

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۳ / گفتار ۱ / دکتر الهه میرزایی

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

فهرست مطالب

۲۰۵.....	اهداف درس
۲۰۵.....	مقدمه
۲۰۶.....	آموزش بهداشت
۲۰۷.....	ارتقای سلامت
۲۰۸.....	دامنه فعالیت‌ها
۲۰۹.....	نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
۲۱۰.....	الگوهای برنامه‌ریزی
۲۱۰.....	الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید
۲۱۳.....	الگوی جامع آموزش بهداشت CHEM
۲۱۴.....	الگوی عمومی برنامه‌ریزی GMPP
۲۱۴.....	نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۲۱۵.....	مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار
۲۱۶.....	الگوی باورهای بهداشتی
۲۱۸.....	الگوی مراحل تغییر
۲۱۸.....	نظریه یادگیری اجتماعی
۲۱۹.....	نظریه اشاعه نوآوری
۲۱۹.....	نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده
۲۲۰.....	خلاصه و نتیجه‌گیری
۲۲۰.....	منابع

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

دکتر الهه میرزایی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

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

واژه‌های کلیدی

آموزش بهداشت، ارتقای سلامت، الگوهای برنامه‌ریزی، نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

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, 1999; Rubinson. & Alles, 1984). اما امروزه، دلایل عمده مرگ و میر در بسیاری از کشورها، بیماری‌های مزمنی مانند بیماری‌های قلبی، سرطان و سکتة مغزی هستند که در طی

دوره‌ای نسبتاً طولانی و بیشتر بر اثر جنبه‌های منفی شیوه زندگی و رفتارهای فرد ایجاد می‌شوند. عواملی مانند استعمال دخانیات، الگوهای نامناسب تغذیه‌ای، نداشتن فعالیت‌های جسمی، مصرف مشروبات الکلی، رفتارهای ناسالم جنسی و جراحات اجتناب پذیر از جمله مهمترین رفتارهای موثر بر مرگ و میر هستند. بازپدیدي بعضی از بیماری‌های عفونی، مانند بیماری‌های منتقله از طریق غذا و سل و نوپدیدي برخی از بیماری‌های عفونی نظیر ایدز و عفونت‌های مقاوم به آنتی بیوتیک‌ها نیز تا حد زیادی متأثر از رفتارهای فرد هستند (Glanz, et al., 1996). البته این مسئله تا همین چند دهه گذشته هنوز روشن نبود؛ به همین دلیل میان سال‌های ۱۹۴۵ و ۱۹۸۰، در کشورهای صنعتی و بویژه، ایالات متحده، به منظور مهار بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از آنها، سرمایه‌های هنگفتی صرف فناوری‌های پزشکی پیچیده و عرضه خدمات پزشکی فوق تخصصی شد. اما، با وجود صرف هزینه‌های سرسام آور، 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 جامعه است (Rubinson, & Alles, 1984). بنا به گفته جوزف کالیفانو (۱۹۷۹): در راه رسیدن به سلامت بهتر در آینده این کشور تنها به وسیله آجرهای طلایی درمان و فناوری‌های پرهزینه، امکان پذیر نخواهد شد؛ بلکه انقلاب بعدی در سلامت مردم از راه پیشگیری و ارتقای سلامت به دست خواهد آمد.

تا آن زمان، دیگر دانشمندان نیز به همین نتیجه رسیده بودند. برای مثال، دکتر گرین و کروتز معتقد بودند: "برای کاهش بیماری، مرگ و میر و هزینه‌های سرسام آور 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" (Green & Kreuter, 1999). به هر صورت، 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. در این سال، دولت کانادا گزارش "دورنمای جدید سلامت کانادایی‌ها" را منتشر کرد، و مجلس ایالات متحده قانون "اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت" را به تصویب رساند که به تاسیس دفتر اطلاعات بهداشتی و ارتقای سلامت انجامید. نام این دفتر بعدها به دفتر "پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت" تغییر یافت. این تمهیدات پایه گذار ابتکارات دولت ایالات متحده برای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت عمومی و پایش الگوهای رفتاری به وسیله تدوین و انتشار اهداف بهداشتی برای مردم در سال ۱۹۸۰ و ۱۹۹۱ شد که عبارت بودند از:

۱) ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری: اهداف بهداشتی برای کشور؛

۲) مردم سالم ۲۰۰۰: اهداف ملی ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری

آموزش بهداشت

آموزش مسائل بهداشتی، اگرچه در طول تاریخ ملل به صورت غیر رسمی و به عناوین مختلف انجام می‌شده است، اما پیدایش رشته آموزش بهداشت به عنوان رشته‌ای تخصصی، به اوایل سده نوزدهم باز می‌گردد. در سال ۱۹۵۱ دکتر توماس د. وود (Thomas D. Wood)، عضو هیئت علمی دانشگاه استنفورد با ورود به دانشگاه کلمبیا برنامه‌ای را با عنوان Physical Education and Hygiene آغاز کرد. فعالیت‌های سی ساله او

