پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

گروه پژوهشی تجهیزات پزشکی و توانبخشی

گزارش از روش شناسی پژوهش در نیازسنجی سلامت جانبازان نابینا در سال ۱۳۸۶

Health Needs Assessment methodology report in blind veterans 2007

دکتررضا امینی،

Amini. Reza, MD., Janbazan medical and engineering research centre

چکیده

هر جامعه نیاز دارد که با تغییر و اصلاح در برنامه‌ها و سیایت‌های ارائه‌ی خدمات، وضعیت رو به رشدی را تجربه کند. نیازسنجی سلامت، روشی است که می‌تواند در روند برنامه‌ریزی به کار رود. در نیازسنجی سلامت مراحلی باید طی شوند که اولین آن‌ها تعیین نیم‌رخ جامعه است و پس از آن مراحل دیگری چون انتخاب روش تعیین سطح سلامت جامعه و بر این اساس گردآوری داده‌ها قراردارند و بالتبع تدوین ابزار گردآوری بخش بسیار با اهمیتی است. تحلیل داده‌ها و اطلاعات و سپس اولویت‌بندی نیازهای استخراج شده، مراحل بعدی هستند که زمینه‌ساز برنامه‌ریزی می‌باشند. هریک از مراحل یاد شده دارای روش‌ها و شیوه‌های گوناگونی برای به اجرا درآوردن آن‌ها می‌باشند.

این گزارش توصیفی از روش‌شناسی پژوهش در نیازسنجی سلامت جانبازان نابینا که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفت، می‌باشد. نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها، نسبت پاسخ‌ها، اولویت‌بندی و بحث اجزای این گزارش هستند. بنیادشهید و امور ایثارگرانتا قبل از اجرای این پژوهش اطلاعات متقنی از وضعیت جانبازان نابینا در اختیار نداشت و بدین سبب برنامه‌های ارائه شده به نیازهای واقعی این جامعه اشراف کامل نداشتند. اهداف این پژوهش به ارزیابی نیازهای سلامت جسمی، سیستم عضلانی- استخوانی، سلامت روانی و تعیین نگرش جانبازان نابینا معطوف بود. پس از تدوین ابزارهای مناسب ، در پی برگزاری جلسات حضوری و انجام بحث‌های گروهی (Deep Interview) با ۳۰ نفر از جانبازان و نیز متخصصین خبره، اعتباریابی ابزارها در یک مطالعه‌ی راهنما، ارزیابی‌ها به صورت متمرکز طی دو هفته صورت پذیرفت. از مجموع ۶۸۰ نفر جانباز نابینا که در بنیادشهید و امور ایثارگران ثبت‌نام شده‌بودند، ۳۸۵ در این طرح حضور یافتند. همه‌ی نمونه‌ها توسط یک گروه متشکل از روانشناس، متخصص داخلی، فیزیوتراپ، چشم پزشک و مصاحبه‌گر بررسی شدند. تنها ۲٪ از کل داده‌ها حذف گردید. با به‌کار گیری تست‌های آماری (t test, ANNOVA) داده‌ها تحلیل گردیدند. داده‌ها و اطلاعات استخراج شده به همراه نتایج مطالعات کتابخانه‌ای در اختیار گروه خبره قرارگرفت که با استفاده از معیارهای تعیین شده در همان گروه، اولویت‌بندی فهرست نیازهای استخراج شده، صورت پذیرفت که پنج اولویت اول به ترتیب عبارت بودند از: عوامل خطرساز حملات قلبی- عروقی، افکار سوء ظن و بدبینی، برنامه‌ریزی برای تفریحات سالم، کنترل و پیشگیری از دیابت و افسردگی.

انتظارات جامعه‌ی مورد مطالعه و دیدگاه‌های خبرگان استخراج شده‌بود و مقایسه‌ی آن‌ها با داده‌ها و اطلاعات بسیار کارساز می‌نمود، لکن به دلیل فقدان تجربه‌ی کافی در خصوص نابینایان نزد متخصصین و نیز عدم امکان مقایسه‌ی یافته‌ها با دیگر جوامع، امکان ترسیم اهداف بلند مدت میسر نبود، پوشش کافی در جامعه‌ی هدف و رعایت اصول اساسی نیازسنجی سلامت سبب شد که این شیوه، پذیرفته شود و در پژوهش‌های دیگر نیز به کار رود.

