

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

گزارش درس عملی ارزیابی سلامت جامعه

استاد: دکتر عباس آقائی

دانشجویان ترم دوم و چهارم کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی

دانشگاه علوم پزشکی کردستان

شهریور ۱۴۰۰

فهرست مطالب

۴	مقدمه:
۴	معرفی سندج
۶	تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه:
۷	گردآوری داده های اولیه:
۹	گردآوری داده های ثانویه:
۱۰	تحلیل و تفسیر داده های اولیه و ثانویه:
۱۹	دورنمای اجرایی (action plan)
۲۰	روش اجرا:
۲۱	یافته ها:
۲۵	تصاویر
۲۹	منابع

مقدمه:

ارزیابی سلامت جامعه به بررسی اولویت ها و چالش های مسائل مهم بهداشتی جامعه تحت بررسی می پردازد. ارزیابی سلامت جامعه یکی از واحد های درسی رشته اپیدمیولوژی در مقطع کارشناسی ارشد می باشد در این واحد درسی دانشجویان از طریق مصاحبه با مدیران ارشد ادارات مختلف و مردم منطقه مورد مطالعه، به دیدار و گفتگو می پردازند و پس از شناسایی چالش ها و مشکلات منطقه مورد مطالعه از نظر افراد آشنا به آن جامعه پس از تعیین و اولویت بندی مشکلات از طریق هم اندیشی با سایر دانشجویان به بررسی و نتیجه گیری اصولی و علمی می پردازند. مطالعه ای جهت ارزیابی سلامت جامعه در شهریور سال ۱۴۰۰ در شهرستان سنندج که به عنوان مرکز استان کردستان شناخته می شود انجام شد. چالش ها و اولویت هایی شناسایی و اهداف مطالعه مشخص گردیدند. دانشجویان با ورود به عرصه عمل و توزیع چک لیست و بازدید از مناطق مختلف شهر به جمع آوری داده های مورد نیاز جهت اهداف مطالعه پرداختند.

امید است که این زحمات استاد گرامی جناب آقای دکتر عباس آقایی و دانشجویان محمد کریم زاده، مصطفی زارعی، جلال اسدی، الهام نوری، دانا ویسی، پردیس محمد زاده، مریم افرائی بتواند راهگشا و راهنمایی جهت حل مشکلات بهداشتی برای مدیران بهداشتی و سایر ارگان های دولتی برای ارتقای هر چه بهتر بهداشت و سلامت در جامعه سنندج باشد.

معرفی سنندج

سنندج یکی از شهرهای کردستان ایران و بیست و یکمین شهر بزرگ ایران است. سنندج مرکز استان کردستان در غرب ایران است که در ارتفاع ۱۴۵۰ تا ۱۵۳۸ متری از سطح دریا و در منطقه کوهستانی زاگرس واقع شده و آب و هوای سرد و نیمه خشک دارد. این شهر از سمت غرب به کوه آبیدر، از سمت شمال به کوه شیخ معروف و از سمت جنوب به کوه سراج الدین محدود شده است. در جدول زیر اطلاعات شهر سنندج به صورت خلاصه ارائه شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات شهر سنندج

شهرستان سنندج از نظر موقعیت (جغرافیایی، آب و هوا، مردم، زبان، جمعیت، مذهب، فرهنگ و...)	
جغرافیا	سنندج، مرکز استان کردستان با مساحت ۳۶۸۸/۶ هکتار در غرب ایران و در بخش جنوبی استان کردستان قرار دارد.
آب و هوا	آب و هوای شهر سنندج سرد و نیمه خشک و متمایل به مرطوب است. در فصل بهار و تابستان هوای معتدل دارد.
مردم	شهر سنندج مقر طوایفی از اردلان، جاف، مردوخی ها، صادق وزیری، ناهید، کامکارها، کمانگرها، نقشبندی، شیخ الاسلامی، اردلان، وزیری، صادق وزیری، وکیل، تیمون، هاشمی، لله خانی، (قطبی)، مردوخی، میربابان، بابان، سروش، گله داری (گله خانی)، طلائی، بوده است ساکنان سنندج، کرد هستند که به زبان کردی به گویش اردلانی تکلم می کنند. لهجه رایج در استان کردستان لهجه اردلانی (شاخه ای از زبان کردی) نام دارد که در سنندج و شهرهای اطراف رایج است
زبان	زبان مردم سنندج کردی سورانی و با لهجه اردلانی می باشد
جمعیت	جمعیت شهر سنندج در سال ۱۳۳۵ برابر با ۴۰،۶۴۱ نفر با ۷،۹۰۰ خانوار بوده است جمعیت ساکن در روستا: ۸۷،۳۳۱ نفر جمع کل شهرستان: ۵۰۱،۴۰۲ نفر
مذهب	دین مردم سنندج اسلام با مذهب سنی شافعی است. همچنین در سنندج هنوز تعداد اندکی از یهودیان به جا مانده اند. همچنین تعدادی از اردلان های اهل تشیع در این شهر زندگی می کنند و تعدادی مهاجر که اکثریت آن ها از شهرهای بیجار و قروه و موکریان و کرمانشاهان به این شهر آمده اند

فرهنگ

بر اساس اعلام شهرداری سنندج در تاریخ ۹ آبان ۱۳۹۸ این شهر به‌عنوان یکی از شهرهای خلاق بخش موسیقی از سوی یونسکو به ثبت جهانی رسید.

مردم سنندج نیز مانند دیگر مردمان کُرد جشن‌های چهارشنبه سوری و نوروز را به نام یک جشن ملی و باستانی جشن می‌گیرند

