باید مدنظر قرار گیرد.

در نشست دوم که در مرداد ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد، ضمن بازدید از فیلد شهرستان زرگان و بحث بر روی نتایج پیش‌نویس "تعیین چارچوب برنامه نیازسنجی سلامت"، با حضور مدیرکل محترم دفتر آموزش و ارتقای سلامت، مبانی و اصول اولیه برنامه مورد چالش و بحث جدی قرار گرفت و مقرر شد تا ضمن رعایت اصول برنامه نیازسنجی و پرداختن به هر دو مقوله علل رفتاری و غیررفتاری، مشکلات کشوری برنامه مرتفع گردیده و زمینه برای اجرای برنامه مساعد گردد. گروه مکلف شدند تا بر روی مباحثی که تعیین شده بود، کارکرده و برای جلسه بعد گزارش آن را ارائه نمایند.

کار اصلی و قدم اول اجرایی، در نشست مهر ۱۳۹۴ تهران اتفاق افتاد و با توجه به شفافیت اجرای برنامه در روستا، تصمیم گرفته شد تا در خصوص ترکیب اعضا و شرح وظایف گروه نیازسنجی در سطوح مختلف و پیش‌نیازهای آموزشی آن‌ها تصمیم‌گیری شود. در این نشست دوروزه، بحث‌ها با تنش‌های بسیار زیادی بین اعضا مطرح و از آنجایی که گروه در یک فیلد جدیدی از برنامه قرار داشتند، اجازه داده شد تا بحث‌ها به‌طور کامل شنیده شده و از طرف گروه برای تک‌تک آن‌ها پاسخ مناسبی ارائه شود تا ابهامی در هر مرحله باقی نماند. علیرغم اینکه سرعت پیشرفت مباحث بسیار کند بود ولی نتایج بسیار رضایت‌بخش بود و بالاخره گروه در مسیر برنامه قرار گرفته و کار از شرح مقدمات طولانی که در دو جلسه قبل، تکرار مکررات می‌شد، خارج شده و حرکت رو به جلوی برنامه کاملاً محسوس بود. تغییرات اصولی که نسبت به برنامه سال ۸۹ وجود داشت، نیازمند منطق کافی برای طرح موضوع بود. حاصل این نشست پیشرفت ۸۰ درصدی برنامه از سطح روستا تا سطح شهرستان بود و این روند با پیش‌نویسی که



در نشست چهارم در اصفهان ارایه شد، تکمیل شد و مقوله شهر و سطوح بالاتر تا سطح وزارتی جمع‌بندی نهایی شد. در پایان نیز بخش‌های مختلف برنامه برای تدوین اولیه بین اعضا تقسیم وظایف شد و مقرر شد تا در اسرع وقت برای ارایه آن در نشست کشوری کارشناسان آموزش سلامت آماده گردد.

در دو نشست دیگر بهمن و اسفند ۱۳۹۴ در تهران، مفاهیم و چارچوب برنامه برای تدوین نهایی نسخه ۱ مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و توافق شد که مجموعه فعلی به عنوان پیش‌نویس اولیه برای نظرسنجی از دانشگاه‌ها ارایه گردد.

در فرورین ماه سال جاری مجموعه برای ارایه طریق مدیران کل حوزه معاونت وزارت و همکاران دانشگاهی ارسال شد و نقطه نظرات همکاران در مجموعه لحاظ گردید. بالاخره شیوه نامه در مرداد ماه ۱۳۹۵ به تایید ریاست محترم مرکز مدیریت شبکه رسید و برنامه بطور رسمی به دانشگاه‌ها با نامه مشترک مرکز مدیریت شبکه و دفتر آموزش سلامت ابلاغ شد.

برای تسریع در اجرای بهینه برنامه "کمیته کشوری استقرار و نظارت بر اجرای برنامه نیازسنجی سلامت" با مشارکت ۱۰ دانشگاه تشکیل شد و اولین جلسه آن در شهریور ماه برگزار گردید. از طرف دیگر بمنظور هماهنگی در اجرای کارگاه‌های آموزشی، هسته آموزشی کشوری با حضور جمعی از مدیران گروه و اساتید آموزش سلامت تشکیل شد و در یک کارگاه یک روزه تسهیل‌گری و طرح درس، مکلف به طراحی طرح درس عناوین آموزشی در شیوه نامه شدند تا این طرح درس‌ها به همراه محتوای آموزشی در اختیار دانشگاه‌ها قرار گیرد. (پیوست شماره ۲)



۶. مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه

با توجه به رعایت ساختار شبکه، برنامه نیازسنجی به تفکیک سطوح شبکه برنامه‌ریزی شده است. در این برنامه به دلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیر رفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، به دلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازهای این مناطق، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است. بدیهی است در خصوص مداخلات آموزشی می‌توان برای سایر اولویت‌ها با نظر مرکز بهداشت شهرستان برنامه‌ریزی انجام شود. وجه تمایز این برنامه از برنامه پیشین، تعیین اولویت‌های سطوح بالاتر بر اساس فهرست نیازهای سطوح محیطی است. در این مرحله نیازهایی که فراوانی بیشتری دارد و یا قابلیت مداخله در سطوح پایین‌تر را ندارد، جزو اولویت‌های سطوح بالاتر قرار می‌گیرد. مدت اجرای برنامه به مدت ۲ تا ۴ ماه پیش‌بینی شده و به دلیل زمان‌بری مداخلات در خصوص علل غیر رفتاری، فواصل اجرای هر دوره نیازسنجی دو سال است.

گام‌های اجرایی برنامه از سطوح محیطی تا سطح وزارتی به شرح زیر پیش‌بینی گردیده است:

۱. سطوح محیطی روستایی:

سطوح محیطی شامل تشکیل گروه نیازسنجی سلامت، شرکت در دوره‌های توجیهی - آموزشی، تعیین نیازها، هماهنگی ثبت نیازها، اولویت‌بندی و ارسال آن‌ها به مرکز بهداشت شهرستان است.



۱-۱. تشکیل گروه نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در خانه بهداشت، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر تشکیل شده و از طرف پزشک مسوول مرکز، به‌عنوان رییس گروه نیازسنجی، برای آن‌ها ابلاغ زده شود (پیوست ۳). بدیهی است، بهورز، دبیر تیم بوده و برای به رسمیت رسیدن مصوبات آن حضور حداقل ۸ نفر از اعضا الزامی است.

۱-۱-۱. تیم سلامت شامل پزشک مرکز بهداشتی درمانی، کاردان یا کارشناس

ناظر (مری) و یک نفر از بهورزان خانه بهداشت

۲-۱-۱. تیم مسوولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رییس شورای اسلامی

روستا، روحانی و مدیر مدرسه و ...

۳-۱-۱. تیم سرخوشه‌ها متشکل از ۳ تا ۵ نفر از سرخوشه‌ها با هماهنگی

بهورز/ بهورزان خانه بهداشت که به شرح زیر تعیین می‌گردند: (در

صورت عدم امکان به‌کارگیری سرخوشه، می‌توان از رابطین بهداشتی و

سفیران سلامت نیز استفاده کرد)

نحوه تعیین سرخوشه: ابتدا روستای اصلی و قمر بر اساس محدوده جغرافیایی، به ۳ تا ۵ خوشه تقسیم شده، سپس افراد با سواد و مورد وثوق آن خوشه، از طرف بهورز شناسایی می‌شود. پس از توجیه این افراد و قبول کردن وظیفه رابط نیازسنجی خوشه خود، به‌عنوان رابط آن خوشه عضو تیم خواهد شد.

۲-۱. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۱-۱، تیم شهرستان جلسات توجیهی و آموزشی را برای تیم سلامت و تیم‌های مسوولین و سرخوشه‌ها برگزار می‌نماید.



جدول شماره ۱-۱: مهارت‌های مورد نیاز برای تیم نیازسنجی سلامت جامعه خانه بهداشت

ردیف	عنوان مهارت	تیم سلامت	تیم‌های مسوولین و سرخوشه‌ها	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	*	*	این دوره برای تیم سلامت در قالب یک کارگاه ۶ ساعته و برای تیم مسوولین و سرخوشه‌ها در یک جلسه ۲ ساعته ارائه می‌گردد
۲	آشنایی با مشکلات سلامت منطقه		*	
۳	مهارت‌های ارتباطی	*	*	
۴	فنون جلب مشارکت همه‌جانبه	*	*	
۵	برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی	*	*	
۶	کار گروهی	*	*	

۳-۱-۳. تعیین نیازها:

در این مرحله، تعیین نیازها توسط تیم نیازسنجی سلامت و در سه لیست جداگانه تا حداکثر ۲۰ عنوان، به شرح زیر انجام می‌شود:

۱-۳-۱. تیم سلامت:

تیم سلامت خانه بهداشت با هماهنگی کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان و پس‌خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص‌ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت خانه بهداشت می‌کند. (طبق فرم شماره ۲، پیوست ۳)

۲-۳-۱. تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه‌ای با حضور پزشک / کارشناس مرکز و با دعوت دهیار و پیگیری بهورز، لیست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می‌کنند. لازم به ذکر است که باید بهورز به آن‌ها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی



مراجعات مردم/ دانش‌آموزان به آن‌ها در خصوص مشکلات سلامتی، تعیین گردیده و فراوانی آن‌ها را برای حداقل یک سال گذشته، با خود همراه داشته باشند. (طبق فرم شماره ۴ب، پیوست ۳)

۱-۳-۳. تیم سرخوشه‌ها:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه‌ها، ابتدا بهورز باید لیست اسامی یک نمونه تصادفی را به شرح زیر تهیه و در اختیار آن‌ها قرار دهد:

- حجم نمونه در روستای زیر ۱۰۰۰ نفر: ۵۰-۴۰ نفر
- حجم نمونه در روستای بالای ۱۰۰۰ نفر: ۷۰-۵۰ نفر
- روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک از پرونده‌های خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی برای هر دو جنس و گروه‌های سنی در ۴ گروه زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال.

