

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۱ / دکتر الهه میرزایی

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

فهرست مطالب

۲۹۱	اهداف درس
۲۹۱	مقدمه
۲۹۳	آموزش بهداشت
۲۹۳	ارتقای سلامت
۲۹۴	دامنه فعالیت‌ها
۲۹۵	نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
۲۹۶	الگوهای برنامه‌ریزی
۲۹۷	الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید
۲۹۹	الگوی جامع آموزش بهداشت ((CHEM) Comprehensive Health Education Model
۲۹۹	بازاریابی اجتماعی
۳۰۰	نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۳۰۲	مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۳۰۲	الگوی باورهای بهداشتی
۳۰۴	الگوی مراحل تغییر
۳۰۴	نظریه یادگیری اجتماعی
۳۰۵	نظریه اشاعه نوآوری
۳۰۵	نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده
۳۰۷	خلاصه و نتیجه‌گیری
۳۰۸	منابع

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت Health Education & Promotion

دکتر الهه میرزایی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- انقلاب اول و دوم در بهداشت عمومی را شرح دهد
- اهمیت نقش برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در انقلاب دوم را بیان کند
- آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را تعریف کند
- دلایل استفاده از نظریه‌ها و الگوها در مداخلات بهداشتی را فهرست کند
- نظریه و الگو را تعریف کند
- مهمترین الگوهای برنامه‌ریزی در آموزش بهداشت را توضیح دهد
- مهمترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار را شرح دهد

مقدمه

پیش از اواسط سده بیستم، بیماری‌های عفونی عامل عمده بیماری و مرگ و میر بودند. در کشورهای پیشرفته، نخستین انقلاب در بهداشت عمومی از اواخر سده نوزدهم تا اواسط سده بیستم صورت گرفت و هدف آن مهار بیماری‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آنها بود. این انقلاب سبب شد تا اواسط دهه ۱۹۵۰ بسیاری از بیماری‌های عفونی مهار شوند (Randall et al, 2017; Rubinson & Alles, 1984). اما امروزه، دلایل عمده مرگ و میر در بسیاری از کشورها، بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی، سرطان و سکنه مغزی هستند که در طی دوره‌ای نسبتاً طولانی و بیشتر بر اثر جنبه‌های منفی شیوه زندگی و رفتارهای فرد ایجاد می‌شوند. امروزه عواملی مانند استعمال دخانیات، رفتارهای ناپایمن جنسی، الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، کم‌تحرکی، مصرف مشروبات الکلی و عدم رعایت نکات ایمنی از جمله مهمترین رفتارهای مؤثر بر بیماری و مرگ هستند. بازپدید شدن بیماری‌هایی مانند سل و بیماری‌های منتقله از طریق غذا، و نوپدید شدن بیماری‌هایی نظیر ایدز و عفونت‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌ها نیز تا حد زیادی متأثر از رفتارهای فرد هستند (Glanz, et al., 2015).

میان سال‌های ۱۹۴۵ و ۱۹۸۰، در کشورهای صنعتی بویژه، ایالات متحده، به‌منظور مهار بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آنها، سرمایه‌های هنگفتی صرف فناوری‌های پیچیده پزشکی و عرضه خدمات پزشکی فوق تخصصی شد. اما، با وجود صرف هزینه‌های سرسام‌آور، تا اواسط دهه ۱۹۷۰ مشخص شده بود که اگرچه نظام عرضه خدمات پزشکی می‌تواند سلامت افراد را تا حدودی به آنان بازگرداند، درمان بیماری رویکرد "چسب زخم" برای مشکلات بهداشتی وسیع جامعه است. به گفته جوزف کالیفانو (۱۹۷۹): "راه رسیدن به سلامت بهتر در آینده این کشور تنها به وسیله آجرهای طلایی درمان و فناوری‌های پرهزینه، امکان‌پذیر نخواهد شد بلکه انقلاب بعدی در سلامت مردم از راه پیشگیری و ارتقای سلامت بدست خواهد آمد."

دکتر گرین و کروتر (۲۰۰۵) نیز معتقد بودند: "برای کاهش بیماری، مرگ و میر و هزینه‌های سرسام‌آور پزشکی، فعالیت‌های آموزش بهداشت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، بیشترین ظرفیت را دارد و بهترین امید برای بهبود درازمدت کیفیت زندگی و سلامت جمعیت‌ها است." به‌هر روی، فعالیت‌ها و تحقیقات دانشمندان در طی این مدت تغییر دیدگاه‌ها و آغاز دومین انقلاب در بهداشت عمومی، یعنی عصر ارتقای سلامت را سبب شد. اکثر محققان سال ۱۹۷۴ میلادی را تاریخ آغاز انقلاب دوم، یعنی عصر ارتقای سلامت می‌دانند (Glanz, et al., 2015). در این سال، دولت کانادا گزارش "دورنمای جدید سلامت کانادایی‌ها" را که بعدها به گزارش لآند (وزیر بهداشت کانادا) معروف شد را منتشر کرد. یافته‌های این گزارش برای ارتقاء سلامت بسیار مهم بودند زیرا تأکید بر این بود که ساختارهای اجتماعی بر سلامت تأثیر می‌گذارند و مراقبت‌های بهداشتی مهمترین عامل تعیین‌کننده سلامت نیست (WHO, 2009).

همچنین در این سال مجلس ایالات متحده قانون "اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت" را به‌تصویب رساند که به تأسیس دفتر "اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت" انجامید. نام این دفتر بعدها به دفتر "پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت" تغییر یافت. این تمهیدات پایه‌گذار ابتکارات دولت ایالات متحده برای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت عمومی و پایش الگوهای رفتاری به‌وسیله تدوین و انتشار اهداف بهداشتی برای مردم در سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۱ (شد: ۱) ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری: اهداف بهداشتی برای کشور، و ۲) مردم سالم ۲۰۰۰: اهداف ملی ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری (Glanz, et al., 2015).

در سال ۱۹۷۸ بیانیه آلماتا با طرح این مسئله که ارتقاء و محافظت از سلامت به منظور توسعه اجتماعی و اقتصادی پایدار ضروری است و به بهبود کیفیت زندگی و صلح جهانی کمک می‌کند، روحی تازه به ارتقاء سلامت بخشید. این بیانیه نقطه عطفی بود در حوزه بهداشت عمومی در قرن بیستم.

اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت در سال ۱۹۸۶ در اتاوا، کانادا تشکیل شد. این کنفرانس عمدتاً پاسخی بود به انتظارات روزافزون برای ایجاد تحولی جدید در بهداشت عمومی در جهان (WHO, 2009) و سرآغازی شد برای کنفرانس‌های بعدی به شرح زیر (WHO Global Health Promotion Conferences):

کنفرانس بین‌المللی آدلاید، استرالیا سال ۱۹۸۸

کنفرانس بین‌المللی ساندزوال، سوئد سال ۱۹۹۱

کنفرانس بین‌المللی جاکارتا، اندونزی سال ۱۹۹۶

کنفرانس بین‌المللی مکزیکوسیتی، مکزیک سال ۲۰۰۰

کنفرانس بین المللی بانکوک، تایلند ۲۰۰۵
 کنفرانس بین المللی نایروبی، کنیا ۲۰۰۹
 کنفرانس بین المللی هلسینکی، فنلاند ۲۰۱۳
 کنفرانس بین المللی شانگهای، چین ۲۰۱۶

کنفرانس شانگهای باعث شد ارتقاء سلامت در کانون اهداف توسعه پایدار قرار بگیرد (WHO, 2015).

آموزش بهداشت

آموزش مسائل بهداشتی، اگرچه در طول تاریخ ملل به اشکال غیررسمی و به‌عنوان مختلف انجام می‌شده است، اما پیدایش رشته آموزش بهداشت به‌عنوان رشته‌ای تخصصی، به اوایل سده نوزدهم بازمی‌گردد. در سال ۱۹۵۱ دکتر توماس وود عضو هیأت علمی دانشگاه استنفورد با ورود به دانشگاه کلمبیا برنامه‌ای را با عنوان "آموزش بهداشت و تربیت‌بدنی" آغاز کرد. فعالیت‌های سی ساله او در این دانشگاه به تأسیس رشته آموزش بهداشت انجامید. او در اکثر وقایع آموزش بهداشت از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۴۰ نقشی مهم ایفا کرد و به همین دلیل، او را پدر آموزش بهداشت نامیده‌اند.