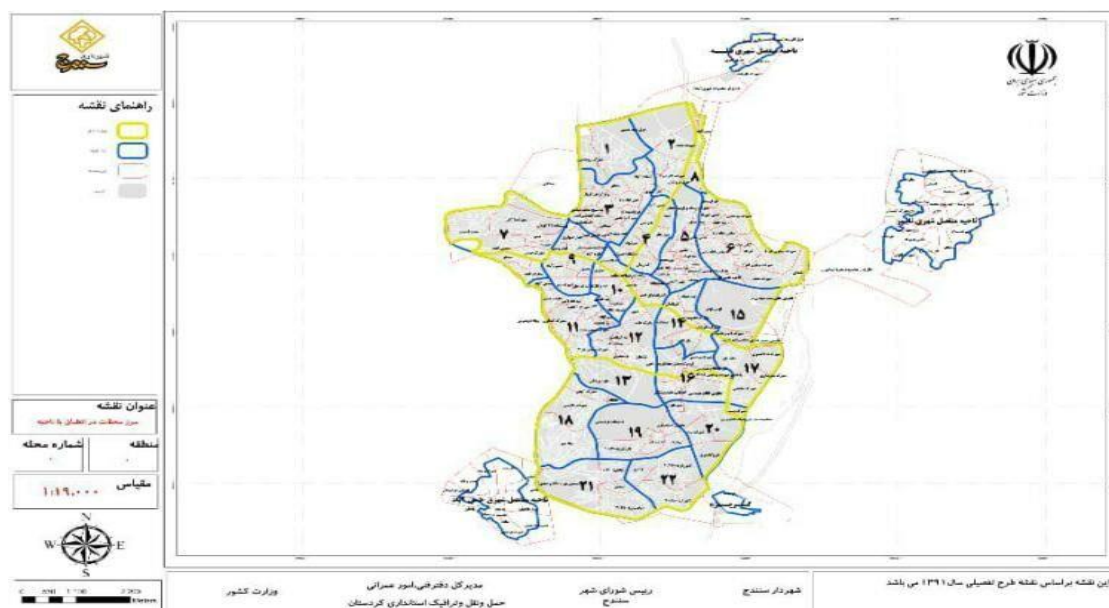
مشهورترین و تاریخی‌ترین بازارهای سنندج عبارت‌اند از بازار تاریخی سنندج و بازار سرتپوله. بازار سنندج در دو طرف خیابان انقلاب قرار گرفته و در سال ۱۰۴۶ ه‍.ق هم‌زمان با مرکزیت شهر سنندج به‌عنوان مرکز حکومت اردلان‌ها ساخته شده‌است. پلان این بازار به صورت مستطیل بزرگی است که در اثر خیابان‌کشی دوران حکومت پهلوی به دو بخش تقسیم شده و بخش شمالی آن بازار سنندجی است و بخش جنوبی آن بازار آصف نام گرفته‌است



تصویر شماره ۲: نقشه استان کردستان



تصویر شماره ۱: نقشه ایران



تصویر شماره ۳ نقاط شهرداری سنندج

تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه :

اولین گام در ارزیابی سلامت جامعه، تشکیل تیم است. در بررسی سلامت جامعه ی شهری سنندج اعضای تیم ارزیابی سلامت جامعه به شرح ذیل بود:

ناظر پروژه:

دکتر عباس آقایی

استادیار اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

اعضای تیم:

محمد کریم زاده، مصطفی زارعی، جلال اسدی ، دانا ویسی، الهام نوری، پردیس محمد زاده و مریم افرائی دانشجویان ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

گردآوری داده های اولیه:

لیست داده های اولیه از سه گروه جمع اوری شدند: ۱- مصاحبه با مدیران و واحد های مختلف معاونت بهداشتی ۲- مصاحبه با مدیران و واحد های مختلف مرکز بهداشت شهرستان سنندج ۳- مصاحبه با عموم مردم . با بررسی مصاحبه های انجام شده لیست چالش های شناسایی شد و در جدول شماره ۱ ذکر گردیده اند.

جدول شماره ۲: لیست چالش های شناسایی شده

ردیف	لیست مشکلات استخراج شده از مصاحبه با مسئولین بهداشتی و مردم
1	حاشیه نشینی
2	ساخت و ساز شهری غیرمجاز
3	تن فروشی
4	تولید مواد مخدر صنعتی
6	تولید و فروش مشروبات الکلی
7	روند نامتعارف رشد ساخت و ساز
8	دفع نامنظم و غیر اصولی زباله
9	کمبود سطل زباله
10	آشغال گردها
11	کمبود فضاهای تفریحی شهری
12	کمبود سرویس بهداشتی در سطح شهر
13	عدم پوشش کامل جمعیت در سامانه سیب
14	همکاری ضعیف مردم با سامانه سیب
15	کمبود مصرف میوه و سبزی
16	کمبود مصرف آبزیان
17	اپیدمی های ناشی از آب و غذا
18	بیماری های مشترک انسان و حیوان (تب مالت، هاری)
19	سطح پایین فعالیت فیزیکی
20	چاقی کودکان
21	چاقی بزرگسالان
22	کمبود ویتامین دی
23	مصرف زیاد نمک، شکر و روغن
24	مصرف کم لبنیات
25	شیوع کم خونی در کودکان زیر ۲ سال
26	شیوع پر فشاری خون
27	سوء تغذیه سالمندان
28	شیوع دیابت
29	کوتاه قدی در کودکان (قد نسبت به سن)
30	کمبود داروهای بیماریهای خاص
31	افت شاخص های مراقبت و بیماریابی
32	کمبود خدمات و تجهیزات آزمایشگاهی
33	ارجاع و تقاضای خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری

تغییرالگوی بیماریابی	34
همکاری ضعیف بخش های درمانی خصوصی و دولتی در گزارش دهی	35
چالش سل	36
مرگ نوزادان زیر ۱۵۰۰ گرم	37
پیر شدن جمعیت	38
شیوع اختلالات روانی	39
ناهنجاریه های ژنتیکی	40
عدم مقبولیت نتیجه برخی از آزمایشگاهها توسط پزشکان	41
نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی	42
کیفیت آب شرب	43
کمیت آب شرب	44
تصفیه خانه و سیستم توزیع	45
شیر تخلیه آب برای تمیز سازی سیستم توزیع آب	46
پوشش ناکافی واکسیناسیون حیوانات اهلی	47
ضعف بهداشت در محیط های بهداشتی و درمانی	48
سگ های ولگرد	49
نفوذ فاضلاب به آب شهری	50
ریختن پساب کودهای کشاورزی به سد	51
ترافیک شهری	52
آلودگی هوا	53
تفکیک زباله	54
چالش آبراهه ها در هنگام بارندگی	55
مقبولیت فرهنگی در پذیرش خدمات بهداشتی	56
ضعف آموزش های مهارت های زندگی و فرزند پروری	57
کمبود نیروی تخصصی بهداشتی	58
کمبود نیروی تخصصی درمانی	59
کمبود سرانه تخت بیمارستانی	60
مشکلات اقتصادی	61
نظارت ناکافی حوزه مربوطه بر کار NGO ها	62
کنترل ناکافی مرزها و تاثیر آنها بر مسائل مرتبط با بیماریها	63
حوادث ترافیکی	64
زیر ساخت حمل و نقل	65
سطح سواد سلامت پایین	66
بیکاری	67
فشار روانی مضاعف بر خانواده های کادر سلامت	68
عدم پوشش ناکافی بیمه طب کار	69
کمبود اعتبار برای تعمیرات و تجهیزات	70
کاهش آستانه تحمل در مراودات اجتماعی و خانوادگی	71
هزینه بالای کلینیک های دولتی	72
خودکشی	73

74	نابرابری پرداخت های اداری در شغل های هم سطح
75	خشکسالی
76	تبعیض قومیتی
77	طلاق
78	اعتیاد
79	باورهای غلط در مورد واکسیناسیون کووید ۱۹
80	حساسیت درک شده پایین نسبت به بیماری کووید ۱۹
81	خسته شدن مردم از شرایط دوران کووید ۱۹
82	پیگیری ناکافی موارد مثبت
83	پوشش ناکافی استفاده از ماسک
84	عدم رعایت فاصله اجتماعی
85	کاهش خدمات بهداشتی در دوران کووید ۱۹
86	کاهش فرانشیز خدمات بهداشتی درمانی
87	کاهش اعتماد عمومی
88	نیاز به واکسیناسیون جامع
89	تفاوت پوشش واکسیناسیون در مرکز استان و سایر شهرستانها
90	اختلالات وسواسی
91	تعطیلی مراکز تفریحی ورزشی و فرهنگی
92	چالش های استفاده از فضای مجازی
93	ابتلا به کووید در افراد واکسینه شده
94	ابتلا مجدد به کرونا
95	رغبت کم مردم برای واکسیناسیون کرونا
96	عوارض واکسن ها

گردآوری داده های ثانویه:

در این مرحله تیم ارزیابی سلامت جامعه آمارهای موجود منطقه از سایر ادارات تهیه نمود.

