

برنامه جامع درسی

آموزش سلامت

(آشنایی با مفاهیم کاربردی)
ویژه کارشناسان آموزش سلامت
(جلد اول)

تألیف و تدوین:
دکتر ناصر محمدی - دکتر شهرام رفیعی فر
و همکاران

تحت نظر:
دکتر محمد اسماعیل اکبری
دکتر حمیدرضا جمشیدی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی تهران
معاونت سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
اداره ارتباطات و آموزش سلامت

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

برنامه جامع درسی آموزش سلامت - (آشنایی با مفاهیم کاربردی)

ویژه کارشناسان آموزش سلامت

تألیف و تدوین: دکتر ناصر محمدی - دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران

همکاران به ترتیب حروف الفباء: تیمور آقاملایی، مریم اکبری، فرخنده امین شکروی، سمیر

ایار، نوشین پیمان، عاطفه خوشنواز، صدیقه السادات طوافیان، می نور لمیعیان و کبری نوری

تحت نظر: دکتر محمد اسماعیل اکبری - دکتر حمیدرضا جمشیدی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت سلامت

مجری: مؤسسه مطالعات و تحقیقات زنان

هماهنگی: هما معارف - شهره نادری مقام - پروین جانانی

ویرایش: فرزانه ولی پور

صفحه آرایی: مژگان جوادی - مریم حسینی

چاپ اول - ۱۳۸۴

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

مقدمه :

مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) : " برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت ، بدون در نظر گرفتن نژاد ، مذهب ، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی؛ حق مسلم هر انسانی است." سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست . سلامت و هر آنچه که مرتبط با آن است: بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم ؛ انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آنها توسط دولت ؛ و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است . نوع برخورد هر فرد با سلامتش ، تا حد زیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد و افزایش سواد بهداشتی اقشار مختلف مردم نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت در کشور است .

ارتقای سلامت ، در بر گیرنده سه فاکتور است : آموزش سلامت ، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری است که بدون برنامه ریزی موزون ، هماهنگ همزمان و برابر برای هر یک از این سه فاکتور نمی توان به ارتقای سلامت مردم امید داشت. در دیدگاه سنتی ، آموزش سلامت عاملی است که رفتارهای مخاطره آمیز افراد را تغییر می دهد . این تعریف نشانگر این مطلب است که آموزش سلامت بیشتر به پیشگیری در امر سلامت توجه دارد .

پیشرفتهایی که در دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقای سلامت توسط متخصصان انجام گرفته ، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبشهای نوین سلامت عمومی به وجود آورده است. در نظریه نوین سلامت عمومی ، تأثیر محیط (اجتماعی ، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته که بنابر نظر Tones بر اساس چنین دیدگاهی دو نقش جدید برای آموزش سلامت ایجاد شده است :

الف) آموزش سلامت باید سطح آگاهیهای عمومی در مورد تأثیر محیط (اقتصادی ، اجتماعی و انسانی) بر سلامت و یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا ببرد ؛

ب) نکته دیگر آن است که آموزش سلامت با بالا بردن سطح دانش و مهارت‌های افراد ، باید به آنها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند ، قادر به تصمیم گیری شوند .

(۱۹۸۵) Tannahill الگویی را برای ارتقای سلامت مطرح کرده که تا حدود زیادی وابستگی و ارتباط میان سه فاکتور : آموزش سلامت ، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری را ، روشن می‌سازد . آموزش سلامت در هر یک از حوزه‌های مورد اشاره در الگوی Tannahill برای ارتقای سلامت شامل : آموزش سلامت به دست اندرکاران و همچنین آموزش سیاستگذاران مربوطه و نیز آموزش سلامت همگانی به مردم است . طبق این مدل آموزش سلامت علاوه بر مرز مشترک خود با پیشگیری از بیماری و حفاظت از سلامت ، دارای وظایف انحصاری مورد نظر در تعریف Tones نیز می باشد . آموزش سلامت به عنوان بخشی از استراتژی‌های توسعه اجتماعی نیز استفاده می شود. هدف در اینجا استفاده از آموزش سلامت برای آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم در مورد تأثیر فاکتورهای اجتماعی ، اقتصادی و فردی بر سلامت و همچنین ایجاد تغییرهای مثبت در محیط‌های اجتماعی از طریق تأثیر گذاری بر سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت می باشد . بدون وجود ساختاری مناسب برای آموزش سلامت در بخش سلامت کشور نمی توان به اهداف آموزش سلامت به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی ارتقای سلامت بویژه در وظایف انحصاری آموزش سلامت (خارج از مرزهای مشترک آموزش سلامت با فاکتورهای پیشگیری از بیماری و حفاظت از سلامت) دست یافت .

منشور Ottawa برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) روشن ترین بیانیه ای است که اصول جنبش نوین سلامت عمومی در آن ذکر شده است . منشور Ottawa جنبش ارتقای سلامت را این طور معنی می کند:

- ایجاد سیاست های حامی سلامت
- ایجاد محیط های حامی سلامت و حفاظت شده
- توسعه اقدام جامعه
- بازنگری در ساختار نظام سلامت

● توسعه مهارت‌های فردی که تمامی این اقدام‌ها نیازمند توسعه آموزش سلامت به دست اندرکاران، سیاستگذاران و مردم است.

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی؛ هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آنها را در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد. سلامت در واقع منبعی مثبت برای زندگی روزمره است و نه هدفی برای زندگی. سلامت مفهومی مثبت است که به منابع و ریشه‌های فردی و اجتماعی و نیز توانایی‌های فیزیکی افراد وابسته است. توانمندسازی افراد و جوامع برای شناخت نیازها، تصمیم‌گیری و اجرای آگاهانه و مسوولانه رفتارهای فردی و جمعی سالم و مدیریت، پایش و ارزشیابی و سرانجام کنترل سرنوشت فردی و جمعی نیازمند توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت‌های سازمانی و اجرایی آموزش سلامت در بخش سلامت است.

Seedhowse (۱۹۹۷) سعی کرد تا تعریفی برای سلامت ارائه دهد که بسیاری از زمینه‌های مورد انتقاد در دو تعریف سازمان جهانی بهداشت و منشور ارتقای سلامت Ottawa از سلامت را پوشش داده و از بین ببرد:

وضعیت سلامت هر فرد هم‌ارز با مجموعه شرایطی است که به فرد این توانایی را می‌دهد تا از فرصت‌های واقعی خود استفاده کرده و از پتانسیل بیولوژیکی خود بهره‌برد. برخی از این شرایط دارای بیشترین اهمیت برای تمام مردم است و برخی دیگر بستگی به توانایی‌های فردی و وضعیت موجود دارد. تعیین شرایط در این تعریف دارای اهمیت اساسی می‌باشد. Seedhowse شرایط زیر را به عنوان مواردی که باعث ایجاد سلامت شده و برای همه مردم بیشترین اهمیت را دارد، مطرح کرده است:

۱ - نیازهای ابتدایی به غذا، آب، سرپناه و مسکن، قدرت و امید در زندگی؛
۲ - دستیابی به اطلاعات ممکن و قابل حصول در مورد تمامی عوامل تأثیرگذار بر زندگی یک فرد؛

۳ - سواد بهداشتی به معنای برخورداری از مهارت، توانایی و اعتماد به نفس برای جذب و درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی. مردم باید توانایی درک اطلاعات بهداشتی و مهارت در زمینه چگونگی استفاده از آنها را داشته باشند؛

۴ - تفهیم این مطلب به مردم که هیچگاه یک فرد نمی تواند از محیط اطراف خود و دیگر مردم دنیای بیرون ، به طور کامل خود را جدا سازد . بنابراین یک فرد نباید با محیط اطراف خود درگیر شود ، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع ، در یک کلام باید گفت : یک مسأله اساسی در زمینه سلامت ، تفهیم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند دارای وظیفه اند و باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می شود . همانطور که ملاحظه می شود ، پاسخگویی مناسب به تمامی نیازهای اصلی تمامی مردم هر کشوری در زمینه سلامت ، نیازمند وجود ساختاری علمی ، متمرکز و روزآمد برای آموزش سلامت در بخش سلامت آن کشور است . ساختاری که بخش سلامت را به عنوان عضوی از ائتلافی بزرگ برای برخورداری تمامی مردم از آب ، غذا، مسکن ، قدرت و امید ، سواد بهداشتی ، دسترسی عادلانه به اطلاعات مورد نیاز برای کنترل سرنوشت فردی و جمعی و توسعه احساس هویت و تعلق خاطر اجتماعی در مردم ، توانمند نموده و کار آمد سازد .

یک سری موقعیتهای دیگر نیز وجود دارد که بسته به استعدادها و پتانسیل هایی که هر فردی در درون خود دارد و می تواند آنها را به مرحله عمل برساند ، با یکدیگر تفاوت دارند . برای مثال ، یک فرد بیمار ، یا فردی که در یک مکان نامناسب زندگی می کند ، یک زندانی ، یک ورزشکار سالم ، بیماری که به آخر خط رسیده و یا یک مادر باردار همه اینها دارای یک سری نیازهای اساسی و مرکزی می باشند که بخشی از سلامت آنها را تشکیل می دهد ولی علاوه بر اینها ، این افراد یک سری نیازهای ویژه و خاصی نیز دارند تا بتوانند شرایط فعلی خود را سر و سامان دهند (بخش سلامت فعلی ، در حال حاضر بیشتر و شاید تنها به این بخش از سلامت می پردازد) .

آموزش سلامت در نیازهای فردی سلامت ، در قالب مرز مشترک خود با دو فاکتور دیگر ارتقای سلامت یعنی حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری ایفای نقش می کند و بخش سلامت را در ارایه خدمات آموزش سلامت علمی ، کاربردی و متکی بر شواهد و مبتنی بر جامعه توانمند می سازد .

دیدگاه دیگری که در آینده بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت " مکتب اصالت نشاط " می باشد . دیدگاهی که در آن ، تمرکز دیگر تنها روی تأثیر عوامل مخاطره آمیز بر سلامت نیست بلکه به تأثیر عوامل نشاط آور بر سلامت نیز توجه بسیاری خواهد شد .

برای توسعه نشاط مردم نیز راهی جز توسعه علمی و روزآمد آموزش سلامت به عنوان یک رویکرد برای توانمندسازی مردم و جوامع در برخورداری از یک زندگی با کیفیت و پر نشاط وجود ندارد .

هدف اصلی و اساسی هر راهبرد بهداشتی ، پیشبرد و ارتقای سلامت مردم و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آنها است . تأکید بر توسعه آموزش سلامت برای تحقق این هدف نهایی ، نیز ضروری است . تحقق این هدف اساسی می تواند تقاضای استفاده از مراکز بهداشتی را در طول زندگی افراد کاهش دهد . همچنین به این ترتیب می توان به یک هدف دیگر نیز دست یافت و آن " افزایش زندگی برای سال ها " است . همچنانکه یکی از اهداف سستی بشر " افزایش سالهای زندگی " بوده است. این بدان معناست که وقتی مردم کمتر و دیرتر دچار بیماری و مشکل شوند ، در آن صورت منابع قابل دسترس در شرایط حاد برای مراقبت و درمان آنها بیشتر خواهد بود که این امر یکی دیگر از مزایای توجه جدی به آموزش سلامت در بخش سلامت است .

ارایه برنامه‌هایی برای کنترل بیماری توسط خود بیمار و انجام اقدام‌های مراقبتی توسط خود او به‌ویژه در مورد افرادی که دارای بیماری‌های مزمن می باشند ، می تواند میزان استفاده از خدمات درمانی را تا حد زیادی کاهش دهد . مسأله مهمی که در اینجا باید به آن توجه داشت ، افزایش میزان آگاهی و آموزش سلامت بهتر به افراد برای افزایش اعتماد به نفس آنها در زمینه امکان کنترل بیماری توسط خودشان می باشد . برای توانمندسازی مردم در مراقبت از سلامت خود ، خانواده و اطرافیان ، راهی جز توسعه منطقی و ساختاری آموزش سلامت در بخش سلامت وجود ندارد .

توسعه برنامه های آموزش سلامت در جامعه و محیط های کاری می تواند در پیشرفت و ارتقای سلامت و کاهش تقاضا و هزینه های خدمات درمانی بسیار مؤثر باشد . ارزیابی در زمینه استفاده از برنامه های آموزش سلامت در محیط های کاری نشان داده که آموزش سلامت در محل کار ، موجب صرفه جویی در هزینه‌های بهداشتی تا سه برابر شده است . توسعه آموزش سلامت در محل کار برای همه کارمندان و کارگران کشور نیز نیازمند توسعه و تقویت ساختار آموزش سلامت در بخش سلامت است .

رسالت دیگر آموزش سلامت ، برنامه ریزی و استفاده بهینه از رسانه های ارتباط جمعی برای ارتقای سلامت است . رسانه های گروهی در بالا بردن سطح اطلاعات و

آگاهی‌های مردم در یافتن خدمات بهداشتی مؤثر و مناسب و استفاده از آنها نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند. حمایت رسانه‌ها، به عنوان یک استراتژی ارتقای سلامت محسوب می‌شود. در واقع رسانه‌های گروهی می‌توانند در زمینه آرایه اطلاعات و آگاهی در مورد سلامت به جامعه، به‌ویژه در زمینه‌های ارتقای سلامت، پیشگیری، آموزش در زمینه عوامل مخاطره‌آمیز و اطلاعات در زمینه مواد مخدر مشارکت کنند. پیشنهاد لایحه حمایت رسانه‌ها در زمینه آرایه پیام‌های بهداشتی، بیان نظریه‌های مختلف و طرح مناظرات جمعی برای پیشرفت سیاست‌های سلامت و بهداشت عمومی، حایز اهمیت است.

رسانه‌های گروهی همچنین می‌توانند روی رفتارها و عادت‌های بهداشتی افراد، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست‌های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیر گذار باشند. تحقق تمامی این آرمان‌ها نیازمند توجه جدی به آموزش سلامت در ساختار بخش سلامت کشور است.

ضرورت توجه جدی به آموزش سلامت برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و رفاه در کشور، موجب گردید که اولین برنامه مدون توسعه آموزش سلامت در کشور (در راستای سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه چهارم توسعه) در اداره ارتباطات و آموزش سلامت تدوین گردد که اجرای آن علاوه بر حمایت، تعهد سیاسی و توسعه ساختاری و ظرفیت‌سازی در بخش سلامت و سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی و خصوصی کشور؛ نیازمند توانمندسازی پرسنل بهداشتی کشور برای طراحی، اجرا و ارزشیابی خدمات آموزش سلامت متکی بر شواهد در سطوح مختلف سیستم آرایه خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشد. به منظور توانمندسازی پرسنل بهداشتی کشور در زمینه آرایه خدمات آموزش سلامت، برنامه جامع درسی آموزش سلامت در سه سطح پایه، عمومی و تخصصی با هدف تهیه پودمان آموزشی مناسب برای استفاده در نظام جامع آموزش و بازآموزی دانش و مهارت آموزش سلامت متکی بر شواهد به پرسنل بهداشتی کشور و نیز سایر پرسنل دولتی، غیردولتی و خصوصی درگیر در طراحی، اجرا و ارزشیابی انواع خدمات اطلاعاتی، ارتباطی و آموزشی برای آموزش سلامت و رفاه به افراد، گروه‌ها و جوامع تدوین شده است.

مجموعه‌ای که پیش رو دارید، سطح سوم برنامه جامع درسی آموزش سلامت است. این مجموعه با هدف آشنایی کارشناسان آموزش سلامت با مفاهیم کاربردی آموزش

سلامت تدوین شده که امید است در ارتقای کیفیت خدمات آموزش سلامت متکی بر شواهد و توانمندسازی افراد درگیر در آموزش سلامت در کشور مؤثر باشد .
در اینجا بر خود واجب می داند که از حمایت ارزشمند آقایان دکتر محمد اسماعیل اکبری معاون محترم سلامت ، دکتر حمیدرضا جمشیدی ریاست محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت از تدوین این مجموعه تشکر و قدردانی نموده ؛ همراهی صمیمانه آقای دکتر عبدالرحمان رستمیان معاون محترم سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و سرکار خانم منیره آمدی قمی مدیرعامل محترم مؤسسه مطالعات و تحقیقات زنان در اجرای پروژه تدوین برنامه جامع درسی آموزش سلامت را گرامی داشته و مراتب قدردانی خود را از همکاری ارزشمند استاد ارجمند آقای دکتر ناصر محمدی بخاطر مدیریت و هدایت پروژه و همکاران محترم تیم تألیف (تیمور آقاملایی، مریم اکبری، فرخنده امین شکروی، سمیر ایار، نوشین پیمان، عاطفه خوشنواز، صدیقه السادات طوافیان، می نور لمیعیان و کبری نوری) و سایر عزیزانی که در تدوین این مجموعه با ما همکاری داشتند اعلام نماید .

دکتر شهرام رفیعی فر
مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت

پیشگفتار

آموزش سلامت در چند دهه گذشته، به عنوان یکی از مباحث کلیدی و بنیادی در ارتقای سلامت مطرح و با رویکردهای مختلف مورد تجزیه و تحلیل متفکران و اندیشمندان نظام سلامت، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، اقتصاددانان و ... قرار گرفته است.

در آموزش سلامت، تعالی رفتارهای سالم در جامعه اعم از سلامت محوری در رفتار و نگرش سیاستمداران، ارتقای سلامت در برنامه‌ریزی‌های محلی و رفتارهای سلامت گرایانه در آحاد جامعه دنبال می‌شود.

در طی چند دهه اخیر، در زمینه آموزش سلامت کتب فراوانی انتشار یافته و همچنین تحقیقات فراوانی صورت گرفته که نتایج آنها در نشریات معتبر به چاپ رسیده است، ولی مجموعه دانش آموزش سلامت در یک بسته آموزشی، ارایه نشده است.

این مجموعه با توجه به نیازی که در طی برنامه‌ریزی استراتژیک آموزش سلامت به شکل واضح تشخیص داده شده و خلاء اطلاعاتی سازمان یافته که در اکثر سطوح مدیریت احساس گردید و با درخواست و پیشنهاد اداره ارتباطات و آموزش سلامت تدوین گردید. در تدوین این مجموعه، گروهی از کارشناسان و دانش پژوهان عرصه آموزش سلامت کشور گرد هم آمده و در یک فرآیند سیستماتیک و نظام‌مند، نسبت به تدوین مجموعه آموزشی اقدام نمودند.

در اولین مرحله، مطالعه کارشناسی توسط خبرگان و متخصصان آموزش سلامت صورت گرفت تا موضوعات اصلی آموزشی مورد نیاز تعیین گردند که پس از بحث فراوان و تحلیل نیازها و وظایف در آموزش سلامت در ده حیطه جمع‌بندی شد که شامل موارد زیر می‌باشد: مدیریت و رهبری آموزشی، برنامه‌ریزی آموزشی، تئوری‌ها و مدل‌ها، ارزشیابی، توانمندسازی، فناوری اطلاعاتی، فناوری ارتباطی، بازاریابی اجتماعی، جلب حمایت همه-جانبه و خودیادگیری .

در دومین مرحله، مطالعه گسترده مستندات، کتب و نشریات معتبر آغاز گردید که نتایج آن به صورت فیش‌های اطلاعاتی و در یک بانک اطلاعاتی ذخیره سازی شد. این اطلاعات در

زمینه‌های مختلف که در اولین مرحله تعیین گردیده بود گروه بندی و در اختیار همه اعضای گروه قرار گرفت.

تعیین اهداف عینی آموزش سلامت مبتنی بر وظایف کارکنان نظام سلامت سومین مرحله از فرآیند تدوین این برنامه درسی را به خود اختصاص داد که تعداد وسیعی از اهداف عینی شناسایی و بسته‌بندی شدند.

چهارمین مرحله کار، سطح‌بندی چارچوب مجموعه در سه سطح بود که سطح اول آن برای آموزش عمومی و آشنایی همه مدیران و کارکنان نظام سلامت با مفاهیم کاربردی آموزش سلامت در حیطه‌های ده گانه فوق اختصاص یافت. هدف این سطح، آگاهی بخشی و توجیه همه مدیران و کارکنان نظام سلامت با مفاهیم می‌باشد.

در سطح دوم، یک مجموعه کاملاً کاربردی و با هدف به کارگیری بسته آموزشی در محیط اجرایی و توسط همه کارشناسان بهداشت و درمان و آموزش سلامت تدوین گردید. و بالاخره، سطح سوم، با هدف تربیت تیم کارشناسی خبره آموزش سلامت و در دو بعد نظری و عملی آماده شد.

این مجموعه آموزشی، که اولین ویرایش یک بسته جامع آموزش سلامت می‌باشد، طبعاً با کاستی‌ها و نقایصی همراه خواهد بود که انتظار می‌رود با بازخورد علمی و اجرایی اساتید محترم و کارشناسان محترم آموزش سلامت و سایر همکاران نظام سلامت و در طی یک فرآیند بهبود مستمر، به مهم‌ترین مرجع علمی آموزشی آموزش سلامت در نظام سلامت تبدیل گردد.

یکی از مزایای طراحی این بسته آموزشی، تشکیل یک گروه کاری جستجوگر و علاقه‌مند بوده است که اعضای آن زحمت فراوانی برای شکل‌گیری این مجموعه متحمل شدند و به طور مستمر در خدمت آموزش سلامت کشور خواهند بود و با ارتقای مستمر آن، نقش مؤثر و منحصر به فردی را ایفا خواهند کرد.

مزیت دوم اینکه، اداره ارتباطات و آموزش سلامت، اکنون یک برنامه جامع درسی به صورت این مجموعه مستند و یک پارچه برای آموزش در اختیار دارد و با تحلیل کارشناسی آن، یکی از قوی‌ترین سیستم‌های آموزشی پودمانی را به اجرا خواهد گذاشت.

مزیت سوم اینکه، این مجموعه زمینه همکاری نزدیک اساتید دانشگاهی و فعالان
عرصه‌های اجرا در آموزش سلامت کشور را بوجود آورده است که امید می‌رود تداوم یابد.

دکتر ناصر محمدی

تشکرات

مجموعه مدیریت و گروه تألیف و تدوین این مجموعه بر خود وظیفه می‌داند که از پشتیبانی جناب آقای دکتر اکبری معاون محترم سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر جمشیدی ریاست محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، همکاری جناب آقای دکتر رستمیان معاون محترم سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، سرکار خانم منیره آمدی قمی مدیر محترم مؤسسه مطالعات و تحقیقات زنان، همکاری مشورتی همکاران عزیز جناب آقای پارسی‌نیا و سرکار خانم دژپسند از اداره ارتباطات و آموزش سلامت، خانم‌ها پروین جانانی، هما معارف و شهره نادری مقام از کارشناسان حوزه معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران که مسئولیت سنگین هماهنگی بین اعضای گروه و مدیریت را بر عهده داشتند و خانم‌ها مریم حسینی، فرزانه ولی پور و مژگان جوادی که صفحه‌بندی و اصلاحات کتابچه‌ها را عهده‌دار بودند تشکر و قدردانی نماید.

فهرست جامع

کتاب اول - مدیریت و رهبری آموزشی

۲	• مقدمه
۵	• بخش اول - تاریخچه مکاتب مدیریت
۶	- مکتب مدیریت علمی
۷	- مکتب روابط انسانی
۱۰	- مکتب علم مدیریت
۱۳	- خلاصه
۱۵	• بخش دوم - تکوین مدیریت آموزشی
۱۶	- ضرورت مدیریت آموزشی
۱۷	- ویژگی‌های مؤسسات آموزشی
۲۵	- خلاصه
۲۷	• بخش سوم - تعاریف و مفاهیم در مدیریت آموزشی
۲۸	- مفاهیم اولیه در مدیریت آموزشی
۳۵	- تفاوت مدیریت و رهبری
۳۷	- وظایف مدیریت
۳۸	- تعارض در مدیریت
۴۳	- فرآیند مدیریت
۴۶	- مهارت‌های مورد نیاز مدیران آموزشی در عمل
۴۸	- نقش مدیران
۴۹	- وظایف مدیریت
۵۲	- سازمان
۵۴	- عناصر سازمانی
۵۵	- مدل‌های سازمانی
۵۸	- مفاهیم مهم سازمانی
۶۵	- خلاصه
۶۷	• بخش چهارم - شیوه‌های مطالعه مدیریت
۶۸	- شیوه سنتی

۶۸	- شیوه موردی
۶۹	- شیوه کمی
۷۰	- شیوه رفتاری
۷۱	- شیوه تصمیم گیری
۷۲	- شیوه سیستمی
۷۴	- شیوه اقتضایی
۷۵	- شیوه نقش های مدیریت
۷۶	- خلاصه
۷۷	● بخش پنجم - تئوری در مدیریت
۷۸	- اجزای تئوری
۸۱	- رابطه تئوری و علم
۸۴	- انواع تئوری های مدیریت آموزشی
۸۶	- خلاصه
۸۷	● بخش ششم - مهارت های ارتباطی در مدیریت آموزشی
۹۱	- ویژگی های ارتباطات مؤثر
۹۶	- انواع ارتباط
۱۰۴	- اجزای ارتباط
۱۱۴	- انتخاب کانال های اطلاع رسانی
۱۱۶	- شبکه های ارتباطی
۱۱۷	- موانع ارتباطی
۱۱۹	- ارتباط در مؤسسات آموزشی
۱۲۱	- خلاصه
۱۲۳	● بخش هفتم - تصمیم گیری
۱۲۴	- مراحل تصمیم گیری
۱۲۵	- تعریف و تشخیص مسأله
۱۲۹	- تعیین معیار ها
۱۲۹	- جمع آوری اطلاعات در زمینه تصمیم های مناسب
۱۳۱	- ارزیابی راه حل ها
۱۳۲	- انتخاب راه حل

- ۱۳۲ - اجرا و ارزشیابی
- ۱۳۳ - چند نکته در مورد عقلانی و مقبول بودن تصمیم گیری
- ۱۳۴ - انواع تصمیم گیری
- ۱۳۷ - مشارکت در تصمیم گیری
- ۱۳۸ - تصمیم گیری در مؤسسات آموزشی
- ۱۳۹ - خلاصه
- ۱۴۱ • ارزشیابی پایانی
- ۱۴۳ • منابع

کتاب دوم - برنامه ریزی آموزشی

- ۱۴۸ مقدمه
- ۱۵۱ • بخش اول - تعاریف و مفاهیم
- ۱۵۲ - برنامه ریزی
- ۱۵۲ - مراحل برنامه ریزی
- ۱۵۳ - تعریف برنامه ریزی آموزشی
- ۱۵۴ - مراحل فرآیند آموزشی
- ۱۵۵ - نیازسنجی آموزشی
- ۱۵۵ - تحلیل آموزشی
- ۱۵۶ - محتوای آموزشی
- ۱۵۶ - طرح درس
- ۱۵۶ - الگوی تدریس
- ۱۵۷ - روش تدریس
- ۱۵۷ - ارزشیابی آموزشی
- ۱۵۹ • بخش دوم - تعیین نیازهای آموزشی
- ۱۶۰ - تعیین نیازهای آموزشی
- ۱۶۱ - تجزیه و تحلیل نیازها
- ۱۶۱ - ارزیابی نیازهای یادگیری
- ۱۶۲ - تحلیل موقعیت
- ۱۶۳ - تقسیم بندی نیازها

- ۱۶۶ - تحلیل مخاطبان و تعیین نیازها
- ۱۶۷ - شناسایی نیازهای آموزش سلامت
- ۱۷۰ - سنجش نیازهای آموزش سلامت
- ۱۷۱ - جمع آوری اطلاعات برای تعیین نیازها در آموزش سلامت
- ۱۷۲ - درک مشکلات
- ۱۷۲ - نقش رفتار
- ۱۷۳ - چه کسی می تواند مشکلات را حل کند
- ۱۷۴ - چه نوع کمکی مورد نیاز است
- ۱۷۴ - شناسایی و دسترسی به منابع
- ۱۷۵ - آیا آموزش سلامت پاسخی به نیاز است
- ۱۷۶ - اولویت بندی نیازها
- ۱۷۷ - برنامه ریزی در آموزش سلامت
- ۱۷۹ - خلاصه
- ۱۸۱ • بخش سوم - تعیین اهداف آموزشی
- ۱۸۲ - نقش اهداف آموزشی
- ۱۸۲ - انواع اهداف آموزشی
- ۱۸۹ - نقش اهداف رفتاری در فرآیند آموزش
- ۱۹۱ - بیان اهداف آموزشی
- ۱۹۲ - اصول تعیین اهداف آموزشی
- ۱۹۳ - اهداف غیر رفتاری
- ۱۹۴ - منابع تعیین اهداف آموزشی
- ۱۹۵ - طبقه بندی اهداف آموزشی
- ۱۹۶ - خلاصه
- ۱۹۷ • بخش چهارم - تحلیل آموزشی
- ۱۹۸ - تحلیل آموزشی
- ۱۹۹ - مراحل تحلیل آموزشی
- ۲۰۶ - خلاصه
- ۲۰۹ • بخش پنجم - انتخاب و سازمان دهی محتوای آموزشی و طرح درس
- ۲۱۰ - انتخاب محتوا

۲۱۰	- ماهیت محتوا
۲۱۰	- محتوا و روش
۲۱۱	- معیار ها و اصول انتخاب محتوا
۲۱۳	- توالی یا سازمان دهی محتوا
۲۱۴	- طرح درس
۲۱۸	- اشکال مختلف طرح درس
۲۲۲	- برنامه درسی پنهان
۲۲۳	- خلاصه
۲۲۵	• بخش ششم - الگوهای تدریس
۲۲۶	- الگوی تدریس چیست ؟
۲۲۶	- الگوی تدریس عمومی
۲۲۹	- الگوی پیش سازمان دهنده
۲۳۲	- الگوی حل مسأله
۲۳۶	- الگوی تدریس انفرادی
۲۳۹	- خلاصه
۲۴۱	• بخش هفتم - انتخاب روش ها و تکنیک های آموزشی
۲۴۲	- عوامل مؤثر بر انتخاب روش های آموزشی
۲۴۵	- انواع روش ها و تکنیک های آموزشی
۲۴۶	- آموزش سلامت فردی
۲۴۸	- اصول و قواعد مشاوره
۲۵۰	- اهداف مشاوره
۲۵۱	- آموزش سلامت گروهی
۲۶۱	- آموزش سلامت به جوامع
۲۶۲	- خلاصه
۲۶۳	• ارزشیابی پایانی
۲۶۶	• واژه نامه
۲۶۷	• منابع

۲۷۰	● مقدمه
۲۷۳	● بخش اول - تعاریف و مفاهیم تئوری و مدل
۲۷۴	- تعریف و مفاهیم تئوری و مدل
۲۷۴	- موارد استفاده از تئوری ها و مدل ها در آموزش سلامت
۲۷۶	- معیار های ارزشیابی یک تئوری مناسب
۲۷۷	- الگو یا مدل
۲۸۱	● بخش دوم - مدل قصد رفتاری ، تئوری عمل منطقی و رفتار برنامه ریزی شده
۲۸۲	- زمینه تاریخی و نظری تئوری
۲۸۳	- مبتکرین و ارایه دهندگان مدل عمل منطقی
۲۸۳	- مواردی که منجر به توسعه مدل شد
۲۸۵	- مشخصات و واژه های کلیدی تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه ریزی شده
۲۹۰	- تئوری رفتار برنامه ریزی شده
۲۹۳	● بخش سوم - مدل اعتقاد بهداشتی
۲۹۴	- زمینه های ایجاد مدل و اهمیت آن
۲۹۵	- بنیان گذاران مدل
۲۹۵	- هدف الگو
۳۰۲	- توصیف کننده های مدل
۳۰۵	- کاربرد مدل در آموزش سلامت
۳۰۶	- نحوه طراحی و تدوین برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی
۳۱۲	- محدودیت کلی الگوی اعتقاد بهداشتی
۳۱۲	- الگوی اعتقاد بهداشتی و آموزش سلامت
۳۱۵	● بخش چهارم - مدل پری سید / پروسید
۳۱۶	- طراح مدل
۳۱۶	- فرض های زمینه ای مدل
۳۱۶	- اصول پری سید
۳۱۷	- مدل پروسید
۳۱۸	- توصیف مدل
۳۱۸	- هدف مدل
۳۱۹	- مراحل مدل

- ۳۳۳ - نحوه طراحی و تدوین برنامه های آموزشی بر اساس مدل پری سید / پروسید
- ۳۳۵ - ایجاد و برانگیختن انگیزه
- ۳۳۶ - تشخیص عوامل قادر کننده
- ۳۳۷ - ارزیابی عوامل تقویت کننده مورد نیاز برای انجام رفتار از سوی افراد
- ۳۳۸ - خود پایشی
- ۳۳۸ - اصول کلی تدوین برنامه های آموزشی بر اساس مدل های تغییر رفتار
- ۳۴۱ • **بخش پنجم - تئوری یادگیری یا شناخت اجتماعی**
- ۳۴۲ - دیدگاه کلی
- ۳۴۳ - اصول و قوانین کلی تئوری یادگیری اجتماعی
- ۳۴۳ - یادگیری مشاهده ای
- ۳۴۵ - مؤلفه های زیر بنایی فرآیند یادگیری مشاهده ای
- ۳۴۷ - انواع تقویت در یادگیری مشاهده ای
- ۳۴۸ - اصول یادگیری مشاهده ای
- ۳۴۹ - کاربرد تئوری یادگیری اجتماعی
- ۳۴۹ - تعاریف و کاربرد مفاهیم اصلی تئوری شناخت اجتماعی یا یادگیری اجتماعی
- ۳۵۳ • **بخش ششم - خود کارآمدی**
- ۳۵۵ - عوامل مؤثر در گسترش خود کارآمدی
- ۳۵۶ - چگونگی تأثیر خود کارآمدی بر رفتار
- ۳۵۹ • **بخش هفتم - تئوری خود تنظیمی**
- ۳۶۰ - تعاریف و زمینه تئوری
- ۳۶۷ - فرآیند های خود تنظیمی
- ۳۷۱ • **بخش هشتم - تئوری انتشار نوآوری**
- ۳۷۲ - تعاریف و عناصر تئوری
- ۳۷۳ - تئوری فرآیند تصمیم نوآوری
- ۳۷۴ - تئوری نوآوری فردی
- ۳۷۵ - تئوری میزان پذیرش
- ۳۷۵ - تئوری ویژگی های درک شده
- ۳۷۶ - مراحل پذیرش نوآوری
- ۳۷۷ - آرایه نوآوری

۳۷۷	- ویژگی های اجتماعی
۳۷۸	- تملک ابداع
۳۷۸	- نقش رهبران
۳۷۹	- ویژگی های نوآوری
۳۸۰	- کاربرد تئوری انتشار نوآوری
۳۸۳	• بخش نهم - تئوری هماهنگی شناختی
۳۸۴	- مقدمه
۳۸۴	- چگونگی پیشرفت تئوری
۳۸۶	- توصیف واژه های کلیدی
۳۸۷	- ناهماهنگی چگونه کاهش می یابد
۳۸۸	- روابط متقابل در درون ساخت شناختی
۳۹۰	- تحقیقات مربوط به نظریه ناهماهنگی شناختی
۳۹۳	- کاربرد تئوری در آموزش سلامت
۳۹۴	- نتیجه گیری

کتاب چهارم - ارزشیابی

۴۰۲	• مقدمه
۴۰۵	• بخش اول - تعاریف و بیان مفاهیم ارزشیابی
۴۰۶	- مفهوم ارزشیابی
۴۰۷	- طراحی ارزشیابی
۴۰۷	- طرح تجربی
۴۰۸	- طرح بررسی
۴۰۸	- طرح کیفی
۴۱۰	- ساختار ارزشیابی برنامه
۴۱۲	- مراحل مختلف ارزشیابی
۴۱۳	- انجام موفقیت آمیز ارزشیابی
۴۱۴	- تفاوت عمده بین تحقیق و ارزشیابی
۴۱۵	- استانداردهای ارزشیابی
۴۱۷	- اعتبار بخشی

۴۱۸	- خلاصه
۴۲۱	• بخش دوم - انواع ارزشیابی در آموزش سلامت
۴۲۲	- انواع ارزشیابی
۴۲۲	- ارزشیابی قبل از اجرای برنامه
۴۲۴	- ارزشیابی پس از اجرای برنامه
۴۲۵	- ارزشیابی فرایند
۴۲۷	- اندازه گیری داده های ورودی
۴۲۸	- خود ارزشیابی
۴۲۸	- باز خورد از دیگران
۴۲۸	- ارزشیابی اثر
۴۲۹	- ارزشیابی کارکرد یا ارزشیابی نتیجه
۴۳۲	- ارزشیابی عکس العمل
۴۳۳	- ارزشیابی براساس یادگیری مشارکت کنندگان
۴۳۴	- ارزشیابی رفتار
۴۳۴	- ارزشیابی برنامه های کیفی
۴۳۵	- ارزشیابی مشارکتی
۴۳۶	- انواع ارزشیابی آموزشی
۴۳۸	- انواع مختلف آزمون ونحوه تهیه آنها
۴۴۰	- نکات کلی در مورد تهیه آزمون ها
۴۴۵	- انواع آزمون ها
۴۴۷	- خلاصه
۴۵۱	• بخش سوم - مباحثی پیرامون ارزشیابی
۴۵۲	- چرا به ارزشیابی نیاز داریم
۴۵۴	- کاربران نتایج ارزشیابی
۴۵۵	- تشکیل تیم ارزشیابی
۴۵۷	- موارد ارزشیابی در آموزش سلامت
۴۵۹	- تهیه وتنظیم گزارش ارزشیابی
۴۶۰	- خلاصه
۴۶۳	ارزشیابی پایانی

۴۶۴	لغت نامه
۴۶۹	منابع

کتاب پنجم - توانمندسازی

۴۷۳	• بخش اول - تعاریف و مفاهیم توانمند سازی
۴۷۴	- مقدمه
۴۷۵	- قدرت چیست ؟
۴۷۶	- عوامل مؤثر بر توزیع قدرت در جامعه
۴۷۷	- ایدئولوژی چیست ؟
۴۷۷	- اشکال تظاهرات قدرت
۴۷۹	- تعاریف توانمند سازی
۴۸۰	- مجموعه ای از عبارات مهم درباره توانمند سازی
۴۸۱	- عناصر کلیدی توانمند سازی
۴۸۲	- سطوح توانمند سازی
۴۸۳	- مهمترین عوامل و مداخله های تسهیل کننده فرآیند توانمند سازی
۴۸۴	- موانع عمده بر سر راه توانمند سازی
۴۸۵	- دیدگاه و نظریات برخی از متفکرین توانمند سازی
۴۹۱	• بخش دوم - توانمند سازی و مشارکت
۴۹۲	- توانمند سازی و مشارکت
۴۹۲	- مشارکت چیست ؟
۴۹۳	- توسعه اجتماعی و سازمان دهی جامعه
۴۹۳	- چهارگام عمده در توسعه اجتماعی
۴۹۵	- اصول کلیدی توانمند سازی افراد و جوامع
۴۹۷	- مدل های عمده در برنامه ریزی طرح های توانمند سازی
۵۰۰	- چارچوب توانمند سازی
۵۰۲	- مراحل توانمند سازی جامعه مبتنی بر ظرفیت سازی
۵۰۳	- برنامه های استراتژیک
۵۰۶	- مراحل کلیدی در فرآیند توانمند سازی جوامع
۵۰۶	- توصیه های فنی در رابطه با مراحل کلیدی در فرآیند توانمند سازی

- ۵۰۹ - رهنمود های فنی در زمینه بهبود پروژه های اجرایی توانمند سازی
- ۵۰۹ - اجزا و عناصر کلیدی در یک طرح عملیاتی توانمند سازی
- ۵۱۱ - راه کارها و شاخص های عمده توانمند سازی
- ۵۱۷ • **بخش سوم - توانمند سازی زنان**
- ۵۱۸ - جنس ، جنسیت و پدر سالاری
- ۵۱۹ - شرایط و موقعیت زنان
- ۵۲۰ - عناصر اساسی در فرآیند توانمند سازی زنان
- ۵۲۲ - عناصر اساسی فرآیند توانمند سازی افراد (به ویژه زنان)
- ۵۲۵ • **بخش چهارم - توانمند سازی و ارتقای سلامت**
- ۵۲۶ - توانمند سازی و ارتقای سلامت
- ۵۲۹ - تعریف ارتقای سلامت
- ۵۲۹ - جنبه های کلیدی توانمند سازی جامعه برای ارتقای سلامت
- ۵۳۳ - شاخص ها و مدل های توانمند سازی فردی و اجتماعی در ارتقای سلامت
- ۵۳۴ - توانمند سازی در ارتقای سلامت
- ۵۳۵ • **بخش پنجم - ارزشیابی توانمند سازی**
- ۵۳۷ - ارزشیابی فرآیند توانمند سازی بر اساس ابعاد چهار گانه
- ۵۳۸ - ارزشیابی فرآیند توانمند سازی در ارتقای سلامت
- ۵۴۱ • **ارزشیابی پایانی**
- ۵۴۲ • **واژه نامه**
- ۵۴۵ • **منابع**
- ۵۴۷ • **منابع مفید خارجی**

کتاب ششم - فناوری اطلاعات

- ۵۵۲ • **مقدمه**
- ۵۵۹ • **بخش اول - تعاریف و بیان مفاهیم فناوری اطلاعات**
- ۵۶۱ - تعاریف
- ۵۶۳ - فناوری اطلاعات
- ۵۶۴ - توسعه فناوری اطلاعات

- ۵۶۵ - آثار پیشرفت فناوری اطلاعات
- ۵۶۶ - کاربرد های فناوری اطلاعات
- ۵۶۷ - کاربرد فناوری اطلاعات ارتباطات از راه دور
- ۵۶۹ - فناوری اطلاعات یک استراتژی است
- ۵۶۹ - فناوری اطلاعات یک سری مفاهیم و تفکر است
- ۵۷۰ - فناوری اطلاعات یک سری ابزار است
- ۵۷۱ - فناوری اطلاعات نوآوری است
- ۵۷۲ - فناوری اطلاعات همراه با انسان است
- ۵۷۲ - استراتژی های فناوری اطلاعات در آموزش سلامت
- ۵۷۳ - عناصر کلیدی در تدوین استراتژی توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات درحیطه سلامت
- ۵۷۴ - مزایای فناوری اطلاعات در آموزش سلامت
- ۵۷۴ - محدودیت های فناوری اطلاعات
- ۵۷۵ - خلاصه
- ۵۷۷ • بخش دوم - فناوری اطلاعات در آموزش سلامت
- ۵۷۸ ◇ فصل اول - تولید اطلاعات
- ۵۷۹ - تولید اطلاعات بهداشتی
- ۵۷۹ - برنامه ریزی ، تعیین گروه هدف و نیاز های آن
- ۵۸۰ - دلایل برنامه ریزی در آموزش سلامت
- ۵۸۱ - هشت اصل اساسی مهارت برنامه ریزی در تولید اطلاعات
- ۵۸۲ - تعیین اهداف
- ۵۸۲ - راهنمای عملی تعیین اهداف
- ۵۸۹ - مهارت های هدف گذاری در آموزش سلامت
- ۵۹۱ - جمع آوری اطلاعات از منابع موجود در آموزش سلامت
- ۵۹۴ - اهمیت جمع آوری اطلاعات
- ۵۹۵ - منابع مورد استفاده برای جمع آوری اطلاعات
- ۵۹۹ - خلاصه
- ۶۰۱ ◇ فصل دوم - پردازش و نگهداری اطلاعات
- ۶۰۳ - طرح پردازش و تجزیه و تحلیل داده ها

۶۰۳	- تفکیک اطلاعات
۶۰۴	- پردازش اطلاعات
۶۰۴	- دسته بندی اطلاعات
۶۰۵	- کد گذاری اطلاعات
۶۰۶	- خلاصه کردن اطلاعات
۶۰۶	- تجزیه و تحلیل اطلاعات در جدول مادر
۶۰۶	- نگهداری اطلاعات در آموزش سلامت
۶۰۹	- دستور العمل اروپایی محافظت از داده ها
۶۱۰	- ابزار ذخیره سازی اطلاعات
۶۱۴	- خلاصه
۶۱۶	◊ فصل سوم - توزیع اطلاعات
۶۲۰	- خصوصیات رسانه های ارتباطی
۶۲۲	- چهار ویژگی فناوری های اطلاعاتی و ارتباطی نوین
۶۲۳	- خلاصه
۶۲۵	◊ فصل چهار - ارزشیابی اطلاعات
۶۲۷	- ساختار ارزشیابی
۶۲۹	- ارزشیابی رسانه های اطلاع رسانی نوین
۶۳۳	- خلاصه
۶۳۵	• بخش سوم - مهارت های کارکنان بهداشتی در فن آوری اطلاعات
۶۳۶	◊ فصل اول - مهارت بازیابی اطلاعات
۶۳۷	ICDL-
۶۳۸	- انواع کامپیوتر
۶۳۹	- مهارت های ICDL
۶۴۱	- چرا اینترنت و یا شبکه
۶۴۱	- شبکه چیست؟
۶۴۳	- آدرس های وب
۶۴۴	- جستجو در اینترنت
۶۴۸	- پست الکترونیک
۶۵۰	- موارد مهم در پیام های ارسالی از طریق اینترنت

- ۶۵۱ - موارد مهم برای دریافت پیام های اینترنتی
- ۶۵۳ - خلاصه
- ۶۵۴ ◇ فصل دوم - مهارت مشاوره و آموزش مجازی
- ۶۵۵ - اصول مشاوره در آموزش سلامت
- ۶۵۵ - روش های آموزشی مورد استفاده در مشاوره
- ۶۵۶ - قوانین موجود در مشاوره مجازی
- ۶۵۷ - مسایل موجود در امر مشاوره
- ۶۶۰ - مشاوره مشترک مجازی
- ۶۶۲ - نکات مهم در مشاوره مجازی
- ۶۶۴ - ارزیابی مهارت های مشاوره ای توسط کارکنان بهداشتی
- ۶۶۵ - چگونگی محاسبه نمرات ارزیابی مشاوره
- ۶۶۵ - آموزش مجازی
- ۶۶۶ - طرح خود آموزی مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۶۶۷ - اجزا و عناصر آموزش مجازی
- ۶۶۹ - دامنه آموزش مجازی
- ۶۷۰ - عوامل مورد توجه در برنامه ریزی آموزش مجازی
- ۶۷۷ - موانع آموزش و مشاوره مجازی در آموزش سلامت
- ۶۸۰ - خلاصه
- ۶۸۳ • اسامی برخی از ژورنال های الکترونیکی آموزش سلامت
- ۶۸۵ • ارزشیابی پایانی
- ۶۸۸ • واژه نامه
- ۶۹۲ • منابع

کتاب هفتم - فناوری ارتباطات

- ۶۹۸ • مقدمه
- ۷۰۱ • بخش اول - مبانی و تعاریف فناوری ارتباطات
- ۷۰۲ - تاریخچه ارتباطات
- ۷۰۳ - تاریخچه ارتباطات در ایران
- ۷۰۵ - مفاهیم ارتباطی
- ۷۰۷ - ارتباطات برای سلامت

- ۷۰۹ - اجزای ارتباط
- ۷۱۰ - ویژگی های ارتباطات مؤثر
- ۷۱۲ - مراحل برقراری ارتباط
- ۷۱۴ - انواع ارتباطات
- ۷۱۵ - روش های ارتباطی
- ۷۱۷ - اصول مهارت های ارتباط میان فردی
- ۷۱۸ - مهمترین ویژگی ارتباط جمعی
- ۷۱۹ - تصمیم گیری برای انتخاب روش ارتباطی
- ۷۲۱ - نمونه تمرین عملی برای درک بهتر ارتباطات
- ۷۲۳ - خلاصه
- ۷۲۵ • بخش دوم - همکاری و هماهنگی بین بخشی
- ۷۲۶ - تعریف همکاری بین بخشی
- ۷۲۷ - ارتقای سلامت
- ۷۲۸ - سرمایه گذاری برای سلامت
- ۷۲۸ - چگونه برای مشارکت برنامه ریزی کنیم ؟
- ۷۲۹ - اصول راهنمای مشارکت مردمی
- ۷۳۱ - برنامه ریزی برای مشارکت جامعه
- ۷۳۲ - شرایط لازم برای برنامه های موفق مشارکت مردم
- ۷۳۴ - ابعاد هماهنگی بین بخشی
- ۷۳۸ - نقش گروه های جامعه و سازمان های داوطلب در ارتقای سلامت
- ۷۳۹ - ارزشیابی برنامه مشارکت مردمی
- ۷۳۹ - خلاصه
- ۷۴۱ • بخش سوم - برنامه ریزی برای برقراری ارتباط
- ۷۴۲ ◊ فصل اول - طراحی - مرحله یک - تعیین هدف
- ۷۴۳ - گام های اصلی انتخاب هدف
- ۷۴۵ ◊ فصل اول - طراحی - مرحله دوم - نیازسنجی و تحقیق در مورد گروه هدف
- ۷۴۶ - مفاهیم نیاز
- ۷۴۷ - اولویت های برقراری ارتباط در نیازسنجی و تحقیق در مورد گروه هدف
- ۷۴۸ - جمع آوری اطلاعات موجود

۷۵۲	- تصمیم گیری در مورد نحوه کسب اطلاعات
۷۵۴	- رجوع به سایر گروه های اطلاعاتی
۷۵۴	- شناسایی منابع
۷۵۶	- تقسیم بندی گروه هدف
۷۵۸	◊ فصل اول - طراحی - مرحله سوم - تعیین اهداف اختصاصی
۷۵۹	- تعریف اهداف اختصاصی
۷۵۹	- تعیین اهداف اختصاصی
۷۵۹	- اهداف اختصاصی قابل اندازه گیری
۷۶۰	- مشکلات اهداف اختصاصی
۷۶۰	- نمونه اهداف کلی و اختصاصی
۷۶۲	- خلاصه
۷۶۳	◊ فصل دوم - اجرا - مرحله اول - تولید پیام
۷۶۴	- پیام
۷۶۴	- انواع پیام
۷۶۴	- پیام های کلامی و اجزای آن
۷۶۶	- پیام های غیر کلامی
۷۶۷	- مثال هایی از کارکرد پیام های غیر کلامی
۷۶۸	- کانال
۷۶۹	- وسایل و کانال های ارتباطی
۷۷۰	- ارتباطات برای سلامت
۷۷۰	- اصول انتخاب کانال ها
۷۷۱	- مدل های ارتباطی
۷۷۵	- خلاصه
۷۷۷	◊ فصل دوم - اجرا - مرحله دوم - پیش آزمون
۷۷۸	- چرا پیش آزمون یا مطالعه راهنما را انجام می دهیم ؟
۷۷۹	- اصول پیش آزمون
۷۸۱	- نحوه پیش آزمون
۷۸۲	- خلاصه
۷۸۳	◊ فصل دوم - اجرا - مرحله سوم - تکثیر و توزیع مواد آموزشی

۷۸۴	- تکثیر و توزیع پیام های تهیه شده
۷۸۴	- تکثیر پیام
۷۸۵	- توزیع پیام
۷۸۷	- توزیع اطلاعات بهداشتی
۷۹۰	- انتخاب روش ها و رسانه ها
۷۹۰	- توزیع مواد آموزشی
۷۹۰	- شیوه های آموزشی
۷۹۷	◊ فصل دوم - اجرا - رسانه های آموزشی (مواد و وسایل)
۷۹۸	- تعریف رسانه
۷۹۸	- خصوصیات رسانه ارتباطی
۸۰۰	- عوامل مؤثر در انتخاب رسانه های آموزشی
۸۰۲	- نقش حواس در یادگیری
۸۰۴	- برنامه ریزی تهیه رسانه با استفاده از روش (P)
۸۰۶	◊ فصل دوم - اجرا - طبقه بندی رسانه ها
۸۰۷	- طبقه بندی رسانه ها
۸۰۷	- مواد دیداری غیر شفاف
۸۱۳	- مواد دیداری شفاف ثابت
۸۱۴	- مواد دیداری - شنیداری شفاف متحرک
۸۱۴	- رسانه های شنیداری
۸۱۵	- سه بعدی ها
۸۱۶	- منابع انسانی و موقعیت ها
۸۱۶	- فناوری نوین آموزشی
۸۱۸	- خلاصه
۸۲۱	◊ فصل سوم - پایش و ارزشیابی - مرحله اول - پایش
۸۲۲	- تعریف پایش
۸۲۲	- پایش تغییر رفتار
۸۲۳	- چه رفتار هایی باید پایش شوند
۸۲۴	- مراحل انجام پایش
۸۲۶	- تکنیک های انجام پایش

۸۲۸	◊ فصل سوم - پایش و ارزشیابی - مرحله دوم - ارزشیابی
۸۲۹	- تعریف ارزشیابی
۸۳۰	- ساختار ارزشیابی برنامه
۸۳۰	- مراحل ارزشیابی
۸۳۷	- خلاصه اصول راهنمای ارزشیابی
۸۳۹	- خلاصه
۸۴۱	• ارزشیابی پایانی
۸۴۳	• واژه نامه
۸۴۵	• منابع
۸۴۸	• ضمیمه ها

کتاب هشتم - بازاریابی اجتماعی

۸۵۷	• بخش اول - تاریخچه و تعاریف
۸۵۸	- مقدمه
۸۵۹	- تاریخچه
۸۶۱	- بازاریابی چیست
۸۶۲	- محیط بازاریابی
۸۶۳	- تعاریف کلیدی بازاریابی اجتماعی
۸۶۴	- اهمیت بازاریابی اجتماعی
۸۶۷	• بخش دوم - مبانی و مفاهیم بازاریابی اجتماعی
۸۶۸	- بازاریابی اجتماعی چگونه عمل می کند؟
۸۷۲	- اصول و روش های بازاریابی اجتماعی
۸۷۳	- خصوصیات برنامه بازاریابی اجتماعی موفق
۸۷۴	- اجزای یک بسیج بازاریابی اجتماعی
۸۷۷	- دوری از بازاریابی تجاری
۸۸۰	- چند ملاحظه مهم و کلیدی در تجربه بازاریابی اجتماعی
۸۸۲	- توصیه های عملی برای بازاریابی اجتماعی در طرح و برنامه های بهداشتی
۸۸۸	- مسایل و نکات کلیدی مدیریت در طراحی برنامه های بازاریابی اجتماعی

- ۸۹۷ • بخش سوم - مدل های بازاریابی اجتماعی
- ۸۹۸ - بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه
- ۹۰۱ - نظریه ها و مدل های رفتاری رایج در بازاریابی اجتماعی مبتنی بر جامعه
- ۹۰۴ - عناصر مؤثر در برنامه ها و طرح های بازاریابی اجتماعی
- ۹۰۸ - نقاط قوت مشترک مدل های بازاریابی اجتماعی
- ۹۰۹ - مدل های برنامه ریزی بازاریابی اجتماعی
- ۹۱۷ • بخش چهارم - تحقیق در بازاریابی اجتماعی
- ۹۱۸ - تحقیق در بازار و تجزیه و تحلیل وضعیت موجود
- ۹۲۱ - تحقیق در بازاریابی اجتماعی
- ۹۲۲ - مدل تحقیق ادغام یافته بازاریابی اجتماعی
- ۹۲۳ - تحقیق ادغام یافته
- ۹۲۴ - ارزشیابی در بازاریابی اجتماعی
- ۹۲۷ • واژه نامه
- ۹۲۹ • ارزشیابی پایانی
- ۹۳۰ • منابع

کتاب نهم - جلب حمایت همه جانبه

۹۳۴	• مقدمه
۹۳۵	• بخش اول - تعاریف و مفاهیم جلب حمایت همه جانبه
۹۳۶	- چند تعریف کلی در رابطه با جلب حمایت همه جانبه
۹۳۷	- چرا جلب حمایت همه جانبه
۹۳۷	- عناصر اساسی در جلب حمایت همه جانبه
۹۴۰	- چهار چوب فکری جلب حمایت همه جانبه
۹۴۱	- اصول کلیدی جلب حمایت همه جانبه
۹۴۲	- ارزش های کلیدی جلب حمایت همه جانبه
۹۴۳	• بخش دوم - برنامه ریزی استراتژیک در جلب حمایت همه جانبه
۹۴۴	- برنامه ریزی استراتژیک در جلب حمایت همه جانبه
۹۴۴	- سوالات مرتبط به محیط بیرونی
۹۴۵	- سوالات مرتبط به محیط درونی
۹۴۶	- ابزارهای جلب حمایت همه جانبه
۹۵۳	• بخش سوم - مدل های جلب حمایت همه جانبه
۹۵۴	- مقدمه ای بر مدل های جلب حمایت همه جانبه
۹۵۴	- مدل های جلب حمایت همه جانبه
۹۵۹	- عناصر شش گانه برنامه ی جلب حمایت همه جانبه عمومی
۹۶۱	• بخش چهارم - فرآیند برنامه ریزی جلب حمایت همه جانبه
۹۶۲	- فرآیند برنامه ریزی جلب حمایت همه جانبه
۹۶۲	- شناسایی مسایل سیاست گذاری
۹۶۴	- انتخاب اهداف جلب حمایت همه جانبه
۹۶۸	- تجزیه و تحلیل مخاطبین
۹۷۳	- طراهی وارایه پیام های مرتبط با سیاستگذاری
۹۷۷	- شناخت فرایند تصمیم گیری
۹۷۸	- ایجاد ائتلاف ها
۹۸۲	- برقراری ارتباطات موثر
۹۸۵	- جمع آوری منابع بررسی جلب حمایت همه جانبه
۹۸۷	- ارزشیابی و اصلاح برنامه های جلب حمایت همه جانبه
۹۹۳	• بخش پنجم - جلب حمایت همه جانبه رسانه ای در ارتقای سلامت

۹۹۴	- جلب حمایت همه جانبه رسانه ای
۹۹۵	- استراتژی های جلب حمایت همه جانبه رسانه ای در ارتقای سلامت
۹۹۶	- مهارت های مورد نیاز برای جلب حمایت همه جانبه رسانه ای
۹۹۹	• بخش ششم - رایزنی برای سیاستگذاری در جلب حمایت همه جانبه
۱۰۰۰	- فرآیند رایزنی برای سیاستگذاری در جلب حمایت همه جانبه
۱۰۰۲	- نکات کلی در فرایند رایزنی برای سیاستگذاری
۱۰۰۵	• بخش هفتم - جلب حمایت همه جانبه و اینترنت
۱۰۰۶	- جلب حمایت همه جانبه و اینترنت
۱۰۰۶	- خصوصیات اینترنت
۱۰۰۶	- ابزار های اینترنت
۱۰۰۹	• ارزشیابی پایانی
۱۰۱۰	• واژه نامه
۱۰۱۴	• منابع
۱۰۱۶	• منابع مفید

کتاب دهم - خود یادگیری

۱۰۲۱	• بخش اول - خود یادگیری
۱۰۲۲	- مقدمه
۱۰۲۳	- یادگیری
۱۰۲۴	- مراحل یادگیری
۱۰۲۵	- چرخه یادگیری تجربی
۱۰۲۹	- فضای مناسب برای یادگیری
۱۰۲۹	- ویژگی های یادگیری
۱۰۲۹	- ویژگی های فراگیران بزرگسال
۱۰۳۱	• بخش دوم - مفاهیم نظری خود یادگیری
۱۰۳۲	- مفهوم یادگیری مستقل
۱۰۳۳	- تعاریف خود یادگیری

- ۱۰۳۶ - یادگیری در سراسر عمر
- ۱۰۳۶ - هدایت کردن خود و هدایت شدن توسط دیگران
- ۱۰۳۷ - ویژگی ها و توانایی های افراد دارای مهارت خود یادگیری
- ۱۰۳۸ - ویژگی های فراگیران خود یادگیر
- ۱۰۴۰ - ویژگی های شخصی فراگیران خود یادگیر
- ۱۰۴۰ - اهداف یادگیری خود هدایت شده
- ۱۰۴۱ - مدل های خودیادگیری
- ۱۰۴۲ - رفتار های خود یادگیری
- ۱۰۴۵ - اجزای اصلی خودیادگیری
- ۱۰۵۲ - طیف یادگیری مستقل
- ۱۰۵۳ - تعیین سطح استقلال در یادگیری
- ۱۰۵۵ - مزایا و مضرات در کنترل بودن
- ۱۰۵۶ - موانع خود یادگیری
- ۱۰۵۷ - معیار های اندازه گیری یادگیری مستقل
- ۱۰۵۹ • بخش سوم - برنامه ریزی برای پرورش مهارت خودیادگیری در فراگیران
- ۱۰۶۰ - مقدمه
- ۱۰۶۰ - پرورش مهارت خودیادگیری
- ۱۰۶۱ - اصول عمده یک برنامه پرورش مهارت یادگیری مستقل
- ۱۰۶۲ - برنامه های آموزشی پرورش مهارت خودیادگیری
- ۱۰۶۳ - آماده کردن برنامه پرورش مهارت خودیادگیری
- ۱۰۶۳ - فعالیت هایی برای پرورش مهارت خودیادگیری
- ۱۰۶۶ - شرایط تشویق کننده و ایجاد انگیزه در فراگیری برای خودیادگیری
- ۱۰۶۹ - چک لیست برای طراحی برنامه آموزشی پرورش مهارت خودیادگیری
- ۱۰۷۱ • بخش چهارم - تکنیک ها و روش های خودیادگیری
- ۱۰۷۲ - تنظیم برنامه آموزشی
- ۱۰۷۲ - روش های خودیادگیری
- ۱۰۷۷ - شیوه بهبود راه های یادگیری
- ۱۰۸۰ - بسته های آموزشی خود آموز
- ۱۰۸۱ - معیار های تشخیص بسته آموزشی مناسب

۱۰۹۱	• بخش پنجم – مهارت اداره زمان
۱۰۹۲	– مقدمه
۱۰۹۳	– تلف کننده های زمان
۱۰۹۴	– چگونه می توان خود را برای یک روز موفق سازمان دهی نمود ؟
۱۰۹۴	– اولویت بندی کارهای روزانه
۱۱۰۳	– کار کردن در منزل
۱۱۰۵	• ارزشیابی پایانی
۱۱۰۷	• منابع

کتاب اول

مدیریت و رهبری آموزشی

مقدمه

در طول تاریخ ، مدیریت^۱ به معنای پیشبرد اهداف از طریق افراد، مفهوم شناخته شده‌ای بوده ولی مدیریت به مفهوم امروزی آن، دارای سابقه‌ای طولانی‌تر از یک قرن نیست. مشخصه بارز مدیریت در قرن حاضر نسبت به قرون پیش از آن کاربرد روش علمی در برخورد با مسایل سازمانی است که ابتکار شروع این برخورد با مدیریت غالباً به فردریک وینسلوتیلور نسبت داده می‌شود. به عبارت دیگر آنچه که مدیریت پیش از قرن بیستم و پس از آن را از یکدیگر جدا می‌کند، رویکرد روش-های آزمایشی (تجربی) برای رسیدن به نتایجی است که در اتخاذ تصمیمات عملی در جهت اهداف سازمان، مفید واقع شود. می‌توان چنین گفت که تا اوایل قرن بیستم عملکردهای مدیران چه در سطح خرد و چه در سطح کلان، مبتنی بر تجارب شخصی، تفکر فلسفی و عقاید دینی بوده است و مدیران به تناسب وسعت دید و نظر خود، برای پیشبرد اهداف با تکیه بر مشاهدات، تجارب و عقاید و نظرات خود به اداره سازمان‌ها می‌پرداختند ولی با افزایش معلومات بشر و تخصصی شدن هرچه بیشتر علوم و با عمومیت یافتن روش های تجربی به عنوان روش علمی، استفاده از تجارب و تفکر شخصی و فلسفی در بسیاری از زمینه‌های علمی و اجتماعی از جمله مدیریت نیز محدود گردید و در عوض میدان علوم و فنون مدیریت ، وسعت بیشتری پیدا کرد. لذا در قرن بیستم ، خاستگاه‌های عمده مدیریت تغییر پیدا کرد و جای خود را به روش علمی سپرد. از آن زمان تاکنون ، فعالیت‌ها و تحقیقات علمی متعدد در این زمینه موجب پیدایش مکتب‌ها و نهضت‌های فکری مختلف و شاخه‌های متفاوت مدیریت از جمله مدیریت آموزشی گردید. گرچه ضرورت برخورد علمی نسبت به اداره مؤسسات آموزشی به جهت گسترش تنوع و پیچیدگی

^۱ - management

فزاینده آنها در ابتدای امر به خاطر وجود تشابه سازمانی بین همه مؤسسات اجتماعی از روش‌های اداری مؤسسات تولیدی و بازرگانی سود جست ولی ویژگی‌های خاص این مؤسسات، گسترش تحقیقات و گزارش‌های علمی در خصوص مدیریت آنها، وجود اختصاصی این رشته یعنی مدیریت آموزشی را سبب گردید. شناخت قوانین سیستم‌های آموزشی و اجتماعی، ما را در ایجاد و اصلاح نظام‌های مورد نظر یاری داده و این امکان را به وجود می‌آورد که تلاش‌های سیستمی را جایگزین تلاش‌های فردی نموده و مدیریت را جایگزین مدیر نماییم. در این صورت، تلاش-های آموزشی به صورت مستمر و تکمیلی ادامه می‌یابد و با تعویض و یا تغییر مدیر نه تنها تلاش‌های مدیر قبلی از بین نمی‌رود بلکه هر کوشش جدید در تکمیل و ادامه برنامه‌های قبلی قرار گرفته و حصول نظام صحیح، این امکان را فراهم می‌آورد که مدیر در موقعیتی قرار نگیرد که به تصمیم‌گیری‌های انتزاعی پرداخته و یا اراده شخصی خود را به سیستم تحمیل نماید. باید در نظر داشت که به طور معمول یک سیستم منسجم، مدیرانی را که به تصمیم‌گیری‌های انتزاعی بپردازند و یا به اتخاذ مواضع مغایر با ماهیت سیستم اقدام نمایند، طرد می‌نماید. از آنجا که کارشناسان آموزش سلامت باید علاوه بر آشنایی با اصول و موازین بهداشتی با مدیریت آموزش سلامت و چگونگی اجرای آن به خوبی آشنا باشند، در اینجا سعی می‌شود علاوه بر تشریح مکاتب مختلف مدیریت، در خصوص اصول و تئوری مدیریت و ویژگی-های مؤسسات آموزشی و مدیریت و رهبری بحث شود.

بخش ۱

تاریخچه مکاتب مدیریت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مختصری از تاریخچه مکاتب مدیریت
- ۲- تفاوت اصلی و عمده مدیریت در قبل و بعد از قرن بیستم را به زبان ساده بیان نماید.
- ۳- ویژگی‌های سه مکتب مدیریت علمی، مکتب روابط انسانی و مکتب علم مدیریت را بیان کند.
- ۴- بهترین شیوه مدیریت را تحلیل نماید.
- ۵- در مورد دیدگاه و نگرش کلی مکتب علم مدیریت نسبت به دو مکتب قبل بحث نماید.

مکتب مدیریت علمی

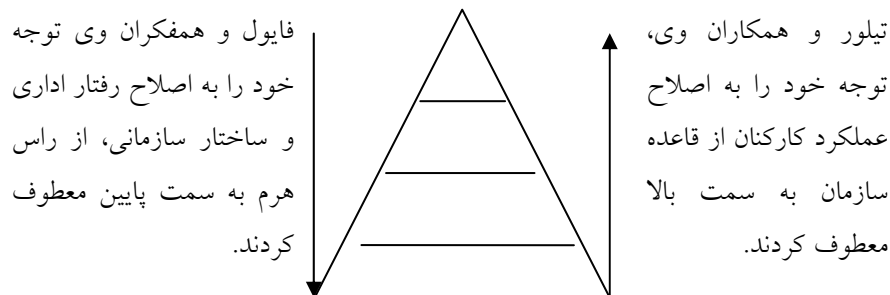
تا قبل از قرن بیستم، مدیریت معمول در مؤسسات غالباً متأثر از تجارب و مشاهدات فردی و غیرعلمی بود تا اینکه **تیلور**^۱ با انتشار کتاب اصول مدیریت علمی در سال ۱۹۱۱ موجب شروع و شیوع این نهضت در مدیریت گردید که به مدیریت علمی و تیلوریسم معروف شد.

تیلور بر این باور بود که با اصلاح روش‌های کار، استاندارد کردن امور و افزایش کارایی، بازده کارگر غیرماهر و در نتیجه مزد او را به حد کارگر ماهر برساند (۱) تا در نهایت موجب افزایش سود دهی کارخانه شود که چنین نیز شد. تیلور به این نتیجه رسید که از میان راه‌های گوناگون، تنها یک راه بهتر (استاندارد) برای به اتمام رساندن آن وجود دارد (۲).

طرفداران مدیریت علمی عقیده داشتند که با اصلاح حرکات و فعالیت‌های جسمانی و انجام مطالعات زمان و حرکت، انسان می‌تواند به صورت ماشین درآید که به همین جهت به آنان لقب مهندسان انسان داده شد. لذا تلاش رویکرد تیلور و طرفداران وی متوجه تقسیم کار، استاندارد کردن وظایف، مطالعات زمان و حرکت و به طور کلی اصلاح عملکرد کارکنان در قاعده هرم سازمانی بود (۳). هم زمان با تیلور و یا کمی بعد از وی فعالیت‌های دیگری رواج یافت که برعکس رویکرد تیلور، به ساختار سازمانی و رفتار اداری در سطح کارکنان اداره و مدیران پرداخت که امروزه تحت عنوان فرآیند مدیریت نام برده می‌شود. این رویکرد بیشتر مرهون **هنری فایول**^۲ می‌باشد که بعدها به مدیران اداری مشهور شدند. دو رویکرد فوق یعنی مهندسان انسان و مدیران اداری که مکمل یکدیگر بودند، نهضت مدیریت علمی را موجب شدند (۳) (شکل ۱).

^۱ -Tiloor

^۲ -Henry Fauol



شکل ۱- رویکردهای اولیه در مدیریت

مکتب روابط انسانی

رویکرد روابط انسانی که عموماً مرهون فعالیت‌های اولیه «التون میو» و «ماری فولت» می‌باشد، از ربع دوم قرن حاضر شروع و در مدتی کوتاه به نهضتی تمام عیار تبدیل شد. هسته اصلی مکتب روابط انسانی، عبارت از تحقیقاتی است که تحت عنوان مطالعات **هاوثورن** در مدیریت نام برده می‌شود. پیش از تکوین نهضت روابط انسانی، چنین تصور می‌شد که انسان حیوان اقتصادی است که بیش از هر چیز دیگری به مشوق‌ها و محرک‌های مادی پاسخ می‌دهد. این اندیشه تحت تأثیر مدیریت علمی قوام بیشتری پیدا کرد. نهضت روابط انسانی بر اثر تحقیقاتی که یکی از آنها مطالعات هاوثورن بود، فرضیه‌های مدیریت علمی را زیر سؤال برد و کلیه جوانب مدیریت مؤسسات و محرک‌های شغلی کارکنان را در روابط انسانی خلاصه نمود. براساس نظریه روابط انسانی، کارگر به عنوان یک فرد منفرد در سازمان عمل نمی‌کند بلکه وی در داخل گروه و یا گروه‌هایی که به تدریج صاحب یک ترکیب گروهی مشخص همراه با هنجارهای مخصوص به خود می‌گردند (سازمان غیررسمی) عمل می‌کند و رفتار او بیش از هر چیز تحت تأثیر روابط انسانی درون گروهی است. بنابراین رفتار وی را نمی‌توان تنها با توجه به عوامل اقتصادی توجیه و تبیین کرد بلکه باید به ابعاد انسانی گروه‌های کار در محیط سازمان که موجد

روابط انسانی است ، اهمیت داد(۳). یک مدیر در درجه اول با افراد انسانی سر و کار دارد و خود نیز یکی از آنها است و برخورد افراد تحت تأثیر عوامل پیچیده روانی و اجتماعی است. مدیر در برخورد با افراد و گروه‌ها به زودی در می‌یابد که افراد به عنوان عامل اصلی کار تنها در بند هدف‌های سازمان نیستند بلکه خود نیز اهدافی دارند و برای راه بردن آنها در جهت هدف ، تلاش‌هایی در جهت هم سو کردن آنها با هدف‌های سازمان، تفهیم و تفاهم متقابل ایجاد انگیزه و بالاخره در یک کلمه رهبری آنها ضرورت پیدا می‌کند(۴).

جوانب مهم روابط انسانی در ارتباط با وظایف مدیران آموزشی و محتوای آن عبارتند از:

- **انگیزش** که شامل عوامل روان‌شناختی، جامعه‌شناسی، فرهنگی و اقتصادی مؤثر در شکل‌گیری رفتار فردی و گروهی در محیط آموزش می‌باشد.
- **ادراک** که تلقی و برداشت معلم یا مدیر از نقش خود یا دیگران و روابط متقابل در محیط کار و مسایل و مشکلات ناشی از تضاد میان ادراکات است.
- **ارتباط** که در حقیقت، کار آموزشی مستلزم برقراری ارتباط و مبادله معانی و اطلاعات است و ارتباط مؤثر مستلزم توانایی در استفاده از مهارت‌های ارتباطی است.
- **ساختار قدرت** که همه سازمان‌های اجتماعی را نوعی قدرت یک پارچه و فعال نگه می‌دارد.
- **اختیار** که تجلی قانونی قدرت، اختیار است.
- **روحیه** که معیار موفقیت مدیر در ایجاد روابط انسانی خوب در محیط کار است.
- **پویایی‌شناسی گروهی** چرا که افراد ، بسیاری از کارها را به صورت گروهی انجام می‌دهند.

● **تصمیم‌گیری** چرا که تمام فعالیت‌ها و اقدامات مدیر بستگی به تصمیم‌گیری معتبر و درست دارد.

● **رهبری** که در واقع مدیر آموزشی نقش رهبری را بر عهده دارد و به معنای ضمنی به پیامدهای آن واقف است (۵).

به موجب مکتب روابط انسانی، مسایلی نظیر روحیه و رضایت کارکنان در کنار نهضت مدیریت علمی به تکوین علم مدیریت کمک شایانی نمود (۳).

یک رهبر آموزشی برای ایجاد رضایت در افراد خود، بایستی اقدامات زیر را انجام دهد:

- ایجاد اطمینان و رضایت از زندگی؛
- شرایط مطلوب و مناسب کار؛
- احساس علاقه و دلبستگی؛
- رفتار از روی عدل و انصاف؛
- احساس موفقیت در آموزش دهندگان؛
- احساس اهمیت در وظایف محوله؛
- شرکت آموزش دهندگان در تعیین خط مشی کار؛
- احساس عزت نفس^۱ در محیط آموزشی (۶).

امروزه روابط انسانی که به صورت رفتار سازمانی بررسی می‌شود، یکی از موضوعات و حتی یک از رشته‌های معتبر و مهم در مدیریت محسوب می‌گردد. مهارت در روابط انسانی شامل موارد زیر است:

- ایمان به ارزش و شخصیت هر فرد در جامعه
- اعتماد به نفس
- اعتماد به دیگران و یاری نمودن به افراد تنبل و کم‌کار

^۱ -self-esteem

- یاری نمودن به افراد بی‌روح و کم تأثیر
- یاری نمودن سالخوردگان
- یاری نمودن به افراد خود کامه و مستبد
- یاری نمودن به افراد ناسازگار (۶)

مکتب علم مدیریت

هر دو نهضت مدیریت علمی و روابط انسانی با وجود کاستی‌های اختصاصی خود به طور مشترک از توجه به ساختار اجتماعی سازمان، ارتباط آن با متغیرهای محیطی، روابط متقابل اجزای سازمان با یکدیگر، نقش نیازهای کارکنان در انجام وظایف محوله، تصمیم‌گیری، قدرت و اختیار، ارتباطات و ... غفلت ورزیدند. ادامه تحقیقات مدیریت برای جوابگویی به مسایل فوق که مستلزم استفاده از یافته‌های رشته‌های علمی دیگر نظیر جامعه‌شناسی و روانشناسی بود، موجب پیدایش جریان بزرگتری گردید که در مجموع تحت سیطره علوم رفتاری است. نهضت علوم رفتاری در مدیریت که علاوه بر مکتب علم مدیریت به مدیریت علمی جدید نیز معروف است با کار دانشمندانی نظیر هوبرت سایمون و چستر بارنارد شروع شد و دارای رویکردهای متعددی است که از جمله آنها، تئوری سیستم‌ها می‌باشد. این نهضت که عموماً متعلق به سال‌های بعد از ۱۹۵۰ است (برعکس رویکردهای پیشین) از کلیشه‌ای کردن مسایل سازمانی و استخراج خصوصیات و شرایط تغییر برای سازمان‌ها و مدیریت پرهیز کرده و درصدد جلب توجه مدیران به پویایی‌های سازمانی است.

مدیریت علمی جدید، با (ملاحظه عوامل متعدد) برای استخراج عملکردها و اقدامات اداری، از مفاهیم و رویکردهای متنوعی بهره می‌برد که این رویکردها از توجه به سازمان بدون کارکنان (مکتب مدیریت علمی) و از پرداختن به کارکنان بدون سازمان (مکتب روابط انسانی) پرهیز نموده و برآن است که ترکیب پویای آنها را مورد مطالعه قرار دهد. بنابراین نه تنها سازمان و کارکنان، بلکه عوامل محیطی آنها

را نیز مد نظر قرار داده و از توجه به شرایط، ویژگی‌ها و پیچیدگی‌های آنها، باز نمی‌ماند. این نهضت به جای تلاش برای استخراج اصول ثابتی که در اکثر سازمان‌ها صادق می‌باشد و در مدیریت علمی نیز متداول بوده، توجه خود را به پیچیدگی‌های سازمان‌ها به عنوان پیچیده‌ترین سیستم‌های اجتماعی، به ویژگی‌ها، موقعیت‌ها و شرایط مختلف مدیریت و رهبری و به عوامل محیطی سازمان‌ها جلب می‌نماید.

مدیریت علمی جدید، مدیران، محققان و دست‌اندرکاران مدیریت را تشویق و تحریک می‌کند که سازمان‌ها و کارکنان را به عنوان منابع تلقی کرده و از تلاش برای کشف توانمندی‌های جدید آنها باز نایستند. لذا نه از یک روش تحقیق برتر حمایت می‌کند و نه از یک سبک رهبری بهتر؛ نه درصدد تبدیل همه کیفیت‌ها به کمیت‌ها و مقادیر عددی است و نه در تلاش استخراج اصول و قوانین ثابت سازمانی؛ بلکه در پی آن است که با دستیابی به عمق روابط پدیده‌های سازمانی، تکوین و تکامل اختصاصی آنها را در شرایط و موقعیت‌های ویژه هرکدام مورد نظر قرار دهد. از این رو، همه روش‌های تحقیق را ارج نهاده و همه انواع رویکردها را مدنظر قرار می‌دهد (۳). جدول (۱) مقایسه ویژگی‌های اداری در دنیای گذشته و معاصر را نشان می‌دهد.

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های اداری در دنیای گذشته و معاصر

سال‌های بعد از ۱۹۵۰	گذشته تا ۱۹۵۰
- روش علمی	- روش آزمایش و خطا
- تشابه روش‌های اداری در کشورهای مختلف	- تفاوت روش‌های اداری در کشورهای مختلف
- رواج یافتن انواع برنامه‌ریزی‌ها	- عدم برنامه‌ریزی درازمدت
- برداشت علمی و پویا از انسان و سازمان‌های اجتماعی	- برداشت مکانیکی و ساده لوحانه از انسان و سازمان‌های اجتماعی
- تغییر	- ثبات
- نقش دولت‌ها به عنوان فوق قدرت افراد و وسیله توسعه و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی	- نقش دولت‌ها به عنوان حافظ وضع موجود و منافع اقشار و طبقات خاص
- انسان به عنوان موجود اجتماعی و روان-شناختی	- انسان به عنوان موجود اقتصادی و مادی
- ساختار سازمانی مسطح و متغیر	- ساختار سازمانی بلند و ثابت
- عدم تمرکز	- تمرکز
- الگوهای اداری اقتضایی و مشروط	- الگوهای اداری ثابت و قطعی
- مدیریت و رهبری جمعی	- مدیریت و رهبری فردی
- مدیریت دموکراتیک	- مدیریت آمرانه
- اهداف سازمان و کارکنان	- اهداف سازمان
- مدل‌های زنده و پویا	- مدل‌های ماشینی و مکانیکی
- دید سیستمی	- دید دوگانه بینی
- بهره‌وری	- سود
- کنترل نظم و انضباط درونی	- کنترل، نظم و انضباط بیرونی
- تصمیم‌گیری‌های مشارکتی	- تصمیم‌گیری‌های فردی
- مطابقت فرد و سازمان با یکدیگر	- مطابقت فرد با سازمان
- مطالعه سازمان‌های انسانی	- مطالعه سازمان بدون انسان
- طراحی پروژه‌های ماتریسی	- طراحی سستی و ماشینی سازمان

تغییراتی که بعد از سال ۱۹۵۰ در سازمان‌های مختلف اعم از مؤسسات آموزشی تولیدی، خدماتی و غیره معمول شده، حاصل نتایج تحقیقات علمی پس از طی فراز و نشیب‌های زیادی است و البته ممکن است همه این تغییرات در آینده دچار تغییر و تحول شده و به اشکال دیگری درآید ولی اهمیت آنها را در سازمان‌های کنونی نمی‌توان نادیده گرفت چرا که همگی آنها مبین دستاوردهای طولانی مدت تحقیق و تتبع علمی اندیشمندان و محققان زیادی است که به تدریج در مجموعه دانش مدیریت و در نتیجه در دنیای عمل سازمان‌های امروز از مواضع مستحکمی برخوردار شده‌اند (۳).

خلاصه

اگر چه استفاده از روش علمی در تحقیقات مدیریت، از ابتدای قرن بیستم توسط تیلور متداول گردید. اما با نظرات و عقاید مختلف دیگری نیز ظهور و بروز پیدا کرده که این نظرات متفاوت، در قالب نهضت‌ها و مکاتب مدیریت گرد آمده و درخشندگی و برجستگی بیشتری یافته‌اند. برخی از نظراتی که توسط مکتب مدیریت علمی معمول شد به وسیله مکتب روابط انسانی زیر سؤال برده شد و برخی از نظرات مربوط به مکتب روابط انسانی، توسط تحقیقات بعدی مورد بازبینی قرار گرفت. خلاصه اینکه تغییرات اداری در دنیای عمل سازمان‌های مختلف، رد-پاهای متفاوتی از خود بر جای گذاشت و موجب شد که سازمان‌های متعدد نظرات متعددی را تجربه کرده و به شکل امروزی درآیند.

بخش ۲

تکوین مدیریت آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- ضرورت تکوین مدیریت آموزشی را ۴- تغییرات عمده‌ای که در نیم قرن حاضر توضیح دهد. در مؤسسات آموزشی صورت گرفته است ،
- ۲- ویژگی‌های مؤسسات آموزشی را در ۵- مدیریت آموزشی را به عنوان یک رشته مقایسه با دیگر مؤسسات نام ببرد.
- ۳- ویژگی‌های مؤسسات آموزشی را نام علمی توضیح دهد. ببرد.

ضرورت مدیریت آموزشی

تغییر و گسترش مفهومی آموزش به همراه بسط و توسعه کمی آن در اثر آموزش همگانی رایگان و اجباری در مقابل آموزش ویژه اعیان و اشراف در گذشته، موجب گردید که مدارس یا مکتب خانه‌های قدیم از نظر شکل ظاهری و اندازه آنها به کلی تغییر یافته و به تدریج به صورت فعلی درآیند. یعنی مؤسسات بزرگی که عهده‌دار فرایند آموزش و پرورش رسمی شده و برخلاف آموزش و پرورش قدیم که علاوه بر معنی و مفهوم محدود خود (یعنی انتقال معلومات) بیشتر در خدمت تعلیم فرزندان اعیان و اشراف بود، تعداد کثیری از اطفال جامعه را در خود راه داده و درصدد پرورش همه جانبه آنها برآیند. به عبارت ساده‌تر مدارس هم از جهت اندازه، وسعت زیادی یافتند و هم از جهت محتوا اهداف، روش‌ها و وسایل تربیتی متنوع‌تر و پیچیده‌تر شدند. ضرورت اداره این مؤسسات بزرگ و پیچیده در جهت اهداف فردی و اجتماعی و نیز حساسیت جوامع انسانی در مقابل آنها به لحاظ جایگاه ارزشی آموزش باعث شد که موج اندیشه‌های جدید در اداره سازمان‌ها به طور کلی و مؤسسات آموزشی به طور اختصاصی نیز راه یابد. موجی که با اتخاذ روش‌های علمی در اداره سازمان‌ها، کاهش عملکردهای اداری فردی، سلیقه‌ای و نادرست را نوید داد تا اینکه تکوین اندیشه‌های جدید در مدیریت و اثرات آن در سازمان‌ها و مؤسسات مختلف، مؤسسات آموزشی را نیز دربرگرفت و دیری نگذشت که هریک از نهضت‌های فکری مدیریت به درون سازمان‌های آموزشی نیز نفوذ کرده و اثراتی بر جای گذاشتند.

تغییرات حاصل در نگرش‌ها و فعالیت‌های آموزشی تحت تأثیر نهضت روابط انسانی در مؤسسات آموزشی (شکل ۳) تا حدودی مشابه عکس‌العمل آنها در مقابل نظرات رایج در مکتب مدیریت علمی بود. با ادامه تحقیقات در تفکر اداری و تغییرات در روش‌ها و رویه‌های مربوطه، به ویژه پیدایش و تکوین مدیریت آموزشی

به عنوان دانش مستقل از مدیریت صنعتی و بازرگانی، اثرات نهضت روابط انسانی نیز به نوبه خود همگام با مقتضیات تعلیم و تربیت جدید، کم رنگتر گردید.

تأثیر مدیریت علمی باعث شد که مدارس با اندکی تفاوت، به شکل کارخانه‌ها درآیند ولی تأثیر نهضت روابط انسانی موجب شد که مدارس به ویژگی‌ها و نیازهای معلمان و دانش آموزان توجه کرده و برای جاد جو انسانی و عاطفی در مدارس و روابط حسنه بین دانش آموزان، معلم و متعلم، معلم و مدیر توجه بیشتری بنماید.

هریک از جریان‌ات فوق به جای اینکه مکمل یکدیگر باشند عملاً به جای یکدیگر مطرح شدند تا اینکه موج علوم رفتاری و نظریه‌های جدید در مدیریت ظاهر شد.

هم زمان با پیدایش رویکردهای جدید گسترش بی‌اندازه و تعدد و تنوع مؤسسات آموزشی، ضرورت تکوین دانش اداری اختصاصی این مؤسسات را عینیت بخشید.

بنابراین مؤسسات آموزشی دیگر نمی‌توانستند توسط یکی از اعضای هیأت آموزشی باتجربه اداره شده و یا توسط نسخه‌برداری دقیق از تحقیقات مدیریت بازرگانی و تعمیم یافته‌های آن در مؤسسات آموزشی صرفاً به دلیل وجود تشابه سازمانی بین همه مؤسسات اداره شوند زیرا که ماهیت کار مؤسسات آموزشی نسبت به گذشته، علاوه بر دارا بودن ویژگی‌های مخصوص به خود، دچار تغییرات عمیقی شده بود که نیازمند برخورد تخصصی و علمی توسط کسانی بود که برای این کار تربیت شده بودند (۳).

ویژگی‌های مؤسسات آموزشی

اداره مؤسسات آموزشی به دلیل گسترش، تنوع و پیچیدگی فزاینده آنها در ابتدای امر به خاطر وجود تشابه سازمانی بین همه مؤسسات اجتماعی، از روش‌های اداری مؤسسات تولیدی و بازرگانی سود جست ولی ویژگی‌های خاص این مؤسسات، گسترش تحقیقات و گزارشات علمی در خصوص مدیریت آنها، وجود اختصاصی

این رشته را سبب گردید. از جمله ویژگی‌های مؤسسات آموزشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- این مؤسسات خدماتی بوده و سوددهی جزء اهداف آنها نیست؛
 - به دلیل توجه همه جانبه سیاستگذاران به نهاد آموزش و پرورش، مدیران آنها دارای اختیار تام نمی‌باشند؛
 - ارزشیابی بازده آنها در کوتاه مدت قابل احتساب نیست؛
 - کارکنان آنها را افراد تحصیل کرده و روشنفکر تشکیل می‌دهد؛
 - ارزشیابی بازده آنها در نهایت توسط جامعه صورت می‌گیرد؛
 - همه افراد جامعه و خانواده‌ها در آن ذی نفع هستند؛
 - کار آنها دارای ماهیت انسانی و معنوی است؛
 - در جوار اهداف عینی و مشخص، دارای اهداف ذهنی و کلی نیز هستند؛
 - روش‌های آموزشی به جهت حساسیت جوامع، دارای محدودیت زیادی بوده و به آسانی قابل تجربه نیست؛
 - موضوع آنها انسان است که در خور توجه شایسته خود می‌باشد (۳).
- مؤسسات آموزشی علاوه بر دارا بودن ویژگی‌های فوق در نیمه قرن حاضر، در غالب کشورهای پیشرفته دنیا با تغییراتی مواجه شدند که نیازمند برخورد تخصصی و کارشناسی دقیق‌تری می‌باشد. این تغییرات شامل:
- افزایش تعداد و تنوع آنها؛
 - ضرورت برنامه‌ریزی طولانی مدت در آنها برای هماهنگی با برنامه‌های جامع کشورها؛
 - افزایش تعداد و تنوع برنامه‌های آموزشی؛
 - رواج هرچه بیشتر فناوری آموزشی و جهت‌گیری استفاده هرچه بیشتر از آنها؛
 - گسترش روان‌شناسی تربیتی و در نتیجه لزوم توجه به ویژگی‌های فردی فراگیران؛

- توسعه برنامه‌های آموزشی قابل انعطاف؛
- توسعه برنامه‌های آموزشی جدید به منظور آموزش فردی؛
- پیدایش اشکال مختلف آموزش‌های عالی مثل آموزش از راه دور؛
- تخصصی شدن هرچه بیشتر رشته‌های علمی در دانشگاه‌ها؛
- تعدد و تنوع متون علمی و مواد درسی؛
- توجه به آموزش‌های پیش دبستانی؛
- عمومیت یافتن برنامه‌های فوق در مؤسسات آموزشی؛
- توجه آموزش عالی به تحقیقات و ضرورت برنامه‌های مناسب؛
- رقابت در خصوص جلب مشارکت‌های مختلف مردمی برای دسترسی به منابع مالی بیشتر؛

● جستجوی راه‌های مختلف برای دسترسی به منابع مالی جدید و زیاد؛

● افزایش تعداد کارکنان و لزوم برخورد مقتضی و مناسب با آنان؛

● افزایش انتظارات عموم از مؤسسات آموزشی (۳) می باشد.

همچنانکه پیش‌تر گفته شد ویژگی‌های مؤسسات آموزشی و تغییرات عمده آنها در نیمه قرن حاضر موجب شد که پژوهش‌های متعدد با استفاده از تجارب و نتایج تحقیقات مدیریت عمومی برای بنا نهادن مدیریت تخصصی مورد نیاز مؤسسات آموزشی یعنی دانش مدیریت آموزشی شروع گردد. لذا تحقیق و تفحص در مدیریت آموزشی از سال‌های ۱۹۵۰ شروع شد و دیری نگذشت که جنبش تئوریک تمام عیاری برای مطالعه و تدریس در مدیریت آموزشی به وجود آمد.

اگرچه در ابتدا گرایش آشکاری به سمت استفاده از مدل‌های علوم طبیعی و تعمیم آنها در خصوص انسان‌ها وجود داشت و خود مؤسسات آموزشی نیز جدا از عوامل محیطی و اجتماعی یعنی به صورت سیستم بسته تحلیل می‌شدند، با وجود این گسترش فعالیت‌های پژوهشی در این رشته و رویکردهای علمی جدید نظریه تئوری سیستم‌ها، در حال حاضر مدیریت آموزشی را برای درک پیچیدگی‌ها و

پویایی‌های مؤسسات آموزشی در موضع علمی نیرومندی قرار داده است (۳). در عصر حاضر، به منظور اصلاح نظام‌های آموزشی به طور عمده از نظریه تئوری سیستم‌ها سود می‌جویند و در زمینه آموزش نیز دیده شده است که اقدام‌های اصلاحی و موردی و مقطعی معمولاً به سبب عدم تناسب و یا تناقص با سایر اجزای سیستم، به تغییر اساسی و پایدار نمی‌انجامد و ثمر بخش نخواهد بود. از این رو هر گونه حرکت اساسی در مدیریت آموزشی، لازم است با در نظر گرفتن آثار همه جانبه آن و در قالب نظامی از دگرگونی‌ها انجام پذیرد لذا اصلاح نظام آموزشی از طریق مراحل زیر صورت می‌گیرد:

الف - تشخیص کلیه عناصر مؤثر در مجموعه نظام؛

ب- مطالعه چگونگی ارتباط بین عناصر مورد شناسایی و تشخیص نکات جاذبه و دافعه در مجموعه ارتباطات؛

ج- تعیین جایگاه هر کدام از عناصر، به منظور دستکاری و ایجاد تغییرات لازم در مجموعه ارتباطات؛

د- مطالعه درباره توان تأثیرگذاری هر یک از عناصر در کل مجموعه نظام؛

ه- بررسی جهت، سرعت و شکل حرکت مجموعه در راستای هدف‌های معین و توجه به تأثیرگذاری حرکت مورد اشاره در سایر سیستم‌های مربوطه (۷).

شناخت قوانین سیستم‌های آموزشی و اجتماعی، ما را در ایجاد و اصلاح نظام‌های مورد نظر یاری داده و این امکان را به وجود می‌آورد که تلاش‌های سیستمی را جایگزین تلاش‌های فردی نموده و مدیریت را به جای مدیر بشناسیم. در این صورت تلاش‌های آموزشی به صورت مستمر و تکمیلی ادامه یافته و با تعویض و یا تغییر مدیر نه تنها تلاش‌های مدیر قبلی از بین نمی‌رود، بلکه هر کوشش جدید در تکمیل و ادامه برنامه‌های قبلی قرار گرفته و حصول نظام صحیح، این امکان را فراهم می‌آورد که مدیر در موقعیتی قرار نگیرد که به تصمیم‌گیری‌های انتزاعی پرداخته و یا اراده شخصی خود را به سیستم تحمیل نماید. لذا باید در نظر داشت که به طور

معمول یک سیستم منسجم، مدیرانی را که به تصمیم‌گیری‌های انتزاعی بپردازند و یا به اتخاذ مواضع مغایر با ماهیت سیستم اقدام نمایند طرد می‌نماید (۷).

مدیریت آموزشی به عنوان یک رشته علمی می‌تواند در به کارگیری نتایج تحقیقات علمی در خصوص فراگیران، مربیان، مدارس، جامعه و .. از تجارب آگاهانه و عالمانه خود بهره‌گرفته و با ظرافت و دقت هنرمندانه عمل نماید. این گفته به این معنی است که مدیریت آموزشی، رشته‌ای است علمی که مشابه همه رشته‌های علمی دیگر به طور سیستماتیک درصدد کشف قوانین حاکم بر روابط فی‌مابین متغیرها و پدیده‌های مرتبط با مؤسسات آموزشی است. کسانی که مدیریت آموزشی را با هنر و تجربه و نظایر آن مخلوط می‌کنند یا بر این امر واقف نیستند که فعالیت‌های فکری انسان در خصوص پاسخ‌گویی به چگونگی روابط پدیده‌ها، مانند همه انواع شناخت جزئی انسان از جمله شناخت انسان از سیستم‌های اجتماعی، زیر چتر حمایت روش علمی قرار دارد یا تأثیر و سرمایه تجربی و هنری انسان را با هر نوع فعالیت وی از جمله عملکرد مدیر آموزشی را به اشتباه با ماهیت رشته علمی مدیریت آموزشی درهم می‌آمیزند. از سوی دیگر از آنجا که عمل مدیریت مستلزم مهارت مدیر در سه جنبه انسانی، فنی و ادراکی (مهارت‌های سه گانه مدیریت) است و هیچکدام از این مهارت‌ها نمی‌تواند از طریق تجارب فردی کسب شود و حتی اگر چنین شود، مستلزم بصیرتی زیاد و مدت زمان طولانی خواهد بود، لذا جنبه علمی نه تنها در دانش مدیریت بلکه در عمل مدیران نیز بر جنبه‌های هنری و تجربی، تفوق دارد. این بدان معنی نیست که مدیران باید به اصطلاح کتابی عمل کنند و یا مدیرانی موفق هستند که چنین کنند بلکه به این معنی است که آنان باید از نتایج تحقیقات علمی در زمینه‌های مختلف زندگی سازمانی بهره‌برده و تا آنجا که ممکن است از آموخته‌های خود در مسایل علمی سازمان‌ها استفاده نمایند. آنها باید مطالب تئوریک خود را کاربردی کرده و برای حل مسایل سازمان، راه‌حل‌های بدیع و مناسب پیدا کنند. افزون بر آن و مهمتر از آن، دستیابی به معلومات علمی در زمینه‌های مختلف

دانش مدیریت، موجب می‌شود که مدیر از وسعت دید و بصیرت بیشتری برای درک مسایل سازمانی و ارایه راه‌حل‌های عملی برخوردار شود که شاید این جنبه از مدیریت به لحاظ پیچیدگی و ظرایف زیاد، برای برخی‌ها مدیریت را به عنوان هنر می‌نمایاند (۳). همین تفاوت‌ها است که مدیریت و رهبری سنتی را از نوع متحول آن متمایز می‌سازد به شیوه‌ای که:

- ۱- در رهبری سنتی، رهبرنماد کل نظام است ولی در رهبری متحول امروزی، رهبری جزئی از سیستم است؛
- ۲- در رهبری سنتی، نظام در خدمت رهبری است ولی در نظام‌های پیشرفته امروزی، رهبری در خدمت سیستم است؛
- ۳- در رهبری سنتی، رهبری با استفاده از ذهنیات و آگاهی‌های قبلی خود درباره واقعیات تصمیم می‌گیرد. در صورتی که در نظام متحول امروزی مدیریت، با توجه به جایگاه رهبری در درون سیستم، تصمیم‌گیری رهبر از طریق شناسایی دقیق واقعیات و سپس اتصال آن به آگاهی‌های ذهنی است؛
- ۴- در رهبری سنتی، رهبر حرکت نظام را به وجود می‌آورد. در صورتی که در رهبری نوین، جهت و حرکت سیستم ناشی از حرکت‌های خود جوش عناصر درون نظام است؛
- ۵- در نظام سنتی، سنگینی حضور رهبری از سرعت کار می‌کاهد. در حالی که در نظام نوین، رهبری بر میزان و سرعت حرکت درون سیستم می‌افزاید؛
- ۶- وظیفه رهبری در نظام سنتی، حکمرانی است. در صورتی که در رهبری متحول وظیفه رهبری راهنمایی است؛
- ۷- در رهبری سنتی، رهبری پدیده‌ای برون‌زا است. در صورتی که رهبری متحول سیستمی، پدیده‌ای درون‌زا می‌باشد؛
- ۸- در رهبری سنتی، رهبر خود را مالک سیستم می‌داند. در حالی که رهبری جدید خود را متعلق به سیستم می‌داند (۷).

در ایجاد نمادهای جدید آموزشی که شکل سیستمی خواهد داشت و ارتباط آن با نهادهای سیستمی دیگر در نظام پویای جامعه، توجه کافی به باز بودن سیستم حایز اهمیت است زیرا سیستم بسته در حقیقت یک بیماری محسوب می‌شود و نباید فراموش کنیم که سیستم‌ها از طریق ارتباط با سیستم‌های موازی، متداخل و فراگیر، پویایی درونی خود را تأمین می‌کنند. به عبارت دیگر، حتی اگر در یک سیستم آموزشی با نارسایی‌های بیرونی مواجه شدیم که هویت آن را تهدید می‌کند، نباید از ترس آن نارسایی‌ها سیستم خود را محصور کرده و به صورت سیستم بسته در آوریم بلکه باید سیستم معیوب را محاصره نماییم (۷).

آشنایی با اصول و فنون مدیریت آموزشی علمی به ویژه وقوف بر تئوری‌های آن موجب می‌شود که مدیران:

- مشاهدات خود از رفتار افراد و گردش کار در مؤسسات آموزشی را بر تئوری استوار ساخته و از مشاهدات انفرادی، پراکنده، کوتاه مدت و غیرعلمی پرهیز نمایند؛
- با استفاده از تئوری‌ها، نسبت به کنترل و پیش‌بینی عوامل مختلف مؤسسات و توضیح چگونگی آنها اقدام کرده و از تشخیص و مشکل‌یابی فردی متکی بر تجارب شخصی خودداری نمایند؛

- با وقوف هرچه بیشتر بر قوانین و روابط حاکم بر رفتار در سازمان‌های آموزشی سازمان مربوطه را در جهت برآوردن اهداف از پیش تعیین شده و افزایش اثربخشی سوق دهند؛

- با تنظیم، طبقه‌بندی، تحلیل مشاهدات و تجارب علمی خود بر وسعت، دقت و جامعیت تئوری‌ها افزوده و به صورت‌بندی جدید تئوری‌ها اقدام نمایند.

شایسته است که مدیران مؤسسات آموزشی، با کسب آگاهی و بصیرت علمی، رفتارها و عملکردهای مختلف خود را بر مبنای نظری (تئوریک) و علمی استوار نمود و تجارب صادق خود را در پیوند با یافته‌های تحقیقاتی مربوطه، معنادار ساخته و همه آنها را به طور هنرمندانه در اداره سازمان متبوع خود به کار گیرند. مدیریت به

معنای اعمال مدیران، علمی است که هنر و تجربه نیز بسته به توانایی‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های شخصی آنان، می‌تواند بر غنا و توفیق آن بیافزاید.

مدیریت به معنای هدایت فعالیت گروه‌های مختلف انسانی در جهت اهداف معین، نه تنها ضرورت عینی انسان‌ها در طول تاریخ بوده است بلکه به جهت ارتباط مفهومی آن با مفاهیم انسانی، از بحث و مشاجرات نظری دور نمانده است. البته بخشی از این مشاجرات در آغاز برای تعیین وضعیت مدیریت ضروری بود اما غالباً مسایل مطرح شده حاکی از بی‌اطلاعی یا حداقل کم‌اطلاعی طرف‌های مدعی بوده است. امروزه، مدیریت به معنی اعم (و مدیریت آموزشی به معنی اخص) بعد از طی فراز و نشیب‌های مختلف در میدان نظر و عمل (در دانشگاه‌ها و مؤسسات مربوطه) از مبانی مستحکمی برخوردار شده است. البته در وضعیت فعلی و در بسیاری از کشورها، بیان فوق مصداق ندارد در صورتی که به علت قرابت مدیریت آموزشی با تعلیم و تربیت (حیطه‌ای که از حرمت خاصی نیز برخوردار است)، مدیریت آموزشی بایستی در مرکز توجه مسئولان و مردم باشد. مدیریت آموزشی به معنی مدیریت سازمان‌ها و مؤسسات و حتی ادارات و واحدهای آموزشی، یعنی مؤسساتی که به نحوی از انحا عهده‌دار تحقق هدف‌های آموزشی هستند، یک ضرورت عینی است. لذا تمامی دست‌اندرکاران و مسئولان نظام آموزشی بایستی مدیریت آموزشی را به عنوان مجموعه‌ای از تئوری‌ها، به عنوان علم اداره مؤسسات آموزشی و ضرورت عینی اداره اثربخش مؤسسات آموزشی، در نظر بگیرند (۳).

از آنجایی که آموزش سلامت نیز بر پایه آموزش استوار است لذا تمامی مؤسسات سازمان‌ها و مراکز و افرادی که متولی آموزش سلامت می‌باشند، بایستی از توان مدیریت و رهبری آموزشی مناسبی برخوردار باشند. مدیر آموزش سلامت با ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی سر و کار دارد که اغلب مربی و درمانگر هستند لذا باید با نحوه مدیریت آموزش رفتارهای بهداشتی به خوبی آشنا باشند (۸). آموزش در مرحله اجرای یک برنامه برقراری ارتباط بهداشتی، فعالیت عمده‌ای

محسوب می‌گردد. در طول اجرای برنامه های بهداشتی، آموزش برای تقویت مهارت‌های لازم برای ایجاد و حفظ رفتارهای مثبت در برنامه‌های بهداشتی لازم می‌باشد و به انتخاب کانال‌های ارتباطی و مدیریت پخش برنامه‌ها کمک می‌کند. اگر آموزش به عنوان یک راهکار به خصوص برای تغییر رفتار به کار گرفته شود، در این صورت تأکید اولیه آن بر کسب مهارت‌ها است که باعث انتخاب روش و تجهیزات مورد استفاده در آموزش سلامت خواهد شد (۸). آموزش کارکنان بهداشتی غالباً مباحثی از قبیل مهارت‌های پایه برای تشخیص و درمان، آموزش مؤثر سلامت، استفاده صحیح از وسایل کمک آموزشی و روش‌های آموزشی را در بر می‌گیرد و در هر کدام از این موارد آموزش، بر توصیف و انجام مهارت‌های مورد نیاز برای پرداختن به هر یک از این فعالیت‌ها تأکید می‌کند. لذا مدیریک برنامه آموزش سلامت برای اطلاع از سطح دانش و مهارت فراگیران باید از توانایی مشاهده مستقیم در ارزیابی فراگیران به درستی استفاده کند و در این زمینه دارای اطلاعات کافی باشد (۸).

رشد و توسعه مدیریت آموزشی یکی از وجوه عصر ما است و نظام‌های آموزشی به ویژه آموزش سلامت که با آگاهی، نگرش و تغییر رفتار فراگیران سر و کار دارد، به مرور پی می‌برند که در شرایط پیچیده امروزی بدون مدیریت و رهبری مؤثر قادر نخواهند بود که پاسخگوی مسئولیت‌های فزاینده خویش باشند. لذا به نظر می‌رسد هر آموزش دهنده‌ای قبل از اینکه یک معلم خوب باشد، باید یک مدیر خوب باشد (۵).

خلاصه

در کل باید گفت، علم مدیریت آموزشی که با هدایت روش‌های علمی حاصل شده و به دلیل ضرورت‌های عینی سازمان‌های آموزشی هر روز غنای بیشتری می‌یابد، مجموعه‌ای از یافته‌های عینی است که در طول سالیان دراز (به طور اخص از

اواسط قرن بیستم به این طرف)، فراهم آمده و تبدیل به یکی از شاخه‌های درخت بزرگ معرفت و دانش بشری شده است که در پهنه حیات انسان رسالتی مشابه با دیگر رشته‌های علمی دارد. لذا شایسته است که مدیران مؤسسات آموزشی، با کسب آگاهی و بصیرت علمی در مورد آن، از طریق آن رفتارها و عملکردهای مختلف خود را بر مبانی نظری و علمی استوار ساخته و تجارب صادق خود را در پیوند با یافته‌های تحقیقاتی مربوطه معنادارنمود و همه آنها را هنرمندانه در اداره سازمان آموزشی متبوع خویش به کار برند.

بخش ۳

تعاریف و مفاهیم در مدیریت آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مدیریت و رهبری آموزشی را تعریف ۶- فرآیند مدیریت را توضیح دهد.
- ۷- در مورد هر یک از وظایف مدیران نماید.
- ۲- نقش‌های مدیریت و رهبری آموزشی را بحث و اظهار نظر نماید.
- ۸- در مورد تعارض در سازمان و ساز و نام برده و توضیح دهد.
- ۳- تفاوت مدیریت و رهبری را توضیح دهد. کارهای آن بحث نماید.
- ۴- در مورد تفویض اختیار و شرایط و ۹- در مورد نقش مدیریت و رهبری در مزایای آن اظهار نظر کند.
- ۵- مهارت‌های مدیریت را نام برده و توضیح نماید.
- دهد.

مفاهیم اولیه در مدیریت آموزشی

سازمان، مدیریت و مدیر

سازمان^۱: سازمان یک واحد هماهنگ اجتماعی است که از دو یا چند نفر تشکیل می‌شود تا برای تأمین یک یا مجموعه‌ای از هدف‌ها به گونه‌ای مستمر یا مداوم کار کند (۹).

سیستم: یک سیستم عبارت است از مجموعه عناصری است که با یکدیگر ارتباط متقابلی داشته و به وسیله حد و مرزی از محیط خود جدا می‌شود. به عبارت دیگر، هر پدیده‌ای که به عنوان یک کل دارای دو یا چند جزء مرتبط به هم بوده و به نحوی از محیط خود قابل تشخیص بشود، می‌تواند یک سیستم باشد (۳).

مدیر^۲: مدیران افرادی هستند که ترتیبی می‌دهند که کارها به وسیله دیگران در راستای اهداف سازمان انجام شود. آنان تصمیم می‌گیرند، منابع را تخصیص می‌دهند و کارهای دیگران را رهبری می‌کنند تا به هدف‌های سازمان دسترسی پیدا کنند. همچنین مدیران بر فعالیت‌های دیگران نظارت کرده و مسئول تأمین هدف‌های سازمان هستند. مدیران کارهای خود را در سازمان انجام می‌دهند (۹).

مدیریت: باتوجه به نظر غالب نویسندگان، مدیریت عبارت از هدایت فعالیت-های افراد در جهت اهداف معین می‌باشد (۳).

مدیریت و جنسیت: ویژگی‌های مدیریت زن و مرد در جدول زیر آمده است (۱۷).

^۱ -organization
^۲ - managers

ساختار مرد	ساختار زن
دستورات صریح	روابط یکسان با دیگران
مطمئن و بی پروا	قوی و حمایت‌گر
وابسته به مقام	علاقه‌مند به روابط با مردم
روشن بودن اهداف	انجام امور را وابسته به دیگران می‌داند
سازمان یافته	خود آگاه و مفتخر به ارزش‌های خود

مدیریت آموزشی^۱: عبارت از هدایت منابع و فعالیت‌های کارکنان سازمان آموزشی در جهت اهداف آن که به طور کلی عبارت از رشد جنبه‌های مختلف شخصیت افراد فراگیر، تربیت نیروهای متخصص و ماهر و انتقال فرهنگ می‌باشد.

مدیر آموزشی: فردی است که مسئولیت اداره و هدایت فعالیت‌های آموزشی را به عهده دارد.

به عبارت دیگر مدیر آموزشی در مورد کسی که بدون توجه به عنوان و مرتبه سازمانی در سازمان‌های مختلف آموزشی، واحدها و ادارات وظایفش به نحوی گرد محور مدیریت آموزش می‌چرخد، اعم از دولتی یا غیردولتی به کار می‌رود که برحسب مقررات مربوطه می‌تواند مدیر، سرپرست، مسئول، معاون، کارشناس و غیره باشد.

رهبری: به معنای رهبری اعمال نفوذ و تأثیر بردیگران در جهت اهداف خاص می‌باشد. حال باید دید که آیا رهبری باید بدون اعمال زور باشد (یعنی بدون اختیارات سازمانی و بدون در نظر گرفتن پاداش یا تنبیه پیروان را تحت تأثیر قرار دهد)؟ و آیا رهبری با مدیریت متفاوت است یا خیر؟ این موضوع در سال‌های اخیر

^۱ -educational management

بسیار مورد بحث قرار گرفته و بیشتر کارشناسان بر این باورند که رهبری متفاوت از مدیریت می‌باشد (۹).

شاخص‌های رهبری

- رهبران پیروانی دارند که آنها را الهام می‌بخشند؛
- رهبران اصولی دارند و در یک مسیر اخلاقی کار می‌کنند؛
- رهبران مسئولیت برعهده می‌گیرند؛
- رهبران دارای چشم‌انداز هستند و این چشم‌اندازها را به پیروانشان منتقل می‌کنند؛
- رهبران در حل مشکلات خوب عمل می‌کنند؛
- رهبران به افراد ارزش می‌دهند و زمینه توسعه و رشد دیگران را فراهم می‌کنند (۱۱).

عناصر رهبری: رهبری از عناصری تشکیل شده است که هر کدام در بهبود یا عدم بهبود فرایند رهبری مؤثر است. بنیس و نانوس چهار عنصر رهبری که جامع و مورد قبول است را توصیف می‌کند:

- مدیریت توجه ؛
- مدیریت معنی ؛
- مدیریت اعتماد^۱ ؛
- مدیریت خود^۲ (۱۱).

ملزومات رهبری: رهبری فرآیندی است برای به حرکت در آوردن یک گروه در جهت اهداف. رهبری می‌تواند آموخته شود. آموزش رهبری با درک این مطلب که ساختار رهبر و گروه از چه چیز ساخته شده است، شروع می‌گردد. برای رهبر بودن یک فرد، یک سری ملزومات وجود دارد که عبارتند از:

^۱ - management of trust
^۲ - management of self

- آن فرد باید یک هدف یا عقیده داشته باشد که به آن معتقد باشد؛
 - آن فرد باید پیرویا پیروانی داشته باشد؛
 - آن فرد باید فرایند رهبری را به کار گیرد (۱۱).
- سبک رهبری:** طرح کلی اقدامات رهبر، آن گونه که به وسیله کارکنان برداشت می‌شود را سبک یا شیوه رهبری می‌گویند. سبک‌های رهبری به چند شیوه تقسیم-بندی می‌شوند:

- الف) رهبری مثبت و رهبری منفی؛
- ب) رهبری استبدادی، رهبری دموکراتیک، رهبری آزاد و غیره مداخله‌ای؛
- ج) رهبری رابطه مدار و وظیفه مدار؛
- د) رهبری تحول‌گرا و عمل‌گرا (۱۱)
- رهبری و انگیزه:** اصولاً فرایند رهبری در پی ایجاد انگیزه و تعهد برای کارکنان و افراد سازمان است. رهبران باید به انگیزه‌های مادی و معنوی و کاری افراد توجه کرده و در برآوردن انتظارات آنها بکوشند. در حقیقت مهارت رهبری از نظر ماهیت از ۲ عامل متمایز درست می‌شود: الف) عامل انگیزش ب) عامل الهام.
- مهارت در ایجاد انگیزش در زمینه‌های خاص به کار گرفته می‌شود نظیر تشخیص نیازهای فردی پیروان و تعیین طریقه تحقق این نیازها و به کارگیری محرک‌ها و انگیزه‌ها به نحوی که عکس‌العمل مناسبی ایجاد کند (۱۲).
- از آنجا که انسان‌ها گرایش به پیروی از کسی که از دیدگاه آنان وسیله برآوردن نیازها و هدف‌هایشان را فراهم کند، دارند، بنابراین هر اندازه مدیران دریافت بیشتری از انگیزه‌ها و راه‌های چگونگی انگیزش زیر دستان خود داشته باشند و هر چه بیشتر این درک و دریافت را در اقدام خود بازتاب دهند، احتمال آنکه رهبری اثر بخش‌تر باشند، بیشتر است (۱۱).

قدرت در رهبری: یکی از مؤلفه‌های اساسی در رهبری و مدیریت، کسب قدرت است و مدیرانی که فاقد قدرت باشند، نمی‌توانند رهبران اثر بخشی در پیشبرد

اهداف سازمان باشند. خود رهبری، قدرت و توان کسب و بسیج منابع را به همراه دارد.

قدرت عبارت است از توانایی برای نفوذ در دیگران و نفوذ به معنای فرایند اثرگذاری بر تفکرات، رفتارها و احساسات شخصی دیگران می‌باشد. وقتی که کارکنان و مدیران قدرت خود را به عمل تبدیل می‌کنند، رفتار سیاسی (در سازمان) شکل می‌گیرد. به طور کلی قدرت دارای سه بعد است:

- ۱- دامنه قدرت: منعکس‌کننده تعداد افراد یا گروه‌هایی است که یک فرد یا یک گروه در آنان نفوذ می‌کنند؛
- ۲- حوزه قدرت: به طیف فعالیت‌هایی که به وسیله فرد یا گروه تأثیر می‌پذیرد اشاره دارد؛
- ۳- ضریب قدرت: درجه اثرگذاری رفتار فرد یا گروه را بر دیگران نشان می‌دهد (۱۱).

انواع قدرت:

- ۱- قدرت قانونی: نفوذ مبتنی بر مقام رسمی رهبران در سلسله مراتب سازمانی؛
- ۲- قدرت پاداش: نفوذ رهبر بر دیگران بر اساس پاداش دادن به آنان؛
- ۳- قدرت اجباری: توانایی رهبر برای به دست آوردن مقبولیت از طریق ترساندن زیردستان از مجازات؛
- ۴- قدرت مرجعیت: نفوذ مبتنی بر ویژگی‌های ذاتی و کاریزماتیک رهبر؛
- ۵- قدرت تخصص: نفوذ مبتنی بر دانش و تخصص رهبر (۱۱).

مهارت‌های رهبری در زمینه به کارگیری قدرت

- ۱- مهارت سیاسی: اشاره به این دارد که عامل قدرت چگونه به خوبی می‌تواند از منابع قابل دسترس استفاده نماید؛

۲- مهارت شناختی: به معنای توانایی فراهم آوردن اطلاعاتی است که به شخص اجازه بدهد تا استراتژی‌های مناسبی را تنظیم کند. این مهارت مبتنی بر دو عامل است:

الف) توانایی افراد برای دسترسی به اطلاعات، ب) توانایی پردازش اطلاعات ؛
 ۳- مهارت تاکتیکی: توانایی ایجاد تاکتیک‌های مؤثر سیاسی در موقعیت عامل می‌باشد و سطح قدرت و توان تاکتیکی فرد را نشان می‌دهد (۱۳).

نحوه به کارگیری قدرت از سوی رهبران و تعیین حیطه قدرت

رهبران مسئول گرا: این گونه رهبران مرکز تصمیم‌گیری و قدرت، خودشان هستند.

رهبران مشارکت‌پذیر: در این حالت رهبران از ایجاد یک مرکز قدرت و تصمیم‌گیری خودداری کرده و در تصمیم‌گیری‌ها و مسئولیت‌ها از دیگران کمک می‌گیرند.

رهبران آزاد منش: مسئولیت و قدرت را به حال خود وا می‌گذارند و گروه برای تصمیم‌گیری آزاد است (۱۳)؛

رهبری موفق یا اثربخش: موفقیت با چگونگی رفتار فرد یا گروه رابطه دارد. اثربخشی وضع درونی یا پیش‌آمادگی یک فرد یا گروه را توصیف می‌کند و از این رو از نظر ماهیت گرایشی است. به این معنی که اگر فردی فقط به موفقیت علاقه‌مند باشد، تنها به قدرت مقام و اعمال نظر مستقیم تمایل خواهد داشت ولی اگر فرد اثر بخش باشد، به قدرت شخصی نیز توجه داشته و نظارت کمتر، مشخصه رفتار وی خواهد بود. به این معنی که قدرت مقام از بالا به پایین به شخص تفویض می‌شود ولی قدرت شخصی از پایین به بالا و بر اثر پذیرش زیر دستان به وجود می‌آید (۱۱).

معیار رهبری اثربخش: معمولاً رهبران را با معیار اثربخشی و یا عدم اثربخشی می‌سنجند ولی جنبه دیگری از رهبری هم به نام معنویت اخلاقی وجود دارد. این پرسش در این جا مطرح می‌شود که رهبران تا چه اندازه‌ای می‌توانند دیگران را به دنبال خود بکشانند؟ از دیدگاه برنز، اگر رهبری از ویژگی‌های برجسته خاص خود استفاده کند و افراد را به زور مطیع سازد، نمی‌تواند شاخص یا معیاری برای ارزیابی رهبری موفق یا اثر بخش ارایه دهد. یک رهبر معنوی، به ارزش‌ها توجه می‌کند و به پیروان خود دانش و آگاهی لازم را می‌دهد و تا آنجا پیش می‌رود که از آنها می‌خواهد که رهبری بقیه را به عهده گیرند و بتوانند با آگاهی تصمیم بگیرند و به ندای وی پاسخ دهند (۱۸).

ویژگی رهبری خوب:

- رهبران خوب به انگیزه‌ها و قابلیت‌های فرودستان اعتماد و اطمینان داشته و به مسئولیت و سخت کوشی آنان ایمان دارند؛
- رهبران خوب معتقدند که اقتدار جمعی و مشارکت، هم مطلوب و هم سودمند است؛
- درحد معقول متکی به خود، آسوده خاطر و خوش بین، حساس و هوشیارند (۱۴).

ویژگی رهبری خوب از دیدگاه دیگر:

- ۱- ارتباط و بیان انتظارات به طور واضح و آشکار؛
- ۲- تمرکز مدیریت و راحت برخورد کردن با مسایل قدرت و تعارض؛
- ۳- برآورد مداوم بازده کار؛
- ۴- هم دردی و توجه به نیازهای کارمندان؛
- ۵- ارزیابی نتایج کار زیردستان (کنترل)؛

۶- دریافت باز خورد مداوم از کارکنان و کارمندان (۱۵).

مسئولیت‌های رهبری:

مدیران سطح بالا به عنوان رهبران سازمان با مسئولیت‌های زیر روبرو هستند:

- ترغیب به توسعه اجماع در زمینه اهداف و اولویت‌های سازمان؛
- جلب حمایت همه جانبه برای اولویت‌های سازمان؛
- پذیرش مسئولیت حمایت و عملکرد سازمان؛
- توسعه و اجرای استراتژی‌های اثر بخش؛
- توسعه تعادل منطقی بین اقتصاد، تخصص‌ها و انتظارات اجتماعی از سازمان؛
- مذاکره برای توسعه روابط بین سازمانی مؤثر با دیگر سازمان‌ها (۱۶).

تأثیر رهبری: رهبری در هر سازمان به معنی تعیین آنچه باید به دست آید و تأثیرگذاری بر دیگران برای کسب اهداف است. در فرایند رهبری، تأثیر بسیار مهم است. تأثیر وسیله‌ای است که توسط آن افراد، به طور موفق دیگران را ترغیب می‌کنند که از پیشنهادات، نصایح و دستورات آنها پیروی کنند. (۱۱)

رهبری آموزشی: یاری و مدد به بهبود آموزش و هر عملی که بتواند آموزش دهنده را یک قدم به پیش برد، رهبری آموزشی خوانده می‌شود. بعضی از کارکنان آموزشی به عنوان رهبر یا مدیر آموزشی خوانده می‌شوند. با اینکه چنین افرادی تمام وظایف رهبری آموزشی را شخصاً انجام نمی‌دهند ولی در تعیین و تشخیص این که آیا هدایت و راهنمایی به نحو نیکویی انجام می‌شود، سهم بزرگی دارند. رهبران آموزشی سبب می‌شوند که افراد یکدیگر را بشناسند و به عنوان عامل رابط و واسطه، افرادی را که دارای مسایل و مشکلات مشابه هستند به هم نزدیک ساخته یا با افراد متبحری که قادر به رفع مشکلات آنان هستند، آشنا می‌سازند و کارکنان را به تبادل نظر و به کاربردن روش‌های تازه ترغیب می‌کنند. بنابراین نقش رهبری عبارت است

از حمایت، تقویت، یاری، مساعدت و سرانجام هم کاری ورهبری تنها به معنای دستور دادن و هدایت کردن نمی‌باشد (۶).

تفاوت مدیریت و رهبری: تفاوت مدیریت و رهبری در انگیزش و تاریخچه شخصی و شیوه‌ای است که فرد می‌اندیشد و عمل می‌کند. به گفته زالیک تفاوت‌های زیر در بین مدیر و رهبر وجود دارد:

۱- مدیر نگرش غیر شخصی دارد در حالی که رهبر دارای نگرش شخصی است؛

۲- مدیر کار را به عنوان فرایندی می‌بیند که در آن مجموعه‌ای از انسان‌ها و عقاید در هم می‌آمیزند تا استراتژی‌هایی ارایه گردد و تصمیماتی گرفته شود، حال آن که رهبر خطرپذیر است و خطر را به جان می‌خرد، به ویژه زمانی که اهداف ارزشمندی داشته باشد؛

۳- مدیر ترجیح می‌دهد با انسان‌ها و مردم سر و کار داشته باشد و از تنهایی فرار می‌کند و رابطه او با مردم براساس نقشی تعیین می‌شود که در سلسله مراتب رویدادها در فرایند تصمیم‌گیری بر عهده می‌گیرد. اما رهبر به عقاید و نظرات دیگران توجه می‌کند. قضاوت‌های شهودی دارد و با مردم هم دلی می‌کند و در بسیاری از موارد خود را به جای دیگران می‌گذارد (۹).

از دیدگاه جان کاتر، یکی از همکاران زالزینیک در هاروارد، تفاوت مدیریت و رهبری به گونه زیر بیان می‌شود:

مدیر همواره با مسایل و پیچیدگی‌ها دست و پنجه نرم می‌کند. مدیر خوب می‌تواند به سازمان نظم بدهد و با ارایه برنامه‌های رسمی، نوعی ثبات در سازمان ایجاد کند. همچنین ساختار سازمان را تعیین کند و با توجه به برنامه‌های ارایه شده، نتایج را کنترل نماید ولی برعکس رهبر با پدیده تغییر سر و کار دارد. رهبر با ارایه تصویری از آینده، مسیر را مشخص می‌کند. سپس با توجه به این دیدگاه و ارتباطی

که با آن برقرار می‌کند، افراد را هماهنگ می‌نماید و به آنها الهام می‌بخشد تا هر مشکل و یا معمایی را که بر سر راهشان است، حل کنند و یا از میان بردارند. از دیدگاه کاتر، رهبر با قدرت و قوی درصدد اثر بخش نمودن سازمان است کاتر بر این باور است که اکثر سازمان‌ها خوب رهبری نشده‌اند ولی از درجه مدیریت به حد اشباع رسیده‌اند لذا باید در سازمان‌ها به پرورش رهبری توجه بیشتری کنیم زیرا متصدیان سازمان‌های کنونی بیشتر وقت خود را صرف تنظیم برنامه و بودجه می‌کنند و به اموری می‌رسند که در گذشته انجام شده است. او می‌گوید رهبری به منزله توانایی در اعمال نفوذ بر گروه برای تأمین هدف‌ها است. منبع اعمال نفوذ رهبران احتمالاً دارا بودن پست و پایگاه رسمی نیست. از آنجا که مقام مدیریت با خود اختیارات رسمی را برای مدیر به همراه دارد، می‌توان گفت که یک رهبر نقش رهبری را از آن جهت بر عهده نمی‌گیرد که پست و مقام سازمانی این هدیه را به او عطا کرده است. به عبارت دیگر، همه رهبران مدیر نیستند و عکس آن هم صادق است. سازمان به مدیر حقوق رسمی می‌دهد ولی تضمین نمی‌کند که بتواند از او رهبری اثر بخش بسازد. ما با رهبرانی مواجه هستیم که قدرت خود را از سازمان نگرفته و از خارج از سازمان رسمی به دست آورده‌اند و توان اعمال نفوذ آنها بیش از چیزی است که در سایه ساختار رسمی سازمان به دست می‌آید. به بیان دیگر رهبری می‌تواند از درون گروه به وجود آید.

تفاوت رهبری و مدیریت در جدول صفحه بعد نشان داده شده است (۳).

نقش رهبری	نقش مدیر
- توسعه فعالیت ها - داشتن صداقت و یکپارچگی اخلاقی و تکیه بر اصول منطقی و درست - خلاقیت و چالش با وضع موجود - الهام بخش پیروان - داشتن چشم انداز - تمایل به انجام ریسک - ارزش قایل شدن برای افراد - توسعه روابط - در دست نداشتن قدرت از طریق تفویض اختیار یا موقعیت - توانمندسازی دیگران	- ایجاد ثبات و پایداری - کنترلی بودن - انجام وظایف - در دست داشتن اختیار - در دست داشتن قدرت از طریق موقعیت - برنامه ریزی، سازماندهی، کنترل منابع مادی و انسانی - تحلیل سیاست ها و روش کاری - حفظ قوانین سلسله مراتبی - قرار دادن سازمان در اولویت نسبت به افراد

وظایف مدیریت

- ایجاد سیستم رسیدگی به شکایات با رعایت محرمانه بودن آن و تجزیه و تحلیل مسایل اداری از سایر مسایل شخصی و خانوادگی
- استفاده از نظام پیشنهادات
- کاهش وابستگی ها
- شفاف سازی ارتباطات سازمانی
- ایجاد واحدهای هماهنگ
- ضابطه مند کردن امور سازمان
- طراحی و مهندسی مجدد سازمان
- ارزشیابی و پاداش
- انحلال و یا ادغام سازمان (۲۴)

مدیریت استراتژیک: مدیریت استراتژیک هنر و علم تدوین، اجرا و ارزیابی است که سازمان را قادر می‌سازد به هدف‌های بلند مدت خود دست یابد. مدیریت استراتژیک برای کسب موفقیت سازمانی، بر چندین عامل تأکید می‌کند که شامل هماهنگ کردن مدیریت بازاریابی، امور مالی، تولید، تحقیق و استفاده از سیستم‌های اطلاعات رایانه‌ای می‌باشد.

مراحل مدیریت استراتژیک شامل: ۱- تدوین استراتژی ۲- اجرای استراتژیک ۳- ارزیابی استراتژی می‌باشد.

مؤسسات آموزشی به میزان زیادی از مفاهیم، اصول و روش‌های مدیریت استراتژیک استفاده می‌کنند (۱۰).

مفهوم تعارض: تعارض وضعیت اجتماعی است که در آن دو یا چند نفر درباره موضوعات اساسی مربوط به سازمان یا با هم توافق ندارند و یا نسبت به یکدیگر قدری خصومت می‌ورزند.

تعارض، فراگردی است که در آن یک فرد یا گروه در می‌یابد که منافع وی با مخالفت یا واکنش منفی طرف دیگر مواجه گردیده است (۱۱).

تعارض در مدیریت: مدیران در طول مدیریت خود، حتماً با ظریف‌ترین و ملایم‌ترین تعارضات مانند عدم توافق و انتقادهای مواجه هستند. تعارض جنبه اجتناب ناپذیر زندگی روزانه است و روندهای عمده زیر دست به دست هم می‌دهند تا تعارض را اجتناب ناپذیر سازند:

۱- تغییر مستمر ۲- تنوع بیشتر ترکیب کارکنان ۳- کارهای تیمی بیشتر ۴- ارتباطات رو در روی کمتر (تعامل الکترونیکی بیشتر) ۵- اقتصاد جهانی با مبادله‌های میان فرهنگی بیشتر (۱۹).

پیتر دراگر در کتاب **عصر عدم پیوستگی** خود معتقد است که صرف نظر از ماهیت و اهداف، در هر سازمان ممکن است که بین اهداف فرد و سازمان هم‌خوانی

کامل وجود نداشته باشد که این خود، عاملی برای ایجاد تعارض بین فرد و سازمان می‌باشد (۲۱).

مدیریت تعارض: به معنی به کارگیری صحیح تکنیک‌های حل تعارض در زمان مواجهه با تعارض می‌باشد (۲۳).

فراگیری مدیریت تعارض یک سرمایه‌گذاری حیاتی برای افراد، خانواده‌ها و سازمان‌ها در جهت بهبود انطباق و بهره‌گیری از تغییر و تحول محسوب می‌شود. مدیریت خوب تعارض، ما را در برابر تغییرات محفوظ نمی‌دارد و بدین معنی نیست که همواره با داشتن این مهارت به خواسته‌های خود دست خواهیم یافت بلکه ما را قادر می‌سازد با تحولات جدید آشنا شده و برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصت‌ها راه حل‌های مناسب را بیابیم (۲۰).

ماری پارکر فالت، دید مثبتی از تعارض در سازمان داشته و برخورد افراد را در سازمان سازنده، خلاق و بوجود آورنده نیرو و انرژی می‌داند. وی معتقد است در صورتی که طرفین معارض طوری وارد قضیه شوند که همراه با ایجاد افکار جدید برای حل مسأله تلاش نمایند، تعارض منجر به ایجاد انگیزه‌های قوی و فرصتی جالب برای بروز افکار ابداعی و نیروهای خلاق و سازنده می‌گردد. لوئیس کورز در کتاب **کارکردهای تعارض اجتماعی** حل تعارض را عاملی برای رفع افتراق در روابط انسانی / سازمانی دانسته و همواره معتقد است که تعارض عاملی برای شناخت افراد درون سازمان می‌باشد. وی معتقد است که تعارض درون گروه و بین گروه‌ها در جوامع، می‌تواند از استقرار همکاری و روابط عادی که منجر به عدم خلاقیت و ابداع در سازمان می‌گردد، جلوگیری کرده و در حد امکان برای شناخت انگیزه‌های افراد در برابر اهداف سازمان و همکاران، اطلاعات لازم را به مدیران منعکس سازد.

تعارض پدیده‌ای است که آثار مثبت و منفی متفاوتی را در بردارد. استفاده صحیح و مؤثر از تعارض موجب بهبود عملکرد و سطح سلامت سازمان می‌شود. استفاده

درست از تعارض مستلزم کسب مهارت در اداره آن است که البته امروزه به عنوان یکی از مهارت‌های اساسی مدیریت محسوب می‌شود. اگر تعارض سازنده باشد، باعث بروز خلاقیت در سازمان می‌گردد و در نهایت به مدیران کمک می‌کند تا به اهداف خود نایل آیند (۲۲).

انواع تعارض:

تعارض‌های نوظهور: این نوع تعارض از تعاملات رسمی و غیر رسمی افراد در کارهای روزمره نشأت می‌گیرد و یکی از علت‌های این تعارض می‌تواند رقابت افراد برای کسب منافع سازمانی باشد. این تعارض‌ها چالشی هستند ولی کمتر قابل پیش‌بینی بوده و بیشتر بالقوه‌اند (۲۵).

نگرش‌های متفاوت قدیم و جدید نسبت به تعارض

بعضی از تعارض‌ها، حامی اهداف گروهند و عملکرد آن را بهبود می‌بخشند. چنین تعارضاتی، کارکردی و سازنده هستند. در مقابل تعارض‌هایی وجود دارد که سازمان را از رسیدن به اهداف باز داشته و مانع گروه می‌شوند. این تعارض‌ها را غیر کارکردی یا مخرب می‌دانند.

نگرش قدیم (منفی)	نگرش جدید (مثبت)
تعارض همیشه بد و مذموم است و یک بیماری است	تعارض می‌تواند سازنده و مفید باشد.
وجود تعارض نشانه عملکرد نامناسب گروه یا طراحی نامناسب سیستم می‌باشد.	تعارض یک هنجار سازمانی است و وجود تعارض تا سطح مشخصی نشانه پویایی، اثر بخشی و خلاقیت بالای گروه و سازمان است.
وظیفه مدیریت تخریب تعارض است.	وظیفه مدیران تحریک تعارض و هدایت آن است.
سازمان موفق و بهره‌ور، سازمانی خالی از تعارض و تضاد است.	سازمان موفق سازمانی است که همواره سطحی از تعارض در آن باشد.

مدیریت تعارض در آموزش سلامت:

آموزش سلامت بنا به ماهیت و در جهت هدف نهایی خود، باید رفتارهای مطلوب بهداشتی را به وجود آورد. همواره، تعداد زیادی عادات، رسوم و غیره در جامعه موجودند که بر پایه سنت‌ها، باورها و غیره استوارند و هر گونه تلاش برای تغییر رفتار مؤثر یا سریع را نه تنها مشکل بلکه با تضاد ذهنی و رنجش‌های غیر ضروری همراه می‌سازند. چرا که امکان دارد رفتار مورد نظر کاملاً با الگوی فرهنگی موجود متضاد باشد. بنابراین آموزش سلامت باید از فرهنگ موجود شروع و سعی کند که عادت‌ها و رفتارها را به تدریج تغییر دهد. به علاوه تلاش آموزش سلامت باید در جهت تغییرات کوچک و تدریجی بوده و خیلی بلند پروازانه نباشد. مردم همه چیز را یک جا یاد نمی‌گیرند بلکه یادگیری مرحله به مرحله انجام می‌گیرد و برای هر تغییر رفتاری باید تجارب فردی لازم فراهم شود (۳۰).

تعارض نهادینه شده: این نوع تعارض ها از طبیعت خاص و اهداف سازمانی ناشی شده و چالشی می باشند. تقابل منافع و سایر اهداف سازمان با منافع و اهداف کارکنان از این گونه تعارض ها ناشی می شود. این تعارض ها قابل پیش بینی و قوی هستند.

مقایسه دیدگاه های مختلف نسبت به تعارض

دیدگاه سنتی	تعارض همیشه بد و منفی است - تعارض مترادف با شورش، نابودی و بی منطقی است و باید از آن اجتناب نمود و مدیریت باید آن را از بین ببرد. این دیدگاه از اواخر قرن نوزده تا نیمه دهه ۱۹۴۰ غالب بود.
دیدگاه روابط انسانی	تعارض غیر قابل اجتناب و طبیعی است. در این دیدگاه پذیرش تعارض تبلیغ می شود و وجود تعارض منطقی است. در این دیدگاه تعارض نمی تواند محو گردد. این دیدگاه از اواخر ۱۹۴۰ تا ۱۹۷۰ بر سازمان حاکم بود.
دیدگاه تعامل گرایی	این دیدگاه سیمای نظری جاری پیرامون تعارض است. نقش عمده این دیدگاه این است که مدیران را ترغیب می کند که یک سطح حداقل و مدام تعارض را باقی گذارند. آنقدر که واحد را اثر بخش، انتقاد پذیر و خلاق نگه دارد.

انواع تعارض از ابعاد دیگر

- تعارض سازنده: این نوع تعارض ها اهداف گروه یا سازمان را تأیید و تقویت می کند؛

- تعارض مخرب: تعارض هایی که سازمان را از اهداف خود دور می کند.

انواع تعارض برحسب طرف های تعارض (۱۱)

تعارض درون فردی، بین فردی، درون گروهی، بین گروهی، تعارض بین اشخاص و سازمان و تعارض بین سازمانی.

مراحل عملکردی تعارض در سازمان (۱۱)

وضعیت	سطح تعارض	نوع تعارض	ویژگی‌های درون سازمانی	سطح عملکرد سازمان
الف	کم یا هیچ	غیر کارکردی	بی اعتنا ایستا بدون پاسخ در مقابل تغییر فقدان اندیشه جدید	کم
ب	بهینه	کارکردی	انتقادپذیر سازنده	زیاد
پ	زیاد	غیر کارکردی	مخرب هرج و مرج طلب فاقد حس همکاری	کم

برخورد با تعارض

اصل اساسی در برخورد با تعارض این است که منشأ تعارض شناسایی شود و در برخورد با آن منطقی عمل شده و از برخوردهای عاطفی و احساسی اجتناب گردد. در راستای مدیریت گروه در حالت تعارض و ناسازگاری، چانگ پیشنهاداتی مفید در زمینه فرایند حل تعارض ارائه داده است :

۱- تعارض را معرفی و اعلان کنید؛

۲- تعارض را شناسایی کنید؛

۳- نقطه نظرات را بشنوید؛

۴- برای حل تعارض به صورت گروهی کار کنید؛

۵- برای حل تعارض با هم توافق کرده و مسئولیت پذیر باشید؛

۶- برای حل تعارض تشکیل جلسه دهید(۱۱).

فرآیند مدیریت

فرآیند مدیریت عبارت از مجموعه وظایف یا کارکردهای مدیریت و یا وظایفی می باشد که عموماً در بین همه مدیران مشترک بوده و توفیق مدیریت، مستلزم توفیق در یک یک آنهاست (۳).

برای اینکه شخص مدیر بتواند از عهده وظایف مدیریت برآید و فعالیت های جمعی را در جهت اهداف از پیش تعیین شده سوق دهد، باید دارای مهارت هایی باشد که این مهارت ها شامل مهارت انسانی، مهارت فنی و مهارت ادراکی می باشد.