سپس سرخوشه‌ها با مراجعه به افراد تحت پوشش محدوده جغرافیایی خود، نیازهای سلامتی آن‌ها را لیست می‌کنند (طبق فرم شماره ۴ الف، پیوست ۳) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آن‌ها با کمک بهورز در قالب یک لیست تنظیم می‌کنند. (طبق فرم شماره ۴ج، پیوست ۳)

۴-۱. هماهنگی ثبت نیازها:

در این مرحله لیست نیاز گروه‌های مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضا، موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده نیازها (پیوست شماره ۴) اصلاح شده و یا موضوعات غیر مرتبط با سلامت حذف می‌گردد.

۵-۱. اولویت‌بندی

۱-۵-۱. اولویت‌بندی اولیه:

۱-۵-۱. تیم سلامت: بر اساس فرم شماره ۳، تیم سلامت اولویت‌بندی خود را مجزا انجام می‌دهد.



۱-۵-۲. **مسوولین و معتمدین محلی:** بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مراجعین و نظر مسوولین و معتمدین محلی، با حضور و راهنمایی پزشک یا کارشناس/کاردان ناظر، اولویت‌بندی انجام می‌شود. (طبق فرم شماره ۴ب)

۱-۵-۳. **سرخوشه‌ها:** این نیازها با نظارت بهورز، بر اساس فراوانی آن‌ها اولویت‌بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، با تعامل پزشک یا کارشناس/کاردان ناظر، اولویت‌بندی انجام می‌شود. (طبق فرم شماره ۴ج)

۱-۵-۲. اولویت‌بندی نهایی:

برای تهیه فهرست نهایی نیازهای خانه بهداشت و اولویت‌بندی آن، با حضور تمامی اعضای تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا سه لیست نیازهای اولویت‌بندی شده را کنار هم قرار داده می‌شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت‌ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، به عنوان عدد ثابت در این اولویت‌بندی تعیین می‌شود. مثلاً اگر لیست تیم سلامت ۱۴ اولویت، تیم مسوولین محلی ۷ اولویت و تیم رابطین یا سرخوشه‌ها ۱۷ اولویت داشته باشد، بیشترین عدد مربوط به لیست آخر است و عدد ثابت (۱۸) خواهد بود.

در این مرحله لیست تمامی نیازها در سه لیست را طبق فرم شماره ۵ در یک لیست فهرست می‌شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیست‌های مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می‌شود. در صورتی که مشکل یا نیازی در سایر لیست‌ها نبود، به تعداد لیستی که در آن، نیاز مورد نظر وجود نداشت، عدد ثابت تعیین شده با عدد یا اعداد اولویت‌های آن نیاز جمع می‌شود. در پایان مشکل یا نیازی که جمع اولویت‌های آن کمتر باشد، اولویت بالاتری خواهد داشت.

۱-۶. ارسال لیست اولویت‌بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

لیست اولویت‌بندی شده نیازها از خانه‌های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال شده و در مرکز نیز این لیست‌ها به ترتیب اولویت و به تفکیک خانه‌های بهداشت تحت پوشش، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. (طبق فرم شماره ۶)



۲. سطوح محیطی شهری

وظایف این سطوح محیطی همانند سطوح محیطی روستایی است ولی برخلاف روستاها که نیازسنجی به تفکیک خانه‌های بهداشت انجام می‌شد، در شهرها، نیازسنجی در سطح مراکز انجام می‌شود و تمامی پایگاه‌های یک مرکز با هم در اجرای آن مشارکت می‌کنند.

۲-۱. تشکیل تیم نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در شهر، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح زیر در مرکز خدمات جامع سلامت تشکیل شده و از طرف پزشک مرکز، به‌عنوان رییس تیم نیازسنجی، برای آن‌ها ابلاغ زده شود: (یکی از کارشناسان مرکز، دبیر تیم است)

۲-۱-۱. تیم سلامت شامل مسوول مرکز/ پزشک و کارشناسان / کاردانان مرکز

و یک نفر از مراقبین سلامت هر پایگاه بهداشتی

۲-۱-۲. تیم مسوولین محلی مانند شورایارهای محلات، شهردار منطقه و

انتخاب معتمدین از روحانیون مساجد، یک مدیر از هر مقاطع تحصیلی

مدارس (دبستان و متوسطه اول و دوم به تفکیک دخترانه و پسرانه)،

بسیج، کلانتری، خیرین، سازمان‌های مردم‌نهاد (NGO)، اتحادیه و

صنوف (حدود اعضای این تیم بین ۷ تا ۱۲ نفر باید باشند)

۲-۱-۳. تیم سرخوشه‌ها (انتخاب آن‌ها بنا به صلاحدید دانشگاه از مراقبین

سلامت پایگاه‌ها، رابطین بهداشتی، سفیران سلامت، رابطین سلامت

محلات و NGO ها)

۲-۲. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

همانند سطوح محیطی روستایی است



۳-۲. تعیین نیازها:

همانند سطوح محیطی روستایی است، به جز در خصوص تیم سرخوشه که به شرح زیر انجام می‌شود:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا مسوولین مرکز باید لیست اسامی یک حجم نمونه تصادفی از جمعیت تحت پوشش را با محدوده زیر تعیین کنند:

- جمعیت زیر ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۰۰ نفر
- بین ۲۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۱۵۰ نفر
- بالای ۴۰۰۰۰ نفر تحت پوشش، ۲۰۰ نفر
- روش نمونه‌گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، به‌صورت خوشه‌ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه‌های سنی، زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال انجام گیرد.

سپس سرخوشه ها یا مراقبین سلامت با مراجعه به این افراد نیازهای سلامتی آن‌ها را لیست می‌کنند و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آن‌ها تنظیم می‌کنند.

۴-۲. هماهنگی ثبت نیازها:

همانند سطوح محیطی روستایی است

۵-۲. اولویت‌بندی

همانند سطوح محیطی روستایی است

۶-۲. ارسال لیست اولویت‌بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

لیست اولویت‌بندی شده نیازها در مرکز دسته‌بندی شده و با تعیین اولویت اول به همراه سایر نیازهای مرکز به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می‌شود. (فرم شماره ۷)



۳. مرکز بهداشت شهرستان

وظایف مرکز بهداشت شهرستان شامل تشکیل کارگروه نیازسنجی سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، تحلیل اولویت‌های نیازهای سطوح محیطی، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح محیطی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح محیطی و اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای محیطی برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک واحدهای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان است.

۳-۱. تشکیل کارگروه نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در مرکز بهداشت شهرستان، رییس مرکز بهداشت شهرستان به‌عنوان رییس کارگروه، برای کارشناس مسوول آموزش و ارتقای سلامت شهرستان، ابلاغ دبیری زده و با هماهنگی با مسوولین واحدهای کارشناسی ستاد شهرستان، یک نماینده را تعیین کرده و به‌عنوان اعضای کارگروه ابلاغ می‌زند.

۳-۲. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش‌نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۱-۲، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۱-۲: مهارت‌های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت

شهرستان

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	به‌صورت کارگاه ۱ روزه
۲	مهارت‌های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه‌جانبه	
۴	برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه‌ریزی آموزشی	
۶	ارزشیابی	



۳-۳. تحلیل اولویت‌های اول و دوم نیازها و مشارکت در طراحی مداخلات سطوح محیطی و نظارت بر حسن انجام آن:

در این سطح، ابتدا اولویت‌ها توسط دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان دسته بندی شده و در صورت فراوانی آن اولویت در بیش از ۳۰ درصد واحدهای سطوح محیطی (شهر و روستا)، به عنوان اولویت شهرستان به واحد تخصصی ارجاع می‌دهد تا مداخله مورد نیاز آن، توسط مرکز بهداشت شهرستان با همکاری سطوح محیطی ذی‌ربط انجام شود. در غیر این صورت این اولویت‌ها برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح محیطی به واحد تخصصی ارجاع داده می‌شود.

