مدیران و کارشناسان بهداشتی و الگوهای مناسب نیازسنجی

محمدحسین یارمحمدیان, سوسن بهرامی, احمدعلی فروغی‌ابری

چکیده

مقدمه. نیازسنجی جزو جدایی‌ناپذیر برنامه‌ریزی آموزشی و نظام به‌سازی منابع انسانی محسوب می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی ویژگی‌های یک الگوی نیازسنجی مطلوب و نیز مناسبترین شرایط اجرایی، زمانی، مکانی و کاربردی‌ترین الگوهای نیازسنجی از نظر مدیران و کارشناسان در سیستم بهداشت و درمان انجام شده است.

روش‌ها. این پژوهش یک مطالعه توصیفی- پیمایشی است که در آن ۶۳ نفر که شامل ۳۲ نفر مدیران و معاونان شبکه‌ها و ۳۱ نفر کارشناسان ستادی و بهداشتی شبکه‌های بهداشتی و درمانی در سطح استان اصفهان در سال ۱۳۸۱ به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ای که روایی آن از طریق روایی محتوی و پایایی آن با روش آزمون مجدد تأیید شده بود, جمع‌آوری گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با روش‌های آماری به صورت توزیع فراوانی و آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج. برای نیازسنجی خواسته‌های بهداشتی جمعیت تحت پوشش, الگوهایی مناسب هستند که دارای این ویژگی‌ها باشند: مفهوم نیاز را به عنوان فاصله بین وضع موجود و مطلوب و نیز به عنوان برداشت ترکیبی بسنجد؛ منابع تعیین نیاز جامعه، اهداف و ارزش‌هایشان باشند؛ از ابزارهایی نظیر مشاهده مستقیم و پرسشنامه استفاده شود؛ شناسایی نیازها در سطح شهرستان انجام شود، ملاک تعیین الگوها میزان مشارکت جمعیت باشد؛ مناسبترین شرایط زمانی نیازسنجی در چند مرحله و مناسبترین شرایط مکانی تجمع نمایندگان مردم در یک مکان خاص باشد؛ مناسبترین شرایط اجرایی تجمع نمایندگان در یک مکان خاص و تکنیک دلفی و کاربردی‌ترین الگوها، الگوهای ترکیبی و الگوهای هدف- محور باشد.

بحث. نیازسنجی آموزشی, اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی آموزشی سیستم بهداشت, درمان و آموزش پزشکی است و تعیین نیازها بر اساس الگوها و تکنیک‌های دقیق، می‌تواند اثربخشی و کارایی برنامه‌ریزی این سیستم را افزایش دهد. بنابراین, پیشنهاد می‌شود الگوهای مناسب نیازسنجی به مدیران و کارشناسان بهداشتی آموزش داده شود.

واژه‌های کلیدی: الگوهای نیازسنجی، نیاز، نیازسنجی آموزشی، ملاک، ابزار، تکنیک.

مقدمه

اولین و اساسی‌ترین گام در برنامه‌ریزی هر سیستم, نیازسنجی است. پرسنل بهداشتی باید در این زمینه مهارت‌های لازم را کسب نموده و با الگوها و تکنیک‌های مختلف آن، برای شناسایی نیازهای بهداشتی اقدام نمایند.

نیازسنجی با شناسایی نیازهای مهم، مبنایی برای تعیین اهداف و بستر مناسبی برای سامان‌دهی سایر عناصر فراهم می‌سازد. کلیه تصمیمات درخصوص تدارک اهداف خاص، محتوای آموزشی مناسب و استفاده مؤثر از سایر منابع و امکانات انسانی، مالی و مادی، تابعی از مطالعات نیازسنجی است.

نیازسنجی در نظام آموزش پزشکی و بهداشت ایران نسبت به سایر کشورهای توسعه یافته, حلقه مفقود در برنامه‌های

دکتر محمدحسین یارمحمدیان (استادیار), گروه مدیریت خدمات بهداشتی, دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی, دانگشاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی استان اصفهان, اصفهان. yarmohamadian@mng.mui.ac.ir

این پژوهش با شماره ۸۱۲۰۰ در دفتر هماهنگی طرح‌های پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکسی اصفهان ثبت و هزینه آن از طرف آن معاونت پرداخت شده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

آموزشی است. در تمامی سطوح این نظام، نیازهای آموزشی تعیین‌کننده‌ترین عامل در تدوین و طراحی دوره‌های آموزشی، موضوعات درسی و بطور کلی فرایند آموزش و بهداشت هستند(۱).

