

تعیین نیازهای احساس شده جامعه بر اساس مدل Community as Partner در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد

علی دلشاد^۱ - دکتر هادی سالاری^۲ - دکتر عبدالجواد خواجهوی^۳ - خسرو شفقی^۴ - مهندس پرویز معروضی^۵ -
علی محمدپور^۶ - محمدرضا منصوریان^۷ - علیرضا عطاردی^۸ - اصغر کرامتی^۹ - علی اکرامی^{۱۰}

چکیده

زمینه و هدف: در پرستاری بهداشت جامعه، شناخت کافی از نیازها و مشکلات مردم اهمیت خاصی دارد. اولین اقدام در فرایند پرستاری در جامعه نیازسنجی و شناخت جامعه تحت پوشش است. این پژوهش به منظور شناخت نیازهای احساس شده جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد انجام شد.

روش بررسی: این تحقیق که نوعی پژوهش کیفی (Qualitative Research) می‌باشد، در سال ۱۳۸۲ انجام شد. ابتدا نمایندگان از اقشار مختلف جامعه تحت پوشش شامل دانش‌آموزان، دانشجویان، روحانیون، اصناف سالمندان، جوانان، بانوان، رابطین بهداشتی، معلمان، سازمانهای غیر دولتی و... به تعداد ۸۶ نفر انتخاب شدند. با دعوت از افراد منتخب در یک جلسه توجیهی، اهداف این پژوهش برای آنان بیان گردید و سپس افراد دعوت شده به پنج گروه جهت برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز (FGD) تقسیم شدند. هر گروه ۱۵ تا ۲۰ نفر عضو داشت و ۲ نفر تسهیل‌گر دانشگاهی نیز در هر گروه مشخص گردید. از تعداد جلسات هر گروه حداقل ۳ جلسه معین بود و در طی این جلسات، اعضا از طریق بارش افکار (Brain Storming) نیازها و مشکلات احساس شده خود را بیان می نمودند و این نیازها توسط دبیر هر جلسه ثبت می گردید.

یافته‌ها: نیازها و مشکلات احساس شده مردم در ده گروه به شرح ذیل مشخص گردید:

- ۱- سبک و شیوه زندگی شامل مشکلاتی از قبیل استفاده کم از میوه و سبزیجات و ...
- ۲- مسائل آموزشی- فرهنگی و مشاوره‌ای شامل پایین بودن سطح اطلاعات بهداشتی جامعه و ...
- ۳- سلامت و خدمات بهداشتی، درمانی مانند مشکلاتی از قبیل گرفتن پول زیرمیزی توسط پزشکان، خوددرمانی

^۱ نویسنده مسؤل؛ کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد
آدرس: گناباد- حاشیه جاده آسیایی- دانشکده علوم پزشکی گناباد
تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۰۲۸-۰۵۳۵-۷۲۲۳۸۱۴-۰۵۳۵ پست الکترونیکی: ali_d elshad2000@yahoo.com
^۲ استادیار پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان
^۳ کارشناس برنامه‌ریزی و ارزشیابی آموزشی دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۴ عضو هیأت علمی گروه علوم پایه دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۵ عضو هیأت علمی گروه علوم پایه دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۶ عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۷ مدیر EDC دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۸ عضو هیأت علمی گروه علوم پایه دانشکده علوم پزشکی گناباد
^۹ کارشناس واحد آمار و خدمات دانشکده علوم پزشکی گناباد
^{۱۰} کارشناس پژوهش دانشکده علوم پزشکی گناباد

و ...

۴- اقتصاد و اشتغال؛ مشکلاتی مانند بیکاری جوانان، عدم ثبات اقتصادی، فقر، سود بالای تسهیلات بانکی و ...
 ۵- مسائل اجتماعی- تفریحی و رفاهی نظیر نبود فرهنگ شادی و نشاط، کم توجهی به امر ورزش و تحرک و ...
 ۶- راهنمایی و رانندگی و حمل و نقل مانند وجود وسایل نقلیه فرسوده، فرهنگ نادرست رانندگی، افزایش تصادفات

۷- امنیت فردی و اجتماعی شامل کاهش مقاومت ساختمانها در برابر زلزله، بی توجهی به مسائل ایمنی، دزدی و ...

