

به نام خداوند جهان و خرد



اصول آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو

اهداف رفتاری

- با اصول و مفاهیم آموزش و ارتقای سلامت آشنا شوند.
- نقش آموزش سلامت و ارتباط آن با ارتقای سلامت را توضیح دهند.
- دلایل استفاده از الگوها و نظریه ها در برنامه های آموزش سلامت را بیان کنند.
- اصطلاحات اساسی مرتبط با آموزش سلامت مبتنی بر نظریه ها و الگوها را تعریف کنند.
- نحوه دسته بندی های الگوها و نظریه ها را بدانند.
- سازه های الگوی باور سلامتی را نام ببرند و هر یک را توضیح دهند.
- مراحل استفاده از الگوی باور سلامتی را برای یک موضوع فرضی تمرین کنند.
- سازه های نظریه عمل استدلالی/ رفتار برنامه ریزی شده را نام ببرند و هر یک را توضیح دهند.
- مراحل استفاده از نظریه عمل استدلالی/ رفتار برنامه ریزی شده را برای یک موضوع فرضی تمرین کنند.
- مراحل طراحی یک مداخله مبتنی بر الگوی پرسید- پروسید را نام ببرند و هر یک را توضیح دهند.
- مراحل استفاده از الگوی پرسید- پروسید را برای یک موضوع فرضی تمرین کنند.
- سازه های الگوی فرانظریه ای را نام ببرند و هر یک را توضیح دهند.
- مراحل استفاده از الگوی فرانظریه ای را برای یک موضوع فرضی تمرین کنند.

کلیات

□ سالیان درازی است که در حوزه سلامت، برنامه های آموزشی طراحی و اجرا می شوند و موفقیت های دهه های اخیر نظام بهداشت و درمان کشور را تا حدود زیادی می توان مرهون فعالیت آموزش دهندگان سلامت دانست. کانون توجه اصلی در آموزش سلامت، اصلاح رفتار افراد، گروه ها و جوامع است و در این میان، پیچیدگی های رفتار انسان علت اصلی دشواری دستیابی به این هدف است. رفتار سلامت (Health Behavior) در بسیاری از مداخلات آموزشی نظام سلامت، تحت تاثیر عواملی است که شناخت و تحلیل این عوامل، در کسب موفقیت این مداخلات، نقشی کلیدی دارد. الگوها و نظریه های آموزش سلامت با هدف توضیح دقیق تر این عوامل و پیشگویی نتایج حاصل از تغییر در آنها طراحی شده اند. این نظریه ها و الگوها از حوزه سایر علوم اجتماعی مانند روان شناسی و جامعه شناسی به عرصه سلامت راه پیدا کرده اند و در سالیان اخیر استفاده از آنها برای کسب، حفظ و ارتقای سلامت جامعه مورد اقبال قرار گرفته است. تعداد قابل توجه این الگوها و نظریه ها و کاربرد آنها باعث شده تا "آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو" جایگاه ویژه ای در آموزش سلامت پیدا کند. این برنامه آموزشی با هدف انتقال مهارت های لازم برای استفاده از برخی نظریه ها و الگوها در طراحی و اجرای برنامه های آموزشی در حوزه سلامت طراحی شده است تا فراگیران بتوانند با کمک مطالب علمی و راهنماهای عملی ارائه شده در این کارگاه، برنامه های آموزشی مبتنی بر این چارچوب های علمی را طراحی کنند. در این بخش، تلاش می شود تا با کمک راهبردهای یادگیری مشارکتی، گروه هدف برای رسیدن به اهداف آموزشی هدایت شوند.

اصطلاحات و مفاهیم پایه در آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو

□ آموزش (Education) را فرآیندی هدفمند برای تسهیل یادگیری می دانند که در طی آن تجربیاتی که بر شیوه درک مردم در ارتباط با محیط های اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی خود تاثیر می گذارد، منتقل می شود.

□ آموزش سلامت (Health Education) ترکیبی از تجربیات یادگیری است که طراحی می شوند تا از طریق تعامل بین آموزش دهندگان و فراگیران، فرصت های یادگیری درباره سلامت را فراهم می کند تا عمل آگاهانه منجر به سلامت در افراد، گروه ها و جوامع تسهیل شود. این فرآیند یادگیری می تواند مردم را برای تصمیم گیری آگاهانه و تغییر دواطلبانه شرایط یا اصلاح رفتار برای افزایش سلامت توانمند سازد.

□ هدف آموزش سلامت را می توان ارتقای سواد سلامتی، اتخاذ رفتار سالم توسط افراد، گروه ها و جوامع و گسترش فرهنگ سلامت در سطح جامعه دانست.

□ **سواد سلامت (Health Literacy):** مجموعه مهارت ها و قابلیت هایی که مردم در طول زندگی خود کسب می کنند تا بتوانند برای تصمیم گیری های آگاهانه، کاستن از خطرات سلامت و افزایش کیفیت زندگی، اطلاعات سلامت را جستجو و دریافت کنند، درک نمایند، ارزیابی کنند و به کار بگیرند.

□ ارتقای سلامت (Health Promotion): ترکیب برنامه ریزی شده ای است از مکانیسم های آموزشی، سیاستگذاری، محیطی، قانونی یا سازمانی حمایت کننده از عملکردها و وضعیت هایی که افراد، گروه ها و جوامع را به سوی سلامت هدایت می کند. در سال ۱۹۸۶ و در شهر اتاوا مکانیسم هایی برای عملیاتی کردن ارتقای سلامت در سطح جهان پیشنهاد شد که به منشور اتاوا (Ottawa Charter) معروف شد. محورهای اصلی این منشور را سیاست های عمومی مرتبط با سلامت، ایجاد محیط های حامی سلامت، تقویت اقدامات جامعه در زمینه سلامت، توسعه مهارت های فردی و بازنگري در نظام ارائه خدمات سلامت تشکیل می دهد.

□ آموزش دهنده سلامت (Health Educator): فردي است که مهارت های تخصصي را برای استفاده از راهبردها و روش هاي مناسب آموزشي در جهت تسهيل تدوين سياست ها، مداخلات و نظام های هدايت کننده به سمت سلامت افراد، گروه ها و جوامع، کسب کرده است.

اهم وظایف آموزش دهندگان سلامت عبارتست از:

- برقراری ارتباط بین سلامت و نیازهای سلامت جامعه با مفاهیم و منابع آموزش سلامت
- ایفای نقش به عنوان فرد مرجع فرآیندهای آموزش سلامت
- سنجش نیازهای افراد و جامعه برای آموزش سلامت
- طراحی برنامه های آموزش سلامت موثر
- شرکت در اجرای برنامه های آموزش سلامت
- ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزش سلامت
- هماهنگی برای تهیه خدمات و محصولات آموزش سلامت

رفتارهای مخاطره آمیز (Risk Behaviors)

- رفتارها، عادات یا اعمالی که افراد را در معرض خطر بیماری یا مشکلات مرتبط با سلامت قرار می دهند. از نمونه های اطن رفتارها می توان به کشیدن سیگار، رفتار جنسی غیر ایمن، تغذیه نامناسب، رفتارهای خطرناک رانندگی، خشونت خانگی، کمبود تحرک بدنی و استفاده از مواد مخدر، اشاره کرد. برای مطالعه رفتار در حوزه سلامت با هدف اصلاح رفتارهای مخاطره آمیز و تقویت رفتارهای سالم، نیاز به چارچوب های علمی تجربه شده داریم که با عنوان عنوان نظریه و الگوها شناخته می شوند.