بنابراین, نیازسنجی جزو جدایی‌ناپذیر برنامه‌ریزی استراتژیک محسوب می‌شود، طی این فرایند نیازها مشخص شده، برحسب اولویت برای ارضا یا تحقق آنها اقدام می‌شود و داده‌های حاصل از فرایند نیازسنجی, مجموعه اطلاعات مورد نیاز برای برنامه‌ریزی را فراهم می‌کند(۲).

بطور کلی, سیاست‌های بهداشتی و درمانی از طرف دولتها تعیین می‌شود و اصول حاکم بر سطوح مختلف قانون‌گذاری، مدیریت و اجرا در سیستم بهداشت و درمان بر فرایند برنامه‌ریزی این نظام تأثیر مستقیمی دارد. همچنین وضعیت اقتصادی و تأمین منابع مالی دولت‌ها و چگونگی بکارگیری نیروی انسانی در ساختار مشخص نظام بهداشتی، درمانی و نیز ارائه خدمات توسط بخش‌های خصوصی و دولتی و سیستم نظارت بر عملکرد کارکنان در واحدهای مختلف هم بر این فرایند تأثیر می‌گذارند. اما علی‌رغم تأثیرات شگرف و غیر قابل انکار سیاست‌های حاکم بر نظام بهداشتی- درمانی یک کشور در تأمین نیازهای جامعه، متأسفانه در بسیاری از کشورهای جهان سوم این سیاست‌ها مبنای علمی نداشته و بیشتر بر اساس سلیقه افراد با نفوذی است که در رأس هرم قدرت قرار دارند(۳).

بدین دلیل, لازم است الگوی مناسب نیازسنجی برای جوامع خاص، با فرهنگ و مشکلات خاص بهداشتی را شناخت و از آن برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده و امکان برنامه‌ریزی را فراهم نمود. نظام بهداشتی ایران از شبکه‌های بهداشتی بهره‌برداری می‌نماید که در آن مدیران و کارشناسان بهداشتی, مسؤول شناختن نیازهای منطقه و تدوین برنامه برای بهبود و ارتقای سلامت جمعیت منطقه و محیط هستند و لازم است توانایی شناسایی نیازهای جامعه تحت پوشش را داشته و طبعاً از الگوی مناسبی برای اینکار بهره گیرند. در حال حاضر, این نیازها با روش‌های سلیقه‌ای و غیر مدون ارزیابی می‌گردد، در حالی که الگوهای نیازسنجی می‌تواند به مسائلی مانند مفهوم تعیین نیاز، منابع تعیین نیاز، ابزارهای نیازسنجی، سطوح نیازسنجی، ملاک‌های نیازسنجی، زمان و مکان، شرایط اجرایی و الگوی کاربردی توجه داشته باشد.

نیازسنجی ممکن است در سطوح مختلفی از جمله جهانی، ملی، استانی، منطقه‌ای، سازمان، دوره، شغل و شخص انحام گیرد که انتخاب سطح به تمرکز و یا عدم تمرکز برنامه‌ریزی بستگی دارد(۱). نیازسنجی می‌تواند در شرایط زمانی مختلف به صورت یک مرحله کوتاه و سریع یا به صورت، یک مرحله طولانی و یا چند مرحله‌ای انجام گیرد. برای نیازسنجی می توان از شرایط مکانی مختلف مانند رجوع به محل سکونت جمعیت، تقسیم جمعیت به چند حوزه و انتخاب یک نماینده از هر یک از حوزه‌ها و تجمع صاحب‌نظران در یک مکان خاص استفاده نمود. به علاوه, متخصصین ممکن است برای نیازسنجی از شرایط اجرایی مختلف مانند تکنیک دلفی، تقسیم جمعیت به چند حوزه و انتخاب نمایندگان، تجمع افراد مطلع در مکان خاص استفاده نمایند(۱و۴). همچنین برای نیازسنجی از ابزارهای متنوعی نظیر: پرسشنامه، مشاهده مستقیم، مصاحبه فردی، گروهی، چک‌لیست و سایر موارد می‌توان استفاده کرد.

طراحی و اجرای پروژه‌های نیازسنجی آموزشی در هر سطحی مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی مشخص است. انتخاب یا طراحی و تدوین الگوها می‌تواند باعث تسهیل و افزایش دقت و اعتبار فرایند نیازسنجی شود. یک الگوی مناسب باید هدف، قلمرو، روش‌های اجرایی و سایر ابعاد لازم برای انجام یک پروژه نیازسنجی را مشخص نماید(۴).

