

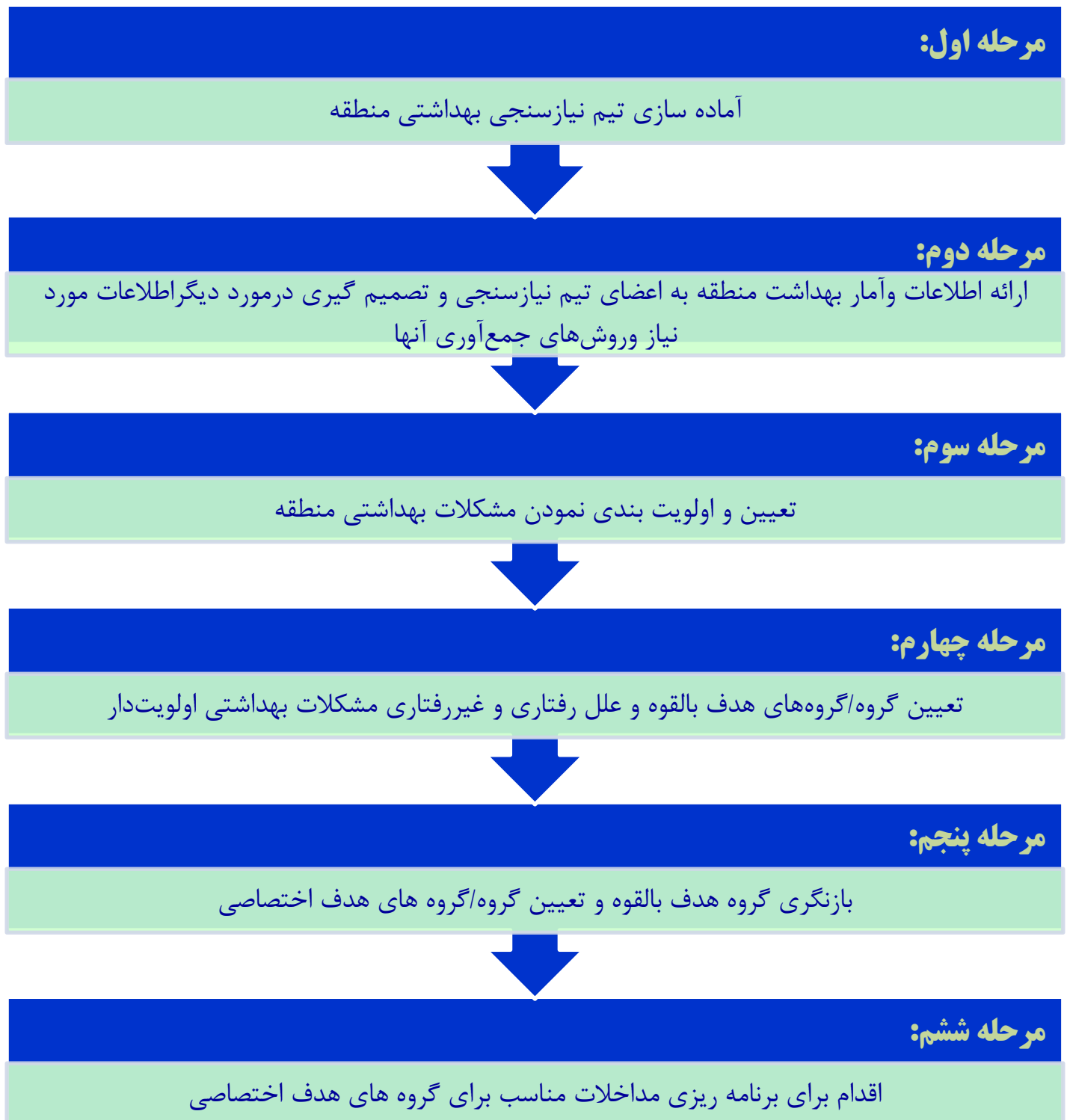
نیازسنجی سلامت

نیازسنجی سلامت نخستین مرحله اجرای مداخلات ارتقای سلامت و روشی برای کاربرد اطلاعات جهت طراحی مراقبت سلامت و برنامه های آتی بهداشت عمومی است.

تفاوت شرایط موجود در زمینه سلامتی با شرایط مطلوبی که به دنبال اجرای مداخله موثر ایجاد می شود، "نیاز سلامت" را مطرح می کند. نیاز صرفاً به معنای تقاضای مردم نیست. نیاز هنجارمند یا واقعی سلامت توسط متخصصان سلامت و بر اساس استانداردهای تخصصی مشخص می گردد و نیاز سلامت محسوس توسط مردم معین می گردد. در شرایطی که نیاز ابراز گردد، نیاز بیان شده مطرح می شود. نیاز مقایسه ای نیز از مقایسه نیاز سلامت در زمان و یا مکان مختلف حاصل میگردد. شناسایی نیازهای سلامت و انجام مداخلات متناسب با آن می تواند منجر به بهبود سلامت جامعه شود.

