



## برنامه نیازسنجی سلامت جامعه

شیوه نامه اجرایی



نسخه ۲

تدوین و گردآوری:

اعضای کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی سلامت

زیر نظر جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ناصر کلانتری، دکتر احمد کوشا، و دکتر شهرام رفیعی فر،

آذر ماه ۱۳۹۵

### **اعضای کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی سلامت: (به ترتیب حروف الفبا):**

- ۱- سرکار خانم سودابه امینی، کارشناس گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ۲- جناب آقای دکتر مجید توکلی، جانشین معاون فنی حوزه معاونت بهداشت وزارت و رییس کارگروه
- ۳- جناب آقای مهندس خائفی، کارشناس دبیرخانه CBI مرکز سلامت محیط و کار وزارت
- ۴- جناب آقای حمیدرضا رصافیانی، مدیر گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
- ۵- جناب آقای دکتر منصور شیری، مدیر گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
- ۶- جناب آقای شمسعلی عباسی، کارشناس گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
- ۷- جناب آقای توفیق علیزاده، مدیر گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
- ۸- جناب آقای دکتر محمدرضا کریمی، مدیر گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز
- ۹- سرکار خانم عهدیه ملکی، کارشناس گروه آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
- ۱۰- جناب آقای امیر نصیری، کارشناس دفتر آموزش و ارتقای سلامت وزارت



## فهرست مطالب

۱	مقدمه.....	۱
۲	پیشینه علمی در ایران و جهان .....	۲
۶	پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت های بهداشتی دانشگاهها .....	۶
۹	منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه .....	۹
۱۰	روند طراحی برنامه .....	۱۰
۱۲	مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه .....	۱۲
۲۰	منابع .....	۲۰
۲۱	پیوست ۱: جدول وضعیت اجرای برنامه نیازسنجی در دانشگاهها .....	۲۱
۲۴	پیوست ۲: نمودار و جدول زمان بندی فرآیندهای اجرایی ابلاغ برنامه .....	۲۴
۲۶	پیوست ۳: فرم ها و صورتجلسات .....	۲۶
۴۱	پیوست ۴: فهرست استاندارد شده نیازها .....	۴۱
۴۳	پیوست ۵: نمای گردش کار برنامه از سطح شهرستان تا وزارتخانه .....	۴۳



## ۱- مقدمه

سلامت به معنای وسعت توانمندی یک فرد یا گروه برای توسعه خواست ها و رفع نیازها و نیز برای تغییر یا سازش با محیط است . سلامت درون موقعیت های زندگی روزانه افراد و توسط آنها خلق می شود و دوام می یابد، جایی که یاد می گیرند، کار می کنند، تفریح می کنند و عشق می ورزند. ارتقای سلامت نیز حالتی است که در آن مردم قادر باشند ذهن و جسمشان را تا زمانی که ممکن است، در شرایط ایده آل حفظ کنند . یعنی مردم بدانند : چگونه سلامتی شان را حفظ کنند، تحت شرایطی زندگی کنند که رعایت شیوه زندگی سالم عملی باشد و قدرت تصمیم گیری در خانه ، جامعه و در دنیایی که در آن زندگی می کنند را داشته باشند .

ارتقای سلامت نیازمند مشارکت مردم است . مشارکت در ارتقای سلامت ، فرآیندی است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتی شان را تعیین کنند ؛ توجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند ؛ بطور گروهی در مورد اولویت هایشان 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 برنامه ریزی مبتنی بر نیازهای جامعه است که با تعیین نیازهای سلامت آغاز شده و با طراحی مداخلات مناسب اجرایی در خصوص علل رفتاری و غیررفتاری آن نیازها با مشارکت مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان حوزه نظام سلامت تکمیل می گردد. از طرف دیگر برنامه نيازسنجي سلامت جامعه به مردم و دست اندرکاران نظام سلامت کمک می کند که به درک بهتری درباره نیازهای خود و جوامعشان برسند تا بتوانند در راستای برنامه خود مراقبتي اجتماعي، اقدامات مورد نیاز برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت را انجام دهند.

در واقع، چگونگی طراحی و توفیق برنامه های تحول در حوزه بهداشت نیازمند تعیین دقیق نیازهای مردم با توجه به موارد زیر می باشد:

- دخالت مستقیم مردم در تعیین نیازها و مداخله در رفع آنها
- در نظر گرفتن واقعیت های زندگی روزانه مردم و کارهای جاری آنها
- توجه به نگرش مردم و باورها و شیوه های زندگی آنها
- لحاظ نمودن نظرات ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان
- نگرش و رضایتمندی مردم در خصوص برنامه های جاری حوزه بهداشت
- نیازهای مغفول مانده مردم در مجموعه برنامه های حوزه بهداشت

مجموعه ای که پیش رو دارید به عنوان راهنمایی برای اجرای برنامه نيازسنجي سلامت جامعه تدوین و گردآوری شده است، با این امید که موجب ارتقای مدیریت برنامه ها در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور گردد .

در اینجا بر خود لازم می داند که از پیگیریهایی مجدانه جناب آقای دکتر کوشا معاون محترم فنی حوزه معاونت بهداشت و جناب آقای دکتر رفیعی فر مدیرکل محترم دفتر آموزش و ارتقای سلامت از عملیاتی شدن این برنامه در کشور قدردانی و از تلاش و خلاقیت ارزشمند جناب آقای دکتر مجید توکلی و اعضای محترم کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نيازسنجي سلامت در طراحی و تدوین این مجموعه تشکر نمایم.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت



## ۲- پیشینه علمی در ایران و جهان

بررسی و شناخت نیازها، مهمترین و اولین گام در برنامه ریزی در همه سازمانها است که با افزایش انطباق برنامه ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثر بخشی آنها می گردد. نیازسنجی به عنوان یکی از مولفه های مهم در بسیاری از حوزه ها که با برنامه ریزی سر و کار دارند از دیر باز مورد توجه بوده است. برنامه ریزان هر سیستمی ناگزیرند برای تدوین برنامه و طرح های خویش، دلایل قانع کننده ای داشته باشند. بنابراین کلیه تصمیمات در خصوص تعیین اهداف، محتوای برنامه ها و استفاده از سایر منابع و امکانات محدود، تابعی از مطالعات نیازسنجی است.

بررسی ها نشان می دهد که نیازسنجی در ارتباط با خدمات اجتماعی و بهداشت از جایگاه ویژه ای برخوردار است. زیرا در این حوزه ها، 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 راه حل، می توان بر میزان کارایی و اثربخشی برنامه ها در سیستم بهداشت و درمان افزود (Wagargah, 2003).

نیاز مفهومی چند بعدی است که درک کامل آن مستلزم جامع نگری است. با این حال کامل ترین 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، اولویت بندی کردن نیازها پس از استخراج آنها در نیازسنجی است. لذا نیازسنجی فرایندی نظام دار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست و نهایتاً تعیین اولویت ها برای اقدام و اجراست.

### طبقه بندی نیازها:

نیاز از جنبه های گوناگون طبقه بندی می شود:

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 مقایسه ای: نیازی است که در مقایسه با نمونه مشابه معنا پیدا می کند.

ب) از نظر موقعیت:

- نیازهای پنهان: نیازی که در اثر مطالعه و جستجوی کارشناسان و صاحب نظران شناخته می شود.
- نیاز احساس شده: نیازی است که با مفهوم خواست مترادف است.
- نیاز ابراز شده: عبارت است از آنچه که فرد تقاضا می کند.

ج) از نظر عینیت:

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

- ۱- نیازهای فیزیولوژیک
- ۲- نیازهای تامین 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 کلان ترین 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 مسائل و مشکلات بهداشتی مردم به طور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسایی شده و این مسائل برطبق معیارهایی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب می شوند (Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001). علی رغم اهمیت نیازسنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمی شود و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و کارکنان محلی یا بالاتر انجام می شود. در ایران نیز حلقه مفقوده نیازسنجی در نظام برنامه ریزی آموزش پزشکی و بهداشتی، به طور جدی نتایج برنامه های آموزشی را تهدید می کند. در صورتی که پیروی از یک طرح الگوی علمی مشخص باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار نیازسنجی می شود (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 طرح ریزی و اجرای پروژه های 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 الگوهای می توان آن را مشخص نمود. (Yarmohammadian, Bahrami, & Abery, 2004)

### ضرورت نیازسنجی:

اهمیت و حساسیت فرایند نیازسنجی هنگامی فزونی می یابد که به بودجه های محدود اختصاص داده شده به فرایند آموزش پزشکی و بهداشت در اکثر کشورها توجه داشته باشیم. در چنین حالتی مسئله اولویت ها و ضرورت ها مطرح می شود و سیاستگذاران و برنامه ریزان آموزشی مجبورند از میان خواسته های گوناگون و نامحدود دست به انتخاب بزنند. زیرا امکانات موجود تکافوی تمامی خواسته ها را نمی کند. 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 مقاله ای تحت عنوان نیازسنجی و یک مدل برای آموزش کارکنان بهداشت عمومی اشاره می کنند که اگر چه برخی از افراد آموزش را بدون نیازسنجی توصیه می کنند 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 صرفه جویی در وقت و منابع مالی، به سرعت این برنامه ها با شکست روبرو می شوند (Potter, 2004).

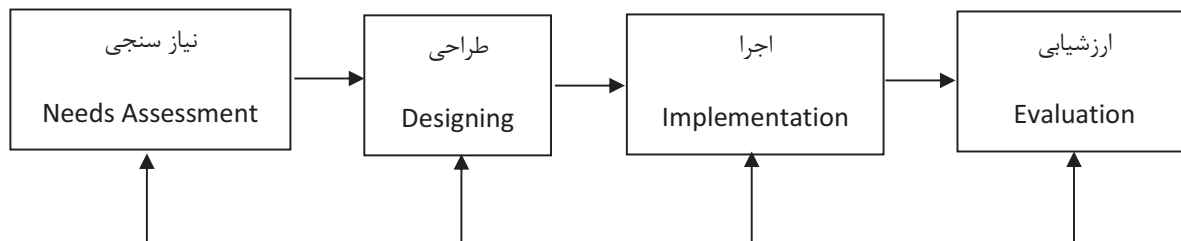
بنابراین آنچه گفته شد نیازسنجی به دلایل زیر شایسته تامل و توجه است:

- متکی بودن برنامه آموزشی به اطلاعات: نیازسنجی جزء جدایی ناپذیر برنامه ریزی محسوب می شود ("Need assessment and goal analysis.", 2002).
- ضرورت بهسازی و بازسازی برنامه ریزی 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 آن ها (Wagargah, 2003).