Abstract

Every population have to change programs and resources to develop health services. Health needs assessment as a method can be used in planning process for health service programs. Health needs assessment has many steps which the first one is population profile definition. Health level assessment method should be chose at the next stage. Depending on the method of health level assessment, data gathering process will be clarified and also data gathering instruments. Following data analysis, priority setting is the next step, which prepares input of planning.

This report describes the research method of health needs assessment in Iranian blind veterans in 2007. Sampling, data gathering, response rate, priority setting and discussion are the main parts of the report. There was no précised and reliable information about the blind veterans, so that no body could plan for their health services. General health, musculoskeletal and psychiatric assessment accompanied by attitude survey was the main aims of the study.

Following many expert panels, using deep interview techniques, data gathering instrument prepared. The validity and reliability of the instruments were evaluated in a pilot study on 30 blind veterans. The last edition of instruments and data sheets was revised by expert panels.

Data gathering for population profile definition and needs assessment took place in 10 days, when 60% of total population were in a camp. Statistical analysis out put, and the results of literature review were discussed in expert panel. Priority setting of the health needs was the last phase of the study which came out of expert panel using focus group discussion method. Cardiovascular attack risk factors, paranoid thinking, planning for leisure, diabetes control and depression were the first five priorities.

مقدمه

هر جامعه نیاز دارد که با تغییر و اصلاح در برنامه‌ها و سیاست‌های ارائه‌ی خدمات، وضعیت رو به رشدی را تجربه کند. نیازسنجی سلامت روشی است که می‌تواند در روند برنامه‌ریزی و تغییر وضعیت جامعه به کار برود.[۱]

نیازسنجی سلامت از قرن نوزده میلادی رایج گردید و برای درک بهتر نیازهای یک جامعه به کار برده شد. این شیوه به عنوان روشی برای برنامه‌ریزی و دستیابی به اهداف کلان سامانه‌های بهداشتی به اجرا در می‌آید. [۱]

نیازسنجی سلامت تفاوت بین بخش‌های مختلف را دریافت خدمات نیز مشخص می‌کند و البته ضرورت وجود برخی تفاوت‌ها هم، بارز می‌گردند. برای انجام نیازسنجی سلامت نمی‌توان از یک شیوه‌ی ثابت، به‌طور دایم استفاده کرد؛ چراکه لازم است، به موضوعات مختلف، از زوایای متفاوت نگاه کرد. در اغلب موارد، لازم است برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز، از ترکیب پژوهش‌های کیفی و کمّی استفاده نمود. [۱-۴]

در نیازسنجی سلامت، مراحلی باید طی شوند که در زیر به آن‌ها اشاره می‌کنیم:

اولین گام در یک نیازسنجی سلامت، تعیین نیمرخ جامعه و نیز خصوصیات اصلی آن می‌باشد. سپس تعیین سطح سلامت آن در گام دوم جای دارد که شیوه‌های گوناگونی را می‌توان برای این بخش به کار برد از جمله؛ نظرسنجی از عموم جامعه، بررسی منابع آماری، انجام پیمایش‌های کیفی در جامعه‌ی متخصصین. توجه داشته‌باشیم که در اغلب موارد، برای پوشش مناسب، باید از چند روش به طور همزمان استفاده کرد. [۱و۵-۶]

گام بعدی یا گام سوم، گردآوری داده‌ها براساس اهداف و فقر اطلاعاتی موجود، می‌باشد که به شیوه‌های گوناگون قابل انجام است. این شیوه‌ها عبارتند از : - مرور مدارک و مقالات - مصاحبه با افراد کلیدی - پیمایش - گروه‌های متمرکز

تدوین ابزار بر اساس نوع و روش انتخاب شده برای گردآوری داده ها، گام بعدی است و پس از انجام گردآوری داده‌ها مرحله‌ی تحلیل داده‌ها و اطلاعات صورت خواهدگرفت. [۱و۸و۹]