حال اگر در تعامل انجام شده، تشخیص داده شود که مداخلات لازم برای آن نیاز، امکان اجرا برای سطوح محیطی را ندارد، برای سطح مداخله آن تصمیم گرفته شده و یا در سطح شهرستان مانده یا برای اجرا به سطح دانشگاه ارجاع داده می‌شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح محیطی خارج شده و اولویت بعدی در دستور کار قرار می‌گیرد. در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح محیطی، آن‌ها می‌توانند با تحلیل‌های انجام شده و از بین عوامل مؤثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری مرکز بهداشت شهرستان طراحی نموده و یک یا چند مداخله را تحت نظارت واحد مربوطه در شهرستان عملیاتی کنند. (نمای گردش کار ۱)

۴-۳. اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای ارسالی از سوی سطوح محیطی

دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان موظف است تا لیستی از سایر نیازهای ارسالی از سطوح محیطی (به غیر از اولویت‌های تأیید شده) را به تفکیک واحدهای تخصصی و بر اساس اولویت فراوانی تهیه کرده و به واحدهای تخصصی ارسال نماید. بدیهی است واحدهای تخصصی که در مرحله قبل، اولییتی نداشته‌اند، موظف‌اند تا پس از اولویت‌بندی مجدد آن نیازها، حداقل یک اولویت را برای واحد خود تعیین نموده و مراحل لازم برای مداخله در واحدهای محیطی درگیر در آن اولویت را به اجرا بگذارند. (نمای گردش کار ۲)

۵-۳. ارسال اولویت‌های سطوح محیطی و سطح شهرستان به دانشگاه

در مرحله آخر تمامی نیازهای ارسالی سطوح محیطی به همراه فهرست اولویت‌های تأیید شده اول و دوم آن‌ها و اولویت‌های شهرستان به دانشگاه ارسال می‌گردد.



۴. معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه

وظایف معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه شامل تشکیل کارگروه نیازسنجی سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، تحلیل اولویت‌های نیاز سطوح شهرستانی، مشارکت در طراحی مداخلات سطوح شهرستانی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح شهرستانی و اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای سطح شهرستان برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک گروه‌های کارشناسی ستاد معاونت بهداشتی است.

۱-۴. تشکیل گروه نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در معاونت بهداشتی، معاون بهداشتی به‌عنوان رئیس کارگروه، برای مدیر گروه / کارشناس مسوول آموزش و ارتقای سلامت ستاد حوزه معاونت، ابلاغ دبیری زده و با هماهنگی با مدیران گروه ستاد حوزه معاونت بهداشت، یک نماینده را تعیین کرده و به عنوان اعضای کارگروه ابلاغ می‌زند.

۲-۴. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش‌نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۳-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۳-۱: مهارت‌های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت معاونت بهداشتی
دانشکده / دانشگاه

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	به‌صورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت‌های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه‌جانبه	
۴	برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه‌ریزی آموزشی	
۶	ارزشیابی	



۳-۴. تحلیل اولویت و مشارکت در طراحی مداخلات سطوح شهرستان و نظارت

بر حسن انجام آن:

در این سطح، ابتدا اولویت‌ها توسط دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت دانشکده / دانشگاه دسته‌بندی شده و در دانشگاه‌هایی که بیش از ۳ شهرستان دارند، در صورت فراوانی آن اولویت در بیش از ۳۰ درصد شهرستان‌های تحت پوشش، به‌عنوان اولویت دانشکده / دانشگاه به گروه تخصصی ارجاع می‌دهد تا مداخله مورد نیاز آن توسط معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه با همکاری سطوح شهرستانی ذی‌ربط انجام شود. در غیر این صورت این اولویت‌ها برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح شهرستانی به گروه تخصصی ارجاع داده می‌شود.

حال اگر در تعامل انجام‌شده، تشخیص داده شود که مداخلات لازم برای آن نیاز، امکان اجرا برای سطوح شهرستانی را ندارد، برای سطح مداخله آن تصمیم گرفته شده و یا در سطح دانشکده / دانشگاه مانده یا برای اجرا به سطح وزارت ارجاع داده می‌شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح شهرستانی خارج شده و اولویت بعدی در دستور کار قرار می‌گیرد. در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح شهرستانی، آن‌ها می‌توانند با تحلیل‌های انجام شده و از بین عوامل مؤثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه طراحی نموده و یک یا چند مداخله را تحت نظارت گروه مربوطه در دانشکده / دانشگاه عملیاتی کنند. (نمای گردش کار ۳)

۴-۴. اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای ارسالی از سوی سطوح شهرستان

دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت دانشکده / دانشگاه موظف است تا لیستی از سایر نیازهای ارسالی از سطوح شهرستان (به غیر از اولویت‌های تأیید شده) را به تفکیک گروه‌های تخصصی و بر اساس اولویت فراوانی تهیه کرده و به آن‌ها ارسال نماید. بدیهی است واحدهای تخصصی که در مرحله قبل، اولییتی نداشته‌اند، موظف‌اند تا پس از اولویت‌بندی مجدد آن نیازها، حداقل یک اولویت را برای واحد خود تعیین نموده و مراحل لازم برای مداخله در واحدهای شهرستانی درگیر در آن اولویت را به اجرا بگذارند. (نمای گردش کار ۴)



۴-۵. ارسال اولویت‌های سطوح محیطی، شهرستان و دانشگاه به وزارت

در مرحله آخر تمامی نیازهای ارسالی سطوح محیطی به همراه فهرست اولویت‌های تأیید شده اول و دوم آن‌ها و اولویت‌های شهرستان و معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه به وزارتخانه ارسال می‌گردد.

۵. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وظایف معاونت بهداشتی وزارت شامل تشکیل کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت، برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی، طراحی مداخله برای اولویت‌های ارجاع شده از سطح دانشگاه، مشارکت در اجرای مداخلات سطوح دانشگاهی، نظارت برای مداخلات انجام شده توسط سطوح دانشگاهی و اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای سطح دانشکده / دانشگاه برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک دفاتر و مراکز حوزه معاونت بهداشتی وزارت است.

۵-۱. تشکیل کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در معاونت بهداشتی، معاون بهداشتی به‌عنوان رئیس کارگروه کشوری، برای مدیرکل دفتر آموزش و ارتقای سلامت، ابلاغ دبیری زده و با هماهنگی با مدیران کل حوزه معاونت، یک نماینده را تعیین کرده و به‌عنوان اعضای کارگروه ابلاغ می‌زند.

۵-۲. برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش‌نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۴-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.



جدول شماره ۴-۱: مهارت‌های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت حوزه معاونت

بهداشتی وزارت

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	به صورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت‌های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه‌جانبه	
۴	برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه‌ریزی آموزشی	
۶	ارزشیابی	

۳-۵. طراحی مداخله برای اولویت‌های ارجاع شده از سطح دانشگاه و نظارت

بر حسن انجام مداخلات در دانشگاه‌ها:

در این سطح، ابتدا اولویت‌های ارجاع شده از سطح دانشکده / دانشگاه توسط دبیر کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت وزارت دسته‌بندی شده و برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح دانشگاهی به دفاتر یا مراکز ذیربط ارجاع داده می‌شود. حال اگر در تعامل انجام شده، تشخیص داده شود که مداخلات لازم برای آن نیاز، امکان اجرا برای سطح وزارتی را ندارد برای اجرا به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارجاع داده شده و توسط دفتر / مرکز مربوطه تا حصول نتیجه پیگیری می‌شود. بدیهی است در صورت اجرایی بودن مداخله در سطح وزارتی، آنها می‌توانند با تحلیل‌های انجام شده و از بین عوامل موثر، مورد یا موارد خاصی را انتخاب و برای آن مداخله مشارکتی با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه‌های اعلام کننده نیاز، طراحی نموده و یک یا چند مداخله را عملیاتی کنند. (نمای گردش کار ۵)

۴-۵. اولویت‌بندی مجدد سایر نیازهای ارسالی از سوی سطوح دانشگاهی

دبیر کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت وزارت موظف است تا لیستی از سایر نیازهای ارسالی (بغیر از اولویت‌های دانشگاهی) را به تفکیک دفاتر و مراکز و بر اساس اولویت فراوانی تهیه کرده و به آنها ارسال نماید. بدیهی است دفاتر و مراکز که در مرحله قبل، اولویتی نداشته‌اند، موظفند تا پس از اولویت‌بندی مجدد آن نیازها، حداقل یک اولویت را برای خود تعیین نموده و مراحل لازم برای مداخله در گروه‌های تخصصی دانشگاهی درگیر در آن اولویت را به اجرا بگذارند. (نمای گردش کار ۵)



