

کتاب ششم

اصول آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو

کلیات کارگاه آموزشی آشنایی با اصول آموزش سلامت مبتنی بر نظریه ها و الگوها

مقدمه

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.

اهداف رفتاری

انتظار می رود که در پایان این کارگاه آموزشی، شرکت کنندگان قادر باشند بدون مراجعه به منابع آموزشی:

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

گروه هدف

گروه هدف اختصاصی در این برنامه آموزشی، کارشناسان مسئول واحدهای آموزش سلامت دانشگاه های علوم پزشکی کشور، به عنوان افراد مرجع در برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی در حوزه سلامت تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور هستند ولی با توجه به اهمیت نقش آموزش در فعالیت های سایر کارشناسان حوزه سلامت، محتوای آن می تواند برای گروه های مختلف کارشناسی نیز مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به روش کارگاهی در ارائه این بخش، پیشنهاد می شود تعداد افراد شرکت کننده در کارگاه از ۳۰ نفر تجاوز نکند تا امکان استفاده بهینه از مطالب ارائه شده فراهم گردد.

عناوین مورد بحث

۱. مفاهیم کلیدی آموزش سلامت
۲. رابطه بین آموزش و ارتقای سلامت
۳. اصول و مفاهیم آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو
۴. دلایل استفاده از دیدگاه نوین آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو
۵. تعاریف مربوط به الگو و نظریه در آموزش سلامت
۶. مفهوم، سازه و متغیر در الگوها و نظریه ها
۷. انواع دسته بندی الگوها و نظریه ها
۸. شناخت و کاربرد الگوی باور سلامتی
۹. شناخت و کاربرد نظریه عمل استدلالی/ رفتار برنامه ریزی شده
۱۰. شناخت و کاربرد الگوی برنامه ریزی پرسید/پرسید
۱۱. شناخت و کاربرد الگوی فرا نظریه ای

مدت زمان برنامه

این کارگاه در دو روز متوالی برگزار می شود و شرکت کنندگان در هر روز حداقل هشت ساعت مفید در کارگاه حضور دارند. کارگاه متشکل از جلسات عمومی و کار گروهی است.

امکانات مورد نیاز برای اجرای برنامه

۱ - مکان کارگاه

- سالی با ظرفیت ۴۰ نفر، با میز U شکل، صندلی های راحت و تجهیزات صوتی مناسب
- فضای مناسب برای برگزاری جلسات کار گروهی مجزا از سالن اصلی دارای میز و صندلی و وایت برد
- پرده نمایش و اورهد، ویدئو پروژکتور و کامپیوتر، وایت برد و ماژیک وایت برد

۲ - مواد مصرفی

- فولدر یا کلاسور حاوی چند برگه سفید A4، خودکار و بسته آموزشی کارگاه
- طلق شفاف و ماژیک آن ثبت نتایج کارهای گروهی
- پذیرایی متناسب با امکانات موجود

نحوه ارزیابی شرکت کنندگان

- ارزیابی ابتدایی شرکت کنندگان با استفاده از پیش آزمون طراحی شده
- ارزیابی مرحله ای با استفاده از پرسش های مرحله ای و سنجش میزان حضور فعال شرکت کنندگان

- ارزیابی پایانی شرکت کنندگان با استفاده از پس آزمون طراحی شده
- می توان ارائه یک طرح آموزشی مبتنی بر نظریه ها و الگوهای ارائه شده در این کارگاه، در حوزه فعالیت کاری شرکت کنندگان را به عنوان شرط لازم برای دریافت گواهی نهایی برنامه آموزشی تعیین کرد.

منابع مورد استفاده

1. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, 2008. 4th Edition. Jossey-Bass, San Francisco.
2. McKenzie JF, Neiger BL, Smeltzer JL. Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs, a primer, 2005. 4th Edition. Pearson Education, San Francisco.