چنانچه ملاحظه می شود، اولین و اساسی ترین اقدام در برنامه ریزی هر سیستمی، فرآیند نیاز سنجی می باشد که با استفاده از اطلاعات کامل از این فرایند، برنامه طراحی شده و سپس به مرحله اجرا در می آید و سرانجام ارزشیابی حاصله از این جهت که با اهداف از پیش تعیین شده مطابقت دارد یا نه مورد بررسی قرار می گیرد (World Health organization. Need assessment, " 2000).

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



### اصول نیاز سنجی

۱. اصل تداوم: به دلیل تغییرات دائمی در محیط و در درون سازمان و نیز ضرورت اثر بخشی سازمان و برنامه های آن، یک سازمان به فرایند نیازسنجی به طور مداوم نیاز مند است.
۲. اصل جامعیت: به علت اهمیت و جایگاه اطلاعات حاصل از نیاز سنجی در برنامه ریزی، لازم است اطلاعات جامعی شامل همه ابعاد و ارکان از جهات گوناگون وبا استفاده از روشهای مختلف گرد آوری و تجزیه و تحلیل شود.
۳. اصل مشارکت: پیچیدگی موقعیت و جامعیت نیاز سنجی، برخورداری از یک تیم نیاز سنجی و مشارکت دست اندرکاران را ایجاب می کند.
۴. اصل عینیت و اعتبار: این اصل ایجاب می کند که حتی الامکان از روش های عینی تر استفاده شود و داده ها از عینیت لازم برخوردار گردند.
۵. اصل واقع بینی
۶. اصل توجه نابرابر(اصل اولویت بندی)
۷. اصل رعایت ملاحظات فرهنگی
۸. آینده نگری (Yarmohammadian & Bahrami, 2005).

### انواع نیاز سنجی:

اولین معیار تعیین کننده در الگوی نیاز سنجی 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 مناسب ترین روش نیاز سنجی خواهد بود در این الگوهای نیازسنجی اساس کار بر تعیین اهداف، شناسایی وضع موجود و وضع مطلوب و درکنار آن مقایسه این دو وضعیت و سرانجام تعیین اولویتها استوار است. از روشهای هدف محور می توان 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 تکنیک های توافق سنج که اساس کار آنها جمع آوری و ایجاد توافق بین نظرات و ایده های گوناگون است، مناسب خواهد بود. نمونه ی این تکنیک ها، تفکیک دلفی، فیش بول، تل استار و مدل سه بعدی 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 مسائل، مشکلات و معایب موجود در عملکرد افراد یا سازمان و پیشنهاد اقدامات اصلاحی برای رفع آن معایب است، مناسب می باشد. از تکنیک های مسأله محور می توان به تکنیک "درخت خطا"، "رویداد حساس"، "آزمون وظایف کلیدی" و "تجزیه و تحلیل شغل" اشاره کرد (Abbaszadegan & Torkzadeh, 2001; Kafman & Herman, 1996; 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 می گیرند و تکنیک های 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 جمله ی این الگوها می توان به الگوی "طرح جامع نیاز سنجی" اشاره کرد (Freed, 2002).

۵- تکنیک های کیفی که در این تکنیک ها توجه دقیق به دیدگاه ها و نظرات افراد و صاحب نظران جهت توصیف و تشریح شرایط محیطی پدیده ها می باشد تا بدین لحاظ به روابط میان متغیرها و عمق ساختار آنها پی برده شود (Bazargan, 2003; Marshal, 1999).

۶- تکنیک های کمی که شالوده اساسی این تکنیک ها، تعیین نیازهای کمی خدمات بهداشتی در یک جامعه می باشد ("World Health Organization. Need assessment," 2000).

از مجموع مطالب فوق آنچه بیشتر بر آن تاکید شده است استفاده از روش ترکیبی برای نیازسنجی سلامت است. برای مثال در مطالعه ای که بر پرسنل ارتش آمریکا انجام شد الگوی ترکیبی، الگوی منتخب بود ("The NATO training group. Need assessment an integrated model," 1998) و در مطالعه ی یارمحمدیان و همکاران "الگوی ترکیبی" از دید فعالان عرصه ی سلامت کاربردی ترین روش نیازسنجی سلامت برگزیده شد (Yarmohammadian & Bahrami, 2005). تکنیک های توافق سنج برای لحاظ کردن نظرات گروه های مختلف که به نوعی از برنامه ها متاثر می شوند بکار می روند. برای مثال در مطالعه ای که توسط شیری و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان "نیازسنجی آموزش سلامت در شبکه های 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، برنامه ریزان، ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت (مردم) تعیین و اولویت بندی 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 عده ای از کارشناسان آموزش سلامت طراحی و توسط وزارت بهداشت و درمان جهت تعیین اولویت های پژوهشی حوزه ی سلامت طراحی و اجرا گردید، فرایند شامل ۴ مرحله ی اصلی زیر بود:

- تشکیل کمیته ی راهبردی استانی متشکل از نمایندگان مردم، متخصصین و سازمان های دخیل در سلامت
- طراحی پرسشنامه ی نیازسنجی کمی توسط کمیته های تخصصی ذیل کمیته ی راهبری استانی
- جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و نیز روش های کیفی مانند مصاحبه و بحث گروهی متمرکز با مشارکت ذینفعان
- استخراج و اولویت بندی نیازسنجی کمی و کیفی توسط کمیته راهبری استانی

در همین الگو اولویت بندی مشکلات تعیین شده بر اساس معیارهای: بزرگی، فوریت مساله، هزینه بری، پابرجایی و تاثیر نهایی بر سلامت انجام می گرفت. در این الگو معیارها طبق نظر ذینفعان وزن دهی می شد و امتیاز نهایی هر مشکل از مجموع امتیاز مشکل در هر معیار ضرب در وزن آن معیار بدست آمد ("Health education need assesment," 2010).





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

- تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه
- جمع آوری داده های اولیه
- جمع آوری داده های ثانویه
- تجزیه و تحلیل و تفسیر داده های سلامت منطقه
- تعیین اولویت های سلامتی
- تدوین سند ارزیابی سلامت جامعه
- انتشار سند ارزیابی سلامت جامعه
- برنامه ریزی عملیاتی مبتنی بر سند ارزیابی سلامت جامعه

در مرحله ی نخست این مدل تاکید شده است که برای معنا دار بودن ارزیابی سلامت جامعه باید کلیه ی مردم آن جامعه در تمام مراحل این ارزیابی حضور داشته باشند. همچنین تاکید شده است که گرچه شراکت دادن مردم از کلیه ی اقشار در ارزیابی سلامت جامعه وقت و انرژی زیادی را به خود اختصاص خواهد داد ولی راه حل دیگری برای اطمینان از حمایت مردم در مداخلات جامعه محور وجود ندارد. گروه پیشنهادی برای تیم نیازسنجی سلامت جامعه در مدل کارولینای شمالی از شاغلین، صنایع، آموزش و پرورش و مراکز آموزش عالی، رسانه ها، سازمان های اجتماعی و شهری، مقامات دولتی محلی، انجمن های داوطلب، کارشناسان بهداشتی و درمانی منطقه و دیگر گروه های جامعه تشکیل شده است. نکته ی قابل توجه دیگر در مورد این مدل مرحله ی ۵ یعنی تعیین اولویت های سلامت جامعه است. این مرحله که با ۴ مرحله ی قبلی ارتباط مستقیم دارد، بر بحث و تبادل نظر و نهایتاً توافق گروه بر روش تعیین اولویت های سلامت منطقه اشاره داشته و بهترین روش را روشی می داند که همان قدر که کارشناسان در تعیین اولویت ها درگیرند، گروه های مردمی هم درگیر باشند. همچنین مهمترین معیارها برای رتبه بندی اولویت ها را بزرگی مشکل، میزان جدی بودن مشکل و امکان پذیری مداخلات موفق در آن مشکل معرفی می کند (*Community Health Assessment Guide Book, 2014*).

باید توجه داشت که هر یک از این الگوها و تکنیک های نیازسنجی دارای محدودیت ها و مزایایی می باشد. به طوری که انتخاب و طراحی آنها به وضعیت پروژه های 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 برنامه ریزی مداخلات بستگی دارد. (فتحی و همکاران ۱۳۷۵) تعداد مراحل نیازسنجی می تواند در یک مرحله یا چند مرحله انجام شود که بستگی به الگوی علمی انتخاب شده برای نیازسنجی سلامت دارد. در روش جمع آوری اطلاعات نیز روش های مختلفی ذکر شده مانند:

- ✓ مراجعه به محل و جمع آوری 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 منطقه ای است (world health organization 2000).

در خصوص توالی نیازسنجی نیز در بر فواصل ۲ تا سه سال (ملک افضلی و همکاران ۱۳۸۶) تاکید شده است.



### ۳- پیشینه اجرایی در ستاد وزارتی و معاونت های بهداشتی دانشگاهها

بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از دانشگاه های علوم پزشکی کشور در حال حاضر ۳۵ دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی اظهار کرده اند که برنامه نیازسنجی را اجرا می نمایند. به دنبال برگزاری کارگاه نیازسنجی آموزشی در تابستان ۱۳۸۳ در تبریز توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت، دانشگاه های علوم پزشکی بوشهر و تبریز از سال ۱۳۸۳ به عنوان اولین دانشگاه ها اقدام به اجرای برنامه نیازسنجی نمودند. سایر دانشگاه ها نیز به تدریج در سال های بعد، این برنامه را اجرا کرده اند. برنامه نیازسنجی آموزشی از سال ۱۳۸۹ به عنوان یک برنامه کشوری توسط دفتر آموزش و ارتقای سلامت به دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ابلاغ گردید. بر اساس دستورالعمل ابلاغی، این برنامه می بایست هر ۲ سال یکبار اجرا گردد. از ۳۵ دانشکده/دانشگاه مذکور تعداد ۲۳ دانشگاه/ دانشکده بر اساس دستورالعمل کشوری، ۹ دانشکده/دانشگاه بر اساس دستورالعمل استانی و ۳ دانشکده/دانشگاه بر اساس ترکیبی از دستورالعمل کشوری و استانی اقدام نموده اند. توالی سالهای انجام برنامه در دانشکده/دانشگاه ها متفاوت بوده و از ۱ تا ۵ سال متغیر می باشد اما اکثر دانشگاه ها / دانشکده ها مدت زمان ۲ سال را در نظر گرفته اند (۱۸ مورد). در مورد سطح اجرای برنامه نیازسنجی اکثر قریب به اتفاق دانشگاه ها / دانشکده ها کلیه سطوح از معاونت بهداشتی تا خانه بهداشت را تحت پوشش برنامه قرار داده اند (۲۲ مورد)، در سایر دانشگاه ها / دانشکده ها یک یا چند سطح محیطی در برنامه نیازسنجی وارد نشده اند. از دانشگاه ها دانشکده های مجری برنامه نیازسنجی ۲۰ مورد عنوان کرده اند که نتایج نیازسنجی در مداخلات آموزشی و غیر آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد و ۱۵ دانشکده/دانشگاه نیز عنوان کرده اند که نتایج برنامه فقط برای مداخلات آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است. با بررسی انجام شده مشخص می گردد که علیرغم وجود دستورالعمل کشوری، رویه یکسانی در دانشگاه ها / دانشکده های 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 می گردد.