۷. منابع

- Abbaszadegan, S., & Torkzadeh, G. (2001). *Need assesment in organization*. Tehran: Sherkat sahai enteshar.
- Allaeddiny, F. (2001). A review of the medical workforce planning and methods to estimate the number of staff needed. Tehran: Council for Graduate Medical Education Unit of the Ministry of Health Manpower and Medical Education.
- Bazargan, A. (2003). *Educational evaluation*. Tehran: samt.
- Bowil, & patric, G. (1981). *Planning in the development process* (G. Ahmadi & S. Shahabi, Trans.). Tehran: Ghoghnoos.
- Community Health Assessment Guide Book*. (2014). North Carolina: North Carolina Department of Health and Human Services.
- Freed, D. (2002). *sterategic management* (Parsaeen & Arabi, Trans.). Tehran: cultural research office.
- Health education need assesment. (2010). Tehran. Ministry of Health and Medical Education. office of education and health promotion.
- Kafman, R. & Herman, G. (1996). *Strategic planning in educational system* (F. Mashyekh & M. Bazargan, Trans.). Tehran: Madrese.
- Marshal, K. (1999). *Qualitative research methods* (Parsaeen & arab, Trans.). Tehran: cultral research office.
- The NATO training group. Need assessment an integrated model. (1998). from Available from: http://www.kho.edu.tr/enstitu/aktiviteler/nato/public_html/pdf:7-12
- Need assesment and goal analysis. (2002). from Available from <http://www.Edtech.ced.appstate.edu>
- Palfrey, c. (2000). *key concept in health care. Policy and planning*. London: MCHIHCO.
- Potter, M. (2004). Needs assessment and a model agenda for trainig the public health wor force.. *American Journal of Public health*, 131, 1294-1296.
- Shiri, M., Farhang, F., Heidari, K., Afghari, F., , A., S, & Sharifirad, G. (2009). Needs assesment of health education in health-networks of the Isfahan Province of Iran. *International Journal of Health Planning and Management*, 24, 351-364.
- Wagargah, K. F. (2003). *Education need assesment(Models and techniques)* Tehran: aeeg.



- World Health organization. Need assessment. (2000). from Availabe from:
http://www.who.int/substance_abuse/pdf/files/needs.Assessment.Pdf
- Yarmohammadian, H., & Bahrami, S. (2005). *Needs assessment in health organizations, medical and educational*. Isfahan: Medical university of Isfahan.
- Yarmohammadian, H., Bahrami, S., & Abary, a. A. (2004). *Managers and health professionals and proper need assessment models*.



پیوست ۱

جدول وضعیت اجرای برنامه نیازسنجی در دانشگاه‌ها



نحوه استفاده از نتایج		سطوح اجرای برنامه نیازسنجی					تواتر اجرا بر حسب سال	نوع دستورالعمل		سال شروع	دانشکده/دانشگاه	ردیف
مداخلات غیر آموزشی	مداخلات آموزشی	خانه بهداشت	پایگاه بهداشتی	مرکز بهداشتی درمانی	مرکز بهداشت شهرستان	معاونت بهداشتی		استانی	کشوری			
	*	*	*	*	*	*	۲		*	۹۴	آبادان	۱
*	*	*	*	*	*		۲		*	۸۹	اردبیل	۲
	*	*	*	*	*	*	۴	*		۸۸	ارومیه	۳
*	*	*		*	*	*	۱	*		۸۴	اسفراین	۴
*	*	*	*	*	*	*	۵	*		۸۴	اصفهان	۵
	*	*	*	*	*		۱		*	۹۱	البرز	۶
	*	*	*	*	*	*	۲		*	۹۰	اهواز	۷
	*	*	*	*	*	*	۲		*	۸۶	ایران	۸
	*				*	*	۱	*		۹۴		
*	*	*	*	*	*	*	۲		*	۸۹	ایرانشهر	۹
	*	*	*	*	*	*	۱		*	۹۰	بابل	۱۰



ردیف	دانشکده/دانشگاه	سال شروع	نوع دستورالعمل		تواتر اجرا بر حسب سال	سطوح اجرای برنامه نیازسنجی					نحوه استفاده از نتایج	
			کشوری	استانی		معاونت بهداشتی	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت	مداخلات آموزشی	مداخلات غیر آموزشی
۱۱	بوشهر	۸۳	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۱۲	بهمن	۸۸	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۱۳	بیرجند	۸۸	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۱۴	تبریز	۸۳		*	۱	*	*	*	*	*	*	*
۱۵	تربت حیدریه	۹۰	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۱۶	تهران	۹۰		*	۱	*	*	*	*	*	*	*
۱۷	جیرفت	۸۹	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۱۸	خراسان شمالی	۸۸		*	۱		*	*	*	*	*	*
۱۹	دزفول	۹۰	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۲۰	زابل	۹۰	*		۲	*	*			*	*	*
۲۱	زاهدان	۸۹	*		۲	*	*	*			*	*
۲۲	زنجان	۹۰	*		۳	*	*	*	*	*	*	*



ردیف	دانشکده/دانشگاه	سال شروع	نوع دستورالعمل		تواتر اجرا بر حسب سال	سطوح اجرای برنامه نیازسنجی					نحوه استفاده از نتایج	
			کشوری	استانی		معاونت بهداشتی	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت	مداخلات آموزشی	مداخلات غیر آموزشی
۲۳	ساوه	۸۳	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۲۴	سبزوار	۹۰	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۲۵	سمنان	۸۹	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۲۶	شاهرود	۹۱	*	*	۳	*	*	*	*		*	*
۲۷	شهرکرد	۸۹	*		۳	*	*		*	*	*	*
۲۸	شهید بهشتی	۸۴	*		۲	*	*	*	*	*	*	*
۲۹	شیراز	۸۵	*		۲	*	*		*	*	*	*
۳۰	کردستان	۸۹	*		۵	*	*	*	*	*	*	*
۳۱	کرمانشاه	۸۹	*		۳	*	*	*		*	*	*
۳۲	گلستان	۸۹	*		۱	*	*	*	*	*	*	*
۳۳	گناباد	۸۹	*		۳					*	*	*
۳۴	گیلان	۸۹	*		۲	*	*	*	*	*	*	*