روز اول کارگاه

موضوع	زمان	ساعت	مجری
افتتاحیه کارگاه و بیان اهداف	۳۰ دقیقه		
معرفه شرکت کنندگان	۳۰ دقیقه		-
اصول و مفاهیم آموزش و ارتقای سلامت، آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو	۵۰ دقیقه		
استراحت و پذیرایی	۲۰ دقیقه		
استفاده از الگوی باور سلامتی	۶۰ دقیقه		-
نماز و ناهار	۶۰ دقیقه		
انجام کار گروهی ۱	۶۰ دقیقه		شرکت کنندگان
ارائه نتایج کار گروهی ۱	۴۰ دقیقه		نمایندگان گروه ها
نظریه عمل استدلالی - رفتار برنامه ریزی شده	۶۰ دقیقه		-
انجام کار گروهی ۲	۶۰ دقیقه		شرکت کنندگان

روز دوم کارگاه

موضوع	زمان	ساعت	مجری
مروری بر مطالب روز اول	۱۰ دقیقه		
ارائه نتایج کار گروهی ۲	۴۰ دقیقه		نمایندگان گروه ها
الگوی فرانظریه ای	۶۰ دقیقه		
انجام کار گروهی ۳	۶۰ دقیقه		شرکت کنندگان
استراحت و پذیرایی	۲۰ دقیقه		
ارائه نتایج کار گروهی ۳	۴۰ دقیقه		نمایندگان گروه ها
ناهار و نماز	۶۰ دقیقه		
الگوی پرسید-پروسید	۶۰ دقیقه		
کار گروهی ۴	۶۰ دقیقه		شرکت کنندگان
ارائه نتایج کار گروهی ۴	۴۰ دقیقه		نمایندگان گروه ها
جمع بندی، بیان انتظارات و ارزشیابی پایانی	۳۰ دقیقه		

پرسش های ارزشیابی ابتدایی و پایانی (پیش آزمون / پس آزمون یا Pretest/Posttest)

- ۱ - در مکانیسم های عملیاتی منشور اتاوا به عنوان اساس دیدگاه ارتقای سلامت، کدام مورد نیست؟
 - الف- خود مراقبتی به جای سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی
 - ب- ایجاد محیط های حامی سلامت
 - ج- تقویت اقدامات جامعه در زمینه سلامت
 - د- توسعه مهارت های فردی در جامعه
- ۲ - کدامیک از الگوهای زیر از جمله الگوهای برنامه ریزی محسوب نمی شوند؟
 - الف- الگوی پرسید/پرسید (PRECEDE/PROCEED)
 - ب- الگوی بازاریابی اجتماعی (Social Marketing)
 - ج- نظریه رفتار برنامه ریزی شده (Theory of Planned Behavior)
 - د- الف و ب
- ۳ - کدامیک از الگوهای زیر در گروه الگوهای تغییر رفتاری قرار نمی گیرد؟
 - الف- الگوی باور سلامتی (HBM)
 - ب- الگوی پرسید- پرسید (PRECEDE/PROCEED)
 - ج- نظریه عمل استدلالی (Theory of Reasoned Action)
 - د- الگوی فرانظریه ای (TTM)
- ۴ - جدیدترین سازه اضافه شده به ترکیب الگوی باور سلامتی (HBM) کدام است؟
 - الف- تهدید درک شده
 - ب- راهنماها برای عمل
 - ج- خودکارآمدی
 - د- متغیرهای زمینه ای
- ۵ - کدام سازه بین دو نظریه عمل استدلالی و رفتار برنامه ریزی شده مشترک نیست؟
 - الف- نگرش نسبت به رفتار مورد نظر
 - ب- هنجارهای ذهنی
 - ج- کنترل درک شده
 - د- خودکارآمدی
- ۶ - در شرایطی که فرد کنترل ارادی کامل روی رفتار خود دارد و همه شرایط مربوط به رفتار در اختیار اوست، کدام نظریه زیر برای مداخله انتخاب می شود؟
 - الف- نظریه رفتار برنامه ریزی شده
 - ب- نظریه عمل استدلالی
 - ج- هر دو نظریه در این شرایط قابل استفاده هستند
 - د- در این موارد باید به سراغ الگوهای برنامه ریزی رفت
- ۷ - در الگوی فرانظریه ای (TTM)، فردی که برای تغییر رفتار خود گام هایی برداشته است در کدام مرحله تغییر قرار دارد؟

الف- پیش اندیشه

ب- اندیشه

ج- آمادگی

د- عمل

۸- در الگوی فرانظریه ای (TTM)، فردی که سابقه قبلی انجام رفتار مورد نظر را به مدت ۲۴ ساعت داشته است در کدام مرحله تغییر قرار دارد؟