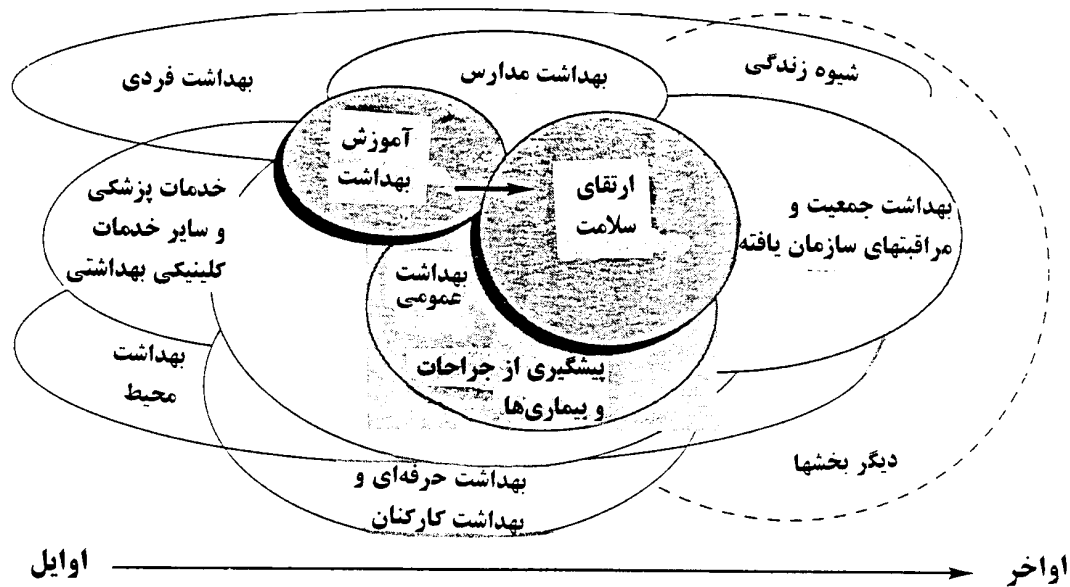
در این دانشگاه به تاسیس رشته آموزش بهداشت انجامید. او در اکثر وقایع آموزش بهداشت از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۴۰ نقشی مهم ایفا کرد و به همین دلیل، او را پدر آموزش بهداشت نامیده‌اند.

از آنجا که تعریفی جهانی در مورد آموزش بهداشت وجود ندارد، در اینجا بعضی از تعاریف رایج در این مورد ذکر شده است: آموزش بهداشت "تلاش می‌کند فاصله میان آگاهی و عمل را بکند" (Griffiths, 1972) هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای زیان بخش افراد، گروه‌ها و جمعیت‌ها بر 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 به منظور تسهیل پذیرش داوطلبانه رفتارهای موثر بر سلامت" (Green, et al., 1980).

ارتقای سلامت

با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت در تامین سلامت جامعه، فعالیت‌های آموزش بهداشت دامنه‌ای وسیع تر یافت و از سازه "ارتقای سلامت" برای توصیف طیفی گسترده تر از فعالیت‌های بهداشتی استفاده شد. شکل ۱ جایگاه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را از نظر تاریخی نشان می‌دهد.



شکل ۱ - جایگاه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از نظر تاریخی

منبع: Green, L. W., & Kreuter, M. W., 1999

برای ارتقای سلامت نیز تعاریف گوناگونی ارائه شده است که مهمترین آنها عبارتند 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 به منظور نیل به وضعیت مطلوب سلامت است. . . . تغییر شیوه زندگی می‌تواند به وسیله ترکیبی از تلاش‌ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط حامی رفتارهای سالم صورت گیرد" (O'Donnell, 1989).

توجه اصلی فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بر رفتار است و این امر در تعاریف ارائه شده نیز مشخص است. رفتار متغیر وابسته اصلی در اکثر تحقیقات مربوط به تدابیر مداخله‌ای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است.

در طی دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، تمرکز بر رفتارهای فردی به عنوان عوامل تعیین کننده وضعیت سلامت، بر عوامل اجتماعی گسترده تر موثر بر سلامت سایه افکنده و آن را در حاله‌ای از ابهام فرو برده بود. در این میان طرفداران تغییر در سطوح سازمانی، متخصصان را به پذیرش دیدی وسیع تر در این زمینه دعوت می‌کردند. آنان خواهان گسترش فعالیت‌های ارتقای سلامت و به انجام رسیدن اقدامات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی لازم برای دستیابی به اهداف بهداشتی بودند. در طی سی سال گذشته، بسیاری از متخصصان بر اهمیت تاثیر این عوامل بر سلامت تاکید کرده‌اند. همانطور که ویلیام گریفتیس (۱۹۷۲) ابراز داشته است: "توجه آموزش بهداشت نه تنها بر فرد و خانواده‌اش، بلکه بر سازمان‌ها، نهادها و شرایط اجتماعی که مانع یا یاری رسان افراد برای رسیدن به بالاترین حد سلامت است نیز معطوف می‌شود".

دیدگاهی که آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را ابزار تغییرات اجتماعی می‌داند، در طول یک دهه گذشته، بار دیگر مورد تاکید قرار گرفته است. اکنون تغییر قوانین و مقررات، ایجاد تغییرات سازمانی و حمایت‌های اجتماعی به عنوان یکی از فعالیت‌های اساسی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت پذیرفته شده است.

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 تاکید آن بر آموزش بهداشت فردی، بیماری‌های واگیر و مشروبات الکلی بود. امروزه دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت حد و مرزی نمی‌شناسد. مشاوره در مورد خطرهای آیدز، کمک به نوجوانان برای دوری جستن از مصرف سیگار و مواد مخدر، یاری رساندن به سیگاری‌ها برای ترک آن، آموزش تغذیه، تشخیص به هنگام بیماری، کمک به بیماران برای کنار آمدن با بیماری، توان بخشی و مراقبت‌های دراز مدت، برنامه‌ریزی، اجراء و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی، حمایت از تغییر سیاست‌ها برای ارتقای سلامت و حمایت از قوانین و مقررات حامی سلامت مردم، تنها گوشه‌ای از فعالیت‌های متخصصان آموزش بهداشت است.

برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، تقریباً در هر محیطی که بتوان تصور کرد، از جمله: مدارس، کارخانه‌ها، ادارات، محل‌های کار، مراکز پزشکی / بهداشتی، دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و آموزشی، فرهنگ‌سراها، پادگان‌ها، نمایشگاه‌ها، مساجد، کلیساها، کنیسه‌ها و سایر اماکن مذهبی، ورزشگاه‌ها، مراکز خرید، و بنگاه‌های خیریه قابل اجرا است.

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، رشته‌ای است بهینه‌گزین و به سرعت در حال رشد، تحول و تکامل. متخصصان این رشته، برای رسیدن به اهداف مورد نظر خود از گزینش و ترکیب موثرترین رویکردها، روش‌ها و سیاست‌های برگرفته از علوم بهداشتی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، ارتباطات، پرستاری، علوم رفتاری، بازاریابی، اپیدمیولوژی، آمار، و پزشکی استفاده می‌کنند. ارتقای سلامت، کانون ابتکارات بهداشتی و مهار عوامل موثر بر آن را از متخصصان و مراکز پزشکی به افراد، خانواده‌ها، مدارس و محل کار منتقل می‌کند. اما این کار باید در سایه حمایت‌های اجتماعی، فن‌آورانه و محلی و قبول پذیرش مسئولیت مشترک در قبال بهداشت و سلامت انجام گیرد.

اگرچه وقایع تاریخی مهمی به شکل‌گیری رشته آموزش بهداشت کمک کرده‌اند، در هیچ زمانی در طول تاریخ کشورهای پیشرفته، فعالیت‌های این رشته به اندازه عصر حاضر در دید عموم قرار نگرفته و مورد پذیرش دیگر متخصصان واقع نشده است. بسیاری از این شهرت‌مدیون دوران انقلاب ارتقای سلامت در تاریخ بهداشت عمومی است که در ایالات متحده از سال ۱۹۷۵ آغاز شد.

نقش نظریه‌ها و الگوها در فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

الگوها و نظریه‌ها راهنماهایی هستند برای فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. نظریه‌ها می‌توانند به پرسش‌های برنامه‌ریزان در مورد این که 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., 1996). 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. به طور 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 برنامه‌جهت و حقانیت می‌دهند
- ۵) از روش سخت "آزمون و خطا" جلوگیری می‌کنند
- ۶) امکان تکرار مجدد 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 نظام مند به یک واقعه یا موقعیت است و رابطه میان متغیرها را به منظور تشریح و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها مشخص می‌کند" (Glanz, et al., 1996). 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 با استفاده از چند نظریه به متخصصان کمک می‌کنند مشکل را در ساختار یا چارچوبی خاص درک کنند (Glanz, et al., 1996). یک الگو یا نظریه بی نقص و کامل می‌تواند رفتارها را با صد درصد دقت پیش بینی کند. البته، رفتارها بسیار پیچیده هستند و الگوی کاملی با صد درصد دقت برای پیش بینی رفتار مردم وجود ندارد. به همین دلیل، برای متخصصان آموزش بهداشت تجدید نظر و اصلاح الگوها به منظور بهبود فهم رفتارهای مرتبط با سلامت، اهمیتی ویژه دارد.

طبقه بندی الگوها و نظریه‌ها به گونه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی به طور 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؛ **دسته دوم** نظریه‌ها و الگوهایی که برای تغییر رفتار از آن‌ها استفاده می‌شود (Glanz, et al., 1996).

