

برنامه جامع درسی

آموزش سلامت

سطح اول (آشنایی با مفاهیم پایه)
ویژه مدیران و کارکنان نظام سلامت

تهیه و تدوین :
دکتر ناصر محمدی - دکتر شهرام رفیعی فر

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



برنامه جامع درسی آموزش سلامت – سطح اول (آشنایی با مفاهیم کاربردی)

ویژه مدیران و کارکنان نظام سلامت

تهیه و تدوین: دکتر ناصر محمدی – دکتر شهرام رفیعی‌فر

همکاران به ترتیب حروف الفبا: تیمور آقاملایی، مریم اکبری، فرخنده امین شکروی، سمیر ایار، نوشین

پیمان، عاطفه خوشنواز، صدیقه‌السادات 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

با همکاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت سلامت

مجری: مؤسسه مطالعات و تحقیقات زنان

کارشناس هماهنگی: پروین جانانی – هما معارف – شهره نادری مقام

ویراستار: فرزانه ولی پور

تنظیم صفحات: مریم حسینی – مژگان جوادی

چاپ اول: ۱۳۸۴

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	
پیشگفتار	
بخش اول - مدیریت و رهبری آموزشی	۱
مقدمه	۲
سازمان	۲
سازمان رسمی	۳
سازمان غیر رسمی	۴
عناصر سازمانی	۶
مدل‌های سازمانی	۷
مدل کلاسیک	۷
مدل انسانی	۸
مدل مشروط	۹
مفاهیم مهم سازمانی	۱۰
شرایط تفویض اختیار	۱۶
فواید تفویض اختیار	۱۶
فنون مدیریت	۱۸
مدیریت استراتژیک	۱۹
فراگرد مدیریت	۱۹
مهارت انسانی	۲۰
مهارت فنی	۲۱
مهارت ادراکی	۲۱
دیگر تئوری‌ها و مدل‌های نظری	۲۲
مهارت‌های مورد نیاز مدیران آموزشی در عمل	۲۳

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
نقش‌های مدیران	۲۶
وظایف مدیریت	۲۶
رهبری	۲۹
رهبری آموزشی	۳۰
تفاوت مدیریت و رهبری	۳۰
رهبری و انگیزه	۳۳
سبک رهبری	۳۴
قدرت در رهبری	۳۵
انواع قدرت	۳۵
مسئولیت‌های رهبری	۳۸
مفهوم تعارض	۳۸
مدیریت تعارض	۳۹
انواع تعارض	۴۰
مدیریت تعارض در آموزش سلامت	۴۰
برخورد با تعارض	۴۲
بخش دوم - برنامه‌ریزی آموزشی در آموزش سلامت	۴۵
برنامه‌ریزی آموزشی	۴۶
مراحل فرایند آموزشی	۴۶
تعیین نیازهای آموزشی	۴۷
نیازسنجی آموزشی	۴۷
ارزیابی نیازهای آموزشی	۴۸
درک مشکلات	۴۸
نقش رفتار	۴۹

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
اولویت‌بندی نیازها	۴۹
تعیین اهداف آموزشی	۵۰
طبقه‌بندی اهداف آموزشی	۵۱
تحلیل آموزشی	۵۲
انتخاب و سازماندهی محتوای آموزشی و طرح درس	۵۳
انتخاب محتوا	۵۳
ماهیت محتوا	۵۴
معیارها و اصول انتخاب محتوا	۵۴
طرح درس	۵۶
برنامه درسی پنهان	۵۷
الگوهای تدریس	۵۸
انتخاب روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی	۶۰
انواع روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی	۶۱
بخش سوم - تئوری‌ها و مدل‌ها	۶۳
تعریف و مفهوم تئوری و مدل	۶۴
موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت	۶۴
معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب	۶۶
الگو یا مدل	۶۷
مدل عمل منطقی مبتکرین و ارایه دهندگان	۶۹
مواردی که منجر به توسعه مدل شد	۶۹
مشخصات و واژه‌های کلیدی تئوری عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده	۷۰
کاربرد تئوری برنامه ریزی شده در آموزش سلامت	۷۴
مدل اعتقاد بهداشتی	۷۴

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
بنیانگذاران مدل اعتقاد بهداشتی	۷۵
توصیف کننده‌های مدل	۷۶
کاربرد مدل در آموزش سلامت	۷۸
مدل پری‌سید / پروسید	۷۹
فرض‌های زمینه‌ای مدل	۷۹
مدل پروسید	۷۹
توصیف مدل	۸۰
هدف مدل	۸۱
مراحل مدل	۸۱
نحوه طراحی و تدوین برنامه‌های آموزشی براساس مدل پری سید/ پروسید	۸۷
تئوری یادگیری و یا شناخت اجتماعی	۸۸
یادگیری مشاهده‌ای	۸۹
مولفه‌های زیربنایی فرآیند یادگیری مشاهده‌ای	۹۰
کاربرد تئوری یادگیری اجتماعی	۹۱
تئوری خودکارآمدی	۹۲
فاکتورهای مؤثر در گسترش خودکارآمدی	۹۳
تئوری خود کنترلی	۹۵
تعاریف و زمینه تئوری	۹۵
فرایندهای خود کنترلی	۹۷
تئوری انتشار و نوآوری	۹۸
ارایه نوآوری	۹۹
ویژگی‌های اجتماع	۱۰۰
تملک ابداع	۱۰۱

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
نقش رهبران	۱۰۱
کاربرد تئوری انتشار نوآوری	۱۰۲
چگونگی پیشرفت تئوری	۱۰۴
روش‌های مقابله با ناهماهنگی شناختی	۱۰۶
کاربرد تئوری هماهنگی شناختی در آموزش سلامت	۱۰۷
بخش چهارم - ارزشیابی	۱۱۳
مقدمه	۱۱۴
مفهوم ارزشیابی	۱۱۵
ارزشیابی برنامه‌های آموزشی	۱۱۵
ارزشیابی برنامه‌های توسعه	۱۱۶
انواع ارزشیابی	۱۱۸
ارزشیابی فرایند	۱۱۹
ارزشیابی اثر	۱۲۱
ارزشیابی نتیجه	۱۲۲
ارزشیابی عکس‌العمل	۱۲۵
ارزشیابی رفتار	۱۲۷
ارزشیابی‌های کیفی	۱۲۸
ارزشیابی مشارکتی	۱۲۸
انواع ارزشیابی‌های آموزشی	۱۲۹
ارزشیابی تشخیصی	۱۳۱
انواع مختلف آزمون و نحوه تهیه آنها	۱۳۱
نکات کلی در مورد تهیه آزمون‌ها	۱۳۳

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
آزمون شفاهی	۱۳۴
آزمون گسترده پاسخ	۱۳۵
آزمون محدود پاسخ	۱۳۷
آزمون گزیده پاسخ	۱۳۹
بخش پنجم - توانمندسازی	۱۴۱
مقدمه	۱۴۲
عناصر مهم در توانمندسازی	۱۴۳
سطوح توانمندسازی	۱۴۳
توانمندسازی و مشارکت	۱۴۴
مشارکت چیست؟	۱۴۴
مدل‌های عمده در برنامه‌ریزی طرح‌های توانمندسازی	۱۴۵
مراحل کلیدی در فرایند توانمندسازی جوامع	۱۴۶
اجزاء و عناصر کلیدی در یک طرح عملیاتی توانمندسازی	۱۴۶
توانمندسازی و ارتقای سلامت	۱۴۷
تعریف ارتقای سلامت	۱۴۷
ارزشیابی توانمندسازی	۱۴۸
بخش ششم - فناوری اطلاعات	۱۵۱
مقدمه	۱۵۲
مزایای فناوری اطلاعات و ارتباطات برای سلامت	۱۵۶
مزایای آموزش و مشاوره مجازی	۱۶۱
فناوری اطلاعات و تعاملات ارتباطی	۱۶۲

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
بخش هفتم - فناوری ارتباطات	۱۶۵
مقدمه	۱۶۶
ارتباط	۱۶۶
فناوری ارتباطات	۱۶۷
ارتباطات در حیطه سلامتی	۱۶۷
انواع ارتباطات	۱۶۸
مراحل برقراری ارتباط	۱۶۹
اجزای ارتباط	۱۷۱
پیام	۱۷۳
راه ارتباطی	۱۷۴
وسایل و کانال‌های ارتباطی	۱۷۴
شیوه‌ها و رسانه‌های آموزشی	۱۷۵
رسانه‌های گروهی و وسایل پیام رسانی بین فردی	۱۷۶
ویژگی‌های وسایل ارتباط بین فردی	۱۷۶
ویژگی‌های وسایل ارتباط جمعی	۱۷۶
تقویت‌کننده‌ها و تضعیف‌کننده‌های ارتباط	۱۷۷
روش‌های ارتباطی	۱۷۸
ارتباط گروهی	۱۷۹
ارتباط جمعی	۱۷۹
ویژگی‌های ارتباط موثر	۱۷۹
بخش هشتم - بازاریابی اجتماعی	۱۸۱
مقدمه	۱۸۲

