

بخش سوم

تئوری‌ها و مدل‌ها

تعریف و مفهوم تئوری و مدل

لغات تئوری^۱، الگو^۲ و پارادایم در مقالات آموزش سلامت و ارتقای سلامت، اغلب به جای یکدیگر به کار می‌روند. طبق نظر باندورا (۱۹۸۶) تئوری‌ها، تعیین کننده‌ها و مکانیسم‌هایی که پدیده مورد نظر را کنترل می‌نمایند، مشخص می‌کنند.

- **تئوری‌ها** شامل یک یا چند پیشنهاد می‌باشند که به طور منطقی برای بیان پدیده‌های مرتبط به یکدیگر به کار می‌روند.

- تئوری‌ها مجموعه‌ای از مفاهیم، تعاریف و پیشنهادات مرتبط به هم هستند، که دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موقعیت‌ها ارائه می‌کنند. این کار از طریق ارتباطات به خصوص میان متغیرها، به منظور بیان و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها صورت می‌گیرد.

- به عبارتی دیگر، تئوری‌ها یک نظم دهی سیستماتیک از اصول اساسی است که پایه‌ای برای اتفاقات معین زندگی می‌باشد.

- **مفاهیم** اجزای اصلی (قسمت پایه و اصلی) یک تئوری محسوب می‌شوند. مفاهیم تدوین شده‌ای که برای تئوری خاصی استفاده می‌گردند، را سازه^۳ می‌نامند. مثال مفهوم سازه، «حساسیت درک شده» در مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. متغیرها تعاریف عملی مفاهیم و به عبارت دیگر شکل کاربردی مفاهیم هستند.

موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت

تئوری می‌تواند در موارد بسیاری مفید باشد. اوچبام، سورنسون و لوریج^۴ (۱۹۹۲) ارزش تئوری را برای آموزش دهندگان سلامت این گونه بیان می‌کنند: تئوری‌ها به

^۱ - theory

^۲ - model

^۳ - constructs

^۴ - Lorig, Sorenson, Aochbam

تعیین اجزایی که به طور ظاهری بر انواع گوناگون رفتار اثر می‌گذارند و نیز درک این اجزا و نحوه عملکرد آنها، کمک می‌کنند. آنها همچنین ممکن است پیشنهادات و یا در اصل نظراتی را در مورد اینکه چگونه و تحت چه شرایطی می‌توان روی چنین اجزایی اثر گذاشت، ارائه دهند. بنابراین تئوری‌ها، ابزارهای ارزشمندی را برای حل انواع وسیعی از مشکلات فراهم می‌کنند. به عبارت دیگر، اگر تئوری‌ها به خوبی تدوین و ثابت شده و نیز به خوبی انتخاب و ماهرانه تطبیق داده شوند، می‌توانند به ما در پیش‌بینی پیامدهای احتمالی مداخلات، حتی در موقعیت‌هایی که پیش از این هرگز با آنها مواجه نشده‌ایم، کمک کنند. در نظر داشته باشید که یک چارچوب تئوریک محکم، پایه و اساسی قوی برای عملکرد فراهم خواهد نمود. از تئوری‌ها می‌توان به عنوان مبنایی برای تحقیق و تنظیم فرضیه‌ها، مبنایی برای ارزیابی نیازها رویکردهای مداخله‌ای و برنامه‌ریزی، پیش‌بینی نتایج مداخلات و شیوه‌های تحقیق و نیز اندازه‌گیری آثار مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری تئوری‌ها، به ارتقا دهندگان سلامت اجازه می‌دهد که برنامه‌های نظریه - محور^۱ را در مکان‌های بسیاری بتوانند به کار برند. یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند، راه‌هایی که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و دیدگاهی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل‌کننده رفتار فراهم آورد.

بنابراین تئوری‌ها می‌توانند از طرق مختلف در آموزش سلامت و ارتقای سلامت به کار گرفته شوند. به عنوان مثال، توضیح رابطه «چه، چگونه، چه وقت، چرا» به متخصصان امکان تمرکز بر تعداد محدودی از متغیرها و درک جامع مشکل را می‌دهد. در تئوری: موضوع «چه»، قسمت‌هایی که باید در مداخلات هدف تغییر قرار گیرند به ما نشان می‌دهد؛ قسمت «چرا»، فرآیندهایی که تغییرات را در

^۱ - theory-based

متغیرهای مورد نظر ایجاد می‌کنند، بیان می‌نمایند؛ قسمت «چه وقت»، ترتیب زمانی برای حداکثر دستیابی به اهداف مداخله را شامل می‌شود؛ و بالاخره قسمت «چگونه» راه‌ها یا روش‌هایی را که باید در نوآوری‌ها به آن توجه داشت، بیان می‌کند.

معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب

تئوری‌ها و مدل‌ها در چارچوب فعالیت‌های متخصصان و پژوهشگران مورد قضاوت قرار می‌گیرند. معیارهایی که به منظور قضاوت در مورد شایستگی و قابلیت استفاده از یک تئوری در آموزش سلامت می‌توان مورد توجه قرار داد، عبارتند از اینکه تئوری باید:

- ۱- بر مبنای دانش موجود در زمینه مورد نظر ساخته شده باشد؛
 - ۲- به طور تجربی قابل تأیید باشد. تئوری باید قابلیت آزمون داشته باشد و زمانی که آزمایش شد، می‌توان آن را با اطمینان در عمل به کار گرفت؛
 - ۳- قابلیت تجدید نظر داشته باشد؛
 - ۴- دارای هماهنگی داخلی باشد و استنتاج ضد و نقیض نداشته باشد؛
 - ۵- در استدلال مطالب، صرفه‌جویی مقتضی به عمل آمده و در عین حال تعداد مفاهیم آن قابل استفاده باشد؛
 - ۶- در حد امکان با سایر تئوری‌ها سازگار باشد؛
 - ۷- سابقه آزمون در موضوعات مربوط به رفتار بهداشتی را داشته باشد و یا اینکه مورد استفاده اصلی آن در مداخلات آموزش سلامت باشد؛
 - ۸- استدلال تجربی آن در پیش‌بینی یا تغییر رفتار بهداشتی معتبر باشد؛
 - ۹- کارایی بالقوه‌ای برای استفاده در آموزش سلامت داشته باشد.
- به آموزش‌دهندگان سلامت توصیه می‌شود که مرتبط‌ترین تئوری را با توجه به شرایط مکانی و زمانی خویش به کار برند.

الگو یا مدل

الگو، طرح یا نقشه‌ای اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. الگو، تصور و دید آموزش دهندگان را درباره اینکه «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، واضح می‌کند. همچنین یک نقشه، فرآیندی آموزشی است که راهنمایی مناسب برای بررسی و تشخیص و طراحی مداخلات آموزشی فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند؛ چارچوب تدوین یک مدل آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارائه می‌دهد؛ و در نهایت، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود. ارپ و ارننت^۱ (۱۹۹۱) الگو را یک نقشه ادراکی^۲ دانسته و آن را به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیمی که به نظر می‌رسد با یک مشکل بهداشتی مرتبط باشند، تعریف می‌نمایند. این نقشه می‌تواند توسط بیش از یک تئوری شکل گیرد.

مدل‌ها زیر گروه تئوری‌ها بوده، نسبت به تئوری‌ها جزییات کمتری داشته و فقط عوامل توصیف‌کننده و ارتباطات میان آنها را مشخص می‌کنند. تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند. در حالی که نقشه‌های ادراکی با انواع اختصاصی رفتار و در زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها واقعیت را از دیدگاه مخصوص یک رشته (مثلاً اجتماعی، بیولوژیکی، اقتصادی) ارائه می‌دهند. از آنجا که تئوری‌ها مختص هر رشته هستند، اغلب در سطح علت‌ها نیز به طور اختصاصی عمل می‌کنند.

مدل‌ها برای کمک به مردم در درک یک مشکل بخصوص و سازماندهی اطلاعات به کار می‌روند. آنها اغلب برای ارائه فرآیند و گاهی اوقات برای توضیح و

^۱-Ennett, Erap

^۲-Conceptual map

بیان فرآیند به کار می روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کنند.

الگوها، بررسی‌ها را در جهت پاسخ به سؤالات مطالعه هدایت می‌کنند. الگوها محدوده آنچه که در مطالعه باید مورد نظر باشد را مشخص می‌کنند. بعضی از الگوها با واژه‌ها توصیف می‌شوند اما بیشتر آنها از طریق دیاگرام و شکل شرح داده می‌شوند. کاربرد دیاگرام و تصویر در مدل‌ها باعث می‌شود که ارتباط و اتصال زنجیره‌ای بین مفاهیم مدل، به گونه‌ای واضح نشان داده شود.

انتخاب مدل آموزش سلامت، اولین گام در فرایند طراحی یک برنامه آموزشی محسوب می‌شود. با یک مدل آموزشی، برنامه در مسیری صحیح شروع و نحوه هدایت برنامه تا مرحله ارزشیابی مشخص می‌شود. بررسی آمارهای بهداشت عمومی نظیر میزان‌های ابتلا و مرگ و میر و معیارهای رفتارهای سلامتی جامعه در طراحی مدل مؤثر است. نکته مهم این است که قبل از انتخاب مدل برای برنامه آموزش سلامت، اهداف و اجزای مدل باید مطالعه شود. بعضی از الگوهای آموزشی بیشتر به فلسفه، چگونگی و نحوه آموزش مرتبط می‌شوند تا به چگونگی طراحی یک برنامه آموزشی. برای مثال الگوی اعتقاد بهداشتی و الگوی ارتقای سلامت پندر^۱ به تبیین تغییر رفتار و اینکه چرا در فردی رفتار غیر بهداشتی تغییر می‌کند و در فرد دیگری تغییر نمی‌کند، متمرکز است. در مقابل الگوی پری سید/پروسید بر فرآیند طراحی و برنامه‌ریزی تأکید دارد که این الگو هم در برنامه‌های آموزشی برای مددجویان و هم در آموزش کارکنان کاربرد دارد.

^۱ -Pender

مدل عمل منطقی

مبتکرین و ارایه‌دهندگان

تئوری عمل منطقی در سال ۱۹۶۷ معرفی شد و در اوایل دهه ۱۹۷۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت و به وسیله آجزن و فیش بین^۱ توسعه یافت. این تئوری از سال ۱۹۸۰ در مطالعه رفتار انسان و توسعه مداخلات متناسب مورد استفاده قرار گرفت. در سال ۱۹۸۸، به دلیل نتایجی که آجزن و فیش بین در طی تحقیقاتشان در استفاده از مدل عمل منطقی تشخیص داده بودند، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، به مدل موجود «عمل منطقی» اضافه شد.

مواردی که منجر به توسعه مدل شد

توسعه تئوری عمل منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده، ابتدا در زمینه روان‌شناسی اجتماعی شروع شد. از سال ۱۸۶۲ روان‌شناسان شروع به توسعه تئوری‌هایی کردند که چگونگی تأثیر نگرش بر رفتار را نشان دهند.

به عنوان نتیجه‌ای از این پیشرفت‌ها، فیش بین و آجزن تلاش کردند که راه‌های پیش‌بینی رفتارها و نتایج را جستجو نمایند. آنها فرض کردند که افراد معمولاً منطقی بوده و به طور سیستماتیک از اطلاعاتی که در دسترس‌شان قرار می‌گیرد، استفاده کرده و کاربردهای رفتار را قبل از اینکه تصمیم بگیرند که یک رفتار ارایه شده را به کار بگیرند و یا نه، مورد بررسی قرار می‌دهند. بعد از مرور همه مطالعات، آنها تئوری مناسبی که می‌توانست رفتار و نگرش‌ها را درک و پیش‌بینی نماید، ارایه دادند. چارچوب تئوری آنها، که به عنوان «تئوری عمل منطقی» شناخته شده، به قصدهای رفتاری (بیش از نگرش‌ها) به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی رفتار توجه دارد.