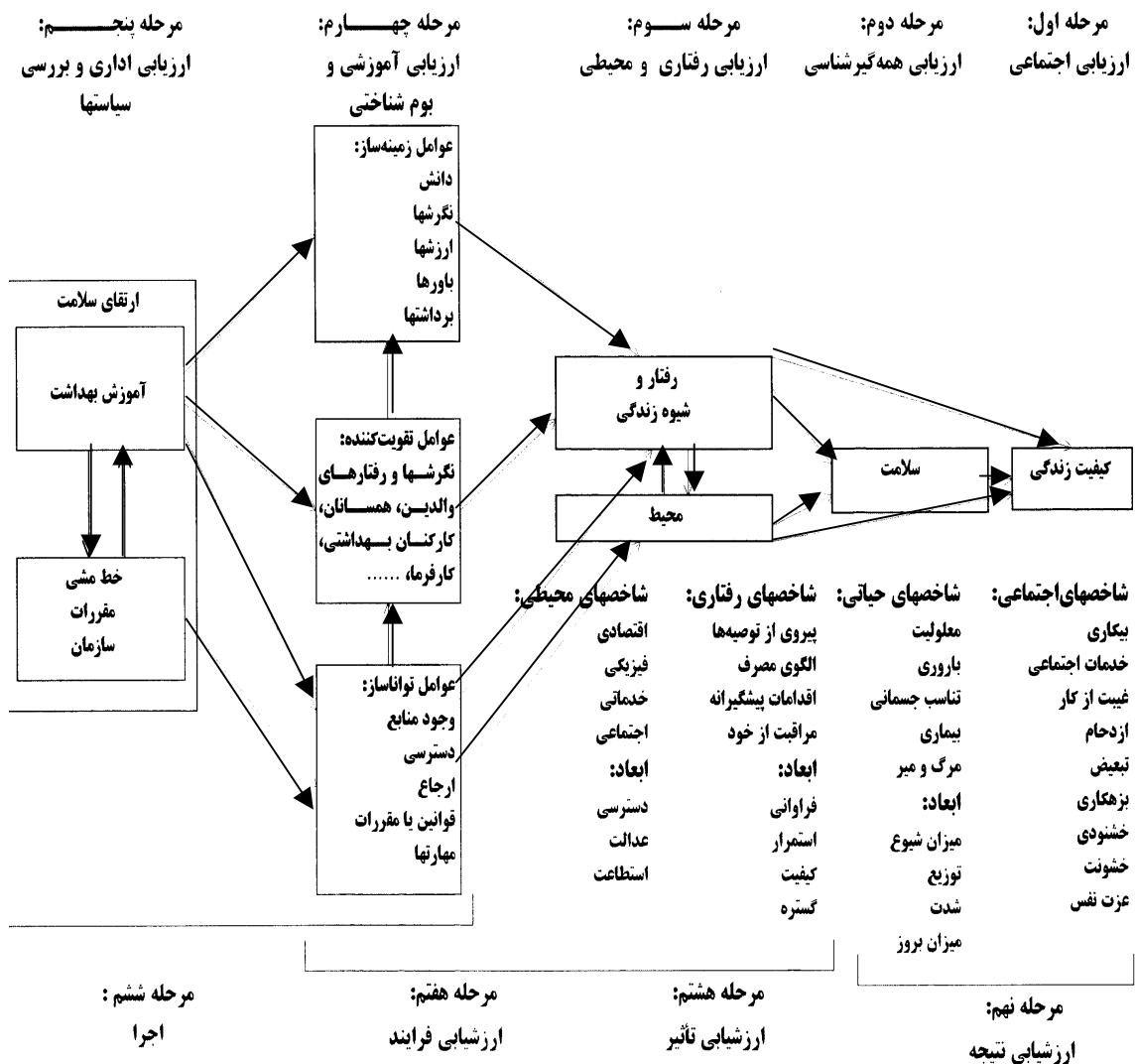
الگوهای برنامه‌ریزی

برنامه‌های موفق ارتقای سلامت، به طور اتفاقی به وجود نیامده‌اند؛ آن‌ها نتیجه تلاش‌های خستگی ناپذیر افرادند و بر اساس الگوهای متفکرانه و با طرح ریزی دقیق، سازمان دهی شده‌اند. این الگوها چارچوبی برای برنامه‌ریزی ارائه می‌کنند. در طی چند دهه گذشته، بدین منظور، الگوهای متعددی طراحی شده‌اند که معروف‌ترین آن‌ها عبارتند از:

- ۱) الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید
- ۲) الگوی جامع آموزش بهداشت
- ۳) الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و توسعه منابع
- ۴) الگوی عمومی برنامه‌ریزی
- ۵) الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت
- ۶) سیستم ژنریک عرضه خدمات بهداشتی و تندرستی

الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

الگوی برنامه‌ریزی پریسید را در سال ۱۹۸۰ دکتر گرین و همکارانش تدوین کردند که در طی دو دهه، با افزایش بخش پروسید به آن، تکمیل شد. اکنون الگوی پریسید - پروسید معروف‌ترین و رایج‌ترین الگوی برنامه‌ریزی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است. این الگو از دو بخش پریسید و پروسید تشکیل شده است. به طور کلی، در قسمت پریسید، به پرسش‌هایی از قبیل چه چیزی، به چه دلیل و چه کسی پاسخ داده میشود، و در بخش پروسید منابع، موانع، خط مشی‌ها، مقررات و عوامل سازمانی و همچنین طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید (شکل ۲) شامل ۹ مرحله است:



شکل ۲ - الگوی برنامه‌ریزی پربسید - پروسید

۱) ارزیابی اجتماعی و بررسی موقعیت

در این مرحله، کیفیت زندگی گروه هدف (مثلا دانش آموزان مقطع راهنمایی یک منطقه، بیماران یک کلینیک، کارکنان یک اداره، ساکنان یک محله، زنان باردار یک روستا و ...) بررسی می‌شود. بهترین روش به انجام رساندن این کار، مشارکت دادن وسیع گروه هدف در تحقیقی به منظور تعیین نیازها و آمال آنان است. مشکلات اجتماعی جمعیت‌های هدف، بهترین و عملی‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی را به دست می‌دهد. بدین منظور باید از چند روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد.

۲) ارزیابی همه‌گیر شناسی

این مرحله برای برنامه‌های بهداشتی، کاربرد دارد. در بعضی برنامه‌های اجتماعی ممکن است به انجام دادن این مرحله نیاز نباشد. در این مرحله، اهداف یا مشکلات بهداشتی که امکان دارد بر اهداف یا مشکلات اجتماعی تعیین شده در مرحله اول موثر باشد، شناسایی می‌شود. برنامه ریزان باید با استفاده از داده‌های موجود، داده‌های همه‌گیرشناسی، و یافته‌های پزشکی، مشکلات یا نیازهای بهداشتی را اولویت بندی کنند تا منابع موجود برای حل آن مشکل بهداشتی که بیش از همه گروه هدف را تحت تاثیر قرار داده است به مصرف برسد.