از آنجا که تعریفی جهانی در مورد آموزش بهداشت وجود ندارد، در اینجا به چند مورد اشاره می‌کنیم: "آموزش بهداشت تلاش می‌کند فاصله میان آگاهی و عمل را پر کند" (Griffiths, 1972). "هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای زیان‌بخش افراد، گروه‌ها و جمعیت‌ها به رفتارهای سودبخشی است که بر سلامت کنونی و آتی آنان تأثیری گذارد" (Simonds, 1976). آموزش بهداشت عبارت است از "استفاده از هرگونه ترکیبی از روش‌های آموزشی گوناگون به‌منظور تسهیل پذیرش داوطلبانه رفتارهای مؤثر بر سلامت" (Green, et al., 1980).

ارتقای سلامت

با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت در تأمین سلامت جامعه، فعالیت‌های آموزش بهداشت دامنه‌ای وسیع‌تر یافت و از سازه "ارتقای سلامت" برای توصیف طیفی گسترده‌تر از فعالیت‌های بهداشتی استفاده شد. برای ارتقای سلامت نیز تعاریف گوناگونی ارائه شده است که مهمترین آنها عبارت‌اند از: ارتقای سلامت "عبارت است از هرگونه ترکیبی از فعالیت‌های آموزش بهداشت و حمایت‌های محیطی، سازمانی و اقتصادی که از رفتارهای منجر به سلامت فرد، گروه و اجتماع صورت می‌گیرد" (Green & Kreuter, 1991). ارتقای سلامت، "علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی به‌منظور نیل به وضعیت مطلوب سلامت است... تغییر شیوه زندگی می‌تواند به‌وسیله ترکیبی از تلاش‌ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط‌های حامی رفتارهای سالم صورت گیرد" (O'Donnell, 1989).

در طی دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، تمرکز بر رفتارهای فردی به‌عنوان عامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت، بر عوامل اجتماعی گسترده‌تر مؤثر بر سلامت سایه افکنده بود. در این میان طرفداران تغییر در سطوح سازمانی،

متخصصان را به پذیرش دیدی وسیع‌تر در این زمینه دعوت می‌کردند. آنان خواهان گسترش فعالیت‌های آموزش بهداشت برای در بر گرفتن اقدامات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی لازم برای دستیابی به اهداف بهداشتی بودند. در طی چند دهه گذشته، بسیاری از متخصصان بر اهمیت تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی بر سلامت تأکید کرده‌اند. به‌عنوان مثال ویلیام گریفتیس (۱۹۷۲) چنین مطرح کرد: "توجه آموزش بهداشت نه تنها بر فرد و خانواده‌اش، بلکه بر سازمان‌ها، نهادها و شرایط اجتماعی مانع یا یاری‌رسان افراد برای رسیدن به بالاترین حد سلامت نیز معطوف است".

دیدگاهی که آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را ابزار تغییرات اجتماعی می‌داند، در طی چند دهه گذشته، بار دیگر مورد تأکید قرار گرفته است. اکنون ترسیم خط‌مشی‌ها، وضع قوانین و مقررات حامی سلامت، ایجاد تغییرات سازمانی و جلب حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یکی از فعالیت‌های اساسی متخصصین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت پذیرفته شده است (Glanz, et al., 2015; Green, Kreuter, 2005).

دامنه فعالیت‌ها

در جوامع صنعتی، به موازات تغییر علل عمده مرگ و میر، تمرکز فعالیت‌های آموزش بهداشت نیز تغییر یافت. آموزش بهداشت در ابتدا آموزش پاکیزگی (۱۹۰۰-۱۹۲۰) خوانده می‌شد و تأکید آن بر آموزش بهداشت فردی، بیماری‌های واگیر و مشروبات الکلی بود. امروزه دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت حد و مرزی نمی‌شناسد. آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان و مهارت‌های فرزندپروری به والدین، تدوین بسته‌های آموزشی در مورد ایدز، اجرای کارگاه‌های ترک سیگار، آموزش تغذیه، کمک به گروه‌های در معرض خطر برای تشخیص به‌هنگام بیماری، آموزش مدیریت استرس، برنامه‌ریزی، اجرا، و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی، آموزش مسئولین، مدیران و افراد کلیدی، حمایت از تغییر سیاست‌ها برای ارتقای سلامت و حمایت از قوانین و مقررات حامی سلامت، تنها گوشه‌ای از فعالیت‌های متخصصان این رشته است.

ظهور فناوری‌های نوین ارتباطات و استفاده‌های نو از قدیمی‌ترها نیز به ظرفیت برنامه‌های ارتقاء سلامت افزوده است. افزایش چشمگیر تعداد کاربران اینترنت و فضای مجازی موقعیت جدیدی برای متخصصان به‌منظور به ثمر رساندن اهداف آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایجاد کرده است. برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تقریباً در هر محیطی که بتوان تصور کرد، از مدارس، دانشگاه‌ها، کارخانه‌ها، ادارات، محل‌های کار، مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز آموزشی، فرهنگ‌سراها گرفته تا پادگان‌ها، زندان‌ها، نمایشگاه‌ها، مساجد، ورزشگاه‌ها، مراکز خرید، مراکز بازپروری و بنگاه‌های خیریه قابل اجرا است.

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، رشته‌ای است بهینه‌گزین و به‌سرعت در حال رشد، تحول و تکامل. متخصصان این رشته، برای رسیدن به اهداف مورد نظر خود از گزینش و ترکیب مؤثرترین یافته‌ها، رویکردها، روش‌ها و سیاست‌های برگرفته از رشته‌های بهداشت، روان‌شناسی، آموزش، جامعه‌شناسی، پزشکی، تغذیه، مردم‌شناسی، ارتباطات، پرستاری، مددکاری، علوم رفتاری، بازاریابی، و اپیدمیولوژی استفاده می‌کنند. ارتقای سلامت، کانون ابتکارات بهداشتی و مهار عوامل مؤثر بر آن را از متخصصان و مراکز پزشکی به افراد، خانواده‌ها، مدارس و محل کار منتقل می‌کند. اما این کار باید در سایه حمایت‌های قانونی، سازمانی، اجتماعی، فناورانه و قبول

پذیرش مسئولیت مشترک در قبال بهداشت و سلامت انجام گیرد. اکنون در کشورهای پیشرفته، تأثیر فعالیت‌های این رشته به‌گونه‌ای چشمگیر خود را نشان داده است. کاهش مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها و حوادث رانندگی، کاهش مصرف سیگار، افزایش فعالیت‌های جسمانی و مصرف میوه و سبزیجات، و کاهش موارد جدید ابتلا به ایدز تنها بخشی از دستاوردهای برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در کشورهای پیشرفته هستند.

نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

الگوها و نظریه‌ها راهنمایی هستند برای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. نظریه‌ها می‌توانند به پرسش‌های برنامه‌ریزان در مورد اینکه چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند، چگونه باید رفتارها را تغییر داد، و چه عواملی را باید در ارزشیابی برنامه‌ها در نظر گرفت، پاسخ دهند (Glanz, et al., 2015). اگرچه میزان موفقیت برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت متفاوت است، آن‌ها که بر اساس نظریه‌ها و الگوهای مناسب تهیه شده‌اند از احتمال موفقیت بیشتری برخوردارند. به‌طور کلی، مزایای استفاده از نظریه‌ها و الگوها را می‌توان چنین خلاصه کرد:

۱) نظریه‌ها و الگوها پایه و اساس مداخلات آموزشی را تشکیل می‌دهند

۲) ابزاری برای تبیین و توجیه طرح‌های بهداشتی هستند

۳) چارچوبی برای برنامه‌ریزی مداخلات بهداشتی هستند

۴) به برنامه جهت و حقانیت می‌دهند

۵) از روش سخت "آزمون و خطا" جلوگیری می‌کنند

۶) امکان تکرار مداخلات بهداشتی را فراهم می‌کنند

۷) فرایندی روشمند برای تحلیل موفقیت‌ها و شکست‌ها هستند (Doak, et al., 1995).