۸- دین و اخلاق مانند پایبندی به خرافات، اسراف در مراسم مذهبی، ربا و رشوه خواری، افزایش انحرافات اخلاقی
 ۹- بهداشت محیط شهر و خدمات شهری مانند نگهداری دام در منازل، حاشیه نشینی در شهر و ...
 ۱۰- خانواده شامل افزایش طلاق، فرهنگ مرد سالاری، حاملگی های نا خواسته و ...
نتیجه گیری: مشارکت مردم از یک سو وسیله ای برای توانمندشدن و از سوی دیگر خود مشارکت هدف نهایی برنامه توسعه است.

کلید واژه ها: مدل جامعه به عنوان شریک؛ نیازسنجی؛ گناباد

مجله افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۰؛ شماره ۴؛ سال ۱۳۸۳)

مقدمه

علمی جدید می باشد، بر نیازهای جامعه استوار است؛ به عبارت دیگر نتایج تحقیق باید پاسخگوی نیازهای جامعه باشد و راه حلی برای مشکلات سلامت در جامعه ارائه کند (۴)؛ بر این اساس این پژوهش به منظور شناخت نیازهای احساس شده جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش کیفی در سال ۱۳۸۲ انجام شد. جمعیت تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد در حدود ۳۵۰۰۰ نفر و شامل اقشار مختلفی می باشند. با توجه به اهمیت مشارکت مردم در فرایند نیازسنجی، ابتدا نمایندگان از اقشار مختلف جامعه تحت پوشش شامل دانش آموزان، دانشجویان، روحانیون، اصناف، سالمندان، جوانان، بانوان، رابطین بهداشتی، معلمین، سازمانهای غیر دولتی⁺⁺⁺ و ... به تعداد ۸۶ نفر انتخاب شدند. با دعوت از افراد منتخب در یک جلسه توجیهی، اهداف و دلایل این پژوهش برای آنان توجیه گردید و سپس افراد دعوت شده، جهت برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز^{§§§} (FGD) به پنج

در پرستاری بهداشت جامعه، شناخت کافی از نیازها و مشکلات مردم اهمیت خاصی دارد. نیازهای یک جامعه ممکن است به صورت نیازهای احساس شده (Felt Need) یعنی نیازی که به وسیله افراد جامعه تشخیص داده می شود و یا به صورت نیاز واقعی (Real need) که توسط مطالعه کارشناسانه پرستار بهداشت جامعه مشخص می گردد، باشد (۱). اولین اقدام در فرایند پرستاری در جامعه نیازسنجی و شناخت جامعه تحت پوشش است (۲). بر اساس تعریف WHO از سلامت و این که سلامتی فقط نبود بیماریها نیست بلکه علاوه بر سلامت جسمی، سلامت روحی و اجتماعی را نیز در بر می گیرد، نقش سلامت اجتماعی و یا به عبارتی عوامل اجتماعی مؤثر در سلامت انسان آشکار می گردد؛ به عبارت دیگر تعیین کننده های اجتماعی (Social Determinants) مانند طبقه اجتماعی، کار و بیکاری، انزوای اجتماعی، تنش (Stress)، اعتیاد، غذا، حمایت های اجتماعی و ... نظیر عوامل بیولوژیک ایجاد بیماریها، در سلامت و تندرستی انسان نقش بسیار عظیم و مهمی دارند که نادیده گرفتن آنها به شکلی نگاه تک بعدی به انسان و سلامت اوست (۳)؛ از طرفی تحقیقات مشارکتی جامعه محور (CBPR) که نوعی پژوهش

