



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

ارتقاء سلامت، توانمندسازی جامعه و توسعه مشارکت افراد و سازمان ها

مجموعه جزوات مراکز آموزش بهورزی
مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
واحد آموزش بهورزی

ویرایش زمستان ۱۴۰۱

گردآورندگان:

- ✓ مینا سلطانزاده : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان مشهد یک
- ✓ زهره شکوری : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان کاشمر
- ✓ ام البنین صحرائورد : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان سرخس
- ✓ مهین عثمانی : مربی مرکز آموزش بهورزی شهرستان خواف
- ✓ لاله نقی پور مربی و کارشناس آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی



با نظارت :

- ✓ دکتر حسن عبدالله زاده : مسئول آموزش بهورزی مرکز بهداشت استان خراسان رضوی
- ✓ دکتر محمد حسن درخشان : مدیر توسعه شبکه و ارتقای سلامت مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

فهرست

فصل اول

۴ رویکردهای اساسی در ارتقاء سلامت

فصل دوم

۲۰ شیوه های آموزش و برقراری ارتباط برای سلامت

فصل سوم

۴۷ رویکردهای اساسی در توانمندسازی جامعه

فصل چهارم

۵۷ وسایل کمک آموزشی و کاربرد آن ها در آموزش

فصل پنجم

۶۷ عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ارتقاء آنها

فصل ششم

۷۲ مراحل اجرایی برنامه توانمندسازی جامعه و ارزشیابی آن

فصل هفتم

۸۱ بازاریابی اجتماعی و عدالت در سلامت

فصل هشتم

۹۵ مشارکت مردمی همکاری های برون بخشی

فصل نهم

۱۰۲ نقش شوراهای سلامت در پیشبرد برنامه های سلامت در روستا

فصل دهم

۱۰۸ پوشش خدمات گروه های هدف

۱۱۵ منابع:

فصل اول

رویکردهای اساسی در ارتقاء سلامت

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. هدف از آموزش بهداشت را توضیح دهید
۲. راه های تغییر رفتار را توضیح دهید
۳. مراحل تغییر رفتار را توضیح دهید
۴. مفهوم رفتار مناسب و نامناسب بهداشتی در افراد و مراحل تغییر رفتار در آنها را توضیح دهید
۵. نکات اساسی را که بهورزان می بایست در برقراری ارتباط با افراد و گروه ها و آموزش بهداشت رعایت کنند توضیح دهید.
۶. اصول مهم در مرحله پیش برنامه ریزی برای حل مسئله را توضیح دهید.
۷. گام های اصلی طراحی برنامه عملیاتی مشارکتی برای حل مشکلات سلامت را توضیح دهید.
۸. راهکارهای اجرایی و مؤثر برای حل مسئله را بیان کنید.
۹. طبقه بندی نیازها از نظر حوزه و دامنه را ذکر کنید.
۱۰. چهار مورد از اهمیت و ضرورت نیازسنجی را نام ببرید.
۱۱. اصول نیازسنجی را نام ببرید.
۱۲. نیازسنجی سلامت را در دو سطر شرح دهید.
۱۳. منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه و روند طراحی برنامه را شرح دهید.
۱۴. مراحل اجرای برنامه نیازسنجی در سطوح محیطی (روستایی) را شرح دهید.

آموزش بهداشت اولین جزء مراقبتهای اولیه بهداشتی و یکی از مهمترین وظایف بهورزان است. آموزش بهداشت علم بهداشت و پزشکی را با هنر ارتباطات و هنر زندگی کردن تلفیق می کند و عامل اتصال دهنده بنای بزرگ سیستم بهداشتی است و هماهنگی، وحدت و کارایی این سیستم را بیشتر می کند. به طور کلی آموزش بهداشت راهی برای مبارزه با جهل بهداشتی است. متأسفانه در کشور ما برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هنوز جایگاه عملی و کاربردی پیدا نکرده و هنوز بیشتر بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می شود. افزون بر علل عمده مرگ و میر در ایران که شامل بیماریهای قلبی، تصادفات و سرطانها است، برای حل مشکلات و معضلات بزرگ جامعه از جمله سوء مصرف مواد مخدر، سوء تغذیه بارداریهای ناخواسته، خشونت و بزهکاری نیز می توان از برنامه های آموزش بهداشت سود برد. آموزش بهداشت شامل انتقال و تبادل اطلاعات در زمینه شرایط زیر بنایی اجتماعی، اقتصادی و محیطی تاثیر گذار بر سلامت و همچنین در زمینه عوامل خطر فردی و رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از نظام مراقبتهای بهداشتی می باشد.

تعریف سلامتی از دیدگاه WHO:

رفاه کامل جسمی روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا نقص را سلامتی گویند

تعریف آموزش بهداشت:

آموزش بهداشت فرایندی است که در آن افراد و گروه های مردم یاد می گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقاء، حفظ و بازگرداندن تندرستی شان شود.

تعریف ارتقاء سلامت:

فرآیند توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت فردی و اجتماعی آنها و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می باشد.

اهداف آموزش بهداشت از نظر سازمان جهانی بهداشت :

۱. اطمینان از اینکه جامعه تندرستی را به عنوان یک ارزش بپذیرد
 ۲. مجهز کردن افراد به دانش ها و مهارتهای لازم و نفوذ در گرایشهای آنان به نحوی که خودشان بتوانند مسایل بهداشتی خویش را حل کنند
 ۳. فراهم آوردن شرایط لازم جهت رشد خدمات بهداشتی.
- البته اگر این اهداف را توسعه دهیم می توانیم بگوییم که مردم را باید برای قبول و نگه داری عادات و رفتارهای بهداشتی تشویق و ترغیب کرد و در مورد خدمات بهداشتی و درمانی و نحوه پیشگیری از بیماریها، آنها را آموزش داد.

منظور واقعی از آموزش بهداشت چیست؟

- ✓ با مردم صحبت کنیم به حرفهای آنها گوش کنیم و بخواهیم تا از مشکلاتشان بگویند
- ✓ از آنها بخواهیم در مورد رفتارهایی که باعث ایجاد حل و رفع یا پیشگیری مشکلات می شوند فکر کنند
- ✓ به مردم کمک کنیم تا نظراتشان را درباره حل مشکلات بیان کنند
- ✓ مردم را تشویق کنیم راه حلهایی پیدا کنند که با شرایط و موقعیت آنها سازگار باشد
- ✓ آنها را کمک کنیم تا با انجام و بکار بستن راه حل پیدا شده مشکلاتشان را حل کنند

چگونه می توان رفتارها را تغییر داد ؟

رفتارهای ما همیشه در حال تغییر می باشد ولی هر تغییر رفتار دلیل مخصوصی دارد . بعضی وقتها تغییرات طبیعی است ، و باعث تغییر رفتار می شود مثل اینکه ما در تابستان لباس کم و در زمستان لباس بیشتری می پوشیم این تغییر رفتار را (تغییر طبیعی) می گویند . گاهی یاد گرفتن یک چیز تازه یا آگاه شدن از یک مساله باعث تغییر رفتار میشود مثلا وقتی یک فرد سیگاری آگاه می شود که سیگار واقعا برای سلامت خود و خانواده اش ضرر دارد سیگار را ترک می کند این تغییر در رفتار را (تغییر آگاهانه) می گویند

راههای ایجاد تغییر رفتار در مردم:

ما می خواهیم با تغییر در رفتار مردم به آنها کمک کنیم تا از زندگی سالمتر و بهتری برخوردار شوند . یکی از مسائل مهم در آموزش بهداشت این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در رابطه با مسائل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به طور مستقیم یا غیر مستقیم باعث وقوع بیماری میشوند (رفتارهای غیر بهداشتی) و کدام رفتارها بر حفظ یا ارتقاء سلامتی مردم کمک می کند (رفتار بهداشتی) .

معمولا سه راه عمده برای ایجاد تغییر رفتار در مردم وجود دارد که عبارتند از :

۱- بحث و گفتگو و مشارکت

۲- دادن اطلاعات

۳- استفاده از قانون

بحث و گفتگو و مشارکت

بهترین راه برای تغییر رفتار مردم این است که به دیدن آنها برویم و یا اینکه فرصت دیدار و مصاحبه با آنها را در خانه بهداشت فراهم کنیم . با آنها صحبت کنیم و بخواهیم که از مشکلاتشان برای ما صحبت کنند ، سپس از آنها بخواهیم که فکر کنند و بگویند دلیل بوجود آمدن مشکلات چیست و آنها را در شناخت صحیح و درست مشکلات و پیدا کردن راه حل راهنمایی کنیم . وقتی آنها توانستند راه حل مشکلاتشان را پیدا کنند ، خواهیم دید که با کمک و مشارکت خود آنها مشکلاتشان حل شده و در رفتار هایشان تغییر بوجود خواهد آمد . این روش یکی از موثر ترین روشها در ایجاد تغییر رفتار مردم است .

« روزی بهورزی یکی از روستاهای شمال کشورمان به دیدن گروهی از زنان شالیکار آمد . اونزد آنها مدتی توقف کرد و به مشکلات آنها گوش داد . زنان شالیکار از ضعف و خستگی شکایت داشتند . برخی از آنها در حالی که طفل شیر خوار خود را به پشت می بستند ، ساعت ها کار می کردند و فقط در فرصت هایی که در حین کار پیش می آمد می توانستند قدری نان و پنیر به عنوان غذا بخورند و به طفل خود شیر بدهند . بهورزی در مشاهدات خود متوجه شد که برخی از این زنان خیلی ر ننگ پریده اند و مشکوک شد که زنان شالیکار به دلیل عدم برخوردار از یک وضعیت تغذیه ای مناسب به کم خونی مبتلا شدند .

بهورزی ابتدا از زنان پرسید که فکر می کنید چه چیزی سبب بروز این مسئله شده است؟

بعضی از آنها کار زیاد را مطرح کردند و دیگران هوای مرطوب مزرعه را عامل مشکل خود دانستند . یکی از زنان جوان که در یکسال اخیر فرزند پسری به دنیا آورده بود می گفت : از وقتی که فرزندم به دنیا آمده بعضی از افراد فامیل که حسود هستند برای تضعیف او از جادو استفاده کرده اند . بهورزی از زنان سوال کرد برای حل این مشکل چه کار کرده اند؟ یکی از آنها گفت که همسرش او را وادار کرده که غذای بیشتری بخورد و دیگری مطرح کرد که او خیلی زود می خوابد . چند نفر دیگر گفتند که آنان برای تقویت خود عصاره برخی گیاهان را می نوشند . بهورزی سوال کرد که آیا این کارها مشکل آنها را حل کرده است؟ تمام زنان شالیکار گفتند: « نه » .

سپس زنان از بهورز سوال کردند که آیا او می تواند به آنها کمک کند؟ بهورز گفت سعی خواهد کرد. اما لازم است که در مورد کارهای روزانه و وضعیت زندگی آنها بیشتر بداند. بهورز سوال کرد که زنان چند ساعت در روز کار می کنند؟ و وضعیت تغذیه ای آنان چگونه است؟ زنان گفتند که بطور متوسط در این ماه از سال روزانه ۱۰ ساعت در مزرعه کار می کنند. آنها اظهار داشتند که علاوه بر کار در مزرعه وظایف دیگری هم دارند که تقریباً در اکثر موارد تمامی اوقات روز و حتی عصر و شب خود را صرف آن می کنند. اغلب زنان شالیکار می گفتند که در فرصت کوتاهی که در بین کار پیش می آید آنها می توانند مقداری نان و پنیر و سبزی به عنوان ناهار بخورند. شبها هم غذای ساده مثل نان و ماست یا نان و پنیر صرف می کنند.

برخی از آنان هفته ای یک بار گوشت مصرف می کنند. بعضی از آنها که وضعیت مالی خوبی ندارند سعی می کنند تا بیشتر شیر و پنیر و گوشتی را که از دامهای خود به دست می آورند بر ای فروش به شهر ببرند. اغلب زنان میانسالی که در این گفتگو شرکت داشتند دارای بیش از ۵ فرزند بودند و بعضی از آنان به بچه های خود شیر می دادند. بهورز پس از شنیدن پاسخ زنان از آنان تشکر کرد و به آنان گفت، جوابهای شما در مورد مشکل فکریایی را برای من مطرح ساخته است. آیا شما می دانید که وضعیت تغذیه ای شما تاثیر بسیار زیادی بر سلامتی شما دارد؟ یکی از آنها گفت: بله همسر من هم همینطور فکر می کند. برای همین او سعی می کند هر شب برای شام مقدار زیادی برنج مصرف کنم. البته پس از آن به مقدار زیادی چاق شده ام ولی با این حال قدرتم کمتر شده است.

بهورز گفت: این فکر درست است که افراد به هر مقداری که بیشتر کار می کنند به انرژی بیشتری نیاز دارند اما باید توجه داشت آنچه که پیش از این اهمیت دارد نوع غذای است که افراد مصرف می کنند. بهورز در ادامه صحبتهایش توضیح داد که وجود گوشت و بعضی از مواد غذایی دیگر در وعده های غذایی خصوصاً برای زنانی که باردار هستند و یا به فرزند خود شیر می دهند بسیار ضروری است و کمبود آنها در وعده های غذایی باعث بروز کم خونی می شود. یکی از زنان سوال کرد که علائم کم خونی چیست؟ بهورز به آنان برخی از علائم کم خونی را توضیح داد ولی به آنها گوشزد کرد که برای تشخیص کم خونی و درمان آن می بایست به پزشک ارجاع شوند. بهورز به زنان توضیح داد که چگونه می توانند با راه های ساده و کم خرج مقدار مورد نیاز ترکیبات مناسب غذایی را برای خود فراهم کنند. در این مورد زنان سوالاتی را مطرح کردند و بهورز توضیحات لازم را به آنها داد.

اشتیاق زنان روستایی به طرح سوالات مختلف و نظراتی که در زمینه بهبود خود داشتند موجب شد تا قرار ملاقات دیگری را در خانه بهداشت بگذارند. بهورز اظهار داشت که او در خانه بهداشت تصاویر و امکاناتی دارد که در زمینه این بحث و گفتگو کمک زیادی به آنها خواهد کرد. او در پایان دیدارش صحبت کشاورزی را که به همسرش گفته بود «باید بیشتر غذا بخورد» را به آنان خاطر نشان کرد و گفت این صحبت درست است که افرادی که بیشتر کار می کنند به انرژی و غذای بیشتری احتیاج دارند اما این نکته را باید بخاطر سپرد که ترکیب غذاها برای وضعیتهای متفاوتی که افراد دارند تنظیم شود. مثلاً زنان باردار باید در وعده های غذایی خود مقدار کافی گوشت و شیر مصرف کنند. چند نفر از زنان روستایی در مورد روش طبخ بعضی از غذایایی که در خانه مصرف می کردند و از بهورز درخواست کردند تا برای آنها فرصتی فراهم آورد که تجربه های خود را در این مورد به یکدیگر انتقال دهند. « در داستان فوق بهورز موفق بود.

او به مردم کمک کرد تا خودشان در مورد مشکلات شان فکر کنند. از آنان درخواست کرد تا در مورد راه حل مشکلات فکر کنند. زنان روستا هم در این بحث مشارکت کردند. تمام عوامل مؤثر بر بروز مشکل به خوبی بررسی شد و در نهایت همه آنها موافقت کردند تا دست به عملی بزنند که در جهت بهبود سلامت شان مؤثر باشد.

۲- دادن اطلاعات

در این روش کارمند بهداشتی مسائل مختلف بهداشتی را برای مردم شرح می دهد، این آگاهی در صورت پذیرش مردم می تواند به درجاتی سبب تغییر رفتار آنها گردد. نمونه ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از روش دادن اطلاعات:

« در روزهای پایان فصل پاییز در حالی که هوا کم کم سرد می شد، بهورز به روستای علی آباد که یکی از روستاهای قمر خانه بهداشت حسین آباد بود، سرکشی کرد. او متوجه شد که عده ی زیادی از کودکان روستا مبتلا به عفونت های تنفسی شده اند و برخی از آنها روزهای زیادی است که سرفه های خلط دار و تب دارند. بروز موارد زیاد عفونت های تنفسی در کودکانی که در مدرسه ابتدایی درس می خواندند مدیر مدرسه را نگران کرده بود. رئیس شورای اسلامی هم از این موضوع نگران شده بود و از بهورز در این مورد درخواست کمک کرد. بهورز بری حل این مشکل جلساتی با مادران روستا و اعضای شورای اسلامی و مسئولین روستا تشکیل داد. بهورز در این جلسات درباره عفونت های تنفسی صحبت کرد و گفت علت اغلب موارد آن ویروسهای کوچکی است که نخست سبب سرماخوردگی می شوند و در صورت عدم مراقبت صحیح منجر به انتشار عفونت در مجاری تنفسی و بزور عفونت در سینوس ها و گوش میانی و راه های هوایی می شوند. وی توضیح داد که عفونت تنفسی در اطفال را باید جدی گرفت زیرا ممکن است سبب ذات الریه و یا عفونت گوش میانی در آنها شود که خود این ها نیز عوارض نامطلوب دیگری خواهند داشت. بهورز راه های پیشگیری از ابتلا به این عفونت ها را به مادران و مسئولان مدرسه توضیح داد و به مادران توصیه نمود که در صورت بروز این مشکل در کودکانشان آنها را جهت تشخیص و درمان به خانه بهداشت بیاورند. اما با وجود تمامی این سفارشات بهورز متوجه شد که عده بسیار کمی از مادران، فرزندانشان را برای درمان به خانه بهداشت آوردند. بهورز متعجب و نگران شده بود زیرا می دانست اطلاعات کامل و درستی را در اختیار روستاییان قرار داده ولی با این وجود آنها مراجعه نکرده اند. بهورز جهت بررسی علت این وضعیت مجدداً به روستای علی آباد مراجعه کرد. بزرگان روستا و مادران به بهورز چیزهای مختلفی می گفتند آنها معتقد بودند که علت زیاد شدن عفونتهای تنفسی در اطفال در این موقع از سال موادی است که همراه باد در هوا پخش می شود و برای پیشگیری از عفونت در بچه ها می بایست با دود هیزمی که در خانه می سوزانند این مواد را از بین ببرند. علاوه بر این برخی از آنها باور ندارند که بیماری از شخصی به شخص دیگر سرایت می کند. بعضی از مادران برای درمان خروسک در کودک خود مقداری اندک از خون تاج خروس را در دهان طفل خود قرار می دادند. بعضی از مادران هم می خواستند کودک خود را به خانه بهداشت بیاورند، اما در این زمینه مشکلات و گرفتاریهای زیادی داشتند. »

این بهورز به مردم اطلاعات داده بود اما افراد معدودی برای درمان به وی مراجعه کردند. او به اندازه کافی موفق نبود. اگر چه اطلاعات بهداشتی که او به افراد منتقل کرده بود درست بود، ولی تنها دادن این اطلاعات برای حل مشکل کافی نبود. چیزهای مؤثر دیگری نیز در رفتار مادران و اهالی روستا دیده می شد که بهورز آنها را به حساب نیاورده بود. به نظر شما سایر عواملی که بر رفتار مادران تأثیر گذاشته بود، کدامند؟

۳- استفاده از قانون

در واقع در این روش کارمند بهداشتی آن دسته از مردمی که رفتارهای غیر بهداشتی دارند را تهدید میکند که اگر رفتارشان را تغییر ندهند، آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. این کار ممکن است در ابتدا مؤثر باشد اما به مرور زمان برای مردم عادی شده و بی اثر خواهد شد.

نمونه ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از قانون:

« خانواده ای در روستای حسین آباد خانه و حیاط خود را تمیز نگه نمی داشت. آنان زباله های خود را به صورت توده ای بزرگ در پشت خانه می ریختند و این توده، مکانی برای حشرات و موش ها شده بود. کودکان این خانواده اغلب مریض بودند و مکرراً مبتلا به اسهال و عفونت های پوستی می شدند. روزی بهورز خانه بهداشت از آن خانه بازدید کرد. او از دیدن این وضعیت بسیار متاثر شد و به خانواده گوشزد نمود که آنها برای خود و تمام افراد جامعه ایجاد دردسر کرده اند. اما آنها به حرف های بهورز توجهی نکردند. بهورز دوباره به آنها مراجعه کرد و به آنها گفت در صورت عدم رعایت بهداشت خانه و محیط اطراف خانه و داخل آن، آنها رابه

دادگاه خواهد کشاند. خانواده از این مساله هراسان شد و با سرعت اقدام به تمیز کردن فضای اطراف خانه کردند، اما در زمینه نظافت فضای داخل خانه حرف های بهورز را گوش ندادند.

بهورز در بازدید خانه مشاهده کرد که فضای بیرون خانه تمیز شده است اما فضای داخل خانه تغییر زیادی نکرده است. اوبه خانواده تذکر داد که آنها می بایست همیشه فضای بیرون خانه را تمیز نگه دارند و در ضمن آنها باید که نظافت داخل خانه را هم رعایت کنند و چنان که تذکرات او را جدی نگیرند، آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. او خانه را ترک کرد و تا چند ماه به آنجا برنگشت. وقتی خانواه برای مدتی بهورز را ندیدند، فکر کردند که تهدیدهای او جدی نبوده و در ضمن عصبانی هم شده بودند. آنها ندیده بودند که غریبه ای به خانه ایشان بیاید و به آنان فشار بیاورد که نظافت را رعایت کنند. لذا به زودی شروع به ریختن زباله ها در پشت خانه ایشان کردند. بلاخره بهورز برگشت و توده زباله ها را دید اما وقتی سعی کرد تا با خانواده صحبت کند، آنها به او گفتند که آنجا را ترک کند و گفتند در صورتی که سعی کند تا وارد خانه شود با او نزاع خواهند کرد». اگرچه وقتی کارمند بهداشتی سعی در اعمال زور و فشار به خانواده نمود، آنها در ابتدا آنچه را که گفته بود پذیرفتند اما بعدا عصبانی شده و از همکاری با او سرپیچی کردند.

با رعایت چه نکاتی بهورزان می توانند آموزش بهداشت موفق داشته باشند؟

با مرور داستان های فوق می توان به نکاتی که کارمندان بهداشتی می بایست برای ایجاد تغییر رفتار در مردم مد نظر داشته باشند، پی برد.

در اینجا به برخی از نکات مهم که بهورزان باید برای تغییر رفتار رعایت نمایند اشاره می کنیم:

- ✓ با مردم گفت و گو کرده، به آنان گوش فرا داده و درباره مشکلاتشان صحبت کنید.
- ✓ به مردم کمک کنید درباره رفتارها یا عملکردهایی که سبب حل این مشکلات یا جلوگیری از آنها می شود فکر کنند.
- ✓ دلایل رفتار مردم (باورها - دوستان - اندیشه ها - کمبود پول و یا سایر چیزها) را پیدا کنید.
- ✓ به مردم کمک کنید تا دلایل اعمال خود و یا مشکلات بهداشتی را که دارند دریابند.
- ✓ از مردم بخواهید تا نقطه نظرات خود را برای حل این مشکلات بیان کنند.
- ✓ به مردم کمک کنید تا نقطه نظرات قابل استفاده و عملی خویش را در نظر آورند.
- ✓ مردم را به انتخاب راهی تشویق کنید که با موقعیت شان مطابقت داشته باشد.

مراحل تغییر رفتار

همانطور که گفته شد آموزش بهداشت به دنبال تغییر رفتار مناسب در مردم است. برای این که موفقیت یک برنامه آموزشی سنجیده شود باید دید چقدر به تغییر رفتار مردم انجامیده است؟ چنانچه در امر آموزش بهداشت به این مهم توجه کافی نشود و موانع ایجاد این تغییر به خوبی شناسایی نشود از تاثیر این آموزش کاسته خواهد شد. نکته مهم این است که تغییر رفتار هرگز به صورت ناگهانی رخ نمی دهد. لذا باید همواره به خاطر داشته باشیم اینطور نیست که فردی رفتار قدیمی و عادی خود را یکباره کنار گذاشته و رفتار جدید را با جان و دل بپذیرد. بلکه این فرآیند مرحله به مرحله رخ می دهد.

مرحله اول: احساس نیاز به تغییر

در نخستین مرحله، مردم قبل از پذیرفتن یک رفتار بهداشتی از خود می پرسند که این رفتار چگونه با ایده ها و جریان عادی زندگی شان جور در می آید و چه تاثیری بر آنها دارد؟ در این زمان آموزش دهنده باید قبل از آموزش این سؤال را اول از خود بپرسد. به هر حال یک فرد زمانی یک روش جدید را مورد توجه قرار می دهد که نیاز به تغییر را احساس کند. تا زمانی که فرد از جریان زندگی خود و نوع رفتارهایش احساس رضایت دارد و نیازی به تغییر احساس نمی کند، هرگونه تلاش برای دادن اطلاعات بی ثمر خواهد

بود. در این مرحله تلاش آموزش دهنده باید بر ایجاد حساسیت در برابر مساله مورد آموزش متمرکز شود. باید ابعاد مساله را برای مخاطبان تشریح و اهمیت تغییر رفتار را گوشزد شود.

مرحله دوم: عبور از موانع

پس از احساس نیاز به تغییر، فرد وارد مرحله ای می شود که با وجود تمایل به تغییر، مسئولیت عدم امکان تغییر را به عهده دیگران (مثلا دولت) می گذارد یا اینکه اعتماد به نفس لازم برای اقدام به تغییر را ندارد. در اینجا واکنش اطرافیان نسبت به رفتار جدید اهمیت فراوان دارد. اگر تغییر رفتار منجر به کاهش محبوبیت فرد شود، احتمال پذیرش رفتار جدید بسیار کم می شود. در این مرحله فرد به وضعیتی رسیدی که مساله را می بیند ولی درباره حل آن هنوز تردید دارد. آنچه در این مرحله مورد نیاز فرد است، رفع ابهام و نگرانی های وی از تغییر است.

بدین منظور باید دامنه آموزش را به اطرافیان نیز گسترش داد. در این مرحله می توان نمونه هایی از افرادی که تغییر رفتار داده اند به آموزش گیرنده نشان داد.

مرحله سوم: نیاز به آموزش و کسب اطلاعات

سومین مرحله از فرآیند تغییر رفتار از آن زمان شروع می شود که فرد تصمیم به تغییر رفتار گرفته وی اطلاعات کافی درباره آن را ندارد و احساس نیاز به یادگیری و کسب معلومات در وی زنده شده است.

در این مرحله آموزش و انتقال اطلاعات صحیح و در اختیار قرار دادن امکانات نقش بسیار مهمی در تغییر رفتار بازی می کند. وظیفه آموزش دهنده در این مرحله این است که انتقال پیام های بهداشتی را با استفاده از مناسب ترین طریق فراهم نماید. در آموزش بهداشت همواره باید این نکته اساسی را به خاطر داشته باشیم: به طور کلی یک فرد زمانی خوب یاد می گیرد که مورد احترام قرار بگیرد، احساس امنیت و رضایت کند و آنچه را که می آموزد کاربرد داشته باشد و در حل مشکلات به او کمک کند. شاید توجه کرده باشید که کودکان در مورد بسیاری از چیزهایی که بر سر راهشان قرار می گیرد کنجکاو می نشان می دهند، اما بزرگسالان بیشتر مطالبی را یاد می گیرند که به کارشان بیاید یا مورد علاقه شان باشد. آنها باید ببینند که آگاهی و مهارتی را که کسب می کنند چه کاربرد مستقیمی در زندگی شان دارد. بنابراین یکی از مهمترین نکات در آموزش به بزرگسالان این است که با کاربرد آنچه می آموزند نیز آشنا شوند.

آشنایی با مداخلات آموزشی و نیازسنجی سلامت جامعه

بررسی و شناخت نیازها، مهمترین و اولین گام برنامه ریزی در همه سازمان هاست که با افزایش انطباق برنامه ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنها می گردد. جلب مشارکت فرد و جامعه برای شناسایی مشکلات سلامت تعیین راهکارهای موثر اجرای مداخلات و ارزشیابی برای تعیین میزان موفقیت برنامه ها یکی از وظایف بهورز می باشد. این مشارکت می بایست در جهت تشخیص مشکل و نیز حل آن صورت گیرد. پس از اینکه با مردم و اجتماعات رابطه برقرار کردیم باید فوراً آنها را به مشارکت تشویق نماییم.

مشارکت :

جلب مشارکت فرد و جامعه برای شناسایی مشکلات سلامت ، تعیین راهکارهای موثر اجرای مداخلات و ارزشیابی برای تعیین میزان موفقیت برنامه ها یکی از وظایف بهورز می باشد .

تعریف مشارکت:

مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان



بهداشتی همکاری کنند. این مشارکت باید در جهت تشخیص مشکل و نیز حل آن صورت گیرد. بعد از اینکه با مردم و اجتماعات رابطه برقرار کردیم، باید فوراً آنها را به مشارکت تشویق کنیم.

چرا مشارکت مردم لازم است؟

هرچه مردم بیشتر با هم مشارکت داشته باشند، برای کمک به خودشان بیشتر جلب می شوند. همچنین برای بهبود وضع بهداشتی خودشان بیشتر اقدام می کنند. مردم مسئول بهداشت خودشان هستند. یک کارمند بهداشت می تواند آنها را در پیدا کردن راه حل برای حل مشکلات و مسائل هدایت کند ولی نمی تواند شخصا مسولیت مستقیم اجرای راه حل را بر عهده بگیرد.

مراحل اجرای یک برنامه با مشارکت افراد

۱- مشارکت در شناخت مشکلات

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که ((من مسائل و مشکلات شما را می دانم)) اشتباه می کند. البته این یک واقعیت است که کارمند بهداشتی بسیاری از مسائل مردم را میداند و بهتر از دیگران مشکلات بهداشتی را تشخیص می دهد. اما تا زمانی که خودمردم مسائل را به درستی نشناسند به حل آنها تمایل نشان نخواهند داد اگر شما نشان دهید که تمام مسائل مردم را بهتر از آنها می دانید، آنان را عصبانی خواهید ساخت چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسائل و مشکلاتشان را بشناسند برای بحث در مورد این مسائل آماده تر خواهند شد.

اگر برای کمک به مردم سعی کنیم تا مشکلات آنها را با دید آنان و به صورتی که آنان می بینند ببینیم، کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آوردن اعتماد متقابل خواهیم کرد.

۲- مشارکت در یافتن راه حل

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که ((من بهترین راه حل را برای مشکل شما می دانم)) مرتکب اشتباه دیگری شده است. زیرا آن چیزهایی که برای یک شخص یا یک جامعه بهترین است، ممکن است برای یک شخص یا یک جامعه دیگر بهترین نباشد. البته یک کارمند بهداشتی به عنوان یکی از اعضای بسیار موثر جامعه می تواند حدسهایی بزند، اما ایده ها اول باید از خود مردم سر چشمه بگیرد. بیشترین عقاید بهترین آنهاست. هر پیشنهاد را باید به دقت امتحان کنید و ببینید آیا عملی است یا نه؟ سپس مردم را تشویق کنید تا بهترین راه حل را برای خویش انتخاب کنند. حل یک مسئله باید به نحوی صورت بگیرد که در آن شرایط و موقعیت واقعی زندگی شخص یا جامعه مد نظر باشد. این کار فقط از طریق مشارکت فرد یا جامعه امکان پذیر است.

۳- مشارکت در عمل

فراموش نکنید که مردم در قبال بهداشت خودشان مسئول هستند. اگر شما همه کارها را انجام دهید در این صورت ممکن است از نتیجه کار انتقاد کرده یا شما را سرزنش کنند. البته این بدین معنا نیست که مردم را باید به حال خود وا گذاشت تا هر چه می خواهند بکنند. برعکس باید توجه داشته باشید کارهایی است که شما می توانید و باید انجام دهید همان کارهایی است که مردم می توانند و باید انجام دهند و یا باید یاد بگیرند تا برای خود انجام دهند. البته ممکن است مهارت های خاصی برای اجرای یک امر موجود لازم باشد که فقط کارمند بهداشتی می بایست به آنها اقدام کند ولی اکثریت فعالیت های بهداشتی را می بایست به مردم یاد داد تا خود انجام دهند.

۴- تسهیل در مشارکت:

در اینجا این سوال مهم مطرح است که برای ایجاد این مشارکت ها در جامعه چه اقداماتی باید انجام دهیم؟ هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش میکنیم باید به سه نکته توجه نماییم:

اول- آموزش بهداشت روشهایی دارد که برای تشویق به مشارکت افراد، مفید است. به عنوان مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است رسماً به وسیله شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و... اعلام شود و یا به صورت غیر رسمی و دوستانه با گروه های کوچک برگزار شود.

دوم- در زمان تشویق به مشارکت، باید فرهنگ محل را هم مورد توجه قرار داد. مثلاً "ممکن است مشارکت برخی جوانان در انظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا اینکه بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگتر های روستا صحبت کنند. ضمناً می توانید به طور مودبانه ارزش مشارکت همه افراد حتی کودکان را به رهبران روستای خود آموزش دهید.

سوم- باید توجه کرد که تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه، نکته ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد، در این صورت باید از رهبران گروه ها و نمایندگان برنامه ریز مهمترین بخش ها دعوت به عمل آورده و آنها را تشویق به مشارکت نمود.

۵- مشارکت در ارزشیابی

در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت، باید پیشرفت برنامه اندازه گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه می بایست موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا می بایست از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری شان کمک کرد. در این صورت مردم قادر خواهند بود تا در دفعات بعد تلاش بیشتری کرده و راه های مناسب تری انتخاب نمایند.

گام های طراحی برنامه عملیاتی مشارکتی برای حل مشکلات سلامت

- ✓ گام اول (پیش برنامه ریزی برای حل مسئله یا مشکل سلامت)
- ✓ گام دوم (ارزیابی وضعیت موجود)
- ✓ گام سوم (تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی)
- ✓ گام چهارم (تعیین راهکارها، فعالیت ها و منابع)
- ✓ گام پنجم (مروری بر طرح برنامه و اجرا)
- ✓ گام ششم (طی اجرا و در پایان نتایج/ تاثیر برنامه را ارزیابی کنیم)

گام اول: پیش برنامه ریزی برای حل مسئله یا مشکل سلامت

چهار اصل مهم که در این مرحله باید مد نظر قرار گیرد:

- الف) مشارکت: شناسایی افراد ماهر و میزان و کیفیت مشارکت آنها
- ب) محاسبه و پیش بینی مدت زمان لازم برای حل مشکل (تعیین جدول زمانبندی انجام فعالیتها جهت مدیریت زمان)
- ج) بررسی منابع مالی و سایر منابع: تمام کارکنان و نیروهای تخصصی در اختیار، تجهیزات، فضا و مکانهای در اختیار را تعیین کنیم.
- د) جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات: روش جمع آوری اطلاعات به مسائلی بستگی دارد مانند:

- توجه به ارتقاء سلامت پیشگیری اولیه پیش از کاهش بیماری و مرگ

- توجه به ظرفیتهای و فرصتهای جوامع و افراد به جای توجه فقط به کمبودها و کاستی های آنها

- تعیین روشی برای ارزیابی فرایند و نتایج برنامه در طول اجرای برنامه و پس از آن

(و) تصمیم گیری: چه کسانی باید در تصمیم گیری درگیر باشند؟ و چه کسانی باید از نتایج این تصمیمات مطلع شوند؟

گام دوم: ارزیابی وضعیت موجود

این مرحله نیز تابع اصولی می باشد: مشارک، زمان، پول و سایر منابع و نیز جمع آوری و تحلیل اطلاعات که برای جمع آوری و تحلیل اطلاعات به موارد زیر توجه شود:

- ✓ تأکید بر نقاط قوت، ظرفیتها و منابع نه فقط تمرکز بر کمبودها و مشکلات
- ✓ تأکید بر عوامل تعیین کننده سلامت نه فقط بیماری و مرگ ناشی از آن
- ✓ انتخاب روش مؤثر برای جمع آوری اطلاعات
- ✓ طبقه بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده

در تصمیم گیری با توجه به نتایج ارزیابی وضعیت موجود آیا هنوز هم مایل به طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی مورد نظران هستید؟ شناسایی افراد کلیدی را شناسایی کرده و فهرستی از افراد و سازمانهای علاقه مند یا درگیر در موضوع مورد نظر را تهیه می کنیم همچنین تجارب و سوابق قبلی را بررسی کرده و چنانچه قبلا برای حل مشکل در منطقه مداخله ای انجام شده، باید سوابق اجرا و و ارزیابی آنها جمع آوری و بررسی شود. داده های سلامت، داده های جمعیتی، میزان مرگ و میر، ابتلا به بیماری و ناتوانی ناشی از بیماریها را می توان جمع آوری کرد. قوانین و آیین نامه های موجود را بررسی و قوانین و مقررات سازمان خود یا سایر قوانین و مقررات را باید مشخص کرد. عوامل مستعدکننده و عوامل بازدارنده را تعیین نموده و بر اساس اطلاعاتی که جمع آوری کردیم، باید عوامل مؤثر بر تقویت رفتار مورد نظر (عوامل مستعدکننده) و عواملی که مانع از رفتار مورد نظر (عوامل بازدارنده) می شود را تعیین کرد و تعیین کنیم چه کارهایی برای توسعه عوامل مستعد کننده و چه کارهای برای کاهش عوامل باز دارنده، باید انجام داد.

گام سوم: تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی

هدف کلی: بیانگر مسیر دلخواه یا دستاورد کلی یک برنامه عملیاتی است.

اهداف اختصاصی: عبارت کوتاهی است که بیانگر محصول یا تأثیر مورد نظر از اجرای فعالیتهای برنامه عملیاتی ارتقای سلامت است.

گام چهارم: تعیین راهکارها، فعالیت ها و منابع

تعیین راهکارها و فعالیتهایی که منجر به تحقق اهداف کلی و اختصاصی میشوند و نیز شناسایی منابع مورد نیاز برای اجرای فعالیتهای این گام در واقع نحوه دستیابی به نتایجی است که در اهداف کلی و اختصاصی تعیین شده است. فعالیتهایی که باید انجام شود و هزینه هریک از این فعالیتهای هم تعیین می شود.

اصول تعیین راهکارها فعالیت ها شامل:

- ✓ تعیین راهکارهای ممکن: که برای هر یک از اهداف اختصاصی تعیین می شود.
- ✓ انتخاب بهترین راهکارها و فعالیتهای
- ✓ بررسی فعالیتهای جاری: از بین فعالیتهایی که در برنامه عملیاتی پیش بینی شده، کدام فعالیت هم اکنون توسط سازمان در حال اجرا است
- ✓ ارزیابی منابع: منابع مالی و انسانی مورد نیاز در اجرای برنامه عملیاتی و آخرین منابع موجود را بررسی کنیم و همچنین راههای خلق منابع مورد نیاز را که از سایر سازمانها می توانیم کشف کنیم را مشخص نماییم..

گام پنجم: مروری بر طرح برنامه و سپس اجرا

با پاسخ به این سوالات وارد مرحله اجرای برنامه می شویم.

- ✓ آیا اهداف اختصاصی بطور شفاف و با نتایج روشن تعریف شد؟

✓ آیا فعالیتها، شفاف و قابل اندازه گیری هستند؟

✓ آیا نوع و مقدار منابع پیش بینی شده، کافی هستند؟

✓ آیا روابط منطقی بین اهداف اختصاصی، راهکارها و فعالیت ها برقرار است؟

✓ آیا در مدل منطقی برنامه شکاف هایی وجود دارد که برنامه را تهدید کند؟

گام ششم : در طول اجرا و در پایان نتایج تأثیر برنامه را ارزیابی کنیم

تعیین شاخص ها گامی مهم در طراحی مشارکتی برنامه عملیاتی برای ارتقای سلامت است چون نشان می دهد تعهد واقعی شما برای تحقق اهداف برنامه عملیاتی و نیز سنجش نتایج و دستاوردهای آن طراحی شده است. باید شاخصهای قابل سنجش و مرتبط با هر هدف اختصاصی و راهکار مربوطه را تعیین کرد. محصول این مرحله، تحلیل و توسعه شاخص هاست. با تعیین شاخص های مناسب، چارچوب مناسبی برای پایش پیشرفت برنامه و ارزشیابی میزان موفقیت در تحقق اهداف برنامه عملیاتی فراهم می شود. با پایش و ارزیابی مرحله به مرحله و پایانی، اگر مرحله ای از برنامه نیازمند اصلاح است اصلاح می شود

نیازسنجی سلامت جامعه

بررسی و شناخت نیازها، مهمترین و اولین گام برنامه ریزی در همه سازمان هاست که با افزایش انطباق برنامه ها با نیازهای جامعه، موجب افزایش کارایی و اثربخشی آنها می گردد.

نیازسنجی:

به افراد و سازمان ها کمک می کند تا بر مبنا و پایه ای مشخص پیامدهای نهایی برنامه را در چشم انداز ترسیم نموده و تلاش نمایند تا به آن دسترسی حاصل گردد. اساس نیازسنجی، انجام تحقیقات و سنجش های قابل اعتمادی است که مشخص می کند برنامه می بایست چه فضا و محیط جدیدی را ایجاد نماید. نیازسنجی به عنوان یکی از مولفه های مهم در بسیاری از حوزه ها که با برنامه ریزی سروکار دارند از دیر باز مورد توجه بوده است. لذا نیازسنجی فرایندی است نظام دار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست. نیاز از جنبه های گوناگونی طبقه بندی می شود

الف) از نظر حوزه و دامنه

✓ نیازهای استاندارد: نیازهایی هستند که بیانگر وضع مطلوب است و رسیدن سیستم به یک وضع مطلوب، مستلزم تحقق این نیازهاست

✓ نیازهای هنجاری: فاصله بین وضع موجود و استانداردهای تعیین شده است که توسط کارشناسان مشخص می شود.

✓ نیازهای مقایسه ای: نیازهایی هستند که در مقایسه با نمونه مشابه معنا پیدا می کنند. مثال: امکانات یک جمعیت تحت پوشش به لحاظ وجود اماکن آموزشی و تفریحی و دسترسی آسان به آنها مورد قیاس قرار می گیرد.

ب) از نظر موقعیت

✓ نیازهای پنهان: نیازهایی هستند که در اثر مطالعه و جستجوی کارشناسان و صاحب نظران شناخته می شود.