اولویت‌بندی در گام بعد، به شیوه‌های متفاوتی قابل انجام است: نمره‌گذاری، تحلیل هزینه به فایده، استفاده از برنامه‌های ریاضی، شبیه‌سازی، تحلیل سوداوری اقتصادی و تحلیل طبقات اجتماعی. به هر شکل فرآیند اولویت‌بندی در چهار سطح می‌تواند به اجرا درآید: * پژوهشگران * تصمیم‌گیرندگان * خدمات دهندگان * جامعه‌ی عادی

هرچه پوشش اولویت‌بندی در سطوح بالا بیشتر باشد؛ یعنی همه‌ی سطوح در آن مشارکت داشته‌باشند، نتایج به واقعیت نزدیک‌تر خواهدبود و از اعتبار بالاتری برخوردار است. [۱و۹]

با استخراج اولویت‌ها مراحل نهایی یعنی برنامه‌ریزی و اجرای برنامه و مداخلات آغاز می‌شود. [۱-۵]

این گزارش، توصیفی از روش شناسی پژوهش مورد استفاده در نیازسنجی سلامت جانبازان نابینا را که درسال ۱۳۸۶ انجام گرفت، ارائه می‌نماید. به طور کلی این مقاله دارای پنج بخش است که عبارتند از ؛ نمونه‌گیری، گردآوری داده‌ها، نسبت پاسخ‌ها، اولویت‌بندی و بحث. اولین بخش به توضیح روش نمونه‌گیری، حجم نمونه و خصوصیات جمعیتی جامعه مورد مطالعه و حدود خطاها می‌پردازد. قسمت دوم فرآیند گردآوری داده‌ها را شرح می‌دهد. سومین بخش در مورد محاسبات و نسبت پاسخ‌ها توضیح می‌دهد و آخرین بخش به نحوه‌ی اولویت‌بندی می‌پردازد.

در طی جنگ عراق علیه ایران که هشت سال به طول انجامید، هزاران نفر دچار معلولیت‌های جسمی از نوع حسی و حرکتی گردیدند، از جمله معلولیت‌های جسمی که در جنگ رخ داده‌است، نابینایی و کم بینایی است. این گروه از جانبازان پس از ورود به جرگه‌ی جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران قرار گرفته‌اند که البته به دلایل گوناگون که در این جا به آن نمی‌پردازیم از خدمات مطلوب بهره‌مند نگردیده‌اند. تا قبل از انجام مطالعه‌ی حاضر تنها داده‌هایی عمومی و کلی از قبیل تعداد، مشخصات فردی غیر دقیق در اختیار بود که براساس آن‌ها، امکان برنامه‌ریزی متناسب با نیازهای این گروه را از برنامه‌ریزان سلب می‌نمود. بدین سبب، برای روشن نمودن نیازهای سلامت این جامعه، مطالعه‌ی نیازسنجی سلامت برای این گروه شکل گرفت تا به این واسطه داده‌های لازم برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، گردآوری و تحلیل گردد. مطالعه‌ی حاضر پس از بررسی متون ابتدا به صورت کیفی آغاز شد که در ادامه به آن خواهیم پرداخت و پس از گردآوری نظرات گروه خاصی از جامعه هدف، به روش کیفی، مطالعه‌ی کمی طراحی و اجرا گردید.

اهداف پژوهش عبارت بودند از؛

۱- ارزیابی نیازهای سلامت جسمی در جانبازان نابینا

۲- ارزیابی نیازهای سلامت سیستم عضلانی استخوانی جانبازان نابینا

۳- ارزیابی نیازهای سلامت روانی جانبازان نابینا

۴- ارزیابی نگرش جانبازان نابینا نسبت به نیازهای سلامت خود

نمونه‌گیری:

نابینایی براساس متون علمی به وضعیتی گفته می‌شود که قدرت بینایی به کمتر از ۱/۱۰ کاهش یابد و یا میدان بینایی به کمتر از ۲۰ درجه محدود شود. این تعریف یک تعریف نظری است.[۲] در واقع هر عاملی که سبب شود فرد به جای بهره‌گیری از حس بینایی حس دیگری را جایگزین نماید، عملاً نابینایی محسوب می‌شود. [۳و۸] با این وجود افرادی که در بنیاد شهید و امور ایثارگران به عنوان نابینا تحت پوشش هستند، افراد با نابینایی مطلق هستند. کل جامعه‌ی جانبازان نابینا که در بنیاد شهید و امور ایثارگران دارای پرونده بودند، در حدود ۶۸۰ نفر برآورد گردیده بود. در ابتدای پژوهش، یک گروه، مشتمل بر ۳۰ نفر از جانبازان یاد شده که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و گروه پژوهشی دسترسی مناسبی به آن‌ها داشت، گردآمدند و طی ده جلسه پی در پی و در گروه‌های هشت نفره پس از بحث‌های آزاد، خواسته‌های خود را در حوزه‌ی سلامت و نیازهای رفاهی ابراز نمودند و در قالب یک بیانیه آن را اعلام نمودند. با توجه به نظرات اخذ شده از این گروه، مقدمات لازم برای انجام مطالعه‌ی کمّی صورت گرفت و پس از طراحی ابزارهای لازم و با دعوت از کلیه‌ی جانبازان در طی یک دوره‌ی دو هفته‌ای ۶۴٪ از جامعه که در محل مطالعه حاضر شدند، مورد ارزیابی واقع گردیدند (دعوت از طریق کارشناسان بنیاد استان‌ها به صورت تلفنی و با ارائه‌ی توضیح در مورد مطالعه، صورت گرفت). که می‌تواند به عنوان یک سرشماری آن را در نظر گرفت. [۸و۹]

داده‌های گردآوری شده، پس از تحلیل، مشکلات سلامت این جامعه را مشخص نمود که در پی آن نیاز به اولویت‌بندی بود. این دوره، از زمان گردآوری تا تهیه فهرست مشکلات در حدود شش ماه طول کشید. یک گروه از افراد خبره طی دو جلسه بحث کارشناسی معیارهای لازم برای اولویت‌بندی را استخراج نمودند و سپس اولویت بندی را شکل دادند. این افراد در هر گروه تخصصی پزشکی، روان شناسی، فیزیوتراپی و توانبخشی و کارشناسان سازمان سه تا پنج نفر بودند که حداقل پنج سال سابقه‌ی تخصصی در رشته مورد نظر را داشتند و با روش شناسی پژوهش آشنا بودند. سعی شد این افراد مطالعات لازم را در حوزه‌ی نابینایان صورت داده باشند.

گردآوری داده‌ها:

داده‌های مربوط به گروه خبرگان نابینا در اواخر سال ۱۳۸۴ گردآوری گردید. شیوه‌ی آن به روش مطالعات کیفی بود(Deep Interview) که پس از بحث‌های گروهی در مورد موضوع جلسه، آراء افراد ثبت و نظر کل حاضرین جمع‌بندی شده و در قالب نظر گروه ارائه گردید. این نظرات توسط گروه محققین ارزیابی شد و در ابزارهای مورد نظر برای بخش کمی مطالعه لحاظ گردید، به‌گونه‌ای که بسیاری از پرسش‌ها و سنجش‌های ابزار نگرش‌سنجی و نیازسنجی سلامت تحت تأثیر این بخش کیفی کامل‌تر شد(Drawing of conceptual mapping). پس از طراحی ابزارهای مناسب و انتخاب برخی ابزارهای موجود، طی ده روز با گردهمایی جانبازان در شهرستان مشهد مرحله‌ی سنجش و گردآوری داده‌ها صورت پذیرفت.

ابزارهای مورد استفاده با استفاده از مرور متون و دستیابی به چند ابزار گوناگون با عنایت به اهداف و جامعه‌ی مورد مطالعه، طراحی گردید (پس از ارزیابی اعتبار ظاهری آن‌ها توسط خبرگان هر حوزه) و در یک مطالعه راهنما اعتبار و پایایی آن‌ها مورد بررسی واقع شد. که با ایجاد تغییراتی، ابزار نهایی در هر حوزه تدوین گردید. در ارزیابی روان‌شناسی، تست SCL90-R که یک ابزار مناسب برای غربال افراد با ویژگی‌های خاص می‌باشد مورد استفاده قرار گرفت و خوشبختانه بارها پیش از این مطالعه، اعتبار و پایایی آن در ایران مورد پژوهش واقع گردیده بود لکن در جامعه‌ی نابینایان استفاده نشده بود.

