مبانی ارتقاء سلامت

بسم الله الرحمن الرحیم
تقدیم به
مقدمه نویسنده

ارتقای سلامت فرآیندی است که هدف آن توانمندی سازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود مستمر سلامت خود و جامعه ای است که در آن زندگی می‌کنند. همگام با تحولات رخ داده در زمینه سلامت و بهبود ارتقای سلامت به‌عنوان یک رشته جوان و پویا توانسته است جابجاگه خود را در سیستم و نظام‌های بهداشتی جهان پیدا کند. نظام بهداشتی کشور ما نیز باپیشین از حالات درمان محوری صرف خارج شده و هر چه بیشتر به سمت ارتقای سلامت جهت داده شود.

در ایران اموزش درسی با عنوان ارتقای سلامت در سال‌های اخیر عمومیت یافته است و کمیتر مبنای فارسی که با سرفصل‌های تبعیض شده، این درس مطالبی داشته باشد احساس می‌گردد. هدف اصلی از تدوین کتاب حاضر ارائه اصول و مبانی نظری ارتقای سلامت می‌باشد. کتاب حاضر یک کتاب کمک اموزشی است که بر اساس سرفصل‌های درس ارتقای سلامت دوی کارشناسی آرشد اموزش بهداشتی طراحی شده است. کتاب حاضر می‌تواند منبع مفیدی برای دانشجویان کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در رشته‌های مختلف علوم بهداشتی، مامایی، پرستاری، پزشکی عمومی و سازی رشته‌های مرتبط باشد.

کتاب حاضر دارای 8 فصل است. فصل اول حاوی مباحثی مانند تاریخچه پیاده‌سازی ارتقای سلامت، تعریف، تعاریف، اصول، چارچوب، پیش نیازها، راهبردها، قلمرو ارتقای سلامت، مفهوم توانمندسازی، دیدگاه بومی شناسی، نقش آموزش بهداشتی در ارتقای سلامت و صلاحیت‌های حرفه ای لازم برای مجازان ارتقای سلامت است. در این فصل خوانندگان می‌توانند بینش و دید کلی در زمینه ارتقای سلامت به دست اورده در فصل دوم کتاب پیامون اهداف و ارزشها در ارتقای سلامت بحث می‌گردد که در واقع یک مبحث مهم در ارتقای سلامت است.

با توجه به همیتی نیاز سنجی، برنامه‌های و ارزش‌سازی در برنامه‌های بهداشتی فصل سوم و چهارم این کتاب به شناسایی نیازها و اولویت‌ها، مراحل و گام‌های برنامه‌بیزین و ارزش‌سازی در ارتقای سلامت اختصاص می‌باید و طی این فصول خوانندگان اطلاعاتی درباره شناسایی نیاز و انواع روش‌های قابل استفاده برای نیازسنجی کسب کرده و با فرایند برنامه‌بیزین و ارزش‌سازی در ارتقای سلامت آشنا می‌گردد.

از آنجا که مداخلات ارتقای سلامت در مکان‌های متعددی قابل اجرایت و مداخله در هر مکان توجهات ویژه خویش را می‌طلبد. لذا در فصل پنجم مکان‌های مهمی که ارتقای سلامت در آنها قابل اجرایت توضیح داده شده و ویژگی‌ها و همیتی این مکانها مورد بحث قرار داده می‌شود.

در فصل ششم کتاب حاضر خلاصه آیاز مباحث موجود در کنفرانس‌های بین‌المللی ارتقای سلامت که تا کنون برگزار شده اند آورده است.

در فصل هفتم و هشتم نیز برخی از الگوهای ارتقای سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد. باپی توجه داشت که
الگوها و تئوری‌های قابل کاربرد در مداخلات ارتباط سلامت بسیار زیادند و نیازمند بررسی و برداختن در قالب کتاب دریگ‌هرستند. لذا در فصول آخر خواندن با تعدادی از الگوها ارتباط سلامت آشنا می‌گردد.

در فصل نهم، کتاب اهمیت ارتباطات در ارتباط سلامت شرح داده شده است. در این فصل، مباحثی پیرامون اهمیت ارتباط در ارتباط سلامت، مفاهیم عمومی ارتباط، تعريف ارتباط بهداشتی و مرحله برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی آورده شده است.

در اینجا بر خود لازم می‌دانیم از دوستان و همکاران عزیزی که در نوشتن این کتاب ما را یاری کردنده تشکر کنیم. بدبختی است که دریافت نظریه‌های اصلاحی و انتقادی استادان، محققان و دانشجویان محترم می‌تواند در تبیین هر چه بهتر مباین ارتباط سلامت کمک مؤثری باشد و راه را برای شناسایی و کاربرد این علم نسبتا جدید هموار سازد.

نویسنده‌گان کتاب

4
<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحه</th>
<th>فهرست مطالب</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12</td>
<td>فصل 1: مفهوم ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تاریخچه ظهور ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تعريف ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>اصول کلیدی ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>چارچوب فعالیتهای ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>پیش نیاز‌های ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>قلمرو فعالیتهای ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>دیدگاه بوم شناختی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>توانمندی‌سازی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>صلاحیت‌های لازم برای مجريان ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>راه‌حل‌های ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>نقش آموزش بهداشت در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>اصطلاحات رایج در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>فصل 2: اهداف و ارزش‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>اهداف ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>تحلیل اهداف و ارزش‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>رویکرد پزشکی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>رویکرد تغییر رفتار در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>رویکرد آموزشی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>رویکرد مراجع محوری در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>رویکرد تغییر اجتماعی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>فصل 3: شناسایی نیازها و اولویت‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>اهمیت شناسایی و اولویت‌بندی نیاز‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>انتخاب نیاز‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>شناسایی نیاز‌ها در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
</tbody>
</table>
فصل ۴: فرآیند برنامه ریزی و ارزیابی در ارتقاء سلامت

اهتمام برنامه ریزی در ارتقاء سلامت
مراحل برنامه ریزی در ارتقاء سلامت
ارزیابی در ارتقاء سلامت

فصل ۵: مکانهای ارتقاء سلامت

مکانهای موجود برای انجام مداخلات ارتقاء سلامت
ارتقاء سلامت در محل کار
ارتقاء سلامت در مدارس
ارتقاء سلامت در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بیمارستان‌ها
ارتقاء سلامت در محله

فصل ۶: کنفرانس‌های بین المللی ارتقاء سلامت

کنفرانس بین المللی اتاوا کانادا
کنفرانس بین المللی آدلاید استرالیا
کنفرانس بین المللی ساندزوال سوئد
کنفرانس بین المللی چاکراتای اندونزی
کنفرانس بین المللی مکزیکوئیتی
کنفرانس بین المللی بانگکوک
کنفرانس بین المللی نیروپی (کنیا)
فصل ٧: برخی از الگوهای رایج در ارتقاء سلامت

اهتمام تئوری و الگو در ارتقاء سلامت
الگوی نانااه (مجموعه سه عنصری در ارتقاء سلامت
الگوی توانی
الگوی بینی
الگوی کابلان و هولند
الگوی ارتقاء سلامت پندر
خودکارامدی درک شده
منابع خودکارامدی
رشد خودکارامدی در انسان
عوامل موتور بر ایجاد خودکارامدی در مددجویان
خودکارامدی در زمیمه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت

فصل ٨: الگوهای برنامه‌ریزی در ارتقاء سلامت

الگوی بررسی پروسید
مراحل انجام تحلیل موقعیت
الگوی مشابه در برنامه‌ریزی
الگوی روندکننده سطحی در سلامت جامعه
الگوی روندکننده برنامه‌ریزی شده در سلامت جامعه

فصل ٩: ارتباطات در ارتقاء سلامت

اهماهمی ارتباطات در ارتقاء سلامت جامعه
تعريف ارتباط بهداشتی
اجزای ارتباطات
عوامل مدل ارتباطات
ملاک‌های موثو دوست ارتباط
عوامل موتور بر ارتباط بین فردی
گشودگی
همدی
حمايةگری
ثبت گزارش
تاسوی
برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی
مراحل برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی
منابع مورد استفاده
<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحه</th>
<th>عنوان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>22</td>
<td>دیدگاه بوم شناختی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>راهبردهای ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>72</td>
<td>محاسبات انجام شده برای دو برنامه ترک سیگار در معلمان و مدیران مدارس</td>
</tr>
<tr>
<td>83</td>
<td>روابط میان کار و سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>154</td>
<td>رتبه بندی رفتارهای بر اساس اهمیت نسبی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>میزان تغییر یادگیری رفتارهای مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>رتبه بندی رفتارهای بر اساس اهمیت و قابلیت تغییر یادگیری</td>
</tr>
<tr>
<td>164</td>
<td>الگوی مایکو در برنامه رئیسی ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت</td>
</tr>
<tr>
<td>صفحه</td>
<td>عنوان</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>چارچوب طراحی شده ارتقاء سلامت توسط کانادا</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>چارچوب فعالیت‌های ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>سه دیدگاه در مورد ساختار رابطه انسان و محیط</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>تعیین کننده‌گی منفی و توانمندسازی افراد و جوامع</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>آموزش بهداشت و مولفه‌های محیطی ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>مراحل برنامه ریزی و ارزشیابی در ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>سلسله مراتب اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>86</td>
<td>ذینفعان اصلی برنامه ارتقاء سلامت در محل کار</td>
</tr>
<tr>
<td>126</td>
<td>استفاده از الگوی بین‌یابی برای تجزیه و تحلیل فعالیت</td>
</tr>
<tr>
<td>127</td>
<td>چهار الگوی دیدگاه در ارتقاء سلامت از نظر کانادا و هلند</td>
</tr>
<tr>
<td>131</td>
<td>نسخه اولیه الگوی ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>137</td>
<td>عوامل مؤثر بر خودکارامدی بر طبق نظریه بندورا</td>
</tr>
<tr>
<td>137</td>
<td>نسخه بازنگری شده الگوی ارتقاء سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>140</td>
<td>چارچوب الگوی بروسید پروسید</td>
</tr>
<tr>
<td>184</td>
<td>گام‌های کلیدی برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی</td>
</tr>
</tbody>
</table>
مقدمه

ارتفاع سلامة مفاهيمي جامع برای پرداختن به وضعیت سلامت جامعه است. ارتقاء سلامة بطور سازماندهی شده از ۱۹۷۴ و با بیانات لالوند طی یک گزارش تحت عنوان "دبیکه جدید در مورد سلامت کانادائیها" مطرح شد. سازمان جهانی بهداشت ارتقاء سلامة را فرا یکیدی می داند که هدف آن توانمند سازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود سلامت خود و جامعه ای است که در آن زندگی می کنند. ارتقاء سلامة سعی دارد با تلاش برای بهبود شرایط زندگی افراد، سلامت جمعیتی را ارتقاء دهد.

ارتفاع سلامة جوزه ای گستره است که دربردارنده تلاشهای سیاسی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی و آموزشی در جهت بهبود سلامة جمعیتی می باشد. وظیفه کارکنان بخش سلامت این است که سلامت را در دستور کار قانونگذاران و سیاستمداران قرار دهند. چرا که این افراد باید در هنگام تصمیم گیری های خود، سلامت را در مد نظر قرار داده و نسبت به عوامل بهداشتی تصمیم گیری های خود مستند به شد.

ارتفاع سلامة نیز، منند سایر علم دارای بنیانهای نظری، اصول و مفاهیم مرتبط با خویش است. آشنایی با مبانی نظری ارتقاء سلامت برای مجريان ارتقاء سلامت و کارکنان بخش سلامت در هر سطحی لازم می نماید.

این فصل به بررسی تاریخچه ظهور ارتقاء سلامت، تعريف ارتقاء سلامت، اصول كليدي ارتقاء سلامت، چارچوب فعاليتاي ارتقاء سلامت، پيش نيزهاي ارتقاء سلامت، راهبردهاي ارتقاء سلامت، قلمرو ارتقاء سلامت، مفهوم توانمندسازي در ارتقاء سلامت، ديدگاه يوم شناختي در ارتقاء سلامت، نقش آموزش بهداشت در ارتقاء سلامت و صلاحیت های حرفه ای لازم برای مجريان ارتقاء سلامت می پردازد.

در پایان این فصل نیز به بررسی برخی از اصطلاحات رایج و تعريف آنها در ادبیات ارتقاء سلامت پرداخته می شود.
تاریخچه ظهور ارتفاع سلامت

اگر چه منشا ارتفاع سلامت از سال 1940 است، اما بطور سازماندهی شده از 1974 و با بیانات لالوند، طی یک گزارش تحت عنوان "دیدگاه جدید در مورد سلامت کانادایی" مطرح شد، او بیان کرد که سلامت تحت تأثیر عوامل مختلف چون زندگی می‌باشد که این ارائه خدمات بهداشتی است و برای افزایش سلامت باعثی بی‌پیش‌بینی شده بود.

در حال حاضر ارتفاع سلامت چیزی فراتر از ارائه مراقبت‌های بهداشتی (88) است و در اثر کشورهای پیشرفته موضوع فعالیت‌های داخلی و بی‌پایه رشتی های علمی به‌سیاری است. ضمناً ارتفاع سلامت یک موضوع اساسی در جنیش حذف بهداشت عمومی می‌باشد. ارتفاع سلامت مرحله نهایی از 5 مرحله جنیش نوین بهداشت عمومی می‌باشد. مراحل این ژنتیک عبارتند از:

1- مرحله باکتری‌های بی‌پایه و مضر (185-188): در این مرحله، باکتری‌های مضر منشأ بیماری‌ها دانسته می‌شود.

اینمرحله معتبری با دوران اپیدمی بیماری‌های غیرپایه و واقعی بود.

2- مرحله باکتری‌های شناسی (196-198): در این مرحله، علت میکروپیو یک بیماری و واکسن کشف شد.

3- مرحله متاباب سلامت (191-190): در این مرحله، سرمایه گذاری هنگفت برای ساخت بیمارستان‌ها و استفاده نیروهای بهداشتی درمانی و تحقیقات زیست‌پزشکی انجام می‌شود.

4- مرحله مهندسی اجتماعی (194-198): در این مرحله، دسترسی یکنواخت همگان به خدمات بهداشتی مورد توجه بود. چرا که مشارکت به‌کرگ برای به‌کردی و اقتیاد جامعه کمترین دسترسی به

-------------------
1. Lalonde
2. Miasma Phase
3. Bacteriology Phase
4. Health Resources Phase
5. Social Engineering

خدمات را دارند.

5- مرحله ارتفع سلامت ( پس از ۱۹۷۰): در این مرحله، برنامه ها در جهت تغییر رفتارهای پرخطر، ایجاد

رفتارهای سالم و تشییع افراز به اتخاذ آن رفتارهای طراحی و اجرای می‌شود (۳).

گزارشات لالوند باعث شد که دولت کانادا در سال ۱۹۸۶ به تدوین و اجرای یک چارچوب برای ارتفع سلامت

بپردازد. این چارچوب یک سطح توصیف شامل دو جلای سلامتی، مکانیزم‌های ارتفاع سلامت و راهبردهای اجرا را

در بردارد. ضمناً چارچوب است که یک فرآیند زیستی- روانی- اجتماعی را توضیح می‌دهد که افراد طی آن به

انجام رفتارهای ارتفاع دهند. سلامت تشییع می‌گردد. این چارچوب دارای مشخصه‌های دیل می‌باشد:

1. الگوی سه عضوی (دربردارنده آموزش بهداشت، حفاظت از سلامت و پیشگیری) را در خود دارد.

2. چالش مهم ارتفاع سلامت را کاهش نابایران در وضعیت سلامت افراد غنی و فقیر می‌داند.

3. تغییرات وسیع محتوی و سازمانی را لازم می‌شمرد (۳).

<table>
<thead>
<tr>
<th>مراقبت از خود</th>
<th>کمک‌های متواضع</th>
<th>پیشگیری منابعی</th>
<th>منابع های مهکی سلامت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تقویت خدمات بهداشتی عمومی در جامعه</td>
<td>مکتبرهای سالم</td>
<td>مراقبت از خود</td>
<td>کمک‌های متواضع</td>
</tr>
<tr>
<td>افزایش مشترک عمومی</td>
<td>توفیق خدمات بهداشتی عمومی</td>
<td>راهبردهای اجرا</td>
<td>تقویت خدمات بهداشتی عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>توسعه مشارکت</td>
<td>توسعه مشارکت</td>
<td>کمک‌های متواضع</td>
<td>منابع های مهکی سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>بهداشت برای همه</td>
<td>بهداشت برای همه</td>
<td>کمک‌های متواضع</td>
<td>منابع های مهکی سلامت</td>
</tr>
<tr>
<td>چالش‌های سلامت</td>
<td>افزایش پیشگیری</td>
<td>توسعه مشارکت</td>
<td>تقویت خدمات بهداشتی عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td>مکانیزم‌های ارتفاع سلامت</td>
<td>راهبردهای اجرا</td>
<td>منابع های مهکی سلامت</td>
<td>منابع های مهکی سلامت</td>
</tr>
</tbody>
</table>

شکل ۱- چارچوب طراحی شده ارتفاع سلامت توسط دولت کانادا

ضمناً گزارش لالوند تأثیرات زیادی بر دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در کنفرانس آلما‌نا (۱۹۷۸) داشت و در

این کنفرانس هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تدوین شد. هر چند مراقبت‌های تلخ بهداشتی بعنوان کلید

رسیدن به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ معرفی شد، اما هم‌هم‌همه با خسی و مشارکت جامعه دو اصل

اساسی این مراقبت‌ها بودند. امروزه نیز این دو اصل، اendiran عنصر اساسی و مهم در برنامه های ارتفاع سلامت

1. The Epp Report
پذیرفته شده اند. در واقع بهداشت برای همه تا سال 2000 یک چشم انداز جدید از ارتقای سلامت که مربک از رویکردهای ساختاری و سبک زندگی بود را ارائه می داد (6).

**تعاریف ارتقای سلامت**

واژه ارتقای سلامت در تعریفی ساده توسط پیوران دو دیدگاه فردگرایانه و ساختارگرایانه، بعنوان یک راهبرد برای ارتقاء سلامت جمعیت‌ها تعیین می‌شود.

ارتقای سلامت یک جهت بهبود وضعیت سلامت جمعیت است. سازمان بهداشت در سال 1984 بیان می‌دارد که ارتقای سلامت یک راهبرد واسطه بین مردم و محيط آنهاست و دو عنصر انتخابی فردی و مسئولیت پذیری اجتماعی برای سلامت را کنار هم می‌آورد.

در کل تعاریف زیادی برای ارتقای سلامت وجود دارد، مانند:
- ترتیبی از حمایت‌های سازمانی، قانونی، سیاسی و آموزشی برای ایجاد شرایط زندگی به‌گونه‌ای است که منجر به سلامت افراد، و گروه‌ها با جامعه می‌گردد (گرین و کروتر 1999).
- ارتقای سلامت مفهومی قانونی افراد در جهت افزایش کنترل آنها بر سلامتی خود و متعاقبا بهبود سلامتی آنها است.
- ارتقای سلامت فردی‌نیست اما گاهی عضوی از افراد در سازمان کنترل آنها بر سلامت خود و در نهایت بهبود مستمر سلامت خود و جامعه ای است که در آن زندگی می‌کنند (1980 سازمان جهانی بهداشت) (3).
- تاناھیل 1 در مقاله‌ای که در سال 2008 منتشر کرد تعریف جدیدی از ارتقای سلامت ارائه داد. او ارتقای سلامت را افزایش سلامت مثبت و پیشگیری از بیماری‌ها تعریف کرد که به سیستم، راهبردها و فعالیت‌های حوزه‌ها و بخش‌های زیر همپوشانی دارند. این بخش‌ها عبارتند از:
  1. محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی
  2. تنوع و تساوی
  3. آموزش و یادگیری
  4. خدمات و تولیدات
  5. فعالیت‌های جامعه محور (100)

در همه تعاریف پذیرفته شده است که عناصر فردی (سبک زندگی) و ساختاری (مالی/ بوم شناختی) نقش

1. Tannahill
2. Individual Element
3. Structural Element
4. Ecological

14
ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به

ارجح به
ذكر این نکته اهمیت دارد که اموزش بهداشت با ارتقای سلامت آمیخته شده است. در برخی منابع عنوان می‌شود که اموزش بهداشت و بازاریابی دو وسیله اساسی برای رسیدن به اهداف ارتقای سلامت هستند. تعريف ديگر ذكر کرده اند که ارتقاي سلامت ترکيبي از حمايت‌هاي محيطي و آموزشي منجر به سلامت مي‌باشد (7).

اصول كليي ارتقاي سلامت

سازمان جهاني بهداشت پنج اصل کليدي برای ارتقاي سلامت برشيرده است شامل:

1. به چگونه تمرکز بر افراد بيمار يا افراد پرخطر براي بيماران خاص، جمعيت را به عنوان يک کل درگير مي‌نماید و جمعيت را جدا از جامعه اي که در آن زندگي مي‌كنند در نظر نمي‌آورد.

2. بطور مستقیم به علی و مولفه هاي سلامت توجه دارد و سعی مي‌كند محيط كلي كه ماوراء كنترل فردی است را در مسير سلامت قرار دهد.

ارتقاي سلامت قص دارد عنصر فردي و محيطي موثر بر سلامت جامعه را تا حد امکان تحت کنترل خويش در آورد، چرا که سلامت بعنوان منبعی برای زندگي افراد را قادر مي‌سازد که از نظر فردي، اجتماعي و اقتصادي زندگي باروير و مفيدی داشته باشند. سلامت مفهومي مثبت است كه بر منابع فردي و اجتماعي (جسمي، روانى، اجتماعي و معنوي) ناگيد مي‌وزد.

اين امر به انبات رسیده است که پيش شرط‌هاي مهم سلامت شامل صلح، متناع اقتصادي كافی (و توزيع آن)، غذا، پناهگا، آب سالم، اكوسистем پایدار، استفاده از منابع دائمي و دسترسي به حقوق اساسي بشر مي باشد. شناسایی اين نيازهاي اساسي مي‌بايد هدف اصلی توسعه اقتصادي و سياسى و همچنين فعاليت‌های سلامت محور باشد. بازشناسی اين پيش شرطها ارتباط جدابي تايندرا شرايط اجتماعي و اقتصادي، تغييرات ساختاري (بنديدي)، محیط زيكي و سبک زندگي افراد را يا سلامت نشان مي‌دهد. جانشيني بديهي در راه دستيابي به هدف كاشت ناپارداي وجود دارد. تلاش برای كاشت فقر و در مقابل افراش فرصتي آموزشي، شغل، دستمزد و مشارکت در فعاليت‌های سياسى و اقتصادي راهبردهاي كليدي برای كاشت ناپارداي و سرانجام بهبود سلامت و رفاه افراد جامعه به شمار مي‌آيد.

3. در ارتقاي سلامت روکضراها و روش‌هاي متنوع (اما تکمیل کننده) با هم ترکیب می‌شوند. ارتقای سلامت شامل ارتباطات، آموزش، قانونگذاري، متغيرهای اقتصادي، تغييرات سازمانی، توسعه جامعه محلی و فعاليت‌هاي محلی خودنگیخته در مقابل مخاطرات سلامت است.

در حقيقی ارتقای سلامت اشارة به مجموعه اي از راهبردها دارد که قابل كاربرد در مسائل بهداشتی مختلف و زمينه‌های ديگر است. توانمندی‌هاي، حمایت، ارتباطات، آموزش، بسيج جامعه، مشارکت جامعه و سياري موضوعات ديگر اجزاء لاينفک ارتقای سلامت هستند. پايد توجه داشت که اين اجزاء هر كدام به نهاد هدف نهایي ارتقای سلامت نسبت دارد، بلکه آنها وسيله اي برای نيل به زندگي سالمند. مثلا برای تغيير سبک زندگي افراد جامعه ترکيبی از اقداماتي جون افراشي آگاهي جامعه، تغيير رفتار و خلق محيط‌هاي حمایت كننده انجام رفتار سالم لازم است. نكته مهم آن است كه وجود يک محیط حمایت كننده به‌شترین تاثیر را بر ايجاد تغييرات بادوام
چارچوب فعالیت‌های ارتباط سلامت

چارچوب هفت گانه فعالیت‌های ارتباط سلامت شامل موارد زیر است:

1. خدمات بهداشتی پی.شگری کننده: شامل خدمات پیشگیری با هدف پیشگیری از ناخوشی است. مانند:
   - ایمنی سازی، تنظیم خانواده و معاونت منظم پزشکی
2. آموزش بهداشت: شرایط آموزش بهداشت اولیه نامه ای و دارای اصول. هدف آموزش بهداشت اولیه پیشگیری از
   - ایجاد وضعیت نامطلوب در سلامت. بهبودی مثبت در کمیت سلامت و در نهایت اینکه کمیت زندگی افراد
   - یافته است. آموزش بهداشت اولیه پیشگیری از خود مطرح
   - می‌گذارد. آموزش بیمار اهمیت زیادی در فرامید درمان بیماران دارد.
   - بدون آموزش، این فرایند محروم به شکست
   - می‌باشد. آموزش بهداشت تائیدی در مورد افراد مطرح می‌گردد که در پی بیماری ناتوان شده اند و بازتوانی
   - بیماران در این حالت انجام می‌شود. در انجا آموزش بیماران و مراقبین آنان در مردود چگونگی استفاده از
   - پتانسیل باقی مانند برای داشتن زندگی سالم و محدود کردن عوارض و محدودیت‌های مرتبط با بیماری مطرح است.
3. فعالیت‌های جامعه محور: یک رهیکد پایه از ارتباط سلامت است. در انجا کار با مرض و برای مرض می‌باشد.
   - است. توسیع جامعه محلی، شناسایی مشکلات بهداشتی جامعه توسیع مرض و انجام اقدامات توسط مرض در حیطه
   - فعالیت‌های مبتنی بر جامعه قرار می‌گیرد. در اینجا انجام اقدامات شکل دهنده جامعه سالم و گروه‌های خودیار و
   - تدارک خدمات محلی ارتباط دهنده سلامت می‌باشد.
4. توسیع سازمانی: شامل دو دو و اجرا خص مهارت های در سازمانها در جهت ارتقاء سلامت کارکنان و
   - مشتریان است. مثلاً تدوین و اجرا خص مهارت های برای ایجاد فرصتهای برای خلق شرایطی جهت "انتخابهای"
غذایی سالم در محل کار و تشویق سازمان‌های تجارت برای تولید و ارتباط محصولات سالم مثل گوشت کم چرب، پنیر کم چرب، نوشیدنی‌های سالم و با استفاده از بهداشتی.

5. خصوصیات سلامتی شامل طراحی و اجرای خط مشی‌های همگانی سلامتی است و در کنار کمک‌هایی که می‌تواند در تشکیل راه‌حل‌های فردی، شرایط نهایی که می‌باشد وجود خط مشی‌های جهت ایجاد فرصت‌های برگزاری، تأمین مسکن، شغل، حمل و نقل و از افراد موسوم به بهبود سلامت جامعه خواهد شد. در مورد حمل و نقل عمومی مثال‌یز زنین، بهبود نمایش و پوشش کاشش تعداد اسکوئری در خیابان‌ها سلامت بهبود می‌یابد، چرا که کاهش آلودگی‌ها، استفاده کمتری از موادهای روزانه برای مصرف‌های درون شهری را موجب می‌گردد. ضمانت این امر افزایش انرژی که زیاد ندارند کم کرده و به افراد فرصت بیشتر برای خرید و تخفیف داده و همه موارد سپس از افراد را رها جامعه می‌گردند.

6. مداخلات بهداشتی محسوب: هدف بهداشت محسوب ایجاد محیط فیزیکی سالم در خانه، محیط کار و مکان‌های دیگر است که می‌تواند در گردش زندگی مسائل سنتی بهداشت محیط مانند آماده سازی غذا، اب سالم و کنترل آلودگی باید همچنین می‌تواند شامل موضوعات جدیدی چون کنترل استفاده از مواد شیمیایی تخریب کننده محیط باشد.

7. فعالیت‌های اقتصادی و قانونی: شامل ارائه مستقیم آموزش و دادن خط مشی به سیاست‌های قانون‌گذاران و برنامه‌ریزی در جهت تغییر و اجرای قوانین مانند نظارت بر برنامه‌های غذایی و حمایت از قوانین مالیاتی مانند افزایش مالیات بر دخانیات می‌باشد (1).

در حال حاضر بیش از ۵ میلیون نفر سالیانه در جهان به علت عوارض مصرف سیگار فوت می‌کنند و با توجه به روند پیشین حاصله برای مصرف سیگار این تعداد به دو برابر می‌رسد. بهترین دستایی اینکه مورد برخورد این محصولات در حال تولید را نشان دهید (76-77). اجرای برنامه‌های کنترل دخانیات در کشورها در حال تولید از همیشگی ویژه ای برخورد است. این برنامه‌ها شامل مواردی چون پیشگیری از شروع مصرف دخانیات در مراحل نوجوانی، وضع قوانین مربوط به فروش، عرضه و مصرف دخانیات، اجرای برنامه‌های درمانی و تأیید و تصویب معافیت شخصی کنترل می‌باشد (78-80).

تولید و تجارت سیگار در دنیای امروز از نظر اقتصادی و سوددهی پس از نفت و اسلحه، در مرتبت‌های اهمیت قرار دارد (50). در ایران فعالیت‌های قانونی جهت مبارزه با دخانیات انجام شده است.

1. Healthy public Policies
2. Health Environmental Measures
3. Econom and Regulatory Activities
کشور ایران جزء کشورهای عضو معاهده جهانی کنترل دخانیات می‌باشد و قانون جامع ملی مبتنی بر

دخانیات در سال ۱۳۸۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است. نتیجه قابل توجه آن است که قیل از

معاهده جهانی کنترل دخانیات، دولت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۴ مصوبه ممنوعیت مصرف دخانیات

در امامان عمومی را ابلاغ کرد و بعد در سال ۱۳۸۰ به اجرای آن تأکید نمود و متعاقب اجرایی شدن قانون جامع

ملی مبازره با دخانیات، بر اساس ماده ۱۳ جرائم و ویژه ای را تخلیف از این قانون پیشنهاد است. قوانین

ممنوعیت استعمال دخانیات در محیط‌های کار باعث کاهش ۴ درصدی شیوع استعمال دخانیات گردیده است.

(۵۲) موقتی فروآور و محبوسیت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در کشورهایی که آن برخوردار می‌باشد، ادعای مقیط صنایع دخانیات را مبینه یا اینکه اعمال این قوانین بی فاقده بوده و هزینه سنگینی را در بر

دارد، نقض می‌نماید (۵۲-۶۳).

صنایع دخانیات برای جایگزین کسیر درآمد خود گروه‌های هدف خوش در انتظار داده و به بازاریابی و تبلیغ

بیش از پیش سیگار برای زنان و نوجوانان می‌پردازند. مطالعات انجام شده در برخی مناطق کشور نشان دهنده

افزاری مصرف سیگار در زنان است. مثال در مطالعه‌ای در سمتان مشخص شد که ۲ درصد زنان سمنانی

استعمال دخانیات دارند. میزان استعمال دخانیات در زنان شهری ۱/۸ درصد و در روسی ۱/۷ درصد یکدی.

درصد زنان هم که دخانیات استعمال نمی‌کردن در معرض دود سیگار قرار داشتند (۳۲). مطالب آماری موجود، در سال ۱۳۸۰ در حدود ۱/۲ درصد زنان تهرانی سیگار می‌کشیدند و ۱/۷ درصد آنها ۲۰ نخ یا بیشتر

سیگار در روز می‌کشیدند (۳۲). در مطالعه فرشی و همکاران نشان داده شد که میانگین سن شروع به سیگار

کشیدن در شهرستان ساوجبلاغ ۱۸/۶ سال بود. آنان پیشنهاد کردند که از آنجا که در نیمه‌انداز موارد سن شروع

مصروف سیگار در سنت کمتر از ۱۸ سال اتفاق افتاده است، اثرات تجمیع مصرف زودهنگام می‌تواند به عنوان

عامل خطری برای ایپیدمی بیماری‌های مربوط به سیگار محصور شود. لذا برنامه‌های مداخله‌ای مناسب به منظور

پایین آوردن مصرف سیگار ضروری به نظر می‌رسد (۸۵). به این منظور یکی از راهکارهای برنامه‌های کنترل

dخانیات در جامعه اجرا و روش‌های تربیتی سیگار می‌باشد که می‌تواند از طریق مختلف صورت گیرد. به صورت

کلی دو روش تربیتی و تربیتی بیشتر بیشتر می‌تواند می‌تواند به بهتر یافته افراد با وابستگی بالا به نیکوتین

از روش تربیتی و افراد با وابستگی پایین از روش تربیتی که بیشتر استفاده نمایند (۸۶).

در مطالعه‌ای توسط حیدری و همکاران گزارش شد که در سال ۱۳۸۸ ۴۶۶۸ رستوران و غذاخوری در

شهر تهران ۱۲ درصد علائم ممنوعیت استعمال دخانیات نداشتند، در ۳۰ درصد این امکان زیر سیگاری و در ۱۲

درصد آنها محل مخصوص استعمال دخانیات وجود داشت. در ۲۹ درصد موارد متصدیان این امکان واکنشی در

برای سیگار کشیدن مشتری‌ها نشان نمی‌دادند. همین متصدیان این امکان از ممنوعیت استعمال دخانیات در امکان

عمومی آگاه بودند و ۵۰ درصد این قانون را سوء می‌دردند. آنها پیشنهاد کردند که حساس بودن مسئولین

به اجرای فضاهای بدون دخانیات و اعمال جرایم و نیز پیگیری جهت آگاه سازی عمومی درباره حق افراد
غلیسگاری به تنسی هواهای عروی از دود سیگار می‌تواند در رسیدن به هدف نهایی برنامه کنترل دخانیات کمک کند. (۴۹)

یکی از اقدامات دیگر ارتقاء سلامت می‌تواند تاثیر خانواده بر سیستم‌داران و قانون‌گذاران در جهت افزایش قیمت سیگار و اخذ مالیات بیشتر در زمینه تولید و فروش آن باشد. تحقیقات صورت گرفته بر روی تقاضای سیگار حاکی از آن است که نوسانات قیمت یکی از عوامل مؤثر بر تقاضای سیگار می‌باشد (۶۱-۵۵). بررسی‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که اگر قیمت سیگار بالا رود مصرف آن تا حد زیادی کاهش می‌یابد (۵۱).

شکل ۱-۱: چارچوب فعالیت‌های ارتقاء سلامت

پیش نیازهای ارتقاء سلامت

سازمان جهاتی بهداشت سه پیش‌نیاز عمده معرفی کرده است که با استفاده آنان مجمع سلامت جامعه را ارتقاء بخشند. این سه پیش‌نیاز مهم عبارتند از حمايت، واشطله گروی و قادیرسانی. در زیر این سه راهبرد توضیح داده شده است.

حمايت: شامل بررسی علایق و تملیکات گروه‌های دارای شرایط نامساعد بهداشتی و صحبت در مورد حقوق آنها یا تحت نفوذ قرار دادن سیاست‌ها است. حمايت در برداشتن هر گونه تلاشی برای شناساندن وضعیت‌های نامساعد بهداشتی به قانون‌گذاران است.

۱. Advocacy
عوامل اجتماعی، فرهنگی، محیطی، اقتصادی، سیاسی، زیست شناختی و رفتاری می‌توانند در خدمت سلامت و یا بر خلاف آن باشند. هدف ارتقای سلامت این است که تمامی این عوامل را در خدمت سلامتی قرار دهند. با این توجه داشته که آگاهی افراد و درک آنها از مولفه‌های سلامت باید افزایش یابد و وظیفه ارتقای دهنده‌گان سلامت این است که مردم را توانمند سازند که در مورد حقوق سالم بودن گفتگو کرده و در محیط فردی خود نیز تغییراتی را اعمال نمایند.

قادراسی: ارتقای سلامت باستی باید با کاهش نابرابری بین وضعیت سلامت موجود و در اختیار گذاشتن فرصت‌های یکسان، همه مردم را قادر نماید به حداکثر سلامت بالقوه دست یابند. بعلاوه قادراسی بر می‌آید از طریق برابری در سلامت حاصل می‌گردد و باید از مردم فرصت و منابع توانمند سازی را ایجاد کرده. در این زمینه متخصص ارتقای سلامت باید آگاهی درک و راهبردهای مقابله افراد جامعه را افزایش دهد. متخصص ارتقای سلامت باید برای بهبود سلامت جامعه تا حد امکان تشکیل کرده، با افراد و جامعه به منظور تشخیص نیازها همکاری نموده و به ایجاد شبکه‌های حمايت کننده در محله کمک نماید. قادراسی یک مهارت اساسی برای متخصص ارتقای سلامت است.

می‌انجی‌گری (واسطه گری): ارتقای سلامت به همکاری و هماهنگی همه موسسات و بخش‌ها تا پیامد است. ارتقای دهنده‌گان سلامت، وسط لین بین بخش‌های مختلف جامعه‌های هستند. این وسیله را با وسیله‌ای در اختیار دهنده‌گان و سایر مراکز گروه‌های افراد تأخیر گذاری بر خیال می‌کنند و سیاست‌های مختلفی و منطقه‌ای، ترکیب‌های رسانه‌ای و مشارکت در گروه‌های کاری انجام می‌دهند. برای این که اقدامات‌ها هماهنگ در زمینه ارتقای سلامت باستی به شکل ساختار، حکومتی، بخش‌های اجتماعی و اقتصادی، گروه‌های دوستهدار، مقامات محلی، صنعت و رسانه‌ها با هم هماهنگ شوند. ارتقای سلامت باید دغدغه‌های مهم این قسمت‌ها را در نظر داشته باشد (10).

قلمر و ارتقای سلامت

قلمر و فعالیت‌های ارتقای سلامت بسیار و سریع و گسترده است. امّا این‌ها عبارتند از:

1. استفاده از آگاهی توصیه‌های افراد به انجام ورزش و فعالیت‌های جسمانی بیشتر
2. مبارزه و تلاش برای افزایش مالیات بر دخالتات
3. توام‌سازی بیماران در عمل کردن به توصیه‌های پزشک خود
4. ایجاد گروه‌های خودداری برای کمک به کودکان که مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته اند
5. یاری گرفتن از افراد با وقت آزاد ماند بازنشسته‌ها برای عبور دادن کودکان از خیابان‌های اطراف مدرسه

1. Enabling
2. Mediation
دیدگاه مهم شناختی در ارتقاء سلامت

دیدگاه مهم شناختی در ارتقاء سلامت تشريح كنندگان ارتباط متقابل فرد و اکوسیستم است. اکوسیستم دربرگیرنده خانواده، فرهنگ و محیط های فیزیکی و اجتماعی است. دیدگاه مهم شناختی پیان می‌دارد که رفتارهای سالم تحت تأثیر سیستم اجتماعی بزرگ‌تری قرار دارند و جهت غیر برجام‌زا ناسالم تغییر در کل اکوسیستم لازم است. بنابراین دیدگاه بیان می‌دارد که رفتار افراد، محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و خود ننز تحت تأثیر محیط اجتماعی واقع می‌گردد. اکوسیستم باشد شرایط اجتماعی و اقتصادی مناسب در جهت ارتقاء سطح سلامت و سبک زندگی سالم را فراهم آورده است. اکوسیستم باید حاوی منابع لازم بر منظور ارتقاء انتخاب‌های سالم در جامعه بوده و در این راستا خدمات کافی و مناسب را در دسترس افراد جامعه قرار دهد.

در جدول ۱-۱ مشاهده می‌گردد که هر رفتار تحت تأثیر سطح ۵ عوامل درون فردی، میان فردی، سازمانی، اجتماعی و خط مشی همگانی (فرمانداری) از گردد. موضوع اساسی در دیدگاه بیان ارتباط سلامت این است که عوامل فردی، بین فردی، سازمانی، اجتماعی، اقتصادی و خط مشی های همگانی در ارتباط با هم هستند و در عمل برنامه هایی که به همه این عوامل توجه می‌کند موفق ترند (۲).

<table>
<thead>
<tr>
<th>تعريف</th>
<th>معنی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خصوصیات فردی که بر رفتار تأثیر می‌گذارد مانند داشت، نگرش، باور و وجود‌های شخصیتی</td>
<td>عوامل درون فردی</td>
</tr>
<tr>
<td>ارتباطات میان فردی و گروه تخصصین شامل خانواده، دوست‌تبار و همسالان که به‌ویژه اجتماعی، حمایت و تعهد از نظر ارائه می‌کنند.</td>
<td>عوامل میان فردی</td>
</tr>
<tr>
<td>قوانین، آمیزش‌ها، خط مشی‌ها و اختلالات غیر رسمی که ممکن است رفتارهای توصیه شده را تحمیل با بدن‌نامه بکنند.</td>
<td>عوامل سازمانی</td>
</tr>
<tr>
<td>شبکه‌ها و هنجارهای اجتماعی با استانداردهای رسمی و غیر رسمی که میان فردان گروه‌ها و سازمان‌ها وجود دارد.</td>
<td>عوامل اجتماعی</td>
</tr>
<tr>
<td>خط مشی های محیطی، شهروندی، کشوری و قوانی‌ها که فعالیت‌های بی‌هدافی جهت بیشگیری، تشخیص زودرس، کنترل و اداره بیماری‌ها را تنظیم و حمایت می‌کند.</td>
<td>خط مشی همگانی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۱-۱: دیدگاه مهم شناختی در ارتقاء سلامت
توانمند‌سازی در ارتقای سلامت
dr منشور اتاتیونمند‌سازی بعنوان راهبرد کلیدی برای ارتقای سلامت جامعه معرفی شد. توانمند‌سازی روشی در جوزه فعالیت‌های اجتماعی، جنبش برایی طبیعی زنان، و انستاسیات جامعه و سازمان جامعه دارد. قدرت موضوع اساسی توانمند‌سازی است. از نظر نظری، قدرت از دیدگاه مارکسیست برگرفته شده است که طی آن بیان می‌شود که قدرت عامل غرب مادنگی و انزوگه‌گرگه‌سازی تابع و زیر دست جامعه است. مارکس وضعیت اقتصادی را عامل قدرت افراد می‌داند.

قدره شیوه رنگ آمیزی با یک رنگ، در سراسر ساختار اجتماعی انتشار یافته و فعالیت‌های روزانه را احاطه می‌سازد. قدرت شکل دهنده و شکل‌یافته از روابط انسان‌ها در دنیایی است که دو زندگی می‌کنند. قدرت بر سلامت تاثیرات زیادی دارد. وضعیت اقتصادی اجتماعی افراد به سلامت آنها تأثیرات بسیاری دارد، چرا که سلامت طیف معنی داری تحت تاثیر موضوع و سلسله مراتب فردی است (۱۶).

حال به بررسی مفهوم توانمند‌سازی می‌پردازیم. با پایه‌گذاری داشت که تعیین متعددی از توانمند‌سازی ارائه شده است اما همه تعریف بر ۳ نکته اساسی توافق ندارند. این سه نکته عبارتند از:

۱- هدف توانمند‌سازی بهبود مهارت‌های فردی و جمعی برای بدست آوردن کنترل بر شرایط زندگی و کاری و در نهایت افزایش رفاه می‌باشد.

۲- در سازمان جامعه، توانمند‌سازی هم به عناوین بهم و هم به عناوین ازار تلقی می‌شود.

۳- توانمند‌سازی اشاره به فرآیند دائمی قدرت سازی افراد و گروه‌ها برای انجام فعالیت‌های دسته جمعی دارد (۱۰).

واره نامه ارتقای سلامت که بوسیله سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ منتشر گردید توانمند‌سازی در ارتقای سلامت را چنین تعریف می‌کند: توانمند سازی در ارتقای سلامت فرا آینده است که از طریق آن ممکن است بهترین بیشتری بر تصمیم‌گیری و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تاثیر قرار گیرد، به دست خواهد آورد (۱۲). توانمند سازی تی نهایت به معنی افزایش مهارت و دانش افراد است. بکه شامل مشارکت مردم در داشتن کنترل بیشتر بر شرایط محیطی و تغییر آنها در صورت لزوم است.

هدف توانمند سازی در ارتقای سلامت، توانمند کردن افراد و جامعه برای تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین گزینه سالم می‌باشد. توانمند‌سازی به افراد کمک می‌کند دغدغه‌های خوش را شناخته و مهارت و اطمینان لازم برای حل آن دغدغه‌ها را کسب نمایند.

توانمند‌سازی می‌توان یک فرآیند اجتماعی، فرهنگی، روانی و یا سیاسی باشد که از آن طریق افراد و گروه‌های اجتماعی خواهند توانست نیازهای خود را پیمایند، نگرانی‌های خود را ابراز و از طریق مشارکت فعلی در رویدادهای گروه‌ای راه‌کارهایی را مطرح و برای برآورده ساختن نیازهای خوش را اقدامات سیاسی، اجتماعی و فرهنگی دست‌بردارند.

مردم در خلال این فرآیند است که وجوه ارتباطی نزدیک بین اهداف خود و چگونگی تحقق آنها را رابطه فیلم‌های

۱. Community Organization
تلاقی‌های خود و نتایج‌های مشاهده‌ی نمایند. ارتقاء سلامت نه تنها شامل اعمالی در راستای تقویت مهارت‌های زندگی و ظرفیت‌های افراد است؛ بلکه اقدامی در جهت تحت تأثیر قرار دادن شرایط محيط اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی موجب بر سلامت نیز می‌باشد.

هنگامی که محدودیت‌های افراد قابل کنترل و پیش‌بینی شوند، رفاه جسمانی و روانی آنان افزایش می‌یابد. درصد و کنترل‌های فقدان آن، پی‌موضوع‌های محوری در سلامت جوامع و افراد می‌باشد. هنگامی که درصد افراد می‌تواند پیش‌بینی، کنترل و مشارکت بیشتری در محدودیت‌های به‌اشبیب و هنگام بدون‌قدرت، محدودیت‌های افراد را راه‌رسی‌دهد به برای منیا توان می‌باشد. فقر نیز اعمالی است که کنترل افراد بر زندگی خوشبختی و در نهایت قدرت آنان را تغلب می‌بخشد. ارتباط محکم‌ترین احساس جامعه و افراد از قدرت و سطوح سلامت جنبه‌های شده وجود دارد. در اصل تنوری توام‌سازی بر اساس یک گروه تشکیل بین‌است که فرضی می‌کند جامعه مربوط از گروه‌های جدا از هم، به‌سبب سطوح متفاوتی از قدرت و توام کنترل بر منابع قدرت و کنترل کم‌تری بر ممنوع جامعه دارد. تلاقی‌های ارتباط سلامت اغلب با هدف مساعدت به این گروه‌ها و افزایش قدرت و کنترل آنان بر‌زندگی و عوامل تبعین کننده سلامت صورت می‌گیرد.

دو ارزش اختلافی مهم در توام‌سازی شامل احترام به هویت‌های اجتماعی منفعت و دیگری خود تبعین کننده‌ی افراد و گروه‌های حاشیه‌ای یک جامعه (ارتقاء توام‌سازی) مراجع برای نیل به اهداف انتخابی‌های بدنی به‌هم پیوسته‌اند. این ارزش‌ها با تغییر افراد در شعله‌های سیاسی و اجتماعی است. افراد توام‌سازی احساس کنترل و قدرت‌مندی بیشتر بر اعمال قدرت سیاسی کسب کرده‌اند و در تغییرات اجتماعی جامعه بیشتر به کسب شوند. سرشار محدودیت‌های ارتباط سلامت را مفهوم توام‌سازی‌های احاطه کرده است. کاهش ناباید، افزایش توام‌سازی ملاقات، مرئیتی از خود، کمک‌های متقابل و افزایش مشارکت عمومی و در سیاست‌های توانمندی‌های افراش مناسب به‌بازگشت از راهبردهای افراشی توام‌سازی‌های هستند. می‌توان نتیجه گرفت که توام‌سازی‌های جزء مکرر و اساسی راهبردهای ارتباط سلامت می‌باشد (10).

ذكر این نکته اهمیت دارد که بین توام‌سازی‌های فردی و توام‌سازی‌های اجتماعی تفاوت وجود دارد. چرا که توام‌سازی‌های فردی عمداً به توام‌سازی فرد برای اتخاذ تصمیمات و داشتن کنترل بر زندگی شخصی خود اطلاق می‌شود و در توام‌سازی‌های اجتماعی افراد به طور جمعی و گروهی برای دستیابی به کنترل و نفوذ بیشتر بر موفقیت سلامت و کیفیت زندگی خود در جامعه اقدام می‌کنند. توام‌سازی جامعه در ارتباط سلامت یک

۲۴
فرآیند پویا و فراگیر است و اساساً آموزش بهداشت، اولین راهبرد عمده در تدوین، طراحی و اجرای برنامه‌های توامند سازی در امر سلامت است. دسترسی اقشار و سیستم جامعه به اطلاعات یک گام کلیدی در فرآیند توامندسازی آنان به حساب می‌آید.

دو گراشی فکری درباره توامند سازی در جهان سلامت وجود دارد. عدالت معتقد که مهم‌ترین کاربرد توامندسازی، ایجاد تغییرات فردی به منظور بهبود سطح سلامت مردم است. این رؤیکردها بر ازوم تغییرات فردی برای حصول به شیوه زندگی سالم (به عنوان هدف اساسی ارتقاء سلامت) تمرکز دارد. توامندسازی فردی عمداً بر مبنای مشاوره و استفاده از روش‌های مراجع محوری در ارتقاء سلامت است. برای توامند کردن فرد، ابتدا باید به شناسایی و ایجاد ضعف‌های خود پرداخته، سپس احساسی نیروهای در موردشانی که قصد تغییر آن را دارد، کسب نماید و در نهایت احساس توامندی برای تغییر شرایط داشته باشد. افراد جامع را می‌توان با دادن اطلاعات، حمایت و آموزش مهارت‌های زندگی توامند نموند. در سطح فردی توامندسازی تحت تأثیر سه عامل مهم خودکارامدی (اعتقاد فرد به انجام یک رفتار و دستایی به نتایج مورد نظر)، مقامات (یعنی داشتن کنترل بر زندگی و تصمیمات فردی، تعهد به جیهای ارزشمند و توامندی نگرشی به تغییرات به عنوان یک تکلش) و عزت نفس (مفهوم رشد خوشنویس) قرار می‌گیرد. هنگامی که متخصص آموزش بهداشت اطلاعات، مهارت و عزت نفس را در زمینه مسائل بهداشتی آموزش می‌دهد، مراجع می‌آموزند که کنترل کند. نه اینکه تحت کنترل بایدش. در این هنگام است که مراجع برای تأثیرگذاری بر محیط‌های درونی و بیرونی خود توامندت می‌گردد.

اکثر کارشناسان و متخصصان بسیاری از زمینه توامند سازی به درک و شناخت جمعی معتقدند. برخی معتقدند که توامندی سازی فردی واقعی نیست، بلکه آنچه که انتخاب است توامندی سازی است که بر فردی اجتماعی مبنی باشد. جوامع توامند هستند که می‌تواند دنبال اطراف خود را تغییر دهد. در تاریخچه بهداشت عمومی مفهوم توامندی سازی اغلب بر فرد تمرکز داشته و به ندرت به مسائل اجتماعی و محیطی موثر بر سلامت پرداخته است (10).

توامندسازی فردی، توامندسازی جامعه و تعیین کنترلی متقابل می‌تواند نهایی بررسی بر سلامت افراد و توامندسازی آنان جهت انتخاب و تصمیم‌گیری می‌باشد. بنابراین توامندسازی فردی تحت نمی‌یابد، مگر زمان‌های شرایط و موقعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مساعد گردید. اگر می‌تواند یا یک توامندسازی نباشد، فرد قادر به انتخاب و تصمیم‌گیری نیست، بیدهی است که هر خط مشی و راهبرد مرتبط با توامندسازی بايد تغییرات محیطی را مد نظر داشته باشد. سه دیدگاه نظری در این زمینه وجود دارد که عبارتند از:

الف: در اولین دیدگاه تمرکز بر افراد و مشخصات فردی آنان است که می‌تواند توضیح دهنده رفتارهای آنان باشد.

این دیدگاه محیط‌های موجود را نادیده اگذاری و به بدیهی های روشن‌اندازی علاقه‌مند است. برخی از اشکال مشاوره در حیطه این روش‌های قرار دارند.
ب: در دومین دیدگاه اعتقاد بر این است که افراد به میزان زیادی تحت کنترل مستقیم و غیر مستقیم شرایط و محیط قرار دارند.

ج: سومین دیدگاه بیان می‌کند که انسانها (و حیوانات) با محیط رابطه متقابل دارند. بعضاً آنها تحت تأثیر فشارهای محیطی اندازه‌گیری و از طرفی توانایی تأثیرگذاری بر عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی، فیزیولوژی و فرهنگی را دارند که در نهایت بر خودشان تأثیر گذار است. این دیدگاه نقطه مرکزی روابط بیانگری اجتماعی بندورا نیز می‌باشد. بندورا در سال ۱۹۸۶ و از این تعبیه کندگی متقابل 

فمی یافته یک رابطه ارتباط متقابل بین فرد، محیط و رفتار

ابدا نمود. او تنوری اسکیته، منبعی بر اینکه فرد نمی‌تواند بر جهان تأثیری بر جای نهاد وی جهان می‌تواند، 

را نقض کرده و بیان نمود که هنگامی که انسان مشغول زندگی است، تعبیه کندگی متقابل در حال فعالیت است. 

اظهار داشت که یک سیستم پیچیده از روابط متقابل بین عوامل روانشناختی (مانند اعتقادات و نگرش‌ها) رفتار و 

محیط وجود دارد (۱۵).

شکل ۱-۴: سه دیدگاه در مورد ساختار روابط انسان و محیط

منطق تعبیه کندگی متقابل در الگوهای توانمندسازی ارتفاع سلامت نیز کاربرد می‌یابد. اگر توانمندسازی را 

عاملی چنین تصمیم گیری داوطلبانه و انتخاباتی آزادانه (انتخاباتی که منطق با معیارهای اخلاقی انده) بدانیم،

پس باید پیکربندی که توانمندسازی می تواند در دو سطح فردی و محیطی کاربرد یابد. این نتیجه لازم به ذکر است

که محیط خود از سطح زیادی -از سطح خرد تا کلان، از سطح سیاست‌های ملی گرفته تا سطح سازمانها و

موسسه‌های محلی و در سطوح دیگری تا مانند محله یا روستا- تشکیل شده است. یک فرد در یک زمان واحد

۱. Reciprocal Determinism

۲. Human Agency

۲۶
شکل 5-1: تعیین گاندنگی مرحله‌ای و توانمندی‌سازی افراد و جوامع (15).

بطور واضح یک جامعه از اعضاء تشکیل یافته است. توانایی اعضاء جامعه تحت تأثیر توان و نبود جامعه بعنوان یک کل می‌باشد. در شکل بالا تفاوت بین جامعه حرفه‌ای و مجازی نشان داده شده است. جامعه حرفه‌ای بعنوان یک گروه از افراد در نظر گرفته شده است که در یک ناحیه گم و بیش محدود از نظر جغرافیایی سکونت دارد و دارای شبکه‌ای از روابط و احساس تعلق هستند. نکته حائز اهمیت این است که جامعه مجازی فاقد بعد جغرافیایی محدود شده است و نسبت به جامعه حرفه‌ای در ایجاد روابط متقابل دارد. با پیدایش و ظهور فن آوری‌های مانند اینترنت انواع متفاوتی از روابط در جامعه مجازی ایجاد شده است. همچنین در شکل نشان داده شده است که بخشی از افراد نمی‌توانند با خشی از جامعه واقعی یا مجازی باشند و از آنها بعنوان غیر
عضو نام برده شده است. این افراد در حاشیه هستند، گویی که در جامعه وجود ندارند. این افراد آزاد و اشتیاق تعلق به جامعه را ندارند. اصل تنها و یا کس از جامعه شناسي برای توسيع این افراد به عاریت گرفته شده است تا بتوان به آنها با افرادی که احساس تعلق به جامعه دارند وی جامعه را را داد یا قول نمی کنند، تماز قائل شد. شکل بالا همه چیزی بیان می دارد که افراد می توانند بدون دخلات گروههای اجتماعی بر سطوح مختلف میجیت تأثیرگذار باشند و ضمنا تحت تأثیر یک میجیتی نیز قرار گیرند. میجیت نیز دارای تاثیرات قرارند بر افراد است. میجیت می تواند باردارند و یا تقویت کنند افراد جامعه باشد. مجموع فشارهای مثبت و منفی میجیت در سطح کلان و خرد می تواند بر روند تصمیم گیری افراد پیرامون سلامت و انتخابهای آسان توسط آنان موثر باشد.

(15) مشاورکت و توامیندرایی

یکی از راهاهای توامیندرایی افراد جامعه، مشاورکت و درگیرسازی آنان است. سازمان جهانی بهداشت اهمیت مشاورکت و درگیرسازی افراد در روند تصمیم گیری سلامت محور را بارا متذکر شده است. باید توجه داشت که افراد باید از مرحله ارزیابی تیارکه ارائه میشی بیان با برنامه ها مشاورکت داشته باشند. تجربیات نشان داده است که مشاورکت افراد در فعالیتهای جاری تاثیرات زیادی بر تدوین سیاستها و خط مشی های ملی یا محلی خواهد داشت. بین درجه مشاورکت/درگیری با توامیندرایی ارتباط مستقیم وجود دارد (15).

صلاحیتهای لازم برای مجریان ارتباط سلامت

مجریان و شاغلان در بخش ارتباط سلامت حذف‌ال باید دارای شش مهارت به شرح زیر باشند.

1. توتابایی مدیریت، برنامه‌ریزی و ارزیابی: مدیریت نیازهای ارائه سلامت شامل بیول، رسانه، خود و دیگر افراد جنایت است. برنامه‌ریزی نظام منتبر ارائه سلامت لازم است. ضمنا همه کارکنان ارائه سلامت با پایینی ارزیابی را آموزشی و روشنایی مختلف آن را بکار گیرند.

2. توتابایی برقراری ارتباط: ارائه سلامت در رابطه با مردم است. پس توتابایی برقراری ارتباط لازم و اساسی است.

توتابایی برقراری ارتباط چهره با چهره و کار با گروه‌ها به طریق مختلف رسی و گروهی لازم است. توتابایی برقراری می‌تواند در مورد سلامت مستلزم یک ارتباط مناسب است، اما یک آموزش دهنده بهداشت علاوه بر ارتباط خوب باید به انتخاب و استفاده از راهبردهای مناسب با اهداف منفی اموزشی بپردازد.

میثاقی از روشهای رسی چون سخنرانی یا روشهای غیر رسی چون کار گروهی استفاده کند.

3. توتابایی بارزیابی و تیلیف: مثل برای بارزیابی و تبلیغ می‌توان از رادیوی محلی استفاده کرد. فعالیتهای ارتباط سلامت سود زیادی از تبلیغات گسترده می‌برد.

4. توتابایی شبکه‌سازی و داشتن نقش تسهیل کننده: شبکه‌سازی در کنار هم آوردن مردم و تبادل اطلاعات و ایده‌ها در مورد برنامه‌ها و فعالیتهای است. شبکه‌سازی امپر اساسی برای کار با موسسات و دیگر شرکت‌های سلامت است و با استفاده از ابزارهای متعدد چون مهارتهای تسهیم و در میان گذاشتن مهارت‌ها و اطلاعات و ایجاد اطمینان و اعتماد برقرار می‌شود.
رفاه در ارتقاء سلامت و مطالعه مرتب

ارتقای سلامت در راه دستیابی به اهداف خویش راهبردهای مختلفی را دنبال می‌کند. در جدول زیر انواع راهبردهای ارتقاء سلامت و مطالعه مرتبه بهره‌آوردی شده است.

<table>
<thead>
<tr>
<th>انواع مداخلات ارتقاء سلامت</th>
<th>مثال</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مداخلات اموزشی</td>
<td>برگزاری کلاس‌های مدیرت استرس برای کارمندان یک مؤسسه.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مراحل برنامه‌های آموزشی برای کاهش تعداد افراد مستعد برای انجام جرم برگزاری کلاس‌های آموزشی در مدارس ابتدایی جهت یادگیری مهارت‌های مقابله با فشار همسانان</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخلات سازمانی</td>
<td>قانونی: مسئولیت کردن محققین ویژه برای کشیدن سیگار و اجرای سیاست سیگار نکشیدن در محله‌های کار.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>تکنیک گروهی حمایت کننده در سالمندان برای ارائه خدمات به افراد صرفعی، سرطانی و ...</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخلات سیاسی و قانونی</td>
<td>قانون نظارت و کنترل آلودگی هوا توسط مواد سازنده و شرکت‌ها و فعالیت‌های دولتی برای کاهش آلودگی هوا.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>قانون کاهش دسترسی جوانتان به تنبک‌ها و الکل</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخلات اجتماعی و جامعه‌ای</td>
<td>تشکیل تشکیل گروه‌های پیاده روزه در محل‌های یک لام‌های دومیک‌سواری</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ایجاد مراکز تربیتی در مطالعه‌های سلامت محور، بیمارستان و دانشگاه‌ها و استفاده منتخب اموزش بهدشات در جهت تشویق افراد به انجام رفتارهای سالم، در حال بیماری های ناشی از بیماری‌ها و ایجاد ملیت سالم در مدارس برگزاری نشانگاه‌های بهداشتی در مراکز خرد</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخلات اقتصادی</td>
<td>مشخص کردن مالیات برای مالکین کم درآمد، به منظور تکمیل از مالک خویش. کاهش بلای بی خانمانی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مشخص کردن مالیات برای طرف سالمندان بهبود غیر افرادی که سیگار نکشیدن سالم دارند</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>مشخص کردن مالیات برای گرای انتخابی که تخلفات شغلی ندارند</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۱-۲: راهبردهای ارتقاء سلامت و مطالعه مرتبه

نقطه آموزش بهداشت در ارتقاء سلامت

آموزش بهداشت یک جزء مهم در همه برنامه‌های ارتقاء سلامت می‌باشد. آموزش بهداشت یک فرآیند برنامه‌ریزی شده است و عمداً شامل ترکیبی از تجربه آموزشی متنوع بوده که اتخاذ رفتار داوطلبانه منجر به سلامت را سهولت می‌بخشد. در حقيقة آموزش بهداشت دارای نقطه مهمی در سه سطح بیشتری از بیماریها و حوادث می‌باشد. شکل زیر نشان می‌دهد که هم‌گرایی محوطه‌های محیطی ارتقاء سلامت را آموزش بهداشت تشکیل می‌دهد.
آموزش بهداشت
اقتصاد
اجتماع
قنوان
سازمان
سياسة
محیطی
خط مشی

ارتقای سلامت
شکل 1-6 آموزش بهداشت و مؤلفه‌های محیطی ارتقای سلامت

علیرغم اینکه آموزش بهداشت جزء اساسی ارتقای سلامت است، ولی بین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت تفاوت‌های جنگی وجود دارد. آقای شارکی ۱ و همکاران در سال ۱۹۹۵ تفاوت بین آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را چنین بیان می‌دارند: مختصات آموزش بهداشت به ارائه اطلاعات اغلب با ارزش می‌پردازند. اطلاعاتی که به مراجعین در درک روشهای مناسب، مفهومی و نتایج آن روشهای کمک کرده و مراجعین را درخواست به انتخاب رفتارهای داوطلبانه می‌کند. مختصات آموزش بهداشت، افراد را در کسب مهارت‌های لازم به منظور انجام موفق رفتارهای انتخاب شده پایی می‌دهد. مرجان انتخاب سلامت اغلب پذیرش‌العمل کرده و اکثر باعث بهبود یک وضعیت می‌شوند. ارتقای سلامت در حوزه پویه و برای کل جمعیت و نیازهای آنان برنامه‌ریزی می‌کند.

ارتقای سلامت علاوه به تنش شبیبع کلی جمعیت هدف سعی در بهبود سلامت جامعه دارد (۳).

گرین و کروتر ۲ نیز در سال ۱۹۹۵ تفاوت آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را چنین بیان می‌دارند: هدف اصلی آموزش بهداشت تشکیل افراد با انجام رفتارهای داوطلبانه بصورت فردی یا جمعی است و این امر می‌تواند به سلامت خود، دیگران و ادغام جامعه بهتر مانند گردد. ارتقای سلامت در برابرگیرندگان آموزش بهداشت است و هدف آن انجام فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی مکمل می‌باشد. ارتقای سلامت حمایتی محیطی، اقتصادی و سازمانی لازم برای تبدیل انتخاب‌های افراد به انتخاب‌های سالم را فراهم می‌نماید و در نهایت باعث افزایش سلامت و کیفیت

۱. Sharkey
۲. Arena-Based
۳. Green and Kreuter
زندگی می‌گردد (۲).

روش اکثر که آموزش بهداشتی تناها یکی از موفقیت‌های لازم برای ارتقاء سلامت می‌باشد. به نظر بسیاری از مشاغل درگیر ارتقاء سلامت، آموزش بهداشتی تناها حریف خاصی در امر ارتقاء سلامت جامعه است و متخصصان آن در طیف وسیعی از فرایندهای ارتقاء سلامت مشغول به فعالیتند. نقش متخصص آموزش بهداشتی این است که به مراجع در تدوین اهداف قابل حصول کمک نماید و یا بیمار را در سازماندهی فعالیت‌های مورد نظر یاری دهد. متخصص آموزش بهداشتی در نقش یک ارتقاء دهنده سلامت باشیست چشم انداز وسیعی نه تنها در زمینه سبک زندگی فردی، بلکه در زمینه پروپاردن تغییر در بطن زنان و جامعه داشته باشد (۳).

مولفه‌های سیاسی بر تصمیم گیری افراد برای اتخاذ یک رفتار بهداشتی از گذشته. اگهی، مفهوم خود، اعتقادات مذهبی، فدراسیون، سطح تحصیلات، شرایط اقتصادی، متغیرهای فرهنگی، ارزش‌های شخصی و الگوهای خانوادگی همه از جمله عوامل هستند که بر ایجاد رفتارهای سالم موتورند. نقش متخصص آموزش بهداشتی در بین دیگر اعضای یک جامعه اثر را در ارتقاء افراد شاخصی شخصی تغییر در ساختار اخلاقی یا ارزش‌های افراد می‌تواند داشته باشد. محیط و رفتار برخاهته و سپس برنامه ریزی‌های لازم برای انجام تغییرات ارتقاء دهنده سلامت را انجام دهد. منشأ اصلی نیازمندی‌های سالم در امر ارتقاء سلامت بین نسخه‌های بازسازی‌های اولیه است. به همین دلیل، برنامه‌های کمک‌های شایانی می‌باشد. همچنین متخصص آموزش بهداشتی می‌تواند در انجام اقدامات بهترین اعضای جامعه و ارائه دهنده خدمات بهتری در بخش تربیتی موجود بین آنها را حاصل نماید (۳).

