

Validating a Questionnaire for Community Participation in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases

Talebi E¹, Dabbaghi F*², Mahmoudi Gh³

1. Ph.D Candidate, Health services Administration, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

2. Associated Professor, Hospital Administration Research Center, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

3. Professor, Hospital Administration Research Center, Islamic Azad University, Sari Branch, Sari, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989123374532, E-mail: f_dabbaghi@yahoo.com

Received: Jun 10, 2023 Accepted: Nov 26, 2023

ABSTRACT

Background & objectives: Considering that many risk factors of non-communicable diseases are rooted in people's lifestyles, the role and importance of society's participation in preventing and controlling these diseases is more evident than before. The present study was conducted to design and determine the validity and reliability of a questionnaire on ways to attract community participation in preventing and managing non-communicable diseases.

Methods: This descriptive-applied study was conducted in 2022. The initial questionnaire was prepared based on the data from a combined research consisting of comparative study stages, interviews with experts and Delphi. Content validity was measured using a panel of 15 experts, the content validity ratio (CVR), and the content validity index (CVI). The test-retest method was utilized to determine the reliability of the questionnaire in a sample of 30 people. Data analysis was done using SPSS 20 software.

Results: The final questionnaire with 52 items to attract people's participation in preventing non-communicable diseases was confirmed with a total content validity index score of 0.98 and a content validity ratio of 0.84. The results of Spearman's correlation coefficients for the seven questionnaire dimensions showed the acceptable reliability of the questionnaire components.

Conclusion: Since the designed questionnaire obtained acceptable validity and reliability, it can be used confidently to determine community participation requirements in preventing non-communicable diseases.

Keywords: Community Participation; Prevention; Non-communicable Diseases; Questionnaire

روایی سنجی پرسشنامه الزامات جلب مشارکت جامعه در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

اسماعیل طالبی^۱، فاطمه دباغی^{۲*}، قهرمان محمودی^۳

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

۲. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

۳. استاد مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: تلفن: ۰۹۱۲۳۳۷۴۵۳۲ فکس: ۰۱۱۳۴۴۴۵۷۳۵ ایمیل: f_dabbaghi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که بسیاری از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ریشه در سبک زندگی مردم دارد، نقش و اهمیت مشارکت جامعه در پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها بیش از پیش نمایان است. مطالعه حاضر با هدف طراحی و همچنین تعیین روایی و پایایی پرسشنامه راه‌های جلب مشارکت جامعه در پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- کاربردی می باشد که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. پرسشنامه اولیه بر اساس داده‌های به‌دست آمده از یک مطالعه ترکیبی متشکل از مراحل مطالعه تطبیقی، مصاحبه با خبرگان و روش دلفی، تهیه گردید. سنجش روایی محتوا با استفاده از پانل خبرگان ۱۵ نفری و نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) انجام شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون- باز آزمون در یک نمونه ۳۰ نفری استفاده شد. تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS-20 انجام گرفت.

یافته‌ها: پرسشنامه نهایی با ۵۲ گویه راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، با امتیاز کل شاخص روایی محتوایی ۰/۹۸ و نسبت روایی محتوایی برابر با ۰/۸۴ مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی اسپیرمن برای ابعاد هفتگانه پرسشنامه نشان از پایایی قابل قبول مولفه‌های پرسشنامه داشت.

نتیجه‌گیری: از آنجا که پرسشنامه طراحی شده روایی و پایایی قابل قبولی را کسب نمود، با اطمینان می‌توان از آن برای تعیین الزامات جلب مشارکت جامعه در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: مشارکت جامعه، پیشگیری، بیماری‌های غیرواگیر، پرسشنامه

دریافت: ۱۴۰۲/۳/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۵

مقدمه

می‌باشد (۱). بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی، سالانه ۴۰ میلیون نفر در سرتا سر دنیا در اثر بیماری‌های مزمن جان خود را از دست می‌دهند که معادل ۷۰ درصد از کل میزان مرگ و میرهای دنیا می‌باشد (۲) و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به ۵۲ میلیون نفر برسد (۳). در رابطه با تبعات

افزایش مداوم بیماری‌های غیرواگیر، از جمله بیماری‌های قلبی- عروقی، دیابت، سرطان، و بیماری‌های مزمن ریوی، در سرتاسر جهان یک چالش کلیدی نه تنها در رابطه با سلامت عمومی، بلکه یک چالش عمده پیش روی اقتصاد و توسعه

اقتصادی بیماری‌های غیر واگیر، مطالعه ای که به صورت مشترک توسط انجمن جهانی اقتصاد و دانشگاه هاروارد انجام شد، نشان داد که بیماری‌های غیرواگیر در طول ۲۰ سال آینده ۴۷ تریلیون دلار هزینه خواهند داشت که شامل ۷۵ درصد از تولید ناخالص داخلی می‌باشد. همچنین پرواضح است که این بیماری‌ها موجب کاهش بهره‌وری و نیز کاهش سرمایه و رشد اقتصادی می‌گردد (۴). در ایران نیز، به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه، یکی از مهم‌ترین چالش‌های مربوط به نظام سلامت، بیماری‌های غیرواگیر می‌باشند (۵) و این مشکل، یعنی شیوع گسترده بیماری‌های مزمن و نیز هزینه‌های گزاف تحمیلی آن بر پیکره نظام اقتصادی و سلامت کشور، روز به روز جدی‌تر می‌گردد (۶). علاوه بر این، با توجه به این مهم که شیوع ابتلای چندگانه ارتباط مثبت و قابل ملاحظه‌ای با افزایش سن دارد (۷-۹). با در نظر گرفتن آمار افزایش سریع جمعیت کهنسال در کشور انتظار می‌رود که شیوع ابتلای چندگانه نیز از الگوی مشابهی پیروی نماید و رو به افزایش باشد (۱۰). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی که در سال ۲۰۱۸ منتشر گردیده است، ۸۲ درصد از کل مرگ‌هایی که در ایران رخ می‌دهد مربوط به بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد که از این میان، ۱۵ درصد آن‌ها را مرگ‌های زودرس تشکیل می‌دهد (۱۱). طبق تجربیاتی که از نظام‌های مختلف بهداشتی و درمانی در دنیا گزارش شده است، در حال حاضر دستیابی به هدف اصلی که کاهش ۲۵ درصدی مرگ زودرس ناشی از بیماری‌های غیرواگیر است به کندی پیش می‌رود (۱۲). در این راستا، سازمان جهانی بهداشت شش توصیه کلی برای تمامی کشورها ارائه داده است که یکی از مهم‌ترین این توصیه‌ها جلب مشارکت ذی‌نفعان و مردم در فراهم نمودن سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مربوط به آن می‌باشد (۱۳). حوزه سلامت با تمام امکانات و منابع تا زمانی که همراهی آگاهانه مردم را نداشته باشد