الف- ارزیابی سلامت جسمی؛ این بررسی با بهره‌گیری از یک برگه‌ی داده‌ها و توسط یک متخصص طب داخلی که بیش از ده سال تجربه‌ی فعالیت‌های بالینی را داشت و با جامعه‌ی جانبازان نیز به خوبی آشنا بود صورت پذیرفت. متوسط زمان معاینه در این بخش ۱۸ دقیقه بود و در هر روز حداکثر ۴۵ نفر در دو نوبت صبح و عصر ارزیابی شدند. اخذ نمونه‌ی خون برا ی انجام آزمایش از دیگر ارزیابی‌های این بخش بود. کلیه نمونه‌ها توسط یک فرد گرفته شد و در یک آزمایشگاه تست‌ها صورت گرفت.

بخش دیگر این ارزیابی شامل بررسی تخصصی چشم بود که توسط دو دستیار این رشته، تحت نظارت یکی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با به کارگیری یک دستگاه slit lamp و دو دستگاه افتالموسکوپ با متوسط زمانی معاینه‌ی ۸ دقیقه برای هر بیمار صورت گرفت و داده‌ها دریک برگه‌ی داده‌ها واردشد.

ب- ارزیابی سلامت روانی؛ این ارزیابی توسط سه روان‌شناس بالینی با مدرک فوق لیسانس و دکترا و با بهره‌گیری از ابزار SCL-90-R صورت گرفت که متوسط زمان مصاحبه در این بخش ۳۲ دقیقه بود. زمان معاینه،

ج- ارزیابی سلامت عضلانی – استخوانی ؛ این بررسی توسط دو فوق لیسانس فیزیوتراپی انجام پذیرفت. کلیه‌ی افراد از حیث شکل و فرم اندام و تنه، قدرت عضلانی ، تعادل و راه رفتن، بررسی شدند. یکی از فیزیوتراپ‌ها تعادل و راه رفتن و دیگری وضعیت ظاهری و فرم بدن جانبازان را ارزیابی کرد. متوسط زمان معاینه دراین بخش ۲۳ دقیقه برای هر بیمار بود که در دو نوبت صبح و عصر انجام شد.

د- نگرش سنجی: این بخش توسط چهارنفر لیسانس مددکاری و روان‌شناسی انجام شد. طی این ارزیابی، علاوه بر اخذ داده‌های عمومی و دموگرافیک، نگرش افراد نسبت به روابط اجتماعی و خانوادگی، فعالیت‌های روزانه و اجتماعی از قبیل تحصیلات، مشارکت اجتماعی، اشتغال ، ورزش و تفریح سنجیده شد. دیگر موارد بررسی شده عبارت بودند از؛ مشکلات فرهنگی، اقتصادی، درمانی ، حمل و نقل و جابجایی و امکانات اجتماعی. متوسط زمان ارزیابی ۲۴ دقیقه بود که دردو نوبت صبح و عصر صورت پذیرفت.

کلیه ارزیابی‌های یاد شده برای هر فرد طی یک روز انجام شد.

پس از اتمام مرحله گردآوری داده‌ها، تمام پرسشنامه‌ها یک بار توسط سرپرست طرح و گروه متخصصین بازبینی شد و داده‌های ناقص در صورت امکان کامل شدند و در غیر این‌صورت حذف گردیدند. ۲٪ ازکل داده‌ها حذف شدند. با انجام بررسی برای هر بخش یک فایل spss تشکیل شد و ورود داده‌ها آغاز گردید. این مرحله ۴۵ روز به طول انجامید و فایل‌های تشکیل شده نیز از نظر خطا بررسی گردیدند و خطاهای یافت شده اصلاح شدند.

با انجام تحلیل آماری، تحلیل تخصصی با بهره‌گیری از مرور متون آغاز شد و پس از دو ماه فعالیت گروه تخصصی، در هر حوزه، فهرست مشکلات این گروه استخراج گردید.