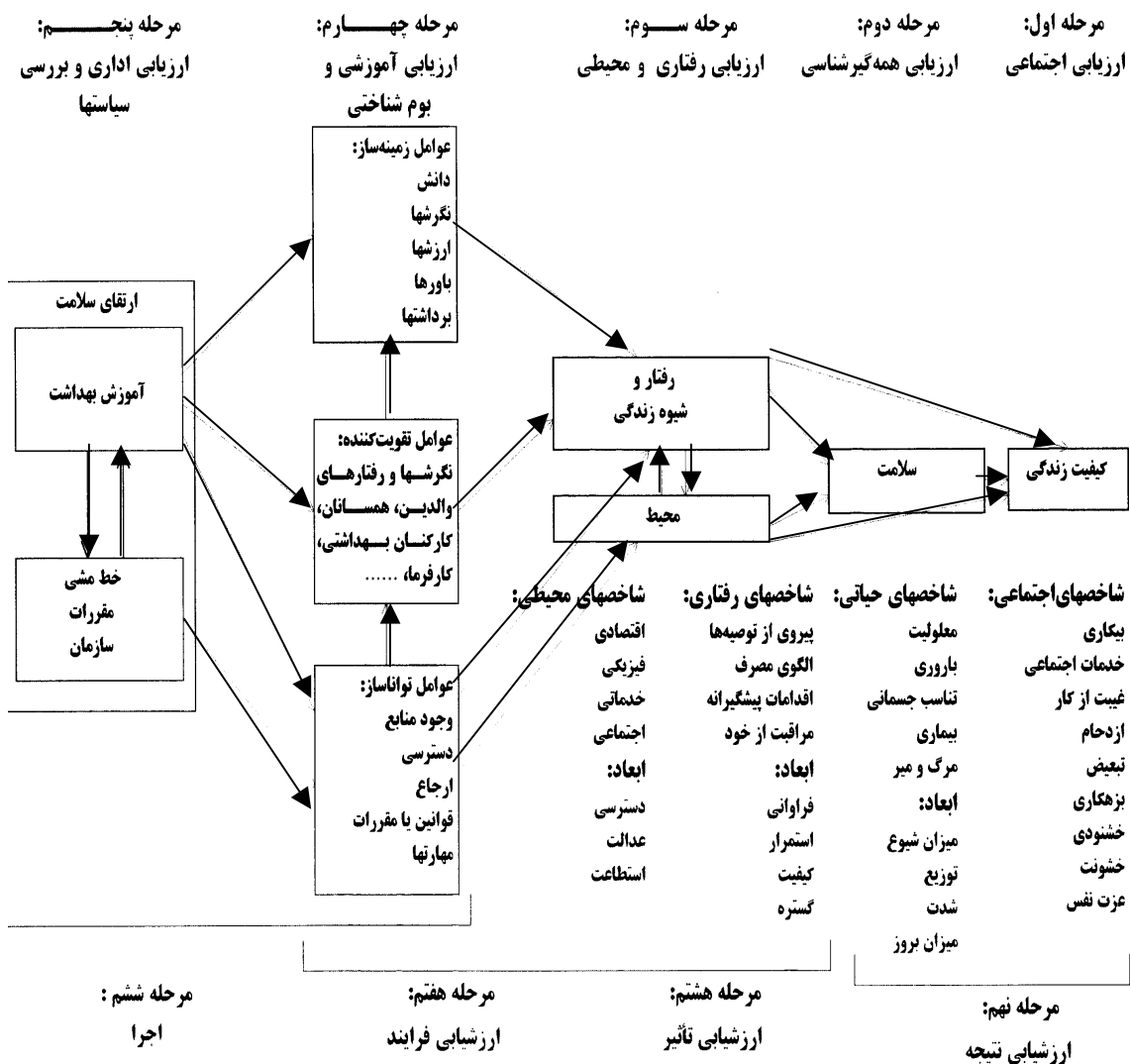
نظریه "مجموعه‌ای است از سازه‌ها، تعاریف و قضیه‌ها که نماینده دیدگاهی نظام‌مند به یک واقعه یا موقعیت است و رابطه میان متغیرها را به‌منظور تشریح و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها مشخص می‌کند" (Glanz, et al., 2015). در رشته آموزش بهداشت، نظریه، توضیحی است کلی در مورد چرایی عملکردهای مرتبط با سلامت افراد. چرا فرد برای حفظ یا ارتقای سلامت خود، خانواده، سازمان یا جامعه‌اش اقدامی انجام می‌دهد یا نمی‌دهد؟ **الگوها** معمولاً از چند نظریه برای تبیین مسئله استفاده می‌کنند. الگوها مبسوط‌تر و شامل اجزای مختلفی هستند که بعضاً می‌توان آن‌ها را به‌شکل هندسی نشان داد. در هر صورت در علوم رفتاری، نظریه و الگو هر دو تلاشی هستند برای تبیین رفتارها. از آنجا که رفتارها بسیار پیچیده هستند و الگوی کاملی با صد درصد دقت برای پیش‌بینی رفتار مردم وجود ندارد، تجدید نظر و اصلاح الگوها به‌منظور بهبود فهم رفتارها و مسائل مرتبط با سلامت از اهمیتی ویژه برخوردار است.

طبقه‌بندی الگوها و نظریه‌ها به‌گونه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی به‌طور کلی آن‌ها را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: **دسته اول** نظریه‌ها و الگوهایی که برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش

بهداشت و ارتقای سلامت به کار می‌روند، و دسته دوم نظریه‌ها و الگوهایی که برای تغییر رفتار از آن‌ها استفاده می‌شود (Glanz, et al., 2015).

الگوهای برنامه‌ریزی

از آنجا که امکان تشریح همه الگوهای برنامه‌ریزی در این مختصر میسر نیست، تنها به معرفی برخی از مهمترین و رایج‌ترین آنها بسنده می‌شود.



شکل ۲ - الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

الگوی برنامه‌ریزی پرئسید - پروسید

الگوی برنامه‌ریزی پرئسید توسط دکتر گرین و همکارانش در سال ۱۹۸۰ تدوین و در طی سه دهه، با افزایش بخش پروسید به آن، تکمیل شد. اکنون الگوی پرئسید - پروسید معروف‌ترین و رایج‌ترین الگوی برنامه‌ریزی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است. این الگو از دو بخش پرئسید و پروسید تشکیل شده است. به‌طور کلی، در قسمت پرئسید، به پرسش‌هایی از قبیل چه چیزی، به چه دلیل و چه کسی پاسخ داده شده، و بخش پروسید به منابع، موانع، خط‌مشی‌ها، مقررات و عوامل سازمانی و همچنین طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه پرداخته است. الگوی برنامه‌ریزی پرئسید-پروسید (شکل ۲) شامل ۹ مرحله است:

۱) ارزیابی اجتماعی و بررسی موقعیت

در این مرحله، کیفیت زندگی جمعیت بررسی می‌شود. برای این کار می‌توان از روش‌های گوناگون استفاده کرد از جمله بررسی آمار و مطالعات موجود، انجام تحقیقی به‌منظور تعیین نیازها و آمال جمعیت، مصاحبه با افراد کلیدی و مطلع، مشاهده و غیره. مشکلات اجتماعی جمعیت مورد مطالعه، بهترین و عملی‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی را به‌دست می‌دهد. بدین منظور باید از چند روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد.

۲) ارزیابی همه‌گیرشناسی

این مرحله برای برنامه‌های بهداشتی کاربرد دارد. در بعضی برنامه‌های اجتماعی ممکن است نیاز به انجام این مرحله نباشد. در این مرحله، مشکلات بهداشتی که امکان دارد بر اهداف یا مشکلات اجتماعی تعیین شده در مرحله اول مؤثر باشد، شناسایی می‌شود. برنامه‌ریزان باید با استفاده از داده‌های موجود، داده‌های همه‌گیرشناسی، و یافته‌ها و آمار پزشکی، مشکلات یا نیازهای بهداشتی را اولویت‌بندی کنند تا بتوانند منابع موجود را برای حل آن مشکل بهداشتی که بیش از همه جمعیت هدف را تحت تأثیر قرار داده است به مصرف برسانند. شرح کامل مشکلات بهداشتی و چگونگی ظهور آنها در میان جمعیت مورد مطالعه از اصول ضروری برای طبقه‌بندی مشکلات بهداشتی است. درنظر گرفتن مواردی همچون میزان مرگ‌ومیر، شیوع، بروز، هزینه درمان، شدت معلولیت، تأثیر بر کارآیی فردی و اجتماعی، قابلیت پیشگیری، و امکانات موجود نیز می‌تواند به اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی کمک کند.

