

Π

نیاز سنجی سلامت

دکتر رضا امینی

سفارش چاپ مرکز گروه های خاص جانبازی
معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران

سرشناسه: امینی، رضا، -

عنوان و پدیدآور: نیازسنجی سلامت/ مولف رضا امینی؛ ویراستار بتول شیرازی
مشخصات نشر: تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۵
مشخصات ظاهری: ۲۲۴ ص. مصور، جدول، نمودار.
شابک : 946-9930-35-3

یادداشت : فیپا

یادداشت : کتابنامه ص. ۲۱۹-۲۲۴.

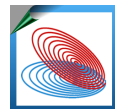
موضوع: پزشکی - خدمات - نیازسنجی.

شناسه افزوده: بنیاد شهید و امور ایثارگران. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

رده بندی کنگره: ۱۳۸۵ ن ۹ الف / ۳۹۴ RA

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۱۰۶۸

شماره کتابخانه ملی: ۳۵۴۱۲-۸۵م



نیازسنجی سلامت

مؤلف: دکتر رضا امینی

ویراستار: بتول شیرازی

چاپ اول: پاییز ۱۳۸۵

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

صفحه آرائی: حبیب اله خدمتی

اجرا: عبدالله سعیدی

لیتوگرافی: ۱۲۸

چاپ: صادق

ناشر: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

شابک: 964-9930-35-3

نشانی: تهران، بزرگراه چمران، خیابان یمن، خیابان مقدس اردبیلی، خیابان فرخ، پلاک ۲۵

تلفن ۸ و ۲۴۱۵۳۶۷ شماره ۲۴۱۲۵۰۲

صفحه اطلاعاتی وب: www.jmerc.ac.ir

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

تقدیم به پدر و مادر گرامی ام

و همسر مهربانم

فهرست

صفحه	عنوان
۱	مقدمه مولف
۴	سلامت جهانی در سال ۲۰۲۰
۱۱	مطالعات بار بیماری‌ها
۱۵	توسعه سناریوهای بعدی بار بیماری در طی سال آینده
۱۶	مقیاس‌های اختصاری سلامت جامعه
۱۷	یک روش برای اندازه‌گیری بار بیماری
۲۱	رابطه مقیاس‌های اختصاری با علل و عوامل مخل سلامت
۲۲	سال‌های زندگی متناسب با ناتوانی (DALYs)
۲۴	زمان به عنوان شاخصی قابل اندازه‌گیری برای مرگ و ناتوانی
۲۶	گزینه‌های مقادیر اجتماعی
۲۸	نزول
۲۸	بار سن
۳۰	برآورد سال‌های از دست رفته به سبب مرگ زودرس
۳۲	طراحی یک مطالعه‌ی ملی بار بیماری
۳۵	برآورد اپیدمیولوژیک - رویکرد عمومی
۵۳	سلامت well-being
۵۵	اندازه‌گیری بار بیماری از منظر مقطع زمانی
۵۷	نیازسنجی سلامت چیست؟
۵۸	چرا نیازسنجی اهمیت دارد؟
۶۰	نیازها
۶۳	نیازهای سلامت
۶۵	سطوح نیاز

۶۷	نیازسنجی سلامت
۷۲	چرا پروژه‌های نیازسنجی شکست می‌خورند؟
۷۶	نیازسنجی از دیدگاه اپیدمیولوژی
۷۸	تعریف مورد
۸۱	شیوع و بروز
۸۵	تعمیم پذیری
۹۱	جوامع کوچک
۹۴	نیازسنجی مبتنی بر جامعه
۱۰۰	قبل از آغاز
۱۰۵	روش‌های گردآوری داده‌ها
۱۱۴	نیازسنجی اطلاعات
۱۱۸	شبکه اطلاعات سلامت
۱۲۰	آیا یک بار نیازسنجی کافی است؟
۱۲۳	عناصر ظرفیت سازی
۱۲۵	ایجاد ساختار برای ظرفیت سازی
۱۲۷	گروه‌های آموزشی و حمایت از فن‌آوری
۱۲۹	اولویت بندی
۱۳۳	نگاهی به روش شناسی اولویت بندی
۱۳۵	مروری بر نگرش‌های مختلف به اولویت بندی
۱۳۸	پیشرفت‌های اخیر و فرآیند پنج مرحله‌ای اولویت بندی
۱۴۸	فرآیند اولویت بندی
۱۶۲	اولویت بندی صریح در مقابل اولویت بندی ضمنی و التزامی
۱۶۴	استراتژی‌های اولویت بندی
۱۹۱	پیوست ها
۲۱۹	منابع

مقدمه مؤلف

بسیاری از افراد تصور می کنند که نیازسنجی¹ گوش دادن و یا استخراج اطلاعات مراجعینی است که برای دریافت خدمت به یک مرکز مراجعه می کنند؛ برای مثال، بیماری که به یک پزشک مراجعه می کند، شکایاتی را مطرح می کند. آیا هرآنچه او می گوید، نیاز افراد آن جامعه است؟ به طور یقین یک فرد یا یک گروه خاص که برای دریافت خدمات به یک مرکز یا یک متخصص مراجعه می نمایند، نماینده ی کل جامعه نیستند. نکته این جاست که باید با یک نگاه سیستمی به موضوع وارد شد و از هرگونه نگرش مقطعی و با زاویه دید خاص، پرهیز نمود. مسایل و مشکلات شخصی خاص، که شکایات و یا تقاضاهایی را مطرح می کند، ممکن است با مشکلات دیگر گروه های جامعه متفاوت باشد؛ پس بر این اساس و با دریافت نظرات گروهی خاص نمی توان به نیازهای عموم جامعه ی مورد نظر، دست یافت. در واقع، باید بین نیازهای افراد و نیاز گروه های خاص وهم چنین نیازهای عموم جامعه، تفاوت قایل شویم. بنابراین، نیازسنجی روش و نگاهی سیستمی است که طی آن می توان دریافت که آیا اعضای یک جامعه خدمات را به شکل مناسب و متناسب با وضعیت خویش (جغرافیایی، اقتصادی، خصوصیات جمعیتی و . . .) دریافت می کنند یا خیر؛ و البته، بهترین راه برای ارتقاء سطح سلامت آنان چیست؟ برای انجام چنین کاری لازم است بررسی های اپیدمیولوژیک، کیفی و مقایسه ای، صورت گیرد تا بتوانیم مشکلات

¹ Needs assessment (NA)

سلامت یک جامعه را استخراج کنیم و هم چنین کیفیت خدمات و چگونگی دسترسی به آن‌ها را دریابیم. در واقع نیازهای سلامت، آن دسته از نیازها هستند که با انجام مداخلات لازم بتوانیم تغییری در وضعیت آن‌ها ایجاد نماییم و در ازای آن تغییرات، سود خاصی نیز حاصل شود. منظور از این سود بازگشت مالی آنی نیست، بلکه با انجام یک‌سری مداخلات و یا برنامه‌های اجرایی می‌توان از بروز مشکلات پیچیده‌تر جلوگیری نمود و نیز از وخامت وضع موجود کاست که در پی آن کاهش هزینه‌ها به همراه خواهد آمد که خود سودمندی فراوانی است. از منظر دیگر کاهش خطرات و لطمات محتمل برای آحاد جامعه، موجب افزایش این بهره‌وری خواهد شد. همچنین به سبب ارتباطات پیچیده و درهم تنیده در درون یک جامعه، بین آحاد و یا بین فرآیندها، با تغییر در بخشی از جامعه و یا تغییر در خصلتی از جامعه، بخش‌ها و خصوصیات دیگر نیز متغیر خواهند شد. پس باید دید کدامیک از مسایل، بیشترین تأثیر را بر روی زنجیره‌ی خصوصیات جامعه خواهد داشت. در بحث‌های آتی به اثر زنجیره‌ای خواهیم پرداخت. موفقیت یک نیازسنجی در گرو آن است که درک عملی از وضع موجود و یا آن چه که رخ داده است، داشته باشیم و زمان و منابع مناسبی را برای آن در نظر بگیریم. ضمن این که لازم به ذکر است، پیگیریو به کارگیری نتایج نیازسنجی در برنامه‌ریزی اهمیت فراوان دارد؛ چراکه اگر این بخش فراموش شود، به نوعی تمام فعالیت‌ها بی اثر و ابتر خواهند ماند.

از سوی دیگر، باید در نظر داشت که هرگونه مداخله در یک جمعیت و یا به عبارتی ارائه‌ی خدمات و برنامه‌ریزی باید پس از

نیازسنجی شکل بگیرد. نیازسنجی، یک ورودی برای برنامه‌ریزی است و توجه به این نکته، اهمیت فراوان دارد. البته نباید فکر کنیم که با انجام نیازسنجی کار تمام می‌شود و یا آن را به عنوان یک برنامه تلقی کنیم، بلکه شالوده‌ی یک برنامه، از نیازسنجی استخراج می‌شود و خروجی یک برنامه‌ریزی، برنامه‌هایی اجرایی است که می‌توانند فاصله‌های کشف شده به کمک نیازسنجی را، کاهش داده و یا آن‌ها را از بین ببرند.

این کتاب، سعی دارد با ارائه‌ی مطالب نظری و کاربردی در زمینه‌ی نیازسنجی و به خصوص نیازسنجی سلامت، گامی در جهت توانمندسازی کارشناسان و پژوهشگران این حیطه بردارد؛ البته قابل ذکر است که موارد بسیاری را به این مجموعه‌ی اطلاعات می‌توان افزود و به همین سبب مطالعات تکمیلی در حوزه‌هایی که کمتر به آن‌ها پرداخته شده‌است به خوانندگان توصیه می‌شود.

در پایان لازم می‌دانم که از تلاش‌ها و راهنمایی‌های جناب آقای مهندس مصطفی علامی که در واقع انگیزه‌ی نگارش این کتاب را در من تقویت نمودند و همچنین سرکار خانم بتول شیرازی به سبب دقت نظر و توجه فراوان در ویراستاری کتاب حاضر، تقدیر و تشکر نمایم. امیداست همگان در پناه عنایات حضرت حق در پیشبرد دانش و توانمندی جامعه و کشور عزیزمان موفق و مؤید باشیم.

دکتر رضا امینی

سلامت جهانی در سال ۲۰۲۰

دراختیار داشتن اطلاعات در مورد بیماری‌ها و آسیب‌های فیزیکی، بروز، علل و روند تغییرات آن‌ها برای سیاستگذاری سلامت، لازم و ضروری است. ما در دوره‌ای زندگی می‌کنیم که از یک سو، مردم از امکانات ارتباطی فراوانی برخوردارند و به همین واسطه، درخواست آن‌ها برای بهره‌گیری از خدمات سلامت با کیفیت بالاتر، بیشتر می‌شود؛ از سوی دیگر منابع محدود برای هزینه‌کرد در این زمینه، سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان را بر آن می‌دارد که اساسی‌ترین نیازهای جامعه را استخراج کنند و برای اختصاص منابع، بین آن‌ها نیز اولویت‌بندی نمایند.

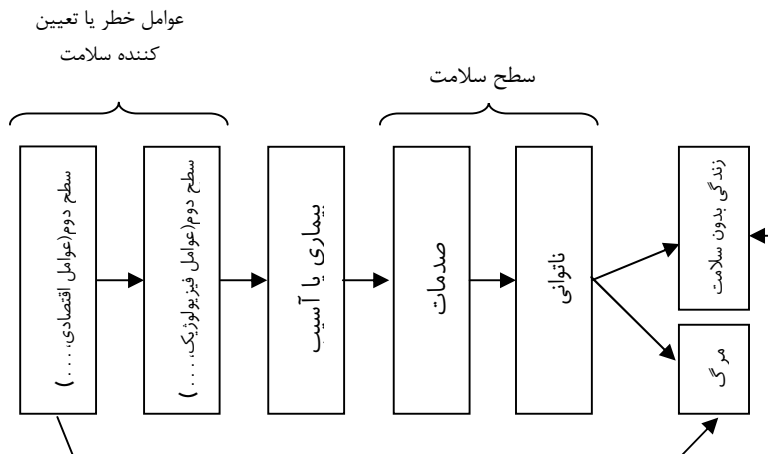
بخش‌های خدمات سلامت و سیاستگذاران از سال ۱۹۹۰ قصد دارند که به گونه‌ای برای سلامت جهان برنامه‌ریزی کنند که با کمترین معضلات و مشکلات در سطح جهان روبه‌رو باشیم و میزان معلولیت و مرگ و میر، به عنوان دو شاخص ارزیابی سلامت به پایین‌ترین حد ممکن در این ۳۰ سال برسد؛ به این دلیل و برای این که برنامه‌ریزی مناسب و مؤثری را طراحی نمایند تا در سال ۲۰۲۰ به اهداف خود دست یابند، باید ابتدا نیازهای سلامت جامعه را بشناسند و سپس بدانند که چگونه این نیازها برآورده می‌شوند؛ به این سبب کلیه‌ی عوامل خطر که می‌توانند موجب تغییر در وضعیت سلامت جامعه گردند باید شناخته شوند. از جمله مهم‌ترین این عوامل، آن‌هایی هستند که می‌توانند، موجب معلولیت و مرگ شوند.

در این جا لازم است که توضیحی در مورد عوامل خطر ساز ارائه نماییم. هر پدیده‌ای به واسطه‌ی حضور و ظهور یک‌سری عوامل و فراهم شدن شرایطی پدید می‌آید که در صورت حذف یا فقدان یک و یا چند عامل، پدیده‌ی مورد نظر هیچگاه رخ نخواهد داد. این ارتباط اغلب به صورت یک زنجیره از علل و معلول در می‌آید. در مورد بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و یا مرگ ناشی از آن‌ها نیز این ارتباط و زنجیره صادق است. برای بروز یک بیماری، لازم است عواملی بروز کنند و یا عوامل در کنار هم حضور یابند. این عوامل را در دو سطح کلی می‌توان مطرح نمود؛ اولین سطح، عوامل بیولوژیک و فیزیولوژیک هستند که رابطه‌ی آن‌ها با بیماری‌ها معمولاً یک رابطه‌ی مستقیم است. به عبارت دیگر با حضور این عوامل احتمال بروز بیماری بسیار زیاد است. برای مثال بیماری فلج اطفال را می‌توان نام برد؛ حضور ویروس، آلودگی فرد، عوامل فیزیولوژیک و پاسخ‌های ایمنی فرد آلوده شده در کنار یکدیگر سبب بروز بیماری فلج اطفال می‌شوند. حال اگر ایمن‌سازی صورت گرفته باشد، بیماری رخ نمی‌دهد و اگر ویروس حضور نیابد، حتی بدون ایمن‌سازی هم بیماری واقع نمی‌گردد. در این جا در می‌یابیم که رابطه‌ای هم بین عوامل خطر ساز وجود دارد که اثرات آن‌ها بر یکدیگر نیز بر بروز بیماری مؤثر است. پس در صورت حضور همه‌ی عوامل یک بیماری، آن بیماری رخ خواهد داد. اما سطح دیگری را نیز می‌توان در نظر داشت و آن هم عواملی هستند که بر روی سطح اول تأثیر دارند؛ همانند شرایط

اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بهزیستی^۲ و عواملی دیگر از این دست که به صورت غیر مستقیم با بیماری در ارتباط هستند. اگر نگاه ما صرفاً یک نگرش اپیدمیولوژیک باشد، فقط سطح اول عوامل خطر ساز را در نظر می‌گیریم. ولی اگر نگرش کلی‌تر شود و فراگیری بیشتری داشته باشد، سطح دوم نیز در نظر می‌آید. باید اشاره کرد که هیچیک از دو نگرش بر یکدیگر ارجحیت ندارند؛ مفهوم آن این است که در نظر گرفتن سطوح عوامل خطر ساز به هدف و نحوه‌ی برنامه‌ریزی ما بستگی دارد. البته نمی‌توان یک قانون کلی را در مورد ارتباط عوامل خطر ساز حاکم دانست و احتمالات دیگر را از نظر دور داشت؛ چراکه در موارد بسیاری عوامل سطح دوم به صورت مستقیم بر روی بیماری‌ها و یا حتی ناتوانی و یا مرگ تأثیر مستقیم دارند. پس حتی اگر اهداف، برنامه و یا حوزه‌ی فعالیت، چنین حکم می‌کند که تنها سطح اول عوامل خطر ساز را مورد توجه قرار دهیم، سطح دوم اهمیت و جایگاه خود را همچنان حفظ می‌کند.

نمودار زیر شمایی از ارتباط بین عوامل خطر ساز در سطوح مختلف و بیماری و عاقبت آسیب و مرگ را به تصویر کشیده‌است.

² Well being



شناخت عوامل خطر ساز، تنها با انجام پژوهش های مقطعی که به صورت مکرر و با فواصل زمانی مشخص، مثلاً دوره های پنج ساله، اجرا می شوند، میسر می شود. به طور حتم، این عوامل در جوامع مختلف، گوناگون و متغیر هستند؛ پس، لازم است که تفاوت های منطقه ای، در مطالعات نیازسنجی لحاظ شوند. برای ایجاد پوشش کافی در کل حوزه ی مورد نظر، مطالعه در چند منطقه که ممکن است دارای تفاوت هایی باشند، به عنوان نمونه، طراحی و اجرا می شود. برای مثال، براساس مطالعات صورت گرفته می توان پیش بینی کرد که امید به زندگی که یکی از شاخص های سلامت است، تا سال ۲۰۲۰ افزایش می یابد، حتی روند تغییرات آن را در گروه های مختلف سنی نوزادان، کودکان، جوانان، بزرگسالان و کهنسالان، همچنین زنان و مردان در مناطق مختلف

جغرافیایی می‌توان ارزیابی و مدل تغییرات آن‌ها را ارائه نمود؛ بر این اساس، طبق مطالعات انجام شده تا کنون، می‌توان گفت که از میزان ابتلا به بیماری‌های عفونی کاسته خواهد شد و همچنین مرگ و میر کاهش خواهد یافت، به گونه‌ای که سن زنان به بالای ۸۰ سال خواهد رسید. مردان با سرعت کمتری این روند را طی می‌نمایند و به نظر می‌رسد دلیل اصلی آن اپیدمی مصرف سیگار در این جنس باشد. اما با تمام این تغییرات مثبت، رفاه انسان‌ها افت می‌نماید و این افت رفاه در زندگی یکی از عوامل مهم در سلامت انسان به شمار می‌رود. در ازای کاهش مرگ ناشی از بیماری‌هایی که به سبب تماس و ارتباط با دیگران رخ می‌دهند، مرگ ناشی از بیماری‌های دیگر که از این طرق منتقل نمی‌شوند، افزون خواهد شد، از جمله بیماری‌های روانی و وقایع و صدمات ناشی از تصادفات و خشونت و همچنین بیماری‌های غیر واگیردار، همانند بیماری قلبی، گوارشی، تنفسی، سرطان و

اما سؤال این جاست که با این گام و انجام مطالعاتی از این دست به چه هدف و منظوری دست خواهیم یافت؟ همانطور که در بالا اشاره کردیم، با پیش‌بینی وضعیت جامعه و روند تغییرات آن می‌توان نیازهای آتی جوامع بشری را استخراج نمود و متناسب با نیازها برنامه‌ریزی کرد. بدین ترتیب بیشترین اثربخشی با کمترین هزینه (بهره‌وری یا Efficacy) صورت می‌پذیرد. در واقع با تکرار روش‌ها و مطالعات نیازسنجی به یک مدل تغییرات بیماری در جامعه دست پیدا می‌کنیم. به عبارت دیگر در چند سال ابتدایی آغاز پروژه‌های نیازسنجی، به سبب این که پایگاه داده‌های مناسبی در اختیار نداریم، برنامه‌ریزی برای ارائه

ی خدمات سلامت، همواره چندگام عقب‌تر از وضعیت موجود و تغییرات پدیدآمده‌است ولی با تکرار این بررسی‌ها، با ثبت روند تغییرات و با استفاده از مدل‌سازی و روش‌های آماری و ریاضی که در جای خود به بحث در مورد آن‌ها خواهیم پرداخت، به مرور قادر خواهیم بود که به مدل‌سازی و پیش‌بینی پردازیم و آینده‌ی جامعه را ترسیم نماییم و براساس این شیوه، برنامه‌ریزی، از تغییرات و وضع موجود پیش می‌افتد. در این شرایط، به ندرت بحران و غافل‌گیری مشاهده می‌شود. نکته‌ای که بسیار اهمیت دارد و آن را تکرار می‌کنم این است که به دلیل وجود متغیرهای ویژه در هر منطقه، روند سلامت در آن منطقه، متفاوت از مناطق دیگر جهان است، حتی اگر این مناطق هم‌جوار باشند. شاید هم‌جواری موجب شود که روند تغییرات یک یا چند متغیر، یکسان باشد ولی احتمال دارد که متغیرهای اصلی در دو منطقه متفاوت باشند؛ برای نمونه وضعیت آفریقای مرکزی با وجود روند کاهش بسیاری از بیماری‌های واگیردار در دهه‌های آینده، نسبت به کشورهای مثل مصر، مطلوب نخواهند بود و همچنان، در مقوله‌ی خدمات سلامت، فقیر محسوب خواهد شد. پس اگر در یک منطقه‌ی جغرافیایی، حتی در یک کشور، به خصوص کشورهای پهناور مثل چین، ایران، روسیه، آمریکا و... الگوهای متفاوت حاکم باشد، در نتیجه، شاید امکان ارائه‌ی یک الگو و یک برنامه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت برای کل کشور، منطقی و بهینه نباشد.

یکی از شیوه‌های نیازسنجی سلامت برای پیش‌بینی وضعیت بیماری‌ها و وضعیت سلامت در آینده، مطالعات وزن یا بار بیماری‌ها هستند، که در بخش بعدی به آن می‌پردازیم.



مطالعات باربیماری‌ها

هر بیماری، خواه در یک فرد و خواه در یک جامعه، از هنگامی که بروز می‌کند، سبب می‌شود که تغییراتی در روند فعالیت‌های فردی یا اجتماعی رخ دهد. اگر بیماری به مرور زمان بهبود یابد، ممکن است آثار و اثرات آن پس از یک دوره‌ی زمانی از بین برود و یا این که ارزش این اثرات بسیار کم اهمیتیت شود. حالت دیگری هم امکان دارد و آن وضعیتی است که بیماری در فرد یا در جامعه از بین رفته‌است اما آثار و اثرات آن برای مدت بسیار طولانی، باقی مانده‌است. این اثرات در شدیدترین حالت منجر به مرگ می‌شوند و با شدت کمتر سبب بروز ناتوانی می‌گردند. ناتوانی‌ها ممکن است گذرا باشند و یا برای مدت بسیار طولانی و یا برای همیشه باقی بمانند و یا با گذشت زمان شدت بیشتری پیدا کنند. اندازه‌گیری این اثرات بر زندگی فرد و تغییرات اجتماعی از طریق محاسبه‌ی بار بیماری امکان‌پذیر است.

زمانی که داده‌ها و اطلاعات بخش سلامت محدود است، اولین چیزی که اهمیت خود را نمایان می‌سازد، بررسی مرگ و میر و علل آن است. منطق چنین حکم می‌کند که شدیدترین و وخیم‌ترین حالت ممکن، از اولویت بالاتری برخوردار باشد؛ در واقع، در تمام کشورها اطلاعات قابل اعتماد در مورد علل مرگ، از اساسی‌ترین و مهم‌ترین ورودی‌ها برای برنامه‌ریزی سلامت جامعه در سطح کلان است. این توضیح در این جا لازم است که در جوامع کوچک و یا جوامعی که فراوانی مرگ و میر نسبت به کل جمعیت بالا نیست شاید این شاخص از اولویت کمتری برخوردار باشد؛ اما به عنوان یک عامل عام و فراگیر،

بسیار مهم و کارساز است. سالانه، وضعیت و روند یکصد عامل مرگ برحسب سن و جنس در سراسر جهان ثبت و تغییرات آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته و می‌گیرد. سازمان بهداشت جهانی، به عنوان مرجعی، داده‌ها و اطلاعات بسیاری از کشورها را جمع‌آوری می‌کند؛ اما تا سال ۲۰۰۰ تنها ۳۰٪ از علل مرگ‌های رخ داده در سطح جهان جمع‌آوری شد. با وجود این نقص، روش‌هایی قابل استفاده هستند که با همین پوشش داده‌ها و اطلاعات نیز می‌توان روند بیماری‌ها را پیش‌بینی کرد. این روش‌ها برای کشورهای مثل ایران که سیستم‌های ثبت داده‌ها و اطلاعات سلامت، از اعتمادپذیری پایینی برخوردارند، بسیار مفید و کارآمد هستند.

روش اولیه برآورد ساختار عوامل و علل مرگ، اولین بار در سال ۱۹۶۷ توسط پرستون^۳ ارائه شد. او مدلی را طراحی کرد که با استفاده از آن ارتباط بین مرگ و میر کلی و دوازده گروه از علل اختصاصی مرگ را استخراج می‌کرد. این مدل در کشورهای صنعتی که دارای منابع اطلاعاتی لازم در مورد مرگ و میر بودند اما داده‌های مربوط به افراد در قید حیات ثبت نمی‌شد، به کار می‌رفت. مدل پرستون پایه و اساسی برای فعالیت‌های آتی در این حوزه شد. در سال ۱۹۹۰ سازمان بهداشت جهانی این مدل را در سه حوزه‌ی علل مرگ بسط داد و به اجرا درآورد. این سه حوزه عبارت بودند از:

^۳ Preston

- ۱- بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مادرزادی، عوامل دوره‌ی نوزادی و فقر غذایی؛
- ۲- بیماری‌های غیرواگیردار؛
- ۳- سوانح و آسیب‌های فیزیکی.

در سال ۱۹۹۳، دانشگاه سلامت اجتماعی هاروارد با همکاری بانک جهانی و سازمان ملل، اقدام به طراحی مدلی نمود که فراگیری لازم را داشته‌باشد و با استفاده از آن قادر باشیم که براساس سن، جنس و منطقه‌ی جغرافیایی، نقاط مختلف را با شرایط گوناگون، مورد مقایسه قراردهیم. اگر بار بیماری را در سطح جهان و با استفاده از پژوهش‌های منطقه‌ای محاسبه کنیم به آن "بار جهانی بیماری" می‌گوئیم. برای برآورد بار جهانی بیماری، معیاری به وجود آمد که با استفاده از آن می‌توانیم بار بیماری را ارزش‌گذاری کنیم. این معیار سال‌هایی از زندگی را که فرد دچار مرگ زودرس^۴ شده و یا در ناتوانی به سر می‌برده‌است، محاسبه می‌کند. نام این معیار را با استفاده از حروف اول کلمات تشکیل دهنده‌ی آن DALY^۵ نهادند. با استفاده از این معیار، سال‌هایی که فرد در ناتوانی به سر برده‌است محاسبه می‌شود و میزان شدت بیماری و وزن یا بار آن به دست می‌آید. نکته‌ی قابل ذکر این است که در این معیار جنبه‌های تخصصی سلامت، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی نیز

^۴ منظور از مرگ زودرس این است که فرد به واسطه‌ی ابتلا به بیماری و یا بروز یک حادثه و آسیب ناشی از آنف زودتر از موعد مورد انتظار دچار مرگ شود.

^۵ Disability Adjusted Life Years

لحاظ می‌گردد، زیرا وقتی یک بیماری منجر به ناتوانی شود، براساس شدت ناتوانی و مدت زمانی که فرد ناتوان در قید حیات است، نیازهای تخصصی سلامت و نیازهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ویژه‌ای دارد که بر روی نحوه و برنامه‌ی لازم برای خدمات رسانی سلامت به وی، مؤثر است.

در سال‌های اخیر سازمان بهداشت جهانی تمرکز خود را بر آن گذاشته‌است که در کنار گردآوری داده‌ها و اطلاعات مربوط به مرگ و میر، داده‌های مربوط به بیماری‌ها و عواملی که منجر به مرگ نمی‌شوند را نیز جمع‌آوری نماید. به همین دلیل در سال ۲۰۰۰، اهداف بار جهانی بیماری‌ها (GBD^۶) به صورت زیر تعریف شد:

۱- ارزش‌گذاری بار مرگ زودرس و ناتوانی بر حسب سن و جنس در ۱۳۵ منطقه‌ی بزرگ جغرافیایی و یا در گروه‌های خاص بیماری که منجر به مرگ می‌شوند.

۲- تحلیل داده‌های به دست آمده و عوامل خطر مرتبط و ایجاد چارچوبی که امکان مقایسه در آن وجود داشته باشد.

⁶ Global Burden of Disease

توسعه‌ی سناریوهای بعدی بار بیماری در طی سی سال آینده

در همان زمان، کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی، برای آغاز عملیات بررسی بار بیماری‌ها در کشور خود، کمک‌های فنی بسیاری نمودند. در حال حاضر بیش از سی کشور جهان، در مراحل مختلف بررسی و ارزیابی بار بیماری‌ها هستند. این سازمان نیز نه تنها نیازهای لازم را برای گردآوری داده‌های قابل اعتماد بررسی و فراهم می‌کند، بلکه به دنبال آن است که ابزارهای لازم برای بررسی بار بیماری‌ها را به طور مداوم در کشورها ایجاد نماید. این هدف و فعالیت‌های ناشی از آن، باعث می‌شود که همکاری و مشارکت مناسبی بین این سازمان و مسئولین سلامت در کشورها پدیدآید و متعاقب این همکاری و فعالیت‌های انجام شده، امکان بررسی و برآورد بار بیماری به واقعیت نزدیک می‌شود و از قبیل آن، سازمان بهداشت جهانی می‌تواند وضعیت ارائه‌ی خدمات سلامت را با یک شاخص مناسب در کشورهای گوناگون ارزیابی و همچنین مقایسه نماید.

مقیاس‌های اختصاری سلامت جامعه

با توجه به توضیح یادشده، بررسی‌های بار جهانی بیماری‌ها، در این حال که هم مرگ و میر و هم بیماری‌های غیرکشنده در نظر گرفته می‌شوند، یک عدد یا نمره از وضعیت سلامت در یک جامعه‌ی به خصوص و ویژه به دست می‌دهد. این کار اولین بار در سال ۱۹۹۸ توسط **فیلد و گلد** انجام شد. حسن این روش این است که ما با مقایسه‌ی ساده بین اعداد می‌توانیم وضعیت سلامت چند جامعه را با یکدیگر قیاس کنیم و البته مهم‌تر از آن، امکان مقایسه نتایج ارزیابی وضعیت سلامت یک جامعه در دوره‌های زمانی گوناگون و مقایسه‌ی وضعیت سلامت، قبل و پس از مداخلات و برنامه‌های طراحی شده، ایجاد می‌شود؛ علاوه بر این، امکان کمی نمودن نابرابری‌های سلامت در جوامع مختلف، وجود خواهد داشت.

دو کلاس برای این نوع اندازه‌گیری وجود دارد؛ امید به سلامت و تفاوت سلامت. در هر دو کلاس، زمان (مدتی که آحاد جامعه در سلامت بوده‌اند و یا در یک دوره‌ی مرگ زودرس به سر برده‌اند) به عنوان یک عامل اندازه‌گیری برای پیامدهای سلامت که می‌تواند به سمت مرگ و یا بیماری‌های غیرکشنده میل کند، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

یک روش برای اندازه‌گیری بار بیماری

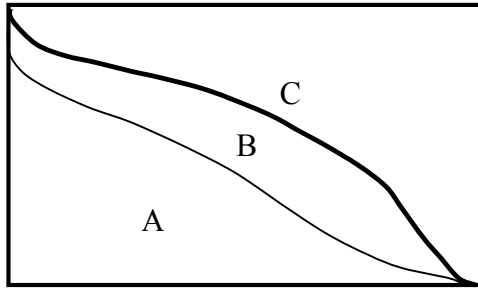
در هر جامعه، عواملی چون: وضعیت کنترل و مهار عوامل خطرساز از طریق برنامه‌های خدمات سلامت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و ... سطح سلامت را تعیین می‌کنند. بر این اساس می‌توان یک وضعیت مطلوب را برای جامعه ترسیم نمود که به طور یقین نهایت آن سلامت کامل و جامعه‌ی عاری از هرگونه بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس است. تفاوت بین وضع موجود سلامت در یک جامعه با وضع مطلوب آن را به عنوان تفاوت سلامت^۷ در نظر می‌گیریم.

با در نظر داشتن توضیح بالا، آحاد یک جامعه و در مجموع کل جامعه برحسب سطح سلامت و عوامل خطرساز موجود در آن، یک طول عمر را برای خود در نظر می‌گیرند و انتظار دارند تا آن سن دچار مرگ زودرس نشوند. این سن را تحت عنوان امید به زندگی نام می‌بریم. سال‌هایی از این طول عمر را که انتظار دارند در سلامت کامل و عاری از ناتوانی به سر برند تحت عنوان امید به سلامت قید می‌شود.

دو کلاس و روش را در بالا نام بردیم، امید به سلامت، امید به زندگی بدون ناتوانی را از امید به زندگی متناسب با ناتوانی جدا می‌کند. فاصله سلامت نیز سال‌های زندگی متناسب با ناتوانی را از سال‌های همراه با سلامت تفکیک می‌نماید. این دو کلاس یا روش، مکمل یکدیگر هستند.

⁷ Health Gap

%Surviving



در شکل بالا خط توپر، منحنی فرضی افراد زنده‌ی یک جامعه است که فراوانی نسبی آن‌ها باید از جداول آماری، استخراج شده باشد (صرف نظر از این که رو به مرگ هستند و یا به بیماری خاصی مبتلا می‌باشند). خط باریکی که در زیر حرف B قرار دارد منحنی فرضی افراد زنده، برحسب سن است که در وضعیت قابل قبولی از نظر سلامت به سر می‌برند. سطح زیر منحنی باریک یا فضای A، مدت زمان زندگی در وضعیت سلامت قابل قبول است. سطح حرف B، یا فضای بین دو منحنی، متعلق به مدت زمان زندگی در وضعیت پایین‌تر از حد قابل قبول است و سطح حرف C، نمایانگر زمان از دست رفته به سبب مرگ و میر است. در زمان تولد، امید به زندگی برابر است با جمع فضای A و B یا سطح زیر منحنی توپر؛ یعنی امید به زندگی برابر است با جمع این دو سطح: $LE = A + B$. بر همین اساس امید به سلامت از فرمول زیر قابل محاسبه خواهد بود.

$$HE = A + f(B)$$

در واقع با اضافه کردن تابع (f) به فرمول امید به زندگی، به سال‌های زندگی پایین‌تر از حد مطلوب، وزن می‌دهیم. زندگی در سطح سلامت قابل قبول، وزنی معادل ۱ به خود می‌گیرد. محاسبات مکرر و مداوم در بخش‌ها و حوزه‌های مختلف یک جامعه، ما را به یک نورم یا وضعیت معمول در جامعه می‌رساند که براساس آن می‌توانیم بگوییم، سن امید به زندگی در جامعه، مثلاً ۶۵ است. در هر جامعه‌ای برحسب برنامه‌های سلامت و اهداف آن، می‌توان سنی را به عنوان سن امید به زندگی تعیین کرد و فاصله‌ی بین وضع موجود با وضع مطلوب همان فاصله‌ی سلامتی است که برای محاسبه‌ی آن و به دست آوردن یک عدد از فرمول زیر استفاده می‌کنیم:

$$\text{Health Gap} = C + g(B)$$

در این جا g وزن سال‌های سپری شده در وضعیت B را نشان می‌دهد، در حالی که حداکثر وزن زمان طی شده در وضعیت منجر به مرگ (C) برابر با ۱ است.

این روش اندازه‌گیری، ارزش‌ها و فواید فراوانی دارد؛ از جمله این که در مطالعات و پژوهش‌های مداخله‌ای تصادفی، کوهورت‌ها و همچنین مدیریت خدمات سلامت در یک جامعه، کاربردهای بسیار زیادی دارد. یکی از کاربردهای آن ایجاد یک ارتباط قابل قیاس بین ارزیابی اقتصادی مداخلات، پایش پیامدهای یک سامانه سلامت و بار کلی بیماری‌ها و آسیب‌های فیزیکی در یک جامعه می‌باشد.

مفهوم آن این است که با استفاده از شاخص فاصله‌ی سلامتی (HG)، تغییرات سلامت جامعه و نتایج حاصل از برنامه‌های به کار گرفته شده در یک سامانه ارائه‌ی خدمات سلامت را می‌توانیم ارزیابی نماییم.

رابطه‌ی مقیاس‌های اختصاری با علل و عوامل مخل سلامت

یکی از مهم‌ترین و اساسی‌ترین اهداف این شیوه، شناختن مشکلات بارز سلامتی، شامل بیماری‌ها، آسیب‌های فیزیکی و عوامل خطر ساز است. از گذشته تا به امروز، دو روش مشهور، برای بررسی اثرات عوامل به کار می‌رود. یکی روش دسته‌بندی علل است که در آن برای هر پدیده‌ای، مثل مرگ، تنها یک علت ارائه می‌شود. این روش در مواقعی که علل گوناگون و چندگانه‌ای دخیل هستند کارآیی لازم را ندارد. در مقابل، تحلیل عوامل متقابل، روشی است که با در نظر گرفتن تغییرات حاصل از حذف عامل به مقایسه وضع موجود و وضع مطلوب می‌پردازد؛ مثلاً در این مورد که، اگر ایرانی‌ها روغن اشباع شده استفاده نمی‌کردند چه تغییری در وضعیت جامعه رخ می‌داد؟ با مقایسه وضع موجود و بار بیماری‌های مرتبط با مصرف چربی اشباع شده و وضع آتی، بار مصرف چربی اشباع شده استخراج می‌شود.

در اندازه‌گیری فاصله سلامت، برای به دست آوردن بار بیماری‌های مرگ‌آور و بیماری‌های غیرکشنده، از شیوه‌ی دیگری به نام شیوه‌ی دسته‌بندی استفاده می‌کنند. اما برای به دست آوردن وضعیت سلامت و عوامل خطر ساز، اغلب از روش تحلیل عوامل متقابل بهره می‌گیرد.

سال‌های زندگی متناسب با ناتوانی (DALYs)

درواقع DALY، اندازه‌ی یک فاصله سلامتی است که ترکیب متشکل از زمان‌های از دست رفته به دلیل مرگ زودرس و یا وضعیت غیرکشنده می‌باشد. این اندازه‌گیری، در بار جهانی بیماری‌ها و آسیب‌ها در یک مطالعه‌ی مشترک بین سازمان بهداشت جهانی، بانک جهانی و دانشکده‌ی سلامت اجتماعی هاروارد، در سال ۱۹۸۸ استفاده‌شد. هدف از این اندازه‌گیری، ارزیابی بار بیماری و آسیب‌های اجتماعی و مشکلات سلامت جامعه است. بار جهانی بیماری سه هدف دارد؛

۱- ورود آسان‌تر پیامدهای غیرکشنده به گروه سیاست‌های جهانی که تا پیش از این فقط بر روی مرگ و میر کودکان زیر پنج سال تمرکز داشته‌است.

۲- دور داشتن ارزیابی‌های اپیدمیولوژیک، از جانب‌داری و سوگیری که اغلب به سمت مرگ و ناتوانی ناشی از موقعیت‌های هدفمند تمایل دارند. در این باره باید گفت که سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان در سطوح ملی و جهانی، اطلاعاتی را در مورد بار بیماری‌ها و آسیب‌ها دریافت می‌نمایند که توسط گروهی خاص تهیه شده‌است و سیاست‌ها را به یک سو و جهت مشخص هدایت می‌کنند. در حالی که آن‌ها به دریافت اطلاعات حاصل از ارزیابی‌های بدون غرض و سوگیری نیاز دارند.

۳- استفاده از شاخصی برای محاسبه بار بیماری که همچنین بتواند در تحلیل هزینه به اثربخشی به کار رود. به کار بردن یک شاخص

واحد برای اندازه‌گیری بار بیماری و نیز پذیرش‌های مالی مشکلات دستیابی همزمان به دو هدف فوق را هموار می‌سازد. شاخص DALY برای دستیابی به این اهداف تدوین شده‌است. با بهره‌گیری از DALYs بار بیماری‌هایی که در سال ۱۹۹۰ اندازه‌گیری شده‌اند، تا سال ۲۰۲۰ توسعه و تکامل خواهند یافت. DALY مفهوم سال‌هایی را که می‌توانست به عنوان سال‌های فعال زندگی محسوب شود و به دلیل مرگ زودرس از دست رفته‌اند، گسترده می‌سازد. به عبارت دیگر این شاخص، سال‌های همراه با سلامتی را که از دست رفته‌اند در نظر دارد. DALYs برای بیماری‌ها و یا وضعیت سلامت جامعه، از مجموع سال‌های از دست رفته (YLL^A) به واسطه‌ی مرگ زودرس و معادل سال‌های سلامتی که به سبب ناتوانی از دست رفته‌اند (YLD)، محاسبه می‌شود؛

$$DALY = YLL + YLD$$

برای ارزیابی زندگی سالم از دست رفته، متعاقب وضعیت خاص غیرکشنده، به برآورد بروز موقعیت‌هایی مثل بیماری‌ها و یا آسیب‌ها در طول یک دوره‌ی زمانی نیاز داریم.

زمان به عنوان شاخصی قابل اندازه‌گیری برای مرگ و ناتوانی

⁸ Years of Life Lost

منطق حاکم بر DALY مبتنی بر استفاده از واحد زمان به عنوان بهترین رویکرد برای اندازه‌گیری بار بیماری‌ها می‌باشد. با در اختیار داشتن واحدهای زمان، به عنوان واحدهایی از یک مقیاس، بار بیماری‌ها می‌تواند هم از بروز و هم از شیوع استفاده نماید. یکی از عواقب میزان مرگ در یک جامعه، مدت زمانی از عمر انسان‌ها است که به دلیل مرگ زودرس از دست می‌رود و یا مدتی از زندگی فردی که می‌توانسته زنده باشد؛ صرف نظر از سن او، ولی به هر دلیلی به مرگ مبتلا گردیده‌است. مرگ موجب از دست دادن این زمان می‌شود. تفاوت این دو رویکرد، یعنی مرگ زودرس و مرگ در هر سن و سالی، در این است که در مرگ زودرس، بی‌موقع بودن مرگ و یا امید به زندگی مد نظر است. یعنی در این شرایط، انتظار مرگ نمی‌رفته‌است؛ ولی در نگرش مرگ در هر سنی، رویکرد، بسیار کلی است و فعال بودن و کارآیی مدت از دست رفته، به طور اخص مورد نظر نیست. در مقابل رویکرد دوم، که تنها به مرگ توجه دارد، نگاه بیماری‌ها و پیامدهای غیرکشنده قرارداد که بروز و شیوع را به طور همزمان در نظر می‌گیرد.

حداقل دو روش برای اندازه‌گیری زمانی که با ناتوانی طی می‌شود، وجود دارد. یک روش این‌گونه‌است که شیوع ناتوانی را متناسب با فصول مختلف در نظر می‌گیرد، البته اگر تفاوت فصلی وجود داشته باشد، مدتی را که افراد به همراه ناتوانی زندگی می‌کنند به عنوان دوره ی شیوع یک‌ساله، برآورد می‌نمایند. روش دیگر، به بروز توجه دارد و میانگین طول مدت یک ناتوانی را محاسبه می‌نماید. بدین ترتیب، طول

دوره‌ی بروز هر ناتوانی برآوردی را از مدتی که با ناتوانی زندگی شده است، به دست می‌دهد.

برای محاسبه‌ی بار بیماری با استفاده از DALY، به سه دلیل، رویکرد بروز انتخاب می‌شود؛

۱- روش محاسبه‌ی زمان زندگی با ناتوانی و زمان از دست‌رفته متعاقب مرگ زودرس یکسان است.