^۱-Ajzen & Fishbein

همانطور که تئوری عمل منطقی در علوم اجتماعی جای گرفت، آجزن و سایر محققین تشخیص دادند که این تئوری کامل نیست و محدودیت‌های بسیاری دارد. یکی از بزرگترین محدودیت‌ها، در مورد افرادی بود که فکر می‌کردند قدرت کمی بر روی رفتارها و نگرش‌هایشان دارند. برای متعادل کردن این مشاهدات، آجزن عنصر سومی را به تئوری اولیه اضافه کرد. این عنصر، مفهوم «کنترل رفتاری درک شده» است. افزودن این عنصر، منجر به ایجاد تئوری جدیدتری تحت عنوان «تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده» گردید.

مشخصات و واژه‌های کلیدی تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده بر طبق این تئوری، مهمترین عوامل تعیین کننده رفتار شخص، قصد فرد است. قصد فرد که منجر به انجام یک رفتار می‌شود، ترکیبی از نگرش نسبت به انجام رفتار و هنجارهای ذهنی می‌باشد.

عامل اول نگرش نسبت به رفتار است. در واقع نگرش نسبت به رفتار به ارزشیابی مثبت یا منفی شخص از انجام رفتار بر می‌گردد. آحاد مردم نسبت به یک مسأله نگرش‌های متفاوتی دارند. ممکن است نگرش فردی در رابطه با انجام رفتاری مثبت ولی نگرش فرد دیگر نسبت به انجام همان رفتار منفی باشد. بنابراین نخستین عاملی که بر روی قصد اثر دارد «نگرش نسبت به رفتار» است که چنانچه فرد انجام رفتاری را مفید بداند، آن را انجام می‌دهد و چنانچه انجام رفتار را مضر بداند، از انجام آن خودداری می‌کند. در هر حال، انجام یا عدم انجام رفتار معطوف به قضاوت شخص می‌باشد.

در آموزش سلامت، فرد باید نتایج ارزشیابی را ببیند و اعتقاد مثبت پیدا کند که نتیجه آن، نگرش مطلوب خواهد بود که در نهایت، ممکن است به قصد و رفتار بیانجامد.

عامل دوم هنجارهای ذهنی^۱ (انتزاعی) است که به عقیده شخص در مورد افکار قبلی‌اش در مورد اینکه «باید یا نباید رفتاری را انجام دهد» مربوط شده و باعث انگیزش او برای انجام یا پذیرش یک رفتار می‌شود. یک فرد در شبکه اجتماعی خود از اشخاص متعددی تأثیر خواهد پذیرفت که گویای این است که افراد پیرامون یک فرد اعم از پدر، مادر، رهبران مذهبی، رهبران سیاسی و همگی در نظریات و رفتارهای او تأثیر دارند. ممکن است بعضی از مردم از شخص بخواهند کاری را انجام دهد و در مقابل برخی نیز از او بخواهند که آن کار را انجام ندهد. در اینجا شخص مجبور است فشارهای متضاد از طرف افراد مختلف را متعادل سازد که ممکن است برخی موافق و برخی نیز مخالف خواسته او باشند و احتمالاً نوع عملکرد وی به میزان زیادی به خواسته‌های افرادی که نفوذ زیادی دارند، یعنی برای آن شخص مهم هستند، بستگی خواهد داشت. به طور مثال، ممکن است کارکنان بهداشتی از خانمی بخواهند که از روش‌های تنظیم خانواده استفاده کند، اما همسر یا مادر شوهرش خواهان چنین کاری نبوده و از او بخواهند که این کار را نکند. در این مثال، احتمال دارد که او از خواسته‌های افرادی که برایش مهم‌تر از بقیه هستند تبعیت نماید.

علاوه بر این، انگیزه فرد برای اطاعت^۲ نیز بر هنجارهای ذهنی تأثیرگذار است. مثلاً برخی زنان دارای انگیزه برای اطاعت از مادر شوهر خود هستند زیرا معتقدند که در غیر این صورت از چشم شوهرشان می‌افتند و یا بسیاری از مردم انگیزه برای اطاعت از رهبران مذهبی دارند و یا گاهی احتمال دارد فردی که در گروه همسالان قرار گرفته، چنانچه مطابق هنجارهای آنان عمل نکند، گروه او را قبول ننماید. در چنین وضعیتی، فرد تحت تأثیر این فشارها اقدام به عمل می‌نماید.

^۱ - Subjective norms

^۲ - Motivation to comply (M.C)

برخی مواقع ممکن است یک فرد نگرش مثبت برای انجام کاری داشته باشد ولی افرادی که برای او مهم هستند، مخالف انجام آن کار باشند. مثل زمانی که خانمی نگرش مثبت در مورد استفاده از روش‌های تنظیم خانواده دارد ولی همسر او تمایلی به این کار ندارد. تصمیم‌گیری فرد در این شرایط به دو عامل بستگی دارد:

الف) قدرت خواسته شخص: چنانچه قدرت خواسته خود فرد زیاد باشد، آن کار را انجام می‌دهد و به کسی کاری ندارد؛

ب) حساسیت نسبت به فشار: چنانچه خواسته اطرافیان برای او مهم باشد، از خواسته خود صرف نظر می‌کند.

بنابراین وقتی فردی می‌خواهد برای انجام کاری قصد نماید، ممکن است تحت تأثیر یکی از عوامل هنجارهای ذهنی و نگرش نسبت به رفتار و یا هر دوی این عوامل قرار گیرد.

تعریف ساده تئوری عمل منطقی به این شکل مطرح می‌شود که رفتار یک شخص بستگی به نگرش او به یک رفتار خاص و چگونگی نظر سایر افراد نسبت به آن رفتار دارد (دیدگاه سایر افراد مهم جامعه). هر دوی اینها، عواملی هستند که قصد رفتاری یک شخص و اینکه آیا فرد رفتاری را انجام بدهد یا انجام ندهد را تعیین می‌کنند.

تئوری عمل منطقی در مورد رفتارهایی که تحت کنترل ارادی فرد هستند بیشترین موفقیت را دارد. ولی اگر رفتارها کاملاً تحت کنترل ارادی فرد نباشند (هر چند که ممکن است به میزان بالایی به وسیله نگرش‌های فردی و هنجارهای ذهنی او برانگیخته شده باشند) با مداخله شرایط محیطی ممکن است واقعاً انجام رفتار میسر نشود. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، بر اساس پیش‌بینی رفتارهایی که افراد کنترل ارادی کاملی بر آن ندارند، توسعه یافته است.

تفاوت اصلی بین تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، براساس اضافه شدن سومین عامل تعیین کننده قصد رفتاری، یعنی کنترل رفتاری درک شده است.

عامل سوم کنترل رفتاری درک شده نشان می‌دهد که انگیزه یک فرد به وسیله درک فرد از میزان دشواری رفتارها و میزان موفقیت وی در انجام یا عدم انجام یک رفتار، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اگر شخص اعتقادات قوی کنترل دربارۀ وجود عوامل تسهیل کننده یک رفتار داشته باشد، کنترل درک شده بالایی بر روی یک رفتار خواهد داشت. برعکس اگر شخص اعتقادات کنترلی قوی نداشته باشد، درک پایینی از کنترل خواهد داشت که مانع بروز رفتار می‌شود. این درک می‌تواند مربوط به تجارب گذشته، پیش‌بینی وقایع آینده و نگرش‌های متأثر از هنجارهای محیط اطراف فرد باشد.

کنترل رفتاری درک شده به این مربوط می‌شود که تا چه اندازه یک فرد احساس می‌کند انجام یا عدم انجام رفتار تحت کنترل ارادی او قرار دارد. کنترل رفتاری درک شده می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق قصدهای رفتار، رفتار را تحت تأثیر قرار دهد.

بطور کلی باید گفت در تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده قبل از ایجاد فوری رفتار، به قصدهای رفتاری توجه شده است. این عقیده وجود دارد که هر چه قصد یک فرد برای انجام یک عمل خاص قوی‌تر باشد، موفقیت بیشتری را می‌توان انتظار داشت. قصدها، عملکرد خاموش عقاید و یا اطلاعات هستند و مشخص می‌کنند که آیا انجام یک رفتار خاص، منجر به نتیجه خاص خواهد شد؟ البته قصدها می‌توانند در طول زمان دستخوش تغییراتی شوند. هر چه فاصله زمانی بین قصد و رفتار طولانی‌تر شود، احتمال بیشتری وجود دارد که وقایع پیش‌بینی نشده، تغییراتی در قصدها ایجاد نمایند.

کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در آموزش سلامت

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده به منظور پیش‌بینی و درک رفتار بهداشتی و غیربهداشتی و نتایج رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرد و در بردارنده مفاهیم مهمی برای آموزش سلامت در بررسی رفتارهای مربوط به سلامت و توسعه برنامه پیشگیری می‌باشد.

این تئوری در پیش‌بینی و درک قصدها، رفتارها و نتایج سلامت در ارتباط با رفتارهایی مثل کاهش وزن، سوء مصرف الکل، کشیدن سیگار، فعالیت فیزیکی و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد.

این تئوری در موارد دیگری چون آموزش اهدای خون، استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، استفاده از کمربند ایمنی، بهداشت باروری و زنان و بهداشت دهان و دندان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

درواقع متخصصین آموزش سلامت در هنگام استفاده از این تئوری باید به تمام متغیرهای تعریف شده در آن توجه نمایند، مشکلات و نیازها را مشخص نموده و بر آن اساس اقدام به برنامه‌ریزی و عمل نمایند.

مدل اعتقاد بهداشتی

این مدل، مدلی است جامع که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن. این مدل رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و براین فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده براساس اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل موارد زیر است:

- ۱- آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری
- ۲- تأثیر وقوع بیماری در زندگی فرد
- ۳- تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری.

در سال ۱۹۵۰ در طراحی مدل اعتقاد بهداشتی، روان‌شناسان اجتماعی نقش مؤثری داشتند که اساس کار آنها بر مبنای تئوری کرت لوین استوار بود.

بنیانگذاران مدل اعتقاد بهداشتی

گودفری هاچبام^۱ و اروین روزنستاک^۲ که در روان‌شناسی اجتماعی با گرایش پدیده‌شناسی آموزش دیده بودند و به شدت تحت تأثیر تئوری‌های کرت لوین قرار داشتند، بنیان‌گذاران مدل اعتقاد بهداشتی بودند.

الگوی اعتقاد بهداشتی در آغاز به عنوان یک شیوه ساختاری برای بیان و پیش‌بینی رفتار بهداشتی و پیشگیری‌کننده، مطرح و توسعه پیدا کرد. تمرکز عمده پژوهشگران، الگوی اعتقاد بهداشتی بر روی پویایی عملی فرد می‌باشد.

براساس این تئوری رفتار انسان بستگی به دو متغیر دارد:

۱- ارزشی که توسط شخص بر روی یک هدف نهاده می‌شود که از تئوری انتظار ارزش به عاریت گرفته شده است. یعنی وقتی فرد رفتارش را تغییر می‌دهد که به این نتیجه رسیده باشد که انجام آن رفتار برای او سودمند باشد؛

۲- تخمین شخص از احتمال اجرای رفتاری که باعث دست یافتن به هدف مورد نظر می‌شود.

از نظر بیکر و میمن^۳، فرد رفتاری را انتخاب می‌کند که اولاً) بیشترین سود را در برداشته باشد؛ ثانیاً) در جامعه قابل دسترس باشد.