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
تاریخچه پیدایش بازاریابی اجتماعی	۱۸۳
بازاریابی چیست؟	۱۸۶
تعاریف کلیدی بازاریابی اجتماعی	۱۸۷
تفاوت‌های عمده بین بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری	۱۸۸
عناصر اصلی بازاریابی اجتماعی	۱۸۹
عناصر ویژه در فرایند بازاریابی اجتماعی	۱۹۲
اصول و روش‌های بازاریابی اجتماعی	۱۹۳
مدل نه مرحله‌ای برنامه ریزی فرآیند بازاریابی اجتماعی	۱۹۵
ارزیابی در بازاریابی اجتماعی	۱۹۸
ارزشیابی نتایج	۱۹۸
بخش نهم - جلب حمایت همه جانبه	۱۹۹
چند تعریف کلیدی در رابطه با جلب حمایت همه جانبه	۲۰۰
چرا جلب حمایت همه جانبه	۲۰۰
عناصر اساسی در جلب حمایت همه جانبه	۲۰۱
اصول کلیدی جلب حمایت همه جانبه	۲۰۱
ارزش‌های کلیدی جلب حمایت همه جانبه	۲۰۲
برنامه‌ریزی استراتژیک در جلب حمایت همه جانبه	۲۰۳
سوالات مرتبط به محیط بیرونی	۲۰۴
سوالات مرتبط به محیط درونی	۲۰۵
مدل‌های جلب حمایت همه جانبه	۲۰۵
ابزارهای هفت گانه جلب حمایت همه جانبه	۲۰۶
فرآیند برنامه‌ریزی جلب حمایت همه جانبه	۲۰۸

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
ارزشیابی و بهبود برنامه‌های جلب حمایت همه جانبه	۲۰۹
زمینه‌های ارزشیابی برنامه‌های حمایتی	۲۱۰
بخش دهم - خودیادگیری	۲۱۱
مقدمه	۲۱۲
تعریف خودیادگیری	۲۱۳
ویژگی‌ها و توانایی‌هایی افراد دارای مهارت خودیادگیری	۲۱۴
اجزای خود یادگیری	۲۱۷

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 جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری 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 می‌باشد. آموزش سلامت به عنوان بخشی از استراتژی‌های توسعه اجتماعی نیز استفاده می‌شود. 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 می‌باشد. بدون وجود ساختاری مناسب برای آموزش سلامت در بخش سلامت کشور نمی‌توان 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) روشن‌ترین بیانیه‌ای است که اصول جنبش نوین سلامت عمومی در آن ذکر شده است. منشور Ottawa جنبش ارتقای سلامت را این‌طور معنی می‌کند:

- ایجاد سیاست‌های حامی سلامت
- ایجاد محیط‌های 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 ریشه های 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 هم ارز 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 اول برنامه جامع درسی آموزش سلامت است. این مجموعه با هدف آشنایی مدیران و کارکنان نظام سلامت با مفاهیم پایه 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 آموزش سلامت و در طی چند دهه اخیر کتب فراوانی انتشار یافته و تحقیقات فراوانی انجام شده 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 در زمینه آموزش سلامت که در اکثر سطوح مدیریت احساس گردید، به سفارش 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 نظام مند، 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 ،

موضوعات اصلی آموزشی 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 همه‌جانبه 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 مختلفی 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، سطح بندی 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 ده‌گانه فوق اختصاص یافت.

در سطح دوم، یک مجموعه کاملاً کاربردی با هدف بکارگیری بسته آموزشی در محیط اجرایی 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 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 علاقه مند بوده است که اعضای آن زحمت فراوانی برای شکل گیری این مجموعه متحمل شدند.

مزیت دوم اینکه، اداره ارتباطات و آموزش سلامت، اکنون یک برنامه جامع درسی به صورت این مجموعه هستند و یکپارچه 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 دانشگاه و فعالان عرصه اجرا در آموزش سلامت کشور را بوجود آورده است که امید می‌رود تداوم یابد.

دکتر ناصر محمدی

تشکر و قدردانی

مجموعه مدیریت و گروه تدوین 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، 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 و همکاری مشورتی همکاران عزیز و زحمتکش جناب آقای پارس‌نیا و سرکار خانم دژپسند از اداره ارتباطات و آموزش سلامت و خانم‌ها هما معارف و شهره نادری مقام و پروین جانانی کارشناسان محترم حوزه معاونت سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران که مسئولیت سنگین هماهنگی اجرایی و هماهنگی بین اعضای گروه و مدیریت را بر عهده داشتند، خانم مریم حسینی و مرثگان جوادی که صفحه‌بندی و اصلاحات کتابچه‌ها را عهده‌دار بودند و سرکار خانم فرزانه ولی‌پور که ویراستاری ادبی این کتاب را انجام دادند، تشکر و قدردانی نماید.

بخش اول

مدیریت و رهبری آموزشی

مقدمه

مدیریت به معنای پیشبرد اهداف از طریق افراد، در طول تاریخ مفهوم شناخته شده‌ای بوده است ولی مدیریت به مفهوم امروزی آن دارای سابقه‌ای طولانی‌تر از یک قرن نیست. مشخصه بارز مدیریت 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 فرویک وینسلوتیلور نسبت داده می‌شود. به عبارت دیگر آنچه که مدیریت پیش از قرن بیستم و پس از آن را از یکدیگر جدا می‌کند رویکرد روش‌های آزمایشی (تجربی) برای رسیدن به نتایجی است که در اتخاذ تصمیمات عملی در جهت اهداف سازمان مفید افتد. از آنجایی که مدیریت نیز یک علم است و حاوی مفاهیم و تئوری‌های خاص خود می‌باشد که حاصل بحث، مجادله و در نهایت اتفاق نظر صاحب نظران بر سر مفاهیم اساسی می‌باشد، لذا برای درک آن ابتدا لازم است با مفاهیم و تعاریف آن آشنا شد. در این کتاب سعی بر این است تا خوانندگان عزیز ضمن آشنایی با تعاریف و مفاهیم رایج در مدیریت با مفاهیم متداول در مدیریت آموزشی نیز آشنا شوند. امید که این مجموعه کوچک مورد استفاده خوانندگان عزیز واقع گردد.

سازمان

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. سازمان یک سیستم است که مجموعه‌ای از عناصری می‌باشد که با یکدیگر ارتباط متقابلی داشته و به وسیله حد و مرزی از محیط خود جدا می‌شوند. 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 را می‌توان یک سیستم تلقی نمود. بنابراین می‌توان گفت سازمان عبارتست از تشکل آگاهانه چند نفر به منظور برآوردن اهداف معین، لذا 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. براین اساس هر نوع اجتماعی که دارای دو شرط ۱- عمدی و آگاهانه ۲- اهداف معین و از پیش تعیین شده باشد اعم از مدرسه، مؤسسه آموزشی، اداره کل و یا وزارتخانه سازمان می‌باشد.

دلیل وجودی سازمان عبارت است از تلاش یک جامعه و یا اجتماعی از افراد برای رفع نیازی که در نتیجه زندگی جمعی انسان‌ها به وجود آمده است. یعنی چون انسان دارای ماهیت اجتماعی است و در اثر ضرورت رفع نیازهای خودش به زندگی اجتماعی روی آورده است باید برای رفع نیازهای خود تلاش جمعی کند که در سازمان متبلور می‌شود و چون نیازهای انسان متعدد است سازمان‌ها نیز دارای تعدد و تنوع زیادی هستند. نیاز به آموزش از جمله یکی از نیازهای مهم انسان می‌باشد که سازمان‌ها و مؤسسات آموزشی برای رفع این نیاز، تأسیس می‌گردند.

سازمان رسمی

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

هر سازمان، متشکل از چند سطح (مرتب‌ه یا رده) می‌باشد که به ترتیب زیر نظر سطوح بالاتر از آن قرار دارد که این حالت در اصطلاح 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 همه تشکلهای مجموعه‌های 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.

یک سازمان رسمی دارای رهبر رسمی می‌باشد و یک رهبر رسمی ممکن است در کار 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 کردن گروه است و مقام خود را فوق گروه بداند. در حالت دوم ممکن است وظیفه خود را کمک کردن 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 کردن به گروه در تعیین مقاصد جمعی و اجرای آن مقاصد است. او وظایف خویش را در این حالت در کار کردن بین گروه انجام می‌دهد و در این حالت است که رهبر رسمی می‌تواند با به کار گرفتن همه امکانات، گروه را یاری نماید و این راه تنها راه توجیه مدیریت و رهبری است.