۲- رویکرد بروز، نسبت به تغییرات اپیدمیولوژیک زمان حاضر حساس است.

۳- محاسبه‌ی بروز براساس داده‌های شیوع و اطلاعات حاصل از مرگ در مقابل بهبود، سطح قابل قبولی از انسجام درونی و قانونمندی را برای فعالیت‌های محاسباتی فراهم می‌آورد که در رویکرد شیوع به آن دست نخواهیم یافت.

گزینه‌های مقادیر اجتماعی

تمام مقیاس‌های اختصاری سلامت جامعه، شامل گزینه‌های مقادیر ضمنی و صریح یک جامعه می‌شوند، به خصوص که DALY فاصله و خلاء بین وضع موجود و وضع مطلوب یا ایده‌آل را تعیین می‌کند. در روند تکامل DALY، در سال ۱۹۹۶ موری و لوپز پنج مقدار را که باید به طور صریح اندازه‌گیری شوند، برگزیدند:

۱- برای چه مدتی انتظار می‌رود که مردم در یک وضعیت سلامت خوب زندگی کنند؟

۲- آیا سالی که در زمان کنونی همراه با سلامتی است، برای جامعه از اهمیت بالاتری نسبت به زمان‌های آینده، مثلاً بیست سال بعد، برخوردار است؟

۳- چگونه سال‌های از دست‌رفته‌ی زندگی را به دلیل مرگ و یا زندگی با سطح سلامت ضعیف و یا ناتوانی با درجات مختلف، می‌توانیم مقایسه کنیم؟

۴- آیا ارزش برخی از سال‌های زندگی که همراه با سلامتی باشند از بقیه‌ی سال‌ها بیشتر است؟ بار جهانی بیماری‌ها به زندگی در سال‌های جوانی ارزش بیشتری را نسبت به سال‌های پیری و خردسالی می‌دهد.

۵- آیا همه‌ی مردم برابرند؟ اگر بین گروه‌های مختلف جامعه، امید به زندگی و سلامت متفاوت باشد، ارزش سال‌های از دست رفته به سبب مرگ در آن‌ها یکسان است؟

در مورد بیماری‌ها و حوادث غیرکشنده، تا مدتی قبل رویکرد چنین بود که به سال‌های از دست رفته به واسطه‌ی بیماری توجه می‌شد. در حال حاضر مدت زمانی را که فرد در سلامت به سر می‌برد مد نظر قرار می‌دهند (QALYs). همان‌گونه که مفهوم سلامت در گذشته فقدان بیماری تلقی می‌شد، اما در حال حاضر تعریف سلامت، علاوه بر فقدان بیماری، شامل عاری بودن از آسیب و محدودیت عملکردی نیز می‌شود.

نکته بسیار مهم این است که در جوامع مختلف معیارهای درونی متفاوتی برای وزن دادن وجود دارد، آنچه که در این باره در نگاه اول به ذهن می‌رسد، این است که شدت و وسعت یک مشکل یا بیماری باید جزئی اصلی از معیارها باشد، اما همان‌طور که می‌دانیم، برای تصمیم‌گیری در مورد شدت و وسعت یک بیماری باید اطلاعات لازم از جامعه در دست باشد که اغلب در سطوح منطقه‌ای و جهانی این اطلاعات در دست نیست و به همین دلیل در همه‌ی مواقع نمی‌توان از آن استفاده کرد. جایگزینی برخی معیارها در جوامع مختلف این امکان را می‌دهد که با وزن هر بیماری با توجه به شرایط درونی آن جامعه تعیین شود و در نهایت امکان مقایسه‌ی بین جوامع گوناگون ایجاد می‌شود.

نزول

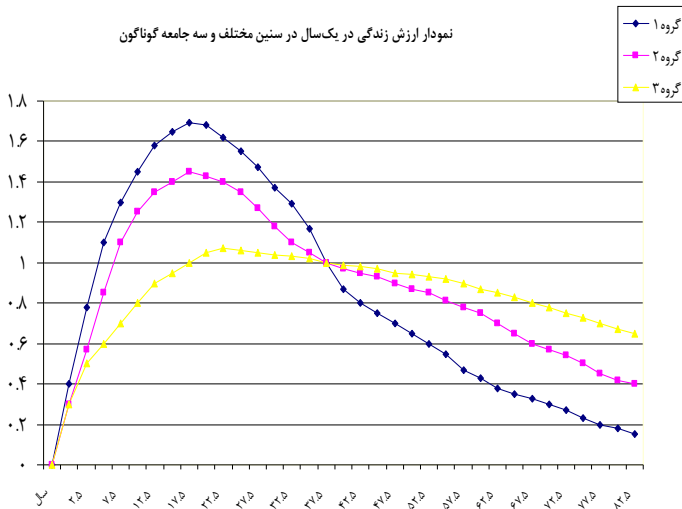
شاخص DALY روند آتی سال‌های همراه با سلامت را که به دلیل بروز هر علتی از دست می‌روند را اندازه‌گیری می‌نماید. پس باید گفت که DALY بر مبنای بروز محاسبه می‌شود و نه بر مبنای شیوع به همین دلیل برای محاسبه و یافتن ارزش واقعی بار بیماری‌ها در زمان کنونی، ۳٪ از سال‌هایی که در آینده از دست می‌روند کاسته می‌شود، زیرا با گذشت زمان سال‌هایی که برای از دست دادن باقی است کاهش می‌یابد. بر این اساس یک سال زندگی سالم در زمان حاضر ۲۴٪ با اهمیت‌تر از یک سال زندگی سالم در ده سال آینده است. در برخی پژوهش‌ها میزان نزول را در محاسبات خود تا ۱۰٪ بالا برده‌اند. اما با این وجود بر سر به‌کارگیری آن اختلاف نظر وجود دارد.

بارِ سن

در مطالعات انجام شده بر روی بار بیماری‌ها دریافته‌اند که سنین مختلف ارزش و بار ویژه‌ی خود را دارند. براساس مطالعاتی که تا کنون انجام شده‌اند، دریافته‌اند که ارزش یک‌سال زندگی یک جوان از ارزش یک‌سال زندگی یک خردسال و یا کهنسال بیشتر است. این معیار در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون به صور متفاوتی بررسی می‌شود و نقش‌های گوناگونی پیدا می‌کند. نمودار زیر نشان می‌دهد که در جوامع مختلف، با وجود داده‌های یکسان، اعمال ضریب‌های گوناگون، سبب وقوع تفاوت در ارزش سنین می‌شود.

پس باید گفت که در یک جامعه، سنین خردسالی، نوجوانی، جوانی، میان‌سالی و کهنسالی هر یک ارزش خاصی دارند و به یقین در

مقام مقایسه‌ی بار و ارزش سنین با یکدیگر، سنین جوانی و سپس میان سالی، در صدر قرار دارند. البته اختلاف این طبقات، در جوامع گوناگون، متفاوت خواهد بود. یعنی در برخی جوامع، اختلاف ارزش سنین جوانی با سنین کهنسالی بسیار زیاد و در برخی جوامع این اختلاف بسیار اندک است.



برآورد سال‌های ازدست رفته به سبب مرگ زودرس

در مورد بیماری‌هایی که موجب مرگ زودرس می‌شوند، برای اندازه‌گیری بار بیماری، روش اندازه‌گیری استاندارد سال‌های مورد انتظار زندگی از دست رفته، به کار می‌رود. با این روش، مرگ در هر گروه سنی به صورت مجزا در محاسبه‌ی بار بیماری آن دخالت دارد؛ یعنی بار بیماری متناسب با همان گروه سنی و با در نظر گرفتن ارزش و بار سن لحاظ می‌شود.

برآوردهای اپیدمیولوژیک برای بیماری‌ها

سال‌های از دست رفته‌ی ناشی از ناتوانی (YLD)، جزئی از DALYs است و عامل به‌وجود آورنده‌ی ناتوانی را در محاسبه DALY دخالت می‌دهد. برآورد YLD یکی از دشوارترین بخش‌های محاسبه‌ی بار ملی بیماری در یک جامعه است. گاهی لازم است به جای یافتن روش‌های ممکن برای برآورد یک ناتوانی، درک عمیق و کافی از خصوصیات اپیدمیولوژیک آن ناتوانی داشته‌باشیم که به‌طور یقین قضاوت و نوآوری فراوانی را طلب می‌کند. روش‌های گوناگونی در مطالعات مختلف برای برآورد یک ناتوانی به کار رفته‌اند که هر یک دارای نقاط قوت و ضعف خاصی هستند، برای اطمینان از اعتمادپذیری کافی در بهره‌گیری از یک شیوه، نرم افزاری با نام DisMod برای محاسبه‌ی بار ملی بیماری، تهیه شده‌است.

داده‌های لازم برای برآورد YLD عبارتند از؛ بروز ناتوانی، دوره‌ی ناتوانی، سن بروز و شدت ناتوانی بر اساس تقسیم‌بندی‌های موجود، تمام این داده‌ها باید با سن و جنس متناسب شده‌باشند، یعنی داده‌ها به

تفکیک سن و جنس باشند. اگر سن و جنس را نادیده بگیریم روش محاسبه‌ی این عامل از طریق فرمول زیر میسر خواهد بود؛

$$YLD = I \times DW \times L$$

در این فرمول I تعداد بروز در یک دوره‌ی زمانی خاص است (مثلاً در یک سال)، DW^9 وزن ناتوانی است که بین دو عدد ۰ و ۱ قرار دارد و در نهایت L که نمایانگر متوسط دوره‌ی ناتوانی، بر حسب سال، است. گذشته از محاسبه‌ی متناسب با سن و جنس، برآورد بروز و وزن ناتوانی از دشوارترین مراحل پیش از محاسبه می‌باشد.

طراحی یک مطالعه‌ی ملی بار بیماری

کلیه‌ی مطالعات ملی بار بیماری‌ها باید قادر باشند که وضعیت سلامت جامعه را با بهره‌گیری از اطلاعات موجود توصیف کنند و با

⁹ Disability Weight

استفاده از مقیاس‌های اختصاری که کشنده بودن یا نبودن را لحاظ می‌نمایند، بار مّلی بیماری‌ها را تعیین کنند.

در یک مطالعه‌ی بار بیماری، طراحی‌ها و به تبع آن‌ها اهداف فراوانی را می‌توان مطرح نمود؛ برای مثال می‌توان به این اهداف اشاره کرد:

- نیازهای سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها؛
- مطالعه و پایش وضعیت سلامت در آینده جامعه؛
- فعالیت‌های اولیه و پایه برای آغاز محاسبه‌ی بار بیماری‌ها.

بر اساس نوع مطالعه و اهداف مورد نظر، داده‌های مورد نیاز را می‌توان تعیین نمود. برای نمونه اهداف کلی و جزئی که می‌توانند مد نظر باشند در زیر آورده شده‌اند.

- اندازه‌گیری جامع بار بیماری، آسیب‌ها و عوامل خطر ساز در جامعه به منظور؛

- دستیابی به یک میزان پایه برای اندازه‌گیری میزان تغییرات و پیشرفت سامانه سلامت؛
- تولید داده‌های جامع در مورد نیازهای سلامت برای حمایت از صرف بهینه‌ی منابع در زیر گروه‌های جامعه؛
- انجام مطالعات هزینه به اثربخشی با تمرکز بر وضعیت سلامت و اولویت‌بندی توسط بار مّلی بیماری‌ها، به منظور؛

- تولید بسته‌های جایگزین خدمات ضروری سلامت که با اجرای آن‌ها و به کارگیری منابع موجود، از بار بیماری‌ها به طور قابل توجهی کاسته شود؛
 - ایجاد معیارهای قابل اندازه‌گیری برای توسعه اثربخشی و کارآیی سامانه سلامت؛
 - آغاز مطالعات هزینه به اثربخشی و بار مّلی بیماری‌ها در کشور و نیز در حوزه‌های فن‌آوری.
- در هنگام تنظیم اهداف یک مطالعه‌ی بار مّلی بیماری، نکته‌ی بسیار مهم این است که اولویت‌بندی برای برنامه‌های اجرایی به منظور مداخله برای تغییر در بار بیماری، امر ساده‌ای نیست و هزینه به اثربخشی و ظرفیت سازمانی برای اجرای برنامه‌ی مداخلاتی، از عوامل مهم و تعیین‌کننده هستند.
- از موارد دیگری که در طراحی یک مطالعه بار مّلی بیماری باید مورد توجه قرار گیرند، به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:
- *لحاظ نمودن کلیه‌ی علل، حتی اگر داده‌ها ضعیف و محدود هستند، بهتر است که همه‌ی علل را در محاسبات دخالت دهیم تا این که آن‌ها را نادیده بگیریم؛*
 - *تحلیل باید کاملاً شفاف باشد، تمامی مراحل تحلیل به طور آشکار و کاملاً واضح، تدوین شوند و قابلیت تکرار داشته‌باشند؛*

- قضاوت، مطالعات بار مّلی بیماری در انتها باید دارای قضاوت باشد و تنها به تحلیل ختم نمی‌شود؛
- تمرکز بر روی متغیرهای استنتاج شده، باید مطلع باشیم که در مطالعات بار بیماری، به تحلیل توصیفی اکتفا نخواهد شد و لازم است که به سراغ تحلیل استنباطی و بهره‌گیری از متغیرهای حاصل از تحلیل توصیفی برویم و آن‌ها را نیز مورد تحلیل قرار دهیم.

برآوردهای اپیدمیولوژیک - رویکرد عمومی

همان‌طور که اشاره شد، دشوارترین بخش از یک مطالعه‌ی بار مّلی بیماری، برآورد سال‌های از دست رفته‌ی ناشی از ناتوانی (YLD)

است. در محاسبه‌ی مرگ و میر معمولاً منبع اطلاعاتی منحصر به فرد و واحد است؛ یعنی از یک منبع اطلاعاتی مشخص استفاده می‌شود. در حالی که برای محاسبه‌ی YLD باید از منابع متعدد، بسته به نوع بیماری استفاده کرد، مثلاً داده‌های بیمارستان‌ها، مراکز توانبخشی، مطب‌ها و ... با وجود مزایای فراوانی که در استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد وجود دارد، تعدد منابع، اغلب با گستردگی و تفاوت داده‌ها و پروتکل‌های درونی هر منبع و پایگاه داده‌ها همراه است که مشکلات بسیاری را در مسیر گردآوری و تحلیل فراهم می‌سازد. برای این که قضاوت مطلوبی را در مورد منابع مورد نظر پیدا کنیم و قادر باشیم که حوزه‌ها و داده‌های مناسب برای تحلیل را در روند گردآوری، یافته و آن‌ها را تدارک ببینیم، لازم است درک کاملی از اپیدمیولوژی بیماری داشته باشیم و اطلاعات مورد نظر را در این باره در اختیار بگیریم. اما تمام این‌ها در تئوری میسر است، واقعیت این است که در زمان اجرا با مشکلات فراوانی روبرو خواهیم بود؛ اول این که زمان اجرای مطالعه که اغلب محدود و کوتاه است، امکان این که به یک کارشناس حاذق در حوزه‌ی اپیدمیولوژی بیماری مورد مطالعه تبدیل شویم وجود ندارد و استفاده از کارشناسان متعدد نیز مشکلات خود را دارد؛ از جمله‌ی مشکلات ناشی از تعدد کارشناسان می‌توان به تعدد رویکردها و نگرش‌های کارشناسان که اعتبار درونی مطالعه را پایین می‌آورد، اشاره کرد که در نهایت تفسیر و جمع‌بندی آراء بسیار دشوار و گاهی ناممکن می‌شود. مشکل دیگر این است که همه‌ی داده‌های موجود، با کیفیت دلخواه ما وجود ندارند و یا دسترسی به آن‌ها مستلزم صرف زمان و هزینه‌ی بسیار زیاد است. در

این جا هنر محقق و مجری طرح در اجرای بهینه‌ی مطالعه با تمام موانع و محدودیت‌ها مطرح است و انتخاب بهترین فرد ممکن که دارای این هنر باشد، از مهم‌ترین تصمیم‌های مدیران سامانه‌ی سلامت یک کشور است. در همین ارتباط، سه خصوصیت مهم علاوه بر دانش و تجربه کافی را می‌توان برای مجری یا سرپرست این نوع مطالعه نام برد؛

* شجاعت داشته باشد، اما دچار بی توجهی نگردد.

* دقت فراوان اما نه به اندازه‌ای که مانع از انجام فعالیت‌ها شود.

* مهارت فراوان در دریافت نظرات کارشناسان تخصصی داشته

باشد اما به پذیرش کورکورانه مبتلا نشود.

حال، مراحل اجرایی برآورد YLD را که در نمودار زیر آمده

است، گام به گام شرح می‌دهیم؛

گام اول - پژوهش در پیرامون دانش موجود در مورد بیماری:

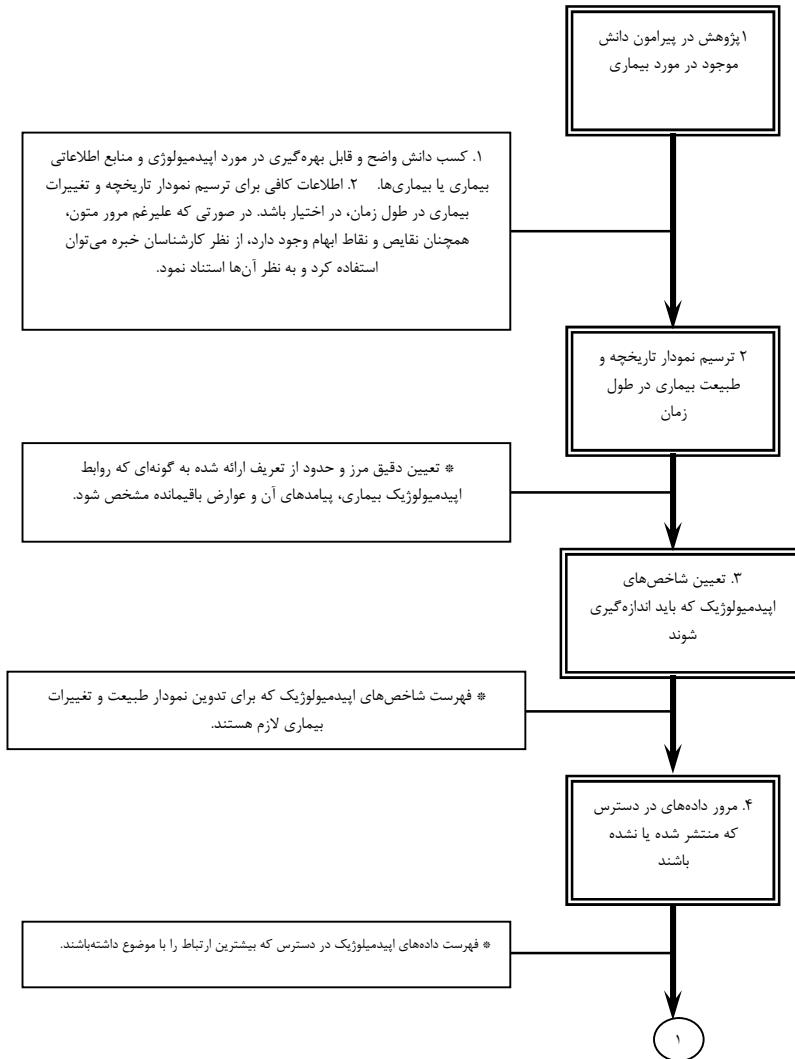
در این مرحله، گردآوری تمام اطلاعات و دانش لازم، به‌طور جامع ضرورت ندارد، در واقع یک درک کلی از وضعیت بیماری، منابع موجود و سامانه‌های خدماتی آن باید پیدا کنیم.

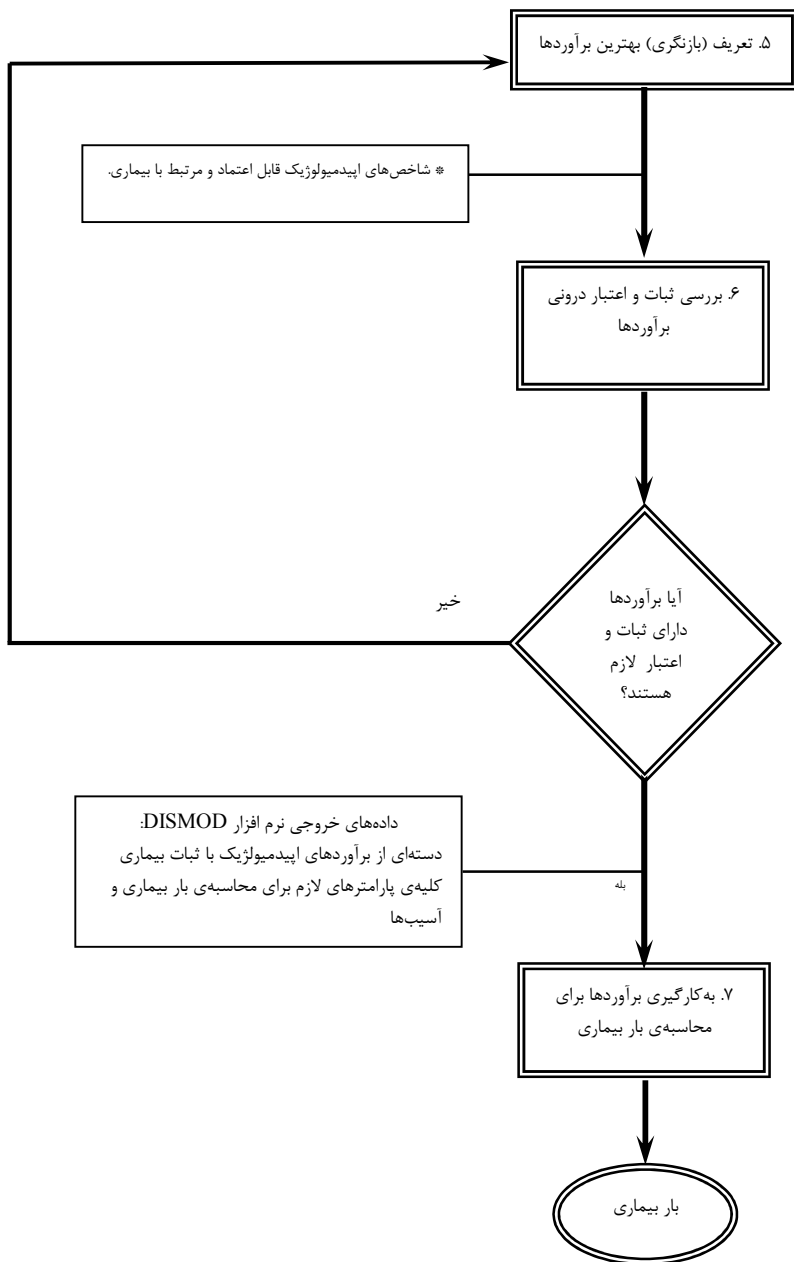
فعالیت‌های لازم: ۱. تمرکز بر روی تعاریف ارائه شده، تاریخچه،

دسته‌بندی‌ها، شدت و اپیدمیولوژی بیماری‌های مورد مطالعه.

۲. قرابت و نزدیکی با دانش موجود از طریق مطالعه کتب معتبر علمی و تخصصی، مقالات و گزارش پژوهش‌های انجام شده که با موضوعات مورد مطالعه مرتبط باشند. این پژوهش‌ها و مرور متون باید در جهت توانمندسازی برای مطالعه بر روی بار ملی بیماری و بار جهانی آن باشد.

- در پایان این مرحله باید به موارد ذیل دست پیدا کرده باشیم؛
۱. دانش واضح و قابل بهره‌گیری در مورد اپیدمیولوژی و منابع اطلاعاتی بیماری یا بیماری‌های مورد نظر.
 ۲. در اختیار داشتن اطلاعات کافی برای ترسیم نمودار تاریخچه و تغییرات بیماری در طول زمان. در صورتی که علی‌رغم انجام مرور متون، همچنان نقایص و نقاط ابهام وجود داشته‌باشد، از روش نظرسنجی از کارشناسان خبره می‌توان استفاده کرد و به نظر آن‌ها استناد نمود. نمودار صفحه‌ی بعد، فرآیند طراحی روند یک برآورد اپیدمیولوژی قابل اعتماد و اطمینان در مورد یک یا چند بیماری را نشان می‌دهد.





سؤال‌هایی که در روند فرآیند ممکن است به آن‌ها برخورد کنیم و باید پاسخ آن‌ها را بیابیم:

۱- دانش موجود در خصوص بیماری مورد مطالعه، پوشش لازم را ایجاد می‌کند و شفاف‌سازی قابل قبولی دارد؟

۲- محدودیت‌های این دانش چه چیزهایی هستند و در چه حوزه‌هایی باید بیشتر مطالعه نمود و اطلاعات علمی بیشتری را باید گردآوری نمود؟

۳- داده‌های موجود که مرتبط با تاریخچه و طبیعت بیماری و نیز عوارض ناشی از بیماری هستند، کدامند (شیوع، بروز، طول دوره‌ی بیماری، سن بروز، میزان بهبود، میزان مرگ و میر، خطرات مرتبط، حدود شدت و دوره‌ای که از بروز بیماری تا ناتوانی طی می‌شود)؟

۴- آیا اختلاف نظری، بین خبرگان وجود دارد که محقق برای ترسیم نمودار طبیعت و تاریخچه‌ی بیماری، مجبور شود مطالعات عمیق تری انجام دهد؟

۵- اگر داده‌های دقیقی وجود ندارد، آیا می‌توان از مجامع عمومی در مقابل نظرات مدیران سازمان استفاده کرد؟

۶- اگر از گروه‌ها و مجامع عمومی نمی‌توان بهره‌ای گرفت، آیا امکان تشکیل گروه‌های تخصصی وجود دارد؟ اگر پاسخ مثبت است چه معیارهایی را برای انتخاب اعضای گروه در نظر می‌گیرید؟

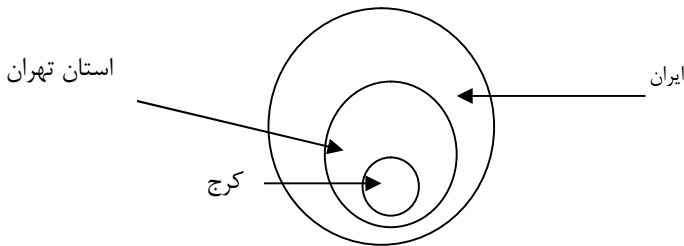
گام دوم - ترسیم نمودار طبیعت و تاریخچه‌ی بیماری:

ترسیم نمودار، در ایجاد درک مناسب از بیماری و انتقال این درک به دیگر اعضای گروه، تصمیم‌گیرندگان و پژوهشگران، کمک‌کننده خواهد بود. تعریف برآوردهای اپیدمیولوژیک، یکی از مواردی که باید در نمودار قید شود.

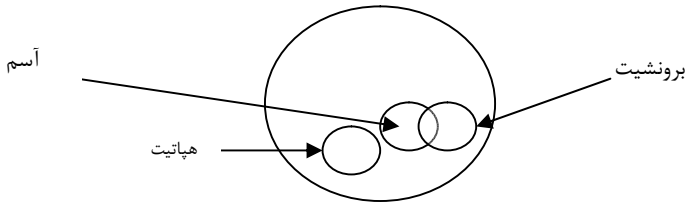
فعالیت‌هایی که برای ترسیم یک نمودار، باید انجام شوند،

عبارتند از:

۱- تعریف جامعه‌ی هدف و جامعه‌ی مورد مطالعه



۲- ارائه‌ی یک تعریف توصیفی از بیماری‌ها و رابطه‌ی بین آن‌ها



در جریان این فرآیند نیز سؤال‌هایی مطرح می‌شود که پاسخ به آن‌ها دقت و غنای بیشتری را به ارمغان می‌آورد که از جمله به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:

* آیا موارد (بیماری‌های) تعریف شده با یکدیگر تداخل یا همپوشانی دارند؟ مثل هپاتیت و ایدز که افراد مبتلا به هر یک از این دو بیماری ممکن است به دیگری نیز مبتلا باشد. در واقع گروهی از افراد جامعه به هر دو بیماری مبتلا هستند.

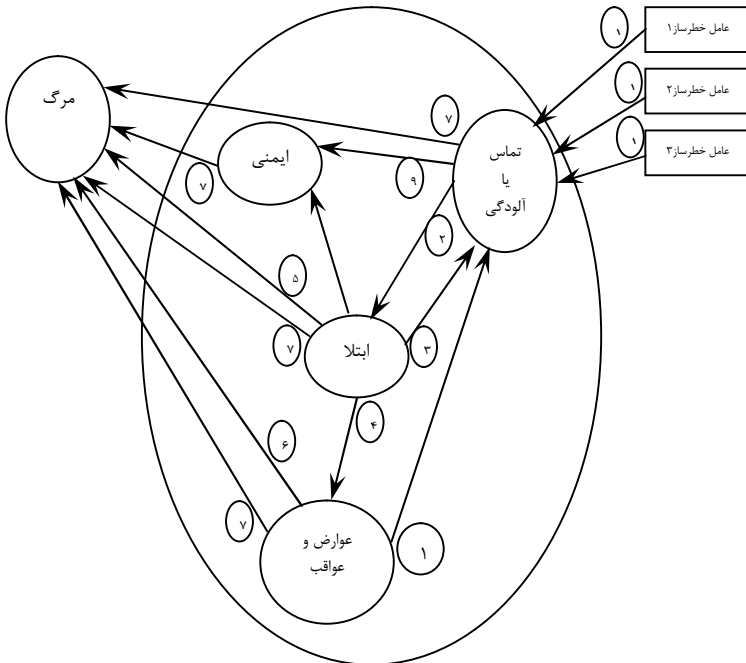
* رابطه‌ی آن‌ها با یکدیگر، چگونه است؟ در مثال بالا، راه انتقال هر دو بیماری یکسان است و احتمال انتقال بیماری بین مبتلایان، بیش از افراد عادی جامعه می‌باشد.

* بر چه اساس در تعریف آن‌ها را تفکیک می‌کنیم؟ مثلاً دستگاه تنفس فوقانی بر چه اساس و با چه معیاری از دستگاه تنفس تحتانی جدا می‌شود؟

* آیا خطا در طبقه‌بندی، تشخیص و یا مشکلاتی از این دست،
وجود دارد؟

پس از ارائه‌ی پاسخ‌ها، تاریخچه طبیعت بیماری را تعریف و
ترسیم نمایید.

برای نمونه، شکل زیر نمودار مدل یک بیماری دینامیک را نشان
می‌دهد که برای ترسیم آن، به اطلاعات فراوانی نیاز داریم؛



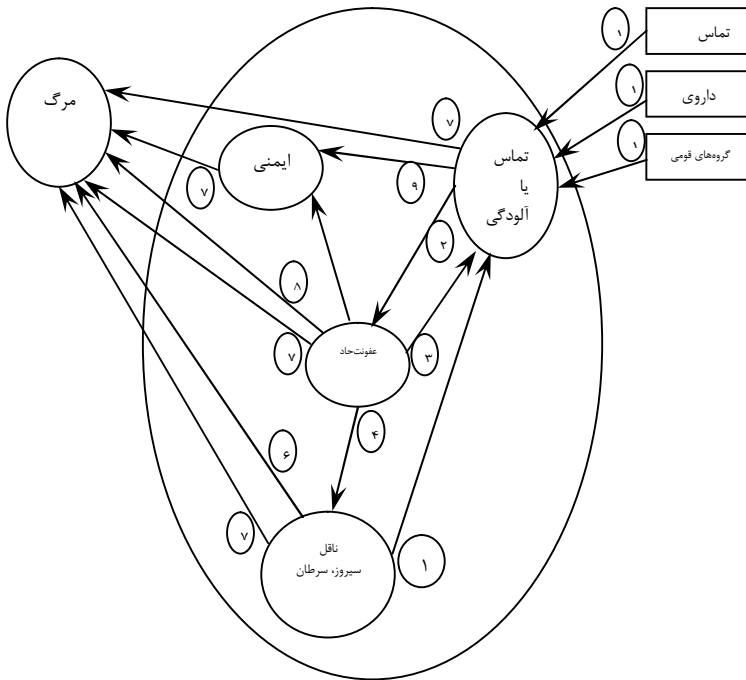
راهنمای شکل:

۱. امکان این که عوامل خطر‌ساز فراوانی با جامعه تماس پیدا کنند، وجود دارد. برخی از عوامل خطر‌ساز خود بیماری‌هایی هستند که ابتلا به آن‌ها خطر بروز بیماری مورد نظر ما را افزایش می‌دهند، مثل رابطه‌ی دیابت و بیماری‌های قلبی یا رابطه‌ی افسردگی و خودکشی.
۲. بروز بیماری؛ میزان افرادی را که در زمان مطالعه، به بیماری مورد نظر مبتلا شده‌اند، مشخص نماییم.
۳. کاهش بیماری؛ ممکن است که در دوره‌ی مطالعه، به سبب بهبود کامل یا نسبی، از میزان مبتلایان کاسته‌شود.
۴. عوارض؛ میزان بیماران مورد مطالعه را که به عوارض و یا عواقب بیماری دچار شده‌اند، تعیین کنیم.
۵. مرگ موارد؛ میزان بیمارانی که تحت مطالعه بوده‌اند و مرده‌اند.
۶. مرگ ناشی از عوارض؛ میزان بیمارانی که به دلیل عوارض ناشی از بیماری مورد مطالعه، دچار مرگ شده‌اند.
۷. مرگ عمومی؛ میزان کسانی که به هر دلیلی غیر از بیماری مورد مطالعه مرده‌اند. در اینجا مواردی که بدین ترتیب مرده‌اند را باید از مطالعه خارج کنیم.
۸. بیمارانی که نسبت به بیماری ایمن شده‌اند و دیگر به آن مبتلا نخواهند شد. البته این وضعیت، برای گروهی خاص از بیماری‌ها پدید می‌آید.
۹. کسانی که به دنبال یک برنامه ایمن‌سازی، نسبت به بیماری ایمن شده‌اند.

۱۰. بیمارانی که به بیماری و عواقب ناشی از آن مبتلا شده‌اند و احتمال بیماری و ابتلای دوباره در آن‌ها وجود دارد. به عنوان مثال زنانی که دچار گونوریا شده‌اند، این افراد نسبت به بیماری گونوریا ایمن نیستند، حتی اگر به یکی از عوارض بیماری در زنان، مثل نازایی نیز مبتلا شده‌باشند.

نمودار می‌تواند بسیار ساده و یا بسیار پیچیده باشد.

اگر عودهای مکرر بیماری مورد مطالعه خطر ابتلا و یا شدت عواقب و مرگ ناشی از آن را افزایش دهند، به طور یقین نمودار بالا پیچیده‌تر خواهد بود. علاوه بر این عده‌ای از بیماری‌ها عامل خطر ساز بیماری دیگری هستند، برای مثال دیابت عامل خطر ساز برای بیماری قلبی است. در مقابل برخی عوامل به‌طور مستقیم با بیماری مورد مطالعه مرتبط نمی‌شوند و در این موارد نمودار ترسیم شده ساده‌تر است. در برخی بیماری‌ها ایمنی مفهوم خاصی ندارد مثلاً در COPD یا دمانس، بخش ایمنی از نمودار حذف می‌شود. برای این که درک بهتری از رسم نمودار وضعیت و طبیعت بیماری پیدا کنیم، بیماری هپاتیت B را به عنوان نمونه رسم می‌کنیم؛

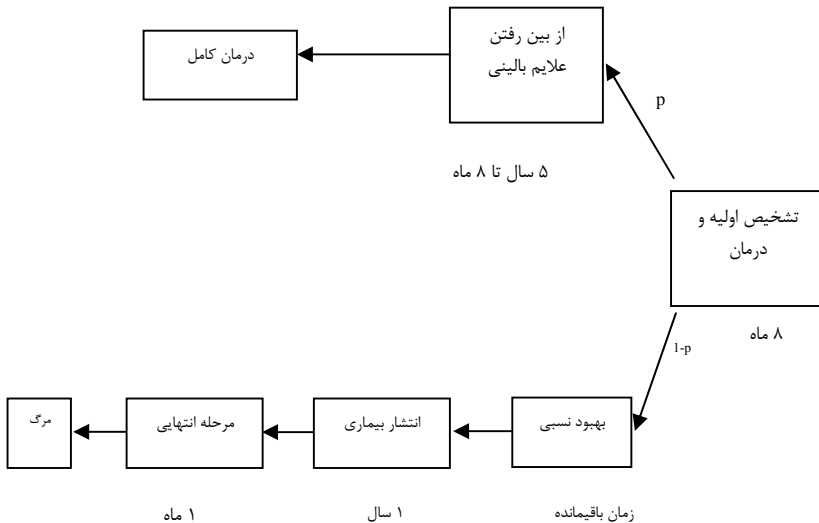


راهنمای شکل:

۱. تماس جنسی غیرمطمئن و استفاده وریدی از دارو و مواد از مهم‌ترین عوامل خطر ساز بیماری هیپاتیت B در انسان هستند. گروه‌های قومی و گروه‌های اجتماعی خاص، در صورتی که ناقل بیماری در آن جامعه وجود داشته باشد، از عوامل مهم در انتقال از مادر به جنین و نوزاد محسوب می‌شود.

۲. بروز بیماری؛ میزان افرادی که به تازگی با آن تماس داشته‌و دچار عفونت با ویروس شده‌اند. برای محاسبه‌ی وزن بیماری باید بدانیم که چه تعداد از افراد مبتلا به عفونت حاد دارای علائم بیماری هستند و چه تعداد از آن‌ها بدون علامت می‌باشند.
۳. کاهش بیماری؛ گذشته از هپاتیت B، بیماری‌های عفونی ممکن است ایمنی ایجاد کنند و یا این که یک ناقل مزمن پدیدآید.
۴. عوارض بیماری در افراد مورد مطالعه؛ میزان افرادی که عوارض یا عواقب این بیماری را تجربه می‌کنند؛ مثل ناقل مزمن، سیروز و یا سرطان کبد.
۵. مرگ موارد؛ میزان افرادی که در دوره‌ی حاد بیماری و هپاتیت حاد می‌میرند.
۶. مرگ ناشی از عوارض؛ میزان بیمارانی که به دلیل عوارض ناشی از بیماری مورد مطالعه، دچار مرگ شده‌اند؛ مثل سیروز، سرطان کبد.
۷. مرگ عمومی؛ میزان کسانی که به هر دلیلی غیر از هپاتیت B مرده‌اند.
۸. بیمارانی که نسبت به هپاتیت B ایمن شده‌اند و دیگر به آن مبتلا نخواهند شد.
۹. کسانی که به دنبال یک برنامه ایمن‌سازی، نسبت به بیماری ایمن شده‌اند.
۱۰. این عامل در مورد بیمارانی که به بیماری و عواقب ناشی از آن مبتلا شده‌اند و احتمال بیماری و ابتلای دوباره در آن‌ها وجود دارد، مطرح می‌شود و البته در مورد هپاتیت B این اتفاق نمی‌افتد.

همانطور که مشاهده می‌کنید، نمودار هر بیماری با نمودار بیماری دیگر متفاوت است و این تفاوت‌ها، اختلاف بین بیماری‌ها را بهتر نمایان می‌سازد و درک بهتری از بیماری‌ها خواهیم داشت. هنگام رسم نمودار، از روش‌های گوناگونی را برای ترسیم نمودار می‌توان استفاده کرد. در زیر، مثالی برای سرطان پستان مشاهده می‌شود که در مطالعات بار بیماری در کشور استرالیا به دست آمده است.



نکته: p نمایانگر کسانی است که بیمار شده ولی زنده مانده‌اند.
 $1-p$ نشان‌دهنده کسانی است که به سبب بیماری مرده‌اند.

پس برای ترسیم مناسب و نزدیک به واقعیت حداقل باید سه چیز را رعایت کنیم؛

۱- تعریف واضح و دقیق از مسئله یا بیماری، به گونه‌ای که ارتباطات، پیامدها و عواقب آن مشخص شوند.

۲- توصیف و ترسیم روشن از کلیه‌ی عوامل اپیدمیولوژیک که برای تعیین خصوصیات و نیز تغییرات بیماری لازم هستند.

۳- یک مدل ساده از بیماری و عوامل آن به گونه‌ای که همه‌ی عوامل مهم و اساسی را در بر بگیرد. باید توجه داشت که این مدل نباید آن‌قدر پیچیده باشد که درک آن را دچار مشکل نماید.

گام سوم- تعیین شاخص‌های اپیدمیولوژیک که باید برآورد شوند، مرحله‌ی سوم فعالیت‌ها را در روند محاسبه‌ی YLD تشکیل می‌دهد.

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، داده‌های لازم برای برآورد YLD عبارتند از: بروز ناتوانی، دوره‌ی آن، سن بروز، پراکندگی و گسترش ناتوانی برحسب کلاس‌ها و گروه‌بندی مربوط به ناتوانی، تمام این داده‌ها باید حداقل بر اساس سن و جنس تفکیک شده باشند. برای این منظور برآورد بروز، کاهش، میزان مرگ و یا خطرات مرتبط با آن را برحسب سن و جنس استخراج نماییم ولی در اغلب موارد، هنگامی که به این داده‌ها نیاز داریم، آن‌ها در دسترس نیستند ولی خوشبختانه شیوع و عواقب بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده‌اند.

در بیشتر جوامع، بیماری‌هایی که عامل اغلب ناتوانی‌ها هستند بسیار معدودند، برای مثال به موارد شاخص آن‌ها در زیر اشاره می‌کنیم: افسردگی، بیماری‌های اضطرابی، دمانس، COPD و آرتریت که در زمان بروز ناتوانی ممکن است علایم آن‌ها بین متوسط تا شدید باشد. نکته بسیار مهم که نباید از نظر دور داشت این است که مدل‌هایی که تدوین و تعریف می‌شوند باید بر اساس شدت بیماری تفکیک شوند، یعنی برای هر شدتی از بیماری یک مدل مجزا تعریف کنیم. بدین ترتیب وزن بیماری، برحسب شدت آن نیز استخراج می‌شود. البته همیشه گروه بندی شدت بیماری متناسب با جامعه مورد مطالعه نیست، به عبارت دیگر گروه‌بندی مورد استفاده، از جامعه‌ی دیگری استخراج شده‌است و ممکن است برای جامعه‌ی مورد مطالعه مناسب نباشد. در این شرایط باید سعی کرد اطلاعات تطبیقی گروه‌بندی حاضر با جامعه‌ی مورد مطالعه را در حین گردآوری داده‌ها تأمین نمود.

در پایان این مرحله فهرستی از شاخص‌های اپیدمیولوژیک که در تدوین الگوی بیماری لازم است تهیه می‌گردد.

گام چهارم - مرور متون و داده‌های منتشر شده و داده‌های

منتشر نشده:

در گام دوم، عواقب و عوارض بیماری‌های مورد نظر تعیین گردید. داده‌ها و منابع اطلاعاتی موجود در مورد این عواقب و عوارض، باید بررسی شده و مرور شوند. علت این کار جلوگیری از نادیده گرفتن

عوامل احتمالی خطر ساز و با اهمیت در برآورد نهایی از وضعیت بیماری در جامعه‌ی مورد مطالعه است.

برخی از منابعی که می‌توانند شما را یاری نمایند عبارتند از: مراکز ثبت بیماری‌ها، پیمایش‌هایی که در مورد بیماری‌ها در جامعه صورت می‌گیرد و یا قبلاً انجام شده‌اند، مطالعات اپیدمیولوژیک، داده‌های سیستم‌های سلامت جامعه و منابع دیگری که ممکن است در جامعه‌ی مورد مطالعه وجود داشته باشند.