مدخلات ارتقاء سلامت در سطح منطقه‌ای اولیه و ملی عمده شامل انجام مداخلات قانونی، سیاسی و یا اقتصادی می‌باشد. یکی از متغیرهای ارتقاء سلامت حفاظت از سلامت می‌باشد و مثلاً با کنترل افزایش بیماری برای افراد دارای رفتارهای پرخطر، قانون منع فروش سیگار در اطراف مدارس و محله‌های مذهبی، جریمه مدارس منطقه به سبب اجازه ورود دانش آموزان غیر اصلی (و اکسیس شدن به مدرسه و توجه به فاصله مناسب محل نصب بیل بوردهای راجع به سیگار با مدارس و اقدامات شاگرد همگی در حیطه حفاظت از سلامت مطرح می‌شوند. این فعالیت‌ها در ماهیت تجربیان اند. با این حال آنها در سال ۱۹۹۹ بیان کرده‌اند که برخی از مداخلات ارتقاء سلامت باشیست توسط افراد آگاه شده و موافق مورد حمايت قرار گرفته و کسب این حمایت و آموزش افراد به عنوان منشأ اصلی آموزش بهداشتی می‌باشد. مداخلات تحلیل شده و اجباری ارتقاء سلامت می‌تواند موجه افرادی باشد که اعمالشان بر سلامت دیگر افراد جامعه می‌تواند موجب ایجاد منابع کارخانه، فروشنده‌ها و جمع‌بندی کننده‌ها محدودیت‌های بهداشتی و خطرناک، متخصص آموزش بهداشتی می‌تواند در تشکیل گروه‌های تأثیرگذار (فشار)، برای انجام مداخلات تحلیل‌های مولی واقع افتد. آموزش بهداشت می‌تواند موجب است در برنامه‌های دیگر شوند که یا نماینده اقتصادی و اجتماعی در رابطه این و لازم است علاوه بر دادن اطلاعات به جمعیت هدف، به آموزش کارخانه، رسانه‌های ادارات مرتبط و رهبران جامعه نباید بپردازد. آموزش بهداشتی می‌تواند جامعه را تشخیص دهد در مشارکت و درگیری شدن در تصمیم‌گیری و خلق محیط‌های ارتقاء دهنده سلامت که
در آن حمايت اجتماعي، توسط جامعه محلی، حق بیمه و همکاریهای بین بخشی و جمعی وجود دارد، بنویسد
(2) آموزش دهنده گان بهداشت تسهیل کننده، هماهنگ کننده، ارزیابی کننده مولفه های رفتاری، کمک کننده به افراد در مراقبت از خود و ارزیابی کننده فعالیت‌ها و دیگر فعالیت‌های احتمالی می باشند. این وظایف سیب گردد به است که نیاز به آگاهی در مورد رفتار‌های مؤثر بر سلامت و تعیین کننده های آن رفتار و مهارت باری رساندن به افراد در جهت اعمال کنترل بر رفتار و زندگی خود از ضروریات حرفه ای یک آموزش دهنده بهداشت باشد (3).

اصطلاحات رایج در ارتقاء سلامت

پسری جامعه

هر جامعه از افرادی تشکیل شده که ارزیابی مشخصی دارند. کار با جامعه یک اقدام مهم در ارتقاء سلامت محصور می گردد. اولین مرحله کار با جامعه، پسری جامعه است که خود شامل ترغیب اعضاء جامعه برای همراهی با مشاور کننده در فعالیت‌های برنامه ریزی شده توسط مجوزی است. فعالیت‌های چون سازمان‌دهی یک گنگو و مذاکره در جامعه، ترتیب دادن یک نمايشگاه بهداشتی و کنار هم اوردن رهبران کلیدی جامعه برای شرکت در پانل هر روش‌های مورد استفاده در پسری جامعه هستند (4).

سازمان جامعه

اصطلاح سازمان جامعه توسط مدیرکاران اجتماعی آمریکا در دهه 1800 بیان شد و توصیف کننده تلاش‌های آنان برای همراهی خدمات ارائه شده برای گروه‌های مهاجران و افراد تهدید به توده. در سازمان جامعه، اعضاء جامعه به شناسایی نیازهای، تنظیم اهداف، اولویت‌ها، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها در راستای بهبود سلامت جامعه و موضوعات مرتبط گردند. گرین و گروجرد در سال 2000 سازمان جامعه را مجموعه‌ای از روش‌ها و فرآیندها خوانند. که توسط آن جمعیت و سازمان‌های آن به جنبش درآمده و منابع موجود را جهت حل مسائل با رساندن به اهداف متفاوت هم‌هنگ می نمایند. فعالیت‌های چون بحث‌های گروهی در این فرآیند کمک کننده اند (4).

مشارکت جامعه

هنگامی که اعضاء جامعه بطور فعالانه در برنامه ریزی و اجرای برنامه‌ها شرکت داشته باشند، مشارکت جامعه وجود دارد. مشارکت جامعه می تواند در موضوعات بهداشتی یا دیگر مسائل مدنی رخ دهد. اعضاء جامعه با پایستی نقش رهبری در مشارکت جامعه داشته باشند (4).

توسعه جامعه محلی

توسعه جامعه محلی مرحله ای است که در آن مبتنی محلی یا رهبران یا یک جامعه به سازمان‌دهی و حرکت

1. Community Mobilization
2. Community Organization
3. Community Participation
4. Community Development
جهت ایجاد تغییر در وضعیت سلامت یا دیگر موضوعات را نباید می‌شود. واژه کلیدی آن شامل تغییر در سطح جامعه است. تغییر می‌تواند توسط ارزیابی تغییرات رخ داده در خدمات پیش بینی خدمات جدید یا جایگزینی خط مشی‌های موجود یا اقدام خط مشی‌های جدید انجام گیرد (4).

توانمند سازی جامعه

توانمند سازی فرایندی است که به موجب آن افراد مهارتی فراز از حد مورد نیاز برای زندگی خود در زمینه تغییر محیطی اجتماعی و سیاسی به دست می‌آورند. توانمند سازی یک فرآیند سیاسی، روشن‌سازی و فرهنگی و اجتماعی باشد. توانمند سازی فردی متفاوت از توانمند سازی جامعه است. توانمند سازی فردی عمداً در مورد به دست آوردن کنترل فردی بر زندگی خود است. توانمند سازی جامعه تأثیرات زیادی بر موفقیت های سلامتی و کیفیت زندگی جامعه اعمال می‌کند (4).

شیبکه سازی

شیبکه سازی یک عملکرد مهم ارتباط سلامت است. ایجاد روابط مستقل با افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها جهت رسیدن به اهداف متقابل در زمینه سلامت یا دیگر موضوعات شیبکه سازی نامیده می‌شود (4).

ایجاد انتلاف

ایجاد انتلاف هیچ سازمانی به‌نهایت قادر نیست تغییرات موثر در زمینه وضعیت سلامت جامعه را انجام دهد. بنابراین همگامی بین نهادهای گروه‌ها و سازمان‌ها مورد نیاز است. یک گروه یا سازمانهای جدای از هم در یک جامعه که هدف مشترک را در ارتباط با سلامت و دیگر موضوعات موثر بیشتر و سریع‌تر از جامعه دنبال می‌کند انتلاف نامیده می‌شود. ایجاد انتلاف وقت گیر بوده و تلاش‌های هماهنگ می‌طلبد. این هنر انتلاف سازی نامیده می‌شود و یک عملکرد حیاتی برای دستیابی به اهداف ارتباط سلامت است (4).

حمایت

حمایت پشتیبانی از یک ایده یا موضوع است که دفاع کردن یا بحث کردن در مورد آن را به دنبال دارد. گرین و کرتو در سال 2005 حمایت را فعالیتی در جهت تغییر سیاسی قانونی یا سازمانی از سوی گروه‌های جمعیتی ویژه تعیین می‌کنند. حمایت در سلامت در واقع ایجاد تغییر در عقاید عصبی و به جنبش اجتماعی منبوع اختصاصی جهت حمایت از هر موضوع یا سیاستی است که بر سلامت یک جامعه یا انسجام آن تاثیر گذار است. حمایت عنصر حیاتی برای رسیدن به اهداف ارتباط سلامت است (4).

---

1. Community Empowerment
2. Networking
3. Coalition Building
بسط هنرهای اجتماعی

بسط هنرهای اجتماعی شامل افزایش پذیرش اجتماعی و رفتار، عمل، شرایط، خط مشی، قانون با محیطی است که به نحوی بر سلامت یک جامعه موثر است. هدف کارکنان ارتقاء سلامت رشد و گسترش هنرهای اجتماعی به نحوی است که رفتارهای سالم هنجر و قابل پذیرش شوند (۴).

1. lobbying
2. Policy Development
3. Legislation
4. Development of Social Norms
هدف و ارزش‌ها در ارتقاء سلامت

مقدمه فصل

در فصل اول، با مبانی نظری ارتقاء سلامت آشنا شدیم. از آنجا که فعالیت‌های ارتقاء سلامت بر زندگی افراد بسیاری تاثیر گذار است، لذا لازم است ارزش‌ها، اهداف و مسائل اخلاقی حاکم بر آن نیز شناخته گردد. یک هدف صرفا صحیح و درست و همچنین یک رویکرد صرفا درست برای پرداختن به مجموعه‌ای از اقدامات در ارتقاء سلامت وجود ندارد. متخصص ارتقاء سلامت نیازمند کار با اهداف مشخص و انجام فعالیت‌های متعادل برای پرداختن به سلامت جمعیتهای است. الگوهای مختلف موجود در آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت می‌توانند در شفاف سازی اهداف و ارزش‌ها به متخصص ارتقاء سلامت کمک‌هایی شاخصی نمایند.

بطور کلی دو سوال اساسی و کلیدی در حوزه اهداف ارتقاء سلامت مطرح می‌شود. سوال کلیدی اول این است که آیا هدف ارتقاء سلامت تغییر رفتار فردی و سبک زندگی است یا تغییر در محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی؟ دومین سوال کلیدی اهداف ارتقاء سلامت این است که هدف از انجام کار یا یا برای مراجعین چیست؟ در این فصل بپرسی اهداف ارتقاء سلامت و رویکرد به پیشگیری و بهبود سلامت (شامل روش‌های پزشکی، تغییر رفتاری، آموزشی، مراجع محوری و تغییر اجتماعی) و برخی ارزش‌های مناسب این رویکردها پرداخته می‌شود.

در پایان این فصل در می‌یابید که اهداف ارتقاء سلامت با توجه به رویکردهای موجود تا انداده ای متفاوت است. مثلا هدف رویکرد آموزشی دادن اطلاعات و کسب اطلاعات جدید در مورد آگاهی در مورد موضوعات بهداشتی مطرح شده و در نهایت تصمیم‌گیری آگاهانه افراد می‌باشد. این در حالی است که هدف رویکرد پزشکی رهابی از ناتوانی و بیماری به دارای تعیین پزشکی همچون سرطان و بیماری قلبی است و هدف رویکرد تغییر اجتماعی انجام تغییرات مؤثر در محیط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی در راستای نیل به سلامت است.
اهداف ارتباط سلامت

برای جند دهه بهبودی در خصوص رویکردهای مختلف به ارتباط سلامت وجود داشته. نقطه تمرکز بیشتر این بحثها به اهداف فعالیت‌ها بود.

دو سوال اساسی و کلیدی در حوزه اهداف ارتباط سلامت مطرح می‌شود. سوال کلیدی اول این است که آیا هدف ارتباط سلامت تغییر رفتار فردی و سبک زندگی است یا تغییر در محیط‌های فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی؟ در آموزش بهداشت سنتی، هدف تغییر رفتار افراد در جهت اتخاذ سبک زندگی سالم بود (رویکردهای سبک زندگی). بعبارتی هدف تغییر افراد به منظور تطبیق بیشتر با محیط بود و کمتر به ایجاد محیط‌های سالم برای زندگی توجه می‌شد. این دیدگاه به سرنشین بیمار این برابر بیماری شدنت و بیماری را یک مساله اخلاقی بر می‌شمرد که آموزش دهندهان سلامت با آن مواجه می‌شدند. در این دیدگاه بیان می‌شد که افراد اغلب خود قادر به بهبود وضعیت سلامت خودشان و آنها باید مسئولیت زندگی برای حفظ سلامتی خودشان اتخاذ نموده و آموزش بهداشت در این فراکسیون تکیه یک ابزار لازم تلقی می‌شد. در اینجا بحث می‌گردد که آموزش بهداشتی افراد بر سلامت خود بیشتر افراد بر سلامت خوبی منجر شود.

رویکردهای سبک زندگی بیان می‌کند که نشانه‌های اکتشافی برخی از بیماران از میان آنها از افراد مسلط به پژوهش تأکید کرده‌اند که بهداشتی می‌باشد. به‌معنای افراد مسلط این نتایج پژوهشی و بهداشتی را قبول و به آنها عمل نمایند. این در حالت است که برخی افراد حتی شرایط لازم برای مسئولیت داشتن پیامدهای سلامت خود را ندارند. چرا که آنها جوانند، بیماران با مشکلات بادگیری شدید دارند.

در این روشکردهای ارتباط سبک زندگی افراد به افراد بیماری و ناخوشی آنها می‌گردد. وقتی بیشتر می‌گردد در یک باپی باید که یک نظریه تا حدودی می‌تواند صادق باشد، چرا که تغییر کننده‌های سلامت متغیرتکن و سلامت علاوه بر رفتار تحت تأثیر عوامل اجتماعی اجتماعی نمی‌بایست دارد (عوامل مانند فرد، نرخ پرسنلی و وضعیت مسکن، شغل و غیره). این برای بیماری و رفتارهای او، توجه کمتر به تغییر کننده‌های سلامت را در پی دارد. در این دیدگاه باید شهادت که افراد در جهت انتخاب سبک زندگی خود آزادند، این در حالت است که آزادی در اغلب مواقع وجود دارد و محدود می‌شود. به عنوان مثال عوامل اجتماعی می‌تواند بر انتخاب نوع غذا تأثیر بگذارد (مثل ماهی تازه و نان غذای شده نسبت به بیسکویت و نان سفید گرانش هستند). عوامل اجتماعی نیز اهمیت دارند. به عنوان مثال در جایی که والدین و همه دوستان یک نوجوان سیگار می‌کشند، این نوجوان آزادی باعث انتخاب رفتار دارد. چرا که اگر سیگار نکشند، مودرهای تنش البته این دوستان قرار می‌گیرد. سوال دیگر آن است که آیا افراد می‌توانند آزادانه به تغییر عوامل مخرب سلامت مانند حذف شرایط

1. Blaming the Victims
محيط کاری استرس زا و کاهش بیکاری بیپد از نظر ایست که رویکرد سبک زندگی سرژنش قربانی را به دنبال دارد، چرا که اگر فرد نمونه دستورات بهداشتی تجویز شده را انجام دهد، احتمال گنگه می‌کند. 

دوستان سوال کلیپ در بحث پروپون اهداف ارتباط سلامت این است که هدف از انجام کار با، با برای مراجعین چیزی را قبول نمایند؟ یا هدف این است که مراجعین قادر به انتخاب آگاهانه شده ۷ مهارت و اطمنان کافی برای اجرای انتخابها را کسب نمایند؟ 

به مثال زیر توجه کنید: فرض کنید یک متخصص ارتباط سلامت با افرادی کار می‌کند که رفتارهای جنسی ناسالم داشته و در خطر اعتیاد به عفونت‌های آمیزشی چون ایدز قرار دارند. اگر هدف این کارمند قبول تناصیع پزشکی توسط افراد باشد، او نقش متقاعدسازی را به عهده گرفته است و بدین وسیله تبدیل‌پذیری پرمارون خطر باختن به بیماری‌های چون ایدز را در افراد ایجاد می‌کند. حال اگر مراجعین او دوباره رفتارهای ناسالم و برخی جنسی را از پیش گرفتن، کارمند نتیجه می‌گیرد که در کارش شکست خورده است. در صورتی که اگر هدف این کارمند قدردانی افراد برای داشتن انتخاب آگاهانه در این موضوع باشد، باید این مطمئن شود که مراجعین حقایق و خطرات مرتبط با این رفتارهای برخی را ارزیابی کند و سپس در جهت تشویق و حمایت از افراد برآید. اگر مراجعین دوباره به انجام رفتارهای برخی جنسی برداشته‌اند، افرادی همچنین می‌پذیرد که باید انتخاب مراجعین را محترم شمارد و خود را شکست خورده در انجام مداخله نداند و معتقد باشند که مراجعین انتخابی آگاهانه داشته‌اند.

سوالاتی که در اینجا مطرح می‌شوند این است که آیا بايد مردم را متوقف به انجام کاری نمود؟ یا آیا باستی اطلاعات لازم جهت انتخاب آگاهانه را در اختیار آنها نهاد؟ کارمند بهداشتی می‌داند که افراد، بدون زندگی و سلامت بودن را باید به دیگر افراد جامعه تحمیل کند؟ در پاسخ کلی به این سوالات می‌توان گفت که پاسخی به تعريف موفقیت در فعالیت‌های ارتباط سلامت برداشته شود. در مثل بالا اگر هدف تفکیر فرد افراد باشد، موفقیت احتمالاً در قابلیت دریافت سالمندان و پیشرفت‌های بهبودی‌زا و حاملگی‌های ناخواسته تعريف می‌گردد. اگر هدف صرف آموزش مراجعین باشد، موفقیت در قابل تغییراتی در دانش افراد تعريف می‌شود (۱). 

**تفکر اهداف و ارزش‌ها در ارتباط سلامت**

یک هدف کاملاً صحیح و جامع و همچنین یک رویکرد کاملاً درست برای پرداختن به مجموعه ای از اقدامات در ارتباط سلامت وجود ندارد. متخصص ارتباط سلامت نیازمند کار با اهداف منظم و انجام فعالیت‌های متعددی برای نیل به آن هدف‌هاست. الگوهای مختلف موجود در آموزش بهداشت و ارتباط سلامت می‌توانند به متخصص ارتباط سلامت در شفاهی اهداف و ارزش‌ها کمک کنند. این می‌تواند در ادامه این بحث پنج رویکرد موجود در ارتباط سلامت و برخی ارزش‌های مناسب آنها بیان می‌شود.

----

1. Compliance
2. Informed Choice
1. روش‌های پزشکی

هدف این روشکرد، رهایی از ناتوانی و بیماری‌های دارای تعیین پزشکی همچون سرطان و بیماری قلبی است. این روشکرد با انجام مداخلات پزشکی درصد پیشگیری به‌هیله بیماری‌ها است. در کل روشی متقاعد کننده و پدرمایه‌ای می‌باشد.

ارزش مناسبی به این روشکرد بر انجام خدمات پزشکی پیشگیری کننده و مسئول بودن متخصصان حرفه‌ای در قبال پیروی بیماران از رژیم‌های درمانی می‌باشد. متقاعد ساختن والدین برای ایمن سازی کودکانشان و متقاعدسازی مردانی میانسال به انجام گربالگری فشار خون مثالهایی برای این روشکرد می‌باشد.

۲. روشکرد تغییر رفتار

هدف این روشکرد، تغییر نگرش‌ها و رفتار افراد به گونه‌ای است که سبک زندگی سالمی را در بیش گیرند. این روشکرد اشاره می‌کند که داشتن سبک زندگی سالم یکی از بهترین علایق مراجعین است و کارمند ارتباط سلامت با یکدیگر را در جهت کسب سبک زندگی سالم تشویق و حمایت نماید.

ارزش مناسبی به این روشکرد آن است که سبک زندگی سالم توسط مختصین بهداشتی تعیین و تجویز می‌گردد. آموزش روش‌های تغییر رفتار، تشخیص افراد به انجام ورزش و داشتن الگوهای صحیح غذایی مثالهایی از این روشکرد هستند.

۳. روشکرد آموزشی

هدف این روشکرد دادن اطلاعات و کسب اطلاعات یا مورد آگاه شدن و فهم موضوعات بهداشتی مطرح شده و در نهایت تصمیم گیری آگاهانه افراد می‌باشد. در اینجا اطلاعات لازم برای سلامت به افراد ارائه گردیده و به آنها کمک می‌شود تا ارزیابی و تغییر رفتارها را مشخص و خود تصمیم بگیرند. ضمناً به افراد در جهت اجرایی ساختن تصمیمات خود و اتخاذ رفتارهای جدید بهداشتی (که به آنها پیشنهاد شده) کمک‌هایی از لحاظ داده می‌شود.

این روشکرد درصد تحمل عفونت مختصین آموزشی بهداشت با متقاعد سازی افراد نیست، بلکه این روشکرد نشاندهنده این است که تصمیمات مراجعین ممکن است دیقفاً همان‌هایی نباشند که آموزش دهنده‌اند بهداشتی مد نظر دارند.

ارزش‌های مناسبی به این روشکرد این است که افراد حق انتخاب داشته و وظیفه مختصین آموزشی بهداشت تنظیم و ارائه محتوای آموزشی است. اجرای برنامه‌های آموزشی بهداشت در مدارس مانند کمک به دانش‌آموزان برای یادگیری مهارت‌های سالم زندگی کردن (علاوه بر دادن اطلاعات صرف به آنها) مثالهایی از این روشکرد آموزشی را می‌کشد.

---

1. The Medical Approach
2. The Behaviour Change Approach
3. The Educational Approach
هدف این روشکرد عمدتا بر کار با مراجعین و کمک به آنها در شناختن آنچه باید بدانند و انجام دهنده و تصمیم گیری آگاهانه بر مدار علایق و ارزشهای فردی است. در اینجا متخصص ارتباط سلامت نقش تهیه کننده دارد. او به افراد در جهت شناخت علایق خود، آگاهی یافتن و کسب مهارت‌های لازم جهت انجام تغییرات مورد نظر باری می‌رقصند.

ارزشهای مناسب به این رویکرد عبارتند از: توانمندسازی مراجعین (هدف اصلی این رویکرد می‌باشد)، حق تصمیم گیری مراجعین و هم‌رونه بودن مراجعین با کارمند بدهاشتی، مراجعه کننده‌گان در این رویکرد با کارمند بدهاشتی مسأول ان (یعنی بصورت اشتراکی تصمیم گیری)؛ چرا که آنها افرادی هستند با آگاهی، مهارت و تووان؛ افرادی هستند که کاملاً حق دارند بر وضعیت سلامتی خود کنترل داشته باشند. در قابلی که مثال می‌توان این رویکرد را تا آن‌اندازه ای شفاف کرد. در نظر گیری کارمند ارتباط سلامت سعی دارد اطلاعاتی راجع به سیگار کشیدن و مضار آن را به دهند. مطالب این رویکرد هر گونه طبیعی پیرامون سیگار کشیدن بايد زمانی تهیه و ارائه شود که مراجعین موضوع سیگار کشیدن را بعنوان یکی از موضوعات مورد علاقه خود علیوا می‌کنند. درواقع مراجعین اند که تعیین می‌کنند، می‌خواهند درباره سیگار کشیدن چه جزیی بدانند و یا انجام دهند.

5. روشکرد تغییر اجتماعی

هدف این رویکرد انجام تغییرات موثر در محیط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی در راستای افزایش سلامت جامعه است. در این رویکرد تمرکز بر تغییر اجتماعی است به تغییر رفتارهای فردی. این رویکرد در بردارندگی اقدامات سیاسی یا اجتماعی می‌باشد. هدف این رویکرد که ارتباط رویکرد آن است که انتخاب بدهاشتی را به ساده ترین انتخاب تبدیل کند. این رویکرد باید می‌دارد که ایجاد محیط سالم حق انسانی است و سلامت باشد در دستور کار سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران قرار گیرد. بهتر است به جای تطابق دادن زندگی افراد با محیط، مقدمات نیز به خلق محیط‌های سالم توجه شود.

ارزش مناسب به این رویکرد شامل حق و نیاز به داشتن یک محیط ارتباط دهنده سلامت برای افراد است. تصویب قوانینی که منع سیگار کشیدن در مکان‌های عمومی، عدم دسترسی به سیگار برای کودکان و تحريم تبلیغات سیگاری در جامعه‌ها مثال‌هایی از این رویکرد هستند.

متخصص ارتباط سلامت باشد دراید که از کدام رویکرد و در کدام موضوع استفاده نماید. از این رویکرد باید بین‌دیشد که کدام یک از رویکردها به راحتی ترین شکل با ویژگی تخصصی رفتار خودش مطابقت دارد و کدام یک برای رفع نیازهای مراجعین مشابه ترین است. برای نمونه در مورد مسائل دخانیات ممکن است احساس اجبار اخلاقی برای استفاده از رویکرد تغییر رفتار با مراجعین داشته باشد. از طرفی ممکن است احساس کند که به این رویکرد

1. The Client-Centred Approach
2. The Societal Change Approach
مراجع محوری را مورد استفاده قرار داده و موضوع را رها کند، مگر آنکه مراجع بخواهد که راجع به آن بحث شود. یک نکته مهم این است که هر رويکرد نبایستی بطور مجزا و مستقل از سایر رويکردها در نظر گرفته شود. شاید در بعضی جاها مناسب باشد که مخلوطی از رويکردها برای مقابله با یک مساله بخصوص مورد استفاده قرار گیرد. مثلا مختص ارتباط سلامت می تواند رويکرد تغییر اجتماعی را برای تدوین سیاست ممنوعیت کشیدن سیگار در مکانهای عمومی مورد استفاده قرار دهد و یک رويکرد آموزشی برای کودکان ۱۲ ساله که تا حال سیگار نکشیده اند در پیش گیرد (۱).
شناسایی نیازها و اولویت‌ها در ارتقاء سلامت

مقدمه فصل

 نظام‌های بهداشتی با تلقیه‌های متعددی مواده ودیده‌ای و هستند، به‌دنبال است که آنها قادر به پرداختن به همه آن نیازها و تلقیه‌های نمی‌باشند، چرا که همواره سرمایه و منابع محدود وجود داشته و ناگزیر باپستی اولویت بنده بین نیازها موجود انجام گردد. باید توجه داشته که شناسایی و اولویت بنده نیازها در ارتقاء سلامت یک فرایند مشکل و پیچیده است.

سوال مطرح شده این است که یک کارمند بهداشتی چگونه باید نیازهای مردم را شناسایی کند تا در نهایت بتواند موضوع اولویت بنده را انجام دهد؟ در این راستا باید چه داده‌هایی با جامعه جمع‌آوری کند و روش‌های گرداوری داده‌ها چیست؟

روشن است که مجریان و مدیران ارتقاء سلامت باپستی جهت اثرپذیری معاملات حیات با نحوه جمع‌آوری اطلاعات برنامون نیازهای جامعه و اولویت بنده آنان آشنایی کافی داشته باشند.

در این فصل به بررسی اهمیت شناسایی نیازهای و اولویت بنده آنان، انواع نیازهای ( هنری، انسان، خلاقیت، شده و مقایسه ای، ای، داده ها و اطلاعات مورد استفاده در امر شناسایی نیازهای در ارتقاء سلامت و فنون ارزیابی نیازهای جامعه می‌پردازیم.

 ضمنا در پایان فصل حاضر خوانندگان با روبه‌روی‌دهی مختلف افراد مختلف کلیدی، انتقال نظر اجتماعی، فرایند گروه اسامی، ارتقاء و داده به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از جامعه آشنا می‌گردد، نقطه ضعف و قوت آنها را دانسته و مراحل انجام این روش‌ها را می‌شناسد.

41
اهمیت شناسایی و اولویت بندي نيازاها در ارتباط سلامت

شناسایی و اولویت بندي نيازاها در ارتباط سلامت یك فرآيند مشکل و پيچیده است. همواره به دليل محدودیت در منابع موجود، انتخاب یك نياز از ميان سایر نيازها با چالش‌هایی روبرو بوده است. نظام های بهداشتی همیشه با تفاضل‌های متعددی مواجه هستند که قادر به برآورده کردن آنها نیستند. چرا که منابع محدودیت سرمایه‌های همواره وجود داشته و ناگزیر بايستی اولویت بندي بین نيازهاي موجود انجام گردد.

سازمان‌های سیاسی در سطوح بين المللی، ملي و محلی در تشخيص نيازهاي بهداشت عمومي نقش دارند. شناسایی افراد نيازمند به دریافت خدمات ارتباط سلامت (که برخی اوقات گروه هدف نام نهاده می شوند) یک امر ضروری و با اهميتی به شمار می آید. اين افراد همان كاربران 1 خدمات ارتباط سلامت هستند. مانند افرادي كه در برنامه های ترك سیگار شرکت مي کنند يا افراد كه از خدمات بهداشت مادر و كودک استفاده مي نمایند. ابتدا اگر افراد دريافت كننده خدمات پزشكي باشدمدی توان آنها را مشتری 2 مددجو 3 يا بيمار 4 نيز نام نهاد. برخی اوقات لازم است مصرف كنندگان بالقوه را مانند مصرف كنندگان جایگي یك خدمت شناسایی نمود، چرا كه

خدمت ارائه شده شايد قابلیت دسترسی یا جابپیت لازم را برای گروه اول نداشت باشد. (1)

انواع نيازاها در ارتباط سلامت

چهار نوع نياز در ارتباط سلامت وجود دارد شامل:

1. نياز هنحالي

این نياز را متخصصان يا افراد شاغل بر اساس استانداردهاي شغلي خود تعريف مي كنند. مشاهده كه اندک در استانداردهاي شغلي آنها به اين معنایست كه يك نياز وجود دارد. براي مثال يك متخصص تغذие ممکن است ميزان معيني از آگاهي تغذيه اي را باعث استاندارد مناسب برای مراجعه كننده گونه خود در نظر گيرد و در جابي كه آگاهي مراجعین مطلوق با استانداردهاي تعیین شده او نیست، نياز به دادن آموزش‌های تغذیه اي را برای مراجعین خود تعريف مي نماید. نياز هنحالي بر يك قضاوتنهاي ارزشي متخصصان است و اين خود مي تواند مسرال نياز بود. چرا كه نظیر يك مختص مي تواند متفاوت با استانداردهاي قابل قبول و در نتیجه با ارزشي و استانداردهاي مراجعین باشد. اين نگاه حائز اهميت است كه برخی از نيازهاي هنحالي توسط قانون مقرر شده اند.

مانند قوانين حاکم بر بهداشت مواد غذایي (1).

2. نياز احساس شده


1. Users
2. Customer
3. Client
4. Patient
5, Normative Need
6. Felt Need-Wants
شامل نیازهایی است که افراد احساس می‌نمایند، به‌عنوان چیزی که آنها می‌خواهند. برای مثال یک خانم باردار
احساس می‌کند نیازمند دریافت اطلاعاتی برای تولید نوزاد است. نیازهای احساس شده می‌توانند محدود باشند از حد اブラز گرندند و این امر تحت تأثیر میزان آگاهی و دانش افراد در مورد خدمات و ساپلی است که
می‌تواند نیاز های آنان را برآورده سازد. بعنوان نمونه افراد ممکن است نیاز به دانستن سطوح کلسیترول را یافت و
یک نیاز احساسی تکنیکی است، وقتی ندانند با استفاده از ابزارهایی می‌توان کلسیترول خون را اندازه‌گیری کرد.

3. نیاز به‌این‌که

شامل نیازهایی است که افراد بیان می‌کنند به آن نیاز دارند. آنها شامل نیازهای احساس شده آی‌هستند که
در قالب تفاضلاتی یا در خواص بیان شده اند. برای مثال وجود کلیشهای ورزشی در جامعه نمی‌توان از نیازهای بیان
شده می‌باشد که در پاسخ به یک تفاضل ایجاد شده است. در مورد این نوع از نیاز سه تا نه حالت اهمیت است. اول
اینکه باید توجه داشت که همه نیازهای احساسی شده بیان نمی‌شوند. عواملی چون نبود فرد و انگیزش
می‌تواند از اظهار و بیان نیازهای احساسی شده جلوگیری نماید. دوم اینکه تفاضلات نباید مساوی با نیاز
احساس شده تلقی گردد و سومین نکته اینکه نیازهای بیان شده می‌تواند در تعداد با نیازهای هنرجویی قرار گیرد.
بعنوان مثال بیمار ممکن است نیازمند دانستن اطلاعات بیشتری راجع به وضعیت پزشکی خود باشد ولی بر‌پرداز
 قادر باشد به دانستن دانستن اطلاعات بیشتری راجع به وضعیت پزشکی خود باشد. این تضاد همچنین می‌تواند به هنگامی که پرستار اطلاعات
بیش از حد نیاز به بیمار می‌دهد نیز پیش‌دار گردد.

4. نیاز تطبیقی یا مقایسه‌ای

شامل مقایسه گروه‌هایی از دریافت کندگان خدمات ارائه‌سالمات با گروه‌های مشابه است که خدمات
دریافت نمی‌کنند. برای نمونه در یک سازمان اف‌خ‌می‌سایه‌های بهداشتی مناسبی در خصوص سیگار کشیدن
در محل کار بیمار منه‌سوز و در سازمان ب این خصوص مشی بهداشتی اجرا نمی‌گردد. در اینجا می‌توان گفت که
نیاز به پیاده‌سازی این خصوص مشی در کمباین/ا/ال وجود دارد (1).

شناسایی نیازهایی ارائه‌سالمات

یک کارمند بهداشتی چگونه باید نیازهای مردم را شناسایی کند؟ برای پاسخ به‌هتبر به این سوال ابتدا باید به
چهار نکته مهم و کلیدی شامل وسعت و محدوده فعالیت‌ها، تعادل بین واکنش و عدم واکنش، مطرح ساختن
نیازهای مراجعین در شرایط کار و اتخاذ یک روش‌گری بازاریابی توجه شود. در ادامه به توضیح این نکات می‌پردازیم.

وسعت ۳

در یاره ای از مشاغل حوزه‌شناسایی نیازها وسعت و حدود زیادی ندارد. بعنوان نمونه یک دندانپزشک ارائه

1. Express Need-Demands
2. Comparative Need
3. The Scope
Putting Users First

1. Reactive or Proactive

Evaluating how users perceive a system, we can classify it as either reactive or proactive.

Reactive systems are those that respond to user actions or requests. They are typically used in environments where the system needs to adapt quickly to user demands. Examples include search engines, social media platforms, and customer service systems.

Proactive systems, on the other hand, are designed to anticipate and address user needs before they are explicitly expressed. They are often employed in scenarios where the system can leverage data and analytics to predict user actions or preferences. Examples include recommendation engines, predictive maintenance systems, and virtual assistants.

Both types of systems have their advantages and disadvantages. Reactive systems are generally more responsive but may lack the ability to anticipate future needs. Proactive systems, while capable of providing a more personalized experience, can be complex and require significant data and computational resources.
خدمات می‌گردد. افراد بايد به خدمات مناسب (64 ساعت روز و 7 روز هفته در مکان‌های مناسب) و مناسب
با سبک زندگیشان دسترسی داشته باشند. ذکر این نکته لازم است که در صورت امکان بايستی انتخابهای بیشتر
و قابل انعطاف تر در اینجا افزایش استفاده کننده از خدمات گذاشته شود.

اتخاذ روش‌های بازاریابی

اصطلاح بازاریابی به تناوب در ارتقای سلامت بکار می‌رود. برخی بازاریابی‌های را در رابطه با مشاغل تجاری و مشاغل
مرتبط با فروش و تبلیغات می‌دانند. بازاریابی در ارتقای سلامت کلیدرسیده را می‌یابد.

سوال مطرح شده این است که در راستای شناسایی نیازهای ارتقای سلامت، بازاریابی‌های چه چیزی می‌باشد؟ معمولا کارکنان شاغل در یک بخش‌های عمومی یا داوطلبانه ارتقای سلامت به دنبال کسب سود و سوداوری
نیستند و از دیدگاه هیچ تجاری به دورند. اما اگر این کارکنان یک روش بازاریابی در فعالیت‌های خویش اتخاذ
نمایند، می‌توانند فعالیت‌های اثری‌تری تر و کارآمدتری را به انجام می‌رسانند. در نظر علوم بازاریابی یک مهارت
مدیریتی برای شناسایی فرصت‌های برای افزایش رضایت مشتری و در نهایت سودآوری بیشتر است. در زمینه
ارتقای سلامت می‌توان بازاریابی را به گونه‌ای تعیین کرد:

بازاریابی یک مهارت مدیریتی جهت شناسایی فرصت‌های جلب رضایت مشتری با مراجعت کننده خدمات است و
می‌تواند در نهایت منجر به افزایش حفاظت به بهبود سلامت مراجعه کننده با مشتری گردد. برون داد بازاریابی در
ارتقای سلامت شامل سلامت است. سلامت روان و توانسته. فعالیت‌های ارتقای سلامت با اتخاذ روش‌های بازاریابی
ارتباطات تر خواهد بود. در برخی مواقع می‌توان از روشهای خاص بازاریابی مانند مطالعات بزار در ارتقای سلامت
استقلال کرده. در اینجا نیز پاسخگویی به نیازهای خواسته‌های مشتری و مناسبات سازی خدمات با مشتری به
چاپ مناسبات سازی خدمات با ایده‌های ارائه دهنده خدمات با استفاده در نظر گرفته شده که

داده‌ها و اطلاعات مورد استفاده در امر شناسایی نیازهای ارتقای سلامت

نقطه شروع تعیین نیازهای ارتقای سلامت، جمع آوری اطلاعات از منابع گوناگون و متعدد می‌باشد. منابع
اطلاعاتی متفاوتی در امر شناسایی نیازهای کمک کننده اند شامل:

1. داده های اپیدمیولوژیکی: این داده ها اطلاعات بسیاری در مورد تعداد افراد فوت شده از یک مشکل بهداشتی
خاص یا افراد در معرض خطر خاص در اختیار ما قرار می‌دهند. داده های اپیدمیوژینیک اطلاعات بیشتری راجع
به سلامت جمعیتی، عمل و عوامل خطر مرتبط با بیماری ارائه می‌دهند که بصورت بالقوه در امر ارتقای سلامت و
پیشگیری قابل استفاده اند. این داده ها در سطح ملی منطقه‌ای یا محلی در دسترس هستند.
2. داده های سبک زندگی: در برگیرندن اطلاعاتی درباره رفتارهای مرتبط با سلامت و سبک زندگی مانند ورزش،
کشیدن سیگار، سوء مصرف مواد و غیره است. این داده ها می‌توانند در سطوح مختلف ملی، منطقه‌ای و محلی

1. Adopting a Marketing Approach
در ارتباط با نیازهای در ارتباط سلامت

از روزی باید نیازها در ارتباط سلامت با پرسیدن جند سوال نظام مدن آسانی می‌گردد. این سوالات کلیدی به ما کمک خواهند نمود که تصمیم‌گیری‌ها یا بازدید به یک نیاز‌های خاص پاسخ دهی و اگر باید چگونه پاسخ دهیم، حال به این سوالات کلیدی می‌پردازیم.

سوال اول: نیاز از چه نوعی است؟ آیا نیاز هنگامی، احساس شده، بدن شده یا مقاومه‌ای است؟

سوال دوم: چه کسی تصمیم می‌گیرد که یک نیاز وجود دارد؟ آیا کارمند بهداشتی یا مراجعین یا هر دو در این مورد تصمیم گیری می‌کند؟ بسیاری از موقعیت‌های ساختمانی سریعا مشخص نمی‌شود. چرا که پاسخ نیازمند بحث‌های میان کارکنان بهداشتی و مراجعین است. افراد ممکن است نتیجه‌گیری که می‌خواهند یا چه تجربه نیاز دارند، چرا که آنها اگاهی دارند و امکانات محدودی دارند. کارمند بهداشتی می‌تواند افرادی انتخاب می‌کند که کمک کندن بهبود و یا بهتر عمل یک تفاوت (یک نیاز ابراز شده) ایجاد کند. این آن آی است که یک تصمیم مشترک بر سر نیازها بین کارمند بهداشتی و مراجعه‌کننده بوجود آید.

سوال سوم: اساس تصمیم گیری برای اینکه نیازی وجود دارد چیست؟ آیا در مورد نیاز مدارک و شواهد از داده‌های غیر نیازی حقایق دخالت و اعداد وجود دارد یا نه؟ اگر داده‌های موجود نیست، آیا داده‌ها موجود در مناطق مشابه وجود دارد و آیا می‌توان از آنها استفاده کرد؟ آگاهی از منبع داده‌ها می‌تواند سبب استناد از پرداختن به مواردی باشد که مشکلات بهداشتی مربوط می‌شود. هنگام مطالعه در یک جامعه نشان داده این که برای افراد سالم بهداشت ممکن است که به پیرمردان مراجعه کند. اگر این مطالعه می‌تواند مواد این باشد که برای افراد از جوامع حمل و نقل عمومی ضعیف است و تنها عامل سالم‌سازی برای فتن به پیرمردان با مشکل بر می‌خورند؟ آیا نظارت مراجعه کننده در نظر گرفته شده و آیا آنان نیازهای مد نظر کارمند بهداشتی را نیاز خود می‌دانند؟
روش‌های ارزیابی نیازهای جامعه: روشهای اولیه جمع‌آوری اطلاعات

یک امر مهم جهت ارزیابی نیازهای جامعه، ارزیابی صحیح از وضعیت جاری می‌باشد. اغلب اوقات توجه به این مهم سپس جمع‌آوری اطلاعات دست اول از مخاطبان مرتبه‌ی می‌گردد. کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده از جامعه و استناد به انتخاب و کاربرد صحیح فنون جمع‌آوری اطلاعات یا ترکیب از فنون می‌باشد.

فنون مناسب با توجه به نیازهای مختلف تعیین می‌شوند. برخی اوقات کاربرد یک روش به تنها‌ی تخلیه‌ی نخواهد توافت اطلاعات زیادی را در اختیار شما قرار دهد. لذا کاربرد و ترکیب چند روش می‌تواند تصویر منطقی تراز نیازهای جامعه را در اختیار شما بگذارد. ذکر یک نکته‌ی از اینکه در انتخاب روش مورد نظر باهم عواملی چون متابی مالی، انسانی و سابی منابع در نظر گرفته شوند. در این قسمت به بیان بخش‌های مختلف مقدمه جمع‌آوری اطلاعات از جامعه (نیازهایی) پرداخته می‌شود.

1. روش کرد افراد مخیر کلی

هدف این روش یک جمع‌آوری اطلاعات از افراد برتر ساکن در جامعه مانند افراد دارای آموزش‌های حریرهای برای افراد مرتبط با سازمان‌ها و انجمن‌های خاص است. این روش می‌تواند در جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با نیازهای احتمالی جامعه استفاده شود. ایده روش دربرگیرنده یک بررسی با مصاحبه کوتاه با ساکنین شناخته شده به عنوان افراد مطلع کلیدی است. اطلاعات توزیع پرسشنامه با مصاحبه جمع‌آوری کشته و در نهایت پسخوارنده از نتایج مطالعه به افراد شکی می‌کند در مصاحبه داده می‌شود.

در هرمز گروه‌های مختلف از افراد مخیر کلیدی در جامعه موجود دارند مانند مستند منتقد (شهردار، کارمندان)، افراد کلیدی در ساختارهای اجتماعی (رهبران مذهبی، امامزاده، حافظ امنیت عمومی، مدیران مدارس، مدیران بیمارستان و بانکداران، مدیران مؤسسات (بخش خدمات اجتماعی)، رهبران سازمان‌های خدمات عمومی (اتاق بازرگانی) و ارائه‌های خدمات تخصصی (پزشکان، وکلا و استاد دانشگاه).

1. Key Informant Approach
برای اجرای رویکرد افراد کلیدی باید مراحل زیر طی شود:

1. ابتدا فهرستی از نام افراد کلیدی تهیه کنید.
2. در مورد شوی جمع آوری اطلاعات تصمیم بگیرید (پرسشنامه، مصاحبه، تلفنی و غیره).
3. یک پرسشنامه کوتاه یا مصاحبه مختصر برای کسب اطلاعات مورد نیاز تنظیم کنید.
4. اطلاعات را جمع آوری کنید.
5. اطلاعات را سازماندهی نمایید.
6. اطلاعات را تفسیر کنید.
7. نشستی با افراد کلیدی ترتیب داده و طی آن یافته‌های مطالعه خود را ارائه دهید. در مورد تفسیرهای خود و تفسیرهای آنان از اطلاعات به دست آمده بحث نمایید.

ابزارهای مورد استفاده جهت گردآوری اطلاعات باید انجام اطلاعات مورد نیاز جهت تشخیص نیازهای جامعه را در بر داشته باشد. سوالات پرسشنامه می‌توانند در خصوص ادراک این افراد از نیازهای عمومی جامعه یا نیازهای بخش‌های خصوصی، نگرش‌های آنان در مورد اقدامات مناسب برای حل مسئله و مشکلات فعال جامعه و چیزی بپردازد که ایجاد در جهت برطرف ساختن نیازهای حل نشده جامعه انجام پذیرد. به منظور حصول اطمینان از مناسبی افراد کلیدی شرکت گنندگی مطالعه به‌طور انجام پرسشنامه سوالات پیامان شاخه‌های زمینه‌ای این افراد مانند منطقه‌سکونت نیز اوردید شود.

مزایای این رویکرد شامل موارد زیر است: یکی از آسان‌ترین و باصرفه‌ترین روش‌ها جهت ارزیابی نیازهای هستند؛ فرصت لازم برای جلب اعتماد افراد و آنگاه بیان تجربه افراد خصوصی آنان را دهد؛ اطلاعات عمیق راجع به ریشه مسائل و امکان شفاف سازی مدام عقیده و اطلاعات را ممکن می‌سازد؛ می‌تواند به نحو موثری با دیگر روش‌ها ترکیب شود؛ سبب افزایش مشارکت شهروندان جامعه شده و امکان دستیابی به نظارت و دیدگاه‌های مختلف در مورد نیازهای جامعه را ایجاد نمی‌دهد. هزینه جدی برای تکثیر پرسشنامه و تحلیل اطلاعات لازم ندارد؛ می‌تواند سبب برطرفی یا تقویت ارتباطات بین سازمانهای خدمتی موسسات با انجمن‌های شود؛ بهتر در مورد یافته‌های افراد مخیر کلیدی می‌تواند سبب تقویت بینش افراد متنوع گردد و بالاخره در این روش تهیه ایجاد گردد.

آزمایش اطلاعات نسبت به رویکرد بی‌پایان آسانت می‌باشد.

این روش معاویی نیز دارد. از جمله معاویی آن امکان سوگیری اطلاعات مشتق شده (چرا که اطلاعات عمده‌ای از ارائه دهندگان خدمات و هنوز از مصرف کنندهٔ خدمات جمع‌آوری می‌شوند)؛ اطلاعات افراد مخیر کلیدی اغلب ممکن است بسیار دیده‌گاه‌های سازمانها با انجمن‌هایی هستند که با آن در رابطه هستند؛ برگزاری جلسه بحث گروهی جهت بازخوردهای یافته‌های مطالعه به افراد کلیدی می‌تواند عمده‌ای متمرکز بر شفاف سازی و دقت بر وازه‌ها باشد. این راه‌حل به نیازهای واقعی؛ امکان تحت تاثیر قرار گرفتن اطلاعات بر اثر ارتباطات شخصی محقق با افراد مخیر کلیدی وجود دارد؛ ایجاد چشمان و خشم در افرادی که نظرات آنان مورد توجه واقع نشده است؛ جمع‌آوری اطلاعات از افراد محدود جامعه و پنهان ماندن جنبه‌هایی از نیازهای کمتر مرثی‌تر و بالاخره ایین روش باید در
ترکیب‌ب‌ا‌دی‌گر‌روش‌های‌جمع‌آوری‌اطلاعات‌در‌موردهای‌نیاز‌های‌جامعه‌استفاده‌شود‌و‌به‌نهایت‌نیم‌توانند‌نمايشی‌کامل‌از‌دیدگاه‌های‌جامعه‌ارائه‌نمایند. در‌برخی‌موارد‌بیان‌می‌شود‌که‌یکی‌از‌نقاط‌ضعف‌این‌رویکرد‌این‌است‌که‌افراد‌کلیدی‌انتخاب‌شدند. در‌حال‌که‌این‌مکان‌است‌هم‌هسته‌موقع‌های‌رسومی‌یا‌حد‌لازم‌نفوذ‌و‌نیرو‌را‌دارا‌نماشند. بنا‌براین‌رویکرد‌توسعه‌یافته‌افراد‌کلیدی‌امکان‌استفاده‌از‌افرادی‌که‌مکان‌است‌در‌رویکرد‌سنتی‌حذف‌شد،‌باید. در‌حالی‌که‌دارای‌جایگاه‌رهبری‌در‌جامعه‌هستند،‌را‌مکم‌من‌سازد.

یک‌روش‌برای‌شناسایی‌افراد‌مخبر‌کلیدی‌این‌است‌که‌ابدا‌۵‌نفر‌از‌افرادی‌که‌دارای‌موقع‌های‌رسومی‌در‌جامعه‌هستند‌را‌اختیار‌کرده‌سپس‌از‌آن‌ها‌درخواست‌می‌کنیم‌که‌نام‌۲۰‌فردی‌که‌احساس‌می‌کند‌دارای‌اطلاعات‌مرتب‌با‌مورد‌نظر‌است‌را‌با‌ما‌آرایه‌دهند. فهرستی‌از‌افراد‌نام‌برده‌شد. گردآوری‌کلیدی‌و‌مخف‌مصاحبه‌به‌عمل‌آورده‌ای‌از‌آن‌ها‌_EXTERNAL_ی‌پرس‌شناخته‌های‌را‌تکمیل‌کند. اگر‌زمان‌و‌متون‌اپی‌دهند‌می‌توانند‌از‌این‌افراد‌در‌جهت‌شناسایی‌و‌معمول‌۵‌تا‌۱۰‌فردی‌دیدگار‌سوال‌کنند. شما‌می‌توانند‌به‌قطع‌فرایند‌در‌این‌مرحله‌پرداخته‌اند. اگر‌بیش‌زدن‌فراوانی‌در‌فهرست‌شما‌دارید‌درخواست‌کنید‌پرس‌شناخت‌های‌را‌تکمیل‌نمایند.

بديهي‌است‌كه‌تكرار‌اختياح‌ها‌سبب‌می‌شود‌فهرست‌شما‌به‌مروز‌افزايش‌يابد.

2. روي‌کردن‌نذر‌اجتماعی‌۱:‌هدف‌این‌رویکرد‌جمع‌آوری‌اطلاعات‌از‌تعداد‌زیادی‌از‌ساکنین‌جامعه‌درباره‌موضوعات‌و‌نیاز‌های‌جامعه‌است. در‌این‌رویکرد،‌جمع‌آوری‌اطلاعات‌بوسط‌به‌جهت‌گروه‌های‌است‌که‌در‌خلاص‌یک‌سلسله‌جلسه‌عمل‌بزار‌می‌شود. لغت‌زمان‌یا‌ترکیب‌از‌سازمان‌ها،‌مواد‌سازنده‌ها‌ی‌به‌انجام‌هم‌خواهد‌باهاش‌در‌جمله‌ای‌موفق‌در‌توجه‌عمل‌بزار‌سازمان‌ها‌در‌جست‌جو‌ابن‌نیاز‌های‌بحث‌بین‌می‌کنند. می‌توان‌پوسه‌دیده‌عمل‌موم‌و‌ازاد‌(‌تشویق‌هم‌اعضاء‌جامعه‌برای‌شرکت‌در‌جلسات‌)‌و‌یا‌دیده‌اختصاص‌یا‌افراد‌مطلع‌کلیدی‌این‌جلسات‌را‌ترتیب‌داد. برای‌اجزای‌این‌رویکرد‌باب‌مرحل‌زیرش‌شد:

1. فهرستی‌از‌سوال‌بودن‌بحث‌بعنوان‌پایه‌ای‌برای‌بحث‌گروه‌های‌تهیه‌کننده‌ای‌می‌توانند‌در‌این‌راستا‌باشند‌که‌جامعه‌ما‌با‌چه‌نیاز‌های‌همه‌مراجع‌است‌؟‌چرا‌بین‌نیاز‌های‌اهمی‌دارند‌؟‌چه‌كارهایی‌در‌توجه‌یا‌که‌بین‌نیاز‌های‌باسی‌انجام‌شده‌است‌؟‌در‌تلاش‌های‌گذشته‌فرایند‌این‌جالب‌بودن‌بین‌نیاز‌های‌ما‌در‌حال‌آن‌بی‌انتظار‌بودن‌بین‌نیاز‌های‌کشاورزی‌به‌مجامع‌کشاورزی‌گذاشته‌شده‌باشد‌ایم‌؟‌یا‌باذی‌توجه‌داشته‌که‌سوال‌باید‌به‌گونه‌ای‌انتخاب‌شود‌که‌افراد‌جامعه‌و‌شرکت‌کنندگان‌در‌بحث‌با‌آزادی‌بی‌تنهایی‌به‌بحث‌در‌مورد‌موضوع‌های‌مورد‌نظر‌پردازند. به‌حال‌این‌رویکرد‌در‌حوزه‌ی‌ژئوگرافی‌و‌نیاز‌های‌عمل‌بی‌می‌شود.

2. یک‌مکان‌مناسب‌برای‌جلسات‌آمای‌نتخاب‌کنید‌محل‌انتخاب‌شما‌باشد‌به‌گونه‌ای‌باشد‌که‌توجه‌بدوی‌آزاد‌نظرات‌گردد. سالنهای‌بزرگ‌اجتماع‌عمل‌باید‌بحث‌به‌نیاز‌آزاد‌مناسب‌بودند. مکان‌انتخاب‌باشد‌از‌نظر

1. The Public-Forum Approach
جغرافیایی و اجتماعی برای اکثر جمعیت قابل قبول بود.

۲. هدف اطلاعات و مکان اجرا جلسات عمومی را به اطلاع عمومی برای اطلاع
رسانی استفاده کنید.

۳. افراد برگزار کننده جلسات عمومی اول باید اولین جلسه را افتتاح نمایند. پیک نفر از برگزار کننده گذریند این که نمایندگان باید
نمازند ایجاد اهداف جلسه عمومی و چگونگی اجرا جلسه باشد. فرد دیگر باید مسئول ثبت ایده‌ها و
پیشنهادات اشتهای شده در بحث باشد.

۴. پس از بیان اهداف، مقادیر و قواعد اصلی جلسه اول، رهبر باید با مطرح گردن سوالات از قبل آماده شده
مطابقت را برای ائته پیشنهادات آماده زاد و بحث آزاد و تبدیل ایده‌ها را تشغیق نماید.

۵. اگر افراد در مسیر درست قرار گیرندند، شما می‌توانید مبادله مورد بررسی و یا دستور عمل مربوط برای جلسه
آینده را مشخص کنید. اگر این امر رخ داد، برگزار کننده جلسه باید قبل از تشکیل جلسه یک کمیته ویژه
چهت تنظیم برنامه جلسه بعدی ترتیب دهنده.

۶. باید مطمئن شد که منشی نام همه شرکت کننده گان را نوشته، به گونه‌ای که پیشون قابل از برگزاری جلسه
بدهد با آنها تماس گرفته شود.

۷. به خاطر داشته باشید که بر خلاف سایر رويکردها، در این رويکرد بحث و گفتگو به ادعا آی انجام می‌گردد
که شما احتمالاً بیشتر نقش شنویه ایفا خواهید نمود. اگر شما اجازه درگیری در امر نیاز سنگی را به افراد بدهید
طبقیاً شما جیزه‌های زیادی از آنها فرا خواهید گرفت.

این رويکرده مزایای چندی دارد مانند: یک روش مناسب برای استخراج نظارت از طرف وسیعی از افراد جامعه
است؛ فرصت مشارکت فعالانه افراد افراد جامعه در فراپیک تشخیص نیازها را فراهم می‌سازد؛ پس از پایان بحثها
می‌توان پیشنهادات در جهت افراد مساعدت به تصمیم گیرندگان در سطوح بالا اپراتور نمود؛ ارتقا ارتباطات بین
اراده دهندگان و مصرف کننده خدمات و برنامه‌ها را نسب می‌گردد؛ شاید انتشار و روتریک نظام منت در
ارزیابی نیازها باش و یکی از اساتید روز دیگر را برای اجراست؛ خواهد توانست یک تصویر فوری و عمقی از
دغدغه‌های جامعه افراده دهد؛ مسائل و مشکلات جامعه را به نحو وسیعی قابل رویت می‌سازد؛ برای شناسایی
مسائل و نیازهایی که محتاج مطالعات و بررسی‌های بیشتر در آینده اند می‌ 😀 که بدیهی است و می‌توان همراه با آن از فنون مختلفی استفاده کرد.

اتعاف بذیر ایست و می‌توان همراه با آن از فنون مختلفی استفاده کرد.

این رويکرده مزایای چندی دارد. محتاج برای خوب و سازماندهی مطلوب است، برای مشاعر تشغیق شرکت
کننده مستقیماً بر عهده سازمانها، مویسات با انجمن‌های برگزار کننده خواهد بود؛ نظارت ابزار شده محدود به
افراد حاضر در جلسه است و همه نقطه نظرات ممکن است شنیده نشونده، شرکت کننده‌اند در بحث ممکن است
نماهنه ای از گروه‌های دارای منافع مشترک باشند، در نتیجه برنامه رایی و تبلیغات ضعیف، ممکن است افراد
محدودی در بحث شرکت نمایند؛ شرکت کننده ممکن است از این جلسات بعنوان یک وسیله جهت اظهار
شکایات خود در مورد سازمان‌های محلی یا مویسات استفاده نمایند؛ اگر جلسات به خوبی برنامه ریزی نشده

۵۰
باشند، اقلیت محدودی حرفه‌ای خواهند زد؛ زیاد شدن تعداد افراد شرکت کننده مانعی خواهد بود برای اینکه همه افراد صحبت‌ها را مطرح کرده و به‌طور محدودیت زمانی به همه اجازه صحبت کردن داده نمی‌شود و بالاخره اینکه بحث‌ها ممکن است انتظارات واهی در افکار افراد شرکت کننده در مورد آنچه که ارائه‌دهندگان یا مجرمان در مواجهه با نیازها انجام می‌دهند وجود آورد.

روی‌کردن فرایند گروه اسکی: این روی‌کردن یک استراتژی خلق ایده جهت جمع‌آوری ایده‌های افراد در یک موقعیت غیر رسمی چهار به چهار می‌باشد. این روی‌کردن برای هدایت رسانی بیکاریت در خلق ایده‌های اعضای گروه کاربرد فراوان دارد. اظاهار نظر همه اعضاء ضروری است و بیدین وسیله‌‌های جهت تجارب فردی فردی شرکت کنندگان اخذ می‌شود. این روی‌کردن در تولید و شفافیت ایده‌ها، اجماع بر سر اولویت‌ها و تصمیم‌گیری بر سر اقدامات چند جانبه مفید است. مراحل اجرای این روی‌کردن شامل موارد زیر است:

1- اگر تعداد شرکت کنندگان زیاد است، باید افراد را به گروه‌های کوچک ۴ تا ۲۰ نفری تقسیم کرد.

2- اعضاء هر گروه باید نظارت خود را روي کاغذ نوبندست.

3- هر کدام از افراد در مورد نظرات و دعوت‌های خود بحث کرده و آنها را به تابلو فهرست می‌کند.

4- در مورد هر ایده‌ای در گروه بحث شفاف سازی و ارزیابی انجام می‌شود.

5- هر فردی اولویت‌های خود را توسط یک رای مخفی مشخص می‌سازد.

6- فراوانی اولویت‌های گروه تعیین می‌شود.

7- بحث در مورد اولویت‌های پایانی گروه انجام می‌شود.

مزایای این روی‌کردن عبارتند از: اگر، خوب سازمان‌دهی شود می‌تواند گروه ناهمگن را به سوی اخذ نتایج قطعی سوق دهد؛ می‌تواند بعنوان وسیله‌ای برای بررسی‌های بیشتر با بعنوان یک مدرک استفاده شود؛ به افراد انگیزه لازم جهت درگیری در بحث را داده؛ باعث استخراج ایده‌های سبزیاری در یک دوره زمانی کوتاه می‌گردد و اجازه تفکر و مشارکت تعداد زیادی از افراد را فراهم می‌نماید؛ یک روش مناسب جهت کسب اطلاعات از افراد با زمینه‌‌ها و تجارب مختلف است؛ اجرا می‌دهد همه افراد بطور مساوی فرصت برای بیان نظرات و ایده‌های خود در یک موقعیت غیر تهیه‌یی به دست آورد و بالاخره این روی‌کردن باعث تحريك افراد به تفکر و گفتگوهای موتر خواهد شد و اجرا شفاف سازی نظرات را به همه شرکت کنندگان خواهد داد.

معاین این روی‌عابشرند از: در جایی که شرکت کنندگان زیاد باشند باید افراد را تقسیم کرد؛ مجری بايد تعیین دیده باشد؛ اگر رهبر گروه نتواند اعطاف‌لاند را کمتر را نشان دهد، ممکن است سخنی و خشونت‌آمیز ایجاد شود و رهبر بايد ساختار جلسه را بپروراند و زوایایی از ایده‌ها و علایق را نشان دهد؛ برخی از ایده‌ها به دلیل نوشتری غیر واضح یا بحث گروهی ناکافی ممکن است همبستگی‌های داخلی باشد؛ شرکت کنندگان ممکن است نمایشی از هم‌زیر گروه‌های جامعه نباشند؛ ممکن است شخصیت‌های مثبت بر جلسات غالب شوند، مگر اینکه مهارت‌های مدیریتی

1. The Nominal Group Process Approach
 غالب گردید و بالاخره این رویکرد ممکن نیست به تنها یک منبع کارامد برای کسب اطلاعات باشد و اکثرا نیازمند بررسی، یکگیبری، مشاهده و تحلیل استاد است.

۴. روش دالینی: یک روش تولید فکر می‌باشد که نیازمند رابطه جهان به جهان نیست، اما به چهار می‌تواند در گروه‌های کوچک یا در کارگاه‌ها مورد استفاده قرار گیرد. این شیوه به‌صورت سازمان‌های عامه‌پردازه تر از فراکسیون گروه اسپیسی است و از مجموعه‌ای از پرسشنامه‌ها و یادداشت‌های خلاقیت‌های فعالیت‌های چهارگوش منتشر می‌شود. این چهارگوش به جهان به جهان یک می‌تواند در گروه‌های مورد استفاده قرار گیرد که معمولا نمی‌توانند در کنار یکدیگر تشکیل جلسه هدف.

روش‌های گوناگونی برای اجرای روش دالینی وجود دارد. گاهی نمی‌تواند شاید موارد زیر استفاده که پاسخ‌های خام هر شخصی از این روش‌ها یک مورد نظر امام‌نامه دارد:

۱. یک پرسشنامه با تمرکز بر موضوع مورد نظر (مشکلات، علل راه حل، فعالیت‌ها) تدوین کنید. هدف این است که پاسخ دهندگان فهرستی از اینهایی که در این موضوع مورد نظر ارائه نمایند.

۲. پرسشنامه‌ها را بین یک گروه از پاسخگویان توزیع کنید.

۳. هر پاسخ‌گوی سه‌اول نظرات خود را به سوالات فهرست کرده و پرسشنامه‌ها را برگرداند.

۴. پرسشنامه‌ها را در قالب یک گزارش پسخورانده خلاصه کرده و پرسشنامه‌دوم برای همان گروه از پاسخگویان طراحی نمایید. پرسشنامه دوم یک پاسخگویان به‌خواه تأیید می‌کند و بطور مستقیم نظرات اولویت دارد در پرسشنامه دوم را مشخص و پرسشنامه را باز می‌گرداند.

۵. خلاصه پسخورانده و پرسشنامه دوم را بین پاسخگویان توزیع کنید.

۶. پاسخگویان گزارشات پسخورانده را بررسی کرده و بطور مستقیم نظرات اولویت دار در پرسشنامه دوم را مشخص و پرسشنامه را باز می‌گرداند.

۷. این فرآیند تکرار می‌شود تا انجا که بتوان عمومی بر سر مشکلات، علل و راه حل‌ها اتخاذ گردد.

۸. خلاصه نهایی و گزارش پسخورانده آماده شده و بین پاسخگویان پخش می‌گردد. در سراسر این فرآیند، گزارشات با خروش اجلاس می‌گیرد و نظرات و اولویت‌ها را ممکن ساخته و اغلب پس از ارزیابی نظرات عمومی گروه تغییراتی در نظرات و اولویت‌های افراد را بررسی می‌گردد.

این رویکرد در مرزهای چندی است. این روش اجازه می‌دهد شرکت کنندگان یک نام باقی بمانندروشی ارزان بوده، مانع از ایجاد فشار اجتماعی و تسلط برخی افراد شده؛ اجازه تبادل اطلاعات و استقلال بین شرکت کنندگان را ممکن می‌ساخته و محرکی برای تکرار مستقل به شمار می‌آید. ضمناً این رویکرد به‌آن برای ایجاد اجماع عمومی در میان گروه‌های مختلف با یکدیگر گرد استفاده قرار داد. ذکر این نکته اهمیت دارد که پایل

۱. The Delphi Technique
خوب پاسخ‌گویان می‌تواند ترکیبی از ادارات محلی، ساکنان جامعه محلی، دانشمندان، سازمان‌های موجود در جامعه و دیگر گروه‌ها باشد. این پنل خواهد توانست تحلیل گسترده‌ای بر مشکلات و موضوعات مرتبط با جامعه به عمل آورد.

این روش معمولی نیز دارد. اجرای این روش نیازمند زمان و تعهد کافی شرکت کنندگان (30 تا 45 دقیقه) در روز برای تکمیل هر فرایند مورد نیاز است. بدنه نسبت به فرایند گروهی اسناد وقت گیر است؛ نیازمند داشتن مهارت برای بروزاری ارتباط نوشتری است. متمایل به حذف میانجی‌های افرادی و هدایت گروه برای رسیدن به اجماع است؛ قضایا از گروه منتخب افراد اخذ می‌شود و نظرات دیگر افراد جامعه مورد نظر قرار داده نمی‌شود. ضمناً این روش را نمی‌توان به عنوان یک روش کاملاً ویژه و خاص بکر گفت.

۵. روش کر در پرسی

یک هدف این روشکر شماگ تجمع آوری اطلاعات از طرف وسیعی از ساکنان جامعه در انتخاب مسائل و نیازمندی‌های آنها است. در این روش ساکنان جامعه به سوالات و پاسخ در قالب یک مصاحبه خصوصی و نیازمندی‌های آنها است. در این روش ساکنان جامعه به سوالات و پاسخ در قالب یک مصاحبه خصوصی و نیازمندی‌های آنها است. در این روش ساکنان جامعه به سوالات و پاسخ در قالب یک مصاحبه خصوصی و نیازمندی‌های آنها است.

روش‌های مختلف پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها با توجه به هزینه‌ها یا میزان پاسخ‌ها، کاربرد برای بررسی‌های کلی جمعیتی و ایجاد فرصت‌های مناسب جهت در گریز‌سازی احساسات طرف وسیعی از افراد جامعه در فرایند تصمیم گیری جمع آوری اطلاعات از افرادی که شاید دریافت کنندگان خدمات نوآوری بوده و عضوی از این خدمات نیز دارند، قابل استفاده برای ثبت رفتارها (علاقه بر نظرات، تغییرات، آگاهی و اعتقادات) و بالاخره یک رویکرد در تحقیقات پاسخ‌گویان قرار داده شود.

مزایای این روش شامل تجمع آوری اطلاعات معتبر و پایبین دریافت نگرش‌های تعداد زیادی از افراد و انتخاب روش‌های مختلف پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها با توجه به هزینه‌ها یا میزان پاسخ‌ها، کاربرد برای بررسی‌های کلی جمعیتی و ایجاد فرصت‌های مناسب جهت در گریز‌سازی احساسات طرف وسیعی از افراد جامعه در فرایند تصمیم گیری جمع آوری اطلاعات از افرادی که شاید دریافت کنندگان خدمات نوآوری بوده و عضوی از این خدمات نیز دارند، قابل استفاده برای ثبت رفتارها (علاقه بر نظرات، تغییرات، آگاهی و اعتقادات) و بالاخره یک رویکرد در تحقیقات پاسخ‌گویان قرار داده شود.

گرایش بودن در بین سایر روشهای تجمع دقیق نمونه‌ها در انتخاب داشتن زمان کافی و داشتن مهارت لازم برای انتخاب بررسی‌ها (مثلاً وجود مصاحبه‌کنندگان تعیین دیده) و تحلیل نتایج؛ عدم اعتبار نتایج در صورت طراحی غلط مطالعه؛ امکان دسته بندی و تفسیر غلط پاسخ‌ها؛ از قلم افتادن دلایل اساسی و الگوهای رفتاری واقعی (به دلیل محدودیت در گستره داده ها) مقاومت برخی افراد برای پاسخ دادن به سوالات و نیز افراد جواب‌های مطلوب اما غیر واقعی؛ انتخاب بررسی‌های مقطعی و عدم بررسی نیازهای افراد در آینده و بالاخره امکان تغییر سریع تغییرات افراد در طول زمان، از معایب این روش به شمار می‌آید (5).