اولویت‌بندی:

در هر حوزه ارزیابی شده؛ سلامت جسمی ، سلامت روانی و سلامت فیزیکی، یک گروه شامل متخصصینی که دیدگاه پژوهشی و بالینی مناسبی داشته باشند، گردآوری شدند و یک گروه سه تا پنج نفر را تشکیل دادند، اطلاعات جمع‌آوری شده در سنجش مرور متون، یک هفته قبل از جلسه، در اختیار ایشان قرار گرفت و از آنان خواسته شد که پس از مطالعه، معیارهای لازم برای اولویت‌بندی مشکلات این جامعه را استخراج کنند و برای هر یک وزنی را در نظر بگیرند که نشان‌دهنده‌ی اهمیت معیار است. نظرات هر یک از اعضای گروه به صورت مکتوب اخذ شد و طی یک برآورد اولیه میزان اختلاف نظرات تعیین شد. سپس در یک جلسه، که به طور متوسط ۹۰ دقیقه طول می‌کشید نظرات گروه جمع‌بندی و معیارهای اولویت‌بندی به همراه وزن هر یک تعیین شدند. پس از آن، فهرست مشکلات به همراه یافته‌های پژوهش در اختیار خبرگان هر حوزه قرار داده شد و از آن‌ها درخواست شدکه به هر یک از مشکلات در ذیل هر معیار نمره‌ای از ۱ تا ۱۰ (یک کمترین و ده بیشترین اهمیت) بدهند. نمره‌ی هر معیار در وزن آن ضرب شد و یک نمره‌ی واحد برای هر مشکل استخراج شد. بین نمرات خبرگان معدل‌گیری شد چرا که تفاوت موجود بین نمرات، معنی‌دار نبود و نمره‌ی نهایی هر مشکل حاصل گردید. در هر حوزه، جداگانه بیشترین امتیاز با درجه‌ی اهمیت بالاتر، اولویت‌ها ارائه گردید و یک مقایسه هم در بین کل حوزه‌ها انجام شد و در مجموع ۹۶ مشکل برای این گروه استخراج گردید. این جداول به همراه پیشنهادات لازم برای انجام مداخلات و خدمات رسانی در اختیار برنامه‌ریزان قرار گرفت.

پنج اولویت اول در مجموع بدین ترتیب معرفی شدند:

۱- عوامل خطرساز حملات قلبی و عروقی ۲- افکاربدبینی و سوء ظن ۳- برنامه‌ریزی برای تفریحات سالم ۴- کنترل و پیشگیری از دیابت ۵- افسردگی

بحث:

در پژوهش حاضر سعی شده‌است که اصول نیاز سنجی تا حد ممکن رعایت گردد. از این حیث می‌توان به نقاط قوّت و ضعف آن به شرح زیر اشاره نمود.

در ابتدا همانطور که گفته شد با انجام جلسات بحث‌های گروهی (Deep Interview) انتظارات آنان استخراج گردید و سپس طی مطالعات کتابخانه‌ای و مرور متون و بحث با متخصصین (Focus Group Discussion) جایگاه مورد انتظار جامعه‌ی هدف و شرایط مطلوب تا حد امکان ترسیم شد لکن فقدان تجربه‌ی کافی در متخصصین داخل و نیز تفاوت‌های فراوان بین جامعه‌ی هدف و دیگر جوامع در نقاط دیگر جهان به لحاظ عوامل تأثیرگذار بر سلامت، امکان مقایسه با همسانان آنان در دیگر کشورها میسر نبود و بدین جهت امکان ترسیم اهداف بلندمدت و شرایط مطلوب دراز مدت پدید نیامد که از نقاط ضعف ناشی از محدودیت‌ها به شمار می‌آید. از نقاط کور می‌توان به سطح سلامت روانی مطلوب و نیز سطح مشارکت اجتماعی مورد انتظار می‌توان اشاره کرد.

نکته‌ی دیگر فقدان ابزارهای اندازه‌گیری سطح سلامت ویژه‌ی نابینایان بود که موجب شد ابزار توسط گروه پژوهشگران طراحی گردد و با این که اعتبار و روایی آن‌ها مورد ارزیابی واقع شد، سبب صرف هزینه و زمان بیشتری گردید. همان‌طور که در ابتدای گزارش اشاره گردید یکی از مراحل نیازسنجی سلامت، تعیین نیمرخ جامعه می‌باشد که در کشورهای توسعه یافته از پایگاه‌های داده‌ها بهره می‌گیرند و این امر سبب صرفه‌جویی در منابع و آزادی عمل بیشتر مپژوهشگران می‌شود که متأسفانه این پایگاه در مورد جانبازان نابینا در حد قابل قبول وجود نداشت و این محدودیت سبب شد که حجم زیادی از داده‌ها برای تحلیل به پژوهشگران تحمیل گردد و مدت تحلیل طولانی‌تر شود که البته با به‌کارگیری شیوه‌های لازم سعی شد تحلیل در حداقل زمان ممکن صورت گیرد تا لطمه‌ای به اعتبار داده‌ها وارد نیاید و قبل از مرگ آن‌ها نتایج برای برنامه‌ریزی ارائه شود.