۳) ارزیابی رفتاری و محیطی

در این مرحله، عوامل رفتاری و محیطی موثر بر مشکل بهداشتی تعیین شده در مرحله دوم مشخص می‌گردد. منظور از عوامل محیطی، موارد بیرونی است که در صورت اصلاح می‌تواند از رفتار، سلامت یا کیفیت زندگی فرد حمایت کند. تشخیص این مسئله به برنامه ریزان یاری می‌دهد واقع بینانه تر عمل کنند و محدودیت‌های برنامه‌هایی را که تنها بر رفتار فرد تمرکز دارند، تشخیص دهند.

۴) ارزیابی آموزشی و بوم شناختی (اکولوژیکی)

بر اساس تحقیقات به عمل آمده در مورد سلامت و رفتار اجتماعی، و همچنین رابطه بوم شناختی میان محیط و رفتار، تقریباً صدها عامل را می‌توان شناسایی کرد که می‌توانند بر رفتاری بهداشتی تاثیر بگذارند. در الگوی پریسید، این عوامل به سه دسته تقسیم شده‌اند: عوامل زمینه ساز، عوامل تواناساز، و عوامل تقویت کننده. عوامل زمینه ساز: شامل آگاهی‌ها، نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، و برداشت‌هایی است که می‌توانند 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 به وسیله نیروهای درونی جامعه یا نظام‌ها ایجاد می‌شوند.

عوامل تقویت کننده: به تشویق‌ها و پسخورندهایی که فراگیر، پس از اختیار رفتار جدید، از سوی دیگران مشاهده می‌کند گفته می‌شود. این عوامل ممکن است سبب دلسردی یا دلگرمی فرد برای ادامه رفتار شود. بنابراین مرحله چهارم شامل جداسازی و گروه بندی عواملی است که بر عوامل رفتاری و محیطی تاثیر مستقیم دارند.

۵) ارزیابی اداری و بررسی خط مشی‌ها

شامل ارزیابی امکانات و توانایی‌های اداری و سازمانی و منابع به منظور تدوین و اجرای یک برنامه است. در این مرحله، محدودیت‌های منابع، خط مشی‌ها، امکانات و زمان بررسی می‌شود.

۶) اجرا

در این مرحله، اهداف برنامه به اقدامات عملی تبدیل و برنامه به مورد اجرا گذاشته می‌شود. با آن که

ارزشیابی در آخرین مرحله عنوان شده است، باید به خاطر داشت فرایندی است مستمر که از ابتدای مرحله اجرا آغاز می‌شود. به طور کلی، باید سه نوع ارزشیابی از برنامه صورت بگیرد: ارزشیابی فرایند، تاثیر و نتیجه.

۷) ارزشیابی فرایند

شامل ارزشیابی سیاست‌ها، منابع، کارکنان، کیفیت خدمات و فعالیت‌های اجرایی است

۸) ارزشیابی تاثیر

شامل ارزشیابی تاثیرهای برنامه بر اهداف میانی، مانند تغییر عوامل زمینه ساز، تقویت کننده، تواناساز و عوامل رفتاری و محیطی است

۹) ارزشیابی نتیجه

شامل ارزشیابی تاثیرهای نهایی و بلندمدت برنامه و مقایسه آن با اهداف غایی، مانند تغییر در کیفیت زندگی، شاخص‌های بهداشتی و اجتماعی است (Green, Kreuter, 1999).

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 ارزیابی 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 تعیین مناسب‌ترین رویکرد برای رسیدن به اهداف؛ تعیین اهداف ویژه عملیاتی؛ نوشتن جدول زمان بندی، فعالیت‌ها، و منابع؛ پیش‌آزمون برنامه و تدوین مراحل ارزشیابی؛ کسب اجازه برای اجرای برنامه؛ و گرفتن تعهد برای تامین 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.

بررسی الگوهای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت ذکر شده و چند برنامه مشهور دیگر، مانند سیستم ژنریک عرضه خدمات بهداشتی و تندرستی، الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت (Ross. Mico, 1980) و الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و توسعه منابع (Bates & Winder, 1984) نشان می‌دهد که همه آن‌ها حول شش مرحله‌ای که در "الگوی عمومی برنامه‌ریزی" مطرح شده است، می‌چرخند.

الگوی عمومی برنامه‌ریزی (A Generalized Model for Program Planning) GMPP

شامل شش مرحله است (McKenzie & Smeltzer, 1997)

- ۱) ارزیابی نیازهای گروه هدف
- ۲) شناسایی مشکلات
- ۳) تدوین اهداف مناسب
- ۴) طراحی برنامه
- ۵) اجرای برنامه
- ۶) ارزشیابی

نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

متخصصان آموزش بهداشت، برای طراحی مداخلات آموزش بهداشت به منظور 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 تاثیر مورد نظر، برای موقعیتی مناسب هستند. مک لیروی در الگوی بوم شناختی اجتماعی خود سطوح تاثیر 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 مک لیروی، رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگ تر رفتارها و تاثیرهای اجتماعی را تشکیل می‌دهند؛ مانند رودخانه، جنگل یا کویر که بخشی از سامانه بوم‌شناختی بزرگتر (یا اکوسیستم) است. بنابراین، تغییر رفتار، نیازمند ایجاد تغییر در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی است.