نظريه (Theory):

- مجموعه اي از مفاهيم، تعاريف و فرضيه ها كه با مشخص كردن ارتباط بين متغيرها، نگاهی نظام مند به وقایع و موقعیت ها دارد تا وقایع را توضیح دهد و پیشگویی کند. در واقع نقش نظریه بازکردن کلاف پیچیده پدیده ها و ساده کردن آنهاست تا درک پیچیدگی های طبیعت برای انسان ساده شود. نظریه ها، فرایندها با هدف یادگیری اصولی توضیح می دهند.

الگو (Model)

- توصیف های کلی و فرضیه ای هستند که اغلب بر اساس یک شباهت در کنار هم قرار می گیرند و برای تحلیل یا توضیح پدیده ای به کار می روند. الگوها بیشتر به ارائه و معرفی فرایندها می پردازند و معمولاً به صورت گرافیکی نمایش داده می شوند.

□ در الگوها و نظریه ها سه محور اصلی مورد توجه قرار می گیرد:
عوامل اصلی که پدیده مورد نظر را تحت تاثیر قرار می دهند،
ارتباط بین این عوامل و موقعیت هایی که در آنها چنین ارتباطاتی
رخ می دهد.

دلایل استفاده از نظریه ها و الگوهای مطالعه رفتار در حوزه سلامت

- اثبات اثر بخشی برنامه و ارائه مستندات برای آن
- امکان درك بهتر و عمیق تر رفتار با کمک آنها و ترسیم چارچوب مفهومي علمي براي مطالعه تغییر رفتار
- جلوگیری از بروز انحراف در طراحی و اجرای برنامه آموزشی
- تدوین و ترسیم اهداف پژوهشی/ آموزشی دقیق و کاربردي
- مکان انتشار دستاوردهای مطالعه در مجلات و منابع معتبر

□ یک نکته مهم: بسیاری از پژوهش های طراحی و اجرا شده در حوزه آموزش سلامت براساس الگوی دانش/ نگرش/ عملکرد (Knowledge, Attitude, Practice: KAP) است. این الگو به دلایلی نمی تواند ابزار خوبی برای مطالعه رفتار در حوزه سلامت باشد. از طرفی رفتار پدیده ای است پیچیده که به نظر نمی رسد این چارچوب برای توضیح و پیشگویی آن کافی باشد. به عبارت دیگر، تغییر در دانش، الزاما و به سادگی اصلاح نگرش و رفتار را به دنبال نخواهد داشت. از طرف دیگر، عوامل میانی و واسطه ای در فرآیند تغییر رفتار مؤثر هستند که در این الگو مورد توجه قرار نمی گیرند.

مفهوم (Concept)

□ اجزای اصلی و سازنده یک نظریه یا الگو که خمیر اصلی شکل دهنده آنهاست. مفاهیم قابل اندازه گیری نیستند.

سازه (Construct)

- وقتی مفاهیم یک نظریه و الگو گسترش یابد و شکل ساده تری به خود بگیرد تا برای استفاده در یک نظریه یا الگوی خاص به کار روند، به آن سازه گفته می شود. سازه ها در واقع مفاهیم سنتز شده یک نظریه یا الگو هستند.

متغیر (Variable)

□ شکل عملی سازه های یک نظریه یا الگو که قابل اندازه گیری است و در طی ارزیابی یک برنامه مبتنی بر نظریه و الگو مورد سنجش قرار می گیرند.

- اساس دسته بندی نظريه ها و الگوها در منابع و دیدگاه صاحب نظران مختلف، متفاوت است. دو نوع دسته بندی زیر، نمونه هایی هستند که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند:
- دسته بندی براساس کارکرد الگوها و نظریه ها:
- دسته بندی براساس سطح مخاطب:

دسته بندی براساس کارکرد الگوها و نظریه ها

- الگوهای برنامه ریزی (Planning Models): که برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت به کار می روند. پرسید-پروSID و بازاریابی اجتماعی، از دسته این نوع الگوها هستند.
- الگوهای تغییر رفتار (Behavior Change Models): که ارتباط علیتی بین فرآیندهای موثر بر رفتار را مشخص می کنند. الگوهایمانند الگوی باور سلامتی (HBM)، نظریه عمل استدلالی/ رفتار برنامه ریزی شده (TRA/TPB) و الگوی فرانظریه ای (TTM) از این گروه به شمار می روند.



دسته بندی براساس سطح مخاطب

- الگوهای فردی (Personal) که برای بررسی رفتارها در سطوح فردی به کار می روند. از نمونه های آن می توان به HBM, TRA/TPB, TTM اشاره کرد.
- الگوهای بین فردی (Interpersonal) که رفتارهای مرتبط با بیش از یک نفر را بررسی می کنند. نظریه شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) و حمایت ها و شبکه های اجتماعی (Social Supports and Social Networks) از این دسته هستند.
- الگوهای سازمانی و اجتماعی (Organizational and Social Models) که به تغییر رفتار در سطح اجتماع می پردازند و نمونه آن نظریه انتشار نوآوری (Diffusion of Innovation) است.

الگوی باور سلامتی (Health Belief Model)

- این الگو در سال های دهه ۱۹۵۰ توسط گروهی از روان شناسان برای توضیح این موضوع که “چرا برخی از مردم از خدمات بهداشتی استفاده می کنند و گروهی دیگر استفاده نمی کنند؟” مطرح شد. روزن استاک که به دنبال دلایل استقبال کم مردم از برنامه های تشخیصی و پیشگیری بود، در سال ۱۹۶۶ این الگو را توسعه داد و
- در سال ۱۹۷۴ بکر و میمن در بررسی های خود در زمینه رفتار مردم در پاسخ به بیماری ها و رژیم های غذایی این الگو را تکمیل کردند.

فرضیه طراحان الگو این بود که رفتار سلامتی مردم تحت تاثیر این عوامل قرار می گیرد:

- میزان ترس آنها از موضوع (که به آن نام تهدید درک شده داده بودند)
- کاهش ترس مورد نظر در اثر انجام رفتار هدف
- موانع روان شناختی که بر سر راه انجام رفتار قرار دارد (منافع خالص)

- این الگو یکی از کاربردی ترین الگوهای است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش بینی کنند.
- سازه های الگوی باور سلامت عبارتند از:

- حساسیت درك شده (Perceived Susceptibility)
- شدت درك شده (Perceived Severity)
- موانع درك شده (Perceived Barriers):
- منافع درك شده (Perceived Benefits):
- راهنماها براي عمل (Cues to Action):
- خود كارآمدي (Self-Efficacy):
- متغيرهای زمینه ای:

حساسیت درک شده (Perceived Susceptibility)

□ عقیده یک فرد نسبت به برخورداری از شانس کسب یک وضعیت که می توان آن را درک ذهنی خطر توسط فرد دانست. شخص در اثر این باور خود را در معرض خطر مورد نظر می داند.