⁺⁺⁺ None Governmental Organization (NGO)

^{§§§} Focus Group Discussion (FGD)

۱- سلامت و خدمات بهداشتی، درمانی:

- افزایش آمار سزارین و تشویق زنان باردار به سزارین
- کمبود مربی بهداشت در مدارس و استفاده از افراد ناآگاه مانند معلمان سایر دروس
- گرفتن پول زیر میزی توسط پزشکان متخصص
- عدم ارائه آموزش کافی به بیماران توسط داروسازان در مورد مصرف صحیح داروها و عوارض آن
- عدم حضور مداوم پزشک داروساز و مسؤول فنی در بعضی داروخانه‌ها و استفاده از افراد دیگر
- نامناسب بودن رابطه بعضی پزشکان با بیماران و معاینه سطحی و گذرا مانند معاینه دانش‌آموزان و یا کارگران
- واگذار کردن امور مربوط به بیمار به همراهان وی در بیمارستان به علت کمبود نیرو
- کمبود تخصص‌های پزشکی مانند گوش و حلق و بینی، اعصاب، پوست و ...
- نبودن متولی بهداشت و درمان دانش‌آموزان
- بی‌توجهی به بهداشت و سلامت سالمندان و عدم مراقبت از سالمندان
- تجویز اقلام زیاد دارو توسط پزشکان و بی‌توجهی به سایر روش‌های درمانی
- خود درمانی توسط افراد و خانواده‌ها
- تحویل دارو به افراد مراجعه‌کننده به داروخانه بدون نسخه پزشک
- افزایش بیماری‌ها و مشکلات قلبی، عروقی، فشار خون بالا و سکته قلبی
- مشخص نبودن مرجع مشخص جهت پرداخت حق بیمه رانندگان و تغییرات زیاد آن
- کمبود بعضی از داروهای خاص در داروخانه‌ها
- برخورد نامناسب کارکنان بیمارستان با بیماران
- نبودن پزشک و داروخانه در مراکز بهداشتی، درمانی شماره ۲ و ۳
- استفاده کم و نبود متخصص سی‌تی‌اسکن
- گرانی هزینه بستری در بیمارستانها

گروه تقسیم شدند (۵). هر گروه ۱۵ تا ۲۰ نفر عضو داشت و ۲ نفر تسهیل‌گر دانشگاهی نیز در هر گروه مشخص گردید. تعداد جلسات هر گروه حداقل ۳ جلسه بود و در طی جلسات افراد از طریق بارش افکار نیازها و مشکلات احساس شده خود را بیان می‌نمودند و این نیازها توسط دبیر هر جلسه ثبت می‌گردید. پس از تشکیل ۱۵ جلسه، نیازها و مشکلات مشخص شده با حضور نماینده‌ای از هر گروه و تسهیل‌گران دانشگاهی بیان و موارد مشترک حذف شد؛ سپس بر اساس مدل «جامعه به عنوان شریک» آندرسون و مک فارلین (۶) این نیازها که شامل ۲۱۰ مشکل و یا نیاز بود در ده گروه یا سر فصل تقسیم‌بندی و مشکلات مربوط به هر سر فصل و گروه نیز تعیین گردید.

سرفصل‌های دهگانه مشکلات و نیازهای اظهار شده

مردمی:

با توجه به این که تقسیم‌بندی مشکلات در ۵۴ گروه عملاً تعیین مسأله و اولویتهای پژوهشی را دچار مشکل می‌کرد، این مشکلات حداکثر در ده فصل گروه‌بندی و تقسیم شدند؛ بر این اساس ده سر فصل کلی که هر سر فصل شامل تعدادی از سر فصل‌های فرعی که مرتبط با یکدیگر بودند، به شرح زیر مشخص گردید:

۱- سلامت و خدمات بهداشتی، درمانی

۲- مسائل آموزشی، فرهنگی و مشاوره‌ای

۳- سبک و شیوه زندگی

۴- اقتصاد و اشتغال و حقوق شهروندی

۵- مسائل اجتماعی، تفریحی و رفاهی

۶- راهنمایی و رانندگی و حمل و نقل

۷- امنیت و ایمنی فردی و اجتماعی

۸- دین و اخلاق

۹- بهداشت محیط شهر و خدمات شهری

۱۰- خانواده

بر این اساس مشکلات و نیازهایی که در گروهها بیان شده بود، در هر یک از این سر فصلها جای گرفت؛ فهرست مشکلات اظهار شده مربوط به هر سر فصل به شرح زیر گزارش می‌شود:

- افزایش پوسیدگی دندان و گران بودن هزینه دندانپزشکی
- استفاده کم از داروهای گیاهی
- وجود درمانگران سنتی و استفاده از روشهای غیر بهداشتی در درمان سنتی
- ۲- مسائل آموزش فرهنگی و مشاوره‌ای:**
- عدم توجه به آموزش مهارتهای زندگی در مدارس
- نبود فرهنگسرا و اماکن فرهنگی در شهر
- ناآگاهی مردم از حدود وظایف ادارات مختلف
- نبود درمانگاه مشاوره در مورد مسائل روانی، خانوادگی، تغذیه، کاریابی و ...
- ضعف مشاوره در مدارس
- اهمیت ندادن به ورزش و تحرک در مدارس
- نبود محل مناسب برای بازگو کردن مسائل و مشکلات جوانان
- نبود مرکز مشاوره ژنتیک و مسائل مربوط به ازدواج در شهر
- تبعیض بین دانش‌آموزان توسط بعضی آموزگاران
- پایین بودن سطح اطلاعات بهداشتی افراد جامعه
- نبود مراکز اطلاع‌رسانی و کتابخانه‌های مجهز در شهر
- پخش و توزیع نوارهای مبتدل در شهر و دسترسی آسان به آن
- کاهش احترام به آموزگاران و اساتید
- آگاهی کم مردم از اصول و شیوه‌های صحیح زندگی
- نبود برنامه مشخص در مورد نحوه مواجه شدن با فناوری روز از قبیل رایانه، اینترنت و ماهواره و استفاده نادرست از آنها
- عدم وجود کانونها و محلهای مناسب برای گذراندن اوقات فراغت دانشجویان و دانش‌آموزان
- تأثیرات سوء اجتماعی، فرهنگی دانشجویان غیر بومی بر فرهنگ مردم شهر
- استفاده از اساتید کم‌تجربه در دانشگاهها و به کار بردن سلیقه شخصی توسط آنان
- کم اهمیت دادن به آموزش زبان انگلیسی در مدارس و دانشگاهها
- ۳- سبک و شیوه زندگی**
- افزایش گرایش نوجوانان و جوانان به سیگار و مواد مخدر
- نبودن محل خاص برای مشاوره و ترک اعتیاد
- استفاده زیاد از تنقلات مانند پفک و چیپس توسط کودکان
- مصرف زیاد نوشابه‌های گازدار
- پرخوری به عنوان یک عادت غلط
- شستن لباس و ظروف در آبهای جاری قناتها در شهر
- همگانی نبودن ورزش بخصوص پیاده‌روی
- اهمیت ندادن به ورزش و تحرک و کاهش تعداد ورزشکاران
- مصرف زیاد سیگار و وجود انواع سیگار در سطح جامعه
- روی آوردن به غذاهای آماده و بی‌توجهی به غذاهای بومی منطقه
- کشیدن قلیان به عنوان یک کار تفریحی
- نبود فرهنگ استفاده از دوچرخه در بین مردم
- افزایش تنش‌ها و مشکلات روحی و روانی مردم بخصوص جوانان
- اهمیت ندادن به صبحانه در بسیاری از خانواده‌ها
- استفاده نادرست و بیش از اندازه بعضی مواد آرایشی بخصوص در خانمها
- روش پخت نادرست مواد غذایی در بسیاری از خانواده‌ها
- استفاده کمتر از میوه و سبزیجات توسط مردم
- استفاده از روغنهای حیوانی و روغنهای جامد
- استفاده بعضی افراد از آب انبارهای قدیمی
- ۴- اقتصاد، اشتغال و حقوق شهروندی**
- عدم نظارت کافی بر روی قیمتها و متفاوت بودن قیمت در شهر
- زیاد بودن عوارض نوسازی مسکن
- گرانی مسکن و اجاره آن
- پایین بودن سطح درآمد خانواده‌ها