۳-۱- 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 شبکه های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارکنان ارائه دهنده خدمت در شبکه های 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 شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها و مرکز بهداشت استان تعیین و اولویت بندی 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) جمع آوری و اولویت بندی گردیده است. در انتخاب نمونه ها، 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 خانه های بهداشت و از تمام گروههای سنی به نسبت جمعیت آن گروه در طرح وارد شده اند. در فاز دوم مشکلات سلامت مردم از دیدگاه ارائه دهندگان خدمت جمع آوری و اولویت بندی شده اند. از بین افراد در پنج گروه شغلی اعم از پزشک، کارشناس و کاردانان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی، بهروز 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 جمع بندی، مجدداً به افراد برگردانده شده و آنها نیازها را با توجه به معیارهای مورد نظر امتیازدهی و در نهایت اولویت بندی می کنند. در فاز سوم و چهارم به ترتیب مشکلات سلامت مردم از دیدگاه مدیران و کارشناسان ستادی شبکه های بهداشت و درمان تحت پوشش دانشگاه و مدیران و کارشناسان ستادی حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه تعیین و اولویت بندی شد. بدین نحو که ابتدا به وسیله پرسشنامه باز مشکلات سلامت مردم از دیدگاه کارکنان واحدهای ستادی پرسیده شده و پس از جمع بندی در مرحله بعد پرسشنامه دوم جهت امتیاز دهی براساس معیارهای مورد نظر (ذکر شده در بالا و قسمت ابزار) در اختیار افراد همان واحدها قرار می گیرد و سپس بر اساس این امتیازها، عناوین اعلام شده اولویت بندی می گردد و پس از جمع بندی اولویت های هر فاز استخراج خواهد شد.



۲-۳- در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر تا سال ۱۳۸۸ نیازسنجی به صورت سالانه انجام می شد اما از سال ۱۳۸۹ به دنبال کشوری شدن برنامه نیازسنجی، به منظور هماهنگی با برنامه کشوری این برنامه هر ۲ سال یکبار انجام می شود. بر این اساس تیم های نیازسنجی در سطح معاونت بهداشتی، مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشتی درمانی شهری و مرکز بهداشتی درمانی روستایی تشکیل می شود. ترکیب اعضا طبق دستورالعمل کشوری می باشد و پس از اجرای فرایند نیازسنجی نهایتاً ۱۰ اولویت برای برنامه ریزی آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد. از این ۱۰ اولویت ۴ اولویت آن توسط تیم نیازسنجی معاونت بهداشتی تعیین می شود که در کلیه شهرستانها و مرکز محیطی در نظر گرفته می شود. ۱ اولویت نیز توسط تیم نیازسنجی در هر شهرستان مشخص می شود که برای کلیه مراکز محیطی آن شهرستان در نظر گرفته می شود. 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 می شود که با ۵ اولویت قبلی ۱۰ اولویت هر مرکز را تشکیل می دهند. 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 می شود که با ۵ اولویت تعیین شده توسط معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت شهرستان ۱۰ اولویت هر خانه بهداشت نیز تعیین می شود. اساس برنامه ریزی آموزشی در مرکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی شهری، پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت بر اساس همین اولویتهای بهداشتی می باشد، بطوریکه کلاس های آموزشی باید به گونه ای برنامه ریزی شوند که حدود ۶۰ الی ۷۰ درصد آنها براساس عناوین اولویتهای 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 می باشد:

- تدوین برنامه عملیاتی استانی در اسفند ماه سال قبل
- چاپ فرم های ۵ گانه مورد نیاز شهرستان ها براساس تعداد واحد های محیطی و ستادی شهرستان
- تشکیل جلسه توجیهی برنامه برای کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان ها در مرکز بهداشت استان و تحویل فرمهای مورد نیاز
- تدوین برنامه عملیاتی شهرستانی توسط کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت شهرستان ها
- تشکیل جلسه سیاست گذاری و برنامه ریزی 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 فرم ها به اعضای تیم سلامت
- تشکیل تیم سلامت در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی جهت استخراج لیست مشکلات برای ارائه در جلسه تیم
- تشکیل هیات امنا و انجام نیازسنجی سلامت توسط اعضای هیات امنا در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی
- ✓ تهیه لیست مشکلات - اولویت بندی مشکلات (فرم شماره ۲)
- ✓ تهیه لیست و اولویت بندی عوامل موثر در بروز مشکل اولویتدار (برای یک مشکل اولویتدار) (فرم شماره ۳)
- ✓ تهیه لیست و اولویت بندی راهکارها (مداخلات) برای سه عوامل موثر در بروز مشکل اولویتدار (فرم شماره ۴)
- ✓ تدوین برنامه عملیاتی برای یک راهکار اولویت دار هر عوامل موثر در بروز مشکل اولویتدار (فرم های شماره ۵)
- ✓ اجرای برنامه های تدوین شده (سه برنامه) براساس زمانبندی مربوطه
- تحویل فرم جمع بندی لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت به کارشناس آموزش و ارتقای سلامت شهرستان
- جمع بندی، تفکیک و تحویل لیست مشکلات سلامت مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت به واحد های کارشناسی شهرستانها
- تشکیل تیم و انجام نیازسنجی سلامت در واحد های کارشناسی مرکز بهداشت شهرستانها براساس مشکلات غیرقابل حل در مراکز و خانه های بهداشت، نظرات کارشناسی و اعضای تیم
- انجام نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستانها توسط اعضای گروه کاری سلامت و امنیت غذایی شهرستان با توجه مشکلات غیر قابل حل در گروه های کارشناسی شهرستان و نظرات اعضای تیم
- تحویل فرم جمع بندی لیست مشکلات سلامت مرکز بهداشت شهرستانها، مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت به گروه کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت استان



- تفکیک و تحویل نتایج نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستانها، مراکز بهداشتی درمانی و خانه های 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 باتوجه مشکلات غیرقابل حل در گروه های کارشناسی استان ونظرات اعضای تیم
- جمع آوری عملکرد برنامه نیازسنجی سلامت از شهرستان ها در هر ۶ ماه
- مستند سازی نیازسنجی سلامت استان و گزارش آن به کارگروه ایجاد ساختار و برنامه ریزی کارشناسان استانی و کارگروه آموزش سلامت استان

۳-۴- نیازسنجی سلامت در استان فارس بطور رسمی از سال ۱۳۸۵ در کلیه ی خانه های 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 سال هایی که می بایست نیازسنجی انجام شود، آغاز می گردد. با ابلاغ این دستورعمل مرکز بهداشت استان و مراکز بهداشت شهرستان ها ضمن تشکیل کارگروه نیازسنجی و آموزش افراد درگیر در این فرایند به نوبه خود نسبت به تعیین ۴ اولویت های سلامت استان (توسط کارگروه نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت استان) و یک اولویت سلامت هر شهرستان (توسط کارگروه نیازسنجی هر مرکز بهداشت شهرستان) اقدام می کنند. پس از پایان این مرحله و اعلام اولویت های استانی و شهرستانی به خانه های بهداشت، تیم نیازسنجی سلامت هر خانه بهداشت با ترکیب پزشک منطقه، ماما و دیگر کاردان های 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، تشکیل شده و پس از تشکیل جلسات اولیه و دریافت آموزش ابتدایی در خصوص اهداف و مراحل نیازسنجی سلامت و نیز آشنایی با وضعیت سلامت و شاخص های بهداشتی منطقه، نسبت به شناسایی و ثبت ۱۰ اولویت سلامت از دید هر یک از اعضای تیم نیازسنجی، اقدام می کنند. در مراحل بعدی نیاز های سلامت اعلام شده توسط اعضای تیم نیازسنجی خانه بهداشت، اولویت بندی شده و ۵ اولویت اول هر خانه بهداشت به مرکز بهداشت شهرستان ابلاغ می شود تا پس از تحلیل این نیازها و تعیین عوامل رفتاری و غیر رفتاری مرتبط با هر موضوع توسط کارشناسان ستادی مربوطه، گروه های هدف جهت انجام مداخله نیز تعیین شده و جهت اجرای عملی مداخلات به بهروزان هر یک از خانه های بهداشت بازگردانده شود. بهروزان نیز با برنامه ریزی قبلی سعی خواهند نمود در طی دو سال گروه های هدف تعیین شده را در خصوص عوامل رفتاری ایجاد کننده ی هر یک از نیازهای سلامت، تحت پوشش مداخلات آموزشی قرار دهند.

