J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE

Received:2022/04/30 *Accepted:2022/7/16*

Research Priority Setting by Health Research Center regarding Effective Social Determinants on the Health

Mahsa Khodayarian(Ph.D.)[1], Seyed Saeed Mazloomy Mahmoodabad(Ph.D.)[2], Mahdiyeh Khaleghi Moori(M.Sc.)[3], Nooshin Yoshany(Ph.D.)[4]

1.Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2.Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3.M.Sc. student of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
4.Corresponding Author:Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Social Determinants of Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Email:nooshin.yoshany@yahoo.com Tel:09133511170

Abstract

Introduction: Due to the limited number of studies and resources, confusion in selecting a topic and the impracticality of many research activities, this study was conducted to determine the research priorities of the Health Research Center in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences regarding social determinants based on the COHRED model.
Methods: This was an exploratory qualitative research conducted with the participation of 11 members of specialists inside and outside the medical sciences university. At first, research topics were identified through the formation of a strategic committee and the holding 3 focus group discussion sessions; then, the analysis of existing situation, ,determination of needs, and prioritization was done based on the four criteria of the COHRED model. Data were analyzed using SPSS software version 21 and the ranking of the extracted fields was done based on comparing the mean score.
Results: In this study, 50 research priorities were identified in five areas related to the social determinants of Health Research Center in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. The domains, in order of priority, included psycho-behavioral factors, social health, lifestyle, environmental factors, and capacity building.
Conclusion: In this study, the research priorities regarding social determinants of Health Research Center in Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences were determined based on the COHRED model. The first priority was assigned to the behavioral and psychological factors, through which the importance of the concept of a healthy family as the most fundamental social nucleus can be understood. It is suggested that in order to conduct applied research and specialize the activities of the research center in line with the set goals and vision, the extracted priorities be taken into consideration by researchers and graduate students.

Keywords: Research Priorities, Social Determinants of Health Research Center, COHRED
Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

This Paper Should be Cited as:
Author: Mahsa Khodayarian, Seyed Saeed Mazloomy Mahmoodabad, Mahdiyeh Khaleghi Moori, Nooshin Yoshany. Research Priority Setting by Health Research Center regarding …..…….Tolooebehdasht Journal. 2022;21(4):1-19.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و یکم
شماره چهارم
مهر و آبان
شماره مسلسل:۹۴

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۲/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵

تعیین اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مبتنی بر مدل پیشنهادی کارگروه توسعه تحقیقات سازمان بهداشت جهانی (COHRED)

نویسندگان:مهسا خدایاریان[۱]، سید سعید مظلومی محمود آباد[۲]، مهدیه خالقی موری[۳]، نوشین یوشنی[۴]

۱. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی ، یزد، ایران.

۲. استاد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی ، یزد، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی ، یزد، ایران.

۴. نویسنده مسئول: استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی ، یزد، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۱۱۱۷۰ Email:nooshin.yoshany@ssu.ac.ir

چکیده

مقدمه: با توجه به پراکندگی های تحقیقاتی، محدودیت منابع، سردرگمی در انتخاب موضوع و کاربردی نبودن بسیاری از فعالیتهای پژوهشی، این مطالعه با هدف تعیین اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بر اساس مدل COHRED انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع اکتشافی کیفی است که با مشارکت ۱۱ نفر از متخصصان در خارج و داخل دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفت. در ابتدا موضوعات پژوهشی از طریق تشکیل کمیته راهبردی و برگزاری ۳ جلسه بحث گروهی متمرکز مشخص گردید؛ سپس تحلیل وضعیت موجود و تعیین نیازها و سپس اولویت‌بندی براساس معیارهای چهارگانه مدل COHRED انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد و رتبه‌بندی حوزه‌های استخراج شده بر اساس مقایسه میانگین صورت گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۵۰ اولویت پژوهشی در پنج حوزه مربوط به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تعیین شد. حوزه ها به ترتیب اولویت شامل عوامل روانی- رفتاری، سلامت اجتماعی، سبک زندگی، عوامل محیطی و ظرفیت‌سازی بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه اولویتهای پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس مدل COHRED تعیین شد. اولویت اول به عوامل رفتاری و روانی اختصاص یافت که می‌توان به اهمیت شکل‌گیری مفهوم خانواده سالم به عنوان بنیادی‌ترین هسته اجتماعی پی برد. پیشنهاد می‌شود جهت انجام تحقیقات کاربردی و تخصصی شدن فعالیتهای مرکز تحقیقات در راستای اهداف و چشم انداز تعیین شده، اولویتهای استخراج شده مورد توجه محققین و دانشجویان تحصیلات تکمیلی قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: اولویت های پژوهشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر برسلامت، مدل پیشنهادی کارگروه توسعه تحقیقات سازمان بهداشت جهانی (COHRED)

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

مقدمه

پژوهش در حوزه بهداشت برای ارتقاء نظام سلامت و ایجاد نوآوری ها ضروری است (۱). از آنجا که عرصه های سلامت بسیار متنوع و گسترده اند لذا تقاضا برای انجام پژوهش های حوزه سلامت بسیار فراتر از منابع مالی در دسترس و ظرفیت های موجود می باشد همین طور امکان فعالیت در تمامی این عرصه ها و پاسخگویی به تمامی نیازهای پژوهشی جامعه نه معقول و نه ممکن است(۲) بنابراین زمان اتخاذ تصمیم درباره اینکه چه تحقیقی باید انجام شود تنظیم اولویتهای پژوهشی حائز اهمیت بسزایی می باشد علاوه بر آن، اولویت بندی تحقیقات باید بر اساس یک روند شفاف، منطقی و نظام مند صورت بگیرد(۳).

به طورکلی شناسایی نیازهای پژوهشی، فرآیند شناسایی تمام طرح ها و عناوین پژوهشی بالقوه، صرف نظر از کیفیت و اولویت آن ها است؛ به عبارت روشن تر در شناسایی نیازهای پژوهشی، دستیابی به حداکثر عناوین و موضوعات تحقیقاتی هدف اصلی را تشکیل می دهد، درحالیکه تعیین اولویت های تحقیقاتی به معنای فرآیند گزینش و انتخاب برخی از عناوین برای پژوهش از بین مجموعه متنوعی از موضوعات پژوهشی است(۴). به نظر می رسد تعیین اولویت ها یک نوع روش مدیریت پژوهش و تفکر استراتژیک می باشد که با استفاده از آن می توان پژوهش های حوزه سلامت را با محوریت راهبردها و سیاستگذاری ها انجام داد. تعیین اولویت های پژوهشی یکی از چهار زمینه اصلی مدیریت پژوهش محسوب می شود. سه زمینه دیگر شامل مدیریت و هماهنگی فعالیت های پژوهش، فرمول بندی راهبردها و سیاستگذاری و مدیریت اطلاعات می باشد (۵).