الف- پیش اندیشه

ب- اندیشه

ج- آمادگی

د- عمل

۹- در کدام مرحله تغییر رفتاری، وسوسه در بالاترین سطح و خودکارآمدی در پایین ترین سطح است؟

الف- پیش اندیشه

ب- اندیشه

ج- آمادگی

د- عمل

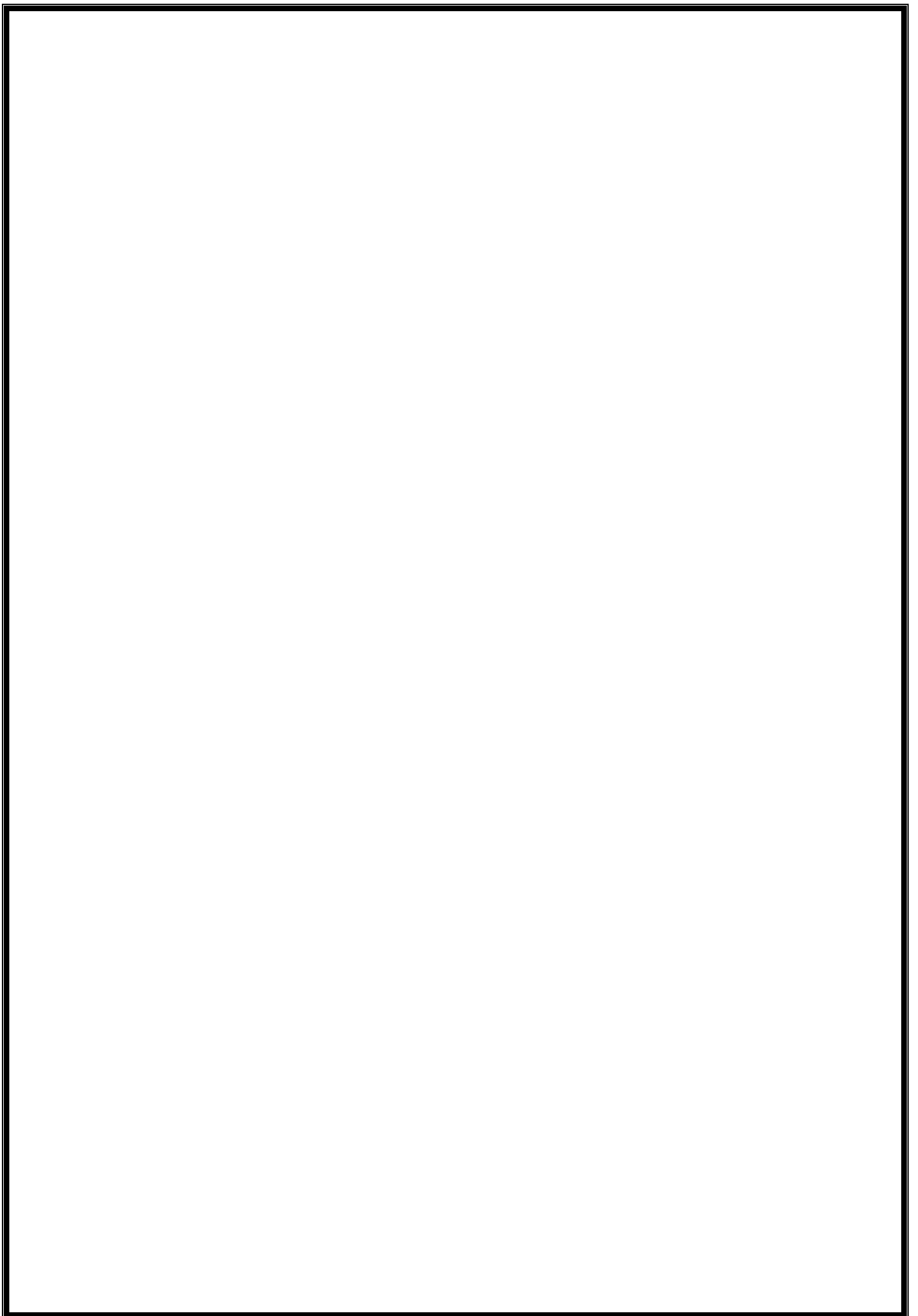
۱۰- راه حل های سال جدید (New Year's Resolution)، از جمله کدام فرایندهای تغییر در الگوی TTM است؟

الف- ارزیابی مجدد خود (Self Reevaluation)

ب- ارزیابی مجدد محیط (Environmental Reevaluation)

ج- آزادسازی خود (Self Liberation)

د- روابط کمک کننده (Helping Relationships)



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 داوطلبانه 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 بازنگری در نظام ارائه خدمات سلامت تشکیل می دهد.