سازمان غیررسمی

اگرچه همه تشکلهای انسانی را می‌توان سازمان نامید، 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. هم-چنانکه کارکنان و یا اعضای سازمان‌های رسمی در خلال انجام وظایف روزمره خود، روابط دوستانه با یکدیگر پیدا کرده و موجب پیدایش گروه‌ها و دستجاتی از کارکنان می‌شوند که به آنها سازمان غیررسمی اطلاق می‌گردد. لذا سازمان‌های غیررسمی، در حقیقت شامل گروه‌ها و دستجاتی از کارکنان هستند که حول محور نیازها و علایق مشترک خود جمع شده‌اند و بر اثر تماس مکرر آنان در ضمن انجام وظایف و در عین 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 این سازمان‌ها، فقط حول محور شرح وظایف رسمی آنان نمی‌چرخد، بلکه متأثر از عوامل شخصیتی و محیطی متعددی است که در قالب گروه‌ها و هنجارهای آنان، 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 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 در جهت تحقق اهداف سازمان به کار گیرد زیرا سازمان غیر رسمی می‌تواند با ارضای بخشی از نیازهای کارکنان، در بهبود روحیه آنان سهمی داشته باشد و با به هم پیوستن کارکنان به 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.

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: کارکنان، فناوری، ساختار و فرهنگ.

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

فناوری: فراگرد سازمان، یعنی جریان و گردش کار واحدهای مختلف آن، بیانگر فناوری سازمان 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.

ساختار: ساختار سازمان عبارت از الگوی روابط رسمی قدرت و اختیار در سازمان می‌باشد که به وسیله نمودار سازمانی نشان داده می‌شود و در 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.

فرهنگ: فرهنگ سازمان شامل دیدگاه‌ها، باورها، انتظارات، آداب و عرف حاکم بر سازمان می‌باشد تا جایی که 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.

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

مدل‌های سازمانی

مدل‌های سازمانی عبارتند از انگاره‌های ذهنی مدیران و کارکنان از سازمان‌ها و یا به عبارت دیگر تجسم نظری سازمان در نزد مدیران و کارکنان. در واقع نحوه نگرش مدیران به سازمان است که 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 نشان‌دهنده محوریت انسان و شأن و منزلت وی یعنی توجه به انسانیت اعضا در سازمان می‌باشد. به عبارت دیگر آنچه که در همه امور سازمان جاری و مشهود است، احترام به کارکنان به عنوان یک 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 هر یک) 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 همه‌جانبه
- 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 با اثربخشی بیشتری در برآورده کردن اهداف، اعم از نیازها و انتظارات سازمان و کارکنان، وسعت می‌یابد. 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

۱- 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 ارائه 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 رجوع‌ها که جهت دریافت کالا یا خدمات به سازمانی مراجعه می‌نمایند می‌تواند مبنای تقسیم کار دیگری باشد.

باتوجه به اینکه یک سازمان ممکن است دارای وظایف و اهداف متعددی باشد، هر سازمان دارای بیش از یک نوع تقسیم کار می‌باشد. در سازمان‌های آموزشی، تقسیم

کار بین مدارس از نظر رشته تحصیلی دانش‌آموزان و یا تدریس معلمان (تولید) ادارات سازمان آموزش و پرورش (خدمات)، 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 معین است که تعیین و یا تشخیص آن موجب می‌شود:

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

۲- تمرکز و عدم تمرکز

تمرکز یعنی تجمع اختیار تصمیم‌گیری در رأس هرم سازمانی و عدم تمرکز یعنی تجمع اختیار تصمیم‌گیری در 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. به این صورت که اگر اکثر تصمیمات سازمان در مراتب بالای آن اتخاذ شود، آن سازمان را متمرکز و اگر اکثر تصمیمات سازمان در مراتب پایین آن اتخاذ گردد آن را غیرمتمرکز می‌نامیم. بدین ترتیب می‌توان گفت که تمرکز و عدم تمرکز دو سوی یک

طیف بوده و سازمان‌ها در بین این دو جهت در نوسان هستند و یا به یکی از این دو جهت گرایش دارند.

سازمان‌های متمرکز می‌توانند تفویض اختیار تصمیمات را به پایین سازمان واگذار کرده و بدین ترتیب سازمان را به طرف عدم تمرکز سوق دهند و نیز می‌توانند 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 مربیان آموزشی، از جمله شرایط لازم برای عدم تمرکز در سازمان آموزشی می‌باشد.

۳- صف و ستاد

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

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

کارکنان صف، بدنه اصلی سازمان را تشکیل می‌دهند و فعالیت‌های شغلی آنان مستقیماً به اهداف سازمان مربوط می‌شود. به ویژه کارکنان صف عملیاتی، که تولید

در سازمان به عهده آنان است. ولی کارکنان ستاد با انجام امور کمکی و جانبی، با اهداف سازمان رابطه غیرمستقیم دارند.

کارکنان ستادی عموماً به دو صورت زیر انجام وظیفه می‌نمایند:

- ستاد 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 زمینه آنها می‌باشند یاری می‌رسانند. اینگونه افراد، اغلب تحت عنوان مشاور و یا مشاوران انجام وظیفه می‌نمایند؛

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

۴- قدرت و اختیار

مفاهیم قدرت و اختیار به مثابه ستون فقرات هر سازمان بوده و روابط اداری مسئولان را در داخل سازمان تنظیم می‌نمایند. 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:

زمانی 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 و در مقابل، زمانی که مدیر به جهت اعتماد و اطمینان متقابل با 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 می باشد.

قدرت و اختیار را می توان به شکل دیگری از یکدیگر متمایز کرد و آن عبارت است از توانایی مدیر بر طبق قوانین و مقررات و یا شرح وظایف مربوطه که قدرت بوده و در صورت استفاده یا عدم استفاده عملی از قدرت، اختیار می باشد. به عبارت دیگر وقتی که مدیر اقدامی که باید بکند، نمی کند و یا از بین راه های مختلف راه حل مورد نظر خود را انتخاب کرده و عمل می کند، به اختیار از قدرت خود استفاده می کند. در حالت اول، مدیر می تواند صاحب قدرت، اختیار و یا قدرت و اختیار به طور توأم باشد، بسته به اینکه برای اعمال فرامین صادره از اجابت غیر ارادی کارکنان برخوردار بوده و یا با وجود توانایی اعمال قدرت، به جهت اجابت ارادی کارکنان از اختیار بهره گیرد ولی در حالت دوم، مدیر همواره دارای قدرت و اختیار است که در یک اقدام معین درجاتی از هریک را می تواند به کار بندد.

۵- سلسله مراتب اختیار

پیشتر مفهوم اختیار توضیح داده و گفته شد که با وجود مقبولیت و مشروعیت اختیار، قدرت در سازمان ها به طور کلی از عمومیت بیشتری برخوردار است. به همین جهت، مفهوم سلسله مراتب اختیار لزوماً در برگیرنده مفهوم فوق از اختیار نمی باشد، بلکه به معنی وجود اتصالی از قدرت و اختیار و قدرت تمام در مجموعه مراتب سازمانی است که از بالا به پایین جریان پیدا می کند. یعنی مراتب سازمانی مختلف از طریق قدرت و اختیار به یکدیگر مربوط می شوند. به این ترتیب که هر مرتبه زیر نظر مرتبه بالایی قرار داشته و بر مرتبه پایین تر از خود نظارت دارد که توجه به این مفهوم عموماً با عبارت رعایت سلسله مراتب در سازمان همراه است. به عبارت ساده تر، از هرکس در سازمان انتظار می رود 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 اگر چه 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 بلافصل خود تماس برقرار نماید. بدین ترتیب جریان ارتباطات تحت کنترل مسئولان به پیش می‌رود. علاوه بر این، سازمان‌ها از جهت تأکید خود بر سلسله مراتب تفاوت دارند. در بعضی از سازمان‌ها نظیر ارتش سلسله مراتب به شدت رعایت می‌گردد و در بعضی 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 استفاده کرده و از تأکید مکانیکی بر رعایت سلسله مراتب خودداری نماید.

۶- 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، از بالا به پایین یعنی توسط مسئولان در سازمان دانست.

۷- 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 توجه به معنی محدود آن، یعنی واگذار کردن 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. به همین جهت، توأم بودن اختیار با مسئولیت، مفهوم دیگری است که در جوار تفویض اختیار معنی می‌یابد.

شرایط تفویض اختیار :

- تنها بخشی از وظایف یک نفر 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 می‌تواند اختیار تفویض شده را از فرد مربوطه سلب نماید؛
- تفویض اختیار باید همراه با تعیین 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 می‌شود، مسئول امور محوله است.

فواید تفویض اختیار

- تفویض اختیار موجب افزایش اعتماد و اطمینان بین طرفین و در نتیجه گسترش جو اعتماد در سازمان می‌شود؛

- تفویض اختیار مانع تجمع تمام اختیارات در دست مسئولان رده‌های بالایی سازمان و یا تعداد معدودی از آنان می‌گردد؛
- تفویض اختیار باعث تقسیم اختیارات مسئولان و در نتیجه کاهش مشغله بیش از حد آنان می‌گردد؛
- تفویض اختیار، سازمان را به طرف عدم تمرکز بیشتر سوق می‌دهد و موجب پیدایش محاسن و یا کارکردهای مثبت عدم تمرکز نیز می‌گردد؛
- تفویض اختیار با دادن فرصت و امکان بروز کارایی افراد، مسئولان مراتب پایین سازمان و به طور عام کارکنان را برای پذیرش مسئولیت‌های بزرگتر آماده‌تر می‌کند. اگر مسئولان سطوح پایین‌تر و در حالت کلی کارکنان سازمان، فرصت پذیرش مسئولیت‌های جدیدتر و بیشتر را نیابند، یعنی 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 پی‌برند و همچنین مهارت‌ها و توانایی‌های خود را به‌روزرانند و آمادگی پذیرش مسئولیت‌های بزرگتر و مهم‌تر را پیدا کنند. در غیر این صورت 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.