داده های ثانویه مرکز بهداشت شهرستان:

از آنجایی که یکی از مهمترین منابع داده های ثانویه سلامت، مرکز بهداشت شهرستان بود، ضمن حضور اعضای در مرکز بهداشت، داده های سلامت شهرستان تحویل گرفته شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. در این مرحله تیم ارزیابی جامعه با مقایسه آمارهای سلامت مناطق تحت بررسی با آمارهای موجود در استان اقدام به تعیین مشکلات جامعه نمود.

داده های استخراج شده از مرکز بهداشت شهرستان سنجند شامل:

۱- داده های میرایی ۲- داده های ابتلا ۳- داده های استخراج شده از واحد های مختلف بهداشتی

جدول شماره ۳: شاخص ها

کشور	استان	شاخص
۱/۷	۱/۶	باروری کلی
۰/۶	۰/۷	رشد جمعیت

۵/۹	۴/۲	میزان مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه در هزار تولد زنده
	٪ ۲۱/۵	درصد مرگ کودکان به دلیل سوانح و حوادث
	٪ ۱۷/۷	درصد مرگ کودکان به دلیل ناهنجاری های مادر زادی
	٪ ۵۷/۱۳	شیوع بیماری عفونت موضعی در شیر خوار زیر ۲ ماهه تا ۵ ساله
	٪ ۵۷/۱۲	شیوع بیماری سرفه سرماخوردگی در کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله
	٪ ۲۳	شیوع بیماری اسهال در کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله
	٪ ۹۲/۸	درصد پسخوراند ارجاع مراکز روستایی
۳۳/۶	۴۱/۶	مراقبت پیش از بارداری
۵۹/۴	۷۷	مراقبت دوران بارداری
۵۳/۳	۵۲/۸	مراقبت بعد از دوران بارداری
	۳۵/۸	سزارین
۷۱۹۲۱	۲۴۷۱	تعداد مادران شرکت کننده در کلاس آمادگی زایمان
۹۸/۷	۱۰۰	زایمان توسط فرد دوره دیده
	۱	تعداد مرگ مادر
٪ ۱۰	٪ ۱۰/۴	درصد سالمندی
	٪ ۱۵/۴	شاخص مراقبت پرشک سالمندان
	٪ ۲۹/۲	شاخص مراقبت غیر پرشک سالمندان
	٪ ۴۴/۸	شاخص شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی
	٪ ۱۸/۶	شاخص اضافه وزن در نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال استان
	٪ ۹/۱۳	شاخص چاقی در نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال استان
	٪ ۴۱/۴	شاخص پوشش مراقبت در نوجوانان ۵ تا ۱۸ سال استان
	٪ ۱/۸	شاخص آلودگی به پدیکلوزیس
۵۳/۱	۵۱/۵	تغذیه انحصاری با شیر مادر
۴/۳	۵/۱	کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال
۴/۸	۲/۲	کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال
۴/۳	۸/۳	لاغری در کودکان زیر ۵ سال
۲/۹	۱/۵	اضافه وزن و چاقی در کودکان زیر ۵ سال
۶/۱۱	۷/۶	ابتلا به فشارخون و پیش فشارخون در جوانان
۸/۱۴	۸/۴۱	شاخص مرگ نوزادان زیر ۲۸ روز

تحلیل و تفسیر داده های اولیه و ثانویه:

پس از بدست آوردن اولویتها و چالش ها در پنج گروه داده های اولیه و ثانویه طبق جدول شماره ۴ گروه بندی شدند. پس از گروه بندی داده ها از طریق ایجاد یک چک لیست مطابق جدول شماره ۵ در بین عموم مردم و برخی صاحب نظران دانشگاه به تعداد کافی توزیع و جمع آوری گردیدند. نتایج در بحث گروهی بین استاد ناظر و دانشجویان مورد بحث گروهی قرار گرفتند تا اولویت های اصلی مطابق جدول شماره ۶ تعیین گردند و بر اساس اولویت های اصلی و قابل مداخله بودن آنها در بطن جامعه دو چالش میزان استفاده از ماسک و رعایت فاصله گذاری اجتماعی انتخاب گردیدند.

جدول شماره ۴: گروه بندی چالش ها

چالش ها	حیطه ها
<p>حاشیه نشینی ساخت و ساز شهری غیرمجاز تن فروشی تولید مواد مخدر صنعتی تولید و فروش مشروبات الکلی روند رشد ساخت و ساز دفع زباله کمبود سطل زباله اشغال گردان کمبود فضاهای تفریحی شهری کمبود سرویس بهداشتی عمومی در سطح شهر</p>	<p>حقوق شهروندی و خدمات شهری</p>
<p>عدم پوشش کامل جمعیت در سامانه سبب همکاری ضعیف مردم پرونده الکترونیک کمبود مصرف میوه و سبزی کمبود مصرف آبزیان اپیمی های ناشی از آب و غذا بیماری های مشترک انسان و حیوان (تب مالت، هاری) سطح پایین فعالیت فیزیکی چاقی کودکان چاقی بزرگسالان کمبود ویتامین دی مصرف زیاد نمک، شکر و روغن مصرف کم لبنیات شیوع کم خونی در کودکان زیر ۲ سال شیوع پرفشاری خون سوتغذیه سالمندان شیوع دیابت کوتاه قدی در کودکان (قد نسبت به سن) کمبود داروهای بیماری های خاص افت شاخص های مراقبت و بیماریابی کمبود خدمات و تجهیزات آزمایشگاهی ارجا و تقاضای خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری تغییر الگوی بیماریابی همکاری ضعیف بخش های درمانی خصوصی و دولتی در گزارش دهی چالش سل مرگ نوزادان زیر ۱۵۰۰ گرم پیر شدن جمعیت شیوع اختلالات روانی</p>	<p>بهداشت و سلامت</p>