✓ نیاز احساس شده: نیازهایی هستند که با مفهوم خاصی مترادفند. مثال: چنانچه یکی از ساکنین روستا در روزهای اخیر از وضعیت بوی نامطبوع فاضلاب، احساس نامطبوعی داشته باشد این یک نیاز احساس شده می باشد.

✓ نیاز ابراز شده: عبارت است از آنچه که فرد تقاضا میکند. مثال: بیمارانی که به دلایل خاصی به درمانگاه مراجعه میکنند. این نیاز ابراز شده یا تقاضا نامیده می شود.

ج) از نظر عینیت

- ✓ مازلو پنج نوع نیاز را در یک سلسله مراتب به ترتیب اولویت بیان می کند که عبارتند از: نیازهای فیزیولوژیک، نیازهای ایمنی، نیازهای اجتماعی، نیازهای منزلت و احترام، نیازهای خودیابی و کمال و تا زمانی که این نیازها ارضاء نشوند، انسان از نظر جسمانی و روانی سالم نخواهد بود.

د) از نظر منبع تعیین نیاز

- ✓ نیازهای استقرایی: نیازهایی هستند که منبع تعیین و شناسایی آن پایین ترین سطح در یک سیستم می باشد. مثلا اگر یک نیازی را بهورز تعیین و شناسایی کند، این یک نیاز استقرایی می باشد.
- ✓ نیازهای قیاسی: نیازهایی هستند که منبع تعیین و شناسایی آنها بالاترین سطح در یک سیستم می باشد. مثلا اگر یک نیازی در سطح وزارت، تعیین و شناسایی شود نیاز قیاسی می باشد.

ه) از نظر زمان

- ✓ نیازهای کوتاه مدت: نیازهایی هستند که در مدت زمان کوتاهی باید فوراً برآورده شوند.
- ✓ نیازهای بلندمدت: نیازهایی هستند که باید در زمان طولانی تری برای رفع و برطرف کردن آنها اقدام شود.

نیازسنجی سلامت

- ✓ روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشتی مردم از نزدیک شناسایی، اولویت بندی و جهت اجرا انتخاب می شوند.
- ✓ طرح ریزی و اجرای پروژه های نیازسنجی در هر سطح مستلزم پیروی از یک طرح و الگوی عملی است، که برای رسیدن به آن باید بدانیم چگونه و با چه روشها و الگوهایی می توان آن را مشخص نمود.

ضرورت نیازسنجی

نیازسنجی از جنبه های زیر اهمیت دارد:

- ✓ متکی بودن برنامه آموزشی به اطلاعات: نیازسنجی جزء جدایی ناپذیر برنامه ریزی محسوب می شود.
- ✓ ضرورت بهسازی برنامه آموزشی متناسب با تغییرات و تحولات
- ✓ ضرورت فراکنشی عمل کردن
- ✓ توجیه برنامه آموزشی و اخذ اعتبار لازم و بودجه
- ✓ فراهم کردن مبنایی برای پاسخگویی و ارزیابی آنها

اصول نیازسنجی

- ✓ اصل تداوم: به دلیل تغییرات دائمی در محیط و در درون سازمان و نیز ضرورت اثربخشی سازمان و برنامه های آن، یک سازمان به فرایند نیازسنجی به طور مداوم نیازمند است.
- ✓ اصل جامعیت: به علت اهمیت و جایگاه اطلاعات لازم نیازسنجی در برنامه ریزی، لازم است اطلاعات جامعی که شامل همه ابعاد و ارکان، از جهات گوناگون است و با استفاده از روشهای مختلفی گردآوری و تجزیه و تحلیل می شود، بدست آید.
- ✓ اصل مشارکت: پیچیدگی موقعیت و جامعیت نیازسنجی، برخورداری از یک تیم نیازسنجی با مشارکت دست اندرکاران را ایجاب می کند.

- ✓ اصل عینیت و اعتبار: این اصل ایجاب می کند که حتی امکان از روشهای عینی تر استفاده شود.
- ✓ اصل واقع بینی
- ✓ اصل توجه نابرابر: که همان اصل اولویت بندی است.
- ✓ اصل رعایت ملاحظات فرهنگی
- ✓ آینده نگری

انواع نیازسنجی

اولین معیار تعیین کننده در الگوی نیازسنجی سلامت، توافق بر تعریف نیاز است.

- ۱- الگوی هدف محور: اگر نیاز به معنی فاصله وضع موجود و مطلوب باشد، الگوی هدف محور بهترین نیازسنجی می باشد.
- ۲- تکنیک های توافق سنج: اگر نیاز به مفهوم خواست یا ترجیح است، تکنیک های توافق سنج، مناسب هستند.
- ۳- الگوهای مساله محور: اگر نیاز به مفهوم عیب یا نقصان است، الگوهای مساله محور مناسب هستند.
- ۴- الگوهای ترکیبی: اگر معمولا نیاز به مفهوم یک برداشت ترکیبی است، الگوهای ترکیبی مناسب هستند.
- ۵- تکنیک های کیفی: جهت توضیح شرایط محیطی پدیده ها و روابط متغیرها مناسب هستند.
- ۶- تکنیک های کمی: جهت تعیین نیازهای کمی خدمات بهداشتی در یک جامعه مناسب هستند.

منطق و چارچوب مورد توافق در طراحی برنامه

- ۱- برنامه نیازسنجی سلامت نقش بسزایی در نظام تحول سلامت در حوزه بهداشت دارد و به عنوان رکن اساسی برنامه خود مراقبتی زیربنای مشارکت مردم را در برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی مهیا می سازد.
- ۲- تعریف سازمان جهانی بهداشت مبنای طراحی برنامه نیازسنجی سلامت قرار گرفته و بر اساس آن نیازسنجی سلامت باید به صورت فرآیندی مشارکتی توسط گروهی متشکل از کارکنان نظام سلامت و مردم اجرا شود.
- ۳- برای این برنامه، نام "نیازسنجی سلامت جامعه" انتخاب شد و مقرر شد تا علاوه بر مداخلات آموزشی در خصوص علل رفتاری برای علل غیر رفتاری نیازها نیز مداخله طراحی شود.
- ۴- برنامه نیازسنجی یک برنامه از پایین به بالاست و باید تسهیلاتی فراهم شود تا صدای نیازهای سطوح محیطی به گوش برنامه ریزان برسد و با حذف ارائه خدمات موازی، چاره ای برای خلاء های خدمتی اندیشیده شود.
- ۵- اصول جامعیت، مشارکت، عینیت و توجه نابرابر در طراحی برنامه، خطوط قرمز آن است
- ۶- طراحی برنامه در فیلد اجرایی و با حضور نمایندگان دانشگاهها انجام شده و از تجارب موفق آنها در برنامه استفاده گردد.
- ۷- این برنامه یک جزء اساسی در برنامه پزشک خانواده است.
- ۸- حمایت طلبی از سازمانهای برون بخشی در خصوص اجرای مداخلات غیررفتاری در سطح ملی انجام شده و با توجه به تجارب دانشگاهها تفاهم نامه ای با وزارت کشور برای همکاری مشترک منعقد گردد.
- ۹- برای اصلاح فرایندهای اجرایی و بررسی قابلیت اجرای برنامه، اجرای آزمایشی برنامه در حدود ۴ دانشگاه امری ضروری است.
- ۱۰- پیش بینی بازنگری دو سالانه برنامه برای ارتقای کمی و کیفی آن، نیازمند نظارت صحیح برنامه از طریق ستاد و دانشگاه هاست.

روند طراحی برنامه

- ✓ در بررسی برنامه نیازسنجی دانشگاههای مختلف، چهار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بوشهر، تبریز و شیراز به عنوان اعضای اولیه کمیته کشوری تدوین شیوه نامه نیازسنجی سلامت انتخاب شدند.

- ✓ در اولین نشست که در معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد، یک پیش نویس اولیه در راستای تعیین چارچوب برنامه نیازسنجی سلامت " تدوین شد.
- ✓ در نشست دوم که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار شد، نتایج آن پیش نویس، مبانی و اصول اولیه برنامه مورد چالش و بحث جدی قرار گرفت.
- ✓ بالاخره شیوه نامه در مرداد ماه ۱۳۹۵ به تایید ریاست محترم مرکز مدیریت شبکه رسید و برنامه نیازسنجی بطور رسمی به دانشگاهها با نامه مشترک مرکز مدیریت شبکه و دفتر آموزش سلامت ابلاغ شد.

مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه

- ✓ در این برنامه به دلیل طراحی مداخله در هر دو جنبه عوامل رفتاری و غیر رفتاری در سطوح محیطی روستایی در هر خانه بهداشت حداقل دو اولویت و در مناطق شهری به دلیل معضلات بسیار زیاد اجرایی و پیچیدگی نیازها در این منطقه، در هر مرکز خدمات جامع سلامت حداقل یک اولویت در نظر گرفته شده است.
- ✓ تقویم اجرایی برنامه به مدت ۲ تا ۴ ماه از سال پیش بینی شده است و به دلیل زمانبری مداخلات در خصوص علل غیر رفتاری، فواصل اجرای هر دوره نیازسنجی دو سال پیش بینی شده است.

گام های اجرایی برنامه در سطوح محیطی:

- سطوح محیطی روستایی
- تشکیل گروه نیازسنجی سلامت
- برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی
- تعیین نیازها
- هماهنگی ثبت نیازها:
- اولویت بندی نیازها
- ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

تشکیل گروه نیازسنجی سلامت

برای انجام نیازسنجی سلامت در خانه بهداشت، ابتدا باید تیم نیازسنجی سلامت به شرح ذیل تشکیل شود و از طرف پزشک مسئول مرکز به عنوان رئیس گروه نیازسنجی، برای آنها ابلاغ زده شود. بهورز به عنوان دبیر تیم است و برای به رسمیت رسیدن مصوبات، حضور حداقل ۸ نفر از این افراد الزامی است.

- ۱- تیم سلامت شامل پزشک مرکز خدمات جامع سلامت، کاردان یا کارشناس ناظر (یا مربی) و یک نفر از بهورزان خانه بهداشت
- ۲- تیم مسئولین و معتمدین محلی شامل دهیار، رییس شورای اسلامی روستا، روحانی و مدیر مدرسه و...
- ۳- تیم سرخوشه ها متشکل از ۳ تا ۵ نفر از سرخوشه هایی است که با هماهنگی بهورز تعیین می شوند.
- در صورت عدم بکارگیری سرخوشه ها، می توان از رابطین بهداشتی و سفیران سلامت استفاده کرد.
- نحوه تعیین سرخوشه ها به این ترتیب است که ابتدا روستاهای اصلی و قمر را بر اساس محدوده جغرافیایی به ۳ تا ۵ خوشه تقسیم کرده سپس افراد با سواد و مورد اطمینان بهورز از هر خوشه شناسایی می شوند و این افراد بعد از توجیه وظیفه خود، به عنوان رابطه نیازسنجی خوشه خود، تعیین می شوند.

برگزاری جلسات آموزشی و توجیهی

بر اساس پیش نیازهای تعیین شده، تیم شهرستان جلسات توجیهی و آموزشی را برای تیم سلامت و تیم های مسئولین و سرخوشه ها برگزار می نماید.

تعیین نیازها

در این مرحله تعیین نیازها توسط تیم نیازسنجی سلامت در ۳ لیست جداگانه مشخص می شود:

- ۱- تیم سلامت: تیم سلامت خانه بهداشت با هماهنگی کارگروه نیازسنجی سلامت شهرستان و پسخوراند بازدیدهای انجام شده از سطح شهرستان و آمار و شاخص ها، نیازهای سلامت خانه های بهداشت را تعیین می کنند.
- ۲- تیم مسئولین و معتمدین محلی: با حضور پزشک و کارشناس مرکز و با دعوت از دهیار و پیگیری بهورز، لیست نیازهای سلامت مد نظر را تنظیم می کنند.
- ۳- تیم سرخوشه ها: برای تعیین نیازهای سلامت، توسط سرخوشه ها ابتدا باید بهورز، لیست اسامی یک نمونه را بر حسب تصادف انتخاب کند.

هماهنگی ثبت نیازها:

در این مرحله لیست نیاز گروههای مردمی توسط تیم سلامت بررسی شده و با حضور تمامی اعضاء موارد مطرح شده با توافق طرفین و استفاده از فهرست استاندارد شده، نیازها اصلاح شده و یا موضوعات غیر مرتبط با سلامت حذف می گردد.

اولویت بندی

- ۱- اولویت بندی اولیه: که در این نوع اولویت بندی، تیم سلامت اولویت بندی خود را جدا گانه انجام می دهد و مسئولین و معتمدین محلی، بر اساس فراوانی مشکلات سلامتی مراجعین و نظر مسئولین و معتمدین محلی و همچنین با حضور و راهنمایی کارشناس / کاردان ناظر اولویت بندی را انجام می دهند. سرخوشه ها هم با نظارت بهورز و بر اساس فراوانی نیازها، آنها را اولویت بندی کرده و در خصوص موارد با فراوانی مشابه، با تعامل پزشک یا کارشناس ناظر، اولویت بندی انجام می شود.
- ۲- اولویت بندی نهایی: برای تهیه فهرست نهایی نیازهای خانه بهداشت و اولویت آن با حضور تمامی اعضاء تیم نیازسنجی سلامت، ابتدا ۳ لیست نیازهای اولویت بندی را کنار هم قرار داده، سپس با توجه به لیستی که بیشترین تعداد اولویت ها را دارد، اولویت بندی نهایی می شود.

ارسال لیست اولویت بندی شده نیازها به مرکز بهداشت شهرستان

در نهایت لیست اولویت بندی شده نیازها از خانه های بهداشت به مرکز خدمات جامع سلامت ارسال شده و در مرکز این لیستها به ترتیب اولویت و به تفکیک خانه های بهداشت تحت پوشش به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می شوند.

خلاصه مطالب و نتیجه گیری:

آموزش بهداشت یکی از مناسبترین شیوه ها برای حل مشکلات بهداشتی مردم است. هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای نامناسب بهداشتی مردم به رفتارهای مناسب است. برای آنکه به هدف تغییر رفتار در مردم دست یابیم باید تلاش کنیم خود آنها مشکلاتشان را شناسایی کرده و برای آنها راه حل پیدا کنند. مناسبترین روش برای ایجاد چنین تغییری استفاده از روش بحث و گفتگو و مشارکت است. تغییر رفتاری که در اثر آموزش بهداشت در مردم بوجود می آید مراحل مختلفی دارد. در هر مرحله کارمند بهداشتی (بهورز) وظایف مشخصی برای تقویت فرایند تغییر رفتار دارد.

پنج گام طراحی برنامه عملیاتی مشارکتی برای حل مشکلات سلامت شامل:

پیش برنامه ریزی برای حل مسئله یا مشکل سلامت، ارزیابی وضعیت موجود، تعیین هدف کلی، گروه هدف و اهداف اختصاصی، تعیین راهکارها، فعالیت ها و منابع و مروری بر طرح برنامه و اجرا می باشد که شرح مختصری از هر کدام از مراحل ذکر گردید. جلب مشارکت فرد و جامعه یکی از وظایف بهورز می باشد.

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد شامل:

مشارکت در شناخت مشکلات، مشارکت در یافتن راه حل، مشارکت در عمل، تسهیل در مشارکت، مشارکت در ارزشیابی می باشد. نیازسنجی به عنوان یکی از مولفه های مهم در بسیاری از حوزه ها که با برنامه ریزی سرو کار دارند از دیر باز مورد توجه بوده است. نیازسنجی سلامت روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشتی مردم از نزدیک شناسایی شده، اولویت بندی شده و جهت اجرا انتخاب می شوند. لذا نیازسنجی فرایندی نظام دادر برای شناسائی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب یا آنچه باید باشد با آنچه هست.

اصول نیازسنجی شامل: اصل تداوم، جامعیت، مشارکت، عینیت و اعتبار، واقع بینی، توجه نابرابر، رعایت ملاحظات فرهنگی و آینده نگری می باشد.

پرسش و تمرین

۱. هدف آموزش بهداشت را توضیح دهید.
۲. چگونه رفتار یک فرد تغییر می کند؟
۳. مراحل تغییر رفتار را توضیح دهید.
۴. گام های طراحی برنامه عملیاتی مشارکتی برای حل مشکلات سلامت را توضیح دهید.
۵. مراحل اجرای برنامه در سطوح مختلف شبکه را توضیح دهید.
۶. راهکارهای اجرایی و مؤثر برای حل مسئله را توضیح دهید.
۷. اصول مهم در مرحله پیش برنامه ریزی برای حل مسئله را توضیح دهید.
۸. انواع نیازسنجی را نام ببرید؟
۹. اهمیت و ضرورت نیازسنجی را ذکر کنید؟ (۴مورد)
۱۰. طبقه بندی نیازها از نظر حوزه و دامنه را ذکر کنید؟
۱۱. اصول نیازسنجی را نام ببرید؟
۱۲. نیازسنجی سلامت را در دو سطر شرح دهید؟
۱۳. مراحل اجرای برنامه نیازسنجی در سطوح محیطی (روستایی) را شرح دهید؟

فصل دوم

شیوه های آموزش و برقراری ارتباط برای سلامت

اهداف :

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

۱. انواع شیوه های آموزشی را نام ببرید.
۲. شیوه آموزشی ایفای نقش را با زبان ساده همراه با مثال شرح دهید.
۳. مزایای شیوه بحث گروهی و مشارکت را توضیح دهید.
۴. مراحل اجرای شیوه سخنرانی را ذکر کنید.
۵. دو مورد از محدودیت های شیوه نمایش عملی را ذکر کنید.
۶. انواع شیوه های آموزشی را نام ببرید.
۷. شیوه آموزشی ایفای نقش را با زبان ساده همراه با مثال شرح دهید.
۸. مزایای شیوه بحث گروهی و مشارکت را توضیح دهید.
۹. مراحل اجرای شیوه سخنرانی را ذکر کنید.
۱۰. دو مورد از محدودیت های شیوه نمایش عملی را ذکر کنید.
۱۱. مشاوره را تعریف کنید.
۱۲. اصول مشاوره را نام ببرید.
۱۳. چهار مورد از موانع یک ارتباط بهداشتی را ذکر کنید.
۱۴. انواع ارتباط را نام ببرید.
۱۵. مراحل مشاوره را توضیح داده و یک نمونه مشاوره بر اساس این مراحل تنظیم نمایید.
۱۶. مواردی که در ایجاد یک ارتباط بهداشتی خوب تاثیر دارند را نام ببرید.

مقدمه:

برای آنکه مناسبترین و موثرترین راه انتقال پیام‌ها را داشته باشید باید با روش‌ها و شیوه‌های آموزش دادن و ارتباط با مردم آشنا شوید.

هدف این قسمت، معرفی روش‌های متداول آموزش است. ممکن است شما در مورد سلامت مطالب زیادی بدانید ولی روش آموزشی مناسب برای دستیابی به اهداف آموزشی و انتقال مطالب و دانش به فراگیران را بخوبی ندانید غالباً روش آموزش بر اساس میزان دستیابی فراگیران به مطالب و بهره‌گیری آنها از دوره تعیین می‌شود فراگیران با گوش کردن، دیدن، پرسش و پاسخ و اجرای آموخته‌ها مطالب را یاد می‌گیرند و بر همین اساس هم روش آموزشی مناسب انتخاب می‌شود.

روش‌های تدریس فراوان و متعدد هستند که هر کدام شرح مفصل و طولانی دارد هر یک از روش‌های آموزشی به تنهایی مزایا و معایبی دارد و از اینروست که غالباً بکارگیری مجموعه‌ای از روش‌های تدریس و آموزش توصیه می‌شود تا کارایی و اثربخشی بیشتری به همراه داشته باشد.

عوامل مختلفی بر انتخاب و تصمیم‌گیری استفاده از روش‌ها و ارائه آموزش دادن تاثیرگذار است از جمله: اهداف آموزشی، محتوای آموزشی، ویژگیهای فراگیران و مربیان می‌باشد.

خصوصیات و کاربرد سایر شیوه‌هایی که ذکر می‌کنیم از نام خود آنها روشن می‌شود، که هر کدام در موقعیت‌های خاص به عنوان یک فن موثر برای آموزش و ارتباط با مردم به کار رود.

مسئله راه درست تصمیم‌گیری و انتخاب هر یک از این‌ها آشنایی هر چه بیشتر با شیوه‌ها و فنون آموزش دادن است.

شیوه تدریس:

شیوه تدریس نیز عبارت است از راه منظم، باقاعده و منطقی برای ارائه درس.

روش تدریس فعال:

به روشی گفته می‌شود که در آن فراگیران در جریان آموزش برانگیخته شده و در امر یادگیری می‌کوشند. در واقع معلم نقش راهنما و هدایت‌کننده را ایفا می‌کند و یک ارتباط متقابل بین معلم و فراگیر وجود دارد.

مثال: زمانی که طرز تهیه محلول ORS را تدریس میکنید.

روش تدریس غیرفعال:

به روشی اطلاق می‌شود که بصورت معلم محور برگزار شده و فراگیر منفعل بوده و نقش شنونده را دارد. مانند روش سخنرانی

قبل از آنکه روش خاصی را برای آموزش انتخاب کنید به چند سوال در ذهنتان پاسخ دهید:

۱. تعداد فراگیران

۲. مدت زمان اجرای آموزش

۳. سطح آگاهی و دانش فراگیران

۴. تجهیزات آموزشی مورد نیاز

۵. انتظار شما از میزان مشارکت فراگیران در طول دوره

برخی از شیوه های متداول آموزشی عبارتند از:

ایفای نقش-بحث و گفتگو و مشارکت گروهی (مباحثه) - سخنرانی - تمرینی- بازگویی - آزمایشی - نمایش عملی - پرسش و پاسخ (سقراطی)-آموزش چهره به چهره- بارش افکار

شیوه ایفای نقش «Role Playing»

ایفای نقش، نوعی روش آموزشی است که مشکلات و مسائلی در آن عنوان می شود و مورد بحث و بررسی قرار می گیرند که ممکن است برای فراگیران مبهم و سوال برانگیز باشد. در این روش فراگیران نقش را ایفاء می کنند درحالیکه در روش نمایش و اجرای تمرین عملی مربی نقش را ایفاء می کند

ایفای نقش مبتنی بر موقعیت های تجربه محور است که در آن نمونه های درستی از موقعیت های دارای مساله در زندگی واقعی در کلاس درسی خلق می شود و یادگیرندگان در آن به ایفای نقش می پردازند

اعضای یک جلسه آموزشی در ایفای نقش عبارتند از:

مربیان: کارشناسان، کاردان ها، بهورزان مربیان ایفای نقش هستند

ایفاگران نقش: از فراگیران بوده که می توانند داوطلب و یا انتخاب شده باشند.

فراگیران: مشاهده کنندگان نمایش می باشند که پس از پایان آن اظهار نظر، سوال و بحث و تبادل نظر خواهند کرد

در اجرای روش ایفای نقش، معمولاً باید مراحل زیر دنبال شود:

۱. تعیین موضوع و نوشتن آن بصورت نمایش نامه

موضوع باید واضح و روشن - قابل اجرا - متناسب با توانایی های ذهنی و روانی و مورد علاقه دانش آموزان باشد

✓ نگارش نمایش نامه، پیکره اصلی روش ایفای نقش است و در یکایک مراحل باید اهداف اصلی گنجانده شود. همچنین باید

از عاداتی نامطلوب و محتوای نامناسب پرهیز شود

پیام اصلی درس در این قسمت است. نمایشنامه باید ابتدا و انتها داشته باشد و جملات کوتاه و قابل فهم باشد

۲. تعیین نقش هایی که باید ایفا شوند

✓ انتخاب نقش ها بر اساس توانایی و علاقه فراگیران باشد

✓ بهتر است افراد خجالتی بیشتر تشویق به ایفای نقش شوند و نقش آنها اول ساده باشد

✓ به طور داوطلب یا انتخابی در برنامه شرکت می کنند.

✓ الزاماً نیازی به داشتن تجربه و ذوق هنری در زمینه نمایش ندارند.

۳. فراهم کردن امکانات

✓ امکانات باید بر اساس نمایش نامه تدوین شده فراهم گردد.

✓ نحوه استفاده از فضا، صحنه آرایبی مناسب باید برای آنان تشریح شود.

✓ وسایل ساده باشد

✓ تا جایی که امکان دارد فراگیران وسایل را بسازند

۴. آمادگی و تمرین مقدماتی

✓ آماده کردن فراگیران برای ایفای نقش، از قبیل گرم کردن و تمرین دادن؛

- ✓ آگاه کردن افراد از نقش خودشان
- ✓ شناخت و تمرین مراحل اجرایی به صورت متوالی
- شناخت و ساخت وسایل و امکانات لازم

۵. اجرای نمایش نامه

- ✓ در این مرحله گروه بازیگران به ایفای نقش می پردازد
- حضور مربی در مقام هدایت کننده و کارگردان است .

۶. بحث و بررسی و ارزشیابی

پس از اتمام مرحله اجرایی، تماشاگران به صورت گروهی و با هدایت معلم به ارزشیابی و بررسی کلیه مراحل می پردازند

مزایای ایفای نقش

- ✓ ایجاد شور و شوق و انگیزه درونی در فراگیران
- ✓ مشارکت فعال فراگیران
- ✓ افزایش اعتماد به نفس افراد از طریق مشابه سازی
- ✓ افزایش همدلی و تحمل و استقلال
- ✓ کاهش کم رویی و خجالت فراگیر
- ✓ باز سازی موقعیت های بدون خطر
- ✓ تقویت مهارت های کلامی در فراگیران
- ✓ ایجاد حس همکاری و ارتباط و و اکنش متقابل میان فراگیران
- ✓ آگاهی مربی از قدرت عملکرد و شناختی که توسط فراگیران بدست آمده

محدودیت های ایفای نقش

- ✓ کارآئی پائین برای اهداف پیچیده آموزشی
- ✓ جدی گرفته نشدن آن توسط فراگیران به عنوان یک روش آموزش
- ✓ صرف وقت زیاد و نیازمند به فعالیت های مقدماتی
- ✓ ممکن است همه فراگیران فرصت ایفاء نقش و شرکت در فعالیت را نداشته باشند.

افزایش توانایی این روش:

- ✓ راهنمایی و آموزشهای لازم به طور واضح و شفاف ارائه شود
- ✓ ایفاء نقش توسط فراگیران بطور داوطلبانه باشد .
- ✓ هدف از ایفاء نقش بیان شود و آرام سازی ذهنی برای فراگیران ایجاد شود .
- ✓ فراگیران نسبت به ارتباط موقعیت ها با یکدیگر آگاه و توجیه باشند .
- ✓ زمان کافی برای ایفاء نقش داده شود.
- ✓ روی نکات آموزشی توجه نموده و آنها را پررنگ تر نمایش دهند .
- ✓ تجربیات ایفاء کنندگان نقش پس از اجرا مورد بررسی و بحث قرار گیرد .
- ✓ از تجربیات ایفاکنندگان نقش باز خورد(فیدبک) تهیه شود و مورد بحث قرار گیرد

شیوه بحث و گفتگو و مشارکت (مباحثه)

روش بحث گروهی گفتگویی است سنجیده و منظم در باره موضوعی خاص که مورد علاقه مشترک شرکت کنندگان در بحث است .



✓ در این شیوه آموزش دهنده با استفاده از معلومات فراگیرندگان ، اطلاعات و تجارب قبلی آنها اقدام به روشن کردن مطالب مجهول میکند. آموزش دهنده به عنوان یک هماهنگ کننده و فردی که در موقع ضرورت می تواند اطلاعات مفیدی ارائه نماید، عمل می کند این شیوه یکی از موثرترین شیوه ها برای آموزش پایدار و ترغیب افراد برای ورود به برنامه های بهداشتی است.

تعداد فراگیران در حدود ۲۰-۶ نفر که دایره وار می نشینند و عقاید و تجربیات خود را ابراز می نمایند روش تدریس بحث گروهی از آن دسته روش های تدریس دانش آموز محور است. در این روش معمولاً مربی موضوع یا مساله خاصی را مطرح می کند و فراگیران در باره آن به مطالعه ،اندیشه ، بحث و اظهار نظر می پردازند و نتیجه می گیرند . مدت زمان بحث بستگی به وقت داده شده به اعضا دارد ، یک تا ۲ ساعت طولانی ترین فرصتی است که برای بحث لازم است زیرا حتی اگر افراد کاردیگری هم نداشته باشند در این صورت باز هم اگر بحث طولانی شود ، افراد خسته و بی حوصله خواهند شد . افراد به شکل دایره می نشینند و ناظر ، خارج از گروه قرار می گیرد . گفتگو بین اعضای گروه و رهبر گروه صورت می پذیرد

افراد و نقش آنان در بحث گروهی

- ۱- رهبر یا اداره کننده گروه : برای رعایت نظم و ترتیب و به منظور سازمان دادن و اداره بحث می باشند
- ۲- فراگیران : برای شرکت فعال در بحث باید قبول مسئولیت کنند
- ۳- منشی گروه: برای یادداشت تصمیم ها و نتایج بحث
- ۴- شخص مطلع یا میهمان : چنانچه موضوع مورد بحث به اطلاعات فنی نیاز داشته باشد ، می تواند اطلاعات لازم را عرضه کند و به سئوالا پاسخ دهد . برای مثال ، اگر موضوع مورد بحث ((بهداشت یا درمان)) باشد می توان از یک پزشک دعوت نمود تا در بحث گروهی شرکت کند و به سئوالا پاسخ دهد .
- ۵- ناظر یا ارزیاب : ناظر جریان بحث را مشاهده میکند و انتقادات خود را در مورد چگونگی بحث ، یادداشت و عرضه مینماید . رهبر گروه هر گاه لازم بداند از ناظر می خواهد تا نظر انتقادی خود را اظهار نماید . معمولاً ناظر باید خارج از گروه و در محلی که بتواند جریان بحث را مشاهده کند ، قرار گیرد .

وظایف مربی در روش بحث گروهی (پیش از جلسه):

- ۱- تهیه تدارکات لازم از قبیل محل تشکیل بحث گروهی، مواد و تجهیزات لازم، آرایش هندسی نشستن افراد را تعیین کند.
- ۲- پیرامون موضوع بحث مطالعه و سئوالاتی را که برای شروع و ادامه بحث لازم است را تهیه نماید.
- ۳- وظایف و مسئولیتهای اعضای گروه را معین کند.
- ۴- منابع مورد نیاز در زمینه بحث را شناسایی کند.
- ۵- از اعضای شرکت کننده بخواهد در مورد موضوع مورد بحث مطالعه کنند و با آمادگی قبلی حاضر شوند.

وظایف مربی در روش بحث گروهی (شروع و ادامه بحث) :

- ۱- در شروع بحث، تحت عنوان مقدمه هدف و ظوابط بحث گروهی را شرح و وظایف اعضا را مجدداً گوشزد کند.
- ۲- در صحبت کردن حداقل مشارکت را داشته باشد.

- ۳- بحث را تنظیم کند .
- ۴- فراگیران را به شرکت فعال در بحث برانگیزاند .
- فراگیران پرحرف را محدود سازد .
- ۶- فقط زمانی که مورد سؤال قرار می گیرد ، نظر خود را ابراز کند.
- ۷- مفاهیم مبهم را روشن کند.
- ۸- جانبداری از خود نشان ندهد.
- ۹- کمک به خلاصه کردن و دسته بندی بحث.

وظایف فراگیران در روش بحث گروهی :

- ۱- فضای دوستانه برقرار سازند .
- ۲- در باره موضوع بحث ، فکر و مطالعه کنند
- ۳- عقاید و تجربیات خود را در گروه مطرح کنند
- ۴- به نظرات افراد توجه نمایند نه به شخصیت آنان .
- ۵- جلسه را به انحصار خود در نیاورند.
- ۶- در جریان بحث گروهی با یکدیگر صحبت نکنند.
- ۷- انتظار نداشته باشند نظرات آنها حتما پذیرفته شود.
- ۸- با دقت به بحث گوش دهند

پس از پایان بحث در مورد موضوع تصمیم گیری کنند.
 مراحل اجرای روش بحث گروهی :

۱- انتخاب موضوع بحث :

موضوعات و عناوین روش بحث گروهی باید در قالب کلمات صریح و روشن بیان شود. باید موضوعی باشد که بتوان در باره آن بحث کرد و بتوان در مورد آن نظرهای مختلف یا روش های مختلف ارائه داد.

۲- یافتن زمینه مشترک برای بحث:

قبل از شروع بحث گروهی لازم است سطح اطلاعات فراگیران درباره موضوع یکسان شود. برای آماده شدن فراگیران می توانند با خواندن یک فصل از کتاب، چند مقاله، نمایش فیلم و ... را انجام دهند

۳- بیان هدف های آموزشی :

هدف بیان و روی تابلو یا تخته در کلاس درس نوشته می شود تا از انحراف دانش آموزان و معلم پیشگیری و جریان بحث را تسهیل کند.

۴- تعیین گروه ها و آرایش آن ها :

فراگیران در گروه های ۵ یا ۶ نفری به شکل دایره می نشینند.

۵- هدایت جریان بحث :

معلم بعد از معرفی موضوع، سکوت کرده و وظیفه اصلی او در بحث تحلیل و ارزشیابی آن است . معلم شنونده فعال باشد، از جریان بحث یادداشت بردارد، و مانع خروج بحث از موضوع شود.

شروع جلسه با اطلاعات عمومی

برای شروع بحث بهتر است که از افراد گروه بخواهیم تا اطلاعات کلی در مورد مشکل، بیماری و یا نگرانی های خودشان را ارائه دهند. اعضا گروه از این طریق شروع به پرسش سئوالات برای کسب اطلاعات بیشتر خواهند نمود.

تشویق مشارکت

اگر بعضی از افراد ساکت نشسته اند در این صورت بطور مودبانه نوبت را به آنان داده و پرسید ((آیا ممکن است خواهش کنم که نظر خود را در این مورد بفرمائید . ؟)) اگر بعد از چند بار تقاضا، عکس العملی نشان ندادند، باز هم آنها را مجبور به صحبت کردن نکنید و تا انتهای جلسه صبر کرده و سپس بطور خصوصی با آنها صحبت کنید. دلیل سکوتشان را جویا شوید تا شاید بعد از آگاهی از دلایلشان بتوانید در جلسات بعد، نسبت به استفاده از موقعیت بهتری اقدام کنید.

بعضی از افراد تمایل دارند که بیش از حد صحبت کنند لذا در این مورد هم باید کاملا مودب بود. می توانید به این صورت حرف آنان را قطع کرده و بگوئید ((عقیده جالبی است. اجازه بدهید تا از نقطه نظرات سایرین هم مطلع شویم)) اگر این کار میسر نشد در آن صورت بعد از اتمام جلسه به فرد مورد نظر گوشزد کنید که سایرین نیز باید از فرصت لازم برای اظهار نظر برخوردار باشند

مزایای بحث گروهی و مشارکت

- ✓ بروز نظرات و ایده های جدید و خلاقیت فکری
- ✓ جذابیت برای فراگیران و ایجاد انگیزه
- ✓ توسعه مهارت های ارتباطی و کلامی
- ✓ مشارکت فعالانه همه فراگیران در فرآیند یادگیری
- ✓ توسعه مهارت های اجتماعی (همکاری با دیگران، عجله نکردن در قضاوت و)...
- ✓ تثبیت دانش در ذهن فراگیران بواسطه تکرار و مداخله در موضوع درسی

محدودیت های روش بحث گروهی و مشارکت

- ✓ برای کلاس های پرجمعیت مناسب نیست
- ✓ برای فراگیران خرد سال و یا با معلومات کم نسبت به موضوع مناسب نیست
- ✓ اجرای آن نیاز به مهارت دارد
- ✓ برای تمامی موضوعات آموزشی نمی توان از این روش استفاده کرد
- ✓ وقت زیادی از زمان آموزش را اشغال می کند
- ✓ فراگیرانی که کمتر در بحث شرکت می کنند کمتر یاد می گیرند
- ✓ ممکن است بدون نظارت، هدایت و راهنمایی مربی فراگیران از بحث و موضوع خارج شوند

شیوه سخنرانی

سخنرانی به عمل صحبت کردن یک فرد برای گروهی از مردم که مخاطب یا شنونده او هستند، با نیت خاصی مانند آگاهی بخشی، تحت تاثیر قرار دادن و یا سرگرم نمودن، گفته می شود. به انجام دهنده این کار سخنران یا خطیب گفته می شود.

- ✓ در این شیوه از بیان شفاهی برای ارائه ی مطالب استفاده می گردد.



- ✓ این نوع آموزش بر اساس کلام و صحبت مربی یا سخنران می باشد و یادگیری از طریق گوش کردن و یادداشت برداشتن از طرف فراگیر انجام می گیرد.
- ✓ سخنرانی موثرترین روش در انتقال اطلاعات می باشد
- ✓ درصد یادگیری در یک سخنرانی بر حسب پیام های کلامی و غیر کلامی سخنران عبارتند از:
- ✓ زبان و حرکات بدن (55 %)، کلمات (7 %)، لحن صدا (38 %)

ویژگی های سخنرانی موثر:

- ✓ شروع سخنرانی جذاب باشد.
- ✓ اهداف آموزشی ارایه شود.
- ✓ متن و محتوای سخنرانی بصورت سازماندهی شده باشد.
- ✓ سخنرانی حتی الامکان باید بر اساس منطق و پایه علمی باشد.
- ✓ ارزیابی فراگیران انجام شود
- ✓ از وسایل کمک آموزشی مناسب استفاده شود.
- ✓ جمع بندی و نتیجه گیری و ذکر نکات مهم و پاسخ به سوالات در پایان سخنرانی صورت می گیرد.

مراحل اجرای شیوهی سخنرانی

- ✓ آمادگی
- ✓ مقدمه سخنرانی
- ✓ ارائه سخنرانی
- ✓ جمع بندی و نتیجه گیری

آمادگی:

انجام این مرحله مستلزم تسلط کافی سخنران بر موضوع است. در این مرحله نکات کلیدی (نکات مرتبط بر اهداف آموزشی) مشخص می شوند. مهمترین فعالیتی که در این مرحله صورت میگیرد، سازماندهی مطالب می باشد بطوریکه مطالب از جامعیت و نظم منطقی برخوردار باشند.

منظور از جامعیت محتوای آموزشی این است که متن سخنرانی باید تمام اهداف آموزشی را در بر داشته باشد یعنی حاوی کلیه مفاهیم، حقایق و مطالبی باشد که فراگیران باید یاد بگیرند. سازماندهی مطالب همچنین تجهیزات مورد نیاز ارائه سخنرانی را نیز مشخص می کند. در سخنرانی نکات مهم و پیچیده بهتر است با استفاده از ذکر مثال، ترسیم شکل، رسم نمودارها و حتی با استفاده از وسایل کمک آموزشی توضیح داده شود.

برای فرد سخنران آمادگی باید از سه نظر کسب شده باشد:

آمادگی از نظر تجهیزات - آمادگی عاطفی - آمادگی از نظر زمان

آمادگی از نظر تجهیزات:

وسایل آموزشی بسیاری مانند فیلم، تلویزیون، اسلاید و نوارهای ضبط شده وجود دارند که می توانند معلم را در یافتن مطالب مناسب و ایراد سخنرانی کمک کنند. آموزش دهنده باید آنها را با توجه به هزینه های موجود، مورد بررسی قرار دهد و آنهایی را که می توانند سخنرانی او را تقویت کنند انتخاب نماید .

آمادگی عاطفی:

بسیاری از مردم هنگام سخنرانی دچار نوعی ترس ناگهانی می‌شوند. این ترس به هنگام ارائه سخنرانی موجب کاهش توانایی ارتباط می‌شود. ترس از سخنرانی را می‌توان با روش‌های مختلف کاهش داد. یکی از روش‌های بسیار مؤثر کاهش ترس، روش از بین بردن منظم حساسیت است. می‌توان از روش‌های زیر جهت غلبه بر ترس قبل از سخنرانی استفاده نمود:

✓ چندین بار قبل از اجرا تمرین کنید بخصوص قسمت ابتدا و انتهای آن را با یک داستان یا نقل قول قدرتمند و غافلگیر کننده شروع کنید

✓ روی یک پیام خاص که بتوان آن را در یک جمله منتقل کرد تمرکز کنید و آن را نقطه عطف صحبت های خود قرار دهید

✓ از زبانی ساده بهره بگیرید

✓ همه چیز را توصیفی شرح دهید

✓ پایانی هیجانی و ناگهانی داشته باشیدچنین آموزشی می‌تواند توانایی روبه‌رو شدن بدون ترس با شنوندگان را به سخنران عطا کند

آمادگی از نظر زمان:

سازماندهی خوب یک سخنرانی و طی مراحل ماند جمع‌آوری اطلاعات، تنظیم مطالب، تعیین موارد تأکید (مهم) و فراهم ساختن مثال‌های نافذ و ناب مستلزم وجود زمان مناسب است. سخنرانی، در واقع، تجدید بنایی در مقیاس کوچک از ساختمان دانش و اطلاعات سخنران است. چنین تجدید بنایی نیاز به زمان مناسب دارد و اگر چنین فرصتی در اختیار سخنران نباشد، نمی‌توان از او انتظار داشت که سخنرانی مطلوبی ارائه دهد.

مقدمه سخنرانی:

شروع ارائه مطالب اهمیت زیادی در اجرای شیوه سخنرانی دارد. در این مرحله یک رابطه ای بین سخنران و فراگیر و میزان جلب توجه فراگیران ایجاد می‌شود. نقش ارتباطی مقدمه ممکن است هنگامی آشکار شود که سخنران خود را به فراگیران معرفی می‌کند، نام آنان را می‌پرسد، صحبت‌های گرم و صمیمانه‌ای درباره وقت کلاس به میان می‌آورد، لطیفه یا حکایت کوتاهی می‌گوید یا قسمتی از مراحل کار را معین می‌کند.

بیان اهداف آموزشی، مقدمه بسیار مناسبی برای شروع سخنرانی است و به ایجاد تمرکز و انگیزه فراگیران کمک موثر می‌کند. آموخته های قبلی فراگیران مهم ترین عامل در یادگیری آنهاست. برای شناخت زمینه‌های قبلی فراگیران، آموزش دهنده می‌تواند سؤالاتی را بصورت کتبی یا شفاهی مطرح کند. این سؤالات اولاً، به فراگیران آگاهی می‌دهد که چه موضوعاتی مهم است و ثانیاً، اطلاعات لازم را در مورد زمینه‌های علمی فراگیران در اختیار آموزش دهنده قرار می‌دهد. این اطلاعات می‌تواند برای تنظیم سخنرانی بسیار مفید باشد.