بر این اساس زیربنای مدل اعتقاد بهداشتی، تئوری انتظار ارزش است، که در آن رفتار شخص براساس مسایل مشخصی مثل حساسیت و شدت درک شده از مسأله می‌تواند قابل پیش‌بینی باشد.

^۱-Godfery Hochbaum

^۲-Irwin Rosen stock

^۳- Becker & Maiman

توصیف کننده‌های مدل اعتقاد بهداشتی

تهدید درک شده: دارای این مفهوم است که فرد احساس کند در معرض تهدید ابتلای به یک بیماری قرار گرفته و رفتار پیشگیری کننده‌ای را اتخاذ نماید. تهدید درک شده تحت تأثیر دو عامل قرار دارد:

الف) حساسیت درک شده: هر فرد دارای درکی منحصر به فرد از تجربه یک موقعیت می‌باشد که می‌تواند در جهت مخالف با سلامت او باشد. حساسیت افراد در درک یک وضعیت یا یک بیماری، متغیر و بسیار متفاوت است؛

ب) شدت درک شده: به اعتقادات شخص که به آثار ذهنی یک بیماری یا یک وضعیت توجه دارد و تأثیری که بر امور زندگی او می‌گذارد، اشاره دارد. این آثار می‌تواند از این نقطه نظر که این بیماری چه مشکلاتی را می‌تواند برای او ایجاد کند مورد توجه قرار گیرند.

با توجه به این ارزیابی، فرد جدی بودن بیماری را درک می‌نماید و این درک، منجر به این می‌گردد تا او اقدام به پذیرش رفتار پیشگیری کننده نماید.

منافع درک شده برای اتخاذ رفتار: برای اتخاذ عمل برای پیشگیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری، معمولاً فرد رفتاری را انتخاب می‌کند که بیشترین سود را برای وی داشته باشد (سود فردی، خانوادگی و اجتماعی...) و در جامعه قابل دسترسی باشد.

موانع اتخاذ عمل: البته عمل ممکن است انجام نشود حتی زمانی که شخص ممکن است معتقد باشد که منافع اتخاذ عمل، بسیارند. این احتمال با موانع مرتبط می‌باشد. موانع با مشخصه‌های درمانی و اقدامات پیشگیری کننده ارتباط دارد که ممکن است ناراحت کننده، گران، ناخوشایند، دردآور و یا آشفته باشد. این مشخصه‌ها می‌تواند فرد را وادار و یا هدایت برای اجتناب از اتخاذ یک اقدام مطلوب نماید.

ترکیب عوامل فوق منجر به پاسخی می‌گردد که به صورت عمل آشکار می‌شود مشروط بر اینکه با مجموعه‌ای از اعمال جانشین و منطقی همراه باشد. ادراکات شخص برای عقیده و عملکرد مهم می‌باشند. عقاید براساس شدت درک شده از مشکل بهداشتی، حساسیت، فواید و موانع درک شده برای عملکرد شکل می‌گیرند. **راهنما برای عمل:** درک شخص از سطوح حساسیت و شدت، نیروی لازم برای عمل را فراهم و تأمین می‌کند. منافع (منهای موانع) مسیر اقدام را مشخص می‌سازد اگرچه ممکن است برای رخ دادن یک رفتار دلخواه یک راهنما برای عمل مورد نیاز باشد. این راهنماها ممکن است داخلی یا خارجی باشند:

- ۱- محرک‌های داخلی: محرک‌هایی هستند که در داخل ارگانیزم فرد می‌باشند و سبب انجام عملی از طرف فرد می‌شوند. مثل: سردرد، تب؛
- ۲- محرک‌های خارجی: محرک‌هایی هستند که از خارج بر فرد اثر گذاشته و سبب انجام عملی از طرف فرد می‌شوند. مثل: وسایل ارتباط جمعی و ارتباطات بین فردی.

نظریات مختلفی برای توسعه این الگو به کار گرفته شده‌اند. در این میان نظریه یادگیری اجتماعی به طرق مختلف بر الگوی باور بهداشتی مؤثر بوده است. روزنستاک و همکارانش پیشنهاد کردند که خود - کار آمدی به این مدل اضافه شود. این مفهوم از تئوری شناختی اجتماعی باندورا به عاریت گرفته شده است. **خود-کارآمدی:** اعتقاد به این مسأله که توانایی موفقیت در انجام رفتار مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مورد تمایل وجود دارد (این مفهوم به وسیله باندورا در سال ۱۹۸۸ ارائه شده است) می‌باشد.

کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش سلامت

الگوی باور بهداشتی در ابتدا به منظور توضیح دلایل عدم مشارکت افراد در برنامه‌های پیشگیری یا تشخیص بیماری مطرح گردید. سپس در این مدل تجدید نظر شد و انگیزه‌های بهداشت عمومی، پاسخ افراد به بیماری و رفتار در نقش بیمار و پذیرش رژیم‌های درمانی را نیز در بر گرفت. علاوه بر این در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی نیز به کار رفت.

این مدل، برای انتخاب نکات مورد نظر در تأکید بر هرگونه پیام ارتباطی و به خصوص اهمیت جدی بودن آن، استعداد پذیرش و قابلیت پیشگیری، فهرست مفیدی را برای بررسی ارائه می‌دهد.

این مدل به طور بالقوه در پیش‌بینی افرادی که قصد استفاده یا عدم استفاده از اقدامات بهداشتی را دارند، مفید می‌باشد، همچنین مداخلاتی را پیشنهاد می‌کند که احتمالاً مشارکت افراد را در رفتارهای محافظت‌کننده سلامتی افزایش می‌دهد و می‌تواند چارچوبی مؤثر به منظور تدوین استراتژی‌ها و برنامه‌های آموزش سلامت باشد. مواردی از کاربردهای ویژه این مدل، در مطالعات مربوط به رفتارهای بهداشتی یا مشکلات سلامتی در ادامه ذکر می‌گردد:

پذیرش غربالگری سل - پاپ اسمیر برای تشخیص سرطان دهانه رحم -
واکسیناسیون و... AIDS/HIV - بیماری‌های مقاربتی - آموزش سلامت جنسی و
استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری - دیابت - مصرف الکل - حوادث رانندگی
و کنترل تصادفات - مراقبت از کودک و رفتارهای بهداشتی وی - مشارکت در
برنامه‌های غربالگری - استفاده از خدمات بهداشتی و درمانگاهی - رفتار تغذیه‌ای -
آسم - مشاوره ژنتیک و غربالگری - معاینه پستان توسط خود فرد - سرطان پوست
و رفتار محافظت‌کننده از آفتاب - پذیرش رژیم‌های درمانی از سوی بیماران -
سیگار کشیدن - افزایش فشارخون - در آموزش سلامت به بیمار و ارتقای سلامتی

- نارسایی قلبی - سل - سلامت دهان و دندان - سندرم شوک توکسیک - درمان شغلی - ورزش و فعالیت‌های جسمانی - فعالیت‌های مرتبط پیشگیری کننده و بهداشتی - راهنمای عمومی برای تدوین ابزارهای اندازه‌گیری و دیگر عوامل مستعد کننده مرتبط با عقاید .

مدل پری‌سید / پروسید

گرین^۱ در سال ۱۹۷۹ مدل پری‌سید را برای پی‌بردن به علل مشکلات رفتاری و طراحی، برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت تدوین نمود. این الگو براساس چهار رشته اپیدمیولوژی، علوم رفتاری / اجتماعی، مدیریت و آموزش بنا شده است.

فرض‌های زمینه‌ای مدل

چارچوب پری‌سید/ پروسید براساس دو فرض پایه‌ریزی شده است:

- ۱- سلامتی و خطرات سلامتی تعیین کننده های متعدد دارند؛
- ۲- از آنجا که سلامتی و خطرات آن توسط علل متعدد تعیین می‌شوند، تلاش برای ایجاد تغییرات رفتاری، محیطی و اجتماعی نیز باید چند بعدی یا چند بخشی باشد. تمام آموزش دهندگان سلامت باید در ابتدای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلاتشان به این دو فرض توجه داشته باشند.

مدل پروسید

بر اساس تجربیات لارنس گرین و مارشال کروتر در مکان‌های مختلف، مدل پروسید در اواخر دهه ۱۹۸۰ به مدل پری‌سید اضافه شد. اجزای پروسید، کارکنان بهداشتی را

^۱ - Green

به آن سوی مداخلات بهداشتی یعنی سیاست‌گذاری‌ها، مدیریت و فعالیت‌های اقتصادی مورد نیاز برای ساخت محیط‌ها و سیستم‌های اجتماعی سودمندتر که منجر به شیوه زندگی سالم‌تر و رفاه کامل‌تر اجتماعی، جسمانی و روانی برای افراد می‌شود، پیش می‌برد. باید یادآوری نمود که پروسید بر ساختارهای سازمانی و سیاست‌گذاری‌ها در توسعه آموزشی و محیطی تأکید دارد.

تعیین اولویت‌ها و اهداف در پری‌سید، اهداف و ویژگی‌هایی را برای سیاست‌گذاری اجرا و ارزشیابی در پروسید فراهم می‌کنند. انجام پری‌سید و پروسید همراه با هم، مجموعه‌ای مستمر از گام‌ها یا مراحل در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی فراهم می‌آورد. تعیین اولویت‌ها در مرحله پری‌سید منجر به تعیین یکسری اهداف کمی می‌گردد که در واقع همان اهداف در اجرای مرحله پروسید مؤثر می‌باشند و در نهایت نیز همان اهداف در مراحل ارزشیابی استانداردهای پذیرش یا ویژگی‌های موفقیت را نشان خواهند داد.

توصیف پری‌سید

مدل پری‌سید، چارچوبی برای فرایند سیستماتیک برنامه‌ریزی، تدوین و ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت فراهم می‌نماید که در آموزش سلامت در مدارس آموزش بیمار، آموزش سلامت در جامعه و مکان‌های مراقبت از بیماران می‌توان از آن استفاده نمود.

این مدل منحصر به فرد است به این معنی که با مشارکت فعال جمعیت هدف و با تعیین پیامد نهایی مطلوب شروع می‌شود، سپس به سمت عقب بر می‌گردد و به دنبال عواملی می‌رود که مقدم بر نتایج هستند. این شیوه، به برنامه‌ریز نیرو می‌دهد که در تدوین برنامه خود از پیامد نهایی شروع کرده و قبل از اینکه درباره «چگونگی» سؤال کند، «چرایی» را بپرسد.

با استفاده از این مدل ، برنامه‌ریزان بهداشتی از «سرزنش قربانی» که غالباً بر تمرکز انفرادی بر ارزیابی نیازها و ارزشیابی همراه است، اجتناب نموده و در عوض بر سطح جامعه متمرکز می‌شوند. همچنین این مدل بر ارتباط رفتار و محیط تأکید دارد. این مدل عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت را مشخص کرده و به برنامه‌ریزان از طریق مداخله در راه رسیدن به اهداف برنامه کمک می‌کند و گام‌هایی برای تدوین سیاست‌ها، اجرا و ارزشیابی فرایند برنامه آموزشی ایجاد می‌کند.

هدف مدل پری‌سید/پروسید

هدف مدل پری‌سید/پروسید ، توجه اولیه به پیامدها است تا اینکه به ورودی‌های برنامه توجه داشته باشد. به عبارت دیگر شما به عنوان برنامه ریز با پیامد مطلوب شروع می‌نمایید سپس به عقب بر می‌گردید تا مشخص شود چه عواملی نسبت به آن پیامد، مقدم می‌باشند. سپس مداخله خود را بر روی عوامل پیش نیاز، پایه‌ریزی می‌نمایید.