امروزه تعداد زیادی از الگوهای نیازسنجی وجود دارد که مورد استفاده برنامه‌ریزان قرار می‌گیرد لیکن علیرغم تنوع الگوهای یاد شده، هیچ کدام بر دیگری ارجحیت ندارد و مناسب بودن آنها بستگی به پروژه‌های آموزشی و بهداشتی دارد. انتخاب هر یک از الگوها برای پروژه‌های نیازسنجی به ملاک‌هایی از جمله: نوع برنامه، میزان مشارکت، منابع تعیین نیاز، ساختار سیستم و میزان روایی و پایایی داده‌های حاصل از الگوها و بررسی اسناد و مدارک موجود بستگی دارد. البته می‌توان با یک بینش سیستماتیک بر اساس مفهوم نیاز، این الگوها و تکنیک‌های متنوع را در چهار طبقه کلی تقسیم‌بندی نمود به صورتی که اگر نیاز به مفهوم فاصله بین وضع موجود و مطلوب در نظر گرفته شود، الگوهایی که بر اساس این مفهوم از نیاز طراحی می‌شوند، الگوهای هدف- محور می‌باشد که اساس کار آنها، فرایند تعیین اهداف، شناسایی وضع موجود، مقایسه این دو و سرانجام تعیین اولویت‌ها برای عمل می‌باشد.

از جمله الگوهای این طبقه, از الگوی استقرایی کافمن (Koufman)، قیاسی کافمن و پیشنهادی کلاین (Kelin) را می‌توان نام برد اگر نیاز به مفهوم خواست یا ترجیح در نظر

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

گرفته شود، تکنیک‌هایی که بر اساس این مفهوم از نیاز طراحی می‌شوند، تکنیک‌های توافق‌سنج می‌باشند. اساس کار آنها فرایند جمع‌آوری و ایجاد توافق بین نظرات و ایده‌های گوناگون می‌باشد. از جمله تکنیک‌های این طبقه، تکنیک دلفی، فیش بول، تل استار و مدل سه بعدی می‌باشد. اگر نیاز به مفهوم عیب یا نقصان در نظر گرفته شود، الگوهایی که بر اساس این مفهوم از نیاز طراحی می‌شوند، تکنیک‌های مسأله- محور می‌باشند که اساس کار آنها فرایند شناخت مسائل و مشکلات و معایب موجود در عملکرد افراد یا سازمان و پیشنهاد اقدامات اصلاحی برای رفع معایب موجود می‌باشد.

از جمله تکنیک‌های این طبقه, از تکنیک درخت خطا، رویداد حساس، آزمون وظایف کلیدی و تجزیه و تحلیل شغل را می‌توان نام برد. اگر نیاز به مفهوم یک برداشت ترکیبی (فاصله بین وضع موجود و مطلوب، ترجیحات و علایق افراد، عوامل مؤثر بر بروز عملکرد منفی) باشد، الگوهایی که بر اساس این مفهوم از نیاز طراحی می‌شود، الگوهای ترکیبی هستند که اساس کار آنها فرایند مشخص کردن فاصله بین وضع موجود و مطلوب، تعیین نقاط ضعف و نیز بررسی نظرات و نگرش‌ها می‌باشد و از جمله الگوهای این طبقه از الگوی نیازسنجی مؤسسه- محور، الگوی ناتو، طرح جامع نیازسنجی است(۱و۴).

برای شناخت نیازهای بهداشتی جوامع و مددجویان مختلف, مطالعاتی در غرب و ایران انجام گرفته و از ابزار، ملاک و الگوهای خاصی برای نیازسنجی استفاده شده است. از جمله, برای شناسایی نیاز بیماران قلبی از ابزار پرسشنامه و مشاهده مستقیم استفاده گردید(۵).

در یک مطالعه، نیازهای آموزشی مدیران بهداشت عمومی یک دانشگاه با استفاده از ملاک بررسی اسناد و ملاک موجود شناسایی شده است(۶). مفهوم نیاز نیز در مطالعات نیازسنجی مد نظر قرار گرفته، بطوری که در مطالعه‌ای در اوهایو, برای شناسایی نیازهای اطلاعاتی مختلف، فاصله بین وضع موجود و مطلوب, به عنوان نیاز در نظر گرفته شده و بدین ترتیب از الگوهای هدف- محور استفاده گردید(۷). روش اجرایی نیازسنجی نیز در مطالعات نیازسنجی مد نظر بوده است، بطوری که در مطالعه‌ای که سیستم اطلاعاتی جدید بهداشت و درمان سالخوردگان آمریکایی را مورد بررسی قرار می‌داد, از تکنیک دلفی بهره برده و پیشنهاد کرده است که با توجه به تغییرات اجتماعی, هر ۵-۳ سال یک بار, یک گردهمایی تشکیل و صاحب نظران با توافق نسبی به پیش‌بینی تغییرات سریع پرداخته تا شاخص‌های اطلاعاتی موجود توسعه یابند(۸).