نمی‌تواند به تنهایی بر مشکلات فائق آید (۱۴). با توجه به این که بسیاری از عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ریشه در سبک زندگی مردم دارد، نقش و اهمیت مشارکت جامعه در پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها بیش از پیش نمایان است (۱۵). در این میان اعضای جامعه می‌توانند نقش به سزایی را در مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر ایفا نمایند. جامعه دارای منابع ارزشمندی است که می‌تواند به عنوان مکملی برای منابع محدود نظام‌های سلامت در نظر گرفته شود. بسیج این منابع عصاره مشارکت جامعه در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر را شکل می‌دهد. این منابع و ظرفیت‌ها طیف گسترده‌ای را شامل می‌شود که از میان آن‌ها می‌توان به نیروی انسانی، مواد و تجهیزات، ساختار رهبری جامعه، ارزش‌ها، اعتقادات و باورهای هنجاری جامعه اشاره کرد. این منابع می‌توانند نقش بسیار موثری را در طراحی و پیاده‌سازی استراتژی‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر داشته باشند (۱۶). بنابراین شناسایی الزامات مورد نیاز جهت جلب مشارکت مردم در راستای پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر از جمله اقداماتی است که بایستی در این راستا انجام شود. برای این امر نیاز به ابزار مناسب جمع‌آوری داده‌های لازم می‌باشد. از میان ویژگی‌های لازم برای هر نوع ابزار، اندازه‌گیری روایی و پایایی دارای اهمیت ویژه‌ای است و بایستی قبل از بکارگیری ابزار اندازه‌گیری توسط پژوهشگران، طی فرایند روایی‌سنجی مورد بررسی و تأیید قرار گیرد (۱۷). بنابراین مطالعه حاضر با هدف طراحی و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه محقق ساخته راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر در ایران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-کاربردی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. پرسشنامه اولیه بر اساس داده‌های به‌دست آمده از یک مطالعه ترکیبی متشکل

از مراحل مطالعه تطبیقی، مصاحبه با خبرگان و انجام دلفی در سه مرحله، تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۵ سؤال دموگرافیک (سن، جنس، محل اشتغال، میزان تحصیلات و تجربه کاری) و ۵۲ گویه مربوط به راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر بود. به منظور تعیین روایی محتوا از روش‌های پیشنهادی چادویک و همکاران (۱۸) و لاوشه (۱۹) استفاده شد. بنابراین، سنجش روایی محتوایی با استفاده از پانل خبرگان ۱۵ نفری انجام و نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) و شاخص روایی محتوا^۲ (CVI) انجام گرفت. برای تعیین CVR طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضروری نیست» و برای تعیین CVI نیز سه معیار ساده و روان بودن، مربوط یا اختصاصی بودن و واضح یا شفاف بودن به صورت مجزا در طیف چهار قسمتی برای هر سؤال مد نظر قرار گرفت. پرسشنامه‌ها از طریق ایمیل طی دو دوره در اختیار پانل متخصصین قرار گرفته و از آن‌ها درخواست شد تا نظرات خود را در مورد سؤالات و ابعاد پرسشنامه ارائه نمایند. بر اساس جدول لاوشه مقدار CVR محاسبه شده برای هر آیتم برای ۱۵ نفر باید حداقل مساوی یا بیشتر از ۰/۴۹ باشد (۱۹). همچنین مقادیر شاخص روایی محتوا نیز برای هر سؤال بایستی بیشتر از ۰/۷۹ باشد (۲۰). به منظور تعیین پایایی (تکرارپذیری) ابزار سنجش از روش آزمون-بازآزمون^۳ و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد (۲۱،۲۲). در این مرحله پرسشنامه روانسنجی شده در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به ترتیب با امتیاز ۵ الی ۱ امتیاز) بین یک نمونه ۳۰ نفری از جامعه مورد پژوهش شامل مجریان برنامه در حوزه ستادی و کارشناسان اجرایی درگیر در برنامه بیماری‌های

غیرواگیر در دو نوبت و به فاصله ۱۰ روز، توزیع و جمع‌آوری گردید. سپس همبستگی بین نمره مرتبه اول و دوم پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن^۴ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-20 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر به کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.210 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. رضایت مشارکت‌کنندگان جهت همکاری با پژوهشگران و آزادی ایشان جهت انصراف در هر مرحله از مطالعه از اصول اخلاقی پژوهش بوده است.

یافته‌ها

با توجه به اینکه پرسشنامه‌ها قبل از مرحله تعیین روایی محتوا، طی یک دلفی سه مرحله‌ای مورد بررسی کارشناسی توسط خبرگان قرار گرفته و اشکالات و ابهامات آن تا حدود زیادی رفع گردیده بود در مرحله تعیین روایی محتوا شاهد تغییرات قابل توجه نبودیم. لازم به ذکر است در مرحله دلفی گویه‌های «استفاده از ظرفیت مراکز تحقیقاتی متعدد دانشگاه‌ها»، «آموزش و توانمندسازی مردم از طریق صدا و سیما» و «استفاده از شرکت‌های مواد غذایی سالم و آشامیدنی‌های غیرالکلی جهت حمایت از رویدادهای ورزشی» از پرسشنامه اولیه حذف و گویه‌های «الگوسازی در جامعه»، «ایجاد و گسترش صندوق‌های حمایتی»، «اجرای دوره‌های بازآموزی اجباری کلیه کارکنان سلامت»، «حمایت از خانه‌های مشارکت مردم در سلامت» و «تنظیم بازار مواد غذایی» به ابعاد مختلف پرسشنامه اضافه شده بودند. بنابراین در پایان مرحله دلفی تعداد سؤالات پرسشنامه به ۵۲ گویه و همچنین ابعاد پرسشنامه نیز از ۸ بعد به ۷ بعد تغییر یافته بود. در مرحله تعیین