ولیکن اجماع و توافق همگانی بر سر برقراری استاندارد طلایی برای تنظیم اولویت های پژوهشی دشوار می باشد (۶). به منظور تسهیل یکپارچگی و ابهام زدایی در تحقیقات بهداشتی در سطح جهانی نیاز به توسعه روش های اولویت بندی پژوهش احساس می شود (۷).

برآورده نمودن این نیاز به وسیله مجمع پژوهش برای توسعه سلامت به وضوح و مفصل تبیین شده و منجر به شکل گیری Council on Health Research for Development (COHRED) در سال ۱۹۹۰ گردید. COHRED یک دستورالعمل کلی برای تعیین اولویت های بهداشتی به کشورها معرفی می نماید (۸). COiHRED یک رویکرد مدیریتی سطح بالا بوده که دارای گام های مهمی برای تنظیم اولویت های بهداشتی در سطح ملی می باشد (۹). مراحل این مدل شامل مشارکت ذینفعان، تحلیل وضعیت موجود و برآورد نیازها، مشخص کردن عناوین پژوهشی، امتیازدهی بر اساس معیارها و تعیین اولویت ها بر اساس بیشترین توافق می باشد (۱۰).

در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیع تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند. این تعیین کننده ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی – اجتماعی و ... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند؛ تعیین کننده های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) مانند میزان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری ها می شوند و در سلامت انسان نقش به سزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می نمایند(۱۱).

در کل می توان چنین نتیجه گیری نمود که شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت می گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل پیشگیری هستند.

موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد. راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد(۱۲).

تعیین کننده های اجتماعی سلامت مانند فقر، تبعیض، جنس، نژاد، قومیت، زبان، اقلیت، محل سکونت، مهاجرت،تحصیلات و سواد بهداشتی، طبقه اجتماعی، مذهب، شغل، درآمد، فعالیت اجتماعی، استرس، اعتیاد، غذا، دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی اولیه،شهرنشینی، حاشیه نشینی، خشونت، جهانی سازی و مراقبت از سلامت خود و حمایت های اجتماعی و سبک زندگی ناشی از این عوامل نقش بسیار بیشتری از عوامل بیولوژیک در سلامت و تندرستی انسان دارند، ولی به علت این که اکثر این عوامل درک نشده و به تقاضا تبدیل نمی شود مورد غفلت قرار گرفته است(۱۳).

با توجه به رسالت مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مبنی بر توجه به تعیین کننده های اجتماعی سلامت و لزوم انجام تحقیقات کاربردی در عرصه جامعه، مشارکت و تولید دانش مورد نیاز در ارتقاء سلامت جامعه، وجود محدودیت در تخصیص منابع پژوهشی و عدم وجود اولویت های پژوهشی بر یک مبنای استاندارد در مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یزد، این مطالعه با هدف تعیین اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با مشارکت افراد صاحب‌نظر و کلیه افراد ذینفع بر اساس اطلاعات موجود و استفاده از روش امتیازدهی بر اساس معیارهای توافقی مبتنی بر مدل پیشنهادی کارگروه سازمان جهانی بهداشت (COHRED)، انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع اکتشافی کیفی و به عنوان تحقیق در نظام سلامت (HSR) است که با مشارکت اعضای هیات علمی در گروه های آموزشی پیراپزشکی و بهداشت، پزشکی، پرستاری و مامایی، جامعه شناسی، روانشناسی، کارشناسان خبره در حوزه های مختلف دانشگاه و متخصصان درگیر در حوزه سلامت خارج از دانشگاه مانند کارشناس حوزه ورزش و جوانان، بهزیستی و آموزش و پرورش صورت گرفت.

مراحل آماده سازی و اجرایی طرح به صورت تشکیل کمیته راهبردی، اطلاع رسانی و فراخوان از طریق تماس و مکاتبه با ذینفعان، برگزاری کارگاه توجیهی و مراحل اجرایی طرح،

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

اجرای کارگاه های نحوه تعیین اولویت های پژوهشی برای ذینفعان، تشکیل جلسات با اعضای هیئت علمی مرکز تحقیقات به منظور شناسایی و تحلیل افراد ذینفع و در نهایت اجرای طرح با روش توضیح داده شده. مراحل اجرا به ترتیب ذیل بود:

۱. مشارکت ذینفعان: افراد ذینفع برای تشکیل کمیته راهبردی براساس علاقه، جایگاه، و امکان مشارکت تحلیل و شناسایی شدند. گروه های ذینفع، نمایندگانی از گروه خبرگان و افراد صاحب نظر، پژوهشگران، مدیران، تامین کنندگان خدمات سلامت، تامین کنندگان بودجه و نمایندگانی از جوامع مختلف بودند. شامل ۱۳ نفر از اعضای هیات علمی گروه های پزشکی اجتماعی، آمار و اپیدمیولوژی، آموزش بهداشت، جامعه شناسی، رابطین بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بودند. به این صورت که ۳ جلسه بحث گروهی جهت بارش افکار درباره اولویت های تحقیقاتی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت برگزار شد. نمونه گیری در این مرحله به صورت مبتنی بر هدف بوده و اعضای تیم تحقیق، صاحب نظرانی را که داوطلبانه تمایل به مشارکت در تحقیق داشتند را انتخاب نمودند. هر جلسه به مدت تقریباً ۹۰ دقیقه در محل مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشکده بهداشت یزد به طول می انجامید. انجام مصاحبه های بحث گروهی تا مرحله اشباع (پایان جلسه سوم) اطلاعات ادامه می یافت. با توجه به انتخاب مناسب شرکت کنندگان و کیفیت اطلاعاتی که توسط آنان ارائه می شد در جریان جلسه دوم بحث گروهی متمرکز، پژوهشگران متوجه شدند اطلاعات جدیدی به دست نمی آید در نتیجه در این نقطه به نظر می رسید جمع آوری اطلاعات به مرحله اشباع رسیده است. جلسه سوم بحث گروهی متمرکز متعاقب شیوع بیماری کووید ۱۹ به صورت مجازی برای برگرداندن مصاحبه های کدگذاری شده به شرکت کنندگان جهت تأیید صحت اطلاعات جمع آوری شده و ارائه راهکارهای پیشنهادی توسط آنان برگزار گردید. در نهایت یک جلسه حضوری تکمیلی نیز تشکیل شد. روش کار به این صورت بود که تیم پژوهش با تهیه و ارسال دعوت نامه ای برای متخصصان منتخب عنوان جلسه، اهداف، زمان دقیق و محل برگزاری جلسه بحث گروهی را اعلام نموده و پس از مراجعه آنان به محل، با ارائه توضیحات در مواردی از جمله ماهیت و اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن و نقش هر کدام از شرکت کنندگان در جلسه و محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت کتبی کامل آن ها را در زمینه همکاری و شرکت در تحقیق را جلب کردند.