مدیر

در رأس هر سازمانی یک مدیر قرار دارد. 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. سازمان‌های آموزشی توسط مدیران آموزشی اداره می‌شوند و در راستای اهدافی نظیر رشد جنبه‌های مختلف شخصیت افراد فراگیر تربیت نیروهای متخصص و ماهر و انتقال فرهنگ گام بر می‌دارند. در واقع مدیر آموزشی، فردی است که مسئولیت اداره فعالیت‌های یک سازمان آموزشی را به عهده بگیرد. به طور کلی، مدیران آموزشی در ساختار مدیریتی بر حسب جنسیت خود دارای خصوصیات مشخصی می‌باشند که در ذیل از آن نام برده شده است.

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

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

فنون مدیریت

هر مدیری برای اداره سازمان خود نیاز به کاربرد فنون خاصی دارد که شامل موارد زیر است:

- ایجاد سیستم رسیدگی به شکایات با رعایت محرمانه بودن آن و تجزیه و تحلیل مسایل اداری و تفکیک آن از سایر مسایل شخصی و خانوادگی
- استفاده از نظام پیشنهادات
- کاهش وابستگی‌ها
- شفاف‌سازی ارتباطات سازمانی

- ایجاد واحدهای هماهنگ
- ضابطه‌مند کردن امور سازمان
- طراحی و مهندسی مجدد سازمان
- ارزشیابی و پاداش
- انحلال و یا ادغام سازمان

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 برچندین عامل تاکید می‌کند که شامل هماهنگ کردن مدیریت بازاریابی، امور مالی، تولید، تحقیق و سیستم‌های اطلاعات رایانه‌ای می‌باشد. مراحل مدیریت استراتژیک شامل مراحل زیر است: ۱- تدوین استراتژی ۲- اجرای استراتژی ۳- ارزیابی استراتژی

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

فراگرد مدیریت

فراگرد مدیریت شامل مجموعه وظایف یا کارکردهای مدیریت می‌باشد و در برگیرنده وظایفی است که عموماً در بین همه مدیران مشترک بوده و توفیق مدیریت مستلزم توفیق در یک یک آنهاست.

برای اینکه شخص مدیر بتواند از عهده وظایف مدیریت برآید و فعالیت‌های جمعی را در جهت اهداف از پیش تعیین شده سوق دهد، باید دارای مهارت‌هایی باشد که این مهارت‌ها شامل مهارت انسانی، مهارت فنی و مهارت ادراکی می‌باشد.

(۱) مهارت انسانی

با جرأت می‌توان گفت که یکی از مهارت‌های مهم مدیریت آموزشی، مهارت در روابط انسانی به معنی ایجاد محیط مساعد و مطلوب برای کار از طریق جلب مشارکت گروه‌های انسانی است. به نظر بعضی از متفکرین، مدیریت می‌تواند در همین مهارت خلاصه شود زیرا که تحقق بیشتر اهداف سازمان، عموماً مستلزم جلب مشارکت گروه‌های 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 زمینه‌های 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
- پویایی گروه، گروه‌های کار و کار گروهی
- هدایت و رهبری افراد
- سایر مسایل مرتبط به جنبه‌های انسانی کار

۲) مهارت فنی

مدیر، علاوه بر مهارت در روابط انسانی، باید در امور فنی سازمان و به طور اخص امور فنی سازمانی که تحت اختیار وی قرار دارد، مهارت داشته باشد. اینگونه امور عبارت از آنهایی هستند که انجام آنها مستلزم وقوف به روش‌ها 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:

- کارگزینی
- روش‌های مصاحبه، آزمون و استخدام
- ارزشیابی، نظارت و کنترل کارکنان
- برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی
- 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 محصول

۳) مهارت ادراکی

مهارت ادراکی عبارتست از توانایی داشتن تصویر ذهنی از کلیت امور همراه با جزئیات تشکیل دهنده آن در داخل موقعیت مربوطه. مدیر آموزشی باید بتواند هر مسأله‌گریبانگیر سازمان خود را به وضوح و به دقت در ذهن مجسم نماید تا اینکه تصمیم اثربخش اتخاذ نماید. این کار مستلزم پرهیز از ساده‌انگاری، 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 جزئی 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

دیگر تئوری‌ها و مدل‌های نظری

به گفته استیفن بی‌رابینز مهارت‌های مدیران شامل موارد زیر است:

مهارت فنی: عبارت از توانایی مدیر در کاربرد دانش تخصصی یا تخصص‌های ویژه

مهارت انسانی: توانایی 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 یک مدیر آموزشی 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 مدیر بخواهد در کار خود موفق باشد باید در ایجاد رابطه با افراد از مهارت بالایی برخوردار باشد.

مهارت‌های مورد نیاز مدیران آموزشی در عمل

مهارت‌های مورد نیاز مدیریت 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 کشورهای صنعتی است. نقش گروه در ساده‌ترین اشکال، برقراری ارتباط بین افراد، تعیین اهداف توسط افراد و نیل به سوی آنها است که در این راستا نیازهای واقعی شناخته شده و در یک فرایند پویا، ضمن انتقال آگاهی و دانش بین افراد؛ در جهت کاهش تضادهای درون‌گروهی و اجتناب از بروز بحران‌های میان گروهی کوشش می‌شود. یک مدیر در درجه اول با افراد سر و کار دارد و خود نیز یکی از آنها است. برخورد افراد با یکدیگر، تحت تأثیر عوامل پیچیده روانی و اجتماعی است. مدیر در برخورد با افراد و گروه‌ها، بزودی در می‌یابد که افراد به عنوان عامل اصلی کار تنها در بند هدف‌های سازمان نیستند بلکه خود نیز اهدافی دارند که برای هدایت آنها در جهت اهداف، تلاش‌هایی برای همسو کردن آنها با هدف‌های سازمان، تفهیم و تفاهم متقابل، ایجاد انگیزه و بالاخره در یک کلمه، رهبری آنها ضرورت پیدا می‌کند. مواردی که یک مدیر در روابط انسانی خود با کارکنان باید رعایت نماید به شرح زیر می‌باشد:

- 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 از امنیت شغلی افراد
- ایجاد جو اعتماد و اطمینان در سازمان
- 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

- توانایی برنامه‌ریزی و شناخت فنون و روش‌های آن
- توانایی سازماندهی و شناخت فنون و روش‌های آن
- انجام امور مختلف مرتبط با حسابداری
- انجام امور مرتبط 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 موقعیت‌های مختلف آموزشی
- برنامه‌ریزی درسی و آموزشی به منظور مشارکت افراد در امور مربوطه
- توانایی کنترل و نظارت کارکنان
- توانایی هماهنگی فعالیت‌های درونی و بیرونی سازمان
- توانایی انجام سایر امور فنی سازمان

۳- مهارت ادراکی

- 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 طور اخص اهداف توسعه
 - سهم و نقش نهادهای آموزشی در توسعه اجتماعی
 - روند تکوینی مدیریت سازمان‌های آموزشی
 - موانع، محدودیت‌ها و کاستی‌های مدیریت آموزشی
 - آشنایی به کلیه تئوری‌ها و چهارچوب‌های فکری مربوطه
- مهارت‌های سه گانه 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.
- 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.

نقش‌های مدیران

- نقش ارتباطی: رئیس تشریفات سازمان، رهبری، مسئول ایجاد انگیزه و هدایت‌گر و رابط سازمان (حفظ و نگهداری شبکه ارتباطات خارجی)
- نقش اطلاعاتی: رئیس اطلاعات سازمان (دریافت‌کننده اطلاعات در سطح گسترده) اطلاع‌رسان، دادن اطلاعات به اعضای سازمان و نماینده یا سخنگوی سازمان
- نقش تصمیم‌گیری: خلاقیت یا نوآوری (تحقیق و بررسی برای ایجاد تغییر)، مسئول رفع بحران و تخصیص دهنده منابع

وظایف مدیریت

- فایول وظایف مدیریت را در پنج کارکرد ذکر می‌کند:
- برنامه‌ریزی: مطالعه آینده و تنظیم برنامه عملیات
- سازماندهی: تهیه مواد و سازمان انسانی کار، یعنی سازمان دادن منابع انسانی و مادی
- فرماندهی: به کار گماردن کارکنان
- هماهنگی: اتحاد و ارتباط دادن همه فعالیت‌ها به یکدیگر و هم‌سو نمودن فعالیت‌های پراکنده سازمان در جهت اهداف از پیش تعیین شده
- کنترل: بررسی اینکه آیا همه چیز بر طبق قوانین و دستوراتی که قبلاً تعیین شده بود انجام می‌گیرد یا خیر؟ به عبارتی کنترل یعنی مطابقت مراحل مختلف عملیات با اهداف از پیش تعیین شده و حصول اطمینان از پیشرفت مطلوب امور. لذا کنترل شامل مواردی مانند اندازه‌گیری، تعیین معیارها، ارزشیابی و روش‌های کنترل می‌باشد.