¹ Content Validity Ratio

² Content Validity Index

³ Test-Retest

⁴ Spearman

نسبت روایی محتوا تمامی ۵۲ سوال طراحی شده مقادیر بالای ۰/۴۹ را کسب نمودند بنابراین هیچ سوالی از پرسشنامه حذف نگردید. در مرحله تعیین شاخص روایی محتوا ۲ سوال مقادیر پایین‌تری از ۰/۷۹ را کسب نمودند که با توجه به نظرات متخصصین مورد اصلاح قرار گرفتند. گویه «الگوسازی در جامعه» در بعد تعلیم‌گری، تربیت، تبلیغ و حساس‌سازی به «الگوسازی و استفاده از شخصیت‌های محبوب» تغییر یافت. همچنین گویه «تقویت نظام ارجاع الکترونیک» از بعد ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر به بعد نظارت و پایش انتقال یافت. در نهایت پرسشنامه اصلاح شده با ۵ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک و ۵۲ گویه مربوط

به راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در قالب ۷ بعد مشتمل بر ۸ گویه مربوط به بعد سیاست‌گذاری دولت، ۷ گویه بعد تعلیم‌گری، تربیت، تبلیغ و حساس‌سازی، ۶ گویه بعد تامین‌گری اقتصادی، ۶ گویه همکاری درون‌بخشی، ۱۰ گویه همکاری بین‌بخشی، ۹ گویه ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر و ۶ گویه مربوط به بعد نظارت و پایش نهایی گردید. امتیاز کل شاخص روایی محتوایی برای پرسشنامه برابر با ۰/۹۸ و نسبت روایی محتوایی برابر با ۰/۸۴ به دست آمد. جزئیات سنجش شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج بررسی نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای سوالات پرسشنامه

ابعاد	گویه‌های پرسشنامه	CVR	CVI
سیاست‌گذاری دولت	۱- ایجاد محدودیت در دسترسی به مواد دخانی در حوزه وضع قوانین و مقررات بازدارنده دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۰/۹۶
	۲- افزایش مالیات بر دخانیات (اجرای نظام مالیاتی کالاهای دخانی) در حوزه وضع قوانین و مقررات بازدارنده دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۱/۰۰
	۳- ممنوعیت تبلیغ کالاهای آسیب‌رسان در حوزه وضع قوانین و مقررات بازدارنده دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۶۰	۰/۹۸
	۴- محافظت مردم در برابر دود دخانیات (دود دست دوم) در حوزه وضع قوانین و مقررات بازدارنده دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۸
	۵- کاهش دسترسی به مشروبات الکلی در حوزه وضع قوانین و مقررات بازدارنده دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۰/۹۸
	۶- حمایت از تولید و ارائه محصولات ارگانیک/ارزشمند در حوزه سیاست‌های تشویقی دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۱/۰۰
	۷- برخورداری مردم از مزایای مشارکت در حوزه سیاست‌های تشویقی دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۶۰	۰/۹۱
	۸- اجرای قانون هوای پاک در حوزه سیاست‌های تشویقی دولت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۰/۹۸
تعلیم‌گری، تربیت، تبلیغ و حساس‌سازی	۹- برنامه‌های ارتقای سلامت مدرسه محور در حوزه تعلیم‌گری مدارس و دانشگاه‌ها می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۸
	۱۰- برنامه‌های ارتقای سلامت دانشگاه محور در حوزه تعلیم‌گری مدارس و دانشگاه‌ها می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۱/۰۰
	۱۱- ارتقای دانش، نگرش و مهارت کارکنان و مردم در حوزه تربیت‌گری نهادها و سازمان‌ها می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۰/۹۸
	۱۲- برنامه‌های ارتقای سلامت مبتنی بر محل کار در حوزه تربیت‌گری نهادها و سازمان‌ها می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۱/۰۰

سیاست‌گذاری دولت

تعلیم‌گری، تربیت، تبلیغ و حساس‌سازی

۱۳- آموزش و حساس سازی عموم مردم از طریق رسانه‌های جمعی (mass media) شامل رادیو، تلویزیون، رسانه‌های گروهی چاپی در حوزه تبلیغ‌گری و حساس‌سازی رسانه‌های جمعی و اجتماعی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۴- ایجاد کمپین‌های رسانه‌ای در فضای مجازی (رسانه‌های اجتماعی) در حوزه تبلیغ‌گری و حساس‌سازی رسانه‌های جمعی و اجتماعی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۵- الگوسازی و استفاده از شخصیت‌های محبوب در حوزه تبلیغ‌گری و حساس‌سازی رسانه‌های جمعی و اجتماعی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۰/۹۱
۱۶- تخصیص بودجه لازم برای اقدامات مربوطه در بودجه سالانه سازمان‌های درگیر در حوزه جلب حمایت و حساس‌سازی سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت تامین مالی پروژه‌ها و برنامه‌های سلامت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۱/۰۰
۱۷- هدفمند کردن یارانه غذاهای سالم در حوزه جلب حمایت و حساس‌سازی سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت تامین مالی پروژه‌ها و برنامه‌های سلامت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۱/۰۰
۱۸- بهبود سیاست‌های تامین و توزیع مواد غذایی سالم می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۰/۹۶
۱۹- ایجاد پوشش بیمه‌ای به منظور حفاظت مالی برای خدمات مراقبت‌های بیماری‌های غیرواگیر می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۱/۰۰
۲۰- ارائه تجهیزات مقرون به صرفه مراقبت از خود (دستگاه فشارخون، تست قند خون و ...) برای افراد مبتلا/ در معرض خطر در حوزه جلب حمایت و حساس‌سازی سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت تامین مالی پروژه‌ها و برنامه‌های سلامت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۶
۲۱- ایجاد و گسترش صندوق‌های حمایتی در حوزه جلب حمایت و حساس‌سازی سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها در جهت تامین مالی پروژه‌ها و برنامه‌های سلامت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۶۰	۰/۸۷
۲۲- پذیرش اهمیت بیماری‌های غیرواگیر در حفظ و ارتقای سلامت، توسط افراد کلیدی در حوزه افزایش اولویت این بیماری‌ها در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی از الزامات لازم جهت گسترش همکاری‌های درون‌بخشی نظام سلامت در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۰/۹۶
۲۳- انجام و بهره‌برداری از پژوهش‌های کاربردی در حوزه بیماری‌های غیرواگیر به ارتقای آگاهی مردم و سیاست‌گذاران و افزایش مشارکت آن‌ها در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر منجر می‌شود.	۱/۰۰	۰/۹۶
۲۴- برگزاری کارگروه‌های مرتبط با سند بیماری‌های غیرواگیر در حوزه برگزاری کمیته وزارتی و دانشگاهی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از الزامات لازم جهت گسترش همکاری‌های درون‌بخشی نظام سلامت در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۱/۰۰
۲۵- توجه به فرایند سلامت محوری (به جای تفکر غالب درمان محوری) در حوزه بازنگری کوریکولوم رشته‌های پزشکی از الزامات لازم جهت گسترش همکاری‌های درون‌بخشی نظام سلامت در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۰/۹۸
۲۶- آموزش و توانمندسازی کارکنان سلامت (پزشک، ماما، بهورز/ مراقب سلامت) در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران مطابق با بسته مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر ایران (ایراپن) از الزامات لازم جهت گسترش همکاری‌های درون‌بخشی نظام سلامت در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۱/۰۰
۲۷- اجرای دوره‌های بازآموزی اجباری کلیه کارکنان سلامت از الزامات لازم جهت گسترش همکاری‌های درون‌بخشی نظام سلامت در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۷۳	۰/۹۱
۲۸- درگیر نمودن خیرین و سمن‌ها در حوزه استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت می‌تواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۳
۲۹- تشکیل مجامع سلامت و درگیر نمودن نمایندگان مردم در تصمیم‌گیری‌های سلامتی می‌تواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۱/۰۰

