

# مدلهای مطالعه رفتار

بسمه تعالی  
در

## آموزش بهداشت

ترجمه و تالیف: دکتر داود شجاعی زاده

ویراستاری: سید محمد حسین موسوی

کتابخانه عالی وزارت بهداشت

۵۴

تشریح و شرح ماه

نام کتاب : مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت

مترجم : دکتر داود شجاعی زاده

ناشر : اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت

حوزه معاونت بهداشتی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

شمارگان : ۲۰۰۰ نسخه

تاریخ انتشار : بهار سال ۱۳۷۹

نوبت چاپ : چاپ اول

چاپ و صحافی : چاپخانه مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران

● کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است.

کتابخانه عالی وزارت بهداشت

دفتر نشر وزارت بهداشت

## آموزش بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

### بسمه تعالی

#### پیشگفتار

رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علیتی به منظور تحت تأثیر قرار دادن عوامل مؤثر بر رفتار از جمله امور بسیار مهمی است که طی سالیان متمادی متخصصین علوم رفتاری در پی آن بوده و هستند. دامنه شبکه مذکور نیز بحدی وسیع است که از انسانی به انسان دیگر و از گروهی به گروه بعدی متفاوت می‌باشد.

آموزش بهداشت که محور و مرکز ثقل هر فعالیت بهداشتی می‌باشد به منظور اثر بخشی برنامه‌های خود نیازمند به شناخت رفتار و عوامل مؤثر بر آن به منظور تغییر یا تعدیل رفتارهای موجود و نیز جایگزین نمودن رفتار جدید است و در این جاست که نقش مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت مشخص می‌شود.

به دنبال مطرح شدن مدل‌های مذکور در دوره‌های کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی آموزش بهداشت طی سالهای اخیر و متعاقب برگزاری دوره آموزشی جهت کارشناسان مسئول آموزش بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور روز به روز نیاز به مجموعه‌ای مدون که جوابگوی نیازهای علمی موجود باشد احساس می‌شود. همچنین به منظور به کارگیری این مدل‌ها در برنامه‌های علمی و پژوهشی در سطح استانهای کشور کتاب حاضر تحت عنوان «مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت» تهیه و تدوین شده که امید است مورد استفاده کاربردی قرار گیرد.

Primary Health care

همی از استراتژی‌هایی که در ارتباط با اجرای برنامه‌های بهداشتی

## آموزش بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی اولیه

در قدیم، آموزش بهداشت به صورت غیررسمی توسط پزشکان انجام می‌شد و شامل توصیه‌هایی بود که به بیماران ارائه می‌گردید.

از نظر سابقه تاریخی سالرنو اولین شخصی بود که چند دستور بهداشتی را به صورت دستورالعمل صادر نمود (در شب غذای ساده بخورید، بعد از غذا چند قدم راه بروید و...)

آموزش بهداشت رسمی در اواخر قرن ۱۸ شروع گردیده و اولین کشور امریکا و سپس انگلیس بود که موضوع آموزش بهداشت را به صورت رسمی و سازمان یافته ارائه نمودند.

اولین سیاستهای سازمان بهداشت جهانی در رابطه با آموزش بهداشت به شرح ذیل بوده است:

- ۱- جلب مشارکت فعال مردم در برنامه‌های بهداشتی
- ۲- توسعه برنامه‌ریزی منظم در زمینه بهداشت خانواده - خدمات بهداشتی - اجرا و ارزشیابی

شرایط مراقبتهای بهداشتی:

جهت رسیدن به زندگی سالم باید مراقبتهای بهداشتی شرایطی را داشته باشد:

- |                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| الف - موجود باشد              | Available   |
| ب - در دسترس همگان باشد       | Accessible  |
| ج - قابل قبول جامعه باشد      | Acceptable  |
| د - متناسب با نیاز جامعه باشد | Appropriate |

مراقبت‌های بهداشتی اولیه "Primary Health care" بعضی از استراتژی‌هایی که در ارتباط با اجرای مراقبتهای بهداشتی

اولیه (P.H.C) جهت رسیدن به بهداشت برای همه مطرح شده‌اند، عبارتند از:

- ۱- همکاری بین‌بخشی (*intersectoral cooperation*): همکاری یک وزارتخانه به تنهایی کافی نمی‌باشد. بنابراین توجه به همکاریهای بین‌بخشی لازم و ضروری است.
- ۲- جلوگیری از بیماریها (*Prevention of disease*)
- ۳- اقدامات زیربنایی و اساسی (*Basic infrastructure*) مانند وسایل حمل و نقل
- ۴- سیستم ارجاع (*Referral system*): مراقبتهای بهداشتی باید طوری ارائه گردد که یک شبکه یا سیستم ارجاع برای کلیه مردم از خدمات بهداشتی ساده و سرپایی تاییمارستانهای منطقه‌ای را فراهم نماید.
- ۵- کارکنان بهداشتی کمکی (*Auxiliary Health workers*)
- ۶- کارکنان بهداشتی روستایی (*Village Health workers*)  
این گروه می‌بایست در بین اقشار مردم رفته و با آنها بحث و گفتگو نمایند و بدین طریق دید بهداشتی مردم را افزایش داده و تغییر دهند. افرادی که به دلایلی لازم است در خانه بازدید شوند توسط این افراد خدمات مورد نیاز را دریافت می‌دارند.
- ۷- داشتن سیستم پزشکی سنتی و مرسوم (*Traditional medical system*)، لازم به ذکر است که سیستم پزشکی سنتی و مرسوم را نباید حذف نمود بلکه می‌بایستی در جهت صحیح به افراد آموزش داد. مثل ماماهاى محلی و...
- ۸- آموزش بهداشت (*Health Education*)
- ۹- مشارکت جامعه (*community Participation*)، لازم است جامعه در ارائه خدمات مراقبت بهداشتی اولیه درگیر شود.
- ۱۰- مراقبتهای بهداشتی بایستی در ارتباط با مشکلات اساسی و اصلی جامعه باشد.

۱۱- داروهای ضروری بایستی در دسترس همگان باشد.

اجزاء مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی:

- ۱- آموزش بهداشت (Health Education)
  - ۲- تغذیه: بهبود تغذیه و روش‌های نگهداری مواد غذایی (Nutrition)
  - ۳- کنترل و پیشگیری عفونتهای شایع با ایمن سازی (Immunization)
  - ۴- بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده (Maternal & Child Health & Family Planning)
  - ۵- تأمین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط (Water & sanitation)
  - ۶- کنترل بیماریهای بومی شایع (Control of Endemic Diseases)
  - ۷- درمان بیماریهای عمومی (Treatment of Common diseases)
  - ۸- تأمین داروهای اساسی (Provision of Essential drugs)
  - ۹- بهداشت روانی (Mental Health)
  - ۱۰- بهداشت دهان و دندان (Oral Health)
  - ۱۱- بهداشت حرفه‌ای (اجرای موارد ۹ تا ۱۱ بستگی به شرایط کشورها دارد).
- دایره زیر نشان دهنده همبستگی میان اجزاء فوق می‌باشد و آموزش بهداشت برای هر یک از اجزاء و به طور کلی برای کل سیستم و اجرای تمام موارد فوق لازم و ضروری است.
- همچنین دایره موصوف نشان دهنده این موضوع است که همه اجزاء به همدیگر وابسته هستند و در مرکز آنها آموزش بهداشت قرار داشته و به عنوان یک فعالیت مرکزی محسوب شده و در صورت فقدان چنین ارتباطی زنجیره منطقی موجود میان اجزاء گسسته خواهد شد.



### ارتقاء سلامت: (Health Promotion)

ارتقاء سلامت هر اقدام (فعالیت) طراحی شده برای رسیدن به سلامتی و ارتقاء آن را شامل می‌گردد، و آموزش بهداشت جزء لاینفک آن است، بنابراین ارتقاء سلامت به تمام عواملی که بر روی سلامتی تأثیر می‌گذارند مربوط می‌شود. چهار عامل مهم بر روی سلامتی تأثیر دارند که عبارتند از:

۱- خدمات بهداشتی - درمانی: این خدمات در مراکز بهداشتی

درمانی ارائه می‌شوند و جهت ترغیب مردم برای مراجعه به این مراکز باید برنامه‌ریزی شود.

- ۲- عامل ژنتیکی: در رابطه با عامل ژنتیکی جدا از مشاوره ژنتیکی کمتر کاری در رابطه با تأثیر بر روی این عامل می‌توان انجام داد.
  - ۳- رفتارهای فردی: شامل آگاهیها و نگرش‌های (Attitudes) افراد می‌باشد که با آموزش می‌توان بر روی رفتار فردی و سبک زندگی تأثیر گذاشت.
  - ۴- محیط فیزیکی و اقتصادی - اجتماعی: از طرف سازمان بهداشت جهانی ۳ مورد ذیل برای ارتقاء سلامت مطرح شده که عبارتند از:
    - ۱- ارتقاء سلامت یک فعالیت بین بخشی می‌باشد و تحقق آن منوط به همکاری تمامی بخشهای توسعه می‌باشد.
    - ۲- خدمات بهداشتی درمانی باید در جهت برآوردن نیازهای مصرف کننده تغییر جهت دهد. این جریان بایستی با افزایش دخالت کارکنان بهداشتی و مشارکت جامعه همراه باشد و مردم برای کنترل سلامتی خود باید کمک شوند.
    - ۳- باید اهمیت خاصی به محیط‌های اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی که در تعیین بیماری نقش دارند، داده شود.
- سازمان جهانی بهداشت معتقد است که آموزش بهداشت یک مقدمه ضروری برای ارتقاء سلامت است. در حقیقت ارتقاء سلامت عبارت است از ترکیب توسعه سیاست‌گذاری و آموزش بهداشت و به عبارت دیگر:



آموزش بهداشت + توسعه سیاست‌گذاری = ارتقاء سلامت

تعریف آموزش بهداشت:

نماینده کمیته آموزش بهداشت سازمان جهانی بهداشت معتقد است که آموزش بهداشت فرآیندی است که بین اطلاعات بهداشتی و رفتار بهداشتی پلی برقرار می‌کند و در فرد ایجاد انگیزه می‌نماید تا اطلاعات موجود را بدست آورده و بکار بیندازد تا از رفتارهای مضر دوری و عادات و رفتار سودمند در خود ایجاد نماید برای اینکه خود را سالم نگاه دارد. فرآیند بودن آموزش بهداشت حالت تداوم و استمرار آن را می‌رساند که نباید مقطعی باشد، بلکه باید در همه حال و در همه جا و در تمام طول عمر ادامه داشته باشد.

لارنس گرین (Lawrence Green) می‌گوید: آموزش بهداشت ترکیب طراحی شده متدهاست تا اتخاذ رفتار داوطلبانه فرد را به نحوی که موجب سلامت وی گردد، تسهیل نماید.

نامگذاری‌های مختلف برای فعالیتهای آموزش بهداشت:

برای فعالیتهای آموزش بهداشت نامگذاریهای متعددی ارائه شده است که عبارتند از:

۱- برنامه‌های ایجاد انگیزه (Motivation Programmes)

۲- تغییر رفتار (behaviour Modification)

۳- مشاوره بهداشتی (Health Counselling)

۴- ارتباطات (Communication)

آموزش بهداشت به عنوان مداخله گر (Health Education as intervention) در مورد رفتارهای داوطلبانه که منجر به سلامتی می شود، اثر می گذارد و دارای چهار نقش به شرح زیر می باشد:

- ۱- کاهش رفتار منفی (غلط) بهداشتی
- ۲- جلوگیری از افزایش رفتار منفی (غلط) بهداشتی
- ۳- افزایش رفتار مثبت (صحیح) بهداشتی
- ۴- جلوگیری از کاهش رفتار مثبت (صحیح) بهداشتی

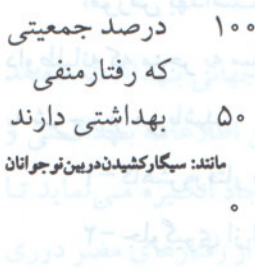


۱- کاهش رفتار منفی بهداشتی مداخله آموزش بهداشت



## ۲- جلوگیری از افزایش رفتار منفی بهداشتی

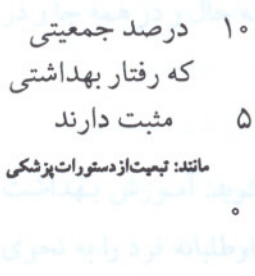
مداخله آموزش بهداشت



زمان

## ۳- افزایش رفتار بهداشتی مثبت

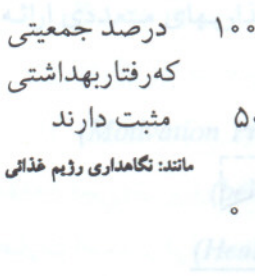
مداخله آموزش بهداشت



زمان

## ۴- جلوگیری از کاهش رفتار بهداشتی مثبت

مداخله آموزش بهداشت



زمان

طبق مدارك موجود در سازمان جهانی بهداشت، آموزش بهداشت عبارت است از کلیه تجربیات شخص که بر روی نگرشها یا رفتارهای او در مورد سلامتی تأثیر می‌گذارند و بیشتر شامل جریانات و کوششهایی است که موجب این تغییرات می‌گردد. این تغییر حاکی از آن است که بسیاری از تجربیات فرد بر روی فکر، احساس و رفتار او درباره سلامتی اثر می‌گذارند و آموزش بهداشت فراتر از ارائه اطلاعات یا تبلیغات است. فرآیندهای آموزشی در آموزش بهداشت که موجب افزایش معلومات بهداشتی و بهبود نگرشها و رفتارهای بهداشتی می‌شوند تقریباً مشابه فرآیندهای است که پزشکان در معالجات بیماران از آن استفاده می‌نمایند. مقایسه فرآیندهای مزبور در صفحه بعد نشان داده شده است.

بسیار از فرآیندهای یادگیری در آموزش بهداشت، همانند فرآیندهای یادگیری در محیط‌های دیگر است. در هر دو مورد، یادگیرنده با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد. در هر دو مورد، یادگیرنده با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد.

آنها را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد. آنها را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد.

تفاوتها را در یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد. تفاوتها را در یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد.

در آموزش بهداشت، یادگیرنده با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد. در آموزش بهداشت، یادگیرنده با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد.

اینکه یادگیرنده در آموزش بهداشت با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد. این که یادگیرنده در آموزش بهداشت با یک موقعیت مواجه می‌گردد که او را به یادگیری و تغییر در رفتار و نگرش او وامی‌دارد.

<b>۱- علوم مورد تأکید طرفین (Underlying sciences)</b>	
فیزیولوژی، بیولوژی، آناتومی، شیمی، فیزیک، و به میزان کمی علوم رفتاری	علوم رفتاری نظیر: روان شناسی، جامعه شناسی، انسان شناسی و به میزان کمی علوم طبیعی
<b>۲- مشکل (The problem)</b>	
علائمی نظیر: سردرد، تب، درد ناحیه پشت، احساس کسالت	علائمی نظیر: عدم واکنشها، سردرد، تب، درد ناحیه پشت، احساس کسالت
<b>۳- اقدامات ممکن (Possible Actions)</b>	
نسخه برای کاهش درد - تب و ...	برنامه اطلاعاتی فوری
<b>۴- تشخیص براساس... (Diagnosis based on...)</b>	
سابقه بیماری، آزمایش خون، نبض، قند خون، شمارش گلبول، فشار خون، عکسبرداری	تاریخچه تجربیات گذشته فرد یا گروه، بررسی اطلاعات و معلومات، فرهنگ و رسوم، اهداف فردی، درک رفتار بهداشتی و...
<b>۵- درمان (Treatment)</b>	
چه نوع درمانی مورد نیاز است؟ چه کسی باید درمان را ارائه نماید؟	چه نوع درمانی مورد نیاز است؟ چه کسی باید درمان را ارائه نماید؟
<b>۶- دستورالعمل دارویی (Pharmacopoeia)</b>	
داروها، رادیو تراپی، استراحت، فیزیوتراپی، رژیم غذایی	سازماندهی اجتماعی، استفاده از فیلمها، بحثهای گروهی، آموزشهای فردی، سخنرانی، استفاده از پمفلت، برنامههای رادیو تلویزیونی
<b>۷- پی گیری (Follow up)</b>	
مشاهدات دوره ای و متناوب در رابطه با علائم و پیشرفت کار. پزشک باید بر جریان پیشرفت یا عدم پیشرفت بیماری و لزوم تغییر یا عدم تغییر دارو و نحوه درمان نظارت مداوم داشته باشد.	مشاهدات دوره ای و متناوب در زمینه پیشرفت تغییر در نگرشها و رفتارها. آموزش دهنده باید مشاهده کند، تغییر در باورها و نگرش و رفتار فرد را ارزشیابی نماید: در صورت عدم تغییر در کارها و فعالیتهاش تجدید نظر کند.

## مدلهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت

رفتار انسانی در پیشگیری، کنترل، درمان و توانی بخش اعظم مشکلات بهداشتی نقش مهمی را ایفا می نماید. (جدول شماره یک)

عموماً این شکایت وجود دارد که جامعه توصیه‌های بهداشتی را نادیده گرفته و همچنان به رفتارهایی که برای سلامتی زیان آورند، ادامه می دهد حتی اگر بدانند که چنین رفتارهایی مضر هستند.

محکوم کردن جامعه و مورد سرزنش قرار دادن اعتقادات سنتی آن کار آسانی است. آنچه که غالباً بعنوان دلایل واقعی برای ناموفق بودن آموزش بهداشت ذکر می شود این است که اطلاعات نامربوط بوده، تغییرات غیرواقعی را مد نظر قرار داده، بطرف جمعیتی نادرست هدف گیری نموده و از روش های نامناسب استفاده نموده است.

بمنظور طراحی آموزش بهداشت مؤثر، تعیین عواملی که در تصمیم گیری فرد به منظور انجام دادن یا ندادن یک رفتار نقش دارند از اهمیت خیلی زیادی برخوردار است.

## تعریف رفتار

در آغاز باید رفتار را تا سرحد امکان به طور دقیق تعریف نمود. بدین منظور نه تنها بایستی معین گردد که چه رفتاری مدنظر است، بلکه باید مشخص شود چه کسی و چه وقت آن را انجام می دهد. تجزیه و تحلیل رفتارهایی که به طور مبهم بیان شده اند، کاری مشکل است، مانند اینکه گفته شود "اقدامات بهداشتی" اما چنانچه رفتار واضح و مشخص باشد، این کار آسانتر خواهد بود. مانند تعیین نوع توالی که مورد نیاز است و مصالحی که قرار است برای ساختن آن به کار رود.

اصطلاحات متداول نظیر رفتارهای بهداشتی و تنظیم خانواده اشاره به رفتارهای زیادی می نمایند. مثلاً تنظیم خانواده می تواند شامل

وازکتومی، استفاده از قرص‌های پیشگیری از بارداری و... باشد. بهداشت (Hygiene) شامل شستن دستها، تهیه و آماده نمودن غذا، نگهداری صحیح آب آشامیدنی، و دفع بهداشتی مدفوع و... می‌شود. هر یک از رفتارها تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار داشته و باید جداگانه مورد بررسی قرار گیرند.

#### جدول شماره یک: برخی رفتارهای مهم برای ارتقاء سطح سلامتی

- اتخاذ رفتارهایی که سطح سلامتی را ارتقاء می‌دهند مانند: تغذیه با شیر مادر، استفاده از مایع درمانی خوراکی، فاصله‌گذاری بین حاملگیها،
- کاهش رفتارهایی که باعث تخریب سلامتی می‌شوند مانند: استعمال دخانیات، استفاده از شیر خشک، استفاده از مواد الکلی،
- استفاده از خدمات بهداشتی مانند: خدمات قبل از زایمان، مراقبت کودک، واکسیناسیون، تنظیم خانواده
- شناسایی علائم اولیه و مراجعه فوری برای مداوا مانند: جذام
- تبعیت از دستورات دارویی مانند: سل
- اقدامات لازم توسط اشخاص و گروهها به منظور تغییر دادن و بهبود بخشیدن به آنچه که آنها را احاطه نموده است.

با تشریح و توصیف رفتار می‌توان در مورد امکان تغییر آن، اطلاعات فراوانی به دست آورد. برای مثال آداب و رسوم رفتارهایی هستند که برای مدت زمانی طولانی اجرا شده و از والدین به فرزندان منتقل می‌شوند. تغییر چنین رفتارهایی مشکل‌تر از رفتارهایی است که بتازگی تحصیل شده و فقط به طور فردی اجرا می‌شوند. زمانی که می‌خواهیم رفتاری جدید را به جامعه معرفی نمائیم، معیارهای زیر

می‌توانند در تشریح آن رفتار به کار گرفته شوند:  
 - رفتار مورد نظر چند وقت یک بار باید اجرا شود (هر روز، چند روز یک بار، گاهگاهی، فقط یک بار).

- از نظر اجرا تا چه حد پیچیده است؟ (خیلی ساده، اجرای آن نیاز به آموختن مهارت‌های جدید دارد).

- میزان سازگاری آن با رفتارهای موجود تا چه حدی است؟ (کاملاً ناسازگار، تقریباً ناسازگار، سازگار با رفتارهای موجود).

- چه مقدار با رفتارهای موجود مشابهت دارد؟ (کاملاً جدید است، تقریباً مشابه است).

- چقدر خرج برمی‌دارد؟ (از لحاظ زمان، پول، یا منابعی که برای اجرای آن رفتار لازم است).

- آیا منافع ناشی از انجام رفتار مورد نظر در مدت زمانی کوتاه قابل مشاهده است؟ (طی چند هفته، ماه یا سال).

- آیا رفتار مورد نظر با احتیاجات جامعه مطابقت دارد؟  
 - رفتار مورد نظر تا چه حدی بر روی سلامتی تأثیر دارد؟ (به مقدار زیاد، متوسط، خیلی کم).

قبل از اینکه به بررسی مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت بپردازیم، ارائه شناختی اجمالی از مدل‌های آموزش بهداشت ضروری به نظر می‌رسد.

### "مدلهای آموزش بهداشت"

برای آموزش بهداشت سه مدل در نظر گرفته‌اند که به ترتیب عبارتند از:

#### ۱- مدل پیشگیری‌کننده:

در این مدل هدف این است که مردم برای تصمیم‌گیری مسئولانه



در مورد زندگی و سلامتی خودشان تشویق و ترغیب شوند. برای این مدل سه سطح در نظر گرفته شده که عبارتند از:

۱- سطح اول پیشگیری ۲- سطح دوم پیشگیری ۳- سطح سوم پیشگیری

وظیفه آموزش بهداشت در این سطوح به شرح زیر است:

سطح پیشگیری	وظیفه آموزش بهداشت
<i>Level of prevention</i>	<i>Function of Health Education</i>
<p>۱- سطح اول</p> <p><i>Primary level</i></p> <p>- پیشگیری از شروع بیماری</p> <p>- کاهش وقوع بیماری</p>	<p>۱- ترغیب افراد در جهت کاهش خطر بیماری</p> <p>۲- ترغیب افراد در جهت استفاده از خدمات بهداشتی و پیشگیری کننده مثل واکسیناسیون</p>
<p>۲- سطح دوم</p> <p><i>Secondary level</i></p> <p>- پیشگیری از پیشرفت بیماری</p> <p>- کاهش شدت بیماری</p> <p>- کاهش شیوع بیماری</p>	<p>۱- ترغیب افراد جهت استفاده از خدمات غربالگری</p> <p>۲- ترغیب افراد در جهت استفاده از دستورات پزشکی</p>
<p>۳- سطح سوم</p> <p><i>Tertiary level</i></p> <p>- پیشگیری کردن از عود بیماری</p> <p>- بالا بردن توانایی (توانبخشی)</p> <p>- کمک به فرد ناتوان در جهت سازگار شدن با شرایط محیط</p>	<p>۱- ترغیب افراد به اطاعت از درمان پزشکی (مراجعه مرتب به پزشک)</p> <p>۲- مشاوره کردن (ایجاد آمادگی در فرد از لحاظ روانی و عاطفی برای تطابق با محیط)</p> <p>۳- ترغیب افراد به انطباق یافتن با شرایط جدید</p>

اشکال اساسی این مدل این است که صرفاً به "فرد" توجه دارد و به مسایل اجتماعی و... توجهی نداشته و ریشه‌های سیاسی - اجتماعی بیماری را نادیده گرفته و فقط فرد را سرزنش می‌کند (*Victim - blaming*).

### ۲- مدل اساسی - سیاسی *Radical-Political Model*

در این مدل هدف این است که ریشه‌ها و علل واقعی و اساسی بیماری یا رفتار را مشخص کرده و با بررسی آن ریشه‌ها و علل بیماری را پیدا نمود. این استراتژی سلامت را از طریق بنای سیاست عمومی بهداشت ارتقاء می‌دهد.

این مدل در واقع سبب می‌شود که آموزش بهداشت در سیاست عمومی و برنامه‌ریزیهای کشور، نقش داشته باشد. امروزه معتقدند که متخصص آموزش بهداشت باید دارای آگاهی انتقادی سطح بالایی باشد.

### ۳- مدل خوداختیاری *Self-Empowerment Model*

در این مدل، هدف "تقویت انتخاب آگاهانه" است. سازمان بهداشت جهانی (*W.H.O*) مدل "خوداختیاری" را برای ارتقاء سلامت مورد تاکید قرار داده است.

در مدل خود اختیاری آموزش بهداشت باید شیوه تفکر جامعه را تغییر داده و راههای صحیح فکر کردن و تسهیل در مهارتهای لازم را به آنان بیاموزد.

بر طبق این مدل فرد باید به انتخاب آگاهانه رسیده و داوطلبانه رفتار بهداشتی صحیح و مثبت را پذیرفته و اتخاذ نماید، و این کار آموزش بهداشت است.

## مدلهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت

جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و انسان‌شناسان دامنه‌ای از تئوریها و مدل‌های مختلف را برای تشریح عوامل مؤثر بر رفتار پیشنهاد کرده‌اند که در این مجموعه چهار مدل به منظور درک رفتار توضیح داده می‌شوند.

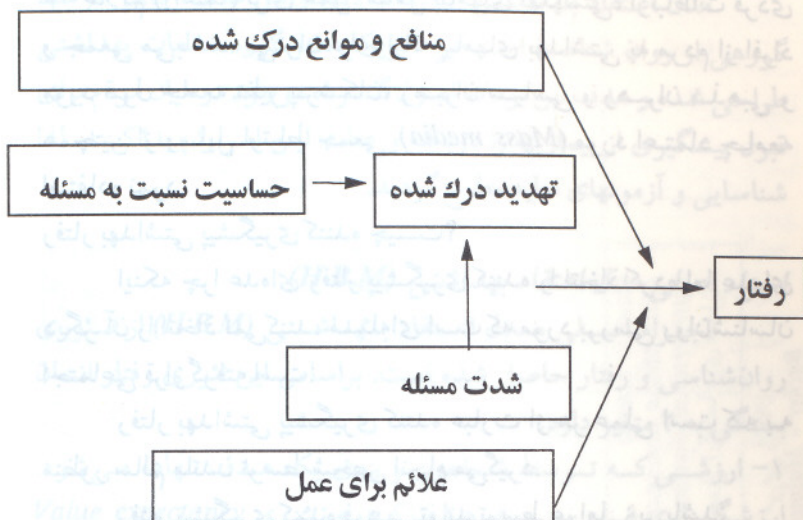
### الف - مدل اعتقاد بهداشتی (*Health Belief Model (H.B.M)*)

در این مدل رفتار فرد به ۳ عامل بستگی داشته که یا یکی از این سه عامل و یا گاهی دو عامل و یا هر سه آنها در رفتار فرد نقش خواهند داشت. این عوامل عبارتند از:

#### ۱- منافع و موانع درک شده: *Percieved Benefits and Barriers*

منافع و موانع درک شده که در آن تجزیه و تحلیل محاسن و معایب رفتار، انجام می‌گیرد. به عنوان مثال: در انجام واکسیناسیون منافع و معایب واکسیناسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. موانع این عمل عبارتند از: صرف هزینه و پول، پیمودن مسافت بین منزل و درمانگاه، تب کردن بچه و..... منافع این عمل عبارتند از: سلامت کودک، یعنی اینکه کودک برای یک عمر سالم می‌ماند و این نفع مسئله است. در این قسمت از مدل ارزیابی می‌کنند که چند درصد مردم به خاطر منافع انجام یک رفتار بهداشتی آن را اتخاذ می‌نمایند و نتیجه کار برای برنامه‌ریزی آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. آیا فرد براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع و موانع آن عمل، رفتاری را انجام می‌دهد یا از انجام آن خودداری می‌کند. چه تحلیلی برای انجام رفتار (چه رفتار مثبت و چه رفتار منفی) وجود دارد؟

نمودار مدل اعتقاد بهداشتی (روزن استاک Roesnstock)



۲- تهدید درک شده: به این مفهوم است که فرد احساس می‌کند در معرض تهدید ابتدا به یک بیماری قرار گرفته و لذا رفتار پیشگیری کننده‌ای را اتخاذ می‌نماید مانند واکسیناسیون.

تهدید درک شده به ۲ عامل بستگی داشته یعنی تحت تأثیر ۲ عامل قرار دارد:

الف- حساسیت نسبت به مسئله: فرد خود را نسبت به ابتلاء به یک بیماری خاص حساس می‌داند. لذا در این رابطه اقداماتی را از قبل انجام می‌دهد.

ب- شدت مسئله: مثلاً در هنگام بروز یک بیماری می‌توان شدت مسئله را در جامعه مطرح کرده و بدین وسیله فرد خودش را در معرض ابتلاء به بیماری دیده و احساس تهدید می‌کند و این احساس منجر به انجام یکسری مسایل و اقدامات بهداشتی می‌گردد. با آموزش بهداشت می‌توان با توجه به حساسیت درک شده و شدت درک شده در فرد تهدید درک شده ایجاد نمود تا منجر به رفتار پیشگیری کننده شود و همه

اقداماتی را که برای پیشگیری لازم باشد، انجام دهد.

۳- علایم (راهنما) برای عمل: شامل پیامهای بهداشتی، ارتباطات فردی و جمعی می‌باشد. می‌توان برای ارائه پیامهای بهداشتی به مردم از افراد مورد قبول جامعه نظیر پزشکان، رهبران سیاسی و رهبران مذهبی و همچنین از وسایل ارتباط جمعی (*Mass media*) مورد اعتماد جامعه استفاده نمود.

رفتار بهداشتی پیشگیری کننده چیست؟

اینکه چرا عده‌ای رفتار پیشگیری کننده را اتخاذ کرده اما عده‌ای دیگر آن را اتخاذ نمی‌کنند، مسئله‌ای است که مورد بررسی روان‌شناسان اجتماعی قرار گرفته است.

رفتار بهداشتی پیشگیری کننده عبارت از هر عملی است که به منظور سالم ماندن توسط شخص انجام می‌گیرد.

رفتار پیشگیری کننده فرد می‌تواند توسط عوامل زیر باشد:

۱- جلوگیری کردن از بیماری (سطح اولیه آموزش بهداشت)

۲- آشکار کردن بیماری (سطح ثانویه آموزش بهداشت)

رویکردهای (*approaches*) زیادی برای بررسی این پدیده در نظر گرفته شده است. یکی از این رویکردها مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) است. این مدل سابقه طولانی داشته در سطح گسترده‌ای پذیرفته شده و کاربرد تجربی وسیعی نیز داشته است. در سال ۱۹۷۴، یکی از مجلات آمریکایی به نام *Health Education Monographs* موضوع کاملی را به مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) اختصاص داد که طی آن نتایجی از تحقیقات کاربرد مدل مذکور را به عنوان یک فرمول قابل فهم (چرا عده‌ای رفتار بهداشتی را انجام داده و عده‌ای آن را انجام نمی‌دهند) ارائه شده بود.

پس از انتشار مونوگراف مذکور و بررسی نتایج آن حمایت کاملی از مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) به عمل آمده و تاکنون نیز ادامه دارد.

**طراحی (توسعه) مدل اعتقاد بهداشتی *H.B.M Model***  
 مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) در اوایل سال ۱۹۵۰ توسط گروهی از روان شناسان اجتماعی آمریکا عضو گروه خدمات بهداشتی طراحی شده و هدف این بود که اصول گسترده موجود در میان مردم برای قبول پیشگیری از بیماریها را دریافته و علت این امر را پیدا کنند. لذا شناسایی و آزمونهای اولیه مطرح گردید.

### اجزاء اصلی مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*)

اجزاء اصلی مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) از تئوری روان شناسی و رفتار حاصل شده است. براساس این تئوری رفتار انسان بستگی به ۲ متغیر دارد:

۱- ارزشی که توسط شخص بر روی یک هدف نهاده می شود. ارزشگزاری فرد بر روی هدف که به تئوری *Value expectancy* برمی گردد براین مبنا استوار است که یک فرد وقتی رفتارش را تغییر می دهد که به این نتیجه رسیده باشد که انجام آن رفتار برای او سود دارد.