در طول جلسات، دو نفر از اعضای تیم تحقیق نقش اداره کننده و تسهیل کننده بحث گروهی را به عهده داشت و اعضای جلسه را به شرکت فعال در بحث تشویق و جو حاکم بر جلسه را به گونه ای تنظیم می نمود که شرکت کنندگان ضمن تبادل احساسات و نظرات فردی خویش، احساس راحتی داشته و از تفکر گروهی اجتناب کنند. کار آسان سازی مشارکت اعضاء در بحث گروهی، با شیوه طوفان مغزی انجام شد و بدین ترتیب بیشترین اطلاعات به بحث وارد می شد. علاوه بر آن یکی از کارشناسان تیم تحقیق نیز تبادل ایده ها، محتوای کلی بحث و نقطه نظرات هر فرد را به صورت مجزا و کلمه به کلمه یادداشت می نمود. محتوای مباحث جلسات در اسرع وقت کلمه به کلمه نسخه برداری و بار دیگر با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. در این پژوهش از چهار معیار (مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال پذیری) که توسط لینکلن و گوبا برای ارزیابی داده های تحقیق

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

کیفی، پیشنهاد گردیده استفاده شد(۱۴) (تأیید مقبولیت از طریق درگیری مستمر و غوطه ور شدن در اطلاعات جمع آوری شده و خواندن چندین باره دست نوشته ها جهت تشخیص صحیح واحد تحلیل توسط پژوهشگران انجام شد. چون مهمترین تکنیک برای تأیید اعتبار اطلاعات کیفی، چک کردن توسط خود اعضا می باشد(۱۵) و با این روش ویژگی تعیین، ارزیابی و تأیید گردید. سعی شد با انتخاب مناسب مشارکت کنندگان از رشته های مختلف که از تجربه خوبی در مورد هدف پژوهش برخوردار بودند انتقال پذیری داده ها ارزیابی شود. جهت افزایش قابلیت اعتماد از یک صاحبنظر در مطالعات کیفی که ارتباطی با این تحقیق نداشت درخواست گردید تا تمام مراحل تحلیل محتوایی اطلاعات حاصل را مورد بازبینی قرار بدهد و بدین وسیله با توجه به درک مشابه یافته ها اعتماد تحقیق نیز تأیید شد و بدین ترتیب ویژگی همسانی با روش های نظارت خارجی و ارزیابی توسط خود شرکت کنندگان ارزیابی گردید. بعد از تشکیل کمیته راهبردی و مشارکت افراد در جلسات و رسیدن به توافق، روش اجرای طرح به صورت دقیق مشخص شد.

۲. تحلیل وضعیت موجود و تعیین نیازها: تمام منابع مرتبط موجود از قبیل مقالات منتشر شده در مجلات علمی ملی و بین المللی دانشجویان دکترای تخصصی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشکده بهداشت یزد هم چنین کلیه آمار و مستندات مربوط به بیماریهای حاد و مزمن، آسیب های اجتماعی شایع در شهر یزد، حوادث ترافیکی، مسایل اجتماعی مربوط به گروه های سنی و جنسی مختلف استان تا حد امکان جمع آوری و توسط کارگروه های تعیین شده بر حسب موضوع مرور شد و نیازهای هر حوزه با استفاده از نظر خبرگان و مقایسه وضع موجود و اهداف تعیین شده برآورد شد. اهداف تعیین شده از برنامه های استراتژیک معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، برنامه راهبردی و توسعه دانشگاه، برنامه استراتژیک معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه و برنامه استراتژیک مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه اخذ شد. در تحلیل وضعیت بر حسب حوزه از منابع مختلف مثل اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت، اطلاعات مربوط به نتایج تحقیقات قبلی و گزارش عملکرد دانشگاه علوم پزشکی یزد استفاده شد.

۱- مشخص کردن عناوین پژوهشی: با استفاده از مستندات تهیه شده، عناوین و حیطه های پژوهشی با مشارکت همه ذینفعان در کارگروه ها، با استفاده از تکنیک های مختلف مانند بارش افکار،FGD، تکنیک گروه اسمی تعیین شد. متعاقب بروز پاندمی کرونا امکان برگزاری جلسات حضوری فراهم نشد، لذا جلسات بحث گروهی متمرکز (۲ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای) از طریق پلتفورم اسکای روم برگزار شد.

۱.امتیاز دهی براساس معیارها: با استفاده از معیارهای مدل COHRED (ضرورت، مناسبت، احتمال موفقیت برای اجرا و تاثیر نهایی پیامدهای پژوهش)، امتیاز دهی توسط اعضاء بر اساس جدول ۱ انجام شد.

معیار ۱: ضرورت، معیارهای این گروه، عناوین طرح های پیشنهادی را غربال می کند و طرح های غیرضروری را کنار می گذارد. سئوال کلیدی این است :آیا لازم است این پژوهش انجام شود؟ معیارهای این گروه تعیین می کند که آیا طرح پیشنهادی با جمعیت هدف مناسبت دارد و به تکرار مطالعات گذشته نمی پردازد. این گروه دارای پنج معیار است. سه معیار، شامل مسائل اخلاقی در پژوهش، وجود پاسخ کامل (معتبر، پایا،

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

دقیق و در دسترس) به سئوال مطرح شده و احتمال تائید و حمایت مسئولین که در مطالعه ما پذیرفته شد.

معیار ۲: مناسبت،هدف از معیارهای این گروه حصول اطمینان از این که پژوهش بر روی طرح پیشنهادی برای جمعیت هدف، مناسب بوده و با در نظر گرفتن عدالت و برابری به مشکلات مربوط به سلامتی جامعه می پردازد. سئوال کلیدی این است: چرا باید این پژوهش را انجام دهیم؟ این گروه دارای هفت معیار شامل، نیازهای جامعه، فراوانی، شدت، روند مشکل، مطابقت با اولویت های ملی، فوریت و تاکید بر عدالت است.

معیار۳ : احتمال موفقیت برای اجرا،هدف از معیار های این گروه ارزشیابی توانایی و وجود منابع مورد نیاز جهت انجام پژوهش بر روی طرح پیشنهادی است.سؤال کلیدی این است: آیا توانایی انجام این پژوهش وجود دارد؟ این گروه دارای چهار معیار است .دو معیار ظرفیت نظام برای انجام پژوهش و احتمال حمایت مالی در مطالعه ما پذیرفته شد.