۱- مهارت انسانی

با جرأت می توان گفت که یکی از مهارت های مهم مدیریت آموزشی، مهارت در روابط انسانی به معنی ایجاد محیط مساعد و مطلوب برای کار از طریق جلب مشارکت گروه های انسانی است. به نظر بعضی از متفکرین، مدیریت می تواند در همین مهارت خلاصه شود زیرا که تحقق بیشتر اهداف سازمان ها، عموماً مستلزم جلب مشارکت گروه های انسانی است و اگر مدیر نتواند روابط انسانی صحیحی با کارکنان برقرار کند، نخواهد توانست در ایفای نقش خود موفق باشد. بنابراین مهارت انسانی در درجه اول اهمیت قرار دارد. مهارت روابط انسانی، مستلزم داشتن اطلاعات و شناخت علمی در زمینه های زیر است:

- ابعاد مختلف انسان؛
- رفتارهای فردی انسان؛
- رفتارهای گروهی انسان؛
- نیازهای کارکنان سازمان؛
- شخصیت انسان؛

- فرهنگ و جو سازمان؛
- نیازها، علایق و انگیزه‌های کارکنان؛
- روحیه وفاداری، تعهد و رضایت شغلی؛
- پویایی‌های گروهی، گروه‌های کار و کار گروهی؛
- هدایت و رهبری افراد؛
- مسایل دیگر مربوط به جنبه‌های انسانی کار.

۲) مهارت فنی

مدیر، علاوه بر مهارت در روابط انسانی، باید در امور فنی سازمان و به طور کلی در امور فنی سازمانی که تحت اختیار وی قرار دارد، مهارت داشته باشد. اینگونه امور عبارت از آنهایی هستند که انجام دادن آنها مستلزم وقوف به روش-ها و رویه‌های خاصی می‌باشد که عموماً تحت عنوان فن و یا فنون از آنها نام برده می‌شود.

مهارت فنی به معنی داشتن اطلاعات و کارورزی عملی در موارد زیر می‌باشد:

- روش‌های مصاحبه، آزمون و استخدام؛
- کارگزینی؛
- ارزشیابی، نظارت و کنترل کارکنان؛
- طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی؛
- سازماندهی منابع انسانی؛
- بودجه‌بندی و پیش‌بینی‌های مالی؛
- حسابداری و امور مالی مختلف؛
- آمار و اطلاعات و نظام اطلاعاتی و امور مربوط به آن؛
- امور اداری و مالی جاری و رایج؛

- مسایل مربوط به روش‌های تولید و یا روش‌های حصول به نتیجه و یا حصول.

۳- مهارت ادراکی

مهارت ادراکی عبارت از توانایی داشتن تصویر ذهنی مناسب از کلیت امور همراه با جزییات تشکیل دهنده آن در داخل موقعیت مربوطه می‌باشد. مدیر آموزشی باید بتواند هر مسأله گریبانگیر سازمانش را به وضوح و به دقت، در ذهن خود مجسم نماید تا اینکه تصمیمی اثربخش اتخاذ نماید. این کار مستلزم پرهیز از ساده انگاری، کلیشه‌سازی و حدس و گمان می‌باشد. به عبارت دیگر مهارت ادراکی مستلزم جامعیت ذهنی به معنی رهایی فکری از قید امور فردی محسوس و آشکار و تبحر فکری است.

مدیری که دارای مهارت ادراکی است، قادر به تجزیه و تحلیل ذهنی مسایل بوده و بدون توجه به امور جزیی بر مجموعه آنها، حتی قبل از وقوع واقعه اشراف دارد. لازمه این نوع مهارت، کسب شناخت و اطلاعات در موارد زیر می‌باشد:

- تئوری تحقیق، علم و عمل؛
- تئوری‌های سازمانی به ویژه بوروکراسی؛
- تئوری‌های مدیریت اعم از تئوری‌های قدیم و جدید؛
- تئوری‌های سیستم‌ها، مفاهیم و کاربرد آن؛
- تئوری‌های علوم رفتاری؛
- تئوری‌های تصمیم‌گیری؛
- سایر تئوری‌ها و مدل‌های نظری (۳).

مهارت‌های مدیریت

به گفته استیفن بی‌رابینز مهارت‌های مدیران شامل موارد زیر است:

- مهارت فنی: توانایی مدیر در کاربرد دانش تخصصی یا تخصص‌های ویژه؛
 - مهارت انسانی: توانایی مدیر در کار کردن، درک نمودن و ایجاد انگیزه در فرد یا گروه؛

- مهارت‌های تحلیلی یا نظری: یعنی اینکه مدیران باید بتوانند از نظر فکری مسایل و مشکلات پیچیده را تجزیه و تحلیل کنند.

وظیفه، نقش، مهارت و فعالیت‌های مدیرآموزشی به وسیله حلقه‌ای به هم وصل می‌شود و آن این است که در انجام هر یک از این موارد، اداره افراد از اهمیت بالایی برخوردار است. تردیدی نیست که اگر یک مدیرآموزشی بخواهد در کار خود موفق باشد، باید در ایجاد رابطه با افراد از مهارت بالایی برخوردار باشد (۹).

مهارت‌های مورد نیاز مدیران آموزشی در عمل

مهارت‌های علمی مورد نیاز مدیران آموزشی در سه حیطه مهارت‌های انسانی، فنی و ادراکی شامل موارد ذیل می‌باشد:

۱- مهارت انسانی

توجه به نیروی انسانی و تربیت و آموزش آنها برای کار در گروه‌ها به عنوان بستر رشد، از اهم امور مورد توجه در کشورهای صنعتی است. نقش گروه در ساده‌ترین اشکال، برقراری ارتباط بین افراد، تعیین اهداف و نیل به سوی آنها است که در این راستا، نیازهای واقعی شناخته شده و در یک فرایند پویا ضمن تبادل آگاهی و دانش بین افراد، در جهت کاهش تضادهای درون گروهی و اجتناب از بروز بحران‌های میان گروهی کوشش می‌شود (۴). یک مدیرآموزشی، در درجه اول با افراد انسانی سر و کار دارد و خود نیز یکی از آنها است. برخورد افراد، تحت تأثیر عوامل پیچیده روانی و اجتماعی است. مدیر در برخورد با افراد و گروه‌ها، به زودی در می‌یابد که افراد به عنوان عامل اصلی کار تنها در بند هدف‌های سازمان نیستند

بلکه خود نیز اهدافی دارند و برای هدایت آنها در جهت اهداف سازمان، تلاش‌هایی برای هم‌سو کردن آنها با هدف‌های سازمان، تفهیم و تفاهم متقابل، ایجاد انگیزه و بالاخره در یک کلمه، رهبری آنها ضرورت پیدا می‌کند (۴). برخی از مواردی که یک مدیر آموزشی در روابط انسانی خود با کارکنان باید رعایت نماید به شرح زیر است :

- توجه به نیازهای شغلی و حرفه‌ای افراد؛
- رعایت مجموعه موازین اخلاقی و ارزشی در برخورد با فراگیران ؛
- ایجاد محیط کار مساعد و مطلوب ؛
- تقویت و حمایت امنیت شغلی افراد؛
- ایجاد جو اعتماد و اطمینان در مؤسسه؛
- استفاده صحیح و حساب شده از تشویق و تنبیه؛
- حمایت از کارها و فعالیت‌های گروهی؛
- کمک به برقراری روابط حسنه و دوستانه بین کارکنان؛
- پذیرش و احترام به ویژگی‌های افراد؛
- توجه به شکایات و مراجعات ارباب رجوع و یا افراد ذینفع؛
- کمک به ترفیع هیأت علمی و یا آموزشی؛
- کمک به ارتقای بلوغ فکری کارکنان؛
- شناخت نقاط ضعف و قوت خود و کارکنان؛
- تلاش مستمر برای شناخت جنبه‌های انسانی و عمل مبتنی بر آنها.

۲- مهارت فنی

برخی از مهارت های فنی مورد نیاز یک مدیر آموزشی به شرح زیر است :

- توانایی برنامه‌ریزی و شناخت فنون و روش‌های آن ؛
- توانایی سازماندهی و شناخت فنون و روش‌های آن؛
- انجام امور مختلف مربوط به حسابداری؛
- انجام امور مربوط به بودجه، اعتبارات و یا امور مالی؛

- انجام مصاحبه‌ها و آزمون‌های استخدامی؛
- ارزشیابی کارکنان مبتنی بر روش‌های مناسب و مقتضی؛
- کاربرد روش‌های تدریس مختلف در مؤسسات آموزشی؛
- کاربرد روش‌های کنترل فراگیران در مؤسسه و کلاس؛
- برنامه‌ریزی درسی و آموزشی به منظور مشارکت افراد در امور مربوطه؛
- توانایی کنترل و نظارت بر کارکنان؛
- توانایی هماهنگی فعالیت‌های درونی و بیرونی سازمان؛
- توانایی انجام سایر امور فنی سازمان.

۳- مهارت اداری

برخی مهارت‌های ادراکی مدیران آموزشی به شرح زیر می‌باشد:

- شناخت تئوری‌های مختلف سازمان؛
- شناخت سازمان آموزشی، فرهنگ، باورها و ارزش‌های اجتماعی؛
- شناخت تئوری، تحقیق، علم و عمل و روابط آنها با یکدیگر؛
- زمینه‌های تاریخی نهضت‌ها، مکاتب و رویکردهای مختلف مدیریت؛
- تئوری‌های مختلف علوم رفتاری و رویکردهای مربوط به آنها؛
- تئوری‌ها، الگوها و مدل‌های تصمیم‌گیری؛
- تئوری‌های آموزشی و پرورشی گذشته و حال؛
- شناخت محیط مؤسسه آموزشی، محیط عمومی و اختصاصی؛
- اهداف جامعه و به ویژه اهداف توسعه؛
- سهم و نقش آموزش و پرورش در توسعه اجتماعی؛
- روند تکوینی مدیریت مؤسسات آموزشی؛
- موانع، محدودیت‌ها و کاستی‌های مدیریت آموزشی؛
- آشنایی به کلیه تئوری‌ها و چهارچوب‌های فکری مربوطه.

مهارت‌های سه‌گانه مدیریت، مدیران را قادر می‌سازد که برحسب موقعیت و مقام خود در سازمان، عملکردهای متناسبی داشته باشند ولی مدیران همه سطوح سازمان به مهارت‌های مدیریت، نیاز یکسانی ندارند بلکه بسته به سطوح سازمانی خود به برخی از این مهارت‌ها بیشتر و به برخی کمتر احتیاج دارند (۳).

سرپرستان و یا مدیران سطوح عملیاتی سازمان، به مهارت فنی مدیریت نیاز بیشتری دارند در حالیکه نیاز آنان به مهارت ادراکی می‌تواند بسیار کمتر از آن باشد و مدیران رده بالای سازمان (مدیران عالی و یا ارشد) به لحاظ ماهیت وظایف خود نیاز بیشتری به مهارت ادراکی دارند ولی نیاز آنان به مهارت فنی بسیار کمتر است. در مورد مهارت انسانی عقیده غالب نویسندگان این است که مهارت انسانی در مورد همه مدیران سازمان، کم و بیش به یک میزان مورد نیاز می‌باشد (۳).

نقش مدیران

- ۱- نقش ارتباطی: رئیس تشریفات، رهبری، مسئول ایجاد انگیزش، هدایت و رابط (حفظ و نگهداری شبکه ارتباطات خارجی)؛
- ۲- نقش اطلاعاتی: رئیس اطلاعات سازمان، دریافت اطلاعات در سطح گسترده اطلاع‌رسان، دادن اطلاعات به اعضای سازمان، نماینده یا سخنگوی سازمان؛
- ۳- نقش تصمیم‌گیری: خلاق یا نوآور، تحقیق و بررسی برای ایجاد تغییر، مسئول رفع بحران، تخصیص دهنده منابع.

وظایف مدیریت

- فایول وظایف مدیریت را در پنج کارکرد ذکر می‌کند:
- ۱- برنامه‌ریزی: مطالعه آینده و تنظیم برنامه عملیات؛

۲- سازماندهی: تهیه مواد و سازمان انسانی کار یعنی سازمان دادن منابع انسانی و مادی؛

۳- فرماندهی: به کار گماردن کارکنان؛

۴- هماهنگی: ایجاد اتحاد و ارتباط دادن همه فعالیت‌ها به یکدیگر؛

۵- کنترل: بررسی اینکه آیا همه چیز بر طبق قوانین و دستوراتی که قبلاً تعیین شده بود، انجام می‌گیرد یا خیر؟

لوترگالیک، این وظایف را به انضمام کارکردهای دیگر در کلمه اختصاری POSDCORB نشان داد که هر حرف از این کلمه، مخفف موارد زیر است:

برنامه ریزی، سازماندهی، کارگزینی، رهبری، هماهنگی، گزارش و بودجه (۳). به گفته دیگر نویسندگان، وظایف و کارکردهای مدیریت شامل برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و رهبری و کنترل می‌باشد که در بین این وظایف رهبری سازمان کلیدی‌ترین نقش را ایفا می‌کند (۲۸).

با وجود نظرات متفاوت نویسندگان، می‌توان گفت اساس تقسیمات وظایف مدیریت بر محور برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل استوار می‌باشد. وظایف دیگری نظیر کارگزینی، انگیزش، ارزشیابی، تصمیم‌گیری و ارتباطات توسط بعضی از دانشمندان مدیریت به عنوان وظایف جداگانه و یا توسط بعضی دیگر از مؤلفان، در قالب ترکیبی از وظایف فوق توضیح داده شده است.

۱- برنامه‌ریزی

به طور کلی برنامه‌ریزی را به عنوان تهیه طرح و نقشه عمل پیش از اجرا تعریف می‌کنند. لذا برنامه‌ریزی مرحله مقدماتی اجرا می‌باشد یعنی پیش از اجرا و یا اقدام عملی برای انجام کاری مطرح می‌باشد. برنامه، ماحصل کارکرد برنامه‌ریزی است. وقتی که برنامه‌ریزی به اتمام رسید، چیزی که عملیات یعنی سازماندهی، رهبری و کنترل براساس آن انجام می‌شود، برنامه نامیده می‌شود. لذا برنامه آموزشی، نتیجه برنامه‌ریزی آموزشی است.

برنامه‌ریزی یعنی پاسخ دادن به اینکه چه کسی؟ چه کاری را؟ چگونه؟ و در چه زمانی به انجام خواهد رساند؟ و با انجام آن چه وضعیت مطلوبی (هدف) حاصل خواهد شد؟

البته بدیهی است که برنامه‌ریزی و فعالیت‌های مربوط به آن، تنها به همین عوامل محدود نمی‌شود. به عبارت دیگر تنظیم و ترسیم دقیق چگونگی رسیدن به وضعیت مطلوب از وضعیت موجود، شامل در نظر گرفتن عوامل دیگری نظیر موارد زیر می‌باشد:

- پیش‌بینی دقیق وسایل، مواد و منابع انسانی لازم
 - هدایت صحیح منابع انسانی درگیر در موضوع
 - تعیین نمودن نظارت و کنترل بر جریان کار
 - برقراری مسیر آزاد برای جریان بازخورد
 - پیش‌بینی هزینه‌های اجرایی
 - پیش‌بینی زمان لازم برای اجرای هریک از مراحل کار و کل برنامه
 - پیش‌بینی موانع و محدودیت‌های احتمالی برنامه
- برنامه‌ریزی در آموزش به طور عمده به شکل برنامه‌ریزی آموزشی و درسی است که اولی از درون سیستم یا نظام آموزشی متوجه بیرون آن (محیط) و دومی از بیرون متوجه درون نظام آموزشی است.

۲- سازماندهی:

عبارتست از تنظیم منابع مادی و انسانی، به نحوی که حصول به اهداف از پیش تعیین شده را تسهیل نماید.

سازماندهی در موارد زیر می‌باشد:

- تقسیم کار
- تنظیم، ترتیب و توالی امور
- تعیین و انتصاب کارکنان به مشاغل مناسب

در سازماندهی، توجه به کل مجموعه و عوامل مربوطه نظیر اهداف سازمانی کارکنان از نظر مشخصات تخصصی و تجربی، پراکندگی جغرافیایی سازمان و منابع مادی حایز اهمیت است. همه عوامل مذکور باید به صورتی در سازماندهی مورد نظر باشند که در پیشبرد اهداف سازمان موجب اثربخشی بیشتری شوند. در سازماندهی باید مراقب بود که تقسیم کارها به اجزای مناسب و واگذاری آنها به افراد مناسب در قالب تشکیلات سازمانی مناسب صورت گیرد، به نحوی که اهداف سازمان با بیشترین اثربخشی حاصل آید.

۳- رهبری

رهبری مفهوم وسیع و پیچیده‌ای است که نویسندگان مختلف، تعاریف متعددی از آن را ارائه داده‌اند. با این همه، اکثر تعاریف ارائه شده شامل عمل تأثیرگذاری و نفوذ در رفتار دیگران توسط رهبر می‌باشد و بر این اساس، رهبر کسی است که بر افراد نفوذ داشته و توسط آنان مقاصد مشترکی را دنبال کند. رهبری علاوه بر مفهوم فوق متضمن کارکردهایی چون هدایت و ایجاد انگیزه می‌باشد (۳). یکی از زیربنایی‌ترین وظایف مدیریت، رهبری است. لذا باید اقرار کرد که رهبری از وظایف کلیدی مدیریت است زیرا سایر اجزای مدیریت نیز باید توسط مدیران و رهبران و در پرتو فکرو کارو ابداع و ابتکار آنان شکل گرفته و پیاده شوند (۲۶). بسیاری از تحلیل‌گران اظهار می‌دارند که اگر تنها یک عامل وجود داشته باشد که وجه افتراق بین سازمان‌های موفق و ناموفق باشد، آن عامل رهبری پویا و اثر بخش است (۲۷). برای اینکه یک سازمان موفق بماند، وجود یک رهبر واجب و ضروری است. حتی بهترین کارکنان نیاز دارند که بدانند چگونه می‌توانند در رسیدن به اهداف سازمانی مشارکت داشته باشند. در مقابل کارکنانی که از حرارت و دل‌بستگی کمتری برخوردارند، به دنبال رهبری هستند که بر اساس انگیزش بیرونی وی بتوانند از محرکی برای هماهنگی و سازگاری بین اهداف خود و اهداف سازمان شان برخوردار شوند (۲۹).

سازمان

سازمان عبارتست از تشکل آگاهانه چند نفر به منظور برآوردن اهداف معین. به بیان دیگر، زمانی که چند نفر به طور عمدی و آگاهانه برای برآوردن اهداف معین و از پیش تعیین شده، گرد هم می‌آیند سازمان را تشکیل می‌دهند. بر این اساس، هر نوع اجتماعی که دارای دو شرط: (۱) عمدی و آگاهانه و (۲) اهداف معین و از پیش تعیین شده باشد (اعم از مدرسه، موسسه آموزشی، اداره کل آموزش و پرورش و یا وزارتخانه) سازمان می‌باشد.

دلیل وجودی سازمان، تلاش گروه و یا دسته‌ای از افراد برای رفع نیازی است که در نتیجه زندگی جمعی انسان‌ها به وجود آمده است. یعنی چه اینکه انسان دارای ماهیت اجتماعی بوده و یا به ضرورت رفع نیازهای حمایتی، به زندگی اجتماعی روی آورده باشد. در هر حال وقتی زندگی وی به صورت جمعی است، برای رفع نیازهای خود تلاش جمعی می‌کند که این تلاش جمعی در سازمان متبلور می‌شود. چون نیازهای انسان متعدد است، سازمان‌ها نیز دارای تعدد و تنوع زیادی هستند. نیاز به آموزش سلامت یکی از نیازهای مهم انسان می‌باشد که باید سازمان‌ها و مؤسسات آموزشی مناسب برای رفع این نیاز، تأسیس گردد.

سازمان رسمی

سازمان رسمی دربرگیرنده مجموعه‌ای از فعالیت‌های مختلفی است که بر محور اختیار و مسئولیت با یکدیگر پیوند داشته و توسط منابع انسانی، برطبق تقسیم کار و یا شرح وظایف آنان به انجام رسانده می‌شوند. می‌توان منابع انسانی هر سازمان را در داخل سطوح مختلف آن به شکل لایه‌های مختلف یک هرم سازمانی نشان داد که هر لایه آن نشان دهنده سطوح مختلف آن است که هرکدام تحت اداره و هدایت مدیران و یا مسئولان مربوطه قرار دارند.

هر سازمانی متشکل از چند سطح (مرتبۀ یا رده) می‌باشد که به ترتیب، زیر نظر سطوح بالاتر از آن قرار دارد که اصطلاحاً سلسله مراتب اختیار نامیده می‌شود. مدیران بالاترین سطوح سازمان را مدیران عالی و یا ارشد و مدیران رده یا رده‌های میانی را (بسته به اینکه در سازمان یک یا دو رده میانی وجود داشته باشد) مدیران میانی و مدیران سطوح پایین و یا قاعده هرم سازمانی را مدیران اجرایی می‌نامند. با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت تشکلهای، تجمع‌های انسانی اعم از کوچک و یا بزرگ، دولتی و یا خصوصی، ساده و یا پیچیده، که به واسطه داشتن اهداف متفاوت، فعالیت‌های مختلفی را در جامعه انجام داده و نیازهای افراد و گروه‌های انسانی را برطرف می‌نمایند؛ همگی نوعی سازمان رسمی و یا به لفظ عام‌تر، نوعی سازمان هستند (۳).

یک سازمان رسمی دارای رهبر رسمی می‌باشد و یک رهبر رسمی ممکن است درکار خود از سه روش مختلف استفاده نماید. در حالت اول ممکن است این اعتقاد برایش پیش آید که وظیفه او تحکم و نظارت و اداره گروه است و مقام خود را فوق گروه بداند. در حالت دوم ممکن است وظیفه خود را کمک به گروه در تأمین مقاصد و هدف‌های گروه بداند و نقش خویش را در خدمت گروه بداند. در حالت سوم رهبر رسمی ممکن است معتقد باشد که وظیفه او یاری گروه در تعیین مقاصد جمعی و اجرای آن مقاصد است. چنین مدیری وظایف خویش را در کار بین گروه انجام می‌دهد و در این حالت اخیر است که رهبر رسمی می‌تواند در به کار انداختن همه امکانات، گروه را یاری نماید و این تنها راه توجیه مدیریت و رهبری اثر بخش است (۶).

سازمان غیررسمی

اگرچه به همه تشکلهای انسانی می‌توان سازمان اطلاق کرد، معه‌ذا نمی‌توان از همه آنها تحت عنوان سازمان‌های رسمی یاد کرد زیرا که ارتباط بین افراد چه در

قالب روابط شغلی و چه در چارچوب روابط دوستانه به صورت آگاهانه و از روی طرح و برنامه از پیش تعیین شده صورت نمی‌گیرد بلکه می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله نیازها و علایق مشترک آنان به شکل غیرعمدی در بین افراد توسعه یابد. به این ترتیب، کارکنان و یا اعضای سازمان‌های رسمی در خلال انجام وظایف روزمره خود، با یکدیگر روابط دوستانه پیدا کرده و موجب پیدایش گروه‌ها و دستجاتی از کارکنان می‌شوند که به آنها سازمان غیررسمی اطلاق می‌گردد. لذا سازمان‌های غیررسمی، در حقیقت گروه‌ها و دستجاتی از کارکنان هستند که حول محور نیازها و علایق مشترک و بر اثر تماس مکرر آنان در ضمن انجام وظایف و درعین حال خارج از روابط رسمی شغلی تشکیل می‌گردد. عضویت در گروه‌های غیررسمی به ارضای نیازهای شخصی و اجتماعی افراد کمک کرده و موجب آرامش و امنیت خاطر آنان می‌شود. لذا باید پذیرفت که رفتار کارکنان در داخل سازمان فقط حول محور شرح وظایف رسمی آنان نمی‌چرخد، بلکه متأثر از عوامل شخصیتی و محیطی متعددی است که در قالب گروه‌ها و هنجارهای آن، تحت عنوان سازمان غیررسمی قابل بررسی است. گرچه در ابتدا به نظر می‌رسید که وجود سازمان غیررسمی خود به خود تهدیدی بر علیه سازمان رسمی است ولی با شناخت هرچه بیشتر از آن، این نتیجه‌گیری ساده مورد تردید واقع شد. اگرچه سازمان غیررسمی به طور بالقوه واجد توان ضدسازمانی است ولی این ظرفیت زمانی از قوه به فعل تبدیل می‌شود که تقابل آشکاری بین آن دو وجود داشته باشد. سازمان رسمی می‌تواند به جای تشدید توان ضدسازمانی سازمان غیررسمی، آن را به عنوان اهرمی برای تحقق اهداف سازمانی به کار گیرد. چرا که سازمان غیررسمی می‌تواند با ارضای بخشی از نیازهای کارکنان، در بهبود روحیه آنان سهمیم باشد و با افزایش پیوند های کارکنان با یکدیگر، همبستگی آنان را محکم‌تر گرداند.

همچنین سازمان غیررسمی می‌تواند به عنوان یک منبع اطلاعاتی قوی، سازمان رسمی را از نیازها و علایق و ترجیحات کارکنان مطلع سازد و با ایجاد اتحاد و به

هم پیوستگی در بین کارکنان، موضع سازمان را در مقابل موانع محیطی، مستحکم‌تر نماید (۳).

عناصر سازمانی

همه سازمان‌ها اعم از آموزشی و غیر آموزشی، دارای عناصری هستند که تشخیص و تمیز آنها بسیار با اهمیت است. عناصر سازمانی عبارتند از:

۱- کارکنان: کلیه افرادی هستند که در داخل سازمان وظایف مشخصی را به عهده دارند. کارکنان مؤسسات آموزشی شامل هیأت آموزشی و یا هیأت علمی، کارشناسان آموزشی و کارکنان اداری و دفتری و غیره هستند.

۲- فناوری: فرآیند سازمان، یعنی جریان و گردش کار واحدهای مختلف بیانگر فناوری آن می‌باشد که در مؤسسات آموزشی شامل پایه‌ها و دوره‌های تحصیلی، روش‌ها رویه‌ها و مراحل آموزشی و ابزار و ادوات مربوطه می‌باشد. اجزای فناوری سازمانی دربرگیرنده کلاس‌ها، آزمایشگاه‌ها، کارگاه‌ها، کتابخانه‌ها، انواع وسایل و تجهیزات آموزشی است.

۳- ساختار: ساختار سازمان بیانگر الگوی روابط رسمی قدرت و اختیار در سازمان می‌باشد که بوسیله نمودار سازمانی نشان داده می‌شود. ساختار مؤسسات آموزشی شامل انواع پست‌ها و مقام‌های آموزشی، اداری، کمک آموزشی، ادارات و واحدهای مربوطه است. ساختار سازمان دربرگیرنده مراتب سازمان، سلسله مراتب با سطوح اختیار، ادارات مقام‌ها، نقش‌ها، جداول زمانی و قوانین و مقررات می‌باشد.

۴- فرهنگ: فرهنگ سازمان شامل دیدگاه‌ها، باورها، انتظارات، آداب و عرف حاکم بر سازمان می‌باشد. هر سازمانی به داشتن فرهنگ خاصی متصف بوده و افراد با اصطلاحاتی نظیر جو خشک و بی‌روح، جو اداری، جو انسانی، جو عاطفی و یا غیرعاطفی از آن یاد می‌کنند.

در هر سازمان آموزشی، عناصر چهارگانه فوق ضمن برخورداری از تعدد و تنوع اجزای مربوطه و برخورداری از اهمیت و ارزش مختلف، برحسب نوع مدل سازمانی بریکدیگر مؤثر هستند.

مدل‌های سازمانی:

مدل‌های سازمانی عبارت از انگاره‌های ذهنی مدیران و کارکنان از سازمان‌ها و یا به عبارت دیگر تجسم نظری سازمان در نزد مدیران و کارکنان است. نحوه نگرش مدیران به سازمان به طور اعم، مجموعه خط‌مشی‌ها و عملکردهای وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین آنان باید تصویر نسبتاً آشکاری از انواع مدل‌های سازمانی در ذهن داشته باشند. مدل‌های سازمانی عبارتند از:

مدل کلاسیک

این مدل نشان‌دهنده سازمانی است که بر محور معقولیت استوار است و فرض بر این است که معیار عقلانی بودن در تمام امور سازمان جاری است. این مدل سازمانی تأکید بسیاری بر مفاهیمی نظیر موارد زیر دارد:

- تمرکز در تصمیم‌گیری؛
- سلسله مراتب اختیار؛
- ارتباطات عمودی و صعودی؛
- تخصص‌گرایی؛
- قدرت و مقام؛
- قوانین و مقررات جزئی؛
- رویکردهای ثابت؛
- اهداف و مقاصد سازمانی؛
- تقسیم کار و شرح وظایف روشن؛

- تهدید و تنبیه و کنترل بیرونی.

مدیر چنین سازمانی از کارکنان انتظار دارد که خود را با مقتضیات سازمان مطابقت داده و از اعمال سلیقه‌های شخصی خودداری نمایند.

مدل انسانی

این مدل نشان دهنده محوریت انسان و شأن و منزلت وی یعنی وجود انسانیت در سازمان می‌باشد. یعنی آنچه که در همه امور سازمان جاری و مشهود است، عبارت از احترام به کارکنان به عنوان انسان می‌باشد. این مدل بر مفاهیم زیر تأکید دارد:

- نیازها و علائق کارکنان؛
- روابط انسانی؛
- عدم تمرکز در تصمیم‌گیری‌ها؛
- مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها؛
- ارتباطات افقی؛
- لیاقت و شایستگی کارکنان؛
- تشویق و تقدیر و کنترل درونی؛
- شور و مشورت؛
- رویکردهای قابل انعطاف؛
- قوانین و مقررات کلی.

موارد فوق در همه سازمان‌ها کم و بیش وجود دارد با این همه در مدل انسانی بیش از مدل کلاسیک مورد تأکید است. مدیر چنین سازمانی، از سازمان انتظار دارد که با نیازهای کارکنان منطبق شود.

مدل مشروط

مدل مشروط و یا ترکیبی نشان دهنده سازمانی است که بر ترکیب مقتضی و متناسب محورهای معقولیت و انسانیت استوار است. یعنی مقتضیات هر دو مدل فوق (نه به صورت مجموع بلکه درجات متناسب آنها در شرایط و مقتضیات مناسب هریک) در سازمان جریان دارد به نحوی که هم انتظارات سازمان (اهداف سازمان) و هم انتظارات کارکنان (نیازهای کارکنان) برآورده شود.

این مدل تأکید زیادی بر مفاهیم زیر دارد :

- نیازها و انتظارات انسان و سازمان؛
- انواع تصمیم‌گیری‌ها به ویژه مشارکتی؛
- هدایت و رهبری منابع انسانی؛
- ارتباطات همه جانبه؛
- تخصص و شایستگی ؛
- مدیریت و رهبری ؛
- توجه به شرایط و وضعیت‌ها؛
- اثربخشی و کارایی .

در این مدل مدیران بسته به نوع شرایط و وضعیت‌ها، از نظر عناصر مختلف سازمان عملکرد متفاوتی دارند به نحوی که در نهایت، همه کارکنان حداکثر کارایی را نشان داده و سازمان نیز به اثربخشی بیشتری در برآورده کردن اهداف، اعم از نیازها و انتظارات سازمان و کارکنان، دست یابد. فرض این مدل بر این است که همه سازمان‌ها با وجود داشتن وجوه اشتراک زیاد، از یکدیگر متفاوت بوده و حتی هر سازمان نیز در داخل خود دارای انواع کارکنان و واحدهای سازمانی است که مستلزم برخوردهای متفاوت و مقتضی است.

مفاهیم مهم سازمانی

الف - تقسیم کار

منظور از تقسیم کار و وظایف این است که مجموع فعالیت‌های مختلف یک سازمان بر مبنای معینی به زیر مجموعه‌ها تقسیم شود به نحوی که وظایف مختلف به راحتی از یکدیگر تمیز داده شوند.

مبنای تقسیم کار در سازمان‌ها می‌تواند در برگیرنده یک یا چند مورد زیر باشد:

تولید: در سازمان‌های تولیدی، تقسیم کار و گروه‌بندی فعالیت‌های تولیدی آنها با توجه به نوع تولید یا محصول مؤسسه انجام می‌شود؛

خدمت: در سازمان‌های خدماتی، تقسیم کار عموماً براساس نوع خدمات ارایه شده توسط سازمان انجام می‌شود؛

محل: سازمان‌های بزرگ که دارای وسعت جغرافیایی زیادی هستند، موقعیت محلی را مبنای تقسیم وظایف قرار می‌دهند؛

زمان: در مؤسساتی که زمان انجام کار حایز اهمیت زیادی بوده و امور مختلف نیز از نظر زمانی منوط به یکدیگر هستند، تقسیم کار و وظایف بر مبنای زمان انجام می‌شود.

مشتری: نوع مشتری‌ها یا ارباب رجوع، که برای دریافت کالا یا خدمات به سازمانی مراجعه می‌نمایند، می‌تواند مبنای تقسیم کار دیگری باشد.

با توجه به اینکه یک سازمان ممکن است دارای وظایف و اهداف متعددی باشد، هر سازمان می‌تواند دارای بیش از یک نوع تقسیم کار باشد. برای مثال، تقسیم کار بین مدارس از نظر رشته تحصیلی دانش آموزان و یا تدریس معلمان (تولید)، ادارات سازمان آموزش و پرورش (خدماتی)، نواحی (محل)، سن تحصیل در پایه‌ها و توالی دروس (زمان) مدارس دخترانه و پسرانه و یا استعدادهای درخشان (مشتری) و یا حتی ترکیبی از آنها انجام می‌شود.

تقسیم کار دارای مبنای معینی است که تعیین و یا تشخیص آن موجب می‌شود:

- ۱- از تداخل امور بین کارکنان واحد جلوگیری گردد؛
- ۲- دوباره کاری و تکرار وظایف توسط کارکنان وجود نداشته باشد؛
- ۳- مسئولیت کارکنان و واحدها معین و مشخص باشد؛
- ۴- رسیدگی به نقاط ضعف و قوت ارزشیابی عملکردهای افراد تسهیل گردد؛
- ۵- جابجایی واحدها و یا کارکنان و نیز به کارگیری کارکنان جدید بدون ارتباط به واحدهای دیگر انجام شود؛
- ۶- آموزش کارکنان برای وظایف معینی امکان پذیر گردد.

ب - تمرکز وعدم تمرکز

تمرکز یعنی تجمع اختیار تصمیم‌گیری در رأس هرم سازمانی و عدم تمرکز یعنی تجمع اختیار تصمیم‌گیری در سطوح سازمانی و قاعده هرم، یعنی سطحی که کار در آنها انجام می‌شود.

از آنجایی که یک سازمان کاملاً متمرکز، یعنی سازمانی که همه تصمیمات در رأس آن اتخاذ شده و هیچ تصمیمی به سطوح پایین آن واگذار نشود وجود ندارد، بنابراین موضوع تمرکز و عدم تمرکز فقط برحسب درجه و میزان آن مورد نظر می‌باشد. اگر اکثر تصمیمات سازمان در مراتب بالای آن اتخاذ شود آن سازمان را متمرکز و اگر تصمیمات سازمان در مراتب پایین آن اتخاذ گردد آن را غیرمتمرکز می‌نامیم. بدین ترتیب می‌توان گفت که تمرکز و عدم تمرکز، دو سر یک طیف بوده و سازمان‌ها در بین این دو سر در نوسان بوده و یا به یکی از این دو جهت گرایش دارند.

سازمان‌های متمرکز می‌توانند با تفویض اختیار تصمیمات را به پایین سازمان واگذار کرده و بدین ترتیب سازمان را به طرف عدم تمرکز سوق دهند و نیز می‌-

توانند با سلب اختیار تصمیم‌گیری از مراتب پایین و یا عدم واگذاری اختیار به آنها، سازمان را به طرف تمرکز هدایت کنند.

در مؤسسات آموزشی، اکثر تصمیمات مهم مربوط به خط مشی و سیاست کلی به صورت متمرکز اتخاذ می‌شود ولی باتوجه به ماهیت آموزش که مستلزم آزادی عمل بیشتر در سطح اجرایی توسط کارکنان حرفه‌ای است، اعمال درجات بیشتری از عدم تمرکز دارای محاسن زیادی خواهد بود. تربیت مدیران متخصص و ارتقای سطح علمی کلیه کارکنان آموزشی مخصوصاً معلمان، از جمله شرایط لازم برای عدم تمرکز در سازمان آموزشی می‌باشد.

ج - صف و ستاد

کارکنان هر سازمان از جهت ارتباط آنان با هدف‌های سازمان به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱- کارکنانی که وظایف آنان با اهداف سازمان ارتباط مستقیم دارد، صف نامیده می‌شوند. در واقع برآورده شدن اهداف سازمان به عهده این دسته از کارکنان است؛

۲- کارکنانی که وظایف آنان با اهداف سازمان ارتباط غیرمستقیم دارد، ستاد نامیده می‌شوند. فعالیت‌های این کارکنان در برآورده شدن اهداف سازمان، حالت کمکی و جانبی دارد؛

۳- کارکنان ستادی عموماً به دو صورت زیر انجام وظیفه می‌نمایند:

الف - ستادی شخصی: یعنی کارکنانی که طرف مشورت مسئول و یا مسئولین صف بوده و آنان را در اتخاذ تصمیماتی که به تنهایی فاقد اطلاعات لازم در مورد آنها می‌باشند یاری می‌رسانند. اینگونه افراد غالباً تحت عنوان مشاور و یا مشاوران انجام وظیفه می‌نمایند.

ب- ستادی تخصصی: کارکنانی هستند که در قالب یک واحد اداری خدمات تخصصی در زمینه‌های مختلف مثل برنامه‌ریزی، امور مالی و غیره ارائه می‌دهند. واحدهای اداری ستادی عموماً عبارتند از: کارگزینی، بودجه، حسابداری، کارپردازی، روابط عمومی، امور دفتری و امور حقوقی، قضایی و مجلس.

د - قدرت و اختیار

مفاهیم قدرت و اختیار به مثابه ستون فقرات هر سازمان بوده و روابط اداری مسئولان را در داخل سازمان تنظیم می‌نماید. قدرت و اختیار را می‌توان توانایی مدیر برای عملی کردن خواسته‌های خود و یا پیشبرد اهداف سازمان تعریف نمود. یعنی زمانی که مدیر در پیشبرد اهداف سازمان موفق باشد، می‌توان گفت که دارای قدرت و اختیار است ولی باید دانست که این توانایی، حداقل از دو جهت با یکدیگر متفاوت است:

- حالت اول: زمانی است که مدیر پیاده شدن اهداف سازمان و یا عملی شدن فرامین خود را حتی با استفاده از زور و یا امکان استفاده از تهدید در صورت عدم اجابت کارکنان به پیش می‌برد؛

- حالت دوم: زمانی است که مدیر به جهت اعتماد و اطمینان متقابل به کارکنان، به استفاده از زور و یا امکان استفاده از آن نیازی نداشته و عملاً اهداف خود را با تکیه بر اجابت ارادی و اختیاری کارکنان دنبال می‌کند. توانایی مدیر در صورت اول قدرت و در صورت دوم اختیار است که وجه تمایز این دو همانا استفاده و یا امکان استفاده از زور و تکیه بر اجابت ارادی زیردستان می‌باشد.

قدرت و اختیار را می‌توان به شکل دیگری از یکدیگر متمایز کرد و آن عبارت از توانایی مدیر از جهت قوانین و مقررات و یا شرح وظایف مربوطه که قدرت بوده و در صورت استفاده یا عدم استفاده عملی از قدرت، اختیار می‌باشد. به عبارت دیگر وقتی که مدیر اقدامی که باید بکند، نمی‌کند و یا از بین راه‌های مختلف راه

حل مورد نظر خود را انتخاب کرده و عمل می‌کند، به اختیار از قدرت خود استفاده می‌کند. در تمایز اول مدیر می‌تواند صاحب قدرت، اختیار و یا قدرت و اختیار به طور توأم باشد، بسته به اینکه برای اعمال فرامین صادره از اجابت غیرارادی کارکنان برخوردار بوده و یا با وجود توانایی اعمال قدرت، به جهت اجابت ارادی کارکنان از اختیار بهره گیرد ولی در تمایز دوم، مدیر همواره دارای قدرت و اختیار است که در یک اقدام معین، درجاتی از هر یک را می‌تواند به کار ببندد.

ه - سلسله مراتب اختیار

پیشتر مفهوم اختیار توضیح داده و گفته شد که با وجود مقبولیت و مشروعیت اختیار، قدرت در سازمان‌ها به طور کلی از عمومیت بیشتری برخوردار است. به همین جهت، مفهوم سلسله مراتب اختیار لزوماً در برگیرنده مفهوم فوق از اختیار نمی‌باشد بلکه به معنی وجود اتصالی از قدرت و اختیار (قدرت تمام) در سلسله مراتب سازمانی است که از بالا به پایین جریان پیدا می‌کند. یعنی مراتب سازمانی مختلف از طریق قدرت و اختیار به یکدیگر مربوط می‌شوند، به این ترتیب که هر مرتبه زیرنظر مرتبه بالایی قرار داشته و بر مرتبه پایین‌تر از خود نظارت دارد که توجه به این مفهوم عموماً با عبارت رعایت سلسله مراتب در سازمان همراه است. به عبارت ساده‌تر، از هرکس در سازمان انتظار می‌رود که در مراودات اداری و اجرای فرامین مافوق، تنها به بالادست خود و در صدور فرامین، به زیردستان خود توجه داشته باشد. رعایت سلسله مراتب اگرچه موجب نظم در سازمان است ولی در عین حال باعث عدم جریان سالم ارتباطات در سازمان می‌گردد. به عبارت دیگر مانع ارتباط واقعی بین مراتب سازمان می‌شود زیرا همچنان که گفته شد، از هرکسی انتظار می‌رود که با بالادست و یا زیردستان بلافاصله خود تماس برقرار نماید. بدین ترتیب جریان ارتباطات تحت کنترل مسئولان به پیش می‌رود. علاوه بر این، سازمان‌ها از نظر تأکید بر سلسله مراتب، تفاوت دارند. در بعضی از سازمان‌ها نظیر ارتش، سلسله

مراتب به شدت رعایت می‌گردد و در بعضی دیگر نظیر دانشگاه‌ها، امکان رعایت آن به اندازه ارتش وجود ندارد. لذا در مؤسسات آموزشی، نقش سلسله مراتب متفاوت از سازمان‌های دیگر می‌باشد و کارکنان آموزشی مثل کارمندان دیگر از تأکید بیش از اندازه به رعایت سلسله مراتب ناخشنود می‌شوند. به همین جهت مدیر باید با شناخت صحیح از کارکنان و وضعیت سازمان آموزشی، به طور سازنده از سلسله مراتب اختیار استفاده کرده و از تأکید مکانیکی بر رعایت آن خودداری نماید.

و- وحدت فرمان

وحدت فرمان به این معنی است که صدور فرامین و دستورات از جانب فرادستان به فرودستان باید از یگانگی و وحدت لازم برخوردار شود. لازمه این امر آن است که هر فرادست، تنها به فرودستان یا زیردستان خود دستور دهد و از صدور فرامین به غیر از زیردستان خود، حتی اگر در سلسله مراتب سازمانی پایین‌تر از وی هم باشد، خودداری نماید. وحدت فرمان به زبان ساده یعنی اینکه هر فرد شاغل در سازمان تنها باید یک رئیس یا بالادست داشته باشد. می‌توان وحدت فرمان را رعایت سلسله مراتب، توسط مسئولان در سازمان از بالا به پایین دانست.

ز- تفویض اختیار

تفویض اختیار به معنی سپردن بخشی از اختیارات فرد به دیگری است. در واقع وجود سلسله مراتب بیانگر تفویض اختیار از مقامات و مسئولان رده‌های بالایی سازمان به رده‌های پایین‌تر از آن است ولی منظور از تفویض اختیار، معنی عام آن نیست بلکه معنی محدود آن یعنی واگذاری قسمتی از اختیارات از جانب یک نفر به فرد دیگر است. نکته مهم در ارتباط با این مفهوم آن است که تفویض اختیار باید با مسئولیت توأم باشد و بالعکس، یعنی هرکس که اختیار انجام کاری به او سپرده می‌شود باید کسی باشد که مسئول شناخته می‌شود و نیز کسی که نسبت به کاری

مسئول و پاسخگو است ، باید اختیار انجام آن کار را نیز داشته باشد، بنابراین ، توأم بودن اختیار با مسئولیت مفهوم دیگری است که در جوار تفویض اختیار معنا می یابد.

شرایط تفویض اختیار :

- تنها بخشی از وظایف یک فرد قابل تفویض به دیگری است، نه همه آن؛
- مسئولیت نهایی در تفویض اختیار، از آن تفویض کننده است؛
- تفویض کننده اختیار به تشخیص و تصمیم خود می تواند اختیار تفویض شده را از فرد مربوطه سلب نماید؛
- تفویض اختیار باید همراه باتعین حدود دقیق آن انجام گردد؛
- تفویض اختیار باید توأم با پذیرش مسئولیت و تعهدات مالی و انسانی آن باشد. یعنی فردی که اختیار به او تفویض می شود ، مسئول این امور است.

فواید تفویض اختیار :

- تفویض اختیار موجب افزایش اعتماد و اطمینان بین طرفین و در نتیجه گسترش جو اعتماد در سازمان می شود؛
- تفویض اختیار مانع تجمع تمام اختیارات در دست مسئولان رده های بالایی سازمان و یا تعداد معدودی از آنان می گردد؛
- تفویض اختیار باعث تقسیم اختیارات مسئولان و در نتیجه کاهش مشغله بیش از حد آنان می گردد؛
- تفویض اختیار، سازمان را به طرف عدم تمرکز بیشتر سوق می دهد و موجب پیدایش محاسن و یا کارکردهای مثبت عدم تمرکز نیز می گردد؛
- تفویض اختیار با ارایه فرصت و امکان بروز کارایی افراد، مسئولان مراتب پایین سازمان و به طور عام کارکنان را برای پذیرش مسئولیت های بزرگتر آماده تر می کند. اگر مسئولان سطوح پایین تر و در حالت کلی کارکنان سازمان، فرصت

پذیرش مسئولیت‌های جدیدتر و بیشتر را نیابد (این فرصت از طریق تفویض اختیار به آنان داده نشود) این امکان را نخواهند یافت که خود را بیازمایند و به مهارت‌ها و شایستگی‌های خود پی‌ببرند؛ مهارت‌ها و توانایی‌های خود را بی‌پروا کنند؛ و آمادگی پذیرش مسئولیت‌های بزرگ‌تر و مهم‌تر را پیدا کنند. بدون تفویض اختیار، نه تنها کارکنان از پرورش، ترفیع و ارتقای شغلی و حرفه‌ای خود باز می‌مانند بلکه سازمان هم از امکان بهره‌مندی از خدمات و فعالیت‌های کارکنان خود در شرایط مقتضی و مورد نیاز باز می‌ماند.

خلاصه

در این فصل به برخی از مفاهیم رایج در مدیریت و رهبری آموزشی اشاره شد. گرچه ممکن است در بسیاری از مفاهیم، نظر نویسندگان و صاحب‌نظران متفاوت باشد ولی سعی نویسنده بر این بود تا حتی‌الامکان از تعاریف مشترک بین افراد صاحب‌نظر استفاده گردد. برای پی‌بردن به نظرات مختلف و تعمق بیشتر، می‌توان به منابع متعدد در این زمینه مراجعه نمود. آنچه مسلم است، این است که برای آشنایی با این رشته علمی، دانستن مفاهیم پایه آن ضروری است.

بخش ۴

شیوه‌های مطالعه مدیریت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- منظور از شیوه‌های مطالعه مدیریت را ۶- رویکردهای اصلی در شیوه تصمیم‌گیری توضیح دهد.
را نام ببرد.
- ۲- اهمیت شیوه تصمیم‌گیری را توضیح ۷- در مورد فراتر بودن شیوه سیستمی از دهد.
یک روش مطالعه توضیح دهد.
- ۳- سیستم را تعریف کند.
۸- شیوه‌های مختلف مطالعه مدیریت را با یکدیگر مقایسه نماید.
- ۴- اهمیت شیوه سیستمی را بیان کند.
- ۵- انواع شیوه‌های مطالعه مدیریت را نام برده و توضیح دهد.

شیوه‌های مطالعه مدیریت عبارت از روش‌هایی است که دانشمندان، متفکران و دانشجویان با استفاده از آنها به مطالعه مدیریت می‌پردازند. باید دانست که از آغاز رویکرد علمی به مدیریت، مدیریت صاحب شیوه‌های مطالعاتی مختلفی شده که توسط متفکران مدیریت در زمان‌های مختلف متداول شده اندالته ممکن است با گذشت زمان، بعضی از این شیوه‌ها اهمیتی را که در ابتدا داشتند، از دست داده باشند. ولی هیچ یک از شیوه‌ها جانشین شیوه قبلی نبوده بلکه ممکن است در مواردی، یک شیوه نسبت به شیوه دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار شود.

انواع شیوه‌های مطالعه مدیریت:

در متون مدیریت برای مطالعه و تحقیق در این حوزه از دانش بشر، شیوه‌های مختلفی مطرح شد که از بین آنها، ۸ شیوه نسبت به بقیه رایج تر است.

۱- شیوه سنتی

شیوه سنتی درصدد تشریح و توضیح مسایل و موضوعات مدیریت در یک وضعیت بسته با توجه کمتر به عوامل مربوطه می‌باشد. حاصل کار این شیوه، عموماً منتهی به شناخته شدن موارد مشخص است که در رابطه با مسایل خاص استخراج می‌شود. بانی این شیوه هنری فایول می‌باشد که با تلاش در تشریح کارکردهای مدیریت و تقسیم آن به برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت، هماهنگی و کنترل، موجب شیوع این خطای مطالعاتی گردید.

محدودیت عمده این شیوه در بررسی مدیریت، جداکردن موضوع مورد نظر از بقیه عوامل مربوطه و عدم توجه کافی به اتصال و ارتباط امور با یکدیگر است که این محدودیت در آموزش مدیریت به دلیل عدم جامعیت کافی موضوع مورد مطالعه و نیز عدم رعایت آن در عمل، توسط همه مدیران، با اشکالات زیاد همراه است.

۲- شیوه موردی

شیوه موردی، مطالعه ای است که در آموزش مدیریت از طریق تحلیل و بررسی موارد فرضی و یا واقعی صورت می گیرد. به زبان ساده تر، وضعیتی که به وسیله استاد مدیریت به دانشجویان ارایه می شود، می تواند به طور فرضی ساخته و پرداخته خود او و یا استنباطی از یک وضعیت واقعی باشد. دانشجویان با کار و مطالعه بر روی این مورد و مسایل حول و حوش آن، چگونگی برخورد سازنده با چنین وضعیتی و یا موارد مشابه با آن را در می یابند.

دلایل عمده استفاده از این شیوه عبارتند از :

- دانشجویان توسط شیوه موردی، مهارت‌های تحلیلی خود را توسعه می دهند؛
- شیوه موردی، باعث می شود فراگیران در ترکیب اطلاعات مهارت پیدا کنند؛
- این شیوه، توانایی ادراکی دانشجویان را وسعت می بخشد؛
- این شیوه، فراگیران را برای اتخاذ تصمیم متناسب بر پایه قضاوت صحیح تمرین می دهد؛

• این شیوه، موجب تلفیق تئوری و عمل در آموزش مدیریت می شود، طوری که ارایه مطالب نظری کاربرد زیادی در عمل داشته باشد.

۳- شیوه کمی

مطالعه مدیریت به شیوه کمی، به معنی پرداختن به مسایل کمی و عینی و نیز پرداختن به مسایل کیفی به روش های کمی است. پیداست که این روش مستلزم اندازه گیری است که لازمه آن هم داشتن ابزار و وسایل اندازه گیری می باشد. این شیوه از طریق اندازه گیری مفاهیم مختلف در مدیریت، تبدیل کیفیت به کمیت، مقایسه، بحث و بررسی و قضاوت بر مبنای آنها؛ به مطالعه مدیریت می پردازد. به طور خلاصه، استفاده از روش کمی به دلایل زیر صورت می گیرد:

● روش‌های کمی در مقایسه با روش‌های تحلیلی و کیفی از عینیت زیادی برخوردارند. بنابراین اندازه‌گیری و مقایسه مقادیر و اتخاذ تصمیم براساس آنها، تصمیمات مدیران آموزشی را عقلانی‌تر می‌گرداند؛

● میدان تعبیر و تفسیر ذهنی و شخصی افراد براساس باورها و دیدگاه‌های آنان را محدودتر می‌سازد؛

● به خاطر عینیت، فهم عموم کارکنان از تصمیمات مدیران آموزشی را میسر کرده و بدین ترتیب موافقت عمومی بیشتری را جلب می‌نماید؛

● ارزشیابی دستاوردهای مدیریت و درجه حصول به اهداف سازمان را براساس داده‌های کمی میسر می‌سازد و از این رو به انتخاب اهداف عملی و قابل حصول در مؤسسات آموزشی و یا تصمیمات لازم در خصوص اصلاح برنامه‌ها کمک می‌نماید.

۴- شیوه رفتاری

شیوه رفتاری یعنی بررسی رفتار کارکنان و روابط آن با سایر عوامل مؤثر در زندگی سازمانی. این شیوه متضمن شناخت سازمان از دیدگاهی پویا همراه با تعامل کارکنان با یکدیگر و با سازمان می‌باشد.

شیوه رفتاری که از اواسط قرن حاضر در بسیاری از رشته‌های علوم انسانی سایه گسترشده است، «رفتار مشهود» را مرکز توجه مطالعات خود قرار داده و برآن است که عوامل تعیین کننده دخیل و یا مؤثر بر آن را مورد کنکاش قرار دهد. می‌توان گفت که این شیوه تکمیل کننده پژوهش‌های نهضت روابط انسانی است که علاوه بر روابط کارکنان در قالب سازمان غیررسمی، به اشکال دیگر روابط انسانی نظیر تعاونی‌ها و اتحادیه‌ها، به ماهیت رفتار انسان در سازمان و نقش عوامل برانگیزاننده مثل مشوق‌های مادی و معنوی و نیز به رابطه آن با موقعیت‌ها، رهبری و اهداف سازمانی توجه دارد. شیوه رفتاری به لحاظ ماهیت موضوع، ناگزیر از کاربرد یافته-

های علوم روان‌شناسی و جامعه‌شناسی است که این امر موجب افزایش استحکام هر چه بیشتر این شیوه در برخورد با رفتار مشهود می‌گردد.

به طور خلاصه دلایل استفاده از شیوه رفتاری به شرح زیر می‌باشد:

- شیوه رفتاری از هر اندیشه‌ای که موجب بهبود روابط میان مردم و سازمان‌ها شود، کمک می‌گیرد؛
- فهم سازمان به عنوان سیستم اجتماعی در گروی انسان‌ها و روابط آنان است که این امر هم مستلزم ادراک صحیحی از رفتار است؛
- رفتار مشهود، آثار و نتایج قابل مشاهده و عینی انسان‌ها است که می‌تواند به روش علمی مورد بررسی قرار گیرد.

۵- شیوه تصمیم‌گیری:

مفهوم تصمیم‌گیری در مدیریت به اندازه‌ای دارای اهمیت است که بعضی از متفکران از آن به عنوان «قلب سازمان و فرایند کلیدی و مهم مدیریت» «عصاره یا چکیده مدیریت» و برخی نظیر سایمون آن را مترادف با مدیریت دانسته و در تعریف مدیریت به ذکر اینکه مدیریت همان تصمیم‌گیری است، بسنده می‌کنند زیرا هر مدیری چه در سطوح پایین و چه در مراتب بالای سازمان، هر روز نیازمند اتخاذ تصمیمات کوچک و بزرگی است که اگر مدیر از مفهوم تصمیم‌گیری، ادراک خوبی داشته و در انجام آن مهارت داشته باشد احتمال توفیق زیادی در رسیدن به اهداف سازمان خواهد داشت.

سه رویکرد اساسی در شیوه تصمیم‌گیری دارای اهمیت بسیاری است:

- ۱- رویکرد عقلانی: این رویکرد بدین معنی است که با رعایت مراحل تصمیم‌گیری در مورد راه‌حل‌ها و پیش‌بینی قطعی نتایج آنها و کسب اطلاعات دقیق، می‌توان در هر مورد تصمیم عقلانی اتخاذ نمود؛

۲- رویکرد رضایت‌بخشی: منظور از این رویکرد آن است که تعدد عوامل دخیل درباره موضوع تصمیم‌گیری و نیز اطلاعات دقیق و مناسب در مورد راه‌حل‌ها و نتایج آنها، به حدی متنوع می‌باشد که دستیابی به تصمیم عقلانی، اگر غیر ممکن نباشد خیلی مشکل است. بنابراین باید به تصمیمی رضایت بخش در مقابل تصمیم عقلانی راضی شد.

۳- رویکرد کاهشی: این رویکرد براین نظر می‌باشد که در شرایط خیلی پیچیده یعنی زمانی که مجموعه راه‌حل‌ها و نتایج آنها، دقت زیادی نداشته و با احتمالات زیادی همراه است، باید با کاهش راه‌حل‌ها از طریق مقایسه متوالی آنها، تعداد آنها را به تدریج کاهش داده و به اتخاذ تصمیم با توجه به امکانات و شرایط موجود بسنده کرد. از این رو می‌توان آن را «مدل عملی» در تصمیم‌گیری دانست.

اگرچه کاربرد برخی از رویکردهای تصمیم‌گیری در شرایط مشخص عملی‌تر از برخی دیگر می‌باشد، با این حال آنچه که در ارتباط با شیوه‌های مطالعه تصمیم‌گیری دارای اهمیت می‌باشد عبارت از دستیابی به راه حلی است که در جهت برآوردن اهداف از پیش تعیین شده باشد.

دلایل استفاده از شیوه تصمیم‌گیری به عنوان یکی از شیوه‌های مطالعه مدیریت به طور خلاصه به شرح زیر است:

- تصمیم‌گیری محور مدیریت می‌باشد؛
- تصمیمات همه مدیران، وجوه اشتراک بسیاری با هم دارند؛
- تصمیم‌گیری مستلزم وقوف به اطلاعات فراوانی است؛
- اطلاعاتی در تصمیم‌گیری مورد استفاده قرار می‌گیرد که واقعی باشد. بنابراین تصمیم‌گیری ما را به واقع‌گرایی سوق می‌دهد؛
- تصمیم‌گیری فرایند آگاهانه‌ای می‌باشد؛
- تمام مدیران در هر رتبه سازمان نیازمند تصمیم‌گیری هستند؛

• بدون آشنایی و مهارت در امر تصمیم‌گیری، نمی‌توان تصمیمات درستی اتخاذ کرد؛

• تصمیم‌گیری مستلزم شناخت کارکنان، سازمان و محیط آن می‌باشد. بنابراین تصمیم‌گیری صحیح بر مبنای برداشت‌های درست از مجموعه سیستم، اعم از خرد و کلان آن استوار است و بدین ترتیب مهارت در تصمیم‌گیری، خود مستلزم مهارت در همه زمینه‌های اداری و سازمانی است.

۶- شیوه سیستمی

به جرأت می‌توان گفت که شیوه سیستمی مسلط‌ترین شیوه مطالعه نه تنها در مدیریت بلکه در مجموعه علوم می‌باشد که از آغاز پیدایش آن از سال‌های چهل سده حاضر به این طرف توسط دانشمندان برجسته‌ای نظیر «لودویک فون برتالنفی» ارایه شده است و تاکنون نه تنها روز به روز بر اهمیت آن افزوده شده، بلکه تبدیل به رشته تخصصی و دانشگاهی نیز شده است. طرفداران این شیوه، آن را برای مطالعه هر پدیده‌ای مناسب می‌دانند زیرا سیستم برحسب تعریف می‌تواند شامل هر چیز بشود.

مطالعه به روش سیستمی یعنی تعریف و تشخیص:

- سیستم مورد مطالعه؛
 - اجزا و عناصر تشکیل دهنده سیستم؛
 - چگونگی روابط افراد و عناصر با یکدیگر؛
 - حد و مرز سیستم؛
 - محیط سیستم؛
 - چگونگی رابطه سیستم به عنوان یک مجموعه با محیط پیرامون آن.
- می‌توان گفت کلید شیوه سیستمی در تشخیص رابطه سیستم با محیط پیرامون آن و نیز روابط اجزای آن با یکدیگر یعنی مطالعه درون‌داد، فرایند و برون‌داد سیستم

نهفته است. هر سیستمی درون‌داد را از محیط خود گرفته و پس از تغییر و تبدیل، آن را به صورت برون‌داد به محیط پس می‌دهد و به وسیله بازخورد از چگونگی عکس‌العمل محیط در مقابل برون‌داد، مطلع می‌گردد که مجدداً به صورت درون‌داد به سیستم داده می‌شود.

به نظر بسیاری از متفکران مدیریت آموزشی، شیوه سیستمی نه تنها به عنوان یک بینش دارای توان لازم برای نفوذ بر عمق مسایل مؤسسات آموزشی برای شناخت آنهاست بلکه به عنوان وسیله‌ای در دست مدیران آموزشی برای اصلاح هرچه بیشتر عملکرد این مؤسسات می‌باشد.

دلایل استفاده از شیوه سیستمی به عنوان یک بینش و یک خط فکری به قرار زیر می‌باشد:

- ۱- شیوه سیستمی یک رویکرد تجزیه و تحلیل کارکردی است زیرا پدیده‌ها را برحسب روند رشد و توسعه آنها مورد مطالعه قرار می‌دهد؛
- ۲- شیوه سیستمی یک رویکرد تجزیه و تحلیل ساختاری است زیرا پدیده‌ها را با توجه به روابط و ارتباط متقابل آنها مطالعه می‌کند؛
- ۳- شیوه سیستمی یک رویکرد عملی و واقع‌گرایانه است از این حیث که کلیات صرفاً تئوریک و یا ماورای عمل باقی نمی‌مانند؛
- ۴- شیوه سیستمی یک رویکرد آینده‌گرا است بدین معنی که با پرداختن به گذشته و حال سیستم، آینده آن را نیز مدنظر قرار می‌دهد؛
- ۵- شیوه سیستمی یک دیدگاه کل‌گرا است زیرا که اجزای سیستم و روابط آنها را با یکدیگر در داخل یک کل بررسی کرده و معنی‌دار می‌کند؛
- ۶- شیوه سیستمی دارای زبان واحد و مشترک می‌باشد زیرا که با ارایه سیستم فکری واحد و اصطلاحات خاص خود برای تجزیه و تحلیل پدیده‌ها، زبان واحدی ارایه می‌کند؛

۷- شیوه سیستمی، رویکردی ترکیبی است که تئوری، علم و عمل را در هم آمیخته و برای مدیران آموزشی در همه سطوح و مراتب سازمانی، ابزار تحلیلی و عملی درخوری فراهم می‌آورد؛

۸- و بالاخره اینکه، رویکردی است که هرکس به فراخور حال خود می‌تواند از آن بهره گرفته و برای مسایل و مشکلات گریبان‌گیر خود به کمک آن، پاسخ و توضیح مناسب بیابد.

۷- شیوه اقتضایی

جمله «بستگی به موقعیت و یا شرایط دارد» و یا «آنچنان که موقعیت یا شرایط اقتضا کند»، بیانگر این شیوه مطالعاتی است. شیوه اقتضایی مطالعه مدیریت ناظر بر این است که عملکرد بهینه مدیران در سازمان‌های مختلف مبتنی بر عوامل متعددی است که ترکیب و حضور ویژه آنها در هر وضعیت، موقعیتی را به وجود می‌آورد که می‌تواند بسیار متفاوت از عملکردهای آنان در موقعیت دیگری باشد و «بهترین راه برای همه موقعیت‌ها وجود ندارد» پیام اصلی این شیوه است که بیانگر اقتضای موقعیت‌های مختلف می‌باشد.

هر موقعیت متشکل از عوامل متعددی از قبیل رهبران، پیروان، فناوری، فرهنگ و ساختار سازمان می‌باشد. به عبارت دیگر عوامل فوق و تأثیر و تأثر متقابل آنها بر یکدیگر موجب بروز وضعیتی است که اثربخشی رفتار مدیر به تناسب و مساعد بودن آن با وضعیت یا موقعیت به وجود آمده، بستگی دارد. از این رو نه تنها مدیریت در سازمان‌های آموزشی متفاوت از سازمان‌های تولیدی یا بازرگانی است بلکه مدیریت در بخش‌ها و یا واحدهای مختلف هریک از انواع سازمان‌ها و نیز مدیریت در شرایط و اوقات مختلف در هریک از آن بخش‌ها و یا سازمان‌ها متفاوت است.

هیچ مدیر موفقی نمی‌تواند بدون تغییر رفتارها و عملکردهای خود، همواره در سازمان متبوع خود و یا از سازمانی به سازمان دیگر، موفق باشد. وی باید با شناخت از موقعیت‌های ویژه سازمان خود، عملکردهای متناسبی داشته باشد. پس یادگیری و مطالعه و یا تحقیق درباره موقعیت‌ها و عملکردهای متناسب با آنها، یعنی شیوه اقتضایی در مطالعه مدیریت.

۸- شیوه نقش‌های مدیریت

بسیاری از افراد توجه کرده‌اند که آنچه مدیران در عمل انجام می‌دهند در قالب «وظایف مدیریت» نگنجیده و یا با استفاده از مفاهیم دیگر، از قابلیت تمیز و تشخیص بیشتری برخوردارند. آنان با استفاده از کل مفاهیم برگرفته از دانش مدیریت و تجارب خود، در سازمان‌های مختلف عملکردهای متفاوتی دارند که در غالب اوقات با «وظایف مدیریت» - برنامه‌ریزی، سازماندهی، هدایت و کنترل - مطابقت ندارد. «میتنبرگ» که متوجه این امر شده بود، آن را مورد پژوهش قرار داد و نتیجه گرفت که مدیران عموماً در قالب ده نقش عمل می‌کنند:

الف) نقش‌های میان اشخاص:

- نقش رئیس اسمی

- نقش رهبری

- نقش پیونددهنده؛

ب) نقش‌های اطلاعاتی :

- نقش دریافت‌کننده

- نقش اطلاع‌رسانی یا آگاه‌کننده

- نقش سخن‌گو؛

ج) نقش‌های تصمیم‌گیری :

- نقش مدیریت بی‌پروا و کارآفرین

- نقش خاموش‌کننده ناآرامی‌ها

- نقش تخصیص‌دهنده منابع

- نقش مذاکره‌کننده

این شیوه، توجه را به آنچه که مدیران در عمل انجام می‌دهند، جلب کرده و بر آن است که مقتضیات عملی را بیشتر از «وظایف کلاسیک مدیران» مورد تأکید قرار دهد.

خلاصه

در این فصل به طور اجمال در مورد شیوه‌های مختلف مطالعه مدیریت و ویژگی‌های هر کدام بحث شد. در متون مدیریتی برای مطالعه و تحقیق در این حوزه از دانش بشر، شیوه‌های مختلفی وجود دارد که از بین آنها ۸ شیوه، نسبت به بقیه رواج بیشتری دارد و در زمینه مدیریت آموزشی دارای موضوعیت بیشتری هستند. لازم است تمامی افرادی که مایل به مطالعه این علم می‌باشند، خود به مطالعه بیشتر در این زمینه بپردازند.

بخش ۵

تئوری در مدیریت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- اجزای تئوری را نام برده و در مورد هر کدام توضیح دهد.
- ۲- رابطه اجزای تئوری را توضیح دهد.
- ۳- وجوه افتراق تئوری را با سوء تفاهمات رایج آن، توضیح دهد.
- ۴- رابطه علم و تئوری را توضیح دهد.
- ۵- نقش علم و تئوری را در عمل مدیران آموزشی توضیح دهد.

تئوری در مدیریت آموزشی به معنای مجموعه‌ای از مفاهیم، مفروضات و تعمیم‌های وابسته به هم است که به طور منظم، نظام رفتار را در سازمان‌های آموزشی تشریح کرده و توضیح می‌دهد.

اجزای تئوری

مفهوم: یک مفهوم، نام یا اصطلاحی است که به ادراک واقعیتی اطلاق شده است. مفهوم از آن جهت که دارای مصادیق متعددی است، کلی و از آن جهت که ادراکی است، ذهنی می‌باشد. یعنی اینکه مفهوم مشخص و جزئی نیست و به بینش موجود از یک امر واقع دلالت دارد و به همین جهت نیز ذهنی است. مفهوم، نیاز به اثبات ندارد و تا جایی که برای ارایه یک معنی مشخص مفید باشد، قابل استفاده بوده و در تئوری پردازی به کار می‌رود.

متغیر: متغیر مفهومی است که می‌توان تغییرات آن را اندازه‌گیری کرده و به صورت کمی نشان داد. بدین ترتیب هر مفهومی که قابل اندازه‌گیری نیست، نمی‌تواند متغیر باشد. مفاهیم همزمان با تعیین راه‌های اندازه‌گیری آنها، به جرگه متغیرها سوق داده می‌شوند و به این طریق میدان عمل علم را وسعت می‌بخشند.

تعمیم: تعمیم، عمومیت دادن حالت و یا خصوصیت یک مورد به موارد دیگر می‌باشد. زمانی که انسان برداشت خود از یک یا چند موقعیت را در یک یا چند موقعیت دیگر به کار می‌بندد، برداشت خود را تعمیم می‌دهد.

فرض: فرض بیانی است که بدیهی تلقی می‌شود. یعنی قولی است که بدون دلیل صحیح انگاشته می‌شود. فرض می‌تواند بیانگر رابطه دو یا چند مفهوم باشد البته رابطه‌ای که پذیرش آن، بدون دلایل توجیهی و یا تجربی است و به طور موقت پذیرفته می‌شود.

فرضیه: فرضیه عبارت از فرضی است که بیانگر رابطه دو و یا چند متغیر می‌باشد. اگر چه رابطه مورد نظر می‌تواند از طریق حدس و گمان بیان شود و به همین دلیل نیز برخی از فرضیه‌ها را بیان حدسی رابطه بین متغیرها می‌نامند. فرضیه‌ها باید از مبانی موجهی برخوردار باشند و یا اینکه ترجیحاً براساس تئوری‌های مربوطه استوار باشند.

فرضیه رابطه ای است که به صورت حکم (نه به صورت پرسش یا دستور) بیان می‌شود که دارای قابلیت بطلان نیز می‌باشد. می‌توان گفت فرضیه بیان رابطه بین دو یا چند متغیری است که محقق انتظار دارد آن را اثبات کند، چه مثبت باشد و چه منفی و یا حتی خنثی. فرضیه از آن جهت که نقطه شروع پژوهش‌های علمی بوده و در نهایت به وسیله تحقیق رد یا اثبات خواهد شد، دارای اهمیت فراوانی است.

اصل: اصل، تعمیمی است که مورد حمایت تحقیقات تجربی باشد و صحت آن در اکثر موارد به اثبات رسیده باشد. زمانی که یک فرضیه، از طریق آزمایش و تجربه علمی، به دفعات تأیید شود، می‌تواند به اصل تبدیل گردد.

قانون: قانون، اصلی است که پیوسته به وسیله تحقیقات تجربی حمایت شده و صحت آن همواره به اثبات رسیده است.

مفروضات، اگر رابطه دو یا چند مفهوم را مشخص نمایند، تعمیم هستند. فرضیه‌ها تعمیم‌هایی هستند که از حمایت تجربی محدودی برخوردار می‌باشند. اصول تعمیم‌هایی هستند که حمایت تجربی زیادی دارند و قوانین نیز تعمیم‌هایی هستند که (بیشتر از اصول) از حمایت تجربی قابل ملاحظه‌ای برخوردارند. یک تعمیم بسته به میزان برخورداری از حمایت تجربی، در مراحل مختلف ایجاد تئوری و تحقیق می‌تواند «فرضیه»، «اصل» و یا «قانون» باشد.

علم: علم عبارتست از مجموعه دانستنی‌هایی که با دو بررسی «منظم»^۱ به دست آمده و به طور تجربی قابل اثبات باشد. بدین ترتیب علم به معنی محدود آن منحصر به روش تجربی در مقابل روش فلسفی است. زیرا علم تنها به آن بخش از «دانستنی‌های» انسان اطلاق می‌شود که به روش آزمایشی به دست آمده باشد. علاوه بر این دانستنی‌های علمی که بدین طریق کسب می‌شوند، عموماً چگونگی دنیایی را که همه ما در آن زندگی می‌کنیم توضیح می‌دهند.

تئوری در مدیریت آموزشی عبارت از مجموعه‌ای از مفاهیم، مفروضات و تعمیم‌های وابسته به هم است که به طور منظم، نظام رفتار را در سازمان‌های آموزشی تشریح کرده و توضیح می‌دهد (۳). مدیریت مثل اغلب رشته‌های علمی، شامل مجموعه‌ای از اندیشه‌ها، مفاهیم و اصول سنتی و تاریخی است که به آن نظریه کلاسیک می‌گویند. شکل‌گیری این نظریه در سه مرحله صورت گرفت: ۱- مرحله مدیریت علمی کلاسیک ۲- مدیریت اداری ۳- روابط انسانی به عنوان نظریه کلاسیک (۵). واقعیت امر این است که نظریه و عمل جدایی ناپذیرند و با یکدیگر رابطه‌ای ناگسستنی دارند. هر مدیر باتجربه یا هر دانشجوی آگاهی با کمی تأمل و تفکر می‌تواند متوجه شود که تجربه‌های شخصی در موقعیت و زمان معین چنان به شخص و آن موقعیت و زمان اختصاص دارد که سودمندی آنها بسیار کمتر از نظریه‌هایی است که به او آموزش داده‌اند. در واقع تجربه هنگامی مفید است که کلیت داشته باشد و بتوان آن را در شرایط و موقعیت‌های دیگر به کار بست (۵). آنچه که در تعریف فرد کرلینگر از تئوری به طور آشکار و نهان به چشم می‌خورد عبارت است از:

- تئوری، کل یا مجموعه‌ای متشکل از اجزا می‌باشد؛
- تئوری مجموعه‌ای است ذهنی که از عینیات نشأت می‌گیرد؛

^۱ -systematic review

- تئوری با استفاده از مفاهیم، مفروضات و تعمیم‌ها بیان می‌شود؛
 - تئوری به نظام رفتار در سازمان‌های آموزشی می‌پردازد؛
 - تئوری درصدد تشریح و توضیح است؛
 - تئوری در نهایت درصدد ارایه تصویری از واقعیت‌هاست؛
 - دقت هر تئوری در دقیق بودن تصویر ارایه شده توسط آن می‌باشد.
- با توجه به موارد فوق می‌توان دریافت که تئوری چیست و برای انجام چه کاری است. با وجود این به جهت سوء تفاهماتی که در خصوص درک صحیح از تئوری وجود دارد، در زیر خلاصه‌ای از آنچه که تئوری نیست و یا ارتباطی به تئوری ندارد، آورده می‌شود:
- تئوری صرفاً یک نظر یا نظریه به معنی پیشنهاد، راه حل و یا آرزو و آرمان نیست؛
 - تئوری فقط «حرف زدن نیست» که بتواند عملی بشود یا نشود؛
 - تئوری دارای بار ارزشی نیست، یعنی ارتباطی به «خوب» و «بد» ندارد بلکه به گونه‌ای منظم واقعیت را بیان می‌کند. واقعیتی که می‌تواند «مفید» باشد یا نباشد.

اجزای تئوری

تئوری نیز مثل هر مجموعه دیگری، متشکل از اجزا و یا عناصری است که به جهت ارتباط متقابل آنها، یک کل متمایزی را ایجاد می‌کنند. این اجزا شامل مفهوم، متغیر، تعمیم فرض و فرضیه می‌باشد.

مأموریت علم مدیریت آموزشی نیز عبارتست از توضیح روابط عوامل مختلف در سازمان‌های آموزشی اعم از عوامل مادی و انسانی. به عبارت دیگر علم مدیریت آموزشی در پی آن است که با استفاده از روش آزمایشی یا تجربی، روابط پدیده‌های سازمانی به عنوان یک سیستم اجتماعی را دریافته و زندگی سازمانی را توضیح و

تشریح کند. کارورزان و مدیران آموزشی نیز با استفاده از توضیح و تشریح سازمانی، به کنترل و تحریک رفتار در سازمان مبادرت ورزیده و با گذر از دشواری‌های سازمانی به کمک دانستنی‌های علمی، مجموعه سیستم اجتماعی را در جهت حصول به اثر بخشی هر چه بیشتر سوق می دهند.

رابطه تئوری و علم

پیشتر گفته شد که هدف تئوری، ارایه تصویری معنی دار از واقعیت پدیده‌ها و هدف علم، کمک به انسان برای شناخت پدیده‌ها، روابط آنها با یکدیگر و نیز کشف اصول و قانونمندی حاکم بر آنهاست. بدین ترتیب می‌توان چنین گفت که تئوری و علم هر دو در یک امتداد به پیش می‌روند و هر دو به شناخت انسان از جهان کمک می‌کنند ولی هر یک کار خود را به گونه ویژه‌ای انجام می‌دهد. بدین ترتیب که پژوهشگر به جزییات علاقه‌مند بوده و مایل است پیش از هر پژوهشی، دقیقاً از پرسش مورد نظر (و یا فرضیه آن) اطلاع داشته باشد، پرسشی که بر مبنای دانسته‌های نظام یافته یعنی تئوری استوار است. در واقع پژوهشگر باید بداند که به دنبال چیست؟ سپس با تکیه بر دانستنی‌های علمی، راه حل‌های متعدد را سنجیده، از بین آنها یک راه حل را به آزمایش کشیده و نتایج حاصل را در ارتباط با فرضیه‌ها یا پرسش‌های مشخص اولیه خود تفسیر نماید. به عبارت دیگر وی هر بار که تحقیق می‌کند یا هر بار که تحقیقی توسط هر پژوهشگر به انجام می‌رسد، به معلومات مشخص و جزیی دست می‌یابد و در هر بار تحقیق این دانسته‌های مشخص، فرضیه‌های علمی اولیه را کامل‌تر می‌نماید. تکامل و اصلاح فرضیه‌ها که به دنبال افزایش معلومات جزیی انجام می‌پذیرد، پدیده مورد آزمایش را دقیق‌تر به تصویر می‌کشد تا اینکه سرانجام یک کل معنی‌دار یعنی تئوری از آن پدید آید.

بدین ترتیب پژوهش علمی که خود از تئوری آغاز شده بود، به تئوری ختم می‌شود و به همین جهت می‌توان چنین گفت که تئوری و علم، دو بعد یک فعالیت هستند. بعد علمی این فعالیت با تکیه بر بعد نظری آن، جزییات اثبات شده‌ای را فراهم می‌آورد و بعد نظری هم به نوبه خود آنها را در یک چارچوب معنی‌دار و بزرگ گردهم می‌آورد. تئوری نسبت به علم از حالت انتزاعی‌تری برخوردار است در حالیکه علم نسبت به تئوری حالت عینی‌تری دارد و بدینسان فعالیت‌های پژوهشی عینی و ذهنی با تکیه بر یکدیگر، درهم تنیده شده و جهان پیرامون را، به ما می‌شناسانند. شناخت جهان به وسیله ابزار و وسایل لازم ما را به روش‌های تغییر آن مجهز می‌نماید. این کاری است که به عهده کارورزان یعنی آنان که عملاً مسئولیت اداره مؤسسات آموزشی در آینده برگرده آنان نهاده می‌شود، می‌باشد. به عبارت دیگر مدیران مؤسسات آموزشی - اعم از اینکه خود محقق و یا تئوری‌پرداز باشند یا نه - به کمک یافته‌های علمی در داخل یک چارچوب معنی‌دارتر و بزرگ‌تر که همان تئوری است، در سازمان‌های آموزشی رفتار را در جهت برآوردن اهداف سازمان هدایت می‌کنند.

بدین ترتیب، تئوری‌های علمی هم ابتدا و هم انتهای پژوهش‌های علمی هستند. شاید برخی بر این پندار باشند که کارکرد مدیران در عمل، مبتنی بر تئوری نیست ولی با کمی دقت می‌توان دریافت که چنین نیست. اعمال هر مدیر، چه به طور آگاهانه و چه به طور نا آگاهانه، مبتنی بر جمع‌بندی وی از مجموعه معلومات، دانسته‌ها، مفروضات و گرایشات وی نسبت به انسان، سازمان، جامعه و زندگی، یعنی یک یا چند «تئوری» است. منتهی احتمال دارد که این «تئوری» یا «تئوری‌ها» و نیز معلومات و مفروضات وی از مسایل مربوطه، از اساس و مبنای علمی برخوردار نباشد. به عبارت دیگر ممکن است اساس عملکردهای وی را یک سری برداشت‌های فردی، نصایح، مشاهدات و به طور کلی گرایشاتی که احتمال دارد درست یا

نادرست باشد، تشکیل دهد. در هر حال رفتار انسان و در نتیجه مدیر در نهایت ناشی از مجموعه گرایشات و طرز تلقی وی می‌باشد که اگر مبتنی بر تئوری‌های علمی نباشد، طبیعتاً بر پایه «تئوری‌های» غیر علمی و به اصطلاح «من درآوردی» خواهد بود. پس بهتر است که مدیر آموزشی مجهز به برداشت‌های صحیح ناشی از تئوری‌های علمی باشد و واضح است که در این صورت احتمال کامیابی مدیر بیش از احتمال ناکامی اوست.

برخی چنین می‌پندارند که دنیای علم و تئوری متفاوت است. یعنی آنچه که در کتاب‌ها می‌نویسند، ذهنی بوده و صرفاً جنبه مطالعاتی دارد ولی آنچه در عمل اتفاق می‌افتد چیز دیگری است. مثلاً مدیران مدارس ممکن است چنین تصور کنند که اداره مدرسه ارتباط چندانی به آنچه دانشمندان درباره اداره مؤسسات آموزشی صورت‌بندی کرده‌اند، ندارد. در حالیکه این برداشت‌ها نمی‌تواند به هیچ وجه صحیح باشد و اگر به واسطه کم توجهی مدیران برای به کار بستن یافته‌های علمی هم نباشد، حداقل به دلیل کم اطلاعی، فقر علمی و یا گرایشات نادرست نسبت به علم و تئوری سازمانی است چرا که اگر تئوری خود منتج از واقعیت است که باید هم چنان باشد، چیزی عملی است و باید بتواند صورت عملی پیدا کند. در غیر اینصورت، اطلاق تئوری بر آن صحیح نبوده و می‌بایستی نامی مانند «نظر شخصی» و غیره بر آن نهاد.

تئوری مدیریت آموزشی مثل چراغی در دست کارورزان است که با روشن کردن جهات مختلف موضوع و شناساندن آن به مدیران آینده، این امکان را برای آنان فراهم می‌آورد که با شناخت صحیح سازمان آموزشی به عنوان یک سیستم اجتماعی و با استفاده از مهارت‌های مدیریت، در هر مورد تصمیمی عقلانی اتخاذ کرده و اقدام متناسب و مقتضی به عمل آورند. تئوری و یافته‌های علمی به منزله راهنماهای مدیران در عمل می‌باشند که آنان را برای عملکرد صحیح راهنمایی می‌کنند.

به طور خلاصه موارد زیر در ارتباط با نقش تئوری و علم در عمل مدیران آموزشی قابل ذکر می‌باشند:

- تئوری‌های مدیریت آموزشی، راهنمای عمل مدیران است؛
- عملی که با تکیه بر تئوری انجام پذیرد، معنی‌دارتر و موجه‌تر است؛
- تحقیقات علمی ناشی از عمل مدیریت، در صورتی می‌تواند به عنوان یک کل معنی دار باشد که در نهایت به یک یا چند تئوری مربوط شود؛
- تئوری‌های مدیریت آموزشی برای اصلاح هر چه بیشتر باید بر تحقیقات علمی متکی باشند؛
- تحقیقات علمی، واقعیت روابط بین پدیده‌های سازمانی را که مدیران در عمل با آنها سرو کار دارند، تبیین می‌کنند؛
- هدف تئوری‌ها و یافته‌های علمی مدیریت آموزشی، اصلاح رفتار در سازمان-ها است؛
- تئوری‌ها، یافته‌ها و روش‌های علمی و نیز عمل کارورزان، به طور متقابل یکدیگر را تصحیح و تکمیل می‌کنند.

انواع تئوری‌های مدیریت آموزشی

تئوری نوع اول: بر صفات شخصیتی، صفات فیزیکی و توانایی‌های رهبران تأکید دارد؛

تئوری نوع دوم: بیشتر روی رفتار رهبران تأکید دارد؛

تئوری نوع سوم: به شناسایی موقعیتی که رهبران با صفات مشخصه خاصی در آن اعمال رهبری می‌کنند، می‌پردازد؛

تئوری نوع چهارم: این تئوری به رابطه بین رفتار رهبر و مشارکت در امر تصمیم‌گیری اشاره دارد (۳).

اگر مهارت‌های سه‌گانه مدیریت را به عنوان ملاک برای این تقسیم‌بندی در نظر بگیریم، با سه نوع تئوری مواجه خواهیم بود:

۱- تئوری‌های رفتاری

این تئوری‌ها عوامل مربوط به انسان‌ها و روابط بین آنها را تشریح و توصیف کرده و سعی دارند که سازمان آموزشی را از این حیث که در برگیرنده انسان‌ها بوده و تحت قانون‌بندی‌های پیچیده ولی قابل درک فعالیت می‌کند، به تصویر بکشند. تئوری‌های رفتاری در برگیرنده مفاهیمی نظیر نیاز و انگیزش، پاداش و تنبیه، رضایت و عدم رضایت رفتارهای فردی و گروهی است و به زبان ساده می‌توان چنین گفت که این تئوری‌ها اگر چه بعد سازمانی مؤسسات آموزشی را نادیده نمی‌گیرند ولی غالباً مربوط به مهارت انسانی مدیریت هستند.

۲- تئوری‌های اداری

تئوری‌های اداری به توضیح و تشریح مفاهیم سازمانی، از این حیث که وجه مشترک همه مؤسسات منجمله مؤسسات آموزشی است، می‌پردازد. این تئوری‌ها در برگیرنده مفاهیمی نظیر: فرآیند مدیریت (برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل)، آمار حسابداری، روش‌های تدریس، امور مالی و فناوری آموزشی می‌باشند. تئوری‌های اداری اگر چه بعد انسانی مؤسسات آموزشی را نادیده نمی‌گیرند ولی بعد سازمانی را در مرکز توجه قرار می‌دهند. این تئوری‌ها غالباً به مهارت فنی مدیریت مربوط می‌شوند. به عبارت دیگر مدیر را برای کسب مهارت در امور فنی مدیریت آماده می‌کنند.

۳- تئوری‌های ادراکی

تئوری‌های ادراکی درصدد ارایه تصاویری از کلیت سازمان‌های آموزشی یعنی ابعاد انسانی و سازمانی به طور توأمان می‌باشند. یعنی درصدد شناساندن سازمان به عنوان یک پدیده مرکب و یا به عنوان یک سیستم اجتماعی هستند که هم متأثر از

انسان‌ها است و هم از سازمان، هم متأثر از عوامل درون سازمانی است و هم از عوامل برون سازمانی.

سه تئوری به عنوان نمونه و مدخل برای تئوری‌های مدیریت آموزشی مطرح است که شامل موارد زیر است:

- تئوری سلسله مراتب نیازها (از جمله تئوری‌های رفتاری)
- تئوری ارتباطات (از جمله تئوری‌های اداری)
- تئوری تصمیم‌گیری (از جمله تئوری‌های ادراکی)

خلاصه

در این فصل مفهوم تئوری و نقش آن در مدیریت توضیح داده شد. شاید برخی براین پندار باشند کارکرد مدیران در عمل مبتنی بر تئوری نیست ولی با کمی دقت می‌توان دریافت که چنین نیست. اعمال هر مدیر چه به طور آگاهانه و یا غیر آگاهانه، مبتنی بر جمع‌بندی وی از مجموعه معلومات، دانسته‌ها، مفروضات و گرایشات او می‌باشد. لازمه مدیریت آموزشی پویا، مؤثر دانستن مبانی نظری و تئوری‌های علم مدیریت آموزشی و ارتباط آنها با عمل می‌باشد.

بخش ۶

مهارت ارتباطی در مدیریت آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- دلایل اهمیت ارتباط در مؤسسات ۴- انواع ارتباطات را نام برده و آنها را آموزشی را بیان کند. توضیح دهد.
- ۲- اجزای ارتباط را نام برده و تعریف ۵- انواع موانع ارتباطی را نام برده و آنها را نماید. توضیح دهد.
- ۳- در مورد ارتباط مؤثر و اهمیت آن در ۶- در مورد چگونگی نقش مدیریت در آموزش بویژه آموزش سلامت بحث نماید. برقراری ارتباط مؤثر با مخاطبین در آموزش سلامت بحث نماید.

ارتباط فرآیند ارسال پیام از جانب فرستنده و دریافت و فهم آن از جانب گیرنده است و زمانی که پیام ارسالی توسط گیرنده دریافت شد و وی منظور واقعی پیام را درک نمود ارتباط برقرار شده است (۳). لوندبرگ^۱ شارگ^۲ و لارسن^۳ ارتباط را عبارت از انتقال معانی یا پیام از طریق نمادهایی چند می‌دانند. به نظر این سه دانشمند، زمانی که انسان‌ها از طریق نمادهایی چند به تأثیر بر یکدیگر می‌پردازند، در ارتباط با یکدیگر قرار گرفته‌اند (۳۳).

همان‌گونه که در مبحث مدیریت آموزشی گفته شد، یکی از مهارت‌های مدیران مهارت ارتباطی می‌باشد که در طی آن مدیر با برقراری ارتباطات مختلف، وضعیت موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در آموزش سلامت، ارزیابی اولین مرحله فرآیند ارتباط است. طی این مرحله برقرارکنندگان ارتباط، با برنامه‌ریزی راه‌کارهای برقراری ارتباط، بر پایه نیازها وضعیت فرهنگی و عادات مخاطبین به جمع‌آوری اطلاعات می‌پردازند. برای این که برقرارکنندگان ارتباط بتوانند یک برنامه ارتباطی متمرکز رفتار را به اجرا بگذارند، باید مفهوم رفتار مطلوب را مشخص نمایند و همچنین اطلاعاتی در مورد عملکرد بهداشتی فعلی گروه هدف و سوابق و پیامدهای تأثیرگذار بر این عمل‌کردها را گردآوری نمایند. این اطلاعات در مواردی چون برنامه‌ریزی برای انتخاب رفتارهای هدف، طراحی راه‌کارها و تعیین چگونگی استفاده از کانال‌های ارتباطی، کاربرد رسانه‌های مبتنی بر گروه هدف حمایت نهادی و کانال‌های ارتباطی شخصی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸). برقرار نمودن ارتباط در آموزش سلامت یک اقدام سیستماتیک برای ایجاد تأثیرات مثبت در فعالیت‌های سلامت عمومی است، به این مفهوم که برقراری ارتباط مؤثر در سلامت، ترکیبی از علم و هنر است. با این وجود یکی از کلیدهای دستیابی به موفقیت، استفاده از

^۱ - G.A.Lund berg

^۲ - C.C..S-Charg

^۳ - O.N.Larsen

روش‌شناسی ارتباطات در سلامت به طریق سیستماتیک در رویارویی با مشکلات سلامت عمومی است. برقرارکنندگان ارتباط در سلامت با این نظر که فرایند ارتباط باید به تناوب با شنیدن و عمل نمودن، بررسی و عمل شود، توافق نظر دارند (۸).

ارتباط بهداشتی، هنر و فن اطلاع رسانی، تأثیرگذاری، تحریک نمودن فرد، سازمان یا مؤسسه و مخاطبان عمومی درباره مباحث مهم سلامتی می‌باشد. وسعت ارتباط بهداشتی شامل پیشگیری از بیماری‌ها، ارتقای سلامت، تصویب و اجرای سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت افراد در جامعه است (۳۱).

ارتباطات بهداشتی یک استراتژی کلیدی برای آگاه سازی جامعه درباره مسایل و نگرانی‌های مرتبط با سلامت و همچنین برای قراردادن مسایل بهداشتی در برنامه کار عموم مردم است. استفاده از رسانه‌های ارتباط جمعی، نوآوری‌های فناوری برای انتشار و یا پخش اطلاعات مفید در میان جامعه، افزایش آگاهی در مورد جنبه‌های معینی از سلامت فردی و جمعی و همچنین اهمیت سلامت در توسعه از مصادیق ارتباطات بهداشتی می‌باشد.

ارتباطات بهداشتی در راستای اعتلای وضعیت سلامتی افراد و جوامع بوده و بخش وسیعی از فرهنگ مردمی جدید به وسیله رسانه‌های ارتباط جمعی و روش‌های چند رسانه‌ای منتقل می‌شود که ممکن است مضامین مثبت و منفی در رابطه با سلامت داشته باشد.

ارتباطات بهداشتی زمینه‌های گوناگونی را در بر می‌گیرد از جمله آموزش از طریق برنامه‌های تفریحی، چاپ مطالب بهداشتی در روزنامه‌ها، ارتباطات بین فردی، حمایت همه‌جانبه رسانه‌ها، ارتباطات سازمانی، ارتباطات حین خطر، ارتباطات اجتماعی و بازاریابی اجتماعی.

ارتباطات بهداشتی می‌تواند اشکال متعددی به خود بگیرد، از رسانه‌های ارتباط جمعی و بسیج چند رسانه‌ای گرفته تا ارتباطات سنتی و ارتباطات مبتنی بر فرهنگ-های ویژه از قبیل: قصه‌گویی، عروسک‌بازی و ترانه‌سرایی. همچنین می‌تواند به شکل پیام‌های بهداشتی مشخص درآید و یا به صورت ادغام یافته در رسانه‌های موجود مانند نمایش‌های تلویزیونی (سریال‌های عاطفی) با هدف ارتباطات و انتقال پیام بهداشتی، دست یابد.

پیشرفت در ارتباطات رسانه‌ای، مخصوصاً در شیوه‌ها و فناوری‌های جدید منجر به بهبود دسترسی به اطلاعات بهداشتی می‌شود. در این رابطه، ارتباطات بهداشتی به طور روزافزون به عنوان یک عنصر مهم برای دستیابی بیشتر به توانمندسازی افراد و جوامع درآمده است (۳۲).

ارتباطات در مؤسسات آموزشی و یا در هر فرآیندی که آموزش محتوی آن است، حایز اهمیت می‌باشد و از جمله دلایلی که می‌توان در این خصوص برشمرد شامل موارد زیر است:

الف- جریان آموزشی به طور کلی برمحور برقراری ارتباط بین فراگیر و آموزش دهنده استوار است.

در آموزش سلامت، هدف از ارتباط برای سلامت مطالعه و استفاده از راهبردهای ارتباطی برای شکل‌دهی و تأثیرگذاری بر تصمیمات تقویت‌کننده سلامت افراد و جامعه می‌باشد. ارتباطات برای سلامت، حوزه‌های ارتباط و سلامت را با یکدیگر مرتبط نموده و به طور فزاینده‌ای به عنوان عنصری اساسی در تلاش‌های بهبود سلامت فردی و اجتماعی شناخته شده است. در همه ابعاد آموزش و پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت، برقراری ارتباط و مدیریت صحیح آن لازم است و بستگی به شرایط زیر دارد:

- روابط بیمار و متخصصان سلامت

- موقعیت افراد در جستجو و استفاده از اطلاعات سلامت
 - تبعیت افراد از توصیه‌ها و رژیم‌های بالینی
 - ایجاد پیام‌های سلامت همگانی و اجرای بسیج‌های آموزشی
 - انتشار اطلاعات درباره رفتارهای مخاطره آمیز فردی و جمعی
 - آموزش مشتریان درباره نحوه دسترسی به سیستم ارایه خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت بهداشتی
 - توسعه کاربرد ارتباطات در سلامت با استفاده از فناوری های مخابراتی
- (۳۴)

ارتباطات اثربخش برای سلامت می‌تواند به افزایش آگاهی افراد از مخاطرات سلامت و راه حل آنها، ایجاد انگیزه و مهارت‌های مورد نیاز برای کاهش مخاطرات مذکور، کمک به آنها برای جلب حمایت افراد دچار وضعیت‌های مشابه و تغییر یا تقویت نگرش آنها کمک کند. هم چنین ارتباطات برای سلامت می‌تواند تقاضای خدمات بهداشتی مناسب را افزایش داده و از تقاضای خدمات بهداشتی نامطلوب بکاهد. ارتباطات برای سلامت می‌تواند اطلاعات در دسترس برای کمک به انتخاب-های پیچیده نظیر انتخاب برنامه‌ها، مراقبان و درمان‌های سالم را فراهم سازد. اقدامات ارتباطات برای سلامت در چند حیطه با ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری همکاری دارد:

- بهبود تعاملات بین فردی و گروهی در موقعیت‌های بالینی از طریق آموختن مهارت‌های ارتباطی مؤثر به متخصصان سلامت و بیماران چرا که وقتی همه قادر به برقراری ارتباط مناسب باشند، روابط گروهی تقویت می‌شود؛
- انتشار پیام‌های سلامت از طریق بسیج آموزش همگانی پیش‌بینی شده برای تغییر فضای اجتماعی به فضای مشوق رفتارهای سالم، موجب ارتقای آگاهی و تغییر نگرش و محرک افراد برای سازش با رفتارهای توصیه شده. بسیج‌ها به طور سستی

برای ارایه پیام‌ها متکی بر رسانه‌های ارتباط جمعی نظیر تبلیغات عمومی بر بیل- بوردها، رادیو و تلویزیون و پیام‌های آموزشی در مواد چاپی نظیر پمفلت‌ها می- باشند (۳۴).

ویژگی‌های ارتباطات مؤثر:

- ۱- صحت: پیام بایستی معتبر و عاری از خطا در واقعیت، تفسیر و قضاوت باشد؛
- ۲- فراهم بودن: پیام باید در جایی ارایه شود که مخاطب بتواند به آن دسترسی یابد؛
- ۳- توازن: پیام باید در مکان و زمان‌های مقتضی، مزایا و مخاطرات اقدامات بالقوه را منعکس سازد یا تفاوت‌ها و چشم انداز معتبر مباحث را مشخص سازد؛
- ۴- پایداری: ساختار درونی پیام بایستی با گذشت زمان غیرقابل انکار باشد و در قبال اطلاعاتی که از سایر منابع کسب می شود نیز پایدار باشد؛
- ۵- قابلیت فرهنگی: پیام بایستی با توجه به ویژگی‌های گروه‌های هدف منتخب و نیز سطح آموزشی و ناتوانی آنها طراحی و ارزشیابی گردد؛
- ۶- متکی بر شواهد: پیام‌های ارتباطی بایستی متکی بر شواهد علمی مناسب و منتج از بررسی‌های جامع و تحلیل‌های همه‌جانبه برای تنظیم دستورالعمل‌ها، کاربرد، سنجش، اجرا بررسی معیار و تکنولوژی ارزیابی کاربرد باشد؛
- ۷- رسیدن به گروه هدف: پیام بایستی به بیشترین تعداد ممکن از جمعیت گروه هدف برسد و یا در دسترس آنها باشد؛
- ۸- اعتبار: منبع پیام بایستی موثق و خود پیام باید منطبق با زمان باشد؛

۹- تکرار: ارایه و دسترسی به پیام باید تداوم یافته یا در طول زمان، هم برای تقویت تاثیر بر مخاطبان معین و هم برای رسیدن به گروه جدید مخاطبان تکرار شود؛

۱۰- به موقع بودن: پیام بایستی هنگامی که مخاطب بیشترین پذیرش یا نیاز به اطلاعات ویژه را دارد، ارایه گردد و از کانال های موجود ارتباطی استفاده کرده و قابل قبول و انطباق شد (۴۷).

ب - هر آموزشی به دنبال اهدافی است و برای پیاده کردن اهداف خود نیاز به برقراری ارتباط بین آموزش دهنده و مسئولین دارد. زمانی که خواسته باشیم در یک زمینه مشخص بهداشتی به برنامه ریزی بپردازیم و یا در حوزه ای محدودتر برنامه درسی ویژه ای را به مرحله اجرا درآوریم، باید قبل از هرچیزی هدف های کلی را که می باید در پایان دوره به آنها دست یابیم، مشخص نماییم. در اینجا منظور از تعیین هدف، مشخص کردن چارچوبی است که تغییرات مورد نظر را در آموزش گیرنده تعیین نماید. به عبارت دیگر باید مشخص نماییم پس از پایان موفقیت آمیز برقراری ارتباط چه تغییراتی باید در فراگیر بوجود آید. یک آموزش دهنده سلامت باید به دقت روشن کند که از فراگیران خود انتظار دارد که در پایان دوره چه کاری را انجام دهند (آنچه که پیش از اجرای برنامه انجام نمی داده اند). به عبارت دیگر هدف عبارت است از آن دگرگونی یا تغییر معین و از پیش تعیین شده ای که در نظر است در فراگیرنده ایجاد شود. بر اثر اجرای برنامه، فراگیرنده باید بتواند کارهایی را انجام دهد که تا قبل از برقراری ارتباط قادر به انجام آن نبوده است (۳۵). امروزه هیچ فعالیت و تلاشی بدون انتخاب و تدوین هدف صورت نمی گیرد. مسلماً، در رابطه با لزوم تعیین و تدوین اهداف برقراری ارتباط، دلایل زیادی را می توان مطرح نمود که در زیر به چند دلیل که دارای اولویت بیشتری هستند، اشاره می کنیم:

* مشخص کردن هدف، پیدا کردن مسیر و جهت حرکت را آسان تر می کند؛

* نظر به اینکه تعیین و تدوین و یا اضافه کردن محتوا بدون توجه به اهداف، جنبه علمی ندارد، بنابراین وجود اهداف، راهنمای بسیار خوبی برای این منظور به شمار می‌رود؛

* چون انتخاب شیوه‌های تدریس ارتباط مستقیم و نزدیکی با محتوای آموزشی دارد بنابراین وجود اهداف به انتخاب درست و منطقی آنها نیز کمک می‌کند؛

* نظر به اینکه مواد و وسایل ارتباطی مورد استفاده بایستی با توجه به محتوا و شیوه‌های تدریس انتخاب شود، بنابراین می‌توان وجود اهداف آموزشی را در انتخاب مواد و وسایل آموزشی دخیل دانست؛

* چون ارزشیابی پیشرفت تحصیلی بایستی براساس محتوای تدریس شده به عمل آید بنابراین نقش اهداف در طراحی و اجرای یک ارزشیابی منطقی، کاملاً انکارناپذیر به نظر می‌رسد؛

* نظر به اینکه انتخاب و توصیه فعالیت‌های آموزشی - تجارب یادگیری - برای فراگیران بایستی با توجه به محتوای مورد تدریس صورت گیرد، بنابراین می‌توان ادعا کرد که اهداف آموزشی در این مورد نیز نقش مؤثری را دارا هستند (۳۵).

آگاهی از وضعیت عملی آموزش، کاستی‌ها و نواقص آن و تعیین رفتارهای هدف منوط به وجود ارتباط واقعی کارکنان آموزشی با تصمیم گیرندگان نظام آموزشی می‌باشد. انتخاب رفتارهای هدف یکی از دشوارترین تصمیماتی است که در جریان برنامه‌ریزی اتخاذ می‌شود. از دیرباز، برقرارکنندگان ارتباط به طور سستی در تلاش برای آرایه اطلاعاتی جامع در مورد مشکلات بهداشتی بوده و رفتارها و پیام‌های بیش از حد زیادی را در برنامه‌های خود لحاظ می‌کنند اما این تلاش‌ها تأثیر بسیار اندک بر تغییر رفتار داشته‌اند ولی برنامه‌های برقراری ارتباط که به تغییر رفتار رسیده‌اند، بر تعدادی از رفتارهای عملی و محدود متمرکز شده‌اند.

مثلاً در یک برنامه ایمن سازی موفق که در فیلیپین انجام شد، پیام های ارتباطی تنها حول این محور دور می زد که در والدین ایجاد انگیزه شود تا وقتی فرزندانشان به سن ۹ ماهگی رسیدند، آنها را در برابر سرخک واکسینه کنند.

سایر موارد مربوط به ایمن سازی در پیام های ارتباطی برای گروه هدف ذکر نشده بود. با این وجود، کارکنان بهداشت به نحوی آموزش دیده بودند که به محض ورود کودکان برای واکسیناسیون در برابر سرخک، تمام برنامه های ایمن سازی را برای آنها انجام می دادند.

بنابراین برقرارکنندگان ارتباط برای به دست آوردن تغییر رفتار باید اکثریت «رفتارهای ایده آل» را حذف کرده و تعدادی از رفتارهای هدف عملی را محور برنامه ارتباطی خود قرار دهند (۳۶).

مؤسسات آموزشی هم برای مطلع ساختن فراگیران از اهداف و انتظارات آموزشی و هم مطلع ساختن مسوولین از انتظارات، مشکلات و مقتضیات محیط آموزشی، به ارتباط نیاز دارند. در آموزش سلامت برای برقراری ارتباط مؤثر با مخاطبین می بایست با در نظرگیری شرایط جامعه مورد نظر، برنامه ریزی نمود. زمانی این ارتباط مؤثر خواهد بود که از قبل به شناسایی و تجزیه و تحلیل منطقه و مردمی که هدف برنامه ها هستند، پرداخته و براساس داده های کسب شده، به طرح و تنظیم برنامه های آموزش سلامت اقدام شود. اهم این اطلاعات عبارتند از:

* وضع جغرافیایی: وسعت، حدود جغرافیایی، آب و هوا، میزان بارندگی، کوه ها، منابع آب، وضع راه ها ؛

* جمعیت: تعداد کل جمعیت، تراکم جمعیت، جمعیت شهرنشین، جمعیت روستانشین گروه های مذهبی، مشاغل و حرفه ها؛

* وضع اقتصادی: میزان درآمد سرانه، کشاورزی، محصولات عمده، صادرات مهم منطقه؛

* آموزش و پرورش: تعداد مراکز آموزشی (کودکستان، دبستان، راهنمایی، دبیرستان مراکز تربیت معلم، مدارس حرفه‌ای، دانشکده) تعداد معلمان، دانش‌آموزان، دانشجویان درصد افراد باسواد؛

* زبان، مذهب، اعتقادات، آداب و رسوم و...؛

* وضع بهداشتی: میزان مرگ و میر، میزان شیوع بیماری‌ها، بیماری‌های واگیر اطفال وضع بهداشت محیط نظیر منابع آب آشامیدنی، دفع زباله و مدفوع، آلودگی هوا...و وضع تغذیه عمومی؛

* منابع و امکانات بهداشتی: اطلاعات درباره تسهیلات بهداشتی شامل تعداد بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، سازمان‌های اختصاصی، اطلاعات درباره نیروی انسانی بهداشتی شامل تعداد و انواع و محل فعالیت افراد مختلف که در امور بهداشتی و درمانی فعالیت دارند؛

* وضع جغرافیای سیاسی: تقسیم‌بندی از نظر تقسیمات کشوری شهرستان، بخش‌روستا، سازمان‌های موجود در محل و کارکنان آنها نظیر جمعیت هلال احمر، کانون کارآموزی، پرورشگاه‌های شبانه‌روزی، خانه‌سالمندان، استراحتگاه‌های روانی و غیره؛

* احتیاجات بهداشتی منطقه: باید توجه داشت که این ما نیستیم که احتیاجات مردم را تعیین و مشخص می‌کنیم بلکه خود مردم باید تشخیص دهند که به چه چیزی احتیاج دارند زیرا در غیر این صورت هرگز در اجرای برنامه‌ها همکاری نشان نخواهند داد. نقش مربی بهداشت در این میان، درک نیازهای مردم طبق عقیده و نظر خودشان و راهنمایی و آموزش آنها برای درک احتیاجات بهداشتی واقعی خویش است؛

* درجه‌بندی مسایل و مشکلات از نظر اهمیت: باید دید کدام مسأله بهداشتی از نظر مردم از همه مهم‌تر است و زودتر از بقیه باید رفع شود. این مسایل و مشکلات

در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف یک کشور ممکن است، متفاوت باشد. در برنامه‌ریزی باید به آن دسته از مشکلات و مسایل که مورد توجه مردم بوده و حل آنها به طور نسبی آسان باشد و هزینه و نیروی کمتری را ایجاب کند، اهمیت داده شود؛

* گروه‌های هدف: در برنامه‌ریزی‌های آموزش سلامت، گروه‌های هدف حتماً باید مشخص باشد. منظور از گروه هدف (مخاطبین) عده‌ای از مردم هستند که برنامه آموزشی در مورد و برای آنها اجرا می‌شود. مثلاً وقتی یک دوره کوتاه مدت آموزشی برای فروشندگان مواد غذایی اجرا می‌شود، این گروه یعنی فروشندگان مواد غذایی را گروه هدف می‌نامیم. در بعضی برنامه‌ها، گروه هدف اصلی و واقعی غیر از آن گروهی است که ظاهراً به نظر می‌آید. مثلاً در برنامه‌های آموزشی سلامت مادر و کودک، گروه هدف برنامه‌های آموزشی در مورد تغذیه یا واکسیناسیون کودکان، مادران هستند نه کودکان که ظاهراً گروه هدف به نظر می‌رسند (۳۵).

مدیریت مؤسسات آموزشی برای کنترل، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، هماهنگی و انجام دیگر وظایف خود به ارتباط نیازمند هستند. برقرارکنندگان ارتباط در هنگام تصمیم‌گیری درباره بهترین راه کار برقراری ارتباط، باید عوامل متعددی از قبیل مسایل پزشکی، سیاسی، مالی، تدارکاتی و فنی را در نظر بگیرند. در انتخاب راه کارهای برقراری ارتباط، برقرارکنندگان ارتباط باید ببینند که آیا عدم اجرای صحیح یا اجرای ناقص رفتار هدف به علت عدم وجود مهارت‌های کافی ارتباطی است و یا به دلیل نبودن شرایط مناسب (کمبود شرایط اجرا) که در حالت اول باید به آموزش و ایجاد مهارت ارتباطی در افراد پرداخت و در حالت دوم نیاز به برداشتن موانع اجرایی رفتار مطلوب می‌باشد که این موانع شامل: تنبیه‌شدن فوری بعد از انجام رفتار سالم - نبود نتیجه فوری و اولیه بعد از انجام رفتار سالم - وقتی عدم اجرا

شایسته‌تر از انجام آن باشد - وقتی سایر رفتارها پاداش بیشتری بگیرد و وقتی رفتار پیچیده و پرهزینه باشد (۸)، می باشد.

به طور خلاصه می‌توان گفت که مدیران بالاخص مدیران آموزش سلامت برای انجام هر نوع فعالیتی، ناگزیر از کاربرد ارتباطات هستند. گرچه ارتباطات برای پیاده کردن مهارت‌های سه‌گانه فنی، ادراکی و انسانی ضرورت دارد، معه‌ذا واضح است که ارتباط در خصوص مهارت انسانی دارای اهمیت بیشتر است و درعین حال با مشکلات فراوان‌تری مواجه می‌باشد.

انواع ارتباط

ارتباط را می‌توان به طرق مختلف تقسیم‌بندی کرد:

۱- ارتباط رسمی و ارتباط غیر رسمی

ارتباط رسمی آن است که به طور عمودی یعنی از بالای هرم سازمانی به پایین و یا به طور صعودی یعنی از پایین هرم سازمانی به بالا، در داخل سازمان جریان پیدا می‌کند و ارتباط غیر رسمی آن است که به صورت افقی در بین واحدها و یا در بین کارکنان هم سطح جاری می‌شود. در واقع ارتباط رسمی به سازمان رسمی و ارتباط غیر رسمی، به سازمان غیر رسمی تعلق دارد. آشکار است که ارتباط چه به صورت فرامین و دستورات، بخشنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها، اهداف و سیاست‌ها، تشویق و تنبیه از جانب مافوق و چه به صورت گزارش عملکردها، شکایات و پیشنهادات از جانب کارکنان، همه از نوع ارتباط رسمی هستند ولی ارتباط به شکل اطلاع‌رسانی، خبرگیری، هم‌دردی، صحبت‌های دوستانه و حتی به صورت شایعات از نوع ارتباطات غیر رسمی هستند. چگونگی «ارتباط» بین سازمان رسمی و غیر رسمی، خود تعیین‌کننده شکل و محتوای رسمی و غیر رسمی است. هنگامی که یکی از آنها با عدم دقت همراه بوده و پاسخگوی نیاز اطلاعاتی کارکنان نباشد، دیگری قوام

بیشتری می‌یابد و بر عکس به عنوان مثال یکی از عوارض بزرگ مربوط به ارتباطات یعنی شایعات، ناشی از عدم کفایت و یا عدم دقت در ارتباط رسمی است که در نهایت موجب کاهش اعتماد و اطمینان کارکنان به ارتباط رسمی و روی آوردن آنها به ارتباط غیر رسمی می‌شود (۳). ارتباطات در سلامت، اقدام سیستماتیک برای ایجاد تأثیرات مثبت در فعالیتهای سلامت عمومی است که هم به صورت رسمی و هم غیر رسمی می‌باشد و اهداف اولیه آن، بهبود رفتارهای مرتبط بهداشتی و وضعیت سلامت است. اگر چه بسیاری از متخصصینی که در این حیطه فعالیت دارند، تفاوت‌هایی را بین عبارات «آموزش سلامت»، «ارتباطات برای سلامت»، «ارتقای سلامت» و «اطلاعات، آموزش و ارتباطات» قایل هستند، اما در دنیای واقعی، بین آنها هم پوشانی‌های زیادی وجود دارد (۸).

۲- ارتباط کلامی و ارتباط ابزاری

ارتباط شفاهی آن است که بدون استفاده از هر وسیله دیگر از گیرنده به فرستنده منتقل می‌شود مانند آنچه که در گفتگوی شفاهی و حضوری و یا تلفنی اتفاق می‌افتد. آشکار است که در این حالت، معنی و مفهوم پیام از طریق لفظ و یا کلام انتقال داده می‌شود بنابراین می‌توان آن را ارتباط کلامی نیز دانست. ارتباط ابزاری نیز آن است که ارتباط با استفاده از وسایل اعم از دستگاه، نوار، عکس و نامه برقرار گردد. می‌توان مشخصه ارتباط ابزاری را در به جای گذاشتن نوعی سند و مدرک دانست که در ارتباط شفاهی صادق نیست.

ناگفته پیداست که ارتباط ابزاری به خاطر سندیت بیشتر با ارتباط رسمی در سازمان همراه است زیرا می‌توان در موارد لازم به آن استناد کرد ولی ارتباط شفاهی از چنین موقعیتی برخوردار نیست. با وجود این مدیران به همان اندازه به ارتباط شفاهی نیاز دارند که به ارتباط ابزاری نیاز دارند. آنان بسیاری از مسایل اداری را

الزاماً نه از طریق ارتباط رسمی و ابزاری بلکه از طریق ارتباط غیررسمی و شفاهی به پیش می‌برند. اقناع، ترغیب توجیه، تشویق و حتی تنبیه و توبیخ تا حد زیادی به شکل شفاهی ابراز می‌شود.

با وجود این، ویژگی‌ها و توانایی‌های ارتباط کتبی باعث شده است که نامه اداری مهم‌ترین و معتبرترین وسیله ارتباط در سازمان‌ها با وجود انواع وسایل ارتباطی باقی بماند.

در برخی از متون علمی ارتباط ابزاری، به مفهوم ارتباطی که دارای جهت‌گیری شناختی است و ارتباط شفاهی به معنای ارتباطی که مربوط به روش‌ها، هنجارها و ارزش‌هاست به کار می‌رود.

ناگفته پیداست که نباید اهمیت ارتباط کلامی را نادیده گرفت زیرا که نه تنها بسیاری از ارتباطات در سازمان‌ها از طریق چنین ارتباطی صورت گرفته و شکل غالب ارتباطات در جلسات، سخنرانی‌ها، و گفتگوهای غیررسمی و دوستانه در بین کارکنان می‌باشد بلکه در برگیرنده لحن و صوت و زیر و بم ارتباط بوده و می‌تواند با حرکات بدنی و علائم چهره افراد نیز همراه باشد. بنابراین انتقال پیام از جانب فرستنده و ادراک آن از جانب گیرنده می‌تواند با توفیق بیشتر و بهتری به انجام رسد. این جنبه از ارتباط شفاهی را برخی‌ها تحت عنوان ارتباط غیرکلامی یعنی ارتباط با استفاده از حرکات اندام‌های بدن و حرکات و حالات صورت نام می‌برند. ارتباط غیرکلامی از این جهت که دارای ظرفیت و توانایی انتقال احساسات و هیجانات مختلف نظیر ترس خشم، شادی، شرم، عصبانیت و غیره می‌باشد، دارای اهمیت زیادی است.

بدین ترتیب چه بسیار پیام‌هایی که نگفته و نشنیده هستند ولی حتی بهتر از پیام‌های بیانی و ابزاری، مبادله شده و انتقال داده می‌شوند (۳).

مرزهای ارتباط کلامی و غیرکلامی دقیقاً مشخص نشده است. واقعی ترین نمونه ارتباط کلامی شامل زبان نوشتاری و گفتاری است و برای ارتباط غیرکلامی می توان بیان چهره‌ای و اشارت بدنی را مثال زد. پیام‌های غیرکلامی به پیام‌های غیرکلامی ارادی نظیر حرکات و اشارات ارادی و غیر ارادی نظیر تغییر اندازه مردمک تقسیم بندی می شوند. قبل از تکامل شیوه‌های ارتباط کلامی از سوی انسان، ارتباط بدنی از قسمت‌های اصلی سیستم ارتباطی ارتباط غیرکلامی، تمثیلی است یعنی مقداری از صفات اختصاصی مربوط به معنی عناصر در آن وجود دارد، به همین علت یادگیری آن نیاز به آموزش کمتری دارد. ویژگی دیگر ارتباط غیرکلامی پیچیدگی آن است. در کل ارتباط غیرکلامی، دلالت بر احساسات حقیقی ما دارد به شرطی که نظارت بیشتری از جانب ما بر روی بیان چهره‌ای احساساتمان نباشد.

ارتباط غیرکلامی ترکیبی از تمام سیستم‌های ارتباطی است. برای رسیدن به سیستم ارتباط غیرکلامی از کانال فرستنده شروع می کنیم. هر فرستنده حداقل چهار دستگاه اصلی به عنوان کانال دارد که شامل چهره، چشم، بدن و صدا می باشد و گیرنده پیام نیز پنج کانال اصلی شامل نمود چهره، نمود چشم، شنوایی، نمود بدن و لمس بدن و سه کانال کوچک شامل: شنوایی بدن، بویایی بدن و لمس صورت دارد. ترکیب کانال‌های فرستنده و گیرنده حاکی از نوع ارتباط غیرکلامی جاری است. در دریافت پیام‌های غیرکلامی، شنیدن و دیدن اهمیت ویژه‌ای دارد. علت تمایز و برتری دیدن و شنیدن در مقابل سایر حس‌ها، چند ویژگی آنها است که شامل موارد زیر است:

- * عمل دریافت پیام به طور مداوم انجام می گیرد؛
- * پیام‌ها هم زمان و یا به طور متوالی دریافت می شود؛
- * گیرنده پیام می تواند از این دو حس به طور انتخابی برای دریافت پیام‌ها استفاده کند.

دیدن در مقابل شنیدن، از برتری ویژه‌ای برخوردار است. در حالی که گوش‌های ما همواره باز است، سیستم شنوایی ما نسبت به بینایی کمتر فعال است. سیستم شنیداری دارای عملکرد پی‌درپی است در حالی که سیستم دیداری دارای توانایی بیشتر و ساده‌تری برای دریافت محرک‌های هم‌زمان است (۳۷).

ارتباط غیرکلامی بسته به بافت ارتباط، اهداف مختلفی را برآورده می‌کند که در ذیل به بعضی از کارکردهای آن اشاره می‌شود:

۱- ارتباط غیرکلامی می‌تواند به طور کامل جایگزین گفتار شود، مانند شخص کروی لالی که برای برقراری ارتباط فقط از دست‌هایش استفاده می‌کند؛

۲- زمانی که نباید منظورمان را با کلمات بیان کنیم چون حمل بر تظاهر و گستاخی می‌شود مانند زمانی که با تندی و خشونت یک بیمار مواجه می‌شویم، باید از ارتباط غیر کلامی استفاده نمود؛

۳- رفتارهای غیرکلامی علاوه بر این که مکمل گفتار هستند، حالات عاطفی را نیز می‌رسانند. مانند آنچه که در لبخند به هنگام خوشحالی اتفاق می‌افتد؛

۴- گاهی رفتار غیرکلامی مخالف و مغایر پیام کلامی است، مانند این که معلمی انتقاد کردن را عمل درستی می‌داند اما به هنگام انتقاد دانش‌آموزان از وی، عصبانی می‌شود؛

۵- پیام‌های غیرکلامی صرف‌نظر از بار هیجانی مطالب، به ترسیم و توصیف محتوای پیام‌ها کمک می‌کنند؛

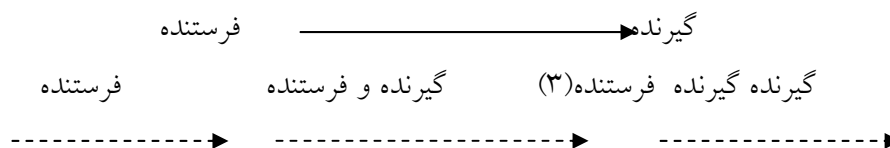
۶- حالات بدن به عنوان یکی از اجزای جدانشدنی فرایند ارتباط، تأکید ما را بر بخش‌های کلامی می‌افزاید؛

۷- به تنظیم جریان ارتباط سخنگو و شنونده کمک می‌کند. به عنوان مثال وقتی تعاملات را در نظر بگیریم، می‌بینیم طرفین صحبت بی‌آنکه به یکدیگر بگویند «شروع کن حالا نوبت تو است» در وقت مناسب تعویض نوبت می‌کنند؛

- ۸- کارکرد دیگر رفتار غیرکلامی این است که با فراهم کردن فیدبک برای تعامل کنندگان، به شروع و حفظ ارتباط کمک می‌کند؛
- ۹- رفتار غیرکلامی هم چنین از طریق تعریف ضمنی روابط، تأثیر قابل توجهی بر دیگران می‌نهد. مثلاً کسی که می‌خواهد بر دیگری تسلط پیدا کند، می‌تواند برای رسیدن به هدف خود به رفتار غیرکلامی متوسل شود مانند صدای بلند، زیاد صحبت کردن، قطع صحبت دیگران، نگاه‌های طولانی، نشستن در راس میز و...
- ۱۰- بالاخره رفتار غیرکلامی به ما کمک می‌کند تا بفهمیم در موقعیت‌های مختلف اجتماعی باید چه رفتارهایی انجام دهیم (۳۸).

۳- ارتباط مستقیم و ارتباط غیرمستقیم

زمانی که پیام‌رسانی از جانب فرستنده، مستقیماً به گیرنده برسد یعنی تنها کسی باشد که پیام از فرستنده به وی ارسال شده باشد، در این صورت ارتباط مستقیم صورت گرفته است. ولی هنگامی که پیام‌رسانی بعد از طی یک یا چند گیرنده به وی برسد، ارتباط غیرمستقیم برقرار شده است. بدیهی است که در شرایط مساوی، دقت پیام غیرمستقیم در مقایسه با پیام مستقیم به مراتب کمتر می‌باشد و این کاهش با افزایش تعداد منابع گیرنده بیشتر می‌گردد. به عبارت دیگر هر قدر پیام، غیرمستقیم‌تر باشد یعنی دست به دست شود پیام بیشتر مخدوش می‌شود.



شکل ۱ - ارتباط مستقیم و غیرمستقیم

علاوه بر انواع ارتباطات فوق باید از ارتباط غیرلفظی دیگری که گاهی وقت‌ها به عنوان «زبان کاذب» و یا «زبان بدنی» از آن یاد می‌شود، نام برد. انواع حالت‌های چهره، حرکات اندام‌های بدن، کیفیت دست دادن، ایما و اشاره و امثال آن را نباید از نظر توانایی انتقال پیام دست کم گرفت. چگونگی دست دادن با افراد، طرز نشستن، نوع برخورد فرد با دیگری، لحن گفتار و سرعت آن، خنده، سرفه، آه و حتی سکوت نیز می‌تواند معنادار بوده و پیامی را به طرف مقابل منتقل سازد.

ارتباط شفاهی و یا بیانی، به صورت چهره به چهره یا رو در رو به دلیل امکان بازخورد آزاد دارای بیشترین اثربخشی می‌باشد، با وجود این نمی‌توان آن را در همه موقعیت‌ها مورد استفاده قرار داد. «ارتباط کتبی» اگرچه معمول‌ترین نوع ارتباط است ولی از اثر بخشی ضعیفی برخوردار است. ارتباط تلفنی با وجود امکان بازخورد لفظی، به دلیل عدم امکان مبادله نشانه‌های بصری بازخورد نظیر «زبان بدنی»، اثربخشی زیادی نداشته و به دلیل عدم امکان نگهداری آن به اصطلاح اداری یعنی بایگانی آن در سازمان‌ها و ادارات به ویژه در موارد بسیار مهم دارای استفاده محدودی است.

خلاصه اینکه هرکدام از انواع ارتباطات دارای محاسن و معایب خاص خود می‌باشد. مضاف بر آن، هر کدام از آنها دارای موانع بالقوه متفاوتی نیز هستند. بنابراین نمی‌توان نوع خاصی از ارتباط را برای همیشه و در همه جا، به نوع دیگر آن ترجیح داد ولی می‌توان بسته به شرایط و موقعیت‌ها با انتخاب آگاهانه از بین آنها به ویژه استفاده هم زمان از چند نوع ارتباط، توفیق بیشتری در انتقال معانی و مفاهیم مورد نظر کسب کرد (۳).

گروه هدف مستقیم: گروهی هستند که خدمات مستقیمی را دریافت می‌کنند تا سلامتی آنها تأمین گردد. برای مثال ماماهاى محلى دوره دیده ممکن است نیاز به آموزش برای انجام زایمان داشته باشند تا مرگ و میر مادران کاهش یابد. در یک

فعالیت اطلاع‌رسانی در پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی نیز ممکن است مردان گروه هدف مستقیم باشند زیرا باید آنها را در استفاده از کاندوم متقاعد نمود.

گروه هدف غیر مستقیم: گروهی که اعمالشان اثرات غیرمستقیم بر سلامت دارد از جمله همسران، منسوبین، دوستان، همسایگان که از گروه‌های هدف غیر مستقیم می‌باشند. یکی از گروه‌های هدف غیرمستقیم بسیار مهم جامعه، رهبران مذهبی می‌باشند. آنان می‌توانند مردان را تشویق کنند که مخارج همسران خود را جهت مراقبت ماهانه یا رفتن به مراکز تسهیلات زایمانی پرداخت کنند (۳۹).

مدیران آموزش سلامت باید در نظر داشته باشند که هر اطلاعی که در مورد بهداشت به جامعه ارایه می‌کنند از طریق تماس‌های غیر رسمی به سایرین منتقل می‌شود. لذا می‌توان از طریق انتخاب اعضای جامعه و تربیت آنان به عنوان «کارشناسان بهداشت همکار»، این روند را آزادانه تشویق کرد. رویکردی که اکنون در بسیاری از برنامه‌های مراقبت بهداشتی اولیه استفاده می‌شود، تشویق جوامع به انتخاب یکی از اعضایشان برای دریافت آموزش ساده به عنوان کارکنان بهداشت روستا یا کارکنان بهداشتی جامعه می‌باشد. آنان می‌توانند به عنوان افراد مؤثر در برقراری ارتباط عمل کنند زیرا همان خصوصیات پیش زمینه‌ای که سایرین دارند را به عنوان همکاران روستایی به اشتراک می‌گذارند. در مدیریت آموزش سلامت، دو روش برای انتخاب افراد عادی در آموزش مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پروژه‌های «دسترسی به خارج» سازمان، آموزش سلامت افراد عادی را به کار می‌گیرد. ممکن است انتخاب آنان از طریق روندی مانند تبلیغ و استخدام و یا انتخابشان به عنوان کسانی که «رهبران عقیدتی» محسوب می‌شوند، صورت گیرد البته در برنامه‌هایی که تأکید بر مشارکت جامعه است، بهترین راه درخواست از جامعه برای انتخاب یک یا چند عضو برای تربیت به عنوان یک آموزشگر عادی سلامت است.

اصول راهنما برای استفاده از کارکنان عادی در برنامه‌های آموزش سلامت

- افراد انتخابی باید منطبق با نیازهای پروژه باشند. اگر سعی دارید به جوانان دست یابید، افراد جوان را به عنوان «آموزشگران همسان» تربیت کنید. اگر با زن‌ها کار می‌کنید از زنانی که از نظر سنی به گروه‌های هدف شبیه‌اند، دعوت کنید؛
- کسانی را انتخاب کنید که مورد احترام جامعه هستند. آنان ممکن است کسانی باشند که در برنامه‌های جامعه فعال‌اند، مانند ماماها، روستایی، مداواگران سنتی و یا سایر افراد مورد احترام؛
- جامعه را در انتخاب داوطلبین درگیر کنید. به این معنی که برایشان در مورد انواع صلاحیت‌های فردی که مورد نیاز هستند مانند امانت، مورد قبول بودن، مهارت در برقراری ارتباط و سابقه آموزش، توضیح دهید؛
- آموزشی را ارایه دهید که کار بردی بوده و شامل روش‌های یادگیری مشارکتی باشد؛
- برای تشویق داوطلبین در کارشان، آموزش مداوم و پشتیبانی منظم مورد نیاز است. برای آنان فرصت‌هایی را برای به اشتراک گذاشتن مشکلاتشان با سایر داوطلبین به وجود آورید (۴۱).

اجزای ارتباط

در جریان هر ارتباط اجزای زیر سهیم هستند :

۱- فرستنده

فرستنده همان منبع پیام است که خبر از آنجا صادر می‌شود. فرستنده می‌تواند یک یا چند رسانه مثل رادیو، تلویزیون و روزنامه باشد. اگرچه در اکثر موارد پیام‌های رسانه‌ای از جانب افراد مشخص صادر می‌شود با این همه در این حالت نیز

منبع پیام فرستنده آن می‌باشد. ما انسان‌ها، زبان را برای بیان و بیرون آوردن به کار می‌بریم و در واقع این کارکرد اصلی زبان است. معنی، چیزی ذاتی و جدانشدنی از بسیاری تعاریف زبانی است و در موقع ارتباط بایستی "معنی" نقطه اصلی توجه ما قرارگیرد و به روشنی مشخص است که معنی وابسته به کدهایی است که ما در ارتباط انتخاب می‌کنیم. ما در به کارگیری زبان، مقاصد و نیت‌های خود را درون پیام‌ها و پاسخ‌هایی که به رمز درآورده‌ایم قرار می‌دهیم. البته کلمات، معانی یکسانی برای انسان‌ها ندارند و در واقع فقط در درون انسان‌ها بوده و چیزهای شخصی محسوب می‌شوند. معانی در ما هستند، نه در پیام. بنابراین افرادی که با یکدیگر تشابه معانی دارند، می‌توانند با هم ارتباط برقرار کنند و اگر فاقد این تشابه باشند، قادر به ارتباط نخواهند بود (۳۷).

۲- پیام

پیام یا خبر عبارت از محتوای ارتباط یعنی موضوعی که توسط فرستنده ارسال می‌شود می‌باشد. پیام‌ها می‌توانند دربرگیرنده طیف وسیعی از مسایل سازمانی باشند که از جانب منبع خبر نیازی برای ارسال آنها احساس شده است. آنچه که در مورد پیام دارای اهمیت می‌باشد، عبارت از رمزگذاری آن است. پیام باید در قالب علایمی نظیر کلمات، اعداد، تصاویر و غیره قرار داده شده و سپس ارسال شود. بدیهی است که برای درک معنی و مفهوم پیام، باید رمز برداری انجام گیرد. یعنی با آگاهی از علایم به کار رفته، به منظور واقعی خبر دست یافت. در رمزگذاری و رمز برداری پیام، بایستی از یک «زبان» توسط فرستنده و گیرنده استفاده گردد. به این معنی که فرستنده و گیرنده باید از علایم به کار رفته و معانی کلمات مورد استفاده، استنباط واحدی داشته باشند تا اینکه گیرنده عیناً به منظور فرستنده پی‌برد.

رجوع به سایر گروه‌های اطلاعاتی که بر روی اهداف مشابه کارکرده‌اند، برای پی‌بردن به نحوه انجام کار و مشکلاتی که پیام‌رسانی با آن روبرو بوده و همچنین آگاهی از پیشنهادات آنها، اطلاعات مفیدی در زمینه طراحی پیام برای ما فراهم می‌سازد.

منابع اجمالی که دارای پیام‌های مشابهی از نظر رمزگذاری و رمزبرداری می‌باشند و برای دریافت اطلاعات در آموزش سلامت می‌توان به آنها رجوع کرد، به شرح زیر است:

- سازمان‌های بین‌المللی و آژانس‌های خیریه که ممکن است دارای رسانه‌هایی از جمله مجلات بین‌المللی با موضوعات ارتباطی و یا گزارشاتی از تحقیقات کشوری (صندوق جمعیت سازمان ملل، صندوق کودکان سازمان ملل، بانک جهانی) باشند؛
- معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور معمولاً اطلاعاتی در مورد امکانات موجود، نوع خدمات ارائه شده، بررسی‌ها و تحقیقات بهداشتی و دموگرافیک و غیره دارند؛
- بیمارستان‌ها و سایر تسهیلات بهداشتی نیز ممکن است اطلاعات دقیقی در خصوص مطالب مورد نظر داشته باشند؛
- دانشگاه‌ها، کتابخانه‌ها و مراکز دیگر اسنادی ممکن است گزارشات تحقیقات از مطالعات در جوامع خاص و یا بر روی موضوعات خاص مد نظر را داشته باشند (۴۵).

محتوای پیام:

محتوای پیام عبارت از مطالب درون پیام است که به وسیله یک منبع، برای بیان هدفی انتخاب شده است. محتوا نیز دارای عناصر و ساخت است و شیوه‌های کنار هم قراردادن محتواهای گوناگون در ارائه پیام بسیار مؤثر است. در واقع خبرهایی که محتوای پیام آنها موضوعاتی نظیر استثناها و شگفتی‌ها، برخوردها، مجاورت‌ها،

تازگی زمان رویداد، بزرگی و فراوانی تعداد، شهرت منفی یا مثبت و در برگیرنده نفع و ضرر مادی و معنوی باشد از جاذبه و ارزش بیشتر در بین مخاطبان برخوردارند.

نحوه ارایه پیام:

نحوه ارایه پیام عبارت از تصمیماتی است که منبع ارتباط برای انتخاب و تنظیم و ترتیب کدها و محتوا می‌گیرد. در واقع روش ارتباطی، مجموعه‌ای از فرصت‌های انتخاب و تصمیم‌گیری برای مجموع انتخاب‌ها در مورد تنظیم و ترتیب کدها و محتوا است و عوامل دخیل در این انتخاب‌ها شامل شخصیت، نگرش، دانش، فرهنگ، مهارت ارتباطی و جایگاه در اجتماع هم برای فرستنده پیام و هم گیرنده آن است.

به طور خلاصه می‌توان گفت که ترکیب کد، محتوا و نحوه ارایه می‌تواند طیف وسیعی از پیام‌های گوناگون را به وجود آورد که شامل مواد و سبک ارتباطات می‌باشد (۳۷). برای تعیین نحوه ارایه پیام باید بررسی شود که مخاطبان پیام: به رادیو گوش می‌دهند؟ روزنامه می‌خوانند؟ به فروشگاه‌ها می‌روند؟ به مراکز ارایه خدمات بهداشتی مراجعه می‌نمایند؟ با همسایگان خود صحبت می‌کنند؟ آیا دوست دارند که با شیوه‌های مختلف آموزشی سرگرم شوند؟ آیا آنها وقت کافی برای گوش دادن به توضیحات شما دارند؟ کدامیک از منابع اطلاعاتی موجود بیشتر مورد اعتماد آنهاست؟

کدامیک از کانال‌های اطلاع‌رسانی برای پیام مناسب‌تر است؟

آیا نیاز دارید که یک مشکل پیچیده را توصیف کنید؟ آیا به یک موضوع حساس (مثل سقط غیرمطمئن و غیرقانونی) اشاره کرده‌اید؟ آیا می‌توانید با تصویر اطلاعات

خود را منتقل کنید؟ آیا مردم می‌خواهند شانس پاسخ دادن به سؤالات را داشته باشند؟ آیا بعضی از کانال‌های اطلاع‌رسانی در فعالیتهای آموزشی قبلی نیز مورد استفاده قرار گرفته اند؟ (۳۹)

یک پیام پس از پیش آزمون باید تولید و در دسترس گروه هدف قرار گیرد. معمولاً طراحان و تولید کنندگان رسانه‌های چاپی، مواد دیداری شنیداری و رسانه‌های جمعی باید پیش آزمون را انجام دهند. متأسفانه بیشتر سازمان‌ها مهارت یا امکانات لازم برای تولید مواد چاپی، نوارهای ویدیویی و برنامه‌های رادیویی را در اختیار ندارند. معمولاً تولید رسانه‌های محلی به تجهیزات پیچیده نیاز ندارند بلکه اغلب نیاز به طراحی دقیق دارد تا بتوان اطمینان حاصل نمود که پیام به نحو صحیح و در زمانی مناسب در دسترس گروه هدف قرار گرفته است (۳۹).

۳- گیرنده

گیرنده عبارتست از یک یا چند نفری که پیام را دریافت می‌کنند. در سازمان‌های آموزشی علاوه بر ارتباطات رسمی، پیام‌های آموزشی و پرورشی زیادی از طریق رسانه‌های آموزشی و فعالیتهای پرورشی به فراگیران منتقل می‌شود و بدین ترتیب فراگیران علاوه بر کارکنان آموزشی و اداری، در مقام گیرنده پیام‌های آموزشی می‌باشند (۳).

اولین مرحله در برنامه‌ریزی هر ارتباط، توجه به گروه مخاطب است. روشی که برای یک مخاطب مؤثر خواهد بود، ممکن است برای دیگری مناسب نباشد. دو نفر ممکن است یک برنامه یکسان رادیویی را بشنوند، پوستر مشابهی را ببینند یا در یک سخنرانی شرکت کنند اما تفسیری کاملاً متفاوت از یکدیگر داشته باشند.

مشکلات مربوط به درک مسایل هنگامی رخ می‌دهد که فرد دریافت کننده پیام از کلمات، تصاویر مختلف و علامت‌های غیرزبانی که پیام را می‌سازند، درک دیگری داشته باشد و یا دچار سوء تعبیر شود. موقعی که پیام به صورت یک زبان نا

متداول است، درک این که چگونه کج فهمی رخ می‌دهد، مشکل نیست. ضمناً مشهود است که مطالب نوشتاری در یک نشریه یا پوستر توسط کسی که نمی‌تواند بخواند و بنویسد، درک نمی‌شود. حتی موقعی که افراد با زبان مشابهی صحبت می‌کنند، مشکلات مربوط به ارتباط نیز می‌تواند وجود داشته باشد. مثلاً هنگامی که در آن از کلمات نامتداول یا تکنیکی استفاده شود. ضمناً در هنگام برقراری ارتباط از طریق غیر زبانی نیز می‌توان به سادگی و از طریق نتیجه‌گیری غلط از معانی کتاب، تن صدا و یا ژست‌ها، دچار کج فهمی شد.