آموزش دهنده سلامت (Health Educator): فردی است که مهارت های تخصصی را برای استفاده از راهبردها و روش های مناسب آموزشی در جهت تسهیل تدوین سیاست ها، مداخلات و نظام های هدایت کننده به سمت سلامت افراد، گروه ها و جوامع، کسب کرده است. اهم وظایف آموزش دهندگان سلامت عبارتست از:

۱. برقراری ارتباط بین سلامت و نیازهای سلامت جامعه با مفاهیم و منابع آموزش سلامت
۲. ایفای نقش به عنوان فرد مرجع فرآیندهای آموزش سلامت
۳. سنجش نیاز های افراد و جامعه برای آموزش سلامت
۴. طراحی برنامه های آموزش سلامت موثر
۵. شرکت در اجرای برنامه های آموزش سلامت
۶. ارزیابی اثربخشی برنامه های آموزش سلامت
۷. 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.

نظریه (Theory): مجموعه ای از مفاهیم، تعاریف و فرضیه ها که با مشخص کردن ارتباط بین متغیرها، 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، فرآیندها 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 فرآیندها می پردازند و معمولا 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:

۱. اثبات اثر بخشی برنامه و ارائه مستندات برای آن
 ۲. امکان درک بهتر و عمیق تر رفتار با کمک آنها و ترسیم چارچوب مفهومی علمی برای مطالعه تغییر رفتار
 ۳. جلوگیری از بروز انحراف در طراحی و اجرای برنامه آموزشی
 ۴. تدوین و ترسیم اهداف پژوهشی / آموزشی دقیق و کاربردی
 ۵. 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 نظریه 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:

۱ - 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-پروسید 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. الگوهایی مانند الگوی باور سلامتی (HBM)، نظریه عمل استدلالی / رفتار برنامه ریزی شده (TRA/TPB) و الگوی فراترئیه ای (TTM) از این گروه به شمار می روند.

۲- 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:

۱. میزان ترس آنها از موضوع (که به آن نام تهدید درک شده داده بودند)
 ۲. کاهش ترس مورد نظر در اثر انجام رفتار هدف
 ۳. موانع روان شناختی که بر سر راه انجام رفتار قرار دارد (منافع خالص)
- این الگو یکی از کاربردی ترین الگوهایی 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:

۱. **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.
۲. **شدت درک شده (Perceived Severity)**: عقیده یک فرد نسبت به این که وضعیت مورد نظر تا چه حد برای او جدی است. می توان آن را درک ذهنی فرد از شدت خطر دانست. شخص در اثر این باور، جدی بودن خطر را درک می کند.
- به مجموع دو سازه حساسیت و شدت درک شده را تهدید درک شده (**Perceived Threat**) هم می گویند.
۳. **موانع درک شده (Perceived Barriers)**: عقیده فرد نسبت به هزینه های محسوس و نامحسوس (مانند موانع روان شناختی) رفتار توصیه شده. شخص در اثر این باور درک می کند که برای انجام رفتار هدف با چه موانعی روبرو خواهد بود.
۴. **منافع درک شده (Perceived Benefits)**: عقیده فرد نسبت به تاثیر رفتار توصیه شده برای کاهش خطر یا شدت اثر آن. این باور در فرد او را به فواید انجام رفتار هدف معتقد می کند.
۵. **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 وادارند 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.
۶. **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.

۷. متغیرهای زمینه‌ای: علاوه بر سازه‌های فوق، متغیرهای دموگرافیک، روان‌شناختی، 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، آموزش‌های دیده شده، محل سکونت، فرهنگ جامعه و ... به طور غیرمستقیم بر روی سایر سازه‌های الگو اثر می‌گذارد.