"نیازسنجی سلامت" شامل جمع آوری منظم اطلاعات برای کارکنان و تیم سلامت و سیاست گذاران می باشد تا آنها قادر به شناسایی، تحلیل، اولویت بندی و تعیین نیازهای سلامت افراد، خانواده و جمعیت گردند. در فرایند نیازسنجی جامعه، وضعیت فعلی سلامت افراد، عوامل خطر مهم از لحاظ بهداشت و علل بیماریها شناسایی شده و فعالیت های لازم برای این کار تعیین می گردد. نیازسنجی روندی دائمی بوده و پیوسته در مراحل بعد ارتقا می یابد.

مراحل نیازسنجی:



✓ مرحله اول: آماده سازی تیم نیازسنجی مشکلات بهداشتی

کلیه برنامه های ارتقاء سلامت باید بر پایه مشارکت گسترده افراد جامعه و از طریق کارگروهی طراحی و اجرا شوند. افرادی از جامعه که تحت تاثیر مشکل بهداشتی قرار می گیرند می توانند در حل مشکل نیز اثر مثبت و یا منفی داشته باشند. لذا در برنامه ریزی نیازسنجی مشکلات بهداشتی نیز طراحی کارگروهی با حضور افراد علاقه مند به مسائل بهداشتی اولین مرحله می باشد. کارگروهی می تواند با به اشتراک گذاری تجارب و پرداختن به دغدغه های جامعه به حل مسائل بهداشتی کمک کند. با این دیدگاه برای نیازسنجی مشکلات بهداشتی تیم های نیازسنجی پیش بینی شده است که دارای رئیس و دبیر بوده و به همراه سایر اعضا آن که در سطوح مختلف انتخاب می شوند.

گام های اجرایی مرحله اول

- (۱) رئیس تیم نیازسنجی با همکاری دبیر تیم اقدام به شناسایی افرادی که می بایست طبق دستورالعمل در ترکیب تیم نیازسنجی حضور داشته باشند، می نماید.
- (۲) رئیس تیم نیازسنجی برای هریک از اعضا پیش بینی شده بلاغ عضویت در تیم نیازسنجی را صادر می نماید.
- (۳) دبیر تیم نیازسنجی با هماهنگی رئیس تیم نسبت به تهیه ملزومات و برنامه ریزی جلسات تیم اقدام و به کلیه اعضا با ارسال دعوت نامه جهت شرکت در جلسات اطلاع رسانی می کند.
- (۴) رئیس تیم نیازسنجی پیش از تشکیل اولین جلسه مطالب آموزشی تدوین شده مورد نیاز جهت افزایش آگاهی و مهارتهای لازم در اعضا تیم به منظور استخراج علمی و همه جانبه مشکلات بهداشتی منطقه توسط ایشان را فراهم می نماید.
- (۵) در اولین جلسه تیم نیازسنجی، رئیس تیم نیازسنجی با استفاده از مطالب علمی تدوین شده اقدام به توانمندسازی کلیه اعضا جهت کسب آگاهی و مهارتهای لازم در نیازسنجی مشکلات بهداشتی می نماید.

✓ مرحله دوم : ارائه اطلاعات و آمار سلامت منطقه به اعضاء تیم نیازسنجی و تصمیم‌گیری درمورد

دیگر اطلاعات مورد نیاز و روش‌های جمع آوری

هر نیازسنجی نیازمند اطلاعات متعدد است تا بتواند به سوالات گوناگون پاسخ دهد. پس از تشکیل تیم نیازسنجی تعیین دانسته‌های کنونی در مورد مشکلات بهداشتی جامعه می‌تواند در مشخص نمودن اطلاعات تکمیلی که می‌بایست جمع آوری گردد تا به مشکلات اساسی‌تر پرداخته شود از اهمیت به سزائی برخوردار است. بدیهی است آگاهی اعضاء تیم نیازسنجی از این دانسته‌ها می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری دقیق‌تر در خصوص اطلاعات تکمیلی مورد نیاز و روش‌های جمع‌آوری آنها جهت نیازسنجی موثرتر شود.

اطلاعات لازم جهت شناسایی مشکلات سلامت در یک جمعیت از منابع متعدد از قبیل داده‌های اپیدمیولوژیک، شاخصهای اجتماعی و محیطی و دیدگاههای تخصصی و غیرتخصصی کسب می‌شود. در هر سطح نظام ارایه خدمات سلامت، لازم است از روش خاص جمع آوری اطلاعات برای آن سطح استفاده نمود که منجر به شناسایی مشکلات و نیازهای واقعی سلامت افراد و جامعه می‌شود.