ارائه سخنرانی:

در این مرحله سخنران باید توجه خود را به متن سخنرانی معطوف کند. متن سخنرانی قسمت اصلی و بسیار مهم سخنرانی را تشکیل می‌دهد. سخنران در این مرحله نیز باید به نکاتی توجه کند تا بتواند سخنرانی مؤثری ارائه دهد، از جمله باید سرعت بیان خود را به گونه ای تنظیم کند که تمام فراگیران بتوانند یاد داشت برداری کرده و یا بر روی برخی مطالب تمرکز کنند. از مسائل مهمی که همواره آموزش دهندگان باید آن را در طول سخنرانی در نظر داشته باشند، روش‌های جلب توجه شاگردان و استمرار این امر است؛ زیرا بهترین سازمان‌دهی در طول تدریس اگر بدون جلب توجه فراگیران انجام شود، به هدر خواهد رفت.

فعالیت‌های همچون طرح سؤال، بحث و گفتگو، استفاده از وسایل بصری یا گفتن عبارت‌هایی مانند: مسائلی که مطرح می‌شوند مهم است یا در پایان امتحان گرفته خواهد شد از موضوعاتی هستند که ممکن است موجب جلب توجه فراگیران به محتوای سخنرانی بشود.

جامع بودن محتوی:

منظور از جامع بودن محتوا این است که متن سخنرانی باید تمام هدف‌های آموزشی را در بر داشته باشد؛ به عبارت دیگر، محتوای سخنرانی باید تمام حقایق، مفاهیم و اصولی را که آموزش دهنده می‌خواهد فراگیرانش بیاموزند، در برداشته باشد. آزمایش‌های بسیاری نشان داده است فراگیرانی که سخنرانی آموزش دهنده آنها جامعیت بیشتری داشته است، بهتر یاد گرفته‌اند

سازمان‌دهی منطقی محتوا:

گاهی اوقات علیرغم داشتن محتوایی خوب و جذاب، بخاطر نبود سازماندهی مناسب، نمی‌توانیم ارائه‌ای موثر داشته باشیم. ما به عنوان ارائه دهنده باید به این اصل توجه داشته باشیم که اگر نتوانیم بخوبی آنچه در ذهن داریم را به صورت منظم، منطقی، و سازماندهی شده ارائه دهیم ممکن است برچسب بیسواد بودن را نیز بر خود ببینیم. سازماندهی محتوا به این موضوع اشاره می‌کند که در هر قسمت از ارائه مان مفهوم اصلی را تشخیص داده و سپس مفاهیم، مثال‌ها، نمونه‌ها و توضیحات مناسب را صورت مرتبط و منظم استفاده کنیم

جمع بندی و نتیجه گیری:

✓ در این مرحله که آخرین مرحله سخنرانی است مطالب و اطلاعات ارائه شده بصورت خلاصه‌ای از نکات کلیدی و مهم مطرح می‌شود و ارتباط بین اجزاء مطلب و کل مطلب نیز بیان می‌شود. و به سوالات فراگیران پاسخ داده می‌شود.

✓ مزایای سخنرانی

✓ از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه است و هزینه زیادی ندارد.

✓ انتقال اطلاعات زیاد در زمان نسبتاً کم میسر است.

✓ برای گروه‌های بزرگ بهترین شیوه آموزش است.

محدودیت سخنرانی

✓ به علت یک طرفه بودن آموزش، فراگیران غیرفعال می‌باشند.

✓ برای مهارت‌های عملی مناسب نیست.

✓ مهارت‌های فردی در نظر گرفته نمی‌شود.

✓ جلب توجه و تمرکز فکری فراگیران در مدت سخنرانی مشکل است.

✓ میزان یادگیری این شیوه کمتر از دیگر شیوه‌هاست.

✓ ارزیابی فراگیران در درک و فهم مطالب دشوار است.

✓ خمودگی و خواب‌آلودگی در فراگیران اگر مربی فعال و محرک نباشد

✓ لازم است برای بالا بردن سطح یادگیری فراگیران با استفاده از روش‌های پرسیدن سؤال، بارش افکار، تغییر تن صدا

و... انگیزه افراد برای پیگیری مباحث سخنرانی افزایش یابد.

✓ در صورت بی‌توجهی به سطح یادگیری فراگیران، اثربخشی ارائه مطالب با سخنرانی مناسب نخواهد بود.

نحوه ارتقای توانایی روش سخنرانی:

- ✓ محدود کردن زمان سخنرانی (20 دقیقه)
- ✓ تشویق به مشارکت فراگیران با طرح سوال
- ✓ بکار بردن وسایل کمک آموزشی به منظور افزایش حافظه فراگیران و کمک به تفهیم موضوع و ایجاد فضای مطلوب آموزشی نظیر اورهد، اسلاید، رایانه و..
- ✓ از اطاله کلام بپرهیزید و فقط نکات ضروری را ارایه کنید و نکات مهم را تکرار کنید.
- ✓ مثال هایی مرتبط با فراگیران بزنید و از کلمات ساده استفاده کنید
- ✓ در ابتدا و انتهای جلسه، خلاصه ای از موضوع را ذکر کنید
- ✓ در صورت امکان اجازه تمرین عملی به فراگیران بدهید
- ✓ بلند و واضح صحبت کنید اجازه دهید فراگیران یادداشت بردارند
- ✓ برای اطمینان از فهم مطالب به صورت فراگیران نگاه کنید و سوالاتی از آنها بپرسید. به تک تک افراد حاضر در کلاس نگاه کنید.

روش سخنرانی به تنهایی روش کافی و خوبی نیست و باید آن را همزمان با سایر روش های آموزشی استفاده کرد.

شیوهی بازگویی

در این روش از فراگیران می خواهیم تا مطالب اموخته شده را به زبان خود بازگویی نمایند تا مربی میزان درک و فهم و نیز خطاهای شناختی فراگیران را اصلاح نماید.

این روش تکمیل کنندهی روش توضیحی است و با هدف کمک به فراگیر در زمینهی به یاد سپردن مطالب گفته شده می باشد.

شیوهی آزمایشی

در طی این شیوه افراد با به کار بردن مواد و اشیاء خاص عملاً یادگیری را تجربه می نمایند.

مثال چگونگی کلر زنی آب را می توان با استفاده از این شیوه آموزش داد.

شیوه نمایش عملی (De monstration)

در این شیوه عملاً جریان انجام فعالیت در مقابل دیدگان فراگیران نشان داده می شود بعد فراگیران همان مهارت را تمرین میکنند مربی باید قبل از اجرای نمایش تجهیزات لازم را تدارک دیده باشد و به عنوان یک مربی آماده، مهارت های لازم عمل را مرور و اجرا نماید. مانند نمایش احیاء قلبی - ریوی

✓ این شیوه معمولاً برای نمایش یک مهارت بصورت عملی استفاده می شود.

✓ برای اجرای این شیوه از مدل ها، ماکتها، مولاژها، انواع رسانه های دیداری و شنیداری به همراه تصاویر، شکل ها، جداول، نمودارها و... استفاده می شود.

✓ شیوه نمایش عملی کاربرد زیادی در آموزش ها دارد از جمله:

نمایش عملی چگونگی شستشوی صحیح دستها، سالم سازی سبزیجات و نحوه شیردهی صحیح و...

مزایای شیوه نمایش عملی

۱. مناسبترین آموزش برای آموختن مهارت های جدید است.
۲. اطلاعات و مهارت از طریق حواس مختلف دریافت می شود.

۳. کلاس همیشه فعال است و دانش آموزان خسته نمی شوند .
۴. یادگیری آسان و عینی و مصور می باشد
۵. امکان ارزشیابی و بررسی مهارت های عملی فراگیران وجود دارد
۶. مکان تکرار و تمرین توسط فراگیران وجود دارد
۷. در گروه های کوچک قابل استفاده است .
۸. جریان واقعی انجام دادن یک فعالیت را بصورت تئوری و عملی به گروه می آموزد.

محدودیت های شیوه نمایش عملی

- ✓ یک نمایش عملی با اجرای ضعیف می تواند برای فراگیران مایوس کننده باشد.
- ✓ وقت گیر و زمانبر است
- ✓ احتمال یادگیری اشتباه در صورت اجرای غیر اصولی و غیر صحیح توسط مربی
- ✓ به امکانات و تجهیزات آموزشی نیازمند است و هزینه بیشتری می طلبد.
- ✓ در کلاسهای پرجمعیت غیرقابل اجراست احتمال رویت دقیق نمایش برای همه مهیا نمی شود
- ✓ در اجرای تدریس موثر، معلمان نیاز به مهارت های نظری و عملی دارند

شیوهی تمرینی

- ✓ بر اصل تکرار و تمرین استوار است.
 - ✓ امکان تمرین مهارت های جدید را تا سطح خودکاری فراهم می کند.
 - ✓ این شیوه عمدتاً در درحیطه روانی-حرکتی کاربرد دارد.
- آموزش تزریق آمپول را می توان از طریق این شیوه به کار بست
- در این شیوه مربی از فراگیران می خواهد به طور انفرادی یا گروهی مهارت موردنظر را تکرار کنند تا هم مربی بازخورد دریافت کند و هم برای دانش آموزان نکته مبهمی باقی نماند.

تمرین منظم می تواند در سه مرحله اجرا شود:

- الف. تمرین هدایت شونده: با نظارت مربی انجام می شود. نقش مربی کنترل کار فراگیران و دادن بازخورد اصلاحی هنگام نیاز است .
 - ب. تمرین نیمه مستقل: مربی به فراگیر استقلال بیشتری می دهد، او مدت حضورش در کنار فراگیران را کاهش داده تا به تدریج استقلال و اعتماد به نفس آنها در فرآیند عمل تقویت شود .
 - ج. تمرین مستقل: مربی در فرآیند فعالیت حضور ندارد و تنها نتیجه کار فراگیران را ارزشیابی می کند. هدف از تمرین مستقل، یادگیری مطالب جدید و اطمینان از مهارت آموزی و انتقال آن به موقعیت واقعی است .
- نکته کلیدی در یادگیری مهارت های عملی ارائه بازخورد از سوی معلم است. بازخورد مفید و موثر باید اصلاحگر، محترمانه و جدید باشد.

نکات زیر می تواند در این امر راهگشا باشد:

- ✓ بعد از هر تمرین بلافاصله بازخورد ارائه دهید .
- ✓ بازخورد را به طور ویژه، صریح و روشن ارائه دهید .

- ✓ بازخورد تشویق را برای عملکرد صحیح به کار برید .
- ✓ در صورت ارائه بازخورد منفی، عملکرد اشتباه را اصلاح کنید .
- ✓ به فراگیر کمک کنید به جای نتایج، روی فرآیند متمرکز شود.

شیوه پرسش و پاسخ (سقراطی)

بیشتر به منظور مشارکت یادگیرنده در جریان یادگیری و در تمامی روش‌های تدریس و فعالیت‌های آموزشی بکار برده می‌شود. این شیوه در ابتدای ارائه‌ی محتوا و به منظور جلب توجه فراگیر و همین‌طور در اواسط تدریس و به منظور رفع خستگی و... استفاده می‌گردد. روش تدریس پرسش و پاسخ سابقه‌ای به بلندای تاریخ انسان دارد. گرچه در اول به صورت غیر رسمی و ابتدایی بوده است. صورت رسمی کار برد روش پرسش و پاسخ در آموزش به زمان سقراط برمی‌گردد. پرسش و پاسخ روشی است که معلم به وسیله آن، فراگیر را به تفکر درباره مفهومی جدید یا بیان مطلبی تشویق می‌کند. در این روش، فراگیر تلاش می‌کند با کوشش‌های ذهنی، از معلوم به مجهول حرکت کند. در روش پرسش و پاسخ، معلم در شروع تدریس، مستقیماً به بیان مطالب نمی‌پردازد بلکه با طرح سؤال‌های برنامه‌ریزی شده، فعالیت ذهنی شاگردان را در مسیر مطالعه و مفاهیم جدید قرار داده، آن را هدایت می‌کند تا خودشان به کشف مفاهیم جدید توفیق یابند. روش پرسش و پاسخ به نوعی به حل مسأله نیز معروف است، زیرا با ارائه‌ی مسأله‌ای شروع می‌شود که دانش‌آموزان باید از طریق مشاهده‌ی عملی یا تفکر خلاق آن را حل کنند. پرسش و پاسخ را می‌توانیم در تمام روش‌های تدریس به کار ببریم. همچنین در این روش، تمام مهارت‌های یادگیری یا ذهنی به نحوی به کار گرفته می‌شود. در این روش آموزشی، مربی با پرسیدن سؤالاتی از فراگیران و گرفتن پاسخ از آنها، شرایط پویایی و یادگیری فعال را در کلاس ایجاد می‌نماید و بدین طریق می‌تواند بطور سریعی به بررسی وضعیت علمی و میزان یادگیری آنها پرداخته و می‌فهمد که فراگیران چه چیزهایی را می‌دانند و چه چیزهایی را نمی‌دانند. نکته جالب اینکه فراگیران همزمان که در سوال و جواب شرکت می‌کنند، یاد می‌گیرند ولی نباید در جواب گرفتن عجله به خرج داد و فراموش نکنید که فراگیران برای شرکت در روش سوال و جواب باید احساس آزادی و آرامش نموده و نباید احساس کنند در صورت غلط بودن جواب مورد مواخذه قرار می‌گیرند. هدف از این روش کمک و تشویق فراگیران به تفکر است و نباید روشی در پیش بگیریم که فراگیران دچار شرمساری شوند. در جریان سوال و جواب اگر مربی جواب سوالی را نمی‌داند، قبول کند و بگوید نمی‌داند ولی بعداً وقتی جواب سؤال را پیدا کرد به آنها پاسخ دهد.

موارد کاربرد این روش:

- ✓ برای ارائه مطلب یا درس جدید
- ✓ مرور مطلبی که قبلاً آموخته شده
- ✓ ارزشیابی از میزان درکی که شاگردان از مفهوم درس دارند
- ✓ پرورش قدرت تفکر و استدلال دانش‌آموزان
- ✓ تشخیص و تحریک توانایی‌ها و علایق دانش‌آموزان
- ✓ ایجاد اعتماد به نفس در دانش‌آموزان

ویژگی سؤالات:

- ✓ سؤالات باید از ساده به مشکل طرح گردند.
- ✓ با توجه به زمینه‌های علمی شاگردان طرح گردند
- ✓ به گونه‌ای مطرح شوند که توجه شاگردان را برانگیزد و ذهن شاگردان را به حرکت درآورد..

مزایای این روش:

۱. افزایش سرعت یادگیری
۲. تقویت اعتماد به نفس در فراگیران
۳. ایجاد علاقه و تقویت تفکر خلاق در فراگیران
۴. تقویت استدلال و قدرت اظهار نظر فراگیران
۵. تشویق فراگیران به شرکت در بحث و فعالیت‌های آموزشی و در نتیجه یادگیری مؤثر
۶. افزایش انگیزه فعالیت، مطالعه و تحقیق در فراگیران
۷. برطرف شدن ابهامات دانش آموزان در زمینه‌ی درک مفاهیم.
۸. تکمیل معلومات ناقص دانش آموزان و افزایش دامنهی اطلاعات آنها.
۹. تقویت مهارت‌های زبانی، گفتاری دانش آموزان
۱۰. اجازه به معلم تا سطوح درک و فهم دانش آموزان را ارزشیابی کند و در صورت لزوم آن را اصلاح کند
۱۱. تشویق به تمرین کردن و مهارت‌های فکری و مطالعه بیشتر
۱۲. استفاده از این روش، سبب می‌شود که شاگرد به تدریج به سطوح بالاتر یادگیری برسد.

محدودیت‌های روش پرسش و پاسخ:

۱. این روش برای کلاس‌های پرجمعیت مناسب نیست.
۲. این روش مستلزم صرف وقت بسیار است.
۳. در صورت عدم تسلط و مهارت معلم، ممکن است به پراکندگی و انحراف بحث بینجامد.
۴. در همه‌ی دروس قابل اجرا نیست.
۵. دلسردی و ناامیدی فراگیران در زمان پاسخ غلط
۶. خجالت کشیدن عده‌ای از فراگیران و ترس از تحقیر شدن
۷. ارائه پاسخ‌های حدسی و بدون تفکر به سوالات و ایجاد شبهه در فراگیران

توانمندسازی این روش:

- ✓ پیروی از یک الگوی مناسب برای سوال کردن از فراگیران (از همه سوال شود)
- ✓ صبر و حوصله در زمان جوابگوئی فراگیر
- ✓ جنبه‌های مثبت جواب را گرفته و تشویق فراگیر در زمان پاسخ درست
- ✓ سوالات را طوری طراحی کنید که به سمت چیزهایی که نمی‌دانند حرکت کنند.
- ✓ مربی نباید وانمود کند همه چیز را می‌داند و صداقت داشته باشد.
- ✓ بیش از حد از این روش استفاده نکنید.
- ✓ پس از پاسخ فراگیران حتماً جواب صحیح و نهایی را به طور مختصر و مفید و قاطع ارائه کنید.
- ✓ در کلاس‌های پرجمعیت باید ترتیبی اتخاذ شود که همه شاگردان در جریان فعالیت‌های آموزشی قرار گیرند.
- ✓ معلم باید به شاگردان فرصت کافی برای تفکر، تأمل و پاسخ دادن بدهد.
- ✓ اگر دانش‌آموزی پاسخ پرسشی را نمی‌داند باید سؤال برای دانش‌آموزان دیگر مطرح گردد. یعنی سؤال در کلاس گردانده شود تا این که به جواب برسیم.

- ✓ مربی باید وقتی فراگیران مشغول پاسخگویی هستند وارد صحبت آنها نشود و در پاسخگویی آنها دخالت نکند.
- ✓ پرسش‌های پی‌گیر، توسط معلم به شکل منظم و پی در پی و بلافاصله پس از نخستین پاسخ شاگرد مطرح می‌شوند. هدف از پرسش‌های پی‌گیر، راهنمایی شاگرد برای رسیدن به پاسخ مورد نظر است. در حقیقت، با اینگونه سؤال‌ها معلم ذهن شاگرد را تحریک می‌کند.
- ✓ فراگیران برای شرکت در روش سوال و جواب باید احساس آزادی و آرامش نموده و نباید احساس کنند در صورت غلط بودن جواب مورد مواخذه قرار می‌گیرند.

آموزش چهره به چهره



- ✓ آموزشگر به ارائه آموزش اختصاصی که به طور خاص برای یک فراگیر ویژه طراحی شده است می‌پردازد.
- ✓ اگرچه در این روش، پیام‌های غیر کلامی نیز به خوبی قابل انتقال هستند ولی این روش فرصتی برای انتقال ایده‌ها و احساسات است که اصولاً به وسیله کلام منتقل می‌شود.
- ✓ با ارزیابی فراگیر و تنظیم متقابل اهداف قابل دستیابی آغاز می‌گردد.

روش بارش فکری (brain storming) (طوفان فکری)

بارش افکار چیست؟

یک گردهمایی که از طریق آن، عده‌ای می‌کوشند برای یک مسئله‌ی خاص، با انباشتن تمام افکار و اندیشه‌هایی که همان‌جا ارائه می‌گردد، راه حلی بیابند.

اعضای جلسه بارش افکار:

- ۱- رئیس گروه: (آموزش دهنده) برنامه ریز و هدایت کننده‌ی گروه است و در ابتدای جلسه، آموزش‌های مقدماتی در خصوص اجرا را به اعضا ارائه می‌دهد و کنترل جلسه را به عهده دارد.
- ۲- یک یا چند نفر منشی: (دبیر جلسه) منشی تمام نظریات و اندیشه‌های جدید را ثبت می‌کند تا در پایان جلسه، فهرست کاملی به نام افراد ارائه دهنده، تکمیل گردد. بهتر است منشی خارج و یا در کنار جلسه حضور داشته باشد و وظیفه خود را به آرامش انجام دهد.
- ۳- اعضای شرکت کننده: گرچه، گروه نبایستی خیلی بزرگ هم باشد و همانند فعالیت‌های تیمی تعدادی بین ۵ تا ۷ نفر موثرتر می‌باشد.
- ۴- مشاهده کنندگان: گاه عده‌ای در مقام مشاهده‌گر بر جلسه نظارت می‌کنند، برداشت‌های خود را می‌نویسند و در صورت لزوم، در مرحله دوم که مرحله‌ی ارزشیابی است، عقاید خود را بیان می‌دارند. معمولاً در جلسات بزرگ، عده‌ی این افراد زیاد است.

نحوه اجرای فن بارش افکار:

- ۱- ثبت موضوع مورد نظر بر روی تخته و توضیح در مورد آن برای افراد توسط رئیس جلسه (بهتر است این موضوع چند روز زودتر به اطلاع افراد برسد)

- ۲- یاد آوری قواعد و اصول اجرای کار برای شرکت کنندگان توسط رئیس جلسه
 - ۳- ارائه ایده ها و نظرات بصورت گردشی: در هر نوبت فقط یک ایده باید بیان گردد و در صورت عدم وجود ایده ای با گفتن واژه "بعدي" نوبت به دیگری واگذار می شود.
 - ۴- ثبت کلیه ایده ها توسط دبیر جلسه
 - ۵- اتمام مرحله ثبت عقاید در صورت گفتن کلمه "بعدي" توسط تمام افراد
 - ۶- دسته بندی و جمع بندی نتایج
- مدت زمان جلسه بارش افکار: معمولاً بین ۲۰ تا ۴۵ دقیقه می باشد.

کاربرد:

- ✓ توانمندسازی و آموزش سریع و پر تحرک فراگیران
- ✓ اولویتبندی مسائل و مشکلات
- ✓ انتخاب بهترین راه حل
- ✓ افزایش قدرت ابتکار و خلاقیت در فراگیران
- ✓ افزایش انگیزه در کار فراگیران
- ✓ ایجاد کار تیمی و مدیریت مشارکتی
- ✓ بدست آوردن ایده های زیاد و جدید

مزایای روش بارش فکری:

- ۱- برقراری ارتباط آزاد بین فراگیران
- ۲- آرایه نظرات و عقاید جدید
- ۳- بیان آزادانه افکار
- ۴- تحریک خلاقیت فکری فراگیران
- ۵- افزایش توانایی حل مسأله در افراد
- ۶- با توجه به اصل هم افزایی، این روش باعث می شود خلاقیت گروهی مؤثرتر از خلاقیت فردی عمل کند.
- ۷- با این روش، در مدت زمان نسبتاً کوتاهی، شمار زیادی پیشنهاد حاصل می شود.

معایب بارش فکری:

- ۱- سردرگمی فراگیران در شناخت موضوعات مورد نیاز
- ۲- عدم احساس امنیت و راحتی در فراگیران
- ۳- اتلاف وقت
- ۴- عدم فایده در فراگیران با تحصیلات مختلف و رشته های گوناگون
- ۵- سردرگمی و گیجی فراگیران در برخورد با ابتکارات فکری مختلف (گروه معمولاً تحت تاثیر اکثریت قرار گرفته و موجب می شود فرد با نظر اکثریت موافقت کند، حتی اگر قویاً احساس کند که نظر اکثریت اشتباه است.)
- ۶- اگر گروه از یک رئیس جلسه خوب و با تجربه برخوردار نباشد، ممکن است برخی از افراد جلسه را، بطور کامل تحت الشعاع خود قرار دهند.

بارش افکار یکی از موثرترین روش ها برای زمانی است که می خواهیم تعداد زیادی ایده را از افراد گروه در زمانی کوتاه داشته باشیم.

مشاوره

یکی از مهم ترین وظایف بهورزان آموزش بهداشت به مردم است. مردم به دلایل متعددی نیاز به آموزش دارند. ممکن است شما به عنوان بهورز با افرادی روبرو شوید که به دلیل مشکلاتی که دارند به شما مراجعه نمایند به عنوان مثال « مادری کودک خود را به دلیل اسهال چند روزه نزد شما آورده باشد » و بسیاری موارد دیگر، شما می بایست اقدام به مشاوره با این افراد نمایید. ارتباط با افراد برای تشویق آنان در جهت حل مشکلاتشان را «مشاوره» می گویند.

هدف مشاوره

از طریق مشاوره افراد تشویق می شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به وجود آورنده مشکلات را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند. در هر مشاوره دو طرف مشاور و مشورت کننده وجود دارد.

الف) مشاور:

مشاور یا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مسئله مورد مشورت دارا بوده و می تواند در طول مشاوره کمک نماید تا مشکل مشورت کننده حل شود. توجه داشته باشید که مشاور یک فرد به خصوص نیست بلکه هر کسی که دارای دانش و یا مهارت خاصی باشد می تواند به عنوان مشاور عمل نماید؛ بهورزان، کاردانان، کارشناسان و پزشکان می توانند در موارد مختلف به عنوان یک مشاور عمل نمایند.

ب) مشورت کننده:

فرد یا افرادی که با مشکل روبرو بوده و به دلیل عدم دسترسی به آگاهی و دانش لازم قادر به تصمیم گیری جدی و رفع مشکل نبوده و نیاز به راهنمایی و کمک دارند، مشورت کننده نامیده می شود. مشورت کننده می تواند یک فرد یا گروهی از مردم باشد.

اصول مشاوره

ارتباط:

مشاور باید حالت توجه و مراقبت از خود نشان داده و از ابتدای مشاوره در جهت کمک به افراد سعی کند ارتباط خوبی برقرار نماید. در این صورت است که افراد به مشاور اعتماد کرده، مشکلاتشان را بر زبان می آورند. خوب گوش دادن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه های ایجاد ارتباط عمیق است. علاوه بر این ارتباط خوب به شما کمک می کند تا مناسب ترین راه را برای حل مشکل پیدا کنید. به خاطر داشته باشید که باید به حرفهای مردم خوب گوش کنید خودآنها راه حل را به شما می گویند.

تشخیص نیازها:

گفتیم مشاور سعی می کند مشکل را همان طور که افراد می بینند درک کند، مردم باید مشکل را خودشان تشخیص دهند. پس مشاور نباید مشکلات را یکی یکی نام ببرد بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سؤالاتی را مطرح کند که فرد آزادانه اظهار عقیده نماید در

این مرحله فرد مشاوره کننده فقط باید به صحبت مشاوره شونده گوش دهد. بدین منوال مشاور در خواهد یافت که فرد چه نیازهایی دارد

درک احساسات:

مشاور باید احساسات افراد را درک کند. به عنوان مثال ممکن است مادری به شما مراجعه کند و از این که طفل شیر خوارش چند روز است که دچار اسهال شده، اظهار نگرانی کند. شما باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تأیید نمایید. این درک هرگز به معنی همدرد شدن و ایجاد نگرانی در شما نیست و شما نباید به خاطر این مسئله همانند مادر طفل ناراحت باشید. درست است که شما مشکل مادر و احساس او را به خوبی درک می کنید و خود را مسئول کمک می دانید؛ اما در عین حال شما را ه حل هایی برای این مشکل می دانید. مردم در مورد مشکلاتشان به طور طبیعی ترس و نگرانی دارند که هرگز نباید مورد سرزنش قرار گیرند چرا که این سرزنش سبب سلب اعتماد افراد می شود.

مشارکت:

مشاور به فرد کمک می کند تا او همه جنبه های مشکل را در نظر بگیرد، راه حل های مختلف را پیدا و بهترین آنها را انتخاب نماید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر قادر نباشد که از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب استفاده کند و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تحلیل مشکل و پیدا کردن بهترین راه حل نماید.

رازداری:

در مشاوره معمولاً مسائل شخصی و خانوادگی به مشاور گفته می شود، مشاور باید این اطلاعات را از دیگران، حتی بستگان فرد مخفی نگاه دارد. چون اگر آنها را فاش کند فرد اعتماد خود را از دست داده، از مشاور دوری نموده و چیزی به مشاور نخواهند گفت.

این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. گاه ممکن است به دلیل چیزهایی که به دیگران گفته اید فرد دچار درد سر و مشکل تازه ای شود. پس همیشه به اعتماد فرد، احترام گذاشته و بدون اجازه خود او اطلاعات را فاش نکنید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل ناباروری با شما مشورت کند. او ممکن است به همین دلیل در داخل خانواده دچار مشکلات بسیار زیادی نیز شده باشد. افشای مشکلات این زن ممکن است سبب بروز بحرانهای زیادی گردد که آثار بسیار وخیمی داشته باشد. همواره به خاطر داشته باشید رازداری باید یکی از اصلی ترین صفات کسانی باشد که حرفه آنها اقدام به درمان و راهنمایی مردم در جهت حل مشکلاتشان است.

آموزش اطلاعات:

اگرچه مشاور نصیحت نمی کند اما باید اطلاعاتی که فرد برای تصمیم گیری به آنها نیاز دارد را در قالب مطالب ساده در طول بحث ارائه نماید. شرایطی به وجود بیاورد که فرد با آگاهی بیشتر تصمیم بگیرد و با استفاده از دانش جدیدی که کسب می کند، راهی برای حل مشکل خود پیدا کند.

سایر شرایط:

ایجاد محیط آرام و خصوصی برای مشاوره، صرف وقت کافی، بیان ساده و قابل فهم، استفاده از شیوه تحسین و تقویت نکات مثبت مشاوره شونده و... از جمله سایر نکاتی است که باید در مشاوره رعایت شود.

مراحل مشاوره :

از آنچه که گفته شد می توان چنین نتیجه گرفت که مشاوره یک ارتباط دو طرفهٔ چهره به چهره است که در آن مشاور از طریق دادن اطلاعات مناسب و قابل درک به فرد کمک می کند تا با توجه به شرایط و نیاز های خود ، بهترین و مناسب ترین تصمیم را بگیرد و بر اساس آن عمل کند .

بنابراین مشاوره می تواند شامل مراحل زیر باشد :

- ۱- کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل .
- ۲- کمک به فرد برای کشف علل به وجود آمدن مشکل .
- ۳- کمک و تشویق فرد برای توجه به راه حل های مختلف و قابل انجام برای حل مشکل .
- ۴- کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه حل .

انواع مشاوره

- ✓ مشاوره با فرد در معرض خطر: مانند مادر باردار کودک با وزن پایین
- ✓ مشاوره با فرد بیمار: مشاوره بهورز با فرد مبتلا به سل
- ✓ مشاوره با خانواده: مشاوره با سایر اعضای خانواده
- ✓ مشاوره با کودکان: گفتگو بهورز با کودک با موضوع رعایت بهداشت فردی

نمونه ای از یک جلسهٔ مشاوره (مطالعه آزاد)

در اینجا به ذکر مثالی از یک مشاوره می پردازیم :

« معلمی از یک بهورز درخواست نموده تا با یکی از شاگردانش ، صحبت کند. معلم ،مطالب متعددی را درمورد شاگردش به بهورز می گوید او هفده سال دارد و شاگرد باهوشی است اما اخیراً غیبت های طولانی در مدرسه داشته است و همیشه خسته به نظر می رسد . امسال ، آخرین سال تحصیلی او است و معلم نگران است که مبادا نتواند امتحاناتش را با موفقیت بگذارند .»
بحثی که به دنبال می آید ، نشان می دهد که بهورز در این موقعیت ، چگونه ممکن است اقدامی انجام دهد . به آنچه که او می گوید ، دقت کافی داشته باشید و توجه کنید که برای تشویق شاگرد به صحبت آزادانه ، ابتدا سؤالات کلی پرسیده می شود . او با شاگرد ، احوالپرسی کرده و سعی می کند تا رابطهٔ خوبی را با وی برقرار سازد
او به دقت به آنچه که پسر می گوید ، گوش داده و تا وقتی که بهورز تمام داستانی که در پس مشکل پسر وجود دارد را نشنود ، هیچگونه توصیه ای نخواهند کرد .

ضمناً بهورز پسر را تشویق می کند تا در مورد مشکل ، به دقت فکر کرده تا از این طریق بتواند ، علت را بهتر درک کرده و راه حل های احتمالی را برای خودش جستجو نماید . به خاطر داشته باشید که اگر مردم در توسعه راه حل ها ، مشارکت نمایند در اینصورت برای حل مشکلاتشان ، بیشتر متعهد می گردند . پیشنهاد می شود از این جلسهٔ مشاوره یک نمایش کوتاه در کلاس درس ترتیب دهید .

ابتدا از همه بخواهید تا یک بار ، بحث را خوانده و سپس دو نفر داوطلب ، انتخاب کنید . یک نفر ، قسمت مربوط به بهورز را با صدای بلند بخواند و نفر دیگر صحبت های پسر را تکرار کند .
این کار ، روش خوبی برای تمرین مشاوره خواهد بود .

» بهورز: صبح بخیر، حال شما چطور است؟ پدر و مادرت چطورند؟

پسر: متشکرم، حال همه خوب است، بجز مادرم که کمر درد دارد.

بهورز: فکر می‌کنم این آخرین سال تحصیلی شما باشد، وضع مطالعاتت چگونه است؟

پسر: خوب است. من معمولاً در مدرسه خوب درس می‌خوانم اما می‌دانید که سال آخر همیشه مشکل است.

بهورز: آیا امسال مشکلی از نظر جسمی نداشتید؟

پسر: در واقع احساس کمی ضعف و سر درد داشته‌ام. برای سردرد معمولاً از قرص‌های مسکن استفاده می‌کنم.

بهورز: قرص‌ها لازم هستند اما آیا بهتر نیست به خاطر سردرد و ضعف یکبار به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنی؟

پسر: بله فکر می‌کنم.

بهورز: راستی آیا غذا خوب می‌خوری؟ فکر می‌کنم تغذیه خوب و مناسب از مشکل ضعف تو کم کند. به من بگو که در چند

روز گذشته، چه غذایی خورده‌ای؟

پسر: مادرم همیشه می‌گوید که صبحانه کامل بخورید. بنابراین اغلب روزها برای خودم و برادرهایم، یک کاسه بزرگ عدسی

درست می‌کنم. ضمناً همیشه سعی می‌کنم برای مصرف در طول روز میوه نیز بخرم.

بهورز: منظورت این است که تا حدی پخت و پز و مقداری هم خرید می‌کنی؟

پسر: بله این کارها ضروری است. چند سال پیش کمر مادرم آسیب دید و اکنون مشکل شده است.

دکتر می‌گوید که او مسن است و کار زیادی نمی‌توان برایش انجام داد و فقط به او مسکن می‌دهند. اما دکتر به ما گفت که هر طور

می‌توانیم به مادرم کمک کنیم. چون من از همه بزرگتر هستم قسمت اعظم مسئولیت به دوش من است. چون پدرم اغلب روزها تا موقع

غروب کار می‌کند و وقتی به خانه بر می‌گردد هم کارهای زیاد دیگری برای انجام دادن دارد.

بهورز: دیگر چه کارهایی انجام می‌دهی؟

پسر: در تهیه غذای شب هم کمک می‌کنم و برای تمیز کردن خانه، بچه‌های کوچک را نیز به کار می‌گیرم ولی برای این که

کارشان را صحیح انجام دهند، باید مراقب آنها باشم.

بهورز: با این همه کار، چه وقت فرصت مطالعه پیدا می‌کنی؟

پسر: مشکل همین است. تا زمانی که تمام کارها انجام نشده و بچه‌های کوچکتر هم نخوابیده باشند، مشکل

می‌توان به طور جدی مطالعه کرد. پس از آن تا جایی که امکان داشته باشد درس می‌خوانم و آنقدر ادامه

می‌دهم تا روی زمین خوابم ببرد.

بهورز: در کجا مطالعه می‌کنی؟

پسر: ما فقط دو اتاق برای سکونت در آن داریم که یکی از آنها، اتاق خواب پدرم است و دیگری به صورت اتاق نشیمن،

غذا خوری و خواب بچه‌ها است. به همین دلیل است که تا بچه‌های کوچک نخوابند نمی‌توانم جهت مطالعه تمرکز حواس داشته

باشم. من حتی سعی می‌کنم تا از یک چراغ کم نور استفاده کنم که مبادا بچه‌ها بیدار شده و مزاحم من شوند.

بهورز: این طور که می‌بینم کار شما بسیار سخت است. از صحبت شما چنین بر می‌آید که فشار زیادی را تحمل می‌کنید. من

متوجه شدم که شما وظایفی نسبت به خانواده دارید که باید آن را انجام دهید و لذا فکر می‌کنم این همه کار اضافی و نیز مطالعه آخر

شب، آن هم در نور کم باعث ضعف و سردرد تو شده است. خود تو چقدر فکر می‌کنی؟

پسر: هرگز تاکنون بدین صورت به این موضوع فکر نکرده بودم، به هر حال نگران هستم و همان طوری گفتید، ناچارم کارهای خانه را هم

انجام دهم. چگونه می‌توانم این مشکل را حل کنم؟

بهورز: اول این که واقعا دوست داری به چه چیزی دست یابی؟

پسر: دلم می خواهد تا امسال در امتحانات قبول شوم، بنابراین احتمالاً احتیاج به مطالعه ی بیشتری دارم.

بهورز: و برای این که بتوانی بیشتر مطالعه کنی باید قوی باشی و به قدر کافی استراحت کنی.

پسر: درست است و بنابراین باید حساب کنم که چگونه می توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز: بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می کنی.

پسر: درست است. اگر وقت مطالعه را پیدا کنم می توانم حساب کنم که چگونه می توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز: بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می کنی. گفتی که غذای شب راتهی کرده و مقداری هم خرید می کنی.

بین تعطیل شدن مدرسه تا وقتی که شروع به تهیه غذا می کنی، چکار می کنی؟

پسر: معمولاً بعد از مدرسه به بازار می روم تا چیزهای لازم برای شب راتهی کنم. در آنجا بعضی از دوستانم را

می بینم و مدتی با هم حرف می زنیم و بازی می کنیم. پس از غروب آفتاب به خانه می روم تا شام را حاضر کنم.

بهورز: بازی برای تناسب اندام لازم است؛ اما فکر نمی کنی که لازم باشد تا پس از بیرون آمدن از مدرسه، هفته ای یک یا دو روز از

وقت آزادت را صرف مطالعه کنی؟ مطالعه کردن در روز، برای چشمان شما بهتر از مطالعه در شب و در نور کم است.

پسر: درست است اما بازی با دوستانم راهم واقعا دوست دارم.

بهورز: نمی خواهم بگویم که از بازی کردن خودداری کنی زیرا بازی به تناسب اندام کمک می کند علاوه بر این برای جوانی در سن تو

بازی و ورزش واقعاً لازم است اما باید به آنچه که بیش از همه برای شما مهم است نیز فکر کنی. بنظر می رسد که نگران تکالیف

مدرسه ات هم هستی. باید برای خودت تصمیم بگیری که حضری برای موفقیت در درس، چه چیزهایی را فدا کنی. در حال

حاضر، سلامت خودت را فدا نموده ای.

پسر: هرگز به این صورت به موضوع فکر نکرده بودم، حق با شماست. من برای تحصیلم ارزش قائلم و اگر سالم نباشم نمی توانم

در مدرسه موفق باشم. مطمئنم که می توانم بعد از مدرسه یک ساعت اضافه در کلاس بمانم و پشت میزم مطالعه کنم. هیچ کس هم

در آنجا مزاحم من نخواهد بود و حتی ممکن است معلمین هم آنجا باشند و اگر سؤالی داشته باشم بتوانند کمک کنند. دوستانم هم

در این یک ساعت، کمبود مرا حس نمی کنند و می توانم بعداً به آنان ملحق شوم. امیدوارم برای ماندن در مدرسه اذیتم نکنند و به

من فشار نیاورند که درس را رها کنم و برای بازی به آنها ملحق شوم.

بهورز: آیا دوستانت مشکلاتی را که تو در خانه داری، درک می کنند؟

پسر: البته، همیشه روزهای آخر هفته سری به خانه ما می زنند تا به مادرم سلام کرده و با او احوالپرسی مختصری کنند. فکر می کنم که

مرا درک کنند و مزاحم نشوند.

بهورز: حالا به تعطیلات آخر هفته بپردازیم. آیا می توانی در آن مواقع هم مطالعه کنی؟

پسر: صبح جمعه معمولاً صرف انجام کارهای جاری می شود و بعد از آن، خانه دیگر ساکت نیست.

بچه های کوچک دائماً در حال دویدن به داخل و خارج خانه بوده و در عصر روز جمعه معمولاً مهمانها سر میرسند.

بهورز: آیا شما برای مطالعه ناچاری که حتما در خانه بمانی؟

پسر: ممکن است ببینم که اگر کلاسهای مدرسه باز باشند به آنجا بروم یا حتی به مزرعه پدرم بروم زیرا جای ساکتی است. من می توانم

غذای مختصری با خودم بردارم و زیر سایه درختان بنشینم و درس بخوانم.

بهورز: خیلی خوب است که تومی توانی برای این مشکل این همه راه حل بیابی. حق با معلم مدرسه ات بود که می گفت شما

پسر باهوشی هستید حالا دوست دارم کمی درباره برادرهای کوچکتر بدانم چند ساله هستند؟

پسر: آن که بعد از من است ۱۳ سال دارد و دوقلوها هم ۹ سال دارند.

بهورز: وضع درسی برادر سیزده ساله ات خوب است؟

پسر: او خیلی تلاش می کند. نمره هایش تقریباً مثل نمره های من است. شاید می توانست بهتر از این باشد.

بهورز: وقتی که کمر درد مادرتان شروع شد، چند ساله بودی؟

پسر: در حدود چهارده سال.

بهورز: آیا همه این کارها را از همان زمان شروع کردی؟

پسر: بله.

بهورز: با خودم فکر می کردم که اگر برادرت هم مثل شما باهوش است و با توجه به اینکه تقریباً چهارده ساله است، شاید بتواند مسئولیت بیشتری در انجام کارهای خانه به عهده بگیرد. نظرت در این باره چیست؟

پسر: همیشه فکر می کردم که او برای انجام این کارها، خیلی جوان باشد اما اگر من توانسته ام در سن او چنین کارهایی را انجام دهم، لابد او هم می تواند. شاید بتوانیم به نوبت، پخت و پز و سایر کارها را انجام دهیم و در آن صورت من می توانم مطالعه و استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز: با نظراتی که تو داری مطمئن هستم که دیگر در درس خواندن دچار مشکل نخواهی شد، اما لطفاً اگر از این به بعد، شما و یا سایر افراد خانواده ات با مشکلی روبرو شدید، آزادانه به سراغ من بیایید. خوب، حالا قبل از اینکه بروی، لطفاً کارهایی که برای حل مشکلات بابد انجام بدهی را برای من بشمار. این کار کمک می کند تا مطمئن شویم که چیزی را فراموش نکرده ایم و از تصمیماتی که گرفته ایم راضی هستیم.