در پایان این مرحله باید از اعتمادپذیری داده‌هایی که به دست آمده‌است، اطمینان کامل داشت و اگر متون و منابعی بررسی نگردیده‌اند، دلیل علمی و قانع‌کننده‌ای برای عدم بررسی آن‌ها در دست باشد. اگر منبعی فراموش شده‌است، باید طی یک بازبینی، آن منبع نیز مورد بررسی قرار گیرد و آخرین نکته این که براساس داده‌های به دست آمده مراحل قبلی و گام‌های پیشین بازنگری شوند.

گام پنجم - انسجام و کیفیت داده‌ها، گام پنجم است.

انسجام درونی با استفاده از نرم افزار DisMod - زمانی که تمام داده‌های موجود در مورد بیماری گردآوری شد، اولین و مهم‌ترین کار، مشخص کردن انسجام درونی مطالعات و مشاهدات است. با این کار ارزش و اعتبار داده‌های گردآوری شده را تعیین می‌کنیم. برای تحلیل این که اطلاعات موجود درباره‌ی شیوع، بروز و مرگ و میر از انسجام کافی برخوردار هستند یا خیر، به کمک و یاری رایانه نیاز داریم. نرم

افزار DisMod، برای استفاده در مطالعه‌ی بار بیماری طراحی و تکامل یافته‌است.

در پایان این گام، باید میزان انسجام و اعتبار تمامی داده‌های اپیدمیولوژیک مورد نظر را بررسی نموده و نیز کلیه‌ی داده‌های لازم برای محاسبه‌ی YLD در اختیار باشد.

در آخرین گام یا آخرین مرحله، خروجی‌های DisMod را به فهرست‌ها و فرم‌های محاسبه‌ی YLD وارد می‌کنیم و با به دست آوردن آن به سراغ استخراج بار بیماری براساس DALY خواهیم‌رفت.

سلامت و Well-being:

سلامت را به عنوان یکی از اجزای با اهمیت Well-being می‌شناسیم اما اجزای مهم دیگری هم در آن وجود دارند که در کنار سلامت موجب ایجاد سطحی از Well-being در افراد می‌شوند، برخی از آن‌ها عبارتند از: سکونت، موقعیت‌های فردی و اجتماعی و درآمد. نکته‌ی بسیار با ارزش تأثیر این عوامل بر یکدیگر است، به این معنی که سلامت بر عوامل دیگر و آن‌ها بر سلامت اثرگذار هستند و این اثرات آن قدر در هم آمیخته و پیچیده هستند که نمی‌توان آن‌ها را از یکدیگر تفکیک کرد. عدم تفکیک پذیری اثرات این عوامل بر یکدیگر باعث می‌شود که اندازه‌گیری سطح سلامت و به خصوص بار بیماری در افراد یک جامعه بدون در نظر گرفتن عوامل دیگر Well-being پوشش کافی را ایجاد نکند، توضیح بیشتر این که فرض کنیم تنها مورد استفاده از بینایی مطالعه باشد و فردی را در نظر بگیریم که از حیث بینایی دچار هیچ نقص و آسیبی نیست اما هیچ کتاب و مطلب قابل مطالعه‌ای در اختیار ندارد، در این وضعیت داشتن یا نداشتن بینایی، چه تفاوتی دارد؟ حال اگر فردی نابینا یک کتابخانه عظیم تهیه شود، اثر خدمت ارائه شده بر کارایی سلامت آن چیست؟ پس عوامل بیرونی یا عوامل غیر از سلامت، در اثربخشی و کارایی سلامت نقش مهمی را ایفا می‌کنند. از سوی دیگر سلامت بر روی این عوامل تأثیرگذار است، برای مثال کسی که دچار بیماری می‌شود و توان درآمدی او کاهش می‌یابد، در نتیجه سطح Well-being او نیز افت می‌کند و افت حاصل، بر روی سطح سلامت وی اثر غیرمستقیم خواهد داشت. اثرات یادشده تنها به

اثرات فردی محدود نمی‌شوند، بلکه افراد یک جامعه بر یکدیگر تأثیرگذارند و تغییر سطح سلامت یک نفر بر اطرافیان تغییر ایجاد می‌کند که اغلب در بار بیماری و اندازه‌گیری سطح سلامت به عنوان یک عامل، فراموش می‌شوند.

اندازه‌گیری بار بیماری از منظر مقطع زمانی

اگر همه‌ی محاسبات، با یک نگاه گذشته‌نگر انجام شود، بار بیماری محاسبه شده، مربوط به یک دوره‌ی زمانی در گذشته می‌شود، مثلاً از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰. ممکن است این دوره تا زمان حاضر ادامه پیدا کند. در این حالت بار بیماری، آنچه را که در گذشته رخ داده‌است، نشان می‌دهد. این نوع محاسبه، بیشتر در مورد بررسی برنامه‌ها و سیاست‌های گذشته کاربرد دارد که از آن‌ها می‌توان بازخورد لازم را برای اصلاح یا تداوم برنامه‌ها دریافت نمود. سوالی که مطرح می‌شود، این است که؛ آیا با این شیوه می‌توانیم رخ داده‌های آینده و تغییرات آتی را پیش‌بینی نمود و برای آینده برنامه‌ریزی کرد؟ با توجه به عوامل متعدد و متغیرهای فراوان، پیش‌بینی براساس داده‌های گذشته، پوشش کافی نخواهد داشت. برای این منظور باید از شیوه‌ی محاسبه‌ی بار بیماری قابل اجتناب استفاده نمود. یعنی براساس روند بیماری، شرایط آینده و بار بیماری را پیش‌بینی کنیم.^{۱۰}

یکی از موارد اختلاف در برآورد بار بیماری و محاسبه‌ی ناتوانی در بحث‌های کنونی، این است که در بسیاری از موارد، هنگام محاسبه‌ی ریاضی ارزش و بار بیماری، مقدار عدد محاسبه شده برای بار بیماری یا ناتوانی از عدد یک که نهایت ارزش بار یک بیماری است، بیشتر می‌شود. در این صورت فرد باید مرده باشد اما در قید حیات است و زندگی می‌

^{۱۰} برای مطالعه‌ی بیشتر در این خصوص می‌توانید به انتشارات سازمان بهداشت جهانی مراجعه نمایید.

کند. فرضیه‌ای را می‌توان طرح کرد که؛ در اغلب حالات یاد شده، بار بیماری یا ناتوانی، علاوه بر این که بر خود فرد مبتلا وارد می‌شود، افراد همجوار، اعضای خانواده، خدمات‌دهندگان و اعضای اجتماع نیز متحمل بار و سنگینی بیماری و ناتوانی می‌شوند. این بار می‌تواند سبب کاهش فعالیت و یا ایجاد محدودیت عملکردی و به عبارتی دیگر سبب ناتوانی در دیگر افراد جامعه شود، بدون این که عوامل خطر ساز بر افراد پیرامون فرد مبتلا و یا ناتوان اثری گذارده باشند. پس مقداری که از عدد ۰/۹۹ بیشتر می‌شود، به عنوان بار ناتوانی که بر دیگر اعضای جامعه وارد می‌شود، می‌تواند تلقی گردد. این فرضیه نیاز به آزمون و ارزیابی‌های فراوانی دارد که در پژوهش‌های آتی می‌توان به آن پرداخت. البته ذکر این نکته بسیار با اهمیت است که مفهوم نهایی این فرضیه این نیست که عدم حضور فرد می‌تواند بار را از بین ببرد؛ چرا که ممکن است مرگ فرد، آسیب بیشتری را به پیکره‌ی جامعه وارد سازد. در واقع بحث اصلی این فرضیه یک بحث ریاضی است و در حوزه‌ی ارزش زندگی افراد وارد نمی‌شود.

به هر شکل هر جامعه نیاز دارد که با تغییر و اصلاح در برنامه‌ها و سیاست‌های ارائه‌ی خدمات وضعیت رو به رشدی را تجربه کند. نیازسنجی سلامت، روشی است که می‌تواند در روند برنامه‌ریزی و تغییر وضعیت جامعه به کار برود.

نیازسنجی سلامت چیست؟

مهم‌ترین هدف یک نیازسنجی این است که در یک گروه از افراد یا در یک جامعه اختلاف بین وضع موجود و آن وضعیتی را که مطلوب و یا ایده آل محسوب می‌شود، تعیین نماید.

نیازسنجی سلامت، یک واژه‌ی نوین است که از قرن نوزدهم رایج گردید و برای درک بهتر نیازهای یک جامعه به کار برده شد. در ابتدا مسئولین بهداشتی و سلامت در هر منطقه، مأمور انجام چنین کاری بودند ولی از دهه ۱۹۷۰ به بعد نیازسنجی به صورت یک پارچه و در کل جامعه آمریکا گسترش یافت، با این روش از یک سو، براساس گستره مرگ و میر و نیز آسیب ناشی از بیماری‌ها، وقایع و مشکلات موجود، امکانات، منابع و زمان تخصیص منابع تقسیم می‌شود و از سوی دیگر عدالت در ارائه‌ی خدمات رعایت می‌شود. این شیوه در سال ۱۹۹۲، در تمام سطوح سلامت، به عنوان روشی برای برنامه‌ریزی و دستیابی به اهداف کلان سامانه‌ی، کاملاً به اجرا درآمد. در هر منطقه جغرافیایی، اطلاعات منطقه‌ای جمع‌آوری شده و در نهایت نتیجه‌گیری و جمع‌بندی به صورت ملی صورت می‌پذیرد. با وجود بهره‌گیری از شیوه‌ی گردآوری داده‌ها، دانش و اطلاعات افراد در مورد نیاز بیماران می‌تواند در نتیجه‌گیری‌ها کارساز باشد و این اهمیت همکاری بخش‌های منطقه‌ای را در زمان جمع‌بندی نتایج بیان می‌کند.

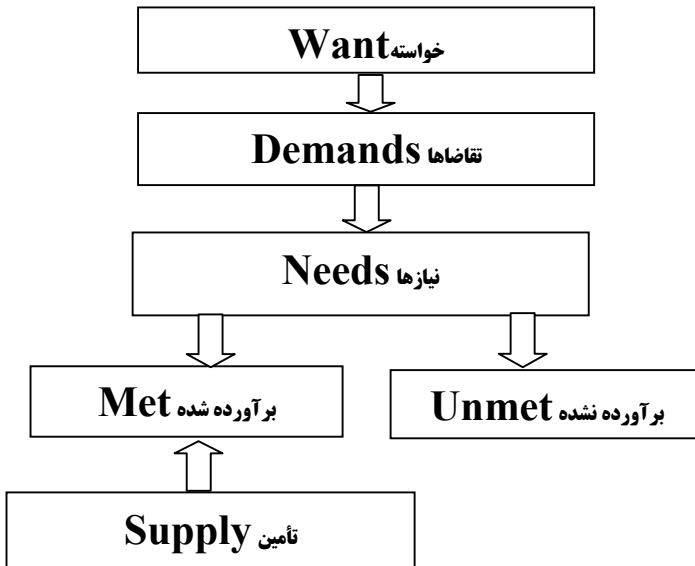
چرا نیازسنجی اهمیت دارد؟

در فصل‌های گذشته اشاره شد که هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی هر روز افزایش می‌یابد. هزینه خدمات بهداشتی و درمانی در سی سال اخیر، بیشترین رشد را داشته‌است و یکی از مهم‌ترین بخش‌های بودجه، در کشورهای پیشرفته محسوب می‌شود. با گذشت زمان، تغییر در خصوصیات جمعیتی و فردی و نیز پیشرفت دستگاه‌های پزشکی موجب افزون شدن هزینه خدمات می‌شود. در همین حال منابع لازم برای ارائه‌ی این خدمات محدود بوده و بسیاری از افراد امکان دسترسی به خدمات مورد نیاز خود را پیدا نمی‌کنند و دولت‌ها نیز، توان ارائه‌ی خدمات یکسان به آحاد جامعه را ندارند. با این حال، اگر هم توانایی چنین کاری وجود داشته‌باشد، تفاوت موجود بین خصوصیات جمعیتی و جغرافیایی موجب بروز تفاوت در نیاز گروه‌ها و اقشار مختلف می‌شود و بدین ترتیب یکسان نمودن خدمات نیز مشکلی را حل نمی‌کند، بلکه باید خدمات، متناسب با نیاز گروه‌ها، اقشار و خصوصیات جمعیتی ارائه شود.

دیدگاه و نگرش مشتری مدار، نیروی دیگری است که برنامه‌ها را به سمت نیازسنجی سوق می‌دهد. در این نگرش، لازم است براساس رضایت مشتری عمل شود و این رضایت زمانی اغنا می‌شود که نیازهای واقعی افراد برطرف شود، پس نیازسنجی یکی از روش‌های مؤثر در نگرش مشتری مدار است. در این راستا نگاه خدمات دهندگان، به سوی کیفیت بهتر خدمات، جلب شده‌است.

عوامل یادشده، موجب تحوّل و دگرگونی فراوان در ارائه‌ی خدمات سلامت در جوامع پیشرفته و جوامع در حال توسعه شده‌است. به عنوان مثال؛ در انگلستان، سامانه‌ی مالی خدمات درمانی، از سامانه‌های تصمیم‌گیرنده تفکیک شده‌است. با این تغییر، نقش تصمیم‌گیرندگان بهداشتی و درمانی، به خصوص پزشکان عمومی، جلوه‌ی بیشتری یافت و آنان توانستند، اولویت‌های بهداشتی و درمانی را در منطقه‌ی تحت پوشش خود با آسودگی بیشتری تعیین و انتخاب نمایند. با انجام نیازسنجی، توان و انگیزه لازم برای برنامه‌ریزی و حرکت، افزون می‌شود و از طرفی، اولویت‌ها نیز در این فرآیند، مشخص می‌شوند؛ به تبع آن، در منابع صرفه‌جویی شده و با استفاده از منابع باقی مانده، می‌توان خدمات نوین را شکل داد.

گاهی تعریفی که از واژه‌ی نیاز توسط پزشکان، جامعه‌شناسان، فلاسفه و محیط‌شناسان، ارائه می‌شود، با یکدیگر تفاوت‌های فراوانی دارند. اما از دیدگاه برنامه‌ریزی و منابع، سه نوع نیاز وجود دارد و یا در سه بخش مجزا، می‌توانیم آن‌ها را بررسی نماییم. این سه بخش عبارتند از؛ تقاضا، نیاز و تأمین یا پاسخ دادن به نیازها.



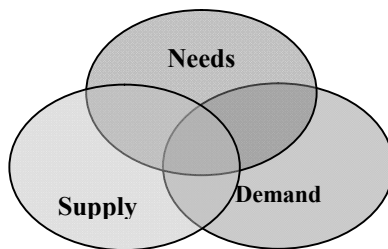
نیاز، در مراقبت‌های سلامت به معنای ظرفیت سودمندی است. یعنی این که اگر یک نیاز را پیدا می‌کنیم باید به دنبال آن بتوانیم برنامه‌ای مداخله‌ای را طراحی کنیم و تغییری در وضعیت موجود، ایجاد

نماییم. اگر مداخله‌ی ما تأثیرگذار نباشد و یا منابع لازم را برای اجرای برنامه خود در اختیار نداریم، پس تغییری هم نمی‌توانیم ایجاد کنیم. نتیجه این که باید موضوع مورد نظر را از فهرست نیازها حذف کنیم و یا از اولویت آن‌ها بکاهیم.

تقاضا، آن چیزی است که بیمار می‌خواهد. بسیاری از افراد و حتی برخی از متخصصین آن را با نیاز اشتباه می‌گیرند. کسانی این تقاضاها را درک می‌کنند که افراد یک جامعه برای دریافت یک خدمت به آن‌ها مراجعه می‌کنند. این افراد یا ساختارهای سازمانی، به خوبی می‌توانند تقاضاها را ثبت و دسته‌بندی کنند. تقاضا ممکن است براساس خصوصیات فردی و یا علایق جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، شکل بگیرد. این تقاضا ممکن است با یک نیاز واقعی کاملاً تطابق داشته باشد و یا برعکس، از نیازهای واقعی جامعه دور باشد. عامل دیگری که بر تقاضا تأثیر می‌گذارد، میزان و روش تأمین و پاسخ به آن‌ها می‌باشد. میزان مراجعه‌ی فرد به مراکز و یا شهرهای دیگر برای دریافت یک خدمت در تقاضای فرد تأثیرگذار خواهد بود. یعنی نحوه‌ی تأمین یک نیاز بر تقاضای فرد اثر دارد. هر قدر در تأمین رضایت بیمار بیشتر جلب شود علیرغم وجود و حضور نیاز، تقاضا کم خواهد شد.

تأمین؛ خدماتی که در پاسخ به نیازها ارائه می‌نماییم، همان تأمین نیازها هستند. این عامل به منابع، سیاست‌ها و نظر متخصصین بستگی دارد. برای بررسی اهمیت آن باید فن‌آوری سلامت در سطح ملی ارزیابی شود و خدمات جدید تعریف شده‌باشند.

همانگونه که توضیح دادیم **تقاضا، نیاز و تأمین** بر یکدیگر اثرگذار هستند و با یکدیگر همپوشانی دارند. هر قدر همپوشانی سه جانبه آن ها بیشتر باشد، نشان دهنده‌ی این است که درک جامعه از نیازهای خود به نیازهای واقعی نزدیک‌تر و تأمین خدمات تناسب بیشتری با نیازها دارند. اگر همپوشانی نیاز و تأمین بیش از همپوشانی نیاز و تقاضا باشد، نمایانگر این واقعیت است که جامعه درک کافی نسبت به نیازهای واقعی خود ندارد و به آموزش نیاز دارد. در حالت دیگر همپوشانی نیاز و تقاضا بیش از تأمین باشد، در می‌یابیم که برنامه‌ها به درستی و متناسب با نیاز و حتی متناسب با تقاضا تنظیم نشده‌اند. اگر سهم نیاز در همپوشانی سه جانبه، کمتر از سهم تقاضا و تأمین باشد، مؤید این موضوع است که برنامه‌ها به سمت تقاضا میل کرده‌اند و از نیازهای واقعی دور شده‌اند.



نیازهای سلامت

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت یعنی؛ رفاه کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی؛ درواقع نمی‌توان گفت که اگر کسی بیمار نیست، پس در سلامت کامل است. فروید سلامتی را این‌گونه تعریف می‌کند، که البته قدری هم رمانتیک است: سلامت، قادر به کار بودن و قادر به عشق ورزیدن است.

همانند رابطه‌ی نیازها و خدمات در دیگر حوزه‌ها، نیازهای مراقبت از سلامت، از مراقبت‌های سلامت (آموزش بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های نهایی) حاصل می‌شود. بیشتر پزشکان نیازها را از لحاظ خدمات درمانی که قابلیت ارائه دارند، مورد توجه قرار می‌دهند. برای توضیح بیشتر باید گفت هر گروه متخصص، آن چه را که می‌شناسد مورد توجه قرار می‌دهد، پزشکان هم نیازها را در حوزه‌ای که با آن در تماس هستند، یعنی خدمات درمانی قابل ارائه، درک می‌کنند. پس بیماران دیدگاه‌های متفاوتی دارند؛ آن‌ها به این می‌اندیشند که چگونه سالم‌تر باشند، برای مثال، شغل، دسترسی به بیمارستان و یا مراکز درمانی و سکونت برای آن‌ها اهمیت فراوانی دارد. ذکر این نکته اهمیت دارد که دیدگاه مردم، بسته به فرهنگ، وضعیت اجتماعی و اقتصادی کشور، باورها و . . . در کشورها و اقوام گوناگون متفاوت است.

نیازهای سلامت؛ این گروه از نیازها در مقایسه با نیازهای عمومی، بیشتر با عوامل اجتماعی و محیطی، ارتباط دارند و همه این عوامل به نوعی سلامتی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند، مثل؛ بهداشت

و پاکیزگی، سکونت، تغذیه، تحصیلات، اشتغال و . . . تعاریف کامل‌تر و گسترده‌تر به ما این اجازه را می‌دهند که فراتر از خدمات درمانی بیندیشیم و خود را به جنبه‌های پزشکی سلامت محدود نکنیم. وضعیت سلامت و نیازهای سلامت در یک جامعه به‌طور مستمر تغییر می‌کنند و گاهی بسیاری از آنها هیچ ارتباطی با مداخلات پزشکی و درمانی ندارند.

سطوح نیاز

از دیدگاه مدیریت و ارائه خدمات، نیاز می‌تواند سطوح متفاوتی داشته‌باشد. اولین و محسوس‌ترین آن‌ها سطح خدمت‌گیرندگان و یا عموم جامعه است و البته این بخش با اولین سطح ارائه‌کنندگان خدمات، مثل پرستاران، تا حدودی همپوشانی دارد. پس از این دو سطح، مدیریت اجرایی قرار دارد. برخی منابع علمی، مدیریت اجرایی و خدمت‌دهندگان را در یک سطح لحاظ می‌کنند. سطح‌بندی نیازها، به دقت مدیریت اجرایی و خدمت‌دهندگان در جزئیات و ارزش‌گذاری نیازها، در برنامه‌ریزی‌ها بستگی دارد. سطح بعدی، بخش‌های تصمیم‌گیرنده محلی و منطقه‌ای هستند و در آخر سطح کشوری است. این تجزیه‌ی سطوح نیاز برای تمیز دادن و در پی آن اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی مناسب‌تر، لازم است؛ چراکه، اگر مداخلات لازم در سطح مدیریت و یا تصمیم‌گیرندگان منطقه‌ای را در بخش‌های پایین‌تر اجرا کنیم، نتایج و اثرات حاصل، یکسان نخواهند بود. در واقع، باید منشاء بروز و پیدایش نیاز را استخراج نمود و از مداخله در قسمت‌هایی که تنها محل ظهور هستند امتناع ورزید. به عبارت دیگر در اغلب موارد محل بروز نیاز با منشاء آن متفاوت است و برای اعمال مداخله‌ی بهینه و دستیابی به نتیجه‌ی مطلوب در برنامه‌ریزی، یافتن منشاء نیاز، ضروری و حتمی است.

ارزیابی و سنجش نیازها از علمی‌ترین و اصولی‌ترین شیوه‌های ارتقاء سطح خدمات می‌باشد، زیرا برنامه‌ریزی و در پی آن، خدمات

متناسب با نیاز جامعه، تدوین می‌گردند و حاصل این امر، ارتقاء سطح سلامت جامعه با صرف منابع به شیوه‌ای بهینه خواهد بود.

نیازسنجی سلامت

برای درک بهتر در مورد نیازسنجی سلامت و با توجه به تمرکز مباحث بر موضوع سلامت، با مقدمه‌ای کوتاه این مقوله را آغاز می‌کنیم. خدمات‌رسانی در بخش سلامت که با فرصت‌ها و نیز مشکلات متعددی روبرو بوده، براساس پژوهش‌های متعدد، در این خصوص شکل گرفته‌است. تغییرات چشمگیر در فن‌آوری‌ها و روش‌های پیشگیری، درمانی و توانبخشی، از یک سو، ظرفیت بسیار مناسبی را برای انجام مداخلات ما فراهم کرده ولی از سوی دیگر سطح توقع و خواسته‌های عموم جامعه را نسبت به گذشته، بالاتر برده‌است. این روند از گذشته آغاز شده و تا آینده ادامه خواهدداشت، زیرا انسان همواره به دنبال رشد و تعالی است.

در جهان امروز، سیاست‌های اجتماعی برای توسعه و پیشبرد خدمات سلامت و دسترسی مناسب به خدمات پزشکی معطوف شده و این سیاست منجر به کاهش پرداخت هزینه‌ها به صورت فردی و افزایش دریافت هزینه‌ها به صورت مالیات و بیمه گردیده‌است. چرا این تغییر روش رخ داده‌است؟ یکی از مهم‌ترین دلایل آن، جلوگیری از تصمیم‌گیری توسط خود فرد می‌باشد. بدین مفهوم که بیمار برای بهره‌مندی از خدمات پزشکی باید در چارچوب ضوابط محصور باشد؛ دلیل آن هم چنین بیان می‌شود که به دلیل پایین‌بودن اطلاعات تخصصی و کافی از یافته‌ها و دانش روز در افراد یک جامعه، این افراد نمی‌توانند بهترین گزینه را از حیث کیفیت و هزینه انتخاب کنند، دیگر این که این افراد قادر به برنامه‌ریزی برای آینده سلامت خویش نیستند. برنامه‌های بیمه

ای باید مانع از این خطاها شود. خواسته‌های عموم جامعه ابراز و بیان می‌شوند و با این حال این گروه متخصصین هستند که می‌توانند نیازها را مشخص کنند؛ برای مثال، یک پزشک می‌تواند نیازهای یک بیمار را به مراقبت‌های پزشکی تبیین کند، نه خود بیمار. با توسعه و پیشرفت دانش، امیدها به نیازها بدل می‌شوند، امیدواریم که بیماری‌ها ریشه کن شوند ولی اغلب آن‌ها تحت کنترل در می‌آیند و مایلیم که این امید به نیاز بدل شود.

با توجه به توضیحات بالا و با جمع‌آوری مالیات و حق بیمه، این خواسته در جامعه پدید می‌آید که مراکز ارائه خدمات برای دسترسی آسان و به موقع، افزایش یابند. اما نیازهای جامعه چیست و کدامیک از مراکز موجود باید گسترش یابند و گسترش در کجا باید انجام گیرد؟ این سؤال است که نیازسنجی سلامت به آن پاسخ خواهد داد. به علاوه معمولاً منابع لازم برای پاسخ به نیازها در یک زمان قابل حصول نیستند و تمامی نیازها را نمی‌توان یک‌باره بر طرف نمود و در این موقعیت باید اولویت‌بندی انجام شود که در مباحث بعدی به آن خواهیم پرداخت.

نیازسنجی سلامت تنها گوش دادن به صحبت‌های مراجعین و یا تکیه و اعتمادنمودن به تجربیات متخصصین نیست بلکه یک روش سیستمیک می‌باشد که با استفاده از آن، نیازها و مراقبت‌های سلامت را که تا کنون هیچ خدمتی برای آن‌ها ارائه نشده‌است و با ایجاد تغییراتی، به این نیازها می‌توانیم پاسخ دهیم، بهتر درک می‌کنیم.

نیازسنجی سلامت نباید به دنبال پیدا کردن بیماری‌ها باشد، بلکه باید در پی یافتن راه‌هایی به منظور کسب فایده بیشتر از ارائه خدمات و

صرف منابع باشد. اکونومیست‌ها همواره می‌گویند که امکان و ظرفیت سودمندی، بیش از منابع در اختیار است و به همین سبب لازم است به دنبال هر نیازسنجی اولویت‌بندی هم مطرح شود تا بدانیم که تا چه میزان منابع را باید صرف برطرف نمودن و یا پاسخ دادن به یک نیاز نماییم.

نیازسنجی برای برنامه‌ریزان و یا افرادی که به کار بالینی اشتغال دارند، موقعیت‌های زیر را فراهم می‌کند؛

- بافت و خصوصیات یک بیماری را در یک منطقه تعریف می‌کند و تفاوت‌های آن را با خصوصیات همان بیماری در دیگر مناطق جغرافیایی و در سطح کشور معین می‌کند؛

- اطلاعات بیشتری را راجع به نیازها و بیماری‌های مردم منطقه به دست می‌دهد؛

- بخش‌هایی را که به نیاز آن‌ها پاسخ داده نشده‌است، نمایان می‌کند و اهداف مشخص و واضحی را فراسوی کارگزاران می‌گشاید تا آن‌ها بتوانند به نیازها، به درستی پاسخ دهند؛

- تصمیم‌گیری منطقی در مورد بهره‌گیری و استفاده از منابع را به مؤثرترین روش هموار می‌کند؛

• سیاست‌ها، همکاری‌های بین‌بخشی و اولویت‌های پژوهشی را مشخص می‌کند.

نکته بسیار مهم این است که نیازسنجی تفاوت بین بخش‌های مختلف را در دریافت خدمات نیز مشخص می‌کند و البته ضرورت وجود برخی تفاوت‌ها هم، بارز می‌گردند.

برای انجام نیازسنجی نمی‌توان از یک شیوه ثابت و دائم استفاده کرد؛ چراکه لازم است به موضوعات مختلف، از زوایای متفاوت نگاه کرد. در اغلب موارد، لازم است برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، از ترکیب پژوهش‌های کیفی و کمی استفاده کرد.

در بیشتر موارد، انگیزه و حرکت اولیه برای نیازسنجی، به سبب علایق و انگیزه افراد شکل می‌گیرد و یا به سبب ضرورت صرف مناسب بودجه‌ای که به توسعه خدمات اختصاص داده شده است، به نیازسنجی رو می‌آورند. با این حال گاهی به دنبال برخی رخ داده‌ها نیز ضرورت نیازسنجی جلوه‌ی بیشتری پیدا می‌کند؛ مواردی چون: مرگ بیماران که به سبب فقدان خدمات و تخت لازم در بخش مراقبت‌های ویژه رخ داده است، گسترش بیماری یا افزایش هزینه‌های آن، بحران‌های اجتماعی و همه‌گیری‌ها، یافته‌های جدید علمی در مورد درمان و یا ماهیت یک بیماری و ...

با این وجود، بسیاری از طرح‌های نیازسنجی پس از احساس ضرورت انجام آن‌ها در یکی از مراحل طراحی، اجرا و یا استقرار در سامانه‌ها دچار شکست و توقف می‌شوند. از این روند می‌خواهیم دریابیم

که چگونه یک طرح نیازسنجی را طراحی، اجرا و مستقر نماییم که با کمترین احتمال شکست مواجه شویم.

چرا پروژه های نیازسنجی شکست می خورند؟

برخی پروژه های نیازسنجی موفق تر از بقیه هستند و عده ای هم کاملاً با شکست مواجه می شوند. دلایل شکست پروژه ها متعدد است و در زیر به چند علت مهم اشاره می کنیم؛

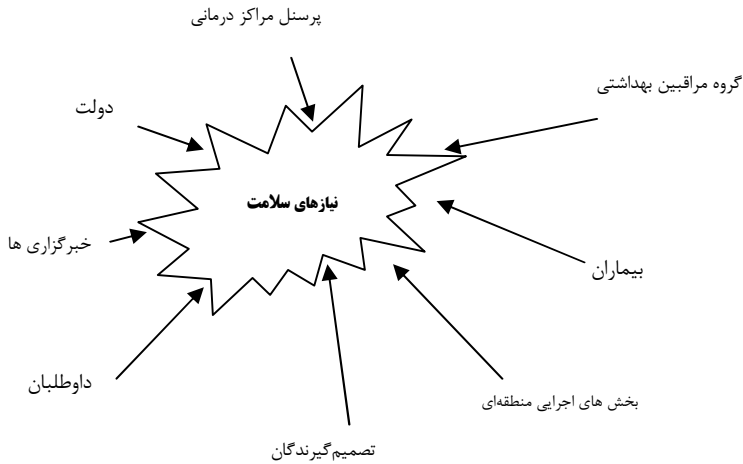
۱. یکی از مهم ترین عوامل شکست و یا موفقیت در یک پروژه ی نیازسنجی، مهارت و دانش گروه متخصصین طرح و همچنین همکاری و دانش گروه بهداشت منطقه است. این دو در کنار یکدیگر می توانند سبب موفقیت طرح شوند و نقصان در هر یک، موجب ناموفق بودن نیازسنجی می گردد؛

۲. داشتن یک حس مشترک با جامعه ی مورد مطالعه، ارزش فراوانی دارد، زیرا این حس مشترک می تواند ارتباط مناسب با جامعه و به دنبال آن دریافت و درک نزدیک به واقعیت را همراه داشته باشد؛

۳. نیازسنجی در یک محدوده ی کوچک و مشخص، موفقیت بیشتری را همراه خواهد داشت تا این که در موضوعات گوناگون و متفاوت، پژوهش صورت گیرد. هر قدر محدوده ی متغیرها و نیز محدوده ی فیزیکی که خود یکی از متغیرها محسوب می شود، محدود گردد، احتمال موفقیت بالاتر می رود. البته باید یادآوری کرد که عوامل اصلی مرتبط با موضوع را هرگز نباید به واسطه ی محدود نمودن حوزه ی طرح، حذف نمود؛ چراکه اعتبار طرح کاهش خواهد یافت؛

۴. از دیگر عوامل مهم در شکست پروژه‌های نیازسنجی، فقدان منابع کافی اعم از زمان، بودجه، نیروی انسانی و . . . است. برای این که بر این مشکل غلبه کنیم بهتر است ارگان‌ها، سازمان‌ها، بخش‌های غیردولتی و داوطلبان را به جرگه فعالان طرح وارد کنیم و طرح را به صورت چند مرکزی درآوریم؛

۵. بخش بسیار مهم و اساسی در موفقیت یک نیازسنجی، برنامه ریزی برای به اجرا درآوردن نتایج پژوهش است. اگر فعالیت‌های گروه برنامه‌ریز، همزمان با آغاز نیازسنجی، شروع شوند، گام مؤثری در این راه می‌باشد. به همین سبب، لازم است اهداف به درستی و به کمال تعریف شوند و در پی آن، بخش‌ها و سازمان‌های ذیربط، در جریان طرح قرار گیرند و با اتمام آن کلیه صاحبان‌فرآیند و صاحب‌نظران، برای برنامه‌ریزی گردآیند. یک طرح نیازسنجی اگر نتواند به حیطه‌ی اجرا و فراگیری در سامانه اجرایی راه یابد، چیزی بیش از یک پژوهش دانشگاهی نیست.



اولین گام در هر طرح، طراحی اولیه و ترسیم شمای کلی آن است که در واقع شالوده‌ی طرح اصلی بر آن بنا می‌شود.

در زیر، با قید برخی سؤالات در زمینه نیازسنجی، شما را در طراحی اولیه‌ی موفق، یاری می‌کنیم؛

* مشکل چیست؟

* وسعت مشکل چقدر است و تاریخچه و طبیعت آن چگونه

است (رسم نمودار، مطابق بحث‌های پیشین)؟

* خدماتی که در حال حاضر ارائه می‌شوند، کدامند؟

* بیماران چه می‌خواهند؟

* مؤثرترین راه حل و از بین آن‌ها راهی که بیشترین ارتباط

را با موضوع دارد، کدام است؟

* چه منابعی را در اختیار داریم؟

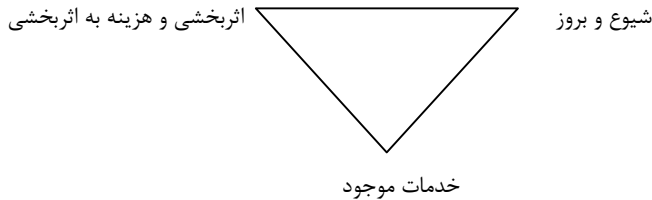
* پیامدها چیستند؟ (براساس پیش‌بینی پیامدها می‌توان

تغییرات و راه‌های موفقیت طرح را بهتر تبیین کرد.)

آن چه که در نخستین مرحله‌ی طراحی واضح است، ارائه‌ی تعریف کاملی از مشکل می‌باشد. در این مسیر، نگاه‌ها و رویکردهای گوناگون، تعاریف متفاوتی را پیشنهاد خواهند کرد. تعدد تعاریف، سبب سردرگمی و احیاناً تعدد شیوه‌های عملیاتی در طرح می‌گردد که این تکتّر در انتهای طرح و در زمان نتیجه‌گیری، مانع از دستیابی به اهداف تعیین شده و ارائه‌ی یک نتیجه‌ی مطلوب می‌شود. پس بهتر است رویکرد و منظر خود را در تعریف مشکل تعیین نماییم. در بحث سلامت، یکی از مهم‌ترین رویکردها، نگاه اپیدمیولوژیک است.

نیازسنجی از دیدگاه اپیدمیولوژی

اپیدمیولوژی علمی است که راجع به وضعیت سلامت و گسترش آن در یک جامعه‌ی مشخص مطالعه می‌کند و راه‌های بهبود وضعیت سلامت را نمایان می‌سازد. مطالعاتی که می‌توانند سبب کاهش مشکلات بهداشتی و سلامت شوند در این شاخه از علم پزشکی طراحی و اجرا می‌شوند. در رویکردهای کهن، تنها شیوع و بروز بیماری‌ها مدّ نظر بود؛ حال آن که رویکردهای نوین علاوه بر بار و وزن بیماری که تا حدودی نشان‌دهنده‌ی اثرات بیماری بر جامعه می‌باشد، به مسایلی چون، خدمات موجود، میزان اثربخشی خدمات در کنترل و کاهش مشکلات ناشی از بیماری‌ها و نسبت اثربخشی به هزینه‌ها نیز، نگاه عمیقی دارند.



در این علم، به جای پرداختن به مشتری، به مدل‌های پزشکی و نیازهای سلامت از دیدگاه وقوع و رخداد بیماری پرداخته می‌شود. اپیدمیولوژی خود به دو بخش تحلیلی و توصیفی تقسیم می‌شود. برخلاف اپیدمیولوژی تحلیلی که به دنبال دلایل وقوع یک بیماری است،

اپیدمیولوژی توصیفی، وقوع بیماری را از حیث فرد، محل و زمان مورد توجه قرار می‌دهد و هیچگونه قضاوتی را ارائه نمی‌کند.

فرد- یکی از اجزای مهم و اساسی در بررسی نیازها، افرادی هستند که به بیماری مورد مطالعه مبتلا شده‌اند. برای شناخت کافی آن‌ها باید خصوصیات جمعیتی مثل سن، جنس، تحصیلات و . . . آحاد جامعه را استخراج و بررسی نمود.

مکان- عامل دیگر که می‌تواند به عنوان یک متغیر اساسی در سنجش نیازها، مورد توجه قرارگیرد، مکان وقوع بیماری است. باید بدانیم که بیماری یا مشکل در کجا آغاز شده‌است و در زمان بروز، افراد بیمار در کجا به سر می‌برده‌اند و مناطق مختلف جغرافیایی از نظر شیوع و بروز با هم چه تفاوت‌هایی دارند.

زمان- زمان بروز و یا همه‌گیری به طور دقیق معین شود. افراد در چه زمانی و چه فصلی بیمار شده‌اند؟ آیا تفاوت فصلی و زمانی وجود دارد یا خیر؟ ممکن است پیش‌بینی برخی رویدادها لازم باشد. برای تحلیل صحیح در تمام حوزه‌های یادشده به داده‌های لازم نیازمند هستیم، پس در زمان گردآوری داده‌ها باید به این نکات توجه نماییم.

اپیدمیولوژی، گسترش یک بیماری را نمایش می‌دهد و با توضیح بروز و شیوع آن، توصیفی از وضعیت کنونی جامعه ارائه می‌کند و بدین

ترتیب بار و وزن بیماری را نشان می‌دهد. پس مطالعات اپیدمیولوژیک بسیار وقت‌گیر و هزینه‌بر هستند؛ ولی می‌توانیم از مطالعاتی که روش درستی را به کار برده‌اند و معیارهای مشابه دارند استفاده کنیم. مثلاً در مواقعی که زمان محدود است، از اطلاعات موجود برای توصیف جامعه می‌توانیم استفاده کنیم و به سراغ گردآوری داده‌های توصیفی نرویم. از آن‌چه که در بالا به آن اشاره کردیم، این‌گونه بر می‌آید که اپیدمیولوژی با نگاه فردی به سراغ یک جامعه می‌رود و گروهی از جامعه را که مشخصات مشابه دارند، جدا می‌سازد و آن‌ها را به عنوان یک "مورد" ارزیابی می‌نماید.

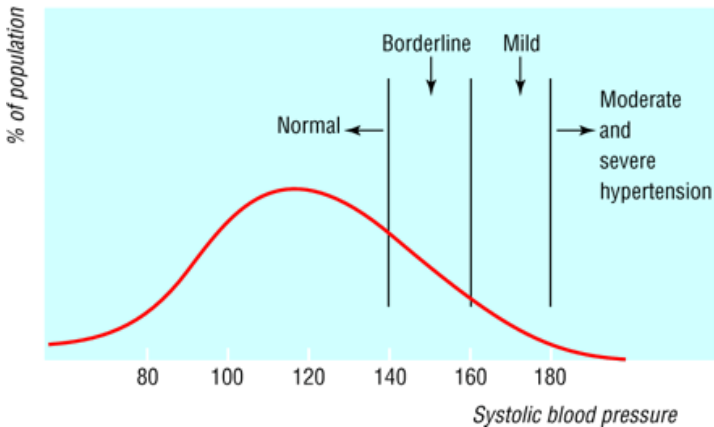
تعریف "مورد"

اولین سؤالی که در یک پژوهش اپیدمیولوژیک مطرح می‌شود این است که **مورد کیست یا چیست؟** اپیدمیولوژیست‌ها بر تعریف یک **مورد**، تأکید فراوانی دارند. برای انجام یک نیازسنجی هم، ارائه یک تعریف از "مورد" ضروری است، چراکه بر این اساس می‌توان شدت مشکل را معین کرد.

افرادی که به عنوان "مورد" تحت بررسی قرار می‌گیرند، خصوصیتی دارند که آن‌ها را از دیگر افراد جامعه جدا می‌کند؛ برای مثال، کسانی که دچار مسمومیت با فلوراید شده‌اند و یا کسانی که مبتلا به فشارخون بالا هستند "مورد" نامیده می‌شوند. با ارائه تعریف از "مورد"، علاوه بر تعیین شدت مشکل، می‌توانیم آن‌ها را گروه‌بندی

کنیم؛ برای مثال، در مورد فشارخون، افراد را طبق نمودار زیر به چهار گروه: طبیعی، مرزی، خفیف و شدید می‌توانیم تقسیم نماییم. برای برخی از بیماری‌ها و مشکلات مثل فشارخون، تعریف حاضر یک تعریف جهانی است و در مواردی هم لازم است ما خودمان تعریفی از بیماری و یا مشکل و نحوه‌ی طبقه‌بندی آن ارائه کنیم. درواقع، گاهی تعریف خاصی وجود ندارد و یا این که تفاوت‌های منطقه‌ای موجب می‌شود که تغییراتی در تعریف ارائه شده، اعمال نماییم و یا بخش‌هایی را به آن افزوده و یا از آن کم کنیم.

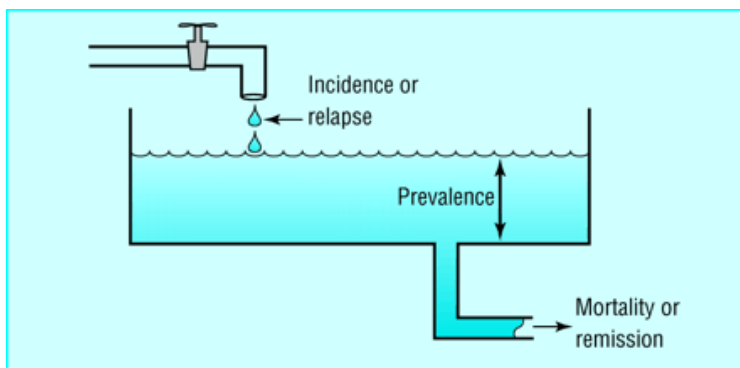
البته برای رتبه بندی شدت مشکل و یا بیماری باید معیارهایی داشته‌باشیم. این معیارها می‌تواند براساس تغییرات فیزیولوژیک، تغییرات فیزیکی، علایم بیماری و یا مواردی از این دست باشد.



در هنگام ارزیابی یک جامعه با رویکرد اپیدمیولوژیک، به خصلت یا خصلتهایی که یک یا چند "مورد" را از دیگر افراد جامعه متفاوت نموده‌است، بر می‌خوریم. این خصلتها دارای شیوع و بروز ویژه‌ی خود هستند.