تأمین
گری اقتصادی

همکاری درون بخشی

همکاری بین بخشی

۳۰- حمایت از خانه‌های مشارکت مردم در سلامت میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۶
۳۱- ایجاد زیرساخت‌ها و امکانات لازم جهت ارتقای فعالیت جسمانی در حوزه اجرای برنامه‌های ملی برای ارتقای فعالیت‌های جسمانی میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۰/۹۸
۳۲- اجرای سیاست‌های تشویقی عمومی جهت ارتقای فعالیت جسمانی در حوزه اجرای برنامه‌های ملی برای ارتقای فعالیت‌های جسمانی میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۱/۰۰
۳۳- آموزش و ارتقای آگاهی عموم مردم جامعه از طریق کمپین‌های (بسیج‌های اطلاع‌رسانی) عمومی سلامت، میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۱/۰۰	۰/۹۸
۳۴- همکاری در برپایی رویدادهای ملی و جهانی سلامت میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۰/۹۱
۳۵- ایجاد و کنترل استانداردها برای محصولات غذایی در حوزه افزایش دسترسی مردم به غذاهای سالم، میوه و سبزیجات تازه میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۰/۹۸
۳۶- اجرای قانون برچسب مواد غذایی در حوزه افزایش دسترسی مردم به غذاهای سالم، میوه و سبزیجات تازه میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۸۷	۰/۹۳
۳۷- کاهش قیمت میوه و سبزیجات تازه در حوزه افزایش دسترسی مردم به غذاهای سالم، میوه و سبزیجات تازه میتواند به افزایش همکاری بین‌بخشی در راستای جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۱/۰۰
۳۸- انجام غربالگری جمعیت تحت پوشش (ارزیابی اولیه و بیماریابی) بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۱/۰۰	۰/۹۸
۳۹- آموزش و توانمندسازی مردم بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۱/۰۰	۱/۰۰
۴۰- تامین داروهای ضروری و درمان دارویی (بیماری‌هایی مثل فشارخون و دیابت که عامل خطر بیماری‌های قلبی نیز هستند) بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۷۳	۱/۰۰
۴۱- ارائه خدمات مراقبت در منزل بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۱/۰۰
۴۲- گسترش خدمات حمایتی و مشاوره سلامت بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۰/۹۸
۴۳- انجام پیگیری مراقبت‌ها از طریق پایگاه‌های سلامت بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۷۳	۰/۹۶
۴۴- استفاده از پتانسیل رابطین سلامت و سفیران سلامت در راستای توسعه نظام خودمراقبتی از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۱/۰۰	۰/۹۸
۴۵- حمایت از ایجاد گروه‌های خود یاری در راستای توسعه نظام خودمراقبتی از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۶۰	۰/۹۸
۴۶- بهره‌گیری از تکنولوژی جهت انجام مراقبت از راه دور (مانند mHealth - ehealth) در راستای توسعه نظام خودمراقبتی، از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.	۰/۸۷	۱/۰۰
۴۷- پیاده‌سازی سیستم جامع اطلاعات سلامت در راستای ایجاد سیستم ثبت و گزارش دهی وضعیت سلامت و بیماری با استفاده از سامانه‌های ثبت (سامانه سیب، پرونده الکترونیک سلامت و ...) در حوزه نظارت و پایش می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.	۰/۷۳	۱/۰۰

ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر

نظارت و پایش

۱/۰۰	۰/۸۷	۴۸- تقویت نظام ارجاع الکترونیک بر اساس برنامه جامع ملی مداخلات اساسی بیماری‌های غیرواگیر (ایران) از راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد.
۱/۰۰	۰/۶۰	۴۹- ارائه بازخورد اقدامات انجام شده از سوی نظام سلامت در راستای اعتمادسازی بین مردم و نظام سلامت می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.
۱/۰۰	۰/۸۷	۵۰- تامین ایمنی و اصلاح الگوی مصرف فراورده‌های غذایی در راستای نظارت بر تولید و عرضه مواد غذایی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.
۱/۰۰	۰/۸۷	۵۱- تامین ایمنی محصولات پر مصرف کشاورزی در راستای نظارت بر تولید و عرضه مواد غذایی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.
۰/۹۱	۰/۶۰	۵۲- تنظیم بازار مواد غذایی در راستای نظارت بر تولید و عرضه مواد غذایی می‌تواند به جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کمک نماید.

نتایج مربوط به بررسی میزان پایایی پرسشنامه نیز، همبستگی درون‌خوشه‌ای مناسبی را برای ابعاد هفتگانه پرسشنامه نشان داد. در جدول ۳، ضریب همبستگی برای ابعاد مختلف پرسشنامه نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن بین ابعاد مختلف پرسشنامه

ابعاد پرسشنامه	ضریب همبستگی اسپیرمن
سیاستگذاری دولت	۰/۸۵۲
تعلیم گری، تربیت، تبلیغ و حساس سازی	۰/۸۷۶
تامین گری اقتصادی	۰/۸۷۹
همکاری درون بخشی	۰/۹۲۰
همکاری بین بخشی (فرابخشی)	۰/۹۲۵
ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر	۰/۸۹۷
نظارت و پایش	۰/۸۷۷

بیشترین همبستگی مربوط به بعد همکاری بین بخشی ($I=0/925$) و کمترین همبستگی مربوط به بعد سیاستگذاری دولت ($I=0/852$) بود. با توجه به بالاتر بودن میزان همبستگی از ۰/۸ پایایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت.