- در سطوح ابتدایی مانند خانه بهداشت کاربرد روش مشاهده محیط منطقه، بررسی فرم‌های اولیه خانه بهداشت، مصاحبه ساده و نظرخواهی از مردم به دلیل سادگی و ارزان بودن و....
- در سطح مرکز بهداشت شهرستان، بررسی آمار ارسالی از مراکز بهداشتی و همچنین نتایج ارزشیابی از حوزه تحت پوشش مرکز شهرستان و...
- در سطح حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه، تحلیل شاخص‌های ارسالی به معاونت و همچنین کاربرد تجارب متخصصان بهداشت عمومی و اپیدمیولوژی و...

اگر از نظرات و تجربیات عموم افراد علاوه بر صاحب‌نظران استفاده شود، نیازسنجی سلامت منجر به نتایج مطلوب می‌شود.

این دانسته‌ها در قالب موارد ذیل می‌توانند بیان شوند:

- شاخصه‌های جمعیتی (تعداد جمعیت، ترکیب سنی - جنسی و قومی جامعه، تعداد تولد و مرگ و ازدواج و طلاق و مهاجرت و...)
- ساختارها و سازمان‌های اجتماعی که در بحث بهداشت و سلامت دخیل اند و در منطقه مستقر هستند.
- ظرفیت‌های جامعه از جهت کارهای گروهی انجام شده در آن جامعه جهت حل مشکلات
- محیط فیزیکی (آب، هوا، مسکن، حمل و نقل، عوامل فیزیکی محیط موثر بر بهداشت و سلامت مانند وضعیت دفع فاضلاب، زباله، فضولات حیوانی، آب‌های راکد و جاری، محل‌های نگهداری دام و...)
- محیط اجتماعی (سطح سواد و رفاه اجتماعی)
- وضعیت اقتصادی (منبع درآمد، سطح درآمد، دسترسی به غذا و اشتغال و...)
- مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی
- پوشش خدمات بهداشتی مانند آب آشامیدنی سالم، تنظیم خانواده، واکسیناسیون، آموزش بهداشت، رابطین سلامت، مراقبت بیمارها و ...

- منابع مالی ، تجهیزاتی و پرسنلی در دسترس جهت حل مشکلات بهداشتی

پس از تعیین و ارائه اطلاعات کنونی در خصوص منطقه و وضعیت بهداشتی آن، نوع و روش جمع آوری اطلاعات تکمیلی جهت تعیین مشکلات بهداشتی توسط تیم نیازسنجی شفاف تر می‌شود. جمع آوری این اطلاعات با استفاده از روش‌های گوناگون امکان پذیر است که بطور خلاصه عبارتند از:

- بررسی نظرات عموم مردم جامعه
- مصاحبه با افراد کلیدی جامعه
- بررسی نظرات کارشناسان
- مشاهده مستقیم محیطی
- بررسی گزارشات فنی در مورد وضع موجود مانند آمارها و شاخص ها و یا گزارشات بازدیدهای صورت گرفته
- بررسی ارزیابی های قبلی صورت گرفته و نتایج مداخلات صورت گرفته در گذشته و یا در حال اجرا
- بحث های گروهی متمرکز
- بررسی طغیان های رخ داده بیماری ها
- انجام پژوهش های کوچک و سریع

در تصمیم گیری تیم نیازسنجی در خصوص روش های جمع آوری اطلاعات نکات ذیل باید مدنظر قرار گیرد:

- هر تیم نیازسنجی بسته به سطح مسوولیت و پاسخگوئی خود می بایست روشهای جمع آوری اطلاعات را مشخص کند.
- معمولا منابع و روش های متعدد برای فراهم کردن انواع گوناگون اطلاعات نیاز است.
- امکان پذیر بودن استفاده از روش ها خصوصا از نظر هزینه و زمان مورد نیاز جهت این امر می بایست مد نظر قرار دهند.
- میزان مداخله ای که تیم نیازسنجی و حتی مردم و مسوولین منطقه در حل اولویتهای بدست آمده خواهند کرد را (که بطور مستقیم توسط سطح تیم نیازسنجی در نظام سلامت معین می شود) تعیین و روشهای جمع آوری اطلاعات را با میزان مداخله امکان پذیر توسط مردم و مسوولین همخوان کنید.

گام های اجرایی مرحله دوم

- (۱) رئیس تیم نیازسنجی با همکاری مجموعه تحت نظر خود نسبت به جمع آوری اطلاعات کنونی در مورد اطلاعات بهداشتی و سلامتی جامعه و هر آنچه که بر سلامت موثر هستند پیش از اولین جلسه اقدام می نماید.
- (۲) رئیس تیم نیازسنجی اطلاعات اولیه تهیه شده را در اولین جلسه تیم نیازسنجی در اختیار سایر اعضا تیم قرار می دهد.
- (۳) ضمن بیان اطلاعات تکمیلی جهت نیازسنجی مشکلات بهداشتی ، روشهای جمع آوری اطلاعات نیز به اعضا تیم یادآوری و با توجه به نوع اطلاعات تکمیلی مورد نیاز (بطور مثال نظرات مردم و مسوولین یا اطلاعات محیط فیزیکی برخی مناطق و یا نیازهای ابراز نشده مردم) و توجه به برخی نکات اساسی نسبت به تقسیم وظایف و روشهای جمع آوری اطلاعات تصمیم گیری نهائی می شود.
- (۴) دبیر تیم نیازسنجی به هریک از اعضا تیم یک نسخه از کاربرگ ۱ را ارائه می نماید تا نیازهای استخراج شده توسط هر فرد در آن ثبت شود. همچنین در خصوص نحوه تکمیل کاربرگ توضیحات لازم داده می شود.