پسر: قبل از هر چیز لازم است تا بیشتر استراحت کرده و اوقات بهتری را برای مطالعه پیدا کنم. پس از تعطیل شدن مدرسه حدود یک ساعت در آنجا خواهم ماند تا به این طریق بتوانم در طول روز مطالعه کنم. در ضمن در روزهای پایان هفته برای مطالعه به مزرعه می روم و در خانه از برادر کوچکم خواهم خواست تا به نوبت کارهای آشپزی و یا سایر امور را انجام دهد.

بهورز: متشکرم، بسیار خوب، سلام مرا به والدینت برسان.

پسر: این کارها را خواهم کرد. از کمک شما متشکرم. خداحافظ.

در این مثال، کارمند بهداشتی هرگز تا زمانی که اطلاعات کافی به دست نیآورده بود، نپنداشت که مشکل پسر را فهمیده است او هرگز پسر را مجبور به پذیرش توصیه ای نکرد و همیشه پسر را تشویق می نمود تا در مورد مشکلش فکر کرده و تصمیم خودش را بگیرد.

کارمند بهداشتی سؤالاتی را می پرسد تا پسر کمک کند که به دقت و به طور جدی به علت مشکل فکر کند. وقتی بهورز متوجه شد که پسر تمایل به ترک بازی ندارد، از او خواست تا چیزهایی که در زندگی برایش ارزشمندتر است را بررسی کند. او به پسر کمک کرد تا بفهمد که واقعاً چه چیزهایی برایش مهم بوده و او را برای انتخاب کردن، راهنمایی کرد.

در انتها، فرصت هایی به دست آمد که او بتواند مطالعه بیشتری نماید؛ اما در عین حال از بازی کردن با دوستانش نیز دست بردارند.

تمرین بیشتر در مشاوره

مشاوره نیز مانند هر مهارتی، با تمرین پیشرفت می کند. دانش آموزان دیگری را جمع کنید و با آنان، ایفای نقش کنید یکی از شما نقش مشاور و نفر بعدی، نقش مادری که بچه اش مبتلا به عفونت گوش است را بازی کنید. بقیه هم به عنوان تماشاچی هستند که کار بسیار مهمی دارند؛ آنها باید به دقت به ایفای نقش بنگرند و در پایان پیشنهاداتی را برای بهبود مهارت های مشاوره ای، به آنان ارائه کنند.

پیشنهادات برای کسی که نقش مادر را بازی می کند:

شما باید عیناً شبیه به یک مادر معمولی در روستای خود رفتار کنید. به عقیده مادر، چه عاملی ممکن است باعث بیماری فرزندش شده باشد؟ چه نوع معالجات محلی ممکن است تا قبل از مراجعه به خانه بهداشت صورت گرفته باشد؟ مشاور ممکن است نسبت به خانواده مادر، شرایط زندگی و شغل آنان، علاقه مند باشد. داستانی درباره خودتان بسازید که بتوانید جوابهای واقعی را به مشاور بدهید. شما در حین کار در حرفه خود مادرانی را خواهید دید که به دلیل بیماری فرزندشان به خانه بهداشت می آیند. آنها بعضی اوقات، نگران و وحشت زده خواهند بود. درست شبیه مادرانی که بچه ای بیمار دارند رفتار کنید. این کار موجب بهتر شدن ایفای نقش می شود.

پیشنهاداتی برای مشاور:

مراحل مشاوره را بیاد آورید. در مورد ابزارهای آموزشی که می توانید بکار ببرید، فکر کنید. آیامی توانید از عکس ویا پوستر استفاده کنید؟ شاید این وسایل را با خود نداشته باشید اما در هنگام ایفای نقش، وانمود کنید که آنها را دارید. آیا لازم است تا به مادر کمک کنید که اعضای خانواده اش او را پشتیبانی نمایند؟ ممکن است بگویید ما هنوز مهارت های مورد نیاز در زمینه برخورد با یک کودک مبتلا به عفونت گوش رانیاموخته ایم. این ایراد کاملاً صحیح است اما شما می توانید به مادر در مورد اهمیت مراجعه به پزشک صحبت کنید. در این مورد خوب است از مربی خود از قبل در مورد علائم عفونت گوش در یک کودک ۴ یا ۵ ساله و عوارض عدم درمان مناسب آن سوال کنید و پس از آن اقدام به تنظیم مشاوره نمایید. آنچه که شما در این مرحله با تمرین زیاد باید بیاموزید این است که بتوانید به خوبی با مراجعین ارتباط برقرار کنید.

ارتباط

ارتباط عبارت است از فن انتقال اطلاعات، افکار و رفتارهای انسانی از یک شخص به شخص دیگر به شرط: همسان بودن معانی بین آنها است.

اجزای ارتباط:

۱- فرستنده پیام ۲- پیام ۳- کانال یا راه های ارتباطی ۴- گیرنده پیام ۵- اثرات پیام ۶- موانع ارتباطی ۷- بازخورد

منبع یا فرستنده پیام:

منبع یا فرستنده در واقع همان منشاء پیام است .

عواملی که می توانند بر میزان تاثیر و قابلیت اطمینان منبع پیام تاثیرگذار باشند عبارتند از:

- ✓ مهارت های ارتباطی (توانایی صحبت کردن و شنیدن)
- ✓ برخورداری از تسلط و معلومات کافی و عقاید صحیح نسبت به موضوع
- ✓ باور داشتن، همدلی با مخاطبین
- ✓ رفتار و عملکرد او نسبت به موضوع

پیام:

نظری است که مبادله می شود و ممکن است منتقل کننده موارد زیر باشد :

- ✓ انتقال دانش و اطلاعات ،
- ✓ انتقال نگرش ، تشویق ، انگیزه دادن

✓ انتقال مهارت ، تصحیح اشتباهات

پیام ها را می توان به صورت غیر کلامی هم بیان کرد: تون صدا، حرکات بدن، حرکات و اشکال دست ها، صورت و تصاویر

گیرنده پیام یا مخاطب :

گیرنده یا مخاطب فرد یا افرادی هستند که با آنها صحبت می شود و آنان پیام منتقل شده را تفسیر می کند.
مخاطب درحقیقت مصرف کننده پیام است که ممکن است همه جمعیت جامعه یا گروههای ویژه ای از آن باشند
برای اینکه یک ارتباط مؤثر داشته باشید باید :

- ✓ شناخت مخاطب: شنوندگان یا دریافت کنندگان پیام چه کسانی هستند؟
- ✓ اطلاع از توان یادگیری مخاطب: سطح تحصیلات، میزان اطلاعات آنها در مورد موضوع چیست ؟
- ✓ شناخت علایق، نگرش و ارزش های مخاطب: ارزش های آنها در مورد موضوع چیست ؟

کانال یا راههای ارتباطی:

کانال یا راههای ارتباطی به رسانه های ارتباطی گفته می شود و انتخاب رسانه مناسب یک عامل مهم در کارسازی ارتباط است
که به عوامل زیر بستگی دارد:

۱- رسانه باید توانایی ارائه پیام را داشته باشد

۲- در دسترس باشد

۳- ارزان و به صرفه باشد

۴- فرایند آموزش باید جالب و سرگرم کننده باشد

۵- مطابق با الگوی فرهنگی مردم باشد

البته ارتباط دو جانبه بیشتر از ارتباط یک جانبه تاثیر بر رفتار افراد دارد

انتخاب کانال مناسب برای برقراری ارتباط بسیار مهم است. کانال بایستی متناسب با پیام باشد و برای گیرنده در دسترس باشد
و نیز گیرنده باید به طرز استفاده از پیام دریافت شده از طریق کانال خاصی آشنا باشد

اثرات پیام :

اثرات عبارت از تغییراتی است که بدنبال انتقال پیام شما در دریافت کننده روی می دهد

- ✓ تغییرات در دانسته های دریافت کننده
- ✓ تغییر در احساسات و عقاید مراجعه کننده
- ✓ تغییرات در اعمال و رفتار یک دریافت کننده

موانع ارتباط:

عبارت از هرگونه مانع یا سد که از انتقال واضح پیام به مخاطب جلو گیری می کند .مانع به مزاحم یا تحریف یا ضعف در انتقال پیام
گفته می شود که این موانع می تواند در هر سه قسمت منبع، کانال یا گیرنده وجود داشته باشد.

انواع موانع ارتباطی :

- ۱- موانع فیزیولوژیک (دشواری دیداری و شنیداری و...)
- ۲- موانع روان شناختی (اختلال های عاطفی ، نوروژ ، افسردگی و ...)

۳- موانع زیست محیطی (سروصدا، شلوغی، دیده نشدن و ...)

۴- موانع فرهنگی (سطح دانش و شناخت مردم، آداب و رسوم، باورها، مذهب و بینش آنها)
برای دستیابی به یک ارتباط موثر باید موانع شناسایی شده و از سرراه برداشته شود

بازخورد:

نوعی برگشت پیام ارتباطی است که در آن گیرنده به طور عامدانه به پیام فرستنده واکنش نشان می دهد.
بازخورد به فرستنده پیام امکان می دهد تا وضعیت ارتباطی خود را با مخاطبانش ارزیابی کند.

ارتباط خوب در آموزش بهداشت

ارتباط خوب در آموزش بهداشت نقش بسیار مهمی دارد تا آنجا که می توان گفت آموزش موثر نتیجه یک ارتباط خوب و موثر است.

ویژگیهای ارتباط مؤثر:

۱- خصوصیات فرد آموزش دهنده

شخص شما (شخصیت و رفتار شما) در نوع ارتباطتان با مردم بسیار مؤثر است. آیا مردم شما را قبول دارند؟ اگر ندارند به چه دلیل است؟ علت عکس العملهای مردم را پیدا کنید و چنانچه رفتارشان غیر منطقی است آن را اصلاح نمایید. برای برقراری روابط خوب باید کارهایی را انجام دهید که به عقیده مردم مفید و ثمر بخش باشد. باید به میان مردم رفته و شغلشان را برای آنها توضیح دهید. همچنین باید به حرف مردم گوش دهید. به مسائل و نیازهای آنها توجه کنید. با کارکنان بخشهای دیگر « ادارات و سازمانها » ملاقات کنید و مهمتر اینکه به دیدار روحانی محل، معلمین، حکیم باشی های سنتی و افراد با نفوذ بروید. در مورد کار و تجربیات آنها چیزهای جدید بیاموزید و شغل خودتان را برای آنها توضیح دهید و ضمن بحث به آنها تفهیم کنید که با همکاری یکدیگر می توانید جامعه بهتری درست کنید.

۲- بیان و گفتار واضح و روشن:

هدف از برقراری ارتباط خوب این است که مردم پیام ما را دریافت کنند، یعنی بشنوند، ببینند و درک کنند. بنابراین باید بیان کردن، نوشتن یا نشان دادن پیام به طور واضح و ساده باشد. مثلاً در صحبت با مردم بکار بردن اصطلاحاتی مثل ایمن سازی، ضد عفونی، گندزدایی و ... باعث سردرگمی مردم می شود.

۳- گوش کردن و توجه نمودن:

خوب گوش کردن، احترام گذاشتن به مردم است. پس به آنچه می گویند خوب گوش کنید، صحبت آنها را قطع نکنید، در حرفهایشان دخالت نکنید، در حال گوش کردن به چیز دیگری نگاه نکنید و خود را به کار دیگری سرگرم نکنید.
یک مربی برای برقراری یک ارتباط موفق باید سه هنر داشته باشد.

✓ هنر ایجاد صمیمیت

✓ هنر شناخت دیگران

✓ هنر بیان موثر ایده ها

موانع ارتباطی در یک جریان بهداشتی

✓ شکاف اجتماعی فرهنگی: مانند تفاوتهای قومی - تفاوت در طبقه اجتماعی - تفاوت های مذهبی و فرهنگی

✓ موانع کلامی: مانند تن صدای نامناسب - نامفهوم بودن گفته ها به دلیل کلمات پیچیده و نامانوس

- ✓ گیرندگی ذهنی محدود خدمت گیرنده بدلیل: بیماری -خستگی
- ✓ نگرش منفی به کارکنان: سابقه یک برخورد بد کارکنان
- ✓ اعتماد به نفس کاذب: اعتقاد مراجع به این که خودش همه چیز را میداند.
- ✓ عدم اعتماد
- ✓ ترس یا نگرانی: اضطراب مراجع به دلیل احتمال ناتوانی در اجرای توصیه های ارائه شده به وی به دلیل محدودیت های مالی واجتماعی
- ✓ تعارض عمل و گفتار مشاور
- ✓ محدود بودن میزان درک و حافظه: بی سوادی -هوش کم
- ✓ بی توجهی مشاور به امر آموزش: فقدان اطلاعات یا تجربه ناکافی
- ✓ تناقض پیامها: اختلاف در گفته های کارکنان مختلف
- ✓ عدم احساس امنیت

انواع ارتباط:

- ۱- ارتباط درون فردی یا ارتباط با خود: یکی از روشهای ارتباطی می باشد مانند گفتگوی یک انسان با خودش.
 - ۲- ارتباط میان فردی یا ارتباط فرد به فرد: ارتباطی است که دو نفر در آن شرکت دارند مانند مصاحبه و مشاهده
 - ۳- ارتباط گروهی: گروه عبارت است از سه فرد یا بیشتر که به دنبال هدفی گرد یکدیگر جمع شده اند.
- افراد گروه معمولاً علاقه مشترکی در رسیدن به یک هدف گروهی دارند، با این حال هر کدام ممکن است انگیزه جداگانه داشته باشند. هر یک از ارتباطات فوق می تواند به شکل کلامی و غیر کلامی انجام شود.

تعریف ارتباط کلامی و غیر کلامی:

- ارتباط را از دیدگاه های مختلفی طبقه بندی می کنند یکی از این تقسیم بندی ها که بسیار پر کاربرد است تقسیم ارتباط به کلامی و غیر کلامی است.
- ارتباط کلامی مربوط به کلمات بیان شده و دیگر اصواتی هستند که اطلاعات و معنی را می رسانند.
- ارتباط غیر کلامی مربوط به حرکات سر و بدن هستند که قسمتی از اطلاعات را تشکیل می دهند.

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

راه به کار گیری ماهرانه روش های آموزش و شکل ارائه موضوع را شیوه آموزشی می گویند. برای برقراری ارتباط خوب با مردم باید از شیوه های (سخنرانی، ایفای نقش، پرسش و پاسخ و...) استفاده کنیم. در شیوه سخنرانی از بیان شفاهی برای ارائه مطالب استفاده می گردد. این شیوه یکی از رایجترین شیوه های آموزشی است. از لحاظ اقتصادی به صرفه است و هزینه زیادی ندارد-انتقال اطلاعات در زمان نسبتاً کم میسر است-برای گروه های بزرگ بهترین شیوه است. ارتباط با افراد برای تشویق آنان در جهت حل مشکلاتشان را «مشاوره» می گویند. مشاوره یکی از موثرترین شیوه ها جهت آموزش بهداشت و ایجاد تغییر رفتار در افراد است. در مشاوره افراد تشویق می شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل بوجود آورنده آنها را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند.

اصول مشاوره عبارتند از: ارتباط، تشخیص نیازها، احساسات، مشارکت، رازداری و آموزش اطلاعات می باشد.

پرسش و تمرین

۱. انواع شیوه های آموزشی را نام ببرید.
۲. شیوه آموزشی ایفای نقش را با زبان ساده همراه با مثال شرح دهید.
۳. مزایای شیوه بحث گروهی و مشارکت را توضیح دهید.
۴. مراحل اجرای شیوه سخنرانی را ذکر کنید.
۵. دو مورد از محدودیت های شیوه نمایش عملی را ذکر کنید.
۶. درباره روال اجرایی شیوه آموزشی پرسش-پاسخی توضیح دهید؟
۷. مشاوره را تعریف کنید؟
۸. اصول مشاوره را نام ببرید؟
۹. چهار مورد از موانع یک ارتباط بهداشتی را ذکر کنید؟
۱۰. انواع ارتباط را نام ببرید؟
۱۱. مراحل مشاوره را توضیح داده و یک نمونه مشاوره بر اساس این مراحل تنظیم نمایید؟
۱۲. مواردی که در ایجاد یک ارتباط بهداشتی خوب تاثیر دارند را نام ببرید؟

فصل سوم

رویکردهای اساسی در توانمندسازی جامعه

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید :

۱. مفاهیم مرتبط با توانمندسازی اجتماعی محور را توضیح دهید.
۲. ویژگی های اساسی توانمندسازی اجتماعی محور را توضیح دهید.
۳. هر یک از مراحل برنامه توانمندسازی جامعه محور را شرح دهید.
۴. هدف از ترسیم نقشه اجتماعی را در یک سطر توضیح دهید.
۵. در برنامه توانمندسازی جامعه ذینفعان به چه کسانی گفته می شوید.
۶. به منظور انجام نیازسنجی چه روش هایی برای ارزیابی های کیفی می توان استفاده کرد نام ببرید.
۷. اولویت های توانمندسازی روستای تحت پوشش خود را لیست نمایید.
۸. جهت برنامه های آموزشی ثابت، جدول زمانبندی را تکمیل کنید.
۹. جهت برنامه های آموزشی اولویت های سلامت نیازسنجی شده جدول زمانبندی را تکمیل کنید.
۱۰. جهت برنامه های آموزشی سایر موضوعات سلامت جدول زمانبندی تکمیل کنید.

براساس تعریف ارائه شده از سوی هفدهمین کنفرانس جهانی ارتقاء سلامت، توانمندسازی اجتماعی به فرایندی اطلاق می گردد که در آن جوامع قادر به افزایش کنترل بر زندگی شان می شوند. توانمندسازی به عنوان یک نوع خاصی تغییر، فرایندی است که در آن افراد یاد می گیرند قسمتهایی از ظرفیت های بیولوژیکی، اجتماعی و روانی خود را کسب کرده و ان را توسعه دهند. این فرایند کسب و توسعه به افراد کمک می کند تا مقتدرانه تصمیم بگیرند، مشکلات خود را حل کنند و زندگی شان را بر اساس هدفهای مورد نظر تنظیم کنند. اساساً توانمندی اجتماعی نمی تواند به وسیله دیگران به یک جامعه اعطا شود بلکه خود جامعه باید قادر باشد خود را توانمند سازد. توانمندی اساساً بر وضعیت اجتماعی، فرهنگ و تصمیمات سیاسی و اقتصادی جامعه تاثیر می گذارد نتیجه چنین تاثیری موجب می شود تا جامعه از توان بالاتری از تحصیل نتایج سلامت برخوردار شود.

تعاریف و مفاهیم توانمندسازی اجتماع محور

توانمندسازی به فرایندی اطلاق می شود که در طی آن مردم قادر می شوند در زمینه شکل دهی زندگی شان توانمند شوند. اساساً ارتباطات نقشی اساسی در تضمین توانمندسازی اجتماعی دارد از طریق ایجاد ارتباطات معنادار، مردم خواهند توانست به دانش و آگاهی های مناسب برای تفکر خود برخوردار شوند. یکی از ویژگی های توانمندسازی اجرای اقدامات به شکل گروه است.

تسهیل گر در فرآیند توانمندسازی

با وجودیکه موضوع توانمندسازی اجتماعی تاثیر زیادی بر توسعه اجتماعی و جوامع دارد اما در اکثر جوامع، مردم بصورت خودجوش اقدامات لازم را در جهت توانمندسازی خود بعمل نمی آورند، به همین منظور برای اجرای برنامه های توانمندسازی اجتماعی نیازمند وجود فرد یا گروهی برای شروع فرایندها و تسریع اجرای برنامه نیازسنجی اجتماعی داریم. این فرد، شخص یا گروهی است که تلاش میکند از طریق اجرای روشهای آموزشی، مشاوره های اجتماعی، کمک و طراحی برنامه ها، جوامع را به محلی تبدیل کند تا در جهت توانمندسازی خودشان اقدام کنند. این فرد در اصطلاح توانمندسازی، تسهیلگر نامیده می شود. بر این اساس میتوان چنین نتیجه گیری کرد که فرد تسهیل گر (Facilitator): شخص یا گروهی از افراد هستند که در جهت ارتقاء نقش مردم در جریان توانمندسازی اقدام می نمایند. این افراد همواره سعی می کنند تا گروهی از افراد اولیه را برای اجرای برنامه ها و توسعه مشارکت ها انتخاب و با همکاری آنها اقدام به توانمند کردن اجتماع نمایند.

انتخاب و تعریف جامعه هدف

انتخاب و تعریف جامعه هدف نخستین قدم در فرایند توانمندسازی است. هدف از ارزیابی محله این است که منابع فیزیکی و اجتماعی محله را شناسایی کنیم تا با استفاده از این ارزشها و پتانسیل های محلی قادر به انجام برنامه های توسعه در جامعه تحت پوشش خود باشیم. به این منظور گام نخست این است که تیمهای اولیه را تشکیل دهیم و اقدام به ترسیم نقشه محله نماییم. جامعه تحت پوشش را می توان با توجه به مرزهای سیاسی، جغرافیایی یا خصوصیات جمعیتی تعریف کرد. برای اجرای برنامه توانمندسازی در روستا می توان کل محیط روستا را به عنوان جامعه مورد نظر انتخاب کرد. علاوه بر این می توان بخشی از آن را به عنوان پروژه مورد نظر انتخاب کرد.

منابع مختلفی که در جامعه تحت پوشش ممکن است مورد شناسایی و ارزیابی قرار گیرد را می توان در موارد ذیل

خلاصه کرد:

منابع انسانی: شامل دسترسی به نیروی انسانی دارای دانش و مهارت های خاص

منابع طبیعی: شامل زمین، درختان، چشم اندازهای طبیعی و ...

منابع اجتماعی: شامل فرهنگ، آداب و سنن و شبکه های اجتماعی، دوستان

منابع مالی: مانند دستیابی به اعتبارات و منابع مالی و پشتیبانی دولت

منابع فیزیکی: نظیر جاده ها و ساختمان ها و سایر منابع فیزیکی در دسترس

منابع معنوی و روانی: شامل دسترسی به افراد صاحب نفوذ، رهبران مذهبی، معتمدین محلی و سایر افراد مورد قبول می باشد

ترسیم نقشه اجتماعی

بعد از شناسایی منابع، گام دوم ترسیم نقشه اجتماعی است. هدف از ترسیم این نقشه کمک به افراد درگیر در برنامه است تا درباره وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد، د قضاوت های مناسب و واقعی نمایند.

علاوه بر این، نقشه اجتماعی نشان خواهد داد تا چه جمعیتی با چه وضعیت ثروت و رفاه در چه نقاطی از محله مستقر شده اند. اقدام بعدی شناسایی ذینفعان است. ذینفعان کسانی هستند که به هر نوعی در اجرای برنامه می توانند مساعدت نمایند. شرکت ذینفعان در برنامه تابع ماهیت برنامه است بنابراین نخستین اقدام در زمینه شناسایی ذینفعان تحلیل آنها برای ارزیابی شرایط ورود به برنامه است. برای تهیه لیست ذینفعان می توان لیستی از افراد معتمد و تاثیرگذار در سطح محله و نیز افراد صاحب نفوذ نظیر ورزشکاران، هنرمندان یا معلمین تهیه کرد. از افراد این لیست می توان برای تاثیرگذاری بیشتر بر برنامه و توسعه جامعه تحت پوشش استفاده کرد.

در تحلیل ذینفعان باید به این نکته توجه کرد که ذینفعان را می توان از دو جهت طبقه بندی نمود.

اولویت ذینفعان: منظور از اولویت ذینفع، اولویت در بهره مند شدن از نتایج برنامه است. به عنوان مثال چنانچه در برنامه قصد داشته باشیم که اقدام به ارتقاء سطح سواد افراد جامعه نماییم، ذینفعان دارای اولویت، افرادی هستند که بیشترین آسیب را به لحاظ برخوردار از سواد پایین جامعه دارا هستند.

تحلیل قدرت ذینفعان: میزان قدرت به معنای امکان تاثیرگذاری ذینفع بر روی پروژه می باشد. به عنوان مثال ممکن است یک پزشک یا رهبر مذهبی به دلیل تاثیرگذاری عمیق، فردی قدرتمند برای اجرای برنامه باشد.

تمرین تهیه لیست ذینفعان برای مشارکت در تعیین نیازها

به منظور انجام این تمرین از جدول ذیل استفاده نمایید. در این تمرین شما می بایست گروه ها، سازمان ها و افرادی که می توانند در نیازسنجی مشارکت داشته باشند را در جدول تکمیل نمایید. نکته قابل توجه این است که نهادهای محلی را شناسایی کنیم. نهادهای محلی، اعم از دولتی و غیر دولتی و نهادهای مردمی همواره بر اساس اصالت خاصی تاسیس شده اند و عملکردهای خاصی را دنبال می کنند بر این اساس از نهادهای محلی هم می توان در اجرای برنامه توانمند سازی بهره برد. بعضی از نهادهای موجود در روستا عبارتند از کتابخانه، حسینیه ها، بسیج، شورا، مدرسه و...

یکی از موضوعات مهم بعد از ترسیم برنامه توانمندسازی، توجه به روند تغییرات جامعه تحت پوشش در طول زمان است. با تحلیل روند تحولات در جامعه تحت پوشش می توان اهداف توسعه را با دید مناسب تری ترسیم کنیم.

به عنوان مثال برخی تغییرات مثبت در جامعه روستای تحت پوشش عبارتند از: احداث خانه بهداشت، برق کشی روستا، گازکشی روستا، احداث کتابخانه و...

ممکن است تغییرات محله در طول زمان بصورت منفی باشد مانند افزایش بیکاری، افزایش طلاق، افزایش مهاجرت از روستا به شهر، ازایش افراد معتاد و... و همه این تغییرات را می توان در بازه زمانی ترسیم کرد.

ذینفعان	نوع همکاری	تاثیر مثبت یا منفی بر پروژه

نیازسنجی

تعریف نیاز: نیاز یک موضوع کلی است که فاصله بین وضعیت موجود و وضعیت مطلوب را نشان می دهد.

برنامه نیازسنجی: یک فرایندی است که بطور معمول قبل از انجام کارهای دیگر و قبل از پرداختن به جزئیات برنامه انجام می شود. فرایند نیازسنجی به افراد و سازمان ها کمک می کند تا بر مبنا و پایه ای مشخص، پیامدهای نهایی برنامه را در چشم انداز، ترسیم نموده و تلاش نمایند تا به آن دسترسی حاصل گردد. اساس نیازسنجی انجام تحقیقات و سنجش های قابل اعتمادی است که مشخص می کند برنامه می بایست چه فضا و محیط جدیدی را ایجاد نماید.

روش های مختلف برای ارزیابی های کیفی

به منظور انجام نیازسنجی می توان از روش های دیگری بغیر از گردآوری آمار و اطلاعات که مبتنی بر ارزیابی های کیفی است استفاده نمود.

۱- روش مصاحبه با افراد مطلع و کلیدی: در این روش اطلاعات عمیقی در زمینه علل وقوع مشکل و یا نیاز گردآوری می شود. این روش یک روش انعطاف پذیری است که در آن جستجو در زمینه موضوعات مختلفی که از قبل قابل پیش بینی نبود، امکان پذیر است. ارزیابی این روش آسان است ولی در عین حال در این روش اطلاعات کمی بدست نمی آید و ممکن است افراد آگاه و مطلع دچار یک نوع سوء نگرانی در تعیین موضوع نیاز گردند.

۲- بحث گروهی متمرکز: در این روش بهورز یا تسهیل گر می تواند از افراد مورد نظر که به طور معمول در زمینه های مختلف آگاهی دارند دعوت به عمل آورده و اقدام به گردآوری نظرات آنها از طریق بحث گروهی متمرکز نماید. این روش از نظر هزینه و باصرفه بودن علاوه بر این که با سرعت قابلیت انجام دارد، تبادل آزاد اندیشه ها باعث می شود که نظرات متفاوت، مورد تحقیق قرار گیرند. اما با وجود این، این روش منجر به جمع آوری اطلاعات نمی شود، از سوی دیگر ممکن است گروهی از افراد در بحث غالب باشند و به شکل سوئی گرایانه ای موضوع را تحلیل کنند.

۳- مصاحبه با مردم جامعه که دو نوع است:

الف- ارتباط: ارتباط مستقیم بین فردی که کار نیازسنجی را انجام می دهد با تعداد وسیعی از افراد در این روش کاملاً میسر خواهد بود. افراد مختلف، اطلاعات کاملاً متفاوت و قابل توجهی را با روش ارزان و صحیح در اختیار مصاحبه کننده قرار می دهند این احتمال هم وجود دارد که افراد تحت تاثیر نیازهای شخصی، اقدام به هدایت گفتگو کنند. علاوه بر این مسائل و مشکلات فرهنگی و توان افراد مصاحبه شونده با این روش تاثیر بسزایی دارد.

ب- **مشاهده مستقیم:** مشاهده مستقیم هر پدیده در زمان وقوع نیازهای مختلفی را آشکار می کند. به عنوان مثال مشاهده رفتار کودکان یک مدرسه در روال آموزشهای یک معلم بخوبی آشکار می کند که این کودکان تا چه حد از آموزشهای معلم بهره مند می شوند با این وجود در این روش، خود مشاهده کننده هم ممکن است در شرایط وقوع پدیده، در رفتار افراد تاثیر بگذارد و منجر به خطا در ارزشها شود. مثلا ممکن است دانش آموزی در طول تدریس معلم با حضور فرد مشاهده گر، تمرکز بیشتری بر آموزشهای معلم داشته باشد.

۴- **بررسی نمونه ای سریع:** فرض کنید بهورز در طول یک دوره زمانی ثابت تعداد قابل توجهی از افراد با سرفه های خونی را ویزیت نماید در این شرایط بهورز می تواند با فراهم آوردن داده های کمی در زمینه موضوع مورد ظن خود اقدام به گردآوری اطلاعات به صورت نمونه گیری نماید. در این شرایط بهورز می تواند با همکاری افراد روستا اطلاع رسانی لازم را بعمل بیاورد و از کلیه افراد مبتلا به سرفه های طولانی مدت، نمونه گیری کند.

تعیین فهرست نیازها

در این مرحله نیازها فهرست وار نوشته می شود و بعد از شناسایی نیازها و مشکلات باید اقدام به اولویت بندی آنها کرد. اولویت بندی یک فرایندی است که در جهت تحقق توسعه در جامعه تحت پوشش با ارتقاء کارایی و استفاده بهینه از منابع مورد استفاده قرار می گیرد. برای اولویت بندی از روشهای مختلفی استفاده می شود که ذکر همه این روشها در اینجا ممکن نیست. فهرست نیازهای حاصل از بررسی های خود را در قسمت ذیل درج نمایید.

.....
.....

معیارهای اولویت بندی نیاز (مشکل)

۱- **شدت وقوع مشکل یا نیاز؛** به عنوان مثال در صورتی که بروز یک بیماری منجر به ایجاد تلفات در دام ها شود می توان آن را یک اولویت تلقی نمود.

۲- **میزان بروز نیاز؛** منظور از میزان بروز نیاز میزان فراگیری مشکل در افراد یا در محیط است. به عنوان مثال چنانچه به دلیل آلودگی غذای مدرسه، تعداد قابل توجهی از کودکان به اسهال مبتلا شده باشند، میزان بروز مشکل بالا است.

۳- **امکان انجام مداخله؛** در برخی موارد با وجود شدت و بروز بالای یک مشکل یا نیاز، امکان انجام مداخله در مورد آن وجود ندارد. به عنوان مثال در یک روستا ممکن است تعداد قابل توجهی از افراد زیر خط فقر باشند، این موضوع که امکان مداخله کارساز برای این افراد توسط مردم روستا میسر باشد، موضوعی است که میزان اولویت مشکل در این زمینه را تعیین می کند.

۴- **پذیرش فرهنگی و اجتماعی؛** هر نوع اقدام مداخله ای باید از دیدگاه مردم قابلیت پذیرش داشته باشد. مثال: چنانچه تعداد قابل توجهی موارد بارداریهای ناخواسته در یک روستا توسط بهورز شناسایی شود، بهورز نمی تواند توصیه برای انجام سقط جنین کند، چون انجام چنین اقدامی نه به لحاظ اجتماعی و اعتقادی قابل پذیرش است و نه در قوانین کشور، انجام آن مجاز شمرده می شود

برنامه ریزی

تعریف: تهیه، توزیع و تخصیص عوامل و منابع مشخص و محدود برای رسیدن به هدف های پیش بینی شده در حداقل زمان ممکن و با کمترین هزینه

تعریف دیگر: تعیین فعالیت های اثر بخش در جهت تحقق اهداف به بهترین شکل ممکن

تعریف دیگر: الزام اولیه برای تدوین برنامه ای روشن، تعیین هدف کلی برنامه و نیز اهداف اختصاصی یا جزئی پیش بینی شده در برنامه

هدف کلی هر برنامه نشان می دهد که سازماندهی امور در جهت تحقق چه هدف کلی تلاش های خود را متمرکز می نماید.

به عبارت دیگر هدف کلی بیانگر این است که در نهایت، انجام اقدامات چه حاصلی خواهد داشت. هدف کلی باید پس از اجرای

برنامه و انجام تمام پروژه ها انجام گیرد

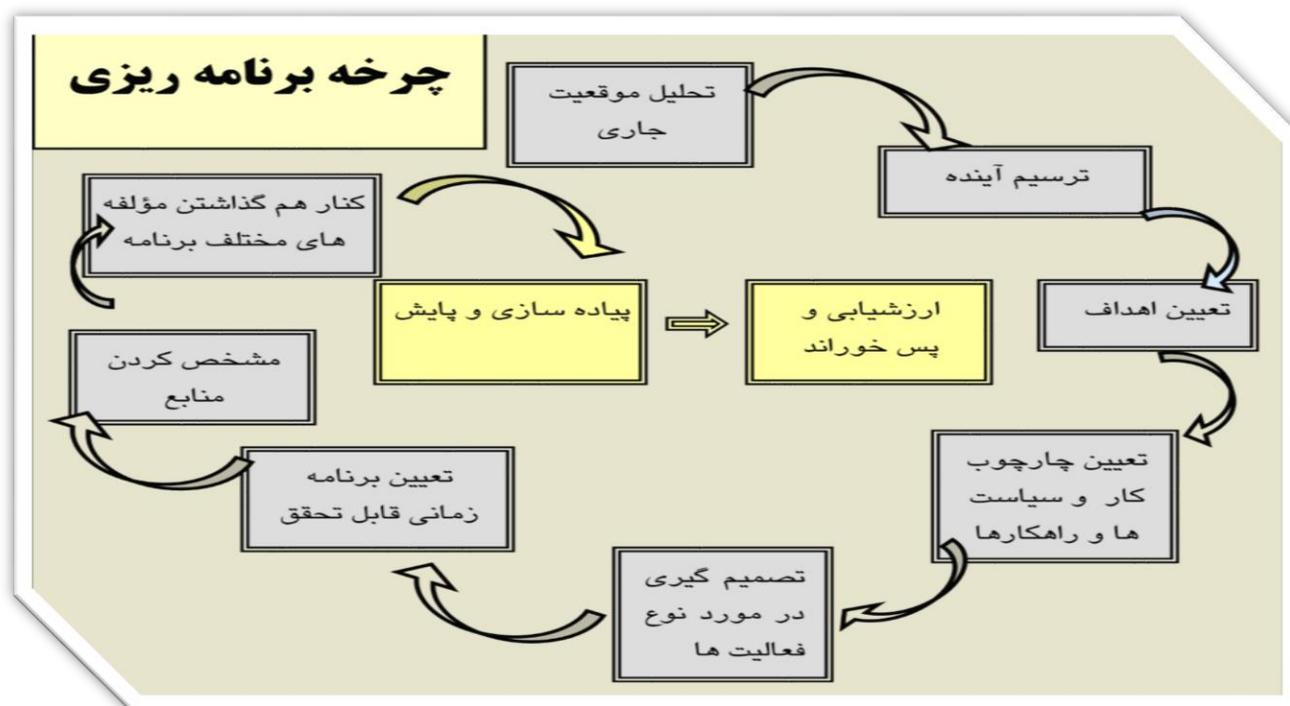
هدف اختصاصی: دیدگاهی روشن در زمینه مرحله بندی انجام کار را در برابر افراد مجری قرار میدهد. هرچه قدر اهداف اختصاصی

بصورت روشن تری مشخص شوند، برنامه ریزی و اجرای برنامه ها با دقت و وضوح بیشتری پیش خواهد رفت.

در هنگام نوشتن اهداف اختصاصی باید از آوردن کلمات مبهم که مفهوم روشن ندارند، خودداری شود. اهداف اختصاصی باید به شکل

SMART تبدیل شده باشند.

ویژگی	علامت اختصار	هدف
Specific	S	هدف اختصاصی باید کاملاً اشاره به موضوعی خاص نماید.
Measurable	M	هدف اختصاصی باید قابل اندازه گیری باشد.
Attainable	A	قابل دست یافتن
Realistic	R	هدف اختصاصی باید واقع بینانه تدوین شده باشد.
Time-bounded	T	هدف اختصاصی باید دارای چارچوب و محدوده زمانی کاملاً مشخص باشد



پایش

منظور از پایش یعنی درجه انطباق فعالیت ها در مقایسه با استانداردهایی که برای آن برنامه پیش بینی شده است. در این شرایط باید ارزیابی کنیم که تا چه حد منابعی که به برنامه وارد شده (درون داده‌ها، ورودیها، فرایندها و برونداد برنامه) منطبق بر استانداردهای پیش بینی شده است. ارزیابی یک فرایندی است که در طی آن، پیامدهای برنامه مورد ارزیابی قرار می گیرد. نتیجه ارزیابی، تعیین میزان تاثیر برنامه و منافع کسب شده در آن می باشد.

بسیج اجتماعی

ابزاری است که مردم را قادر می سازد تا اقدام به سازماندهی فعالیت‌های جمعی به سمت اهداف مورد نظرشان نمایند. اساساً مشارکت جامعه در تعیین سرنوشت خود یکی از مهم‌ترین ابزارها برای توسعه اجتماعی است. انجام چنین فرایندی نیازمند تلاش‌های ممتد و ایجاد مکانیزم‌های تسهیل کننده برای توانمندسازی آن‌ها است به نحوی که افراد قادر باشند اقدام به توسعه جامعه خود نمایند.

اهداف بسیج اجتماعی

- ✓ حساس نمودن جامعه در زمینه نیازها، حقوق و اولویت‌های توسعه اجتماعی
- ✓ تسهیل تغییر رفتار اجتماعی از سمت رفتار منفعلانه به سمت ایفای نقش فعال
- ✓ توسعه آگاهی در زمینه‌های سلامت و توسعه اجتماعی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی
- ✓ ایجاد ظرفیت در اجتماع به مفهوم ایفای نقش‌های رهبری و تصمیم‌گیری و مدیریت به منظور توسعه
- ✓ تعریف نیازهای تشخیص داده شده و تشخیص داده نشده به منظور جستجوی منابع برای تحقق آنها
- ✓ تقویت مشارکت اجتماعی پایدار به منظور توسعه اجتماعی

چارچوب بسیج اجتماعی

به منظور بسیج اجتماعی و ارتقاء مشارکت مردمی لازم است مراحل در جامعه تحت پوشش طراحی و اجرا شود که شامل: حساس سازی و جهت دهی به مردم و افزایش آگاهی‌های آن‌ها در زمینه‌های توسعه اجتماعی می باشد، که در ابتکارات جامعه محور، حساس سازی مردم و جهت دهی آنها یک رویکرد مهم در توسعه اجتماعی محسوب می شود.

ترغیب و آماده سازی جامعه :

ترغیب با هدف آماده کردن اجتماع برای پیگیری نیازهای خود در غالب گروه‌های مختلفی انجام می شود.

سازماندهی توسعه :

باید اجتماع را در جهت سازماندهی برای تجمع نیروها و هماهنگی حمایت کرد.

ظرفیت سازی در جامعه:

در این زمینه دادن آگاهی و دانش لازم به منظور بسیج امکانات در جهت تحقق اهدات ضرورت دارد.

در کنار هم آوردن هم پیمانان :

مردمی که از بخشهای مختلف جامعه هستند، باید در فعالیتهای توسعه اجتماعی با یکدیگر بحث و گفتگو و مشارکت کنند.

شراکت در اطلاعات و ارتقای ارتباطات :

ارتباطات مداوم و به اشتراک گذاشتن اطلاعات حیاتی در زمینه توسعه، یکی از مهمترین فرایندها در برنامه ابتکارات جامعه محور و بسیج اجتماعی است.

حمایت و اعطای پاداش ها :

در مراحل اولیه توسعه، ترغیب افراد و گروه‌های اجتماعی از طریق دادن پاداش‌ها بخصوص حمایت‌های اجتماعی باعث دلگرمی بیشتر آنها در اجرای برنامه‌های توسعه می‌شود.

توسعه منابع :

ایجاد منابع به منظور بسیج اجتماعی و نیز ایجاد سود در برنامه‌های توسعه اجتماعی باعث تسهیل فعالیت گروه‌های مختلف جامعه می‌شود.

تداوم دلگرمی و حرکت برای رسیدن به اهداف :

اساسا بسیج اجتماعی تا حد زیادی وابسته به عوامل دلگرم کننده‌ای است که موجب تحقق موفقیت‌ها می‌شود.

توانمندسازی و اغنای اجتماعی:

نتیجه بسیج اجتماعی آن است که همه مردم و افراد جامعه از اغنای بیشتری برخوردار شوند.

دلایل اساسی برای مشارکت مردم در برنامه‌های سلامت

حداکثر استفاده از خدمات سلامت در شرایطی امکان پذیر است که مردم خود در طراحی و توسعه آن دخالت داشته باشند. هر جامعه‌ای برخوردار از منابع مختلف اعم از منابع انسانی، اقتصادی و تجهیزاتی است که می‌تواند از آن‌ها برای ارتقای سلامت بهره‌مند گردد. آن چه که مردم می‌توانند خود برای خود انجام دهند بیش از هر مداخله پزشکی منجر به ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود. همه مردم به ویژه افراد فقیر و محروم هم دارای حق و هم وظیفه هستند. بدیهی است مشارکت این افراد و تصمیم‌گیری آنها در مورد وضعیت خود موجب ارتقاء سلامت آن‌ها خواهد شد.