مراحل مدل پری‌سید/پروسید

گرین و همکارانش، نیازهای بهداشتی جامعه را با پنج نوع ارزیابی متفاوت، تجزیه و تحلیل می‌کنند. این پنج نوع ارزیابی مختلف عبارتند از: ارزیابی اجتماعی، ارزیابی اپیدمیولوژیکی، ارزیابی رفتاری و محیطی ، ارزیابی آموزشی و ارزیابی مدیریتی - خط مشی.

مرحله ۱- ارزیابی اجتماعی: بررسی کیفیت زندگی

در این مرحله کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه ، ارزیابی می‌شود و تصویری از امیدها یا مشکلات عمومی مورد توجه برای مردم فراهم می‌گردد. این مرحله از

طریق مشارکت اعضای جامعه در یک خود ارزیابی بهتر اجرا می‌شود. ارزیابی شخصی کیفیت زندگی، چشم‌اندازی را در زمینه موقعیت خاص جمعیت منطقه از دید خود آنها ارائه می‌دهد و نشان می‌دهد که سلامتی در کجای بافت زندگی آنها قرار گرفته است.

در واقع، در این مرحله وظیفه برنامه‌ریز این است که مشکلات اجتماعی را به همان نحوی که بیماران، مددجویان و یا جامعه درک می‌کنند، درک کند. پس از کارکردن در این مرحله، برنامه‌ریز باید قادر به بیان این موضوع باشد که چگونه کاهش مشکلات بهداشتی بر روی مشکلات شخصی یا اجتماعی که بازتاب کیفیت زندگی جمعیت هدف می‌باشد، اثر می‌کند.

برای تشخیص اجتماعی و تعیین کیفیت زندگی در این مرحله، علاوه بر پرسش از جمعیت هدف می‌توان از شاخص‌هایی مانند اشتغال، فرار از کار، سطح تحصیلات، تراکم جمعیت، میزان بزه کاری، مسکن و خدمات اجتماعی که می‌توان آنها را به صورت عددی بیان نمود، استفاده کرد.

مرحله ۲- ارزیابی اپیدمیولوژیک: بررسی سبب شناختی

در این مرحله مشکلات بهداشتی که با کیفیت ناخوشایند زندگی مرتبط هستند، تعیین می‌گردند. این مرحله به اپیدمیولوژی و علوم اجتماعی وابسته است. در این مرحله برنامه‌ریز باید:

- ۱- اهداف ویژه یا موقعیت‌های کمک‌کننده مشکلات اجتماعی را تعیین نماید؛
- ۲- مشکلات بهداشتی ویژه‌ای را که استحقاق بیشتری برای توجه دارند، انتخاب نماید.

به منظور انجام این وظیفه، برنامه‌ریز باید به داده‌های اپیدمیولوژیکی دسترسی پیدا کند. داده‌های اپیدمیولوژیک نشان دهنده بروز، شیوع و توزیع مشکلات بهداشتی

مربوطه می‌باشند و می‌توانند اهمیت این مشکلات را در ارتباط با کیفیت زندگی مشخص نمایند. سپس برنامه‌ریز باید این داده‌ها را با اطلاعات مستدل، نگرانی‌های اجتماعی و نیازهای جمعیت ترکیب نماید و از هر دوی اینها به عنوان پایه‌ای برای بحث و مذاکره به منظور تثبیت اولویت‌ها و راه‌کارهای برنامه استفاده نماید. یک آموزش دهنده سلامت با ارتقای درکش نسبت به مشکل و دیدن آمارهای اعلام خطرکننده در زمینه کلی‌تری از ارتباط بین مشکلات اجتماعی و بهداشتی می‌تواند به جامعه در مشخص کردن مشکلاتی که پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت در زمینه آنها نتایج جامع‌تر و سودمندتری خواهد داشت، کمک نماید.

مرحله ۳- ارزیابی رفتاری و محیطی^۱: بررسی عملکردهای بهداشتی

ارزیابی رفتاری و محیطی عبارتست از تعیین نظام‌مند رفتارهایی که به عنوان علل ایجادکننده مشکل بهداشتی می‌باشند. اگرچه ارزیابی‌های رفتاری و محیطی، مستقیماً مربوط به رفتارهای خاص هستند اما به علل غیر رفتاری نیز باید توجه شود. علل غیر رفتاری، عوامل شخصی و محیطی هستند که می‌توانند به طور قابل قبولی بر سلامت افراد تأثیر بگذارند ولی به وسیله رفتارهای فردی قابل کنترل نیستند. این علل عبارتند از: زمینه ژنتیکی، سن، جنس، بیماری‌های موجود، آسیب‌های روانی و جسمی، آب و هوا، محل کار و محل اقامت. بیشترین علل غیر رفتاری یا محیطی مشکلات بهداشتی (مثل هوا، آب، جاده‌ها و...) هستند یا مربوط به فناوری (مانند کفایت مراقبت‌های پزشکی، تسهیلات). این ارزیابی، عوامل رفتاری و محیطی مرتبط با مشکل بهداشتی انتخاب شده را تعیین می‌نماید.

^۱ - behavioral & environmental assessment

شکست در تعیین و رتبه‌بندی شیوه زندگی و عوامل محیطی مؤثر بر پیامدهای مطلوب، منجر به از هم پاشیدن فرآیند برنامه‌ریزی خواهد شد.

مرحله ۴- ارزیابی آموزشی^۱: بررسی علل رفتار بهداشتی

در این مرحله به بررسی و تعیین عواملی که تأثیر بالقوه روی تغییر محیطی و رفتاری مشکلات رفتاری مشخص شده در مرحله قبل دارند، پرداخته می‌شود. سه عامل که مسئولیت بیشتری در ارتقای سلامتی دارند، عبارتند از:

۱- عوامل مستعد کننده^۲: شامل دانش (آگاهی)، عقاید، نگرش‌ها، ارزش‌ها،

استعدادهای ژنتیکی و تجربیات اوایل دوران کودکی؛

۲- عوامل قادر کننده^۳: مثل وجود و دسترسی به منابع جامعه، مهارت‌های

فردی، مقررات و قوانین و یا موانع موجود. منابع شامل تسهیلات و امکانات

مراقبت‌های بهداشتی، کارکنان، مدارس،... و یا هر منبع مشابه دیگری

می‌باشد؛

۳- عوامل تقویت کننده^۴: عوامل تقویت کننده ممکن است ملموس یا ذهنی

باشند؛ ممکن است توسط خود فرد یا خانواده، هم‌سالان، معلمان و یا

دیگران ارایه شود؛ ممکن است شامل دیدگاه‌های اجتماعی، لذت حاصله از

انجام یک رفتار بر اساس رفتار کردن طبق نگرش همسالان و نیز منابع

فیزیکی و قابل لمس مثل کسب جایزه از سوی دیگران باشد.

هر رفتار بهداشتی ممکن است از مجموع این سه عامل پدید آید. از آنجایی که

رفتار یک پدیده چند عاملی است، توجه به مجموعه عوامل اهمیت دارد. در هر

۱ - educational assessment

۲ - predisposing factor

۳ - enabling factor

۴ - reinforcing factor

طرح تغییر رفتار نباید فقط به یک عامل توجه کرد. بلکه باید تمامی عوامل را در نظر گرفت. به عبارت دیگر برنامه‌هایی که بدون در نظر گرفتن عوامل قادرکننده اطلاعات بهداشتی را منتشر می‌کنند، در تغییر رفتار با شکست مواجه می‌گردند.

مرحله ۵- ارزیابی مدیریتی و اجرایی^۱

یک مرحله دیگر از چارچوب پری‌سید/پروسید که باید قبل از اجرای برنامه مورد توجه قرار گیرد، ارزیابی مدیریتی است که شامل ارزیابی توانایی سازمانی و مدیریتی و منابع برای تدوین و اجرای یک برنامه است. در واقع در این مرحله ظرفیت‌ها، منابع و محدودیت‌ها، خط‌مشی‌ها، توانایی‌ها و زمان مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

ارزیابی اجرایی و مدیریتی به متخصص بهداشت کمک می‌کند تا موانع و موارد تسهیل‌کننده کار را تعیین نماید و راه‌هایی را پیدا کند که موانع را به حداقل و موارد تسهیل‌کننده را به حداکثر برساند.

در این مرحله، باید استراتژی آموزشی برای تأثیر روی عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده انتخاب شوند.

مرحله ۶- اجرا^۲

اجرا و برنامه‌ریزی به طور عملکردی یکی می‌شوند. این نقطه‌ای است که پری‌سید و پروسید با یکدیگر تلاقی می‌کنند. آگاهی از نظریه‌های سیاسی، آموزشی و مدیریتی پیش‌نیاز موفقیت هستند.

۱ - administrative assessment

۲ - Implementation

مراحل ۷ و ۸ و ۹ ارزشیابی^۱

۳ نوع یا ۳ سطح از ارزشیابی، مراحل ۷ و ۸ و ۹ مدل پری‌سید و پروسید را می‌سازند. ارزشیابی ممکن است به عنوان مقایسه یک هدف مورد نظر با آنچه که استاندارد مورد پذیرش قرار می‌دهد، باشد.

موضوعات مورد نظر در آموزش سلامت شامل اهداف گسترده ارتقای کیفیت زندگی یا منافع بهداشتی و اجتماعی است. به عبارت دیگر موضوعات مورد نظر شامل فعالیت‌ها، روش‌ها، مواد و مطالب و برنامه‌های آموزش سلامت می‌باشد. تمام تأثیرات مداخله‌گر آموزش سلامت، شامل تغییرات در عوامل مستعدکننده، قادر کننده و تقویت‌کننده و نیز دستیابی به اهداف رفتاری از موضوعات مورد نظر می‌باشند.

سه سطح برای ارزشیابی یک برنامه آموزش سلامت وجود دارد که عبارتند از:

۱- ارزیابی فرایند^۲: به معنای ارزشیابی عملکرد کارکنان و استاندارد قابل قبول عملکرد مناسب می‌باشد و به طور عمده توسط متخصصین آموزش سلامت به دست می‌آید؛

۲- ارزشیابی اثر^۳: ارزشیابی در این سطح، آثار فوری برنامه بر آگاهی، نگرش و رفتار را مورد توجه قرار می‌دهد. آیا عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده که بر رفتار بهداشتی تأثیر دارند، تغییر کرده‌اند؟ آیا برنامه به اهداف کوتاه مدت خود رسیده است؟ هزینه - اثر بخشی، فشرده‌ترین استاندارد قابل قبول در ارزشیابی اثر است؛

۳- ارزشیابی پیامد^۴: موضوعات مورد نظر در این ارزشیابی شامل مرگ و میر و ابتلا هستند. آیا بروز و شیوع تحت تأثیر برنامه قرار گرفته و میزان و طول

۱ - Evaluation

۲ - Process evaluation

۳- Impact evaluation

۴ -outcome evaluation

مدت بقا بعد از شناسایی و درمان تغییر کرده است؟ در اینجا نیز، هزینه - اثر بخشی یکی از استانداردهای قابل قبول است. این استاندارد با توجه به تعداد زندگی‌هایی که نجات یا بهبود یافته است، به گونه‌ای انسانی تشریح می‌گردد. ارزشیابی پیامد (که ممکن است در طول سال‌ها تکمیل نشود) ارزشیابی تأثیرات بلند مدت برنامه است، مثل تغییر در شیوه زندگی. گرچه ارزشیابی، نزدیک چارچوب پروسید ظاهر می‌شود اما باید به طور مداوم و به عنوان قسمتی از مدل باشد. انجام و طراحی آن نیز نیازمند مهارت‌هایی در علوم سیاسی، مدیریتی و سازماندهی اجتماعی است.