شکل ۳ - الگوی بوم شناختی اجتماعی را به صورت تصویری نشان داده است (Eng, 1997) برای فهم بهتر چگونگی کاربرد این رویکرد در فعالیتهای ارتقای سلامت، اجازه دهید فرض کنیم متخصص آموزش بهداشت در نظر دارد، با استفاده از این چارچوب، به گروهی برای ترک سیگار کمک کند. متخصص آموزش بهداشت می‌تواند به کمک برنامه ترک سیگار، اطلاعات و مهارتهای لازم برای ترک را در اختیار شرکت کنندگان قرار دهد.

این تدبیری فردی است که در دایره مرکزی شکل نشان داده شده است. او می‌تواند از این رویکرد فردی فراتر رود و شبکه اجتماعی (خانواده، دوستان) فرد را در نظر بگیرد. برای مثال، می‌توان به اعضای خانواده فرد سیگاری آموزش داد که چگونه از تغییر رفتار فرد حمایت کنند؛ این کاری است در سطح میان فردی سپس می‌توان نهادهایی را که فرد به آنها تعلق دارد بررسی و آنها را به حمایت از رفتار جدید فرد 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 خالی 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 آن که در مرحله آخر متخصص آموزش بهداشت باید کل جامعه را نیز 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؟

انگ معتقد بود، افزون بر سطوحی که به آنها اشاره شد، برای استفاده موفق از چارچوب بوم شناختی اجتماعی، نظریه باید در محیط‌های متعدد به کار گرفته شود، و برای تعیین میزان تاثیر آن، باید تحقیق انجام داد.