دستورالعمل تکمیل گانت آموزش سلامت

گانت آموزش سلامت که در حال حاضر در خانه‌های بهداشت نصب شده است، جهت ثبت عملکرد آموزشی یکساله خانه بهداشت / پایگاه سلامت می‌باشد. این برنامه در سه قسمت تنظیم شده است که شامل :

✓ اولویت‌های سلامت نیازسنجی شده

✓ برنامه‌های آموزشی ثابت

✓ برنامه‌های آموزشی سایر موضوعات سلامت بر اساس ابلاغ شهرستان، مناسبت سلامت، مشکل پیش آمده پیش بینی شده است.

و با توجه به این سه اقدام، گروه هدف برای مداخله آموزشی شناسایی می‌شوند.

جدول ۱: تحلیل اولویت‌های سلامت نیازسنجی شده در خانه بهداشت / پایگاه سلامت

✓ عنوان اولویت سلامت: بعد از ثبت اطلاعات نیازسنجی در نرم افزار استانی و دریافت خروجی آن، ۴ عنوان اول بعنوان اولویت‌های سلامت نیازسنجی شده در خانه بهداشت / پایگاه سلامت مد نظر قرار گرفته و به ترتیب در گانت آموزش سلامت ثبت خواهد شد.

✓ عوامل رفتاری بوجود آورنده اولویت سلامت: علل رفتاری هر اولویت باید تعیین شود تا بتوان، برنامه ریزی لازم جهت مداخله آموزشی برای رفع این علل رفتاری انجام داد.

✓ علل هر نیاز سلامت به دو دسته علل رفتاری و غیر رفتاری تقسیم بندی می‌شود و در گانت فقط علل رفتاری ثبت می‌شود و برای هر اولویت سلامت ۲ علل رفتاری باید شناسایی و مد نظر قرار گیرد.

- ✓ تعریف علل رفتاری: عللی هستند که به نوع رفتار مردم وابسته است و معمولا با مداخلات آموزشی قابل رفع شدن یا محدود شدن می باشد. مانند: بی تحرکی، تغذیه نامناسب و...
- ✓ گروه / گروه های هدف جهت مداخله آموزشی: با توجه به اولویت سلامت و علل رفتاری شناسایی شده، با در نظر گرفتن فاکتورهای زیر اقدام به تعیین گروه یا گروه هایی از جمعیت تحت پوشش به عنوان گروه هدف خواهد شد:
- ✓ بیشترین تاثیر در ایجاد مشکل دارند و یا بیشترین آسیب را از مشکل سلامت مد نظر ما متحمل می شوند.
- ✓ مداخله آموزشی در آنان بیشترین اثر بخشی را بدنبال خواهد داشت
- ✓ در دسترس باشند .

جدول ۲: گانت تنظیم برنامه های آموزشی اولویت های سلامت نیاز سنجی شده

- ✓ در این جدول برای هر عنوان اولویت سلامت به تفکیک ماه، سه ستون (تعداد جلسه برنامه ریزی شده تعداد جلسه برگزار شده تعداد افراد آموزش دیده) تکمیل می گردد.
- ✓ تعداد جلسه برنامه ریزی شده : بر اساس دوره اجرای برنامه که یک یا دوساله باشد و مشخصات گروه هدف (تعداد- سن - شغل - وضعیت دسترسی و ...) در قالب گروه کوچک یا بزرگ و یا هر دو برنامه ریزی آموزشی انجام خواهد شد.

جدول ۳: تنظیم برنامه های آموزشی ثابت

- ✓ این جدول به برنامه خودمراقبتی اختصاص دارد و بر اساس شاخص واحد و اهداف و دستورالعمل اجرایی برنامه خودمراقبتی، برنامه ریزی خواهد شد.
- ✓ در مجموع توصیه می شود در ماه، یک جلسه آموزشی برای خودمراقبتی در ناخوشی های جزئی - یک جلسه آموزشی برای خطر سنجی سکتته های قلبی مغزی و هر دو ماه یکبار یک جلسه برای سبک زندگی سالم و هر دو ماه یکبار یک جلسه برای خودمراقبتی در سلامت روان در قالب گروه بزرگ و کوچک برنامه ریزی شود و جهت خودمراقبتی هفته به هفته بارداری بر اساس شرایط برنامه ریزی شود.

جدول ۴: گانت تنظیم برنامه های آموزشی سایر موضوعات سلامت بر اساس ابلاغ شهرستان، مناسبت سلامت، مشکل

پیش آمده

پیشنهاد می شود مناسبت های مهم مانند هفته سلامت و... و مواردی که با اولویت های سلامت نیازسنجی شده مرتبط است حتما تعدادی جلسه آموزشی پیش بینی شود و بعد از اجرا تعداد جلسات اجرا شده و تعداد افراد شرکت کننده در برنامه آموزشی در گانت و در دفتر آموزش مبتنی بر شواهد ثبت گردد.

همچنین موضوعات سلامت که از شهرستان ابلاغ میشود و یا بر اساس مشکل پیش آمده می باشد، لازم است در این جدول وارد و بعد از اجرا، اطلاعات آن وارد شود.

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

توانمندسازی اجتماعی به فرایندی اطلاق می گردد که در آن جوامع قادر به افزایش کنترل بر زندگی شان می شوند. رویکرد ایجاد نهادهای مردمی (NGO) و بر عهده گرفتن توسعه جوامع به دست خود مردم از سیاست های مورد توجه در بسیاری از کشورهای جهان است این رویکرد بطور موثری موجب توسعه جامعه و صرفه اقتصادی برای دولت ها می گردد. اقدامات در توانمندسازی جامعه محور عبارتند از: انتخاب و تعریف اجتماع محلی، بسیج اجتماعی و جلب مشارکت و شبکه سازی، انتخاب و آموزش تسهیگران، تشکیل تیم یا تیمهای محلی، اولویت بندی نیازها و مشکلات، برنامه ریزی برای حل مشکلات اجرا، ارزشیابی، گزارش دهی گانت آموزش سلامت که در حال حاضر در خانه های بهداشت نصب شده است، جهت ثبت عملکرد آموزشی یکساله خانه - بهداشت / پایگاه سلامت می باشد.

پرسش و تمرین

۱. به نظر شما توانمندسازی اجتماعی با چه راهکارهایی میتواند موجب کاهش فقر در روستای تحت پوشش شما شود؟
۲. به نظر شما دینفعان برنامه ارتقای توانمندی در زمینه ایجاد شبکه های اجتماعی در روستای شما چه کسانی هستند در مورد تاثیر هر کدام شرح مختصری بنویسد؟
۳. هدف از ترسیم نقشه اجتماعی را در یک سطر توضیح دهید؟
۴. به منظور انجام نیازسنجی چه روش هایی برای ارزیابی های کیفی می توان استفاده کرد نام ببرد؟
۵. مفهوم مشارکت در زمینه سلامت را توضیح دهید؟
۶. اولویت های توانمندسازی روستای تحت پوشش خود را لیست نمایید؟
۷. جهت برنامه های آموزشی ثابت، جدول زمانبندی را تکمیل کند؟
۸. جهت برنامه های آموزشی اولویت های سلامت نیازسنجی شده جدول زمانبندی را تکمیل کند؟
۹. جهت برنامه های آموزشی سایر موضوعات سلامت جدول زمانبندی تکمیل کند؟

فصل چهارم

وسایل کمک آموزشی و کاربرد آن ها در آموزش

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. رسانه و وسایل کمک آموزشی را تعریف کنید.
۲. تفاوت رسانه و وسایل کمک آموزشی را شرح دهید.
۳. دلایل استفاده از مواد و وسایل کمک آموزشی را نام ببرید.
۴. مراحل مختلف روش کلی استفاده از مواد و وسایل آموزشی را توضیح دهید.
۵. انواع تقسیم بندیهای مختلف مواد و وسایل کمک آموزشی را نام ببرید.
۶. انواع تقسیم بندیهای مختلف مواد و وسایل کمک آموزشی را توضیح دهید.
۷. با استفاده از مخروط ادگار دیل بتواند رسانه آموزشی مناسب را برای موضوعات آموزشی مختلف انتخاب نماید.

براساس تعریف تکنولوژی را ه انجام آموزش موثر پایدار و عمیق استفاده از منابع انسانی و غیر انسانی است، که این منابع رسانه ها و وسایل کمک آموزشی هستند. رسانه آموزشی وسیله یا عاملی است که آموزش از طریق آن به فراگیر ارائه می شود. یعنی توسط آنها یک پیام آموزشی منتقل می شود. این وسیله یا عامل می تواند تلویزیون، رادیو، و یا حتی معلم و ... باشد. همچنین رسانه آموزشی به کلیه امکاناتی اطلاق می شود که می توانند شرایطی را در محیط آموزشی بوجود آورند که تحت آن شرایط، فراگیران اطلاعات، رفتار و مهارت های جدیدی را با درک کامل بدست آورند. رسانه آموزشی (اگر از رسانه مناسب استفاده شود) باعث تسهیل یادگیری می شود. در هر جریان ارتباطی، رسانه مناسب سهم مهمی در تسهیل انتقال پیام بین فرستنده و گیرنده دارد. استفاده از رسانه ها و وسایل کمک آموزشی به نحو چشم گیری در بهبود کیفیت فعالیت های آموزشی موثر است. به منظور حصول بیشترین اثر بخشی، می توان رسانه ها و وسایل کمک آموزشی مختلف را با هم تلفیق کرد.

رسانه و وسایل کمک آموزشی:

رسانه یا media در لغت به واسطه، ماده ی واسطه یا رابط دو چیز، حذف فصل و سرانجام، وسیله نقل و انتقال تعریف شده است. وسیله ی کمک آموزشی اشیاء و ابزاری است که تنها در بخشی از آموزش از آنها استفاده می شود.

مقایسه رسانه و وسایل کمک آموزشی:

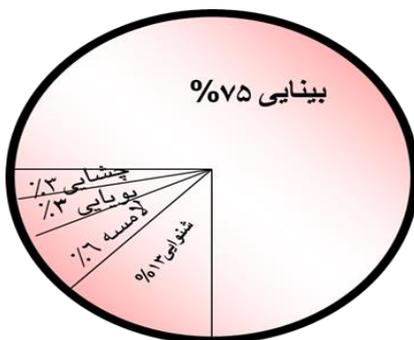
رسانه کل محتوای آموزش را به فراگیران منتقل می کند اما وسیله ی کمک آموزشی، تنها در بخشی از آموزش از آنها استفاده می شود آموزش بدون رسانه قابل تصور نیست.

علل استفاده از مواد و وسایل کمک آموزشی

معضلات و مشکلات آموزشی:

- ✓ تعداد زیاد افراد نیازمند آموزش
- ✓ فقدان بودجه وامکانات کافی
- ✓ انفجار دانش و ارزش های سلامت
- ✓ کمبود آموزش دهندگان مجرب، آگاه، و علاقه مند

نقش حواس در یادگیری:



علت دوم استفاده از مواد و وسایل کمک آموزشی نقش حواس در یادگیری است : نتایج تحقیقات نشان داده اند که حواس مختلف در یادگیری نقش واحدی ندارند، یافته های زیر این تفاوت را به خوبی نشان می دهند. این یافته ها مشخص می کنند که انسان تقریباً؛ 75٪ یادگیری را از طریق کاربرد حس بینایی کسب می نماید. 13٪ یادگیری از طریق کاربرد حس شنوایی، 6٪ یادگیری از طریق کاربرد حس لامسه، 3٪ یادگیری از طریق کاربرد حس بویایی و 3٪ یادگیری از طریق کاربرد حس چشایی صورت می گیرد. ملاحظه می شود که

اگر چه قسمت اعظم یادگیری انسان (حدود 75٪) از طریق حس بینایی صورت گرفته و مجموعاً 12٪ از طریق کاربرد دو حس بویایی و چشایی صورت می گیرد، که روی هم 87٪ را تشکیل می دهد، معهذاً در بسیاری از موارد معلمان بر کاربرد 13٪ حس شنوایی تأکید دارند. هرچه تعداد حواس بیشتری در آموزش درگیر شود تاثیر آموزش بیشتر می شود. که مخروط تجارب یادگیری ادگاردیل این را بخوبی نشان میدهد.

نظریه ادگاردیل در کاربرد حواس در یادگیری



ادگار دیل در طول کارهای خود (۱۹۴۶) مخروط تجربیات را که یک تصویر برای تشریح ارتباط متقابل گونه های متنوع مواد دیداری شنیداری بود ارائه داد. وی در مورد کار خود توضیح داد که مخروط وی مثال مجسمی است از تجربیات یادگیری که طی آن، انواع گوناگون مواد دیداری شنیداری به وسیله ی اقدام به تجربیات مستقیم موجب هرچه انتزاعی تر شدن تجربیات یادگیری می شوند (دیل ۱۹۴۶ ص ۳۸). دیل در آخرین ویرایش کتاب خود به نام روش های دیداری شنیداری در تدریس (۱۹۶۹ ص ۱۰۸) اظهار می دارد که مخروط تجربیات به عنوان یک شیوه ی مجسم برای نشان دادن پیشرفت تجربیات یادگیری از مداخله مستقیم عوامل دست اول تا به تصویر کشیدن بیان های نمادین به کار می آید.

دیل در مخروط خود از اشکالی از تجربیات یادگیری صحبت می کند که هر یک از آن ها به شرح خلاصه ی زیر تعریف می شوند:
تجربیات واقعی مستقیم: این دسته از تجربیات در کمترین حد تجربیدی و بیشترین حد واقعی بودن قرار دارند. یک یادگیرنده خودش تجربه می کند که در یک وضعیت خاص چه اتفاقی می افتد. نتیجه ای که از انجام دادن کار توسط خود یادگیرنده به دست می آید (آن چه که وی انجام می دهد و در مقابل آن چه که به عنوان نتیجه به دست می آورد)، و ادراک حاصل از درون داد احساسی وی (آن چه که می شنود، می بیند، لمس می کند، می بوید و می چشد) می تواند گونه هایی از تجربه ی مستقیم باشد.

تجربیات از پیش طراحی شده: این تجربه ها به اندازه ی تجربیات مستقیم زندگی واقعی، غنی، عینی و مستقیم نیستند. با این حال این ها به طور مصنوعی برنامه ریزی و طراحی شده اند تا تجربیات نزدیک به واقعی را برای موقعیت هایی که تجربه ی مستقیم آن ها امکان پذیر و قابل دسترس نیستند فراهم کنند. بدین ترتیب تجربیات از پیش طراحی شده با کمک بعضی تجربیات آزمایشگاهی یا کار کردن با مدل ها میسر می شوند. از آن جایی که این محدودسازی یا بازسازی واقعیت با یک برنامه ریزی

خوب، تحت نظر و با هدف آموزشی به انجام رسیده است، بیشتر اوقات ثمربخش تر از تجربه های دست اول به یادگیری کمک می کند.

تجربیات گروهی دراماتیک نمایشی: این طبقه شامل تجربیاتی است که توسط دانش آموزان در همکاری های فعال و ایفای نقش در برنامه های نمایشی (فعالیت هایی که در آن ها رویدادی واقعی از گذشته یا حال از طریق تجسم عینی و ایفای نقش) به نمایش گذاشته می شود کسب می شوند. تجربیاتی که از این طریق به دست می آیند می توانند کاملاً در تدریس و یادگیری در مورد بسیاری از موضوعات مثل تاریخ، علوم سیاسی، زبان و ادبیات اثر بخش باشند. این فعالیت ها از اشکال متنوعی تشکیل می شوند مثل: نمایش عروسکی، نمایش های تاریخی با شکوه، پانتومیم، پرده خوانی، نمایش دونفره، بدیعه پردازی نمایشی، نمایش های خنده دار و غیره.

تشریح: در این جا تجربیاتی هستند که دانش آموز آن ها را از طریق مشاهده ی موجودات واقعی یا مدل هایی که معلم آن ها را روی میز تشریح یا قطعه قطعه می کند به دست می آورد. برای مثال معلم می تواند ساختمان و طرز کار یک پمپ آب یا یک تلمبه را با قطعه قطعه کردن بیاموزد یا کارکرد چشم، گوش، زبان، یا قلب را در مدل های ساده تشریح کند. معلم باید برای دریافت نتیجه ی بهتر سعی کند دانش آموزان از طریق سوال و جواب، کمک به فرایند تشریح یا چینش قطعات، با انجام کار درگیر شوند.

گردش و بازدید علمی: این موقعیت های پراکنده در اشکال مختلفی مانند سفرها، پیک نیک ها، گردش ها، و بازدیدها فرصت های باارزشی را برای دانش آموزان ایجاد می کنند تا آن ها تجربیات مستقیم از زندگی واقعی را برای یادگیری بسیاری از مفاهیم به دست آورند و اطلاعات، دانش و مهارت های مفیدی را کسب نمایند که بسیاری از این ها نقاط اشتراکی را با برنامه های درسی مدارس دارند.

نمایشگاه: بسیاری اوقات امکان رفتن به اماکنی برای تجربه واقعیت و کسب تجربه های دست اول وجود ندارد. معلم از نمایشگاه ها به عنوان یک گزینه ی مناسب می تواند به دانش آموزان کمک کند تا به تجربه های مفیدی دست یابند. در این مورد دانش آموزان با مشاهدات خود از سازمان ها و نمایشگاه های مهم آموزشی و پرورشی به منظور کسب تجربیات سودمند استفاده می کنند. برای مثال معلم و دانش آموزان از موزه یا نمایشگاهی که در نزدیکی مدرسه برپا شده است یا با ترتیب دادن یک برنامه ی زمانی برای رفتن به نمایشگاهی از چیزهای مختلف، رویدادها و فرایندهای مرتبط با آموزش و پرورش عمومی یا مواد برنامه ی درسی پیش بینی شده در اهداف مدرسه دیدن می نمایند.

تصاویر متحرک: ترتیب دادن نمایشگاه ها برای یادگیری به منظور تکمیل کردن تدریس و یادگیری رسمی اهداف مدرسه معمولاً کافی نیست. بنابراین ادگار دیل استفاده از تصاویر متحرک با امکانات دیداری و شنیداری را پیشنهاد می کند. اگرچه این یک تولید مصنوعی از پدیده ها، افراد، رویدادها، یا فرایندهای زندگی واقعی (گذشته، حال و آینده) است، اما هنوز تجربیات به دست آمده از طریق استفاده از تصاویر متحرک در تحقق اهداف تدریس و یادگیری بسیار اثربخش هستند. استفاده از تلوزیون و هرگونه دستگاه پخش فیلم (ویدئو، لوح فشرده CD یا لوح بسیار فشرده DVD و یاهر تکنولوژی دیگری) شامل تجربیات دیداری شنیداری با هدف دستیابی به تجربه های مستقیم دست اول است.

تصاویر بی حرکت: طبقه ی تصاویر بی حرکت شامل تمامی موادی است که به شکل عکس، چارت، گراف، نقشه، دیاگرام، کاریکاتور، پوستر، اسلاید یا فیلم استریپ (عکس های پشت سرهم زنجیره ای) با کمک ابزارهای پرژکتوری قابل نمایش دادن به دانش آموزان هستند.

ضبط رادیویی: رادیو به عنوان یک وسیله ی کمک آموزشی تجربیات شنیداری باارزشی را برای یادگیرنده از طریق ترتیبی خاص ایجاد می کند و بحث ها و اطلاعات وسیعی را از طریق ایستگاه رادیویی به عنوان بخشی از برنامه های آموزشی یا برنامه های

آموزش و پرورشی توده ای به اجرا در می آورد. آن چه که ادگار دیل (۱۹۶۹) در این طبقه از آن یاد می کند مربوط به زمانی است که وسایل شنیداری به صورت امروزی در دسترس همه ی افراد جامعه نبود. این امر موجب می شد دولت ها برای عموم مردم اقدام به تدوین و اجرای برنامه های رادیویی نمایند. اما امروزه با توجه به این که رادیو ابزاری است که فراگیر در مقابل آن منفعل است و امکان هیچگونه سوال یا اقدام دیگری را ندارد کاربردهای سابق را از دست داده است. اما در مقابل به جای آن ابزارهای جدیدی مانند نرم افزارها، تلوزیون های کابلی و اینترنت ظهور کرده که نه تنها امکانات شنیداری رادیو را دارد، بلکه امکانات دیداری طبقه ی قبل را نیز به فراگیر می دهد. از سوی دیگر باید گفت استفاده از رادیو هنوز هم در کشورهای خاصی متداول است. کشورهایی که پراکندگی جمعیت در آن ها بسیار بالاست مانند استرالیا، کشورهایی که به قطب نزدیک هستند و سرما در آن ها جلوی بسیاری از فعالیت های آموزشی حتی مدرسه رفتن را در طول سال می گیرد، و کشورهایی که به دلیل فقر عمومی مردم استفاده همگان از رایانه های شخصی و اینترنت میسر نیست از جمله کشورهایی هستند که هنوز استفاده از رادیو در آن ها برای نظام های آموزش و پرورش مناسب است.

نمادهای دیداری: در حرکت به سوی تجرید و انتزاع، خلاصه کردن و ارائه ی درس در قالب نمادهای دیداری، نسبت به نماد های صرفاً کلامی، تجربیات واقعی تر و غنی تری را ایجاد می کنند. نمادهای دیداری مثل عکس، پوستر، جدول، نمودار، طرح، کاریکاتور، و غیره معمولاً به جای کلام به عنوان زبان جهانی خوانده می شوند.

نمادهای کلامی: در مخروط ادگار دیل این دسته نمادها آخرین حد نمادهای ذهنی هستند و کمترین عینیت را به همراه دارند (یا حتی می توان گفت از هیچ عینیتی برخوردار نیستند). استفاده از هر گونه کلام، چه به صورت گفتار یا نوشتار، در این طبقه جای می گیرند. این دسته از نمادها از نظر وقت گیر بودن، اقتصادی بودن و کم در دسر بودن بهترین ابزار هستند و با هیچیک از طبقات دیگر قابل مقایسه نمی باشند. همچنین این دسته از نمادها برای امور حفظی که نیازی به درک کردن ندارند (مانند نام های خاص از جمله پایتخت ها، معانی واژگانی و غیره) کاربردهای مناسبی دارند. مخروط تجارب ادگاردیل نشان می دهد که تجارب مستقیم، عینی و دست اول در پایین هرم، نشانه های سمعی و بصری مانند اسلاید و تصویر، در وسط هرم و علائم و سمبل ها (کلمات)، در رأس هرم قرار دارند. در تقسیم بندی مواد و وسایل آموزش و رسانه ها، آن ها را به نرم افزار و سخت افزار، چاپی و غیر چاپی، برقی و غیر برقی، نورتاب و غیر نورتاب، تقسیم نموده اند. در یک تقسیم بندی دیگر از نقطه نظر کاربرد در کلاس درس به دو طبقه کلی تقسیم می شوند. این طبقه بندی بر اساس عملکرد رسانه هاست.

آشنایی با مخروط تجربی ادگار دیل

مردم در هر طبقه از مخروط پس از یادگیری می توانند:	مردم در هر طبقه از مخروط به یاد می آورند:
تعریف کنند	خواندن
لیست نمایند	۱۰٪ از آنچه مطالعه نموده اند.
شرح بدهند	شنیدن
توصیف کنند	۲۰٪ از آنچه شنیده اند.
نمایش بدهند	مشاهده ی تصویر
انجام بدهند	مشاهده ی فیلم
به کار بینند	حضور در نمایشگاه ها
	۳۰٪ از آنچه دیده اند.
	آزمایشگاه، مشاهده ی یک نمایش علمی
تجزیه و تحلیل نمایند	شرکت در کارگاه های عملی
تعریف کنند	طراحی و تجربه ی مبتنی بر همکاری گروهی
بسازند	۷۰٪ آنچه گفته اند و نوشته اند.
ارزیابی کنند	شبیه سازی و تجربه ی کار با مدل ها
	۹۰٪ آنچه انجام داده اند.
	طراحی و برنامه ریزی و اجرای یک طرح و تجربه ی مستقیم آن

در سمت راست مخروط و در محیط زرد رنگ توانایی های بدست آمده مبتنی بر سطح های مخروط را مشاهده می نمایید. در سطح خواندن و شنیدن از مخروط، فراگیر می تواند داده های دریافتی را: لیست نماید، شرح بدهد و تعریف و توصیف کند. در طبقه های پایین تر که شامل مشاهده و حضور می شود، فراگیر می تواند داده های دریافتی را: نمایش بدهد، انجام بدهد، به کار ببندد. در چهار طبقه ی پایینی مخروط که شامل: شرکت، طراحی و تجربه می شود، فراگیر می تواند: تجزیه و تحلیل نموده، تولید نماید، ارزیابی و تعریف کند.

در پایین ترین طبقه و بالاترین طبقه "تعریف کردن" را می بینیم. این هر دو ممکن است هم سو نباشند. جهت بالایی در سطح خواندن و شنیدن ورودی است. در این جهت تعریف به کاربر تحمیل می شود و او همانند یک ضبط صوت آن را فراگرفته و بازپس می دهد. جهت طبقه های پایینی خروجی است. این تعریف کردن مبتنی بر برداشت و درک و فهم و تجزیه و تحلیل فراگیر و آفریده ی خود اوست. پس نباید این دو گونه تعریف را یکی دانست!

نقش مواد و وسایل آموزشی:

ایجادارتباط آسان تر و تفهیم بهتر

ایجاد انگیزه و جلب توجه و علاقه فراگیران

شکل دهی یادگیری سریع تر، عمیق تر و پایدارتر:

مثال: نحوه تکثیر باکتری ها و توزیع عفونت در بیمار بوسیله فیلم نقاشی متحرک نشان دهیم تا یادگیری سریع تر اتفاق افتد

شکل دهی تجارب واقعی، عینی و حقیقی

مثال: بازدید های علمی و پرورشی به علت درگیر شدن حواس بیشتر

شکل دهی تجارب یادگیری ناممکن

کار کردن دریاچه قلب با نمایش فیلم آموزش دهیم

روش کلی استفاده از مواد و وسایل آموزشی

خود را آماده کنید.

محیط را آماده کنید.

کلاس را آماده کنید.

از وسایل به لحاظ فنی درست استفاده کنید.

پیگیری کنید

دسته بندی رسانه های آموزشی

رسانه های آموزشی غیر نورتاب مانند:

تابلوهای آموزشی - مواد آموزشی سه بعدی (ماکت، برش و...) - چارتها - پوسترها - نمودارها و ...

رسانه های آموزشی نورتاب ساکن مانند:

فیلم استریپ - اسلاید

رسانه های آموزشی نورتاب متحرک مانند:

فیلمهای متحرک - تلویزیون - تجهیزات ویدئویی - تلویزیون مدار بسته

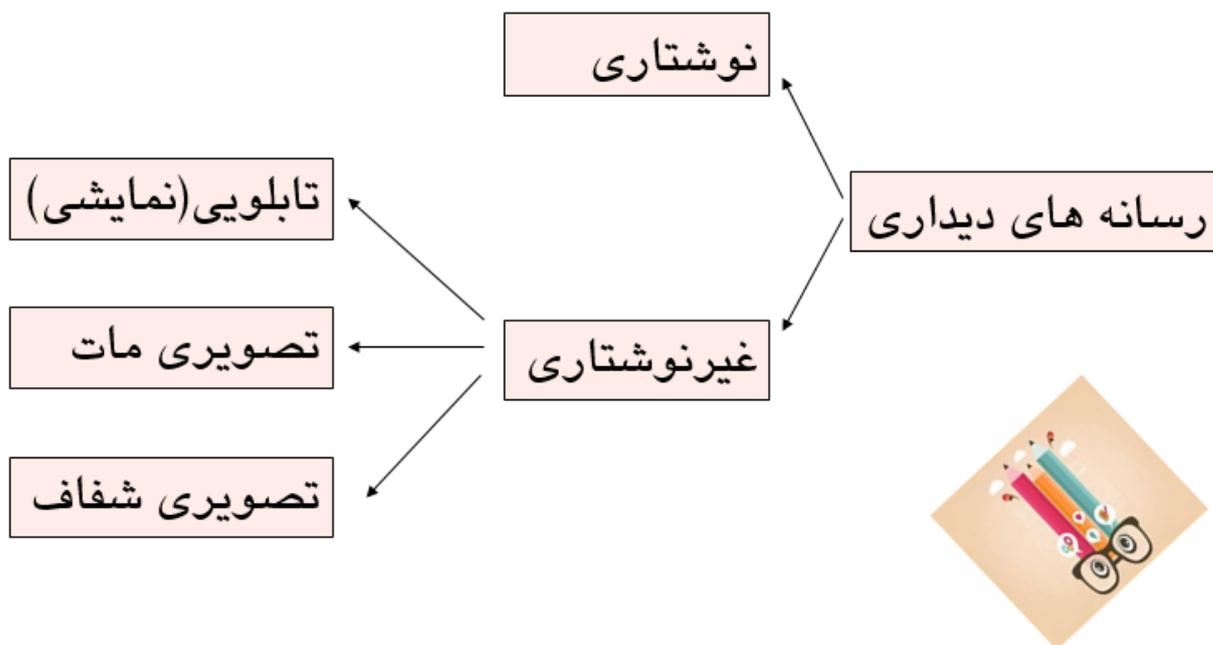
رسانه های دیداری

رسانه های شنیداری

رسانه های دیداری - شنیداری

رسانه های چند حسی

رسانه های دیداری



رسانه های شنیداری

رسانه های شنیداری با تکیه بر حس شنوایی تهیه شده و از طریق شنیدن مورد استفاده قرار میگیرد. مثال: بیان معلم، رادیو، صفحه های شنیداری معمولی و لیزری، تلفن، کارتهای شنیداری، نوارهای شنیداری و ضبط صوت.

رسانه های دیداری - شنیداری

در این طبقه از دو حس بینایی و شنوایی برای انتقال پیامها استفاده میشود.

رسانه های چند حسی

✓ رسانه های سه بعدی: اشیاء واقعی، ماکت

✓ مجموعه های چند رسانه ای: بسته های آموزشی

✓ موقعیتهای آموزشی: شبیه سازیها، بازیهای آموزشی

مخاطب رسانه های این طبقه باید از چند حس خود کمک بگیرد، به عبارت دیگر این رسانه ها بر چند حس مخاطب تأثیر میگذارند

تابلوهای آموزشی

تابلوگچی یا تابلو سفید: قابل نوشتن با ماژیک، که متداولترین و ارزانترین انواع تابلوها در آموزش هستند.

تابلوهای پارچه ای:

- ✓ امکان به کارگیری دو حس دیداری و شنیداری
- ✓ امکان سرعت عمل در ارائه تصاویر و...
- ✓ نداشتن خطر بهداشتی برای مربی و فراگیر

تابلوهای مغناطیسی:

- ✓ امکان به کارگیری دو حس دیداری و شنیداری
- ✓ امکان سرعت عمل در ارائه تصاویر و...
- ✓ نداشتن خطر بهداشتی برای مربی و فراگیر

تابلوهای الکتریکی:

- ✓ کاهش وابستگی فراگیر به معلم
- ✓ اجازه تفکر و تصمیم گیری و انتخاب به فراگیران

اشیاء واقعی:

مزایا

- ✓ آشنا و آگاه شدن شاگردان با اشیاء واقعی و محیط زیست اطراف
- ✓ اشیای واقعی تغییر نیافته: بیمار، موتور اتومبیل
- ✓ اشیاء واقعی تغییر یافته: مجسمه انسان، اسکلت کامل انسان، جسد
- ✓ نمونه: نگهداری جنین حیوانات

مدل:

تولید مجدد اشیای واقعی و حقیقی را مدل می گویند. مانند مدل چشم انسان

ماکت:

به طور گسترده در آموزش های صنعتی به کار گرفته می شوند و قسمت ساده شده واقعیت و جایگزین اشیای واقعی هستند. تفاوت مدل و ماکت:

- ✓ ماکت ها زمانی طراحی و تولید می شوند که نمایش حرکت مورد نظر باشد.
- ✓ در طراحی و تولید ماکت ها رعایت نسبت ها کاملاً الزامی است در حالی که در مدل نیازی نیست.
- ✓ در طراحی و تولید مدل ها اصول کلی و عمومی را مورد توجه قرار می دهند اما در طراحی و تولید ماکت ها باید به جزئیات دقت کرد.

برش:

اشیای سه بعدی تغییر یافته هستند که برای دیدن اجزای درونی و پنهان اشیا (در علوم طبیعی و تجربی) به کار می روند.

مولاز:

مواد سه بعدی تغییر یافته از نوع تقلید واقعیت است و ترکیبی از سه نوع مدل، ماکت، و برش را تشکیل می دهند.

عکس:

از رسانه های تصویری مات هستند که فراگیران با خواندن و کار کردن با عکس ها و ساختن داستان های مصور، سواد دیداری پیدا می کنند.

چارتها:

رسانه هایی هستند که حس دیدن را به کار می گیرند. بر اساس فرم ارائه مطالب و ماهیت محتوا تقسیم بندی می شوند.

الف-چارت های زمانی ب-چارتهای برگردان ج-چارتهای جدولی

پوستر:

ورقه ها و تابلوهایی که به منظور انتقال سریع و ارزان قیمت اطلاعات و ترویج طرز فکر، ایده و ارزشها به کار برده می شود.

ویژگی های پوستر :

- ✓ جلب توجه فوری
- ✓ ارائه موضوعی خاص
- ✓ واداشتن بیننده به انجام یک کار
- ✓ پوستر نیاز به توضیح شفاهی ندارد.

پوستر تک نظری: روی آن تصویر یا جمله ای نوشته شده که با یک نظر قابل خواندن و درک است.

پوستر چند نظری: که جهت دریافت پیام نیاز به قدری صرف وقت دارد.

نمودار(گراف):

رسانه هایی هستند که روابط عددی و نسبی موضوعات مختلف را نشان می دهند و پیام گیران را قادر به درک معنای خاص یک توده از اطلاعات پیچیده می کنند.

به ۴ نوع تقسیم می شوند:

الف-خطی ب-ستونی ج-دایره ای د-تصویری

فیلم متحرک:

یک سری تصاویر ثابتی که با نظم خاصی بر روی یک نوار فیلم ۳۵ میلیمتری چاپ شده باشد.

اسلاید:

به صفحات شفاف و یا فیلم های دارای تصویر که در اثر عبور نور از تصویر بر روی پرده نمایش داده شود اسلاید گویند.

پمفلت:

به اندازه برگ A۴، ۳ قسمت مساوی

لیفلت:

نوعی پمفلت کوچک، بیشتر از سه لت ، مناسب برای ارائه راهکارهای عملی

بروشور:

کاربرد: موضوعات آموزشی ساده و اطلاع رسانی

گروه هدف: اقشار جامعه

ویژگیها: نوعی پمفلت ، تک لت ، فاقد طرح روی جلد و پشت جلد ، سایز A۴، عنوان ، نام و نشان سازمان متبوعه در ابتدا و

نام تهیه کننده و ناشر و شماره و تاریخ نشر در انتهای آن می آید.

استیکر(برچسب):

کاربرد: جنبه آموزشی ، هشدار دهنده و تبلیغاتی
ویژگی: در اندازه کوچک طراحی میشوند و میتواند مدتها در انظار بینندگان باقی بماند.

تراکت:

نشریه ای تک برگ ،گاهی دارای تصاویر،طراحی از عرض بصورت افقی، اندازه آن معمولا کاغذ A4 و یا دو برابر آن است ولی بزرگتر و کوچکتر از آن هم طراحی می شود .

تراکت درآموزش بهداشت بیشتر برای ارائه پیامهای بهداشتی به صورت تبلیغ یا معرفی خدمات بکار می رود .
تراکت باید در جای مناسب نصب شود.

نشریه:

یک رسانه آموزشی نوشتاری است که در دوره زمانی خاصی منتشر میشود و در آن عناوین مختلف به بحث گذاشته می شود.
مانند فصلنامه بهورز

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

رسانه ها و وسایل کمک آموزشی مختلف برای ایجاد یک آموزش موثر و پایدار به کار می روند.
رسانه کل محتوای آموزش را به فراگیران منتقل می کند، اما وسیله ی کمک آموزشی تنها در بخشی از آموزش استفاده می شود.
هرچه تعداد حواس بیشتری در آموزش درگیر شود، تاثیر آموزش بیشتر می شود.

پرسش و تمرین

۱. تفاوت های رسانه و وسایل کمک آموزشی را شرح دهید؟
۲. درباره نقش حواس در یادگیری به اختصار شرح دهید؟
۳. با استفاده از مخروط ادگاردیل رسانه آموزشی مناسب را برای موضوعات آموزشی مختلف انتخاب نمایید؟
۴. چند نمونه از رسانه های آموزشی را ارزیابی کرده و کاربرد و فواید استفاده از آنها را لیست نمایید؟

فصل پنجم

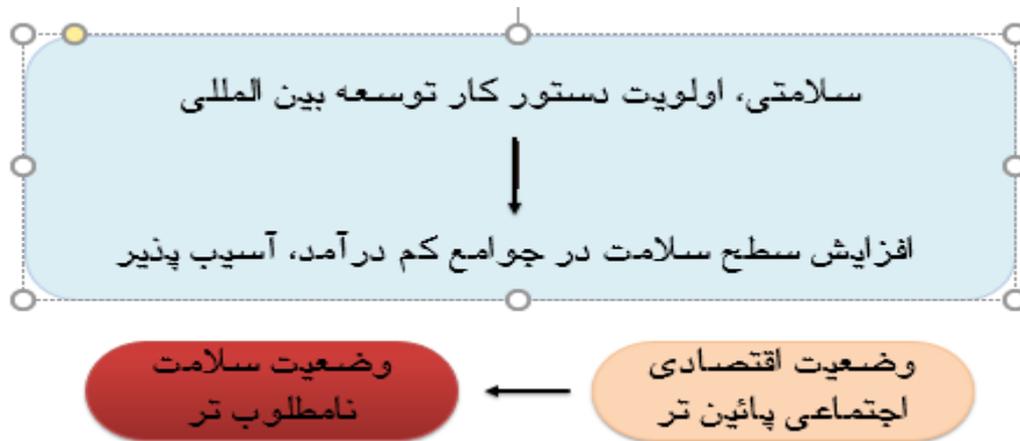
عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ارتقاء آنها

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. اهمیت تاثیر عوامل اجتماعی در سلامت را بیان کنید.
۲. سابقه و ریشه های نگرش اجتماعی به سلامت را به طور خلاصه توضیح دهید.
۳. مفهوم عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را تعریف نمایید.
۴. ارتباط بین عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و پیامدهای سلامتی را توضیح دهید.
۵. هدف کلی از طرح موضوع عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در روستا را تعریف کنید.
۶. اقدامات مرحله به مرحله شناسایی و کنترل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را نام ببرید.

از قدیم الایام تاثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سلامت انسان شناخته شده بود و در حال حاضر نیز برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، میزان افزایش جمعیت و... تعیین میشود.



اهمیت عوامل موثر بر سلامت:

قدرتمندترین علل مشکلات سلامتی، شرایط اجتماعی هستند که مردم در آن زندگی و کار میکنند و از آن ها به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) نام میبرند.

سابقه و ریشه های نگرش اجتماعی به سلامت:

فعالیت های بهداشتی قرن ۱۹ و بیشتر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی نوین، همگی نشان دهنده آگاهی از ارتباط و وابستگی بین موقعیت اجتماعی و شرایط زندگی افراد با نیازها و پیامدهای سلامتی آنان بوده است.

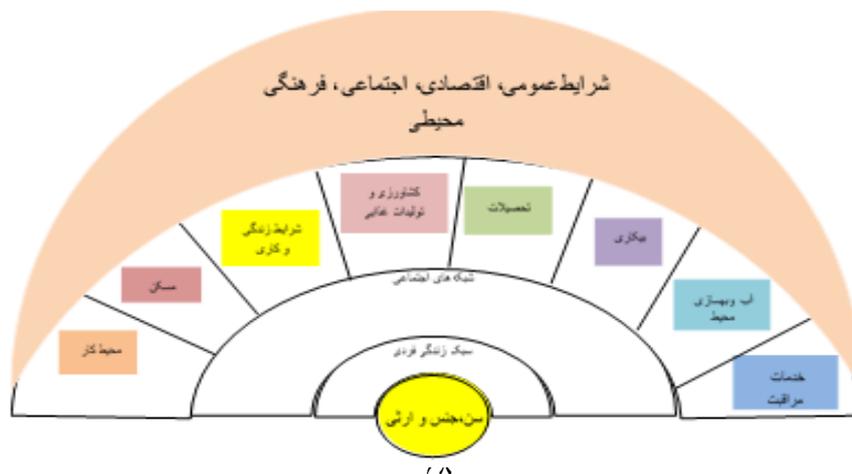
پیش نیازهای سلامت منشور اتاوا:

صلح، سر پناه، آموزش و پرورش، موادغذائی، درآمد، اکوسیستم دارای ثبات، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری

تعریف عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

مفهوم این است که تعیین کننده های اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، کار و بیکاری، انزوای اجتماعی و طرد شدگی، استرس، اعتیاد، غذا، حمایت های اجتماعی بسیار بیشتر از عوامل بیولوژیک ایجاد کننده بیماری ها، در سلامت و تندرستی انسان نقش دارند که نادیده گرفتن آنها نگاه تک بعدی به انسان و سلامت اوست.

چارچوب چند سطحی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت:



ارتباط عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت

عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت عبارتند از:

- ✓ شیب اجتماعی
- ✓ شرایط دوران ابتدایی زندگی
- ✓ حمایت اجتماعی
- ✓ طرد شدگی اجتماعی
- ✓ اعتیاد
- ✓ کار
- ✓ غذا
- ✓ حمل و نقل و ترافیک
- ✓ بیکاری

ارتباط عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت

شیب اجتماعی:

شرایط نامناسب اجتماعی اقتصادی در طول زندگی بر سلامتی تاثیر گذار می باشد، افرادی که در طبقات پایین قرار میگیرند حداقل دو برابر افراد طبقات بالاتر در معرض بیماری های جدی و مرگ زود رس می شوند. هرچه مردم بمدت طولانی تری در شرایط اقتصادی اجتماعی پر تنشی قرار گیرند به همان نسبت از لحاظ فیزیکی رنج بیشتری را تحمل میکنند و در سالمندی هم از سلامت کمتری برخوردار خواهند بود.