شدت درك شده (Perceived Severity)

- عقیده یک فرد نسبت به این که وضعیت مورد نظر تا چه حد برای او جدی است. می توان آن را درك ذهني فرد از شدت خطر دانست. شخص در اثر این باور، جدی بودن خطر را درك می کند.
- به مجموع دو سازه حساسیت و شدت درك شده را تهید درك شده (Perceived Threat) هم می گویند.

موانع درك شده (Barriers) (Perceived

- عقیده فرد نسبت به هزینه های محسوس و نامحسوس (مانند موانع روان شناختی) رفتار توصیه شده. شخص در این باور درک می کند که برای انجام رفتار هدف با چه موانعی روبرو خواهد بود.

راهنماها برای عمل (Cues to Action)

- برخی از رویدادها که می توانند درونی (در درون خود فرد) یا بیرونی (ناشی از محیط خارج از وجود فرد) باشند و فرد را به انجام رفتار هدف وادارد یا در او آمادگی برای رفتار را ایجاد کند. مشاهده علائم مرتبط با یک بیماری در بدن و یا توصیه پزشک معالج یا کادر بهداشتی درمانی برای انجام یک رفتار سالم یا پرهیز از یک رفتار مخاطره آمیز، راهنماهایی برای عمل به شمار می روند.

خود کارآمدی (Self-Efficacy)

- اطمینانی که فرد به توانایی های خود برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار دارد و حاصل باور فرد به توانایی خود برای انجام آن رفتار خاص است. این سازه به وضعیت درونی فرد مانند استعداد یا توانایی انجام یک وظیفه یا رفتار مطلوب، برمی گردد.

متغیرهای زمینه ای

- علاوه بر سازه های فوق، متغیرهای دموگرافیک، روان شناختی، اجتماعی و ساختاری نیز وجود دارند که ممکن است بر روی درک فرد و به صورت غیر مستقیم بر روی رفتار او تاثیر بگذارد. سن، جنس، سطح درآمد، تحصیلات، آموزش های دیده شده، محل سکونت، فرهنگ جامعه و ... به طور غیرمستقیم بر روی سایر سازه های الگو اثر می گذارد.

□ مطالعاتی که قرار است با استفاده از الگوی باور سلامتی طراحی و اجرا شوند، می توانند در دو دسته مطالعات توصیفی (اندازه گیری سازه های الگو) و مداخله ای (طراحی و اجرای مداخله رفتاری براساس نتایج حاصل از تحلیل سازه های اندازه گیری شده) قرار بگیرند. اندازه گیری سازه های الگو در مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو، یکی از مشکل ترین و البته مهمترین بخش هاست. برای این کار لازم است از پرسشنامه های استاندارد و آزمون شده که روایی و پایایی آنها اثبات شده است استفاده کنیم و در صورت فقدان چنین نوع ابزارهایی، باید این پرسشنامه ها را طراحی کرد.

□ با استفاده از ابزارهای سنجش سازه های الگو، و بررسی ارتباط هر یک با رفتار مورد نظر به عنوان متغیر وابسته و تعیین قدرت پیشگویی کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتایج بعد از مداخله استخراج و تحلیل می شوند و نتیجه گیری نهایی درباره تاثیر مداخله انجام خواهد شد.

در طی بررسی های مختلف مشخص شده است که:

- در موقعیت هایی که میزان تهدید درک شده بالا است، تاثیر راهنماها برای عمل بیشتر خواهد بود.
- وقتی میزان تهدید درک شده بالاست، در مقایسه با وقتی که تهدید درک شده پایین باشد، منافع و موانع درک شده پیشگویی کننده های قوی تري خواهند بود.
- در یک وضعیت شدت درک شده بالا، حساسیت درک شده می تواند پیشگویی کننده قوی باشد.

- با وجود کاربرد زیاد الگوی باور سلامت و قدمت آن در مقایسه با سایر الگوها و نظریه ها دو نقطه ضعف عمده در آن وجود دارد که در زمان استفاده از آن باید مدنظر قرار گیرد:
- با وجود پژوهش های بسیار در حوزه روانشناسی اجتماعی، این که ایجاد باور همیشه قبل از تغییر رفتار بروز می کند، اثبات نشده است و ممکن است شکل گیری یک باور بعد از یک تغییر رفتار رخ دهد.
- باورهای سلامت ممکن است با سایر باورها و نگرش های که می توانند بر روی رفتار تاثیر بگذارند، رقابت می کند.

کار گروهی ۱

- در گروه خود یکی از مشکل رفتاری در حوزه سلامت که بیشتر جنبه فردی دارد را تعیین کنید. می خواهید مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی باور سلامتی برای برخورد با این مشکل طراحی کنید. درباره نحوه استفاده از الگو و ویژگی طرح مداخله ای شما در مقایسه با الگوهای آموزش سنتی بحث کنید.
- اگر بخواهید پیش نویس پرسشنامه سنجش سازه های الگو را طرح کنید، برای اندازه گیری سازه های زیر چه پرسش هایی طرح می کنید و چگونه پاسخ ها را اندازه می گیرید؟
- حساست درک شده
- شدت درک شده
- منافع درک شده
- موانع درک شده
- خود- کارآمدی
- اشاره ها برای عمل
-
-

نظریه عمل استدلالی / رفتار برنامه ریزی شده

- نظریه عمل استدلالی / رفتار برنامه ریزی شده
- (Theory of Reasoned Action/ Theory of Planned Behavior: TRA/TPB)
- این دو نظریه به خاطر وجود ارتباط نزدیک با هم، در منابع علمی تحت یک عنوان مورد بحث قرار می گیرند.

(الف) نظريه عمل استدلالی (Theory of Reasoned Action)

□ این نظریه در سال ۱۹۶۷ توسط فیشر بین و با هدف تعیین رابطه بین باورها، نگرش ها، قصد رفتاری و رفتار معرفی شد و در آن عوامل شناختی تعیین کننده انگیزه برای انجام رفتار مورد بررسی قرار گرفت.

قصد رفتاری (Behavior Intention):

- از دیدگاه طراحان این نظریه، مهمترین عامل تعیین کننده رفتار در یک فرد، قصد رفتاری اوست و قصد رفتاری چنین تعریف می شود: . احتمال آن که شخصی تصمیم بگیرد که رفتار مشخصی را انجام دهد. برای تعیین این که آیا فرد تصمیم دارد که رفتاری را انجام دهد، می توان به آسانی از او سؤال کرد. از دیدگاه فیش بین و همکارانش میزان این احتمال، به دو عامل اصلی نگرش فرد به رفتار و هنجارهای ذهنی او بستگی دارد. به عبارت دیگر، این نظریه فرض را وجود رابطه علیتی بین نگرش و هنجارهای ذهنی فرد با قصد رفتاری می دانند.

□ قصد رفتاري فرد به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهاي ذهني مرتبط با آن رفتار بستگي دارد.