معیار ۴: تاثیر نهایی پیامدهای پژوهش،منظور از این معیار، برآورد فواید حاصل از به کارگیری یافته های پژوهش و تعیین ارزش و کارایی آن است. سؤال کلیدی این است: با انجام این پژوهش چه چیزی نصیب گروه های ذینفع می شود؟ این گروه دارای چهار معیار است.

این معیارها شامل ۱) به کارگیری یافته های پژوهش و استمرار آن، ۲) تاثیر بر وضعیت سلامت جامعه پوشش جمعیت، کاهش بار یا وسعت مشکل، تاثیر بر وضعیت سلامت در آینده، امکان حل یا تخفیف مسئله یا قابل پیشگیری بودن یا بهبود کیفیت، ۳) میزان صرفه جویی در هزینه ها، ۴) تاثیر نهایی بر توسعه میزان مشارکت گروه های بینابینی و ظرفیت سازی برای پژوهش است.

۱.تعیین اولویت بر اساس بیشترین توافق: با تشکیل کمیته تلفیق، عناوین و حوزه های پژوهشی طبقه بندی شده، و اولویت پژوهشی براساس بیشترین امتیاز کسب شده مشخص شد.

بعد از تنظیم و توافق برای معیارها در کمیته راهبردی، به هر یک از عناوین و حوزه های پژوهشی آماده شده، براساس چک لیست معیارهای بیست گانه، امتیاز داده شد.

امتیازدهی توسط منتخبی از ذینفعان گروه ها و چند نفر از خارج از گروه انجام شد. امتیاز کسب شده بین ۲۰ تا ۸۰ بود که امتیاز ۸۰ به معنی داشتن بیشترین اولویت در نظر گرفته شد.

در مطالعه حاضر عواملی از قبیل مشارکت داوطلبانه متخصصان و خروج از مطالعه در هر زمان و همین طور قرار دادن نتایج تحقیق در صورت درخواست مشارکت کنندگان به عنوان ملاحظات اخلاقی مورد توجه قرار گرفت.

مقاله حاضر با کد اخلاق "IR.SSU.SPH.REC.1397.156" در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مصوب گردیده است.

یافته ها

در این مطالعه، مصاحبه اولیه با ۱۳ نفر از اعضای تیم متخصصان (گروه بهداشت، جامعه شناسی، روانشناسی، پزشکی اجتماعی و کارشناسان خبره خارج و داخل دانشگاه) صورت گرفت. مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در جدول ۲ تنظیم شده است. نتایج حاصل از مصاحبه با ۱۳ نفر از متخصصان در ۱۲۰ حیطه تنظیم شد که تعداد حیطه های پژوهش در دو مرحله

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

ارزیابی، به ۶۰ حیطه و سپس ۵۰ حیطه تقلیل یافت.

پنج حوزه پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تعیین شد. گزارش میانگین بر اساس جمع نمرات مربوط به سئوالات پرسشنامه در هر حوزه بر اساس معیارهای چهارگانه صورت گرفته است. ملاک تعیین رتبه اولویت ها و میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده بود(جدول۳).

در جدول ۴، لیست حوزه های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و موضوعات زیر مجموعه آن ارائه شده است.

جدول ۴: لیست حوزه های پژوهشی و اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یزد

رتبه	حوزه های پژوهشی	اولویت های پژوهشی
۱	عوامل روانی- رفتاری n=۹	سلامت روانی سالمندان مشکلات و تعارضات زناشویی سبک های فرزندپروری مؤثر بر سلامت اجتماعی ـ روانی کودکان و نوجوانان سلامت روانی نوجوانان و دانش آموزان تأثیرات محیط خانواده بر سلامت جسمی و روانی کودکان و نوجوانان سوء رفتار با کودکان سلامت معنوی و تأثیر ان بر افراد خشونت و انواع آن در زنان و مردان و گروههای سنی و جنسی مختلف مهارتهای ارتباطی در گروههای سنی و جنسی مختلف
۲	سلامت اجتماعی n=۱۵	پیامدهای مشکلات اجتماعی ـ اقتصادی در جامعه وضعیت اشتغال (بیکاری و درآمد پایین) و اثرات آن بر رفاه اجتماعی آسیب های اجتماعی در گروههای سنی و جنسی مختلف آسیب های دنیای مجازی و فن آوری در خانواده و جامعه خودکشی و واکاوی علل آن ازدواج و جوانان نابرابری های اجتماعی سلامت برای زنان مردانگی و فشارهای اجتماعی نابرابری اجتماعی در روستاییان و شهرنشینان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

		روستاییان و مهاجرت
		ارتباط سرمایه اجتماعی با شاخص های سلامت
		حمایت اجتماعی در خانواده
		آسیب های اجتماعی در شهر، روستا و حاشیه شهرها (بزهکاری، سوء مصرف مواد، الکل، دخانیات و داروها)
		حقوق شهروندی در گروه های سنی و جنسی مختلف
		سلامت اجتماعی در گروه های سنی و جنسی مختلف
۳	سبک زندگی	سبک زندگی سالم در زنان و مردان
		سبک زندگی سالم در ساکنان روستا و حاشیه نشینان
	n=۸	سبک زندگی سالم در میانسالان و سالمندان
		ارتقاء سواد سلامت در گروه های سنی و جنسی مختلف
		سبک زندگی سالم در حاشیه نشین ها و روستاییان
		تغذیه و کودکان
		فعالیت فیزیکی و آسیب های بی تحرکی در گروه های سنی و جنسی مختلف
		بهداشت دهان و دندان در گروه های سنی و جنسی مختلف
۴	عوامل محیطی	تعیین نیازهای رفاهی و تفریحی کودکان مناطق فقیرنشین یا حاشیه شهری
	n=۵	عوامل زیان آور محیط زندگی
		دسترسی به خدمات سلامت در مناطق حاشیه نشین
		پیشگیری از حوادث و سوانح در کودکان و نوجوانان
		حوادث و سوانح در شهر، روستا و حاشیه شهرها
۵	ظرفیت سازی (توانمندسازی خدمات سلامت)	بررسی کیفیت خدمات سلامت در میانسالان و سالمندان
		میزان خدمات سلامت برای افراد پرخطر (معتادان و تن فروشان)
	n=۱۳	پوشش خدمات سلامت برای میانسالان و بحران های پیش روی میانسالی
		پوشش خدمات سلامت برای سرطان های شایع در گروه های سنی و جنسی مختلف
		طراحی برنامه های جامع شهر و روستای سالم