زندگی در طبقات پایین اجتماع ممکن است به صورت داشتن سرمایه کم در خانواده، داشتن تحصیلات پایین، داشتن کار نامطمئن، مواجه شدن با خطرات کاری، ... خود را نشان دهد که همه اینها بر سلامتی افراد تاثیر نامطلوب و منفی خواهند گذاشت.

شرایط دوران ابتدایی زندگی:

شروع خوب در زندگی، حمایت از مادر و کودک، باعث آثار مثبت طولانی بر سلامتی و رشد اولیه در زندگی میشود. احساس ناراحتی در دوران کودکی، منجر به کاهش آمادگی برای مدرسه رفتن، فراگیری پایین، مشکل رفتاری و خطر انزوای اجتماعی در بزرگسالی شود.

طرد شدگی اجتماعی:

طرد شدگی یا انزوای اجتماعی به دنبال نژاد پرستی، تبعیض، خصومت و بیکاری به وجود می آید و افراد طرد شده از شرکت در یادگیری و آموزش و دسترسی به خدمات و فعالیت های شهروندی باز می مانند و نهایتاً فقر و انزوای اجتماعی خطر انواع بیماری ها و اعتیاد را افزایش می دهد و کانون های تبهکاری را که عمق فاجعه مردمی است؛ به وجود می آورند.

کار:

نداشتن شغل، روش های مدیریتی، روابط اجتماعی حاکم بر محیط کار و استرس در هنگام کار بر سلامتی افراد شاغل تاثیر گذار است و می تواند خطر ابتلا به بیماری ها را افزایش دهد. شرایط بهبود یافته کاری منجر به نیروی سالم تر کاری می شود، از این رو سلامتی بیشتر موجب بهره وری و سودمندی در محل کار است.

بیکاری:

افراد بیکار و خانواده هایشان به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس می باشند. نارضایتی ها و اضطراب ناشی از ناامنی شغلی می تواند به اندازه بیکاری برای سلامتی مضر باشد و صرف داشتن یک شغل همیشه تضمین کننده سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است.

حمایت اجتماعی:

حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم مهمی در سلامت دارند. تعلق داشتن به یک تشکل اجتماعی و همکاری های متقابل موجب می شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. این امر تاثیر محافظتی زیادی بر سلامتی افراد دارد. روابط اجتماعی مناسب می تواند باعث یاد گرفتن الگوهای رفتار سالم در جامعه شود. افرادی که حمایت های اجتماعی و عاطفی کمتری نسبت به دیگران دارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی قرار می گیرند به ویژه زنان باردار(خصوصا پس از زایمان: عدم حکایت عاطفی از طرف همسر و خانواده ممکنست موجب افسردگی پس از زایمان شود) میزان حمایت های اجتماعی که فرد از نظر عملی و عاطفی دریافت می کند بسته به موقعیت های اجتماعی و اقتصادی متفاوت می باشد.

اعتیاد:

وابستگی به الکل، مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط نزدیکی با مشکلات اجتماعی اقتصادی دارد. محرومیت های اجتماعی مانند زندگی فقیرانه، درآمد کم، تک والدینی، بیکاری و بی خانمانی همگی با میزان بالای سیگار کشیدن و میزان پایین ترک آن در ارتباطند.

غذا:

رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات است. موضوع مهم دسترسی به مواد غذایی و تامین هزینه های سالم و مغذی است. کمبود مواد غذایی تنوع آن باعث بروز بیماری های ناشی از سوء تغذیه می شود مثل بیماری های قلب و عروق سرطان و چاقی می شود. شرایط اقتصادی اجتماعی مختلف منجر به ایجاد تفاوت در کیفیت رژیم غذایی طبقات مختلف شده و این خود نابرابری های سلامتی را به همراه خواهد داشت.

حمل و نقل و ترافیک:

دوچرخه سواری، پیاده روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به دلایل زیر سبب ارتقاء سلامتی می گردند: دوچرخه سواری و پیاده روی نوعی ورزش هستند، تصادفات منجر به مرگ و صدمات را کاهش می دهند و سبب افزایش روابط اجتماعی می گردند. آلودگی هوا را کم می نمایند. ماشینی شدن زندگی و کم تحرکی، چاقی را افزایش می دهد. مردم نیازمند راه حلی جهت افزایش تحرک و ورزش کردن هستند که از طریق سیاست هایی که منجر به استفاده کمتر از وسیله نقلیه شخصی و افزایش پیاده روی و دوچرخه سواری و گسترش حمل و نقل عمومی می گردند قابل اعمال خواهند بود.

بهورز و رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت:

هدف از طرح موضوع، شناسایی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در بخش های مختلف سلامت روستا و هدف قرار دادن این عوامل و تلاش جهت کنترل آنها با مشارکت کل روستاست. ((از راه های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل شورای بهداشتی در روستا است.))

مراحل برنامه ریزی برای تعیین و کنترل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در روستا:

- ✓ جلب مشارکت واقعی مردم و بسیج روستا برای سلامت و توسعه
- ✓ جمع آوری اطلاعات و شناسایی مشکلات سلامت و بی عدالتی در سلامت با مشارکت مردم روستا
- ✓ جمع بندی، تجزیه و تحلیل اطلاعات، اولویت بندی مشکلات و انتخاب یک یا چند اولویت برای مداخله
- ✓ تدوین برنامه عملیاتی و طراحی فعالیت ها
- ✓ مشخص کردن منابع
- ✓ تدوین برنامه پایش و نظارت
- ✓ تهیه مستندات برنامه و ارائه گزارش

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

بیشتر نابرابری های سلامت به علت نابرابری های اجتماعی مورد توجه هستند، یعنی توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت. در رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، همه افراد باید لحاظ شوند. عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت باید بر پایه اصول عدالت بنا شوند و سیاستهای جامع با مشارکت تمام سازمانها، وزارتخانه ها و مردم اتخاذ گردد.

پرسش و تمرین

۱. هدف کلی از طرح موضوع عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در روستا را بیان کنید.
۲. عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را نام برده، تاثیر هر کدام از آنها را در سلامتی توضیح دهید.
۳. مفهوم عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را شرح دهید.
۴. یک یا چند مورد از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را انتخاب و اقدامات مرحله به مرحله برای شناسایی و کنترل عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت را نام برده و فعالیت های لازم برای کنترل آن ها لیست شود.

فصل ششم

مراحل اجرایی برنامه

توانمندسازی جامعه و ارزشیابی آن

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. مفهوم خودمراقبتی را توضیح دهید.
۲. هدف از خودمراقبتی سازمانی را شرح دهید.
۳. مفهوم سواد سلامت را در یک سطر شرح دهید.
۴. رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی را نام ببرید.
۵. فواید اجرای برنامه ملی خود مراقبتی را نام ببرید.
۶. هدف از رویکرد خود مراقبتی سازمانی را توضیح دهید.
۷. وظایف سفیران سلامت را ذکر کنید.
۸. شاخص های پنل مدیریت اطلاعات سلامت دفتر آموزش و ارتقای سلامت را نام ببرید.
۹. هدف از راندازی سامانه ارزشیابی رسانه های آموزش و ارتقای سلامت (ارس) را توضیح دهید.
۱۰. دوره های آموزشی که گروه خودیار نیازاست بصورت حضوری و آنلاین بگذرانند را بدانید
۱۱. وظایف بهورز در سطح خانه بهداشت در ارتباط با برنامه خود مراقبتی را بدانید

مقدمه:

با توجه به گذار بیماری‌ها از واگیر به غیر واگیر و حرکت از درمان قطعی بیماری‌ها به مراقبت مادام‌العمر، نقش مردم در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده برای سالم زیستن، روز به روز در حال افزایش است. «خودمراقبتی» شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند. حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از بیماری، خودارزیابی، حفظ سلامت، مشارکت در درمان و توان بخشی است.

جمعیت هدف:

تمامی خانوارها، سازمان‌های دولتی/ غیر دولتی، شوراهای شهری/ روستایی و شورایی گروه هدف برنامه‌های آموزش و ارتقای سلامت هستند. همچنین دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف به اجرای برنامه‌های دفتر آموزش و ارتقای سلامت از طریق شرح وظایف مندرج در این دستورالعمل هستند. خودمراقبتی، عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد فرد اعمال می‌گردد و به خودمراقبتی برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزئی، خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و حاد تقسیم می‌شود و فرایندی مادام‌العمر و در تمامی دوران‌ها و موقعیت‌های زندگی است.

فواید اجرای برنامه ملی خودمراقبتی با اجرای این برنامه انتظار می‌رود که:

- ✓ سبک زندگی مردم سالم تر شود
- ✓ کیفیت زندگی مردم افزایش یابد
- ✓ رضایت مردم از خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یابد
- ✓ از بیماری‌ها پیشگیری اولیه شود و بهره‌وری افراد و قدرت تولید اقتصادی اجتماعی فرهنگی مردم افزایش یابد
- ✓ کمیت و کیفیت مشارکت مردم در سلامت و مراقبت از بیماری‌ها افزایش یابد
- ✓ موقعیت‌های زندگی/ تحصیل و کار سالم در کشور افزایش یابد
- ✓ اقدام جامعه برای سلامت افزایش یابد
- ✓ شمار بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیر و غیر واگیر کاهش یابد
- ✓ مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر کاهش یابد
- ✓ عوامل خطر مدیریت بهینه شود و رفتارهای مخاطره‌آمیز کاهش یابد

رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی:

- ✓ خودمراقبتی فردی
- ✓ خودمراقبتی سازمانی
- ✓ خودمراقبتی اجتماعی
- ✓ خودیاری

خودمراقبتی فردی:

هدف در این رویکرد؛ تربیت یک نفر سفیر سلامت به ازای هر خانوار است. سفیر سلامت عضوی از اعضای خانواده است. که حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد و به صورت داوطلبانه، مسوولیت انتقال مطالب آموخته شده در حوزه سلامت و مراقبت فعال از

سلامت خود و اعضای خانواده و جامعه را بر عهده دارد. برای هر خانواری که فاقد عضو واجد شرایط باشد، سفیر سلامت افتخاری تربیت خواهد شد.

سفیر سلامت دوره های آموزشی زیر را به صورت حضوری / آنلاین می گذراند :

- ✓ راهنماهای ملی خودمراقبتی (ناخوشی جزئی، سبک زندگی سالم، مدیریت بیماری های مزمن/حاد)
- ✓ آشنایی با زیج خودمراقبتی
- ✓ آشنایی با پورتال ملی خودمراقبتی
- ✓ سایر دوره های آموزشی بر اساس نیازسنجی

خودمراقبتی سازمانی:

هدف در این رویکرد، ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه ها و خط مشی های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق شیوه زندگی سالم با همکاری کارکنان و کارفرمایان است. اقدامات زیر در محل ها و موقعیت ها (با حضور حداقل ۲۰ نفر) می تواند به ایجاد محیط کار سالم کمک کند:

- ✓ تشکیل شورای ارتقای سلامت
- ✓ برگزاری کارگاه برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای اعضای شورا
- ✓ تدوین برنامه عملیاتی توسط شورا
- ✓ اجرای برنامه های ارتقای سلامت تدوین شده در محیط کار
- ✓ پایش و ارزشیابی برنامه توسط شورا

خودمراقبتی اجتماعی:

هدف در این رویکرد، توانمندسازی جوامع مختلف برای توسعه محیط های سالم است. (برای تحقق این هدف شوراهای شهری و روستایی نقش مهمی جهت مشارکت اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده داشته باشند.) دانشگاه ها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی موظف هستند برای اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی اقداماتی شامل شناسایی شوراهای تحت پوشش، فراخوان عضویت در سامانه خودمراقبتی اجتماعی و... را از طریق پورتال ملی خودمراقبتی انجام دهند.

خودیاری:

هدف در این رویکرد، توسعه روابط بین فردی مثبت، همدلی و حمایت عاطفی از طریق به اشتراک گذاشتن تجربیات، اطلاعات و راه های مقابله با مشکل مشترک با سایر افراد عضو گروه خودیار است. به همین منظور سفیران سلامت به صورت داوطلبانه می توانند براساس نیاز خود یا اعضای خانواده، عضو گروه خودیار شوند.

گروه خودیار دوره های آموزشی زیر را در صورت نیاز به صورت حضوری / آن لاین می گذراند:

- ✓ خودمراقبتی در سرطان
- ✓ خودمراقبتی در بیماری قلبی عروقی
- ✓ خودمراقبتی در بیماری های تنفسی
- ✓ سایر بیماری ها
- ✓ عوامل خطر بیماری های مزمن

مراحل اجرای برنامه ملی خود مراقبتی :

- ✓ تشکیل جلسه با معاون بهداشتی و مدیر گروه/ کارشناس مسئول سایر واحد ها
- ✓ برگزاری جلسات توجیهی برای کارشناسان گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه و مراکز
- ✓ تشکیل جلسه با مدیران شبکه و روسای مراکز بهداشت شهرستان ها توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت
- ✓ برگزاری دوره های آموزشی برنامه ملی خودمراقبتی برای کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت و کارکنان حوزه بهداشت مراکز تابعه توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه
- ✓ تامین و توزیع فرم و چک لیست های مورد نیاز برنامه
- ✓ طراحی و اجرای کمپین های ملی/ منطقه ای آموزشی برای حساس سازی مردم
- ✓ نظارت بر ثبت نام سفیران سلامت و نحوه تکمیل پرونده خودمراقبتی برای خانوارهای تحت پوشش
- ✓ تعیین نیازهای آموزشی سفیران سلامت
- ✓ برگزاری دوره های آموزشی حضوری برای سفیران سلامت
- ✓ ارزشیابی آموزش های سفیران سلامت
- ✓ ارزشیابی عملکرد سفیران
- ✓ شناسایی خانوارهای فاقد سفیر سلامت از طریق پرونده الکترونیک خانوار
- ✓ توجیه خانوارهای فاقد سفیر سلامت توسط بهورز/ کارشناس مراقب سلامت
- ✓ تهیه شاخص "درصد پوشش برنامه خودمراقبتی فردی"
- ✓ ثبت و تعیین وضعیت شاخص مذکور در پنل مدیریت اطلاعات سلامت
- ✓ تحلیل وضعیت شاخص
- ✓ طراحی و اجرای مداخلات برای بهبود شاخص

سواد سلامت :

نظام های نوین سلامت باعث ایجاد نیاز های جدیدی در مخاطبان خود شده و افراد باید نهایتا برای اتخاذ تصمیمات صحیح در مورد خود و خانواده، نقش های جدیدی را بر عهده بگیرند که یکی از عوامل بسیار مؤثر در این زمینه، سواد سلامت است. سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را این گونه تعریف می کند: «مهارت های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی خود، تعیین می کند»

فواید سواد سلامت کافی

- ✓ اتخاذ رفتار سالم
- ✓ استفاده بیشتر از خدمات پیشگیرانه
- ✓ تسریع در تشخیص بیماری
- ✓ درک بیشتر از شرایط پزشکی
- ✓ پایبندی به دستورالعمل پزشکی
- ✓ افزایش مهارت های خودمراقبتی
- ✓ کاهش خطر بستری شدن در بیمارستان
- ✓ کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی

مراحل اجرای برنامه سواد سلامت:

مجموعه فعالیت های واحد آموزش و ارتقای سلامت در ارتباط با این شاخص شامل موارد زیر است:

- ۱- میانگین امتیاز به دست آمده از سنجش سواد سلامت در پنل مدیریت اطلاعات سلامت
 - در صورت بالا بودن میانگین امتیاز به دست آمده از میانگین کشوری با رنگ سبز مشخص می گردد.
 - در صورت پایین بودن میانگین امتیاز مذکور از میانگین کشوری با رنگ قرمز مشخص می گردد.
- ۲- در صورت نامطلوب بودن وضعیت شاخص، توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه و شهرستان علت و یا علل احتمالی آن در هریک از ابعاد سواد سلامت زیر تعیین می گردد:
 - خواندن- دسترسی- فهم و درک- ارزیابی- تصمیم گیری و رفتار
- ۳- بعد از تحلیل شاخص، مداخلات مبتنی بر شواهد برای بهبود شاخص مورد نظر توسط گروه آموزش و ارتقای سلامت دانشگاه و شهرستان و سایر ذی ربطان، طراحی، اجرا و ارزشیابی می گردد.

هدف از برنامه خود مراقبتی این است که:

مردم نقش فعال تری در سلامتی خود داشته باشند و مسئولیت سلامت خود و مدیریت آن را بر عهده بگیرند، سبک زندگی مردم سالم تر شود، کیفیت زندگی مردم افزایش یابد، رضایت مردم از خدمات بهداشتی درمانی افزایش یابد و.....

ساماندهی رسانه های آموزش سلامت:

هدف از آموزش سلامت، ایجاد فرصت های مناسب برای به دست آوردن اطلاعات صحیح و ایجاد مهارت های لازم برای گرفتن تصمیمات درست در شیوه و روش زندگی است. برای تحقق این هدف، توجه و درک صحیح فرهنگ جوامع، ویژگی ها و شیوه زندگی افراد، به منظور برقراری ارتباط مناسب که تبادل اطلاعات و افکار را به طور واضح و روشن میسر سازد ضروری است. در این خصوص یکی از عوامل کلیدی در برنامه های آموزشی، انتخاب مناسب ترین تکنولوژی آموزشی می باشد. بر همین اساس سامانه ارزشیابی رسانه های مداخلات آموزش و ارتقای سلامت (ارس) راه اندازی شده است

معرفی سامانه ارزشیابی رسانه های مداخلات آموزش و ارتقای سلامت (ارس)

سامانه ارزشیابی رسانه های آموزش سلامت (<http://aras.behdasht.gov.ir>)، با هدف گردآوری، ایجاد بانک اطلاعاتی جامع و کامل، دسته بندی، ارزیابی و رتبه بندی کلیه رسانه های آموزش سلامت تولید شده در مراکز و سازمان های وابسته به حوزه بهداشت و درمان کشور راه اندازی شده است.

پنج گام اساسی که در این سامانه ارزشیابی رسانه های آموزش سلامت وجود دارد شامل موارد ذیل می باشد:



با استفاده از این نرم افزار، رسانه های آموزش سلامت و کارکرد و اثربخشی هر کدام ارزیابی و سپس با یکدیگر مقایسه شده و به این ترتیب، وضعیت موجود تولید و عرضه این رسانه ها بررسی و خلاءهای آموزشی در این زمینه شناسایی می شود. این سامانه هر یک از رسانه های تولید شده را در چهار مرحله زیر مورد بررسی قرار داده که بر اساس استاندارد های ارزشیابی تدوین شده، ارزیابی و در پایان رتبه بندی می شود.

- ✓ **مرحله پیش رسانه:** نیازسنجی-تعیین اهداف-شناسایی مخاطب- انتخاب رسانه مناسب
- ✓ **مرحله خصوصیات رسانه:** محتوا (دقت، عدم تناقض، شفافیت، مناسبت، جذابیت، خلاقیت، مقبولیت) را دارد؟
- ✓ ساختار(عنوان، شناسنامه، ارایه دهندگان، روش های ارایه، ...) رعایت شده است؟
- ✓ **مرحله اجرا/تولید:** مستندات تولید و اجرای رسانه را بررسی میکند.
- ✓ **مرحله ارزیابی / ارزشیابی:** مستندات طراحی و اجرای ارزیابی و نتایج حاصل از آن

آموزش

تمام نیروهای درگیر در این طرح قبل از شروع خدمت، آموزش های مورد نیاز برای ورود به عرصه خدمت را دریافت می کنند. فهرست عناوین آموزشی به شرح جدول ذیل است:

برآورد زمان آموزش مورد نیاز بر اساس عنوان کلی (سرفصل آموزشی)	
عنوان کلی (سرفصل آموزشی)	ساعت آموزش حضوری
زیج خودمراقبتی	۸
پورتال ملی خودمراقبتی	۸
راهنماهای ملی خودمراقبتی خانواده	۱۶
برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی در شوراهای	۸
برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی در محل کار	۸
سامانه ارس	۸
نیازسنجی	۸
کوریکولوم جامع آموزش سلامت	۳۶
جمع	۱۰۰

مرحله اجرای برنامه توانمندسازی جامعه و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی:

به منظور تضمین کیفیت خدمات ارایه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت، استانداردهای خدمات و چک لیست های مربوطه براساس بسته خدمتی تعریف شده، تهیه و تدوین گردید و با امضای معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال گردید.

پایش و ارزشیابی برنامه :

پایش و ارزشیابی برنامه به صورتی در نظر گرفته شده که لازم است توالی انجام پایش براساس چک لیست در هر سطح مشخصی انجام شود. این پایش و ارزشیابی در سه سطح، پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان، مرکز بهداشت استان یا معاونت بهداشتی و پایش و ارزشیابی توسط دفتر آموزش ارتقا سلامت وزارت بهداشت و درمان انجام می شود.

پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان که بر اساس چک لیست های تهیه شده انجام می شود عبارتند از :

- ✓ پایش و ارزشیابی بهورز

- ✓ پایش و ارزشیابی کارشناس مراقب سلامت
- ✓ پایش و ارزشیابی ناظر مراکز بهداشتی درمانی / سلامت جامع
- ✓ پایش و ارزشیابی پزشک مراکز بهداشتی درمانی / سلامت جامع

شاخص های ارزشیابی

پنل مدیریت اطلاعات سلامت :

- مدیریت اطلاعات سلامت دفتر آموزش و ارتقای سلامت با اهداف زیر تهیه گردید:
- ✓ ایجاد امکان تحلیل سریع شاخص ها متناسب با نیازهای هر سطح
- ✓ بهره مندی از تجربیات دانشگاه های موفق
- ✓ کمک به طراحی برنامه مداخله ای برای دانشگاه هایی که در شاخص، وضعیت نامطلوب دارند.
- ✓ اصلاح تدریجی مقادیر و میزان ها و نهایتا دسترسی به اطلاعات صحیح
- پنل ذکر شده شامل شاخص های متناسب با سه برنامه سواد سلامت، خود مراقبتی و ارزشیابی رسانه های آموزش سلامت در حوزه بهداشت می باشد.

شاخص های پنل مدیریت اطلاعات سلامت:

برنامه ملی سواد سلامت: که میانگین امتیاز سواد سلامت را بررسی میکند.

برنامه ملی خودمراقبتی:

- ✓ درصد پوشش برنامه خودمراقبتی سازمانی
- ✓ درصد سازمان دولتی حامی سلامت
- ✓ درصد سازمان غیر دولتی حامی سلامت
- ✓ درصد مدارس حامی سلامت
- ✓ درصد پوشش برنامه خودمراقبتی اجتماعی
- ✓ درصد پوشش برنامه خودمراقبتی فردی
- ✓ درصد پوشش برنامه خودیاری

برنامه ملی ارس

- ✓ درصد رسانه ها/ مداخلات آموزشی استاندارد:
- ✓ درصد رسانه ها/ مداخلات آموزشی استاندارد در هر چهار مرحله
- ✓ درصد مداخلات اجتماع محور مبتنی بر نیازسنجی

انتظارات برنامه:

- ✓ ثبت مقادیر شاخص ها در جداول مربوطه به تفکیک سطوح مدیریتی
- ✓ نصب پنل در برد محل کار
- ✓ رنگ آمیزی شاخص ها توسط کارشناس مسوول به منظور تعیین وضعیت شاخص ها
- ✓ تحلیل شاخص های پنل
- ✓ طراحی مداخله برای بهبود شاخصی ها

شرح وظایف در سطح خانه / پایگاه بهداشت:

- ✓ همکاری در برگزاری کمپین برنامه ملی خودمراقبتی (فردی، سازمانی، اجتماعی) در منطقه تحت پوشش
- ✓ شرکت در دوره های آموزشی برنامه ملی خودمراقبتی
- ✓ بررسی خانوارهای تحت پوشش از نظر داشتن فرد واجد شرایط سفیر سلامت و ثبت اطلاعات آنها در پرونده خانوار
- ✓ شناسایی خانوارهایی فاقد فرد واجد شرایط برای سفیر سلامت و تعیین سفیر سلامت افتخاری
- ✓ تشکیل بانک اطلاعاتی از سفیران سلامت
- ✓ تربیت سفیران سلامت از طریق نیازسنجی آموزشی، برگزاری دوره های آموزش حضوری/آنلاین
- ✓ توزیع بسته های آموزشی سفیران سلامت تحت پوشش
- ✓ بررسی وضعیت فعالیت سفیران سلامت در ارتقای سلامت فردی، خانوادگی، اجتماعی
- ✓ نظارت بر اطلاعات ثبت شده در پرونده خودمراقبتی سفیران سلامت
- ✓ برنامه ریزی برای توسعه سازمان های حامی سلامت در منطقه تحت پوشش
- ✓ برنامه ریزی برای توسعه شوراهای شهری، روستایی و شورایی های محلی حامی در منطقه تحت پوشش
- ✓ نظارت بر اطلاعات ثبت شده در پورتال خودمراقبتی سازمانی و اجتماعی منطقه تحت پوشش
- ✓ برنامه ریزی تشکیل گروه های خودیار در خانوارهای تحت پوشش
- ✓ مستندسازی و ثبت اطلاعات
- ✓ ارزشیابی اقدامات انجام شده در برنامه ملی خودمراقبتی
- ✓ اجرای برنامه های ابلاغ شده از سطوح بالاتر

شرح وظایف سفیران سلامت

- ✓ گذراندن دوره های آموزشی
- ✓ تکمیل زیج خودمراقبتی برای ارزیابی سبک زندگی خود و اعضای خانواده
- ✓ گذراندن دوره های آموزشی بیماری های مزمن برای خود و اعضای خانواده برحسب اطلاعات و پرونده خانوار
- ✓ انتقال آموزش های خودمراقبتی به اعضای خانواده
- ✓ کنترل ناخوشی های جزئی و بیماری های مزمن
- ✓ مشارکت داوطلبانه در فعالیت های بهداشتی گروهی و جمعی
- ✓ عضویت در گروه/گروه های خودیار، تشکل های مردمی حامی سلامت و شوراهای محلی، استانداری و فرمانداری
- ✓ ایفای نقش به عنوان سفیر سلامت افتخاری، برای خانوارهایی که سفیر سلامت ندارند
- ✓ تکمیل پرونده خودمراقبتی خود و خانواده در پورتال ملی خودمراقبتی

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

خودمراقبتی، عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد فرد اعمال می گردد.

رویکردهای خود مراقبتی شامل: خودمراقبتی فردی، سازمانی، اجتماعی و خودیاری می باشد.

سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت را این گونه تعریف می کند: «مهارت های شناختی و اجتماعی که انگیزه و توانایی افراد را برای به دست آوردن، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی در راه ارتقا و حفظ سلامتی خوب، تعیین می کند»

هدف از آموزش سلامت، ایجاد فرصت های مناسب برای به دست آوردن اطلاعات صحیح و ایجاد مهارتهای لازم برای گرفتن تصمیمات درست در روش زندگی است.

سامانه ارزشیابی رسانه های آموزش سلامت (<http://aras.behdasht.gov.ir>)، با هدف گردآوری، ایجاد بانک اطلاعاتی جامع و کامل، دسته بندی، ارزیابی و رتبه بندی کلیه رسانه های آموزش سلامت تولید شده در مراکز و سازمان های وابسته به حوزه بهداشت و درمان کشور راه اندازی شده است .

به منظور تضمین کیفیت خدمات ارائه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت، استانداردهای خدمات و چک لیست های مربوطه براساس بسته خدمت تعریف شده، تهیه و تدوین گردید.

پرسش و تمرین

۱. فواید اجرای برنامه خودمراقبتی را شرح دهید؟
۲. چهار مورد از وظایف سفیران سلامت را شرح دهید؟
۳. از فواید سواد سلامت چهار مورد را ذکر کنید؟
۴. رویکردهای برنامه ملی خودمراقبتی را نام ببرید؟
۵. مفهوم خودمراقبتی را توضیح دهید؟
۶. هدف از خودمراقبتی سازمانی را شرح دهید؟
۷. مفهوم سواد سلامت را در یک سطر شرح دهید؟
۸. هدف از راندازی سامانه ارزشیابی رسانه های آموزش و ارتقای سلامت (ارس) را توضیح دهید؟
۹. چهار مورد از دوره های آموزشی که گروه خودیار نیازاست بصورت حضوری و آنلاین بگذراند را بنویسید؟
۱۰. چهار مورد از وظایف بهروز در سطح خانه بهداشت در ارتباط با برنامه خود مراقبتی را بنویسید؟
۱۱. شش مورد از وظایف سفیران سلامت را ذکر کنید؟
۱۲. شاخص های پنل مدیریت اطلاعات سلامت دفتر آموزش و ارتقای سلامت را نام ببرید

فصل هفتم

بازاریابی اجتماعی و عدالت در سلامت

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. اهمیت بازاریابی اجتماعی را توضیح دهید.
 ۲. تاریخچه بازاریابی اجتماعی را شرح دهید.
 ۳. اهداف بازاریابی اجتماعی را بیان کنید.
 ۴. تفاوت بازاریابی تجاری و بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید.
 ۵. آمیزه بازاریابی اجتماعی را تعریف کنید.
 ۶. اجزای آمیزه بازاریابی اجتماعی را نام ببرید.
 ۷. عوامل موثر بر بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید.
 ۸. نکات کلیدی در بازاریابی اجتماعی را شرح دهید.
 ۹. مراحل انجام یک برنامه بازاریابی اجتماعی را توضیح دهید.
 ۱۰. 1 مراحل (SMART) را شرح دهید.
 ۱۱. موارد کاربرد بازاریابی اجتماعی را توضیح دهید.
 ۱۲. کارهای تحقیقاتی با استفاده از بازاریابی اجتماعی را نام ببرید.
 ۱۳. محدودیت های برنامه های بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید.
۱۴. عدالت در سلامت را تعریف کنید.
 ۱۵. تفاوت های قابل اجتناب و غیرقابل اجتناب در سلامت را بیان کنید.
 ۱۶. واژه های برابری و عدالت را تعریف کنید.
 ۱۷. تفاوت واژه های برابری و عدالت را با یک مثال عینی بیان کنید.
 ۱۸. عوامل زمینه سازی بی عدالتی های سلامت را نام ببرید.
 ۱۹. ابعاد عدالت در مراقبت سلامت را نام ببرید.
 ۲۰. ابعاد عدالت در مراقبت سلامت را با ذکر یک مثال توضیح دهید.
 ۲۱. اصول اقدام در زمینه بی عدالتی در سلامت را شرح دهید.
 ۲۲. اقدامات اصلی جهت حذف یا کاهش تفاوت های قابل اجتناب و ناعادلانه را شرح دهید.
 ۲۳. عرصه های نابرابری و بی عدالتی در سلامت را نام ببرید.

کسب سهم بیشتر از بازار مصرف، هدف اصلی شرکت ها و صاحبان صنایع به شمار می رود و استفاده از اصول و فنون علمی در بازاریابی هر روز پررنگ تر از قبل می شود. بازاریابی نوین به جای جستجو برای یافتن مشتری جهت محصولات تولید شده، به خلق محصولات و خدمات متناسب با خواسته ها و نیازهای مشتریان توجه دارد.

تاریخچه بازاریابی

اندیشمندی به نام " وایه " یک سؤال انقلابی مطرح کرد که پاسخ به آن سال ها بعد به پایه گذاری "بازاریابی اجتماعی" منجر شد. او پرسید: "چرا نتوانیم برادری را هم مثل صابون به مردم بفروشیم؟! " اوبه این نتیجه رسید که: "با کمک فنون بازاریابی می توان یک موضوع اجتماعی را به مخاطبین فروخت" آنان پی بردند که می توان از اصول بازاریابی اجتماعی برای فروش ایده ها، نگرش ها و رفتارها به جامعه استفاده کرد. نباید این حقیقت را فراموش کرد که بازاریابی اجتماعی بسیار پیچیده تر و گاه کم اثرتر از بازاریابی تجاری است، چرا که در بازاریابی اجتماعی تلاش در جهت تاثیرگذاری روی عقاید و رفتار جامعه است. در حالیکه بازاریابی تجاری کوشش دارد تا با ایجاد الگویی ساده فکر و رفتار مردم را به سمت و سویی خاص بکشاند و در این راه از تبلیغ نام و نشانی خاص استفاده می کند. در حال حاضر از این دیدگاه به عنوان "فرآیندی برنامه ریزی شده برای تاثیر گذاری روی رفتار اختیاری گروه مخاطب جهت نیل به یک هدف اجتماعی" یاد می شود. فعالان عرصه سلامت از جمله "ریچارد مانوف" در سال ۱۹۸۵ با ذکر جزئیات استفاده از دیدگاه بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت از آن به عنوان "رویکردی منظم و سازمان دهی شده برای ارتقای سلامت عمومی و ارتباطات" یاد کرد.

اهداف بازاریابی اجتماعی:

هدف بازاریابی اجتماعی اصلاح نگرش گروه مخاطب است. مهمترین مسئولیت بازاریابان اجتماعی در حوزه سلامت، اطمینان از این است که آنچه که در نهایت در شکل مداخله بیان می شود، نیازها و خواسته های مرتبط با سلامت را در مشتری برآورده می سازد.

بنابر این باید گفت که اهداف بازاریابی اجتماعی:

۱- حفظ مشتریان کنونی محصولات و خدمات.

۲- جلب مشتریان جدید به سوی محصولات و خدمات.

تفاوت بازاریابی تجاری و بازاریابی اجتماعی:

متغیر	بازاریابی تجاری	بازاریابی اجتماعی
اهمیت	به دست آوردن پول و دستیابی به فروش بیشتر	انجام کارهای خوب و یا ترویج یک ایده اجتماعی مفید
پشتیبانی و اجرا	سرمایه گذاران خصوصی	حمایت مالی دولت، بنیادها و موسسات عام المنفعه
مسئولیت برنامه ها	بخش خصوصی	بخش عمومی
هدف	دستیابی به سود اقتصادی	دستیابی به منافع اجتماعی
سنجش عملکرد	بر اساس سود حاصله و سهم بازار	سخت است
اهداف رفتاری	کوتاه مدت	بلندمدت
محصول و خدمات تولیدی	مشخص	محل مناقشه
مخاطبین	مخاطبین در دسترس مدنظر قرار می گیرند	گروه های مخاطب پرخاطر مورد توجه هستند

متغیر	بازاریابی تجاری	بازاریابی اجتماعی
رفتار مدیران	با مدیران خطر پذیر سروکار دارد	مدیران بازاریابی اجتماعی از خطرات دوری می کنند
تصمیم گیری	سلسله مراتبی	مشارکتی
روابط	بر اساس رقابت	بر اساس اعتماد
تغییر رفتار گروه مخاطب	ترغیب و متقاعد کردن گروه مخاطب به استفاده از کالایی خاص	ایجاد انگیزه برای در پیش گرفتن رفتار مفید
سود	نفع تولید کنندگان بیشتر از مصرف کنندگان	تولید کنندگان کالا یا خدمت صادقانه در فکر منفعت مردم هستند تا وضعیت جامعه بهبود یابد
هزینه تبلیغات	زیاد	منابع در اختیار بازاریابی اجتماعی محدود است

آمیزه بازاریابی:

مجموعه ای از ابزارهای قابل کنترل بازاریابی که با ترکیب آنها، امکان پاسخگویی به بازار هدف و گروه مخاطب به وجود می آید "آمیزه بازاریابی" نام دارد. به عبارت دیگر آمیزه بازاریابی در برگیرنده کلیه اقداماتی است که تولید کنندگان محصول یا ارائه دهندگان خدمت انجام میدهند تا بر بازار تقاضای محصول یا خدمت مورد نظر اثر بگذارند.

اجزای آمیزه بازاریابی:

۱- محصول (یا خدمت)

۲- قیمت.

۳- مکان (توزیع)

۴- ترویج

محصول (یا خدمت) Product

کالاها چیزی است که به بازار مورد نظر عرضه می شود تا نیاز یا خواسته ای از مشتری را تامین نماید. محصول می تواند یک پدیده فیزیکی و قابل لمس و یا خدمت، فعالیت یا ایده ای غیر قابل لمس باشد. (مثل آموزش) گروه مخاطب باید در ابتدا آگاه شوند که مشکلی وجود دارد و محصول (یا خدمت) مورد نظر راه حل مناسبی برای آن مشکل است تا آنگاه برای اصلاح رفتار خود در جهت استفاده از آن محصول یا خدمت قدم بردارند. در نتیجه بازاریابان اجتماعی نیاز دارند تا با انجام پژوهش های مناسب بتوانند زمینه تولید محصولات و خدماتی فراهم کنند تا برای جامعه مورد نظر قابل پذیرش باشد. مهمترین نکته آمیزه بازاریابی: مشتری باید قادر باشد محصول را به خوبی بشناسد و آنرا برای استفاده ساده و آسان بیابد تا در این حالت بسوی استفاده از آن جلب شود.

قیمت Price

آنچه که مشتری می پردازد تا محصول مورد نظرش را بدست آورد، قیمت نام دارد. قیمت یک محصول ممکن است پول باشد و یا ممکن است عوامل دیگری مانند صرف زمان. برای این که استقبال از یک محصول یا خدمت افزایش یابد باید قیمت محصول از منافع حاصل از آن کمتر باشد.

مکان (توزیع) Place

مسیری که با کمک آن محصول یا خدمت به دست مشتری می رسد. به عبارت دیگر فعالیت هایی که انجام می شود تا محصول یا خدمت مورد نظر در دسترس مشتریان قرار گیرد، در مورد یک محصول قابل لمس، مصداق مکان سیستم توزیع است. در حالی که در

یک محصول غیر قابل لمس، کانال هایی که از طریق آن اطلاعات و آموزش ارائه می شود مکان را شامل می شود.

ترویج Promotion

ترویج: استفاده از مجموعه تبلیغات، روابط عمومی، حمایت های رسانه ای، ارتباط فردی و فعالیت هایی از این قبیل است که محور آن نیاز خلق و تداوم آن برای مصرف محصول یا خدمت توسط مشتری است. در ترویج یک محصول باید کانال های اطلاع رسانی مناسب انتخاب شود و عناصر مهمی چون تازگی و... در نظر گرفته شود تا تاثیر آن بیشتر شود. ترویج شامل فعالیت هایی است که ارائه دهنده خدمت و تولید کننده محصول انجام میدهد تا بتواند در مورد ارزش محصول یا خدمت خود اطلاعات خوبی به مشتری بدهد و او را تشویق به خرید محصول نماید.

چهار C در مقابل چهار P

برخی از صاحب نظران دیگر (رابرت لوتربورن) در مقابل چهار (محصول، مکان، ترویج، قیمت) P، چهار C را طرح می کنند که عبارت است از:

(customer solution)	✓ راه حل مورد نظر مشتری
(customer cost)	✓ هزینه مشتری
(convenience)	✓ راحتی
(communication)	✓ ارتباط (سیستم های ارتباطی)

کسانی که می خواهند در این زمینه فعالیت کنند باید سیستم های ارتباطی هدفمند را حتما مورد توجه قرار دهند تا مدیریت بازاریابی برای دستیابی به هدف بهترین راه حل را مورد استفاده قرار دهد.

چهار P چهار C:

✓ محصول	راه حل مورد نظر مشتری
✓ قیمت	هزینه مشتری
✓ مکان	راحتی
✓ ترویج	سیستم ارتباطی

اخیرا علاوه بر چهار عنصر قبلی، مفاهیم دیگری را هم به مجموعه "آمیزه بازاریابی" به ویژه در عرصه بازاریابی اجتماعی اضافه کرده اند

✓ عمومیت
✓ شراکت
✓ سیاست گذاری
✓ سلسله منابع

عموم مردم (Publics)

در بازاریابی اجتماعی که مخاطبین متفاوتی مد نظر هستند و توجه به آنها برای کسب موفقیت ضروری است، شناسایی و توجه به: الف) گروه های داخلی، ب) گروه های خارجی. ضروری می باشد. گروه های داخلی و خارجی در برنامه بازاریابی اهمیت بسیاری دارد. منظور از گروه های داخلی: افرادی که در مراحل اجرای برنامه درگیرند. گروه خارجی شامل گروه مخاطب و سیاست گزاران و... می باشد.

شراکت و همکاری (Partnership)

برای موثر واقع شدن برنامه نیاز است تا تیمی متشکل از کلیه سازمان های جامعه که اهداف مشابه (نه الزاما اهداف یکسان) دارند، در کنار هم قرار گیرند.

سیاست و سیاستگزاری Policy

تداوم تغییر رفتار اجتماعی تنها با تغییر در سیاست های جامعه امکان پذیر است و در این عرصه حمایت رسانه ای، مکملی موثر برای بازاریابی اجتماعی محسوب می گردد. توجه به این عناصر تشکیل دهنده آمیزه بازاریابی، که امروزه از شکل سنتی پیشین خود خارج شده و گسترش پیدا کرده است، موفقیت یک برنامه بازاریابی اجتماعی را تضمین خواهد کرد.

سلسله منابع

به دلیل هزینه بالای برنامه های بازاریابی اجتماعی، این هزینه ها را باید از محل های مناسب از جمله کمک های دولتی، بنیادها، هدایا و از این قبیل تامین کرد. در این میان باید دقت کرد که تامین این منابع به اصول کلی و جامعه محور این دیدگاه لطمه نزنند.

عوامل موثر بر بازاریابی

محیط ها: شامل محیط های اقتصادی و جمعیتی، تکنولوژیک و طبیعی، قانونی و سیاسی و اجتماعی و فرهنگی هستند. همچنین عرضه کنندگان خدمات و کالاها، رقبا و واسطه های بازاریابی، فرآیند برنامه ریزی، تجزیه و تحلیل، کنترل و اجزای بازاریابی از دیگر عوامل موثر بر بازاریابی می باشند.

آمیزه بازاریابی شامل محصول، قیمت، مکان و ترویج و دیگر بخش های آن در مرکز این مجموعه نیز مصرف کننده یا مشتری قرار می گیرد.

ده نکته کلیدی در بازاریابی اجتماعی

۱- با مشتریان خود سخن بگویید:

در واقع پرسش از مشتری، راه اصلی پی بردن به خواسته های آنهاست.