- از رونق افتادن کشاورزی و بی‌توجهی به آن
 نبود بازار مناسب خرید محصول از کشاورزان از قبیل
 زعفران
 - اختلاف طبقاتی از نظر سطح درآمد و سطح زندگی
 - بیکاری زیاد و نبود فرصت‌های شغلی حتی برای افراد
 تحصیلکرده
 - کم آبی منطقه برای کشاورزی
 - مقرون به صرفه نبودن کشاورزی
 - عدم حمایت از کشاورزان
 - پایین بودن حقوق کارگران و طلبه‌ها
 - جذب ناکافی گردشگر در شهر
 - زیاد شدن فقر در جامعه
 - زیاد بودن تعداد دانشجویان و نبودن کار برای آنان بعد از
 تحصیل
 - تسهیلات بانکی با سود زیاد
 - استفاده نادرست از ابزار، وسایل و خودروهای دولتی
 - چند کاره بودن بعضی از افراد و بیکاری جوانان
 - عدم تطابق مدرک و شغل در بعضی از مشاغل
 - عدم رعایت عدالت و نوبت در بانک‌ها
 - عدم ثبات اقتصادی و تورم
 - کسب ثروتهای باد آورده توسط عده‌ای از افراد
 - عدم پاسخگویی صحیح کارکنان ادارات به مردم
- ۵- مسائل اجتماعی، تفریحی و رفاهی**
 - ناتمام گذاشتن برنامه‌ها و طرحهای دولتی و یا تأخیر در
 انجام آنها
 - ضعف مشارکت اجتماعی در امور شهر
 - نبود فرهنگ شادی و نشاط اجتماعی در جامعه
 - ضعف دید انتقادی در عموم مردم نسبت به مشکلات
 - کمبود امکانات و مکانهای تفریحی برای پرشدن اوقات
 فراغت
 - کمبود امکانات و مکانهای ورزشی برای بانوان
 - کمبود ایستگاههای عمومی ورزش صبحگاهی
 - نبود پیست موتورسواران
- کم‌توجهی به مسائل رفاهی جامعه توسط مسئولین
 - نبودن محلی برای ورزش سالمندان
 - کمبود امکانات و باشگاههای ورزشی و یا نامناسب بودن
 این مکانها
 - تراکم حرف و شعار و کم‌توجهی به عملکرد مناسب
 - وجود رابطه در استخدام و انجام کارها در ادارات
 - کاهش اقدام به قوانین و عدم نظارت بر اجرای قوانین
 - نبود سالن شنا در شهر
 - تعطیل شدن سینما و نبود متولی خاص برای راه‌اندازی آن
- ۶- راهنمایی و رانندگی و حمل و نقل**
 - نبود خط‌کشی عابر پیاده و یا نامناسب بودن محل آن
 - استفاده از موتورسیکلت توسط نوجوانان و عدم رعایت
 قوانین
 - عدم کنترل کافی افراد بدون گواهینامه و بخصوص
 موتورسواران
 - وجود وسایل نقلیه دودزا و بی‌توجهی به آنان
 - فرهنگ نادرست رانندگی و کم‌توجهی به قوانین راهنمایی
 و رانندگی
 - زیاد بودن تصادفات و افزایش تلفات ناشی از آن
 - نامناسب بودن جاده‌های بین شهری و دوطرفه بودن آنها
 - تردد موتورسیکلت‌های پر سر و صدا و آلودگی صوتی
 - عدم رعایت مقررات راهنمایی و رانندگی در محلهای دور
 از مرکز شهر
 - زیاد شدن موتورسیکلت‌ها و بوقهای ناهنجار و تک‌چرخ‌زنی
 - شستشوی اتومبیل در محلهای ممنوع و بی‌توجهی به
 تابلوهای ممنوعیت شستشوی اتومبیل
 - بی‌توجهی به حقوق عابرین پیاده از قبیل محل خط‌کشی
 عابرین پیاده و سدّ معبر و پارک ماشینها در پیاده‌رو
 - پر خطر بودن جاده آسیایی و تصادف زیاد در آن به علت
 زندگی در حریم جاده
- ۷- امنیت و ایمنی فردی و اجتماعی**
 - مقاوم نبودن ساختمانها در مقابل زلزله
 - استفاده بسیار کم از وسایل شخصی در آرایشگاهها