1. The Survey Approach
تعیین اولویت‌های در ارتقاء سلامت

در جایی نیازهای موجود در ارتقاء سلامت زیادند و شما احساس می‌کنید باید به همه پردازید، اما باید توجه داشته باشید که همیشه محدودیت‌هایی از نظر زمان، منابع و انرژی وجود دارد. بنابراین شما بایستی با توجه به این محدودیت‌ها به اولویت بندی بین نیازهای پردازید. انتخاب مداخلات و سعی و عمل در خلال کیلومترهای زیاد اغلب غیر ممکن بوده و تمرکز یافتن بر مناطق دارای اولویت ارتقایی بیشتری دارد. اولویت سنگین یک نیاز حیاتی است. نکته مهم این است که در اولویت سنگین افراد در اولویت هستند و بايد لحاظ ای تامل کرد و به این نکته اندیشید که نقطه تمرکز فعالیت‌ها چیست؟ افراد برخطر، اهداف نهایی با سود بیشتر. هنگامی روشن کامل و بدون نقصی برای تعیین اولویت‌ها در ارتقاء سلامت وجود ندارد، چرا که اولویت‌ها نهایتاً با فضاهای ارزشی کارکنان در هم می‌آمیزند. به هر حال می‌توان در تعیین اولویت‌های ارتقاء سلامت به 9 مورد توجه نمود شمای:

1. مسائل، رویکردها و فعالیت‌های ارتقاء سلامت

در اینجا باید اولویت‌های خود را بدلی بر بگونه مشخص کرد که:

الف: چه عواملی بر سلامت تاثیر گذارند؟ (مانند فقر، بیماری، نابرابری و غیره)

ب: روش‌هایی ارتقاء سلامت چیست؟ (پزشکی، تغییر رفتاری، آموزشی، مهدجویی و تغییر اجتماعی)

ب: فعالیت‌های ارتقاء سلامت چیست؟ (خدمات بهداشتی پیشگیری کننده، مداخلات محتوا، اقدامات مبتنی بر جامعه، توسه سازمانی، فعالیت‌های قانونی و اقتصادی و آموزش بهداشتی)

ت: مشکل بهداشتی چیست؟ (مانند بیماری قلبی، مسمومیت غذایی، سرطان، ایدز و غیره)

۲. گروه‌های مصرف کننده

در اینجا سوال مطرح شده این است که آیا گروه‌های هدف خود را مشخص کرده اید؟ آیا مراجعه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات گروه هدف شما هستند یا قانونگذاران و برنامه ریزی؟ گروه هدف شما شامل خانواده‌ها و یا گروه‌های ویژه یا همه جامعه است؟ اگر گروه هدف را مشخص ساخته اید بیان کنید که چرا آنها را بعنوان گروه هدف انتخاب کرده‌اید؟

۳. گروه‌های سنی

آیا شما گروه‌های مصرف کننده و اولویت‌ها از نظر سنی مشخص کرده‌اید؟ گروه‌های مختلف یکدیگر کدام گروه سنی است؟ کودک، افراد جوان یا افراد پیر.

۴. گروه‌های برخطر

آیا شما گروه‌های مصرف کننده و اولویت‌ها از دسته‌های برخطر مانند سیگاری، افراد دارای پرفشاری خون، افراد بیکار و یا افراد دارای دی‌آزم کم تعریف کرده اید؟ اگر بله، چرا و چه مدارکی متوجه به شناسایی این گروه‌های برخطر شده‌اند؟ اگر گروه‌های اولویت دار شما شامل افرادی هستند که نیازهای بهداشتی زیادی دارند آیا شما به این نکته توجه داشته‌اید که متمرکز شدن بر یک مسئله موضوع از تمرکز بر چندین مسئله بطور همزمان است؟ آیا اگر بر همه جمعیت متمرکز شوید بهتر است یا بر آنها که نیاز بهتری دارند؟
5. انتخاشی
آیا شواهد مبنا بر انتخاشی فعالیتهای ارتباطی سلامت در مناطق اولویت دار وجود دارد؟ آیا مدارک مبنا بر ارزشمندی فعالیتها در مقابل سرمایه بکار گرفته شده وجود دارد؟ اگر بله، این شواهد و مدارک چگونه جمع آوری شده اند؟

6. عملی بودن
آیا برای شما امکان دارد زمان لازم و کافی برای گروه‌های اولویت دار خود صرف نمایید؟ آیا به این گروه‌ها دسترسی دارید؟ آیا شما مهرارت و منابع کافی برای کار با این گروه‌ها را در اختیار دارید؟

7. کار با افراد دیگر
آیا می‌دانید که چه کارها و اقداماتی توسط افرادی مانند کارکنان ارتباط سلامت، گروه‌های موجود در جامعه یا سازمان‌های داوطلب بر گروه هدف شما در حال انجام است؟ آیا مطمئن هستید اقدام شما در تناول با سایر اقدامات نیست؟ آیا فعالیتهای شما با راه‌های دهای محلی موجود و برنامه‌های ریزشی‌های ارتباطی سلامت متناسب است؟ آیا در حال حاضر گروه‌های مشخصی در منطقه وجود دارند که به نیازهای گروه هدف شما پیوسته؟

8. اخلاق‌ها
آیا مسائل اخلاقی در کار شما وجود دارد که باید بررسی شود؟ آیا در فعالیت شما اخلاقیات بذیرفته شده است؟ آیا گروه‌های اقلیتی‌ها شما را می‌پذیردند؟ آیا با ارزش‌های گروه‌های هدف آشنا شده اید؟ تا چه حد امیدوارید نتایج فعالیت شما بر زندگی گروه‌های هدف تأثیر گذارد؟

9. توجه به موارد دیگر
آیا کمی احساس می‌کنید مهم است مورد توجه قرار داده شوند. شما می‌پایست حوزه و وسعت فعالیتهایی که قصد انجام آن را دارد مشخص سازید و مهم است این محدوده بر پایه ارزیابی دقیق از نیازها باشد. نقطه شروع این ارزیابی، جمع آوری اطلاعات از منابع مختلف است. از آنجا که شما با این نظرات مصرف کننده و دریافتکننده خدمت را در اولویت قرار دهید، بنابراین باید مهارتی در جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از آنها کسب نمایید. شما همانند دیگر کارکنان ارتباط سلامت باید به ارزیابی مجدد و منظم اولویت‌ها (وسط تحمل انتخاشی) عملی بودن، مکمل بودن با دیگر فعالیتها و قابل قبول بودن برای مردم محلی) بپردازید.

یکی از جهت‌ها اولویت‌ها در نهایت می‌تواند با قضاوت‌های ارزیابی افراد در گر دیگر آمیخته شوند و بهترین اقدام جهت کاهش این امر بر اساس بحث‌های عمیق میان کارکنان ارتباط سلامت و جامعه محلی بهترین مسئله مطرح شده.

می‌باشد (1).
برنامه ریزی و ارزشیابی در ارتقاء سلامت

مقدمه فصل

در فصل قبل اهمیت نیازسنجی و راههای برآوردن نیازهای جامعه مورد بحث قرار گرفت. ذکر این نکته اهمیت دارد که داشتن مهارت در امر برنامه ریزی و ارزشیابی یکی از وظایف اصلی مجریان و مدیران ارتقاء سلامت می باشد. بدون داشتن مهارت‌های برنامه ریزی و ارزشیابی نمی‌توان افراد و منابع موجود را سازماندهی کرد و اثری‌خوش مداخلات را ایجاد گیری نمود.

برنامه‌های ریزی و ارزشیابی است که با تدوین برنامه‌های خاص به‌پیاده‌رفت. برنامه‌های ریزی در سطوح مختلفی می‌تواند انجام شود و مجریان ارتقاء سلامت در هر سطحی نیازمند آشنا شدند با فرایند برنامه‌ریزی هستند. حتی اگر می‌خواهید برنامه ریزی ساده‌ای در حد بزرگراهی یک جلسه چهارچه به چهار با مراجعین انجام دهید، باز هم نیازمند برنامه‌ریزی هستند و با این حال آن را طی کنید.

ارزشیابی برنامه نیز میزان حصول به نتایج مطلوب را نشان می‌دهد و نتایج حاصله از ارزشیابی باعث ادامه و تقویت برنامه‌ها شده و از اتلاف منابع برای اجرای برنامه‌های ناکارآمد جلوگیری می‌نماید.

در این فصل به بررسی اهمیت برنامه‌ریزی و ارزشیابی در ارتقاء سلامت، مراحل برنامه‌ریزی در ارتقاء سلامت (شاخص‌های نیازها و اولویت‌ها، تنظیم مقادیر و اهداف، تصمیم در مورد بهترین راه رسیدن به اهداف، شناسایی منابع، روش‌های ارزشیابی برنامه، تنظیم برنامه اجرایی و در نهایت اجرای برنامه) و ده سوال مطرح شده پیرامون ارزشیابی و پاسخ‌های مربوط به آنها و سطوح ارزشیابی برداخته می‌شود.
همه‌ی برنامه ریزی در ارتقاء سلامت

برنامه‌ی ریزی فرآیندی است که با تدوین برنامه‌های خاتمه‌ی متغیر. یک برنامه باید به ۳ سوال اساسی پاسخ دهد:

۱. من سعی دارم به چه چیزی دست یابم؟
۲. چه کاری باید انجام دهم؟
۳. چگونه بهداشتی که موقعیت من نشان می‌دهد?

سوال اول مرتبط باشناسایی نیاز‌ها و اولویت‌ها و سپس تعیین اهداف اختصاصی است. سوال دوم را می‌توان به مراحل کوچک‌تر شامل انتخاب بهترین روش از بین راه حل‌های احتمالی برای حصول به اهداف، شناسایی منابع که می‌توان از آنها استفاده کرد و تنظیم یک برنامه عملیاتی روشین (مشخص کردن چه کسی، چه چه زمانی) تقصیم نمود. سوال سوم بیانگر نیاز به داشتن برنامه‌ای اجتهارتی از ارتشی‌های فعالیت‌های است. بدنی‌های است که ارتشی‌های بخش جدایی‌نامه برنامه است و نیاز به انجام و اتمام کار به فکر آن افتاد.

برنامه‌های جسمی و ارتشی‌های در ارتقاء سلامت از هفت مرحله تشکیل شده است. دانستن سه نکته در مورد این ۷ مرحله برنامه ریزی و ارتشی‌های لازم است.

اول آنکه جهت پیگیری در مراحل برنامه‌ریزی، شما را در یک خاک قرار می‌دهد. چرا که شما برنامه‌ریزی و ارتشی‌های را اجتناب داده و دریافتی اید که برخم عناصر اولیه باید تغییر یابد و با یافته‌گری گردند. مشابه پس از استفاده از مواد آب‌رسی مختلف دریافت اید که آنها نمی‌توانند پاسخ‌گویی خواسته‌های شما باشد.

دوم اینکه مسیر پیگیری در خلاف جهت عقربه ساعت می‌باشد، چرا که برنامه ریزی در حیفت‌های یک فرآیند منظم نیست. شما ممکن است از مرحله ۶ یعنی تفکر در مورد اقداماتی که قصد انجام آن را دارید شروع کرده و تفکر بیشتر می‌تواند شما را به تعیین دقیق اهداف که در نظر دارید سوق دهد (مرحله ۲) سپس در مورد منابع لازم بررسی کرده (مرحله ۴) و دوباره به مرحله ۲ برمری گردید و اهداف خود را تغییر می‌دهید. آنگاه به این امر می‌اندیشید که بهترین روش برای دستیابی به اهداف شما كدام است (مرحله ۲) و در نهایت یک برنامه عملیاتی تدوین می‌کنید (مرحله ۵) سپس بررسی می‌کنید که آیا موقع خواهد شد یا نه (مرحله ۶) و در این مرحله برنامه ارتشی‌های را در درون برنامه عملیاتی قرار می‌دهد (مرحله ۶). شما می‌توانید مرتباً برنامه ریزی خود را متغیر کرده و ارتقاء دهد.

سوم آنکه برنامه ریزی در سطوح مختلفی رخ می‌دهد. اگر شما قصد انجام یک پروژه بزرگ دارید، نیازمند زمین کافی برای انجام برنامه ریزی هستید. حتی اگر می‌خواهید برنامه ریزی ساده‌ای در حد بزرگتری یک جلسه چه‌چه به چه‌چه با مراجعین انجام دهید، باز هم نیازمند برنامه ریزی هستید و باید مراحل آن را طی کنید. باید به مخاطر داشت که طی این مراحل می‌توانند جنگ دقیق بهبود بیشتر طول نکشد. در ادامه به مراحل هفت گانه برنامه‌ریزی و ارتشی‌های را بررسی می‌کنیم.
مرحله برنامه ریزی در ارتقاء سلامت

در این قسمت مراحل برنامه ریزی و مشخصات هر مرحله مورد بحث قرار می‌گیرد.

مرحله اول: شناسایی نیازها و اولویت‌ها

شما در هر زمان ممکن است مواجه با فهرست طولانی‌تری از نیازها ارتباط سلامت باشید که باید به آنها پاسخ دهید. اما برای شما امکان این وجود ندارد که به همه آنها رسیدگی کنید و در اینجاست چه باید از میان این نیازها، اولویت ها را مشخص سازید.

مرحله دوم: تنظیم اهداف و مقادیر

این مرحله در جواب به پرسش "در واقع من سعی دارم به چه چیزی دست یابم؟" انجام می‌شود. اصطلاحات متفاوتی وجود دارد که همگی توصیف کننده سوال بالا هستند. توافق عمومی در مورد معنای دقیق کلمات توصیف کننده هدف وجود ندارد. برای یادگیری بهتر توجه به سلسله مراتب زیر در مورد اهداف می‌تواند کمک کند.

شکل ۴-۱: مراحل برنامه ریزی و ارزشیابی در ارتقاء سلامت

1. Aims, Objectives, Targets, Goals, Mission, Purpose, Achievements, Result, Product, Outcomes
در قسمت بالایی این سلسله مراتب لغاتی قرار دارند که بیان کننده این موضوع هستند که دلیل وجودی شغل شما چیست؟ یعنی اهداف و رسائل شغلی شما را مشخص می‌سازند. در مبانی سلسله مراتب لغاتی قرار دارند که توصیف کننده این موضوع‌گونه که بطور کلی شما سعی دارید چه کاری انجام دهید. از انتهای سلسله مراتب کلماتی قرار دارند که بیان کننده جزئیات اختصاصی اقداماتی هستند که شما سعی در انجام آن دارید. اهداف ویژه یا جزئی انواع مختلف دارند. عنوان مثل این اهداف در زمینه سلامت 

• معمولاً عنوان تنها یا وضعیت نهایی حاصل شده در وضعیت بهداشتی مانند کاهش مرگ و بیماری می‌باشد. در ارتقاء سلامت این اهداف اغلب شامل بهبود وضعیت سلامت افراد با جمعیت‌های آماری و افزایش بهداشت این اهداف می‌تواند تغییر در میزان آگاهی، نگرش و رفتار یادگیرند به شکل. ضمناً این اهداف می‌تواند بر حسب انواع دیگر تغییرات مانند تغییر در خط مشی‌های همگانی سلامت یا فعالیت‌های ارتقاء سلامت بیان گردد.

ضمناً اصطلال اهداف مرحله‌ای 

• به وقور ارتباط سلامت استفاده می‌شود. معمولاً اهداف مرحله‌ای بطور اختصاصی چگونگی دستیابی به یک هدف جزئی بر حسب زمان، کمیت و کیفیت را بیان می‌کند. پس یک هدف بهداشتی مرحله‌ای می‌تواند عنوان بهبود قابل اندازه‌گیری در وضعیت سلامت در یک زمان معین و رسیدن به یک هدف جزئی بهداشتی فرض شود. بعبارتی اهداف بهداشتی مرحله‌ای که تغییرات رخ داده در میزان‌های مرگ و میر و بیماری در یک زمان خاص است و اهداف رفتاری مرحله‌ای این عنوان منشأ تغییرات رخ داده در میزان‌های سیگار کشیدن و یا بر طبق یک تاریخ و زمان خاص نشان می‌دهد.

هنگام برنامه‌ریزی فعالیت‌های ارتقاء سلامت با این همه سلسله مراتب اهداف یا دید و نظر باشند. اهداف جزئی در

1. Purpose
2. Aim
3. Objective
4. Health Objectives
5. Target
ارتقای سلامت با بید چالش انگیز، قابل حصول، قابل انداده گیری و مرتبط و مناسب با اهداف سازمانی و رسالت

شغلی باشد.

مثالی برای نوشتن سلسه مرتب اهداف

رسالت: کاهش ناباربری در وضعیت سلامت جمعیت‌هایی که کنار هم کار و زندگی می‌کنند.

اهداف کلی: افزایش سطح آگاهی گروه‌های سیاسی بوست و اقیانهی قومی پیرامون سلامت.

اهداف جزئی: بهبود دسترسی به اطلاعات بهداشتی از طریق ویدیو.

اهداف مرحله‌ای: یک دستگاه ویدئویی هر 2 ویدئوی به 6 زبان زندگی کشور در 25 مبلغه برای مدت

4 ماه در دسترس قرار گیرند.

مرحله سوم: تصمیم گیری در مورد پیشترین راه دستیابی به اهداف

در بیشتر مواقع روشهای متعددی برای دستیابی به اهداف و مقاومت وجود دارد و قاعدتاً فعالیت‌های متفاوتی می‌تواند انجام پذیرد. باعث نمی‌شود اگر هدف یک برنامه از آغاز و البته در مورد مراقب و معاون واکسیناسیون باشد می‌توان با روشهای چندین ماند آموزش جهت به چهره، لیفت، تبلیغات رسانه‌ای و غیره به هدف مورد نظر دست یافته. مشاهده می‌گردد که شما در هر رمان پایه پیشترین گزینه برای حصول به اهداف را انتخاب کنید. برای متناسب ارتقای سلامت یک روش صرف بعنوان پیشترین و کاملترین روش در همه موقعیت‌ها وجود ندارد. عاملی که در انتخاب روش مناسب باید مورد توجه قرار گیرند شامل موارد زیر هستند:

1. کدام روش اختصاصی تر و موتور برای رسیدن به اهداف و مقاومت مورد نظر است؟
2. کدام روش قابلیت قبول بیشتری برای مصرف کندگان دارد؟
3. کدام روش آسان‌ترین است؟
4. کدام روش از آن‌ها ترین است؟
5. کدام روش را افراد در گروه برنامه (کارگران) بیشتری می‌پذیرند؟

6. اجرای کدام روش اطمینان خاطر شما را بیشتر می‌کند؟ (در نظر داشته باشید که شما ممکن است در ابتدا در مورد برخی از روشهای آسودگی و اطمینان خاطر نداشته باشید، اما در نهایت با استفاده از روش‌ها و اخذ نتایج مثبت آسودگی خاطر در شما ایجاد می‌گردد).

در زیر راهنمایی کلی در مورد سطوح مختلف اهداف و راههای ویژه و موتور برای دستیابی به آنها آورده

می شود.

- اگر هدف یک برنامه افزایش آگاهی و هوشیاری افراد در مورد مسائل بهداشتی می‌باشد، روش‌های اختصاصی برای نیل به این هدف می‌تواند شامل برگزاری کارگروهی، استفاده از رسانه‌های جمعی، سخنرانی، تبلیغات و برگزاری نمایشگاه باشد.

- اگر هدف یک برنامه ارتقاء داشت می‌باشد، می‌توان از روشهای چندین ماند آموزش چهار به چهره، نمايش و
نمایشگاه، مواد نوشتاری، رسانه‌های جمعی مانند اینترنت، تبلیغات و اموزش‌های استفاده کرده. 

- اگر هدف یک برنامه توانمندسازی فردی (تقویت آگاهی از خودش، عزت نفس و تصمیم‌گیری) می‌باشد، 
  می‌توان روشهایی جهت کار گروهی بیان ارژشها، شیب سازی، بازی ایفای نقش، مشاوره، آموزش قاطعیت و 
  آموزش مهارت‌های اجتماعی را بکار گرفت.

- اگر هدف یک برنامه تغییر نگرش و رفتار (تغییر در سبک زندگی افراد) می‌باشد، می‌توان از روشهایی مانند 
  کار گروهی، آموزش مهارت‌ها، گروه‌های خودیاری، آموزش چهره به چهره، درمان‌های فردی یا گروهی و مواد نوشتاری 
  بهره برده.

- اگر هدف یک برنامه تغییر محسوسیت‌های اجتماعی می‌باشد، می‌توان از گروه‌های بانفوذ، توسه‌جویی، مناسبات 
  سیاسی، طرح‌های حمایتی، مداخلات محسوسیتی، تغییر سازمانی و اجرای قوانین و مقررات استفاده نمود.

شما می‌توانید در فضاهایی خود بیش از یک دسته از این اهداف را برپا نمی‌گردد. مثلا شما می‌توانید برا ی کاهش 

مصرف دخانیات در جوانان یک برنامه آموزشی در مورد دخانیات برای کارکن‌های مدرس با برنامه‌های آموزشی اجتماعی جهت ارتقاء مسئولیت پذیری جوانان با برنامه‌های آموزشی دماوند جهت افرادی که دخانیات را ترک 

کردی که این یا اقدامات سیاسی در مورد اتخاذ ملی‌های بر خردی و فروش دخانیات ترتیب دهد.

مرحله چهارم: شناسایی منابع

این سوال مطرح می‌گردد که چه منابعی برای اجرای برنامه مورد نیاز است؟ با در نظر گرفتن دقت بحث منابع در 

دسترس، منابع مورد نیاز و منابع اضافی جهت اجرای برنامه را مشخص سازید. ضمناً نیازهای مالی خود را 

مشخص نمایید. منابع متعددی با یاد بررسی و مشخص شوند شامل موارد زیر هستند:

1. شما: تجربه شما، مهارت، زمان، نریز و اشتیاق شما منابع حیاتی هستند.

2. افرادی که می‌توانند به شما کمک نمایند: این افراد شامل همکاران، دیگر افراد با تخصص مشابه، افرادی جهت 

کمک به اجرای برنامه مانند کارکنان دفتری و منشی‌ها، تکنسین‌ها، هنرمندان (جهت طراحی مواد و رسانه‌ها) و 

غیره هستند.

3. مراجعین یا گروه‌های مراجعین: این افراد یکی از منابع کلیدی به حساب می‌آید. آنها دارای آگاهی، مهارت، 

اشتیاقی هستند و با شما کمک نمایند. این افراد شامل محترم، نویسنده، رسانه‌ای، مدافع یا متخصص مشابه، متخصص 

نیز می‌تواند یک منبع بسیار محاسب شود. برای مثال افرادی که به صورت موفق وزن خود را کاهش داده اند 

می‌توانند تجربه خود را به افراد دارای مشکلات مشابه انتقال دهند.

4. افرادی که بر مراجعین یا گروه‌های مراجعین تأثیرگذارند: این افراد شامل بیماران، دوستان، انجمن‌های 

بیماران و گروه‌های خودیاری می‌باشند. حتی در برخی مواقع سازمان‌های سینما و رهبران مذهبی و سیاسی چهاره.

هایی هستند که می‌توانند بر مراجعین شما تأثیر گذار باشند.

5. خط ماهی ها و برنامه‌های موجود: اگر قصد شما از اجرای برنامه حل مشکل‌های خاص است، با استفاده از بررسی
کنید که آیا در حال حاضر سیاست و خط مشی مناسبی در قبال آن مشکل بهداشتی در منطقه وجود دارد یا نه؟

اگر وجود داشت از آن در برنامه ریزی استفاده کنید و بررسی نمایید که آیا برنامه شما مناسب با راهبردهای ملی در آن زمینه می باشد یا خیر?

6. خدمات و وسایل موجود: عنوان مثال وجود کلاسهای ورزشی و دیگر وسایل و امکانات موجود باید بررسی شوند. با استناد مشخص شود که هم اکنون چه وسایلی در دسترس قرار دارد و آیا از آنها در برنامه بطور کامل استفاده خواهد شد؟

7. رسانه‌ها: می تواند شامل پوستر، لیفlez، رسانه‌های تماشا و غیره باشد (1).

مرحله پنجم: روشهای ارزیابی برنامه

چگونه می توان دریافت که یک برنامه ارتقاء سلامت موفق بوده است؟ چگونه می توان موفقیت را اندوزه گرفت؟

و واضح است که جواب این سوالات به ارزیابی برنامه بر می گردد. ارزیابی در ارتقاء سلامت جزو ضروریات بوده و با اید بطور منظم انجام پذیرد.

ارزیابی در ارتقاء سلامت

در هر ارزیابی 10 سوال می تواند مطرح شود. در ادامه، به این سوالات مورد بررسی قرار داده می شوند.

۱. چرا ارزیابی؟ نظارت متقاد افراد ذی نفع

دلا吊 انجام ارزیابی متقاد است. جایگاهی که افراد برای ارزیابی قائلند، وابسته به برنامه و ملاحظات

سیاسی متقاد است. به دلالی مختلف انجام ارزیابی در برنامه ها لازم است. نتایج ارزیابی ما را در رسیدن به

نتایج مطلوب کمک خواهند نمود. نتایج حاصله از ارزیابی باعث ادامه و تقویت برنامه ها شده، از مصروف منابع

برای برنامه های مختلف جلوگیری می نماید. ارزیابی می تواند در مشخص شدن موارد لازم گزینه باشد.

الف. تناسب خط مشی های اداری و قانونی را نشان می دهد.

ب. مدیران برنامه از اطلاعات حاصله از ارزیابی برای تصمیم گیری در مورد برنامه استفاده می کنند.

پ. ایدئمیولوژیستها، متخصصین علم رفتاری و متخصصان ارزیابی از نتایج حاصله از ارزیابی برای تعیین

اینکه آیا نتایج بهداشتی حاصله، منتنسب به برنامه یا تغییر رفتار اعمال شده بوده است یا نه استفاده

می نمایند.

۲. آیا ارزیابی واقعاً لازم است؟

پسیاری از افراد ذی نفع ممکن است ارزیابی برنامه را بعنوان یک امر مزاحم در منتهی مراحل دیده و آن را

مانند از انجام فعالیت‌های فوری و اضطراری در شرايط حرارتی بدانند. سیاست‌مداران و عوام ممکن است به ارزیابی

هزینه‌های صرف شده در برنامه علاقه داشته باشند. انجام ارزیابی می تواند نشان دهد که برخی از برنامه‌ها

با ایجاد منابع خواهند شد. جامعه علمی و حرفه ای علاقمند به ارزیابی برنامه‌های نوآوری هستند. اکثر

مدیران به انجام حداقت ارزیابی در هر برنامه تمایل دارند. مجريان مستقل نیاز دارند برای نشان دادن کارئی
زمان و کوششهای صرف شده، اشکالی از برون داده‌ای فرایند اجرا با تابع اولیه را ارائه دهد. مدیران برنامه و مجریان می‌توانند در فعالیت‌های خود از انواع ارزش‌پذیری استفاده نمایند. بطور کلی انجام ارزش‌پذیری برای مدیران برنامه و مجریان مسئول ضروری می‌باشد.

۳. ارزش‌پذیری در واقع چیست؟
فرهنگ‌های لفت اکثر ارزش‌پذیری را تعيین یا قضاوت در مورد ارزش برعکس جیزها و آزمون دقیق آنها تعیین می‌کند. یعنی در واقع وظیفه اساسی یک ارزیاب آزمون دقیق و قضاوت ارزشی در مورد روشهای افراد، مواد یا برنامه‌ها است. در زمینه‌های آزمایش بهداشت و ارتقاء سلامت، ارزش‌پذیری بطور ساده به عنوان مقایسه هدف مورد توجه در برابر استانداردهای قابل قبول تعیین می‌شود.

هرکدام از درون‌داده‌ها، تاثیرات فوری و نتایج تأخیری برنامه های ارتقاء سلامت می‌توانند اهداف مورد نظر ارزش‌پذیری باشند.

۴. استانداردهای قابل قبول چه هستند؟
با قصیدر در نظر داشته که اهداف باستی به بیان چه کسی، چه مقدار، چه زمانی و چه موقع پدیدارند. در فرایند برنامه‌ریزی استانداردهای مورد قبول معمولاً چه موقع و چه مقدار اهداف را تعیین می‌کند. استاندارد مشخص می‌گردد که هدف مورد نظر با استاندارد مطلوب اصول معین تعیین شود.

استانداردها بعنوان مقدار، زمان دستیابی، موفقیت، بهبود یا رشد مطرح می‌شوند. در برنامه‌های ارتقاء سلامت استانداردها شامل میزان ارتقاء مورد انتظار در شرایط محیطی، اجتماعی، اقتصادی، فنی، آزمایش‌های سازمانی یا سیاسی مشخص شده در اهداف است. استانداردها ممکن است بعنوان استانداردهای اختصاصی عملی چه قضاوت در مورد کیفیت ویژه متخصصان در حوزه اجرایی، انتشار رسماً استانداردهای آنها و نهایتاً برای طراحی، اعتبار‌باین، نمود و طراحی شاخه‌های اجرایی بکار گرفته شوند.

عضوی انجمن‌ها، قانون‌گذاران، مدیران و دیگر سیاست‌مداران و مسئولان اقتصادی عجولانه در پی یافتن نتایج هستند. آنها بیان می‌کنند که سرمایه‌های لازم را در یک برنامه تزییق کرده اند و برنامه توجهی ادامه سرمایه‌گذاری نیازمند شواده‌ی مبینه بر اثریتی آن برنامه‌هستند. اولویت‌های دیگر در طی زمان آشکار می‌شوند و علت اینکه سیاست‌های سازمانی به سرمایه‌های غیرمولود نگاه می‌کند آن است که می‌خواهند منابع را در برنامه‌های دیگر جاری سازند. آنها انتظارات بیشتری نسبت به سطوح سرمایه و زمان صرف شده دارند و این امر ممکن است باعث کناره‌گیری آنها از استانداردهای اولیه قابل قبول شود که در ابتدا در مورد اهداف پذیرفته بودند.

استانداردها می‌توانند به چندین روش بیان شوند:

۱. When
۲. How Much
۳. Target
استانداردهای اختیاری: از آنجا که مدیران برنامه و قانون‌گذاران در زمان قصد مشاهده تغییرات ایجاد شده را دارند، لذا استانداردهای اختیاری توسط منابع و مدیران مسئول برای نشان دادن نتایج مداخلات تدوین می‌شوند. برای مثال میزان شرکت در برنامه اف Toos همکاران 50 درصد می‌باشد. استانداردهای اختیاری با توجه به یک در آمده باشند. برخی از آنها دارای سابقه کاری اند و دلایل ارائه برخی می‌باشند. در بسیاری مواقع اولین وظیفه ارزیابی این است که به استخراج، تعیین منشا و دلایل عقیلی ظهور این استانداردها بپردازد.

استانداردهای علمی: این استانداردها مربوط به شواهد و مدارک حاصل از کارآزمایی‌های بالینی یا جدیدترین ارزیابی‌های انجام شده می‌باشند. استانداردهای مربوط به شواهد سطح قابل قبول نشان دهنده از برگرفته از مطالعات کنترل شده علمی را نشان می‌دهند. برخی استانداردها مربوط به یک مطالعه نظام آن در مقایسه بهترین مطالعات می‌باشند. استانداردهای مربوط به شواهد تحقیقاتی گنگشته را می‌توان استانداردهای نظری نیز نامید.

استانداردها نظری با علمی بیان می‌شاند که اگر همه چیز در برنامه مطابق تجربه قبلی یا آن روش‌ها پیش روند، مثل در مورد میزان ترک سیگار، با بایستی انتظار داشته باشیم که 6 ماه و 1 سال پس از انجام مداخله به اهداف خود دست یابیم. استفاده از شواهد و مدارک در موارد زیر کاربردی دارد:

1- ارزیابی نیاز‌های جمعیت
2- ارزیابی غل نیازها بر پایه مطالعات قبلی
3- ارزیابی شواهد مبنی بر اثربخشی راهکارهای موتور بر حل مشکل
4- ارزیابی برنامه‌های خارج از منظر ارزیابی

استانداردهای تاریخی: مدیران، اغلب اهداف برنامه را بر پایه تجارب قبلی در زمینه برنامه مشابه تنظیم می‌کنند. مثال اندازه گیری منظم و قابلیت چنین میزان‌های تولد، مرگ، مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی‌ها یا استفاده از دیگر خدمات می‌تواند در تنظیم اهداف یک برنامه مؤثر واقع شود.

استانداردهای هنری: در این نوع از استاندارد، تنظیم اهداف بر پایه نتایج است که مدیر برنامه های مشابه در سازمانها و جوامع به آن رسیده‌اند. استانداردهای هنری و تاریخی می‌توانند به آسانی برای مشخص کردن اهداف برنامه و اهداف ارزیابی بکار روند (خصوصاً زمانی که اهداف بر پایه داده های جمع آوری شده باشند). این استانداردها ممکن است شامل مثال اطلاعات مثل وقایع حیاتی (تولد، مرگ و میر، ازدواج)، میزان بیماری‌ها، میزان حضور در مدرسه، ابتلا به بیماری‌های ویگن‌دار، کیفیت آلودگی هوا، تصادف ای‌تومی‌ها و سکته

1. Arbitrary Standards
2. Scientific Standards (BEST PRACTICES)
3. Historical Standards
4. Normative Standards
استانداردهای الگو: استفاده از استانداردهای الگو بطور چارچوبی در تعبیه اولویت‌ها برای برنامه، اندکی از نظر نتایج، به‌همراه نظام‌های مدیریت اطلاعات و ارزیابی برنامه‌های اجرایی جاری استفاده می‌شود. برای تدوین استانداردهای الگو، گروه اجرایی پایستی یک چارچوب مفهومی قابل انتعاف را در پیش بیگیرد. استانداردها باید به‌طور معنی‌دار قابلیت انتخاب با بیماری‌های متفاوت قابل پیشگیری و درمان که جوامع با آن روبرو می‌شوند را داشته باشند. به علت گوناگونی پیشبینی‌های اهداف کمی می‌توانیم هر یک‌یا هر یک یا اهداف عمیق و عملی نمی‌باشند. در عوض چارچوبی ارائه می‌گردد که اجازه میده اهداف کمی صرف‌نظر از اندازه، ماهیت مشکلات قابل پیشگیری و وجود خدمات پیشگیری کننده در هم جامعه مشخص شوند.

5. چرا ارزشیابی تهمت دیدن کننده است؟
برای بسیاری از افراد کلمه ارزشیابی معنی خوش‌اندیه ندارد. اولین بندهز برای کاهش اضطراب منتج از ارزشیابی برخی مناسب می‌باشد. هر چند هر شروعی با اضطراب همراه است اما این اضطرابها با عنايت به یک فرایند برنامه‌ریزی نظام مندن که اجرا و ارزیابی برنامه را در خود داره کاهش می‌یابد به هنگامی که برنامه‌های ارائه‌بان می‌شود. اما ارزشیابی به هنگامی که برنامه‌ها دارای سازمان‌های نبوذه، دارای مجموعه نامنظم، طراحی ناکام و مدیریت ضعیف باشند مشکلات متعدد روبرو شده و با شکست مواجه می‌شود. هدف از ارزشیابی در ارتقاء سلامت نباید یافتن برنامه کامل و جنگ نجات شدن آن برنامه برای همه جامعه باشد. اولین هدف ارزشیابی باید کمک به بهبود و تطابق برنامه با موقعیت موجود باشد. افراد ذی نفع از نتایج ارزشیابی بیان می‌نمایند که نیازمند آگاه شدن از موقعیت‌های محلی و داشتن برنامه‌های قابل انتعاف با موقعیت‌ها مختلف هستند. آنها عقیده دارند که برای اجتناب از ایجاد خطا باید برنامه مورد نظر بصورت پایلوت در همان مکانی که قصد مداخله داریم اجرا گردد و بدن و سلبه است که برنامه‌ای قابل انتعاف و مناسب با شرایط منطقه ارائه می‌شود.

6. برای نشان دادن موفقیت‌ها چه نوع نتایج مناسب و کارآمد هستند؟
یک برنامه ارتقاء سلامت می‌تواند در یک یا دو جهت تاثیرات فوری و نتایج نهایی داشته باشد. تاثیرات فوری در اولین سطح شامل ارزشیابی فرآیند است، جزئی که در شروع فرآیند برنامه قابل تهیه و ارائه می‌باشد. تعبیه زود هنگام موقعیت مورد مرحله اجرای برنامه باعث خواهد شد که مدیران برنامه به اتخاذ تطبیق‌ها و تعديلپذیری در

---

1. Normative Standards
2. Model Standards
برنامه، قبل از غیر قابل کنترل شدن موانع بیردازند.

در این سطح می‌توان به آزمون روش‌ها، پایلوت کردن اجزای برنامه و آزمون رسانه‌های جدید از نظر خصوصیاتی
چون قابل خواندن بودن، حساسیت فرهنگی و قابل قبول بودن برای مخاطبین ترکیه. بعنوان مثال یک برنامه
پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی در روزتا فعالیت‌های جنگنده آی با هدف کاهش عوامل خطر بیماری‌های قلبی
عروقی مانند کاهش فشار خون انجام داد. فعالیت‌ها شامل غربالگری، مشاوره همراه با پیش‌بینی تبیف‌های بود. یک هفته
پس از شروع برنامه کارمندان اجرایی گزارش کردند که تعداد بیماری‌های سکته‌ای به سوی تبیف در شعار (اسفند، ماه
فشار خون است) روبرو شده اند. آنها چنین دریافت‌های بودند که ماه اسفند ماهی است که بالاترین خطر ابتلا به
فشار خون در آن وجود دارد (مانند این واقعیت که در ماه تیر و مروارد احتمال ابتلا به انفولونزا کم است). افرادی
که گزارش کرده بودند تاها در ماه اسفند باشند به توصیه های کاهش فشار خون توجه داشته باشند، همانها
هستند که اعتقاد دارند انجام برنامه بخی مراقبت‌ها در تمام سال لازم نیست و بصورت دوره ای باید انجام شود. این مثال
نشان دهنده این امر است که کارمندان بهداشتی باشند به‌خاطر و اجرای برنامه باشند
و با تشکیل جلسات هفته‌گی کنترل دقیقی بر فرآیندهای برنامه بعمل آورند. عدم بررسی مرتب فرآیند برنامه و عدم
پیش بینی واکنش‌های مردم در هنگام تبلیغات خواهد توانست به ایجاد رفتارهای منظم با رفتارهای هدف منجر
شود.

اهداف بالقوه در ارزشیابی فرآیند شامل همه و رویدادهای برنامه، فعالیت‌های اجرایی و واکنش‌های افراد ذی نفع
می‌باشد. ورودی‌ها می‌توانند شامل اصول نظری ای سیاسی برنامه، اهداف اخلاقی و موانع (سرباریه، کارمندان
درگیر و مکان) اختصاص داده شده باشد. فعالیت‌های اجرایی شامل کار انجام شده توسط کارمندان، روشهای همکار
آوری داده‌ها، فعالیت‌هایی که باشند، انتشار رسانه‌ها و پیام‌ها و هر پدیده حمایت کننده است. واکنش‌های افراد ذی نفع شامل مرور برنامه رزی‌ها توسط اعضای انجمن، عکس العمل یک گروه متکنی نسبت به
مواد برنامه، سطوح مشارکت در میان گردیدگان برنامه و پاسخ سازمان‌های همکار و مخاطبان برنامه است. مرز بین
ورودی و اجرا نامعلوم است و در تحلیل نهایی اهداف اهمیتی ندارد. کیفیت فرآیند می‌تواند پایه‌گذاری بر روشهای
چندی تعمیم گردد. از نظر کمیت توسط بررسی‌های دوره ای و محاسبه خدمات ارائه شده؛ از نظر کیفیت توسط
بررسی‌های دوره ای مدیر داخلی از کارمندان، تبیینات و دفتردارها با پوشش‌های بررسی گزارش‌های مصرف کندگان و
دیگر قسمت‌های خارجی از آزمون مستقل و روشهای مشاهده ای مشخص می‌باشد.

ارزشیابی فرآیند تصویر و استحکام یک کیفیت عناصر اجرای امر شده از مرحله گذشته که دوباره چک کرده.

می‌توان در ادبیات ارتباط سلامت مفاهیم زیادی در مورد کاربردهای بدنی ارزشیابی فرآیند پیدا کرد.

ارزشیابی فرآیند خواهد توانست در چهت تعمیم و مشابه انتخاب و اجرای امر از سیاست، نظریه
و برنامه‌های هدف کمک کننده باشد. به طوریکه نتایج ابتدا و نهایی می‌تواند مورد تفسیر قرار گرفته و
انحراف آنها از برنامه مورد نظر مشخص گردد.
سطح دوم ارزیابی شامل ارزیابی نتایج فوری برنامه است. یعنی ارزیابی از تاثیرات فوری برنامه يا بر خیلی جنبه‌های آن بر رفتارهای هدف، عوامل مستعدکننده، قدرتکننده و تقویت کننده آن رفتارها یا بر عوامل محیطی موثر. یک برنامه جامع ارتقاء سلامت بایستی برخی از تاثیرات فوری برنامه بر رفتار را گزارش کند. مثلا در مورد برنامه ای مانند تاثیر رسانه‌های غرورهای بر رفتار، اگر ارزیابی در حاشیه نه که داشته شود ممکن نیست بتون تاثیرات فوری این رسانه‌ها بر رفتارهای مخاطبین بطور ملموس نشان داد.

سطح سوم ارزیابی شامل ارزیابی نهایی از هدف‌های مورد نظر می‌باشد که شامل شاخص‌های وضعیت سلامت، کمیتِ زندگی، مزیت‌های مزیت و میزان، بیماری، ناتوانی در جمعیت مربوطه و شاخص‌های اجتماعی مثل گروه‌گذاری، بیکاری، بی خانمانی و غیره است.

7. یا چه مقدار وقت و کنترل در ارزیابی نیاز داریم؟
چند نکته که محققان ارزیابی بایستی در پاسخ به این سوال می‌نویسند است:
1. چقدر سرمایه‌ای برای ارزیابی لازم است؟
2. یا محدوده‌زمانی اختصاص یافته منطقی است؟ ارزیابی کوتاه مدت و نهایی در چه محدوده زمانی قابل انجام خواهد بود؟
3. دسترسی به جمعیت مطالعه برای ارزیابی تا چه اندکی است؟
4. یا شرکت کننده‌گان در جریان برنامه ریزی متنظیر بوده اند یا نه؟
5. یا تخصصی تخصصی افراد به گروه شاهد و مورد انجام شده است و اگر نه، دلیل آن چیست؟
6. یا از روشهای تایید شده و واضح جهت مطالعه ذهنیات انسان استفاده شده است؟
7. یا از ابزارهای اندوز گیری جهت نشان دادن نتایج فوری استاندارد شده اند؟ یا سابقا فقط یک بار تولید و آزمون شده اند؟
8. چه روشهایی برای جمع آوری داده ها (مصاحبه، بررسی گزارشات و غیره)، تجزیه و تحلیل و تایید داده ها وجود دارد؟
9. یا چه حد منابع مالی و انسانی کافی برای انجام مطالعه ارزیابی وجود دارد؟
8. بایستی قادیر به انجام کدام طرح ارزیابی باشم؟
مهم‌ترین هدف انتخاب طرح ارزیابی، کاهش احتمال خطای در تفسیر نتایج است. این خطا را می‌توان با افزایش اعتبار و بااین اطلاعات جمع آوری شده در ارزیابی کاهش داد. یک اندوز گیری یا درای پوستیگ و ایستا است. بطور قطع اندوزه‌های یا انتخاب یکی‌سان به بار خواهند آورد (بین دو مقطع زمانی توسط یک فرد یا توسط دو فرد و مشتری). یک اندوزه گیری وقتی معتبر می‌باشد که بطور صحیح به اندوزه گیری آن چیزی بپردازد

1. Impact Evaluation
2. Outcome Evaluation
که باعثی مطاّبکه هدف آن را انداده یگیرد. انداده‌های معمولاً بیشتر را نیز هستند. بعنوان مثال شما از فرایند نهایی و یا واحد مناسب می‌دهید؟ 39 سال. دو هفته بعد وقتی از وسایل می‌کنیم که تاریخ تولدش چیست؟ یا جواب می‌دهد ۱ مهر ۱۳۵۹. این سن خود را در هر دوبار به یک صورت گزارش کرده است. این دو گزارش سنی توسط آن فرد درآیت ثبت زمانی یا بعبارتی پایایی می‌باشد. اگر بعداً شما یکی بپردازید که طبق شناسنامه تاریخ تولد او ۱ مهر ۱۳۵۸ است، شما درمی‌یابید که گزارش شفاه آن فرد اعتباری ندارد.

مجریان از افزایش اعتبارنتیجه بسیار حد و در برگرداند، چرا که در میان دیگر عوامل دلخواه در انتخاب طریقه‌ای مطالعه مساله اعتبار از همه به اهمیت تر است. در ادامه توضیحات مختصری در مورد ۴ طرح ارزیابی، از ساده به پیچیده داده می‌شود. باید توجه داشت که در دو انتهای مطالعات ثابت تاریخی ۴ که با کمترین پیچیدگی بیشترین کاربرد را در اکثر برنامه‌ها داراست و مطالعات تجربی کنترل شده ۴ که تجربی و عملی اند، قرار دارند و هر کدام مورد استفاده خاص خود را دارد. مجریان، این مطالعات را بر پایه سوالات ارزیابی و داده‌های مورد نیاز برای پاسخ به سوالاتان انتخاب می‌نمایند.

طرح اول: رویکرد ثابت تاریخی

توانایی انجام این مطالعه، حاصل انتظاری است که از مجزایان حرفه‌ای ارتباط سلامت وجود دارد. این مطالعه در شرایط متفاوتی قابل اجرای است. این مطالعه به ایران جدای، نمودارها و نقشه‌هایی از نتایج برنامه‌های می‌پردازد. برای مثال می‌توانند برای محاسبه اندازه افراد دریافت کنند که در روز استفاده شده و سپس ارقام روزانه را به شکل ستون‌های یا جدول هفتگی، ماهیان یا سالانه ارائه دهند. مرحله اول برای ترسیم یک نمودار نشان دادن وابستگی مورد انتظار بین داده‌ها و ستاده‌ها است. مرحله دوم تنظیم یک روش ثابت برای جمع‌آوری داده‌ها و مرحله نهایی محاسبه کردن و ترسیم نمودار دوره‌ای داده‌ها، کشیدن نقشه مسیر و حجم تغییرات ایجاد شده در زمان می‌باشد.

طرح دوم: رویکرد تجربی کنترل شده

این نوع مطالعه شامل تکرار دوره‌ای (و یا مداوم) برای جمع آوری اطلاعات است. برخی اوقات نظام ثابت گزارش مداوم نمی‌تواند به جمع آوری داده‌های بدست آمده و یا تغییر نظام پردازد. به احتیاط زیاد مخرج زیاد نظامهای ثابت داخلی سبب اختلال در برنامه‌می‌شود، باید وجود این اگر کسی نتوانند مطالعه طرح اول داده‌ها را جمع آوری کند. می‌تواند توسط بررسی‌های دیگری به جمع آوری اطلاعات پردازد.

ارزیابی ابتدا به تنظیم زمانهای مورد نظر برای ارزیابی تشخیص پرداخته، سپس به مشخص کردن سطوح اهداف مورد انتظار می‌پردازد و پس از آن بررسی‌های خود را برای محاسبه نتایج بدست آمده در مقاطع زمانی.

1. Historical Record-Keeping Approach
2. Controlled Experimental Approach
انجام می‌دهد. در این نوع از طرحي مقارن‌سازی‌های دیگر، مبنای تاریخی دارد. بنابراین این نوع از مطالعه به عنوان مطالعه قبل و بعد، طراحی پیش از آزمون و پس از آزمون با مطالعه سری‌های زمانی تاریخی نامیده می‌شوند. این نوع از مطالعه می‌تواند بیشتر در ارائه ایکس‌گر در مرحله قبل از شروع برنامه و پس از فاصله کامل شدن برنامه انجام شود. این مطالعه به نتایج برای آزمون مقدار آگاهی کسب شده، تغییر نگرش و فعالیت در طول یک برنامه در مدارس یا موقعیت‌های کلینیکی بکار رفته‌ای می‌شود. نوعی از این مطالعه دوره‌ای مطالعه سری‌های زمانی منقطع 

این نوع برنامه‌ها به‌وجود آمده اند که این آزمایشات آنها را نتایج فوری و نهایی در راستای رسیدن به هدف می‌باشند. به‌طور نظامی استوریم می‌تواند در دوباره یا آگز گرد.

طرح سوم: روش‌کرد مقایسه ای

این مطالعه مقایسه‌ای در واقع مطالعه تبت دوره‌ای و ثبت مداوم توسعه یافته می‌باشد. در این مطالعه همان روشهای قبیل دنیال می‌شود و انتظار می‌رود که داده‌ها با داده‌های منابع خارجی دیگر مقایسه شوند. معمولاً می‌توان داده‌های مشابه با برنامه‌های خود را در مکان‌های دیگر پیدا گردید. ضمناً می‌توان جهت استفاده از فرم‌های مورد استفاده در برنامه‌های دیگر درک آماده‌باشند. این استناد به برنامه‌های موجود در برنامه‌های مشابه را مقایسه کرده. جهت مقایسه می‌توان از انواع متعدد داده‌های ملی و محلی استفاده کرد. برای مثال می‌توان به جمع آوری داده‌های مشتق شده از پرشتناهای های استنادی برنامه و سپس این مسئله را با اطلاعات جمع آوری شده در برنامه‌های محلی مقایسه کرد. هنگامی که سلامت انتقال بین استانداردی از برنامه‌های مشابه را که آموزش دهندگان بهداشت باپسی در رابطه با خودآمایی بیستان، پای‌اسمیر، ترک سیگار و دیگر درمان‌های بهداشتی چه میزان انتظار داشته باشند. قابلیت مقایسه قسمت ضروری از این ارزیابی‌های می‌باشد. به این دلیل بهتر است به چه جای طراحی پرشتناهای جهت جمع آوری داده‌ها نیست، قابلیت استناد به آنها در جمع آوری موثر داده‌ها هست. آزمایش استناد به شده جهت جمع آوری داده‌ها استفاده شود.

طرح چهارم: روش‌کردهای تجربی یا مقایسه‌ای یکنفرال شده

در مطالعه مقایسه‌ای یکنفرال شده، ارزیابی در ابتدای به تشخیص جمعیت یا جامعه مشابه (گروه کنترل) با جمعیت هدف از نظر تشخیص داده‌های جمعیت شناختی می‌پردازد. سپس از طرح الیکت با را برای مداخله در جمعیت هدف و جمعیت مقایسه بکار بسته و به جمع آوری دوره‌ای داده‌ها جهت انجام مقایسه مبادرت می‌ورد.
می توان به مقایسه تأثیرات مداخلات متعدد در جمعیت‌های مشابه، در مدارس و در جامعه برداخت. مطالعات استنفورد، مونیسوتا، کارلیا کمک، تگز، و کنتاکی مثال‌های متداولی از کاربرد این مطالعات در جامعه هستند. 

بعنوان مثال در مطالعات استنفورد سه جامعه در جهت کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی در نظر گرفته شدند. در یک جامعه تلاش‌های آموزشی فراوان انجام شد و در دو جامعه نیز رسانه‌های گروهی فعالیت داشتند و در جامعه سوم هیچ تلاش‌های انجام نشد. تاریخی راهبردهای مورد استفاده در هر سه جامعه و زیر گروه‌های جمعیتی آن در قالب ارزشیابی نتایج قوری و نهایی محاسبه شد. مثال‌های متعددی از این مطالعات وجود دارند.

طرح پنجم: رویکرد تجاری کنترل شده

مطالعه تجاری مطالب با کاراژمایی‌های بالینی در مطالعات پزشکی است. در این مطالعه تخصص اتفاقی افراد به دو گروه یا بیشتر انجام می‌شود. بر یک گروه مداخله اعمال شده و بر گروه دوم مداخله ای انجام نمی‌شود. در این مطالعه ممکن است مسائل اخلاقی چنین جهت درمان افراد بدیهی آن است. گروه آزمون درمان نورد را دریافت می‌دارد. گروه ها قبل از انجام برنامه مشخص شده و ارزیابی طرح اول با دوم را برای گروه کنترل و مورد بکار می‌برد. در نهایت داده‌های دو گروه جمع آوری می‌گردد. پایاداشت‌ها، مشاهدات یا بررسی داده‌ها در طی مداخله، انجام شده و سپس نمونه‌برداری در جهت مقایسه گروه‌ها در مقاطع مختلف بررسی می‌شوند. برنامه‌های ترقی و کنترل وزن اغلب بر طبق این مطالعه ارزشیابی می‌گردد.

طرح ششم: طرح وسوسه ارزشیابی کننده

این مطالعه پیچیدگی بیشتری نسبت به سابی مطالعات ارزشیابی دارد. انجام این مطالعه در اغلب برنامه‌ها عملی نیست. این مطالعه به مطالعه تجاری کنترل شده شباهت دارد. غیر از اینکه گروه های چندگانه در طرح‌های عمایلی (سازه‌ای) تصادفی شده قرار می‌گیرند و اندازه گیری‌های چندگانه بر متغیرهای واسط مثل تغییر به آگاهی، نگرش و مهارت‌ها بعلو به متغیرهای نتایج فوی و نهایی مثل رفتار یا سلامت انجام می‌گردد. این مطالعه می‌تواند وظایف‌های ویژه ای داشته باشد. برای مثال می‌تواند به منظور تعبیه تأثیرات مستقل اجزاء برنامه بر نتایج نهایی و کمک‌های مدت مورد استفاده قرار گیرد. در این مطالعه با استیسی سوالات را خوب تعیین و حجم نمونه مناسب جهت شناسایی قابلیت‌های ارزیابی می‌گردد.

طرح ششم: طرح وسوسه ارزشیابی کننده

این مطالعه پیچیدگی بیشتری نسبت به سابی مطالعات ارزشیابی دارد. انجام این مطالعه در اغلب برنامه‌ها عملی نیست. این مطالعه به مطالعه تجاری کنترل شده شباهت دارد. غیر از اینکه گروه های چندگانه در طرح‌های عمایلی (سازه‌ای) تصادفی شده قرار می‌گیرند و اندازه گیری‌های چندگانه بر متغیرهای واسط مثل تغییر به آگاهی، نگرش و مهارت‌ها بعلو به متغیرهای نتایج فوی و نهایی مثل رفتار یا سلامت انجام می‌گردد. این مطالعه می‌تواند وظایف‌های ویژه ای داشته باشد. برای مثال می‌تواند به منظور تعبیه تأثیرات مستقل اجزاء برنامه بر نتایج نهایی و کمک‌های مدت مورد استفاده قرار گیرد. در این مطالعه با استیسی سوالات را خوب تعیین و حجم نمونه مناسب جهت شناسایی قابلیت‌های ارزیابی می‌گردد.


1. The Controlled – Experimental Approach
2. The Evaluative Research Project
اطلاعات و پردازش را بعنوان اتلاف متبوع محدود برنامه طرفد می کنند. این گمان را نمی توان بطور کامل حذف کرد و این تفکرات کم و بیش حکی یا تحت به‌همت شرایط ایجاد می شوند. با این همه ارزیابی می توانند به تهیه موفقیت اشکالات توسط تدوین برنامه ریزی برای ارزیابی و دریافت دندان از کارمندان برنامه و افراد ذی نفع کلیدی بردارند. در اینجا برخی عنصر کلیدی برای طراحی یک برنامه ریزی اورده می شود:

1. اگر امکان دارد به تعمیم یک کارمند مسئولیت پذیر برای هماهنگی در امر جمع آوری داده ها بپردازد.

2. بر پایه اهداف اختصاصی طرح شده موارد زیر را مشخص کنید:
الف. فرایند جدایی از اهداف.
ب. فرهنگی از اهداف که سیستم صاحب مقررا مستقل یا راهبردی مداخله، روشن یا مواد می شوند.
ج. فرهنگی از اهداف که سیستم صاحب متغیرهای وابسته (نتایج کوچنده مدت و نهایی) می شوند.

3. رسم جداول اولیه بمنظور کمک به مشاهده چگونگی سازماندهی و خلاصه سازی داده ها.

4. فرهنگی از اطلاعات مورد نیاز فرآیند کنید.

5. یک چارچوب زمانی با جدول کاری برای مراحل برنامه ریزی و اجرای ارزیابی تهیه کنید.

6. به مشخص کردن روش‌های جمع آوری داده‌ها که متناسب و قابل کاربرد برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز شناختِ پردازید.

7. مشخص کنید:
الف. داده‌های موجود که ممکن است مورد استفاده قرار گیرند.
ب. ابزارهای موجود جهت جمع آوری اطلاعات.
ج. ابزارهایی که نیاز به طراحی و توسعه دارد.

8. برنامه ریزی جهت جمع آوری داده‌ها شامل نوع داده، زمان و فرد مجزی انجام دهد.

9. برنامه ریزی برای گزارش رسمی نتایج، گزارش نهایی، انتشار یک مقاله و برنامه ریزی جهت انتشار عمومی انجام دهد.

10. ارزیابی‌های فراوانی، نتایج فوری و نهایی چگونه باید انجام و ارائه شود؟

تحلیل نتایج مزایای چندی برای افراد متخصص در طراحی و اجرای یک برنامه ارزیابی به دنبال دارد. تجزیه و تحلیل نتایج برای افرادی چون شرکت کننده برنامه، مدیران و کارکنان برنامه به افشاگری معتبری در مورد برنامه خواهد پرداخت.

در این قسمت بحث هدف ما این است که یک مجموعه کاملاً از محاسبات که منجر به محاسبه هزینه - اثرپذیری و هزینه- منفی می شوند را بیان کنیم. برخی محاسبات به ما اجازه می دهند که تصمیماتی در مورد مزایای نسبی، یکنیم و ادامه یک برنامه ارتقاء سلامت اتخاذ نماییم. اگر محاسبات مطلوب با روشهای استاندارد و پیشرفته انجام شوند، این آمیزی گیریها را موجب می گردد. اگر چه مرحله می توانند مزایای یک برنامه های ارتقاء سلامت را بیان دارند. اما لازم است محاسباتی برای ایجاد حمایت سیاسی و اداری با استفاده از ارقام ارائه نمود.
شود. ا一处خص منابع بيشتر به ارتفاع سلامت نیازمند داشتن شواهد و مدارک از نتایج پای مزایای اقتصادی فعالیت‌های ارتفاع سلامت است. جدول ۴-۱ خلاصه اجمالی از ۱۷ محاسبه را ارائه می‌دهد که منجر به تحلیل جامع نیازها، درون دادها و بروز داد های یک برنامه ارتفاع سلامت می‌شود. در این جدول نتایج محاسبات برای دو برنامه چگالی گنگه ارتفاع سلامت نام شده است. هدف اولین برنامه ترک‌ سیگار ۱۰۰۰ معمل مدارس بود و هدف برنامه دومی ترک سیگار در ۱۰۰۰ مدرسه بود.

<table>
<thead>
<tr>
<th>برنامه (۱) معمل</th>
<th>برنامه (۲) مدرسه</th>
<th>نام منبع مدور محاسبه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نیاز ۱</td>
<td>نیاز ۱</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>دسکرسی ۲</td>
<td>دسکرسی ۲</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>[۱۰۰×۱(۲۳) ۳۰]</td>
<td>[۱۰۰×۱(۲۳) ۳۰]</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>نتایج فوری (کوتاه مدت)</td>
<td>نتایج فوری (کوتاه مدت)</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>[۴۰(۳۲)٪]</td>
<td>[۴۰(۳۲)٪]</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>کاراپی ۹</td>
<td>کاراپی ۹</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>تأثیر ۹۰ دلار</td>
<td>تأثیر ۹۰ دلار</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>همایش ۷۰ دلار</td>
<td>همایش ۷۰ دلار</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>فوتیزی منفعت بر هزینه ۱۱</td>
<td>فوتیزی منفعت بر هزینه ۱۱</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>درآمد ۶۰۰ دلار</td>
<td>درآمد ۶۰۰ دلار</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>سود خالص ۴۰۰ دلار</td>
<td>سود خالص ۴۰۰ دلار</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینه شروع ۱۴</td>
<td>هزینه شروع ۱۴</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
<tr>
<td>هزینه عملياتي ۱۵</td>
<td>هزینه عملياتي ۱۵</td>
<td>برنامه (۱) معمل</td>
</tr>
<tr>
<td>(۱۰۴) اثری بزینه عملياتي</td>
<td>(۱۰۴) اثری بزینه عملياتي</td>
<td>برنامه (۲) مدرسه</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۴-۱: محاسبات انجام شده برای دو برنامه ترک سیگار در معملان و مدارس مدرسه

فرد ارزیاب در تحلیل داده‌های باید به سوالات زیر پاسخ دهد:

۱- کدام برنامه بهترین یوپالش را در ۱۰۰ مدرسه فراهم می‌کند؟

۲- کدام برنامه بیشتر به تغییراتی در تغییراتی برداشتی مدارک می‌پردازد؟

۳- هزینه‌های نسبی و هزینه‌ای اثری‌که برنامه به آنها می‌اندازه است؟

۴- مزایای نسبی و مزایایی هزینه‌ای - فایده دو برنامه چه اندازه است؟

۵- اگر برنامه‌ها ایجاد درآمدهای می‌کنند، در آمدهای خالص یا هزینه‌های آنها چه اندازه است؟

۶- تماشای این برنامه در آنها چه اندازه است؟

۷- مزایای هزینه - اثری‌که برنامه به هزینه‌ای باشد؟
۱. نیاز: اشاره به جمعیت نیازمند یا جمعیت واجد شرایط برنامه دارد. بر طبق جدول ۱-۱، حذف هزار معلم در ۱۰۰۰ مدرسه برنامه اول انتخاب می شوند و در برنامه دوم در حذف ۱۰۰ مدرسه انتخاب می شوند. بطور ایده آل یا پایین‌تر نیازها را بر پایه جمعیت شرکت کنندگان که احتمالاً از برنامه پیشگیری از سیگار کشیدن سود می رزند. نگرانی از آزمونی که تحت تاثیر اگر برنامه قرار گیرد، از معلمان غیرسیگاری سیگار نخواهند کشید، تعريف کننده برای برنامه های تغییر تغییر نمایم. جمعیت نیازمند بطور معمول از نتایج سرمایه‌ی یا از محاسبات قبیل بر جمعیت هدف مشخص می شوند. محاسبه نیاز مرجع بر سایر محاسبات جمعیتی است که با هدف محاسبه تأثیرات برنامه انجام می شوند.

۲. دسترسی: شامل جمعیت واجد شرایطی است که در معرض برنامه ارزشیابی شده قرار گرفته اند. بعضی مواقف این محاسبه از تجربه برنامه‌های مشابه، قوانین و در برگرفته از جمعیت و ورودی برنامه‌ها از تحلیل برای اخذ می شود. اگر تحلیل نتایج پس از اجرای کامل برنامه انجام شود، دسترسی صرفأ محاسبه تعداد افرادی است که در طول یک دوره مثل یک سال در برنامه شرکت داشته اند. در جدول ۲-۶ دسترسی مورد انظار و مشاهده شده برا ی برنامه اول ۱۰۰۰ معلم و برای برنامه دوم چهت ۱۰۰۰ مدرس نشان داده شده است.

۳. پوشش: به معنی درصد حصول به رقم مورد نیاز می باشد. برنامه اول پوشش ۱۰ درصدی (۱۰۰/۱۰۰) و برنامه دوم پوشش ۵۰ درصدی (۵۰۰/۱۰۰) دارد. پوشش به استاندارد سازی ارقام خام دسترسی و نیاز برداخته و به ما اجازه مقایسه پوشش برنامه اول با برنامه دوم را خواهد داد.

۴. نتایج کوتاه مدت: اشاره به تأثیرات فوری و واسط برنامه ارتقاء سلامت دارد. ارزیابی به تعيین نتایج فوری می پردازند، زیرا آنها در بخش ارزشیابی فعال حاصل بوده و در غیب نتایج نهایی می توانند شواهدی از پیشرفت برنامه ارائه دهند. جدول ۴-۱ نتایج کوتاه مدت را در دو برنامه فرضی نشان می دهد. در برنامه اول، ۱۰۰ نفر از ۱۰۰۰ معلم ۶ ماه پس از برنامه سیگار نمی کشیدند. در مقابل ۴۰ نفر از ۵۰۰ مدرسه ۶ ماه پس از برنامه سیگار نمی کشیدند.

۵. کارامدی: اشاره به نتایج فوری برنامه برای افرادی دارد که واقعاً آن برنامه را دریافت داشته اند. برای محاسبه

۱. Need
۲. Reach
۳. Coverage
۴. Impact
۵. Efficacy
كارامدی برنامه باید به تقسیم‌بندی کوتاه مدت بر مقدار دسترسی بسته‌ای (2/4) پرداخته و کسر را در عدد
1000 برای تبدیل نسبت به درصد ضریب کیفیت در جدول 4-1 مشاهده می‌کنیم که برنامه اول باعث ایجاد نتایج
فوری بیشتر در معلمان نسبت به برنامه دوم یعنی مدیران شده است. اما کارامدی برنامه دوم در حذف
45 درصد بیشتر در سطح فردی بوده و این عدد برای برنامه اول تنها 10 درصد است. کارامدی به بیان نتایج کوتاه مدت وابسته به برنامه افرادی که آن را دریافت کرده اند می‌پردازد. در مورد افرادی که در برنامه شرکت‌های ندارند ویل قسمتی از
جامعه هفته استندنت، این اندازه استفاده نمی‌شود.

3. اثری‌خی‌۲؛ شامل نسبتی از افراد دریافت کننده برنامه ات است که به طور موقت‌اندیز تغییرات مورد نظر در
آنها رخ داده است. در برنامه‌های بهداشت عمومی در سطح تغییر، علاوه بر افرادی که واقعا در برنامه شرکت کرده
اند، افرادی که برنامه را به‌طور نجات دیده اند نیز مورد توجه می‌باشند. در گزارش‌های ارزیابی به ندرت
میان کارامدی و اثری‌خی‌۲ تفاوت گذاشته می‌شود. تاکید افراد بیشتر به ارزیابی تاثیرات برنامه بر گروه اول
می‌باشد. برخی گزارشات نیز به گزارش کارامدی برنامه‌ها می‌پردازند نه اثری‌خی‌۲ آن. ارقام اثری‌خی‌۲ در جدول
4-1 نشان می‌دهد که برنامه دوم اثری‌خی‌۲ بیشتری نسبت به برنامه اول دارد. برنامه اول یک افزایش ۱ درصدی
در اثری‌خی‌۲ داشته و برنامه دوم دارای اثری‌خی‌۲ ۴۰ درصد بوده است. برای اجرای نه برنامه ای با پایتخت خود و
دیگران را در چهت دستیابی به نتایج کوتاه مدت، کارامدی و اثری‌خی‌۲ یک برنامه با قیمت مناسب قطع سازیم.
متعییهای قیمت، کارامدی و هزینه - اثری‌خی‌۲ مرتبط با منافع به شمار می‌آید.