نگرش نسبت به رفتار (Attitude toward Behavior)

- نگرش را واکنش ها یا مواضع ارزیابی کننده موافق یا مخالف نسبت به یک موقعیت، یک فرد یا یک گروه می دانند که به شکل احساسات، باورها، و حتی رفتار فرد نشان داده می شود. بین نگرش نسبت به یک مشکل سلامتی و نگرش نسبت به رفتار مرتبط با آن تفاوت وجود دارد. چه بسا فردی که نسبت به بیماری فشار خون بالا نگرش مطلوبی دارد ولی نگرش او نسبت به مصرف به موقع داروهای کنترل فشار خون چندان مطلوب نباشد.
- نگرش با باورهای فرد در مورد پیامدهای آن رفتار مرتبط است. به عبارت دیگر وقتی فردی باور دارد که رفتاری پیامدهای ارزشمندی برای او خواهد داشت، نگرش مثبتی نسبت به آن رفتار خواهد داشت و برعکس.

هنجارهای ذهنی (Subjective Norms)

- حاصل باورهای هنجاری است که در آن تایید یا رد رفتار مورد نظر توسط افراد مرجع جامعه مطرح است.
- مطالعاتی که قرار است با استفاده از نظریه عمل استدلالی طراحی و اجرا شوند، می توانند در دو دسته مطالعات توصیفی (اندازه گیری سازه های الگو) و مداخله ای (طراحی و اجرای مداخله رفتاری براساس نتایج حاصل از تحلیل سازه های اندازه گیری شده) قرار بگیرند. اندازه گیری سازه های الگو در مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو، یکی از مشکل ترین و البته مهمترین بخش هاست. برای این کار لازم است از پرسشنامه های استاندارد و آزمون شده که روایی و پایایی آنها اثبات شده است استفاده کنیم و در صورت فقدان چنین نوع ابزارهایی، باید این پرسشنامه ها را طراحی کرد.
- با استفاده از ابزارهای سنجش سازه های الگو، و بررسی ارتباط هر یک با رفتار مورد نظر به عنوان متغیر وابسته و تعیین قدرت پیشگویی کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتایج بعد از مداخله استخراج و تحلیل می شوند و نتیجه گیری نهایی درباره تاثیر مداخله انجام خواهد شد.

در این الگو اندازه گیری سازه ها، با دو روش امکان پذیر است:

- اندازه گیری مستقیم سازه ها:
- اندازه گیری غیر مستقیم سازه ها:

اندازه گیری مستقیم سازه ها:

- پرسشنامه حاوی سئوالاتی است که با هدف ارزیابی کلی مخاطب از وضعیت دو سازه نگرش و هنجارهای ذهنی طرح شده اند. در اندازه گیری مستقیم سازه نگرش نسبت به رفتار، ارزیابی کلی رفتار از دیدگاه فرد با مقیاس های معنایی مانند "خوب و بد" و استفاده از طیف امتیازدهی انجام می شود و اندازه گیری سازه هنجارهای ذهنی، با تعیین باور افراد درباره این موضوع که بیشتر مردم رفتار مورد نظر را تأیید یا رد می کنند با استفاده از طیف دو قطبی "موافقم و مخالفم"، قابل انجام خواهد بود.

اندازه گیری غیر مستقیم سازه ها:

□ در این نوع اندازه گیری به ارزیابی اجزای تشکیل دهنده هر سازه پرداخته می شود. در زیر جزییات مربوط به این نوع اندازه گیری بیان شده است.

□ در اندازه گیری غیرمستقیم سازه نگرش نسبت به رفتار، دو جزء مجزا سنجیده می شود:

□ رفتار به نتایج مورد نظر فرد منجر می شود: استفاده از طیف "احتمال دارد، احتمال ندارد" یا "موافقم، مخالفم" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+

□ ارزش نتایج فوق برای فرد: استفاده از طیف "خوب و بد" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+

- در اندازه گیری غیرمستقیم سازه هنجارهای ذهنی نیز دو جزء مجزا سنجیده می شود:
- تایید رفتار توسط فرد مرجع: استفاده از طیف "موافقم و مخالفم" و امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+
- انگیزه برای اطاعت از فرد مرجع و انجام رفتار براساس نظر مرجع: استفاده از طیف "احتمال دارد، احتمال ندارد و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۱ تا ۷

ب) نظریه رفتار برنامه ریزی شده (Theory of Planned Behavior)

- در شرایطی که فرد کنترل ارادی کاملی روی رفتار خود داشته باشد و همه شرایط مربوط به رفتار در اختیار او باشد، نظریه عمل استدلالی کاربرد دارد ولی در مواردی که میزان کنترل ارادی بر یک رفتار کم می شود و فرد با وجود داشتن قصد رفتار، نتواند آن رفتار را انجام دهد، کاربرد این الگو چندان زیاد نیست. در اینجا است که میزان کنترل فرد بر شرایط انجام رفتار مهم خواهد بود. در این موارد آسانی یا دشواری انجام یک رفتار بر روی قصد آن رفتار نیز تاثیر خواهد گذاشت.

□ آیزن و همکارانش با مشاهده این اختلاف الگویی جدیدی را پایه گذاری کردند. “نظریه رفتار برنامه ریزی شده” علاوه بر دو سازه نگرش نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی که در نظریه عمل استدلالی معرفی شد، عامل سومی به نام کنترل درک شده (**Perceived Control**) را با خود دارد. کنترل درک شده به دو عامل وجود یا فقدان تسهیل کننده ها یا موانع انجام یک رفتار، و میزان تاثیر هر وضعیت در سختی یا آسانی انجام رفتار بستگی دارد.

سازه کنترل درک سازه مانند دو سازه نظریه عمل استدلالی، با دو روش قابل اندازه گیری است:

- اندازه گیری مستقیم سازه کنترل درک شده: در این روش، اندازه کلی کنترل درک شده بر روی رفتار، با مقیاس های معنایی مانند "با خودم است و با خودم نیست" مشخص می شود.

- اندازه گیری غیرمستقیم سازه کنترل درک شده: با اندازه گیری دو بخش مجزای این سازه، مقدار آن مشخص خواهد شد:
- احتمال وجود هر وضعیت کمکی یا تحمیلی که با مقیاس "احتمال دارد و احتمال ندارد" با استفاده از طیف "احتمال دارد، احتمال ندارد" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+ یا ۱ تا ۷
- اثر درک شده هر وضعیت در ایجاد آسانی یا سختی انجام رفتار با استفاده از طیف "احتمال دارد و احتمال ندارد" و تعیین امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+

□ پس نظریه رفتار برنامه ریزی شده، فرم تکمیل شده ای از نظریه عمل استدلالی است. در این الگو باید سه سازه نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای ذهنی و کنترل درک شده را اندازه گیری کرد و با بررسی ارتباط این سازه ها با قصد رفتار، مداخله مناسب طراحی کرد. باید توجه داشت که وزن های نسبی این سه سازه در جوامع مختلف و رفتارهای مختلف ممکن است متفاوت باشد.