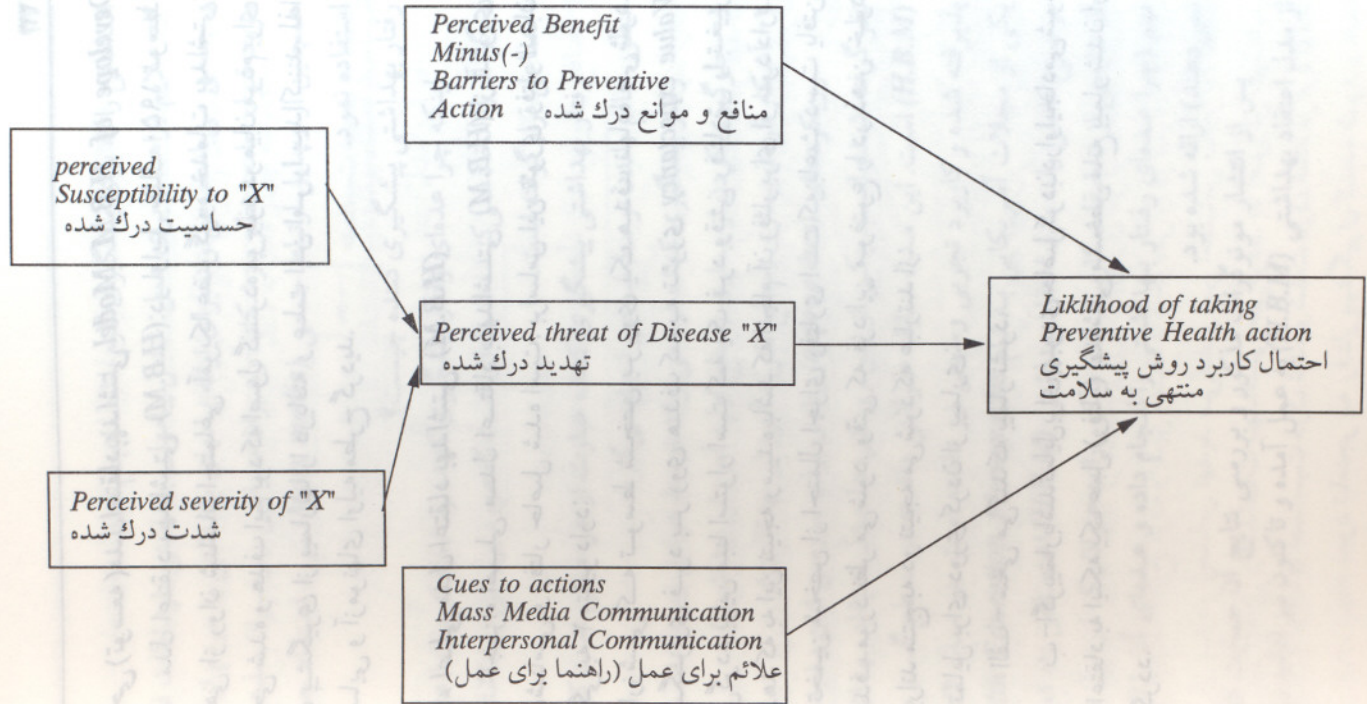
۲- تخمین شخص از احتمال اجرای رفتاری است که باعث دست یافتن به هدف مورد نظر می شود. وقتی که فرد این موضوع را در ذهن خود پروراند منتج به دو نتیجه می شود که عبارتند از:

۱- تمایل برای دوری کردن از بیماری:

الف- سعی می کند که بیمار نشود.

ب- اگر بیمار باشد تمایل برای بهبودی حاصل کردن در او ایجاد می شود.

۲- اعتقاد به اینکه یک عمل (رفتار) بهداشتی مشخص مانع بیمار شدن او می گردد.



مدل بیكر - می من ۱۹۷۵  
Backer - Maiman Model 1975

## ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی از نظر بیکرو می من

از نظر بیکرو می من ابعاد مختلف مدل اعتقاد بهداشتی به شرح زیر می باشند:

### ۱- حساسیت درك شده (*Perceived susceptibility*)

میزان حساسیت افراد نسبت به بیماریها متفاوت است و این موضوع به ادراکات و نگرش آنها در خصوص خطر بیماری بستگی دارد. فرد تا چه حدی خود را در معرض ابتلاء به یک بیماری حساس می داند؟ آیا فکر می کند که ممکن است دچار بیماری شود؟ این بعد از مدل به درك شخص از در معرض خطر بودن ابتلاء به یک بیماری اشاره دارد.

### ۲- شدت درك شده (*Perceived severity*)

این مسئله به شدت و وخامت و جدیت بیماری برمی گردد. درك افراد در خصوص خطر ابتلاء به یک بیماری متفاوت است و این بعد از مدل، ارزشیابی از نتایج بالینی پزشکی است که براساس آن میزان مرگ و میر، ناتوانی، و درد ناشی از بیماری را مورد بررسی قرار داده و بر مبنای علایم فوق الذکر شدت (*Severity*) بیماری تعیین می شود. ابتلا به بیماری ممکن است نتایج اجتماعی داشته باشد. مانند تأثیر بر روی کار، بر روی زندگی خانوادگی، نهایتاً بر روی ارتباطات اجتماعی. از این رو فرد جدی بودن (*Seriousness*) بیماری را درك کرده و این امر منجر به رفتاری پیشگیری کننده در وی می شود.

### ۳- منافع درك شده (*Perceived benefits*)

وقتی فردی پذیرفت که نسبت به بیماری حساس بوده و این اعتقاد در وی پدید آمد که ممکن است به بیماری مبتلا شود، رفتاری را اتخاذ



می‌کند. بایستی توجه داشت که نوع رفتار اتخاذ شده، مشخص نیست، ولی فرض بر این است که ایجاد اعتقادات مؤثر، در رفتار فرد اثرگذار است.

در واقع فرد به این نکته پی می‌برد که رفتاری را انتخاب کند که اولاً بیشترین سود را دربر داشته (سود فردی، خانوادگی، اجتماعی و...) ثانیاً در جامعه قابل دسترس باشد. بنابراین رفتار ۲ شرط دارد، ۱- سودمند باشد ۲- شدنی باشد.

#### ۴- موانع درک شده (*Perceived Barriers*)

جنبه‌های منفی درک شده را که بالقوه بوده و به صورت مانع برای انجام یک رفتار عمل می‌کنند، دربر می‌گیرد. لازم به توضیح اینک جنبه‌های منفی بالقوه رفتار در رفتار فرد اثر دارد، این جنبه‌ها عبارتند از:

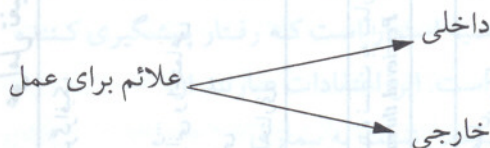
- ۱- هزینه - سود (*Cost benefits*): در اینجا فرد ابتدا تجزیه و تحلیل می‌کند که انجام رفتار بهداشتی تا چه میزان به سود وی می‌باشد. آیا ارزش هزینه پرداخت شده یا وقتی را که به آن اختصاص داده است، دارد.
- ۲- اثرات جنبی (*Side effects*): ممکن است جنبه منفی رفتار به طور بالقوه برای فرد ناخوشایند، دردناک، ناراحت کننده، نامناسب و وقت‌گیر باشد، که اینها همه به عنوان جنبه منفی بالقوه رفتار به صورت مانع بوده و در انجام رفتار فرد اثر دارند.

به طور مثال چنانچه در واکسیناسیون ۴۰٪ افراد به علت اثرات جانبی واکسیناسیون از قبیل تب کردن بچه و... برای واکسیناسیون بار دوم مراجعه نمی‌کنند، باید به مادران آموزش کافی داده شود که بعد از واکسیناسیون، به بچه داروی تب‌بر بدهند، همچنین اثرات جنبی دیگر واکسیناسیون مثل التهاب ناحیه‌ای در دست را با آنان در میان بگذاریم.

چنانچه آگاهیهای فوق به مادر داده شود برای بار بعد مراجعه می‌کند، ولی اگر آگاهی نداشته باشد عدم مراجعه مجدد وی را باعث خواهد شد، زیرا ممکن است فکر کند که بچه سالم بر اثر واکسیناسیون مریض شده است.

سطوح ترکیب شده حساسیت بعلاوه شدت، منجر به این می‌شود که فرد رفتاری را اتخاذ کرده و درک موانع و فواید، توجیهی برای انجام یک عمل در او ایجاد می‌نماید. علاوه بر مورد مذکور محرک‌هایی وجود دارند که اتخاذ رفتار و تصمیمات را سرعت می‌بخشند و به آنها علائم برای عمل (*cues to Action*) می‌گویند.

۵- علائم برای عمل (*cues to action*): به محرک‌هایی اطلاق می‌شود که ممکن است داخلی باشند یا خارجی.



۱- محرک‌های داخلی: محرک‌هایی هستند که در داخل ارگانیزم فرد می‌باشند و سبب انجام عملی از طرف فرد می‌شوند مثل سردرد، تب و...

۲- محرک‌های خارجی: محرک‌هایی هستند که از خارج بر فرد اثر گذاشته و سبب انجام عملی از طرف فرد می‌شوند و عبارتند از:

- الف- وسایل ارتباط جمعی (*Mass Media Communication*)  
 ب- ارتباط بین فردی (*Interpersonal communication*)

درک فردی *individual perception*

**عوامل تغییر دهنده**

1. Demographic variables  
a) age  
b) sex  
c) Race  
d) ethnicity & Elcetra

2. Socio Psychological Variables  
a) Personality  
b) Social class  
c) Reference group

3. Structural variable

متغیرهای دموگرافیک  
سن  
جنس  
نژاد  
اقلیت قومی و...  
متغیرهای روانی و اجتماعی  
شخصیت  
طبقه اجتماعی  
گروه مرجع  
متغیرهای ساختاری

**احتمال عمل**

*Perceived Benefits of Preventive action*  
منافع درک شده (-)  
*Perceived Barriers to Preventive action*

*Perceived susceptibility to diseases X*  
حساسیت درک شده نسبت به بیماری X  
*Severity of disease (Perceived seriousness)*  
شدت و وخامت درک شده (شدت بیماری)

تهدید درک شده نسبت به بیماری  
*Perceived threat of disease*

*Likelihood of taking recommended Preventive Health Action*  
تمایل به انجام رفتار پیشگیری کننده  
توصیه شده.

**راهنما برای عمل**  
بسیج رسانه‌های ارتباط جمعی

*Cues to Action*  
a) Mass Media Campaign (Special effort: Campaign)  
b) Reminder  
c) Post card  
d) Recommendations  
f) Illness of friends or family

بادآوری کننده  
کارت پستی  
توصیه‌ها  
بیماری دوستان و خانواده

(متغیرهای روانی، اجتماعی، دموگرافی و ساختاری که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در درک شخص و رفتار فرد اثر می‌گذارند).  
(مدل بیکر)

مدل اعتقاد بهداشتی مدلی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد تا کنترل آن، اما باید توجه داشت که مدل مذکور در پیشگیری ثانویه روی کنترل بیماری، متمرکز است. افراد مختلفی روی مدل اعتقاد بهداشتی کار کرده‌اند که عمده‌ترین آنها عبارتند از:

1) Hochbaun هوچبان

2) Rosenstock \*\*\* روزن استاک

3) Becker بیکر

4) Anderson آندرسن

5) suchman ساج من

Lenventhal \*\*\* لنون تال

مدل مذکور رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری‌کننده براساس اعتقادات شخص است. این اعتقادات عبارتند از:

۱- آسیب‌پذیری شخص نسبت به بیماری

۲- وقوع بیماری که تأثیر شدید یا متوسط در زندگی فرد دارد.

۳- اقدامات بهداشتی که در کاهش حساسیت و شدت بیماری مؤثرند.

در طراحی مدل اعتقاد بهداشتی روان‌شناسان اجتماعی نقش مؤثری دارند و اساس کار آنها بر مبنای تئوری کورت لوین (Kurt lewin theory) استوار است.

تئوری لوین قویاً بر جهت‌گیری فرد به ادراک از دنیا تأکید دارد.

مدل اعتقاد بهداشتی بر این موضوع که چطور ادراك شخص ايجاد انگيزه و حرکت کرده و سبب ايجاد رفتار در او می شود، تأکید می کند.

مدل اعتقاد بهداشتی بر انگیزش (*Motivation*) تجربیات، گذشته فرد (*Historical Perspective*) و بطور کلی بر روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد. تغییر در اعتقادات منجر به تغییر رفتار می شود. این مدل به تئوری های روان شناختی اخذ تصمیم (*Psychological theories of desicion making*) برمی گردد. این جنبه تئوری بر مبنای تئوری لوین طرح ریزی گردیده است.

تئوری کرت لوین (*Kurt lewin*):

در تئوری لوین، تعیین هدف بستگی به سطح آرزو و خواسته (*the level of Aspiration*) دارد. او و همکارانش، اتصالی بین جنبه های منفی و مثبت رفتار مورد نظر برای رسیدن به هدف برقرار می کنند که این جنبه ها را ارزشهای مثبت و منفی (*Positive & negative valence*<sup>##</sup>) می گویند.

طبق نظر لوین، رفتار فرد به ارزشهایی که او برای مسئله ای قایل است، همچنین به تئوری انتظار ارزش برمی گردد.

وی می گوید که ارزشهای مثبت و منفی (*Positive & Negative valence*) در رفتار فرد بسیار مهم هستند، مثلاً چنانچه رفتار مورد نظر (هدف)، استفاده از قرص برای پیشگیری از

## Valence: ارزشهایی است که توسط فرد برای یک رفتار در مورد مسئله ای گذاشته می شود.

(حصار و پرده کوچکی که به صورت دکور برای روشن و تاریک کردن نور روی پرده اصلی قرار می گیرد).

بارداری باشد، فرد ارزشهای مثبت و منفی آن را در نظر می‌گیرد. در مرحله دوم لوین معتقد است که ارزشهای مثبت و منفی با برداشت انتزاعی شخص از احتمال موفقیت رفتار ارتباط پیدا می‌کند. آیا این عمل شدنی است و در این صورت برای فرد مفید است یا خیر؟ بخصوص در مورد رفتارهای جدیدی که برای اولین بار در جامعه ایجاد می‌گردد. به طور کلی تئوری لوین براساس "درک شخص از دنیا" قرار گرفته است.

لوین معتقد است رفتار درك شده، مشکل یا آسان بودن آن، به برداشت انتزاعی فرد برمی‌گردد، همچنین وی و همکارانش معتقدند که ارزشگزاری فرد بر اهدافی است که بسیار موفقیت‌آمیز و قابل حصول و ساده باشند. بخصوص در مورد مسائلی که به پدیده‌های فرهنگی (مثل: مذهب و باورها و...) برمی‌گردد. بنابراین اگر دستیابی به هدفی خیلی مشکل باشد، احتمال موفقیت بسیار کمتر بوده و در نتیجه ارزشگزاری منفی می‌شود. برعکس اگر دستیابی به یک هدف خیلی ساده باشد، احتمال موفقیت بسیار بیشتر بوده و در نتیجه ارزشگذاری مثبت می‌شود. در آموزش بهداشت باید اهدافی را در نظر بگیریم که قابل دسترس باشد. طبق تئوری لوین اتخاذ رفتار بستگی به ارزشهایی دارد که فرد بر روی نتیجه کار می‌گذارد، به عبارت دیگر تخمین فرد از احتمال موفقیت در رفتار مورد نظر (اگر خوب بود احتمال موفقیت اجرایی دارد و اگر بد بود احتمال موفقیت اجرایی ندارد)، باعث اتخاذ یا عدم اتخاذ رفتار می‌گردد. در مدل اعتقاد بهداشتی رفتارهای بهداشتی فرد به دو عامل فوق برمی‌گردد. این دو عامل بهم وابسته بوده و باید به طور همزمان ایجاد شوند یعنی لازم و ملزوم یکدیگر بوده و حتی برخی اوقات ممکن است

عکس هم عمل کنند.

در واقع کلیه تمایلات موجود در فرد که باعث می‌شوند وی حساسیت خود را نسبت به بیماری کاهش داده یا اقداماتی را جهت پیشگیری از آن انجام دهد ارزشیابی مثبت فرد است.

لرین مشکلات و موانعی را که در راه رسیدن به هدف وجود دارد تحت عنوان ارزشیابی منفی می‌نامد. لذا در برنامه‌ریزی آموزش بهداشت باید این عوامل را تا حد ممکن کاهش داده و آنها را حذف نمود (از نظر هزینه، وقت و...).

مدل اعتقاد بهداشتی بر این مسئله تأکید دارد که وقتی فرد از بیماری دوری می‌کند در واقع دو شرط در آن محقق است:

شرط اول = فرد اعتقاد داشته باشد که شخصاً به آن بیماری یا شرایط حساس است، این حساسیت یا آسیب‌پذیری، دارای طیفی است که از شخصی به شخص دیگر متفاوت می‌باشد. در واقع آسیب‌پذیری افراد متغیر است. حتی در زمانهای مختلف در یک فرد حساسیت نسبت به مسئله متفاوت بوده و این طیف از انکار شروع شده و به احساس جدی و واقعی می‌رسد. لذا در نظر گرفتن این طیف حساسیت در جامعه، در برنامه‌ریزی آموزش بهداشت بسیار مهم است.