<p>ناهنجاری های ژنتیکی عدم مقبولیت نتیجه برخی از آزمایشگاهها توسط پزشکان نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی</p>	
<p>کیفیت آب شرب کمیت آب شرب تصفیه خانه و سیستم توزیع شیرتخلیه پوشش ناکافی واکسیناسیون حیوانات اهلی ضعف بهداشت در محیط های بهداشتی، درمانی سگ های ولگرد نفوذ فاضلاب به آب شهری پساب کودهای کشاورزی به سد ترافیک شهری آلودگی هوا تفکیک زباله چالش آبراهه ها در هنگام بارندگی</p>	<p>محیط</p>
<p>مقبولیت فرهنگی در پذیرش خدمات بهداشتی ضعف آموزش های مهارت های زندگی و فرزند پروری</p>	<p>آموزش فرهنگی</p>
<p>کمبود نیروی تخصصی بهداشتی کمبود نیروی تخصصی درمانی کمبود سرانه تخت بیمارستانی مشکلات اقتصادی نظارت ناکافی حوزه هی مربوطه بر کار NGO کنترل ناکافی مرزها و تاثیر آنها بر مسائل مرتبط با بیماری ها حوادث ترافیکی زیرساخت حمل و نقل سطح سواد سلامت پایین بیکاری کمبود نیروی تخصصی بهداشت کمبود نیروی تخصصی درمانی کمبود سرانه ی تخت بیمارستان بیکاری فشار روانی مضاعف بر خانواده های کادر سلامت عدم پوشش ناکافی بیمه طب کار کمبود اعتبار برای تعمیرات و تجهیزات کاهش آستانه تحمل در مراودات اجتماعی و خانوادگی هزینه بالای کلینیکهای دولتی خودکشی نابرابری پرداختهای اداری در شغل های هم سطح خشکسالی تبعیض قومیتی</p>	<p>اجتماعی</p>

طلاق اعتیاد	واکسیناسیون کووید-۱۹
<p>باورهای غلط در مورد واکسیناسیون کووید-۱۹</p> <p>حساسیت درک شده پایین نسبت به بیماری کووید-۱۹</p> <p>خسته شدن مردم از شرایط دوران کووید-۱۹</p> <p>عدم پیگیری موارد مثبت</p> <p>عدم استفاده از ماسک</p> <p>عدم رعایت فاصله اجتماعی</p> <p>کاهش خدمات بهداشتی در دوران کووید-۱۹</p> <p>کاهش فرانشیز خدمات بهداشتی درمانی</p> <p>کاهش اعتماد</p> <p>نیاز به واکسیناسیون جامع</p> <p>تفاوت پوشش واکسیناسیون در مرکز استان با سایر شهرستانها</p> <p>اختلالات وسواسی</p> <p>تعطیلی مراکز تفریحی ورزشی و فرهنگی</p> <p>چالش های استفاده از فضای مجازی</p> <p>ابتلا به کووید در افراد واکسینه شده</p> <p>ابتلا مجدد به کرونا</p> <p>رغبت کم مردم برای واکسیناسیون کرونا</p> <p>عوارض واکسنها</p>	

چک لیست ارائه شده جهت تعیین اولویت ها

چک لیست که در اختیار دارید لیست چالش های استخراج شده شهرستان سنج از دیده پرسنل بهداشت و درمان وعموم مردم است. امتیازدهی این پرسش نامه از ۱ تا ۱۰ می باشد که ۱ کمترین امتیاز و ۱۰ دارای بالاترین امتیاز می باشد. در این پرسش نامه از سه آیتم وسعت و شدت و قابلیت مداخله استفاده شده است که تعریف آن ها به این شرح می باشد.

وسعت: بر اساس این که مسئله چه نسبتی از جامعه را مورد تاثیر قرار داده است.

شدت : بر اساس این که افراد درگیر مسئله تا چه حد تحت تاثیر قرار می گیرند.

قابلیت مداخله : میزان دخالت در چالش و چقدر امکان رفع مشکل وجود دارد؛ یا می توان روی چالش تاثیرگذار بود.

جدول شماره ۵: چک لیست ارائه شده جهت تعیین اولویت ها

موضوع	ردیف	چالش	*وسعت	**شدت	***قابلیت مداخله	جمع
حقوق شهروندی و خدمات شهری	۱	حاشیه نشینی				
	۲	ساخت و ساز شهری غیرمجاز				
	۳	تن فروشی				
	۴	تولید مواد مخدر صنعتی				
	۵	تولید و فروش مشروبات الکلی				
	۶	روند نامتعارف رشد ساخت و ساز				
	۷	دفع نامنظم و غیر اصولی زباله				
	۸	کمبود سطل زباله				
	۹	آشغال گردها				
	۱۰	کمبود فضاهای تفریحی شهری				
	۱۱	کمبود سرویس بهداشتی در سطح شهر				
بهداشت و سلامت	۱	عدم پوشش کامل جمعیت در سامانه سیب				
	۲	همکاری ضعیف مردم با سامانه سیب				
	۳	کمبود مصرف میوه و سبزی				
	۴	کمبود مصرف آبزیان				
	۵	اپیدمی های ناشی از آب و غذا				
	۶	بیماری های مشترک انسان و حیوان (تب مالت، هاری)				
	۷	سطح پایین فعالیت فیزیکی				
	۸	چاقی کودکان				
	۹	چاقی بزرگسالان				
	۱۰	کمبود ویتامین دی				
	۱۱	مصرف زیاد نمک، شکر و روغن				
۱۲	مصرف کم لبنیات					
۱۳	شیوع کم خونی در کودکان زیر ۲ سال					
۱۴	شیوع پر فشاری خون					
۱۵	سوء تغذیه سالمندان					
۱۶	شیوع دیابت					
۱۷	کوتاه قدی در کودکان (قد نسبت به سن)					
۱۸	کمبود داروهای بیماریهای خاص					
۱۹	افت شاخص های مراقبت و بیماریابی					
۲۰	کمبود خدمات و تجهیزات آزمایشگاهی					
۲۱	ارجاع و تقاضای خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری					
۲۲	تغییر الگوی بیماریابی					

			همکاری ضعیف بخش های درمانی خصوصی و دولتی در گزارش دهی	۲۳		
			چالش سل	۲۴		
			مرگ نوزادان زیر ۱۵۰۰ گرم	۲۵		
			پیر شدن جمعیت	۲۶		
			شیوع اختلالات روانی	۲۷		
			ناهنجاریهای ژنتیکی	۲۸		
			عدم مقبولیت نتیجه برخی از آزمایشگاهها توسط پزشکان	۲۹		
			نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی	۳۰		
			کیفیت آب شرب	۱		بهداشت محیط
			کمیت آب شرب	۲		
			تصفیه خانه و سیستم توزیع	۳		
			شیر تخلیه آب برای تمیز سازی سیستم توزیع آب	۴		
			پوشش ناکافی واکسیناسیون حیوانات اهلی	۵		
			ضعف بهداشت در محیط های بهداشتی و درمانی	۶		
			سگ های ولگرد	۷		
			نفوذ فاضلاب به آب شهری	۸		
			ریختن پساب کودهای کشاورزی به سد	۹		
			ترافیک شهری	۱۰		
			آلودگی هوا	۱۱	آموزشی فرهنگی	
			تفکیک زباله	۱۲		
			چالش آبراهه ها در هنگام بارندگی	۱۳		
			مقبولیت فرهنگی در پذیرش خدمات بهداشتی	۱		
			ضعف آموزش های مهارت های زندگی و فرزند پروری	۲		
			کمبود نیروی تخصصی بهداشتی	۱		اجتماعی
			کمبود نیروی تخصصی درمانی	۲		
			کمبود سرانه تخت بیمارستانی	۳		
			مشکلات اقتصادی	۴		
			نظارت ناکافی حوزه مربوطه بر کار NGO ها	۵		
			کنترل ناکافی مرزها و تاثیر آنها بر مسائل مرتبط با بیماریها	۶		
			حوادث ترافیکی	۷		
			زیر ساخت حمل و نقل	۸		
			سطح سواد سلامت پایین	۹		
			بیکاری	۱۰		