آشنا نبودن با الگوی مناسب نیازسنجی بهداشتی جامعه موجب بکارگیری اطلاعاتی نامناسب در سیستم آموزشی و بهداشتی می‌شود و عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی بهداشتی و درمانی, سبب عدم کارآیی در ارائه خدمات و سامان‌دهی نادرست نیروها می‌گردد. معضلات در رده تخصصی بسیار بیشتر است زیرا طول مدت و هزینه تحصیل افزایش یافته و بالطبع انتظارات افراد بالاتر خواهد بود(۹).

در آموزش پزشکی به نیازسنجی بعنوان اولین گام در برنامه‌ریزی توجه خاصی مبذول نشده است و فقدان این اقدام اساسی در تمامی مراحل برنامه‌ریزی به چشم می‌خورد، بدین لحاظ پژوهش حاضر با هدف تعیین نظرات مدیران و کارشناسان ستادی و بهداشتی شبکه‌های بهداشتی و درمانی استان اصفهان در مورد ویژگی‌ها و از جمله در مورد الگوی مناسب نیازسنجی بهداشتی انجام گرفته است تا با شناسایی الگوی مناسب و معرفی آن در برنامه‌های آموزشی دانشجویان و آموزش مداوم پرسنل, امکان ارزیابی دقیقتر نیازهای جامعه فراهم گردد.

روش‌ها

برای انجام این مطالعه توصیفی- پیمایشی، لیست اسامی مدیران و معاونان (بهداشتی و مالی اداری) و همچنین کارشناسان ستادی بهداشتی شبکه‌های بهداشتی و درمانی سطح استان اصفهان از اداره کل آمار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اخذ گردید. مجموعاً ۸۰ نفر شامل ۴۰ نفر مدیران و معاونان شبکه‌ها و ۴۰ نفر کارشناسان ستادی و بهداشتی در سال ۱۳۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند و به علت محدود بودن جامعه آماری، نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. روش گردآوری اطلاعات, پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۹ سؤال بسته پاسخ در زمینه مفاهیم، منابع، ابزارها، سطوح، ملاک‌ها، شرایط زمانی، مکانی، اجرایی و کاربردی ترین الگوهای نیازسنجی و یک سوال باز در زمینه استفاده از الگو یا ابزاری برای شناسایی نیازهای بهداشتی جمعیت تحت پوشش بود.

روایی پرسشنامه از طریق روایی صوری و محتوایی (Face and Content Validity) و با تأیید اساتید و اعضای هیأت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی اصفهان و کارشناسان ستادی و بهداشتی شبکه استان انجام شد و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی (test-re-test) با اجرای مقدماتی (Pilot) در بین تعدادی از افراد جامعه آماری با فاصله زمانی مناسب به میزان ۸۵٪ =r محاسبه شد.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

سپس تعداد ۸۰ پرسشنامه در بین ۱۸ شبکه بهداشتی و درمانی در سطح استان قرار گرفت که شامل یک شبکه در شهر اصفهان و ۱۷ شبکه در سطح استان می‌گردید. در نهایت, تعداد ۶۳ پرسشنامه جمع‌آوری شد (درصد برگشتی پرسشنامه‌ها حدود ۸۰ درصد بوده است) و توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای طبقه‌بندی داده‌ها از شاخص‌های آماری نظیر توزیع فراوانی، و برای مقایسه انتخاب گزینه‌ها در حیطه‌های مختلف نیازسنجی توسط مدیران و کارشناسان بهداشتی از آزمون مجذور کای استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه تعداد ۶۳ نفر مشتمل بر ۳۲ نفر از مدیران و معاونان و ۳۱ نفر از کارشناسان ستادی و بهداشتی شبکه‌های بهداشتی و درمانی استان اصفهان به پرسشنامه‌ها پاسخ داده‌اند. بدین ترتیب ۶۳ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و توزیع فراوانی نظرات مدیران و کارشناسان در مورد مفهوم و منابع تعیین نیاز در جدول یک ارائه شده است.

نتایج نشان داد که برای شناسایی نیازهای بهداشتی جمعیت تحت پوشش, اکثریت نیاز را به عنوان فاصله بین وضع موجود و مطلوب، و فراوانی قابل توجهی نیاز را به عنوان برداشت ترکیبی انتخاب نموده‌اند.