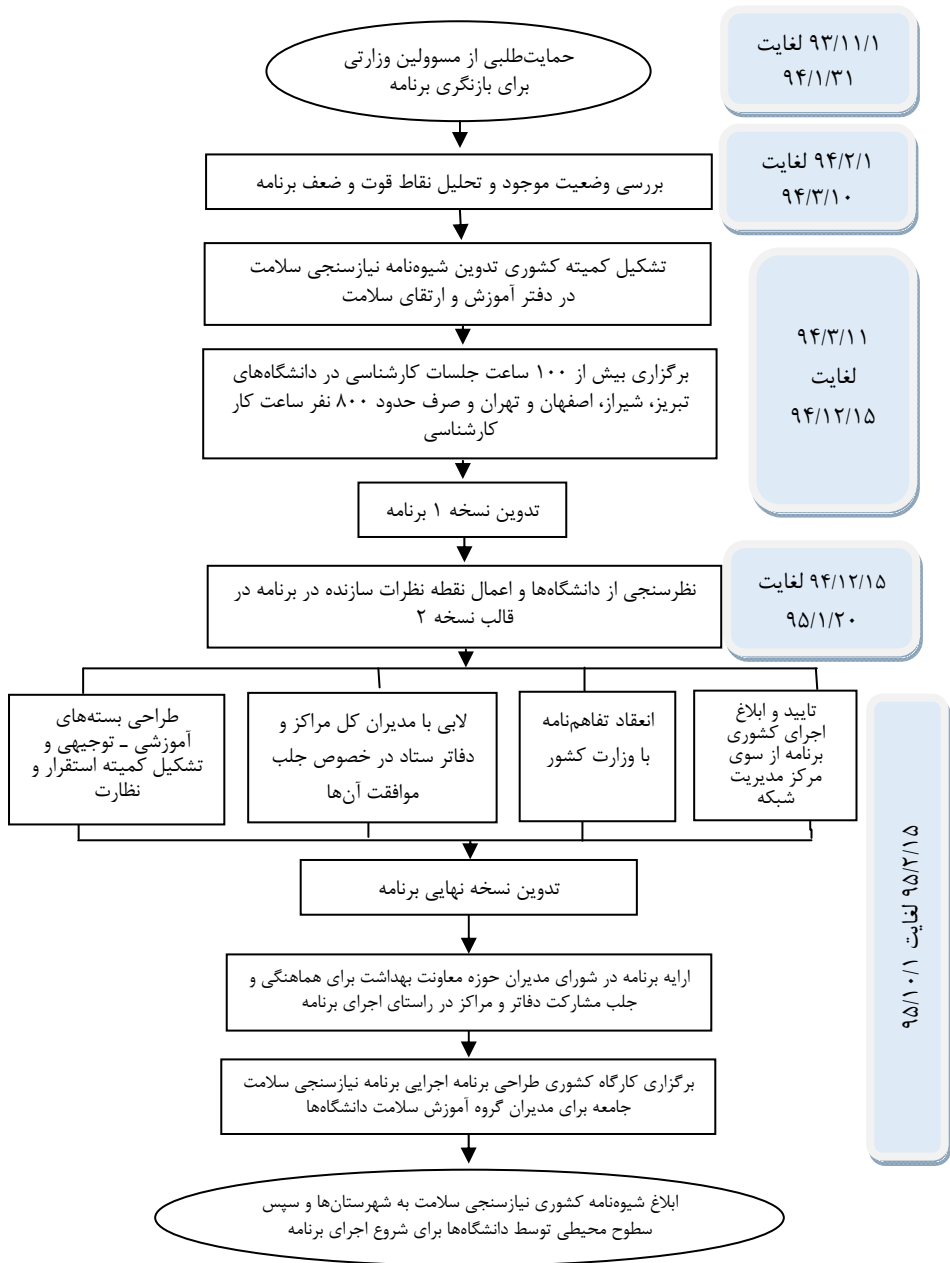


ردیف	دانشکده/دانشگاه	سال شروع	نوع دستورالعمل		تواتر اجرا برحسب سال	سطوح اجرای برنامه نیازسنجی						نحوه استفاده از نتایج	
			کشوری	استانی		معاونت بهداشتی	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی	بایگاه بهداشتی	خانه بهداشت	مداخلات آموزشی	مداخلات غیر آموزشی	
۳۵	لارستان	۸۵	*		۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۶	لرستان	۹۰	*		۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۷	مازندران	۹۰		*	۱	*					*	*	*
۳۸	مرآغه	۸۶		*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۹	مرکزی	۸۳	*		۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۰	مشهد	۸۹	*		۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۱	نیشابور	۹۰		*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۲	هرمزگان	۹۳		*	برحسب نیاز		*				*		
۴۳	همدان	۸۹	*		۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۴	پاسوج	۸۹	*		۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۵	یزد	۸۹	*		۲	*		*	*	*	*	*	*



پیوست ۲
فرآیند اجرایی ابلاغ برنامه





پیوست ۳
چارچوب ابلاغ و فرم‌ها



متن ابلاغ اعضای تیم نیازسنجی سلامت جامعه

شماره:

بسمه تعالی

تاریخ:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی

جناب آقای / سرکار خانم

با سلام و احترام

همان‌گونه که مستحضرید سلامتی محور توسعه پایدار و لازمه ارتقاء استانداردهای زندگی می‌باشد و در این راستا همکاری گروهی جهت یافتن و اولویت‌بندی کردن مشکلات سلامت جهت برنامه‌ریزی صحیح با هدف حل این مشکلات می‌تواند به افزایش بهره‌وری نظام سلامت کشور کمک کند. بر این اساس مرکز بهداشتی درمانی/ مرکز خدمات جامع سلامت/ خانه بهداشت اقدام به تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه نموده است. بدیهی است فعالیت جمعی در این مورد موجب تعیین و تمرکز بر مشکلاتی که سلامتی را بیشتر تحت‌الشعاع قرار می‌دهند، می‌گردد. لذا نظر به شایستگی و علاقه‌مندی شما به مسائل بهداشتی بدین‌وسیله به عضویت در این تیم منصوب می‌گردید. امید است با استعانت از الطاف بی‌دریغ پروردگار یکتا این امر موجبات خدمات بهینه به جامعه را فراهم نماید.

با تشکر

.....

رئیس تیم نیازسنجی سلامت جامعه



متن دعوت‌نامه جلسات اعضای تیم نیازسنجی سلامت جامعه

بسمه تعالی
 شماره:
 تاریخ: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 دانشکده/ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 مرکز بهداشت شهرستان

عضو محترم تیم نیازسنجی سلامت جامعه

جناب آقای/ سرکار خانم.....

با سلام و احترام

نظر به عضویت شما در تیم نیازسنجی سلامت جامعه و با توجه به اینکه روند استخراج نیازهای سلامت منطقه طبق برنامه در حال اجراست، لذا بدین‌وسیله از شما دعوت به عمل می‌آید در اولین / جلسه تیم نیازسنجی سلامت که در تاریخ از ساعت لغایت در محل برگزار خواهد شد، شخصاً شرکت فرمایید.

با تشکر

.....

رئیس تیم نیازسنجی سلامت جامعه



فرم شماره ۲	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فرم تعیین نیازهای سلامت در تیم سلامت نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:
--------------------	---

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	منابع اخذ (استخراج) نیاز
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		
اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده



دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت در تیم سلامت

- ✓ این فرم قبل از تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه در کلیه واحدهای سطوح محیطی (مراکز خدمات جامع سلامت، مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت) جهت استخراج مشکلات سلامت توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع‌بندی و اولویت‌بندی می‌گردد.
- ✓ در جدول نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می‌گردد.
- ✓ در قسمت تاریخ جلسه: تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.
- ✓ در ستون فهرست نیازهای سلامت: مشکل / مشکلات سلامت به ترتیب اولویت (با استفاده از فرم شماره ۳) و بر اساس آمار و شاخص‌ها توسط اعضای تیم سلامت مطرح می‌شود، نوشته خواهد شد.
- ✓ در ستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص‌ها مثلاً (درصد دفع غیربهداشتی زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و...) و در صورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد.
- ✓ در ستون اعضای شرکت‌کننده: اسامی شرکت‌کنندگان - سمت اعضای شرکت‌کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت‌کننده امضا خواهد شد.



دستورالعمل تکمیل فرم اولویت‌بندی مشکلات سلامت تیم سلامت

۱. این فرم توسط اعضای تیم سلامت تکمیل خواهد شد.
 ۲. در ستون ردیف: از شماره یک تا بیست، بسته به تعداد مشکلات سلامت که به تصویب تیم سلامت واحد مربوطه رسیده ثبت می‌گردد.
 ۳. در ستون لیست مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش: اعضای تیم سلامت فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می‌کنند.
 ۴. در ستون شاخص فعلی مشکل: با توجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می‌کنند.
 ۵. در ستون تعیین میزان اولویت مشکل: مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت‌بندی می‌شوند. اعضای تیم سلامت باید توجه کنند که در دادن نمره به معیار مورد نظر به ترتیب به کمترین تاثیر در بروز مشکل معیار نمره ۱، در صورتی که معیار مورد نظر اهمیت کمی دارد نمره ۲، اهمیت معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳، اهمیت معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و اهمیت معیار مورد بررسی، خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می‌دهند همچنین اعضای تیم می‌توانند علاوه بر معیارهای مندرج در این ستون‌ها از معیارهای دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت‌بندی نوشته و براساس ستون‌های قبلی امتیاز دهد.
 ۶. در ستون جمع نمرات: مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع‌بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می‌کنند.
 ۷. در ستون رتبه مشکل: با توجه به جمع نمرات هریک از مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش، مشکل سلامتی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد مشکلات سلامت لیست شده رتبه‌بندی و رتبه مربوطه هر مشکل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد.
- ❖ در بالای فرم شماره صفحه گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به دو صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد. (حداکثر ۲۰ مشکل)



فرم شماره ۴ الف

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم پرسشگری از مشکلات سلامت مردم

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

• شما خودتان چه مشکلات سلامتی دارید و در محل سکونت و زندگی (روستا / محله / شهر)
شما چه مشکلات سلامتی وجود دارد؟

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶

-۷

-۸

.

.

.

.

.

.

.

.



فرم شماره ۴ ب

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها در تیم مسوولین و معتمدین

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت کننده	سمت و امضاء



فرم شماره ۴ ج

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها در تیم سرخوشه‌ها

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت	فهرست نیازهای سلامت منطقه	فراوانی
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
۱۶		
۱۷		
۱۸		
۱۹		
۲۰		

اعضای شرکت‌کننده	سمت و امضاء	اعضای شرکت‌کننده	سمت و امضاء



دستورالعمل تکمیل فرم‌های تعیین فهرست و اولویت‌بندی نیازهای سلامت در تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه‌ها

✓ این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی - توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه‌ها قرار داده می‌شود. آن‌ها بر اساس مشکلات سلامتی که به آن‌ها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می‌کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه در جلسه تیم نیازسنجی سلامت جامعه، همراه خود می‌آورند تا پس از یکسان‌سازی و هماهنگی آن‌ها، توسط اعضای هر تیم جمع‌بندی و اولویت‌بندی شود.

✓ در قسمت تاریخ جلسه: تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز/ ماه/ سال ثبت خواهد شد.
 ✓ در ستون فهرست نیازهای سلامت: مشکل/ مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آن‌ها مراجعه داشته و یا ذکر کرده‌اند را به ترتیب اولویت ثبت می‌کنند.

✓ در ستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده‌اند را می‌نویسند.

✓ در ستون اعضای شرکت‌کننده: اسامی شرکت‌کنندگان - سمت اعضای شرکت‌کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت‌کننده امضا خواهد شد.