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

پوشش برنامه های خودمراقبتی در گرو ه های سنی و جنسی مختلف
ارتقاء برنامه های پیشگیری از بیماری های ژنتیکی
ارتقاء برنامه های بهداشت مدارس و دانش آموزان
ارتقاء برنامه های بهداشت باروری
ارتقاء ظرفیت نظام های ارائه خدمات در گروه های سنی و جنسی مختلف
کارآفرینی در گروههای سنی و جنسی مختلف
ارتقاء برنامه های پیشگیری از بیماری های نوظهور
راهکارهای جلب مشارکت اجتماعی در اجرای برنامه های بهداشتی

بحث و نتیجه گیری

مراکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت معدودی به تعیین اولویت های پژوهشی خود براساس یک معیار استاندارد مانند مدل COHRED پرداخته اند که می توان به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تبریز اشاره نمود(۱۷، ۱۶). اکثر مراکز تحقیقاتی (۲۱-۱۸) بدون اتخاذ یک روش استاندارد و تنها با یک نظرسنجی به صورت سطحی به تعیین اولویت های خود پرداخته اند که بنظر می رسد بیشتر به اولویت های احساس شده نظام سلامت نزدیک است تا اولویت های پژوهشی؛ تعیین اولویت های پژوهشی فرایندی مبتنی بر علم است که توسط برنامه ریزان متعددی اجرا می شود. قبل از تعیین اولویتهای پژوهشی باید نیازسنجی پژوهشی مبتنی بر نیازهای سلامت جامعه باید انجام شود؛ زیرا که نقطه آغاز هر پژوهشی، مسئله یابی است و تا این مسئله اساسی شناسایی نشود، صرف زمان و هزینه برای انجام پژوهش، صرفاً اتلاف منابع انسانی و مادی خواهد بود؛ بنابراین لازمه شناسایی عناوین پژوهشی ارزشمند و موضوعات اساسی، نیازسنجی پژوهشی است (۲۲) هم چنین لزوم برگزاری کارگاه های اولویت سنجی براساس یک مدل استاندارد مانند COHRED محسوس است. لذا این مطالعه که با استفاده از یک روش سیستماتیک و علمی انجام گرفته است، نتایج آن می تواند با اعتبار بیشتری مورد استفاده قرار گیرد.

در این مطالعه ۵۰ اولویت پژوهشی در پنج حوزه مربوط به مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یزد تعیین شد. حوزه ها به ترتیب اولویت شامل عوامل روانی- رفتاری، سلامت اجتماعی، سبک زندگی، عوامل محیطی و ظرفیت سازی (توانمند سازی خدمات سلامت) بود. این مطالعه با مشارکت حداکثری دست اندرکاران و کارشناسان خبره و توافق آن ها انجام گرفت. در این مطالعه، حوزه های پژوهشی و اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت تعیین شد ولی عناوین پژوهشی ارائه نشد تا این فرصت در اختیار محققین قرار گیرد که بتوانند با تفکر خلاقانه خود در حوزه های تعیین شده، عنوان کاربردی و جدید خود را انتخاب و به امر پژوهش بپردازند. مزیت دیگری که در خصوص تعیین

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

حوزه های پژوهشی اولویت دار می توان اذعان داشت این است که محققین با تفکر در راستای یک حوزه، می توانند موضوعات مبتکرانه خود را انتخاب نمایند و در این صورت است که حقوق مربوط به مالکیت فکری و معنوی فرد محقق محفوظ می ماند. هم چنین اگر اولویت های پژوهشی بر مبنای یک استاندارد تعیین شده باشند، برای محقق انگیزه و اعتماد به نفس به ارمغان می آورد چراکه محقق می داند موضوع انتخابی جزء اولویت های پژوهشی مرکز می باشد و آن موضوع شانس زیادی برای تصویب و تایید دارد و از طرفی چون جزء اولویت ها قرار دارد، از حمایت مالی مناسبی برخوردار خواهد شد.

در این مطالعه گروه خبرگان بدون هیچ مقاومتی، به طرح موضوعات مرتبط با مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت پرداختند این در حالی است که در مطالعه حتمی (۲۳) و کلاهی (۲۴) تعیین اولویت ها با مقاومت هایی همراه بود. بنظر می رسد دلیل این مقاومت ها، احساس محدودیت محققین در انتخاب موضوع پژوهشی باشد. براساس وب سایت مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حیطه های اولویت دار شامل تکامل دوران ابتدای کودکی، سلامت معنوی و روانی، ارائه عادلانه خدمات سلامت، بیکاری و امنیت شغلی، تغذیه و امنیت غذایی، شیوه زندگی سالم، آموزش، آگاهی و تحصیلات، مسکن، محیط های سالم، حمایت اجتماعی، حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده، توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی، حوادث می باشد(۲۵) که تا حد زیادی با حوزه ها و اولویت های پژوهشی تعیین شده در این مطالعه، هم خوانی دارد.

در مطالعه حاضر، حوزه ی پژوهشی مربوط به عوامل روانی- رفتاری، رتبه اول را به خود اختصاص داد. سلامت روانی زیر مجموعه حوزه مذکور است. که این اولویت با اولویت های تحقیقاتی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت قزوین(۲۶)، کرمان(۲۷) هم خوانی دارد. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، از هر چهار نفر، یک نفر در طول زندگی به اختلالات سلامت روان مبتلا خواهد شد. در ایران شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای پانزده سال، بیش از ۲۰ درصد گزارش شده است. اختلالات روانی با ایجاد هزینه های مستقیم و غیرمستقیم همراه است (۲۸).

سلامت روان سالمندان از اولویت های تعیین شده در این مطالعه بود. با توجه به افزایش سالمندان در جهان به یک میلیارد و دویست میلیون نفر تا سال ۲۰۲۵ و هم چنین با توجه به سرشماری سال ۱۳۹۵ (۲۹) ، حدود ۴ میلیون و دویست و پنجاه نفر از جمعیت بالای ۶۰ سال بودند که این رقم در سال ۲۰۵۰، به بیش از ۲۶ میلیون نفر افزایش می یابد(۳۰). از طرفی فرد در دوره سالمندی با چالش های متعددی مانند مرگ عزیزان، تنهایی، ابتلا به بیماری های مزمن و ناتوان کننده، از دست دادن شغل و ... رو به رو است که می توانند سلامت روان فرد را دچار مخاطره کند(۳۱). لذا موضوع سلامت روانی سالمندان از اهمیت بسزایی برخوردار است و پرداختن به تحقیقات در این حوزه ضروری به نظر می رسد.