احساس جدی و واقعی |—————| انکار

(طیف حساسیت به بیماری یا شرایط)

شرط دوم = فرد معتقد باشد که وقوع بیماری اثری شدید یا متوسط یا خفیف بر روی زندگی او دارد. این اثرات در افراد مختلف متفاوت بوده و به ادراک فرد بر می‌گردد. درجه جدیت مسئله با توجه به عوامل زیر توسط فرد ارزشیابی می‌شود:

- ۱- تأثیر فیزیکی (جسمی)
  - ۲- تأثیر روانی
  - ۳- تأثیر احساسی
  - ۴- تأثیر اجتماعی
- درجهٔ جدیت مسئله که در ذهن فرد ایجاد می‌شود مسئله بسیار مهمی است، بدین نحو که برای وی این سؤال مطرح می‌شود که حاد یا مزمن بودن یک بیماری چگونه است؟
- اگر این دو شرط یعنی حساس بودن و جدیت محقق شد، فرد معتقد می‌شود که رفتاری را که حساس بودن و جدیت بیماری را کاهش می‌دهد، انجام دهد.
- یکی از موارد کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی ارزیابی نیازها است که با توجه به اهداف آموزشی و براساس نیازها، یک برنامه آموزشی صحیح تدوین و تنظیم می‌کنیم.
- تحقیقات زیادی بر این مبنا انجام شده و برای هر بعد سئوالاتی را مطرح نموده‌اند.
- فردی به نام ونبرگ، پانزده معیار را جهت سنجش حساسیت و جدیت افراد نسبت به بیماری مطرح کرده است (هر قدر تعداد معیارها زیادتر باشد، اندازه‌گیری دقیق‌تر خواهد بود).
- در سال ۱۹۴۴، توسط روزن استاک (*Rosen Stock*) به مدل اعتقاد بهداشتی حالت رسمی داده شده و در سال ۱۹۷۴ بیکر (*Becker*) و همچنین در سال ۱۹۷۵ بیکر همراه فردی به نام مای من (*Maiman*) این مدل را کاملتر کردند که در حال حاضر در دنیا براساس این روش اقدام می‌کنند.



## انتقاد وارد بر مدل اعتقاد بهداشتی

عده‌ای معتقدند که این مدل بیشتر در مورد جمع‌آوری متغیرهای رفتاری عمل می‌کند، اما فقط این مسائل منجر به رفتار در فرد نمی‌شود، بلکه عوامل دیگری نیز در رفتار فرد نقش دارند.

### نگرش *Attitude*:

تا سال ۱۹۰۱، نگرش یا *Attitude* را یکی از عوامل تعیین‌کننده برای قصد تعریف می‌کردند. در سال ۱۹۰۱ بالدوین (*Baldwin*) نگرش را آمادگی برای توجه (*Attention*) یا نوعی عمل معین تعریف نمود. اولین استفاده عملی از مفهوم نگرش برای توصیف رفتارهای اجتماعی توسط توماس (*Thomas*) و نانیکی (*Naniecki*) بدین مضمون ارائه گردید که نگرش فرآیند فکری فرد است که پاسخ‌های واقعی و بالقوه را تعیین می‌کند.

دانشمندان علوم اجتماعی در ابتدا فکر می‌کردند که نگرش‌ها می‌توانند برای شرح اعمال انسان به عنوان یک آمادگی رفتاری به کار برده شوند. آمادگی‌های رفتاری در واقع همان قصد می‌باشد و نگرش یک عامل شخصی انسان است. این نظریه تا سال ۱۹۶۰ ادامه داشت.

کرچ (*Kerech*) از جمله محققینی است که در رابطه با نگرش (*Attitude*) مطالعاتی را انجام داده است. او معتقد بود که رفتارهای اجتماعی انسان (رفتارهای مذهبی، راههای امرار معاش، فعالیت‌های سیاسی، داد و ستد کالا، و...) همه به وسیله نگرش انسان رهبری می‌شوند. بنابراین تأثیر مستقیم نگرش بر روی کلیه رفتارها را مطرح نمود.

تورستون (*Thurstone*) نظریه‌ای را در مورد نگرش ارائه داد که به

موجب آن نگرش فرد نسبت به شخصی به الگوی رفتاری فرد برمی‌گردد، لیکن این ارتباط همیشگی نیست، بدین معنا که هر نگرشی منجر به رفتار نمی‌شود و رابطه ضروری بین نگرش و رفتار وجود ندارد. این نظریه در واقع عکس تئوریهای قبلی است که نگرش را در رفتار بسیار مؤثر می‌دانستند. تورستون روشی را برای سنجش نگرش مطرح نمود. وی در اندازه‌گیری نگرش، طبقه‌بندی را از طیف مثبت (*Positive*) تا منفی (*Negative*) مطرح کرد (از مطلوب (*Favorable*) تا نامطلوب (*Unfavorable*)).

منفی (*Negative*) |-----| مثبت (*Positive*)  
 نگرش را هیچگاه نمی‌توان با بله و خیر سنجید، بلکه در سنجش نگرش باید دامنه (*Range*) یا طیفی موجود باشد. تورستون تعریفی از نگرش ارائه داد که به شرح زیر می‌باشد:

نگرش عبارت است از محبت داشتن به شیئی، چیز یا امری و یا در مقابل شیئی یا چیزی بودن.

(محبت داشتن به امری: نگرش مثبت است (+) دوست داشتن فرزند)  
 (در مقابل امری بودن: نگرش منفی (-) دوست نداشتن فرزند)

لیکرت (*likert*) در سال ۱۹۳۲ برای سنجش نگرش روشی را مطرح کرد و نمونه سئوالاتی را مطرح نمود که در هر مورد آن پنج نکته وجود داشت و این موارد را به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:

- ۱- کاملاً موافق *Agree strongly*
- ۲- موافق *Agree*
- ۳- بی نظر *undecided*
- ۴- مخالف *disagree*
- ۵- کاملاً مخالف *Disagree strongly*

لیکرت موارد فوق را از ۱ تا ۵ شماره گذاری کرد. از مجموع ۱۰۰ سؤال کمترین نمره ۱۰۰ و بالاترین نمره ۵۰۰ می باشد. کسب نمره ۱۰۰ بیانگر این است که فرد نگرش نامطلوب به مسئله داشته و کسب نمره ۵۰۰ مؤید نگرش مطلوب فرد نسبت به آن است.

آلپورت (*Allport*) در سال ۱۹۳۵ تحقیقات اولیه ای را راجع به نگرش انجام داد. وی معتقد بود نگرش یک حالت فکری و "وابسته به سلسله اعصاب" و آمادگی است. این حالت در خلال تجربیات انسان شکل می گیرد و یک سری اثرات پویا و مستقیم بر روی پاسخهای شخص نسبت به اشیاء و یا مسائل مختلف، یا اشخاص گوناگون دارد.

"نگرش را به عنوان آمادگی برای پاسخ به یک حالت ضروری مطرح کرده اند." بنابراین آمادگی مسئله مهمی برای قصد و عمل است. "در آموزش بهداشت باید فرد را به مرحله آمادگی رساند."

در تعریفی که آلپورت از نگرش ارائه داد علاوه بر عامل محبت (*Affect*) که قبلاً توسط تورستون مطرح شده بود از ۲ عامل دیگر نیز برای تشکیل نگرش نام برده شده است که عبارتند از:

۱- معرفت، شناخت، آگاهی (*Cognition*)

۲- اراده، میل و... (*Conation*)

بنابراین سه عامل محبت، معرفت، میل در نگرش و ایجاد آن نقش دارند. هر کدام از این ۳ عامل و یا گاهی یکی از آنها می تواند در ایجاد نگرش نقش داشته باشد. برخی تحقیقات نشان می دهد که رابطه مستقیمی بین نگرش و رفتار وجود داشته ولی تحقیقات دیگری عکس آن را نشان می دهند.

کُری (*Corey*) نیز تحقیقاتی انجام داده و نتیجه تحقیقات مزبور حاکی از این است که همواره رابطه مستقیمی بین نگرش و رفتار وجود

ندارد. ایشان در سال ۱۹۳۷ از روش لیکرت (*Likert*) برای سنجش نگرش استفاده نمود تا نگرش دانشجویان خود را نسبت به تقلب اندازه‌گیری کند. کری این کار را با دادن یک سری سؤال در زمانی به مدت ۵ هفته پیش بینی کرده و طی این مدت ۵ امتحان از دانشجویان به عمل آورد (هر هفته یک امتحان). معلم بعد از امتحان، اوراق را تصحیح می‌کرد ولی روی ورقه نمره نمی‌داد، بلکه نمره را جداگانه یادداشت می‌نمود و سپس ورقه‌ها را به دانشجویان داده تا خودشان ورقه‌هایشان را تصحیح کنند و نمره بدهند.

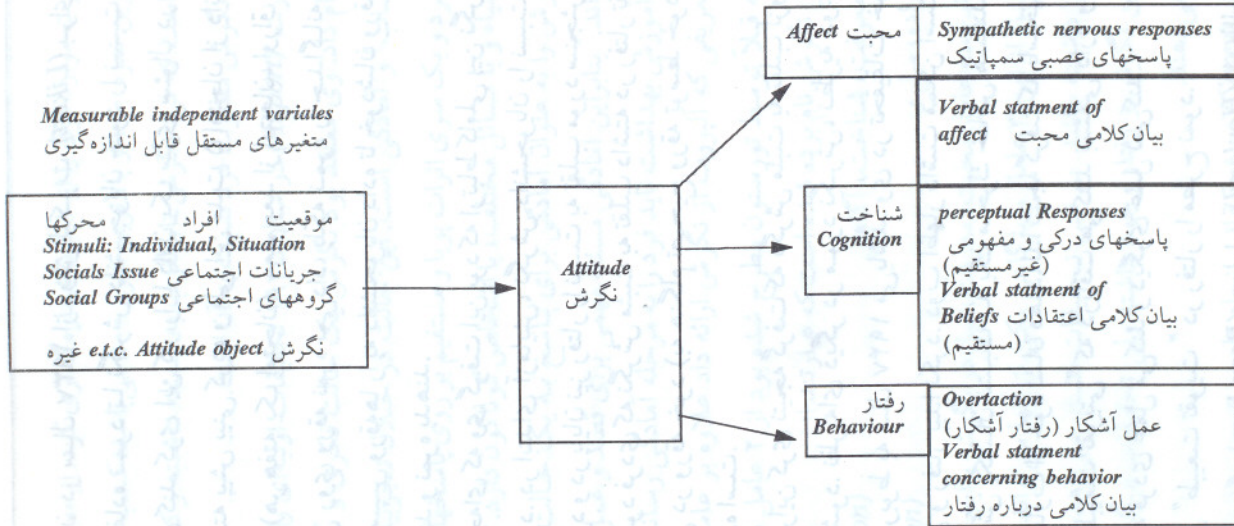
نتیجه‌ای که وی گرفت این بود که ارتباط کاملی بین نگرش و رفتار وجود ندارد. در ابتدای آزمایش، نگرش دانشجویان را نسبت به تقلب سنجیده بود و در پایان نیز رفتار را نسبت به تقلب مورد سنجش قرار داد و مشاهده نمود فردی که نگرش مثبت به تقلب داشته در رفتار تقلب نکرده است یعنی در ورقه خود (به هنگام تصحیح ورقه توسط خود دانشجو) دست نبرده است.

بنابراین کری نتیجه گرفت که نگرش مثبت به تقلب لزوماً منجر به رفتار نمی‌شود. نظریه‌ای دیگر در مورد نگرش، نظریه دوب (*Doob*) است که مربوط به سال ۱۹۴۷ می‌باشد. وی در تحقیقات خود رابطه‌ای بین نگرش و رفتار پیدا نکرد. دوب اظهار داشت ممکن است دو نفر که دارای نگرش یکسان نسبت به یک محرک خاص هستند پاسخهای رفتاری متفاوت از خود نشان دهند، لذا نتیجه گرفت که پاسخهای مختلف افراد به "طبیعت تقویتی" که دریافت می‌کنند بستگی دارد و این سبب می‌شود که فردی عمل می‌کند و دیگری عمل نمی‌کند.

دوب نقش "طبیعت تقویت" در رفتار را مطرح نمود. روزنبرگ (*Rosn berg*) و هاولند (*Hovland*) با مطالعاتی که روی نگرش انجام دادند طرحی را به نام نظریه سه جزئی نگرش ارائه دادند.

### Measurable dependent variables

متغیرهای وابسته قابل اندازه گیری



### Three-Component view of Attitude (Rosenberge-Hovland)

نظریه سه جزئی نگرش روزنبرگ و هاولند در مورد ایجاد و تغییر نگرش

### مدل قصد رفتاری (B.I.M) Behavioural intention Model

این مدل در سال ۱۹۶۷ توسط مارتین فیش بین (Martin Fishbein) ارائه شده و سپس در سال ۱۹۷۵ توسط ایشان و ایسک آجزن (Icek Ajzen) تکمیل و بعنوان یک مدل رسمی ارائه گردید.

مدل قصد رفتاری بر مبنای تئوری عمل منطقی (Theory of reasoned Action) استوار است و این تئوری نیز کاربرد تئوری دیگری بنام تئوری انتظار ارزش (Value Expectancy Theory) می باشد.

#### تئوری عمل منطقی چیست؟

این تئوری بر مبنای فرضیه‌ای استوار است که نشان می‌دهد انسانها بخودی خود منطقی بوده و اطلاعاتی را که در اختیار دارند به طور سیستماتیک مورد استفاده قرار می‌دهند. به عبارت دیگر انسانها قبل از اینکه تصمیم به انجام رفتاری بگیرند، ابتدا کاربرد و بازده آنرا بررسی کرده، چنانچه انجام آن رفتار منطقی بنظر برسد نسبت به انجام آن اقدام می‌نمایند، این تئوری را تئوری عمل منطقی می‌گویند زیرا فرد براساس یک تئوری منطقی قبل از انجام عمل به بررسی آن می‌پردازد.

#### تئوری انتظار ارزش چیست؟

براساس این تئوری انسانها زمانی دست به رفتاری می‌زنند که از آن رفتار انتظار سود و ارزش داشته باشند و مبنای این امر قضاوت خود شخص است. مثلاً مادری که به این نتیجه می‌رسد که تغذیه فرزند با شیر مادر سودمند است فرزندش را با شیر خودش تغذیه می‌کند.

تئوری انتظار ارزش در واقع قضاوت خود شخص نسبت به رفتاری است که قصد انجام آن را دارد. پس از قضاوت، در مورد رفتار تصمیم‌گیری می‌نماید. بنابراین چنانچه قضاوت وی در مورد رفتار خوب باشد آن را انجام می‌دهد و برعکس چنانچه قضاوت او بد باشد و رفتاری را مضر تشخیص دهد آن را انجام نمی‌دهد.

در مدل قصد رفتاری هدف نهائی پیش بینی رفتار است، لذا در قدم اول باید رفتار را تعریف کرده و عوامل تعیین‌کننده رفتار را شناخته و مورد بررسی قرار داد. عامل اصلی تعیین‌کننده رفتار "قصد شخص" (*Person's intention*) است. چنانچه بخواهیم رفتاری را پیش‌بینی نماییم، اولین قدم این است که از شخص سؤال کنیم آیا می‌خواهد آن رفتار را انجام دهد یا خیر؟ همواره رابطه صددرصد بین قصد و رفتار موجود نیست، به عبارت دیگر همیشه قصد منجر به رفتار نمی‌شود. قصد لازمه رفتار است ولی برای انجام رفتار کافی نیست.

قدم دوم شناخت عواملی است که موجب قصد می‌شود. طبق تئوری عمل منطقی عوامل مؤثر در قصد دو عامل اساسی هستند که عبارتند از: ۱- عامل شخصی (*Personal in nature*) که مربوط به سرشت خود شخص است.

۲- عامل بازتاب تأثیر اجتماعی (*Reflecting social influence*).

### عامل شخصی چیست؟

عامل شخصی به ارزشیابی مثبت یا منفی شخص از انجام رفتار برمی‌گردد که همان نگرش فرد نسبت به رفتار است. آحاد مردم نسبت به یک مسئله 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.

نگرش از ارزیابی مثبت یا منفی شخص در مورد انجام یک رفتار معین و با توجه به قضاوت وی به وجود می آید، بنابراین چنانچه انجام رفتار برایش سودمند باشد آن را انجام می دهد و چنانچه انجام رفتار برایش مضر باشد از انجام آن خودداری خواهد کرد. در هر حال انجام یا عدم انجام رفتار معطوف به قضاوت شخص می باشد.