۳) ارزیابی رفتاری و محیطی

در این مرحله، عوامل رفتاری و محیطی مؤثر بر مشکل بهداشتی تعیین شده در مرحله دوم باید مشخص شود. بسیاری از مشکلات بهداشتی از رفتارهای فرد نشأت می‌گیرند از جمله استعمال سیگار، تغذیه ناسالم، ورزش نکردن، عدم پیروی از دستورات پزشک و غیره. منظور از عوامل محیطی، موارد بیرونی است که درصورت اصلاح می‌تواند از رفتار، سلامت یا شیوه زندگی سالم فرد حمایت کند. تشخیص این مسئله به برنامه‌ریزان یاری می‌دهد واقع‌بینانه‌تر عمل کنند و محدودیت‌های برنامه‌هایی را که تنها بر رفتار فرد تمرکز دارند، تشخیص دهند.

۴) ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی (اکولوژیکی)

بر اساس تحقیقات به عمل آمده در مورد سلامت و رفتار اجتماعی، و همچنین ارتباط بوم‌شناختی محیط با رفتار، تقریباً صدها عامل را می‌توان شناسایی کرد که می‌توانند بر رفتار بهداشتی تأثیر بگذارند. در الگوی پریسید، این عوامل به سه دسته تقسیم شده‌اند: عوامل زمینه‌ساز، عوامل تواناساز، و عوامل تقویت‌کننده. **عوامل زمینه‌ساز:** شامل آگاهی، نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، و برداشت‌هایی است که می‌تواند انگیزه فرد را برای تغییر تقویت کنند.

عوامل تواناساز: به مهارت‌ها، تسهیلات، منابع یا موقعیت‌هایی گفته می‌شود که سبب تسهیل یا ایجاد مانع در راه تغییرات رفتاری و محیطی مد نظر می‌شوند. این عوامل بیشتر به‌وسیله نیروهای درون جامعه یا نظام‌ها ایجاد می‌شوند.

عوامل تقویت‌کننده: به تشویق‌ها و پسخورندهایی که فراگیر، پس از اختیار رفتار جدید، از سوی دیگران دریافت می‌کند گفته می‌شود. این عوامل ممکن است سبب دل‌سردی یا دل‌گرمی فرد برای ادامه رفتار شود. مرحله چهارم شامل جداسازی و گروه‌بندی عواملی است که بر عوامل رفتاری و محیطی تأثیر مستقیم دارند.

۵) ارزیابی اداری و بررسی خط‌مشی‌ها

شامل ارزیابی امکانات و توانایی‌های اداری و سازمانی و منابع به‌منظور تدوین و اجرای یک برنامه است. در این مرحله، محدودیت‌های مربوط به منابع، خط‌مشی‌ها، امکانات و زمان بررسی می‌شود.

۶) اجرا

در این مرحله، اهداف برنامه به اقدامات عملی تبدیل و برنامه اجرا می‌شود. با آنکه ارزشیابی در آخرین مرحله عنوان شده است، باید به‌خاطر داشت فرایندی است مستمر که از ابتدای مرحله اجرا آغاز می‌شود. به‌طور کلی، باید سه نوع ارزشیابی از برنامه صورت بگیرد: ارزشیابی فرایند، تأثیر و نتیجه.

۷) ارزشیابی فرایند

شامل ارزشیابی سیاست‌ها، منابع، کارکنان، کیفیت خدمات و اجرای برنامه است.

۸) ارزشیابی تأثیر

شامل ارزشیابی تأثیرات برنامه بر اهداف میانی، مانند تغییر عوامل زمینه‌ساز، تقویت‌کننده، تواناساز و عوامل رفتاری و محیطی است.

۹) ارزشیابی نتیجه

شامل ارزشیابی تأثیرات نهایی و بلندمدت برنامه و مقایسه آن با اهداف غایی، مانند تغییر در کیفیت زندگی، شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی است (Green, & Kreuter, 2015).

الگوی جامع آموزش بهداشت ((Comprehensive Health Education Model (CHEM))

این الگو شامل شش مرحله است (Sullivan, 1973) که عبارتند از:

۱) مشارکت دادن مردم

در این مرحله، باید گروه هدف و افراد مسئول اجرای برنامه تعیین شود، نقش کسانی که دخیل هستند مشخص گردد و ارتباطات لازم میان افراد به وجود آید.

۲) تعیین اهداف

در این مرحله باید اهداف غایی مربوط به وضعیت سلامت، اقدامات فردی، عملکردهای آموزش بهداشت و منابع آموزش بهداشت مشخص شود.

۳) تعریف مشکلات

این مرحله شامل بررسی نیازها، تعیین فاصله میان وضع موجود و آنچه باید باشد و تعیین مشکلی که باید به وسیله برنامه حل شود است.

۴) طراحی برنامه

این مرحله شامل الف) تعیین مناسبترین رویکرد برای رسیدن به اهداف؛ ب) تعیین اهداف ویژه عملیاتی؛ ج) نوشتن جدول زمان بندی، فعالیتها، و منابع؛ د) پیش آزمون برنامه و تدوین مراحل ارزشیابی؛ ح) کسب اجازه برای اجرای برنامه؛ و ض) گرفتن تعهد برای تأمین منابع است.

۵) فعالیت‌های اجرایی

شامل کسب منابع لازم برای اجرای برنامه، تدوین سیاستها و مقررات لازم برای مراحل اجرا، و اجرای برنامه است.

۶) ارزشیابی نتایج

شامل تعیین ارزش کلی برنامه به وسیله مقایسه نتایج بدست آمده با اهداف برنامه در چارچوب فعالیت‌های انجام گرفته و منابع استفاده شده است.

بازاریابی اجتماعی

اگر شرکت‌های تجاری می‌توانند کالا و خدمات خود را به مردم بفروشند پس چرا ما نتوانیم با استفاده از همان تکنیک‌ها مردم را به درپیش گرفتن رفتارهای ضامن سلامت تشویق کنیم؟ فرایند بازاریابی اجتماعی پاسخی بود به این پرسش. اکنون چند دهه است که متخصصین سعی می‌کنند با استفاده از اصول بازاریابی تجاری موجبات ارتقاء سلامت افراد و جامعه را فراهم آورند. برای بازاریابی اجتماعی تعاریف متعددی ارائه شده است. کاتلر (۱۹۸۹) بازاریابی اجتماعی را چنین تعریف کرد: "فرایندی برای برنامه‌ریزی به منظور ترویج رفتارهای داوطلبانه مخاطبین هدف به وسیله ارائه منافی که خواستارش هستند، کاهش موانعی که نگرانش هستند و ایجاد

انگیزه در آنها برای شرکت در فعالیت‌های برنامه". بر اساس تعریف اندرسون (۱۹۹۵) "بازاریابی اجتماعی کاربرد تکنولوژی بازاریابی تجاری است برای تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌هایی که به‌منظور تأثیر بر رفتار داوطلبانه مخاطبین هدف به‌منظور بهبود سلامت آنها و جامعه طراحی می‌شوند".