مطالعاتی که قرار است با استفاده از الگوی باور سلامتی طراحی و اجرا شوند، می‌توانند در دو دسته مطالعات توصیفی (اندازه‌گیری سازه‌های الگو) و مداخله‌ای (طراحی و اجرای مداخله رفتاری براساس نتایج حاصل از تحلیل سازه‌های اندازه‌گیری شده) قرار بگیرند. اندازه‌گیری سازه‌های الگو در مداخلات آموزش سلامت مبتنی بر نظریه و الگو، یکی از مشکل‌ترین و البته مهم‌ترین بخش‌هاست. برای این کار لازم است از پرسشنامه‌های استاندارد و آزمون شده که روایی و پایایی آنها اثبات شده است استفاده کنیم و در صورت فقدان چنین نوع ابزارهایی، باید این پرسشنامه‌ها را طراحی کرد. با استفاده از ابزارهای سنجش سازه‌های الگو، و بررسی ارتباط هر یک با رفتار مورد نظر به عنوان متغیر وابسته و تعیین قدرت پیشگویی‌کنندگی هر سازه، مداخله طراحی و اجرا خواهد شد و نتایج بعد از مداخله استخراج و تحلیل می‌شوند و نتیجه‌گیری نهایی درباره تاثیر مداخله انجام خواهد شد.

در طی بررسی‌های مختلف مشخص شده است که:

- ۱ - در موقعیت‌هایی که میزان تهدید درک شده بالا است، تاثیر راهنماها برای عمل بیشتر خواهد بود.
 - ۲ - وقتی میزان تهدید درک شده بالاست، در مقایسه با وقتی که تهدید درک شده پایین باشد، منافع و موانع درک شده پیشگویی‌کننده‌های قوی‌تری خواهند بود.
 - ۳ - در یک وضعیت شدت درک شده بالا، حساسیت درک شده می‌تواند پیشگویی‌کننده قوی باشد.
- با وجود کاربرد زیاد الگوی باور سلامت و قدمت آن در مقایسه با سایر الگوها و نظریه‌ها دو نقطه ضعف عمده در آن وجود دارد که در زمان استفاده از آن باید مدنظر قرار گیرد:
۱. با وجود پژوهش‌های بسیار در حوزه روانشناسی اجتماعی، این که ایجاد باور همیشه قبل از تغییر رفتار بروز می‌کند، اثبات نشده است و ممکن است شکل‌گیری یک باور بعد از یک تغییر رفتار رخ دهد.
 ۲. باورهای سلامت ممکن است با سایر باورها و نگرش‌های که می‌توانند بر روی رفتار تاثیر بگذارند، رقابت می‌کند.

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

(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) نظریه 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 فیشر 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 داند.

قصد رفتاری فرد به نگرش او نسبت به رفتار و هنجارهای ذهنی مرتبط با آن رفتار بستگی 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 داند 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:** 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:

۱. 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+.

۲. 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:

۱. تأیید رفتار توسط فرد مرجع: استفاده از طیف "موافقم و مخالفم" و امتیاز هفت درجه ای ۳- تا ۳+.

۲. 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 اینجاست که میزان کنترل فرد بر شرایط انجام رفتار مهم خواهد بود. در این موارد آسانی یا مشکلی انجام یک رفتار بر روی قصد آن رفتار نیز تاثیر خواهد گذاشت.

آیژن و همکارانش با مشاهده این اختلاف الگوی 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 شده 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:

۱. 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

۲. 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)