شیوع و بروز

این دو مفهوم اصول و زیربنای علم اپیدمیولوژی هستند. هر دوی این‌ها، نیاز به یک بررسی و تحلیل آماری بر روی تعداد "موارد" دارند. در بروز، تعداد مواردی که در یک مقطع زمانی خاص رخ می‌دهند و در شیوع، تعداد موارد موجود در جامعه مدّ نظر است. براساس این دو می‌توان احتمال خطر را برای افرادی که در معرض ابتلا به بیماری یا مشکل هستند، مشخص کرد؛ در واقع، بروز، یک میزان است که به زمان وابستگی دارد ولی شیوع، وابستگی خاصی به محدوده زمانی ندارد.



شکل صفحه‌ی قبل به خوبی ارتباط و تأثیر این مفاهیم را بر یکدیگر نشان می‌دهد. تفاوتی که بین وضعیت جامعه و شکل بالا وجود دارد، این است که در جامعه به طور معمول در یک زمان مشخص، قادر به مشاهده‌ی تمام سطح و عمق شیوع یک بیماری یا مشکل نیستیم. به این معنی که همواره بخشی از حجم موارد، پنهان و بخشی دیگر از آن

در منظر دید است. به همین سبب برای برداشت بهتر و تصمیم‌گیری صحیح، لازم است که از مطالعات و اطلاعات جامع بهره بگیریم و به آن چه که خود و یا همکاران، به آن‌ها بر می‌خوریم، اکتفا نکنیم. نکته‌ی قابل توجه دیگر این است که بسیاری از موارد مبتلا، ناشناخته می‌باشند و ما همواره یک ارزیابی پایین‌تر از حد واقعی خواهیم داشت یعنی همیشه تعدادی بیمار و یا مبتلا به مشکل مورد مطالعه در جامعه وجود دارند که به دلیل ناشناس ماندن، در محاسبات ما وارد نمی‌شوند و به‌طور حتم نادیده گرفتن آن‌ها، می‌تواند موجب گمراهی و خطا در تصمیم‌گیری‌ها شود. این نکته، ضرورت انجام مطالعات توصیفی با هدف مشخص را افزون می‌کند.

در نیازسنجی سلامت، تخمین بروز و شیوع اهمیت فراوانی دارند. گاهی بروز نسبت به شیوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و آن زمانی است که ماهیت بیماری و یا مشکل ما گذرا است، به این معنی که دوره‌ی حاد بیماری بسیار کوتاه است و به سرعت یکی از دو وضعیت بهبود یا ناتوانی که پیامد بیماری‌ها هستند، رخ می‌دهد و به همین دلیل به محض پیدایش، خدمات فوری را طلب می‌کنند. از سوی دیگر شیوع زمانی رنگ بیشتری به خود می‌گیرد که بیماری و یا مشکل، یک دوره زمانی طولانی‌تری را طی می‌کند تا پیامدهای آن نمودار شوند و فرصت کافی برای مطالعات توصیفی وجود دارد. بروز و شیوع، روند تغییرات جامعه را نشان می‌دهند و به همین دلیل در نیازسنجی اهمیت پیدا می‌کنند. اما همان‌گونه که گفتیم، هیچ‌گاه مقدار دقیقی از آن‌ها نخواهیم داشت، پس به اجبار باید تخمینی از آن‌ها ارائه نماییم. انواع متفاوتی از

تخمین بروز و شیوع را می‌توان در نیازسنجی استفاده کرد که بسته به نوع متغیر و نقش آن و همچنین شرایط جامعه، انتخاب می‌شوند؛

• **تخمین طبقه‌ای خاص:** در این روش، جامعه را به طبقات مورد نظر (براساس متغیرهایی که اندازه‌گیری می‌کنیم) تقسیم نموده و در هر طبقه، به صورت جداگانه شیوع و یا بروز را تخمین می‌زنیم؛ برای مثال، در طبقات سنی با فواصل ۱۰ سال تخمین صورت گیرد. این که طبقات چگونه انتخاب شوند، براساس شرایط جامعه و نوع متغیر، تصمیم‌گیری خواهد شد.

• **تخمین خام یا اولیه:** به صورت سرانگشتی، مجموع بروز و یا شیوع بیماری را در جامعه بر تعداد کل افراد جامعه تقسیم کنیم و یا کارهای مشابه این روش، که یک حدود و برآورد بسیار کلی را به همراه دارد و جز در مواردی که محدودیت در گردآوری داده‌ها وجود دارد، نمی‌تواند مبنای تحلیل قرار گیرند. کاربرد آن اغلب در زمان طراحی اولیه و استفاده از برآوردها می‌باشد.

• **تخمین استاندارد:** در این روش، تمام مواردی که ممکن است در جامعه و گروه‌های زیر مجموعه آن، با یکدیگر متفاوت باشند، لحاظ می‌شود. به عبارت دیگر براساس تفاوت‌های موجود در جامعه، گروه‌های مختلف را تعیین می‌کنیم و پس از تشکیل گروه‌ها، تخمین و برآورد انجام می‌شود.

شیوه تخمین استاندارد ممکن است از روش‌های مستقیم و یا غیرمستقیم استفاده کند. همه‌ی این روش‌ها، تخمین هستند و برای این که بدانی برنامه‌ی حاصل از نیازسنجی تا چه اندازه پوشش کافی را در نیازها ایجاد می نماید، باید قابلیت تعمیم‌پذیری طرح تدوین شده را تعیین کنیم.

تعمیم پذیری

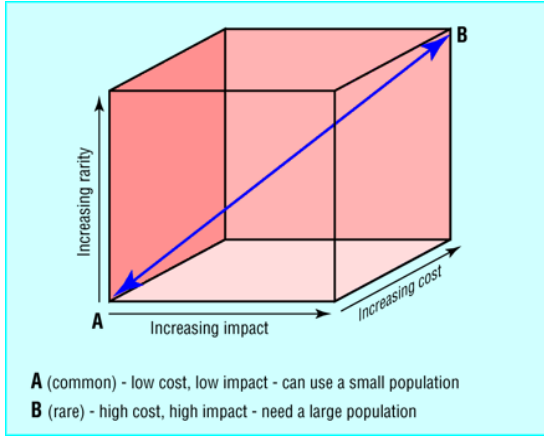
به طور کلی، برای این که بتوانیم نتایج یک مطالعه، یک برنامه و حتی یک نیازسنجی را به کل جامعه‌ی مورد مطالعه تعمیم دهیم، لازم است که شرایط ویژه‌ای که مطالعه در آن صورت گرفته‌است را در نظر بگیریم. به عنوان نمونه، محدودیت زمانی و مکانی مطالعات باعث می‌شود که بسیاری از اطلاعات حاصل از تحقیقات و مطالعات، امکان تعمیم پذیری خاصی نداشته‌باشند در این شرایط که تغییرات زمانی و مکانی مانع از تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود، استفاده از مرور تحقیقات مشابه در زمان‌ها و مکان‌های متغیر و متفاوت به ما امکان می‌دهد که نتایج را به سمت تعمیم‌پذیری بردن پیش ببریم؛ برای مثال، اگر بر روی آسیب‌های ناشی از بیماری‌ها مطالعه می‌کنیم، باید اطلاعات حداقل یک دهه پژوهش را داشته‌باشیم، در غیر این صورت براساس مرگ و میر قضاوت خواهیم‌کرد که به یقین اطلاعات حاصل از آن، تعمیم‌پذیری پایینی دارند. برای این که تعمیم‌پذیری را به نحو مطلوب رعایت کنیم باید چهار عامل را در نظر داشته‌باشیم؛

• **تعریف مورد:** آیا تعاریف ارائه شده قابل قبول هستند؟ آیا تناسب و سنخیتی بین تعاریف ارائه شده در چند مطالعه‌ی مختلف، وجود دارد؟ تا چه میزان، تعاریف به استاندارد و به یکدیگر نزدیک هستند؟ هر قدر تعاریف به یکدیگر، نزدیک‌تر باشند، امکان ادغام نتایج و تعمیم‌پذیری مطالعات افزون خواهد‌شد.

● **زمان:** مطالعات مورد بررسی، چه توالی زمانی و فاصله زمانی با یکدیگر دارند؟ آیا اطلاعات آنها هنوز ارزشمند هستند یا این که ارزش خود را از دست داده‌اند؟ به طور حتم، هر قدر زمان انجام مطالعات، به هم نزدیک‌تر باشند و یا در محدوده‌ای که سن داده‌های آنها در حد قابل قبول باشد، امکان ادغام نتایج و تعمیم‌پذیری بیشتر است.

● **روش:** آیا مطالعات به روش صحیح و شیوه مناسب انجام شده اند (مواردی چون؛ حجم و روش نمونه‌گیری)؟ اعتبار و اعتماد طرح‌ها و مطالعات، نمایانگر قابلیت اتکا و بهره‌گیری از نتایج را تصویر می‌کنند.

● **داده‌های لازم برای مخدوشگرها:** در طول مدت طرح و در هر مرحله، باید بدانیم که داده‌های لازم در جامعه جاری هستند و می‌توان به آنها دست یافت؟ آیا مخدوشگرها (متغیرهایی که می‌توانند جدای از متغیر مستقل، همان اثر و یا اثر مشابه را ایجاد کنند) مشخص هستند؟ مواردی مثل: سن، جنس، سطح اجتماعی - اقتصادی که معمولاً بر روی بروز و شیوع تأثیر گذارند.



اگر تمام نکاتی که در بالا به آنها اشاره شد، رعایت شوند و همیشه آنها را مورد توجه قرار دهیم، نباید مشکلی در به کارگیری نتایج حاصل از پژوهش در حیطه مورد مطالعه، داشته باشیم. اغلب مطالعات اپیدمیولوژیک با یک پیمایش آغاز می‌شوند. در زیر، توضیحات کوتاهی را در این باره ارائه می‌کنیم.

آغاز یک پیمایش اپیدمیولوژیک:

اغلب منابع موجود به صورت بسیار محدود قادر به توصیف بیماری‌ها هستند. برای کسب اطلاعات جزئی و ریزتر لازم است مطالعات و پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد که غالباً به صورت پیمایش انجام می‌شوند. دو نوع پیمایش وجود دارد که می‌توان از آن‌ها استفاده کرد؛ پیمایش شیوع یا مقطعی و پیمایش در طول زمان. در تمام پیمایش‌هایی که بیماری‌ها را توصیف می‌کنند، باید اصولی رعایت شود. در زیر تعدادی از آن‌ها را قید می‌کنیم:

- هر پیمایش به زمان و پول نیاز دارد، پس باید مطمئن باشیم که اطلاعاتی که جمع‌آوری می‌کنیم، در هیچ بانک اطلاعاتی وجود ندارد.
- پیمایش باید اهداف مشخصی داشته باشد، این که چه بیماری، یا چه عوامل خطرسازی را می‌خواهیم اندازه‌گیری کنیم. تعریف‌های مشخصی از موارد بررسی داشته‌باشیم. مواردی مثل؛ جمعیت مورد مطالعه چه کسانی هستند و ...
- برنامه‌ریزی بسیار مناسب و خوبی باید صورت‌گیرد و در پایان طرح مجریان با استفاده از منابع، باید قادر باشند که گزارش کاملی را ارائه نمایند.
- گروه نمونه و حجم آن باید مشخص شود. همیشه یک رابطه منطقی بین تعداد نمونه و شیوع و بروز یک بیماری باید وجود داشته‌باشد. البته همواره زمان و منابع دیگر که در اختیار محقق قرار دارد باید مدنظر باشد.
- روش نمونه‌گیری نیز اهمیت فراوانی دارد و تمام مؤلفه‌ها و مشخصه‌های یک روش نمونه‌گیری علمی، باید به صورت سیستماتیک رعایت شود.
- ابزار پژوهش باید قابل اعتماد و معتبر باشد؛ ابزاری که بتواند علائم بیماری را بسنجد، کیفیت زندگی را استخراج کند و تغییرات فیزیولوژیک و حتی آزمایشگاهی را ثبت نماید.
- در هر مرحله باید اطمینان حاصل کنیم که تمام مراحل، آن گونه که مورد نظر ما بوده است، پاسخ خواهند داد؛ برای مثال، لازم است ابزار را در یک مطالعه‌ی راهنما بیازماییم.

چند نمونه از منابع اطلاعاتی که می‌توان از آن‌ها استفاده کرد:

جمعیت

- داده‌های توصیفی جامعه، مثل: سن، جنس، سطح اجتماعی-اقتصادی و ...
- اطلاعات برخی متغیرها مثل بی‌کاری، ازدحام و ... که می‌توانند در به وجود آوردن ایندکس‌ها و شاخص‌ها ما را یاری دهند.

مرگ و میر

- ثبت تعداد مرگ در سازمان‌ها و بخش‌های ذیربط مثل: پزشکی قانونی، ثبت احوال و ...
- مرگ هنگام تولد و میزان آن می‌تواند به عنوان شاخصی برای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی محسوب شود (شاخص‌ها هیچگاه پوشش کامل در موضوع مورد مطالعه نخواهند داشت).
- در اختیار داشتن استاندارد میزان مرگ و میر، می‌تواند برای مقایسه با میزان مرگ و میر به سبب یک بیماری خاص و یا با علت مشخص، مورد استفاده قرار گیرد.

موربیدیته

- ثبت اطلاعات در مناطق و یا به صورت ملی در سطح یک کشور، در مورد آسیب‌ها و صدمات ناشی از یک بیماری پرخطر؛ مثل، سرطان، اعتیاد و ... می‌تواند کمک کننده باشد.
- هشدارهایی که در مورد بیماری‌ها و شیوع آن‌ها در جامعه داده می‌شود، منبع خوبی برای نظارت‌های منطقه‌ای است.
- در برخی کشورها مثل انگلستان، تمامی پزشکان اطلاعات

مربوط به بیماری‌ها را ثبت می‌کنند و در صورت نیاز در اختیار کالج سلطنتی قرار می‌دهند.

- سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه نیز منابع مناسبی برای کسب اطلاعات، در مورد بیماری‌ها هستند.

مراقبت‌های بهداشتی

- بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، اطلاعات بیماری‌ها را ثبت می‌کنند و از این منابع هم، به‌خوبی می‌توان بهره برد.

جوامع کوچک

در مطالعات جوامع بزرگ، برای سهولت و بهره‌وری بهینه در منابع مطالعاتی، می‌توان جامعه را به جوامع کوچک با خصوصیات مشترک تقسیم کرد، به گونه‌ای که در انتهای مطالعه امکان تعمیم‌پذیری با اعتبار کافی میسر باشد. در جوامع کوچک به سبب این که داده‌ها از بخش‌های دیگر جامعه جدا می‌شوند، به راحتی قابل بررسی بوده و در حوزه‌ی مورد بررسی می‌توان برای آن‌ها برنامه‌ریزی نمود. در واقع با کوچک کردن محدوده‌ی فعالیت پژوهش و کاستن از حجم داده‌ها، علاوه بر کاهش هزینه‌ها، فعالیت‌های آماری دقیق‌تر و راحت‌تر صورت می‌پذیرد. علاوه بر آن با استفاده از منابع محلی نیز می‌توان راه حل‌های مناسب‌تری ارائه نمود. بدین ترتیب، با صرف هزینه کمتر اثربخشی بیشتری خواهیم داشت. اما این کار مستلزم این است که توانایی لازم برای انجام مراحل نیازسنجی و سپس برنامه‌ریزی در گروه‌های محلی، وجود داشته باشد. در غیر این صورت، اهمیت و ضرورت برگزاری دوره‌های آموزشی در این خصوص، واضح است و باید قبل از ورود به مراحل برنامه‌ریزی و مداخلات اجرایی، آموزش لازم به واحدهای اجرایی داده شود. از مزایای دیگر این شیوه، استفاده از تجربیات گروه‌های مختلف در انجام نیازسنجی و نیز برنامه‌های موفق در مرتفع سازی نیازها و مشکلات می‌باشد. دیگر این که گردآوری اطلاعات منطقه‌ای به راحتی می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های کلان، موجب تسهیل در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی گردد. نکته قابل توجه، این است که گاهی یک بیماری در یک منطقه محدود، شیوع بالایی ندارد و ضرورت بررسی آن احساس

نمی‌شود، در حالی که همان بیماری در جامعه بزرگ و اصلی، به دلایل گوناگون، مثل هزینه‌های آن، اهمیت بسیار زیادی دارد. در این موارد با این که بیماری در محدوده و منطقه‌ی خاص، شیوع پایینی دارد، بازهم در انجام نیازسنجی اولویت بالایی خواهدداشت. این وضعیت، اهمیت انتخاب حجم نمونه را نشان می‌دهد که با کوچک نمودن جامعه دچار خطا نشویم.

برای این که بتوانیم تصمیم بگیریم، کمترین حجم نمونه مورد نیاز چه اندازه‌ای باید باشد، توجه به سه نکته لازم است: الف) میزان شیوع بیماری، بروز آن و یا هردوی آن‌ها؛ ب) اثرات بیماری بر روی جامعه و یا افراد مبتلا؛ ج) هزینه‌ی لازم برای به کارگیری درمان لازم. هر قدر شیوع و یا بروز کمتر باشند، به زبان دیگر بیماری و یا آن وضعیت خاص نادر باشد، حجم نمونه‌ی لازم، بیشتر می‌شود. در مورد هزینه‌های درمان و اثرگذاری بیماری بر جامعه، باید گفت هر قدر میزان هزینه‌ها و اثرات بیماری بیشتر باشند، حجم نمونه هم بالاتر می‌رود. پس حجم نمونه با شیوع و بروز رابطه‌ی عکس و با اثرگذاری بیماری بر جامعه و هزینه‌های درمان رابطه‌ی مستقیم دارد.

نکته‌ی قابل توجه این است که اغلب اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری در این مورد، در اختیار ما قرار ندارند. همان‌گونه که **قانون اطلاعاتِ مورفی** وصف می‌کند؛ **اطلاعاتی که ما در اختیار داریم، آن اطلاعاتی نیست که ما درخواست می‌کنیم و اطلاعاتی که ما درخواست می‌کنیم، آن اطلاعاتی نیست که به آن نیاز داریم.**

با این همه، نمی‌توانیم تلقی کنیم که هرچه در اختیار داریم، بلا استفاده است. حتی در بدبینانه‌ترین حالت‌ها، می‌توانیم آن‌ها را در موقعیت مناسب به کار ببریم.

یکی از روش‌های کوچک نمودن نمونه و جامعه‌ی مورد مطالعه، روش‌نیازسنجی مبتنی بر جامعه می‌باشد که به توضیح آن خواهیم پرداخت.

نیازسنجی مبتنی بر جامعه^{۱۱}

در جهان امروز تقاضا برای ارتقاء سطح سلامت، بهره‌مندی و دریافت خدمات بهینه، رو به افزایش است. نیازسنجی مبتنی بر جامعه، یکی از شیوه‌های کارآمد برای به‌کارگیری حداکثر منابع، در محل‌های مورد نیاز و دستیابی به اثربخشی وافی است؛ به‌عبارت دیگر، با این شیوه نیازها و اولویت‌ها به درستی شناخته می‌شوند و منابع، صرف حذف نابرابری‌ها در سطح جامعه خواهد شد.

پرستاران سلامت خانواده، که نقش آن‌ها در این روند بسیار پر ارزش است، در کشورهای اروپایی، تحت پوشش سازمان بهداشت جهانی، به گونه‌ای تربیت می‌شوند که دانش لازم را برای ارزیابی وضعیت سلامت جامعه‌ی تحت پوشش خود فرا می‌گیرند. این ارزیابی در دو سطح خانوادگی و فردی انجام می‌شود. با توجه به این که نیازها به دلیل مداخلات و نیز دگرگونی عوامل مؤثر بر آن‌ها به‌طور مداوم تغییر می‌کنند، فرآیند ارزیابی نمی‌تواند به صورت مقطعی انجام شود و تداوم آن بسیار با اهمیت است. در واقع، ما با تکرار ارزیابی‌ها، به مجموعه برنامه‌هایی دست پیدا می‌کنیم که مورد آزمون قرار گرفته‌اند. این افراد به عنوان مراکز کوچکی به ارزیابی جامعه، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، استقرار برنامه‌ها و بازآزمایی آن‌ها می‌پردازند. در پیوست، نمونه‌ی خوبی از این شیوه ارائه شده‌است. اما این نوع نیازسنجی چه چیزهایی را برای ما مشخص می‌کند؟

¹¹ Community Needs Assessment

در پاسخ به این سؤال باید گفت:

● وضعیت سلامت را به صورت منطقه‌ای توضیح می‌دهد؛

● شناسایی عوامل خطر ساز و برجسته‌ای که موجب بروز بیماری

ها می‌شوند را میسر می‌کند؛

● فعالیت‌هایی را که لازم است صورت گیرند تا بتوان عوامل

خطر ساز را شناخت، تبیین می‌کند.

حسن بزرگ این روش، همان‌طور که گفته شد این است که

نیاز به پیگیری برای اجرای دوباره و مداوم، ندارد و هیچ‌گاه متوقف نمی

شود و مراحل آن پی‌درپی ادامه یافته و در فواصل مشخص زمانی، تکرار

می‌شود. مراحل اجرایی نیازسنجی مبتنی بر جامعه به شرح زیر است:

الف- تدوین یک نیمرخ از جامعه،

- گردآوری اطلاعات مرتبط، که سطح سلامت جامعه‌ی تحت

پوشش را معین می‌کند. این اطلاعات از اعضای جامعه، منابع خدمات

سلامت و واحدهای دیگر تأمین می‌شود.

- تحلیل اطلاعات برای دستیابی به موضوعات اصلی در سلامت

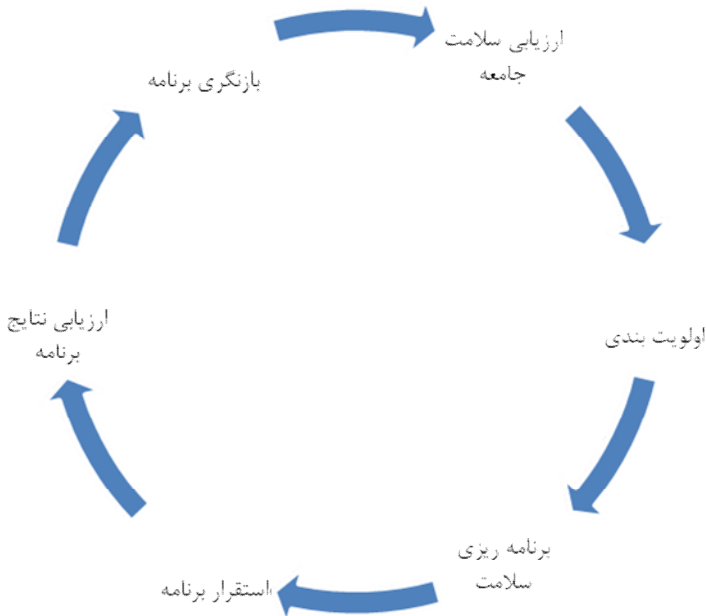
جامعه.

ب- تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های عملیاتی؛

ج- برنامه‌ریزی در جهت مراقبت‌های سلامت براساس اولویت‌ها؛

د- استقرار برنامه‌های تدوین شده؛

ه- ارزیابی نتایج؛



همان‌گونه که در نمودار مشاهده می‌شود این فرآیند یک چرخه است و به طور دائم در حال تکرار می‌باشد. پس هیچ‌گاه نمی‌توان آن را به صورت مقطعی انجام داد و باید تداوم داشته‌باشد. در حقیقت با تکرار این چرخه، سطح سلامت، ارتقاء خواهد یافت.

برای درک بهتر مفهوم نیازسنجی مبتنی بر جامعه باید، نیاز، سلامت و جامعه‌ی مورد مطالعه را به‌درستی بشناسیم. توضیحات پیشین

برای مفاهیم یاد شده کافی هستند و تنها به برخی از آن‌ها اشاره می‌کنیم. نگرش مبتنی بر جامعه یک نگاه کلی و از بالا به پایین دارد، به گونه‌ای که در کلیات متوقف نمی‌شود. این نگرش نه آن قدر کلی‌نگر است که جزئیات را از یاد ببرد و نه آن قدر به جزئیات می‌پردازد که از کلیات غافل شود؛ همانند یک دوربین مجهز به لنز تله، عمل می‌کند، از کلیات راه را به سوی جزئیات مرتبط با همان کل، طی می‌کند. در این نگرش عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی که بر سلامت اثرگذار هستند، مدّ نظر قرار دارند و این نگرش به همان اندازه که کل‌نگر است به جزئیات هم توجه دارد؛ حتی رفتار یک فرد در جامعه نادیده گرفته نمی‌شود. نیاز در اینجا هم، همان مفهوم احساس، ابراز و تأیید متخصصین را در خود نهفته دارد. برای درک بهتر از وضعیت سلامت یک جامعه، باید عواملی را که بر سلامت اثرگذار هستند و در بالا هم به آن اشاره کردیم، بشناسیم؛

● محیط فیزیکی: محیط و محلی که افراد یک جامعه در آن زندگی می‌کنند، عواملی مثل: هوای استنشاقی، آب آشامیدنی و ...

● محیط اجتماعی: سطح اجتماعی افراد و میزان حمایتی که از سوی اطرافیان دریافت می‌کنند.

● فقر: عاملی که در سراسر جهان وجود دارد و مانع از لذت و شادابی افراد می‌گردد.

● رفتار فردی و منش زندگی: برای مثال اضطراب زیاد، سیگار کشیدن و ...

● بیولوژی فردی و عوامل وراثتی: وقتی بیماری ارثی خاصی در خانواده نباشد و خانواده در سطح سلامت خوبی به سر برد، به طور یقین اعضای آن خانواده سلامت بهتری را نسبت به خانواده‌ای که دچار بیماری‌های وراثتی است، تجربه می‌کنند.

این نگرش، به پرستار یا مسئول سلامت منطقه، امکان می‌دهد که همه‌ی عوامل خطر را در نظر داشته‌باشد و ارزیابی او از وضعیت سلامت فرد، خانواده و جامعه به واقعیت نزدیک باشد و به طور یقین، متعاقب ارزیابی، مداخلات طراحی شده، حداکثر اثربخشی را داشته باشند.

در این شیوه پرستار به طور مداوم با جامعه در تماس است و مسئولیت حفظ و بهبود سلامت را در بیماران و ارتقاء سطح سلامت را در عموم جامعه‌ی تحت پوشش خود برعهده دارد. او برای این که بتواند وظایف خود را به نحو مطلوب انجام دهد، باید حائز خصوصیات فردی ویژه‌ای باشد، از جمله توانایی در برقراری و حفظ ارتباطات مناسب با گروه‌های مردمی و منطقه‌ای، قدرت رهبری و ... که به طور حتم برای کسب اغلب آن‌ها و یا تقویت توانمندی‌های درونی، شرکت در دوره‌های آموزشی در زمینه‌های یادشده، جزء غیرقابل تفکیک آموزش‌های دانشگاهی ایشان می‌باشد.

مشارکت عموم مردم در این فرآیند، ضروری است، پس باید آگاهی لازم را به آنها داد. ارائه‌ی آموزش به عموم مردم برای دانستن و درک این نکته که در یک برنامه‌ی سلامت واردشده‌اند و فواید آن متعلق به خودشان است، به‌طور یقین مشارکت بسیار بالایی برای به اجرا در آوردن نیازسنجی مبتنی بر جامعه، ایجاد خواهد نمود. پس باید گفت که پرستار برنامه‌ای را هدایت می‌کند که در آن گروه متخصصین و تشکل‌های مردمی و منطقه‌ای همکاری خواهند داشت و بدین ترتیب، نیازسنجی سلامت، به نحو مطلوب به انجام خواهد رسید. از سوی دیگر پرستار باید رؤسای خود را قانع کند که انعطاف‌پذیری لازم را داشته باشند و براساس نیازهای استخراج شده تغییرات ضروری را در برنامه‌ها ایجاد کنند.

قبل از آغاز:

موارد زیر، پیش از شروع یک نیازسنجی مبتنی بر جامعه باید لحاظ شوند،

۱- پرستار باید به این شیوه تسلط کافی پیدا کرده و آموزش های لازم را فرا گرفته باشد، به گونه ای که به راحتی بتواند آن ها را پیاده کند.

۲- دیگر گروه ها، همانند متخصصین و گروه های مردمی، باید آمادگی کافی برای همکاری با پرستار را داشته باشند. برای این منظور بهتر است گروه های کاری متشکل از همه متولیان امور در حوزه های یادشده تشکیل گردد.

۳- هدف از ایجاد این سامانه باید تبیین شود. بدین معنی که باید بدانیم از پرستار چه انتظاری خواهیم داشت؟ آیا او تنها یک ارتباط اجتماعی خوب لازم دارد و صرفاً استخراج کننده ی نیازهای درمانی است و یا این که نیازها و خلل سامانه ی ارائه ی خدمات را نیز معین می کند؟ این دو هدف تفاوت های فراوانی با یکدیگر دارند.

۴- افراد جامعه که علاقه مند به مشارکت در طرح هستند و قادرند که این سامانه را یاری نمایند، باید شناسایی شوند و همکاری آن ها جلب گردد.

۵- پرستار باید بداند که چه میزان از منابع، اعم از زمان، پول و... را می تواند هزینه کند.

۶- مسایل اخلاقی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار هستند و باید آن ها را همیشه در نظر داشت.

نکته‌ی بسیار مهم، سوق دادن پژوهش‌ها، به خصوص پژوهش‌های دانشگاهی در مسیر استخراج نیازها، برنامه‌ریزی و ارزیابی‌های لازم است و البته این فرآیند علاوه بر قدرت برقراری ارتباط پرستار و جلب مشارکت پژوهشگران، به همکاری مجدّانه و مداوم سامانه‌های دیگر نیاز دارد.

در ادامه، مراحل اجرایی را که در طی نیازسنجی مبتنی بر جامعه از اهمیت فراوانی برخوردارند، شرح می‌دهیم؛

تدوین نیمرخ جامعه: برای این که بتوانیم یک نیمرخ از جامعه‌ی تحت پوشش ارائه دهیم، باید اطلاعات مفیدی را در هر یک از حوزه‌های اجتماعی استخراج کنیم. برای ساده نمودن این حوزه‌ها شش سؤال طراحی شده‌است که با پاسخ به آن‌ها می‌توان مسیر مناسبی را ترسیم نمود.

- ۱- خصوصیات اصلی جامعه کدامند؟ ۲- سطح سلامت جامعه در چه وضعیتی است؟ ۳- کدام عوامل منطقه‌ای، جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مثبت و منفی)؟ خصوصیات عوامل نیز مشخص شود.
- ۴- چه خدماتی در حال حاضر برای رفع نیاز موجود، ارائه می‌شوند؟
- ۵- افراد محلی در مورد نیازهای سلامت خود، بر روی چه چیزهایی تأکید دارند؟ ۶- اولویت‌های ملی و منطقه‌ای سلامت کدامند؟

خصوصیات اصلی جامعه: در این مورد، عوامل بسیار زیادی دخالت دارند؛ جغرافیای محلی، تعداد، تراکم جمعیتی، سن جامعه و

گروه‌های سنی؛ جنسیت، اعتقادات و مذهب، پیشینه جمعیتی و تاریخی، زبان و ادبیات از موارد با اهمیت هستند؛ البته این موارد، بسته به نوع اطلاعات، روش و حوزه‌ی بررسی، تفاوت‌هایی خواهند داشت.

سطح سلامت جامعه: سطح سلامت جامعه را به روش‌های گوناگونی می‌توان ارزیابی کرد. از جمله روش‌هایی هستند که می‌توان وضعیت سلامت جامعه را با استفاده از آن‌ها تعیین کرد، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- نظرسنجی از مردم؛
 - اطلاعات آماری؛
 - پیمایش‌های کیفی و بهره‌گیری از دانش و تجربه متخصصین و صاحبان فرآیند خدمات سلامت در منطقه.
- توجه داشته باشیم که در اغلب موارد، برای پوشش مناسب، باید از چند روش به طور همزمان استفاده کرد. اما اطلاعاتی که برای ارزیابی مناسب، باید در اختیار داشته باشیم به شرح زیر است:
- داده‌های مربوط به مرگ؛
 - داده‌های مربوط به عوارض و عواقب بیماری‌ها؛
 - خصوصیات رفتاری؛ مثل، سیگار کشیدن؛
 - کیفیت زندگی؛
 - اطلاعات کاربردی خدمات؛
 - نابرابری‌های سلامت؛

- عوامل منطقه‌ای؛
- اشتغال و نوع مشاغل؛
- فقر و درآمد؛
- محیط (جمعیت، آفت‌زدایی، مسکن، امکانات رفت و آمد و...)
- خصوصیات جمعیتی (شبکه‌ها و ارتباطات درونی، مهاجرت به خارج و یا ورود به جامعه، گروه‌های حاشیه‌ای مانند برخی فرق مذهبی، تفریحات و سرگرمی‌ها و...)
- منابع رسمی و غیررسمی (گروه‌های داوطلب، سازمان‌های خیریه و حتی در برخی موارد خود خانواده، از موارد منابع غیررسمی تلقی می‌شوند)؛
- خدمات پرستاری موجود؛
- نظر و نگرش افراد به سطح سلامت خود؛
- اولویت‌های ملی و منطقه‌ای.

گردآوری داده‌ها و اطلاعات گام بعدی است. اولین کاری که در این مرحله باید انجام داد، این است که مشخص کنیم چه نوع داده‌ها و اطلاعاتی را لازم داریم. ممکن است که گروه پژوهشی و گروه مدیریت و برنامه‌ریزی، قصد داشته باشند که با استفاده از توفان

فکری^{۱۲}، حوزه‌های اطلاعاتی را مشخص کنند. برای مثال، امکان دارد که شما به سراغ اطلاعات پایه و اساسی جامعه بروید، مواردی چون اطلاعات جمعیتی، محیط، خدمات و... ولی همزمان، تمرکز دیگر گروه‌ها و یا سامانه‌های همکار در طرح، بر روی نیازهای اولویت‌بندی، خلل موجود در خدمات، موانع موفقیت در سامانه‌ی موجود و... قرار گیرد. پس برای جلوگیری از سردرگمی، باید داده‌ها، نوع آن‌ها و اطلاعات لازم، تعیین شوند. در این گام مرحله دوم، تعیین روش گردآوری داده‌ها است. روش‌های مختلفی را برای این کار می‌توان انتخاب کرد که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

^{۱۲} Brain Storm روشی است که در آن افراد آن چه که در ذهن دارند، براساس دانش و تجربه خود، با تمرکز در مدت کوتاهی مثلاً در ده دقیقه روی کاغذ می‌آورند و در گروه، بر روی نظرات افراد، بحث می‌شود و یک نتیجه‌ی کلی در نهایت استخراج می‌شود.

روش‌های گردآوری داده‌ها:

۱. مرور مدارک و مقالات:

● بررسی مدارک موجود و در دسترس که پرونده‌ها و مدارک بیمارستانی، درمانگاه‌ها، مطب‌های خصوصی، مراکز دولتی و ... موارد مثال آن هستند. نکته‌ی قابل ملاحظه در این مورد، سن مدارک است؛ به این معنی که بعضی از مدارک را باید از رده خارج محسوب کرد و ارزش تحلیلی ندارند. به عبارت دیگر هر داده‌ای دارای یک سن است که پس از آن مدت دیگر ارزشی ندارد و باید داده‌های جدید و یا داده‌های جایگزین را استفاده کرد.

● نتایج حاصل از نیازسنجی‌های پیشین، در هر مورد که انجام شده‌باشند، قابل استفاده هستند ولی باید خطاها و نقاط قوت و ضعف آن‌ها را تحلیل و پس از آن، میزان اعتمادپذیری و قابل اتکا بودن آن‌ها را تعیین کرد.

● برنامه‌های اجتماعی در مراکز و محل‌های مشابه جامعه ما.

● گزارش‌های ارائه شده در مورد محیط زیست، مثل بررسی‌های انجام شده در مورد سلامت آب و ...

● گزارش‌های معمول و رایج که در خصوص بیماری‌ها، آسیب‌ها، علل مرگ و میر و ... منتشر می‌شوند.

● گزارش‌های انتشار یافته در حیطه برنامه‌های ویژه‌ی سلامت.

● گزارش‌های اجتماعی در مورد تفریحات، خدمات به کودکان، خدمات پلیس و ...

۲. مصاحبه با افراد کلیدی:

مرور مدارک، اطلاعات و ایده‌های مناسبی را در مورد خصوصیات جمعیت در حال بررسی، به خصوص در حوزه‌ی خلل و فاصله بین وضعیت موجود و وضع مطلوب به دست می‌دهد، اما اگر اطلاعات دریافت شده کافی نبود، می‌توان از روش مصاحبه با افراد کلیدی استفاده کرد. این که با چه کسی مصاحبه و گفتگو کنیم، به جامعه و اطلاعات مورد نیاز بستگی دارد. افرادی مثل پژوهشگران، مدیران، سیاست‌گذاران، کهنسالان، رهبران، متخصصین و . . . می‌توانند مخاطب واقع شوند.

۳. پیمایش در اعضای جامعه:

پیمایش شامل پرسش چند سؤال از اعضای یک جامعه است. شیوه‌های گوناگونی برای اجرای پیمایش می‌توان نام برد که هر یک روش‌شناسی ویژه‌ای دارد. از جمله شیوه‌های رایج آن، مصاحبه‌ی رخ به رخ توسط افراد آموزش دیده است که معمولاً بهترین شیوه در نیازسنجی محسوب می‌شود. مصاحبه‌های گروهی، جلسات جمعی، پرسش تلفنی و . . . از روش‌های پیمایش هستند. در پیوست‌ها به نحوه‌ی هدایت یک پیمایش اشاراتی خواهد شد.

۴. گروه متمرکز:

معمولاً پس از هر پیمایشی که در حیطه نیازسنجی انجام می‌شود، گروهی تشکیل می‌گردد و افرادی که قادر هستند در مورد نتایج

حاصل از پیمایش نظرات تکمیلی بدهند و با توجه به اطلاعات به دست آمده، دیدگاه‌ها را ارتقاء دهند، به عضویت این گروه در می‌آیند. این افراد باید شامل کلیه‌ی گروه‌های مختلف اجتماعی که در پیمایش مورد پرسش قرار گرفته‌اند، باشند؛ برای مثال، می‌توان به افراد سالمند، بیماران مزمن، جوانان و ... اشاره نمود.

در گروه متمرکز، افرادی را کنار یکدیگر قرار می‌دهیم تا در مورد موارد اشتراک خویش بحث کنند. سازماندهی گروه بسیار اهمیت دارد؛ باید مراقب باشیم که افراد گروه، نکات مشترک بسیار داشته‌باشند؛ برای مثال، در جوانان نیاز به مسکن و روابط اجتماعی وجود دارد و نیازهای آن‌ها با نیازهای کودکان و کهنسالان تفاوت‌های فراوانی دارد و اگر در یک گروه جوانان و کهنسالان، گردآمده باشند، به طور یقین به نتیجه مطلوب دست نخواهیم یافت. اگر در کنار گروه متمرکز، گروه دیگری از ارائه‌کنندگان خدمات و تصمیم‌گیرندگان نیز تشکیل شود، بسیار مفید و مؤثر خواهد بود.

۵. تکامل و هماهنگ نمودن ابزار گردآوری داده‌ها:

هنگامی که در مورد روش‌شناسی پژوهش تصمیم گرفتید، لازم است در مورد نحوه‌ی گردآوری و تحلیل داده‌ها نیز بررسی‌های لازم را صورت دهید. بدون در نظر گرفتن روش گردآوری داده‌ها، کیفیت و اعتبار اطلاعاتی که استخراج خواهند شد به پرسش و نحوه‌ی سؤال کردن شما بستگی دارد.

از هر روش و شیوه‌ای که برای گردآوری داده‌ها استفاده شود، برای دستیابی به آن‌ها، به یک ابزار احتیاج داریم. بهتر است از ابزاری استفاده شود که قبلاً و یا در جوامع مشابه به کار رفته و کارآیی لازم را داشته باشد. با این کار تنها با کمی تغییر، ابزار مناسبی را در اختیار خواهید داشت. قبل از آغاز عملیات و ارزیابی جامعه به وسیله‌ی ابزار طراحی شده، باید ابزار را در حیطه‌ی حساسیت و دقت، ارزیابی کنید.

ارتباط مناسب و تفاهم کافی پرسش‌ها با پرسش شونده، نقش بسیار مهمی را در این مسیر ایفا می‌کنند. کلمات، راه اصلی ارتباط بین شما و آزمودنی هستند. پس به‌طور یقین باید در مورد کلماتی که استفاده می‌شوند، دقت کافی و وافی را به خرج داد. گاهی برخی سؤال‌ها به سبب این که در آن‌ها از کلمات مناسبی استفاده نشده‌است، گیج کننده هستند و یا مفهوم دیگری را در ذهن تداعی می‌کنند. به همین دلیل با یک مطالعه‌ی راهنما^{۱۳} می‌توان نقاط ضعف و نواقص پرسشنامه را استخراج نمود و پیش از آغاز عملیات طرح، آن‌ها را اصلاح نمود. اگر ابزاری در جای دیگر به کار رفته، لازم است که با شرایط نوین همگون و همسو شود. ساختار و شکل فرم هم اهمیت دارد؛ چراکه با یک ساختار و شکل مناسب از میزان خطا در ورود داده‌ها از آزمودنی به فرم و یا انتقال داده‌ها از فرم اصلی به فرم واسط و یا به نرم‌افزار می‌توان کاست. نکته‌ی قابل تأمل دیگر، نحوه‌ی تحلیل داده‌ها می‌باشد؛ زیرا نحوه‌ی تحلیل آماری، اهمیت دارد، برای مثال تحلیل به روش‌های دستی با

¹³ Pilot Study

روش‌های رایانه‌ای در طراحی و بهره‌گیری از فرم‌ها تفاوت ایجاد می‌کند، مضاف بر این که وقتی تعداد سؤالات و یا پاسخ آن‌ها زیاد و طولانی می‌شود و یا تعداد شرکت کنندگان در پیمایش زیاد است، استفاده از کامپیوتر توصیه می‌گردد.

رهبران جامعه را در مورد انجام نیازسنجی و سؤالات مورد نظر در جریان قرار دهید. با این کار هماهنگی و همکاری بیشتری را به عنوان پشتوانه خواهید داشت.

از کسانی که با آن‌ها آشنایی دارید و قبلاً نیازسنجی انجام داده‌اند و یا پیمایش‌های متعددی را اجرا کرده‌اند، کمک بگیرید و از تجربه آن‌ها استفاده کنید، چرا که تجربه در مراحل اجرایی اهمیت فراوانی دارد.

۶. تحلیل اطلاعات:

اگر اطلاعات به دست آمده در یک نیازسنجی بدون استفاده رها شوند و هیچ فعالیتی براساس آن‌ها صورت نپذیرد، به یقین باید گفت که آن نیازسنجی ناقص است. اطلاعات باید تحلیل و در برنامه‌ریزی به کار گرفته شوند؛ برنامه‌ها استقرار یابند و سپس وضعیت خدمات و برنامه‌های طراحی شده مورد ارزیابی قرار گیرند. این بخش هم مانند قسمت‌های پیشین باید به صورت مشترک و گروهی انجام گیرد.