آموزش دهندگان سلامت، اغلب به علت نیاز به برقراری ارتباط با افراد بی‌سواد یا کم‌سواد، بر استفاده از تصاویر به جای کلمات در پوسترها و نشریات تأکید می‌کنند. چنین تصور می‌شود که تصاویر، یک زبان جهانی است. با این وجود، تصاویر خودشان حاوی یک «زبان تصویری» با روش‌های خاص برای نشان دادن فاصله، جهت، اقدام، حرکت و حتی عواطفی مانند «شادی» و قوت است (۴۱). در یک فرایند ارتباطی خوب:

● گیرنده می‌تواند نقش منبع یا برقرار کننده ارتباط را به منظور ایجاد بازخورد ایفا کند؛

● گیرنده باید در موقعیتی قرار گیرد که از نظر جسمی، ذهنی و روانشناختی قدرت دریافت پیام را داشته باشد. اگر گیرنده توانایی شنیدن، دیدن، خواندن، فکر کردن و غیره را نداشته باشد، توانایی گیرندگی و کد برداری پیام را نخواهد داشت؛

● گیرنده بستگی به گرایش وی نسبت به خود، پیام، منبع و کانال دارد. او باید نسبت به گیرندگی اعتماد و اشتیاق داشته باشد. همچنین باید گرایش مساعدی نسبت به کانال مورد استفاده داشته باشد؛

● سطح هوش یا آگاهی گیرنده در برقراری ارتباط از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛

- موقعیت یا پایگاه برقرار کننده ارتباط و گیرنده، هر دو در موقعیت‌های خاص ارزشمند است؛
- درک ارزش موقعیت به ویژه برای برقرارکننده ارتباط مفید است چرا که او باید محتوای پیام را از مخاطبی به مخاطب دیگر تغییر دهد؛
- مشارکت مخاطب در ارتباط، مزایای زیادی در موقعیت‌های یادگیری دارد. (۴۲)
- برخی از خصوصیتی که باید در موردگیرنده پیام مد نظر گرفته شود به شرح زیر می باشد:
- تعداد افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، جوامع؛
- تجربه و دانش در رابطه با موضوع بهداشتی؛
- فرهنگ و زبان ؛
- نگرش و انگیزش، برای نمونه آیا آموزش گیرندگان از مداخله شما استقبال می کنند یا آن را تلف کردن وقت می دانند؛
- انتظارات و تجربه در روش‌های آموزشی چرا که برخی مراجعین احتمالاً از تصور اجبار به شرکت در بحث‌های گروهی واهمه دارند؛
- سطح توانایی و دریافت. مثلاً دریافت کنندگان آموزش از نظر ذهنی سریع یا کند یا گیج و مغشوش هستند و همچنین سن و جنس آنان، وجود مشکلات بهداشتی و معلولیت‌های آنان می توانند در فرایند یادگیری تأثیر گذار باشند (۴۳).
- در برقراری ارتباط، گروه یا گروه‌های هدف را دقیقاً مشخص و تعریف کنید ولی گروه هدف را خیلی کوچک نکنید. این مسأله در بودجه و زمان فعالیت اطلاع رسانی نیز اثر دارد. برای مثال اگر نگرش مسلمانان نسبت به تنظیم خانواده با مسیحیان متفاوت است، باید برای هرکدام فعالیت اطلاع رسانی تنظیم خانواده جدایی انجام گیرد. اما اگر در موضوعی اعتقادات مردم مسلمان و مسیحی یکسان بود، دیگر دین

یک مشخصه کلیدی برای جداسازی گروه‌های هدف نیست و انجام یک فعالیت اطلاع‌رسانی برای هر دو گروه کافی است (۳۹). مشخصات گروه هدف می‌تواند شامل موارد زیر باشد: سن، جنس، سطح سواد / آموزش حرفه‌ای، مذهب، شهری / روستایی، تعداد فرزندان، نژاد یا زبان، شغل و تجارب یا رفتار (۳۹)

در فعالیت ارتباطی با گروه هدف باید مسایل زیر را جستجو کنید:

- کدامیک از موارد دانش، اعتقادات، نگرش و رفتار در این فعالیت باید تغییر کند؟

- چند نوع رسانه برای ترغیب مردم به تغییر رفتار مورد نظر لازم است؟
- هریک از گروه‌های هدف درباره مباحث کلیدی چه می‌دانند؟
- نگرش و اعتقادات گروه هدف چیست؟
- رفتار گروه هدف چگونه است؟
- چه موانعی بر سر تغییر رفتار گروه هدف وجود دارد؟
- منابع اطلاعاتی، کانال‌ها و رسانه‌های مورد اطمینان گروه هدف چیست (۳۹)؟
- تعیین اعتقادات سنتی و الگوهای رفتاری شایع در جوامع یکی دیگر از قسمت‌های تحقیق در گروه هدف است که اهمیت فراوان دارد. آنها که مفید هستند، باید فعالانه مورد تشویق قرار گیرند و آنها که ضرری ندارند، باید باقی بمانند. این راهی برای بنا نهادن اعتماد و اصلاح ارتباطات بین جوامع می‌باشد.
- ممکن است نیازمند اجرای بسیج آموزشی چند رسانه‌ای باشید. بسیار مشکل است که مردم را متقاعد نمایید تا اعتقادات و الگوهای رفتاری خود را حتی اگر برایشان مضر هم باشد، تغییر دهند. با مردم درباره منشاء به وجود آمدن این اعتقادات و علل پافشاری آنها در این اعتقادات صحبت کنید و سعی کنید تا از دلایل و حقایقی که آنها را به تغییر افکارشان متقاعد می‌کند، آگاه گردید. این مسأله مهمترین بخش از این مرحله تحقیق است (۳۹).

به منظور دستیابی گروه هدف به مواد کمک آموزشی و پیام‌هایی که شما دقیقاً طراحی نموده‌اید، باید از کانال‌های اطلاعاتی مناسب استفاده نمایید. به خاطر داشته باشید مردمی که گروه هدف شما می‌باشند، همیشه در یک زمان معین در یک مکان نمی‌باشند.

برخی موضوعات که در مورد کانال‌های ارتباطی مختلف باید در نظر داشت عبارتند از:

۱- مواد کمک آموزشی چاپی

پوسترها

چارت‌های دیواری و دیگر مواد کمک آموزشی نمایشی باید در جاهایی نصب گردد که تعداد کثیری از مردم بتوانند آن را مشاهده نمایند. از قبیل فروشگاه‌ها، دکه‌های فروش مواد غذایی، رستوران‌ها، ایستگاه‌های اتوبوس، مساجد، بانک‌ها، مراکز بهداشتی و کلینیک‌های تنظیم خانواده. البته بسته به گروه هدف، سایر جاهای در دسترس می‌تواند شامل نوشابه فروشی‌ها، پمپ بنزین (خصوصاً برای مردان) و مراکز تجمع جوانان، مدارس و فرهنگسراها (برای افراد جوان) باشد. در صورتی که پوستر در فضای باز و خارج از ساختمان نصب گردد باید آن را در مقابل نور آفتاب، باد و باران محافظت نمود. کسب اجازه برای نصب پوستر، مانع از پاره شدن و دورانداختن پوستر خواهد شد.

به خاطر داشته باشید:

پوسترها جایشان روی طاقچه نمی‌باشد. در صورتی که مواد کمک آموزشی برای مراکز بهداشتی یا دیگر جاها فرستاده شد، کنترل نمایید تا مطمئن شوید که در جایی مناسب نصب شده است.

چارت برگردان‌ها

تصاویر برگردان به جهت استفاده گروه‌ها مانند افرادی که در مراکز بهداشتی در انتظار می‌باشند یا اعضای کلوپ‌های زنان، دانش‌آموزان و مراکز آموزش (بزرگسالان یا دبیرستان‌ها) کارگاه‌های مشارکتی و رهبران محلی یا کمیته‌های روستایی طراحی شده‌اند.

تصاویر برگردان می‌توانند افراد را به شرکت فعالانه در بحث‌ها تشویق نمایند ولی به عنوان یک وسیله کمکی برای ارایه سخنرانی تهیه نشده‌اند.

بوکلت، پمفلت، بروشور

آنها را به عنوان راهنما می‌توان به دست مردم داد تا توسط افراد زیر در هنگام مشاوره با مردم، مورد استفاده قرار گیرند:

- کارکنان بهداشتی در مراکز بهداشتی یا در اجتماع
 - دیگر کارکنان اجتماعی (مانند مربیان بزرگسالان و نمایندگان کشاورزان)
 - نماینده گروه‌های زنان، گروه‌های جوان یا سازمان‌های مذهبی
- در هنگام ارایه مواد آموزشی فوق‌الذکر به افراد بی‌سواد، باید در زمینه موضوع پمفلت یا بوکلت توضیحات لازمه به آنان داده شود. می‌توان مواد کمک آموزشی که با متن کاملاً ساده، مشکل یا عمل مورد نظر را توضیح داده است؛ به دست افرادی که قادر به خواندن باشند، داد. گرچه بهتر است اول توسط یک نفر پیام‌ها توضیح و به سؤالات پاسخ داده شود. ضمناً باید افرادی که پیام را درک نموده‌اند، به ارایه یا بحث در مورد موضوع با دیگران تشویق نمود. مثلاً مهم می‌باشد که پمفلت و بوکلت را به مردم نشان داده و یا به دست آنان داد به جای اینکه جایگاه آن در کشوی میزها باشد. در یک قسمت از طرح آموزشی، ممکن است نیاز به آموزش کارکنان بهداشتی در مورد چگونگی استفاده از مواد کمک آموزشی جدید که

بیشترین اثربخشی را دارند وجود داشته باشد. گیرندگان رسانه های آموزشی باید تشویق شوند تا مواد کمک آموزشی خود را به دیگران نیز بدهند.

۲- رسانه های محلی: نمایش ها، آوازه ها و... می توانند برای مراسم خاص سازماندهی شوند و در دیگر رویدادها مانند جشن ها و اعیاد و مراسم سنتی اجرا گردند.

۳- رسانه های جمعی: تبلیغات از طریق رادیو و تلویزیون باید زمانی پخش گردد که اکثریت گروه هدف شاهد آن باشند. تبلیغات یا داستان ها در روزنامه ها باید در محلی چاپ گردد که اکثریت گروه هدف بتوانند آن را مطالعه کنند.

۴- رسانه های دیواری و نورتاب: مانند رسانه محلی، فیلم ها، ویدیوها و اسلایدها می تواند به مناسبت های خاص یا در بخشی از جشن ها و کارگاه ها نشان داده شود.

۵- رویدادهای خاص: مثل مراسم سان و رژه ویا مسابقات که باید اعضای جامعه در طراحی و سازماندهی آن مشارکت نموده و از قبل به نحوی مطلوب در جریان آنها قرار گیرند (۳۹).

۶- بازخورد: پیشتر گفته شد که ارتباط، زمانی برقرار می شود که گیرنده پیام را به خوبی درک کرده و به مفهوم واقعی آن دست یابد. حال باید دید که فرستنده چگونه می تواند از ادارک گیرنده، صرف نظر از بار ارزشی پیام در نزد وی اطمینان حاصل کند. طبیعی است که گیرنده در مقابل دریافت پیام، عکس العمل هایی از خود بروز می دهد که می تواند به اشکال ساده مثل تکان دادن سر و دست و یا اشکال پیچیده تر اداری و غیره در بیاید. این عکس العمل ها اعم از اینکه ساده باشند یا پیچیده، از ادراک گیرنده به فرستنده خبر می دهد. به عبارت دیگر، بازخورد عبارت است از عکس العمل گیرنده در مقابل پیام (۳).

۷- وسیله ارتباطی: وسایل ارتباطی یا رسانه‌ها، ابزار و ادواتی هستند که پیام به وسیله آنها به گیرنده می‌رسد و همچنان که در ارتباط گفته شد، می‌تواند شفاهی یا ابزاری باشد. زمانی وسایل ارتباطی در پیام‌های شفاهی یا نامه خلاصه می‌شد ولی امروزه وسایل ارتباطی جدیدی مثل فاکس و پست الکترونیکی در ادارات متداول شده و وسایل ارتباطی مثل تلگراف و تلکس، دیگر اهمیت پیشین خود را از دست داده‌اند. البته تلفن هم از وسایل بسیار ضروری در ادارات امروز می‌باشد. باید دانست که با وجود عمومیت وسایل ارتباطی جدید، نامه اداری هنوز هم به دلیل سندیت بیشتر و نیز عدم امکان استفاده از وسایل جدید در همه جا، معمول‌ترین وسیله ارتباطی است.

۸- کانال‌های ارتباطی موجود در درون جامعه: این کانال‌ها ممکن است کانال‌های رسمی مانند شبکه اجتماعی، رهبران عقیدتی، مغازه‌داران، قهوه‌خانه‌ها، و یا کانال‌های رسمی مانند مدارس، کارکنان بهداشتی، کارکنان جامعه و رهبران جوانان باشند. ضمناً جزئیات مربوط به موجود بودن رسانه‌های محلی، رسانه‌های گروهی و معروف مانند روزنامه‌ها، مجله‌ها و تیراژ آنها، چگونگی پوشش برنامه‌های رادیو و تلویزیون، تعداد گیرنده‌های رادیو و تلویزیون، تعداد سینماها و... نیز مهم است. باید بدانید چه اطلاعات بهداشتی از قبل و از طریق این کانال‌های موجود ارتباطی منتقل شده‌اند. آیا آنها با پیام‌های شما در تضاد و یا سازگاری هستند؟ آیا می‌توانید این کانال‌های ارتباطی را بسیج کنید (۴۱)؟

فضای برقراری ارتباط برای سلامت به طور قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده است و چنین تغییراتی شامل افزایش محسوس تعداد کانال‌های ارتباطی و تعداد مباحث سلامت در حال رقابت برای جلب توجه عمومی و همین‌طور افزایش خواسته‌های مشتریان برای اطلاعات بیشتر و بهتر درباره کیفیت زندگی می‌باشد. توسعه کانال‌های ارتباطی و مباحث سلامت در عرصه‌های عمومی، رقابت اطلاعات برای جلب مردم

و توجه‌شان را افزایش می‌دهد و هم زمان، مردم را از فرصت‌های بیشتری برای انتخاب اطلاعات متکی بر علایق و ترجیحات فردی برخوردار می‌سازند. روند تجاری سازی اینترنت حاکی از آن است که الگوی بازاریابی سایر رسانه‌های ارتباط جمعی در تولید این رسانه مورد استفاده قرار گرفته است. لیکن بی‌نظمی حاکم بر «محیط اطلاع‌رسانی برای سلامت» ناشی از تجاری شدن اینترنت، ارتباطات غیرتجاری و توجه به سلامت همگانی را با عواقب وخیمی روبرو می‌سازد. ارتباطات در زمینه‌های گوناگونی (برای مثال، مدرسه، خانه و کار)، از طریق کانال‌های گوناگونی - برای مثال، بین فردی، گروه کوچک، سازمانی، جامعه و رسانه‌های ارتباط جمعی - با پیام‌های متنوع و به دلایل گوناگونی رخ می‌دهد. در چنین فضایی، مردم نمی‌توانند به تمامی ارتباطاتی که با آنها برقرار می‌شود، توجه نمایند اما به طور انتخابی به اطلاعات مورد نیازشان توجه نموده و به صورت هدفمند آنها را دنبال می‌کنند. یکی از چالش‌های اصلی در طراحی برنامه‌های ارتباط برای سلامت مؤثر، شناخت شرایط پایه، کانال‌ها، پیام و دلایل تهیج مردم برای توجه به آن و استفاده از اطلاعات سلامت می‌باشد.

نشان داده شده است که رویکرد تک بعدی به ارتقای سلامت، نظیر وابستگی به بسیج‌های متکی بر رسانه‌های ارتباط جمعی یا سایر فعالیت‌های ارتباطی تک بخشی، برای رسیدن به اهداف نهایی برنامه کافی نیست. تلاش‌های ارتقای سلامت موفق، به طور روزافزونی متکی بر مداخلات چند بعدی برای رسیدن به مخاطبان گوناگون «موضوع پیچیده سلامت» می‌باشد و ارتباطات از آغاز، در ارتباط تنگاتنگ با سایر بخش‌ها نظیر برنامه‌های جامع‌نگر، تغییرات سیاسی و بهبودهای ایجاد شده در خدمات و سیستم ارایه خدمات سلامتی می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که ارتباطات برای سلامت وقتی می‌تواند بهترین حمایت‌ها را برای ارتقای سلامت فراهم سازد که از کانال‌های ارتباطی متعددی برای رسیدن به بخش‌های مختلف

مخاطبان مربوطه و با اطلاعات مناسب و مرتبط با هر کدام از آنها استفاده کند. اختصاص وقت کافی برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی و پول کافی برای حمایت از بسیاری از عناصر برنامه، عامل مهمی در طراحی برنامه‌های چند بعدی می‌باشند. همکاران و شرکای بخش خصوصی می‌توانند منابعی پر قدرت برای تقویت تأثیر تلاش‌های چند بعدی باشند. با توسعه مشارکت‌ها، موانعی نظیر عدم توجه منابع اجتماعی یا انگیزه‌های بازاریابی به تطابق فرهنگی پیام‌ها و نیازهای سلامت گروه هدف تا حدی کاهش می‌یابد (۴۴).

انتخاب کانال‌های اطلاع‌رسانی

یک کانال اطلاع‌رسانی در واقع چرخه‌ای است که برای رسانیدن پیام به گروه هدف انتخاب می‌گردد. هر کانال نقاط قوت و ضعف منحصر به خود دارد. بعضی از کانال‌ها به کلمات چاپ شده و بعضی دیگر به تصاویر بصری متکی هستند. هنوز هم مردم به دریافت پیام‌ها از طریق شعر، درام یا مشاوره فردی نیازمندند. بعضی از کانال‌های اطلاع‌رسانی می‌توانند اطلاعات کمی را در اختیار گذارند. عده‌ای فقط می‌توانند یک نظر ساده و منفرد را انتقال دهند. به همین دلیل پیام‌ها با توجه به کانال‌های مورد استفاده آنها، بسیار متنوع هستند.

در عین حال باید بر روی منابع و تلاش‌های خاص در کانال‌های اطلاع‌رسانی تمرکز شود. باید کانال‌هایی انتخاب شوند که بیشترین اثر را برای رسیدن به گروه هدف دارند. استفاده از چندین کانال اطلاع‌رسانی بسیار با اهمیت است زیرا وقتی مردم پیام‌ها یا اطلاعات را از منابع مختلف دریافت می‌دارند، بیشتر احتمال دارد که به آنها توجه کرده و معتقد شوند.

بدنبال توصیف کانال‌های اطلاع‌رسانی، نیاز به آگاهی از رسانه‌ها می‌باشد (۳۹).

برقرارکنندگان ارتباط پس از انتخاب رفتارها و راهکارهای مربوطه می‌توانند، پیام‌ها و کانال‌های ارتباط متناسب با گروه‌های هدف را انتخاب کنند. هر کانالی دارای نقاط ضعف و قوت مربوط به خود می‌باشد. اما آن دسته از راهکارهای برقراری ارتباط که از کانال‌های پیچیده‌تری بهره می‌جویند، بیشترین اثر را بر تغییر رفتار بهداشتی خواهند داشت (۴۵).

انتخاب کانال‌های ارتباطی

اصول انتخاب کانال‌ها، اصول زیربنایی و بسیار مهمی هستند:

- ۱- کانال‌هایی را انتخاب کنید که الگوهای رایج در بین گروه هدف و نه سلیقه اعضای تیم یا تصمیم‌گیرندگان را نشان دهد؛
- ۲- به یاد داشته باشید که کانال‌های مختلف، نقش‌های مختلفی برعهده خواهند گرفت؛
- ۳- به طور هم‌زمان از چند کانال مختلف استفاده کنید. استفاده از چند کانال، موجب افزایش میزان پوشش، تسلسل و اثربخشی پیام‌های ارتباطی می‌شود؛
- ۴- رسانه‌هایی را انتخاب کنید که برای گروه هدف، مناسب و قابل دسترسی باشند. به طور مثال برنامه رادیویی باید در زمانی که گیرنده رادیو را گوش می‌دهد، پخش گردد و مواد چاپی فقط باید برای افراد باسواد یا تقریباً باسواد در نظر گرفته شود (۴۵).

شبکه‌های ارتباطی

شبکه‌های ارتباطی عبارت از الگوهایی هستند که ارتباطات در چارچوب آنها، بین افراد مبادله می‌شوند. شبکه‌های ارتباطی در سازمان‌ها تحت تاثیر عوامل مختلف از

جمله مقام و موقعیت افراد در سازمان، نوع و میزان اطلاعات و در نتیجه ضرورت ارتباطات متناسب با آنها، به اشکال مختلفی در می آیند.

با ملاحظه اشکال فوق می توان به راحتی دریافت که ارتباطات در شبکه های چرخشی دایره ای و زنجیری محدود به افراد معینی است در حالی که در شبکه ارتباط همه جانبه ارتباطات به افراد معینی محدود نبوده بلکه در همه جوانب و از طریق همه اشخاص مربوطه مبادله می شود.

فرایند ارتباط علاوه بر اجزای یاد شده، شامل «رمزگذاری» و «رمزبرداری» خبر یا پیام نیز می باشد. فرستنده برای ارسال پیام خود که به شکل یک یا چند مفهوم است علایمی را به کار می برد که در حکم رمز یا رمزهای ارتباط می باشند. کلمات، واژه ها، اعداد، تصاویر و حتی اشارات و حرکات بدنی همگی علایمی هستند که نشان دهنده و یا نماینده مفاهیم و معانی خاصی هستند.

علایم به کار رفته به منظور فوق، همان رمزهای پیام می باشند که تحت عنوان رمزگذاری از جانب فرستنده نام برده می شود.

رمزبرداری عبارت از کشف معنی و مفهوم رمز یا علایم به کار رفته توسط گیرنده در فرایند ارتباط می باشد. اگر گیرنده به مفهوم رمز پیام واقف باشد، می تواند محتوای آن را کشف کرده و به کمک دانش و تجربه و توانایی های دیگر خود و یا حتی با مراجعه به منابع و مراجع کمکی، پیام مورد نظر را تفسیر بکند.

بدیهی است که میزان توفیق در مبادله پیام مابین فرستنده و گیرنده، بستگی به درک یکسان آنان از رمز مورد استفاده نیز دارد. در غیر این صورت، آنان با وجود برقراری ظاهری ارتباط از درک منظور و مقصود واقعی یکدیگر عاجز خواهند بود. بنا به دلایل متعدد، برنامه های آموزش سلامت و برقراری ارتباط ارزشیابی می گردد. مهمترین دلیل یادگیری تجارب و ارتقای روش ها است. روش های آموزش سلامت که در کشورهای مختلفی توسعه و تکامل یافته اند، ممکن است در سایر موقعیت ها

کار نکنند. شما نیاز دارید دریابید چه روش‌هایی در محل‌تان، به کار می‌آیند. اگر تجربه‌های مختلف از ارزشیابی برنامه‌ها شکل گرفته باشد، در این صورت آموزش سلامت می‌تواند به عنوان یک رشته جدی توسعه و تکامل یابد.

اما دلایل مهم دیگری هم وجود دارند. مثلاً ممکن است برای نشان دادن این که کار به طور صحیح انجام می‌شود یا خیر، برنامه‌ها را ارزشیابی کرد. ممکن است بودجه‌ای را که دریافت شده اصلاح نمود و افراد پیرامون شما ممکن است معتقد باشند که آموزش سلامت کارایی ندارد و لازم باشد آنان را قانع کنید تا از حمایتشان برخوردار شوید. بنابراین ارزشیابی به دلایل زیاد، انجام می‌گیرد که برخی از آنها آشکار و برخی مخفی هستند (۴۱).

موانع ارتباطی

فرایند صحیح ارتباطات نیازمند رفع عوامل مغل و مزاحمی است که در جریان ارتباطات ایجاد اختلال کرده و در نتیجه پیام را مخدوش می‌نمایند. طبیعی است که هر اندازه تعداد موانع و میزان تأثیر آنها در پیام بیشتر باشد، خبر بیشتر مخدوش شده و ارتباط صحیح با مشکل مواجه می‌گردد.

عوامل بسیاری می‌توانند به عنوان موانع عمل کنند که می‌توان آنها را به صورت-های مختلف تقسیم‌بندی کرد. تقسیم‌بندی ساده زیر برای منظور ما کافی است:

۱- عوامل فنی

عواملی هستند که منشاء آنها در درون یا بیرون از پیام بوده و در جریان صحیح ارتباطات ایجاد اختلال می‌کنند، مثل سر و صدا در ارتباط تلفنی، خرابی وسایل ارتباطی و ناخوانا بودن متن در پیام‌های کتبی.

۲- عوامل اداری

عواملی هستند که منشاء آنها در اداره و یا سازمان بوده و به خاطر ترتیبات اداری خاص، به عنوان مانع ارتباط عمل می‌کنند. مثل سلسله مراتب، تمرکز و تعدد.

۳- مراجع تصمیم‌گیری

عامل اداری مهمی که حتی می‌تواند به عنوان عامل مستقلى محسوب شود مربوط به شبکه ارتباطی است. به این ترتیب که خود شبکه ارتباطی می‌تواند تا حدودی مانع از جریان واقعی پیام گشته و باعث دخل و تصرف در پیام شود. هنگامی که پیام دست به دست شود در مقایسه با زمانی که پیام به طور مستقیم به گیرنده‌ها انتقال داده می‌شود، باید انتظار داشت که خبر تا حدودی مخدوش شود.

اگرچه استفاده از شبکه‌های ارتباطی، بستگی به عوامل متعدد سازمانی نظیر مقام و موقعیت افراد و وظایف آنان دارد، معه‌ذا باید دانست که در شرایط مساوی، برقراری ارتباط باید به نحوی باشد که حداکثر تبادل اطلاعات در بین آنان جریان یابد.

۴- عوامل انسانی

عواملی هستند که به جهت تأثیر و تأثر انسان با پیام پدید آمده و در جریان آن دخالت می‌کنند. ادارک هر منبع خبری از پیام اعم از اینکه تنها گیرنده باشد یا گیرنده و فرستنده (یعنی اینکه پس از دریافت پیام به عنوان فرستنده عمل کند) به عوامل زیر بستگی دارد:

- زمینه ذهنی قبلی وی از موضوع پیام؛
- آمادگی وی برای دریافت پیام؛
- میزان آشنایی وی با رمز پیام؛
- احساس وی نسبت به موضوع پیام.

اطلاعات، تجارب، زمینه ذهنی اولیه گیرنده و به طور اخص گرایش، طرز تلقی و احساس وی نسبت به فرستنده و خود پیام در چگونگی ادراک وی از مفهوم اصلی خبر تأثیر کرده و موجب می‌شود که فرایند ارتباط به تناسب میزان تأثیر عوامل یاد شده به شکست بیانجامد.

حتی کلمات و واژه‌های یکسان، می‌توانند برای افراد مختلف، معانی متفاوتی داشته باشند زیرا که هر فرد در اخذ پیام، کشف معانی رمزها و تفسیر آنها با مجموع توانایی‌ها دانش و تجارب و احساسات و دیگر ویژگی‌های شخصی خود عمل می‌کند. بنابراین ممکن است این مسایل در فرایند ارتباط تداخل کرده و موجب انحراف ادراک گیرنده از منظور واقعی فرستنده بشود.

برخی از اندیشمندان مدیریت، ارتباط را به عنوان یک فرآیند «اجتماعی روانی» مورد توضیح و تشریح قرار می‌دهند. منظور از تأکید بر جنبه‌های اجتماعی و روانی در ارتباط توجه به تأثیر عوامل متعدد اجتماعی و روانی در جریان نقل و انتقال پیام می‌باشد.

هرکسی ناآگاهانه تمایلات، نیازها، نظرات و... خود را در جریان ارتباط دخالت می‌دهد. بنابراین خود انسان می‌تواند به عنوان یکی از موانع ارتباطی در تخریب پیام نقش مهمی داشته باشد.

بدیهی است که هراندازه اطلاع و آگاهی مدیر از جنبه‌های مختلف ارتباط بیشتر باشد به همان میزان از توانایی بیشتری برای کنترل فرایند ارتباط در جهت اثربخشی هرچه بیشتر آن برخوردار خواهد بود. برخی از اقدامات عملی و ممکن مدیران مؤسسات آموزشی برای کاهش و یا حذف موانع ارتباطی و افزایش توان انتقال پیام ارتباطی در ادامه مطرح می‌شود.

ارتباط در مؤسسات آموزشی

همچنان که پیشتر گفته شد، ارتباط در مؤسسات آموزشی هم به دلیل اداری و هم به دلیل آموزشی، از اهمیت زیادی برخوردار است و مؤسسات آموزشی از هر دو جهت به ارتباط متکی هستند. بنابراین مدیران آموزشی باید نسبت به برقراری ارتباطات صحیح، به طور آگاهانه اقدام نمایند. این اقدام اصولاً مستلزم شناخت درست از ارتباط و تنظیم صحیح جریان ارتباط از یک طرف و رفع موانع ارتباطی از طرف دیگر با هدف سالم سازی ارتباطات می باشد. سالم سازی ارتباطات در مؤسسات آموزشی، حاوی اقدامات و دستورات عملی زیر می باشد:

- مهمترین عامل ارتباط انسان است و به همین دلیل پیچیده ترین موانع ارتباطی نیز، عوامل انسانی هستند. بنابراین توجه زیاد به عامل انسان و تأثیر و تأثر وی در جریان ارتباط از اهمیت بیشتری برخوردار است؛

- باید از انواع ارتباطات در سازمان سود جست. یک نوع ارتباط به هر منظوری کفایت نمی کند بلکه برای مقاصد مختلف، ارتباطات مختلف مورد نیاز است. بنابراین همچنان که معلمان باید از روش های تدریس مختلف استفاده نمایند، مدیران نیز باید از انواع ارتباطات برای یک منظور واحد سود جویند؛

- کلمات و واژه ها، معانی واحدی برای همه ندارند. آنها رمزهایی هستند که مفاهیم را در نظر افراد تداعی می کنند. به همین جهت طرفین باید ابتدا در معانی رمزها توافق داشته باشند. این امر بیانگر آن است که مدیران در ارتباطات خود با معلمان، والدین و مسئولان باید با زبان آنها گفتگو کنند و از واژه ها و کلماتی استفاده کنند که برای آنان هم گویای همان معانی و مفاهیم باشند؛

- انتخاب نوع ارتباط باید باتوجه به مجموع عوامل مختلف مرتبط با اجزای ارتباط ، انجام گیرد. استفاده ازنامه به عنوان یک ارتباط مفید فقط به خاطر قابل استفاده بودن آن در آینده کافی نیست بلکه علاوه بر آن، به خاطر رعایت احترام طرف مقابل، حصول اطمینان بیشتر در برقراری ارتباط و غیره باید از نامه استفاده کرد.

- شایعات زمانی قوت می‌گیرد که ارتباطات رسمی جوابگوی نیاز به اطلاعات کارکنان نباشد یا در موقع نیاز به آنان نرسد. بنابراین مدیران باید سعی نمایند که اطلاعات کافی و لازم را در موعد مقتضی به کارکنان انتقال دهند. این امر نه تنها موجب پیشبرد اهداف مدیریت، بلکه باعث افزایش اعتماد و اطمینان کارکنان به مدیریت می‌گردد؛

- مدیران نباید ارتباط رسمی و به طور اخص ارتباط رسمی عمودی را تنها نوع ارتباط در سازمان بدانند. این کار ضمن اینکه مدیریت را از نظرات کارکنان بی بهره می‌کند ، موجب می‌شود که کارکنان تصور نمایند که در نظر مقام مدیریت فاقد نظرات سازنده و پیشنهادهای اصلاحی هستند. بنابراین باز گذاشتن مسیر ارتباط صعودی در سازمان کافی نیست بلکه باید به آن رسمیت داده و در تصمیمات سازمان از آن استفاده کرد و بدین ترتیب واقعاً به کارکنان نشان داد که مدیریت برای نظرات آنان اهمیت قایل است و عملاً از آنها بهره می‌گیرد.

برای افزایش جاذبه اطلاعات در سازمان، مدیران باید از ارایه پیام‌ها و اطلاعات نامربوط، جزیی و تکراری پرهیز نمایند. در غیر این صورت، اگرچه ظاهراً به معنای قرار دادن کارکنان در جریان همه امور سازمان است ولی در واقع موجب کاهش دقت کارکنان در پیام‌هایی می‌شود که مدیر می‌خواهد توجه کارکنان را به طور

جدی به آن جلب نماید. تمام کارکنان ، علاقه‌مند به دریافت پیام‌هایی هستند که مستقیماً به کار و حرفه آنان مربوط می‌شود. در نظر داشتن آمادگی، علاقه و نیاز کارکنان سازمان به اطلاعات و توجه به آنها در جریان ارتباطات نیز موجب افزایش بازده و اثر بخشی ارتباط می‌گردد.

خلاصه

در این فصل ، نقش برقراری ارتباط مؤثر و راه‌های آن به خصوص در آموزش سلامت که هدف نهایی آن تغییر رفتارهای بهداشتی است، بحث گردید. شاید یکی از مهمترین مهارت‌های مدیران آموزش سلامت، مهارت‌های ارتباطی می‌باشد زیرا این افراد با مخاطبین و گروه هدفی سر و کار دارند که آموزش‌های آنان باید منجر به تغییر رفتار گردد؛ رفتارهایی که شاید ریشه در سنت و باورهای آنان داشته باشد. لذا اولین شرط برای تغییر مؤثر رفتار، برقراری ارتباط صمیمانه و مؤثر با گروه هدف است.

بخش ۷

تصمیم گیری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- اهمیت تصمیم گیری در مدیریت ۴- مراحل تصمیم گیری را نام ببرد.
- آموزشی بخصوص در آموزش سلامت را ۵- انواع تصمیم گیری را توضیح دهد.
- بیان نماید. ۶- در مورد نقش و اهمیت تصمیم گیری در
- ۲- معیارهای تصمیم گیری را بیان نماید . پیشبرد اهداف آموزش سلامت بحث نماید.
- ۳- نقش مشارکت در تصمیم گیری را بیان کند.

تصمیم‌گیری یکی از وظایف مهم مدیران می‌باشد. بعضی از نویسندگان، اندیشمندان و مدیران بر اهمیت تصمیم‌گیری به حدی تأکید دارند که گاه آن را مترادف مدیریت می‌دانند. مدیران بدون توجه به رده اداری خود در سازمان، همه روزه ناگزیرند که تصمیم‌های متعددی را اتخاذ نمایند. بنابراین لازم است که مدیران با اطلاع از تئوری‌های تصمیم‌گیری و مسایل مربوط به آن، خود را برای اتخاذ تصمیمات بهتر آماده نمایند.

تصمیم‌گیری به معنی انتخاب یک راه حل از بین راه‌حل‌های مختلف است. یعنی زمانی که چند راه حل پیش روی مدیر وجود داشته باشد و وی باتوجه به مجموع ملاحظات از بین آنها یک راه حل را انتخاب نماید، تصمیم‌گیری کرده است. بنابراین وقتی که فقط یک راه وجود داشته باشد و یا فرد مجبور به اتخاذ یک راه حل شود، تصمیم‌گیری معنا ندارد.

باید دانست که تصمیم‌گیری اختصاص به مدیران و مسئولان ندارد بلکه کارکنان هم در مؤسسات آموزشی در مورد مسایل مربوط به خود تصمیم‌گیری می‌کنند. وقتی که یک آموزش دهنده سلامت از بین انواع مواد آموزشی یک نوع مشخص را برای آموزش یک موضوع به خصوص انتخاب می‌کند، تصمیم‌گیری کرده است و یا زمانی که یک کارمند دفتری برای اقدام خاصی، از رویه معینی پیروی می‌نماید، تصمیم‌گیری نموده است. با وجود این، از آنجایی که مسئولیت اتخاذ تصمیمات مهم به عهده مدیران می‌باشد و نیز از آنجایی که کارکنان هم به تعبیر عام‌تر مدیر فعالیت‌های اجرایی خود هستند، بحث و بررسی تصمیم‌گیری از زاویه مدیران مورد توجه واقع می‌گیرد.

مراحل تصمیم‌گیری

باید پذیرفت که اگر قرار باشد تصمیم‌گیری مثل هر کار دیگری به درستی انجام شود نمی‌تواند به طور تصادفی و به دلخواه و مطابق سلیقه‌های فردی اتخاذ گردد بلکه باید از روشی که مفید و مؤثر بودن آن در عمل ثابت شده باشد، پیروی کرد. به عبارت دیگر تصمیم‌گیری فرایندی است که حاوی مراحل و گام‌های معینی می‌باشد که هر قدر دقیق‌تر مورد توجه قرار گیرند و رعایت شوند، تصمیم‌گیری به همان نسبت موفق‌تر خواهد بود.

مراحل تصمیم‌گیری

۱) تعریف و تشخیص مسأله

تصمیم‌گیرنده لازم است پس از هرچیز، مسأله یا مشکل مورد نظر را تعریف کرده و آن را به درستی شناسایی نماید (۳). با توجه به این که هدف نهایی آموزش سلامت تغییر رفتار می‌باشد لذا در ابتدا بایستی رفتارهای موجود شناسایی شوند. شناسایی رفتارهای موجود باید بر پایه تحلیل رفتار باشد که خود یک علم رفتاری است که روش‌های علمی ایجاد تغییر در رفتارهای مهم اجتماعی را بسط و توسعه داده و تحلیل می‌کند. ۴ اصل اساسی در تحلیل رفتار که به طور خاص مربوط به برقراری ارتباط در آموزش سلامت می‌گردد، به شرح زیر است:

۱- قسمت اعظم رفتار از فرهنگ، شرایط اقتصادی، اجتماعی و زمینه‌های فردی فرد گرفته می‌شود؛

۲- رفتارهای وابسته به سلامت، با رویدادها و واکنش‌هایی که در محیط فردی و اجتماعی رخ می‌دهند، شکل می‌گیرند و زمانی که این شرایط تغییر کند، احتمال تغییر رفتار شخصی نیز وجود دارد؛

۳- شرایط محیطی لازم برای یادگیری رفتارهای جدید لزوماً شبیه شرایط حفظ رفتار در طول زمان، نمی‌باشد. یک برنامه ارتباطی طراحی شده به قصد معرفی و آموزش رفتارهای جدید به گروه هدف، نیاز به توسعه راهکاری متفاوت برای تأمین حمایت‌های طولانی مدت جهت تداوم اتخاذ عملکردهای بهداشتی دارد؛

۴- وجود حالات درونی مانند اعتقادات و آگاهی‌ها می‌تواند از مشاهده آنچه مردم انجام می‌دهند یا می‌گویند نشأت گیرد. برای نیل به تغییرات رفتاری مورد نظر، برنامه‌های ارتباطی باید مستقیماً بر رفتار فردی و محیط فیزیکی و اجتماعی یعنی رخدادهای قابل مشاهده متمرکز گردد. گرچه تغییرات دانش و نگرش مورد نظر هستند ولی آنها مکانیزم‌های اولیه پیشنهادی برای تغییر رفتار نیستند (۸).

پاسخگویی به پرسش‌های زیر کمک مؤثری در تشخیص این مسأله است:

- آیا مشکل حاضر، مسأله‌ای عادی است یا منحصر به فرد؟
- چرا لازم است در مورد مشکل تصمیم‌گیری شود؟
- نیاز به تصمیم‌گیری از چه منابعی اعلام شده است؟
- آیا تصمیم‌گیری حاضر، مستلزم اتخاذ تصمیمات مقدماتی است یا نه؟
- اگر هیچ تصمیمی گرفته نشود چه می‌شود؟

اهمیت جمع‌آوری اطلاعات

آموزش سلامت و فناوری اطلاعات زمانی موفق است که براساس واقعیت‌ها باشد. صحیح نیست بگوییم «من احساس می‌کنم بدی تغذیه یک مشکل است زیرا بسیاری از مادران نمی‌دانند چه نوع غذایی برای کودکانشان خوب است». باید اظهارات بر اساس واقعیت‌های موجود باشد. مثلاً اینکه چه تعداد از کودکان، فقر غذایی دارند؟ منظور ما از فقر غذایی چیست؟ چگونه کودکانی را که دچار فقر غذایی هستند ارزیابی نموده و تحت نظر قرار می‌دهید؟ چه تعداد از مادران می‌دانند

که فرزندان‌شان را چگونه تغذیه نمایند؟ چه تعداد از آنان نمی‌دانند؟ اگر تعداد زیادی از بچه‌ها دچار بدی تغذیه هستند، آیا دلیل آن صرفاً فقدان دانش است؟ شما در شروع یک برنامه‌ریزی به این اطلاعات نیاز دارید تا بتوانید در نهایت، هر نوع تغییر یا اصلاحی را به آسانی مورد سنجش قرار دهید.

برای تشخیص مسأله چه اطلاعاتی مورد نیاز ما است؟

- مهمترین مشکلات مطرح شده توسط شخص، گروه، یا جامعه‌ای که شما قصد کمک به آنها را دارید. همچنین مشکلات دیگری که ممکن است شما خودتان ببینید؛

- مشکلاتی که سایر کارکنان جامعه با آن روبرو هستند؛

- تعداد افرادی که دارای چنین مشکلاتی هستند؛

- رفتارهایی که سبب بروز چنین مشکلاتی می‌شود؛

- دلایل مختلفی که برای این رفتارها وجود دارد؛

- سایر عللی که برای این مشکلات وجود دارد؛

برای دست یافتن به این اطلاعات، نیاز به آگاهی کامل درباره جامعه‌ای دارید که در آن کار می‌کنید. یعنی علاوه بر اطلاعات فوق، موارد زیر را نیز باید بدانید :

- ارزش‌ها و اعتقادات محلی تأثیرگذار بر سلامت؛
- نوع رفتارهایی که در فرهنگ محلی قابل قبول هستند؛
- افراد معتبر محلی و دلایل اعتبار آنان؛
- چگونگی تصمیم‌گیری نسبت به مشکلات محلی؛
- قابلیت استفاده از خدمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی، اعم از نوع سنتی و یا مدرن آن؛
- موقعیت خدمات؛
- باشگاه‌های موجود، انجمن‌ها و سازمان‌ها؛

● مراسم مذهبی محلی؛

● روش‌های محلی در مورد اشتراک عقاید و احساسات.

آیا همه این چیزها را در مورد جامعه‌ای که در آن کار می‌کنید، می‌دانید؟ چگونه آنها را آموخته‌اید؟ اگر همه آنها را نمی‌دانید، با کارکنان بهداشتی و دیگر کارکنان جامعه همکاری کنید تا این اطلاعات را به دست آورید. هر شخص می‌تواند مسوول جمع‌آوری انواع مختلف اطلاعات در مورد جامعه‌اش باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، با مردم ملاقات کرده و پیرامون اطلاعات بحث کنید. بدین ترتیب ملاحظه خواهید کرد که چه مطالب جدیدی را راجع به جامعه‌ای که در آن کار می‌کنید، آموخته‌اید (۳).

همچنین اطلاعات جامعی در مورد گروه هدف باید به دست آورد از قبیل:

- گروه هدف در حال حاضر کدامیک از رفتارهای مربوط به مشکل

بهداشتی را بروز می‌دهد؟

- کدامیک از این رفتارها نزدیک به رفتارهای مطلوب است؟

- کدامیک با رفتارهای دلخواه رقابت می‌کنند؟

- عدم وجود رفتارهای دلخواه مربوط به کمبود مهارتی است و یا

کمبود اجرایی؟

- چه پیامدهایی برای رفتارهای دلخواه و رقیب وجود دارد؟

- در صورتی که رفتارهای هدف پیامدهای متفاوت طبیعی را تولید

می‌کند برنامه ارتباطی چه راهکارهای پیش زمینه‌ای و پیامدی را می‌تواند

برای تقویت رفتارهای هدف تولید کند (۸)؟

اهمیت جمع‌آوری اطلاعات

یک خانواده، بدون تحقیقات اولیه درباره دسترسی به زمین و هزینه مصالح ساختمانی تصمیم به بنای یک خانه جدید، نخواهد گرفت. یک پزشک، قبل از تحقیق پیرامون ماهیت بیماری با استفاده از روش‌هایی نظیر مشاهده، پرسش و آزمایشات پاراکلینیکی، اقدام به مداوا نخواهد نمود. کارکنان بهداشتی نیز در کار آموزش سلامت بایستی قبل از اقدام به تهیه برنامه یا انجام هر فعالیتی، در مورد مسأله مورد نظر، تحقیقات لازم را انجام دهند. این تحقیقات شامل موارد زیر است:

- استفاده از تحقیق کمی و کیفی برای تحلیل رفتار غیر بهداشتی و تعریف رفتار

طلوب؛

- استفاده از تحقیق کمی و کیفی برای درک پیامدها؛

- استفاده از تحقیق کمی و کیفی برای ابراز سؤالات خاص رفتاری به منظور درک رفتارهای موجود و پیامدهای آن و تهیه لیست مفصل از مراحل انجام اقدام بهداشتی تعیین پیامدهای مؤثر و مشاهده رفتار به صورت مشاهده اجرا، ثبت توصیفی، ثبت فراوانی مشاهده نتایج رفتاری، مشاهده و بررسی در کلینیک و یا خانه (۸).

اگر چه اکثر تحقیقات همه‌گیرشناسی و تحلیل مداخلات، بخش عمده توجه خود را به خطرات بی‌واسطه بیماری‌های اصلی معطوف ساخته‌اند اما مقابله با خطرات دور سلامت از قبیل بی‌سوادی و فقر می‌تواند منجر به بهبودهای اساسی و پایدار در وضعیت سلامت در آینده شود. نقش غالب عوامل دور بر سلامت و بقا به خوبی شناخته شده است به طوری که می‌تواند توجیه‌کننده تلاش‌های بیشتر برای کاهش فقر و ارتقای میزان دستیابی به آموزش به خصوص در دختران باشد. از طریق فعالیت مداوم بین بخشی که سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های درگیر در امر توسعه

نیز باید در آن نقش داشته باشند، می‌توان به طور بالقوه به دستاوردهای عمده‌ای در زمینه سلامت دست یافت (۸).

در ادامه، به چگونگی توجه به عوامل خطرزای دور سلامت اشاره می‌شود. لازم است بعد مسأله، یعنی این که برچه تعداد از افراد تأثیر می‌گذارد را دانسته و دریابیم که چه میزان خطر در آن نهفته است و باعث چه تعداد مرگ و میر و صدمه شده است. اطلاعات روشن درباره ماهیت یک مسأله، انتخاب اولویت‌ها را آسانتر می‌سازد.

اگر اطلاعات درباره ماهیت و وسعت مسأله، در هر دو مرحله (قبل و بعد) یک برنامه‌ریزی، جمع‌آوری شده باشد، این امکان به وجود خواهد آمد تا تأثیر برنامه را نشان دهیم.

کسب اطلاعات در مورد جامعه، این امکان را فراهم می‌سازد تا مناسب‌ترین راه حل مشکلات و ارتقای سلامت با در نظر داشتن خود مشکل و فرهنگی که باعث ایجاد آن گردیده است، انتخاب شود (۴۸). مداخلات منتخب می‌تواند در قالب یک برنامه استراتژیک طراحی و اجرا شود تا زمینه رفع مشکل را فراهم سازد.

۲) تعیین معیارها

این مرحله به معنی تعیین معیارها و ملاک‌هایی است که در جریان تصمیم‌گیری توجه به آنها توجه شده و سرانجام مورد قضاوت قرار می‌گیرند. در این مرحله، پاسخ‌گویی به پرسش‌های زیرنکات بیشتری را روشن می‌کند:

- معیار یا معیارهای انتخاب هریک از راه حل‌ها چیست؟

- نتایج تصمیم‌گیری با توجه به چه معیار و یا معیارهایی بررسی خواهد شد؟

به عبارت دیگر سازمان چقدر پول، وقت، نیروی انسانی و غیره می‌تواند برای حل مشکل صرف کند؟ و یا مایل است برای دستیابی به نتایج مورد نظر چه چیز و چقدر به عنوان بهای آنها بپردازد؟

۳) جمع‌آوری اطلاعات در زمینه تصمیم‌های مناسب

وقتی که مشکل به خوبی تشخیص داده شد و ضرورت تصمیم‌گیری نیز روشن گردید مدیر باید به جمع‌آوری اطلاعات درباره آن بپردازد.

عملاً به ندرت یک انتخاب روشن و واضح وجود دارد و معمولاً راهبردها به گونه‌ای ترکیب می‌شوند که یکدیگر را کامل می‌نمایند (۸). در این مورد یک تناقض در مباحث پیشگیری وجود دارد که نشان می‌دهد که مداخلاتی که منافع بزرگی را از نظر سلامت برای کل جمعیت به ارمغان می‌آورد، منافع ناچیزی را برای تک تک افراد جامعه دارد. به طور کلی مداخلات عمومی بیشترین توان بالقوه را برای پیشگیری دارد. به عنوان مثال، به منظور کاهش خطرات ناشی از فشارخون و کلسترول، تغییر میانگین فشارخون و کلسترول در کل جمعیت جهت اجتناب از حملات قلبی و سکته مغزی در آینده، به مراتب هزینه کمتری نسبت به اجرای برنامه‌های غربال‌گری دارد که هدف آن شناسایی و درمان همه افرادی است که فشار خون بالای اثبات شده یا سطوح بالای کلسترول دارند. از همین رویکرد برای اصلاح خطرات رفتاری و مواجهات محیطی استفاده می‌شود. به عنوان مثال کاهش میزان الکل مصرفی توسط جامعه منجر به کاهش قابل انتظار تعداد افرادی می‌شود که از مصرف الکل آسیب می‌بینند (۸).

مداخلات عمومی نسبت به مداخلاتی که با افراد پرخطر سر و کار دارد، به دلایل زیر ارجح است :

۱- پیشگیری اولیه نسبت به ثانویه ؛

۲- کنترل خطرات دور نسبت به خطرات نزدیک سلامت.

پاسخگویی به پرسش‌های زیر در شناخت منابع جمع‌آوری اطلاعات برای تصمیم‌گیری، کمک مفیدی برای مدیر می‌باشد:

- از چه منابعی می‌توان اطلاعات لازم درباره مشکل را به دست آورد؟

- محدودیت مالی، زمانی و مکانی برای جمع‌آوری اطلاعات چقدر است؟ آشکار است که جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند خود یک فرایند بی‌انتهای باشد ولی جمع‌آوری همه اطلاعات لزوماً مورد نیاز نمی‌باشد و در واقع به خاطر محدودیت مالی و زمانی و مکانی، جمع‌آوری همه آنها میسر نیست. بنابراین باید دید چه نوع اطلاعاتی نیاز به تصمیم‌گیری به اطلاعات را مرتفع می‌کند. مثلاً با داشتن اطلاعات مربوط به چند سال اخیر، ممکن است اطلاعات چندسال گذشته دیگر به درد بخور نباشد و یا با داشتن اطلاعات محلی کافی، به اطلاعات ملی و یا بین‌المللی نیازی نباشد و یا برعکس.

در هر حال چون جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند هزینه و زمان زیادی را به خود اختصاص دهد، ابتدا باید محدودیت‌های مربوطه مشخص و سپس در حد لازم اقدام شود (۸).

۴) ارایه راه‌حل‌ها

اطلاعات، تصمیم‌گیرنده را برای ارایه راه‌حل‌های مختلف آماده می‌کند. آشکار است که هر قدر اطلاعات بیشتر باشد، راه‌حل‌ها نیز بیشتر خواهد بود. به بیان دیگر اطلاعات بیشتر، راه‌حل‌های بیشتری را موجب می‌شود و راه‌حل‌های بیشتر مجموعه امکانات حل مسأله را تحت پوشش قرار داده و تصمیم‌گیرنده را برای مراحل بعدی در موقعیت بهتری قرار می‌دهد. آموزش سلامت در جهت نیل به هدف نهایی خود، باید رفتارهای مطلوب بهداشتی را به وجود آورد. تعداد زیادی عادات، رسوم و غیره در جامعه موجود است که بر پایه سنت‌ها، باورها و غیره استوارانه بنابراین هر گونه تلاش برای ایجاد تغییر رفتار مؤثر یا سریع نه تنها مشکل است بلکه موجب ایجاد تضاد و رنجش غیر ضروری مخاطبان می‌گردد چرا که امکان دارد رفتار مورد نظر کاملاً با الگوی فرهنگی موجود متضاد باشد. بنابراین آموزش سلامت باید از فرهنگ موجود شروع و سعی کند عادات و رفتارها را به تدریج تغییر دهد. به علاوه

تلاش آموزش سلامت باید در جهت تغییرات کوچک و تدریجی بوده و خیلی بلند پروازانه نباشد. مردم همه چیز را یک جا یاد نمی‌گیرند بلکه یادگیری مرحله به مرحله انجام می‌گیرد. برای هر تغییر رفتاری، تجربه فردی لازم است بنابراین آموزش دهنده سلامت باید برای آزمایش رفتارهای تغییر یافته، فرصت‌های لازم را فراهم آورد و آموزش سلامت برای تحقق آرمان‌هایش باید رفتارهای مطلوب بهداشتی را به وجود آورد (۸).

۵) انتخاب راه حل

این مرحله مبین مفهوم واقعی تصمیم‌گیری یعنی انتخاب یک راه حل از بین راه-حل‌ها می‌باشد. هرکدام از راه حل‌های ارائه شده پیشین باید به دقت بررسی و تا حد امکان نتایج و پی‌آمدهای مثبت و منفی آنها تشخیص داده شود. سپس باتوجه به معیارهای تعیین شده در مرحله قبلی، یک راه حل از بین راه‌حل‌ها انتخاب شود. بدیهی است که اگر مراحل قبلی و نیز خود همین مرحله به درستی انجام شود، راه حل انتخاب شده دارای ویژگی‌های زیر خواهد بود:

- بیش از سایر راه حل‌ها با معیارهای تعیین شده مطابقت خواهد داشت؛
- دارای بیشترین پیامد مثبت و کمترین پیامد منفی خواهد بود؛
- عملی‌ترین راه حل ممکن در بین راه حل‌ها خواهد بود؛
- بهترین راه حل از بین راه حل‌ها خواهد بود و نه بهترین راه حل در همه شرایط و زمان‌ها؛

- دلایل انتخاب راه حل مورد نظر باتوجه به معیارها، نتایج و پیامدهای بررسی شده هریک از راه حل‌ها، واضح و متقن خواهد بود.

۶) اجرا و ارزشیابی

آخرین مرحله تصمیم‌گیری اجرای آن است. مراحل تصمیم‌گیری باید منتهی به اجرا شود در غیر این صورت یا تصمیم‌گیری اصلاً قابل اجرا نبوده تا به مرحله اجرا گذاشته شود و یا بنا به ملاحظات، ضرورت اجرایی خود را از دست می‌دهد. حالت اول، مبین اشتباه بودن مراحل تصمیم‌گیری از همان ابتدا است و حالت دوم نشان دهنده اشتباه بودن نفس تصمیم‌گیری است زیرا در صورت وقوع هرگونه تغییر در شرایط تصمیم‌گیری، لازم است که تصمیم دیگری باطی همان مراحل انجام شود. به عبارت دیگر تصمیم‌گیری برای عدم تصمیم‌گیری، خود همان تصمیم‌گیری است که باید مراحل فوق را طی کند. یعنی تصمیم نگرفتن می‌تواند یکی از راه حل‌های ممکن در مورد یک مسأله یا مشکل بوده و براساس راه حل‌ها و معیارهای بررسی شده، سرانجام به عنوان راه حل مورد نظر انتخاب شود.

در هر حال، وقتی تصمیم به مرحله اجرا گذاشته شدحتی تصمیم‌گیری مبنی بر "عدم تصمیم" نیز که نیاز به اجرا ندارد، خود یک تصمیم است که باید ارزشیابی شود.

منظور از ارزشیابی تصمیم‌گیری، بررسی عملی مراحل مختلف اجرا و قضاوت در مورد میزان حل مشکل یا مسأله می‌باشد. به عبارت دیگر ارزشیابی تصمیم‌گیری، یک بازیینی علمی از مجموعه مراحل تصمیم‌گیری، میزان اثربخشی تصمیم و نقاط ضعف و قوت آن است.

جدول ۱ - مراحل تصمیم‌گیری

تعریف مشکل ←	عادی یا منحصر به فرد بودن مسأله ↓ ضرورت تصمیم‌گیری
تعیین معیارها ←	معیارهای حل مسأله ↓ بهای حل مسأله
جمع‌آوری اطلاعات ←	منابع جمع‌آوری اطلاعات ↓ محدودیت‌های مختلف جمع‌آوری اطلاعات
ارایه راه‌حل‌ها ←	راه‌حل‌های مسأله ↓ راه‌حل‌های شناخته شده
انتخاب راه‌حل ←	پیامدهای مثبت و منفی راه‌حل‌ها ↓ انتخاب یک راه‌حل با توجه به معیارها
اجرا و ارزشیابی ←	به مرحله عمل گذاشتن تصمیم‌گیری ↓ ارزشیابی نتایج عملی تصمیم‌گیری

چند نکته در مورد "عقلانی" و "مقبول" بودن تصمیم‌گیری

آیا رعایت مراحل تصمیم‌گیری، مدیر را به حل عقلانی مشکل هدایت می‌کند یا به حل قابل قبول آن؟ به عبارت دیگر آیا تصمیم کاملاً عقلانی ممکن است یا اینکه مدیر در نهایت خود را به یک تصمیم مقبول و مطلوب و ظاهراً «معقول» راضی می‌کند؟ اگر چنین است، پس باید برای رسیدن به تصمیم معقول اصرار ورزد یا اینکه به تصمیم مقبول راضی باشد؟

* در پاره‌ای مواقع تعریف دقیق مسأله به نحوی که از مسایل دیگر کاملاً جدا شود بسیار دشوار است؛

* جمع‌آوری اطلاعات کاری بی انتها و پرهزینه است؛

* بررسی همه راه حل‌ها به همراه پیامدهای مثبت و منفی آنها و نیز مقایسه این پیامدها با یکدیگر، به خصوص اگر اطلاعات و راه‌حل‌های زیادی در دسترس باشد برای انسان عادی کار بسیار مشکلی است؛

* طرح معیارهای صریح به ویژه معیارهای مربوط به عوامل انسانی که در بسیاری موارد دارای بار ارزشی فرهنگی یا عقیدتی و سیاسی است، همواره مقدور نیست بنابراین تصمیم گیرندگان عملاً مجبور هستند که چیزی را بر چیز دیگر ترجیح دهند بدون اینکه دلیل عقلانی خاصی بر اولویت یک راه حل بر راه حل دیگر داشته باشند.

بنابر دلایل فوق، مؤلفان بر این نظرند که دستیابی به یک راه حل کاملاً عقلانی در عمل امکان‌پذیر نیست و جمع تصمیم گیرندگان هیچ وقت نمی‌توانند در خصوص انتخاب یک راه حل معین از بین راه حل‌های متعدد اتفاق نظر داشته باشند. بنابراین به یک تصمیم رضایتبخش یا مقبول، بسنده می‌کنند. اما به طور کلی چنین به نظر می‌رسد که اغلب مدیران تصمیم‌گیری را با رویکرد معقول آغاز کرده و با رویکرد مقبول به اتمام می‌رسانند.

انواع تصمیم‌گیری

بافرض اینکه مدیران به فرایند تصمیم‌گیری واقف بوده و از تصمیم‌گیری معقول یا مقبول نیز مطلع هستند، می‌توانند از چند طریق به اتخاذ تصمیم مبادرت نمایند :

۱) تصمیم‌گیری دموکراتیک

تصمیم‌گیری دموکراتیک یا پارلمانی « آن است که مدیر به همراه کسان دیگری که در امر تصمیم‌گیری دخالت دارند، در یک محل اجتماع کرده و به نظرات یکدیگر گوش داده و پس از بحث و بررسی‌های لازم و توسط رأی‌گیری، تصمیم مشخصی را اتخاذ می‌نمایند. در این حالت خود مدیر نیز به عنوان رئیس جلسه عمل می‌کند و دارای یک رأی بوده و به اعمال نظر و یا عدم پذیرش نظر اکثریت یعنی نصف به علاوه یک (حتی با وجود مخالفت شخصی با آن) مجاز نمی‌باشد. مدیر باید نتیجه تصمیم‌گیری جمعی و یا به عبارت دیگر راه حل مورد نظر اکثریت را پذیرفته و به اجرا درآورد.

این نوع تصمیم‌گیری، به دلیل سرعت عمل در رسیدن به راه حل انتخاب شده به ویژه در شرایط اضطراری بسیار مناسب است و به خاطر احساس مساعد افراد شرکت‌کننده در تصمیم‌گیری، برای تقویت رضایت و روحیه افراد نیز حایز اهمیت می‌باشد.

۲) تصمیم‌گیری اداری

این نوع تصمیم‌گیری همان است که در همه ادارات از جمله در مؤسسات آموزشی عمومیت دارد. به این صورت که مدیر با کسب نظر و انجام مشورت لازم با افراد صاحب صلاحیت و مطلع و یا با توجه به نظر واحدهای تابعه، تصمیم نهایی را اتخاذ می‌کند. تصمیم‌وی می‌تواند شبیه به یک یا چند اظهار نظر از جانب افراد و یا واحدهای اداری بوده و یا حتی مشابه هیچ یک از آنها نباشد. عبارت «بررسی و اظهار نظر نمایند» که به کرات در همه ادارات مورد استفاده است، نشان این نوع تصمیم‌گیری است.

تصمیم‌گیری اداری در شرایطی که موضوع از فوریت زیادی برخوردار نبوده و امکان اجتماع همه افراد مربوطه میسر نمی‌باشد، کاربرد فراوانی دارد.

۳) تصمیم‌گیری اجتماعی

تصمیم‌گیری اجماعی بدین معنی است که راه حل یک موضوع با اتفاق نظر همه شرکت‌کنندگان در امر تصمیم‌گیری اتخاذ می‌شود. یعنی همه افراد در انتخاب راه حل به نظر واحدی می‌رسند. آشکار است که در این نوع از تصمیم‌گیری، رأی‌گیری کاربرد خاصی نداشته و یا اینکه در مراحل نهایی برای حصول اطمینان از اتفاق نظر اعضا به عمل می‌آید.

باید دانست که با وجود مفهوم لغوی «اجماع» به معنای اتفاق همه نظرات شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری، این شیوه در عمل به صورت اکثریت آرا در آمده و با «دوسوم به علاوه یک» آرای تصمیم‌گیرندگان، اتخاذ می‌شود. به عبارت دیگر راه حل مورد نظر شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری که در شیوه مجلسی با رأی نصف به علاوه یک پذیرفته می‌شود، در شیوه اجماعی، با پذیرش بیشتر حداقل دو سوم به علاوه یک آراء همراه است. اغلب تصمیمات به صورت دموکراتیک یعنی نصف به علاوه یک آراء و تصمیمات خیلی مهم به صورت اجماع یعنی دوسوم به علاوه یک آرا اتخاذ می‌شوند.

فن بارش افکار با حضور افراد تصمیم‌گیرنده در جلسه و به منظور ایجاد نظرات و راه حل‌های جدید و ابتکاری به کار می‌رود. مشارکت کنندگان، پیشنهاد می‌دهند و سپس مجموع راه حل‌های پیشنهاد شده بدون توجه به شخصی پیشنهاد دهنده، مورد بررسی قرار می‌گیرد. این نوع تصمیم‌گیری به صورت حضوری و به شکل بررسی‌های گروهی به انجام می‌رسد.

فن گروه اسمی مشابه روش بارش افکار با تأکید خاص بر اتخاذ راه حل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش رأی‌گیری برای انتخاب راه حل‌ها پس از مرحله حضور افراد در جلسه تصمیم‌گیری (یعنی به شکل غیرحضوری) برگزار می‌شود و به دلیل کاهش فشارهای گروهی و یا اثرات منفی ناشی از تفاوت مقام و موقعیت

افراد در ارزیابی، راه حل‌ها در رأی‌گیری غیره حضوری (به ویژه نسبت به فن بارش افکار) از مزیت بیشتری برخوردار است.

فن دلفی در خصوص افراد و یا گروه‌هایی که امکان حضور آنها در یک‌جا، به دلیل اختلافات شدید عقیدتی و یا بعد مسافت و نظایر آن میسر نمی‌باشد، به کار برده می‌شود. موارد مورد بحث و یا مورد نیاز مدیریت برای تصمیم‌گیری به صورت پرسشنامه برای افراد مختلف ارسال شده و نظرات آنان بدون ذکر نام پاسخ دهنده مجدداً در بین همان افراد توزیع شده و به بررسی گذاشته می‌شود. این کار تا رسیدن به نتایج مطلوب و یا مورد نظر مدیران و مسئولان مربوطه ادامه داده می‌شود.

مشارکت در تصمیم‌گیری

آنچه در انواع تصمیم‌گیری‌های فوق به عنوان یکی از وجوه اشتراک آنها جلوه می‌کند، عبارت است از استفاده از نظر یا عقیده افراد مختلف، به صورت حضوری و یا غیرحضوری. به بیان دیگر، مدیر برای اتخاذ تصمیم به نظر افراد دیگر نیازمند است و برحسب شرایط موضوع، افراد را در تصمیم‌گیری شرکت می‌دهد. این مشارکت زمانی به صورت حضور افراد در جلسه تصمیم‌گیری است و زمانی دیگر به صورت نظرخواهی انفرادی، مکتوب یا شفاهی که می‌تواند در خارج از چارچوب عادی جلسات، در قالب مذاکرات رسمی، ضمن صحبت‌ها و دردلهای دوستانه یا انواع خدمات مشاوره‌ای انجام گیرد.

بنابراین می‌توان دو معیار زیر را برای مشارکت در امر تصمیم‌گیری در نظر گرفت:

- اطلاع: معیار اطلاع به معنای وجود تخصص، معلومات و تجربه در افراد طرف مشورت و یا شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری است؛

- ارتباط: معیار ارتباط ناظر بر ارتباط موضوع تصمیم‌گیری به شرایط شغلی افراد طرف مشورت و یا شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری است. گفته فوق براین فرض استوار است که اگر شرکت‌کنندگان در تصمیم‌گیری از جهات مختلف در موضوع مورد بحث ذی‌نفع باشند، نسبت به کسانی که موضوع به آنان مربوط نیست، با جدیت و احساس مسئولیت بیشتری در امر تصمیم‌گیری شرکت خواهند کرد.

در انتخاب افراد برای مشارکت در تصمیم‌گیری حالت‌های زیر رخ می‌دهد:

(۱) کسانی که هم موضوع تصمیم‌گیری به آنان ارتباط دارد و هم در مورد آن از اطلاعات لازم برخوردار هستند. در این صورت لازم است که این افراد در تصمیم‌گیری شرکت کرده و یا طرف مشورت قرار گیرند. شرکت این افراد در تصمیم‌گیری موجب می‌شود که اولاً مدیریت از نظرات مفید آنان بهره‌مند شود و ثانیاً با نادیده گرفتن آنان موجبات ناخوشنودی و دلسردی آنان را فراهم نیاورد؛

(۲) کسانی که نه موضوع به آنان مربوط است و نه دارای اطلاعات لازم در مورد موضوع تصمیم‌گیری می‌باشند. شرکت این افراد در تصمیم‌گیری نه تنها موجب تقویت تصمیم‌گیری نمی‌شود بلکه باعث می‌شود که تصمیم‌گیری به جهت پراکنده‌گویی ناشی از طرح مباحث حاشیه‌ای و نامربوط، از تمرکز لازم بر روی موضوع مورد بحث بازماند. بنابراین آنان نباید در تصمیم‌گیری شرکت داده شوند؛

(۳) کسانی که موضوع به آنان مربوط است ولی دارای اطلاعات لازم نیستند یا اینکه موضوع به آنان مربوط نیست ولی از اطلاعات لازم درباره موضوع تصمیم‌گیری برخوردارند می‌باشند. این افراد می‌توانند برحسب مورد و در حد ضرورت، در تصمیم‌گیری شرکت کنند. در مواردی که اطلاعات تخصصی مورد نیاز است می‌توان از وجود افراد مطلع و در مواردی که به اخذ رای و نظر افراد درگیر در موضوع مربوطه نیاز می‌باشد می‌توان از وجود افراد مربوطه بهره‌مند شد.

تصمیم‌گیری در مؤسسات آموزشی

همچنان که پیشتر ذکر شد، مدیران مؤسسات آموزشی نیز مانند همه مدیران دیگر پیوسته به اخذ تصمیم در مورد مسایل ریز و درشت می‌پردازند که لازم است با نگرشی آگاهانه نسبت به مفهوم تصمیم‌گیری و عوامل مربوط به آن اقدام نمایند. ممکن است آموزش دهندگان تمایل به مشارکت در تصمیم‌گیری داشته باشند ولی در شرایط مقتضی، اقدام عملی ننمایند. به هر حال مشارکت آنان باید در تصمیم‌گیری‌های آموزشی مورد تأکید و توجه واقع شود زیرا که مشارکت آنان در تصمیم‌گیری مزایای زیر را در پی خواهد داشت:

- * بهبود کیفیت تصمیمات؛
- * آشنایی مدیران آموزشی با نگرش و باور آنان؛
- * دسترسی تصمیم‌گیرندگان به اطلاعات زیادی در باره جزییات تعلیم و تربیت از دید آموزش دهندگان.
- اقدام عملی معلمان برای مشارکت در تصمیم‌گیری، نتیجه یک جانبه «تمایل» آنان برای این کار نمی‌باشد. این امر حداقل به چهار عامل زیر بستگی دارد:
- * رابطه کاری مدیر- معلم؛
- * هنجارهای مؤثر در روابط کاری بین آموزش دهندگان؛
- * توانایی آموزش دهندگان برای اخذ تصمیم یا سهم شدن در آن ؛
- * احساس مسئولیت آموزش دهندگان در وظایف تدریس خود .

خلاصه

در این فصل، اهمیت و لزوم تصمیم‌گیری به ویژه در مدیریت و رهبری در آموزش سلامت بررسی گردید. شاید بتوان گفت یکی از مهمترین وظایف مدیران تصمیم‌گیری است و به تعبیری مدیریت همان تصمیم‌گیری است که لزوم تعمق در آن ضروری می‌باشد.

ارزشیابی پایان دوره

- مختصری از تاریخچه مکاتب مدیریت را بیان کنید
- تفاوت اصلی و عمده مدیریت در قبل و بعد از قرن بیستم را به زبان ساده بیان نمایید.
- ویژگی‌های سه مکتب مدیریت علمی، مکتب روابط انسانی و مکتب علم مدیریت را بیان کنید.
- بهترین شیوه مدیریت را تحلیل نمایید.
- درمورد تفاوت دیدگاه و نگرش کلی مکتب علم مدیریت نسبت به دومکتب قبلی، بحث نمایید.
- ضرورت تکوین مدیریت آموزش را توضیح دهید.
- ویژگی‌های مؤسسات آموزشی را نام ببرید .
- ویژگی‌های مؤسسات آموزشی را در مقایسه با دیگر مؤسسات نام ببرید.
- تغییرات عمده‌ای که در نیم قرن حاضر در مؤسسات آموزشی صورت گرفته است را نام ببرید.
- مدیریت آموزشی را به عنوان یک رشته علمی توضیح دهید.
- مدیریت و رهبری آموزشی را تعریف نمایید.
- مهارت‌های مدیریت را نام برده و توضیح دهید.
- نقش‌های مدیریت و رهبری آموزشی را نام برده و توضیح دهید.
- فرآیند مدیریت را توضیح دهید.
- تفاوت مدیریت و رهبری را توضیح دهید.
- در مورد هر یک از وظایف مدیران بحث و اظهار نظر نمایید.
- در مورد تفویض اختیار و شرایط و مزایای آن اظهار نظر کنید.
- در مورد تعارض در سازمان و ساز و کارهای آن بحث نمایید.

- در مورد نقش مدیریت و رهبری در پیشبرد اهداف آموزش سلامت بحث نمایید.
- منظور از شیوه‌های مطالعه مدیریت را توضیح دهید.
- انواع شیوه‌های مطالعه مدیریت را نام برده و توضیح دهید.
- اهمیت شیوه تصمیم‌گیری را توضیح دهید.
- رویکردهای اصلی در شیوه تصمیم‌گیری را نام ببرید.
- سیستم را تعریف کنید.
- در مورد فراتر بودن شیوه سیستمی از یک روش مطالعه توضیح دهید.
- اهمیت شیوه سیستمی را بیان کنید.
- شیوه‌های مختلف مطالعه مدیریت را با یکدیگر مقایسه نمایید.
- اجزای تئوری را نام برده و در مورد هر کدام توضیح دهید.
- وجوه افتراق تئوری را با سوء تفاهمات رایج آن، توضیح دهید.
- رابطه اجزای تئوری را توضیح دهید.
- رابطه علم و تئوری را توضیح دهید.
- نقش علم و تئوری را در عمل مدیران آموزشی توضیح دهید.
- دلایل اهمیت ارتباط در مؤسسات آموزشی را بیان کنید.
- انواع ارتباطات را نام برده و آنها را توضیح دهید.
- اجزای ارتباط را نام برده و تعریف نمایید.
- انواع موانع ارتباطی را نام برده و آنها را توضیح دهید.
- در مورد ارتباط مؤثر و اهمیت آن در آموزش به ویژه آموزش سلامت بحث نمایید.
- در مورد چگونگی نقش مدیریت در برقراری ارتباط مؤثر با مخاطبین در آموزش سلامت بحث نمایید.

-
- اهمیت تصمیم‌گیری در مدیریت آموزشی به خصوص در آموزش سلامت را بیان نمایید.
 - مراحل تصمیم‌گیری را نام ببرید.
 - معیارهای تصمیم‌گیری را بیان نمایید.
 - انواع تصمیم‌گیری را توضیح دهید.
 - نقش مشارکت در تصمیم‌گیری را بیان کنید.
 - در مورد نقش و اهمیت تصمیم‌گیری در پیشبرد اهداف آموزش سلامت بحث نمایید.

منابع

- ۱- وین ک. هوی، سیسیل ج. میسکل، تئوری، تحقیق و عمل در مدیریت آموزشی، ترجمه میرمحمد سید عباسزاده، انتشارات دانشگاه ارومیه ۱۳۷۰، ص ۱۸.
- ۲- الوین تافلر، موج سوم، ترجمه شهیندخت خوارزمی، چاپ هفتم، ۱۳۷۱، ص ۶۵.
- ۳- سید عباسزاده، میرمحمد، کلیات مدیریت آموزشی، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه ارومیه، ۱۳۸۰، ص ۵.
- ۴- علاقه بند، علی، مدیریت عمومی، چاپ تهم، تهران، نشر روان ۱۳۸۲.
- ۵- علاقه بند، علی، مبانی نظری و اصول مدیریت آموزشی، تهران، نشر روان، تابستان ۱۳۷۷.
- ۶- کیمبل وایلز. مدیریت و رهبری آموزشی، ترجمه محمد علی طوسی. تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی، ۱۳۷۲.
- ۷- بیانی، احمد. دانشگاه درون زا، چاپ اول، تهران، انتشارات عقیق ۱۳۷۷.
- ۸- جودیت اگریف، جان پ الدر، الیزابت میلز بوت، برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار، ترجمه دکتر محمد پور اسلامی و همکاران، چاپ اول، تهران، گروه مدیریت برنامه‌های آموزش سلامت وزارت بهداشت، تابستان ۱۳۸۱
- ۹- استیفن پی رابینز، رفتار سازمانی: مفاهیم، نظریه‌ها و کاربردها، جلد اول، ترجمه علی پارساییان و سید محمد اعرابی، (ویرایش ۲) تهران: دفتر پژوهشهای فرهنگی ۱۳۷۸.
- ۱۰- فرد آر. دیوید، مدیریت استراتژیک. ترجمه علی پارساییان و محمد اعرابی، چاپ پنجم، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی ۱۳۷۹.
- ۱۱- ترابی، امین، بررسی رابطه سبک‌های رهبری و استراتژی‌های مدیریت تعارض در بین رؤساء، مدیران و مدیران و مسئولین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی لرستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد ۱۳۸۳.
- ۱۲- مشبکی، اصغر، مدیریت رفتار سازمانی، چاپ اول، تهران، انتشارات ترمه، ۱۳۷۷.
- ۱۳- مقیمی، سید محمد. سازمان و مدیریت رویکرد پژوهشی، چاپ دوم، انتشارات ترمه، تهران، ۱۳۸۰.
- ۱۴- سیلز، لئو نارد، راهبری مدیریت مؤثر در سازمان‌ها، ترجمه دکتر محمد علی نائلی، چاپ اول، تهران، انتشارات مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۷۵.
- ۱۵- حاضر، منوچهر، مدیریت و مهارت افزایی، فصل‌نامه مدیریت دولتی، شماره ۴۴، تابستان ۱۳۷۸.
- ۱۶- Ferlie, E, Pettigrew, A. Managing through network: some issues and implications for the NHS, Brithsh Journal of Management (۷), ۱۹۹۶.
- ۱۷- Edmostone J, Western J. Leadership development in health care: What do we work? Journal of management medicine (۱۶) ۲۰۰۲.
- ۱۸- استونر، جیمز، وانکل. مدیریت، ترجمه سید محمد اعرابی و علی پارساییان، تهران، انتشارات مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازگانی، ۱۳۷۵.

- ۱۹- Kreither Robert, Angle, Kinichi. Organizational behavior, vth Ed, New York , Irwin / MC Graw Hill , ۲۰۰۴.
- ۲۰- رضاییان، علی. مدیریت تعارض و مذاکره: مدیریت رفتار سازمانی پیشرفته، چاپ دوم، تهران، انتشارات سمت زمستان ۱۳۸۲.
- ۲۱- جواجه ای، سعید. شیوه‌های مدیریت در حل تعارض‌های سازمانی، نشریه تدبیر شماره ۶۷، آبان ۱۳۷۵.
- ۲۲- جزایری، سید احمد. مهارت‌های مدیریت تعارض، مجله تدبیر شماره ۸۶، مهر ماه ۱۳۷۷.
- ۲۳- میر کمالی، سید محمد. مدیریت تعارض، فصل نامه دانش مدیریت، دانشکده علوم اداری و بازرگانی، شماره ۱۱، زمستان ۱۳۷۱.
- ۲۴- ممی‌زاده، جعفر، مدیریت تعارض سازمان، نشریه اقتصاد و مدیریت، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، شماره ۲۷، زمستان ۱۳۷۴.
- ۲۵- حقیقی، محمد علی، مدیریت رفتار سازمانی، تهران، انتشارات ترمه، ۱۳۸۰.
- ۲۶- جاسبی، عبدالله. اصول و مبانی مدیریت، چاپ ششم، تهران، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی ۱۳۷۰.
- ۲۷- میرسپاسی، ناصر. کاربرد تئوری اقتضا در استفاده کار ساز از منابع انسانی، تهران، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۰.
- ۲۸- ایرانزاد پاریزی، مهدی، ساسان گهر پرویز، سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل، چاپ پنجم، تهران، انتشارات بانک مرکزی ایران، ۱۳۸۰.
- ۲۹- هیکس، هریوت جی و گولت، سی، تئوری‌های سازمان مدیریت ترجمه دکتر کوئل کهن، چاپ دوم، تهران، انتشارات دوران ۱۳۷۷.
- ۳۰- رفرانس شماره ۹
- ۳۱- Green, L.W., and Krevten, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach , ۳rd ed. Mountain View, CA: Mayfield publishing company, ۱۹۹۹.
- ۳۲- پوراسلامی؛ محمد و همکاران ، واژه‌نامه ارتقای سلامت ، چاپ اول ، تهران : دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت ، ۱۳۷۹ . ص ۵۰
- ۳۳- ساروخانی؛ باقر. جامعه شناس ارتباطات، چاپ هشتم، تهران: اطلاعات، ۱۳۷۸. ص ۲۰-۱۹
- ۳۴- Jakson, L.D. and Duffy, B.K. Health communication Research westprot, CT. Greenwood, ۱۹۹۹
- ۳۵- حلم سرشت، پریوش، دل پیشه؛ اسماعیل، آموزش بهداشت و اولویت‌های بهداشتی جهت آموزش، چاپ دوم، تهران: چهر ۱۳۸۱. ص ۳۸-۳۹

- ۳۶- راف؛ جی.الدر، جی.میلز؛ ا. برقراری ارتباط برای تغییر رفتار، محمد پوراسلامی و همکاران، چاپ اول، تهران: عصر، ۱۳۸۱. ص ۷۴-۷۳
- ۳۷- محسنیان راد؛ مهدی. ارتباط شناسی، چاپ پنجم، تهران: سروش، ۱۳۸۲. ص ۲۸۰-۲۴۳.
- ۳۸- هارجی؛ یو. ساندروز؛ ک. دیکسون؛ دی. مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان فردی، ترجمه خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت، چاپ اول، تهران: رشد، ۱۳۷۷.
- ۳۹- وری زیتو، اس. راهنمای طراحی فعالیت‌های اطلاع رسانی چند رسانه‌ای. ترجمه صفورا دژ پسند و همکاران، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۳۷۹. ص ۱۴
- ۴۰- گروه حمایت کشورهای صندوق جمعیت و تنظیم خانواده؛ مهارت‌های ارتباط بین فردی در بهداشت باروری و تنظیم خانواده، ترجمه گروه مرکز IEC، چاپ اول، تهران: مرکز اطلاعات، آموزش و ارتباطات جمعیت و تنظیم خانواده، ۱۳۷۸. ص ۱۹۴-۱۹۳
- ۴۱- هابلی؛ جان. برقراری ارتباط برای بهداشت، ترجمه سعید پارسی نیا، چاپ اول، تهران: ترمه، ۱۳۷۸. ص ۱۵۸-۱۵۷
- ۴۲- راما چاندان؛ ل. دارمالینگام؛ ت. آموزش بهداشت، ترجمه فروغ شفیعی و اذن اله آذر گشب، چاپ سوم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۰. ص ۱۹۴-۱۹۳
- ۴۳- اولس، لیندا. سیمنت، اینا. آموزش بهداشت راهنمای کاربردی برای پویندگان بهداشت، ترجمه محمد رضا شیدفر، چاپ اول، تهران: سیاوش، ۱۳۷۲. ص ۹۹-۹۸
- ۴۴- احدیان؛ محمد. مقدمات تکنولوژی آموزشی، چاپ بیست و پنجم، تهران: نشر بشری، ۱۳۸۲. ص ۴۶
- ضمیمه
- ۴۵- راف؛ جی و همکاران، برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار، ترجمه محمد پور اسلامی و همکاران، چاپ اول، تهران: انتشارات گروه مدیریت برنامه‌های آموزش سلامت، ۱۳۸۱، ص ۹۱-۹۰
- ۴۶- لانچارد، کنت. مدیریت کار گروهی، ترجمه جهانگیر مجیدی، انتشارات هزاران، چاپ اول تهران، ۱۳۸۰
- ۴۷- www.health.gov.au/healthy people
- ۴۸- پارسی نیا؛ سعید. حکمت؛ سیمین. آموزش برای بهداشت، چاپ اول، تهران: چهر، ۱۳۷۱. ص ۴۹-۴۸.
- ۴۹- حیدرنیا؛ علیرضا، مباحثی در فرایند آموزش بهداشت، چاپ اول، تهران: نشر زمانی، ۱۳۸۲. ص ۳۳-۳۱.
- ۵۰- محسنی. منوچهر، مبانی آموزش بهداشت، دوم، تهران: طهوری، ۱۳۷۵.
- ۵۱- رفیعی فر؛ شهرام، از آموزش سلامت تا سلامت، اول تهران - تندیس - ۱۳۸۴.

کتاب دوم

برنامه ریزی آموزشی

مقدمه

برنامه آموزشی طرح کلی برای یک فعالیت آموزشی است. این برنامه می‌تواند یک دوره یک ساعته، یک روزه، یک هفته‌ای و یا یک ساله یا بیشتر باشد. طرح‌ریزی یک دوره آموزشی، فرآیندی است که طی آن در مورد نیازهای آموزشی تصمیم‌گیری می‌شود اهداف آموزشی مشخص می‌گردد، محتوای آموزشی شناسایی یا تهیه می‌شود، روش‌های آموزشی انتخاب، وسایل آموزشی تعیین و روش ارزیابی فراگیران مشخص می‌گردد.

برنامه‌ریزی آموزشی، فرآیندی است که یاددهی را منظم‌تر می‌سازد. کارشناسان و طراحان آموزشی، تحقیقات زیادی در مورد چگونگی یادگیری مردم انجام داده‌اند. به علاوه بهترین روش‌ها را برای سازماندهی و ارائه اطلاعات به منظور به حداکثر رساندن یادگیری اثر بخش مطالعه کرده‌اند. به عنوان مثال: راه‌ها و روش‌های یادگیری بزرگسالان نسبت به کودکان متفاوت است؛ افراد سبک‌های یادگیری متفاوتی دارند؛ استفاده از روش‌های آموزشی مختلف مؤثرتر از یک روش به تنهایی است؛ و یا آموزش به صورت مشارکتی مؤثرتر از سخنرانی است. این موارد و نکات دیگر در مورد آموزش می‌تواند به ما در برنامه‌ریزی آموزشی کمک کند.

هدف از برنامه‌ریزی در آموزش سلامت، تلاش برای طراحی برنامه‌ای آموزشی است که به سلامت مردم و اجتماع کمک نماید. در ضمن برنامه‌ریزی، تغییرات لازم برای بهبود شرایط باید شناسایی و توصیف گردند و دانش، نگرش و مهارت‌هایی که مردم به آنها نیاز دارند تا شرایط را تغییر داده و اصلاح کنند، تعریف شوند.

در این مجموعه که برای استفاده کارشناس آموزش سلامت و سایر کارکنان بهداشتی فعال که در زمینه آموزش سلامت تهیه شده، ابتدا مهم‌ترین مفاهیم مورد نیاز در برنامه‌ریزی آموزشی تعریف شده و سپس، در مورد نیازسنجی آموزشی

انواع نیازها و اولویت‌بندی آنها بحث شده است. بعد از آن نقش اهداف آموزشی انواع اهداف آموزشی و ضرورت تدوین آنها مورد بررسی قرار گرفته است. سپس در بخش‌های جداگانه‌ای تحلیل آموزشی، انتخاب و سازمان دهی محتوای آموزشی طرح درس و الگوهای تدریس آمده است و در نهایت عوامل مؤثر بر انتخاب روش‌های آموزشی و بعضی از انواع روش‌های آموزشی مورد بحث قرار گرفته است. ضمناً در هر جا که لازم بوده مثال‌هایی در زمینه آموزش سلامت مطرح شده تا به درک بهتر مطالب کمک نماید. علاوه بر این، در ابتدای هر بخش مهم‌ترین اهداف آموزشی مربوط به آن بخش آمده و در پایان نیز سؤالاتی برای ارزشیابی فراگیر مطرح شده است تا با مرور و پاسخگویی به آنها بتوان میزان فراگیری مطالب را مورد بررسی قرار داد.

بخش ۱

تعاریف و مفاهیم

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- برنامه‌ریزی آموزشی را تعریف کند.
- ۲- نیازسنجی آموزشی را تعریف کند.
- ۳- محتوای آموزشی را تعریف کند.
- ۴- الگوی تدریس را تعریف کند.
- ۵- مراحل فرآیند آموزش را توضیح دهد.
- ۶- تحلیل آموزشی را تعریف کند.
- ۷- طرح درس را تعریف کند.
- ۸- روش تدریس را تعریف کند.
- ۹- ارزشیابی آموزشی را تعریف کند.

برنامه‌ریزی

هر یک از جنبه‌های زندگی انسان، وسعت و دامنه خاصی دارد و او ناگزیر است برای اکثر فعالیت‌ها دست به انتخاب بزند و مطابق علایق و نیازهای خود اهداف مناسب را برگزیند. تعیین اهداف مطلوب به دقت در تشخیص نیاز بستگی دارد. علیرغم اهمیت زیاد تعیین اهداف، تعیین اهداف به تنهایی مفید نیست بلکه باید روش‌ها و وسایل رسیدن به هدف را نیز انتخاب کرد تا با به کار بردن دقیق و اصولی آنها، امکان تحقق اهداف فراهم شود. به علاوه، با توجه به اینکه نقاط قوت و ضعف تصمیم‌گیری‌ها در عرصه عمل معلوم می‌شود، پس از اجرای اصول و روش‌های انتخاب شده باید ارزشیابی به عمل آید. این روند چهار مرحله‌ای نوعی «برنامه‌ریزی» را نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت که به مجموعه فعالیت‌های منظم که از تعیین هدف شروع می‌شود و با انتخاب روش‌ها و وسایل متناسب با هدف ادامه پیدا می‌کند و سپس به اجرا در می‌آید و ارزشیابی می‌شود برنامه‌ریزی می‌گویند؛ به عبارت دیگر، برنامه ریزی عبارت است از طرح ریزی برای دستیابی به هدفی معین.

مراحل برنامه‌ریزی

الف) شناخت وضع موجود: برنامه‌ریزان قبل از هر چیز باید امکانات، توانایی‌ها و محدودیت‌ها را بشناسند و با تکیه بر اطلاعات به دست آمده، تصمیمات معقول و منطقی اتخاذ نمایند. اگر این مرحله به خوبی انجام نگیرد، برنامه‌ریزان نمی‌توانند برای حرکت به سوی آینده‌ای بهتر با اطمینان و اعتماد بیشتر گام بردارند.

ب) تعیین هدف: پس از بررسی وضع موجود، انتظارات و خواسته‌هایی برای برنامه‌ریزان طرح می‌شود. این انتظارات وقتی به صورت واضح و با توجه به

امکانات و محدودیت‌ها بیان شود، اهداف مورد نظر را تشکیل می‌دهد. اهداف تعیین شده به کلیه فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های بعدی جهت می‌دهد و بین اقدامات گوناگون هماهنگی به وجود می‌آورد.

ج) پیش‌بینی روش‌ها و وسایل: با اینکه مشخص کردن اهداف اهمیت زیادی دارد اگر برای تحقق آنها روش‌ها و وسایل مناسب در نظر گرفته نشود، بهترین اهداف روی کاغذ می‌ماند و نتیجه نمی‌دهد. باید برنامه‌ریزان تعیین کنند که با چه روش‌هایی قصد دارند به اهداف مورد نظر برسند و در به کارگیری روش‌ها به چه وسایلی نیاز دارند.

د) اجرای آزمایشی: پس از تعیین هدف‌ها، روش‌ها و وسایل، برنامه تهیه شده به صورت آزمایشی در چند نمونه محدود اجرا می‌شود. این کار به قصد اعتباربخشی به برنامه و کسب اطمینان از وسایل مختلف آن انجام می‌گیرد، ضمن اینکه می‌توان به اتکای آن اصلاحات لازم را در برنامه و مراحل مختلف آن انجام داد.

ه) اجرا: در این مرحله برنامه به طور کامل به اجرا در می‌آید. تهیه لوازم مورد نیاز و ایجاد شرایط اجرایی مناسب از ضروریات اجرای برنامه است. با اینکه در مرحله آزمایشی اقداماتی به عمل می‌آید، اجرای کامل یک برنامه شرایط متناسب خود را می‌طلبد.

و) ارزشیابی: بخشی از نقاط قوت و ضعف برنامه ضمن اجرای آزمایشی آن خود را نشان می‌دهد ولی ارزشیابی، تلاش منظم و مستمری است برای بررسی موفقیت‌ها، کاستی‌ها و مشکلات در دستیابی به اهداف مورد انتظار. این کار را می‌توان یا هم‌زمان با اجرای مراحل متعدد برنامه یا در پایان کار انجام داد، البته تلفیق این دو مرحله بهتر است (۱).

تعریف برنامه‌ریزی آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی فرآیندی است که هر موقع یک فعالیت آموزشی طرح‌ریزی می‌شود، طی می‌گردد. حتی موقعی که از کارشناسان خواسته می‌شود یک سخنرانی کوتاه یک سمینار یا کارگاه ارائه دهند، بعضی از اشکال برنامه‌ریزی را انجام می‌دهند. آنها دلیل اینکه چه کار می‌خواهند انجام دهند و فراگیران چه چیزی را باید به دست آورند روشن می‌کنند و حتی زمان و مکان مورد نظر را مشخص می‌کنند. برای فعالیت‌های آموزشی در مقیاس بزرگتر از قبیل یک دوره آموزشی رسمی کارگاه یا یک برنامه، آموزش‌دهندگان بیشتر تحقیق کرده و سعی می‌کنند طرح یا نقشه‌ای سیستماتیک را تهیه نمایند. آنها ممکن است در مورد همان عناصر ذکر شده فکر کنند اما باید به جزییات بیشتری توجه نمایند و در سطح گسترده‌تری برنامه‌ریزی کنند. آموزش‌دهندگان در چنین مقیاس‌های وسیعی، زمان زیادی را صرف تحقیق برای تصمیم‌گیری در مورد نیازهای ویژه آموزش گیرندگان، آماده کردن اهداف یادگیری، شناسایی دقیق محتوای آموزشی و انتخاب روش‌های مناسب می‌کنند (۲).

مراحل فرآیند آموزش

درک و استفاده از رویکرد سیستمی برای آموزش دهندگان سلامت یا دیگر افرادی که بخشی از حرفه آنها آموزش است، مفید می‌باشد. استفاده از این رویکرد، چهارچوب عمل و خطوط راهنمایی برای توسعه روش‌های مناسب آموزشی را فراهم می‌آورد (۲).

سه مرحله یا فاز در فرآیند آموزش وجود دارد:

- مرحله طرح‌ریزی: طرح‌ریزی آموزشی، تصمیم‌گیری در مورد این است که چه می‌خواهید به دست آورید و چگونه آن را به دست خواهید آورد. این مرحله اساساً فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی است و شامل یک سری مراحل است که باید به دقت طی شود؛

مرحله اجرا: اجرا شامل انجام آنچه برای به دست آوردن اهداف و مقاصد ضروری است، می‌باشد. اجرا، فرآیند تبدیل برنامه آموزشی به عمل است. در این مرحله برنامه آموزشی به شکل فعالیت در می‌آید. شما باید آموزش را مطابق با محتوایی که شناسایی کرده‌اید و روش‌هایی که مشخص کرده‌اید، هدایت نمایید؛

- مرحله ارزشیابی: ارزشیابی، بررسی در مورد این است که معلوم شود آیا در رسیدن به اهداف آموزشی موفق بوده‌اید یا خیر؟ و همچنین ایجاد تغییر در جایی که ضروری است، به منظور بهبود نتایج فعالیت آموزشی در آینده. ارزشیابی و بازخورد باید به طور معمول در هر مرحله از برنامه‌ریزی آموزشی و مرحله اجرا انجام گیرد. به علاوه، باید ارزشیابی رسمی را به منظور تصمیم‌گیری در مورد میزان مؤثر بودن آموزش انجام دهید. از آنچه که طی ارزشیابی به دست می‌آید، باید برای شناسایی نیازهای بیشتر یادگیری استفاده کرد تا تغییراتی صورت گیرد که وقتی آموزش دوباره تکرار یا اجرا شد، آنرا بهبود و ارتقا دهد.

نیازسنجی آموزشی

نیازسنجی عبارت است از کاربرد فنونی که بتوان به کمک آنها اطلاعات مناسب را درباره نیازها گردآوری کرد و به الگوی نیازها و خواسته‌های فرد، گروه و جامعه دست یافت. به عبارت دیگر نیازسنجی عبارت است از سنجش یا مشخص کردن این که چه چیز و به چه اندازه مورد نیاز است (۳).

آنچه را که فراگیر باید یاد بگیرد تا بتواند برای رشد و تکامل شخصی، برآوردن نیازهای فردی و اجتماعی و حل مسایل آنی و آتی در حرفه خویش و در سطح جامعه مفید و مؤثر باشد، نیازهای یادگیری می‌گویند. به عبارت دیگر نیازهای یادگیری عبارت است از مجموع توانایی‌ها، ارزش‌ها، مهارت‌ها و شایستگی‌هایی که باید در فراگیران برای رفع نیازها و حل مشکلات فردی و اجتماعی پرورش یابد (۳). در یک بیان ساده، نیاز یادگیری در علوم سلامتی را می‌توان اینگونه تعریف کرد: مهارت‌ها و قابلیت‌هایی که فراگیران باید بیاموزند تا قادر شوند که مسایل مرتبط با سلامت را در سطح فرد، گروه و جامعه شناسایی، تحلیل و حل نمایند. در ارتباط با بیماران و نیازمندان خدمات سلامتی، نیازهای یادگیری عبارت است از اطلاعات، دانش‌ها، نگرش‌ها و مهارت‌هایی که باید برای مراقبت بهداشتی از خود کسب کنند (۳).

تحلیل آموزشی

تحلیل آموزشی فرآیندی است که از طریق آن می‌توان هدف کلی آموزشی را به اهداف جزئی و رفتاری تقسیم کرد. به عبارت دیگر، تحلیل آموزشی فرآیندی است که از طریق آن هدف نهایی آموزشی به وظایف یا اعمالی که فراگیر باید انجام دهد یا معلومات و مهارت‌هایی که پس از اجرای آموزش باید کسب کند، تقسیم می‌شود.

محتوای آموزشی

محتوا عبارت است از مجموعه مفاهیم، مهارت‌ها و گرایش‌هایی که از سوی برنامه‌ریزان انتخاب و سازماندهی می‌شود. در عین حال محتوا آثار حاصل از فعالیت‌های یاددهی - یادگیری مربی و فراگیر را نیز در بر می‌گیرد (۴).

محتوای آموزشی اصول و مفاهیمی هستند که به فراگیران ارائه می‌شود تا ورود آنان را به فعالیت‌های آموزشی و رسیدن آنان را به هدف‌های اجرایی امکان پذیر سازد. محتوای آموزشی باید بر اساس هدف‌های آموزشی معین، تهیه و تنظیم شود. مطالب و فعالیت‌های پیشنهادی باید دقیقاً با هدف‌های کلی، جزئی و رفتاری مطابق و همسو باشد تا تحقق آن را امکان پذیر سازد. به عبارت دیگر، رفتارهایی که در هدف‌های اجرایی ذکر می‌شوند، باید راهنمای گزینش محتوای آموزشی قرار گیرند (۵).

طرح درس

طرح درس یک نقشه کلی و راهنما برای هدایت فعالیت‌های آموزشی است. به عبارت دیگر طرح درس شامل پیش‌بینی و تنظیم مجموعه فعالیت‌هایی است که مربی از پیش برای رسیدن به یک یا چند هدف آموزشی ویژه تدارک می‌بیند. طرح درس موجب می‌شود که مربی فعالیت‌های ضروری آموزشی را به ترتیب و یکی بعد از دیگری در مراحل و زمان‌های مشخص و به شیوه‌ای منطقی پیش ببرد (۲).

الگوی تدریس

الگوی تدریس چهارچوب ویژه‌ای است که عناصر مهم تدریس در درون آن قابل مطالعه است و شناخت و آگاهی از عناصر و عوامل مذکور می‌تواند به آموزش دهنده در اتخاذ روش‌های مناسب تدریس کمک کند.

تدریس یک فرآیند است و عوامل بی‌شماری در آن نقش دارند که همه آنها قابل مطالعه و کنترل نیستند. آموزش دهنده باید چهار چوبی کوچک و محدود از فرایند تدریس را به عنوان الگو انتخاب کند و مورد تحلیل و شناسایی قرار دهد تا بتواند

در موقعیت مناسب در محدوده آن، فعالیت‌های آموزشی خود را سازماندهی کند و روش‌های مناسب تدریس را انتخاب نماید(۵).

روش تدریس

روش تدریس عبارت است از آن دسته از فعالیت‌های آموزش دهندگان که در راه هدایت فراگیران به سوی اهداف آموزشی، در کوچکترین واحد زمان قابل اجرا است. شیوه‌های تدریس ممکن است در یک جلسه تدریس چندین بار تغییر کند(۶).

ارزشیابی آموزشی

ارزشیابی آموزشی عبارت است از فرایندی منظم برای تعیین و تشخیص میزان پیشرفت فراگیران در رسیدن به اهداف آموزشی. منظور از فرایند منظم این است که ارزشیابی باید بر طبق یک برنامه و روال منظم انجام گیرد. از این رو، مشاهدات بی‌نظم و ترتیب رفتار فراگیران و پیش‌داوری‌های آموزش دهندگان را نمی‌توان ارزشیابی دانست. ارزشیابی آموزشی همیشه ناظر بر اهداف آموزشی است. با ارزشیابی آموزشی است که مشخص می‌شود فراگیر به اهداف تعیین شده رسیده است یا خیر. در واقع بدون توجه به اهداف آموزشی از پیش تعیین شده، ارزشیابی آموزشی معنا نخواهد داشت(۵).

بخش ۲

تعیین نیازهای آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- فرآیند تعیین نیازهای آموزشی را توضیح دهد.
- ۲- چهار نوع نیاز را نام ببرد و هر کدام را توضیح دهد.
- ۳- نیازهای آموزش سلامت منطقه تحت پوشش خود را شناسایی نماید.
- ۴- منظور از تحلیل موقعیت را بیان نماید.
- ۵- اطلاعات مورد نیاز برای شناسایی نیازهای آموزش سلامت در منطقه تحت پوشش خود جمع آوری نماید.
- ۶- معیارهای اولویت‌بندی نیازها را نام ببرد.
- ۷- بر اساس معیارهای اولویت‌بندی نیازها، نیازهای آموزش سلامت در اولویت منطقه تحت پوشش خود را شناسایی نماید.

تعیین نیازهای آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی چارچوب و اساس آموزش را برای ما فراهم می‌کند. برنامه آموزشی آنچه را که قرار است آموزش داده شود و نحوه آموزش آن را شناسایی می‌کند. نظر به اینکه برنامه آموزشی در فرآیند آموزش سلامت بسیار با اهمیت است، لازم است که چارچوب آن به طور سیستماتیک پایه‌ریزی شده و توسعه و تکامل یابد. یک جنبه مهم برنامه‌ریزی آموزشی تصمیم‌گیری در مورد این است که برنامه شامل چه چیز باشد. فرآیند تصمیم‌گیری در این مورد به تعیین نیازهای آموزشی مشهور است. فرآیند تعیین نیازهای آموزشی، به سه بخش تقسیم می‌شود:

۱- شناسایی نیازها

۲- تجزیه و تحلیل نیازها

۳- ارزیابی مهارت فراگیران و تجزیه و تحلیل شکاف (۲).

شناسایی نیازها می‌تواند برای تصمیم‌گیری یا عدم تصمیم‌گیری در مورد طراحی یک دوره آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. شناسایی نیازها برای تعیین عناوین اختصاصی یا عناصر دوره آموزشی نیز بکار می‌رود. در هر صورت شناسایی نیازها برای کمک به برنامه‌ریزان آموزشی جهت تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا نیازی برای آموزش وجود دارد یا خیر، طراحی می‌شود.

تعیین شکاف بین رفتار مطلوب و رفتار واقعی: رفتار مطلوب عبارت است از آنچه که می‌خواهیم مردم بدانند یا انجام دهند. اگر بین رفتار مطلوب و رفتار واقعی فاصله (شکاف) وجود داشته باشد، این فاصله نیاز برای تغییر را نشان می‌دهد (۲).

مشکل = رفتار واقعی - رفتار مطلوب

باید خاطر نشان کرد که جزء آخر این فرمول یک مشکل است نه یک مشکل آموزشی. منظور این است که تمام اختلافات بین رفتار مطلوب و رفتار واقعی با

طرح‌ریزی و اجرای برنامه آموزشی رفع نمی‌گردد و ممکن است فعالیت‌ها و عملکردهای دیگر، راه حل مناسبی برای بعضی از مشکلات باشند (۲).

تجزیه و تحلیل نیازها

همان گونه که قبلاً ذکر گردید، یک نیاز آموزشی اختلاف بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد، است. اختلاف ممکن است مربوط به دانش، نگرش، یا مهارت-هایی که فراگیران نیاز دارند تا به طور مؤثرتر رفتاری را انجام دهند، باشد. تحلیل نیاز کمک می‌کند تا فاصله (شکاف) شناسایی شود، که این موضوع به طرح‌ریزی برنامه آموزشی مناسب کمک می‌کند؛ همچنین راهنمایی برای شکل‌گیری اهداف آموزشی است و در شناسایی محتوای آموزشی کمک می‌کند. اصطلاح «تجزیه و تحلیل» اشاره به فرآیند شکستن یک موضوع کلی به اجزای تشکیل دهنده‌اش دارد. یک سیاست‌گذاری، توسعه یک برنامه، یک شغل، یک مشکل بهداشتی و تعدادی دیگر از وقایع را می‌توان تجزیه و تحلیل کرد. فرآیند تجزیه و تحلیل نیاز، مشکل آموزشی را به اجزای اساسی‌اش تجزیه می‌کند به طوری که با توجه به آن می‌توان محتوای آموزشی را شناسایی و درک نمود (۲).

ارزیابی نیازهای یادگیری

نیاز به یادگیری، زیر بنای هر نظام آموزشی است. مشابه اکثر حیطه‌های یادگیری، از سال‌ها پیش اختلاف نظر گسترده‌ای در مورد تعریف، هدف، روایی و روش‌های ارزیابی نیازهای یادگیری وجود داشته است. ارزیابی نیازهای یادگیری می‌تواند برای کمک به برنامه‌ریزی محتوای آموزشی، تشخیص مشکلات فردی، ارزیابی یادگیری فراگیران و پیشنهاد مداخلات آموزشی صورت گیرد (۷).

مردم به چند دلیل آنگونه که از آنها انتظار می‌رود، رفتار نمی‌کنند. یک برنامه‌ریز آموزشی باید قادر باشد: مشکلاتی را که با آنها سر و کار دارد، شناسایی کند؛ سپس باید مدارک و شواهدی را جمع‌آوری کند تا دلیل مشکل بهتر فهمیده شود. سه دلیل کلی برای اینکه مردم آنچنان که از آنها انتظار می‌رود رفتار نمی‌کنند، وجود دارد که عبارتند از: آنها نمی‌دانند که چگونه و چه موقع رفتار کنند؛ انگیزه ندارند؛ و توسط سازمان یا محیط از بروز رفتار در آنها جلوگیری می‌شود. بنابراین دلیل اینکه مردم آنگونه که انتظار می‌رود رفتار نمی‌کنند، می‌تواند در یکی از سه مشکل زیر طبقه‌بندی شود:

۱- آگاهی و مهارت

۲- انگیزه

۳- سازمان و محیط

از سه مشکل بالا، دانش و مهارت آنهایی هستند که معمولاً در آموزش سلامت مورد توجه قرار می‌گیرند. اگرچه حل مشکلات انگیزشی، سازمانی و محیطی ممکن است پیچیده باشد، اما برنامه‌های مناسب آموزش سلامت در فایق آمدن بر بعضی از آنها می‌توانند مناسب باشند (۲).

نکته مهمی که باید به خاطر سپرد، این است که آموزش راه حل تمام مشکلات نیست. فرآیند شناسایی نیازها باید به شما کمک کند تا مطمئن شوید مشکل مورد نظر با یک مشکل آموزشی ارتباط دارد یا به عبارت دیگر مشکل مورد نظر با آموزش بر طرف می‌گردد. اگر این کار را با موفقیت انجام ندهید، ممکن است یک برنامه عالی آموزشی را اجرا کنید اما مشکلی که نیاز به آموزش را مشخص کرده بود، حل نشود (۲).

تحلیل موقعیت

موقعیت حالتی از امور یا ترکیبی از شرایط در هر زمان معین می‌باشد. تحلیل به معنای بررسی دقیق عناصر یا اجزای یک موقعیت است. بنابراین تحلیل موقعیت، تلاشی به منظور شناسایی نیاز، شکاف، یا وضعیتی است که بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد، وجود دارد. تحلیل موقعیت، شامل فرد و محیطی می‌شود که فرد در آن زندگی می‌کند. ایده‌آل این است که برنامه‌ریز از هر دو منبع فرد و محیط، در ایجاد یک برنامه اثر بخش استفاده کند. بنابراین در تهیه یک برنامه آموزشی اثر بخش، برنامه‌ریز باید نیازهای فردی را همانند شرایط یا موقعیت‌هایی که در محیط وجود دارد و ممکن است بر مشکلات اثر گذارد و یا در نیازها بازتاب داشته باشد، در نظر بگیرد. هرچند که ما اغلب نیاز و مشکل را به طور مترادف به کار می‌بریم اما در هر حال، استنباط این است که نیاز بیشتر فرد-مدار است و مشکل بیشتر مبتنی بر جامعه یا موقعیت (۷).

تعیین نیازها، یک فرآیند برنامه‌ریزی شده است که در نهایت منجر به ارزیابی و شناخت نیازهای افراد و گروه‌ها می‌گردد. در این مرحله است که معلوم می‌شود جمعیت مورد نظر در چه وضعیتی قرار دارد و در حقیقت، نقطه شروع اقدامات در مراحل بعدی آموزش سلامت مشخص می‌گردد. به عبارت دیگر در بررسی و تعیین نیازها، با تجزیه و تحلیل افراد و گروه‌ها به مشکل مورد نظر و به عبارتی دیگر به نیاز اصلی آنها پی می‌بریم. جمع‌آوری اطلاعات در تعیین نیازها می‌تواند به روش کمی یا کیفی انجام پذیرد که هر کدام از این روش‌ها در جایگاه خود ارزشمند می‌باشد. همانطور که یک پزشک مجرب با یک تشخیص صحیح می‌تواند، معالجه صحیح و درمان مناسبی را انجام دهد، یک متخصص آموزش سلامت نیز لازم است در تشخیص مشکل جمعیت تحت پوشش خود از توانایی لازم برخوردار باشد. برنامه‌ریزان و آموزش دهندگان سلامت باید مهارت لازم در جمع‌آوری اطلاعات

جمعیتی، سطح آگاهی، میزان در آمد، نژاد، بعد خانوار، اشتغال، گروه‌های اجتماعی، جمعیت شهری و روستایی، میزان‌های رشد بیماری و مرگ و میر، عفونت‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، مراکز آموزشی، مدارس، انجمن‌ها و مراکز علمی، بیماری‌های مزمن و علل آن، تغذیه، مجلات و روزنامه‌ها و غیره را داشته باشند؛ همچنین در توانایی و مهارت جمع‌آوری اطلاعات در خصوص رفتارهای مردم، سطح سلامت و در نهایت منابع موجود در جامعه توانا و ماهر باشند(۸).

تقسیم‌بندی نیازها

۱- نیازهای هنجاری (تجویزی، استاندارد)

نیاز هنجاری نیازی است که توسط کارشناسان یا متخصصین بر طبق استانداردهای خودشان تعیین می‌شود. قرار گرفتن در وضعیت پایین‌تر از آن استانداردها به معنی وجود نیاز است. مثلاً یک متخصص رژیم غذایی ممکن است سطح معینی از آگاهی‌های تغذیه‌ای را به عنوان استاندارد قابل قبول برای مددجویان یا مراجعین در نظر بگیرد و اگر سطح آگاهی تغذیه‌ای آنها به آن حد استاندارد نرسید، نشان دهنده نیاز به آموزش تغذیه باشد(۹). به عبارت دیگر، زمانی یک نیاز را هنجاری می‌نامیم که بین یک معیار مطلوب و معیاری که عملاً وجود دارد، فاصله یا شکاف وجود داشته باشد. فرد یا گروهی که از سطح معیار مطلوب تنزل می‌کنند، نیازمند است (۷).

نیاز هنجاری، بر اساس قضاوت‌های ارزشی متخصصین و کارشناسان حرفه‌ای تعیین می‌شود که ممکن است منجر به مسایل و مشکلاتی نیز بشود: اول این که احتمال دارد نظر متخصص در مورد استاندارد قابل قبول تغییر کند؛ و دیگر اینکه، ممکن است استانداردها و ارزش‌های متخصصین با استانداردها و ارزش‌های

مراجعین یعنی مردم متفاوت باشد. برخی از نیازهای هنجاری بوسیله قانون تعیین می‌شوند، مانند مقررات مربوط به بهداشت مواد غذایی (۹).

۲- نیازهای محسوس (تمایلات)

نیاز محسوس نیازی است که مردم به آن احساس نیاز می‌کنند و شامل چیزی است که می‌خواهند یا به آن تمایل دارند. مثلاً، یک زن باردار ممکن است نیاز به آموزش در مورد مراقبت‌های دوران بارداری یا نیاز به اطلاعات در مورد زایمان را احساس کند (۹). به عبارت دیگر نیاز محسوس، نیازی است که فرد مورد نظر، ضرورت آن را حس کرده باشد. اگر چه نیازهای محسوس وجود دارند، اما ممکن است نه واقعی باشند و نه آموزشی. نیازهای واقعی آموزشی ممکن است توسط افرادی که این نیاز را دارند، تشخیص داده نشده و یا احساس نشود. البته، یک نیاز ملموس ممکن است یک نیاز واقعی آموزشی نیز باشد که اگر چنین موقعیتی ایجاد شود، آموزش دهنده در مورد کمک به فراگیران برای تشخیص نیازهایشان مشکلی ندارد. از نظر تئوری، ممکن است لازم باشد به فراگیران کمک کنیم تا نیازهای واقعی آموزشی را که باعث ایجاد انگیزه یادگیری در آنها می‌شود، تشخیص داده یا احساس کنند (۷).

۳- نیاز بیان شده (تقاضا)

نیاز بیان شده چیزی است که افراد نیاز به آن را اعلام می‌کنند. به عبارت دیگر، نیاز محسوسی است که به صورت خواسته یا تقاضای بیان شده در آمده است. تقاضا برای برگزاری کلاس‌های آموزشی در مورد کنترل وزن، ورزش و رژیم غذایی نمونه‌هایی از نیازهای بیان شده است.

تمام نیازهای محسوس، به نیازهای بیان شده یا تقاضا تبدیل نمی‌شوند. کمبود فرصت، انگیزش یا جسارت، تماماً می‌توانند از بیان یک نیاز محسوس جلوگیری کنند. نیازهای بیان شده ممکن است با نیازهای هنجاری متخصصین در تضاد باشند.

برای نمونه، ممکن است یک بیمار نیاز به داشتن اطلاعات در مورد شرایط سلامتی-اش را بیان نماید و این بسیار بیشتر از آن چیزی باشد که پرستار قادر یا مایل است به او ارایه دهد. حالت عکس آن نیز ممکن است اتفاق بیفتد. یعنی چیزی که پرستار می‌خواهد به بیمار بگوید، خیلی بیشتر از آن چیزی باشد که بیمار می‌خواهد بداند (۹).

نیاز بیان شده، نیازی است که از طرف مردم اظهار می‌شود. مثلاً تقاضا برای خدمات بهداشتی جدید یا بیشتر. ارتباط مؤثر و محکمی بین نیاز محسوس و نیاز بیان شده یا تقاضا وجود دارد. ممکن است این طور به نظر برسد که نیاز بیان شده، فقط نیازی است که ثبت شده یا ابراز شده باشد ولی در اصل تفاوت‌های ویژه‌ای بین این دو وجود دارد. نیاز بیان شده، از نیازهای محسوس نشأت می‌گیرد اما از طریق کلمات یا فعلی بیان می‌شود که به تقاضا موسوم است. گاهی اوقات مردم می‌خواهند از برخی خدمات به صورت تمام وقت استفاده کنند حتی اگر نیازهایشان را به طور کافی برآورده نکنند (۸).

۴- نیازهای تطبیقی (مقایسه ای)

نیازهای تطبیقی در آموزش و ارتقای سلامت، با مقایسه گروه‌هایی که خدماتی را دریافت می‌کنند و گروه‌های مشابهی که آن خدمات را دریافت نمی‌کنند، تعریف می‌شوند. آنهایی که خدمات را دریافت نمی‌کنند، به عنوان افراد نیازمند شناخته می‌شوند (۸). برای نمونه، اگر دانش آموزان در مدرسه‌ای برنامه آموزشی در مورد موضوعات بهداشتی را دریافت کنند و دانش آموزان مدرسه دیگری این آموزش‌ها را دریافت نکنند، می‌توان گفت که نیاز تطبیقی برای آموزش سلامت در مدرسه دوم وجود دارد (۸).

از بررسی این چهار نوع نیاز، مشخص می‌شود که بررسی هیچ یک از مفاهیم نیاز به تنهایی کافی نیست. مفاهیم نیاز، نسبی بوده و متأثر از نگرش‌ها، ارزش‌ها و

عوامل قابل بحث دیگر می‌باشد. نقصان هر یک از مفاهیم نیاز، ایجاب می‌کند که همه انواع نیاز برای تحلیل موقعیت، بررسی شوند. زمانی که افراد تشخیص می‌دهند و می‌پذیرند که نیازی وجود دارد، سعی خواهند نمود تا آن را بر طرف نمایند. این موضوع به ما کمک می‌کند تا «آنچه که باید باشد» را تعیین کنیم. اگر فراگیران مورد نظر، شرایط جدید توصیف شده را نپذیرند؛ در آن صورت هیچ تغییری پیش نخواهد آمد. بنابراین لازم است برای مقایسه آنچه که هست با وضعیت جدید و مطلوب، آنچه که باید باشد را تعیین کنیم. این مقایسه باید مشخص کند چه شکاف-ها یا نیازهایی وجود دارد و وسعت این شکاف‌ها یا نیازها چقدر است. پس از مشارکت مناسب فراگیران، آموزش دهندگان سلامت باید تعیین کنند که موقعیت فعلی چیست و به صورت مطلوب چگونه باید باشد. این شیوه نشانگر این است که آموزش دهنده سلامت باید یک سلسله قضاوت‌های ارزشی در باره «آنچه که باید باشد» انجام دهد اما این قضاوت‌ها اگر مبتنی بر بهترین داده‌های موجود باشد، خیلی منطقی‌تر و پر معناتر خواهد بود تا اینکه مبتنی بر فشارهای آنی، تأثیرات ذهنی و سنت‌ها باشد. هر چند برای شناسایی نیاز و تحلیل و تفسیر آن مشکلاتی وجود دارد اما می‌توان آنها را به حداقل رساند. مفهوم نیاز که برای مسئول برنامه‌ریزی آموزشی مفید است، می‌تواند به راحتی به عنوان شکاف بین آنچه که هست و آنچه که می‌تواند باشد، توصیف گردد (۷).

تحلیل مخاطبان و تعیین نیاز

نیاز، مفهوم پیچیده و مهمی است که دستیابی به آثار آن برای برنامه‌ریز آموزشی مشکل است. تعادل یک حالت طبیعی است که افراد برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند. نیاز وضعیتی است بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد، یا بین آنچه که هست و آنچه مطلوب‌تر است. نیاز یک مشوق کلیدی رفتار است که در آن یک

حالت عدم تعادل ایجاد شده باشد. افراد برای رفع نیاز برانگیخته می‌شوند یا جانشینی برای حفظ مجدد تعادل پیدا می‌کنند. بنابراین نیاز نشان دهنده عدم تعادل، عدم تطابق یا شکافی بین وضعیت فعلی و شرایط مطلوب می‌باشد. نیاز را می‌توان بر حسب سطح آگاهی، نگرش، مهارت‌ها یا اعمال و رفتارهایی که شخص می‌خواهد دنبال کند، بیان نمود. تلاش و مسئولیت آموزش دهنده سلامت یا برنامه‌ریز آموزشی این است که مبنای مناسبی برای «آنچه که باید باشد» به دست آورد. لازم است که برنامه‌ریز آموزشی از تغییراتی که باید در برنامه ریزی آموزشی به منظور دستیابی به اهداف مطلوب در فراگیر ایجاد شود، آگاه بوده و آنها را شناسایی نماید (۷).

تایلر^۱ سه منبع اطلاعات را که در تعیین نیاز و تهیه اهداف آموزشی مفید هستند شناسایی کرده است. این منابع عبارتند از فراگیران، جامعه فعلی و متخصصین موضوع یا رشته تحصیلی. همه این منابع می‌توانند در تحلیل مخاطبان، به فرد بستگی پیدا کنند. باید دانست که هیچ منبع اطلاعاتی، به تنهایی برای ایجاد مبنایی برای تصمیمات عاقلانه و جامع درباره اهداف آموزشی، کافی نیست. هر منبعی در تهیه اهداف آموزشی بالقوه سهم جداگانه‌ای دارد. دخالت دادن فراگیران به عنوان یک منبع تشخیص، نیازمند کمک برنامه‌ریز آموزشی به فراگیران است تا مهارت‌های تشخیص نیاز در آنها تقویت شود (۷).

شناسایی نیازهای آموزش سلامت

آموزش سلامت زمانی موفق است که بر اساس واقعیت‌ها و نیازهای جامعه باشد. اگر اعضای جامعه در جمع آوری اطلاعات مشارکت کنند: مطالب زیادی را پیرامون جامعه خود فراخواهند گرفت، منابعی را کشف خواهند کرد که در ارتباط با نیازهایشان باشد، از اظهار نظرهای آحاد جامعه در چگونگی حل مشکلات بهره‌مند

^۱ -tyler

خواهند گردید؛ و بدین ترتیب احساس می‌کنند که واقعاً در فعالیتهای بهداشتی مشارکت دارند. در حقیقت مطلوب‌ترین مورد، زمانی خواهد بود که خود مردم شروع به بررسی نموده، درباره نیازهایشان بحث کنند و همراه با کارکنان بهداشتی، هر یک از خواسته‌هایشان را که در اولویت است، تعیین نموده و سپس برنامه‌ریزی کنند. مشاهده، فرصت خوبی برای مشارکت و یادگیری است. بیمارانی که به درمانگاهی مراجعه می‌نمایند را می‌توان برای مشاهده محیط زندگی خودشان تشویق نمود و یا گروه‌های جامعه را برای مشاهده محیط زندگی‌شان بسیج نمود تا نیازمندی‌ها و مشکلات موجود جامعه خویش را بررسی کنند. مشارکت، واژه‌ای کلیدی در جمع‌آوری اطلاعات در زمینه سلامت و یا سایر نیازهای یک جامعه است.

نقطه شروع تعریف نیازهای آموزش سلامت، جمع‌آوری انواع مختلفی از اطلاعات از منابع مختلف است. اینک به انواع مختلف اطلاعات بهداشتی و اینکه این اطلاعات چگونه ممکن است به تعریف نیازهای آموزش سلامت کمک نمایند، می‌پردازیم (۸):

۱- اطلاعات و داده‌های اپیدمیولوژیکی

اپیدمیولوژی، مطالعه عوامل تعیین‌کننده و مؤثر بر ایجاد و انتشار بیماری‌ها در جوامع است. داده‌های همه‌گیر شناختی مشخص می‌کند که چه تعداد از مردم تحت تأثیر یک مشکل بهداشتی قرار گرفته‌اند و اگر آن مشکل بهداشتی به طور بالقوه از انواع مهلک است، چه تعداد از مردم از آن مشکل بهداشتی خاص فوت نموده‌اند و چه کسانی در معرض خطر بیشتری هستند. داده‌های مربوط به مرگ و میر و ابتلا در سطح ملی جمع‌آوری می‌شوند و بعضی اطلاعات نیز در سطح منطقه‌ای قابل دسترسی هستند. به طور کلی داده‌های اپیدمیولوژیکی، اطلاعات ضروری در مورد

سلامت افراد جامعه، علل و عوامل خطر مرتبط با بیماری و در نتیجه استعداد بالقوه برای پیشگیری و آموزش سلامت را فراهم می‌نمایند (۸).

۲- اطلاعات و داده‌های مربوط به سبک زندگی

سبک زندگی اشاره به روش زندگی مردم دارد و بازتاب دامنه کاملی از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخوردها و فعالیت‌ها است. سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی است. سلامتی، مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که بین سلامتی و سبک زندگی ارتباط وجود دارد. بسیاری از مشکلات بهداشتی امروزی و به خصوص در کشورهای پیشرفته مانند چاقی، اختلالات قلبی عروقی، سرطان ریه، اعتیاد و غیره با دگرگونی‌های سبک زندگی در رابطه است. اطلاعات مربوط به رفتار و سبک زندگی مرتبط با سلامت، از قبیل فعالیت فیزیکی، رفتار جنسی پرخطر، سیگار کشیدن و نوشیدن مشروبات الکلی را از داده‌های موجود در بررسی‌های سلامت و بیماری در سطح ملی یا منطقه‌ای می‌توان به دست آورد.

۳- شاخص‌های اجتماعی و محیطی

علاوه بر اطلاعات پزشکی گفته شده، انواع دیگری از اطلاعات وجود دارند که ممکن است نشانگر نیاز به آموزش سلامت باشند. برای نمونه: آیا مشکلاتی در مورد مسکن یا کار وجود دارد؟ آیا تعداد افراد سالمند بدون سرپرست زیاد است؟ آیا خانواده‌های با درآمد پایین وجود دارند؟ امکانات و تسهیلات اجتماعی، استراحتی، تفریحی و خرید چه هستند؟ داده‌های مرتبط با این عوامل اجتماعی ممکن است نشانگر نیاز به آموزش در مواردی از قبیل بهزیستی، تنظیم خانواده یا

درک ارزش تغذیه‌ای مواد غذایی با توجه به قیمت آنها باشد. در کارهای جدید در این زمینه، تأکید بر توسعه «شاخص‌های مثبت بهداشتی» است (۸).

۴- دیدگاه‌های تخصصی و غیر تخصصی

دیدگاه‌های متخصصین و عموم مردم، منعکس‌کننده تجارب و تصوراتی است که طی سال‌ها به دست آمده‌اند و نادیده گرفتن آنها عاقلانه نیست. با این حال، این تجارب اغلب نادیده گرفته می‌شوند و آموزش سلامت کماکان دنبال می‌شود، بدون اینکه در نظر گرفته شود که آیا آموزش واقعاً همان چیزی است که آموزش‌گیرنده نیاز دارد یا به آن علاقه‌مند است و یا این آموزش‌ها، با دیدگاه‌های متخصصین بهداشتی با تجربه جامعه منطبق است یا خیر؟ روش‌های متعددی برای کسب دیدگاه‌های متخصصین بهداشتی و عموم مردم وجود دارد که از بحث غیر رسمی، مصاحبه، استفاده از پرسشنامه در مقیاس وسیع تا تکنیک‌های مصاحبه‌ای دقیق متغیر هستند.

اعضای کلیدی جامعه ممکن است شامل: افرادی که سال‌های طولانی در محل زندگی کرده و به خوبی شناخته شده و مورد احترام هستند؛ اعضای سازمان‌های داوطلب؛ اعضای اتحادیه اصناف یا اعضای شورای سلامت جامعه باشند. متخصصین کلیدی ممکن است افرادی از جمله پزشکان عمومی، رهبران مذهبی، مراقبین بهداشت، مددکاران اجتماعی، معلمان، مسئولین بهداشت محیط و پلیس باشند.

وقتی یک نیاز معین به آموزش سلامت شناسایی شد، مرحله بعدی سنجش آن نیاز با جزییات بیشتر است (۸).

سنجش نیازهای آموزش سلامت

سنجش نیازهای آموزش سلامت را می‌توان به طور سیستماتیک با پرسش یک سری از سؤالات انجام داد. پاسخ به این سؤالات، به متخصص کمک خواهد نمود تصمیم بگیرد که آیا به یک نیاز معین پاسخ دهد و چگونه؟ (۸)

۱- چه نوع نیازی وجود دارد؟

آیا نیاز یک نیاز هنجاری، محسوس، بیان شده یا تطبیقی است؟ برای نمونه، در یک کلاس مربوط به والدین چه نوع نیازی برآورده می‌شود؟ نیازهای هنجاری تعیین شده به وسیله متخصصین بهداشتی، نیازهای محسوس یا بیان شده والدین یا نیازهای تطبیقی در مقایسه با آموزش موجود در جاهای دیگر تعیین می‌شود؟

۲- چه کسی تعیین می‌کند که یک نیاز وجود دارد؟

انتخاب نیاز با تصمیم چه کسی است؟ متخصص، آموزش گیرنده یا هر دو؟ گاهی اوقات پاسخ فوری به این پرسش واضح نیست. زیرا نیاز، پس از بحث بین متخصص و مراجع، پدیدار شده است. افراد همیشه نمی‌دانند که به چه چیز نیاز دارند یا چه می‌خواهند، چون آگاهی و دانش آنها از امکانات محدود است. این ممکن است بخشی از وظیفه متخصص باشد که آگاهی و دانش در مورد مسایل بهداشتی را افزایش دهد. با این شیوه ممکن است او کمک کند که یک تقاضا یا یک نیاز بیان شده برای آموزش سلامت به وجود آید. برای نمونه، تقاضای عمومی برای آموزش در مورد چگونگی ترک سیگار، صرفاً هنگامی پدید می‌آید که متخصصین بهداشتی آگاهی افراد در مورد مخاطرات بهداشتی سیگار کشیدن را افزایش داده باشند. موقعیت ایده آل در این مورد آن است که یک تصمیم مشترک به وسیله آموزش گیرندگان و متخصصین اتخاذ شود.

۳- زمینه‌ها برای تصمیم‌گیری در مورد وجود نیاز کدامند؟

آیا شواهدی دال بر وجود نیاز در قالب داده‌های کمی وجود دارد؟ اگر وجود ندارد آیا جمع‌آوری چنین داده‌هایی امکان‌پذیر است؟ برای نمونه، در مورد آموزش تنظیم خانواده، نیاز می‌تواند با داده‌های مربوط به سقط جنین و حاملگی‌های ناخواسته تقویت شود. آیا به نظرات مراجعین توجه شده است؟ آیا آنها آموزش را به عنوان نیاز می‌بینند؟ آیا اصولی وجود دارد که تعیین کند یک نیاز ناشی از قضاوت-های ارزشی آموزش دهنده سلامت است؟ و اگر ناشی از قضاوت وی می‌باشد، چه ارزش‌هایی در آن دخالت دارند؟

جمع‌آوری اطلاعات برای تعیین نیازها در آموزش سلامت

همان گونه که قبلاً گفته شد، آموزش سلامت زمانی موفق است که بر اساس واقعیت‌ها باشد و بدین منظور باید اطلاعات صحیح جمع‌آوری گردد. هنگام جمع‌آوری اطلاعات برای تعیین نیازها در آموزش سلامت، ممکن است این سؤال مطرح شود که «چه اطلاعاتی مورد نیاز است؟» در پاسخ باید گفت که جمع‌آوری اطلاعات در موارد زیر لازم است:

- مهمترین مشکلات مطرح شده توسط شخص، گروه یا جامعه؛
 - مشکلات دیگری که ممکن است خود آموزش دهنده سلامت مشاهده کند؛
 - مشکلاتی که سایر کارکنان جامعه با آن روبرو هستند؛
 - تعداد افرادی که دارای چنین مشکلاتی هستند؛
 - رفتارهایی که سبب بروز چنین مشکلاتی می‌شوند؛
 - دلایل مختلفی که برای این رفتارها وجود دارد؛
- برای دست یابی به این اطلاعات، نیازمند آگاهی کامل در مورد جامعه‌ای هستید که در آن کار می‌کنید.

درک مشکلات

تا زمانی که درک روشنی از عوامل مؤثر بر بروز یک مشکل مانند یک بیماری یا بالا بودن میزان سوء تغذیه در کودکان نداشته باشید، قادر به کنترل آن نخواهید بود. علل متعددی وجود دارد که باید مورد بررسی و آزمایش قرار گیرد. از جمله باید بدانیم که چرا این مشکلات وجود دارند؟ این موضوع مهم است که بدانیم چرا مشکلات وجود دارند تا بتوانیم مناسب‌ترین قدم‌ها را در جهت حل آن برداریم. تنها کارکنان بهداشتی نیستند که باید دلایل ایجاد و یا عدم وجود مشکلات را درک کنند، بلکه اعضای جامعه هم باید به همین نحو آنها را درک نمایند. تشکیل جلسات، بحث و گفتگو با افراد، گروه‌ها یا نمایندگان جامعه برای کمک به مردم در آشنایی و درک علل مشکلات مفید است. زمانی که مردم جامعه درباره مشکلاتشان بیشتر آگاه شوند، در انتخاب فرصت‌های مناسب برای حل آنها، توانا‌تر خواهند بود (۱۰).

نقش رفتار

برخی از انواع رفتارها می‌توانند باعث ارتقای سلامت و پاره‌ای از آنها می‌توانند منجر به بیماری شوند، در حالی که تأثیر انواع دیگر رفتارها بر سلامت، خنثی یا لافل ناشناخته است. اولین چیزی که باید هنگام دقت در یک رفتار بهداشتی درک گردد، این است که چرا مردم رفتار خاصی که باعث ارتقای سلامت می‌شود را بر می‌گزینند؟ کدام منابع، اعتقادات، ارزش‌ها و یا افراد با نفوذی باعث تشویق و یا ایجاد رفتار بهداشتی می‌شوند؟ چه فعالیت‌هایی را می‌توان برای تقویت و پشتیبانی اعمال بهداشتی، طرح‌ریزی نمود؟

بعد از این، ملاحظه رفتار غیربهداشتی پیش می‌آید. اگر مردم تصمیم به اصلاح وضعیت‌شان بگیرند، در این صورت حداقل سه کار را می‌توانند در رابطه با اعمال غیر بهداشتی انجام دهند:

- رفتار غیربهداشتی را فراموش نموده و به جای آن (به عنوان یک راه حل موجود) رفتاری را که بهداشتی است، برگزینند ؛
 - به منظور بر طرف نمودن جنبه‌های خطرناک‌تر رفتار غیر بهداشتی، تغییر مختصری در آن بعمل آورند ؛
 - اعمال جدید را جایگزین رفتار غیر بهداشتی نمایند.
- برای شناخت بهتر رفتار بهداشتی، نیاز به درک موقعیت است. از آنجا که رفتار، بخشی از روش زندگی یا فرهنگ یک جامعه است، بهترین اقدام می‌تواند تشویق یک رفتار بهداشتی موجود به عنوان جانشینی برای یک رفتار غیر بهداشتی باشد. اگر جایگزین مناسب و قابل قبولی موجود نباشد، در این صورت چاره بعدی یافتن راه-هایی برای تغییر جزئی در اعمال زیان‌آور است. برای مردم، مشکل‌ترین مرحله عمل به سه مورد فوق، کوشش آنها برای جایگزینی رفتار جدید به جای رفتار آشنای قبلی است (۱۰).

چه کسی می‌تواند مشکلات را حل کند؟

بعضی مسائل به تنهایی و با همت و کوشش فردی قابل حل‌اند، در حالی که برخی دیگر، کمک و مشارکت چندین نفر یا تمامی افراد اجتماع را طلب می‌نمایند. به عنوان مثال، یک جامعه ممکن است اثرات ناشی از اقدامات نامناسب بهداشت محیط را تجربه کرده باشد و نحوه رفتار برخی از افراد و خانواده‌ها به این مشکل دامن بزند زیرا با پراکنده نمودن آشغال و زباله در محیط زندگی، نظم بهداشتی جامعه را مختل می‌سازند. ممکن است برای حل این مسأله با تشریک مساعی کل اعضای جامعه نسبت به جمع‌آوری آشغال در ظروف زباله اقدام نمود و استفاده بهداشتی از این امکانات را به عنوان مسئولیت فردی و خانوادگی افراد به آنان سپرد.

چه نوع کمکی مورد نیاز است؟

در این مرحله باید سعی نمود تا رفتار مناسب را در هر مرحله از مشکل درک و برنامه‌های آموزشی را طرح نمود که به مردم در کسب آن نوع رفتاری کمک می‌کند که در آینده از ابتلای آنان به بیماری جلوگیری کرده و یا اگر بیمار باشند، آنها را بهبود بخشیده و یا در صورت معلولیت، کمکشان می‌کند که یک زندگی عادی داشته باشند.

شناسایی و دسترسی به منابع

۱- منابع درونی جامعه: منابع موجود در درون جامعه که می‌توانند در حل مشکلات افراد و گروه‌ها و یا تمامی مردم مورد استفاده قرار گیرند، باید مورد شناسایی قرار گیرند. بعضی از این منابع عبارتند از:

- مکان‌هایی که می‌توان جلسات بحث و تبادل نظر و دوره‌های آموزشی را در آنجا ترتیب داد مانند مدارس، سالن‌های بزرگ شهر و غیره؛
- بعضی از مردم ممکن است قادر به کمک مالی برای اجرای طرح‌های بهداشتی باشند؛

- بعضی از مردم ممکن است مهارت‌هایی داشته باشند که برای پروژه‌های جامعه مؤثر و مفید باشد؛

باید بدانید که این منابع نزد چه کسانی است و چگونه به دست می‌آیند. در واقع خود افراد جامعه، مهمترین منابع برای حل مسایل و مشکلات هستند.

بهترین کار این است که منابع درون جامعه را پیدا کنید. یکی از دلایل این امر، صرفه جویی در پول است اما مهمتر از آن این است که مردم از اینکه توان کمک به

خود را دارند دچار غرور و رضایت می‌شوند. این غرور، آنها را تشویق می‌کند تا با سعی خود مشکلات بیشتری را حل کنند.

۲- منابع خارج از جامعه: همانگونه که ذکر گردید، استفاده از منابع درون جامعه بهترین راه برای حل مشکلات است اما گاهی اوقات امکانات موجود برای طرح‌های بزرگ کفایت نمی‌کند و ممکن است مشکلات به راحتی حل نشوند، لذا از این جهت لازم است تا به منابع بیرون از جامعه نیز نظر داشت (۱۰).

آیا آموزش سلامت پاسخی به نیاز است؟

آموزش سلامت آن بخش از مراقبت‌های بهداشتی است که اعتلای رفتار بهداشتی را مد نظر دارد. رفتار شخص ممکن است علت اصلی یک مشکل بهداشتی محسوب شود اما می‌تواند یک راه حل عمده نیز باشد. آموزش‌دهندگان سلامت در سیستم شبکه‌های بهداشت و درمان کشور باید به مردم کمک کنند تا تأثیر رفتارشان را بر بهداشت و سلامتشان درک کنند. آنها باید مردم را برای برخورداری از زندگی بهداشتی و سالم تشویق نمایند تا خودشان تصمیم بگیرند. در آموزش سلامت، افراد به خاطر رفتار غیر بهداشتی که دارند، سرزنش و ملامت نمی‌شوند. برخی اوقات رفتارهای غیر بهداشتی ناشی از گناه فرد نیست. مریبان آموزش سلامت در کنار خانواده‌ها، جامعه و حتی مسئولین محلی و ملی کار می‌کنند تا از وجود منابع و حمایت‌هایی که افراد را به سوی زندگی بهداشتی رهنمون می‌سازد، اطمینان حاصل نمایند (۸).

با این وجود، آموزش سلامت نمی‌تواند تمام مسایل را حل کند یا تمام نیازهای بهداشتی را برآورده کند، حتی گاهی ممکن است یک پاسخ جزئی نیز نباشد. برای مثال، ممکن است در بروز یک بیماری عوامل رفتاری و غیر رفتاری متعددی نقش داشته باشند که قطعاً آموزش سلامت در تغییر عوامل غیررفتاری نمی‌تواند نقش

تعیین کننده داشته باشد. از طرف دیگر، تغییر بعضی از عوامل رفتاری نیز بسیار دشوار است و در اتخاذ بعضی از رفتارهای جدید نیز ممکن است موانع مختلفی از جمله امکانات مالی مطرح باشد که بر طرف نمودن آنها با آموزش امکان پذیر نباشد.