کار گروهی ۲

- مشکل سلامتی که در کار گروهی قبل تعیین کردید را در نظر بگیرید.
- اگر بخواهید در طراحی مداخله آموزشی، از یکی از دو الگوی عمل استدلالی یا رفتار برنامه ریزی شده استفاده کنید، کدام را انتخاب می کنید؟ در گروه درباره دلایل انتخاب خود بحث کنید.
- برای تهیه پیش نویس پرسشنامه سنجش سازه های زیر چه پرسش هایی را در این پیش نویس خواهید آورد؟
- نگرش نسبت به رفتار (شامل نتایج رفتار و میزان مطلوبیت نتایج)
- هنجارهای ذهنی (شامل نظرات گروه های مرجع نسبت به رفتار و اهمیت نظرات آنان)
- کنترل درک شده (شامل شرایط موثر در انجام رفتار و تاثیرات این شرایط)
-

الگوی فرانظریه ای (Transtheoretical Model)

- در الگوی فرانظریه ای، فرآیندها و اصولی که در نظریه های بزرگ روان شناختی ارائه شده اند با هم ترکیب شده و الگوی جدیدی به دست آمده است. دلیل نامگذاری آن به "فرانظریه ای" نیز همین امر است. براساس این الگو که از گروه الگوهای مرحله ای (Stage of Change Models) به شمار می رود، تغییر رفتار یک فرایند مرحله ای است و فرد با گذر از مراحل متوالی در طول زمان تغییر رفتار می دهد. این ویژگی، برخلاف الگوهای تغییر رفتار پیوسته (Continuum Change Models) است که در آنها تغییر رفتار را پدیده ای پیوسته و غیر مرحله ای توصیف می کنند. براساس این الگو، بخش اعظم جمعیت در معرض خطر، آماده تغییر نیستند و در نتیجه به برنامه های سنتی تغییر رفتار پاسخ نمی دهند. برای پیشرفت در طول مراحل تغییر رفتار، باید اصول مشخصی مورد استفاده قرار گیرد.

سازه های الگوی فرایند نظریه ای عبارتند از:

- مراحل تغییر رفتار (Change Stages)
- موازنه تصمیم گیری (Decision Balance)
- خود کارآمدی (Self-Efficacy)
- فرایندهای تغییر (Processes of Change)
-

(Change Stages)

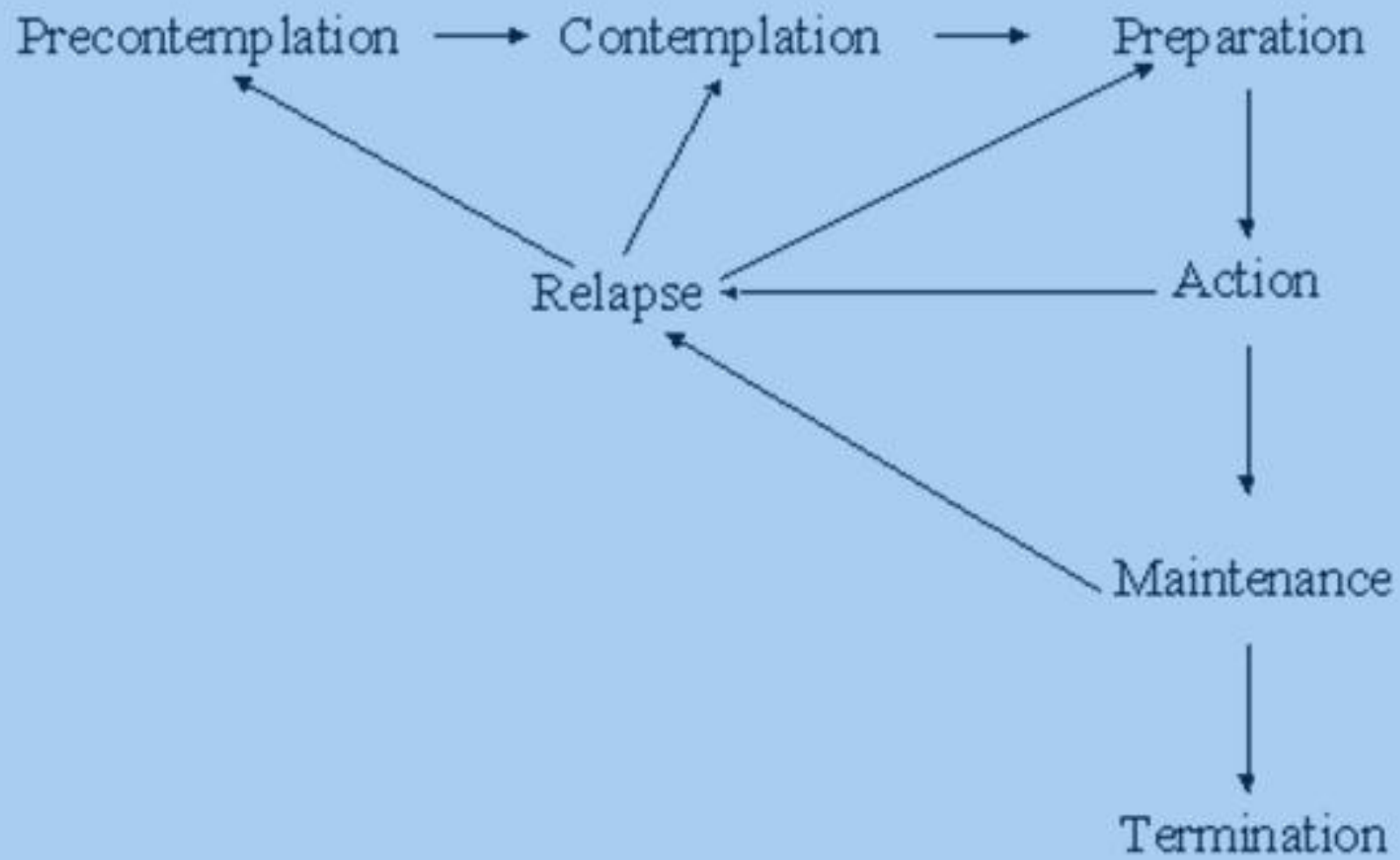
مراحل تغییر رفتار

- مرحله پیش اندیشه (Precontemplation): وقتی فرد فرد هیچ قصدی برای تغییر رفتار خود در طی شش ماه آینده نداشته باشد، او در این مرحله است.
- اندیشه (Contemplation): فردی که قصد دارد که در طی شش ماه آینده، رفتار خود را تغییر دهد و یا برای مدت ۲۴ ساعت رفتار مورد نظر را در پیش گرفته است، در این مرحله قرار دارد.
- آمادگی (Preparation): فردی که در این مرحله است قصد دارد در طی یک ماه آینده رفتار خود را تغییر دهد و در جهت تغییر رفتار گام هایی نیز برداشته است.
- عمل (Action): فردی که رفتار خود را آشکار به صورت تغییر داده است ولی کمتر از شش ماه از این تغییر گذشته است، در مرحله عمل است.
- نگهداری (Maintenance): وقتی بیش از شش ماه از تغییر رفتار آشکار فرد گذشته باشد، او در این مرحله قرار دارد.