توجه به این نکته لازم است که اعتقادات زیربنای نگرشها هستند به این ترتیب که نخست اعتقاد ایجاد شده و سپس نگرش به وجود می آید. شخصی که اعتقاد دارد انجام عملی برایش نتیجه مثبت دارد نسبت به آن رفتار و انجام آن گرایش مطلوب خواهد داشت و عکس آن نیز صادق می باشد، بنابراین اعتقادات در تشکیل نگرشها و همچنین در رابطه با نتایج رفتار و ارزشیابی نتایج رفتار موثر هستند.

چنانچه ارزشیابی فرد از رفتاری مثبت باشد نگرش وی مثبت بوده و قصد صورت خواهد گرفت و در نهایت رفتار انجام خواهد شد و عکس این حالت هم مصداق دارد. در آموزش بهداشت می بایستی فرد نتایج ارزشیابی را ببیند و اعتقاد مثبت پیدا کند. نتیجه این امر نگرش مطلوب خواهد بود که نهایتاً به قصد و رفتار می انجامد.

### عامل بازتاب تأثیر اجتماعی چیست؟

این عامل به هنجارهای انتزاعی (*Subjective Norms*) یا فشارهای اجتماعی (*Social pressure*) معروف است و به درک شخصی از فشارهای اجتماعی مربوط می شود. هنجار انتزاعی توسط روان شناسانی که به رشته بهداشت وارد شده اند مطرح گردیده و گویای



این است که افراد پیرامون یک فرد اعم از پدر، مادر، خواهر، برادر، رهبران مذهبی، رهبران سیاسی و... همگی در نظریات و رفتارهای او تأثیر دارند.

بنابراین دو عامل اصلی بر روی هنجارهای انتزاعی تأثیر دارند:

#### ۱- اعتقادات نرمی

۲- انگیزه برای اطاعت مثلاً برخی زنان دارای این اعتقادات نرمی هستند که از مادر شوهر خود اطاعت نمایند زیرا در غیر این صورت از چشم شوهرشان می‌افتند و یا بسیاری از مردم انگیزه برای اطاعت از رهبران دینی را دارند.

گاهی اوقات احتمال دارد فردی در گروه همسالان قرار گرفته و چنانچه مطابق هنجارهای آنان عمل نکند گروه او را قبول ننمایند، در چنین وضعیتی فرد دچار فشار اجتماعی می‌شود و تحت تأثیر این فشارها اقدام به عمل می‌نماید.

در بعضی از مواقع ممکن است یک فرد نگرش مثبت برای انجام کاری داشته باشد ولی افرادی که برای او مهم هستند (نرمهای انتزاعی) مخالف انجام آن کار باشند. تصمیم‌گیری فرد در این شرایط به دو عامل بستگی دارد:

الف: قدرت خواسته شخص (چنانچه قدرت و خواسته خودش زیاد بود این کار را انجام می‌دهد و به کسی کاری ندارد).

ب: حساسیت نسبت به فشار (چنانچه خواسته اطرافیانش برای او مهم باشد از خواسته خود صرف‌نظر می‌کند).

در مجموع می‌توان از افراد ذی‌نفوذ، رهبران مذهبی و فکری برای ترغیب افراد در جهت انجام یک رفتار بهداشتی مثبت استفاده نمود. فردی که مایل است برای فرزندش بازیهای کامپیوتری بخرد

ممکن است دلیل این کار نگرش او نسبت به این رفتار خاص باشد و یا به این دلیل باشد که افرادی که برایش اهمیت دارند و از نظر او مهم هستند از او بخواهند که این وسیله را خریداری نماید و او نیز چنین کاری را می‌کند. بنابراین فشارهای اجتماعی سبب قصد فرد و انجام عمل توسط وی می‌شود.

وقتی که فردی می‌خواهد برای انجام کاری قصد نماید ممکن است تحت تأثیر یکی از عوامل نگرش نسبت به رفتار و یا هنجارهای انتزاعی و یا هر دو این عوامل قرار می‌گیرد.

بررسی اهمیت نسبی نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی از اهمیت زیادی برخوردار است. به عنوان مثال دو نفر خانم را در نظر بگیریم که هر دو دارای نگرش مثبت نسبت به خوردن قرص پیشگیری از بارداری هستند ولی افرادی که برای آنها مهمند با عمل آنها مخالف باشند و اطرفیانی که برای آنها مهم هستند باعث شوند که قرص را خیلی راحت مصرف نکنند. در چنین موقعیتی باید بررسی نمود که کدامیک از دو عامل فوق‌الذکر (نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی) نسبت به دیگری موثرتر می‌باشد. اهمیت نسبی این عوامل نیز در افراد مختلف، متفاوت است.

در فرهنگهای بالای اجتماعی و در میان افراد تحصیلکرده غالباً نگرش مهم‌تر است در حالی که در افرادی که از تحصیلات یا سطح فرهنگی پایین‌تری برخوردارند غالباً هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی اهمیت بیشتری دارند.

مثالهای زیر نمونه‌هایی از بررسی اهمیت نسبی نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی هستند:

مثال ۱: دو نفر خانم که دارای نگرش مثبت هستند، هنجارهای انتزاعی یا

فشارهای اجتماعی سبب می‌شود که آنها قرص پیشگیری از بارداری مصرف نکنند.

مثال ۲: دو نفر خانم که داری نگرش مثبت هستند و نگرش یکی از آنها نسبت به هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی برتری و تفوق دارد و در مورد فرد دوم هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی نسبت به نگرش وی برتر و تفوق دارد.

در چنین حالتی نفر اول عمل قرص خوردن را انجام می‌دهد ولی نفر دوم این کار را انجام نمی‌دهد.

مثال ۳: دو نفر خانم نگرش مثبت داشته و از هنجارهای انتزاعی یکسان برخوردار باشند ولی قصد آنها با یکدیگر متفاوت باشد. در چنین حالتی باید بررسی نمود که چرا برخی از افراد نگرش و هنجارهای انتزاعی معینی را نگهداری می‌نمایند. چرا یکی از خانم‌ها رفتاری را انجام می‌دهد و دیگری انجام نمی‌دهد و چه عاملی سبب می‌شود که رفتاری انجام شود یا نشود؟

بنابراین می‌بایستی به تشکیل دهنده‌های نگرش و نرم‌های انتزاعی توجه نمود. تئوری عمل منطقی به این سؤال پاسخ می‌دهد که چرا عده‌ای نگرش و نرم‌های انتزاعی معینی را نگهداری می‌کنند.

بر طبق تئوری عمل منطقی نگرشها عملکرد (*Function*) اعتقادات هستند. فردی که اعتقاد دارد انجام عملی برای او دارای نتیجه مثبت است، نسبت به انجام آن رفتار نگرش مثبت دارد و بالعکس. اعتقاداتی که مأخذی برای نگرش می‌شوند "اعتقادات رفتاری" (*Behavioural Beliefs*) نامیده می‌شوند. به عنوان مثال فردی که اعتقاد داشته باشد خرید بازی کامپیوتری سبب خوشحالی کودکان او و موجب گردهمایی دوستان می‌گردد، نسبت به خرید بازی کامپیوتری گرایش

مثبت پیدا کرده و این گرایش مثبت منجر به قصد و اتخاذ رفتار شده و در نتیجه بازی کامپیوتری را می‌خرد.

### هنجارهای انتزاعی چه هستند؟

هنجارهای انتزاعی (*Subjective Norms*) عملکرد اعتقادات هستند. این اعتقادات متفاوت از اعتقادات مرحله قبل می‌باشند. در اینجا اعتقادات فرد به بازتابهای اجتماعی و اثر آن برمی‌گردد، در حالی که در مرحله اول فقط اعتقادات خود شخص نقش دارند. به اعتقاداتی که مأخذی برای فرد می‌گردد "اعتقادات نرمی" می‌گویند. اعتقادات مأخذ به اعتقادات فرد نسبت به مراجعی برمی‌گردد که فکر می‌کنند وی باید کاری را انجام دهد یا ندهد، و این امر براساس بازتابها و فشارهای اجتماعی است، مانند طرد گشتن یا پذیرفته شدن. به عنوان مثال بازتاب فشارهای اجتماعی می‌تواند سبب شود خانم خانه‌داری که می‌خواهد وسایلی را برای خانه خود بخرد از اجرای خواسته‌اش خودداری نموده و آن کار را انجام ندهد.

مثال دیگر در مورد ویدئو است. ممکن است عده‌ای معتقد به خرید ویدئو نباشند ولی فشار اطرافیان و اجتماع سبب می‌شود که فرد اجباراً ویدئو بخرد.

هر یک از دو عامل "نگرش نسبت به رفتار" و "هنجار انتزاعی" می‌تواند به طور جداگانه منجر به "قصد" و نهایتاً به رفتار شود.

### مقایسه دو مدل قصد رفتاری و اعتقاد بهداشتی

۱- در مدل قصد رفتاری (*B.I.M*) "قصد"، پیش‌بینی کننده رفتار است. در حالی که در مدل اعتقاد بهداشتی (*H.B.M*) چنین رابطه‌ای وجود نداشته

و عوامل به طور مستقیم روی رفتار مؤثر بوده و رفتار واقعی را پیش‌بینی می‌کند.

۲- در مدل قصد رفتاری (B.I.M) اعتقادات، باارزشیابی نتایج ترکیب شده ولی در مدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M) ارزشیابی از رفتار بطور صریح وجود نداشته و فقط نتایج حاصله از رفتار در لابلای منافع (Benefits) مطرح می‌گردد.

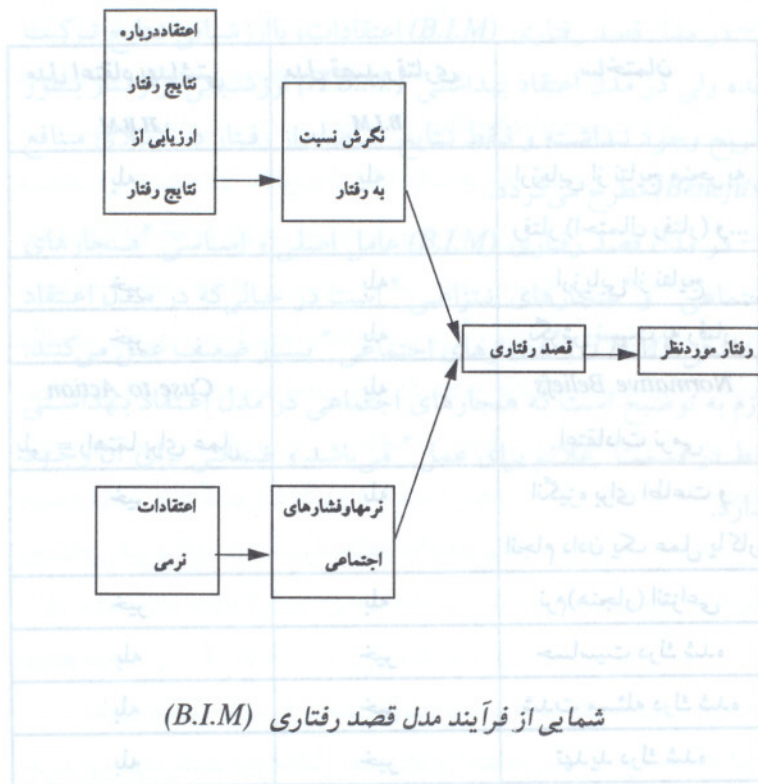
۳- در مدل قصد رفتاری (B.I.M) عامل اصلی و اساسی "هنجارهای اجتماعی" و "هنجارهای انتزاعی" است در حالی که در مدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M) "هنجارهای اجتماعی" بسیار ضعیف عمل می‌کنند. لازم به توضیح است که هنجارهای اجتماعی در مدل اعتقاد بهداشتی فقط در قسمت "علائم برای عمل" می‌باشد و ضمانتی برای آن وجود ندارد.

## مقایسه دو مدل قصد رفتاری و اعتقاد بهداشتی

ساختمان	مدل قصد رفتاری <i>B.I.M</i>	مدل اعتقاد بهداشتی <i>H.B.M</i>
ارزیابی از نتایج منجر به رفتار (احتمال رفتار) و...	بله	بله
ارزیابی از نتایج	بله	خیر
نگرش نسبت به رفتار	بله	خیر
<i>Normative Beliefs</i> اعتقادات نرمی	بله	<i>Cuse to Action</i> بلی = راهنما برای عمل
انگیزه برای اطاعت و انجام دادن یک عمل یا کار	بله	خیر
نرم (هنجار) انتزاعی	بله	خیر
حساسیت درك شده	خیر	بله
شدت مسئله درك شده	خیر	بله
تهدید درك شده	خیر	بله

مدل پرسید آنچه که مطرح می‌شود این است که باید بدانیم چه می‌خواهیم؟ چگونه می‌توانیم به سلامت برسیم؟ از پیشرفته‌ترین تکنیک‌ها چگونه استفاده کنیم؟ چگونه از آنها یا (Output) به ابتدا یا (Input) برسیم؟ و بر این اساس از کل به جزء یا از انتها به ابتدا برنامه‌ریزی کنیم.

در مدل پرسید برای اینکه یک برنامه آموزشی بهداشت مؤثر را طراحی کنیم باید از ۷ مرحله عبور کنیم.



### ج- مدل پرسید PRECEDE Model

این مدل توسط لارنس گرین (Lourance Green) ارائه شده است. این مدل فرآیندی است که برای تغییر رفتار استفاده می‌شود. هر یک از حروف PRECEDE معرف کلمه‌ای هستند که مجموعاً تشکیل دهنده نام این مدل می‌باشند و به ترتیب عبارتند از:

- ۱- مستعد کننده، آماده کننده  $P=Pre\text{disposing}$
- ۲- تقویت کننده  $R=Reinforcing$
- ۳- قادر کننده، توانا کننده  $E=Enabling$
- ۴- موجبات قادر سازی در تشخیص علتها  $C=Causes$
- ۵- آموزشی  $E=Educational$
- ۶- تشخیص  $D=Diagnosis$
- ۷- ارزشیابی  $E=Evaluation$

در مدل پرسید این موضوع مطرح می‌شود که نخست باید دید نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی چیست؟ یعنی اول باید "چراها" مطرح شوند و بعد "چطورها". به عبارت دیگر در آموزش بهداشت، از آخر (Outcome) شروع کرده و به اول برسیم.

در مسائل آموزش بهداشت رابطه علت و معلولی وجود دارد. در مدل "پرسید" آنچه که مطرح می‌شود این است که باید بدانیم چه می‌خواهیم؟ چگونه می‌توانیم به سلامتی برسیم؟ از پیشرفته‌ترین تکنیک‌ها چگونه استفاده کنیم؟ و چگونه از انتها یا (Output) به ابتدا یا (Input) برسیم؟ و بر این اساس از کل به جزء یا از انتها به ابتداء برنامه‌ریزی کنیم.

در مدل پرسید، برای اینکه یک برنامه آموزش بهداشت مؤثر را طراحی کنیم باید از ۷ مرحله عبور کنیم.



بنابراین شناخت نتیجه و اینکه چه می‌خواهیم بسیار مهم است. در این مدل باید به علل ریشه‌ای مسائل پرداخت و بر مبنای آن برنامه‌ریزی نمود، از این‌رو کار کردن با این مدل را به حل یک "معما" تشبیه کرده‌اند یعنی فرد باید ابتدا کار را با نتایج نهایی آموزش شروع کند. همانگونه که توضیح داده شد مدل پرسید از هفت جزء که در واقع هفت مرحله هستند تشکیل شده و برای استفاده از مدل می‌بایستی از این مراحل عبور نمود. مراحل هفتگانه مذکور عبارتند از:

### مرحله اول (Phase 1): تشخیص اجتماعی (Social Diagnosis)

بررسی کیفیت زندگی :

در این مرحله براساس ارزیابی برخی از مشکلات عمومی مردم (بیماران، کارکنان، کلیه اقشار اجتماع، انواع مسائل اجتماعی و...) به بررسی "کیفیت" زندگی مردم و اجتماع می‌پردازیم. شاخص‌های اجتماعی که می‌توان نام برد عبارتند از: رفاه، بیکاری، تبعیض نژادی، جرم، بی‌قانونی، خصومت. در مجموع کیفیت زندگی را به بررسی مسائل اجتماعی مردم ارزیابی می‌کنند.

### مرحله دوم (Phase 2): تشخیص اپیدمیولوژیکی (Epidemiological Diagnosis):

شناخت مسائل بهداشتی که در ایجاد مشکلات اجتماعی دخالت دارند و مستقیماً به سلامتی ارتباط پیدا می‌کنند:

در این مرحله می‌بایستی آن دسته از مسائل بهداشتی را که در مشکلات اجتماعی دخالت دارند و در مرحله اول مطرح شده‌اند شناسایی و تعیین نمود.