مهم‌ترین نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار

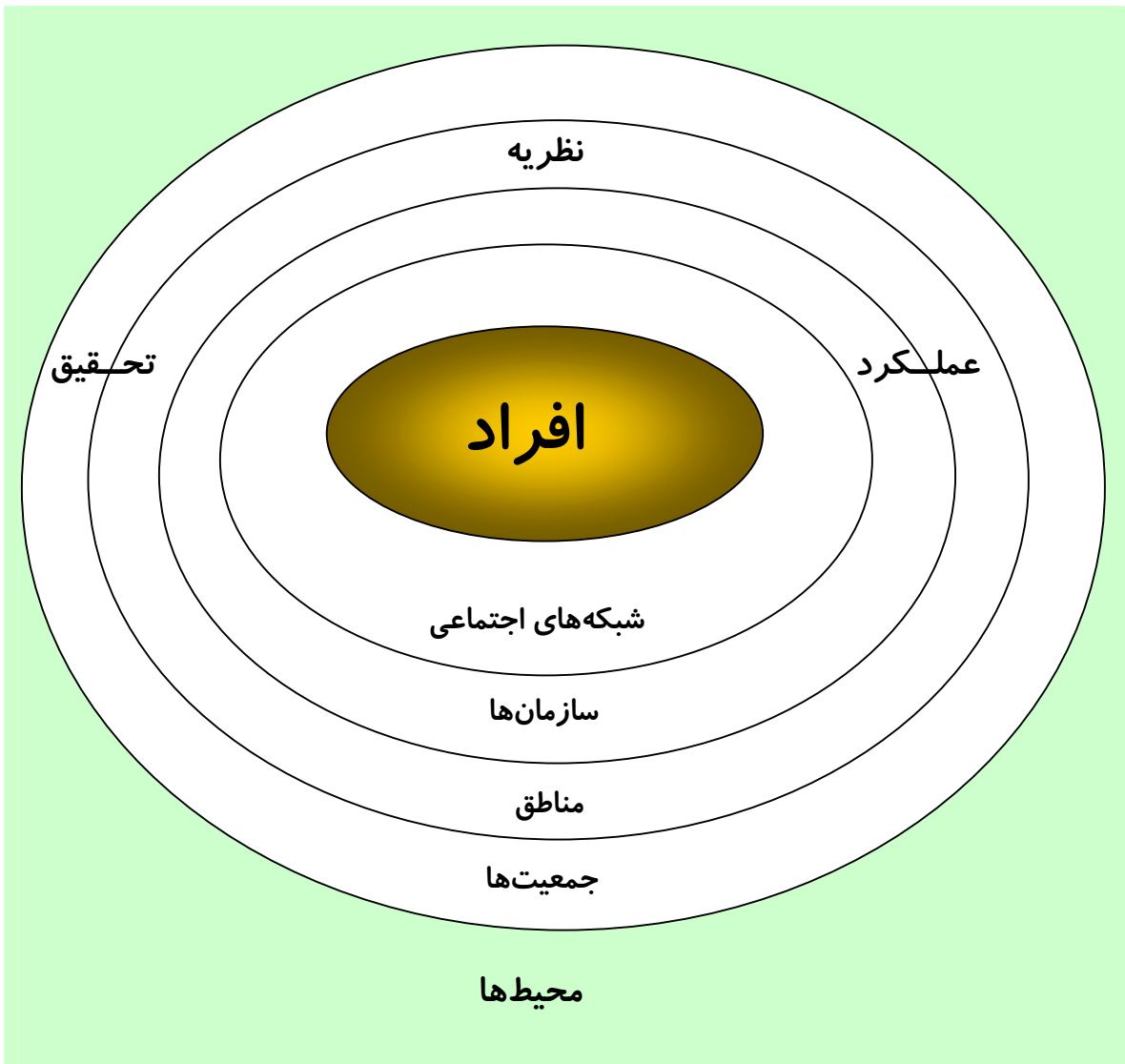
۱) الگوی باورهای بهداشتی

۲) الگوی مراحل تغییر

۳) نظریه یادگیری اجتماعی

۴) نظریه اشاعه نوآوری

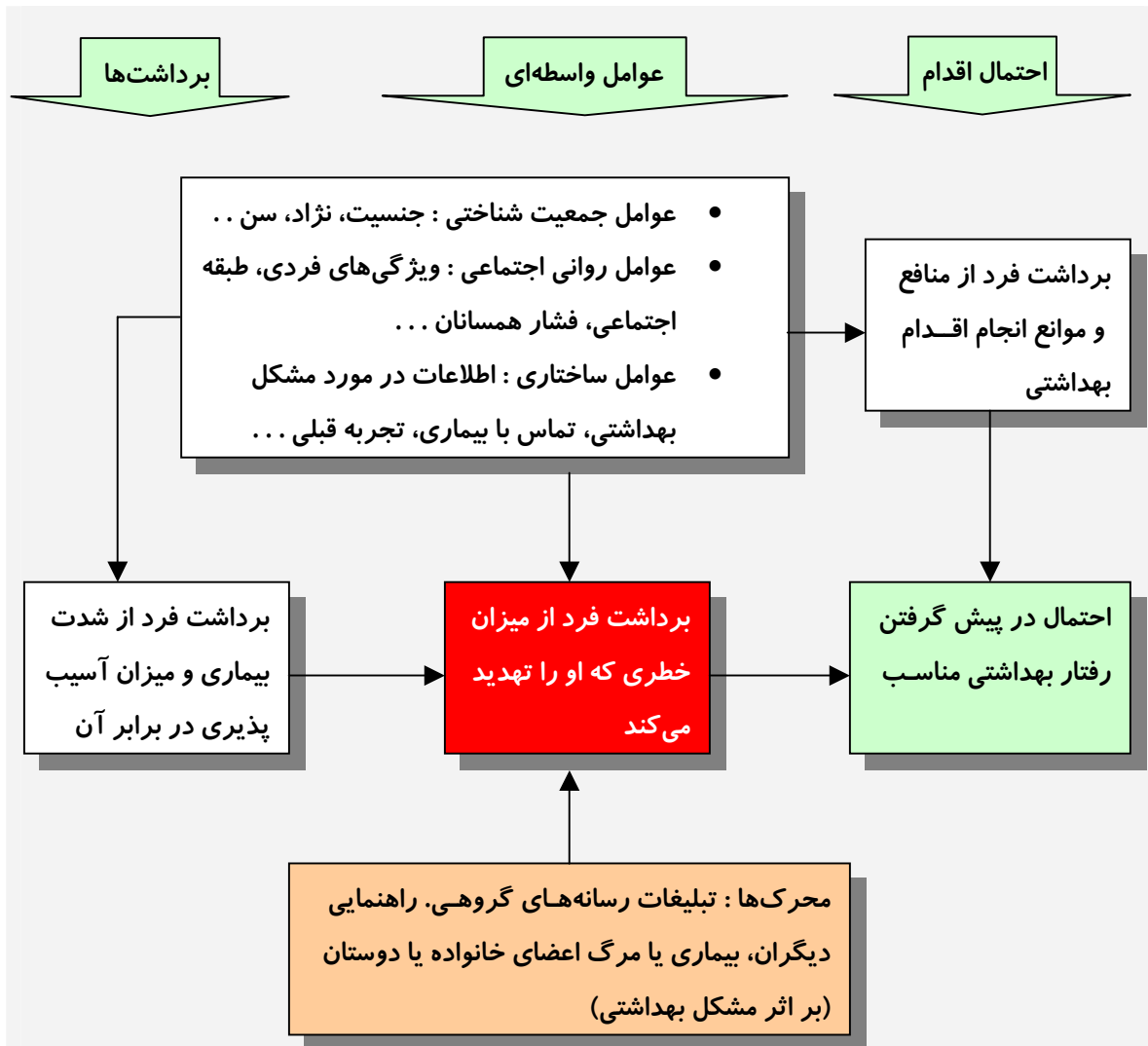
۵) نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده



شکل ۳ - چارچوب بوم‌شناختی اجتماعی

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 به هنگام بیماری‌های بی‌نشانه، الگوی باورهای بهداشتی را تدوین کردند (Rosenstock, 1966). بر اساس این الگو، احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی بستگی مستقیم به دو ارزیابی دارد: اول، برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می‌کند؛ و دوم، ارزیابی 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 تاثیر می‌گذارند، این عوامل عبارتند از:



شکل ۴ - الگوی باورهای بهداشتی

۱ - برداشت فرد از میزان آسیب پذیری اش در برابر 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. به عنوان مثال، فرد سیگاری هرچه خود را بیشتر مستعد ابتلا به بیماری سرطان ریه احساس کند، احتمال ترک سیگار در او بیشتر خواهد بود.

۲ - برداشت فرد از میزان شدت بیماری

احساسات افراد در مورد تاثیرهای بیماری متفاوت است. این برداشت‌ها شامل ارزشیابی پیامدهای جسمانی (مانند درد، ناتوانی، مرگ)، و پیامدهای اجتماعی (مانند تاثیر بر زندگی خانوادگی، روابط اجتماعی، و وضعیت شغلی) می‌شود. این پیامدها هرچه در نظر فرد جدی‌تر باشد، احتمال انجام دادن اقدامات بهداشتی نیز

بیشتر می‌شود.