□ پرسش از گروه مخاطب می تواند مشخص کند که او در کدام مرحله تغییر رفتاری قرار دارد. شناسایی مرحله تغییر در طراحی مداخله مناسب و به کار گیری فرایند تغییر نقش اساسی دارد.

□ بعد از مرحله نگهدارنده دو اتفاق محتمل است. یا فرد وارد مرحله پایان (Termination) می شود که در آن شخص اطمینان صددرصد به خود دارد و وسوسه ای برای بازگشت ندارد، و یا به دلیل تفوق وسوسه بر خودکارآمدی، عود (Relapse) رخ می دهد. عود در مراحل نگهدارنده یا عمل ممکن است فرد را به هر یک از مراحل آمادگی، اندیشه یا پیش اندیشه بازگرداند تا برای تغییر مجدد از همان مرحله شروع کند.

□ قصد رفتار (Behavior Intention) با عبور فرد از مرحله پیش اندیشه به سمت اندیشه و آمادگی حاصل می شود و رفتار (Behavior) از مرحله عمل به بعد وجود خواهد داشت.



□ موازنه تصمیم گیری (Decision Balance)

- تصمیم برای تغییر یک رفتار را می توان نتیجه غلبه منافع حاصل از رفتار جدید (Pros) بر نگرانی های حاصل از تغییر (Cons) است. در فردی که تغییر رفتار نمی دهد و در مرحله قبل از تغییر می ماند، نگرانی های تغییر بیشتر از فواید حاصل از آن است یا فواید تغییر نکردن در نظر او بیشتر از نگرانی های آن خواهد بود.
- اندازه گیری این سازه با تحلیل پاسخ های گروه هدف به پرسش های مرتبط با رفتار مورد نظر که در دو بخش نگرانی ها و منافع طرح شده اند، انجام خواهد شد. اهمیت هر آیتم با مقیاس پنج قسمتی (اصلا مهم نیست، خیلی مهم نیست، تا حدودی مهم است، خیلی مهم است، بسیار مهم است) سنجیده می شود.

□ خودکارآمدی (Self- Efficacy)

□ مفهوم خودکارآمدی توسط باندورا مطرح شد که به معنای اطمینان فرد به خود برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار خاص است. خودکارآمدی با مشخص کردن اطمینان افراد برای اجتناب از رفتار یا موقعیت های مخاطره آمیز بدون بازگشت به مرحله غیرسالم یا رفتار مخاطره آمیز، مشخص می شود.

□ در الگوی فرانظریه ای، در هر مرحله تغییر بین میزان خودکارآمدی و وسوسه (Temptation) ارتباط مشخصی وجود دارد به طوری که در مرحله پیش اندیشه، وسوسه در بالاترین سطح خود و خودکارآمدی در سطح پایینی است. به تدریج و با حرکت فرد در طول مراحل، بر میزان خودکارآمدی افزوده و از میزان وسوسه کاسته می شود. به این ترتیب، در مرحله نگهدارنده میزان خودکارآمدی بالا و میزان وسوسه پایین خواهد بود.

□ فرایندهای تغییر (Processes of Change)

- فعالیت های آشکار و نهانی که افراد انجام می دهند تا در طی مراحل تغییر پیش بروند، فرایندهای تغییر نام دارند. این فرایندها راهنماهای سودمندی برای طراحی مداخلات رفتاری در مخاطبان به شمار می روند.

مهمترین فرایندهای تغییر عبارتند از:

- آزادسازی اجتماعی (Social Liberation):
- تسکین اغراق آمیز (Dramatic Relief):
- ارزیابی مجدد خود (Self Reevaluation):
- ارزیابی مجدد محیط (Environmental Reevaluation):
- آزادسازی خود (Self Liberation):
- روابط کمک کننده (Helping Relationships):
- شرطی شدن متقابل (Counter Conditioning):
- مدیریت تقویت (Reinforcement Management):
- کنترل محرک ها (Stimulus Control):
- افزایش هوشیاری (Consciousness Raising):

آزادسازی اجتماعی (Social Liberation)

- یافتن و یادگیری حقایق، عقاید و نکات جدیدی که از تغییر رفتار در فرد حمایت می کنند. افزایش آگاهی درباره علل، عواقب و راه چاره های یک مشکل رفتاری خاص از طریق بسیج های رسانه ای (Media Campaign) ، بازخورد دادن برای وقایع، ارائه تفسیر برای رخدادها، مواجهه و یا کتاب درمانی (Bibliotherapy) ، ایجاد شود.

تسکین اغراق آمیز (Dramatic Relief)

- در ابتدا با افزایش احساسات منفی (مانند ترس، اضطراب، نگرانی) مرتبط با انجام رفتار غیرسالم همراه است ولی به دنبال آن، و در صورتی که اقدام مناسب انجام شود، کاهش این احساسات یا تسکین رخ می دهد. از بین تکنیک هایی که می تواند به طور احساسی افراد را به حرکت در طی مراحل تغییر وادار کرد می توان به ایفای نقش (Role Playing)، اندهگین کردن (Grieving)، شهادت فردی (Personal Testimony) و بسیج های رسانه ای اشاره کرد.

ارزیابی مجدد خود (Self :Reevaluation)

- ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از خود که در نتیجه انجام رفتار غیرسالم یا و اجتناب از آن ایجاد می شود. شفاف سازی ارزش ها (Values Clarification)، توجه به الگوهای سالم و تصویرسازی (Imagery)، از تکنیک هایی است که در این فرایند کاربرد دارد.

ارزیابی مجدد محیط (Environmental :Reevaluation)

- ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از تأثیرات منفی رفتار غیر سالم یا اثرات مثبت رفتار سالم بر محیط اجتماعی و فیزیکی پیرامون یک فرد، مشخصه این فرایند است. با کمک مهارت آموزی برای همدلی کردن (Empathy)، مستندسازی (Documentary)، شهادت دادن ها و مداخلات خانوادگی (Family Interventions) می توان این فرایند را ایجاد کرد.

آزادسازی خود (Self Liberation):

- باور فرد به این که می تواند تغییر کند و تعهد به خود برای تغییر رفتار. راه حل های سال نو (New Year's Resolution)، شهادت در جمع (Public Testimony) و انتخاب های جمعی به جای انتخاب های انفرادی، از جمله تکنیک های تقویت این فرایند است.

روابط کمک کننده (Helping Relationships)

- جستجو و دریافت حمایت های اجتماعی برای تغییر رفتار در فرد که می تواند شامل مراقبت، اعتماد، آزادی و پذیرش باشد. ایجاد ارتباط نزدیک، ائتلاف های درمانی (Therapeutic Alliances)، تلفن های مشاور، و نظام های رفاقتی (Buddy Systems) می توانند منبع این حمایت ها باشند.

شرطی شدن متقابل (Counter Conditioning)

□ جایگزین کردن شناخت ها و رفتارهای جایگزین سالم برای رفتارهای غیرسالم. آرام سازی (Relaxation)، تفکر مثبت، حساسیت زدایی، جایگزین های نیکوتین، بیان جملات مثبت از جمله تکنیک های مرتبط با این فرایند است.