4. بهای تماد شده۲؛ محاسبه بهای تمام شده یک برنامه تخمینی از هزینه‌های برنامه، جدا از هزینه ارزیابی
است. در محاسبه بهای تمام شده، هزینه جمع‌آوری داده با انجام ارزیابی نیاپید در نظر گرفته شود. فرآیند بودن
داده‌ها در مورد بهای تمام شده اغلب از نظر سایسی برای انتخاب برنامه‌های کی به اثری‌خی‌۲ گسترش در تحلیل‌های
نتایج فوری دارند، مناسب می‌باشد. فعلاً تکنیکی تعبیه ثبت مداد داده‌ها با پایتخت بعنوان قسمتی از محاسبه بهای تمام
شده به حساب اید (اگر آنها برای فعالیت جاری و تکمیل برنامه ضروری هستند). اگر مرحله قبل و پس از
آزمون بعنوان قسمتی از عملیات برنامه در نظر گرفته شده اند و هن فقط بعنوان راهبردهای ارزیابی، بهای تمام
شده آنها نیز با پایتخت وارد محاسبه شود. برای بدست آوردن محاسبات بدون اختیار بهای تمام شده برنامه، دفاتر
کل پایتخت اقدام به ثبت واقعی هزینه‌ها از ایدنی برای برنامه‌های نماینده حقوق کارکنان هم باعث حمایت کارمند از
برنامه این می‌شود، با پایتخت مناسب بوده و در محاسبه بهای تمام شده لحاظ شود. در جدول ۴-۲ مشاهده می‌شود
که قیمت برنامه اول در حدود ۱۰۰۰۰ دلار و قیمت برنامه دوم در حدود ۲۰۰ دلار بوده است.

1. Effectiveness
2. Program Cost
یک

۷۸. کارایی: نسبت به‌های تمام شده برنامه به دسترسی است; یا به‌های تمام شده هر فردی است که بطور واقعی دریافت کننده برنامه بوده است. از جدول ۴-۱ می‌توانیم مشاهده کنیم که این متغیر برای برنامه اول در حدود ۱۰ دلار برای هر معلم شرکت کننده در برنامه بوده است (۹۰۰/۱۰۰۰ دلار) و برای برنامه دوم در حدود ۴ دلار برای هر مدیریت است. که در برنامه شرکت کننده شده است. برای محاسبه کارایی، میزان دسترسی و به‌های تمام شده خام برنامه را به یک محاسبه منحصر به فرد و قابل مقایسه از به‌های تمام شده به ازار افراد دریافت کننده برنامه تبدیل می‌کنیم. دیده می‌شود که ۱۰۰۰ دلار در برنامه اول، ۵۰ بیشتر از برنامه دوم می‌باشد، اما اندازه گیری قارایی نشان می‌دهد که برنامه اول ۲/۵ بار به ازار هر فرد مورد مداخله گزارش از برنامه دوم بوده است.

۷۹. اثربخشی به‌های تمام شده: شامل به‌های تمام شده هر اثری تأثیر مشاهده شده است. این معیار به استاندارددسازی به‌های تمام شده به ازار هر واحد تأثیر می‌پردازد. نتایج به شکل یک نسبت از به‌های تمام شده هر واحد (به دلار) به اثر بیان می‌شود. از جدول ۴-۱ می‌توانیم مشاهده کنیم، میزان ۱۰۰۰/۱۰۰۰ دلار یا ۱۰۰ دلار را برای هر معلم که در برنامه اول موفق به ترک سیگار شده و ۱۰۰/۵ دلار یا ۵ دلار برای هر مدیر مدرسه در برنامه دوم موفق به ترک سیگار شده ون مساله روش می‌سازد که دو برنامه متناسب با هم برای ۱۰۰ بار ارزانتر را در مدیران نسبت به معلمان بدست آوریم.

۸۰. منافع: ماحول نهایی آثار برنامه در یک جامعه و سازمان است. در واقع منافع شامل محصولات نهایی یک برنامه برای یک جامعه یا سازمان می‌باشد. داده‌ها فقط به به‌های تمام شده - اثربخشی و کارامدی محدود نمی‌شوند. منافع مقدما با به‌صورت اصلی، به برداشت کننده‌گان مالیات و افزایش که از خدمات اجتماعی استفاده می‌گردد. توجه به گوسازی دانش آموزان از معلمین خود، فرصت می‌کنیم که هر معلم در برنامه اول می‌تواند به تغییر عادت سیگار کشیدن پرداخته و بهبود وسیله تاثیر مبهمگری از عادت سیگار کشیدن و رفتار ترک سیگار در دانش آموزان به نسبت برنامه دوم داشته باشد. این فرصت را در نظر می‌گیریم که در اساس، معلم به مراتب بیشتر از سایر کارکنان در نمایندگی دانش آموزان به مدرسه و چه به‌وجود است مدرس اندازه‌گیری می‌کند. به‌علاوه، معلم گاله‌ای تأثیر بیشتر مبهم یا مبهم کلاس گذاشته و محيط آموزشی را طوری ترتیب دهد که مستقیماً از رفتار سیگار نکشیدن چشم‌انداز می‌باشد. می‌توان با بیان مطالعات قبلی یا انجام محاسبات دیگر میزان رابطه با ارشادهای پیوسته تغییر رفتار معلم مدرس و مدیران را نشان داد. بنابراین

فرستن محاسبات گرای در تجزیه و تحلیل هزینه - منافع توصیه می‌شود. ما فرص می‌کنیم که:

1. Efficiency
2. Cost-Effectiveness
3. Benefits
1. در برنامه‌ای که هر معلم بطور مستقیم موفقیت بیشتری در زمینه کشفیه‌ای و ترک سیگار در 10 دانش آموز در سال می‌شود، میزان ارزش ترک سیگار هر فرد در سال برابر 1000 دلار است. روی هم رفته 1000 دلار در سال از موارد بیشتری و ترک سیگار (نوسان معلم عبور سیگاری) در دانش آموزان عادی می‌شود.

2. هر مدیر مدرسه در برنامه‌ای که یک دانش آموز سیگاری نشده باشد، البته آن دانش آموز را ارزیابی کند. ارزش سالانه دانش آموزان سیگاری نشده با واحدی مبتنی بر سیگار کشیدن در مدرسه تا 1000 دلار بروز می‌گردد و در نهایت این ارقام 1000 دلار است. ضرب کردن تعداد معلمان و مدیران (100) با نتیجه کوتاه مدت برنامه (3) باعث بهبود اندکی ارزش کسب شده تاثیرات هر معلم بر دانش آموزان (1000 دلار) و تاثیرات هر مدیر بر دانش آموزان (1000 دلار) می‌گردد. این مزایا در جدول 4-1 محاسبه شده است.

11. فوزیون منفعت بر هزینه: شامل نسبت فاصله به بهای تمام شده برنامه است. این اصطلاح بیان کننده مزایای بروز انتظار از برآورد ریال خریج شده در برنامه می‌باشد. از جدول 1-4 می‌توانیم در برابر هزینه - فاکتور نشان دهنده این است که این برنامه هر دو به برنامه اول و را به برنامه دوم ترجمه دهیم؛ می‌توانیم برگشت بیشتر سرمایه صرف شده (2 بار بیشتر) را برای مدرسه نسبت به دیگران سرمایه اکنیم.

انجام مقابله بین برنامه‌ها نشان دهنده این امر است که کدام برنامه دارای میزان هزینه - فاکتور بیشتر است؟ ولی همیشه انتخاب یک برنامه از بین سایر برنامه‌ها ضرورت ندارد. هر چند که یک برنامه می‌تواند نتایج بهتری باعث توجه به واقعیت‌های سیاسی، اداری و دیگر منابع داشته باشد.

جدول 4-1 که نشان می‌دهد که برنامه اول باعث برگشت سرمایه‌های مصرف شده می‌شود. میزان منفعت به هزینه 1000 به 1 بوده و قابل مقایسه با برگشت 1000 درصدی در پن اوایل (پی افزایش 10 برای در ارزش موجودیا می‌باشد. برخی برگشت‌ها بر ارزشند و بست مدارکی از اهمیت اجرای برنامه اول را است. مقایسه آن با برنامه دوم است.

12. درآمد: شامل درآمد‌ها و فاکتور یک برنامه است. چنین محاسباتی موقعیت بیشترین اهمیت را بیدا می‌کند که باید به بررسی اجرایی ساختن برنامه پرداخته شود. برای اطمینان از موقعیت برنامه با دستی کافی برای انجام برنامه در اختیار داشته باشیم. منبع درآمد شاخص از برگشت مقاله‌ها، بودجه‌های برنامه‌ها و نظیری از یک سازمان اصلی و دستمزد‌ها حاصله از ارائه خدمات می‌باشد. باید توجه داشته که بیشتر این منابع، درآمد‌ها دیگر نیستند. اغلب برنامه ای اجرا می‌کند که خود را حمایت کند و درآمدزا باشد.

1. Cost-Benefit
2. Income
در جدول ۱-۴ می‌بینیم که هر معلم با پرداخت ۶ دلار در برنامه ترک سیگار شرکت می‌نماید. از طرف دیگر مدریان هزینه ای پرداخت نمی‌کند. این نشان می‌دهد که در اندام ۶۰۰۰ دلاری برنامه اول مساوی با برنامه دوم نمی‌باشد.

۱۲. سود خالص با ضرر٢: عبارت است از تفاوت بین درآمدهای تولید شده و بهای تمام شده برنامه و شامل سودهای آنی منتظره می‌باشد که توسط نسبت‌های هزینه منفعت در خط ۱۱ به آن اشاره شد. برای مثال، اگر ۱۰۰۰۰ دلار منفعت از برنامه اول، برای پس اندوز واقعی موسسه مورد انتظار بوده، محصول خالص موسسه در پایان یک سال ۹۴۰۰ دلار (۴۴۰۰-۳۰۰۰-۱۰۰۰ دلار) به جای ۴۰۰۰ دلار است. به احتمال زیاد برخی از قسمت‌های پر انداز و نه همه آن در تحلیل هزینه - فایده به موسسه تعلق می‌گیرد.

حال سوال این است که چگونه برنامه را در دیگر محلها، دیگر مولفه‌ها، به جمع‌‌یابی جدید و تحت شرایط تازه اجرا کنیم؟ حال مجموعه‌ای از محاسبات نهایی مربوط به شروط و فعالیت‌ها را با هم بررسی می‌کنیم.

۱۴. هزینه‌های شروع٣: قیمت‌های شرع شامل هزینه‌های اولیه و استناد هزینه که تکرار نمی‌شوند. اگر اغلب شامل بهای تمام شده برنامه ریزی، تولیدات نرم انگازی و سرمایه خرج شده برای اقلاهی مثل تجهیزات و مواد اولیه برنامه هستند. هزینه شروع بطور کلی هزینه‌های ابزار و مواد کار می‌باشد.

۱۵. هزینه‌های عملياتی٢: به هزینه لازم برای ادامه و بقای یک برنامه گویند، به استثنای هزینه‌های شروع برنامه. اغلب برنامه ریزی از هزینه اجرایی برای تصمیم گیری در مورد ادامه یا عدم ادامه یک برنامه استفاده می‌نمایند. محاسبه هزینه‌های عملياتی برای صورت است که بهای تمام شده اولیه (جدول ۴-۱خط ۲) با سود و زیان وزه (خط‌های ۱۲و ۱۳) جمع و تقسیم حاصل مجمع این دو از هزینه‌های شروع (خط ۱۴) کم می‌شود. هر هزینه برعیش بایستی از بودجه اصلی (اولیه) کم شود.

۱۶. اثربرخشی هزینه‌های عملياتی٤: شامل برآورد هزینه - اثربخشی برای نگهداری و بقای برنامه است و هزینه‌های اجرایی را مورد ملاحظه قرار می‌دهد. به کل قیمت برنامه را می‌توان یا باور کرد که برای هزینه‌های شروع، بهای تمام شده کل برنامه بیشتر از هزینه‌های عملياتی برنامه در صورت (۴/۱۵) می‌شود. از جدول ۴ مشاهده می‌گردد که موسسه با پایستی ۳۰۰۰ دلار برای هر شرکت کننده در برنامه اول به دست آورده نتایج مطلوب

1. Net Gain or Loss
2. Start-up Costs
3. Operating Cost
4. Operating Cost-Effectiveness
بهرداد و این رقم برای برنامه دوم در حدود ۲۵۰ دلار به ازای هر فرد می‌باشد.

۱۷. فوزنی منفعت بر هزینه عملیاتی۱: بدين صورت محاسبه می‌شود که هزینه‌های شروع و هزینه طراحی از پهای تمام شده کل در مخرج کسر کم می‌شود و تنها هزینه‌های نگهداری برنامه در صورت کسر باقی می‌ماند.

فوزنی منفعت بر هزینه عملیاتی نسبت ریال بدست آمد به ازای هر واحد خرج شده جهت نگهداری برنامه در طول یک دوره معین مثلاً یک سال می‌باشد (۲).

تا اینجا در مورد ۵ مرحله برنامه ریزی در ارتقاء سلامت بحث کردم. حال به ادامه مراحل برنامه ریزی ارائه و سلامت می‌پردازم.

مرحله ششم: تنظیم برنامه اجرا: در این مرحله باید بدانید که:

۱. سعی دارید به چه چیز دست یابید و بهترین راه را برای برقراری آن چیست؟
۲. چگونه آن را ارزیابی می‌کنید؟
۳. چه منابعی نیاز دارید؟

شما باید دقیقاً کارهایی که قصد انجام آن را دارید مشخص سازید. با استفاده از فعالیت‌هایی که قرار است انجام شوند، مکتوب نوشته و مشخص کنید چه کسی می‌خواهد آن را انجام دهد و چه منابعی لازم است و ضمناً زمان انجام آن را هم معلوم کنید. می‌توانید برای این کار جدول گذاری نمایید، این جدول به شما کمک خواهد کرد مدت زمان یک فعالیت و افراد در گریز را مشخص سازید.

مرحله هفتم: اجرا

در این مرحله باید برنامه را اجرا کنید. در این مرحله ارزیابی فراخوان نباید فراموش گردد (۱).

۱. Operating Cost-Benefit
مقدمه فصل

ارتقای سلامت می تواند در مکانهای زیاد و مختلفی به انجام مداخلات بپردازد. اولین بار مفهوم مکانهای ارتقا سلامت در دهه 1980 مطرح شد. سازمان جهانی بهداشت در سال 1991 بیان نمود که تا سال ۲۰۰۰ میلادی کل محیط زندگی اجتماعی و کاری مانند شهرها، مدارس، محله‌های کار، محله‌ها و خانه‌ها با این وجود آورده فرستهای جهت ارتقای سلامت باشد. در دیدگاه مکانهای ارتقا سلامت بحث بر سر آن است که باستی از توجه صرف به تغییر رفتار افراد دست برداشته و به سمت ایجاد محیط‌های حمایت کننده سلامت و رفاه عضوی جهت یافته. یعنی باید از تمرکز فعالیت‌ها بر عوامل خطر و گروه‌های جمعی به سمت تغییرات سازمانی نقل مکان کرد.

مجریان ارتقای سلامت باستی واهمیت مکانهای مداخله، ویژگیهای آن و نوع مداخلات مناسب برای این مکانها آشنا باشند تا بتوانند مداخلات اثرپذیر را در این محلها بپیاده سازند.

مکانهای مهم ارائه خدمات در ارتقای سلامت شامل مدارس، محله‌های کار، مراکز ارائه خدمات بهداشتی دومنی و بیمارستان‌های محله‌ای است. اهمیت محیط‌های کار در ارائه خدمات ارتقای سلامت این است که در این محلها امکان دسترسی آسان به جمعیت هدف و برگزاری سالم (که اغلب دسترسی به آنها مشکل است) وجود دارد. هدف مداخلات ارتقای سلامت در مدارس، ایجاد محیط‌های حمایت کننده سلامت در جهت دستیابی دانش آموزان به سبک زندگی سالم می‌باشد. محله نیز مکانی است که فرصت‌های مناسب برای خلق و اجرای اصول اساسی ارتقای سلامت یعنی مشارکت، برآورد، توانمندی‌سازی و همکاری را در اختیار مجریان ارتقای سلامت قرار می‌دهد. مراکز ارائه خدمات بهداشتی هم از جهات بسیاری به عنوان یک محل کلیدی برای انجام مداخلات ارتقا سلامت هستند. در این مراکز طیف گسترده ای از مشاغل مرتبط با سلامت مشغول به فعالیت که می‌توانند در عمل فرصت ادمام ارتقای سلامت را فرآیند آورند و نوید بخشهای اجرای خدمات جامع ارتقای دهنه سلامت باشند.

در این فصل به بررسی مکانهای باهمیت برای ارائه خدمات ارتقای سلامت و ویژگیهای آن، برداخته می‌شود.
Settings for Health Promotion
است؟

در خصوص توجه به اعتبار سوالات مقابل مطرح می‌شود: تا چه حد اطمنیان وجود دارد که موسسه و اعضاء آن به توصیه‌های آموزش دهنده بهداشت عمل کنند؟ مزیزان باشخانی آنان تا چه حد است؟

در خصوص صلاحیت‌ها سوال مطرح می‌شود: صرف نظر از تعهد، آموزش دهنده گان بهداشت به چه میزان از آگاهی مهارت‌های آموزش دادن و برقراری ارتباط برای افزایش میزان پذیرش افراد نیازمندند؟

ایرانی‌ها به دیدگاه مکانی ارتباط سلامت آورد هستند. برخی عناوین می‌کنند که ارتقاء سلامت با تمرکز بر برخی مکانها، مکان‌های دیگری جون بیاید روهای خیابان‌ها، باشگاه‌ها و غیره را از یاد می‌برد. آنها بیان می‌دارند که اگر قرار باشد دیدگاه مکانی ارتباط سلامت به افزایش شکاف و فاصله در وضعیت سلامت جامعه بپایند، پس لاکم است تجدید نظرهای در خصوص توجه به گروه‌های خاص‌شیء و مکان‌های دیگر وجود آید.

گرین در سال ۲۰۰۰ بیان کرد که دیدگاه مکانی ارتباط سلامت یک دیدگاه خشی (نه مثبت و نه منفی) بوده و بیان می‌کرد که مکان‌ها پیش‌تر فضاهای محدود فیزیکی هستند که دربردارنده افرادی اند که در کنار هم و توانایی خاصی را انجام می‌دهند. اما خاطر نشان می‌سازد که باید به متفاوت بودن مکانها و روابط اجتماعی موجود در آنها توجه خاص شود. نظرات گرین در مورد دیدگاه مکان‌ها نشان می‌دهد که مکان‌ها را جزء از ارتباطات معین در ساختارهای از قبل تعیین شده، با خط مشی‌ها و ویژگی‌های ارزش‌های سازمانی و حوزه‌های رفتاری رسمی و غیررسمی می‌پندارد.

زیگلیو و همکاران در سال ۱۹۹۵ مهمرنین ویژگی‌های مکان را چنین بیان می‌دارند:

۱. مرزهای شناخته‌شده فعالیت
۲. دارای هنرجوی تعیین شده
۳. دارای فرهنگ عمومی مؤثر بر افرادی که در آن زندگی کردند و تحملی می‌کنند
۴. دارای موضوع‌های تعیین شده از عوامل تن‌بندی، زاویه کاهش‌های محیطی بر آنها
۵. در اختیار گذارنده فرصت برای حل و اندفع اگر تأثیر فعالیت‌های ارتقاء سلامت آقای باریک ۲۰۱۳ در سال ۱۹۹۳ پیشنهاد که برای دستیابی به مکان‌های ارتقاء دهنده سلامت باعث شرایطی چون ایده کار سالم و محیط زندگی سالم، ادغام ارتقاء سلامت در فعالیت‌های روانتان این مکانها و ایجاد شرایطی برای دستیابی به درون جماعت باید ممکن شود. اکنون خاطر نشان می‌سازد که دیدگاه مکان‌ها

۱. سازمان به‌عنوان نظام
۲. مسئولیت پذیری اجتماعی

۱. Ziglio
۲. Baric
ارتباطات، رفتار و نقشه‌ای افراد درون سازمان‌ها.

۳. ذکر این نکته حائز اهمیت است که دیدگاه مکان‌ها با دیدگاه روزشیهای سلامت همخوانی و تناسب دارد. گرین

پیشینه می‌دارد که سلامت وابسته به رابطه متقابل افراد اکوسیستم‌های اطراف آنان است. روزبرگ مکان‌های نیز بطور

بالقوه در جهت شکل دهی و نیل این عناصر به سمت سلامت عمل می‌نماید. در دیدگاه مکان‌های ارائه سلامت

بحث بر آن است که باضبط از توجه صرف به تغییر رفتار افراد، دست بردارش و به سمت ایجاد محیط‌های

حیاتی کننده سلامت و رفاه عوومی جهت یافته. یعنی باید از تحکیم و عوامل خطر و گروه‌های جمعیتی به

سمت تغییرات سازمانی نقل مکان کرد. یک جنبه کلیدی دیدگاه مکان‌های ارائه سلامت در واقع اطمنیان یافتن از

انجام فعالیت‌های حیاتی کننده و هماهنگ برای بهبود سلامت و رفاه افرادی است که در کنار هم هندگی، کار یا

تکلیف می‌کند. نکته حائز اهمیت دیگر آن است که فعالیت‌های طراحی شده برای هر مکان ارائه سلامت با

دیگری می‌تواند متفاوت بوده و تنوغی فعالیت‌ها واپس به رسان سازمان و توانایی نیل به اهاماست. مشخصات

سازمانی مانند اندوزه و بی‌چیدگی آنتی‌زیر نیز بر نوع فعالیت‌ها موتر است. ضمناً در درون هر مکان ممکن است تنوغ و

تفاوت وجود داشته باشد و این خود محتاج انجام فعالیت‌های جدگه‌گانه می‌باشد. مکان‌های مهم ارائه خدمات در

ارائه سلامت مالیاتی، محله‌ای کار، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها می‌باشد که

در زیر به شرح آنها برداخته می‌شود.

ارائه سلامت در محله‌ای کار

امکنیت محله‌ای کار در ارائه خدمات ارائه سلامت این است که در این محله امکان دسترسی آسان به جمعیت

هدف و برگزاری سالم (که اغلب دسترسی به آنها مشکل است) وجود دارد. برگزاری اغلب کمتر با خدمات

بهداشتی طبیعی دارند و محله‌ای کار مکان مناسبی جهت دسترسی به ۸۵٪ مردان زیر ۴۶ سال است که از نظر

اقتصادی فعال است. کارکنان در محل کار، مخاطبان‌ان در دسترس برای ارائه سلامت هستند. بیگرد آسان مداخلات

و تشویق کارکنان به مشارکت در برنامه‌های ارائه سلامت هم در موارد ایجاد ارتباطی سلامت در

محله‌ای کار است. اهمیت دیگر محله‌ای کار در ارائه سلامت، این است که دست اندرکاران بهداشتی را در مورد

ایمنی و حفاظت شافلین در برابر خطرانی که شغل عامل و مسبب ایجاد آنهاست، مطمئن می‌سازد.

رابطه میان سلامت و کار

رابطه بین سلامت و کار پیچیده می‌باشد. عموم افراد به تاثیرات کار بر سلامت انسان توجه دارند. در حالتی که

وضعیت سلامتی نامطلوب نیز دارای تاثیرات منفی به طرف تاثیرات کاری است. شواهد نشان می‌دهد که کار کردن بر

سلامت موثر است و بیماری خود سبب بیماری و ناخوشی می‌گردد. کار برای سلامت مفید است، جرا که سبب

ایجاد درآمد، احساس بارز بوک و وجود آنده شبهه‌ای اجتماعی از دستون و همکاران می‌گردد. با این

وجود خود کار می‌تواند در مواردی به سلامت آسیب برساند. محل کار می‌تواند از طریق مختلف بر سلامت

کارکنان خود تأثیر بگذارد. بسته به وضعیت بیماری می‌تواند در جدول زیر آورده

82
جدول 1-5: روابط میان کار و سلامت

<table>
<thead>
<tr>
<th>عوامل</th>
<th>رابطه مستقیم</th>
<th>رابطه غیر مستقیم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خطرات</td>
<td>کار کردن با مواد سیم و شیمیایی بعنوان قسمتی از کار</td>
<td>داروهای خطرناک باشد.</td>
</tr>
<tr>
<td>رفتارهای پرخطر</td>
<td>افراد بعنوان قسمتی از کار</td>
<td>نوشیدن افراطی کلک در ارتباط با فهرنگ شغلی</td>
</tr>
<tr>
<td>محيط عمومی</td>
<td>استرس تولید شده توسط محل کار</td>
<td>بعنوان راهبرد مقابله با استرس</td>
</tr>
</tbody>
</table>

افراد غالبا هنگام تفکر در مورد سلامت در محل کار، ابتدا به سمت خطرات شغلی می روند. بیشتر قوانین شغلی نیز به سمت خطرات متخلف اند و قوانین مرتبط با ایمنی در کارخانجات در نیمه قرن 19 تدوین شده اند. کار با مواد سیم و شیمیایی خطرناک می تواند تاثیرات مستقیم و مضر بر سلامت کارکنان داشته باشد (مثلا ابتلا به سرطان بر اثر مواجهه با آریست یا ابتلا به آسیما شغلی). کار همچنین می تواند فراهم اورنه دسترسی آسان به مواد خطرناک و مضر برای سلامت باشد. مثلا پزشکان و داروسازان میزان بالاتری از خودکشی بواسطه مصرف دوز بالای دارو را دارند. سلامت در محل کار می تواند تحت تاثیر رفتارهای پرخطر فردی نیز قرار گیرد. رفتارهای پرخطر توضیح دهدنه می تواند با حواست و سوانح رخ داده در محل کار یا در محل کار بشری که می تواند بیماری، رفتار که می تواند سبب بروز خطرات برای سلامتی گردد و این رفتار می تواند در مواردی جزه جدایی نابایدی کار یا حتی قسمتی از فهرنگ شغلی باشد. محيط عمومی کار و تاثیرات آن بر سلامت کارکنان موضوعی است که کمتر به آن پرداخته شده است. دلایل سیاسی و اعتقادی و مشکلات اجتماعی و یپرهشی می تواند علت این توجه ناکافی باشد. این مسائل و سایر بی توجهی ها سبب گردیده است که مهمی محيط عمومی کار بر سلامت افراد کمتر از مقدار واقعی خود نشان داده شود. این در حالی است که شواهد و مدارک موجود حاکی از تاثیرات زیاد محيط کار بر وضعیت سلامت کارکنان می باشد.

مطالعات انجام شده نشان دهنده تاثیرات مضر برخی از عوامل معین و مرتبط با برخی انواع کارها مانند کارهای تکراری، فقدان بی نظمی و فشار محدودیتهای زمینی بر سلامت هستند. کنترل اندک کارگاه بر کاری که انجام می دهد و یا چکگاهی انجام کاری می تواند تنگی‌زا بوده و تنگی‌گذی طولانی مدت خود بر سلامت تاثیرات منفی نهاده و منجر به انتخاب سبک زندگی کمتر سالم (مانند سیگار کشیدن) می گردد. دو دلیل اساسی ایجاد تنگی‌گذی‌های شغلی عبارتند از:

1. وجود روند سنتی که به فرد بعنوان کسی می‌نگرد که قادر به مقابل داشتن با تفاضل و فشارها نیست و در نهایت
سلامت و برنامه های جهت کمک به انتقال کارکنان با مهارت های جدید را پیشنهاد می دهند.

2- علیرغم رشد تحققات مرتب با تنیزدی و عوامل سازمانی، هنوز رویکرد سازمانی برای پرداختن به تنیزدی وجود ندارد. در واقع در رویکرد سازمانی بحث این است که بپیمایی و رفتار های تنیزدی آور یا پاسخی به عوامل و (کاری) هستند که افراد ممکن است از آنها مطلع نباشند. در برخی مطالعات بررسی و اجرای راه حل‌های نظام مند متعدد برای کاهش تنیزدی‌های شغلی مانند بهبود ارتباطات، ایجاد گروه‌های کاری مستقل و مداخلات کلی برای سازمان‌های وابسته مدیریت و زیرهیمایی پیشنهاد و توصیه گردیده است. نکته مهم این است که انجام این مداخلات نیاز به حمایت‌های فردی را مرتقب نساخته و باید در مراحل اولیه به افزایش آگاهی کارکنان از تنیزدی و علت‌های

ایجاد آن اقدام شود.

**م(certify)ستولیت پذیری برای تامین سلامت محلهای کار**

رابطه میان سلامت و کار یک موضوع مهم و اساسی است، ولی توجه و رسیدگی به آن از خلأ راه‌های متعدد و توسط گروه‌های مختلف در گذشته آن عملی است. محیط کار کمیکی از گروه‌های مختلف در کنار یکدیگر می‌باسد که هر کدام وظیفه خاص خود را در قبال سلامت و کار دارند. عناصر اساسی محیط کار شامل کارکنان یا کارگران و ا newXهها و انتخاب های شغلی آنان، کارفرمان و مدیران، کارکنان بهداشت کار، کارکنان سلامت و ایمنی، کارکنان بهداشت محیطی و متخصصان ارتباط سلامت می‌باشند.

کارکنان و کارگران باید در همه مراحل طراحی و اجرای برنامه‌های ارائه سلامت در گذشته باشد. کارفرمان و مدیران باشند سلامت را جزء اهداف سازمانی خویش قرار داده و برای تامین سلامت، ایمنی و رفاه کارکنان خود مستندات پذیری باشند. کارفرمان و مدیران باشند انتخاب های بهداشتی و سالم را برای کارکنان آسان ساخته و تا حد ممکن محیط کاری معنی‌دار و سازگار با زندگی خانوادگی کارکنان را ایجاد نمایند.

کارکنان بهداشت کار نیز باید پیش‌آموزی از محیط کار مراقبت کرده (مثل تأثیر فن آوری جدید را بررسی نمایند)، ایمنی و پیش‌نهادی‌ها برای کنترل خطرات ارائه کرده؛ معاینه‌های تدریسی برای کارکنان انجام داده؛ کمک‌های اولیه و فوری را سالم‌اندی نموده و به ارتباط کار و محیط با کارگر اقدام کنند.

کارکنان سالم و ایمنی نیز باید از تطابق محل کار با استانداردها و قوانین ایمنی مطمئن شوند. آنها می توانند از ابزارهای فشار به محلهای کار جهت تامین سلامت و ایمنی کارکنان باشد.

متخصصان ارتباط سلامت هم می توانند منبع ویژه جهت هم‌اهمیتی برابری گیری و انطباق برخی فعالیت‌ها باشند. فعالیت‌های ارتباط سلامت در محل کار می تواند شامل انجام برنامه‌های پزشکی و کمک‌های اولیه، غربالگری قبل از استفاده، پیش‌گیری از سوخت، کنترل خطرات و عفونت‌ها، آموزش سیک زندگی سالم، کمک به تدوین و اجرای خط مشی ها و قوانین حمایت کننده از خلق محیط‌های سالم و ایمنی خدماتی بین‌ین گرایانگری، مشاوره و غیره باشد.

مطالعات نشان داده اند که ارتباط سلامت و عمدها بر مداخلات سیک زندگی افشاد شاغل جهت دارد و عمدها برنامه هایی در جهت افزایش آگاهی کارکنان از عوامل خطر بیماری‌ها و تغییرات رفتاری پیش‌بینی می‌کند. ارتباط
سلامت بايد بيشتر از پيش به جينه هاي ديگر محل كار مانند زمينه اجتماعي و مادي زندگي كارکنان نيز بپردازد. اقداماتي كه در جهت موقيط كنيد ارتفاع سلامت در محل كار توصيب مي شود شامل موارد زير است:

1. حمايت از مدیریت ارشد
2. درگيري سازمان و مشارکت كارکنان در همه مراحل برنامه ريزی و اجرا
3. تمرکز بر عوامل خطر قابل تعريف و تغيير پذيرنده در گروه هاي شغلي (مثل تنبيهگي يا سرطانهای شغلي)
4. برنامه ريزی مناسب با سازمان
5. روابط خوب (10).

بررسی 139 پژوهش مربوط پييزيمن و همكاران (1998) و همچنين مطالعه چو و همكاران (2000) و بررسی الگو سلامت در محيط های كوكچ زيارت رفاه و سلامت كنادا (1985) نشان مي دهد كه در مجموع براي مؤثر بودن برنامه های ارتقاء سلامت در محل كار بايد موارد زير رعایت شود:

1. حمايت آيشي و مشتاقانه و درگير شدن مدیریت ارشد در مداخلات.
2. درگيري مداخلات كارمندان در كليه سطوح سازمانی در برنامه ريزی، اجرا و ساحر فعاليتها.
3. تمرکز بر عوامل خطر قابل تعريف و قابل تغيير برای گروه هاي خاص كارکنان امری ضروري است كه موجب قابل قبول صند مداخلات و افزايش مشارکت آنان خواهد شد.
4. مداخله بايد طبق ويزيگي ها، نگرش ها و نيازي هاي دريافت كننده ها تغيير داده شود. بعضاً ديرگ ساختار، فرهنگ، قوانين و خشيش هي محل كار را در نظر پيدا كرد.
5. بايد درطقي سازماندي و اجراي مداخلات، از منابع اصلي به نحو مطلوب استفاده شود.
6. دنباله دار بودن و استمرار برنامه ها برای موقيط كنيد ضروري است.
7. ارزشي بايد به عوان قسمت ضروري هر برنامه مداخله جديد در نظر گرفته شود و دربرگيرنده گستره اي از نتایج و سنجه هاي فراييده باشد.
8. بر مبنای رعایت اصول عدلادت اجتماعي باشد.
9. هزینه ارزخي باشد.
10. از راهبردهاي تركيبي استفاده نماید.
11. در صورت لزوم در برگيرنده خانواده كارکنان باشد.
12. نياز تمام كارکنان بدون توجه به سطح سلالمتي كنونی آنان مد نظر باشد.
13. برنامه بايد توجه داشته باشد كه شيوه زندگي یک فرد را مجموعه اي از عادات مرتبط، یا تشکیل می دهد.
14. بايد برنامه سه راه تأثیر (عوامل فردی، محيط و رفتار) را شامل شود.
15. ارتقاء سلامت كارکنان بايد جزء اساسي رسالت یک سازمان باشد.
16. تغيير همزيمن در فرهنگ سازمانی و شيوه هيي مدیریتي برای ارتقاء سلامت در محل كار یک ضرورته است.
برنامه های ارتقاء سلامت و آموذش سلامت در محل كار سبب افزایش توليد و فروش و كاهش هزینه ها شود.
منطقی که پیش از این برنامه‌ها در مورد افزایش تولید و کاهش هزینه‌ها وجود دارد به شرح زیر است:

الف: افزایش بهره‌وری به دلیل کاهش بیماری کاهش غیرطبی از کار، ترفن روحیه کاری، ارائه تصویری خوب از سازمان، جذب کارمند شایسته از بازار کار.

ب: کاهش هزینه‌ها به دلیل کاهش سوال و پاسخ ناشی از آن، کاهش هزینه‌های بیمه سلامت در نتیجه تفاوت‌های بپیوند، مراقبت بیمار، کاهش هزینه درمان، ناوانی و مارگ، کاهش جایگزینی کارمند و هزینه‌های آموزش در نتیجه کمترین شدن گنجایش کارمندان، اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت در محل کار به نفع سه رأس مثل کارفرما، کارگر و خانواده و بیمه گر است تا با تضمین سلامت شاغلان، کارفرما در نیروی انسانی سالم و با نشاط بهره و بیمه گر نیز بتواند با کاهش هزینه‌های خود کمیت خدمات را افزایش دهد و همین این تلاش‌ها در نهایت راهبردی مؤثر برای انجام برنامه‌های نظام سلامت هر کشوری در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد است.

![Diagram](image_url)

شکل 5-1: ذهن‌فکان اصلی برنامه ارتقاء سلامت در محل کار

پس‌بندی از برنامه‌های ففعی ارتقاء سلامت در محل کار به تعداد کمی از افراد خدمات ارائه می‌دهند و معمولاً این افراد سالم‌ترین کارمندان هستند. این در حالی است که برنامه‌های ارتقاء سلامت در محل کار پایدار برای نسبت بزرگی از کارمندان طراحی و اجرای شوند. در حقیقت تمام کارمندان از هر سنخ و از هر سطحی پایدار در هر مرحله از طراحی برنامه شرکت کنند، چرا که فقط خود کارمندان می‌دانند که نیازهای ویژه سلامتی شان چیست و چه نوع از برنامه‌های ارتقاء سلامت برای آنها مناسب است (۲۳).

ارتقای سلامت در مدارس

مدرس مکانی است که فراهم آورنده فرظته‌ای جهت ارتباط با افراد جوان، تدارک بیننده فرصتهای یادگیری و محیطی ایمن برای کسب مهارت‌های جدید در دانش آموختان است. از این دهه ۱۹۵۰ مدارس بعنوان مکان مطلوبی
برای ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت شناخته شد. برنامه‌های اولیه ارتقاء سلامت در مدارس متمرکز بر آموزش به‌همراه با بهداشت در مورد سلامت و تغییر کننده‌های آن بود و قادر بودان داشت است که در ارتباط معنی‌داری برای فرهنگ این مهارت‌ها را آموزش می‌دهند. هدف مداخلات ارتقاء سلامت در مدارس، ایجاد محیط‌های حمایت کننده سلامت در جهت دستیابی دانش آموزان به سبک زندگی سالم می‌باشد. ارتقاء سلامت در مدارس فرصت‌های جهت خلق محیط‌های فیزیکی و اجتماعی افزایش دهنده سلامت می‌آفرند.

مدارس در برنامه‌های ارتقاء سلامت از دو نظر اهمیت دارند. اول اینکه در مدارس دسترسی آسان به طیف وسیعی از جمعیت در مدت زمان نسبتا طولانی وجود دارد. دوم اینکه در سنی اولیه عمر افزایش آگاهی و نگرش و یادگیری رفتارهای مرتبط با سلامت اهمیت بسیار دارد.

ارتقای سلامت مدارس یک روشگرد چند علیتی است که در بردارنده مواردی چون آموزش مسائیل و مهارت‌های بهداشتی در کلاس درس، تغییر محیط‌های اجتماعی و جسمانی مدارس و برقراری ارتباط با جامعه وضعیت است. ترکیب این عوامل است که تغییر کننده ارتقاء اقدامات ارتقاء سلامت در مدارس می‌باشد. بطور کلی مداخلات ارتقاء سلامت در مدارس می‌تواند این افزایش رفاه و سلامت دانش آموزان گردد. مطالعات نشان داده اند که مدارس محل مناسبی برای تشکیل کودکان به عنوان وزش، خوردن غذای سالم، کاهش چاقی و بیماری از عوامل خطر دیگر هستند. نتیجه حائز اهمیت این است که مدارس در صورتی می‌توانند در اتخاذ رفتارهای سالم به کودکان کمک کنند که اولاً امکانات مناسب را در اختیار آنان قرار دهند، ثانیاً مدیر مدرسه ارتقاء سلامت را از اولویت‌های مدرسه دانسته و ثالثاً ارتباط مناسبی برای کسب حمایت از موسسات محلی برقرار نماید.

سازمان جهانی بهداشت در سال 1995 مجموعه‌ای از رهتمودها ارائه می‌کند که مدارس باپاین داشته باشند تا وضعیت سلامت آنها ارتقاء یابد. این رهتمودها شامل 6 حوزه ذیل است:

1. خیاط مشی‌های بهداشتی مدرسه
2. محیط اجتماعی مدرسه
3. روابط بین مدرسه و جامعه
4. توسه محیط‌های بهداشتی آفراد
5. محیط فیزیکی مدرسه
6. خدمات بهداشتی مدارس

مدارسی که در جهت نیل به ارتقاء سلامت پیش می‌رود باید بر طراحی برنامه‌هایی متمرکز باشند که ارتقاء دهنده سلامت، آموزش دهنده آگاهی و مهارت‌های بهداشتی، ارتقاء دهنده محیط‌های فیزیکی و جسمانی مناسب و ارتباط دهنده مدرسه با جامعه باشد.

بیماری از رفتارهای تشکیل دهنده سبک زندگی مانند انجام وزش، تغذیه مناسب، سیگار کشیدن، مغالطه بالا تندیگی از دوران کودکی در افراد شکل گرفته و نهادنیم شوند (45). شواهد نشان می‌دهد که افراد جوانی که
به رفتارهای مخرب سلامت می‌پردازند، ضرورتاً با این نوع از سیک زندگی تطبیق نیافته‌اند و نقش محیط را در این میان نباید فراموش کرد. باید توجه داشت که حتی افراد جوانی که سیک زندگی سالم را دنبال می‌کنند، ممکن است در مقاطع مختلف زندگی خود با خطرات جنیب‌موجوده شوند. عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی بر تصمیم گیرنده‌ای افراد جوان و یافتن آنها به مسائل بهداشتی تاثیر گذار است. مسائل اقتصادی، فقدان حمایت جامعه و خانواده و پیشرفت تحصیلی کم به عنوان عوامل مستعد کننده افراد جوان برای مواجهه با خطرات تهدید کننده سلامت شناخته شده‌اند. ذکر این نکته مهم‌تر دارد که تاثیرات مخرب استعمال سیگار، سوء مصرف مواد و عدم انجام ورزش در جوانان و نوجوانان ممکن است تا دهه‌های بعدی عمر آشکار نگردد و این امر باید در مدارس اطلاع رسانی شود.

رابطه مستقیمی بین سلامت، آموزش و توافقات یادگیری وجود دارد. تجربه افراد جوان در مدارس بر شکل گیری عزت نفس، مهربانی و انجام رفتارهای سالم تاثیرات قطعی دارد. شاگردانی که از مدرس متفنی و پیشرفت تحصیلی انداز دارد، ممکن است به چیند سیگار در سنین کمتری و ادامه دهنده مصرف آنها در سنین بالاتر هستند. به نظر می‌رسد اگر دانش آموز سالم باشد، یادگیری برای او سریع‌تر، جامع‌تر و لذت بخش‌تر خواهد بود.

علیرغم تلاش‌ها و موفقیت‌های سالهای اخیر، هنوز تعادل‌یابی از مدارس کشور فاقد امکانات و تسهیلات بهداشتی می‌باشد و فضاهای آموزشی از استانداردهای لازم برخوردار نمی‌باشند. همچنین هنوز بیماری‌های ویژگاردا، بیماری‌های مختلف جسمانی و اجتماعی، اختلالات مشکلات، قلب و عروقی، بیماری‌های اتانولی، کمبودتی غذایی ای و بالاخره اختلافات رفتاری سلامت دانش‌آموزان را تهدید می‌کند و موجب مشکلاتی در فرآیند روان و افت تحصیلی آن‌ها می‌شود. این در حالی است که شناخت به موقع و رفع مشکلات دانش‌آموزان، اقدام مثبت و سنجیده در بهبود سلامت و پیشرفت آموزش آنها خواهد بود. اگر در هر یک از مراحل اولیه زندگی نیازهای روایی، اجتماعی، فیزیولوژیک و یا آموزشی دانش‌آموزان به موقع تأمین نشود در دوره‌های بعدی زندگی جیران عوارض ایجاد شده امکان پذیر نیست و یا به دشوری جنرال می‌شود. برای رشد و توسعه یک نسل و بهبود و تکامل نسل بعد، راهکار اصولی آنست که برای بهداشت مدارس سرماهنگ‌بانی گذاری شود (۷۲).

مطالعات نشان داده است که کودکان سنین مدرسه‌ای مشکلات بهداشتی قابل توجهی مواجه هستند که عمده ترین آنها سوء تغذیه بیماری‌های دهان و دندان، مشکلات بینایی و شنوایی هستند که بر سلامت آنها تاثیر می‌گذارد (۸۲). بر اساس یافته‌های معنی‌داری امکانات نظام سلامت در مدارس کشور در حال تحصیلی ۶۸-۸۴ شبیه مشکلات‌های بهداشتی در دانش‌آموزان ۷۲/۷ درصد، مشکلات شنوایی ۶۰/۵ درصد، مشکلات رفتاری ۶۲/۴ درصد، مشکلات بینایی ۳۹/۸ درصد، مشکلات پوست و صورت ۲۱/۳ درصد، مشکلات پوست و موه ۱۸/۸ درصد، مشکلات بیماری‌های قلبی ۱۸/۸ درصد، مشکلات بیماری‌های ریه ۱۳/۳ درصد، مشکلات متابولیک ۱۲/۳ درصد، مشکلات عصبی ۱۱/۷ درصد و مشکلات عصبی ۷/۷ درصد و مشکلات عصبی ۴/۴ درصد گزارش شده است.
عوامل فیزیکی و ایمنی مدرسه نیز یکی از اساسی ترین عوامل موثر بر رشد جسمانی و روانی دانش‌آموزان بشر می‌باشد. ارتقاء سلامت می‌تواند به بهبود شرایط فیزیکی و ایمنی مدارس گام بزدگی در افزایش سلامت دانش‌آموزان بردارد. در ایران تحقیقات جدید در مورد عوامل محيطی موثر بر سلامت دانش‌آموزان انجام شده است. مثلاً نیازمندی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان بررسی وضعیت آلودگی صدا در مدارس کرج در سال ۱۳۸۲ به این نتیجه رسیدند که حدود میزان ترجیحی آلودگی صدا در داخل کلاسهای بدلون تراکم دانش‌آموزان. فرسودگی ساختارهای مدارس، استقرار مدارس در محلهای شلوغ و برتراکبی منظر حاشیه به‌گزیده تعدادی از آزمایشگاه‌ها و خیابان‌های اصلی، همچنین با داشتن دیگر در مجتمع های آموزشی، فعالیت‌های ساختاری هم‌سایه و نیز فقدان مکان مناسب برای ساعت‌های ورزش با میانگین ۵۵/۵۳ دقیقه بالاتر از حدود استاندارد بیشتر به‌پهنه‌ای مرکز تحقیقات مسکن (با حداقل تراکم ۵۳ دقیقه بر) است. همچنین بر اساس نظر خواهان انجام شده از مطالعه، ۳۲ درصد آنان از بین مشکلات رفاهی مدرسه، آلودگی زیاد صدا را مشکل اصلی خود هنگام تدریس در مدارس اعلام نموده و درصد وضعیت شنیداری کلاسهای درس را محرک و آزار دهنده ارزیابی نمودند (۴۶).

در حدود ۱۹ درصد حوادث خانه داره با عوامل در کودکان در زمان حدود در مدرسه اتفاق می‌افتد که پس از حوادث رخ داده در خانه‌های گروه را به خود اختصاص می‌دهد (۴۷). حوادث شایع در دانش‌آموزان از نظر محل وقوع می‌توان بر سه دستی تقسیم کرد (۴۸).

الف: حوادث محيطی مدرسه

طبق آمار‌های منتشره بیشترین حوادث اتفاق افتاده نزد کودکان دانش آموز ایرانی‌ها در ارتباط با محیط مدرسه بوده است که معمولاً زمین بازی، صحنه بیشترین حوادث آلودگی‌هایی است (۱۷). میزان بروز حوادث در محیطی مدرسه به عواملی از جمله وجود ایمنی در مدارس و چگونگی نظارت مستقیم مدرس به بازی‌های دانش‌آموزان و آموزش محافظت از سلامت خود و اجتناب از کارهای خطر آفرین و ورزیدنی و آمادگی دانش‌آموز برای تجربه‌ها دارد.

ب: حوادث بین راه مدرسه

یکی از علل شایع حوادث برای دانش‌آموزان مربوط به وسایل تقلیلی موثر و ناشی از رفت و آمد درجا و خیابان به ویژه راه مدرسه است. این حوادث می‌تواند به علت برخی‌ها توجهی رانندگان و در برخی‌ها مورد نیز به علت بی‌توجهی دانش‌آموزان است و در بعضی مواقع نیز دانش آموز نفوذ سلامت سایرین را به خطر می‌اندازد. به نحوی که مخاطرات و حوادث ناشی از موثرسیل‌ها و دوچرخه در میان دانش‌آموزان نسبتاً زیاد است. اشنایی ساختار کودکان و نوجوانان با نحوه صحیح عبور از خیابان، علنی و رعایت مقررات از اینکه حواشی پیشگیری می‌کند. آموزش مهارت جلوگیری از حوادث خیال‌های و جاده‌ای و پیشگیری از حوادث ناشی از رانندگی و سایر تقلیل و استفاده از کم‌زنده‌ایمنی و کلاه‌ایمنی و وظایف مدرسه می‌باشد والدین و مدرس به آموزش این تربین مسئربی و آموزش به آموزش دهند. لازم به ذکر است که این خطره‌ها دانش‌آموزان را نیز تهدید می‌نماید. آگاهی دادن و نظارت بر انتخاب و تردد اتومبیل‌های
ویژه مدارس و ادروههای دانش آموزی بروز حوادث را کاهش می‌دهد.

چ: حوادث در محيط خانه

طبق گزارش آماری دانشگاه‌های علم پزشکی سراسر کشور و براساس تجزیه و تحلیل این اطلاعات در سال

1380، تعداد مصدر محدود حوادث خانگی 139 نفر و میزان مصدومین 4 در هزار نفر است که از این رقم تعداد

104 نفر در رفت و برگشت دانش آموز و میزان مرگ و میر حوادث خانگی 2 در

یکصد هزار نفر و میزان کشف‌گردان آن 1/6 درصد است (14).

در سال 1384 مهم‌ترین علت حوادث رخ داده برابر آموزش دهنده‌ها و مدارس راهنمایی شهر شیراز شامل برخورد با

مانع (16/3 درصد)، دگرگری و ضربه خوردن (23/1 درصد)، آتش سوزی (11/1 درصد)، ورزش (16/3 درصد)،

زیمن خوردن (41/9 درصد) و سایر علل (23/1 درصد) بوده است. ضمنا مهم‌ترین محل ایجاد حوادث در خیاط

کلاس (47/3 درصد)، سالن ورزش (5/3 درصد) و خیابان نزدیک مدرسه (5/8 درصد) گزارش شده است. بیشترین عضو دیده دست و پاها (40/7 درصد)، سر و گردن (31/4 درصد) به

درصد) و ثانه (8/1 درصد) بوده است (48).

آموزش بهداشت بهعنوان یکی از راهبردهای ارتقاء سلامت خواص‌های مناسب در روند تصمیم-گیری و شکل‌دهی

عیب نفس به دانش آموزان کمک کرده و نیازهای دانش آموزان را اعکاس دهد (10). آموزش بهداشت در کلیه

مقطع تحصیلی جهت دانش آموزان، والدین، کادر آموزشی و سایر کارکنان مدارس انجام می‌گیرد که به تناسب

برای هر یک از این گروه‌ها موضوعات خاص در نظر گرفته می‌شود. هدف از آموزش بهداشت بالا بردن سطح

دانش بهداشتی و در نهایت ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار دانش آموزان و انتقال آن به خانواده ها می‌باشد.

عناصر کلیدی آموزش جامع بهداشت مدارس به شرح ذیل می‌باشند:

1. طراحی برنامه آموزش بهداشت مستند، برنامه ریزی شده و متوالی برای دانش آموزان از کوئستنی تا پایان

دیبرستان

2. رنگ برنامه درس در پدیدارساندن مسئولیت و مشکلات بهداشتی طبقه بندی شده و متناسب با مراحل رشد و تکامل

مطالعه بیا

3. فعالیت جهت ایجاد مهارت‌های مورد نیاز جوانان به منظور بهره‌برداری از مصرف تنباکو، تغذیه مناسب، شیوه زندگی

پرطرفدار، رفتارهای جنسی، عدم مصرف الکل و سایر رفتارهایی که منجر به آسیب‌های عمده و غیرعمده

می‌گردد.

4. تهیه دستورالعملی جهت تعیین مدت زمان آموزش در هر کلاس

5. تهیه دستورالعملی جهت تدریس موضوعات بهداشتی توسط معلم‌ان

6. مشارکت و دخالت والدین، کارکنان بهداشتی و سایر اعضاء مرتبط در جامعه

7. ارزیابی دوره ای برنامه

کنفرانس جهانی آموزش برای همه در تایلند در سال 1990 اهمیت آموزش بهداشت برای همه دانش آموزان را
بی‌اثباتیت آموزش به‌دست‌آمده با آموزش برای همه دانش آموزان

1- ارتباط آموزش به‌دست‌آمده با آموزش برای همه دانش آموزان

2- نیاز به تدوین خط مشی هایی در زمینه آموزش به‌دست‌آمده مدارس و به هم پیوستن ارده‌های اجرایی در بخش سلامت و آموزش

3- طراحی برنامه تحصیلی بر پایه نیازهای آموزشی گروه‌های مختلف سنی و در نظر داشتن زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی دانش آموزان

4- ارزش قابلیت شدن برای کارکنان مدرسی و تتوسعه اجتماعی

5- آموزش معلمان و حمایت از برنامه‌های آموزش به‌دست‌آمده ارائه شده توسط آنان

6- اولویت قابلیت شدن برای نقش محروری معلم در ارتقای سلامت مدرسی و جامعه

7- مدرسی با هدف که سازمان ارتقای دهندگان سلامت باشد.

8- آموزش به‌دست‌آمده مدرسی با هدف داشتن آموزش / خانواده و جامعه برگزاری برنامه ریزی و اجرا شود.

یکی از مسئولین و کارآموزان نیروی انسانی است که می‌تواند در فعالیت‌های بهداشتی مدرسی، توانمندسازی دانش آموزان و ارائه آموزش به‌دست‌آمده به دانش آموزان نقش عمده‌ای ایفا نماید. افزایش آگاهی و گذش این طبقه باید در دستور کار نظام‌های بهداشتی قرار داده شود (۲). در پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است که معلمان باید در مورد پیشگیری و درمان بیماری‌های آموزشی‌های لازم را دریافت دارند (۳۷-۲۷). در بررسی‌های که توزیع پیراسته و همکاران انجام شد مشخص گشت که میزان آگاهی معلمان از مسائل بهداشتی دانش آموزان در حد نسبتاً خوب بود (۳۷) و نهایتاً آنان استفاده‌مند (۳۴) بود. میزان آگاهی معلمان در مسائل بهداشتی چون فاصله مناسب چشم از کتاب در هنگام مطالعه، فاصله مناسب تخته تا اولین میز کلاس، استاندارد تعدد تولید به تعداد دانش آموزان اهمیت وعده های غذایی، غذای مناسب بین دوره، اگاهی از بیماری‌های عفونی و اصل جداسازی دانش آموز در هنگام ابتلا به بیماری‌های واگیر در حد خوب گزارش شد. در حدود ۵۷ درصد معلمان در دوران تحصیل خود هیچ گونه آموزش در مورد برنامه‌های آموزش به‌دست‌آمده مدرسی دریافت نکرده بودند. درصد آنان منابع کسب اطلاعات بهداشتی خود را نادیده تلویزیون عنوان کردند و تنها ۲/۸ درصد معلمان منبع کسب اطلاعات بهداشتی خود را کارکنان بهداشتی معرفی نمی‌نمایند. در کل این مطالعه به لزوم تدریس آموزش به‌دست‌آمده و مسائل بهداشتی به معلمان در حین تحصیل و بیماری‌های شغلی تأکید می‌کند (۶۱). در مطالعات نشان داده شده است که تنها ۲۸ درصد معلمان از ارتباط می‌یابند و سلامت آنتی‌تیوز دارند. در انجمنان مشخص شد که تنها یک سوم دوره‌های آموزش برای معلمان، جنبه‌های محیطی سلامت یا ناوگان‌های موجود در سلامت را آموزش داده بودند. لازم است برای برنامه‌های آموزش و پایان‌زمین معلمان پیشنهاد این امیر بازآوری گردد.

مشارکانه‌های آموزش به‌دست‌آمده و ارتقای سلامت در مدارس به‌خوبی اجرا نمی‌شوند. یک مانع عمده است سر راه اجرا برنامه‌های ارتقای سلامت در مدارس، فشارهای وارده به مدارس در جهت پیشرفته تحریم و اتمام به موقع کتب داری است و این امر جای برای بررسی گیری موضوعات نخواهد داد. بعبارنده متعلق تلاش‌ها و زمان
موجود سرف روی آوردن به موضوعات تحصیلی می‌گردد. این در حالتی است که سیب زنده گی و سلامت دانش‌آموز تأثیر عوامل متعددی چون محیط مدرسه، مدرس، بیماری، کلاس‌ها و، دین و بسیاری عوامل دیگر قرار می‌گیرد. ارتقاء سلامت می‌تواند با مداخلات خود سیب زنده‌گی دانش‌آموز را در جهت سالم و ماندن سوق دهد.

سازمان جهانی بهداشت ضابطه های جنی در ارای مدارس مروج سلامت معرفی کرده است که در زیر آورده شده است.

۱. افزایش عزت نفس دانش‌آموزان بوسیله مشخص کردن سهم و مشارکت هر فرد در محیط مدرسه
۲. وجود رابطه مناسب میان کارکنان و دانش‌آموزان و بین دانش‌آموزان در خلال زندگی روزمره
۳. شفاف سازی هنجارهای اجتماعی مدرسه برای کارکنان و دانش‌آموزان
۴. ارتقاء محکم‌های جالش برانگیز برای دانش‌آموزان در قابل طبیعی و سعی از فعالیت‌ها
۵. استفاده از هر فرصت برای بهبود محیط فیزیکی مدرسه
۶. وجود ارتباط مناسب بین مدارس، خانواده و جامعه.
۷. وجود ارتباط مناسب بین مدارس ابتدایی و راهنمایی جهت برنامه ریزی منظم و پیوسته برنامه‌های آموزشی بهداشت
۸. ارتباط رفاه و سلامت دانش‌آموزان و کارکنان
۹. توجه به نقش کارکنان بعنوان الگوی بودن آنها در موضوعات بهداشتی برای دانش‌آموزان
۱۰. توجه به نوع غذای عمده مدارس
۱۱. شناسایی خدمات حمايت کننده در جامعه از برنامه‌های آموزشی بهداشت در مدرسه (۱۰).

ارتقا سلامت در بخش مراقبتهای بهداشتی اولیه و بیمارستانها

در حالتی که همچنان بده درمان تأکید بیشتری می‌شود و مراکز ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی و بیمارستانها یک مکان مناسب برای ارتقا سلامت به شمار می‌آید.

هدف نظام‌های بهداشتی ارائه خدمات جامع بهداشتی، بهبود سلامت جسمانی و روانی افراد، بیشگری، تشخیص و درمان بیماری‌های و تهدید از نظر تاریخی درمان مقدم بر بیشگری از بروز بیماری و ارتقا سلامت

بوده است اما این اهداف هم با بسیاری از اهداف ارتقا سلامت هم‌خوانی دارند. مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی از جهات بسیاری غنی مکمل کلیدی برای انجام مداخلات ارتقا سلامت هستند. در این مراکز بخاطر گستره‌ای از مشاغل متعدد با سلامت مشغول به فعالیتند که می‌توانند در عمل فرصت اهداف ارتقا سلامت را در اورده و نوید بخش اجرا خدمات جامع ارتقا دهنده سلامت باشند. ضمناً این مراکز مشخصات ویژه‌ای دیگری نیز دارند. استفاده از خدمات بهداشتی عمومیت دارد و هر فردی در
مقطعی از زندگی‌های این خدمات سر و کار دارد و برخی افراد نیز تاماسیهای بیشتر و طولانی‌تری با این خدمات داشته‌اند (مانند افراد دارای بیماری‌های تداومی کننده). ضمناً ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت از سطوح بالایی اعتبار و اعتبار نیز عوام مردم برخورد زندگی افراد همراه با این خدمات تهیه‌گذاری بر اگاهی، نگرش شن و افتخار‌رسانه‌های مردم را عادی آنها کره‌است.

خدمات بهداشتی اولیه بعنوان اولین سطح تماس افراد، خانواده‌ها و جامعه با نظام بهداشتی بوده و خدمات را تا حد امکان به محل کار و زندگی افراد می‌برد و اولین جز فرایند ارائه خدمات بهداشتی را شکل می‌دهند. این مکانها در مقایسه با بیمارستان‌ها مزایایی چندی دارند از آن جمله:

1. دسترسی بهتر، جوی که خدمات را در جامعه ارائه می‌دهند.
2. ارتباطات بهتر، چرا که استفاده‌گرینه خدمات و ارائه دهنده آنها هم در زمان‌های متعددی تماس دارند و این خدمات عمومی از ایستگاه‌های بیماری و کلینیک‌ها ملاقات دارند و مشاهده‌های افراد سبب می‌شود که مردم در رابطه به این وضعیت سلامت و زندگی مردم نصب نظام بهداشتی شود. این عوامل بر روی هم می‌توانند بین مراجعه و ارائه دهنده خدمات را شکسته و سبب بهبود ارتباطات می‌گردند.
3. ارائه خدمات بهداشتی اولیه کافی به کاهش ارائه خدمات ویژه بیمارستانی می‌انجامد. برای مثال ممکن است مناسب و کنترل بیماری‌های مزمن مانند دیابت و آسپ سبب از منابعی که به‌ایجاد بیماری‌های نیازمند بستری می‌گردند.
4. پیشگیری و خدمات بهداشتی اولیه از خدمات بیمارستانی است.
5. مدیریت بهبود ارتباطات می‌گردد.

بطور کلی خدمات بهداشتی اولیه یک مکان کلیدی برای ارتفاع سلامت چه در سطح ملی و چه در سطح بین المللی است. سازمان جهانی بهداشت نیز خدمات بهداشتی اولیه را جدی از بیمارستان‌ها دانسته و خاطر نشان می‌فرزند که روش‌های و سیاست‌های بهداشتی دوسته‌ای باشد تا متمرکز بر خدمات بهداشتی اولیه باشد. این خدمات باید بر اساس نیاز جامعه بسیار نهاد شود و با دسترسی آسان و قابل پذیرش برای همه و بر مبنای مشارکت جامعه ارائه گردد.

هدف از عرضه خدمات بهداشتی درمانی تامین سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی افراد جامعه در حد اکلی ممکن است که باید خصوصیاتی مانند در دسترس بودن، کیفیت خدمات و قابلیت قبول داشته باشد (64). ضمناً یکی از معیارهای بالا بودن کارایی خدمات بهداشتی درمانی، مزایا رضایت مصرف کننده‌گان از خدمات و نحوه ارائه آن است (65). در ایران پژوهش‌های متعددی بررسی رضایت‌مندی مردم از مراکز بهداشتی درمانی و عوامل موثر بر این رضایت‌مندی برداخته‌اند (66، 67). در مطالعه جعفری و همکاران مشخص شد که 78 درصد مراجعه کننده‌گان از ارائه دهنده‌گان خدمات بهداشتی درمانی رضایت کامل داشتند. بیشترین رضایت‌مندی از واحدهای خدمات کودکان بود. رضایت از هزینه خدمات ارائه شده در بسیار خوبی بود. ضمناً 26 درصد افراد علت مراجعه خود را اطمینان به کیفیت مراقبت‌های انجام شده ذکر گردند. 25 درصد افراد از عوامل شدن در راهخواهی می‌گویند.
بهداشتی درمانی ناراضی بودند. ضمناً رضایتمندی با فاصله محل سکونت افراد تا مرکز بهداشتی درمانی و دفعات مراجعه به مرکز رابطه معنی‌داری داشت (۴۶).

گرچه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه بیماران مانند بیماران از سوی سازمان هستند و یکی از این حالات این است که هنوز هم الگوی یپشکی بر سلامت غله دارد و خدمات بهداشتی اولیه را درمان نگر می‌نند. جالب دیگر بر سر مفهوم توامن‌سازی است. بسیاری از کارکنان بهداشتی توامن‌سازی را در قالب واژه هایی چون آموزش بیمار یا هر نوع ارتباطی با بیمار توصیف می‌کنند و هنوز هم توامن‌سازی برای تغییرات محیطی و سازمانی لازم شرمه‌ده

نیک شود. نکته مهم دیگر آن است که اکثر فعالیت‌ها و مداخلات ارائه سلامت در این مکان‌ها لحظه‌ای ایست و بر

مانی به دست آوردن فرصت‌های مناسب است. یعنی فعالیت‌ها برای بهبودزده کمتر اجرای می‌گردد. این در

حالی است که فعالیت‌های بهرمان به ریزی قدیمی و مدت داری می‌توانند اثر بخشی بیشتری داشته باشند. ضمناً نظم خدمات بهداشتی اولیه یک سیستم اجتماعی با ساختن و فرهنگ ویژه خود است و افراد شاغل در آن تمایل دارند به جای جمعیت مراجع خود متمرکز شوند و تعداد کمی از آنها با جوامع کاری می‌کنند. خدمات بهداشتی اولیه از الگوی یپشکی سلامت نشان گرفته است و هنوز در آن از الگوی اجتماعی و هنوز در آن ارتباط‌هایی در قابل کاهش مروک و بیماری مطرح می‌شود و یک بیمار ناشنده سلامت است. اثری بر ارائه آن. هنوز هم از افراد و شکایت بیمار است و نه بر استقلال و مشارکت بیمار. جالب دیگر آن است که فعالیت‌های ارائه سلامت به‌جای پرداختن به کاهش نابرابری‌های موجود در سلامت، به پاسخگویی به نیازهای تغییرات مجدد محدود شده است و

این امر تأثیرات نابرابری را تقویت می‌سازد. چرا که بیشتر این خدمات به افراد با فاسد و محدودیت افراد مراجعه کننده به این خدمات ارائه می‌گردد. جامعه نیز فشارهای زیادی بر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیاز به

پاسخگویی به نیازهای درمانی وارد می‌نماید و فشار برای عدم رضایت به فعالیت‌های پیشگیری کندن به ارائه سلامت وجود دارد. اگر به‌بخش از حمایت سلامت بهداشتی اولیه بخواهد ارائه دهنده سلامت باشد لازم است بر

اساس آن ساخته و پرداخته‌گر. به‌خیالی در شکل ایمنی سازی و غربالگری سالیان درازی است که بخشی از خدمات بهداشتی اولیه شمرده می‌شود. اما عوامل اجتماعی موثر بر سلامت مانند داشتن مسکن، ایمنی و حمل و

نقل بطور محدودی مورد مطالعه و بروز قرار گرفته‌اند. بیمارستانها نیز ارائه دهنده فرصت‌های زیادی برای ارائه سلامت هستند. مشاغل زیادی در بیمارستان مشغول به کاران و دارای ارتباط نزدیکی با بیماران هستند که بیش از هر زمان دیگر در مورد سلامت و بیماری خود آگاهند و براک تغییر سبک زندگی خود برانگیخته اند. مطالب‌های تهیه‌داده اند که آموزش بیمار حتی در دوران

کوتاه اقامت و بیماری در بیمارستان می‌توانند در افزایش میزان بهبودی و کاهش اضطراب بیماران مؤثر باشد.

ایده بیمارستان‌های مارج سلامت در دهه ۱۹۹۰ توسط دکتر ارورسلام جهانی بهداشت مطرح شد. بیمارستان مارج سلامت تنها می‌باشد که در این بیماران برای اتخاذ سبک زندگی سالم و تغییر رفتار تشیع

شوند. بلکه مکانی است که ارائه سلامت در آن ادغام شده و از فعالیت‌های اساسی سازمانی گردد. این

۹۴
بیمارستانها بر افزایش سلامت کارکنان، بیماران و جامعه محلی اطراف خود متمرکزند. بطور کلی این بیمارستان‌ها با ۴ هدف بینیان شده‌اند:

الف: بیمارستان بعنوان محل کار سالم و محيط زندگی سالم برای کارکنان و بیماران باشد.

ب: طراحی و توسعه برنامه‌های بزاری و بهبودی بخش ج: ارائه اطلاعات و مشاوره‌های بهداشتی

د: دیدگاه درمان نگری بیمارستان به این دیدگاه که بیمارستان محلی برای پیشگیری و سالم بودن است تغییر یابد.