- ۹- بهداشت محیط شهر و خدمات شهری
- نامشخص بودن مسیر و ساعت کار تاکسی‌ها در شهر و نداشتن ایستگاههای مشخص
 - عدم هماهنگی اداره‌های آب، برق، مخابرات در حفاری خیابانها
 - افزایش حاشیه‌نشینی شهر و مهاجرت روستائیان به شهر
 - نگهداری دام در منازل
 - وضعیت نامناسب حمام‌های عمومی شهر
 - کثیف‌بودن معابر و پیاده‌روها
 - اهمیت ندادن به فضای سبز و کاشت درختان
 - نامناسب‌بودن پیاده‌روها
 - عریض بودن بعضی از جویها و جداول حاشیه خیابانها
 - ریختن زباله‌ها در جدول کنار خیابان توسط مغازه‌داران و کمبود سطل زباله در حاشیه خیابانها
 - عدم برخورد قانونی با مغازه‌داران متخلف توسط بعضی از بازرسان بهداشت محیط
 - تاریکی معابر در قسمتهایی از شهر
 - عدم بازیافت زباله
 - کم عرض بودن بعضی از خیابانها
 - ریختن میوه و سبزیجات بر روی زمین در سبزی فروشها
 - ریختن زباله در آبهای جاری شهر
 - عدم جمع‌آوری صحیح و بموقع زباله
 - وارد شدن فاضلاب بعضی از منازل به سطح خیابان
 - فروش مواد غذایی تاریخ گذشته در بعضی مغازه‌ها
 - کم بودن تعداد رفتگرها و عدم نظافت معابر
 - تخریب درختان توسط اداره برق
 - مشکل سوخت و کمبود گاز مایع و نفت سفید
 - کیفیت نامطلوب آب آشامیدنی
 - کلرزنی نامناسب آب انبارها
 - فرسوده بودن اتوبوسهای بین شهری
 - غیربهداشتی بودن پایانه مسافری
 - نبودن شبکه فاضلاب در شهر
 - کم‌توجهی به زیباسازی شهر
- ۸- دین و اخلاق
- عدم استفاده از کلاه ایمنی توسط موتورسواران
 - عدم رعایت استانداردهای ساختمان‌سازی و نظارت ناکافی نظام مهندسی
 - بی‌توجهی به مسائل ایمنی توسط موتورسواران و رانندگان
 - افزایش میزان خودکشی
 - افزایش تصادفات و خراب بودن جاده‌ها
 - قدیمی‌بودن بافت شهر و نامناسب بودن آن
 - وجود پدیده دزدی و نظارت ناکافی بر ایمنی منازل
 - عدم وجود آموزشهای کمکهای اولیه بخصوص برای رانندگان وسایل نقلیه
 - بی‌توجهی به استاندارد بودن وسایل مورد استفاده مردم
 - پایبندی به خرافات در جامعه
 - کم توجهی روحانیون به مسائل بهداشتی جامعه
 - اسراف در مراسم حج، کربلا و صرف هزینه زیاد جهت پرده‌نویسی
 - پهن کردن سفره‌های بی‌فایده که نقشی در بهبود اقشار آسیب‌پذیر ندارد.
 - عدم رعایت مسائل بهداشتی در مساجد
 - بی‌توجهی بعضی روحانیون در مورد خواندن صیغه عقد بدون شناخت زوجین از همدیگر و انجام آزمایشهای لازم
 - عدم توجه به مسائل بهداشتی از قبیل کشتار دام و پختن غذاها در هیأت‌های مذهبی
 - کاهش وجدان کاری در بین کارکنان ادارات
 - پاپوش گذاشتن مدیران بر وظایف سازمانی و شانه خالی کردن از زیر بار مسؤولیت‌ها
 - سیاحتی نمودن قبور
 - دروغگویی و تملق زیاد
 - رباخواری و رشوه‌خواری
 - افزایش انحرافات اخلاقی و فحشا
 - عدم شناخت کافی نسل جوان از اسلام واقعی و کمرنگ شدن اعتقادات مذهبی
 - خستگی جوانان از موعظه‌های تکراری و ارضا نشدن آنها