لوترگالیک وظایف مدیران را به انضمام کارکردهای دیگر در کلمه اختصاری یا مخفف خود یعنی POSDCORB نشان داد که منظور وی عبارت بود از: برنامه‌ریزی، سازماندهی، کارگزینی، رهبری و هماهنگی، گزارش و بودجه. بنابر 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 است.

با وجود نظرات متفاوت نویسندگان می‌توان گفت اساس تقسیمات وظایف مدیریت برمحور برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل استوار می‌باشد. وظایف دیگری نظیر کارگزینی، ایجاد انگیزه، ارزشیابی، تصمیم‌گیری و ارتباطات توسط بعضی از دانشمندان مدیریت بعنوان وظایف جداگانه و توسط بعضی دیگر از آنان، در قالب 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 به مرحله اجرا گذاشتن 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 می- باشد:

- پیش‌بینی دقیق وسایل، مواد و منابع انسانی لازم
 - هدایت صحیح منابع انسانی درگیر در موضوع
 - چگونگی نظارت و کنترل بر جریان کار
 - برقراری مسیر آزاد برای جریان بازخورد
 - پیش‌بینی هزینه‌های اجرایی
 - پیش‌بینی‌های 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
- آنچه که در سازماندهی حایز اهمیت است عبارتست از لحاظ کردن مجموعه عوامل مربوطه نظیر: اهداف سازمانی کارکنان از نظر مشخصات تخصصی و تجربی پراکندگی جغرافیایی سازمان و منابع مادی . همه عوامل مذکور باید به صورتی در سازماندهی مورد نظر باشند که در پیشبرد اهداف سازمان موجب اثربخشی بیشتری

شوند. در سازماندهی باید توجه داشت 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 متعدد از آن 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. یکی از زیر بنایی‌ترین 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 فکر، کار، ابداع و ابتکار آنان شکل گرفته و پیاده شوند. 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 اثربخش است. برای اینکه یک سازمان موفق بماند، وجود رهبری واجب و ضروری است. حتی بهترین کارکنان نیاز دارند که بدانند چگونه می‌توانند در راه رسیدن به اهداف سازمانی مشارکت داشته باشند و در مقابل، کارکنانی که از حرارت و دلبستگی کمتری برخوردار هستند، به دنبال رهبری هستند که بتواند بر اساس انگیزه بیرونی، محرکی را برای ایجاد هماهنگی و سازگاری بین اهداف آنان و اهداف سازمان پدید آورد.

رهبری

رهبری در هر سازمان به معنی تعیین آنچه باید به دست آید و تأثیرگذاری بر دیگران برای تحقق اهداف است. در فرایند رهبری، تأثیر بر دیگران بسیار مهم است و آن

وسيله‌ای است که توسط آن افراد به طور موفق ديگران را ترغيب می‌کنند که از پيشنهادهات، نصايح و دستورات آنها پيروي کنند.

رهبري آموزشي

رهبري آموزشي عبارت است از ياري و مدد به بهبود کار آموزشي. در واقع هر عملي که بتواند آموزش دهنده را يک قدم به پيش ببرد، رهبري آموزشي خوانده می‌شود. بعضی از کارکنان آموزشي به عنوان رهبر يا مدير آموزشي خوانده می‌شوند ولي با اينکه اينان تمام وظائف رهبري آموزشي را شخصا انجام نمی‌دهند، در تعيين و تشخيص اين که آيا هدايت و راهنمايي به نحو نيکويي انجام می‌شود؟ سهم بزرگي دارند. رهبران سبب می‌شوند که افراد يکديگر را بشناسند و به عنوان عامل رابط و واسطه، افراي را که داراي مسايل و مشکلات مشابه هستند، به هم نزديک می‌سازند يا آنان را با افراد متبحري که قادر به رفع مشکلات آنان باشند، آشنا می‌سازند و کارکنان را به تبادل نظر و به کار بردن روش‌های تازه ترغيب می‌کنند. بنابر اين نقش رهبري نه صرفا دستور دادن و هدايت کردن، بلکه حمايت و تقويت، ياري و مساعدت و سرانجام همکاري می‌باشد.

تفاوت مديريت و رهبري

بيشتر کارشناسان بر اين باورند که رهبري متفاوت از مديريت می‌باشد به اين معني که رهبري، اعمال نفوذ و تأثير بر ديگران در جهت اهداف خاص می‌باشد. تفاوت مديريت و رهبري در ايجاد انگيزه و چگونگي نگرش و شيوه‌ای است که می‌اندیشد و عمل می‌کند. به گفته زاليک، تفاوت‌های زیر در بين مدير و رهبر وجود دارد:

- مدير نگرش غيرشخصي دارد در حالي که رهبر داراي نگرش شخصي است.

- مدیر کار را به عنوان فرایندی می بیند که در آن مجموعه ای از انسان ها و عقاید در هم می آمیزند تا استراتژی هایی ارایه گردد و تصمیماتی گرفته شود، حال آن که رهبر خطرپذیر است و خطر را به جان می خرد به ویژه زمانی که میزان پاداش و فرصتی که در انتظار اوست زیاد نباشد.

- مدیر ترجیح می دهد با انسان ها و مردم سر و کار داشته باشد و از تنهایی فرار می کند. رابطه او با مردم بر اساس نقشی تعیین می شود که در جریان رویدادها و در فرایند تصمیم گیری برعهده می گیرد. به عقاید و نظرات توجه می کند. قضاوت های شهودی دارد و با مردم هم دلی می کند و در بسیاری از موارد خود را به جای دیگران می گذارد.

از دیدگاه جان کاتر یکی از همکاران زالزنیک در هاروارد، تفاوت مدیریت و رهبری به گونه زیر بیان می شود :

مدیر همواره با مسایل و پیچیدگی ها دست و پنجه نرم می کند. مدیر خوب می تواند به سازمان نظم بدهد و با ارایه برنامه های رسمی نوعی ثبات به سازمان بیاورد. همچنین ساختار سازمان را تعیین کند و با توجه به برنامه های 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 می کند سپس با توجه به این دیدگاه و ارتباطی که با آن برقرار می کند، افراد را هماهنگ می نماید و به آنها الهام می بخشد 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، در صدد اثر بخش نمودن سازمان است. او بر این باور است که اکثر سازمان ها خوب رهبری نشده اند ولی از درجه مدیریت به حد اشباع رسیده اند. لذا باید در سازمان ها به پرورش رهبری توجه بیشتری کنیم زیرا متصدیان سازمان های کنونی بیشتر وقت خود را صرف تنظیم برنامه و بودجه می کنند و به اموری می رسند که در گذشته انجام شده است. او می گوید رهبری به منزله توانایی

اعمال نفوذ بر گروه در جهت تأمین هدف‌ها است. علت اعمال نفوذ رهبران احتمالاً دارا بودن پست و پایگاه رسمی است. از آنجا که مقام مدیریت با خود اختیارات رسمی 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 ولی باید توجه داشت که 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، بلکه 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 شکل زیر نشان داده شده است.

نقش رهبری	نقش مدیر
- توسعه فعالیت‌ها - داشتن صداقت و یک پارچگی اخلاقی و اصول منطقی و درست - موفق در ایجاد تغییر و اصلاح چالش‌های وضع موجود - الهام بخش پیروان - داشتن چشم انداز - تمایل به انجام خطر - ارزش قایل شدن برای افراد - توسعه روابط - در دست نداشتن قدرت از طریق اختیار یا موقعیت - توانمندسازی دیگران	- ایجاد ثبات و پایداری - کنترلی بودن - انجام وظایف - در دست داشتن اختیار - در دست داشتن قدرت از طریق موقعیت - برنامه‌ریزی، سازماندهی، کنترل منابع مادی و انسانی - تحلیل سیاست‌ها و روش کاری - حفظ قوانین سلسله مراتبی - قرار دادن سازمان در اولویت نسبت به افراد

رهبری همچنین 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 سری ملزومات وجود دارد از جمله آن که رهبر فرد باید دارای هدف یا عقیده‌ای باشد که به آن معتقد باشد. همچنین بایستی پیرو یا پیروانی داشته باشد که فرایند رهبری را به کار گیرد. در سالیان اخیر، در مورد رهبری و شاخص‌های آن بحث‌های بسیاری شده است ولی به طور کلی می‌توان شاخص‌های زیر را برای رهبری برشمرد:

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

رهبری و انگیزه

اصولا 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 کوشا باشند. در حقیقت مهارت رهبری از نظر ماهیت از دو عامل متمایز یعنی عامل انگیزه و عامل الهام درست می‌شود. مهارت در ایجاد انگیزه 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. از آنجا که انسان‌ها بر این گرایش دارند که از کسی که از دیدگاه

آنان وسیله برآوردن نیازها و هدف‌هایشان را فراهم کند، پیروی کنند، بنابراین هر اندازه مدیران دریافت بیشتری از انگیزه‌ها و راه‌های چگونگی ایجاد انگیزه در زیردستان خود داشته باشند و هر چه بیشتر این درک و دریافت را در اقدام خود بازتاب دهند، احتمال آنکه اثر بخش‌تر باشند، بیشتر است. لذا گفته می‌شود از خصوصیات مدیران خوب این است که به انگیزه‌ها و قابلیت‌های فرودستان اعتماد و اطمینان و به مسئولیت و سخت‌کوشی آنان ایمان داشته و همچنین معتقد باشند که اقتدار جمعی و مشارکت، هم مطلوب و هم سودمند است و در حد معقول آنها را متکی به خود، آسوده خاطر و خوش بین و حساس و هوشیار سازند.