در اینجا ۲ دسته عوامل وجود دارند که عبارتند از:

۱- عوامل غیربهداشتی (*Non Health factors*)

۲- عوامل بهداشتی (*Health problem factors*)

عوامل بهداشتی عبارتند از شاخصهای حیاتی نظیر (بیماری - مرگ و میر - ناتوانی و باروری) و ابعاد این عوامل عبارتند از: (وقوع، شیوع، توزیع، مدت).

در این مرحله مشکلات اجتماعی مؤثر بر سلامتی با استفاده از نتایج مطالعات و تحقیقات به عمل آمده اپیدمیولوژیکی و پزشکی و نهایتاً طبقه‌بندی کلیه مسائل بهداشتی و انتخاب اولویتهای بهداشتی مورد توجه قرار می‌گیرند. به عبارت دیگر در این مرحله شاخصهای حیاتی و ابعاد آن مطرح هستند. شاخص‌های حیاتی (*Vital Indications*) شامل: بیماری *Morbidity*، مرگ و میر *Mortality*، ناتوانی *Disability*، و باروری *Fertility* می‌باشند.

ابعاد شاخص‌های حیاتی، شامل:

بروز *Incidence*، شیوع *Prevalence*، پراکندگی *Distribution*.

مرحله سوم (*Phase 3*): تشخیص رفتاری (*Behavioral Diagnosis*):

تشخیص و طبقه‌بندی رفتارها براساس اهمیت مسائل بهداشتی

مورد نظر:

در مرحله سوم تأکید بر روی "علل رفتار" و تشخیص رفتار است

یعنی تعیین و تشخیص رفتارهایی که با مشکل بهداشتی مورد نظر ارتباط داشته و اولویت و شایستگی بیشتری برای حل کردن دارند. در این مرحله در نظر گرفتن ۲ عامل یا علت مطرح است:

۱- عوامل غیررفتاری: منظور عواملی است که در جامعه موجود هستند

ولی مربوط به رفتار "خود فرد" نمی‌شوند نظیر عوامل محیطی (آب و هوا، محل سکونت)، اقتصادی، ژنتیکی (جنس - سن) که کلیه این عوامل به طور غیرمستقیم بر سلامت اثر می‌گذارند، لذا آموزش دهنده باید آنها را بشناسد زیرا شناختن و آگاهی داشتن از این عوامل سبب می‌شود که آموزش دهنده آگاهانه "محدودیت‌های اجتماعی" را شناخته و برنامه ریزی خود را با توجه به این عوامل انجام دهد. برنامه ریزی بدون توجه به عوامل غیررفتاری بیهوده است. در مدل پرسید متأسفانه به عوامل غیررفتاری زیاد توجه نمی‌شود. عوامل غیررفتاری می‌توانند محیطی باشند، مثل: آب و هوا، جاده، و یا می‌توانند تکنولوژیکی باشند، مثل: ارائه صحیح خدمات بهداشتی و امکانات موجود مناسب.

۲- عوامل رفتاری: منظور آن دسته از عوامل یا رفتارهایی است که بر روی سلامتی و وضع بهداشت در جامعه اثرگذار است. بنابراین طبقه بندی رفتارها براساس اهمیت مسائل بهداشتی مورد نظر می‌باشد. شاخصهای رفتاری مطرح شده در این مدل عبارتند از:

- استفاده از خدمات بهداشتی (آیا افراد از منابع و امکانات بهداشتی استفاده می‌کنند یا خیر) مثلاً از واکسیناسیون استفاده می‌کنند یا نه؟ میزان استفاده از خدمات تا چه حدی است؟

- شناخت اعمال پیشگیری کننده (*Prevention Action*): نظیر فقر اقتصادی و...

در شناخت اعمال جلوگیری کننده ۲ عامل مطرح است:

- الف- خود مراقبتی (*Self Care*): مراقبت از خود.
- ب- میزان اطاعت و قبول در جامعه: بنابراین می‌بایستی میزان پذیرش افراد را در جامعه مورد بررسی و ارزیابی قرار دارد.

مرحله چهارم (Phase 4): شناخت عوامل بالقوه مؤثر در رفتار بهداشتی:  
 براساس تحقیقاتی که انجام شده به این نتیجه رسیده‌اند که ۳ عامل بالقوه بر روی رفتار بهداشتی اثر دارند که عبارتند از:

- ۱- عامل مستعد کننده *Predisposing factor*: معلومات، آگاهیها، ادراکات، نگرش، اعتقادات، باورها. این عوامل در فرد ایجاد انگیزه می‌نمایند که رفتار خود را تغییر دهد، همچنین در القاء نگرش مثبت یا رفع نگرش منفی مؤثر هستند.
- ۲- عامل قادر کننده یا قادرسازی *Enabling factor*: این عامل دو جنبه دارد: گاهی به صورت مانع بروز می‌کند، مانند: امکانات محدود شده، نداشتن اطلاعات جهت انجام رفتار، نداشتن پول، نداشتن وقت. جنبه دوم عوامل قادر کننده مربوط به مهارتهای مورد نیاز فرد است. علاوه بر وجود منابع، مهارت نیز باید وجود داشته باشد، بدین معنا که فرد برای انجام یک رفتار باید مهارت لازم را پیدا کرده باشد. مثلاً در تهیه *O.R.S* در آموزش بهداشت بایستی آموزش "مهارت" داده شود.
- ۳- عامل تقویت کننده: *Reinforcing factor*: مربوط به عکس‌العملی است که اطرافیان در مورد انجام یک رفتار توسط فرد نشان می‌دهند که می‌تواند پاداش یا تنبیه باشد. این عوامل ممکن است به صورت تشویق یا تنبیه برای تغییر رفتار عمل کند.

مرحله پنجم (Phase 5): تشخیص آموزشی (تعیین روش و مواد *Educational Diagnosis*):  
 در این مرحله برنامه‌ریز به تشخیص و تصمیم در مورد این مسئله می‌پردازد که کدامیک از سه عامل بالقوه‌ای که در مرحله چهارم مطرح شدند (مستعد کننده، قادر کننده، تقویت کننده) دارای اهمیت بیشتری است و بر روی "رفتار" تأثیر زیادتر و در برنامه‌ریزی آموزشی کاربرد

بیشتری دارد تا آموزش منجر به رفتار شود. لذا بیشترین تأثیر عوامل مرحله چهارم را در نظر می‌گیرند. ممکن است آموزش دهنده با بررسی‌هایی که بعمل می‌آورد به این نتیجه برسد که دو عامل باهم یا هر سه عامل دارای اهمیت هستند و بر روی رفتار تأثیر دارند و آنها را در برنامه آموزشی در نظر می‌گیرد.

مرحله چهارم و پنجم باهم مطرح می‌شوند و در واقع این دو مرحله تشخیص آموزشی هستند. در مجموع در مدل پرسید جهت ارائه آموزش بهداشت بایستی کلیه هدفها را ریز به ریز مشخص کرده و از مطرح نمودن هدف به صورت کلی پرهیز نمود.

مرحله ششم (Phase 6): تشخیص مدیریتی (Administrative Diagnosis): تعیین نوع دخالتی است که متخصصین "آموزش بهداشت" جهت ایجاد تغییر رفتار می‌بایستی انجام دهند، و در واقع این مرحله همان آموزش بهداشت است. این مرحله را مرحله تشخیص مدیریتی (یا پیدا کردن مشکل یا مهارت خاص که در پنج مرحله قبلی طی شد، در این مرحله به اجرای برنامه اقدام می‌گردد) می‌گویند.

مرحله هفتم (Phase 7): ارزشیابی (Evaluation): مرحله هفتم ارزشیابی است. در این مرحله به بررسی و ارزشیابی برنامه می‌پردازیم تا ببینیم برنامه به هدف خود رسیده است یا نه؟ آیا تغییر رفتاری که مدنظر بوده ایجاد شده است؟

برنامه بایستی به طور مداوم ارزشیابی گردیده و نتایج مرتباً بررسی شود و در صورت وجود اشکال، تغییرات لازم در روش ایجاد گردد.

تشخیص مدیریتی

Administrative Diagnosis

تشخیص آموزشی

Educational Diagnosis

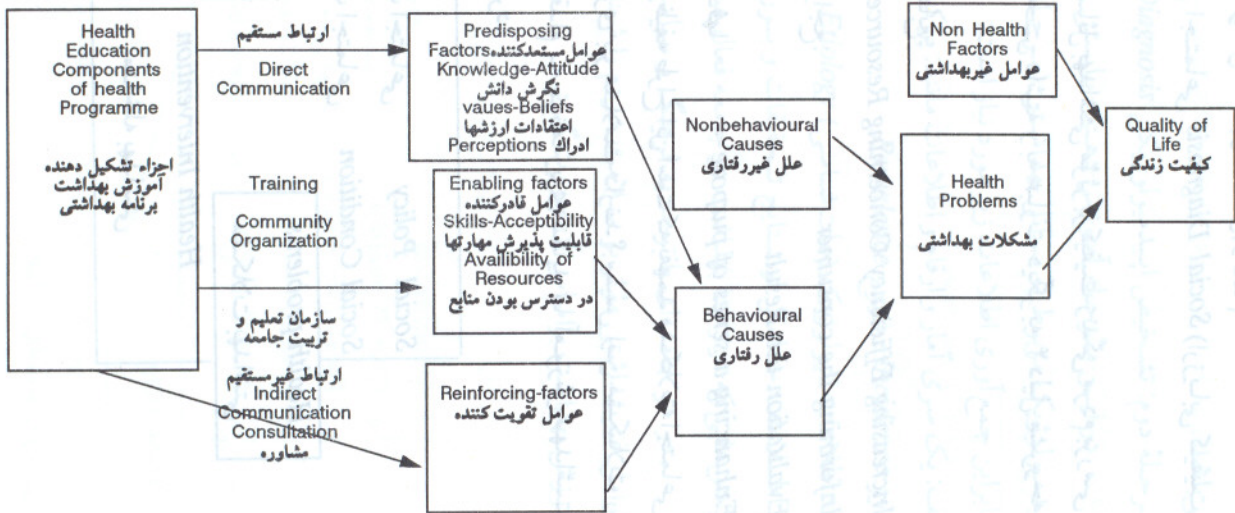
تشخیص اجتماعی و اپیدمیولوژیک

Behavioural Diagnosis

Epidemiological and Social

Diagnosis

مرحله ۱ و ۲ (Phase 1-2)    مرحله ۳ (Phase 3)    مرحله ۴ و ۵ (Phase 4-5)    مرحله ۶ (Phase 6)



حال به بررسی دقیق‌تر مراحل مدل پرسید می‌پردازیم:  
 مرحله اول: تشخیص اجتماعی (*Social Diagnosis*) (ارزیابی کیفیت زندگی):

در این مرحله مسائل بهداشتی مؤثر بر کیفیت زندگی مردم بررسی می‌شود. این کار چهار حسن داشته و به عبارت دیگر به ۴ دلیل مشروحه زیر انجام می‌شود:  
 (۱) افزایش سودمندی منابع:

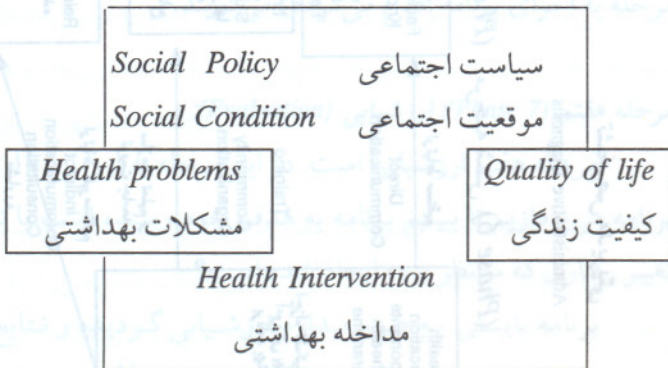
### *Increasing Efficiency Concerning Resources*

(۲) دادن اطلاعات به مراجع: *Informing the consumer*

(۳) ارزشیابی نتایج: *Evaluation the Result*

(۴) افزایش دادن فهم هدفها *Enhancing a senes of purpose*

در مرحله اول وظیفه طراح این است که بفهمد مشکلات اجتماعی چه هستند و چه تأثیری بر سلامت دارند؟ سپس این مشکلات را اولویت بندی کرده و اقدام به برنامه‌ریزی نماید تا آموزش بهداشت براساس آن صورت گیرد.



تأثیر "مشکلات بهداشتی" و "مشکلات اجتماعی" به صورت متقابل می باشد.

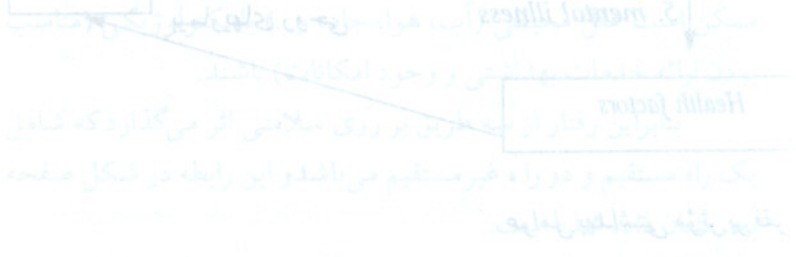
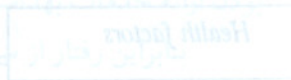
مرحله دوم: تشخیص اپیدمیولوژیکی *Epidemiological Diagnosis* در این مرحله آموزش دهنده بایستی یک سری اطلاعات اپیدمیولوژیکی مربوط به مسائل بهداشتی (مرحله اول) را پیدا نماید. بنابراین جمع آوری اطلاعات زیر مورد نیاز است:

الف: یک سری آمار و ارقام و اطلاعات مانند: پراکندگی *Distribution*، بروز *Incidence*، شیوع *Pervallence*

ب: اطلاعات اتیولوژیک (علت شناسی) *Etiology*

ج: اطلاعات حاصل از نتایج تحقیقات و بررسی های سازمانها و آژانس هایی که در زمینه بهداشت در جامعه فعال هستند.

در هر جامعه ای با توجه به فرهنگ و سیاستهای حاکم، بایستی عوامل غیربهداشتی مؤثر بر سلامت مردم را شناخت و برنامه ریزی آموزش بهداشت براساس آن صورت گیرد.





در مورد تأثیری که فقر بر مشکلات بهداشتی و غیربهداشتی دارد، مطالعاتی به عمل آمده که نتایج آن به شکل نمودار زیر بعد می باشد.

عوامل غیربهداشتی مؤثر بر فقر

Non Health factors

- |              |         |
|--------------|---------|
| 1. Education | آموزش   |
| 2. Race      | نژاد    |
| 3. Sex       | جنس     |
| 4. Age       | سن      |
| 5. Job       | شغل     |
| 6. Geography | جغرافیا |

- |                       |                    |  |
|-----------------------|--------------------|--|
| 1. Malnutrition       | سوء تغذیه          | مشکل اجتماعی<br>Social Problem<br>فقر<br>Poverty |
| 2. Over Population    | ازدیاد جمعیت       |  |
| 3. Poor infant Health | فقر بهداشتی کودکان |  |
| 4. Parasites          | انگل ها            |  |
| 5. mental illness     | بیماریهای روحی     |  |

Health factors

عوامل بهداشتی مؤثر بر فقر

مرحله سوم: تشخیص رفتاری (*Behavioural Diagnosis*):

الف: اولین کاری که در این مرحله انجام می‌دهیم این است که وابستگی علت و معلولی (*Cause and Effect*) را که بین رفتار و سلامت وجود دارد مشخص می‌کنیم (در مدل پرسید، مشکلات رفتاری به آن دسته از مشکلات اطلاق می‌شود که موجب بروز مشکلات بهداشتی برای مردم می‌گردند).

ب: هدفهای رفتاری را مشخص می‌نمائیم.

ج: براساس اهداف رفتاری، روشهای خود را تعیین می‌کنیم.