۲- گروه مخاطب را بخش بندی کنید:

باید گروه مخاطب را به گروه های کوچکتری تقسیم کرد .

معیارهایی چون سن، جنس، نژاد و موقعیت جغرافیایی در این بخش بندی موثر است. تقسیم بندی بر اساس رفتارهایشان هم ممکن است.

۳- برای محصول خود پایگاه ایجاد کنید(مکان یابی):

جا افتادن محصول در میان مردم نتیجه دو عامل است:

الف- درک منافع (ب) رفع موانع

عرصه رقابت مورد نظرا بشناسید: بازاریابان اجتماعی باید از دیگر پیام های رقابتی که می تواند محصولی باشد که واکنش منفی مخاطب را به کالا یا خدمات باعث شود بر روی گروه مخاطب تاثیر بگذارد اطلاع کافی داشته باشند. و محصول ما باید جذاب تر از دیگران باشد تا بتواند مورد قبول واقع گردد.

۴- به جاهایی بروید که مخاطب شما حضور دارد:

برای موفقیت باید پیام ها را در جایی ارائه کرد که مخاطب حضور داشته باشد. استفاده از روزنامه های محلی، فروشگاه های بزرگ، گروه های موسیقی و... از این جمله به شمار می روند.

۵- برای ارتباط با مخاطبین از مسیرهای مختلفی استفاده کنید: استفاده از ترکیب رسانه های همگانی، اجتماعات، گروه های کوچک و فعالیت های فردی می تواند موثرتر باشد. وقتی یک پیام ساده و روشن در مکان های متعدد و در سراسر جامعه تکرار گردد، احتمال دیده شدن و به خاطر سپرده شدن آن بیشتر است.

۶- کلید موفقیت یک بسیج اطلاع رسانی در دو عامل مهم تداوم و ماندگاری آن است.

۷- از مدل هایی استفاده کنیم که نتیجه می دهد:

طراحان بازاریابان اجتماعی برنامه هایی را طرح می کنند که بیشترین فایده و اثربخشی را داشته باشد.

۸- آزمودن، آزمودن و باز هم آزمودن:

محصولات و خدماتی که در برنامه های بازاریابی اجتماعی استفاده می شود را باید با بخشی از گروه مخاطب آزمون کرد تا تاثیرات واقعی آن شناسایی شود. (پیام را در چند جا منتشر شود در گروه های مختلف آموزش داده شود و باز خورد آن را مشاهده نماییم)

۹- شراکت با گروه ها و افراد کلیدی جامعه را فراموش نکنید:

در صورتی که گروه های موجود در جامعه در کنار هم قرار گیرند و تلاشی هماهنگ انجام دهند پیام ها با قدرت و قوت بیشتر ارائه خواهد شد. این سازمان ها گاه در موضوع مورد نظر با ما اشتراک دارند و یا تکمیل کننده فعالیت ما هستند. (گروه هایی مثل رسانه مدارس ارگان های دولتی و...)

۱۰- به این نکته توجه کنید در آینده چه می توان کرد:

ارزشیابی سنگ بنای بازاریابی اجتماعی است که در تمام فرآیند حضور دارد. برای آن که بفهمیم اقدامات ما منجر به ایجاد تغییرات مطلوب شده است یا نه دو راه در پیش داریم:

الف- آیا گروه مخاطب رفتار مورد نظر ما را در پیش گرفته اند. (از طریق انجام پژوهش)

ب- آیا تغییرات طولانی و کلی در جامعه رخ داده است. (از طریق انجام پژوهش)

مراحل انجام یک برنامه بازاریابی اجتماعی

۱- برنامه ریزی: شناسایی مشکل گروه مخاطب و محیط که قرار است برنامه در آن اجرا گردد..

۲- تولید مواد و پیام ها: پیام ها و مواد آموزشی که می تواند پیام مورد نظر را به گروه مخاطب انتقال دهد شناسایی می کند

۳- پیش آزمون: با آزمون نواقص پیام های طراحی شده را برطرف می کنید

۴- مداخله: برنامه به صورتی که طراحی شده اجرا میشود

۵- ارزشیابی و پس خوراند: سنجیدن تاثیرات اجرای برنامه بر روی مخاطب: باید توجه داشت که این مرحله از برنامه در تمامی

فرایندهای بازاریابی جاری است یعنی ارزشیابی هم در خلال برنامه و هم در پایان برنامه انجام میشود.

Social Marketing Assessment and Response Tool (SMART)

در این مدل، از بازاریابی اجتماعی به عنوان ابزاری برای اصلاح رفتار جامعه استفاده می شود، مراحل زیر تعریف شده است:

۱- برنامه ریزی مقدماتی:

تعریف یک مشکل بهداشتی و بیان آن با اصطلاحات رفتاری.

تعیین اهداف.

تنظیم برنامه مقدماتی برای ارزشیابی.

تعیین هزینه های پروژه.

۲- تحلیل مشتری:

تقسیم بندی و تعریف جمعیت واجد شرایط.

- تعریف روش های پژوهش رسمی.
- تعریف نیازها، خواسته ها و ترجیحات مشتری.
- تولید ایده های اولیه برای مداخلات و استراتژی های ارتباطی در اولویت.
- ۳- تحلیل بازار:
- ساخت و تعریف آمیزه بازاریابی.
- ارزیابی بازار برای شناخت رقبا، شرکا و سیستم های حمایتی و منابع.
- ۴- تحلیل کانال ها:
- شناسایی کانال های ارتباطی مناسب.
- تعیین چگونگی استفاده از این کانال ها.
- ارزیابی انتخاب های توزیع.
- تعریف قوانین ارتباطی برای شرکای برنامه.
- ۵- تولید مداخلات، مواد و پیش آزمون ها:
- تولید مداخلات و مواد با استفاده از اطلاعات جمع آوری شده از تحلیل مشتری.
- ادغام آمیزه بازاریابی در یک استراتژی که بتواند ارائه دهنده یک محصول مرغوب و مبادله مطلوب باشد.
- پیش آزمون و بازبینی برنامه ها.
- ۶- مداخله:
- ایجاد ارتباط با شرکا و شفاف کردن تضادها.
- فعال کردن استراتژی ارتباطی و توزیع آن.
- مستند کردن روش ها و پیشرفت ها در یک چارچوب سازمانی.
- بازبینی برنامه.
- ۷- ارزشیابی:
- ارزیابی میزان دریافت برنامه توسط گروه مخاطب.
- ارزیابی نتیجه برنامه روی مخاطبین و بازبینی برنامه در صورت نیاز.
- اطمینان از این که اجرای برنامه تداوم دارد.
- تحلیل تغییرات در گروه مخاطب.

گام های یک برنامه بازاریابی اجتماعی

- برای ورود به حیطه عمل مبتنی بر این دیدگاه برداشتن این گام ها ضروری است:
- ۱- شناخت مشکل بهداشتی، سازماندهی روش ها و جلب حمایت برای بازاریابی راه حل های مورد نظر.
- ۲- انتخاب اولویت ها، تعیین سطح خرید و تهیه یک برنامه زمان بندی شده:
- مشکل و اهداف را باید از دیدگاه مشتری تعریف کرد و ترجیحا از اطلاعات کمی برای بیان آنها استفاده نمود.
- ۳- تحلیل فعالیت های "پیام-بازاریابی" که برای هر "مشکل-راه حل" نیاز است:
- در این مرحله تهیه یک استراتژی مشخص و مکتوب لازم است.
- ۴-توجه به گروه مخاطب در هر بخش از برنامه:

بازاریاب باید دقیقاً بفهمد که چه کسی آنچه را باید انجام دهد انجام نمی دهد و چه کسی کاری را می کند که نباید بکند؟
در این مرحله گروه‌های مخاطب به گروه‌های کوچک تری تقسیم می‌شوند تا برای هر بخش بازاریابی مناسبی طراحی و اجرا گردد.
گروه‌هایی چون والدین کارکنان دولت بیمارستانها و... نمونه‌هایی از این تقسیم بندی هستند.

۵- پژوهش در هر یک از مفاهیم "پیام- بازاریابی" برای تعیین نگرش‌های گروه مخاطب و آشکار سازی نقاط مقاومت ها.

۶- تعیین اهداف برای هر گروه از مخاطبین و هر بخش از "پیام-بازاریابی"

۷- طراحی فعالیت‌های "پیام-بازاریابی".

۸- آزمون کلیه فعالیت‌های "پیام-بازاریابی" از نظر قابلیت پذیرش، درک مفهوم، باور پذیری، ایجاد انگیزه و متقاعد کردن مخاطب.

۹- بازبینی و باز آزمون فعالیت‌های "پیام-بازاریابی"

۱۰- سازماندهی ساختارهای "توزیع - بازاریابی" و "پیام - رسانه" برای رسیدن به حداکثر دسترسی و تکرار پیام

۱۱- هماهنگی با کلیه کارهای مشابه.

۱۲- پیگیری نتایج هر فعالیت "پیام - بازاریابی" و اصلاح آن بر اساس نتایج به دست آمده در ارزشیابی.

موارد کاربرد بازاریابی اجتماعی

۱- تنظیم خانواده و ترویج روش‌های پیشگیری در کشورهای جهان سوم.

۲- تغذیه با هدف ارتقای آموزش رفتارهای تغذیه‌ای و تغذیه با شیر مادر.

۳- کنترل بیماری‌های اسهالی و ترویج مایع درمانی خوراکی.

۴- پیشگیری و کنترل بیماری‌های ایدز در غیاب واکسن یا داروی موثر علیه این بیماری.

۵- کاهش استعمال دخانیات. ۶- کاهش سطح کلسترول خون.

۷- تهیه مواد آموزشی بهداشتی ۸- توسعه نیروی انسانی.

کارهای تحقیقاتی با استفاده از بازاریابی اجتماعی

۱- نقش بازاریابی اجتماعی در پیشگیری از بیماری‌های آمیزشی و ایدز با کمک گسترش توزیع کاندوم و ارتقای رفتار فعالان جنسی مناطق مختلف.

۲- نقش بازاریابی اجتماعی در افزایش استفاده از کمر بند ایمنی و کاهش حوادث رانندگی.

۳- گسترش استفاده از پشه بند برای پیشگیری از ابتلا به مالاریا.

۴- ترویج تغذیه سالم.

۵- تغییر در رفتار جنسی برای مقابله با ایدز.

۶- تولید و استفاده از پیام‌های بهداشتی.

۷- ترویج استفاده از تخم مرغ و سبزیجات در میان مادران و کودکان.

۸- ترویج فعالیت بدنی در میان افراد جامعه.

محدودیت‌های برنامه‌های بازاریابی اجتماعی

استراتژی بازاریابی اجتماعی تنها روش برای آموزش و ارتقای سلامت نبوده و در موارد خاصی کاربرد دارد. در زیر به تعدادی از محدودیت‌ها اشاره می‌کنیم:

۱- بازاریابی اجتماعی بر خلاف بسیاری از روش‌های ارتقای سلامت جنبه فردی دارد و معطوف به افراد در سطح شهر، کشور و حتی جهان است.

۲- تمرکز آن روی یک رفتار یا محصول خاص است.

۳- در حضور موانع ساختاری عمده ای (فقر، فقدان تسهیلات بهداشتی، فشارهای سیاسی تبعیض) درصد موفقیت برنامه پایین می آید.

۴- از نظر اخلاقی باید مشتری را در تمام تصمیم گیری ها دخالت دهیم.

۵- نیاز به پشتوانه مالی قابل توجهی دارد.

۶- معمولا حمایت همه جانبه از برنامه های بازاریابی اجتماعی وجود ندارد.

۷- برای استفاده آموزشی از رسانه ها معمولا فرصت کمی داده می شود.

۸- مدیریت و مداخله ضعیف در فعالیت های بازاریابی اجتماعی

مشکلات اجرایی در مدیریت و مداخله در فعالیت های بازاریابی اجتماعی

۱- در تحلیل بازار، چون که رفتارهای اجتماعی پیچیده هستند و به بیشتر از یک متغیر وابسته اند، کار در حیطه تحلیل بازار مشکل خواهد بود.

۲- در تقسیم بندی بازار، فعالیت های بازاریابی اجتماعی باید روی گروه های مخاطب مناسب متمرکز باشد، ولی بازاریابان اجتماعی معمولا با فشارهایی روبرو می شوند که آنها را وادار می سازد که از تقسیم بندی بازار اجتناب کنند و در نتیجه اجرای موفق برنامه با اشکال مواجه می گردد.

۴- در استراتژی محصول، بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت معمولا با قابلیت انعطاف پایین در مورد ایده ها مواجه است.

۵- در استراتژی کانال ها، کانال های دستیابی به گروه مخاطب برای پیام های بهداشتی به سختی در دسترس بازاریابان اجتماعی قرار می گیرد.

۶- در استراتژی ارتباط، به دلیل هزینه سنگین و یا محدودیت های سیاسی اغلب ارتباط ها غیر ممکن یا غیر عملی است و از طرفی هم بدون ارتباط مناسب پیش آزمون پیام ها و مواد شدنی نیست.

۷- در برنامه ریزی و طراحی سازمانی، ما شاهد مقاومت کارکنان سیستم بهداشتی و نیز رقابت گروه های مخالف و عدم اطلاع از جزئیات برنامه ها در سطح اجتماع خواهیم بود.

۸- در ارزشیابی، اگرچه در تمامی حوزه های بازاریابی، ارزشیابی سخت است ولی این روند در بازاریابی اجتماعی مشکل تر خواهد بود، با این حال نیازی ضروری به شمار می رود و ما را از آن گریز نیست.

عدالت در سلامت و اصول اقدام در زمینه بی عدالتی در سلامتی

مقدمه

تفاوت در وضعیت سلامت مردم موضوعی است که امروزه بیش از پیش بدان توجه می گردد. بررسی آمار نشان می دهد که وضعیت سلامت مردم در کشورهای مختلف و نیز حتی داخل یک کشور، در بین طبقات اجتماعی مختلف، شهرهای مختلف، شهر و روستا و حتی مناطق مختلف یک شهر، با هم متفاوت است. در واقع یک شیب اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و هر طبقه از طبقه پایین تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است که موجب شکاف های بزرگ و تفاوت های فاحش در وضع سلامت در ملل مختلف و در داخل کشورها می گردند.

معنای عدالت در سلامت

عدالت در سلامت به معنای عدم وجود تفاوت های غیر ضروری و قابل اجتناب در وضعیت سلامت مردم می باشد. عدالت در سلامت آن است که اجازه ندهیم تفاوت ها و اختلافاتی که قادر به رفع آنها هستیم در وضعیت سلامت مردم رخ دهد. تفاوت های

قابل شناسایی رو می توان به شش دسته تقسیم کرد: تفاوت های قابل اجتناب و غیر قابل اجتناب

تفاوت های غیر قابل اجتناب و نابرابر

تفاوت طبیعی و بیولوژیک

انجام آزادانه رفتارهای غیر سالم مانند سیگار کشیدن، زیاده روی در مصرف مواد قندی و چربی، عدم تحرک جسمانی که این قسمت از اختلافات که تفاوت طبیعی و بیولوژیکی هر انسان می باشد و غیر قابل اجتناب بوده و یا رفتار های ناسالم جز بی عدالتی در سلامت تقسیم بندی نمی شوند

تفاوت های قابل اجتناب و ناعادلانه (که باید رفع شوند)

- ✓ انجام رفتارهای مخرب سلامت در شرایطی که امکان انتخاب رفتارها و شیوه های سالم زندگی محدود شده است.
- ✓ قرار گرفتن در شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس زا
- ✓ نداشتن دسترسی کافی به خدمات ضروری سلامت و خدمات عمومی
- ✓ انتخاب طبیعی یا انجام فعالیتهای مرتبط با سلامت که سبب سوق افراد ضعیف به سمت طبقات پایین تر اجتماعی میشود.

مقایسه تفاوت های قابل اجتناب و ناعادلانه با تفاوت های غیر قابل اجتناب (با سه مثال)

- ✓ اختلافات بین سلامت مرد و زن : این اختلافات مربوط به اختلافات بیولوژیکی بوده مثل سرطان تخمدان و رحم در مقایسه با مردان، بروز پوکی استخوان در زنان مسن در مقایسه با مردان در سنین مشابه
- ✓ انتخاب و انجام رفتارهای غیر سالم یا رفتارهای سالم و محدودیت در انتخاب رفتار ناسالم مثل فردی که داوطلبانه بین رفتار سالم و ناسالم، رفتار ناسالم را انتخاب میکند (شرایط وجود دارد ولی خود فرد انتخاب گر می باشد) بنابراین یک رفتار ناعادلانه نیست.
- ✓ محدودیت در انتخاب رفتار سالم و انجام رفتارهای غیر سالم، ولی اگر فرد در شرایطی قرار بگیرد که امکان انتخاب رفتار درست وجود ندارد و محدود شده باشد یک ناعدالتی می باشد. و ما می توانیم از آن پیشگیری کنیم.

تعریف برابری و عدالت در سلامت و تفاوت آنها

واژه عدالت باواژه برابری یکسان نیست. عدالت یک مفهوم اخلاقی است درحالیکه برابری بیشتر یک مقیاس قابل مشاهده است. بی عدالتی های سلامت از نابرابری هایی که توسط عواملی به غیر از عوامل بیولوژیکی مثل جنسیت، ملیت، نژاد و درآمد ایجاد می شوند، سرچشمه می گردد. نابرابری در سلامت به تفاوت ها، تنوع ها و فاصله های موجود در وضعیت سلامت افراد و گروه ها گفته می شود.

عوامل زمینه ساز بی عدالتی های سلامت

محل اقامت:

تفاوت وضعیت سلامت مردم شهر و روستا، افراد ساکن پایتخت و افراد ساکن سایر شهرها و ساکنین محله های پر جمعیت و کثیف شهر در مقابل ساکنین مرکز شهرها، هم از لحاظ بهره مندی افراد از خدمات عمومی از جمله سلامت و هم از لحاظ بهداشت محیط، شیوه زندگی... اثرگذارند.

شغل:

وضعیت شغلی می تواند افراد را در معرض آسیب های سلامت ناشی از شغل و درآمد قرار داده و باعث تفاوت در سلامت افراد شود.

جنسیت:

قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت اغلب باعث آسیب پذیری های اجتماعی و تفاوت در وضعیت سلامت زنان و مردان می شود.

نژاد:

افراد بر اساس نژاد و قومیت شان ممکن است در معرض آسیب پذیری های اجتماعی و مخاطرات سلامتی قرار گیرند و تفاوت هایی در وضعیت سلامت شان ایجاد شود.

مذهب:

جدایی هایی که بر اساس تعلق به گروه های مذهبی به وجود می آید، می تواند سبب آسیب پذیری سلامت این گروه های جمعیتی خاص گردد.

تحصیلات:

سطح تحصیلات و میزان سواد با وضعیت سلامت فرد ارتباط دارد و تفاوت هایی در وضعیت سلامت افراد بر حسب تحصیلات شان قابل مشاهده است.

وضعیت اقتصادی اجتماعی:

وضعیت سلامت افراد با طبقه اجتماعی آنان ارتباط دارد در نتیجه وضعیت سلامت افراد در طبقات اجتماعی مختلف با یکدیگر تفاوت دارد که عمدتاً به دلیل تفاوت های درآمدی و دارایی این طبقات است.

ابعاد عدالت در مراقبت سلامت

۱- دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس:

توزیع نامتناسب منابع و تسهیلات سلامتی، تجمع منابع و تسهیلات در مناطق شهری و نواحی رونق یافته و کمبود آنها در روستاها و نواحی محروم

۲- بهره مندی مساوی برای نیاز مساوی:

شناسایی تفاوت در میزان " بهره مندی از خدمات " معین در گروه های اجتماعی به معنای تفاوت ناعادلانه نیست بلکه الزام انجام مطالعات بیشتر و مشخص کردن تفاوت میزان بهره مندی است. هر فرد باید فرصت مساوی در زمینه برخورداری از خدمات از طریق شیوه های منصفانه و بر اساس نیاز، نه بر اساس تاثیرات اجتماعی را داشته باشد.

۳- کیفیت یکسان خدمات برای همه:

ارایه دهندگان خدمات باید تعهد و کیفیت یکسانی در زمینه خدماتی که به تمام بخش های جامعه ارائه می دهند داشته باشند.

بی عدالتی زمانی رخ می دهد که متخصصان تلاش و وقت متفاوتی را صرف بیماران با طبقات اجتماعی مختلف کنند و بیماران با طبقات مختلف اجتماعی را با دید یکسان نبینند.

اصول اقدام در زمینه بی عدالتی در سلامت

هدف از سیاستهای عدالت در سلامت کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت هایی است که از عواملی نشات گرفته اند که هم قابل اجتناب و هم ناعادلانه هستند. برنامه ها و اقدامات براساس احساس نیاز مردم باشد، نه براساس راه حل های که از بیرون تحمیل شده است. اقدام در این عرصه نیازمند تعهد و اقدام سیاستگذاران، تصمیم گیرندگان، دولت و بخش ها و نهادهای مردمی و نیز مردم در تمام سطوح است. پایش و ارزشیابی مداخلات در زمینه کاهش بی عدالتی ها به منظور اصلاح و بازبینی سیاست ها بسیار ضروری می باشد.

اقدامات اصلی جهت حذف یا کاهش تفاوت‌های قابل اجتناب و ناعادلانه

جهت حذف و یا کاهش تفاوت‌های قابل اجتناب و ناعادلانه باید آموزش‌ها و بحث‌های تخصصی بیشتر برای برقراری همکاری موثرتر بخش بهداشت و سایر بخش‌ها صورت گیرد. همچنین شیوه‌های زندگی سالم‌تر ترویج شود تا شکاف بین فقیر و غنی کاهش یابد. میتوان مردم را در برنامه ریزی‌ها و اقدامات مشارکت داد. با ایجاد و برقراری سیستم آماری مناسب گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع را درست شناسایی کرد.

عرصه‌های نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت

دسترسی به خدمات بهداشتی

جغرافیا

جنس

سواد و میزان تحصیلات

درآمد

شغل

نژاد

محل سکونت

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

بازاریابی اجتماعی، فرآیندی است که با به کارگیری اصول و تکنیک‌های بازاریابی، به ایجاد، برقراری ارتباط و انتقال ارزش می‌پردازد تا بر رفتارهای جامعه هدف تاثیر بگذارد و از این طریق، علاوه بر جامعه هدف، به کل جامعه نیز منفعت برساند. بازاریابی اجتماعی، می‌تواند در طیف وسیعی از موضوعات مرتبط با فقر، از قبیل سلامت، ایمنی، آموزش، تنظیم خانواده، تامین غذا، اشتغال، بلایای طبیعی و بی‌سرنوشتی به کار گرفته شود.

چند تفاوت عمده، میان بازاریابی تجاری و بازاریابی اجتماعی وجود دارد. در بازاریابی تجاری، تمرکز بر روی فروش کالاها و خدمات است، در حالی که در بازاریابی اجتماعی، به دنبال تبلیغ و ترویج یک رفتار هستیم. در بازاریابی تجاری، رقیب، شرکت‌هایی هستند که کالا و خدمت مشابهی را عرضه می‌کنند؛ در حالی که در بازاریابی اجتماعی، رقیب بازاریاب، رفتارهای کنونی جامعه هدف و منافع مرتبط با آنها هستند. تفاوت دیگر، در ذی‌نفعان است. هدف اصلی «فروش» در بازاریابی اجتماعی، ارتقای رفاه و کیفیت زندگی کل افراد جامعه است؛ در حالی که در بخش تجاری، به دنبال حداکثر کردن منافع سهامداران هستیم.

با این حال، شباهت‌های زیادی نیز بین بازاریابی تجاری و اجتماعی وجود دارد:

۱- مشتری، محور جهت‌گیری‌ها است. ۲- تئوری مبادله، نقش مبنایی دارد. ۳- از تحقیقات بازاریابی در طول فرآیند استفاده می‌شود. ۴- جامعه هدف ناهمگن است. ۵- هر چهار ابزار بازاریابی (۴P) در نظر گرفته می‌شود. ۶- با گرفتن بازخورد از نتایج، به سمت بهبود حرکت می‌کنیم.

اصول موفقیت در بازاریابی اجتماعی عبارتند از:

- ۱- تمرکز بر رفتارها ۲- دانستن اینکه تغییر در رفتارها، عموماً داوطلبانه است. ۳- استفاده از اصول و تکنیک‌های بازاریابی سنتی
 - ۴- انتخاب و تاثیرگذاری بر بازار هدف ۵- دانستن اینکه ذی‌نفعان، اعضای جامعه هدف یا کل جامعه هستند.
- همه نابرابری‌های سلامت نامنصفانه و ناعادلانه نیستند بی‌عدالتی زمانی است که از نابرابری‌های قابل اجتناب، اجتناب نگردیده باشد.
- علت اصلی اکثر بی‌عدالتی‌ها، به شرایط زندگی و کاری افراد مرتبط است.
- هدف از سیاستگذاری در زمینه عدالت در سلامت، حذف و کاهش آن تفاوت‌هایی است که قابل اجتناب و ناعادلانه هستند.
- بخش سلامت در زمینه افزایش آگاهی و نشان دادن وسعت مشکل فعالیت کند و سیاست‌های معکوس سلامت، که خصوصاً بر سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر اثر دارد، را به سایر بخش‌ها گوسزد نماید. این فعالیت باید دو سویه باشد. یعنی بخش سلامت از اقداماتی که در سایر بخش‌ها در جریان است مطلع گردد.

پرسش و تمرین

- ۱- اهمیت بازاریابی اجتماعی را شرح دهید؟
- ۲- تاریخچه بازاریابی اجتماعی را شرح دهید؟
- ۳- اهداف بازاریابی اجتماعی را بیان کنید؟
- ۴- تفاوت بازاریابی تجاری و بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید؟
- ۵- آمیزه بازاریابی اجتماعی را تعریف کنید؟
- ۶- اجزای آمیزه بازاریابی اجتماعی را نام ببرید؟
- ۷- عوامل موثر بر بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید؟
- ۸- نکات کلیدی در بازاریابی اجتماعی را شرح دهید؟
- ۹- مراحل انجام یک برنامه بازاریابی اجتماعی را توضیح دهید؟
- ۱۰- مراحل (SMART) را شرح دهید؟
- ۱۱- موارد کاربرد بازاریابی اجتماعی را توضیح دهید؟
- ۱۲- کارهای تحقیقاتی با استفاده از بازاریابی اجتماعی را نام ببرید؟
- ۱۳- محدودیت های برنامه های بازاریابی اجتماعی را ذکر کنید؟
- ۱۴- برابری و عدالت را تعریف و تفاوت آنها را با یک مثال عینی بیان کنید.
- ۱۵- اقدامات اصلی جهت حذف یا کاهش تفاوت های قابل اجتناب و ناعادلانه را نام ببرید.
- ۱۶- جدولی در زمینه تفاوت های قابل اجتناب و غیرقابل اجتناب در سلامتی طراحی کنید، تفاوت های قابل اجتناب و غیرقابل اجتناب در سلامت را لیست کرده و با یکدیگر مقایسه نمایید و برای هر کدام یک یا چند مثال عینی بزنید.
- ۱۷- عرصه های نابرابری و بی عدالتی در سلامت را نام ببرید.
- ۱۸- دلایل بی عدالتی در بهره مندی از خدمات سلامتی را نام برده و در مورد هر یک از این عوامل توضیح دهید.
- ۱۹- اصول اقدام در زمینه بی عدالتی در سلامت را شرح دهید

فصل هشتم

مشارکت مردمی همکاری های برون بخشی

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. اهمیت جلب مشارکت مردمی را شرح دهید.
۲. هدف کلی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی را ذکر کنید.
۳. اهداف اختصاصی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی را ذکر کنید.
۴. اصطلاحات پایه و مهم بحث مشارکت را تعریف کنید.
۵. مشارکت مردمی را تعریف کنید.
۶. نکات مهم مشارکت در سلامت را نام ببرید.
۷. دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی را ذکر کنید.
۸. فنون ترغیب کننده مشارکت مردمی را نام ببرید.
۹. عوامل موثر در انتخاب فنون ترغیب را ذکر کنید.
۱۰. فنون ترغیب سازی گروه های دست اندرکار را نام ببرید.
۱۱. اهمیت جلب حمایت رسانه های جمعی از سلامت را شرح دهید.
۱۲. خلق یک راهبرد رسانه ای را ذکر کنید.
۱۳. مواد مورد استفاده در برنامه های جلب مشارکت را نام ببرید.
۱۴. اجزای راهبرد جلب مشارکت را ذکر کنید.
۱۵. راه های تسهیل در مشارکت را شرح دهید.
۱۶. عوامل موثر در ترغیب فعالیت بین بخشی را نام ببرید.

نظام جمهوری اسلامی ایران اساساً مبتنی بر حضور و مشارکت مردم شکل گرفته است، لذا بسیاری از سازمان‌ها و دستگاه‌ها با الهام از این تفکر مهم، بر نقش مردم در برنامه‌های خود تأکید داشته و سازوکار ویژه‌ای برای این امر به اجرا گذاشته‌اند. در نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با اصل قرار دادن مشارکت جامعه و همکاری بین بخشی به عنوان یکی از اصول PHC جوامع را قادر می‌سازد تا شیوه‌های زندگی سالم را آموخته و تأثیری شگرف در سلامت کشور داشته باشند لذا توجه به این اصول با عنایت به اینکه الگوی جامع "سبک زندگی سالم در جامعه سالم" که تأمین کننده تعالی و سعادت مادی و معنوی است جز با مشارکت، همکاری و مداخله دیگر سازمانها و نهادهای اجتماعی که نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه دارند میسر نمی‌باشد (قریب ۷۵ درصد عوامل موثر بر سلامت جامعه به عهده آنهاست) حائز اهمیت می‌باشد...

از آنجا که یکی از اصول P.H.C اصل مشارکت مردمی است و در قالب برنامه ملی "توسعه مشارکت‌های مردمی و هماهنگی بین بخشی" به اجرا درآمده است.

لذا آگاهی از روش‌های ترغیب مشارکت و جلب مشارکت و حمایت برون بخشی جهت محقق شدن این اصل بسیار ضروری می‌باشند.

اهمیت جلب مشارکت مردمی

برخورداری از سلامت، حق مردم است از طرفی نمی‌توان انتظار داشت وزارت بهداشت با نیروی انسانی اندک خود بتواند چنین کار عظیمی را به تنهایی پیش ببرد. امروزه پذیرفته شده که نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی و سیستم اجرایی نظام سلامت در تأمین سلامت جامعه حدوداً ۲۵ درصد بوده و ۷۵ درصد دیگر مربوط به مردم، فرهنگ جامعه، اقتصاد، عملکرد دیگر دستگاه‌ها و در نهایت نظام مشارکت عمومی خواهد بود.

به اعتقاد کارشناسان در تأمین سلامت جامعه ۸۰ درصد عوامل اجتماعی و ۲۰ درصد عوامل پزشکی موثر هستند.

هدف کلی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی:

افزایش سواد سلامت مردم و مشارکت ایشان در مدیریت، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت در راستای ارتقای سلامت و توانمندسازی جامعه.

اهداف اختصاصی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی

- ۱- افزایش پوشش ارائه خدمات فعال در عرصه سلامت.
- ۲- ارتقای سطح سواد سلامت جامعه با همکاری مردم.
- ۳- افزایش جذب و هدایت منابع در توسعه بخش بهداشت کشور.
- ۴- بسیج و سازماندهی مشارکت مردم و سازمان‌ها.
- ۵- افزایش مشارکت به همکاری موثر و مطلوب بین بخشی در راستای توانمندسازی جامعه در توسعه شیوه زندگی سالم.

اصطلاحات پایه و مهم

- **ترغیب Persuasion:** (اقناع) یک فرآیند ارتباطی دوسویه است که با هدف نفوذ در گیرنده پیام طراحی و اجرا می‌شود. ترغیب تلاشی برای تغییر نگرش در افراد است.

همکاری بین بخشی: رابطه شناخته شده بین بخش سلامت با بخش های دیگر برای انجام اقداماتی است که در جهت کسب نتایج نهایی یا پیامدهای سلامتی صورت می گیرد.

تعریفی دیگر از همکاری بین بخشی: (همکاری همه بخشها، پذیرش مسئولیت همگانی در ارتقای سلامت و پاسخگویی کلیه سازمانها، نهادها در مورد تاثیر سیاستها و اقداماتشان بر سلامت، با هدف تحقق سلامت در همه سیاستها)

تعاریف مختلف مشارکت

همکاری داوطلبانه اقشار مختلف مردم در اجرای برنامه ها بدون ایفای نقش در طراحی آنها. درگیری اقشار مختلف مردم در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه ها و بهره برداری از منافع آن. مشارکت فرآیندی فعال است که در آن اقشار مختلف مردم به عنوان ذینفعانی فهیم و مصمم، نتیجه یک برنامه بهداشتی را متأثر ساخته و به رشد فردی، گروهی و جمعی می رسند.

نکات مهم مشارکت در سلامت

مشارکت در سلامت عبارت است از توافق داوطلبانه بین دو یا چندشریک برای همکاری به منظور دستیابی به مجموعه ای از اهداف مشترک در حوزه سلامت.

چنین همکاری هایی ممکن است به صورت خودمراقبتی، همیاری متقابل، اقدام جمعی، همکاری های بین بخشی یا بر مبنای اتحاد برای ارتقای اقدام جمعی، همکاری های بین بخشی یا بر مبنای اتحاد برای ارتقای سلامت شکل گیرد.

این همکاری ها ممکن است در یک دوره محدود و معطوف به یک هدف خاص، مثل تصویب و اعلان یک قانون صورت پذیرد، یا به صورت طولانی مدت و به منظور دنبال کردن اهداف متعدد شکل گیرد.

برای ارتقای سلامت نیاز روزافزونی به مشارکت ارگان های دولتی، نهادهای مدنی و بخش خصوصی وجود دارد.

دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی

۱- مردم برخوردار از مقدار زیادی تجربه و بینش هستند.

۲- مشارکت مردم در طراحی پروژه، می تواند تعهد آنها نسبت به اجرای پروژه را افزایش دهد.

۳- مشارکت مردم می تواند به آنها برای توسعه مهارتهای فنی و مدیریتی شان کمک کند و شاید فرصت های شغل یابی آنها را نیز افزایش دهد.

۴- مشارکت مردم در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است. و مشارکت مردم راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه است.

فنون ترغیب کننده مشارکت مردمی

Debating: مناظره

Dialoguing: گفتگو

Mobilizing: بسیج اجتماعی

Media techniques: فنون رسانه ای

Pressuring: فشار

Sensitizing: حساس سازی

Negotiating: مذاکره

Petitioning: دادخواهی

Lobbying: اعمال نفوذ

سه ویژگی عمده ای که این فنون را از یکدیگر مجزا می کند و برای آنها کاربردهای اختصاصی تعریف می کند عبارتند از: قصدی که از اجرای آن مدنظر است، نوع حضور و پیش فرض. در حساس سازی، قصد ترویج موضوع مورد نظر و نوع حضور، مشارکت

فیزیکی است و برنامه ریزان و مجریان به ارائه پیش فرض های ذهنی خود می پردازند تا گروه مخاطب را نسبت به اهمیت و بزرگ بودن مساله حساس نمایند، در مذاکره با توافق بر روی پیش فرض ها و در پیش گرفتن مشارکت فعالانه، به دنبال توافق با گروه های مخاطب هستیم اعمال نفوذ با هدف اقناع مخاطب و تفهیم پیش فرض ها و دنبال کردن مشارکت نقادانه آنهاست و مناظره با تاکید بر پیش فرض ها، اثبات نظر خود را دنبال می کند و بالاخره در گفتگو با مشارکت خلاقانه پیش فرض های شناور مورد بررسی قرار می گیرند .

عوامل موثر در انتخاب فنون ترغیب

۱-ماهیت موضوع (دستور کار)

۲-جلب حمایت همه جانبه.

۳-ماهیت گروه های دست اندرکار برنامه(ذی نفعان، شرکا، تصمیم گیران و مخالفان)

۴-میزان دسترسی به منابع مورد نیاز

انواع فنون ترغیب سازی برای دست اندرکاران برنامه

دست اندرکاران	ذی نفعان	شرکا	مخالفین	تصمیم گیرندگان
حساس سازی	✓	✓	✓	✓
بسیج اجتماعی	✓	✓		
مناظره			✓	
مذاکره			✓	✓
اعمال نفوذ				✓
دادخواهی				✓
ایجاد فشار				✓
فنون رسانه ای	✓	✓	✓	✓

جلب حمایت رسانه های جمعی از سلامت

کار کردن با رسانه ها، چرا؟با رسانه ها برنامه یا سازمان شما در معرض دید خواهد بود و نام آن توسط جامعه تشخیص داده می شود. با رسانه ها اطلاع رسانی به تصمیم گیرندگان و عموم جامعه درباره فعالیت ها امکان پذیر خواهد بود.با رسانه ها بحث پیرامون مساله ای که مورد توجه شماست تحریک خواهد شد.با رسانه ها حمایت عمومی از فعالیت ها و سازمان شما به وجود می آید.با رسانه ها جذب کمک افزایش می یابد و یا عضویت و حمایت از اهداف شما بیشتر می شود.

خلق یک راهبرد رسانه ای

عناصر حیاتی در یک راهبرد رسانه ای:

۱-تحلیل پیام :

پیام بایستی بتواند به ارباب رسانه بگوید که سازمان برای چه امری تشکیل شده است و قصد انجام چه کاری دارد

۲- تحلیل مخاطب :

شناسایی گروه هدف و نیاز های آنها، رسانه هایی که استفاده می کنند و به آنها اطمینان دارند و هدف گذاری برای تغییر در مخاطب

۳- تحلیل کانال:

شناسایی و انتخاب رسانه متناسب با گروه هدف

برای مطالعه بیشتر :

پیام: نظری است که مبادله می شود و ممکن است منتقل کننده موارد زیر باشد :

انتقال دانش و اطلاعات ،

انتقال نگرش ، تشویق ، انگیزه دادن

انتقال مهارت ، تصحیح اشتباهات

پیام ها را می توان به صورت غیر کلامی هم بیان کرد: تون صدا، حرکات بدن، حرکات و اشکال دست ها، صورت و تصاویر

گیرنده پیام یا مخاطب : گیرنده یا مخاطب فرد یا افرادی هستند که با آنها صحبت می شود و آنان پیام منتقل شده را تفسیر می کند.

مخاطب در حقیقت مصرف کننده پیام است که ممکن است همه جمعیت جامعه یا گروههای ویژه ای از آن باشند

برای اینکه یک ارتباط مؤثر داشته باشید باید : مخاطب را شناخت: شنوندگان یا دریافت کنندگان پیام چه کسانی هستند؟ از توان

یادگیری مخاطب اطلاع یافت : سطح تحصیلات، میزان اطلاعات آنها در مورد موضوع چیست ؟ و علایق، نگرش و ارزش های

مخاطب شناخت: ارزش های آنها در مورد موضوع چیست ؟

کانال یا راههای ارتباطی: کانال یا راههای ارتباطی به رسانه های ارتباطی گفته می شود و انتخاب رسانه مناسب یک عامل مهم در

کارسازی ارتباط است که به عوامل زیر بستگی دارد:

۱- رسانه باید توانایی ارائه پیام را داشته باشد

۲- در دسترس باشد

۳- ارزان و به صرفه باشد

۴- فرایند آموزش باید جالب و سرگرم کننده باشد

۵- مطابق با الگوی فرهنگی مردم باشد

انتخاب رسانه متناسب با گروه هدف

۱- رسانه های چاپی: برای دستیابی به افراد تاثیرگذار، سیاستمداران و سیاستگذاران مناسب است.

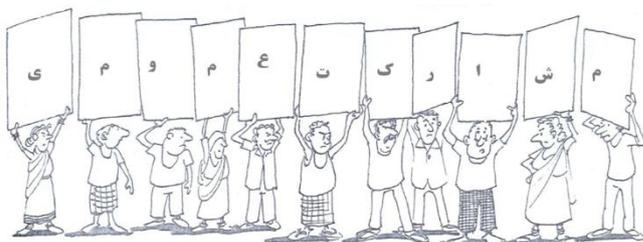
۲- رادیو: برای انتشار اطلاعات مانند اخبار و مصاحبه ها مناسب است.

۳- تلویزیون: عملکرد سرگرم کننده دارد ولی در انتشار اطلاعات هم مفید است.

مواد مورد استفاده در برنامه های جلب مشارکت

مواد چاپی: مانند کتابچه ها، پمفلت، تصاویر .

مواد دیداری شنیداری: عکس، اسلاید، فیلم های مستند.



با ترکیبی از رویکردها، فنون ترغیب کننده و پیام هایی برنامه ریزی شده به اهداف کلی و اختصاصی جلب مشارکت می توان دست یافت.

اجزای راهبرد جلب مشارکت

۱- رویکردها **Advocacy approaches**. ۲- فنون **Advocacy techniques** ۳- مواد **Advocacy materials**.

تسهیل در مشارکت

برای ایجاد مشارکت ها در جامعه چه اقداماتی باید انجام دهیم ؟

نخست: اینکه آموزش بهداشت روش هایی دارد که برای تشویق به مشارکت مفید است. به عنوان مثال گردهمایی و بحث گروهی که ممکن است رسماً به وسیله رئیس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و... اعلام شود و یا به صورت غیررسمی و دوستانه با افراد و گروه های کوچک برگزار شود.

دوم: در زمان تشویق به مشارکت، باید فرهنگ محل را هم مورد توجه قرار داد.

سوم: اینکه باید توجه کرد که تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه، نکته ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که بر کل مردم روستا اثر گذارد، در این صورت باید از رهبران گروه ها و نمایندگان برنامه ها و مهمترین بخش ها، دعوت به عمل آورده و آنها را تشویق به مشارکت نمود.

عوامل موثر در ترغیب فعالیت بین بخشی:

۱- طرفین لزوم کارکردن با یکدیگر را به منظور دستیابی به اهداف شان تشخیص دهند. لازمه این کار، روشن بودن هدفهای هر سازمان و نیز هدف های مشترک است.

۲- در محیط اجرایی گسترده تر، فرصت های بیشتری پدید می آید و این، همکاری بین بخشی را ارتقا می بخشد.