اطلاعات چه می‌گویند؟ یکی از شیوه‌های مناسب برای بهره‌گیری از اطلاعات این است که تمام آن چه که به دست آمده است را

مرور کنیم و سپس موارد واضح و مشهود را یادداشت نماییم؛ اما برای این که بتوانیم بهترین بهره را از اطلاعات دریافت کنیم بهتر است که:

- جامعه‌ی خود را با یک جامعه‌ی مشابه که موضوع مورد بررسی در آن جامعه قبلاً ارزیابی و بررسی شده‌است، مقایسه کنیم؛

- برای درک تغییرات، اطلاعات به دست آمده را با اطلاعات پیشین مقایسه نماییم؛

- خلل اساسی و قابل ملاحظه در اطلاعات را پیدا و مشخص کنیم؛

- تفاوت‌ها و تشابهات بین اطلاعات به دست آمده از منابع اطلاعاتی مختلف، مثل بحث‌های گروهی، پرسشنامه و . . . را با یکدیگر مقایسه نماییم؛

- به نکات مثبت، به اندازه‌ی مشکلات توجه کنیم؛ چرا که از آن‌ها در فرآیند ایجاد تغییرات به خوبی می‌توان استفاده کرد و با کیفیت و سرعت مناسب‌تری به اهداف دست یافت.

ارتباط با دیگران از رموزی است که می‌تواند موجب موفقیت در تحلیل و سپس موفقیت در برنامه‌ریزی شود.

برای بهره‌گیری از اطلاعات و انجام برنامه‌ریزی برای مداخلات، باید اهمیت هر مشکل یا گروه اطلاعاتی را تعیین کرد.

اولویت‌بندی گام بعدی است که به آن وارد می‌شویم. در این مورد در بخش‌های بعدی به‌طور مفصل بحث خواهد شد؛ اما در اینجا به اختصار توضیحاتی ارائه می‌شود. برای اولویت‌بندی باید معیارهایی تدوین شوند. معیارها از درون اطلاعات و تحلیل آن‌ها شکل می‌گیرند. چه تعداد از افراد جامعه با این مشکل درگیر هستند؟ اطلاعات، در مورد عدالت و ارائه‌ی خدمات، در حال حاضر چه می‌گویند؟ اثرات مشکل بر وضعیت زندگی مردم چگونه است؟ آیا در حال حاضر خدمات و یا مداخله‌ای صورت می‌پذیرد؟ آیا خدمات کنونی کفایت می‌کنند؟ آیا مشکل مورد نظر، در استراتژی و اولویت‌بندی دیگری لحاظ شده‌است؟ آیا افراد کارشناس و دوره دیده‌ای در حوزه‌ی مشکل یافت شده، وجود دارند؟

این سؤال‌ها می‌توانند به عنوان معیارهایی برای اولویت‌بندی به کار بروند. اما این که چگونه و با چه روش‌هایی اولویت‌بندی قابل انجام است، در فصل‌های بعدی به آن می‌پردازیم.

برنامه‌ریزی، فعالیت بعدی است. آخرین و شاید مهم‌ترین مرحله در نیازسنجی سلامت مبتنی بر جامعه، برنامه‌ریزی است و البته در پی هر برنامه‌ریزی، مرحله‌ی استقرار و فراگیری برنامه‌ی مورد نظر می‌آید. تمام این مراحل برای ارتقاء سطح سلامت، انجام می‌شود. مهارت برنامه‌ریزی، نکته بسیار با اهمیتی است. هر قدر توانایی بالاتری در او وجود داشته‌باشد، برنامه‌های تدوین شده، مؤثرتر و کارآمدتر خواهند بود. در

راستای برنامه‌ریزی باید خصوصیات را کسب کرد و یا افرادی را به کار گماشت که این خصایص را دارا باشند. از جمله‌ی این خصوصیات به خلاقیت، جلب مشارکت عمومی، همکاری و مشارکت در گروه‌ها می‌توان اشاره نمود. توجه به ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری که به عنوان اهداف اصلی نیازسنجی مطرح هستند، ما را به دستیابی به اهداف نهایی رهنمون خواهند نمود. برای این که دچار روزمرگی و توقف در فرآیندها نشویم، لازم است نحوه‌ی ارزیابی برنامه‌ها را از پیش تعیین کنیم و بدانیم چگونه و در چه زمانی قصد داریم میزان پیشرفت در امور را بررسی کنیم.

آغاز عملیات اجرای برنامه هم نیازمند به پیش‌بینی‌های ویژه‌ای از جمله تشکیل گروه اجرایی و مواردی از این قبیل است. جدول زیر به ما کمک می‌کند که به اجرای برنامه شکل خاصی بدهیم.

مشکل موردنظر	اهداف	عملیات	مسئول اجرا	زمان لازم	نتیجه‌ی ارزیابی

برای اجرای چنین طرح‌هایی باید گروهی ویژه را آموزش داد و از آن‌ها برای انجام طرح به صورت منطقه‌ای استفاده کرد؛ نتایج حاصل از نیازسنجی، اولویت بندی‌ها، برنامه‌ها و پیامد آن‌ها را در سطح کلی‌تر

بازبینی کرد و از مجموع آنها، برای تمام جمعیت تحت پوشش، اعم از شهر، کشور، منطقه و یا جهان برنامه‌ریزی کلان نمود.

نیازسنجی اطلاعات

همان‌گونه که در بحث قبلی، اشاره شده‌است، اطلاعات از ارکان اصلی و ورودی برای فرآیند تصمیم‌گیری است. توجه داشته‌باشیم که اطلاعات موجود، به تنهایی کافی نیست؛ در واقع باید از اطلاعاتی که لازم داریم و در جامعه ثبت نشده‌اند، آگاهی داشته‌باشیم. نیازسنجی اطلاعات، یک رویکرد سیستماتیک و برنامه‌ریزی شده برای به‌دست آوردن نیازهای اطلاعاتی در گروه‌های مختلف است. هدف از این کار، یافتن محل‌های تولید اطلاعات در گروه‌های مختلف جامعه و سپس بررسی نیازها و نقاط خالی موجود است. شناخت کافی از خدمات گیرندگان و خدمات‌دهندگان در یک سامانه ارائه خدمات، نقش بسیار مهمی در برنامه‌ریزی‌ها دارد و البته در همین راستا در اختیار داشتن اطلاعات هر یک و نقایص اطلاعاتی موجود از اهمیت فراوانی برخوردار است. تغییرات محیط درونی، بیرونی و اثرات این تغییرها بر جامعه نیز از عواملی است که موجب تغییر در اطلاعات و نیازهای اطلاعاتی می‌گردد. برای این که بتوانیم نیازسنجی اطلاعات را انجام دهیم لازم است که مراحل زیر یک به یک طی شوند:

- ۱- درک اهداف سازمان و یا سامانه ارائه‌کننده خدمات؛ این اولین و مهم‌ترین بخش از نیازسنجی اطلاعات است و باید گفت که مسیر اصلی را در جهت شکل‌گیری فعالیت‌ها مشخص می‌کند.
- ۲- تولیدکنندگان اطلاعات مشخص شوند و سپس تعامل آن‌ها با یکدیگر و محیط بیرونی به روشنی بیان شود و در نهایت میزان پوشش اطلاعات موجود بر روی اهداف سازمان و سامانه تعیین شود.

۳- استراتژی‌های سازمان برای دستیابی به اهداف تبیین گردند. بدین طریق فعالیت‌ها و خدماتی که استراتژی‌ها را حمایت می‌نمایند، مشخص می‌گردند. باید گفت که تغییر در استراتژی، انحراف از مسیر اصلی است و حتی تأکید بر یک شیوه‌ی خاص در مرحله‌ی اجرای استراتژی‌ها، نیازهای اطلاعاتی را تغییر می‌دهد. در واقع باید از انعطاف پذیری و تغییرات سامانه در استراتژی‌های خود مطلع باشیم.

۴- چه سامانه‌های اطلاعاتی سازمان و سامانه را در جهت نیل به اهداف خود حمایت می‌کنند؟ این سؤال است که پاسخ به آن کاملاً ضروری است.

۵- فعالیت‌های اصلی سامانه و واحدهایی که آن‌ها را انجام می‌دهند، از موارد دیگری است که باید شناسایی شوند. در واقع، در پی آن قصد داریم نیازهای حیاتی هر واحد را مشخص کنیم.

۶- در چه زمانی سامانه قصد تغییر دارد و می‌خواهد ارتقاء یابد.

۷- خدمات‌گیرندگان چه کسانی هستند؟ متناسب با جامعه‌ی خدمت‌گیرندگان، آن‌ها را در گروه‌های مختلف قرار می‌دهیم. نیازهای گروه‌های مختلف می‌تواند متفاوت از یکدیگر باشد و این اختلاف‌ها

گاهی بسیار بزرگ و دور از یکدیگر هستند و هم‌گروهی آن‌ها موجب سردرگمی سازمان و افت کیفیت خدمات می‌شود.

۸- رقابت‌های درون سامانه و بیرون آن هم از مواردی است که سبب تغییر هم در درون و هم در بیرون از سامانه می‌شود. در نظر داشتن این رقابت‌ها موجب درک درست از تغییرات آتی می‌شود.

برای این که یک طرح نیازسنجی اطلاعات را به نحو مطلوب هدایت کنیم، لازم است که محتوا و منابع علمی موردنیاز را در اختیار داشته‌باشیم. عامل مهم دیگر در اجرای طرح نیازسنجی اطلاعات، ایجاد ارتباطات مناسب بین بخش‌های یک پروژه و یا مرتبط نمودن پروژه‌های گوناگون با یکدیگر است و در آخرین مرحله ظرفیت‌سازی جای دارد. در راستای دستیابی به منابع علمی و اطلاعاتی و همچنین ایجاد ارتباطات لازم، بهره‌گیری از فن‌آوری‌های گوناگون و به‌طور ویژه، فن‌آوری‌های ارتباطات نقش مهمی را ایفا می‌نمایند.

پیمایش یکی از روش‌های بررسی نیازهای اطلاعاتی است؛ به گونه‌ای که از افراد صاحب‌نظر در زمینه‌های علوم بالینی، پاراکلینیک، پژوهش، مراکز دانشگاهی، مراکز خصوصی و مدیران باید نظرسنجی نمود، سپس اطلاعات هر یک از گروه‌ها در داخل خود گروه ارزیابی می‌شود و در نهایت با گروه‌های دیگر هماهنگی لازم به عمل می‌آید. برای گردآوری داده‌ها، برحسب اهداف پژوهش، از ابزارها و شیوه‌های گوناگونی می‌توان بهره‌برد. برخی عوامل مؤثر بر گردآوری داده‌ها در

اغلب و یا تمام پیمایش‌ها ثابت هستند، عواملی از قبیل: وسعت و پراکندگی اطلاعات متخصصین و دانش آن‌ها، اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری، اطلاعات موجود در حوزه‌ی موضوع مورد بحث که خود شامل: وسعت و شدت بیماری، وزن بیماری، خصوصیات محیط بروز، دسترسی به اطلاعات موجود، اعتبار اطلاعات، دانش عمومی و روش‌های درمانی و پیشگیری می‌باشد. به موازات گردآوری داده‌ها باید از اطلاعات موجود در حوزه‌ی مورد پژوهش نیز آگاه باشیم.

شبکه اطلاعات سلامت

در حیطه‌ی خدمات سلامت و نیز پژوهش‌های مرتبط با آن، سامانه‌های مختلف و با اهداف مختلف، در حال فعالیت هستند و هریک اندوخته‌ای از اطلاعات را در خود گردآورده‌اند. تا زمانی که این انباشت‌ها و بانک‌ها از یکدیگر منفرد هستند و قادر به برقراری ارتباط با یکدیگر نمی‌باشند، سرعت رشد سامانه، بسیار پایین خواهد بود. یکی از دلایل مهم پایین آمدن سرعت رشد، دوباره‌کاری‌ها و نیز صرف منابع و توان مضاعف برای فعالیت‌هایی می‌باشد که در گذشته انجام گرفته‌است و یا در حال اجرا هستند. در اغلب موارد، این فعالیت‌های موازی بدون آگاهی از یکدیگر در حال اجرا و پیشرفت می‌باشند. از عوامل دیگر کاهش سرعت رشد، می‌توان به عدم تبادل اطلاعات و عدم شکل‌گیری ایده‌های نوین اشاره کرد. انتقال اطلاعات یکی از عوامل مهم در ایجاد رقابت است که به دنبال آن سرعت رشد افزایش می‌یابد. اگر فردی یا سیستمی اندوخته‌ی اطلاعاتی خود را قبض نماید تصوّر آن فرد یا سامانه چنین است که آن چه را که در اختیار دارد، برای او کافی است و تا زمان مشخصی نیاز به تغییر، رشد و اندوخته جدید ندارد. ولی باید بدانیم که هرگاه افراد و یا سامانه‌ها اندوخته و دانش خود را به اشتراک بگذارند، برای دستیابی به اطلاعات نوین تلاش بیشتری خواهند نمود که دستاورد آن رشد و تعالی با سرعت بیش از پیش است.

یکی از ابزارهای مهم در مسیر تبادل اطلاعات و ارتباطات، ایجاد شبکه اطلاعات سلامت است که آغاز فعالیت‌های جهانی در این زمینه به سال ۲۰۰۰ باز می‌گردد. شش شرکت بزرگ انتشاراتی برای بهبود و

ارتقاء سطح سلامت عمومی جهان، طی نامه‌ای از آقای کوفی عنان (دبیر وقت سازمان ملل متحد) خواستند تا شرایطی را فراهم سازد که مشارکت عموم پژوهشگران و سامانه‌های خدمات بهداشتی از طریق شبکه جهانی (اینترنت)^{۱۴}، به سادگی میسر شود و کسانی که به اطلاعات خاصی نیاز دارند با کمترین هزینه‌ی ممکن موفق به دریافت آن شوند. به دنبال آن، شبکه‌ی اطلاعات سلامت، شکل‌گرفت که هدف آن، افزایش و ارتقاء ارتباط بین منابع اطلاعاتی و پژوهشی در سطح جهان بود. در این روند، به طور یقین بیشترین بهره، نصیب کشورهای در حال توسعه خواهد شد. بهره‌گیری از فن‌آوری‌های نوین و گوناگون، حوزه‌های وسیعی را فرا روی ما گشوده است. آن چه که نباید از نظر دور داشت ارزش‌گذاری اطلاعات می باشد که اهمیت بسزایی در این گونه ارتباطات دارد. باید دانست که در حجم بالای تبادل اطلاعات و وسعت زیاد ارتباطات، چه نوع اطلاعاتی مورد نیاز و قابل استفاده هستند و کدامیک از اعتبار کمتری برخوردارند. برای اعتبارسنجی اطلاعات، باید سامانه‌هایی طراحی شوند که بهره‌وری را واقعی‌تر نمایند.

¹⁴ www.hin.com , www.cdc.gov/phin

آیا یک بار نیازسنجی کافی است؟

به یقین می‌توان گفت که شرایط و عوامل محیطی و درونی هر جامعه، به طور مداوم در حال تغییر است؛ بدین مفهوم که با تغییر شرایط درونی و یا تغییر شرایط بیرونی، نیازها تغییر خواهند کرد. پس از شکل‌گیری نیازسنجی و با پایان یافتن آن، مراحل اجرایی مداخلات که براساس برنامه‌ریزی‌ها طراحی و تدوین شده‌اند، آغاز می‌شوند. این برنامه‌ها، برخی نیازها را مرتفع می‌سازند و یا به واسطه‌ی اجرای آن‌ها حداقل از شدت و اولویت نیازها کاسته می‌شود. به دلیل ارتباط مداوم بخش‌های مختلف یک سامانه با یکدیگر، هر تغییر در یک بخش از سامانه، به‌طور حتم تغییراتی در دیگر بخش‌ها رخ می‌دهد که می‌تواند نیازهای نوینی را پدیدار نمایند. همچنین ارتقاء در هر سامانه سبب تعاملات نوین در بخش‌های داخلی آن سامانه خواهد شد که موجب شکل‌گیری نیازهای جدید می‌شود. نکته‌ی مهم دیگر، اندازه‌گیری تأثیر راهکارها و برنامه‌های اجرایی است که در حال حاضر برای رفع نیازها به کار می‌روند زیرا این سؤال که برنامه‌ها تا چه میزان کارساز و اثربخش بوده‌اند، اهمیت فراوان دارد.

با این وصف، سامانه‌ها همواره در حال تغییر هستند. پس نمی‌توان نیازسنجی را تنها یک بار انجام داد، بلکه باید به‌صورت مداوم آن را تکرار کرد. فاصله‌ی زمانی بین نیازسنجی‌ها و تغییر در روش اجرای آن‌ها براساس برنامه‌های اجرایی شکل می‌گیرند. درواقع باید اجازه دهیم که یک برنامه‌ی مداخله‌ای که برای رفع یا کاهش شدت نیازها، طراحی کرده‌ایم، اجرا شود و زمان لازم برای اثربخشی را به آن بدهیم و سپس

نیازسنجی را تکرار نماییم. در مجموع فواصل زمانی نیازسنجی به طول مدت برنامه‌ها و سرعت تغییرات احتمالی در جامعه‌ی هدف بستگی دارد.

پس در می‌یابیم که نیازسنجی باید به‌طور مداوم انجام شود، ولی آیا بخش‌های پژوهشی و دانشگاهی می‌توانند این کار را انجام دهند؟ با توجه به این که بخش‌های پژوهشی براساس اولویت‌های خود به سراغ موضوعات پژوهش می‌روند، نمی‌توان انتظار داشت که آن‌ها این کار را دائماً انجام دهند؛ در واقع، نقش آن‌ها در این روند، طراحی یک مطالعه صحیح و علمی است و ارائه‌ی الگویی که سامانه را در جریان یافته‌های نوین قرار دهد، اما پس از دریافت الگو، اجرای نیازسنجی برعهده‌ی خود سامانه است. برای تداوم نیازسنجی، می‌توانیم واحد و یا بخشی از ساختار سازمانی را برای انجام نیازسنجی اختصاص دهیم و یا این که نیازسنجی را به عنوان بخشی از امور رایج در فرآیندهای سامانه تعریف نماییم؛ انتخاب هر یک از راه‌ها به بزرگی فعالیت‌ها و گسترش آن‌ها و همچنین توسعه‌ی ارتباطات سامانه، بستگی دارد. در مجموع می‌توان گفت اغلب سامانه‌ها نمی‌توانند بخشی مجزا را برای نیازسنجی تعبیه کنند، پس لازم است که نیازسنجی بخشی از فعالیت‌های رایج در فرآیندهای سازمان شود ولی همان‌گونه که از مباحث فوق بر می‌آید؛ نیازسنجی به تخصص و تسلط علمی کافی احتیاج دارد. نتیجه می‌گیریم که برای انجام نیازسنجی، لازم است تغییراتی در سامانه صورت گیرد. برای انجام و شکل‌گیری صحیح تغییرات، به ظرفیت‌سازی نیاز داریم و به واسطه‌ی آن و با

استفاده از توان درونی سامانه، نیازسنجی را به انجام برسانیم. از محاسن دیگر ظرفیت‌سازی می‌توانیم به موارد زیر اشاره کنیم:

- افزایش کیفیت؛
- ارتقاء بهره‌وری؛
- حفظ یکپارچگی و قوام سامانه؛
- هماهنگی بین منابع و شیوه‌های اثربخش؛
- افزایش حس مسئولیت‌پذیری.

زمانی که براساس نیازسنجی در می‌یابیم که بخشی از فواصل وضع موجود در سامانه و خدمات، با استفاده از آموزش و ارتقاء دانش و مهارت‌های سازمانی می‌توانند رفع شوند، یعنی آموزش به عنوان یکی از نیازها مشخص می‌شود، ضرورت ظرفیت‌سازی را درک کرده‌ایم. برای ایجاد چنین وضعیتی لازم است عوامل و عناصر کافی برای ظرفیت‌سازی در سامانه گردآیند.

عناصر ظرفیت‌سازی

● برگزاری دوره‌های منظم آموزشی برای کسانی که در فرآیند نیازسنجی درگیر هستند، اعم از کسانی که نیازسنجی را طراحی می‌کنند و همچنین کسانی که صرفاً در اجرا همکاری دارند، هریک به فراخور فعالیت و میزان دانسته‌هایشان لازم است آموزش ببینند؛

● اگر در چند منطقه‌ی مجزا، نیازسنجی به صورت همزمان انجام می‌شود، باید در هر منطقه افراد و گروه‌های دوره دیده حضور داشته باشند؛

● از انجام نیازسنجی در تمام سطوح یا گروه‌های مختلف جامعه ی تحت پوشش که نیازهای متفاوت دارند و در بالا هم به آن‌ها اشاره کردیم، اطمینان پیدا کنیم. با این کار مطمئن خواهیم بود که نیازهای تمام سطوح گردآوری خواهند شد؛

● توانمندی‌های سامانه و اهداف آن را مشخص کنیم تا از فواصل خالی موجود، بتوانیم نیازها را استخراج نماییم؛

● باید بدانیم که چگونه این ظرفیت‌سازی را در آینده باید توسعه و تکامل بخشیم؛

-
- اثربخشی آموزش‌ها را بررسی کنیم تا به این واسطه، از تداوم فرآیند آموزش و نیازسنجی اطمینان حاصل کنیم؛

 - ایجاد یک شبکه‌ی آموزشی در سطوح اجرایی، منطقه‌ای و کشوری ما را به اهداف خود نزدیک‌تر می‌کند و سرعت بیشتری را برای نیل به اهداف نیازسنجی تأمین می‌نماید؛

 - بهترین و برترین تجربیات را در حیطه‌ی نیازسنجی شناسایی کنیم و آن‌ها را در جهت ظرفیت‌سازی توسعه دهیم؛

 - اگر نیازسنجی به‌طور دایم در سازمان انجام شود، می‌توانیم موضوعاتی را که فوریت و ضرورت بالایی دارند، درک کنیم و به تبع آن مداخلات با اولویت و در زمان مناسب انجام می‌پذیرند.

ایجاد ساختار برای ظرفیت‌سازی

• یکی از اهداف اصلی ظرفیت‌سازی، توسعه ساختارهایی است که با انجام آموزش و نیز حمایت از فن‌آوری، سازمان را یاری می‌کنند. برقراری ارتباط مناسب و ایجاد تعامل بین بخش‌های سازمان به واسطه این ساختارها صورت می‌گیرد که گامی در جهت ظرفیت‌سازی و انجام نیازسنجی محسوب می‌شود؛

• مشخص کردن مبانی و موضوعاتی که در ایجاد کیفیت برتر مؤثر هستند و آموزش آن‌ها می‌تواند سامانه و سازمان را به سمت وضعیت مطلوب سوق دهد؛

• مشخص نمودن روش‌های آموزشی که در سامانه و سازمان، مورد پذیرش هستند؛

• وجود یک مرکز و یا بانکی از مطالب علمی و راهنما، تجارب ارزنده در امر آموزش و همچنین ابزارهای آموزشی مناسب بسیار ضروری است. این مرکز و یا بانک، در هر زمان که سامانه به آن نیاز دارد باید قابل دسترسی باشد؛

● مشخص نمودن روش‌هایی که منجر به توسعه و افزایش مشارکت بخش‌های مختلف سازمان و سامانه در آموزش و حمایت از فن آوری گردد.

گروه‌های آموزشی و حمایت از فن آوری

شالوده ظرفیت سازی بر پایه‌ی این گروه‌ها استوار است. پس لازم است که از تشکیل گروه‌های آموزشی و حمایت از فن آوری و نیز توسعه توانمندی‌های آن‌ها حمایت نماییم و همچنین شرایطی را فراهم آوریم که این گروه‌ها بتوانند ارتباط مناسبی را با کلیه بخش‌های منطقه ای در سازمان، داشته باشند. اگر در سازمان، بخش‌هایی داریم که درحال حاضر این وظیفه را برعهده دارند، باید این بخش‌ها حمایت شوند. این گروه‌ها به صورت منطقه‌ای فعالیت خواهند نمود و براساس تعداد مناطق و بخش‌های مستقل در سازمان، لازم است گروه‌های مرتبط با آن‌ها تشکیل شوند. البته برابری تعداد بخش‌های مستقل و گروه‌ها، ضرورتی ندارد چرا که یک گروه قادر است، چندین بخش را حمایت نماید. نسبت تعداد گروه‌ها بستگی به بزرگی و توسعه ارتباطات بخش‌ها دارد. بدین معنی که بخش‌های بزرگ‌تر به گروه‌های اختصاصی و گروه‌های بیشتری نیاز دارند و در مقابل چند بخش کوچک‌تر می‌توانند از یک گروه به صورت مشترک استفاده کنند.

هدف از تشکیل گروه‌ها را می‌توان در چندجمله خلاصه کرد:

○ ارزیابی نیازهای مدیریتی و پرسنلی برای ظرفیت‌سازی که البته با ابزارهای سنجش نیاز و متناسب با سامانه و پرسنل آن‌این کار را انجام می‌دهند؛

-
- برنامه‌ریزی آموزشی در منطقه، براساس داده‌ها و اطلاعات حاصل از نیازسنجی؛
 - پاسخ دادن به نیازهای فردی و منحصر به فرد پرسنل؛
 - یاری، همکاری و حمایت برای ایجاد انگیزه برای فراگیری آموزشی در سطح منطقه.
- دراین‌جا به بحث ظرفیت‌سازی بسنده می‌کنیم چرا که این مقوله، به صورت جداگانه، به بررسی و اختصاص زمان بیشتری نیازمندااست.

اولویت‌بندی

اولویت‌بندی چیست؟

هنگامی که ما چندین گزینه برای انتخاب داریم و برای دستیابی همزمان به همه‌ی آن‌ها محدودیت‌هایی وجود دارد، مجبور به انتخاب یکی و یا برخی از گزینه‌ها هستیم. انتخاب آگاهانه، هشیارانه و منطقی تعدادی گزینه، از بین چندین گزینه‌ی مختلف را اولویت‌بندی می‌نامیم. البته یکی از نکات مهم در اولویت‌بندی، رتبه‌بندی است که در حین عملیات اولویت‌بندی حاصل می‌شود.

تفاوت اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی چیست؟

همانگونه که اشاره شد، ما در اولویت‌بندی به‌طور آگاهانه و با داشتن یک‌سری معیار دست به رتبه‌بندی و همچنین مشخص نمودن جایگزین‌ها می‌کنیم. این انتخاب، براساس اطلاعات موجود صورت می‌پذیرد، حال آن که در سهمیه‌بندی آگاهی، معیارها و نیز موارد جایگزین وجود ندارند. در واقع در سهمیه‌بندی تنها محدودیت در استفاده از منابع مطرح است ولی در اولویت‌بندی نیازها، عامل اصلی، مورد توجه می‌باشد. گاهی اولویت‌بندی شکل سهمیه‌بندی را پیدا می‌کند. اما این به این مفهوم نیست که این دو یکسان هستند. در اولویت‌بندی از بین دو گزینه ی الف و ب یکی قبل از دیگری قرار می‌گیرد، اما در سهمیه‌بندی، نسبت بهره‌مندی و دریافت الف و ب را از منابع تعیین می‌کنیم. یکی

دیگر از مهم‌ترین تفاوت‌های سهمیه‌بندی و اولویت‌بندی تصمیم‌گیری است. تصمیم‌گیری جزء جدایی‌ناپذیر اولویت‌بندی می‌باشد.

چرا اولویت‌بندی؟

امروزه مردم مالیات و حق بیمه پرداخت می‌کنند و در راستای این پرداخت، خواسته‌ای در جامعه پدید می‌آید. آن‌ها از مسئولین، دسترسی آسان و به موقع را به مراکز ارائه‌ی خدمات را طلب می‌کنند. اما نیازهای جامعه چیست و کدامیک از مراکز موجود باید گسترش یابند و در کجا این گسترش باید اتفاق بیفتد؟ این سؤالی است که نیازسنجی سلامت به آن پاسخ خواهد داد. از سوی دیگر معمولاً منابع لازم در یک زمان قابل حصول نیستند و تمامی نیازها را نمی‌توان به یک‌باره بر طرف نمود. در این موقعیت باید اولویت‌بندی انجام شود.

در حیطه‌ی پژوهش و سطوح تصمیم‌گیری، چنین به نظر می‌رسد که پژوهش‌ها یا به صورت منطقه‌ای و محلی و یا به صورت کشوری انجام می‌شوند. البته پژوهش‌های جهانی را نباید از یاد برد. میزان منابعی که در قبال نتایج حاصل از پژوهش، هزینه می‌شوند، اهمیت فراوان دارد. به عبارت دیگر، هر پژوهش با صرف میزانی از انرژی بر روند مدیریت و ارائه خدمات در جامعه اثر می‌گذارد. پس انجام اولویت‌بندی به اندازه اجرای پژوهش اهمیت دارد. به‌طور عموم در تمام مراکز تحقیقاتی و همچنین سازمان‌های تأمین‌کننده بودجه‌های پژوهشی، با محدودیت منابع روبرو هستیم و علاوه بر آن گاهی ضرورت پرداختن به برخی موضوعات از نظر زمانی و یا عوامل دیگر اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

کند. در این موقعیت انجام اولویت‌بندی بسیار با اهمیت است، زیرا به ما اجازه می‌دهد که منابع محدود، اعم از بودجه، زمان، نیروی انسانی و... را در طرح‌هایی به کار بریم که بنا بر معیارهای تعریف شده، از اهمیت بیشتری برخوردارند. انجام اولویت‌بندی کار ساده و آسانی نیست؛ کوچک‌ترین اشتباه و یا خلل در پردازش اولیه داده‌ها، سبب بروز انحراف‌های وسیع در مسیر دستیابی به اهداف می‌شود. بارزترین آن‌ها صرف بودجه در مواردی است که کمترین اثربخشی را خواهند داشت. برای مثال، در حال حاضر تنها ۱۰٪ بودجه‌ی مراکز خصوصی و دولتی، صرف ۹۰٪ مشکلات سلامت جوامع می‌شود. چنین عدم تناسبی، موجب به هدر رفتن هزینه‌های فراوان می‌شود. این وضعیت هنگامی بدتر می‌شود که همین تحقیقات و پژوهش‌های موجود هم اثربخشی لازم را نداشته باشند که عدم اولویت‌بندی و یا بروز اشتباه در روند آن می‌تواند تنها دلیل آن باشد. علاوه بر این، بیش از ۹۰٪ بودجه‌های پژوهشی در اختیار کشورهای معدودی است؛ حتی اگر آن‌ها بدانند که اولویت‌ها را باید براساس نیازها تعیین کنند، آن چه که واضح است نیازهای آنان با دیگر کشورها متفاوت است و اولویت‌ها نیز مختلف خواهد بود. مشکل دیگر، این است که در بخش‌های دولتی، معمولاً تصمیم‌گیرندگان مایل نیستند که مسایل خود را اعلام نمایند و همچنین براساس برنامه‌های مشابه نیز نمی‌توانند عمل کنند، پس مسایل و مشکلات باقی می‌مانند و پیچیده‌تر می‌شوند. بخش‌های خصوصی نیز تا زمانی می‌توانند به حیات خود ادامه دهند که رضایت سهام‌داران خود را تأمین کنند و البته اغلب آن‌ها را از واقعیت‌ها دور نگاه می‌دارند.

در مجموع در هر مقوله‌ای را که بررسی می‌کنیم، همواره منابع آن کمتر از میزان مورد نیاز برای مداخله هستند و اختصاص منابع محدود به چند موضوع مورد نظر، مستلزم اجرای یک اولویت‌بندی است.

نگاهی به روش‌شناسی اولویت‌بندی:

در طول سی سال اخیر روش‌های گوناگونی برای اولویت‌بندی ارائه شده‌است. اولویت‌بندی را بر اساس اهداف (منفرد و یا چندگانه)، موارد قابل اندازه‌گیری (مستقیم و غیرمستقیم، کمی و کیفی) و زمان فعالیت (قبل و یا پس از وقوع) می‌توان تقسیم‌بندی کرد. در مجموع تا کنون شش مدل برای اولویت‌بندی ارائه شده‌است، اما این مدل‌ها با استراتژی‌های اولویت‌بندی تفاوت دارند. در زیر به مدل‌ها اشاره شده است؛

الف- نمره‌گذاری و وزن‌دادن؛

ب- منافع اقتصادی / هزینه‌به‌فایده ؛

ج- برنامه‌های ریاضی؛

د- شبیه‌سازی؛

ه- ارزیابی سودآوری اقتصادی؛

و- تحلیل طبقات اجتماعی.

انتخاب یک مدل برای اجرای اولویت‌بندی، در درجه اول به اهداف ما از انجام آن بستگی دارد. عامل بعدی سطح اولویت‌بندی است؛ قصد داریم که اولویت‌بندی را در سطح جهانی، ملی، منطقه‌ای و یا در سطح بسیار محدودتر، انجام دهیم. باید توجه داشته‌باشیم که نتایج هر اولویت‌بندی تنها در همان سطح که انجام گرفته‌است و در همان موضع و موقعیت زمانی، کاربرد دارد. طول عمر یک اولویت‌بندی، به نوع

مشکلات و فواصل زمانی که به وجود می‌آیند و یا مدت زمان لازم برای تغییرات آن‌ها، بستگی دارد.

نکته‌ی دیگر که بسیار اهمیت دارد، گروه کاری است. گروه کاری، کسانی هستند که برای اجرای اولویت‌بندی براساس معیارهای موجود، اقدام می‌کنند. گروه کاری باید از تمام کسانی تشکیل شده باشد که در فرآیندها و فعالیت‌هایی که مشکل در آن جا درک شده است، مشارکت دارند و یا در آن سهیم هستند. این نحوه‌ی انتخاب گروه، موجب می‌شود که از یک سو، اولویت‌بندی به واقعیت نزدیک شود و از دیگر سو، برنامه ریزی و سپس اجرای آن به آسانی صورت پذیرد.

در گام بعدی، معیارها، از ارکان اولویت‌بندی هستند؛ چراکه با کوچک‌ترین خطا، اولویت‌ها از واقعیت دور شده و نتیجه‌ی مورد انتظار و ارتقاء سطح سلامت محقق نخواهد شد. برای تدوین و تبیین معیارها باید به اطلاعات به دست آمده در طرح و نیز تحلیل‌های صورت گرفته، مراجعه نمود. استفاده از مقالات و متون علمی مرتبط، مسیر غیرقابل اجتنابی است و افق‌های نوینی را پیش روی گروه می‌گشاید. در واقع، اطلاعات، تحلیل‌ها و نتایج فعالیت‌های مشابه در دیگر جوامع و یا در گذشته‌ی جامعه‌ی مورد مطالعه، در گروه کاری طرح شده و معیارهای لازم را استخراج می‌شوند. وزن دادن و نحوه‌ی امتیازدهی یکی دیگر از مباحث گروه است و پس از تعیین معیارها، وزن‌ها تبیین می‌شوند.

آخرین گام در این مرحله اجرای اولویت‌بندی با استفاده از معیارها می‌باشد. برای این کار شش مدل گوناگون مطرح گردید که هر یک کاربرد و جایگاه ویژه‌ی خود را دارد.

مروری بر نگرش‌های مختلف به اولویت‌بندی:

عوامل تعیین‌کننده‌ی اولویت‌ها، به‌طور حتم در هر منطقه، در هر کشور و حتی در هر زمانی، متفاوت خواهند بود. اما در مجموع به عواملی می‌توان اشاره کرد که در اغلب موارد جزء معیارهای اولویت‌بندی قرار می‌گیرند. موارد زیر، در اولویت‌بندی در سطح یک کشور اهمیت فراوان دارند؛

- فرآیند اولویت‌بندی، براساس تقاضاها در چهارسطح، شکل گرفته‌باشد:

- ۱- پژوهشگران
- ۲- تصمیم‌گیرندگان در سطوح مختلف
- ۳- خدمات‌دهندگان
- ۴- مردم و جامعه‌ی عادی

- اثرات اقتصادی مشکلات که شامل؛ شدت (اضطرار رسیدگی به مشکل، وخامت و درجه‌ی اثرگذاری آن بر سامانه‌های همجوار) و وسعت مشکل می‌شود؛

- اثر بر عدالت اجتماعی؛

- میزان پذیرش مشکل و راه‌حل‌های احتمالی از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و قانونی؛

- قابلیت اجرای طرح و آماده بودن مقدمات لازم برای اجرای

آن؛

- میزان دوباره کاری که ممکن است در روند بررسی و

مداخلات رخ دهد؛

- حرکت به سوی ظرفیت‌سازی.

در هر نوع از انواع اولویت‌بندی، نقش برخی از موارد یاد شده را نمی‌توان نادیده گرفت. از سوی دیگر وجود همه موارد کافی نیست و یا برعکس، ممکن است برخی موارد بالا در یک حوزه و یا در مورد یک مشکل مصداق نداشته باشند؛ منظور این که موارد بالا مطلق نیستند و برحسب موضوع، داده‌های موجود و شرایط، معیارها را تعریف می‌کنیم. بهره‌گیری از روش‌های پژوهش در اجرای اولویت‌بندی، موضوعی نوین است که از سال ۱۹۹۰ در پژوهش‌های سلامت آغاز شده‌است. براساس توصیه‌ها و مطالعات صورت گرفته بر روی روش‌های گوناگون اولویت‌بندی و آزمون مدل‌هایی که تا کنون ارائه شده‌اند، شاهد رشد و توسعه مطلوب در اولویت‌بندی هستیم. در جدول زیر به انواع نگرش‌ها اشاره شده‌است.

نگرش کلی و نهایی	بازبینی کمبته‌ها	موارد افزوده شده	نگرش‌های ضروری حاصل از پژوهش‌های ملی	خصوصیت
				اهداف اولویت‌بندی
				تمرکز بر روی سطح کشوری است و یا منطقه ای؟
				استراتژی‌ها و اصول
				معیارهای اولویت‌بندی
				خصوصیات و وزن مشکل - در مورد بیماری‌ها (Burden of Disease)
				تحلیل وزن و خصوصیت مشکل
				هزینه به اثربخشی
				اثر بر روی عدالت اجتماعی همخوانی با سیاست‌ها، مسایل اقتصادی، قانون و اجتماع
				احتمال اجرا و داشتن محیطی برای انجام پژوهش
				کیفیت طراحی پژوهش
				قابلیت اجرا در شرایط موجود، متناسب با منابع
				محدوده پژوهش
				ابزارهای فراگیرسازی نتایج در سامانه

پیشرفت‌های اخیر و فرآیند پنج مرحله‌ای اولویت‌بندی

یک فرآیند پنج مرحله‌ای، از سوی یکی از بخش‌های سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶، پیشنهاد شد که طی آن، سیاست‌گذاران تصمیم‌های منطقی‌تر و با قابلیت انعطاف بیشتری را اتخاذ می‌نمودند. تصمیم‌گیرندگان، براساس این فرآیند قادر بودند که منابع بسیار کم و محدود خود را برای اجرای پروژه‌ها و طرح‌های پژوهشی فراوانی هزینه نمایند و به دنبال آن طرح‌های اجرایی با ارزشی را در دست داشتند که برای ساماندهی وضعیت سلامت عموم جامعه، کارساز بود.

در زیر به شرح این پنج مرحله می‌پردازیم؛

الف. گام اول – بزرگی و اهمیت بیماری یا موضوع؛ توسعه و تغییرات نوین به همراه مبارزات و مقابله‌ها:

🕒 **توسعه و تغییرات:** وزن و اهمیت یک بیماری و یا یک موضوع در یک جامعه‌ی به‌خصوص و مشخص، اهمیت بسیاری دارد و برای هر نوع تصمیم‌گیری لازم است که در این مورد پژوهش‌های مناسب و مبتنی بر شواهد انجام گرفته‌باشد. درواقع، براساس پژوهش‌های پیشین، باید سطح سلامت عموم جامعه‌ی مورد نظر در ارتباط با بیماری و یا موضوع مورد نظر مشخص شده‌باشد، این مهم برطبق پژوهش‌های کمی صورت می‌پذیرد. به عبارت دیگر، داشتن مشخصات و اطلاعات جامعه و نیز همه‌گیرشناسی در مورد بیماری مورد مطالعه، از

اهمیت فراوانی برخوردار است. یکی از این مطالعات همه‌گیرشناسی، بررسی میزان مرگ و میر و یا از نگاه دیگر پیامدِ ابتلای به یک بیماری در جامعه می‌باشد. یکی از این اندازه‌گیری‌ها "سال‌های زندگی متناسب با ناتوانی" (DALYs) است که در ابتدای کتاب به شرح آن پرداختیم. مطالعات ملی، ضمن بررسی وزن بیماری، اهمیت آن را نیز محاسبه می‌کنند. نکته قابل ملاحظه این است که ارقام و اندازه‌های به دست آمده در مطالعات وزن بیماری‌ها، فقط برای آن جامعه خاص و در زمان و یا فاصله زمانی مشخص کاربرد دارد، اما مقایسه‌ی اطلاعات به دست آمده از جامعه‌ی مورد مطالعه با جوامع دیگر، در همان شرایط زمانی بسیار راهگشا می‌باشد. مقایسه‌ی یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با حاصل پژوهش در زمان‌های گذشته نیز به همان اندازه با ارزش است؛ چرا که تفاوت‌ها و تشابهات احتمالی بین نتایج، نکات مهمی را به ما نشان خواهند داد.

🕒 درگیری‌ها و مقابله‌ها: با این که روش‌ها و سامانه‌های

خوبی برای اندازه‌گیری وزن و اهمیت بیماری در کشورهای مختلف بنا نهاده شده‌است، اما همچنان یک نقص نسبی در لحاظ کردن تفاوت‌های موجود، بین جوامع مختلف وجود دارد؛ تفاوت‌هایی مثل، محیط، جامعه، نژاد و . . . در واقع، نادیده گرفتن این تفاوت‌ها موجب می‌شود که تغییرات مطلوب با اجرای مداخلات برنامه‌ریزی شده، در سطح سلامت رخ ندهند.

در هر سامانه‌ای، به دلیل ارتباطات موجود در آن، با تغییر در یک بخش یا یک متغیر، بخش‌های دیگر نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

برای این که بهتر این موضوع را درک کنیم به نتایج پژوهشی که در استرالیا و کامرون بر روی افرادی که دچار آسیب نخاع شده بودند و فلج اندام تحتانی داشتند، اشاره‌ای می‌کنیم. در کشور استرالیا افراد با آسیب نخاعی، به خوبی خود را با شرایط جدید خویش سازگار و هماهنگ کرده و از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند، در حالی که در نظر گرفتن گروه مشابه از نظر خصوصیات عمومی جمعیتی؛ مثل، سن و جنس، در کشور کامرون افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند و کمتر توانسته بودند خود را با شرایط جدید خود، آسیب نخاعی، هماهنگ کنند. یکی از مهم‌ترین عوامل این اختلاف، تفاوت‌های فرهنگی و نیز اختلاف در دسترسی به خدمات مورد نیاز برای یک فرد پس از آسیب نخاعی بود. سامانه‌های حمایتی و خدمات‌رسانی به این گروه از معلولین، در استرالیا تعریف شده و شکل گرفته‌اند، اما در کامرون این سامانه‌ها وجود ندارند و معلولین باید خود راهی برای غلبه بر مشکلات و پاسخگویی به نیازهایشان پیدا کنند. حمایت‌های خانواده، دوستان و جامعه نیز از عوامل مهم دیگر است. اثرات و تغییرات غیر قابل انکار یک مشکل، بیماری بر بخش‌های دیگر و همجوار، از جمله مواردی که باید در سامانه‌ها مد نظر باشد. این اثر گاهی مثبت و گاهی منفی است. برای نمونه، اثر بیماری یک عضو از اعضای یک خانواده بر دیگر اعضا می‌تواند اثرات منفی و گاهی در کنار آن اثرات مثبت داشته‌باشد. این وضعیت در یک فرد هم قابل تصور است، برای مثال، هنگامی که یک بیماری حادث می‌شود بر کلیه اعضا و ارگان‌های بدن تأثیر گذار است و اگر بیماری دیگری هم پس از آن رخ دهد، این دو با یکدیگر در مقایسه با زمانی که

هر یک به تنهایی فرد را بیمار کنند، اثرات متفاوتی را خواهند داشت. پس باید در نظر داشته باشیم که یک معلولیت، بیماری، مشکل و هر موضوع مورد مطالعه‌ی دیگری را نمی‌توان از سامانه‌ی مربوط به خود خارج کرد و در مورد آن تصمیم گرفت. درواقع، اولویت هر سامانه، مربوط به خود آن است و برای سامانه‌های مشابه کاربرد ندارد. مطالعه‌بر روی هر مشکل و یا اولویت، به منظور شناخت و رفع عامل ایجاد کننده ی آن، تنها در درون سامانه باید صورت گیرد. پژوهش برای اندازه‌گیری تغییرات بهترین شیوه محسوب می‌شود، چه قبل از مداخله و چه پس از مداخله انجام شده باشد.