✓ مرحله سوم : تعیین و اولویت بندی نمودن مشکلات بهداشتی منطقه

با تشکیل تیم نیازسنجی و توانمندسازی آنها از جهت کسب آگاهی و مهارت‌های لازم جهت نیازسنجی صحیح و دریافت اطلاعات موجود از منطقه و وضعیت بهداشتی آن؛ هر یک از اعضاء نسبت به جمع آوری اطلاعات تکمیلی مورد نیاز با بهره گیری از روشهای تعیین شده در جلسه اول تیم نیازسنجی اقدام می نمایند. جمع آوری اطلاعات می بایست هدفمند بوده و منجر به تعیین نیازهای بهداشتی منطقه گردد. جهت جمع آوری اطلاعات و تبدیل آنها به نیازهای بهداشتی برنامه ریزی لازم است تا اطلاعات بطور سیستماتیک جمع آوری و نیازها از این اطلاعات بدست آیند. لذا توصیه می شود هر یک از اعضاء پیشاپیش نسبت به تعیین افراد، گروه ها، مناطق و مدارک و گزارشاتی که قصد دارد از آنها به عنوان منابع و روش جمع آوری اطلاعات استفاده نماید (با در نظر گرفتن زمان مراجعه به آنها) تصمیم گیری و آن را در برنامه کاری روزانه خود لحاظ کند. توصیه میشود در این راه سوال نهائی که "چه مشکلات بهداشتی وجود دارد که جامعه و افراد اجتماع با آن درگیر هستند و می تواند تندرستی آنها را تحت تاثیر قرار داده باشد یا قرار دهد؟" همواره مد نظر قرار گیرد و چراغ راه تعیین نیازها باشد.

باید یادآور شود نیازسنجی صرفاً تعیین نیازها نیست چرا که همواره محدودیت‌های منابع از جمله منابع مالی، پرسنلی و مهمتر از همه زمان مانع از پرداختن به کلیه نیازها و حل موثر آنها بطور همزمان می شود. لذا بهترین اقدام جهت مقابله با این محدودیت‌ها اولویت بندی کردن نیازهاست. برای این امر لازم است معیارهائی تعیین شود تا با کمک آنها بتوان مشکلات را رتبه بندی کرد. این معیارها می بایست قدرت تاثیرگذاری بر مشکلات را داشته باشند. معیارهائی که در این برنامه مد نظر قرار گرفته است عبارتند از:

- وسعت مشکل (بروز و شیوع مشکل): بدین معنا که چه تعداد افراد جامعه تحت تاثیر این مشکل است؟ (چه از نظر تعداد افرادی که به تازگی سلامت آنها با آن مشکل به خطر افتاده است و چه تعداد افرادی که قبلاً دچار مشکل سلامتی توسط آن مشکل شده اند.)
- مرگ و میر و ناتوانی: بدین معنا که مشکل تعیین شده بطور بالقوه و یا بالفعل چه میزان مرگ و میر و یا ناتوانی در افراد جامعه ایجاد می کند.
- عوارض اجتماعی و اقتصادی مشکل: بدین معنا که مشکل تعیین شده چه میزان تبعات اجتماعی داشته است و چه میزان بار مالی مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جامعه و افراد حاضر در آن و نیز بر نظام سلامت تحمیل می کند.
- مقبولیت اجتماعی و سازمانی حل مشکل: بدین معنا که حل مشکل تعیین شده تا چه حد از سوی اجتماع، مسوولین و نظام سلامت پشتیبانی خواهد شد و استقبال مردم در مشارکت در حل آن چگونه خواهد بود.
- سایر معیارها: معیارهای دیگری نیز می تواند برای اولویت بندی کردن نیازهای بهداشتی - سلامت مورد استفاده قرار گیرد مانند:

○ موثر بودن مداخله در حل مشکل

○ فوریت حل مشکل

○ قابلیت انجام مداخله در حل مشکل

معیارها برای اولویت بندی کردن نیازها بسته به اینکه چه سطحی از نظام سلامت در حال انجام نیازسنجی است می بایست انتخاب گردند بطور مثال در سطح مرکز بهداشت شهرستان، استان و یا ملی که امکان انجام پژوهش و مطالعاتی در خصوص شیوع و بروز

مشکل و یا میزان تاثیر مالی مشکل بر نظام سلامت وجود دارد استفاده از معیارهائی همچون بروز و شیوع مشکل، مرگ و میر و ناتوانی ناشی از مشکل و... مدنظر قرار گیرد ولی در سطح خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی استفاده از معیارهائی همچون موثر بودن مداخله آموزشی در حل مشکل، فوریت حل مشکل و قابلیت انجام مداخله در حل مشکل توصیه می شود.