اکثریت منابع تعیین نیاز را جامعه، اهداف و ارزش‌هایشان انتخاب نموده‌اند. توزیع فراوانی نظرات مدیران و کارشناسان در مورد ابزارها و سطوح نیازسنجی و ملاک‌های تعیین نیاز در جدول یک ارائه شده است.

ابزار نیازسنجی بطور متفاوت انتخاب شده و به ترتیب مشاهده مستقیم و پرسشنامه و چک‌لیست به عنوان بهترین ابزارهای نیازسنجی انتخاب شده است. اکثریت نمونه‌ها نیازسنجی در سطح شهرستان را به عنوان

جدول ۱. توزیع فراوانی نظرات مدیران و کارشناسان در مورد مفهوم و منابع تعیین نیاز, ابزارها و سطوح نیازسنجی و ملاک‌های تعیین نیاز.

ویژگی‌های یک الگوی مطلوب	مدیران و معاونان	کارشناسان ستادی و بهداشتی	کل
مفاهیم تعیین نیاز			
فاصله بین وضع موجود و مطلوب	۱۵(٪۴۶/۹)	۱۶(٪۵۱/۶)	۳۱(٪۴۹/۲)
برداشت ترکیبی	۱۴(٪۴۳/۸)	۱۲(٪۳۸/۷)	۲۶(٪۴۱/۳)
خواست یا ترجیح	۳(٪۹/۴)	۳(٪۹/۷)	۶(٪۹/۵)
جمع	۳۲(٪۱۰۰)	۳۱(٪۱۰۰)	۶۳(٪۱۰۰)
منابع تعیین نیاز			
جامعه, اهداف و ارزش‌ها	۱۶(٪۵۰)	۱۴(٪۴۵/۲)	۳۰(٪۴۷/۶)
آرمان‌ها و استانداردهای سیستم	۵(٪۱۵/۶)	۶(٪۱۹/۴)	۱۱(٪۱۷/۵)
مراجعین به شبکه	۴(٪۱۲/۵)	۴(٪۱۲/۹)	۸(٪۱۲/۷)
منابع و کمیت و کیفیت آن	۴(٪۱۲/۵)	۴(٪۱۲/۹)	۸(٪۱۲/۷)
صاحب‌نظران و کارشناسان	۳(٪۹/۴)	۳(٪۹/۷)	۶(٪۹/۵)
ابزارهای نیازسنجی			
مشاهده مستقیم	۸(٪۲۵)	۱۱(٪۳۵/۵)	۱۹(٪۳۰/۲)
پرسش‌نامه	۵(٪۱۵/۶)	۱۰(٪۳۲/۳)	۱۵(٪۲۳/۸)
مصاحبه فردی	۱(٪۳/۱)	۰(٪۰)	۱(٪۱/۶)
مصاحبه گروهی	۱(٪۳/۱)	۰(٪۰)	۱(٪۱/۶)
بررسی اسناد و مدارک	۴(٪۱۲/۵	۱(٪۳/۲)	۵(٪۷/۹)
فرایند توافق گروهی	۱(٪۳/۱)	۲(٪۶/۵)	۳(٪۴/۸)
چک‌لیست	۶(٪۱۸/۸)	۴(٪۱۲/۹)	۱۰(٪۱۵/۹)
آزمون‌های استاندارد	۶(٪۱۸/۸)	۳(٪۹/۷)	۹(٪۱۴/۳)
سطوح نیازسنجی			
سطح شهرستان	۲۶(٪۸۱/۳)	۱۶(٪۵۱/۶)	۴۲(٪۶۶/۷)
سطح ملی	۱(٪۳/۱)	۶(٪۱۹/۴)	۷(٪۱۱/۱)
سطح استان	۱(٪۳/۱)	۳(٪۹/۷)	۴(٪۶/۳)

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

سطح سازمان	۱(٪۳/۱)	۰(٪۰)	۱(٪۱/۶)
سطح خانواده	۲(٪۶/۳)	۵(٪۱۶/۱)	۷(٪۱۱/۱)
سطح فرد	۱(٪۳/۱)	۱(٪۳/۲)	۲(٪۳/۲)
ملاک‌های تعیین نیاز			
میزان مشارکت جامعه	۱۲(٪۳۷/۵)	۱۲(٪۳۸/۷)	۲۴(٪۳۸/۱)
نوع برنامه	۶(٪۱۸/۸)	۴(٪۱۲/۹)	۱۰(٪۱۵/۹)
ماهیت شرکت‌کنندگان	۳(٪۹/۴)	۵(٪۱۶/۱)	۸(٪۱۲/۷)
منابع تعیین نیاز	۳(٪۹/۴)	۶(٪۱۹/۴)	۹(٪۱۴/۳)
ساختار سیستم	۱(٪۳/۱)	(٪۶/۵)	۳(٪۴/۳)
میزان روایی و پایایی داده‌ها	۷(٪۲۱/۹)	۲(٪۶/۵)	۹(٪۱۴/۳)