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 با استفاده از ویژگی‌های برجسته خود 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.

سبک رهبری

در مدیریت از سبک‌های متفاوتی استفاده می‌گردد که همان طرح کلی اقدامات رهبری می‌باشد. از دیدگاه کارکنان، سبک‌های رهبری به شکل زیر تقسیم می‌شود:

الف) رهبری مثبت و رهبری منفی

ب) رهبری استبدادی، رهبری دموکراتیک، رهبری آزاد و غیر مداخله‌ای

ج) رهبری رابطه‌مدار و وظیفه‌مدار

د) رهبری تحول‌گرا و عمل‌گرا

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

دامنه قدرت: منعکس‌کننده تعداد افراد یا گروه‌هایی است که یک فرد یا یک گروه در آنان نفوذ می‌کنند؛

حوزه قدرت: به طیف فعالیت‌هایی که به وسیله فرد یا گروه تأثیر می‌پذیرد، اشاره دارد؛

ضریب قدرت: درجه اثرگذاری رفتار فرد یا گروه را بر دیگران نشان می‌دهد.

انواع قدرت:

قدرت قانونی: که به منزله نفوذ مبتنی بر پست رسمی رهبران در سلسله مراتب سازمانی می‌باشد؛

قدرت پاداش: که به معنی نفوذ رهبر بر دیگران بر اساس پاداش دادن به دیگران است؛

قدرت اجباری: که توانایی رهبر برای به دست آوردن مقبولیت از طریق ترساندن زیردستان از مجازات را می‌رساند؛

قدرت مرجعیت: که نفوذ مبتنی بر ویژگی‌های ذاتی و کاریزماتیک رهبر است؛
 قدرت تخصص: که نفوذ مبتنی بر دانش و تخصص رهبر را می‌رساند.

انواع مهارت به کاربردن قدرت رهبران:

رهبران برای به کاربردن قدرت نیازمند مهارت‌هایی هستند:

- مهارت سیاسی: اشاره به این دارد که عامل قدرت چگونه به خوبی می‌تواند از منابع قابل دسترس استفاده نماید؛
- مهارت شناختی: توانایی و مهارت در فراهم آوردن اطلاعاتی است که به شخص اجازه بدهد تا استراتژی‌های سیاسی را تنظیم کند. این مهارت مبتنی بر دو عامل است: ۱- توانایی دسترسی به اطلاعات ۲- توانایی پردازش اطلاعات؛
- مهارت تاکتیکی: توانایی ایجاد تاکتیک‌های مؤثر سیاسی در موقعیت عامل قدرت می‌باشد و سطح قدرت، توانایی تاکتیکی فرد را نشان می‌دهد.

نحوه به کارگیری قدرت از سوی رهبران:

- نحوه به کارگیری قدرت از سوی رهبران و تعیین حیطه قدرت آنها بستگی به نوع رهبری آنان دارد:
- رهبران مسئول‌گرا: 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 آزاد می‌گذارند و گروه برای تصمیم‌گیری آزاد است.

خصوصیات مدیران خوب

بسیاری از دانشمندان دیدگاه‌های خود را در مورد خصوصیات مدیران خوب به طرز زیر بیان می نمایند:

۱- مدیران خوب افرادی هستند که قدرت ارتباط و انتقال انتظارات خود را به طور واضح داشته باشند زیرا یکی از مهارت‌های مدیران و رهبران آموزشی، مهارت ایجاد ارتباط می باشد. برقرار نمودن ارتباط در آموزش، یک اقدام سیستماتیک جهت ایجاد تأثیرات مثبت در فعالیت‌های آموزشی است. در واقع برقراری ارتباط مؤثر، ترکیبی از علم و هنر است. با این وجود، یکی از کلیدهای دستیابی به موفقیت، استفاده از روش‌شناسی ارتباطات به طریق سیستماتیک در رویارویی با مشکلات عمومی است. برقرارکنندگان ارتباط در این نظر که فرایند ارتباط باید به تناوب با شنیدن و عمل بررسی و اجرا شود، توافق نظر دارند؛

۲- مدیران خوب افرادی هستند که تمرکز مدیریت داشته و به راحتی و با قدرت با تعارضات برخورد نمایند. تعارض پدیده‌ای است که آثار مثبت و منفی در بردارد. استفاده صحیح و مؤثر از تعارض، موجب بهبود عملکرد و ارتقای سطح سلامت سازمان می شود. البته استفاده درست از تعارض مستلزم کسب مهارت در اداره آن است که امروزه به عنوان یکی از مهارت‌های اساسی مدیریت محسوب می شود. اگر تعارض سازنده باشد، باعث بروز خلاقیت در سازمان می گردد و در نهایت به مدیران کمک می کند تا به اهداف خود نایل آیند؛

۳- بازده: مدیران خوب افرادی هستند که هر از چند گاهی برآوردی از بازده کار خود داشته باشند؛

۴- همدردی: مدیران خوب افرادی هستند که هم‌دردی و توجه به نیازهای کارمندان داشته باشند؛

- ۵- کنترل: مدیران خوب افرادی هستند که هر از چند گاهی نتایج کار زیردستان خود را بررسی نمایند؛
- ۶- گرفتن باز خورد: مدیران خوب افرادی هستند که باز خورد مداوم از کارکنان و کارمندان خود داشته باشند.

مسئولیت‌های رهبری

- مدیران سطح بالا به عنوان رهبران سازمان با مسئولیت‌های زیر روبرویند :
- ترغیب به یک توافق گسترده جمعی در اهداف و اولویت‌های سازمان ؛
 - جلب حمایت برای اولویت‌های سازمان؛
 - پذیرش مسئولیت حمایت از سازمان و عمل کرد آن؛
 - توسعه و اجرای استراتژی‌های رقابتی اثربخش؛
 - ایجاد تعادل مؤثر بین اقتصاد، تخصص‌ها و انتظارات اجتماعی سازمان؛
 - توسعه روابط بین سازمانی مؤثر با سایر سازمان‌ها.

مفهوم تعارض

تعارض وضعیتی 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 احساسی نشان می‌دهند. به عبارت دیگر، 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.

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

۱- تغییر مستمر ۲- تنوع بیشتر ترکیب کارکنان ۳- کارهای تیمی بیشتر ۴- ارتباطات چهره به چهره کمتر (تعامل الکترونیکی بیشتر) ۵- اقتصاد جهانی با مبادله‌های زیاد میان فرهنگی.

پیتر دراگر در کتاب عصر عدم پیوستگی خود معتقد است که صرف نظر از ماهیت و اهداف، در هر سازمان، بین اهداف فرد و سازمان ممکن است هم‌خوانی کامل وجود نداشته باشد که این خود عاملی برای ایجاد تعارض بین فرد و سازمان می‌باشد.

مدیریت تعارض

به معنی به کارگیری صحیح تکنیک‌های حل تعارض در زمان مواجهه با تعارض می‌باشد. فراگیری مدیریت تعارض یک سرمایه‌گذاری حیاتی برای فرد، خانواده و سازمان 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 شویم و برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصت‌ها، راه‌حل‌های مناسب را بیابیم. ماری پارکر فالت، دید مثبتی از تعارض در سازمان داشته و برخورد افراد را 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 رفع مسأله تلاش نمایند، طبعاً 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 سازمان دانسته و همواره معتقد است که تعارض عاملی در جهت شناخت افراد درون سازمان می‌باشد. وی معتقد است که

تعارض درون گروه‌ها و بین گروه‌ها در جوامع می‌تواند از استقرار همکاری و روابط عادی کاهندهٔ خلاقیت و ابداع در سازمان جلوگیری کرده و در حد امکان در جهت شناخت انگیزه‌های افراد در برابر اهداف سازمان و همکاران، اطلاعات لازم را به مدیران منعکس سازد.