نحوه طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی بر اساس مدل پری‌سید / پروسید

مدل پری‌سید و پروسید، منطق و چارچوبی برای تجزیه و تحلیل موضوعات مراقبت بهداشتی که کل جمعیت و افراد در معرض خطر را در نظر می‌گیرد، فراهم می‌نماید. این مدل همچنین به کارکنان بهداشتی اجازه می‌دهد که با تأثیر روی عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت‌کننده بر روی رفتار بیمار اثر بگذارند. برای تدوین و طراحی چارچوب پری‌سید/پروسید، سؤالات زیر را باید در نظر گرفت:

- ۱- چه گروه‌هایی از مردم مبتلا به بیماری، دارای عامل خطر یا شرایط خاص هستند که از مداخلات پزشکی، پرستاری و یا بهداشتی سود می‌برند ولی هنوز به این مداخلات دسترسی ندارند؟
- ۲- کدامیک از بیماران از استفاده مناسب‌تر از داروها یا شیوه‌های خود مراقبتی توصیه شده، سود خواهند برد؟

۳- کدامیک از بیماران، احتمالاً در مورد مکان‌های درمانی، داروها و رژیم‌های غذایی، احتمالاً با اشتباهاتی روبه‌رو می‌باشند و از آموزش و پایش بهبود یافته سود خواهند برد؟

۴- چه اشکالی از مداخله برای هر گروه از بیماران، بیشترین اثر را نشان خواهد داد؟

روش توصیه شده، شامل ارزیابی نیازهای آموزشی افراد از طریق پرسیدن یک سلسله سؤالات تشخیصی می‌باشد که برای اطمینان از ارتباط مداخله با انگیزه مهارت و منابع بیمار و تقویت کسب شده یا انجام رفتار توصیه شده یا اصلاح شیوه زندگی صورت می‌گیرد. تسلسل سؤالات و مداخلات، زمان مورد نیاز کارکنان و افراد را به حداقل و احتمال فایده را برای فرد به حداکثر می‌رساند.

تئوری یادگیری و یا شناخت اجتماعی

بشر از دیر باز بدون اینکه خود بداند، رفتارهای گوناگون هم‌نوعان خویش را تقلید می‌کرده است و آنها را فرا می‌گرفته است. با پیشرفت علم به خصوص علم روان‌شناسی و بررسی پدیده‌های گوناگون از دیدگاه این علم، مسأله رفتارهای تقلیدی انسان و حیوان به عنوان پدیده‌ای خارق‌العاده در دید دانشمندان نمود پیدا کرد.

در حقیقت تئوری شناخت اجتماعی که ریشه آن مربوط به تئوری یادگیری اجتماعی است، توسط آلبرت باندورا - استاد روان‌شناسی دانشگاه استانفورد گسترش یافته است.

دیدگاه کلی

انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند. ما از مشاهده جهان اجتماعی، از طریق تفسیر شناختی جهان و از طریق تقویت یا تنبیه پاسخ‌های مان در جهان، اطلاعات و مهارت‌های پیچیده زیادی را می‌آموزیم. براساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد را: نه نیروهای درونی تحریک می‌کنند و نه محرک‌های محیطی آنان را به تلاش وا می‌دارند. بلکه کارکرد روانی فرد با توجه به واکنش متقابل پیوسته میان عوامل تعیین کننده شخصی و محیطی تبیین می‌شود.

یادگیری مشاهده‌ای

تاسف برانگیز بود اگر قادر به یادگیری از مشاهده دیگران در جهان اجتماعی نبودیم. در آن صورت می‌بایست برای فراگیری دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های متداول در فرهنگ خود، وقت بیشتری صرف می‌کردیم و مرتکب خطاهای بسیاری می‌شدیم. اما خوشبختانه، بیشتر رفتارهای انسان از طریق مشاهده در فرآیند مدل‌سازی قابل یادگیری است. نخستین بار که به قصد تعلیم رانندگی در ماشین نشستید، حتما می‌دانستید که کجا و چگونه باید بنشینید و احتمالاً می‌دانستید که چگونه ماشین را روشن کنید زیرا قبلاً این صحنه را دیده بودید.

یکی از جنبه‌های جالب یادگیری مشاهده‌ای این است که یادگیری مزبور بدون کوشش صورت می‌گیرد. در این نوع یادگیری فراگیر مجبور نیست پاسخی بدهد. در واقع یادگیری مشاهده‌ای همان سرمشق‌گیری است که در آن فرد با انتخاب یک الگو یا سرمشق، به تقلید از رفتار او می‌پردازد.

مؤلفه‌های اساسی فرآیند یادگیری مشاهده‌ای:

- ۱- توجه
- ۲- حفظ یا به یاد سپاری
- ۳- بازسازی حرکتی
- ۴- ایجاد انگیزه

توجه

بدون توجه، یادگیری نمی‌تواند صورت بگیرد. بنابراین آشکار است که توجه شرط لازم برای یادگیری مشاهده‌ای است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ما به الگوهای توجه نشان می‌دهیم که بلند پایه، با کفایت و تخصصی هستند.

به یاد سپاری (حفظ):

در حقیقت حفظ یعنی اینکه مشاهده‌گر توانایی به خاطر سپردن رفتاری را که می‌بیند، داشته باشد.

بازسازی حرکتی

یعنی توانایی یادگیرنده برای اجرای آموخته‌های خویش. در این مرحله رمزهای کلامی یا تجسمی موجود در حافظه، به صورت اعمال آشکار در می‌آیند.

ایجاد انگیزه :

یعنی فرد تمایل داشته باشد، رفتاری را که آموخته است به عمل درآورد. رفتار آموخته شده از راه مشاهده در صورتی به عملکرد تبدیل می‌شود که با تقویت همراه باشد.

کاربرد تئوری یادگیری اجتماعی

تئوری یادگیری اجتماعی به طور وسیعی در مشکلات بهداشتی کاربرد دارد: از قبول و رعایت درمان‌های پزشکی گرفته تا آگاهی از پرخاشگری و اختلالات روانی مخصوصا اصلاح رفتار. این تئوری در بسیاری از برنامه‌های آموزش سلامت از جمله: جلوگیری از مصرف دخانیات، جلوگیری از سوء مصرف مواد، جلوگیری از خشونت، پذیرش دارو درمانی، سوء مصرف الکل، ایمن‌سازی، مطالعه مسایل اخلاقی در کودکان، کمک به درک بهتر جامعه‌پذیری و درون‌سازی اخلاقی و ارزشی در کودکان و همچنین آموزش‌های جنسی مخصوصا برای جلوگیری از حاملگی، ایدز و عفونت‌های مقاربتی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

* به طور کلی این تئوری تأکید بر این دارد که چطور افراد به وسیله شناختی که از تجارب اجتماعی کسب می‌کنند، عمل کرده و چگونه این شناخت‌ها بر روی رفتار و رشد آنها تأثیر می‌گذارد.

کاربرد عملی تئوری یادگیری اجتماعی در آموزش سلامت، می‌تواند به طرق زیر فراهم آید:

- ۱- توجه به عوامل شخصی و محیطی مؤثر بر بروز رفتار
- ۲- فراهم آوردن الگوهای مثبت رفتاری
- ۳- ایجاد شرایط لازم برای تقویت خود - کارآمدی در افراد در انجام امور
- ۴- فراهم آوردن تقویت و پاداش مناسب در برابر انجام عمل بطور صحیح
- ۵- توجه به رشد فرآیندهای خود تنظیمی در انجام اعمال مورد نظر با ارایه آموزش‌های لازم در هر مورد
- ۶- فراهم کردن و افزایش امکان بروز موفقیت در انجام امور مورد نظر

تئوری خود- کارآمدی

مردم وقتی اعتقاد داشته باشند که توانایی انجام عملی را به طور مؤثر دارند، احتمال بیشتری دارد که آن عمل را انجام دهند.

خود کارآمدی در لغت به معنای توانایی برای ایجاد یک اثر یا نتیجه مطلوب آمده است. به عبارت دیگر به معنای درک یا قضاوت فرد در مورد توانایی انجام یک عمل خاص به طور موفقیت آمیز و با کنترل عوامل پیرامون خود تعریف شده است.

باندورا خود - کارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی هایش در مورد انجام یک عمل مشخص می داند و براساس مطالعاتش عنوان نموده که خود- کارآمدی درک شده توسط فرد، یک مؤلفه مهم در عملکرد فرد قلمداد می شود چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت های اساسی فرد عمل می نماید.

تئوری خود- کارآمدی به نقش داشتن اعتماد به نفس در انجام رفتارهای خواسته شده، اهمیت می دهد. فردی با خود - کارآمدی پایین، کمتر احتمال دارد که سعی در انجام رفتار بهداشتی جدید یا تغییر رفتاری که برایش عادت شده، نماید.

از عوامل مهم در شکل گیری خود- کارآمدی ، ساختار خانوادگی فرد می باشد که می تواند نقش مؤثری در ایجاد اعتقاد فرد نسبت به خود کارآمدی اش داشته باشد. اگر والدین در دوران کودکی تأثیر مثبتی در تکامل توانایی های کودک شان داشته باشند، زمینه مساعد برای بالفعل کردن استعداد های بالقوه آنها جهت پیشرفت و کنترل باورهای درونی فراهم می شود. بنابراین می توان گفت: خود- کارآمدی تا حدودی از قوانین توارث پیروی می کند و دیده شده کودکانی که از خود- کارآمدی پایینی برخوردارند، در خانواده هایی پر استرس رشد یافته اند و والدین آنها در برابر مشکلات و مصایب زندگی احساس عجز و ناتوانی بیشتری کرده اند.

عوامل آموزشی نیز در توسعه و رشد خود-کارآمدی نقش مهمی را ایفا می‌نمایند زیرا کودکان در کانون خانواده و مراکز آموزشی، قوانین و آداب و رسوم اجتماعی را می‌شناسند و نحوه برخورد با مشکلات را می‌آموزند.

افرادی که خود-کارآمدی بالایی دارند، برای رسیدن به هدف‌های متعالی خود با احساسی که برای موفقیت و دستیابی به اهدافشان دارند، بیشتر خود را درگیر فعالیت‌های مؤثر برای رسیدن به موفقیت می‌نمایند و زمانی که با شکست مواجه می‌شوند، سریعاً موقعیت خود را حفظ کرده و مسیرشان را برای رسیدن به هدف ادامه می‌دهند. به طور کلی تمام تجارب یادگیری، انتخاب و انگیزه‌های آگاهانه فرد، به وسیله درکی که فرد از توانایی دستیابی به موفقیت دارد، تحت تأثیر قرار می‌گیرد و به این جهت این عامل، باید به میزان وسیعی در علوم رفتاری مورد ملاحظه قرار گیرد. ساختار خود-کارآمدی، یک عقیده است که دارای اثری نفوذی بر تلاش و کوشش بشر است. باندورا معتقد است که عقاید افراد در مورد کارآمدی‌شان یک نقش اصلی و مهم در چگونگی سازماندهی، ایجاد و اداره وقایع اثرگذار، بر جریان زندگی‌شان ایفا می‌کند. در واقع یک حس قوی از خود-کارآمدی با ارتقای سلامت و کسب موفقیت‌های بزرگ اجتماعی در ارتباط است و براین اساس می‌توان از خود-کارآمدی به‌عنوان یک کلیدباهمیت در روانشناسی فردی و اجتماعی یاد کرد.

فاکتورهای مؤثر در گسترش خود-کارآمدی

فراگیرانی که به طور معمول به خوبی می‌دانند چه چیزهای را می‌توانند یا نمی‌توانند انجام دهند، درباره خود-کارآمدی شخصی‌شان عقیده درست و منصفانه‌ای دارند. رقابت جویی باعث افزایش خود-کارآمدی فراگیران می‌شود.