بیمارستان‌ها طیف وسیعی از مشاغل را در خود دارند و سلامت این کارکنان می‌تواند با حفظ بهداشتی و سلامتی های محل کار سالم و هدایت داده شود. بیمارستان‌ها اغلب ارتباط زندگی با جوامع محلی دارند و می‌توانند یک نقش برای تکریم و سلامت باشند. بیمارستان‌های مروج سلامت با این مشخصات زیر را داشته باشند:

۱. شویق کارمندان و بیماران به مشارکت در فراهم‌کردن و مداخلات سلامت محور در بیمارستان

۲. ارتباط با مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی جهت ارزشیابی و کنترل فعالیت‌ها

۳. طراحی حداکثر ۵ بروزه تحقیقاتی در ۵ سال که سبب طراحی خلاقانه یا بست برخی فعالیت‌ها و مهارت‌ها شود

۴. ارتباط با دیگر بیمارستان‌ها و موسسات مشابه و موسسات خارج از خدمات بهداشتی

۵. افزایش کیفیت و ارائه برنامه‌های اموزشی و آموزش مهارت‌های برای کارکنان، بیماران و خانواده‌های آنان

۶. خلق شرایط کاری سالم برای کارکنان بیمارستان

۷. طراحی بانک اطلاعات اپیدمیولوژیکی به منظور پیشگیری از بیماری و سوانح و انعکاس دادن این اطلاعات به قانون‌گذاران و سیاست‌مداران و دیگر سازمان‌های جامعه

۸. خلق محبتش نزدگی حمایت کندن، انسانی و پیشگیراندنه در درون بیمارستان، بخصوص برای بیماران مزمین و دوره‌های طولانی استریت

۹. مطلع بودن از تفاوت‌های ارزشی، نیازها و شرایط فرهنگی افراد و گروه‌های جمعیتی مختلف

۱۰. افزایش میزان حمایت از بیماران و باستگان آنها با وسایل معرفی بیماران به خدمات بهداشتی و اجتماعی، سازمان‌ها و گروه‌های داوطلب

۱۱. تشویق به داشتن نقش فعل و مشارکت بیماران مناسب با استعدادهای خاص آنها

۱۲. حفظ و ارائه همکاری میان جامعه ارتباط دهند سلامت با دولت‌های محلی و افزایش ارتباط و همکاری بین خدمات اجتماعی و بهداشتی موجود در جامعه.
ارتقای سلامت در محله

محله یک مکان مهم برای ارتقاء سلامت است. در دنیای مدرن امروزی که روابط قراردادی گستره و واگستگی‌های اجتماعی اندک و به معنی گردد هدف اصلی محله می‌تواند محیطی بی‌واسطه به حساب آید که افراد در آن زندگی کرده و بازی کرده و هویت و عزت ندیبیک می‌نمایند. افراد در این محل ارتباط نزدیک با همسایگان و احساس تعلق به محله خود دارند. مدارک و شواهد نشان می‌دهند که واگستگی‌های اجتماعی و مشکل‌های اجتماعی موجود در محله می‌باشد. برای سلامت ساکنین محله دارد. محله بعنوان یک محل کوچک با هویت مشخص است و متکل از تعدادی از افراد در کنار هم به همراه ارائه دهنده‌گان خدمات اساسی مانند خدمات پستی، مغازه‌ها و مراکز بهداشتی می‌باشد.

محله‌ها غالباً توسط عوامل جغرافیایی مانند جاده‌های بازگر، راه‌های کم‌بردن‌های سبز محدود می‌گردند. محله می‌تواند در شهری یا روستا واقع شده باشد. عوامل کلیدی موجود در محله شامل ساکنان و احساس آنها در مورد محله، خدمات ارائه شده به آنها و صورت ظاهری محله است.

سواکی که در اینجا مطرح می‌شود این است که چرا محله یک مکان کلیدی‌جایه‌ای مداخلات ارتقاء سلامت می‌باشد. در این رابطه دو مسئله عمده قابل ذکر است:

1. مسائل و مشکلات بهداشتی که عمیقاً در محله استقرار یافته‌اند، نقش توسط ساکنین محله می‌توانند حل و فصل شوند و حالت این مشکلات نیازمند انرژی و تعهد ساکنین محله است.

2. محله‌ها می‌توانند خود سلامت خوبی را ارتقاء دهند. محله‌گانی است که در آن محیط‌های فیزیکی و اجتماعی با هم رابطه دارند و حاوی ظرفیت و استعداد هنگفت برای حمایت از سلامت ساکنان خود می‌باشند.

محله‌ای که جزء محیط فیزیکی، محیط اجتماعی و خدمات ارائه‌شده اجتماعی محله است.

محله‌ای که جزء محیط فیزیکی، محیط اجتماعی و خدمات ارائه‌شده اجتماعی محله است.

در برداشته مواردی چون درجه آدنگی‌های و سایر کشور به وظایف می‌باشد. محیط اجتماعی اشاره به قوانین تPOINTS اجتماعی بزرگی و میزان فضای سبز می‌باشد. محله‌ای که جزء محیط فیزیکی، محیط اجتماعی و خدمات ارائه‌شده اجتماعی محله است.

بهداشتی، مکانهای خردی، باشگاه ورزشی، شبکه حمل و نقل، پلیس و غیره می‌باشد.

انجام تغییرات هر چند کوچک در محله می‌تواند تاثیرات قطعی و مسلم بر کیفیت زندگی محله داشته باشد. کیفیت زندگی یک محله مهم‌ترین عامل تعبیر کننده سلامت ساکنانای محله می‌باشد. آقای والکنسن در سال 1996 نشان داد که محله که عامل واگستگی اجتماعی و وجود مشکل‌های اجتماعی و درگیری فعال در جامعه محله می‌تواند بر اثر افزایش کیفیت زندگی یک جامعه محله موثر واقع افتد. مطالعات مختلف نشان داده اند که تغییرات، افسردگی و سلامت روان با افزایش اجتماعی و احساس آسیب‌پذیری مرتبط می‌باشد و محله می‌کان

1. Neighbourhood
2. Wilkinson
مناسبی را برای افزایش بهداشت روان ساکنان خود تدارک می‌پذیرد. شبکه‌ها ویاجماتی موجود در جامعه محلی
خود می‌توانند منشا اجسام اقداماتی در مدارس، در شرایط زندگی محله یا اوقات فراغت ساکنان گردند. ضمناً این
شبکه‌ها حتی می‌توانند به ترسش سازمانی منجر شوند.
نکته بالایش دیگر موارد خدمات ارائه شده در محله است. بنابراین خدمات در محله بسی مسافرت به
نواحی دیگر شهر و هزینه‌های اضافی بر ساکنان تحميل می‌کند. این مسئله توسط برخی برنامه‌های شهرداری
ناتوانده شده و پس از این حرف مدارس محله را ارائه می‌دهند.
مطالعه‌ای در شیراز تحت عنوان بررسی مغموری افراد مبتلا به رضایتمندی شهرنشین از کیفیت محیط زندگی
خود انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که رضایت شهرنشین از محیط زندگی خود در مجموع بالایین است و
ابن عدم رضایت در افراد که در بافت‌های گردیمی زندگی می‌کرده‌اند بیشتر از افرادی بود که در بافت‌های جدید
شهر زندگی می‌کرده‌اند. این مطالعه مولفه‌های کیفیت محیط محله از دیدگاه دانشمندان چندین مورد بررسی
قرار گرفته است. مثال کاربردی و هرکان در مطالعه‌های خود دریافت و پذیرفته بودند که از نظر ساکنان محله عمومی مانند سر و
صدای زیبایی، همسایه‌ها، اهمیت تحرک و آزار و اذیت متهمین اجزای کیفیت محیط محله می‌باشد. سانسور و
ساوی نیز گزارش کردنکه ایمنی از آتش‌سوزی، امنیت ایجاد شده توسط پلیس، مدارس و با کیفیت خوب، جمع
اوری قانون‌نظام بزغاله، امنیت منطقه‌ای برای کودکان، همسایگی های مهربن، فعالیت مناسب پیاده رو از اماکن مسجدی،
وجود مرکز تهدیدی بچه‌ها، اهمیت در پرداخت صلاحیت خیابان، درختان نزدیک خانه، پارک‌های جلوی خانه و داشتن
فراصل مناسب از دوست‌ها و خوشبختی مواردی هستند که ساکنان محله در ارزیابی کیفیت محیط محله به آنها
اشتهای داشته‌اند. دوگاه نیز در مطالعه‌های خود دریافت که از نظر ساکنان محله عمومی چون بالا بودن سطح بهداشت با
توجه به شاخصهای بهداشتی قابل قبول، وجود خدمات بهداشتی مفید و در دسترس برای افراد محله، بالا بودن
کیفیت کالبدی محیط، مناسب مناسب، وجود اکو‌سیستم‌های باریکان، فکر بودن محله، رفع نیازهای اولیه هر شهرنشین،
وجود روابط اجتماعی در حد معقول، وجود اقتصاد متنوع و خودکفا و تنوع فعالیت‌های فرهنگی اجتماعی
کیفیت محیط محله اند (۷۲).

جوامع محلی ظرفیت و توانایی زیادی در تامین و ارائه سلامت ساکنان خود، بواسطه فعالیت‌های جوانان آموزش
برگسالان، فعالیت‌های تفریحی و فرهنگی دارند. برای انجام اقداماتی در جهت افزایش سلامت محله باشد عوامل
مختلفی را ندبه نظر قرار داد. بعنوان مثل جرم و ترس از جرم نقش تعیین کننده‌ای در سلامت فردی ساکنان
محله دارد و خود جرم با بیماری، فقدان و ایستگاه اجتماعی، انزو، فقر و دراماتیک ناافاکی مرتب است. حال اگر شما
قصد ارائه ایمنی محله را دارد با استی اقدامات چند گانه ای مانند اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. آموزش کودکان پیش دبستانی در خصوص موضوع جرم که تأثیرات پایدار بر کاهش انجام جرم در سنین
برگسالی خواهد داشت.

۲. اعمال خط مشی هایی که در دیدگاه ساختن جامعه محلی و افزایش و استیگمای اجتماعی ساکنان محله.

۳. انجام تغییراتی در محیط فیزیکی محله و افزایش نورتار و رعیتی بی‌سواستی جویندیتی خیابان‌ها و

۹۷
پی ریزی تمهیداتی جوون گماشتن نگهبان در محله.

نکته قابل توجه آن است که فعالیتهای بی ملاحظه و بی توجه به حقوق دیگران مانند سروصدای اضافی یا مشاجرات کوچک قربانی و همکارانش را به تهدیدهای زورگیری یا تهدید به زور کوچک به نظر می‌آید. اما می‌تواند تاثیرات زیادی بر کیفیت زندگی ساکنان محله بر جای بگذارد.

با اینکه بسیاری از عوامل تاثیرگذار بر زندگی و سلامت مردم در محله ها در سطح ملی تعیین می‌شوند، ولی همچنان محله مکانی است که فرصت‌های مناسب برای خلق و اجرای اصول اساسی ارتفاع سلامت یعنی مشارکت، برایی، توامن‌سازی و همکاری را در اختیار می‌گیرد. ارتفاع سلامت یعنی درد، متاسفانه بسیاری از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه (مانند پزشکان عمومی یا مشاوران بهداشتی) بی اعتنا به موضوع کار با جامعه محلی هستند و اهمیت این مکان را در تامین سلامت نادیده می‌م‌انگارند (۱۰).
مقیده فصل

از آنجا که ارتقای سلامت یک موضوع باهمیت جهانی برای پرداختن به سلامت جمعیت‌های جهان، نیاز به مراقب این مهم را دریافت اند و هر چند سال یکبار با برگزاری نشست‌ها و کنفرانسهای بین‌المللی تجارب کشورهای مختلف را در کنار هم درآورده و نقطه نظرات، چالش‌ها، راهپردازها و مسائل مهمی که باید کشورهای جهان به آنها پردازند را به جهان‌نیان گوش دهند می‌نمایند. ناکنون ۷ کنفرانس ارتقای سلامت در سطح بین‌المللی برگزار گردیده است. کنفرانس اول در اتاقا کانادا بود که در سال ۱۹۸۴ تشکیل شد. کنفرانس دوم در آدلبای استرالیا در سال ۱۹۸۸، کنفرانس سوم در سنندژوال سوئد در سال ۱۹۹۱، کنفرانس چهارم در جاکارتا اندونزی در سال ۱۹۹۷، کنفرانس پنجم در مکزیکوستی در سال ۲۰۰۰، کنفرانس ششم در بانکوک در سال ۲۰۰۵ و کنفرانس هفتم در نیروپی (کنیا) در سال ۲۰۰۹ برگزار گردیده است.

در کنفرانس اتاقا کانادا، وسعت به همکاری و احترام به فرهنگ‌های بین‌المللی و همچنین تدوین خط مشی‌های هماهنگی سلامت، خلق محیط‌های حمایت کننده، تقویت فعالیت‌های جامعه، پرورش مهارت‌های فردی و ارتقاء خدمات بهداشتی بهبود در ارتقای سلامت معنا شده. در کنفرانس آدلبای استرالیا مشخص شد که مهم‌ترین هدف خلق مشی‌های هماهنگی سلامت، خلق محیط حمایت کننده جهت قادر ساختن افراد به داشتن زندگی سالم است. محور اصلی کنفرانس سنندژوال سوئد نیز خلق محیط‌های حمایت کننده بای سلامت بود. در کنفرانس جاکارتا تبادل آموخته‌ها در زمینه ارتقای سلامت بررسی مجدد مولفه‌های سلامت و تعبین راه‌بردها و دستورالعمل‌های لازم برای پرداختن به جالش‌های ارتقای سلامت صورت گرفت. کنفرانس مکزیکوستی با شعار کاهش نابرابری در درون و بین کشورها برگزار شد و به اکثر کشورهای نیروپی با تمرکز بر تهدیدات جدید سلامت و وظایف ارتقای سلامت در قبال این تهدیدات برگزار شد. در این فصل به بررسی این کنفرانس‌ها و نکات مورد تأکید در آنها پرداخته می‌شود.
کنفرانس اتادا کانادا

اولین کنفرانس بین المللی ارتقاء سلامت در اتادا کانادا در ۲۱ نوامبر ۱۹۸۶ برگزار گردید و طی آن منشور اتادا به منظور سازماندهی فعالیت‌ها جهت رسیدن به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و پس از آن ارائه شد. برگزاری این کنفرانس در حقیقت واکنشی به انتظارات جدید مطرح شده توسط جنبش جدید بهداشت عمومی در دنیا بود. بحث‌های مطرح شده در این کنفرانس متمرکز بر نیازهای کشورهای صنعتی بود، ولی نتایج آن به همه کشورها تعمیم می‌گردد. در کنفرانس اتادا، ارتقاء سلامت بعنوان فراورد قادیرسازی مردم برای افزایش کنترل بر سلامت خود و در نهایت بهبود آن تعرف شد. در این کنفرانس بیان شد که شرط رسیدن به وضعیت مطلوب سلامت جسمی، روانی و اجتماعی این است که افراد یا گروه‌ها خود قادر به شناسایی نیازها و خواسته‌های خویش و تطبیق‌یا تغییر محیط‌های اطراف خود باشند. سلامت هدف زندگی نیست، بلکه منبعی برای زندگی موفق است. سلامت به‌معنی مثبت است که علاوه بر توانایی‌های جسمانی، بر منابع فردی و اجتماعی نیز تأکید دارد. ارتقاء سلامت تنا وظیفه به خش بی‌پدایت نیست و نیاز به سبک زندگی سالم فراورده و تا رفاه افراد جامعه امتداد می‌یابد.

در این کنفرانس هشتم بعنوان پیش نیازهای سلامت معرفی شدند و بیان گردید که بهبود وضعیت سلامت جامعه نیازمند برداختن به این پیش نیازهای بینایی است. این پیش نیازها عبارتند از:

1- صلح
2- سر پنه
3- آموزش
4- غذا
5- درآمد
6- اکوسیستم پایدار
7- منابع پایدار
8- عدالت اجتماعی و برای

در کنفرانس اتادا بیان شد که راهبردهای ارتقاء سلامت و برنامه‌های آن باید با نیازهای جامعه و افراد تطبیق داده شود و در این راستا باید تفاوت‌های موجود در نظام‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی افراد و جوامع در نظر آورده شوند. در این کنفرانس، حمایت، واسطه‌گر و قادیرسازی بعنوان راهبردهای ارتقاء سلامت معرفی شدند. در این‌جا سیاست‌های بیماری‌های ارتداد یکی از زیر

ایزارد سلامت در ارتقاء سلامت

در کنفرانس اتادا، ابزار انجام فعالیت‌های ارتداد سلامت، تدوین خط مشی‌های همگانی سلامت، خلق محیط‌های حمایت کننده، تقویت فعالیتها جامعه، برورش مهارت‌های فردی و پیازگری خدمات بهداشتی معرفی شد. در زیر

۱. Sustainable Resources
۲. Health Promotion Action Means
توجهاتی در مورد این ابزارها داده می‌شود.

تدوین خط مشی‌های همگانی سلامت

ارتقا سلامت چیزی بیشتر از مراقبتهای پیش‌داشتی است. ارتقا سلامت، سلامت را در دستور کار تصمیم گیرندگان در همه سطوح و بخش‌ها قرار می‌دهد و آنها را از عواقب پیش‌داشتی تصمیم گیری‌های آنال مطلع ساخته و آنها را به مسئولیت بیانگیری جهت سلامت جامعه تغییر می‌نماید. خط مشی‌های ارتقا سلامت ترکیبی کننده روش‌های متعاقب امکان مشابه قانون‌گذاری، متغیرهای مالی، مالیات و تغییرات سازمان‌یابی است. ارتقا سلامت بايد موانع موجود در سیاست‌ها و خط مشی‌های همگانی سلامت را شناسایی و سعی در از مبان پرداشتین این موانع کند. باید کاری کند که آسان‌ترین انتخاب برای افراد جامعه انتخاب بهداشتی باشد.

خلق محیطهای حمایت‌کننده

جوامع پیچیده و مرتبط با یکدیگرند. سلامت نمی‌تواند جدا از اهداف دیگر جامعه باشد. ارتباط غیر قابل تفکیک میان افراد و محیط زندگی آنها، یا به رییکرد اجتماعی-پیوند شناختی سلامت شناخته می‌شود. لذا دولت‌ها در همه سطوح بایستی این ارتباط دو جانبه را مهم تلقی کرده و مداخلات خود را برای این دو (افراد جامعه و محیط احاطه کننده آنها) بسیج سازند. تغییرات در محیط زندگی، تغییرات نوسانات و تغییرات تاثیرات فضائی بر سلامت دارد. کار و تفریح بايد منبعی برای تأمین سلامت باشد. فعالیت‌های جامعه بايد برای حل خلق جامعه سالم باشد. ارتقا سلامت می‌باشد شیائست‌زندگی و شیائست‌گرایی سالم، محور و راه دید نباید برای افراد جامعه بیافزند. ارزیابی‌ها نظام مند از سلامت نشان دهنده تغییرات سریع محیطی، خصوصاً در اینکه تکنولوژی، کار، تولید انرژی و شهرسازی‌های متبناشد و این تغییرات بر سلامت جامعه مورد است. لذا باید اقداماتی در جهت تأمین سلامت همگانی انجام شود. حفاظت از محیطهای طبیعی و مصنوعی و حفظ منابع طبیعی بايد در هر راهبرد ارتقا سلامت گنجانیده شود.

تقویت فعالیت‌های جامعه

ارتقا سلامت از طریق یک فعالیت اجتماعی مؤثر جامعه اولویت‌ها را مشخص و سپس تصمیم گیری، برنامه‌ریزی و راهبردی و اجرا کند. در قلب این فراهم توانمند سازی اجتماع برای اعمال کنترل‌های لازم بر سلامت خوش قرار دارد. توسه جامعه محلی، منابع انسانی و مادی موجود در جامعه برای افزایش حمایت اجتماعی و خود بار شهرشناسی می‌باشد و این تغییرات بر سلامت جامعه مورد است. لذا باید اقداماتی در جهت تأمین سلامت همگانی انجام شود. حفاظت از محیطهای طبیعی و مصنوعی و حفظ منابع طبیعی بايد در هر راهبرد ارتقا سلامت گنجانیده شود.

بروز مهارت‌های فردی

ارتقا سلامت از توسه فردی و اجتماعی حمایت می‌کند. مهارت‌های فردی را با آموزش، انتقال اطلالات و آموزش مهارت‌های زندگی افزایش می‌دهد. با این کار افراد جامعه را توانمند می‌نماید و حق انتخاب افراد را افزایش داده و افراد را قادر می‌سازند کنترل بیشتری بر خود و محیط اطراف خود بسیج کنند. ارتقا سلامت افراد را قادر می‌سازد در مورد مراحل زندگی خود بیاموزند و خود را برای مراحل مختلف عمر آماده ساخته و
طرح مقابله با ناخوشیه‌های مزمن و حوادث را یاد گیرنده، این موارد را می‌توان در مکان‌هایی چون مدارس، خانه، محل کار و جامعه آموزش داد.

بازنگری خدمات بهداشتی

مسئولیت ارتقا سلامت در خدمات بهداشتی یک مسئولیت اشترایکی بین افراد، جامعه و گروه‌های اجتماعی، متخصصان بهداشتی، سازمان‌های بهداشتی و دولت‌ها می‌باشد. اینها با یاد در کنار هم کار کرده تا یک نظام بهداشتی منتهی به سلامت را پایه‌ریزی و حفظ نمایند. نقشبخش‌های سلامت در امر ارتقا سلامت جامعه روز به روز در حال افزایش است و این افزایش بر فراز مسئولیت‌های آنها برای ارائه خدمات کلینیکی و درمانی است. به‌خشه سلامت به دلیل جمایت کننده نیازهای افراد و جوامع برای داشتن زندگی سالم باشد و ارتباط موثری با دیگر بخش‌های محيط فیزیکی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی برقرار نماید. بازنگری خدمات بهداشتی نیازمند توجه بیشتر به یوزه‌های بهداشتی و تغییر در آموزش‌های حرفه‌ای می‌باشد. این امور سبب بهبود قدرت و سازماندهی بهتر خدمات بهداشتی شده و نتیجه آن این است که این باخس به نیازهای کل جامعه می‌تغذی و به یک فرد خاص (۱۸).

در کنفرانس اتآوا ذکر شد که سلامت ساخته و برداخته می‌رود با پیاده‌سازی آلّان است جایی که کار، زندگی و بازی، و یاد می‌گردد. سلامت می‌تواند نظارت بر خوشی و دوستگی، بویه، توانایی تصمیم‌گیری و عمل کنترل بر شرایط زندگی خوش و یا اطمینان از فعالیت‌های شرب‌خیش جامعه در جهت خلق شرایط زندگی سالم حاصل می‌گردد. در این کنفرانس عنوان شده که مراقبت ۱، بوم شناسی و بوم شناسی موضوعات اساسی برای طراحی راهبردهای ارتقاء سلامت هستند. آنها را به‌عنوان یک اصل راهنمای در مراحل برنامه‌ریزی، اجرای و پیش‌بینی فعالیت‌هایی ارتقاء سلامت در نظام داشت. ضمناً در این کنفرانس شرکت کنندگان متعهد جهت نیل به اهداف ارتقاء سلامت در جوامع خوش و اتحاد محکم بهداشت عمومی شدند. ضمناً در این کنفرانس، سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌های بین‌المللی متعهد برای حمایت از ارتقا سلامت و حمایت از سایر کشورها در جهت تنظیم راهبردها و برنامه‌های ارتقاء سلامت مشترک در این کنفرانس نشان ارتقای سلامت تعیین شد.

این تصویر گرافیکی اولین بار در کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت اتآوا طراحی شد. سازمان جهانی بهداشت این سمبل را به‌عنوان نشان ارتقای سلامت قرار داد. در این تصویر پنج جوزه فعالیت‌های کلیدی در ارتقاء سلامت (خاتمشی‌های همبستگی سلامت، خلق میثاق‌های حمایت کننده برای سلامت، تقویت فعالیت‌های جامعه برای سلامت، پرورش مهارت‌های فردی و بازنگری خدمات بهداشتی) و سه‌به‌راهبرد ارتقاء سلامت (قادرسازی، میانجی‌گری و حمایت) جای داده شده است (۱۸).

۱. Caring
۲. Strong Public Health Alliance
کنفرانس آدلاید استرالیا

دومین کنفرانس بین المللی ارتقای سلامت در ۵ تا ۹ ایرل سال ۱۹۸۸ در آدلاید استرالیا برگزار گردید. بیانیه Alamãna در سال ۱۹۷۷ موضوع سلامت برای همه را مطرح ساخت و بر پایه این موضوع که سلامت بعنوان یک هدف اجتماعی می‌باشد، راهبردهایی جهت خلق مشی‌های سلامتی با تاکید بر هماهنگی بین بخش‌های مختلف سلامت و مشارکت مردم مطرح نمود. در آمالاندا مراقبت‌های بهداشتی اولیه بعنوان اساس بهداشت برای همه تعیین شد. روح آمالاندا به کنفرانس ارتقای سلامت اتیا در سال ۱۹۸۶ رخنه کرد و در این کنفرانس توجه بیشتری به عدالت اجتماعی و برابری بعنوان پیش‌نیازهای سلامت متعارف شد و همایش و واسطه‌گری بعنوان فراپنداهان برای دستیابی به آنها تعیین گشت. منشور اتیا نمونه فعالیت برای ارتقای سلامت مشخص ساخت شامل تدوین خط مشی‌های همگانی سلامت، خلق محیط‌های حمايت‌کننده، برپایی مراقبت‌های فردی، تقویت اقدامات جامعه و بزرگی خدمات بهداشتی. نکته حائز اهمیتی این است که این فعالیت‌ها به هم وابسته‌اند، اما خط مشی‌های همگانی سلامت خواهد توانست محیطی برای ایجاد چهار فعالیت دیگر خلق کند. کنفرانس آدلاید استرالیا با موضوع خط مشی‌های همگانی سلامت در ادامه کنفرانس آمالاندا و اتیا برگزار گردید. ۲۲۰ شرکت گستره از ۴۴ کشور جهان تجارب خود را در زمینه تدوین و اجرای خط مشی‌های همگانی سلامت مطرح کردند.

در این کنفرانس مشخص شد که مهم‌ترین هدف خط مشی‌های همگانی سلامت، خلق محیط حمایت‌کننده که قادر ساخت افراد به داشتن زندگی سالم است. هدف خط مشی‌های همگانی سلامت ان است که انتخاب‌های بهداشتی را برای ساکنان جامعه تا حد امکان ممکن و آسان گرداند. خط مشی‌های همگانی سلامت در جهت ساخت محیط‌های فیزیکی و اجتماعی افزایش دهنده سلامت گام بر می‌دارد. به منظور تعیق خط مشی‌های همگانی سلامت، تمام بخش‌های دولتی مانند کشاورزی، تجارت، آموزش، صنعت و ارتباطات باستی سلامت را هنگام تدوین خط مشی‌ها و سیاست‌ها، بعنوان یک عامل اساسی در نظر برد. این بخش‌ها با پدیداری عواقب بهداشتی تعیین گیری‌های سیاسی خود را به‌خوبی دار باشنده. آنها با ایده‌های به سلامت و همان اندازه توجه کنند که به
مسائل اقتصادی اهمیتی می‌دهند.

ازرش سلامت

سلامت یکی از حقوق اساسی انسانها و یک سرمایه اقتصادی است. در این راستا دولت‌ها به منظور افزایش وضعیت بهداشتی شهرنشین خود باید متابع سرماهی ای بی خلق سلامت و خطر مشی همگانی سلامت اختصاص دهند. یکی از اصول پایه عدالت اجتماعی، اطمینان از این امر است که افراد دسترسی لازم به ملزومات یک زندگی سالم و رضایت بخش را دارند. به همین منظور باید در یک زمان قدرت اقتصادی و اجتماعی افراد جامعه را بالا برده، مطالعات زیادی نشان دهنده این موضوع نه یک خطر مشی همگانی سلامت می‌توانند در زمینه کوتاه‌مدت اقتصادی پایداری را باعث گردد. ضمنا در کنفرانس آداب‌فناوری استرالیا بیان شد که در هر جامعه باپسی برای انجام فعالیت‌های جامع و یکپارچه میان اقتصاد، اجتماع و سیاست‌های بهداشتی ارتباطات بیشتری برقرار گردد.

برای برآوری و توسه

ناپایداری در وضعیت سلامت ریشه در نابرابرهای موجود در اجتماع دارد. شکاف عمیقی بین وضعیت سلامت افراد دارای شرایط ناسالم اجتماعی و اموزشی با افراد بهره‌مند از این شرایط وجود دارد. تدوین سیاست‌های در جهت دسترسی بهتر گروه‌های دارای شرایط ناسالم به خدمات و کالاهای افزایش دهنده سلامت و خلق محیط‌های حمایتی کننده لازم می‌نماید. تدوین و اجرای خط مشی هایی که اولویت زیاد برای گروه‌های مستعد و محروم از مزایای فرهنگی و اجتماعی قائل گردید باپسی در دستور کار تمام بخش‌ها قرار گیرد. خط مشی همگانی سلامت باپسی به شناسایی فرهنگ‌های خاص افراد بومی، اقلیت‌های قومی و مهاجران بی‌پدیدار و آنها را به رسمیت بشناسد. دسترسی یکسان همگان به خدمات بهداشتی یک جنبه حیاتی از برای در امر سلامت می‌باشد. تکنیک ای که ذکر آن در اینجا لازم می‌نماید این است که امروزه ظهور فن ارائه‌های جدید سبب پیاده‌سازی نابرابرهای جدید در سلامت گردیده است. در کنفرانس آداب‌فناوری بیان شد که بین کشورها در زمینه سلامت شکافه‌ای عمیقی وجود دارد و کشورهایی توسه‌ی باپسی ملزم حستند که قبل از تدوین هر خط مشی و سیاست از نتایج مشت آن بر وضعیت سلامتی مرصع اطمینان حاصل نمایند.

مسئولیت پذیری برای سلامت

توزیعی های کنفرانس آداب‌فناوری در صورتی تحقق می‌پاید که دولت‌ها در سطوح مختلف ملت، منطقه‌ای و محلی با هن تعمد داشته باشند. تدوین خط مشی های همگانی سلامت به نه نه در سطح دولتی، بلکه در سطح ملی با اهمیت شمرده می‌شود. دولت‌ها باید مجموعه‌ای از اهداف بهداشتی با تاکید از ارائه سلامت تنظیم نمایند. مسئولیت پذیری همگانی برای سلامت یک عنصر مهم مسئولیت‌های برای رشد خط مشی های همگانی سلامت است. در نهایت دولت‌ها و دیگر کنترل کننده‌گان منابع باپسی مسئولیت نتایج بهداشتی سیاست‌های طراحی شده خود و با عدم طراحی سیاست‌های مناسب را پذیرا باشند. دولت‌ها باید نتایج بهداشتی سیاست‌های اخدا شده خود را با زبانی گویا و قابل فهم در اختیار همه گروه‌های جامعه قرار دهند. افرادی به تنهایی در سطوح مختلف ملی مختلفی برای پرورش 104
خط مشی های هموگرین سلامت است. جدای از رشد و توسعه سواد و آموزش برای همگان، بايد تلاش هاي بيشتری برای پربرقاري ارتباط با گروه‌های صورت گيرد که در نهایت بيشترین تاثير زبريدي را از اتخاذ سياست‌های مرتب دارند. كنفرانس آداليد نياز به ارزشيابي نتایج منتج از خط مشی ها را لازم بر می‌شمرد و بیان می‌دارد که سپسماه اطلاعات بهداشتی در جهت حمايت از اين فرآين بايد رشد و توسعه بایندهند. کنفرانس پيشنهاد مي‌كند كه تصميم گيردنگان و سياست‌مداران بايستي متابع اعتباري بيشتري به اجرا و ارزشيابي خط مشي هاي همگاني سلامت تخصيص دهند.

حرفكی فرآیند مراقبت‌های بهداشتی

طرح خط مشی های هموگرین سلامت، پاسخی به چالش‌ها موجود در مجموعه سلامت بود. اين چالش‌ها در نتيجه تغييرات مداوم فن آوري در جهان، روابط بيچيده بوم شناختي و رشد چشمگير ارتباطات بين المللی حاصل شده است. نتایج بهداشتی سياسی از اين چالشها نمی‌تواند با پيش بيني‌های قبلي و با ارائه مراقبت‌های بهداشتی حل و فصل شود. در اين راستا نيازهاي ارتفاع سلامت محتاج انتخاب رويکرد جامع برای رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعي و پربرقاري ارتباط مي‌باند. بروز مشاهي قدرت سلامت و اصلاحات اجتماعي است.

یافتن شركاء جديد در سلامت

دولت نقش مهمي در سلامت ایفا مي کند، اما سلامت تحت تاثير گروه‌های صنيعي و غملي، سازمانهاي غير دولتي و ديگر سازمانهاي جامعه قرار دارد. اين سازمانها بايد برای حفظ و ارتقاي سلامت افراد جامعه تشویق گردنده.

بايد توجه داشت که احتماليه های صنعي، تجارت و صنعت، انجمنهای علمي و رهبران مذهبی فرصت‌های زيادي برای رسيديگي و پرداختن به دغدغه هاي بهداشتی جامعه در اختيار دارند. خط مشي هاي هموگاني سلامت محتاج حمايت از طرف كساني است که مي توانند سلامت را در دستور كار تصميم گيردنگان قرار دهند. كنفرانس آداليد براي مي‌دارد كه ليست يافتن شرکاء جدید در جوامع برای افزايش سطح سلامت و انجام فعاليت‌های بهداشتی امروز اساسي تلقی مي گردد.

حوزه هاي فعاليت

كنفرانس آداليد چهار حوزه كليدي را به‌عنوان اولويتهای خط مشی هاي هموگاني سلامت مطرح مي‌کند که در زير به توضيح آنها پرداخته مي‌شود.

الف. حمایت از سلامت زنان: زنان اولين ارتقائي هدنگان سلامت در تمام دنيا هستند و بيشتر آنها بدون دستمزد يا با حداکثر حقوق كار مي كنند. شبكه ها و سازمانهاي زنان محل مناسبی برای سازماندهي فرآين ارتقاي سلامت، برنامه ريزي و اجرای فعاليتها هستند. شبكه هاي زنان بايد توسط سياست‌مداران و موسسات رسمی حمايت شده و به رسميت شناخته شودند. مشارکت بيشتري و موثر زنان در ارتقاي سلامت نيازموند دسترسي بيشتري زنان به اطلاعات، شبكه ها و سرمایه مي باشند. همه زنان خصوصا از گروه‌های قومي، بومي و اقلات حق تعیین سلامت خود را دارند و بايستي در تدوين خط مشی هاي هموگاني سلامت (به مظاهر اطمنان از تناسب برنامه با عوامل فرهنگی) شرکت كامل داده شوند. در كنفرانس آداليد تاکيد شد كه كشورهاي بايد خط مشي هاي هموگاني سلامت در
سطح می‌بردی‌ان در عهده‌اند، بطوری‌که سلامت زنان در دست خود آنها قرار گیرد و در این راستا پیشنهاد کردند که موارد زیر برای ارتقاء سلامت زنان ضروری است شامل:

1- تقسیم برای مراقبت‌های ارائه شده در جامعه برای زنان
2- انجام زایمان با توجه به تقدم و نیازهای زنان
3- اهمیت حمایت کننده از فعالیت‌های مراقبتی مانند حمایت از مادران و کودکان
4- مرخصی زایمان و سایر مراقبت‌های مرتبط یپشگین

ب. غذا و تغذیه: حذف گرگانی و سوء تغذیه یکی از اهداف اساسی خط مشی های همگانی سلامت است. این خط مشی ها با هدف درمان دسترسی برای همگان به غذای سالم بوته و دارای مقدار تغذیه فرهنگ‌های باشند. خط مشی های مرتبط با غذا و تغذیه نیازمند یک‌پارچه سازی روش‌های تولید و توزیع غذا، جهت خصوصی و فضای عمومی، برای دستیابی به قیمت‌های منصفانه است. طراحی خط مشی ها و سیاست‌های مرتبط با غذا و تغذیه که به یکپارچه‌سازی عوامل محیطی، اقتصادی و کشاورزی در جهت دستیابی به سلامت می‌پردازد باید از اولویت‌های همه دولت‌ها قرار گیرد. اولین مرحله برای تدوین این خط مشی ها این است که مجموعه ای از اهداف برای تغذیه و رژیم غذایی تعیین شود. مالیات و کمک‌های مالی به منظور دسترسی آسان همگان به غذای سالم و بهبود رژیم غذایی باید در حد کافیت باشد. کنفرانس آداب‌خان نموده‌اند دولت‌ها بایستی سریعاً در همه سطوح اقدامات فوری و مستقیم در جهت افزایش قدرت خرد غذا و کنترل آمر خرد غذا توسط افراد اجتماع دهنده.

ج. تنبیه‌کاو و الکل: استفاده از تنبیه‌کاو و مصرف الکل دو خط حبیشان بزرگ است که نیازمند رهایی‌گر فوری در طراحی خط مشی های همگانی سلامت است. تنبیه‌کاو نه تنها سبب ایجاد صدمات مستقیم برای سلامت سیگاری‌ها می‌شود بلکه می‌تواند عاملی برای صدمه زدن به افراد غیرسگاری مانند نوزادانی گردید که در مواجهه با دود سیگار قرار می‌گیرند. الکل نزدیک نسبت اجتماعی و صدمات جسمانی و روانی بی‌شماری می‌گردد. بعلاوه عواقب بی‌شناختی جدی به استعمال سیگار نسبت داده می‌شود. مثال کاشت گیاه تنبیه‌کاو در اقتصاد های ضعیف می‌تواند سبب بیداری بحران‌هایی در امر تولید و توزیع غذا در آن جوامع شود. تولید و بازاریابی تنبیه‌کاو فعالیت‌های مورد رجوع می‌باشد که می‌تواند دست‌های کمیاب جهت فروش و تولید این محصولات اخذ نماید. دولت‌ها اغلب به تقلیل اقتصادی ناشی از کاهش تولید و مصرف تنبیه‌کاو می‌گردد و کم‌تر به قیمت‌های سنگینی که با بیماری‌شنده افراد باید متقبل شوند توجه دارند. کنفرانس آداب‌خان به همه دولت‌ها توصیه می‌کند که به قیمت‌های هنگامی که سالانه در اثر کاهش طول عمر و بیماری‌های مرتبط با استعمال سیگار هزینه می‌شود توجه بیشتری نمایند. دولت‌ها باید معهود به طراحی خط مشی های همگانی سلامت و تنظیم اهدافی جهت کاهش رشد تولید، بازاریابی و مصرف تنبیه‌کاو شوند.

د. خلق محیط‌های حمایت کننده: بسیاری از افراد در شرایطی کار و زندگی می‌کنند که خطرات به شماری سلامت آنها را تهدید می‌کند. مدیریت عوامل محیطی باید از انسان در برابر تاثیرات مضر مستقیم و غیرمستقیم عوامل شیمیایی، فیزیکی و زیست شناختی حفاظت نماید. مدیریت عوامل محیطی باید زنان و مردان را قسمتی از
یک اکوسیستم پیچیده فرض کند. تعهد دولتها در همه سطوح برای خلق محیط‌های حمایت‌کننده از سلامت امری الزامی است (17).

ضمنا مهمرتی‌های جالبشای آینده جهان در کنفرانس آدادای استرالیا به رهبر زیر بیان شد:

1. در همه ملت‌ها، اطمینان از توزیع برای متون مبنا میان افراد با شرایط اقتصادی مختلف همواره یکی جالش بزرگ بوده است.

2. سلامت برای همه در صورتی تحقق می‌یابد که خلق و حفظ شرایط زندگی و کاری سالم یک دعده مهم برای تصمیم گیرندگان استفاده. فعالیت در همه ابعاد حمل و نقل، فروش‌های استفاده، کیفیت زندگی شغلی و غیره.

3. تاثیرات زیادی بر سلامت و خریدری مردم دارد.

4. در واقع مهمرتی‌های جالش ملت‌ها و دولتها در امر خط مشی‌های همگانی سلامت، تشویق به صلح و آرامش، حقوق انسانی و بریای اجتماعی و استفاده بهبودی از منابع کردن زمین است.

4. در پیشرفت‌های مستقلین امر‌های اجتماعی تا حد زیادی مستندی سلامت مردم را معمول می‌کند که روش‌های تو جهت ایجاد هو در ان و درون این سطوح اختراع گردید.

5. خط مشی‌های همگانی سلامت پایستی از پیشرفت‌های فن آوری در زمینه مراقبت بهداشتی اطمینان حاصل کرد و به جای عقب نگه داشتن این انوره‌ها، دسترسی آسانتر و برای آن را بای جامعه باعث گردید.

ضمنا در کنفرانس آدادای استرالیا اعضاء شرکت کننده تعهد دوباره برای اتحاد بهداشت عمومی دانسته همچنان که در منشور ایهام متعهد شده بودند، قابل ذکر است که اتحاد در زمینه سلامت شکلی از مشارکت بین دو شرکت یا برنیش است. شرکای از مجموعه ای از اهداف مورد توافق در امر ارتباط سلامت بیعت می‌کند (17).

**کنفرانس سال‌های ساندز آدلر سوئد**

سومین کنفرانس بین المللی ارتباط سلامت در 9 تا 15 وزن 1991 در شهر ساندز آدلر برگزار شد. موجب اصلی این کنفرانس محیط‌های حمایت کننده برای سلامت بود. در اولین کنفرانس بین المللی ارتباط سلامت که در آن در بروگز شد، نماینده 81 کشور جهان متعهد شدند که به خلق محیط‌های تامین کننده سلامت بردازند. در این کنفرانس بین گردید که هزاران نفر از مردم جهان در فقر مطلق و محرومان در محیط زیست می‌کند که مخ سلامت آنهاست. قابل ذکر است که محیط‌های فیزیکی اجتماعی و اقتصادی و همچنین محیط سیاسی و اجتماعی حمایت کننده از سلامت باشد لبق تعریب کننده آن. در این کنفرانس تصمیم گیری و سیاست‌مداران در همه پیشرفتی مربوط و همه سطوح به ایجاد محیط‌های حمایت کننده از سلامت دعوت شدند. حمایت‌ها و فعالیت‌های منجر به سلامت و همچنین بریای اجتماعی و محیطی با شکل گیری اتحاد گستره ی بر سر هدف بهداشت برای همه سرعت بیشتری می‌یابد.

1. Sundsvall, Sweden
دعاوت کنفرانس از کشورها برای فعالیت در زمینه های زیر

در کنفرانس ذکر گردید که وجود یک محیط حمایت کننده بیشتر اهمیت را برای سلامت دارد. چرا که
محیط و سلامت رابطه غیرقابل تفکیکی و جدایبندی‌های یکدیگر داشته و در مداخلات باشد به هر دو توجه شود.
نکته مهمی که کشورها باید به آن توجه داشته باشند این است که نابرابری‌ها ریشه در وجود شکاف عمیق میان
وضعیت سلامت بین مردم یک کشور و همچنین بین کشورهای فقیر و غنی دارد و این وضعیت قابل قبول نیست.
لذا یپ رایز فعالیت‌های جذابانه در جهت دستیابی به عدالت اجتماعی در زمینه سلامت یک مسئله فوری تلقی
می‌گردد. میلیونها نفر از مردم چهار در فقر و نگهداری زندگی می‌کنند و با تخربی فرازیدن محیط‌های زندگی
خود به در شهر و چه در روستا‌روبرویند. فقر عمیق این است که خصوصی کندن آروزها و روابط افراد برای ساخت
آینده بهتر است. برای میلیونها کودک امکان تحصیل و علم آموزی وجود ندارد و در موارد چندی اگر امکان
تحصیل هنی می‌شود. آنها نخواهند توانست قادیر با توانمندی گردند. ضمنا هر ساله سلامت و رفاه تعداد بیشماری
از مردم چهار تحت تاثیر جنگهای مسلح‌های قرار می‌گیرد.

مسئوله قابل توجه دیگر آن است که رشد سریع جمعیت یک مسئله مهم برای توسعه پایدار به شمار می‌رود.
رشد جمعیت سبب می‌شود که مردم بدون وجود آب تمیز، غذای کافی، پناهگاه و بهسازی گذران عمر کند.
زبان تعداد کمی از جمعیت دنیا هستند که هنوز مظالمانند. آنها از نظر جنسی استثمار می‌شوند و از
تبعیضات موجود در بارآر که بسیاری حوزه های دیگر رنج می‌برند. ضمنا از ابیات کمال نقش آنها برای خلق
محیط‌های حاضری سلامت جلوگیری بعمل می‌آید.

هنوز میلیونها نفر از مردم چهار دسترسی ناگفته به مراقبت‌های بهداشتی ضروری دارند. بی‌شک سیستم‌های
مراقبت بهداشتی نیاز به تقویت دارد.

در کنفرانس ساندروال سوئد عنوان شد که حلال این مشکلات نیازمند فعالیت‌های اجتماعی گسترده، طالب منابع
و خلاقیت افراد و جامعه است. حل این معیارهای فرآیند از فعالیت‌های نظام‌های سنتی سلامت است و نیازمند تعهد
سیاسی قوی برای طراحی و اجرای سیاست‌های پایدار محیطی و سلامتی است. ضمنا ابتکار عمل همه بشخصی
جامعه برای خلق محیط‌های حاضری سلامت باید مورد توجه قرار گرفته و در این راستا باستی فعالیت‌های در سطح
محلی توسط افراد جامعه، در سطح ملی توسط دولت و سازمان‌های غیر دولتی و در سطح جهانی توسط موسسات
و سازمان‌های بین‌المللی صورت پذیرد. باید فعالیت و درکی بخش‌هایی چون آموزش، حمل و نقل، مسکن و
توسعه شهری، تکثیری و صنعت برای خلق محیط‌های حاضری سلامت افزایش یابد.

در این کنفرانس، مثال‌ها و رویکردهای بسیاری برای خلق محیط‌های حاضری سلامت که می‌تواند راهنمای
سیاست‌مداران و تصمیم‌گیران باشد، ذکر گردید. در نهایت اعضای حاضر در این کنفرانس متعهد شدند که پیام
کنفرانس را در جهت فعالیت به سوی خلق محیط‌های حاضری سلامت به گوش جامعه، کشورها و دولتهای خود
برسانند (۱۹).
ابعاد فعالیت‌ها برای خلق محیط‌های حامی سلامت

در زمینه سلامت، اصلاح محیط‌های حمایت کننده اشاره به جنبه‌های محیطی و اجتماعی احاطه کننده ما دارد. محیطهای همچنین یک عامل تعیین کننده برای دسترسی به منابع زیست و فرصت‌های توانمند‌سازی می‌کنند. بنابراین فعالیت در جهت خلق محیط‌های حامی سلامت دارای ابعاد چندی (فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، منعوی و سیاسی) است. هر کدام از این ابعاد ارتباط جدایی‌ناپذیر و کنش منطبق و بویا با دیگر ابعاد دارند. انجام فعالیت‌های هماهنگ در سطوح محلی و جهانی برای خلق محیط‌های حامی سلامت به نهایت اهمیت دارد. همچنین این کنفرانس چهار نمود محیط‌های حامی سلامت را به شرح زیر معرفی کرد:

1. بعد اجتماعی درباره‌اشدنیب کسی او یا نه و در این امر سالمیت آن جوامع را تهدید می‌کند. بعنوان مثال با افزایش انزواً اجتماعی افراد از داشتن ارتباطات معنادار و هدف در زندگی محروم می‌شوند. ضمناً افزایش انزوا اجتماعی باعث می‌گردد که ارزش‌ها و میزان حفظ ماهیتی نیز کم هم به دست فراموش شود.

2. بعد سیاسی مستلزم تهدید دولتی به تصمیم گیری‌های مشرد گرا و تمرکز زدایی مسئولیت‌ها و منابع است. همچنین دولتی باید به جای شرکت منابع برای تولید و خرید سلاح جنگی، ضامن حقوق انسانی و صلح بایستد.

3. بعد اقتصادی نیازمند سازماندهی دورانه منابع برای نیل به سلامت برای همه و توزعه پایدار است و در پردازندگان انتقال فن آوری ایمن و معترض نیز می‌باشد.

4. به منظور ساخت شاخص‌های محکم جهت خلق محیط‌های حمایت کننده نیاز به شناسایی و استفاده از منابع و آگاهی‌های زنان در همه بخش خصوصاً منابع اقتصادی و تصمیم‌گیری‌های ضروری می‌باشد. بر دستاوردی باید مشخص شده و بین زن و مرد تقسیم گرد. در هر جامعه ای سازمان‌های زنان باستی در طراحی خط مشی‌ها و ساختار ارتباط سلامت نقص به سازی ایفای نامناسب.

در این کنفرانس مشخص شد که تمامی راهبردهای بهداشت برای همه باید از ناحیه ای چه در اصل مهم و اساسی باشند.

الف: براین برای همکاری که اولویت بی‌بندی برای خلق محیط‌های حامی سلامت، فرازمینه انرژی و آفرینندگان قدرت در انسان‌ها بار انجام فعالیت‌ها است. همه سیاست‌هایی که با هدف توسه‌های پایدار تدوین می‌شود باید روش‌هایی به منظور توزیع برای مسئولیت‌های منابع پیاده سازند. هر نوع فعالیت و هر گونه تخصیص منابع باید بر اساس اولویت‌های مشخص، گروه‌های فقیر و کاهش آلام گروه‌های حاشیه‌ای، اقلیت و نوان‌تبار باشد. جوامع صنعتی نیزمند برداختن به قصوراتی انباشته‌ای است که در حق انسان‌ها و محیط اعمال شده است.

ب: فعالیت‌های همگانی افراد انجام برای خلق محیط‌های حامی سالمیت باید بررسی شناخته شده منابع طبیعی مدیریت گردید و نیازهای نسل‌های آینده مورد توجه قرار گیرد. افراد بومی در اثر ارتباطات روحی و فرهنگی قوی با محیط فیزیکی بوده و می‌توانند معلمان با ارزش برای تجدید قوا دنیا باشند. ضروری است که این افراد باید
در فعالیت‌های توسعه پایدار درگیر شوند و با آنها مذاکراتی بر سر حقوق‌های در کره زمین و میراث فرهنگی آنها انجام شود.

همچنین در این کنفرانس می‌شود برای افزایش معرفت و میزان فعالیت‌های اجتماعی مطرح شد. خلق محیطهای حامی سلامت، به جامعه اجازه در گریز و کنترل و سیاسی راه می‌دهد. مثالهاي متعددی از سراسر نقاط دنیا نشان می‌دهد که خلق محیطهای حامی سلامت قادر است توانایی و اعتماد به نفس افراد را افزایش دهد. در ضمن چهار راهبرد کلیدی برای انجام فعالیت‌های همگانی در زمینه خلق محیطهای حامی سلامت در سطح جامعه به شرح زیر مطرح شد:

1. تقویت حمایت از فعالیت‌های جامعه بخصوص از سازمان‌های متشکل از زنان
2. قدرت‌سازی جوامع و افراد برای اعمال کنترل بر سلامت و محیط خوشی قابل ذکر است که آموزش و توانمندسازی ارائه‌های نیل به این هدف شمرده می‌شود.

بطور اجمالی توانمندان‌سازی افراد و مشارکت جامعه عوامل ضروری در روبه‌روی مردم گرای ارتفاع سلامت و محور اعمال فشار برای افزایش اعتماد به نفس و توسعه جامعه است. ایجاد شرکت کننده در این کنفرانس اعتراف کردن یک آموزش‌یکی از حقوق انسانهاست و عنصر کلیدی برای ایجاد تغییرات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی برای این تحقق بهداشت برای همه است. برخورداری از حق آموزش باید در برآوری همه سلیقه نهاده بوده و با استناد اصل برابری (و هم توجه به جنس، طبقه اجتماعی و فرهنگی) به همگان ارائه شود.

در کنفرانس ساندوزال سیستمیک دوباره این منشأ صورت گرفت که سلامت، محیط و توسه‌های انسانی تواناید منفک از یکدیگر باشد. توسه‌های علاوه بر حفاظت از محیط پایدار باید به بهبود کیفیت زندگی و سلامت افراد جامعه بیان‌شود. تنها انجام فعالیت‌های جهانی و مشارکت کل کشورها می‌تواند ایندیه سیاسه زمین را تنظیم کند. در این کنفرانس مسئولیت چون عدم ثبتن درآمده و ثبت آن بر نشل‌های کنونی و آینده، افزایش مهاجرت از روستا به شهر و زندگی مهاجرین در محله‌های فقرنشین به حداقل اکماتان بهداشتی و افتایش جنگ‌ها، مخرج مصرفه نظامی و تعارف مرگ و میر و ناتوانی‌های مناسب به جنگی به عنوان اشکال جدید تخریب محیط مرفی سردون. همچنین استثمار نیروی کار، روش مواد مخدر خطرناک و قصیده در ملتهای فقر و ضعیف و مصرف بی‌روی مانعی بسیار موجود در جهان نشان دهنده این امر است که روتورهای فعال و توسعه کارآمد نیستند. نیاز فوری جهت تدوین اصول اخلاقی جدید و افزایش واقع جهانی جهت هم‌زیستی مسالمت آمیز ضروری می‌باشد. با تحقیق این امور است که امکان توسعه محدود کره زمین بیشتر عادلانه حاصل می‌گردد (۱۹).

کنفرانس بین‌المللی جاکارتا اندونزی

چهارمین کنفرانس بین‌المللی ارتفاع سلامت در ۲۱ جولای سال ۱۹۹۷ در جاکارتا اندونزی برگزار شد.

محور این کنفرانس این موضوع بود که وجود باریگران جدید برای دوره جدید سبب ارتفاع سلامت در قرن ۲۱ خواهد شد. این کنفرانس در این اولین کنفرانس بین‌المللی ارتفاع سلامت است که در یک کشور توسعه نیافته برگزار می‌گردد. ضمناً اولین کنفرانس این آن از موضوع درگیری‌سازی بخش خصوصی در حمایت از ارتفاعی
سالمت سخن به میان امدا. در این کنفرانس تبادل آموزشی ها در زمینه ارتقای سلامت، بررسی مجدد مؤلفه های سلامت و تعیین راهبردها و دستورالعمل‌های لازم برای برداشت به جامعه ارتقای سلامت انجام شد. در پایان کنفرانس، منشور جافارتار برای مقاله در قرن 21 ارائه شد. در منشور جافارتار به اولویت جهت ارتقای سلامت در قرن 21 معرفی شد شامل:

1. ارتقای مسئولیت‌ها و تعهدات اجتماعی در زمینه سلامت
2. افزایش ظرفیت جامعه و توأم‌نامه‌ای افزاد
3. توسعه و تحقیق مشارکت در امر سلامت
4. افزایش سرمایه گذاری برای سلامت
5. مهیاسازی زیرساخت‌های ارتقای سلامت ^2 (200).

در این کنفرانس ذکر شد که ارتقای سلامت یک سرمایه کلیدی است و باید در قرن بعد نیز در اولویت قرار گیرد. سالمت حق بنا به انسان و مقدمه ای ضروری برای توسعه اجتماعی و اقتصادی است. امروزه ارتقای سلامت بطور روزافزونی بعنوان یک عنصر ضروری جهت توجه انسان به سلامتی می‌شود. ارتقای سلامت شرایط قابل توجه بر مؤلفه‌های سلامت و در نتیجه افزایش سطح سلامت افزایش و کاهش معنی دار نابرابری در وضعیت سالماتی جامعه داشته است. تاثیرات شگفت ارتقای سلامت بر ایجاد سرمایه اجتماعی و دستیابی به حقوق انسان قابل تحسین است. هدف نهایی ارتقای سلامته شامل افزایش امید زندگی و کاهش شکاف بین امید به سلامت و همچنین گروه‌ها است.

شرکت کنندگان کنفرانس جافارتار متعهد شدند که در قرن 21 منابع بیشتری جهت برداشت به مؤلفه‌های سلامت اختصاص دهند. ضمناً صلح سرناه، سرناه امنیت اجتماعی، روابط اجتماعی، غذا، درمان، توأم‌نامه‌ای زنان، وجود یک کو‌سیستم پایدار، منابع مصرفی پایدار، احترام به حقوق انسان و برابری بعنوان پیش نیازها و موقفه های سلامت معرفی شدند. در جامعه از میان سایر عوامل بزرگ‌ترین تهدید کندن سلامت بقای می‌روند. روند جمعیت شناختی مسائلی مانند شهرگرایی، افزایش سالمدن و شیوع بیماری‌ها مزمن باعث مسئولیت مسئولان و مشکلات جدید در همه کشورها مطرح هستند. لزوم اعمال تغییرات زیستی، اجتماعی و رفتاری در سوراخ مسئولیتی چون پی تحرک افراد مقاومت آن‌ها به بی‌حفاظتش و درگیر داروها در دسترس عموم، سوء مصرف مواد و خشونتها خانگی و مدنی ضروری به نظر می‌رسد. این عوامل تهدید کننده سلامت و رفاه میلیون‌ها انسان در سراسر جهان هستند.

پازیدیده بیماری‌های عفونی و همچنین مظهر برخی بیماری‌ها عفونی جدید و افزایش شیوع بیماری‌های روانی، نیازمند واکنش‌های فوری جهت می‌باشد. ضروری است که ارتقای سلامت به ارتباطی تغییرات ایجاد شده در

1. New Players
2. Securing an Infrastructure for Health Promotion
3. Health Expectancy
4. Sustainable Resource Use
تعیین کنند های سلامت نیز توجه داشته باشید. تبدیلات بین المللی در مورد مسائل جویان بیکاری سازی اقتصاد
جهانی و بازارهای مالی و تجاری، دسترسی گسترده به رسانه‌ها و فن آوری‌های ارتباطی و تغییرات محیطی
حاصل از استفاده غیر مستحکم از منابع می‌تواند تاثیرات زیادی بر سلامت جوامع بر جای نهاد (۲۰۰۴).

کنفرانس بین المللی مکزیکوستی

پنجمین کنفرانس بین المللی ارتباط سلامت در ۵ تا ۹ژون سال ۲۰۰۰ در مکزیکوستی برگزار شد. در این
کنفرانس نمایندگانی از ۱۰۰ کشور جهان حضور داشتند. به سبب نیازهای جهانی، افزایش شکاف بین وضعیت سلامت افراد، این
کنفرانس با شعار کاهش نابرابری در درون و میان کشورها برگزار شد. در این کنفرانس به بررسی سهم راهبردهای
ارتقای سلامت در بهبود سلامت و کمیتی زندگی مردمی پرداخته شد که در نواحی نامساعد زندگی می‌کنند. در
این پنجم روز برنامه های کنفرانس در دو بخش عمده فنی (در چهار روز) و اروپایی (در یک روز) ارائه شد. در پایان،
هیات نمایندگان برناوهای اسکواها را به برنامه‌های فنی الحاق نمودند. برنامه منتج از این مجمع گویای نقش
مثبت راهبردهای ارتباط سلامت برای انجام فعالیت‌های محلی، ملی و بین المللی در راستای نل به سلامت می
باشد. در معرض عرصه روز، شش نشته فنی توسط اعضاء برگزار شد و سرانجام همه کشورها به فعالیت در زمینه

های زیب دعوت شدند شامل:

۱. تقویت شوآهد و مدارک در ارتباط سلامت
۲. افزایش سرمایه گذاری‌ها برای توسعه سلامت
۳. ارتباط مستقلیت و تعهدات اجتماعی در زمینه سلامت
۴. افزایش ظرفیت جامعه و توامین‌سازی افراد و جوامع
۵. مهیاسازی زیرساخت‌های ارتباط سلامت

۶. بازنگری نظام‌ها و خدمات بهداشتی با محوریت ارتباط سلامت

در حال نشسته‌های مرتبط با افزایش سرمایه گذاری برای سلامت، ۵ موضع در بین شرکت کنندگان مطرح
شد. این موضوع بهبود ایندی برای سرمایه گذاری برای انسان و توسعه اجتماعی، انجام سرمایه گذاری و
بخشی و یکپارچه در موضوع سلامت، افزایش ادرک در زمینه روابط بین سرمایه و سلامت و بهبود کیفیت
نشانگه‌های مورد استفاده در ارزیابی توسعه جامعه.

 ضمنا در حال بحث‌های مرتبط با افزایش مستقلیت اجتماعی برای سلامت، شرکت کنندگان ۵ موضوع کلیدی
را مطرح ساختند شما: کدام سازمان در جامعه تعهد و مستقلیت اجتماعی در زمینه سلامت دارد؟ چگونه
می‌توان آن را اندازه گیری نمود؟ عدالت و صلح؛ مطالعات موردی چگونه می‌توانند منعکس کنند هنر
نیازهای موفقیت باشند؟ و تیپ فرهنگی.

بحث‌های مرتبط با افایش ظرفیت جامعه و توامین‌سازی افراد و جوامع با گفتگوی برگرامین ۵ مسئله کلیدی انجام
شک می‌شناسد که شک باعث شده آن‌ها ارتباط سلیمان را راه‌یافته گردد ولی از جمله مطالعات احتمالی و
ارزش‌پذیری انجام شده، نشانده که باعث درک آن کار می‌کند باعث گردد، راه‌پذیری کاربردی برای استفاده، جمع آوری، ترکیب
و ارتباط باعث های برگرفته از یکشته و ارزش‌پذیری و تجربه منتج از مطالعات موردی شناسایی و
فرصتهای پیش‌ترین چرخ ارتباط بین مسائل سیاسی و اجتماعی شود.

1. Rob Moodi
کنفرانس بین المللی بانکوک

شش‌مین کنفرانس بین المللی ارتباط سلامت در اگوست ۲۰۰۵ در بانکوک نماینده سیاست و مشارکت جهت برداختن به مولفه‌های سلامت برگزار شد.

همانند منشور اتاق‌های منشور بانکوک در سطح جهانی به فعالیت‌های ارتباط سلامت ارزش و بهداشت داده. این کنفرانس بر پایه ارزش‌ها، اصول و راهبردهای فعالیت‌های محور شده ارتباط سلامت در منشور اتاق‌های منشور بانکوک و دیگر کنفرانس‌های بین المللی ارتباط سلامت برگزار گردید. در این کنفرانس سعی شد تا این فعالیت‌ها تعهدات و ضمان‌هایی که برای برداختن به مولفه‌های سلامت در سطح جهانی لازم اند مشخص گردد. هدف کنفرانس این است که سیاست‌ها و مشارکت جهت توکان‌سازی جوامع و بهبود سطح سلامت و پیشرفت‌های در وضعیت سلامت باید در کانوون توسعه ملی و جهانی قرار داده شوند. در این کنفرانس مشخص شد که پنج مورد باهم‌پیوند و وضعیت کنونی سلامت دنیا تأثیر گذارند شامل:

۱. افزایش نابرندی و بدون کشورها
۲. الگوهای جدید مصرف و ارتباطات
۳. تجارت سازی
۴. تغییرات محیطی گسترده
۵. شهر نشینی

 ضمناً خاطر نشان می‌شود که عوامل دیگری مانند رشد سریع و غالباً خطرناک اجتماعی، تغییرات اقتصادی و جمعیتی مسائل‌های هستند که بر شرایط کار، مهیج‌نامه‌ای، الگوهای خانواده، فرهنگ و بافت اجتماعی جوامع تأثیر گذارند. بنابراین بطور متغیری تحت تأثیر این عوامل واقع می‌شوند. ضمناً تعداد کودکان آسیب پذیر، افراد حاشیه‌نشین محروم و افراد ناوان و تهدیدی رو به افزایش است. جهانی شدن فرصت‌های جدیدی برای...

1. Bangkok
2. Commercialization
همکاری در جهت بهبود سلامت و همچنین کاهش خطر انتقال بیماری‌ها پدیدار می‌سازد. این فرآیند شامل افزایش اطلاعات و فن آوری ارتباطات و بهبود سازوکارهای برای نظارت جهانی و اشتراک تجارب است.

در گفتگوی دکتر رحیمی که انجام مداخلات مولتی داخیل فعالیت‌های سیاستی نیازمند، مشارکت ویژه و حمایت پاپادار است. ارائه سلامت دارای راهبردهای ثابت شده ای است که لازم است بطور کامل مورد استفاده قرار گیرد.

جهت پیشرفت بیشتر در امر اجرای این راهبردها همه بخش‌ها باید:

1. مدافع سلامت بوده و سلامت را حق انسان بدانند.

2. در زمینه سیاستهای پاپادار، فعالیت‌ها و ساختمان‌ها باید برای پرداختن به موفقیت‌های سلامت جهت داده شوند.

3. بایستی نظرهای سازی در امر تدوین خط مشی ها، راهبردی، فعالیت‌های ارائه سلامت، انتقال آگاهی، بهره و سواد بهداشتی صورت گیرد.

4. فعالیت‌های منظم و قانونی جهت اطمینان از وجود سطح بالای حفاظت در مقابل خطرات انجام گردد و فرصت‌های برای افراد جهت نیل به سلامت و رفاه فراهم شود.

5. جهت طراحی و انجام فعالیت‌های لازم با بخش‌های خصوصی و دولتی، سازمان‌های بین المللی، سازمان‌های غیر دولتی و جامعه مدنی همکاری و مشارکت شود.

باایستی توجه همگان را به این نکته جلب موده که همه بخش‌ها می‌توانند نقش‌ریزی در زمینه تدوین خط مشی‌ها و مشارکت در امر ارائه سلامت داشته باشند. وجود یک رویکرد سیاسی جامع در سازمان‌های دولتی و بین المللی، به همراه تعداد برای کار با جامعه مدنی، به عنوان خصوصی و دیگر بخش‌ها لازم بپیش‌رفت در موضوع پرداختن به موفقیت‌های سلامت می‌باشد.

سازندگی و پرداختن ارائه سلامت چهار تعهد کلیدی اند شامل:

الف. ارائه سلامت بعنوان کانوپ توسه جهانی
ب. ارائه سلامت بعنوان مهندسی مسئولیت برای همه دولت‌ها
ج. ارائه سلامت بعنوان مرکز توجه اصلی اجتماع و جامعه مدني
د. ارائه سلامت بعنوان یک زمینه برای انجام فعالیت‌های مشترک

در زمینه تعهد کلیدی اول، توافق‌نامه‌های بین دولتی برای افزایش سطح سلامت و تأمین سلامت جمعی لازم است. دولت‌ها و سازمان‌های بین المللی باید برای حذف شکاف‌های فنی و غنی تلاش نمایند. سازوکارهای موثر جهت نظام جهانی بر سلامت تأکید دارد بر این نظر است که تاثیرات مضر عواملی چون تجارت، محصولات، خدمات و راهبردهای بازاریابی بر سلامت باید با سیاست‌های خارجی و داخلی و مناسبات‌های بین المللی در وضعیت‌های مناسب جنگ و سیب زیبا) ادامه گردد.

در زمینه تعهد کلیدی دوم، همه دولت‌ها بایستی به مبارزه با نابرابری‌های موجود در سلامت پردازند، چرا که سلامت مهم‌ترین مولفه توسه سیاسی و اجتماعی اقتصادی است. لذا همه دولت‌ها باید سرمایه‌گذاری در سلامت را از اولویت‌های خویش قرار داده و منابع مالی لازم را به ارائه سلامت اختصاص دهنند. همه باید نتایج پیش‌بینی
ناشی‌از قوانینو سیاست‌های تدوین شده خود را صریح نموده و برای ارزیابی فعالیت‌های خود از ابزارها و شاخص‌های ارزیابی‌مناسب استفاده نمایند.