در ادامه اسامی و وضعیت دانشگاه ها / دانشکده هایی که اظهار کرده اند در حال حاضر نیاز سنجی در آنها اجرا می شود، آورده شده است. (پیوست

شماره ۱)



## ۴-

## منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه

- ۱-۴- 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 برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی مهیا می سازد. در این برنامه اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی که ۳۷ سال پیش در نشست آلماتا اعلام گردید و تا بحال نظام سلامت کشور توفیق قابل ملاحظه ای در تحقق آنها نداشته، اجرایی گردیده و می توان در سایه عملیاتی شدن این برنامه، به پنج اصل "عدالت در سلامت"، "مشارکت مردمی"، "همکاری بین بخشی" (و حتی مهمتر از آن "همکاری درون بخشی" که یک معضل حاد نظام سلامت فعلی است)، "بکارگیری تکنولوژی مناسب" و "ادغام یا جامعیت خدمات" دست یافت.
- ۲-۴- 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 جامعه ی مورد ارزیابی، اجرایی شود.
- ۳-۴- برای این برنامه، نام "**نیازسنجی سلامت جامعه**" انتخاب شد و مقرر شد تا علاوه بر مداخلات آموزشی در خصوص علل رفتاری، برای علل غیررفتاری نیازها نیز مداخله طراحی شود. در این برنامه، به **نظرات مردم، ارایه دهندگان خدمت و برنامه ریزان** با الگوی توافق سنج پرداخته و هر یک در جایگاه خود تحلیل می گردند. ضمناً برای اجرایی نمودن مداخلات غیررفتاری، 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 برنامه ریزان برسد و با حذف ارایه خدمات موازی، چاره ای برای خلاء های خدمتی بیندیشند یا بعبارتی "**رفرم شبکه**" را پی ریزی نمایند. مسلماً **جمع آوری نیازها و طبقه بندی 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.
- ۵-۴- **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.
- ۶-۴- طراحی برنامه در فیلد اجرایی و با حضور نمایندگان دانشگاهها انجام شده و از تجارب موفق آنها در برنامه استفاده گردد.
- ۷-۴- این برنامه یک **جزء اساسی در برنامه پزشک خانواده است** و بدون شک، پزشک خانواده ای که از مشکلات و نیازهای سلامت منطقه خود در چارچوب یک برنامه مدون و مستمر آگاه نباشد، نمی تواند برنامه ریز خوبی برای فیلد خود باشد. بنابراین این برنامه باید در چک لیست ارزشیابی آنها قرار گیرد.
- ۸-۴- حمایت طلبی از سازمانهای برون بخشی در خصوص اجرای مداخلات غیررفتاری در سطح ملی انجام شده و با توجه به تجارب دانشگاهها، تفاهم نامه ای با وزارت کشور برای همکاری مشترک منعقد گردد.
- ۹-۴- برای اصلاح فرایندهای اجرایی و بررسی قابلیت اجرایی برنامه، اجرای آزمایشی برنامه در حدود ۴ دانشگاه امری ضروری است.
- ۱۰-۴- پیش بینی بازنگری دو سالانه برنامه برای ارتقای کمی و کیفی آن، نیازمند نظارت صحیح برنامه از طریق ستاد و دانشگاههاست، لذا تشکیل کارگروه کشوری نیازسنجی سلامت با حضور حداقل ۱۰ دانشگاه برای نظارت بر حسن اجرای برنامه در دستور کار باید قرار گیرد.



## ۵- روند طراحی برنامه

با توجه به تجربه حدود بیست ساله برنامه در کشور، تصمیم گرفته شد تا دانشگاههای صاحب سبک در این زمینه شناسایی شده و طبق یک برنامه زمان بندی، 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 شیوه نامه نیازسنجی سلامت انتخاب شدند. از سطح ستاد وزارتی نیز به لحاظ قرابت برنامه CBI با برنامه نیازسنجی و کار مشارکت مردمی، نماینده ای از دبیرخانه CBI نیز برای شرکت در جلسات این گروه دعوت شد. در اولین نشست کشوری که در خرداد ماه 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 برنامه های 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 پیش نویس 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 یک زبان 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 مداخله ای برای علل غیررفتاری و فرآیندهای برون بخشی بعنوان یک تجربه موفق در برنامه کشوری لحاظ گردد. در ضمن، پرداختن به اصول برنامه ریزی در تجربه اصفهان، نکته قابل تعمق در برنامه کشوری شناخته شده و تجربه شیراز و بوشهر نیز در اصلاح فرآیندها و ساختار برنامه ای فعلی که در کشور اجرا می گردد، کاملا راهگشا بوده و در برنامه ریزی باید مد نظر قرار گیرد.

در نشست دوم که در مرداد ماه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد، ضمن بازدید از فیلد شهرستان زرقان و بحث بر روی نتایج پیش نویس "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، کار کرده و برای جلسه بعد گزارش آن را ارایه نمایند.

کار اصلی و قدم اول اجرایی، در نشست مهرماه 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 پیش نیازهای آموزشی آنها تصمیم گیری شود. در این نشست دو روزه، بحثها با تنش های بسیار زیادی بین اعضا مطرح و از آنجاییکه گروه در یک فیلد جدیدی از برنامه قرار داشتند، اجازه داده شد تا بحث ها بطور کامل شنیده شده و از طرف گروه برای تک تک آنها پاسخ مناسبی ارایه شود تا ابهامی در هر مرحله باقی نماند. علیرغم اینکه سرعت پیشرفت مباحث بسیار کند بود ولی نتایج بسیار رضایت بخش بود و بالاخره گروه در مسیر برنامه قرار گرفته و کار از شرح مقدمات طولانی که در دو جلسه قبل، تکرار مکررات می شد، خارج شده و حرکت رو به جلوی برنامه کاملا محسوس بود. تغییرات اصولی که نسبت به برنامه سال ۸۹ وجود داشت، نیازمند منطقی کافی برای طرح موضوع بود. حاصل این نشست پیشرفت ۸۰ درصدی برنامه از سطح روستا تا سطح شهرستان بود و این روند با پیش نویسی که در نشست چهارم در اصفهان ارایه شد، تکمیل شد و مقوله شهر و سطوح بالاتر تا سطح وزارتی جمع بندی نهایی شد. در پایان نیز بخش های 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 ماه 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 پیش نویس 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 تسهیل گری و طرح درس، مکلف به طراحی طرح درس عناوین آموزشی در شیوه نامه شدند تا این طرح درس ها 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 برنامه ریزی شده است. در این برنامه بدلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیررفتاری در سطوح محیطی روستایی، در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری، بدلیل 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 می توان برای سایر اولویت ها با نظر مرکز بهداشت شهرستان برنامه ریزی انجام شود. وجه تمایز این برنامه از برنامه پیشین، تعیین اولویت های سطوح بالاتر بر اساس فهرست نیازهای سطوح محیطی است. در این مرحله نیازهایی که فراوانی بیشتری دارد و یا قابلیت مداخله در سطوح پایین تر را ندارد، جزو اولویت های سطوح بالاتر قرار می گیرد. تقویم اجرایی برنامه به مدت ۲ تا ۴ ماه سال پیش بینی شده و به دلیل زمان بری مداخلات در خصوص علل غیررفتاری، فواصل اجرای هر دوره نیازسنجی دو سال است.

گام های اجرایی برنامه از سطوح محیطی تا سطح وزارتی بشرح زیر پیش بینی گردیده است:

### ۱- سطوح محیطی روستایی:

سطوح محیطی شامل تشکیل گروه نیازسنجی سلامت، شرکت در دوره های توجیهی - آموزشی، تعیین نیازها، پاکسازی و هماهنگی ثبت نیازها، اولویت بندی 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، بعنوان 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 (یا مربی) و یک نفر از بهورزان خانه بهداشت

۱-۱-۲. تیم مسوولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رییس شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و .....

۱-۱-۳. تیم سرخوشه ها متشکل از ۳ تا ۵ نفر از سرخوشه ها با هماهنگی بهورز/ بهورزان خانه بهداشت که به شرح زیر تعیین می گردند:

(در صورت عدم امکان بکارگیری سرخوشه، می توان 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 می شود. پس از توجیه این افراد و قبول کردن وظیفه رابط نیازسنجی خوشه خود، بعنوان رابط آن خوشه عضو تیم خواهد شد.

#### ۱-۲- 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 تیم های مسوولین و سرخوشه ها برگزار می نماید.





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

ردیف	عنوان مهارت	تیم سلامت	تیم های مسوولین و سرخوشه ها	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	*	*	این دوره برای تیم سلامت در قالب یک کارگاه ۶ ساعته و برای تیم مسوولین و سرخوشه ها در یک جلسه ۲ ساعته ارائه می گردد
۲	آشنایی با مشکلات سلامت منطقه		*	
۳	مهارت های ارتباطی	*	*	
۴	فنون جلب مشارکت همه جانبه	*	*	
۵	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	*	*	
۶	کار گروهی	*	*	

### ۳-۱- تعیین نیازها:

در این مرحله، تعیین نیازها توسط تیم نیازسنجی سلامت و در سه لیست جداگانه تا حداکثر ۲۰ عنوان، بشرح زیر انجام می شود:  
۱-۳-۱. تیم سلامت:

تیم سلامت خانه بهداشت با هماهنگی کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان و پس خوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، مبادرت به تعیین نیازهای سلامت خانه بهداشت می کند. (طبق فرم شماره ۲، پیوست ۳)  
۲-۳-۱. تیم مسوولین و معتمدین:

مسوولین و معتمدین محلی در جلسه ای با حضور پزشک / کارشناس مرکز و با دعوت دهیار و پیگیری بهورز، لیست نیازهای سلامت مد نظر خود را تنظیم می کنند. لازم به ذکر است که باید بهورز به آنها متذکر شود که این نیازها باید بر اساس فراوانی مراجعات مردم/دانش آموزان 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 ۴، پیوست ۳)  
۳-۳-۱. تیم سرخوشه ها:

برای تعیین نیازهای سلامت توسط تیم سرخوشه ها، ابتدا بهورز باید لیست اسامی یک نمونه تصادفی را بشرح 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 نمونه گیری: روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک از پرونده های خانوار با در نظر گرفتن حجم نمونه مساوی برای هر دو جنس و گروه های سنی در ۴ گروه زیر ۱۸ سال، ۱۹ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۰ سال و بالای ۶۰ سال.

سپس سرخوشه ها با مراجعه به افراد تحت پوشش محدوده جغرافیایی خود، نیازهای سلامتی آنها را لیست می کنند (طبق فرم شماره ۴-۱، پیوست ۳) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها و به ترتیب اولویت با کمک بهورز در قالب یک لیست تنظیم می کنند. (طبق فرم شماره ۴، 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 غیرمرتبط با سلامت حذف می گردد.



**۵-۱- اولویت بندی**

۱-۵-۱. اولویت بندی اولیه:

۱-۵-۱.۱. **تیم سلامت:** بر اساس فرم شماره ۳، تیم سلامت اولویت بندی خود را مجزا انجام می دهد.

۱-۵-۱.۲. **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، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم شماره ۴)

۱-۵-۱.۳. **سرخوشه ها:** این نیازها با نظارت بهورز، بر اساس فراوانی آنها اولویت بندی شده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه،

با تعامل پزشک یا کارشناس/ کاردان ناظر، اولویت بندی انجام می شود. (طبق فرم ۴)

۱-۵-۲. اولویت بندی نهایی:

برای تهیه فهرست نهایی نیازهای خانه بهداشت و اولویت بندی آن، با حضور تمامی اعضای تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا سه لیست نیاز های اولویت بندی شده را کنار هم قرار داده می شود. سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، عدد آخرین اولویت این لیست، بعلاوه یک، بعنوان عدد ثابت در این اولویت بندی تعیین می شود. مثلا اگر لیست تیم سلامت ۱۴ اولویت، تیم مسوولین محلی ۷ اولویت و تیم رابطین یا سرخوشه ها 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 می شود. سپس شماره اولویت هر کدام از مشکلات و نیازها در لیستهای مختلف، جلوی آن نوشته شده و با هم جمع می شود. 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 می شود.