بحث

تحقیقات نشان داده‌اند که پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و مزمن در جامعه نیاز به رویکردی دو سویه دارد: اجرای سیاست‌هایی با هدف کاهش عوامل خطر در سطح جامعه، و همچنین فراهمی و ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

ضروری برای افراد مبتلا. در نتیجه پر واضح است که جامعه می‌تواند در هر کدام از این سویه‌های ذکر شده نقش حیاتی ایفا کند. به عبارت دیگر، دستیابی به این مهم بدون مشارکت فعال جامعه امکان پذیر نمی‌باشد (۲۳). به منظور تحقق مشارکت فعال افراد و جامعه نیاز به طراحی زیر ساخت‌ها، مدل‌ها و ساز و کارهای مناسب می‌باشد. در این راستا نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید تعامل مناسبی با جامعه (به عنوان مثال بخش خصوصی، دانشگاه‌ها، جامعه مدنی و مردم) داشته باشند و با رویکرد جامعه نگر و با نظر به تجارب و چالش‌ها، مدل‌های مبتنی بر جامعه را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر تبیین کنند. اما با این حال مطالعات کافی و جامع در خصوص مشارکت جامعه در پیشگیری و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر در ایران به انجام نرسیده و اندک مطالعات موجود در رابطه با مشارکت جامعه در مراقبت‌های بهداشتی و سلامت، بیشتر به ابعاد محدودی از مشارکت از قبیل عوامل موثر بر مشارکت جامعه در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (۲۴)، تعیین میزان مشارکت جامعه در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (۲۵)، و یا شناخت مهم‌ترین سازمان‌های فعال در مشارکت دادن جامعه در امور سلامت (۲۶) پرداخته‌اند. علاوه بر این، اکثر این مطالعات به بهداشت به طور کلی اشاره داشته و مشارکت جامعه به طور اخص در بیماری‌های غیرواگیر مورد بررسی قرار نگرفته است. ملک افصلی

و همکاران نیز به این خلاء مطالعاتی در خصوص مشارکت جامعه در سلامت به خوبی اشاره داشته و فقدان یک الگوی بومی در جلب مشارکت ذی‌نفعان که ناشی از نوپایی این نگرش به تحقیق در کشور می‌باشد، را موجب کاهش مشارکت ذی‌نفعان در این نوع مداخلات و برنامه‌های مبتنی بر مشارکت جامعه دانسته‌اند (۲۷). اگر چه منافع بالقوه و قابل توجه مشارکت دادن جامعه بر کسی پوشیده نیست، اما در این میان، ابهامات و سردرگمی‌هایی نیز وجود دارد که بایستی شفاف‌سازی شده و به آن‌ها پاسخ داده شود. بنابراین در مطالعه حاضر با استفاده از گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، تجارب موفق نظام‌های سلامت دیگر کشورها و استفاده از نظرات تخصصی صاحب‌نظران و متخصصین این حوزه پرسشنامه اولیه برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به راه‌های جلب مشارکت افراد و جامعه در مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر تهیه گردید. جمع‌آوری داده‌ها یکی از مراحل مهم هر پژوهش بوده و نیازمند استفاده از ابزار مناسب است (۲۸، ۲۹). هر نوع ابزار اندازه‌گیری دارای ویژگی‌هایی مانند عینیت، سهولت اجرا، سهولت نمره‌گذاری، عملی بودن، سهولت تفسیر، روایی و پایایی است. از میان این ویژگی‌ها، روایی دارای اهمیت ویژه‌ای است و بایستی قبل از به‌کارگیری ابزار اندازه‌گیری توسط پژوهشگران، طی فرایند روایی‌سنجی مورد بررسی و تأیید قرار گیرد (۳۰). شبانکاره و حمیدی که در مطالعه خود به بررسی میزان سنجش روایی در مقالات چاپ شده پرداخته بودند با بررسی ۱۷۶۳ عنوان از مقالات پژوهشی، گزارش کردند که تنها در ۳۲/۳۸ درصد از مقالات مورد بررسی روش تعیین روایی ابزار ذکر شده بود و در ۳۶/۸۷ درصد از مقالات مورد بررسی آن‌ها هیچ اشاره‌ای به تعیین روایی ابزار نشده بود. در ۴/۳۱ درصد از مقالات، نویسندگان بیان کرده بودند که روایی ابزار در مطالعات پیشین تأیید شده و بنابراین، خود به تعیین روایی ابزار پرداخته بودند. در

۳۲/۲۲ درصد مقالات بدون اشاره به روش و فرایند تعیین روایی، تنها به بیان این نکته که روایی ابزار تأیید شده است، اکتفا شده بود. همچنین از نظر روش‌های مورد استفاده جهت سنجش روایی ابزار نیز بیشترین فراوانی مربوط به روش روایی محتوایی با ۲۰/۳۰ درصد بود. بعد از آن به ترتیب روش روایی صوری، روش روایی معیار و روش روایی سازه با ۱۶/۶۶، ۰/۱۷ و ۵/۲۶ درصد مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته بود (۳۱). البته باید دقت کرد که ساده‌ترین روش علمی برای بررسی روایی ابزارهای اندازه‌گیری، ارزیابی صوری است که گاهی با روایی محتوا اشتباه گرفته می‌شود. این در حالی است که روایی محتوا یک مفهوم آماری است، ولی روایی صوری بر اساس قضاوت شخصی است (۳۲). جهت تعیین اعتبار محتوای پرسشنامه چنانچه متداول است در بیشتر مطالعات (۳۱، ۳۵-۳۳) از پانل متخصصین استفاده می‌شود. در مطالعه حاضر نیز از یک پانل تخصصی ۱۵ نفره به منظور کسب اطمینان از مناسب بودن پرسشنامه طراحی شده بهره گرفته شد. نتایج حاصل بیانگر روایی مناسب ابزار طراحی شده بود، در بین سوالات پرسشنامه کمترین میزان نسبت روایی محتوا برابر با ۰/۶۰ بود که در قیاس با حداقل مقدار نسبت روایی محتوایی پیشنهادی لائوشه (۱۹) برای یک پانل خبرگان ۱۵ عضوی (که برابر با ۰/۴۹ است) میزان مناسبی می‌باشد. از نظر شاخص روایی محتوا نیز کمترین میزان برابر با ۰/۹۱ بود که در قیاس با میزان قابل قبول این شاخص (۰/۷۹) (۲۰) میزان مطلوبی محسوب می‌شود. این نتایج می‌تواند حاکی از طراحی مناسب گزینه‌های پرسشنامه مورد بررسی باشد که از دید خبرگان مطالعه، مورد تأیید قرار گرفته است. در تصدیق این امر می‌توان به این موضوع استناد نمود که کمیسیون سازمان جهانی بهداشت شش توصیه کلی برای تمامی کشورها ارائه داده است که این توصیه‌ها شامل شروع اقدامات از سیاستگذاران و مسئولین عالی رتبه، اولویت‌بندی و