				۱۱ فشار روانی مضاعف بر خانواده های کادر سلامت	بیماری کووید ۱۹
				۱۲ عدم پوشش ناکافی بیمه طب کار	
				۱۳ کمبود اعتبار برای تعمیرات و تجهیزات	
				۱۴ کاهش آستانه تحمل در مراودات اجتماعی و خانوادگی	
				۱۵ هزینه بالای کلینیک های دولتی	
				۱۶ خودکشی	
				۱۷ نابرابری پرداخت های اداری در شغل های هم سطح	
				۱۸ خشکسالی	
				۱۹ تبعیض قومیتی	
				۲۰ طلاق	
				۲۱ اعتیاد	
				۱ باورهای غلط در مورد واکسیناسیون کووید ۱۹	
				۲ حساسیت درک شده پایین نسبت به بیماری کووید ۱۹	
				۳ خسته شدن مردم از شرایط دوران کووید ۱۹	
				۴ عدم پیگیری ناکافی موارد مثبت	
				۵ عدم پوشش ناکافی استفاده از ماسک	
				۶ عدم رعایت فاصله اجتماعی	
				۷ کاهش خدمات بهداشتی در دوران کووید ۱۹	
				۸ کاهش فرانشیز خدمات بهداشتی درمانی	
				۹ کاهش اعتماد عمومی	
				۱۰ نیاز به واکسیناسیون جامع	
				۱۱ تفاوت پوشش واکسیناسیون در مرکز استان و سایر شهرستانها	
				۱۲ اختلالات وسواسی	
				۱۳ تعطیلی مراکز تفریحی ورزشی و فرهنگی	
				۱۴ چالش های استفاده از فضای مجازی	
				۱۵ ابتلا به کووید در افراد واکسینه شده	
				۱۶ ابتلا مجدد به کرونا	
				۱۷ رغبت کم مردم برای واکسیناسیون کرونا	
				۱۸ عوارض واکسن ها	

جدول شماره ۶: لیست چالش ها بر اساس امتیاز کسب شده

امتیاز	چالش ها	ردیف
668	نیاز به واکسیناسیون جامع	۱
631	خسته شدن مردم از شرایط دوران کووید ۱۹	۲
608	بیکاری	۳
597	مشکلات اقتصادی	۴
589	شیوع اختلالات روانی	۵
585	تعطیلی مراکز تفریحی ورزشی و فرهنگی	۶
582	نابرابری پرداخت های اداری در شغل های هم سطح	۷
580	کمبود داروهای بیماریهای خاص	۸
575	ضعف آموزش های مهارت های زندگی و فرزند پروری	۹
569	پوشش ناکافی استفاده از ماسک	۱۰
569	کمبود ویتامین دی	۱۱
568	کمبود فضاهای تفریحی شهری	۱۲
563	فشار روانی مضاعف بر خانواده های کادر سلامت	۱۳
561	زیر ساخت حمل و نقل	۱۴
555	عدم رعایت فاصله اجتماعی	۱۵
555	کمبود سرانه تخت بیمارستانی	۱۶
554	کاهش آستانه تحمل در مراودات اجتماعی و خانوادگی	۱۷
552	حوادث ترافیکی	۱۸
551	کیفیت آب شرب	۱۹
550	مصرف زیاد نمک، شکر و روغن	۲۰
549	نفوذ فاضلاب به آب شهری	۲۱
548	کمبود سرویس بهداشتی در سطح شهر	۲۲
546	ترافیک شهری	۲۳
538	آشغال گردها	۲۴
537	ریختن پساب کودهای کشاورزی به سد	۲۵
534	خشکسالی	۲۶
534	سگ های ولگرد	۲۷
533	سطح پایین فعالیت فیزیکی	۲۸
533	کمبود خدمات و تجهیزات آزمایشگاهی	۲۹
530	چالش های استفاده از فضای مجازی	۳۰
529	کاهش اعتماد عمومی	۳۱
527	اعتیاد	۳۲
526	کمبود اعتبار برای تعمیرات و تجهیزات	۳۳
525	سطح سواد سلامت پایین	۳۴
525	شیوع پر فشاری خون	۳۵
525	کمبود مصرف آبزیان	۳۶

524	کمبود سطل زباله	۳۷
523	چاقی بزرگسالان	۳۸
519	کمبود نیروی تخصصی درمانی	۳۹
518	تصفیه خانه و سیستم توزیع	۴۰
518	چالش آبراهه ها در هنگام بارندگی	۴۱
517	حساسیت درک شده پایین نسبت به بیماری کووید ۱۹	۴۲
515	پیر شدن جمعیت	۴۳
514	کاهش فرانشیز خدمات بهداشتی درمانی	۴۴
512	پیگیری ناکافی موارد مثبت	۴۵
512	رغبت کم مردم برای واکسیناسیون کرونا	۴۶
512	ضعف بهداشت در محیط های بهداشتی و درمانی	۴۷
512	کمبود مصرف میوه و سبزی	۴۸
511	هزینه بالای کلینیک های دولتی	۴۹
510	کمبود نیروی تخصصی بهداشتی	۵۰
508	عدم پوشش ناکافی بیمه طب کار	۵۱
507	ارجاع و تقاضای خدمات پارکلینیکی غیر ضروری	۵۲
506	دفع نامنظم و غیر اصولی زباله	۵۳
506	مصرف کم لبنیات	۵۴
505	همکاری ضعیف بخش های درمانی خصوصی و دولتی در گزارش دهی	۵۵
504	آلودگی هوا	۵۶
504	نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی	۵۷
501	باورهای غلط در مورد واکسیناسیون کووید ۱۹	۵۸
501	کمیت آب شرب	۵۹
500	چاقی کودکان	۶۰
500	شیوع دیابت	۶۱
500	طلاق	۶۲
499	خودکشی	۶۳
498	کاهش خدمات بهداشتی در دوران کووید ۱۹	۶۴
492	مقبولیت فرهنگی در پذیرش خدمات بهداشتی	۶۵
490	ابتلا به کووید در افراد واکسینه شده	۶۶
489	کنترل ناکافی مرزها و تاثیر آنها بر مسائل مرتبط با بیماریها	۶۷
485	ساخت و ساز شهری غیرمجاز	۶۸
483	ناهنجاریه های ژنتیکی	۶۹
482	تفکیک زباله	۷۰
477	اختلالات وسواسی	۷۱
471	ابتلا مجدد به کرونا	۷۲
470	تفاوت پوشش واکسیناسیون در مرکز استان و سایر شهرستانها	۷۳