**۶-۱- ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان**

لیست اولویت بندی شده نیازها از خانه های بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی روستایی ارسال شده و در مرکز نیز این لیستها به ترتیب

اولویت و به تفکیک خانه های بهداشت تحت پوشش، به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. (طبق فرم شماره ۶)

**۲- سطوح محیطی شهری**

وظایف این سطوح محیطی همانند سطوح محیطی روستایی است ولی برخلاف روستاها که نیازسنجی به تفکیک خانه های بهداشت انجام می شد، در شهرها، نیازسنجی در سطح مراکز انجام می شود و تمامی پایگاههای یک مرکز با هم در اجرای آن مشارکت می کنند.

**۱-۲- 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، بعنوان رییس تیم نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود: (یکی از کارشناسان مرکز، دبیر تیم است)

۱-۲-۱. تیم سلامت شامل مسوول مرکز/ پزشک و کارشناسان / کاردانان مرکز، و یک نفر از مراقبین سلامت هر پایگاه بهداشتی

۱-۲-۲. تیم مسوولین محلی مانند شورایارهای محلات، شهردار منطقه و انتخاب معتمدین از روحانیون مساجد، یک مدیر از هر مقطع

تحصیلی مدارس (دبستان و متوسطه اول و دوم به تفکیک دخترانه و پسرانه)، بسیج، کلانتری، خیرین، سازمان های مردم نهاد

(NGO)، اتحادیه و صنوف (حدود اعضای این تیم بین ۷ تا ۱۲ نفر باید باشند)

۱-۲-۳. تیم سرخوشه ها (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، بجز در خصوص تیم سرخوشه که بشرح زیر انجام می شود:  
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 نمونه گیری به ترتیب اولویت، از طریق کد ملی فرم سرشماری، کدپستی، بصورت خوشه ای یا پرونده خانوار با در نظر گرفتن حجم نمون مساوی در هر دو جنس و به تفکیک ۴ گروه های 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 می کنند (طبق فرم شماره ۴-۱، پیوست ۳) و در نهایت فهرست تمامی نیازها را بر اساس فراوانی آنها تنظیم می کنند.

**۴-۲- هماهنگی ثبت نیازها:**

همانند سطوح محیطی روستایی است

**۵-۲- اولویت بندی**

همانند سطوح محیطی روستایی است

**۶-۲- ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان**

لیست اولویت بندی شده نیازها در مرکز دسته بندی شده و با تعیین اولویت اول به همراه سایر نیازهای مرکز به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شود. (فرم شماره ۶)



### 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 اولویت بندی مجدد سایر نیازهای محیطی برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک واحدهای کارشناسی مرکز بهداشت شهرستان است.

#### ۱-۳- تشکیل کارگروه نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در مرکز بهداشت شهرستان، رییس مرکز بهداشت شهرستان بعنوان 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 بعنوان اعضای کارگروه ابلاغ می زند.

#### ۲-۳- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

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

جدول شماره ۱-۲: مهارت های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت مرکز بهداشت شهرستان

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی 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 اولویتهای 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 می دهد تا مداخله مورد نیاز آن، توسط مرکز بهداشت شهرستان با همکاری سطوح محیطی ذیربط انجام شود. در غیر اینصورت این اولویتهای برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح محیطی به واحد تخصصی ارجاع داده می شود.

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 می شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح محیطی خارج شده و اولویت بعدی در دستور کار قرار می گیرد. در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح محیطی، آنها می توانند با تحلیل های انجام شده و از بین عوامل موثر، 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)



۳-۴-

**اولویت بندی مجدد سایر نیازهای ارسالی از سوی سطوح محیطی**

دبیر کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان موظف است تا لیستی از سایر نیازهای ارسالی از سطوح محیطی (بغیر از اولویتهای تایید شده) را به تفکیک واحدهای تخصصی و بر اساس اولویت فراوانی (فرم شماره ۳) تهیه کرده و به واحدهای تخصصی ارسال نماید. بدیهی است واحدهای تخصصی که در مرحله قبل، اولییتی نداشته اند، موظفند تا پس از اولویت بندی 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)

۳-۵-

**ارسال اولویتهای سطوح محیطی و سطح شهرستان به دانشگاه**

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

**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 اولویت بندی مجدد سایر نیازهای سطح شهرستان برای انتخاب حداقل یک اولویت به تفکیک گروههای کارشناسی ستاد معاونت بهداشتی است.

**۴-۱- تشکیل گروه نیازسنجی سلامت**

برای انجام نیازسنجی سلامت در معاونت بهداشتی، معاون بهداشتی بعنوان رییس 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 بهداشتی، یک نماینده را تعیین کرده و به عنوان اعضای کارگروه ابلاغ می زند.

۴-۲-

**برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی**

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

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

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی 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 دسته بندی شده و در صورت فراوانی آن اولویت در بیش از ۳۰ درصد شهرستانهای تحت پوشش، بعنوان اولویت دانشکده / دانشگاه به گروه تخصصی ارجاع می دهد تا مداخله مورد نیاز آن توسط معاونت بهداشتی دانشکده / دانشگاه با همکاری سطوح شهرستانی ذیربط انجام شود. در غیر اینصورت این اولویتها برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح شهرستانی به گروه تخصصی ارجاع داده می شود.

حال اگر در تعامل انجام شده، 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 می شود. بدیهی است این نیاز از فهرست اولویت سطوح شهرستانی خارج شده و اولویت بعدی در دستور کار قرار می گیرد. در صورت اجرایی بودن مداخله در سطوح شهرستانی، آنها می توانند با تحلیل های انجام شده و از بین عوامل موثر، 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- اولویت بندی 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 (بغیر از اولویتهای تایید شده) را به تفکیک گروههای تخصصی و بر اساس اولویت فراوانی (فرم شماره ۳) تهیه کرده و به آنها ارسال نماید. بدیهی است واحدهای تخصصی که در مرحله قبل، اولییتی نداشته اند، موظفند تا پس از اولویت بندی 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)

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

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

### 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 اولویت بندی 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 بعنوان رییس 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 به عنوان اعضای کارگروه ابلاغ می زند.



**۲-۵- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی**

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده در جدول شماره ۵-۱، اعضای کارگروه باید جلسات توجیهی و آموزشی خود را بگذرانند.

جدول شماره ۴-۱: مهارت های مورد نیاز برای برنامه نیازسنجی سلامت حوزه معاونت بهداشتی وزارت

ردیف	عنوان مهارت	زمان
۱	توجیه برنامه نیازسنجی سلامت	بصورت کارگاه ۲ روزه
۲	مهارت های ارتباطی	
۳	فنون جلب مشارکت همه جانبه	
۴	برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی	
۵	برنامه ریزی 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 دسته بندی شده و برای تحلیل و طراحی مداخله با مشارکت سطوح دانشگاهی به دفاتر یا مراکز ذیربط ارجاع داده می شود. 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 می شود. بدیهی است در صورت اجرایی بودن مداخله در سطح وزارتی، آنها می توانند با تحلیل های 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- اولویت بندی 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 (فرم شماره ۳) تهیه کرده و به آنها ارسال نماید. بدیهی است دفاتر و مراکز که در مرحله قبل، اولویتی نداشته اند، موظفند تا پس از اولویت بندی 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)



- 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://[www.kho.edu.tr/enstitu/aktiviteler/nato/public\\_html/pdf](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 assesment 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 assesment. (2000). from Availabe from:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/pdffiles/needs](http://www.who.int/substance_abuse/pdffiles/needs). Assessment. Pdf
- Yarmohammadian, H., & Bahrami, S. (2005). *Needs assesment 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 assesment models*.





پیوست ۱

جدول وضعیت اجرای

برنامه نیازسنجی در دانشگاهها



ردیف	دانشکده/دانشگاه	سال شروع	نوع دستورالعمل		تواتر اجرا بر حسب	سطوح اجرای برنامه نیازسنجی								
			استانی	کشوری		معاونت بهداشتی	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت	مداخلات آموزشی	مداخلات غیر آموزشی		
۱	آبادان	۹۴	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۲	اردبیل	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۳	ارومیه	۸۸	*	*	۴	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۴	اسفراین	۸۴	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۵	اصفهان	۸۴	*	*	۵	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۶	البرز	۹۱	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۷	اهواز	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۸	ایران	۸۶	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		۹۴	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۹	ایرانشهر	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۰	بوشهر	۸۳	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۱	بهبهان	۸۸	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۲	بیرجند	۸۸	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۳	تبریز	۸۵	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۴	تربت حیدریه	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۵	تهران	۹۰	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۶	چیرفت	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۷	خراسان شمالی	۸۸	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۸	زابل	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۱۹	زاهدان	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۰	زنجان	۹۰	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*	*