گسترش برنامه‌ها منطبق با اولویت، ادغام بیماری‌های غیرواگیر در نظام سلامت و توجه به پوشش همگانی سلامت، جلب مشارکت ذی‌نفعان، تعیین مقررات، سرمایه‌گذاری، اجرا و ارزیابی است (۱۳) که در سوالات پرسشنامه پژوهش حاضر این ابعاد کاملاً مشهود می‌باشند. همچنین چهار عامل خطرریزی استفاده از تنباکو، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی ناسالم و استفاده نامناسب از الکل به عنوان اصلی‌ترین عوامل خطر رفتاری قابل کنترل برای بیماری‌های غیرواگیر می‌باشند (۳). لذا مقابله با این عوامل و مدیریت فاکتورهای موثر بر مواجهه با این عوامل خطر می‌تواند نقش موثری در پیشگیری از این بیماری‌ها داشته و در بلندمدت منجر به رشد شاخص‌های سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی نظام سلامت گردد (۳۶). در یک بررسی در میان عوامل موثر بر سلامت، سهم مراقبت‌های بهداشتی، عوامل بیولوژیکی، عوامل فیزیکی- محیطی و رفتاری و عوامل تعیین‌کننده اقتصادی- اجتماعی به ترتیب ۲۵، ۱۵، ۱۰ و ۵۰ درصد بیان گردیده است (۳۷). این سهم ۵۰ درصدی عوامل تعیین‌کننده اقتصادی- اجتماعی خود بیانگر میزان اهمیت آن بر سلامت جامعه می‌باشد. متولیان سلامت باید بدانند چه عوامل اقتصادی- اجتماعی و تا چه حد بر بیماری‌های غیرواگیر موثر هستند (۳۸). در طراحی ابعاد مختلف پرسشنامه مطالعه این موارد از طریق وضع قوانین بازدارنده و حمایتی و نیز سیاست‌ها و برنامه‌های تشویقی مد نظر قرار گرفته است. در بحث سنجش پایایی پرسشنامه نیز در مطالعه حاضر از آزمون همبستگی اسپیرمن جهت ارزیابی ثبات ابزار پژوهش استفاده شد که می‌توان بعنوان یکی از نقاط قوت مطالعه از آن نام برد. چرا که دی‌ون^۱ و همکاران در مطالعه خود عنوان کردند که در بیشتر مطالعات سنجش پایایی، اکثراً با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار سازگاری درونی^۲

گزارش می‌شود و ثبات^۳ آزمون‌ها کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (۳۹). بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بعد همکاری فرابخشی (بین بخشی) که از گویه‌هایی نظیر استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت، تشکیل مجامع سلامت و استفاده از نمایندگان مردم در تصمیم‌گیری‌ها، فراهم سازی امکانات و زیرساخت‌ها به همراه اجرای سیاست‌های تشویقی، استفاده از پتانسیل کمپین‌های اطلاع‌رسانی برای ارتقای آگاهی مردم، برپایی رویدادهای ملی و جهانی سلامت، اتخاذ تمهیدات لازم در راستای افزایش دسترسی مردم به غذاهای سالم، میوه و سبزیجات تازه و ... تشکیل شده بود با ضریب همبستگی ۰/۹۲۵ و بالاترین ضریب همبستگی بین ابعاد پرسشنامه، جزء مؤلفه‌های تاثیرگذار الزامات جلب مشارکت مردم در پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر شناسایی شد. ضمن اینکه ابعاد دیگر پرسشنامه نیز ضرایب همبستگی قابل قبولی (بالاتر از ۰/۸) را کسب نمودند. در توضیح اهمیت بعد همکاری بین بخشی می‌توان اینگونه بیان نمود که بیماری‌های غیرواگیر اغلب در تعامل بین عوامل مختلف فردی و محیطی و در طی زمان ایجاد شده و مراقبت و درمان آن‌ها نیز از عوامل متعددی تاثیر می‌پذیرد. برخی عوامل در حیطه مداخلات بخش سلامت بوده اما عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی که تاثیرات غیرمستقیم اما وسیع‌تر و عمیق‌تری بر بار بیماری‌های غیرواگیر داشته و اصطلاحاً عوامل اجتماعی موثر بر سلامت نامیده می‌شوند، در کل ارکان جامعه ریشه داشته و نیازمند مداخله در همه بخش‌ها می‌باشد (۴۰، ۴۱). از این رو در سند سازمان جهانی بهداشت و در برنامه اقدام این سازمان برای کنترل و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها، یکی از مهم‌ترین اصول و راهبردها، ایجاد ساختار و استقرار فرایندهایی برای همکاری فرابخشی است (۴۲، ۴۳). عبارت دیگر منظور این است که در این زمینه تنها وزارت بهداشت مسئول

^۱ DeVon^۲ Internal Consistency^۳ Stability

نیست؛ بلکه تمامی سیاستگذاران در سطوح مختلف و خارج از نظام سلامت نیز باید خود را در قبال پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مسئول بدانند. یعنی سیاستگذاران در تمامی سطوح مانند کشوری، استانی، شهری و روستایی و حتی در سطوح محلی در این زمینه تلاش کنند تا بتوانند مجموعه‌ای از برنامه‌های جامع را در سطوح مختلف اجرا نمایند.