در زمینه سومین تعهد، اجتماع و جامعه مدنی غالباً آغاز گرفته، شکل دهنده و عهده‌دار اجرای ارتقای سلامت می‌باشد. آن‌ها نیازمند داشتن حقوق، مبادی و فرصت‌های برای تقویت نقش خود هستند. حمايت از توامن‌دادگان جامعه در جوامع کمتر توسعه‌بافته‌های نهایت را دارد. بهتر است که جوامع را توامن‌داده و جمعی که جوامع توامن‌داد تأثیر زیادی بر ویژگی‌های سلامت خویش دارند. ضمناً این جوامع تشکیل دهنده دولت‌ها و دیگر بخش‌های خصوصی می‌شوند که مسئولیت نتایج بهداشتی خط می‌ها و قوانین تدوین شده خود را پذیرفته‌ها می‌گرند. انجمن‌های موجود در جامعه و سازمان‌ها و تشکیلات زنان می‌توانند نقش موتری در ارتقای سلامت داشته باشند. ضمناً انجمن‌های تخصصی بهداشتی نقش ویژه در ارتقای سلامت ایفا می‌نمایند.

در زمینه چهارمین تعهد، همکاری بین بخش‌هایی که به نوعی دارای تأثیرات مسلم بر سلامت افراد و بر مولفه‌های سلامت هستند، امری ضروری تلقی می‌گردد. بخش خصوصی نیز مانند دیگر بخش‌ها باید مسئولیت تمامی سلامت و ایمنی در محل کار را به‌جای گرفته و بدن و سیل سلامت و راه کارکنان خود، خانواده آنان و جامعه را ارتقای بهداشت در پایان کنفرانس نیز شرکت کنندگان متعهد شدند که بیان‌های کنفرانس را به دولت‌های خود گزارش نمایند (۲۳).

کنفرانس بین‌المللی آرزویی (کنی)

این کنفرانس در ۳۰-۱۰ اکتبر ۲۰۰۹ در نیویورک انجام شد. در این کنفرانس می‌توان پاسخگویی به این سؤالات کرد: از کجا می‌توان ۶۰۰ شورای جهان شرکت داشتند. در این کنفرانس سوالاتی که از افراد سالم و وضعیت اقتصادی کشورها بطور اعم و نظام‌های بهداشتی بطور اختصاصی مطرح و بحث می‌شود. در این کنفرانس می‌توان پاسخگویی به این سؤالات کرد: از کجا می‌توان ۶۰۰ شورای جهان شرکت داشتند. در این کنفرانس سوالاتی که از افراد سالم و وضعیت اقتصادی کشورها بطور اعم و نظام‌های بهداشتی بطور اختصاصی مطرح و بحث می‌شود.

این کنفرانس در ۳۰-۱۰ اکتبر ۲۰۰۹ در نیویورک انجام شد. در این کنفرانس می‌توان پاسخگویی به این سؤالات کرد: از کجا می‌توان ۶۰۰ شورای جهان شرکت داشتند. در این کنفرانس سوالاتی که از افراد سالم و وضعیت اقتصادی کشورها بطور اعم و نظام‌های بهداشتی بطور اختصاصی مطرح و بحث می‌شود. در این کنفرانس می‌توان پاسخگویی به این سؤالات کرد: از کجا می‌توان ۶۰۰ شورای جهان شرکت داشتند. در این کنفرانس سوالاتی که از افراد سالم و وضعیت اقتصادی کشورها بطور اعم و نظام‌های بهداشتی بطور اختصاصی مطرح و بحث می‌شود.
در ادامه بحث به شرح موارد بالا پرداخته می‌شود.

توانمند‌سازی جامعه

tوانمند‌سازی جامعه اشکاره به فرانلند دارد که طی آن جوامع جهت افزایش کنترل بر زندگی خود توانا می‌گردد. جامعه اشکاره به گروه‌هایی از افراد دارد که ممکن است از نظر جغرافیایی با یک هم فاصله داشته باشند، اما علاقه، دغدغه‌ها و هوبت مشترک دارند. جوامع در سطوح مختلف محلی، می‌یا از بین المللی دارای دغدغه‌های بسیار و در مواردی خاص می‌باشند. توانمند‌سازی اشکاره به فرانلند می‌کند که طی آن افراد کنترل لازم بر عوامل و تکنیک‌های زندگی خود بسته می‌شود. قادرشوری به این امر اشاره می‌کند که افراد نمی‌توانند توسط دیگران توانمند شوند، بلکه تنها با استفاده از افزایش قدرت فردی (در اشکال مختلف) می‌توانند توانمند گردد.

قابل ذکر است که قدرت یک مفهوم کلیدی در امر توانمند‌سازی جامعه است. توانمند‌سازی جامعه چیزی بیشتر از درگیری‌ها و مشارکت‌ها جامعه است. هدف توانمند‌سازی ایجاد تغییرات سیاسی و اجتماعی توسط جوامع است. برای توانمند‌سازی جامعه باید به تعیین کننده‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی سلما پرداخته شود و برای یافتن راه حل مشکلات، دیگری بخش‌هایی از جامعه باید در گیر شوند. در این کنفرانس ذکر شد که نهایی شدن ابعاد دیگری را در فرانلند توانمند‌سازی جامعه مطرح نموده است. در جهان امروز، محله و جهان بطور ناگهانی با هم در ارتباطند. فعلالیت در یکی، بدین در نظر گرفتن تاثیر بر دیگری، عملی نمکن است. در توانمند‌سازی جامعه باید استراتژیک عمل کرد، به نحوی که قدرت در همه سطوح از سطح محلی تا جهانی پخش شود. ارتباطات نقش مهمی در توانمند‌سازی جامعه باید می‌کند. رویکرد‌های مختلف در ارتباطات باید در این زمینه مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد مبتنی بر تشکیل کننده افراد به بهبود و منافع بوده و نهایتاً سبب افزایش آگاهی و دانش و سطوح بالای تفکر افراد می‌گردد. در این، تفاوت افراد می‌گردد. در این تفاوت افراد قرار می‌گیرند به تأثیرات متقابل نیروها و مؤثر بر زندگی خود بپردازه و به تکمیل گیربکشی بهتری بری باشند. ضمناً در این کنفرانس بهبود بر سر چگونه و راه حل‌های عملیاتی برای توانمند‌سازی جوامع چه در سطح محلی و چه در سطح جهانی صورت گرفت (۳۹).

مواد بهداشتی و رفتار بهداشتی

مواد بهداشتی یک جزء اساسی در برنامه‌های توانمند‌سازی تلقی می‌گردد. چرا که با افزایش دسترسی افراد به اطلاعات بهداشتی نظیر آن، برای استفاده موثر از اطلاعات افراد می‌باشد و این امر به توانمند‌سازی افراد کمک می‌شود. مواد بهداشتی بعنوان مهارت‌های اجتماعی و شناختی تعريف می‌شود که تعیین کننده انگیزه‌ها و توانمندی افراد بر اکتساب، امر و کاربرد اطلاعاتی است که می‌تواند به طرک مختلف سلامتی آنها را ارتقاء دهد. مطالعه تحقیق فوق سواد بهداشتی چیزی بهتر از توانمندی خودانی یک پمتن بهداشتی است. مواد بهداشتی چیزی فراتر از آموزش بهداشت سنتی و ارتقاء افراد تغییر رفتارهای فردی است و به تعیین کننده های اجتماعی، سیاسی و مربوط به سلامت نیز توجه دارد. در واقع وظیفه آموزش بهداشت در امر افزایش سواد بهداشتی جامعه این است که نه تنها بر سبک زندگی افراد متمرکز باشند، بلکه به افراد آگاهی افراد در زمینه تعیین کننده‌های سلامت نیز توجه نماید. در این راستا آموزش بهداشت باید مشوق انجام فعالیت‌های فردی
و جمعیت لازم در راه نیل به تغییر در تعیین کندنیهای سلامت باشد. آموزش بهداشت در این فرآیند باید چیزی بیشتر از دادن اطلاعات را سر لوحه کار خویش قرار دهد. با چنین دیدگاهی است که می‌توان ادعا کرد آموزش بهداشتی مرجع به افراش سواد بهداشتی گزارش‌سازی جامعه و توسعه سرمایه انسانی شده است. در بحث سواد بهداشتی نیز مفهوم قدرت و چگونگی تأثیر آن بر دستیابی و کاربرد اطلاعات مطرح است. سواد بهداشتی سبب افراش توانمندی جامعه شده و منجر به افراش میزان دستیابی به اهداف جهانی سلامت و توسعه می‌گردد. در قسمتی از کنفرانس به حث راجع به راهکارهای عملیاتی برای افراش سواد بهداشتی جامعه برداخته شد. ضمناً مقر شد که برای افراش سواد بهداشتی، بخش‌های دیگر جامعه باید به کمک و حمایت از بخش آموزش در همه سطوح محلی، ملی و بین‌المللی بپردازند. ضمناً استفاده از روش‌هایی مشارکتی جهت برای تعیین استراتژیها و راه حل‌های مناسب برای افراش میزانی و اگاهی‌های مورد قطع سهم در زمینه سلامت پیشنهاد شد.

تقویت نظامهای بهداشتی

تقویت نظامهای بهداشتی یک استراتژی کلیدی و دارای اولویت در ارتقاء سلامت محسوس می‌گردد. ارتقاء سلامت نیازمندداشت نظام بهداشتی مناسب است. بنیان نظامی چه هنگامی به آن دسترسی داشته باشند، کارکنان شایسته داشته باشند، در بردارنده فراوردهای جهت مشارکت جامعه بوده، مباحث مالی کافی داشته و در نهایت دارای رهبری و اقدامی لازم باشد. افراش به علایقی و درون‌کشوری باید عدم دسترسی افراد به خدمات پزشکی می‌گردد و جهت دسترسی بیکسان مردم به خدمات بهداشتی لزوم تغییراتی در نظامهای بهداشتی ضروری می‌نماید. نظامهای بهداشتی باید مردم محور بوده و بر پایه انتظارات و نیازهای افراد بنانون و بر این اساس باید خط مشی های همگانی سلامت و مدیریت مشترکی و فراگیر تدوین گردد. در دنیای که بحران‌های متعدد مانند تغییرات آب و هوایی، زکودهای اقتصادی و رشد بیماری‌های غیربیمارسی مطرح‌شده و امینت انسان با سال‌ها، بیماری‌های بیماری‌های عفونی مورد تهدید قرار گرفته، نظامهای بهداشتی باید مرتبی تغییر جهت

(با توجه به اولویت‌ها) دهد.

فعالیت‌های مشارکتی و بین‌بخشی

تامین سلامت جامعه‌ها به خود مرتبط با فعالیت‌های بخش سلامت، بلکه با دیگر بخش‌های جامعه (اجتماعی و اقتصادی) نیز ارتباط دارد. برای بخش سلامت همکاری با دیگر بخش‌ها همیشه زیادی دارد، چرا که بخش سلامت این پیامدها را دارد که آگاهی دیگر بخش‌های جامعه در مورد مزایا کار در کنار یکدیگر برای مردم افراش داده و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه را سپر گردد. همکاری بخش سلامت با بخش‌های جامعه اقتصادی، آموزش، کشاورزی، مهیج، مسئول و حمل و نقل بر سر بررسی خط مشی هایی که می‌توانند سلامت را ارتقاء دهد لازم است. برخی از این همکاری‌های بین بخشی سپر خواهد شد که نتایج متفاوت سر برخی خط مشی‌ها (مانند آلوگی هوا) یا کاهش بیشتر خطر مشی تهدید جهت افراش کیفیت آموزش و برای جامعه و راه حل‌های جتی در امر سواد تدوین گردد. ضمناً در این کنفرانس برخی راه‌های عملیاتی جهت همکاری بخش سلامت با دیگر بخش‌های جامعه مورد بحث قرار گرفت (9).

118
ظرفیت‌سازی برای ارتقاء سلامت

ارتقاف سلامت پایدار نیازمند تشکیل رسمی است. ارتقاء سلامت مستلزم برنامه‌ریزی منابع انسانی و مالی، مدیریت اطلاعات، جلب مشارکت‌کنندگان و داشتن ظرفیت و توان اجرایی است. این فرآیند نیازمند رهبری است که قادر به ادراک ارتباطات موجود بین علتها باشد و بتواند با دیگر بخش‌ها ارتباط مناسب و راهبردی برقرار کرده و حمایت‌های مالی لازم را از آنها اتخاذ کند. ضمناً با استیل لزوم تغییرات نظام مند در زمینه خطر مشی های سلامت محور را مورد بررسی قرار داده و اقدام به تغییر خط مشی ها و سیاست‌های کرد که عمل در راستای تحقق سلامت جامعه نیستند. لذا شناسایی صلاحیت‌ها و طراحی دوره‌های آموزشی جهت افزایش توان رهبران ارتقاء سلامت باعث امری مهم در تمام کشورها محسوب گردید.

بطور کل در این کنفرانس نشان داده شد که کشورهایی که دارای ظرفیت بالا در ارتقاء سلامت هستند، دارای توسعه بیشتری (که در قالب شاخص توسعه انسانی نمایش داده می‌شود) نیز هستند. ضمناً در این کنفرانس پیشنهادی جهت افزایش توان مدیریت، حفظ منابع پایدار، افزایش آگاهی و مهارت‌ها برای جلب مشارکت دیگر بخشه‌ها و ارائه خدمات ارتقاء سلامت داده شد (۹۳).

ضمناً روز چهارم این کنفرانس به نام روز آفرید فام نهاده شد و بحث شد که با اینکه ارتقاء سلامت هنوز در مرحله جوانی است اما توانسته است با مداخلات متعدد خود بر فرهنگها، قومیت‌ها و کشورهای زیادی مؤثر واقع شود.

1. Institutionalizing
الگوهای ارتقای سلامت

مقدمه فصل

یکی از مشخصه‌های اساسی یک حرفه این است که یک یا یک حرفه نظری زیر بنای عملی باشد. هدف تئوری افزایش درک موقعیت‌های پیشنهاد است. نتایج مطالعات تجربی به تنها برای هدایت فعالیت‌ها تاکارامندن و باسیسی تئوری‌های توضیحی و پیشگویی کننده در جهت طراحی و ارزش‌سازی برنامه‌ها استفاده شود.

دلیل استفاده از تئوری این است که تئوری‌های علوم رفتاری به‌ترين اطلاعات را در مورد چگونگی رفتار مردم به مجری می‌دهند و مجري از این اطلاعات در جهت تغییر رفتار استفاده می‌نماید. این تئوری‌ها مجریان را به شناسایی اهداف روان‌شناختی، رفتاری، اجتماعی و محيطي جهت مداخلات بهتر راهنمایی می‌کند. استفاده از تئوری احتمال تأثیر برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را افزایش می‌دهد و به شناسایی ویژگی‌های فردی و محيطي که به نهایی بر رفتارها اثر دارند، کمک می‌کند.

تئوری‌ها همچنین در طراحی برنامه‌های جامع و ارزش‌سازی آنها نقش مؤثری ایفا می‌نمایند و به مجريان در پیشگویی نتایج مداخلات در جمعیت‌ها و موقعیت‌هایی که قبل تجاری ای در آنها صورت گرفته است، کمک شایانی می‌کند.

در حوزه ارتقای سلامت تئوری‌ها و الگوهای زیادی وجود دارند. این تئوری‌ها در سطوح مختلف فردی، سازمانی، جامعه‌ای و غیره کاربرد می‌یابند.

در این مقاله به بررسی چند الگو از الگوهای موجود در ارتقای سلامت (الگوی تونیز و تیلپورن، بیتیز، کاپلان و هولند، تاناکه و الگوی پندر) برداخته و سازه‌های آنان مورد بحث قرار می‌گیرد.
اهمیت استفاده از تئوری در مداخلات ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت

یکی از مشخصاتی که انسان را ایجاد کرده است به‌طور اولیه حرف ای را که یک باید نظری زیر بنا داشته باشد. هدف تئوری افرازی

درک موضوع‌های پیچیده است.

از انجایی که اکتساب رفتار جدید یک فرآیند بوده و یک رویداد نیست و اغلب توسط انجام موقعیت یک رفتار

یادگیری مشود، ثبات‌های علم رفتاری در شناسایی مراحل و گام‌های مورد نیاز در فرآیند تغییر رفتار کمک

کننده اند. این اصل متخصصان آموزش بهداشت را بر آن داشته است که راهبردهایی در جهت افزایش رفتارهای

جدید پایدار جستجو نمایند. مداخلات با دیگ طریق طراحی گردن که تجارب متفاوت کننده، عملی و قابل حصول

در اختیار افراد قرار داده شوند. ضمناً عوامل روانشناسی، اعتقادات و ارزش‌ها بطور قابل ملاحظه‌ای بر چگونگی

رفتار مورد اثر دارند. از ثبات‌های علم رفتاری برای مشخص کردن اعتقادات و ارزش‌ها و درک رفتارهای یا سعی در

تغییر آنها استفاده می‌شود. از انجایی که واگستنی‌ها و هنجارهای اجتماعی بر رفتار افراد اثر دارند، ثبات‌های

مختلف علم رفتاری به تصویب این امر می‌پردازند که چگونه هنجارها و فرآیندهای اجتماعی بر رفتار افراد تأثیر

دارند. متخصصان آموزش بهداشت با استایل در نظر داشته باشند که تئوری رفتار در سطح فردی کافی نبوده و

تغییرات محیطی در جهت ارتقاء سلامت و تغییر رفتار لازم است و مداخلات جنبیگانه در سطح مختلف مورد نیاز

می‌باشد (۳۵).

برنامه‌های داخلی ای تئوری محور با افرازی درک مرجعی از مکانیزم‌های تغییر رفتار، تغییر رفتارهای بهداشتی

را تسهیل می‌نمایند (۳۶). برنامه‌های هایی که تئوری افرازی آگاهی افراد را با نظر دارند اغلب در این هدف موفق

می‌شوند، ولی درای کاهش دیگر مسائل مرتبط با مشکل بهداشتی اغلب اثریخچ و کارامد نیستند. استفاده از

الگوهای نظری به برنامه ریزی در تعیین روش‌های آموزشی ترغیب کننده افراد به انجام رفتارهای سالم کمک

می‌نمایند (۷۷).

هدف تئوری افرازی درک از موضوع‌های پیچیده است. شواهد مطالعات تجربی به تنها برای هدایت فعالیت‌ها

تأکید می‌کند و با استیتی تئوری‌های توضیحی و پیشگویی کننده در جهت طراحی و ارزیابی برنامه‌ها استفاده شوند.

تئوری‌ها به طور کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند. اول، تئوری‌های توضیحی که به شناسایی عوامل تغییر کمک

می‌کنند. دوم، تئوری‌های تغییر که باعث طراحی و اجرای راهبردهای داخلی می‌شوند.

تئوری به ما کمک خواهد کرد که در ابتدای آن همه عناصر یک برنامه در نظر گرفته شده اند یا خیر؟ یک تجربه

و تحلیل نظری می‌تواند به یک برنامه به‌طور کلی یک برنامه کمک کند. ضمناً تئوری در تعریف مراحل

توجه دارد. ثبات‌های فرآیند تغییر رفتار و شناسایی نشانگری ویژه در هر مرحله نقش فراوانی به‌عهده‌دارد. ثبات‌ها در طراحی

راهبردهای ارزیابی نیز اهمیت دارند، چرا که تئوری در پاسخ به سوالات چه و چرا ارزیابی می‌تواند نقش

راهنمایی کننده داشته باشد (۸۸).
مجموعه سه عنصری یا الگوی تاناهیل در ارتقای سلامت

این الگو در اواخر دهه 1980 توسط تاناهیل طراحی شد (79-89) مداخلات و مطالعات متعدد، مقبولیت و پذیرش این الگو را تایید کرده است (47-90). عناصر تشکیل دهنده این الگو شامل آموزش بهداشت، پیشگیری و حفاظت از سلامت است. این سه عنصر در جهت جامعه و آموزش قرار دارند.

الگوی سه عنصری ارتقای سلامت نشان دهنده ارتباط منسجم اجزای ارتقای سلامت با یکدیگر است. بدین ترتیب می توان گفت که ارتقای سلامت درب گیرنده تلاش‌ها پیشگیری جهت افزایش سلامت مثبت و کاهش خطر ناخوشی از طریق دایره‌های متشابه درهم که شامل آموزش بهداشت، پیشگیری و حفاظت از سلامت است، می باشد.

آموزش بهداشت

پیشگیری

حفاظت از سلامت

مجموعه سه عنصری ارتقای سلامت: الگوی تاناهیل

با این توجه داشته که جوهره ارتقای سلامت مفهوم توامند سازی است و آموزش بهداشت نیز درصد توانمند سازی افراد با استفاده از اختراب گذاشتن اطلاعات ضروری و کمک به آنان در جهت بهبود فرآیند مشارکت و افزایش سطح اعتقاد به نفس ایشان می باشد. در این صورت نیز نیاز به خدمات مناسب پیشگیری و سازماندهی محیط سالم توأم حفاظت از سلامت نیز می تواند سبب افزایش توانمندی افراد گردد.

حفاظت از سلامت دربر گیرنده کنترل‌های قانونی یا مالی، تصویب و اجرای قوانین و خصوصا ها با هدف افزایش سطح سلامت مثبت و پیشگیری از ناخوشی و بیماری است. حفاظت از سلامت سبب کاهش خطرات محیطی یا انجام رفتارهای ناسالم می شود و اختراب و سطح افراد را افزایش می دهد. مثلا استفاده از کمربند ایمنی، ممنوعیت فروش الکل به جهت سیگار، پگای و تغییرات بهبود مصرف بدنی با کارگران و... مثال هایی از فعالیت‌های حفاظت از سلامت می باشد.

آموزش بهداشت عبارت است از هر فعالیت آگاهانه و هدفمند که طراحی شده است تا نوعی یادگیری را به

1. Tannahill Model

122
سلامتی و بهبود ایجاد کند. این یادگیری باید نسبتاً پایدار باشد تا بتواند تغییراتی را در توانایی افراد ایجاد نماید.

یک فعالیت آموزش بهداشتی می‌تواند سبب ایجاد تغییراتی در دانش، فهم و روش تفکر افراد شود و ممکن است بر روشنی شدن ارزش‌ها، اعتقادات و تغییرات افراد تاثیرگذار باشد. ضمناً آموزش بهداشتی برای توسعه سبب تهیه توانایی افراد گردیده و مهارت آموزی را موجب شود. آموزش حتی می‌تواند تغییرات رفتاری یا تغییر در روش زندگی را باعث گردد. از تداخل این سه جزء ۷ بعد به وجود می‌آید شامل:

۱. پیشگیری: عمدتاً شامل پیشگیری اولیه و ثانویه می‌باشد.

۲. سبک زندگی: شامل تلاش‌های آموزشی موثر بر سبک زندگی، جهت پیشگیری از بیماری و تشیوع افراد به‌کنار گذاشتن بیماری و پیشگیری ایجاد می‌شود.

۳. خطر مشاهی پیشگیری کننده: ارائه دهنده خدمات حفاظت از سلامت در جهت پیشگیری از بیماری یا ناخوشی است. مانند اضافه کردن فلوراید به آب آشامیدنی و پاژری رستورانها. این بعد، از تداخل دوباره حفاظت از سلامت و پیشگیری ایجاد می‌شود.

۴. آموزش قانونگذاران: حفاظت از سلامت به‌نهایی نمی‌تواند منجر به نتیجه‌گیری گردد. آموزش قانونگذاران هم مهم است. یک مثال در این مورد انجام تلاش‌های برای تحریک محیط اجتماعی است که متفاوتی با دیگرند نتایج حفاظت از سلامت پیشگیری کننده باشد. آموزش ایمنی برای قانونگذاران جهت قانون‌گذاری کردن استفاده از کردن ایمنی مثال این قسمت است. در این بعد تعهد سیاسی به آموزش بهداشت پیشگیری کننده قرار دارد. این بعد از تداخل آموزش بهداشت، حفاظت از سلامت و پیشگیری ایجاد می‌شود.

۵. آموزش بهداشت: شامل آموزش بهداشت مثبت است. یعنی تأثیرگذاری بر رفتار و کمک به افراد، گروه‌ها و جوامع برای ایجاد استنادهای مثبت در زمینه سلامت، افزایش مهارت‌های زندگی و ارتقاء عزت نفس افراد (۳).

۶. حفاظت از سلامتی: این بعد شامل اعمال کنترل‌های قانونی و مالیاتی با هدف افزایش سلامتی و پیشگیری از ناخوشی است. کنترل‌های قانونی مانند بست کمربند ایمنی در اتونوموبیل، ممنوعیت فروش سیگار به کودکان، ایمنی شغلی و ... کنترل‌های مالیاتی در بردارندگان موردی جوان اعمال مالیاتی کمتر برای تولید بدنی بدون سرمای و دیگر کالاها و خدمات است که سلامت را به طریق مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴).

۷. حمایت سیاسی: این بعد در بردارندگان افزایش آگاهی از و تأمین حمایت برای حفاظت از سلامت مثبت در میان

---

1. Preventive Policies  
2. Policymaker Education  
3. Health Education  
4. Health Protection  
5. Legal Control  
6. Fiscal Control  
7. Policy Support
قانون‌گذاران و عموم است. یک تعهد سیاسی به سلامت مثبت است. این بعد از تداوم دوایر آموزش بهداشت و
حفاظت از سلامت ایجاد می‌شود (۳).

الگوی تونیز

این الگو در سال ۱۹۹۴ طراحی شد. این الگو مدعی است که یک الگوی توانمندسازی بوده و هدف اصلی خود
را قادرسازی افراد برای داشتن کنترل بر سلامت خود می‌داند. این الگو توانمندسازی را در اولویت قرار داده و آن
را با عوامل مهم‌ترین ارزش و راهبرد مرکزی برای تعیین ارتباط سلامت و فعالیت‌های آن بر می‌شوید.

تونیز یک معادله ساده را مطرح می‌کند. این معادله عبارت است از ارتباط سلامت از حاصل ضرب خاتمی
همگانی سلامت و آموزش بهداشت حاصل می‌گردد. این معادله توانمندسازی افراد متخصص و همچنین قانون‌گذاران است. چرا که هم‌سازی این گروه‌ها را نیست به‌طور عمومی تفاوت‌های فرمول‌کار،
می‌دهد. افراد توانمند و توانمندی تمامی برای انتخاب و خلق فشار‌های برای تدوین خاطر نشان‌های همگانی
سلامت دارند. افراد توانمند و دارای مهارت برای مشارکت مؤثر در تصمیم‌گیری، بهتر می‌تواند به منابع
دسترسی یافته و روابط همیاری برای پرداختن به نیازهای خودش در پیش گیرد.

تونیز بین توانمندسازی فردی و توانمندسازی جامعه تفاوت قابل شده و معتقد است که بین این دو رابطه
متفاوت وجود دارد. چرا که تغییر در توانمندی جامعه سبب تدوین و اجرای خط مشی همگانی سلامت شده
و این امر خود سهولت دهنده امر توانمندسازی فردی می‌گردد.

پژوهش اجمالی در الگوی تونیز و تیلفرد، توانمندسازی مهم‌ترین هدف ارتباط سلامت می‌باشد. در این الگو بیان
می‌گردد که توانمندسازی باعث افزایش استقلال و قادرسازی افراد، گروه‌ها و جامعه برای افزایش کنترل آنها بر
سلامت خود می‌گردد (۱۰).

الگوی بینی

این الگو در سال ۱۹۹۱ طراحی شد. بیشتر یک تجزیه و تحلیل ساختاری از مجموعه رویکردهای ارتباط سلامت
ارائه داد. این الگو دو بخش را در ارتباط سلامت وجود دارد. این ۴ الگو از ابعاد رویکرد مداخله و تمرکز
مداخله ایجاد می‌شوند.

بعد روش مداخله از دیدگاه اقتصادگرایانه ( بالا به یاپین و هدایت فرد متخصص) تا دیدگاه مذاکره (از یاپین به

1. Tones & Tilford
2. Beattie
3. Paradigm
بالا و ارتش نهاد بر استقلال فردی) امتداد می یابد. بسیاری از فعالیت‌های ارتقاء سلامت در گیر ارائه نصایح و اطلاعاتی است که توسط مجريان ارتقاء سلامت تعیین و رهبری می شوند. مشابهًا بسیاری از فعالیت‌های سیاسی نیز توسط متخصصان تعیین (تعیین اولویت‌ها به‌وسیله داده‌های اپیدمیولوژیکی) و رهبری می شوند. بعد از تمرکز مداخله از تمرکز بر افراد به تمرکز بر ریشه‌ها و علل ناخوشای امتداد می یابد. سنج سناسی بنیت چهار راهبرد را در ارتقاء سلامت مطرح می کند شامل:

1. وادار کننده سلامت: شامل مداخلاتی است که طی آن متخصصان به هدایت افراد می پردازند. مانند تشویق یک زن حامله به ترک سیگار توسط کارکنان بهداشتی.

2. فعالیت‌های قانونی: شامل مداخلاتی است که توسط متخصصان هدایت می گردد، اما حفاظت از جوامع را مد نظر دارند. مانند مذاکره غیر رسمی با قانون‌گذاران برای ممنوعیت تبلیغ سیگار.

3. مشاوره فردی: شامل مداخلاتی است که مراجع محوریوند، بر توسه فرد متanker. در اینجا مجريان ارتقاء سلامت به عنوان یک کارشناس نقش تسهیل کننده دارند. مثلاً گار با جوانان برای کمک به شناسایی نیازهای بهداشتی خود و سپس افزایش مهارت و اطمینان در آنها برای برداختن به نیازهای خود.

4. توسعه جامعه: این دسته از مداخلات مشابه مشاوره های فردی اند و باعث توسعه‌نسرایی و افزایش مهارت‌های یک گروه یا جامعه محلی می‌گردد.

شکل- 3 نشان می دهد که چگونه گویی بیتی می تواند وجوه زیب را نشان دهد:

- اهداف و فعالیت‌ها
- رابطه مراجع- مجري
- اپیدمیولوژی سیاسی

بطور کلی گویی بیتی یک گویی مفید در ارتقاء سلامت است. این گویی چارچوب روش برای تصمیم گیری در مورد نوع راهبرد اتخاذ شده ارائه می دهد و پدیدار می گردد که انتخاب نوع مداخلات سریعا تحت تأثیر عوامل سیاسی و اجتماعی قرار می گیرد (۱۰۰).

1. Health Persuasion
2. Legislative Action
3. Personal Counselling
4. Community Development
## فعالیت‌های تنظیمی
- حفاظت از جمعیت‌ها با استفاده از فراهم نمونه‌های مکانیکی انتخاب‌های سالم
- سالم
- جهات ارزیابی توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- ابزار‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- فعالیت‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- جمعی

### توسعه جامعه
- هدایت از آموزش‌های جامعه و جامعه به نجات به آنها با کمک‌های دارالبهای خود
- جهات افتخار جامعه مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- ابزار‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- فعالیت‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده

## مشاوره فردی
- توسعه‌ای از آموزش‌های جامعه به نجات به آنها با کمک‌های دارالبهای خود
- جهات دانش مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- مهارت‌ها دانشجوی نهایی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- ابزار‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- فعالیت‌های مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده

## مشاوره جماعی
- توسعه‌ای از آموزش‌های جامعه به نجات به آنها با کمک‌های دارالبهای خود
- جهات دانش مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- مهارت‌ها دانشجوی نهایی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- ابزار‌های توانمندی مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده
- فعالیت‌های مواد ترکیبی و جامدی‌های توسعه‌دهنده

### مشارکت، اجتماعی و سیاسی
- استفاده از اینگی بین‌برای تجزیه و تحلیل فعالیت

## الگوی کابلان و هولند

در سال 1990 طراحی شد. این الگو چهار نمونه یا چهار نوع نگاه به ارتباطات سالم می‌کند. این چهار نگاه زاییده یا بعد می‌باشد.

بعد اول مرتبط با ماهیت دانش است. به نظر می‌رسد دانش بهونه اساس از روابط دهانی ذهنی تا ادراک روابط دهانی عیینی استفاده می‌کند. توضیحات عیینی نشته و دانش گرفته‌ای علمی (مثل سالمن بهونه نیستند و در برخی از این تصویرند.

دومین بعد مرتبط با اجتماعی است. به نظر می‌رسد دانش بهونه اساس از میانگین تغییرات اجتماعی تنظیم می‌کند. از این پارامتر مانند عصر گروس الگوی کابلان و هولند یک رویکرد عمده جهت ادراک سلامت و فعالیت‌های ارتباطات ادامه می‌ده. آنها ضرورتی مانند به فرد نیستند و در برخی از این است برای

برداشت به یک رویکرد یا موقعیت از پذیرش دیگر رویکردها احترام شود.

1. Caplan & Holland
2. Nature of Knowledge
هر گوشه از الگوی مفروضات نظری و فلسفی منتقل در مورد جامعه، مفهوم سلامت و منابع اصلی مشکل بهداشتی را در کنار هم می‌آورد.

1. دیدگاه ستیئو: این دیدگاه وابسته به رویکردهای پزشکی و تغییر رفتاری در ارتقاء سلامت است که در فصول پیشین شرح داده شد. در اینجا دانش توسط متخصصان ارائه می‌گردد و تاکید بر دانش اطلاعات به منظور تغییر رفتار است.

2. دیدگاه بشر دوستانه: این دیدگاه با رویکرد آموزشی در ارتقاء سلامت مرتبط است. در این دیدگاه اعتقاد وجود دارد که افراد خود قادرند متابع خویش را مورد استفاده قرار داده و مهارت‌های برای افزایش شانس زندگی سالم بیاموزند.

3. دیدگاه بشر رادیکال (افراطی): این دیدگاه با رویکرد توانمندی‌زا ارتقاء سلامت مرتبط است. این دیدگاه بر افزایش هنری افراد و توضیح و تاکید بر عکس عمله‌ای آنان نسبت به مسائل بهداشتی متمرکز است. این دیدگاه افراد را به تشکیل شبکه‌های اجتماعی، اقتصادی و سازمانی تشویق می‌کند.

4. دیدگاه ساختارگرایانه رادیکال (افراطی): این دیدگاه بیان می‌دارد که علت بیماری از مشکلات بهداشتی ناباپردازهای ساختاری است و نقش ارتقاء سلامت برداختن به رابطه بین سلامت و نابپردازهای اجتماعی است (۱۰).

![شکل ۸-۴: چهار الگوی دیدگاه در ارتقاء سلامت از نظر کابالان و هولند](chart.png)

الگوی ارتقاء سلامت پندر

1. The Traditional Perspective
2. The Humanist Perspective
3. The Radical Humanist Perspective
4. The Radical Structuralist Perspective
خلاصه نولا پندر: الگوی ارتباط سلامت را در سال 1982 در دانشگاه میشیگان طراحی کرد و آن را به عنوان یک الگوی جامع برای پیش بینی رفتارهای ارتباط دهنده سلامت معرفی کرد (32). این الگو ابتدا در ادیبات پرستاری وارد شد. این الگو برخی از جنبه‌های علم رفتاری را (جهت تاثیرگذاری بر رفتارهای بهداشتی افراد) در حرفه پرستاری ادامه می‌کند. این الگو می‌تواند به عنوان راهنمایی در جهت توضیح فرایندهای جسمانی-روانشناسی-اجتماعی مفید باشد. این الگو بر خلاف الگوی اعتقاد بهداشتی، ترس یا تهدید را محرک انجام رفتار نمی‌داند (34). چرا که معتقد است تهدید‌های دارای نتایج فوری بر سلامت می‌توانند محرک رفتار باشند. اما بهترین‌ها دارای نتایج دور از نور انجام‌هایی از پرخوردار نیستند. قابل ذکر است که کاربرد الگوهای مبتنی بر اجتناب برای تحیز کودکان و بزرگسالان جوان و جوانان به داشتن سیستم زندگی سالم محدود است. چرا که این گروه‌ها به دلایل مختلف خود را مستند ابتلا به بیماری نمی‌پندارند. الگوی ارتباط سلامت به تهدید بعنوان یک منبع انجام‌های جهت دستیابی به سلامت می‌گردد و می‌تواند در سراسر دوران زندگی افراد کاربرد داشته باشد. این الگو در آن دسته از رفتارهای بهداشتی کاربرد دارد که ترس و تهدید در آنها بعنوان محرک انجام رفتار عمل نمی‌کند (34).

نتیجه اولیه الگوی ارتباط سلامت می‌تواند شناخت اجتماعی بندورا الگوی اعتقاد بهداشتی و مطالعات خود پندر در زمینه رفتارهای ارتباط دهنده سلامت و خود مراقبتی طراحی شد. این الگو تعدادی از سازه‌های تئوری پادگنی اجتماعی (که بعداً تنوری شناخت اجتماعی نامیده شد) و تنوری ارتباط ارزش را در حیطه وظایف پرستاری ادامه می‌کند.

تنوری ارتباط ارزش: این تنوری توسط مارتین فیش بنی در سال 1970 تدوین شد. بر اساس این تنوری، رفتار انسانی بستگی به دو متغیر دارد:

1. ارزشی که توسط شخص بر یک هدف خاص نهاده می‌شود. ارزش گذاری فرد بر روی هدف (که به تنوری انتظار ارزش بر می‌گردند) بر این مبنای استوار است که یک فرد وقتی رفتار را تغییر می‌دهد که به این نتیجه رسیده باشد که انجام آن رفتار برای او سود دارد.

2. تخمین شخص از احتمال انجام رفتاری که باعث دستیابی به هدف مورد نظر می‌شود وقتی فرد این موضوع را در ذهن خود بیان می‌کند به دو نتیجه می‌رسد:

الف- تمایل به دویت از بیماری:

- سعی می‌کند که بیمار نشود (جنبی پیشگیری).

- اگر بیمار باشد تمایل به بهبود یافتن در ایجاد می‌شود (جنبی درمانی).

1. Nora J. Pender
2. Avoidence-Oriented
ب- اعتقاد به این که یک رفتار بهداشتی مشخص مانع بیماری شدن هم یا می‌شود، یا از شدت بیماری فعالیت را می‌کاهد (یا بیماری فعالیت را یا به طور کلی ریشه کن می‌کند).

مطابق تئوری انتظار ارزش، رفتارها منطقی و اقتصادی هستند. بنابراین افراد تلاش می‌کنند و منابع شخصی خود را برای انجام کارهایی که برای افراد آن‌طورهای بی‌بأسه یا کم ارزش است تلف نمی‌کنند. افراد نیروهای و تلاش‌های خود را صرف اهداف کمتر می‌قابل حصول (علیرغم جذابیت آن‌هاید) نمی‌کنند. اگر بتوان ارزشهای ذهنی مناسب بی کف رفتار و انتظار برای دستیابی به نتایج مورد انتظار را افزایش داد، می‌توان باعث تغییر رفتارهای افراد در این مورد جلوگیری از شدت می‌کند. این مفهوم شبیه مفهوم خودکارآمدی در تئوری شناخت اجتماعی می‌باشد (۲۴).

تئوری شناخت اجتماعی

باندوار بیان می‌کند که فرد، رفتار و محتوی یکطور غیر قابل تفکیک بهم وابسته است و این رابطه مناسب را موجب یادگیری در افراد می‌شود. از منظر تئوری شناخت اجتماعی، نه نیروهای داخلی و نه محترم‌های خارجی هیچ یک به تنهایی نمی‌توانند فرصت را به جلو حرکت دهند، بلکه عملکرد انسان بر حسب تقابل سه گانهایی ساخته می‌شود که در آن عوامل شناختی، رفتاری و دیگر عوامل فردی و واقع محيطی همه با هم بعنوان تعیین کننده های متقابل یکدیگر عمل می‌کنند (۴).

تئوری شناخت اجتماعی تأکید اصلی خود را به مفاهیم هدایت خود ۳، خود تنظیمی ۴، خودکارآمدی اداری ۵، شده قرار می‌دهد. در تئوری شناخت اجتماعی بیان می‌شود که انسان توانایی‌های اساسی زیر را داراست:

۱- توانایی نماد سازی: انسانها توانند تجربیات گذرانده‌ها را، طی یک فرآیند بی‌پروپت و تغییر شکل داده و به الگوهای درونی بدل کنند و از آن بعنوان راهنمایی برای عملکرد‌های آینده خویش کمک جویند.

۲- توانایی دور اندیشی: انسانها قدرت پیشگویی نتایج احتمالی عملکرد‌های را دارند که قادر است در آینده انتقام دهنده و می‌توانند مجموعه‌ای از فعالیت‌های جهت رسیدن به اهداف ارزش گذاری‌شده در آینده طراحی نمایند.

۳- یادگیری جانشینی: انسانها باید بدون نیاز به آزمون و خطا، از طریق مشاهده دیگران به خلق و تنظیم

۱. Reciprocal Determinism
۲. Self – Direction
۳. Self – Regulation
۴. Symbolization
۵. Forethought
رفتارهای خود بپردازند

(4) خود تنظیمی؛ انسان‌ها می‌توانند با استفاده از استانداردهای درونی و عکس العمل‌های خود ارزیابی کنند
(5) فعالانه تغییر دهنده

نخست اولیه الگوی ارتباط سلامت دارای 7 عامل شناختی-مفاهیمی و 5 عامل تحلیلی کننده بود. عوامل شناختی-مفاهیمی الگوی عمل فیزیکی و اهمیت سلامت، کنترل ادراک شده سلامت، تعیین سلامت، وضعیت ادراک شده سلامت، خودکاراندی ادراک شده سلامت، منافع و موانع ادراک شده سلامت، عوامل تحلیلی کننده الگوی عبارتند از مشخصات دموگرافیکی و زیست شناختی، تاثیرات ناشی از روابط بین فردی، تأثیرات ناشی از موقعیت و عوامل رفتاری.

در سال 1996 این الگو مورد پایگاه قرار گرفت. نکته حائز اهمیت این است که سه متغیر احساس مرتبط با رفتار، تعهد به برنامه ریزی رفتار و ترجیحات (اولویت‌ها) و تفاوت‌های رقابت کننده فوری به الگوی بانگری شده ارتباط سلامت اضافه گردیده است (23).

طبق با الگوی ارتباط سلامت، سلامت یک وضعیت بوبا و مشابه است و جمله نیست. هدف ارتباط سلامت افزایش سطح رفاه مراجعین می‌باشد. الگوی ارتباط سلامت توصیف کننده تئوری و تاثیرات متغیر افراد با محیط خود در جهت نیل به سلامت می‌باشد. الگوی بانگری شده ارتباط سلامت بر 3 موضوع متمرکز است:

1. تجربه و مشخصات فردی
2. احساسات و شناختی ویژه رفتار
3. برآیندهای رفتاری

الگوی ارتباط سلامت بانگری شده شرح می‌دهد که فردی دارای مشخصات و تجربه منحصر به فرد است و این تجربه منحصر به فرد بر انجام رفتارهای بعدی از تأثیرگذار است. شناسایی متغیرهایی که سبب ایجاد

1. Vicarious Learning
2. Self – Regulation
3. Self – Reflection
4. Cognitive-Perceptual factor
5. Modifying factor
6. Individual Characteristics and Experiences
7. Behavior – Specific Cognitions and Affect
8. Behavioral Outcomes
رفتارهای خاص می‌شوند و تأثیراتی که بر انجام رفتار دارند نهایت اهمیت را دارند. چرا که این متغیرها را می‌توان مورد مداخله قرار داد. رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نقطه و هدف نهایی در آگاهی ارتفاع سلامت می‌باشد. نتیجه نهایی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌همراه سلامت افزایش توانایی شغلی و کیفیت زندگی بی‌پر و در همه مراحل توسعه می‌باشد. نتیجه فوری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل رقابت با تفاضل و پیشادورهای عطفی است که می‌توانند اعمال ارتقاء دهنده سلامت را به بیراهه بردند (22)

شکل ۸-۵: نسخه اولیه الگوی ارتفاع سلامت (۲۴)

مفهوم الگوی ارتفاع سلامت

۱. افراد در زندگی به دنبال خلق شرایطی هستند تا بتوانند همه ظرفیت‌های بالقوه خویش را در زمینه سلامت بالفعل سازند.
۲. افراد دارای ظرفیت فوق العاده برای خودآگاهی منطقی ۱ هستند. مثلاً ارزیابی از صلاحیت‌های خویش.
۳. افراد رشد را امری با بار متین قلمداد کرده و برای دستیابی به تعادل بین تغییر و ثبات در تلاشند.
۴. افراد فعالانه رفتارهای خود را تنظیم می‌نمایند.
۵. افراد در همه زمینه‌های فیزیکی-اجتماعی-روانشناسی در مقابل با محيط‌نمای. به این معنی که از یک سو مرتباً محیط را تغییر می‌دهند و از سوی دیگر خود تحت تأثیر محیط قرار می‌گیرند.
۶. کارکنان بخش سلامت بخشی از محیط میان فردی را تشکیل داده و تأثیرات خود را بر همه مراحل عمر افراد

۱. Reflective Self-Awareness
عملیاتی نماینده ارائه سلامت (با نگری شده)

گزاره‌ی های نظری ارائه سلامت بر پایه پژوهش‌های انجام شده در مورد رفتارهای بهداشتی قرار دارد.

الگوی ارائه سلامت بر مبنای 14 گزاره نظری زیر قرار دارد:

1. رفتارهای قابل و بشاکن و خصوصیات اکستراسی بر عقاید، احساسات و قانون‌مقدم سدن انجام رفتارهای ارائه

دهنده سلامت تاثیر گذارند.

2. افراد متعهد به انجام رفتارهایی می‌شوند که مزارع فردی بازاری را در قبال آن پیش بینی کنند.

3. موانع درک شده می‌توانند فرد را مجبور به انجام برخی رفتارهای کندند. موانع درک شده بعنوان یک مبنا بین رفتار و انجام واقعی رفتار عمل می‌کند.

4. هر چه میزان خودکارکردی برای انجام رفتار توصیه شده بیشتر باشد، احتمال تعهد به رفتار و انجام واقعی رفتار نیز بیشتر است.

5. نتیجه بالا بودن خودکارکردی درک شده برای انجام یک رفتار، کاهش موانع درک شده برای انجام آن رفتار بخصوص است.

6. داشتن احساس مثبت در مورد نتایج رفتار، خاص، بنا به افزایش خودکارکردی درک شده خواهد شد. افزایش خودکارکردی نیز می‌تواند سبب احساس احساس مثبت در مورد رفتار خاص گردد.

7. هنگامی که یک رفتار با احساسات و هیجانات مثبت همراه شود، احتمال تعهد در قبال رفتار و انجام واقعی رفتار افزایش خواهد یافت.

8. افراد هنگامی متعهد به انجام رفتارهای ارائه دهنده سلامت می‌شوند که دیگر رفتارها (به جز رفتاری که انجام شده) نیز در جهت حمایت و توواناسازی رفتارهای ارائه دهنده سلامت باشند.

9. خواص وی، همسانی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مبنی ممکن برای کاهش یا افزایش تعهد به رفتار و انجام رفتارهای ارائه دهنده سلامت هستند.

10. تاثیرات منتج از محیط خارجی می‌تواند باعث افزایش یا کاهش تعهد به رفتار یا مشارکت در رفتارهای ارائه

دهنده سلامت شود.

11. هر چه تعهد برای برنامه رزی رفتار بیشتر باشد، به احتمال زیاد رفتارهای ارائه دهنده سلامت در طول زمان دوام بیشتری می‌یابند.

12. تعهد برای برنامه رزی رفتار مطلوب به هنگامی که یک تفکری رقابت یکنده (که نیازمند کنتورل اندک و توجه فوری است) یا به خریده می‌گذارد، کاهش می‌یابد.
فسنجانی، صلاحیت فردی ادراک شده، وضعیت سلامت و تعیین سلامتی باشد. عوامل اجتماعی فرهنگی
در سطح فردی در پیاده‌گیری متغیرهای چون نزدیک، فرمیت، آموزش و وضعیت اجتماعی - اقتصادی می‌باشد.

ب: شناختها و احساسات ویژه فرتاب

متغیرهای این قسمت از ارائه سلامت دارای تاثیرات این‌گونه زیاد هستند. این متغیرها هسته مرکزی
مداخلات محسوب می‌گردد. این متغیرها عبارتند از:

1. منافع ادراک شده رفتار: شامل پیش بینی نتایج مثبتی است که از انجام رفتار حاصل می‌گردد.

2. موانع ادراک شده رفتار: شامل پیش بینی موانع تصور شده یا واقعی و هزینه‌های شخصی ناشی از انجام رفتار
tوصیه شده می‌باشد. در مسیر انجام رفتارهای بهداشتی موانعی از قبیل هزینه، زمان، تسهیلات، وسعت تغییرات
لازم و ناتوانی ادراک شده باید رفتارهای توصیه شده وجود دارد. این موانع توسط افراد مورد ارزیابی قرار
می‌گیرد. همچنین موانع درک شده ناشی از انجام اقدامات درمانی و پیشگیری می‌تواند گران بودن، ناخوشایند

1. Individual Characteristics and Experience
2. Prior Related Behavior
3. Personal Factors
4. Behavioural Specific Cognition and Affect
5. Perceived Benefits of Action
6. Perceived Barriers of Action
دردهای و درد آور بودن این اقدامات باشد. این خصوصیات ممکن است منجر به این شود که فرد از انجام رفتارهای کمی و پیشگیری اجتناب ورزد.

3. خودکارامدی درک شده: شامل قضاوت فرد در مورد توانایی خود برای سازماندهی و اجرای رفتار ارتقای دهده سلامت است. خودکارامدی ادرک شده بر موانع درک شده انجام رفتار تاثیرگذار است. هر چه خودکارامدی برای انجام یک رفتار بیشتر باشد، موانع ادرک شده برای انجام آن رفتار کمتر است (20). اعتقاد خودکارامدی تغییر کنده احساس، فکر، انگیزه و رفتار افراد می باشد. هر چه اعتقاد خودکارامدی بالاتر باشد، عملکرد انسان در زمینه های مختلف افزایش می یابد. افرادی که خودکارامدی بالا دارند به جای اجتناب از وظایف مشکل با آنها به مبارزه بر می خورند. این افراد اهداف چالش برانگیز را برای خویش تنظیم و تعهد بالایی برای رسردن به هدف دارند.

افراد دارای خودکارامدی بالا شکستهای خود را به تلاش‌های بازگشتی یا ناکافی یا دانش و مهارت اندک خود در دستیابی به آن اهداف نسبت داده و پس از شکست سریعا به حالت اولیه برمی گردد. آنها معتقد هستند که خود می توانند موفقیت‌ها به تهدیدارهای مهم و کنترل کنند. حتی احساس و گمان خودکارامدی در افراد باعث افزایش علقو به انجام رفتار در آنها خواهد شد. گمان داشتن خودکارامدی بر عملکرد فرد، کاهش تنیدگی و کاهش ابتلا به افسردهگی تاثیرگذار است باشد. در مقابل افراد با خودکارامدی پایین و نتایج مشکل او تهدید کننده های فردی می دانند. آنها دغدغه های اندک دارند و تعهد ناجی برای رسیدن به اهداف خویش نشان می دهند. هنگام روبروی باید ویژگی مشکل به کفایت خود شک حاکم باشد و به جای تفکر در مورد جگوگنجی انجام موفقیت آمیز رفتار، انتخاب منفی را در سر می پرورانند. تلاش‌های این افراد در برخورد با مشکلات کاهش می یابد. آنها در حین یک شکست به آرامی و به مرور زمان به حالت اولیه باز می گرددند. چرا که عدم موفقیت خود را به استعداد و توانایی اندک خویش نسبت می دهند.

منابع خودکارامدی:

اعتقاد افراد در مورد خودکارامدی خود از 4 منبع مهم تاثیر می یابد.

بهترین و موثرترین راه تولید اعتقاد خودکارامدی، تجربه یک رفتار توسط افراد و مسلط شدن در انجام آن رفتار است. موفقیت‌ها، اعتقاد خودکارامدی فردی را تقویت می کنند. شکست‌ها نیز اعتقاد خودکارامدی را تضعیف می کنند. بعضی از شکست‌ها قبل از ایجاد و ثبات خودکارامدی برای افراد رخ داده باشدند. اگر افراد تنها موفقیت‌های ساده و ناجی را تجربه می نمایند، به آسانی با شکست دلسرد می شوند و همیشه به دنبال دستیابی به نتایج مطلوب می باشند. مطالعات نشان داده اند که احساس خودکارامدی بالا در افراد تلاش‌های فردی موثر است. دومن منبع ایجاد و تقویت خودکارامدی در واقع نوبت تجربه جانشینی (پیوسته) الگوهای اجتماعی است. مشاهده موفقیت افراد مشابه خود (یا Keynes کافی) باعث افزایش اعتقاد مشاهده گر به این امر می‌شود که او نیز

1. Perceived Self Efficacy
تراکم ترغیب تورانی و به آنها در مورد داشتن توانایی لازم برای انجام یک رفتار اطمنان لازم داده
می شود، به احتیاط زیاد تلاش بیشتری از خود نشان داده و تردد کمتری به همکاری و کفاوت خود در روابطی
با مشکلات می کند. به عبارتی تشکیل و ترغیب سبب افزایش اعتقاد خودکارامدی و انجام بهتر رفتار باشد
شود. نمی توان گفت که اعتقاد خودکارامدی تنها تحت تأثیر ترغیب اجتماعی افزایش می یابد و غیر واقعی به نظر
می رسید که بگویم کاهش خودکارامدی بطور کامل در نتیجه عدم دستیابی به نتیجه (با وجود تلاش‌های فراوان)
می باشد، ولی مسلم است که افرادی که تشیق می شوند کمتر به توانایی خویش شک کرده و در مقابل مشکلات
به سرعت تسلیم نمی شوند.

افراد در قضاوت راجع به توانایی خود، وضعیت‌های هیجانی و روان‌نشستی خود را نیز مشارکت می دهند. آنها
تنیدگی و فشار و پنگ که بوجود می آید در خودکارامدی خویش در انجام یک رفتار قلمداد می کند. افراد خستگی
و درد را بعنوان علائم ناکافی جسمی تلقی می نمایند. وضعیت خلق بر قضاوت افراد در مورد خودکارامدی خود
تأثیر گذار است. خلق مثبت باعث افزایش خودکارامدی و خلق منفی باعث کاهش آن می شود. پس چهارمین
منبع موثر بر ایجاد خودکارامدی کاهش تنیدگی و تغییر هیجانات منفی و تفسیر مثبت از وضعیت جسمانی
خویش است. دور از ذهن نیست که تصویر کنیش شدت و اکتشافی جسمانی و هیجانی اهمیت زیادی دارد، به
شرط که درک و تفسیر درستی از آنها به عمل آید. افرادی که اعتقاد خودکارامدی بالا دارند، انگیختگی
هیجانی خود را وسیله ای بهتری زا برای انجام عملکرد ده‌های خویش می دانند (هر چند که تحریک در مورد نقص
منفی این هیجانها داشته باشند).

رشد خودکارامدی در انسان:

تزود بدون هر گونه احساس در مورد خود به دنیا می آید. یک یا در اثر مشاهده تأثیرات رفتارهایش، احساس

---

1. Social Persuasion
کارامدی را در خود شکل می‌دهد. مثلاً به سبب تکان دادن یک جنگه و تولید صدا در می‌یابد که رفتارهای او روی‌دادهای محیطی را شکل می‌دهند و در گبای او برخی نیز رخ نمی‌دهند. نژاد‌دان که در یک میلیون جوهر، محیطی مرتباً موقعیت را تجربه می‌کند، بیشتر جذب رفتارهای خوش شده و آمادگی بیشتری برای یادگیری پاسخ‌های جدید و کارامد دارند. می‌توان نتیجه گرفت که احیا و توسهع خودکارامدی به سبب تأثیرات باقی مانده انجام رفتار بر فرد می‌باشد. این رفتارها باید بعنوان خشونت از خود درک شوند. کودکان می‌باشند از نواحی‌های خود آگاهی یابند. آنها باید به توسه، ازیابی، و از آن‌ها نواحی‌های جسمانی، صلاحیت‌های اجتماعی و مهارت‌های شناختی و عقلانی برای درک و مدیریت محیط بیرون‌اند. رشد فعالیت‌های حركتی در دوره پس از نوزادی (کودکی) باعث طراحی و گسترش محیط برای کودک می‌شود. بازی و راه رفت در محیط فرض‌های زیادی برای نمايش مهارت‌ها و ایجاد کارامدی در اختیار کودک قرار می‌دهد. تجربه موفق در امر کنترل محیط نقطه‌ای شکل گیرد صحیح‌تجربه اجتماعی و شناختی در کودک می‌باشد.

والدین نیز در خانه به رفتارهای کودک خود باشند می‌دهند. والدین می‌کنند فرض‌های زیادی به کودک برای ایجاد اعمال کارامدی می‌دهند (پوسیل فراهم نمودن یک محیط فیزیکی خصوصی و آزاد برای تحرک) سبب افزایش مهارت‌های شناختی و اجتماعی کودک خود می‌شوند. والدین مسئولیت بذرهای صحیح‌تجربه شناختی کودکان خود را افزایش می‌دهند. عکس العمل‌های کلاسی به رفتار کودک می‌تواند آگاهی کودک از نواحی‌های فاقد افزایش داده و ضمناً کودک را در مورد آن‌ها باید انجام دهد و از آن‌ها نباید انجام دهد آگاهی می‌گردد. بطور کلی تجربه اولیه خودکارامدی از خانواده شکل می‌گیرد.

در دوران نوجوانی نیز رشد کودک کارامدی تحت تأثیر هم‌سالان می‌باشد. هم‌سالان در ایجاد خودکارامدی کودک نقش مهمی دارند. احساس کارامدی اجتماعی با پیمایش می‌تواند روابط با هم‌سالان را کم‌درد و این امر سبب کاهش رشد فرد می‌شود.

مدرس و معلم نیز در ایجاد خودکارامدی نقش دارند. مدرسه جایی است که در آن کودک مهارت‌های شناختی و حل مساله را به دست می‌آورند. سویع‌معمایی که احساس کارامدی بالا برای تدریس دارد پس می‌تواند مهارت‌های شناختی داشته باشد. انتقادش آموزش به نواحی‌های خود بر اسئنز فعالیت‌های افراد کودکاً به ارزیابی و هم‌سایی تأثیر می‌گذارد. در محیط‌های کلاسی که کار گروهی وجود دارد کودکان بیشتر می‌توانند به ارزیابی مثبت از نواحی‌های خوش برداشته و این داشته آموزان در تحریک نیز موقع تردید در دوره های بعدی زندگی بیشتر می‌توانند به ایجاد خودکارامدی نزدیک‌تر دارند.
بیشتر محققان معتقدند که اعتقاد خودکارامدی با چهار فرایند روشن‌شناختی بر رفتار و عملکرد انسان تاثیر گذار می‌باشد. این فرایندهای روشن‌شناختی عبارتند از:

1- فرایندهای شناختی: تأثیر اعتقاد خودکارامدی بر فرایندهای شناختی اشکال متفاوتی دارد. اکثر رفتارهای انسان هدفمند است و انسان با تجسیم می‌تواند هدف اهداف جدید برای خویش تنظیم کند. هدف گذاری تحت تأثیر ارزیابی‌های ما از توانایی‌های خویش است. هر چه خودکارامدی ادراک شده می‌باشد، عمده‌ترین هدف‌های چالش انگیز را انتخاب و تعهد بیشتری برای رسیدن به آنها از خود نشان خواهیم داد. عمده مراحل یک رفتار آبید در ذهن ما سازمان‌دهی می‌گردد. افتاده‌ای‌ها در مورد خودکارامدی شکل دهند از انواع سناورهایی از بیش تغییر شده ای که ما در ذهن خود داریم. افراد با احساس خودکارامدی بالا سناورهای دیداری موجودیت در سر می‌پروراند که شامل راهنمایی مثبت و حمایت کننده هایی برای انجام رفتار است. افرادی که به خودکارامدی خود تردد دارند، سناورهای دیداری شکست را در سر برورانده و بر افتکار نادرست منظر می‌گرند. هنگامی که افراد در روابطی با وظایف قرار می‌گیرند که نیازمند مدیریت مؤثر تفاوتی محیطی (تحت شرایط محدود شده) است، در آنها که شک به توانایی‌های خود دارند کیفیت عملکرد در سطح بالایی قرار می‌گیرد و در مقابل افراد با احساس خودکارامدی بالا با استفاده تفکر افتاده‌ای، عملکرد بالاتر و بهتری در انجام فعالیت‌ها از خود نشان می‌دهند.

2- فرایندهای انگیزشی: اعتقاد خودکارامدی کلید محوری در تنظیم انگیزه‌های فردی است. بیشتر انگیزه‌های انسان توسط شناختهای انسان تولید می‌شوند. افراد خود را برانگیخته ساختمه و با دوستان‌نشی اعمال پیش بینی شده خود را هدایت می‌نمایند. آنها به شکل دهی اعتقادات خود در مورد کاری که می‌توانند انجام دهد، می‌پردازند. آنها احتمالاً به پیش بینی نتایج ایجاد اعمال و رفتارهای خود نیز مشغول می‌شوند. افراد اهدافی را برای خود تنظیم کرده و به برنامه ریزی جریان افزایشی پرداخته و نتایج بازرسی در آینده می‌پردازند. سه شکل مختلف از انگیزش دهندگان‌های شناختی که بر منابع تنظیم‌های مختلف ساخته شده آن شامل استنادهای علی‌نقی، انتظارات نتيجة و اهداف درک شده هستند. تنظیم‌های حمایت کننده شامل تصوری استنادی،

1. Motivational Process
نتیجه انتظار ارزش و نتیجه هدف است. اعتقادات خودکارامدی در هر یک از این انگیزش دهنده های شناختی وارد می‌شود.

اعتقادات خودکارامدی بر استاندهای علیتی تأثیر می‌گذارد. افراد با خودکارامدی پایین شکسته ی و خود را به توانایی خود نسبت می دهند. اما افراد با خودکارامدی بالا شکسته را را به کوتاهی‌سازی ناکافی خود نسبت می دهند. استاندهای علیتی باعث افزایش خودکارامدی بر انگیزه، عملکرد و واکنش‌های هیجانی افراد تأثیر می گذارد.

در تئوری انتظار ارزش بیان می‌شود که انگیزه بوسه‌های نتایج انجام یک رفتار و ارزش آن نتایج تولید و تنظیم می‌شود. افراد بر طبق اعتقادات خود در مورد توانایی انجام یک عامل و نتایج احتمالی آن عمل رفتار می‌کنند. تأثیر انتظارات پایه‌ای تا حدودی تحت تأثیر اعتقادات خودکارامدی است. خودکارامدی درک شده باعث افزایش پیش بهینه تئوری انتظار ارزش می‌شود.

هدف نهایی انگیزه‌سازی و حفظ انگیزه‌ی می‌باشد. اگر یک فرد می‌تواند مقایسه‌ای شناختی از خود کند، رضایت از خود در زمینه‌های اهداف نهایی شده سبب هدفگذاری فرد و خلق محرک‌هایی می‌شود که او را در پیش‌بینی برای رسیدن به هدف مؤثر می‌کند. افراد از رسیدن به اهداف تعیین شده احساس رضایت نموده و به افزایش میزان تلاش‌های خود (پوششی عدم رضایت از استانداردهای کودک عملکرد) می‌پردازد. اگر یک فرد از این هدف به درک خودکارامدی تحت تأثیر سه نوع تأثیری می‌باشد، این سه نوع متشابهی شامل رضایت و عدم رضایت از عملکرد خود، خودکارامدی درک شده به دست‌یابی به اهداف و تبدیل مجدد اهداف شخصی بر پایه رشد فردی، اعتقادات خودکارامدی به چندین روش منصوب به انگیزه می‌شود. خودکارامدی باعث تعیین اهداف توسط فرد، اگر در تلاش برای رسیدن به اهداف می‌باشد، می‌تواند تأثیراتی در روند رسیدن به اهداف میزان انتظار بذیرلی نسبت به شکست می‌شود. هنگامی که افراد با خودکارامدی پایین با شکست روبرو می‌شوند سریعاً عقب نشینی می‌کنند ولی افراد با خودکارامدی بالا بیشتر به تلاش و استقامت می‌پردازند.

۳- فرآیندهای هیجانی: اعتقادات در مورد توانایی مقابله خود بر میزان تنبیه‌گذی و افزسردی تجربه شده آنها در موقعیتهای مشکل و تهیه‌زا و نیز بر سطوح انگیزه آنها تأثیر دارند. خودکارامدی درک شده نقش مرکزی برای کنترل اختلالات اضطرابی دارد. افرادی که معتقدند بر تهیه‌های کنترل دارند، در برخورد با عوامل تنبیه‌گذی زا کمتر دچار اختلال و زوال می‌گردند. بر عکس افرادی که معتقد به مدیریت تهیه‌ها توسط خود نمی‌باشند سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می‌کنند، چرا که به توانایی مقابله خود شک دارند و تهیه‌های احتمالی را بزرگ جلو می‌دهند. اضطراب نه تنها بر خودکارامدی درک شده برای مقابله اثر دارد، بلکه بر کارامدی درک شده برای کنترل افکار مخرب نیز تأثیر دارد. کنترل بر افکار خوشی می‌تواند در قالب این ضربان اثری ممکن باشد که شما نمی‌توانید از

1. Emotional Process

138
بروز برند یک ناگهانی در ذهن خود جلوگیری کنید. اما می‌توانید از ساختن آشیانه توسط آنها در ذهن خود جلوگیری کنید. یکو کارامدی در کرد شده باعث کنترل فاینانسی ذهنی یک فاعل کلیدی در تنظیم افکار منجر به تبدیل و افسردگی به شمار می‌رود. نمی‌توان مکرراً از اندیشه‌ها و بیانگر دیگر منحرف گشت، اما نبود توانایی درک شده برای خاموش کردن این اندیشه‌ها یک مه‌بیشگرد بپیش‌انداز و اضطراب‌های است. خودکارامدی درک شده به عنوان متقابل و کنترل افکار تبدیل یا می‌تواند باعث کاهش تبدیلی و اضطراب شود.

یک وسیله مهم برای ابتدای اعتقاد خودکارامدی متقابل در افرادی که عملکردشان باطری جدی آسیب دیده است، ابتدای تجارب موفق در این افراد است. مثلاً برای درمان هراس‌های بهبود ناب‌سیری می‌توان به آفرینش محتوی مناسب که در این حساس‌دان بتواند عملکرد موفقی داشته باشد پرداخت. یک راه برای گله بر ترس افزایش، تنظیم سلسله مراتبی از فعالیت‌های ترس‌آور و کمک به فرد برای ایجاد عملکرد ماهانه در جهت متقابل بی‌آن آن سلطه مردان می‌باشد. راه دیگر ایجاد سلسله مردان زمانی است. به افرادی که ترس در روابط و تهدیدهای شدیدتر و ابتدای تعیین خودکارامدی کمک می‌شود. وقتی که عملکرد کامل شده از همکاری کاسته می‌شود، تا کنار خود احساس یک احساس افتراقی از کارامدی خودش نشان و رفتگی است، و از کمک‌های استادیون فرد دیگر.

اعتقاد خودکارامدی یکی از ابتدای اقتراز و افسردگی می‌شود. کمیابی اعتقاد خودکارامدی برای کنترل، باعث ابتدای افسردگی و اضطراب می‌شود. به خاطر این امر آن است که افسردگی به دلیل برآورده نشدن امید و آزوه‌های فردی رخ می‌دهد. افرادی که بر اثر خود استانداردهای افرادی وضع می‌کنند، در برخورد با این احساس که می‌توانند به استانداردهای وضع شده خود بررسی دچار حالت افسردگی می‌گردد. دلیل دیگر ابتدای افسردگی احساس یکی از احساسات اجتماعی است. افرادی که حد را از نظر اجتماعی کارامد احساس می‌کنند که جستجوی الگوریثمی نقش در جامعه می‌برند. این الگوریثمی که چگونگی مواجهه با موقعیت‌های دشوار و کاشت انتخاب عوامل تبدیلی زا و رضایت از زندگی شخصی را به فرد بیاموزد. عدم خودکارمی اجتماعی درک شده باعث کاهش روابط اجتماعی حمایت کننده شده و استفاده فرد به افسردگی را افزایش می‌دهد. یکی دیگر افسردگی شناختی است، هنگامی که تفکر منفی و بی‌رمی گردید. احساس کارامدی یا ابتدای افسردگی می‌تواند به وقوع، مدت و عود افسردگی تأثیر بگذارد.