ب. گام دوم – پژوهش برای درک تغییرات:

براساس آن چه که در مورد سامانه‌ها بحث شد؛ با وقوع یک عامل خطر ساز و یا مجموعه‌ای از آن‌ها تغییراتی در سامانه رخ خواهد داد. در جهت تعیین تغییرات به وجودآمده در سامانه، حاصل شده اند، پژوهش‌ها بسیار ضروری و با اهمیت هستند. یکی از روش‌های پژوهش در این مقوله شیوه‌ای است که مخاطرات احتمالی ناشی از بروز مشکل یا بیماری را اندازه‌گیری و آن‌ها را رتبه‌بندی می‌نماید (CRA)^{۱۵}. این روش با اندازه‌گیری مداخلات ما برای کاهش اثر مشکلات و یا بهبود وضعیت موجود متفاوت است.

¹⁵ Comparative Risk Assessment-CRA

اهداف CRA را می‌توان این گونه عنوان نمود که:

۱- ارائه یک تحلیل فراسطحی برای این که بتوانیم اثر هریک عوامل خطر را بر روی سامانه به صورت جداگانه، دریابیم و نیز رابطه‌ی آن‌ها را با یکدیگر مشخص و واضح کنیم.

۲- این روش قصد دارد، با ترسیم وضعیت پایدار سامانه و یا سلامت در یک جامعه، زمانی که عوامل خطرساز گوناگون، سامانه و یا جامعه را برای مدّت مدیدی تحت تأثیر قرارمی‌دهند، راهکار خوبی را پیش روی قرار دهد. با این شیوه می‌توان اساس و شالوده‌ی پژوهش‌ها و سیاست‌هایی را بنا نهاد که منجر به کاهش اثر مخاطرات بر جامعه می‌شوند. به عبارت دیگر، ارتباط بین بزرگی و شدّت مشکل را با عوامل خطرساز می‌توان تبیین کرد.

خصوصیت دیگر CRA ، این است که شرایط موجود را به

خوبی بیان می‌کند:

← بزرگی و شدت مشکل را به مقادیر اندازه‌گیری شده و کمی تبدیل می‌کند. پس با استفاده از این مقادیر می‌توانیم عوامل مختلف را با یکدیگر مقایسه نماییم و آن‌ها از نظر تأثیر بر سامانه و جامعه رتبه بندی کنیم و همچنین عوامل کشنده را از دیگر عوامل تمیز دهیم.

← گاهی برخی عوامل وجوددارند که هنوز سامانه و یا جامعه را به طور گسترده، تحت تأثیر خود قرار نداده‌اند و فقط برخی از عوامل سامانه را متأثر کرده‌اند. در این شرایط برای مقابله‌ی بهینه با خطرات احتمالی که در آینده رخ خواهند داد، پیش بینی وضعیت سامانه با

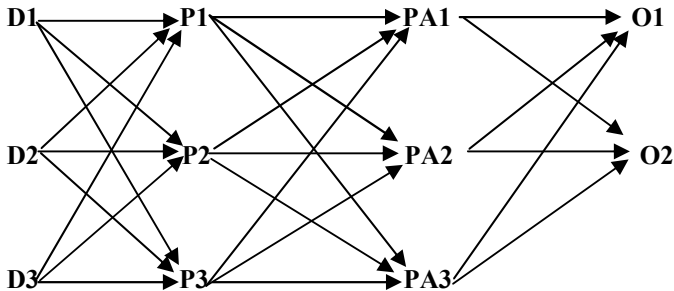
فراگیری اثرات یادشده بسیار اثربخش می‌باشد. این شیوه درک خوبی از خطرات آینده و نیز رابطه‌ی بین این دو گروه از عوامل را ارائه می‌کند.

← معمولاً عوامل خطر ساز و پیامد آن‌ها، یک شبکه‌ی علت و معلول چند مرحله‌ای را تشکیل می‌دهند؛ برخی عوامل خطر ساز به‌طور مستقیم سامانه را تحت تأثیر قرار می‌دهند و عده‌ای با اثر بر عوامل درونی یا بیرونی (اولیه یا ثانویه) دیگر، سامانه را به مخاطره می‌اندازند. این اثر را با دو رویکرد، می‌توان اندازه گرفت: یکی این که مسیر اثر را در شبکه‌ی علت تعیین کنیم و براساس آن تحلیل لازم صورت گیرد، مثلاً D1 بر روی P1 و آن هم بر روی PA1 اثر می‌کند و O2 حاصل می‌شود. رویکرد دیگر این است که میزان تغییرات عامل را ثبت کرده و نسبت آن را با خروجی محاسبه نماییم. در مثال بالا، تعیین کنیم که تغییرات D1، تا چه اندازه در تغییرات O2 اثر و سهم دارد و نسبت این تغییرات را محاسبه کنیم.

← عوامل خطر ساز اغلب با گذشت زمان و یا پس از یک دوره‌ی زمانی، اثرات متفاوتی بر سامانه خواهند داشت. گاهی در ابتدا اثر شدید و پس از مدتی اثر آن کم می‌شود و یا برعکس، حتی گاهی در ابتدا اثر می‌تواند غیرمستقیم باشد و با گذشت زمان اثر آن مستقیم شود.

نمودار زیر یک شبکه‌ی علت را نمایش می‌دهد:

O = خروجی و پیامد تغییر D = تغییر در عملکردها و
 بروز اختلال‌ها P = عوامل ثانویه PA = عوامل اولیه



در این جا دو نگرش اجرایی مطرح می‌شوند: یکی به وضع موجود و رفع مشکلات پدیدآمده از عامل اصلی می‌پردازد و دیگری پیشگیرانه و پیش‌بینی کننده‌است. زمانی که به چگونگی وضعیت کنونی یک سامانه فکر می‌کنیم، وزن و شدت مشکل اهمیت دارد، اما اگر بخواهیم با نگرش پیشگیرانه به موضوع بپردازیم، لازم است به عوامل خطر ساز توجه کنیم. در نگرش اخیر، روش‌های مقابله و کنترل نیز تغییر می‌کنند؛ چراکه تمرکز از مشکل، به عوامل ایجاد کننده‌ی آن معطوف می‌شود. زمانی که بخواهیم عوامل اولیه و یا ثانویه را تحت کنترل درآوریم، نگرش پیشگیرانه یا پیش‌بینی کننده، کاربرد بیشتری دارد. تفاوت‌های فراوانی در این دو نگرش و به‌خصوص در روش‌های مقابله با مشکل مشاهده می‌شود.

ج. گام سوم - دانش کنونی و تحلیل های هزینه به اثربخشی در مورد مداخلات و مقابله ها

تحلیل های هزینه به اثربخشی، ابزارهای قابل استفاده و مطلوبی برای سیاست گزاران و تصمیم گیران محسوب می شوند. زیرا آنها باید بین چند روش و شیوه برای مداخله و برنامه ریزی، فقط یکی را انتخاب کنند و انتخاب صحیح در اثربخشی و حتی حیات سامانه ها، بسیار اهمیت دارد. هزینه به اثربخشی و تحلیل های مربوطه، در این راستا بسیار کارساز هستند. با این نگرش تفاوت چندانی در نحوه ی انتخاب مداخلات، بین کشورهای توسعه یافته و کشورهای فقیر وجود ندارد. مشکل اساسی در این مسیر، اطلاعات ناقص و ناکافی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه نیافته است. فقر اطلاعاتی مانع از اجرای صحیح و یا به موقع تحلیل های هزینه به اثربخشی می شود. برای انجام تحلیل هزینه به اثربخشی، اطلاعات زیر باید مهیا باشند:

- گستره و وسعت اثر مداخلات کنونی؛
- منابع لازم برای فراگیری مداخلات طراحی شده در سطح سامانه.

برای دستیابی به اطلاعات یادشده، حداقل سه فعالیت زیر باید انجام شود:

- ۱- تحلیل هزینه به اثربخشی برای مداخلاتی که قصد داریم، در آینده انجام دهیم.

با این کار یک پیش‌بینی و آینده‌نگری نسبت به آن چه که رخ خواهد داد و ارزیابی پیش از عملیات نسبت به برنامه‌های خود خواهیم داشت. در واقع، یک اولویت بندی در بین برنامه‌ها انجام می‌پذیرد.

۲- تحلیل منابع موردنیاز برای انجام پژوهش‌های مورد

نیاز.

تا این مرحله، با استفاده از اولویت‌بندی موضوع و مداخلات، محدوده‌ی انجام پژوهش‌ها را مشخص کرده ایم (موضوع و مداخلات لازم). حال برای این که بتوانیم به بهترین سطح از کارآیی و اثربخشی در پژوهش دست پیدا کنیم، اولین گام، تحلیل منابع مورد نیاز است. همان‌گونه که می‌دانیم؛ منابع، محدود به سرمایه و زمان نمی‌شود، حتی نیروی انسانی نیز جزء این تحلیل خواهند بود.

۳- انجام بحث‌ها و نتیجه‌گیری بر روی پژوهش‌های متعدد

که تا کنون صورت گرفته‌اند.

همواره پژوهش‌ها از دیدگاه‌ها و نگرش‌های گوناگون به یک موضوع نگاه می‌کنند و آن را مورد بررسی قرار می‌دهند، البته همه‌ی پژوهش‌ها دارای نقاط ضعف و قوت و همچنین معایب و محاسن ویژه‌ی خویش هستند. بنابراین، بازبینی و بررسی نتایج آن‌ها در کنار هم می‌تواند باعث همپوشانی در معایب و محاسن آن‌ها شود و نتیجه‌ی مطلوب

را حاصل کند. این پژوهش‌ها در تصمیم‌گیری بسیار کارساز و مؤثر هستند.

برای مرور بر آن چه که گفته شد، پنج سؤال اساسی در زیر می‌آید که در حین اولویت بندی باید به آن‌ها پاسخ داد؛

۱- وزن، سنگینی و شدت موضوع تا چه میزان است و از منظر پیشگیرانه، عوامل خطر ساز کدامند؟
 ۲- چرا این وزن، سنگینی و شدت همچنان در وضع کنونی باقی مانده است؟

۳- سطح دانش کنونی در مورد موضوع حاضر و مداخلاتی که صورت می‌پذیرد و همچنین هزینه به اثربخشی آن‌ها چگونه است؟
 ۴- هزینه به اثربخشی مداخلات طراحی شده برای آینده چگونه است؟

۵- منابع لازم برای پژوهش‌های آتی در مورد موضوع و مداخلات طراحی شده، چگونه است؟

در ابتدای این بحث از تصمیم‌گیری صحبت شد. تصمیم‌گیری چیست؟ در بسیاری از مواقع ما به راحتی از برخی کلمات می‌گذریم و تنها به مفهوم کلی و عمومی آن اکتفا می‌کنیم. گاهی این مفاهیم از ارزش و اهمیت فراوانی برخوردار می‌شوند که ذره‌ای خطا در برداشت و تعبیر آن‌ها موجب انحراف بسیار زیاد از اهداف می‌شود.

فرآیند اولویت‌بندی:

چرا می‌گوییم فرآیند اولویت‌بندی؟ اولویت‌بندی مجموعه‌ای از گزینه‌ها و تصمیم‌ها می‌باشد که برای اجرای هریک از این دو بخش لازم است مراحل طی شود. برای این که موضوع بهتر روشن شود، توضیح خود را این‌گونه ادامه می‌دهیم که به دلیل محدودیت‌های موجود در هر سامانه‌ای مجبور هستیم که از بین اجزای یک فهرست از موضوعات مورد بررسی، فقط چند مورد را به عنوان اولویت برگزینیم، پس تصمیم‌گیری بر مبنای یک فهرست از گزینه‌ها شکل می‌گیرد. یکی از ساده‌ترین روش‌ها برای انتخاب یکی از موضوعات و اجزای فهرست، ایجاد یک رتبه‌بندی در اجزای فهرست می‌باشد. هر رتبه‌بندی باید بر اساس یک سری معیار شکل گیرد که این معیارها و انتخاب آن‌ها به اهداف اولویت‌بندی بستگی دارد. گاهی ترکیبی از معیارها مدنظر هستند و یا این‌که باید برخی از آن‌ها را در هم آمیخت و معیار جدیدی پدیدآورد. در مواردی روابط بین چند معیار و حتی باری که به عنوان وزن به آن‌ها داده می‌شود، دلیل انتخاب معیارها خواهد بود.

پس باید بگوییم گاهی اولویت‌بندی، کاری بسیار ساده و گاهی بسیار پیچیده و دشوار است. با همه‌ی این تفاسیر همان‌گونه که گفتیم، اولویت‌بندی مجموعه‌ای است از گزینه‌ها و تصمیم‌ها که فرد یا افرادی آن را انجام می‌دهند. برای این که فرآیند اولویت‌بندی شکل واقعی به خود بگیرد، ملزومات اولیه‌ای نیاز داریم که عبارتند از:

← فرد و یا افرادی که در فرآیند مشارکت نمایند؛

← گزینه‌هایی که از بین آن‌ها تعدادی را بتوانیم انتخاب کنیم و یا رتبه‌بندی نماییم؛

← معیار یا معیارهایی که بتوان بر اساس آن‌ها تصمیم گرفت؛

← اطلاعاتی که قادر باشیم با بهره‌گیری از آن‌ها به معیارها معنا و مفهوم ببخشیم؛

← فهرستی از رتبه‌های به‌دست‌آمده که حاصل اولویت‌بندی است.

آن چه که گفتیم شمایی ساده و قابل درک از اولویت‌بندی بود اما یک اولویت‌بندی مناسب با پوشش کافی بر روی عوامل و معیارها پیچیده و دشوار است.

گاهی اولویت‌بندی، توسط یک فرد و یا یک گروه انجام می‌شود، در هر حال، نکته‌ی قابل توجه، سطوح اولویت‌بندی است. برای توضیح بیشتر باید بگوییم؛ اولویت‌بندی در سطوح مختلف اجرایی، اجتماعی، علمی و . . . و به شیوه‌های مختلف انجام می‌شود و نتایج حاصل از آن‌ها نیز متفاوت از یکدیگر است، بالطبع نتایج در همان سطحی که به‌دست آمده‌اند، کاربرد دارند. به‌طور حتم اولویت‌های اتخاذ شده برای سطح مدیران با سطح کارشناسان و یا برای افراد حرفه‌ای و متخصص با افراد آماتور متفاوت است. باید گفت که اولویت‌های هر گروه در جایگاه خود

قابل استفاده می‌باشند. با توجه به توضیحات ارائه شده، یک فرآیند اولویت‌بندی، حداقل چهار مرحله را باید پشت سر بگذارد:

- ۱- تدوین دستورجلسات ۲- مشخص کردن سیاست‌ها
- ۳- تصمیم‌گیری ۴- استقرار و فراگیرسازی سیاست‌ها

۱. تدوین دستور جلسات:

این بخش از فرآیند اولویت‌بندی، در راه دستیابی به تصمیم و تصمیم‌گیری، بسیار با اهمیت است اما متأسفانه معمولاً فراموش می‌شود. در بالا سؤال یا سؤال‌هایی مطرح شد که در مراحل بعدی فرآیند به موضوعاتی برای تحلیل و تصمیم‌گیری بدل می‌شوند. همچنین در این مرحله در می‌یابیم که چگونه یک مشکل را درک کنیم و ماهیت آن چیست؛ برای مثال، یک مشکل دارای ماهیت عملکردی است و یا سیاست‌گذاری موجب آن شده‌است؟ این تصمیم که ماهیت مشکل چیست از اهمیت فراوانی برخوردار است، چراکه برای ما مشخص می‌کند که چه کسانی باید در فرآیند تصمیم‌گیری مشارکت کنند و به چه منابع اطلاعاتی و چه نوع اطلاعاتی برای تصمیم‌گیری نیاز داریم. کاملاً واضح است که مشکلات و سؤالات به شیوه‌های گوناگون، مطرح می‌شوند؛ برای نمونه، گاهی طرح یک مشکل یا یک سؤال، در پاسخ به یک بحران و یا یک فشار بیرونی و در پی یک اشتباه در عملکرد و یا سیاست‌ها انجام شده‌است و یا این که به سبب دقت و توجه فرآیندهای موجود در سامانه کشف و درک شده‌است. این که چه کسی سؤال یا مشکل را

طرح کرده‌است یا از چه جایگاهی سؤال بیان شده‌است، چگونه در مورد این سؤال بحث خواهدشد و چه کسانی در مورد آن نظر خواهندداد، همه از موضوعات مهمی هستند که در دستور کار باید مشخص شود.

۲. مشخص کردن سیاست‌ها:

هیچ گروهی، هرگز و در هیچ موقعیتی نمی‌تواند ادعا کند که تمام مشکلات، سؤال‌ها و حوزه‌ی تحت پوشش خود را می‌تواند بررسی نماید و برای همه‌ی آن‌ها همزمان راه حلی را بیابد، ارائه کند و به اجرا درآورد.

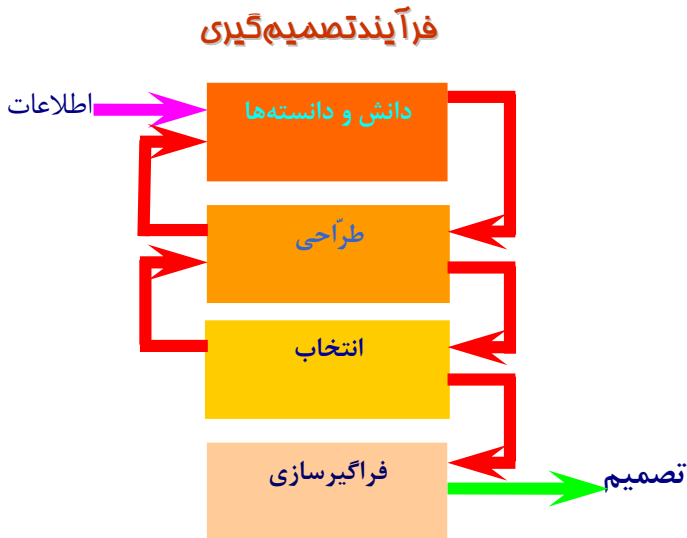
هرگروه، که متشکل از افراد صاحب‌نظر و صاحبان فرآیند است، گرد هم آمده‌اند و سؤال‌ها را در اختیار دارند، در این بخش، برخی سؤال‌ها را از میان مجموعه‌ی آن‌ها انتخاب می‌کنند و عده‌ای از سؤال‌ها را کنار می‌گذارند، در واقع حوزه‌ی بررسی را محدود و واضح می‌کنند. این امر براساس سیاست‌ها شکل می‌گیرد.

پس باید بگوییم حوزه‌ی اصلی فعالیت و فرآیند اولویت‌بندی در این قسمت مشخص می‌شود و بدین ترتیب مواردی که باید مورد اولویت بندی قرارگیرند، نگاشته خواهندشد. یکی دیگر از فعالیت‌های این بخش این است که چگونه اطلاعات لازم تهیه شوند و نیز روش بهره‌گیری از آن‌ها باید تعیین گردد. ممکن است اصلاً به برخی سؤال‌ها یا مشکلات حتی، با ارائه‌ی دلایل واضح و منطقی، اصلاً پرداخته نشود. کسانی در این مرحله مشارکت خواهند داشت که مدیریت موضوع مورد بحث را در سامانه در اختیار داشته‌باشند.

۳. تصمیم و تصمیم‌گیری:

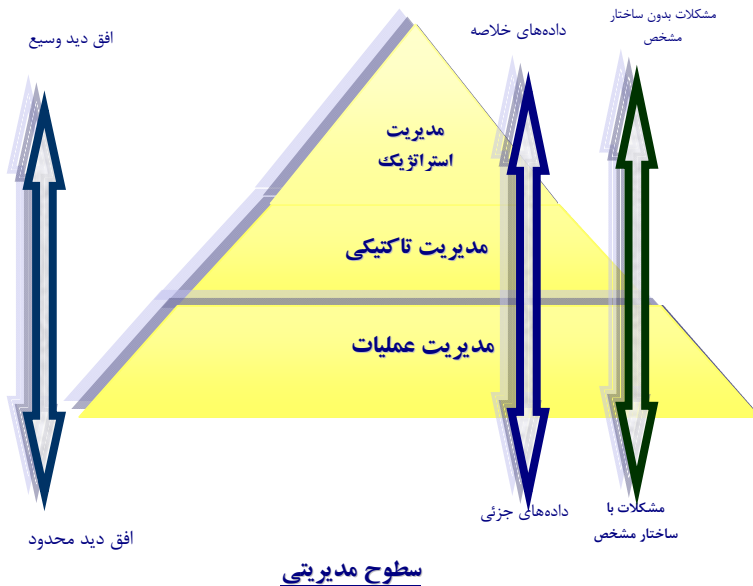
هر فعالیتی حاصل یک تصمیم است. تا عزم و اراده‌ای برای انجام یک فعالیت نباشد، هیچ‌گاه آن فعالیت رخ نخواهد داد. انتخاب مستدل و مستند، بین چند گزینه و یا چند موضوع را تصمیم می‌نامیم و تصمیم‌گیری فرآیندی است که طی آن تصمیم واقع می‌شود و البته نیازمند مقدماتی است. حیاتی‌ترین لازمه و مقدمه برای اخذ تصمیم، اطلاعات است و حاصل تصمیم، عملکرد خواهد بود. اطلاعات از داده و یا داده‌ها به دست می‌آید. داده‌ها برای این که بتوانند اطلاعات مناسبی به دست دهند باید شرایطی داشته باشند؛ دقت، سن مناسب، برد زمانی، پوشش کامل، قابل دسترس بودن، مرتبط بودن. این‌ها شرایط اولیه‌ی داده‌ها برای کسب قابلیت تحلیل است که طی یک سری فرآیند بتوان از آن‌ها اطلاعات را حاصل نمود. در صورتی که فرآیند تولید اطلاعات مراحل قبل را به درستی پشت سر گذاشته باشد باز هم باید آن را مورد آزمون قرارداد تا از صحت و دقت آن‌ها اطمینان حاصل نماییم. این موضوع اهمیت و جایگاه اطلاعات را در فرآیند تصمیم‌گیری نشان می‌دهد. با آزمون اطلاعات، آن‌ها را به دانسته و دانش بدل می‌کنیم. در این مرحله می‌توانیم بر اساس دانسته‌ها فرآیند تصمیم‌گیری را آغاز کنیم. برای تصمیم‌گیری توصیه می‌شود که از چندین گروه اطلاعاتی استفاده کنیم؛ برای مثال، شواهدی که طبق اصول علمی گردآوری شده‌اند و یا مقادیر

و اعداد سازمانی از جمله اطلاعاتی هستند که با یکدیگر تفاوت دارند، اما این دو گروه اطلاعات، در کنار هم برای تصمیم‌گیری به کار می‌روند. نمودار زیر نمای مناسبی را از ورودی، مراحل و خروجی فرآیند نشان می‌دهد.



همان‌طور که در نمودار بالا مشاهده می‌کنیم، در فرآیند تصمیم‌گیری، بازخوردهای فراوانی وجود دارد (فلش‌های سمت چپ نمودار) که می‌توانند مسیر و جهت تصمیم‌گیری را تغییر دهند. گاهی در مرحله ارزیابی اطلاعات، طراحی و انتخاب، ما دستخوش انحراف می‌شویم،

بازخوردها به ما کمک می‌کنند تا در مسیر اصلی خویش پایدار بمانیم و از انحراف مصون باشیم. تصمیم‌گیری در سطوح مختلف یک سامانه، رویکردهای گوناگونی دارد، به همین دلیل در تصمیم‌گیری، توجه به سطح مدیریتی، سهم بسیار زیادی در نتایج و کارآیی خروجی فرآیند دارد. نمودار زیر سطوح یادشده را نمایش می‌دهد.



این شرح، بسیار کوتاه و گذراست و به‌طور حتم برای تصمیم و تصمیم‌گیری بسیار می‌توان نگاشت.

با پیشرفت در مراحل اولویت‌بندی، تعداد کسانی که در تصمیم‌گیری مشارکت دارند، کمتر خواهد شد. نمودار بالا نیز مؤید همین مسئله است. هر قدر مسایل به سطوح بالاتر مربوط باشد، تعداد تصمیم‌گیرندگان کمتر می‌شود. پس نتیجه می‌گیریم که محدوده و حوزه‌ی تصمیم‌گیری باید مشخص باشد و برای حصول به نتیجه‌ی مطلوب، در کوتاه‌ترین زمان ممکن، باید یک سری گزینه‌ها که به واسطه‌ی عملیات و یا هماهنگی‌هایی که از پیش تعیین شده‌اند، در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار گیرد تا از بین آن گزینه‌ها یک یا چند مورد را انتخاب کنند. در عین حال هیچ قالب و چارچوب مشخصی برای نحوه‌ی تصمیم‌گیری وجود ندارد و قالب، بستگی به شرایط دارد. قالب‌ها و مدل‌های گوناگونی ارائه شده‌اند که در زیر به برخی از آن‌ها می‌پردازیم:

آقای فورستر (یکی از پیشروان این علم) چندین متغیر را که بر روی تصمیم‌اثرگذار هستند، مطرح کرده‌است که جایگاه متغیر مورد بررسی در طیف آن‌ها می‌تواند در نحوه‌ی تصمیم‌گیری اثرگذار باشد. در زیر پنج مورد از آن‌ها اشاره می‌کنیم:

متغیر	محدوده تغییرات
عوامل اجرا	کم ----- بسیار
محیط	بسته ----- باز

مشکل	تعریف شده ----- مبهم
اطلاعات	غیر متناقض ----- متناقض
زمان	نامحدود ----- محدود

برخی مدل‌ها، روش و دشواری تصمیم‌گیری را بر اساس محدوده‌ی تغییرات متغیرها می‌توانند تخمین بزنند؛ مثل، مدل هیولت و رامش که در سال ۱۹۹۵ مطرح شد. در این مدل که نمایی از آن در زیر آمده است، در کل چهار وضعیت کلی را می‌توان تصویر نمود:

* در یک حالت، اگر تعداد افراد تصمیم‌گیرنده زیاد باشد و محدودیت‌های فراوانی برای تصمیم‌گیری نیز وجود داشته‌باشد، هماهنگ‌سازی و ایجاد تناسب در اطلاعات موجود ضرورت بالایی دارد.

* در حالت دیگر، محدودیت‌ها فراوان هستند، اما تعداد تصمیم‌گیرندگان اندک است، در این وضعیت، انجام جستجو و ارائه‌ی نتایج آن به تصمیم‌گیرندگان به گونه‌ای که رضایت آن‌ها را برای تصمیم‌گیری جلب کند، کافی است.

* در حالت سوم، محدودیت در تصمیم‌گیری کم است، اما تصمیم‌گیرندگان فراوان هستند؛ کافی است به وضعیت مطلوب نزدیک شویم.

* در حالت چهارم که تصمیم‌گیرندگان اندک هستند و محدودیت در تصمیم‌گیری وجود ندارد، می‌توانیم به جستجوهای مورد لزوم دست بزنیم و به نحو منطقی و کافی بررسی‌های ضروری را به انجام برسانیم.

تعدد تصمیم‌گیرندگان و پیچیدگی در تصمیم‌گیری

		بالا	پایین
محدودیت در تصمیم‌گیری	بالا	ضرورت بالا برای تناسب سازی اطلاعات	جستجوهای راضی کننده
	پایین	نزدیکی به وضعیت مطلوب	جستجوی منطقی

چهارمین مرحله از فرآیند اولویت‌بندی، استقرار سیاست‌های متخذه می‌باشد که براساس تصمیم‌گیری در مرحله قبل شکل گرفته است.

۴. استقرار و فراگیرسازی سیاست‌ها:

قبل از دهه‌ی ۱۹۷۰ به این موضوع کاملاً فیزیکی نگاه می‌شد و به فعالیت‌های مکانیکی محدود بود، مسایل و مشکلاتی که جنبه‌ی ذهنی آن‌ها بیشتر بود، در نظر گرفته نمی‌شدند. سال‌ها بعد، طی مطالعاتی که انجام گرفت؛ از جمله پژوهش‌های پرسمن و ویلداوسکی در سال ۱۹۷۳، مشخص شد که هر جامعه، تحت تأثیر مداخلات حاصل از اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های پیچیده‌ای است که تا زمان انجام این مطالعات، هیچ‌گاه مورد توجه قرار نگرفته بودند. پس از آن تاریخ، فراگیرسازی سیاست‌ها مورد عنایت قرار گرفت و با روش‌ها و فرآیندهای ویژه‌ای به نمایش گذاشته شد. در مقوله فراگیرسازی عوامل متعددی بیان می‌شوند:

الف) نوع مشکلی که طی تصمیم‌گیری به آن پرداخته شده‌است، که شامل حجم و بزرگی گروه هدف و تغییرات ناشی از آن در جامعه‌ی هدف نیز می‌شود.

ب) تغییراتی که در جامعه، در پی استقرار سیاست‌ها رخ می‌دهد.

ج) حمایت‌های درون اجتماعی: این حمایت‌ها، آن قدر می‌توانند قوی باشند که نیازی به حمایت‌های بیرونی نباشد و یا برعکس.

د) زمان لازم برای شروع مداخلات و اعمال تغییرات: این زمان، از اهمیت فراوانی برخوردار است، ممکن است زمان لازم برای آغاز یا اجرای یک مداخله خیلی طولانی باشد و در این مدت تغییرات زیادی در ماهیت و روند مشکل ایجاد شده‌باشد؛ برای مثال، فرض کنیم که در یک جامعه، یک اپیدمی رخ دهد و طول عمر آن شش ماه باشد و در مدت دو ماه به حداکثر فراگیری خود برسد، مدت زمان لازم برای گردآوری داده‌ها، تصمیم‌گیری، طراحی و آغاز مداخلات باید کمتر از یک ماه باشد، در غیر این صورت مداخلات ما اثربخشی لازم را نخواهند داشت. در این مثال اگر شش ماه طول بکشد که مراحل بالا طی شوند، دیگر اپیدمی برای مداخله نمودن وجود ندارد، هرچند که یک اپیدمی در یک برهه‌ی زمانی رخ می‌دهد ولی آثار آن تا سال‌های متمادی باقی است، اما دیگر اپیدمی نیست و ماهیت آن تغییر کرده‌است.

موقعیت فراگیرسازی و استقرار سیاست‌ها ثابت نیستند و به وضوح شکل‌گیری تصمیم، منابع و ابزارهای لازم برای اجرایی کردن تصمیم، بستگی دارد؛ برای نمونه، در دوره‌ای که برای انجام مداخلات، به

بودجه‌ی مشخص و مستقل نیاز داریم و زمانی که به بودجه‌نیاز نداریم، اولویت‌بندی در ارائه‌ی خدمات بهداشتی، متفاوت است. همان‌گونه که تصمیم‌گیری براساس وضعیت مبهم و نامشخص، با تصمیم‌گیری براساس نیازها تفاوت دارد.

برای دستیابی بهتر به نتیجه‌ی مطلوب، با طرح سؤالاتی نظیر موارد زیر و پاسخ به آن‌ها در هر مرحله، روند اجرا را می‌توانیم آسان‌تر کنیم؛

دستورکار: چگونه به‌وجود مشکل پی‌برده‌ایم و چگونه آن را درک کرده‌ایم؟ چه منابعی برای حمایت از این دریافت و درک به‌عنوان پشتیبان علمی و اجرایی وجود دارد؟ چرا در این شرایط به اولویت‌بندی روی آورده‌ایم؟

مشخص کردن سیاست‌ها: چه مواردی به‌عنوان جایگزین باید مدّ نظر باشند؟ چه معیارهایی برای انتخاب گزینه‌ها باید داشت (برای مثال، هزینه به اثربخشی، نیازهای مراقبتی و . . .)؟ به چه اطلاعاتی نیاز داریم و آن‌ها را چگونه جمع‌آوری و یا به‌دست خواهیم آورد؟ چه کسانی در این مرحله همکاری خواهند نمود و چه کسانی در روند انتخاب گزینه‌ها، معیارها و اطلاعات باید مشارکت کنند و تصمیم‌گیری نمایند؟

تصمیم‌گیری: چه پیش‌نیازهایی به خودی خود وجود دارند و این نیازهای اولیه چه اثراتی بر فعالیت تفسیر و تحلیل اطلاعات دارند؟ چگونه باید تصمیم‌ها را ارزیابی کنیم تا آن‌ها مستند و قانونمند باشند؟

استقرار و فراگیرسازی سیاست‌ها: چه حمایت‌هایی در درون سازمان و یا محیط بیرونی برای فراگیرسازی وجود دارد؟ چه محدودیت‌هایی برای فراگیرسازی وجود دارد و چگونه می‌توان آن‌ها را دریافت و درک کرد؟ چگونه فراگیرسازی را دنبال و پیگیری کنیم و نتایج آن را ارزیابی نماییم؟

<u>فراگیرسازی سیاست‌ها</u>	<u>تصمیم‌گیری</u>	<u>مشخص کردن سیاست‌ها</u>	<u>دستورکار</u>
حمایت	تفسیر	گزینه‌ها و جایگزین‌ها	مشکلات
محدودیت‌ها	مشارکت	معیارها	درک و دریافت
کنترل	مستندسازی	اطلاعات	حمایت
			اصول و قواعد

پس از طی شدن همه‌ی این مراحل، به انتخاب روش مناسب برای اولویت‌بندی و اجرای آن می‌رسیم. رویکردهای گوناگونی برای این موضوع، وجود دارند که در بخش بعدی به آن‌ها می‌پردازیم.

اولویت بندی صریح^{۱۶} در مقابل اولویت بندی ضمنی و التزامی^{۱۷}:

با مروری بر روی همه‌ی مراحل بالا در می‌یابیم که باید روش خود را برای اولویت بندی مشخص کنیم.

طبق تعریف لیس که در سال ۲۰۰۲ ارائه کرده‌است، زمانی یک اولویت بندی را صریح و روشن می‌گوییم که اطلاعات موجود، تصمیم و نحوه‌ی تصمیم‌گیری را حمایت کنند و اگر هر گروه دیگری، براساس این اطلاعات، اقدام به استدلال و تصمیم‌گیری نماید، همان نتایج به

¹⁶ Explicit

¹⁷ Implicit

دست آید. در حالی که در روش ضمنی، از اطلاعات به‌طور دقیق و به دور از سوگیری استفاده نمی‌شود و دانش و تجربه‌ی تصمیم‌گیرندگان در نتایج بسیار دخالت دارد. در این شیوه، نتایج در هر بار اولویت‌بندی متفاوت خواهد بود، حتی اگر در یک گروه، چند بار این کار تکرار شود، ممکن است حاصل تصمیم‌گیری در هر بار اولویت‌بندی با دفعات قبل تفاوت داشته‌باشد.

هریک از این دو روش کارآیی و اثربخشی ویژه‌ی خود را دارند و انتخاب روش متناسب با شرایط، کار بسیار دشواری است و گاهی نمی‌توان به وضوح گفت که کدامیک از شیوه‌ها می‌تواند به نیازهای ما پاسخ مناسبی بدهد. اما به نظر می‌رسد که در اغلب موارد انجام مطالعات راهنما و نمونه‌هایی که بتواند هدف را برای ما واضح کند و نشان دهد که کدام استراتژی کارسازتر خواهد بود، امکان پذیر است.

به‌طور حتم در اغلب موارد روش صریح و روشن طرفدار و حامی بیشتری دارد و مستندتر از روش ضمنی و التزامی است.

استراتژی‌های اولویت‌بندی

استراتژی‌های مختلف برسر دوراهی صرف منابع

در این مبحث به استراتژی‌های اولویت‌بندی می‌پردازیم. شش استراتژی مختلف مطرح خواهند شد که چهار استراتژی، کاملاً تعریف شده و مستقل هستند و دو نوع با ترکیب موارد مختلف حاصل می‌شوند.

۱. پایان خوش هرج و مرج:

اساس و بنیان این استراتژی بر این مبنا نهاده شده‌است که ورود به بحث منابع از طریق اولویت‌بندی، بسیار پیچیده و حساس است و

برای تصمیم‌گیرندگان و عموم جامعه بسیار دشوار است که بدین طریق در این مقوله نظر دهند. مراقبت‌ها و خدمات‌رسانی باید آن‌قدر انعطاف پذیر باشند که مطابق شرایط و نیازهای فردی آحاد جامعه، تغییرات لازم را در نحوه‌ی مراقبت و ارائه‌ی خدمات، ایجاد نمایند. در این دیدگاه منابع را نمی‌توان براساس یک فرمول یا قانون کلی هزینه و صرف کرد. پس خبرگان و متخصصین امر باید این آزادی عمل را داشته باشند تا بتوانند برای صرف منابع، تصمیم‌های لازم را اتخاذ نمایند. در واقع، این یک روش ضمنی یا التزامی است.

یک محقق انگلیسی به نام هانتز، اولین بار به همراه همکاران آمریکایی خود از جمله آقای مکانیک این نگرش و دیدگاه را مطرح و از آن حمایت کردند. آن‌ها علیرغم این که با اختصاص منابع متناسب با سطوح خدماتی موافق هستند، ابراز می‌دارند که سیاست‌ها و قوانین کلی مانع از صرف مطلوب منابع، متناسب با نیاز، در سطوح پایین و جزئی یک سامانه می‌شوند و بدین ترتیب قابلیت انعطاف‌پذیری را از آن واحد یا مدیر سلب می‌کند.

آقای مکانیک، پنج دلیل را برای شک و شبهه در "منطق صرف و صریح" ارائه می‌کند:

- قواعد و قوانینی که صریح و خشک هستند، یک بار تدوین می‌شوند و پس از تدوین به سختی و به کندی تغییر می‌کنند. پایداری قواعد و قوانین برای مدت طولانی، ممکن است برای سامانه‌هایی که ذاتاً پویا نیستند و تغییر خاصی در آن‌ها رخ نمی‌دهد، مناسب باشد اما برای سامانه‌هایی که در حال رشد هستند، پویا می‌باشند و دائماً

از فن‌آوری‌های نوین بهره می‌گیرند و برای بقای خود مجبورند که به سرعت، خود را با شرایط نوین هماهنگ نمایند، کارساز نیست.

- مهم‌ترین عامل در سامانه‌های سلامت، ارتباط و اعتماد بین درمانگر و بیمار است. این ارتباط در فرآیندی نزج می‌گیرد که در آن هر دو طرف، با ایجاد ارتباط و گفتگوهای فراوان به این نتیجه می‌رسند که ارتباط به‌وجود آمده بین آن‌ها مفید و مؤثر است. در این شرایط نمی‌توان از قوانین کلی بهره‌ای برد و لازم است برحسب مورد تصمیم گرفت.

- آحاد جامعه با یکدیگر تفاوت دارند و متغیرهای فراوانی هستند که موجب تفاوت‌های فردی در یک جامعه می‌شوند. بنابر این نیازهای آنان نیز متفاوت خواهد بود و به‌طور یقین برای چنین اجتماعی نمی‌توان یک قانون واحد صادر نمود.

- خدمات باید متناسب با شرایط افراد، تدوین و تعریف شوند. در هر جا و هر زمانی که بیمار و خانواده‌ی او به خدمات احتیاج دارند، امکان برآورده کردن احتیاجات آن‌ها باید مهیا باشد. انعطاف‌پذیری و دسترسی از عوامل مهم و پر اهمیت هستند.

- مشکلات و تناقض‌ها را در بین نیازهای مختلف، زمانی می‌توان مشاهده کرد که تصمیم‌های منطقی، مستند می‌شوند. به عبارت دیگر با استناد به شواهد و ادله‌ی علمی، به ظاهر اعتبار تصمیم‌ها بالا می‌رود اما در عمل به دلیل نادیده‌گرفتن تفاوت‌ها، اعتبار این تصمیم‌ها پایین است و با انجام مداخلات، تناقض‌ها آشکار می‌شوند. این تناقض

ها، سامانه‌ی مراقبت سلامت را دستخوش ناپایداری می‌کنند و شرایطی را فراهم می‌سازند که سامانه‌ی سلامت، در معرض بازی‌های سیاسی نیز قرار می‌گیرد.

هانتر و مکانیک هشدار می‌دهند که بیشتر تصمیم‌هایی که در مورد اختصاص منابع اخذ می‌شوند، بدون دخالت عموم جامعه صورت می‌گیرند. این تصمیم‌گیرندگان از نظرات و رأی عموم، به راحتی می‌گذرند در حالی که نظر و رأی عمومی از عوامل ثابت و با اهمیت در اولویت‌بندی ارائه‌ی خدمات است.

البته در این‌جا یک اختلاف نظر بین هانتر و مکانیک پدید می‌آید، بدین‌ترتیب که مکانیک اعتقاد دارد که تمام بخش‌های اولویت‌بندی باید با دخالت عموم جامعه صورت گیرد، اما هانتر این کار را غیرممکن می‌داند و انجام آن را آسیب‌رسان به جامعه، به خصوص در مورد خدمات سلامت، آن را آسیب‌رسان به اعتماد به نفس آن‌ها بر می‌شمرد. هانتر اعتقاد دارد که جامعه باید در میزان تخصیص منابع بین خدمات سلامت و دیگر خدماتی که ارائه می‌شود، دخالت نماید، نه در اولویت‌بندی؛ چرا که با این دخالت نابجا هم مردم و هم متخصصین به خطای در اولویت‌بندی دچار خواهند شد. هانتر بر این باور است که تصمیم‌ها را بهتر است به صورت منطقه‌ای اتخاذ کنیم و جامعه حق دارد که در ابراز خواسته‌های خود در اولویت‌بندی مشارکت داشته‌باشد و مسلم است که حاصل اولویت‌بندی باید قادر باشد به خواسته‌ها و نیازهای آنان پاسخ مناسب را ارائه نماید.

دیدگاه‌های مکانیک و هانتز، دارای نقایصی هستند که بزرگ‌ترین آن‌ها خواستگاه آنان است؛ چراکه از یک سو این شیوه‌ها برگرفته از سامانه‌ی خدمات‌رسانی در انگلستان است و مشخص نیست که آیا در جوامع دیگر با فرهنگ‌های متفاوت می‌توان از آن بهره‌گرفت یا خیر. از سوی دیگر هانتز با هرگونه تمرکز در اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری مخالف است، گاهی عدم تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها می‌تواند موجب اتلاف منابع و ذخایر گردد و عاوه بر این، محرمانه ماندن برخی از اطلاعات محرمانه، بسیار دشوار و تا حدی غیرممکن می‌شود. نکته‌ی دیگر نحوه‌ی اجرای اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری با دیدگاه مکانیک است. اگر با این دیدگاه پیش برویم، باید اولویت‌بندی را در محافل و مجالس عمومی برگزار کنیم که مشخص نیست تا چه مدت به طول می‌انجامد و یا اصلاً به نتیجه می‌رسد یا خیر؛ چرا که تعدد نظرات و دیدگاه‌ها بسیار متفاوت خواهد بود. با روش هانتز هم اگر بخواهیم نمایندگانی از درون جامعه انتخاب کنیم، دشواری‌های خاص خود را دارد، از جمله هدایت آراء عمومی به سمت نظرات فردی و نیز حفظ برخی اسرار دچار تزلزل خواهد شد.