گام های اجرایی مرحله سوم

- (۱) هریک از اعضای تیم نیازسنجی با توجه به اطلاعات تکمیلی مورد نیاز و روشهای جمع آوری آنها نسبت به برنامه ریزی و تعیین افراد، گروه ها، اسناد و گزارشات و مناطقی که می بایست به عنوان منابع اطلاعاتی بررسی شوند و نیز زمان مراجعه به هریک از ایشان اقدام می نمایند.
- (۲) پس از مراجعه به منابع اطلاعاتی و کسب اطلاعات تکمیلی مورد نیاز، هر یک از اعضای تیم نیازسنجی اقدام به تجزیه و تحلیل داده ها کرده و به استخراج نیازهای بهداشتی مبادرت می نمایند و آنرا در کاربرگ ۱ وارد و منابع و مصادیقی که در تعیین آن نیاز، مورد استناد قرار گرفته است را ذکر می کنند.
- (۳) هر یک از اعضای تیم نیازسنجی ۲ روز قبل از جلسه دوم، کاربرگ های تکمیل شده را به دبیر تیم تحویل می نمایند.
- (۴) دبیر تیم نیازسنجی موظف است با دریافت کاربرگ های تکمیل شده توسط اعضا، نسبت به جمع بندی نیازهای ذکر شده در آنها اقدام و پس از یکپارچه کردن عناوین تکراری کلیه مشکلات را در کاربرگهای ۲ (بر حسب سطح مرتبط) وارد و کاربرگ تکمیل شده را به طریق مقتضی به تعداد اعضا تکثیر نماید. همچنین همین عناوین جمع بندی شده را در کاربرگ ۳ نیز وارد می کند.
- (۵) دبیر تیم نیازسنجی با هماهنگی رئیس تیم اقدام به برنامه ریزی جلسه دوم و دعوت از اعضا می نماید.
- (۶) با تشکیل جلسه دوم رئیس تیم نیازسنجی نسبت به اقدامات انجام شده تا آن زمان و نیز توضیح مراحل آتی نیازسنجی منجمله معیارهای اولویت بندی اقدام نموده و کاربرگهای شماره ۲ را که عناوین مشکلات استخراج شده توسط اعضا در آنها نوشته شده و به تعداد مورد نیاز و بطریق مقتضی تکثیر شده است در اختیار آنها قرار می دهد.
- (۷) هریک از اعضا به هر یک از مشکلات بهداشتی آورده شده در کاربرگ ۲ طبق معیارهای تعیین شده نمره ای از ۱ تا ۵ می دهد و جمع نمرات کسب شده توسط هر مشکل را در ستون آخر ثبت می نمایند.
- (۸) رئیس تیم نیازسنجی نمره مکتسبه توسط هر مشکل را از هریک از اعضا جویا شده و از دبیر تیم می خواهد که آنها را در کاربرگ ۳ ثبت نموده و جمع بندی نماید.
- (۹) دبیر تیم نیازسنجی (تا سطح ستاد شهرستان) با استناد به نتایج این جلسه نسبت به درج عناوین ۵ مشکل با بیشترین نمره مکتسبه به عنوان اولویت های بهداشتی بدست آمده در فرم ۱ اقدام می کند و فرم تکمیل شده را به سطح بالاتر ارسال می نماید.

✓ مرحله چهارم: تعیین گروه/ گروه های هدف بالقوه و علل رفتاری و غیر رفتاری مشکلات بهداشتی اولویت دار

حال که اولویت های بهداشتی مشخص گردید باید گروه / گروه های هدف بالقوه مرتبط با آن مشکلات تعیین شوند. گروه/گروه های هدف بالقوه کسانی هستند که کلیه فعالیت های پیشگیرانه و حل مشکلات برای ارائه به آنها انجام می شود و در واقع آنها هستند که یا در معرض خطر آن مشکل می باشند و یا در حل مشکل نقش اساسی دارند. تعیین گروه / گروه های هدف نقش افراد را در حل مشکل شفاف می کند. لذا نوع برخوردهای آتی با آنها را مشخص می کند و انتخاب دقیق این گروه / گروه ها احتمال متقاعد شدن و پذیرش نگرش و رفتار مناسب را در آنها بالا می برد. عنوان نمودن گروه / گروه های هدف بالقوه می تواند بر اساس میزان آگاهی، نگرش و رفتار افراد باشد یا بر اساس مکان جغرافیائی، تعلق به گروه های جمعیتی یا سنی خاص و یا افراد با رفتار و یا وضعیت بیولوژیک ویژه صورت گیرد. برخی ملاک ها می توانند در دسته بندی کردن گروه / گروه های هدف مورد استفاده قرار گیرد از جمله:

- اندازه گروه: به این معنا که کدام دسته از افراد از نظر تعداد بیش از بقیه تحت تاثیر مشکل است.
- بروز مشکل: به این معنا که در کدام دسته از افراد بروز مشکل بیشتر دیده میشود.
- شدت مشکل: به این معنا که در کدام دسته از افراد بروز مشکل شدیدتر و با مرگ و میر یا ناتوانی یا بار مالی بیشتری همراه است.
- بی پناهی: به این معنا که کدام دسته از افراد توسط سازمان های مشابه در خصوص آن مشکل حمایت کمتری می شوند.
- قابلیت دسترسی: به این معنا که کدام دسته از افراد تحت تاثیر مشکل جهت انجام مداخله در دسترس ترند و دستیابی به آنها آسان تر است.

جمعیت هدف بالقوه، جمعیتی است که در معرض خطرات و تهدیدات سلامتی بوده و از طرف دیگر آگاهی کافی و یا حمایت مناسب برای پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت ندارد. افرادی از جمعیت هدف بالقوه را که برای اجرای مداخلات در اولویت قرار می گیرند، جمعیت هدف اختصاصی می نامند. برای تفکیک جمعیت هدف اختصاصی معیارهایی وجود دارد که مهمترین این معیارها شامل تعداد افرادی که متحمل مشکلات می باشند، شدت تاثیر بر سلامتی، وجود مداخله تخصصی آموزشی، اثربخشی مداخلات موجود، دسترسی و کفایت خدمات و مقبولیت فرهنگی اجتماعی و همخوانی با سیاست های دولت است. بعلاوه مشکلات سلامت شناسایی شده باید مختص حیطه سلامت و بهداشت باشد و مداخلات مستقیم بهداشتی برای رفع آنها لازم باشد. در هریک از سطوح خدمات بهداشتی، اولویت بندی نیازهای سلامت با در نظر گرفتن شرایط ویژه آن سطح انجام می شود. در سطوح پایین مانند خانه بهداشت، مداخله پذیری مشکلات اهمیت بسیاری دارد، و در سطح ملی و منطقه ای شدت تاثیر بر سلامتی (میزان مرگ و میر و ناتوانی و فوریت حل مشکل) برای اولویت بندی مشکلات مطرح می شود. این نکته اهمیت دارد که در لیست نیازها، تبعات و پیامدهای منفی حاصل از مشکلات ثبت گردد، به طوری که مشکل ثبت شده به طور مستقیم در حوزه بهداشت و درمان قرار گیرد. برای تدوین صحیح نیازهای بهداشتی می توانید از 5D که شامل موارد ذیل می باشد استفاده نمایید:

- Death: مرگ
- Disability: ناتوانی
- Disease: بیماری

- Discomfort: ناراحتی
- Dissatisfaction: نارضایتی

با تعیین گروه / گروه های هدف باید علل بوجود آمدن مشکل تعیین شوند این امر نیاز به مشارکت فعال تر اعضای تیم از طریق بارش افکار دارد. در تعیین علل ایجاد مشکل مرور بر مطالعات انجام یافته می تواند کمک کننده باشد. با لیست شدن علل بوجود آمدن مشکل باید آنها را در دو دسته "علل رفتاری" و "علل غیررفتاری" دسته بندی کرد. "علل رفتاری" عللی هستند که از رفتار افراد در معرض خطر نشأت گرفته و باعث بوجود آمدن مشکل شده اند و "علل غیررفتاری" ناشی از نبود امکانات، دسترسی، تجهیزات یا قوانین و مقررات است. با توجه به اینکه نوع مداخله در هریک از این دو دسته علل متفاوت است (برای رفع علل رفتاری آموزش سلامت نقش اساسی دارد و برای رفع علل غیررفتاری تمرکز بر مداخلات غیرآموزشی موثر است) لذا تفکیک آنها لازم است.

در تعیین گروه / گروه های هدف و علل رفتاری و غیررفتاری بوجود آمدن مشکل، اطلاع از مطالعات صورت گرفته در این خصوص در مراکز علمی و نیز تجربه افراد اهمیت به سزائی دارد؛ لذا محل انجام این امر جهت اولویت های بهداشتی تعیین شده سطوح پایین تر (مراکز بهداشتی - درمانی، خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی) و شهرستان؛ در مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