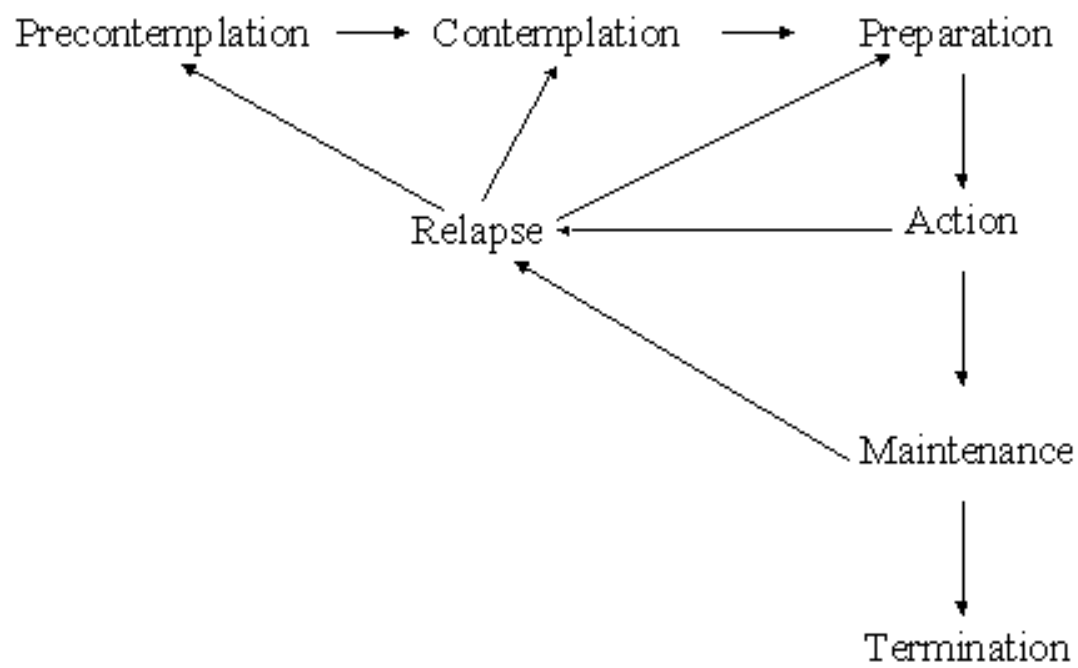
الگوی فرانظریه ای (Transtheoretical Model)

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 غیرمرحله 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 فرانظریه ای عبارتند از:

۱. مراحل تغییر رفتار (Change Stages)
۲. موازنه تصمیم گیری (Decision Balance)
۳. خود کارآمدی (Self-Efficacy)
۴. فرآیندهای تغییر (Processes of Change)

مراحل تغییر رفتار (Change Stages)

۱. 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.
 ۲. 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.
 ۳. 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.
 ۴. 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.
 ۵. 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 تصمیم‌گیری (Decision Balance)

تصمیم برای تغییر یک رفتار را می‌توان نتیجه غلبه منافع حاصل از رفتار جدید (Pros) بر نگرانی‌های حاصل از تغییر (Cons) است. در فردی که تغییر رفتار نمی‌دهد و در مرحله قبل از تغییر می‌ماند، نگرانی‌های تغییر بیشتر از فواید حاصل از آن است یا فواید تغییر نکردن در نظر او بیشتر از نگرانی‌های آن خواهد بود. اندازه‌گیری این سازه با تحلیل پاسخ‌های گروه هدف به پرسش‌های مرتبط با رفتار مورد نظر که در دو بخش نگرانی‌ها و منافع طرح شده‌اند، انجام خواهد شد. اهمیت هر آیت‌م با مقیاس پنج‌قسمتی (اصلاً مهم نیست، خیلی مهم نیست، تا حدودی مهم است، خیلی مهم است، بسیار مهم است) سنجیده می‌شود.

خودکارآمدی (Self-Efficacy)

مفهوم خودکارآمدی توسط باندورا مطرح شد که به معنای اطمینان فرد به خود برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار خاص است. خودکارآمدی با مشخص کردن اطمینان افراد برای اجتناب از رفتار یا موقعیت‌های مخاطره‌آمیز بدون بازگشت به مرحله غیرسالم یا رفتار مخاطره‌آمیز، مشخص می‌شود. در الگوی فرانظریه‌ای، در هر مرحله تغییر بین میزان خودکارآمدی و وسوسه (Temptation) ارتباط مشخصی وجود دارد به طوری که در مرحله پیش‌اندیشه، 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 می‌شود. به این ترتیب، در مرحله نگهدارنده میزان خودکارآمدی بالا و میزان وسوسه پایین خواهد بود.