مدیریت تقویت (Reinforcement :Management)

- ایجاد پیامدهایی برای حرکت در مسیر تغییر که می تواند پاداش برای تغییر رفتار مثبت یا جریمه برای رفتارهای غیر سالم باشد. به نظر می رسد اثر پاداش بیشتر از جریمه باشد. تعهد برای انجام، تقویت کننده های آشکار و پنهان، و انگیزه بخش ها (Incentives)، را می توان روش هایی برای افزایش احتمال انجام رفتار مثبت به حساب آورد.

کنترل محرک ها (Stimulus :Control)

- حذف یادآور ها یا راهنماهاي انجام رفتار غير سالم و افزودن راهنماها يا یادآورهاي انجام رفتار سلامت، مشخصه اين فرايند است. اجتناب (Avoidance)، بازسازی محیط (Environment Reengineering)، و تشکیل گروه های خودیار (Self-help Groups)، می توانند از روش های پیشبرد فرد در مسیر تغییر رفتار به شمار رود.

آزادسازی اجتماعی (Social Liberation)

- این فرایند نیاز به افزایش فرصت ها یا جایگزین های اجتماعی برای رفتار غیر سالم دارد تا جامعه به این درک برسد که هنجارهای اجتماعی در جهت حمایت از این تغییر رفتار تغییر کرده است. جلب حمایت همه جانبه (Advocacy)، روش های توانمندسازی (Empowerment)، سیاستگذاری مناسب برای افزایش فرصت های ارتقای سلامت، به ویژه برای افرادی که محروم هستند یا تحت ظلم قرار می گیرند. از نمونه های آشنای این روش ها می توان به ایجاد محل های سیگار آزاد (Smoke Free Zones)، ارائه سالاد در ناهارخوری های مدارس، و دسترسی آسان به کاندوم، اشاره کرد.

- نکته مهم دیگر در استفاده از الگوی فرانظریه ای، تعیین فرایند مناسب برای هر مرحله از تغییر است. به عبارت دیگر، عبور از هر مرحله به مرحله بعد که پیشرفت به سوی تغییر رفتار مورد نظر است، نیازمند استفاده از تکنیک های مناسب هر فرایند خواهد بود. راهنمای زیر می تواند برای این مساله کاربرد داشته باشد:
- از مرحله پیش اندیشه به اندیشه: فرایندهای افزایش آگاهی، تسکین اغراق آمیز، ارزیابی مجدد محیط
- از مرحله اندیشه به آمادگی: ارزیابی مجدد خود
- از مرحله آمادگی به عمل: آزادسازی خود
- از مرحله عمل به نگهدارنده: شرطی سازی متقابل، روابط کمک کننده، مدیریت تقویت، کنترل محرک
- توجه: آزادسازی خود به علت ارتباط هسته ای که با تمام مراحل دارد، در این دسته بندی ذکر نشده است.

Precontemplation Contemplation Preparation Action Maintenance

Processes

Consciousness
raising

Dramatic relief

Environmental
reevaluation

Self-reevaluation

Self-liberation

Counterconditioning

Helping relationships

Reinforcement
management

Stimulus control

Note: Social liberation was omitted due to its unclear relationship to the stages.

کار گروهی ۳

- قرار است برای برخورد با یک مشکل سلامت فرضی، براساس الگویی فراتر از این مداخله آموزشی طراحی کنید. تهیه پیش نویس پرسشنامه سنجش سازه های الگو، گام اول در این طراحی خواهد بود.
- برای تعیین مراحل تغییر در گروه مخاطب خود پرسش هایی طرح کنید.
- پرسش هایی را برای سنجش دو سازه موازنه تصمیم گیری و خودکارآمدی طرح کنید.
- در گروه درباره اقداماتی که پس از تکمیل پرسشنامه توسط گروه هدف و تحلیل نتایج آن لازم است، بحث کنید.

□ الگوی پرسید-پروکید (PRECEDE- PROCEED Model)

- این الگو از جمله الگوهای برنامه ریزی برای تغییر رفتار است که با نام پرسید (PRECEDE) در سال ۱۹۷۰ به وسیله گرین و همکارانش معرفی شد. در سال ۱۹۹۱ بخش پروکید (PROCEED) به آن اضافه شد و در سال ۱۹۹۹ فرم تکمیل شده و نهایی با نام الگوی پرسید-پروکید ارائه گردید.
- قسمت پرسید الگو که بیشتر جنبه های آموزشی را مورد توجه قرار می دهد، از حروف ابتدای کلمات مشخصی تشکیل شده است:

PRECEDE: Predisposing, Reinforcing, Enabling □
Constructs in Educational Diagnosis and
Evaluation

□ عبارت فوق را می توان چنین ترجمه کرد: "سازه های مساعدکننده،
تقویت کننده و قادرکننده در ارزشیابی و تشخیص آموزشی

□ در قسمت پروسید، به جنبه های ارتقای سلامت شامل سیاست ها، قوانین
و سازمان توجه شده است که از حروف ابتدای کلمات زیر ساخته شده
است:

PROCEED: Policy, Regulatory, and □
Organizational Constructs in Educational and
Environmental Development

- این ترجمه را می توان برای عبارت فوق پیشنهاد کرد: **سازه های سیاستی، مقرراتی و سازمانی در توسعه محیطی و آموزشی**
- **ویژگی های الگوی پرسید-پروسید:** این ویژگی ها را می توان در محورهای زیر خلاصه کرد:
- در این الگو به بررسی رابطه علیتی در تحلیل یک مشکل سلامت توجه شده است.
- چارچوب مشخص برای برنامه ریزی با هدف تغییر رفتار ارائه می کند.
- در این الگو نگاه فرایندی وجود دارد و در آن علاوه بر تعیین وضعیت ورودی (Input) برنامه، تغییرات و نتایج مورد نظر (Outcome) و نیز تعیین مسیری که به بروز این نتایج منجر می شود، مورد توجه قرار گرفته است.
- در این الگو، بهبود کیفیت زندگی گروه هدف (Improving Quality of Life) به عنوان پیامد نهایی مداخله برنامه ریزی شده، مورد توجه ویژه قرار گرفته است.
- الگوی پرسید پروسید مانند سایر الگوهای برنامه ریزی دارای مراحل مشخصی است که در طی گسترش دانش و تجربه استفاده از آن تغییراتی کرده است. در سال ۲۰۰۵ گرین و کروتز آخرین نسخه بازبینی شده پرسید-پروسید را ارائه کردند که در آن چهار مرحله برنامه ریزی، یک مرحله اجرا و سه مرحله ارزشیابی به ترتیب زیر وجود دارد:
- ارزیابی اجتماعی (Social Assessment)
- ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment)
- ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (Educational and Ecological Assessment)
- ارزیابی مدیریتی و سیاستی (Administrative and Policy Assessment)
- اجرای برنامه (Implementation)
- ارزشیابی فرایند (Process Evaluation)
- ارزشیابی اثر (Impact Evaluation)
- ارزشیابی پیامد (Outcome Evaluation)