مناسبترین سطوح انتخاب نموده‌اند در حالی که ملاک‌های تعیین نیاز به صورت میزان مشارکت جمعیت و نوع برنامه نیازسنجی مورد نظر اکثریت بود.

سایر یافته‌های پژوهش نشان داد که مناسبترین شرایط زمانی نیازسنجی از دیدگاه مدیران و کارشناسان بهداشتی, نیازسنجی در چند مرحله (۸۴/۱ درصد) و در اولویت بعدی نیازسنجی در یک زمان طولانی (۱۱/۱ درصد) و نیازسنجی در یک زمان کوتاه (۴/۸ درصد) بود. یافته‌ها در مورد مناسبترین شرایط مکانی نیازسنجی نشان داد که اکثریت نمونه‌ها (۶۰/۳ درصد) تقسیم جمعیت به چند حوزه و انتخاب نماینده برای حضور در مکان خاص را انتخاب نموده, در حالی که ۳۱/۷ درصد مراجعه به محل سکونت و ۷/۹ درصد نمونه‌ها تجمع کارشناسان در یک مکان خاص را برگزیده بودند.

در مورد مناسبترین شرایط اجرایی, یافته‌ها بیانگر آن بود که اکثریت مدیران و کارشناسان بهداشتی تقسیم جمعیت به چند حوزه (۴۶ درصد) و سپس تکنیک دلفی (۳۰/۲ درصد) و انتخاب نمایندگان مردم (۲۳/۸ درصد) را مناسبترین شرایط انتخاب نموده بودند. اکثریت مدیران و کارشناسان بهداشتی (۵۷/۱ درصد) الگوهای ترکیبی را به عنوان کاربردی‌ترین الگو در نظر گرفته بودند در حالی که ۲۲/۲ درصد آنها الگوهای هدف- محور و ۱۴/۳ درصد الگوهای توافق محور و ۶/۳ درصد الگوهای مسأله- محور را به عنوان کاربردی‌ترین الگو انتخاب نموده بودند.

آزمون آماری مجذور کای نشان داد که نظر مدیران و کارشناسان در مورد انواع گزینه‌های مطرح شده در مورد مفهوم تعیین نیاز (X^2=۱۶/۶۶)، ابزارهای نیازسنجی (X^2= ۳۸/۹۶) سطوح نیازسنجی (X^2=۱۱۶/۳۳)، ملاک‌های تعیین نیاز (X^2=۲۳/۷۶) مناسبترین شرایط زمانی (X^2=۷۳/۵۲)، مناسبترین شرایط مکانی (X^2=۱۶)، کاربردی‌ترین الگو (X^2=۳۷/۸۸) در تمام موارد در سطح خطای P<۰/۰۱ تفاوت داشته و مواد انتخابی توسط اکثریت بطور معنی‌داری بیش از سایر گزینه‌ها انتخاب شده‌اند.

شرایط اجرایی تنها گزینه‌ای بود که کارشناسان و مدیران شبکه‌های در مورد آن اتحاد نظر نداشتند و فراوانی انتخاب گزینه‌ها متفاوت بود.

بحث

برنامه‌ریزان هر سیستمی، ناگزیرند برای تدوین برنامه‌ها و طرح‌های خویش, دلایل قانع‌کننده‌ای داشته باشند. بنابراین, کلیه تصمیمات در خصوص تدارک اهداف، محتوای برنامه‌ها و استفاده مؤثر از سایر منابع و امکانات محدود, تابعی از مطالعات نیازسنجی است. با تشخیص نیازها قبل از انتخاب هر نوع راه حل می‌توان بر میزان کارآیی و اثربخشی برنامه‌ها در سیستم بهداشت و درمان افزود و با انجام اقدامات درست، اعتماد و اثربخشی و اخلاقی بودن آنچه انجام می‌شود، بیشتر خواهد شد.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که برای شناسایی نیازهای بهداشتی جمعیت تحت پوشش، مفهوم نیاز را به عنوان فاصله بین وضع موجود و مطلوب و یا یک نوع برداشت ترکیبی در نظرگرفته‌اند. به نظر می‌رسد چون شکاف بین دو وضعیت عمیق بوده و پاسخ‌گویان نیز به این مسأله پی برده‌اند، آن را انتخاب کرده‌اند. در یک پژوهش که در دانشکده علوم پزشکی در اوهایو به منظور شناسایی نیازهای اطلاعاتی مختلف انجام شده است، نیاز را به عنوان فاصله بین وضعیت موجود و مطلوب در نظر گرفته‌اند(۷).