در بازاریابی اجتماعی از چهار اصل بازاریابی تجاری استفاده می‌شود:

۱. محصول: در بازاریابی اجتماعی به معنای رفتاری است که می‌خواهیم ترویج کنیم، مثل بستن کمربند ایمنی، انجام ماموگرافی، شرکت در کارگاه ترک سیگار، انجام ورزش به‌طور مرتب، مصرف میوه و سبزیجات، یا تفکیک زباله از درب منزل.
۲. هزینه: به معنای بهایی است که فرد در قبال در پیش‌گرفتن رفتار مورد نظر باید بپردازد. هزینه ممکن است مالی، روانی، جسمی، اجتماعی، احساسی یا زمانی باشد. پرداخت حق عضویت باشگاه ورزشی، پیمودن راه تا مرکز ترک سیگار، سخت بودن تغییر رژیم غذایی که دوست داریم، یا ناراحتی‌های جسمی ناشی از ترک مواد از جمله هزینه‌هایی هستند که افراد می‌پردازند. کاهش هزینه‌ها و به حداقل رساندن موانع انجام رفتار بر احتمال در پیش‌گرفتن رفتارهای مورد نظر می‌افزاید.
۳. مکان: در بازاریابی اجتماعی معانی گوناگونی دارد. مکان می‌تواند به محل عرضه کالا یا خدمات اطلاق شود. فروشگاه، داروخانه، کلینیک، بیمارستان، خانه بهداشت، مدرسه، دانشگاه، باشگاه، مسجد، و محل کار مثال‌هایی از این مورد هستند.
۴. ترویج: به چگونگی اشاعه محصول مورد نظر گفته می‌شود. ترویج معمولاً از طریق اطلاع‌رسانی یا تبلیغات انجام می‌گیرد. این مهم می‌تواند از طرق گوناگون از جمله رسانه‌های گروهی (تلویزیون، رادیو، مطبوعات، خبرنامه‌ها)، فضای مجازی، تابلوهای تبلیغاتی، مدارس و غیره عملی گردد.

نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

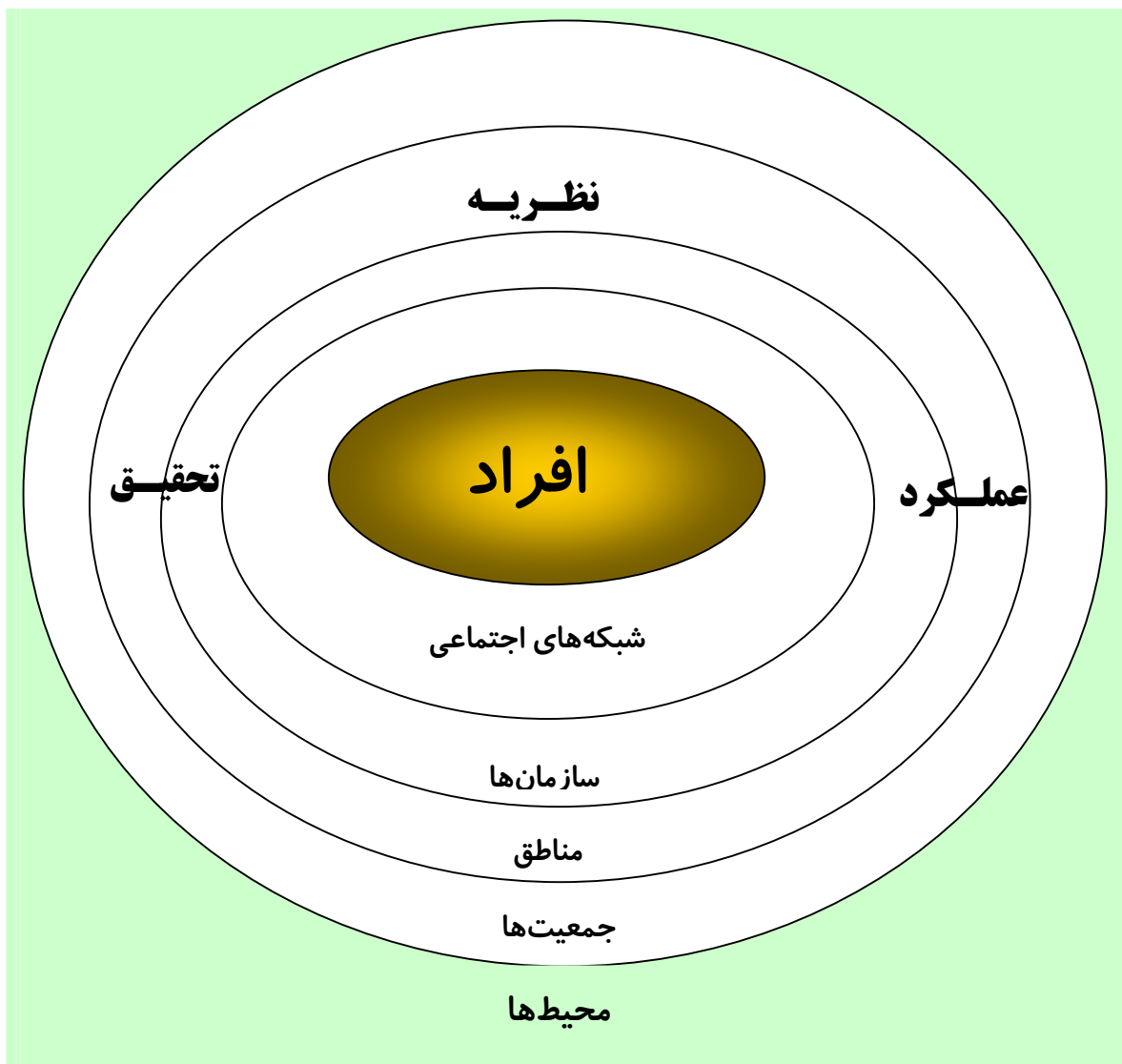
متخصصان آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به‌منظور کمک به افراد گروه هدف جهت تغییر رفتار، می‌توانند از نظریه‌ها و الگوهای مناسب در این زمینه استفاده کنند. همانند الگوهای برنامه‌ریزی، هر یک از این نظریه‌ها و الگوها، بسته به سطح تأثیر مورد نظر، برای موقعیتی مناسب هستند. مک‌لیروی در الگوی بوم‌شناختی اجتماعی خود سطوح تأثیر را به ۵ مورد تقسیم کرده است (McLeroy et al., 1988):

- ۱) عوامل درون فردی
- ۲) عوامل میان فردی
- ۳) عوامل سازمانی
- ۴) عوامل اجتماعی
- ۵) سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها

بر اساس الگوی مک‌لیروی، رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگتر رفتارها و تأثیرهای

اجتماعی را تشکیل می‌دهند، همانند رودخانه، جنگل یا کویر که بخشی از سامانه زیست‌بوم بزرگتر (اکوسیستم) است. بنابراین، تغییر رفتار، نیاز به ایجاد تغییر در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی دارد.

شکل ۳ - الگوی بوم‌شناختی اجتماعی را به صورت تصویری نشان داده است (Eng, 1997). برای فهم بهتر چگونگی کاربرد این رویکرد در فعالیت‌های ارتقای سلامت، اجازه بدهید فرض کنیم متخصص آموزش بهداشت در نظر دارد با استفاده از این چارچوب، به گروهی برای ترک سیگار کمک کند.



شکل ۳ - چارچوب بوم‌شناختی اجتماعی

متخصص آموزش بهداشت می‌تواند بوسیله برنامه ترک سیگار، اطلاعات و مهارت‌های لازم برای ترک را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دهد. این تدبیری است فردی که در دایره مرکزی شکل نشان داده شده است. او می‌تواند از این رویکرد فردی فراتر رود و شبکه اجتماعی (مثل خانواده یا دوستان) فرد را هدف بگیرد. برای مثال، می‌توان به اعضای خانواده فرد سیگاری آموزش داد که چگونه از تغییر رفتار او حمایت کنند، این کاری است در سطح میان‌فردی. سپس می‌توان نهادهایی را که فرد به آنها تعلق دارد بررسی و آنها را به حمایت از رفتار جدید شخص تشویق کرد. اینها شامل کانون‌ها، مراکز فرهنگی اجتماعی، انجمن‌ها، یا محل کار فرد می‌شود. یک تدبیر در این سطح ممکن است شامل تشویق اداره برای ایجاد محیطی عاری از دود سیگار و وضع مقررات لازم در این زمینه باشد. پس از این مرحله، اجتماعی که فرد در آن زندگی می‌کند بررسی می‌شود. نگرش غالب در مورد سیگار کشیدن چیست و برای حمایت از سیگار نکشیدن، چگونه می‌توان این نگرش‌ها را تعدیل کرد؟ آیا فرهنگ حاکم بر اجتماع فرد از محیط‌های بدون سیگار حمایت می‌کند؟ سرانجام آنکه در مرحله آخر متخصص ارتقای سلامت باید کل جامعه را در نظر بگیرد. آیا قوانینی که سیگار کشیدن را در اماکن عمومی محدود می‌کند وجود دارد، آیا مردم از این قوانین حمایت می‌کنند، آیا چنین قوانینی قابل اجرا هستند؟

مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

- ۱) الگوی باورهای بهداشتی
- ۲) الگوی مراحل تغییر
- ۳) نظریه یادگیری اجتماعی
- ۴) نظریه اشاعه نوآوری
- ۵) نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

الگوی باورهای بهداشتی

در اوایل دهه ۱۹۵۰، گروهی روانشناس اجتماعی از اداره خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده در تلاش برای فهم چرایی کوتاهی مردم در استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه موجود، یا انجام دادن آزمایش‌های تشخیصی برای تشخیص به‌هنگام بیماری‌های بی‌نشانه، الگوی باورهای بهداشتی را تدوین کردند (Rosenstock, 1966). بر اساس این الگو، احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی بستگی مستقیم به دو تحلیل دارد: اول، برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند، و دوم، تحلیل فرد از منافع و موانع عمل بهداشتی. همانگونه که در شکل ۴ مشاهده می‌کنید، عوامل متعددی بر درک فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند تأثیر می‌گذارند، این عوامل عبارتند از:

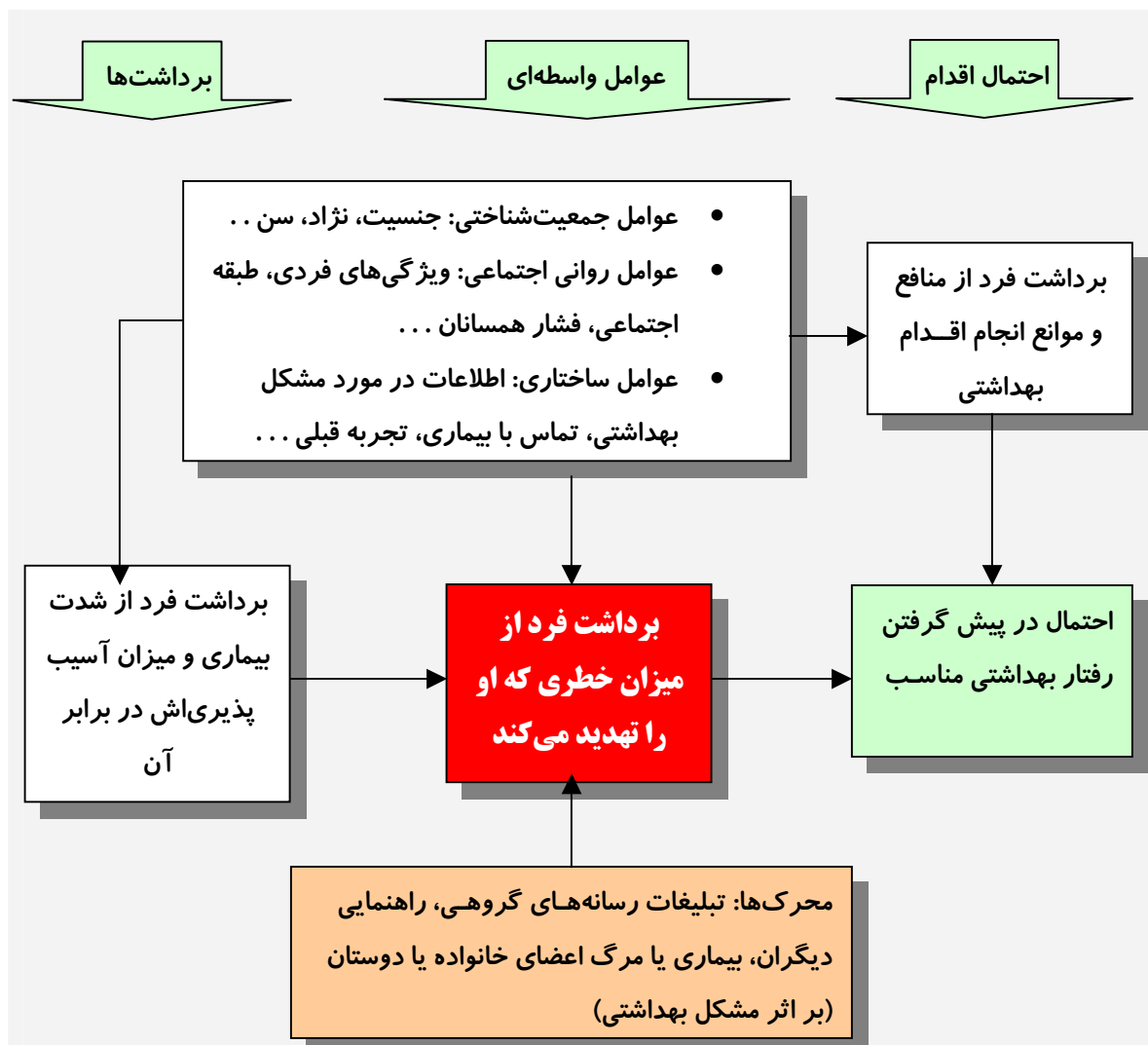
۱ - برداشت فرد از میزان آسیب‌پذیری اش نسبت به بیماری

افراد احتمال ابتلا به مشکلی بهداشتی را در نظر می‌گیرند. آنان هر چه خود را بیشتر مستعد ابتلا ببینند، احتمال دست به اقدام زدنشان بیشتر خواهد بود. به‌عنوان مثال، فرد سیگاری هرچه خود را بیشتر مستعد ابتلا به

بیماری سرطان ریه احساس کند، احتمال ترک سیگار در او بیشتر خواهد شد.

۲- برداشت فرد از میزان شدت بیماری

ذهنیت افراد در مورد عواقب بیماری متفاوت است. این برداشتها شامل ارزشیابی پیامدهای جسمانی (مانند درد، ناتوانی، مرگ)، و پیامدهای اجتماعی (مانند تأثیر بر زندگی خانوادگی، روابط اجتماعی و وضعیت شغلی) می‌شود. این پیامدها هرچه از نظر فرد جدی‌تر تلقی شود، احتمال انجام دادن اقدامات بهداشتی در او نیز بیشتر می‌شود.



شکل ۴ - الگوی باورهای بهداشتی

افزون بر این، احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر رشته‌های عوامل واسطه‌ای قرار دارد، عواملی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنس، نژاد و غیره)، عوامل روانی-اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسانان و غیره)، و عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری، تجربه دوستان و غیره). محرک‌ها عواملی هستند که امکان دارد موجب تحریک اقدام بهداشتی شوند. این عوامل ممکن است درونی باشد (مانند نشانه‌های بیماری)، یا بیرونی (مانند تبلیغات رسانه‌های گروهی، توصیه پزشک، یا بیماری یا مرگ نزدیکان بر اثر مشکل بهداشتی).

۳- احتمال اقدام

آخرین مرحله از الگوی باورهای بهداشتی احتمال مبادرت ورزیدن به اقدام بهداشتی است. برای این کار، فرد باید باور کند که اقدام او برای پیشگیری، تشخیص و درمان به‌موقع یا کاهش شدت بیماری مؤثر واقع خواهد شد. طبیعی است که فرد، موانع اقدام بهداشتی را نیز در نظر می‌گیرد. این موانع ممکن است درونی باشد، مانند درد یا اضطراب، یا بیرونی باشد مانند هزینه، غیبت از کار، یا سختی دستیابی.

الگوی مراحل تغییر

بر اساس این الگو (Prochaska, et al., 1979)، تغییر رفتار ارادی شامل پنج مرحله است:

- ۱) **پیش‌قصد:** در این مرحله، تغییر رفتار هنوز مورد توجه فرد قرار نگرفته است، و امکان دارد او در مورد تغییر حتی فکر هم نکرده باشد.
- ۲) **قصد:** در این مرحله، فرد به وجود مشکل پی برده و تغییر رفتار را در نظر گرفته است، اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیست.
- ۳) **تدارک:** در این مرحله، فرد آماده تغییر رفتار و برنامه‌ریزی برای رسیدن به یک هدف رفتاری، مانند ترک سیگار، است.
- ۴) **عمل:** در این مرحله، فرد، به‌طور آشکار، رفتار مورد نظر را در پیش می‌گیرد.
- ۵) **حفظ:** یا تثبیت، در این مرحله، فرد برای حفظ تغییرات و مقاومت در برابر وسوسه‌های بازگشت می‌کوشد.