اولویت دیگر حوزه عوامل روانی – رفتاری، سبک های تربیتی و اثرات آن بر سلامت جوانان و نوجوانان بود. دوره جوانی و نوجوانی دوره بسیار حساسی است، بسیاری از غرایز و تمایلات

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

در این مرحله شعله ور می شوند. تحولات این دوره بسیار زیاد است، از نظر عاطفی فرد، بسیار حساس و شکننده می شود. خیال پردازی و ایده آل گرایی جزء خصوصیت این دوره است (۳۲). سبک های تربیتی از جمله موارد تاثیرگذار بر سلامت افراد است و هرگونه کوتاهی در تربیت نوجوانان در این دوره، لطمات جبران‌ناپذیری را به بار خواهد آورد. بامریند ۴ سبک فرزندپروری را معرفی نمود: مقتدرانه، مستبدانه، سهل گیر و کناره گیر (۳۳). سبک تربیتی مقتدرانه دارای استدلال منطقی است ولی سایر سبک های تربیتی ذکر شده، اثرات مخربی بر سلامت نوجوانان و جوانان دارد (۳۴). لذا اهمیت سبک های تربیتی و تاثیرات آن بر سلامت نوجوانان و جوانان به چشم می خورد.

اولویت دیگری که جزء حوزه عوامل رفتاری- روانی است، تعارضات و اختلافات زناشویی می باشد. تعارضات زناشویی ناشی از اختلافات زن و مرد در نوع نیازها و روش رفع آن نیازها می باشد (۳۵) که علاوه بر زوجین، اطرافیان آن ها را نیز متاثر می سازد برای مثال وجود تعارضات می تواند بر فرزندان خانواده تاثیرات مخربی (افت تحصیلی، افسردگی، پرخاشگری و ...) داشته باشد (۳۶). شواهد موجود نشان می دهد که شیوع زیاد تعارضات زناشویی در سراسر جهان بر سلامت جسمی و روانی خانواده ها تأثیر منفی می گذارد (۳۷). مطالعه افشانی و همکاران با عنوان تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه بر کاهش قصد طلاق در یزد نشان داد که میانگین نمره قصد طلاق پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به میانگین نمره پیش آزمون کاهش یافته است (۳۸). نتایج مطالعه پورموحد و همکاران، حاکی از آن است که مدل مک‌مستر می تواند مهارت های حل مسئله، ارتباطات خانوادگی، پاسخگویی احساسی، مشارکت عاطفی و عملکرد عمومی را در زوجین ارتقا دهد. عملکرد سالم خانواده یک حوزه قابل توجه از نگرانی متخصصان سلامت روان است که مداخلات خانواده را ارائه می دهند (۳۹).که این موضوعات، در قالب پایان نامه های دانشجویان دکترای پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت یزد انجام گرفت که اهمیت موضوع تعارضات خانوادگی و تاثیرات مخرب آن بر سلامت را نشان می دهد.

اولویت دیگری که جزء حوزه عوامل رفتاری- روانی است، خشونت می باشد. مرکز کنترل بیماری ها، چهار نوع خشونت را معرفی می کند: خشونت فیزیکی، جنسی، تهدید به خشونت فیزیکی یا جنسی و خشونت روانی (۴۰). طبق پیمایش انجام گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت، شیوع خشونت فیزیکی، جنسی یا هر دو علیه زنان ۷۱-۱۵ درصد می باشد (۴۲-۴۰). مطالعه شیری و گودرزی نشان داد آموزش برنامه توانمندسازی خانواده در مواجهه با مشکلات زندگی و آشنا نمودن آنان با عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت خانگی و آموزش انتخاب رفتارهای جایگزین می‌تواند در پیشگیری و یا کاهش خشونت خانگی اثربخش باشد (۴۳).

خشونت علیه زنان از علل اصلی اضطراب، افسردگی، خودکشی و استرس بین زنان است (۴۴). طبق نتایج پژوهشی در سازمان جهانی بهداشت، خشونت علیه زنان، احتمال بیماری های مزمن، صدمات چشمی و عدم توانایی و کاهش توان فیزیکی فرد در انجام امور را افزایش می دهد (۴۵).

در ایران میزان خشونت عاطفی و روانی مانند توهین، استفاده از جملات نامناسب و ... بیشتر از خشونت های جسمی رواج دارد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

که آثار آن برخلاف خشونت جسمی نمایان نمی شود ولی در طولانی مدت اثرات خود را بروز می دهد (۴۶). با توجه به مطالعات ذکر شده، موضوع خشونت و اثرات آن بر سلامت جسمی و روانی اهمیت بسزایی دارد.

اولویت دیگری که جزء حوزه عوامل رفتاری- روانی است، سلامت معنوی می باشد. نشان می‌دهد افزایش سلامت معنوی، اختلالات روانی افراد را کاهش می‌دهد. بدون سلامت معنوی، سایر ابعاد سلامت (روانی، اجتماعی، فیزیکی) نمی توانند به حداکثر رشد و بالندگی خود دست یابند (۴۷). لذا پرداختن به موضوع سلامت معنوی در تحقیقات بسیار مهم می باشد. ضرورت جامعه نگری درمان و مراقبت بر هماهنگی دستورات بهداشتی درمانی با باورهای مردم جامعه تأکید می نماید؛ به این جهت توصیه شده مفهوم سلامت معنوی در جوامع مختلف با توجه به فرهنگ و باورهای ایشان تبیین شود (۴۸).