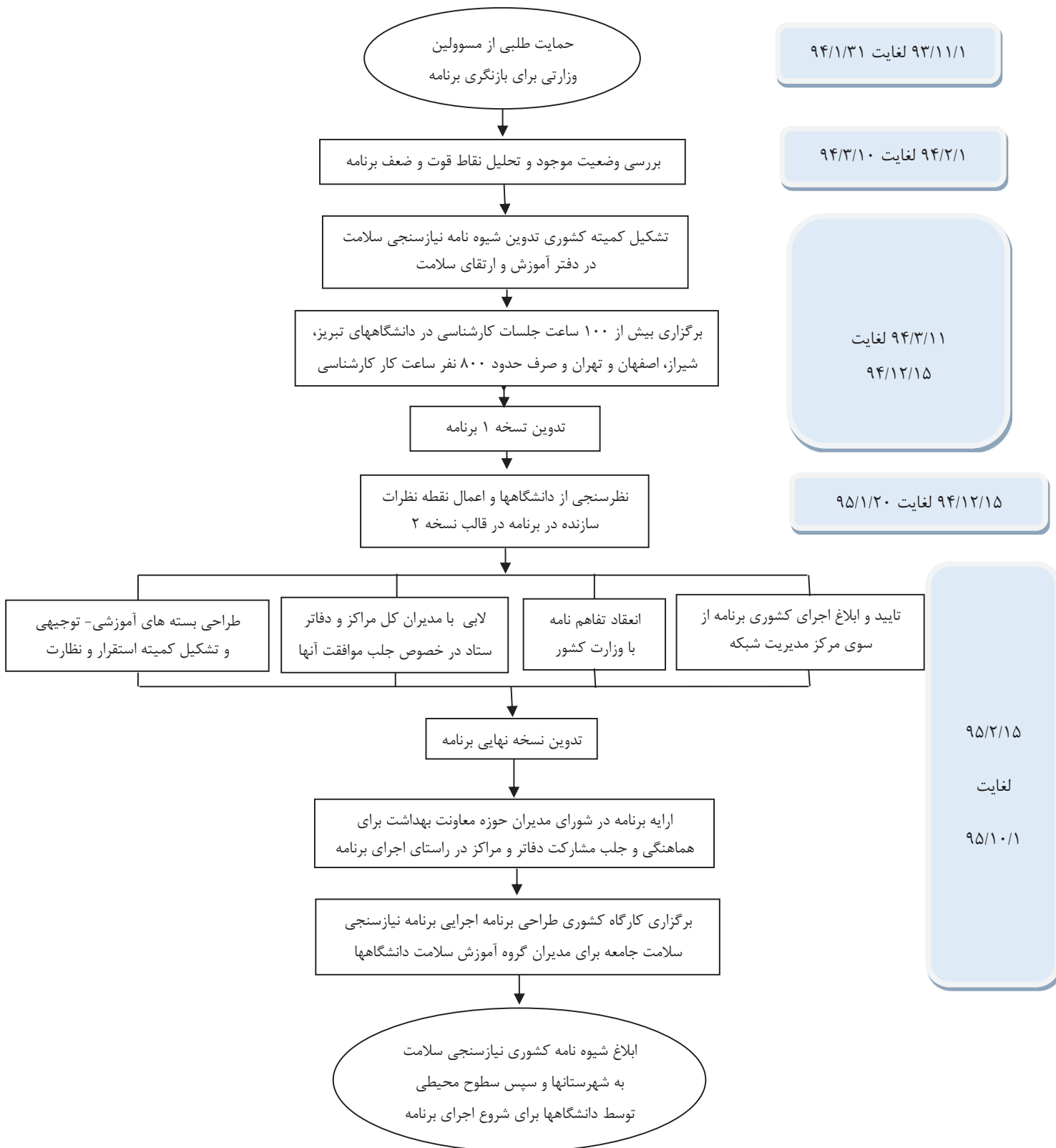
ردیف	دانشکده/دانشگاه	سال شروع	نوع دستورات عمل		تواتر اجرا	سطوح اجرای برنامه نیازسنجی							
			استانی	کشوری		معاونت بهداشتی	مرکز بهداشت شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی	پایگاه بهداشتی	خانه بهداشت	نحوه استفاده از نتایج		
۲۱	ساوه	۸۳	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۲	سبزوار	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۳	سمنان	۹۱	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۴	شاهرود	۹۱	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۵	شهرکرد	۸۹	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۶	شهیدبهشتی	۸۴	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۷	شیراز	۸۵	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۸	کردستان	۸۹	*	*	۵	*	*	*	*	*	*	*	*
۲۹	کرمانشاه	۸۹	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۰	گلستان	۸۹	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۱	گیلانه	۸۹	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۲	گیلان	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۳	لرستان	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۴	مازندران	۹۰	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۵	مرغه	۸۶	*	*	۱	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۶	مرکزی	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۷	مشهد	۸۹	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۸	نیشابور	۹۰	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*
۳۹	هرمزگان	۹۳	*	*	برحسب نیاز	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۰	یاسوج	۸۹	*	*	۳	*	*	*	*	*	*	*	*
۴۱	یزد	۹۱	*	*	۲	*	*	*	*	*	*	*	*



## پیوست ۲

### فرآیند اجرایی ابلاغ برنامه





### پیوست ۳

### فرم ها و صورتجلسات



## متن ابلاغ اعضای تیم سلامت جامعه

## بسمه تعالی

شماره :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تاریخ :

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 می باشد و در این راستا همکاری گروهی جهت یافتن و اولویت بندی کردن مشکلات سلامت جهت برنامه ریزی صحیح باهدف حل این مشکلات می تواند به افزایش بهره وری نظام سلامت کشور کمک کند. براین اساس مرکز بهداشتی درمانی / مرکز سلامت جامعه ..... / 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 تحت الشعاع قرار می دهند، می گردد. لذا نظر به شایستگی و علاقه مندی شما به مسائل بهداشتی بدین وسیله به عضویت در این تیم منصوب می گردید. امید است با استعانت از الطاف بی دریغ پروردگار یکتا این امر موجبات خدمات بهینه به جامعه را فراهم نماید.

با تشکر

.....

رئیس تیم نیازسنجی سلامت جامعه



متن دعوتنامه جلسات اعضای تیم سلامت جامعه

### بسمه تعالی

شماره:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تاریخ:

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 بدین وسیله از شما دعوت بعمل می آید در اولین / ..... جلسه تیم نیازسنجی سلامت که در تاریخ ..... از

ساعت..... لغایت ..... در محل..... برگزار خواهد شد، شخصا شرکت فرمائید.

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	سمت و امضاء



## دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست نیازهای سلامت در تیم سلامت

- ✓ این فرم قبل از تشکیل تیم نیازسنجی سلامت جامعه در کلیه واحد های سطوح محیطی (مراکز خدمات جامع سلامت، مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت) جهت استخراج مشکلات سلامت توسط هر یک از اعضای تیم تکمیل گردیده و سپس در جلسه تیم سلامت جمع بندی و اولویت بندی می گردد.
- ✓ در جدول نام واحد بهداشتی (مرکز بهداشتی درمانی / مرکز خدمات جامع سلامت / خانه بهداشت) که تیم سلامت در آن تشکیل شده ثبت می گردد.
- ✓ در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.
- ✓ درستون 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 می شود، نوشته خواهد شد .
- ✓ درستون منابع اخذ (استخراج) نیاز: شاخص یا شاخص ها مثلا ( درصد دفع غیر بهداشتی زباله / درصد افراد دارای فشارخون بالا و..... ) و در صورت نبود شاخص نظر کارشناسی / مشاهده / پسخوراند و ... ثبت خواهد شد .
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و درستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .





## دستورالعمل تکمیل فرم اولویت بندی 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 می گردد.
  ۳. در ستون لیست مشکلات سلامت **منطقه تحت پوشش**: اعضای تیم سلامت، فهرست مشکلات سلامت تعیین شده را لیست می کنند.
  ۴. در ستون **شاخص فعلی مشکل**: با توجه به مشکل سلامت لیست شده، در صورت داشتن شاخص، آخرین شاخص آن را ثبت می کنند.
  ۵. در ستون **تعیین میزان اولویت مشکل**: مشکلات سلامت براساس معیارهای تعیین شده توسط تیم سلامت اولویت بندی می شوند. 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 صورتیکه 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 می دهند همچنین اعضای تیم می توانند علاوه بر معیارهای مندرج در این ستون ها از معیارهای دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی نوشته و براساس ستون های قبلی امتیاز دهد.
  ۶. در ستون **جمع نمرات**: مجموع نمرات اعضا را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند.
  ۷. در ستون **رتبه مشکل**: با توجه به جمع نمرات هر یک 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 رتبه بندی 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

## وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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

فرم تعیین نیازهای سلامت و اولویت بندی آنها در تیم مسوولین و معتمدین / سرخوشه ها

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



## دستورالعمل تکمیل فرم تعیین فهرست و اولویت بندی نیازهای سلامت در تیم مسوولین و معتمدین / سرخوشه ها

- ✓ این فرم در زمان برگزاری جلسات آموزشی – توجیهی در اختیار اعضای تیم مسوولین و معتمدین و سرخوشه ها قرار داده می شود. آنها بر اساس مشکلات سلامتی که به آنها مراجعه شده و یا از مردم پرسشگری می کنند، فرم را تکمیل کرده و برای ارائه در جلسه تیم نیازسنجی سلامت جامعه، همراه خود می آورند تا پس از یکسان سازی و هماهنگی آنها، توسط اعضای هر تیم جمع بندی و اولویت بندی شود.
- ✓ در قسمت تاریخ جلسه : تاریخ تشکیل جلسه از جمله روز / ماه / سال ثبت خواهد شد.
- ✓ درستون فهرست نیازهای سلامت : مشکل / مشکلات سلامتی که اهالی منطقه به آنها مراجعه داشته و یا ذکر کرده اند را به ترتیب اولویت ثبت می کنند.
- ✓ درستون فراوانی: در این ستون فراوانی مراجعات و یا تعداد اهالی منطقه که آن مشکل را مطرح کرده اند را می نویسند.
- ✓ درستون اعضای شرکت کننده : اسامی شرکت کنندگان - سمت اعضای شرکت کننده ثبت و در ستون امضا توسط اعضای شرکت کننده امضا خواهد شد .



فرم شماره ۴-۱

## 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: .....

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

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶

-۷

-۸

.

.

.

.

.

.

.

.





فرم شماره ۵

## وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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

## فهرست و اولویت بندی 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
		سرخوشه ها	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 سرخوشه ها			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 به ترتیب اولویت در سطوح محیطی روستایی  
 نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی..... تاریخ تنظیم ..... نام شهرستان .....

مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	مشکلات سلامت خانه بهداشت .....	رتبه اولویت

مشکلات به ترتیب اولویت ثبت می گردد



فرم شماره ۷

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
فرم بررسی و اولویت بندی عوامل مؤثر در بروز مشکل اولویت دار سلامت

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

عنوان مشکل اولویت دار: .....

گروه / گروه های هدف: .....