470	حاشیه نشینی	۷۴
468	اپیدمی های ناشی از آب و غذا	۷۵
467	تولید و فروش مشروبات الکلی	۷۶
466	تولید مواد مخدر صنعتی	۷۷
466	روند نامتعارف رشد ساخت و ساز	۷۸
454	تبعیض قومیتی	۷۹
448	افت شاخص های مراقبت و بیماریابی	۸۰
446	نظارت ناکافی حوزه مربوطه بر کار NGO ها	۸۱
432	سوء تغذیه سالمندان	۸۲
432	عدم مقبولیت نتیجه برخی از آزمایشگاهها توسط پزشکان	۸۳
429	همکاری ضعیف مردم با سامانه سبب	۸۴
426	عدم پوشش کامل جمعیت در سامانه سبب	۸۵
424	پوشش ناکافی واکسیناسیون حیوانات اهلی	۸۶
418	تغییر الگوی بیماریابی	۸۷
410	بیماری های مشترک انسان و حیوان (تب مالت، هاری)	۸۸
410	کوتاه قدی در کودکان (قد نسبت به سن)	۸۹
409	شیر تخلیه آب برای تمیز سازی سیستم توزیع آب	۹۰
398	شیوع کم خونی در کودکان زیر ۲ سال	۹۱
394	عوارض واکسن ها	۹۲
386	چالش سل	۹۳
386	مرگ نوزادان زیر ۱۵۰۰ گرم	۹۴
364	تن فروشی	۹۵

دورنمای اجرایی (action plan)

مقدمه:

آذرماه سال ۱۳۹۸، در ووهان چین، کروناویروس جدید به عنوان عامل شیوع بیماری حاد تنفسی که COVID-19 نام گرفت، شناسایی شد. این بیماری علاوه بر تظاهرات بالینی خفیف تا شدید، ممکن است منجر به مرگ نیز شود [1]. ویروس عامل COVID-19 از فردی به فرد دیگر و عمدتاً از طریق قطرات تنفسی تولید شده هنگام سرفه یا عطسه‌ی فرد آلوده، منتقل می‌شود. تا کنون هیچ داروی مؤثری بر روی این ویروس از طرف FDA به تأیید نرسیده است. اما علاوه بر واکسیناسیون، اقدامات پیشگیرانه قوی‌ترین و مؤثرترین سلاحی که جامعه در برابر این ویروس دارد، که نه تنها بر سلامت بلکه بر اقتصاد، سیاست و نظم اجتماعی تأثیر می‌گذارد [۲، ۳].

اقدامات پیشگیرانه، استراتژی فعلی برای محدود کردن شیوع این بیماری است. غربالگری به موقع، تشخیص، ایزوله کردن و درمان برای جلوگیری از شیوع بیش‌تر، لازم است. اقدامات مهم پیشگیری و کنترل COVID-19 در جامعه شامل استفاده‌ی مداوم و صحیح از ماسک، به ویژه زمانی که در خانه فرد مبتلا به کووید-۱۹ و یا فرد در معرض مواجهه‌ی مشخص و یا محتمل با ویروس کووید-۱۹ وجود داشته باشد، حفظ فاصله مناسب جهت جلوگیری از انتقال فرد به فرد، پرهیز از حضور در مکان‌های دارای ازدحام، افزایش تهویه هوای اتاق، افزایش بهداشت دست‌ها (ضدعفونی کردن و شستشوی دست)، استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی، محدودیت بازگشایی، به تعویق انداختن مسافرت و عدم شرکت در دورهمی‌ها، هستند [۴، ۵].

طی مطالعه که در سال ۲۰۲۰ توسط رحیمی و همکاران در استان خوزستان انجام شده که شامل ۱۰۴۴۰ نفر شرکت کننده بود شیوع کلی استفاده از ماسک ۴۵٫۶٪ برآورد شده است. مشخص شد که با افزایش سن، میزان استفاده از ماسک افزایش پیدا می کند و هم چنین میزان استفاده ماسک در زنان بیشتر از مردان می باشد (۶۰٪/۲) در برابر (۳۸٫۷٪). از دیگر نتایج این مطالعه می توان به نوع ماسک استفاده شده توسط مردم که ۶۳٫۸٪ از ماسک جراحی پزشکی استفاده کردند و استفاده از ماسک در طول صبح نسبت به بعد از ظهر (۴۹٫۴٪ در برابر ۴۳٫۹٪) بیشتر بوده است و هم چنین میزان استفاده زنان از دستکش و شیلد نسبت به مردان بسیار بیشتر بوده است؛ اشاره کرد [۶] هم چنین در مطالعه ای که به بررسی فاصله گذاری اجتماعی در سال ۲۰۲۰ در کشور ژاپن پرداخته است مشخص گردید که ۲۹٫۶٪ همیشه و ۶۷٫۴٪ گاهی اوقات فاصله گذاری اجتماعی را رعایت می کرده اند [7] مطالعه ای که در سال ۲۰۲۰ انجام شد به برخی از نگرانی های مهم در مورد درک همه گیری COVID-19 در بین جوامع اشاره کرده است. نقش رسانه ها، پزشکان، دولت ها و سازمان های غیردولتی در ایجاد آگاهی در مورد جنبه های مختلف گسترش، پیشگیری، درمان بیماری از طریق برنامه های متفاوت از جمله برای تسهیل اعتماد به نفس مردم در محافظت از خود، مهم است [۸]

با توجه به این مسئله که رعایت اقدامات پیشگیرانه در خصوص این بیماری در شهر سنندج تا کنون بررسی نشده است و نیاز به اطلاع از میزان پیروی از آن ها جهت برنامه ریزی در حوزه سلامت احساس می شود، این طرح با هدف تعیین میزان رعایت اقدامات پیشگیرانه را در پاندمی COVID-19 در شهر سنندج از طریق پیمایش می تواند انجام شود

روش اجرا:

در این مطالعه بعد از تشکیل تیم ارزیابی سلامت جامعه مباحث تئوری در چند جلسه برگزار شد و وظایف و کارهای اجرایی توسط استاد درس به دانشجویان واگذار گردید. زمان لازم برای اجرای برنامه های ارزیابی سلامت جامعه ۱۴ روز در نظر گرفته شد. دانشجویان به همراه استاد درس برای جمع آوری داده های اولیه و داده های ثانویه منطبق بر اهداف ابتدا به معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان واقع در خیابان صفری و همچنین مرکز بهداشت شهرستان سنندج واقع در چهار راه چهار باغ اعزام شدند. بعد از گردآوری داده های اولیه و داده های ثانویه از پرسنل هر دو مرکز، جهت استخراج اولویت ها و مشکلات سلامت جلسه ای با حضور تمامی اعضای تیم سلامت در دانشکده تشکیل گردید. در این جلسه مشکلات و چالش ها علاوه بر حیطه بندی به صورت چک لیست ای معین حاضر شد. به ۳۰ نفر از صاحب نظران و افراد ساکن سنندج دانشکده پزشکی به صورت تصادفی چک لیست ها توزیع گردید و در نهایت ۲۶ چک لیست جهت استخراج اطلاعات به طور کامل تکمیل گردید. در این چک لیست هر اولویت بر اساس وسعت، شدت و میزان مداخله از نمره ۱-۱۰ امتیاز بندی شده بود و در نهایت هر اولویت امتیاز معینی میگرفت. برای ورود داده ها به استاتا مجموع امتیاز های نهایی در نظر گرفته شد. و در نهایت بعد از روی هم ریختن امتیازات اولویت ها به ترتیب بیشترین فراوانی استخراج گردید. بیست اولویت اول در جلسه ی بحث و بارش فکر توسط تیم بررسی گردید و در نهایت اولویت عدم استفاده از ماسک و عدم رعایت فاصله گذاری اجتماعی برای بررسی در شهر سنندج توسط تیم انتخاب شد. جهت بررسی این اولویت از روش های مختلفی استفاده شد. روش اول: شمارش افراد در زمان معین و مکان مشخص توسط یک نفر و همزمان شمارش افراد ماسک زده در همان شرایط زمانی و مکانی. روش دوم: گرفتن عکس از جمعیت در فاصله زمانی و مکانی معین و سپس شمارش تعداد افراد و شمارش افراد ماسک زده بود. همچنین با توجه به اهداف و سوالات چک لیستی طراحی شد که علاوه بر اطلاعات دموگرافیک شامل (جنسیت، سن به سال، وضعیت اشتغال، محل سکونت (شهرک یا خیابان) میزان تحصیلات)، سوالاتی در خصوص بیماری کووید ۱۹، وضعیت تزریق واکسن، رعایت پروتکل بهداشتی و ... نیز در آن استفاده شد و برای تکمیل و جمع آوری چک لیست به نایس و مرکز شهر مراجعه شد. تعداد ۴۴۵ چک لیست از مناطق فوق الذکر تکمیل و جمع آوری شد. پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات وارد نرم افزار استاتا شدند و گزارشی از نتایج تحلیل به صورت جداول و متن ارائه گردید

یافته ها:

پس از محاسبه درصد فراوانی برای استفاده از ماسک و رعایت فاصله گذاری اجتماعی در داده های حاصل از تصاویر مشخص گردید بیشترین فراوانی استفاده از ماسک مربوط به بانک ها و کمترین آن ها مربوط به خیابان ۱۷ شهریور (۲۵) می باشد، و برای فاصله اجتماعی بیشترین و کمترین میزان رعایت به ترتیب بانک ها و تاکسی های میدان اقبال می باشد.

فراوانی استفاده از ماسک در بانک ها 83.72% و در سایر مناطق شهر 46.6% محاسبه شد، که اختلاف قابل توجهی را نشان داد.

فراوانی رعایت فاصله اجتماعی در بانک ها 30% و در سایر مناطق شهر 11.7% محاسبه گردید که اختلاف قابل توجهی را نشان داد.

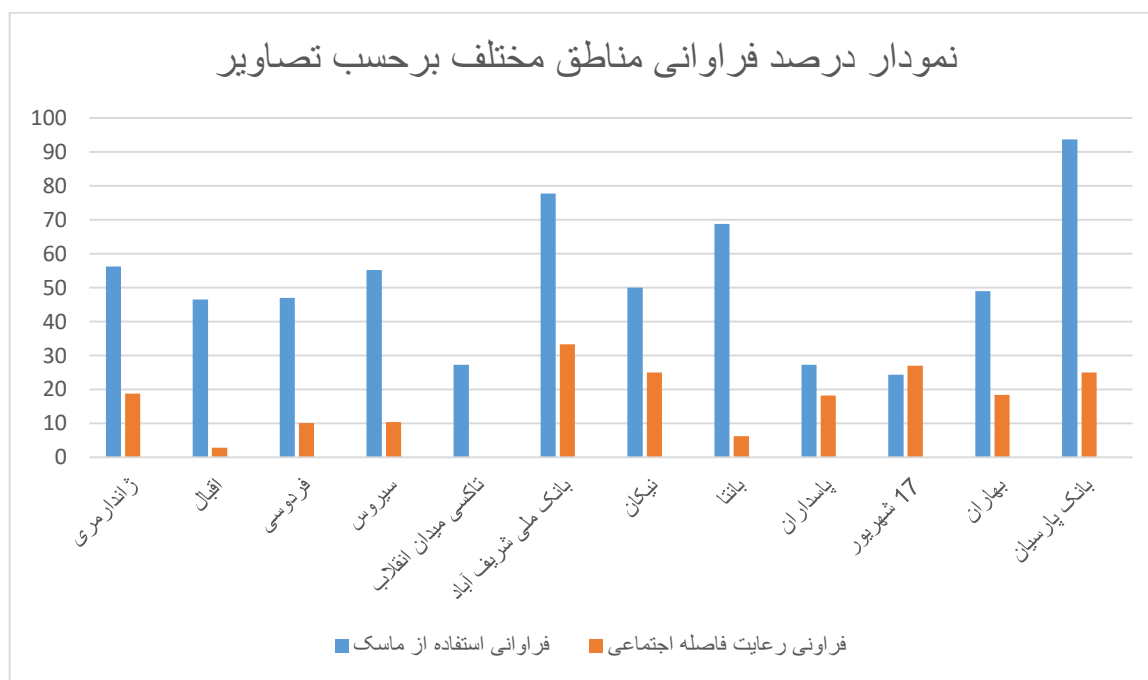
جدول شماره ۷ داده های حاصل از تصاویر در معابر سطح شهر

مکان	زمان	جمعیت موجود در هر عکس	تعداد افراد دارای ماسک	تعداد افراد با فاصله اجتماعی
ژاندارمری	19	16	9	3
اقبال	19:11	71	33	2
فردوسی	19:30	268	126	27
سیروس	20	58	32	6
تاکسی میدان انقلاب	20:15	22	6	-
بانک ملی شریف آباد	12	27	21	9
نیکان	18	8	4	2
بانقا	18:31	16	11	1
پاسداران	18:41	22	6	4
۱۷ شهریور	19:30	37	9	10
بهاران	20	49	24	9
بانک پارسیان	12:15	16	15	4