فاکتورهای مهمی در خود-کارآمدی مؤثر هستند، از جمله: موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی، پیغام‌های رسیده از دیگران و موفقیت‌ها و شکست‌های دیگران.

به طور کلی چهار نکته اصلی برای ایجاد حس خود-کارآمدی وجود دارد:

- ۱- تجارب همراه باکسب مهارت
- ۲- الگوسازی اجتماعی
- ۳- ترغیب اجتماعی
- ۴- متکی بودن مردم بر وضعیت فیزیکی و احساسی شان درباره قابلیت های شان

عوامل مؤثر در ایجاد حس خود-کارآمدی در مددجویان عبارتند از:

- ۱- قابل انجام بودن وظایف از نظر مددجو؛
 - ۲- قابل تقسیم بودن کار. اگر بخصوص یک رفتار یا کار پیچیده به کارها و وظایف کوچکتر تقسیم شود، باعث می شود که موفقیت های کوچک بسیاری در طی فرایند یادگیری تجربه شوند؛
 - ۳- تکرار رفتار یا مهارت؛
 - ۴- وجود توجه، تشویق و تحسین برای انجام وظیفه.
- خود-کارآمدی یا درک توانایی تکمیل موفقیت آمیز یک وظیفه، اصلی است که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می کند زیرا اعتقاد به اینکه فرد می تواند رفتاری را انجام دهد، معمولاً قبل از کوشش واقعی برای انجام آن رفتار ایجاد می شود.
- خود-کارآمدی بر انتخاب رفتار، زمان و وضعیت انجام رفتار و میزان کوشش و پافشاری برای انجام یک وظیفه خاص تأثیر می گذارد. همچنین بر میزان کوشش مددجویان برای مقابله، مدت زمان مقابله و تصمیم گیری برای انتخاب محیط و فعالیت هایی که در آنها احساسات و رفتارهای خود-کارآمدی قوی تر است، تأثیر خواهد گذاشت.

تئوری خود کنترلی

بیش از دو دهه از ارایه تئوری خود کنترلی به منظور توجه به جنبه‌های کلی و جدید رفتار انسان می‌گذرد. در این تئوری، تمرکز بر راه‌های هدایت افراد و کنترل فعالیت‌ها و عواطف برای رسیدن به اهداف می‌باشد. این تئوری، چارچوبی پویا و فعال برای درک پیچیدگی‌های رفتار در پاسخ به اتفاقات برانگیزنده و محرک روانی فراهم می‌کند، مانند تجربیات استرس‌زای حاصل از بیماری.

تعاریف و زمینه تئوری خود کنترلی:

کارولی^۱ (۱۹۹۳) بررسی وسیعی در مورد تئوری خود کنترلی انجام داد و آن را فرآیندهای داخلی یا اجرایی تعریف کرد که موجب می‌شود فرد در طول زمان به طرف فعالیت‌های هدفدار هدایت شود، به طوری که به نحوی در مسیر تغییر حرکت کند. از مکانیسم کنترل برای تطبیق و تعدیل افکار و رفتار یا توجه از طریق استفاده ارادی یا خودبخودی از مکانیسم‌های خاص و مهارت‌های حمایت‌کننده استفاده می‌شود.

در واقع می‌توان گفت فرآیندهای خودکنترلی، زمانی که فعالیت معمول و عادی به مانعی برخورد کند و یا لازم باشد مسیر هدف طور دیگری دنبال شود، آغاز می‌گردد. مثلاً هنگام بروز یک مبارزه و یا شکست. در این زمان است که خود کنترلی به منظور تلاش در هدایت رفتار در طول یک مسیر خاص و برای رسیدن به یک هدف مشخص، به کار گرفته می‌شود. در فرآیند خود کنترلی هیچ عامل خاصی مسئول موفقیت یا شکست برنامه محسوب نمی‌شود. توانایی خود کنترلی می‌تواند مزایایی در زندگی روانی فرد داشته باشد.

^۱ - karoly

زیممرمن^۱ (۲۰۰۰) خودکنترلی را تلاش‌های منظم و سیستماتیکی می‌داند که باعث هدایت افکار، احساسات و اعمال در جهت رسیدن به اهداف و امیال فرد می‌شود و از این جهت کاربرد آن اهمیت زیادی در زمینه‌های آموزشی و روان‌شناسی کسب کرده است.

تحقیق در زمینه خودکنترلی، ابتدا در موارد درمانی شروع شد ولی بعد به حیطه‌های آموزشی، بهداشتی، ورزشی و شغلی نیز گسترش یافت. این تئوری از دیدگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته ولی تاکنون توافقی بر جنبه‌های خاص آن صورت نگرفته است. باندورا، خودکنترلی را جزو سوم از توانایی بشر محسوب نموده و برای آن عملکردهایی مشخص کرده است:

۱- تنظیم اهداف^۲

۲- نظارت و پایش خود^۳

۳- ارزشیابی و قضاوت در مورد عملکرد^۴

۴- خود واکنشی^۵

از دیدگاه باندورا، خودکنترلی در واقع یک مکانیسم کنترل داخلی است که تعیین می‌کند چه رفتاری انجام شود و اجازه می‌دهد که به تدریج کنترل‌های داخلی جانشین کنترل‌های خارجی رفتار شود. به این ترتیب افراد دایما به طرف فرآیند تعیین اهداف برای خود می‌روند و سپس موفقیت‌های خود را با هدف و استاندارد خود مقایسه می‌کنند و در این حال است که استانداردهای شخص می‌تواند او را برای کار سخت‌تر یا تغییر رفتار به منظور رسیدن به یک هدف یا استاندارد مشخص تحریک کند. سیستم‌های خودکنترلی با تعدیل تأثیرات خارجی، مبنایی را برای عمل

^۱ -zimmerman

^۲ - goal setting

^۳ - self observation and monitoring

^۴ - performance judgment and evaluation

^۵ - self reaction

هدف‌مند فراهم می‌کنند و به افراد اجازه می‌دهند که بر افکار، احساسات، انگیزه‌ها و اعمال خود کنترل داشته باشند. خود کنترلی رفتار، یعنی اینکه افراد رفتارهای مناسب و نامناسب را تشخیص دهند و عملکردشان را بر طبق آن انتخاب کنند.

فرآیندهای خود کنترلی

باندورا در سال ۱۹۷۸ الگوی ساده شده‌ای از فرآیندهای خودکنترلی ارائه کرد. در این الگو سه فرآیند کلیدی در یادگیری برای خود کنترلی رفتار پیشنهاد می‌شود:

* ابتدا، عملکردها را زیر نظر می‌گیریم (**self observation**). پس از آن رفتارمان را با توجه به کمیت، کیفیت، ابتکاری بودن، سرعت و ویژگی‌های دیگر آن مورد بررسی قرار می‌دهیم؛

* دوم، درباره عملکردها به قضاوت می‌نشینیم (**self judgment**) و به ارزشیابی این مسأله می‌پردازیم که تا چه حد، آنچه کردیم با معیارهای شخصی‌مان همخوانی دارد؛

* سوم، درباره پیامدهایی که آن رفتار، ممکن است برایمان داشته باشد می‌اندیشیم. براساس قضاوت از رفتارمان، ممکن است احساس خوشنودی یا ناخوشنودی کنیم.

والدین و معلمانی که معیارهای عملکردی بالا را برای کودکان در نظر می‌گیرند می‌توانند انتظار این را داشته باشند که کودکان نیز متقابلاً معیارهای بالایی را داشته باشند. یافته‌ها نشانگر این هستند که کودکان وقتی پیوسته معیارهای بالایی برایشان تعیین می‌شود و الگوهایشان نیز دارای چنین معیارهای هستند، شرایط سختی را برای عملکرد خود قایل شده و در این وضعیت پاداش ناچیزی برای خود در نظر می‌گیرند. اما وقتی بزرگسالان هم خودشان رفتاری غیرجدی دارند و هم به کودکان

آسان‌گیری را می‌آموزند، کودکانشان از عملکرد متوسط خود خوشنود به نظر می‌رسند و برای چنین دستاوردهایی، برای خود پاداش منظور می‌کنند. این که فرد معیارهای شخصی بالایی داشته باشد، بسیار خوب است اما معیارهایی که بیش از حد بلند پروازانه هستند، زیان‌آورند. نظام‌های خود کنترلی بسیار ریاضت‌کشانه ممکن است به افسردگی، احساس یأس، بی‌هدفی، صدمه به خود و یا به خود کشی بینجامد. افرادی که آرزوهای بلند پروازانه دارند و پیوسته پیشرفت‌هایشان را ناچیز می‌شمارند، پیوسته در حال اضطراب و افسردگی به سر می‌برند.

در خصوصیات افراد خود کنترل می‌توان موارد زیر را ذکر کرد:

* افراد خود کنترل تلاش می‌کنند، کنترل آگاهانه‌ای بر رفتار، انگیزه (عاطفه) و شناخت خود داشته باشند. آنها این سه بعد را کنترل و نظارت کرده و رفتارهایشان را براساس موفقیت یا شکست حاصل از آنها تطبیق می‌دهند؛

* این افراد توسط دیگران، افراد و عوامل بیرونی کنترل نمی‌شوند بلکه خود، کنترل کننده اعمال خود هستند. خود کنترل واقعی ممکن است با یک طرح تنظیم شده توسط یک متخصص کارش را شروع کند ولی چگونگی کنترل رفتارها توسط خود آنان انجام می‌شود.

تئوری انتشار نوآوری

تعاریف و عناصر تئوری:

انتشار نوآوری یک تئوری است که به تجزیه و تحلیل، توصیف و تطابق یک نوآوری جدید کمک می‌کند. به عبارت دیگر، به شرح فرآیند تغییر اجتماعی کمک می‌کند. یک نوآوری: یک عقیده، عمل یا موضوع است که به عنوان یک مورد جدید توسط افراد یا سایر منابع، پذیرش و درک شده است و در واقع تازگی عقیده درک

شده برای فرد، واکنش فرد را در برابر آن تعیین می‌کند. به علاوه انتشار، فرآیندی است که توسط آن یک نوآوری از طریق کانال‌های خاص در طول زمان در بین اعضای یک سیستم اجتماعی منتشر می‌شود.

بنابراین چهار عنصر اصلی این تئوری شامل: نوآوری، کانال‌های ارتباطی، زمان و سیستم اجتماعی هستند.

۱- نوآوری: عقیده، موضوع یا عملی است که به عنوان یک مورد جدید توسط فرد یا اجتماع درک می‌شود؛

۲- کانال‌های ارتباطی: وسایلی هستند که توسط آنها پیام‌ها از یک فرد به دیگران می‌رسد؛

۳- زمان : شامل (الف) زمان لازم برای طی فرآیند تصمیم‌گیری (ب) زمان نسبی که یک نوآوری توسط یک فرد یا گروه مورد پذیرش قرار می‌گیرد

(ج) و درجه پذیرش نوآوری می‌باشد؛

۴- سیستم اجتماعی: مجموعه‌ای از واحدهای مرتبط است که با پیوستن به هم برای حل مشکل، به یک هدف عمومی نایل می‌گردند.

ارایه نوآوری

راجرز و شومیکر، نگرش‌های مهمی را درباره اصول حاکم بر امکان ایجاد یک «آغاز» ارایه می‌نمایند. این اصول، اصولی است که برای هر کس که خواهان ایجاد تغییر در اجتماع است، قابل استفاده می‌باشد. برای به دست آوردن پیش‌زمینه اطلاعاتی مناسب و سنجش موضوع، بررسی‌هایی را می‌توان در چهار مورد انجام

داد:

- ۱- ویژگی‌های اجتماعی (یا سیستم اجتماعی) در ارتباط با تمایل‌شان به اتخاذ و پذیرش نوآوری‌ها؛
- ۲- عوامل اصلی تعیین‌کننده اینکه سیستم اجتماعی، مالک نوآوری خواهد شد یا خیر؛
- ۳- نقش رهبری در روند تغییر؛
- ۴- خصوصیات نوآوری .