فرم شماره ۵

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فهرست و اولویت‌بندی مشکلات سلامت تیم نیازسنجی سلامت جامعه

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت نام خانه بهداشت تاریخ جلسه:

اولویت نهایی	جمع رتبه اولویت	رتبه اولویت در فهرست تیم			فهرست نیازهای سلامت	ردیف
		سرخوشه‌ها	مسوولین و معتمدین	سلامت		
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
						۸
						۹
						۱۰
						۱۱
						۱۲
						۱۳
						۱۴
						۱۵
						۱۶
						۱۷
						۱۸
						۱۹
						۲۰
نام و نام خانوادگی و امضای نماینده سرخوشه‌ها		نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم مسوولین و معتمدین		نام و نام خانوادگی و امضای نماینده تیم سلامت		



فرم شماره ۶

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محیطی روستایی

نام شهرستان نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی..... تاریخ تنظیم

مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	مشکلات سلامت خانه بهداشت	رتبه اولویت
				۱
				۲
				۳
				۴
				۵
				۶
				۷
				۸
				۹
				۱۰
				۱۱
				۱۲
				۱۳
				۱۴
				۱۵
				۱۶
				۱۷
				۱۸
				۱۹
				۲۰



فرم شماره ۷

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم گزارش لیست مشکلات سلامت در سطوح محیطی شهری

نام شهرستان مرکز خدمات جامع سلامت تاریخ جلسه:

رتبه اولویت	فهرست نیازهای سلامت
۱	
۲	
۳	
۴	
۴	
۶	
۷	
۸	
۹	
۱۰	
۱۱	
۱۲	
۱۳	
۱۴	
۱۵	
۱۶	
۱۷	
۱۸	
۱۹	
۲۰	



دستورالعمل تکمیل فرم بررسی عوامل مؤثر در بروز مشکل اولویت‌دار سلامت

- ۱- این فرم توسط اعضای تیم نیازسنجی سلامت جامعه تکمیل خواهد شد
 - ۲- در قسمت دوم بالای فرم: عنوان مشکل سلامت اولویت‌دار تایید شده از سطح شهرستان را ثبت کرده و گروه و یا گروه‌هایی که بطور مستقیم با مشکل اولویت‌دار مواجه می‌باشند، در ستون بعد درج می‌گردند.
 - ۳- در ستون ردیف: اعداد از شماره یک تا بسته به تعداد عوامل مؤثر که موجب بروز مشکل اولویت‌دار شده توسط اعضای تیم ثبت می‌گردد.
 - ۴- در ستون تعیین میزان اولویت عوامل: با توجه به معیارها عوامل مؤثر را اولویت‌بندی می‌نمایند. باید توجه کنند که در دادن نمره به معیارهای مورد نظر به ترتیب کمترین تاثیر در بروز مشکل نمره ۱، در صورتی که معیار مورد نظر تاثیر کمی دارد نمره ۲، تاثیر معیار مورد نظر متوسط باشد نمره ۳، تاثیر معیار مورد نظر زیاد باشد نمره ۴ و تاثیر معیار مورد بررسی خیلی زیاد باشد نمره ۵ را به آن اختصاص می‌دهند همچنین اعضا می‌توانند علاوه بر معیارهای مندرج در این ستون‌ها از معیارهای دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت‌بندی تعیین کرده و امتیاز دهند.
 - ۵- در ستون جمع نمرات: مجموع نمرات را در هر ردیف جمع‌بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می‌کنند.
 - ۶- در ستون رتبه مشکل: با توجه به جمع نمرات هریک از عوامل مؤثر در بروز مشکل، عاملی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد عوامل لیست شده رتبه‌بندی و رتبه مربوطه هر عامل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد.
- * در بالای فرم شماره صفحه گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد.



پیوست ۴

فهرست پیشنهادهای استاندارد شده نیازها (مشکلات سلامت)



ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۱	دبابت	۱۳	افسردگی	۲۵	سوانح و حوادث ترافیکی	۳۷	معرف خودسرانه داروها
۲	فشارخون بالا	۱۴	استرس و اضطراب	۲۶	ملاریا	۳۸	پانسی
۳	بیماری قلبی عروقی	۱۵	خودکشی	۲۷	سالاک، کالازار	۳۹	عوارض اشعه‌ی مغناطیس ناشی از موبایل
۴	سرطان دستگاه تنفس (حنجره - ریه)	۱۶	بیماری‌های انگلی دستگاه گوارش	۲۸	سرطان پوست	۴۰	هیپوتریویدی نوزادان
۵	سرطان پستان	۱۷	سوءتغذیه	۲۹	اختلال رشد کودکان	۴۱	اضافه‌وزن و چاقی
۶	عوارض دوران بارداری و پس از زایمان	۱۸	سل	۳۰	تالاسمی	۴۲	اسکولیز
۷	سرطان دستگاه گوارش تحتانی	۱۹	عفونت‌های دستگاه تناسلی زنان	۳۱	مسمومیت‌های غیر غذایی	۴۳	کیفوز (قوز بودن پشت)
۸	کم‌خونی فقر آهن	۲۰	بیماری‌های منتقله از راه جنسی	۳۲	آبله‌مرغان	۴۴	نفص مادرزادی در نوزادان متولد شده
۹	HIV/AIDS	۲۱	مرگ مادران باردار	۳۳	اوربون	۴۵	نارسایی مزمن کلیه
۱۰	هیپاتیت ب	۲۲	سزارین	۳۴	بیماری‌های شغلی	۴۶	بیماری‌های پوستی
۱۱	هیپاتیت آ	۲۳	سوانح و حوادث در کودکان	۳۵	بیماری‌های مزمن تنفسی شغلی	۴۷	مضرات استفاده از سموم کشاورزی
۱۲	اختلالات رفتاری دانش آموزان (شب‌اداری، لکنت زبان، ناخن جویدن - پرخاشگری)	۲۴	سوءمصرف مواد (مواد مخدر - محرک - نیروا)	۳۶	سرطان دستگاه گوارش فوقانی (مری، معده و روده باریک)	۴۸	کریکتروس (عقب‌ماندگی ذهنی ناشی از زردی نوزادی)



ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف
۴۹	بیماری‌های حاد تنفسی (آنفلوآنزا، سینوزیت، پنومونی)	۶۱	زایمان زودرس	۷۳	کودک‌آزاری	۸۵	پای دیابتی	عنوان
۵۰	بیماری‌های منتقله از ناقلین	۶۲	عوارض عدم تغذیه با شیر مادر	۷۴	ختیونت علیه زنان	۸۶	دفع غیربهداشتی زباله	دفع غیربهداشتی زباله
۵۱	بی‌اختیاری ادرار در دوران سالمندی	۶۳	شیش	۷۵	گواتر	۸۷	دفع غیربهداشتی فاضلاب	دفع غیربهداشتی فاضلاب
۵۲	اختلالات بینایی و شنوایی در دوران سالمندی	۶۴	عال	۷۶	صرع	۸۸	دفع غیربهداشتی فضولات حیوانی	دفع غیربهداشتی فضولات حیوانی
۵۳	سقوط و عدم تعادل در دوران سالمندی	۶۵	کچلی	۷۷	عقب‌ماندگی ذهنی	۸۹	کم‌تحرکی	کم‌تحرکی
۵۴	افسردگی و اختلال خواب در دوران سالمندی	۶۶	بیماری‌های دهنان و دندان	۷۸	اعتیاد به مصرف دخانیات	۹۰	سرطان دهانه رحم	سرطان دهانه رحم
۵۵	مشکلات گوارشی در دوران سالمندی	۶۷	هاری	۷۹	بیماری‌های ناشی از آلودگی هوا	۹۱	سرطان تخمدان	سرطان تخمدان
۵۶	دمنس و فراموشی در دوران سالمندی	۶۸	کم‌رد	۸۰	عوارض پرجمعیت بودن خانوار	۹۲	سرطان پروستات	سرطان پروستات
۵۷	بیماری‌های منتقله از راه تزریق مشترک	۶۹	مسئومیت‌های غذایی	۸۱	مشکلات بلوغ دختران	۹۳	سرطان بیضه	سرطان بیضه
۵۸	تب مالت	۷۰	آسم	۸۲	مشکلات بلوغ پسران	۹۴	عدم مهارت‌های زندگی	عدم مهارت‌های زندگی
۵۹	بیماری‌های اسهالی	۷۱	حاملگی ناخواسته	۸۳	تب‌های خوربُری دهنده	۹۵	آب آشامیدنی ناسلام	آب آشامیدنی ناسلام
۶۰	استوئوپروز	۷۲	سوانح و حوادث خانگی	۸۴	الزایمر (بیماری فراموشی)	۹۶	سبزی‌های ناسلام	سبزی‌های ناسلام