رتبه عامل	تعیین میزان اولویت عوامل مؤثر بر بروز مشکل										عوامل رفتاری مؤثر در بروز مشکل	ردیف		
	جمع نمرات	اثر بخشی مداخله	امکان مداخله	فوریت مداخله	شدت مشکل	شیوع و فراوانی	جمع نمرات	اثر بخشی مداخله	امکان مداخله	فوریت مداخله			شدت مشکل	شیوع و فراوانی
	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		
رتبه عامل	جمع نمرات	اثر بخشی مداخله	امکان مداخله	فوریت مداخله	شدت مشکل	شیوع و فراوانی	جمع نمرات	اثر بخشی مداخله	امکان مداخله	فوریت مداخله	شدت مشکل	شیوع و فراوانی	عوامل غیر رفتاری مؤثر در بروز مشکل	ردیف
	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵	۱-۵		

## دستورالعمل تکمیل فرم بررسی عوامل موثر در بروز مشکل اولویت دار سلامت

- ۱- این فرم توسط اعضای تیم نیازسنجی سلامت جامعه تکمیل خواهد شد
  - ۲- در قسمت دوم بالای فرم : عنوان مشکل سلامت اولویت دار تایید شده از سطح شهرستان را ثبت کرده و گروه و یا گروههای که بطور مستقیم با مشکل اولویت دار مواجه می باشند، در ستون بعد درج می گردند .
  - ۳- در ستون ردیف : اعداد از شماره یک تا ..... بسته به تعداد عوامل موثر که موجب بروز مشکل اولویت دار شده توسط اعضای تیم ثبت می گردد .
  - ۴- در ستون تعیین میزان اولویت عوامل : با توجه به معیار ها عوامل موثر را اولویت بندی می نمایند. باید توجه کنند که در دادن نمره به معیارهای مورد نظر به ترتیب کمترین تاثیر در بروز مشکل نمره ۱ ، در صورتیکه 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 می دهند همچنین اعضا می توانند علاوه بر معیار های مندرج در این ستون ها از معیار های دیگری نیز استفاده کرده آن را در ستون خالی اولویت بندی تعیین کرده و امتیاز دهند.
  - ۵- در ستون جمع نمرات : مجموع نمرات را در هر ردیف جمع بندی و جمع آن را در ستون مربوطه درج می کنند.
  - ۶- در ستون رتبه مشکل: با توجه به جمع نمرات هر یک از عوامل موثر در بروز مشکل، عاملی که بیشترین نمره را آورده رتبه اول و بقیه براساس آن با توجه به تعداد عوامل لیست شده رتبه بندی و رتبه مربوطه هر عامل در ردیف مربوطه ثبت خواهد شد .
- \* در بالای فرم شماره گذاشته شود زیرا ممکن است برای تکمیل به چند صفحه از فرم مربوطه مورد نیاز باشد



## پیوست ۴

### فهرست استاندارد شده نیازها (مشکلات سلامت)



ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان	ردیف	عنوان
۱	دیابت	۲۵	افسردگی	۴۹	سوانح و حوادث ترافیکی	۷۳	مصرف خودسرانه داروها	۱	دیابت
۲	فشار خون بالا	۲۶	استرس و اضطراب	۵۰	مالاریا	۷۴	یانسگی	۲	فشار خون بالا
۳	بیماری قلبی عروقی	۲۷	خودکشی	۵۱	سالک ، کالازار	۷۵	عوارض اشعه های مغناطیس ناشی از موبایل	۳	بیماری قلبی عروقی
۴	سرطان دستگاه تنفس (حیجره-ریه)	۲۸	بیماریهای انگلی دستگاه گوارش	۵۲	سرطان پوست	۷۶	هیپو تیروئیدی نوزادان	۴	سرطان دستگاه تنفس (حیجره-ریه)
۵	سرطان پستان	۲۹	سوء تغذیه	۵۳	اختلال رشد کودکان	۷۷	اضافه وزن و چاقی	۵	سرطان پستان
۶	عوارض دوران بارداری و پس از زایمان	۳۰	سل	۵۴	تالاسمی	۷۸	اسکولوز	۶	عوارض دوران بارداری و پس از زایمان
۷	سرطان دستگاه گوارش تحتانی	۳۱	عفونت های دستگاه تناسلی زنان	۵۵	مسمومیت های غیر غذایی	۷۹	کیفوز (قوز بودن پشت)	۷	سرطان دستگاه گوارش تحتانی
۸	کم خونی فقر آهن	۳۲	بیماریهای منتقله از راه جنسی	۵۶	آبله مرغان	۸۰	نقص مادرزادی در نوزادان متولد شده	۸	کم خونی فقر آهن
۹	HIV/AIDS	۳۳	مرگ مادران باردار	۵۷	اوربون	۸۱	نارسایی مزمن کلیه	۹	HIV/AIDS
۱۰	هیپاتیت ب	۳۴	سزارین	۵۸	بیماریهای شغلی	۸۲	بیماریهای پوستی	۱۰	هیپاتیت ب
۱۱	هیپاتیت آ	۳۵	سوانح و حوادث در کودکان	۵۹	بیماریهای مزمن تنفسی شغلی	۸۳	مضرات استفاده از سموم کشاورزی	۱۱	هیپاتیت آ
۱۲	اختلالات رفتاری دانش آموزان	۳۶	سوء مصرف مواد (مواد مخدر-محرک - نپروزا)	۶۰	سرطان دستگاه گوارش فوقانی (مری، معده و روده باریک)	۸۴	کریکتیکروس	۱۲	اختلالات رفتاری دانش آموزان
۱۳	بیماریهای حاد تنفسی (آنفلوآنزا، سینوزیت، پنومونی)	۳۷	زایمان زودرس	۶۱	کودک آزاری	۸۵	پای دیابتی	۱۳	بیماریهای حاد تنفسی (آنفلوآنزا، سینوزیت، پنومونی)
۱۴	بیماری های منتقله از ناقلین	۳۸	عوارض عدم تغذیه با شیر مادر	۶۲	خشونت علیه زنان	۸۶	دفع غیربهداشتی زباله	۱۴	بیماری های منتقله از ناقلین
۱۵	بی اختیاری ادرار در دوران سالمندی	۳۹	شپش	۶۳	گواتر	۸۷	دفع غیربهداشتی فضلاب	۱۵	بی اختیاری ادرار در دوران سالمندی
۱۶	اختلالات بینایی و شنوایی در دوران سالمندی	۴۰	گال	۶۴	صرع	۸۸	دفع غیربهداشتی فضولات حیوانی	۱۶	اختلالات بینایی و شنوایی در دوران سالمندی
۱۷	سقوط و عدم تعادل در دوران سالمندی	۴۱	کچلی	۶۵	عقب ماندگی ذهنی	۸۹	کم تحرکی	۱۷	سقوط و عدم تعادل در دوران سالمندی
۱۸	افسردگی و اختلال خواب در دوران سالمندی	۴۲	بیماریهای دهان و دندان	۶۶	اعتیاد به مصرف دخانیات	۹۰	سرطان دهانه رحم	۱۸	افسردگی و اختلال خواب در دوران سالمندی
۱۹	مشکلات گوارشی در دوران سالمندی	۴۳	هاری	۶۷	بیماریهای ناشی از آلودگی هوا	۹۱	سرطان تخمدان	۱۹	مشکلات گوارشی در دوران سالمندی
۲۰	دمانس و فراموشی در دوران سالمندی	۴۴	کمردرد	۶۸	عوارض پرجمعیت بودن خانوار	۹۲	سرطان پروستات	۲۰	دمانس و فراموشی در دوران سالمندی
۲۱	بیماریهای منتقله از راه تزریق مشترک	۴۵	مسمومیت های غذایی	۶۹	مشکلات بلوغ دختران	۹۳	سرطان بیضه	۲۱	بیماریهای منتقله از راه تزریق مشترک
۲۲	تب مالت	۴۶	آسم	۷۰	مشکلات بلوغ پسران	۹۴	عدم مهارت های زندگی	۲۲	تب مالت
۲۳	بیماری های اسهالی	۴۷	حاملگی ناخواسته	۷۱	تب های خونریزی دهنده	۹۵	آب آشامیدنی ناسالم	۲۳	بیماری های اسهالی
۲۴	استوئوز	۴۸	سوانح و حوادث خانگی	۷۲	آلرژیک (بیماری فراموشی)	۹۶	سبزیجات ناسالم	۲۴	استوئوز