فرایندهای تغییر (Processes of Change)

فعالیت‌های آشکار و نهانی که افراد انجام می‌دهند تا در طی مراحل تغییر پیش‌بروند، فرایندهای تغییر نام دارند. این فرایندها راهنماهای سودمندی برای طراحی مداخلات رفتاری در مخاطبان به شمار می‌روند. مهمترین فرایندهای تغییر عبارتند از:

۱ - افزایش هوشیاری (Consciousness Raising): یافتن و یادگیری حقایق، عقاید و نکات جدیدی که از تغییر

رفتار در فرد حمایت می‌کنند. افزایش آگاهی درباره علل، عواقب و راه‌چاره‌های یک مشکل رفتاری خاص از طریق بسیج‌های رسانه‌ای (Media Campaign)، بازخورد دادن برای وقایع، ارائه تفسیر برای رخدادها، مواجهه و یا کتاب‌درمانی (Bibliotherapy)، ایجاد شود.

۲ - تسکین اغراق‌آمیز (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 می‌دهد. از بین تکنیک‌هایی که می‌تواند به طور احساسی افراد را به حرکت در طی مراحل تغییر وادار کرد می‌توان به ایفای نقش (Role Playing)، اندهگین کردن (Grieving)، شهادت فردی (Personal Testimony) و بسیج‌های رسانه‌ای اشاره کرد.

۳ - ارزیابی مجدد خود (Self-Reevaluation): ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از خود که در نتیجه انجام رفتار

غیرسالم یا و اجتناب از آن ایجاد می‌شود. شفاف‌سازی ارزش‌ها (Values Clarification)، توجه به الگوهای سالم و تصویرسازی (Imagery)، از تکنیک‌هایی است که در این فرایند کاربرد دارد.

۴ - ارزیابی مجدد محیط (Environmental Reevaluation): ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از تاثیرات منفی رفتار غیرسالم 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.

۵ - 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.

۶ - 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.

۷ - 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.

۸ - 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.

۹ - کنترل محرک ها (Stimulus Control): حذف یادآورها یا راهنماهای انجام رفتار غیرسالم و افزودن راهنماها یا یادآورهای انجام رفتار سالم، مشخصه این فرایند 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.

۱۰ - آزادسازی اجتماعی (Social Liberation): این فرایند نیاز به افزایش فرصت ها یا جایگزین های اجتماعی برای رفتار غیرسالم 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:

۱ - از مرحله پیش اندیشه به اندیشه: فرایندهای افزایش آگاهی، تسکین اغراق آمیز، ارزیابی مجدد محیط

۲ - از مرحله اندیشه به آمادگی: ارزیابی مجدد خود

۳- از مرحله آمادگی به عمل: آزادسازی خود

۴- 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
<i>Processes</i>	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 الگوی فرانظریه ای مداخله آموزشی طراحی کنید. تهیه پیش نویس پرسشنامه سنجش سازه های الگو، گام اول در این طراحی خواهد بود.

۱. برای تعیین مراحل تغییر در گروه مخاطب خود پرسش هایی طرح کنید.

۲. 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- پروسید (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 پروسید (PROCEED) به آن اضافه شد و در سال ۱۹۹۹ فرم تکمیل شده و نهایی با نام الگوی پرسید- پروسید 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:

۱. در این الگو به بررسی رابطه علیتی در تحلیل یک مشکل سلامت توجه شده است.
 ۲. چارچوب مشخص برای برنامه ریزی با هدف تغییر رفتار ارائه می کند.
 ۳. 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.
 ۴. 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 کروتر 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:

۱. ارزیابی اجتماعی (Social Assessment)
۲. ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment)
۳. ارزیابی آموزشی و اکولوژیک (Educational and Ecological Assessment)
۴. ارزیابی مدیریتی و سیاستی (Administrative and Policy Assessment)
۵. اجرای برنامه (Implementation)
۶. ارزشیابی فرایند (Process Evaluation)
۷. ارزشیابی اثر (Impact Evaluation)

۸. 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 سیاستگزاری 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 ۴

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-پرسید در طراحی این مداخله است. مراحل چهارگانه ارزیابی مبتنی بر الگو را چگونه انجام می دهید؟ درباره جزییات آن در گروه خود بحث کنید.

۱ - ارزیابی اجتماعی

۲ - ارزیابی اپیدمیولوژیک، رفتاری و محیطی

۳ - ارزیابی آموزشی

۴ - ارزیابی مدیریتی و سیاستی