انواع تعارض

- تعارض‌های نوظهور: این نوع تعارض از تعاملات رسمی و غیررسمی افراد در کارهای روزمره نشأت می‌گیرد و یکی از علت‌های این تعارض می‌تواند رقابت افراد برای منافع سازمانی باشد. این تعارض‌ها، چالشی بوده ولی کمتر قابل پیش‌بینی می‌باشند و بالقوه هستند؛

- تعارض نهادینه شده: این نوع تعارض از طبیعت خاص و اهداف سازمانی ناشی شده و چالشی می‌باشند. تقابل منافع و سایر اهداف سازمان با منافع و اهداف کارکنان از این گونه تعارض‌ها ناشی می‌شود. این تعارض در نگرش‌های متفاوت قدیمی و جدید نسبت به تعارض، حامی اهداف گروه‌ها و عملکرد سازمان را بهبود بخشیده و مؤثر و سازنده می‌باشند. در مقابل تعارض‌هایی وجود دارند که سازمان را از رسیدن به اهداف باز داشته و مانع کار گروه می‌شوند که این تعارض‌ها را غیرکارکردی یا مخرب می‌دانند. برحسب طرف‌های تعارض می‌توان تعارض را به انواع درون فردی، بین فردی - درون گروهی، بین گروهی - بین اشخاص و سازمان - و تعارض بین سازمانی تقسیم نمود.

مدیریت تعارض در آموزش سلامت

آموزش سلامت بنا به ماهیت خود و برای تحقق اهدافش به دنبال ایجاد و توسعه رفتارهای مطلوب بهداشتی است. لذا ممکن است با تعداد زیادی از عادات و رسوم

مبتنی بر سنت‌ها، باورها و غیره روبرو شود که هر گونه تلاش برای ایجاد و تغییر رفتار مؤثر را با مشکل روبرو سازد و علاوه بر آن موجب ایجاد تضادهای ذهنی و رنجش‌های غیرضروری گردد چرا که امکان دارد رفتار سالم مورد نظر، کاملاً با الگوی فرهنگی موجود متضاد باشد. بنابراین آموزش سلامت باید از فرهنگ موجود شروع شود و سعی کند که به تدریج، عادت‌ها و رفتارهای موجود را تغییر دهد. به علاوه، عمده تلاش آموزش سلامت باید در ایجاد 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.

تفاوت دیدگاه مدیران در مورد تعارض

تفاوت نگرش مدیران نسبت به تعارض در گذشته و حال، در جدول زیر آمده است.

مقایسه دیدگاه‌های مختلف مدیران نسبت به تعارض

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

برخورد با تعارض

اصل اساسی در برخورد با تعارض این است که منشاء تعارض شناسایی شده و در برخورد با آن منطقی عمل شود و از برخوردهای عاطفی و احساسی اجتناب گردد. در راستای مدیریت گروه درگیر تعارض و ناسازگار، 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.

جدول مقایسه دیدگاه های مختلف نسبت به تعارض

دیدگاه سنتی	تعارض همیشه بد و منفی است. تعارض مترادف با شورش و نابودی و بی منطقی است. باید از آن اجتناب نمود. 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 مداوم تعارض را باقی گذارند آنقدر که واحد را اثر بخش، انتقادپذیر و خلاق نگه دارد.

بخش دوم

برنامه‌ریزی آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی، فرایندی است که هنگام طراحی یک فعالیت آموزشی طی می‌گردد. حتی موقعی که از کارشناسان خواسته می‌شود یک سخنرانی کوتاه ارائه دهند و یا یک سمینار یا کارگاه آموزشی برگزار کنند، بعضی از اشکال برنامه‌ریزی را انجام می‌دهند و روشن می‌کنند: چه کاری می‌خواهند انجام دهند؟ فراگیران چه چیزی را باید به دست آورند؟ و حتی زمان و مکان مورد نظر را مشخص می‌کنند. برای فعالیت‌های آموزشی در مقیاس وسیع (نظیر اجرای یک دوره آموزشی رسمی) آموزش‌دهندگان سلامت بیشتر تحقیق می‌کنند و سعی می‌کنند طرح یا نقشه‌ای را به طور سیستماتیک و با جزئیات بیشتر تهیه نمایند و در سطح گسترده‌تری برنامه‌ریزی کنند. در کل آموزش‌دهندگان سلامت، زمان زیادی را صرف تحقیق برای تصمیم‌گیری در مورد نیازهای ویژه آموزش‌گیرندگان، تدوین اهداف یادگیری، شناسایی دقیق محتوای آموزشی و انتخاب روش‌های مناسب آموزشی می‌نمایند.

مراحل فرایند آموزش

- ۱- مرحله برنامه‌ریزی: برنامه‌ریزی آموزشی، تصمیم‌گیری در مورد این که چه اهدافی را؟ چگونه به دست خواهید آورد؟ می‌باشد و باید به دقت طی شود.
- ۲- مرحله اجرا: اجرا، فرایند تبدیل برنامه آموزشی به عمل است. در این مرحله برنامه آموزشی به شکل فعال در می‌آید. شما باید آموزش را مطابق با محتوایی که شناسایی کرده و روش‌هایی که انتخاب نموده‌اید، هدایت نمایید.
- ۳- مرحله ارزشیابی: ارزشیابی به این دلیل انجام می‌گیرد که معلوم شود آیا در رسیدن به اهداف آموزشی موفق بوده‌ایم یا خیر تا در آینده، تغییر به منظور بهبود نتایج فعالیت آموزشی صورت گیرد. ارزشیابی و ارائه بازخورد باید به طور معمول

در هر دو مرحله برنامه‌ریزی آموزشی و اجرا انجام گیرد. به علاوه، باید ارزشیابی رسمی را به منظور تصمیم‌گیری در مورد میزان تأثیر آموزش انجام دهید.

تعیین نیازهای آموزشی

برنامه‌ریزی آموزشی، چارچوب و اساس آموزش را برای ما مشخص می‌سازد. برنامه آموزشی، آنچه را که قرار است آموزش داده شود و نحوه آموزش را بیان می‌کند. یک جنبه مهم برنامه‌ریزی آموزشی، تصمیم‌گیری در این مورد است که برنامه شامل چه چیز خواهد بود. فرایند تصمیم‌گیری در این مورد در قالب تعیین نیازهای آموزشی صورت می‌گیرد.

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 به کار می‌رود. نیاز آموزشی یعنی اختلاف بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد. اختلاف ممکن است مربوط به دانش، نگرش، یا مهارت‌هایی که فراگیران نیاز دارند تا رفتاری را انجام دهند، باشد.

نیازسنجی آموزشی

نیازسنجی آموزشی به معنای کاربرد فنونی است 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 آموزشی عبارت است از سنجش یا تعیین این که چه چیز؟ به چه اندازه؟ مورد نیاز است. 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.

نیاز یادگیری در علوم سلامتی عبارت است از مهارت‌ها و توانایی‌هایی که فراگیران باید بیاموزند تا قادر شوند مسایل مرتبط با سلامتی را در سطح فرد، گروه و جامعه شناسایی، تحلیل و حل نمایند. در مورد بیماران و نیازمندان خدمات سلامتی نیازهای یادگیری عبارت است از اطلاعات، دانش، نگرش‌ها و مهارت‌هایی که باید برای مراقبت بهداشتی از خود کسب کنند.

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.

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. همچنین 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: آنها نمی‌دانند که چگونه و چه موقع رفتار کنند، انگیزه ندارند و یا توسط سازمان یا محیط از بروز رفتار در آنها جلوگیری می‌شود.

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 دارد تا بتوانیم مناسب‌ترین قدم‌ها را در جهت حل آنها 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 توانمندتر خواهند بود.

نقش رفتار

برخی از انواع رفتارها می‌توانند باعث ارتقای سطح سلامت شده و پاره‌ای از آنها منجر به بیماری می‌شوند، در حالی که تأثیر بعضی دیگر از رفتارها بر سلامت، خنثی یا لافل ناشناخته است. اولین چیزی که باید هنگام دقت در 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 از رفتارهای بهداشتی، طرح‌ریزی نمود؟

اولویت‌بندی نیازها

هنگام برنامه‌ریزی آموزشی ممکن است که مشکلات متعددی پدید آید. 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، فرایند مداومی از تصمیم‌گیری است که در کلیه مراحل برنامه‌ریزی شامل توصیف نیازها، تعیین اهداف، شناسایی مخاطبان مورد نظر، 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 می‌دهند، پس لازم است که تصمیم بگیریم کدام اولویت‌ها مهم‌تر هستند.

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 ارایه خدمات بهداشتی کشور باید به مردم کمک کنند تا تأثیر رفتارشان را بر سلامت درک کنند. آنها باید مردم را برای برخورداری از زندگی سالم تشویق نمایند تا خودشان تصمیم بگیرند. در آموزش سلامت، افراد به خاطر رفتار غیر سالمی که دارند، سرزنش و ملامت نمی‌شوند. برخی اوقات، رفتارهای غیر سالم 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 سالم رهنمون می‌سازد، اطمینان حاصل نمایند.

تعیین اهداف آموزشی

اهداف کلی

به آن دسته از اهداف آموزشی که به صورت عبارت‌های کلی بیان می‌شوند، اهداف کلی آموزشی گفته می‌شود. این اهداف گنگ و مبهم بوده و تفسیر پذیرند و معمولاً پس از حصول چند هدف اختصاصی قابل دسترس هستند.

اهداف اختصاصی

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

اهداف رفتاری

اهداف رفتاری، رفتارهای ویژه‌ای هستند که فراگیران باید از خود بروز دهند تا مشخص شود که یادگیری رخ داده است. اهداف رفتاری کامل دارای سه جزء رفتار شرایط و معیار هستند.