افزون بر این، احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تاثیر رشته‌ای عوامل واسطه‌ای قرار دارد؛ عواملی مانند ویژگی‌های جمعیت شناختی (سن، جنس، نژاد)، عوامل روانی اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسانان)، و عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری).

محورک‌ها عواملی هستند که امکان دارد موجب تحریک اقدام بهداشتی شوند. این عوامل ممکن است درونی باشند (مانند نشانه‌های بیماری)، یا بیرونی باشد (مانند تبلیغات رسانه‌های گروهی، توصیه پزشک، 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 به موقع یا کاهش شدت بیماری موثر واقع خواهد شد. طبیعی است که فرد، موانع اقدام بهداشتی را نیز در نظر خواهد گرفت. این موانع ممکن است درونی باشند، مانند درد یا اضطراب؛ یا بیرونی مانند هزینه، غیبت از کار، یا سهولت دستیابی.

الگوی مراحل تغییر

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

۱) **پیش قصد**: 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 ایجاد تغییر در رفتار خود و برنامه‌ریزی برای رسیدن به یک هدف رفتاری، مانند ترک سیگار است.

۴) **عمل**: در این مرحله، فرد، به طور 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 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 (Bandura, 1977)

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 نوآوری‌ها ممکن است به صورت عمودی از بالا به پایین اشاعه یابد، مانند متخصصان، مسئولان، صاحب‌نظران، پدر و مادر، یا افراد با نفوذ دیگر؛ و یا به صورت افقی به وسیله همسانان انجام شود. در فعالیت‌های ارتقای سلامت، نوآوری‌ها ممکن است به صورت نظر، فنآوری، رفتار یا برنامه‌ای جدید باشد. راجرز، پذیرندگان نوآوری‌ها را به چهار گروه طبقه بندی کرده است: پیشگامان، زودپذیرندگان، اکثریت مقدم یا موخر، و واماندگان.

پیشگامان، نخستین کسانی هستند که یک نوآوری‌ای را می‌پذیرند. آنان معمولاً افرادی هستند که احساس امنیت میکنند، مستقل، جسور و با جرئتند، و ایجاد تغییر برایشان راحت تر 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 به شمار می‌آیند. از ویژگی‌های هر دو گروه تمایل به تصمیم‌گیری بر اساس تفکر و انتظارات معقول است. **اکثریت اولیه** گروهی هستند که امکان دارد علاقه مند به نوآوری، اما نیازمند انگیزه‌هایی بیرونی برای پذیرش باشند. **اکثریت موخر** شامل افرادی است که معمولاً دیرباورند و تا زمانی که اکثریت مردم جامعه شان نوآوری را نپذیرند، خود را درگیر آن نمی‌کنند. **واماندگان** معمولاً یا جزو آخرین پذیرندگان نوآوری هستند و یا هیچ‌گاه آن را نمی‌پذیرند.

متخصصان آموزش بهداشت می‌توانند از نظریه اشاعه نوآوری برای تعیین اهداف و جدول زمان بندی واقع بینانه 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 یک رفتار

۲) نظر افرادی که برایشان اهمیت قابل است در باره آن رفتار

۳) برداشت فرد از سختی یا آسانی به انجام 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 قایل است ترک سیگار او را تایید می‌کنند (هنجارهای انتزاعی)؛ و
۳) احساس کند ترک سیگار در اختیار اوست (احساس کارآیی فردی).

خلاصه و نتیجه گیری

تغییر علل عمده مرگ و میر از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن، توجه متخصصان را به سرچشمه این بیماری‌ها، یعنی شیوه زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف ساخته است. عواملی مانند استعمال سیگار، الگوهای تغذیه‌ای، فعالیت‌های جسمی، مصرف مشروبات الکلی و تصادم‌ها از جمله مهم‌ترین عوامل موثر بر مرگ و میر 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 در تامین سلامت مردم، دامنه فعالیت‌های آموزش بهداشت در کشورهای پیشرفته به گونه‌ای چشمگیر گسترده تر شد.

اگر کشورهای پیشرفته، پس از صرف هزینه‌های بسیار در بخش خدمات و فناوری پزشکی، به این نتیجه رسیده‌اند که الگوی پزشکی (Medical Model) پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه نیست و نمی‌تواند تامین کننده سلامت افراد جامعه باشد و فعالیت‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از بیشترین ظرفیت برای تامین سلامت مردم برخوردار است، این امر در کشورهایی که از نظر منابع، کمیت و کیفیت خدمات پزشکی قابل قیاس با کشورهای صنعتی نیستند، ضروری تر می‌نماید.

متأسفانه، در کشور ما برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هنوز جایگاه واقعی خود را در سامانه خدمات بهداشتی / درمانی پیدا نکرده است. هنوز عمده بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می‌شود. افزون بر علل عمده مرگ و میر در ایران که شامل بیماری‌های قلبی، تصادم‌ها و سرطان است، برای حل معضلات بزرگ اجتماعی، از جمله سوء مصرف مواد مخدر، سوء تغذیه، بارداری‌های ناخواسته، خشونت، و بزهکاری نیز می‌توان از برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت سود برد. *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 بیماری‌ها، علل عمده مرگ و میر و حل معضلات اجتماعی نیز 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. 1996. Health Behavior and Health Education : Theory, Research, and Practice. New York: John Wily & 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. 1999. 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 Transtheoretical Analysis. Homewood, IL: Dorsey Press.
- 17) Randall, R. C. 1999. Principles and Foundations of Health Promotion and Education. 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.