رستمی گوران و همکاران که در مطالعه خود به بررسی تجربه کشور ایران از بعد همکاری فرابخشی پرداخته‌اند، گزارش کرده‌اند که شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و زیر مجموعه آن در سطح ملی و استانی مهم‌ترین بستر برای جلب همکاری فرابخشی است که در ارتباط با کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر این مهم را به انجام می‌رساند. دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در قالب کارگروه تعاملات فرابخشی هماهنگ‌کننده اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های فرابخشی سلامت جهت کنترل عوامل خطر و پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد. بیشترین مصوبات شورا و برنامه‌های پیگیری شده در این مجموعه نیز مرتبط با عوامل تغذیه‌ای بیماری‌های غیرواگیر (اسید چرب اشباع و اسید چرب ترانس، نمک در فراورده‌های غذایی صنعتی و سنتی، کاهش آلاینده‌ها و باقیمانده سموم در محصولات کشاورزی) کاهش آلودگی هوا و سلامت روان بوده است که از اهداف اصلی سند ملی کنترل بیماری‌های غیرواگیر می‌باشند (۴۴). این موارد از اهم مطالبی است که در پرسشنامه طراحی شده نیز (گاهاً با ادبیاتی متفاوت) مد نظر قرار گرفته است. عموماً راهبردهای مقابله با بیماری‌های غیرواگیر به دو دسته تقسیم می‌شود؛ مداخلاتی که جهت کاهش خطرات در مورد عموم مردم و جامعه اعمال می‌شود که شامل: قانون‌گذاری، تشویق‌های مالی و مالیاتی و بسیج ارتقای سلامت عمومی می‌باشد و مداخلاتی که افراد خاص را در جامعه مورد هدف قرار می‌دهد و به منظور تغییر رفتارهای بهداشتی

به‌وسیله تعامل بین ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی با گیرندگان این خدمات صورت می‌گیرد و به طور عمده متکی بر شیوه برقراری این ارتباط و رفتار آن‌ها می‌باشد (۴۵). سازمان جهانی بهداشت مقابله با بیماری‌های غیرواگیر، بسته مداخلات ضروری بیماری‌های غیرواگیر^۱ را ارائه نموده است که مجموعه‌ای از مداخلات اولویت‌دار و هزینه اثربخش بوده و می‌تواند مراقبت با کیفیتی را، حتی در شرایط کمبود منابع ارائه دهد (۴۶). البته اجرای این پروتکل با چالش‌هایی در کشور مواجه بوده که در مطالعه اعتماد و همکاران به مواردی از قبیل چالش‌های مدیریتی، تشکیلاتی، عملکردی، اطلاعاتی، سیاسی، جمعیتی، اقتصادی، فرهنگی و آموزشی اشاره شده است (۴۷). شیروانی و همکاران نیز گزارش کردند که از واژه‌های مهمی که در مشارکت جامعه به کار می‌رود واژه توسعه اجتماعی است و این فرایند دارای چهار گام عمده می‌باشد: آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد، بسیج اجتماعی برای اقدامات جمعی، تجزیه و تحلیل مشارکتی و در نهایت پایش و ارزشیابی (۴۸). موارد مورد بحث، در طراحی پرسشنامه حاضر تحت مضامینی چون سیاست‌گذاری دولت، تعلیم‌گری، تامین‌گری اقتصادی، ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر، پایش و ارزشیابی در راستای جلب مشارکت مردم در نظر گرفته شده است که با توجه به مقادیر روایی و پایایی محاسبه شده برای مولفه‌ها و ابعاد پرسشنامه حاضر می‌توان گفت که نشان از جامعیت ابزار طراحی شده دارد. از آنجا که مطالعه حاضر در حوزه راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران جزء اولین مطالعات می‌باشد، لذا پژوهشگران در مقایسه نتایج آن با مطالعات مشابه با محدودیت‌هایی مواجه بودند.

^۱ Package of Essential Noncommunicable Disease Interventions (PEN)

نتیجه گیری

امروزه با گسترش تحقیقات در علوم پزشکی و اجتماعی بسیاری از پدیده‌ها از طریق ابزارهایی چون پرسشنامه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. به دلیل اینکه استفاده از ابزار نامناسب منجر به جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های نادرست و در نتیجه، تفسیر غیرعلمی یافته‌های پژوهش خواهد شد، بنابراین طراحی ابزار مناسب جمع‌آوری داده‌ها از مهم‌ترین مراحل پژوهش می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد روایی و پایایی گزینه‌های پرسشنامه طراحی شده از حداقل قابل قبول توصیه شده بالاتر است که می‌تواند حاکی از طراحی مناسب گزینه‌های پرسشنامه بوده و

بنابراین ابزار مناسبی برای تعیین راه‌های جلب مشارکت مردم در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از رساله مقطع دکترای تخصصی (Ph.D) در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.210 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را بابت همکاری مشارکت‌کنندگان در سنجش روایی و پایایی ابزار طراحی شده اعلام می‌دارند.

References

- 1- Felisbino-Mendes MS, Cousin E, Malta DC, Machado ÍE, Ribeiro ALP, Duncan BB, et al. The burden of non-communicable diseases attributable to high BMI in Brazil, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study. *Population Health Metrics*, 2020; 18(1): 1-13.
- 2- Kahssay H.M., Oakley P. Community involvement in health development : a review of the concept and practice / edited by Haile Mariam Kahssay and Peter Oakley. World Health Organization: Geneva. 1999.
- 3- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2014, World Health Organization: Geneva. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
- 4- Temu F, Leonhardt M, Carter J, Thiam S. Integration of non-communicable diseases in health care: tackling the double burden of disease in African settings. *Pan Afr Med J*. 2014; 5;18:202.
- 5- Peykari N, Hashemi H, Dinarvand R, Haji-Aghajani M, Malekzadeh R, Sadrolsadat A, et al. National action plan for non-communicable diseases prevention and control in Iran; a response to emerging epidemic. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 2017; 16(1): 3.
- 6- World Health Organization. Global status report on noncommunicable disease 2. 2014.
- 7- Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(5):367-75.
- 8- Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract*. 2011;61(582):e12-21.
- 9- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
- 10- Danial Z, Motamedi M.H.K, Mirhashemi S, Kazemi A, Mirhashemi A.H. Ageing in iran. *Lancet*, 2014; 384(9958): 1927.
- 11- World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles. 2018.
- 12- World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. 2016.
- 13- World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. 2020.