گام های اجرایی مرحله چهار

- (۱) دبیر تیم نیازسنجی شهرستان با دریافت اولویت های بهداشتی سطوح پایین تر (مرکز بهداشتی درمانی - خانه های بهداشت - پایگاه های بهداشتی) در قالب فرم ۱ نسبت به ابلاغ این اولویت ها به تیم نیازسنجی اقدام می نماید. بدین ترتیب آمادگی لازم جهت تعیین علل رفتاری و غیررفتاری هر یک از اولویت ها و نهایتاً تعیین گروه های هدف اختصاصی فراهم می شود.
- (۲) دبیر تیم نیازسنجی هریک از ۵ اولویت بهداشتی تعیین شده توسط تیم های نیازسنجی سطوح پائین تر را در یک صفحه از کاربرگ ۴ وارد می کند (برای هر اولویت یک کاربرگ جداگانه).
- (۳) تیم نیازسنجی تشکیل جلسه داده و اقدام به بررسی اولویت های بهداشتی اعلام شده از سطوح پایین تر می نماید.
- (۴) گروه/گروه های هدف بالقوه توسط اعضا با هدایت رئیس تیم نیازسنجی شهرستان و لحاظ نمودن معیارهای مورد نظر در تعیین گروه / گروه های هدف بالقوه و از طریق بارش افکار تعیین و توسط دبیر در کاربرگ ۴ مربوط به هر اولویت درج می گردد.
- (۵) با هدایت رئیس تیم نیازسنجی و از طریق بارش افکار و تکیه بر منابع علمی و تجارب و مطالعات انجام گرفته علل بوجود آمدن مشکل لیست شده و پس از حذف علل غیر مرتبط علل باقی مانده در دو دسته "علل رفتاری" و "علل غیررفتاری" دسته بندی شده و در کاربرگ ۴ هر اولویت درج می شوند.
- (۶) لازم به یادآوری است که در مورد اولویت های بهداشتی شهرستانی، تعیین گروه / گروه های هدف بالقوه، علل رفتاری و غیر رفتاری و نهایتاً گروه / گروه های هدف اختصاصی توسط اعضاء تیم نیازسنجی مرکز بهداشت شهرستان انجام می گیرد.

✓ مرحله پنجم: بازنگری گروه هدف بالقوه و تعیین گروه / گروه های هدف اختصاصی

پس از اینکه گروه/گروه های هدف بالقوه تعیین شدند و علل رفتاری و غیر رفتاری بوجود آورنده مشکل دسته بندی گردیدند برای علل هر اولویت می بایست گروه /گروه های هدف اختصاصی تعیین شود. پایه تعیین گروه / گروه های هدف اختصاصی گروه /گروه های هدف بالقوه است که با توجه به تحلیل صورت گرفته بر علل رفتاری و غیر رفتاری انتخاب و بیان می شوند. از آنجا که معیارهای تعیین گروه / گروه های هدف اختصاصی:

- نوع رفتار و نگرش مشکل زای افراد.
 - دارا بودن کمترین اطلاعات درباره پیشگیری از مشکل.
 - در معرض بیشترین خطر بودن ایشان به دلیل شیوه زندگیشان.
- می باشد لذا می توان با مد نظر قرار دادن این معیارها هرچه بیشتر گروه هدف بالقوه را محدود کرد تا به گروه هدف اختصاصی در دسترس با ویژگی های ذیل رسید:

- ✓ بیشترین بروز و شدت مشکل .
- ✓ گیرنده کمترین حمایت جانبی از سایر ارگانها در مورد این مشکل بهداشتی.
- ✓ بزرگ بودن اندازه گروه به میزانی که انجام مداخله در آنها تاثیر واضحی بر مشکل بهداشتی برجاگذارد.

گام های اجرایی مرحله پنجم

- (۱) رئیس تیم نیازسنجی هدف نهائی و اهمیت این مرحله را برای اعضاء گروه مشخص می نماید.
- (۲) با مشخص شدن علل رفتاری و غیر رفتاری هر یک از اولویت ها در مرحله قبل، تیم نیازسنجی شهرستان مجددا اقدام به بررسی گروه/گروه های هدف بالقوه نموده و با توجه به گروه / گروه های هدف بالقوه و علل هر یک از اولویت های بهداشتی آورده شده در کاربرگ های شماره ۴ و تحلیل آنها؛ گروه/گروه های هدف اختصاصی تعیین و توسط دبیر تیم در آن کاربرگ ثبت می گردد.
- (۳) دبیر تیم نیازسنجی شهرستان همچنین اولویت های تعیین شده شهرستان را در قالب فرم شماره ۱ به سطح بالاتر اعلام می نماید.
- (۴) رئیس، دبیر و اعضای تیم نیازسنجی شهرستان با نظر به علل رفتاری و غیر رفتاری تعیین شده برای هر یک از اولویت های بهداشتی و گروه های هدف اختصاصی تعیین شده آنها، نسبت به طراحی برنامه های مداخلاتی متناسب (آموزشی، جلب حمایت و...) در سطوح مرتبط (ستاد شهرستان، منطقه، مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و یا پایگاه بهداشت) اقدام می نمایند.