از دیگر مواردی که به عنوان اولویت تحقیقاتی در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت بررسی سبک زندگی در حاشیه نشینان و روستاییان بود. افزایش سریع شهرنشینی بدون همراهی رشد و توسعه شاخص های اقتصادی و اجتماعی لازمه شهرنشینی پایدار، شهرها را با مشکلات و معضلات متعددی مواجه کرده است. یکی از این معضلات ظهور محله حاشیه نشین در اطراف شهرها بزرگ می باشد.این مجموعه ها به دلیل استقرار تعداد زیادی از شهروندان درون خود و به دلیل عدم برخورداری مناسب از خدمات شهری، وضعیت نامطلوب و کیفیت پایین زندگی، یکی از چالش های اساسی شهرنشینی پایدار به حساب می آیند. این مناطق شهری قابلیت بالایی برای انواع آسیب ها و مسائل اجتماعی دارند و در صورت بی توجهی می توانند هستی و حیات یک شهر را نیز تهدید کنند. شکل گیری این محله پیامدهای کالبدی، زیست محیطی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به وجود می‌آورند که شامل انباشت زباله ها و عدم جمع آوری به موقع آن‌ها، عدم لوله کشی آب آشامیدنی سالم، آلودگی هوا به دلیل زمین‌های بایر اطراف واحدهای مسکونی، مشکلات اجتماعی و فرهنگی، گسترش مشاغل کاذب در شهر، بیکاری پنهان و نیمه پنهان، افزایش جمعیت غیر فعال نیروی کار به علت بالا رفتن میزان تقاضا، افزایش هزینه، ارائه خدمات و تاسیس نیازهای شهری از قبیل امکانات آموزشی و اداری می باشد (۴۹). در پژوهشی چگونگی تغییرات فضای شهری در سکونتگاه های غیررسمی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و سلامت ساکنان حاشیه‌نشین را بررسی می‌کند و نتیجه می‌گیرد که ارتقای شهری بر کیفیت زندگی و سلامت ساکنان تأثیر مثبت دارد. سطح کیفیت زندگی در مناطق غیررسمی از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پایین بوده ومهاجرت از مهمترین عوامل مؤثر بر ایجاد مناطق غیررسمی وناامنی در شهرهاست (۵۰). مناطق مورد مطالعهٔ در پژوهشی که توسط ذوالفقاری (۱۳۹۹) انجام شد کشتارگاه، امیرآباد، سجادیه،کسنویه، نصرآباد، مهدی آباد،فهادان، مریم آباد، چرخاب و سیدالشهدا از مهمترین محلات حاشیه نشین شهر یزد به شمار می روند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد بیکاری، پایین بودن سطح درآمدی خانواده (پدر و فرزند ذکور) و کیفیت مسکن مهمترین عوامل مؤثر بر شکل گیری آسیب های اجتماعی در محلات حاشیه نشین شهر یزد بوده اند (۵۱).

امروزه یکی از مهم ترین مسائل بهداشت عمومی و یکی از علل اصلی مرگ و میر در جوامع مختلف اعم از جوامع صنعتی و

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

پیشرفته و یا در حال توسعه مسئله سوانح در کودکان بوده (۵۲) که یکی از آسیب پذیرترین گروه در خصوص آسیب ها و سوانح محسوب می شوند (۵۳). زیرا به علت محدودیت های فیزیولوژیکی، فرایند رشد و نمو، پیشرفت حسی و حرکتی، ویژگی های رفتاری، ظرفیت واکنشی تجربه، نیاز به آموزش، تجسس، ماجراجویی و رفتارهای مخاطره آمیز این گروه را مستعد حوادث می کند که این امر در کنار سایر فاکتورهای محیطی مثل درجه ایمنی محیط، نظارت و مراقبت از سوی والدین اشکال جدی تر و خطرناک تری پیدا می کند (۵۴). در مطالعه ای که توسط وکیلی و همکاران (۱۳۹۰) با هدف بررسی اپیدمیولوژی سوانح و حوادث در کودکان زیر ۶ سال آزادشهر یزد انجام شد یافته های تحقیق نشان داد ۷۸/۴ کل کودکان مورد مطالعه دچار سانحه شده بودند که شامل سوانحی از قبیل سوختگی، حوادث ترافیکی، مسمومیت ها و غرق شدگی بوده است؛ بر اساس این مطالعه آمار سانحه در مرکز آزادشهر یزد نسبت به تحقیقات مشابه انجام شده رقم بالایی بود (۵۵). در مطالعه حاضر نیز پیشگیری از سوانح و حوادث در کودکان و نوجوانان از اولویت تحقیقاتی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت برخوردار بوده است.

محققین و ذینفعان می بایست از اولویت های پژوهشی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، به منظور کاربردی و تخصصی شدن تحقیقات در حیطه فعالیت های مرکز، مطلع شوند. با این اقدام گام مؤثری در راستای تحقق اهداف و برنامه استراتژیک مرکز برداشته خواهد شد. صرفه جویی در منابع رخ می دهد.

هم چنین لازم است اولویت ها به صورت منطقه ای و محلی تعیین شوند تا پاسخگویی مراکز در قبال فعالیت های پژوهشی ارتقاء یابد. لازم به ذکر است، روند تعیین اولویت ها باید به صورت یک فرآیند مستمر در فعالیت های یک مرکز تحقیقاتی گنجانده شود. اولویت های پژوهشی استخراج شده حاصل از مطاعه حاضر به نیازمندی های دانشگاه علوم پزشکی یزد اختصاص دارد و نتایج قابل تعمیم به سایر دانشگاه های علوم پزشکی کشور نمی باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید و کارشناسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می نماییم.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافعی توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

1-Sadana R, Dsouza C, Hyder AA, Chowdhury AMR. Importance of health research in South Asia. BMJ: British Medical Journal. 2004;328(7443):826.

2-Tomlinson M, Chopra M, Hoosain N, Rudan I. A review of selected research priority setting processes at national level in low and middle income countries: towards fair and legitimate priority setting. Health Research Policy and Systems. 2011;9(1):19.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

3-Acking D, Cleary S. Setting priorities in health research using the model proposed by the World Health Organization: development of a quantitative methodology using tuberculosis in South Africa as a worked example. Health research policy and systems. 2016;14(1):10.

4-Haddad L, Kennedy E, Sullivan J. Choice of indicators for food security and nutrition monitoring. Food policy. 1994;19(3):43-329.

5-World Health Organization, editor Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities: report to the Regional Director.Meeting of the WHO Scientific Working Group on Criteria for Setting Health Research Priorities: report to the Regional Director, New Delhi.1999; 2000;1-3.

6-Janovsky K, Cassels A. Health policy and systems research: issues, methods, priorities. Health policy and systems development: an agenda for research Geneva: World Health Organization. 1996:11-23.

7-World Health Organization. Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination: report of the consultative expert working group on research and development: financing and coordination. 2012.

8-Commission on Health Research for Development. Health Research: Essential Link to Equity in Development. New York: Oxford University Press. 1990.

9-Montorzi G, De Haan S, IJsselmuiden C. Priority Setting for Research for Health: a management process for countries. Council on Health Research for Development (COHRED). 2010.

10-Sohrabi MR, Tahmoreszadeh S, Mohammadi F, Kolahi AA. Research Priority Setting for Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013. Community Health (Salamat-i ijtimai). 2015;1(1):32-44.

11-Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health: Oup Oxford;2005.

12-World Health Organization. Social determinants of health. WHO Regional Office for South-East Asia.2008.

13-Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. American Public Health Association; 2014.

14-Salsali M,Adib hajbagheri M, Parvizy S. Qualitative Research Methods Boshra Co. 2007.