۳- هر یک از سازمان ها جداگانه دارای ظرفیت هایی هستند (دانش، مهارت ها و منابع مورد نیاز) که در همکاری بین بخشی هم افزایی می یابند.

۴- طرفین روابطی را گسترش می دهند که در آن عمل برنامه ریزی شده و تعاونی (همیاری) مبنای قرار می گیرد.

۵- اقدام برنامه ریزی شده به خوبی مفهوم قرار می گیرد و اجرا و ارزیابی می شود. اقدام ها وظایف و

مسئولیت ها واضح است و در پذیرش آن موافقت وجود دارد. برای نظارت و پیگیری نتایج نیز برنامه هایی پیش بینی شده است.

۶- تأکید بر اهداف، منافع و ارزش های مشترک در میان شرکاء و شرکاء بالقوه: افراد درگیر در همکاری بین بخشی باید هم ذهن باشند.

۷- تضمین حمایت سیاسی: اغلب سیاست مدارانند که اقدامات مترقی همکاری بین بخشی را چه در داخل و چه در خارج از بخش سلامت اداره و حمایت می کنند.

۸- درگیر کردن شرکای اصلی در ابتدای کار: درگیر کردن درست سازمان ها و افراد درست و دستیابی به خارج از محدوده حاکمیت برای وارد کردن جامعه مدنی، بخش خصوصی و داوطلبان از مراحل مهم و اساسی اند.

۹- سرمایه گذاری در فرایند ایجاد همکاری از طریق مشارکت در اجرا ۱۰- تسهیم رهبری، پاسخگویی و پاداش ها در میان شرکا.

۱۱- ایجاد گروه های ثابت از افرادی که به همراه سیستم های حمایتی مناسب، به خوبی با یکدیگر کار می کنند.

۱۲- توسعه الگوهای عملی، ابزارها و مکانیسم ها برای حمایت از اجرای فعالیت بین بخشی.

۱۳- ایجاد مشارکت عمومی، آموزش عموم مردم و بالا بردن سطح آگاهی در مورد تعیین کنندگان سلامتی و فعالیت بین بخشی.

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

مشارکت اجتماعی به عنوان راهبرد مؤثر در ارتقای سلامت، به عوامل مختلفی مربوط می باشد. شناخت و مدیریت این عوامل در هر جامعه میتواند وقوع آن را تسهیل کند در این فصل ضمن تبیین اهمیت جلب مشارکت روش های ترغیب به مشارکت مردم و همچنین راه کارهای جلب مشارکت برون بخشی ارائه گردید.

پرسش و تمرین

- ۱- اهمیت جلب مشارکت مردمی را شرح دهد؟
- ۲- هدف کلی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی را نام ببرد؟
- ۳- اهداف اختصاصی برنامه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی را ذکر کند؟
- ۴- ترغیب را تعریف کند؟
- ۵- مشارکت مردمی را تعریف کند؟
- ۶- دو مورد از نکات مهم مشارکت در سلامت را نام ببرد؟
- ۷- دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی را ذکر کند؟
- ۸- فنون ترغیب کننده مشارکت مردمی را نام ببرد؟
- ۹- سه مورد از عوامل مؤثر در انتخاب فنون ترغیب را ذکر کند؟
- ۱۰- از فنون ترغیب سازی گروه های دست اندرکار دو مورد را نام ببرد؟
- ۱۱- اهمیت جلب حمایت رسانه های جمعی از سلامت را در دو خط شرح دهد؟
- ۱۲- عناصر حیاتی در یک راهبرد رسانه ای را نام ببرد؟
- ۱۳- مواد مورد استفاده در برنامه های جلب مشارکت را نام ببرد؟
- ۱۴- اجزای راهبرد جلب مشارکت را ذکر کند؟
- ۱۵- در یک برنامه مشارکتی تسهیل در مشارکت چگونه انجام می شود؟
- ۱۶- از عوامل مؤثر در ترغیب فعالیت بین بخشی ۴ مورد را نام ببرد؟

فصل نهم

نقش شوراهای سلامت در پیشبرد برنامه های سلامت در روستا

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. وظایف شوراهای اسلامی ارتقا دهنده سلامت را ذکر کنید.
۲. نقش شوراهای سلامت در اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده سلامت را توضیح دهید.
۳. حیطه های فعالیت شوراهای سلامت روستا را لیست کنید.
۴. نمونه فرم صورتجلسات شورا تکمیل کنید.

در آموزش بهداشت، مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان بهداشتی همکاری کنند.

تصور اینکه ۵۰ یا ۱۰۰ نفر از افراد روستا برای طرح جزئیات برنامه های بهداشت روستا تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است همه افراد فرصت صحبت کردن نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد موضوع را درک یا در بحث شرکت کرده اند. بعضی از افراد مایل نیستند که وقت زیادی را صرف نمایند و احتمالا می کوشند تا گروه را مجبور سازند که سریعاً تصمیم گیری کند. این عمل ممکن است باعث عصبانیت دیگران شده، منجر به مشاجره یا منازعه شود. به این منظور اجتناب از این مسائل معمولاً گروه کوچکتری که کمیته یا شورا نامیده میشود انتخاب می گردد. در حال حاضر که شوراها ی اسلامی در روستا تشکیل یافته اند اجرای برنامه های بهداشتی با بهره گیری از این تشکل مردمی به خوبی میسر است. شورای اسلامی در واقع نماینده کلیه مردم روستا است واز آنجا که یکی از اصلی ترین وظایف آن پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنهاست به خوبی می توان از توان این شورا برای حل مشکلات بهداشتی بهره جست. در این مورد تمامی اعضای شورا یا بخشی از آنها همراه با افراد ذیربط می توانند به عنوان یک شورای بهداشتی عمل نمایند.

این مشارکت می بایست در جهت تشخیص مشکل و نیز حل آن صورت گیرد.

یکی از راه های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل شورای بهداشتی یا سلامت در روستا است.

نقش شورای سلامت

شورای سلامت در واقع نماینده کلیه مردم است.

اصلی ترین وظایف آن پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنها است.

شورای سلامت در روستا با پیگیری بهورز و با حمایت و پشتیبانی تیم سلامت مرکز بهداشتی درمانی تشکیل گردد.

اولین جلسه شورا باید با حضور پزشک مسئول مرکز بهداشتی درمانی صورت گیرد، لازم است اعضای شورا با اهداف برنامه ها آشنا شده و آگاهی های لازم را در این زمینه کسب نمایند.

در هر حال بهورز باید نقش محوری خود را با توجه به اهداف برنامه ایفا نماید.

هدف از اجرای برنامه خودمراقبتی اجتماعی، توانمندسازی جوامع مختلف برای توسعه محیطهای سالم و حامی سلامت است و برای تحقق این هدف، شوراهای اسلامی شهری و روستایی و شوراییها میتوانند نقش مهمی در جلب مشارکت اجتماع برای کنترل بر عوامل تعیین کننده سلامت داشته باشند.

اعضاء شورای سلامت

مدیران مدارس	بهورزان
روحانیون روستا	مروجین کشاورزی
افراد متنفذ و موثر	دهیاران

وظایف شورای سلامت

جمع آوری اطلاعات در مورد بهداشت جامعه با مشارکت و راهنمایی بهورز و سایر کارمندان بهداشتی.

مشخص ساختن مشکلات بهداشتی جامعه و علل آنها.

تصمیم گیری در مورد اولویت های بهداشتی در روستا و تعیین منابع

طرح برنامه ها و راه حل های لازم

تعیین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده.

قرار دادن جامعه در جریان پیشرفت های تازه و مسائلی که با آن مواجه هستند.

برگزاری منظم جلسات شورای اسلامی با دستورکار ارتقای سلامت جامعه (ماهی یکبار)

همکاری در جهت برگزاری جلسات آموزشی خودمراقبتی برای کارکنان شورا و جامعه

مشخص کردن تاریخ جلسات با حضور اکثر اعضاء

تهیه مستندات برنامه و ارائه گزارش

حیطه های فعالیت شوراهای سلامت

بهبود تغذیه و امنیت غذایی

سلامت معنوی افراد جامعه

ترویج شیوه های زندگی سالم

سالم سازی محیط روستا

توسعه سواد و آگاهی

عدالت در ارائه خدمات سلامت

کسب مهارت ها و حرفه آموزی در روستا جهت کاهش بیکاری

مسکن سالم

ایجاد محیط های کاری سالم

تامین حمایت اجتماعی

تهیه و تدارک شروعی خوب در دوران ابتدای کودکی

کاهش سوانح و حوادث خانگی و جاده ای

سلامت روانی افراد جامعه

فرم صورت جلسه شورا

فرم صورت جلسه شورا			
نام جلسه:		تاریخ:	
نوع هماهنگی: درون بخشی		برون بخشی	
هدف جلسه:		مکان:	
بررسی مصوبات جلسه قبل :			
مصوبات جلسه:			
افراد شرکت کننده در جلسه:			
ردیف	اعضای شرکت کننده	پست سازمانی	امضاء

شورای بهداشت روستا وقتی موفق است و به نتیجه مطلوب می رسد که:

کلیه افراد در روستا در خصوص دلیل برگزاری شورای بهداشتی توجیه شده باشند و انتخابات اولیه برای تعیین اعضای شورای بهداشت (معمدان محلی) به درستی انجام پذیرد. افراد منتخب باید مورد اعتماد مردم و با نفوذ باشند و مردم سخنان آنان را با جان و دل پذیرا باشند. برای تشکیل هر جلسه از کلیه اعضا دعوت شود. دلیل برگزاری هر جلسه شورا (ماهانه یک بار) برای اعضا توسط بهورز مشخص شود. لیست مشکلات بهداشتی مردم در جلسه مطرح و با همفکری اعضا راه حل مناسب انتخاب شود. هر عضو

موظف به انجام کاری در حد توان و امکانات موجود در روستا باشد. بهتر است از سپردن برنامه های آموزشی به اعضا خودداری و این قسمت کار توسط بهورز انجام شود. در پایان هر جلسه صورت جلسه ای تنظیم و در آن کلیه موارد بحث شده و اقداماتی که هر یک از اعضای شورا انجام خواهد داد را مشخص کرده و مصوبات جلسه به امضای کلیه حاضرین در جلسه برسد. در ابتدای جلسه بعد مصوبات جلسه قبل بررسی و در صد انجام کار مورد ارزیابی قرار گیرد. در صورت به نتیجه نرسیدن مصوبات قبلی دستور جدید در جلسه مطرح نشده و در خصوص راه حل های قبلی تجدید نظر شود. در نهایت پاسخ به این سوال که آیا شورای بهداشت در پیشبرد اهداف بهداشتی روستا موثر بوده است یا نه به عنوان ارزیابی نهایی مطرح و مورد بحث قرار گیرد.

گروه های رسمی و غیر رسمی

به طور کلی گروه های موجود در جامعه را می توان به دو دسته رسمی و غیر رسمی تقسیم کرد .

۱- گروه های رسمی : کاملاً" سازمان یافته اند و دارای ویژگیهای زیر می باشند .

- ✓ هدف و مقصد خاصی را دنبال می کنند
 - ✓ گروه دارای عضو رسمی می باشند و اعضا یکدیگر را می شناسند
 - ✓ رهبران گروه نیز شناخته شده و از اعضای گروه محسوب می شوند
 - ✓ فعالیت ها سازمان یافته اند ، نظیر تشکیل جلسات منظم و انجام پروژه های مشخص
 - ✓ گروه دارای مقرراتی است که اعضا با رغبت از آن تبعیت می کنند مانند :
- افراد خانواده، کسانی که در یک کارخانه یا موسسه و یا حرفه ای مشغول کار هستند ، دانش آموزان ، اعضا ستادها و شوراهای و کمیته ها و انجمن ها و... عضو گروه های رسمی محسوب می شوند .

۲- گروه های غیر رسمی: دارای وجوه مشترک بوده لیکن به دنبال هدف مشترک و خاصی نیستند و دارای ویژگیهای زیر می باشند

- ✓ عضویت خاصی در گروه وجود ندارد
- ✓ اعضا گروه به میل خود می آیند و می روند
- ✓ با وجود اینکه ممکن است در گروه افراد مهمی هم حضور داشته باشند اما رهبری خاصی در گروه وجود ندارد
- ✓ مقررات خاصی در گروه وضع نشده است

آموزش بهداشت در گروه های غیر رسمی

مانند افراد دیابتی مراجعه کننده به خانه بهداشت -افراد فشارخونی -مادران باردار

برای آموزش بهداشت به گروه ها روش های مختلفی وجود دارد . شما با این روش ها در فصل بعد آشنا خواهید شد . بحث و گفتگو با گروه های مختلف مردم یکی از موءثرترین شیوه های آموزش بهداشت به آنها است. از زمانهای قدیم مردم برای حل مشکلاتشان دور هم جمع می شدند و با یکدیگر بحث و گفتگو می کردند . در بحث گروهی هر کس فکر و پیشنهادی دارد می گوید و مشکلات و موانع از زوایای مختلف شناسایی شده و در مورد آنها چاره اندیشی می شود . به جهت اهمیت و تاثیر بالایی که این روش در آموزش بهداشت به گروهها دارد در ادامه بحث سعی کرده ایم شما را با روش بحث در آموزش بهداشت در گروه های غیر رسمی آشنا کنیم.

در روش بحث گروهی در آموزش بهداشت به گروه های غیر رسمی رعایت دو اصل ضروری است :

* نخستین اصلی که باید به آن توجه کرد این است که سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علائق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد. به عنوان مثال شما می توانید مادرانی را انتخاب کنید که کودک شیر خوار (کودکی که زیر ۲ سال سن دارد) داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقه مادرانی که کودک شیر خوار دارند این است که چگونه باید کودک خود را تغذیه کنند؟ شما

نیز به عنوان یک کارمند بهداشتی می دانید که دو سال اول زندگی هر کودک از جمله مهم ترین سالهای زندگی اوست . در این دوران نیازهای تغذیه ای طفل از اهمیت خاصی برخوردار است . در این زمینه مادران نیازمند آموزش در زمینه شیردهی و تغذیه کودک هستند. علاوه بر این باید به مادران اهمیت کنترل رشد کودک (پایش رشد) و موارد دیگری را آموزش داد.

*اصل دوم این است که باید تلاش شود تا اعضای گروه بیشتر با هم آشنا شوند . این امر موجب می شود که آنان در زمینه آموزش مشارکت بیشتری نموده و علایق و نیازهای مشترکشان را به نحو بهتری بازگو کنند.

آموزش بهداشت در گروه های رسمی

گروه های رسمی دارای اهداف و علایق معین و رهبری مشخص هستند که گروه را سازمان می دهد . افراد گروه های رسمی ، کاملاً شناخته شده اند . با آموزش بهداشت در گروه های رسمی می توان مشارکت آنها را در برنامه های مختلف بهداشتی جلب کرد . از جمله گروه های رسمی می توان کارمندان جهاد سازندگی در یک روستا ، اعضای شورای اسلامی ، معلمین یک مدرسه و... را نام برد . هنگامیکه در جلسات گروه های رسمی شرکت می کنید ممکن است برای آنها یک فرد بیگانه به حساب بیاید . قبل از این که این گروه ها در برنامه های آموزشی با شما همکاری کنند اعضای آنها باید شما را بشناسند و به شما اعتماد پیدا کنند . بهترین کار برای جلب مشارکت این گروه ها این است که ابتدا با رهبر گروه تماس بگیرید و برای او تشریح نمایید که چه مهارت های را برای عرضه کردن دارید . در این صورت رهبر گروه ارزیابی خواهد نمود که آیا شما پاسخگوی بعضی مسایل و نیازهای آنها خواهید بود یا نه ؟ پس از این شما این فرصت را خواهید داشت تا با سایر اعضای گروه نیز بحث کنید و آنان را نیز تشویق به مشارکت در برنامه نمایید . علاقه مندی خود را برای کار با گروه ابراز نمایید تا اعتماد کافی را برای استمرار فعالیت و کار با آنها به دست آورید . شاید پس از این مرحله خود گروه از شما دعوت نمایند تا در جلساتی که به منظور آموزش بهداشت و یا مشارکت در فعالیت بهداشتی مد نظر دارید شرکت کنید . میزان موفقیت شما در این امر وابسته به مهارت های شما در برقراری ارتباط و نیز توان شما در رفع نیاز گروه خواهد بود . علاوه بر این گاه به جهت اهداف و وظایف سازمانی اغلب گروه ها مایل به همکاری با شما خواهند بود .

به عنوان مثال اعضای شورای اسلامی روستا از همکاری متقابل با خانه بهداشت خرسند خواهند شد و رعایت چندین نکته دیگر نیز شما را در کار با گروه های رسمی موفق تر می کند . برخی از این نکات عبارتند از :

* احترام گذاشتن به اعضای گروه و سازمانی که اعضاء در آن خدمت می کنند .

* روشن و ساده بودن آنچه شما میگویید.

* هدر ندادن وقت افراد گروه، زیرا این گروه ها مایلند وقت اصلی خود را صرف اهداف ویژه خود کنند.

* عدم مداخله در مسایل اختصاصی و اهداف سازمانی گروه

* رعایت نکاتی که در امر بحث گروهی لازم الاجرا است و در آموزش بهداشت با گروه های غیر رسمی آنها را برشمردیم.

به خاطر داشته باشید شناخت مناسب گروه از توان و مهارت های شما، که منجر به اعتماد آنها می شود، در برقراری ارتباط برای آموزش با گروه های رسمی یک اصل اساسی محسوب می شود.

رفتارهای مفید در آموزش های گروهی

* ارائه آزادانه نظرات و پیشنهادات

* تشویق یکدیگر به صحبت کردن

* پاسخ محترمانه به پیشنهادات سایرین

* کمک به روشن کردن نظرات

* ارائه اطلاعات

* توجه کردن به یکدیگر

* داوطلب شدن برای کمک به کارها

* حضور به موقع و مرتب در جلسات

* تشکر از یکدیگر

خلاصه مطالب و نتیجه گیری

اولین قدم برای ایجاد عدالت در بخش های مختلف سلامت، تشکیل «شورای سلامت روستا» توسط بهورز است. در حال حاضر که شوراهای اسلامی در روستاها تشکیل یافته اند، اجرای برنامه های بهداشتی با بهره گیری از این تشکیل مردمی به خوبی میسر است. آموزش گروه های رسمی و غیر رسمی موجود در جامعه و استفاده از توان بالایی که در هر یک از آنها موجود است می توان اقدام به برنامه ریزی جهت حل مشکلات بهداشتی جامعه کرد.

پرسش و تمرین

۱. مفهوم مشارکت در زمینه سلامت را تعریف کنید.
۲. چگونه می توان از کمک شورای اسلامی روستا برای فعالیت های بهداشتی استفاده کرد؟
۳. گروه های رسمی و غیر رسمی روستای خود را نام ببرید. افراد موجود در این گروه ها چه ویژگی های مشترکی دارند؟
۴. رفتارهای مفید در آموزش های گروهی را توضیح دهید.

فصل دهم

پوشش خدمات گروه های هدف

اهداف

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

۱. خدمات سلامت و نظام سلامت را تعریف کنید.
۲. اهداف نظام سلامت را ذکر کنید.
۳. پوشش همگانی خدمات را تعریف کنید.
۴. اندازه گیری پوشش موثر خدمات را شرح دهید.
۵. اهمیت پوشش موثر خدمات را توضیح دهید.
۶. زیرساخت های اجتماعی و اقتصادی در راستای حفظ پوشش همگانی سلامت را نام ببرید.
۷. جنبه های پوشش همگانی خدمات را ذکر کنید.
۸. نکات موثر در حفظ پوشش خدمات و پیشگیری از خروج افراد از پوشش برنامه های سلامت را نام ببرید.
۹. هدف نهایی پوشش همگانی سلامت را شرح دهید.
۱۰. اجزای پوشش همگانی سلامت را نام ببرید.
۱۱. ابهامات موجود درباره ی پوشش همگانی سلامت را ذکر کنید.
۱۲. ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران را نام ببرید.
۱۳. مهم ترین چالش های شناسایی شده در مسیر پوشش خدمات سلامت را ذکر کنید.
۱۴. رابطه نظام سلامت با نظام های سیاسی و اقتصادی را توضیح دهید.
۱۵. چالش های موجود در مسیر دستیابی به پوشش خدمات سلامت در ایران را ذکر کنید.

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران سابقه ای طولانی دارد. شاید اولین اقدام در ایران برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را بتوان به حدود ۸۰ سال پیش منتسب کرد. در سال ۱۳۰۹، با تصویب طرح تشکیل صندوق احتیاط کارگران راه آهن، حرکت در مسیر پوشش فراگیر سلامت در ایران آغاز شد. از سال ۱۳۱۹ هجری شمسی تا سال ۱۳۵۱ چندین تجربه با عناوین طرح تربیت بهدار، طرح سپاه بهداشت، طرح تربیت بهدار روستا، طرح سلسله در الشتر لرستان، و طرح رضاییه به اجرا گذاشته شد از این میان این طرح ها، طرح تحقیقاتی « نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران معروف به طرح رضاییه که بطور مشترک توسط سازمان جهانی بهداشت و دانشکده بهداشت و وزارت بهداری در روستایی چنقرالوی پل در رضاییه (ارومیه فعلی) استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۵۱ به اجرا در آمد بطور رسمی به عنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و بکارگیری عوامل غیرپزشک برای ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی بود واحدهای ارایه کننده این خدمات را خانه بهداشت، کارکنان زن را بهورز و کارکنان مرد را بهداشت یار می نامیدند. در سال ۱۳۵۶ فقط یک سال قبل از انقلاب، وزارت بهداری، از میان طرح هایی که به اجرا در آمده بود بطور رسمی، طرح رضاییه را بعنوان شیوه اصلی گسترش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفت و تلاش خود را برای اجرای گسترده تر طرح در سراسر کشور بکار بست. در تابستان ۱۳۵۹ مرحوم دکتر سیروس پیله رودی که در دوره MPH تحصیل می کردند واحدهای فعال طرح رضاییه را در دوره کار آموزی از نزدیک بررسی و در گزارش خود نتایج بررسی را با بیان اشکالات طرح، تلاش شد با برقراری ضوابط اجرایی مناسب از معایب طرح رضاییه اجتناب شود و پس از اصلاح ایرادات طرح، نسبت به تدوین طرح های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی اقدام گردید. از افتخارات استان آذربایجان غربی اینست که نام یکی از روستاهای این استان به عنوان اولین خانه بهداشت بنام حیدرلو (وابسته به مرکز بهداشتی درمانی چنقرالوی پل) در سند سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۵۲ ثبت گردیده است. در فاصله سال های ۱۳۶۶-۱۳۶۱، طرح نظام های شبکه های بهداشتی و درمانی و سطح بندی خدمات سلامت به عنوان یکی از موفق ترین تجربیات جهانی در زمینه دستیابی به آحاد جامعه به خدمات سلامت اجرا شد.

اصطلاحات پایه ومهم

تعریف نظام سلامت :

نظام سلامت، متشکل از تمام سازمان ها و مؤسسات و منابعی است که ارائه کننده خدمات در جهت حفظ و ارتقاء سلامت افراد میباشند و از این خدمات می توان به عنوان اقدام سلامت نام برد. بر اساس تعریف های سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت یعنی این که آحاد مردم به مداخلات ایمن و با کیفیت اصلی سلامت به شکلی دسترسی داشته باشند که در پرداخت مالی دچار سختی نشوند. با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت به این معنی است که همه مردم، خدمات سلامت مورد نیاز خود را دریافت کنند. این موارد شامل خدمات سلامت عمومی با هدف ارتقای سلامت مانند کمپین های مبارزه با مصرف دخانیات یا مالیات بر دخانیات، خدمات پیشگیری مانند واکسیناسیون، خدمات درمانی، مراقبت های توانبخشی و طب تسکینی است.

خدمات سلامت: هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی - خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام گیرد، تعریف می شود و هدف اصلی آن ارتقاء سلامت است.

اهداف نظام سلامت

ارتقای سلامت هدف اصلی یک نظام سلامت است. اما تنها هدف آن نیست. قابلیت دستیابی و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد به این

دستیابی یا دقیقاً عادلانه بودن این نظام بسیار مهم است و آن به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و این نظام به گونه ای برای هر فرد و بدون قایل شدن تمایز به این نیازها پاسخ دهد.

هدف نهایی پوشش همگانی سلامت

۱- تضمین بهره مندی همگان از خدمات سلامت (ضروری و اساسی) بدون تحمل ریسک مالی یا فقیر شدن در نتیجه ی پرداخت مخارج سلامت است.

۲- به عبارت دیگر، زیر چتر پوشش همگانی سلامت، مخارج سلامت افراد نباید بیش از آستانه ی توانایی مالی آنان باشد. این تعریف به خوبی نشان می دهد آنچه از پوشش همگانی سلامت مورد انتظار است، در سه جزء پوشش جمعیت، پوشش خدمات سلامت و پوشش هزینه های سلامت خلاصه می شود.

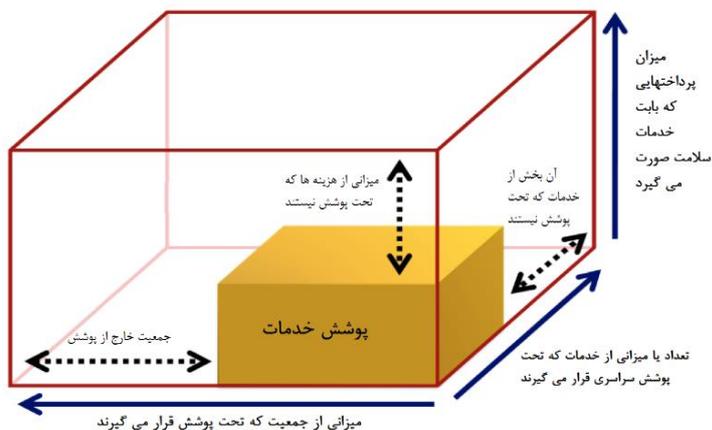
در نگاه اول، پوشش همگانی سلامت، دسترسی همه اقشار مردم به خدمات سلامت را در ذهن تداعی می کند. یعنی اینکه همه مردم به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند و بتوانند از آن استفاده کنند. گزاره فوق کاملاً درست می باشد و در واقع پوشش همگانی خدمات به معنی تحت دسترسی همه مردم به خدمات سلامت می باشد، اما این تمام ماجرا نیست و پوشش همگانی خدمات سلامت دارای ابعاد و نکات دیگری است که در این یادداشت به آنها اشاره خواهد شد. پوشش همگانی خدمات به معنی توزیع دفترچه های بیمه بین همه مردم نیست، بلکه این پوشش بایستی از سه نظر به حد کافی کارآمد باشد. نخست گستره پوشش که باید حداکثری و برای همه مردم باشد، دوم بسته خدمات تحت پوشش که می بایستی شامل نیازهای اساسی جامعه باشد و از قبل توسط بیمه گر تدوین شده باشد. یعنی مشخص باشد که بیمه شده به ازای این بیمه چه نوع خدماتی را دریافت خواهد کرد. این تفکیک بایستی با قید نوع خدمت مشخص باشد. و اما موضوع سوم، پوشش هزینه ها می باشد که بیانگر میزان پوشش بیمه و یا میزان پرداخت مالی دولت برای خدمات مورد تعهد است. بدون شک بیمه ای که توان پرداخت کافی هزینه خدمات را نداشته باشد، حتی اگر تمام انواع خدمات را تحت پوشش خود داشته باشد کارایی لازم را نخواهد داشت.

اجزای پوشش همگانی سلامت

در دستیابی به پوشش همگانی سلامت سه شاخص کلی تعریف شده است:

۱- پوشش تمامی جمعیت. ۲- پوشش خدمات سلامت. ۳- حفاظت در برابر خطر مالی.

عوامل موثر در دستیابی به پوشش همگانی خدمات:



تصویر فوق به وضوح عوامل موثر در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت را نشان می دهد. در دستیابی به پوشش همگانی سلامت هر سه فاکتور فوق مهم و حیاتی هستند و عدم وجود هر کدام به معنی عدم موفقیت سیستم در دستیابی به پوشش همگانی می باشد.

۱- پوشش جمعیت: پوشش حداکثری جمعیت در این موضوع به عنوان یکی از سه رکن حائز اهمیت است. این مهم علاوه بر تضمین دریافت خدمات از سوی همه افراد جامعه، سیاستگذار را به هدف ایجاد عدالت عمودی در سیستم سلامت نیز نزدیک خواهد کرد. البته ممکن است بنا به دلایلی مانند عدم دسترسی دولت به برخی افراد، پوشش جمعیتی خدمات سلامت تا حد ۱۰۰ درصد محقق نشود، ولی آنچه مهم است، به حداکثر ممکن رساندن این پارامتر است.

۲- پوشش خدمات: به دلیل محدودیت همیشگی منابع در حوزه سلامت از یک سو، و همینطور نامحدود بودن نیازها از سوی دیگر، لزوم اولویت بندی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات مهم تر، موثر تر و حیاتی تر حوزه سلامت در رده خدمات تحت حمایت دولت؛ یک ضرورت مهم برشمرده می شود. این موضوع خود یکی دیگر از ارکان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت است که در اصطلاح با عنوان «بسته خدماتی» شناخته می شود. در واقع بسته خدماتی که دولت برای ارائه به مردم تدوین می کند باید دارای ویژگی هایی باشد که رفع کننده نیازهای اساسی مردم باشد و سبب ارتقای سلامت - نه صرفا درمان محوری- گردد.

۳- تامین مالی: دیگر پارامتر مهم در پوشش همگانی خدمات سلامت، موضوع تامین مالی است. در صورتی دولت می تواند ادعا کند که موفق به دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت شده است که بتواند میزان مناسبی از هزینه های مالی خدمات سلامت را پرداخت کند. بالا بودن پرداخت از جیب مردم، یکی از عوامل مهم در عدم دسترسی کشور به پوشش همگانی خدمات سلامت است. نکته مهم در این خصوص آن است که پرداخت ۱۰۰ درصدی هزینه ها از سوی دولت نیز به هیچ عنوان مطلوب نمی باشد و اجرای این مدل نیز به نحو دیگری به سیستم سلامت ضربه وارد خواهد کرد. به طور خلاصه می توان گفت که پوشش همگانی خدمات سلامت زمانی به نحو صحیح محقق خواهد شد که این سه پارامتر یعنی پوشش جمعیتی، بسته خدماتی و پرداخت دولتی به میزان مناسبی صورت پذیرند.

رفع ابهام ها درباره ی پوشش همگانی سلامت

پوشش همگانی سلامت فقط تامین مالی بخش سلامت نیست، برخی از این اجزا عبارتند از:

۱- نظام های ارایه ی خدمات سلامت، نیروی کار بخش سلامت، تسهیلات و شبکه های ارتباطی بخش سلامت، فناوری های بخش سلامت، نظام های اطلاعاتی، و سازو کارهای تضمین کیفیت.

۲- پوشش همگانی سلامت تنها تضمین ارایه ی بسته ی حداقلی از خدمات سلامت نیست، بلکه تضمین گسترش سریع پوشش خدمات سلامت و محافظت در برابر خطر مالی است.

۳- پوشش همگانی سلامت به معنای پوشش رایگان تمام مداخلات بهداشتی ممکن بدون توجه به هزینه ی آن نیست؛ هیچ کشوری نمی تواند تمامی خدمات را به صورت رایگان ارایه کند.

۴- پوشش همگانی سلامت تنها بخش سلامت را در بر نمی گیرد. حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت به معنی حرکت به سمت عدالت، توسعه ی اولویت ها و همبستگی اجتماعی است.

۵- پوشش همگانی سلامت، نه تنها بر خدماتی که پوشش داده می شوند تمرکز دارد، بلکه بر چگونگی پوشش آنها از طریق تمرکز بر مراقبت های سلامتی مردم محور و یکپارچگی مراقبت ها نیز تاکید می کند. نظام های سلامت باید بر پایه ی نیازها، و انتظارات مردم بر پایه ی سلامت جامع طولانی مدت سازماندهی شوند تا مردم بتوانند نیازهای سلامتی خود را بهتر درک کنند.

ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران

- ۱- تربیت نیروی انسانی متخصص توانمند شده در حوزه ی سنجش پوشش موثر خدمات سلامت.
 - ۲- ایجاد فضای مناسب جهت نقد یافته های حاصل از سنجش پوشش موثر خدمات سلامت.
 - ۳- ایجاد درگاه واحد برای انتشار اطلاعات و دستیابی به داده های مورد نیاز برای سنجش پوشش موثر خدمات سلامت.
 - ۴- اختصاص منابع مالی لازم جهت پشتیبانی از راه اندازی نظام گردآوری اطلاعات.
- ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران
- ۵- بهره گیری از رسانه ی ملی جهت فرهنگ سازی در حوزه ی پوشش موثر خدمات سلامت.
 - ۶- ایجاد سازوکار تشویقی برای دانشگاه ها و سازمان های موفق در مدیریت اطلاعات حوزه ی پوشش موثر خدمات سلامت.
 - ۷- ایجاد زیرساخت یکپارچه ی گردآوری اطلاعات در سطح وزارت بهداشت.
 - ۸- حمایت از پروژه های بازرگری و تدوین شاخص های ارزیابی سلامت کشور.
- ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران
- ۹- بازرگری پانل گردآوری اطلاعات سلامت در سطح کشور با رویکرد پوشش موثر خدمات.
 - ۱۰- تدوین نظام گزارش دهی بر اساس مفاهیم ترجمان دانش.
 - ۱۱- تدوین الزامات قانونی در خصوص گردآوری و انتشار اطلاعات در سطوح مختلف نظام سلامت.
 - ۱۲- بررسی تجربیات سایر کشورها در خصوص گردآوری شاخص های پایش خدمات سلامت.

مهم ترین چالش های شناسایی شده در مسیر پوشش خدمات سلامت

- ۱- فقدان جهت گیری دقیق در این رابطه.
- ۲- مشکلات تولیتی نظام سلامت.
- ۳- ضعف برنامه ریزی و همکاری بین بخشی.
- ۴- مشکلات بیمه ای مانند صندوق های بیمه ی متعدد با سطوح فرانشیز و پیش پرداخت متفاوت به دلیل متفاوت بودن سطح خدمات بیمه ها.
- ۵- عدم شناسایی دقیق بیمه شدگان، نزولی بودن حق بیمه ها.
- ۶- بسته ی بیمه ای نسبتاً محدود و انعطاف ناپذیر.
- ۷- ضعف در نظارت بر تعرفه ها و فاصله ی غیرمنطقی تعرفه های بخش خصوصی و دولتی، و نظام پرداخت تورم زا و غیر کارآ.

رابطه نظام سلامت با نظام های سیاسی و اقتصادی

چالش های موجود در مسیر دستیابی به پوشش خدمات سلامت در ایران:

چالش های موجود بر سر راه رسیدن به پوشش همگانی سلامت را می توان در دو دسته ی کلی بررسی کرد:

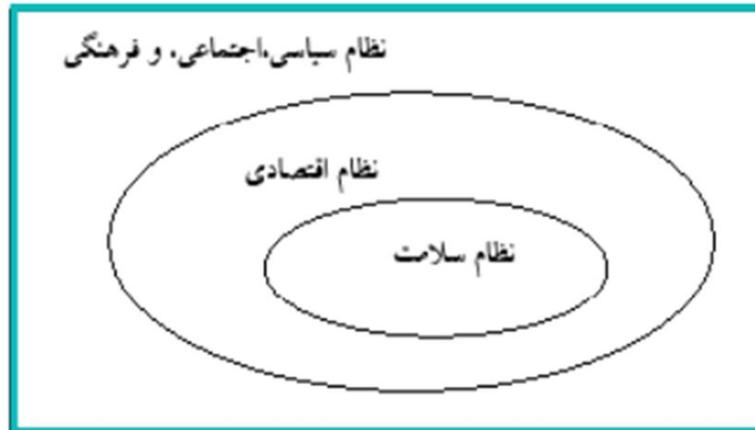
خارج از نظام سلامت

درون نظام سلامت

چالشهای درون نظام سلامت را نیز می توان بر اساس کارکردهای چهارگانه ی نظام سلامت شامل تولید، تامین مالی، تولید و ارائه ی خدمات سلامت بررسی کرد.

چالش های خارج نظام سلامت

چالش های خارج از نظام سلامت عمدتاً متأثر از وضعیت حاکم بر نظام اقتصادی کشور می باشند. درآمد سرانه ی پایین، رشد اقتصادی پایین، نرخ بالای بیکاری در کشور، نظام مالیاتی ناکارآمد و غیر شفاف، پایین بودن سطح عمومی حقوق و دستمزد افرادی که حق بیمه می پردازند اعم از کارکنان و کارگران، از جمله موارد استقرار پوشش همگانی سلامت در ایران هستند که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم که منابع نظام سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند.



خلاصه مطالب و نتیجه گیری

تلاش برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت در ایران سابقه ای طولانی دارد. پوشش همگانی بهداشت طیف گسترده ای از خدمات پایه بهداشتی با کیفیت بالا در زمینه ترویج، پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت تسکینی را در برمی گیرد. یکی از مهمترین اصول برای دستیابی به پوشش همگانی تحت پوشش قرار گرفتن اکثریت جمعیت تحت پوشش توسط واحدهای ارائه می باشد برای این منظور و پوشش حداکثریت جمعیت برخوردار از خدمات بهداشتی نیاز است که مواردی از جمله: کاهش هزینه خدمات ضروری و اصلی، تلاش جهت پوشش کامل خدمات پایه و ضروری سلامت و پوشش قریب به اتفاق افراد جامعه، برخورداری خدمات سلامت از کیفیت مطلوب، افزایش دسترسی افراد به خدمات سلامت، تامین نیروی انسانی با کیفیت برای ارائه خدمات در مناطق روستایی و... می باشد.

پرسش و تمرین

- ۱- خدمات سلامت و نظام سلامت را تعریف کنند؟
- ۲- اهداف نظام سلامت را ذکر کنند؟
- ۳- پوشش همگانی خدمات را در یک خط تعریف کنند؟
- ۴- اندازه گیری پوشش موثر خدمات را مختصراً شرح دهند؟
- ۵- اهمیت پوشش موثر خدمات را در حدود ۲ سطر توضیح دهند؟
- ۶- از زیرساخت های اجتماعی و اقتصادی در راستای حفظ پوشش همگانی سلامت ۴ مورد را نام ببرند؟
- ۷- از جنبه های پوشش همگانی خدمات دو مورد را ذکر کنند؟
- ۸- از نکات موثر در حفظ پوشش خدمات و پیشگیری از خروج افراد از پوشش برنامه های سلامت در نام ببرند؟
- ۹- هدف نهایی پوشش همگانی سلامت را شرح دهند؟
- ۱۰- تمام اجزای پوشش همگانی سلامت را نام ببرند؟
- ۱۱- از ابهامات موجود درباره ی پوشش همگانی سلامت ۴ مورد را ذکر کنند؟
- ۱۲- از ملاحظات عملیاتی برای پیشبرد پوشش موثر خدمات سلامت در ایران ۲ مورد را نام ببرند؟
- ۱۳- از مهم ترین چالش های شناسایی شده در مسیر پوشش خدمات سلامت ۳ مورد را ذکر کنند؟
- ۱۴- رابطه نظام سلامت با نظام های سیاسی و اقتصادی را در حدود ۲ سطر توضیح دهند؟
- ۱۵- از چالش های موجود در مسیر دستیابی به پوشش خدمات سلامت در ایران ۲ مورد را ذکر کنند؟

۱. خیراندیش، خدیجه. مصطفوی، پروانه. اصول آموزش بهداشت. (بی تا).
۲. چگینی، یوسف رضا. رهبر، محمدرضا. سلسله کتاب های خودآموز مهارت ها و فنون آموزش (۱۳۸۱).
۳. سیاری، علی اکبر. تبریزی، جعفرصادق. کلانتری، ناصر. کوشا، احمد. ورفیعی فر، شهرام. برنامه نیاز سنجی سلامت جامعه (۱۳۹۵)
۴. رهبر، محمدرضا. توانمندسازی جامعه و توسعه مشارکت افراد و سازمان ها برای ارتقاء سلامت (۱۳۹۲).
۵. رفیعی فر، شهرام. سلمانیان، آتوسا. سربندی، فاطمه. اردستانی، متاسادات. جوادی، مژگان. نصیری، امیر. دستورعمل اجرایی برنامه ی خودمراقبتی، چاپ رامین. (۱۳۹۴)
۶. رخشنده رو، سکینه. غفاری، محتشم. کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران، انتشارات کتاب ارجمند، ۱۳۹۸.
۷. احدیان محمد. مقدمات تکنولوژی آموزشی، تهران، انتشارات بشری، ۱۳۹۶.
۸. مطلق، محمد اسماعیل. اولیایی منش، علیرضا. بهشتیان، مریم. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن، انتشارات سایه روشن، ۱۳۸۷.
۹. معاونت بهداشتی، مجموعه کتب بهورزی، مبانی بهداشت و کار در روستا، وزارت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰.
۱۰. موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، پوشش همگانی سلامت در ایران، گزینه پارسیان طب، ۱۳۹۴
۱۱. پارسای، سوسن. حیدرنیا، محمدعلی. شمشیری میلانی، حوریه. کلاهی، اصغر. یآوری، پروین. درسنامه آشنایی با خدمات سلامت (تماس با جامعه ۱). دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، ۱۳۸۶.
۱۲. شمس، محسن. سلیمان اختیاری، یلدا. پریانی، عباس. مهارت های اساسی برای اصلاح رفتار در حوزه سلامت (محتوای آموزشی کارگاه های توانمند سازی برای کارشناسان بخش سلامت). تهران، انتشارات مهر متین، ۱۳۹۲
۱۳. صفاری، محسن. شجاعی زاده، داوود. غفرانی پور، فضل الله. حیدرنیا، علیرضا. حاجی آقا، پاکپور. نظریه ها، مدل ها و روش های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تهران، انتشارات آثار سبحان (با همکاری انتشارات یاررس)، اسفند ۱۳۹۳
۱۴. واحد مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی مرکز مدیریت شبکه با همکاری اعضای کمیته کشوری برنامه داوطلبان سلامت، بسته خدمتی توسعه مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی در برنامه تامین و ارتقای مراقبت های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق روستایی و شهری، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۴.