ویژگی‌های اجتماع

راجرز و شومیکر در پنج بخش از پذیرندگان در درون اجتماع تحلیلی به عمل می‌آورند (نوآوران، پذیرندگان اولیه، اکثریت اولیه، اکثریت متأخر، عقب مانده‌ها یا کندروها).

در یک برنامه برنامه‌ریزی از سطوح بالا به پایین^۱، عوامل ایجادکننده تغییر اجتماع را ناگزیر به اتخاذ نوآوری‌های سالم خواهند کرد. در نتیجه اقداماتی صورت خواهد گرفت تا اکثریت متأخر را وادار به عمل و رسوخ به هسته مرکزی مقاومت کندروها (laggards) نمایند. از طرف دیگر برنامه‌ریزان، در برنامه‌ریزی از سطوح پایین به بالا^۲، برای عدم قبول کندروها، دلایل فرهنگی - اجتماعی خواهند آورد. مثل عدم وجود شرایط مطلوب محیطی برای یادگیری که در نهایت تأثیر آنها چنین خواهد بود که گروه کندروها حق دارند هر ابداعی را که با نیازهایشان منطبق نباشد رد کنند. البته هر دو گروه برنامه‌ریزان باید توجه نمایند که تغییر ممکن است در درازمدت روی دهد.

^۱ - top-down

^۲ - bottom - up

تملك ابداع

مورد دوم مربوط است به اهمیت مالکیت نوآوری از طرف جامعه که در هر دو نوع برنامه‌ریزی بالا به پایین و پایین به بالا تصریح شده و در واقع این امر برای توسعه جامعه، یک نیاز ایدئولوژیکی است. تغییر باید نتیجه تشخیص وضعیت جامعه از نیازهای احساس شده باشد. برای برنامه‌ریزان مایل به برنامه‌ریزی بالا به پایین، این مسأله بیشتر تکنیکی است تا فلسفی بنابراین چنین تغییراتی دچار شکست خواهند شد مگر آنکه به طور اتفاقی، نوآوری‌ها نیازمندی‌هایی را که از قبل وجود داشته‌اند، ارضا کند.

راجرز و شومیکر احتمال تغییر را بر اساس تأثیرات متقابل در دو بعد توصیف می‌کنند. اول: درک اجتماع از منابع به وجود آورنده تغییر و دوم: تشخیص اجتماع از میزان نیاز به تغییر.

در نتیجه هر گاه منابع خارجی مثلاً پزشکان، معلمان یا کارگزاران دولتی بخواهند تغییری را به اجتماع تحمیل کنند، شانس اتخاذ چنین تغییری عملاً وجود ندارد. مشاهده‌گرانی که اجتماع را از بیرون مورد بررسی قرار می‌دهند، ممکن است برخی از نیازهای بهداشتی را که مردم از آن بی‌خبرند ولی از نظر علمی تأیید شده تشخیص دهند. در چنین حالتی مددکاران اجتماعی^۱ باید حرکت خود را جهت ایجاد تسهیلاتی برای افزایش آگاهی مردم در تشخیص چنین نیازی متمرکز کرده و مهارت‌های لازم برای برطرف ساختن آن را نیز فراهم آورند.

نقش رهبران

نقش رهبری بسیار مهم بوده و ارتباط بسیار نزدیکی با انجام کارها در جامعه دارد. راجرز و شومیکر عنوان کرده‌اند که: همسانی عبارت است از میزان شباهتی که افراد

^۱ - Community Workers

دارای روابط متقابل در برخی از ویژگی‌ها مثل باورها، ارزشها، آموزش موقعیت اجتماعی و غیره به یکدیگر دارند. ارتباطات میان افراد و روندهای کلی تأثیر در مورد افرادی که هم‌سان هستند، مؤثرتر واقع می‌شود. راجرز (۱۹۹۵) بیان می‌دارد که حمایت رهبران عقیدتی می‌تواند نقش خیلی مهمی در موفقیت نوآوری داشته باشد.

کاربرد تئوری انتشار نوآوری

در فرآیند نوآوری، کارگزاران یا نوآوران دارای هفت نقش پیاپی هستند. آنها قبل از هر چیز باید در مورد پیام‌هایی که ارسال می‌کنند، آگاهی کافی و باور داشته باشند و به سازمان یا جامعه خویش احساس تعلق کنند. در مجموع هفت نقش پیاپی نوآوران به شرح زیر است:

۱- برانگیختن احساس نیاز مردم نسبت به تغییر: برای اجرای این کار باید راه‌حل‌های گوناگون مربوط به یک مسأله را نشان دهند. اهمیت مسایلی را روشن سازند و مخاطب خود را قانع کنند. در این مرحله کارگزار نه تنها باید نیازها را مشخص کند بلکه باید آنها را به صورت عاملی سازنده و ابزاری برای پیشرفت ارائه کند؛

۲- ایجاد ارتباط با مردم: هنگامی که نیاز به تغییر ایجاد شد، باید با مردم ارتباط برقرار کرد. نوآور می‌تواند با اعتبار بخشیدن، ایجاد اعتماد و هم‌دلی با نیازهای آنان این رابطه را تحکیم بخشد، زیرا مردم باید قبل از پذیرش نگرش جدید، کارگزار تغییر را پذیرفته باشند؛

۳- تعیین نیاز مردم: کارگزار نوآوری باید مسایل مردم را بررسی کرده و مشخص سازد چرا روش‌های موجود نمی‌توانند نیازهای آنان را برآورده کنند. او باید از نظر روانی خود را در موقعیت آنها قرار دهد و مسایل را آن گونه ببیند که آنها می‌نگرند؛

۴- ایجاد انگیزه تغییر در مردم : تغییر باید با توجه به خواست و مطابق با نیازهای مردم باشد تا تغییر برای تغییر. در این مرحله کارگزار تنها نقش یک مشوق را ایفا می‌کند؛

۵- تبدیل نگرش به رفتار : نگرش نوعی آمادگی و تمایل به عمل یا عکس العمل خاص در مقابل محرکی خاص است. در نتیجه، نگرش‌های فرد غالباً حاضر اما راکد است و تنها در صورت برخورد با موضوع، نگرش در بیان و رفتار وی تجلی می‌یابد. از این رو کارگزار تلاش می‌کند با توصیه‌های مبتنی بر نیازهای مخاطب در رفتار وی تأثیر بگذارد و نگرش را به رفتار تبدیل کند؛

۶- پایدار ساختن تغییر : کارگزار می‌تواند به گونه‌ای مؤثر و با فرستادن پیام‌های تشویقی، رفتار جدید را تثبیت و پایدار کند. این روش با دادن پاداش برای بالابردن نیروی تمایل به دادن پاسخ دلخواه انجام می‌گیرد؛

۷- دستیابی به داوری جدید: در این مسیر، موفقیت کارگزار در استفاده دقیق از رهبران افکار عمومی است. رهبران افکار عمومی یا دروازه بانان، افرادی آگاه و معتمد در جامعه هستند که از طریق تماس‌های مشخصی با افراد در زندگی روزمره‌اشان، بر تصمیم‌گیری و شکل‌دهی عقیده آنان تأثیر می‌گذارند.

تئوری هماهنگی شناختی

مبتکر این تئوری لئون فستینگر^۱ می‌باشد. این تئوری (که در ابتدا به نام تئوری ناهماهنگی شناختی نامیده می‌شد) برای تحقیق روابط اجتماعی، با استفاده از منابع مالی و کمک آزمایشگاهی دانشگاه مینسوتا گسترش یافت.

^۱ - Leon Festinger

چگونگی پیشرفت تئوری :

فرم ابتدایی تئوری شناختی بر این مبنا بوده که تفکر، رفتار را شکل می‌دهد. چندین تئوری از جمله تئوری‌های دکتر لوین (زمینه تئوری و آغاز تئوری ناهماهنگی شناختی) که از اصول گشتالت استخراج شده، به گسترش علوم رفتاری انسان کمک کرد.

به دنبال یافته‌های اولیه، فستینگر به مفهوم ناهماهنگی و فرضیه‌های مربوط به کاهش این ناهماهنگی دست یافت و این تلاش‌ها باعث شکل‌گیری تئوری ناهماهنگی شناختی شد که بعدها به نظریه همسازی یا هماهنگی شناختی معروف شد.

ارتباط دو شناخت با یکدیگر، می‌تواند هماهنگ یا ناهماهنگ باشد. دو شناخت وقتی هماهنگ هستند که یکی از دیگری پیروی کند ولی اگر یکی از شناخت‌ها عکس دیگری باشد، آنها ناهماهنگ می‌شوند. وجود ناهماهنگی، فشار روانی و استرس به وجود می‌آورد. در این حالت، فرد برای کاهش ناهماهنگی انگیزه پیدا کرده و در صدد برمی‌آید از اطلاعاتی که ناهماهنگی را بیشتر می‌کند، اجتناب نماید. هر قدر ناهماهنگی بیشتر باشد، فشار روانی برای کاهش ناهماهنگی بیشتر می‌شود. یک فرض بنیادی نظریه ناهماهنگی شناختی این است که ناهمسازی، ناراحتی آفرین و ایجاد کننده تنش است و این حالت شخص را به کاهش یا برطرف کردن ناهمسازی بر می‌انگیزد.

این که این حالت تا چه حد ناراحت کننده است یا میزان ناهماهنگی چقدر است، به دو عامل بستگی دارد:

الف- نسبت شناخت‌های ناهماهنگ به شناخت‌های هماهنگ؛

ب- اهمیت هر یک از شناخت‌ها برای شخص.

به عبارت دیگر، ممکن است در یک حالت ناهماهنگی، دو شناخت وجود داشته باشد اما اگر هیچ یک از دو شناخت برای شخص چندان اهمیت نداشته باشد، در آن صورت تنش ایجاد شده حداقل است. اما وقتی پای اعتقادات یا رفتارهای مهم در میان باشد و همچنین هر چه تعداد شناخت‌های ناهماهنگ بیشتر باشد، نظریه ناهمسازی شناختی پیش‌بینی می‌کند که تنش بسیار بالاست و برای کاهش این تنش کوشش قابل ملاحظه‌ای لازم است.

ناماهنگی چگونه کاهش می‌یابد؟

یک راه آن است که تعداد یا اهمیت عناصر ناهماهنگ را کم کنیم. اگر مردی تاریخ ازدواج خود را فراموش کرده باشد، ممکن است خود را این گونه قانع کند که یادآوری ازدواج به معنی یادآوری بالا رفتن سن همسرش است که چندان خوشایند نیست و در نتیجه اهمیتی ندارد که آن را فراموش کرده باشد.

راه دیگر این است که تعداد یا اهمیت شناخت‌های هماهنگ خود را افزایش دهیم. به عنوان مثال، فرد مورد نظر ما برای اثبات خوش فکر بودن خود، ممکن است همسر خودش را برای خرید لباس به بازار ببرد یا او را به یک سفر دلخواه ببرد یا به رفتارهای دیگری که به فکر همسر بودن او را تأیید می‌کنند، دست بزند.