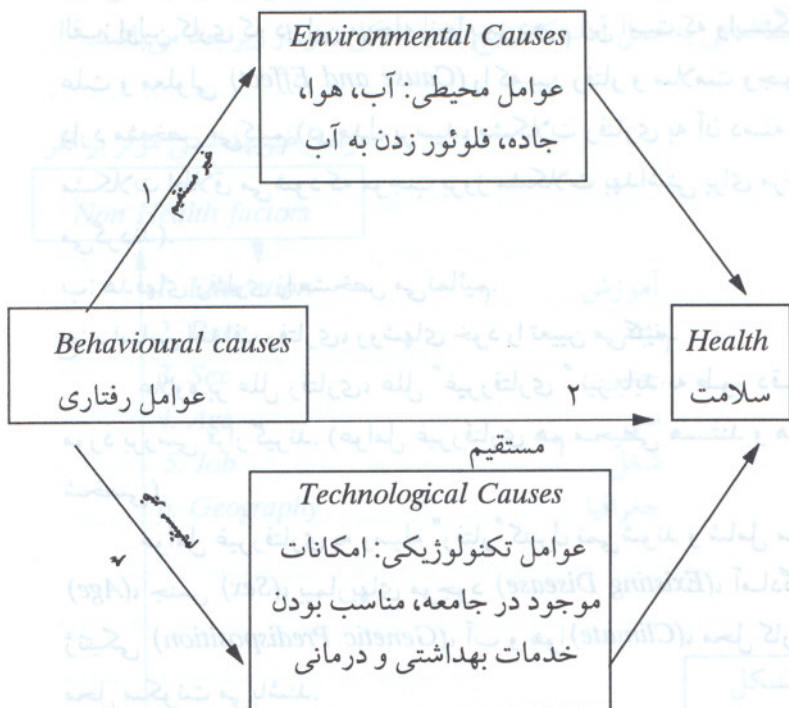
علاوه بر علل رفتاری، علل "غیررفتاری" نیز باید به طور دقیق مورد بررسی قرار گیرند. (عوامل غیررفتاری هم محیطی هستند و هم شخصی).

عوامل غیررفتاری به وسیله "رفتار" کنترل نمی‌شوند و شامل سن (*Age*)، جنس (*Sex*)، بیماریهای موجود (*Existing Disease*)، آمادگی ژنتیکی (*Genetic Predisposition*)، آب و هوا (*Climate*)، محل کار و محل سکونت می‌باشند.

عوامل مذکور مؤید این موضوع هستند که آموزشگر بهداشت صرفاً نباید فرد آموزش گیرنده را مورد نظر قرار داده و او را سرزنش کند، بلکه می‌بایستی عوامل غیررفتاری مؤثر بر سلامتی را نیز مورد توجه قرار دهد.

برخی از علل غیررفتاری که مشکلات بهداشتی را ایجاد می‌کنند ممکن است علل محیطی (آب، هوا، جاده و...) یا تکنولوژیکی (مناسب بودن ارائه خدمات بهداشتی و وجود امکانات) باشند.

بنابراین رفتار از سه طریق بر روی سلامتی اثر می‌گذارد که شامل یک راه مستقیم و دو راه غیرمستقیم می‌باشد و این رابطه در شکل صفحه بعد نشان داده شده است.



#### چهارم: تشخیص آموزشی *Educational Diagnosis*

این مرحله ضروری‌ترین قسمت از مدل پرسید است که برای آموزش و تغییر رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مرحله سه دسته عوامل وجود دارد:

<i>Predisposing</i>	<i>Factors</i>	۱- عوامل مستعد کننده
<i>Enabling</i>	<i>Factors</i>	۲- عوامل قادر کننده
<i>Reinforcing</i>	<i>Factors</i>	۳- عوامل تقویت کننده

(۱) عوامل مستعد کننده (*Predisposing factors*):

عواملی هستند که انگیزه (*Motivation*) یا دلیل اساسی (*Rational*) را

برای رفتار فراهم می‌کنند. فاکتورهای مستعدکننده شامل ارزشها (values)، اعتقادات (Beliefs)، نگرشها (Attitudes)، دانش (Knowledge)، می‌باشند.

### ۲) عوامل قادرکننده (Enabling Factors):

عواملی هستند که اجازه می‌دهند که یک خواسته یا آرزوی (Aspiration) فرد، شناخته شده و به حد نهایی و عمل درآید. عوامل قادرکننده شامل مهارتهای شخصی (Personal Skills) و منابع (Resources) می‌باشند.

### ۳) فاکتورهای تقویت کننده (Reinforcing factors):

فاکتورهای تقویت کننده یک پاداش مستمر (Continuing Reward) و یک محرک (Incentive)<sup>۱</sup> و تنبیه (Punishment) را فراهم می‌کنند.

انجام یک رفتار ممکن است حاصل جمع سه عامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده باشد. اگر در مورد یک گروه تحت آموزش (Target - Population) فقط از دانش (Knowledge) (بدون توجه به قادرکننده و تقویت کننده)، استفاده کنیم، مطمئناً برنامه آموزش بهداشت با مشکل و حتی شکست روبرو خواهد شد.

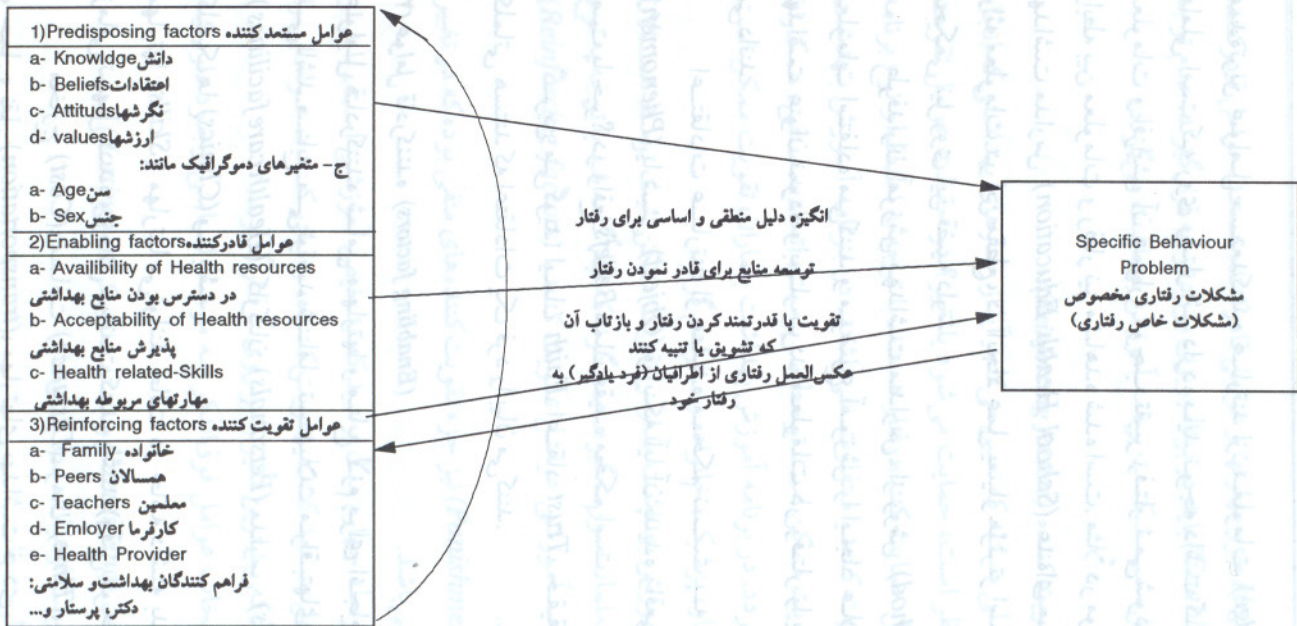
مدل پرسید این توانایی را ایجاد می‌کند که فرد آموزش دهنده

۱. مثالهای زیر نمونه هایی از محرک (Incentive) هستند: دادن خمیر دندان به کودک به منظور شستشوی صحیح دهان و دندان. در هر حال در هر دو مورد مثال پاداش به صورت مادی و معنوی مطرح می‌شود.

عواملی را که بیشتر روی رفتار اثر می‌گذارند دسته‌بندی و طبقه‌بندی نموده و آنها را اولویت‌بندی کند و بیشتر روی هدف نهایی آموزش تأکید دارد. رابطه‌ای که بین این سه عامل وجود دارد، بسیار مهم است. در برنامه‌ریزی آموزشی علاوه بر مدنظر قرار دادن عوامل مذکور می‌بایستی نسبت به اولویت بندی آنها نیز اقدام نمود زیرا این سه فاکتور را باید اولویت بندی کرده و سپس بکار برد. در صورت عدم اولویت بندی ممکن است نتیجه عکس از آموزش گرفته شود.

#### ۱) عوامل مستعدکننده (*Predisposing factors*):

عواملی هستند که دلایل اساسی و انگیزشی رفتارها را فراهم می‌کنند و به عنوان "مزیت فردی" (*Personal Preferences*) محسوب می‌شوند. عواملی نظیر معلومات، نگرشها، اعتقادات، ارزش‌ها و برخی از عوامل دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت "اقتصادی، اجتماعی"، جزو عوامل مستعد کننده محسوب می‌شوند.



«دسته بندی عواملی که در رفتار بهداشتی دخالت دارند»  
 - شماره ها نشان دهنده توالی و فرآیند ایجاد یک رفتار هستند  
 (Categories of factors that contributing to Health Behaviour)

عمده‌ترین عوامل مستعدکننده عبارتند از: معلومات (*Knowledge*): عاملی است که روی رفتار اثر دارد، باید توجه داشت که هر چند معلومات و افزایش آن همواره موجب تغییر رفتار نمی‌شود ولی اثر و رابطه بین معلومات و رفتار نیز مشاهده شده است. مثلاً در مورد آموزش بهداشت مدارس (*School Health Education*) عده‌ای معتقدند که ارائه معلومات در این مقطع، در ایجاد عمل بسیار مؤثرتر است و عقیده محکمی نیز روی این قضیه دارند.

طرفداران آموزش بهداشت مدارس، از روش (*Method*) ارائه معلومات استفاده می‌کنند و موضوع آموزش را ایجاد علاقه فرد به بهداشت عنوان نموده و بکار بردن معلومات در رفتار را بسیار مهم می‌دانند.

اعتقادات عبارتند از عقیده محکم نسبت به یک پدیده (*Phenomen*) یا شیئی (*Object*) و اینکه آیا آن پدیده واقعی و درست است یا خیر؟ در واقع *Beliefs* همان عقیده محکم است. گرین می‌گوید: ایمان *Faith*، اعتقاد *Trust*، حقیقت *Truth*، کلماتی هستند که اعتقادات یک فرد را بیان می‌کنند.

#### ۲) عوامل قادرکننده (*Enabling factors*)

عوامل قادرکننده شامل مهارتها و منابع لازم برای انجام یک رفتار می‌باشد. منابع می‌تواند شامل تسهیلات مراقبتهای بهداشتی (*Health care facilities*)، کارکنان (*Personals*) مدارس (*Schools*)، و کلینیک‌ها (*Clinics*) و... باشد.

مهارتها (*Skills*): مهارتها می‌توانند حالت دو جانبه داشته بدین معنا که زمانی تسهیل کننده و زمانی مانع کننده باشند (وقتی موجود نباشند). مخارج (*Cost*)، مسافت (*Distance*)، زمان (*Time*)، وسیله نقلیه و حمل و نقل (*transportation*)، مهارتهای بهداشت فردی (*personal*)

*Health skills*) جزو مهارتها و عوامل قادرکننده هستند. عوامل قادرکننده (*Enabling skills*) باید در برنامه‌ریزی مورد توجه قرار گیرند. عدم توجه به این عوامل سبب شکست برنامه آموزش بهداشت می‌گردد.

### ۳) عوامل تقویت‌کننده (*Reinforcing factors*):

عواملی هستند که تعیین می‌کنند آیا از رفتارهای بهداشتی که انجام آنها مورد نظر است، حمایت می‌شود یا خیر؟ در حقیقت عوامل تقویت‌کننده عوامل حمایت‌کننده رفتار هستند. با توجه به اهداف و نوع برنامه عوامل تقویت‌کننده متفاوت می‌باشند. در برنامه آموزش بهداشت حرفه‌ای تقویت ممکن است توسط سرپرست، اتحادیه صنفی، همکاران و... فراهم گردد. در برنامه آموزش بهداشت بیماران، تقویت ممکن است توسط پرستار، پزشک، خانواده و... فراهم گردد.

در آموزش بهداشت مدارس تقویت ممکن است توسط همسالان (*Peers*) و معلمان صورت گیرد. همانگونه که قبلاً گفته شد با توجه به نوع برنامه و هدف آموزشی عوامل تقویت‌کننده (*Reinforcing factors*) فرق می‌کنند.

تنبیها (*Punishment*) نیز جزء تقویت‌کننده‌های منفی بوده که در تغییر رفتار مؤثر می‌باشد.

در مرحله چهارم مدل پرسید که تشخیص آموزشی است، باید از میان سه عامل مستعدکننده، تقویت‌کننده، و قادرکننده، عواملی را انتخاب نمود که بیشترین تأثیر را بر روی "رفتار" دارند. در فرآیند انتخاب عوامل فوق‌الذکر سه مرحله اساسی وجود دارد که عبارتند از:

- ۱) تعیین کردن (*Identifying*) و دسته‌بندی کردن (*Sorting*)
- ۲) تعیین اولویت از میان دسته‌بندی‌ها
- ۳) اجرای اولویت‌ها



مرحله پنجم تشخیص آموزشی تعیین روش و مواد می باشد. اولین کار آموزش بهداشت این است که با توجه به اهداف آموزشی، عوامل قادر کننده (*Enabling factor*) را شناسایی کرده و براساس سه مرحله پیشگفت عوامل را تعیین نموده، سپس روش کار (*Method*) و مواد مورد استفاده (*Material*) را مشخص کرده و ما را راهنمایی کند چه روش و کدام مواد را بکار ببریم.

#### مرحله ششم: تشخیص مدیریتی (*Administrative diagnosis*)

اصول تشخیص مدیریتی به ترتیب عبارتند از:

- ۱) تعیین بودجه (*budgeting*): در بخش تعیین بودجه می بایستی موارد زیر مورد توجه قرار گیرند:
  - الف: بررسی کارکنان مورد نیاز و تعداد آنان
  - ب: تعیین مهارتهایی که افراد آموزش دهنده باید کسب کنند. میزان فعالیت، حجم، زمان، نوع مهارتهای مورد نظر، انتخاب و آموزش کارکنان و مخارج مورد نیاز
  - ج: تعیین موارد مورد نیاز
  - د: تخمین مدت زمان اجرای برنامه، در طراحی بودجه زمان عامل مهمی است.

- ۲) بررسی و تجزیه و تحلیل عواملی که اجرای یک برنامه بهداشتی را تسهیل نموده و بر آن اثر می گذارد. نخست می توان یک ارزیابی از برنامه به عمل آورد. در مدل پرسید ارزیابی میزان مشکلات در بکارگیری و اختصاص منابع از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و می توان در ابتدا این دو عامل را تخمین زد.

#### مرحله هفتم: ارزشیابی *Evaluation*

ارزشیابی عبارت است از پروسه ای سیستماتیک. طبق نظر گرین ارزشیابی مقایسه موضوع مورد نظر با استاندارد قابل قبول است.

## د- مدل بزنف (BASNEF)

مدل بزنف (BASNEF) در چند سال اخیر مورد استفاده قرار گرفته است و جامعترین مدلی است که برای "مطالعه رفتار"، "شناسایی رفتار" و "ایجاد رفتارهای نو و جدید" در جامعه به کار می‌رود. این مدل بیش از اینکه برای توصیفی کامل از فرآیندهای پیچیده‌ای که روی رفتار شخص تأثیر دارند، بکار رود، در برنامه‌ریزی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مدل BASNEF از مدل PRECEDE و همچنین "تئوری عمل منطقی" که به وسیله روان‌شناسانی چون *Ajzen* و *Fishbein* مطرح گردیده، استفاده نموده است.

تئوری عمل منطقی کاربرد تئوری "انتظار، ارزش" بوده و نقش مهمی در ایجاد مدل اولیه اعتقاد بهداشتی که به طور وسیعی در آموزش بهداشت بکار گرفته شده، داشته است. بنابراین مدل BASNEF از ترکیب مدل پرسید و مقصد رفتاری تشکیل شده است.

مدل BASNEF از اول کلمات زیر تشکیل شده است:

$B = behavior$  ، رفتار -  $A = Attitude$  ، نگرش -

$SN = subjective Norms$  ، نرملهای انتزاعی -

$EF = Enabling Factors$  ، عوامل قادرکننده.

از مدل BASNEF در جهت برآوردن نیازهای آموزش بهداشت

در کشورهای در حال توسعه استفاده می‌نمایند.

تئوری انتظار ارزش *Value Expectancy Theory*

طبق تئوری انتظار ارزش مردم فقط زمانی یک رفتار را انجام

می‌دهند که خودشان به این نتیجه برسند که آن رفتار برایشان منافی دارد. مثلاً اگر آنها به این نتیجه برسند که تغذیه با شیر مادر متضمن بدست آوردن منافی می‌باشد کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌نمایند، و چنانچه به این نتیجه برسند که تغذیه با شیر مادر نفعی ندارد کودکان خود را با شیر مادر تغذیه نخواهند کرد. در تئوری انتظار ارزش این قضاوت خود شخص است که در رابطه با بد یا خوب بودن نتایج حاصل از انجام رفتار به عمل می‌آید. متد و روشی که ذیلاً شرح داده خواهد شد بر مبنای درک اینکه چطور مثلاً یک خانم باردار یا یک فرد سالمند یا دیگر آحاد جامعه شخصاً به موقعیت خودشان نگاه می‌کنند، استوار است.