جدول شماره ۸: درصد فراوانی های استخراج شده

مکان	ژاندارمری	اقبال	فردوسی	سیروس	تاکسی میدان انقلاب	بانک ملی شریف آباد	نیک آن	بانانتا	پاسداران	۱۷ شهریور	بهاران	بانک پارسبان	درصد فراوانی استفاده از ماسک
درصد فراوانی استفاده از ماسک	56.25 %	46.47 %	47%	55%	27.27%	77.77%	50%	68.75%	27.277%	24.32%	48.97%	93.75%	
درصد فراوانی رعایت فاصله اجتماعی	18.75 %	2.81%	10%	10.34%	0	33.33%	25%	6.25%	18.18%	27%	18.36%	25%	

نمودار شماره ۱: درصد فراوانی مناطق مختلف بر حسب تصاویر



پس از محاسبه درصد فراوانی برای استفاده از ماسک در داده های حاصل از شمارش مشخص گردید بیشترین فراوانی استفاده از ماسک مربوط به بانک ها و کمترین آن ها مربوط به خیابان ۱۷ شهریور (۲۵) می باشد.

فراوانی استفاده از ماسک در بانک ها 78.94% و در سایر مناطق شهر 52.8% محاسبه شد، که اختلاف قابل توجهی را نشان داد.

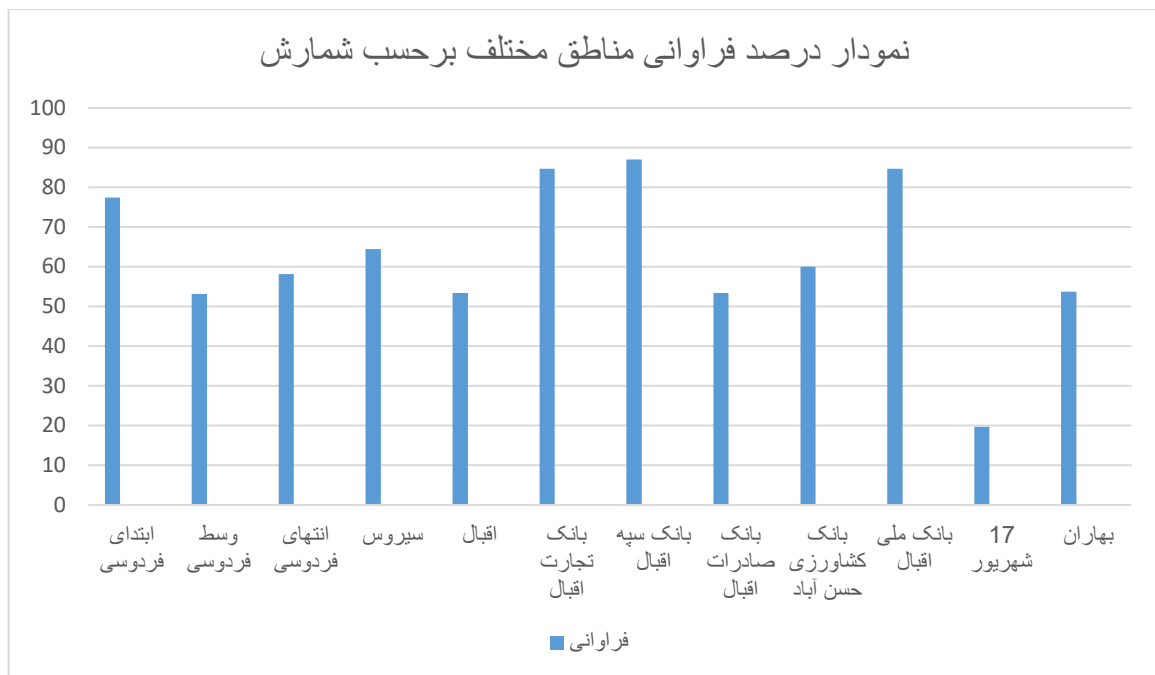
جدول شماره ۹: داده های حاصل از شمارش در معابر سطح شهر

مکان	زمان	دوره زمانی (دقیقه)	جمعیت شمارش شده	تعداد افراد ماسک	دارای
ابتدای فردوسی	19:30	1	53	41	
وسط فردوسی	19:40	5	461	245	
انتهای فردوسی	20	5	461	268	
سیروس	20:15	5	194	125	
اقبال	20:40	5	238	127	
بانک تجارت اقبال	12:30	5	26	22	
بانک سپه اقبال	12:40	5	23	20	
بانک صادرات اقبال	12:50	5	15	8	
بانک کشاورزی حسن آباد	13	5	5	3	
بانک ملی اقبال	10:13	5	26	22	
۱۷ شهریور	30:19	5	153	30	
بهاران	20:50	5	164	88	

جدول شماره ۱۰: درصد فراوانی محاسبه شده

مکان	ابتدای فردوسی	وسط فردوسی	انتهای فردوسی	سیروس	اقبال	بانک تجارت اقبال	بانک سپه اقبال	بانک صادرات اقبال	بانک کشاورزی حسن آباد	بانک ملی اقبال	۱۷ شهریور	بهاران
درصد فراوانی استفاده از ماسک	77.35 %	53.14 %	58.13 %	64.43	53.36	84.61	86.95	53.33	60	84.61%	19.6%	53.65%

نمودار شماره ۲: درصد فراوانی مناطق مختلف بر حسب شمارش











- Eastin, C. and T. Eastin, *Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China: Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. N Engl J Med. 2020 Feb 28 [Online ahead of print. The Journal of Emergency Medicine, 2020. 58(4): p. 711.* .١
- Mahanta, S., et al., *Potential anti-viral activity of approved repurposed drug against main protease of SARS-CoV-2: an in silico based approach. J Biomol Struct Dyn, 2021. 39(10): p. 3802-3811.* .٢
- Wei, W.E., et al., *Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2—Singapore, January 23–March 16, 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2020. 69(14): p. 411.* .٣
- GÜNER, H.R., İ. HASANOĞLU, and F. AKTAŞ, *COVID-19: Prevention and control measures in community. Turkish Journal of medical sciences, 2020. 50(SI-1): p. 571-577.* .٤
- A., Rose DA, et al. Summary of Guidance for Public Health Strategies to Address High Levels of Community Transmission of SARS-CoV-2 and Related Deaths, December 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69:1860-1867. DOI. .٥
- Rahimi, Z., et al., *Mask use among pedestrians during the Covid-19 pandemic in Southwest Iran: an observational study on 10,440 people. BMC Public Health, 2021. 21(1): p. 133.* .٦
- Machida, M., et al., *Adoption of personal protective measures by ordinary citizens during the COVID-19 outbreak in Japan. Int J Infect Dis, 2020. 94: p. 139-144.* .٧
- Kaushik, M., D. Agarwal, and A.K. Gupta, *Cross-sectional study on the role of public awareness in preventing the spread of COVID-19 outbreak in India. Postgraduate Medical Journal, 2020.* .٨