اولویت‌بندی نیازها

هنگام برنامه‌ریزی آموزشی و در جریان آن، ممکن است با مشکلات و نیازهای متعددی روبرو شویم. ممکن است مطالب زیادی برای آموختن وجود داشته باشد اما از طرف دیگر زمان و منابع محدودی در اختیار باشد. بنابراین باید درباره اولویت‌های برنامه تصمیم گرفت. تعیین اولویت، فرآیند مداومی از تصمیم‌گیری است که در کلیه مراحل برنامه‌ریزی شامل توصیف نیازها، تعیین اهداف، شناسایی مخاطبان هدف، تعریف منابع موجود و تعیین عملیات ضروری صورت می‌گیرد. اولویت‌ها چیزهای مهم یا ارزشمند زمان حال هستند. موقعیت‌های برنامه‌ریزی اغلب تعدادی از اولویت‌ها را در یک زمان معین ارایه می‌دهد، پس لازم است که تصمیم بگیریم کدام اولویت‌ها، مهمتر هستند. اگرچه حقایق علمی می‌تواند در تصمیم‌گیری برای اولویت‌ها به ما کمک کند، اما اغلب ارزش‌های شخصی برنامه‌ریز و افراد دیگر در برنامه‌ریزی اهمیت نسبی اولویت‌ها را تعیین می‌کنند. بنابراین نتایج، اولویت‌ها مبتنی بر یک سری مفروضات انسانی است (۷).

برای اینکه برنامه‌ای با موفقیت روبرو شود، باید به روشنی بدانیم که قصد انجام چه چیزی را داریم و چگونه می‌خواهیم آن را انجام دهیم. مردم معمولاً نیازهای بسیاری دارند اما همه چیز را به یک باره نمی‌توان انجام داد، بنابراین باید تصمیم بگیریم که ابتدا کدامیک از مشکلات را می‌خواهیم، حل کنیم. این کار به عنوان تنظیم اولویت‌ها شناخته شده است (۱۰).

سؤالات زیر را می‌توان در اولویت‌بندی مشکلات بهداشتی در آموزش سلامت مورد استفاده قرار داد و در نهایت موضوعی را انتخاب کرد که در مقایسه با مسایل دیگر اولویت داشته باشد:

- ۱- وسعت مشکل چقدر است؟
- ۲- چه کسانی متأثر از مشکل هستند؟
- ۳- شدت مشکل چقدر است؟
- ۴- با منابعی که در دسترس است، چه نیازهایی را می‌توان رفع نمود؟
- ۵- مردم به چه مشکلاتی بیشترین توجه را دارند؟
- ۶- درجه یا میزان مقاومت محیطی مشکل چقدر است؟
- ۷- مقبولیت سیاسی مشکل چقدر است؟
- ۸- پیش بینی درجه اثر بخشی و موفقیت مداخله چگونه است؟

برنامه‌ریزی در آموزش سلامت

در برنامه‌ریزی آموزش سلامت یا به طور کلی تنظیم یک برنامه آموزشی باید به موارد زیر توجه کرد:

- ۱- به دست آوردن اطلاعات درباره خصوصیات جمعیت
- به طور کلی آشنایی با مردم و مخصوصاً طرز زندگی آنها، یکی از کلیدهای اصلی برنامه‌های آموزش سلامت است. اطلاعاتی درباره خصوصیات فرهنگی، اجتماعی سطح سواد و همچنین آشنایی با طرز فکر مردم، عادات و رفتار بهداشتی آنها به ویژه عقاید آنها در مورد مسایل بهداشتی و بیماری‌ها و همچنین نظر آنها درباره سرویس‌ها و خدمات بهداشتی موجود، کمک بزرگی به پیشرفت برنامه خواهد کرد. در این زمینه باید به موارد زیر توجه نمود:
- مشکلات و مسایل مردم از نظر خود آنها چیست؟

- درباره مسایل و مشکلات خود چه اطلاعاتی دارند؟
- برای حل مشکلات خود چه راه‌حلهایی را می‌دانند؟
- مردم بیشتر از کدام یک از وسایل ارتباط جمعی استفاده می‌کنند؟
- برای حل مشکلات خود به چه افرادی از جامعه مراجعه می‌کنند؟
- خصوصیات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی آنها به ویژه در ارتباط با مسایل بهداشتی چیست؟

- منابعی که در جامعه برای آموزش آنان وجود دارد کدامند؟

۲- تعیین و تعریف مسایل و مشکلات و نیازهای بهداشتی مردم

همان طور که هر یک از مناطق کشور از نظر اقتصادی، فرهنگی، وضع جغرافیایی و سازمان‌های اجتماعی متفاوت هستند، مسایل و مشکلات و نیازهای بهداشتی این مناطق نیز متفاوت است. با استفاده از آمار و اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها در هر منطقه است که می‌توان میزان نیازهای واقعی مردم را تعیین و برای حل آنها برنامه‌ریزی نمود.

۳- تعیین عواملی که در پیشرفت و یا عدم پیشرفت برنامه مؤثر خواهند بود.

در برنامه‌ریزی در آموزش سلامت باید عوامل و شرایطی را که ممکن است موجب عدم پیشرفت برنامه گردد از جمله موانع اقتصادی، نگرش‌ها و باورهای منفی یا غلط نسبت به برنامه‌ها، بی‌سوادی یا کم‌سوادی افراد، عدم آگاهی نسبت به مسایل و نیز امکاناتی را که در پیشبرد برنامه مؤثر است، شناسایی نمود.

۴- مشخص نمودن برنامه‌های موجود و سازمان‌هایی که در این زمینه فعالیت

می‌کنند.

برنامه‌ریزان آموزش سلامت باید در هر منطقه، از برنامه سرویس‌های ارایه دهنده خدمات بهداشتی، کارکنان موجود و سازمان‌هایی که در اجرای این برنامه‌ها سهم می‌باشند، آگاه بوده و همیشه آخرین اطلاعات را در اختیار داشته باشند.

۵- تشخیص و تعیین کلیه منابع و امکانات موجود در منطقه

در تعیین منابع موجود در هر منطقه باید نیروی انسانی، منابع مادی و اعتبارات، وسایل و تجهیزات از جمله وسایل سمعی و بصری، نشریات مختلف بهداشتی و... را در نظر گرفت.

۶- تعیین و شناسایی گروه‌های هدف

در برنامه‌ریزی درآموزش سلامت، حتماً باید گروه‌های هدف مشخص شوند و ویژگی‌های آنها از جمله سطح سواد، قدرت یادگیری، فرهنگ، آداب و رسوم و اعتقادات آنها شناسایی گردد. منظور از گروه هدف، عده‌ای از مردم هستند که برنامه آموزشی در مورد آنها و برای آنها اجرا می‌شود.

۷- اخذ تصمیم در مورد مدت برنامه

در مورد مدت برنامه برای آموزش سلامت، با توجه به زمان لازم برای ایجاد تغییر در عادات و رفتار مردم و تغییر سبک زندگی آنها، برنامه‌ریزان باید به طولانی مدت بودن جریان تغییر رفتار توجه داشته باشند.

۸- تعیین اولویت‌ها

با توجه به محدود بودن منابع و امکانات، نیروی انسانی و محدودیت زمانی در بسیاری از موارد لازم است از بین چندین مشکل و نیاز بهداشتی، یک یا چند مورد را انتخاب نمود. این مسایل و مشکلات در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف یک کشور ممکن است متفاوت باشد.

۹- تعیین هدف کلی و اهداف ویژه

برای تعیین اهداف آموزش سلامت، در درجه اول برنامه‌ریز باید هدف کلی برنامه را در نظر بگیرد و با توجه به آن، اهداف ویژه را برای هر مرحله از برنامه تعیین کند.

خلاصه

اولین مرحله برنامه‌ریزی آموزشی، تعیین نیازهای آموزشی است. شناسایی نیازها می‌تواند برای تصمیم‌گیری یا عدم تصمیم‌گیری در مورد طراحی یک دوره آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. نیازهای آموزشی ممکن است مربوط به دانش، نگرش یا مهارت‌هایی که فراگیران نیاز دارند تا به طور مؤثرتری رفتاری را تغییر دهند، باشد. در مرحله تعیین نیازها است که تعیین می‌گردد جمعیت مورد نظر در چه وضعیتی قرار دارد و در حقیقت نقطه شروع اقدامات در مراحل بعد مشخص می‌گردد.

آموزش سلامت زمانی موفق است که بر اساس واقعیت‌ها و نیازها باشد. در یک تقسیم‌بندی، نیازها را به چهار دسته نیازهای هنجاری، نیازهای محسوس، نیازهای بیان شده و نیازهای تطبیقی تقسیم نموده‌اند. نیاز هنجاری نیازی است که توسط کارشناسان یا متخصصین بر طبق استانداردهای خودشان تعیین می‌شود. قرار گرفتن در وضعیت پایین‌تر از آن استانداردها به معنی وجود نیاز است. نیاز محسوس نیازی است که مردم به آن احساس نیاز می‌کنند و شامل چیزی است که می‌خواهند یا به آن تمایل دارند. نیاز بیان شده، نیاز محسوسی است که به صورت خواسته یا تقاضا در آمده است. نیازهای تطبیقی برای آموزش و ارتقای سلامت با مقایسه گروه‌هایی که خدماتی دریافت می‌کنند و گروه‌های مشابهی که این خدمات را دریافت نمی‌کنند، تعریف می‌شوند.

برای تعیین نیازها باید اطلاعات لازم از منابع مختلف جمع‌آوری گردد. هنگام برنامه‌ریزی آموزشی و در جریان آن، ممکن است با مشکلات متعددی روبرو شویم اما از طرف دیگر زمان و منابع محدودی در اختیار است، بنابراین باید مشکلات و نیازها را اولویت‌بندی کرده و بر اساس اولویت به حل آنها اقدام نمود.

بخش ۳

تعیین اهداف آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- نقش و اهداف آموزشی را توضیح دهد. ۷- پنج مورد از اصول تعیین اهداف آموزشی را نام ببرد.
- ۲- انواع اهداف آموزشی را نام ببرد. ۸- تفاوت بین اهداف رفتاری و اهداف حل مسأله را بیان کند.
- ۳- برای هر کدام از اهداف آموزشی مثال بزند.
- ۴- سه ویژگی اهداف رفتاری را توضیح دهد. ۹- سه منبع تعیین اهداف آموزشی را نام ببرد.
- ۵- چهار معیار ارزیابی اهداف رفتاری را نام ببرد. ۱۰- حیطه‌های شناختی، عاطفی و روانی-حرکتی را با ذکر مثال توضیح دهد.
- ۶- از لزوم تدوین اهداف آموزشی دفاع نماید. ۱۱- اهداف برنامه‌های آموزش سلامت منطقه تحت پوشش خود را تدوین نماید.

نقش اهداف آموزشی

- ۱- مشخص کردن هدف ، پیدا کردن مسیر و جهت حرکت را آسان‌تر می‌کند؛
- ۲- وجود اهداف آموزشی ، راهنمای بسیار خوبی برای تعیین و تدوین محتوای آموزشی است؛
- ۳- چون انتخاب شیوه‌های آموزش ، ارتباط مستقیم و نزدیکی با محتوای آموزشی دارد بنابراین وجود اهداف آموزشی به انتخاب درست و منطقی آنها نیز کمک می‌کند؛
- ۴- نظر به اینکه مواد و وسایل آموزشی مورد استفاده بایستی با توجه به محتوا و شیوه‌های آموزش انتخاب شود، بنابراین می‌توان وجود اهداف آموزشی را در انتخاب مواد و وسایل آموزشی دخیل دانست؛
- ۵- چون ارزشیابی میزان یادگیری باید بر اساس محتوای تدریس شده به عمل آید، بنابراین نقش اهداف آموزشی در طراحی و اجرای یک ارزشیابی منطقی ، کاملاً انکارناپذیر به نظر می‌رسد؛
- ۶- نظر به اینکه انتخاب و توصیه فعالیت‌های آموزشی (تجارب یادگیری) برای فراگیران باید با توجه به محتوای آموزشی صورت گیرد، بنابراین می‌توان ادعا کرد که اهداف آموزشی در این مورد نیز نقش مؤثری را دارا هستند(۶).

انواع اهداف آموزشی

اهداف کلی

به آن دسته از اهداف آموزشی که به صورت عبارت‌های کلی بیان می‌شوند، اهداف کلی آموزشی گفته می‌شود. مثلاً ممکن است در یک برنامه آموزشی در مورد

بیماری ایدز که جمعیت هدف آن آموزش دهندگان سلامت هستند، هدف کلی به صورت زیر بیان شود:

هدف کلی: آشنایی فراگیران با بیماری ایدز

افراد برداشت متفاوتی را از این اهداف دارند. در مثال بالا دقیقاً مشخص نیست که فراگیران با چه جنبه‌هایی از بیماری ایدز آشنا می‌شوند. برداشت بعضی از آنها ممکن است این باشد که برنامه‌ریزی برای کاهش میزان شیوع و بروز این بیماری مد نظر است یا فکر کنند که علایم و نشانه‌های این بیماری آموزش داده خواهد شد. گروهی دیگر ممکن است این برداشت را داشته باشند که راه‌های انتقال بیماری ایدز مد نظر است. گروهی فکر کنند که راه‌های پیشگیری از این بیماری مد نظر است، گروهی دیگر فکر کنند که عوارض این بیماری مد نظر است و به همین ترتیب ممکن است برداشت‌های متفاوت دیگری نیز وجود داشته باشد. این عبارت تغییر مطلوبی را که باید در رفتار فراگیران ایجاد شود، مشخص نمی‌کند و هنگام ارزشیابی پیشرفت کار فراگیر، مشکلاتی را نیز پیش می‌آورد. یعنی کاملاً مشخص نمی‌شود که اهداف تحقق یافته‌اند یا نه. اهداف کلی تعبیر و تفسیر پذیر هستند، به صورت مبهم بیان می‌شوند و ممکن است در مقایسه با اهداف مرحله‌ای یا رفتاری در مدت زمان بیشتری تحقق یابند.

با این وجود اهداف کلی برای فعالیت‌های آموزشی با ارزش هستند. این اهداف فعالیت‌ها و اهداف مرحله‌ای و رفتاری را که در نهایت از نظر آموزشی با ارزش هستند روشن می‌کنند و به آنها جهت و هماهنگی لازم را می‌بخشند و به آموزش دهنده امکان می‌دهند تا تمام فعالیت‌های لازم را برای کسب دانش‌ها و مهارت‌های جدید برای فراگیر طراحی کند (۷). همچنین انتخاب و یا تدوین اهداف کلی، به مشخص کردن محدوده محتوای مورد بحث کمک می‌کند. هر هدف کلی باید یک

حالت کلی، گنگ و مبهم را دارا باشد و پس از حصول چند هدف جزئی تحقق یابد (۱۰).

اهداف جزئی (اهداف مرحله‌ای)

اهداف جزئی از آن نظر مورد استفاده و بهره‌برداری قرار می‌گیرند که اهداف کلی به خودی خود و به دلیل مبهم و کلی بودنشان نمی‌توانند به راحتی مورد استفاده قرار گیرند. بنابراین لازم است اهداف کلی را به اجزای کوچکتر و خردتری که همان اهداف جزئی هستند، تقسیم نمود تا با صراحتی که در آنها مطرح است، آموزش قابل اجرا شود. پس می‌توان گفت که بر خلاف اهداف کلی، اهداف جزئی باید دارای حالتی صریح، روشن و واضح باشند. در ضمن این اهداف بر خلاف اهداف کلی، تعبیر و تفسیر پذیر نیستند (۶).

اهداف جزئی از اهداف کلی سرچشمه می‌گیرند ولی نسبت به اهداف کلی محدودتر و مشخص‌تر و نسبت به اهداف رفتاری، دارای جامعیت و شمول بیشتری هستند. هدف کلی، جهت حرکت را مشخص می‌کند در حالی که اهداف جزئی یا مرحله‌ای مقاصد را معین می‌سازند و در نتیجه نسبت به هدف کلی، دارای جنبه‌های عملی بیشتری هستند. اهداف جزئی در پاره‌ای از مواقع ممکن است نقش هدف کلی را به عهده بگیرند که در این صورت می‌توان از آن، اهداف جزئی دیگری ساخت. در حقیقت نکته مهم در اینجا نسبی بودن اهداف است. مثلاً هدف کلی یک برنامه آموزشی را می‌توان به دسته‌ای از اهداف مرحله‌ای تجزیه کرد. هر یک از اهداف مرحله‌ای نیز ممکن است، هدف کلی بخشی از آن برنامه آموزشی باشند و اهداف جزئی‌تری از آنها سرچشمه بگیرد (۵).

نمونه‌هایی از اهداف جزئی در رابطه با هدف کلی ذکر شده، می‌تواند به شرح زیر مطرح شود:

هدف کلی: آشنایی فراگیران با بیماری ایدز

اهداف جزئی: پس از پایان دوره آموزشی فراگیر بتواند:

- ۱- عامل بیماری ایدز را نام ببرد.
- ۲- علائم و نشانه‌های بیماری ایدز را نام ببرد.
- ۳- راه‌های انتقال بیماری ایدز را توضیح دهد.
- ۴- راه‌های پیشگیری از بیماری ایدز را توضیح دهد.
- ۵- برای آموزش به مردم در مورد بیماری ایدز، برنامه آموزشی تهیه نماید.
- ۶- به مردم در مورد بیماری ایدز آموزش دهد.

اهداف رفتاری

اهداف رفتاری به آن دسته از اهداف گفته می‌شود که نوع رفتار و قابلیت‌هایی را که انتظار داریم فراگیر پس از یادگیری مطالبی خاص به آنها برسد، مشخص می‌کنند. نقش این اهداف آن است که با واضح‌ترین عبارات و با دقت کافی، آنچه را که فراگیر باید در جریان یک تجربه یادگیری بیندیشد، انجام دهد یا احساس کند، روشن نمایند (۷). به عبارت دیگر اهداف رفتاری، رفتارهای ویژه‌ای هستند که فراگیران باید از خود بروز دهند تا مشخص شود یادگیری رخ داده است. مزایای اهداف رفتاری عبارتند از (۱۱):

- ۱- نوشتن اهداف رفتاری آسان است؛
 - ۲- طبقه‌بندی این اهداف با توجه به حیطه‌های یادگیری آسانتر است؛
 - ۳- ارزشیابی آنها راحت‌تر است.
- در پاره‌ای از منابع، هدفی را رفتاری معرفی کرده‌اند که «رفتار» و یا عملی که بروز آن از فراگیر انتظار می‌رود را به صورت فعلی قابل مشاهده و اندازه‌گیری تدوین کرده باشد. بنابراین، از این دیدگاه می‌توان یک هدف جزئی را هدف رفتاری

نیز نامید ولی از دیدگاهی دیگر، نمی‌توان یک هدف جزئی را با هدف رفتاری یکسان تلقی نمود زیرا با وجود قابل مشاهده و اندازه‌گیری بودن رفتار در هدف جزئی، هدفی را که دارای سه جزء اساسی «رفتار»، «شرایط» و «معیار» نیست نمی‌توان یک هدف رفتاری کامل دانست. بنابراین هدفی یک هدف رفتاری کامل است که سه جزء یاد شده را دارا باشد (۶).

■ رفتار: منظور از رفتار، مهارت یا دانشی است که فراگیر باید کسب کند یا عمل یا مهارتی است که قادر به انجام آن باشد (۱۲). به عبارت دیگر رفتار عبارت است از عمل یا فعالیت یا توانایی که بروز آن را از فراگیر انتظار داریم (۶). مثلاً در پایان یک برنامه آموزشی در مورد اهمیت تغذیه با شیر مادر و پیشگیری از بیماری‌های اسهالی که جمعیت هدف آن گروهی از مادران هستند، فراگیر بتواند:

۱- مزایای تغذیه با شیر مادر را نام ببرد.

رفتار

۲- محلول ORS تهیه نماید.

رفتار

فعل رفتاری بیانگر رفتار قابل مشاهده فراگیر است. در نوشتن اهداف رفتاری واژه‌های مورد استفاده باید به صورت قابل مشاهده و اندازه‌گیری انتخاب شود تا به کمک آنها بتوان در مورد عملکرد فراگیر اظهار نظر نمود، در حالی که استفاده از واژه‌های غیر قابل مشاهده و اندازه‌گیری چنین خاصیتی را دارا نیستند. به عنوان مثال، به کار بردن کلماتی نظیر فهمیدن، درک کردن، دانستن و غیره چون قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیستند نمی‌توانند مربی و یا هر فرد ناظر دیگری را در مورد حصول هدف توسط فراگیر مطمئن سازند. بنابراین در نوشتن اهداف رفتاری بهتر است از واژه‌هایی استفاده کرد که کمتر از دیگر واژه‌ها تفسیرپذیر هستند (۶). بعضی از افعال رفتاری قابل استفاده در نوشتن اهداف رفتاری عبارتند از: طبقه‌بندی

کردن، ساختن، تعریف کردن، پیشنهاد دادن، توصیف کردن تخمین زدن، ارزیابی کردن، توضیح دادن، شناسایی کردن، تفسیر کردن، اندازه‌گیری کردن نام بردن، پیش-گویی کردن و حل کردن (۱۲).

هدف باید به گونه‌ای بیان شود که مانع ایجاد سوء تفاهم گردد و به عبارت دیگر، زمانی می‌توان گفت هدف به واضح‌ترین شکل بیان شده است که به بهترین وجه، مقاصد آموزشی را به فراگیران انتقال دهد. بنابراین در تعیین اهداف رفتاری، باید انتظارات مربی از فراگیران به روشنی مشخص شود، به عبارت دیگر مربی و فراگیر از آنچه باید انجام شود درک مشترک داشته باشند. بنابراین، در تعیین اهداف رفتاری، باید از به کار بردن افعال و کلمات مبهم و قابل تعبیر و تفسیر پرهیز شود و در عوض باید از افعال و عباراتی که نوع فعالیت و رفتار مورد نظر را دقیقاً مشخص می‌کنند، استفاده کرد (۵).

■ شرایط: شرایط عبارت است از موقعیتی که رفتار مورد نظر در آن بروز می‌کند (۶). به عبارت دیگر شرایط مشخص می‌کند که رفتار در چه موقعیتی انجام خواهد شد (۱۲). به اهداف رفتاری قبل که دارای شرایط هستند، توجه نمایید. پس از پایان دوره آموزشی فراگیر بتواند:

۱- مزایای تغذیه با شیر مادر را بدون استفاده از جزوات آموزشی نام ببرد.

شرایط رفتار

۲- در حضور مربی بهداشت محلول ORS تهیه نماید.

شرایط رفتار

توجه به جزء شرایط در تدوین اهداف رفتاری، به مربیان کمک می‌کند تا در هنگام تدوین اهداف موقعیتی را که پس از فراگیری مطالب آموزشی فراگیر باید اطلاعات مهارت‌ها و نگرش خود را در آن اعمال کند، مد نظر قرار داده و او را به

مناسب‌ترین شکل آموزش دهند (۶). گاهی لازم است رفتارهای نهایی را با ذکر موقعیتی که مایلیم فراگیر در آن موقعیت به هدف دست یابد، مشخص کنیم. یعنی تعیین نماییم که فراگیر از چه چیزهایی می‌تواند یا نمی‌تواند استفاده کند یا در کجا و در چه زمانی باید مهارت لازم را از خود بروز دهد (۵).

■ معیار: منظور از معیار، حد نصابی است که بر اساس آن رفتار نهایی ارزشیابی می‌شود، یا سطح مشخصی از یادگیری که از قبل بوسیله تعیین کننده هدف مشخص شده، معیاری است که با آن موفقیت فراگیر در رسیدن به اهداف آموزشی سنجیده می‌شود (۵). به بیان دیگر معیار عبارت است از حداقل میزان قابل قبول بروز رفتار مورد نظر (۶). معیار بیان کننده این است که فراگیر رفتار مورد نظر را با چه دقتی یا به چه خوبی باید انجام دهد. گاهی اوقات، معیار در مقایسه با استاندارد تعیین می‌گردد (۱۲). مثال‌های قبل که دارای هر سه جزء رفتار، شرایط و معیار باشند را می‌توان به صورت زیر نوشت:

۱- ده مورد از مزایای تغذیه با شیر مادر را بدون استفاده از جزوات آموزشی نام ببرد.

معیار	شرایط	رفتار
۲- در حضور مربی بهداشت محلول ORS را به طور صحیح تهیه نماید.	معیار	رفتار
شرایط	معیار	رفتار

معیار هدف، مشخص کننده آن است که بروز رفتار تا چه میزان از خطا و یا نقصانی قابل قبول برخوردار بوده است. مسلماً، متغیرهای بیشماری بر تعیین معیار تأثیر می‌گذارند. نمونه‌هایی از این متغیرها عبارتند از: میزان اهمیت رفتار در شرایطی که باید بروز کند، میزان وقت و انرژی که آموزش دهنده در تدریس مطالب و به عبارت دیگر ایجاد توانایی مورد نظر صرف می‌کند و فواصل زمانی بروز رفتار در شرایط مورد نظر. به عنوان مثال در اهداف مربوط به تزریق‌های وریدی باید حتماً

میزان معیار را بالا گرفت زیرا میزان مهارت شخص تزریق کننده در سرنوشت حیاتی بیمار نقش بسیار زیادی را بازی می‌کند (۶).

اهداف رفتاری مناسب بر اساس چهار معیار ارزیابی می‌شوند به عبارت دیگر هنگام نوشتن اهداف رفتاری با استفاده از این معیار ها باید آنها را ارزیابی کرد (۱۳):

۱- اهداف رفتاری خوب، فراگیر- محور هستند.

یک هدف رفتاری فراگیر- محور بر این موضوع تأکید می‌کند که از فراگیر انتظار می‌رود چه عملی را انجام دهد نه از آموزش دهنده سلامت. گاهی آموزش دهندگان سلامت در بیان اهداف آموزشی بر آنچه که انتظار می‌رود آموزش دهنده انجام دهد، تأکید می‌کنند و نه بر آنچه که انتظار می‌رود فراگیران انجام دهند. چنین اهداف آموزش دهنده - محوری فقط این ارزش را دارند که به آموزش دهنده کمک می‌کنند تا خودش کارهایی را انجام دهد که منجر به یادگیری در فراگیران شود. آموزش دهنده باید کوشش کند تا فراگیرانش را به فعالیت‌هایی که باید انجام دهند و رفتارهایی که بعد از دوره آموزشی باید از خود بروز دهند، تشویق کند و مهارت حل مسأله را به آنها یاد دهد.

۲- اهداف رفتاری خوب، نتایج و برون داده‌ای (outcomes) یادگیری را توصیف می‌کنند.

مهمترین چیزی که در این مورد باید به آن توجه داشت، این است که فراگیران یاد بگیرند چه کاری را انجام دهند یا چه مهارتی را کسب کنند. به عبارت دیگر در تدوین اهداف رفتاری باید بر نتایج یادگیری تأکید شود نه فعالیت‌هایی که منجر به نتایج می‌شود. هر چند برای مربیان مفید است که تصمیم بگیرند چه فعالیت‌ها و تجارب یادگیری باید فراگیران انجام دهند تا به اهداف رفتاری مورد نظر برسند، با این وجود تعیین این فعالیت‌ها و تجارب یادگیری باید بعد از تصمیم‌گیری در مورد نتایج باشد.

۳- اهداف رفتاری خوب، واضح و قابل درک هستند.

اولین پیش شرط برای یک هدف رفتاری صریح، آشکار و قابل درک بودن آن است. هدف رفتاری باید شامل یک فعل واضح و روشن باشد تا عمل یا رفتار مشخصی را توصیف کند و در بیشتر موارد باید به مشاهده آن عمل اشاره کند. فراگیران نیز باید بر اساس این فعل رفتاری قضاوت کنند که رفتار آنگونه که بیان شده به وقوع پیوسته یا خیر.

۴- اهداف رفتاری خوب قابل مشاهده هستند.

ارزشیابی نتایج یادگیری منوط به توانایی مشاهده نتایج و برون داده‌ها (outputs) است. کلید دستیابی به یک هدف قابل مشاهده، استفاده از یک فعل قابل مشاهده است. بنابراین هنگام انتخاب اهداف رفتاری برای استفاده در آموزش، به افعال نگاه کنید. فعل باید یک عمل قابل مشاهده را توصیف و بیان کند.

نقش اهداف رفتاری در فرایند آموزش

اهداف رفتاری، اهداف آموزشی و اهداف اجرایی، اصطلاحاتی هستند که اشاره به توصیف رفتار قابل مشاهده فراگیر برای قضاوت در مورد یادگیری دارند. از آموزش‌دهنده در هر زمینه‌ای که بخواهد آموزش دهد (از قبیل مراقبت از کودکان، شیردهی، پرستاری و غیره) خواسته می‌شود که اهداف رفتاری را بنویسد. بعضی از افراد تصور می‌کنند که نوشتن اهداف رفتاری اتلاف وقت است، در حالی که استفاده از اهداف رفتاری به آموزش‌دهنده اجازه می‌دهد تا به طور واقعی آنچه را که در طول یک دوره زمانی باید پوشش دهد، ببیند و از طرف دیگر فراگیران نیز سردرگم نشوند. همچنین استفاده از اهداف رفتاری، جزییاتی را که هر موضوع کلی‌تر و عمومی‌تر در بر می‌گیرد، شفاف می‌کند. علاوه بر این، جزییاتی را که از آنها ارزیابی به عمل خواهد آمد، مشخص می‌کند. همچنین استفاده از اهداف رفتاری، خلاقیت

آموزش دهنده در طراحی استراتژی‌های آموزشی برای آموزش فراگیران مختلف را افزایش می‌دهد (۱۴).

اگر اهداف رفتاری در فرآیند آموزش تنظیم نشوند، آموزش دهنده معیار درستی برای انتخاب مواد آموزشی، محتوای برنامه، روش و وسایل آموزشی در دست نخواهد داشت و نمی‌تواند نتیجه یک دوره آموزشی را به صورتی مؤثر ارزشیابی کند. اهداف رفتاری به آموزش دهنده کمک می‌کند تا نحوه بروز رفتارهای مورد انتظار از فراگیران را با دقت بیشتری مشخص کند و بر اساس آنها، برای رسیدن به اهداف تعیین شده، مواد آموزشی و روش تدریس مناسب را انتخاب کند. فراگیران نیز می‌توانند در پرتو اهداف رفتاری، در حین فعالیت، به میزان پیشرفت خویش پی‌برند و در صورت لزوم، برای برطرف کردن مشکلات خود، به آموزش دهنده مراجعه کنند. علاوه بر این، با در دست داشتن اهداف رفتاری، فراگیر می‌فهمد که انجام دادن چه فعالیت‌هایی او را بهتر به موفقیت می‌رساند. به طور کلی، هنگامی که آموزش دهنده به طراحی آموزشی می‌پردازد، اهداف رفتاری ممکن است در موارد زیر به او کمک کنند (۵):

۱- سبب شوند که او برای تحقق آن اهداف، مطالب آموزشی مناسبی انتخاب کند؛

۲- راهنمای خوبی برای انتخاب روش مناسب تدریس و رسانه‌های آموزشی مختلف باشند؛

۳- راهنمای خوبی برای طرح سؤالات ارزشیابی باشند؛

۴- موجب شوند که فراگیران بتوانند در هر مرحله از آموزش، پیشرفت خود را ارزیابی کنند و قادر باشند کوشش‌های خود را در مسیری مناسب هدایت کنند. با وجود اینکه برای اهداف رفتاری محاسن زیادی ذکر شده، برخی صاحب نظران با تدوین آنها مخالفند و از آنها انتقاد کرده اند. اهم این انتقادات عبارتند از:

- ۱- تدوین اهداف رفتاری منجر به ایجاد صلاحیت‌ها و مهارت‌های جزئی و بی‌اهمیت می‌شود؛
 - ۲- تدوین اهداف رفتاری خلاقیت و ابتکار را در فعالیت‌های آموزشی محدود می‌کند؛
 - ۳- تدوین اهداف رفتاری تدریس را روی حقایق یا امور معلوم متمرکز می‌سازد و رفتارهای پیچیده و عالتر را از نظر دور می‌دارد؛
 - ۴- تدوین اهداف رفتاری آموزش را غیر قابل انعطاف و غیر انسانی می‌سازد.
- البته این انتقادهای زمانی وارد است که طراح یا آموزش دهنده خود را اسیر اهداف رفتاری تلقی کند و در فعالیت‌های آموزشی، هیچ گونه انعطافی از خود نشان ندهد ولی در فرآیند آموزش، آموزش دهنده همواره باید ضمن تعیین اهداف صریح آموزشی انعطاف در روش و ابتکار و خلاقیت در فعالیت فراگیران را به دست فراموشی نسپارد. در این صورت است که وی می‌تواند از مشکلات احتمالی اهداف رفتاری، مصون و در امان باشد و موفقیت مطلوب را در فرآیند تدریس کسب کند (۵).

بیان اهداف آموزشی

یکی از مباحث مهم در هدف نویسی، «بیان اهداف» است. برخی از صاحب نظران که مبانی فکری خود را از مکتب رفتارگرایی گرفته اند، معتقد هستند که همه هدف‌های آموزشی باید به صورت هدف‌های کاملاً صریح و با افعال رفتاری نوشته شوند. آنها می‌گویند که در نوشتن هدف آموزشی باید از خود پرسیم که چه نوع رفتارهایی را در فراگیر مشاهده کنیم تا معلوم شود هدف مورد نظر تحقق یافته است یا نه؟ رفتارهایی که در پاسخ این پرسش به دست می‌آوریم، در قالب اهداف رفتاری بیان می‌کنیم.

مدافعان هدف‌های آموزشی این دلایل را برای ضرورت و اهمیت هدف آموزشی بیان می‌کنند (۴):

- ۱- جهت گیری کار طراح آموزشی و آموزش دهنده را نشان می‌دهد و منظور آموزشی او را به روشنی به دیگران منتقل می‌کند؛
- ۲- رهنمودی برای پیشنهاد موضوع مورد بحث، روش آموزش، مواد و رسانه‌های مناسب برای فرآیند آموزش- یادگیری را فراهم می‌سازد؛
- ۳- رهنمودی برای پیشنهاد شیوه‌های ارزشیابی و ساختن آزمون و سایر ابزارهای سنجش یادگیری را فراهم می‌کند.

در مقابل ، صاحب نظران دیگری با هدف آموزشی به طور کلی مخالفت می‌کنند. علت مخالفتشان این است که هدف آموزشی را برای فراگیرنده، محدود کننده می‌دانند و آن را مانع رشد و پیشرفت فراگیرنده تلقی می‌کنند. حتی برخی از صاحب نظران به علت داشتن موضع تندتر در برابر رفتارگرایی ، اصلاً تعیین هدف‌های آموزشی را برای یادگیرنده مورد تردید قرار داده‌اند و استدلال کرده‌اند که تعیین هدف قبل از فعالیت‌های یادگیری محدود کننده رشد فرد است (۴).

به نظر می‌رسد هر دو دیدگاه به بخشی از فرآیند آموزش و یادگیری توجه کرده اند و از جهات دیگر غفلت نموده اند. نه هدف‌های آموزشی به تنهایی برای بیان ابعاد مختلف یادگیری کفایت می‌کنند و نه ترک هدف نویسی امر مطلوب آموزشی است (۴).

تعیین هدف در فعالیت‌های آموزشی لازم و ضروری است، زیرا تا کسی نداند که به کجا باید برود، هرگز قادر نخواهد شد که وسیله مناسب رفتن را فراهم کند (۵). در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و تدوین برنامه‌های آموزش سلامت ، تدوین اهداف آموزشی نقش بسیار مهمی دارند. نتیجه حاصل از یک برنامه مراقبت بهداشتی اولیه باید بهبود سلامت مردم باشد. به عنوان مثال اگر سرخک در جامعه ای یک مسأله

جدی است در این صورت برنامه‌ای که برای حل این مشکل تدوین می‌شود ممکن است دارای اهداف بهداشتی به شرح زیر باشد:

- تعداد کمتری از کودکان به سرخک مبتلا شوند.
- افراد مبتلا به سرخک، هرچه زودتر بهبود یابند و از ناتوانی رنج نبرند.
- هیچ کودکی به علت ابتلای به سرخک تلف نشود.
- چون رفتار مردم بر سلامت آنان تأثیر دارد، باید اعمال معینی وجود داشته باشد تا با انجام آنها به حل مشکلات خویش پردازند. چنین اقداماتی، اهداف آموزشی یک برنامه محسوب می‌شود. مثلاً نمونه‌هایی از اهداف برای یک برنامه آموزشی علیه سرخک، به شرح زیر است:
- مادران فرزندانشان را برای مصون سازی به مراکز بهداشتی درمانی بیاورند.
- مادرانی که فرزندانشان مبتلا به سرخک شده‌اند، بلافاصله آنها را برای مراقبت نزد کارکنان بهداشتی بیاورند.
- کودکانی که مبتلا به سرخک می‌شوند به خوبی تغذیه شوند تا به بهبودی سریع آنان کمک شود.

اصول تعیین اهداف آموزشی

- ۱- اهداف آموزشی باید متناسب با شرایط و امکانات جامعه و با توجه به نیازهای آن تعیین شود؛
- ۲- اهداف برنامه آموزشی باید با شرایط و امکانات فراگیرنده هماهنگ باشد و با توجه به نیازهای آنی و آتی او تعیین گردد؛
- ۳- اهداف برنامه آموزشی باید انعطاف‌پذیر باشد؛
- ۴- در تعیین اهداف، باید حتی الامکان به تفاوت‌های فردی توجه شود؛

- ۵- اهداف باید با یکدیگر هماهنگی لازم را داشته باشند؛
- ۶- اهداف باید از وضوح و صراحت لازم برخوردار باشند؛
- ۷- اهداف باید قابل اجرا باشند؛
- ۸- اهداف باید در حیطه‌های سه گانه شناختی، عاطفی و روانی حرکتی طبقه‌بندی و ارایه گردند (۱).

اهداف غیر رفتاری

در حالی که اخیراً اهداف آموزشی در متداول‌ترین شکل آن یعنی اهداف رفتاری و با افعال روشن و واضح نوشته می‌شوند، در بعضی از سطوح پیشرفته اهداف ممکن است به صورت اهداف حل مسأله نوشته شوند. مزیت به وجود آوردن اهدافی که در بیش از یک حیطه قرار می‌گیرند، این است که این فرایند راه‌های ذهنی و فکری بیشتری فراهم می‌کند و به فراگیران اجازه می‌دهد تا به راحتی مطالب و فرایندها را به یاد آورند (۱۱).

اهداف غیر رفتاری دارای مزایای زیر هستند:

- ۱- این اهداف انعطاف پذیری بیشتری دارند؛
 - ۲- این اهداف می‌توانند بیشتر بازتابی از مشکلات زندگی باشند؛
 - ۳- در یک هدف ممکن است چند حیطه با هم ترکیب شود؛
 - ۴- چندین موضوع یا محتوای مختلف ممکن است به آسانی در یک هدف قرار گیرند؛
 - ۵- این نوع اهداف نامحدودتر هستند و به مربیان اجازه می‌دهند تجارب مرتبط را بر اساس علاقه فراگیران و سطوح انگیزشی به وجود آورند (۱۱).
- هدف حل مسأله با هدف رفتاری تفاوت اساسی دارد. در هدف حل مسأله، فراگیر مسأله‌ای را تشخیص می‌دهد یا مسأله‌ای به او داده می‌شود تا آن را حل کند.

برای مثال: «فراگیران جستجو کنند و کشف کنند که چه باید کرد تا عوامل بازدارنده سیگار کشیدن، اثر مطلوب‌تری داشته باشد؟» یا «چگونه در قالب بودجه خانوار می‌توان بر تنوع غذایی و کیفیت آن در خانواده افزود؟».

در هر یک از مثال‌های یاد شده مسأله‌ای طرح می‌شود و ملاک‌هایی که باید تحقق یابند تا مسأله حل شود کاملاً روشن است اما روش‌ها و چگونگی حل مسأله بسیار متعدد هستند و هر فراگیری می‌تواند با روش یا روش‌هایی به حل مسایل بپردازد. یکی از تفاوت‌های اساسی بین هدف رفتاری با هدف حل مسأله این است که در هدف رفتاری، فهرستی از عملکردهای یکسان و مشابه مورد انتظار است و موفقیت آموزش دهنده نیز بر اساس میزان تحقق این عملکردها در فراگیران ثابت می‌شود اما در هدف حل مسأله چنین نیست. در هدف حل مسأله، راه حل‌هایی که هر یک از فراگیران یا گروهی از آنان به آن دست پیدا می‌کنند، ممکن است آنقدر زیاد باشد که هم آموزش دهنده و هم فراگیران را شگفت زده کند. شیوه حل مسأله برای فعالیت‌های شناختی، تفکر خلاق و فرآیندهای سطح بالای ذهنی انعطاف‌پذیری زیادی دارد (۴).

منابع تعیین اهداف آموزشی

۱- نیاز فراگیران

براساس تعاریف یادگیری و آموزش، تمام تلاش نظام‌های آموزشی باید بر تبدیل رفتارهای نامطلوب یا نسبتاً مطلوب فراگیران بر رفتارها و عملکردهای مطلوب اجتماعی، فرهنگی و علمی متمرکز شود. اگر تغییر رفتار فراگیران بر اساس پرورش تفکر، گرایش‌ها، ارزش‌ها و مهارت‌های عملی تعبیر و تفسیر شود، باید به ویژگی‌های فراگیران نظیر احتیاجات، علایق و توانایی‌های آنان اولویت خاصی داده

شود. شناخت نیازهای فراگیران از مهمترین کارهایی است که طراح آموزشی باید انجام دهد.

۲- نیاز جامعه

هنگامی که نیازهای جامعه به منظور تدارک و تنظیم اهداف آموزشی مطالعه می‌شود، باید وضع اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی جامعه را در زمان گذشته، حال و آینده بررسی و اهداف آموزشی را بر اساس نیازهای آن جامعه تنظیم کرد. مسایل و نیازهای جامعه باید با عنایت به مسایل و نیازهای کنونی و آینده فراگیران تنظیم شود تا فراگیران پس از نیل به آن اهداف بتوانند در موقعیت‌های مختلف، زندگی خوب و سعادت‌مندی داشته باشند و در حفظ و بهسازی اجتماعی سهمی مؤثر بر عهده بگیرند.

۳- دیدگاه‌های متخصصان

ماهیت و ساخت دانش و دیدگاه‌های متخصصان، یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده اهداف آموزشی است مثلاً برای تعیین اهداف آموزشی درس روان‌شناسی یادگیری باید به یافته‌های جدید، نظریه‌های نو و اصول و قوانین کشف شده توجه شود و یا برای پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر به آخرین راه‌های مؤثر در پیشگیری و کنترل این بیماری‌ها توجه شود (۵).

طبقه‌بندی اهداف آموزشی

برای اهداف آموزشی طبقه‌بندی‌های مختلفی ارایه شده است که یکی از معروف‌ترین آنها طبقه‌بندی بنیامین بلوم^۱ و همکاران اوست. در این طبقه‌بندی اهداف آموزشی در سه حیطه شناختی، عاطفی، و روانی - حرکتی قرار می‌گیرند. در حیطه

^۱ -Benjamin S. Bloom

شناختی اهدافی قرار می‌گیرند که محتوای مربوط به آنها عمدتاً جنبه نظری داشته و یادگیری آنها مستلزم فعالیت‌های صرف ذهنی و عقلانی است. حیطه عاطفی مربوط به اهدافی می‌شود که محتوای مربوط به آنها جنبه ایجاد و یا تغییر نگرش، طرز فکر و به طور کلی ارزش‌ها را دارد. محتوای مربوط به حیطه روانی - حرکتی اختصاص به آموزش مهارت‌ها دارد. ذکر این نکته ضروری است که سه حیطه یاد شده مستقل از یکدیگر نبوده و با یکدیگر مرزهای مشترک دارند(۶). به هدف‌های زیر توجه کنید:

۱- فراگیر بتواند قد نوزاد را در حالت خوابیده با حداکثر ۱٪ خطا اندازه‌گیری نماید.

۲- فراگیر بتواند کلیه مراحل اندازه‌گیری قد نوزاد را در حالت خوابیده توضیح دهد.

۳- فراگیر در مباحث علمی از لزوم اندازه‌گیری قد نوزاد در هر ویزیت دفاع نماید.

هر سه جمله در مورد یک موضوع واحد یعنی اندازه‌گیری قد نوزاد است اما این سه هدف سه جنبه مختلف از موضوع را در بر می‌گیرند. در هدف اول، انجام صحیح یک عمل مورد توجه است. در هدف دوم؛ دانستن مراحل صحیح و علمی آن عمل و در هدف سوم درک ارزش و اعتبار آن عمل در کار روزانه مورد توجه می‌باشد. بنابراین هدف اول در حیطه روانی - حرکتی، هدف دوم در حیطه شناختی و هدف سوم در حیطه عاطفی قرار می‌گیرد.

خلاصه

تعیین هدف در فعالیت‌های آموزشی لازم و ضروری است زیرا تا کسی نداند به کجا باید برود، هرگز قادر نخواهد شد که وسیله مناسب رفتن را فراهم کند. اهداف

آموزشی به سه دسته اهداف کلی، اهداف جزئی و اهداف رفتاری تقسیم می‌شوند. اهداف کلی، گنگ و مبهم هستند و پس از حصول چند هدف جزئی تحقق می‌یابند. انتخاب و یا تدوین اهداف کلی، به مشخص کردن محدوده محتوای مورد بحث کمک می‌کند. بر خلاف اهداف کلی، اهداف جزئی دارای حالتی صریح روشن و واضح هستند و تعبیر و تفسیرپذیر نیستند. اهداف رفتاری، به آن دسته از اهداف گفته می‌شود که نوع رفتار و قابلیت‌هایی را که انتظار داریم فراگیر پس از یادگیری مطالبی خاص به آن برسد، مشخص کنند. هدف رفتاری کامل، دارای سه جزء رفتار، شرایط و معیار است. رفتار عبارت است از عمل یا قابلیت که بروز آن را از فراگیر انتظار داریم. شرایط عبارت است از موقعیتی که رفتار مورد نظر در آن بروز می‌کند و معیار عبارت است از حداقل میزان قابل قبول بروز رفتار مورد نظر.

اهداف آموزشی باید با توجه به نیازها تعیین شوند، متناسب با شرایط و امکانات جامعه باشند، انعطاف پذیر باشند، قابل اجرا باشند و در حیطه‌های سه گانه شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی طبقه‌بندی و ارایه گردند. نیاز فراگیران، نیاز جامعه و دیدگاه‌های متخصصان از منابع تعیین اهداف آموزشی هستند.

بخش ۴

تحلیل آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- شش مرحله تحلیل آموزشی را به ترتیب نام ببرد.
- ۲- تفاوت بین اهداف اجرایی نهایی و اهداف اجرایی مرحله‌ای را بیان کند.
- ۳- ارتباط تسلسلی، همتراز و ترکیبی اهداف را با ذکر مثال در هر مورد توضیح دهد.
- ۴- منظور از رفتار ورودی را بیان کند.
- ۵- هدف از ارزشیابی تشخیصی را بیان کند.
- ۶- برای برنامه‌های آموزش سلامت منطقه تحت پوشش خود، تحلیل آموزشی مناسب انجام دهد.

تحلیل آموزشی

پس از تعیین هدف‌های آموزشی، یکی از مهمترین مراحل طراحی، تحلیل آموزشی است. در این مرحله، معمولاً پرسش‌هایی به شرح زیر برای آموزش‌دهنده مطرح می‌شود:

- چگونه فراگیران را کمک کند تا به هدف‌های آموزشی برسند؟
- فراگیران باید چه فعالیت‌هایی انجام دهند یا دارای چه توانایی باشند تا بتوانند آنچه را که در هدف‌های آموزشی از آنان خواسته شده است، انجام دهند؟
- آیا فراگیران می‌توانند بدون انجام برخی فعالیت‌های مورد نظر، به هدف‌های آموزشی برسند؟

پاسخ دادن به این پرسش‌ها، بررسی تعدادی از فعالیت‌ها و معلومات و مهارت‌های جزئی را که برای نیل به اهداف آموزشی ضروری است، ایجاب می‌کند. آموزش‌دهنده در بررسی خود باید همه پاره فعالیت‌ها را یادداشت کند و سپس مجدداً آنها را بررسی نماید. چنانچه مشخص شود که تعدادی از پاره فعالیت‌ها برای رسیدن به هدف چندان ضروری نیستند، باید کنار گذاشته یا از مجموع فعالیت‌ها حذف شوند تا نهایتاً، مجموعه‌ای از فعالیت‌های مناسب و ضروری برای رسیدن به هدف آموزشی به دست آید. پشت سر گذاشتن چنین مراحل را به اصطلاح «تحلیل آموزشی» گویند. اجرای دقیق فرآیند تحلیل آموزشی مستلزم گذراندن مراحل زیر است (۵):

- ۱- تبدیل هدف کلی (هدف نهایی آموزشی) به اهداف جزئی (اهداف مرحله‌ای آموزشی)؛
- ۲- تبدیل هدف جزئی (هدف مرحله‌ای آموزشی) به اهداف رفتاری (هدف‌های اجرایی)؛
- ۳- تعیین نوع ارتباط بین اهداف کلی و جزئی؛

۴- تعیین رفتار ورودی (معلومات و مهارت‌های پیش دانسته)؛

۵- ارزشیابی تشخیصی؛

۶- تعیین نخستین گام آموزشی (مشخص کردن نقطه شروع آموزش).

مراحل تحلیل آموزشی

الف) تبدیل اهداف کلی به اهداف جزئی

هدف کلی، جهت عمومی فعالیت را تعیین می‌کند ولی خود به تنهایی مراحل رسیدن به مقصود را مشخص نمی‌سازد. برای قابل استفاده کردن اهداف کلی، باید آنها را تجزیه کرد و به صورت اهداف جزئی در آورد.

ب) تبدیل اهداف جزئی (مرحله ای) به اهداف رفتاری

اهداف جزئی اگرچه مراحل رسیدن به اهداف کلی را مشخص می‌کنند ولی در مقایسه با اهداف رفتاری، کلی هستند و برای اینکه در جریان فعالیت‌های آموزشی تحقق یابند باید آنها را به وظایف یا کارکردهایی که فراگیران باید انجام دهند، تقسیم کرد. به عبارت دیگر اهداف جزئی باید به گونه‌ای تقسیم شوند که مهارت‌ها و فعالیت‌هایی که انتظار داریم فراگیران در پایان دوره آموزشی از خود بروز دهند و شرایطی که با وجود آنها این مهارت‌ها و رفتارها باید شکل بگیرند، مشخص شوند. بنابراین اهداف جزئی زمانی قابل تحقق هستند که به اهداف صریح و روشن آموزشی، یعنی اهداف رفتاری تبدیل شوند و اهداف رفتاری نیز ممکن است به دو دسته تقسیم شوند:

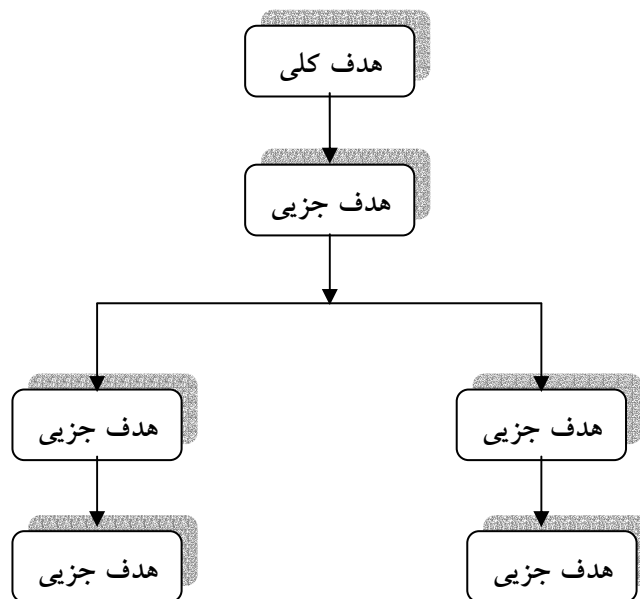
۱- اهداف اجرایی نهایی: رفتاری است که فراگیر پس از پایان آموزش باید از خود نشان دهد. اهداف اجرایی نهایی باید بسیار دقیق توصیف شوند تا فراگیر در مورد آنچه باید انجام دهد، آگاهی کامل داشته باشد. به عبارت دیگر، در اهداف

اجرایی نهایی، آموزش دهنده و فراگیر از آنچه باید انجام شود و همچنین از معیارهایی که برای ارزیابی رفتار فراگیران به کار خواهد رفت، درک مشترک داشته باشند؛

۲- اهداف اجرایی مرحله ای: رفتاری است که باید فراگیر ضمن آموزش و قبل از رسیدن به اهداف اجرایی نهایی از خود نشان دهد. این اهداف تابعی از اهداف اجرایی نهایی هستند و اهمیت آنها این است که فراگیر را برای رسیدن به هدف اجرایی نهایی آماده می‌سازد.

ج) تعیین روابط اهداف اجرایی نهایی با اهداف اجرایی مرحله‌ای

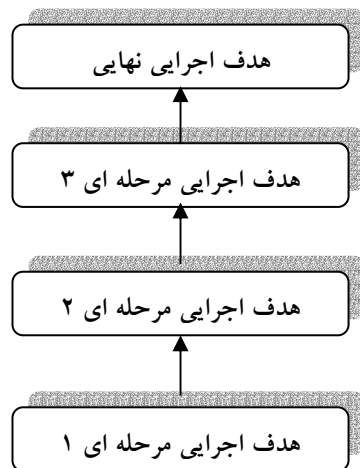
پس از اینکه اهداف اجرایی به طور دقیق مشخص شدند، ممکن است این سؤال مطرح شود که اهداف به چه ترتیبی انجام پذیرند تا نتیجه بهتری به دست آید.



نمودار ۱- تقسیم هدف کلی به چند هدف جزئی

در تحلیل آموزشی، اهداف اجرایی را به گونه‌ای باید مرتب کنیم که یادگیری ساده در پایین و یادگیری‌های مشکل در بالا قرار بگیرند، چرا که مشکل‌ترین یادگیری (مهارت اصلی) هدف اجرایی نهایی است و یادگیری‌های ساده‌تر (مهارت‌های فرعی) در مقایسه با هدف اجرایی نهایی، اهداف اجرایی مرحله‌ای به شمار می‌روند (نمودار ۱). در ضمن، سلسله مراتب اهداف اجرایی مرحله‌ای نیز باید بر اساس ارتباط آنها با یکدیگر تعیین شود. اگر لازم باشد مطلبی قبل از مطلب دیگر آموزش داده شود، هدف مربوط به آن باید در زیر هدف مربوط به مطلب دیگر قرار گیرد. ارتباط اهداف با همدیگر به سه صورت است:

۱- ارتباط اهداف با هم به گونه‌ای است که قبل از تحقق هدف پایین‌تر، رسیدن به هدف بالاتر امکان‌پذیر نیست و به عبارت دیگر، اهداف پایین‌تر پیش‌نیاز اهداف بالاترند و تا زمانی که مطلب مربوط به هدف قبلی فرا گرفته نشده است، نباید مطلب مربوط به هدف بعدی را آموزش داد. ارتباط چنین اهدافی را با هم «ارتباط تسلسلی» یا «ارتباط متوالی» گویند (نمودار ۲).



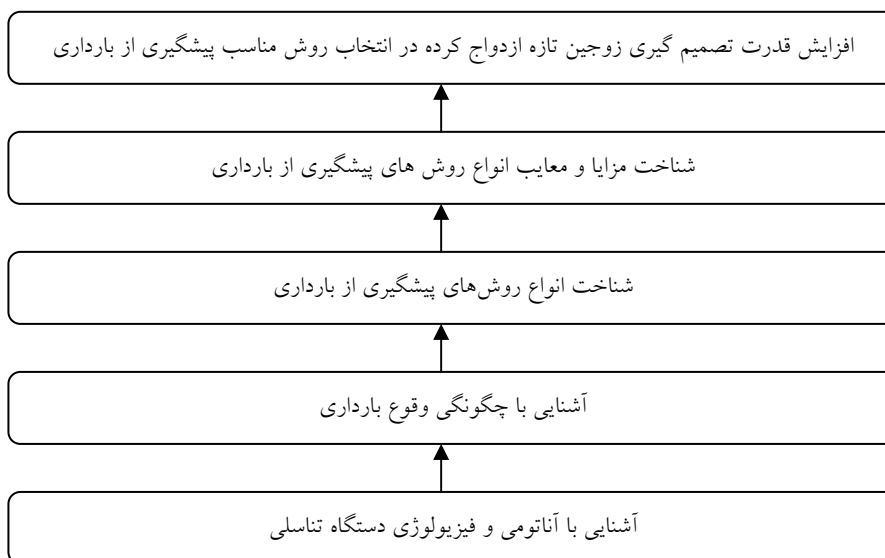
نمودار ۲- ارتباط تسلسلی هدف‌ها

به عنوان مثال اگر در یک برنامه آموزشی تنظیم خانواده که جمعیت هدف آن زوجین تازه ازدواج کرده می‌باشند، هدف کلی آموزشی «افزایش قدرت تصمیم‌گیری زوجین تازه ازدواج کرده در انتخاب روش مناسب پیشگیری از بارداری» باشد، اهداف جزئی و مرحله‌ای آن را می‌توان به صورت زیر نوشت:

پس از پایان دوره آموزشی فراگیران:

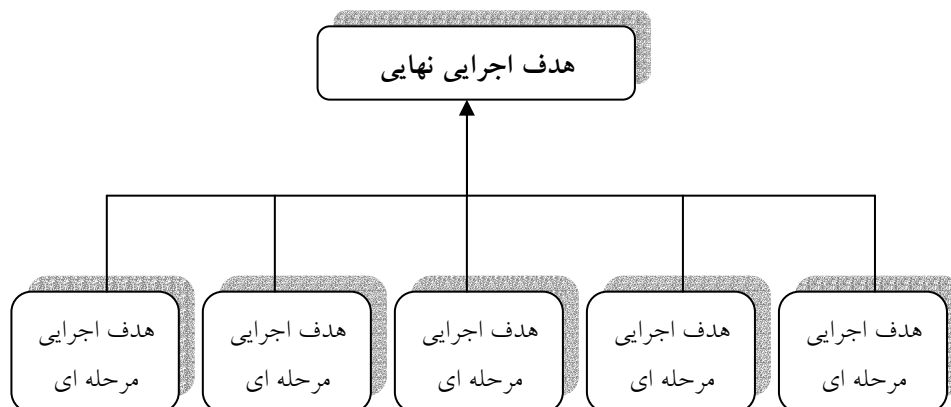
- ۱- چگونگی وقوع بارداری را توضیح دهند.
- ۲- آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی را توضیح دهند.
- ۳- انواع روش‌های پیشگیری از بارداری را توضیح دهند.
- ۴- مزایا و معایب انواع روش‌های پیشگیری از بارداری را با توجه به سن و شرایط مختلف نام ببرند.

ارتباط این اهداف را می‌توان به صورت نمودار شماره ۳ نشان داد؛



نمودار شماره ۱ - ارتباط تسلسلی هدف‌ها در یک برنامه ریزی آموزشی

۲- مفاهیم آموزشی نسبت به هم تقدم ندارند و اهداف مربوط به آنها در یک سطح قرار می‌گیرند، یعنی آموزش مطالب مربوط به هر هدف، پیش یا پس از اهداف دیگر امکان پذیر است. این ارتباط را «ارتباط هم‌تراز» یا «ارتباط موازی» گویند (نمودار ۴).



نمودار ۴- ارتباط هم‌تراز هدف‌ها

ممکن است در یک برنامه آموزش تغذیه که جمعیت هدف آن زنان خانه‌دار هستند هدف کلی «آشنایی فراگیران با گروه‌های مختلف مواد غذایی» باشد. اهداف جزئی و مرحله‌ای آن را می‌توان به صورت زیر نوشت:

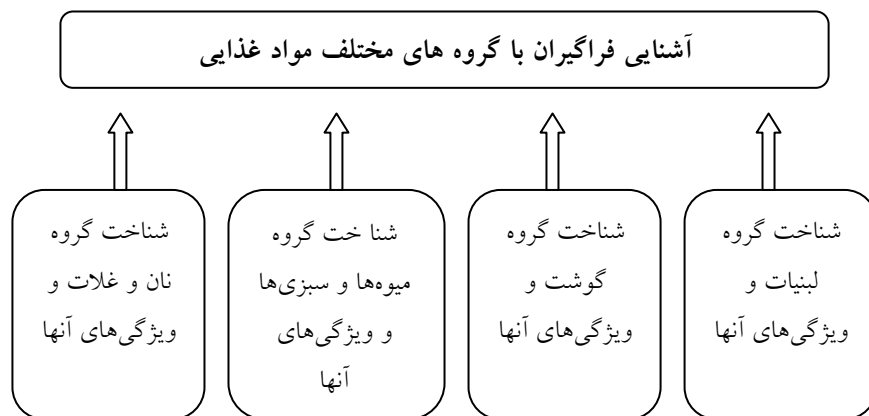
۱- گروه لبنیات شامل چه غذاهایی است.

۲- گروه گوشت شامل چه غذاهایی است.

۳- گروه میوه‌ها و سبزی‌ها شامل چه غذاهایی است.

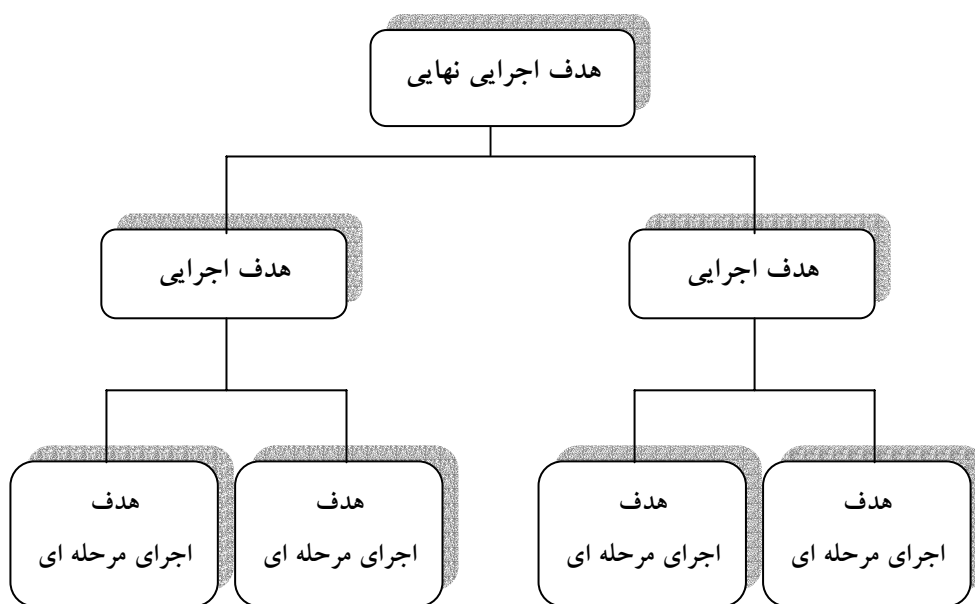
۴- گروه نان و غلات شامل چه غذاهایی است.

این اهداف آموزشی در یک تراز قرار می‌گیرند و آموزش مطالب مربوط به هر هدف، پیش یا پس از آموزش اهداف دیگر امکان پذیر است (نمودار ۵).



نمودار ۲- ارتباط هم تراز هدف ها در یک برنامه ریزی آموزشی

۳- در بیشتر مواقع ارتباط اهداف اجرایی حالت ترکیبی دارد، یعنی اجزای هدف اجرایی نهایی را یک سلسله «اهداف تسلسلی و هم تراز» تشکیل می دهند (نمودار ۶).



نمودار ۶- ارتباط ترکیبی هدف ها

در هر صورت، تنظیم اهداف باید طوری صورت پذیرد که مطالب و مفاهیم، پیوسته و مرتبط به هم شوند تا فراگیران به نتیجه‌گیری مطلوب برسند.

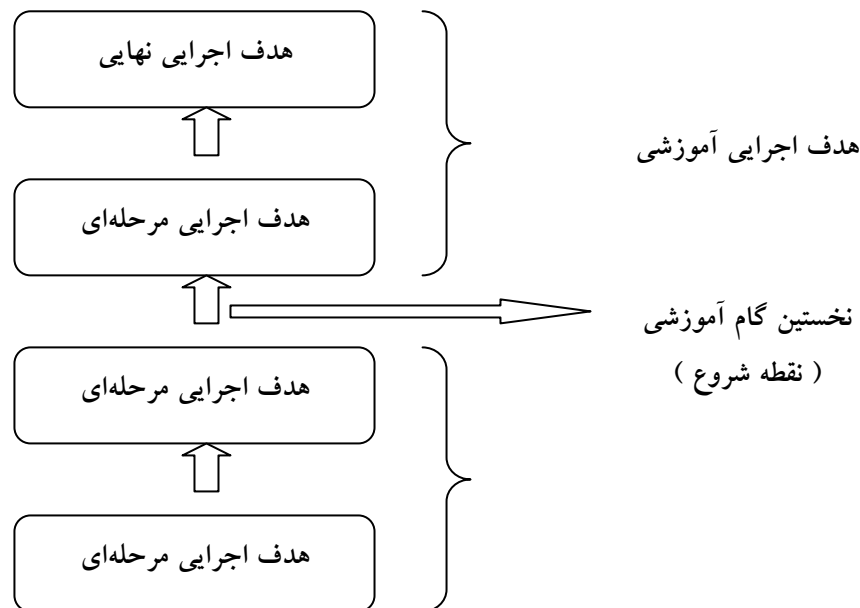
(د) تعیین رفتار ورودی

رفتار ورودی، مهارت‌ها و توانایی‌هایی است که فراگیران باید قبل از شروع یک فعالیت آموزشی از خود نشان دهند تا بتوانند با موفقیت به اهداف اجرایی دست یابند. اگر آموزش دهنده از میزان معلومات و مهارت‌های فراگیران خود مطلع نباشد، ممکن است مطالب آموزشی را بدون توجه به توانایی‌ها و قابلیت‌های فراگیران انتخاب کند.

(ه) ارزشیابی تشخیصی

آموزش دهنده چگونه می‌تواند مطمئن شود که فراگیرانش مهارت‌های لازم را برای ورود به مطلب جدید دارند؟ او چگونه می‌تواند دریابد که فراگیرانش قسمتی از مطالبی را که وی می‌خواهد تدریس کند، از پیش می‌دانند؟ پاسخ دادن به این دو پرسش، به مدد ارزشیابی تشخیصی امکان‌پذیر است. از طریق ارزشیابی تشخیصی می‌توان مشخص کرد که فراگیران معلومات، توانایی‌ها و مهارت‌های لازم برای ورود به مطلب جدید را دارند یا نه؟ ارزشیابی تشخیصی را معمولاً از طریق اجرای «سنجش آغازین» یا «آزمون رفتار ورودی» انجام می‌دهند. بسیاری نیز ارزشیابی تشخیصی را به صورت ترکیبی از آزمون رفتار ورودی و «پیش آزمون» اجرا می‌کنند که این حالت مطلوب‌تر به نظر می‌رسد چراکه ارزشیابی تشخیصی باید وسیله‌ای باشد که میزان آگاهی فراگیران را درباره آنچه باید بیاموزند بسنجد. سؤالات مطرح شده در ارزشیابی باید به گونه‌ای تنظیم شود که رفتار ورودی و اهداف اجرایی آموزش جدید را در بر بگیرد و مشخص کند که آیا فراگیران پیش نیاز آموزش جدید را به طور مطلوب آموخته‌اند یا نه؟ یا از مفاهیم درس جدید چقدر آگاهی دارند.

ارزشیابی تشخیصی علاوه بر اینکه معیار سنجش رفتارورودی فراگیر است، وسیله ای است که به کمک آن می‌توان اولین گام آموزشی را به‌دقت معین کرد (نمودار ۷).



نمودار ۷ - تعیین رفتار ورودی و نخستین گام آموزشی

و) تعیین اولین گام آموزشی

آموزش دهنده در آموزش‌ها خود مسئول کلیه فعالیت‌ها و اهداف اجرایی نیست. فراگیران قبل از مواجهه با مطلب جدید، در موقعیت‌های آموزشی دیگر مهارت‌هایی را کسب کرده‌اند. آموزش دهنده باید شناختی از اطلاعات و معلومات قبلی آنان داشته باشد تا بتواند نخستین گام آموزشی، یعنی نقطه شروع تدریس خود را مشخص کند. معمولاً برای تعیین نقطه شروع، از ارزشیابی تشخیصی استفاده می‌شود. ارزشیابی تشخیصی می‌تواند دقیقاً مشخص کند که آموزش دهنده فعالیت جدید را از چه نقطه‌ای باید آغاز کند. اگر مطالب آموزشی بدون توجه به توانایی‌ها

و قابلیت‌های فراگیران انتخاب شود و مطالب آموزشی برای آنان مشکل باشد، نه تنها یادگیری مطلوب به عمل نمی‌آید بلکه فراگیران نسبت به فعالیت‌های آموزشی دلسرد خواهند شد. اگر مطالب جدید پیش دانسته‌های فراگیران را منعکس کند، نه تنها فراگیران به فعالیت آموزشی توجه نخواهند داشت، بلکه زمانی که باید برای کسب دانش و مهارت‌های جدید کسب شود، به هدر خواهد رفت (۵).

خلاصه

تحلیل آموزشی فرآیندی است که از طریق آن هدف کلی آموزشی به وظایف یا اعمالی که فراگیر باید انجام دهد یا معلومات و مهارت‌هایی که پس از اجرای آموزش باید کسب کند، تقسیم می‌شود. اجرای دقیق فرایند تحلیل آموزشی مستلزم تبدیل هدف کلی به اهداف جزئی، تبدیل هدف جزئی به اهداف رفتاری، تعیین نوع ارتباط بین اهداف کلی و جزئی تعیین رفتار ورودی، ارزشیابی تشخیصی و تعیین نخستین گام آموزشی است.

در تحلیل آموزشی، اهداف اجرایی را باید به گونه‌ای مرتب کنیم که یادگیری ساده در پایین و یادگیری‌های مشکل در بالاتر قرار بگیرند زیرا مشکل‌ترین یادگیری هدف اجرایی نهایی است و یادگیری‌های ساده‌تر در مقایسه با هدف اجرایی نهایی اهداف اجرایی مرحله‌ای به شمار می‌روند.

ارتباط اهداف با همدیگر به سه صورت است: ارتباط تسلسلی یا متوالی، ارتباط موازی یا همتراز و ارتباط ترکیبی: در ارتباط تسلسلی اهداف پایین‌تر، پیش‌نیاز اهداف بالاترند؛ در ارتباط موازی مفاهیم آموزشی نسبت به هم تقدم ندارند یعنی آموزش مطالب مربوط به هر هدف، پیش یا پس از اهداف دیگر امکان‌پذیر است؛ و در ارتباط ترکیبی هدف اجرایی نهایی را یک سلسله اهداف تسلسلی و همتراز تشکیل می‌دهند.

رفتار ورودی، معلومات، مهارت‌ها و توانایی‌هایی است که فراگیران باید قبل از شروع یک فعالیت آموزشی از خود نشان دهند تا بتوانند با موفقیت به اهداف اجرایی دست یابند و از طریق ارزشیابی تشخیصی می‌توان مشخص کرد که فراگیران این معلومات، توانایی‌ها و مهارت‌های لازم برای ورود به مطلب جدید را دارند یا خیر و به این ترتیب می‌توان نقطه شروع تدریس را مشخص کرد.

بخش ۵

انتخاب و سازماندهی محتوای آموزشی و

طرح درس

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- پنج مورد از معیارها و اصول انتخاب ۵- اجزای تشکیل دهنده طرح درس را محتوا را توضیح دهد. ۱- پنج مورد از معیارها و اصول انتخاب ۵- اجزای تشکیل دهنده طرح درس را محتوا را توضیح دهد.
- ۲- منظور از توالی یا سازمان دهی محتوا را ۶- یک موضوع آموزش سلامت را انتخاب بیان کند. ۲- منظور از توالی یا سازمان دهی محتوا را ۶- یک موضوع آموزش سلامت را انتخاب بیان کند.
- ۳- بر اساس ضرورت یادگیری مهارت یا ۷- اهمیت برنامه درسی پنهان را بیان نماید. ۳- بر اساس ضرورت یادگیری مهارت یا ۷- اهمیت برنامه درسی پنهان را بیان نماید.
- ۴- هدف از تدوین طرح درس را بیان کند. ۴- هدف از تدوین طرح درس را بیان کند.

انتخاب محتوا

یکی از مراحل اساسی فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی، انتخاب محتوا است. پس از انتخاب هدف، محتوای برنامه آموزشی انتخاب و سازماندهی می‌شود. گرچه در تعیین هدف‌های آموزشی، بررسی و داشتن دقت ضروری است اما تلاش برای تحقق آنها ضروری تر است. نخستین گام برای تحقق هدف آموزشی، انتخاب محتوای آموزشی مناسب و مطلوب است. چون اهداف آموزشی به وسیله محتوا تأمین می‌شوند، توجه به انتخاب محتوا همیشه به عنوان یک عنصر مهم در برنامه‌ریزی آموزشی مد نظر بوده است. در صورت عدم انتخاب و سازمان دهی محتوای مناسب، تمامی فعالیت‌های دیگر در فرآیند برنامه‌ریزی آموزشی با شکست مواجه خواهد شد (۴).

ماهیت محتوا

در بحث ماهیت محتوا، ویژگی‌های ذاتی آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. در انتخاب و سازمان‌دهی محتوا در برنامه‌های آموزش سلامت به سؤالات زیر باید توجه نمود:

- ۱- آیا محتوای آموزشی، اهداف آموزشی مورد نظر را پوشش می‌دهد؟
- ۲- آیا محتوای آموزشی، فراگیرنده را آماده انجام رفتار یا مهارت جدید می‌کند؟
- ۳- آیا محتوای آموزشی با سطح سواد و قدرت یادگیری فراگیران متناسب است؟

- ۴- آیا محتوای آموزشی با روش ارایه آن مطابقت دارد؟
- محتوا باید پاسخی برای رسیدن به اهداف آموزشی مورد نظر باشد و آموزش دهندگان سلامت باید ماهیت محتوای آموزشی را بر اساس اهداف آموزشی و توانایی‌های مخاطبین تهیه نمایند.

محتوا و روش

یکی از مسائلی که بین برنامه‌ریزان آموزشی مورد تأکید قرار می‌گیرد، رابطه محتوا و روش ارایه آن است. باید بین محتوا و روش ارایه آن هماهنگی عملی وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، هر محتوایی با هر روشی قابل انتقال نخواهد بود. از طرف دیگر توجه بیش از حد به محتوا یا روش ارایه آن، موجب نادیده گرفتن یکی از آنها می‌گردد. بنابراین به عنوان یک، اصل توجه افراطی به هر کدام می‌تواند اثر بخشی برنامه آموزشی را زیر سؤال ببرد.

معیارها و اصول انتخاب محتوا

۱- اهمیت

محتوای انتخاب شده باید از درجه بالایی اهمیت برخوردار باشد. آنچه که انتظار داریم مخاطبین یاد بگیرند و انجام دهند، باید در محتوا لحاظ گردد. مفاهیم و اصول اساسی به منظور تحقق اهداف برنامه آموزشی باید در محتوا طرح شوند، همچنین قسمت اعظم محتوا باید شامل پیام‌هایی باشد که تأکید زیادی بر آن داریم. در واقع محتوا باید باعث رشد توانایی‌ها، مهارت‌ها و گرایش‌های فراگیران شود. در برنامه‌های آموزش سلامت نباید محتوا را صرفاً بر اساس حیطه شناختی انتخاب کرد بلکه به حیطه عاطفی نیز باید توجه زیادی صورت گیرد تا علاقمندی برای شرکت در برنامه‌های آموزش سلامت و متعاقب آن تمایل به اتخاذ رفتار جدید صورت گیرد.

۲- اعتبار

انفجار اطلاعات در عصر حاضر باعث شده که محتوا خیلی سریع صحت و اعتبار خود را از دست بدهد. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های یک محتوای آموزشی

مناسب، معتبر بودن آن بر اساس منابع می‌باشد. باید مفاهیم و اصولی که از نظر علمی صحیح و معتبر هستند انتخاب شده، و به طور مرتب اعتبار محتوا بررسی و بازبینی شود.

۳- علاقه

معیار دیگر انتخاب محتوا، علاقه فراگیر است. باید محتوای انتخاب شده تا جایی که امکان دارد بر اساس علاقه و تمایلات مخاطبین برنامه آموزشی باشد. در انتخاب محتوای برنامه‌های آموزش سلامت بهتر است موضوعات واقعی و روزمره که مردم به نوعی با آنها درگیر هستند، انتخاب شود.

۴- سودمندی

سودمندی به کاربرد مفید محتوا مربوط می‌شود و به این معنا است که برنامه آموزشی تا چه حد بتواند دانشی را که در زندگی روزانه و آینده فراگیر کاربرد دارد به او بیاموزد. بسیار بدیهی است که یک برنامه آموزشی بر اساس محتوایی باشد که دارای سودمندی و کارایی برای مخاطبین باشد و چنانچه سودی عاید آنها نشود، نه تنها بی ارزش است بلکه ممکن است سبب ایجاد مقاومت در فراگیری پیام‌های آموزشی بعدی شود. به عنوان مثال طرح پیام‌های بهداشتی باید بر اساس نیاز افراد جامعه بوده و در ارتقای سطح سلامت آنها و پیشگیری از بیماری‌ها مؤثر باشد.

۵- قابلیت یادگیری

بدون توجه به این معیار، انتخاب محتوای مناسب امکان پذیر نیست. اگر محتوا قابل یادگیری نباشد ممکن است فراگیر با تکرار آن را حفظ کند و بدیهی است که در چنین شرایطی پس از مدت کوتاهی آن را فراموش خواهد کرد. قابلیت یادگیری به سازمان‌دهی محتوا نیز مربوط است. یعنی گاهی محتوای انتخاب شده به علت عدم تناسب با ویژگی‌ها و تجربیات فراگیر مشکل است و گاهی به علت سازماندهی نامناسب محتوا، یادگیری مؤثر انجام نمی‌گیرد.

۶- انعطاف پذیری

برنامه‌ریزان آموزشی باید محتوا را با توجه به زمان تخصیص یافته، منابع قابل دسترس و بودجه اختصاص یافته انتخاب کنند. ممکن است بعضی تصور کنند که در انتخاب محتوا اختیار کامل دارند اما عملاً با محدودیت‌هایی مواجه شوند. به عنوان مثال، وقتی که برای آموزش در نظر گرفته می‌شود ممکن است آموزش را محدود کند یا مدت زمانی که فراگیران در اختیار آموزش دهنده هستند، ممکن است محدود باشد که مسلماً در انتخاب محتوا تأثیر خواهد گذاشت (۱).

۷- متناسب بودن محتوا با نظام ارزشی

در صورتی که محتوای آموزشی با نظام ارزشی مخاطبین تفاوت داشته باشد یا با آن در تعارض باشد، نه تنها به هیچ وجه تأثیری نخواهد داشت بلکه ممکن است نتایج منفی در رابطه با برنامه‌های آموزش سلامت دیگر نیز به دنبال داشته باشد.

توالی یا سازمان دهی محتوا

یادگیری به عنوان یک فرایند، هرگز به یکباره اتفاق نمی‌افتد و شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی است که در مجموع یک رفتار جدید را تشکیل می‌دهد. بنابراین تعیین توالی کمک خواهد کرد تا روند یادگیری را به شکل هدایت شده و مرحله به مرحله به گونه‌ای که هر مرحله پیش‌نیاز مرحله دیگر باشد، به اجرا گذاشت که این خود مستلزم ترتیب دادن یا توالی دادن به محتوای آموزشی است و موجب خواهد شد که بیشترین یادگیری در کوتاهترین زمان امکان‌پذیر شود. به عبارت دیگر، رعایت توالی محتوا می‌تواند پیشرفت مورد انتظار در مهارت‌های مورد نظر را تضمین کند.

اگر محتوا طوری سازمان یابد که ابتدا مسایل عینی‌تر آموزش داده شوند و سپس امور انتزاعی طرح گردند، موجب ملموس شدن طرح بر اساس تجارب و

توانایی‌هایی فراگیر می‌گردد و در نتیجه یادگیری مؤثری اتفاق می‌افتد. همچنین هر قدر مطالب را از مفاهیم ساده‌تر شروع کنیم و در مراحل بعدی وارد مفاهیم پیچیده شویم موجب اثر بخشی بیشتر برنامه آموزشی خواهد شد.

ملاک دیگری که در انتخاب محتوا باید به آن توجه داشت، ضرورت یادگیری مهارت یا دانش جدید است که به سه دسته تقسیم بندی شده است:

۱- محتوایی که فراگیر باید بداند (must know):

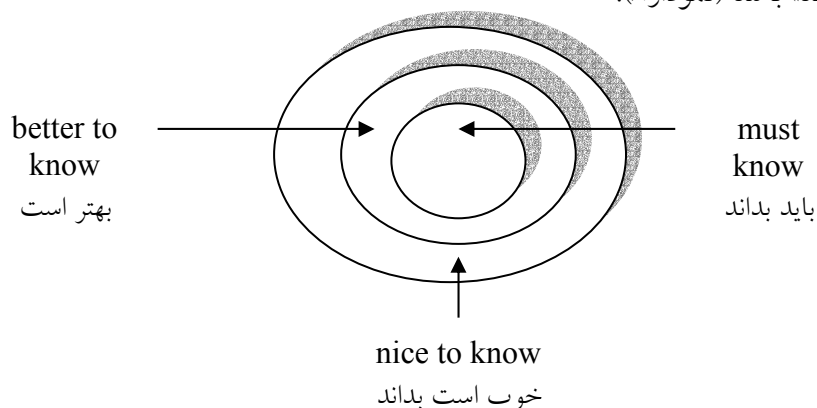
شامل آن دسته از دانش، نگرش و مهارت‌هایی است که یادگیری آنها برای ایجاد رفتار جدید در فراگیران، لازم و ضروری است؛

۲- محتوایی که فراگیر بهتر است بداند (better to know):

شامل آن دسته از دانش، نگرش و مهارت‌هایی است که مرتبط با رفتار مورد انتظار است و دانستن آنها برای انجام رفتار جدید مفید است اما یادگیری آنها یک ضرورت فوری نیست؛

۳- محتوایی که فراگیر خوب است بداند (nice to know):

شامل دانش، نگرش و مهارت‌هایی است که مرتبط با موضوع مورد بحث است اما یادگیری آنها به طور مستقیم برای انجام کار ضروری نیست. بنابراین اولویت اول سازمان دهی و تدوین محتوا باید بر اساس «باید بداند»، اولویت دوم بر اساس «بهتر است بداند» و اولویت سوم بر اساس «خوب است بداند» باشد (نمودار ۸).



طرح درس

طرح درس به آموزش دهنده می‌گوید که چه چیز را و چه موقع انجام دهد و برای استفاده اختصاصی طراحی می‌گردد. با این وجود، یک طرح درس را به اشکال مختلفی می‌توان تنظیم کرد. طرح درس معمولاً توسط : آموزش دهنده که یک دوره آموزشی را برنامه‌ریزی می‌کند؛ آموزش دهنده دیگری که در آموزش و تدریس دوره آموزشی همکاری می‌کند یا حتی توسط شخص دیگری که ممکن است در مکان دیگری یک دوره آموزشی را به فراگیران آموزش دهد، طراحی می‌گردد.

طرح درس شامل اجزا یا بخش‌های زیر است (۲):

۱- اهداف

۲- رئوس مطالب (content outline)

۳- روش‌های آموزشی

۴- برآورد زمان (Time Estimation)

۵- منابع آموزشی مورد نیاز

۶- تکالیف فراگیر (participant assignments)

۷- روش ارزشیابی

هنگامی که طرح درس آماده شد، یک سازمان منطقی برای دوره آموزشی (course) است. طرح درس یک راهنما برای آموزش دهنده است به این منظور که خود را برای تدریس دوره آماده کند. هرچندکه طرح درس زودتر از زمان آموزش تهیه می‌گردد اما باید انعطاف پذیر باشد. چنانچه آموزش دهنده با مشکلات آموزشی خاصی مواجه شود، یا عقاید و موضوعات جدید در حین آموزش مطرح شود، یا اگر نیازهای فراگیران شفاف تر شود، طرح درس می‌تواند مطابق با آنها تنظیم گردد. بخش‌های زیر، توصیف مختصری از هر کدام از اجزای پیشنهاد شده طرح درس را در بر دارند:

اهداف

همانگونه که قبلاً توضیح داده شد، طرح درس می‌تواند به چند جزء یا بخش تقسیم شود. اهداف آموزشی در سطح طرح درس باید اختصاصی باشند و شامل سه بخش شرایط، رفتار (عملکرد) و معیار (استاندارد) باشند. چنین اهدافی، آموزش دهنده را قادر خواهد کرد تا فعالیت‌هایی که باید در حین آموزش انجام دهد، طرح-ریزی نماید. علاوه براین، آموزش دهنده قادر خواهد بود تا کارایی تدریس را ارزشیابی نماید. هدف‌های رفتاری هر جلسه تدریس با توجه به شرایط و ضوابط و امکانات متناسب با سطوح مختلف حیطه‌های یادگیری نوشته می‌شود و سپس برای رسیدن به هدف‌های جزئی و کلی از ساده به مشکل تنظیم می‌شود.

رئوس مطالب

رئوس مطالب مهم‌ترین بخش از طرح درس است و معمولاً بیشترین فضا را در طرح درس به خود اختصاص می‌دهد. رئوس مطالب باید شامل اطلاعاتی باشد که تدریس خواهد شد و باید به طور مستقیم از اهداف گرفته شود. برای تعیین رئوس مطالبی که در برنامه آموزشی بیان خواهند شد توجه به نکات زیر می‌تواند مفید باشد:

- شناسایی و تعیین دانش و آگاهی که برای رسیدن به اهداف ضروری است : این مرحله با تجزیه و تحلیل اهداف انجام می‌گیرد. آگاهی شامل حقایق، مفاهیم، محتوا و اصولی است که برای رسیدن به اهداف باید به خاطر آورد یا درک کرد. اگر در زمینه خاصی تخصص دارید، می‌توانید آگاهی و دانش مود نیاز برای اهداف را با توجه به دانش و تجربیات خودتان تعیین کنید. اگر کارشناس موضوعی نیستید، در این صورت باید اسناد فنی و تخصصی را در آن زمینه بخوانید و با کارشناسان موضوع مشورت نمایید؛

- شناسایی و تعیین عملکرد یا مهارت مورد نیاز برای رسیدن به هر کدام از اهداف:

به منظور رسیدن به هدف باید مهارت‌های مورد نیاز را فرا گرفت. یاد آوری می‌گردد که تمام اهداف نیاز به مهارت نخواهند داشت. به عنوان مثال اگر تنها آگاهی مد نظر باشد، نیاز به هیچ مهارتی نیست. با این وجود برای رسیدن به بسیاری از اهداف هم آگاهی و هم مهارت لازم است؛

- توجه به تغییر نگرش در فراگیران: فردی ممکن است دانش و مهارت‌های مورد نیاز برای رسیدن به هدفی را داشته باشد اما نگرش مناسب را نداشته باشد که این وضعیت می‌تواند موجب عدم رسیدن به هدف شود. بنابراین برای تغییر نگرش فراگیران نیز باید پیش‌بینی لازم صورت گیرد؛

- سازماندهی عناصر دانش، مهارت و نگرش به ترتیب منطقی: این سازماندهی باید به شکل عناوین باشد و هر عنوان آموزشی می‌تواند به عناوین کوچکتری تقسیم شود؛

- ثبت رئوس مطالب در فرم طرح درس: این مرحله می‌تواند به درجات مختلفی از جزییات انجام شود. بهتر است آموزش دهنده جزییاتی را انتخاب نماید که به کمک آنها بتواند راحت‌تر درس را ارایه نماید. آموزش دهندگان کم تجربه معمولاً حجم زیادی از جزییات را در رئوس مطالب می‌گنجانند که این وضعیت یک مکانیسم حمایتی برای آموزش فراهم می‌نماید. اما آموزش دهندگان با تجربه به خاطر اینکه نسبت به مطالب محتوا و آموزش نگران نیستند، ممکن است فقط عناوین مهم را در رئوس مطالب خود استفاده نمایند.

روش‌های آموزشی

بعد از اینکه رئوس مطالب آماده و در طرح درس ثبت شد، باید روش‌های مناسب انتخاب و شناسایی شود. برای این منظور باید به پیشنهادات ارایه شده در بخش انتخاب روش‌ها و تکنیک‌های تدریس توجه نمود.

برآورد زمان

برآوردی از زمان مورد نیاز برای پوشش هر عنوان یا موضوع مهم مطرح شده در رئوس مطالب باید انجام گیرد. این برآورد، بر اساس میزان مطالب آموزشی برای هر عنوان و روش انتخاب شده می‌باشد. برآورد زمان، این اطمینان را خواهد داد که دوره آموزشی در زمان مقرر پوشش داده خواهد شد و روی بعضی از موضوعات به اندازه موضوعات دیگر تأکید نمی‌شود.

منابع آموزشی مورد نیاز

منابع آموزشی که برای اجرای آموزش و رسیدن به اهداف مهم هستند، باید با دقت شناسایی شوند. این منابع شامل تسهیلات و امکانات ضروری و مواد و وسایل آموزشی مورد نیاز هستند. با ملاحظه هر عنوان در رئوس مطالب و ارتباط آن با روش آموزشی منابع مورد نیاز را می‌توان تعیین کرد. مواد آموزشی از قبیل اورهد، تصاویر، اسلاید، نوارهای ویدیویی، پوستر، جزوات آموزشی و غیره، مثال‌هایی در این مورد هستند. شناسایی این فرایند در طرح ریزی برنامه آموزشی مهم است بخاطر اینکه می‌توان آنها را قبل از اینکه جلسه آموزشی برگزار گردد، تهیه و تدارک دید.

تکالیف فراگیر

در این بخش از طرح درس، فعالیت‌ها و تکالیفی که فراگیران برای یادگیری و رسیدن به اهداف آموزشی باید انجام دهند، مشخص می‌گردند. آموزش دهنده

می‌تواند برای تقویت مطالب آموخته شده و ارتباط دادن آن با زندگی واقعی فراگیران، تکالیفی را برای تمرین معین کند.

روش ارزشیابی

آخرین بخش از طرح درس باید تکنیک، روش و وسیله ارزشیابی فراگیران برای رسیدن به اهداف دوره آموزشی را توصیف نماید. این بخش می‌تواند شامل طرح سؤال، اجرای آزمون، یا مشاهده مستقیم عملکرد باشد. روش ارزشیابی باید با اهدافی که مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، متناسب باشد.

در این بخش، آموزش دهنده برای ارزشیابی تشخیصی سؤالاتی را مطرح نماید. به منظور تعیین توانایی‌های واقعی فراگیران برای ورود به فعالیت‌های جدید آموزشی، پیش‌بینی ارزشیابی تشخیصی لازم و ضروری است. با ارزشیابی تشخیصی است که آموزش دهنده می‌تواند، نخستین گام آموزشی خود را در یک جلسه آموزشی مشخص کند. سؤالات ارزشیابی تشخیصی بهتر است بر اساس رفتار ورودی و هدف‌های درس جدید تنظیم شود.

اشکال مختلف طرح درس

طرح درس را می‌توان در اشکال مختلفی تهیه نمود. مربیان باید یکی از این اشکال را که متناسب با نیازهای‌شان است، انتخاب نمایند. مربیان کم تجربه ممکن است طرحی را که دارای جزئیات بیشتری است، انتخاب نمایند. نمودار شماره ۹، نمونه‌ای از فرم طرح درس و نمودار شماره ۱۰ نمونه‌ای از طرح درس تکمیل شده را نشان می‌دهند.

طرح درس			
عنوان دوره:			
..... جمعیت هدف:			
عنوان درس:			
..... تاریخ:			
اهداف آموزشی:			
در پایان این درس، فراگیر باید:			
۱-			
۲-			
۳-			
۴-			
۵-			
۶-			
منابع مورد نیاز	مدت	روش ارایه	رئوس کلی مطالب
تکالیف فراگیران:			
روش ارزشیابی:			

نمودار شماره ۹ - نمونه‌ای از فرم طرح درس

طرح درس			
عنوان دوره: تغذیه کودکان زیر دو سال جمعیت هدف: مادران دارای کودک زیر دو سال عنوان درس: تغذیه تکمیلی تاریخ: ۸۳ / ۱۰ / ۱۵			
اهداف آموزشی: در پایان این درس، فراگیر باید: ۱- اهمیت تغذیه تکمیلی را توضیح دهد. ۲- زمان شروع تغذیه تکمیلی را بیان کند. ۳- ویژگی‌های مواد غذایی که در برنامه تغذیه تکمیلی کودک باید وارد شوند را نام ببرد. ۳- ترتیب وارد نمودن غذاهای تکمیلی را در برنامه غذایی کودک خود بیان کند. ۴- مقدار لازم از هر کدام از غذاهای تکمیلی را در هر وعده تغذیه کودک خود بیان کند. ۵- چگونگی شروع و نحوه تغذیه تکمیلی در سال اول و دوم زندگی کودک خود را بیان کند. ۶- از لزوم نحوه صحیح تغذیه تکمیلی و رعایت اصول آن دفاع نماید. ۷- غذاهای تکمیلی را به طرز صحیح در منزل تهیه نماید.			
رئوس کلی مطالب	روش ارایه	مدت	منابع مورد نیاز
بیان اهداف سخنرانی	سخنرانی، پرسش و پاسخ	۵ دقیقه	اورهد، تابلوی آموزشی
نیازهای غذایی کودکان زیر ۲ سال	بحث گروهی،	۱۵ دقیقه	اورهد، تابلوی آموزشی و نحوه

تأمین آن		پرسش و پاسخ	
اورهد، تابلوی آموزشی پوستر، منحنی رشد	۳۰ دقیقه	سخنرانی، پرسش و پاسخ	اهمیت تغذیه تکمیلی و زمان شروع آن
تابلوی آموزشی	۲۰ دقیقه	سخنرانی، پرسش و پاسخ	مواد غذایی مناسب در برنامه تغذیه تکمیلی
اورهد، تابلوی آموزشی	۲۰ دقیقه	توضیح شفاهی، نمایش عملی	چگونگی تغذیه کودک با غذاهای تکمیلی
چارت آموزشی وسایل آشپزی	۳۰ دقیقه	توضیح شفاهی، نمایش عملی	نحوه تهیه غذاهای تکمیلی
تکالیف فراگیر: تهیه غذاهای تکمیلی با توجه به دستورالعمل داده شده توسط آموزش دهنده			
روش ارزشیابی: - مقایسه سطح آگاهی فراگیران قبل و بعد از جلسه آموزشی با طرح سؤال - مشاهده رفتار فراگیران هنگام تهیه غذاهای تکمیلی که توسط آموزش دهنده مشخص می شود.			

نمودار شماره ۱۰- نمونه ای از یک طرح درس تکمیل شده

برنامه درسی پنهان

آنچه طراحان و برنامه‌ریزان آموزشی برای هدایت و راهنمایی فراگیران طراحی و برنامه‌ریزی می‌کنند، برنامه درسی رسمی است. در برنامه درسی رسمی: هدف‌های آموزشی مدون است؛ محتوای معینی برای تحقق هدف‌ها انتخاب و سازمان‌دهی می‌شود؛ اصول و روش‌های یاددهی - یادگیری متناسب با هدف‌ها و محتوا تعیین و پیشنهاد می‌شود؛ و در مورد ارزشیابی نیز تصمیم‌گیری‌های هماهنگی به عمل می‌آید. اما اغلب عوامل دیگری که جزء برنامه‌درسی نیست و از دید و مشاهده برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران برنامه‌های آموزشی نیز پنهان است، در فکر و عواطف و رفتار فراگیران اثر می‌گذارند و در اغلب موارد مؤثرتر از برنامه‌درسی پیش‌بینی شده عمل می‌نمایند. قوانین و مقررات مؤسسه آموزشی، جو اجتماعی آن و رابطه رو در روی آموزش دهنده و فراگیران، از اهم این عوامل هستند. از تأثیر این عوامل، نگرش‌ها و گرایش‌هایی در فراگیر شکل می‌گیرد که این تأثیرات را برنامه درسی پنهان می‌نامند.

برنامه درسی پنهان، بعد غیر قابل پیش‌بینی یادگیری است. طراحی آموزشی بدون توجه به این بعد، غفلت از بخش مهمی از عواملی است که در یادگیری فراگیر تأثیر فراوان دارند. آموزش دهندگان، به طور معمول در طراحی آموزشی به عوامل آشکار مؤثر در تدریس توجه می‌کنند و از عوامل پنهان غافل می‌مانند. لازم است که عوامل اساسی شکل‌گیری برنامه پنهان شناسایی و آشکار شوند و تا حدودی در طراحی و اجرا تحت ضابطه و کنترل درآیند. یکی از عواملی که در کم کردن فاصله بین برنامه آموزشی رسمی و پنهان تأثیر دارد مشارکت فراگیران در جریان آموزش است. در صورت مشارکت فراگیران در طراحی و اجرای آموزش، آنها فعالیت‌های یادگیری را با اهمیت تلقی خواهند کرد و با علاقه و آگاهی برای یادگیری و نایل شدن به هدف‌های آموزشی تلاش خواهند نمود. عامل دیگر آگاهی برنامه‌ریزان و آموزش

دهندگان از عوامل غیر آشکاری است که در آموزش مؤثر است. برای مثال، وقتی آموزش دهنده دانست که نوع برخورد او در طرز تفکر و نگرش فراگیران در مورد موضوعات آموزشی مؤثر است، سعی می‌کند رفتار خود را به منظور تقویت ارزش‌ها و گرایش‌های مطلوب تنظیم نماید یا تغییر دهد (۱).

بنابراین آموزش دهنده باید عوامل مؤثر در برنامه درسی پنهان را شناسایی کند و با در نظر گرفتن آنها در طراحی و اجرای آموزش، منطقی‌تر عمل نماید.

خلاصه

گرچه در تعیین هدف‌های آموزشی بررسی و داشتن دقت ضروری است اما تلاش برای تحقق آنها ضروری‌تر است. نخستین گام برای تحقق هدف، انتخاب محتوای آموزشی مناسب و مطلوب است. محتوا اصول و مفاهیمی هستند که به فراگیران ارایه می‌شود تا ورود آنان را به فعالیت‌های آموزشی و رسیدن آنان را به هدف‌های اجرایی امکان‌پذیر سازد. محتوای آموزشی باید بر اساس هدف‌های آموزشی معین تهیه و تنظیم شود. در انتخاب محتوا، معیارها و اصول مختلفی از جمله اهمیت اعتبار، علاقه، سودمندی، قابلیت یادگیری، انعطاف‌پذیری و متناسب بودن محتوا با نظام ارزشی را باید در نظر گرفت.

طرح درس شامل پیش‌بینی و تنظیم مجموعه فعالیت‌هایی است که آموزش دهنده از پیش برای رسیدن به یک یا چند هدف آموزشی ویژه تدارک می‌بیند و موجب می‌شود که فعالیت‌های ضروری آموزشی را به ترتیب و یکی بعد از دیگری در مراحل و زمان‌های مشخص و به شیوه‌ای منطقی پیش ببرد. اجرای تشکیل دهنده طرح درس شامل اهداف، رئوس مطالب، روش‌های آموزشی، برآورد زمان، منابع آموزشی مورد نیاز، تکالیف فراگیر و روش ارزشیابی است. طرح درس را می‌توان در

اشکال مختلفی تهیه نمود که مرییان باید یکی از این اشکال را که متناسب با نیازهایشان است، انتخاب نمایند.

برنامه درسی پنهان، بعد غیر قابل پیش بینی یادگیری است. طراحی آموزشی بدون توجه به این بعد، غفلت از بخش مهمی از عواملی است که در یادگیری فراگیر تأثیر فراوان دارند.

بخش ۶

الگوهای تدریس

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- پنج مرحله الگوی عمومی تدریس را به ۵- ماهیت روابط میان گروهی در دو الگوی ترتیب نام ببرد. پیش سازمان‌دهنده و الگوی حل مسأله را
- ۲- چهار ویژگی الگوی پیش‌سازمان‌دهنده با هم مقایسه کند.
- ۳- چهار ویژگی الگوی حل مسأله را ۶- شرایط و منابع لازم در دو الگوی پیش توضیح دهد. سازمان‌دهنده و الگوی حل مسأله را با هم مقایسه کند.
- ۴- چگونگی کنش و واکنش آموزش دهنده ۷- ویژگی‌های الگوی تدریس انفرادی را نسبت به فراگیران را در دو الگوی پیش توضیح دهد. سازمان‌دهنده و الگوی حل مسأله با هم مقایسه کند.

الگوی تدریس چیست؟

تدریس یک فرآیند است و عوامل بی شماری در آن نقش دارند که همه آنها قابل مطالعه و کنترل نیستند. پس آموزش دهنده باید چارچوبی کوچک و محدود از فرایند تدریس را به عنوان الگو انتخاب کند و مورد تحلیل و شناسایی قرار دهد تا بتواند در موقعیت مناسب در محدوده آن، فعالیت‌های آموزشی خود را سازماندهی کند و روش‌های مناسب تدریس را انتخاب نماید. صاحب نظران، الگوهای تدریس متعددی بیان نموده اند که چند نمونه از آنها معرفی می‌گردد (۵).

الگوی عمومی تدریس

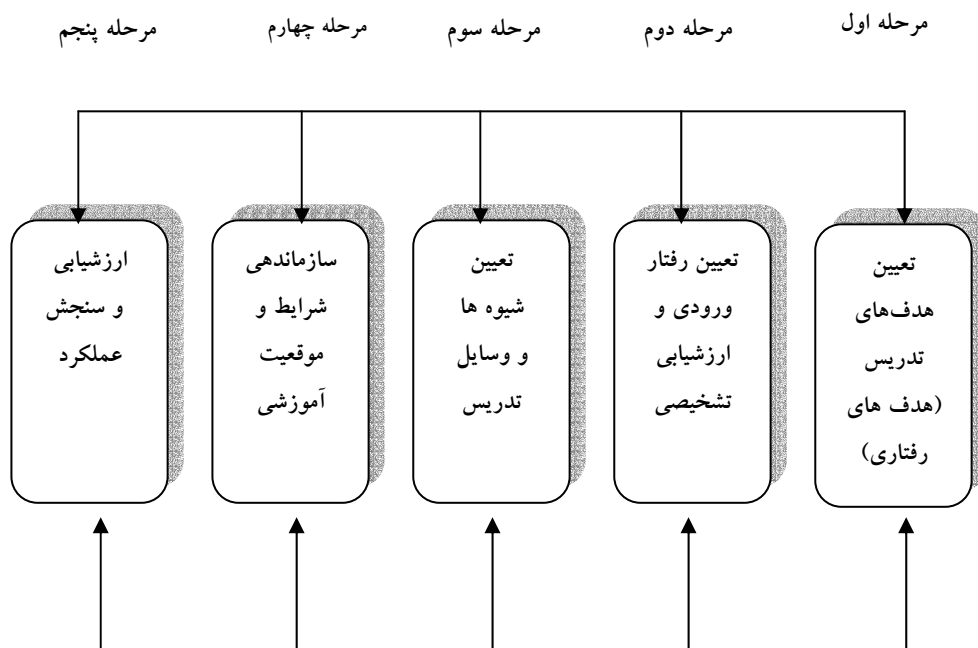
یکی از معروف‌ترین الگوها برای تدریس، الگوی عمومی تدریس است. این الگو نخستین بار توسط رابرت گلیزر^۱ در سال ۱۹۶۱ مطرح شد و بعدها کسان دیگری از جمله رابینسون^۲ در سال ۱۹۷۱ تغییراتی در آن بوجود آوردند. این الگو در عین سادگی، فرآیند تدریس را بخوبی توصیف می‌کند و به آموزش دهنده در سازمان دادن فرآیند تدریس کمک می‌کند. در الگوی عمومی تدریس، فرآیند تدریس را می‌توان به پنج مرحله به شرح زیر تقسیم کرد (نمودار ۱۱):

مرحله اول: تعیین هدف‌های تدریس و هدف‌های رفتاری

در این مرحله، آموزش دهنده باید پیش از آغاز تدریس، بر اساس انتظاراتی که در پایان درس از فراگیر دارد، هدف‌های تدریس خود را به صورتی عینی و قابل اندازه‌گیری تعریف و مشخص کند. به عبارت دیگر اطلاعات، مفاهیم، اصول و سایر مطالب و محتوای درس باید به صورت هدف‌های کاملاً صریح و روشن بیان شده باشد.

^۱ - Robert Glazer

^۲ - Roger Robinson



نمودار ۱۱- الگوی عمومی تدریس

مرحله دوم: تعیین رفتار ورودی و ارزشیابی تشخیصی

در این مرحله، پیش از آغاز تدریس و بعد از تعیین هدف‌های رفتاری، آموزش دهنده باید به تعیین رفتار ورودی مورد نیاز برای یادگیری هدف‌های رفتاری اقدام کند و از طریق ارزشیابی تشخیصی، توانایی‌های فراگیران را برای آموختن هدف‌های رفتاری معین سازد. این مرحله همان مرحله آمادگی فراگیران است، اما به صورتی دقیق و عینی. اصطلاح رفتار ورودی در اینجا منعکس‌کننده کلیه یادگیری‌های گذشته فراگیران، توانایی‌های ذهنی، وضع انگیزشی و برخی عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر در یادگیری و میزان رشد آنان است.

مرحله سوم: تعیین شیوه‌ها و وسایل تدریس

در این مرحله، آموزش دهنده باید شیوه‌ها و وسایل تدریس خود را با توجه به مفاهیم درس و شرایط و امکانات و ویژگی‌های فراگیران انتخاب کند. او می‌تواند با آگاهی از شرایط و موقعیت آموزشی، یکی از روش‌های قدیمی و سنتی مانند سخنرانی یا روش‌های جدید آموزشی مانند آموزش انفرادی را برای تحقق اهداف آموزشی انتخاب کند.

مرحله چهارم: سازماندهی شرایط و موقعیت آموزشی

در فرآیند آموزشی فقط انتخاب محتوا، روش و وسیله کافی نیست. آموزش دهنده باید بتواند از مجموع امکانات به نحو شایسته استفاده کند. او نخست باید خود را برای تدریس آماده کند و سپس به آماده کردن کلاس و محیط آموزشی بپردازد. او باید تجارب لازم را برای فعالیت‌های آموزشی کسب کند و فراگیران را برای کسب چنین تجاربی هدایت نماید. در هر صورت او باید قادر باشد که با ابتکار و خلاقیت در امر تدریس و تحقق اهداف آموزشی، حداکثر استفاده را از امکانات موجود ببرد.

مرحله پنجم: سنجش و ارزشیابی عملکرد

مرحله نهایی این الگو، به ارزشیابی میزان یادگیری فراگیران پس از پایان تدریس اختصاص دارد. در این مرحله آموزش دهنده نه تنها به ارزشیابی معمول در مراکز آموزشی اقدام می‌کند، بلکه علاوه بر انجام امتحانات مرسوم، عملکرد فراگیران را در موقعیت‌های متعدد و تحقق مفاهیم آموخته شده را ارزشیابی می‌کند و بر اساس اطلاعات به دست آمده به ارزشیابی میزان تأثیر تدریس خود و یادگیری فراگیران می‌پردازد و در صورت عدم موفقیت، با توجه به نتایج ارزشیابی، مراحل قبلی الگو را ترمیم و اصلاح می‌کند.

الگوی عمومی تدریس می‌تواند در طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح مراحل تدریس مورد استفاده آموزش دهنده قرار گیرد، زیرا این الگو می‌تواند در تمام

سطوح آموزشی و در تمام دروس اجرا شود. به همین دلیل، این الگو «الگوی عمومی تدریس» نامیده شده است.

با توجه به عمومی بودن مراحل تدریس در چهار چوب «الگوی عمومی تدریس» و نامعلوم بودن روابط آموزش دهنده و فراگیر در روند آموزش و نامعلوم بودن شرایط و منابع به معرفی دو الگوی دیگر تدریس خواهیم پرداخت. این دو الگو عبارتند از «الگوی پیش سازمان دهنده» و «الگوی حل مسأله».

الگوی پیش سازمان دهنده

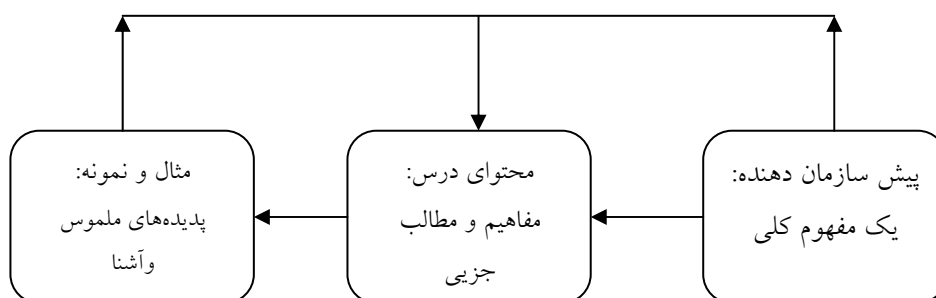
منظور از «پیش سازمان دهنده»، مفهوم، مطلب یا موضوعی است که در تدریس یک درس مورد استفاده قرار می‌گیرد تا به وسیله آن، قسمت‌ها و مطالب مختلفی که رشته‌ای از دانش را تشکیل می‌دهد، با نظم خاصی سازمان یابد و در ذهن فراگیران جای گیرد. اینگونه نظام آفرینی در ذهن، با یک مطلب کلی که آن را «پیش سازمان دهنده» می‌نامیم شروع می‌شود. به عبارت دیگر «پیش سازمان دهنده» یک مطلب یا مفهوم کلی است که در مقدمه تدریس می‌آید تا مبحثی را که به فراگیران ارائه داده می‌شود با مباحث پیشین همان درس مربوط سازد و در عین حال، پایه‌ای برای ارتباط مفاهیم بعدی با مفاهیم پیشین شود و فراگیر بتواند تمام مباحث درس را به صورت یک ساخت منظم و سازمان یافته در ذهن خود جای دهد. در الگوی پیش سازمان دهنده، معمولاً مطالب از کلی به جزئی مورد بررسی قرار می‌گیرد (۵).

ویژگی‌های الگوی پیش سازمان دهنده

۱- مراحل اجرای الگوی پیش سازمان دهنده

نخستین گام در اجرای این الگو، ارائه مطلب پیش سازمان دهنده است. مطلب پیش سازمان دهنده باید از مطلب یا مطالب درس جدید کلی تر باشد. گام دوم ارائه مطالب و مفاهیم درس جدید است. در گام سوم، باید مثال‌ها و نمونه‌هایی برای

تفهم بیشتر مطالب جدید آورده شود و سرانجام مثال ها باید به گونه ای ارایه شوند که با مفهوم پیش سازمان دهنده مرتبط شوند (نمودار ۱۲).



نمودار ۱۲- مراحل اجرای الگوی پیش سازمان دهنده

۲- چگونگی کنش و واکنش آموزش دهنده نسبت به فراگیران در الگوی

پیش سازمان دهنده

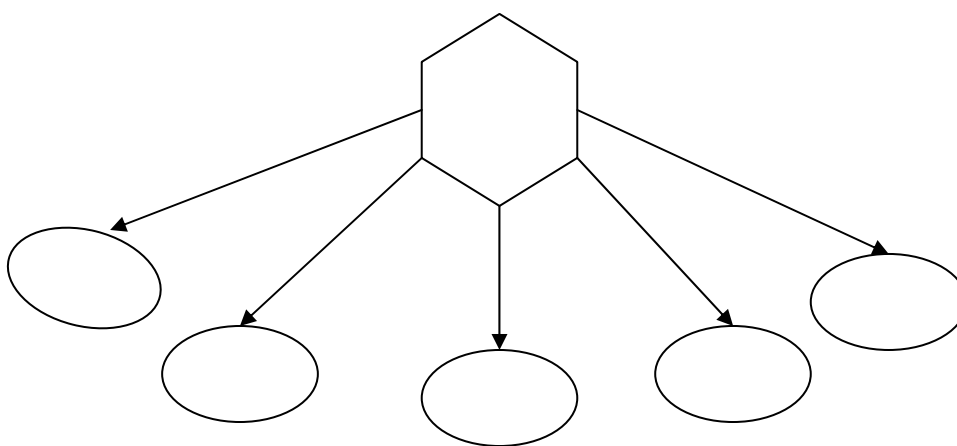
در الگوی پیش سازمان دهنده، آموزش دهنده، نقش ارایه کننده مفاهیم پیش سازمان دهنده و مطالب درسی را دارد و فراگیران، دریافت کننده و پذیرنده مطالب درسی هستند. البته در این الگو، اصول قطعی برای عملکرد آموزش دهنده وجود ندارد. امکاناتی وجود دارند که با به کارگیری آنها، اثر بخشی الگو بیشتر می شود. مهمترین نکته این است که آموزش دهنده باید برای ارایه مطالب درسی، مناسبترین پیش سازمان دهنده را انتخاب کند. نکته دیگر اینکه، آموزش دهنده باید اطمینان حاصل کند که فراگیران، پیش سازمان دهنده را درک کرده اند و می توانند آن را به مطالبی که بعداً عرضه می شود، ربط دهند. برای حصول این نکته، چند راه وجود دارد. نخست اینکه آموزش دهنده هنگام تدریس در زمان های مناسب، پیش سازمان دهنده را بازگو کند؛ دیگر اینکه آموزش دهنده پس از معرفی پیش سازمان دهنده، اندکی مکث کند تا فراگیران مطلب کلی را به عنوان پیوند دهنده مطلب پیشین

و مطالب جدید تشخیص دهند. به طوری که گفته شد، مطابق این الگو محتوای آموزشی از پیش تهیه می‌شود و ترتیب و توالی آرایه آنها به نحوی است که قبلاً گفته شد. آموزش دهنده به عنوان سازمان‌دهنده و نیز آرایه کننده محتوای آموزشی در تحقق هدف‌های تدریس و بهبود فرآیند آن، نقشی فعال و قاطع دارد. در واقع نحوه واکنش آموزش دهنده، ارتباط مستقیمی با نحوه تدریس او دارد. در این الگو آموزش دهنده نقش انتقال و آرایه‌دهنده درس را بر عهده دارد. در مقابل فراگیر درس را می‌گیرد، می‌پذیرد و احتمالاً در ساخت شناختی خود جای می‌دهد. البته آموزش دهنده می‌تواند برای فعال‌تر کردن فراگیران، از وسایل مختلف آموزشی کمک بگیرد و باعث برانگیختن ذهن و توجه آنان شود. او همچنین می‌تواند با مطرح ساختن پرسش‌هایی، فراگیران را به اندیشیدن در باره مسایل درسی تشویق کند. در هر صورت، جهت ارتباط همیشه از طرف آموزش دهنده به طرف فراگیر یا فراگیران است. با این همه، فراگیران کم کم در می‌یابند که آموزش دهنده تنها یکی از عوامل مؤثر در فرآیند آموزش است و در همه موارد نمی‌تواند به تنهایی و با اتکا به دانش اندوخته خود، به هدف‌های آموزشی برسد.

۳- ماهیت روابط میان گروهی

در این الگو، به علت یک سویه بودن جهت انتقال، اطلاعات، از آموزش دهنده به فراگیران منتقل می‌شود و در نتیجه امکان کشف و جستجوی مفاهیم برای فراگیران محدود می‌شود. از طرف دیگر، فراگیران اغلب مجال بحث و تبادل نظر در باره مطالب آرایه شده را نمی‌یابند. به عبارت دیگر، در این الگو آموزش دهنده با تک تک فراگیران یا با کل آنان ارتباط پیدا می‌کند ولی این ارتباط یک طرفه است. یعنی فراگیران معمولاً با او در ارتباطند و با یکدیگر ارتباط ندارند و در واقع آموزش دهنده بر کلاس مسلط است (نمودار ۱۳).

در این الگو، برای افزایش روابط میان گروهی آموزشی آموزش دهنده می‌تواند با طرح پرسش‌های راهنمایی کننده، فراگیران را به شرکت در بحث‌های کلاس علاقمند کند و از این راه امکان ارتباط بیشتر آنان را با یکدیگر فراهم سازد. پرسش‌های راهنما، نه تنها به فراگیران امکان بحث و تبادل نظر در باره مطالب درسی را می‌دهد بلکه آنان را بر می‌انگیزد تا مفهوم پیش سازمان‌دهنده را بهتر درک کنند.



نمودار ۱۳- روابط میان گروهی در الگوی پیش سازمان دهنده

۴- شرایط و منابع لازم در الگوی پیش سازمان‌دهنده

در این الگو، آموزش دهنده و کتاب و کلاس درس منابع و شرایط آموزشی هستند. شرط اصلی برای به کار بردن این الگو، وجود آموزش دهنده‌ای است که از روش‌ها و تکنیک‌های مناسب برای تدریس، بر طبق الگوی پیش سازمان دهنده، آگاهی داشته باشند. چنین آموزش دهنده‌ای باید بتواند مطالب کلی را از جزیی تمیز دهد، زیرا مطالب کلی در ذهن فراگیر چهار چوبی می‌سازد که ممکن است مفاهیم جزیی را در خود جای دهد. او نباید مطالب آموزشی را جدا از هم در نظر بگیرد بلکه باید آنها را همچون عناصری بداند که اگر درست در کنار هم قرار گیرند، شکلی را به وجود خواهند آورد که باعث می‌شود فراگیران از پدیده‌های دنیای

پیرامون خود تصویری درست به دست آورند. با توجه به اینکه او یگانه منبع و منشأ اطلاعات است، باید سخنران خوبی باشد، اما نباید در تمام طول تدریس فقط سخن پردازی کند و خود را یک تاز میدان فعالیت‌های آموزشی بداند، زیرا ممکن است کم کم فراگیران متوجه شوند که او به عنوان تنها منبع اطلاعات نمی‌تواند پاسخگوی همه مسایل باشد. او باید به فراگیران فرصت دهد تا در فرآیند آموزش شرکت کنند و می‌تواند با به کار گرفتن کانال‌های مختلف ارتباطی، کلاس را از حالت خشک و یک طرفه که ویژگی این الگو است بیرون آورد و به این ترتیب، به فراگیران فرصت دهد که بیشتر به خود مطلب توجه کنند تا او، زیرا آموزش دهنده در هر موقعیت آموزشی یکی از منابع متعدد اطلاعات است. سایر منابع، از جمله ابزارهای آموزشی به فراگیران امکان می‌دهد تا به مطالب درسی از زوایای مختلف نگاه کنند (۵).

الگوی حل مسأله

اکثر متخصصان آموزشی معتقدند که برای جذب بهتر محتوای آموزشی لازم است فراگیران به صورت فعال؛ دیده‌ها، شنیده‌ها و تجارب خود را درباره محیط به نحوی تنظیم کنند که یافته‌ها و اطلاعات جزئی، بخشی از ساخت شناختی پایدار آنان شود. این امر امکان پذیر نیست مگر اینکه فراگیران نسبت به اطلاعات و معلومات مورد نظر احساس نیاز کنند. فراگیر در هر سنی که باشد، به تناسب ساخت شناختی خود با مسایل و مشکلاتی مواجه است و برای حل این مشکلات، نیاز به راه حل علمی و منطقی دارد. اگر او در محیط آموزشی راه‌حل‌های علمی و منطقی را بیاموزد، خود به دنبال حل مسایل خواهد رفت. فراگیران در یادگیری از طریق حل مسأله، با بهره‌گیری از تجارب و دانسته‌های پیشین خود، درباره رویدادهای محیط خود می‌اندیشند تا مشکلی را که با آن مواجه شده‌اند به نحو قابل قبولی حل کنند. مؤسسه آموزشی مطابق الگوی حل مسأله، فراگیر را در وضعی قرار می‌دهد که

فرضیه‌های خود را از راه پژوهش و کاوش و به مدد شواهد موجود یا گردآوری شده، آزمایش می‌کند و شخصاً از آنها نتیجه‌گیری می‌کند و ضمن رسیدن به هدف مورد نظر، از روش‌های دانش‌اندوزی و جمع‌آوری اطلاعات نیز آگاه می‌شود.

ویژگی‌های الگوی حل مسئله

۱- مراحل اجرا در الگوی حل مسئله

در الگوی حل مسئله (برخلاف الگوی پیش‌سازمان‌دهنده) به جای آموزش دهنده فراگیر فعال و محور فعالیت است، بنابراین نحوه اجرای این الگو با الگوی قبلی، تفاوت زیادی دارد. مراحل اجرای این الگو عبارتند از:

الف) طرح مسئله یا باز‌نمایی مشکل: انتخاب مسئله مناسب برای شروع تدریس یکی از مهمترین مراحل انجام کار به شمار می‌آید. اگر مسئله، توجه فراگیران را جلب نکند یا برای آنان به اندازه کافی برانگیزاننده نباشد، کاربرد این الگو بسیار مشکل خواهد بود؛

ب) جمع‌آوری اطلاعات: فراگیر پس از مواجهه با مسئله و تعریف آن، باید با کمک و هدایت آموزش دهنده به دنبال اطلاعات مورد نیاز برود. منابع گردآوری اطلاعات باید از نظر علمی معتبر باشند؛

ج) ساختن فرضیه: سومین مرحله از مراحل اجرای الگوی حل مسئله، فرضیه‌سازی است. منظور از فرضیه‌سازی، پیش‌بینی راه‌حل‌های احتمالی و فرضی برای حل مسئله است. فرضیه‌های اولیه بر اساس نگرش و شناخت پیشین فراگیر و اطلاعات و شواهدی که در اختیار وی قرار دارد، در ذهن او شکل می‌گیرند؛

د) آزمایش فرضیه: برای قبول یا رد فرضیه باید آن را آزمایش کنیم. در واقع آزمون فرضیه نیز یکی از مراحل مهم حل مسئله است. برای آزمون فرضیه، فراگیر

باید اطلاعات و شواهد موجود را تحلیل کند و قالب‌های فکری، گرایش‌های کلی، تفاوت‌ها و تشابه‌هایی را که در میان شواهد به پذیرش یا رد فرضیه منجر می‌شوند، مشخص کند. به عبارت دیگر آزمایش فرضیه فعالیت است آگاهانه که در آن اطلاعات جمع آوری شده تحلیل، ترکیب و ارزشیابی می‌شوند.

ه) نتیجه‌گیری، تعمیم و کاربرد: فرآیند حل مسئله باید به نتیجه منتهی شود. بدون نتیجه‌گیری مسئله حل نخواهد شد. اساس این الگو آن است که فراگیر مشکلی را که با آن مواجه می‌شود به نحوی قابل قبول برای خود حل کند و مفاهیم تازه‌ای را یاد بگیرد. اگر «حل مسئله» با موفقیت انجام گیرد، شناخت حاصل از آن قسمتی از دانش فراگیر را تشکیل خواهد داد، به طوری که او می‌تواند آن را در حل مسئله مشابه به کار گیرد.

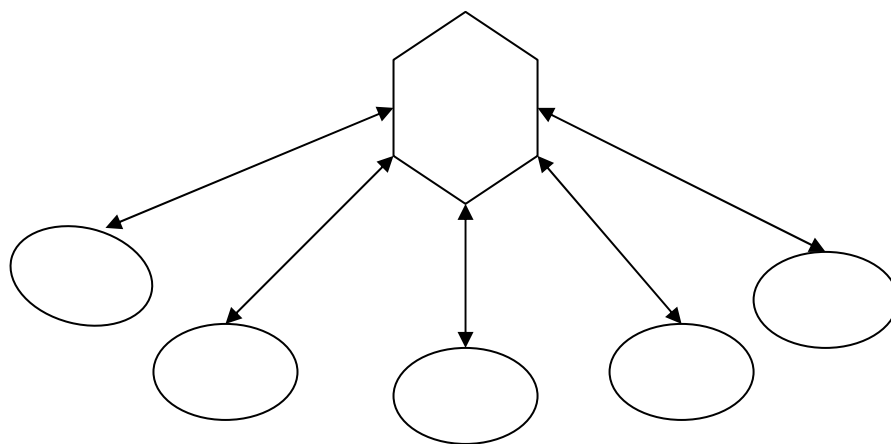
۲- چگونگی کنش و واکنش آموزش دهنده نسبت به فراگیران در الگوی

حل مسئله

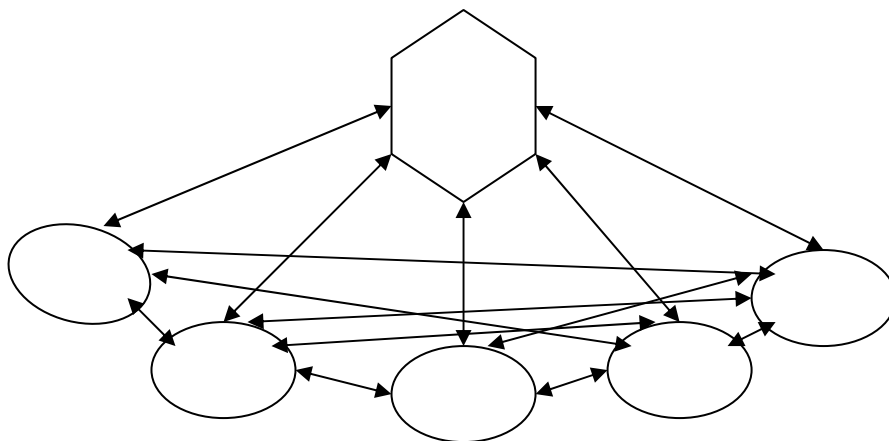
در الگوی حل مسئله - برخلاف الگوی پیش سازمان‌دهنده - نقش آموزش دهنده انتقال و ارایه مطالب درسی نیست. او نقش راهنما را در فرآیند تدریس بازی می‌کند. او به جای انتقال اطلاعات و واقعیت‌های علمی، روش کسب اطلاعات را به فراگیران می‌آموزد. فراگیران نیز دریافت‌کننده و پذیرنده محض نیستند بلکه فعال و در طرح و اجرای برنامه دقیقاً سهیم و شریک هستند. در این الگو: علاقه و رغبت و توانایی فراگیر همواره مورد توجه است. به همین دلیل، محتوای آموزشی از پیش تعیین نمی‌شود؛ در آموزش، به جای انگیزه‌های بیرونی، از انگیزه‌های درونی استفاده می‌کنند؛ مقررات خشک بر کلاس حاکم نیست و فراگیران با میل و رغبت در جستجوی کسب اطلاعات هستند؛ آنان دایماً با آموزش دهنده در ارتباط هستند و ارتباط آنان دو جانبه، بسیار صمیمی و همراه با حسن احترام است.

۳- روابط میان گروهی در الگوی حل مسئله

در الگوی حل مسأله، تنها آموزش دهنده نیست که با تک تک فراگیران ارتباط برقرار می‌کند بلکه همه فراگیران با همدیگر و نیز با آموزش دهنده در ارتباط هستند. ارتباط دو جانبه است، گاهی به صورت فردی و گاهی به صورت جمعی. آموزش دهنده عضوی از گروه است و برنامه‌ها و مفاهیم تحمیل نمی‌شوند. فراگیران با اشتیاق و علاقه با هم برای حل مسأله تلاش می‌کنند و در صورت مواجهه با مشکل، از آموزش دهنده کمک می‌گیرند. نقش آموزش دهنده، نقش مشاور و راهنما است. در این الگو، تازه‌ترین نظام‌های مدیریت جلسه آموزشی اجرا می‌شود. چگونگی ارتباطات و فضای آموزش، در پیشرفت و رضایت خاطر آموزش دهنده و فراگیران تأثیر فراوانی دارد. ارتباط اعضای جلسه با هم و با آموزش دهنده بسیار عمیق و بر اساس احترام و محبت متقابل است. آنان در این ارتباطات متقابل، نگرش‌ها، ارزش‌ها، مهارت‌ها و دانش‌های جدیدی می‌آموزند و اشکالات رفتاری خود را اصلاح می‌کنند (نمودار ۱۴ و ۱۵).



نمودار ۱۴- روابط میان گروهی بین آموزش دهنده و فراگیران در الگوی حل مسأله



نمودار ۱۵- روابط میان گروهی بین فراگیران در الگوی حل مسأله

۴- منابع و موقعیت در الگوی حل مسأله

در این الگو، آموزش دهنده تنها منبع اطلاعات نیست و کتاب درسی نیز تنها وسیله آموزشی به حساب نمی‌آید. نیروهای انسانی دیگر، کتابخانه، آزمایشگاه، فیلم، موزه و محیط واقعی زندگی، همه می‌توانند منبع دریافت اطلاعات باشند. محیط آموزشی نیز منحصر به محیط مدرسه نیست. در همه جا و در همه مکان‌ها ممکن است آموزش صورت گیرد. جامعه، محل کار، عرصه و غیره همه مکان کسب اطلاعات و محیط آموزشی به حساب می‌آیند و فعالیت‌های آموزشی در خارج از کلاس درس هم انجام می‌شود.

الگوی تدریس انفرادی

در این الگو عقیده بر این است که محتوای آموزشی باید متناسب با نیازها و استعدادهای فراگیران باشد، چون افراد با همدیگر تفاوت‌هایی دارند. بنابراین در

طراحی آموزشی، ویژگی‌های هر فرد بخصوص در آموزش مطالب درسی، باید مورد توجه قرار گیرد. به عبارت دیگر مسأله اساسی در الگوی تدریس فرد مدار، ایجاد هماهنگی بین ویژگی‌های فردی و مطالب درسی است (۱۵).

مطالب آموزشی در این الگو بر اساس نیازها، نگرش‌ها و به ویژه توانایی‌های فردی یادگیرنده تهیه و تنظیم می‌گردد. به عبارت دیگر، کوشش بر این است که بین فعالیت‌های آموزشی و ویژگی‌های فردی یادگیرنده هماهنگی ایجاد شود.

اساس الگوی تدریس انفرادی

دو موضوع اساسی از روانشناسی تربیتی، پایه‌های این الگوی تدریس می‌باشند. اول اینکه خصوصیات جسمی و روانی یادگیرندگان با هم متفاوت است، دوم اینکه یافته‌های مکتب رفتار گرایی در این اواخر موجب شده است که به تعلیم و تربیت فردی اهمیت داده شود. دستاوردهای این مکتب روانشناسی و نظریات دانشمندانی چون واتسن و اسکینر باعث شده است مریبان تعلیم و تربیت به این فکر باشند که هر شخص توانایی‌های خاصی دارد و می‌توان بر پایه این توانایی‌ها، برنامه مناسب آموزشی برای وی تهیه کرد (۱۵).

الگوی تدریس انفرادی و تفاوت‌های یادگیرندگان

انسان‌ها علاوه بر داشتن شباهت‌ها، تفاوت‌هایی هم با یکدیگر دارند. البته این تفاوت‌ها با گذشت زمان و تعامل انسان با محیط زندگی افزایش می‌یابد تا جایی که شخصیت هر فرد با فرد دیگر تفاوت پیدا می‌کند. تحقیقات روانشناسی تربیتی مشخص کرده است که نیازهای افراد متفاوت و در عین حال متنوع نیز هستند.

ویژگی‌های الگوی تدریس انفرادی

۱- مراحل تدریس در الگوی تدریس انفرادی

در این الگو، مطالب درسی، هدف‌های آموزشی، نحوه ارزشیابی، رسانه‌ها و بویژه فعالیت‌های آموزشی با خصوصیات یادگیرنده هماهنگ می‌شوند. چون خصوصیات یادگیرندگان متفاوت است بنا بر این الگوی انفرادی در باره هر یک از یادگیرندگان به شکل ویژه‌ای در می‌آید. مراحل تدریس به شرح زیر است:

الف- اهداف آموزشی برای فراگیر روشن می‌شود حتی در مواردی که نظر او در تعیین هدف‌های آموزشی دخالت دارد، این کار با کمک و راهنمایی آموزش دهنده صورت می‌گیرد؛

ب- انواع رسانه‌ها و منابعی که برای رسیدن به هدف‌ها لازم است فراهم می‌آید. یادگیرنده با توجه به توانایی‌های خویش از میان منابع و رسانه‌های تعیین شده، منابع و رسانه دلخواه را انتخاب و استفاده می‌کند؛

ج- در این مرحله، میزان آموخته‌های هر یادگیرنده ارزشیابی می‌شود. البته شیوه ارزشیابی را آموزش دهنده تعیین می‌کند.

۲- چگونگی کنش و واکنش آموزش دهنده

در این الگو فراگیر به جای آموزش سنتی از روش خود آموزی استفاده می‌کند. مسأله مهم این است که معلومات و مطالب درسی با ویژگی‌های هر فراگیر مطابقت داده شود و آموزش دهنده مورد اعتماد فراگیر به ویژه از نظر معلومات علمی باشد تا فراگیر او را طرف مشورت خویش قرار دهد. چون تشویق فراگیر در یادگیری او بسیار مؤثر است، بنا بر این نقش آموزش دهنده در این الگو باید بیشتر تشویق یادگیرنده باشد. لازم است آموزش دهنده نکات مثبت کار یادگیرنده را مورد توجه و تشویق قرار دهد تا پیشرفت آموزشی محسوس و قابل توجه باشد.

۳- ماهیت روابط میان گروهی

روی هم رفته، در این الگو روابط میان گروهی ضعیف است ولی تکنیک‌های مختلفی به کار برده می‌شود تا روابط میان گروهی تقویت گردد. از جمله تشکیل

گروه‌های کوچک برای بحث و تبادل نظر، تعیین بعضی از فراگیران به منظور همکاری با سایر افراد و تشکیل کلاس‌های بحث و مذاکره بعد از تدریس قسمتی از مطالب درسی. این موارد از جمله فعالیت‌هایی هستند که می‌توان برای افزایش روابط میان گروهی به کار گرفت. از آنجا که در این الگو هر فرد با خودش مقایسه می‌شود می‌توان همکاری و تعاون بین فراگیران را تقویت کرد.

۴- شرایط و منابع

اولاً لازم است خصوصیات و نیازهای فراگیران مطالعه و مشخص گردد. ثانیاً منابع و مآخذ آموزشی به دقت مطالعه گردند و نوع منابع و نحوه استفاده از آن در هر مورد تعیین و در اختیار فراگیران گذاشته شوند. در اغلب کشورها، مراکزی به وجود آمده است که برای پشتیبانی آموزش‌های انفرادی، سخت افزارها و نرم افزارهای آموزشی متعددی را طراحی، تکثیر و نگهداری می‌کنند. آموزش دهندگان می‌توانند با توجه به نیازهای فراگیران از بین این محصولات، رسانه‌های مورد نظر را انتخاب و استفاده نمایند. گفتنی است که صرفاً وجود چنین امکانات و ابزارهای نوینی موفقیت روش آموزش فرد مدار را تضمین نمی‌کند. باید آموزش دهندگان در کاربرد این الگو به دامنه وسیع تفاوت‌های فردی یادگیرندگان و اصل هماهنگی فعالیت‌های آموزشی با ویژگی‌های فراگیران اعتقاد داشته باشند (۱۵).

خلاصه

الگوی تدریس چارچوب ویژه‌ای است که عناصر مهم تدریس در درون آن قابل مطالعه است و شناخت و آگاهی از عناصر و عوامل مذکور می‌تواند آموزش دهنده را در اتخاذ روش‌های مناسب تدریس کمک کند. صاحب نظران الگوهای تدریس

متعددی بیان نموده اند که چند نمونه از آنها عبارتند از الگوی عمومی تدریس، الگوی پیش سازمان دهنده الگوی حل مسأله و الگوی تدریس انفرادی.

در الگوی عمومی تدریس، فرآیند تدریس را می توان به پنج مرحله تقسیم کرد:

مرحله اول: تعیین هدف های تدریس و هدف های رفتاری

مرحله دوم: تعیین رفتار ورودی و ارزشیابی تشخیصی

مرحله سوم: تعیین شیوه ها و وسایل تدریس

مرحله چهارم: سازمان دهی شرایط و موقعیت آموزشی

مرحله پنجم: سنجش و ارزشیابی عملکرد

الگوی عمومی تدریس می تواند در طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح مراحل تدریس مورد استفاده آموزش دهنده قرار گیرد، زیرا این الگو می تواند در تمام سطوح آموزشی و در تمام دروس اجرا شود. به همین دلیل، این الگو «الگوی عمومی تدریس» نامیده شده است.

«پیش سازمان دهنده» مفهوم، مطلب یا موضوعی است که در تدریس یک درس مورد استفاده قرار می گیرد تا به وسیله آن، قسمت ها و مطالب مختلفی که رشته ای از دانش را تشکیل می دهند، با نظم خاصی سازمان یابد و در ذهن فراگیران جای گیرد. در الگوی پیش سازمان دهنده: آموزش دهنده نقش ارایه کننده مفاهیم پیش سازمان دهنده و مطالب درسی را دارد؛ فراگیران غیر فعال هستند؛ جهت ارتباط از آموزش دهنده به سمت فراگیران است؛ و آموزش دهنده، کتاب و کلاس درس، منابع و شرایط آموزشی هستند.

در الگوی حل مسأله (بر خلاف الگوی پیش سازمان دهنده) به جای آموزش دهنده فراگیر فعال و محور فعالیت است، آموزش دهنده نقش راهنما را در فرآیند تدریس بازی می کند و به جای انتقال اطلاعات و واقعیت های علمی، روش کسب اطلاعات را به فراگیران می آموزد. در این الگو همه فراگیران با یکدیگر و نیز با

آموزش دهنده در ارتباط هستند و آموزش دهنده تنها منبع اطلاعات نیست و کتاب درسی نیز تنها وسیله آموزشی به حساب نمی آید. نیروهای انسانی دیگر، کتابخانه، آزمایشگاه، فیلم، موزه و محیط واقعی زندگی، همه می توانند منبع دریافت اطلاعات باشند.

در الگوی تدریس انفرادی، مسأله اساسی ایجاد هماهنگی بین ویژگی های فردی و مطالب درسی است. در این الگو، مطالب درسی، هدف های آموزشی، نحوه ارزشیابی رسانه ها و بویژه فعالیت های آموزشی با خصوصیات یاد گیرنده هماهنگ می شوند و فراگیر به جای آموزش سنتی از روش خود آموزی استفاده می کند. در این الگو روابط میان گروهی ضعیف است.

بخش ۷

انتخاب روش ها و تکنیک های آموزشی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- پنج عامل مؤثر بر انتخاب روش های آموزشی را توضیح دهد.
- ۲- نکاتی را که قبل از انتخاب روش های آموزش سلامت باید در نظر داشت بیان کند.
- ۳- طبقه بندی کلی روش های آموزش سلامت را نام ببرد.
- ۴- روش آموزشی مناسب را در شرایط و موقعیت های مختلف بکار ببرد.
- ۵- هفت مورد از اصول و قواعد مشاوره را توضیح دهد.
- ۶- اهداف مشاوره را بیان نماید.
- ۷- اصول و قواعد مشاوره را هنگام مشاوره با مراجع به کاربرد.
- ۸- شش مورد از مزایا و شش مورد از محدودیت های سخنرانی را بیان نماید.
- ۹- ویژگی های یک سخنرانی با کیفیت بالا و اثر بخش را توضیح دهد.
- ۱۰- فنون تقویت سخنرانی و افزایش اثر بخشی آن را توضیح دهد.
- ۱۱- از فنون تقویت سخنرانی در افزایش اثر بخشی سخنرانی خود استفاده نماید.
- ۱۲- چهار مزیت و چهار محدودیت بحث گروهی را بیان نماید.
- ۱۳- ویژگی های یک بحث گروهی اثر بخش را توضیح دهد.
- ۱۴- یک جلسه بحث گروهی را برگزار نماید.
- ۱۵- روش آموزشی ایفای نقش را توضیح دهد.
- ۱۶- چهار مورد از مزایا و چهار مورد از محدودیت های ایفای نقش را بیان نماید.
- ۱۷- ویژگی های یک ایفای نقش با کیفیت بالا و اثر بخش را توضیح دهد.
- ۱۸- روش آموزشی نمایش عملی را توضیح دهد.
- ۱۹- از روش آموزشی ایفای نقش و نمایش عملی، در شرایط مختلف استفاده نماید.