همچنین منابع تعیین نیاز این الگوها, جامعه، اهداف و ارزشهایشان بوده، زیرا بدون در نظر گرفتن فرهنگ یک جامعه

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

نمی‌توان به نیازهای آن پی برد. مطالعه‌ای منابع تعیین نیاز را آرمان‌ها و استانداردهای سیستم، جامعه, اهداف و ارزش‌ها، کارکنان شاغل در سیستم، بودجه و کمیت و کیفیت آنها و صاحب‌نظران و کارشناسان معرفی کرده است(۱۰). یافته‌ها نشان داد که با ابزارهای نظیر مشاهده مستقیم و پرسشنامه می‌توان به شناسایی نیازها پرداخت. به نظر می‌رسد چون با بکارگیری این ابزار می‌توان اعتبار داده‌ها را به نحو بهتر و بطور نزدیکتر شناسایی نمود, این گزینه بیشتر انتخاب شده است. در پژوهشی که توسط سازمان جهانی بهداشت در بارسلونای اسپانیا انجام گرفت، ابزار سنجش نیاز را مشاهده مستقیم، پرسشنامه و مصاحبه در نظر گرفته بود(۱۱) مدیریت اطلاعات بهداشتی در آمریکا هم مهمترین ابزار نیازسنجی را بررسی اسناد و مدارک موجود معرفی کرده است(۱۲).

در این پژوهش بهترین سطح نیازسنجی در سطح شهرستان معرفی شده است. زیرا با توجه به امکانات و محدودیت‌ها بطور جامعتری می‌توان نیازها را شناسایی کرد. در تحقیقی به منظور شناسایی نیازهای اقتصادی دانشجویان در سراسر کانادا، نیازسنجی در سطح منطقه مناسبترین سطح نیازسنجی معرفی شده است(۱۳). سازمان جهانی بهداشت نیز در بارسلونای اسپانیا به منظور تشخیص نیازهای بیماران معتاد به مراقبت‌های دارویی، نیازسنجی در سطح منطقه را معرفی کرده است(۱۱). مهمترین ملاک برای تعیین الگوها میزان مشارکت جمعیت، نوع برنامه، منابع تعیین نیاز، میزان روایی و پایایی حاصل از الگوها می‌باشد. میزان مشارکت جامعه اولین و اساسی‌ترین شرط برای اجرای هر پروژه است. در مطالعه‌ای ملاک‌های تعیین نیاز را نوع برنامه, ماهیت شرکت‌کنندگان، میزان مشارکت جامعه، منابع و بودجه معرفی می‌کند(۱۰). در این پژوهش مناسبترین شرایط زمانی، نیازسنجی در چند مرحله بوده است. زیرا نیازها، در طول زمان تغییر می‌کند، بنابراین, باید بطور مداوم فرایند نیازسنجی را مطابق با زمان پیش برد. در مطالعه‌ای در آمریکا دریافتند که با توجه به تغییرات سریع اجتماعی باید هر ۵-۳ سال یک بار گردهمایی‌هایی تشکیل شود و به پیش‌بینی تغییرات سریع پرداخته و سرانجام شاخص‌های اطلاعاتی توسعه یابد و کمیت و کیفیت اطلاعات در این زمینه افزایش یابد(۸).

یکی از کاربردی‌ترین تکنیک‌ها، تکنیک‌های توافق- محور می‌باشد که با فن دلفی می‌توان به توافق نسبی دست یافت. با مراجعه به محل سکونت افراد و مشاهده شرایط زندگی آنان، شناسایی نیازها مؤثرتر خواهد بود. مطالعه‌ای مناسبترین شرایط مکانی برای نیازسنجی سیستم‌ها را تجمع صاحب نظران در یک مکان خاص و مناسبترین شرایط اجرایی را نیز تکنیک دلفی معرفی می‌نماید(۱۴).