- عدم آشنایی زن و شوهر به وظایف همسررداری
- عدم توجه به تغذیه مناسب خانواده بخصوص کودکان
- وجود مهریه‌های سنگین در ازدواجها
- عدم درک و حل مشکلات جوانان در شهر
- کاهش مهر و محبت و عاطفه در بین خانواده‌ها
- کم‌توجهی به تغذیه کودکان و نوجوانان
- حاملگی‌های ناخواسته به علت ناکافی بودن آموزشها
- ازدواجهای نامناسب
- ازدواج مجدد بعضی از مردان بدون اجازه همسر اول

- سدّ معبر پیاده‌روهای مرکز شهر
- خرابی باجه‌های تلفن عمومی در بیشتر مواقع
- ناکافی بودن وسایل و امکانات تفریحی در پارک‌ها
- عدم جمع‌آوری بموقع نخاله‌های بنایی از معابر
- باقی ماندن فاضلاب منازل در داخل جوی‌ها و بوهای نامطبوع
- ناکافی بودن دستشویی‌های بهداشتی عمومی در شهر
- عدم نظارت کافی بر مواد غذایی مانند ساندویچ فروشی‌ها
- ذبح غیر بهداشتی دام در شهر
- وجود سگ و شغال و سایر حیوانات در داخل شهر و ایجاد مزاحمت

بحث و نتیجه‌گیری

افراد هر جامعه اولین منبع کسب اطلاعات جهت تعیین نیازها و مشکلات آن جامعه می‌باشند (۸،۷). انجام بررسیهای اجتماعی به صورت انتخاب نمایندگان از افراد آن جامعه و کسب اطلاعات لازم در مورد مشکلات و نیازهایشان از مهمترین روشهای نیازسنجی در پرستاری جامعه است که معمولاً به دلیل وقت‌گیر بودن و نیاز به صرف زمان بیشتر، از این روش کمتر استفاده می‌شود. (۹)؛ از طرفی نبودن جایگاه خاص برای پرستار بهداشت جامعه یکی از چالشهای بزرگ کشور ما در جهت جامعه‌نگر شدن مراقبتهای پرستاری است (۱).

هدف از مشارکت مردم در فرایند نیازسنجی توانمند شدن افراد جامعه و یافتن قدرت تجزیه و تحلیل و ارائه راه حل برای مشکلات سلامت خود است.

گذشته از جامعه محور بودن، این نوع تحقیق، مشارکتی نیز هست؛ به این معنی که افراد ذی‌نفع در جامعه به طور فعال در فرایند پژوهش وارد می‌شوند و پژوهش و نیازسنجی «با مردم» و نه «بر روی مردم» انجام می‌شود (۱۰، ۱۱)؛ از طرفی در این روش همه اقشار جامعه در فرایند نیازسنجی مشارکت دارند و در حقیقت عوامل بومی مرتبط با سلامت در هر منطقه شناسایی می‌شوند که از این طریق می‌توان در راه ارتقای سلامت و رسیدن به توسعه پایدار تلاش نمود.