بنابراین، برنامه‌های بهداشتی باید بر این اساس که گروه هدف در چه مرحله‌ای قرار دارد، طراحی شوند. وظیفه متخصصان آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت آن است که گروه هدف یا فرد را از مرحله‌ای به مرحله بعد هدایت کنند. در بسیاری از موارد، مرحله تغییر ممکن است مشخص نباشد. یکی از راه‌های تعیین مرحله تغییر، انجام دادن بحث گروهی با گروه هدف است.

نظریه یادگیری اجتماعی

بر اساس این نظریه، مهمترین نوع یادگیری افراد، فراگیری مشاهده‌ای است. بندورا (۱۹۷۷) معتقد بود که انسان‌ها از راه مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن یاد می‌گیرند و در این نوع فراگیری به تجربه مستقیم

نیازی نیست. برای مثال، تحقیقات نشان داده است در نوجوانانی که پدر و مادر یا دوستانشان مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می‌کنند احتمال مصرف بیشتر است.

نظریه اشاعه نوآوری

شرحی است بر چگونگی اشاعه و پذیرش نوآوری‌ها در یک جمعیت. بر اساس این نظریه (Rogers, 1983)، اشاعه نوآوری ممکن است به صورت عمودی از بالا به پایین باشد، مانند آنچه از طرف متخصصان، صاحب‌نظران، هنرمندان، یا افراد با نفوذ دیگر اشاعه می‌یابد، و یا به صورت افقی به وسیله همسانان انجام شود. در فعالیت‌های ارتقای سلامت، نوآوری‌ها ممکن است به صورت نظر، فناوری، رفتار یا برنامه‌ای جدید باشد. راجرز، پذیرندگان نوآوری را به چهارگروه طبقه‌بندی کرده است: پیشگامان، زودپذیرندگان، اکثریت مقدم یا مؤخر، و اماندگان.

پیشگامان، نخستین کسانی هستند که یک نوآوری را می‌پذیرند. آنان معمولاً افرادی هستند که احساس امنیت می‌کنند، مستقل، جسور و با جرأتند، و ایجاد تغییر برایشان راحت‌تر است. آنان می‌توانند الگویی برای دیگران باشند. **زودپذیرندگان** کسانی هستند که به نوآوری علاقه دارند. این عده معمولاً شامل کسانی هستند که در نظام اجتماعی مورد اطمینان بوده و از رهبران فکری به‌شمار می‌آیند. از ویژگی‌های هر دو گروه تمایل به تصمیم‌گیری بر اساس تفکر و انتظارات معقولانه است. **اکثریت اولیه** گروهی هستند که امکان دارد علاقه‌مند به نوآوری، اما نیازمند انگیزه‌های بیرونی برای پذیرش باشند. **اکثریت مؤخر** شامل افرادی است که معمولاً دیرباورند و تا زمانیکه اکثریت مردم جامعه‌شان نوآوری را نپذیرند، خود را درگیر آن نمی‌کنند. **واماندگان** معمولاً یا جزو آخرین پذیرندگان نوآوری هستند و یا هیچگاه آن‌را نمی‌پذیرند.

متخصصان آموزش بهداشت می‌توانند از نظریه اشاعه نوآوری برای تعیین اهداف و جدول زمان‌بندی واقع‌بینانه استفاده کنند. آنان جهت تسریع فرایند اشاعه، می‌توانند در آغاز کار نوآوری‌های بهداشتی را برای پیشگامان و زودپذیرندگان مطرح کنند.

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Fishbein & Ajzen, 1975)، قصد انجام دادن یک رفتار، تابعی است از:

- ۱) نگرش فرد نسبت به آن رفتار،
 - ۲) نظر افرادی که برایشان اهمیت قابل است در باره آن رفتار، و
 - ۳) برداشت فرد از سختی یا آسانی به‌انجام رساندن آن رفتار.
- برای مثال، بر اساس این نظریه، امکان ترک سیگار در فردی که ویژگی‌های زیر را داشته باشد بیشتر است:
- ۱) نگرش مثبت در مورد ترک سیگار داشته باشد (نگرش نسبت به رفتار)
 - ۲) تصور کند دیگرانی که برایشان ارزش قابل است ترک سیگار او را تأیید می‌کنند (هنجارهای انتزاعی)، و

۳) احساس کند توانایی ترک سیگار را دارد (احساس کارآمدی فردی).

نکات مهم در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

توجه به نکات زیر در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از اهمیت خاصی برخوردار است:

- ۱) نیازسنجی یکی از مراحل مهم اینگونه برنامه‌هاست. برای تشخیص و اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی می‌بایست از میان روش‌های گوناگون نیازسنجی (به عنوان مثال: دلفی، فیش بول، تل استار، پریسید، مصاحبه با افراد کلیدی و مطلع، مصاحبه گروهی، مشاهده و غیره) روشی مناسب با وضعیت موجود را انتخاب کنید. این امر باعث شناخت اساسی مشکل و در نتیجه برنامه‌ریزی بهتر و جامع‌تر می‌گردد.
- ۲) گروه هدف را تعریف کنید. بعضاً زمانیکه از مسئولین پرسیده می‌شود برنامه برای چه کسانی باید تهیه شود پاسخ می‌دهند برای عام. با آنکه ممکن است مثلاً برنامه تلویزیونی که پخش می‌شود یا پوستری که در معابر نصب می‌شود را همه ببینند، اما برنامه‌ها و مواد آموزشی باید برای مخاطبین خاص خود تهیه شوند تا از کارایی لازم برخوردار گردند. خصوصیات مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، فرهنگ، قومیت، زبان، باورها، آداب و رسوم و موارد دیگر باید برحسب نیاز در نظر گرفته شوند.
- ۳) اهداف کلی و اهداف ویژه برنامه را بنویسید. اهداف ویژه باید واضح، قابل اندازه‌گیری و قابل حصول در طی مدت زمان تعیین شده باشند. این کار برای ارزشیابی برنامه و انتخاب روش‌های مناسب رسیدن به آنها ضروری است.
- ۴) از منابع محدودی که در اختیار دارید بهینه استفاده کنید. از کارهای کم‌اثر و پرهزینه باید پرهیز کرد. بارها مشاهده شده است که بودجه‌های بهداشتی صرف تهیه و توزیع پوسترهایی می‌شود که هدف خاصی را دنبال نمی‌کنند، کلی هستند و مخاطبینشان نامشخص. باید از خود پرسید برنامه پاسخگوی کدامین نیاز بهداشتی جامعه است؟ چه تغییری ایجاد خواهد کرد؟ چند نفر از آن بهره‌مند خواهند شد؟ آیا این بهترین راه رسیدن به اهداف و هزینه کردن بودجه است؟
- ۵) با آنکه ارزشیابی یکی از مهمترین مراحل هر برنامه‌ای است، اما متأسفانه بهای لازم به آن داده نمی‌شود. از همان ابتدا باید کار را با پایش و ارزشیابی فرایند شروع کرد. برای افزایش اثرگذاری، بعضی اصلاحات می‌بایست در طی اجرای برنامه اعمال شوند، نمی‌توان تا پایان برنامه صبر کرد. نتایج حاصل از اجرای برنامه، مثبت یا منفی، راهگشای برنامه‌های بعدی خواهند بود.
- ۶) در صورتیکه فرایند آموزش بخشی از برنامه شما را تشکیل می‌دهد، مراحل آنرا با دقت طراحی کنید. این مراحل عبارتند از:
 - الف) تعیین اهداف آموزشی در سه حیطه معلوماتی، نگرشی و رفتاری که باید به‌طور دقیق و قابل اندازه‌گیری نوشته شوند؛
 - ب) آموزش شامل تعیین محتوا (چه مطالبی باید آموزش داده شود، و توالی موضوعات چگونه باشد) روش‌های آموزشی، مواد و وسایل کمک آموزشی، تکالیف فردی و گروهی برای فراگیران؛ و