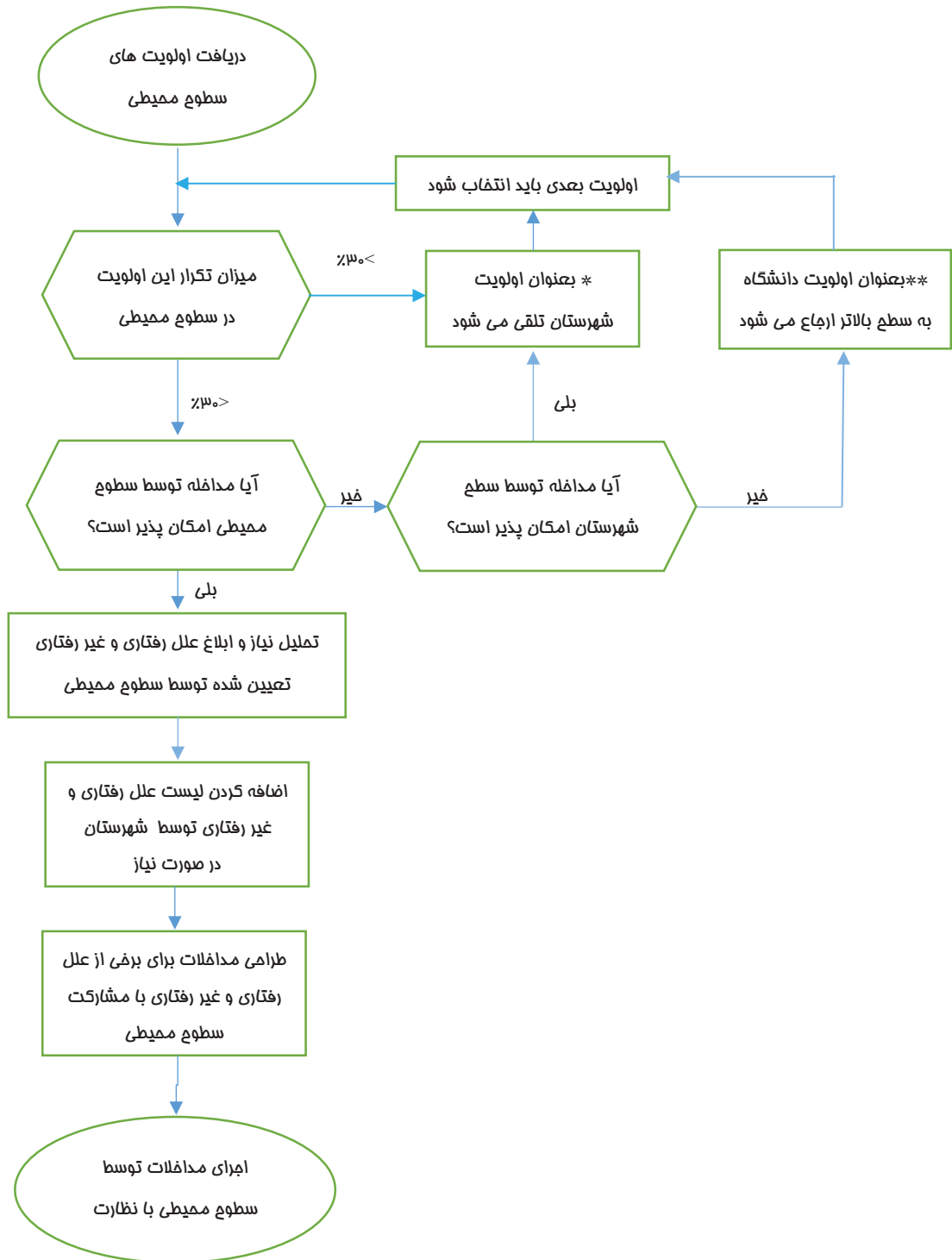
## پیوست ۵

نمای گردش کار برنامه از سطح

شهرستان تا وزارتخانه



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



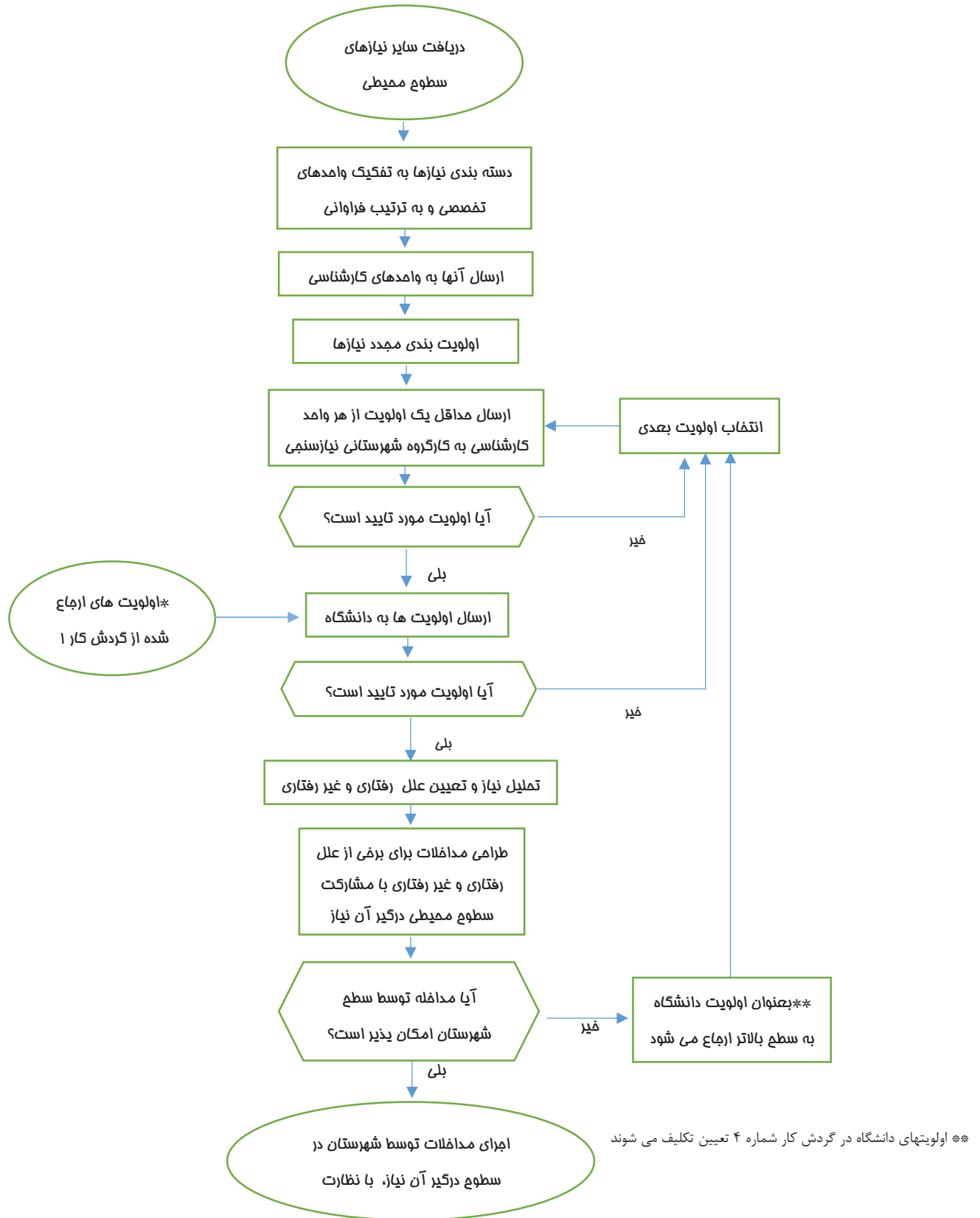
\* اولویتهای شهرستان در گردش کار شماره ۲ تعیین تکلیف می شوند

\*\* اولویتهای دانشگاه در گردش کار شماره ۴ تعیین تکلیف می شوند

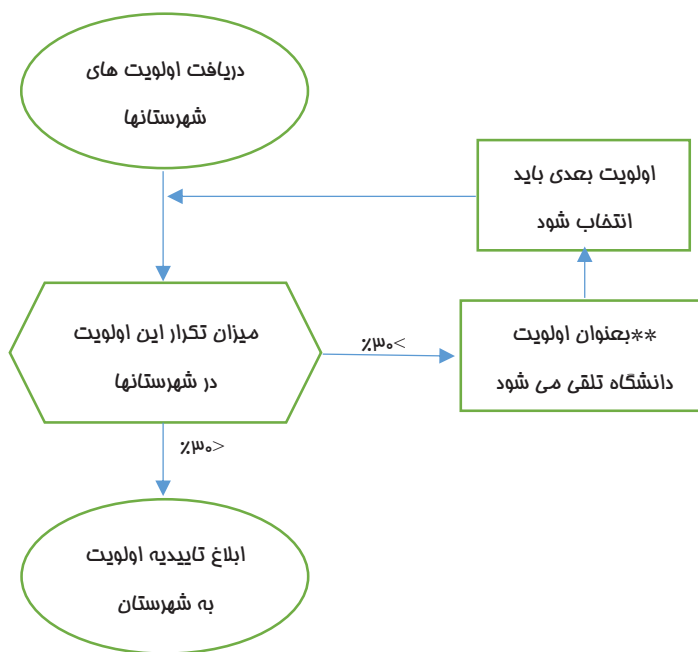




### نمای گردش کار شماره ۷: روند مدیریت سایر نیازهای سطوح ممیطی و اولویت های شهرستانی ارجاع شده در مرکز بهداشت شهرستان



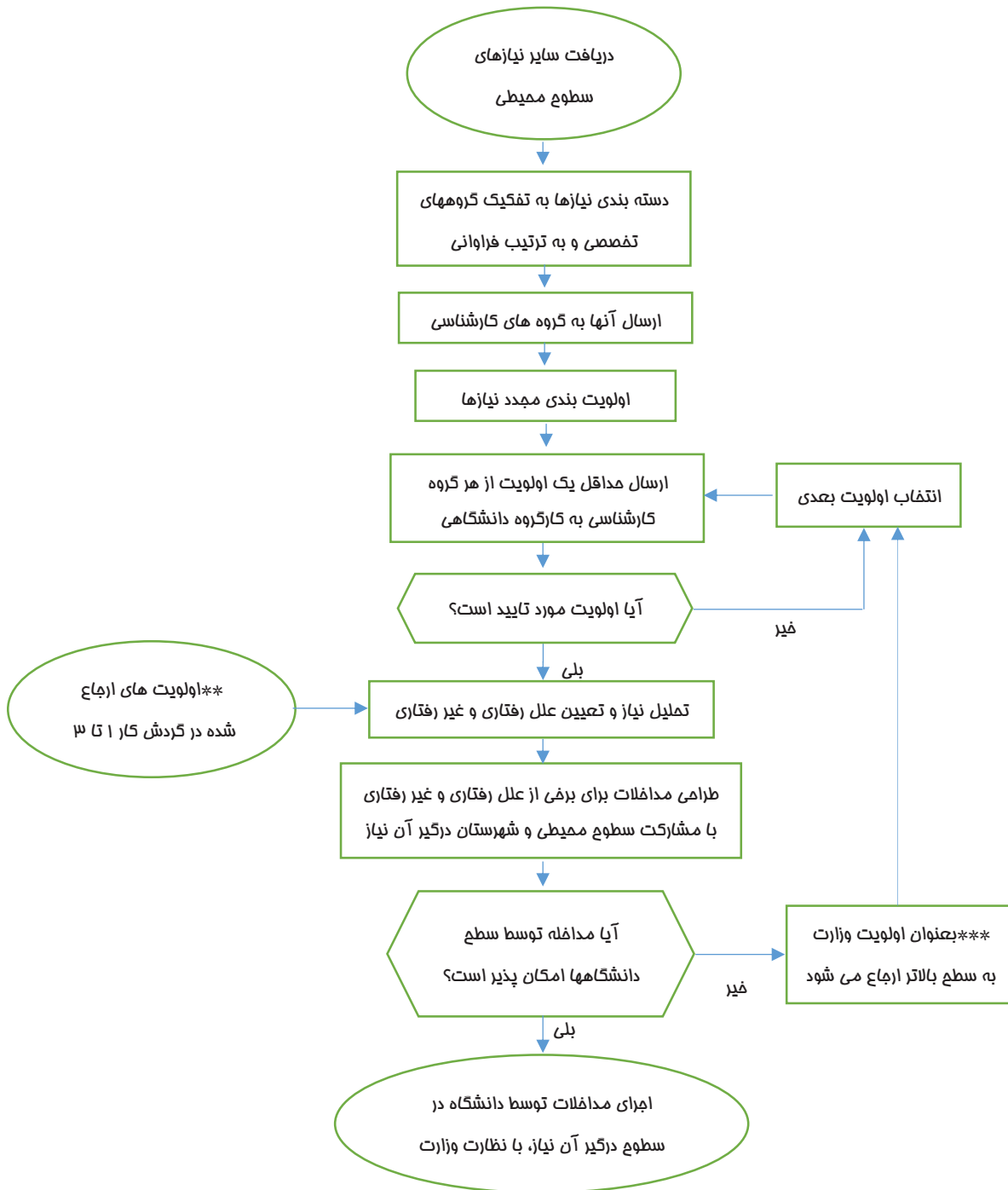
### نمای گردش کار شماره ۳: روند مدیریت اولیتهای شهرستانها در معاونت بهداشت دانشکده/ دانشگاه



\*\* اولیتهای دانشگاه در گردش کار شماره ۱۴ تعیین تکلیف می شوند



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



\*\*\* اولویتهای وزارتی در گردش کار شماره ۵ تعیین تکلیف می شوند



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