مشارکت مردم از یک سو وسیله‌ای برای توانمندشدن و از سوی دیگر خود مشارکت هدف نهایی برنامه توسعه است (۱۲).

۱۰- خانواده

- آگاهی بسیار کم نوجوانان از مسائل دوره نوجوانی و ناآگاهی والدین در این مورد

- توجه بیشتر به فرزندان پسر و فرهنگ مرد سالاری

- یأس، ناامیدی و سرخوردگی جوانان و بحران هویت در آنان

- آگاهی کم زنان دار از مسائل بهداشتی

- نبودن فرهنگ پزشک خانواده و مراجعه به پزشکان مختلف

- کم توجهی و عدم تمایل جوانان به ازدواج

- افزایش طلاق

- بی‌توجهی و ناآگاهی خانواده‌ها به امر پیشگیری از اعتیاد در فرزندان

- عدم توجه به سن مناسب ازدواج فرزندان

- بی‌توجهی به سالمندان و عدم تکریم و احترام سالمندان

- عدم وجود خانه سالمندان در شهر برای سالمندان بی‌پناه

- فرزند سالاری و عدم کنترل کافی توسط والدین

- کوچه‌نشینی زنان خانه‌دار و جوانان

- عدم توجه به بهداشت روانی توسط خانواده‌ها و جامعه

- افزایش اختلافهای خانوادگی

- عدم آشنایی والدین با مسائل روانشناسی و رفتاری کودکان

منابع:

- ۱- مک موری آنی. پرستاری بهداشت جامعه. ترجمه آمنه انوشه و همکاران. تهران: ارجمند؛ ۱۳۷۵.
- ۲- پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد، گزارش روند پیشرفت پروژه ایجاد پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد، ۱۳۸۳.
- ۳- نیک‌نیاز ع. محیط‌های سالم پشتیبان سلامت و توسعه پایدار. تبریز: ستوده؛ ۱۳۸۲.
- ۴- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت تحقیقات و فناوری. پژوهش مشارکتی مبتنی بر جامعه. تهران: انتشارات معاونت تحقیقات و فناوری؛ ۱۳۸۴.
- ۵- ایل جودی. راهنمای پژوهش‌های کیفی - ترجمه دکتر حسین ملک افصلی. تهران - معاونت پژوهشی ۱۳۷۸.
- 6- Margan DL. Focus Groups as Qualitative Research. Newbury Park Sage publications; 1988.
- ۷- صلصالی مهوش، پرویزی سرور، حاج باقری ادیب. روش‌های تحقیق کیفی. تهران: بشری، ۱۳۸۲.
- ۸- مک نیل پاتریک. روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی. ترجمه محسن ثلاثی. تهران: آگاه؛ ۱۳۷۶.
- ۹- شورای پژوهش حوزه سلامت برای توسعه. پژوهش در ضرورت‌های بهداشت ملی و تعیین اولویت‌ها. ترجمه سپیده باقری‌نژاد، احمد رضا حسینی. تهران: اندیشمند؛ ۱۳۸۲.
- ۱۰- جمشیدی ا، شاهنده خ، سپانلو ص، بحرزاده س. ر. محتوای کارگاه روش تحقیق مشارکتی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۳.
- ۱۱- پایگاه تحقیقات جمعیتی شهر گناباد. گزارش فعالیت‌های مرحله دوم، ۱۳۸۲.
- ۱۲- سازمان بهداشت جهانی. واژه‌نامه ارتقای سلامت. محمد پور اسماعیلی، سمیر ایار. حمیده سرمست (مترجمین). تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۰.