15-Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins. 2004.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

16-Sohrabi MR, Tahmoreszadeh S, Mohammadi F, Kolahi AA. Research Priority Setting for Social Determinants of Health Research Center of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2013 .Salamat- IJTIMĀĪ (Community Health). 2016;1(1):32-44.

17-Research priorities of Tabriz Social Determinants of Health Research Center1400.

18-Rezaei AA, Hadi MA. Health problem priorities setting in health center of Arak University of Medical Sciences in 2002. 2003.

19-Raeisi R, Habibi Ghahfarrokhi S, Ghaderi S, Yousefi H, Shams F, Bigham H, et al. Capacity building for priority setting in Farrokhshahr population. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2006;8.

20-Mjidpour A, Edaltkhah H, Sezavar S, Sani N. Identify health research priorities in Ardebil province: an experience. Research &Sientific Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2003;3(1):7-22.

21-Emami S, Tahamtan F, Nabipour I, Azizi F, Zafarmand M, Nakhaei K. Use of focus groups to assese the health needs of the community for priorities in health research in Busher port/ir Iran/the persian gulf rtgion. 2003.

22-Faryabi R, Barzin Z, dadbakhsh M, et al. Investigating and determining the research priorities of Jiroft University of Medical Sciences in 2017 based on the COHRED WHO model. Journal of Jiroft University of Medical Sciences. 2017;4(1):52-144.

23-Hatmi Z, Mohammadi N, Sedaghat M. Determination research priorities in the medical faculty departments. 2006.

24-Kolahi AA, Sohrabi MR, Abdollahi M, Soori H. Setting research priority in Shahid Beheshti University of Medical Sciences: methods, challenges, limitations. Pajoohandeh Journal. 2010;15(4):51-143.

25-Social Determinants of Health [Available from]:
http://sdh.behdasht.gov.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=331&pageid=34754.

26-Research priorities of Qazvin Social Determinants of Health Research Center Qazvin [Available from: https://sdh.qums.ac.ir/_sdh/documents/about%20sdh/olaviatha.pdf.

27-Research priorities of Kerman Social Determinants of Health Research Center

28-Banayei N, Mansourian F, Fallahi M. The importance of examining mental health in a health transformation program Behvarz Quarterly 2018;29(98):3-30.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

29-https://www.amar.org.ir/

30-Rahimi AA, ahmadi noodeh k, Asgharnejad Farid AA. Indicators of aging mental health in Iranian culture. The Women and Families Cultural-Educational. 2019;13(46):69-93.

31-Ghaderi S, Sahaf R, et al. Prevalence of depression in elderly Kurdish community residing in Boukan, Iran. Iranian Journal of Ageing. 2012;7(1):57-66.

32-Mohammad Z, Iranpour N. Mehdi Bavar youth training methods Mouod Pajouhi.2019;1(23).

33-Nourizadeh A, Hashemiyan K. Prdicting of emotional self-regulation based on Parenting Styles and Temperement among secondery students in Tehran. Social Research. 2020;12(4): 84-103.

34-Burlaka V, Graham-Bermann SA, Delva J. Family factors and parenting in Ukraine. Child Abuse & Neglect.2017;72:62-154.

35-Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling .Journal of employment counseling. 2003;40(2):50-64.

36-Besharat MA. Prediction of family function and life quality based on the attachment styles of couples. Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal. 2018;3(2):38-119.

37-Halford WK, Snyder DK. Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education: Guest editors: W. Kim Halford and Douglas K. Snyder. Elsevier; 2012.

38-Afshani SA, Ardian N, Sorbi MH, Mazloomy-Mahmoodabad SS, Morowati-Sharifabad MA, Goodarzi-Khoigani M. A theory-based educational intervention impact on reduction of divorce intention in Iran. Current Psychology. 2020:1-8.

39-Pourmovahed Z, Yassini Ardekani SM, Mazloomy Mahmoodabad SS, Zareei Mahmoodabadi H. Implementation of the McMaster Model in Family Therapy: Effects on Family Function in Married Couples. Iran J Psychiatry. 2021;16(1):7-60.

40-Stewart DE, Vigod S, Riazantseva E. New developments in intimate partner violence and management of its mental health sequelae. Current psychiatry reports. 2016;18(1):4.

41-Asadi S, Mirghafourvand M, Yavarikia P. Domestic violence and its relationship with quality of life in Iranian women of reproductive age. Journal of family violence. 2017;32(4):60-453.

42-Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, et al. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. Psychological medicine. 2010;40(6):93-881.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

43-Shiri F, Goudarzi M. Effectiveness of training family empowerment program in reducing domestic violence against women and children. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2021.

44-Ludermir AB, Schraiber LB, DOliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. Social science & medicine. 2008;66(4):18-1008.

45-Raisi T, Hosseinchari M. The roots of violence against women in the family. J Fam Res. 2012;8(1):7-18.

46-Sociological analysis of domestic violence against women and its impact on the sense of security(Case study 18 women 54 years in miyaneh). Strategic Rssearch on Social Problems in Iran University of Isfahan. 2017;6(1):47-72.

47-Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. Nursing of the Vulnerables. 2015;2(2):15-28.

48-Abolghasemi H, Asadzandi M. How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health. Iran J Cult Health Promot .2019; 3 (2) :164-174. URL: http://ijhp.ir/article-1-166-fa.html

49-Rezaei MR., Kamandari M. Analysis of formation causes of marginalization in Kerman Case Study: Syedi neighborhoods and Imam Hassan. Spatial Planning. 2015; 4(4). 179-96.

50-Naceur, Farida. Impact of urban upgrading on perceptions of safety in informal settlements: Case study of Bouakal, Batna. Frontiers of Architectural Research. 2013; 2(4), 400-8.

51-Zolfaghari A. Analysis of Effective Factors on Social Harms in the Physical Structure of Suburban Neighborhoods of Yazd. Journal of Physical Development Planning. 2020; 5(3). 115-28.

52-Thein M, Lee B, Bun P. Childhood injuries in Singapore: A community nationwide study. Singapore Medical Journal. 2005;46(3):116-21.

53-Khodadadi H, Asadpoor M, Zohrehkermani S,Ravari A. Frequency of injuries in children under 15 years admitted to the emergency hospital of Imam Ali Ibn Abi Talib (AS) in Rafsanjan 1999-2000. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2007;5(3):201-208.[Persian]

54-Khosravi S, Ghafari M. An epidemiological study of domestic accidents in the population covered urban and rural health centers in Shahrekord, 1999. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2004;5(2):54-64.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]

55-Vakili M, Momeni Z, Mohammadi M, Koohgardi M. Epidemiological study of accidents in children under 6 years of Azadshahr Yazd in 2011. Pajouhan Scientific Journal. 2016; 14(3).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v21i4.11498]