دیگر فراپنداهی فعال کننده کارامدی در حیطه هیجانی مربوط به تأثیر خودکارمی متقابل درک شده بر سیستم زیستی است. مثلاً افراد با طرق متفاوت تحت تأثیر قرار می‌دهند. تبدیلی باعث ابتدای اختلالات جسمانی می‌گردد. قابلیت کنترل یک اصل کلیدی برای متقابل با تأثیر عوامل تبدیلی زا به شمار می‌رود. وجود نشانه‌ها زنده‌تری در نوع نمودار نمی‌شود، بلکه عدم توانایی مدیریت تبدیلی سبب ابتدای افسردگی می‌شود. در معرض تبدیلی قرار داشتن و تشخیص کنترل آن باعث ابتدای تأثیرات وارونه تبدیلی بر سلامتی می‌گردد. اما در معرض تبدیلی قرار داشتن، بدون داشتن انسجام کنترل باعث آسیب سیستم ایمنی

1- Selective Process

139
نحوه اجاد بهبود در سلامت از طریق سبک زندگی و عادات می‌باشد. انتخاب خودکارامدی نیز به دلیل عادات غیر بهداشتی و تطبیق و تنظیم عادات ارتقاء دهنده سلامت جهت سبک زندگی سالم می‌شود.

۴- فرآیندهای انتخاب: در این فراورد افراد قادر به ذکر محتوای مشترک و کنترل و مقابله با روش‌های محیطی می‌گردد. افراد بخش جدایی نابینا از محیط‌های اطراف خویش می‌باشند، خودکارامدی می‌تواند به نوع فعالیت‌ها و محیط‌های انتخابی فرد تنها یک گزیده کنند. افراد بطور عمومی محیط‌ها و فعالیت‌های را انتخاب می‌نمایند که اعتقاد دارند آن را کنترل نمی‌یابند. با این انتخاب‌ها، نهایی اجتماعی، صلاحیت‌ها و علایق مختلف برای فرد شکل می‌گیرند. هر عامل مؤثر بر انتخاب می‌تواند به توسیع فرد نیز تأثیر گذار باشد. انتخاب مکان و توسیع آن یک مثال از تأثیر عملی خودکارامدی بر مسیر و جریان زندگی باعث افزایش‌هایی است. افراد با سطوح بالای کارامدی شغل‌هایی را بر می‌گیرند که توجه و رضایت‌زایی دارند. علاوه بر این، شغل برخی سبب این شغل خویش داشته و به‌طور می‌تواند خود را از نظر آموزشی برای وظیفه خود آماده و موفقیت‌مند بگردد. ساختار شغلی فرد بخشی از

زندگی و منبع مهم رشد فردی است (۲۵)
اتوا ارتقای صلاحیت فرامرز قادیرزادی افراد برای افزایش کنترل بر خود به منظور داشتن صلاحیت بهتر تعريف شده است. متعاقب خودکارامدی را می توان در برنامه ریزی برنامه های بهداشتی از طریق رسانه های جمعی یا در بخش مدارس مورد استفاده قرار داد (99 و 27).

فهم ساختار و پویایی رفتار انسان امری ضروری برای طراحی راهبردها و برنامه های تغییر رفتار است. در 20 سال گذشته توجه زیادی به پیشگیری از مرگهای زودرس با استفاده از مراقبت های پیشگیری از بیماری، تشخیص زودرس با استفاده از مراقبت های امدادی و ارتقای صلاحیت بیماران وجود آمده است. یکی از سازه های تطبیق انگرده رفتار خودکارامدی می باشد. توجه به این سازه برای طراحی برنامه های تغییر رفتار ضروری می باشد.

خودکارامدی همچنین یک سازه مهم در ارتقای صلاحیت به شمار می آید. خودکارامدی در واقع اعتقاد فرد به توانایی خود برای انجام رفتار و رضایت به نتایج مطلوب است. محققان و ارائه دهنده مرافقت های بهداشتی درصد تقویت خودکارامدی بیماران خود هستند. بايد توجه داشته که افزایش خودکارامدی در بیماران باعث توافقت سازی آنها می گردد.

انظارتان خودکارامدی بیش نیاز مهم برای تغییر رفتار محض می شود، چرا که تطبیق انگرده تصمیم اولیه برای انجام رفتار، افزایش نتایج و مقاوت در برقراری موانع درون راه توسط افراد است. انتظارات خودکارامدی پیشگیری کننده خویش از امکانات مشابه می باشد. گرین و مک لری در سال 1986 بیان می دارند که خودکارامدی یک اصل ارتباط دهنده بین آگاهی و رفتار است، چرا که اعتقاد افراد به توانایی خود برای انجام رفتار است. اگر این انتظار در عقل ماند، آن رفتار باید کافی نمی باشد، بلکه با استند خود را برای انجام آن رفتار توانایی بدانند. آنها بیان می کنند که خودکارامدی می تواند باعث کمک به شناسایی افراد در خطر انجام رفتارهای ناسالم شود.

بندورا نیاز به افزایش احساس خودکارامدی را به منظور تنظیم حوادث زندگی لازم می داند. بندورا روشن هوايی یا برای انداده گیری انتظارات خودکارامدی مشخص کرده است. تأکید این روشن هوايی بر اندازه گیری سطوح خودکارامدی برای یک وظیفه وپژوه است که توسط سوال از قضاوت افراد در مورد انگرده آنها معکون قادیر به انجام یک فعالیت مخصوص هستند یا به مشخص می شود (28). خودکارامدی شامل دو نوع از انتظارات است که بر رفتار تأثیر می گذارند. نوع اول انتظارات کارامدی است که خودکارامدی درک شده نامیده می شود و اشاره به توانایی درک شده افراد برای انجام یک رفتار است. دومین نوع از انتظارات انتظارات نتیجه است که اشاره به اعتقادات افراد برای رپیدین به نتایج معین با مشغول شدن به رفتارهای خاص است (29). در اینجیزش رفتارهای بهداشتی این آن درک تأثیر کرده و سپس اقدام به اجرای رفتار می کند. انتظارات نتیجه تطبیق در کننده مهمی در شکل گیری قصد می باشد. سطوح خودکارامدی در افزایش یا ممکن است انجیزه برای انجام رفتار نقض دارد. خودکارامدی نقش مهمی در مراحل تنظیم رفتارهای سالم توسط خود افراد دارد. خودکارامدی درک شده در رفتار استفاده از کاندوم، رفتارهای پیشگیری از ایجاد، ورش برهم بهبودی از بیماری قلبی، کاهش درد و اسهال، بهبود وضعیت روانشناسی بیماران آرتیبی رومانوئی، رفتارهای تشخیص
زودرس سرطان پستان، کنترل وزن و بسیاری از رفتارهای دیگر نقش داشته است (۳۰).

در ادامه بحث به دیگر سازه‌های ارتباط سلامت می‌پردازیم.

۴. احساس مرتبط با رفتار: احساسات مثبت یا منفی که قبل، در طول و ادامه یک فعالیت حادثه می‌شوند بر مبنای ویژگی‌های انگیزه‌ای فعالیت قرار دارند. احساسات منبعت از فعالیت بر میزان خودکارندی افراد در مورد آن فعالیت تاثیر گذار است. بدین معنی که هر چه احساسات فرد مثبت تر و معقولتر باشد، احساس کارامدی نیز بیشتر است. افزایش احساس کارامدی خود می‌تواند احساسات مثبت بیشتری را باعث گردد.

۵. تأثیر گذارگردهای محلی فردی: به شناخت عوامل پیروی رفتار، اعتقادات یا تعریف‌های دیگران بر می‌گردد. عوامل بین گونه موثر عبارتند از هنجره‌ها (انظارات دیگران)، حمایت اجتماعی (مشوق‌های ابرازی یا هیجانی) و الگوسازی (یادگیری مشاهده ای بر اساس نظره رفتاری خاص که از دیگران درس می‌زند). اولین متابع تأثیر گذار میان فرد شاگرد خوانده، همسالان و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی هستند.

۶. تأثیر گذارگردهای موقعیتی ۲: شامل ادراک و شناخت فرد از موقعیت معین یا زمینه‌ای است که می‌تواند سهولت به‌دست آید که تعداد کننده انجام رفتار باشد. ضمنا در بیشترین‌های انتخاب‌های در دسترس، ویژگی‌های تلقی و خصوصیات زیبایی شناختی محیطی است که در انجام رفتار بیشتر و بهینه انتخاب می‌افتد. موقعیت می‌تواند تأثیر مستقیم و غیر مستقیم بر رفتار بهداشتی بر جای نهاد.

چ: پیامدهای رفتاری

۱. تیزی به برنامه رژیم رفتاری؛ قصد و شناسایی یک خط مشی برنامه رژیم شده منجر به اجرای رفتار بهداشتی خواهد شد.

۲. ترجیحات و تضعیف‌های رفتاری کننده فردی ۴: ترجیحات و تضعیف‌های کننده شامل همه رفتارهایی هستند که فرد کنترل کمی بر آنها دارد. چرا که آنها تحت تأثیر محضی‌های موجود در شغل یا مستندات‌های خانوادگی قرار دارند. ترجیحات رفتاری کننده نیز شامل رفتارهایی هستند که افراد به آن کنترل زیاد دارند (مانند انتخاب بستنی‌ها یا سبیک برای میان و عده).

۳. رفتار ارتباطی دهنده سلامت ۱: پیامدهای این رفتار سلامت مثبت مانند رفاه بهبوده، تکامل فردی و زندگی پیشرفت است (۲۷).
شکل ۸-۳ نسخه بانگری شده گوی ارتقا سلامت (۴۴).
الگوهای برنامه ریزی در ارتقای سلامت

مدیر مفصل

در فصول پیشین با اهمیت برنامه ریزی در ارتقای سلامت و اصول نظری و فنیاند آشنایی شدیم. همراه با الگوهای مختلفی در امر برنامه ریزی‌های ارتقای سلامت وجود دارد. الگوهای برنامه ریزی به مانند نشانه‌ای تصوری به مجريان ارتقای سلامت در امر برنامه ریزی مداخلات کمک می‌نمایند. الگوهایی مانند پرسید/پروسید، مایکو، الگوی روبیک دندان‌سپحی در سلامت جامعه و الگوی روبیک برنامه ریزی شده در سلامت جامعه و

بله آیین الگوهای دیگر در امر برنامه ریزی‌های ارتقای سلامت نمود و در

الگوی پرسید پروسید به وسیله لارنس گرین ارائه شده است و توصیف کننده فرایند است که برای تغییر رفتار استفاده می‌شد. این الگو بیان می‌دازد که باز به علت ریشه ای مسائل برداخت و بر مبنای آن برنامه ریزی نمود. برای این استفاده از الگو باید از تعدادی مراحل گذشت: تشخیص اجتماعی، تشخیص اپیدمیولوژیکی، تشخیص رفتاری و محیطی، تشخیص آموزشی (مشخص نمودن عوامل مستعد کننده، فادرکندی و تقویت کننده موثر بر رفتارهای بهداشتی) و نوشتن نمودار تنظیم و سایر اشخاص فرآیند ارزیابی نتایج فوری و ارزیابی نتایج پنج ماه بعد. الگوی مایکو یک الگوی برنامه ریزی در ارتقای سلامت و آموزش بهداشت است. این الگو در پایانه سه بعد شامل روش، محصول و فرآیند می‌باشد. الگوی روبیک جند سطحی در سلامت جامعه با عنوان یک الگوی مفهومی برنامه ریزی می‌تواند در ارتقای سلامت و آموزش بهداشت امکان پذیر نسیم. الگوی روبیک برنامه ریزی شده در سلامت جامعه نیز یک فرایند برنامه ریزی شده می‌باشد که به جامعه

در این فصل به بررسی این الگوها و متغیرهای مورد تاکید آنها در امر برنامه ریزی‌های ارتقای سلامت پرداخته

می‌گردد.

الگوی پرسید پروسید
انجام مداخلات متعدد در سطح جامعه، مدارس، مراکز انجام مراقبت‌های بهداشتی و محل‌های کار هدایت می‌کند.

این الگو یک الگوی موفق در برنامه ریزی و ارزیابی بوده است.

الگوی پرسید پروسید به وسیله لاورنس گرین ارائه شده است و توصیف کندنه فراینده است که برای تغییر

رفتار استفاده می‌شود (31). کارچوب الگوی پرسید ابتدا توسط گرین جهت طبقه بندي اهداف ارزیابی متساسب

به برنامه‌های آموزش بهداشت طراحی گردد و سپس گرین و همکارانش در دانشگاه جان هابکینز آن را بهعنوان

یک کارچوب تخصصی برای برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت معرفی نمودند (32). در الگوی

پرسید این موضوع مطرح می‌شود که نخست باید دید نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی چیست؟

یعنی اول باید چرا مطرح شوند و بعد چطورا. به عبارت دیگر از آموزش بهداشت از خارج شروع و به اول

می‌رسیم. در مسائل آموزش بهداشت رابطه علم و معلولیت وجود دارد. در الگوی پرسید پروسید آنچه مطرح

می‌شود این است که باید بدین قرار چه می‌خواهیم؟ چگونه می‌توانیم به سلامتی بررسیم؟ چگونه از پیشرفت‌های ترین

تکنیک‌ها استفاده کنیم؟ و چگونه از اینها به ابتدا بررسیم؟ و بر این اساس از كل به جز یا از اینها به ابتدا برنامه

ریزی کنیم. بنابراین شناخت نتیجه و اینکه چه می‌خواهیم بسیار مهم است.

این الگوی بیان می‌دارد که باید به اول ریشه ای مسائل برنامه ریزی آموزشی ریزی نمود. از این رو کار

کردن با این الگو را به بحث می‌شتابد که جمله این است که باید ابتدا کار را با یکی نهایی آموزش شروع نماید

(31).

یکی از ویژگی‌های این الگوی ارزیابی و برنامه ریزی این است که مراحل ای دارای ترتیب متفاوت و دارای شکه

ای از علل و معلول‌ها می‌باشد. هدف اولیه این الگو از اجراه مداخلات سلامت محور در سطح جمعیت‌ها. برداختن

به یک فرمول ساده و واضح یعنی افزایش کیفیت زندگی چشمگیر است. برنامه‌های سلامت محور در سطح جامعه

می‌توانند در سطح بخش‌گیری اولیه، ثانویه و سومین اجرا شوند. پرسید پروسید پشت سر هم کار می‌کند و

مجموعه ای از مراحل برای برنامه ریزی اجرا و ارزیابی ارائه می‌دهد. تشخیص اولویت‌ها در مرحله پرسید منجر به

تعمیم اهداف کیفی اختصاصی و کلی برای مرحله اجرایی الگوی می‌شود. این الگو یک دیدگاه بیشتری به عقب بر

می‌گردد تا مشاهده نماید که اولین نیروها در دستیابی به اهداف مؤثر و برنامه‌های با موضوعی بوده است.

برنامه‌های سلامت محور در یک خلا اجتماعی یک‌دیگر نمی‌شوند. آنها اکثری در جامعه با موقعیت‌های‌سازمانی

اجرا می‌شوند. باید توجه داشته که وضعیت سلامت جمعیت در رابطه با جامعه با محیط سازمانی اصلی که در آن

زنده می‌کنند. دیدگاه آموزشی موجود در الگوی پرسید پروسید بیان می‌دارد که افادات از محیط‌های خود

می‌آموزند و همچنین می‌توانند محیط را بصورت فردی یا گروهی تغییر و توسعه دهند. این دو دیدگاه

پروش (پروپوش) یا گروهی یا گروهی آموزشی پرسید پروسید می‌باشد. یعنی مدها و محیط تاثیرات دو جانبه

بر یکدیگر دارند. مردم بر محیط‌های فیزیکی و اجتماعی خود بوسیله نگرش‌ها و رفتارهایشان تأثیر دارند و نیز آنها

1. PRECEDE PROCEED Model
تحت تأثير محيطها ورفتارهای خود هستند. پس می‌توان نتیجه گرفت که تعیین مردم از شرایط اجتماعی و
کیفیت زندگی خود می‌تواند نقطه شروع برنامه ریزی باشد.

مرحله اول: مرحله تشخیص اجتماعی و تحلیل موضعیتی
تشخیص اجتماعی استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه عینی و ذهني برای ادراک بهتر دغدغه‌ها و آرزوها
مردم است. از این منابع اطلاعاتی می‌توان شناختهای اقتصادی، اجتماعی و کیفیت زندگی را استخراج نمود.
کیفیت زندگی یک ارزش نهایی است که معمولاً موارد سلامت می‌آید. به هنگامی که افراد در تلاش برای سالم
ماندن و پیبردن زندگی سالم و لذت بخش هستند، در واقع بهبود کیفیت زندگی را (که با دستیابی به ارزش‌های
دیگر همراه است) جستجو می‌کنند. سلامت یک بعد از کیفیت زندگی است که افراد به ابعاد دیگری نیز
دارد. سوال که در اینجا می‌تواند مطرح شود این است که از میان تمام موجودیت‌های زندگی، سلامت چه جایگاهی
دارد؟ سلامت مسما مهیم است. غذا، موسيقی، بازی و کار نیز همگی بارزند. به همین ترتیب ما خیلی از
چیزها را در زندگی بالارزش می‌دانیم. جیش‌هایی که همگی در زندگی بالارزند و از انرژی و علایق بی‌هم
ب رقابت می‌پردازند. افراد برای سازندگی انسان، استقلال، زندگی بهتر و راحتتر نیاز دارند که سالم باشند.
سلامت یک ارزش نهایی و جزئی از کیفیت زندگی است.

در مرحله تشخیص اجتماعی، علاقوی و بین‌نشانی جمعیت از نظر فرهنگی و شرایط خاص آنها بررسی
می‌شوند. برسی‌ها و مصاحبه‌های سازمانی، فراپندگویی انسانی یا گروه‌های متمرکز راهی برای پی بردن به
بین‌نشانی افراد و برسی‌ها کیفیت زندگی آنهاست. تعدادی ابزار با پرسشنامه برای سنجش کیفیت زندگی افراد
وجود دارد. ارزیابی دغدغه‌ها، نیازها و مشکلات جمعیت، نقطه شروع ارزیابی شاخص کیفیت زندگی آنهاست.
درک محفظ اجتماعی و سازمانی از دیدگاه آنها که در آن زندگی کاری نمی‌کنند که یک تحصیل می‌کنند امری عملی و
اخلاقی است. چرا که اثر مشکلات سلامتی با مشارکت افراد و سازمان‌های مختلف قابل حل می‌باشد. نوع
مشکلات اجتماعی تجربه شده توسط یک جمعیت به ندرت می‌تواند سنجش دقیقی از کیفیت زندگی آن‌ها باشد،
بلکه وضعیت اقتصادی اجتماعی آنان را نیز مشخص می‌سازد. این بین‌نشانی می‌تواند منجر به طرایه راهبردهای
مداخله شود. باویستی برسی جامعی از نقاط ضعف و قوت سازمانی و درجه ثبات و تأثیر آن نقاط ضعف و قوت در
فعالیت‌ها و نتایج برنامه صورت گیرد. تحلیل موضعیت در طول این مرحله به برنامه ریزی کمک می‌کند که به
تغییرات موجود در جمعیتی که برای آن برنامه ریزی می‌کنند، بپیماید. تحلیل موضعیت منابع موجود را به
برنامه پیام داده و در حالی که ارزیابی یکی که از در برنامه اجرایی و ارزیابی یکی قابل کاربرد است. جوامع و جمعیت‌ها در عوامل جمعیت
شناختی با عوامل اقتصادی و فرهنگی با هم تفاوت دارند. جوامع جمعیت، نژاد، فرهنگی، جغرافیایی و غیره در
جمعیت‌های متعدد متفاوتند. جوامع از نظر منابع، ظرفیت، تجارب گذشته با برنامه‌های اجرا شده با هم تفاوت

1. Social Diagnosis

146
دارند. پس تحلیل موقعیت، امیال و دغدغه های جوامع و اوایل مسائل و منابع برنامه را در نظر می‌گیرد (۲).

تحلیل موقعیت ابتناگر تجزیه و تحلیل همه افراد، جامعه، خط مشی‌ها و عوامل تغییر کننده رفتاری است که بر سلامت جمعیت تاثیرگذار است. این تجزیه و تحلیل بخش جدایی‌بندی افراد طراحی اهداف و راه‌برد‌های ارتباطی می‌باشد. به‌عنوان تحلیل موقعیت به شناخت و ادراک عمیق تغییر کننده های سلامت کمک می‌نماید. تحلیل موقعیت تاکید زیادی در همه افراد و تحلیل داده‌ها و آمارها نیست. در واقع تحلیل موقعیت یک گزارش تحلیلی از همه مشخصات و ویژگی‌های مخاطبان است. این تحلیل به ما می‌گوید که چه کاری را باشد انجام دهم و چه کاری را نباید انجام دهم. برای مشاهده نتایج تحلیل موقعیت در مورد تلاش‌های دولت برای پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی نشان داد که اقدامات گذشته قطعاً نتایج حاصل شده‌اند؛ بنابراین مداخلات و محرزیان ارتباط خوبی وجود نداشته و مداخلات از کمی ممنوع مالی رنج می‌برده اند. این گزارش همچنین نبوش درگیری بسیاری از بخش‌های کلیه جامعه و کم‌پوشانی اطلاعات درباره مخاطبان کلیدی را نشان داد. تحلیل مخاطبان از نظر افزایش مشارکت مصرف‌کننده در این مقاله است که می‌توان تحقیق گرفت که تحلیل مخاطبان بخش مهمی از تحلیل موقعیت می‌باشد. بعنوان مثال در بسیاری از کشورها ابتلا به بیماری‌های جنایی یا اجتماعی به حساب می‌آید. در اینجا تحلیل موقعیت نه تنها باشد به مشکلات و افراد مبتلا بلکه به‌ویژه به شناسایی محتوای اجتماعی و رفتارهای اجتماعی، هنگامی که مشای حاصل شده و این رفتارهای مخاطبان نتایج متفاوت بر یکدیگر دارند، که هدف‌گذاری که تحلیل مخاطبان بعنوان قسمتی از تحلیل موقعیت تعیین شود، این تاثیرات و ارتباطات متقابل بیشتر نمود می‌پایند و ادراک این روابط آسان‌تر می‌نماید.

مراحل انجام تحلیل موقعیت

پطور کلی ۸ مرحله در تحلیل موقعیت وجود دارد. در ادامه بحث به ذکر این هشتم مرحله و ویژگی‌های این مراحل پرداخته می‌شود.

مراحل اول: ادراک و تعريف مشکل بهداشتی

اولین کام برای انجام تحلیل موقعیت به دست آوردن ادراک عمیق از مشکلات بهداشتی، عقل، عوامل خطر، شدت مشکل و آمارخراش است. این مرحله با بررسی مخاطبان اولویت دار برایشان و تشکیل بندی مخاطبان می‌پردازد. در این مرحله داده‌ها و نظریات موجود در زمینه درمان‌های رایج، راهبردهای پیشگیری، پیشرفت‌های علمی اخیر، درمان‌های پیشگیری

۱. Situational Analysis
۲. Audience Profile
۳. Define and Understand the Health Problem
کنده و شوق چندگانه درمان، بهترین شیوه های بالینی و دستورالعمل‌های موجود پیرامون مشکل بهداشتی مورد بررسی قرار می‌گیرد. اگر یک محصول بهداشتی جدید یا یک خدمت جدید مورد بحث است، جمع‌آوری اطلاعاتی راجع به مزایا و معایب آن و چگونگی مقایسه آن با محصولاتی با خدمات موجود لازم می‌باشد.

برخی از اطلاعات مورد نیاز در این مرحله را می‌توان با مورور بر متن‌بندی و متن‌بندی آزمایش دست داشته باشد. ضمناً می‌توان از مصاحبه تلفنی یا حضوری با یک کارشناس درمانی برتر هم‌کاری کرد. از اینکه هر گونه خدمات بهداشتی یا فعالیت‌های رفتاری اجتماعی و ادیافزایی موجود برای تغییر رفتار بیماران ارائه دهنده خدمات بهداشتی یا فعالیت‌های رفتاری بهبود در این مرحله

شناسایی گردند. به همین دلیل اطلاعاتی که برای مطالعه و شرایط آن باید مبنیت بر مدرک بسیار کمی در صورت امکان باید عوامل معنی‌دار (مانند میزان شیوع، بروز مرمکر، درصد افرادی که دسترسی به امکانات بهداشتی و پزشکی دارند، هزینه‌ی صرف شده و ...) برای تعیین مشکل بهداشتی استفاده شوند. این‌طور که این عوامل بر حسب سن، جنس، نژاد و گروه‌های قومی یا سایر متغیرهای موجود در سطح جامعه تعیین و توضیح داده شوند.

می‌تواند افراد و درمان کودکان تصمیم گیری کند یا شامل یک گروه کودک و ویژه از مخاطبان. مداخلات بهداشتی مستقیماً به متن‌بندی برایه ریزی و اجرایی می‌گردد.

مختل‌های تانوهی شامل افراد گروه‌ها، سازمان‌ها و جامعه‌ای هستند که بر تصمیمات و تغییرات رخ داده در مختل‌های اولیه برای درمان بهداشتی تاثیرگذارند. ابتدا دیگر مختل‌های آموزشی شامل افراد بهداشتی که می‌توانند در رسیدن به مختل‌های اولیه کمک کنند باشد. مختل‌های تانوهی می‌توانند شامل اعضای گروه، ارائه دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی یا هم‌گروه‌ها و دانش‌آموختگان به مختل‌های اولیه نفوذ دارند. هنگام شناسایی مختل‌های بالقوه، جه اولیه و چه تانوهی، بهتر است که ابتدا آنها را بر حسب سن، شغل، عوامل فرهنگی و نژادی، اعتقادات مذهبی، جنس، نگرش‌های جدید، رفتارها و آداب و رسوم و دیگر ویژگی‌های مشخص کننده یک گروه یا جامعه گروه بندی کنیم. این اطلاعات بايد بطور کامل در جهت تحول و تقسیم بندی مختل‌های مورد استفاده قرار گیرد.

مرحله سوم: ادراک فشارهای اجتماعی، سیاسی و دیگر نیروهای خارجی

پس از تعیین مشکل بهداشتی و شناسایی مخاطبان بالقوه برمانه، کام دیده‌ی به درد به عوامل خارجی موثر

2. Identify Key Audiences
1. Understand Social, Political, and Other External Influences

7. Audience Profile
سطح سواد.
1. اعتقادات رایج، نگرش‌ها و رفتارهای خاص در زمینه موضوع بهداشتی شامل موانع موجود یا درک شده برای
انتحار رفتار جدید یا استفاده از خدمات با محصول جدید بهداشتی.
2. عوامل جغرافیایی مانند مکان (زمینگی در روستای یا شهر)، اندازه شهر یا شهر، آب و هوای و وسایل حمل و نقل
3. عوامل اجتماعی اقتصادی مانند سطح درآمد، آموزش و وضعیت زندگی.
4. مشخصات فرهنگی و سیستم زندگی مانند تفریحات، رفتارهای پرخطر، تعادل بین زمان کار و خانواده، ارشهای
فرهنگی، نظارت و ارائه به بیماری و سلامت، اعتقادات مذهبی و رسانه‌های مورد علیه.
5. عوامل جسمانی یا پزشکی مانند وضعیت سلامت، سابقه یزدگدی، بیماری‌ها، گروه‌ها و افراد پرخطر.
6. دیگر عوامل مرتبط با مخاطبان ویژه یا موضوع بهداشتی.

مهم‌ترین شاخص برای تفکیک ندی مخاطبان در واقع تقسیم بندی آنان مطابق با مرحله اعتقادات، نگرش‌ها و
رفتارهای آنان را رابطه با مسائل بهداشتی مورد نظر است. وقتی دسته‌ها یا تعیین شدند، تعدادی سوالات و
معیارها موجود دارد که می‌توانند در اولویت بندی دسته‌ها و اختصاص متناسب کمک کننده باشد شما:

1. کدام دسته در خطر بیشتری برای یک مساله بهداشتی قرار دارد؟
2. سازمان‌های بهداشتی تا چه اندازه صلاحیت دارند و می‌توانند بر تغییرات مخاطبان و شرایط خاص بهداشتی
تأثیر گذار باشند؟
3. میزان تغییر در یک دسته خاص مخاطبان باید چقدر باشد و افراد موجود در این بخش تا چه اندازه قادر به
انجام تغییرند؟
4. آیا ان دسته از مخاطبان برای تغییر رفتار آماده اند؟ آیا متناوب انسانی و مالی کافی برای انجام برنامه اختصاص
داده شده است؟
5. اندازه آن دسته از مخاطبان چقدر است؟ آیا ارزش سرمایه‌گذاری زیاد را دارد و آیا متناوب اختصاص داده شده
متناسب با اندوخته آن بخش هست یا نه؟

مخاطبان ثانویه نیز رد در دویند مشابهی دسته بندی شوند و دسته بندی آنان مانند مخاطبان اولیه
انجام می‌شود. ضمناً علاوه بر موارد قبلی که برای مخاطبان اولیه ذکر شد، برای تقسیم بندی و دسته بندی
مخاطبان ثانویه معاوضه از هم می‌توانند در نظر گرفته شود شامل:
- درجه تأثیر گذاری آنها بر مخاطبان اولیه.
- مزایای بالقوه فی (برای مثال قابلیت روت، تکمیل ماموریت) که مخاطبان ثانویه می‌توانند با درگیر شدن در
برنامه عاید ما کنند و موانع در گریسازی آنها.

1. Segments
مرحله ی نجمه: بررسی برنامه‌ها، متابع و فعالیت‌های موجود

چندین دلیل برای مطالعه و تجزیه و تحلیل برنامه‌های گذشته و موجود، فعالیت‌ها و متاب و وجود دارد شامل:

1. یپ بردن به عوامل موفقیت برنامه‌های گذشته و در حال اجرا
2. شناخت فرسته‌ها مشترک، توسعه کالاهای، ارائه پیام و بطور کلی دستیابی به مخاطبان کلیدی
3. ابزار، طراح، موجود و کالاهای ارتقاء موجود می‌تواند در کنار یا همراه پیام‌ها و رسانه‌ها جدید برنامه استفاده شود. استفاده از ابزار، طراحی و کالاهای موجود می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های برنامه جدید در امر طراحی رسانه‌ها و دسترسی به مخاطبان گردید.
4. آگاهی از برنامه‌ها با روابط‌هایی که می‌تواند در تاثیر با اهداف و مقاصد برنامه بهداشتی جدید باشد.

مرحله ششم: شناسایی و پررنگ نیاز‌های شناخته نشده در مداخلات قبلی و جاری

این مرحله نتیجه تجزیه و تحلیل برنامه‌های موجود است. در حقیقت این مرحله می‌تواند به شناسایی نیاز‌های تشخیص داده نشده کمک کند. برنامه‌های که ممکن است توسط برنامه‌های گذشته و جاری گزارش نشده باشند، این تجزیه و تحلیل اغلب بوساطه جمع آوری اطلاعات از افرادی که نفع کلیدی و نماینده مراکز بهداشت و درمان کشوری را به شدت شود که نیاز‌های ویژه و اولویت‌های هر گروه از مخاطبان را پررنگ سازد.

مرحله هفتم: توصیف موانع موجود برای اجرای برنامه و تغییرات بهبودی

توصیف موانع در تحلیل موقعیت موجود یک بخش اولیه برای چگونگی برداختن و حل موانع را خواهد داد. این بخش باید برگرداند از دروند دادهای اخیر شده از نامندگان مخاطبان کلیدی، افراد ذی نفع برنامه و گروه‌های برگردان باشد، و با مرتبط با مشخصات برنامه، نیازهای برنامه ریزی و جامعه برگزیدگان باشد. برخی از این موانع عبارتند از:

1. هزینه: خود شاخص مهمی های واقعی برنامه که صرف تولید برنامه می‌شود یا هزینه‌های انسانی و زمان‌هایی که
2. کمبود وسایل و مانند کافی برای انجام رفتار بهبودی در نحوه که در سبک زندگی محدود نمایدند شود.
3. بی‌توجهی به وضعیت های معیارهای ناگفته و ضعیف محلی که انجام رفتارهای بهداشتی توصیه شده را محدود می‌سازند مانند فقمند
4. زیست‌ساخته‌های ناگفته و ضعیف محلی که انجام رفتارهای بهداشتی توصیه شده را محدود می‌سازند مانند

1. Highlight Unmet Needs
مراقبت‌های بهداشتی در یک منطقه‌ی نیوی بیمارستانی گرگ‌آرگری ایزد را در یک منطقه جغرافیایی انجام دهد.
5. نوید دستورالعمل‌های واضح یا استانداردهای بالینی
6. محدودیت‌های زمانی
7. سیاست و خط مشی‌های تاکید
8. عوامل فردی یا گروهی مثل هنجارهای اجتماعی، فقدان آموزش ارتباطی، پیشداورهای موجود یا موانع زبانی
9. نوید تعدد سامانی برای مداخلات بهداشتی و سرمایه‌های آن
10. منابع انسانی یا اقتصادی ناکافی

بايد با بررسی یافته‌های کلیدی از تحلیل موضعی و همچنین فهرست کردن همه عوامل که ممکن است در منابع اجرا برنامه‌ای یا استایلی به نتایج مورد انتظار مشکل آفرین باشد همه موانع بالقوه تحلیل و تحلیل شوند.

مرحله هشتم: سازماندهی و گزارش یافته‌ها

وقتی که مرحله مطالعه و بررسی در تحلیل موضعی به اتمام رسید، مرحله بعد اولویت بندی، ارائه و بحث در مورد یافته‌ها در بین اعضای گروه، نماینده‌گان مخاطبان کلیدی، مراجعین، سازمان‌های بهداشتی، داوای سازمانی و واکنش‌های ماهیت موضوع برنامه، با هر کسی که به نحوی در این برناهم اسکان از آنجایی که همه داده‌های جمع‌آوری شده ممکن است مرتبت با برناهای نیازمند، بنابراین انتخاب و شرح تفصیلی اطلاعاتی که باید در امر تغییرات اهداف و راهبردهای مورد استفاده قرار گیرند بسیار باهمیت می‌باشد. همه اطلاعاتی که ارتباط و مناسب‌اند آنها با نیازهای مخاطبان و دستیابی به اهداف رفتاری، اجتماعی یا سازمانی، توسط کانال‌ها و منابع متعدد محرز شده اند بايد در این مرحله مورد توجه بوده و گزارش شوند. این یافته‌ها نقطه‌ای اصلی جهت توجهی اهداف طراحی شده و راهبردها به شمار می‌آیند (۲۳).

تا این قسمت به بحث اقدامات انجام شده در مرحله تشخیص اجتماعی الگوی پروسید پیروی درمورد بحث قرار گرفت. در ادامه به بحث پرمارون مراحل دیگر الگوی پروسید پیروی می‌پردازیم.

مرحله دوم: مرحله تشخیص اپیدمیولوژیکی

در مرحله تشخیص اپیدمیولوژیکی آندازه‌گیری اهداف اختصاصی سلامت یا برنامه‌های برداشتی می‌شود که مربوط به اهداف اجتماعی یا مشکلات بیشتری شده در مرحله اول الگوی پروسید پیروی هستند. استفاده از داده‌های بهداشتی موجود درباره جمعیت، برنامه ریزی و قادم در سازمان یا سازمان‌های دوباره مشکل بهداشتی جمعیت را بر حسب اهمیت و قابلیت تغییر شناسایی نمایند. از جمله این شاخه‌های مهم شاخه‌ها ی جایی می‌باشد. این تجزیه و تحلیل اطلاعاتی به برنامه‌ی ريز منطق مناسب برای رهبری رویارویی با مشکلات را داده و او را در

1. Organizing and Reporting on Research Findings
2. Epidemiological Assessment

152
طرحی برنامه‌های متناسب (با توجه به منابع ناکافی) یاری می‌رساند.

وظیفه دوم تحقیق اپیدمیولوژیکی در واقع شناسایی مولفه‌های تعیین کننده سلامت مانند وضعیت اجتماعی، در اصل ماهیت اپیدمیولوژی توصیفی را نشان می‌دهد. بنیوی در این مرحله از الگو به شناسایی عوامل زننیکی، رفتاری و محیطی مربوط به سلامت جمعیت تاکید می‌گردد. عوامل زننیکی یک روابط جدید در الگوی پرسبد پروسید است. عوامل زننیکی با بروز بیماری‌های متعدد، عوامل خطر و شیوع زیستی متفاوتی در رابطه است. واکنش‌های رئیسی زن با رفتار و محیط کمتر بعنوان عوامل مثبت موثر بر سلامت در نظر گرفته می‌شوند (به جز در چند بیماری زننیکی مانند بیماری‌های داسی شکل). عوامل رفتاری به الگوهای رفتاری (در کنار شیوع زننیکی و سبک زندگی) افزایش گروه‌ها اشاره می‌کند که باعث حفظ یا آسیب رسانی به سلامت و مشکلات و مسائل اجتماعی می‌شوند. عوامل محیطی نیز در واقع تعیین کننده ایجاد و بقاء تغییر رفتار فردی می‌باشند. استفاده کننده از الگوی پرسبد ابتدا لازم است مرحله اول و دوم را گذرانند. سپس به مرحله سوم بپردازد.

مرحله سوم: مرحله تحقیق رفتاری و محیطی

تحقیق رفتاری شامل تجزیه و تحلیل نظام مند رفتارهای مرتبط به هدایت یا مشکلات تعیین شده در مرحله تحقیق اجتماعی و اپیدمیولوژیکی الگوی پرسبد بررسی است.

تحقیق محیطی شامل تجزیه و تحلیل موازی از عوامل محیطی فیزیکی و اجتماعی است که مرتبط با رفتار یا کیفیت زندگی و سلامت دانسته می‌شود. تحقیق محیطی و رفتاری در ارتقاء سلامت برای عوامل قابل تغییر به کار می‌رود. با اینکه تحقیق رفتاری در جهت تحقیق رفتارهای قابل تغییر انجام می‌شود، اما نتیجه قابل ملاحظه این است که مشکلات بهداشتی دلیل غیر رفتاری نیز دارند که باید به دقت در نظر گرفته شوند. محقق همچنین با پیدای عوامل غیر قابل تغییر از قبیل استعداد زننیکی، سن، جنس، نژاد، بیماری‌های موجود، آب و هوا را در نظر بگیرد. این عوامل می‌باید بعنوان یکی از مولفه‌های مشکل بهداشتی به حساب آورده شده و برای تحقیق گروه‌های جمعیتی بپردازد. در نهایت، ۳ تأثیر عوامل غیر رفتاری مشکلات بهداشتی، که مسئولیت‌ها برای جحاور از سلامت برای افراد که می‌توانند با واسطه فعالیت‌های فردی و جمعی آن را کنترل کنند. شایان ذکر است که دلایل غیر رفتاری و قابل تغییر مشکلات بهداشتی اکثراً یا محیطی انگ (هوا، غذا، آب، جاده و فلور) و یا تکنولوژیکی (کفایت مراقبت‌ها و تسهیلات بهداشتی).

1. Behavioral and Environmental Assessment
پنج گام در تشخیص رفتاری

加拿و اول: یافته‌های رفتاری و غیر رفتاری مشکل بهداشتی
در این مرحله مختلف آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت با پایستی علی رفتاری و غیر رفتاری مشکل بهداشتی را
پیدا کند. در برخی از سطوح دیده‌گاه بوم شناختی، جداسازی دلایل رفتاری از غیر رفتاری در واقع یک دوگانگی
ساختگی است، چرا که رفتار با علتهای زیست-شنایی، رستیکی و محیطی در هم پیچیده شده است.

گام دوم: تهیه فهرستی از رفتارها
در این مرحله عوامل رفتاری به دو دسته رفتارهای پیشگیری و رفتارهای درمانی تقسیم می‌شوند. هدف اصلی
این مرحله تهیه فهرستی از رفتارهای اختصاصی است که برای تعمیم اهداف رفتاری ویژه برنامه لازم اند. مثال‌هایی
از رفتارهای پیشگیری کننده شامل نگهداری یا رساندن به وزن مطلوب، ترک سیگار، کاهش مصرف چربی و
اجتناب از ترکی و اگتی است. مثال‌هایی از رفتارهای درمانی شامل پیروی از رژیم‌های دارویی و شروع به ورزش نبا به
تصمیم پزشک. برخی از رفتارها شرایط و تبدیل رفتارهای به اهداف رفتاری،
آنها را به گام‌هایی کوچک تجزیه نماید.

گام سوم: رتبه‌بندی رفتارها بر اساس اهمیت
با دانستن اینکه هیچ برنامه ای منابع کافی برای انجام هر کاری را ندارد، فهرست رفتارهای مشخص شده در
گام دوم اکنون بايد قابلیت اجرایی یابند. این کار ابتدا از طریق باقی گذاشتن رفتارهایی که خیلی مهم هستند و
حذف آنها که حداکثر اهمیت را دارند انجام می‌گیرد. اهمیت یک رفتار موقعی است که آن رفتار بطور مکرر
انتفاق افتاد و ارتباط آشکار و قوی با مشکل بهداشتی داشته باشد. استفاده از اطلاعاتی از قبیل میزان خطر نسبی و
شیوع می‌تواند به محققان کمک کند.

| اساس طبقه‌رخ مه‌های | مهم
|---------------------|-----
| سبک اهداف، کشیدن خوردن غذاهای پرچرب استرس زیاد |

<table>
<thead>
<tr>
<th>کمتر مهم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>عدم کنترل فشار خون عدم پایین‌دن به میزان نرم تربیک تصمیم به نهایی در مورد دوگانگی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همگی با نتایج مطلوب نامناسب هستند: پیشگیری اولیه

جدول 1: رتبه‌بندی رفتارها بر اساس اهمیت نسبی در رابطه با پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی

گام چهارم: رتبه بندی رفتارها بر اساس تغییر پذیری
ملایمان تغییر پذیری رفتار شامل مردم زیر است:

154
- اخیرا به وجود آمده باشد.
- رفتار هنوز در مرحله پیشرفت باشد.
- رفتار در الگوهای فرهنگی و سبک زندگی ریشه عمیق نداشته باشد.
- در تلاش‌های قبیل توطئه محققان تغییر کرده باشد. رفتارهای اعتیاد آور، رفتارهایی که یک جزء غیر ارادی قوی دارند و رفتارهایی که با الگوهای خاصی گرفته و محکم دارند، کمتر تغییر می‌کنند.

<table>
<thead>
<tr>
<th>قابلیت تغییر پذیری</th>
<th>پایه‌ای برای رتبه بندی رفتار</th>
<th>تمایل‌ها و تحقیقات جدید</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خیلی قابل تغییر</td>
<td>- گام‌های انتخاب و تعیین اهداف رفتاری با رتبه بندی رفتارها بر اساس اهمیت و قابلیت تغییر پذیری محقق آماده است که نقطه تمرکز برنامه‌های داخلی را انتخاب نماید. رتبه بندی رفتارها می‌تواند در قالب جدول زیر آورده شود:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سیگار</td>
<td>این فعالیت‌ها عمیقاً ریشه در فرهنگ، ارتباطات اجتماعی و سبک زندگی دارند.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خوردن غذاهای با اسید جرب بالا</td>
<td>تلاش‌های قبیل برای تغییر این‌ها محدود به موقتی در جمعیت شده است.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر قابل تغییر</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>پرخوری</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ورزش</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲-۳: میزان تغییر پذیری رفتارهای مرتب با بیماری‌های قلبی عروقی

گام پنجم: انتخاب و تعیین اهداف رفتاری

با رتبه بندی رفتارها بر اساس اهمیت و قابلیت تغییر پذیری محقق آماده است که نقطه تمرکز برنامه‌های داخلی را انتخاب نماید. رتبه بندی رفتارها می‌تواند در قالب جدول زیر آورده شود:

جدول ۲-۴: رتبه بندی رفتارها بر اساس اهمیت و قابلیت تغییر پذیری

<table>
<thead>
<tr>
<th>اهمیت کمتر</th>
<th>اهمیت بیشتر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تغییر پذیری بیشتر</td>
<td>تغییر پذیری بیشتر</td>
</tr>
<tr>
<td>اولویت بالا برای تمرکز برنامه (چارک ۱)</td>
<td>اولویت بالا برای تغییر مشروط در اهداف سیاسی (چارک ۳)</td>
</tr>
<tr>
<td>اولویت برای برنامه‌های تغییر نواوری، ارزیابی جهانی (چارک ۲)</td>
<td>بدون برنامه (چارک ۴)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

رفتاری که به عنوان رفتار بهداشتی هدف شناخته می‌شود، با استیل خیلی مهم و عمومی نباید. ضمنا هر هدف رفتاری باید به سوالات چه کسی، چه چه چه چه‌چه‌چه مقدار و چه موقع پاسخ دهد. در کنار عوامل رفتاری و زیست شناختی تعیین کننده سلامت، باید عوامل محیطی مورث بر سلامت نیز ارزیابی گردد. مديريت تشخيص محیطی وابسته به تشخيص اپیدمیولوژیک دقیق از مرحله دوم الگوی پرسيد می‌باشد.

۱۵۵
برخی از عوامل محيطی فیزیکی می‌توانند از طریق راه حل‌های ارگونومیکی و مهندسی بطور مستقیم حل شوند.

آنالیز که با رفتار تعامل دارد (بخصوص عوامل محيطی اجتماعی) آنالیز هستند که در کنترل فردی یا جمعی مردم هستند. محيط مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند به‌عنوان قسمتی از محيط اجتماعی طبیعی بندی شود. سازمان چهالی بهداشت دو هدف مهم را پیشنهاد می‌کند:

1- مجریان ارتباط سلامت باشیتی نه تنها سعی در کنترل عوامل محيطی و فیزیکی، بلکه با این خطرات که از طریق محيط اجتماعی افزایش پیدا می‌کند را نیز کنترل نمایند.

2- عوامل محيطی که باعث حفظ سلامت افراد شده و به افراد کمک می‌نمایند که از عهده ساختار اجتماعی براین‌باید مورد رسیدگی و حمایت قرار گیرند.

یاد آوری می‌شود که توجه به مرحله تشخیص محيطی، تنها برای افرادی توصیه می‌شود که مسئولیت اجرای سازماندهی و ارائه‌برنامه‌های ارتباط سلامت جمعیت در مقیاس وسیع را دارند. بنچ گام تشخیص محیطی عبارت‌اند از تشخیص دلایل محيطی مشکل بهداشتی، رتبه بندی عوامل محيطی بر اساس اهمیت نسبی، رتبه بندی عوامل محيطی بر اساس تغییر بی‌دری و انتخاب و تعیین اهداف محيطی.

باشیتی توجه داشته که اگر موضوعات محيطی و اجتماعی تغییر پذیر نیاز به همکاری فعالیت‌های افراد و گروه‌های خاص داشته باشد، باشیتی اهداف رفتاری برای فعالیت آنها تنظیم شود. با این ترتیب کرد که انتخاب و تعیین هشیارانه اهداف منجر به اختصاصی تر شدن برنامه شده و ارائه‌برنامه‌های آسان تر می‌سازد.

آموزش گام چهارم: تشخیص آموزشی و هم‌شناختی

تشخیص آموزشی و هم‌شناختی 1 در ارتباط سلامت به عوامل موثر بر شرایط و رفتارهای مرتبط با سلامتی مربوط است. عوامل موثر بر رفتار شامل عوامل مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده است. عوامل مستعد کننده مقدمر بر رفتار هستند و یک منطق اگزه انجام رفتار فراهم می‌کند. عوامل قادر کننده مقدم بر رفتار هستند و اجازه می‌دهند یک انگیزه آشکار شود. عوامل تقویت کننده عواملی هستند که به دنبال یک رفتار شرایط پاسخی به مسئله یا نکردن رفتار فراهم می‌کنند. محقق می‌تواند هر رفتار انجام شده را به‌عنوان تأثیر تجمیعی این سه عامل توصیف کند. عوامل مستعد کننده قادر کننده و تقویت کننده باقی برای ایجاد و ثبات رفتار همکاری کنند. برخی از اینها رفتار را باید همه این عوامل را به نظر گیرند. عوامل مستعد کننده مانند دانش، اعتقاد، ارزش، خودکارامدی، نگرش و مهارت‌های موجود هستند. عوامل قادر کننده شامل مانع در دسترس و مهارت‌های جدید هستند. عوامل تقویت کننده می‌توانند شامل حمایت اجتماعی تأثیر همسران، توصیه‌ها و یا گزارش از انگیزه‌های خدمت بهداشتی و حتی نتایج جسمی و فیزیولوژیکی انجام یک رفتار باشد. محقق می‌تواند تقویت کننده‌ها را مثبت و منفی برای انجام یک رفتار را به بینی نماید. ممنوعیت تقویت کننده وابسته به اهداف و نوع برنامه تفاوت می‌کند.

1 - Educational and Ecological Assessment
انتخاب مولفه هایی از تغییرات محیطی و رفتاری
سه گام یا به در این مرحله شما:

1- شناخت و طبقه‌بندی

در این مرحله فهرست عوامل علی‌البدل به هر هدف محیطی و رفتاری تهیه می‌شود. روشهای رسمی و غیررسمی می‌توانند از قلمرو undesirable استفاده از پرسشنامه، که روش‌های متعدد و پستی استفاده شوند. روشهای رسمی مانند پرسشنامه، فهرست‌های محیطی و پرسشنامه‌ها می‌توانند به وسیله جمع‌آوری آوری و سازمان‌های اتطلاعات از افراد و گروه‌ها استفاده شوند. در این مرحله، طبقه‌بندی می‌تواند سه دسته هدف برای مداخله تعیین کند.

گام دوم: تنظیم اولویت‌ها در سه طبقه‌بندی

همه طبقه‌بندی نشان می‌دهد به اولویت‌های دو نظیر هزینه در نظر گرفته شوند. محقق باید به اولویت می‌تواند به اولویت بندی طبقه‌ها بپردازد. این مثال در طراحی ایده خدمات غربالگری قبل از اینکه یک تفاوت در آن خدمات ایجاد شده باشد باید در دسترس باشد. مردم اگر از خطر آگاه نباشند تعدادی از رفتارهای کاهش دهنده خطر را انجام نخواهند داد.

گام سوم: اولویت بندی در سه طبقه‌بندی عوامل مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده

در این مرحله با توجه به معیار اهمیت و قابلیت تغییر پذیری، اولویت‌های درون هر طبقه مشخص می‌شوند. اهمیت می‌تواند به وسیله سبیع (فراوانی عامل) و استاندی (گونه‌ای ارتباط عامل و غربالگری در معرض خطر) و ضرورت (ضرورت یک مشکل) تعیین شود. قابلیت تغییرپذیری می‌تواند با جستجوی نتایج برنامه‌های قابل مشخص شود. محقق می‌تواند قابلیت تغییرپذیری و اولویت عوامل را بر طبق مراحل تنوری در کنار نوآوری تجزیه و تحلیل کنند.

در پایان این سه گام اهداف پادگنی، اولویت مستعد کننده، هدف و مهارت‌ها را در پایان مداخله‌اش نشان می‌دهد. اهداف پادگنی شامل عوامل قادر کننده محیطی هستند که با باید در هدف برنامه وجود داشته باشد. اهداف پادگنی ممکن است نه به تری انجام جمعیت هدف، بلکه برای افرادی که جمعیت هدف را تقویت و تحت تاثیر قرار می‌دهد نیاز پذیرند شوند.

مرحله پنجم: تشخیص سیاسی و مدیریتی

بررسی مدیریتی شامل لازم تجزیه و تحلیل مبانی مورد نیاز و در دسترس سازمان‌های جامعه و عوامل تشخیص کننده برنامه مانند حمایت‌های محیطی برای انجام فعالیت‌های اجتماعی است. موفقیت در اجرای برنامه با حد زیادی به حمایت‌های سازمانی و قانونی بستگی دارد. در این مرحله مبانی مورد نیاز و در دسترس برای اجرا و تقویت برنامه، موانع سازمانی و تسهیل کننده‌های تأثیرگذار بر اجرای برنامه و قوانین مورد نیاز جهت حمایت، توانمندی

1 - Political and Management Aessment
و ارتقاء برنامه مشخص می‌شود. طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه نیازمند بکارگیری برخی قوانین و مقررات و
حمامی‌های سازمانی می‌باشد. در تحقیق مدرن‌ترین اولین گام بررسی و ارزیابی موانع مورد نیاز (شامل زمان،
کارکنان و بودجه لازم) است. مرحله دوم شامل بررسی موانع در دسترس (شامل کارکنان و سایر موارد مربوط به
بودجه) است. گام سوم بررسی عوامل مؤثر بر اجرا (شامل تبعه و تغییر کارکنان در گذشته، درجه بی‌چیدگی تغییر,
شرايط محیطی و غیره) می‌باشد. مراحل تحقیق سیاسی عبارتند از: گام اول ارزیابی خطا مشی‌ها، قوانین و
رسالت‌های سازمانی (مثل از طریق آشنا شدن با فرهنگ سازمانی، تعيین انعطاف پذیری قوانین و پيش بینی و
غلبه بر موانع) است. قبل از اجرای یک برنامه، آگاهی از تناسب آن برنامه با اهداف سازمانی، قوانین و مقررات و
آیننامه‌ها مورد لازم است. در سازمان‌ها آمیزه‌ای از تعهدات رسمی و غیر رسمی حاکم است. در روابطی با
تضاد های بین برنامه و خطا مشی‌های سازمانی باید یکی از سه مورد زیر را انتخاب کرد:

1- منطقب کردن اهداف برنامه با اهداف قانونی و سازمانی
2- تغییر تعهدات سازمانی و قانونی
3- برداختن به خشکی از قسمتهایی هد و مورد فوق

گام دوم ارزیابی از نیروها و فشارهای سیاسی است. هنگامی که برنامه ریزی تصمیم به اختصاص موانع محدود
به برنامه‌ها دارد، عوامل سیاسی بر تصمیم گیری آنها تأثیرگذارند.

مرحله پنجم : ارزیابی

به دلایل مختلف انجام ارزیابی در برنامه‌ها لازم است. نتایج ارزیابی ما را در رسیدن به نتایج کمک خواهید
نمود. نتایج ارزیابی باعث ادامه و تقویت برنامه‌ها شده و از مصرف منابع برای برنامه‌های غیر مفيد جلوگیری
می‌نماید. بطور ساده ارزیابی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت به عنوان مقایسه هدف مورد نظر در
برابر استانداردهای قابل قبول تعیین می‌شود. برنامه ارتقاء سلامتی می‌تواند در یک یا چند سطح ارزیابی شود
سطح فراوان، تاثیرات فوری و نتایج نهایی). در ادامه به بررسی سطوح ارزیابی می‌پردازیم.

از ارزیابی فراوان اولین سطح ارزیابی است، جرا که در شروع برنامه قابل انجام است. مشخص کردن مواد
موجود در مراحل اولیه برنامه باعث خواهد شد که مدیران برنامه به اتخاذ تطبیقی و تعمیل‌های در برنامه قبل از
غير قابل کنترل شدن مواد منابع بپردازند. در این سطح می‌توان از آزمون روش را پایه‌ای برای برنامه و آزمون رسانه
های طراحی شده جدید از نظر خصوصیاتی چون قابل خواندن، حساسیت فرهنگی، قابل قبول بودن برای
مختارین پرداخت. در ارزیابی فراوان همه و روزهای برنامه، فعالیت‌های اجرایی و واکنش‌های افراد ذی نفع باید
بررسی شوند. ورودی‌های مواد قابل اأت باید قابل پذیرفتن باشد. فعالیت‌های اجرایی شکل کار انجام شده توسط کارمندان، روشهای
جمع آوری داده‌ها، فعالیت قانونی و سازمانی، انتشار رسانه‌ها و هر پدیده حمایت کننده دیگر است. واکنش‌های
افراد ذی نفع شکل برنامه ریزی توسط اعضای انجمن، عکس عملکرد یک گروه متمرکز نسبت به موارد
برنامه، سطح مشارکت در میان گروه‌های برنامه و پایش سازمان‌های همکار و گروه‌های برنامه است. باید توجه

۱۵۸
داشت که مرز بین ورودی‌های برنامه و اجرا نامعلوم است. ارزیابی فرایند می‌تواند انحراف یا عدم انحراف برنامه از سیاست، اصول و دستورالعمل‌های هدف را اشکال سازد. بیمارانی خواهد توانست نتایج ابتدایی و نهایی را مورد تفسیر قرار داده و هرگونه انحراف را در برنامه مشخص سازد.

ارزیابی نتایج فوری: سطح دوم ارزیابی است. یعنی ارزیابی از تاثیرات فوری برنامه (با برخی جنبه‌های دیگر آن) بر رفتارهای هدف و عوامل مستعده کننده، قدر کننده و تقویت کننده آن رفتارها یا بر عوامل محیطی موثر. جهت ارزیابی تاثیرات فوری برنامه باید اهداف رفتاری و آموزشی (که در مرحله سوم و چهارم فرایند برنامه را تجهیز پرست منشی می‌شوند) دارای معيارهای جوی و وضوح و برگی و توجیه پذیری باشند. یک برنامه ارتقای سلامت باایستیفاده از نشان دادن برخی از تاثیرات فوری برنامه بر رفتار باشد.

ارزیابی نتایج بلند مدت: سطح سوم ارزیابی شامل ارزیابی نهایی از اهداف مورد نظر می‌باشد که شامل شاخصهای وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که در مرحله اولیه فرایند برنامه برای مشخص شده‌اند. آنها در بردارنده شاخصهای جوی میزانهای مزکور و مهر، بیماری، ناتوانی در جمعیت مرتبط و شاخصهای اجتماعی مثل گزارش پیکره، پیکره، بی خانمانی و غیره هستند. توانایی نشان دادن تغییرات رخ داده در متغیرهای نتایج فوری و نهایی، وابسته به ویژگی‌های استانداردها، صرایح و دقت انداره گری، اندازه تاثیر، اندازه جمعیت یا نمونه مورد بررسی می‌باشد (2).

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله اول</th>
<th>مرحله دوم</th>
<th>مرحله سوم</th>
<th>مرحله چهارم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تشخیص اجتماعی</td>
<td>تشخیص آموزشی</td>
<td>تشخیص مدیریتی و</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1- Impact Evaluation
2- Outcome Evaluation
الف: محتوای فعالیت‌ با اهمیت موضوع
ب: گام‌ها و فنون مرتبط با هر مرحله
ج: فرآیندهایی را ویژه و مرتبط در هر مرحله

موفقیت یا شکست برنامه ریزی اغلب واکنش به این است که مرحله اول الگو جهانی انجام شود. عناصر کلیدی مرحله اول الگوی مايكو شامل ادراک مشکلات و سپس مراجع، تفکر در موردهای را بهره‌برداری مرتبط، بسته قرارداد اولیه و آگاهی سازی مراجع از مشکلات موجود، به نحوی که برای تغییر آماده گردند. منحصراً آموزش بهبودی نقش حیاتی در موفقیت این مرحله ی داشت. ضمناً بسته قرارداد به یک تعهد اولیه با مراجع است و ضرورتاً لازم بودن نوشته در آی. قرارداد، جهت اعتقادی و ایده‌آل در مراجع بسته می‌شود. همچنین قرارداد با یکی از انحصاری را از هر قسمت اشکال ساخته و وسعت و ضریب انجام فعالیت را توصیف نموده، منابع مورد نیاز را مشخص کرده و اگر شرایط اجرا دهد شرتص لازم برای تغییر را نیز ارائه دهد.

رهیبان حاضر در جامعه یا سازمان‌ها با یکی در مرحله اول الگوی مايكو شناسایی گردید. برای کاهش تضادهای

بعدی باید ارزش‌های رهیبان، کاربران و ارائه‌دهنده‌گان خدمات تا اکنون مشخص شوند. مرحله دوم الگوی مايكو شامل نیاز سنجی است. الگوی مايكو نشان می‌دهد که تکنولوژی برای نیاز سنجی

(وانته به نوع اهداف) می‌تواند باده و ارزان با یک سیستم گران و پیچیده باشد. مرحله دوم الگوی مايكو 4 گام به

شرح زیر دارد:

گام اول: مشخص نمودن طریقه اندازه گیری مشکل مورد نظر در گذشته‌ای این امر به ما کمک می‌کند مشکل را در مرکز توجه خود را قرار دهیم. همه مجريان می‌پایی به نقطه شرط ارزیابی استانداردها و معيارها تواناق

حص را نمایند. یک نقطه شرط مناسب می‌تواند به‌طور اندیشگیری مشکل فعالی در گذشته باشد.

گام دوم: تعیین نوع داده ای که باید درباره مشکل جمع آوری گرد و همچنین چگونگی جمع آوری آن داده‌ها کمیته برنامه ریزی باید بر رویکرد دهد که آموزش‌های جمع آوری داده‌ها چه‌چیزی از آنها تواناق حاصل نمایند.

گام سوم: جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها. برنامه ریزی این مرحله نیازمند آشنا بودن با رویکردهای فنی و روشهای واقعی بودن افزایش داده‌های مختلف گردآوری شده و روشهای تجزیه و تحلیل داده‌ها برای انجام

تصمیم گیری برای حساسیت است. کمیته برنامه ریزی باید در این مرحله نیز با هم توافق نمایند. ضمناً برقراری ارتباط بین اعضاء کمیته برنامه ریزی و مراجع ضروری است.

گام چهارم: توصیف ماهیت و وسعت مشکل بر آساس داده‌های صحیح و تجزیه و تحلیل تخصصی از داده‌های

گردآوری شده از مراحل قبل.

مرحله سوم الگوی مايكو مرحله تعیین هدف می‌باشد. در الگوی مايكو هدف به‌عنوان روابط تغییر شده که

قرار است در آینده انگلیسی افتد و در حال حاضر کوشاشها و تلاش‌ها به سمت آن هدایت می‌گردد. درواقع تعیین

1. Subjective Matter
اهداف جزئی یک مرحله جهت دستیابی به اهداف نهایی است. اهداف عینی می‌توانند به عنوان شاخص مؤقتی در نظر گرفته شوند. مرحله سوم الگوی مایکو خود دارای 5 گام به شرح ذیل می‌باشد:

### گام اول: تعیین معیار برای اهداف
اهداف با یادداشت‌ریزی‌ها و اندوه‌ها گیرنده کنند و با یک چارچوب زمانی منطقی تدوین گردند.

### گام دوم: اطمینان از مناسبیت و ارتباط بین اهداف تعیین شده با خط مشی های حاکم بر جامعه یا سازمان
خاص این امر مطالعه یا باهم‌سمت‌سازی آن ارائه دهد. این امر نمایانی از اهداف نیرو به سازمانها باشند و لازم است در فرآیند برنامه‌ریزی در نظر آورده شوند.

### گام سوم: تدوین گزارشی جامع در خصوص اهداف چندگانه و اثرات و عواقب هر هدف
این امر نمایانی از اطلاعات بر روی جهت رویارویی با تغییرات پیش‌بینی نشده را افزایش می‌دهد.

### گام چهارم: انتخاب یک چند هدف از بین فهرست چند گانه اهداف

### گام پنجم: طراحی راهبردهای مناسب جهت دستیابی به اهداف مورد نظر (3)
مرحله چهارم الگوی مایکو شامل برنامه ریزی یک برنامه عملیاتی است. در این باید مرحله سیستم و ابزارهای لازم جهت مدیریت فعالیت‌های طراحی گردد. ضمناً با یک افزایش در افراد در در گر برنامه تعهد کتیبی گرفته شود. این مرحله خود دارای 3 گام به شرح ذیل می‌باشد:

### گام اول: طراحی برنامه بصورت نوشتابی
این امر مستلزم مطالعه روشهای برنامه‌ریزی و نیازمند ادراک و تعهد کافی می‌باشد.

### گام دوم: طراحی سیستم مدیریت و ابزار
این طراحی باید در پردازش مورد زیر باشد:

1. اطمینان یافتن از افزایش بهره‌وری برنامه جهت رسیدن به اهداف تعیین شده
2. پایش اجرای فعالیت‌ها
3. برقراری ارتباط باز بین عناصر برنامه و مردم
4. تشکیل یک نظام پیگیری/مداخله برای زمانی که مشکل مورد نظر توسعه یابد.

الگوی مایکو بر مدیریت باوساطه اهداف تاکید دارد و در تلاش است یک سیستم مدیریتی بر پایه نتایج نهایی و قابل حصول باشد. این سیستم مدیریتی در بردارندی اطلاعات مرتبط با منابع و چارچوب‌های زمانی لازم برای انجام وظایف تعیین‌شده مجزای را در مرحله است.

### گام سوم: گفتگو بر سر تعدادی تعهدات. تعهداتی می‌تواند بصورت نوشتاری در آید که در این صورت است مشابه 1
نامیده می‌گردد.

مرحله پنجم الگوی مایکو شامل برنامه ریزی است که خود 4 گام به شرح زیر دارد:

### گام اول: شرایط فعلیت
این گام با یاد مساعدهای لازم به شرکت‌های کننده‌گان ارائه گردد، حل مسائل صورت و

1. Memoranda
پیشرفت‌ها گزارش گردند.

گام دوم: ارائه آموزش‌های مداوم، مساعدت‌های فنی و مشاوره. کمک به افراد جهت اجتنام به‌تربیت کار می‌تواند از افزایش عمل را در آنان افزایش دهد. کلاسهای آموزشی و راهنمایی‌های فنی باید ارائه گردد.

گام سوم: اقدام در مورد مشکلاتی که مراجع با آن روبرو می‌گردد.

گام چهارم: تهیه مداوم گزارش و مستندسازی پیشرفت‌های فعالیت‌ها به گونه‌ای که قابل قبول کننده باشد.

مرحله ششم: الگوی مایکو شامل ارزیابی‌های می‌باشد. این مرحله خود در دارای ۴ گام به شرح زیر است:

گام اول: مشخص کردن معیارهای ارزیابی. اگر اهداف از ابتدا بر پایه شاخص‌های انداره گیری شده بنا نهاده شوند، ارزیابی می‌تواند با شناسایی و بررسی آن شاخص‌ها و معیارها آغاز گردد. در این مرحله سرشاری و دیگر منابع نیز بايد مورد محاسبه قرار گیرند. بايد در نظر داشت که برخی از اعضاء تیم برنامه ریزی ممکن است در تفسیر شاخص‌های ارزیابی و نتایج متخصص باشند و برخی دیگر این توانایی را ندارند. اما در نهایت هر کسی بايد بنواند معیارهای تعبیه شده را ادراک و تشخیص دهد.

گام دوم: جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها. این گام در واقع نتایج فعالیت‌ها و دلایل آنها را معلوم می‌نماید.

گام سوم: گزارش ارزیابی به نحوی که شرکت کننده‌اند بازخورده مناسبی از میزان موفقیت فعالیت‌ها دریافت نمایند.