عوامل مؤثر بر انتخاب روش‌های آموزشی

بعد از اینکه نیاز به آموزش مشخص گردید، اهداف آموزشی نوشته شد و محتوای آموزشی سازمان دهی گردید، گام بعدی توسعه و تدوین یک استراتژی یا رویکرد آموزشی برای انتقال محتوای آموزشی است. تصمیم‌گیری در مورد رویکرد آموزشی بستگی به این دارد که مشخص گردد آموزش به روش متمرکز یا غیر متمرکز ارایه شود و اینکه این آموزش در کلاس درس یا در مکان دیگری ارایه شود. همچنین باید مدت آموزش و نوع برخوردها و روابط مشخص گردد (۲).

عوامل متعددی در انتخاب روش‌های آموزشی مؤثر است. پنج عامل عمومی و کلی در این مورد به شرح زیر است:

۱- اهداف آموزشی

نتایج آموزش چیست؟ انتظار می‌رود فراگیران چه چیزی را بدانند یا قادر به انجام چه کاری بعد از آموزش باشند؟ آیا بعضی از روش‌ها در رسیدن به اهداف آموزشی مطمئن‌تر و بهتر از روش‌های دیگر است؟

اهداف آموزشی مشخص می‌کنند که فراگیران چه چیزهایی را باید بفهمند، چه مهارت‌هایی را باید کسب کنند، چه کارهایی را باید انجام دهند که قبلاً قادر به انجام آنها نبودند و چه نگرش‌ها و ارزش‌هایی باید در آنها تغییر نماید. هرکدام از این اهداف نیاز به انواع مختلف روش‌های آموزشی دارد.

آموزش برای فهمیدن: اگر بخواهید فراگیران مطالبی را بفهمند، اطلاعات را با استفاده از مواد چاپ شده، سخنرانی‌ها، نمودارها، نوارهای شنیداری، نوارهای ویدیو، مطالعات موردی و روش‌های توضیحی برای آنها فراهم نمایید. برای کمک به فراگیران برای فهمیدن چیزی، ضرورت دارد از روش‌های آموزشی استفاده کنید که به شما اجازه دهد نکات کلیدی را مرور نمایید، از مثال‌های مرتبط و واقعی

استفاده نمایند و عقاید جدید را به روش‌های مختلف با استفاده از کلمات و عبارات آشنا و مشابه بیان نمایند؛

آموزش برای کسب مهارت‌ها: اگر می‌خواهید فراگیران مهارت‌های جدیدی را کسب نمایند با استفاده از روش‌های توضیحی، نمایش عملی، ایفای نقش و نوارهای ویدیو به آنها کمک نمایید. برای کمک به فراگیران به منظور انجام مهارتی جدید، ضروری است از روش‌های آموزشی استفاده کرد که امکان برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی برای تمرین و انجام مهارت جدید را بدهد. برای فراگیری صحیح مهارت شرایط ایجاد بازخورد را مهیا نمایید؛

آموزش برای تغییر نگرش‌ها و ارزش‌ها: اگر می‌خواهید فراگیران نگرش‌ها و ارزش‌های خود را تغییر دهند، با استفاده از روش‌های توضیحی، بازدید از عرصه و گردش‌های علمی ایفای نقش، مطالعات موردی، فیلم و نوارهای ویدیویی بحث‌های گروهی و غیره به آنها کمک کنید تا سؤال نمایند و عقاید و موضوعات جدید و قدیم را با هم مقایسه نمایند. برای کمک به فراگیران به منظور تغییر نگرش‌ها و ارزش‌ها ضروری است از روش‌های آموزشی استفاده شود که به آنها امکان دهد تا نگرش‌ها و ارزش‌های قدیم را با نگرش‌ها و ارزش‌های جدید به وضوح مقایسه نمایند و امکان سازمان‌دهی فرصت‌ها برای تجربه ارزش‌های جدید را داشته باشند.

۲- محتوا

بسته به موضوعی که باید پوشش داده شود، روش‌هایی بر پایه تئوری یا بر محور عمل باید انتخاب کرد.

۳- آموزش دهندگان

آیا آموزش دهندگان به اندازه کافی توانایی و مهارت استفاده از ابزارهای مختلف ارتباطی را دارند؟ میزان تجربه، استفاده از روش‌های مختلف آموزشی در گذشته و آموزش رسمی، ممکن است شاخص‌هایی از لیاقت و کاردانی آموزش‌دهنده باشند.

۴- فراگیران

تعداد فراگیران، میزان تجربه و دیگر ویژگی‌های آنها چگونه است؟ هنگام انتخاب یک روش آموزشی باید به تعداد فراگیران، میزان تجربه و دیگر ویژگی‌های اختصاصی آنها توجه نمود. یک قاعده تجربی برای تعداد فراگیران با توجه به نوع روش آموزشی به شرح زیر است:

روش آموزشی	تعداد فراگیران
سخنرانی	۴۰-۱۰ نفر
روش‌های توضیحی	۱۰-۳ نفر
بحث‌های گروهی	۱۰-۳ نفر
مطالعات موردی	۲۰-۳ نفر
ایفای نقش	۱۵-۵ نفر
بازدید از عرصه / گردش علمی	۲۵-۵ نفر

هرچه میزان تجربه فراگیران بیشتر باشد، بهتر است از روش‌های آموزشی فراگیر-محور استفاده شود و بر عکس هرچه میزان تجربه فراگیران کمتر باشد، استفاده از روش‌های آموزش دهنده - محور مناسب‌تر است. بحث‌های گروهی، مطالعات موردی، و ایفای نقش مثال‌هایی از روش‌های آموزشی فراگیر-محور و سخنرانی مثال‌هایی از روش‌های آموزشی آموزش دهنده-محور است. هنگام استفاده از روش‌های آموزشی فراگیر-محور در مقایسه با روش‌های آموزشی آموزش دهنده-محور مربی تسلط کمتری بر فراگیران دارد. از طرف دیگر هنگام استفاده از روش‌های آموزشی فراگیر-محور در مقایسه با روش‌های آموزشی آموزش دهنده-محور، فراگیران اختیار و مسئولیت بیشتری برای یادگیری دارند.

فراگیران ممکن است ویژگی‌های خاص دیگری داشته باشند که هنگام انتخاب روش‌های آموزشی باید به آنها توجه نمود. به عنوان مثال باید میزان سواد یا قدرت خواندن فراگیران، آشنایی آنها با یکدیگر و تجربیات قبلی آنها با روش‌های مختلف آموزشی را در نظر داشت. به طور کلی، بهتر است قبل از شروع آموزش تا جایی که ممکن است در مورد فراگیران آشنایی و شناخت کسب نمود. آگاهی در مورد ویژگی‌های خاص فراگیران به مربی کمک خواهد کرد تا روش‌های مناسب آموزشی را انتخاب نماید.

۵- نیازهای عملی

آیا روش مورد نظر با توجه به محیط فیزیکی، زمان(هم از نظر آمادگی و هم زمان واقعی آموزش)، مواد آموزشی و محدودیت‌های مالی عملی و قابل اجرا است؟ نیازهای عملی با اجرا نمودن روش آموزشی ارایه شده، محیط فیزیکی، محدودیت زمانی، مواد و وسایل در دسترس و محدودیت مالی ارتباط دارد. نیازهای عملی شامل مواردی از قبیل مکان تعیین شده و در دسترس برای آموزش، میزان سر و صدا و نور در مکان آموزشی و انواع وسایل ابزارها و مواد آموزشی در دسترس برای آموزش است.

انواع روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی

استفاده از انواع مختلف روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی نه تنها علاقه فراگیران را افزایش می‌دهد بلکه کارآیی برنامه را نیز افزایش می‌دهد و فراگیران را به مشارکت فعال تشویق می‌کند. روش آموزشی، استراتژی یا تاکتیکی است که برای ارایه محتوا انتخاب می‌شود، به طوری که فراگیران به اهداف آموزشی برسند. در استفاده از یک روش آموزشی خاص، آموزش دهنده تکنیک‌های متنوعی را به منظور بالا بردن

کارآیی فرآیند یادگیری بکار می‌برد. انتخاب و استفاده از شیوه‌ها و تکنیک‌های آموزشی در فرآیند آموزش برای دو هدف عمده مناسب است (۲):

۱- وسیله‌ای برای فراگیر به منظور آموختن محتوایی که مربی انتخاب کرده، فراهم می‌کند؛

۲- فراگیر را علاقمند و درگیر یادگیری می‌کند، در نتیجه میزان یادگیری افزایش می‌یابد.

در آموزش سلامت، روش انتخابی باید متناسب با موقعیت و مشکل بوده و با دقت انتخاب شود. افرادی که در طراحی برنامه‌های آموزش سلامت شرکت می‌کنند باید برای حل مشکلات تصمیم بگیرند که از کدام روش به منظور کمک در حل مشکلات مربوط به رفتار، استفاده نمایند. نکاتی را که باید قبل از انتخاب روش‌های آموزش سلامت، در نظر گرفت عبارتند از:

۱- مردم تا چه حد آمادگی و توان تغییر را دارند؟

۲- چه تعداد از مردم درگیر هستند؟

۳- آیا روش انتخابی متناسب با فرهنگ محلی است؟

۴- چه منابعی موجود است؟

۵- چه ترکیبی از روش‌ها مورد نیاز است؟

۶- کدام روش‌ها، متناسب با مشخصات گروه هدف (سن، جنس، مذهب و غیره) است؟

در اجرای برنامه‌های آموزش سلامت، طیف وسیعی از روش‌ها و فنون آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد که دسته‌بندی کلی آنها به شرح زیر است:

۱- آموزش فردی: آموزش چهره به چهره و مشاوره فردی از جمله روش‌های آموزش فردی هستند؛

۲- آموزش گروهی: روش‌های عمده و متداول در آموزش گروهی عبارتند از سخنرانی بحث گروهی، ایفای نقش، نمایش عملی، سمینار، کنفرانس و کارگاه آموزشی؛

۳- آموزش سلامت به جوامع: توانمندسازی جوامع برای دستیابی به مهارت‌های لازم برای ارتقای سلامت، هدف اصلی در آموزش سلامت به جوامع است (۱۰).

آموزش سلامت فردی

آموزش چهره به چهره و مشاوره فردی از روش‌های متداول آموزش سلامت فردی هستند.

مشاوره

مشاوره به مجموعه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که در جریان آن، فردی را در غلبه بر مشکلاتش یاری می‌دهند. در طی فرآیند مشاوره، فردی که نیاز دارد (یعنی مراجع) و فردی که حمایت، راهنمایی و ترغیب فراهم می‌کند (یعنی مشاور) با یکدیگر ملاقات، بحث و گفتگو می‌کنند به نحوی که مراجع نسبت به توانایی خود برای درک واقع بینانه و جامع‌تر مسأله، یافتن راه‌حل‌ها و تصمیم‌گیری برای حل مشکل اعتماد کسب می‌کند. مشاوره انجام چیزی برای کسی نیست بلکه یک فرآیند تعاملی و پویا است که با گفت و گو درباره نگرانی‌ها، مسایل، روابط، باورها، احساسات و رفتارها آغاز می‌شود. از این طریق چارچوب و ابعاد مسأله‌ای که مراجع درک کرده، مشخص یا به شیوه‌ای کارساز بازشناسی و تعریف می‌گردد و در طی آن، راه حل‌های جدید تکوین یافته و مراجع برای انتخاب راه حل مناسب، تصمیم‌گیری و در اجرای آن یاری و حمایت می‌شود. در توصیفی دیگر، مشاوره فرآیندی است که در طی آن از روش مصاحبه برای کمک به مراجع در گرفتن یک تصمیم منطقی، محکم - بر اساس موارد قابل انتخاب و اطلاعات حقیقی - استفاده می‌شود و مشاور

به کسی گفته می‌شود که به مراجع در شناخت، درک، و شناخت مسایل مرتبط با سلامتی و سپس انتخاب راه حل و شیوه عمل مناسب کمک می‌کند. مشاوره مؤثر، نیازمند داشتن شناخت و درک مناسبی از ویژگی‌ها، نیازها و قابلیت‌های مراجعان و وضعیت‌هایی است که خود را در آنها می‌بینند. مشاوران نمی‌توانند، زندگی مراجعانشان را تغییر دهند اما می‌توانند آنان را در به‌دست آوردن شناخت بهتر، اعتماد به نفس، مهارت‌های حل مسأله و خود کارآمدی حمایت و یاری کنند (۱۶).

مشاوره، یکی از کارآمدترین روش‌های آموزش سلامت برای کمک به افراد و خانواده‌ها است. در طول مشاوره، شخص نیازمند و کسی که حمایت و تشویق را ارایه می‌نماید (یعنی مشاور)، به نحوی با یکدیگر ملاقات و بحث می‌کنند که شخص نیازمند اعتماد به نفس لازم برای یافتن راه حل مشکلاتش را کسب می‌کند. مشاوره بستگی زیادی به مهارت‌های ارتباطی و برقراری ارتباط دارد. فرصت‌های ممکن برای مشاوره در هر زمان که با افراد و خانواده‌ها کار می‌کنیم، به‌وجود می‌آید. مثلاً با بیماران در مرکز بهداشت، با دانش آموزان در مدرسه، هنگام بازدید منزل و مواردی از این قبیل (۱۰).

مشاوره به عنوان بخشی از درمان و یا مراقبت ارایه شده به بیمار و یا فرد دارای مشکل محسوب و در ضمن بخش مهمی در پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت به شمار می‌رود زیرا به مردم کمک می‌کند تا بفهمند که چگونه از طریق تلاش‌های خویش می‌توانند از بروز بیماری اجتناب نموده و سطح زندگی‌شان را ارتقا بخشند. مشاوره به معنی انتخاب است و نه زور و توصیه. یک کارمند بهداشتی ممکن است تصور کند که توصیه‌اش، معقول به نظر می‌رسد اما ممکن است با موقعیت خاص کسی که توصیه‌اش را دریافت می‌کند، مناسبت نداشته باشد (۱۰).

اصول و قواعد مشاوره

۱- مشاوره مستلزم برقراری رابطه مؤثر با مراجعان است.

کارل راجرز^۱ سه ویژگی اساسی را برای اثر بخشی مشاوره تعریف کرده است: هم دلی^۲، صداقت و احترام مثبت غیر شرطی. هم دلی به معنای توانایی درک احساسات و تجربیات مراجعان، همانگونه که خود آنان احساس می‌کنند، می‌باشد. به عبارتی فرد خود را جای دیگری قرار دهد و مسایل را از زاویه چشم او بنگرد. صداقت و خلوص نیت نیز از ضروریات کار مشاوره است و اعتماد و اطمینان مراجعان به آن وابسته است. احترام مثبت غیر شرطی به معنی احترام و توجه کامل به ارزش و حریم فرد، بدون در نظر گرفتن فاصله اقتصادی اجتماعی و اینکه شما او را دوست دارید یا خیر، با دیدگاه و رفتارش موافق هستید یا نه، می‌باشد. این حالت برای آشکار ساختن مسایلی که به باور مراجعان مورد قبول اما مورد تأیید دیگران نیست، لازم است؛

۲- برنامه مشاوره باید مبتنی و متناسب با نیازها و ویژگی‌های منحصر به فرد مراجع و محیطی باشد که در صدد خدمت به آنها است.

مشاوران باید به نیازهای روانی - اجتماعی، مالی و معنوی مراجع توجه کنند. بین مسایل مرتبط با سلامتی و محیط روانی اجتماعی (شامل روابط و پیوندهای خانوادگی و اجتماعی) تأثیر و تأثر متقابل وجود دارد، از این رو بسیار مهم است که نسبت به محیط روانی اجتماعی مراجع و نیز محیطی که مشاوره در آن انجام می‌شود، هوشیار باشیم؛

۳- مشارکت فعال مراجع و خانواده‌ها در تمام مراحل مشاوره لازم است.

^۱ - Carl Rogers

^۲ - Empathy

مشاوره، انجام چیزی برای مراجع یا به جای وی نیست بلکه فرآیند مشاوره ارایه کمک و حمایت از مراجعان است تا ابعاد و پیامدهای مشکلات خود را واقع بینانه درک کنند، راه‌حلهایی را بیابند و آنگاه برای انجام راه حلی که بر می‌گزینند، آگاهانه تصمیم بگیرند. از این رو روشن است که مشاوره بر مشارکت مبتنی است و باید مراجعان را برای قبول مسئولیت ترغیب کرد؛

۴- برنامه‌ریزی و تهیه طرح یا نقشه‌ای مشتمل بر اهداف و مقاصد ویژه و دست یافتنی برای کل مشاوره و هر یک از جلسات مفید و ضروری است.

این کار احتمال توافق مشاور و مراجع را درباره آنچه که قرار است، انجام شود و همچنین امکان ارزیابی پیشرفت مشاوره را افزایش می‌دهد. داشتن طرح برای هر جلسه به معنی تصورات و سوگیری‌های از قبل تعیین شده و غیر قابل انعطاف یا تعیین راه حل نیست بلکه به هدایت جریان مشاوره و اثر بخشی آن کمک می‌کند؛

۵- برخورداری از دانش و مهارت کافی در استفاده مناسب از نظریه‌های روانشناختی و مشاوره.

این امر، به بهبود فرآیند مشاوره و جلوگیری از سردرگمی در جلسات کمک می‌کند؛

۶- مشاوره در محیط‌های ارایه خدمات سلامتی به تشریک مساعی سایر ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی نیاز دارد؛

۷- مشاور باید همواره در ارتباط با مراجعان و وضعیت آنها واقع بین باشد و از هرگونه پیش فرض و پیش داوری درباره دانش، نگرانی‌ها، علایق و دیدگاه‌های مراجعان خود داری کند؛

۸- از زبان، باید دقیق و مناسب استفاده شود.

آنچه در طی جلسه مشاوره و تعامل با مراجع گفته می‌شود و یا به صورت غیر کلامی بروز می‌کند، متضمن پیام است و ممکن است ادراک و پاسخ‌ها را تغییر دهد؛

۹- فرآیند مشاوره باید در نهایت به پذیرش مسئولیت و تصمیم‌گیری آگاهانه توسط خود مراجع منجر شود.

بدین منظو باید به ارتقای شناخت و درک، بهبود نگرش و یادگیری مهارت‌های حل مسئله او کمک کرد. با این تلاش‌ها، یکی از نتایج مشاوره برای مراجع، تقویت اعتماد به نفس در او است؛

۱۰- راز داری و حفظ محرمت

در جریان مشاوره اطلاعات زیادی درباره مشکلات و مسایل خصوصی و احتمالاً پریشان‌کننده مراجعان برای مشاوران بیان می‌شود. این اطلاعات باید در مقابل دیگران و حتی بستگان مراجع به عنوان راز حفظ شود، در غیر این صورت به اعتماد مراجع به مشاور خدشه وارد می‌شود؛

۱۱- اطلاعاتی که ارایه می‌شود باید صحیح، روشن، دقیق و مناسب باشند.

اهداف مشاوره

اهداف همیشه باید با نیازها، موقعیت و شرایط محیطی مراجع، تناسب داشته باشد. اگر اهداف نامناسب، مبهم، بسیار کلی، غیر واقع‌بینانه یا وسیع باشند، احتمال اینکه مشاوره به نتیجه مطلوب منجر شود، بسیار کم است.

اهداف مهم یا نتایج مطلوب مشاوره برای مراجع به شرح ذیل است:

۱- تصویر واضح و واقع‌بینانه‌ای از موقعیت، احساسات و توانایی‌هایش به-

دست آورد؛

- ۲- راه حل‌های جدیدی برای نگرستن به موقعیت و مسأله خودش، بیابد و درک کند؛
 - ۳- اعتماد به نفس و قبول مسئولیت در او برای چاره جویی مشکل افزایش یابد؛
 - ۴- اهداف ویژه، صریح و عملی برای بهبود بخشیدن به وضعیت خود را مشخص و انتخاب کند؛
 - ۵- بتواند برای بهبود وضعیت، پیشگیری از مشکل مانند بیماری، یا تغییر مطلوب در سبک زندگی طرحی عملی تهیه کند؛
 - ۶- برای اجرای تغییر، از انگیزه و مهارت‌های مورد نیاز برخوردار شود.
- معمولاً همه این اهداف در هر رابطه مشاوره‌ای یا در طی یک جلسه حاصل نمی‌شود بلکه بسته به شرایط و ویژگی‌های مراجع، هر جلسه ممکن است بر یک یا معدودی از اهداف تمرکز داشته باشد. کسب مهارت‌های گسترده، نیاز به زمان بیشتری دارد (۱۶).

آموزش سلامت گروهی

سخنرانی

متداول‌ترین روش آموزشی مورد استفاده سخنرانی است اما ممکن است مؤثرترین روش نباشد. سخنرانی آرایه رسمی اطلاعات توسط آموزش‌دهنده است و فراگیران می‌توانند گوش‌دهند، مشاهده کنند و مفاهیم، اصول و روش‌های آرایه شده را بفهمند. به طور معمول، تکنیک سخنرانی با ابزارهای ارتباطی مختلفی از قبیل مواد آموزشی چاپ شده، طلق شفاف، اورهد، اسلاید، فیلم ویدیو، نمونه‌ها، نمایش‌ها، گچ و تخته و کامپیوتر همراه می‌شود. این روش آموزشی دارای مزایا و معایبی است که باید به آنها توجه کرد (۲).

مزایای سخنرانی

- ۱- می‌توان فراگیران را دور هم جمع کرد و روی یک موضوع یا نکته متمرکز شد و مربی کنترل کامل هم روی محتوا و هم توالی اطلاعات دارد؛
- ۲- می‌توان مقدار زیادی از مواد و مطالب آموزشی را در مدت کوتاهی ارائه نمود؛
- ۳- می‌توان به آسانی برنامه زمان بندی شده یا زمان صرف شده روی موضوعات را کنترل کرد؛
- ۴- سخنرانی یک روش آموزشی آشنا برای فراگیران است و احتمالاً با آن راحت خواهند بود؛
- ۵- می‌توان این روش را برای گروه‌های بزرگ تا جایی که مربی بتواند دیده شود و صدایش شنیده شود، استفاده کرد؛
- ۶- می‌توان از این روش هنگامی که امکانات فیزیکی محدود است، استفاده کرد (۲)؛

- ۷- مطالب و موضوعات واقعی به روش مستقیم و منطقی بیان می‌گردد؛
- ۸- ممکن است تجربیاتی فراهم نماید که برای گروه‌های بزرگ مفید باشد (۱۷).

محدودیت‌های سخنرانی

- ۱- فراگیران اغلب غیر فعال هستند؛
- ۲- تسلط به سخنرانی اثربخش مشکل است؛
- ۳- اگر از سخنرانی به مدت خیلی طولانی بدون مشارکت فراگیران استفاده شود آموزش خسته کننده و کسالت‌آور می‌شود؛
- ۴- سخنرانی برای آموختن موضوعات عملی از قبیل کسب مهارت‌ها مناسب نیست؛

۵- هنگام ارایه سخنرانی، مشکل است قضاوت نمود که فراگیران در حال آموختن و یادگیری هستند؛

۶- بیشترین فراگیری و به خاطر سپاری فراگیران زمانی است که به طور فعال در فرآیند آموختن درگیر هستند (۲)؛

۷- به مهارت‌های کلامی کافی نیاز دارد؛

۸- ارتباط یک طرفه است (۱۷).

برای تقویت سخنرانی از چه روش‌هایی می‌توان استفاده نمود؟

۱- تغییر در روش ارایه گفتار

اگر بیان سخنران به صورت یکنواخت باشد، باعث خستگی فراگیران و بی‌توجهی آنها به محتوای سخنرانی می‌شود. بنابراین لازم است در طول سخنرانی، در شیوه ارایه آن تغییر داده شود. تغییر در لحن یا صوت یا سرعت گفتار از ساده‌ترین این روش‌ها است. سکوت، انجام حرکاتی مانند دور شدن از محل سخنرانی و آمدن در میان فراگیران نیز نمونه دیگری از این روش‌هاست؛

۲- مداخله فعال فراگیران

مهمترین و قویترین وسیله برای تقویت یادگیری در فراگیران، دخالت دادن فعال آنها در امر آموزش می‌باشد. بعضی از روش‌هایی که می‌توان برای مداخله فعال فراگیران به کار برد عبارتند از:

سؤال کردن: ساده‌ترین روش برای مداخله فعال فراگیران سؤال کردن است. سؤال باید واضح باشد، ایجاد تفکر کند، هدفدار باشد، مختصر باشد، راهنمایی ناخواسته نداشته باشد زمان پاسخگویی کافی باشد، متناسب با سطح درک و فهم فراگیران باشد و بر حسب حیطه‌های یادگیری طرح شود.

فعالیت در گروه‌های کوچک: در طول جریان سخنرانی می‌توان از این شیوه کمک گرفت. در عمل می‌توان کلاس را به گروه‌های کوچک دو تا چهار نفره تقسیم نمود.

از این گروه‌های کوچک خواسته می‌شود تا در مورد مطلبی به بحث بپردازند. این گروه‌های کوچک را اصطلاحاً گروه‌های همهمه (buzz groups) می‌نامند. سپس از برخی یا تمام گروه‌ها خواسته می‌شود تا نتیجه بحث خود را آرایه دهند. این شیوه هنگامی که مسأله‌ای را برای حل به فراگیران می‌دهیم، شیوه‌ای بسیار کارآمد می‌باشد.

سخنرانی همراه با بحث دارای مزایا و محدودیت‌هایی به شرح زیر است:
مزایا:

- ۱- حداقل بعد از سخنرانی فراگیران را درگیر می‌کند؛
- ۲- فراگیران می‌توانند سؤال بپرسند، توضیح دهند و چالش برانگیز باشند.
محدودیت‌ها:

- ۱- اثربخشی آن وابسته به سؤالات و بحث مناسب است؛
 - ۲- محدودیت زمانی ممکن است روی فرصت‌های بحث تأثیر بگذارد (۱۷).
- بارش افکار: استفاده از این روش خصوصاً در شروع سخنرانی برای جلب توجه فراگیران بسیار مفید می‌باشد. در این روش سؤال یا مسأله‌ای برای فراگیران مطرح شده و از آنها خواسته می‌شود تا نظرات و راه‌حل‌های خود را در این زمینه عنوان نمایند. سپس نظرات آنها بدون هیچ انتقادی بر روی تخته یا تابلو شفاف نوشته می‌شود. البته استفاده از نظرات جدید برای اصلاح و تکمیل نظرات قبلی مجاز می‌باشد. بهتر است تمام نظرات گرفته شود و محدودیت زمانی وجود نداشته باشد. سپس از این نظرات به عنوان پایه‌های بحث استفاده می‌شود و بر اساس آنها بحث آغاز می‌گردد. از این روش می‌توان حتی در کلاس‌های بزرگ در شروع سخنرانی استفاده نمود.

بحث نفر به نفر: در این روش کلاس به گروه‌های دو نفره تقسیم شده، سؤال یا مسأله‌ای مطرح می‌گردد. ابتدا نفر اول نظرات خود را گفته سپس نفر مقابل عقاید خود را ابراز می‌نماید و بعد از آن نتیجه بحث به اطلاع مربی می‌رسد؛

۳- استفاده از وسایل سمعی - بصری

با توجه به امکانات موجود و متناسب با موضوع و هدف سخنرانی می‌توان از وسایل کمک آموزشی مختلفی استفاده نمود؛

۴- دست نوشته‌ها

دست نوشته می‌تواند به عنوان راهنمای کلی در جریان سخنرانی مورد استفاده قرار گیرد و بهتر است آنها را در ابتدای سخنرانی توزیع کرد. سخنرانی‌های با کیفیت بالا و اثر بخش، بدون در نظر گرفتن عنوان آنها چندین ویژگی متداول و مشترک دارند. آنها را چک کنید و مطمئن شوید که سخنرانی شما این ویژگی‌ها را دارد (۲):

- ۱- اهداف سخنرانی به خوبی توسط فراگیران فهمیده و درک شده است؛
- ۲- عنوان و محتوای سخنرانی مرتبط و وابسته به دانش قبلی فراگیران است؛
- ۳- سخنرانی به خوبی سازمان‌دهی شده و شامل مقدمه و نتیجه‌گیری است؛
- ۴- سرعت بیان و آرایه سخنرانی برای فراگیران مناسب است؛
- ۵- فراگیران در یک محیط راحت هستند و سخنرانی شما می‌تواند به وسیله فراگیران دیده و شنیده شود؛
- ۶- نسبت به نیازهای فراگیران حساس هستید و سخنرانی خود را متناسب با آن تنظیم کرده‌اید؛
- ۷- به طور مکرر سؤالاتی را می‌پرسید تا درک و فهم فراگیران را چک کنید.

سخنرانی اثر بخش معمولاً با دست نوشته‌ها، طلق‌های شفاف، اورهد، فلیپ چارت اسلاید، فیلم ویدیو و غیره تقویت می‌شود. دست‌نوشته‌ها برای آماده کردن و فراهم نمودن حقایق و اشکال مفید هستند و می‌توانند توسط فراگیران برای پیگیری مطالب بعداً مرور گردند. باید مطمئن شوید که دست‌نوشته‌ها در سطح خواندن و قدرت یادگیری فراگیران در کلاس آماده شده‌اند.

طلق‌های شفاف قابل حمل و انعطاف‌پذیر هستند و می‌توانند در روشن نمودن موضوعاتی که به آسانی نمی‌توانند با چیزهای واقعی نشان داده شوند، مفید باشند. استفاده از ویدیو پرژکتور هم مناسب است البته مکان آموزش ممکن است استفاده از آنها را محدود کند، به خاطر اینکه یک ویدیو پرژکتور به برق نیاز دارد و در مکانی که برق وجود ندارد، امکان استفاده از آن نیست.

فلیپ چارت‌ها می‌توانند به عنوان یک راهنما و پشتیبان برای سخنرانی مورد استفاده قرار گیرند و می‌توانند به طور اثر بخش در گروه‌های کوچک یا بزرگ استفاده شوند. فلیپ چارت‌ها ارزان، انعطاف‌پذیرند و نیاز به برق یا وسیله خاصی ندارند. با این وجود، فلیپ چارت‌ها برای ارائه اطلاعات جزئی خوب نیستند، برای استفاده زمان بر هستند و حمل آنها مشکل است.

اسلاید، ویدیو یا فیلم برای شرح فعالیت‌های پیچیده‌ای که نمی‌توان آنها را به آسانی با دیگر وسایل بصری توضیح داد، مفید هستند (۲).

بحث گروهی

بحث گروهی به معنای مبادله شفاهی عقاید، نقطه نظرات و ادراکات میان آموزش‌دهنده و فراگیران به منظور روشن نمودن یا ارزشمند کردن درک محتوا و مطلبی که مربی قصد ارائه و پوشش آن را در یک فعالیت آموزشی دارد، می‌باشد. در بحث گروهی از چندین تکنیک از جمله بارش افکار و جلسات بحث آزاد یا مهمه

می‌توان استفاده کرد تا سبب تشویق شرکت‌کنندگان در بحث گردد. بحث گروهی دارای مزایا و معایبی است که باید آنها را در نظر داشت (۲).

مزایای بحث گروهی

- ۱- می‌توان برای هر فراگیر این فرصت را فراهم آورد تا در بحث شرکت کند و آنها را علاقمند و فعال نگه داشت؛
- ۲- می‌توان توانایی‌ها، دانش و تجارب مختلف تمام فراگیران را بدست آورد؛
- ۳- سازمان‌دهی بحث گروهی می‌تواند به میزان زیاد سبب تحریک و برانگیختن فراگیران و ایجاد انگیزه در آنان شود؛
- ۴- می‌توان مشاهده نمود که چه میزان یادگیری رخ می‌دهد (۲).

محدودیت‌های بحث گروهی

- ۱- بحث گروهی می‌تواند به یک بحث و مجادله بی هدف تبدیل شود مگر اینکه به طور درست و صحیح آن را سازمان دهی و کنترل کرد؛
- ۲- ممکن است تعداد کمی از فراگیران بحث گروهی را تحت سلطه خود در آورند؛
- ۳- یک بحث گروهی مؤثر و مفید را می‌توان فقط با گروه نسبتاً کوچکی از فراگیران ترتیب داد. تعداد ۷ نفر شرکت کننده به عنوان مناسبترین و بهترین حالت در نظر گرفته شده است؛
- ۴- بحث گروهی می‌تواند مدت زیادی از زمان آموزش را به خود اختصاص دهد و اغلب نکات مهم ممکن است مغشوش شده یا از دست برود (۲).

ویژگی‌های یک بحث گروهی اثر بخش

بحث گروهی می‌تواند به مربی در تحریک یا ایجاد انگیزه در فراگیران کمک کند و یکی از روش‌هایی است که می‌توان فراگیران را در فرآیند یادگیری درگیر و فعال

نمود. همچنین بحث گروهی این فرصت گسترش همکاری میان فراگیران را ایجاد می‌کند و آنها را تشویق می‌کند تا عقاید و نقطه نظرات مختلف را در میان یکدیگر، مبادله و پخش کنند.

چندین تکنیک از جمله بارش افکار و جلسات بحث آزاد یا همه‌جهت برای مبادله عقاید و حل مشکلات مورد استفاده قرار می‌گیرد. ویژگی‌های زیر برای بالا بردن کیفیت یک بحث گروهی با اهمیت هستند (۲):

- ۱- بحث با یک مقدمه آغاز می‌شود که اهداف و مقاصد آن را مشخص می‌کند؛
- ۲- همه فراگیران در بحث شرکت می‌کنند و بحث گروهی تحت سلطه یک یا دو نفر قرار نمی‌گیرد؛
- ۳- بحث به سمت یک جهت شناخته شده منتهی می‌شود. مراقب باشید که بحث و گفتگو در مسیر خود حرکت کند و از آن خارج نشود؛
- ۴- بحث روی مشکلات واقعی متمرکز می‌شود؛
- ۵- محدودیت زمانی برای هر مرحله از بحث تعیین کنید تا مطمئن شوید که وقت زمان بندی شده روی هر کدام از مسایل صرف می‌شود؛
- ۶- بحث را با خلاصه‌ای از نکات مهم پایان دهید و آن را به آموخته‌های قبلی و مطالب آموزشی یا درس‌های آینده مرتبط نمایید.

ایفای نقش

روش ایفای نقش را می‌توان برای تجسم عینی موضوعاتی که برای نمایشنامه مناسب هستند، به کار گرفت. در این روش، فرد یا افرادی از فراگیران موضوعی را به صورت نمایشنامه اجرا می‌کنند. ایفای نقش به معنایی که در اینجا به کار می‌رود به مهارت‌های خاص مانند بازیگری در تئاتر و سینما نیازی ندارد بلکه مربی بنا به موقعیت، هدف و موضوع مورد نظر، به عنوان یک روش از آن استفاده می‌کند. از

ویژگی‌های ممتاز روش ایفای نقش این است که مشاهده کنندگان (فراگیران) با عملیات نمایشی و ایفاگران نقش ارتباط عاطفی برقرار می‌کنند و با هیجان مراحل نمایشی را می‌بینند و خود را در صحنه احساس می‌کنند. چون تمرکز حواس و ارتباط عاطفی در این روش زیاد است، یادگیری بهتر و مؤثرتر انجام می‌گیرد (۵).

در ایفای نقش، فراگیران یک موقعیت واقعی زندگی را در جلوی حضار اجرا می‌کنند. در حین ایفای نقش، مربی به فراگیران درباره یک موقعیت اطلاعات می‌دهد و اگر موضوع یک موقعیت واقعی زندگی است از فراگیران می‌خواهد که آن را به نمایش گذاشته و اجرا کنند. هیچ دست نوشته و دیالوگ تعیین شده‌ای وجود ندارد و فراگیران اجزای آن را در حین اجرا و ادامه کار می‌سازند. این وضعیت به فراگیران اجازه می‌دهد تا دوباره موقعیت‌هایی را به نمایش بگذارند که در کار یا شغل و آینده با آن مواجه هستند. سپس حضار سعی می‌کنند تا معنا و مفهوم نمایش را در موقعیت مورد نظر یا مشکل مورد توجه قرار گرفته، بکار ببرند. ایفای نقش دارای چندین مزیت و محدودیت است که باید آنها را در نظر داشت (۲).

مزایای ایفای نقش

- ۱- ایفای نقش می‌تواند تجارب واقعی زندگی را برای فراگیران فراهم کند؛
- ۲- می‌توانید فرصتی را فراهم کنید تا نشان دهید که نمایش به‌وسیله فراگیران، بعد از آموزش مورد نیاز است؛
- ۳- ایفای نقش فرصتی را برای شما مهیا می‌کند تا مسایل یا مشکلات تعیین شده را بدون خطر شرح دهید و توصیف نمایید؛
- ۴- فراگیران اغلب ایفای نقش را تحریک کننده و سرگرم کننده می‌یابند؛
- ۵- ایفای نقش از روش‌های مؤثر ترغیب و برانگیختن بحث‌هایی است که هدف آنها حل مشکل است (۲).

محدودیت‌های ایفای نقش

۱- اگر فعالیت‌ها و اعمال را به خوبی سازمان‌دهی و کنترل نکنید، ایفای نقش می‌تواند توسط فراگیران به عنوان یک بازی و نه یک فعالیت آموزشی در نظر گرفته شود؛

۲- اگر به درستی برنامه‌ریزی نکنید، ایفای نقش ممکن است در رسیدن به اهداف مورد نظر شکست بخورد که در این صورت هیچ آموزش و یادگیری اتفاق نخواهد افتاد؛

۳- بهبودی و ارتقای کیفیت ایفای نقش می‌تواند میزان زیادی از وقت شما را به خود اختصاص دهد؛

۴- ایفای نقش اغلب فقط تعداد کمی فراگیر را نسبت به همه آنها درگیر می‌کند (۲).

ویژگی‌های یک ایفای نقش با کیفیت بالا و اثر بخش:

۱- فراگیران به طور واضح و روشن هدف ایفای نقش را می‌فهمند؛

۲- طرح داستان یا متن ایفای نقش باور کردنی است و از شخصیت‌ها، وقایع و روش‌های واقعی استفاده می‌کند؛

۳- تمام فراگیران در ایفای نقش یا به عنوان نمایش‌دهنده و یا بیننده درگیر می‌شوند. مربی تکالیفی را به فراگیرانی که به طور مستقیم در ایفای نقش شرکت نمی‌کنند، می‌دهد تا انجام دهند. به عنوان مثال چک لیستی از چیزهایی که تماشا می‌کنند، تهیه نمایند و در انتهای ایفای نقش نظراتشان را بگویند؛

۴- ایفای نقش را با پرسیدن از فراگیران در مورد اینکه چه آموخته‌اند، خلاصه کنید و در مورد نمایش و اجرای آن بازخورد فراهم نمایید (۲).

ایفای نقش کاربرد دانش و مهارت‌های عملی را تشویق می‌کند. قبل از اجرای آن باید اهداف را بخوبی روش نمود و متن کلی را در اختیار شرکت کنندگان در ایفای نقش و مشاهده کنندگان قرار داد. همچنین نباید اجازه داد که نمایش به مدت

طولانی ادامه یابد و باید به ایفاگران نقش، آموزش داده شود که به طور غیر واقعی عمل نکنند (۱۸).

نمایش عملی

این روش بر مشاهده و دیدن استوار است. در این روش، افراد مهارت‌های خاصی را از طریق دیدن فرا می‌گیرند و مربی طرز کاربرد وسیله ای یا چگونگی انجام مهارتی را نشان می‌دهد. مهمترین حسن این روش به کارگیری اشیای حقیقی و واقعی در آموزش است. البته این روش به تنهایی به کار نمی‌رود و مربی ضمن ارایه روش نمایشی، ناچار به استفاده از روش سخنرانی نیز هست. از روش نمایشی برای موضوعاتی که جنبه عملی و فنی دارند، بیشتر می‌توان استفاده کرد.

سمینار

سمینار، گردهم آیی از افراد است که دور هم جمع می‌شوند تا یک موضوع را تحت رهبری یک کارشناس مطالعه کنند. یک مشکل ویژه شناسایی و مورد بحث قرار می‌گیرد. بحث‌ها و نتیجه‌گیری‌های صورت گرفته معمولاً بر اساس یافته‌های تحقیقاتی است. یک مثال از سمینار می‌تواند "یافته‌های جدید در مورد رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری ایدز" باشد (۲).

در سمینارهای علمی معمولاً مطالبی عرضه می‌شود که حاصل دست آوردهای پژوهشی و به طور کلی نوآوری‌ها باشد. در سمینارها، شرکت‌کنندگان به طور انفرادی یا گروهی تکالیفی بر عهده می‌گیرند و یافته‌های خود را در جلسات عمومی برای آگاهی از عقاید و توصیه‌های دیگران مطرح می‌سازند. در حقیقت هدف از سمینار مطالعه یک موضوع مشخص توسط گروهی از اشخاص و تحت رهبری

برخی از کارشناسان است. معمولاً سمینار با پژوهش پیوند دارد و پژوهشگران آموخته‌ها و تجربیات خود را در آن عرضه می‌دارند.

کنفرانس

به طور مشابه یک کنفرانس، گردهم‌آیی گروهی از نمایندگان سازمان‌های مختلف که بعضی علایق یا زمینه قبلی مشترک دارند، می‌باشد. شبیه سمینار، هدف کنفرانس جمع‌آوری اطلاعات و بحث در مورد مشکلات متقابل با یک راه حل توجیه پذیر و مستدل به عنوان نتیجه مطلوب است. کنفرانس اغلب کمتر تخصصی است و کمتر روی یک موضوع یا مشکل واحد و منحصر به فرد تمرکز می‌کند (۲).

کارگاه

در یک کارگاه، گروهی از افراد با علایق یا مشکلات مشترک که اغلب در ارتباط با حرفه آنها است، در یک دوره زمانی برای بهبود مهارت یا درک بهتر موضوعی گرد هم می‌آیند. هدف آموزشی کارگاه، بهبود مهارت‌ها یا فراهم آوردن دانش مورد نیاز برای یک رفتار ویژه است (۲).

در کارگاه تعدادی از افراد که به یک رشته یا موضوع خاص علمی یا فنی وابستگی دارند (معمولاً ۲۵ تا ۴۰ نفر) در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند و موضوعات، مباحث و یا مسایل مشخصی را به منظور ارایه توصیه‌ها یا پیشنهاداتی برای اقدامات و برنامه‌های بعدی مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند. کارگاه معمولاً در طول چند روز و حداکثر سه هفته تشکیل می‌شود. علاوه بر این از وجود کارشناسان و مشاورین نیز به عنوان تسهیل کننده برای راهنمایی گروه استفاده می‌شود. در حقیقت کارگاه محل ملاقات افراد برای کار با یکدیگر در گروه‌های کوچک روی مسایلی است که از یک سو با افراد و حیطه فعالیت حرفه‌ای آنان مرتبط است و از

سوی دیگر دست یافتن به راه حل در مسایل ذیربط، برای آنان اهمیت دارد. بنابراین کارگاه اساساً، روشی است که مبتنی بر حل مسأله می باشد. یکی از ویژگی‌های مهم کارگاه، همکاری کامل و فعالانه تک تک شرکت‌کنندگان است. منظور اصلی از شرکت در کارگاه، فراگیری از طریق عملی و تجربی است.

در کارگاه معمولاً رئیس، جلسه اول را افتتاح و بحث‌های رهبری کننده اولیه را آغاز می‌کند. برای تشویق مشارکت افراد، معمولاً از انواع فنون بحث‌های گروهی استفاده می‌شود. سپس شرکت‌کنندگان به چند گروه کار تقسیم می‌شوند و بعد از بحث و تبادل نظر روی مسأله یا موضوع مشخص شده، نتایج خود را توسط گزارشگر گروه در جلسه عمومی مطرح می‌نمایند.

آموزش سلامت به جوامع

پاره‌ای از مشکلات بهداشتی به وسیله شخص و به تنهایی قابل حل هستند اما برای حل سایر مشکلات، همکاری بسیاری از مردم نیاز است. توانا ساختن جوامع برای دستیابی به مهارت‌های لازم برای ارتقای سلامت و حمایت از آن، یک هدف عمده در آموزش سلامت است. از طریق مشارکت جوامع، افراد معمولی و حرفه‌ای قادرند تا مشکلات بهداشتی را بررسی نموده، دانش و تجربه را به اشتراک گذاشته و راه حل مشکلات را توسعه بخشند. نقش آموزش دهنده سلامت این است که کمک کند تا جامعه به گونه‌ای خودش را سازمان دهی کند که یادگیری، به‌وقوع پیوسته و متعاقب آن، اقدامات عملی صورت پذیرد. این موضوع در جای دیگری بحث خواهد شد.

خلاصه

روش آموزشی، استراتژی یا تاکتیک است که برای ارایه محتوا انتخاب می‌شود به طوری که فراگیران به اهداف آموزشی برسند. عوامل متعددی در انتخاب روش‌های آموزشی مؤثرند که از جمله می‌توان به اهداف آموزشی، محتوا، آموزش دهندگان، فراگیران و نیازهای عملی اشاره نمود. استفاده از انواع مختلف روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی نه تنها علاقه فراگیران را افزایش می‌دهد بلکه کارایی برنامه را نیز افزایش می‌دهد و فراگیران را به مشارکت فعال تشویق می‌کند.

در آموزش سلامت روش انتخابی باید متناسب با موقعیت و مشکل بوده و با دقت انتخاب شود. افرادی که در طراحی برنامه‌های آموزش سلامت شرکت می‌کنند باید برای حل مشکلات تصمیم بگیرند که از کدام روش به منظور کمک در حل مشکلات رفتاری استفاده نمایند. در اجرای برنامه‌های آموزش سلامت طیف وسیعی از روش‌ها و فنون آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرند که تقسیم‌بندی کلی آنها به شرح زیر است:

۱- آموزش فردی: آموزش چهره به چهره و مشاوره فردی ازجمله روش‌های آموزش فردی هستند؛

۲- آموزش گروهی: روش‌های عمده و متداول در آموزش گروهی عبارتند از سخنرانی بحث گروهی، ایفای نقش، نمایش عملی، سمینار، کنفرانس و کارگاه آموزشی؛

۳- آموزش سلامت به جوامع: توانمند سازی جوامع برای دستیابی به مهارت‌های لازم جهت ارتقای سلامت، هدف اصلی در آموزش سلامت به جوامع است. هر کدام از این روش‌ها مزایا و محدودیت‌های خاص خود را دارد و در شرایط و موقعیت‌های مختلف می‌توان مناسب‌ترین آنها را انتخاب نمود.

سؤالات ارزشیابی

- ۱- فرآیند تعیین نیازهای آموزشی را توضیح دهید.
- ۲- منظور از تحلیل موقعیت چیست؟
- ۳- نیازی که توسط کارشناسان یا متخصصین بر طبق استانداردهای خودشان تعیین می شود T نیاز.....نامیده می شود.
- ۴- اگر برای مادران باردار تحت پوشش درمانگاه الف در مورد مراقبت های دوران بارداری آموزش داده شود اما مادران تحت پوشش درمانگاه ب این آموزش ها را دریافت نکنند ، می توان گفت در درمانگاه ب نیاز برای آموزش مراقبت های دوران بارداری وجود دارد.
- ۵- نیازهای آموزش سلامت منطقه تحت پوشش خود را شناسایی کنید.
- ۶- نیازهای آموزش سلامت شناسایی شده در منطقه تحت پوشش خود را اولویت بندی نمایید.
- ۷- نقش اهداف آموزشی را در فرآیند آموزش و تدریس بیان نمایید.
- ۱- انواع اهداف آموزشی را نام ببرید و برای هر کدام مثال بزنید.
- ۲- اهداف آموزشی کلی گنگ و مبهم بوده و تفسیر پذیر هستند. الف) صحیح ب) غلط
- ۳- ویژگی های اهداف رفتاری را با ذکر مثال بیان نمایید.
- ۴- قرار است در دبیرستان های شهرستان الف یک برنامه آموزشی در مورد رفتارهای پرخطر مرتبط با بیماری ایدز آموزش داده شود. اهداف آموزشی مناسب برای این برنامه را تدوین نمایید (در تدوین اهداف رفتاری به رفتار شرایط ، و معیار توجه شود) .
- ۵- اگر بخواهید اهداف رفتاری مربوط به تمرین شماره ۱۱ را ارزیابی نمایید، از چه معیارهای استفاده می کنید؟

- ۱۳- حیطه های شناختی ، عاطفی و روانی - حرکتی را با ذکر مثال توضیح دهید.
- ۱۴- مراحل تحلیل آموزشی را به ترتیب نام ببرید.
- ۱۵- تفاوت بین اهداف اجرایی نهایی و اهداف اجرایی مرحله ای چیست؟
- ۱۶- در کدامیک از انواع ارتباط اهداف آموزشی ، اهداف پیش نیاز یکدیگر هستند؟
- الف) ارتباط همتراز ب) ارتباط موازی ج) ارتباط تسلسلی د) ارتباط ترکیبی
- ۱۷- ارتباط بین اهداف آموزشی را که برای تمرین شماره ۱۱ نوشته اید ، با ذکر دلیل مشخص نمایید.
- ۱۸- منظور از رفتار ورودی چیست؟
- ۱۹- هدف از ارزشیابی تشخیصی چیست؟
- ۲۰- معیارها و اصول انتخاب محتوا را توضیح دهید.
- ۲۱- برای برنامه آموزشی مورد نظر در تمرین شماره ۱۱ محتوای آموزشی مناسب را انتخاب یا تدوین نمایید.
- ۲۲- هدف از تدوین طرح درس را بیان نمایید.
- ۲۳- اجزای تشکیل دهنده طرح درس را نام ببرید.
- ۲۴- برای برنامه آموزشی مورد نظر در تمرین شماره ۱۱ طرح درس بنویسید.
- ۲۵- اگر شما در یک مرکز بهداشتی درمانی کار می کنید که هفته ای دو جلسه برای مادران باردار در مورد مراقبت های دوران بارداری آموزش گروهی برگزار می کنید، برای بالا بردن اثر بخشی برنامه آموزش پنهان چه اقداماتی می‌توانید انجام دهید؟
- ۲۶- تعیین رفتار ورودی و ارزشیابی تشخیصی چندمین مرحله از مراحل الگوی عمومی تدریس است؟
- الف) مرحله اول ب) مرحله دوم ج) مرحله سوم د) مرحله چهارم
- ۲۷- ویژگی‌های الگوی پیش سازمان دهنده را توضیح دهید.

- ۲۸- ویژگی‌های الگوی حل مسأله را توضیح دهید.
- ۲۹- چگونگی کنش و واکنش معلم نسبت به فراگیران را در دو الگوی پیش سازمان دهنده و الگوی حل مسأله با هم مقایسه کنید.
- ۳۰- ماهیت روابط میان گروهی در دو الگوی پیش سازمان دهنده و الگوی حل مسأله را با هم مقایسه کنید.
- ۳۱- شرایط و منابع لازم در دو الگوی پیش سازمان دهنده و الگوی حل مسأله را با هم مقایسه کنید.
- ۳۲- ویژگی‌های الگوی تدریس انفرادی را توضیح دهید.
- ۳۳- به عنوان کارشناس مسئول واحد آموزش سلامت یک شهرستان قبل از انتخاب روش آموزش سلامت مناسب چه عواملی را در نظر می‌گیرید؟
- ۳۴- طبقه‌بندی کلی روش‌های آموزش سلامت را بیان نمایید.
- ۳۵- اهداف مشاوره را بیان نمایید.
- ۳۶- اصول و قواعد مشاوره را توضیح دهید.
- ۳۷- مزایا و محدودیت‌های سخنرانی را بیان نمایید.
- ۳۸- یک جلسه سخنرانی برگزار نمایید و از فنون مناسب جهت افزایش اثر بخشی آن استفاده کنید.
- ۳۹- مزایا و محدودیت‌های بحث گروهی را بیان نمایید.
- ۴۰- ویژگی‌های یک بحث گروهی با کیفیت بالا و اثر بخش را توضیح دهید.
- ۴۱- یک جلسه بحث گروهی را برگزار نمایید.
- ۴۲- روش آموزشی ایفای نقش را توضیح دهید.
- ۴۳- مزایا و محدودیت‌های ایفای نقش را بیان نمایید.
- ۴۴- ایفای نقش با کیفیت بالا و اثربخش چه ویژگی‌هایی دارد؟
- ۴۵- روش آموزشی نمایش عملی در چه مواردی کاربرد دارد؟

واژه نامه

Effectiveness	مؤثر، اثربخش
Normative need	نیاز هنجاری (تجویزی، معیاری)
Felt need	نیاز محسوس (تمایلات)
Expressed need	نیاز بیان شده (تقاضا)
Comparative need	نیاز تطبیقی (مقایسه‌ای)
Content outline	رئوس مطالب
Time estimation	برآورد زمان، تخمین زمان
Participant assignment	تکالیف فراگیر
Empathy	هم دلی
Buzz sessions	جلسات بحث آزاد، جلسات همهمه
Brain storming	بارش افکار
One to one discussion	بحث نفر به نفر
Condition	شرایط
Condition of performance	شرایط اجرا
Criteria	معیار
Performance criteria	معیار اجرا
Behavioral criteria	معیار رفتاری
Student behavior	رفتار فراگیر
Student- oriented	فراگیر محور
Teacher – oriented	معلم محور
Hidden curriculum	برنامه درسی پنهان

منابع

- ۱- ملکی حسن، مبانی برنامه‌ریزی درسی آموزش متوسطه، انتشارات سمت، ۱۳۸۲.
۲. Went ling T, planning for Effective Training, FAO, ۱۹۹۳.
- ۳- کاوه، محمد حسین، مقدمه‌ای بر نیازسنجی آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۳۸۲.
- ۴- ملکی، حسن، برنامه‌ریزی درسی (راهنمای عمل)، انتشارات مدرسه، ۱۳۷۸.
- ۵- شعبانی، حسن، مهارت‌های آموزشی و پرورشی، انتشارات سمت، چاپ دوازدهم، ۱۳۸۱.
- ۶- احدیان، محمد، مقدمات تکنولوژی آموزشی، انتشارات بشری، چاپ بیست و پنجم، ۱۳۸۲.
- ۷- بویل، پاتریک جی، برنامه‌ریزی در فرآیند توسعه روش‌های نوین در برنامه‌ریزی آموزش بزرگسالان، ترجمه: احمدی غلامرضا و شهابی، سعیده انتشارات ققنوس، ۱۳۷۴.
- ۸- غفرانی پور، فضل‌ا...، ارزیابی و تعیین نیازهای آموزشی، کارگاه آموزشی فرآیند آموزش سلامت در سلامت خانواده، وزارت بهداشت و درمان، اداره کل بهداشت خانواده، ۱۳۸۲.
۹. Linda Ewles, Ina Simnett, Promoting Health, Fifth Edition, Bailliere Tindall, ۲۰۰۳.
- ۱۰- سازمان جهانی بهداشت، آموزش برای بهداشت، ترجمه: پارس‌نیا، سعید و حکمت، سیمین، انتشارات چهر، ۱۳۷۶.
۱۱. Owen Wilson, Leslie, Curriculum Development, <http://www.uwsp.edu/education/Lwilson./curric/>, ۶/۹/۲۰۰۴.
۱۲. Perinatal Education Associates, Writing Behavioral, <http://www.birthsource.com/proarticlefile/proarticle127.html>, ۷/۴/۲۰۰۴.
۱۳. Behavioral, objectives, <http://www.oswego.edu/hurley/Behavioralobjectives.htm>, ۷/۴/۲۰۰۴.
۱۴. L.Ja Shaw, Instructor, Behavioral Objective Defined, ۷/۴/۲۰۰۴ <http://edweb.sdsu.edu/LShaw/f9syll/bloom/behobj.htm>
- ۱۵- نوروزی، داریوش و آقازاده، احمد و عزت‌خواه، کریم، روشها و فنون تدریس، دانشگاه پیام نور.
- ۱۶- کاوه، محمد حسین، "آموزش سلامت"، حاتمی، حسن و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد اول، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۳.
۱۷. <http://www.adprima.com/teachmeth.htm>, Instructional Methods, ۲۰۰۴.
۱۸. <http://www.trainer.org.uk/members/tools/role-play.htm>, Role Play, ۲۰۰۴.

کتاب سوم

تئوری ها و مدل ها

مقدمه

یکی از ویژگی‌های اساسی یک حرفه حقیقی این است که یک پایه نظری به عنوان زیر بنای عملکرد خود، داشته باشد (۱). تئوری‌های شناخته شده، در زمینه علمی می‌توانند در شکل‌گیری و مشخص نمودن دامنه فعالیت‌های یک رشته کمک کرده و در آموزش و اجتماعی شدن متخصصین آن رشته مؤثر باشند (۲).

در دو دهه گذشته، مطالب پژوهشی درباره رفتار بهداشتی و آموزش سلامت سریعاً توسعه یافته است (۳). اساسی‌ترین هدف آموزش سلامت، تغییر رفتار انسانی و یا تداوم رفتار ترجیح داده شده، می‌باشد (۱). از همین رو، آموزش سلامت به عنوان راهی شناخته شده است که می‌توان به وسیله آن به اهداف بهداشتی، پیشرفت و موفقیت در سلامت عمومی و نوآوری‌های پزشکی دست یافت (۳).

قضیه مهم در آموزش سلامت، تبادل پویا بین تئوری، پژوهش و رفتار است. درک مهمترین نظریه‌های زیر بنایی در آموزش سلامت و کاربرد تئوری در پژوهش توسط آموزش دهندگان سلامت، از اهداف بنیادی آموزش سلامت (۳). متأسفانه تئوری و ارزش آن گاهی اوقات کمتر شناخته شده است و ارتباط تئوری و عمل در جهان واقعی به میزان زیادی در تلاش‌ها و تحقیقات آکادمیک برای سال‌ها آسیب دیده است (۱).

آموزش سلامت و ارتقای سلامت، از یک پایه تئوریک استنتاج شده‌اند و شامل فرضیاتی می‌باشند که ممکن است هنوز در مراحل اولیه خود باشند. برای موفقیت در تغییر یا تثبیت رفتار سالم، آموزش دهندگان سلامت باید از عوامل مؤثر بر یادگیری مردم آگاه باشند و تئوری‌ها به این فرایند کمک می‌کنند. اصول یادگیری، تئوری‌های رفتار انسانی و مدل‌ها چارچوبی برای درک اینکه مردم چگونه یاد می‌گیرند و چگونه و چرا رفتار می‌کنند فراهم می‌کنند. علاوه بر این، تئوری‌ها چارچوبی برای مداخله مؤثر به منظور تغییر رفتار می‌باشند (۱). آموزش دهنده

سلامت، بدون استفاده از تئوری فقط مانند یک تکنسین یا مکانیک است، در حالی که متخصصانی که درکی از تئوری و پژوهش دارند، می‌توانند به دنبال چرایی بروند و مداخله مورد نظر خود را طراحی نمایند و تأثیر تغییرات حاصل از مداخله را ارزیابی نمایند. طیف وسیع متخصصین بهداشتی - درمانی، تمام یا قسمتی از توجه خود را برای تغییر رفتار مددجویان صرف می‌کنند. آنان به منظور توسعه نوآوری‌ها و مداخله موفق، در عملکردشان نیاز به درک بیشتر تئوری‌های مربوط به رفتار بهداشتی دارند تا به چگونگی رفتار فرد و عوامل مؤثر بر آن دست یابند. مربیان آموزش سلامت با استفاده از الگوی‌های بهداشتی مناسب قادر خواهند بود که به خانواده‌ها جهت سازگار شدن با رفتارهای مناسب بهداشتی کمک نمایند(۳).

به منظور اینکه آموزش‌دهندگان سلامت بتوانند تئوری را با کامل‌ترین مزایای آن به کاربرند، آنها باید مهارت‌های پیش نیاز و اطلاعات مورد نیاز برای کاربرد تئوری در مشکلات بهداشتی دارا بوده و اطمینان پیدا کنند که قادر به استفاده از تئوری به شکل مناسب هستند. در ضمن، آنها باید به این موضوع عقیده داشته باشند که مداخله مبتنی بر تئوری؛ نتایج خوبی را به بار خواهد آورد(۱). بر این اساس، در این مبحث ضمن شرح مختصر مفاهیم کلی تئوری و الگو، برخی از مدل‌ها و تئوری‌های مورد استفاده در آموزش سلامت نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

بخش ۱

تعاریف و بیان مفاهیم تئوری و مدل

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مفهوم تئوری و مدل را توضیح دهد.
 - ۲- موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها را در
 - ۳- معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب را شرح دهد.
 - ۴- قادر به انتخاب تئوری و مدل مناسب آموزش سلامت توضیح دهد.
- برای مداخله آموزشی خویش باشد.

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، را مشخص می‌کنند. - تئوری‌ها شامل یک یا چند پیشنهاد می‌باشند که به طور منطقی برای بیان پدیده‌های مرتبط به یکدیگر به کار می‌روند (۴).

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

- تئوری‌ها یک نظم‌دهی سیستماتیک از اصول اساسی است که پایه‌ای برای اتفاقات معین زندگی می‌باشد (۱).

- مفاهیم اجزای اصلی تئوری هستند. آنها قسمت پایه و اصلی یک تئوری محسوب می‌شوند. وقتی مفاهیم تدوین شده برای تئوری خاصی استفاده می‌گردد، آنها را سازه^۳ می‌نامند. مثال مفهوم سازه «حساسیت درک شده» در مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد (۵). متغیرها، تعاریف عملی مفاهیم و به عبارت دیگر شکل کاربردی مفاهیم هستند (۱).

موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت

تئوری می‌تواند در موارد بسیاری مفید باشد، اچبام، سورنسون ولوریج^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 به طور واقعی نظراتی را ارایه دهند، به منظور اینکه چگونه و تحت چه شرایطی می‌توان روی چنین اجزایی اثر گذاشت. بنابراین تئوری‌ها، ابزارهای ارزشمندی برای حل انواع وسیعی از مشکلات فراهم می‌کنند. به عبارت دیگر، اگر تئوری‌ها به خوبی تدوین و ثابت شده باشند و علاوه بر آن، اگر به خوبی نیز انتخاب و ماهرانه تطبیق داده شوند، می‌توانند به ما در پیش‌بینی پیامدهای احتمالی مداخلات حتی در موقعیت‌هایی که قبلاً هرگز با آنها مواجه نشده‌ایم، کمک کنند (۱). در نظر داشته باشید که یک چارچوب تئوریک محکم، پایه و اساسی قوی برای عملکرد فراهم خواهد نمود (۴). 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 اثرات مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری به ارتقاءدهندگان سلامت اجازه می‌دهد که برنامه‌های نظریه محور^۱ را بتوانند در مکان‌های بسیاری به کار برند (۱). یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند و راه‌هایی که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و همچنین دیدگاهی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل‌کننده رفتار فراهم آورد.

مزایای استفاده از تئوری‌ها در آموزش سلامت را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود:

۱- کمک به سازماندهی سؤالات تحقیق درباره آموزش سلامت؛

۲- درک بهتر پدیده مورد مطالعه ؛

۳- کمک به تحقیق عملکردی و کاربردی ؛

^۱ - theory-based

۴- به آموزش بهداشت برای در برگیری سؤالاتی که برای بهداشت عمومی مهم هستند، کمک می‌نمایند(۴)؛

۵- چارچوب قابل پیش‌بینی را برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی به منظور موفقیت بیشتر آن برنامه‌ریزی‌ها فراهم می‌کند؛

۶- روشی برای تشریح و توجیه کارهای آموزشی برای همکاران می‌باشند؛

۷- امکان تکرار مجدد مداخلات آموزشی موفق را فراهم می‌کند؛

۸- یک‌فرآیند منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها یا شکست‌ها می‌باشند(۶).

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» که به متخصصان امکان تمرکز بر تعداد محدودی از متغیرها و درک جامع مشکل را می‌دهد. در تئوری موضوع «چه» قسمت‌هایی را که باید هدف تغییر مداخلات قرار گیرند، به ما نشان می‌دهد. قسمت «چرا» در تئوری، فرآیندهایی که تغییرات را در متغیرهای مورد نظر ایجاد می‌کنند، بیان می‌نماید. قسمت «چه وقت» تئوری، ترتیب زمانی برای حداکثر دستیابی به مداخله را شامل می‌شود و بالاخره قسمت «چگونه» تئوری، راه‌ها یا روش‌هایی را که باید در نوآوری‌ها به آن توجه داشت بیان می‌کند که شامل وسیله‌ای مخصوص برای تعیین تغییراتی است که به وجود می‌آید (۳).

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:

۱- بر اساس 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)؛
 - ۴- دارای هماهنگی داخلی باشد و استنتاج ضد و نقیض نداشته باشد؛
 - ۵- تا اندازه‌ای رعایت صرفه‌جویی در استدلال مطالب شده باشد، در عین حال می‌بایست تعداد مفاهیم آن قابل استفاده باشد؛
 - ۶- در حد امکان با سایر تئوری‌ها سازگار باشد (۲)؛
 - ۷- تئوری باید سابقه آزمون در موضوعات مربوط به رفتار بهداشتی را داشته باشد، یا اینکه مورد استفاده اصلی آن در مداخلات آموزش سلامت باشد؛
 - ۸- باید استدلال تجربی آن در پیش‌بینی یا تغییر رفتار بهداشتی معتبر باشد؛
 - ۹- تئوری باید کارایی بالقوه‌ای برای استفاده در آموزش سلامت داشته باشد
- از آنجا که تئوری‌ها مجموعه‌ای از قوانین عمومی هستند، مانند سایر قوانین، آنها را نیز نباید کور کورانه دنبال کرد. تئوری‌ها از طریق تحقیق و پژوهش، زمانی که تقریباً همه متغیرها ثابت باشند، معتبر می‌شوند (۶). نکته قابل توجه این است که یک تئوری و مدل به تنهایی در تحقیق یا عمل در آموزش و ارتقای سلامت غالب نیست (۱،۳) و اهداف منابع، خط مشی‌ها و محدودیت‌های فردی و سازمانی عواملی هستند که در این رابطه تأثیر گذارند. در عمل تئوری‌های متفاوتی برای افراد، گروه‌ها و سازمان‌های مختلف مناسب هستند. رفتار بهداشتی و راهنمای بهداشتی که بر آنها اثر می‌گذارند، پیچیده‌تر از آن هستند که بتوان تنها از یک تئوری استفاده نمود. آموزش سلامت مؤثر، به تسلط در استفاده از بهترین تئوری‌ها و استراتژی‌های متناسب با هر رویداد بستگی دارد (۳). افراد باید در این زمینه که تئوری‌ها برای آنها کاربرد دارد یا خیر، قضاوت نمایند و اگر کاربرد داشت باید در مورد چگونگی کاربردش در رابطه با وظیفه مورد نظر، موقعیت و جمعیت خودشان قضاوت نمایند (۶). به آموزش‌دهندگان سلامت توصیه می‌شود که مرتبط‌ترین تئوری را با توجه به شرایط مکانی و زمانی خویش به کار برند (۱).

الگو یا مدل

الگو، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. الگو تصور و دید آموزش‌دهندگان را درباره اینکه «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، واضح می‌کند. همچنین یک نقشه فرآیند آموزشی است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص آموزشی و طراحی مداخلات را فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند. علاوه بر این تدوین یک مدل آموزشی روش برنامه ریزی آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارایه می‌دهد. در نهایت الگو یا مدل، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود (۵). ارپ و ارنت^۱ (۱۹۹۱) الگو را یک نقشه ادراکی^۲ و 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 (۴).

مدل‌ها یک زیر گروه برای تئوری‌ها می‌باشند. مدل‌ها نسبت به تئوری‌ها کمتر کامل بوده و جزییات کمتری نیز دارند و فقط عوامل توصیف‌کننده و ارتباطات میان آنها را مشخص می‌کنند (۱). تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند. درحالی‌که نقشه‌های ادراکی یا مدل‌ها، با انواع اختصاصی رفتار و در زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها، واقعیت را از دیدگاه مخصوص یک رشته (مثلاً اجتماعی، بیولوژیکی، اقتصادی) ارایه می‌دهند. از آنجا که تئوری‌ها مختص هر رشته هستند، اغلب در سطح علت‌ها نیز به طور اختصاصی عمل می‌کنند (۴).

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

^۱ -Ennett, Erap

^۲ -Conceptual map

فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کنند (۱).

در حال حاضر بیشتر مورد توجه هستند، زیرا آنها در مواردی که با مشکل حادی در پژوهش مواجه می‌شویم، می‌توانند موفقیت بیشتری کسب کنند. الگوها، بررسی‌ها را در جهت پاسخ به سؤالات مطالعه هدایت می‌کنند. الگوها، محدوده آنچه که در مطالعه باید مورد نظر باشد، 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 زنجیری بین مفاهیم در مدل به گونه‌ای واضح نشان داده شود.

انتخاب مدل آموزش سلامت، اولین گام در فرایند طراحی یک برنامه آموزشی محسوب می‌شود. یک مدل آموزشی، برنامه را در مسیر صحیح شروع کرده و هدایت برنامه را تا مرحله ارزشیابی ارایه می‌دهد. 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، 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 بر تبیین تغییر رفتار و اینکه چرا در فردی رفتار غیر بهداشتی تغییر می‌کند و در فرد دیگری تغییر نمی‌کند، متمرکز است. در مقابل الگوی پری‌سید بر فرایند طراحی و برنامه‌ریزی تأکید دارد. این الگو هم در برنامه‌های آموزش به مددجو و هم در آموزش کارکنان کاربرد دارد (۵).

^۱ -Pender

بخش ۲

مدل قصد رفتاری

تئوری عمل منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- زمینه تاریخی و نظری تئوری را تعریف کند.
- ۲- مبتکرین و ارایه دهندگان مدل عمل منطقی را نام ببرد.
- ۳- مواردی که منجر به توسعه مدل شده است را شرح دهد.
- ۴- هدف تئوری را تعریف کند.
- ۵- مشخصات و واژه‌های کلیدی تئوری را شرح دهد.
- ۶- کاربرد تئوری در آموزش سلامت را شرح دهد.

زمینه تاریخی و نظری تئوری

در سال ۱۹۶۴ رامی^۱ اظهار داشته که «ما در جستجوی چیزهایی هستیم که طلب می‌کنیم و احتمالاً برای ما و دیگران لذت بخش هستند و فعالیت‌های ما در جهت‌ی است که رسیدن و به دست آوردن آنها را ممکن می‌سازد».

فرضیه اصلی در تئوری انتظار ارزش «اصل نیل به حداکثر» است. به طور رسمی پاسکال در سال ۱۹۶۹ اعلام کرد، ارزش مورد انتظار برای یک عمل خاص جمع جبری پیامدهای بالقوه یا نتایج آنها و ارزش‌های هر پیامد و ترتیب و توالی آنها می‌باشد. تئوری‌های انتظار ارزش به دنبال توصیف اینکه: چگونه مردم تصمیم می‌گیرند؟ نمی‌باشند، بلکه این تئوری روشی برای تعریف عملی و ارزیابی سیستماتیک اجزای تصمیم‌گیری برای انجام رفتار خاص ارائه می‌دهد. این تئوری‌ها تاریخچه‌ای طولانی در روان‌شناسی داشته و در مقاله‌های پژوهشی در زمینه یادگیری، شکل‌گیری نگرش‌ها و تصمیم‌گیری، رهبری، انگیزه شخصیت، قدرت اجتماعی به دفعات به کار گرفته شده است.

قاعده تصمیم‌گیری یا اصل «نیل به حداکثر» به ما می‌گوید که مردم در انتخاب رفتار معتقدند که رفتار باید حداکثر پیامدهای خوب و حداقل پیامدهای بد را برای آنها داشته باشد. تئوری‌های انتظار ارزش فقط در مواردی که رفتار مورد کنترل فرد است، استفاده می‌شوند. رفتارهای اجباری و اضطراری در موقعیت‌هایی که انتخاب برای فرد محدود است، در قلمرو بحث این تئوری‌ها نیست (۷).

تئوری انتظار ارزش در واقع قضاوت خود شخص است، نسبت به رفتاری که قصد انجام آن را دارد و پس از قضاوت در مورد رفتار تصمیم‌گیری می‌نماید و تئوری عمل منطقی در واقع کاربرد تئوری انتظار ارزش است.

^۱ -Ramey

مبتکرین و ارایه دهندگان مدل عمل منطقی

تئوری عمل منطقی در سال ۱۹۶۷ معرفی شد و در طی اوایل دهه ۱۹۷۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت و به وسیله آجزن و فیش‌بین^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 فیش‌بین 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 سال‌های ۱۸۶۲ روان‌شناسان شروع به توسعه تئوری‌هایی کردند که چگونگی تأثیر نگرش بر رفتار را نشان دهند. روان‌شناسان اجتماعی مطالعه بر روی نگرش‌ها و رفتارها را بین سال‌های ۱۹۱۸ تا ۱۹۶۲ ادامه دادند و مشاهده کردند که تئوری‌های جدیدی مطرح می‌گردد. از زمانی که روان‌شناسان توجه به واژه «نگرش» را شروع کردند، تأکید آنها باعث رشد این تئوری در قرن نوزدهم شد. تئوری آنها بیان می‌کرد که «نگرش‌ها می‌توانند اعمال انسان را شرح دهند». توماس و زنانیکی اولین روان‌شناسانی بودند که به نگرش به عنوان فرآیندهای روانی فرد که تعیین کننده پاسخ‌های واقعی و بالقوه فرد است توجه کردند و این زمانی بود که دانشمندان اجتماعی شروع به توجه به نگرش به عنوان یک پیش‌بینی کننده رفتار کردند. این عقاید تا اوایل دهه ۱۹۶۰، یعنی زمانی که بسیاری از دانشمندان اجتماعی شروع به مرور نگرش‌ها و پیش‌بینی کننده‌های رفتار کردند، تقریباً دست نخورده باقی ماند.

^۱ -Ajzen & Fishbein

- دانشمندان ذیل در درک روابط بین نگرش‌ها و رفتارها تأثیر گذار بودند :
- در اوایل ۱۹۲۹، تورستون روش‌هایی را برای اندازه‌گیری نگرش‌ها با استفاده از معیارهای فاصله‌ای ارایه داد. به دنبال معیار تورستون، معیار مشهور و اختصاصی‌تر لیکرت مورد استفاده قرار گرفت.
 - در سال ۱۹۳۵، گوردن آلپورت این تئوری را که « رابطه بین نگرش - رفتار، یک رابطه یک بعدی نیست» ارایه نمود و نگرش‌ها به عنوان سیستم‌های پیچیده ای که ساخته عقاید، احساسات و تمایلات رفتاری شخص نسبت به موضوع هستند، مورد بررسی قرار گرفتند.
 - در سال ۱۹۴۴، لوئیز گاتمن، معیاری تحلیلی به منظور سنجش عقاید درباره یک موضوع را ارایه داد.
 - دوب^۱ در ۱۹۴۷، عقیده تورستون را درباره اینکه نگرش به طور مستقیم مربوط به رفتار نیست بلکه می‌تواند چیزهایی درباره الگوی رفتار به ما ارایه دهد، پذیرفت.
 - در سال ۱۹۵۰، این نقطه نظر که نگرش چند بعدی است، عمومی و همگانی شد.
 - رزنبرگ و هاولند در ۱۹۶۰، این تئوری را ارایه نمودند که نگرش یک فرد نسبت به یک موضوع، برگرفته از عاطفه (احساس)، شناخت و رفتار است.
 - در سال ۱۹۶۹، ویکر بررسی وسیعی را بر روی موضوع انجام داد و تعیین کرد که « به طور قابل ملاحظه‌ای این احتمال وجود دارد که نگرش‌ها بدون ارتباط با رفتارهای کلی باشند و یا حداقل ارتباطی جزئی با آنها داشته باشند، در حالی که به طور نزدیک در ارتباط با اعمال هستند».

^۱ - Doob

به عنوان نتیجه‌ای از این پیشرفت‌ها، فیش‌بین و آجزن تلاش کردند که راه‌های پیش‌بینی رفتارها و نتایج را جستجو نمایند. آنها فرض کردند که افراد معمولاً کاملاً منطقی بوده و به طور سیستماتیک از اطلاعاتی که در دسترس‌شان قرار می‌گیرد، استفاده می‌کنند. آنها کاربردهای رفتار را قبل از اینکه تصمیم بگیرند که رفتار اراییه شده را به کار بگیرند و یا نه مورد بررسی قرار می‌دهند (۸). بعد از مرور همه مطالعات، آنها فرضیه‌ای را که می‌توانست رفتار و نگرش‌ها را درک و پیش‌بینی نماید، اراییه دادند. چارچوب آنها که به عنوان **تئوری عمل منطقی** شناخته شده، به قصدهای رفتاری بیش از نگرش‌ها به عنوان پیش‌بینی کننده‌های اصلی رفتار توجه دارد.

همانطور که تئوری عمل منطقی در علم 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 مفهومی از **کنترل رفتاری درک شده** است. افزودن این عنصر منجر به ایجاد تئوری جدیدتری تحت عنوان « **تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده** » گردید (۸ و ۹).

هدف تئوری

- ۱- پیش‌بینی و درک تأثیرات انگیزشی بر رفتار که تحت کنترل ارادی فرد نیست؛
- ۲- شناسایی اینکه چگونه و کجا استراتژی‌های اصلی برای تغییر رفتار به کار گرفته شود؛
- ۳- توصیف و شرح واقعی هر رفتار انسانی مانند اینکه چگونه شخص یک ماشین جدید می‌خرد، برعلیه یک کاندیدای معین رأی می‌دهد، از کار غیبت می‌کند.

مشخصات و واژه‌های کلیدی تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی

شده

این تئوری چارچوبی برای مطالعه نگرش‌ها از طریق رفتارها فراهم می‌کند. بر طبق این تئوری مهمترین عوامل تعیین کننده رفتار شخص، قصد فرد است. قصد فرد است که منجر به انجام یک رفتار می‌شود و ترکیبی از نگرش نسبت به انجام رفتار و هنجارهای ذهنی می‌باشد. نگرش فرد نسبت به رفتار شامل: عقیده رفتاری بارز، ارزشیابی از نتایج رفتار و هنجارهای ذهنی شامل: عقیده هنجاری^۱ و انگیزه برای اطاعت است (۸).

راندل نیز بیان می‌کند که رفتارهای شخص به وسیله قصدهای رفتاری آنها تعیین می‌شود و قصدهای رفتاری را عملکرد دو عامل مختلف می‌داند.

عامل اول: نگرش نسبت به رفتار است که چنگ^۲ آن را به عنوان « محصول عقیده بارز فرد»^۳، توصیف کرده که قصدهای رفتاری، رفتار را به طرف نتایج قطعی و ارزشیابی از نتایج^۴ که میزان مطلوب بودن نتیجه را نشان می‌دهد، هدایت خواهد کرد. 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. شخصی که

^۱ -normative belief

^۲ - chang

^۳ -Product of one's salient belief

^۴ - Evaluation of the outcomes

اعتقاد دارد انجام عملی برایش نتیجه مثبت دارد، نسبت به نتیجه رفتار و انجام آن گرایش مطلوب خواهد داشت و عکس آن نیز صادق می‌باشد. بنابراین اعتقادات در تشکیل نگرش‌ها و همچنین در رابطه با نتایج رفتار و ارزشیابی نتایج رفتار موثر هستند.

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

عامل دوم: هنجارهای ذهنی^۱ (انتزاعی) است که محصول عقیده هنجاری^۲ فرد است که به عقیده شخص در مورد افکار قبلی‌اش در مورد اینکه « باید یا نباید رفتاری را انجام دهد»، مربوط می‌شود 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 این حالت 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 شخص افراد مهمی 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

^۱ - Subjective norms

^۲ - Normative belief

نبوده و از او بخواهند که این کار را نکند. در این حالت، احتمال دارد او از خواسته‌های افرادی که برایش مهم‌تر از بقیه هستند، تبعیت نماید.

علاوه بر عقیده هنجاری، انگیزه فرد برای اطاعت^۱ نیز بر هنجارهای ذهنی تأثیر گذار است. مثلاً برخی زنان دارای این عقیده هنجاری هستند که باید 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 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.

برخی مواقع ممکن است یک فرد نگرش مثبت برای انجام کاری را 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 قرارگیرد.

تعریف ساده تئوری عمل منطقی به این شکل مطرح می‌شود که رفتار یک شخص بستگی به نگرش وی به یک رفتار خاص و چگونگی نظر سایر افراد نسبت

^۱ - Motivation to comply (M.C)

به آن رفتار دارد (دیدگاه سایر افراد مهم جامعه). هر دوی اینها عواملی هستند که قصد رفتاری یک شخص را و اینکه آیا فرد رفتاری را انجام بدهد یا انجام ندهد، تعیین می‌کند (۹ و ۱۵).

طبق نظر دونالد و کوپر^۱ این‌طور عنوان می‌شود که براساس بررسی‌های موجود توان و قدرت پیش‌بینی رفتار در این مدل بیشتر مربوط به نگرش نسبت به یک رفتار خاص است و نتیجه‌گیری کرده‌اند که اساساً نگرش در مقایسه با نرم‌های اجتماعی بیشترین تأثیر را در کنترل رفتار دارد (۱۰).

گلانز معتقد است اگر شخص درک کند که نتیجه انجام یک رفتار مثبت است، او یک نگرش مثبت نسبت به انجام رفتار خواهد داشت. خلاف این مسأله نیز وقتی صدق می‌کند که تصور شود، رفتار نتیجه منفی دارد. از طرف دیگر اگر سایرین انجام رفتار را مثبت بدانند و فرد برای برآوردن انتظارات سایرین انگیزه داشته باشد، یک هنجار ذهنی مثبت مورد انتظار است. اگر نزدیکان فرد تلقی منفی از رفتار داشته باشند و فرد بخواهد انتظارات این افراد را برآورده سازد، احتمالاً یک هنجار ذهنی منفی برای فرد تجربه می‌شود.

نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی با معیارهایی نظر لیکرت می‌تواند مورد اندازه‌گیری قرار گیرد. با استفاده از عبارات و واژه‌هایی مانند: تمایل / عدم تمایل، خوب / بد، موافق / مخالف. قصد انجام یک رفتار، بستگی به نتیجه نگرش‌های فرد و هنجارهای ذهنی او دارد. یک نتیجه مثبت، قصد رفتاری را نشان می‌دهد.

تئوری عمل منطقی در مورد رفتارهایی که تحت کنترل ارادی فرد هستند، بیشترین موفقیت را دارد. اگر رفتارها کاملاً تحت کنترل ارادی فرد نباشند، اگرچه ممکن است به میزان بالایی به وسیله نگرش‌های فرد و هنجارهای ذهنی او برانگیخته شده باشد، با مداخله شرایط محیطی ممکن است، واقعاً انجام رفتار میسر

^۱ - Donald & Cooper

نشود. تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده براساس پیش‌بینی رفتارهایی که افراد کنترل ارادی کاملی بر آن ندارند، توسعه یافته است.

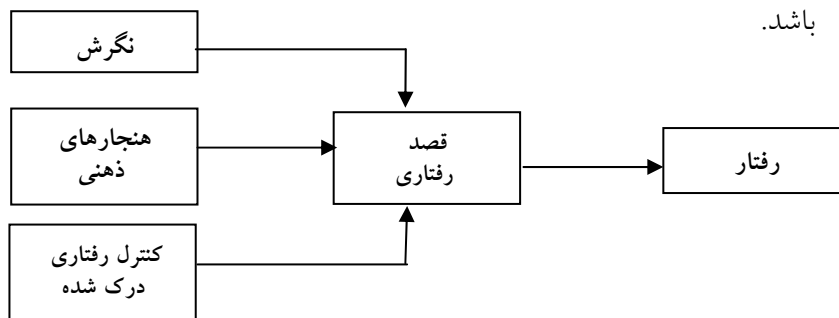
تفاوت اصلی بین تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، براساس اضافه شدن سومین عامل تعیین کننده قصد رفتاری، یعنی کنترل رفتاری درک شده است.

کنترل رفتاری درک شده به وسیله دو عامل تعیین می‌شود :

۱- اعتقادات کنترل شده^۱

۲- قدرت درک شده^۲

کنترل رفتاری درک شده، نشان می‌دهد که انگیزه یک فرد به وسیله درک او از میزان دشواری رفتارها و میزان موفقیت وی در انجام یا عدم انجام یک رفتار، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اگر شخص اعتقادات قوی کنترلی درباره وجود عوامل تسهیل کننده یک رفتار داشته باشد، کنترل درک شده بالایی بر روی آن 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.



^۱ - Control belief

^۲ - Perceived power

تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده

کنترل رفتاری درک شده نشان می‌دهد که تا چه اندازه یک فرد احساس می‌کند انجام یا عدم انجام رفتار تحت کنترل ارادی او قرار دارد. اگر فرد عقیده داشته باشد که منابع یا فرصت‌های انجام رفتاری را ندارد، احتمالاً قصد قوی برای انجام رفتار نخواهد داشت اگرچه نگرش‌های مثبت نسبت به رفتار داشته باشد و حتی عقیده داشته باشد که افراد مهم هم آن رفتار را تصویب می‌کنند (هنجارهای ذهنی). کنترل رفتاری درک شده می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق قصد رفتار، رفتار را تحت تأثیر قرار دهد. هم خوانی درک از کنترل و کنترل واقعی شخص بر روی رفتار، یک مسیر مستقیم از کنترل رفتاری درک شده به رفتاری است که انتظار می‌رود؛ آشکار شود (۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴).

به طور کل 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 یا خیر. 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 (۸ و ۹).

کاربرد تئوری 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، مداخله و توسعه برنامه پیشگیری می‌باشد. این تئوری در پیش‌بینی و درک قصدها، رفتارها و نتایج بهداشت در ارتباط با رفتارهایی مثل کاهش وزن، مصرف الکل، سیگار کشیدن، فعالیت فیزیکی و غیره مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در موارد دیگری چون اهدای خون، استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، استفاده از کمربند ایمنی، رفتار باروری و بهداشت زنان و بهداشت دهان و دندان نیز این تئوری مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸ و ۹).

در واقع، متخصصین آموزش سلامت در هنگام استفاده از این مدل 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.

بخش ۳

مدل اعتقاد بهداشتی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- زمینه‌های ایجاد مدل و اهمیت آن را ۵- محدودیت‌های کلی الگوی اعتقاد
مورد بررسی قرار دهد. بهداشتی را شرح دهد.
- ۲- بنیان‌گذاران مدل را نام ببرد. ۶- کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی را در
۳- هدف الگو را شرح دهد. آموزش سلامت مورد بررسی قرار دهد.
- ۴- توصیف کننده‌های مدل را نام برده و
شرح دهد.

زمینه‌های ایجاد مدل و اهمیت آن

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 مبتنی بر اعتقادات شخص است. این اعتقادات شامل موارد زیر می‌باشد:

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، روان‌شناسان اجتماعی در طراحی مدل اعتقاد بهداشتی، نقش مؤثری داشتند و اساس کار آنها بر مبنای تئوری کورت لوین استوار بود. مدل اعتقاد بهداشتی، بر این موضوع که چطور ادراک شخص ایجاد انگیزه و حرکت کرده و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود، تأکید می‌کند. این مدل بر انگیزش، تجربیات گذشته فرد و به طور کلی بر تغییر در اعتقادات متمرکز است و قادر به شرح رفتارهای بهداشتی دراز مدت و کوتاه مدت می‌باشد.

طبق نظر لوین، رفتار فرد به ارزش‌هایی که او برای مسأله قایل است، برمی‌گردد. وی می‌گوید: ارزش‌های مثبت و منفی در رفتار فرد تأثیر جدی دارد، همچنین این ارزش‌ها با برداشت انتزاعی شخص از احتمال موفقیت ارتباط پیدا می‌کند (اینکه آیا این عمل شدنی است و در این صورت برای فرد مفید است یا خیر). به خصوص در مورد رفتارهای جدیدی که برای اولین بار در جامعه ایجاد می‌گردد، این مسأله بیشتر صدق می‌کند. اگر دستیابی به هدفی مشکل باشد، احتمال موفقیت بسیار کمتر بوده و در نتیجه ارزش‌گذاری منفی می‌شود. برعکس، اگر دستیابی به یک هدف ساده باشد، احتمال موفقیت بیشتر بوده و ارزش‌گذاری مثبت می‌شود. به عبارت دیگر، تخمین

فرد از احتمال موفقیت در رفتار مورد نظر، باعث اتخاذ یا عدم اتخاذ رفتار می‌گردد. لوین مشکلات یا موانعی که در راه هدف وجود دارد، تحت عنوان ارزشیابی منفی می‌نامد که در برنامه‌ریزی آموزش سلامت باید این عوامل را تا حد امکان کاهش داده و آنها را حذف نمود.

بنیان‌گذاران مدل

گودفری هاچبام^۱، متولد ۱۹ نوامبر ۱۹۱۶، روان‌شناس پژوهشگر بخش خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده (۱۹۶۷-۱۹۵۲)، نایب رئیس و رئیس بخش علوم رفتاری در خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده (۱۹۶۷-۱۹۵۷) و استاد علوم رفتاری و آموزش بهداشت دانشکده بهداشت عمومی، دانشگاه کارولینای شمالی.

استفان کگل^۲، متولد ۲ ژانویه ۱۹۴۵، از دانشمندان علوم رفتاری، رئیس بخش مطالعات روان‌شناختی اجتماعی، گروه بهداشت عمومی دهان و دندان، در بخش خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده (۱۹۶۰-۱۹۵۷)، استاد گروه روان‌شناختی دانشگاه کانکتی کوت^۳ (۱۹۶۸-۱۹۵۷)، استاد دانشگاه میشیگان (۱۹۸۶).

اروین روزنستاک^۴، متولد ۱۵ ژانویه ۱۹۲۵، روان‌شناس خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده (۱۹۶۱-۱۹۵۱)، استادیار بهداشت رفتاری، دانشگاه بهداشت عمومی دانشگاه میشیگان (۱۹۶۵-۱۹۶۱)، استاد بهداشت رفتاری و رئیس گروه آموزش بهداشت رفتاری دانشگاه میشیگان (۱۹۷۵).

همه افراد فوق در روان‌شناسی اجتماعی با گرایش پدیده‌شناسی آموزش دیده و به شدت تحت تأثیر تئوری‌های کرت لوین قرار داشتند (۱).

^۱-Godfery Hochbaum

^۲- Stephen Kegels

^۳- Connecticut

^۴-Irwin Rosen stock

هدف الگو

الگوی اعتقاد بهداشتی، در آغاز به عنوان یک شیوه ساختاری برای بیان و پیش‌بینی رفتار بهداشتی و پیشگیری‌کننده مطرح شد و توسعه پیدا کرد. الگوی فوق بر ارتباط بین رفتارهای بهداشتی و اقدامات و نیز بهره‌گیری از خدمات بهداشتی تأکید می‌نماید. در سال‌های اخیر، الگوی باور بهداشتی مورد بازنگری قرار گرفته است تا ابعاد مختلف بهداشت عمومی را به منظور تشخیص ناخوشی و رفتار بیمار (علاوه بر رفتار بهداشتی) در برگیرد. طراحان الگوی اعتقاد بهداشتی، پژوهش عمده‌ای را دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ به منظور بیان منظم و صحیح رفتار پیشگیری‌کننده انجام دادند. شروع الگو از سال ۱۹۵۲ توسط گود فری هاجبام بود که به عنوان آغازگر یک پژوهش ساختاری مبتنی بر نظریه‌ای در مورد رفتار بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است. تلاش او، در جهت تعریف عوامل مهمی بود که بر تصمیم‌گیری شخص برای انجام رادیوگرافی به منظور تشخیص سل زودرس مؤثر بودند. پژوهشگران اولیه نیز مانند لوین، جزء قوی درک و جهان‌بینی رفتاری شخص را در الگو گنجانده‌اند. سپس این الگو مورد بازنگری قرار گرفت تا انگیزش‌های بهداشت عمومی به منظور تشخیص ناخوشی و رفتار و نقش بیمار را نیز در برگیرد. تمرکز عمده پژوهشگران الگوی باور بهداشتی، بر روی پویایی فعلی فرد می‌باشد.

الگوی باور بهداشتی تلاش می‌کند تا رفتارهای مرتبط با بهداشت را در الگوهای اعتقادی معین، پیش‌بینی نماید و تأکید آن بر طبقه‌بندی‌های مشخصی قرار گرفته است. الگو برای بیان و پیش‌بینی رفتار بهداشتی پیشگیری‌کننده، نقش و رفتار بیمار مورد استفاده قرار گرفته است. الگوی باور بهداشتی در تمام مطالعات و در همه زمینه‌های رفتار بهداشتی به کار گرفته شده است.

انگیزه شخص در اتخاذ یک رفتار بهداشتی می‌تواند به سه مقوله مجزا تقسیم شود:

- ۱- ادراکات شخصی فرد ۲- رفتارهای تعدیل کننده ۳- احتمال عمل یا اقدام
- ادراکات شخصی، عواملی هستند که بر درک از بیماری یا ناخوشی اثر می‌کنند. آنها در مورد اهمیت سلامت برای فرد، حساسیت درک شده^۱ از مشکل و شدت درک شده^۲ یعنی صدمه، ناتوانی یا دیگر پیامدهای منفی بحث می‌نمایند. برخی از محققین از جمله بیکر و می‌من، این دو عامل را با هم ادغام کرده و تهدید درک شده^۳ را به عنوان یکی از سازه‌های مدل ارایه می‌دهند.
- عوامل تعدیل کننده یا تسهیل کننده: شامل متغیرهای جمعیت شناسی، تهدید درک شده و راهنما برای عمل می‌باشند.
- بعد از ظهور ادراکات فردی، عوامل تعدیل کننده نقش خود را ایفا می‌نمایند. تصمیم نهایی برای انجام یک رفتار به میزان زیادی تحت تأثیر عوامل تعدیل کننده قرار می‌گیرد که این عوامل عبارتند از: متغیرهای دموگرافیکی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات؛ متغیرهای روان شناختی اجتماعی مثل شخصیت و فشار همسالان؛ متغیرهای ساختاری مثل آگاهی درباره بیماری یا آن وضعیت؛ و... نیز راهنمای عمل. این عوامل فقط به طور غیر مستقیم یعنی از طریق ارتباطشان با تهدید درک شده، بر روی تمایل به انجام عمل اثر می‌گذارند.
- مثلاً نوجوانی که می‌خواهد تصمیمی آگاهانه درباره مقاربت جنسی بگیرد، مذهب و ارزش‌های اخلاقی حاکم در خانواده، ممکن است نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری او داشته باشند. همچنین عملکرد همسالان، نگرش‌ها و ادراکات فردی نسبت به آن عمل نیز احتمالاً در تصمیم وی مؤثر خواهند بود. افرادی که به گونه‌ای غلط درک

^۱ - Perceived Susceptibility

^۲ - Perceived Severity

^۳ - Perceived Threat

می‌کنند که تمام همسالان و دوستانشان از نظر جنسی فعال هستند، ممکن است به این فعالیت تشویق شوند. عامل تعدیل‌کننده دیگر، دانش و آگاهی لازم درباره این خطر است که نوجوان می‌تواند آن را از طریق کلاس‌های آموزش سلامت به دست آورد. شاید یک عامل تعدیل‌کننده مهم دیگر، اعتماد به نفس خود نوجوان باشد که به وی اطمینان خاطر می‌دهد و منجر می‌شود تا نوجوان به طور مستقل و بدون ترس از ریشخند شدن توسط همسالان، تصمیمات مهم را بگیرد. اغلب این عوامل و یا تمامی آنها، می‌توانند برای اثر گذاشتن بر روی رفتار با یکدیگر ترکیب شوند.

عامل تعدیل‌کننده دیگر، رسانه‌های جمعی و یا دیگر منابعی هستند که به عنوان فراخوان‌هایی برای انجام یا توقف عمل، فعالیت می‌کنند (براساس چگونگی تفسیر افراد از پیام‌ها). پیام‌های رسانه‌ها که نوجوانان را به فعالیت جنسی تشویق نمی‌کنند، ممکن است با پیام‌های نشأت گرفته از خانه، مدرسه و... که حمایت‌کننده وضعیت خودداری از فعالیت جنسی هستند، سازگار باشند. بسیاری از تبلیغات، موسیقی‌ها و برنامه‌های تلویزیونی ممکن است به عنوان مشوقان فعالیت جنسی در نظر گرفته شوند اما به دلیل ناسازگاری با ادراکات تثبیت شده نسبت به آن موقعیت، رد می‌شوند. عوامل تعدیل‌کننده، اغلب ارزش‌های مثبت و منفی را برای شخص تصمیم‌گیرنده فراهم می‌نمایند. راهنمای عمل نیز از عوامل تعدیل‌کننده، دیگر می‌باشد.

احتمال اتخاذ عمل : در مورد عوامل تأثیرگذار بر احتمال اتخاذ رفتار مناسب، بحث می‌کند و از طریق تعادل یا عدم تعادل بین نیروهای مثبت و منفی درک شده مؤثر بر رفتار شخص، تعیین می‌شود. همانند احتمال عمل به توصیه‌های پیشگیری‌کننده بهداشتی.

تا اینجا مطرح گردید که بر طبق مدل، شخص فقط زمانی عمل می‌نماید که حساسیت خود را به پیامدهای ناخواسته عمل، تصدیق نماید، همچنین باید بخواهد

که آسیب‌پذیری (حساسیت) را کاهش دهد و یا اینکه انگیزه‌هایی برای کاهش تهدید داشته باشد و از طرف دیگر شدت درک شده مشکلات نیز برانجام رفتار مؤثری باشد و در نهایت افراد برای انجام عمل، بایستی تخمینی از فواید عملکرد منهای موانع آن را محاسبه نمایند. این محاسبه برای جوانانی که راهنمایی‌هایی از بزرگسالان دریافت نکرده‌اند، می‌تواند وظیفه‌ای مشکل باشد.

بالاخره 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. الگوی باور بهداشتی بیانگر آن است که درک شخص از تهدید یک مسأله بهداشتی حداقل تحت تأثیر سه عامل قرارداد:

- ارزش‌های عمومی سلامت، که شامل علایق و تمایلات به سلامتی است؛
- باورهای ویژه اختصاصی بهداشتی درباره آسیب‌پذیری وی به تهدید حاصل از یک مسأله بهداشتی مشخص؛

- اعتقادات فرد درباره شرایط و چگونگی مشکلات بهداشتی.

وقتی شخص تهدیدی را نسبت به سلامتی خود درک می‌کند، محرک و راهنمایی برای عمل اوست. درک منافع و موانع برای انجام عمل نیز ممکن است، فرد را به اتخاذ عمل در مورد توصیه‌های بهداشتی پیشگیری‌کننده سوق دهد. همچنین برخی متغیرها (جمعیت‌شناسی، روانی و اجتماعی و ساختاری) می‌توانند تصمیم‌گیری فرد را تحت تأثیر قرار دهند.

در واقع رفتار از دیدگاه مدل اعتقاد بهداشتی به صورتی که در ذیل آمده مورد توجیه و توضیح قرار گرفته است.

بیکر^۱ (۱۹۷۴)، رفتار بهداشتی را این‌گونه تعریف می‌نماید: «رفتار بهداشتی عبارتست از هر نوع فعالیت انجام شده توسط افرادی که عقیده دارند باید سالم

^۱ -Becker

باشند و این فعالیت‌ها به منظور تشخیص و جلوگیری از بیماری در هر مرحله (حتی بدون علامت) صورت می‌گیرد» (۱). براساس مدل اعتقاد بهداشتی، رفتار تابعی از دانش و نگرش است (۱۰) و در حقیقت براساس این اندیشه شکل گرفته که آیا ادراک فرد از یک تهدیدکننده سلامتی رفتار او را تغییر می‌دهد یا خیر (۸). بنابراین در تلاش است تا رفتارهای مرتبط با سلامتی را از طریق الگوهای عقیدتی معینی توضیح داده و پیش‌بینی نماید (۶، ۴).

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 زمانی فرد رفتارش را تغییر می‌دهد که به این نتیجه رسیده باشد، انجام آن رفتار برای او سودمند است؛
- ۲- تخمین شخص از احتمال اجرای رفتاری که باعث دست یافتن به هدف مورد نظر می‌شود.

از نظر بیکر و می‌من^۱ فرد رفتاری را انتخاب می‌کند که اولاً (بیشترین سود را در برداشته باشد؛ ثانیاً در جامعه قابل دسترس باشد (۲).

بر این اساس زیربنای مدل اعتقاد بهداشتی، تئوری انتظار ارزش است، به این ترتیب رفتار شخص براساس مسایل مشخصی مثل حساسیت و شدت درک شده از مسأله می‌تواند قابل پیش‌بینی باشد (۳).

پرورش این موضوعات در ذهن فرد منجر به دو نتیجه می‌شود:

الف- تمایل می‌یابد که از بیماری دوری کند. بنابراین سعی می‌کند که بیمار نشود؛

ب - اگر بیمار باشد، تمایل برای بهبود پیدا کردن در او ایجاد می‌شود. یعنی؛

^۱ - Becker و Maiman

ب- اعتقاد پیدا می‌کند که یک رفتار بهداشتی مشخص مانع بیمار شدن او می‌شود (۸).

اگر یک فرد اقدام به انجام یک حرکت خاص مانند رفتن به کلینیک برای آزمایش غربالگری سرطان کند، او مجبور است:

۱- معتقد باشد که سلامتی او در معرض خطر است و نسبت به یک مسأله و مشکل بهداشتی حساس بوده و مستعد ابتلای به آن است. بدین معنی که مشکل بهداشتی می‌تواند در او اثر بگذارد (به جای اینکه بر سایر مردم یا جامعه به عنوان یک کل مؤثر باشد). برای یک بیماری بدون علامت مثل افزایش فشارخون یا مراحل اولیه سرطان، شخص باید معتقد باشد که بدون اینکه علایم بیماری را احساس نماید، می‌تواند مبتلا به بیماری باشد. به این مجموعه عقاید معمولاً «عقیده به حساس بودن» اطلاق می‌شود؛

۲- شدت و جدیت بالقوه باعث می‌شود فرد بیماری را به صورت درد یا ناراحتی، زمان از دست رفته کار، مشکلات اقتصادی و... درک نماید و اینکه اگر اقدامی انجام ندهد مشکل بهداشتی می‌تواند منجر به مرگ یا سایر نتایج جدی برای او شود؛

۳- از طریق ارزیابی شرایط، به این عقیده برسد که فواید ناشی از رفتار توصیه شده بیشتر از ناراحتی‌ها و هزینه‌های وضع موجود می‌باشد و این فواید درواقع از طریق رفتار توصیه شده به دست خواهند آمد. به عبارت دیگر اینکه اقدام وی، موجب پیشگیری از مشکل بهداشتی می‌شود و منافع حاصل از این اقدام نقاط ضعف را کاهش خواهد داد و در عین حال این اقدامات گران نمی‌باشند. در مدل باور بهداشتی این موارد تحت عنوان فواید و هزینه‌های درک شده نامیده می‌شوند (توجه کنید که این مجموعه عقاید معادل پاداش‌ها و موانعی که در مدل پری‌سید تحت عنوان عوامل قادرکننده و تقویت‌کننده مطرح می‌شوند نیستند)؛

۴- باید یک راهنمای عمل^۱ یا نیروی تسریع کننده وجود داشته باشد که فرد برای انجام عمل احساس نیاز نماید (۱۰، ۱۱، ۱۲).

دیگنان و کار^۲ (۱۹۹۲) اثر بخشی را وابسته به سه عامل می‌دانند:

۱- آمادگی شخص برای در نظر گرفتن تغییر رفتار به منظور اجتناب از بیماری یا به حداقل رساندن خطرات سلامتی؛

۲- وجود نیروهایی در اطراف شخص و قدرت آنها که تغییر را ضروری و محتمل سازند؛

۳- خود رفتار مجموعه پیچیده‌ای است از نیروها که با شخصیت و محیط زندگی فرد و تجربیات گذشته وی از خدمات و کارکنان بهداشتی مرتبط هستند و عوامل فوق را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از نیروهای محیطی که می‌توانند در تغییر مؤثر باشند، آموزش دهندگان سلامت می‌باشند (۱).

برای روشن‌تر شدن موارد فوق توجه شما را به چند مثال جلب می‌نمایم:
به عنوان مثال یک خانم ممکن است هنگامی شروع به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری کند که :

۱- از قبل چندین فرزند دارد اما می‌داند که سال‌های متمادی دیگری کماکان توانایی بچه دار شدن را داراست؛

۲- مشاهده کند که وضع سلامتی و اوضاع اقتصادی همسایگانش به علت داشتن فرزند زیاد دچار نابسامانی شده است؛

۳- شنیده باشد که یک روش خاص پیشگیری از بارداری، به میزان ۹۵ درصد مؤثر می‌باشد؛

۴- روش مورد نظر مطمئن باشد و در عین حال گران هم نباشد؛

^۱ - cues to action

^۲ -Dignan & Carr

۵- از طریق کارمند بهداشتی مربوطه، برای شروع و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری انگیزه پیدا کرده باشد (۱۰)

توصیف‌کننده‌های مدل

تهدید درک شده: دارای این مفهوم است که فرد احساس کند در معرض تهدید ابتلا به یک بیماری قرار گرفته و رفتار پیشگیری‌کننده‌ای را 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: برخی در حد انتهای قسمتی قرار می‌گیرند که احتمال قرار گرفتن در وضعیت ناخوشایند را انکار می‌کنند؛ برخی افراد در رده میانه حساسیت به یک بیماری قرار می‌گیرند. آنها از لحاظ آماری آمادگی تغییر برای پذیرش عوارض مربوط به بیماری را نشان می‌دهند؛ افرادی نیز هستند که حساسیت بالایی داشته و یک خطر واقعی را احساس می‌کنند که اغلب این افراد حالت ناخوشایند یا کسب یک بیماری را تجربه خواهند کرد.

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

مثال درد و ناراحتی، از دست دادن زمان کار، فشارهای مالی، خانوادگی، اجتماعی، حساسیت به شرایط آینده و...

زمانی که به بررسی شدت بیماری یا یک حالت خاص پرداخته می‌شود، در نظر گرفتن فشارهای هیجانی، روحی و مالی بسیار حایز اهمیت است و با توجه به این ارزیابی، فرد جدی بودن بیماری را درک می‌نماید و منجر به این می‌گردد تا او اقدام به پذیرش رفتار پیشگیری‌کننده نماید. یک مثال خوب در این راستا، مقاربت جنسی در سنین نوجوانی و پیامدهای آن یعنی بیماری‌های مقاربتی (به عنوان مثال ایدز) و یا وقوع حاملگی است. بر طبق این مدل، اگر یک نوجوان اثرات و پیامدهای رفتار جنسی را به عنوان تهدیدی برای خویش درک نماید و باور داشته باشد که این تهدیدات (مثل بیماری‌های منتقله جنسی و حاملگی) جدی می‌باشند، احتمالاً در فعالیت جنسی (مخصوصاً فعالیت محافظت نشده) شرکت نخواهد کرد. علاوه بر این، باید فعالیت جنسی به عنوان عامل مسبب یا حداقل افزایش دهنده احتمال این پیامدها درک شود. در این مثال هم درک حساسیت (مستعد بودن) فردی و هم شدت آن برای اصلاح یا تداوم رفتار خودداری از عمل جنسی لازم می‌باشند.

منافع درک‌شده برای اتخاذ رفتار: اتخاذ عمل برای پیشگیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری به درک منافع آن وابسته است. بعد از اینکه شخص نسبت به بیماری حساسیت پیدا کرد و آن را در مورد خود جدی تشخیص داد، قدم بعدی انتخاب رفتار توسط شخصی است که توسط اعتقادات و باورهایش تحت تأثیر قرار خواهد گرفت. 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 پیشگیری‌کننده ارتباط دارد که ممکن است ناراحت‌کننده، گران، ناخوشایند، دردآور و یا آشفته باشد. این مشخصه‌ها می‌تواند فرد را وادار و یا هدایت به اجتناب از اتخاذ یک اقدام مطلوب نماید. جنبه‌های منفی بالقوه یک رفتار که می‌تواند در تصمیم‌گیری فرد مؤثر باشد، به دو دسته زیر تقسیم می‌شود:

۱- هزینه - سود : 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 جانبی : ممکن است جنبه منفی رفتار به طور بالقوه برای فرد ناخوشایند دردناک، ناراحت‌کننده، نامناسب و وقت‌گیر باشد که تمامی اینها به صورت مانع بوده و در انجام رفتار توسط فرد مؤثر می‌باشند.

به طور مثال چنانچه آموزش کافی به مادران در مورد عوارض جانبی واکسیناسیون از قبیل تب، التهاب ناحیه تزریق و... داده نشود، ممکن است برای واکسیناسیون بار دوم مراجعه نکنند.

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 وی مهم می‌باشند. عقاید براساس شدت درک شده از مشکل بهداشتی، حساسیت، فواید و موانع درک شده برای عملکرد شکل می‌گیرند. مطالعات انجام شده - هم گذشته‌نگر و هم آینده‌نگر- نشان داده اند که موانع درک شده توانمندترین بعد در بیان یا پیش‌بینی رفتارهای مختلف محافظت‌کننده سلامتی است. حساسیت درک شده نیز، یک پیش‌بینی‌کننده مهم در رفتارهای پیشگیری‌کننده است. هم فواید درک شده انجام عمل و هم شدت درک شده بیماری، قدرت توضیح یا پیش‌بینی رفتار محافظت‌کننده را ندارند. نکته بسیار مهم

برای توجه این است که تنها دو سازه مدل، یعنی موانع درک شده و حساسیت درک شده، نسبت به کل مدل، توسط تحقیق حمایت می‌شوند.

راهنما برای عمل: درک شخص از سطوح حساسیت و شدت، نیروی مورد نیاز برای عمل را فراهم و تأمین می‌کند. منافع (منهای موانع) مسیر اقدام را هموار می‌سازد. البته 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 و....

۲- محرک‌های خارجی: محرک‌هایی هستند که از خارج بر فرد اثر گذاشته و سبب انجام عملی از طرف فرد می‌شوند. مثل: وسایل ارتباط جمعی، 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 کارآمدی به این مدل اضافه شود. این مفهوم از تئوری شناختی اجتماعی باندورا به عاریت گرفته شده است.

خودکارآمدی: اعتقاد به این مسأله است که توانایی موفقیت در انجام رفتار مورد نیاز برای دستیابی به نتایج مورد تمایل وجود دارد (این مفهوم به وسیله باندورا در سال ۱۹۸۸ ایجاد شده است).

کاربرد مدل در آموزش سلامت

الگوی باور بهداشتی در ابتدا به منظور توضیح دلیل 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 نقش رفتار در بیماری و پذیرش رژیم‌های درمانی را نیز در بر گرفت. الگوی باور بهداشتی

مفهومی عالی برای تجزیه و تحلیل نیروهایی که بر روی رفتار بهداشتی مؤثرند، فراهم می‌نماید. علاوه بر این در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی نیز کاربرد دارد. 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.

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.

کاربردهای این مدل را به طور کلی می‌توان به صورت زیر مطرح نمود:

- ۱- فراهم نمودن محرکی برای انجام عمل؛
 - ۲- آشکار ساختن عمل با هزینه مورد قبول؛
 - ۳- افزایش احساس شایستگی برای انجام عمل؛
 - ۴- پیش بینی افرادی که معیارهای پیشگیری را به کار می‌برند.
- 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 و بیماری‌های مقاربتی، آموزش سلامت جنسی و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، دیابت، مصرف الکل، رانندگی و کنترل تصادفات، مراقبت از کودک و رفتار سلامتی 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، رفتار پزشک در آموزش بیمار و ارتقای سلامتی، ناتوانی قلبی، سل، و سلامت دهان و دندان، سندرم شوک توکسیک، درمان شغلی، ورزش و فعالیت‌های جسمانی، فعالیت‌های مرتبط پیشگیری‌کننده و بهداشتی راهنمای عمومی برای تدوین ابزارهای اندازه‌گیری و دیگر عوامل مستعدکننده مرتبط با عقاید.

نحوه طراحی و تدوین برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

کاربردهای وسیع این مدل برای آموزش دهندگان سلامت در دنیای واقعی، فرصتی برای آموزش دهندگان سلامت برای تأثیر روی رفتار جوانان فراهم می‌نماید. مدل اعتقاد بهداشتی را می‌توانید به تنهایی و یا در ترکیب با دیگر مدل‌ها و تئوری‌های یادگیری به عنوان پایه تئوریک برای برنامه آموزش سلامت خودتان به کار ببرید.

شما می‌توانید این مدل را در کار خود با افراد به طرق زیر استفاده نمایید:

- ۱- از آن به عنوان یک چارچوب تئوریک برای فهم بهتر برنامه آموزشی که به کار می‌برید، استفاده کنید؛
 - ۲- از آن به عنوان یک چارچوب تئوریک برای تدوین برنامه آموزشی جدید، استفاده کنید؛
 - ۳- از طریق اضافه کردن اجزای کلیدی مدل اعتقاد بهداشتی به برنامه آموزشی-تان، آن را با این مدل مطابقت دهید.
- در برنامه ریزی براساس مدل اعتقاد بهداشتی، موارد زیر را در نظر داشته باشید:
- ۱- حداقل چند نفر یا چه تعداد از اعضای گروه هدف، احساس آسیب پذیری می‌کنند و عقیده دارند که تهدید می‌تواند از طریق بعضی اعمال که دارای هزینه قابل قبول هستند، کاهش داده شود؛

- ۲- توجه داشته باشید که کدامیک از دانش‌آموزان، بیماران یا مراجعان و... برای انجام فعالیت‌های توصیه شده در طول زمان احساس شایستگی می‌کنند؛
- ۳- کدامیک از فراگیران و چه تعدادی از آنها، جدی بودن مشکل را درک کرده‌اند.

درک آسیب‌پذیری و جدی بودن، اجزای شناختی قوی دارند که نسبتاً به دانش و آگاهی وابسته هستند. در هنگام کار با افراد جوان باید در نظر داشت که جوان‌ترها اغلب جدیت موقعیت‌ها را درک می‌کنند اما ممکن نیست که خودشان را به عنوان افراد آسیب‌پذیر در نظر بگیرند. این یک مشکل ادراکی است که غلبه کردن بر آن نیز سخت می‌باشد اما این غلبه، پیش نیاز یک شیوه زندگی سالم است. این درک با نگرش‌ها، دانش و عقاید مرتبط می‌شود و در تدوین برنامه‌های آموزشی باید به آن توجه داشت. البته منظور این نیست که شیوه‌های ترس‌آور به نوجوانان تحمیل شود، بلکه باید به آنها کمک نمود که با واقعیت مواجه شوند. یک راه خوب برای اینکه به این هدف برسید، این است که بر فواید رفتار مورد نظر تأکید نمایید. زمانی که فرد، فواید عملکردی را درونی می‌نماید، منطق حکم می‌کند که او حساسیت‌پذیری فردی را درک نماید. البته پیام‌های تقویت‌کننده ادراکات منفی نیز گونه‌ای از آموزش هستند؛

- ۴- نکته مهم و قابل توجه دیگری که در برنامه‌ریزی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی باید در نظر بگیرید، این است که جزء کلیدی این مدل، اجتناب از یک پیامد منفی برای سلامتی است. برای روشن شدن موضوع مثالی می‌زنیم. شخصی را در نظر بگیرید که به دلیل احساس بهتر داشتن و خوب به نظر رسیدن، میزان ورزش خود را افزایش می‌دهد. این مثال با این مدل تناسب ندارد، زیرا این فرد از طریق یک پیامد منفی برای سلامتی تحریک نشده است. برای اینکه طبق این مدل

برنامه‌ریزی کنیم باید این شخص فعالیت‌های ورزشی خود را به منظور اجتناب از حمله قلبی انجام دهد، هرچند که تأثیر هر دو برنامه برای فرد یکسان می‌باشد. به مثال‌های زیر توجه نمایید :

- در برنامه‌ریزی براساس مدل اعتقاد بهداشتی برای ترک سیگار، باید از پیام‌هایی که نشان‌دهنده غلبه بر موانع درک شده و نیز فواید ترک سیگار باشد، استفاده نمایید. در نظر داشته باشید که تأکید بر شدت سرطان‌هایی که به سیگار کشیدن منسوب می‌شوند، اثر کمی خواهد داشت.

- کسی که الکلی شدن را یک مسأله جدی و قابل پیشگیری می‌داند اما ممکن است معتقد نباشد که خود او نسبت به آن مستعد است، می‌تواند یک فرد معتاد به الکل محسوب شود. بنابراین نباید تلاش شما صرف تأکید بر جدی بودن این مسأله شود بلکه برنامه‌ای باید طراحی کنید که او را وادار به درک این نکته نمایید که می‌تواند در معرض خطر باشد.

- یک خانم ممکن است معتقد باشد کودکش می‌تواند به سرخک مبتلا شود و اینکه این موضوع موجب یک سلسله پیامدهای جدی خواهد شد. علیرغم اینکه او ممکن است معتقد نباشد که سرخک را می‌توان با واکسن پیشگیری نمود. دراین مورد، شما باید راهکار ارتباطی خویش را بر روی این پیام قرار دهید که واکسیناسیون موجب پیشگیری از سرخک می‌شود.

علاوه بر مثال‌های فوق، توجه به چک لیست (کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش جوانان در مورد ایدز) راهنمای خوبی برای استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در یک برنامه آموزش سلامت می‌باشد .

- به جوانان فیلم هایی نشان بدهید که احتمال ابتلای آنها را به این حالت نشان می دهد. - از جوانان بخواهید تا پرسش نامه های محرمانه ارزیابی کننده خطر را پر نمایند. - به جوانان آمارهای جدیدی را از سن جوانان یا از جامعه اشان با توجه به حالت مورد نظر ارایه دهید. - به آن ها پایگاه های اطلاعاتی را نشان دهید که نوجوانان مبتلا به آن حالت را نشان می دهد. - از سخنرانان مهمان یعنی کسانی که علاقمند به مشارکت جوانان در تجربیاتشان با این حالت هستند، دعوت نمایید تا سخنرانی کنند.	۱- آیا شما فعالیتی را در نظر گرفته اید که درک جوانان را نسبت به آسیب پذیری شان به این موقعیت افزایش دهد؟ Perceived Susceptibility
- بحث هایی ایجاد کنید درباره اینکه آیا جوانان احساس می کنند که ممکن است به آن حالت مبتلا شوند. - از جوانان بخواهید که روی کارت های بی نام، یا ایندکس کارت بنویسند که آیا آنها معتقدند که ممکن است به آن حالت مبتلا شوند و سپس کارت ها را جمع آوری کنید . - آیا جوانان نتایج ارزیابی های فردی شان را از خطر تجزیه و تحلیل می کنند (بحث هایی را با توجه به درکشان ایجاد کنید) .	۲- آیا شما درک جوانان از آسیب پذیری شان به آن حالت را، ارزیابی کرده اید؟ Perceived Susceptibility

- عکس‌هایی را از افراد مبتلا مثلاً به ایدز و بیماری‌های مقاربتی نشان دهید. - بررسی مطالعه مردمی را که از عوارض مشکل‌ساز بیماری رنج می‌برند، بین دانش‌آموزان تقسیم کنید. - جوانان را راهنمایی نمایید تا در ذهن خویش تصور کنند که مبتلا به بیماری هستند و با عوارض آن دست و پنجه نرم می‌کنند. - به جوانان بگویید که تصور کنند مبتلا به بیماری هستند و از آنها بخواهید که هریک از آنها به بهترین دوست خود نامه بنویسد و در آن بیان کند که چه اتفاقی افتاده و او در آن حالت چه احساسی دارد. - آمارهای مربوط به عوارض منفی بیماری را بین دانش‌آموزان توزیع نمایید. - از یک سخنران مهمان که مبتلا به بیماری است، دعوت کنید تا او درباره آنچه که مجبور است، تحت آن شرایط با آنها مقابله کند، سخنرانی نماید. - یک فیلم ویدیویی درباره مردم مبتلا به بیماری مورد نظر نشان دهید و درباره اینکه چطور زندگی آنها تغییر کرده است، صحبت کنید. - از جوانان بخواهید که حداقل به مدت ۲۰ دقیقه از طریق بارش افکار، درباره راه‌هایی که بیماری می‌تواند زندگی آنها را تغییر دهد، صحبت کنند.	۳- آیا شما از فعالیت‌هایی استفاده کرده‌اید که آنها جدی‌بودن بیماری (حالت) و پیامدهای آن را نشان دهند؟ Perceived Severity
- از جوانان بخواهید به سؤالاتی درباره شدت بیماری یا اینکه چگونه می‌خواهند از آن دوری کنند، پاسخ دهند (مثلاً روی یک معیار). - از جوانان بخواهید روی کارت‌ها بنویسند که آیا آنها معتقدند که بیماری جدی است (همراه با دلایل آن) و کارت‌ها را جمع‌آوری کنید.	۴- آیا شما درک جوانان را از شدت بیماری ارزیابی کرده‌اید؟ Perceived Severity

- فعالیت مطلوب را به اشکال مختلف ارایه و نمایش دهید (مثلا درباره آن سخنرانی کنید، از طریق پست مطالبی به منازل افراد بفرستید، پمفلت بین افراد توزیع نمایید و...)، و آن فعالیت‌ها را نیز از طریق برگزاری جلساتی تقویت نمایید. - چگونگی انجام فعالیت را در جلوی گروه نشان دهید (الگوبرداری). - مطمئن شوید که همه فراگیران از آنچه که مورد نیاز برای انجام فعالیت است، آگاهی دارند (مثل جایی که کاندوم‌ها را دریافت کنند، چطور انتخاب کنند، چطور خریداری نمایند، چه زمانی و چگونه از آنها استفاده کنند). - به طور واضح و با استفاده از منابع مطمئن، درباره فواید عمل توصیه شده صحبت کنید (مثل آگاهی یا آمارهایی از مراکز کنترل و پیشگیری بیماری، مرکز جراحی عمومی و.....).	۵- آیا شما به طور واضح فعالیت های مطلوب به منظور اجتناب از آن حالت را ارایه کرده اید؟ Perceived benefit
- بحث‌هایی درباره اینکه آیا آنها واقعاً فکر می‌کنند که فعالیت توصیه شده از آن حالت پیشگیری می‌نماید، ترتیب دهید (شامل دلایلشان نیز باشد). - بحث‌های سه نفره با جوانان ترتیب دهید درباره اینکه آیا فعالیت مطلوب از حالت مورد نظر پیشگیری خواهد کرد. سپس هر گروه بحث خود را به کلاس گزارش دهد و دلایل مختلف بر روی تخته نوشته شود. - از جوانان دعوت کنید که به مطالب مربوط به فواید عمل مطلوب گوش دهند و سپس به تدریج (آرامی) به آنها کمک کنید که تمام اسلایدهای مربوط به موضوع را ببینند. - از مهمانی که تجربیات مفید ناشی از به کارگیری عمل مورد نظر را دارد در کلاس دعوت کنید (به طور جانشین می‌توانید از ویدیو استفاده کنید) و از او بخواهید تا درباره تجربیاتش صحبت نماید.	۶- آیا شما ارزیابی کرده اید که جوانان عقیده دارند که فعالیت توصیه شده از طریق پیشگیری از حالت مورد نظر برای آنها سودمند می باشد؟ Perceived benefit

- بارش افکار گروهی ایجاد کنید (درباره تمام موانع تصور شده برای عملکرد). سپس از جوانان بخواهید که یک یا دو مانعی که در مورد آنها صادق است، انتخاب کنند. - به جوانان فهرستی از موانع رایج برای عملکرد ارایه دهید. از آنها بخواهید دور موردی که درباره آنها صادق است، دایره بکشند. - یک فیلم ویدیویی نشان دهید یا در مورد یک بیمار صحبت کنید، به طوری که جوانان بتوانند موانع تجربه شده توسط شخص دیگر را تشخیص دهند.	۷- آیا شما به جوانان کمک کرده اید که موانع فردی شان را برای انجام عمل مشخص کنند؟ Perceived Barriers
- در نظر بگیرید که آیا موانع درک شده می‌تواند از طریق کمک به جوانان برای کسب اطلاعات اضافی، کاهش داده شود؟ زمان بیشتری را برای پرورش مهارت صرف کنید یا اطمینان در آنها درمورد عملکرد ایجاد کنید. - از جوانان بخواهید درباره توصیه به خواهر، برادر و دوست کوچکتر که با همان موانع برای عملکرد مواجه شده، یک ایفای نقش داشته باشند. - اگر موضوع حساس نیست، از آنها بخواهید که در گروه‌های کوچک از طریق بارش افکار درمورد راه‌های کاهش موانع بیان شده بحث نمایند.	۸- آیا از جوانان در کاهش یا حذف موانع (یا درک موانع) برای عمل، حمایت کرده اید؟ Perceived Barriers

- برای جوانان هدایای کوچکی (مثل مداد، جاکلیدی....) که شامل یادآوری بعدی از پیام یا عملکرد توصیه شده باشد، فراهم نمایید. - پوسترهایی را درباره پیام‌های مربوط به عملکرد در مکان‌های خودتان نصب نمایید. - جوانان را تشویق کنید تا درباره موضوعات در روزنامه مطالبی بنویسند یا پروژه‌های هنری ترتیب دهید که از طریق سرگرمی پیام مربوط به عمل را بیان می‌کنند. - برنامه های ویژه را سازماندهی نمایند که پیام عمل مورد نظر را در معرض نمایش می‌گذارند. - جوانان را به بحث درباره عمل توصیه شده با والدین و دیگر بزرگسالان مسئول آنها، تشویق کنید.	۹- آیا برای جوانان، راهنمایی هایی برای عملکرد، فراهم کرده اید؟ Cues to action
مربیان باید سطح اطمینان جوانان را در به کارگیری یک عمل از طرق دیگر تعیین نمایند: - مشاهده تمرین مهارتی آنها؛ - بحث با آنها درباره تمرین شان که ممکن است شک‌هایی را ایجاد نماید و یا موانع درک شده برای اطمینان از کاربرد مهارت؛ - تقویت مثبت رفتارهای مطلوب و تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف مطلوب؛ - انجام یک بررسی خلاصه بدون نام بعد از جلسه کسب مهارت به منظور مشخص شدن سؤالات یا نگرانی‌هایی که ممکن است وجود داشته باشد.	۱۰- آیا ارزیابی کرده- اید که جوانان شما احساس اطمینان دارند از اینکه می توانند عمل توصیه شده را به طور صحیح انجام دهند؟

محدودیت‌های کلی الگوی اعتقاد بهداشتی

- بسیاری از تحقیقات مربوط به الگوی اعتقاد بهداشتی تنها به اجزای انتخابی الگو اکتفا نموده‌اند و فایده الگو را به صورت کلی مورد بررسی قرار نداده‌اند؛
- به عنوان یک الگوی مبتنی بر اصول روان‌شناسی، به بررسی سایر عوامل نمی‌پردازد. مثلاً عوامل محیطی و اقتصادی که ممکن است در رفتارهای بهداشتی تأثیر بگذارد؛
- تأثیر هنجارهای اجتماعی و گروه‌های همسالان را در تصمیم‌گیری مردم در مورد رفتارهای بهداشتی، یکسان فرض می‌کند.

الگوی اعتقاد بهداشتی و آموزش سلامت

الگوی اعتقاد بهداشتی کاربرد وسیعی برای آموزش دهندگان سلامت دارد. طبیعتاً هر عبارتی درباره این مدل، فرصتی را برای آموزش دهنده فراهم می‌سازد تا در رفتار افراد تأثیرگذار باشد. برنامه‌ها باید حداقل به این مسأله توجه نمایند که چه تعداد از جمعیت هدف و به چه میزان، خود را حساس می‌دانند و از طرف دیگر چقدر معتقدند که تهدید درک شده را می‌توان با برخی رفتارها با هزینه قابل قبول کاهش داد. همچنین آنها باید در نظر داشته باشند که کدامیک از گروه‌های مددجو در صورت انجام رفتار توصیه شده، در طولانی مدت احساس رضایت می‌کنند.

شاید واضح‌ترین نقش آموزش دهنده سلامت، در مورد تأثیرگذاری در ادراک باشد. برطبق نظر بدورث (۱۹۹۲) قبل از آن که ادراک حاصل شود، فرد باید تجربیات آموزشی در ارتباط با ادراک و نتایج آن داشته باشد. حساسیت و شدت درک شده اجزای شناختی قوی هستند که تا حدودی وابسته به آگاهی می‌باشد. گرچه جوانان شدت وضعیت بهداشتی را می‌فهمند، اما خود را نسبت به آن حساس نمی‌دانند.

نوجوانان به احساس آسیب ناپذیری مشهورند. غلبه برچنین ادراکی مشکل است و روش زندگی سالم، پیش نیاز غلبه کردن بر آن است که این مسأله نیازمند چیزی بیش از یک آگاهی ساده است. آموزش دهنده باید این نکته را در نوشتن برنامه و نیز آموزش‌های روزانه‌اش مدنظر قرار دهد و این یک روش تحمیلی و ترسناک نباید باشد. یک راه مناسب برای دستیابی به این هدف، تأکید نمودن به فواید رفتارها می‌باشد. وقتی که یک فرد فواید یک رفتار را درونی می‌سازد، به دنبال آن درک حساسیت درونی به صورت منطقی به وجود می‌آید. باید در نظر داشته باشیم که تجربیات و پیام‌هایی که ادراک منفی را تقویت می‌کنند نیز یک نوع آموزش می‌باشند. اگر فردی از تجربه یک رفتار غیر بهداشتی خاطره خوشی داشته باشد چنین تجربه‌ای حس آسیب‌ناپذیری را در وی تقویت می‌کند. آموزش دهنده سلامت یک نیروی اصلاح‌کننده در محیط آموزشی است. آموزش دهنده سلامت می‌تواند با آرایه آگاهی، در متغیر ساختاری تأثیر بگذارد. آموزش دهنده سلامت با آرایه پیام‌ها و حمایت از تصمیمات، می‌تواند به عنوان یک راهنما برای رفتار باشد. در زمان آرایه پیام، سازمان آرایه‌کننده مهم نیست بلکه کیفیت تعامل و حمایت گروه از اجرا مهم می‌باشد.

خودکارایی ممکن است به روش‌های متعددی افزایش یابد. بهتر است روش‌های کوتاه مدت در مقابل روش‌های بلندمدت اتخاذ گردد. آموزش دهنده باید مددجو را به سمت هدف هدایت کند (باندورا و چانگ - ۱۹۸۱).

بخش ۴

مدل پری سید / پرو سید

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- هدف الگو را شرح دهد.
- ۲- به طور مختصر بتواند الگو را توضیح امکان بر اساس مدل، تدوین نماید.
- ۳- کاربرد مدل را در آموزش سلامت توضیح دهد.
- ۴- برنامه آموزشی خویش را در صورت
- ۵- سازه‌های مدل را توضیح دهد.

طراح مدل

گرین^۱ در سال ۱۹۷۹ مدل پری‌سید را برای پی بردن 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 (۱۰، ۱۷، ۱۸).

فرض‌های زمینه‌ای مدل

چارچوب پری‌سید / پروسید براساس دو فرض پایه‌ریزی شده است:

- ۱- سلامتی و خطرات سلامتی تعیین کننده‌های 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 (۱۱). تمام آموزش دهندگان سلامت باید در ابتدای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلاتشان به این دو فرض توجه داشته باشند (۱۸).

اصول پری‌سید

فرآیند برنامه‌ریزی در مدل پری‌سید ریشه در دو اصل دارد :

- ۱- مشارکت: آموزش سلامت به مشارکت داوطلبانه افراد وابسته است (۱۹). هدف، تعیین اولویت مشکلات و تدوین راه‌حل‌ها می‌باشد. از طریق مشارکت فعال اعضای گروه هدف در تعیین اولویت‌ها و تدوین راه‌حل‌ها می‌توان به موفقیت بیشتری در ایجاد تغییر نایل شد. این اصل از توسعه اجتماعی و مدل آموزش توانمند سازی^۲ مشتق شده است.

۱ - Green

۲ - Empowerment

اصل پایه در این دیدگاه این است که رفتار بهداشتی باید داوطلبانه باشد. بهداشت و سلامتی برای افراد مختلف معانی و اهداف متفاوتی را در بر دارد و دارای اهمیت کمتر یا بیشتر برای مردم است. توجیه یک رفتار بهداشتی برای مردم مشکل است مگر اینکه رفتار موجود از سوی جامعه به عنوان یک رفتار مخاطره آمیز شناخته شده باشد.

۲- عوامل محیطی: نقش مهم آن به عنوان تعیین کننده های رفتار بهداشتی مثل رسانه ها صنعت، سیاست گذاری و بی عدالتی های اجتماعی قابل ردیابی است (۱۹).

مدل پروسید

بر اساس تجربیات جداگانه لارنس گرین و مارشال کروتر، پروسید در اواخر دهه ۱۹۸۰ به مدل پری سید اضافه شد. اجزای پروسید، کارکنان بهداشتی را به آن سوی مداخلات بهداشتی یعنی سیاست گذاری ها، مدیریت و فعالیت های اقتصادی مورد نیاز برای ساخت محیط ها و سیستم های اجتماعی سودمند تر که منجر به شیوه زندگی سالم تر و رفاه کامل تر اجتماعی، جسمانی و روانی برای افراد می شود، پیش می برد. باید یادآوری نمود که پروسید بر ساختارهای سازمانی و سیاست گذاری ها در توسعه آموزشی و محیطی تأکید دارد (۱۱، ۱۹).

تعیین اولویت ها و اهداف در پری سید، اهداف و ویژگی هایی را برای سیاست گذاری اجرا و ارزشیابی در پروسید فراهم می کنند (۱۸).

انجام پری سید و پروسید همراه با هم، مجموعه ای مستمر از گام ها یا مراحل در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی فراهم می آورد. تعیین اولویت ها در مرحله پری سید منجر به تعیین یک سری اهداف کمی می گردد که در واقع همان اهداف در اجرای مرحله پروسید می باشند و در نهایت نیز همان ها در مراحل ارزشیابی، استانداردهای پذیرش یا ویژگی های موفقیت خواهند شد. تعیین اولویت ها در مرحله پری سید

باعث می‌شود تا در مرحله بعدی در ارزیابی علل، تأکید مشخص و دقیقی داشته باشیم. بدون محدود ساختن علل، نمی‌توانیم برنامه‌ای طراحی نماییم که تمامی این عوامل و یا حتی نیمی از آنها را پوشش دهد. از آنجا که جزء پروسید مدل اخیرا اضافه شده، کمتر مورد آزمایش قرار گرفته است (۱۱).

توصیف مدل

مدل پری‌سید، چار چوبی برای فرآیند سیستماتیک برنامه ریزی، تدوین و ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت فراهم می‌نماید، که در آموزش سلامت در مدارس، آموزش بیمار، آموزش سلامت همگانی و مکان‌های مراقبت از بیماران می‌توان از آن استفاده نمود (۱۸، ۱۹).

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 برنتایج هستند. این شیوه به برنامه ریز نیرو می‌دهد که در تدوین برنامه خود از پیامد نهایی شروع کرده و قبل از اینکه درباره "چگونگی" سؤال کند "چرایی" را بپرسد (۱۸).

با استفاده از این مدل، برنامه ریزان بهداشتی از "سرزنش قربانی" که غالبا بر تمرکز انفرادی بر ارزیابی نیازها و ارزشیابی همراه است، اجتناب نموده و در عوض بر سطح جامعه متمرکز می‌شوند. همچنین این مدل بر ارتباط‌های رفتار و محیط تأکید دارد (۱۰). این مدل عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت را مشخص کرده و به برنامه ریزان از طریق مداخله در راه رسیدن به اهداف برنامه کمک می‌کند و گام‌هایی برای تدوین سیاست‌ها، اجرا و ارزشیابی فرآیند برنامه آموزشی ایجاد می‌کند (۱۸).

هدف مدل

هدف مدل پری سید/پروسید توجه اولیه به پیامدها است تا اینکه به ورودی‌های برنامه توجه داشته باشد. به عبارت دیگر، آموزش دهنده به عنوان برنامه ریز با پیامد مطلوب شروع می‌نماید. سپس به عقب بر می‌گردد تا مشخص شود چه عواملی نسبت به آن پیامد مقدم می‌باشند. سپس مداخله خود را بر روی عوامل پیش نیاز پایه ریزی می‌نماید (۱۹).

کارکنان بهداشتی به دلیل نقش فعالشان، گرایش دارند که از ورودی‌ها شروع کنند. اغلب آنها مروری اجمالی از مشکل عمومی موجود انجام داده و سپس سریعاً به طراحی و اجرای مداخله اقدام می‌نمایند، با این فرض که اگر آنها چیزی را که در جای دیگر یا آخرین عملکردشان نتیجه خوب داده است، انجام بدهند؛ پیامدهای مطلوب هم به طور خود به خود اتفاق خواهند افتاد. در کارهای پزشکی یا بالینی از عبارت «بهترین کار» استفاده می‌شود. چرا که ارگانسم نسبتاً با عملکرد بیولوژیکی سازگار است. از میان گونه‌های موجود، جوامع انسانی، سازمان‌ها و رفتار اجتماعی تا حدودی متغیرتر هستند و این خود باعث می‌شود که درباره "بهترین کار" در این جوامع نسبت به موقعیت‌های اکولوژیکی دیگر کمتر مطمئن باشیم. در پری سید آموزش دهنده با پیامد نهایی مطلوب آغاز می‌کند و عواملی را که موجب پیدایش آن پیامد می‌شوند، تعیین می‌نماید. به عبارت دیگر، تعیین کننده‌های سلامتی قبل از طراحی مداخله باید تشخیص داده شوند و اگر این کار صورت نگیرد، مداخله باید بر اساس فرضیات پایه ریزی شود و بدین ترتیب با خطر بزرگ اشتباه در تعیین هدف و عدم تأثیر رو به رو خواهد بود (۱۱).

مراحل مدل

گرین و همکارانش نیازهای بهداشتی جامعه را با تعیین پنج نوع تشخیص (ارزیابی) متفاوت تجزیه و تحلیل می‌کنند. این پنج نوع تشخیص (ارزیابی) مختلف عبارتند از: ارزیابی اجتماعی، ارزیابی اپیدمیولوژیکی، ارزیابی رفتاری، ارزیابی آموزشی و ارزیابی مدیریتی / خط مشی (۱۰).

مرحله ۱- تشخیص (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 (۱۸).

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 (۲). مشکلات اجتماعی عمومی برای مثال بیکاری، خشونت و جرم، نشانگرهای قوی از کیفیت زندگی هستند. بسیاری از نشانگرهای کیفیت زندگی و عوامل همراه آنها را می‌توان به صورت عدد و رقم ذکر نمود. مانند تراکم جمعیت، میزان جرم و میزان ترک تحصیل. این آمارها به آسانی از طریق مراکز دولتی، مقالات و منابع مشابه قابل دسترسی هستند. قبل از تعیین اولویت برای مشکلات باید به نکات مهم از نظر کیفیت زندگی توجه نمود چرا که با مشخص شدن اهداف، برنامه‌ریزی آسان‌تر می‌شود. این عمل، از منابع محافظت می‌کند و به فراگیران نیز پیامدهای مورد انتظار در آینده را اطلاع می‌دهد و موجب تقویت ارزشیابی‌ها می‌گردد. این مرحله روی شیوه‌های علوم اجتماعی، اپیدمیولوژی و اطلاعات تأکید می‌نماید (۱۸).

پس از کارکردن در این مرحله، برنامه ریز 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 (۲).