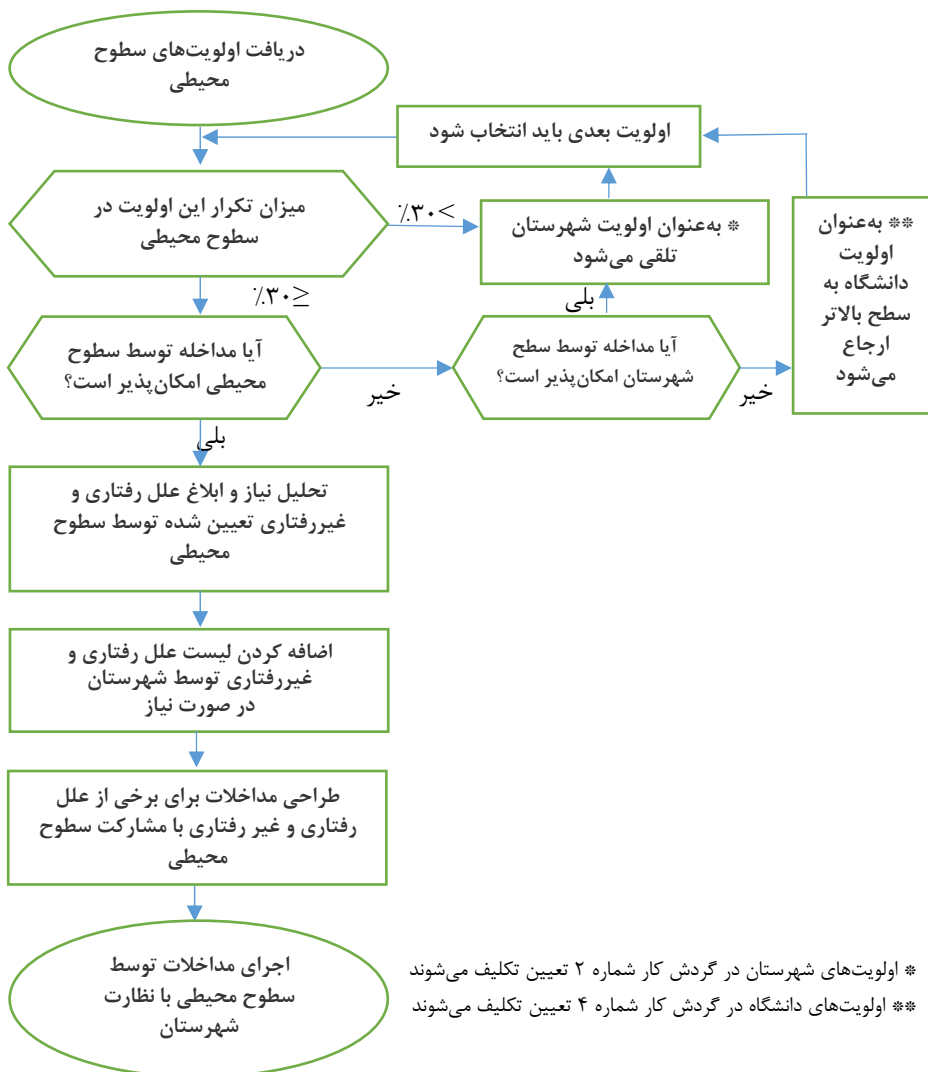


پیوست ۵

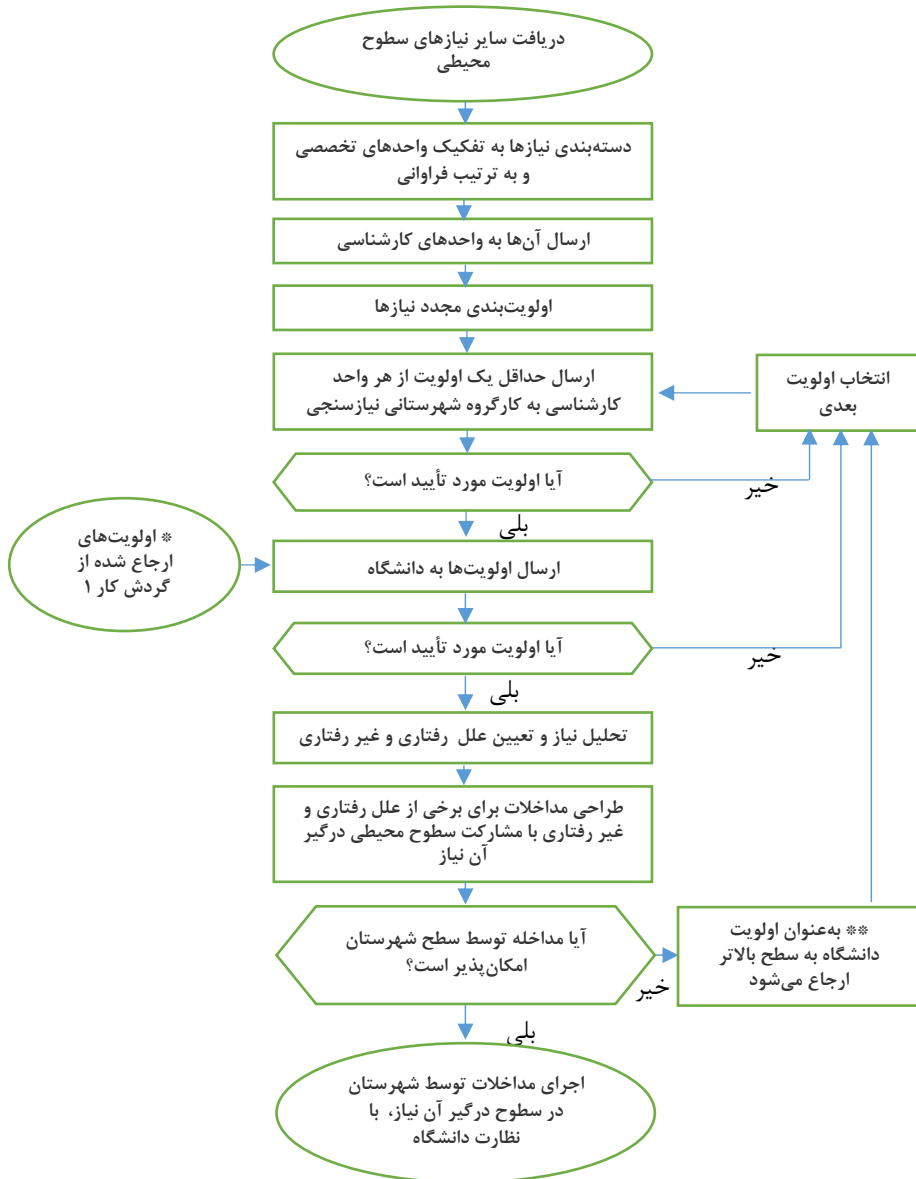
نمای گردش کار برنامه از سطح شهرستان تا وزارتخانه



نمای گردش کار شماره ۱: روند مدیریت اولویت‌های سطوح محیطی در مرکز بهداشت شهرستان



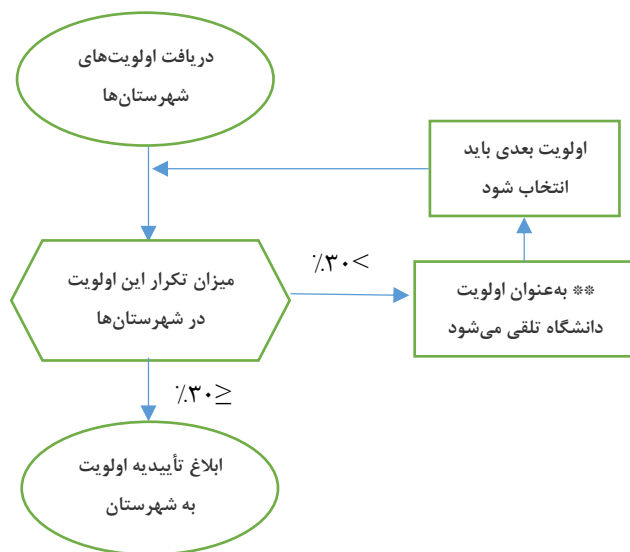
نمای گردش کار شماره ۲: روند مدیریت سایر نیازهای سطوح محیطی و اولویت‌های شهرستانی ارجاع شده در مرکز بهداشت شهرستان