۲. تصمیم‌گیری منطقی:

طرفداران این استراتژی بحث را با ذکر این نکته آغاز می‌کنند که تصمیم‌گیرندگان براساس اهداف مشخصی حرکت می‌کنند و توجه آن‌ها به هدف خود معطوف است. به نظر آن‌ها، اساساً تصمیم‌گیری برای یافتن بهترین راه در جهت دستیابی به هدف و یا اهداف واضح تعریف

شده، صورت می‌گیرد. این افراد یا تصمیم‌گیرندگان منطقی، به مناسب‌ترین شرایط توجه دارند، به این معنی که با عنایت به منابع و محدوده‌ی فعالیت‌ها و همچنین شرایط موجود، باید تصمیم را اتخاذ نمود. در این موقعیت و شرایط، دانش افراد در مورد راه‌ها و شیوه‌های جایگزین، نقش مهمی را در نتایج حاصل از تصمیم‌گیری و فعالیت‌های مداخله‌ای ایفا می‌کند. در تصمیم‌گیری منطقی، گردآوری و به دست آوردن اطلاعات، مهم‌ترین فعالیت برای تصمیم‌گیری محسوب می‌شود. بنابراین بهتر است، کمال دقت و توجه در گردآوری داده‌ها و استخراج اطلاعات صورت گیرد و این کار به شیوه‌ای علمی انجام پذیرد. گروه تصمیم‌گیرندگان منطقی، در سطوح مختلف، کار دشواری را برعهده دارند؛ چرا که باید همه‌ی اطلاعاتی که می‌توانند کمک کننده باشند، در اختیار گیرند و براساس آن‌ها به دور از تأثیرپذیری از عوامل بیرونی تصمیم‌گیری نمایند. طرفداران این نگرش، نسبت به گروه‌های مخالف و کسانی که با ایجاد فشار بر روی تصمیم‌گیرندگان سعی می‌کنند که تصمیم‌ها را تغییر دهند، از جمله سیاستمداران که از این گروه هستند، نظرات منفی دارند. طرفداران این نگرش با سیاستمداران تعامل خوبی ندارند. یکی از طرفداران این استراتژی در خدمات سلامت، آلن ویلیامز است که در سامانه خدمات سلامت انگلستان فعالیت می‌کند. او تأکید دارد که فرآیند تصمیم‌گیری حاصل دو چیز است: شفاف بودن وضعیت کنونی و دانش بیشتر. او در این راستا ابراز می‌دارد که: "یکی از بزرگ‌ترین موانع رشد و توسعه، وجود ناهماهنگی و درگیری بین گروه تحلیل‌گر(کسانی که براساس اطلاعات علمی، نیازها را مشخص می‌کنند) و سیاستمداران

است؛ زیرا سیاستمداران، وقتی تفکر به هم ریخته و عاری از هرگونه شواهد علمی را در معرض تحلیل‌های دقیق و علمی می‌بینند، احساس خطر می‌کنند."

به هر حال گردآوری دقیق اطلاعات مناسب به کمک روش‌های علمی، اساسی‌ترین اصل در تصمیم‌گیری منطقی است، لکن به سبب این که نیازهای اولیه در جوامع، متفاوت هستند این روند باید نگاهی هم به نتایج حاصل از محافل و بحث‌های عمومی داشته‌باشد و از همان ابتدای فرآیند از آن‌ها استفاده کند. نکته‌ی بسیار مهم دیگر در این استراتژی، این است که اهداف، نباید با یکدیگر در تضاد یا تقابل باشند، برای مثال، "توسعه و رشد سطح سلامت جامعه" و "کاستن از بی‌عدالتی‌ها در خدمات سلامت" این دو هدف دچار تقابل هستند؛ زیرا برای رشد ناچار به برنامه‌هایی هستیم که منجر به نابرابری می‌شوند. اهداف باید شفاف و عاری از ابهام و ایهام بیان شوند، به گونه‌ای که هر فرد تصمیم‌گیرنده، در هر سطحی، بتواند آن را به راحتی و همانند دیگران درک کند.

عموم جامعه نقش مهمی را در فرآیند تصمیم‌گیری، به عنوان منابع داده‌ها ایفا می‌کنند. اطلاعاتی که در تصمیم‌گیری لحاظ می‌شوند، از منابع مختلفی قابل گردآوری هستند؛ مطالعات اپیدمیولوژیک، مطالعات بهره‌وری و غیره. اما هر یک از آحاد جامعه تجارب شخصی ویژه‌ای دارند که در جای خود با ارزش و با اهمیت است. به همین سبب بهتر است، از آن‌ها به نحو مطلوب استفاده شود. کاربرد "استراتژی

منطقی"، فقط برای تصمیم‌گیری نیست. در موقعیت‌های گوناگون می‌توان از آن استفاده کرد.

اما برای تصمیم‌گیری با این استراتژی، چه نوع اطلاعاتی لازم است؟ در پاسخ به این سؤال باید بگوییم که برای یک تصمیم منطقی، سه نوع اطلاعات باید وجود داشته باشند که عبارتند از:

الف- داده‌های اپیدمیولوژیک؛

ب- داده‌هایی در مورد اثر مداخلات گوناگون که تا کنون صورت گرفته‌اند(مثل مداخلات درمانی)؛

ج- داده‌هایی پیرامون هزینه‌ها و اثرات مشکل بر کیفیت زندگی افراد جامعه.

الف - داده‌های اپیدمیولوژیک:

این داده‌ها شامل توزیع مرگ و میر، عوارض و عواقب ناشی از بیماری‌ها در جامعه می‌باشد و البته از داده‌های مربوط به مواردی چون: وضعیت جغرافیایی، گروه‌های سنی، گروه‌های اجتماعی و همچنین اطلاعات مربوط به عوامل مرگ و میر و علل ناتوانی‌ها نباید غافل شد. این اطلاعات ما را به سمت درک بهتر از نیازهای موجود برای ارائه خدمات مناسب‌تر هدایت می‌کنند؛ برای مثال، اطلاعات حاصل از یک طرح نیازسنجی از این گروه اطلاعاتی به شمار می‌رود.

ب- داده‌های مربوط به روش‌های گوناگون (مداخلات مبتنی بر

شواهد): این داده‌ها، دانسته‌ها و دانش مربوط به اثرات مثبت و منفی مداخلات مختلف را نمایان می‌سازند. به‌طور یقین این داده‌ها و اطلاعات حاصل از آن‌ها ارزش و اثر بسزایی در منابع لازم برای اولویت‌بندی دارند. اگر مطالعات و اطلاعات حاصل از آن‌ها نشان دهد که یک روش درمانی و یا مداخلاتی اثرات کمتری نسبت به روش‌های دیگر دارد، به طور حتم آن شیوهی درمانی از مجموعه‌ی روش‌ها خارج شده و کنار گذاشته می‌شود. با حذف یک روش مداخله‌ای غیرضروری یا کم اثر، منابع بیشتری برای اعمال تغییرات متناسب بانایزهای واقعی و با اثربخشی بالاتر، آزاد خواهد شد. علاوه بر این، گزینه‌های کمتری در اولویت بندی و انتخاب از بین روش‌های موجود، در پیش رو باقی می‌ماند و مسلّم است که اجرای اولویت‌بندی آسان‌تر خواهد بود. اگر با فن

آوری خاصی آشنایی داریم که می‌تواند در جهت رفع نیازهای جامعه‌ی هدف مفید باشد، حتی اگر مطالعات قبلی آن را کاملاً اثبات نکرده باشند، می‌توانیم آن را مورد بررسی قرارداداده و از آن نیز بهره‌ببریم.

ج- تحلیل هزینه به اثربخشی:

اولویت‌بندی از زمانی شکل گرفت که بهره‌گیری بهینه از منابع در بحث‌های اقتصادی و سرمایه‌ای مطرح شد. نقطه‌ی جدایی و انفکاک، زمانی در این دیدگاه مشاهده می‌شود که تفاوت‌های بحث سودمندی و هزینه در مورد روش‌های گوناگون درمان و سلامت و منابع آن‌ها مطرح می‌شوند. این تحلیل‌ها نشان می‌دهند که از نظر سلامت، در کجا و در چه زمانی، منابع بیشتر منجر به سودمندی می‌شوند. دو نوع تحلیل هزینه به اثربخشی داریم؛ یکی با دیدگاه مالی، نسبت هزینه به سود، وارد موضوع می‌شود (Cost-benefit Analysis) و دیگری بهره‌مندی، نسبت هزینه به بهره‌مندی از خدمات، را مدنظر دارد (Cost-utility Analysis).

۳. گفتگوهای اقشار:

در این دیدگاه و نگرش هیچ قانون و قاعده‌ی خاصی برای اولویت بندی وجود ندارد. این روش، در پی این تصور شکل گرفته‌است که هیچ شیوه و یا فرمولی برای حل مشکلات پیچیده که به هر دلیلی در فهرست اولویت‌بندی وارد نشده‌اند تولید و ارائه نمی‌شود. علاوه بر این،

مشکلات پیچیده‌ی موجود در فرآیند اولویت‌بندی و همچنین ناتوانی جامعه‌ی علمی در ارائه‌ی ابزار مناسب، نگرش مزبور را تقویت می‌کند. این دیدگاه با دراختیار داشتن اطلاعات خوب مخالف نیست، بلکه ابراز می‌دارد که: مشکل ما نقص و فقدان اطلاعات نیست، بلکه ناتوانی در تحلیل و تفسیر آن‌ها می‌باشد. البته باید اذعان داشت که دسترسی به اطلاعات در کشورهای توسعه یافته راحت‌تر از کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه نیافته‌است. در دسترس نبودن اطلاعات قابل اعتماد و معتبر و یا فقدان سامانه‌ی اطلاعات، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها و معضلات این کشورها است. طرفداران این دیدگاه، عدم توازن در درخواست خدمات سلامت و پاسخ به آن‌ها را از جمله مشکلاتی می‌دانند که موجب تمایل به این رویکرد می‌شود. پذیرش عمومی جامعه در مورد تصمیم‌ها بسیار با اهمیت است، همه‌ی اولویت‌بندی‌ها باید منجر به تصمیمی شوند که برای مردم و عموم جامعه مقبول باشد. برای دستیابی به این هدف باید افراد از اقشار و گروه‌های مختلف، بر سر میز مذاکرات حاضر شوند و بحث‌های ضد و نقیض فراوانی درگیرند و در پایان تصمیم مستدل و قابل قبولی اتخاذ شود. این فرآیند به توانایی خاصی در بهره‌گیری از آراء مختلف و نتیجه‌گیری واحد نیاز دارد.

استراتژی گفتگوی اقشار بر این اساس استوار است که در هر جامعه، یک مجموعه از افراد مثل سیاست‌گذاران، درمانگرها و مدیران در تصمیم‌گیری دخیل هستند و این مجموعه باید تصمیم‌های اساسی و مهم را بگیرند. در این شرایط، تصمیم کنونی به تجارب حاصل از تصمیم‌های گذشته و بازخورد حاصل از برنامه‌های جاریف بستگی فراوان دارد،

یعنی تصمیم‌ها از نظر زمانیف به صورت زنجیره‌ای به هم وابسته‌اند و بر هم تأثیر گذارند. اصلی‌ترین طرفدار این نظریه آقای کلاین، از پژوهشگران سلامت در انگلستان است. او اعتقاد دارد که هرگز نمی‌توان به‌طور ناگهانی در یک جامعه یا در یک سامانه، تغییر ایجاد کرد، اما تغییرات به آهستگی و کندی قابل حصول هستند و می‌توان با برنامه‌ی مشخص و به مرور زمان تغییرات مورد نظر را در یک سامانه یا در یک جامعه ایجاد کرد. برای ایجاد تغییر در یک جامعه، مشارکت و همکاری آحاد آن نقش اساسی و مهمی را ایفا می‌نماید. این دیدگاه واقع‌گرایانه تر از این است که توقع داشته‌باشیم براساس اطلاعات موجود، تصمیم بگیریم و تغییرات ناگهانی در بخش‌هایی از سامانه یا جامعه ایجاد کنیم.

تصمیم‌های ما، در سطوح مختلف بر یکدیگر اثر می‌گذارند و تغییراتی را در شرایط حوزه‌ها و سطوح دیگر (جامعه‌ی عمومی، بخش‌های بالینی و استفاده‌کنندگان) ایجاد می‌کنند. با این وصف، استفاده از اطلاعات و دانش موجود در مورد یک سطح، برای تصمیم‌گیری در همان سطح، مطلوب نخواهد بود؛ چراکه اطلاعات و دانش بقیه‌ی سطوح و بخش‌ها را از دست خواهیم داد. حال آن‌که تغییر در سطحی که در آن تصمیم‌گیری کرده‌ایم بر خصوصیات و عملکرد سطوح دیگر، اثرگذار بوده و تغییر در آن‌ها بر سطح مورد بررسی ما نیز مؤثر است. بدین صورت تغییرات ثانویه را که سطوح مختلف سامانه یا جامعه بر یکدیگر ایجاد می‌کنند، از دست داده‌ایم. همه‌ی تصمیم‌های گذشته و سطوح مختلف باید در جامعه‌ی مورد مطالعه، مرور شوند و در مورد منابع و اصول اخلاقی لازم، به طور آزاد بحث و گفتگو شود. بدین سبب تمام سطوح،

سیاست‌گزاران، درمانگرها و مدیران باید در این گفتگو مشارکت داشته باشند.

طرفداران این نظریه استفاده از اطلاعات مفید را به طور کامل انکار نمی‌کنند، بلکه اطلاعات را در شرایط ویژه‌ای، مؤثر می‌دانند. علاوه بر این، بهره‌گیری از اطلاعات در هر سطح می‌تواند کارساز باشد ولی نباید تصمیم را با آن‌ها قطعی کرد. به هر صورت اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری فرآیندی است که افراد باید به‌طور دایم نتیجه فعالیت‌های خود را بررسی و ارزیابی کنند و بدانند که تصمیم‌هایی که در گذشته گرفته‌اند چه اثراتی بر سامانه گذارده‌است، این هم دلیل دیگری است که طرفداران این نظریه مخالف استفاده از اطلاعات نیستند.

روش اولویت‌بندی در این نظریه، مبهم است و به طور شفاف شرح داده نشده‌است. با این حال، کلاین و دیگر طرفداران آن، تنها به این نکته اشاره می‌کنند که هنوز به اندازه‌ی کافی از نظرات عامه‌ی مردم نتوانسته‌اند بهره‌بگیرند و اولویت‌ها به شدت تحت تأثیر نظرات سامانه‌های سلامت است.

این که تمایل به سمت نظرات عمومی باید بیشتر شود قابل بررسی است و حتی شاید قابل قبول هم باشد، اما چگونه این تغییرات باید رخ دهد، توسط چه کسانی و اساساً شیوه‌های اجرایی این روش چگونه‌است، در پرده‌ای از ابهام باقی است. برای این که موضوع واضح‌تر شود، به مواردی مثل انتخاب معیارهای اولویت‌بندی، وزن‌دهی به معیارها و این که وزن اختصاص یافته به هر سطح با سطوح دیگر متفاوت باشد یا خیر، تفاوت سطوح و وزن‌ها چگونه‌باشد و موارد بسیاری

از این دست که نا گفته باقی مانده و موجب ابهام گردیده است، می توان اشاره نمود. از موارد ابهام دیگر، به چگونگی نشست و در کنار هم قرار گرفتن افراد عامه‌ی جامعه، استفاده کنندگان خدمات، سیاست‌گزاران و درمانگرها و نیز حاصلی را که از جلسات برخوایم گرفت، توجه می شود. اگر بخوایم گروه بزرگی از جامعه را در یک جا جمع کنیم، مشکلات عدیده‌ای فراهم می آید که تصمیم‌گیری را دشوار می سازند. درمانگرها و کارکنان چه تعاملی با این گروه خواهند داشت؟ معمولاً این گونه اجتماعات که تفاوت‌های زیادی در آن وجود دارد، بیشتر تنش ایجاد می کنند. به عنوان نمونه، چگونه می توان تقابل شواهد علمی با انتظارات عامی را به گونه‌ای که در پایان بتوان تصمیم‌گیری نمود، رفع کرد؟ موارد مزبور، بخشی از ابهامات موجود در این نگرش هستند. شاید بهتر باشد که این استراتژی را در مورد موضوعات ویژه، در شرایط و جوامع خاصی استفاده نماییم و در هر موردی از آن بهره نگیریم و البته در این شرایط هم باید سیستمی طراحی شود تا بتواند بهترین تصمیم‌ها را از داخل اجتماع استخراج کند.

۴. رویکرد جامعه‌مدار^{۱۸}:

¹⁸ Community approach

هدف اصلی در این نگرش، به سبب این که خواسته‌ها هرگز از بین نمی‌روند و نمی‌توان به همه آن‌ها پاسخ داد، این است که در طول زمان محدودیت‌ها را در پاسخگویی به انتظارات و درخواست‌های جامعه بکاهد. اساس و بنیان این استراتژی اعتقاد به اصالت انسان و جوامع انسانی است، در حالی که سامانه‌ها و روش‌های کنونی ارزش و اعتبار را به امور اقتصادی و مالی می‌دهند. تمرکز بر امور مالی و اقتصادی، مسیری است که ما را از جوامع انسانی و زندگی خوب و سالم جدا می‌کند. در استراتژی رویکرد جامعه‌مدار، این عقیده که با استفاده از فرمول‌های مشخص و قواعد معین می‌توان مشکلات خدمات سلامت را مرتفع نمود، مردود است. کسی که این رویکرد را توسعه داده‌است، آقای کالاهان از فیلسوف‌های آمریکایی است. او این رویکرد را در سال ۱۹۹۰ بسط داد.

کالاهان اظهار می‌دارد که درک ما و نیز ارتباط ما با سامانه‌ی سلامت قابل نقد و سؤال برانگیز است؛ برای مثال، ما گزینه‌های رایگان را به‌طور جداگانه و فردی طلب می‌کنیم، پیشرفت‌های پزشکی را تحسین و تأیید می‌کنیم، بر ارتقاء مستمر کیفیت پافشاری می‌نماییم، اثرات مرور زمان و کهنسال شدن را بر انسان‌ها انکار می‌کنیم، به‌شدت به‌دنبال غلبه بر درد هستیم و از قیمت‌ها و هزینه‌ها شکایت داریم. کالاهان اعتقاد دارد به جای این که وقت خود را صرف بحث‌ها و گفتگوهای مکرر و بی‌نتیجه در مورد خدمات و نحوه‌ی اجرای مداخلات درمانی کنیم، بهتر است به دنبال پاسخ پرسش‌های اساسی‌تر باشیم؛ برای مثال، چگونه می‌توان یک زندگی سالم و پرمحتوا برای آحاد جامعه

تأمین نمود؟ در این سؤال، سطوح مختلفی را همانند امتیازداران (کسانی که حقوق برخورداری از خدمات و نیز منابع آن را تأمین می‌کنند) و مجریان (متخصصینی که روش‌های درمانی را اجرا می‌نمایند)، برای کسب نظرات، می‌توان تعریف کرد. کالاهان، سؤال بالا را به سطح عامه مربوط می‌داند. او معتقد است که باید شیوه‌ی تفکر در تمام سطوح جامعه تغییر کند. کالاهان دورنمایی از یک گفتمان آزاد را در ذهن خویش دارد. او می‌گوید که شهروندان باید از گزینه‌ها و جایگزین‌های مختلف مطلع باشند. آن‌ها باید این امکان را داشته‌باشند که به مزایا و معایب موارد مطرح شده برای اولویت‌بندی وزن بدهند. او می‌گوید که می‌توان تلفیقی از مجامع عمومی، همایش‌ها و برنامه‌های آموزشی ایجاد نمود. برای تصمیم‌گیری باید افرادی چون؛ پزشکان، بیماران، مدیران اجرایی سلامت، سیاست‌گزاران و عموم مردم دخالت داشته‌باشند. کالاهان، انتظار دارد که سیاست‌گزاران یک شکل کلی را تحت عنوان راهنماهای عمومی ارائه کنند که توسط مدیران اجرایی دوباره تعریف خواهدشد و وضوح بیشتری پیدا می‌کند. او این راهنماها را *استانداردهای دسته‌بندی شده*، نام می‌گذارد.

در زیر به مواردی که کالاهان را بر اعتقاد خود راسخ می‌کند و باعث می‌شوند که او این روش را بهترین بداند، اشاره می‌کنیم. او معتقد است که در سطح وسیع و گسترده و به واسطه‌ی تصمیم‌گیری منطقی، نمی‌توان نیازهای آحاد جامعه را برآورده ساخت. او همچنین اعتقاد دارد که تصمیم‌گیرندگان بالینی، به‌خصوص پزشکان، باید موقعیتی را، نه در بالین بیمار، برای تبادل نظر با عموم جامعه داشته‌باشند. براساس نظرات

کالاها، هنگام اولویت‌بندی باید از نظرات و تجربیات شخصی خارج شویم. بر اساس بافت جامعه‌ی مورد مطالعه، گروه‌هایی تشکیل می‌شوند و افراد گروه را متناسب با سطحی که باید اولویت‌بندی انجام شود، انتخاب می‌کنیم، سن، یکی از معیارهای اصلی است، زیرا در سنین مختلف دیدگاه‌ها و نیازها با هم تفاوت دارند. پس، سن نقش مهمی را در انتخاب افراد گروه ایفا می‌کند. به‌طور یقین، گروه را باید به گونه‌ای انتخاب کنیم که از نیازهای فردی دور شده و شمایی از کل جامعه را در بر بگیرد و در عین حال تشابه فراوانی از حیث متغیرهای اصلی داشته باشند و در آخر، حاصل اولویت‌بندی گروه‌ها را می‌توان جمع‌بندی نمود. نکته‌ی بسیار ظریفی که آقای کالاها به آن نپرداخته‌است، نحوه‌ی جمع‌بندی اولویت‌بندی گروه‌ها می‌باشد. این که چگونه اولویت‌بندی انجام می‌شود و نظر عموم جامعه طی مراحل بعدی، حفظ خواهد شد و دستخوش تغییر نمی‌گردد.

۵. مدل ملزومات خدمات سلامت:

این شیوه که مبدع آن، خانم جوانا کاست است، در سال ۱۹۹۶ مطرح شد. براساس این نگرش و استراتژی، اولویت‌بندی و اعمال اثرات آن، با هر یک از روش‌های گفتگوهای اقشار و تصمیم‌گیری منطقی، به تنهایی فعالیت نادرست است، به‌خصوص که اگر بخواهیم نتایج آن، در تمام سطوح و در همه‌ی ابعاد خدمات و اجتماع فراگیر باشد. کاست، روش تصمیم‌گیری منطقی را به این دلیل زیر سؤال می‌برد که در هر حال و در هر مکان، دستیابی به اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری میسر

نیست و اگر هم اطلاعات لازم حاصل آید، احتمال خطا و پایین بودن اعتبار در آن‌ها وجود دارد. با این وصف، تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات نادرست و ضعیف، موجب انحراف در برنامه‌ریزی و خطا در فعالیت‌ها و دوری از اهداف می‌شود. گردآوری اطلاعات لازم برای یک تصمیم‌گیری با استراتژی منطقی با پوشش مناسب در اهداف، به طوری که برای برنامه‌ریزی قابل اعتماد و قابل اتکا باشد، بسیار گران و پرهزینه خواهد بود. البته او با این توضیح، روش منطقی را کاملاً رد نمی‌کند بلکه سعی دارد که میزان پوشش آن را نمایان سازد. خانم کاست، معتقد است که استراتژی منطقی، در کنار استراتژی‌های دیگر، کاربرد دارد.

استراتژی دیگری که کاست در مورد آن اظهار نظر کرده‌است، گفتگوی اقشار می‌باشد که از دیدگاه او دارای مزایا و معایب ویژه‌ای است. در روش اخیر، مشارکت بخش‌ها و اقشار مختلف در تصمیم‌گیری بسیار زیبا و ارزشمند است؛ چرا که در هنگام اعمال مداخلات اجرایی بر اساس برنامه‌ها، میزان مشارکت این اقشار برای تحقق اهداف، بسیار با ارزش و حتی مثال‌زدنی خواهد بود. نکته‌ی قلمض و تاریک در این روش، کاهش استفاده از اطلاعات موجود است؛ به گونه‌ای که واقعیات تا حدودی، جای خود را به درک فردی و دریافت افراد از محیط می‌دهد.

در جوامع بزرگ از یک سو، استفاده از اطلاعات (نیازها، هزینه‌ها و درآمدها) در برخی موضوعات و برخی بخش‌ها کارآمدتر است، به عبارت دیگر در این شرایط استراتژی منطقی کارایی بیشتری دارد. از سوی دیگر، با این که معمولاً اطلاعات در یک گروه از بیماری‌ها به وفور یافت می‌شود، اما برای مقایسه بین دو یا چند بیماری و یا در سطح

فردی دچار محدودیت و فقر اطلاعاتی می‌شویم. در سطوحی فراتر از یک گروه بیماری و یا زمانی که اهداف به روشنی تبیین نشده‌اند، گفتگوی اقشار بسیار کارساز خواهد بود. خانم کاست در این مدل پیشنهاد می‌کند که از نقاط قوت هر دو روش استفاده شود تا نقاط ضعف یکدیگر را بپوشانند. او مؤلفه‌های اصلی مدل خود را این‌گونه بیان می‌کند:

- تعیین اهداف، برای مشخص کردن حدود اولویت‌بندی و همچنین ترکیب اهداف با فهرست طرح‌های پژوهشی کمک می‌کند که در آینده، اطلاعات لازم را برای اولویت‌بندی در اختیار داشته باشیم؛

- ترکیب نقاط قوت گفتگوی اقشار با روش‌های تکنیکال مثل تصمیم‌گیری منطقی؛

- در نظر داشتن عدالت، بر اساس نیازها و بهره‌وری؛
- گفتگوی اقشار در حوزه‌ی ملزومات خدمات سلامت، بنای اولویت‌بندی را در تمام سطوح ایجاد می‌کند؛

- گفتگوی اقشار یک چارچوب را تعیین می‌کند، اما حدود آن را به تنهایی نمی‌تواند تبیین نماید؛

- روش‌های تکنیکال مثل تصمیم‌گیری منطقی، در حوزه‌های مشخص به خوبی پاسخ می‌دهند، به خصوص در جایی که انرژی و پتانسیل لازم برای تغییر وجود داشته باشد؛

- روش‌های تکنیکال اولویت‌بندی سه مرحله را برای اجرا در پیش رو دارند؛ اتفاق نظر جمعی (اجماع)، مرور متون و مقالات علمی و در نهایت پژوهش‌های گسترده؛

- پس از انجام گفتگوهای اقشار، با استفاده از روش‌های تکنیکال می‌توان تعادلی بین اصول حاصل از گفتگوها ایجاد کرد.

کاست چهار سطح را برای نگرش خود به اولویت‌بندی مطرح می‌کند؛

الف) در بین چند روش درمانی در خدمات مختلف؛ مثل، درمان‌های روانپزشکی در مقابل درمان بیماری‌های کودکان؛
 ب) در بین روش‌های مختلف درمانی در یک خدمت؛ مثل، درمان جایگزینی استخوان لگن در مقابل آرتروسکوپی در ارتوپدی؛
 ج) در بین روش‌های درمانی در یک گروه بیماری خاص؛ مثل، شیوه‌های مختلف درمان بیماری‌های غده‌ی پروستات؛
 د) درمان‌های مختلف در یک فرد خاص.

از منظر کاست، استفاده از روش‌های تکنیکال؛ مثل، تصمیم‌گیری منطقی در حوزه‌های "الف" و "د" به زمان طولانی نیاز دارد،

این در حالی است که علم هم به اندازه‌ای پیشرفت نکرده‌است که سؤالات تمام حوزه‌ها را پاسخ دهد. اما در حوزه های "ب" و "ج" روش‌های تکنیکال مؤثرتر هستند.

۶. تصمیم‌گیری با استفاده از هر دو رویکرد صریح و ضمنی^{۱۹}:

آقای کریس هام و خانم آنجلا کولتر در سال ۲۰۰۱ یک استراتژی نوین را طرح کردند. آن‌ها مجموعه‌ای را پیشنهاد می‌کنند که در آن از هر دو رویکرد صریح و ضمنی استفاده می‌شود. در این روش، هم عموم جامعه‌ی مورد نظر در تصمیم‌گیری دخالت دارند و هم سیاستگذاران، تصمیم‌گیرنده هستند. می‌توان گفت که به نوعی این دو را به هم پیوند می‌زنند.

نکات مهم در مورد استراتژی‌های اولویت‌بندی:

با این که در بین استراتژی‌های مختلف نقاط اختلاف و تفاوت، فراوان است اما بر خلاف انتظار، نقاط مشترک و تشابه نیز مشاهده می‌شود. باید گفت که در هر سطحی ماهیت استراتژی‌ها متفاوت از یکدیگر است. برای درک بهتر سطوح تصمیم‌گیری را به سه بخش زیر تقسیم می‌نماییم؛

Macro ، هنگامی است که به‌طور کلان به موضوع نگاه شود؛

برای مثال، خدمات سلامت در مقابل خدمات دیگر اجتماع و ...

¹⁹ Explicit and Implicit decision making

Meso ، زمانی است که تصمیم‌گیری در بین چند فن‌آوری و یا بیماری مطرح باشد.

Micro ، تصمیم در سطح یک فرد و به صورت کاملاً موردی اتخاذ می‌شود.

طبق تعریف لیس که آن را در سال ۲۰۰۲ ارائه کرده‌است، زمانی یک اولویت‌بندی را **صریح** و یا **روشن** می‌گوییم که اطلاعات موجود، تصمیم و نحوه‌ی تصمیم‌گیری را حمایت کند و اگر هر کسی براساس آن‌ها استدلال و تصمیم‌گیری نماید همان نتایج به‌دست آید. با این وصف تمام استراتژی‌ها در برخی سطوح صریح و در برخی سطوح دیگر ضمنی و التزامی هستند(جدول زیر این وضعیت را نمایش می‌دهد). البته نباید از نظر دور داشت که هر یک از استراتژی‌ها، توسط افرادی ابداع شده‌اند و دارای نقاط مبهم و تاریک هستند به همین دلیل، لازم است طی بررسی‌های بیشتر شرح دقیق‌تری برای آن‌ها ارائه گردد.

سطح استراتژی	ماکرو	مزو	میکرو
پایان خوش هرج و مرج	صریح	ضمنی	ضمنی
تصمیم‌گیری منطقی	صریح	صریح	ضمنی
گفتگوی اقشار	صریح	صریح	(صریح)
نگرش جامعه‌مدار	صریح	صریح	ضمنی
ملزومات خدمات سلامت	صریح	صریح	ضمنی
تصمیم‌گیری صریح و ضمنی	صریح	ضمنی	ضمنی

با نگاهی به جدول بالا، موارد اشتراک استراتژی‌ها به دست می‌آیند ولی هریک از این استراتژی‌ها چه کاربردی در روند تصمیم‌گیری دارند، نکته‌ای است که با بررسی دیاگرام و مباحث بعدی حاصل می‌شوند.

همان‌طور که در ابتدای بحث اولویت‌بندی اشاره شد، فرآیندی که باید برای انجام آن پشت سر نهاد، دارای چهار مرحله یا بخش است؛

- تدوین دستورجلسات - مشخص کردن سیاست‌ها
- تصمیم‌گیری - استقرار و فراگیرسازی سیاست‌ها

هر یک از استراتژی‌ها در یک سطح یا در یک بخش کاربرد دارند؛

"هر دو رویکرد صریح و ضمنی"

"نگرش جامعه مدار"

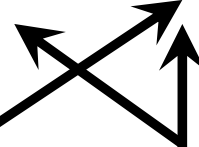
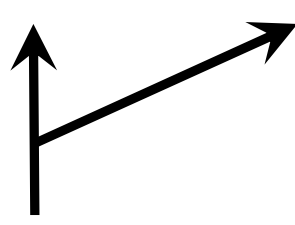
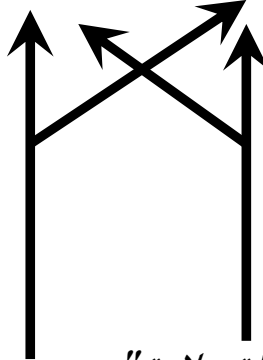
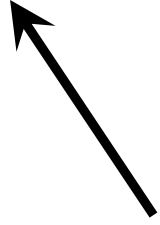
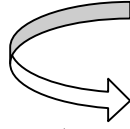
- تدوین دستورجلسات - مشخص کردن سیاست‌ها - تصمیم‌گیری - استقرار و فراگیرسازی سیاست‌ها

"پایان خوش هرج و مرج"

"تصمیم‌گیری منطقی"

"مدل ملزومات خدمات سلامت"

"گفتگوی اقشار"



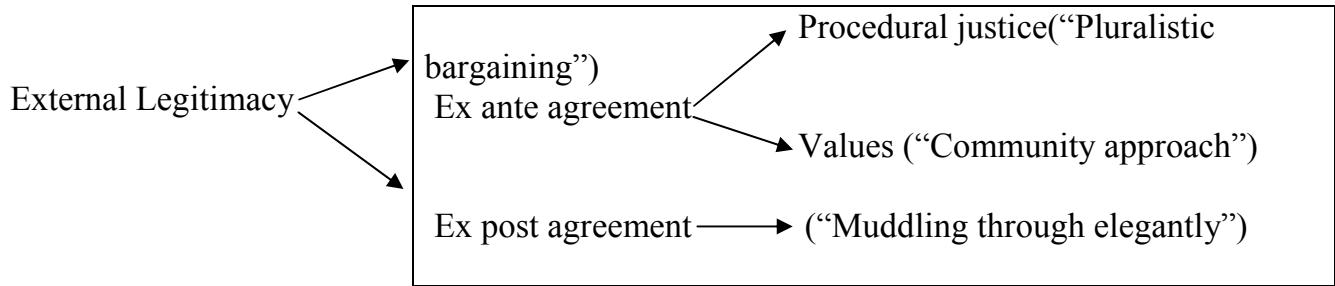
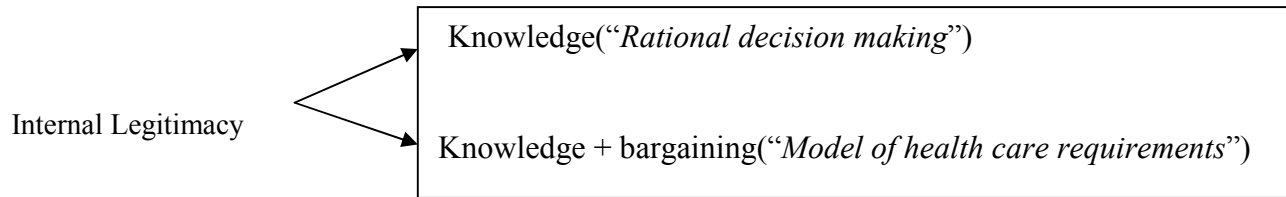
نمودار صفحه‌ی قبل، نشان می‌دهد که هر شش استراتژی بر روی بخش‌ها و واحدهای مختلف فرآیند اولویت‌بندی تأکید و اثر دارند. برخی از آن‌ها بر بخش‌های اولیه و اساسی فرآیند اثر دارند. در واقع، قبل از این که فرآیند اولویت‌بندی به سوی تصمیم‌گیری هدایت شود، این استراتژی‌ها اطلاعات لازم را برای تصمیم‌گیری در اختیار گروه‌های تصمیم‌گیرنده قرار می‌دهند (رویکرد جامعه مدار و تصمیم‌گیری منطقی). این ارتباطات و اثرات تا مرحله‌ی فراگیرسازی برنامه‌ها ادامه می‌یابد، جایی که استراتژی پایان خوش هرج و مرج به ما کمک می‌کند که استقرار به خوبی شکل گیرد و بازخوردی تولید می‌نماید تا تغییرات لازم در تصمیم‌گیری شکل گیرند. پیچیدگی این ساختار در این است که در هر سطح، استراتژی انتخاب شده بر دیگر سطوح تأثیر می‌گذارد و نیز استفاده‌ی به هنگام از هر یک از روش‌ها در فرآیند اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. همواره باید در نظر داشت که این شش استراتژی را نمی‌توان برای اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری در هم آمیخت؛ چرا که تفاوت‌های اساسی در بین آن‌ها وجود دارد که مانع از این ادغام می‌شود.

مطالعات نشان می‌دهند که اولویت‌بندی از دو منظر باید مورد توجه قرار گرفته و ارزیابی شود؛ **مشروعیت درونی** و **مشروعیت بیرونی**.

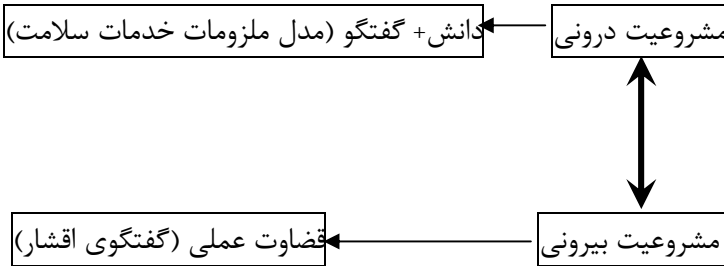
در مورد مشروعیت درونی، باید گفت که تمرکز خود را بر روی ارائه‌ی خدمات در درون سامانه سلامت قرار می‌دهد. مواردی چون

سیاست‌ها، مدیریت و کلینیک در بخشی که خدمات سلامت ارائه می‌شوند از این قبیل هستند. در حالی که مشروعیت بیرونی بر روی اعتماد عمومی به اولویت‌های ارائه شده، تمرکز دارد. این دو فرآیند موازی یکدیگر هستند و با استراتژی‌های یاد شده قابل حصول می‌باشند.

مشروعیت‌درونی، دانش‌مدار است و بحث‌ها و گفتگوهای علمی شالوده‌ی آن را می‌سازد. این تنها راهی است که سازمان‌های دانش‌مدار؛ مثل، سامانه‌های ارائه‌ی خدمات سلامت، می‌توانند با استفاده‌ی از آن اولویت‌های خود را تدوین و تبیین نمایند. در واقع تصمیم‌گیری منطقی و مدل ملزومات خدمات سلامت آن را شکل می‌دهند. این در حالی است که استراتژی‌های گفتگوی اقشار، رویکرد جامعه‌مدار و پایان خوش هرج و مرج، اعتبار بیشتری به مشروعیت بیرونی اولویت‌بندی می‌دهند.



این دو فرآیند، بدون هیچ تردیدی با یکدیگر ارتباط دارند و در تعامل می‌باشند. اگر به هر دلیلی امنیت لازم برای مشروعیت درونی ایجاد نشود، بدون شک نا امنی به سوی مشروعیت بیرونی کشیده خواهد شد. در واقع، نتایج حاصل از فرآیند مشروعیت درونی یکی از چند مرحله‌ای است که در گسترش و توسعه مشروعیت بیرونی به کار می‌رود. این استدلال نشان می‌دهد که نتایج حاصل از مشروعیت بیرونی هم باز خورد لازم را برای مشروعیت درونی تأمین می‌کنند.



بهره‌گیری از بیشتر انرژی و توان موجود برای امنیت مشروعیت درونی، خطری است که هر سامانه‌ای را تهدید می‌کند؛ چرا که در این حالت کمترین توجه و منابع سامانه برای امنیت مشروعیت بیرونی صرف می‌شود. واضح است که برنامه‌هایی از این دست، مورد توجه و اقبال عمومی قرار نمی‌گیرند و احتمال شکست آن‌ها بسیار زیاد است. نکته‌ی دیگر، احتمال انحراف فرآیندهای مشروعیت درونی است که تهدید بزرگی برای سامانه محسوب می‌شود.

خطر دیگر، اعتماد بیش از حد به دانش کارشناسان و خبرگان است، حتی اگر از پژوهش‌های پیشین شکل گرفته‌و کاملاً به روز باشد. خبرگانی که در خارج از سامانه هستند و شخصیت رسمی ندارند، اغلب دچار دیدگاه‌های سیاسی می‌شوند. در این‌جا اهمیت دانش‌مدار بودن تصمیم‌ها رنگ بیشتری به خود می‌گیرد باید اطمینان حاصل کنیم که صلاحیت کمترین اثر را بر تصمیم‌ها داشته‌اند.

با تمام توضیح‌ها و شرح‌های ارائه شده، با عنایت به این که علوم و تجربه‌ی افراد، هنوز دارای نقاط تاریک و ضعف‌های فراوان است، تصمیم‌گیری‌هایی که بنیان علمی داشته‌باشند و در عین حال بتوان آن‌ها را به عمل در آورد بسیار نادر هستند و نیازمند همکاری صمیمانه و به دور از هرگونه صلیقه و تعصب است.

پیوست ها

۱- طراحی اجرایی یک نیازسنجی

برای این که حاصل یک نیازسنجی، حداکثر اثربخشی را داشته باشد، باید یک نیازسنجی سیستماتیک انجام شود. برای آغاز فعالیتها ابتدا باید روش پژوهش خود را تعیین نماییم. با تعیین روش پژوهش، مراحل بعد را به گونه‌ای شفاف ترسیم خواهیم نمود. بدین منظور باید اهداف، داده‌های موجود، فقر اطلاعاتی و محیطی را که ارزیابی در آن صورت خواهد گرفت، به خوبی بشناسیم. در حقیقت فردی که برای نیازسنجی پیش قدم می‌شود، باید اطلاعات خوبی در پیرامون موضوع و محیط مورد بررسی داشته‌باشد.

فرض کنیم که یک پروژه‌ی نه ماهه را می‌خواهیم بنا نهیم، در این صورت رعایت مراحل زیر می‌تواند بر غنای طرح بیفزاید و دستیابی به اهداف را سهل نماید:

گام اول ↓

← با مسئولین و تصمیم‌گیرندگان سازمانی جلسه‌ای را تنظیم کنید و از ایشان اهدافشان را بخواهید. آن‌ها را در جریان فعالیت و برنامه‌ی خود بگذارید و حتی در صورت نیاز به عنوان مشاور نیز از آن‌ها استفاده کنید. در جلسات خود از شیوه‌هایی که در پیوست شماره‌ی ۳ آمده‌است، استفاده کنید. توجه داشته‌باشید که گردآوری اطلاعات، روش‌ها و تکنیک‌های متعددی دارد و در هر مورد باید از شیوه‌ی مناسب با شرایط، استفاده نماییم.

اگر اهداف طرح مشخص نشوند و یا در دستیابی به آن‌ها دچار خطا شویم، به‌طور حتم به نتایج مطلوب نخواهیم رسید. آن‌چه که برای مسئولین اهمیت دارد، نزدیک شدن به اهدافی است که از پیش مشخص شده‌است. پس اگر با صرف هزینه‌ها به آن‌ها دست پیدا نکنند، تمایل آن‌ها برای بهره‌گیری از این روش کم خواهد شد. در عین حال دقت لازم را برای اجرای دقیق و علمی نیازسنجی باید به خرج دهیم.