- ج) ارزشیابی (تدوین ابزار اندازه‌گیری، تجزیه و تحلیل نتایج). بررسی اعتبار و پایایی ابزار اندازه‌گیری مهمترین مسأله در فرایند ارزشیابی است.
- ۷) استفاده از روش‌های آموزشی گوناگون به کارآیی برنامه‌ها کمک می‌کند. یادگیری، فرایندی پیچیده است و افراد از راه‌های مختلف می‌آموزند، بعضی با خواندن، بعضی با شنیدن و بعضی با انجام پروژه. به همین دلیل بهتر است بر اساس اهداف برنامه و ویژگی‌های گروه هدف از ترکیبی از چند روش آموزشی استفاده کنید. این روش‌ها عبارتند از الف) روش‌های آموزش مستقیم از جمله: سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش افکار، نشان دادن عملی، کار گروهی، ایفای نقش، بازی و گیم، فعالیت فردی (مانند خودسنجی، مطالعه مطلب، حل مسئله، مطالعه موردی) و گروهی، بازدید علمی، شبیه‌سازی، تور مطالعاتی، کارگاه‌های آموزشی، دعوت از متخصصین یا افراد کلیدی یا با تجربه، دعوت از افراد تأثیرگذار (مثلاً: هنرمندان، پیشگامان، یا کسانی که مستقیم یا غیر مستقیم تحت تأثیر عوارض مشکل قرار دارند مثل دعوت از یک معتاد یا همسرش)، نمایش عروسکی، استفاده از سرود، و در کنار اینها استفاده از وسایل کمک آموزشی مناسب (مانند پاورپوینت، فیلم، اسلاید، وایت‌برد و غیره)؛ و ب) روش‌های آموزش غیر مستقیم، از جمله استفاده از رسانه‌های گروهی (مانند مطبوعات، رادیو، تلویزیون)، پوستر، بروشور، بیل‌برد، فضای مجازی، نمایشگاه و غیره.
- ۸) مواد آموزشی خود را حتماً بر روی گروه هدف امتحان کنید. آیا پیام یا مطلب برای آنها قابل فهم است، آیا به لحاظ فرهنگی برای آنها قابل قبول است، آیا تأثیرگذار است؟ چه بسا مواد آموزشی که در وزارتخانه‌ها تهیه و به استان‌ها ارسال می‌شود اما به دلیل عدم بومی‌سازی از کارآیی لازم برخوردار نیستند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

تغییر علل عمده مرگ‌ومیر از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن، توجه متخصصان را به یکی از علل عمده این بیماری‌ها، یعنی شیوه زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف ساخته است. عواملی مانند استعمال سیگار، الگوهای تغذیه‌ای ناسالم، کم تحرکی، مصرف مشروبات الکلی و تصادم‌ها از جمله مهمترین عوامل مؤثر بر بیماری و مرگ هستند.

نخستین انقلاب بهداشت عمومی باعث شد تا اواسط دهه ۱۹۵۰، بسیاری از بیماری‌های عفونی مهار شوند. دومین انقلاب، از سال ۱۹۷۴ و با هدف پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت آغاز شد. انقلاب دوم، پاسخی بود به مسائل حل نشده بهداشتی و هزینه‌های سرسام‌آور خدمات پزشکی و درمانی. با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در تأمین سلامت مردم، دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت در کشورهای پیشرفته به گونه‌ای چشمگیر گسترده‌تر شد. افزون بر عوامل رفتاری، تأکید متخصصان در طی چند دهه گذشته بر عوامل اقتصادی، محیطی، اجتماعی، و سیاسی مؤثر بر سلامت باعث شده است که فعالیت‌هایی همچون ایجاد تغییرات نهادی و سازمانی، حمایت‌های اجتماعی و وضع قوانین و مقررات حامی سلامت در گستره فعالیت‌های متخصصین این رشته قرار بگیرد.

اگر کشورهای پیشرفته، پس از صرف هزینه‌های بسیار در بخش خدمات و فناوری‌های پزشکی، به این

نتیجه رسیده‌اند که الگوی پزشکی پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه نیست و نمی‌تواند تأمین‌کننده سلامت افراد باشد و فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از بیشترین ظرفیت برای تأمین سلامت مردم برخوردار است، این امر در کشورهایی که از نظر منابع، کمیت و کیفیت خدمات پزشکی قابل قیاس با کشورهای صنعتی نیستند، ضروری‌تر می‌نماید.

با آنکه علل عمده مرگ و میر در کشور ما بیماری‌های قلبی عروقی، تصادم‌ها و سرطان‌ها هستند و جامعه با معضلات بزرگی از جمله اعتیاد، بزهکاری، روابط جنسی ناپایمن و طلاق مواجه است، برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت که راه حل اساسی و کم‌هزینه‌تر را فراروی جامعه قرار می‌دهند، هنوز جایگاه واقعی خود را در سامانه خدمات بهداشتی/درمانی پیدا نکرده است. هنوز عمده بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می‌شود.

در ایران سامانه خدمات بهداشتی اولیه در مهار بیماری‌های عفونی و مرگ‌های ناشی از آن‌ها بسیار موفق عمل کرده است. اما اکنون زمان آن رسیده است که از ظرفیت‌های عظیم برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت برای مهار بیماری‌های مزمن، مرگ‌های زودرس و حل معضلات بهداشتی اجتماعی بهره ببریم.

منابع

1. Bates, I. J., & Winder, A. E. 1984. *Introduction to Health Education*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
2. Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Califano, J. A. Jr. 1979. *A Message to Participants*. In U.S. Public Health Service: *Promoting Health: Issues and Strategies*. Pub. No 0-301-263. Washington D.C. US Government Printing Office.
4. Doak, C. C., et al. 1995. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*. Lippencott Raven Publishers.
5. Eng, E. 1997. *Room with a View for a Change*. Keynote Address to the Annual Meeting of the National Society of Public Health Education, Indianapolis, IN.
6. Fishbein, M., & Ajzen, I. 1975. *Belief, Attitude, Intention and behavior; An Introduction to Theory and Research*. MA: Addison- Wesley.
7. Glanz, K., et al. 2015. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (Fifth ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
8. Green, L.W., et al. 1980. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
9. Green, L.W., & Kreuter, M. W. 1991. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
10. Green, L. W., Kreuter, M. W. 2005. *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. California: Mayfield Publishing Company.
11. Griffiths W. 1972. *Health Education Definitions, Problems, and Philosophies*. Health Education

Monographs, 31, 12-14.

12. McKenzie, J. F., & Smeltzer, J. L. 1997. *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer* (2nd Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

13. Mcleroy, K. R., et al. 1988. An Ecological Perspective for Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4) , 351-378.

14. O'Donnel, M. P. 1989. Definition of Health Promotion. Part III: Expanding the Definition. *American J. of Health Promotion*, 3, 5.

15. Patton, R. P., et al. 1986. *Implementing Health/Fitness Programs*. Champaign, IL: Human Kinetics.

16. Prochaska, J. O. 1979. *Systems of Psychotherapy: A Trans theoretical Analysis*. Homewood, IL: Dorsey Press.

17. Randall R. Cottrell and James T. Girvan, James F. McKenzie, Denise Seabert. 2017. *Principles and Foundations of Health Promotion and Education* (7th Edition). New York: Allyn Bacon Inc.

18. Rogers, E. M. 1983. *Diffusion of Innovation* (3rd Ed.) New York: Free Press.

19. Rosenstock, I. M. 1966. Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.

20. Ross, H. S. & Mico, P.R. 1980. *Theory and Practice in Health Education*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company .

21. Robinson, L., & Alles, W. F. 1984. *Health Education: Foundations for the Future*. ST. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.

22. Simonds, S. 1976. *Health Education in the Mid-1970s: State of the Art*. Preventive Medicine USA. New York: Prodist.

23. Sullivan, D. 1973. *Model for Comprehensive, Systematic Program Development in Health Education*. *Health Education Report*, 1, 1.

24. WHO. *Health in 2015: from MDGs to SDGs*. 2015. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>

25. WHO. *WHO Global Health Promotion Conferences*. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

26. WHO. *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. 2009. [Last accessed on 2019 February]. Available from: <https://www.slideshare.net/aimeprovidencemaniraguha/milestones-health-promotion-ok>.