پوشش کافی در جامعه‌ی هدف، بسیار با اهمیّت بود که در این طرح به خوبی رعایت گردیده‌است و نیز متمرکز بودن مرحله‌ی گردآوری داده‌ها سبب شد که از سویی فاصله‌ی زمانی بین اولین ارزیابی و آخرین آن‌ها بسیار کوتاه باشد که از مزایای طرح به شمار می‌آید و از سوی دیگر ارزیابی خارج از محیط واقعی می‌تواند لطمات کوچکی را به اعتبار آن وارد نماید که در مقابل فاصله‌ی زمانی یاد شده از ارزش پایین‌تری برخوردار است.

انجام تحلیل تا زمان استخراج فهرست اولویت‌بندی شده‌ی مشکلات در حدود پنج ماه طول کشید که با کوتاه شدن آن قادر بودیم اعتبار بالاتری را شاهد باشیم و مداخلات را با سرعت بیشتری به اجرا در آوریم که متأسفانه همان‌گونه که یادشد به دلیل حجم بالای داده‌ها برای تحلیل این زمان کمترین فاصله‌ی ممکن برای این گروه بود.

در خصوص اولویت‌بندی که به شیوه‌ی نمره‌گذاری صورت گرفته‌است، از اعتبار مناسبی برخوردار می‌باشد به خصوص که پوشش خوبی در گردآوری نظرات گروه‌های هدف، متخصصین و برنامه‌ریزان به عمل آمده‌است. نظرات ارائه‌دهندگان خدمات به دلیل عدم دسترسی محقق اخذ نگردید. نکته‌ی قابل ذکر دیگر این که مقایسه‌ای بین نظرات گروه‌های مختلف انجام نشد که در صورت اعمال و گزارش آن اختلاف نظرات بهتر ترسیم می‌شد.

نقص دیگر این طرح این بود که به دلایل گوناگون، از جمله کمبود منابع، برنامه‌ریزی برای مداخلات با قوّت کافی صورت نگرفت، یکی دیگر از دلایل این امر مشارکت محدود برنامه‌ریزان و خدمات دهندگان در ابتدای پژوهش بود که ممکن است از اشکالات وارد به محقق باشد.

در پایان امید است با استمرار این گونه پژوهش‌ها شاهد افزایش سطح سلامت عموم جامعه به ویژه معلولین و جانبازان باشیم.

منابع:

۱. امینی. رضا، نیازسنجی سلامت، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۵

2. CDC organization، National Federation of Blindness، WHO
3. Day S. Normal and abnormal visual development. In: Taylor D، editor. Paediatric ophthalmology (2nd edition). Malden، MA: Blackwell Science; 1997، p 13-28.
4. Johns.M: Economic costs associated with MR، CP، hearing loss and Visual Impairment. 2003، MMVVR;53:57-9
5. R. Suckling، M. Ferris and C. Price، Risk identification، assessment and management in public health practice: a practical approach in one public health department، Journal of public health medicine، Vol.25، No. 2، pp.138-143، 2003.
6. Elsie M. Alverson، MSN، APRN، BC، Theresa A. Ressler، PhD، APRN، BC، Concerns Expressed by underserved individuals Regarding Family and Community Health care needs، Valparaiso university college of Nursing
7. Lawrence. Jody. BA (Hons)، Keams. Robin MA (Hons) Ph.D، Exploring the fit between people and providers: refugee health needs and health care services in MT Roskill، Auckland، New Zealand. Health and social care in the community Vol. B، P 451، Sep. 2005.
8. Williams. Michael، M.S. et al.، BAVF/VA Needs Assessment of visually Impaired veterans، Rehabilitation R & D center، VA medical center
9. A community Guide for Documenting Health states and Establishing priorities،