سه گام، اساس چهار مرحله اولیه مدل پری سید هستند، که عبارتند از :

۱- پرسش از علایق، آرزوها، منابع و سرمایه جمعیت هدف و آنچه که آنها مانع بزرگ در مسیر بهبود کیفیت زندگی شان می‌دانند؛

۲- مستدل و مدرک دار نمودن دلایل فرضی نیازها یا تعیین کننده‌های اهداف مطلوب ؛

۳- تصمیم گیری در زمینه اولویت‌های تعیین شده میان مشکلات، نیازها یا اهداف بر اساس اهمیت درک شده و تغییر پذیری فرض شده و قاعده مند کردن اهدافی که به شکل کمی در آمده اند (۳).

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

روش های شناخت مشکلات اجتماعی عبارتند از :

۱- مروری بر مطالعات انجام شده

۲- فن گروه اسمی

۳- مدل دلفی

۴- استفاده از داده‌های خدمات عمومی

اهداف شش گانه مرحله اول - اهداف مرحله اول به طور خلاصه عبارتند از :

۱- تعیین مشکلات و مسایل ذهنی مربوط به کیفیت زندگی در جمعیت هدف

- ۲- توضیح و تأیید این مسایل با تجزیه و تحلیل شاخص‌های اجتماعی موجود و اطلاعات قابل دسترس مأخوذه از بایگانی روزنامه‌ها، گزارش‌های آمار حیاتی سرشماری و بررسی‌های ویژه‌ای که توسط رادیو و تلویزیون و... انجام شده است؛
- ۳- تهیه گزارش مستند از وضعیت جامعه هدف در رابطه با مسایل مهمی (اولویت‌هایی) که عناصر یا عوامل سلامتی هستند؛
- ۴- ارایه دلیل منطقی برای انتخاب اولویت‌ها؛
- ۵- استفاده از مدارک و دلایل منطقی برای توجیه مخارج، امکانات و وسایل آموزشی بر اساس مشکلات اجتماعی انتخاب شده؛
- ۶- استفاده از مدارک و دلایل منطقی به عنوان اساسی برای ارزیابی برنامه با کاربرد واژه هزینه - سود (۲).

مرحله ۲- ارزیابی اپیدمیولوژیک - ارزیابی 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 برنامه ریز باید :
- ۱- اهداف ویژه یا موقعیت‌های کمک کننده به 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 (۱۸). [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 (۲)] و سپس این داده‌ها را با اطلاعات مستدل، نگرانی‌های

اجتماعی و نیازهای جمعیت ترکیب نماید و از هر دو اینها به عنوان پایه‌ای برای بحث و مذاکره به منظور تثبیت اولویت‌ها و راهکارهای برنامه استفاده نماید (۱۸).

دورویکرد عمده برای مشخص کردن مشکلات مستعد برای مداخله وجود دارد :

۱- رویکرد تقلیل دهنده^۱: در این رویکرد، مشکلات منحصر به بهداشتی از یک دسته یا فهرستی از مشکلات اجتماعی استخراج می‌شود؛

۲- رویکرد توسعه دهنده^۲: کارشناسان سلامت برای کار روی یک مشکل بهداشتی خاص (مانند فشار خون، چاقی یا سل) و یک جمعیت هدف شناخته شده، گمارده می‌شوند. قبلاً افراد دیگری مشکلات بهداشت اختصاصی را از کل مشکلات بیرون کشیده و مشخص کرده‌اند.

در بستری از منابع محدود، بررسی صحنه از یک دورنمای وسیع‌تر مفید است. یک آموزش دهنده سلامت با ارتقای درکش نسبت به مشکل و دیدن آمارهای اعلام خطر کننده در زمینه کلی تری از ارتباط بین مشکلات اجتماعی و بهداشتی می‌تواند در مشخص کردن مشکلاتی که پیشگیری و ارتقای سلامت در زمینه آنها نتایج جامع‌تر و سودمندتری خواهد داشت، به جامعه کمک نماید. از میان مشکلات بسیاری که بر کیفیت زندگی تأثیر دارند آموزش دهندگان سلامت باید اقداماتشان را در جهت حل مشکلات بهداشتی سوق دهند (۲) و براساس عوامل خطر تعریف شده و ویژه مشکل بهداشتی، اهداف برنامه را تدوین نمایند. اهداف باید به طور اختصاصی مشخص کنند که چه کسانی (جمعیت هدف) برنامه را دریافت خواهند کرد؟ آنها از چه فواید بهداشتی و سلامتی بهره‌مند خواهند شد؟ چه میزان از آن فایده را دریافت خواهند کرد؟ و تا چه هنگام باید دریافت شود (۱۸)؟

۱ - the reductionist approach

۲ - the expansionist approach

توصیف مشکلات بهداشتی و توصیف و تشریح جزییات آن مهم است. این کار سه فایده دارد :

۱- به برقراری ارتباط بین مشکل بهداشتی، سایر حالات بهداشتی و کیفیت زندگی کمک می‌کند؛

۲- باعث درک کامل تر ابعاد گوناگون مشکلات بهداشتی می‌شود که این درک عمیق‌تر، پایه‌ای برای تنظیم اولویت‌ها و راهنمایی برای تمرکز روی تنظیم برنامه و منابع می‌باشد؛

۳- تقسیم روشن مسئولیت‌ها در بین کارشناسان، سازمان‌ها یا گروه‌هایی که دارای مشارکت در این زمینه هستند را امکان پذیر می‌سازد.
برای ارزیابی اپیدمیولوژیک مراحل زیر باید طی شود :

- تعیین شاخص‌ها: شاخص‌های کلاسیک مشکلات بهداشتی شامل مرگ، ناتوانی بیماری، ناراحتی و نارضایتی هستند. این شاخص‌ها از طریق منابع متعدد به دست می‌آیند. در صورتی که داده‌های منظم و در دسترس برای جمعیت هدف وجود نداشته باشد آموزش دهنده سلامت باید داده‌های ملی یا منطقه‌ای را ملاک قرار دهد. آموزش دهنده باید مشکل را با تعیین زیر گروه‌هایی از جمعیت که مشکل بهداشتی در آنها شایعتر است مشخص نماید.

در این مرحله، ارزیابی اپیدمیولوژیک اولین هدفش را ارایه داده و آن عبارتست از تمرکز برنامه ریز بر جنبه‌ای از مشکل یا بخشی از جمعیت که مداخله در آن جنبه‌ها یا بخش‌های جمعیت مفید تر است (۲) .

- تنظیم اولویت‌ها: تنظیم اولویت‌ها برای ارتقای سلامتی، اغلب تمرین چالش بر انگیزی است (۱۸). انتخاب یک مشکل از میان مشکلات متعدد، مستلزم پاسخ دادن به سؤالات زیر است :

۱- کدام مشکل بیشترین تأثیر را بر مسایلی مانند مرگ، از دست رفتن روز کاری هزینه توانبخشی، ناتوانی (موقت و دائمی)، از هم پاشیدگی خانواده و به طور کلی افزایش هزینه برای جامعه، برای جبران خسارت یا به دست آوردن مجدد آنچه از دست رفته، دارد؟

۲- آیا گروه‌های خاص از جمعیت مانند کودکان یا مادران در معرض خطر می‌باشند؟

۳- برای مقابله با کدامیک از مشکلات، فناوری مناسب در دسترس می‌باشد؟ و با توجه به امکانات و اختیارات سازمان‌های ارایه کننده خدمات، کدامیک از مشکلات در برابر مداخلات ما حساس‌ترند؟

۴- کدام مشکل در این جامعه مورد توجه سایر سازمان‌ها قرار نگرفته است؟
۵- کدام مشکل وقتی به طور مناسب مورد رسیدگی قرار گیرد، بیشترین بازدهی را دارد؟

۶- آیا این مشکل یا مشکلات بهداشتی به عنوان اولویت‌های ملی یا منطقه‌ای تعیین شده‌اند؟

تعیین اولویت‌ها، به برنامه‌ریز برای تمرکز دقیق بر مشکلات و تعیین استراتژی-های مناسب برای مبارزه با آنها کمک می‌کند (۲).

تنظیم اهداف مرتبط به هم در برنامه: وقتی مشکل بهداشتی مشخص گردید، مرحله بعدی تنظیم اهداف برنامه است. اهداف باید به زبان داده‌های اپیدمیولوژیک و پزشکی ارایه شوند. در تنظیم اهداف، آموزش دهنده سلامت باید مطمئن باشد که:

- ۱- پیشرفت در دسترسی به اهداف قابل اندازه‌گیری است؛
- ۲- اهداف جداگانه (منفرد) بر پایه داده‌های صحیح، منطقی و مناسب طراحی شده‌اند؛

۳- اهداف در همه موضوعات و در همه سطوح دارای هماهنگی می‌باشند.

در این مرحله سه دسته اهداف تعیین می‌گردند:

۱- هدف کلی برنامه^۱

۲- اهداف اختصاصی برنامه^۲

۳- اهداف رفتاری^۳

اهدافی که به دنبال هم می‌آیند، سطح به سطح ظریف‌تر و صریح‌تر می‌شوند (۲).

مرحله ۳- ارزیابی رفتاری و محیطی^۴: بررسی عملکردهای بهداشتی

ارزیابی رفتاری به معنای تعیین نظام‌مند رفتارهایی است که به عنوان علل ایجادکننده مشکل بهداشتی می‌باشند. اگرچه ارزیابی‌های رفتاری مستقیماً مربوط به رفتارهای خاص هستند لیکن 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 فرد 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، مشکلات بهداشتی یا محیطی (مثل هوا، آب، جاده‌ها و...) هستند و یا مرتبط با فناوری (مانند کفایت مراقبت‌های پزشکی، تسهیلات) (۲)

این ارزیابی، عوامل محیطی و رفتاری مرتبط با مشکل بهداشتی انتخاب شده را تعیین می‌نماید. در این مرحله آموزش دهنده سلامت باید با تئوری‌ها و مفاهیم اجتماعی و رفتاری آشنا باشد. این مرحله، تجزیه و تحلیلی است از فعالیت‌های

۱ - program Goal

۲ - program objectives

۳ - Behavioral objectives

۴ - Behavioral & Environmental Assessment

فردی و جمعی که بیشترین ارتباط را با تعیین کننده‌های سلامتی یا موضوعات مربوط به کیفیت زندگی که در مراحل ۱ و ۲ انتخاب شده اند، دارد. علاوه بر این، تجزیه و تحلیلی است از شرایط محیطی که نشان دهنده ضرورت و یا اجبار و شرط انجام رفتار هستند و یا اینکه ممکن است به طور مستقیم سلامتی یا وضعیت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار بدهند (۱۸).

آگاهی از عوامل محیطی و عوامل غیر رفتاری از محدود شدن برنامه‌ها به مواردی که فقط شامل آموزش جهت‌دار به سمت تغییر رفتار فردی می‌باشد، جلوگیری می‌کند. همچنین این ارزیابی به تعیین چشم اندازی روشن از تعیین کننده‌های متعدد مشکل بهداشتی و نیز تعیین گروه‌های جمعیتی پر خطر کمک می‌نماید. علاوه بر این، اجازه می‌دهد تا نیروهای اجتماعی قدرتمندی که می‌توانند توسط استراتژی‌های سازمانی، تحت تأثیر قرار بگیرند، تشخیص داده شوند و سایر استراتژی‌های مورد نیاز به غیر از آموزش سلامت (مثلاً سیاسی، اجتماعی یا اقتصادی) نیز طراحی و تدوین گردد.

شکست در تعیین و رتبه بندی شیوه زندگی و عوامل محیطی مؤثر در پیامدهای مطلوب، منجر به از هم پاشیدن فرآیند برنامه ریزی خواهد شد.

آموزش دهنده سلامت، علت و اثر ارتباطات بین سلامت جمعیت و عوامل رفتاری و محیطی را ثبت، رفتارهای هدف را انتخاب و نحوه تغییر آنها را به شکل اهداف رفتاری بیان می‌نماید (۱۸).

ارزیابی رفتاری یک فرآیند ۵ مرحله‌ای است که شامل مراحل زیر است :

- ۱- تعیین علت‌های رفتاری و غیر رفتاری مشکل بهداشتی .
- ۲- گروه بندی رفتارها یعنی تقسیم فهرست عوامل رفتاری به عوامل پیشگیری کننده و شیوه‌های درمانی، به گونه‌ای که فهرستی از رفتارهای خیلی اختصاصی مورد نیاز برای تعیین اهداف رفتاری اختصاصی برنامه فراهم شود.

۳- رتبه بندی رفتارها برحسب اهمیت (بر اساس نشان دادن ارتباط واضح بین رفتار و مشکل بهداشتی) و تکرار وقوع آن.

پس از تهیه یک فهرست جامع از رفتارها، مرحله بعدی کاهش فهرست و تعیین رفتارهای مهم می‌باشد. موارد زیر در این زمینه توصیه می‌گردد :

وقتی رفتارها در حد مهمترین قلمداد می‌شوند که :

الف- داده‌های در دسترس به طور واضح آن رفتارها را به مشکل بهداشتی ربط دهند؛

ب- رفتارها به دفعات زیاد تکرار شوند.

وقتی رفتارها در حد کم اهمیت ترین قلمداد می‌شوند که :

الف- به طور جزئی یا غیر مستقیم با مشکل بهداشتی مربوط باشند؛

ب- رفتارها خیلی نادر باشند.

همچنین رفتارهایی مهم تلقی می‌شوند که یک زنجیره نظری قوی به صورت علیتی آنها را به مشکل بهداشتی مرتبط سازد. این ارتباط ممکن است به جای اینکه از طریق داده‌ها به دست بیاید، از طریق مروری بر مطالعات به دست بیاید. هر رفتاری که دلایل منطقی قوی‌تری داشته باشد، به احتمال زیاد اولین رفتار برای مداخله خواهد بود.

۴- رتبه بندی رفتارها بر حسب تغییر پذیری (قابلیت تغییر): تغییر پذیری احتمالاً در صورتی بالاست که :

الف - رفتارها هنوز در مرحله تکاملی باشند یا به تازگی تثبیت شده باشند ؛

ب- رفتارها در الگوی فرهنگی یا شیوه زندگی به طور سطحی جایگزین شده باشند؛

ج - سایر برنامه‌های آموزشی موفق به تغییر آن شده باشند.

رفتارها در صورتی کمتر تغییر پذیرند که :

الف - مدت زمان زیادی از تثبیت آنها گذاشته باشد؛
 ب- در الگوی فرهنگی یا شیوه زندگی به طور عمیق وریشه دار جایگزین نشده باشند؛

ج - در برنامه‌های قبلی تغییری نکرده باشند.

۵- انتخاب اهداف رفتاری بر اساس اهمیت و تغییر پذیری : با تنظیم رفتارها براساس اهمیت و تغییر پذیری، آموزش دهنده سلامت آماده می شود که رفتار یا رفتارهایی را که مداخلات آموزشی بر آنها متمرکز خواهند شد، انتخاب کند. برای تسهیل انتخاب توصیه می شود که نتایج اهمیت و تغییر پذیری به ترتیب در یک جدول چهار قسمتی ساده به شکل زیر تنظیم شود :

اهمیت تغییر پذیری	مهم	کم اهمیت
تغییر پذیر	۱- اولویت بالا برای برنامه ریزی	۳- اولویت پایین به جز برای اثبات اهداف سیاسی
سخت قابل تغییر	۲- اولویت برای برنامه‌های ابتکاری	۴- بدون برنامه

براساس اهداف برنامه، رفتارهای انتخاب شده به احتمال بیشتر مربوط به ربع ۱ و ۲ خواهند بود.

بعد از تکمیل فرآیند ۵ مرحله‌ای فوق : شیوه نهایی برای برنامه‌ریزی آموزش سلامت در مرحله ارزیابی رفتاری، عبارتست از آماده کردن اهداف رفتاری جامع و صریح (۱۸،۲).

تعیین اهداف رفتاری :

پس از تعیین رفتار (رفتارهای هدف)، طراح آماده است تا آخرین مرحله را اجرا کند که عبارتست از تعیین اهداف رفتاری.

اگر اهداف رفتاری مبهم یا نامعلوم باشند، اقدامات آموزشی به جای اینکه متمرکز باشند پراکنده خواهند شد. برای تعیین دقیق اهداف رفتاری باید حداکثر توجه و دقت را نمود. هر هدف رفتاری باید به این سؤالات پاسخ دهد : چه کسی مورد نظر است ؟ چه میزان، از چه رفتاری و تا چه وقت باید تغییر کند (۲)؟

ارزیابی محیطی همچنین یک فرآیند ۵ مرحله‌ای است شامل :

۱- تعیین اینکه کدامیک از عوامل محیطی مؤثر در مشکل بهداشتی، قابل تغییر هستند؛

۲- اندازه‌گیری اهمیت نسبی عوامل محیطی بر حسب قدرت ارتباط عامل با هدف یا مشکل بهداشتی یا کیفیت زندگی و بر حسب بروز، شیوع و یا تعداد افراد تحت تأثیر عامل محیطی؛

۳- اندازه‌گیری قابلیت تغییر عوامل محیطی، محدود کردن آن بر حسب تغییر پذیری نسبی ؛

۴- انتخاب اهداف محیطی؛

۵- بیان اهداف تغییر بر حسب مقادیر و کمیت (۱۸).

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

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

۱- عوامل مقدم بر رفتار که دلیل یا انگیزه انجام رفتار را فراهم می کنند و عوامل مستعد کننده^۲ نامیده می شوند و شامل دانش (آگاهی)، عقاید، نگرش ها، ارزش ها، استعدادهای ژنتیکی و تجربیات اوایل دوران کودکی می باشد؛

۲- عوامل مقدم بر رفتار که به انگیزه ها یا آرزوها اجازه تحقق یافتن می دهند و عوامل قادر کننده^۳ نامیده می شوند. مثل وجود و دسترسی به منابع جامعه، مهارت- های فردی مقررات و قوانین و یا موانع. منابع شامل تسهیلات و امکانات مراقبت های بهداشتی، پرسنل مدارس،... و یا هر منبع مشابه دیگری می باشد؛

۳- عواملی که به دنبال انجام یک رفتار می آیند و پاداش یا انگیزه ای مداوم برای ظهور یا تکرار رفتار فراهم می کنند و یا به صورت تنبیه به از بین رفتن رفتارها کمک می کنند. این عوامل، عوامل تقویت کننده^۴ نامیده می شوند. عوامل تقویت کننده ممکن است ملموس یا ذهنی باشند؛ ممکن است توسط خود فرد یا خانواده، هم سالان، معلمان و یا دیگران ارائه شوند؛ ممکن است شامل دیدگاه های اجتماعی، لذت حاصله از انجام یک رفتار، رفتار کردن طبق نگرش همسالان و منابع فیزیکی و قابل لمس مثل 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 قادر کننده، اطلاعات بهداشتی را منتشر می‌کنند در تغییر رفتار با شکست مواجه می‌گردند (۲، ۱۸).

فاکتورهای اختصاصی و انتخابی تعیین کننده رفتار:

هسته مرحله ارزیابی آموزشی، انتخاب عواملی از میان عوامل مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده است که در صورت اصلاح آنها، تغییر مطلوب ایجاد خواهد شد. سه مرحله اصلی در این فرآیند عبارتست از:

۱- مشخص کردن و طبقه‌بندی عوامل به سه گروه مذکور؛

۲- مشخص کردن اولویت‌ها در بین گروه‌ها؛

۳- مشخص کردن اولویت‌ها درون هر گروه.

ملاک مشخص کردن اولویت‌ها، اهمیت و تغییرپذیری آنهاست. اهمیت بر اساس شیوع، اضطراری بودن (ضرورت)، و لزوم آن (آیا برای وقوع تغییر، آن عامل باید وجود داشته باشد) تخمین زده می‌شود. تغییرپذیری اغلب بر اساس نتایج برنامه‌های قبلی یا پیش‌بینی‌های انجام شده از بررسی تئوری‌های مرتبط تخمین زده می‌شود.

سرانجام اهداف یادگیری و منابع نوشته می‌شوند. عوامل اختصاصی انتخاب شده به وسیله این فرآیند، پایه‌ای برای تعیین اهداف یادگیری می‌باشند. اهداف یادگیری عوامل مستعد کننده و مهارت‌هایی را که باید در نتیجه مداخله در پایان برنامه پرورش یابند را تعیین می‌کنند. همچنین منابع، هدف، عوامل قادر کننده محیطی را که باید در پایان برنامه ظاهر شوند، مشخص می‌کنند.

نوشتن اهداف یادگیری مشابه اهداف رفتاری است. از پرسش نامه‌های نگرشی و سؤالات آگاهی استفاده می‌شود و یا در مورد مهارت‌ها، از نمایش عملی برای تعیین اینکه به اهداف یادگیری رسیده ایم یا خیر، استفاده می‌گردد (۲، ۱۸).

مرحله ۵- ارزیابی مدیریتی و اجرایی^۱

یک مرحله دیگر از چارچوب پری‌سید 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 یک فرآیند سه مرحله‌ای است که شامل مراحل زیر می‌باشد:

۱- ارزیابی منابع مورد نیاز شامل زمان، نیروی انسانی و بودجه؛

۲- ارزیابی منابع در دسترس؛

۳- بررسی عواملی که بر اجرای برنامه تأثیر می‌گذارند، شامل نگرش و تعهد کارمندان، اهداف نهایی و اختصاصی پذیرفته شده قبلی، وضعیت جامعه، تعلیم، نظارت و موضوعات سیاسی.

تخصیص منابع در این مرحله انجام می‌پذیرد. بودجه‌بندی کردن، یک روش برای برآورد منابع لازم جهت تحقق اهداف برنامه به صورت ایده‌آل می‌باشد. بودجه‌بندی باعث می‌شود که منابع به اندازه لازم در دسترس قرار بگیرد. یعنی نه آنقدر کم که باعث شکست برنامه شود و نه آنقدر زیاد که باعث به هدر رفتن منابعی که می‌توانند در جای دیگر مفید واقع گردند، شود. برنامه ریز در این مرحله مشخص می‌کند که چگونه باید برنامه و طرح را ساختمان بندی نمود، چه تعداد پرسنل برای اجرای طرح لازم است و تجهیزات و مواد لازم کدامند؟

در آموزش سلامت، اصلی‌ترین ارزیابی بودجه در مورد پرسنل می‌باشد. زمان بندی برنامه هم یک مرحله مهم از بودجه‌بندی است. ارزیابی اجرایی و مدیریتی به متخصص سلامت کمک می‌کند تا موانع و موارد تسهیل کننده کار را تعیین نماید و راه‌هایی را پیدا کند که موانع را به حداقل و موارد تسهیل کننده را به حداکثر برساند.

^۱ - Administrative assessment

منظور از ارزیابی سیاسی در این مرحله نیز، ارزیابی شرایطی است که توسط سیاست‌های موجود و مقررات به علت شرایط قانونی سیاسی یا محیطی، محدود می‌گردند. این ارزیابی شامل: ۱- ارزیابی مأموریت سازمانی، سیاست‌ها و مقررات و ۲- ارزیابی نیروهای سیاسی می‌باشد. سیاست‌ها و مقررات می‌تواند در اجرای برنامه‌ها کمک کننده باشند یا از آنها ممانعت نمایند. استفاده کردن از نیروهای سیاسی و درک سیستم می‌تواند به میزان زیادی، فرصت‌های اجرای یک برنامه موفقیت آمیز را افزایش دهد.

در این مرحله، باید استراتژی آموزشی برای تأثیر روی عوامل مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده، انتخاب شوند. روش‌های زیادی در دسترس می‌باشد از جمله شبیه سازی‌ها، بازی‌ها، یادگیری برنامه‌ریزی شده، تلویزیون آموزشی، وسایل کمک آموزشی سمعی و بصری در رسانه‌های جمعی. استفاده از استراتژی‌های آموزشی ترکیبی، بر استفاده از یک روش تنها، ترجیح داده می‌شود. در برنامه‌ریزی‌ها باید به تمام ۳ گروه عوامل فوق توجه کرد. دیگر شیوه‌های ارتقای سلامت شامل سازماندهی اجتماعی، عملکرد سیاسی و ایجاد اتحاد می‌باشد. با پیچیده تر شدن دلایل مشکلات رفتاری، نیاز است تا از شیوه‌های بیشتری استفاده نمود (۲، ۱۸)

مرحله ۶- اجرا^۱

اجرا و برنامه ریزی به طور عملکردی یکی می‌شوند. این نقطه‌ای است که پری-سید و پروسید با یکدیگر تلاقی می‌کنند. آگاهی از نظریه‌های سیاسی، آموزشی و مدیریتی پیش نیاز موفقیت هستند (۱۸).

مراحل ۷ و ۹ ارزشیابی^۱

۳ نوع یا ۳ سطح از ارزشیابی، مراحل ۷ و ۹ مدل پری سید و پروسید را می-سازند. 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 مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده و دستیابی به اهداف رفتاری نیز از موضوعات مورد نظر می-باشند.

سه سطح برای ارزشیابی یک برنامه آموزش سلامت وجود دارد که عبارتند از :
۱- ارزیابی فرآیند^۲ : به معنای ارزشیابی عملکرد کارکنان و استانداردهای قابل قبول عملکرد مناسب است. کیفیت به طرق گوناگون ارزشیابی می‌شود. استاندارد قابل قبول هم به صورت کارشناسی و هم مدیریتی پایه‌گذاری می‌شود و به طور عمده حاصل اجماع متخصصین آموزش سلامت به دست می‌آید؛

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

۱ - Evaluation

۲ - Process evaluation

۳ - impact evaluation

۳- ارزشیابی پیامد^۱: موضوعات مورد نظر شامل مرگ و میر و ابتلا هستند. آیا بروز و شیوع تحت تأثیر برنامه قرار گرفته است؟ مدت و کیفیت زندگی 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، ارزش گذاری می‌شود. ارزشیابی پیامد (که ممکن است در طول چندین سال تکمیل شود) 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 (۲، ۱۸).

نحوه طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی بر اساس مدل پری-

سید/پروسید

مدل پری سید و پروسید، منطق و چارچوب مناسبی 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 مستعد کننده، قادر کننده و تقویت کننده بر روی رفتار بیمار اثر بگذارند.

برای تدوین و طراحی چارچوب پری سید، سؤالات زیر را باید در نظر گرفت:

- ۱- چه گروه‌هایی بیماران، دارای عامل خطر یا شرایط خاص که از مداخلات پزشکی، پرستاری و یا بهداشتی سود می‌برند، هنوز خدماتی دریافت نکرده‌اند؟

۱ -- outcome evaluation

۲- چه گروهی از بیماران از استفاده مناسبتر از داروها یا شیوه‌های خود مراقبتی توصیه شده، سود خواهند برد؟

۳- چه گروهی از بیماران، 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 در موارد زیر نشان خواهد داد :

الف- وقتی که بیماری تشخیص داده شده یا نشده است ؟

ب - رژیم تجویز شده یا نشده است ؟

ج - محصولی توزیع شده یا نشده است؟

د -کاری پیگیری شده یا نشده است ؟

از طرف دیگر، در طراحی برنامه‌های آموزشی بر اساس این مدل، سلسله مراتب زیر را برای تغییر عوامل مؤثر بر رفتار باید در نظر گرفت: ابتدا تغییر در عوامل مستعد کننده، سپس عوامل قادر کننده؛ و در نهایت عوامل تقویت کننده تغییر داده شوند. بیماری که انگیزه کم یا تعهد کمی برای انجام رفتار هدف دارد، تلاش زیادی برای یادگیری مهارت‌ها یا به دست آوردن منابع انجام نخواهد داد و همچنین تلاش در پاداش دادن به رفتاری که فرد هنوز در انجام آن، توانمند نشده است، به هدر خواهد رفت. این سلسله مراتب، عوامل مؤثر در اتخاذ ویا برگشت انجام یک رفتار، ترتیبی منطقی از مداخله را پیشنهاد می‌کند که برای حمایت از یک فرد و در عین حال حفظ انرژی و زمان کارکنان بهداشتی باید رعایت شود. منطق حکم می‌کند که بر طبق اینکه افراد کدامیک از این سه ویژگی قابل تغییر را دارا می‌باشند، منابع آموزشی را متمرکز نماییم و اگر فرد، بیش از یک ویژگی قابل تغییر و برگشت را داشته باشد، باید ترکیبی از مداخلات طراحی شده برای تغییر هر ویژگی را، به کار برد.

سه مجموعه فوق، از ویژگی‌های قابل تغییر و اتخاذ یا عود یک رفتار، منعکس کننده سلسله مراتب طبیعی عملکرد از خواستن برای انجام دادن تا قادر بودن و پاداش گرفتن برای انجام آن می‌باشد. این سلسله مراتب، جریانی منطقی برای مداخله به منظور تقویت انگیزه تا توانمند کردن و تقویت رفتار را ایجاد می‌نماید. باید توجه داشت که نیاز برای نگهداری و حفظ منابع، حکم می‌کند از روی مداخلات غیر لازم عبور کرده و برای آنها برنامه ریزی نکنیم. به عنوان مثال اگر بیماری قبلاً انگیزه پیدا کرده است، دیگر نیازی به ایجاد انگیزه در او نیست و برنامه‌ها را باید بر توانمند کردن و تقویت رفتار وی متمرکز نمود. با استفاده از پرسیدن یک سری سؤال از افراد می‌توان وضعیت آنها را تشخیص 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 یا انجام رفتار توصیه شده یا اصلاحات شیوه زندگی صورت می‌گیرد. تسلسل سؤالات و مداخلات، زمان مورد نیاز کارکنان و افراد را به حداقل و احتمال فایده رابرای فرد به حداکثر می‌رساند (۱۱).

ایجاد و برانگیختن انگیزه

اولین سؤالی که شما به عنوان کارکنان بهداشتی نیاز دارید به آن پاسخ دهید، این است که آیا فرد به اندازه کافی از مشکل مورد نظر، هراس دارد تا رفتار توصیه شده را انجام دهد. این سؤال رامی توان طبق مدل اعتقاد بهداشتی در سه سطح پاسخ داد:

۱- آیا فرد عقیده دارد که اگر رفتار توصیه شده را نپذیرد، مستعد ابتلای به مشکلات پایدار و است؟

۲- آیا فرد عقیده دارد که در صورت عدم پذیرش رفتار توصیه شده می‌باشند، شدید با مشکلات شدید روبرو می‌شود؟

۳- آیا فرد درک می‌کند که فواید پذیرش رفتار توصیه شده از خطرات، هزینه‌ها عوارض جانبی و موانع عدم انجام آن بیشتر می‌باشد؟

اگر پاسخ تمامی سؤالات بالا مثبت باشد، احتمالاً فرد می‌خواهد رفتار توصیه شده را آزمایش کند. در این حالت شما نیاز ندارید کوشش کنید که فرد را در مورد اهمیت پیگیری رفتار توصیه شده، متقاعد نمایید. این فرد به اندازه کافی دارای انگیزه است. در فردی که خود می‌خواهد رفتاری را انجام دهد، زمان و انرژی که قرار بود صرف متقاعد ساختن شود، می‌تواند برای آموزش یا حمایت استفاده شود.

حال اگر طبق سه ویژگی فوق، فرد انگیزه نداشته باشد، برای او زود است که آموزش مهارت‌ها را شروع کنید و یا با او برای غلبه بر موانع موجود مشاوره نمایید. در این حالت شما باید زمان و منابع خود را، ابتدا روی آموزش فرد درباره اهمیت و فواید عمل توصیه شده، صرف کنید. هدف این آموزش اولیه، تقویت سه عقیده فوق در فرد است. در این حالت بهترین شیوه آموزش، ارتباطات چهره به چهره و دو طرفه است.

اگر بعد از چند سؤال جهت‌دار، نتوانید سطح انگیزشی فرد را ارزیابی نمایید، بهترین پیش‌بینی کننده نیاز فرد برای آموزش و مشاوره سطح سواد فرد است. آموزش رسمی کمتر (سواد پایین تر) به معنای نیاز بیشتر برای آموزش است. البته موانع فرهنگی و زبانی می‌توانند از تعامل مؤثر میان شما و فرد مراجعه کننده، ممانعت نمایند. بدون توجه به سطح آموزش فرد یا سطح فرهنگی وی، شما به آسانی می‌توانید سطح درک فرد را از طریق سؤال کردن از فرد برای تکرار مطالب آموزشی خود، جستجو نمایید (۱۱).

تشخیص عوامل قادر کننده

تعامل بین شما و افراد نشان می‌دهد که آیا فرد دارای انگیزه شده است یا خیر. قدم تشخیصی بعدی، اطمینان از این موضوع است که آیا فرد می‌تواند رفتار توصیه شده را انجام دهد. شما باید به تحقیق و جستجوی مهارت‌ها، منابع و موانع در خانه یا محیط کار که فرد برای کمک به پرورش رفتار در خود یا غلبه بر موانع نیاز دارد، بپردازید. اگر فرد به میزان زیادی دارای انگیزه برای انجام رفتار توصیه شده باشد اما با ناتوانی و فقدان منابع مورد نیاز و یا موانعی که نمی‌تواند به تنهایی بر آنها غلبه کند مواجه شود، او ناامید می‌شود و نهایتاً از انجام رفتار دلسرد می‌شود. در جوانان، نقص در مهارت‌ها شایع‌تر می‌باشد.

اگر فرد فاقد هر نوع از این عوامل قادر کننده باشد، شما وظیفه دارید که به او کمک کنید تا راه‌هایی برای غلبه بر نقص خود پیدا کند. کمترین مداخله مورد انتظار از شما به عنوان کارکنان بهداشتی این است که فرد را در زمینه مهارت‌های مورد نیاز و یا اصلاح (تغییر) رفتار توصیه شده به منظور سازگاری با شرایطی که در آن قرار گرفته، آموزش دهید. حداقل کاری که می‌توانید انجام دهید (که انجام آن را نیز به افراد جامعه مدیون می‌باشید) ارجاع سیستماتیک فرد به سازمان‌ها یا سایر منابع اجتماعی است که در مقابله با چنین مشکلاتی به فرد کمک می‌نمایند (۱۱).

ارزیابی عوامل تقویت کننده مورد نیاز برای انجام رفتار از سوی افراد

به غیر از عوامل مستعد کننده و قادر کننده، عامل دیگری که در پذیرش یک رفتار توصیه شده مؤثر است، عوامل قادر کننده می‌باشند. اگر رفتار توصیه شده با عوارض جانبی ناراحتی، تمسخر از سوی والدین یا دوستان، انتقاد از سوی دیگران و... روبرو شود، احتمالاً فرد، رفتار توصیه شده را دیگر انجام نمی‌دهد.

شما به عنوان کارکنان بهداشتی می‌توانید از طریق روش‌های زیر، پذیرش رفتار از سوی فرد را تقویت نمایید:

۱- در افراد انتظارات واقعی ایجاد نمایید. این امر از طریق پیش بینی عوارض انجام یک رفتار، مشکلات پیگیری و انجام آن و بیان آنها به افراد صورت می گیرد و بدین ترتیب افراد انتظار رویداد این حالات را خواهند داشت و آن را به عنوان یک شوک در نظر نمی گیرند. اگر فرد انتظارات غیر واقعی درباره خودداری از انجام یک رفتار، پذیرش یک رفتار بهداشتی جدید و... دارد، شما باید قبل از اینکه این موارد بهانه و دستاویزی برای عدم انجام یا ترک رفتار شود، این سوء تفاهمات را تصحیح نمایید.

۲- راه دیگری که می توانید برای تقویت پذیرش یک رفتار پیچیده تر استفاده کنید، بر قراری ارتباط مستقیم و یا غیر مستقیم با اعضای خانواده یا افرادی است که در چرخه تماس روزانه با فرد قرار دارند. شما می توانید با اعضای خانواده درباره رفتار توصیه شده بحث نمایید.

در کلینیک ها، اغلب اعضای خانواده در اتاق انتظار می نشینند، در حالی که می توان آنها را در بحث های مربوط به استراتژی های خانگی برای حمایت از افراد در پذیرش رفتار توصیه شده، شرکت داد. همچنین می توانید پیامی بنویسید و به فرد بدهید که با خود ببرد و یا از طریق پست یا تلفن (با اجازه خود فرد) آن را به فرد مورد نظر برسانید. توجه داشته باشید که این نوع پیام ها تأثیر بیشتری خواهند داشت. قدرت مشارکت اعضای خانواده در تقویت و حمایت افراد به خوبی اثبات شده است و شما باید راه کارهایی برای استفاده از آنها طراحی نمایید (۱۱).

خود پایشی

هنگامی که فرد به اندازه کافی برای انجام یک رفتار دارای انگیزه شده باشد و شما عوامل قادر کننده، تقویت کننده، مشاوره، ارجاع ها و حمایت مورد نیاز را در حد امکان به کار گرفته باشید، قرار ملاقات های بعدی را می توانید با افزایش فاصله برگزار کنید. با هر دیدار بعدی، می بایست مسئولیت خود پایشی فرد را بیشتر نمایید.

انتقال مسئولیت فرآینده خود مراقبتی به فرد باید همراه با افزایش مهارت‌های خود پایشی در وی باشد. زمان جمع‌آوری اطلاعات از فرد، بهترین زمان برای باز خورد دادن به او در رسیدن به خود مدیریتی^۱ می‌باشد و شما نباید این زمان را از دست بدهید. باز خورد دادن از خود پایشی به فرد، می‌تواند قدرتمندترین منبع برای تقویت رفتار مثبت در وی باشد.

فردی که وابستگی خود را برای تقویت رفتار جدیدش به کارکنان بهداشتی ادامه دهد نمی‌تواند به مدت طولانی رفتار مورد نظر را تداوم بخشد (۱۱).

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- به درستی الگو و موارد کاربرد آن را 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 براساس مراحل مدل طراحی و تدوین نمایید؛

۶- فراگیران را آموزش دهید؛

۷- بر اساس مراحل مدل به منظور ارزشیابی فراگیران چک لیستی رتبه‌بندی نمایید.

۱ - self management

بخش ۵

تئوری یادگیری یا شناخت اجتماعی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- دیدگاه کلی تئوری شناخت اجتماعی را ۵- هدف تئوری را تعریف کند.
تعریف کند.
- ۲- قوانین کلی تئوری یادگیری اجتماعی را ۷- تعاریف و کاربرد مفاهیم اصلی تئوری
شناخت اجتماعی یا یادگیری اجتماعی را توضیح دهد.
- ۳- اصول یادگیری مشاهده‌ای را شرح دهد. توضیح دهد.
- ۴- کاربرد تئوری یادگیری اجتماعی را شرح ۸- کاربرد عملی این تئوری را در آموزش
سلامت شرح دهد.

بشر از دیر باز بدون اینکه خود بداند، رفتارهای گوناگون هم‌نوعان خویش را تقلید کرده و آنها را فرا می‌گرفته است. با پیشرفت علم به خصوص علم روان-شناسی 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، تاریخچه تئوری شناخت اجتماعی که ریشه آن مربوط به تئوری یادگیری اجتماعی است، به اواخر ۱۸۰۰ میلادی بر می‌گردد. از بین دانشمندان و محققین این تئوری، می‌توان آلبرت باندورا - استاد روان-شناسی دانشگاه استنفورد را نام برد که در اوایل سال ۱۹۶۰، کار خود در زمینه این تئوری را منتشر کرد. وی به طور رسمی این تئوری را در کتابش به نام «اساس اجتماعی فکر و عمل: تئوری شناخت اجتماعی» در سال ۱۹۸۶ معرفی نمود و در واقع مهمترین و تأثیرگذارترین نقش را در گسترش آن ایفا نمود.

دیدگاه کلی

انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند. ما از مشاهده جهان اجتماعی، از طریق تفسیر شناختی جهان و از طریق تقویت یا تنبیه پاسخ‌های خود، اطلاعات و مهارت‌های پیچیده زیادی را می‌آموزیم.

بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد را نه نیروهای درونی تحریک می‌کنند و نه محرک‌های محیطی آنان را به تلاش و می‌دارند بلکه کارکرد روانی آنها، با توجه به واکنش متقابل پیوسته میان عوامل تعیین کننده شخصی و محیطی تبیین می‌شود (۱).

در نظریه یادگیری اجتماعی، بر این نکته تأکید می‌شود که محیط‌هایی که ما در معرض آنها قرار می‌گیریم، به طور تصادفی در برابر ما قرار نگرفته‌اند بلکه اغلب این خود ما هستیم که با رفتارمان محیط را انتخاب می‌کنیم و تغییر می‌دهیم. دیدگاه

یادگیری اجتماعی به ما کمک می‌کند تا تأثیر متقابل و پیوسته میان متغیرهای محیطی ویژگی‌های شخصی و رفتارهای ناآشکار و آشکارمان را تحلیل کنیم. با این دیدگاه می‌توان تفسیر کرد که چگونه یادگیری مشاهده‌ای صورت می‌پذیرد؟ و چگونه رفتارمان را نظم می‌دهیم؟ دو فرایندی که در بخش آموزش کاربرد فراوانی دارد.

اصول و قوانین کلی تئوری یادگیری اجتماعی:

- (۱) مردم می‌توانند از طریق مشاهده رفتارها و نتایج رفتارهای دیگران، آنها را بیاموزند (یادگیری مشاهده‌ای)؛
- (۲) یادگیری بدون هر گونه پاسخ آشکار هم می‌تواند اتفاق بیفتد و ممکن است تنها زمانی بروز کند که محیط مناسب فراهم شود؛
- (۳) دانش و آگاهی نقش مهمی در یادگیری ایفا می‌کند. آگاهی و انتظار تشویق‌ها و تنبیه‌ها، می‌تواند نقش مهمی در نمایش رفتارهای مردم داشته باشد؛
- (۴) تئوری یادگیری اجتماعی می‌تواند به عنوان پل یا راه انتقالی بین تئوری‌های یادگیری رفتار گرا و تئوری‌های یادگیری شناختی در نظر گرفته شود.

هدف تئوری:

- (۱) درک و پیش‌بینی رفتار فرد و گروه؛
- (۲) شناسایی روش‌هایی که می‌تواند باعث تغییر یا تعدیل رفتار شود؛
- (۳) انجام مداخلات لازم با هدف رشد شخصیتی، آسیب‌شناسی رفتار و ارتقای سلامت

یادگیری مشاهده‌ای

تأسف‌برانگیز 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

می شدیم. اما خوشبختانه بیشتر رفتارهای انسان از طریق مشاهده در فرآیند مدل سازی قابل یادگیری است (۳). نخستین بار که به قصد تعلیم رانندگی در ماشین می نشستید، حتما می دانستید که کجا و چگونه باید بنشینید و احتمالا می دانستید که چگونه ماشین را روشن کنید. زیرا قبلا این صحنه را دیده بودید.

در معرض یک سرمشق یا الگو قرار گرفتن، به چند طریق می تواند در رفتار تأثیر داشته باشد :

(۱) یادگیری رفتار جدید؛

(۲) تسهیل رفتار پیش آموخته؛

(۳) بازداری یا عدم بازداری از رفتار پیش آموخته؛

(۴) تشویق به رفتاری که قبلا منع شده ؛

(۵) افزایش رفتارهای مشابه.

اثرات بازداری و عدم بازداری، زمانی بسیار محسوسند که مشاهده‌گر شاهد پیامدهای اعمال فرد سرمشق یا الگو باشد. تنبیه الگو یا تقویت رفتار او، شدیداً بر فعالیت‌های مشاهده‌گر تأثیر دارد.

یکی از جنبه‌های جالب یادگیری مشاهده‌ای، این است که این نوع از یادگیری بدون کوشش صورت می‌گیرد. در این نوع یادگیری، فراگیر مجبور نیست پاسخی بدهد. مکانیسم عمده‌ای که به موجب آن افراد از طریق مشاهده رفتاری را کسب می‌کنند، مرتبط سازی فوری رفتار فرد الگو یا سرمشق با رویدادی شناختی مثل رویدادی حسی یا مرتبط سازی آن با پاسخ نمادی است.

مشاهده‌گر، رویداد حسی یا پاسخ نمادی را هنگام عملکرد فرد سرمشق یا الگو ضبط و حفظ می‌کند. این رویدادها یا پاسخ‌های حسی هنگامی که فراگیر برای دادن پاسخی آشکار فراخوانده می‌شود، به عنوان راهنمای عملکرد بعدی نقش ایفا می‌کند. پاداش یا تنبیه رفتار می‌تواند با مشاهده نتایج عملکرد فرد سرمشق یا الگو یا

نتایج اعمال خود مشاهده گر آشکار شود. در هر حال پاداش و تنبیه به طور محسوس بر عملکرد و رفتار تأثیر می‌گذارد اما به نظر نمی‌رسد که بر فراگیری رفتار تأثیر داشته باشد. رفتارهای پیچیده می‌توانند تنها با مشاهده فردی دیگر، فرا گرفته شوند. فرد الگو تنها باید به فعالیت‌های فراگیر یا سرمشق توجه نشان بدهد و فرد الگو باید شخصیتی معتبر باشد و به جز این دو خصوصیت، هیچ متغیر دیگری برای یادگیری مشاهده ای لازم نیست.

در واقع یادگیری مشاهده ای همان سرمشق گیری است که در آن فرد با انتخاب یک الگویا سرمشق، به تقلید از رفتار او می‌پردازد.

مؤلفه های زیر بنایی فرآیند یادگیری مشاهده ای

۱- توجه

۲- حفظ (به یاد سپاری)

۳- بازسازی حرکتی

۴- انگیزش

توجه

بدون توجه، یادگیری نمی‌تواند صورت بگیرد. بنابراین آشکار است که توجه شرط لازم برای یادگیری مشاهده ای است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ما به الگوهای توجه نشان می‌دهیم که بلند پایه، با کفایت و متخصص هستند. افرادی که دارای موقعیت مهم، موفقیت زیاد و دانش و تخصص فراوان باشند، غالباً توجه دیگران را به خود جلب کرده و برای آنها الگو یا سرمشق می‌شوند. تقلید رفتار و نقش بازیگران سینما و تلویزیون از سوی نوجوانان نیز از این طریق قابل توجیه می‌باشد.

عوامل دخیل در توجه شامل دو قسمت است :

(۱) شرایط رویداد یا موردی که الگو یا سرمشق شده نظیر:

- تمایز
 - ظرفیت عاطفی
 - پیچیدگی
 - شیوع
 - ارزش عملکرد
 - ۲) ویژگی‌های مشاهده‌گر مانند:
 - ظرفیت حسی
 - سطح برانگیختگی
 - سیستم ادراکی
 - تقویت‌های گذشته فرد نیز در میزان توجه تأثیرگذار است.
- حفظ (به یاد سپاری):**

یادگیری مشاهده‌ای از طریق مجاورت صورت می‌گیرد. دو رویداد مجاورت که برای این نوع یادگیری لازم هستند، عبارتند از توجه به عملکرد الگو و بازنمایی آن عملکرد در حافظه فراگیر. مشاهده‌گرهایی که فعالیت‌های الگو برداری شده را به صورت کلمه عنوان اختصاری، یا تصویر ذهنی ماندگار به رمز در می‌آورند، بهتر از کسانی که تنها به مشاهده اکتفا می‌کنند یا ضمن مشاهده ذهنشان به موضوعات دیگری مشغول است رفتار را در ذهن خود نگه می‌دارند. در حقیقت حفظ یعنی اینکه مشاهده‌گر توانایی به خاطر سپردن رفتاری را که می‌بیند، داشته باشد.

در این مرحله عوامل زیر دخیل هستند:

- رمزگذاری سمبولیک
- سازمان شناختی
- تمرین سمبولیک

- تمرین آشکار

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. عوامل زیر در ایجاد این توانایی مؤثر است:

- استعداد فیزیکی

- خود مشاهده ای در بازسازی

- صحت و دقت باز خورد

انگیزش

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

این مرحله می‌تواند به صورت زیر باشد:

- تقویت خارجی^۱

- تقویت نیابتی^۲

- خود تقویتی^۳

انواع تقویت در یادگیری مشاهده‌ای

(۱) تقویت خارجی: از بین رفتارهای گوناگونی که از راه مشاهده یاد گرفته شده‌اند رفتارهایی که پیامدهای مثبت برای فراگیران دارند، بر رفتارها یی را که

^۱ - External Reinforcement

^۲ - Vicarious Reinforcement

^۳ - Self Reinforcement

پیامدهای منفی به دنبال دارند، ترجیح داده می‌شوند. مثلاً خانمی که تنظیم خانواده را رعایت کرده، چنانچه احساس نماید نتایج مثبتی برای او داشته و مورد تأیید اطرافیان قرار گرفته، آن رفتارها را ادامه خواهد داد ولی اگر احساس نماید نتایج منفی (از نظر روانی، جسمی، اجتماعی) برای او داشته است، از ادامه آن سرباز می‌زند.

(۲) تقویت نیابتی: ایجاد رفتار از طریق مشاهده نتایج عمل فرد الگو یا سرمشق را تقویت نیابتی یا جانشینی می‌گویند. و تنبیه تقویت جانشینی، پیامدهایی هستند که به دنبال رفتار فرد سرمشق مورد تقلید می‌آیند، نه به دنبال رفتار فرد تقلید کننده اما بر رفتار تقلید کننده هم اثر می‌گذارد. به این دلیل به این نوع از تقویت و تنبیه، تقویت جانشینی می‌گویند چون شخص هنگام تقلید رفتار فرد سرمشق، خود را به طور خیالی به جای او می‌گذارد و تقویت و تنبیه دریافت شده به وسیله فرد سرمشق، رفتار سرمشق گیرنده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

لذا آموزش دهندگان سلامت می‌توانند با تشویق و تقویت صحیح رفتارهای مثبت آن دسته از افراد که به عنوان الگو در بین دیگران مطرح هستند و یا حتی به نحوی نقش رهبری را در بین آن اجتماع خاص به عهده دارند، در سایرین نیز تأثیر مطلوب به جای گذارند. به عنوان مثال چنانچه خانمی که از نظر اجتماعی و فرهنگی مورد قبول جامعه خود می‌باشد، تنظیم خانواده را رعایت می‌کند، با مورد تشویق قرار دادن وی می‌توان زمینه اجرای صحیح استفاده از وسایل تنظیم خانواده را در بین سایرین نیز فراهم نمود.

(۳) خود تقویتی: واکنش‌هایی است که افراد نسبت به رفتارهای خود نشان می‌دهند. به عبارتی افراد رفتارهایی را که رضایت خاطر آنها را فراهم می‌کند انجام می‌دهند و رفتارهایی را که فاقد این خاصیت هستند، انجام نمی‌دهند.

اصول یادگیری مشاهده‌ای:

بزرگترین سطح یادگیری مشاهده‌ای با سازماندهی اولیه و تمرین رفتارهای الگو شده به شکل سمبولیک و در نهایت عمل کردن علنی به آن به دست می‌آید. کد گذاری رفتارهای الگو شده در کلمات، سطوح یا تصاویر باعث راحتی مشاهده آن می‌شود.

در حالات زیر افراد با احتمال بیشتری می‌توانند رفتارهای الگو شده را اتخاذ کنند:

- ارزشمند بودن نتایج رفتار
- مشابه بودن مدل به مشاهده‌گر
- در پی داشتن موقعیت‌های تشویقی
- دارا بودن ارزش کارکرد

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 خصوصاً 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 درونی‌سازی اخلاقی و ارزشی در کودکان و همچنین آموزش‌های جنسی مخصوصاً برای جلوگیری از حاملگی، ایدز و عفونت‌های تناسلی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از روش‌های تئوری شناخت اجتماعی که اخیراً در مداخلات بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، شامل موارد ذیل است:

- مدل‌سازی یا الگو سازی؛
- آموزش مهارت‌ها به صورت منطقی و مستدل، شامل مهارت‌های اجتماعی و حرکتی روانی؛

- خود کنترلی به صورت عقد قرارداد با خود؛
- بستن قرار داد با دیگران که ممکن است به شکل دریافت یک پاداش، رفتارهای خاص، اهداف و تعهدات باشد.

* 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.

تعاریف و کاربرد مفاهیم اصلی تئوری شناخت اجتماعی یا یادگیری اجتماعی

۱- مفهوم: تأثیر متقابل و دو جانبه^۱

تعریف: تغییرات رفتاری نتیجه تعامل بین شخص، اطرافیان و محیط او است.

کاربرد: درگیرکردن فرد و اطرافیان او و در صورت نیاز اقدام برای تغییر محیط

۲- مفهوم: ظرفیت رفتاری^۲

تعریف: شناخت ظرفیت رفتار

کاربرد: فراهم آوردن اطلاعات و آموزش لازم در باره عمل مورد نظر

۳- مفهوم: انتظارات^۳

تعریف: عقاید و باورها در باره نتایج احتمالی عمل

کاربرد: توسعه شناخت نتایج احتمالی عمل در مشاوره

۴- مفهوم: خود کارآمدی^۴

تعریف: اطمینان فردی در مورد توانایی انجام عمل و تداوم آن

^۱ - Reciprocal Determinism

^۲ - Behavioral Capacity

^۳ - Expectations

^۴ - Self-Efficacy

کاربرد: تأکید بر توانایی‌های فردی، استفاده از تشویق و ترغیب، فراهم کردن امکان تغییر رفتار در گام‌ها و مراحل کوچک که امکان موفقیت در آنها بیشتر است.

۵- مفهوم: یادگیری مشاهده‌ای^۱

تعریف: شکل‌گیری باورها و عقاید بر اساس مشاهده افراد دیگر که شرایط مشابه خود فرد دارند و یا قابل مشاهده بودن نتایج فیزیکی عمل

کاربرد: توجه به تجربه دیگران و نتایج حاصله، شناسایی نقش مدل‌ها (الگوها) به منظور تقلید و برابری کردن با آنها

۶- مفهوم: تقویت^۲

تعریف: پاسخ‌ها و واکنش‌هایی که باعث افزایش یا کاهش تغییرات رفتاری در شخص می‌شوند.

کاربرد: فراهم کردن انگیزه، پاداش، تحسین و خود پاداشی و کاهش امکان بروز واکنش‌های منفی که بازدارنده تغییرات مثبت هستند.

کاربرد عملی این تئوری 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 افراد در انجام امور؛
۴. فراهم آوردن تقویت و پاداش مناسب در برابر انجام عمل به طور صحیح؛
۵. توجه به رشد فرایندهای خود تنظیمی در انجام اعمال مورد نظر با ارایه آموزش‌های لازم در این مورد؛
۶. فراهم کردن و افزایش امکان بروز موفقیت در انجام امور مورد نظر.

^۱ - observational Learning

^۲ - Reinforcement

بخش ۶

خود کارآمدی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- خود کارآمدی را تعریف کند.
- ۲- فاکتورهای مؤثر در گسترش خود توضیح دهد.
- ۳- عوامل مؤثر در خود کارآمدی را توضیح دهد.
- ۴- چگونگی تأثیر خود کارآمدی بر رفتار را توضیح دهد.

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

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

باندورا خود کارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در مورد انجام یک عمل مشخص می‌داند و براساس مطالعاتش عنوان نموده که خود کارآمدی درک شده توسط فرد، یک مؤلفه مهم در عملکرد فرد قلمداد می‌شود چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید (۱).

از عوامل مهم در شکل‌گیری خود کارآمدی، ساختار خانوادگی فرد می‌باشد که می‌تواند نقش مؤثری در ایجاد اعتقاد فرد نسبت به خود کارآمدی‌اش داشته باشد. اگر والدین در دوران کودکی تأثیر مثبتی در تکامل توانایی‌های کودک‌شان داشته باشند، زمینه مساعد برای بالفعل کردن استعدادهای بالقوه آنها در جهت پیشرفت کنترل باورهای درونی فراهم می‌شود. بنابراین می‌توان گفت خود کارآمدی تا حدودی از قوانین توارث پیروی می‌کند و دیده شده کودکانی که از خود کارآمدی پایینی برخوردارند، در خانواده‌هایی پر استرس رشد یافته‌اند که والدین آنها در برابر مشکلات و مصایب زندگی، بیشتر احساس عجز و ناتوانی می‌کرده‌اند.

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

با توجه به تحولات اخیر در زمینه تغییر دیدگاه‌ها در مورد سلامتی و کنترل استرس از دیدگاه صرفاً زیستی پزشکی به دیدگاه جامع‌تر زیستی-اجتماعی-روانی، خود کارآمدی به عنوان یک عامل مهم در کنترل استرس و سلامتی شناخته شده

است زیرا استرس وقتی به عنوان یک عامل تهدیدکننده سلامتی محسوب می شود که فرد توانایی مقابله با آن را با کاهش خود کارآمدی از دست بدهد. افرادی که خود کارآمدی بالایی دارند، برای رسیدن به هدف های متعالی خود با احساسی که در جهت موفق شدن و دستیابی به اهدافشان دارند، بیشتر خود را درگیر فعالیت های مؤثر برای رسیدن به موفقیت می نمایند و زمانی که با شکست مواجه می شوند، سریعاً موقعیت خود را حفظ کرده و مسیرشان را برای رسیدن به هدف ادامه می دهند. به طور کلی تمام تجارب یادگیری، انتخاب و انگیزه های آگاهانه فرد به وسیله درکی که فرد از توانایی دستیابی به موفقیت دارد، تحت تأثیر قرار می گیرد. بنابراین، خود کارآمدی باید به میزان وسیعی در علوم رفتاری مورد ملاحظه قرار گیرد. ساختار خود کارآمدی یک عقیده است که نفوذ زیادی بر تلاش و کوشش بشر دارد. باندورا معتقد است که عقاید افراد در مورد کارآمدی شان، نقش مهمی در چگونگی سازماندهی، ایجاد و اداره وقایع اثرگذار، بر جریان زندگیشان ایفا می کند. در واقع یک حس خود کارآمدی قوی، موجب ارتقای سلامت و کسب موفقیت های بزرگ اجتماعی می شود و براین اساس می توان از خود کارآمدی به عنوان یک کلید با اهمیت در روانشناسی فردی و اجتماعی یاد کرد.

عوامل مؤثر در گسترش خود کارآمدی

فراگیرانی که به طور معمول به خوبی می دانند چه چیزهای را می توانند یا نمی-توانند انجام دهند، درباره خود کارآمدی شخصی شان عقیده درست و منصفانه ای دارند. هر چالشی باعث افزایش خود کارآمدی فراگیران می شود. فاکتورهای مهمی در خود کارآمدی مؤثر هستند. از جمله: موفقیت ها و شکست-های قبلی، پیغام های رسیده از دیگران و موفقیت ها و شکست های دیگران. به طور کلی چهار منبع خود کارآمدی عبارتند از:

- ۱- موفقیت در عملکرد: به ایجاد مهارت همراه با موفقیت اشاره دارد که در نتیجه تجارب شخصی ایجاد می شود. ایجاد مهارت همراه با موفقیت در یک وظیفه، منجر به افزایش خود کارآمدی درک شده می شود؛
 - ۲- تجارب عاریتی (جانشینی): که به افراد تحت آموزش، افرادی را معرفی می- کنند که قابلیت‌های مشابه آنها دارند و آن رفتار را با موفقیت انجام داده اند؛
 - ۳- ترغیب کلامی: متقاعد کردن مردم از طریق بحث در این زمینه که آنها می- توانند یک فعالیت را انجام دهند. مثلاً استفاده از تشویق و تحسین کلامی؛
 - ۴- برانگیختگی فیزیولوژیکی / هیجانی: می تواند بر خود کارآمدی تأثیر بگذارد. افراد برای قضاوت در مورد قابلیت های شان به باز خورد فیزیولوژیکی شان متکی هستند. ایجاد علایمی مثل اضطراب، خستگی و.... باعث عدم خود کارآمدی می- شود. تفسیر علایم و استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس برای کاهش اضطراب می تواند خود کارآمدی درک شده و عملکرد را ارتقا دهد.
- به طور کلی چهار نکته اصلی برای ایجاد حس خود کارآمدی وجود دارد:
- ۱- تجارب همراه با کسب مهارت
 - ۲- الگو سازی اجتماعی
 - ۳- ترغیب اجتماعی
 - ۴- متکی بودن مردم بر وضعیت فیزیکی و احساسی شان درباره قابلیت‌های شان

چگونگی تأثیر خود کارآمدی بر رفتار

- لذت از فعالیت : مردم به طور معمول فعالیت‌هایی را که احساس می‌کنند می‌توانند با موفقیت آن را انجام دهند، انتخاب می‌کنند؛

- تلاش و ممارست: مردم بیشترین تلاش و فعالیت‌شان را برای رسیدن به رفتار با نتیجه سودمند، انجام می‌دهند؛
- آموزش و موفقیت: فراگیران با خود کارآمدی بالا تمایل به بهتر شدن و رسیدن به موفقیت‌های بیشتری دارند؛
- عوامل مؤثر در ایجاد حس خود کارآمدی در مددجویان عبارتند از:
 - ۱- قابل انجام بودن وظایف از نظر مددجو؛
 - ۲- قابل تقسیم بودن کار: به خصوص یک رفتار یا کار پیچیده باید به کارها و وظایف کوچک‌تر تقسیم شود که باعث می‌شود موفقیت‌های کوچک بسیاری در طی فرایند یادگیری تجربه شوند؛
 - ۳- تکرار رفتار یا مهارت؛
 - ۴- وجود توجه، تشویق و تحسین برای انجام وظیفه.

بخش ۷

تئوری خود تنظیمی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- زمینه تئوری را توضیح دهد.
 - ۲- دیدگاه های مطرح شده تئوری را مورد را توضیح دهد.
 - ۳- فرایندهای خود تنظیمی را نام برده و هر
 - ۴- خصوصیات افراد خود تنظیم را ذکر نماید.
- تعریف و مورد بررسی قرار دهد.

بیش از دو دهه از ارایه تئوری خود تنظیمی 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 دینامیک برای درک پیچیدگی‌های رفتار در پاسخ به اتفاقات برانگیزنده و محرک روانی مانند تجربیات استرس‌زای حاصل از بیماری فراهم می‌کند (۱).

تعاریف و زمینه تئوری:

کارولی^۱ (۱۹۹۳) بررسی وسیعی در مورد تئوری خود تنظیمی انجام داد و آن را فرآیندهای داخلی یا اجرایی تعریف کرد که فرد را قادر می‌سازد در طول زمان به طرف فعالیت‌های هدفدار هدایت شود، به طوری که به نحوی در مسیر تغییر پیش رود. مکانیسم تنظیم در تطبیق و تعدیل افکار، رفتار یا توجه از طریق استفاده ارادی یا خود به خودی مکانیسم‌های خاص و مهارت‌های حمایت‌کننده به کار گرفته می‌شود.

در واقع می‌توان گفت فرآیندهای خود تنظیمی، زمانی که فعالیت معمول و عادی به مانعی برخورد کند و یا لازم باشد که مسیر هدف طور دیگری دنبال شود، آغاز می‌گردد. مثلاً هنگام بروز یک مبارزه و یا شکست. در این زمان است که خود تنظیمی به منظور تلاش برای هدایت رفتار در طول یک مسیر خاص برای رسیدن به هدفی مشخص به کار گرفته می‌شود. در فرآیند خود تنظیمی، هیچ عامل خاصی مسئول موفقیت یا شکست برنامه محسوب نمی‌شود. توانایی خود تنظیمی می‌تواند مزایایی در زندگی روانی فرد داشته باشد. زیمرمن^۲ (۲۰۰۰) خود تنظیمی را تلاش-های منظم و سیستماتیکی می‌داند که باعث هدایت افکار، احساسات و اعمال برای

^۱-Karoly

^۲-Zimmerman

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 خود کنترلی 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 بر این عقیده است که بشر دارای توانایی‌های خاصی است که به طور کلی می‌توان آن را از سه بعد مورد بررسی قرار داد:

۱- تقلید و الگوسازی^۱

۲- خود انعکاسی^۲

۳- تنظیم رفتار خود^۳

وی خود تنظیمی را جزو سوم از توانایی بشر محسوب نموده و برای آن عملکردهایی مشخص کرده است:

۱- تنظیم اهداف^۴

۲- مشاهده و نظارت بر خود^۵

۳- ارزشیابی و قضاوت در مورد عملکرد^۶

۴- خود واکنشی^۷

^۱ - Imitating & Modeling

^۲ - self- reflect

^۳ - Regulate own behavior

^۴ - Goal Setting

^۵ - Self observation and monitoring

^۶ - Performance Judgment and evaluation

^۷ - Self reaction

باندورا عنوان می‌کند که خود تنظیمی 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 دائماً 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 خود تنظیمی با تعدیل تأثیرات خارجی، اساسی را برای عمل هدفمند فراهم می‌کنند و به افراد اجازه می‌دهند که بر افکار، احساسات، انگیزه‌ها و اعمال خود کنترل داشته باشند.

تئوری انگیزش در مطالعات خود تنظیمی جای خاصی دارد. به نظر می‌رسد که سه عامل در تعیین درجه خودانگیزشی^۱ مؤثر باشد:

اول: خودکارآمدی^۲ برای نایل شدن به رفتارهای مشخص. اگر شخص احساس کند که قادر به رسیدن به هدف خاص می‌باشد، احتمالاً سخت‌تر کار می‌کند؛ دوم: بازخورد^۳ فاکتور اساسی دوم برای خودانگیزشی بازخورد است. فرد از طریق بازخوردی که دریافت می‌کند، تلاش خود را در جهت هدف هدایت، کنترل و تعدیل می‌کند. به علاوه، دریافت بازخورد مثبت در موفقیت کار تأثیر بهتری خواهد داشت و خودکارآمدی را نیز بهبود خواهد بخشید؛ سوم: پیش‌بینی زمان رسیدن به هدف^۴. در این مورد اهداف کوتاه مدت در ایجاد انگیزش مؤثرتر از اهداف درازمدت هستند.

^۱ - Self motivation

^۲ - Self efficacy

^۳ - Feed back

^۴ - Anticipated time goal attainment

استانداردهای اجتماعی و اخلاقی نیز در خودانگیزی و تنظیم رفتار دخالت می‌نمایند (۴).

دیدگاه دیگر در تحلیل این تئوری، دیدگاه کاکووسکی^۱ و همکارانش است که در نظر آنان نیز این تئوری دارای چهار جنبه است :

الف- تعیین اهداف: تعیین اهداف در واقع پیدا کردن اصولی برای مشخص کردن میزان اختلاف بین وضع موجود و وضع ایده‌آل است. تا در صورت وجود اختلاف سعی در کاهش این تفاوت‌ها داشته باشند. اهداف از طریق اثر برانگیزه، یادگیری، خودکارآمدی و خودارزیابی، خود تنظیمی را افزایش می‌دهند. البته فرد باید تعهد و الزامی در رسیدن به هدف داشته باشد.

اهداف افراد را وا می‌دارند که تلاش لازم را برای رسیدن به آنچه که می‌خواهند را مصروف داشته و در طول زمان نیز بر آن پافشاری کنند. همچنین به افراد کمک می‌کند با تمرکز بر وظایف، انتخاب و به کارگیری مناسب خط مشی‌ها، پیشرفت را پایش کنند.

اهداف باید دارای خصوصیتی باشند که اهم آنها عبارتند از :

۱- اختصاصی بودن^۲: اهدافی که استانداردهای عملکرد خاصی را مشخص می‌کنند نسبت به اهدافی که عمومی و کلی هستند، احتمالاً بیشتر باعث خود تنظیمی و فعال شدن خود ارزیابی‌ها خواهند شد.

اهداف اختصاصی عملکرد را افزایش می‌دهند، چون مقدار تلاش مورد نیاز برای موفقیت را مشخص می‌کنند و باعث افزایش خودکارآمدی می‌شوند. همچنین زمینه خودارزیابی را روشن‌تر کرده و از ابهام و سردرگمی جلوگیری کرده و با تحقق اهداف باعث تقویت درونی فرد می‌شوند؛

^۱ - Kocovski&et al

^۲ - Specificity

۲- نزدیک بودن هدف^۱: چون حصول به اهداف نزدیک سریع‌تر صورت می‌گیرد و قابل دستیابی هستند، در نتیجه ایجاد انگیزه بیشتری کرده و خود تنظیمی نسبت به اهداف دراز مدت بهتر صورت می‌گیرد؛

۳- مشکل بودن^۲: اهدافی که از نظر درجه مشکل بودن، متوسط هستند، بیشترین اثر را در ایجاد انگیزش و عملکرد خود تنظیمی دارند زیرا اهدافی که ساده هستند برانگیزنده نیستند و اهدافی هم که مشکل به نظر برسند و رسیدن به آنها غیرممکن جلوه کند، تلاش را در افراد ایجاد نمی‌کنند، لذا اهداف متوسط معمولاً بیشترین اثر را دارند (۳).

ب- خودپایشی^۳: هنگامی که هدف تعیین شد، به علت توجه به اشارات و نشانه‌های داخلی و خارجی از طریق خودآگاهی بیشتر، داشتن توانایی خود پایشی ضروری می‌شود تا باعث هدایت و کنترل استراتژی‌های مداخله به صورت سریعتر، بهتر و متناسب‌تر شود. توجه به وضعیت‌های داخلی (افکار، احساسات و عواطف) و وضعیت‌های خارجی (نظیر حرکت بدن و محیط) می‌تواند شامل طیفی از تمرکز خارجی تا تمرکز داخلی کم یا وسیع باشد. خودپایشی توجه ماهرانه و عمدی به برخی از جنبه‌های رفتاری است. مثل:

- ثبت تکرار رفتارها
- ثبت شدت رفتارها
- ثبت دوره رفتارها

سیندر^۴ (۱۹۹۷) با تعیین اثر خود پایشی، دو نوع خود پایشی را مشخص کرده است که شامل خود پالایشی بالا (آن دسته افراد که از ایما و اشارات دیگران برای

^۱ - Proximity

^۲ - Difficulty

^۳ - Self monitoring

^۴ - Synder

تنظیم رفتارهایشان استفاده می‌کنند) و خود پایشی پایین (افراد) که به وسیله وضعیت های عاطفی و نگرش‌هایشان از داخل کنترل می‌شوند).

فردی به عنوان خود پالایش بالا^۱ تعریف می‌شود که اشارات خارجی (رفتار سایر افراد به طرف خودش) را سریع می‌گیرد و تعیین می‌کند که چه رفتاری در یک وضعیت خاص نیاز به تغییر دارد. این حالت ممکن است برای وقایع و اتفاقات اجتماعی مناسب باشد جایی که نیازهای معاشرتی بیشتر مورد نیاز هستند. در مقابل، خود پایشی پایین^۲ براساس نشانه‌های داخلی صورت می‌گیرد (درک وضعیت روانی فرد توسط خودش) که از آن به عنوان یک مشخصه برای تغییر رفتار استفاده می‌شود.

خود پایشی اطمینان به خود و عملکرد فرد را در انجام یک وظیفه ارتقا می‌دهد. پ - خود ارزشیابی: یک شکل مهم در خود تنظیمی، کشف و مقایسه اختلاف بین رفتارهای موجود و رفتارهای ایده‌آل برحسب اهداف تعیین شده می‌باشد. افراد سطح و موقعیت عملکرد خود را با میزان حصول به استانداردهای مطلوب مورد مقایسه قرار می‌دهند. افراد در خود ارزشیابی، اختلاف یا تفاوت‌ها را در طول طیفی از رفتارهای مطلوب تا نامطلوب مشخص می‌کنند تا تصمیم بگیرند چه مداخله‌ای مورد نیاز است؟ و به وسیله تقویت یا کاهش رفتار، استراتژی‌های خود تنظیمی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

چندین عامل درکشف میزان اختلاف و خود ارزشیابی مؤثرند، این عوامل عبارتند از: درجه افزایش تلاش به دنبال بازخوردی که فرد در مورد عملکردی پایین‌تر از استاندارد گرفته است. این امر، در مورد افراد با خودکارآمدی بالا نسبت به کسانی که خودکارآمدی در آنها پایین است، بیشتر صادق است؛

^۱ - high self monitor

^۲ - Low self monitoring

- (۱) نحوه عملکرد و سنجش موفقیت در وضعیت‌های مختلف و بسته به این که استانداردها را خود تعیین کرده‌ایم و یا از خارج تعیین شده‌اند، متفاوت است؛
- (۲) میزان فاصله بین عملکرد فرد و استاندارد مورد نظر که بر روی تلاش و خودارزیابی فرد تأثیر می‌گذارد؛
- (۳) اثرات ارزشیابی منفی در مورد داشتن عملکردی کمتر از استاندارد در مورد وظایف پیچیده با کاهش عملکرد / تلاش با وظایف ساده متفاوت است؛
- (۴) رضایت نه تنها به سطح اختلاف بین عملکرد و استاندارد مربوط می‌شود بلکه به میزان تغییرات عملکرد در طول زمان نیز بستگی دارد.
- اما به طور کلی عواملی که بر روی خود ارزشیابی و قضاوت اثر می‌گذارند، به وسیله مهارت‌های کشف اختلاف مشخص می‌شوند ولی توانایی اولیه کشف اختلافات نتیجه تأثیر خود پایشی است. درک پیشرفت، خودکارآمدی را قوی‌تر خواهد کرد که برای ادامه انگیزش، حرکت و خود تنظیمی با اهمیت است.
- ت) خود تقویتی: خود تقویتی با توجه به افراد و موقعیت‌ها متفاوت است و بستگی به نتیجه ارزشیابی دارد. مقایسه و سنجش‌های اجتماعی می‌تواند بر فرآیند خود تقویتی اثر بگذارد. به عنوان مثال، خود پاداشی می‌تواند پس از یک عملکرد موفق کاهش یابد اگر فرد بفهمد که افراد دیگر در آن مورد عملکرد بهتری داشته‌اند و یا خود تنبیهی ممکن است پس از یک عملکرد ضعیف کاهش یابد چنانچه فرد دریابد که افراد شناخته شده در آن مورد بدتر از او عمل کرده‌اند (۵ و ۲).
- طبق نظر کنفر^۱ نیز تئوری خود تنظیمی دارای سه عنصر: خود پایشی، خود ارزشیابی و خود تقویتی است.

^۱ - Kanfer

لونتال^۱ (۱۹۸۴) در بررسی تئوری خود تنظیمی بیان داشته که سیستم‌های موازی شناختی و عاطفی به وسیله محرک‌های داخلی و خارجی تشدید می‌شوند. وی و همکارانش سه فرآیند موازی را در خود تنظیمی فعال می‌دانند:

۱- درک تهدید

۲- مقابله با تهدید

۳- ارزیابی

۱- درک از تهدید: شامل درک از یک تهدید سلامتی براساس حواس و نشانه‌های جسمی است. این ادراکات درباره نشانه‌ها، با استفاده از اطلاعات گرفته شده از محیط نظیر گزارشات رسانه‌ها، ارتباط با کارکنان بهداشتی، پیام‌های افراد مهم و تجارب در مورد بیماری شکل گرفته است (ادراکات شناختی).

در مدل لونتال، واکنش‌های فرد به اطلاعات داخلی یا خارجی، فرآیندهای عاطفی موازی را شکل می‌دهد. بررسی این اطلاعات به شخص در ساختن یک طرح برای اداره پاسخ روانی به بیماری یا تهدید کمک می‌کند.

بسیاری از محققین با استفاده از مدل خود تنظیمی لونتال، از وجود رابطه بین درک شخص از تهدید و اعمال آغاز شده توسط او برای اداره تهدید حمایت کرده‌اند؛

۲- مقابله با تهدید: ادراکات شکل گرفته از جزء اول، بر گام دوم تأثیر می‌گذارد. مقابله یا سازش به وسیله تلاش برای کنترل ترس یا سایر احساسات مربوط به بیماری یا تهدید شکل می‌گیرد. مقابله با جنبه‌های عینی بیماری به استراتژی‌هایی که برای رسیدن به اهداف مربوط به سلامتی، در مرحله درک از بیماری انتخاب و طرح‌ریزی شده‌اند، مربوط می‌شود.

^۱ -Leventhal

حلقه‌های بازخورد درون مدل وجود دارد که به صورت وسیله‌ای برای پردازش اطلاعات داخلی و خارجی محسوب می‌شوند؛

۳- در مرحله سوم مدل (ارزیابی): هر دو نوع واکنش‌های مقابله‌ای مورد ارزشیابی قرار می‌گیرند. بسته به نتایج این ارزیابی، پاسخ‌های مقابله‌ای ممکن است تغییر کند. نتایج تلاش‌های مقابله‌شناختی با میزان آگاهی و شناخت فرد از تهدید سنجیده می‌شود اما ارزیابی عاطفی یا روانی نتایج ممکن است به آن سرعت میسر نباشد. البته معمولاً بین تطابق‌های روانی اجتماعی و کنترل تهدید (بعد شناختی) ارتباط وجود دارد (۶).

خود تنظیمی رفتار یعنی اینکه افراد رفتارهای مناسب و نامناسب را تشخیص دهند و عملکردشان را بر طبق آن انتخاب کنند.

بعضی کارهایی که در زندگی انجام می‌دهیم، چندان برایمان مهم نیست. رفتن به یک همبرگر فروشی و خوردن یک همبرگر معمولاً چندان با خود تقویتی یا خود تنبیهی ارتباط ندارد. اما اگر کارهایی که می‌کنیم واقعاً برایمان مهم باشند، به نوعی به ارزیابی خودمان می‌پردازیم. برای مثال اگر نگران رژیم غذایی خود باشیم، در این صورت ممکن است فعالیت‌های خودمان را ارزشیابی کنیم و خودمان را برای رفتن به یک ساندویچ فروشی مورد شماتت قرار دهیم. این خود تنبیهی یا خود تقویتی همچون تنبیه و تقویتی که مستقیماً تجربه می‌کنیم یا حتی مشاهده می‌کنیم، بر عملکردمان تأثیر دارد. با کمک فعالیت شناختی خودمان و کنترل محیط اطرافمان می‌توانیم از طریق پاداش و تنبیه خودجوش، خودمان را برانگیزیم و بدین ترتیب می‌توانیم رفتارمان را تنظیم کنیم.

فرآیندهای خود تنظیمی

باندورا در سال ۱۹۷۸ الگوی ساده شده‌ای از فرایندهای خودگردانی را ارائه کرد. در این الگو، سه فرایند کلیدی در یادگیری برای تنظیم رفتار خود پیشنهاد می‌شود:

- اول، عملکردمان 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 عملکردمان به قضاوت می‌نشینیم (Self Judge): 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 که براساس قضاوت از رفتارمان، ممکن است احساس خوشنودی یا ناخوشنودی کنیم.

مشاهده عملکرد خود: اگر سخنرانی بخواهد مدت زمان سخنرانی خود را تنظیم کند، اولین گام این است که پاسخ‌های مورد علاقه را زیر نظر بگیرد.

ثبت رفتار به طرزی صحیح با استفاده از نمودار یا جدول برای کنترل رفتارمان لازم است. نتایج مطالعات بسیاری معلوم کرده است که صرف آگاهی از رفتار می‌تواند به تغییر رفتار بینجامد. در یک آزمایش با دانش‌آموزان کلاس هشتم، رفتار درهم گسیخته دو دانش‌آموز، از طریق وادار کردن آنها به کنترل رفتارشان اصلاح شد. به این صورت که از دانش‌آموزی که دچار حواس پرتی بود، خواسته شد با استفاده از فرم ساده‌ای وقتی را که برای انجام تکالیفش صرف می‌کند، محاسبه کند. به دانش‌آموز دیگر نیز گفته شد برای محاسبه تعداد دفعاتی که صحبت می‌کند از فرم ساده‌ای استفاده کند.

قضاوت درباره خود: معیارهایی را که براساس آنها درباره عملکرد مان به قضاوت می‌نشینیم از کجا اخذ می‌کنیم؟ به نظر می‌رسد این معیارها گاهی خود جوش باشد اما در نظریه یادگیری اجتماعی گفته می‌شود که بسیاری از معیارهایی را که برای ارزیابی عملکردمان در اختیار داریم از مدل‌هایی که در محیط اجتماعی مان وجود دارند، می‌آموزیم. برای مثال همانطور که زیمرمن و رینگل نشان دادند، این که ما چقدر مایلیم برای تکالیفی که حلشان مشکل است، وقت صرف کنیم؟ تحت تأثیر الگوهایمان است.

والدین و معلمانی که معیارهای عملکرد پایینی را برای کودکان خود در نظر می‌گیرند، باید انتظار این را داشته باشند که کودکان آنها نیز به معیارهای پایینی بسنده کنند.

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 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 غیر جدی 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 بلندپروازانه هستند، زیان آورند. نظام‌های خود تقویتی بسیارریاضت کشانه ممکن است به افسردگی، احساس یاس، بی‌هدفی، صدمه به خود 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.

- بطور کلی درمورد خصوصیات افراد خود تنظیم می‌توان موارد زیر را ذکر کرد :
- افراد خود تنظیم 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، تنظیم کننده اعمال خود هستند. خود تنظیم واقعی ممکن است با یک طرح تنظیم شده توسط متخصص کارش را شروع کند اما تنظیم رفتارها توسط خودش انجام می‌شود (۷).
- تنظیم رفتاری در این مدل از دو درجه انگیزتگی درونی و خارجی برخوردار است. معمولاً درجه‌بندی زیر در اکثر پرسشنامه‌های این مدل به چشم می‌خورد :
- (۱) تنظیم رفتار با کنترل خارجی مثل تشویق، لحاظ تقویت‌های مثبت و منفی کنترل شده که با نمره‌گذاری (۲-) مشخص می‌شود.
 - (۲) تنظیم رفتار با درونی کردن انگیزتگی خارجی با نمره‌گذاری (۱-) مشخص می‌شود.
 - (۳) تنظیم رفتار براساس پذیرش ارزش فعالیت به صورت یک مسأله مهم فردی یا به خود آمدن و تنظیم مجدد با نمره‌گذاری (۱+)
 - (۴) تنظیم جامع و یکپارچه برای هماهنگی بین هویت و سایر جوانب خود که بیشتر به عنوان انگیزش درونی و خود خواسته قلمداد می‌شود، با نمره‌گذاری (۲+) مشخص می‌شود.

بخش ۸

تئوری انتشار نوآوری

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مبدعین و سال‌های تقریبی شروع این ۴- مراحل پذیرش نوآوری را مورد بررسی تئوری را شرح دهد.
- ۲- تعاریف و عناصر تئوری را مورد بررسی ۵- نحوه‌ارایه نوآوری، موارد ویژگی‌های آن را مورد بررسی قرار دهد.
- ۳- چهار تئوری اصلی در ارتباط با تئوری ۶- کاربرد تئوری انتشار نوآوری را انتشار نوآوری‌ها را نام برده و هر یک را مورد بررسی قرار دهد.

مبدعین و سال‌های تقریبی شروع این تئوری

- اوایل دهه ۱۹۰۰ گابریل ترید^۱ وکیل فرانسوی مشاهدات خود را در انتشار نوآوری ارایه نمود که آنها را قوانین تقلید نامیده بود و امروزه «پذیرش یک نوآوری» خوانده می‌شود.

- دهه ۱۹۲۰: انسان‌شناسان^۲ شروع به تحقیق در زمینه نوآوری‌ها نمودند و معتقد بودند تغییر اجتماعی در نتیجه معرفی نوآوری‌ها حادث می‌شود.

- دهه ۱۹۶۰: شروع و اوج بررسی‌های انتشار نوآوری در آمریکای لاتین، آفریقا و آسیا بود.

در واقع می‌توان گفت یک قانون یا واقعه خاص باعث پیشرفت تئوری انتشار نوآوری نشد بلکه قوانین مختلفی در این امر دخالت داشت. قانون اول دخیل در آن انسان‌شناسی بود سایر علوم و قوانین نیز شامل: جامعه‌شناسی، آموزش، بهداشت عمومی، جامعه‌شناسی پزشکی ارتباطات، بازاریابی و مدیریت، جغرافیا، جامعه‌شناسی عمومی و اقتصاد عمومی بودند.

تعاریف و عناصر تئوری

انتشار نوآوری یک تئوری است که به تجزیه و تحلیل، توصیف و تطابق یک نوآوری جدید کمک می‌کند و 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 عوامل پذیرش درک شده است و در واقع تازگی عقیده درک شده برای فرد، واکنش فرد را در برابر آن تعیین می‌کند. به علاوه T انتشار فرآیندی

^۱ - Gabriel Trade

^۲ - anthropologists

است که توسط آن یک نوآوری از طریق کانال‌های خاص در طول زمان در بین اعضای یک سیستم اجتماعی منتشر می‌شود (۱).

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

۱. نوآوری: یک 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 که با پیوستن به هم برای حل مشکل، به یک هدف عمومی نایل می‌گردند (۲و۴).

راجرز (۱۹۹۵) عنوان می‌نماید که چهار تئوری اصلی در ارتباط با تئوری انتشار نوآوری‌ها وجود دارد که شامل موارد زیر است:

(۱) تئوری فرآیند تصمیم نوآوری^۱

(۲) تئوری نوآوری فردی^۲

(۳) تئوری میزان پذیرش^۳

(۴) تئوری ویژگی‌های درک شده^۴

^۱ - The Innovation - Decision process theory

^۲ - Individual Innovations Theory

^۳ - Theory of Rate adoption

^۴ - Theory of perceived attributes

(۱) تئوری فرآیند تصمیم نوآوری

فرآیندی که از آن طریق، یک فرد یا گروه اجتماعی و اقتصادی یا منطقه‌ای از فرآیند تصمیم‌گیری نوآوری می‌گذرد. این تئوری براساس زمان در پنج مرحله مشخص و جدا بنا گردیده است: - مرحله اول: آگاهی (knowledge) است که پذیرندگان بالقوه باید ابتدا درباره نوآوری اطلاعاتی را به دست آورند؛ - مرحله دوم: ترغیب (persuasion) است که آنها باید در مورد شایستگی‌ها و مزایای نوآوری ترغیب شوند؛ - مرحله سوم: تصمیم (decision) است که آنها باید درباره پذیرش نوآوری تصمیم بگیرند (قبول یا رد آن)؛ - مرحله چهارم: اجرا (Implementation) است که زمانی که آنها نوآوری را قبول کردند، باید آن را بکار گیرند؛ - مرحله پنجم: تأیید (Confirmation) است که آنها باید تأیید کنند که تصمیم شان در مورد قبول نوآوری، تصمیم مناسبی بوده است. هرگاه این مراحل با موفقیت طی شد، انتشار نوآوری نتیجه می‌دهد (۳).

البته باید توجه داشت که شرایط قبلی بر فرآیند تصمیم در مورد نوآوری تأثیرگذار است. شرایطی مانند: تمرین و یا تجربه قبلی (Previous practice)، مشکلات یا نیازهای احساس شده (felt needs/problems)، نوآوری (innovations)، هنجارهای سیستم اجتماعی (norms of the social system) (۴ و ۵). ۲) تئوری نوآوری فردی این تئوری بر این اساس است که چه کسانی و در چه زمانی نوآوری را قبول می‌کنند. یک منحنی ناقوسی شکل اغلب برای نشان دادن درصد افرادی که یک نوآوری را می‌پذیرند، استفاده می‌شود:

- گروه اول پذیرندگان نوآوری هستند که ۲/۵ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند. اینها پذیرندگان خطر و پیشگامانی هستند که راه را باز می‌کنند؛

- گروه دوم که به عنوان پذیرندگان اولیه شناخته می‌شوند، ۱۳/۵ درصد جمعیت می‌باشند. آنها به زودی در مسیر صعود و به جلو رفتن قرار می‌گیرند و در گسترش اطلاعات درباره نوآوری به دیگران کمک می‌کنند؛

- سومین و چهارمین گروه اکثریت اولیه و اکثریت تأخیری هستند که هر کدام از این دو گروه ۳۴٪ از پذیرندگان را تشکیل می‌دهند. نوآوران و پذیرندگان اولیه، اکثریت اولیه را متقاعد می‌سازند اما اکثریت تأخیری منتظر می‌شوند که مطمئن شوند، پذیرش براساس بهترین علایق آنهاست و مزایای نوآوری کاملاً برای آنها اثبات شود؛

- گروه آخر کندروها (Laggards) هستند که ۱۶ درصد جمعیت را تشکیل داده و افرادی هستند که به میزان بالایی شکاک و مقاوم در برابر پذیرش هستند مگر آنکه کاملاً به آن نیاز داشته باشند (محافظه‌کاران سرسخت). بدون تردید گروهی از آنان هیچگاه تغییرات را نخواهند پذیرفت و به نظر می‌رسد که اکثر اوقات علیه چیزی موضع گرفته‌اند (۸۳).

۳) تئوری میزان پذیرش

این تئوری عنوان می‌نماید که پذیرش نوآوری‌ها، به وسیله یک منحنی S شکل بر روی یک کاغذ به بهترین حالت نشان داده می‌شود و بیان می‌دارد که پذیرش یک نوآوری، در شروع رشد آرام و تدریجی دارد. سپس یک دوره رشد سریع خواهد داشت که به حداکثر می‌رسد، سپس ثابت شده و بالاخره کاهش می‌یابد. درباره مکانیسم قبل از پذیرش، ویک (۱۹۹۰) بیان می‌دارد که افراد یک طرح شناختی دارند که تفکر و رفتار آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳، ۶، ۷).

۴) تئوری ویژگی‌های درک شده

این تئوری بر این اساس است که افراد در صورتی که ویژگی‌های یک نوآوری را درک کنند، آن را خواهند پذیرفت. این ویژگی‌ها به شرح زیر می‌باشد:

- اول مزایای نسبی (Relative advantage): مزایای نسبی نوآوری باید کمی بیش از وضعیت یا نوآوری موجود باشد؛
- دوم سازگاری (Compatibility): مهم است که نوآوری با ارزش‌ها و روش‌های موجود جامعه سازگار باشد؛
- سوم پیچیدگی (Complexity): نوآوری خیلی پیچیده نباشد و استفاده و درک آن راحت باشد؛
- چهارم قابل آزمون بودن (Trialability): نوآوری باید قابل آزمودن باشد. به این معنی که نوآوری برای یک زمان محدود باید بدون قبول، مورد سنجش و آزمایش (تجربه) قرار گیرد؛
- پنجم قابل مشاهده بودن (Observability): نوآوری باید نتایج قابل مشاهده داشته باشد (۳ و ۲، ۸).

نوآوری‌هایی که دارای مزایای نسبی، سازگاری بیشتر بوده و قابل آزمودن و مشاهده باشند و پیچیدگی کمتری داشته باشند، سریعتر از سایر نوآوری‌ها توسط افراد پذیرفته می‌شوند (۱).

مراحل پذیرش نوآوری (Stages of Adoption)

- آگاهی: وسعت و میزان آگاهی جمعیت هدف از یک نوآوری (فرد در معرض نوآوری قرار می‌گیرد اما اطلاعاتش درباره آن کامل نیست)؛

- **علاقه:** وجود علاقه و میل شخصی نسبت به نوآوری (فرد به موضوع جدید علاقه می‌شود و اطلاعات بیشتری در آن مورد جستجو می‌کند)؛
- **آزمودن یک نوآوری:** آزمودن یک نوآوری (فراگیر به طور عقلانی وضعیت کنونی خود و آینده را نسبت به کار گیری آن نوآوری ارزشیابی می‌کند و برای ادامه یا ترک آن تصمیم می‌گیرد)؛
- **تصمیم:** پذیرنده تصمیم به ادامه، ترک یا خلق مجدد یک نوآوری می‌گیرد؛
- **پذیرش:** تداوم یا به کارگیری نوآوری در شیوه زندگی خود (۱،۲). فرد تصمیم به ادامه استفاده کامل از نوآوری می‌گیرد.

ارایه نوآوری

- راجرز و شومیکر نگرش‌های مهمی را درباره اصول حاکم بر امکان وجود «آغاز» ارایه می‌نمایند. این اصول برای هر کس که خواهان ایجاد تغییر در جامعه‌هاست، قابل استفاده می‌باشد. برای به دست آوردن پیش زمینه اطلاعاتی مناسب و سنجش آن، بررسی‌هایی را می‌توان در چهار مورد انجام داد :
- ۱- ویژگی های اجتماعی (یا سیستم اجتماعی) در ارتباط با تمایل‌شان به اتخاذ و پذیرش نوآوری‌ها؛
 - ۲- عوامل اصلی تعیین کننده اینکه سیستم اجتماعی، مالک نوآوری خواهد شد یا خیر؛
 - ۳- نقش رهبری در روند تغییر؛
 - ۴- خصوصیات نوآوری؛

ویژگی‌های اجتماعی

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

در یک برنامه‌ریزی از سطوح بالا به سطوح پایین^۱، عوامل ایجاد کننده تغییر اجتماع را ناگزیر به اتخاذ نوآوری‌های سالم خواهد 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 دراز مدت روی دهد.

تملک ابداع

مورد دوم مربوط است به اهمیت مالکیت نوآوری از سوی جامعه که در هر دو برنامه ریزی بالا به پایین و پایین به بالا بر آن تأکید شده است. تغییر باید ناشی از شناخت جامعه از نیازهای ملموسش باشد. برنامه‌های بالا به پایین معمولاً دچار شکست می‌شود مگر آنکه به طور اتفاقی، نوآوری‌ها نیازمندی‌هایی را که از قبل وجود داشته‌اند ارضا کنند. بسیاری از آموزش‌دهندگان سلامت که کار اصلی آنها

^۱ - Top-down

^۲ - Bottom up

ممانعت از به برخی از رفتارهای غیر بهداشتی است، برای تشویق جامعه به توجه بیشتر به اقداماتی چون توسعه بهداشت دهان یا ترک سیگار تلاش می‌کند. راجرز و شومیکر احتمال تغییر را بر اساس تأثیرات متقابل دو بعد توصیف می‌کنند. اول: درک اجتماع از منابع به وجود آورنده تغییر، دوم: تشخیص اجتماع از میزان نیاز به تغییر.

در نتیجه هرگاه منابع خارجی مثلاً پزشکان، معلمان یا کارگزاران دولتی بخواهند تغییری را به اجتماع تحمیل کنند، شانس اتخاذ چنین تغییری عملاً وجود ندارد. از طرف دیگر هرگاه اجتماع نیازی را تشخیص دهد و راه حل آن را نیز بیابد، تغییر حاصله به طور غیرقابل تصویری «ماندنی» است. مشاهده‌گرانی که اجتماع را از بیرون مورد بررسی قرار می‌دهند، ممکن است نیازهای بهداشتی را که مردم از آن بی‌خبرند ولی از نظر علمی قابل مشاهده است، تشخیص دهند. در چنین حالتی مددکاران اجتماعی^۱ باید تسهیلاتی برای افزایش آگاهی مردم در تشخیص چنین نیازهایی و کسب مهارت‌های لازم برای برطرف ساختن آن فراهم آورند (۶).

نقش رهبران

نقش رهبری بسیار مهم بوده و رابطه بسیار نزدیکی با اجرای برنامه‌های اجتماعی دارد. راجرز و شومیکر عنوان کرده‌اند که: همسانی عبارت است از میزان شباهتی که افراد دارای روابط متقابل در برخی از ویژگی‌ها مثل باورها، ارزش‌ها، آموزش، موقعیت اجتماعی و غیره به یکدیگر دارند. روابط بین فردی و روندهای کلی تأثیر افراد همسان، مؤثرتر است. در صورتی که آشکاری وجود نداشته باشد (مثلاً هنگامی که عامل ایجادکننده تغییر و فرد در معرض تغییر دارای پیشینه‌های اجتماعی متفاوت باشند) استفاده از گروه‌های همسان و توسعه روابط اجتماعی

^۱ - Community Workers

متقابل و همدلی بین افراد ، موجب بهبود شرایط برای پذیرش نوآوری می شود. راجرز (۱۹۹۵) بیان می دارد که حمایت رهبران عقیدتی می تواند نقش خیلی مهمی در موفقیت نوآوری داشته باشد.

رهبری غیررسمی که به وسیله عوامل به وجود آورنده تغییر ایجاد شده اند، به طور خلاصه در یک شعر مشهور سنتی چینی ، آورده شده است. این شعر را تقریباً می توان قصیده تغییر ماندنی نامید:

نزد مردم برو
در میان آنان زندگی کن
آنان را دوست بدار
با آنچه می دانند، آغاز کن
براساس آنچه دارند، پیش برو
اما بهترین رهبران
زمانی که آنچه می خواستند برآورده شد
کارشان انجام شد
مردم خواهند گفت
ما خودمان انجامش دادیم (۸ و ۷).

ویژگی های نوآوری

نهایتاً انتقال و توسعه نوآوری ها، تابع ویژگی های آنها می باشد. این ویژگی ها را می توان چنین خلاصه کرد: مزایای نسبی، سازگاری، پیچیدگی، توانایی آزمون و مشاهده. به طور مثال اگر جامعه ای به این نتیجه برسد که پیشنهاد تغییر رژیم غذایی در مقایسه با رژیم غذایی موجود به نفع اوست، با شیوه زندگی و فرهنگ او سازگار است، بیش از حد پیچیده نیست (مثلاً به عمل آوردن؛ جمع آوری و پختن آن راحت است) آزمایش آن نسبتاً ساده بوده و شخص را به طور کامل درگیر

نمی‌سازد، و جامعه به راحتی و به سرعت می‌تواند منافع آن را مشاهده کند، آن وقت این نوآوری شانس زیادی برای انتخاب شدن دارد.

تئوری انتشار نوآورهای با توجه و درک تفاوت‌های موجود میان نگرش‌های مختلف به برنامه‌های سلامت جامعه، می‌تواند شاخص‌های اجرایی مشخصی را برای کنترل برنامه ارایه دهد. مثلاً توجه به اینکه آیا نیازهای محسوس جامعه در نظر گرفته شده یا نه؟ کمک‌های اجتماعی و رهبران فکری شناسایی و تعیین شده‌اند یا نه؟ کارکنان آموزش دیده‌اند و یا ویژگی‌های ابداعات شناخته شده و قبلاً بر روی اجتماع آزمایش شده یا خیر؟ این شاخص‌های میانی و غیرمستقیم از اهمیت بسیاری برخوردارند (۶).

کاربرد تئوری انتشار نوآوری

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

۱- برانگیختن احساس نیاز مردم نسبت به تغییر: برای اجرای این کار باید راه‌حل‌های گوناگون مربوط به یک مسأله را نشان دهند، اهمیت مسایل 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 ارایه دهد؛

۲- ایجاد ارتباط با مردم: هنگامی که نیاز به تغییر ایجاد شد، باید با مردم ارتباط برقرار کرد. آموزش دهنده می‌تواند با اعتبار بخشیدن، ایجاد اعتماد و همدلی با

نیازهای آنان، این رابطه را تحکیم بخشد، زیرا مردم باید قبل از پذیرش نگرش جدید، فرد آموزش (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 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 عکس‌العملی 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 تجلی می‌کند. 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، با فرستادن پیام‌های تشویقی رفتار جدید را تثبیت و پایدار کند. این روش با دادن پاداش برای افزایش تمایل به 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 افراد با نفوذ، افرادی آگاه و معتمد در جامعه هستند که از طریق تماس‌های شخصی در زندگی روزمره از لحاظ تصمیم‌گیری و شکل‌دهی عقیده بر دیگران تأثیر می‌گذارند(۹).

بخش ۹

تئوری هماهنگی شناختی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مبدعین و سال‌های تقریبی شروع این ۴- نتایج تحقیقات مربوط به نظریه تئوری را شرح دهد.
- ۲- چگونگی پیشرفت تئوری را مورد دهد.
- ۳- چگونگی کاهش ناهماهنگی را شرح دهد.
- ۴- کاربرد تئوری را مورد بررسی قرار دهد.

مقدمه

مبتکر این تئوری لئون فستینگر^۱ می‌باشد. او در سال ۱۹۱۹ در نیویورک به دنیا آمد و مدرک لیسانس (BS) خود را در سال ۱۹۳۹ از کالج شهر نیویورک دریافت کرد. بعد جذب دانشگاه آیوا^۲ شد و در سال ۱۹۴۰ فوق لیسانس و ۱۹۴۲ درجه دکترای خود را کسب نمود. او کار آموزشی خود را در دانشگاه روچستر آغاز کرد و طی سال‌های ۱۹۴۳ تا ۱۹۴۵ در آن جا به تدریس اشتغال داشت. در سال‌های ۱۹۴۵-۱۹۴۸ به عنوان استادیار رشته روان‌شناسی عضو انجمن تکنولوژی در کمبریج شد. وی همچنین به عنوان استاد برجسته در دانشگاه مینسوتا^۳ در شهر میناپولیس تدریس داشت. در سال ۱۹۵۵ به عنوان استاد علم روان‌شناسی در دانشگاه‌های کالیفرنیا و استنفورد تدریس کرد و عضو آکادمی علم و هنر آمریکا بود و بالاخره در سال ۱۹۵۹ در انجمن روان‌شناسی آمریکا جایزه دانشمند نمونه را دریافت کرد. کورت لوین که درجه دکترای خود را از دانشگاه برلین گرفته بود؛ در سال ۱۹۱۴ در دانشگاه آیوا مقدمات تئوری ناهماهنگی شناختی را تنظیم کرده بود ولی لئون فستینگر این تئوری را توسعه داد. علاقه دکتر فستینگر به توسعه این تئوری به این خاطر بود که تا آن موقع تئوری‌هایی که در مورد روان‌شناسی اجتماعی وجود داشت، بسیار کم بودند. تحقیق بی‌سابقه فستینگر به وسیله اعتبار بخش علمی - رفتاری مؤسسه فورد در سال ۲- ۱۹۵۱ انجام گرفت. پیش از این، این تئوری (که در ابتدا به نام تئوری ناهماهنگی شناختی نامیده می‌شد) برای تحقیق روابط اجتماعی با منابع مالی و کمک آزمایشگاهی در دانشگاه مینسوتا گسترش یافت. این تحقیقات تا

^۱ - Leon Festinger

^۲ - Iowa

^۳ - Minnesota

سال ۱۹۵۷ توسط اعتبارات مالی مؤسسه فورد ادامه یافت، در حالی که فستینگر در دانشگاه استنفورد بود. چگونگی پیشرفت تئوری :

حدوداً ۱۰۰ سال قبل از میلاد مسیح فیلسوف یونانی به نام اپیکتیتوس اظهار کرد: که بشر از اطرافیان و محیط، آشفته خاطر نمی‌شود بلکه به وسیله ادراکش از اطرافیان و اشیاء آشفته خاطر می‌شود. بعدها در سال ۱۹۱۱ آلفرد آدلر بیان کرد: رفتار هر شخص به وسیله تصور او از موفقیت و اهداف او شکل می‌گیرد، پس شخص برای نایل شدن به اهداف خود شروع به کار می‌کند.

فرم ابتدایی تئوری شناختی براین مبنا بوده که تفکر، رفتار را شکل می‌دهد. در سال ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ این تفکرات به طور گسترده‌ای پذیرفته شد و تا سال ۱۹۵۰ علاقه زیادی به علوم رفتاری بشر به وجود آمد. چندین تئوری به گسترش علوم رفتاری انسان کمک کرد. تئوری‌های دکتر لوین (زمینه تئوری و آغاز تئوری ناهماهنگی شناختی) از اصول گشتالت استخراج شده بود. در سال ۱۹۵۱ مؤسسه فورد برای انجام تحقیق در نفوذ و انتقال اجتماعی از لئون فستینگر دعوت کرد. توسط این تحقیق، تئوری ناهماهنگی شناختی توسعه و گسترش یافت. بنابراین فستینگر به تأثیر اجتماعی و ارتباطات علاقه‌مند شد و تلاش کرد پی ببرد چرا برخی اطلاعات کسب شده توسط فرد یا اطلاعاتی که قبلاً فرد کسب کرده است در او ایجاد تنش می‌کند.

در نتیجه این 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.

با معرفی فستینگر در سال ۱۹۵۷، تئوری ناهماهنگی با مقایسه منطقی دو عنصر شناختی که می‌توانند هماهنگ یا ناهماهنگ با دیگر شناخت‌ها باشند، شروع شد.

ارتباط دو شناخت با یکدیگر، می‌تواند با هم 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، فرد برای کاهش ناهماهنگی انگیزه پیدا می‌کند و درصدد بر می‌آید از اطلاعاتی که ناهماهنگی را بیشتر می‌کند، اجتناب نماید. هر قدر ناهماهنگی بیشتر باشد، فشار روانی برای کاهش ناهماهنگی بیشتر است.

توصیف واژه‌های کلیدی

شناخت چیست؟ چیزهایی است که یک شخص درباره خودش، رفتارش و محیطش می‌داند، که شامل: آگاهی، نظرات و عقایدی است که درباره محیط، خود و رفتارش دارد. مثلاً بیان عباراتی نظیر: «امروز روز خوبی است» یا «من شخص با فکری هستم» شناخت محسوب می‌شود. به نظر فستینگر چنین شناخت‌هایی ممکن است به هم مربوط و یا بی‌ارتباط باشند. به عنوان مثال، جمله «امروز روز خوبی است» با جمله «مدارس استعدادهای کودکان را می‌کشند» احتمالاً به هم مربوط نیستند. از این نظر که در عبارت اول، چیزی درباره عبارت دوم وجود ندارد. بر عکس عبارت «من فرد خوش حافظه‌ای هستم» با این عبارت که «من تاریخ ازدواجمان را فراموش کرده‌ام» مربوط است، زیرا شناخت اول از نظر روان شناختی به شناخت دوم مربوط می‌شود.

دو شناخت مربوط به هم یا می‌توانند با هم همساز باشند یا ناهم‌ساز. در ناهماهنگی که با مثال «شخص خوش حافظه» و «فراموش کردن تاریخ ازدواج» مشخص شد، دو عنصر در دو عبارت با هم جور در نمی‌آیند، یا اگر بخواهیم اصطلاح خود فستینگر را به کار ببریم این عناصر دو روی متفاوت یک سکه‌اند.

هماهنگی: سازگاری نگرش و باورهای فرد با رفتار و محیط اوست. به عنوان مثال شخص این باور را دارد که فردی خوش شانس است و به همین خاطر به سپرده گذاری در بانک‌های مختلف برای شرکت در قرعه کشی اقدام می‌کند.

ناهماهنگی: ناهماهنگی هنگامی به وجود می‌آید که افراد در معرض اطلاعات و باورهای ناسازگار قرار می‌گیرند. در مثال ذکر شده، برنده نشدن فرد در قرعه‌کشی با خوش شانس بودن او سازگار نیست.

کشمکش: وجود ناهماهنگی در فرد، فشار روانی به وجود می‌آورد که به آن کشمکش یا تنش می‌گویند.

اضطراب: واکنش به یک تهدید است که به وسیله احساس نگرانی مشخص می‌شود. در حقیقت احساسات نامطبوعی است که به خاطر وجود تنش در فرد به وجود می‌آید.

مکانیسم دفاعی: که مکانیسم‌های ایمنی نیز نامیده می‌شود: رفتارهایی است که برای رفع و یا مقابله باعامل تهدید کننده شخصیت فرد صورت می‌گیرد و شامل: دلیل تراشی فرافکنی، سرکوب و ... می‌باشد. برای کاهش ناهماهنگی، منطق روانی فرد به طور ناخودآگاه از این مکانیسم‌ها استفاده می‌کند.

تغییرات به منظور کاهش ناهماهنگی: به معنای تغییر در آیتم‌های اطلاعاتی است که سازگاری را ایجاد یا حفظ می‌کند. در مثال مذکور، فرد برای کاهش ناهماهنگی ایجاد شده در خود ممکن است برنده نشدن خود را این طور توجیه کند که اگر پول بیشتری سپرده گذاری کرده بودم، حتماً برنده می‌شدم.

یک فرض بنیادی نظریه ناهماهنگی شناختی این است که ناهماهنگی، ناراحتی آفرین و ایجاد کننده تنش است و این حالت شخص را به کاهش یا برطرف کردن ناهماهنگی 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 متفاوت وجود داشته باشد اما اگر هیچ یک از این 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 ناهماهنگی شناختی پیش‌بینی می‌کند که تنش بسیار بالارود و برای کاهش آن، کوشش قابل ملاحظه‌ای لازم باشد.

ناهماهنگی چگونه کاهش می‌یابد؟

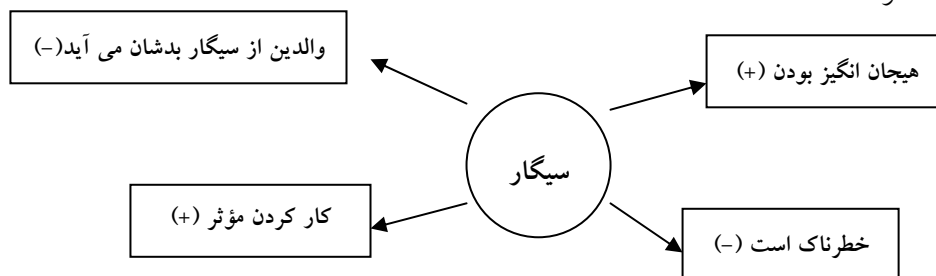
یک راه آن است که تعداد یا اهمیت عناصر ناهماهنگ را کم کنیم، اگر مردی تاریخ ازدواج خود را فراموش کرده باشد، ممکن است خود را این گونه قانع کند که یادآوری ازدواج به معنی یادآوری بالا رفتن سن همسرش است که چندان خوشایند نیست و در نتیجه اهمیتی ندارد که آن را فراموش کرده باشد. راه دیگر این است که تعداد یا اهمیت 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. بنا بر فرض این نظریه، وقتی ناهماهنگی برای شخص پیش می‌آید، هر یک از عناصر موجود در شناخت می‌توانند تغییر کنند، بنابراین شخص امکان می‌یابد که در رابطه رفتار-نگرش از هر جهت اقدام کند. به عنوان مثال، تغییر در شناخت شخص از خود پنداره، ممکن است سبب تغییر رفتار در آینده شود اما در عین حال، این امکان نیز وجود دارد که تغییر در رفتار یک فرد به تغییر در نگرش او منجر شود. به عبارت دیگر تغییر نگرش می‌تواند هم سبب تغییر رفتار و هم نتیجه تغییر رفتار باشد.

روابط متقابل در درون ساخت شناختی

یکی از جنبه‌های جالب و مهم الگوی هماهنگی شناختی، تأکید آن بر روابط و وابستگی متقابل عناصر مختلف در نظام شناختی است. در این الگو، به جای تصویر کردن یک ساخت شناختی با تعداد زیادی عناصر-اندیشه‌ها و تصورات- که دارای پیوندهای متقابل نسبتاً ضعیفی باشند، سیستمی مطرح می‌شود که در آن پیوندهایی در میان بسیاری از عناصر آن برقرار است و این پیوندها تمایل زیادی به هماهنگ بودن دارند. این وضعیت بیش از همه در درون نظامی که نگرش خاصی را ایجاد می‌کند، وجود دارد. ارزیابی یک فرد از مواد مخدر به شدت تحت تأثیر ارزیابی‌های او از سایر عناصر مربوط به مواد مخدر، که در ساخت نگرش او موجود است، قرار دارد.



با توجه به شکل، یک عنصر مثبت، مثلاً هیجان انگیز بودن، می‌تواند به صورت مثبت به سیگار پیوند یافته باشد و این معنی را بدهد که سیگار هیجان ایجاد می‌کند. بر طبق الگوی هماهنگی شناختی، این سیستم تنها وقتی متعادل خواهد بود که سیگار نیز مثبت ارزیابی شود. در آن صورت وضعیت شامل یک موضوع اصلی است که باعث چیزی مثبت می‌شود. بدین ترتیب، داشتن این شناخت که سیگار هیجان ایجاد می‌کند، بایستی فرد را ترغیب کند که به آن علاقه داشته باشد. به همین ترتیب، یک رابطه منفی نسبت به یک موضوع منفی مثلاً والدین از سیگار بدشان می‌آید، بایستی به یک ارزیابی مثبت منجر شود تا یک نظام متعادل ایجاد کند. برعکس یک رابطه مثبت بین سیگار و چیزی بد مثلاً سیگار خطرناک است، بایستی فرد را وادار به بد آمدن از سیگار کند. به همان گونه که یک رابطه منفی بین سیگار و چیزی خوب، همین عدم علاقه را ایجاد می‌کند. مثلاً سیگار فرد را از کار کردن مؤثر باز می‌دارد. هر یک از دو رابطه اول، سبب افزایش ارزیابی مثبت از سیگار و هر یک از دو رابطه بعدی، سبب افزایش ارزشیابی منفی از آن می‌شود. هر چه از روابط نوع اول بیشتر وجود داشته باشد، نگرش مثبت‌تر می‌شود و هر چه از روابط نوع دوم بیشتر داشته باشیم، نگرش منفی‌تر خواهد بود. طبیعی است که نیرومندی روابط و ارزیابی شخص از عناصر متغیر است. احتمالاً برای قشر دانشجو این مسأله که سیگار خطرناک است مهمتر است تا این امر که مردم عادی یا دهقانان از آن متنفرند. هر قدر عنصری نیرومندتر و هر اندازه ارزیابی مثبت یا منفی نیرومندتر باشد، این عنصر تأثیر قویتری بر روی کل نگرش شخص خواهد داشت. البته، همان گونه که قبلاً هم اشاره کردیم، این واقعیت دارد که بیشتر مردم ارزیابی‌های خود را بر مبنای عواملی غیر از عوامل صرفاً شناختی بنا می‌نهند. مردم یاد می‌گیرند که از چیزهای مختلف خوششان بیاید بدون اینکه توجهی به اطلاعات و دانسته‌های خاصی داشته باشند. آنها به طور معمول عناصر مثبت و منفی را با هم جمع نمی‌بندند تا ارزیابی کلی آنها

را از یک شی یا یک موضوع، تعیین و مشخص کند. با وجود این، الگوی هماهنگی شناختی مشخص می‌کند که روابط بین عناصر مختلف و شی یا موضوع اصلی در تعیین ارزشیابی کلی دارای اهمیت فراوانی است. بیشتر تحقیقات در مورد تغییر نگرش مبتنی بر این گونه ملاحظات است.

تحقیقات مربوط به نظریه ناهماهنگی شناختی:

نظریه ناهماهنگی شناختی در معرض آزمون‌های تجربی قرار گرفته است. در چارچوب نظریه ناهماهنگی شناختی، بیش از بقیه الگوهای هماهنگی، درباره اثرات اخذ یک تصمیم بر نگرش‌ها و رفتارهای بعدی انسان تحقیق انجام شده است. بر طبق این نظریه، هرگاه شخص مجبور می‌شود از دو انتخاب مطلوب یکی را برگزیند، دچار ناهماهنگی بعد از تصمیم می‌شود. هر چه این تصمیم مهمتر و دشوارتر باشد، احتمال بیشتری دارد که شخص دلایلی برای تأیید لزوم تصمیم اتخاذ شده و به حداقل رساندن کیفیت‌های جالب توجه موضوعی که انتخاب نشده، پیدا کند. به عنوان مثال، اگر از بین دو خانه‌ای که قرار بوده اجاره کنید، بالاخره یکی را انتخاب کرده باشید، نظر شما درباره مزایای خانه‌ای که انتخاب کرده‌اید احتمالاً مثبت‌تر شده و بیشتر روی مزایای آن تأکید خواهید کرد و در عوض برای خانه‌ای که انتخاب نکرده‌اید، معایبی برخواهید شمرد. این حالت تقریباً در تمام تصمیم‌گیری‌هایی که مستلزم انتخاب بین دو چیز مطلوب است، به چشم می‌خورد. این بحث در روان‌شناسی اجتماعی غالباً تحت عنوان توجیه یا توجیه خود، مطرح شده است (آرنسون، ۱۹۷۸).

تحقیق بعدی که در مورد نظریه دفاع ضد نگرشی انجام شده است، مبنی بر این است که وقتی شخص مجبور شود موقعیتی اجتماعی را که مخالف نگرش‌های اوست اتخاذ کند دچار تعارض می‌شود. این نظریه پیش‌بینی می‌کند:

الف- تعارض منجر به تغییر نگرش شخص می‌شود؛

ب- هر قدر شخص برای اشغال موقعیتی اجتماعی که مخالف نگرش‌های خصوصی اوست، با ترغیب کمتری آن را پذیرفته باشد، احتمال تغییر نگرش‌های شخصی او نسبت به آن موقعیت بیشتر خواهد بود. در تحقیق معروفی که فستینگر و کارل اسمیت در ۱۹۵۹ انجام دادند. سه گروه متشکل از ۲۰ دانشجوی دوره لیسانس، هر کدام به عنوان یک آزمون شونده ای استفاده شدند. در گروه یک دلاری آزمون شونده‌ها ابتدا ملزم شدند تا کارهای تکراری و یکنواختی را انجام دهند (چیدن ۱۲ قرقره در داخل یک سینی، خالی کردن سینی و دوباره چیدن قرقره‌ها، بارها و بارها). سپس به آنها از طرف کارشناس طرح، یک دلار پرداخت شد تا به دانشجویان بعدی بگویند این کار بسیار جالب و لذت‌آور است. در گروه ۲۰ دلاری برای انجام همین کار، ۲۰ دلار هزینه شد. گروه کنترل فقط کارهای یکنواخت را انجام دادند. در پایان تحت پوشش یک نظرخواهی، نگرش‌های افراد نسبت به انجام کار بررسی شد، هر آزمون شونده ای که دروغ گفته بود (چه برای ۱ دلار و چه برای ۲۰ دلار) به پرسش نامه‌ای درباره نگرش‌های شخصی خود نسبت به آن آزمایش پاسخ داد. نتیجه نشان داد که تغییر نگرش در آن دسته از دانشجویان که ۱ دلار دریافت کرده بودند، بیشتر بود تا در دانشجویانی که ۲۰ دلار برای دروغ گفتن خود دریافت کرده بودند. به عبارت دیگر، دانشجویانی که ۱ دلار گرفته بودند، کار انجام شده در آن آزمایش را لذت بخش‌تر و جالب‌تر دانسته بودند تا کسانی که ۲۰ دلار گرفته بودند تا به دروغ بگویند که آن کار جالب بوده است. به نظر محققان، دانشجویانی که ۲۰ دلار دریافت کرده بودند، توجیه روشنتری برای دروغ گفتن داشتند (چرا دروغ گفته‌اند؟ چون ۲۰ دلار گرفته‌اند). اما دانشجویانی که فقط ۱ دلار برای دروغ‌گویی دریافت کرده بودند، مجبور بودند توجیه قابل قبول‌تری برای این عمل خود پیدا کنند. بنابراین تغییر نگرش اولیه و اذعان به جالب بودن کار می‌توانست توجیه بهتری برای عمل آنها باشد. گروهی از محققان، این گونه نتیجه‌گیری نظریه هماهنگی شناختی را

مورد انتقاد قرار داده و گفته‌اند این احتمال وجود دارد که دانشجویانی که ۲۰ دلار دریافت کرده‌اند، به خاطر این پول قابل توجه تغییر نگرش خود را انکار کرده باشند. نظریه‌های هماهنگی، کاربردهای گوناگون دیگری در زمینه‌های مختلف دارد. مثلاً در حوزه سیاست در تحقیقات مربوط به انتخاب رئیس جمهوری، محققان نشان دادند که انتخاب یک کاندیدا از میان چند کاندیدا بدین صورت است که رأی-دهندگان به کسی رأی می‌دهند که نگرش او در مسایل مختلف به نگرش خود آنها نزدیک باشد. به عبارت دیگر رأی دادن یک رأی‌دهنده بستگی به عوامل زیر دارد:

الف- نگرش او نسبت به مسایل مختلف

ب- نگرش او نسبت به یک کاندیدا

ج- نگرش یک کاندیدا نسبت به مسایل مختلف

همین طور در حوزه بازاریابی، محققان چگونگی واکنش مصرف کنندگان را در مقابل کالاهای با قیمت ارزان بررسی کرده اند. هر چند متخصصان بازاریابی غالباً تصور می‌کنند که ارزانی قیمت اغوا کننده است اما نظریه ناهماهنگی شناختی پیش بینی می‌کند که مردم کالایی را بیشتر تأیید می‌کنند که پول بیشتری برای آن پرداخت کرده باشند. بدین ترتیب، بر طبق نظریه هماهنگی شناختی و پیش بینی آن، سرمایه‌گذاری بیشتر، به دوست داشتن بیشتر می‌انجامد. برای سنجش این پیش بینی در تعدادی از فروشگاه‌ها محققان کالاهای جدیدی را با قیمت حراج یا تخفیف عرضه کردند و پس از یک دوره یک تا سه هفته‌ای همان اجناس به قیمت عادی در همه فروشگاه‌ها عرضه شدند. هماهنگ با پیش‌بینی نظریه ناهماهنگی شناختی، میزان فروش در دوره ای بیشتر بود که قیمت‌ها بدون تخفیف عرضه شده بودند (دوب و همکاران ۱۹۶۹).

نظریه ناهماهنگی شناختی چنان چه شرایط زیر برآورده شود، از صحت پیش‌بینی زیادی برخوردار خواهد بود:

- الف- برای انجام یک رفتار، مشوق کمی (مثلاً، مبلغ کمی پول) موجود باشد؛
- ب- آن عمل نتایج ناگوار برای کسی داشته باشد؛
- پ- شخص معتقد باشد که مسئولیت فردی زیادی درباره آن عمل و پیامدهای آن دارد؛
- ت- شخص گمان داشته باشد که انتخاب آن، عمل مهمی بوده است.
- اما چند نکته درباره هماهنگی شناختی شایان ذکر است:
- الف- آن چه برای یک شخص سبب ناهماهنگی می‌شود، ممکن است برای دیگری این گونه نباشد و این نظریه، در شکل‌های جدید خود بر اهمیت فرد تأکید زیادی دارد؛
- ب- ممکن است شناخت‌هایی ناهماهنگ باشند اما لزوماً سبب ایجاد تنش در شخص نشوند، مگر آن که شامل برخی عناصر مربوط به مسئولیت شخصی فرد باشند؛
- پ- 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.

روش‌های مقابله با ناهماهنگی شناختی

- ۱- از بین بردن شناخت ناهماهنگ؛
 - ۲- اضافه کردن شناخت‌های هماهنگ جدید با ارزش‌تر و مهم‌تر از شناخت ناهماهنگ؛
 - ۳- کاهش اهمیت شناخت‌های ناهماهنگ؛
 - ۴- افزایش اهمیت شناخت‌های هماهنگ؛
- به عنوان مثال وقتی یک فرد سیگاری اطلاعاتی درباره مضر بودن سیگار برای سلامتی دریافت می‌کند، در این زمان دچار ناهماهنگی می‌شود چرا که آگاهی او در

مورد مضر بودن سیگار برای سلامتی، با شناختی که او را مجبور به سیگارکشیدن 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 به دست آورده، سازگار است؛

۲- شناخت خود در باره تأثیر سیگارکشیدن بر سلامتی را تغییر دهد، به این باور برسد که سیگارکشیدن تأثیر بدی بر سلامتی ندارد و اثرات مثبت برای سیگارکشیدن 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 می کند را سوء تعبیر کند؛

۴- لذتی که از سیگارکشیدن می برد را به عنوان جزیی مهم در زندگیش در نظر گیرد.

کاربرد این تئوری در آموزش سلامت

آموزش دهنده سلامتی که تئوری هماهنگی شناختی را می شناسد، محرک هایی را برای تشویق مردم به رفتار کردن به طریقی جدید ارایه می نماید اما مردم را به گونه ای در معرض تغییر می گذارد که تغییر رد نکنند یعنی طوری عمل می کند که محرک ها 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 وی شوند وبعد از تغییر رفتار مطلوب، به منظور پایداری وی در تصمیم، از تقویت کننده هایی برای کمک به کاهش تضاد روانی استفاده کنند.

نتیجه گیری

معمولا کارکنان بهداشتی 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 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 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 که آن را انجام دهد و این امر به علت تأثیر عواملی نظیر وقت، پول، امکانات، مهارت‌ها، منابع موجود و غیره باشد.

در آموزش سلامت، مدل‌ها و تئوری‌ها می‌توانند به منظور طراحی خوب یک برنامه آموزش سلامت بر مبنای درک صحیح از جامعه و مشارکت اجتماعی در انتخاب اولویت‌ها و اهداف به کار گرفته شوند. آشنایی با شیوه تأثیر رفتار می‌تواند به انتخاب مداخله‌هایی منجر شود که نه تنها فرد، بلکه بر روی خانواده، جامعه و سطح ملی نیز تأثیر گذار باشند و تغییر اجتماعی و اقتصادی را شامل شوند. هدف از کاربرد تئوری و مدل در آموزش سلامت، کمک عملی به طراحی برنامه‌های تأثیرگذار می‌باشد بطوری که رفتارهایی را تغییر دهد که واقعی و عملی بوده و برای جامعه مشکلاتی را به بار آورده اند.

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 نمایم که جامعه از آن رفتار سود خواهد برد. چنین امری ممکن است واضح به نظر آید اما متأسفانه هنوز هم می‌توان آموزش دهندگان سلامتی را سراغ داشت که وقت زیادی صرف می‌نمایند تا مردم را به انجام ندادن رفتارهایی که می‌پندارند 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- رفتاری که قرار است جامعه آن را اتخاذ کند، باید به طور دقیق تعریف شود و در نظر گرفته شود که چه نوع عوامل قادر کننده‌ای برای ایجاد انگیزه در مردم لازم است تا رفتاری را اتخاذ نمایند. در این مرحله حتی می‌توان رفتارهایی را معین نمود که انتظار نمی‌رود به دلیل پیچیدگی و نیاز به عوامل قادر کننده 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. مهارت‌های ویژه‌ای که مورد نیاز جامعه هستند، باید به جامعه آموخته شوند.

حل مشکلات بهداشتی مستلزم کارکردن با کارکنان سایر خدمات مانند کشاورزی توسعه روستایی، آموزش بزرگسالان و تعاونی‌ها می‌باشد. ممکن است اقدام در سطح ملی لازم باشد تا بر روی سیاست‌های دولت تأثیر گذاشت؛

۴ - چنانچه عوامل قادر سازی فراهم هستند، ممکن است مشکل، فشار اجتماعی بر روی شخص یعنی هنجار انتزاعی باشد. غیر معقول است که از شخص انتظار برود تا برخلاف خواسته های اطرافیانش در جامعه قدم بردارد. 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 نموده و مشارکت داد. یک استراتژی با ارزش این است که افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه را در شروع برنامه درگیر نمود؛

۵- موضوع تغییر اعتقادات و نگرش فرد بایستی تا آخرین مرحله باقی بماند. علت این امر این است که سرزنش برای قصور معمولاً به گردن اعتقادات بد نهاده می شود و برنامه های آموزش سلامت گاهی در به حساب آوردن عوامل قادر ساز و فشار اجتماعی قصور می ورزند.

پی بردن به این که چگونه یک اعتقاد ویژه به وجود آمده است، اهمیت دارد. زیرا از این طریق می توان به ریشه آن پی برده و پیش بینی نمود که چطور می توان آن را تغییر داد.

اگر جامعه اعتقاد دارد که انجام یک رفتار منجر به نتایج غیر مطلوب می گردد، باید چرایی آن تعیین شود چون ممکن است این امکان وجود داشته باشد که تغییر رفتار پیشنهادی را تعدیل نمود تا قابل قبول گردد. چنانچه این کار تغییر آن رفتار است، از نظر اخلاقی درست این است که نگرش مطلوب درباره آن رفتار را ارتقا دهیم. این امر می تواند در بر گیرنده پیام هایی باشد که درک منفی جامعه از نتایج آن رفتار را به حداقل رسانده و اعتقادات حامی رفتار مذکور را تقویت نمایند. یک استراتژی با ارزش به منظور پیشبرد اهداف، درگیر کردن افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه از شروع برنامه می باشد.

ارزشیابی پایان دوره:

- ۱- کاربرد الگو(مدل) را در آموزش بهداشت و سلامت شرح دهید.
- ۲- منظور از مفهوم و سازه در یک مدل چیست؟
- ۳- یک تئوری خوب دارای چه ویژگی‌هایی است؟
- ۴- فرضیه اصلی در تئوری انتظار ارزش است.
- ۵- بر طبق تئوری عمل منطقی مهمترین عوامل تعیین کننده رفتار شخص است، که منجر به انجام یک رفتار می‌شود.
- ۶- قصد‌های رفتاری عملکرد دو عامل و می‌باشد.
- ۷- تفاوت اصلی بین تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده، براساس سومین عامل تعیین کننده قصد رفتاری، یعنی است.
- ۸- دو خانم دارای نگرش مثبت نسبت به مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری هستند و از هنجارهای اجتماعی یکسان نیز برخوردار می‌باشند، ولی قصد آنها با یکدیگر متفاوت است. به نظر شما چرا یکی از خانم‌ها رفتاری را انجام می‌دهد و دیگری انجام نمی‌دهد؟
- ۹- تئوری عمل منطقی به بیش از نگرش‌ها به عنوان پیش‌بینی کننده‌های اصلی رفتار توجه دارد.
- ۱۰- در تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده عنصر سومی به نام افزوده گردیده است.
- ۱۱- اهداف تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده را نام ببرید.
- ۱۵- بر اساس مدل اعتقاد سلامتی، رفتار انسان به چه متغیرهایی بستگی دارد؟
- ۱۶- رفتار بهداشتی را تعریف نمایید.
- ۱۷- بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی مادری که تصمیم می‌گیرد برای واکسیناسیون فرزندش به درمانگاه مراجعه نماید، چه اعتقادات و نظراتی باید داشته باشد؟
- ۱۸- برای برنامه‌ریزی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، چه نکاتی را باید مورد توجه قرار داد؟

- ۱۹- اصول مدل پری‌سید را شرح دهید.
- ۲۰- هدف مدل پری‌سید را شرح دهید.
- ۲۱- در کدامیک از مراحل مدل پری‌سید، کیفیت زندگی جمعیت مورد مطالعه بررسی می‌شود :
- الف - مرحله ۱
ب- مرحله ۲
ج - مرحله ۳
د- مرحله ۴
- ۲۲- در مدل پری‌سید، برای شناخت مشکلات اجتماعی کدامیک از روش‌های زیر مناسب می‌باشد:
- الف - مدل دلفی
ب - داده‌های خدمات عمومی
ج- مروری بر مطالعات انجام شده
د - تمام موارد
- ۲۳- برای تنظیم اولویت میان مشکلات انتخاب شده، کدام مورد زیر صحیح نیست ؟
- الف - فناوری مناسب را در دسترس داشته باشد.
ب - مورد توجه سایر سازمان‌ها هم می‌باشد
ج - در صورت توجه بیشترین بازدهی را داشته باشد.
د- اولویت ملی و منطقه‌ای باشد.
- ۲۴- مراحل ارزیابی مدیریتی و اجرایی مدل پری‌سید چیست؟
- الف - منابع مورد نیاز
ب- منابع در دسترس
ج - عوامل مؤثر بر اجرا
د - همه موارد
- ۲۵- در مدل پری‌سید، ارزشیابی، اثرات فوری برنامه بر آگاهی، نگرش و رفتار را مورد توجه قرار می‌دهد.
- ۲۶- بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی، کارکرد روانی با توجه به واکنش متقابل پیوسته میان عوامل تعیین کننده تبیین می‌شود.
- ۲۷- یکی از جنبه‌های جالب یادگیری مشاهده‌ای این است که یادگیری مزبور صورت می‌گیرد. در این نوع یادگیری فراگیر مجبور نیست پاسخی بدهد .
- ۲۸- در نظریه یادگیری اجتماعی، عمده‌ترین نوع یادگیری، یادگیری از راه است.

- ۲۹- ایجاد رفتار از طریق مشاهده نتایج عمل مدل رفتاری یا سرمشق، را تقویت می‌گویند.....
- ۳۰- مولفه‌های زیر بنایی فرآیند یادگیری مشاهده‌ای را نام برده و توضیح دهید.
- ۳۱- انواع تقویت در یادگیری مشاهده‌ای را نام برده و توضیح دهید.
- ۳۲- عوامل مهم در شکل‌گیری خود کارآمدی شامل می‌باشد.
- ۳۳- خودکارآمدی یعنی:
- الف) انجام رفتار با اعتقاد به توانایی انجام عمل
- ب) انجام کار با توجه به عوامل محیطی
- ج) انجام رفتار با توجه به عملکردهای مناسب و نامناسب خود
- د) فعالیت مثبت و برنامه‌ریزی بدون کمک دیگران
- ۳۴- چهار منبع خود کارآمدی را نام برده و توضیح دهید.
- ۳۵- چگونگی تأثیر خود کارآمدی بر رفتار را، توضیح دهید.
- ۳۶- در ایجاد حس خود کارآمدی چه عواملی مؤثر است ؟
- ۳۷- (ص) یا (غ)----- خود تنظیمی تلاش‌های منظم و سیستماتیک است که باعث هدایت افکار، احساسات و اعمال در جهت رسیدن به اهداف و امیال فرد می‌شود.
- ۳۸- چهار عنصر اصلی از تئوری انتشار نوآوری را نام ببرید.
- ۳۹- (ص) یا (غ)----- تئوری فرآیند تصمیم نوآوری، فرآیندی است که از آن طریق یک فرد یا گروه اجتماعی و اقتصادی یا منطقه‌ای از فرآیند تصمیم‌گیری نوآوری می‌گذرد.
- ۴۰- تئوری..... بر این اساس است که چه کسانی و در چه زمانی نوآوری را قبول می‌کنند و یک منحنی زنگی شکل اغلب برای نشان دادن درصد افرادی که یک نوآوری را می‌پذیرند، استفاده می‌شود.
- ۴۱- هر کس که خواهان ایجاد تغییر در اجتماعات است، برای به دست آوردن پیش زمینه اطلاعاتی مناسب و سنجش، چه بررسیهایی را باید انجام دهد؟

۴۲- در یک برنامه، عوامل ایجاد کننده تغییر، اقداماتی صورت خواهند داد تا اکثریت متأخر را وادار به عمل و رسوخ به هسته مرکزی مقاومت کندروها نمایند.

۴۳- (ص)یا(غ)----- برای توسعه جامعه این امر، یک نیاز ایدئولوژیکی است، که تغییر باید نتیجه تشخیص وضعیت جامعه از نیازهای احساس شده باشد.

۴۴- راجرز و شومیکر احتمال تغییر را بر اساس تأثیرات متقابل چه ابعادی می‌دانند؟

۴۵- در فرآیند نوآوری، کارگزاران یا نوآوران دارای چه نقش‌هایی هستند؟

۴۶- راهها و روشهای مقابله با ناهماهنگی شناختی را با ذکر مثال شرح دهید؟

۴۷- میزان ناهماهنگی به چه عواملی بستگی دارد. شرح دهید؟

۴۸- هر قدر ناهماهنگی بیشتر باشد، برای کاهش ناهماهنگی بیشتر است.

۴۹- (ص)یا(غ)----- ناهماهنگی هنگامی به وجود می‌آید که افراد در معرض اطلاعات و باورهای ناسازگار قرار می‌گیرند.

۵۰- گاه فرد برای کاهش ناهماهنگی، به طور ناخودآگاه از استفاده می‌کند.

۵۱- به نظر شما این تئوری در آموزش بهداشت در چه مواردی کاربرد دارد؟ تجارب خود در این مورد را شرح دهید؟

کتاب چهارم

ارزشیابی

مقدمه

مفاهیم نظارت و ارزشیابی دارای معانی و تعابیر گسترده است که برداشت‌های گوناگونی را در ذهن متبادر می‌سازد. نظارت و ارزشیابی در حیطه‌های مختلف علوم نقش اساسی برعهده دارد. هرکجا که صحبت از اجرای برنامه‌ای باشد، این سؤال مطرح می‌شود که برنامه ارزش اجرایی دارد یا خیر؟ پاسخ این سؤال تنها درگرو انجام دقیق ارزشیابی بوده و تنها از این راه است که می‌توان در مورد درستی و یا منطقی بودن صرف هزینه‌ها قضاوت کرد. ارزشیابی در حوزه‌های مختلف کاربردهای متفاوتی دارد.

ارزشیابی برنامه به معنای تحقیق دقیق در مورد ویژگی‌ها و مزیت‌های برنامه است. هدف از ارزشیابی برنامه، فراهم آوردن اطلاعات مربوط به اثربخشی پروژه به منظور بهینه‌سازی نتایج و کارایی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است و به کمک ارزشیابی می‌توان ساختار فعالیت‌ها و سازماندهی برنامه‌ها را تجزیه و تحلیل کرد و محیط سیاسی و اجتماعی حاکم بر آن را مورد بررسی قرار داد.

ارزشیابی جزء لاینفک برنامه‌ریزی می‌باشد. شاهد مثال اینکه در برنامه‌ریزی‌های آموزشی به طور کلی در هر لحظه از فرایند آموزش، ارزشیابی چه به صورت کمی و چه به شکل غیررسمی آن جریان دارد و لازمه فعالیت‌های هرآموزش دهنده محسوب می‌شود. بنابراین هر آموزش دهنده در هر زمینه‌ای از علوم، خواسته یا ناخواسته ملزم به کسب آگاهی و بینش علمی در این زمینه است و اولین گام در این راستا شناخت هرچه دقیق‌تر چگونگی عمل ارزشیابی و همچنین ارایه راه کارهای مناسب برای چگونگی انجام کار می‌باشد.

با وجود تفاوت اندکی که در مورد مفاهیم ارزیابی و ارزشیابی وجود دارد، این کلمات در متون مختلف با یک معنا در نظر گرفته شده است. لغتنامه دهخدا ارزیابی را به معنای عمل یافتن ارزش هر چیز و ارزشیابی را که اسم مصدر ارزییدن است به معنای ارزش برآزندگی و شایستگی معنا کرده است. در آغاز، ارزشیابی با اندازه‌گیری آموزشی مترادف بود. به تدریج این مفهوم با قضاوت درباره درونداد نظام آموزشی برای اعتبارسنجی مراکز و مؤسسات آموزشی مترادف شد. پس از آن، ارزشیابی آموزشی با مفهوم قضاوت درباره

عملکرد مترادف شد. بالاخره در حال حاضر، مفهوم ارزشیابی آموزشی مترادف است با فرایند تعیین، تهیه و گردآوری داده‌ها به منظور قضاوت (یا توافق) درباره پدیده‌های آموزشی برای بهبود آنها. مقصود از ارزشیابی، سنجش میزان دست یافتن به اهداف برنامه می‌باشد در حالی که پایش عبارتست از پیگیری روز به روز فعالیت‌ها در ضمن اجرا، به منظور اطمینان از پیشرفت کار برنامه مطابق جدول زمانبندی. می‌توان گفت که پایش، ردگیری جریان فعالیت‌ها، شناسایی انحراف فعالیت‌ها و جمع‌آوری اطلاعات لازم در صورت بروز انحراف شدید را شامل می‌شود.

«ارزشیابی» از شروع مدون و سازمان یافته خود (قرن نوزدهم) تاکنون سه دوره تحول مفهومی را سپری نموده است. این سه دوره عبارتند از:

۱- دوره نخست (تا ۱۹۳۰): در این دوره ارزشیابی به عنوان اندازه‌گیری تلقی می‌شد و بیشتر بر اندازه‌گیری^۱ سطح هوش و توانایی یادگیری تمرکز داشت. این در حالی است که امروزه ارزشیابی را یک مفهوم کلی‌تر از اندازه‌گیری می‌دانیم که در برگیرنده اندازه‌گیری نیز هست. در فعالیت‌های آموزشی، اندازه‌گیری عبارتست از به دست آوردن اندازه‌ها و اطلاعات مربوط به یک رفتار یا مهارت خاص ولی ارزشیابی علاوه بر سنجش توانایی‌های بروز رفتار، به مقایسه آن با ضوابط و معیارهای معین نیز می‌پردازد.

۲- مفهوم ارزشیابی در دوره دوم (تا ۱۹۶۰): گسترش بیشتری یافت. در این دوره که در واقع شروع هدف‌گذاری در فعالیت‌های آموزشی بود، دامنه مفهوم ارزشیابی به «هدف-های آموزشی» نیز ارتباط پیدا کرد و به تبع آن انجام ارزشیابی برای تعیین میزان موفقیت در دستیابی به این اهداف دانسته شد.