مرحله اول: ارزیابی اجتماعی

- در این مرحله، برنامه ریزان به شناخت جامعه می پردازند و این کار را با استفاده از روش های مختلف و متعدد جمع آوری داده ها از قبیل مصاحبه با افراد کلیدی، بحث گروهی متمرکز با اعضای جامعه هدف، مشاهده و پیمایش (Survey)، انجام می دهند. برای اطلاع از نیازها، خواسته ها و مشکلات و نیز ظرفیت ها، نقاط قوت و منابع گروه هدف، باید به سراغ اعضای آن جامعه رفت. فرایندی که در طی آن گروه های اجتماعی به شناسایی مشکلات شایع، اهداف، منابع و نیز راهبردهای اجرایی برای رسیدن به اهداف برنامه، به برنامه ریزان کمک می کنند، سازماندهی اجتماعی (Community Organization) نام دارد.
- در مرحله ارزیابی اجتماعی مشکلاتی که باعث می شود تا کیفیت زندگی اعضای جامعه هدف کاهش یابد، شناسایی می شود تا در مراحل دیگر ارزیابی مورد تحلیل قرار گیرد.

□ مرحله دوم: ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی

□ در این مرحله، ابتدا با استفاده از مستندات و اطلاعات موجود، مشکلات سلامت جمعیت هدف شناسایی می شوند. با بررسی عوامل موثر در بروز مشکلات سلامت، این عوامل در دو گروه محیطی و رفتاری قرار می گیرند. عوامل رفتاری، عواملی هستند که با ماهیت رفتاری خود می توانند سبب افزایش رخداد یا شدت یک مشکل سلامت در فرد شوند. عوامل محیطی، عوامل فیزیکی و اجتماعی هستند که خارج از وجود فرد بوده و معمولاً فرد بر روی آنها کنترلی ندارد. این عوامل می توانند بر روی رفتار و پیامدهای آن تاثیر بگذارند. به عنوان مثال، وقتی مشکل سلامت یک جامعه تغذیه نامناسب در دانش آموزان تعیین شده باشد، عادات غذایی ناسالم از عوامل رفتاری به شمار می رود ولی در دسترس نبودن غذای سالم در مدرسه یک عامل محیطی است. با شناسایی کلیه عوامل رفتاری و محیطی و اولویت بندی آنها، عوامل رفتاری و محیطی مورد نظر برای مداخله انتخاب می شوند.

مرحله سوم: ارزیابی آموزشی و اکولوژیک

- در این مرحله، با تحلیل عوامل رفتاری و محیطی انتخاب شده، سه دسته عوامل مرتبط با آنها شامل عوامل مساعدکننده (Predisposing Factors)، قادرکننده (Enabling Factors) و تقویت کننده (Reinforcing Factors) تعیین می شوند تا به این ترتیب جهت گیری نهایی مداخله مشخص شود.
- **عوامل مساعد کننده:** مقدمات یک رفتار که منطبق و انگیزه انجام آن رفتار را فراهم می کنند. عواملی مانند دانش، نگرش و باورهای فرد، ترجیحات فردی، مهارت های موجود و باورهای خودکارآمدی (Self-efficacy Believes)، از این دسته عوامل به شمار می روند.
- **عوامل قادرکننده:** مقدمات یک رفتار یا تغییر محیطی که اجازه می دهد تا انگیزه یک رفتار یا تغییر محیطی تحقق پیدا کند. این عوامل می توانند به طور مستقیم روی رفتار تاثیر بگذارند یا به طور غیرمستقیم و از طریق یک عامل محیطی رفتار را تحت تاثیر قرار دهند. مهارت های جدید برای تغییر رفتار، برنامه ها، خدمات و منابع مورد نیاز برای تحقق پیامدهای رفتاری و محیطی از این دسته عوامل هستند.
- **عوامل تقویت کننده:** بعد از انجام یک رفتار حضور دارند و باعث انگیزه مداوم برای تداوم یا تکرار رفتار می شوند. حمایت های اجتماعی، تاثیر افراد همسان، افراد مهم و مرجع و تقویت کننده های جایگزین از دسته این عوامل محسوب می شوند.

مرحله چهارم: ارزیابی مدیریتی و سیاستی

- توجه در این مرحله از مدل معطوف به ابعاد اجرایی و سیاستگذاری برنامه خواهد بود و شامل شناسایی منابع در اختیار، موانع و تسهیل کننده های سازمانی، سیاست هایی که برای اجرای برنامه و تداوم آن ضروری است، خواهد بود. توجه به سیاست ها (مجموعه اهداف و قوانینی که فعالیت های یک سازمان را هدایت می کند)، مقررات (که برای اجرای سیاست ها و قوانین تدوین می شوند) و سازماندهی (به معنای گردآوری منابع مورد نیاز و هماهنگی لازم برای اجرای برنامه)، اساس اقدامات این مرحله را تشکیل می دهد.
- ممکن است در زمان طراحی برنامه، مستندات مناسبی برای مرحله یا مراحل از ارزیابی در اختیار برنامه ریزان قرار گرفته باشد. در این صورت می توان از آن مرحله عبور کرد و وارد مرحله بعدی شد. به عنوان مثال، وجود فهرستی از مشکلات سلامت منطقه که در طی پژوهش های قبلی به دست آمده است و تعیین اولویت ها می تواند ما را از انجام ارزیابی های اجتماعی و اپیدمیولوژیک بی نیاز سازد.

مرحله پنجم: اجرای برنامه

□ به این ترتیب، براساس نتایج ارزیابی های مرحله ای، جزییات برنامه مداخله مشخص می شود و برنامه آماده اجرا خواهد شد. با اجرای برنامه مطابق با پروتوکل تدوین شده، برنامه ارتقای سلامت عملیاتی می شود.

□ □ □ مرحله ششم تا هشتم: ارزشیابی فرایند، اثر و پیامد

□ در ارزشیابی فرایند، هدف اطمینان از اجرای برنامه براساس طراحی انجام شده و پروتوکل تدوین شده است. در ارزشیابی اثر، تغییرات ایجاد شده در عوامل مساعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده و نیز در عوامل رفتاری و محیطی بررسی می شود. در ارزشیابی پیامد، تغییرات مورد انتظار در شاخص های سلامت و کیفیت زندگی اندازه گیری و تحلیل می شوند. طراحی و اجرای پژوهش های مناسب برای انجام این ارزشیابی ها ضروری است.

کار گروهی ۲

□ طراحی و اجرای یک مداخله مناسب و اثربخش برای ارتقای کیفیت زندگی دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرتان به گروه شما سفارش داده شده است. تصمیم شما استفاده از الگوی پرسید-پروSID در طراحی این مداخله است. مراحل چهارگانه ارزیابی مبتنی بر الگو را چگونه انجام می دهید؟ درباره جزییات آن در گروه خود بحث کنید.

□ ارزیابی اجتماعی

□ ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی

□ ارزیابی آموزشی

□ ارزیابی مدیریتی و سیاستی

با سپاس از توجه شما

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل
واحد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
babolamozesh@gmail.com 01132368443