گام چهارم: استفاده از نتایج ارزیابی برای تعیین دوباره مشکل و تعیین دوباره معیارها و استانداردها جهت معین کردن ماهیت و وضع مشکل (۳).
<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله ششم: ارزیابی</th>
<th>مرحله نهم: اجرای برنامه</th>
<th>مرحله چهارم: برنامه ریزی</th>
<th>مرحله سوم: تعیین اهداف</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. ارتباطات</td>
<td>1. ارتباطات</td>
<td>1. ارتباطات</td>
<td>1. ارتباطات</td>
</tr>
<tr>
<td>2. تغییر نکات</td>
<td>3. تغییر نکات</td>
<td>4. تغییر نکات</td>
<td>4. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>3. تغییر نکات</td>
<td>5. تغییر نکات</td>
<td>5. تغییر نکات</td>
<td>5. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>4. تغییر نکات</td>
<td>6. تغییر نکات</td>
<td>6. تغییر نکات</td>
<td>6. تغییر نکات</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 4-7: الگوی مایکو در برنامه ریزی ارائه سلامت و آموزش بهداشت

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله اول: شروع</th>
<th>مرحله دوم: نیاز سنگینی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. شروع</td>
<td>1. شروع</td>
</tr>
<tr>
<td>2. شروع</td>
<td>2. شروع</td>
</tr>
<tr>
<td>3. شروع</td>
<td>3. شروع</td>
</tr>
</tbody>
</table>

|
| مرحله سه:\n| 1. مرحله اول: شروع |
| ادرج آگاهی و معیارهای موجود | 3. شروع |
| 4. مرحله دوم: نیاز سنگینی |
| ارتباطات با، حساسیت به منبع داده‌ها | 4. مرحله دوم: نیاز سنگینی |
| 5. مرحله سه: مرحله اول |
| توصیف ماهیت و وسعت مساله | 5. مرحله دوم: نیاز سنگینی |
| 6. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی |
| جمع آوری داده و تحلیل | 6. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی |
| 7. مرحله سوم: تعیین اهداف |
| تضمینی گرایش بر سر داده‌های | 7. مرحله سوم: تعیین اهداف |
| 8. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی |
| تشخیص و بررسی معیارهای موجود | 8. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی |
| 9. مرحله سوم: تعیین اهداف |
| تمایل به منبع داده‌ها | 9. مرحله سوم: تعیین اهداف |
| 10. مرحله پنجم: اجرای برنامه | 10. مرحله پنجم: اجرای برنامه |
| 11. مرحله ششم: ارزیابی | 11. مرحله ششم: ارزیابی |
| 12. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی | 12. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی |
| 14. مرحله دوم: نیاز سنگینی | 14. مرحله دوم: نیاز سنگینی |
| 15. مرحله اول: شروع | 15. مرحله اول: شروع |

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله پنجم: اجرای برنامه</th>
<th>مرحله ششم: ارزیابی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. ارتباطات</td>
<td>1. ارتباطات</td>
</tr>
<tr>
<td>2. تغییر نکات</td>
<td>2. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>3. تغییر نکات</td>
<td>3. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>4. تغییر نکات</td>
<td>4. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>5. تغییر نکات</td>
<td>5. تغییر نکات</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله سوم: تعیین اهداف</th>
<th>مرحله پنجم: اجرای برنامه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. ارتباطات</td>
<td>1. ارتباطات</td>
</tr>
<tr>
<td>2. تغییر نکات</td>
<td>2. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>3. تغییر نکات</td>
<td>3. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>4. تغییر نکات</td>
<td>4. تغییر نکات</td>
</tr>
<tr>
<td>5. تغییر نکات</td>
<td>5. تغییر نکات</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>مرحله اول: شروع</th>
<th>مرحله دوم: نیاز سنگینی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. شروع</td>
<td>1. شروع</td>
</tr>
<tr>
<td>2. شروع</td>
<td>2. شروع</td>
</tr>
<tr>
<td>3. شروع</td>
<td>3. شروع</td>
</tr>
<tr>
<td>4. مرحله دوم: نیاز سنگینی</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ارتباطات با، حساسیت به منبع داده‌ها</td>
<td>4. مرحله دوم: نیاز سنگینی</td>
</tr>
<tr>
<td>5. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
<td>5. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>توصیف ماهیت و وسعت مساله</td>
<td>5. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>6. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
<td>6. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع آوری داده و تحلیل</td>
<td>6. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
</tr>
<tr>
<td>7. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
<td>7. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>تضمینی گرایش بر سر داده‌های</td>
<td>7. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>8. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
<td>8. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
</tr>
<tr>
<td>تشخیص و بررسی معیارهای موجود</td>
<td>8. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
</tr>
<tr>
<td>تمایل به منبع داده‌ها</td>
<td>9. مرحله سوم: تعیین اهداف</td>
</tr>
<tr>
<td>10. مرحله پنجم: اجرای برنامه</td>
<td>10. مرحله پنجم: اجرای برنامه</td>
</tr>
<tr>
<td>11. مرحله ششم: ارزیابی</td>
<td>11. مرحله ششم: ارزیابی</td>
</tr>
<tr>
<td>12. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
<td>12. مرحله چهارم: برنامه‌ریزی</td>
</tr>
<tr>
<td>14. مرحله دوم: نیاز سنگینی</td>
<td>14. مرحله دوم: نیاز سنگینی</td>
</tr>
<tr>
<td>15. مرحله اول: شروع</td>
<td>15. مرحله اول: شروع</td>
</tr>
</tbody>
</table>
الگوی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه

الگوی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه یعنوان یک الگوی مفهومی می‌تواند در شرایطی صورت استفاده قرار گیرد که انجام نیازمندی‌های محلی گسترده، به سبب فوریت فعالیت‌های ارتقاء سلامت و اموزش بهداشت امکان پذیر نیست. جهت بحوزه این الگو در بردارنده دیدگاه‌های بیمارستانی ارتقاء سلامت است و بنا بر این مهم است که عوامل موثر بر سلامت و رفتارهای سالم به هم وابسته‌اند و در سطوح مختلف اجتماعی می‌توانند رخ دهد.

برنامه ریزی با این الگو نیازمند توجه ویژه به سیاستی از عوامل تعیین کننده سلامت و تمرکز بر اقدامات محلی خاص برای پرداختن به این عوامل است. این الگو به هنگامی که خطرات رفتاری و محیطی و عوامل پیشگیری کننده از بیماری و حادثه شناخته‌شده اند و همچنین زمانی که اولویت‌های کلی اجرایی تعیین شده‌اند، کاربرد می‌یابد. بنابراین نیازمندی‌ها قبل از اجرای این الگو، ایجادکردن سلامت باشد. مداخلات می‌توانند در سطح فردی، بین فردی، سازمانی، اجتماعی و دولتی و در مکان‌های مثل مدارس، محله‌های کار و تولید، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی و جامعه انجام بپذیرند.

1. رفتارهای افراد (حتی زمانی که اساساً توسط افراد فاقد کنترل باشند) تحت تاثیر عوامل محیطی قرار دارند.
2. سطح بین فردی در بردارنده دوستان، خانواده و ارائه دهنده خدمات بهداشتی می‌باشد.
3. عوامل سازمانی شامل خصوصی‌های منابع و برنامه‌های موثر بر سلامت و رفتار می‌باشند؛ امکان مذهبی، مدارس و مؤسسات آموزشی، غیره این آموزشی بانفوذ محسوب می‌گردد.
4. جنبه‌های اجتماعی، تحصیلات و حمایت از برنامه‌ها، فعالیت‌ها و خصوصی‌های دارای تاثیرات بر شماری بر سلامت هستند. سطح اجتماعی در بردارنده گروه‌هایی از افراد است که جمعیت کل را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند.
5. عوامل دولتی در بردارنده منابع، برنامه‌ها، خصوصی‌های و کنترل‌ها، اعمال شده و توسط دولت می‌باشد.

در سیاستی از مکان‌ها، برنامه‌های موجود در درون ۵ سطح دیدگاه بیمارستانی با عنوان اهداف برنامه‌های ارتقاء سلامت در نظر گرفته. الگوی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه متشکل از ۵ مرحله شامل انتخاب اهداف، برنامه‌ریزی مداخله، طراحی برنامه، آمادگی چه جهت اجرای ارزش‌پذیری است.

هر مرحله از چندین گام تشکیل شده است.

مرحله اول: انتخاب اهداف است. خود این مرحله دارای گامی به شرح زیر است:

1. گام اول: انتخاب اهداف مرتبط با وضعیت سلامت
2. گام دوم: انتخاب جمعیت‌های اولویت دار با هدف
3. گام سوم: شناسایی اهداف مرتبط با رفتارهای بهداشتی
4. گام چهارم: شناسایی اهداف مرتبط با عوامل محیطی

1. Multilevel Approach To Community Health ((MATCH))
هر گام مرحله اول خود مستلزم برخی توجهات است که در زیر به شرح آنها پرداخته می‌گردد.

انتخاب اهداف بهداشتی معمولاً بر اساس شیوع مشکلات بهداشتی و خصوصیات موجود، وضعیت جمعیت هدف، اهمیت واقعی و ادراک شده مشکل بهداشتی و ارتباط آن با دیگر مشکلات جایگزین جمعیت هدف، استعداد تغییر پذیری مشکل بهداشتی و دیگر ملاحظات مرتبه بالای رسانایی و اولویت‌های برنامه‌نگر باشند. در این مرحله نیازمندی محدود به شناسایی نیازهای بهداشتی با همیت و شایع می‌باشد. در این نیازمندی‌ها عمداً از داده‌های بهداشتی محلی یا داده‌های مسئولیت اجرای مشکلات منطقه استفاده می‌شود. ضمناً اهمیت مشکل و استعداد تغییر پذیری آن باید در هنگام توجه قرار داده شود.

در انتخاب جمعیت‌های اولیتی دار به شناسایی گروه‌هایی از افراد مبادرت می‌شود که قرار است مداخله برای آنها پیاده شود. جمعیت هدف باید در حوزه ریال ابتلا به یک مشکل بهداشتی باشد. جمعیت هدف می‌تواند شامل برخی از آنها باشد. این کافی آمده‌است که همیت دارد، در دسترس بودن جمعیت هدف است. توجه به ماموریت‌ها و اهداف سازمان‌های حکیم و مشاوره‌های مربوط به شناسایی جمعیت هدف امری اساسی تلقی می‌گردد.

در گام شناسایی اهداف مبتنی بر رفتارهای بهداشتی و سالمند به شناسایی آن دسته از رفتارهای بهداشتی که در ارتباط به سلامت جمعیت می‌باشد، شیوع بالاتر و قابلیت تغییر دهنده بیشتری دارد پرداخته می‌شود. برای انتخاب اهداف محیطی باید فشرده از عوامل محیطی که جمعیت هدف را در خطر قرار می‌دهند، یا از مشکلات بهداشتی و رفتارهای ناسالم پیشگیری می‌کند و سبب ارتباط رفتارهای سالم می‌شوند، تهیه کرد.

مرحله دوم گوی روزیکرد چنین سطحی در سلسله صلاحیت جامعه شامل برخی از اهداف مداخله است و در واقع انطباق دهده.

اهداف مداخله با افراد هدف فعلی‌تیه‌ای مداخله می‌باشد. گام اول مرحله عبارتند از:

- گام اول: شناسایی افراد هدف فعلی‌تیه‌ای مداخله
- گام دوم: انتخاب اهداف مداخله
- گام سوم: شناسایی واسطة های موتر بر اهداف مداخله
- گام چهارم: انتخاب رویکرد مداخله

افراد هدف در مداخله شامل افرادی هستند که کنترل از حد مشاهده نداشته که با تاثیرگذارنده بر اهداف مداخله می‌باشند. افراد هدف در فعلی‌تیه‌ای مداخله ۱ ممکن است افرادی باشد که به ارتباط نزدیک با جمعیت‌های هدف قرار دارند. مانند دوستان قابلی و با عاطفه، همچنین منی توانسته شماره بهترین سازمانی مانند مدیران یا پرستاران، رهبران موجود در سطح جامعه یا سازمان‌های دولتی باشند. اهداف مداخله ممکن در انتخاب افراد هدف مداخله نیز تاثیرگذارند.

در این مرحله چنین که بیشترین اهمیت را دارد، شناسایی افرادی که می‌توانند بر اهداف مداخله تأثیر بگذارند. اهداف مداخله با این در جهت تغییر رفتارهای بهداشتی هدف و عوامل محیطی تدوین گردد. لذا انتخاب

1. The Targets of the Intervention Actions (TIA)
دقیق اهداف امری حیاتی است و مستلزم توجه بسیاری است. با این توجه داشته که برنامه هایی که اهداف چندگانه در یک یا چند سطح بوم شناختی را مدت نظر دارند در عمل موفقیت بیشتری به دست می‌آورند. شیوع عوامل خطر محیطی و فاکتوری یا عوامل بیشگیری کننده، 5 سطح بوم شناختی، گروه هدف در فعالیت‌های داخلی، مکان اجرا مداخلات و ملاحظات برنامه های بزرگ همگی از مکانیکی هم یا در انتخاب اهداف داخلی به شمار می‌روند. میانجی‌ها (مانند آگاهی، اقدام، تغییرات، تجهیز و تقویت) عواملی هستند که بطور سببی به یک هدف ارتباط می‌یابند. میانجی‌ها را می‌توان با آموزش تغییرات داده و از آنها در جهت ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب استفاده نمود. شناسایی میانجی‌ها یک مرتبط با اهداف داخلی امری ضروری جهت موفقیت برنامه تلقی می‌گردد. انتخاب یک رویکرد مداخله وابسته به اهداف ویژه مداخله بسیار، اگر رویکرد انتخاب شده مناسب و موثر باشد. افراد هدف در فعالیت‌های داخلی عکس العمل نشان داده و یا بر طبق اهداف مداخله عمل، تسمیم گیرند و رفتار می‌کنند. بنابراین مداخله در فعالیت‌های ارتباط سلامت و آموزش بهداشت بیشتر اهمیت را داراست. روبروی دهای مداخله در دبیراندیه آموزش، مداخله، کاروزی، سازمان‌های جامعه، قرارگیری، اجتماعی و حمایت از علتهای ویژه می‌باشد.
مرحله سوم الگویی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه شامل طراحی برنامه است و خود متشکل از گام‌های زیر است:

**گام اول:** طراحی قسمتهای مختلف و اجرا برنامه

**گام دوم:** انتخاب یا طراحی دوره و راهنمایی داخلی

**گام سوم:** طراحی برنامه‌های قابل اجرا در هر جلسه

**گام چهارم:** طراحی یا استفاده از رسانه‌های آموزشی مناسب

برنامه‌های آموزشی بهداشت و ارتباط سلامت معمولا چند بعدی طراحی می‌شوند و می‌توانند بر فراز‌های مختلف یا اهداف محیطی متفاوت، اهداف داخلی، مکان‌ها، روابط و یا هر چیزی بیشتری منظمی که اما در نهایت هدف نهایی همه این برنامه‌ها افزایش سطح سلامت افراد جامعه است. هر چیزی از برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتباط سلامت می‌تواند بر قسمت خاصی از مشکل متمرکز گردید. برنامه‌های رزیگه‌های گسترشده و تلاش‌های فراوان در این مرحله از الگوی لازم است. هر جلسه برگزار شده در طول دوره یا راهنمایی داخلی با دارای اهداف آموزشی، فعالیت‌های یادگیری و رسانه‌های یادگیری باشد. ضمیمه این موارد باید مناسب طراحی گردد و واقعاً توصیف شود. در همه موارد آموزش بهداشت و ارتباط سلامت می‌توانند خود، رسانه‌های آموزشی مورد نیاز، توصیف طراحی و تولید سازند. همچنین می‌توانند از رسانه‌های طراحی شده موجود که اثربخشی آنها اثبات شده است، استفاده نمایند.

مرحله چهارم الگویی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه شامل آمادگی جهت اجرای باشند. آموزش بهداشت و ارتباط سلامت در این مرحله آماده‌اند برنامه ریزی برای اجرای مداخله‌های انجام و مداخلات را پیاده سازند. این مرحله خود دارای گام‌هایی است شامل:

---

167
گام اول: آسان نمودن پذیرش، اجرا و نگهداری

گام دوم: انتخاب و آموزش مجريان

برنامه ريزان در سطح اجرا به اين امر واگر اند كه اجرای یک برنامه نيازمند اكتساب همکاری از افراد ديگر است. برنامه ريزان بايد یک طرح پيشنماید در خصوص مستندات نياز به تغيير، توسيع مداخله، ورودپيماي برنامه، ملاحظات سياسی و تصویب طرح توسط قانونگذاران، حل تضاذا و مجوزهای تهیه متابع مورد نياز تهیه كرده و به مجريان همکار ارائه دهد. آنها باید نياز، امادگي و حمایتی محیطی برای تغيير را دریافت كرده و تمايل و استپنا فراوان برای اجرای برنامه جديد داشته باشند. برای جلب همکاری افراد فعاليتیاي مداخله، برنامه ريزان بايد كارامي مداخلات را با ارائه یک الگو از موارد استفاده اجزاء برنامه با مستندات پرآورن موجود موفقیت برنامه های مشابه در ديگر نواحي متيک كردن. اغلب انجام یک مطالعه مقدماتي موثر واقع مي شود. برنامه ريزان برای اطمنان از موفقیت برنامه مي بايست به تغيير اندشه هاي ريبران كليدي و كارگزاران اقدام نموده و آنها را متقاعد برای نياز به تغيير نمايند. حمایت های افراد مي تواند شکسته را به موفقیت تبدیل كند. ارتباط با قانونگذاران، شرکت كننديگان، ديگر حرفه ها و جمعيت هدف برنامه موفقیت اجرا امری ضروری و لازم تلقی مي گردد. استفاده از آموزشDEPENDENT بهداشت و مجريان ارتباط سلامت بانجريه مي تواند سبب افزایش احتمال موفقیت گردد. ضمنا افراد ارتباط کمتر نيز بايد آموزش داده شوند تا ماهربانی لازم برای كار را مراجع را بدست آورند.

مرحله پنجم الگوی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه شامل ارزشيابی است. ارزشيابی در این الگو در سه سطح ارزشيابی فرايند، ارزشيابی نتایج فوري و ارزشيابی نتایج پایان مدت انجام مي گذيرد. ارزشيابی فرايند در طي اجراي برنامه انجام مي شود و به تعیین وصت و كيفيت اجرا و تاثیرات اجرا بر یادگيري فوري مي پردازد. اين ارزشيابي درباره استفاده افراد جديد، اجراي جلسات و برنامه هاكيكیت فعاليتياييبردارگي و یادگيري فوري است. عموما اين ارزشيابي آزوم كوتاه مدت از تغييرات است که در داشت، تغير و رفتار گروه هدف رخ داده است. ارزشيابي نتایج پایان مدت نيز مرتبط با تغيير در میانجيتهاي هدف، رفتارهای بهداشتی و عوامل محیطی است. ارزشيابي نتایج پایان مدت نيز متصل کي به حفظ رفتار تغيير داده شده با عوامل محیطی در طول زمان طولاني و بهبود وضعیت سلامت جمعيت (مانند كاهش ميزان بروز بهبداري) كاهش ميزان مركب یا کاهش ميزان حاملگي در نوجوانان) است.

فرایند الگوی رویکرد چند سطحی در سلامت جامعه به آموزش DEPENDENT بهداشت و ارتباط سلامت اجاهه مي دهد كه از یک رویکرد منطقی و نظام مند برای برنامه ريزي استفاده نمایند، خصوصا در زماني که عمده نياسنجها از قبل انجام شده باشند (3).
الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه

الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه یک فرایند برنامه ریزی شده می باشد که به جوامع دستیابی به اهدافشان باید می رساند. این رویکرد با الگوی پرستید بروز که مقایسه است.

این الگو توسط کارکنان مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها در سال 1983 یک اهداف اعتمادات ملی لازم جهت کنترل و پیشگیری از برخی بیماری‌های خاص طراحی شد. این الگو به راه اندازی گروه‌های ارتباط سلامت در جامعه کمک شایان می‌نماید. ضمنا در جمع‌آوری داده‌ها و استفاده از داده‌های محیط، تنظیم اولویت‌های بهداشتی و طراحی و ارزیابی مداخلات نیز کمک کننده می‌باشد.

پنج مرحله در این الگو وجود دارد که به شکل دایره وار و چرخه ای مطرح می‌گردند. چرخه الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه از سبیج جامعه آغاز می شود. اطلاعات از جامعه گرفته وریزی شده و سپس از نتایج داده‌ها اولویت‌های بهداشتی برای طراحی مداخله و اجرا مشخص می‌گردد. در مرحله آخر نیز ارزیابی قرار دارد که مبنا درگیری و مشاهدات جامعه می‌گردد. از اینجایی که فرآیند الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه گزینه می‌باشد و این اطلاعات منتج از ارزیابی، ادامه برنامه‌های جاری را می‌تواند بهبودی‌زده و برنامه‌ریزی را تشکیق به انجام مداخلات چندگانه می‌نماید.

این الگو بر این پایه است که به‌شترین انتخابی مراکز ارتباط سلامت در سطح جامعه است. در نهایت که مجزیان ارتباطات سلامت جهت موتور بودن تغییرات اجتماعی بر سبک زندگی افراد، باید تصمیمات خود را بر اساس داده‌های منتج از جامعه اخذ نمایند و با توجه به ارتباط نزدیک با جمعیتی قرار گیرند که قرار است مداخله را در آنجا اجرا سازند.

اهداف منبعث از رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه عبارتند از:

1. ایجاد یک مکانیسم کاربردی که بوسیله آن آموزش بهداشتی بهداشتی موجود در محل را هدف قرار دهد.

2. ارائه ابزاری که بوسیله آن مذکره آموزش بهداشتی بهداشتی با رهبران محلی بر سر اجرای فعالیت‌های آموزش بهداشت کا رکرد و مساعدتهای فنی لازم را از آنها دریافت نمایند.

الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه یک الگوی شبکه‌ای برنامه ریزی از نوع افقی است. شبکه های افقی در سطوح محلی و ملی عمل می‌کند و در حال ارتباطات وسیع بین موسسات خدمات رسانند به جمعیت هدف شکل می‌گیرند. شبکه افقی غالباً منجر به ایجاد پیوندگی و انتقال در سطوح سازمان‌های محلی می‌گردد.

همکاری چند بخشی یکی از مفاهیم کلیدی الگوی رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه می‌باشد. در تلاش برای انجام تغییرات در سطح محلی، حمایت شیوه جریانی است که از سطوح مرکزی ( شامل موسسات ملی

1. PATCH (Planned Approach to Community Health)
و استانی) تا محلی ادامه یافته و سبب ارتباط موسسات بهداشت عمومی محلی، ملی و استانی می‌گردد. این حمایت اغلب از سبک مدیریت بالا به پایین جهت تأمین سرمایه، اطلاعات، مساعدتهای فنی و رهبری امران فراتر از ارتباطات می‌شوند. ارتباطات افکنگ مشوق سازمان‌های سطح مرکزی برای ارتباط با سطح محلی می‌باشد. این امر ارتباطات بین موسسات مختلف در سطح ملی، سازمان‌های دولتی و خصوصی منطقه‌ای و گروه‌های محلی و افراد از افراد می‌دهد. درخواست از اصول راهنمایی که از اصول راهنمایی از درون چارچوب از دیدگاه فردی سازمان‌دهی شده و اقدامات جامعه حمایت می‌کند عباراتند از:

۱. مشارکت افراد جامعه در فرایند اساس: ابزار رویکرد پیشنهاد ریزی شده در سلامت جامعه در مشارکت فعالانه طبیب و سیاسی از اعضای جامعه است. چرا که همین افراد را به تجزیه و تحلیل داده‌های جامعه، اولویت بندی، برنامه‌ریزی جهت مداخله و تصمیم‌گیری بر سر اولویت‌های بهداشتی جامعه خود، تجربه برداخته است. 

۲. استفاده از داده‌های طرحی مداخلات: داده‌های سیاستی می‌توانند توصیف کندن و وضعیت سلامت و نیازهای جامعه باشد. این داده‌ها می‌توانند در طراحی مداخلات به اعضای جامعه یاری رسانند.

۳. طراحی استراتژی جامع ارتقا سلامت توسط شرکت کننده‌گان: اعضای جامعه باید در مراحل پیش‌بینی و مشکلات بهداشتی جامعه خوبی را تجزیه و تحلیل کنند. آنها باید به بررسی خصوصیات هر جامعه، خدمات و منابع برداختن و یک استراتژی برای ارتقای سلامت کل جامعه ارائه دهند. مداخلات می‌توانند در برداشتن برنامه‌های امروزی، بسیج‌های رسانه‌ای، حمایت سیاسی و مداخلات مربوط به فرایند انتقال خدمات بهداشتی، مهلت‌های کار و دیگر قسمت‌های جامعه اجرایی گردد. شرکت کننده‌گان با پیشنهاد تشویق شوند که اهداف مداخله را مناسب با اهداف ملی سلامت تدوین نمایند.

۴. تاکید در ارزش‌پذیری بر پایه‌ورود و طراحی برنامه: بازاریابیی برای افراد در برنامه‌های جامعه است. ارزش‌پذیری در این صورت است که خواهد توانست منجر به بهبود خوب ملاحظه در برنامه گردد.

۵. فرضیه جامعه برای ارتقا سلامت با یاد افزایش یابد: فرآیند افزایش رویکرد برنامه ریزی شده در سلامت جامعه در زمینه اولویت‌های بهداشتی مختلف قابل کاربرد است. خواسته ای از افراد برای افراد صورت نگرفته از افراد می‌تواند با پیشنهاد افراد در زمینه انتخاب برنامه‌های بهداشتی جامعه خود و افزایش مهارت‌های ارتقا سلامت عمیق‌تر می‌باشد.

۶. استفاده از اصول راهنمایی ذکر شده سیستم‌های جامعه از درون چارچوب از دیدگاه فردی سازمان‌دهی شده، این است. بافتگی و گردید. این اهداف عبارتند از:

الف) افراد مداخله جامعه
ب) جمع آوری داده‌های محلی و تجزیه و تحلیل مسائل بهداشتی
ج) طراحی استراتژی‌های جدگاه‌های برای رویارویی با اهداف تدوین شده و برگرفته از تجزیه و تحلیل جامعه
د) پایان مسئولیت و ارزش‌پذیری استراتژی‌ها

۱۷۰
کسب حمایت از نظام بهداشت عمومی

۱۷۱
ارتباط در ار提ق ء سلامت

مقدمه فصل

ارتباط بخش تفکیک ناباید اکثر مداخلات ارتقای سلامت به شمار می‌رود. سازمان‌های بهداشتی دریافت اند که ارتباط و رسانه‌های جمعی درگیر به سبب عظیم که نفوذ خود می‌توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه داشته باشند. این سازمان‌ها در زمان جهت توانمندسازی و مشارکت بیشتر جوامع توانمند ارتباط با جمعیت‌ها هستند و ارتباط مناسب می‌تواند به اموزش مردم، کمک در خلق شرایطی از جمله تغییر رفتارهای ناسالم و ایجاد سبک زندگی سالم و تشویق قانون‌گذاران به تدوین و اجرای سیاست‌ها و خط مشی‌های ارتقای دهنده سلامت این روند را با شتاب بیشتری همراه سازد.

وسایل ارتباط جمعی و سایر انواع ارتباط می‌توانند در روشن کردن مردم و مسئولین نسبت به مسائل بهداشتی جامعه، آگاه کردن افراد درباره مناسب ترین نوع رفتار و نتایج مناسب به آن رفتارا کمک کننده باشند. بدین قانون است که وسایل ارتباط جمعی و سایر انواع ارتباط اجزای انتخاب آگاهانه را به افراد می‌دهد. مسئله بالعکس این است که بخش سلامت چگونه می‌تواند از علم ارتباطات و پوشش وسایل ارتباطی و تاثیرات بالقوه آن حداکثر برهه را ببرد؟

در این فصل به بررسی اهمیت ارتباط در ارتقای سلامت، مفاهیم عمومی ارتباط (تعریف ارتباط، اجزای ارتباط، عوامل محل ارتباط، عوامل موثر بر ارتباط میان فردی، ملاک‌های موثر بودن ارتباط) تعریف ارتباط بهداشتی و مراحل برنامه‌ریزی در ارتباط بهداشتی پرداخته می‌گردد.
همیشه ارتباطات در ارتباط سلامت جامعه

برای ایجاد مرجع به توصیه های بهداشتی عمل کنند می‌باشند. اطلاعات کافی در اختیار آنها قرار داده شود.

ارتباطات و وسایل ارتباطی در ارتباط هشداری مصداق تأثیر از اکثر عمومی و تروریست هجره‌ها می‌شود. سلامت تغییر کننده دارند. ارتباطات بهداشتی منطبقی می‌تواند یک مرجع مساعد و قابل قبول خلق کند.

بطوریکه در این مباحث اطلاعات توسط مخاطبین هدف تفسیر، شفاف، جذاب و مورد پیروی قرار داده شود.

آنها می‌توانند در ایجاد فضایی سیاسی که در آن سیاست‌گذاران خطر مسائیل سلامتی تدوین می‌نمایند، کمک شایان کنند. وسایل ارتباطی خواهند توانست آگاهی ترویجی گیران را درباره پیشرفت‌های اخیر در زمینه بهداشت و درمان افزایش داده و همکاری بهداشتی را شروع نماید.

پی برد همه معنی واقعی ارتباطات بهداشتی و فراموش کردن زمینه های واضحی جهت اجرای آن می‌تواند به مدرن ارتباطات و دیگر کارکنان خش مراقبت‌های بهداشتی کمک نماید تا به شناسایی نیازهای آموزشی و بایز آموزشی کارکنان و دیگر افراد در گروه در فراخ می‌توانند ارتباطات اقدام نمایند. این امر می‌تواند به استفاده بهتر از روش‌های ارتباطات در زمینه سلامت و دسترسی به اهداف ویژه منطقی‌های گردید.

با توجه داشت که ارتباطات می‌توان یک راهبرد پیشگیری قطعی کرد، چرا که وسیلهای ای است که ما از طریق آن می‌توانیم فرآیند مساله به تغییر برسیم. مثال برای تغییر م'action به استفاده از نمک بدنار، می‌توان آنها را آموزش داد. در اینجا ارتباط یک راهبرد به شمار می‌رسد. همچنین می‌توان از ابزارهای ارتباطی (مثل پوسترهای...) استفاده کرده و آگاهی مردم را نسبت به کمپوزید افزایش داد.

همانطور که در اینجا ملاحظه می‌شود از ارتباط با عنوان یک وسیله استفاده شده است. می‌توان نتیجه گرفت که از ارتباطات گاهی به‌عنوان یک راهبرد و همچنین به‌عنوان یک ابزار استفاده می‌شود.

امروزه این امر مورد بیشتر محسوب یک تلاشهای بین‌کالی ارتباطات بهداشت عمومی به جای تمرکز بر درمانهای پزشکی، پیشگیری و دارو باید به شناسایی رفتار انسان جهت یابد. بنیادی است که اکر مناسب با مشکلات مردم کمیسیون نشود. ممکن نیست آنها عکس عملی از خود نشان ندهند. این امر اگر مورد توجه قرار داده شود می‌تواند سپر طراحی پیامهای مناسب با جمعیت هدف و در نتیجه اجرایی بهتری پیامهای طراحی شده گردد. این امر همچنین باعث می‌شود به علی انجام یا عدم انجام یک رفتار توسط افراد و انتخاب و طراحی اگهی مناسب تغییر رفتار می‌گردد. به همین جهت است که تلاش‌های سازمان‌بندی شتاب دهنده یا آموزش بهداشت به چار توصیه صرف رفتارهای جدید (که متمرکز بر ادراک رفتارهای انسان است) تلاش برای تأثیرگذاری بر اگهی، اعتقادات و هنجارهای اجتماعی تأثیر گذار بر رفتار است. استفاده از اگهی و نوربرداری مختلف در آموزش بهداشت ماندگاری اعتقاد بهداشتی، نوری عمل منطقی، نوری صنایع اجتماعی، نوری خودکار، و نوری مرحله‌های تغییر همگی نشان دهنده این اصل و منطق هستند.

اطلاعات و شواهد منطقی در مورد تأثیر آموزش بهداشت عمومی و ارتباطات به وضعیت سلامت موجود است. در برخی مطالعات بیان شده است که این دو تأثیرات اندکی یافته نشده است. در وضعیت سلامت
جامعه حسینی. اما شواهد زیادی برگرفته از مطالعات مشاهده ای، نشان دهنده این امر است که تغییرات فرتاری بسیاری با ارتباط بهداشتی (شامل برنامه های ارتقاء سنجیده و هدف دار و پوشش رسانه ای موضوعات بهداشتی) مرتبط هستند. مطالعات و کارآزمایشی‌های بالینی نشان دهنده تأثیرات قابل توجه ارتباطات بهداشتی بر طیف گسترده ای از رفتارها مانند سیگار کشیدن، کنترل فشار خون، مصرف کلسسترول، استفاده از کاندوم و ... می باشند. شواهد موجود حکایت از این امر دارد که این تغییرات رفتاری با بویژه ارتباطات بهداشتی با عصب و آموزش جامعه یا بویژه تغییرات زمینه‌ای در محیط ارتباطات جمعی تحقیق یافته است.

محققین بیان داشته اند که در کالیفرنیا، مبارزات بهداشت عمومی با علیه سیگار کشیدن تأثیرات زیادی بر مصرف سیگار در این ناحیه داشته است. آنها عنوان کرده اند که ۱۲۰ میلیون دلار بیشتر سرانه ای در حدود ۴۳۲ میلیون خرید و مصرف سیگار در یک دوره ۶ ساله کاهش یافته است.

مطالعات نشان داده‌اند که بسیج‌های آموزش عمومی، فشار‌های ملی و حمایت رسانه‌ها با بطوري موفقیت آمیز بسیار سلامت کودکان و گروهی است. بعنوان مثال آموزش عمومی جامعه توانسته است میزان پوسه و واکسیناسیون کودکان در فیلیپین از ۳ درصد به ۵۵ درصد در یک دوره یک ساله افزایش دهد.

پیشرکت کارهای نو در زمینه ارتباطات بهداشت عمومی بر سوژه طراحی پیام‌ها با کیفیت‌ه به نحوی که بر رفتارهای افراد تأثیرگذار باشد، تمرکز یافته است. این در حالی است که توجه اندکی به سواله ارازه آن پیام‌ها و اطمینان از دریافت آن توسط مخاطبان هدف می‌گردد. پس از طراحی پیام، حل این مسائل می‌تواند دومنین نقش را در زمینه کیفیت پیام داشته باشد. عدم رفع این موانع خواهد کیفیت پیام را تاخید کاهش دهد. یک اصل مهم آگاهی های بهداشتی آن است که چرا همه امر مخاطب را به سوی پاسخه‌ سوق می‌دهد. برنامه‌های بهداشت عمومی با هدف تأثیرگذاری بر رفتار افراد نباید کانالهای ارتباطی را در پرگزینند که قدرت اشاعه کافی ندارند و با در نیمه‌های شب پخش می‌شوند. اگر برنامه‌های با شکست مواجه شوند نباید تعجب نمود. سواله مهم دیگر تامین منابع مالی برای نمایش آگاهی‌های بهداشتی در رسانه‌ها است که سبب می‌گردد پیام‌ها و آگاهی‌های بهداشتی در مواضع مناسب نمایش داده شوند. البته باید توجه داشت که تنها گفتای پودجه نمی‌تواند این مسائل را برطرف سازد. استفاده از کانالهای جدید ارتباطی، استفاده مناسب از زمان، انتشار اجتماعی پیام بطور طبیعی و در نظر داشتن سطوح دسترسی به پیام‌ها و توواناد اصول اساسی طراحی برنامه‌های ارتباط تلقی گردند (۳۱).

تعريف ارتباط بهداشتی

فهمن ثوری ارتباطات بهداشتی و فعالیت‌های آن نیازمند تعمیق در معنی کلمه ارتباط و مباحث مرتبط با آن می‌باشد. لذا در این قسمت خلاصه آزمایش تعريف ارتباط، ارتباط جمعی، عوامل موتر بر ارتباط بین فردی و اجزاء ارتباط ارائه می‌گردد.

تعريف ارتباط

مطالعات ارتباطی یکی از شاخه‌های جوان علوم اجتماعی در چهار معاصر به شمار می‌رود. این مطالعات پس
از پایان جنگ جهانی دوم رو به رشد گذاشت. رشته ارتباطات پس از ایجاد و سیاست ارتباط الکترونی موضوع مطالعات علمی مستقل شد. بتفاوت ارتباطات در زمینه نظامی، بازارگانی و ترویج نوآوری‌های فنی، کشاورزی، تغذیه و سلامت و ... مورد توجه قرار گرفت.

ارتباط به معنی تبادل اطلاعات بین افراد از طریق نوشتن، گفتگو یا استفاده از سیستم‌های نشانه‌ها و رفتار می‌باشد. ارتباط ریشه در تبادل افراد به تنهایی و انتقال معنا و ایده‌ها دارد. ارتباط عبارت است از فرآیند انتقال پیام از سوی فرستنده برای گیرنده، مشروط بر آنکه در گیرنده پیام مشابه معنی با معنی مورد گسترش گیرنده پیام ایجاد شود. ارتباط صحیح و مورد انتظار بین افراد وقتی تحقیق می‌یابد که ایده‌ها، ایده‌ها و یا احساساتی که فرستنده پیام قصد انتقال آنها را داشته است همانجا باشد که توسط گیرنده درک می‌شود و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. هر چه اختلاف در هدف‌ها، گزارش‌ها و ارزوهای دو طرف کمتر باشد، احتمال اینکه ارتباط صحیح برقرار گردد افزایش می‌یابد.

اثر دانشمندان معتمد که ارتباط یک فرآیند است. فراگرد دارای ویژگی‌های زیر است:

- ایستا نیست، بلکه بی‌پایست.
- آغاز و پایان ندارد.
- اجزاء و عناصر یک فرآکرد دارای کنشبهای متقابلند و هر یک بر دیگری تاثیر می‌گذاشده و از دیگری تاثیر می‌پذیرد.
- دارای رابطه از اجزاء نیست.

ارتباط چوی نیز عبارت است از رساندن اطلاعات. ایده‌ها و خودشان را از طریق وسایل ارتباطی و دریافت این اطلاعات، با هوسی عالمی مانند یک زبان. ارتباط چوی دارای ۵ ویژگی است:

1. تعداد گیرنده‌ها و سیاست ارتباط که می‌تواند صادق یا بی‌پایست باشد.
2. ترکیب گیرنده‌ها و سیاست مانند است.
3. با ارسال پیام از طریق وسایل ارتباطی نوعی تکثیر پیام بوجود می‌آید.
4. توزیع، پیام و سیاست است.
5. هزینه برای مصرف کننده کم است (۴۲).

اجزاء ارتباط

1. فرستنده اولین جزء ارتباط و منبع پیام است و خبر از او صادر می‌شود.
2. پیام: محتوای ارتباط است. شیوه رسیدگی فرستنده پیام باید با شیوه رمزخوانی گیرنده مشابهت داشته باشد.
3. گیرنده پیام: فردی است که پیام را دریافت می‌کند.
4. کانال یا وسیله ارتباطی: ابزارهای هستند که توسط آلی از گیرنده به گیرنده منتقل می‌شوند مانند تلفن.
5. بازخوردهای عکس عمل گیرنده پیام در برای پیام است. بسته به میزان درک پیام، بازخوردها متفاوت است.

باختردهن آنی پیش‌تر در ارتباط چهار به جهان را به ده دهه بازخورده می‌دانند بازخورده می‌تواند پیام ارسالی را ارزیابی نماید.

۱۷۵
عناوین:
1. عوامل فنی منشا آن در درون یا بیرون پیام است مانند متن ناخوانا یا نقش گیرنده رادیو.
2. عوامل اداری مانند آنی نامه ها.
3. عوامل انسانی: عوامل انسانی خود به جدی عامل بستگی دارد شاخص زمینه قبلی گیرنده پیام درباره پیام، آمادگی گیرنده پیام برای دریافت پیام، میزان آشناگری گیرنده با زمینه پیام، احساس و علاقه گیرنده به موضوع پیام.

ملاک‌های مؤثر بودن ارتباط:

ارتباطات میان فردی همچون اشکال دیگر رفتار انسانی می‌تواند در دو حد غایی بپسیر اثر بخش و بسیار غیرانرخیش مطرح شود. ملاک‌های مؤثر بودن ارتباط عبارتند از:

1. درک: دریافت صحیح محکم محرک مورد نظر.
2. دقت: یا مسرت از برقراری ارتباط با دیگران (وابسته به احساساتی است که ما به طرف مقابل خود داریم).
3. نفوذ در نگرش می‌باشد.
4. گسترش روابط و رفع سوء تفاهم‌ها: در محیط حاصل می‌شود که قضاوی روانی مثبت و قابل انجام و اعتماد ایجاد شده باشد.
5. کنش یا عمل: عمل مهمی برای موافقت و اثر بخشی ارتباطات است. انجام عمل از طرف شخص مقابل شاید یکی از دو جهت دریافت وظیف ارتباطات باشد.

ارگ هر آنی به این دلیل که حرکت یا رفتار خاصی را در دریافت کننده پیام خود برانگیزید و آن رفتار همیان باشد که دفعاً مورد نظر شماست. سعی کنید:

1. تسهیلاتی را در درک پیام خود توسط دریافت کننده پیام ایجاد کنید.
2. مطمئن شوید که با دریافت موافقت نکنید. و پیام شما روابط و به وسیله رسمی است.
3. با دریافت کننده پیام رابطه آسانی برقرار کنید. عمل مورد نظر خود به خود پیدا نماید نمی‌شود، مگر آنکه این سه دسته هدف واسط اول جامه عمل پوشیده باشد.

عناوین موثر در یک ارتباط موفق

1. برقرار کننده ارتباط باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:
   - با بیان کامل به موضوع مورد بحث آگاه باشد.
   - باید زندگی گیرندگان از اعتبار برخوردار باشد که آن هم در اثر صداقت، درستی و توان هوشی از حاصل می‌شود.
   - با بیان گرایش مناسبی به گیرنده پیام و موضوع داشته باشد.
   - با بیان مهارت ارتباطی مناسبی داشته، مهارت خوبی در انتخاب و کاربرد کنال داشته باشد.

2. پیام باید دارای مشخصات زیر باشد:
   - پیام بر اساس نیاز بوده، بجا و مناسب باشد.

176
- پیام باید با موضوعات واقعی تقویت شود تا اعتبار کسب کند.
- کنال بازیتی از طرف فرستنده قابل اطلاع کردن بوده و متناسب انتخاب شود.
- پیام‌های پیام نیز مهم است. هدف این است که پیام روشان، قابل درک و واقعی باشد و کنال نیز همین شرایط را داشته باشد.

3. کنال باید مشخصات زیر را داشته باشد:
- کنال باید برای برقراری کننده و گیرنده ارتباط آشنا باشد.
- کنال باید متناسب با پیام باشد.
- پیام قابل دسترس باشد.

4. گیرنده باید:
- همانند فرستنده تمایل مساعده برای برقراری ارتباطات داشته باشد.
- اعضای حسی گیرنده باید بدون نقص بوده، از کارایی لازم برخوردار باشد (۴۳).

دیگر عوامل موثر بر ارتباطات بین فردی

اتبع‌خیاس ارتباطات میان فردی عمدا تا به ۵ ویژگی بسیگی دارد:
الف: گشودگی

گشودگی با ۳ جنین متمایز بر ارتباطات میان فردی تأثیر دارد شامل:

۱. فرستنده پیام باید در یک ارتباط میان فردی خود را در مقابل طرف ارتباطی خود بگشايد و با یک گشودگی نسبت با آن مواجه شود. گشودگی به این معنی نیست که هر انسان می‌باید در اولین بروخورده در اولین نشست تمام زواياي ناگشوده و نامفهوم زندگي خود را برای دیگری بگشايد. چیزی که مهم است اینکه اگر گشودگی بیش از حد باشد، به تنه می‌تواند به دل‌های گردد بسیار طرف می‌یابد ارتباطی می‌گردد.

۲. دومین جنین از گشودگی بیانگر استیاق فرستنده به واندوم کردن و بررسی و اثبات به‌دسته‌ای حاصل کردن و برخورده در کنترل کارها و گفته‌های او چه عکس عملی از خود نشان می‌دهد. حتی عدم تفاهیم و عدم توافق در بسیاری از موارد آن باید تفکری‌پذیرفتنی است.

۳. سومین جنین از گشودگی با محلوم تملک احساسات و تفکرات مرتبط است. عیناً شخص مورد نظر احساسات و تفکرات خود را کاملا در اختیارواست و خود به آنها واقع است را به اطلاع دریافت کننده پیام برساند. عموماً افراد مسئول احساسات و تفکرات خوشی می‌باشند و سعی می‌کنند آن را از خود منفک خود را به دیگران انتقال دهد مگر اینکه مجبور شوند و یا اینکه هدف خاصی از آن داشته باشند.

1. Openness
زمینی که ما مالک تفکرات و احساسات خوشی باشیم در یک آن خواهیم گفت، این احساسی است که من دارم؛

می‌توانی خود را در روابط پررنگ ساخته ایم.

ب: همدمی

آغازگر در دو کرسی درست از همدلی در یک رابطه متقابل است. همدمی در یک رابطه مناسب است. همدمی احساس با درد کردن می‌باشد. همدمی در یک رابطه متقابل است که به گونه‌ای تجربی دریاده که فرد دیگر به او تجربه و در یک چارچوب مشخص و با توجه به گزارش‌های دارد. در مقاله همدمی وازه همدمی در یک رابطه است که عبارت است از احساس کردن برای فرد دیگر. به یک نسبت به دیگری حسی در درون خود بدید و اوردن. مثل مناسب شدن برای مشکلی که برای فردی پیدا آمد است. همدمی یعنی ایجاد احساس مشترک با یکدیگر. یعنی فرستنده و گیرنده پیام هر دو به یک احساس یگانه دست یافته اند. اگر ما توانایی همدمی داریم یا پیام‌های به شک در وضعیت خواهیم بود که آنان را درک کنیم و در یک‌پاره که از یک‌پاره گذراند و پس خواهند به یک گروه درخواست برسی مشترک می‌کند. همدمی صحیح هم‌سازی به احساسات موجود و هم تسهیلات لازم کلیسی برای ارتباط با دیگری را در بر می‌گیرد که موجب درک و تفاهم بیشتر و نیز استفاده صحیح از زبان برای پدیده مفاهیم می‌شوند.

برای ایجاد همدمی باید یک یا دو در نظر داشت:

1. پرهیز از ارزیابی و قضاوت رفتار طرف مقابل
2. درک احساسات و عواطف طرف مقابل
3. باعث کوشش آنچه دیگری بر اساس نگرش و توانایی خود تجربه کرده است ما نیز تجربه کنیم.

ج: حمایتگری

یک رابطه میان فردی موثر و قابل ارتباط ای است که در یک فضای حمایتگری‌انه شکل گرفته باشد. ارتباطات میان فردی باز و همدلی نمی‌تواند در یک فضای توان با هرس پیدا و تهدید دوم پایبند وبی‌دردزا در این فضای حمایتگر ارتباطی جند نکنه با اهمیت است

شامل:

1. سکوت ارزش منفی ندارد، بلکه بسیار مناسب برای ایجاد فضای مناسب و حمایتگر ارتباطی است و بهترین محیط برای افزایش مفاهیم و پیام‌های غیرکلامی است.

1. Empathy
2. Sympathy
3. Supportiveness
آرایه حالات توام با هم‌دلمی، نه توام با یک تفاوتی به ارتباط‌های حمایت‌گرته کمک می‌کند.

۲. تناوی خود با طرف ارتباطی نیز به ایجاد محیط حمایت‌گرته کمک می‌کند. یا باید از نشان دادن برتری خود اجتناب نمود.

۳. یک عامل دیگر برای خلق محیط حمایت‌گرته در ارتباط تردید و یا عدم جزمیت در برابر یقین و اطمینان است. هر اندوزه ما در گفتگو و نظارت خود جزمی تر بوده و با اطمینان غیر قابل تردید با مخاطب خود برخوردار کنیم، فضا را برابر ارتباط‌های حمایت‌گرته نامناسب تر می‌کنیم. بر عکس همواره میزان از تردید و عدم یقین زمینه را برای ارتباط‌های حمایت‌گرته مساعدتر تر می‌کند و به طرف مقابله فرصت ارزیابی و نشان دادن خود را می‌دهد.

۵: مثبت گروابی

یک ارتباط میان فردی مؤثر زمانی رخ می‌دهد که مثبت گروابی نسبی وجود داشته باشد. مثبت گروابی در یک ارتباط میان فردی حداقل به سه جنبه یا عوامل مختلف تکیه دارد:

۱. ارتباط میان فردی زمانی به درستی شکل می‌گیرد و بروز مشکل می‌یابد که احتمال مشتت و معینی برای خویشت‌دن در نظر داشت‌باشیم، اگر فردی احساس ناخوش‌آمیزی به خود داشته باشد آن را به دیگران منتقل می‌کند و در آن‌ین احساسات منفی را شکل می‌دهد.

۲. ارتباط میان فردی زمانی به درستی شکل می‌گیرد که احساس خوش‌آمدی خود را نسبت به طرف مقابل به او منتقل کنم و به او بفهمانم که احساس ما در مورد آن‌ها چگونه است.

۳. یک احساس مشتت و خوش‌آمد در مورد وضعیت عمومی حاکم بر ارتباطات، برای تعامل یا کنش اثری بین دو یا چند نفر بسیار حیاتی و مهم است. چیزی ناخوش‌آمیزی از رابطه یا ارتباط با کسی نیست که از آن رابطه یا مبادله‌های بین‌نیم‌یا بین‌نیم‌یا باعث شده ندهند.

ج: تناوی

علوم تناوی در هر ارتباطی خواه ناخواه وجود دارد. با وجود این عدم تناوی، ارتباطات میان فردی عموماً زمانی موتورت خواهد بود که فضای حاکم، فضایی مبتنی بر تناوی باشد. به این ترتیب ارتباط میان فردی با اشتراک‌گذاری، یا ارتباطی با تشکیل شنیداری نیز مشخص و ممکن کن و تعدادی میان آن دو پدید آور. یعنی تلاشی به دنبال جستجوی و دریافت پیام وجود داشته باشد. برای ایجاد تناوی در ارتباط می‌توان به نقاط مشترک افراد تاکید کرد.

چند نکته مهم:

۱. هر چه افراد به هم شبیه تر باشند، تمایل به خودافشاگری در آنها بیشتر است.

۲. هر چه افراد به هم شبیه تر باشند، بیشتر از هم‌دلمی حمایت می‌کند.

---

1. Positiveness
2. Equality
هر چه افراد به هم شیبه نشون دادند، همچنین میان آنها بخش ای از است.

۴ هر چه افراد به هم شیبه نشون دادند، احساس مثبت تری به هم دارند و خود را با یکدیگر مساوی می دانند (۴۲).

در این قسمت به بحث پیروان ارتباط بهداشتی می پردازیم.

ارتباط بهداشتی ۱ مرتبط با بهبود وضعیت سلامت جامعه، بوسیله تشکیل افراد به تغییر رفتار و اضطراب تغییرات اجتماعی است. ماهیت جد ویژه ارتباط بهداشتی سبب شده است که تعامل متنوع و تا اندازه ای متفاوت از آن اثر گردد. از تعريف ارتباط می توان به یک برهنگ:

ارتباط در زمینه سلامت بايد بر پایه تبادل دو سویه اطلاعات با استفاده از سیستم عمومی نشانه ها و رفتارها باشد. ابزار قابل دسترس بوده و احساس تفاهمن متقابل و همکاره بین اعضای تیم ارتباط و مختاران هدف وجوه آورد. بالاخره بايد کانالهای ارتباطی و پیامها متناسب با هم انتخاب شوند تا مداخلات ارتباطات بهداشتی بتواند به مخاطبان هدف خود دسترسی یابد.

وتبی تعريف مورد را برداشي و تحلیل قرار می دهیم مشخص می شود که محور اکثر تعريف نقشي است که ارتباطات بهداشتی می تواند بر تاثیر گذاری و حمایت از افراد، جامعه، کارکنان مراقبت های بهداشتی، قانونگذاران یا گروه های ورژه به منظور اتخاذ و ادامه رفتارهای سالم یا بررسی تغییرات اجتماعی و یا سياسی در راستای بهبود سلامت ایفای نماید.

نویسنده‌گان بسیاری بیان داشته اند که ارتباطات بهداشتی متنوع از علوم جدید مانند آموزش بهداشت، ارتباط رسانه ای و بیانی، پاسخگویی به بیانیهای اجتماعی، روشنگری اجتماعی و جامعه بشری است. این امر موجب این است که فعالیت‌های ارتباط متنوع مانند ارتباطات اجتماعی، ارتباط جمعی، حمایت جمعی، بسیج جامعه و ارتباطات فردی ای که می تواند در جوهر ارتباطات بهداشتی بپردازد.

در نیمه دهم و در پاسخ به افزایش نقش افراد وجود مشکل از ارتباط بهداشتی، جنگین مدرسی در ایالتات متحده برنامه دری آ را تنظیم و بر ارتباط بهداشتی متمرکز گشتند. این امر سبب توجه به ارتباط بهداشتی در زمینه دانشگاهی و آموزشی شد و کتابها و مقالات مختلف در این زمینه به چاپ رسید. سیستم آموزشی ارتباط بهداشتی در این زمان از ابزارهای متنوع و متنوع کارکرده که از استفاده نقل مکان ماند (۳۳).

برنامه‌های ارزی در ارتباط بهداشتی

غلب نظامهای بهداشتی به روش ضدیتی عمل می‌کردند و از ارتباط معنی‌دار بازی برای پاسخگویی به نیازهای فوری و مسائل بحرانی استفاده می‌کنند. این امر منجر به اختلالات ناکافی متاب‌سازی در ارتباطات و توجه به نیازهای فوری می‌شود و بسیاری از نیازهایی که قابل پیش‌گویی می‌گردند. اگر برنامه‌های ارزی ارتباط میان سطح‌های عمل و استاندارد انجام‌گذرید، بسیاری از نیازهای پیش‌بینی‌شده از و خیم

۱. Health Communication
شدن آنها جلوگیری می‌گردد. برنامه ریزی ارتباط بهداشتی یک فرایند گام به گام است و همه مراحل به‌هم وابسته و لازم و ضروری هستند در مرحله عامل شکل دهندگی تأثیر گذار است. این توالی اهمیت بسیاری دارد.

ادراک عمیق محتوای ارتباط بهداشتی، نیازها، پیش‌داوری و انتظار مخلوط کنندگی و افراد ذی نفع در مسائل بهداشتی نیازمند مداخلات حذف و همراه خاستگی این تاثیر این گونه مداخلات فراسوی روابط دهای براکند و منفرد ارتباطات است. مداخلات ارتباط بهداشتی قسمتی مهم از تلاش‌های هماهنگ بهداشت عمومی در جامعه می‌باشد و نیازمند توجه به مراحل برنامه ریزی است. توجه نظامهای بهداشتی به برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی

می تواند سبب:

1. جلوگیری رسالت و ماموریت‌های سازمان‌های بهداشتی
2. درگیری در دیگران در مسائل بهداشتی و حل آنها
3. افزایش دستیابی به اهداف و خیال‌ریزی‌های فعالیت‌های توسعه شده توسعه آنها و
4. حمایت برای تغییر رفتارهای بهداشتی شود.

همچنین برنامه ریزی می تواند در موارد زیر کمک کند به‌اشد:

- ارائه آگاهی بیشتر در زمینه سلامت و مسائل مربوط آن و عوامل تبعین کننده حل مسائل و مشکلات سلامت
- پی بردن به مشخصات مخلوط کنندگی، فرهنگ، پیشداوری، نیازها، سبک زندگی و رفتار آنان
- درگیری در مخلوط‌کنندگی و افراد ذی نفع در طراحی و اجرای مداخلات ارتباط بهداشتی
- پی بردن به اینکه آیا تغییر پیشنهاد شده برای مخلوط‌کنندگی عملي و شریان ایستا یا نه؟ و اینکه آیا رفتار پیشنهادی را انجام خواهند داد؟

- ارزشیابی قوت، ضعف و هزینه اثربخشی روی‌گردیده‌های منفعت در امر حمایت از تغییر
- تعیین اولویت‌های ارتباطات
- ارزشیابی توان و ظرفیت داخلی سازمان و منابع موجود جهت پرداختن به موضوعات بهداشتی
- طراحی فعالیت‌ها و ابزارهای مناسب با فرهنگ
- زمان بندی برنامه، تعريف نقشها و مسئوليتها و مسائل بودجه آی
- تعیین شاخص‌های ارزشیابی جهت سهولت بخشیدن به امر ارتباط برنامه

میان دانشمندان بین تعداد گام‌های برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی تفاوت‌هایی به جش‌نمی خورد. ضمناً، بین روی‌گردیده‌های سنتی به برنامه‌های رژی و روی‌گرد مصارفی نیز تفاوت‌هایی وجود دارد.

در کل برنامه‌ریزی سنتی متمرکز، عمومی (از بالا به پایین) و فنی (طراحی شده توسط متخصصان) است و جمعیت‌های معنی‌ریز را به عنوان افراد سبب می‌شوند از برنامه مشخص می‌سازد. در مقابل برنامه‌ریزی مشارکتی نامتمرکز، افقی و مبتنی بر توافق (از پایین به بالا) دموکراتیک و مذاکره محور است و افراد جامعه را به عنوان مهم‌ترین بازیگر بیشتر خود می‌دانند. در موقعیت‌های مشکی از این دو روش به تناسب می‌توان استفاده نمود. مثلاً روش‌های سنتی در مواقعی که یک سطح بهداشتی نسبی به یک بحران می‌گردد و ارتباط
پهداشتی می تواند بیماردهای منفی آن را محدود سازد، استفاده می شود. برای مثال در مواقع اپیدمی ها و
بحران های بهداشت عمومی که نیازمند حل سریع و چاره سازی در بالا باید برای حصول به نتایج مثبت می
باشد، از روش های سنتی برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی استفاده می شود. در مقابل روش های مشارکتی در برنامه
ریزی جهت دستیابی به تغییرات رفتاری یاپادار و طولانی مدت و نتایج اجتماعی کاربرد می یابد. به این ترتیب داشت
که مخاطبان کلیدی باید در مطالعه برنامه ریزی آجرا و ارزیابی برنامه های ارتباط بهداشتی در کمتر
تغییرات اجتماعی و رفتاری بهتر به وقوع می پیوندند. اگر افراد قسمتی از این فرایند باشند. در دیگر وضعیت ها
مشخصات یک فرایند برنامه ریزی خاص ترکیبی از این دو روش کرد می باشد.

مراحل برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی

مرحله اول: تعیین هدف کلی برنامه ارتباط بهداشتی

هدف کلی برنامه در حقيقة بهبودهای کلی است که قرار است در وضعیت سلامت مورد رخ دهد. مثلا کاهش
نابرابریهای بهداشتی در میان آفریقایی آمریکایی‌ها، کاهش مرگ و میر و ناتوانی‌های مربوط با آسیم در میان
کودکان کمتر از ۱۰ سال، کمک به کاهش تعداد مرگ‌های متعدد به بیماری‌های قابل پیشگیری توسط
واکسیناسیون در کودکی. این اهداف باید توجه شوند و به‌عنوان راهنمای طراحی مداخلات ارتباط بهداشتی قرار
گیرند.

مرحله دوم: تعیین اهداف رفتاری، اجتماعی و سازمانی برنامه ارتباط بهداشتی

افرادی رفتاری، اجتماعی و سازمانی در راستای نیل به اهداف کلی تدوین می شوند. این اهداف باید نتایج
نیابی مطلوب برنامه های ارتباط بهداشتی هستند. این اهداف به توضیح این موارد می پردازند:

۱. مخاطبان کلیدی باید چه کاری انجام دهند (اهداف رفتاری)
۲. چه خط مشی یا عوامل جدیدی باید اجرا و نهادی شوند (اهداف اجتماعی)
۳. چگونه یک سازمان باید عمل کند تا به فلان مسئله بهداشتی پرداخته و رسالت‌های خویش را انجام دهد
(اهداف سازمانی).

این اهداف باید دارای محدوده زمانی و قابل اندوورگی بی‌پایان باشند. چرا که این خاصیت کلیدی در امر ارزیابی
برنامه اند. اهداف سازمانی و اجتماعی معمولاً نتیجه دستیابی به یک مجموعه ی اهداف رفتاری اند. پس تغییر
رفتار یک مرحله مهم و کلیدی در هر نوع تغییر است.

۱. Overall Program Goal
۲. Outcome Objectives: Behavioral, Social, or Organizational Objectives
مرحله سوم: تحلیل موضعیت و مخاطبان برنامه ارتباط بهداشتی

تکلیف موضعیت و تحلیل مخاطبان بايد جامع و مبنی بر بزوهدشتهای انجام شده بر محیط، مخاطبان با گروه‌های هدف باشد. نظرات یا فعالیت‌های مخاطبان هدف است که بیشترین اهمیت را در موضعیت برنامه‌های ارتباط بهداشتی خواهد داشت.

مرحله چهارم: تعیین اهداف ارتباطی

این اهداف در صورتی می‌تواند با اهداف فنی‌زی اجتماعی و یا سازمانی همانند شود که آمادگی مخاطبان، موضعیت خاصی یا پیچیده‌تر بودن مسئله بهداشتی اجازه اجرای برنامه‌های سازمانی را به دست می‌دهد که تغییرات سازمانی، اجتماعی یا فنی‌زی فوری را باید می‌شود.

اهداف ارتباطی توصیف گردیده تغییراتی است که می‌باشند در آگاهی، نگرش‌ها و مهارتهای مخاطبان، در راستای نیل به اهداف کلی برنامه رخ دهد. ضمناً دستیابی به این اهداف منجر به تغییرات سازمانی، اجتماعی و فنی‌زی‌های مربوطه شد. در کنون وضعیت این اهداف بهبود مشارکت‌گران ارتباطی برای تعیین انتخابات و پیشنهادات باقی‌مانده برنامه ارتباط در میانه‌ای که خود است. آنها با این تا حد امکان باید قابل اندازه‌گیری باشند. مثل افزایش آگاهی در مورد پیشگیری از آناتومودریک و خدمات ارائه شده در 10 درصد زنان جوان تا سال 2010. این اهداف با تا حد امکان ویژگی، قابل اندازه‌گیری، مناسب، واقعی و دارای محدوده زمانی باشد.

مرحله پنجم: تعیین راهبردهای ارتباطی

این مرحله می‌دارد که برنامه چگونه باشد به اهداف و نتایج مندرج خویش دست باید. راهبردها در جایی نوشته‌شده است. آنها در واقع تعیین مفهومی از فعالیت‌های لازم ارتباطی هستند که باید در راه رسیدن به اهداف ویژه انجام گیرد. راهبردها با مطالب بر مخاطبان باشد. مثلاً برگزاری کنفرانس‌های سالانه برای نشان دادن شدت بیماری سیاه سر و کاهش بودن آن برای کارکنان بهداشتی و پرستاران تشکیل یک شبکه اجتماعی و حرفه‌ای برای حمایت از گروه‌های پرخطر برای انجام گزارشات سرطان پروستات.

مرحله ششم: تنظیم برنامه عملياتی

برنامه عملياتی ارائه دهنده شرح جزئیات همه پیام‌ها، رسانه‌ها، فعالیت‌ها و کانال‌های ارتباطی است. بعلاوه روشهای پیش آزمون مخاطبان کلیدی است. باید با توجه به مخاطبان طراحی شود و معمولاً کسبی از راهبردهای موجود در حوزه‌ای ارتباط بهداشتی است. برای مثال ارتباطات بین فردی و روابط عمومی. برنامه عملياتی همچنین در برنامه‌راندن خط سیر زمانی برای اجرای برنامه، شرح جزء به جرز بوده و نقش‌ها و مسئولیت‌های افراد شرکت‌کننده است (که باید مورد توافق همه اعضاء تیم باشد).

---
1. Communication Objectives
2. Communication Strategies
3. Tactical Plan
مرحله هفتم: ارزیابی

برنامه ارزیابی شامل توصیف جزء به جزء شاخه‌های اجتماعی، رفتاری یا سازمانی، بعلاوه دیگر شاخص‌های ارزیابی است که باید برای ارزیابی تأثیر برنامه مورد استفاده قرار گیرند. نتایج مورد انتظار و دیگر شاخص‌های ارزیابی باید مورد توافق همه اعضای تیم و شرکای برنامه باشند. برنامه ارزیابی باید روش‌های جمع آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل، گزارش دهی و هزینه‌های صرف شده را نیز توصیف کند (۳۲).

شکل ۹-۱: گام‌های کلیدی برنامه ریزی در ارتباط بهداشتی

1. Evaluation Plan


22. The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap. 26th June 2003, Mexico City.


31. شجاعي زاده، داود. ارتباطات انسانی در زمینه سلامت. نشر ادراره کل ارتباطات و آموزش بهداشت حوزه معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، جاپ نو، 1379 ص 5.


43. فرهنگی علی اکبر. ارتباطات انسانی. پژوهش: نشر رسا، جلد اول، جام دهم، 1385 ص 124-134.

44. مفسنی محمد. ارتباطات انسانی نشر رسا، جام دهم، 1380 ص 91.


187
٥٥. Ashrafzadeh HR, Heydari KH, Cherghi D. [Cigarette smuggling estimation, analysis of economic factors affecting the smuggling of the cigarette and solutions for fighting against the smuggling cigarette]. Tehran: Institute of Commercial Studies, Commercial Research Deputy; ٢٠٠٥. [Persian]


٥٤. Fong GT et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the International Tobacco Control (ITC) Ireland/UK Survey. Tobacco Control, ٢٠٠٦, ١٥ (Suppl. ٣): iii٥١–iii٥٨.


62. رشیدی پور ع, ملک م, اسکندریان ر, فریبایی ز, اسپیدومیولوژی استعمال دخانیات در زنان 20-30 سال استان سمنان. مجله علوم دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد 11، شماره 2، 1388، ص 72-75.

63. امامی ج, هبیپیان س, صالحی پ, عزمی ف. الگوی مصرف سیگار در یک منطقه شهری تهران. پژوهش در پزشکی، سال 1، شماره 1، 1382، ص 47-52.

64. جعفری ف, جوهری ز, زایری ف. رضایت خانواده، سیاح ایران ز. بررسی رضایتمندی و عوامل موثر بر آن در مراجعه کندگان مراکز بهداشتی درمانی. مجله دانشگاه سال 14، شماره 4، 1385، ص 14-27.

65. قابلیج م. کاربرد مهارتهای مدیریت در خدمات پرستاری. تهران: نشر آینده سازان؛ 1359.

66. خداآویسی م, اله وردی پور م, بررسی میزان آگاهی و رضایت خانواده های ساکن شهر همدان از خدمات مراکز بهداشتی درمانی شهری در سال 1376. طب و ترکیب، شماره 24، 1381، ص 49-62.

67. بریانی ع. بررسی عملکرد خانه های بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان قروه از دیدگاه دیپلمای کندگان خدمات. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، 1378.


69. بررسی اف، کرمی ص، رضایتمندی ع. بررسی برخی عوامل موثر بر میزان آگاهی و نگرش معلمانی مدارس ابتدایی در زمینه بهداشت مدارس شهر تهران در سال 1377. مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان، شماره 34، 1380، ص 33-40.

70. آقاقلیلی ت. بررسی ناکارآمدی آموزش بهداشت دهان و دندان بر رفتارهای بهداشتی دانش آموزان در مدارس راهنمایی. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، 1376.

71. برنامه آموزش بهداشت مدارس ابتدایی با گراش به جنبه های علمی آن. مجموعه 8 جلدی کتاب منبع معلم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، 1377.

72. رضایتمندی ع. مدارس مرجع سلامت. نشر وزارت بهداشت، 1377.

73. حاجی نژاد غ. رفیعیان م، زمانی ج. بررسی متفاوتی فردی موثر بر رضایت مندی شهرنشینان از کیفیت محیط زندگی. جغرافیا و توسعه، شماره 17، 1389، ص 82-93.


86. حیدری غ.، حسینی م، رمضانخانی ع.، شریفی ه.، مسجدی م. روشنی آسان برای تشخیص وابستگی شدید به نیکوتین در افراد. سیگاری. مجله پزوهشی حکیم، دوره 12، شماره اول، 1388، ص 42-47.