۳- مفهوم ارزشیابی در دوره سوم (از ۱۹۶۰ به بعد) توسعه بسیاری یافت. به گونه‌ای که رابطه آن با «تصمیم‌گیری» را نیز در بر گرفت و بسیاری از متخصصان آموزش به الگو سازی در این زمینه پرداختند. دامنه عملکرد ارزشیابی از این به بعد شامل ارزشیابی از کلیه عناصری است که فرایند تدریس و یادگیری را در بر می‌گیرد. مفهوم ارزشیابی به

^۱ - Measurement

تمامی اجزایی که در فرایند آموزش موثر هستند، توسعه یافته است و نتایج ارزشیابی برای تصمیم‌گیری درباره نحوه کار کرد اجزا و ارتقای کمی و کیفی آنها در آموزش به کار برده می‌شود (نظارت و ارزشیابی آموزشی).

مطالب این جزوه با هدف ایجاد یک نگرش کلی نسبت به مفهوم ارزشیابی به ویژه در علوم بهداشتی و همچنین ارائه راه کارهای مناسب برای بهتر شدن انجام ارزشیابی با ذکر مثال‌های لازم نگاشته شده است.

بخش ۱

تعاریف و بیان مفاهیم ارزشیابی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مفهوم ارزشیابی را توضیح دهد.
- ۲- طرح‌های ارزشیابی را توضیح دهد.
- ۳- سطوح مختلف ارزشیابی را از نظرگرین در
- ۴- روش‌های بررسی و مطالعه را بیان نماید.
- ۵- ساختار ارزشیابی برنامه را توضیح دهد.
- ۶- مراحل مختلف ارزشیابی را بیان نماید.
- ۷- سؤالات ارزشیابی را توضیح دهد.
- ۸- انواع استانداردها را بیان نماید.
- ۹- اعتبار بخشی را توضیح دهد.

مفهوم ارزشیابی

در تعاریفی که در مورد ارزشیابی بیان شده، نقاط مشترکی وجود دارد. برای مثال ارزشیابی را یک فرایند نظام مند برای جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر اطلاعات می‌دانند (۱ و ۲) که به منظور کنترل دقیق پیشروی برنامه‌ها به سوی اهداف از پیش تعیین شده و برای درک مقرون به صرفه بودن و یا تعیین ارزش برنامه‌های در دست اجرا انجام می‌گیرد. همچنین ارزشیابی به معنای بررسی دقیق و عالمانه ابعاد مختلف برنامه مثل اثربخشی^۱ پروژه‌ها (به منظور بهینه سازی نتایج)، کارایی^۲ و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است. به کمک ارزشیابی می‌توان ساختار فعالیت‌ها و سازماندهی^۳ برنامه را تجزیه و تحلیل کرد و محیط سیاسی و اجتماعی حاکم بر آن را مورد بررسی قرار داد. همچنین با بهره‌گیری از ارزشیابی، می‌توان امکان دستیابی به اهداف و مقاصد و میزان اهمیت و هزینه‌بری آنها را بررسی کرد. ارزشیابی، جزیی مهم و ناگسستنی از برنامه‌ریزی است، به همین دلیل بسیاری از واحدهای برنامه‌ریز را واحد برنامه‌ریزی و ارزشیابی می‌نامند (۸ و ۷ و ۶ و ۵ و ۴). برای اینکه ارزشیابی به طور صحیح و مؤثر صورت گیرد، نکات زیر باید کاملاً مشخص و تعیین شده باشند:

- هدف برنامه
- روش‌های اجرایی
- وسایل کمک آموزشی مورد استفاده در برنامه
- طول مدت برنامه
- افراد مورد نیاز برای اجرای برنامه
- بودجه و هزینه

بنابراین لازم است که با بررسی دقیق علمی تعیین شود که آیا هدف‌های مورد نظر تحقق یافته‌اند یا در حال تحقق یافتن هستند و به چه میزانی. به طور مثال ارزشیابی

۱- effectiveness

۲- Efficiency

۳- organization

پیشرفت تحصیلی، از طریق سنجش عملکرد یادگیرندگان و مقایسه نتایج حاصل با هدف‌های آموزشی از پیش تعیین شده، به منظور تصمیم‌گیری در این باره که آیا فعالیت‌های آموزشی و کوشش‌های یادگیری دانش‌آموزان یا دانشجویان به نتایج مطلوب رسیده‌اند و تعیین میزان دستیابی به اهداف مورد نظر انجام می‌گیرد. در ارزشیابی پیشرفت علمی، دو اقدام اساسی ضروری است:

۱- تعیین هدف‌های آموزشی؛

۲- سنجش یا اندازه‌گیری عملکرد یادگیرندگان (۲).

در هر حال ارزشیابی شامل دو قسمت است:

۱- مشاهده و اندازه‌گیری؛

۲- مقایسه آنچه که شما به دست آورده‌اید در مقابل آنچه که در صدد دستیابی به آن بوده‌اید. (۱).

طراحی ارزشیابی

به طور کلی ارزشیابی برنامه، مستلزم پویایی در انتخاب و به کارگیری روش‌های درست است. با توجه به مدل‌ها و رویکردهای مختلفی که در برنامه‌های ارتقای سلامت وجود دارد، دیدگاه‌های متفاوتی در مورد بهترین راه انجام ارزشیابی وجود دارد. در صورتی که دید پزشکی حاکم باشد، ارزشیابی‌ها به سمت اندازه‌گیری مرگ و میر و ابتلا سوق پیدا می‌کند و در صورتی که مراجع - مدار باشد، هدف ارزشیابی درک تعاملات و فرایندهای درگیر در موضوع مداخله می‌باشد. بسته به مدلی که بر پایه آن کار انجام می‌شود، نوع ارزشیابی متفاوت می‌گردد. در حقیقت طراحی یک ارزشیابی، انتخاب یک نوع برنامه تحقیقاتی است که برای آن می‌توان از ترکیبی از روش‌های زیر استفاده کرد (۹ و ۱۰).

طرح تجربی^۱

اجزای اصلی طرح‌های تجربی عبارتند از :

• مطالعات pretest برای ایجاد اندازه‌های پایه

^۱ experimental design

- استفاده از نمونه معرف T از جمعیت هدف
- نمونه گیری تصادفی برای گروه مداخله و کنترل
- انجام مداخله
- مداخلات posttest برای تشخیص تغییرات از اندازه‌های پایه (۹ و ۱۰ و ۱۱).

طرح بررسی^۱

در اینگونه طرح‌ها به دنبال کشف رابطه علت و معلولی نبوده و بررسی تنها برای افزایش اطلاعات در زمینه مورد مطالعه صورت می‌پذیرد. روش‌های مورد استفاده عبارتند از:

- مصاحبه رو در رو
- مصاحبه تلفنی
- تکمیل پرسش‌نامه
- استفاده از مواد نوشتاری (۱۱ و ۱۲ و ۱۳)

طرح کیفی^۲

اینگونه طرح‌ها در پاسخ به سؤال «چه اتفاقی افتاده است؟» انجام می‌پذیرند و ادراکات و تجربیات افراد مهم می‌باشد. در اینگونه مطالعات فهم عمیق مطرح می‌باشد و ارزشیابی-کنندگان تماس مستقیم و نزدیک‌تری را با شرکت‌کنندگان دارند. روش‌های مورد استفاده عبارتند از:

- مشاهده
- مصاحبه
- گروه متمرکز
- آنالیز اسناد و مدارک موجود
- مطالعات موردی

طرح‌های کیفی، مطالعاتی پرهزینه و وقت‌گیر می‌باشند ولی در عوض نیاز به نمونه بزرگ ندارند (۵ و ۱۱ و ۱۳). در میان طرح‌های کیفی مطرح شده، توضیح مختصری در مورد

^۱ Survey Design

^۲ Qualitative Design

گروه متمرکز^۱ و مطالعات موردی بیان می‌داریم. گروه متمرکز یک روش چند کاربردی است که می‌تواند در موارد زیر استفاده شود:

- برنامه‌های ارزشیابی کمی یا جنبه‌های اختصاصی برنامه
- طراحی پرسشنامه
- مرور نتایج پرسشنامه‌های کمی به منظور تفسیر بیشتر و ایجاد مطالعات موردی
- توسعه و اصلاح روش‌های اختصاصی یک مداخله
- گسترش نظراتی در مورد وسایل ارتباط جمعی
- ارزشیابی

گروه‌های ۶-۱۲ نفره تشکیل می‌شود و یک فرد که رهبر گروه است، افراد را تشویق به بیان نظراتشان می‌نماید. صحبت‌ها ضبط و بعد آنالیز می‌شود. در مطالعات کیفی از روش‌های ذکر شده و در مطالعات کمی از محاسبات میزان‌ها و استانداردها استفاده می‌شود (۱۳و۵). در مطالعات موردی^۲ اطلاعات خیلی دقیق و جزئی در مورد تجربیات افراد خاص حاصل می‌شود و راه‌های مختلفی برای انجام آن وجود دارد. مطالعات موردی در تعاملات بیمار و پرستار و مشاوره‌ها و روان‌درمانی‌ها کاربرد دارند.

در هر طرح ارزشیابی، این سؤالات مطرح هستند که چه نوع مدارک و شواهدی باید ایجاد شود و چه نوع اندازه‌گیری ممکن می‌باشد. این نوع سؤالات اهمیت شاخص را نشان می‌دهد. شاخص نشان می‌دهد که آیا راه را درست انتخاب کرده‌ایم؟ چه قدر از راه را آمده‌ایم؟ و چه قدر باقی مانده است؟ شاخص ممکن است کمی و یا کیفی باشد که ارزش‌ها و فرضیات اساسی دیدگاه‌های مختلف ارتقای سلامت و نوع آن را مشخص می‌کند (۱۳و۱۲و۵). طبق بظر گرین (Green). برنامه‌های ارتقای سلامت باید در یک و یا هر سه سطح فرایند، اثر و نتیجه ارزشیابی شوند. شاخص‌ها و روش‌های ارزشیابی برای دستیابی و مقایسه شاخص‌ها در سطوح مختلف متفاوتند (۱۴).

^۱ -Focus group

^۲ -Case study

ساختار ارزشیابی برنامه

ارزشیابی در کلیه برنامه‌ها امری لازم می‌باشد. ارزشیابی مؤثر با استفاده از روش‌هایی که مفید، عملی، قابل اعتماد و قابل پذیرش از لحاظ فرهنگی می‌باشند، یک راه منظم و مقرون به صرفه برای بهبود اعمال بهداشت عمومی می‌باشد (۱۱). به طور کلی ارزشیابی تنها راه جدا کردن برنامه‌هایی که منجر به ارتقای سلامت و جلوگیری از صدمات، بیماری‌ها و یا ناتوانی می‌شوند از برنامه‌های ناموفق می‌باشد. ارزشیابی محرکی قوی برای تشویق برنامه، میزانی برای برنامه‌ریزی مؤثر استراتژی‌های بهداشت عمومی، تقویت برنامه‌های موجود و نشان دهنده نتایج استفاده از منابع سرمایه‌گذاری شده می‌باشد. ارزشیابی همچنین بر اهداف مشترک برنامه‌های بهداشت عمومی تمرکز می‌کند و بررسی می‌کند که آیا میزان سرمایه‌گذاری با کار انجام شده متناسب و قابل قبول می‌باشد. ارزشیابی برنامه شامل فعالیت‌های زیر می‌باشد:

- ۱- طرح سؤالات در مورد برنامه
 - ۲- تنظیم استانداردهای اثربخشی
 - ۳- طراحی ارزشیابی و انتخاب شرکت‌کنندگان
 - ۴- جمع‌آوری داده‌ها
 - ۵- تجزیه و تحلیل داده‌ها و مقایسه با استانداردهای موردنظر (اهداف پژوهش)
 - ۶- گزارش نتایج (تعیین میزان اثربخشی و کارایی برنامه) (۵)
- به منظور روشن شدن چگونگی انجام فعالیت‌های شش گانه ارزشیابی، توضیحات زیر مفید می‌باشند.

• ارزشیابی در پاسخ به این سؤالات انجام می‌گیرد:

- ۱- برنامه تا چه حد به اهداف و مقاصد خود دست یافته است؟
- ۲- افراد و گروه‌هایی که در این برنامه شرکت کرده‌اند، چه ویژگی‌هایی دارند؟
- ۳- این برنامه برای چه افراد یا گروهی بیشترین کارایی را دارد؟
- ۴- آثار برنامه تا چه مدت دوام خواهند داشت؟
- ۵- کدام جنبه‌های برنامه بیشترین اثر را داشته‌اند؟

۶- تا چه حدی مقاصد و فعالیت‌های برنامه برای سایر شرکت‌کنندگان در شرایط دیگر قابل اجرا هستند؟

۷- چه ارتباطی بین هزینه‌های برنامه و اثر آن وجود دارد؟

۸- تا چه حدی تغییرات شرایط اجتماعی، سیاسی و مالی؛ نتایج و منابع حامی برنامه را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۵)؟

• منظور از تنظیم استانداردهای اثر بخشی برنامه، فراهم کردن شواهد قانع کننده در مورد اثربخشی برنامه است.

• طراحی ارزشیابی به شیوه‌ای گفته می‌شود که در آن محیط به نحوی سازماندهی می‌شود که می‌توان هر گونه اثر مستندی را که ظاهراً ناشی از اجرای برنامه است، به طور قطعی به آن شیوه ارتباط داد.

• روند جمع‌آوری داده‌های ارزشیابی، در حقیقت مجموعه‌ای از اقدامات زیر است:

۱. تعیین متغیرهای مورد سنجش

۲. انتخاب روش‌های سنجش

۳. نشان دادن اعتبار^۱ و صحت برنامه^۲

۴. انجام سنجش

۵. امتیاز دهی و تفسیر نتایج

• برای انتخاب روش مناسب به منظور تجزیه و تحلیل، باید موارد زیر را در نظر گرفت:

۱. ویژگی‌های استانداردها و سؤالات ارزشیابی (آیا در مورد اختلاف‌ها یا هر ارتباطاتی

که در طول زمان میان گروه‌ها وجود دارد و نیز در مورد هزینه‌ها و آثار برنامه و استفاده از خدمات سؤال شده است؟).

^۱ Validity

^۲ Reliability

۲. نحوه‌ی بیان متغیرها: اسمی *nominally* (به عنوان مثال سؤالات کیفی یا طبقه‌بندی شده مانند: آیا در گذشته دچار آنفولانزا شده‌اید؟)، رتبه‌ای *ordinally* (مراحل ۱، ۲، ۳ از یک بیماری) و عددی *numerically* (مانند امتیازهای داده شده در یک مقیاس فاصله‌ای برای بررسی عملکرد فیزیکی).

۳. تعداد سنجش‌ها

۴. قابلیت اعتبار (*reliability*) و میزان صحت (*validity*) داده‌ها (۵). گزارش نتایج ارزشیابی به معنای توصیف مشخصات برنامه و توضیحات لازم در مورد آن و نیز قضاوت در مورد مزیت‌ها و توانایی‌های آن می‌باشد (۵). در مورد مراحل مختلف ارزشیابی اختلاف کمی وجود دارد. تقسیم‌بندی زیر قابل توجه می‌باشد:

مراحل مختلف ارزشیابی

۱. تعیین اهداف برنامه
 ۲. انتخاب روش جمع‌آوری داده‌ها
 ۳. جمع‌آوری داده‌ها
 ۴. روش سازماندهی نتایج
 ۵. تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده
 ۶. ایجاد تغییرات لازم در برنامه بر اساس اطلاعات به دست آمده (۱۵).
- به منظور کمک به تصمیم‌گیری در مورد آنچه می‌خواهید بدست آورید Donald Kirk Patrik جریان ارزشیابی را به چهار سطح تقسیم می‌کند:
- الف - علاقه مشارکت کنندگان به برنامه چقدر است؟
- ب - یادگیری مشارکت کنندگان به چه میزانی بوده است و نگرش آنها چقدر تغییر کرده است؟
- ج - رفتار کاری مشارکت کنندگان به دلیل این برنامه چقدر تغییر کرده است؟
- د - نتایج آموزش به چه میزانی روی سیستم از نظر کیفیت هزینه‌ها و صرف وقت مؤثر بوده است (۱۵).

جمع‌آوری اطلاعات در دو سطح عکس‌العمل و یادگیری نسبتاً ساده ولی در مورد رفتار و نتایج پیچیده می‌باشند (۱۵).

انجام موفقیت‌آمیز ارزشیابی^۱

برای انجام ارزشیابی موفق، پاسخ دادن به سؤالات زیر ضروری است.

- ۱- بهترین راه ارزشیابی کدام است؟
 - ۲- چه نتایجی از ارزشیابی متصور است؟
 - ۳- نتایج حاصل از ارزشیابی چگونه در جهت افزایش تأثیر برنامه و اندازه‌گیری تأثیرات برنامه‌های بهداشت عمومی به کار می‌رود؟
- با به کارگیری استراتژی‌های مفید، عملی و قابل پذیرش از نظر فرهنگی و قابل اعتماد می‌توان پاسخ سؤالات برای انجام ارزشیابی را به دست آورد. استفاده از چهارچوب ارزشیابی توصیه شده در یک برنامه خاص، نیاز به تمرین دارد تا مهارت لازم در علم و هنر ارزشیابی را به دست آورد. در زمان به کارگیری چهارچوب ارزشیابی، به کارگیری و استفاده از استراتژی رضایت‌بخش و مورد علاقه در مقابل استراتژی‌های ایده‌آل بهتر است. استراتژی رضایت‌بخش نوعی استراتژی است که همه مراحل چهارچوب ارزشیابی را به شکلی حل کند که استانداردهای لازم را داشته باشد (۱۶ و ۱۱). با انجام ارزشیابی می‌توان نکات زیر را مورد بررسی قرار داد که آیا:

۱. متخصصین هر بخش با خلاقیت و مدیریت مناسب کار می‌کنند؟
۲. پیمان‌کار زمان کافی و پول کافی برای پروژه هزینه می‌کند؟
۳. در مدت معین و مقرر کار به پایان می‌رسد؟
۴. طبق توافق‌نامه کار به انجام می‌رسد؟
۵. زمان در نظر گرفته شده برای انجام کار منطقی می‌باشد؟
۶. در روابط مشکلی وجود دارد؟ (۱۷).

^۱ Conducting optimal Evaluation

و با در نظر گرفتن این نکات نحوه پیشرفت کار ارزیابی شده و در صورت وجود مشکل می‌توان به موقع درصدد رفع آن برآمد. ارزشیابی فعالیتی تحقیقی است اما مشخصات ویژه‌ای دارد که آن را از دیگر شکل‌های تحقیق متمایز می‌نماید.

تفاوت عمده بین تحقیق و ارزشیابی

۱. تفاوت در سؤالات تحقیق

۲. تفاوت در گزارش تحقیق

۱- از نظر سؤالات تحقیق باید گفت، در ارزشیابی سؤالات معمولاً به وسیله یک مسئول اجرایی مطرح می‌شود تا درباره ارزش برنامه خاصی تحقیق شود اما سؤالات تحقیق در رابطه با متغیرهای تحقیق می‌باشند. سؤالات تحقیق، آکادمیک و تئوریک بوده و در رابطه با یک گروه آکادمیک انتخاب می‌شوند اما سؤالات ارزشیابی محدود به سؤالاتی است که دارای اشاراتی به یک خط‌مشی عملی هستند.

۲- در ارزشیابی، هدف گزارش اطلاع‌رسانی به مسئولین اجرایی برنامه و دیگر تصمیم‌گیران است اما تحقیقات علمی بدون توجه به کاربرد فوری و صرفاً به منظور افزایش سطح اطلاعات و دانش جامعه منتشر می‌شود.

در ارزشیابی می‌توان بین سؤالات مربوط به قابلیت برنامه در دستیابی به اهداف، و سؤالاتی که به جزییات اجرای برنامه و اثرهای آن و روش شرکت کنندگان می‌پردازد تفاوت قایل شد. از آنجایی که سؤالات سری اول به درستی در پایان برنامه پرسیده می‌شوند لذا مبنای آنچه غالباً ارزشیابی کلی یا تراکمی^۱ نامیده می‌شود، قرار می‌گیرند. تحقیق در مورد چگونگی اجرای برنامه، ارزشیابی روند یا ارزشیابی سازنده نامیده می‌شود. از محققینی که ارزشیابی کلی را انجام می‌دهند، معمولاً انتظار می‌رود که از برنامه فاصله داشته باشند و حتی الامکان سعی کنند روی نتایج مشاهده شده، تأثیر نگذارند (۱۸).

^۱ - Summative evaluation

استانداردهای ارزشیابی

استانداردهای ارزشیابی، معیارهای ویژه‌ای هستند که با توجه به آنها میزان اثر بخشی یک برنامه اندازه‌گیری می‌شود. هر چند که بعضی منابع طبقه‌بندی پنج گانه استانداردها را معیار ارزشیابی نام‌گذاری کرده‌اند و طبقه‌بندی چهارگانه را تحت عنوان استانداردها نامیده‌اند (۱۳) ولی به نظر می‌رسد که یکسان در نظر گرفتن مفاهیم معیار^۱ و استاندارد^۲ (۹ و ۲۰) و طبقه‌بندی زیر منطقی به نظر می‌رسد. عمل ارزشیابی به عنوان یک سری از راه‌ها که درباره ارزش یک فعالیت قضاوت می‌کند، دو جزء اساسی دارد:

- ۱- تعیین استانداردهایی که درباره انجام کاری قضاوت می‌کند.
 - ۲- تصمیم‌گیری در مورد نحوه انجام کار که با استانداردها مطابقت دارد یا نه؟
- بیشترین معیار (استاندارد) ارزشیابی تحت این ۵ عنوان دسته‌بندی می‌شوند:
۱. میزان دستیابی به اهداف (effectiveness)
 ۲. مناسبت (ارتباط داشتن با نیاز) (appropriateness)
 ۳. قابل قبول بودن (قابل قبول بودن برای دریافت کنندگان) (acceptability)
 ۴. عدالت، آیا عدالت در مورد افراد با نیازهای یکسان رعایت شده است؟ (equity)
 ۵. کارایی، شاخصی است که نسبت هزینه‌ها و منافع را نشان می‌دهد (۹) (efficiency).
- دیگر استانداردهای سودمندی که بسیار مفید هم بوده و بسیاری از اندیشمندان علم ارزشیابی، استانداردهای ارزشیابی را تحت این چهار گروه طبقه‌بندی نموده‌اند، عبارتند از:
- الف - سودمندی (Utility)
- الف: این استاندارد نشان می‌دهد که ارزشیابی، اطلاعات مورد نیاز درخواست کننده را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر، اطلاعات آگاه کننده، به موقع و مؤثر را فراهم می‌سازد و همچنین فراگیران را مشخص نموده و نیازهای آنان را می‌نمایاند؛
- ب - عملی بودن (Feasibility)

^۱ -Criteria

^۲ -Standards

نشان می‌دهد که ارزشیابی مقرون به صرفه و عملی می‌باشد و نیاز به صرف هزینه‌های گزاف و غیر مقرون به صرفه نمی‌باشد؛

پ- مناسب بودن (Propriety)

این استاندارد، اطمینان می‌دهد که ارزشیابی حقوق افراد را رعایت می‌کند و ارزشیابی قانونی، اخلاقی و در راستای حفظ حقوق ارزشیاب و استفاده کنندگان می‌باشد؛

ت- صحت و دقتی بودن (Accuracy)

این استاندارد بیان می‌کند که ارزشیابی اطلاعات صحیح و دقیق را جمع‌آوری نموده است و ابزار جمع‌آوری معتبر و قابل اعتماد هستند (۲۱ و ۱۹ و ۱۴ و ۱۳ و ۱۱).

استانداردها انواع متعدد دارند:

۱- استاندارد اختیاری (Arbitrary Standards): مدیران برنامه و یا قانونگذاران به راحتی می‌توانند ادعا کنند که آنها می‌خواهند مقدار معین مثلاً ۵۰ درصد میزان همکاری در برنامه ایمونیزاسیون افزایش پیدا کند، این مقدار معین تغییر را که قابل قبول باشد استاندارد اختیاری گویند.

۲- استاندارد علمی Scientist's.

گاهی اوقات استاندارد مورد نظر بر اساس مروری بر مطالعات انجام شده به دست آمده است. بر طبق این مطالعات تصمیم می‌گیریم چه میزان تغییر و در چه زمانی How when much قابل قبول است. این را استاندارد علمی می‌گویند.

۳- استاندارد تاریخی (Historical. S)

اینگونه استانداردها بر اساس انجام تحقیقات در سال‌های گذشته در برنامه‌های شبیه به برنامه در دست اجرا و یا بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعات قبلی که برای مدت طولانی مورد استناد بوده است، به دست می‌آید، مثل میزان تولد- میزان مرگ و میر و

۴- استاندارد هنجار یا اپیدمیولوژیکی. (Normative S)

تعیین اهداف بر اساس آنچه که دیگران از برنامه‌های انجام شده شبیه به این در جوامع یکسان یا شبیه به هم به دست آورده‌اند.

۵- استاندارد تطبیقی (Compromise S.)

بر اساس نظر یا ابراز عقیده متخصصان و کارشناسان خبره و یا مدیران با تجربه، محققان و پزشکان به وسیله متخصصان شناخته شده سازمان‌ها یا جوامع به دست می‌آید (۱۲).

اعتبار بخشی

واژه‌های اعتبار داخلی^۱ و اعتبار خارجی^۲ در ارتباط با طرح‌های ارزشیابی به کار برده می‌شوند. طرحی دارای اعتبار داخلی است که در آن ارزشیابی کننده از مؤثر بودن برنامه در یک شرایط تجربی خاص مطمئن باشد. اگر طرحی دارای اعتبار خارجی باشد، ارزشیابی کننده می‌تواند نشان دهد که نتایج برنامه در مورد شرکت کنندگان در موقعیت‌های دیگر و زمان‌های دیگر نیز کاربرد دارند.

اعتبار داخلی امری ضروری است چون بدون آن ارزشیابی کنندگان نمی‌توانند ثابت کنند که آیا یافته‌ها ناشی از اجرای خود برنامه هستند یا از عوامل دیگر و تورش‌های مختلف ناشی شده‌اند. برای مثال، در ارزشیابی برنامه ۵ ساله آموزش سلامت پیشگیری برای دانش‌آموزان دبیرستان، دانش‌آموزان ممکن است به تدریج از لحاظ هوشی و احساسی تکامل پیدا کنند و این درجه جدید بلوغ^۳ به اندازه خود برنامه در ایجاد تغییرات مؤثر باشد. علاوه بر بلوغ، عوامل دیگری که اعتبار داخلی را به مخاطره می‌اندازند به شرح زیر هستند: تاریخیچه: اتفاقات تاریخی می‌توانند سبب بروز تورش در نتایج ارزشیابی شوند. مثلاً فرض کنید قرار است یک برنامه آموزشی در مورد مضرات سیگار کشیدن اجرا شود و هم‌زمان قانون منع فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال وضع گردد. ارزشیابی کنندگان در جدا کردن تأثیرات این اقدامات از یکدیگر به مشکل بر خورد خواهند کرد؛

- ابزار و تجهیزات: در صورتی که سنجش‌های مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها قابل اعتماد نباشند، ارزشیابی کنندگان نمی‌توانند از دقت و صحت یافته‌ها اطمینان حاصل کنند. برای مثال، در یک «طرح قبل و بعد»^۴ اگر سؤالات بعد از برنامه آسانتر از سنجش قبل از برنامه باشد، نتایج حاصل به غلط به نفع برنامه خواهد بود؛

^۱ Internal Validity

^۲ External Validity

^۳ Maturation

^۴ Before and after design

- روند فرسایش: گاهی اوقات شرایط شرکت کنندگانی که برنامه را ادامه می دهند با افرادی که از برنامه خارج می شوند، متفاوت می باشد.

عوامل تهدیدکننده اعتبار خارجی یک طرح ارزشیابی، در اغلب موارد نتیجه روشی است که شرکت کنندگان بر اساس آن انتخاب و گروه بندی می شوند. برای مثال شرکت کنندگان در یک طرح تجربی به دلیل اینکه می دانند در یک طرح شرکت کرده اند، می توانند به صورت تصنعی رفتار کنند که این حالت اثر^۱ هاوتورن نامیده می شود. همچنین هنگامی که شرکت کنندگان تحت آزمایش یا تحت نظر قرار می گیرند، اعتبار خارجی به خطر می افتد زیرا ممکن است شرکت کنندگان از رفتارهایی که از آنها انتظار می رود با خبر باشند (۵).

خلاصه

ارزشیابی برنامه به معنی تحقیق پویا در مورد ویژگی ها و مزیت های برنامه است. به عبارتی هدف از ارزشیابی برنامه، فراهم آوردن اطلاعات مربوط به اثربخشی پروژه ها (به منظور بهینه سازی نتایج)، کارایی و کیفیت مراقبت های بهداشتی است. به کمک ارزشیابی می توان ساختار فعالیت ها و سازماندهی برنامه را تجزیه و تحلیل کرد و محیط سیاسی و اجتماعی حاکم بر آن را مورد بررسی قرار داد. همچنین با بهره گیری از ارزشیابی، می توان امکان دستیابی به اهداف و مقاصد و میزان اهمیت و هزینه بری آنها را بررسی کرد. هسته ارزشیابی، پروژه تجربی یا برنامه است و گاهی مداخله نیز نامیده می شود. برنامه ها تلاش هایی سیستماتیک (منظم) هستند که برای دستیابی به اهداف از پیش طراحی شده به کار گرفته می شوند.

ارزشیابی جزء اساسی برنامه های آموزشی می باشد. برنامه ریزی برای ارزشیابی در زمان تعیین اهداف و همچنین نتایج مورد نظر انجام می گیرد. طراحی یک ارزشیابی انتخاب یک نوع برنامه تحقیقاتی است که می توان از ترکیبی از روش ها (طرح تجربی، طرح بررسی و

^۱ Hawthorne

طرح کیفی) استفاده کرد. در هر سه طرح ارزشیابی، این سؤالات مطرح هستند که چه نوع مدرک(شاهد) باید ایجاد شود و چه نوع اندازه‌گیری ممکن می‌باشد. این نوع سؤالات اهمیت شاخص را نشان می‌دهد. شاخص نشان می‌دهد که آیا راه را درست انتخاب کرده‌ایم؟ چه قدر از راه را آمده‌ایم؟ چه قدر باقی مانده است؟

روش‌های مختلفی برای بررسی و مطالعه توضیح داده شده است. ارزشیابی برنامه شامل فعالیت‌های: طرح سؤالات در مورد برنامه، تنظیم استانداردهای اثربخشی، طراحی ارزشیابی و انتخاب شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها و مقایسه با استانداردهای مورد نظر (اهداف پژوهش) و گزارش نتایج (تعیین میزان اثربخشی و کارایی برنامه) می‌باشد.

مراحل مختلف ارزشیابی شامل: تعیین اهداف برنامه، انتخاب روش جمع‌آوری داده‌ها، جمع‌آوری داده‌ها، روش سازماندهی نتایج، تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده و ایجاد تغییرات لازم در برنامه بر اساس اطلاعات به دست آمده می‌باشد. جریان ارزشیابی به چهار سطح بر حسب علاقه مشارکت‌کنندگان، یادگیری مشارکت‌کنندگان، تغییرات ایجاد شده در رفتار کاری مشارکت‌کنندگان و میزان تأثیر نتایج آموزش روی سیستم از نظر کیفیت هزینه‌ها و صرف وقت تقسیم شده است.

استانداردهای ارزشیابی، معیارهای ویژه‌ای هستند که با توجه به آنها میزان اثر بخشی یک برنامه اندازه‌گیری می‌شود. هر چند که بعضی منابع طبقه‌بندی پنجگانه استانداردها را معیار ارزشیابی نام‌گذاری کرده‌اند و طبقه‌بندی چهارگانه را تحت عنوان استانداردها نامیده‌اند ولی به نظر می‌رسد که یکسان در نظر گرفتن مفاهیم معیار و استاندارد منطقی بنظر می‌رسد. استانداردهای ارزشیابی شامل: میزان دستیابی به اهداف، مناسبت (ارتباط داشتن با نیاز)، قابل قبول بودن (قابل قبول بودن برای دریافت‌کنندگان)، عدالت (آیا عدالت در مورد افراد با نیازهای یکسان رعایت شده است؟)، شایستگی، سودمندی، عملی بودن، مناسب بودن، صحت و دقت می‌باشند.

بخش ۲

انواع ارزشیابی در آموزش سلامت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- انواع ارزشیابی را توضیح دهد.
- ۲- ارزشیابی قبل از اجرای برنامه را بیان دهد.
- ۳- ارزشیابی بعد از اجرای برنامه را بیان کند.
- ۴- ارزشیابی فرآیند را توضیح دهد.
- ۵- ارزشیابی اثر را توضیح دهد.
- ۶- ارزشیابی کارکرد یا نتیجه را توضیح دهد.
- ۷- نحوه انجام ارزشیابی عکس العمل را توضیح دهد.
- ۸- ارزشیابی رفتار را توضیح دهد.
- ۹- نحوه انجام ارزشیابی های کیفی را توضیح دهد.
- ۱۰- ارزشیابی مشارکتی را توضیح دهد.
- ۱۱- انواع ارزشیابی آموزشی را بیان کند.
- ۱۲- انواع مختلف آزمون ها و نحوه تهیه آنها را بداند.

انواع ارزشیابی

راه صد در صد درست و غلطی برای ارزشیابی برنامه‌ها وجود ندارد زیرا مردم نظرات متفاوت درباره اهمیت مطالب به دست آمده دارند. این مهم است که روشی را برای ارزشیابی انتخاب کنیم که بتواند نیازهای اطلاعاتی محققین را برآورده سازد تا بتوانند درباره آینده برنامه تصمیم‌گیری کنند. نوع ارزشیابی بستگی به ماهیت مشکل و یا سؤالی که قرار است پاسخ داده شود، دارد. این مهم است که پیشرفت غیرقابل اندازه‌گیری به سوی اهداف واقعی داشته باشیم تا اینکه پیشرفت قابل اندازه‌گیری اما دور از اهداف برنامه داشته باشیم (۱۰). انتخاب چگونگی انجام ارزشیابی بستگی به هدف ارزشیابی دارد. همبستگی بین چطور؟ و چه چیز؟ در انجام ارزشیابی‌ها فراتر از یک موضوع علمی است. باید دید چه می‌خواهید به دست بیاورید؟ سپس در مورد چگونگی انجام ارزشیابی تصمیم بگیرید (۹). انجام ارزشیابی در همه مراحل امکان پذیر و مفید می‌باشد. ارزشیابی در هر مرحله که انجام شود نام خاصی دارد.

ارزشیابی قبل از اجرای برنامه :

برای طرح‌ریزی و انتخاب روش‌ها و وسایل مورد نیاز و برای روشن شدن میزان تأثیر آنها، بهتر است قبل از اینکه ارزشیابی در سطح وسیعی به مورد اجرا درآید، در گروه کوچک‌تری پیاده شود تا اشکالات احتمالی آن رفع شود. برای اینکه نتایج این ارزشیابی بتواند برای تجدید نظر در برنامه مورد استفاده قرار گیرد، در هر برنامه باید گروه‌های هدف به طور دقیق تعیین شوند. آنچه در این مورد بسیار مهم است، این است که گروهی که برای آزمایش قبلی انتخاب می‌شوند، مشابه گروه اصلی باشند چون در غیر این صورت نتایج آن بی‌ارزش خواهد بود. این نوع ارزشیابی به خصوص در مورد برنامه‌های بزرگ دراز مدت و نیز در مورد مواد و وسایل کمک آموزشی مانند پوستر، فیلم، نشریه و یا هر نوع وسیله دیگری که برای کمک به برنامه‌ها به کار برده می‌شود، باید انجام گیرد. مثلاً برای آموزش تغذیه مادران باردار می‌خواهیم پوستری تهیه کنیم، در این صورت بهتر است قبلاً گروهی از مادران باردار را که هدف برنامه آموزشی هستند و پوستر قرار است که برای آموزش آنها تهیه شود، به صورت نمونه‌گیری انتخاب کنیم و پوستر تهیه شده را به

آنها نشان دهیم و از آنها بخواهیم که آنچه را که از پوستر درک کرده‌اند، بگویند یا بنویسند و بعد با توجه به هدف تهیه پوستر، سنجیده شود که آیا آگاهی مورد نظر به دست آمده یا خیر و یا آگاهی ایجاد شده، کافی بوده یا نه (۲۲ و ۷).

قبل از شروع هر برنامه‌ای لازم است از خود پرسیم آیا برنامه ارزشیابی آن برنامه تهیه شده است؟

در طراحی یک برنامه ارزشیابی باید نکات زیر مورد ملاحظه قرار بگیرند :

۱. مخاطبین
۲. منابع مورد نیاز
۳. مشخص کردن نوع برنامه ارزشیابی مورد استفاده
۴. مشخص کردن زمان ارزشیابی
۵. منابع در دسترس
۶. تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه نوع ارزشیابی مناسب این برنامه می‌باشد؟ همه این موارد باید از ابتدای یک برنامه، در نظر گرفته شود.

آمار پایه (baseline data) قبل از اینکه برنامه شروع شود برای ارزشیابی نتایج لازم می‌باشد (۱). فرض کنید قرار است شما برنامه‌ای را ارزشیابی کنید که پزشکان را وادار به استفاده از تعدادی دستورالعمل جدید برای درمان مسایلی مانند افسردگی و افزایش فشارخون می‌کند. مرور نمونه‌ای از پرونده‌های پزشکی بیماران می‌تواند به شما در تعیین میزان استفاده قبلی پزشکان از این دستورالعمل‌ها کمک کند. داده‌های پایه اغلب برای شرح ویژگی‌های شرکت کنندگان (مانند وضعیت سلامتی و جنبه‌های جمعیت شناختی آنها) جمع آوری می‌شوند. این ویژگی‌ها، بعداً در تفسیر آثار برنامه حایز اهمیت هستند (۵).

در نظر گرفتن مخاطبین برنامه ارزشیابی، امری ضروری می‌باشد. لازم است بدانیم مخاطبین اصلی برای ارزشیابی برنامه چه کسانی هستند؟ دارای چه ویژگی‌هایی بوده و چه نوع اطلاعاتی نیاز دارند؟ و مناسب‌ترین شیوه ارایه اطلاعات چیست؟ این مخاطبین می‌توانند شامل مخاطبان برنامه و یا افرادی که تحت تأثیر برنامه قرار می‌گیرد مثل ذینفعان قانونگذاران، کارکنان سازمان‌های دولتی، متولیان رسانه‌های ارتباط جمعی و آنهایی که در

حال طراحی برنامه‌های شبیه به این برنامه هستند، باشند (۱۷). داده‌های مقدماتی (که گاهی به روند جمع‌آوری آنها ارزشیابی ساختاری گفته می‌شود) پس از شروع برنامه ولی قبل از نتیجه‌گیری (مثلاً ۱۸ ماه پس از شروع طرح ۳ ساله مداخله) گزارش می‌شوند. هدف از ارایه این داده‌ها، شرح چگونگی پیشرفت برنامه و ارزشیابی است. چون داده‌های مقدماتی همیشه موقتی هستند، شما همواره باید آنها را به دقت تفسیر کنید (۵).

ارزشیابی پس از اجرای برنامه:

در پایان کلیه برنامه‌ها نیز باید ارزشیابی صورت گیرد تا: اولاً، میزان موفقیت در رسیدن به هدف برنامه معلوم شود؛ ثانیاً، نتایج آن در برنامه‌های مشابه آینده مورد استفاده قرار گیرد (۷).

در انجام ارزشیابی نگرانی‌هایی وجود دارد:

۱. ارزشیابی برنامه‌ها در بسیاری از مواقع انجام نمی‌گیرد زیرا به نظر می‌رسد گران باشد. البته هزینه ارزشیابی نسبی است و بستگی به نوع و تعداد سؤالات پرسیده شده و سطح دقت لازم در پاسخگویی به سؤالات دارد. یک ارزشیابی ساده کم خرج می‌تواند نتایج ارزشمندی داشته باشد؛
۲. به جای اینکه ارزشیابی را متوقف سازید، چون فکر می‌کنید وقت‌گیر است و آن را به تأخیر اندازید تا برنامه به پایان برسد؛ بهتر است طبق چارچوب پیشنهادی برنامه ارزشیابی عمل کرده و ارزشیابی را از ابتدای برنامه که زمان منطقی برای فراهم کردن واکنش‌های لازم جهت راهنمایی برای اجرای برنامه است شروع کنید؛
۳. نگرانی دیگر، برآماده‌سازی نیازهای تکنیکی برای طراحی و اجرای برنامه ارزشیابی متمرکز است. البته اغلب امکان این کار وجود دارد و بیشتر برنامه‌های ارزشیابی بهداشت عمومی نیاز به تکنیک‌های پیچیده ندارد؛

۴. در نهایت انجام ارزشیابی، کارکنان برنامه‌ها را به زحمت می‌اندازد به دلیل اینکه درک آنها از روش‌های ارزشیابی این است که این روش‌ها آزاردهنده، تشریفاتی و بی‌فایده هستند.

ارزشیابی فرایند^۱

ارزشیابی هر برنامه باید قبل از شروع آن به منظور بررسی نیازهای جامعه توسط یک فرد ارزشیابی کننده شروع شود تا نیازهای آن جامعه به خدمات بهداشتی تحت بررسی منظم قرار گیرد. طرحی برای رفع نیازها برنامه‌ریزی شود. با ارزشیابی می‌توان به سؤالات مطرح شده در مورد فعالیت‌های برنامه پاسخ داد و نگرش عمیقی را در مورد مدیریت و نحوه اجرای برنامه به دست آورد. زمانی که ارزشیابی بر روی فعالیت‌های برنامه تمرکز پیدا می‌کند، ارزشیابی فرایند نامیده می‌شود (۵). ارزشیابی فرایند سنجش آنچه که به دست آمده است و اینکه چگونه به دست آمده است، می‌باشد. این بدان معناست که با دید منتقدانه به فعالیت یا برنامه اجرا شده نگاه کرده و نکات مثبت و منفی برنامه و راه‌های بهتر شدن آن را پیدا کنیم. از سوی دیگر، با نتایج به دست آمده می‌توانید قضاوت کنید که آیا به اهداف تعیین شده رسیده‌ایم یا نه؟

مورد دیگر قضاوت، در مورد فرایند یا جریان برنامه صورت می‌گیرد: اینکه چگونه به نتایج دست یافته‌اید؟ یا بهترین روش مناسب استفاده شده است؟ مؤثرترین راه مورد استفاده قرار گرفته؟ آیا پول‌ها منطقی خرج شده‌اند؟ مثلاً اگر ارزشیابی یک برنامه آموزشی می‌باشد: آیا بحث ویدیویی که به طور مثال در برنامه استفاده شده است بهترین روش آموزشی که می‌توانستید استفاده کنید، بوده است؟ آیا رویکرد توسعه جامعه که شما مورد استفاده قرار دادید، مناسب‌ترین روش در آن فضا بوده است؟ و آیا توانسته‌اید با مقدار هزینه‌ای که کرده‌اید، آگاهی‌های عموم را افزایش دهید یا باید از روش دیگری استفاده می‌کردید (۱۶)؟

^۱ - Process evaluation

- به عبارت دیگر ارزشیابی فرایند، گزارش چگونگی شروع و یا پیشرفت اجرای یک برنامه است و در موارد زیر انجام می شود :
- تعیین این که آیا منابع کافی (اجرایی، کارکنان، مدیریت، مالی) برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه وجود دارند؟
 - تعیین این مطلب که چه مهارت‌ها، اداره‌های آموزشی و تجربیات مرتبط با برنامه در دسترس بوده و یا مورد نیاز می‌باشند؟
 - تعیین نیاز به کارمند جدید و یا اضافی
 - برنامه ریزی زمان بندی اجرای برنامه
 - تعیین نقش حسابدار در برنامه ریزی و اجرای برنامه
 - حصول اطمینان از اینکه دستور العمل، مرتبط با برنامه در نظر گرفته شده اند؟
 - انجام نیازسنجی
 - تعیین اهداف نهایی و اختصاصی برنامه
 - ساختن شاخص‌های اجرایی
 - تشخیص جمعیت هدف
 - مرور نوشته‌ها و تحقیقات مرتبط
 - جمع آوری آمار و اطلاعات پایه (استاندارد)
 - پیش آزمون محتوی
 - تجزیه و تحلیل کمی و کیفی (برای مثال آمار جمعیتی)
 - تشکیل جلسات منظم بین سازمان دهندگان، مجریان و گروه هدف و غیره
 - ثبت فعالیت‌های شبکه‌ای بین ذینفعان (۱۷).
- در ارزشیابی فرایند کوشش می‌شود تا پاسخ پرسش‌هایی نظیر اینها تعیین گردند:
- آیا برنامه به خوبی در حال پیاده شدن است؟
 - چه موانعی بر سر راه موفقیت آن قرار دارند؟
 - چه تغییراتی ضروری هستند؟
- پاسخ این پرسش‌ها به کنترل و هدایت شیوه‌های اجرایی کمک می‌کند.

در ارزشیابی نتایج معلوم می‌شود که نتایج به دست آمده چه هستند. بعد نتایج حاصل شده با هدف‌های برنامه مقایسه می‌گردد و رابطه بین انتظارات و نتایج واقعی مشخص می‌شوند. پس از بررسی کامل نتایج، اطلاعات لازم در اختیار تصمیم گیرندگان گذاشته می‌شود تا در صورت لزوم درباره ادامه برنامه، متوقف ساختن آن یا تجدید نظر در آن اتخاذ تصمیم کنند (۲).

ارزشیابی فرآیند به منظور نشان دادن مراحل زیر به کار می‌رود:

- چگونگی عملکرد و کیفیت برنامه
- درگیری‌های مشارکتی و توافقی
- مؤثر بودن برنامه برای عموم، ارتقای تلاش‌های دیگر برای توسعه
- پاسخ وسایل ارتباط جمعی
- مشارکت مخاطبین هدف، تحقیقات و پاسخ‌های دیگران
- رعایت زمان‌بندی برنامه
- مخارج و رعایت بودجه
- ارزیابی فعالیت‌های پیمان‌کاری (۱۷).

ارزشیابی فرایند برنامه، همانند ارزشیابی دستیابی به نتایج دلخواه برنامه مهم می‌باشد.

برای ارزشیابی فرایند برنامه ۳ راه کلیدی وجود دارد:

۱. اندازه‌گیری داده‌های ورودی
۲. خود ارزشیابی
۳. باز خورد دیگران

اندازه‌گیری داده‌های ورودی

اگر شما قصد دارید در مورد ارزش نتایج برنامه قضاوت کنید، یک راه اساسی این است که همه منابعی را که برای برنامه ارتقای سلامت هزینه کرده‌اید (مثل صرف وقت، پول و مواد) را یادداشت کنید. سپس شما می‌توانید قضاوت هوشیارانه در مورد مقرون به صرفه بودن مخارج برنامه داشته باشید.

خود ارزشیابی

از خود پرسید چه چیزی را خوب انجام دادم؟ چه چیزی را دوست دارم تغییر دهم؟ و دفعه بعد به چه میزان می‌توانم کارم را ارتقا بدهم؟ همه فعالیت‌های ارتقای سلامت را (از یک برنامه آموزشی چهره به چهره یا یک گروه خود یاری، و یا تعهد کار اجتماعی، وضع و اجرای قوانین و یا درخواست تغییرات سازمانی) می‌توان با این روش از ارزشیابی فرآیند ارزیابی نمود. یک نکته مهم در رابطه با خود ارزشیابی، ارزش دادن به نکات مثبت است. این خیلی آسان است که نکات منفی را به رخ بکشیم اما این یک راه مخرب است که کمکی به ما نمی‌کند زیرا اعتماد به نفس را از بین می‌برد. باید همیشه به دنبال نکات مثبت باشید، مسایلی را که احساس خوشایند در شما ایجاد می‌کند، دریافت و به دنبال راه‌های سازنده‌ای که می‌تواند بهبودی ایجاد کنند، باشید.

باز خورد از دیگران

پرسش و پاسخ، مهارت لازم و اساسی برای هر مروج سلامت است. دریافت باز خورد و یا نظر همکاران مورد اعتماد در رابطه با کار شما یک فرم ارزشمند از ارزشیابی هم‌گروهان است.

پرسیدن نظر مدیر، قسمتی از کنترل منظم از نحوه کارکرد شماست.

باز خورد از مشتریان و به کار گیرندگان می‌تواند قسمتی از سنجش از فرایند هر مداخله‌ای باشد.

با تشویق به رک بودن و امانت‌دار بودن، می‌توان با مشکلات روبرو شد بدون اینکه قضاوتی در مورد علت و یا مقصر داشت. این مسأله از راه‌های مختلف می‌تواند اجرا شود. مشاهده ساده مشتریان و به کار گیران، یک ابزار مهم تشخیصی است (۱۶).

ارزشیابی اثر^۱: این نوع ارزشیابی در حین و بلافاصله پس از پایان برنامه صورت گرفته و تأثیر فوری برنامه بر سیاست‌های سازمانی، منابع، فعالیت‌ها و همچنین تأثیر برنامه را بر سیستم‌های دولت و قوانین نشان می‌دهد.

^۱ -Impact Evaluation

ارزشیابی اثر شامل گزارش عوارض فوری و کوتاه مدت برنامه است که شامل موارد زیر است:

- مد نظر قرار دادن میزان تأثیر مورد نظر برنامه؛

- تعیین میزان پیشرفت برنامه؛

- بازخورد گروه هدف.

ارزشیابی اثر موجب ثبت تأثیر فوری برنامه بر معلومات، نگرش، مهارت و یا رفتارها می‌گردد (۱).

هر چند ارزشیابی قبل از برنامه تا حدی برای رفع نقایص موجود مؤثر است ولی باز ممکن است در ضمن اجرای برنامه، اشکالاتی در نحوه اجرا و یا مواد و وسایل کمک آموزشی مورد استفاده مشاهده شود. در مورد برنامه‌هایی که مدتی به طول می‌انجامد فرصت هست که ضمن اجرای برنامه قسمت‌های مختلف آن از نظر چگونگی پیشرفت مورد مطالعه قرار گیرد تا در صورت انحراف از هدف اصلی و یا نداشتن سرعت پیش‌بینی شده، علل و عوامل آن مشخص شود و در رفع آن کوشش به عمل آید.

این مطلب نیز قابل توجه است که در برنامه‌های آموزشی باید مراحل مختلف هر برنامه و هدف هر قسمت را مشخص نمود. فقط در این صورت است که می‌توان ارزشیابی ضمن برنامه را انجام داد. بدین معنی که علاوه بر هدف نهایی که برای هر برنامه آموزشی در نظر گرفته می‌شود، هدف‌های ابتدایی‌تر نیز برای هر مرحله از برنامه باید تعیین شود تا در پایان هر مرحله یا قسمت از برنامه بتوان یک ارزشیابی انجام داد و با توجه به نتایج آن در صورتی که برنامه نتوانسته باشد به هدف مورد نظر برسد، دلایل آن مشخص و رفع شوند تا در اجرای صحیح دنباله برنامه، وقفه ای حاصل نشود (۷).

ارزشیابی کار کرد یا ارزشیابی نتیجه^۱

یکی از روش‌های مؤثر و رایج برای کنترل پرسنل حرفه ای و یا غیرحرفه ای، ارزشیابی کار کرد است. این روش به شرح سیستماتیک نقاط ضعف و یا قوت کارکنان در ارتباط با شغل آنها می‌پردازد.

^۱ -outcome

اطلاعاتی که از طریق تکنیک ارزشیابی کار کرد به دست می آید در موارد زیر مورد استفاده قرار می گیرد:

- ۱- تهیه اطلاعات به منظور فراهم آوردن امکان رشد و افزایش آگاهی ویا مهارت کارکنان؛
- ۲- آگاهی از شایستگی و وضعیت کارکنان به منظور توسعه مشاغل، نقل و انتقالات، اخراج و تعیین حقوق و مزایا ویا پاداش (۲۴).

ارزشیابی نتیجه، معمولاً در تأثیرات بلند مدت برنامه ها گزارش می شود که شامل موارد زیر است:

- مقایسه با آمار و ارقام استاندارد (قبل و بعد از اندازه گیری ها)؛
- بررسی اینکه آیا تغییرات بهداشتی انجام گرفته است؛
- بازخورد گروه هدف؛
- تفسیر نتایج برای مثال دلایل عدم دستیابی به اهداف برنامه ؛
- تعیین زمان های مناسب برای گردآوری اطلاعات به دست آمده؛
- مستندسازی عوامل مؤثر بر نتایج (مثبت یا منفی) (۱).

در این نوع ارزشیابی، میزان دستیابی برنامه به اهداف طولانی مدت تعیین می گردد. بررسی فاکتورهای بهداشتی و کیفیت زندگی در این سطح هستند. اطلاعات از طریق پرسشنامه های پیگیری طولانی مدت، میزان های ابتلا و مرگ و میر، موارد ثبت شده بیمارستانی و تغییرات در الگوهای مصرف جمع آوری می شوند. بنابراین در نگاه اول به نتایج، شما نیاز دارید به اهدافی که در اول برنامه تعیین شده اند، برگردید و برنامه ریزی کنید که چگونه می خواهید به سؤال "آیا به اهداف مورد نظر رسیده ایم" پاسخ دهید. اهداف در رابطه با تغییراتی است که شما قصد داشتید، ایجاد کنید. برای مثال تغییر در میزان اطلاعات و یا تغییر رفتار یا تغییر در قوانین و یا روش های کار. پروژه های طولانی مدت ارتقای سلامت ممکن است اهدافی درباره ایجاد تغییر در وضعیت سلامتی داشته باشند. تغییراتی را که شما نیاز دارید به آن دست یابید می توان به طریق زیر اندازه گیری کرد :

- تغییرات قانونی می توانند به طریق زیر بررسی شوند :

- قوانین وضع شده و اجرای آنها مثل افزایش محصولات بی ضرر برای محیط زیست در زندگی روزانه و یا قانون انتخاب بهداشتی غذا در محل کار و یا مدرسه؛

- تغییرات قانونگذاری مثل افزایش محدودیت در مورد تبلیغ تنباکو؛
- تغییرات در میزان دسترسی به محصولات ارتقای سلامت، امکانات و خدمات مثل امکانات تفریحی ارزان قیمت و یا افزایش تبلیغات ترک سیگار؛
- تغییرات در مراحل اجرایی و یا سازمانی مثل اختصاص زمان بیشتر برای آموزش بیمار.

- تغییرات در محیط فیزیکی می توانند به طرق زیر بررسی شوند :
- اندازه‌گیری تغییرات مثل سطح آلوده کننده‌ها در هوا- ترافیک و یا محل‌های پیاده‌روی و یا فضای سبز در دسترسی عموم؛
- تغییرات در موقعیت سلامت از طریق:
- بررسی یادداشت‌ها در مورد شاخص‌های ساده سلامتی مثل وزن- فشار خون- نبض در زمان ورزش و یا سطح کلسترول خون؛
- انجام تحقیقات بهداشتی برای تعیین تغییرات در سطح وسیع‌تر در رفتار بهداشتی و یا وضعیت سلامتی گزارش شده به وسیله خود فرد؛
- تجزیه و تحلیل تغییرات در آمار بهداشتی روزمره مثل مرگ و میر نوزادان و یا میزان پذیرش بیمارستانی به هر حال روش‌های معمول شامل مشاهده، پرسش سؤالات، بحث‌ها و پر کردن پرسشنامه (۱۶).

در صورتیکه ارزشیابی نتیجه یک برنامه آموزشی باشد، میزان تغییرات را می‌توان به طرق زیر اندازه‌گیری نمود:

- تغییر آگاهی‌های بهداشتی به وسیله روش‌های زیر ارزیابی می‌شوند:
- اندازه‌گیری رضایت استفاده کنندگان از خدمات مثل تعداد افرادی که مواد آموزشی را دریافت می‌کنند؛
- پایش تغییرات مورد نیاز در خدمات بهداشتی؛

- آنالیز پوشش وسایل ارتباط جمعی؛
- پرسشنامه، مصاحبه‌ها، بحث و مشاهده افراد.
- تغییر در نگرش و دانش به وسیله روش‌های زیر ارزشیابی می‌شود:
- مشاهده تغییرات در مواردی که افراد می‌گویند و انجام می‌دهند؛
- مصاحبه و بحث همراه با پرسش و پاسخ؛
- بحث و مشاهده زندگی افراد برای سنجش میزان به کار گیری دانش جدید؛
- آزمون‌های نوشتاری و پرسشنامه.
- تغییرات رفتاری به وسیله روش‌های زیر ارزیابی می‌گردد:
- مشاهده فعالیت فراگیران؛
- ثبت رفتارها، تعداد افرادی که برای واکسیناسیون مراجعه کرده‌اند (۱۳).
- تغییرات در سیاست‌ها می‌توانند به وسیله روش‌های زیر ارزیابی شوند:
- وضع و اجرای سیاست‌های جدید (برنامه‌های آموزشی منظم برای افزایش اطلاعات عموم در باره عوارض مصرف سیگار و آموزش روش‌های ترک مصرف و یا وضع قوانین منع فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال)؛
- تغییر در اقدامات و روش‌ها (صرف زمان بیشتر برای آموزش بیمار)؛
- تغییرات در قابلیت دسترسی به محصولات که ارتقای سلامت را سبب می‌شوند
- تغییر در محیط فیزیکی می‌توانند به طرق زیر ارزیابی شوند:
- ایجاد فضای پاک و عاری از دود سیگار (۱۳).

ارزشیابی عکس العمل:

- این نوع ارزشیابی معمولاً در مورد ارزشیابی برنامه‌های آموزشی به کار گرفته می‌شود. ارزشیابی عکس العمل بر بازخورد های انتزاعی در ارتباط با موارد زیر تمرکز دارد:
- ۱- اثربخشی کارکنان و منابع انسانی
 - ۲- ارزش اطلاعات ارایه شده به مشارکت کنندگان
 - ۳- اثربخشی روش‌های ارایه مطلب

- ۴- نقاط قوت برنامه
 - ۵- نقاط ضعف برنامه
 - ۶- پیشنهاد برای بهبود برنامه
 - ۷- ارایه نظرات برای برنامه های بعدی
 - ۸- اندازه گیری میزان دستیابی به اهداف برنامه
 - ۹- اندازه گیری میزان مفید بودن برنامه برای مشارکت کنندگان در محیط های کاری
 - ۱۰- درکل آیا مشارکت کنندگان این برنامه را به دیگران توصیه می کنند یا نه (۱۵).
- راه های متعددی برای تکمیل ارزشیابی عکس العمل برطبق نظر بلیندا پوئتز و فای تپوز وجود دارد. بعضی از این راه ها عبارتند از :
- ۱- فهرست زمانی در پایان برنامه
 - ۲- درخواست کمک در ابتدا و انتهای برنامه
 - ۳- به کارگیری نظرات در انتشارات آینده
 - ۴- آگاه ساختن مردم از تغییراتی که در اثر ارزشیابی ها ایجاد شده است (۱۵).

ارزشیابی بر اساس یاد گیری مشارکت کننده گان:

ارزشیابی هایی که بر اساس یادگیری مشارکت کنندگان انجام می گیرد، بر پاسخ گویی به این سؤال تمرکز یافته است که شما چه یاد گرفته اید؟ این ارزشیابی شامل موارد زیر است :

- ۱- مهارت های کسب شده (آیا مشارکت کنندگان مهارت های جدیدی در کلاس و یا محل های کار انجام می دهند؟)
- ۲- معلومات کتبی (آیا مشارکت کنندگان قادر به پاسخگویی به تست ها و یا امتحانات کتبی هستند و در کل آنها چه چیزی یاد گرفته اند؟)
- ۳- توضیحات شفاهی (آیا مشارکت کنندگان قادر به توضیح آنچه که یاد گرفته اند در کلاس میباشند؟ (۱۵))

ارزشیابی رفتار^۱:

مربوط به قدرت انتقال آنچه در کلاس درس یادگرفته اند به محیط کاری می باشد. به طور کلی، اندازه گیری میزان تغییرات ایجاد شده در روش های کاری به دلیل آموزش برنامه مورد نظر می باشد.

نمونه هایی از تغییر رفتار می تواند شامل :

- ۱- تشکیل کمیته ارتقای کیفیت در محل کار؛
- ۲- تشکیل جلسات هفتگی به منظور آگاه ساختن افراد از آنچه در بخش اتفاق می افتد؛

۳- تعیین زمان خاصی در یک روز برای کارکنان برای مراجعه به اتاق مدیر به منظور بحث در مورد مشکلات کاری؛

۴- اختصاص زمان بیشتری برای قدردانی از دست آورد های کارکنان؛

۵- وقتی کارکنان اشتباه می کنند، ترسی از صحبت کردن در مورد اشتباهاتشان ندارند(۱۵)؛

به منظور تعیین تأثیر آموزش در سیستم مراقبت بهداشتی، روش های ارزشیابی شبیه به روش های رفتاری از یاد داشت های کارکنان مثل افراد دچار حوادث برای تعیین تأثیر آموزش بر روی سیستم استفاده می کنند. برنامه هایی که می توانند منجر به صرفه جویی در هزینه ها شوند، می توانند همچنین به عنوان اثبات تأثیر برنامه های آموزشی به کار گرفته شوند. برای مثال امکاناتی که موجب بالابردن کیفیت کار در اثر برنامه های آموزشی گردند می توانند اطلاعاتی در مورد صرفه جویی در سیستم و ایجاد تغییرات مثبت در برنامه های آموزشی فراهم سازند (۱۵).

ارزشیابی های کیفی^۲:

با استفاده از ارزشیابی های کیفی، داده ها را می توان از مصاحبه های شخصی و مشاهدات مستقیم و اسناد مکتوب (مانند دفتر خاطرات خصوصی روزانه) جمع آوری

^۱ - Behaviour

^۲ Qualitative

کرد. هدف از این ارزشیابی ها کسب اطلاعات شخصی درباره ی ویژگی های دینامیک برنامه و طرز برداشت شرکت کنندگان از نتایج و اهمیت آنها است. روش های ارزشیابی کیفی برای برنامه هایی که اهداف آنها در فرآیند مورد نظر قرار دارند و نیز برای بررسی قابل اجرا بودن روش های ارزشیابی مفید هستند. روش های کیفی چون به شخص وابستگی دارند، می توانند احساس و پویایی را نیز به یافته های خالص آماری بیفزایند و در مواردی که احتمال عدم دسترسی به موقع به روش های معتبر و قابل اعتماد برای سنجش نتایج و گزارش به موقع نتایج ارزشیابی وجود دارد، وسیله ای را برای قضاوت در مورد نتایج فراهم آورند. روش های کیفی در ارزشیابی برنامه برای تکمیل منابع معمول داده ها (مانند بررسی های استاندارد شده و بازنگری و مرور پرونده های پزشکی و معاینات فیزیکی و آزمون های پیشرفت) به کار گرفته می شوند (۵).

ارزشیابی مشارکتی^۱:

در ارزشیابی مشارکتی از نماینده های گروه هایی که تحت تأثیر نتایج مطالعه قرار خواهند گرفت، برای پیوستن به تیم ارزشیابی به منظور انجام برخی فعالیت ها دعوت به عمل می آید. این فعالیتها عبارتند از: انتخاب سؤالات ارزشیابی، تنظیم استانداردهای انتخاب روش های سنجش و روز آمد کردن اطلاعات ارزشیابی کنندگان در مورد فعالیت های روزمره. ارزشیابی های مشارکتی در موارد زیر بسیار مفید هستند:

۱. آموزش افرادی که با فرایند ارزشیابی آشنا نیستند؛
۲. نام نویسی از مردم برای کمک به جمع آوری اطلاعات؛
۳. افزایش معنی یافته های آماری.

با وجود این، ارزشیابی های مشارکتی محدودیت هایی نیز دارد. این ارزشیابی ها نیازمند ارزشیابی کنندگان ماهر برای کار با گروه های مختلف مردم و نیز نیازمند زمان و تحمل و صبر هستند. (۵).

^۱ Participatory

انواع ارزشیابی آموزشی

- ارزشیابی آغازین:

ارزشیابی آغازین پیش از انجام فعالیت های آموزشی به اجرا در می آید و به دو منظور انجام می شود:

۱. آیا یادگیرندگان بر دانش ها و مهارت های پیش نیاز درس تازه از قبل مسلط اند؟
۲. یادگیرندگان چه مقدار از هدف ها و محتوی درس تازه را قبلاً یاد گرفته اند؟ (۲)

- ارزشیابی درونی

- ارزشیابی بیرونی

دو نوع ارزشیابی آموزشی دیگر که با ارزشیابی تکوینی^۱ و ارزشیابی تراکمی^۲ رابطه نزدیکی دارند، ارزشیابی درونی^۳ و ارزشیابی بیرونی^۴ . منظور از ارزشیابی درونی این است که ارزشیابی به توسط کارکنان و دست اندرکاران تهیه و اجرای برنامه یعنی افراد درون برنامه انجام می شود و منظور از بیرونی این است که ارزشیابی به وسیله اشخاصی که خارج از برنامه هستند، انجام می شود. به طور کلی ارزشیابی درونی بیشتر مناسب ارزشیابی تکوینی است و ارزشیابی بیرونی غالباً برای ارزشیابی تراکمی مفید است.

مخاطبان یا استفاده کنندگان از نتایج ارزشیابی تراکمی، کسانی هستند که برنامه را مورد استفاده قرار خواهند داد یا فعلاً از آن استفاده می کنند. علاوه بر این، ارزشیابی تکوینی به تصمیمات مربوط به توسعه و تولید برنامه کمک می کند اما ارزشیابی تراکمی برای اندازه گیری یادگیری های متراکم دانش آموزان در طول یک دوره آموزشی به کار می رود. این نوع ارزشیابی معمولاً در پایان دوره آموزشی به عمل می آید، به همین سبب به آن ارزشیابی پایانی نیز گفته می شود.

ارزشیابی تکوینی عمدتاً به منظور کمک به اصلاح موضوع مورد ارزشیابی یعنی برنامه یا روش آموزشی، مورد استفاده قرار می گیرد. هدف از اجرای ارزشیابی تکوینی در مورد

^۱ Formative evaluation

^۲ Summative evaluation

^۳ Internal evaluation

^۴ External evaluation

مواد آموزشی، آگاه ساختن تولید کنندگان برنامه از نواقص برنامه خود و کمک به اصلاح آنهاست، هدف از کاربرد ارزشیابی تکوینی در رابطه با پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان، آگاهی از میزان و نحوه یادگیری آنان برای تعیین نقاط قوت و ضعف یادگیری و نیز تشخیص مشکلات روش آموزش دهنده در رابطه با هدف های آموزشی است (۲). ارزشیابی ساختاری یا تکوینی همچنین شامل نیاز سنجی و تحقیقات پیشرفته می باشد و شامل موارد زیر است :

- نیاز سنجی و تحقیقات پیشرفته و کمک به مشخص نمودن اهداف و روش های برنامه برای طراحی برنامه های جدید در مراحل اولیه ساخت برنامه؛
- آماده سازی راه کارهای آموزشی؛
- ساختن اندازه ها و یا معیارهای برای امتحان و ارزیابی معلومات، مهارت ها، نگرش ها و یا رفتار مشارکت کنندگان؛
- تصمیم گیری در مورد اینکه آیا امکان دارد از بعضی از انواع مطالعات نیمه تجربی استفاده کرد؟
- تصمیم گیری در مورد روش آماری (کیفی و یا کمی) که مورد استفاده قرار خواهد گرفت؟
- بازخورد گروه هدف در ساخت برنامه و کنترل مراحل اولیه آن؛
- مستند سازی طراحی و ساخت برنامه؛
- ثبت منابع ضروری و به کار گرفته شده
- تصمیم گیری در مورد اینکه چه کسی قصد دارد، ارزشیابی تأثیر و نتایج برنامه را انجام دهد؟
- تصمیم گیری در مورد اینکه چه مقدار قرار است برای ارزشیابی تأثیر و نتایج برنامه پرداخت شود؟
- به طور کلی ارزشیابی ساختاری یا تکوینی معین می سازد که آیا انجام این برنامه لازم است؟ و راه های بهتر انجام شدن برنامه را نیز نشان می دهد. آیا اهداف برنامه مشخص شده اند؟ آیا اهداف حقیقی و قابل اندازه گیری هستند (۱)؟

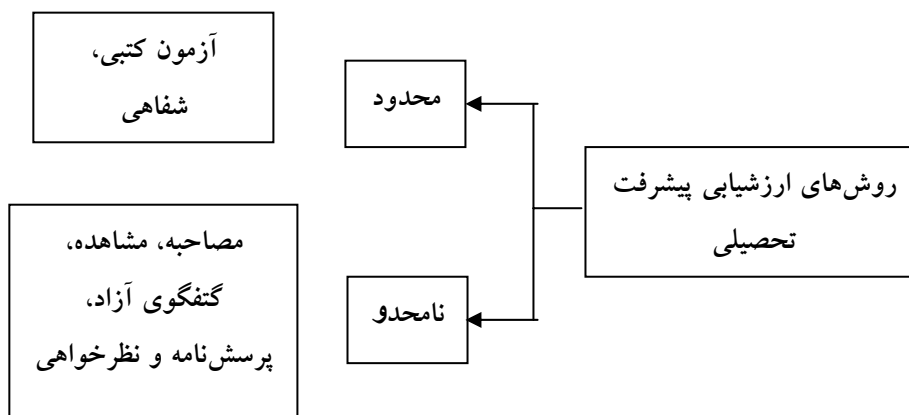
ارزشیابی تشخیصی^۱

می‌توان ارزشیابی تشخیصی را، گونه‌ای از ارزشیابی تکوینی به حساب آورد. این نوع ارزشیابی با هدف تشخیص مشکلات یادگیری دانش‌آموزان، در یک موضوع درسی به کار می‌رود (۲). این نوع ارزشیابی، اگر در آغاز کار آموزش انجام گیرد، هدفش جایگزینی دانش‌آموزان در موقعیت‌های مناسب آموزشی و یادگیری است. این نوع جایگزینی بهترین نقطه شروع آموزش از لحاظ تأثیر گذاری جریان آموزشی بر دانش‌آموزان است. اگر این نوع ارزشیابی هم‌زمان با فعالیت آموزشی اجرا شود، هدف آن یافتن علل شکست دانش‌آموزان در یادگیری است. آنجا که لازم باشد، دانش‌آموزان را برحسب علایق و استعدادها به رشته‌ها یا گروه‌های مختلف دسته‌بندی کنیم، از ارزشیابی تشخیصی نوع اول یعنی ارزشیابی برای جایگزینی استفاده می‌شود. اما اگر هدف بهبود آموزش و یادگیری است، این نوع ارزشیابی به منظور تشخیص و شناسایی علل و عوامل شکست دانش‌آموزان به کار می‌رود (۲).

انواع مختلف آزمون و نحوه تهیه آنها

منظور از ارزشیابی پیشرفت تحصیلی، سنجش میزان تحقق هدف‌های آموزشی است. این ارزشیابی، در مراحل مختلفی شامل قبل، ضمن و بعد از تدریس صورت می‌گیرد. اهداف آموزشی و آزمون باید با یکدیگر همخوانی داشته باشند. یعنی آزمون فراگیران درباره مطالبی که هرگز تدریس نشده، نبایستی صورت گیرد. به این منظور در طراحی آزمون، باید بیان روشن و دقیقی از اهداف آموزش و تدریس در اختیار داشته باشیم تا بتوانیم از آن به عنوان ملاک اصلی تهیه آزمون‌ها استفاده نماییم و به سطوح بالاتر یادگیری در طبقه‌بندی هدف‌های آموزشی دقت کنیم.

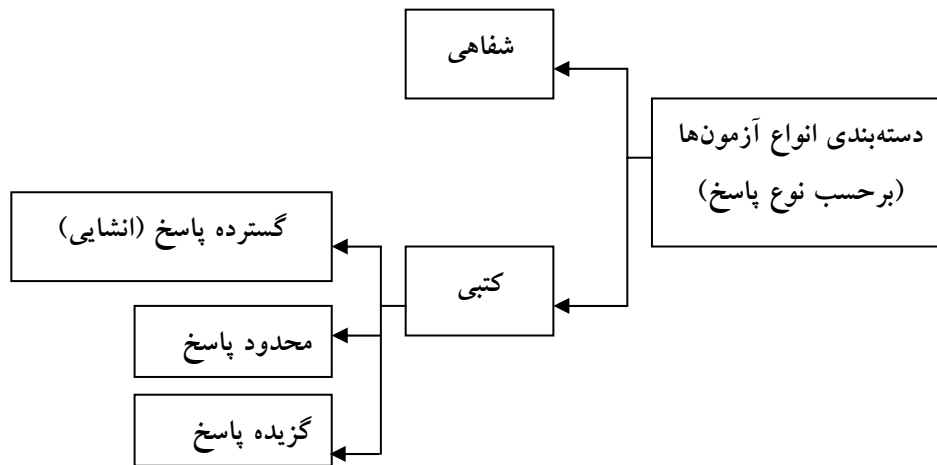
^۱ - Diagnostic Evaluation



آزمون‌ها انواع مختلفی دارند. «درفرهنک آزمون‌ها (که توسط گود تهیه شده است) حداقل از دویست نوع آزمون سخن رفته است»^{*} بنابراین لازم است با توجه به ویژگی‌های خاصی آنها را طبقه‌بندی کرد. ویژگی‌های بسیاری می‌تواند مبنای طبقه‌بندی آزمون‌ها باشد. با در نظر گرفتن این ویژگی‌ها، می‌توان آزمون‌ها را برحسب ساخت، کاربرد، نحوه اجرا مدت اجرا، موضوع دشواری، چگونگی تفسیر، نوع پاسخ‌ها و غیره طبقه‌بندی کرد. مثلاً از نظر ساخت، آزمون‌ها به طور کلی به دو دسته آزمون‌های معلم ساخته و آزمون‌های میزان شده (استاندارد) طبقه‌بندی شده است. از نظر اجرا به آزمون‌های انفرادی و گروهی، از نظر مدت اجرا به محدود مدت و آزاد مدت و غیره تقسیم بندی شده است (۲۵ و ۲۴ و ۲۳).

براساس نوع پاسخ، آزمون‌ها به آزمون‌های شفاهی و کتبی دسته‌بندی می‌شوند. آزمون‌های کتبی خود به سه نوع آزمون‌های گسترده پاسخ، آزمون‌های محدود پاسخ و آزمون‌های گزیده پاسخ (عینی) دسته‌بندی می‌شوند.

^{*} Good's Dictionary of Education (۱۹۷۱) ، Newyork ، Mc Grow-Hill Book Co.



نکات کلی در مورد تهیه آزمون‌ها:

- درصدد تهیه جدول مشخصات آزمون (هدف/ محتوا) باشید و توزیع سؤالات در سطوح مختلف هدف‌های آموزشی را مدنظر قرار دهید؛
- به تهیه پیش‌نویس سؤال‌های آزمون اقدام نمایید؛
- پیش‌نویس سؤال‌های آزمون را پس از چند روز مجدداً مورد بررسی و تجدیدنظر قرار دهید. در این مرحله به تطابق و همخوانی هدف‌های آموزشی و سؤالات آزمون دقت نمایید؛
- سعی کنید یک یا چند نفر از همکاران شما، سؤال‌های آزمون را بررسی و از آنها انتقاد نمایند. این امر شما را در تنظیم و ایجاد یک مجموعه هماهنگ یاری می‌دهد.
- بیش از تعداد موردنیاز سؤال تهیه نمایید؛
- از انواع مختلف سؤالات آزمون استفاده کنید؛
- ارزشیابی‌های متعددی را در طول یک دوره آموزشی طراحی و اجرا نمایید. تنها به یک آزمون و آن هم آزمون نهایی اکتفا نکنید بلکه در فاصله‌های زمانی متعدد، اقدام به برگزاری آزمون نمایید (۲۵).

انواع آزمون‌ها:

آزمون‌های شفاهی:

در این آزمون ابتدا پرسش کننده، پرسش‌ها را به صورت شفاهی مطرح می‌کند و سپس پاسخ‌های فراگیران را یادداشت می‌کند. پرسش و پاسخ، هر دو به صورت شفاهی مطرح می‌شوند. گاهی اوقات فقط هدف این نیست که فرد تا چه اندازه بر مسأله‌ای آگاهی دارد بلکه منظور این است که بدانیم چگونه و تا چه حد می‌تواند این آگاهی را برای دیگران تشریح کند. برای مثال بهورز تا چه حد می‌تواند روش مناسب پیشگیری از بارداری را برای یک گیرنده خدمات توضیح دهد. برای پی بردن به این مهارت، آزمون شفاهی وسیله مهم و باارزشی محسوب می‌شود. بنابراین از این جنبه، آزمون شفاهی ارزش تشخیصی قوی‌تری دارد چرا که در هر لحظه از فرایند آموزش و تدریس قابلیت کاربرد دارد و با توجه به نوع پاسخ‌ها و طرز پاسخگویی فراگیران می‌توان به علت بسیاری از مشکلات یادگیری آنان پی برد.

از دیگر مزایای آزمون‌های شفاهی این است که این گونه آزمون‌ها می‌توانند بازخوردی فوری و به موقع داشته باشند و در نتیجه ضمن اصلاح تدریجی آموخته‌ها، به تشویق تقویت انگیزه و یادگیری فراگیران کمک کنند.

مزیت دیگر آزمون‌های شفاهی این است که به یاری آنها می‌توانیم مهارت‌های فراگیران را در رویارویی با واقعیت‌ها و در موقعیت‌های واقعی‌تر بسنجیم.

آزمون‌های شفاهی محدودیت‌هایی هم دارند که از جمله آنها می‌توان به ذهنی بودن^۱ و کم‌اعتباری آنها اشاره کرد. به عبارت دیگر، ممکن است آزمون کنندگان مختلف به نتایج مشابهی دست نیابند و آزمون شوندگان در موقعیت‌های مختلف و به افراد مختلف پاسخ‌های یکسانی ارائه نمایند. آزمون شفاهی مستلزم صرف وقت زیادی است و معمولاً با تعداد محدودی پرسش انجام می‌شود. بنابراین نمی‌تواند در بردارنده تمامی دانسته‌ها یا ندانسته‌های فراگیران باشد. به علاوه اینکه برای همه آزمون شوندگان شرایط یکسان و ثابتی وجود ندارد و تأثیر و تأثر روانی و ویژگی‌های ارزیابی کننده و ارزیابی شونده در امر داوری و ارزشیابی مؤثر است. با این حال، با توجه به اهمیت بسیار زیادی که در اصلاح و

^۱ -Subjectivity

بهبود آموخته‌های فراگیران دارد باید آن را به عنوان یکی از انواع مؤثر آزمون‌های پیشرفت تحصیلی تلقی نمود و جایگاه ویژه‌ای را برای کاربرد آن در نظر داشت.

با استفاده از آزمون شفاهی می‌توان به عمق آگاهی و اطلاعات دانش‌آموز پی برد، این آزمون‌ها در دستیابی به سطوح فهمیدن و کاربرد از حیطه‌شناختی مناسب‌تر هستند. به علاوه اینکه می‌توان به افکار، عقاید، نگرش‌ها و علایق دانش‌آموزان توجه نمود که این قبیل اهداف در حیطه عاطفی طبقه‌بندی هدف‌های آموزشی قرار دارند. با این توضیح به ارزش و اهمیت این قبیل آزمون‌ها در فرایند یاددهی - یادگیری پی می‌بریم (۲۵ و ۲۳).

- آزمون‌های کتبی: آزمون‌های کتبی سه نوع می‌باشند:

۱- آزمون‌های گسترده پاسخ

این نوع آزمون برای ارزشیابی برخی از انواع تغییرات رفتار ارزش زیادی دارد. ارزشیابی شونده در پاسخ دادن به سؤال‌ها، محدودیت چندانی ندارد و آزاد است تا هرطور که مایل باشد، پاسخ خود را بیروrand، سازمان دهد و به زبان و کلمات خود بیان نماید. علاوه بر این به آموزش دهنده نیز این امکان را می‌دهد که وی را از نظر پیشرفت عقاید و درک مطلب ارزشیابی کند. مزیت بزرگ آزمون‌های تشریحی در این است که آنها برای اندازه‌گیری سطوح بالای طبقه‌بندی هدف‌های آموزشی یعنی کاربرد، تجزیه و تحلیل، ترکیب و ارزشیابی بسیار مفیدتر از آزمون‌های کوتاه پاسخ و گزیده پاسخ (عینی) هستند و پاسخ دهنده در بیان واریه پاسخ خود، آزادی عمل بیشتری دارد.

آزمون‌های گسترده پاسخ دارای مشکلاتی به شرح زیر هستند که کاربرد آنها را محدود می‌کند. اولاً در تصحیح برگه‌های آزمون انشایی ممکن است نظر شخصی تصحیح کننده دخالت کند و از دقت و عینیت نمرات بکاهد. ثانیاً ارزشیابی با استفاده از این آزمون‌ها، به ویژه زمانی که تعداد آزمون شونده زیاد باشد، وقت گیر است. ثالثاً این نوع آزمون‌ها نمونه کوچکی از مطالب تدریس شده و هدف‌های آموزشی را به دست می‌دهند و پوشش مناسبی بر تمامی مطالب و محتوای آموزشی ندارند. در مجموع می‌توان گفت علی‌رغم محدودیت‌هایی که این نوع آزمون دارد، وسیله بسیار مناسبی برای ارتقای سطح یادگیری فراگیران محسوب می‌شود.

آزمون‌های گسترده پاسخ را چگونه تهیه کنیم؟

الف- سؤال را طوری تهیه نمایید که به طور مستقیم به هدف‌های آموزشی مورد اندازه‌گیری مربوط باشد؛

ب- سؤال را طوری بنویسید که موضوع مهمی را در بر داشته باشد؛

ج- سؤال را به گونه‌ای طرح نمایید که حتی‌الامکان سطوح بالاتر هدف‌های شناختی را در بر داشته باشند؛

د- سؤال آزمون را خیلی واضح و مشخص بنویسید؛

ه- در تهیه سؤالات گسترده پاسخ از کاربرد کلمات چه کسی، چه وقت، کجا و امثال اینها که قیدهای محدود کننده هستند، خودداری کنید؛

و- از همه فراگیران بخواهید که به همه سؤال‌ها پاسخ دهند و از طرح سؤالات اضافه برای انتخاب فراگیر از بین آنها اجتناب کنید؛

ز- زمان کافی به پاسخ دهندگان بدهید و برای هر سؤال وقت جداگانه‌ای پیشنهاد نمایید؛

ح- با طرح سؤالاتی که به پاسخ‌های کوتاه‌تری نیاز دارند، تعداد سؤالات را افزایش دهید؛

ط- یک راهنمای پاسخ یا جواب نمونه تهیه نمایید و نکات کلیدی و مهم پاسخ‌ها را در آن مشخص نمایید؛

ی- پاسخ‌های هر سؤال را یک به یک بررسی نمایید و پس از ارزشیابی یک سؤال از تمامی فراگیران، پاسخ سؤال بعدی را بخوانید؛

ک- اشتباهات در پاسخ‌ها را مهم تلقی نمایید و در پی علل و مشکلات یادگیرنده در پاسخدهی باشید (۲۵).

۲- آزمون‌های محدود پاسخ

آزمون‌های محدود پاسخ در واقع حد واسط بین آزمون‌های گسترده پاسخ و آزمون‌های گزیده پاسخ هستند و همانطور که از عنوان آن برمی‌آید، پاسخی بسیار کوتاه و مختصر، در حد یک جمله دارد. به عبارت دیگر می‌توان یک سؤال گسترده پاسخ را به چند سؤال

محدود پاسخ تجزیه کرد اما باید در نظر داشت که هریک از این آزمون‌ها برای منظور و مقاصد ویژه‌ای به کار می‌روند. آزمون‌های محدود پاسخ، معمولاً برای ارزشیابی و دستیابی به اهداف پایین‌تر سطح شناختی مناسب‌ترند و ارزشیابی توانایی‌های بالاتر شناختی به وسیله این گونه سؤال‌ها دشوار است.

آزمون‌های محدود پاسخ، معمولاً به صورت یک جمله استفهامی مطرح می‌شود که آزمون‌شونده باید پاسخ کوتاهی به آن بدهد.
مثال: بافت را تعریف کنید.

سؤال پر کردنی مانند: در مقابل هریک از اندام‌های زیر، دستگاه مربوط به آن را بنویسید.

۱- مغز..... ۲- طحال..... ۳- مری..... ۴- زبان.....

همان‌طور که از نمونه‌های ارایه شده نیز برمی‌آید، این قبیل سؤالات پاسخ‌های بسیار مشخصی را طلب می‌کنند. بنابراین کار ارزشیابی این سؤالات به سهولت قابل انجام است. به منظور طرح مفید و مؤثر این قبیل آزمون‌ها، نکاتی باید مدنظر قرار گیرد که در ادامه به این نکات پرداخته می‌شود:

■ سؤالات آزمون‌های محدود پاسخ را چگونه طراحی کنیم؟

الف- سعی کنید هریک از سؤالات، مطلب مهمی را اندازه‌گیری کند؛

ب- سؤال به صورت واضح و مشخص، مطلب خاصی را درنظر داشته باشد؛

ج- برای سؤال‌هایی که پاسخ عددی دارند، واحد مقیاس و میزان وقتی که در محاسبات باید رعایت شود را مشخص نمایید:

- سؤال نامناسب: حداقل مقدار شیر موردنیاز یک پسر بچه چهارده ساله، چه مقدار در روز است؟

- سؤال مناسب: حداقل مقدار شیر موردنیاز یک پسر بچه چهارده ساله چند لیوان در روز است؟

د- در سؤالات کامل کردنی، تنها عبارات و یا کلمات مهم را حذف کنید و همچنین دقت نمایید که کلمه حذف شده در حد امکان در پایان جمله قرار گیرد؛

ه- چنانچه از انواع مختلف سؤال‌های محدود پاسخ می‌خواهید استفاده کنید، آنها را به ترتیب در کنار یکدیگر قرار دهید؛

و- تعداد زیادی جای خالی در سؤال‌های کامل کردنی منظور نکنید. به طور کلی در اندازه‌گیری اطلاعات واقعی، سؤالی که بیش از یک مطلب را می‌سنجد، سؤال مناسبی نیست مگر این که هدف آزمون، سنجش چیز دیگری از جمله میزان خلاقیت فردی یا ارزیابی توانایی ذهنی در یک موقعیت تازه باشد.

۳- آزمون‌های گزیده پاسخ (عینی)

در سؤال‌های گزیده پاسخ، فراگیر باید جواب سؤال را از بین گزینه‌هایی که در اختیار او گذاشته شده، انتخاب نماید (۲۵ و ۲۳).

■ سؤالات عینی (چند گزینه‌ای) را چگونه طرح کنیم؟

قواعد زیر براساس این طرز فکر تدوین شده‌اند که یک سؤال چند گزینه‌ای باید آزمون شونده را با تکلیفی که مهم و کاملاً برای او قابل فهم است، مواجه سازد. هر سؤال باید طوری نوشته شود که تنها به وسیله کسانی که هدف مورد اندازه‌گیری (پاسخ درست) سؤال را می‌دانند، به درستی پاسخ داده شود و کسانی که تسلط کامل بر مطلب ندارند نتوانند پاسخ درست آن را انتخاب نمایند. با رعایت موارد زیر می‌توانید به تهیه سؤالات عینی اقدام نمایید:

۱- هر سؤال را طوری بنویسید که یک موضوع مهم را اندازه بگیرد؛

۲- بیش از یک مطلب یا مسأله در هر سؤال نگنجانید؛

۳- سؤالات را کاملاً روشن و واضح بنویسید و از عبارات و کلمات قابل فهم آزمون شونده استفاده کنید؛

۴- از تکرار مطالب در گزینه‌ها خودداری کنید؛

۵- مطلب مورد سؤال را به طور کامل در تنه سؤال بیان کنید. تنه سؤال باید شامل مطالب اصلی سؤال باشد، به گونه‌ای که فراگیران پس از خواندن آن و پیش از مراجعه به گزینه‌ها، اندیشه اصلی مورد سؤال را درک کنند و بدانند که سؤال مربوط به چه مطلبی است. مشکل سؤالاتی که این نکته در آنها رعایت نشده این است که آزمون شونده، پیش از

خواندن گزینه‌ها، متوجه نخواهد شد که سؤال درباره چه مطلبی نوشته شده است. یک راه کسب اطمینان از طرح سؤال درست این است که روی گزینه‌ها را بپوشانید و تنه سؤال را بخوانید تا متوجه شوید که مطلب به طور کامل بیان شده است یا نه؛

۶- سؤال را طوری بنویسید که همه گزینه‌های آن به مطلب واحدی مربوط باشند؛

۷- سؤال را طوری بنویسید که پاسخ درست، تنها پاسخ درست یا قطعاً درست‌ترین پاسخ باشد؛

۸- برای اندازه‌گیری درک و فهم یا توانایی کاربرد اصول و مفاهیم در آزمون شونده از مطالب تازه و بدیع استفاده کنید؛

۹- گزینه‌های انحرافی را طوری بنویسید که امتحان شونده‌گان بی‌اطلاع را به خود جلب کنند (۲۵ و ۲۳).

خلاصه:

راه درست و غلطی برای ارزشیابی برنامه‌ها وجود ندارد زیرا مردم ایده‌های متفاوت درباره اهمیت مطالب به دست آمده دارند. این مهم است که یک روش ارزشیابی را که بتواند نیازهای اطلاعاتی را برای محققین فراهم سازد تا بتوانند درباره آینده برنامه تصمیم‌گیری کنند، انتخاب کنیم. نوع ارزشیابی بستگی به ماهیت مشکل و یا سؤالی که قرار است پاسخ داده شود، دارد. انجام ارزشیابی در همه مراحل امکان‌پذیر و مفید می‌باشد. ارزشیابی در هر مرحله که انجام شود، نام خاصی دارد. انواع مختلف ارزشیابی در این فصل توضیح داده شده است.

ارزشیابی قبل از اجرای برنامه: قبل از شروع هر برنامه ای لازم است از خود بپرسیم آیا برنامه ارزشیابی تنظیم شده است؟ در یک برنامه ارزشیابی باید نکات زیرمورد ملاحظه قرار بگیرند: مخاطبین، منابع مورد نیاز، نوع برنامه ارزشیابی مورد استفاده، زمان ارزشیابی، منابع در دسترس و تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه نوع ارزشیابی مناسب این برنامه می‌باشد. در پایان کلیه برنامه‌ها نیز باید ارزشیابی صورت گیرد تا اولاً میزان موفقیت در رسیدن به هدف برنامه معلوم شود؛ ثانیاً نتایج آن در برنامه‌های مشابه آینده مورد استفاده قرار گیرد.

در انجام ارزشیابی، نگرانی‌هایی در مورد هزینه، وقت، آماده‌سازی نیازهای تکنیکی برای طراحی و اجرای برنامه ارزشیابی وجود دارد البته بیشتر برنامه‌های ارزشیابی سلامت عمومی، نیاز به این تکنیک‌های بسیار فنی ندارد. همچنین یک ارزشیابی ساده کم‌خرج می‌تواند نتایج ارزشمندی داشته باشد. اگر چه که انجام ارزشیابی وقت گیر می‌باشد ولی از دو باره کاری نیز جلوگیری می‌کند.

زمانی که ارزشیابی بر روی فعالیت‌های برنامه تمرکز پیدا می‌کند، ارزشیابی فرآیند نامیده می‌شود. ارزشیابی فرآیند سنجش آنچه که به دست آمده است و اینکه چگونه به دست آمده است، می‌باشد. این بدان معناست که با دید منتقدانه به فعالیت یا برنامه اجرا شده، نگاه کرده و نکات مثبت و منفی برنامه و راه‌های بهتر شدن آن پیدا شود. از سوی دیگر با نتایج به دست آمده قضاوت شود که آیا به اهداف تعیین شده رسیده‌اید یا نه؟

ارزشیابی اثر در حین و بلافاصله پس از پایان برنامه صورت گرفته و تأثیر فوری برنامه بر سیاست های سازمانی، منابع، فعالیت ها و همچنین تأثیر برنامه را بر سیاست های دولت و قوانین نشان می دهد.

ارزشیابی کار کرد یا ارزشیابی نتیجه یکی از روش های مؤثر و رایج برای کنترل پرسنل حرفه ای و یا غیرحرفه ای است. این روش به شرح سیستماتیک نقاط ضعف و یا قوت کارکنان در ارتباط با شغل آنها می پردازد.

ارزشیابی عکس العمل معمولاً در مورد ارزشیابی برنامه های آموزشی به کار گرفته می شود.

ارزشیابی بر اساس یادگیری مشارکت کنندگان به معنای ارزشیابی هایی است که بر اساس یادگیری مشارکت کنندگان انجام می گیرد بر پاسخ گویی به این سؤال تمرکز یافته است که شما چه یاد گرفته اید؟

ارزشیابی رفتار: مربوط به بررسی قدرت انتقال آنچه فراگیران در کلاس درس یاد گرفته اند به محیط کاری می باشد. این ارزشیابی به طور کلی به معنای اندازه گیری میزان تغییرات ایجاد شده در روش های کاری به دلیل آموزش برنامه مورد نظر می باشد.

با استفاده از ارزشیابی های کیفی داده ها را می توان از مصاحبه های شخصی و مشاهدات مستقیم و اسناد مکتوب (مانند دفتر خاطرات خصوصی روزانه) جمع اوری کرد. هدف از این ارزشیابی ها، کسب اطلاعات شخصی درباره ی ویژگی های دینامیک برنامه و طرز برداشت شرکت کنندگان از نتایج و اهمیت آنها است. روش های ارزشیابی کیفی برای برنامه هایی که اهداف آنها در فرایند مورد نظر قرار دارند و نیز برای بررسی قابل اجرا بودن روش های ارزشیابی مفید هستند.

در ارزشیابی مشارکتی از نماینده های گروه هایی که تحت تأثیر نتایج مطالعه قرار خواهند گرفت، برای پیوستن به تیم ارزشیابی به منظور انجام برخی فعالیت ها دعوت به عمل می آید و این فعالیت ها عبارتند از: انتخاب سؤالات ارزشیابی تنظیم استانداردها، انتخاب روش های سنجش و روز آمد کردن اطلاعات ارزشیابی کنندگان در مورد فعالیت های روزمره.

انواع ارزشیابی آموزشی، شامل ارزشیابی آغازین، ارزشیابی درونی، ارزشیابی بیرونی و ارزشیابی تشخیصی است که می‌توان آن را گونه‌ای از ارزشیابی تکوینی به حساب آورد که با هدف تشخیص مشکلات یادگیری فراگیران در یک موضوع درسی به کار می‌رود. این نوع ارزشیابی، اگر در آغاز کار آموزش انجام گیرد، هدفش جایگزینی فراگیران در موقعیت‌های مناسب آموزشی و یادگیری است. این نوع جایگزینی بهترین نقطه شروع آموزش از لحاظ تاثیر گذاری جریان آموزشی بر فراگیران است. در این فصل، انواع مختلف آزمون‌ها و نحوه تهیه آنها نیز بیان گردیده است.

بخش ۳

مباحثی پیرامون ارزشیابی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- توضیح دهد چرا به ارزشیابی نیاز داریم.
- ۲- کاربران نتایج ارزشیابی را بیان نماید.
- ۳- تشکیل تیم ارزشیابی را توضیح دهد.
- ۴- ارزشیابی در آموزش سلامت را توضیح دهد.
- ۵- چگونگی تهیه و تنظیم گزارش ارزشیابی را توضیح دهد.

چرا به ارزشیابی نیاز داریم؟

یکی از وظایف اصلی ارزشیابی، قضاوت درباره مزیت های برنامه است. یک برنامه خوب باید از ویژگی های زیر برخوردار باشد: داشتن اهداف ارزشمند، رسیدن به استانداردهای اثربخشی، فراهم کردن شاخصی برای شرکت کنندگان، آگاهی دادن کامل به شرکت کنندگان در مورد خطرهای بالقوه و نداشتن خطر برای شرکت کنندگان و وجود شواهد قانع کننده، در مورد مزیت های برنامه، قابل سنجش بودن. این مزیت ها و توصیف جنبه هایی از برنامه که بیشترین مزیت را به همراه دارند، اغلب ارزشیابی را از سایر انواع تحقیقات بهداشتی متمایز می سازد (۵). در ارزشیابی دو موضوع مورد توجه می باشد:

۱. اثرات کوتاه مدت یک برنامه مثل ایجاد تغییر در معلومات، مهارت، نگرش و گاهی اوقات رفتارها؛

۲. اثرات بلند مدت برنامه که اغلب با تغییرات در میزان بیماریزایی و کشندگی نشان داده می شوند (۱).

در خدمات گوناگون بهداشتی باید به گونه هایی از برنامه ریزی پرداخت که استقرار فعالیت های آموزشی قابل کنترل و از سوی دیگر کارایی آنها نیز قابل ارزشیابی باشد. در این حالت بر تصمیم گیرندگان روشن خواهد گردید که آیا اعتباراتی را که صرف آموزش سلامت کرده اند از لحاظ تندرستی انسان ها مفید بوده است یا خیر. هدف دیگر ارزشیابی این است که مشخص کنیم استراتژی مورد انتخاب تا چه حدی موثر بوده است و تاثیرات ثانوی مثبت یا منفی آن کدام ها بوده اند (۵).

همچنین عنوان شده است که در ارزشیابی دو منظور مورد نظر است:

۱. ارتقای سازمانی شامل برنامه ریزی و چارچوب و مراحل تصمیم گیری و کارکنان و امکانات فیزیکی و سرمایه و آموزش ارتباطات عمومی و مدیریت اجرایی؛
۲. ارتقای برنامه شامل: اهداف کارمندان و روش های انجام کار و مواد و کیفیت یادگیری (۲۶).

انجام ارزشیابی برنامه ها به دلایل زیر لازم می باشد:

۱- برای تعیین تأثیر برنامه به وسیله برآورد ابعاد دستیابی به اهداف برنامه و یا به عبارت دیگر، آیا این برنامه تأثیر مورد نظر را داشته است؟

۲- اثبات مسئولیت‌پذیری طراحان و مجریان برنامه، اثبات شایستگی، مناسبت و مؤثر بودن برنامه که اینها از عوامل ضروری برای بسیاری از کارگزاران و سازمان‌ها برای تصویب بودجه برای ادامه برنامه‌ها می‌باشد؛

۳- تعیین شایستگی محتوی و منابع و ساختمان عمومی برنامه و رویکردی که مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱).

شما باید در مورد علت ارزشیابی برنامه کاملاً آگاه باشید برای اینکه این مطلب روی راهی که شما مورد استفاده قرار می‌دهید و میزان هزینه و تلاشی که مصرف می‌شود اثر می‌گذارد بعضی از دلایل دیگر برای ارزشیابی می‌تواند شامل موارد زیر می‌باشد:

۱. به منظور ارتقای سطح عملکرد خود، دفعه بعد مشابه عمل قبل را انجام نداده و از اشتباهات خود درس بگیرید؛

۲. به منظور ارتقای سطح توانایی دیگران در انجام عمل. اگر شما از تجربیات خود صحبت کنید باز هم به افزایش سطح عملکرد کمک کرده‌اید. لازم است که شکست‌ها و موفقیت‌های برنامه؛ به اطلاع عموم برسد؛

۳. برای تشخیص درست بودن منابع مصرف شده و ارایه دلایل و مدارک در مورد منطقی بودن انجام پروژه مشابه در آینده؛

۴. احساس رضایت از انجام پروژه و اطلاع از مفید و مؤثر بودن پروژه و به عبارت دیگر برای احساس رضایت خودتان؛

۵. برای تعیین نتایج غیر قابل انتظار و به دور از برنامه که می‌تواند مفید باشد؛ برای مثال اگر هدف برنامه‌ای کاهش مصرف مواد بوده ولی بر عکس این برنامه مصرف مواد را عادی‌تر جلوه داده و باعث افزایش مصرف شده است (۱۶).

ارزشیابی باید به طور مستمر انجام بگیرد تا روند اجرای برنامه کاملاً در کنترل مجری باشد. ارزشیابی مستمر فوایدی را در بر دارد مثلاً:

۱- به عنوان زنگ خطر زود هنگام عمل کرده و علل مشکلات را نشان می‌دهد؛

۲- ممکن است باعث تغییر در یک یا چند فعالیت برنامه شود و یا ممکن است سبب تغییر و اصلاح استانداردهایی که از مرحله آغاز مد نظر بوده، گردد (۱).

کاربران نتایج ارزشیابی:

از اطلاعات به دست آمده از ارزشیابی‌ها، حداقل ۵ گروه مختلف استفاده می‌کنند:

۱. حکومت ملی یا محلی (برای مثال اداره‌ی بهداشت شهرستان یا مؤسسه‌های ملی بهداشت).
۲. اجراکنندگان برنامه (برای مثال اداره‌ی بهداشت جامعه یا کمیته‌ی آموزشی دانشکده پرستاری)؛
۳. سیاست‌گذاران بهداشتی (برای مثال کمیسیون بهداشت مجلس یا شورای عالی بیمه که در مورد دستمزد پزشکان تصمیم می‌گیرند)؛
۴. مراکز پشتیبانی‌کننده برنامه (برای مثال مؤسسات ملی بهداشت و سازمان‌های بشر دوستانه)؛
۵. محققان سیستم‌های بهداشتی (در حکومت، تجارت، نمایندگی‌های عمومی و دانشگاه‌ها (۵ و ۱)).

در پاسخ به سؤال «نتایج ارزشیابی برای چه کسانی است؟» متوجه می‌شوید که چه نوع سؤالی پرسیده شود؟ و سؤال به چه میزان عمیق و با در نظر گرفتن جزئیات یا مفصل باشد؟ و اینکه چگونه اطلاعات را منتشر سازید؟

اگر منظور از ارزشیابی تعیین اثر یک برنامه آموزشی باشد که به منظور افزایش اطلاعات خودتان پرسیده شده و به راحتی قابل تغییر است، با مشاهده‌ای ساده و تجزیه و تحلیل سطحی پاسخ گوئید. اما اگر ارزشیابی به منظور آرایه گزارش به مدیر و یا شخصی که می‌خواهد سرمایه‌گذاری خاصی را انجام دهد می‌باشد، شما نیاز دارید به اینکه فکر کنید که چه نوعی سؤالاتی را باید پاسخ دهید و آنها چقدر مفصل پاسخ را می‌خواهند.

مثال:

در ارزشیابی برنامه، ارایه خدمت تلفنی در بعدازظهرها و آخر هفته‌ها به منظور ارایه گزارش برای مدت شش ماه به مدیر مربوطه که سرمایه‌گذاری نموده است، می‌باشد لازم است بدانیم مدیر چه اطلاعاتی لازم است بداند؟ برای مثال او می‌خواهد بداند که:

۱. چند نفر از این خط استفاده نموده‌اند؟
۲. مشخصات استفاده کنندگان چیست؟
۳. چه مدت از خدمات استفاده نموده‌اند؟
۴. چه موضوعاتی را مطرح نموده‌اند؟
۵. کارمندان چه اطلاعاتی را به دست آورده‌اند؟
۶. چقدر هزینه داشته است؟

مهم است که مجریان (در مرحله برنامه‌ریزی پروژه) از مدیر سؤال کنند که چه نوع اطلاعاتی را نیاز دارد به این ترتیب اطلاعات مناسب از اول جمع‌آوری می‌شوند (۱۶).

تشکیل تیم ارزشیابی:^۱

به کارگیری و تمرکز تلاش‌های یک گروه که با هم تشریک مساعی داشته باشند یکی از رویکردهای اجرای یک ارزشیابی رضایت بخش است.

یک کار گروهی وقتی موفق می‌شود که یک گروه کوچک که اعضای آن به دقت انتخاب شده‌اند، تصمیم بگیرند که ارزشیابی چگونه انجام شود و منابع را در جهت انجام آن به کارگیرند. همکاران ممکن است بر اساس دیدگاه، مهارت و علاقه خود در سطوح مختلف گروه ایفای نقش نمایند.

مدیر، مسئول هماهنگی اعضای گروه و حفظ پیوستگی در سراسر اجرای برنامه و بعد از آن اعضای تیم ارزشیابی است برای مثال می‌توانند شامل افراد زیر باشند:

^۱ Assembling an Evaluation Team

۱. کسانی که سیاسی هستند و شبکه‌های ارتباط متعددی دارند که می‌توانند شرکای دیگری را جلب کرده و ارتباط را حفظ کنند؛
۲. در زمان توصیف برنامه، کسانی که تاریخچه برنامه و مقاصد و اجرای عملی را در هر بخش درک کنند، مورد نیاز هستند. بعلاوه آنهایی که مهارت کارگروهی را دارند ممکن است بدون هیچ انتظاری به همکاری فراخوانده شوند و باعث ارزشمند تر شدن برنامه شوند. این افراد همچنین می‌توانند به ذینفعان در جهت ارایه مدل منطقی که توصیف کننده برنامه و شفاف کننده الگوی چگونگی همکاری بین برنامه و نتایج باشد، کمک کنند؛
۳. تصمیم‌گیران و آنهایی که جهت حرکت برنامه را نشان می‌دهند می‌توانند به تمرکز برنامه‌های ارزشیابی بر روی سؤالاتی که کارگیران و نحوه به کارگیری را مشخصاً نشان می‌دهند، کمک کنند. آنها همچنین می‌توانند پارامترهای منطقی مؤثر بر حوزه ارزشیابی، محدوده زمانی و نحوه انجام ارزشیابی را تعیین کنند؛
۴. متخصصین، به ویژه متخصصین رفتاری و اجتماعی می‌توانند در مورد تهیه و توسعه سؤالات ارزشیابی، روش‌ها و استراتژی‌های جمع‌آوری شواهد نظر کارشناسی بدهند. آنها همچنین می‌توانند به تجزیه و تحلیل راه‌های اجرایی برنامه در سازمان و یا بستر جامعه کمک کنند؛
۵. افراد مورد اعتماد اگر چه که تعهد خاصی در ارزشیابی ندارند، می‌توانند تضمین دهند که اعتقادات مشارکت کنندگان در زمان به کارگیری استانداردها، تغییر نتایج و نتیجه‌گیری درست در نظر گرفته شده‌اند؛
۶. حامیان، رابطان، متفکرین و اعضای ثابت و پایدار تیم ارزشیابی می‌توانند کمک به تضمین اینکه نتایج حاصل از ارزشیابی بر روی تصمیم‌گیری سیاستگذاران در آینده تأثیر خواهد گذاشت کمک کنند.
۷. همه سازمان‌ها حتی آنهایی که قادر هستند تیم ارزشیابی را از میان کارمندان خود انتخاب کنند باید با شرکای دیگر مشارکت نموده و از منابع موجود در جامعه در تشکیل تیم ارزشیابی بهره‌برداری کنند. این امر علاوه بر افزایش منابع در دسترس اعتبار ارزشیابی را نیز ارتقا می‌بخشد. بعلاوه یک تیم ارزشیابی تشکیل شده از افراد مختلف با دیدگاه‌های

مختلف، صلاحیت بیشتری برای اجرای ارزشیابی برنامه‌های فرهنگی دارند، با دعوت به کاراز هماهنگ کنندگان و مشارکت کنندگان، رویکرد مشارکتی عملی می‌شود که منافع این نوع رویکرد شامل موارد زیر است:

- کاهش بدبینی و حرص
 - افزایش آگاهی و تعهد
 - افزایش همکاری دو جانبه
 - افزایش احتمال کاربرد نتایج و همچنین به کارگیری نظرات مختلف در برنامه (۱۱).
- ارزشیابی ممکن است یا به وسیله محققان خارج از طرح و مستقل صورت گیرد یا به وسیله شرکت کنندگان در طرح. هر یک از موارد یاد شده، مزایا و معایبی دارد. محققان خارج از طرح ممکن است دقیق و ریزبین‌تر باشند ولی دیرتر به عمق موضوع پی‌برده و سخت‌تر ارتباط برقرار می‌کنند. محققین و ارزشیابی کنندگان داخلی آسانتر مطالب را فرا می‌گیرند ولی این امکان وجود دارد که ارزشیابی درست و دقیقی نداشته باشند. برای افزایش اعتبار و اعتماد، بهتر است از هر دو ترکیب افراد داخلی و خارجی استفاده شود. تیم ارزشیابی بهتر است ترکیبی از ذینفع، قانونگذاران سازمان‌های دولتی، وسایل ارتباط جمعی و آنهایی که در حال طراحی برنامه‌های شبیه به این برنامه هستند، باشد (۱۷).

موارد ارزشیابی در آموزش سلامت:

در آموزش سلامت، ارزشیابی در سه مورد زیر می‌تواند انجام گیرد:

۱. برنامه
 ۲. روش‌های اجرای برنامه
 ۳. مواد و وسایل کمک آموزشی مورد استفاده در برنامه‌ها
- ارزشیابی می‌تواند قبل از اجرای برنامه، ضمن برنامه و پس از اجرای آن باشد. حتی الامکان باید سعی شود که ارزشیابی در تمام موارد ذکر شده صورت پذیرد (۷). **برای مثال**، در ارزشیابی آموزش سلامت در مدارس می‌توان بر هر یک یا همه پنج سطوح مجزای زیر تمرکز یافت:

فرد دانش آموز: ارزشیابی نتایج یادگیری دانش آموزان به عنوان نتیجه‌ای از فعالیت‌های رسمی و غیر رسمی آموزش سلامت که در تمام طول تحصیل کسب گردیده؛ مدرسه: بچه‌ها در درون مدرسه یاد می‌گیرند. مدرسه محیط بهبود سلامت است. جامعه مدارس در درون جوامع وجود دارند. اثرهای فوری و دراز مدت آموزش سلامت در مدارس بر این جوامع را می‌توان ارزشیابی کرد. تحقیق درباره نقش هر مدرسه در هر کشور در آموزش سلامت رضایت بخش برای همه دانش آموزان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛

– سیاست ملی و داخلی: سیاست‌های مربوط به آموزش سلامت می‌توانند بر آموزش مناسب و موفقیت آمیز سلامت تأثیر داشته باشد (۱۸). ارزشیابی هر برنامه آموزش سلامت میزان تغییر در آگاهی، نگرش و رفتار را اندازه گیری می‌کند. تغییر متقابل در سه جز آگاهی نگرش و رفتار، نتیجه موفقیت آمیزی تلقی می‌شود در حالیکه فقدان تغییر در یکی از اجزا تنه‌انمایانگر تأثیر جزیی است که نیاز به تقویت بیشتری دارد (۷). ارزشیابی علمی برنامه‌ی آموزش سلامت باید نشان دهد که آیا معیارهای زیر برآورده شده است یا نه:

۱. مناسب: برنامه بایستی بر پایه ی نیاز و آشنایی با مشکل باشد و نیز با فرهنگ موجود جامعه تناسب داشته باشد؛

۲. پوشش و پیشرفت فعالیت‌های آموزش سلامت: پوشش اشاره به جمعیت یا ناحیه-ی تحت پوشش و عناوین و موضوعات و مسایلی که برای آنها برنامه‌ریزی شده است دارد. باید در نتیجه‌ی ارزشیابی به این نتیجه برسیم که آیا جمعیت هدف، تحت پوشش قرار داده شده است یا نه؟

۳. کارایی: برنامه با صرف منابع انسانی وقت، پول و تکنولوژی اجرا می‌شود. بنابراین ارزشیابی بایستی حدود استفاده از تسهیلات و استفاده‌ی اقتصادی از منابع را معین نماید. این امر مشخص می‌سازد که آیا هدف از نظر اقتصادی، میسر و سودمند بوده است یا خیر (۷).

ارزشیابی در حیطه های مختلف انجام می گیرد. ارزشیابی در تنظیم خانواده فرآیند قضاوت درباره اهداف و پیشامدها از طریق مقایسه آنها با استانداردهای معین به منظور

تصمیم‌گیری درباره یک عمل یا دوره جانشینی می‌باشد. کمیته کارشناسی WHO در سال ۱۹۷۵ برای ارزشیابی تنظیم خانواده در خدمات بهداشتی پنج نوع ارزشیابی را تعریف کرده است:

۱- ارزشیابی نیازها: مقصود نیازهای بهداشتی، جمعیت شناختی و اقتصادی اجتماعی لازم برای تنظیم خانواده است. مثلاً وضعیت فعلی مرگ و میر مادران ناشی از بارداری در یک منطقه معین یک نشانگر نیاز به تنظیم خانواده است؛

۲- ارزشیابی راه برد ها برنامه: مقصود سنجش عملی بودن و کفایت راه برد های برنامه است؛

۳- ارزشیابی عملکرد: الف) خدمات درمانگاهی، خدمات سیاری، خدمات پس از زایمان، توزیع وسایل جلوگیری از بارداری، خدمات پیگیری و فعالیت‌های آموزشی و ایجاد انگیزه

ب) پاسخ دهی: تعداد پذیرفته شدگان، ویژگی‌های پذیرفته شدگان؛

ج) تجزیه و تحلیل هزینه: فعالیت‌های دیگر اجزای نیروی انسانی، نظام داده‌ها؛

۴- ارزشیابی اثرات: دگرگونی در دانش - بینش، علاقه‌مندی و رفتار؛

۵- ارزشیابی تأثیر نهایی: برای ارزشیابی تأثیر نهایی تنظیم خانواده گروه مطالعه WHO در سال ۱۹۷۶ شاخص‌های زیر را پیشنهاد کرد:

الف) بعد خانوار (تعداد کودکان زنده) ب) تعداد کودکان دلخواه اضافی

ج) فاصله بین موالید د) سن مادر به هنگام زایمان آخرین کودک

هـ) ترتیب تولد و یا تعداد سقط‌ها

می‌توان به این شاخص‌ها تغییرات میزان موالید و میزان رشد جمعیت را هم افزود (۱۸).

تهیه و تنظیم گزارش ارزشیابی :

یکی از روش‌های ارزشیابی برنامه‌ها، تهیه و تنظیم گزارش فعالیت‌ها و ارزیابی آن است. به این وسیله می‌توان گزارش اقدامات انجام شده را در فرم خاصی که بدین منظور تهیه شده جمع آوری و به موقع نوع و میزان فعالیت‌ها را ارزشیابی کرد. گزارش معمولاً به طور ماهانه و یا سالانه تنظیم می‌شود. یک گزارش خوب باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:

- ۱- روشن و صحیح باشد؛
 - ۲- کلیه فعالیت‌های انجام شده را در برگیرد؛
 - ۳- فعالیت‌ها به تفکیک ذکر گردند. گزارش در عین حال که منعکس کننده تمام فعالیت‌ها است باید به صورتی باشد که این فعالیت‌ها به تفکیک و جدا از هم ذکر شوند تا ارزشیابی فعالیت‌ها به نحو صحیح و دقیق امکان پذیر باشد و با در هم شدن اقدامات کار ارزشیابی مشکل نشود؛
 - ۴- جنبه آموزشی داشته باشد. با دیدن گزارش، مربی متوجه شود که چه نوع فعالیت-هایی و به چه نحوی باید انجام شود؛
 - ۵- به آموزش دهنده آزادی و ابتکار عمل بدهد. گزارش نباید مثل یک فرمول ریاضی مورد استفاده قرار گیرد آموزش دهنده باید در مواقع لزوم، ابتکار عمل داشته و تغییراتی در برنامه بدهد. برنامه‌های آموزش سلامت باید برحسب شرایط، زمان و مکان انجام شود و چون این شرایط همواره در حال تغییر است آموزش دهنده باید آزادی داشته باشد که برنامه‌ها را آن طور که صلاح می داند، اجرا نماید؛
 - ۶- تا حد امکان خلاصه باشد؛
 - ۷- قابل ارزشیابی باشد. یعنی بتوان آن را با ملاک‌ها و ضوابطی که از قبل در نظر گرفته شده سنجید زیرا هدف اصلی نوشتن برنامه‌ها همین است.
- لازم است هر برنامه‌ای ارزشیابی شود تا میزان موفقیت و یا علل عدم آن مشخص شود و در عین حال بتوان روش‌های آموزشی و مواد و وسایل کمک آموزشی مناسب برای هر نوع برنامه را تعیین کرد و با بکار بردن آنها به نتایج مفیدتر و موثرتر رسید (۷).

خلاصه

در خدمات گوناگون بهداشتی باید به گونه‌هایی از برنامه‌ریزی پرداخت که استقرار فعالیت‌های آموزشی قابل کنترل و از سوی دیگر، کار آیی آنها نیز قابل ارزشیابی باشد. در این حالت بر تصمیم گیرندگان روشن خواهد گردید که آیا اعتباراتی را که صرف آموزش سلامت کرده اند در تندرستی انسان‌ها مفید بوده است یا خیر. هدف دیگر ارزشیابی این است که مشخص کنیم استراتژی مورد انتخاب تا چه حدی موثر بوده است و تأثیرات

ثانوی مثبت یا منفی آن کدام‌ها بوده‌اند. در ارزشیابی دو منظور مورد نظر است: ۱- ارتقای سازمانی (شامل برنامه‌ریزی و چارچوب و مراحل تصمیم‌گیری و کارکنان و امکانات فیزیکی و سرمایه و آموزش ارتباطات عمومی و مدیریت اجرایی) ۲- ارتقای برنامه (شامل اهداف کارمندان و روش‌های انجام کار و مواد و کیفیت یادگیری).

ارزشیابی باید به طور مستمر انجام بگیرد تا روند اجرای برنامه کاملاً در کنترل مجری باشد. ارزشیابی مستمر فوایدی را در بر دارد. از اطلاعات به دست آمده از ارزشیابی‌ها حداقل ۵ گروه مختلف استفاده می‌کنند: مدیران دولتی، اجراکنندگان برنامه‌ها، سیاست‌گذاران بهداشتی، مراکز پشتیبانی‌کننده، محققان سیستم‌های بهداشتی.

ارزشیابی ممکن است به وسیله محققان خارج از طرح و مستقل صورت گیرد یا به وسیله شرکت‌کنندگان در طرح. هر یک از موارد یاد شده مزایا و معایبی دارد. محققان خارج از طرح ممکن است دقیق‌تر و ریزبین‌تر باشند ولی دیرتر به عمق موضوع پی‌برده و سخت‌تر ارتباط برقرارکنند. محققین و ارزشیابی‌کنندگان داخلی آسانتر مطالب را فرا گرفته ولی این امکان وجود دارد که ارزشیابی درست و دقیقی نداشته باشند. برای افزایش اعتبار و اعتماد، بهتر است از هر دو ترکیب افراد داخلی و خارجی استفاده شود. تیم ارزشیابی بهتر است ترکیبی از ذینفع، قانونگذاران سازمان‌های دولتی، متولیان وسایل ارتباط جمعی و آنهایی که در حال طراحی برنامه‌های شبیه به این برنامه هستند، باشند.

در برنامه‌های آموزش سلامت ارزشیابی در سه مورد می‌تواند انجام گیرد: برنامه روش‌های اجرای برنامه، مواد و وسایل کمک آموزشی مورد استفاده در برنامه‌ها. ارزشیابی می‌تواند قبل از اجرا، ضمن و پس از اجرای برنامه باشد. حتی الامکان باید سعی شود که ارزشیابی در تمام موارد ذکر شده صورت پذیرد. ارزشیابی در حیطه‌های مختلف انجام می‌گیرد. یکی از مهمترین مراحل ارزشیابی برنامه‌ها تهیه و تنظیم گزارش فعالیت‌ها و ارزیابی آن است. به این وسیله می‌توان گزارش اقدامات انجام شده را در فرم خاصی که بدین منظور تهیه شده جمع‌آوری و به موقع، نوع و میزان فعالیت‌ها را ارزشیابی کرد. گزارش معمولاً به طور ماهانه و یا سالانه تنظیم می‌شود.

ارزشیابی پایان دوره:

۱. مفهوم ارزشیابی را بیان کنید.
۲. هدف از ارزشیابی ----- به منظور بهینه‌سازی نتایج و کارایی و کیفیت مراقبت- های بهداشتی است .
۳. فرق ارزشیابی و پایش را بنویسید.
۴. ارزشیابی جزء لاینفک ----- می‌باشد.
۵. انواع مختلف ارزشیابی با توجه به امکانات موجود و هم چنین موانع بر سر راه جهت ----- و ----- یا کمک در تعیین اینکه چرا و چگونه نتایج معینی حاصل می‌شوند، طراحی شده‌اند.
۶. طراحی یک ارزشیابی، انتخاب یک نوع ----- است.
۷. مفهوم ارزشیابی را توضیح دهید.
۸. مراحل مختلف ارزشیابی را بیان نمایید.
۹. برای انجام ارزشیابی موفق به چه سؤالاتی باید پاسخ دهید؟
۱۰. استانداردهای ارزشیابی را توضیح دهید.
۱۱. مراحل مختلف ارزشیابی را بنویسید.
۱۲. انواع استانداردها را بیان نمایید.
۱۳. اعتبار بخشی را توضیح دهید.
۱۴. ارزشیابی در مراحل اولیه به معنای ----- نتیجه به دست آمده بود پس از مدتی توجه متفکرین به ----- معطوف گردید و در جریان تکامل مفهوم ارزشیابی به معنای ----- در مورد نحوه انجام کار بیان گردیده.
۱۵. مرحله دوم ارزشیابی، تنظیم استانداردهای اثر بخشی برنامه می‌باشد که منظور از آن --- ----- در مورد اثربخشی برنامه است.
۱۶. معنای طراحی ارزشیابی را بیان کنید.
۱۷. نتایج حاصل از ارزشیابی چگونه در جهت افزایش تأثیر برنامه و اندازه‌گیری تأثیرات برنامه‌ها به کار می‌رود؟
۱۸. انواع ارزشیابی رانام ببرید (۵ نوع).
۱۹. ارزشیابی عکس‌العمل چگونه انجام می‌گیرد.

۲۰. انواع ارزشیابی آموزشی را بیان کنید.
۲۱. ارزشیابی اثر را توضیح دهید.
۲۲. ارزشیابی کارکرد یا نتیجه را بنویسید.
۲۳. ارزشیابی عکس‌العمل را توضیح دهید.
۲۴. انتخاب چگونگی انجام ارزشیابی بستگی به ----- ارزشیابی دارد.
۲۵. در طراحی برنامه ارزشیابی باید چه نکاتی مورد ملاحظه قرار بگیرند؟
۲۶. زمانی که ارزشیابی بر روی ----- تمرکز پیدا می‌کند، ارزشیابی فرآیند نامیده می‌شود.
۲۷. اطلاعات ارزشیابی‌کنندگان در مورد فعالیت‌های روزمره ارزشیابی‌های مشارکتی در چه مواردی مفید هستند؟
۲۸. ارزشیابی‌های مشارکتی چه محدودیت‌هایی دارند؟
۲۹. گروه متمرکز را توضیح دهید.
۳۰. سطوح مختلف ارزشیابی برنامه‌های ارتقای سلامت از نظر گرین را بیان کنید.
۳۱. کاربران نتایج ارزشیابی را نام ببرید؟
۳۲. نگرانی‌های مشترک در ارزشیابی را بنویسید؟
۳۳. نحوه تهیه آزمون‌های گسترده پاسخ را بیان کنید؟
۳۴. نحوه تهیه سؤالات آزمون‌های محدود پاسخ را بیان کنید؟
۳۵. در دو سؤال زیر، سؤال مناسب را مشخص کنید:
- الف - حداقل مقدار شیر موردنیاز یک پسر بچه چهارده ساله چه مقدار در روز است؟
- ب - حداقل مقدار شیر موردنیاز یک پسر بچه چهارده ساله چند لیوان در روز است؟

لغت نامه:

ارزیابی (Assessment): دهخدا ارزیابی را به معنای عمل یافتن ارزش هر چیز تعریف کرده است. به عبارت دیگر ارزیابی به معنای به دقت مورد سنجش قرار دادن است. پس وظیفه اصلی ارزیاب به دقت امتحان کردن و قضاوت در مورد ارزش روش‌ها کارکنان، مواد و یا برنامه‌هاست. در ارزشیابی‌های آموزشی، ارزیابی فرایند امتحان توانایی یا مهارت یک دانشجو است که می‌توان این عمل را با شرکت در یک امتحان و یا با استفاده از روش‌های غیررسمی‌تر انجام داد (۳۷).

ارزشیابی (Evaluation): اسم مصدر ارزییدن است و به معنای ارز، برآزندگی و شایستگی می‌باشد. به طور کلی ارزشیابی قضاوت کردن در مورد ارزش چیزی می‌باشد. تا سال ۱۹۳۰ ارزشیابی به عنوان اندازه‌گیری^۱ تلقی می‌شد و بیشتر به اندازه‌گیری سطح هوش و توانایی یادگیری تمرکز داشت. این در حالی است که امروزه ارزشیابی را یک مفهوم کلی‌تر از اندازه‌گیری می‌دانیم که در برگیرنده اندازه‌گیری نیز هست. امروزه، مفهوم ارزشیابی به تمامی اجزایی که در فرایند آموزش مؤثر هستند توسعه یافته است و نتایج ارزشیابی برای تصمیم‌گیری درباره نحوه کار کرد اجزا و ارتقا کمی و کیفی آنها در آموزش به کار برده می‌شود. (نظارت و ارزشیابی آموزشی).

پایش (Monitoring): ارزشیابی سنجش میزان دست یافتن به اهداف برنامه می‌باشد در حالی که پایش عبارتست از پیگیری روز به روز فعالیت‌ها در ضمن اجرا، به منظور اطمینان از پیشرفت کار برنامه مطابق جدول زمان‌بندی.

اعتبار سنجی: اعتبار سنجی شامل دو مقوله اعتبار داخلی و اعتبار خارجی می‌باشد:

- اعتبار داخلی (Internal validity): یعنی ارزشیابی کننده از مؤثر بودن برنامه در یک شرایط تجربی خاص مطمئن باشد؛

اعتبار خارجی (External validity): یعنی ارزشیابی کننده می‌تواند نشان دهد که نتایج برنامه در مورد شرکت کنندگان در موقعیت‌های دیگر و زمان‌های دیگر نیز کاربرد دارند.

طرح تجربی (Experimental Design) یعنی: ارزشیابی‌های همراه با کنترل هم‌زمان که در آنها شرکت کنندگان به طور تصادفی در گروه‌ها قرار داده می‌شوند، این ارزشیابی‌ها را کنترل شده تصادفی یا کار آزمایی‌های کنترل یا تجربه‌های واقعی نیز نامیده‌اند (۵).

ارزشیابی‌های خود کنترل: این ارزشیابی‌ها نیازمند سنجش‌های قبل از برنامه و بعد از برنامه هستند و ارزشیابی‌های طولی (Longitudinal Evaluation) یا طرح‌های قبل و بعد (Before and After Designs) نامیده می‌شوند (۵).

طرح بررسی (Survey Design): اینگونه طرح‌ها به دنبال کشف رابطه علت و معلولی نبوده و تنها برای افزایش اطلاعات در زمینه مورد مطالعه صورت می‌پذیرد.

طرح کیفی (Qualitative Design): اینگونه طرح‌ها در پاسخ به سؤال چه اتفاقی افتاده است؟ انجام می‌پذیرند. ادراکات و تجربیات افراد را توصیف می‌کنند. در اینگونه مطالعات فهم عمیق مطرح می‌باشد و ارزشیابی کنندگان تماس مستقیم و نزدیک‌تری را با شرکت کنندگان دارند.

^۱ Measurement

گروه متمرکز (focus group) : یک روش چند کاربردی است. گروه‌های ۶-۱۲ نفره تشکیل می‌شود و یک فرد که رهبر گروه است، افراد را تشویق به بیان نظراتشان می‌نماید. صحبت‌ها ضبط و بعد آنالیز می‌شود. این روش می‌تواند در موارد زیر استفاده شود: برنامه‌های ارزشیابی کمی یا جنبه‌های اختصاصی برنامه، طراحی پرسشنامه، مرور نتایج پرسشنامه‌های کمی به منظور تفسیر بیشتر و ایجاد مطالعات موردی، توسعه و اصلاح روش‌های اختصاصی یک مداخله، گسترش نظراتی در مورد وسایل ارتباط جمعی و ارزشیابی.

مطالعات موردی (Case Study) : اطلاعات خیلی دقیق و جزئی در مورد تجربیات افراد خاص ایجاد می‌کند. راه‌های مختلفی برای انجام آن وجود دارد. در مطالعات موردی تعاملات بیمار و پرستار و مشاوره‌ها و روان درمانی‌ها کاربرد دارند.

متغیرهای اسمی (Nominally) به عنوان مثال سؤالات کیفی یا طبقه‌بندی شده مانند: آیا در گذشته دچار آنفولانزا شده اید؟

متغیرهای رتبه ای (Ordinally) مثل مراحل ۱، ۲، ۳ از یک بیماری.

متغیرهای عددی (Numerically) مانند امتیازهای داده شده در یک مقیاس فاصله ای برای بررسی عملکرد فیزیکی).

استانداردهای ارزشیابی (Evaluation Standards) : معیارهای ویژه ای هستند که با توجه به آنها میزان اثر بخشی یک برنامه اندازه گیری می‌شود.

اثر بخشی (Effectiveness) : میزان دستیابی به اهداف را گویند.

مناسبت (Appropriateness) : ارتباط داشتن با نیاز است.

قابل قبول بودن (Acceptability) : قابل قبول بودن برای مخاطبین را گویند.

عدالت (Equity) : آیا عدالت در مورد افراد با نیازهای یکسان رعایت شده است؟

کارایی (Efficiency) : شاخصی که نسبت هزینه‌ها و منافع را نشان می‌دهد (۹).

سودمندی (Utility) : این استاندارد نشان می‌دهد که ارزشیابی، اطلاعات مورد نیاز درخواست کننده را فراهم می‌کند. به عبارت دیگر اطلاعات آگاه کننده، به موقع و مؤثر را فراهم می‌سازد و همچنین فراگیران را مشخص نموده و نیازهای آنان را می‌نمایاند.

عملی بودن (Feasibility) : نشان می‌دهد که ارزشیابی مقرون به صرفه و عملی می‌باشد و

نیاز به صرف هزینه‌های گزاف و غیر مقرون به صرفه نمی‌باشد.

مناسب بودن (Propriety): این استاندارد اطمینان می‌دهد که ارزشیابی حقوق افراد را رعایت می‌کند و ارزشیابی، قانونی، اخلاقی و در راستای حفظ حقوق ارزشیاب و استفاده‌کنندگان می‌باشد.

صحت و دقیق بودن (Accuracy) : این استاندارد بیان می‌کند ارزشیابی اطلاعات صحیح و دقیق را جمع‌آوری نموده و ابزار جمع‌آوری معتبر و قابل اعتماد هستند.

استاندارد اختیاری (Arbitrary Standards): مدیران برنامه و یا قانونگذاران به راحتی می‌توانند ادعا کنند که آنها می‌خواهند مقدار معین مثلاً ۵۰ درصد میزان همکاری در برنامه ایمونیزاسیون افزایش پیدا کند، این مقدار معین تغییر را که قابل قبول باشد، استاندارد اختیاری گویند.

استاندارد علمی (Scientific standard): گاهی اوقات استاندارد مورد نظر بر اساس مروری بر مطالعات انجام شده، به دست آمده است. بر طبق این مطالعات تصمیم می‌گیریم چه میزان تغییر و در چه زمانی قابل قبول است. این را استاندارد علمی می‌گویند.

استاندارد تاریخی (Historical Standards): اینگونه استانداردها بر اساس انجام تحقیقات در سال‌های گذشته در برنامه‌های شبیه به برنامه در دست اجرا و یا بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعات قبلی که برای مدت طولانی مورد استناد بوده است، به دست می‌آید، مثل میزان تولد-میزان مرگ و میر و ...

استاندارد هنجار یا اپیدمیولوژیکی (Normative Standard): به معنای تعیین اهداف بر اساس آنچه که دیگران از برنامه‌های انجام شده شبیه به این در جوامع یکسان یا شبیه به هم به دست آورده‌اند، می‌باشد.

استاندارد تطبیق (Compromise Standard): بر اساس نظر یا ابراز عقیده متخصصان و کارشناسان خبره و یا مدیران با تجربه محققان، پزشکان به وسیله متخصصان شناخته شده سازمان یا جوامع بدست می‌آید (۱۲).

ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation): معنای ارزشیابی فرآیند، سنجش آنچه که به دست آمده است و اینکه چگونه به دست آمده است، می‌باشد. این بدان معناست که با دید منتقدانه به فعالیت یا برنامه انجام شده، نگاه کرده و نکات مثبت و منفی برنامه و راه‌های بهتر شدن آن را پیدا کنیم و بر اساس نتایج به دست آمده، قضاوت کنیم آیا به اهداف تعیین شده رسیده‌ایم یا نه؟

ارزشیابی اثر (Impact Evaluation): این نوع ارزشیابی در حین و بلافاصله پس از پایان برنامه صورت گرفته و تأثیر فوری برنامه بر سیاست‌های سازمانی، منابع، فعالیت‌ها و همچنین تأثیر برنامه را بر سیستم‌های دولت و قوانین نشان می‌دهد.

ارزشیابی کار کرد یا ارزشیابی نتیجه (Outcome Evaluation): ارزشیابی نتیجه معمولاً در تأثیرات بلند مدت برنامه‌ها گزارش می‌شوند و شامل مقایسه با آمار و ارقام استاندارد (قبل و بعد از اندازه‌گیری‌ها)، اندازه‌گیری اینکه آیا تغییرات بهداشتی انجام گرفته است، بازخورد گروه هدف، تفسیر نتایج برای مثال چرا به اهداف برنامه دست نیافتیم، تعیین زمان‌های مناسب برای گردآوری اطلاعات به دست آمده و مستندسازی عوامل مؤثر بر نتایج (مثبت یا منفی) می‌باشد (۱).

ارزشیابی کاربرد یکی از روش‌های مؤثر و رایج برای کنترل پرسنل حرفه‌ای و یا غیرحرفه‌ای، ارزشیابی کار کرد است. این روش به شرح سیستماتیک نقاط ضعف و یا قوت کارکنان در ارتباط با شغل آنها می‌پردازد. ارزشیابی تشخیصی (Diagnostic Evaluation): می‌توان آن را گونه‌ای از ارزشیابی تکوینی به حساب آورد که با هدف تشخیص مشکلات یادگیری فراگیران در یک موضوع درسی به کار می‌رود.

منابع:

- ۱- Casswell S. "Evaluating health promotion: A guide for health promoters and health managers. Department of community health School of Medicine University of Auckland New Zealand. ۱۹۸۹
- ۲- سیف، علی اکبر. روشهای اندازه گیری و ارزشیابی آموزشی. انتشارات آگاه. چاپ دوم. ۱۳۷۶. صص ۶۶-۹۹
- ۳- شجاعی تهرانی حسین. "درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی: اصول و روشهای اپیدمیولوژی، جمعیت شناسی و آمارهای بهداشتی" مؤلف: جی ای پارک. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان. چاپ دوم، ۱۳۷۳، صفحه ۲۹۸-۲۹۹
- ۴- باقیانی مقدم، محمد حسن؛ احرام پوش، محمد حسن "اصول و کلیات خدمات بهداشتی" انتشارات چراغ دانش-الباب تهران ۱۳۸۲ ص ۱۹۹
- ۵- فنیک آرلن. "اصول ارزشیابی (راهنمای برنامه ها پژوهش ها و سیاست گذاری های بهداشتی) ترجمه مهدی شاهوردی و یوسف شیرینی. تهران انتشارات قاضی جهانی. زمستان ۱۳۷۸
- ۶- Barbare K. Parker, Health care education A guide to staff development, ISBN ۰-۸۳۸۵-۴۳۰۱-۴, Appleton-century-grofts, ۱۹۸۶, P۵۰
- ۷- حلم سرشت، پروین؛ دل پیشه، اسماعیل "آموزش بهداشت و اولویتهای بهداشتی جهت آموزش" انتشارات چهره. ۱۳۸۱ صص ۱۹۷-۱۹۲
- ۸- دهخدا علی اکبر، لغت نامه دهخدا، جلد ۲ (۱ د پب-الغاط)، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ دوم از دوره جدید، سال ۱۳۷۷ صص ۱۸۲۸-۱۸۲۶
- ۸- Oliver S.; Peersman G. "Using Research for Effective Health Promotion", Open University Press. Philadelphia, USA, ۲۰۰۱ P. ۱۶-۳۳
- ۹- Hawe. P. Degeling. D "Evaluating Health Promotion: A health workers guide. Sydney: MacLennan & Petty. ۱۹۹۰
- ۱۰- Koplan Jeffry P and et al. "Frame work for Program Evaluation in public health" www.yahoo.com, September ۱۷, ۱۹۹۹/۴۸ (RR۱۱): ۱-۴۰. WHO. Evaluation for programe of planning. "www. Yahoo.com" ۲۰۰۰
- ۱۱- Green L W, Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach, second edition, Mayfield Publishing Company, ۱۹۹۱, P ۲۱۵-۲۶۱
- ۱۲- حیدر نیا، ع. مباحثی در فرایند آموزش بهداشت، نشر زمانی، ISBN ۹۶۴-۹۳۸۱۱-۸-X، ۱۳۸۲ صص ۱۴۲
- ۱۳- Katz, J; Peberly A. "Promoting health knowledge and practice" Open university, ۱۹۹۶
- ۱۴- Barbare K. Parker, Health care education A guide to staff development, ISBN ۰-۸۳۸۵-۴۳۰۱-۴, Appleton-century-grofts, ۱۹۸۶, P۵۰

- ۱۵- Ewles L. simnett I. Promoting Health :A practical guide, Bailliere Tindall, Edinburgh London New York Oxford Philadelphia St Louis Sydney oronto ,۲۰۰۳, P ۹۴-۱۰۳
- ۱۶- U.S. department of Health & Human services; Public Health Services; National Institutes of Health; National Cancer Institute” Making Health Communication Programs Work” NH publication No. ۰۲-۵۱۴۵, printed september ۲۰۰۲ P۱۰۷-۱۲۳
- ۱۷- کیت تونز سیلویاتیلفورد، یون کلی روبینسون، ترجمه دکتر فرشته فرزین پور، آموزش بهداشت کارآیی و اثر بخشی آن، انتشارات سلاله نیکان، ۱۳۷۸ (۶-۲۳-۵۵۹۱-۶۴ ISBN) صفحه ۳۰-۲۱
- ۱۸- Nadioo J, Wills J. "Health Promotion (foundation for practice)". Bailiere Lindal:۲۰۰۰, PP. ۳۶۹-۳۸۹
- ۱۹- بازرگان عباس. ارزشیابی آموزشی مفاهیم، الگوها و فرایند عملیاتی، انتشارات وزارت امور خارجه، زمستان ۱۳۸۱ ص. ۴۲
- ۲۰- Wass A. "Promoting Health" The primary Health Care Approach. Havcourt, ۲۰۰۱ pp. ۱۱۹-۱۳۴
- ۲۱- گولز جو، مارکس جودی مترجم: حیدر نیا و همکاران، راهنمای کاربردی پژوهش در بهداشت جامعه، انتشارات معراج، ۱۳۸۳ صص ۴۶۲-۴۴۱
- ۲۲- ولف ریچارد، مترجم: کیا منش علی رضا، ارزشیابی آموزشی مبانی سنجش توانایی و بررسی برنامه، مرکز نشر دانشگاهی، تهران چاپ اول ۱۳۷۱ صص ۸۶-۶۹
- ۲۳- اف. آ. بات، مترجم: صالحی پرویز، آموزش برای یادگیری بهتر، انتشارات دفتر بازآموزی و آموزشهای آزاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول ۱۳۷۲ ص ۱۹۹
- ۲۴- چگینی یوسف رضا، دوره ارتقا مهارت های آموزشی مربیان آموزشگاه های بهورزی: نظارت و ارزشیابی آموزشی، جلد سوم، انتشارات کیا نقش پاییز ۱۳۸۱ صص ۵۲-۳۸
- ۲۵- Knowles, M.S, The modern practice of adult education, New York: Association press, ۱۹۷۳, P ۵۰.
- ۲۶- اف. آ. بات، مترجم: صالحی پرویز، آموزش برای یادگیری بهتر، انتشارات دفتر بازآموزی و آموزشهای آزاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول ۱۳۷۲ ص ۱۹۹.