** اولویت‌های دانشگاه در گردش کار شماره ۴ تعیین تکلیف می‌شوند



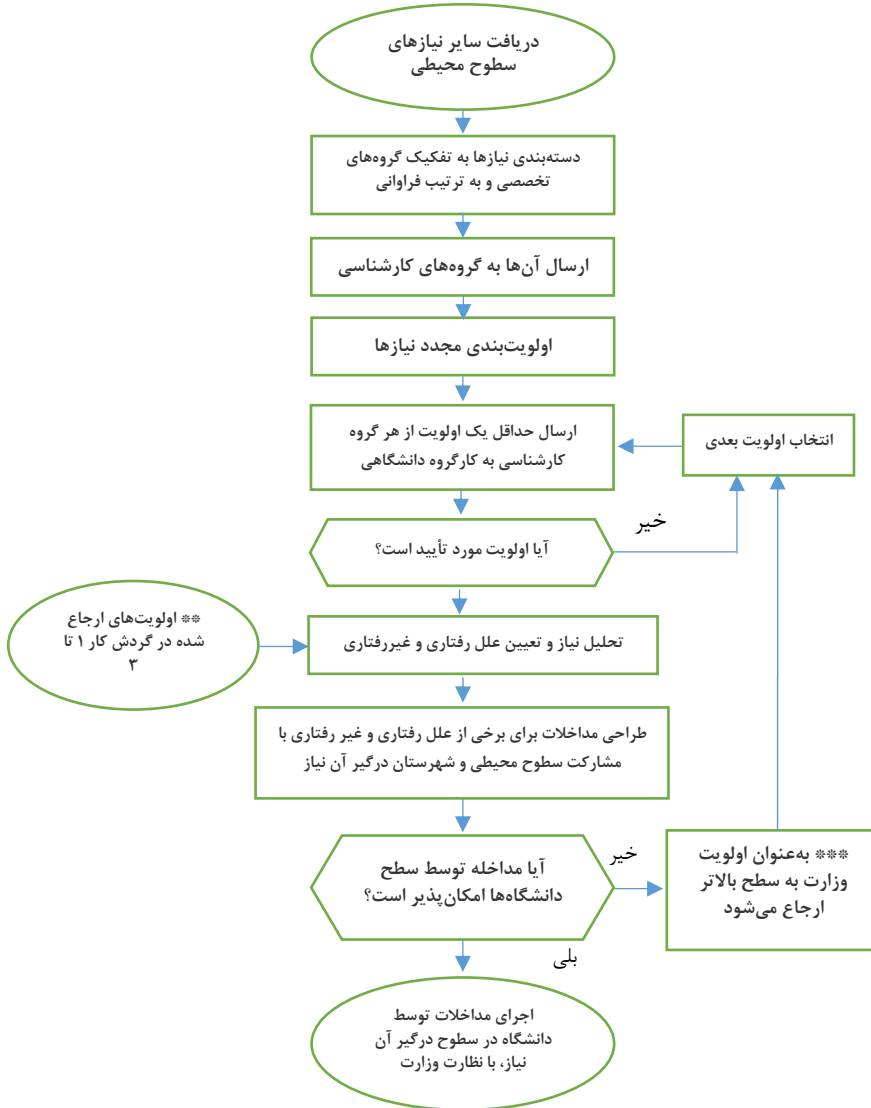
نمای گردش کار شماره ۳: روند مدیریت اولویت‌های شهرستان‌ها در معاونت بهداشت دانشکده / دانشگاه



** اولویت‌های دانشگاه در گردش کار شماره ۴ تعیین تکلیف می‌شوند



نمای گردش کار شماره ۴: روند مدیریت سایر نیازهای محیطی و اولویت‌های دانشگاهی ارجاعی در معاونت بهداشت دانشکده/ دانشگاه

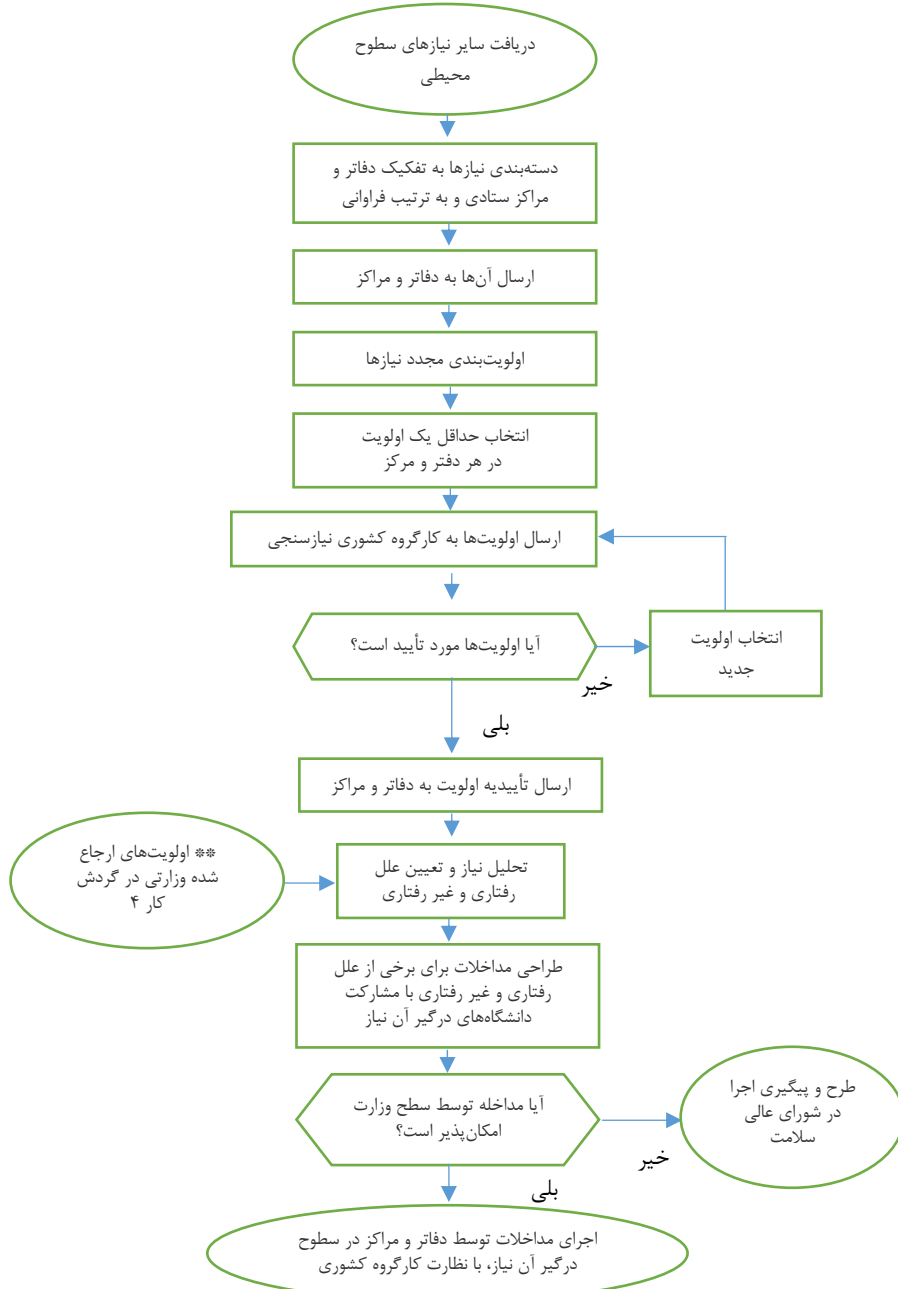


*** اولویت‌های وزارتی در گردش کار شماره ۵ تعیین تکلیف می‌شوند



نمای گردش کار شماره ۵: روند مدیریت سایر نیازهای محیطی و اولویت‌های وزارتی ارجاعی در معاونت

بهداشت وزارت



پیوست ۶

نامه ابلاغ شیوه‌نامه اجرایی برنامه نیازسنجی سلامت جامعه



شماره: ۵۳۰۸/۸۹۶۶
تاریخ: ۱۳۹۵/۰۵/۲۶
پوست چارد



معاون محترم بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

موضوع: ابلاغ برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

با سلام و احترام

در دنیای امروز، سازمانی قدرت بقا و رشد دارد که بتواند نیازها، انتظارات و خواسته‌های گیرندگان خدمت خود را شناسایی و تامین نماید. بدیهی است این برنامه نیازمند یک رویکرد سیستماتیک و مدیریت صحیح است و به همین منظور در حوزه بهداشت، به همت مدیران و کارشناسان گروه آموزش و ارتقای سلامت حوزه ستادی و دانشگاهها "شیوه نامه اجرایی برنامه نیازسنجی سلامت جامعه" تدوین شده و برای اجرا در سال جاری طبق تقویم اعلام شده در برنامه، ارسال می گردد.

با توجه به لزوم مشارکت مستمر و موثر تمامی مراکز و دفاتر تخصصی حوزه ستادی معاونت بهداشت وزارت و واحدهای تخصصی زیربند در معاونت های بهداشتی دانشکده/ دانشگاهها و شهرستانها در امر نیازسنجی و اجرای مداخلات مرتبط از سطح محیطی تا سطح وزارت، کارگاه های توجیهی پیش بینی شده است که برای تمامی ذینفعان و مجریان برنامه برگزار خواهد شد.

شایان ذکر است که بسته های آموزشی و راهنمای طراحی الگوی مناسب مداخلات متعاقباً برای استحضار و بهره برداری ارسال خواهد شد و فرم های درج شده در شیوه نامه اجرایی، صرفاً جهت اطلاع بوده و هماهنگی مقتضی برای ادغام آنها در سامانه سیب به عمل خواهد آمد.

دکتر ناصر کلانتری
رئیس مرکز معاونت بهداشتی و زیست

دکتر شهرام فیضی
سرپرست دفتر آموزش و توانمندسازی

آدرس: شهرک قدس - خیابان سیما ایران - بین خیابان فلاک و زرافشان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۵
کد پستی: ۱۱۳۴۸۴۵۷۶۴
نمابر: ۸۸۳۶۴۳۸۰
صفحه الکترونیکی معاونت بهداشت: <http://port.health.gov.ir>



سازمان جهانی بهداشت فرآیند نیازسنجی سلامت را فرآیندی مشارکتی می‌داند که باید توسط تیمی متشکل از کارکنان نظام سلامت و مردم بومی جامعه‌ی مورد ارزیابی، انجام شود و نتایج برنامه‌ریزی مداخلاتی که بدون نیازسنجی مشارکتی اجرا شده باشد را معادل بلا یا Disaster اعلام می‌کند.

Ref: Rifkin, Susan B & pridmore, pat. "Partners in planning information, participation and empowerment" 2001