- 14- Rezabeigi Davarani E, Hushmandi K, Raei M, Daneshi S. The Role of Community Participation and Volunteer Groups in the Prevention and Control of Covid-19 in Iran. 3 2020; 1 (3) :111-114.
- 15- Nethan S, Sinha D, Mehrotra R. Non Communicable Disease Risk Factors and their Trends in India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(7):2005-2010.
- 16- Releford BJ, Frencher SK Jr, Yancey AK, Norris K. Cardiovascular disease control through barbershops: design of a nationwide outreach program. *J Natl Med Assoc*. 2010;102(4):336-45.
- 17- Shakurnia A, Fakoor M, Elhampour H, Taheradeh M. Evaluation of validity and reliability of the questionnaire of student evaluation of teaching. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 2011. 10(6):583-593.
- 18- Chadwick BA, Bahr HM, Albrecht SL. Social science research methods, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1984.
- 19- Lawshe C.H. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975; 28(4): 563-575.
- 20- Hassanzadeh Rangi N, Allahyari T, Khosravi Y, Zaeri F, Saremi M. Development of an occupational cognitive failure questionnaire (OCFQ): evaluation validity and reliability. *Iran Occupational Health*, 2012; 9(1): 29-40.
- 21- Kerlinger F.N, Lee H.B. Foundations of behavioral research. 4th edition, Harcourt College Publishers, Fort Worth. 1966.
- 22- Haji Maghsoudi M, Naseri N, Nouri-Zadeh Sh, Jalayi Sh. Evidence of Reliability for Persian version of the "Cumberland Aankle Instability Tool (CAIT)" in Iranian athletes with lateral ankle sprain. *Archive of rehabilitation (Journal of Rehabilitation)*. 2016; 16(4):304-311.
- 23- Park KA, Eum SY, Oh H, Cho MH, Chang HS, Lee YS, Kim S, Park CS. Factors affecting online health community participation behavior in patients with thyroid cancer. *PLoS One*. 2020; 15(6):e0235056.
- 24- Nodehi, H.K, Khalesi N, Nasiripour A.A, Raeissi P. Determining and investigating the factors affecting community participation in provision of primary health care. *Depiction of Health*, 2019; 10(2): 84-92.
- 25- Reshadat S, Zakiei A, Karimi P, Komasi S. Community participation in health among the general population in Kermanshah city: The predictive role of personality factors and self-efficacy. *SALAMAT IJTIMAI (Community Health)*. 2017; 4(1): 42-54.
- 26- Nekoeimokadam M, Amiryosafi S, Ghorbani Bahabadi Z, Amiresmaili M. Role of charities in the health system: A qualitative study. 2013; 2(1): 1-10.
- 27- Malek Afzali H, Bahreini F, Setareh Foroozan A. Community-based participatory research in Iran: challenges and ways to control it from the point of view of the beneficiaries. *Specialized journal of research and health*. 2012; 1(1); 10-16.
- 28- Afrasiabifar A, Yaghmaei F, Abdoli S. Research tool translation and cross-cultural adaptation. *Faculty of Nursing of MidwiferyI Quarterly* 2006;16:58-67.
- 29- Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, Tavoosi M, Bagherzadeh R. Psychometrics of health measurement tools: Translation, tool design, content and form validity check. *Payesh*. 2017; 16 (3): 343-357.
- 30- Shakurnia AH, Fakoor M, Elhampour H, Tahrrzadeh M. Evaluation of Validity and Reliability of the Questionnaire of Student Evaluation of Teaching. *Medical scientific journal*. 2011: 10 (6): 583-593.
- 31- Shabankareh K, Hamidi A. Validity Assessment in the Knowledge & Information Science Researches. *Iranian Journal of Information Processing and Management*. 2019; 34(3):1103-1124.
- 32- McGoey K. E, Cowan R. J, Rumrill P. P, LaVogue C. Understanding the psychometric properties of reliability and validity in assessment. *Work*. 2010; 36(1): 105-11.
- 33- Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurments in Health Applied Researches. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13(12): 1153-1170.

- 34- Shokri A, Dabaghi F, Mahmoudi G. Investigating the validity and reliability of the questionnaire of modern health services management model for middle-aged people. *Journal of Health*, 2020. 11(4): 541-554.
- 35- Hosseini Z, Ghorbani Z, Ebn Ahmady A. Face and content validity and reliability assessment of change cycle questionnaire in smokers. *Journal of Mashhad Dental School*. 2015; 39(2): 147-154 [Persian].
- 36- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/442296/retrieve>.
- 37- Sheikholeslam R, Mohamad A, Mohammad K, Vaseghi S. Non communicable disease risk factors in Iran. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2004;13:S100.
- 38- Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
- 39- DeVon H. A, Block M. E, Moyle-Wright P, Ernst D. M, Hayden S. J, Lazzara D. J, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh*. 2007; 39(2): 155-64.
- 40- Islamic Republic of Iran. Islamic parliament of Iran. Article of the law on permanent provisions of country development plans, 2017. Available in: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1014070>.
- 41- Islamic Republic of Iran. Islamic parliament of Iran. Executive regulations of the provincial planning and development council, 2019. Available in: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1146791>.
- 42- National plan for the prevention and control of non-communicable diseases and related risk factors in the Islamic Republic of Iran in the period 2015-2025. National committee for the prevention and control of non-communicable diseases. Ministry of Health and medical education. 2015. Available in: https://salam.behdasht.gov.ir/uploads/291/2020/sanadNCD_meli.pdf.
- 43- Zaynaloo A, Damari B, Shadpour K, Vosough Moghadam A, Ajam A, Lak S, et al. Provincial regulations: Comprehensive health management with the approach of social determinant of health. Tehran, Teb va Jame'e Publications, 2016.
- 44- Rostamigooran N, MafiMoradi Sh, Malekafzali Sh, Vosough Moghadam A. Para-sectoral collaboration for the control and prevention of non-communicable diseases in the Islamic Republic of Iran: Structures, Policies and Achievements. *SJKU* 2021;26(6):69-82.
- 45- Javadi H. Non-communicable diseases; epidemics neglected. *Res Med* 2005; 29(1):9-12.
- 46- World Health Organization. Implementation tools, package of essential non-communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2013.
- 47- Etemad K, Heidari A, Panahi M.H, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges in implementing package of essential noncommunicable diseases interventions in Iran's healthcare system. *Journal of Health Research in Community*. Autumn.2016;2(3): 32-43.
- 48- Shirvani N, Shaghlian A, Baratpoor I. How to properly encourage people to participate in the field of health. *Behvarz* 2021: 32 (110). 441-58.