← جدول زمانی، بودجه و تقسیم کار را از عوامل مهم و اساسی قبل آغاز عملیات اجرایی طرح هستند. در هیچ فعالیت پژوهشی و علمی بدون تنظیم جدول زمانی، بودجه و جدول تقسیم کار نمی‌توانید به نتیجه‌ی مورد نظر، در زمان لازم دست یابید. به عبارت دیگر، با استفاده از جدول زمانی می‌توان مدیریت زمان را اعمال نمود، بدین معنی که در چه محدوده‌ی زمانی انتظار دارید که به چه اهدافی نایل شوید. در جدول بودجه، میزان هزینه‌های مالی و جزئیات مربوطه را مثل حق الزحمه‌ی پرسنل، به همراه زمان و فعالیت‌های هر یک از همکاران طرح،

هزینه‌ی مواد سرمایه‌ای و مصرفی مشخص می‌کنید. در جدول تقسیم کار، وظایف هر یک از اعضای گروه را با جزئیات مربوطه؛ مثل زمان آغاز، مدت زمان و موعد پایان فعالیت، وابستگی فعالیت مورد نظر به دیگر امور معین می‌کنید.

← اهداف را مشخص نمایید و محتوا و شالوده‌ی نیازسنجی را ترسیم کنید. براساس اهدافی که برای طرح مشخص کرده‌اید، در مصاحبه و جلسات با مدیران و مسئولین هدف کلی را تعیین می‌کنید. رسیدن به هدف کلی همیشه آسان نیست و بسیار اتفاق می‌افتد که به دلیل محدودیت‌های متعدد از مسیر اصلی، منحرف شده و به هدف کلی نخواهید رسید. به منظور حصول هدف کلی، باید اهداف ویژه و یا اهداف خاص را مشخص نمود. جهت‌گیری اهداف ویژه به سمت هدف کلی است و باید به‌گونه‌ای انتخاب شوند که ما را به هدف کلی رهنمون شوند.

← گروه کاری را تعیین کنید. در هر مرحله از اجرای فعالیت‌های پژوهشی، که در نهایت به یکی از اهداف ویژه ختم خواهد شد، سلسله فعالیت‌هایی باید انجام شوند. از افرادی که توانایی ویژه‌ای دارند و تجربه کافی در حوزه‌ی مورد نظر دارند، متناسب با فعالیت‌های هر مرحله، استفاده نمایید. در این بخش وظیفه‌ی افراد را تعریف کرده و محدوده‌ی زمانی مندرج در جدول را به ایشان گوشزد کنید. در برخی مواقع، لازم است که با تشکیل گروه کاری، در جدول بودجه و جدول زمانی بازنگری صورت گیرد. زیرا با در اختیار داشتن برخی از افراد، از مدت زمان لازم برای اجرای طرح کاسته و یا به آن افزوده می‌شود.

گام دوم ↓

← روش گردآوری داده‌ها و اطلاعات را متناسب با جامعه و نمونه‌ها تدوین کنید. روش‌هایی مثل مصاحبه‌ی حضوری، تلفنی، پستی، اینترنت و . . . عوامل بسیار زیادی در این انتخاب، دخالت دارند؛ فرهنگ، خصوصیات جمعیتی، تکنولوژی‌های در دسترس و . . . از این قبیل هستند. از همه مهم‌تر، نوع داده‌ها و اطلاعات هستند. هر داده و یا اطلاعاتی دارای ویژگی‌هایی است. داده‌ها باید به روشی اخذ و گردآوری شوند که با ماهیت و ویژگی‌های آن‌ها تناسب داشته‌باشد. مثلاً قدرت بینایی یک فرد را نمی‌توان از طریق پستی اخذ کرد. پس در تعیین روش، باید به انواع داده‌ها و اطلاعاتی که گرد می‌آورد، توجه کنید.

← ابزار پژوهش گلوگاهی است که به عنوان دریافت‌کننده و حس‌گر پژوهشگر مطرح است. همان‌طور که اگر در دریافت و درک یک صدا دچار اشتباه شوید، تصمیم اشتباه خواهید‌گرفت، اگر از ابزار نامناسب بهره‌برید، نتایج پژوهش و نتیجه‌گیری غایی نیز دچار اشکال خواهد‌شد. برای طراحی و یا استفاده از یک ابزار، باید به‌روش گردآوری توجه داشته‌باشید. برای هر شیوه‌ای از ابزار مناسب آن باید استفاده کنید.

این بخش بسیار با اهمیت است، زیرا ابزار پژوهش به داده‌ها قالب می‌دهد و آن‌ها را ضبط می‌نماید. اگر از ابزار طرح‌های پیشین استفاده می‌نمایید و یا ابزار جدیدی می‌سازید، ابزار باید به گونه‌ای طراحی و استفاده شود که در هر شرایط و با هر فاصله زمانی، بازنگری داده‌ها همان نتایج اولیه و اهداف مشخص شده را نمایان سازد. برای

توضیح بیشتر باید گفت که گاهی ابزارها دچار پیچیدگی‌هایی می‌شوند که با گذشت زمان، همانند گذشته گویا نیستند و یا اهداف را تداعی نمی‌کنند. اغلب این پرسشنامه‌ها دچار یک نوع خلاصه کردن و یا تحت تأثیر برداشت تکمیل کننده‌ی آن، داده‌ها ثبت می‌شوند. به همین سبب، ابزار باید حاوی داده‌هایی باشد که در حوزه‌ی مورد بررسی مشاهده و یا درک شده‌اند و باید از هر نوع تحلیل آنی و برداشت، دوری نمود.

اگر ابزار به درستی تدوین و طراحی شده‌باشد، به تکمیل کننده اجازه‌ی تغییر در ثبت را نمی‌دهد. پس ابزار خود را مشخص کنید و آن را بهبود بخشید. از خلاصه کردن، در مراحل طراحی ابزار بپرهیزید. گاهی در طی مراحل طراحی، چند مرحله به‌طور همزمان انجام می‌گیرند؛ مثلاً مرور متون، طراحی، بازبینی، اخذ نظر مجربین، آزمون ابزار و بازنگری و اصلاح. ادغام این مراحل موجب بروز خطا در طراحی می‌شود.

ابزار، نقش مهمی را در انجام نیازسنجی‌ها بازی می‌کند. یک ابزار براساس اهداف مطالعه، نوع نیازسنجی، دامنه و گستره‌ای که طرح در بر خواهد گرفت و جامعه‌ی مورد مطالعه، متفاوت خواهد بود. اگر می‌خواهید یک جمعیت را به‌صورت کلی و فراگیر در نظر بگیرید، باید به نکات زیادی توجه کنید. به عنوان مثال اگر خدمات مراقبتی را در گروهی از افراد جامعه مدنظر قرار دادید، باید محدودیت‌ها و ناتوانی‌های این افراد را بدانید، از نحوه‌ی استفاده و بهره‌مندی ایشان از خدمات مطلع شوید، اطلاعات عمومی آن‌ها را بگیرید، وضعیت مسکن، شرایط محیط داخلی آن و همین‌طور حمایت‌های اجتماعی را بررسی کنید.

پرسشنامه‌ها نوعی از انواع ابزار پژوهش هستند که بسیار به کار می‌روند. پرسشنامه‌ی مناسب و مطلوب باید خصوصیاتِ داشته‌باشد که در زیر به آن‌ها اشاره می‌کنیم.

عنوان پرسشنامه باید متناسب با محتوا و اهداف تنظیم شده باشد. راهنمایی، جزئی از ارکان ابزار است که در هر پرسشنامه‌ای باید مختصری راجع به اهداف و روش انجام طرح نگاشته شود. جملات پرسشنامه باید به شیوه‌ای بسیار محتاطانه، با دقت و تخصص نگارش و تنظیم شود. جملات باید مرتبط با موضوع و اهداف باشند. روش پرسش سؤالات متناسب با فرهنگ جامعه‌ی مورد مطالعه باشد. هیچ ابهامی در سؤالات نباشد، برای پاسخ به سؤالات نیاز به دانش و علم خاصی نباشد و هرکسی بتواند به آن‌ها پاسخ دهد. سؤال‌ها سوگیری نداشته‌باشند و حساسیت لازم را برای استخراج مشکل داشته‌باشند.

● ابزار براساس روش مطالعه شکل می‌گیرد؛ مشاهده، مصاحبه، پیمایش و یا نظرسنجی.

● در صورتی که به روش پیمایش عمل می‌کنیم، موارد زیر را باید در نظر داشت؛

۱. اهداف، گروه هدف و سطح پوشش گروه هدف؛
۲. بیشتر از سؤالات بسته استفاده شود؛
۳. از پیمایش‌های موجود و در حال انجام، عیناً استفاده نکنید؛
۴. از هرگونه سوگیری بپرهیزید؛
۵. از کلمات و جملاتی که برای گروه هدف قابل فهم است استفاده کنید؛

۶. قبل از آغاز عملیات، پرسشنامه را در یک مطالعه‌ی راهنما، ارزیابی نموده و بر روی گروهی از افراد آن را امتحان کنید؛
۷. اطلاعات حاصل از مطالعه‌ی راهنما و نیز پرسشنامه را بازبینی کنید و از نظر متخصصین در بازبینی آن بهره‌مند شوید؛
۸. اطمینان پیدا کنید که به‌راحتی می‌توانید به پرسشنامه‌ها امتیاز دهید و پاسخ‌ها را رتبه‌بندی کنید؛
- روش‌های گوناگون دیگری هم برای نیازسنجی وجود دارد که در پیوست خواهند آمد.

← نمونه‌ها را مشخص کنید. روش نمونه‌گیری بسیار پیچیده است و توصیه می‌شود از یک محقق و یا متخصص آمار در پژوهش استفاده کنید. نمونه، براساس نوع پیمایش، تعداد و نوع متغیرهای اندازه‌گیری شونده و اعتبار ابزار تعیین می‌شود. اما این‌ها تنها معیارهای اولیه برای نمونه‌گیری هستند. به هر صورت به خاطر داشته‌باشید که هر روش نمونه‌گیری، محدودیت‌ها و نقاط ضعف و قوت خود را دارد و هیچ روشی کامل و جامع نیست. پس با در نظر گرفتن تمام این نکات، اقدام به نمونه‌گیری کنید. البته گاهی لازم است سرشماری انجام شود و این کار به حجم جامعه‌ی مورد مطالعه بستگی دارد. حجم جامعه بر تعداد نمونه‌ها و گروه‌های نمونه نیز تأثیرگذار است.

گام چهارم ↓

← مصاحبه‌گران را مشخص کرده و آن‌ها را آموزش دهید. پرسشگرها یکی از مهره‌های ارتباطی بین ما و محیط هستند. در مواقعی که پرسشگر و یا مصاحبه‌گر به طور مستقیم داده‌ها و اطلاعات را دریافت می‌کند، می‌توان گفت که آن‌ها حس‌گر و ورودی‌های ما محسوب می‌شوند. دقت و صحت عمل آن‌ها موجب نزدیکی یافته‌ها به وضعیت واقعی می‌گردد.

← با پشت سر نهادن یک یک مراحل بالا، وارد مراحل اجرایی طرح می‌شوید. آغاز مصاحبه‌ها و دریافت پرسشنامه از جامعه‌ی مورد مطالعه فعالیت بعدی است. با این که پرسشگران و مصاحبه‌کنندگان را آموزش داده‌اید، باز هم باید بر نحوه‌ی اجرای فعالیت‌ها نظارت داشت و تمامی مراحل را به دقت ارزیابی نمایید. یکی از شیوه‌ها، بررسی اتفاقی برخی از پرسشنامه‌ها می‌باشد. با این کار اشتباه‌ها و خطاها را می‌توان یافت و روند را به نحوی اصلاح نمود که خطاها تکرار نشوند.

رخداد‌های پیش‌بینی نشده می‌توانند، روند فعالیت را تحت تأثیر قرار دهند، حتی اگر بر تمامی مراحل اجرایی اشراف داشته‌باشید، با پایش مراحل اجرایی، قادر خواهید بود که برخی از این رخدادها را پیش‌بینی کنید و یا برای کم اثر کردن آن‌ها و یا استفاده از فرصت‌ها، تغییرات لازم را در روند اجرا ایجاد نمایید. هدایت مصاحبه و گردآوری داده‌ها بسیار ضروری و پر اهمیت است.

گام پنجم ↓

← با پایان یافتن مرحله‌ی گردآوری داده‌ها و اطلاعات، همه‌ی پرسشنامه‌های تکمیل شده، باید مورد بررسی قرارگیرند و آن‌هایی که دارای خلل و نقایص فراوان و یا غیر قابل قبول هستند، کنار گذاشته شوند. در این حین می‌توان با ارزیابی داده‌های پرسشنامه با احتیاط و دقت فراوان بعضی از داده‌های ناقص را به‌گونه‌ای که به اعتبار و اعتمادپذیری داده‌ها لطمه نزنند، تکمیل کرد. این کار فقط توسط سرپرست طرح و یا مجری اصلی باید صورت گیرد. سپس داده‌ها را براساس تقسیم‌بندی‌های مشخص، کدگذاری کرده و آن‌ها را به رایانه وارد کنید. این مرحله هم گلوگاهی است که خطا در آن غیرقابل اقماض است. برای جلوگیری از هر نوع اختلال و خطا، در بازخوانی فرم‌ها و کدگذاری داده‌ها، ضروری است که اپراتور مربوطه، آموزش لازم را دیده باشد. پس از اتمام ورود داده‌ها به رایانه، وارد مرحله‌ی تحلیل می‌شوید. باید به خاطر داشته باشید که انجام آنالیزهای آماری به تخصص نیاز دارد و اجرای آن باید توسط متخصص مجرب انجام گیرد. با استفاده از آنالیزهای آماری می‌توانید تحلیل را آغاز کنید.

مراقب سوگیری‌های ناخواسته باشید.

گام ششم ↓

← نوشتن گزارش اولیه را پس از تحلیل، شروع کنید. هشیار باشید که کلمات بار معنایی و ارزش و اعتبار ویژه‌ی خود را دارند، پس در بهره‌گیری از آن‌ها نهایت دقت را به خرج دهید. ویراستاری ادبی از ملزومات نگارش است.

← نظر کارشناسان و مجربین و حتی جامعه‌ی عادی را در مورد گزارش اولیه اخذ کنید.

گام هفتم ↓

← گزارش را بازبینی کرده و هر قسمت را به گروه مربوطه ارائه نمائید تا نظرات آن‌ها را دریافته و آن‌ها را در گزارش نهایی لحاظ کنید.

گام هشتم ↓

← گزارش آخر را به گروه ناظرین بدهید تا نظرات نهایی را ارائه کنند.

← گزارش نهایی را در مراکز علمی و محافل متفاوت ارائه کنید و به نقدهای دیگران توجه کنید و تا آن جا که می‌توانید، نکات توصیه شده را در بازنگری خود، اعمال کنید.

گام نهم ↓

← گزارش را منتشر کنید.

۲- برخی معیارهای سلامت:

میزان تولد: تعداد موالید زنده در یک جامعه:

تعداد موالید زنده در یک منطقه در طول سال

$$\frac{\text{تعداد کل جمعیت در وسط همان سال}}{1000} \times 1000$$

تعداد کل جمعیت در وسط همان سال

میزان مرگ:

میزان مرگ عام؛ تعداد مرگ‌ها در جامعه کنونی:

تعداد کل مرگ‌ها در یک دوره زمانی

$$\frac{\text{تعداد کل جمعیت در وسط همان دوره}}{\text{تعداد کل مرگ‌های گروه در یک دوره زمانی}} \times K \quad (\text{معمولاً } 1000 \text{ یا } 10000 \text{ است})$$

تعداد کل جمعیت در وسط همان دوره

میزان مرگ ویژه؛ برای بخش ویژه‌ای از یک جامعه محاسبه می‌شود:

شود:

تعداد کل مرگ‌های گروه در یک دوره زمانی

$$\frac{\text{تعداد کل جمعیت گروه در وسط همان دوره}}{\text{تعداد کل مرگ‌های گروه در یک دوره زمانی}} \times k \quad (\text{معمولاً } 1000 \text{ یا } 10000 \text{ است})$$

تعداد کل جمعیت گروه در وسط همان دوره

نسبت مرگ استاندارد شده^{۲۰}؛ زمانی که ساختار اجتماعی از حیث سن و جنس به استاندارد رسیده باشد، میزانها را می توان در بخش های مختلف جغرافیایی با یکدیگر مقایسه کرد.

تعداد مرگ های مشاهده شده

× ۱۰۰

تعداد مرگ های قابل انتظار

²⁰ Standardized mortality ratios (SMRs)

۳- تکنیک‌های گردآوری اطلاعات در نیازسنجی

به‌طور معمول پنج تکنیک برای این کار وجود دارد که هر یک نقاط قوت و ضعف ویژه‌ای دارند.

۱- رجوع به افراد مطلع و کلیدی

۲- نظرات عموم مردم

۳- تشکیل گروه‌های خاص

۴- تکنیک دلفی

۵- پیمایش

از کدام روش باید استفاده کرد؟ باید گفت که هر تکنیک برای اهداف خاصی به کار می‌رود. اعتبار اطلاعات حاصل، به تکنیک مناسب برای گردآوری اطلاعات و بهره‌گیری صحیح از آن‌ها بستگی دارد. گاهی به اجبار باید از چند تکنیک به صورت همزمان استفاده کنید تا بهترین اعتبار و روایی را در نتایج به دست آورید.

۱- رجوع به افراد مطلع و کلیدی:

گاهی اطلاعات در مورد یک موضوع به سبب تجارب، جایگاه و دانش افراد نزد ایشان باقی می‌ماند و برای دسترسی به آن اطلاعات باید به سراغ آن‌ها رفت و اطلاعات را از ایشان دریافت نمود. ابزارهای گوناگونی برای این کار می‌توان به کار برد؛ از جمله مصاحبه به روش‌های مختلف، پیمایش و ...

افرادی چون مدیران واحدهای ذیربط، کارشناسان خبره، رهبران گروه‌ها، اساتید دانشگاه‌ها از این دسته افراد هستند. برای اجرای مناسب این فعالیت، ابتدا فهرستی از افراد تهیه کنید. نحوه‌ی گردآوری داده‌ها، مرحله‌ی بعدی است و سپس روش انتخاب شده را آزمون نمائید.

با گردآوری داده‌ها روند فعالیت ادامه می‌یابد. دسته‌بندی داده‌ها، تحلیل آن‌ها و ارائه نتایج به افراد مورد آزمون گام‌های بعدی هستند که باید به دقت طبق آن‌ها به پیش بروید و در نهایت، در یک جمع‌بندی، نظر افراد را در مورد نیازهای جامعه‌ی مورد مطالعه در موضوع مورد بحث جویا شوید.

رجوع به افراد مطلع و کلیدی، یکی از ساده‌ترین و کم هزینه‌ترین شیوه‌های گردآوری داده در نیازسنجی است. علاوه بر این، فرصت مناسبی است که اطلاعات موجود در نقاط مختلف با یکدیگر در تماس و تقابل قرار گیرند و نقاط کور هر یک و فقر اطلاعاتی تعیین شود. در کنار این فعالیت محیط خوبی برای برقراری ارتباط بین واحدها و بخش‌های مختلف، که با یک موضوع مرتبط هستند، فراهم می‌آید. حسن دیگر این روش امکان تزویج آن با روش‌های دیگر گردآوری داده‌ها می‌باشد که به آسانی قابل حصول است.

این تکنیک، معایبی هم دارد، از جمله این که: سوگیری و تورش^{۲۱} موجود در ذهن افراد مطلع که در گردآوری و تفسیر داده‌ها اثر گذار است. ممکن است این سوگیری‌ها، شخصی و یا حتی سازمانی

²¹ Bias

باشد. گاهی بازخورد حاصل از تحلیل‌ها، در جلسات بعدی، موجب افزایش مقاومت و کاهش همکاری بین بخش‌ها و واحدها می‌گردد. سوگیری محقق در ارتباط با برخی افراد به خصوص دانشمندان می‌تواند مانع از گردآوری صحیح داده‌ها شود. برای این که معایب این روش از بین برود می‌توان از روش گسترده‌ی آن استفاده نمود. بدین ترتیب که افراد مطلع را به دو گروه اصلی و فرعی تقسیم می‌کنید. گروه اصلی کسانی هستند که با آن‌ها ارتباط داشته‌اید و آن‌ها نیز از اطلاعات مناسبی برخوردارند. از هر یک از اعضای گروه اول بخواهید که پنج تا ده نفر از کسانی که می‌توانند در مورد موضوع پژوهش، نظر بدهند، به شما معرفی کنند. این گروه به عنوان گروه فرعی تلقی می‌شوند. داده‌ها و تحلیل‌های حاصل از پرسش از گروه فرعی را در گروه اصلی ارزیابی و تحلیل نمایید.

۲- نظرات عموم مردم:

این شیوه زمانی کاربرد دارد که موضوع مورد بررسی، در جامعه، دارای گستردگی بالایی باشد و شما قصد داشته‌باشید که از نظرات بیشتر افراد جامعه مطلع شوید و یا نظرات آن‌ها ارزش ویژه‌ای دارد. برای این منظور، از جلسات و نشست‌های متعدد که عموم جامعه بتوانند در آن شرکت کنند، استفاده کنید و هیچ منعی را برای شرکت در جلسات در نظر نگیرید. اطلاع‌رسانی عمومی و گسترده هم باید صورت گیرد؛ چراکه اگر اطلاع‌رسانی به بخش‌ها و یا گروه‌های خاصی از جامعه محدود گردد، دچار تورش و به تبع آن به اجرای جامع و علمی طرح،

خلل وارد می‌شود. علاوه بر عموم جامعه، افراد مطلع و کلیدی هم باید در این مجامع حضور یابند. سؤال‌هایی که طرح می‌کنید، در ابتدا باید کلی باشند و تمام سطوح نیازها را پوشش دهد.

مکانی که برای برگزاری نشست‌ها انتخاب می‌شود، بسیار اهمیت دارد. گاهی محل برگزاری بر نظرات افراد اثرگذار است، به همین دلیل مکان باید جایی باشد که عموم جامعه در آن، احساس آرامش کنند و بتوانند به راحتی نظرات خود را ابراز نمایند. داشتن استراتژی ویژه برای مدیریت جلسه بسیار ضروری است، زیرا در غیر این صورت ممکن است نظم و مسیر جلسه از دست محقق خارج شود. تمام فعالیت‌های مجمع باید ثبت و ضبط شوند. نام و مشخصات کسانی که نظر خود را ارائه می‌نمایند، از جمله‌ی داده‌های با ارزشی است که به شما امکان می‌دهد در صورت لزوم و در زمان دیگر بتوانید به آن‌ها مراجعه نموده و مدارک و یا دلایل بیشتری را جویا شوید. در عین حال محیط و ارتباطات به گونه‌ای شکل گیرد که افراد احساس خطر نکنند. نکته‌ی بسیار مهم، در نظر گرفتن فرهنگ عموم جامعه است. در جامعه‌ای که فرهنگ عموم جامعه از بلوغ کافی برای برگزاری چنین جلساتی برخوردار نیست، نمی‌توان نتیجه‌ی مطلوب را از این شیوه حاصل نمود.

از نقاط ضعف این روش، احتمال بی‌نظمی و برهم خوردن روال و روند بحث‌ها می‌باشد. هدایت و راهبری این جلسات اغلب دشوار است و به مهارت و دانش کافی نیاز دارد. نظرات ارائه شده، اغلب بسیار جزئی و محدود به حوزه‌ی دید و فعالیت‌های شخصی افراد است. سودجویی و بهره‌گیری از مجامع به نفع نیازهای شخصی از دیگر مواردی است که

ممکن است رخ دهد و در صحت نتایج خلل ایجاد کند. گاهی سؤال‌ها بیشتر از پاسخ‌ها می‌شوند و پیچیدگی‌ها بیشتر می‌گردد. اگر جلسه خوب هدایت نشود عده‌ای زمان بسیاری را به خود اختصاص می‌دهند و تعداد کثیری از نظرات ناگفته می‌ماند و پوشش کافی به دست نمی‌آید.

۳- تشکیل گروه‌های خاص:

در این شیوه، گروه‌هایی را به صورت ویژه دعوت خواهیم کرد، اما سعی بر این است که در جلسات، پوشش مناسبی بر عموم جامعه داشته باشیم. یعنی از آحاد جامعه افرادی انتخاب و دعوت شوند. اگر تعداد افراد زیاد است، بهتر است که اعضا در گروه‌های شش تا بیست نفره تقسیم شوند. گروه‌بندی نیز اهمیت فراوانی دارد. گروه‌بندی باید مطابق اصول نمونه‌گیری انجام شود. از هر طبقه جامعه باید نمایندگان به تساوی در هر گروه حضور یابند. در واقع، ساختار گروه‌ها باید به یکدیگر کاملاً شبیه باشند. هدایت گروه توسط فرد پژوهشگر و یا فرد آموزش دیده‌ای که مورد اعتماد شما می‌باشد، انجام پذیرد. همانند مجامع عمومی ثبت نظرات و مشخصات شرکت‌کنندگان ضروری است. مزیت این روش بر مجامع عمومی، بهره‌مندی از نظرات عموم جامعه، بدون تشطط آراء می‌باشد ولی خطر سوگیری‌ها و سوء استفاده‌های شخصی بیشتر می‌شود.

۴- روش دلفی:

این شیوه، نسبت به روش‌های گذشته، بسیار سازمان‌یافته‌تر است. این روش، حائز محاسن ویژه‌ای است و معایب شیوه‌های مزبور را ندارد. گونه‌های مختلفی از این شیوه ارائه شده‌است که در این جا به صورت کلی به آن‌ها اشاره می‌کنیم و وارد جزئیات آن نخواهیم شد.

ابتدا باید پرسشنامه‌ای طراحی شود که در آن موضوع پژوهش را درج می‌کنید و عوامل ایجاد، محیط بروز و روش‌های حل و یا بهبود وضعیت را از اعضای گروه می‌خواهید. داده‌ها از اعضای گروه به واسطه‌ی پرسشنامه جمع‌آوری شده، دسته‌بندی و تحلیل می‌شوند. اگر اختلاف بین نظرات فراوان باشد، طی جلسه‌ای نتایج به همه‌ی اعضا ارائه می‌شود. در جلسه‌ی یادشده افراد دلایل و مستندات علمی را ابراز کرده و پس از پایان جلسه پرسشنامه را مجدداً تکمیل می‌نمایند. این کار آن قدر تکرار می‌شود که نظرات جمع کاملاً به یکدیگر نزدیک شود. پس از جمع‌بندی و تحلیل، نتایج را به همراه پرسشنامه‌ی دوم که به منظور اولویت‌بندی مسایل مطرح شده، تدوین گردیده‌است، در اختیار همان گروه قرار دهید. اعضای گروه بدون ارتباط و تماس با یکدیگر براساس نتایج و فرم دوم، اولویت‌بندی را انجام می‌دهند. در پایان، تحلیل نهایی در یک جلسه عمومی به بحث گذاشته می‌شود و نظرات نهایی اعضای گروه در مورد تحلیل و نتیجه‌گیری لحاظ می‌گردد. حسن بزرگ این روش، اثر غیرمستقیم نظرات افراد بر یکدیگر است، نظرات همه‌ی اعضای گروه با جزئیات لازم اخذ می‌شود. انتخاب گروه، جایی است که امکان دارد خطایی رخ دهد، پس در انتخاب اعضا باید نهایت دقت را به

خرج داد؛ چرا که اشتباه یا سوگیری در آن موجب محدودیت در نتایج، نظرات شرکت کنندگان و اعضای گروه خواهد شد، و افت در قابلیت تعمیم در جامعه می‌شود. نقطه‌ی ضعف دیگر روش دلفی، صرف زمان بسیار است. رفت و برگشت پرسشنامه‌های متعدد از سویی و خستگی اعضای گروه از سوی دیگر، تهدید بزرگی محسوب می‌شود. پس زمان و فرهنگ مشارکت اعضا، نقش بسیار مهمی را در نتایج ایفا می‌نمایند.

۵- پیمایش:

شیوه‌های گوناگونی برای آن وجود دارد؛ مصاحبه‌ی رخ به رخ، تلفنی، اینترنتی، پرسشنامه‌ی پستی، پرسشنامه‌ی حضوری از جمله‌ی این شیوه‌ها هستند. روش‌های گوناگون پیمایش را از جهاتی می‌توان با یکدیگر مقایسه کرد:

- هزینه‌ی اجرا
 - زمان لازم برای اجرا
 - میزان افت نمونه و امتناع از پاسخ
 - میزان آموزش لازم برای کارکنان و پرسشگران
- با بررسی معیارهای فوق می‌توان یکی از شیوه‌های مناسب را برای پیمایش انتخاب نمود.

پیمایش، یکی از بهترین شیوه‌های دستیابی به نظرات تعداد زیادی از افراد یک جامعه است. بدین سبب، فرصت ابراز خواسته‌ها و احساسات را به عموم افراد یک جامعه خواهیم داد. مضاف بر این که به

دلیل احساس امنیت در ابراز احساسات و خواسته‌ها، شرکت کنندگان، تمام آن چه را که می‌خواهند در پرسشنامه انعکاس می‌دهند. به وسیله ی یک پرسشنامه‌ی خوب، نه تنها عقاید، بلکه رفتارهای یک جامعه را می‌توان ثبت نمود. در کنار این مزایا، داده‌های به دست آمده می‌توانند از اعتبار بالایی برخوردار باشند. این خصوصیات باعث می‌شوند که همواره در یک نیازسنجی کلاسیک از پیمایش استفاده شود.

نقطه ضعف مهم این شیوه، مقطعی بودن آن است. البته اگر طراحی پرسشنامه به درستی صورت نگیرد، اعتبار آن به کلی مضمحل می‌شود. آن چه که در یک پیمایش، ارزیابی می‌شود، نگرش و نظرات افراد است و گاهی این نظرات به سرعت تغییر می‌کنند و پایایی روش از بین خواهد رفت. زمان لازم برای آموزش و تربیت پرسشگر، به خصوص اگر به روش مصاحبه‌ی رخ به رخ داده‌ها گردآوری شوند، از دیگر نقاط ضعف این شیوه است.

با وجود همه‌ی معایب مزبور، تزویج پیمایش با یک یا چند روش دیگر، اعتبار بالایی به نتایج می‌دهد.

۴- چگونه یک پیمایش را اجرا کنیم

همان‌گونه که در فصل‌های کتاب اشاره‌شد، پیمایش به معنی جویا شدن نظرات یک جامعه در پیرامون یک موضوع است. اولین گام در پیمایش همانند تمام فعالیت‌های پژوهشی، تدوین اهداف طرح است؛ باید بدانید چرا پیمایش را انجام می‌دهید و به چه دلیل از این شیوه برای دستیابی به اطلاعات، بهره خواهید برد. در واقع کارآیی و اعتبار آن را برای راهیابی به اهداف خود محک بزنید.

پرسش، اصلی‌ترین رکن اجرای یک پیمایش است. سؤال‌هایی که طرح می‌شوند، ابزاری برای استخراج نظرات جامعه‌ی مورد نظر هستند. پس باید سؤال را بر اساس اهداف تدوین کرد. پس محتوای سؤال در راستای اهداف ویژه و هدف کلی است، اما شکل سؤال نیز باید مورد توجه واقع شود. نکته‌ی قابل تأمل، خصوصیات جامعه‌ی مورد مطالعه می‌باشد. بدین مفهوم که برای ایجاد ساختار و قالب سؤال، باید بدانیم که از چه کسانی این سؤال‌ها، پرسیده می‌شوند؛ زبان، فرهنگ، تحصیلات، سن، جنس و . . . از جمله عوامل عمومی هستند که اغلب باید آن‌ها را در طراحی سؤال در نظر گرفت. مرحله‌ی بعد ایجاد یک محیط مناسب برای انتقال پرسش است. هر سؤال‌ی را نمی‌توان در هر محیطی پرسید. برخی سؤال‌ها بهتر است رخ به رخ و برخی دیگر مکتوب پرسیده‌شوند. برای دستیابی به پاسخ حتی می‌توان از طریق فن‌آوری‌های نوین این کار را انجام داد، اما باید جایگاه محیط انتقال سؤال را به خوبی درک کرده‌باشیم و بهترین محیط را انتخاب کنیم. نحوه‌ی ثبت پاسخ‌ها نیز اهمیت دارد که به شیوه‌ی پرسش و محیط آن بستگی دارد.

در صورتی که تمام عوامل رعایت شوند اما پاسخ‌ها به درستی ثبت نشوند، همه‌ی اعتبار سؤال‌ها در ابهام و شک فرو می‌رود. برای مثال، اگر در پرسش رخ به رخ، فرد پرسشگر دارای سوگیری باشد، به‌طور یقین، حتی ناخودآگاه، برداشت‌های خود را ثبت می‌کند و این موضوع به اعتبار نتایج، آسیب جدی وارد می‌کند. اگر سؤال‌ها و محیط انتقال داده‌ها، در مطالعات پیشین و در جامعه‌ی مورد مطالعه، ارزیابی نشده‌اند، به‌طور حتم باید آن‌ها را در جامعه‌ی مورد نظر ارزیابی کنید. اگر پرسش‌ها خود ساخته‌اند، باید نظر عده‌ای از خبرگان موضوع را در مورد اعتبار ظاهری آن‌ها جویا شده و پس از اعمال تغییرات احتمالی به مرحله بعد وارد شوید. در گام بعدی نمونه کوچکی را انتخاب کنید که نماینده‌ی جامعه باشد، سپس پرسش سؤال‌ها را آغاز کنید و نتایج را با استفاده از تحلیل‌های آماری بررسی کرده و میزان اعتبار و روایی آن‌ها را معین نمایید. مسئله‌ی بسیار ارزشمند، لزوم یک ارتباط صحیح، دوستانه و به دور از جهت‌دهی با افراد پرسش‌شونده است. بسیار اتفاق می‌افتد که ارتباط نامناسب مانع از انتقال کامل اطلاعات از جامعه به پرسشگر می‌شود. علاوه‌براین، ارتباط نادرست ممکن است موجب تغییر نگرش جامعه‌ی مورد مطالعه شود.

زمان اجرا، دامنه زمانی هر یک از مواردی که در پرسش‌ها ارزیابی می‌شوند، بسیار با اهمیت هستند. هر سؤالی را در هر زمانی نمی‌توان پرسید. در صورتی که زمان پرسش با زمان رخ داد یک موضوع بسیار نزدیک و یا بسیار دور باشد، نتایج متفاوت خواهد بود؛ چراکه همواره اثرات کوتاه‌مدت با اثرات بلندمدت در ذهن و نظر افراد با یکدیگر

متفاوت هستند. زمان پرسش را باید براساس اهداف، تنظیم کنید. موضوع دیگر دامنه‌ی زمانی پرسش است. فرض کنید که یک موضوع مشخص، نیمه عمری معادل یک ماه داشته‌باشد و فاصله‌ی اولین و آخرین فرد در جامعه بیش از سه ماه به طول انجامد، یعنی مدت اجرای پیمایش از نیمه عمر موضوع طولانی‌تر شود، نتایج بخش اول، میان و آخر پیمایش متفاوت خواهدبود و اعتبار و روایی آن دچار خلل می‌گردد. با در نظر گرفتن زمان اجرا و دامنه‌ی آن، می‌توان مراحل

اجرایی، هزینه‌ها، منابع انسانی و . . . را تنظیم و مهیا نمود.

هیچ فعالیتی بدون اشکال و نقص نخواهدبود. پذیرش نقایص طرح، عامل بسیار مهمی در ارتقاء سطح علمی و اجرایی است. در حین اجرا از نظرات دیگران، حتی جامعه‌ی مورد مطالعه بهره‌مند شوید و تا آن جا که به یکپارچگی طرح آسیب نرسد، تغییرات لازم را در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت طرح، ایجاد نمایید. پس باید به‌طور مداوم فعالیت های خود را ارزیابی نمایید.

۵- نمونه فرم نیازسنجی سلامت خانواده

در نیازسنجی سلامت مبتنی بر جامعه

۱. سلامت فیزیکی

نام تمام اعضای خانواده را در نمودار زیر براساس میزان سلامت آنها قید کنید (درک و نظر شما از میزان سلامت اهمیت دارد).

سال	ناسالم
-----	--------

آیا شما و یا هیچ یک از اعضای خانواده شما دچار ناتوانی و یا بیماری هستید؟ خیر بله

اگر بله چرا.....

۲. سلامت اجتماعی

عوامل زیادی بر روی سلامت خانواده‌ی شما می‌توانند اثر بگذارند.

آیا نگرانی خاصی دارید که بخواهید آن را در میان بگذارید؟

لطفا علامت بزنید:

- روابط فردی اشتغال مالی اسکان
 تغذیه ورزش و تفریحات سلامت همسر
 مواد دارو الکل سیگار

حمایت

چه کسی از خانواده شما، حمایت می‌کند و یا به خانواده شما کمک می‌نماید؟

.....

.....

شما برای ایجاد و احساس آرامش در خانواده چه می‌کنید؟

.....

.....

آیا احساس می‌کنید که زمان لازم را برای آرامش و لذت بردن در اختیار دارید؟

.....

.....

۳. سلامت هیجانی

از اعضای خانواده پرسید که چه احساسی دارند و نام آن‌ها را در نمودار زیر بنویسید.



چه چیزهایی بر احساسات خانواده شما اثر گذارند؟

- خانواده دوستان اشتغال و بی‌کاری پول
 محل زندگی زندگی اجتماعی مدرسه سلامت
 موارد دیگر.....

۴. سلامت محیط

محل و محیطی که در آن زندگی می‌کنید بر سلامت شما، اثرات

بسیار مهمی دارد.

آیا به موارد زیر توجه دارید؟ اگر پاسخ شما بله می‌باشد، علامت بزنید.

- محل سکونت و خانه شما همسایه‌ها جرم و جنایت
 ترافیک آلودگی (هوا، صدا، بو و ...)

چه امکاناتی در نزدیکی شما قرار دارد؟ مثل پارک، فروشگاه‌ها، امکانات

حمل و نقل و جابجایی، گروه‌های آموزشی، محل همایش‌ها و ...

.....
 آیا دسترسی به امکانات و خدمات سلامت مثل مطب‌ها، درمانگاه و ...
 برای شما آسان است؟

برنامه اجرایی		تاریخ:
نیازهای سلامت	فعالیت خانواده	فعالیت مسئول سلامت

منابع:

- Health needs assessment: from theory to practice, BMJ 1998; 316:1448-1452 (9 May).
- Colin D. Mathers, Claudia Stein, Doris Ma Fat, Chalapati Rao, Mie Inoue, Niels Tomijima, Christina Bernard, Alan D Lopez, Christopher J.L. Murray. Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 50. World Health Organization October 2002.
- Health Needs Assessment, Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000.
- John Wright, Rhys Williams, John R Wilkinson, Health needs assessment; Development and importance of health needs assessment, Correspondence to: wrightj@brihosp.mhs.compuserve.com
Series editor: John Wright
- THE DISTRICT OF COLUMBIA CHILD AND FAMILY SERVICE AGENCY OFFICE OF CLINICAL PRACTICE, An Assessment of the Health Services Delivery System for Foster Care Children In the District of Columbia Child Welfare System.

-
- National Burden of Disease Studies: A Practical Guide, EDITION 2.0, ~~October 2001~~.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION GLOBAL PROGRAM ON EVIDENCE FOR HEALTH POLICY, WHO, GENEVA
 - Colin Mathers, Theo Vos, Chris Stevenson, The burden of disease and injury in Australia, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra AIHW cat. no. PHE 17, November 1999.
 - Suzanne R. Kunkel, Jennifer Kinney, Robert Logan, Ray Matura, HANDBOOK FOR NEEDS ASSESSMENTS IN OHIO'S AGING NETWORK, Prepared for the Ohio Network of Educational Consultants in the Field of Aging, Miami University, Spring, 2000.
 - Gregor McWalter, Alison McWalter, Jenny Eastwood, Mary Marshall, Tony Turvey, A community needs assessment: The care needs assessment pack for dementia (carenapd), International Journal Of Geriatric Psychiatry, Vol. 13: 16-22 (1998).
 - S. Herna´ Ndez-Plaza, C. Pozo and E. Alonso-Morillejo, The Role of Informal Social Support in Needs, Assessment: Proposal and Application of a Model to Assess Immigrants' Needs in the South of Spain, Journal of Community & Applied Social Psychology, J. Community Appl. Soc. Psychol., 14: 284–298 (2004). Published online in Wiley

InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/casp.782.

- John Wing, Chris R. Brewin, Graham Thornicroft, Defining mental health needs, *The British Journal of Visual Impairment*, Vol.9, No.2, July 1991.
- Millyn Moore, et all, Health and Human Services Needs Assessment, Merrimack County, N.H. 2000.(Community Provider Network of Central N.H.).
- Dorel, A. Needs assessment and current provision assessment contract, Ministry of Finance Central Finance and Contracts Unit PHARE, 2002.
- Mohsen Asadi-Lari, Marcello Tamburini and David Gray, Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model, *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:32.(The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.hqlo.com/content/2/1/32>)
- Arsenault, K., Career Information for new immigrants and refugees needs assessment research, Canada Gov. 2002.
- County Kilkenny, Community Needs Assessment, Research Methodology, Kilkenny County Council Partnership Committee, 16 March 2002.

-
- Westwind Dr., Findings from the 2004 Lemoore Senior Medical Needs Assessment, A Study Sponsored by the City of Lemoore, California, August, 2004.
 - <http://www.tlcprofessionals.com>
 - North Carolina Department of Health & Human Services, Information Needs Assessment Project, 1997.
 - Henry Michel, Angus Dickie, and Chris Hollstedt, Natural resource information needs of Aboriginal communities in the Southern Interior of British Columbia, B.C. Journal of Ecosystems and Management, Volume 2, Number 1, 2002, <http://www.forrex.org/jem/2002/vol2/no1/art3.pdf>.
 - CRISP Group, Information Needs Assessment for Rural Communities, An Indian Case Study, National Informatics Centre Department of IT, Ministry of Communications & IT, Government of India, July 2003.
 - Williams R., Wright J., Health needs assessment Epidemiological issues in health needs assessment, BMJ 1998;316:1379-1382 (2 May).
 - Wright J., Williams R., John R Wilkinson, Health needs assessment Development and importance of health needs assessment, BMJ 1998;316:1310-1313 (25 April).

- William McAuliffe, Ph.D., Ryan P. Dunn, B.A. Caroline, Zhang, M.A., An Integrated Substance Abuse Treatment Needs Assessment for North Dakota, North Charles, Inc. September 2, 2002.
- Preliminary Information Needs Assessment, Afghanistan Information Management Service (AIMS), 6 April 2002.
- Lisa C. Wallis, Information Needs Assessment, Medical Literature and Reference Work, Fall 1999.
- Assessment of post-closure Data Needs, Mound Information Needs Assessment, 2000.
- Information Needs Assessment: A Top-Down Approach.
- Assessing Clients' Needs: Analyze Results. Quantum Whitepaper, Outsell, Inc. 7.10.2002. ²
- Robert H. Rouda & Mitchell E. Kusy, Jr. NEEDS ASSESSMENT the first step, Technical Association of the Pulp and Paper Industry, 1995.
- Kuehnert P., M.S., R.N, Health Status and Needs Assessment of Native Americans in Maine, Maine Government, 2000.
- Mc Dowell Group, Kodiak Community Health Needs Assessment, April 2003.

-
- About The National Health Interview Survey, NHIS 1996, <http://rtc.umn.edu/nhis>.
 - Craig Mitton PhD. and Cam Donaldson PhD., Priority Setting In Health Care: From Research To Practice, The Centre for Health and Policy Studies, HTA, Jan., 2002.
 - Peter Garpenby, The Priority Setting Process: A Macro Perspective, National Centre for Priority Setting in Health Care, PrioriteringsCentrum, 2003:3
ISSN 1650-8475
<http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