معمولاً کارکنان بهداشتی اغلب از دیدگاه خود به رفتار نگاه می‌کنند و بر عوامل بهداشتی و درمانی به عنوان دلیل رفتار تأکید فراوانی دارند. جامعه ممکن است ارزشهای دیگری را بهمین 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 دارد. آنچه که ممکن است در بخشی از جامعه بنظر ما به عنوان رفتار نامعقول و غیرمنطقی بیاید، می‌تواند متضمن تصمیمات معقول و سنجیده‌ای باشد که براساس موقعیت و نیازهای خود جامعه تجویز شده است.

### قصد رفتاری و عوامل قادرکننده:

اشتباه است که یک برنامه آموزش بهداشت به این دلیل که نتوانسته است ایجاد علاقه و انگیزه نماید مقصر شناخته شده و مورد سرزنش قرار گیرد. شخص ممکن است قصد انجام یک رفتار را داشته

باشد اما هنوز نتوانسته آن را انجام دهد، و این امر به علت تأثیر عوامل قادرکننده نظیر وقت، پول، امکانات، مهارتها، منابع موجود و غیره باشد.



عوامل قادرکننده مثل:

- وقت

- پول و منابع

- مهارتهای ویژه مورد نیاز

- خدمات بهداشتی مناسب و قابل دسترس

عوامل قادرکننده برای مادری که قرار است به فرزندش که دارای اسهال می‌باشد محلول *ORS* بدهد: زمان، ظروف، نمک، شکر و معلومات لازم در رابطه با نحوه آماده نمودن و خوراندن آن به فرزندش خواهد بود.

نتایج ممکنه مختلفه که شخص اعتقاد دارد، می‌تواند از انجام رفتار حاصل شود

میزانی که با آن به هر نتیجه به عنوان خوب یا بد نگریده می‌شود

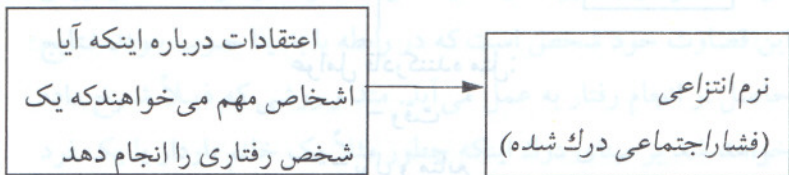
نگرش (قضاوت) نسبت به رفتارها به عنوان خوب یا بد

نرم انتزاعی *Subjective Norm*:

همانطور که در شکل یک نشان داده شده است، یک فرد در شبکه

اجتماعی خود از اشخاص متعددی تأثیر خواهد پذیرفت. بعضی از مردم

از یک شخص می‌خواهند تا رفتاری را انجام دهد. برخی دیگر از مردم از یک شخص نمی‌خواهند تا رفتاری را انجام دهد. اصطلاح نرم انتزاعی به وسیله *Ajzen* و *Fishbein* برای فشار اجتماعی درك شده بكار برده می‌شود.



یک شخص ممکن است مجبور باشد فشارهای متضاد از افراد مختلف را متعادل سازد، که برخی از این اشخاص موافق و برخی دیگر مخالف خواسته او باشند. فشار اجتماعی به ادراکات شخص از خواسته‌های افرادی که نفوذ زیادی دارند یعنی برای شخص افراد مهمی هستند بستگی خواهد داشت. بطور مثال یک فرد ممکن است معتقد باشد که خواسته دوستانش یا کارکنان بهداشتی از او اینست که یک توالی بسازد اما پدر یا همسرش خواهان چنین کاری نبوده و از او بخواهد که این کار را نکند.

احتمال دارد او از خواسته‌های کسانی که برایش مهمتر از بقیه هستند، تبعیت نماید.

## دوستان

پدر / مادر

کارفرما

زن / شوهر

رهبران سیاسی

خواهران / برادران

رؤسا

پدر یا مادر شوهر

رهبران مذهبی

پدر یا مادر بزرگ



بستگان

کارکنان بهداشتی

شکل ۱: تأثیر افراد مختلف بر روی رفتار فرد.

## تشکیل قصد رفتار:

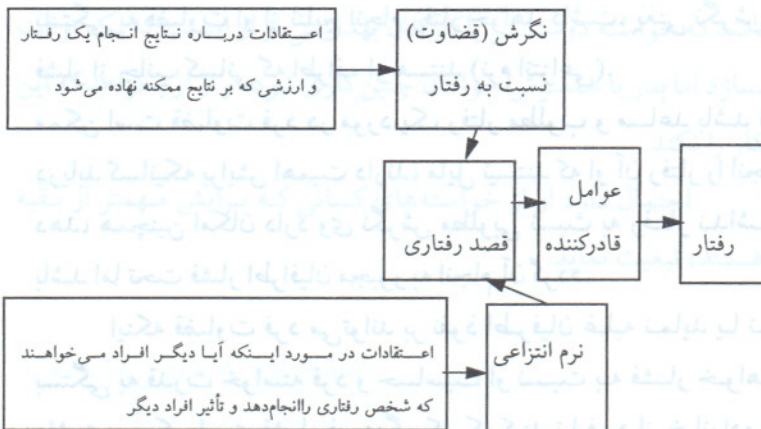
اینکه فرد تشکیل قصد رفتاری برای انجام یک رفتار می دهد یا نه، بستگی به قضاوت او از نتایج انجام رفتار خواهد داشت، یعنی نگرش و فشار از جانب کسانی که اطراف او هستند (نرم انتزاعی).

ممکن است قضاوت فرد در مورد یک رفتار مطلوب و مساعد باشد اما دریابد کسانی که برایش اهمیت دارند، مایل نیستند که او آن رفتار را انجام دهد، همچنین امکان دارد وی نگرش مطلوبی نسبت به رفتار نداشته باشد اما تحت فشار اطرافیان مجبور به انجام آن گردد.

اینکه قضاوت فرد می تواند بر نفوذ اطرافیان غلبه نماید یا نه، بستگی به قدرت خواسته فرد و حساسیت او نسبت به فشار خواهد داشت. ممکن است فشار فرهنگی کمک کند تا فرد از خانواده یا جامعه اش تبعیت نماید.

استفاده از مدل **BASNEF** برای برنامه‌ریزی آموزش بهداشت همانطور که در شکل شماره ۲ نشان داده شده است، کاربرد مدل **BASNEF** شامل بررسی رفتار از دیدگاه جامعه می‌باشد. این امر به آسانی که بنظر می‌رسد، نیست. حتی اگر شما دارای فرهنگی یکسان با مردم باشید، یک آموزش پزشکی می‌تواند بین کارکنان بهداشتی و نحوه احساس و فکر مردم معمولی فاصله ایجاد کند. یک سؤال ساده از مردم جامعه یا حتی کارکنان ساده‌ای مانند مستخدمین یا نگهبانان می‌تواند دیدگاهی را ارائه کند. پرسیدن سئوالات مفید و مناسب از اشخاص و گروهها در ابتدای جلسه آموزش بهداشت می‌تواند اطلاعاتی را در مورد عوامل مهم فراهم نماید. چنانچه منابع موجود باشند، سؤال کردن بایستی بطرز سیستماتیک‌تری به عنوان یک پژوهش سازمان یافته، "یا تشخیص جامعه" صورت پذیرد.

### شکل ۲: خلاصه مدل **BASNEF** برای فهمیدن رفتار



وقتی که اطلاعات کافی در مورد عوامل مختلف مدل *BASNEF* موجود باشد، جهت تصمیم‌گیری در مورد آموزش بهداشت بایستی موارد زیر را در نظر گرفت.

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

۲- تعریف دقیق رفتاری که قرار است جامعه آن را اتخاذ کند، و در نظر داشتن این امر که چه نوع عوامل قادرکننده‌ای لازم است که به وسیله آن در مردم ایجاد انگیزه شده تا رفتاری را اتخاذ نمایند. در این مرحله ممکن است حتی رفتارهایی را معین نمود که انتظار نمی‌رود مردم بدلیل پیچیدگی و نیاز به عوامل قادرکننده مانند زمان، پول و مهارتهایی که موجود نیستند، و ناسازگار با فرهنگ و رفتار فعلی هستند، تغییر دهند.

اولین اولویت این است که اطمینان حاصل شود که برنامه آموزش بهداشت عوامل قادرکننده مور نیاز را فراهم می‌نماید. این امر برنامه‌های سازمان یافته اجتماعی را که جهت بهبود وضعیت زندگی می‌باشد، طلب می‌کند مانند درآمد، امکانات آب رسانی، کشاورزی و اقدامات بهداشتی. ممکنست لازم باشد برای بهبود بخشیدن به وضعیت زنان به آنها زمان اضافی اختصاص داده شده تا رفتاری را انجام دهند. تکنولوژی‌های مناسب باید مورد بررسی قرار گیرند، مثلاً پمپ‌های کم خرج، اجاق گازهای ارزان و غیره که هزینه را کاهش می‌دهند. 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 هستند فراهم گردند، مهارت‌های ویژه‌ای که مورد نیاز جامعه هستند باید به جامعه آموخته شوند.

حل مشکل عوامل قادرسازی مستلزم کار کردن با پرسنل دیگر خدمات مانند کشاورزی، توسعه روستایی، آموزش بزرگسالان و تعاونی‌ها می‌باشد. ممکن است لازم باشد که در سطح ملی وارد عمل شده تا بر روی سیاست‌های دولت تأثیر گذاشت.

۳- چنانچه عوامل قادرسازی فراهم هستند ممکن است مشکل، فشار اجتماعی بر روی شخص یعنی نرم انتزاعی مطرح باشد. غیرمعقول است که از شخص انتظار برود تا برخلاف خواسته‌های اطرافیانش در جامعه قدم بردارد. توصیه نمودن به فرد در کلینیک کافی نبوده و ضروری است بداخل جامعه رفته و تمام خانواده و دیگر اشخاص مهم را در برنامه آموزش بهداشت درگیر نموده و مشارکت داد.

یک استراتژی باارزش این است که افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه را در شروع درگیر نمود.

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

اگر جامعه اعتقاد دارد که انجام یک رفتار منجر به نتایج غیرمطلوب می‌گردد، باید تعیین شود چرا؟ ممکن است این امکان وجود داشته باشد که تغییر رفتار پیشنهادی را تعدیل نموده تا قابل قبول گردد. چنانچه این کار ممکن نیست و شواهد واضحی وجود دارد که فوائد

بهداشتی از تغییر رفتار عاید می‌گردد، از نظر اخلاقی درست اینست که یک نگرش مطلوب را ارتقاء دهیم. این امر می‌تواند دربرگیرنده پیامهای آموزش بهداشت باشد تا احتمال درك شده از نتایجی که جامعه آن را نامطلوب می‌پندارد به حداقل رسانده، و آن دسته از اعتقادات را که ارتباط با انجام رفتار دارند، تقویت نماید.

چنانچه فقط شخصی دارای یک اعتقاد بخصوص می‌باشد ممکن است اعتقاد او را به وسیله بحث‌هایی با خود او تحت تأثیر قرار داد. اگر این اعتقاد در دیگر افراد جامعه نیز وجود داشته و جزو فرهنگ مشترك آنها باشد، در این صورت لازم است کوشش‌ها را بجای افراد معطوف به بحث‌های گروهی مردم نمود.

پی بردن به اینکه چگونه یک اعتقاد بخصوص به وجود آمده است، اهمیت دارد، زیرا از این طریق می‌توان به ریشه آن پی برده و پیش‌بینی نمود که چطور می‌توان آنرا تغییر داد. اعتقاد ممکن است از تجربیات فردی یا تجربیات شخصی مرتبط با جامعه شکل بگیرد، مثلاً ممکن است آنها به یک کلینیک مراجعه کرده و در آنجا صف طولانی باشد، یا کودک خود را واکسن زده ولی کودک آن بیماری را گرفته باشد و غیره. هر چند خیلی مشکل است که آن دسته از اعتقادات را که ناشی از تجربیات مستقیم شخص باشند تغییر داد اما این امکان وجود دارد که با فراهم نمودن یک دلیل شخصی فرد را متقاعد ساخت که تجربه مورد نظر بد تعبیر و تفسیر شده است.

مطالعات اخیر دیدگاه ارزشمندی را فراهم می‌آورد که چطور اعتقادات بخصوصی می‌توانند جزئی از سیستم‌های اعتقادی گسترده مانند سیستم‌های مذاهب و پزشکی سنتی باشند.

چنانچه اعتقادی جزئی از یک سیستم گسترده اعتقادات باشد

تغییر آن خیلی مشکل خواهد بود. به طور مثال یک زن باردار در شبه قاره هندوستان ممکن است دارای این عقیده باشد که نباید تخم مرغ بخورد بدلیل اعتقادات گسترده تری مثل مسئله سرما و گرمای بدن و غذاها. یک فرد همچنین اعتقاداتش را از طریق چیزهایی که می خواند یا از دیگران می شنود شکل می دهد. مشکل است آن دسته از اعتقاداتی را که برای مدت طولانی نگه داشته شده اند تغییر داد.

امکان دارد اعتقاداتی وجود داشته باشند که به راحتی قابل تغییر باشند. چنانچه منافع یک رفتار از طریق نمایش بوضوح نشان داده شوند، احتمال زیادی دارد که جامعه متقاعد گردد، به طور مثال نشان داده شود که واکسیناسیون مؤثر است و عدم انجام واکسیناسیون علیه فلج اطفال منجر به فلج شدن کودکان می شود.

استراتژی ارزشمند دیگر پیدا نمودن کسانی است که منابع معتبر و قابل احترام اطلاعاتی در جامعه هستند و درگیر نمودن این رهبران عقیدتی و فکری در برنامه آموزش بهداشت. معمولاً تأثیر گذاشتن بر روی آن دسته از اعتقاداتی که اخیراً وسیله افراد بدست آمده اند آسان است مشروط بر اینکه مربوط به فرد باشد نه کل جامعه، و نیز از منابعی که قابل احترام هستند گرفته نشده و جزئی از مذهب یا سیستم پزشکی سنتی نباشد.

#### نتیجه:

مدل *BASNEF* که در این مبحث شرح داده شده می تواند با بعضی از اصول اصلی تئوری ارتباطات برای ایجاد راهنمای طراحی برنامه های آموزش بهداشت که در جدول شماره ۲ لیست شده است، ترکیب گردد.

طراحی خوب یک برنامه آموزش بهداشت بر مبنای خوب فهمیدن جامعه و مشارکت اجتماعی در انتخاب اولویت‌ها و اهداف استوار خواهد بود. این امر بر تغییر دادن آندسته از اعتقاداتی که در تحت تأثیر قرار دادن رفتار اهمیت داشته و قابل تغییر هستند متمرکز خواهد شد. همچنین نقطه شروع برای تجزیه و تحلیل ما رفتار شخصی فرد بوده است. فهمی از تأثیرات بر روی رفتار می‌تواند به انتخاب مداخله‌گرهایی (*interventions*) منجر شود که نه تنها بر روی فرد بلکه بر روی خانواده، جامعه و سطح ملی نیز تأثیر بگذارند و تغییر اجتماعی و اقتصادی را شامل شوند. هدف تئوری این است که در طراحی برنامه‌های مؤثر کمک عملی نماید. شما باید این تئوری را از نقطه نظر تجربیات خودتان اتخاذ نمائید.

نمائیید.

نمائیید.

نمائیید.

نمائیید.

نمائیید.

نمائیید.

نمائیید.

جدول شماره ۲: ویژگیهای یک آموزش بهداشت مؤثر این است که:

- رفتارهایی را ارتقاء می دهد که واقعی و عملی بوده و برای جامعه مشکلاتی را ببار آورده است.
- بر پایه عقاید، مفاهیم و رفتارهایی بنا شده باشد که فعلاً در مردم آن جامعه وجود داشته است.
- در طول زمان با استفاده از روش های مختلف تقویت و تکرار گردد.
- از کانالهای ارتباطی موجود استفاده نماید. برای مثال از سرودها، نمایشنامه و داستان سرایی استفاده شود.
- توجه جامعه را جلب نماید.
- از زبان ساده و اصطلاحات محلی استفاده شده و بر منافع حاصله از انجام رفتار تأکید ورزد.
- موقعیتی برای بحث و گفتگو فراهم نماید تا به یاد گیرنده امکان مشارکت را داده و بازتابی از فهم و اجرا داشته باشد.
- برای نشان دادن منفعی که از اتخاذ آن رفتار عاید می گردد از نمایش ها استفاده شود.