✓ مرحله ششم: اقدام برای برنامه ریزی مداخلات مناسب برای گروه های هدف اختصاصی

تعریف نیاز سلامت و شناسایی دقیق علل آن، نوع مداخله لازم برای برخورد با مشکل را مشخص می‌سازد، لذا مرحله‌ای مهم در برنامه‌ریزی‌های ارتقای سلامت محسوب می‌شود. معمولاً مشکلاتی که ناشی از علل رفتاری هستند، مداخلات آموزشی را می‌طلبند و علل غیررفتاری راهکارهای غیرآموزشی را می‌طلبند که مداخلات مورد نیاز آن مداخلات ارتقای سلامت می‌باشد. (این نام کاملاً قراردادی است و برای تسهیل در یادگیری و انجام کار انتخاب شده است و گرنه کاملاً مبرهن است که آموزش بهداشت جزء اصلی برنامه‌های ارتقای بهداشت می‌باشد و از هم تفکیک نمی‌شوند). منظور از مداخلات ارتقای بهداشت یا غیرآموزشی هر نوع مداخله از جمله حمایت طلبی، جلب مشارکت سایر سازمان‌ها، تلاش برای تغییر محیط، وضع مقررات یا حاکم شدن یک سیاست و یا سایر مداخلاتی است که معمولاً نیازمند کار با سایر سازمان‌ها و یا ارتباط با مسئولین بالادستی دارد.

اصل اساسی نیازسنجی جهت ارتقاء بهره‌وری فعالیت‌های نظام سلامت منجمله فعالیت‌های آموزشی است. لذا در صورتیکه این برنامه به انجام مداخلات نیانجامد در واقع بی‌حاصل باقی خواهد ماند. بر این اساس به طریق مقتضی می‌بایست در مرحله آتی اقدام به برنامه‌ریزی فعالیت‌های آموزشی و غیرآموزشی به عنوان مداخلات مناسب آموزشی برای حل مشکل سلامت و با تمرکز بر گروه / گروه‌های هدف اختصاصی و در نظر گرفتن علل رفتاری و غیررفتاری بوجودآورنده مشکل بهداشتی نمود. شرح این مهم در مجموعه دیگری خواهد آمد.

نکات قابل توجه در تعیین اولویت‌ها:

در بررسی اولویت های بهداشتی مراکز و شهرستان های پیشرو، بعضی اولویت‌های بهداشتی ارسال شده مطابق با اصول تعیین اولویت‌های سلامت نمی‌باشد که نیاز به بازنگری در تدوین لیست نیازهای سلامت دارد.

مهمترین اشکالات در تعیین اولویت ها شامل این موارد است:

۱- در بسیاری از موارد، «علت» ایجاد مشکل بهداشتی در زنجیره علت و معلول بجای «اصل مشکل» بهداشتی ذکر شده اند. توصیه می‌شود «پیامدهای منفی» آن مورد بعنوان «مشکل بهداشتی» ذکر شود. (مانند «عدم آشنایی با انواع مواد مخدر» که به جای آن بهتر است «شیوع بالای مصرف مواد مخدر» را ذکر کرد).

۲- در برخی موارد برای بیان مشکل بهداشتی، عبارات کلی (بیماریهای غیرواگیر و یا عبارات نامناسب، طولانی و غیرقابل درک (عدم مراقبت از عوامل خطر دیابت) بکار رفته است.

۳- در برخی موارد برای بیان مشکل بهداشتی، مشکلات بهداشتی که در شرایط فعلی مداخله ناپذیر بوده و یا به سایر سازمان‌ها مربوط است (آلودگی هوا)، بکار رفته است.

بر طبق اصول تعیین اولویت های سلامت، باید بار مشکل بهداشتی زیاد باشد و یا تحت شرایط ویژه روی دهد تا به عنوان اولویت سلامت برای اجرای مداخلات مطرح شود. در اغلب موارد افزایش شیوع یا مرگ و میر بالا (بعنوان مثال ناشی از بیماریهای قلبی، انواع سرطان با ذکر نوع، حوادث ترافیکی و اعتیاد به مواد مخدر صنعتی) نیاز بهداشتی مناسبی می باشند.

در برخی برنامه های ارسالی، هدف کلی و اهداف اختصاصی تدوین شده نیازمند بازنگری است. هدف کلی باید وضعیت مورد انتظار در پایان برنامه را نمایان سازد و اهداف اختصاصی، جزییات اهداف برنامه را به نحو قابل اندازه گیری بیان کند.

اغلب برنامه های ارسالی، استراتژی (راهکار) مشخصی برای برخورد با مساله ندارند. راهکارهای تدوین شده نیز اغلب نامشخص است یا مرتبط با اهداف نیست. لازم است برای هر یک از اهداف اختصاصی، راهکارهای موثر آموزشی و ارتقای سلامت تدوین گردد. اغلب برنامه ها بدون جدول فعالیت ها بوده و لازم است کلیه فعالیت های آموزشی و غیرآموزشی برای هر راهکار به طور صحیح تدوین شود.