سومین راه کاهش ناهماهنگی، این است که یکی از عناصر ناهماهنگ را به نحوی تغییر دهیم که با شناخت‌های دیگرمان هماهنگ شود. غالباً این تغییر در نگرش فرد اتفاق می‌افتد، به طوری که نگرش با رفتاری که قبلاً انجام گرفته هماهنگ شود. در مثال ذکر شده ممکن است شخص مذکور نظر خود را تغییر داده و خود را شخص چندان خوش حافظه‌ای نداند. مثال اخیر، یکی از جنبه‌های خاص نظریه ناهمسازی شناختی را مشخص می‌سازد. از آن جا که بنا به فرض این نظریه وقتی ناهماهنگی برای شخص پیش می‌آید، هر یک از عناصر موجود در شناخت

می تواند تغییر کند بنابراین شخص امکان می یابد که در رابطه رفتار- نگرش از هر جهت اقدام کند.

اما چند نکته درباره هماهنگی شناختی شایان ذکر است :

الف- آن چه برای یک شخص سبب ناهماهنگی می شود، ممکن است برای دیگری این گونه نباشد و این نظریه، در شکل های جدید خود بر اهمیت فرد تأکید زیادی دارد؛

ب- ممکن است شناخت هایی ناهماهنگ باشند اما لزوماً سبب ایجاد تنش در شخص نشوند مگر آن که شامل برخی عناصر مربوط به مسئولیت شخصی فرد باشند؛

ج- تعهد نسبت به یک تصمیم در این زمینه حایز اهمیت است و ناهماهنگی وقتی بیشتر خواهد بود که شخص نسبت به موضوعی تعهدی قوی داشته باشد.

روش های مقابله با ناهماهنگی شناختی

۱- از بین بردن شناخت ناهماهنگ؛

۲- اضافه کردن شناخت های هماهنگ جدید با ارزش تر و مهم تر از شناخت ناهماهنگ؛

۳- کاهش اهمیت شناخت های ناهماهنگ؛

۴- افزایش اهمیت شناخت های هماهنگ.

به عنوان مثال وقتی یک فرد سیگاری اطلاعاتی درباره مضر بودن سیگار برای سلامتی دریافت می کند، در این زمان دچار ناهماهنگی می شود چرا که آگاهی او در مورد مضر بودن سیگار برای سلامتی، با شناختی که او را مجبور به سیگار کشیدن می کند، ناسازگار است. او می تواند تضاد حاصله را به طرق زیر کاهش دهد:

- ۱- رفتارش را تغییر دهد. یعنی دیگر سیگار نکشد و این با شناختی که درمورد «مضر بودن سیگار» بدست آورده، سازگار است؛
- ۲- شناخت خود درباره تأثیر سیگار کشیدن بر سلامتی را تغییر دهد. به این باور برسد که سیگار کشیدن تأثیر بدی بر سلامتی ندارد و آثار مثبت برای سیگار کشیدن مطرح کند؛
- ۳- یا این که اهمیت آن را کاهش دهد. مثل این که به این باور برسد که خطر سیگار کشیدن برای سلامتی در مقایسه با خطر حوادث رانندگی قابل چشم پوشی است و یا اطلاعاتی را که دریافت می‌کند، سوء تعبیر کند؛
- ۴- یا لذتی که از سیگار کشیدن می‌برد، را به عنوان جزیی مهم در زندگی در نظر گیرد.

کاربرد این تئوری در آموزش سلامت

آموزش دهنده سلامتی که تئوری هماهنگی شناختی را می‌شناسد، محرک‌هایی را به منظور تشویق دیگران برای رفتار کردن به طریقی جدید ارایه می‌نماید اما وی رفتارهای جدید را به گونه‌ای پیشنهاد می‌کند که گروه هدف آنها را رد نکند. یعنی طوری عمل می‌کند که محرک‌ها نه خیلی زیاد و نه خیلی بزرگ باشد.

مربیان آموزش سلامت ممکن است از طریق افزایش تعمدی ناراحتی درباره یک رفتار نامطلوب در فرد، باعث تغییر رفتار شوند و بعد از ایجاد تغییر رفتار مطلوب، به منظور پایداری فرد در تصمیم، از تقویت کننده‌هایی برای کمک به کاهش تضاد روانی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری کلی :

معمولا کارکنان بهداشتی از دید خود به رفتار نگاه می‌کنند و بر عوامل بهداشتی و درمانی به عنوان دلیل رفتار تأکید فراوانی دارند. جامعه ممکن است ارزش‌های دیگری را به همین میزان یا مهم‌تر از این مد نظر داشته باشد. مانند زندگی اقتصادی، اجتماعی، اعتبار، زیبایی، جذابیت، اصول اخلاقی، شرف خانوادگی و نظایر اینها که بستگی به ارزش‌های فرهنگ غالب و متداول در جامعه دارد. آنچه که ممکن است در بخشی از جامعه به نظر ما به عنوان رفتار نامعقول و غیرمنطقی بیاید، می‌تواند متضمن تصمیمات معقول و سنجیده‌ای باشد که بر اساس موقعیت و نیازهای خود جامعه تجویز شده است.

اشتباه است که یک برنامه آموزش سلامت را به این دلیل که نتوانسته ایجاد علاقه و انگیزه نماید، مقصر شناخته و مورد سرزنش قرار دهیم. شخص ممکن است قصد انجام یک رفتار را داشته باشد، اما هنوز نتوانسته باشد آن را انجام دهد و این امر به علت تأثیر عواملی نظیر وقت، پول، امکانات، مهارت‌ها، منابع موجود و غیره باشد.

مدل‌ها و تئوری‌ها در آموزش سلامت می‌توانند به منظور طراحی خوب یک برنامه آموزش سلامت بر مبنای درک صحیح از جامعه و مشارکت اجتماعی، در انتخاب اولویت‌ها و اهداف به کارگرفته شوند. درک صحیح از تأثیرات اجتماعی و محیطی بر رفتار، می‌تواند به انتخاب مداخله‌گرهایی منجر شود که نه تنها بر فرد، بلکه بر خانواده، جامعه و سطح ملی نیز تأثیرگذار بوده و تغییر اجتماعی و اقتصادی را شامل شوند. هدف از کاربرد تئوری و مدل در آموزش سلامت، کمک عملی به طراحی برنامه‌های تأثیرگذار در تغییر رفتارهای مخاطره‌آمیز برای فرد و جامعه می‌باشد.

در نتیجه وقتی که اطلاعات کافی در مورد عوامل مختلف موجود باشد، برای تصمیم‌گیری در مورد آموزش سلامت و به کارگیری مدل‌ها و تئوری‌ها بایستی موارد زیر را در نظر گرفت:

۱- قبل از صرف وقت و انرژی برای ایجاد یک رفتار، باید اطمینان حاصل شود که جامعه از آن رفتار سود خواهد برد. چنین امری ممکن است واضح به نظر آید اما متأسفانه هنوز هم می‌توان آموزش‌دهندگان سلامتی را سراغ داشت که وقت زیادی صرف می‌نمایند تا مردم را به انجام ندادن رفتارهایی که می‌پندارند برای سلامتی مضر هستند، ترغیب نموده و یا آنان را به اتخاذ رفتارهایی که ممکن است برای سلامتی به میزان خیلی کمی مفید باشند، تشویق نمایند؛

۲- رفتاری که قرار است جامعه آن را اتخاذ کند، باید به طور دقیق تعریف و در نظر گرفته شود که چه نوع عوامل قادر کننده‌ای لازم است که به وسیله آن در مردم ایجاد انگیزه نمود تا رفتاری را اتخاذ نمایند. در این مرحله حتی می‌توان رفتارهایی را معین نمود که انتظار نمی‌رود به دلیل پیچیدگی و نیاز به عوامل قادرکننده‌ای مانند زمان پول و مهارت‌هایی که موجود نیستند و یا ناسازگار بودن با فرهنگ و رفتارهای فعلی، تغییر یابند؛

۳- خدمات بهداشتی باید مورد بررسی قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود که قابل دسترسی هستند و خدمات مناسب‌تر مانند کلینیک‌های سیار و بازدیدهای خانه‌ای در جاهایی که مورد نیاز است، فراهم گردند. همچنین مهارت‌های ویژه‌ای که مورد نیاز جامعه هستند، باید به جامعه آموخته شوند؛

حل مشکلات بهداشتی مستلزم کار با کارکنان دیگر خدمات مانند کشاورزی، توسعه روستایی، آموزش بزرگسالان و تعاونی‌ها می‌باشد. ممکن است لازم باشد که در سطح ملی وارد عمل شد تا بر روی سیاست‌های دولت تأثیر گذاشت؛

۴ - چنانچه عوامل قادرساز فراهم باشند، ممکن است مشکل، فشار اجتماعی بر روی شخص یعنی هنجار انتزاعی باشد. در این حالت، غیر معقول است که از شخص انتظار برود تا برخلاف خواسته‌های اطرافیانش در جامعه قدم بردارد. در اینجا توصیه نمودن به شخص در کلینیک کافی نبوده و ضروری است به داخل جامعه رفته و

تمام خانواده و دیگر اشخاص مهم را در برنامه آموزش سلامت درگیر نمود و مشارکت داد. در این حالت، یک استراتژی با ارزش این است که افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه در شروع مداخله درگیر شوند؛

۵- موضوع تغییر اعتقادات و نگرش فرد بایستی تا آخرین مرحله باقی بمانند. علت این امر این است که سرزنش برای قصور معمولاً به گردن اعتقادات بد نهاده می‌شود و برنامه‌های آموزش سلامت گاهی در به حساب آوردن عوامل قادرساز و فشار اجتماعی قصور می‌ورزند.

پی بردن به این که چگونه یک اعتقاد به خصوص به وجود آمده است، اهمیت دارد. زیرا از این طریق می‌توان به ریشه آن پی‌برده و پیش‌بینی نمود که چطور می‌توان آن را تغییر داد.

اگر جامعه اعتقاد دارد که انجام یک رفتار منجر به نتایج غیر مطلوب می‌گردد، باید چرایی آن تعیین شود. ممکن است این امکان وجود داشته باشد که تغییر رفتار پیشنهادی را تعدیل نمود تا قابل قبول گردد. چنانچه این کار ممکن نباشد و شواهدی وجود داشته باشد که فواید بهداشتی از تغییر رفتار عاید می‌گردد، از نظر اخلاقی درست این است که یک نگرش مطلوب را ارتقاء دهیم. این امر می‌تواند در برگیرنده پیام‌هایی باشد که برداشت غلط از نتایجی که جامعه آن را نامطلوب می‌پندارد به حداقل رسانده و آن دسته از اعتقادات که ارتباط با انجام رفتار دارند را تقویت نماید.

یک استراتژی با ارزش به منظور پیشبرد اهداف، درگیر کردن افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه از هنگام شروع برنامه می‌باشد.

- اصول کلی تدوین برنامه‌های آموزشی بر اساس مدل‌های تغییر رفتار برای اینکه بتوانید برنامه آموزشی خود را بر اساس مدل‌های تغییر رفتار طراحی کنید، به نکات زیر توجه نمایید:
- ۱- به خاطر داشته باشید که هیچ‌گاه یک مدل به تنهایی نمی‌تواند نیاز شما را برآورده سازد و شناخت مدل‌ها و ترکیب آنها در اکثر موارد می‌تواند مفید واقع گردد؛
 - ۲- الگو و موارد کاربرد آن را به درستی بشناسید؛
 - ۳- از هدف الگو به دقت آگاه گردید؛
 - ۴- گروه هدف (فراگیران) خود را به دقت شناسایی و نیازهای آموزشی آنها را تعیین نمایید (بعضی از الگوها در این زمینه کمک‌کننده می‌باشند، مانند الگوی اعتقاد بهداشتی)؛
 - ۵- فعالیت‌های آموزشی خویش را بر اساس مراحل مدل طراحی و تدوین نمایید؛
 - ۶- فراگیران را آموزش دهید؛
 - ۷- چک لیستی بر اساس مراحل مدل به منظور ارزشیابی فراگیران تهیه نمایید.