در این مطالعه کاربردی‌ترین الگوهای نیازسنجی، الگوهای ترکیبی و الگوهای هدف- محور معرفی شد. زیرا این الگوها از جامعیت بیشتر و معایب کمتری برخوردار می‌باشند. در یک پژوهش که در دانشکده علوم پزشکی در اوهایو به منظور شناسایی نیازهای اطلاعاتی مختلف از الگوهای هدف- محور استفاده شده(۷)، در حالی که گروه آموزشی ناتو به منظور شناسایی نیازهای آموزشی پرسنل ارتش آمریکا از الگوهای ترکیبی استفاده کرده است(۱۵).

نتایج پژوهش حاضر کلیه موارد فوق را تأیید می‌کند.

پژوهشگربر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌نماید:بر ضرورت و اهمیت نیازسنجی به عنوان اولین و نخستین گام در برنامه‌ریزی سیستم بهداشت و درمان به مدیران و برنامه‌ریزان تأکید شود؛ به علت گستردگی، پیچیده بودن موضوع فرایند نیازسنجی این موضوع غالباً از نظر دور مانده است بنابراین, پیشنهاد می‌گردد که با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، سمینارها و سایر برنامه‌های ضمن خدمت برای دست‌اندرکاران و طراحان سیستم بهداشت و درمان بتوان موضوع نیازسنجی را به صورت ساده‌تری ارائه داد؛ مفاهیم، منابع، سطوح، ابزار، الگوها. تکنیک‌های نیازسنجی قبل از هر گونه برنامه‌ریزی شناسایی و برای نیازسنجی, از آنها استفاده شود.

منابع

۱. فتحی واجارگاه ک. نیازسنجی در برنامه‌ریزی آموزشی و درسی (روش‌ها و فنون). چاپ اول. تهران: اداره کل تربیت معلم و آموزش نیروی انسانی. ۱۳۷۵: ۳۵-۳۶.

۲. کافمن ر، هرمن ج. برنامه‌ریزی استراتژیک در نظام آموزشی. ترجمه: مشایخ ف, بازرگان ع. چاپ دوم. تهران: انتشارات مدرسه. ۱۳۷۴: ۱۴۵-۱۴۷.

۳. علاءالدینی ف. مروری بر برنامه‌ریزی نیروی انسانی پزشکی و روش‌های برآورد تعداد پزشک مورد نیاز. چاپ اول. تهران: دبیرخانه شورای آموزشی پزشکی و تخصصی واحد مطالعات نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۹: ۶۳-۷۵.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]

۴. عباس‌زادگان س‌م، ترک‌زاده ج. نیازسنجی آموزشی در سازمان‌ها. چاپ اول. تهران: شرکت سهامی انتشار. ۱۳۷۹: ۳۲-۶۷.
۵. فرزانگان ز. بررسی نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش‌های قلب در هنگام ترخیص از بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر تهران. چکیده پایان‌نامه‌های ایران. مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران. ۱۳۷۳.
6. Porter J. The management academy for public health: a new paradigm for public health management development. J Public Health Manag Pract 2002; 8(2): 66.
7. Raymon H. Assessing an information need. Medical College of Ohio. Available from: http://www.mco.edu/lib/education/assess.pdf.(2001): 2-3.
8. Guttman C. Older American 2000: new data system that tracks health and well being finds successes and disparities. (statistical data in cluded). Available from: http://www.findarticles.com/cf_o/m2578/10_55/66472675/print.jhtml.2000: 4-5.
۹. وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی. گزارشی در خصوص تعداد متخصصین مورد نیاز کشور. دبیر شورای آموزشی پزشکی و تخصصی. چاپ اول. تهران: دبیرخانه شورای آموزشی پزشکی و تخصصی. ۱۳۷۷: ۴۵-۶۳.
۱۰. بویل پ‌ج. برنامه‌ریزی در فرایند توسعه. ترجمه: احمدی غر، شهابی س. چاپ دوم. تهران: ققنوس. ۱۳۷۴: ۱۳۰-۱۳۵.
11. World Health Organization. Need assessment. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/pdffiles/needs.assessment.pdf. 2000: 45.
12. American Health Information Management Association. Programs and resources for students and educator. Available from: http://www.ahima.org/fore/programs/institute.html_lok. 2001-2002: 1-3.
13. Reichert P. Canada student loans, need assessment review. Available from: http://www.cou.on.co/publication/briefs_reports/tfonstudent.assistance/appendix%20g.pdf. 1999: 3-5.
14. Glatthorn A. Getting started: developing a quality curriculum. 1st ed. New York: McGrow Hill Co. 1994: 35-45.
15 The NATO Training Group. Need assessment an integrated model. Available from: http://www.kho.edu.tr/enstitu/aktiviteler/nato/public_html/pub.pdf. 1998: 7-12.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-02-10]