کتاب پنجم

توانمندسازی

بخش ۱

تعاریف و مفاهیم توانمندسازی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- با تعاریف کلیدی و مفاهیم پایه ۴- عوامل تسهیل کننده و موانع توانمندسازی توانمندسازی آشنا شود .
را نام برده و مقایسه کند.
- ۲- عناصر کلیدی توانمندسازی را نام برده و ۵- دیدگاه‌ها و نظریه‌های برخی از متفکرین شرح دهد.
توانمندسازی را به طور خلاصه بیان کند .
- ۳- سطوح توانمندسازی را نام برده و به‌طور خلاصه توضیح دهد.

مقدمه

توانمندسازی جامعه یک فرآیند پویا و فراگیر است. هدف عمده فرآیند توانمندسازی ایجاد تغییرات مناسب در کلیه ابعاد و جوانب زندگی افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و اقشار اجتماعی می‌باشد. این فرایند خصلتی زیگزاگی و پرفراز و نشیب دارد. تنها انسان‌های آگاه سالم، با انگیزه و داوطلب مشارکت در بررسی وضعیت زندگی خویش و محیط پیرامون تصمیم‌گیری و اقدام در راستای ایجاد تغییر می‌توانند نقش بسزایی در تحقق دورنمایی بهتر و وضعیت مطلوب داشته باشند.

در واقع می‌توان به جرأت گفت که یکی از پیش شرط‌های محوری در شکل‌گیری و تکامل فرایندهای توسعه پایدار، وجود سیاست‌ها، برنامه‌ها، و مداخلات چند بعدی برای توانمندسازی افراد، گروه‌ها و جوامع به منظور تضمین مشارکت فعال آنها در تحقق بخشیدن به اهداف دراز مدت و میان مدت توسعه همه‌جانبه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است.

توانمندسازی با زدودن دیوارهای بلند و لرزان انحصار طلبی، سلطه‌گری و اقتدارگرایی آغاز می‌شود و به عالی‌ترین مراحل تکاملی آن که به سازماندهی جامعه، توسعه اجتماعی و نهایتاً کنترل اجتماعی معروف است، ختم می‌شود و در مراحل عالی‌تر تکامل به حرکت خود ادامه می‌دهد. این پدیده قطعاً یک حرکت خطی ساده و یا یک پدیده خودبه‌خودی نیست. افراد، گروه‌ها، مردم بومی و رهبران محلی و دارای نفوذ اجتماعی، با هماهنگی و همراهی و همدلی کارشناسان و متخصصین متعهد در رشته‌های مختلف توسعه اجتماعی و در قالب برنامه‌های عملیاتی به این حرکت جان تازه می‌بخشند و آن را به پیش می‌برند.

از منظر و دیدگاه ارتقای سلامت، توانمندسازی انواع، مراحل و جهت‌گیری‌های مختلفی دارد. موفقیت طرح‌های توانمندسازی که در تجارب جهانی، منطقه‌ای، ملی و حتی محلی مستند شده است تا اندازه زیادی به بافت اجتماعی، فرهنگی و سیاسی و همچنین به جنبه‌های روانشناختی فردی و اجتماعی و ارزش‌ها ارتباط دارد.

اساساً اولین راهبرد عمده در تدوین، طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی آموزش است. در فرایند آموزش، اطلاعات و پیام‌ها منتقل و رد و بدل می‌شود و با علم به اینکه در

عصر حاضر، اطلاعات منشأ قدرت و در حقیقت عین قدرت است. بنابراین دسترسی افشار وسیع مردمی به اطلاعات یک گام کلیدی در فرایند توانمندسازی به حساب می‌آید. توزیع و انتشار اطلاعات به معنی ایجاد توانایی بالقوه یادگیری و ارتقای سطوح آگاهی دانش، تکنیک‌ها و مهارت‌ها ارتباطی در میان گروه‌های اجتماعی است. این مرحله زیربنایی سر آغاز حالت آگاهی، آمادگی ذهنی مردم برای ایفای نقش تاریخی خود و اقدام برای بهبود وضع موجود و ساختن دنیای عاری از فقر، عقب‌ماندگی خشونت، نابرابری و تبعیض با دست‌های توانای خود است.

قدرت چیست؟^۱

شناخت مفهوم و ابعاد توانمندسازی (empowerment) مستلزم آشنایی با واژه و مفهوم قدرت (power) است. واژه قدرت، تعاریف و مفاهیم گوناگونی دارد. این تنوع در تعاریف، به شیوه و طرز تفکر انسان‌ها در شرایط مشخص اقتصادی- اجتماعی و سیاسی - فرهنگی ارتباط و بستگی دارد. بنابراین احتمال ارایه تعریفی یکسان از قدرت که مورد پذیرش عموم قرار بگیرد، غیر واقعی می‌باشد.

مفاهیم پایه قدرت:^۲

قدرت به عنوان درجه کنترل و یا میزان تسلطی که به وسیله افراد، گروه‌ها و بخش‌های مختلف جامعه بر منابع مادی، انسانی، معنوی و مالی اعمال می‌شود، تعریف شده است. کنترل این نوع منابع به شکل‌گیری قدرت فردی و اجتماعی منجر می‌شود.

- قدرت یک مفهوم و یا یک نظر مطلق نیست بلکه یک نوع تفکر است که بر روابط معینی پایه‌ریزی شده است. قدرت در درون بافت روابط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و در میان افراد و گروه‌ها شکل می‌گیرد، توسعه و تکامل می‌یابد و اعمال می‌شود.

^۱ - what is power ?

^۲ - Basic concepts of power

• معمولاً قدرت به صورت ناعادلانه توزیع می‌شود. برخی از افراد و گروه‌ها کنترل بیشتری بر منابع قدرت دارند در حالی که دیگران ممکن است قدرت کمتری و یا در واقع هیچ‌گونه قدرتی برای اعمال بر منابع نداشته باشند. این پدیده، در عرصه‌های مختلف ممکن است خود را نمایان سازد. عرصه‌هایی از قبیل اطلاعات و دانش، منابع مادی (پول و امکانات) و یا جایگاه و موقعیت اجتماعی و سیاسی.

عوامل مؤثر بر توزیع قدرت در جامعه:

وجود درجات مختلفی از قدرت در جامعه و حفظ و ادامه توزیع ناعادلانه آن به عوامل

زیر ارتباط دارد:

۱- جنسیت^۱

۲- سن^۲

۳- طبقه اجتماعی^۳

۴- قومیت^۴

۵- نژاد^۵

۶- کاست^۶

۷- روابط شمال - جنوب^۷

ضمناً نهادهای زیر در شکل‌گیری و حفظ توزیع قدرت در جامعه نقش مؤثر دارد:

۱- خانواده^۸

^۱ - Gender

^۲ - Age

^۳ - Social class

^۴ - Ethnicity

^۵ - race

^۶ - caste کاست جایگاه و یا طبقه اجتماعی که به شکل موروثی (ارثی) به افراد و یا گروه رسیده است. گاهی به فرقه caste -

Caste های قومی نژادی هم اطلاق می‌گردد

^۷ - north- south relationship جنوب عبارت است از نحوه تعامل و توزیع قدرت بین شمال و جنوب

کشورهای صنعتی و پیشرفته که شامل امریکا و اروپا از یک طرف و کشورهای در حال توسعه (جهان سوم) از طرف دیگر است.

^۸ - family

۲- مذهب^۱

۳- آموزش^۲

۴- رسانه ها^۳

۵- قوانین^۴

البته درک و شناخت ما از قدرت زمانی کامل می شود که ایدئولوژی حامیان و مدافعان قدرت را بشناسیم. برای دسترسی به این شناخت، ابتدا باید با مفهوم ایدئولوژی آشنا شویم.

ایدئولوژی چیست؟

مجموعه ساختار متشکل از عقاید، ارزش ها، نگرش ها و شیوه های درک و تجزیه و تحلیل یک واقعیت اجتماعی می باشد. ایدئولوژی ها به طور گسترده ای به وسیله نهادهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی انتشار می یابند و از طریق ساختارهایی مانند خانواده، نظام آموزشی، مذهب، رسانه ها، اقتصاد و دولت با جناح های مختلف آن از قبیل اداری، قانونگذاری و قوه قهریه (نظامی) تقویت می شوند.

نهادهای اقتصادی، سیاسی و قانونگذاری با حمایت دولت سعی دارند که ایدئولوژی حاکم و گروه های قدرتمند را همیشه تقویت کنند، علیرغم اینکه ممکن است اهداف و سیاست هایی که تدوین می کنند، رنگ و لعاب عدالت خواهانه داشته باشد.

اما نه قدرت و نه ایدئولوژی و نه دولت، در حال سکون (ثبات دایم) و یکپارچه نیستند. فرآیند مستمر مقاومت و مبارزه بخش های فاقد قدرت در جامعه در عرصه های مختلف برای کسب قدرت وجود دارد که به درجاتی مختلف ممکن است، به تغییر ساختار قدرت منجر شود.

زمانی که این نوع چالش ها به شکلی نیرومند و گسترده تبدیل شوند، ممکن است به تغییر کلی در ساختار قدرت منجر شود.^۵

^۱ - religion

^۲ - education

^۳ - media

^۴ - law

برای اینکه شناخت بهتری از روابط قدرت و سلطه در جامعه داشته باشیم، باید به شیوه‌ها و یا اشکال تظاهرات قدرت توجه کنیم که عمده‌ترین آنها عبارتند از:

۱- اعمال قدرت بر (سلطه بر)^۱

یکی از رایج‌ترین و معروف‌ترین شکل سلطه یا قدرت، عبارت است از سلطه بر دیگران. این ممکن است شامل سرکوب، استفاده از زور و اجبار، استثمار، تبعیض فساد و سوءاستفاده باشد.

این واژه ممکن است از لحاظ روان‌شناسی اجتماعی در اذهان مردم تداعی‌های منفی متعددی را به وجود آورد. در این شیوه، قدرت به صورت یک نوع رابطه برنده - بازنده دیده می‌شود. در این مفهوم، داشتن قدرت به معنی گرفتن آن از دیگران و سپس به - کارگیری قدرت برای سلطه‌گری و جلوگیری از کسب مجدد آن توسط دیگران است. در زمینه سیاست، آنهایی که بر منابع و فرایند تصمیم‌گیری، قدرت و تسلط دارند می‌توانند سلطه بر کسانی که دسترسی به منابع تصمیم‌گیری ندارند را اعمال کنند.

۱- اعمال قدرت مشترک (همراهی در قدرت)^۲

اعمال قدرت مشترک یا همراهی در قدرت به معنی یافتن زمینه‌های مشترک و منافع مشترک در میان گروه‌های متفاوت و همچنین ایجاد یک نیروی جمعی است. براساس حمایت متقابل، اتحاد و همکاری قدرت مشترک می‌تواند ظرفیت‌ها و دانش افراد را چند برابر کند و پل‌های ارتباطی بین منافع مختلف در جهت کاهش تضاد مالی اجتماعی و طبقاتی و ترویج روابط عادلانه و برابر را ایجاد کند.

قدرت برای^۳

قدرت برای به توانایی منحصر به فرد هر شخصی برای شکل دادن به زندگی خود و دنیای پیرامون اطلاق می‌شود. زمانیکه این مفهوم بر حمایت متقابل پایه‌ریزی می‌شود زمینه‌های اقدام مشترک را فراهم می‌سازد.

^۱ - power over

^۲ - power with

^۳ - power to

آموزش شهروندان و توسعه و تکامل رهبری برای اهداف حمایت همه جانبه بر پایه این اعتقاد استوار است که هر فردی می‌تواند از قدرت برای ایجاد تغییر استفاده کند.

۲- قدرت از درون^۱ یکی از عالی‌ترین مراحل تکامل قدرت است. قدرت شکل گرفته از درون بر دید خودباوری و خوددانی تمرکز و ارتباط دارد. قدرت ناشی از درون، محصول روند پویایی رشد و تفکر خلاق و انتقادی فرد، گروه و جمع است. علاوه بر پذیرفتن تفاوت‌ها و اختلافات فردی، این نوع قدرت احترام قایل شدن برای نظر دیگران را هم مورد توجه قرار می‌دهد.

قدرت درونی در واقع عبارت از داشتن ظرفیت برای تجسم درونی و داشتن امید است. این قدرت، جستجوی عام انسان‌ها برای دستیابی به جایگاه و مقام والا و تعالی را تأیید و حمایت می‌کند.

تعریف / تعاریف توانمندسازی

تعاریف متعدد و گوناگونی از توانمندسازی ارایه می‌شود که هرکدام دارای یک جهت‌گیری معین با یک دیدگاه و حتی یک ایدئولوژی مشخص است. البته برای توانمندسازی، تعریف دقیق علمی با مرزهای مشخص وجود ندارد ولی اکثر صاحب‌نظران، کارشناسان و متخصصین امور اجتماعی و آموزشی تا اندازه‌ای برپارامترهای زیر در زمینه توانمندسازی تأکید دارند:

۱- توانمندسازی یک جریان خودجوش و پویا است که از درون بافت اجتماعی شکل می‌گیرد.

۲- القای نظر و مفهوم توانمندسازی در یک جامعه معین به صورت مکانیکی (سطحی و مصنوعی) و بدون در نظر گرفتن بافت اجتماعی فرهنگی جامعه socio – Cultural context، ممکن است اثرات محدودی داشته باشد و از لحاظ پایداری چون ریشه در تار و پود روابط اجتماعی مردم ندارد، عمر کوتاهی خواهد داشت.

^۱ - power within

- ۳- رهبران عقیدتی، مذهبی و سیاسی و همچنین افراد کلیدی می‌توانند در شکل‌گیری و ارتقای سطوح توانمندسازی اجتماعی نقش بسزایی داشته باشند.
- ۴- توانمندسازی چیزی نیست که اعطا شود بلکه فرآیندی است که از شرایط موجود به وسیله افراد آگاه در یک جامعه معین نشأت می‌گیرد.
- توانمندسازی به فرایند افزایش قدرت فردی، گروهی و سیاسی که در آن افراد خانواده‌ها و جوامع بتوانند برای بهبود وضعیت خود اقدام نمایند، اطلاق می‌شود. توانمندسازی یک فرایند است و نه یک ویژگی.
- ۵- شکل‌گیری توانمندسازی به فنون و مهارت‌هایی از قبیل سازماندهی اجتماعی community organization و توسعه اجتماعی community development و هم چنین ارتباطات پویا نیاز مبرم دارد.
- ۶- رویکرد اصیل و حقیقی توانمندسازی، از پایین به بالا شکل می‌گیرد. در این فرآیند شیوه‌های متعددی از تعامل اجتماعی ممکن است وجود داشته باشد. ارتباطات، مشاوره، بحث و گفتگو، آموزش و اطلاع‌رسانی، محاوره، انتقاد از خود برخوردهای نظری و فکری، و یا ستیز و تضاد اجتماعی که به صورت سازماندهی مردمی نمایان می‌شود و همچنین اعمال شیوه‌های رادیکال‌تر از قبیل تظاهرات درگیری و منازعه از مهمترین شیوه‌های تعامل و ستیز اجتماعی در این فرآیند مشاهده می‌شود.
- ۷- توانمندسازی رویکردی است که با روابط قدرت (power relations) و موازنه قوا در جامعه ارتباط دارد و هدف نهایی آن تلاش برای تقسیم مجدد قدرت موجود اعم از سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و کسب هویت فرهنگی توسط گروه‌های محروم است.
- ۸- عالی‌ترین مرحله توانمندسازی در کنترل اجتماعی (social control) بر کلیه امور و فنون جامعه که در قالب نهادها و مؤسسات مردمی منعکس می‌گردد متبلور می‌شود.

مجموعه ای از عبارات مهم درباره توانمند سازی

- توانمندسازی به عنوان یکی از مشخصه‌ها و یا کیفیت سیستم‌ها

- توانمندسازی به عنوان یک فرآیند
- توانمندسازی به عنوان یک پراتیک و یا یک استراتژی پژوهشی
- توانمندسازی به عنوان یک نتیجه

عناصر کلیدی توانمندسازی

چون شرایط اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی متغیر هستند و نهادها نقش و تأثیر مثبتی بر یک بافت اجتماعی خاص می‌توانند داشته باشند بنابراین استراتژی‌های توانمندسازی باید متنوع باشد. تجارب نشان می‌دهد عناصر معین در موفقیت برنامه‌ها و تلاش‌های توانمندسازی همیشه وجود داشته است که این عناصر عبارتند از:

۱- دسترسی به اطلاعات^۱

اطلاعات قدرت است. افراد مطلع و آگاه برای استفاده مؤثر از فرصت‌ها و موقعیت‌ها دسترسی به خدمات، احقاق حقوق خود و توانایی انتقاد از عملکرد افراد کلیدی بخوبی مجهز هستند. زمینه‌های مهمی که در آن اطلاعات اهمیت بسیار زیادی دارد شامل عملکرد دولت و بخش خصوصی، خدمات مالی و بازارها و مقررات و حقوق افراد در رابطه با خدمات اساسی می‌باشد. فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات اغلب نقش عمده‌ای در توسعه دسترسی به اطلاعات را بازی می‌کنند.

۲- پذیرفته شدن و مشارکت^۲

فراهم ساختن فرصت و موقعیت برای افراد فقیر و سایر گروه‌های حاشیه‌نشین برای مشارکت در تصمیم‌گیری امری است حیاتی، چون استفاده از منابع محدود و عمومی بر پایه دانش محلی و اولویت‌ها شکل می‌گیرد و تعهد برای تغییر ایجاد می‌کند. به هر حال، پایداری فرآیند پذیرفته شدن و مشارکت آگاهانه به تغییر نقش‌ها برای ایجاد فضای مناسب بحث و گفتگو پیرامون مسایل و مشارکت در تعیین اولویت‌های محلی و ملی، شکل‌گیری روندهای اصولی تدوین بودجه و ارایه خدمات اساسی ارتباط دارد.

^۱ - Access to information

^۲ - Inclusion and participation

۳- مسئولیت پذیری^۱

مدیران حکومتی، کارکنان دولت و افراد شاغل در بخش‌های خصوصی باید در برابر سیاست‌ها، عملکردها و چگونگی استفاده از منابع جوابگو باشند. ارگان‌های دولتی چه اداری و چه سیاسی و شرکت‌ها باید راهکارهای مسئولیت‌پذیری افقی و یا درونی را داشته باشند و همچنین باید در مقابل شهروندان و مشتریان خود در مورد عملکردی که دارند جوابگو و مسئولیت‌پذیر باشند.

۴- ظرفیت سازمانی محلی^۲

به توانایی افراد برای کار گروهی، سازماندهی خود و بسیج منابع برای حل مشکلاتی که در آنها زمینه و منافع مشترک دارند، اطلاق می‌شود. هر چه جامعه سازمان یافته‌تر باشد بهتر می‌تواند صدای خود را منعکس کند و خواسته‌های خود را برآورده سازند.

سطوح توانمندسازی

۱- سطح شخصی (فردی)^۳

هدف از توانمندسازی در این سطح عبارت از مطرح نمودن ناتوانایی‌های شخصی و شکل دادن به احساس قدرت شخصی و خودکارایی است. دستیابی به توانمندسازی شخصی شامل پذیرش و شناخت قدرتی که فرد می‌تواند داشته باشد و همچنین شناخت محدودیت‌های قدرت واقعی و منابع قدرت است.

توانمندسازی فردی چهار جنبه عمده دارد:

الف: ایجاد و توسعه وجدان انتقادی (تفکر انتقادی)^۴

ب: کاهش خود عیب جویی^۵

ج: به عهده گرفتن مسئولیت شخصی برای آینده^۶

د: توسعه خود کارایی^۱

^۱ - Accountability

^۲ - Local organizational capacity

^۳ - Personal level

^۴ - Critical Consciousness

^۵ - Reducing self – blaming

^۶ - Future Personal responsibility

۲- سطح میان فردی^۲

داشتن ظرفیت و توانایی لازم برای تأثیر بر دیگران به عنوان یک هدف مداخله می‌باشد. تحقق این امر به توسعه مهارت‌هایی از قبیل حل مشکل، اظهار وجود و مهارت‌های سیاسی نیازمند است.

رشد و توسعه تعامل بین فردی و کارآیی سیاسی ممکن است به طور هم‌زمان رخ دهد و اثر تقویت متقابل داشته باشد.

۳- سطح سیاسی^۳

بر ایجاد مداخله در سطوح فردی و میان فردی تأکید دارد. در این سطح، هدف عبارت است از انتقال و یا تغییر قدرت موجود بین گروه‌ها در جامعه که از طریق اقدام اجتماعی و تغییر به وسیله فرایندهای حمایت اجتماعی، ایجاد ائتلاف و اقدام عملی تحقق می‌پذیرد.

مهمترین عوامل و مداخله‌های تسهیل‌کننده فرایند توانمندسازی

- ۱- پایه‌گذاری روابط کمک و همکاری متقابل، اعتماد و مشارکت در قدرت؛
- ۲- پذیرفتن دیدگاه‌ها و تعاریفی که گروه‌ها، افراد و مشتریان در زمینه مشکلات دارند؛
- ۳- مطلع ساختن افراد و مشتریان از حقوق خود؛
- ۴- در نظر گرفتن افراد و یا مشتریان به عنوان کارشناس و صاحب‌نظر؛
- ۵- ارتقای سطح آگاهی افراد، گروه‌ها و مشتریان از مسایل طبقه‌ای و روابط قدرت موجود؛
- ۶- شناخت نقاط قوت افراد و جامعه و اعتماد به آن؛
- ۷- استفاده از گروه‌های کوچک؛
- ۸- آموزش مهارت‌های ویژه؛
- ۹- افزایش دسترسی به اطلاعات برای بهبود فرآیند تصمیم‌گیری و انتخاب؛
- ۱۰- استفاده از خودیاری و گروه‌های حمایتی؛
- ۱۱- بسیج منابع؛

^۱ - Self – Efficacy

^۲ - Interpersonal Level

^۳ - Political level

- ۱۲- جلب حمایت همه جانبه افراد، گروه‌ها و مشتریان؛
- ۱۳- انتقال مهارت‌های خود حمایتی به افراد و گروه‌های نیازمند؛
- ۱۴- تسهیل «حمایت طبقاتی» از جمله ارتباط با گروه‌های اجتماعی و سازمان‌های اقدام اجتماعی.

موانع عمده بر سر راه توانمندسازی

- ۱- درک و شناخت غلط و رایج کارکنان اجتماعی (مددکاران اجتماعی) در رابطه با توانایی افراد (افراد و یا گروه‌ها ظرفیت ناقصی برای تصمیم‌گیری آگاهانه دارند)؛
- ۲- ناتوانی فکری (عدم رشد، عقب ماندگی ذهنی) افراد ناتوان؛
- ۳- کمبود تجربه؛
- ۴- خصوصیات شخصیتی و عاداتی که از تصمیم‌گیری دقیق و حساب‌شده جلوگیری می‌کند؛
- ۵- ناتوانی در روبروشدن و مقابله با عواقب تصمیم‌گیری‌هایی که نتایج منفی دارند؛
- ۶- ابهام و یا سختی در انتخاب راه‌حل‌های ممکن؛
- ۷- ناپایداری و تزلزل در پیگیری خواسته‌ها و آرزوها با توجه به گذشت زمان؛
- ۸- اتخاذ اقدامات نامناسب برای مطرح کردن نیازهای بیان نشده.

دیدگاه‌ها و نظریات برخی از متفکرین توانمندسازی

دیدگاه‌های عمده و پایه‌های عملی برای توسعه توانمندسازی به وسیله کارهای ارایه شده توسط النسکی (Alinsky) در سال ۱۹۷۱، پائولو فریر (Freire) در سال‌های ۱۹۷۳ و ۱۹۷۰ و روتمان (Rothman) در سال ۱۹۷۱ شکل گرفت.

سرنخی که نظریه‌های توانمندسازی را به هم متصل می‌سازد عبارت از فرآیند رایج توسعه و تکامل فردی، مشارکت، بیداری وجدان (آگاه سازی) و اقدام اجتماعی است.

رویکرد النسکی در زمینه سازماندهی جامعه و تغییر، بر پایه این دیدگاه طراحی شده که جامعه محروم و کم درآمد به عنوان یک جامعه ناتوانمند (powerless) بدون برخورداری از حقوق مدنی و آزادی معرفی شده است. هدف از رویکرد النسکی تسهیل فرایند سازماندهی مردم حول و حوش منافع مشترک، شناخت و تعیین اهداف به طور جمعی، دستیابی به منابع، بسیج مردمی و اقدام و در نهایت کمک در سازماندهی و توزیع مجدد قدرت در جامعه است. او معتقد بود که سازماندهی جامعه باید ظرفیت جامعه برای حل مشکلات را افزایش دهد. عنصر کلیدی فلسفه النسکی بر رهبری بومی (indigenous leadership) تمرکز دارد و برای عامل و یا عوامل خارجی تغییر نقش ثانویه قایل می‌شود.

در نظریه آگاهی انتقادی فریره، انسان به عنوان یک موجود ناکامل معرفی شده که پیشه و یا آرمان اصلی او تبدیل شدن به انسان کامل است. انسانی که به طور خلاق و انتقادی واقعیت‌های عینی را تجزیه و تحلیل می‌کند و براساس یافته‌های آن برای تغییر جهان پیرامون خود دست به اقدام می‌زند. روش استدلال منطقی فریره، بر بیداری وجدان و یا آموزش تجزیه و تحلیل انتقادی بنا شده که در آن گروه‌های ستم‌دیده در فرایند زیر مشارکت فعال خواهند داشت:

۱- تجزیه و تحلیل انتقادی از جنبه‌های پیرامون زندگی خود (برای مثال: مشکلات بهداشتی)؛

۲- نگاه ژرف و جستجوی علل و ریشه‌های مشکلات؛

۳- بررسی و مطالعه پیامدها و نتایج مسایل و مشکلات؛

۴- تدوین یک طرح عملیاتی برای برخورد جمعی با مشکلات.

فریره تفاوت عمده بین ستم‌دیدگان و ستمگران در جامعه قایل می‌شود. او بر حذف جنبه‌های ناهماهنگی و پدرسالانه نقش رهبران در فرایند یادگیری تأکید می‌کند. فریره اعتقاد داشت که نقش رهبر در تسهیل فرایند بیداری وجدان و آگاه‌سازی تجلی پیدا می‌کند. برقراری ارتباط با گروه‌های محروم و به کارگیری روش آموزش و یادگیری فعال که محور اصلی آن بر «آموزش مسأله‌ساز» استوار است، آغاز فرایند توانمندسازی می‌-

باشد. با طرح پرسش، به فراگیران کمک خواهد شد تا جهان را نه به صورت یک واقعیت ساکن و بی‌تحرک بلکه به عنوان یک وضعیت محدودکننده و نا مطلوب دیده و برای تغییر آن، آنها را به مبارزه و چالش می‌طلبند. او معتقد بود که تسهیل‌کنندگان باید از مجموعه مراحل زیر تبعیت کنند:

- ۱- از واژه‌ها و کلمات متداول مردمی از طریق مشاهده مشارکتی^۱ استفاده کنند؛
- ۲- در صورت امکان در مدت زمانی طولانی با مردم منطقه زندگی کنند؛
- ۳- در ابتدا با گروه‌های کوچک برای جستجوی ایده‌ها و افکار خلاق و کلمات کلیدی که نشان دهنده امید و منعکس کننده نگرانی‌های مردم می‌باشد، کار کنند؛
- ۴- افکار و نظرات مردم را در قالب کدها، نمادها و تصاویر دیداری طراحی کنند. برای مثال، عکس‌ها و نمادها؛
- ۵- طرح مجدد عکس‌ها و نمادها در میان مردم به منظور رمزگشایی و درک و شناخت معنای آن به وسیله «محافل فرهنگی»^۲ (گروه‌های مردمی که با هماهنگی کننده و پرسشگر همراه هستند) موجب می‌شود که آنها به عوامل، عواقب و راه‌حل‌های احتمالی مشکلات به طور انتقادی نگاه کرده و نظرات خلاق را تولید می‌کنند.
- فریر تأکید می‌کند که مشارکت عالی مردم از طریق گفتگو و دیگر ابزارهای مشابه برای آزادی و تغییر مؤثر در وضعیت موجود، ضروری است.
- در سال ۱۹۷۱ روتمان نوعی طبقه‌بندی از سازماندهی جامعه که به طور گسترده به وسیله محققین دیگری به کار برده شد، مطرح نمود. وی سه رویکرد برای تغییر اجتماعی عنوان کرد که عبارتند از:

الف: توسعه محلی - منطقه‌ای^۳

ب: برنامه‌ریزی اجتماعی^۴

ج: اقدام اجتماعی^۵

^۱ - Participant observation

^۲ - Cultural circles

^۳ - Locality development

^۴ - Social planning

^۵ - Social action

مدل توسعه محلی بر پیش فرض‌های زیر تأکید دارد:

- ۱- تغییر اجتماعی به وسیله مشارکت گسترده اقشار وسیع مردمی در سطح محل و در راستای تعیین اهداف و اقدام مرتبط به آن صورت می‌گیرد؛
 - ۲- روش‌ها و شیوه‌های مردم سالار (دموکراتیک) باید در فرآیندها وجود داشته باشد؛
 - ۳- همکاری‌های داوطلبانه؛
 - ۴- خودیاری؛
 - ۵- ایجاد و توسعه رهبری محلی و بومی؛
 - ۶- تدوین اهداف آموزشی.
- برنامه‌ریزی اجتماعی بر فرآیند تکنیکی حل - مشکل با توجه به مشکلات اجتماعی عمده از قبیل بزه کاری، مشکلات مسکن و بهداشت روانی تأکید دارد .
- برنامه‌ریزی عقلانی مبتنی بر هدف و تغییرات کنترل شده ، جایگاه محوری در این مدل دارند.
- مدل اقدام اجتماعی بر سازماندهی بخش‌های محروم جامعه تأکید دارد. اتحاد آنها با سایر اقشار مردمی برای افزایش منابع و ایجاد هماهنگی بیشتر در راستای عدالت اجتماعی و مردم‌سالاری صورت می‌گیرد. هدف آنها ایجاد تغییرات اساسی در نهادها و مؤسسات عمده و یا در عملکرد و رفتارهای جامعه می‌باشد.
- اقدام اجتماعی تلاشی است برای توزیع مجدد قدرت، منابع و تصمیم‌گیری و همچنین تغییر سیاست‌های عمده در سازمان‌های رسمی.

مراحل فرآیند توانمندسازی سیاسی

↑	- - - - -	رهبران سیاسی مسئولیت‌پذیر و پاسخگویی قدرت سیاسی
	- - - - -	پذیرفتن حقوق و دانش شهروندان به‌وسیله دولت
	- - - - -	مشارکت شهروندان در پایش تغییر
	- - - - -	سازمان‌های نیرومند شهری که به طور منظم به‌وسیله دولت
	- - - - -	مورد مشورت قرار می‌گیرند
↑	- - - - -	اصلاحات در ابعاد قانونی، سیاستگذاری و نهادهای دولتی
	- - - - -	ارایه بازخورد درباره اقدامات و اعمال توانمندسازی
	- - - - -	ایجاد و توسعه رهبری جدید
	- - - - -	ایجاد گروه‌های شهروندان
	- - - - -	رایزنی
	- - - - -	برنامه ریزی و اجرای استراتژی‌ها
	- - - - -	سازماندهی و برقراری ارتباط
	- - - - -	اطلاعات درباره حقوق، قوانین و مشکلات
	- - - - -	کسب مهارت‌ها
↑	- - - - -	تجزیه و تحلیل مشکلات عمومی (خرد جمعی)
	- - - - -	پرسشگری درباره علل پیدایش شرایط موجود
	- - - - -	خود-ابرازی
	- - - - -	گفتگو و ارتباط با دیگران

بخش ۲

توانمندسازی و مشارکت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- رابطه مشارکت و توانمندسازی را به طور خلاصه بیان کند. خلاصه بیان کند. ۶- مدل های توانمندسازی را به طور خلاصه شرح دهد.
- ۲- مشارکت را تعریف کرده و فواید آن را ذکر نماید. ۷- مراحل عمده در برنامه ریزی طرح های توانمندسازی را بیان نماید.
- ۳- واژه های توسعه اجتماعی و سازماندهی اجتماعی را به طور خلاصه تعریف کند. ۸- استراتژی های عمده توانمندسازی را نام ببرد.
- ۴- گام های عمده توسعه اجتماعی را ذکر نماید. ۹- راه کارها و شاخص های عمده توانمندسازی را عنوان کند.
- ۵- نام مدل های توانمندسازی را بیان کند.

توانمندسازی و مشارکت

توانمندسازی و مشارکت رابطه متقابل و ارگانیک دارند و در هنگام تعامل، اثرات تقویت کننده (سینرژیک) در فرآیندهای مختلف به وجود خواهند آورد. توانمندسازی زمینه‌های مشارکت را فراهم می‌سازد و مشارکت به نوبه خود توانمندسازی افراد، گروه‌ها و جوامع را تقویت کند و روح پایداری و استحکام در آن می‌دمد.

مشارکت چیست؟

فرآیندی است که در آن مردم محلی می‌توانند با هم برای ایجاد تغییر در زندگی خود کار کنند و در تصمیم‌گیری در رابطه با مسایل پیرامون زندگی خود نقش فعال داشته باشند.

چرا مشارکت

- ۱- تشریک مساعی و منابع
- ۲- فهرست نمودن تخصص‌ها و خرد محلی
- ۳- به دست آوردن نتایج مؤثر
- ۴- بهبود کیفیت پروژه‌ها و طرح‌ها
- ۵- ایجاد اتحاد و تفاهم
- ۶- تسریع در توسعه مردم سالاری
- ۷- استفاده از زمان
- ۸- بهبود پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر
- ۹- فراتر رفتن از نیازمندی‌های قانونی
- ۱۰- به دست آوردن منابع
- ۱۱- افزایش پایداری
- ۱۲- افزایش کیفیت زندگی

توسعه اجتماعی (Social Development) و سازماندهی جامعه (Social organization) از واژه‌های مهمی که در مشارکت جامعه و توانمندسازی به کار می‌رود، واژه‌های «توسعه اجتماعی» و «سازماندهی اجتماعی» است. توسعه اجتماعی فرآیندی است که در آن سطح بالایی از مشارکت فعال جامعه در کلیه جوانب فعالیت‌های یک مداخله وجود دارد و در واقع مرحله بالاتری از سازماندهی اجتماعی است. در توسعه اجتماعی، تأکید و تمرکز به طور عمده بر مداخله‌ها و برنامه‌های توسعه اقتصادی می‌شود و هدف از آن ارتقا و بهبود همه جانبه شاخص‌های اقتصادی از قبیل نرخ رشد، میزان اشتغال، طرح‌ها و برنامه‌های زیربنایی در زمینه زیر ساخت‌های صنعتی و تجاری می‌باشد. در سازماندهی اجتماعی ظرفیت و توانایی جوامع در حل مشکلات تسریع می‌شود. توسعه مهارت‌های ارتباطی و شکل دادن به شبکه‌های اجتماعی و مهیا ساختن ظرفیت اجتماعی برای سازماندهی و مشارکت در حل مشکلات و ایجاد تغییرات لازم، از اجزای مهم فرآیند سازماندهی اجتماعی محسوب می‌شود.

چهار گام عمده در توسعه اجتماعی

۱- آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد

آگاه‌سازی، اعضای جامعه را برای شناسایی مشکلات و امکانات و پیدا کردن راه‌حل‌ها توانمند می‌سازد. ایجاد اعتماد، به مردم کمک می‌کند تا اعتماد در میان اعضای جامعه کارکنان دولت، کارکنان سازمان‌های غیردولتی و سایر ذینفعان شکل بگیرد تا بتوانند به طور مشترک با مشکلات برخورد کنند و منابع ضروری را برای بهبود وضع موجود در جوامع مورد نظر بسیج کنند.

آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد، زمینه مشارکت از طریق گفت و گوهای دو جانبه و چندطرفه، برنامه‌های بسیج عمومی، آموزش بزرگسالان، کلاس‌های نهضت سواد آموزی آموزش و تربیت تسهیل‌گران و بازدید از طرح‌های توسعه اجتماعی موفق را تسریع می‌کند.

۲- بسیج اجتماعی برای اقدامات جمعی

بسیج اجتماعی برای اقدامات جمعی، مردم را برای برخورد با مشکلاتی که خارج از ظرفیت و توان افراد است، توانمند می‌سازد. این فرآیند شامل فعالیت‌های زیر است:

الف: ایجاد تغییرات نگرشی و رفتاری در جوامع؛

ب: حمایت و تشویق نقش‌ها و مسئولیت‌های مناسب برای فعالیت‌های جمعی و اشتراکی؛

ج: شکل دادن به احترام متقابل در میان کلیه بخش‌های اجتماعی؛

د: ایجاد و یا تقویت نهادها، گروه‌ها و سازمان‌ها؛

ه: توسعه و اعتلای رهبری.

یکی از چالش‌های عمده در این زمینه آغاز یک حرکت و یا یک بسیج اجتماعی می‌باشد که باید طرح مناسبی برای خلق پویایی درونی مورد نیاز جامعه، بدون تحمیل ارزش‌ها و افکار بیگانه بر آنها طراحی شود.

۳- تجزیه و تحلیل مشارکتی، برنامه‌ریزی و اقدام

بعد از اینکه آگاه‌سازی و ایجاد اعتماد در میان ذینفعان کامل شود و توسعه سازمانی به وسیله بسیج اجتماعی شکل گیرد، می‌توان تجزیه و تحلیل مشارکتی برنامه‌ریزی و اقدام را به طور مؤثر اجرا کرد.

جوامع باید تشویق شوند تا طرح‌های توسعه و فعالیت‌های مرتبط به آن را تدوین و اجرا کنند. تسهیل‌گران و کارشناسان خارجی (معمولاً بومی جوامع محلی نیستند) می‌توانند نقش حمایتی مورد نیاز را به وسیله آغاز چنین فرآیندی ایفا نمایند اما نقش این عوامل تغییر، صرفاً در ارایه راه‌حل‌های از پیش تعیین شده و آماده از قبیل «مدل سازمان» و یا «اجرای کلیشه» از پروژه و یا برنامه نیست بلکه نقش آنها در حمایت از فرآیند اقدام مشترک و دریافت بازخورد تبلور پیدا می‌کند. نقش عمده و رهبری کننده باید به وسیله جوامع ایفا شود چون آنها از شرایط ویژه و مشکلات منطقه آگاهی کامل دارند و مجریان نهایی پروژه‌ها هستند. احترام قایل شدن و ارج نهادن افکار و دانش مردم محلی و تسهیل فرآیند یادگیری مشترک، می‌تواند به ساختن ظرفیت جوامع کمک کند و آن‌را عملی سازد.

۴- پایش و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی به وسیله ذینفعان مختلف و کارشناسان خارجی در بهبود مستمر فعالیت‌های توسعه اجتماعی و در انتشار و ترویج موفقیت‌آمیز عملکردها می‌تواند مؤثر واقع شود. پایش و ارزشیابی منظم و سیستماتیک می‌تواند به تبدیل تجارب فردی به یک استراتژی عام توسعه اجتماعی کمک نماید و بر چارچوب‌های کاری سیاست‌گذاری تأثیر بگذارد.

اصول کلیدی توانمندسازی افراد و جوامع

- ۱- فرصت‌های اقتصادی^۱
- ۲- توسعه اجتماعی پایدار^۲
- ۳- مشارکت‌های مبتنی بر جامعه^۳
- ۴- دورنمای استراتژیک برای تغییر^۴

۱- فرصت‌های (موقعیت‌های) اقتصادی

اولین اولویت در بهبود وضعیت جوامع محروم عبارت است از ایجاد فرصت‌های کار و اشتغال برای کلیه ساکنین جامعه. ایجاد شغل در جامعه و یا در منطقه، مبنایی برای خودکفایی اقتصادی مردم ایجاد خواهد کرد. طرح‌های تجاری و توسعه منابع کوچک و آموزش فنی و حرفه‌ای به منظور کارایی، جهش مثبتی در راستای تجدید حیات اقتصادی جامعه به وجود می‌آورد.

۲- توسعه اجتماعی پایدار

ایجاد اشتغال، اولین گام اساسی در بهبود شرایط و شکل‌گیری یک زندگی اجتماعی با نشاط و پر جنب و جوش است اما توسعه اقتصادی زمانی می‌تواند موفق باشد که در قالب

^۱ -Economic opportunity

^۲ -Sustainable Community Development

^۳ -Community based partnership

^۴ - Strategic Vision for change

استراتژی توسعه همه‌جانبه و جامع الشمول قرار بگیرد و در برگیرنده توسعه فیزیکی و همچنین توسعه انسانی باشد.

در جامعه‌ای که خیابان‌های ایمنی برای عبور و مرور داشته باشد، آب و هوای آن پاکیزه باشد، مسکن ایمن و خدمات اجتماعی و انسانی قابل دسترس باشد و روحیه تفکر خلاق با طراحی‌های نوآورانه تلفیق شده باشد، جامعه به صورت منبع قدرت و امید برای ساکنین آن خواهد بود. چنین جامعه‌ای می‌تواند مهارت‌ها، عادات فکری و نگرش‌هایی را پرورش دهد که کار به ازای مزد را گرامی داشته و موجب پرورش خانواده‌ها در سایه آن شود.

۳- مشارکت‌های مبتنی بر جامعه

توسعه فرصت‌های اقتصادی و نیز توسعه اجتماعی با مشارکت گسترده کلیه بخش‌های جامعه آغاز می‌شود. خود شهروندان مهم‌ترین عناصر تجدید حیات هستند. افراد کلیدی و بخش‌های دیگر ممکن است شامل رهبران سیاسی و حکومتی، گروه‌های اجتماعی، گروه‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی، گروه‌های محیطی، سازمان‌های مذهبی، بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی، مراکز آموزش و یادگیری و سایر نهادهای اجتماعی شود. جوامع نمی‌توانند تنها با منابع عمومی و دولتی موفق شوند. حمایت و مشارکت فعال بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی در موفقیت جامعه‌ای که به‌دنبال نوسازی و تجدید حیات می‌باشد، ضروری است.

۴- دورنمای استراتژیک برای تغییر

دورنمای استراتژیک برای تغییر آینده، تحولات یک جامعه و خواست‌های آن را برای آینده توصیف می‌کند. برای مثال جامعه ممکن است خود را به صورت مرکز ظهور تکنولوژی‌هایی که با دانشگاه و دانشکده‌های بومی ارتباط دارد و یا یک مرکز کلیدی برای صادرات کالاهای کشاورزی، کالاهای صنعتی بومی و یا خدمات بهداشتی و انسانی مجسم کند.

دورنمای آینده برای تغییر، در واقع نقشه‌ای جامع الشمول و استراتژیک برای تجدید حیات جامعه است و این به معنای تجزیه و تحلیل بافت محلی به صورت کامل و مرتبط

ساختن آن با منطقه‌ای بزرگتر است که بر بستر دورنمای تغییر دارایی‌ها و یا سرمایه اجتماعی تکیه دارد. دورنمای استراتژیک برای تغییر، توسعه اقتصادی، فیزیکی، محیطی اجتماعی و انسانی را به شیوه‌ای جامع الشمول و با الگویی هماهنگ شده ادغام می‌کند تا افراد، خانواده‌ها و جوامع بتوانند با هم کار و پیشرفت کنند.

مدل‌های عمده در برنامه‌ریزی طرح‌های توانمندسازی

مدل‌های متعددی برای طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی وجود دارد. با توجه به تجارب جهانی در زمینه برنامه‌ها و فعالیت‌های توانمندسازی، چهار مدل عمده در این زمینه وجود دارد که عبارتند از:

- ۱- مدل عمومی^۱
- ۲- مدل پاسخگوی اجتماعی^۲
- ۳- مدل ایجاد ائتلاف^۳
- ۴- مدل همکاری اجتماعی^۴
- ۱- مدل عمومی توانمندسازی

در این مدل توانمندسازی، چهارگام و یا مرحله وجود دارد که به شرح زیر عنوان می‌شوند:

- ۱- توسعه ارتباطات
- ۲- تعیین نقش‌ها و نشان دادن تعهد
- ۳- تدوین اهداف و طرح‌های عملیاتی
- ۴- اقدام مشارکتی و به دست آوردن نتایج
- ۵- پایش نتایج و اصلاح اقدامات
- ۶- ارزشیابی، انتشار نتایج و ارتقای پایداری فعالیت‌ها

^۱ - General Model

^۲ -Community Response Model-

^۳ - Coalition Building Model

^۴ - Community Collaboration Model

۲- مدل پاسخگوی اجتماعی

در این مدل توانمندسازی، جوامع گیرنده و فراهم کننده از قبل آمادگی اقدام در زمینه توانمندسازی را دارند.

گام‌های عمده در این مدل عبارتند از :

- ۱- بیان نیازها از سوی جامعه
- ۲- تأسیس مرکز توانمندسازی در جامعه
- ۳- ایفای نقش و کارکرد به عنوان یک منبع
- ۴- ایجاد ظرفیت اجتماعی
- ۵- خلق دورنما و تصویر مثبت
- ۶- جمع آوری داده‌ها / ارزشیابی مشارکتی

۳- مدل ایجاد ائتلاف

در این مدل ، گروه‌های گیرنده و فراهم کننده ، هنوز آماده نشده‌اند و به دو مدل فرعی زیر تقسیم می‌شود:

مراحل مدل فرعی الف :

- ۱- رهبری
- ۲- عضوگیری (یارگیری)
- ۳- برنامه‌ریزی مبتنی بر همکاری و مشارکت
- ۴- اقدام مشارکتی و مبتنی بر همکاری
- ۵- ارتقا و پایداری فعالیت‌ها

مراحل مدل فرعی ب:

- ۱- ورود به جامعه
- ۲- نیازسنجی (شناسایی نیازها)
- ۳- سازماندهی اجتماعی

۴- برنامه‌ریزی و اقدام

۵- پایش / تجدید نظر

۶- پایداری

۴- مدل همکاری اجتماعی

در این مدل، جوامع و یا گروه‌های گیرنده وجود دارند اما روابطی با گروه‌های ارایه‌کننده ندارند. این مدل هم به دو مدل فرعی تقسیم می‌شود که به شرح ذیل است:

مراحل مدل الف:

۱- ایجاد ائتلاف

۲- طرح سؤالات عمومی

۳- تدوین اهداف

۴- تعیین روش‌ها و استراتژی‌های عملیاتی / اقدام

۵- بررسی نتایج

۶- تایید و انتشار

مراحل مدل ب:

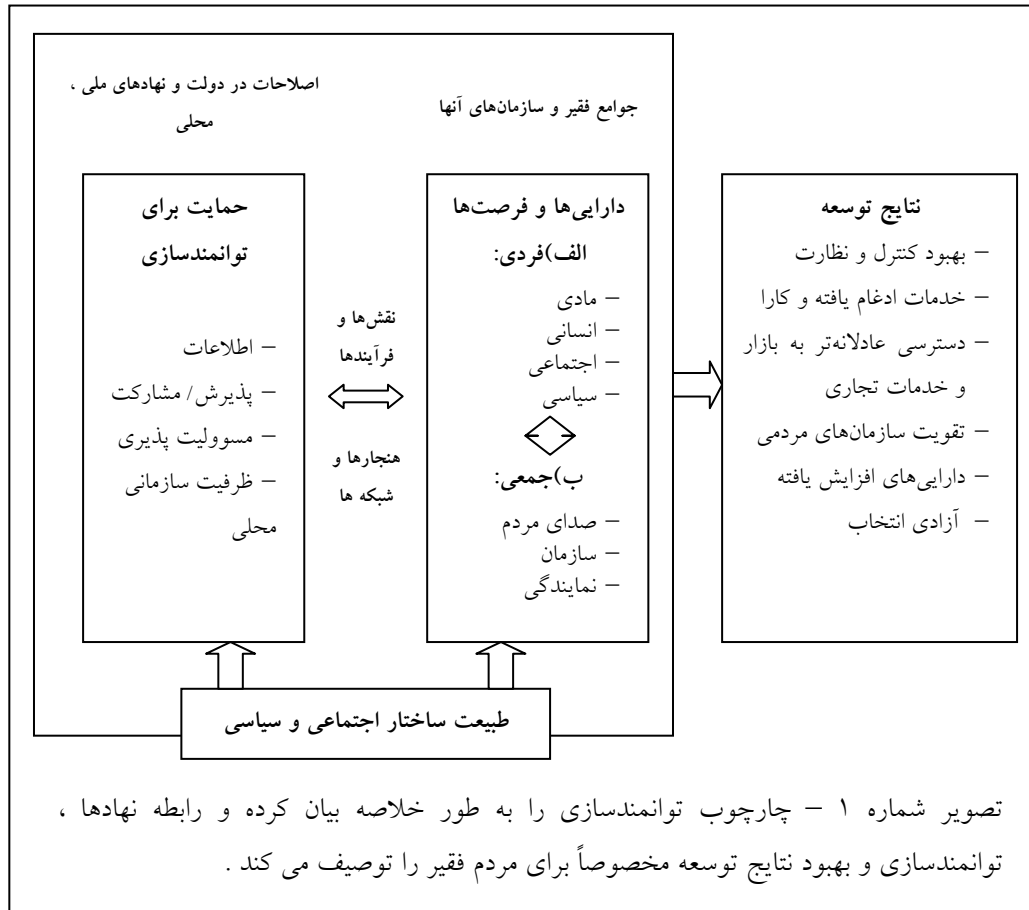
۱- ایجاد تیم

۲- ارزیابی نیازها

۳- همکاری

۴- ارزشیابی و پایداری

چارچوب توانمندسازی



چارچوب توانمندسازی

دو نوع اصلاح در این چارچوب مدنظر است:

۱- اصلاحات در نهادها^۱

این نوع اصلاحات از سرمایه‌گذاری در وضعیت جوامع فقیر و سازمان‌های حامی آنها

که به نتایج بهبود یافته توسعه منجر می‌شود، حمایت می‌کند.

این فرآیند بهبود نتایج شامل موارد زیر است:

^۱ -Institutional Reforms

۱- بهبود کنترل و نظارت

۲- خدمات ادغام یافته بیشتر و با عملکرد مؤثرتر و بهتر

۳- دسترسی عادلانه‌تر به بازارها

۴- جامعه مدنی تقویت یافته و تقویت سازمان‌های حامی فقرا

۵- دارایی اجتماعی افزایش یافته

۶- آزادی انتخاب

این اقدامات در سطوح فردی و جمعی برای توانمندسازی فرآیند سازماندهی و توسعه مردم و مشارکت مؤثر آنها در جامعه و ایجاد تعامل با حکومت‌ها که در نهایت به بهبود نظارت و کنترل جامعه منجر می‌گردد، صورت می‌پذیرد.

۲- اصلاحات دولتی^۱

اصلاحات دولتی چه در سطح ملی و یا در سطح حکومت محلی باید بر قوانین و مقررات، راه‌کارهای نهادی، ارزش‌ها و رفتارهایی که از عناصر چهارگانه کلیدی توانمندسازی حمایت می‌کنند، تمرکز نماید.

تمرکز اصلاحات باید بر موارد زیر باشد :

الف: طراحی مکانیزم‌های حمایت از مردم محروم برای دسترسی به اطلاعات پذیرفته شدن و مشارکت

ب : ایجاد راه‌کارهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی

ج : سرمایه‌گذاری در توانایی سازمان‌های حامی فقرا برای حل مشکلات

مشارکت مستقیم مردم فقیر و نمایندگان آنها در هر بافتی ممکن است به دور از واقعیت باشد. فعالیت جامعه مدنی از قبیل مؤسسات تحقیقاتی، سازمان‌های غیردولتی و سازمان‌های مذهبی نقش مهمی در انعکاس صدای مردم فقیر به تصمیم‌گیران محلی و ملی را ایفا می‌کنند.

مراحل توانمندسازی جامعه مبتنی بر ظرفیت‌سازی^۲

^۱ - State Reforms

^۲ - Capacity – Building Approach to Community Empowerment

مرحله (الف): ورود به جامعه و برنامه ریزی پروژه :

- ۱- با آژانس‌های محلی در جامعه و گروه‌های حمایتی تماس بگیرید .
- ۲- رهبران بالقوه را شناسایی کنید .
- ۳- با رهبران احتمالی (بالقوه) در زمینه اهداف کلی پروژه بحث و گفتگو کنید .
- ۴- استراتژی سازماندهی تلاش‌ها به منظور جمع‌آوری منابع را تدوین کنید .
- ۵- جامعه مدرن و اعضای آن را شناسایی کنید .
- ۶- از اعضای گروه ائتلاف ثبت نام کرده و آنها را آموزش دهید .

مرحله (ب): شناسایی نقاط قوت و نگرانی‌های جامعه

- ۱- در گروه‌های متمرکز با هدف شناخت نیازهای عمومی و ثبت نام داوطلبین برای انجام نیازسنجی بحث کنید .
- ۲- جلسات موارد طرح نیازسنجی را برگزار کنید.
- ۳- طرح نیازسنجی را (پرسشنامه) برای توزیع آماده کنید .
- ۴- بررسی ارزیابی نیازها و جمع‌آوری داده‌ها را اجرا کنید .
- ۵- نتایج را تجزیه و تحلیل و فهرست نقاط قوت و مشکلات جامعه را تهیه کنید .
- ۶- نتایج ارزیابی نیازها را منتشر کنید.

مرحله (ج) : سازماندهی جامعه

- ۱- جلسه عمومی برای مرورکردن مشکلات شناخته شده برگزار کنید.
- ۲- درباره مشکلات و راه حل‌ها بحث کنید.
- ۳- اهداف کلی ائتلاف را مشخص کنید.
- ۴- از افراد داوطلب برای گروه‌های کار ثبت نام به عمل آورید.
- ۵- به داوطلبین در شناسایی رهبران و اولویت‌ها برای گروه‌های کار خود کمک کنید.
- ۶- جلسات منظم را برنامه‌ریزی کنید.

مرحله (د): برنامه‌ریزی و اقدام کردن:

- ۱- در مورد نحوه اداره جلسات مبتنی بر اقدام و عمل به رهبران و گروه‌ها آموزش دهید.

- ۲- از گروه‌های کار در زمینه برنامه‌ریزی و سازماندهی فعالیت‌ها حمایت کنید.
- ۳- از گروه‌های کار در شناسایی منابع محلی حمایت کنید.
- ۴- به اعضای گروه‌های کار برحسب نیاز در زمینه جلب حمایت همه جانبه آموزش دهید.

مرحله (ه): پایش / بازخورد :

- ۱- نسخه‌هایی از برنامه‌های عملیاتی گروه‌های کار را جمع‌آوری کنید.
- ۲- به اعضای گروه‌ها درباره طرح‌های عملیاتی که در دست اجرا دارند، بازخورد ارایه دهید.

- ۳- از گروه‌های کار در زمینه پیشرفت آنها به سوی اهداف طرح حمایت کنید.
 - ۴- دستیابی به اهداف را جشن بگیرید و از اعضا تجلیل به عمل آورید.
 - ۵- از گروه‌های کار در جریان شناسایی اهداف کلی و عملیاتی جدید حمایت کنید.
- مرحله (و): سازماندهی تلاش‌های اجتماعی را پایدار سازید (ادامه دهید) :
- ۱- رهبران و اعضای جدید را معرفی کنید.
 - ۲- پیرامون مسایل و مشکلات عمده، اعضای جدید را سازماندهی کنید.
 - ۳- از تلاش گروه برای حفظ و تأمین منابع برای استمرار عملیات، حمایت به عمل آورید.

برنامه‌های استراتژیک

برنامه‌های استراتژیک در توانمندسازی حداقل باید دربرگیرنده زمینه‌های زیر باشد:

- ۱- استراتژی ظرفیت سازی
- ۲- استراتژی توسعه اجتماعی
- ۳- استراتژی آموزش ، مشاوره و توسعه مهارت‌ها
- ۴- استراتژی مبتنی بر جنسیت و حساسیت فرهنگی جامعه

۱- استراتژی ظرفیت سازی

عبارت است از توسعه مهارت‌های پایدار، ساختارهای سازمانی، منابع و تعهد لازم برای بهبود و ارتقای سطح توانمندی جامعه در راستای توسعه پایدار.

پنج عنصر کلیدی در ظرفیت‌سازی وجود دارد که عبارتند از:

- توسعه سازمانی

- توسعه نیروی کار

- تخصیص منابع

- مشارکت

- رهبری

۲- استراتژی توسعه اجتماعی

توسعه اجتماعی در برگیرنده طیفی از فعالیت‌هایی می‌باشد که با هدف افزایش قدرت و اثربخشی جوامع و بهبود شرایط مردم محلی و بومی (مخصوصاً افرادی که در شرایط نامساعدی قرار دارند) و توانمندسازی مردم برای مشارکت در تصمیم‌گیری عمومی برای کنترل بیشتر محیط در دراز مدت، صورت می‌گیرد.

اهداف توسعه اجتماعی:

- تسهیل شرایط برای بهبود محیط‌های فیزیکی و اجتماعی

- مطرح کردن مسایل و مشکلات توسعه نیافتگی و مسایل گروه‌های حاشیه‌نشین و اقشار محروم

- مرتبط ساختن توانمندسازی با جامعه مدنی

۳- استراتژی آموزش، مشاوره، و توسعه مهارت‌ها

هدف از آموزش و آرایه اطلاعات، بهبود دانش و آگاهی افراد جامعه و درک و فهم آنها در رابطه با عوامل شکل دهنده مسایل محیطی (محیط فیزیکی، محیط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی) و کمک به آنها برای خودکفایی و خود اتکایی و مشارکت فعال آنها در حل مسایل خود و کنترل بهینه اوضاع جاری می‌باشد. در این استراتژی، آرایه اطلاعات و

برقراری ارتباطات با هدف انتقال پیام‌ها، به عنوان گام‌های اولیه محسوب می‌شوند. ایجاد انگیزه و کسب مهارت‌های ضروری و همچنین اعتماد بنفس و خود کارایی نقش محوری در این استراتژی دارد.

۴- استراتژی مبتنی بر جنسیت و حساسیت فرهنگی

زنان نیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند، علیرغم این هنوز ما شاهد عقب نگه داشتن و جداسازی زنان از مشارکت فعال در روند توسعه و توانمندسازی هستیم. این امر باید با جدیت توسط متخصصین، کارشناسان و مدیران پیگیری شود. توانمندسازی زنان باید در اولویت برنامه‌های ارتقای سلامت قرار بگیرد چون نقش زنان در مجموعه تحولات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تربیتی، کمتر از نقشی که مردان دارند، نیست. تقویت نقش و جایگاه زنان در فرآیند توانمندسازی کلید طلایی موفقیت طرح‌ها و برنامه‌های توانمندسازی می‌باشد.

به کارگیری مدل‌ها، نظریه‌ها و ابزارهای مدرن در زمینه توانمندسازی بدون توجه به سنت‌ها، ارزش‌ها و علایق فرهنگی جامعه ممکن است به مخالفت و مقابله با نفس فرآیند توانمندسازی منجر شود.

بنابراین، ضرورت دارد که کارشناسان، متخصصین و صاحب‌نظران امور بهداشتی و اجتماعی نسبت به مسایل اجتماعی و فرهنگی، شیوه‌های زندگی، آداب و رسوم اعتقادات مذهبی، ارزش‌ها و روش‌های معیشتی مردم و چگونگی تعامل اجتماعی آنها در شرایط مشخص و در محیط‌های شهری و روستایی حساس بوده و این مسایل را مورد توجه و تأکید قرار دهند.

مراحل کلیدی در فرآیند توانمندسازی جوامع

- ۱- برقراری ارتباط و تماس با جامعه
- ۲- تعیین اهداف توانمندسازی جامعه
- ۳- تدوین استراتژی‌ها و وظایف کلیدی طرح‌های توانمندسازی
- ۴- تعیین ساختار طرح‌های توانمندسازی
- ۵- شناسایی مشوق‌ها و انگیزه‌های مناسب

- ۶- مدیریت فرآیند توانمندسازی
- ۷- ارایه حمایت و نظارت مناسب
- ۸- اجرای فعالیتهای پیش‌بینی شده در طرح
- ۹- پایش و ارزشیابی اجرای طرح توانمندسازی

توصیه‌های فنی در رابطه با مراحل کلیدی در فرآیند توانمندسازی

الف : برقراری ارتباط با جامعه :

- ۱- روش‌های برقراری ارتباط
- ۲- مدت زمان و دیگر منابع موردنیاز برای برقراری ارتباط
- ۳- تجزیه و تحلیل شبکه‌های اجتماعی
- ۴- شناسایی رهبری در جامعه هدف
- ۵- ارزیابی نیازها
- ۶- جلب حمایت جامعه و یا حصول اطمینان از تعهد و آمادگی مردم برای اقدام

ب : تعیین اهداف کلی / اهداف اختصاصی برای طرح‌های توانمندسازی

- ۱- مشخص کردن تصمیم گیرندگان
- ۲- مشخص کردن روش‌های تعیین اهداف
- ۳- تدوین اهداف سازمانی
- ۴- تدوین اهداف اقتصادی / مالی
- ۵- توجه به اهداف برابری
- ۶- توجه به تجارب گذشته:
- اقلیت و نخبگان همیشه بیشترین سود و فایده را برده اند ؛
- تفاوت و اختلاف بر سر اولویت‌ها شایع بوده است؛
- اهداف جامعه به مرور زمان قابل تغییر می باشند.

ج : تعیین استراتژی‌ها و وظایف

۱- تدوین استراتژی‌های طرح

۲- مشخص کردن وظایف کلیدی توسعه اجتماعی در طرح

۳- تعیین مسئولیت‌ها و فعالیت‌ها

د : تعیین ساختار طرح توانمندسازی

۱- شکل (فرم): (غیررسمی، رسمی، سازمان یافته، نیمه سازمان یافته، تعاونی مشارکتی)

۲- انسجام/ثبات: (براساس تعلق قومی، مذهبی، جغرافیایی، زبان، مشکلات و نیازهای

مشترک)

۳- میزان : حجم (تعداد) افراد جامعه/ منطقه جغرافیایی

۴- رهبری: فرآیند انتخاب باید مشخص باشد. وظایف رهبر باید تعیین شود.

۵- فرآیند تصمیم‌گیری: تصمیم‌گیری به وسیله کمیته اجرایی؟ مجمع عمومی؟ و یا راه-

کارهای دیگر؟ زمان برگزاری جلسات، شیوه‌های حل اختلاف (توافق، رای اکثریت،

تصمیم‌گیری اجرایی).

ه : شناسایی مشوق‌ها و انگیزه‌های مناسب

۱- انواع مشوق‌ها (انواع راه‌کارهای ایجاد انگیزه)

۲- تشویق به چه کسانی (مشوق‌ها برای رهبران اجتماعی، افراد جامعه، اعضای

سازمان‌ها و یا کارکنان داوطلب)

۳- میزان و درجه تشویق (مقدار انگیزه لازم برای جلب مشارکت در فرآیند

توانمندسازی)

و : مدیریت طرح‌های توانمندسازی

۱- چارچوب اداری (ساختار براساس وظیفه و یا براساس سلسله مراتب)

۲- روش‌های برنامه‌ریزی (بالا به پایین/ پایین به بالا/ ترکیبی/ آمرانه - دموکراتیک)

۳- کنترل مدیریتی: (سیاست‌ها، روش‌های اجرایی، بودجه، ممیزی، جلسات پرسنلی،

طرح‌های کار، گزارشات)

ز : حمایت و نظارت مناسب :

۱- نوع نظام نظارتی (بازدید میدانی، ممیزی، بررسی گزارشات و فرم‌ها و ارزشیابی خارجی)

۲- افراد مسئول نظارت

۳- برنامه نظارت

۴- روش‌های تشویق نظارت‌گران

۵- مواد و تجهیزات مورد نیاز

۶- کارکنان

۷- برنامه آموزش کارکنان

ح- اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده

۱- پرسنل (چه کسی / کسانی فعالیت‌ها را اجرا می‌کنند)

۲- جدول زمانی برنامه (زمان و روش اجرای فعالیت‌ها: روزانه، هفتگی، ماهانه)

۳- محل / مکان (محل اجرای فعالیت‌ها)

۴- روش‌ها

ط : پایش و ارزشیابی اجرای طرح‌های توانمندسازی:

۱- موضوع / مواضع پایش و ارزشیابی

۲- زمانبندی ارزشیابی

۳- شیوه‌های پایش

۴- نوع ارزشیابی (داخلی ، خارجی ، مشارکتی)

رهنمودهای فنی در زمینه بهبود پروژه‌های اجرایی توانمندسازی

۱- جلب حمایت ساختارهای قدرت در پایین: مشارکت فعال رهبران اجتماعی در فرآیند

۲- ارزیابی دقیق نیازها

۳- کاهش وابستگی و اتکای به منابع محدود خارجی

۴- استفاده بهینه از منابع و دانش بومی جامعه

۵- استفاده بهینه از سیستم‌های اجتماعی بومی

- ۶- به کارگیری خلاق و مؤثر داوطلبین اجتماعی
- ۷- افزایش پوشش خدمات و سرویس‌های اجتماعی
- ۸- جلب حمایت فعال اعضای جامعه و افراد کلیدی
- ۹- جلب مشارکت فعال زنان و جوانان در طرح‌های توانمندسازی

اجزا و عناصر کلیدی در یک طرح عملیاتی توانمندسازی

- ۱- موضوع (زمینه طرح): نوع توانمندسازی: آموزشی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی و یا ترکیبی از استراتژی‌های توانمندسازی
- ۲- اهداف کلی / اهداف اختصاصی (براساس مدل SMART +P)
- ۳- نوع فعالیت
- ۴- مسئولیت اجرایی طرح
- ۵- گروه هدف
- ۶- شاخص‌های کمی و عملکردی (حجم فعالیت‌های مورد انتظار + استاندارد کار)
- ۷- تاریخ و زمان اجرا (شروع / خاتمه)
- ۸- روش پایش و ارزشیابی

تدوین اهداف و استراتژی‌های طرح عملیاتی

	هدف کلی
	منابع داده‌های در دسترس
الف : ب : ج : د :	اهداف اختصاصی بالقوه
الف : ب : ج : د :	استراتژی‌های بالقوه

جدول شماره ۱: فرم پیشنهادی طرح عملیاتی

طرح عملیاتی

هدف کلی :

هدف اختصاصی :

زمینه (موضوع فعالیت)

ملاحظات	روش ارزیابی	روش پایش	شاخص‌های کمی و عملکردی	گروه هدف	مسئول مسئولین اجتماعی	تاریخ اجرا		نوع فعالیت
						پایان	شروع	

راه کارها و شاخص‌های عمده توانمندسازی

الف : توانمندسازی آموزشی

۱- راهکارهای توانمندسازی آموزشی

- آموزش و بازسازی سیستماتیک برنامه‌های آموزشی با هدف توانمندسازی علمی مهارتی و فنی گروه‌های رسمی دولتی و غیردولتی - تشکیل کلاس‌ها - کارگاه‌ها و جلسات و همچنین مهارت آموزی حرفه‌ای و سوادآموزی
- آموزش از طریق انجمن‌ها و سازمان‌های مردمی و غیر دولتی به خاطر داشتن پایگاه اجتماعی مردمی و دسترسی آسان آنها به گروه‌های اجتماعی
- زمینه‌های آموزش در برگیرنده موضوعات مختلفی است از قبیل سوادآموزی حرفه - آموزی، مهارت‌های زندگی، آموزش سلامت، مسایل اجتماعی و سیاسی آموزش مسایل کشاورزی و دامپروری و غیره.

۲- شاخص‌های توانمندسازی آموزشی

- میزان یا نرخ باسوادی در جامعه / جوامع شهری و روستایی
- میزان یا نرخ باسوادی در میان زنان شهری و روستایی
- میزان و یا سواد بهداشتی و آموزش سلامت در زمینه اولویت‌های سلامت و بهداشت در جامعه شهری و روستایی
- درصد توانایی حرفه‌ای در میان افراد بیکار و غیرماهر و یا کارگران ماهر در رابطه با حرف و صنایع محلی و کوچک
- درصد سواد مدنی - اجتماعی اقشار مختلف جامعه از قبیل درصد روزنامه خوانی / کتاب خوانی
- درصد کشاورزان باسواد (درصد کشاورزان باسواد در زمینه مسایل ترویج کشاورزی و دامپروری)

ب : توانمندسازی اجتماعی

۱- راهکارهای توانمندسازی اجتماعی

- راه اندازی خدمات اجتماعی و اساسی برای رفع نیازها و انتظارات جوامع هدف توانمندسازی
- دسترسی آسان و برابر (equitable) برای همه افراد، خانواده‌ها و جوامع به خدمات اجتماعی مورد نیاز
- تقسیم عادلانه هزینه خدمات اجتماعی در میان اقشار و گروه‌های اجتماعی با توجه به پایگاه و منزلت اجتماعی آنها
- نظارت جامعه بر نحوه ارائه خدمات اجتماعی
- پایداری (Sustainability) انواع خدمات اجتماعی که به جامعه ارایه می‌گردد.

۲- شاخص‌های توانمندسازی اجتماعی

- درصد ارایه خدمات اجتماعی در زمینه‌های مختلف به جامعه هدف توانمندسازی
- درصد دسترسی مردم به خدمات اجتماعی مورد نیاز
- میزان تقسیم هزینه‌های خدمات اجتماعی در میان اقشار و گروه‌های اجتماعی
- درصد گزارشات مردمی در زمینه خدمات و سرویس‌های اجتماعی ارایه شده

ج: توانمندسازی مالی و اقتصادی

۱- راهکارهای توانمندسازی مالی و اقتصادی

- تدوین برنامه‌های مبتنی بر برآورد و محاسبه ظرفیت اقتصادی و مالی جامعه
- شناخت منابع علمی و بومی جامعه که منشاء مالی و اقتصادی دارند
- تلاش برای جلب کمک‌های مردمی و مالی برای تحقق عملیاتی برنامه‌های توانمندسازی
- حمایت مالی دولت و سازمان‌های اجتماعی و یا سازمان‌های غیردولتی از طرح‌های اجتماعی برای تولید از طریق اعطای وام بلاعوض و یا تسهیلات بانکی و یا تشکیل تعاونی‌ها

۲- شاخص‌های توانمندسازی مالی و اقتصادی

- تعداد برنامه‌ها و طرح‌های تحقیقاتی در زمینه بررسی وضع موجود از لحاظ منابع انسانی، طبیعی و مالی جامعه
- تعداد طرح‌ها و برنامه‌های تدوین و اجرا شده در راستای جلب کمک‌های مردمی برای برنامه‌های توانمندسازی
- تعداد ارگان‌ها، سازمان‌ها و انجمن‌های خیریه فعال در حمایت مالی از طرح‌های توانمندسازی
- درصد طرح‌ها و برنامه‌های تولیدی ایجاد شده با حمایت مالی دولت، سازمان‌های غیردولتی و یا انجمن‌های خیریه
- مقدار وام و تسهیلات بانکی اعطاء شده به گروه‌هایی از قبیل زنان، خانواده‌های کم بضاعت و بی‌سرپرست و تعاونی‌ها برای تولید اقتصادی

د: توانمندسازی نهادی و یا مؤسسه‌ای

۱- راهکارهای توانمندسازی نهادی

- تشکیل و یا راه‌اندازی مؤسسات اجتماعی از قبیل مؤسسات آموزشی، حمایتی فنی سیاسی، فرهنگی برای عضویت افراد و جامعه در این تشکله‌ها با هدف حمایت از سیستم‌های جاری که توسط فرآیند توانمندسازی ایجاد شده‌اند
- حمایت و تقویت نهادها و مؤسسات سنتی موجود در جامعه که از توان رهبری و حمایتی مهمی برخوردار هستند
- توجه به کارکرد، علایق و نیازهایی که توسط نهادهای مردمی در رابطه با مسایل مختلف ارایه می‌گردد
- ایجاد ارتباط پویا و تعاملی بین نهادها و سازمان‌های دولتی و متخصصین با هدف طراحی، تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی و استفاده مؤثر از همکاری‌های این نوع نهادها.

۲- شاخص‌های توانمندسازی نهادی

- درصد و یا تعداد نهادها و یا مؤسساتی فعال در زمینه توانمندسازی
- تعداد نهادها و مؤسسات حمایت‌کننده
- تعداد طرح‌های مشترک توانمندسازی که نهادها در آن نقش دارند

ه: توانمندسازی فنی و محیطی

۱- راه‌کارهای توانمندسازی فنی و محیطی

- بررسی و شناخت فناوری‌های مردمی و مدرن موجود در جامعه
- تقویت مهارت‌های مدیریتی و نظارتی بر نحوه کارکرد صحیح این سیستم‌ها
- حمایت از طرح‌های بومی برای پایداری سیستم‌های فنی و محیطی و اداره آنها توسط جامعه محلی
- انتقال و ارایه دانش، اطلاعات و مهارت‌های مورد نیاز برای راه‌اندازی مستمر سیستم‌ها
- های موجود در جامعه از قبیل سیستم آبرسانی، سیستم دفع زباله، سیستم فاضلاب، سیستم حمل و نقل درون شهری و یا دفع فضولات حیوانی در روستاها و غیره

۲- شاخص‌های توانمندسازی فنی و محیطی

- تعداد بررسی‌ها و پروژه‌های مرتبط با کارکرد فناوری‌ها و یا سیستم‌های فنی و محیطی در جامعه
- تعداد سیستم‌ها و یا فناوری‌های فنی مورد نیاز جامعه برای حفاظت و کنترل محیطی توسط خود جامعه
- تعداد طرح‌ها و برنامه‌های حمایت محیطی مورد حمایت دولت، سازمان‌های غیر دولتی و یا انجمن‌ها و مؤسسات خیریه
- تعداد جلسات و یا کلاس‌های آموزشی تشکیل شده و همچنین مواد آموزشی تولید و طراحی شده مورد استفاده برای آموزش مدیریت و عملکرد صحیح
- تعداد جلسات و یا کلاس‌های آموزشی تشکیل شده و همچنین مواد آموزشی تولید و طراحی شده برای مدیریت و عملکرد فنی مناسب فناوری‌ها و سیستم‌های محیطی موجود.

بخش ۳

توانمندسازی زنان

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می رود:

- ۱- تعاریف و مفاهیم جنس و جنسیت را بیان کند.
- ۲- شرایط و موقعیت زنان را بیان کند.
- ۳- عناصر اساسی توانمندسازی زنان را به طور نمودار بیان کند.
- ۴- شاخص‌های اندازه‌گیری توانمندسازی زنان را ذکر نماید.
- ۵- چارچوب توانمندسازی زنان را بر طبق خلاصه بیان کند.

جنس، جنسیت و پدر سالاری

واژه جنس (sex) به تفاوت‌های زیستی (بیولوژیکی) و فیزیولوژیکی بین مردان و زنان اطلاق می‌شود در حالیکه واژه جنسیت (Gender) ساختاری اجتماعی دارد که به وسیله فرایند اجتماعی شدن و همچنین از طریق تفاوت‌های مثبت و منفی در نهادها و ساختارهای مختلف جامعه (از قبیل مذهب، رسانه‌ها ساختارهای اقتصادی، قوانین و نظام-های قضایی، اعتقادات و رفتارهای فرهنگی آموزش، مراقبت‌های بهداشتی و غیره) شکل می‌گیرد.

جنسیت یک مفهوم پویا است و در زمان‌ها و مناطق مختلف اشکال متفاوتی دارد و تحت تأثیر عواملی از قبیل قومیت، طبقه، نژاد، مذهب، فرهنگ و نظام اقتصادی و سیاسی قرار می‌گیرد. بر خلاف آن، مفهوم جنس (sex) که از لحاظ بیولوژیکی تعیین می‌شود یک مفهوم جهانی و غیر قابل تغییر است.

ساختار جنسیت به وسیله تحمیل ویژگی‌های منحصر به فرد، نگرش‌ها، الگوهای رفتاری و نقش‌های اجتماعی به وجود می‌آید که در واقع فرآیندی است که در آن طبقه بندی‌های «بیولوژیکی» مرد و زن به طبقه‌بندی‌های «اجتماعی» مردان و زنان تبدیل می‌شوند.

القای مفهوم جنسیت و اعمال تبعیض علیه زنان از بدو تولد آغاز می‌شود. زنان خود قربانیان اولیه القای فکری و ایدئولوژی پدرسالاری هستند. چرا که مادران به عنوان عاملان عمده پدیده اجتماعی شدن به طور فعال در ادامه روند سلطه مردان مشارکت دارند. اجتماعی شدن فرآیندی است که در آن جامعه اعضای خود را برای پذیرش و ایفای نقش-های اجتماعی از پیش تعیین شده آموزش می‌دهد و این پدیده از بدو تولد شروع می‌شود. والدین (به ویژه مادران)، معلمان، نهادهای مذهبی و فرهنگی و رسانه‌ها از عمده‌ترین عوامل پدیده اجتماعی شدن هستند.

جنسیت و پدرسالاری

زنان در چه جایگاهی از تجزیه و تحلیل قدرت و ایدئولوژی قرار دارند؟ برای پاسخ به این سؤال ابتدا باید با مفاهیم جنسیت و ایدئولوژی و نظام اجتماعی که جنبش زنان آن را پدرسالاری می‌نامد، برخورد علمی داشته باشیم. پدرسالاری از لحاظ ادبی به «حکومت

پدر» اطلاق می‌شود. این واژه ریشه یونانی دارد اما واژه‌ها و یا اصطلاح اجتماعی آن به نظام تسلط مردان اطلاق می‌گردد که در آن مالکیت کنترل و به ارث رسیدن دارایی‌ها به پدر بر می‌گردد.

پدرسالاری در جوامع امروزی و مدرن یک پدیده جهانی است و برحسب دیدگاه تعداد زیادی از کارشناسان، دارای ریشه‌های مشخص تاریخی است. آنچه که اهمیت بیشتری دارد، وجود دلایل قابل توجه انسان‌شناسی و تاریخی از عهد باستان مبتنی بر وجود اشکال اجتماعی برابری جنسیتی بیشتری بوده است.

پایه ایدئولوژیکی پدرسالاری در مفهوم جنسیت نهفته است. البته مقدار زیادی ابهام ما بین مفاهیم جنسیت (Gender) و جنس (sex) وجود دارد که عده‌ای از مردم از این دو واژه مختلف کاربرد یکسانی ممکن است داشته باشند.

توانمندسازی زنان در واقع نتیجه فرآیندی است که در آن زنان کنترل بیشتری بر منابع مادی و معنوی به دست خواهند آورد و با ایدئولوژی پدرسالاری و تبعیض مبتنی بر جنسیت در کلیه نهادها و ساختارهای جامعه مبارزه می‌کنند.

شرایط و موقعیت زنان

شرایط عبارت است از حالت مادی که زنان محروم در آن زندگی می‌کنند که این شرایط در برگیرنده جنبه‌های زیر می‌باشد:

• دستمزد پایین و کم

تغذیه نامطلوب (ناکافی)

کمبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، آموزشی و مهارت آموزی

موقعیت عبارت است از جایگاه اجتماعی و اقتصادی زنان در مقایسه با مردان

مداخلات توسعه‌ای برای توانمندسازی زنان، اغلب بر بهبود شرایط روزانه زندگی زنان تمرکز دارد (از قبیل بهبود شرایط معیشتی، افزایش آگاهی زنان و غیره) اما توانایی آنها در اقدام برای تغییر ساختارهای زیربنایی که باعث انقیاد و تحت سلطه درآوردن آنها و بی-عدالتی موجود می‌شود، معمولاً دست نخورده باقی می‌ماند.

منافع زنان به دو دسته تقسیم می‌شود :

۱- منافع عملی

۲- منافع استراتژیک

منافع و نیازهای عملی زنان در واقع برای دسترسی به غذا، بهداشت، آب، سوخت مراقبت کودکان، آموزش و بهبود فناوری می‌باشد که بایستی برآورده شوند. این منافع به خودی خود هدف نیستند و باید در راستای به حرکت درآوردن و سازماندهی زنان برای دستیابی به منافع استراتژیک و بلند مدت که ضروری می‌باشد اقدام شود تا جایگاه واقعی و شرایط زنان دچار تحول و دگرگونی مثبت شود.

عناصر اساسی در فرایند توانمندسازی زنان

۱- توانمندسازی یک فرایند است، هر چند که نتیجه این فرایند ممکن است توانمندسازی تعریف شود اما به طور اخص، نتیجه و محصول توانمندسازی باید به صورت توزیع مجدد قدرت بین افراد، جنسیت‌ها، گروه‌ها، طبقات، کاست‌ها، نژادها، گروه‌های قومی و یا ملت‌ها تظاهر کند.

توانمندسازی به معنی تغییر ساختارهای سلطه‌گری به وسیله ایجاد تغییرات ریشه‌ای در قوانین، حقوق مالکیت، کنترل بر جسم و همچنین مزد زنان می‌باشد. این تغییرات باید در نهادهایی که تسلط مردان را تقویت می‌کند و به آن استمرار می‌بخشد صورت گیرد؛

۲- فرایند توانمندسازی، طبیعت همه‌جانبه دارد چون کلیه ساختارهای قدرت را در بر می‌گیرد. بنابراین تغییر در ساختار قدرت باید به وسیله ایجاد تغییر در شرایط و موقعیت رخ دهد؛

۳- فرایند توانمندسازی زنان باید ابتدا در ذهن و تفکر خود آنها آغاز شود. این به معنی تغییر دادن عقاید زنان درباره خود، حقوق، توانایی‌ها و پتانسیل‌هایی که دارند، می‌باشند. ایجاد آگاهی از چگونگی تأثیرگذاری جنسیت و دیگر نیروهای اجتماعی، اقتصادی و

سیاسی بر زنان، به آنها در شکستن تفکر و احساس فرودستی تحمیلی بر آنان از دوران کودکی، کمک خواهد کرد؛

۴- قدرت و حقوق باید به صورت تقاضا و خواسته به وسیله ستم‌دیدگان و افراد ناتوان نمایان شود؛

۵- فرآیند توانمندسازی باید به وسیله عوامل تغییر، القا و یا برانگیخته شود؛

۶- آموزش، محور فرآیند توانمندسازی می‌باشد. چون ارتقای دانش و آگاهی اساساً یکی از فرآیندهای آموزش است، آموزش در متن و بافت توانمندسازی ابزاری است که توانایی بسیار بالایی دارد چرا که دسترسی به افکار و نظرات جدید و همچنین روش‌های فکرکردن را فراهم سازد و تقاضا برای تغییر را به وجود می‌آورد. آموزش توانمندسازی به ایجاد شعور و تفکر انتقادی، تفکر تحلیلی و دانش و مهارت‌ها برای اقدام در جهت تغییر منجر می‌شود؛

۷- فرآیند توانمندسازی باید به صورت جمعی و گروهی شکل بگیرد. تاریخ به کرات نشان داده است که ایجاد تغییر در یک فرد ضرورتاً به تغییر در کلیه افراد که موقعیتی مشابه دارند، منجر نمی‌شود اما زمانی که گروه زنان تقاضای تغییر و اقدام برای به چالش کشیدن کل سیستم و ایدئولوژی مرد سالاری را دارند، قدرت آنها همیشه بزرگتر از قدرت فردی خواهد بود؛

۸- توانمندسازی اساساً خصلتی زیگزاگی و مارپیچی دارد و یک روند چرخه‌ای نیست. این روند به تغییرات بزرگ‌تر و بزرگ‌تری منجر می‌شود. کسب شعور و آگاهی، شناخت مشکل، اقدام برای تغییر و تجزیه و تحلیل اقدام انجام گرفته موجب ارتقای به سطوح بالاتری از شعور فردی و جمعی خواهد شد؛

۹- تغییرات زیگزاگی توانمندسازی، کلیه افراد درگیر در فرآیند را دگرگون خواهد ساخت و از جمله عامل تغییر، جمع و محیط را در برخواهد گرفت. بنابراین توانمندسازی نمی‌تواند به صورت فرآیند یک جانبه و یا بالا به پایین باشد.

ویژگی‌های اساسی فرآیند توانمندسازی افراد و به ویژه زنان

۱- داشتن قدرت انتقاد از اعتقادات و رفتارهای سنتی و ایجاد یک رویکرد انتقادی از محیط پیرامون؛

۲- ایجاد خودانگاره مثبت (دید مثبت از خود داشتن و نقاط قوت خود را پذیرفتن) از جمله ارزش نهادن به دانش و مهارت‌های خود؛

۳- تجزیه و تحلیل ساختارهای ستمگرانه و استثماری؛

۴- آگاهی از حقوق برابر افراد به عنوان شهروندان؛

۵- بیان نقاط قوت و ضعف خود و مشارکت با دیگران در ارایه آن؛

۶- آشنایی با نحوه سازماندهی و مشارکت فعال در پایه‌ریزی پیوندهای جمعی و گروهی به ویژه در تصمیم‌گیری‌های جمعی، اقدام، تفکر انتقادی و مسئولیت‌پذیری؛

۷- آشنایی با نحوه مقابله با رفتارها و اعمال ستمگرانه در درون و بیرون خانه و خانواده؛

۸- تلاش برای دسترسی به منابع جدید اطلاعات و دانش مرتبط با مسایل حساس و مهم زندگی و همچنین رسیدن به درک و شناخت ژرف از جهان پیرامون؛

۹- شناخت ایدئولوژی‌های حاکم و مسلط و تحلیل انتقادی آن با تأکید بر برجسته‌های زیر:

الف: روابط اجتماعی و جنسیتی

ب: سیاست‌های توسعه‌ای

ج: سیاست ملی و محلی؛

۱۰- مطالعه منابع موجود از قبیل منابع فیزیکی، انسانی، مالی و از جمله خدمات دولتی و غیردولتی؛

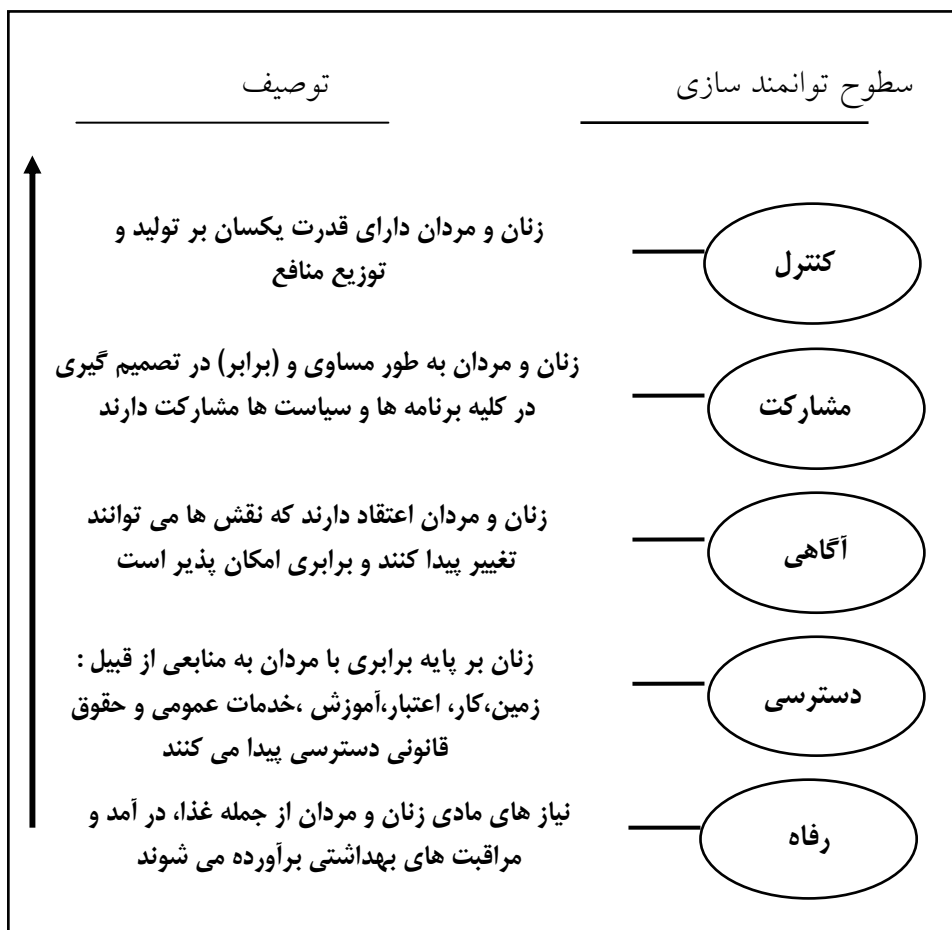
۱۱- آشنایی با نحوه دسترسی مستقل به منابع و خدمات عمومی و طلب مسئولیت-پذیری و پاسخگویی و اقدام و تلاش برای ایجاد تغییرات در طرح‌ها و برنامه‌های نامناسب و غیرقابل دسترس؛

- ۱۲- آشنایی با نحوه مذاکره و گفتگوی مستقل با نهادهای عمومی و سیستم‌ها (شوراهای محلی، نمایندگان منتخب، بانک‌ها، ادارات دولتی و غیره)؛
- ۱۳- آشنایی با ساختارهای سیاسی و نظام‌های نظارتگر و اقتداری و نحوه مشارکت در این نوع ارگان‌ها و چگونگی مطالبه مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی از آنها؛
- ۱۴- مشارکت در سازماندهی و ایجاد شبکه‌ها در سطوح ملی، منطقه‌ای، ملی و جهانی؛
- ۱۵- آشنایی با سایر مهارت‌های توانمندسازی از قبیل مهارت‌های حرفه‌ای مدیریتی سواد، جمع‌آوری داده‌های پایه و مهارت‌های انجام بررسی‌هایی که گروه‌ها و زنان فقیر را به نیروی اجتماعی تبدیل می‌کند.

متخصصین مسایل توسعه و جنسیت، شاخص‌های زیر را به عنوان موارد اندازه‌گیری توانمندسازی زنان مطرح و پیشنهاد می‌کنند:

۱. مشارکت در تصمیم‌گیری‌های عمده خانواده
۲. آزادی نسبی از قید و بندهای منفی خانوادگی
۳. آگاهی سیاسی و قانونی
۴. مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی
۵. ایمنی و مصونیت (حمایت) اقتصادی
۶. آگاهی از انواع گزینه‌ها و راه‌حل‌ها
۷. آگاهی از سلامت خود
۸. مشارکت در گروه‌ها
۹. رغبت و انگیزه برای دریافت اطلاعات و تجارب تازه

چهار چوب توانمند سازی زنان



بخش ۴

توانمندسازی و ارتقای سلامت

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- تعریف ارتقای سلامت و رابطه آن با ۴- شاخص‌های توانمندسازی فردی و اجتماعی توانمندسازی را بیان کند.
در ارتقای سلامت را با هم مقایسه کند.
- ۲- با خصوصیات و تفاوت‌های توانمندسازی ۵- با مدل‌های توانمندسازی فردی و اجتماعی فرد و جامعه در ارتقای سلامت آشنا شود.
در ارتقای سلامت آشنا شود.
- ۳- جنبه‌های کلیدی توانمندسازی در ارتقای سلامت را نام ببرد.

توانمندسازی و ارتقای سلامت

واژه‌نامه ارتقای سلامت که به وسیله سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸ منتشر گردید، در رابطه با توانمندسازی و رابطه آن با ارتقای سلامت عبارت زیر را بیان کرده است:

توانمندسازی در ارتقای سلامت فرآیندی است که از طریق آن مردم کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌ها و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به دست خواهند آورد.

فقدان و یا کمبود قدرت^۱ از مدت‌ها پیش به عنوان یک بار سنگین برای سلامت مردم معرفی شده است اما فقط در دو دهه اخیر جنبه‌های مثبت مفهوم قدرت در تئوری و عملکرد سلامت ادغام یافت.

والرشتاین^۲ در سال ۱۹۹۲ تعریف روشنی از توانمندسازی ارائه کرد که به کارگیری یک زبان مشترک در توانمندسازی را تسهیل نمود.

تعریف والرشتاین از توانمندسازی بدین شکل بیان شده است:

توانمندسازی یک اقدام اجتماعی می‌باشد که مشارکت مردم، سازمان‌ها و جوامع در راستای اهداف کلی افزایش کنترل فردی و اجتماعی، کارآیی سیاسی، بهبود کیفیت زندگی اجتماعی و عدالت اجتماعی را ترویج می‌کند.

واژه‌نامه ارتقای سلامت^۳ تفاوتی بین توانمندسازی فردی و توانمندسازی اجتماعی قایل شده است که به صورت زیر بیان شده است:

«تفاوتی بین توانمندسازی فردی و اجتماعی وجود دارد. توانمندسازی فردی عمدتاً به توانایی فرد برای اتخاذ تصمیمات و داشتن کنترل بر زندگی شخصی خود اطلاق می‌شود». «توانمندسازی اجتماعی شامل افرادی می‌شود که به طور جمعی و گروهی برای دستیابی به کنترل و نفوذ بیشتر بر تعیین کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی خود در جامعه، اقدام

^۱ -power

^۲ - Wallershtein

^۳ - واژه‌نامه مربوط به سازمان جهانی بهداشت

می‌کنند و این به عنوان یک هدف مهم در اقدام اجتماعی برای ارتقای سلامت محسوب می‌شود.»

براساس نظریه زیمرمان^۱ که در سال ۱۹۹۵ مطرح گردید:

تغییرات فردی ناشی از مشارکت فرد در فرآیندهای اقدام اجتماعی «توانمندسازی روانی» اطلاق می‌شود. توانمندسازی روانی تلفیقی از اعتقادات و رفتارهایی است که مردم را برای اثرگذاری بر شرایط و دنیای پیرامون خود توانمند می‌سازد.

مورفی^۲ در سال ۱۹۹۹ توانمندسازی فرد و جمع را به صورت یک ترکیب ارگانیک متداخل و به هم پیوسته در ایجاد فرآیند توانمندسازی مطرح نمود. این دو از هم جداناپذیر هستند. رویکرد او در رابطه با تغییرات رفتاری عبارت از مرتبط ساختن غلبه بر کمبود انگیزه برای تغییر و روانشناسی سکون و ایستایی است.

ما می‌توانیم دو گرایش عمده فکری درباره توانمندسازی در حوزه سلامت شناسایی کنیم. عده‌ای بر این اعتقاد و باور تأکید دارند که مهمترین استفاده از مفهوم توانمندسازی تمرکز بر تغییرات رفتاری برای بهبود سطوح سلامت مردم می‌باشد و این یکی از افکار و مفاهیم بسیار قوی در فرهنگ‌های فردگرا به حساب می‌آید.

این رویکرد بر تغییرات فردی برای دستیابی به شیوه‌های زندگی سالم به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت تمرکز دارد. عده‌ای از حامیان و طرفداران این گرایش برای کاهش عوامل خطر اهمیت زیادی قایل می‌شوند و نسبت به وظیفه سخت و پیچیده ایجاد تغییرات رفتاری در محیط‌های اجتماعی - فرهنگی و سیاسی غفلت می‌ورزند. برخی از طرفداران «متعصب» ارتقای سلامت اعتقاد دارند که برای تغییر گروه‌ها و جوامع ابتدا باید در تک تک افراد تغییر ایجاد کرد. در حالیکه برای اثبات اینکه رفتار جمعی و یا گروهی به معنای حاصل جمع تک تک افراد نیست، دلایل زیادی وجود دارد. همچنین دلیل دیگری وجود دارد که نشان می‌دهد رفتار فردی به وسیله نیروهای اجتماعی شکل می‌گیرد و برای تغییر

^۱ - Zimmerman

^۲ - Murphy

رفتار فرد، شرایط اجتماعی باید دستخوش تغییر و تحول گردد. طرفداران متعصب ایجاد تغییرات در شیوه های زندگی، همیشه دچار حالت انتقاد و ملامت قربانیان^۱ می شوند. در اکثر کارشناسان و متخصصین فعال در زمینه توانمند سازی، درک و شناخت جمعی، غالب و رایج است. والشتاین اعتقاد دارد که توانمند سازی فردی واقعی نیست بلکه آنچه که واقعی است توانمند سازی است که بر فرآیند اجتماعی مبتنی باشد.

توانمند سازی روانی از طریق مشارکت در اقدام گروهی و جمعی تقویت می شود و همچنین به وسیله استراتژی های مؤثری از قبیل روش های آموزشی مشارکتی، پژوهش مشارکتی و دیگر استراتژی های مشارکتی برای افزایش دانش و آگاهی فردی در رابطه با حقوق و وظایف سلامت، تقویت مراقبت از خود و توسعه توانایی های شخصی و شیوه های زندگی سالم حمایت می شود.

از لحاظ تاریخی و مخصوصاً در بهداشت عمومی، مفهوم توانمند سازی اغلب بر فرد تمرکز داشته و به ندرت مسایل اجتماعی و محیطی که سلامت مردم را تحت تأثیر قرار می دهد، در نظر گرفته می شد.

مفهوم ارتقای سلامت در نیمه دوم سال های ۱۹۸۰ میلادی مطرح شد. توانمند سازی یکی از جنبه های مهم ارتقای سلامت به حساب می آید چون هم در تعریف توانمند سازی وهم در استراتژی های کلیدی آن به طور واضح در اولین کنفرانس ارتقای سلامت که در سال ۱۹۸۶ در اوتاواي - کانادا برگزار گردید، منعکس شد.

در تعریف ارتقای سلامت بر واژه های «**قادر سازی**» و «**کنترل**» تأکید و تمرکز می شود.

^۱ -Victim blaming

تعریف ارتقای سلامت (WHO ۱۹۸۰) :

«ارتقای سلامت فرآیندی است که هدف آن توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود مستمر سلامت خود و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، می‌باشد».

یکی از استراتژی‌های کلیدی ارتقای سلامت «تقویت اقدام جامعه» است که به معنی توانمندسازی جوامع و افزایش مالکیت و کنترل آنها بر سرنوشت و مقدرات خود می‌باشد و این استراتژی در دل فرآیند توسعه در ارتقای سلامت ریشه دوانیده است.

هدف توانمندسازی در ارتقای سلامت، توانمند کردن افراد و جوامع برای تصمیم‌گیری در زمینه انتخاب بهترین گزینه سلامت با توجه و تأکید بر نقش و اهمیت شناخت تعیین‌کننده‌های سلامت که در محیط فیزیکی و اجتماعی نمود عینی دارند، می‌باشد.

توانمندسازی تنها به معنی افزایش مهارت‌ها و دانش افراد نیست بلکه شامل مشارکت مردم در داشتن کنترل بیشتر بر شرایط محیطی و تغییر آن شرایط در صورت ضرورت است.

ارتقای سلامت عبارت از فرآیند توانمندسازی مردم و جوامع برای افزایش کنترل آنها بر تعیین‌کننده‌های سلامت و از طریق آن بهبود سلامت خویش است. ارتقای سلامت به وسیله مردم و با همراهی مردم و نه برای مردم صورت می‌گیرد. هیچ فردی به تنهایی نمی‌تواند بر کلیه عواملی که سلامت وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، کنترل داشته باشد. بنابراین ارتقای سلامت نه تنها شامل اعمال و اقداماتی است که به سوی تقویت مهارت‌ها و ظرفیت‌های افراد هدایت می‌شود بلکه همچنین به تقویت ظرفیت گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع برای رویارویی با شرایط اجتماعی و اقتصادی زیربنایی و محیط‌های فیزیکی که سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، منجر می‌شود.

جنبه های کلیدی توانمند سازی جامعه برای ارتقای سلامت

۱- درآمد و پایگاه اجتماعی

- * فاصله بین ثروتمندان و فقرا کم می شود؛
- * جامعه، کلیه اعضای خود را برای ایفای نقش مناسب و ارزش نهادن به تلاش های آنها توانمند می سازد؛
- * به عنوان یک حداقل، کلیه نیازهای اساسی اعضای جامعه برآورده می شود؛
- * امنیت اقتصادی همه تضمین می شود؛
- * برابری در جنسیتی و فرهنگی ترویج می شود.

۲- حمایت اجتماعی

- * جوامع احساس تعلق در افراد و فرصت های تعامل و دریافت و ارایه کمک را تقویت می کنند؛
- * مردم به تنوع فکری احترام می گذارند و آن را می پذیرند؛
- * افراد و گروه ها به طور سازنده تضادها و اختلافات خود را حل می کنند.

۳- آموزش

- * کلیه افراد به فرصت های آموزشی درازمدت (در طول مدت زندگی) دسترسی دارند تا فرآیند آموزش بتواند در تحقق اهداف شخصی و مشارکت اجتماعی به آنها کمک کند؛
- * کلیه افراد مهارت های مورد نیاز برای زندگی روزانه و بهره برداری از آن به بهترین وجه و شکل ممکن را کسب می کنند؛
- * کودکان و جوانان برای زندگی و کار در یک جامعه در حال تغییر، به طور مناسب و صحیح آمادگی لازم را دارند.

۴- اشتغال و شرایط کار

- * فرصت های کار برای آنهایی که رغبت و توانایی کار دارند فراهم می شود ؛
- * دستمزد کافی برای کارکنان در نظر گرفته می شود ؛
- * محل های کاری ایمن بوده و از لحاظ فیزیکی، روانی و اجتماعی سالم می شوند؛

- * طراحی حرفه‌ها و مشاغل به نحوی است که به کارگران امکان کنترل بر روش و نوع کار را می‌دهد؛
- * جداول زمانی کار انعطاف‌پذیر به افراد کمک می‌کند تا تعادل و هماهنگی بین محل کار و زندگی خانوادگی ایجاد شود؛
- * کارگران، آموزش‌های مناسب و منظم و همچنین فرصت‌های یادگیری مستمر را دریافت می‌کنند.

۵- محیط‌های فیزیکی

- * محیط‌هایی که مردم در آن زندگی، کار و بازی می‌کنند نه تنها عاری از خطرات و مواد سمی می‌باشند بلکه همچنین محیط‌های مروج سلامت هستند؛
- * محیط و اقتصاد برای سودمندی جامعه کنونی و نسل آینده اداره و کنترل می‌شود؛
- * افراد، خانواده‌ها، مؤسسات و مراکز تجاری و صنعتی مسئولیت چگونگی استفاده از منابع طبیعی را به عهده می‌گیرند؛
- * کلیه افراد به مسکن و غذای مناسب دسترسی دارند که از لحاظ قدرت خرید قابل پرداخت می‌باشند

۶- شرایط بیولوژیکی و ساختار ژنتیکی

- * درک و شناخت نقش بیولوژی و ژنتیک در سلامت که در حال رشد و توسعه می‌باشد پذیرفته شده و به طور مؤثر و با رعایت نکات اخلاقی بر روی آن کار انجام می‌گیرد.

۷- رفتارهای بهداشتی و سلامت فردی و مهارت‌های مقابله و برخورد

- * افراد برای داشتن کنترل بیشتر بر زندگی خود از طریق دسترسی به مهارت‌ها دانش و منابع ضروری برای گزینش و انتخاب رفتارهای سالم توانمند می‌شوند؛
- * رفتارهای مروج سلامت در سطوح فرد، جامعه و سیاستگذاری مورد حمایت قرار می‌گیرد؛
- * حقوق افراد برای بیان نیازهای بهداشتی و اتخاذ تصمیم‌گیری‌های مرتبط به سلامت خویش، مادامی که به دیگران آسیب و زیان نمی‌رساند، قابل احترام می‌باشد.

۸- توسعه سالم کودکان

- * جامعه ارزش خاصی برای نیازهای کودکان قایل می‌شود؛
- * سلامت و رفاه کودکان به عنوان یک مسئولیت اجتماعی تلقی می‌شود؛
- * خانواده‌ها برای پرورش مناسب کودکان خود از منابع و حمایت مورد نیاز برخوردار می‌شوند؛

۹- خدمات بهداشتی

- * کلیه افراد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی مناسب و با کیفیت بالا دسترسی می‌یابد؛
- * نظام مراقبت‌های بهداشتی به حفظ و ارتقای سلامت و همچنین درمان و توانبخشی توجه و اهمیت می‌دهد.

۱۰- فرهنگ

- * فرهنگ‌های مختلف افکار، دانش و شناخت پرمحتوای را فراهم می‌سازد؛
- * کسب اطلاعات درباره فرهنگ‌ها، به شناخت فرصت‌ها و چالش‌هایی که افراد در این فرهنگ‌ها باید با آنها مواجه شوند، کمک می‌کند؛
- * حساسیت به تفاوت‌های فرهنگی افزایش یافته و چگونگی انطباق با محیط و مفاهیمی مرتبط با سلامت و استفاده از خدمات بهداشتی، تغذیه و همچنین رفتارهای مرتبط با بیماری درک می‌شود.

۱۱- جنسیت

- * جنسیت به نقش‌های متعدد، منش‌های شخصیتی، نگرش‌ها، رفتارها، ارزش‌ها قدرت نسبی و نفوذی که جامعه برای زنان و مردان قایل می‌شود، اطلاق می‌گردد؛
- * اختلاف و تفاوت‌های جنسیتی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سلامت داشته و همچنین به طور غیرمستقیم بر سلامت از طریق اشتغال، آموزش و یا حمایت‌های اجتماعی تأثیر - گذارد؛

- * جنسیت با مسایل سلامت زنان و مردان ارتباط می‌یابد؛
- * هرچند که این مسایل ممکن است متفاوت باشند، اما هر دو به وسیله الگوها و انتظارات فرهنگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

شاخص‌ها و مدل‌های توانمندسازی فردی و اجتماعی در ارتقای سلامت

در ارتقای سلامت گاهی از واژه ناتوانمندی^۱ به عنوان نقطه مقابل توانمندی استفاده می‌شود.

ناتوانمندی یا فقدان کنترل بر شرایط محیطی پیرامون و یا بر سرنوشت، یکی از واژه‌هایی است که به عنوان عامل خطر عمده در ایجاد بیماری به صورت گسترده در محافل علمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. لغت ناتوانمندی گاهی مترادف‌هایی از قبیله خودبیگانگی^۲ ملامت و سرزنش قربانی^۳ و یا ظلم و ستم درونی شده یا پذیرفته شده^۴ دارد.

توانمند سازی در ارتقای سلامت : در گسترده ترین تعریف چنین بیان شده که یک ساخت چند سطحی و چند بعدی دارد و شامل ادعای کنترل و تسلط مردم بر مقدرات زندگی خود در درون بافت اجتماعی - سیاسی که در آن زندگی می‌کنند، می‌باشد. در این فرآیند نوعی احساس قدرت، تسلط و کنترل هدفمند بر اعمال خود در هنگام مشارکت در روند ارتقای سلامت ایجاد می‌شود.

شاخص‌های توانمند سازی فردی و اجتماعی در ارتقای سلامت

اجتماعی	فردی
○ برابری در توزیع منابع	○ عزت نفس
○ ظرفیت حل مشکلات	○ ظرفیت و توانایی فرد
○ شناخت مشکلات خود و محیط	○ خود کارایی
○ پیرامون و ارایه راه حل‌ها	

^۱ - Powerlessness

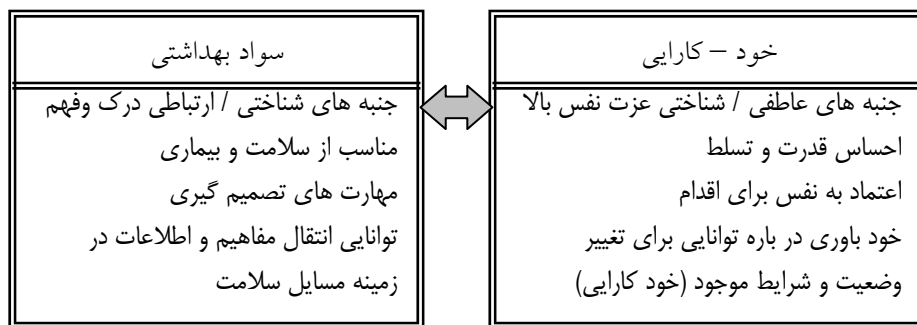
^۲ - Alienation

^۳ - Victim blaming

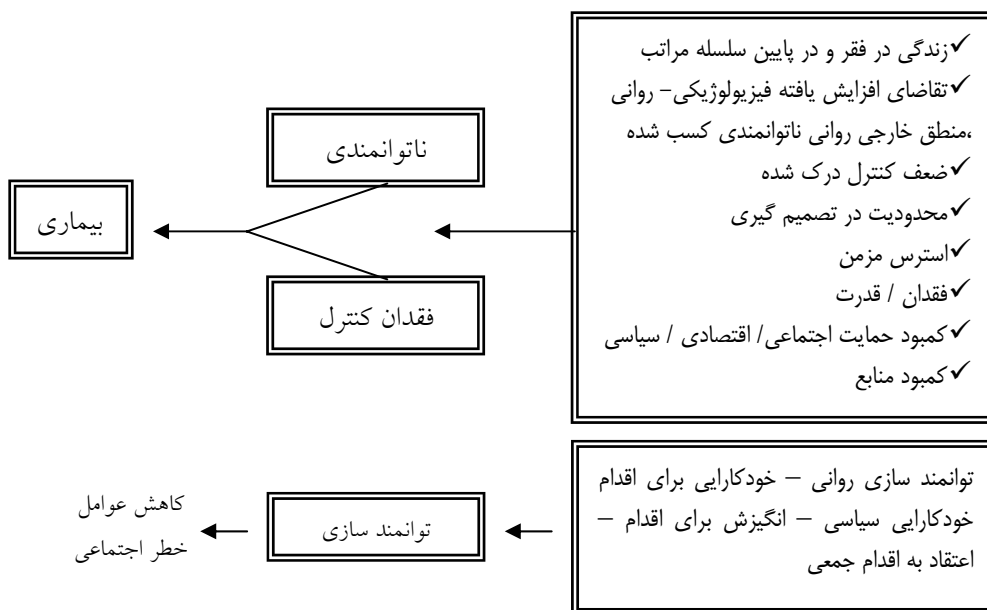
^۴ - Internalized oppression

مدل توانمند سازی فرد در ارتقای سلامت

فرآیند توانمند سازی فرد



« عوامل بیماری »



(مدل توانمندسازی فردی و اجتماعی)



بخش ۵

ارزشیابی توانمندسازی

اهداف آموزشی

پس از مطالعه این بخش از فراگیر انتظار می‌رود:

- ۱- مفهوم ارزشیابی توانمندسازی را به طور ۳- فرآیند ارزشیابی توانمندسازی در ارتقای خلاصه بیان کند. سلامت را شرح دهد.
- ۲- ابعاد چهار گانه ارزشیابی توانمندسازی را ۴- روش‌های جدید اندازه‌گیری توانمندسازی نام ببرد. اجتماعی را فهرست نماید.

ارزشیابی توانمندسازی عبارت از به کارگیری مفاهیم، تکنیک‌ها و یافته‌های ارزشیابی برای فراهم ساختن شرایط بهبود، پیشرفت و تصمیم‌گیری مستقل جوامع است. این نوع ارزشیابی برای اینکه مردم بتوانند به خود کمک نمایند طراحی می‌شود. فرآیند این نوع ارزشیابی با استفاده از روش‌ها و فرم‌های خود-ارزیابی و ارایه بازخورد در رابطه با کلیه جوانب فرآیند توانمندسازی انجام می‌گیرد. شرکای مهم برنامه ارزشیابی شامل خود مردم، مشتریان و ذینفعان می‌شود که معمولاً مراحل ارزشیابی را به طور مستقیم اجرا می‌کنند. افرادی که به عنوان ارزشیابی خارجی برنامه معرفی می‌شوند، اغلب نقش مربی و یا تسهیل‌گر کمکی را بازی می‌کنند.

معمولاً ارزشیابی توانمندسازی بر اساس ابعاد توانمندسازی طراحی می‌شود که در طرح-ها و برنامه‌های مشخص در قالب اهداف و استراتژی‌ها و با در نظر گرفتن مجموعه شرایط معین در یک بافت اجتماعی منعکس می‌گردد. بهتر است قبل از پرداختن به زمینه‌ها و شیوه‌های ارزشیابی توانمندسازی، با ابعاد کلی توانمندسازی آشنا شویم که این ابعاد شامل موارد ریز می‌شود:

- ۱- ایجاد توانایی برای دسترسی و کنترل منابع مادی و غیرمادی و بسیج این منابع به طور مؤثر برای تأثیرگذاری بر نتایج و پیامدهای تصمیم‌گیری؛
- ۲- ایجاد توانایی برای دسترسی و تحت تأثیر قراردادن فرآیندهای تصمیم‌گیری در سطوح مختلف از قبیل خانه، جامعه محلی، سطوح ملی و جهانی به منظور حصول اطمینان از انعکاس مناسب و صحیح منافع و خواسته‌های فرد، گروه و جامعه (این امر به داشتن رأی و اظهار نظر و با انعکاس صدای بر حق خود اطلاق می‌شود). این فرآیند معمولاً به شکل‌گیری سازمان‌های محلی برای تسهیل اقدام و یا اقدام جمعی نیاز دارد؛
- ۳- کسب اطلاع و آگاهی از ایدئولوژی‌های حاکم و طبیعت سلطه‌گری که افراد تحت آن قرار می‌گیرند و به منظور شناخت هویت خود و نهایتاً ایجاد توانایی برای تعیین اولویت‌ها و اقدام مستقل در راستای آن است؛

۴- توانمندسازی فردی و یا روانشناختی که در متون روانشناسی به مفهوم خود کارایی درک شده معروف است و به معنی ایجاد توانایی برای اعتماد به اقتدار فردی و برای اقدام و عمل با اطمینان است.

ارزشیابی فرآیند توانمندسازی براساس ابعاد چهار گانه

چارچوب ابعاد چهارگانه برای اندازه‌گیری و ارزشیابی فرآیند توانمندسازی می‌تواند به طور مؤثر به کار گرفته شود. براساس این مدل چهاربعدی، موارد زیر مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند:

الف: چه قدر^۱؛ چه مقدار از قدرت مورد نیاز است؟

ب: چه نوع^۲؛ چه نوع قدرتی مورد نیاز است؟

علت تأثیر دو جنبه فوق در اندازه‌گیری بر این حقیقت استوار است که توانمندسازی یک فرآیند پویا است، نه یک پدیده ایستا و ساکن. موارد دیگری که باز هم از لحاظ اندازه‌گیری و ارزشیابی اهمیت دارند و در واقع مکمل موارد ذکر شده در بالا هستند عبارتند از:

ج: چه چیزی^۳؛ چه چیزی انجام گرفت (پیامدها و نتایج ناشی از اقدام و عمل)؟

د: چگونه^۴؛ چگونه و با چه روشی انجام گرفت (طبیعت عمل)؟

ه: چه کسی^۵؛ چه کسی آن را انجام داد؟

بنابراین در اندازه‌گیری و ارزشیابی توانمندسازی باید بر ابعاد چهارگانه فرآیند توانمندسازی که در واقع پیش شرط‌های اقدام و عمل در راستای توانمندسازی هستند تأکید کنیم. اقدام و توانمندسازی، در یک رابطه چرخه‌ای با هم پیوند دارند. نگاه کنید به نمودار زیر:

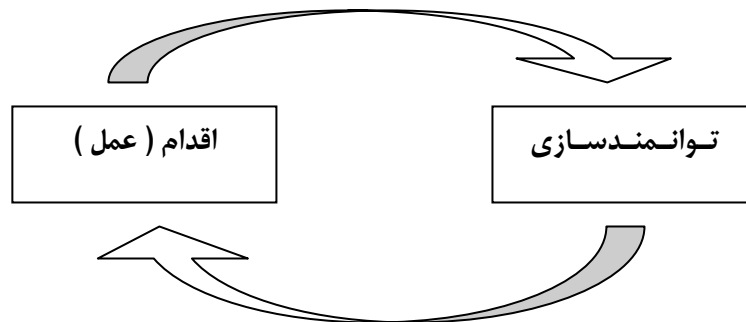
^۱ - how much

^۲ - what kind of

^۳ - what

^۴ - how

^۵ - who



طبیعت فرآیند توانمندسازی، پیامدها و نتایج آن را تعیین می‌کند. این طبیعت می‌تواند توانمندکننده باشد: زمانی که مردم درباره واقعیت موجود به یک تفکر انتقادی رسند و سپس دست به اقدام بزنند؛ و همچنین می‌تواند عامل ناتوانمندی باشند زمانی که عوامل تغییر (افرادی که از خارج برای کمک وارد فرآیند می‌شوند) مردم را در جهت تفکر انتقادی و اقدام تضعیف کنند و خود به جای آنان وارد عمل شوند.

ارزشیابی فرآیند توانمندسازی در ارتقای سلامت

ارزشیابی فرآیند توانمندسازی در ارتقای سلامت به اندازه ارزشیابی هر مداخله اجتماعی سیاسی، پیچیده و مشکل است. علیرغم مشکلات، پیشرفتهایی در این زمینه وجود داشته است اما جوانب کلیدی ارزشیابی توانمندسازی در ارتقای سلامت به شرح زیر بیان می‌شود:

۱- ارزشیابی ارتقای سلامت باید بر مبنای بافت اجتماعی هر محل و یا منطقه که پروژه در آن اجرا می‌گردد، پایه‌ریزی شود. به عبارت دیگر، هیچ گونه فهرست جداگانه و یا منحصر به فردی از شاخص‌های ارزشیابی فرآیندهای اجتماعی - فرهنگی و سیاسی وجود ندارد؛

۲- ارزشیابی باید مشارکتی باشد. جوامع باید در فرآیند ارزشیابی و در شناسایی و تعریف شاخص‌ها مشارکت فعال داشته باشند. در این راستا تأکید بر **مطالعه موردی** و یا **داستان‌های توانمندسازی** اهمیت دارد؛

۳- یک اتفاق نظر کلی وجود دارد که ارزشیابی باید شامل هر دو روش کمی و کیفی باشد. برخی از کارشناسان اعتقاد دارند که شاخص‌های کیفی بسیار مهم می‌باشد و باید آنها را براساس بافت اجتماعی معین ایجاد نمود. شاخص‌های سستی سلامت مانند ابتلا و مرگ و میر برای اندازه‌گیری مشارکت جامعه در حل مشکلات بهداشتی و ایجاد حمایت اجتماعی خیلی محدود هستند. فرآیندهای ارزشیابی باید بر «چرا و چگونه» تأکید و تمرکز داشته باشند و نه فقط بر «چه یا چه تعدادی»؛

۴- فرآیندهای ارزشیابی به رویکردهای چند بخشی و چند رشته‌ای نیاز دارد. البته این نیاز به طبیعت طرح توانمندسازی و روش‌های ارزشیابی بستگی دارد: برای مثال ممکن است شما در یک طرح ارزشیابی توانمندسازی از قبیل سؤال تغذیه و یا بیماری‌های اسهالی با توجه به طبیعت فرآیندهای موجود در طرح توانمندسازی از یک اپیدمیولوژیست، یک جامعه‌شناس، متخصص تغذیه و همچنین یک متخصص ارتباطات برای تهیه طرح ارزشیابی به صورت یک تیم کاری استفاده کنید؛

۵- فرآیندهای مشارکتی باید با دوام بوده و استمرار داشته باشد. تدوین شاخص‌های پایداری در توانمندسازی اهمیت زیادی دارد؛

مشارکت جامعه در فرآیند ارتقای سلامت جزو محوری‌ترین جنبه‌های توانمندسازی است که بر طبق نظریه ماتو^۱ که در سال ۱۹۹۶ مطرح گردید، پنج عنصر عمده ارزیابی مشارکت جامعه که به بهبود وضعیت سلامت منجر می‌شود به شرح زیر ارایه است:

۱- گسترش^۲

چه کسی یا چه کسانی مشارکت می‌کنند و یا مشارکت نمی‌کنند؟

^۱ - Mato

^۲ - Extension

۲- عمق و یا شدت^۱

آنها در چه نوع فعالیت‌هایی مشارکت می‌کنند؟

۳- شیوه‌ها (کیفیت)^۲

آنها برای مشارکت از چه شیوه‌ها و یا روش‌هایی استفاده می‌کنند؟

۴- تأثیر^۳

اثرات دستیابی به اهداف توانمندسازی کدامند؟

۵- پایداری^۴

آینده مشارکت جامعه چگونه تضمین می‌شود؟

روش‌های جدید اندازه‌گیری توانمندسازی اجتماعی

الف : کارآیی جمعی^۵

ب: تسلط و یا کنترل درک شده فردی^۶

ج : بافت سازمانی و اجتماعی^۷

د: تأثیر اجتماعی درک شده^۸

ه : تغییرات واقعی در عملکردها ، سیاست ها^۹

و : هنجارها ، منابع و شرایط اجتماعی^{۱۰}

^۱ - Depth or intensity

^۲ - Modalities

^۳ - Impact

^۴ - Sustainability

^۵ - collective efficacy

^۶ - perceived individual control

^۷ - organizational and community context

^۸ - perceived social influence

^۹ - actual change in practices , policies ,

^{۱۰} - norms, resources and social condition

ارزشیابی پایانی

- ۱- توانمندسازی را تعریف کنید.
- ۲- عناصر کلیدی توانمندسازی را نام برده و یکی از آنها را شرح دهید.
- ۳- دیدگاه‌ها و نظریه‌های برخی از متفکرین توانمندسازی را به طور خلاصه بیان کنید.
- ۴- مراحل فرآیند توانمندسازی سیاسی را نام ببرید.
- ۵- مشارکت را تعریف کرده و فواید آن را ذکر نمایید.
- ۶- گام‌های عمده توسعه اجتماعی را ذکر نمایید.
- ۷- نام مدل‌های توانمندسازی را بیان کنید.
- ۸- مراحل عمده در برنامه‌ریزی طرح‌های توانمندسازی را بیان نمایید.
- ۹- استراتژی‌های عمده توانمندسازی را نام ببرید.
- ۱۰- عناصر اساسی توانمندسازی زنان را به طور خلاصه بیان کنید.
- ۱۱- شاخص‌های اندازه‌گیری توانمندسازی زنان را ذکر نمایید.
- ۱۲- مراحل توانمندسازی زنان را بیان کنید.
- ۱۳- تعریف ارتقای سلامت و رابطه آن با توانمندسازی را بیان کنید.
- ۱۴- خصوصیات و تفاوت‌های توانمندسازی فرد و جامعه در ارتقای سلامت را مقایسه کنید.
- ۱۵- جنبه‌های کلیدی توانمندسازی در ارتقای سلامت را نام ببرید.
- ۱۶- راه کارهای عمده توانمندسازی آموزشی را نام ببرید.
- ۱۷- مفهوم ارزشیابی توانمندسازی را به طور خلاصه بیان کنید.
- ۱۸- ابعاد چهار گانه ارزشیابی توانمندسازی را نام ببرید.
- ۱۹- روش‌های جدید اندازه‌گیری توانمندسازی اجتماعی را نام ببرید.

واژه نامه^۱

- ۱- قدرت^۲: قدرت به عنوان درجه کنترل و یا میزان تسلطی که به وسیله افراد، گروه‌ها و بخش‌های مختلف جامعه بر منابع مادی، انسانی، معنوی و مالی اعمال می‌شود. تعریف شده است. کنترل این نوع منابع به شکل‌گیری قدرت فردی و اجتماعی منجر می‌شود.
- ۲- توانمندسازی^۳: به فرآیند افزایش قدرت فردی، گروهی و سیاسی که در آن افراد خانواده‌ها و جوامع بتوانند برای بهبود وضعیت خود اقدام نمایند، اطلاق می‌شود.
- ۳- مشارکت^۴: فرآیندی است که در آن مردم محلی می‌توانند با هم برای ایجاد تغییر در زندگی خود کار کنند و در تصمیم‌گیری در رابطه با مسایل پیرامون زندگی خود نقش فعال داشته باشند.
- ۴- توسعه اجتماعی^۵: فرآیندی است که در آن سطح بالایی از مشارکت فعال جامعه در کلیه جوانب فعالیت‌های یک مداخله وجود دارد و در واقع مرحله بالاتری از سازماندهی اجتماعی است. در توسعه اجتماعی تأکید و تمرکز به طور عمده بر مداخله‌ها و برنامه‌های توسعه اقتصادی می‌شود و هدف از آن ارتقا و بهبود همه جانبه شاخص‌های اقتصادی از قبیل نرخ رشد، میزان اشتغال، طرح‌ها و برنامه‌های زیربنایی در زمینه زیر ساخت‌های صنعتی و تجاری می‌باشد.
- ۵- سازماندهی اجتماعی^۶: ظرفیت و توانایی جوامع در حل مشکلات تسریع می‌شود. توسعه مهارت‌های ارتباطی و شکل دادن به شبکه‌های اجتماعی و مهیا ساختن ظرفیت اجتماعی برای سازماندهی و مشارکت در حل مشکلات و ایجاد تغییرات لازم، از اجزای مهم فرآیند سازماندهی اجتماعی محسوب می‌شود.
- ۶- جنس^۷: به تفاوت‌های زیستی (بیولوژیکی) و فیزیولوژیکی بین مردان و زنان اطلاق می‌شود.
- ۷- جنسیت^۸: ساختاری اجتماعی دارد، که به وسیله فرآیند اجتماعی شدن و همچنین از طریق تفاوت‌های مثبت و منفی در نهادها و ساختارهای مختلف جامعه (از قبیل مذهب، رسانه‌ها، ساختارهای اقتصادی، قوانین و نظام‌های قضایی، اعتقادات و رفتارهای فرهنگی، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی و غیره) شکل می‌گیرد. جنسیت یک مفهوم پویا است و در زمان‌ها و مناطق مختلف اشکال متفاوتی دارد و تحت تأثیر عواملی از قبیل قومیت، طبقه نژاد، مذهب، فرهنگ و نظام

^۱ - Glossary^۲ - Power^۳ - Empowerment^۴ - Participation^۵ - Social Development^۶ - Social Organization^۷ - Sex^۸ - Gender

اقتصادی و سیاسی قرار می گیرد. بر خلاف آن، مفهوم جنس (sex) است که از لحاظ بیولوژیکی تعیین می شود و یک مفهوم جهانی و غیرقابل تغییر است.

۸- **پدرسالاری**^۱: از لحاظ ادبی به «حکومت پدر» اطلاق می شود (این واژه ریشه یونانی دارد) اما واژه و یا اصطلاح اجتماعی آن به نظام تسلط مردان اطلاق می گردد که در آن مالکیت، کنترل و به ارث رسیدن دارایی ها به پدر بر می گردد تا جایی که مردان دارای قدرت و حق تصمیم گیری درباره کلیه مسائل عمده خانواده هستند. و در نهایت به معنای کنترل مرد بر خانواده و روابط آن خواهد بود.

۹- **ارتقای سلامت**^۲: فرآیندی است که هدف آن **توانمندسازی** مردم برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود مستمر سلامت خود و جامعه ای که در آن زندگی می کنند، می باشد.

۱۰- **ارزشیابی توانمندسازی**^۳: عبارت است از به کارگیری مفاهیم، تکنیک ها و یافته های ارزشیابی برای فراهم ساختن شرایط بهبود، پیشرفت و تصمیم گیری مستقل جوامع. این نوع ارزشیابی برای اینکه مردم بتوانند به خود کمک نمایند، طراحی می شود.

فرآیند این نوع ارزشیابی با استفاده از روش ها و فرم های خودارزیابی و آرایه بازخورد در رابطه با کلیه جوانب فرآیند توانمندسازی انجام می گیرد.

۱۱- **سرمایه اجتماعی**^۴: به تجزیه و تحلیل سیستم های اجتماعی در سطح و مقیاس کلان و در نظر گرفتن مکانیزم های همکاری و تضاد ما بین بخش های اجتماعی کلان اطلاق می شود. همکاری بین بخش ها و سازمان های اجتماعی منبع و منشأ منافع و ثروت اجتماعی محسوب می شود. نظریه سرمایه اجتماعی به وسیله چهارسازه معرفی می شود که عبارتند از: اعتماد، همکاری، مشارکت مدنی و ارتباطات متقابل.

۱۲- **ظرفیت جامعه**^۵: حالتی است که در آن شهروندان در رابطه با مسأله و یا مشکلی که بعد رفاه اجتماعی دارد، دور هم جمع می شوند و آنرا تجزیه و تحلیل کرده و برای اقدام، با تکیه بر منابع و امکانات محلی خود را آماده و مهیا می سازند. عناصر عمده آن در تعهد، منابع و مهارت های اجتماعی برای حل مشکلات و ایجاد سرمایه، منعکس می گردد. ابعاد مهم ظرفیت جامعه شامل مشارکت، رهبری، مهارت ها، منابع، شبکه های اجتماعی و بین سازمانی، احساس هویت تاریخی و قدرت اجتماعی می شود.

^۱ - patriarchy

^۲ - Health Promotion

^۳ - Empowerment Evaluation

^۴ - Social Capital

^۵ - Community Capacity

منابع:

- ۱- ونی کلاسن، لیزا ومیلر، والرئ. موج جدید از قدرت، مردم و سیاست. بنیاد همسایه‌های جهان (world neighbors). اوکلاهاما، ۲۰۰۲
- ۲- مکوبن، میشل. تمرین توانمندی در بهداشت روان و کار اجتماعی. ۲۰۰۳
- ۳- گروه بانک جهان. توانمندسازی کاهش فقر: کتاب مرجع. بانک جهانی، ۲۰۰۲
- ۴- بنیاد اقتصاد جدید. ابزارهای مشارکت. لندن. www.neweconomics.org
- ۵- USDA. اصول کلیدی توانمند سازی. توسعه روستایی. ۲۰۰۴
- ۶- مجله پیشگیری و مداخله در جامعه. توانمندسازی و اقدام اجتماعی. دوره ۱۲، شماره ۷- بتالیوا، سریلاتا. تعریف توانمندی زنان: چارچوب فکری. چارمین کنفرانس جهانی زنان، پکن ۱۹۹۹
- ۸- مخرجی، نیلانجانا. برنامه‌ریزی و پایش برای پایداری. بانک جهانی، ۲۰۰۰
- ۹- زینس، ادریان. ارزشیابی توانمندسازی. مفاهیم قدرت و توانمندسازی. برنامه توسعه دورنمای جهانی a_zenz@yahoo.com
- ۱۰- ریسپریتو، هلنا. افزایش ظرفیت جامعه و توانمندی جوامع برای ارتقاء سلامت. پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت. مکسیکو سیتی. سال ۲۰۰۰
- ۱۱- الکند، لینا. از مشارکت شهروندان تا توانمندی جامعه. دانشگاه تامپر، ۱۹۹۹
- بهداشت جامعه ساسکاجوان. ارتقای سلامت مبتنی بر چارچوب جمعیتی. بخش سلامت ساسکاجوان سال ۲۰۰۲
- ۱۲- وینن، هانس. طراحی برای توسعه پایدار. بنیاد اورپا برای بهبود شرایط زندگی و کار، ۱۹۹۷-۱۳- فیتز مان، دیود. ارزشیابی توانمندسازی و اینترنت: یک رابطه سینرژیک. دانشگاه استنفورد، ۱۹۹۸.
- ۱۴- گویتا، سونی. تعریف مجدد توانمندی زنان. مجله الکترونیکی جنوب آسیا، هندوستان. ۲۰۰۲
- ۱۵- شورای بریتانیا. کیت ارزشیابی: راهنمای ارزشیابی برنامه. انجمنهای ارزشیابی، انگلستان، ۱۹۹۷.
- ۱۶- موناکاتا، آکیرا. توسعه اجتماعی ادغام یافته - چارچوب برنامه سال ۲۰۰۱. سازمان بهره‌وری آسیا (APO)، ۲۰۰۱. ژاپن.
- ۱۷- روزماری، اربن و همکاران. توانمندسازی مردم در تقابل با سرمایه اجتماعی. گزارش به یازدهمین کنفرانس ملی ارتقاء سلامت. مجله ارتقای سلامت استرالیا، دوره ۹، شماره ۳، سال ۲۰۰۰.
- ۱۸- نشریه همسایگان جهان (World Neighbors). مدیریت منابع طبیعی مبتنی بر جامعه: درسهای از اندونزی. دوره ۳۰ شماره ۱E، سال ۲۰۰۴
- ۱۹- فیتزمان، دیوید. پایه‌های ارزشیابی توانمندسازی. دانشگاه استنفورد، انتشارات SAGE سال ۲۰۰۰. <http://www.sagepub.com/>
- ۲۰- هابلی، جان. توانمندسازی سلامت، سواد بهداشتی و ارتقای سلامت. دانشگاه لیدز، سال ۲۰۰۲.
- ۲۱- آلن، میل. استفاده از رویکردهای مشارکتی مبتنی بر یادگیری برای مدیریت محیطی به هدف دستیابی به تغییرات سازنده رفتاری. وزارت محیط. گزارش پژوهشی لاند کر، انگلستان سال ۲۰۰۲.
- ۲۲- مرکز توسعه جوانان و پژوهش‌های سیاستگذاری. آمایش اجتماعی جوانان. فرآیند ده مرحله ای. آکادمی توسعه آموزش. امریکا. *Academy for Educational Development*
- please contact Raul Ratcliffe at ۲۰۲ ۸۸۴-۸۲۹۵*
- ۲۳- رفیعی فر، شهرام، از آموزش سلامت تا سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت. ۱۳۸۴

منابع مفید خارجی

- Community Development Facilitator's Guide <http://www.hrdc-drhc.gc.ca/community>
- Frank, F. and Smith, A. (۱۹۹۹). *The Community Development Handbook: A Tool to Build Community Capacity*. Human Resources Development Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Health Canada (۱۹۹۶). *Guide to Project Evaluation: A Participatory Approach*. Population Health Directorate: Ottawa
- Labonte R. & Saskatoon District Health Community Development Team (۱۹۹۹). *Working Upstream: Discovering Effective Practice Strategies for Community Development in Health*. Prairie Region Health Promotion Research Center: University of Saskatchewan.
- Labonte, R. and Feather J. (۱۹۹۶). *Handbook on Using Stories in Health Promotion Practice*. For Health Canada. Prairie Region Health Promotion Research Center: University Of Saskatchewan.
- Leischner, C. and Venturi, C. (۱۹۹۸). *Grounded in Hope: Our Community's Policy Response to Fetal Alcohol Syndrome*. Prince George Fetal Alcohol Network. Health Canada Project (available online at <http://www.nfhs-pg.org/>).
- Lundy, C. (۱۹۹۵). *Coalition Building and Maintenance: A Guide for Community Agencies*. Community Action Programs for Children Support Project. Health and Welfare Canada: Ottawa
- McKnight, J and Kretzmann, J. (۱۹۹۰) *Mapping Community Capacity*. Institute for Policy Research. Northwestern University: Illinois.
- Ministry of Health: Community and Family Health (۱۹۸۹). *Healthy Communities: The process*. Province of British Columbia.
- Brieger, W. (۱۹۹۹). Community ownership and Community participation: Why we can't get it right?. Ad hoc Technical Meeting on Health Promotion. WHO.Geneve, Switzerland september ۱۵-۱۶
- Cardaci, D. (۱۹۹۷). Health Education in Latin America: the Difficulties of Community Participation and Empowerment. Promotion and Education, Vol IV, I
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Smith S.R., Sterling, T.D., Wallerstein, N. (۱۹۹۸) Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement. Health Education & Behavior: ۲۵ (۳): ۲۵۸-۲۷۸.
- Milio, N. (۱۹۹۶). Engines of Empowerment. Using Information Technology to Create Healthy Communities and Challenge Public Policy. Health Administration Press. Chicago, Ill.
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E., Frenk, J. (۱۹۹۹) Health inequalities and social group differences: what should we measure? Bulletin of the World Health Organization, ۷۷ (۷)
- Naidoo, J., Wills, J. (۱۹۹۸) Models and approaches to Health Promotion, Section ۱, ۵ (pp ۸۳-۱۰۲) In: *Health Promotion Foundations for Practice*. Baillière Tindall. London Philadelphia Toronto Sydney Tokyo
- Wallerstein, N., Sheline, B. (۱۹۹۸) Techniques for Developing a Community Partnership In: Community-Oriented Primary Health for the ۲۱st Century. Chapter ۵ American Public Health Association
- Wallerstein, N. (۱۹۹۹) Power between evaluator and community research relationships with New Mexico's healthier communities. Social Science and Medicine, ۴۹: ۳۹-۵۳

- Zimmerman, N.A. (۱۹۹۵) Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. American Journal of Community Psychology, ۲۳, No. ۵
- Boix, C. & Posner, D.N. (۱۹۹۸), Social capital: explaining its origins and effects on government performance. In: *British Journal of Political Science*, Vol. ۲۸, No. ۴, ۶۸۶-۶۹۳
- Coleman, J.S. (۱۹۹۰), *Foundations of social theory*. Cambridge, Mass. (Harvard University Press)
- Daly, H.E. & Cobb, J.B. (۱۹۹۴), *For the common good. Redirecting the economy toward community, the environment, and a sustainable future*. Updated and expanded edition. Boston (Beacon Press)
- Edwards, B. & Foley, M.W. (۱۹۹۸), Civil society and social capital beyond Putnam. In: *American Behavioral Scientist*, Vol. ۴۲, No. ۱, ۱۲۴-۱۴۰
- Henderson, P. & Thomas, D.N. (۱۹۸۷), *Skills in neighborhood work*. Second edition. London/New York (Routledge)
- Journal of Interdisciplinary History* (۱۹۹۹), Patterns of social capital: Stability and change in comparative perspective. Part ۲. (Vol. ۲۹, Issue ۴, Spring ۱۹۹۹). Boston (MIT Press)
- Kotler, P. & Roberto, E.L. (۱۹۸۹), *Social marketing. Strategies for changing public behavior*. New York (The Free Press)
- Minkler, M. (ed.) (۱۹۹۷), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick (Rutgers University Press)
- Putnam, R.D. (۱۹۹۴), *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ (Princeton University press)
- Minkler, M. (ed.) (۱۹۹۷), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick (Rutgers University Press)
- Putnam, R.D. (۱۹۹۴), *Making democracy work. Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ (Princeton University Press)
- Rappaport, J., Swift, C. & Hess, R. (eds.) (۱۹۸۴), *Studies in empowerment. Steps toward understanding and action*. New York (Haworth Press)
- Rico, A., Fraile, M. & Gonzales, P. (۱۹۹۸), Regional decentralisation of health policy in Spain: social capital does not tell the whole story. In: *West European Politics*, Vol. ۲۱, No. ۴, ۱۸۰-
- Sullivan, J.L. & Transue, J.E. (۱۹۹۹), The psychological underpinnings of democracy: A selective review of research on political tolerance, interpersonal trust, and social capital. In: *Annual Review of Psychology*, ۶۲۵-۶۵۰
- Wallis, A., Crocker, J.P. & Schlechter, B. (۱۹۹۸), Social capital and community building, part ۱. In: *National Civic Review*, Vol. ۸۷, No. ۳, ۲۵۳-۲۷۱
- Wenzel, E. (۱۹۹۷), Environment, development and health. Ideological metaphors of post-traditional societies? In: *Health Education Research*, Vol. ۱۲, No ۴, ۴۰۳-۴۱۸
- WHO (۱۹۸۶), *Ottawa Charter of Health Promotion*. Geneva (WHO)
- WHO (۱۹۹۷), *Jakarta Declaration on Health Promotion into the ۲۱st century*. Geneva (WHO)
- WHO (۱۹۹۹), *World Health Report ۱۹۹۹: Making a difference*. Geneva (WHO)

<http://www.who.int/whr/۱۹۹۹/>