رفتار: منظور از رفتار، مهارت یا دانشی است که فراگیر باید کسب کند یا عمل و یا مهارتی است که قادر به انجام آن باشد. به عبارت دیگر رفتار عبارت است از عمل یا فعالیت یا توانایی که بروز آن را از فراگیر انتظار داریم.

شرایط: شرایط عبارت است از موقعیتی که رفتار مورد نظر در آن بروز می‌کند. به عبارت دیگر شرایط مشخص می‌کند که رفتار در چه موقعیتی انجام خواهد شد.

معیار: معیار عبارت است از حداقل میزان قابل قبول بروز رفتار مورد نظر.

طبقه‌بندی اهداف آموزشی

برای اهداف آموزشی، طبقه‌بندی‌های مختلفی ارایه شده است که یکی از معروف ترین آنها طبقه‌بندی بنیامین بلوم^۱ و همکاران است. در این طبقه‌بندی، اهداف

^۱ - Benjamin S.Bloom

آموزشی در سه حیطه شناختی، عاطفی، و روانی - حرکتی قرار می گیرند. در حیطه شناختی اهدافی قرار می گیرند که محتوای آنها به طور عمده جنبه نظری داشته و یادگیری آنها مستلزم فعالیت های صرف ذهنی و عقلانی است. حیطه عاطفی مربوط به اهدافی می شود که محتوای مربوط به آنها جنبه ایجاد و یا تغییر نگرش، طرز فکر و به طور کلی ارزش ها را دارد. محتوای مربوط به حیطه روانی - حرکتی اختصاص به آموزش مهارت ها دارد. ذکر این نکته ضروری است که سه حیطه یاد شده مستقل از یکدیگر نبوده و با یکدیگر مرزهای مشترک دارند.

تحلیل آموزشی

تحلیل آموزشی فرایندی است که از طریق آن، هدف کلی آموزشی به وظایف یا اعمالی که فراگیر باید انجام دهد یا معلومات و مهارت هایی که پس از اجرای آموزش باید کسب کند، تقسیم می شود. اجرای دقیق فرایند تحلیل آموزشی مستلزم تبدیل هدف کلی به اهداف اختصاصی، تبدیل هدف اختصاصی به اهداف رفتاری تعیین نوع ارتباط بین اهداف کلی و اختصاصی، تعیین رفتار ورودی، ارزشیابی تشخیصی و تعیین نخستین گام آموزشی است.

ارتباط اهداف با هم به سه صورت است: ارتباط تسلسلی یا متوالی، ارتباط موازی یا هم تراز و ارتباط ترکیبی. در ارتباط تسلسلی، اهداف پایین تر پیش نیاز 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 امکان پذیر است. در ارتباط ترکیبی، هدف اجرایی نهایی را یک سلسله اهداف تسلسلی و هم تراز تشکیل می دهند.

رفتار ورودی به معنای معلومات، مهارت ها و توانایی هایی است که فراگیران باید قبل از شروع یک فعالیت آموزشی از خود نشان دهند تا بتوانند با موفقیت به اهداف

اجرایی دست یابند. 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.

انتخاب و سازماندهی محتوای آموزشی و طرح درس

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. 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 امکان‌پذیر سازند. محتوای آموزشی باید بر اساس هدف‌های آموزشی معین، تهیه و تنظیم شود.

انتخاب محتوا

یکی از مراحل اساسی فرایند 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 ضروری‌تر است. نخستین گام برای تحقق هدف، انتخاب محتوای آموزشی مناسب و مطلوب است. چون اهداف به وسیله محتوا تأمین می‌شوند، توجه به انتخاب محتوا باید همیشه به عنوان یک عنصر مهم در برنامه‌ریزی آموزشی مد نظر باشد. در صورت عدم انتخاب و سازماندهی محتوای مناسب، تمامی فعالیت‌های دیگر در فرایند برنامه‌ریزی آموزشی با شکست مواجه خواهد شد.

ماهیت محتوا

در بحث ماهیت محتوا، ویژگی‌های ذاتی آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. در انتخاب و سازمان دهی محتوا در برنامه‌های آموزش سلامت، باید به سؤالات زیر توجه نمود:

- ۱- آیا محتوای آموزشی، اهداف آموزشی مورد نظر را پوشش می‌دهد؟
- ۲- آیا محتوای آموزشی، فراگیر 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 مربیان آموزش سلامت باید ماهیت محتوای آموزشی را بر اساس اهداف آموزشی و توانایی‌های مخاطبین تهیه نمایند.

معیارها و اصول انتخاب محتوا

۱- اهمیت: محتوای انتخاب شده باید از درجه بالای 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 نگرش‌های فراگیران شود. در برنامه‌های آموزش سلامت نباید محتوا را صرفاً بر اساس حیطه شناختی انتخاب کرد بلکه به حیطه عاطفی نیز باید توجه شود تا علاقه‌مندی برای شرکت در برنامه‌ها و متعاقب آن تمایل به اتخاذ رفتار جدید افزایش یابد.

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 شوند 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 باید بر اساس محتوایی باشد که دارای سودمندی و کارایی برای مخاطبین باشد و چنانچه سودی عاید آنها نشود، نه تنها بی‌ارزش 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 امکان‌پذیر 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 سازمان دهی 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 در عمل با محدودیت‌هایی مواجه شوند. به عنوان مثال، مدتی که برای آموزش در نظر گرفته می‌شود ممکن است آموزش را محدود کند یا مدت زمانی که فراگیران در اختیار مربی هستند ممکن است، محدود باشد که به طور حتم در انتخاب محتوا تأثیر خواهد گذاشت.

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. طرح درس به مربی می‌گوید که چه چیز؟ و چه موقع؟ انجام دهد و آن را به اشکال مختلفی می‌توان تنظیم کرد.

طرح درس شامل اجزاء یا بخش‌های زیر است:

- ۱- اهداف
- ۲- رئوس مطالب^۱
- ۳- روش‌های آموزشی
- ۴- برآورد زمان^۲
- ۵- منابع آموزشی مورد نیاز
- ۶- تکالیف فراگیر^۳

^۱ - content outline

^۲ -Time Estimation

^۳ -participant assignments

۷- روش ارزشیابی

طرح درس، یک راهنما برای مربی است به این منظور که خود را برای تدریس دوره آماده کند. اگرچه طرح درس زودتر از زمان آموزش تهیه می‌گردد اما باید انعطاف‌پذیر باشد. چنانچه مربی با مشکلات آموزشی خاصی مواجه شود یا عقاید و موضوعات جدید در حین آموزش مطرح گردد و یا اگر نیازهای فراگیران شفاف‌تر شود، طرح درس می‌تواند مطابق با آنها تنظیم گردد.

برنامه درسی پنهان

آنچه طراحان و برنامه‌ریزان آموزشی برای هدایت و راهنمایی فراگیران طراحی و برنامه‌ریزی می‌کنند، برنامه درسی رسمی است. یک برنامه درسی رسمی: هدف‌های آموزشی مدون و آشکاری دارد، محتوای معینی برای تحقق هدف‌های انتخاب و سازمان‌دهی می‌شود، اصول و روش‌های یاددهی - یادگیری آن متناسب با هدف‌ها و محتوا تعیین و پیشنهاد می‌شود و در مورد ارزشیابی آن نیز تصمیم‌گیری و هماهنگی به عمل می‌آید.

اما عوامل دیگری که جزء برنامه درسی نیست و از دید و مشاهده برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران برنامه‌های آموزشی نیز پنهان است، در فکر و عواطف و رفتار فراگیر اثر می‌گذارند و در اغلب موارد مؤثرتر از برنامه‌درسی پیش‌بینی شده عمل می‌نمایند. به این عوامل، برنامه درسی پنهان گفته می‌شود.

برنامه درسی پنهان، بعد غیرقابل پیش‌بینی یادگیری است. طراحی آموزشی بدون توجه به این بعد، غفلت از بخش مهمی از عواملی است که در یادگیری فراگیر تأثیر فراوان دارند. مربیان به طور معمول در طراحی آموزشی به عوامل آشکار مؤثر در تدریس توجه می‌کنند و از عوامل پنهان غافل می‌مانند. لازم است عوامل اساسی در شکل‌گیری برنامه پنهان، شناسایی و آشکار شوند و در طراحی و اجرا تا حدودی تحت ضابطه و کنترل درآیند. یکی از عواملی که در کم کردن فاصله بین برنامه

آموزشی رسمی و برنامه‌درسی پنهان تأثیر دارد، مشارکت فراگیران در جریان آموزش است. در صورت مشارکت در طراحی و اجرای آموزش، فراگیران فعالیت‌های یادگیری را با اهمیت تلقی خواهند کرد و با علاقه و آگاهی برای یادگیری و نیل به اهداف آموزشی، تلاش خواهند نمود. عامل دیگر، آگاهی برنامه‌ریزان و مربیان از عوامل غیرآشکاری است که در آموزش مؤثر است. برای مثال وقتی مربی 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 نگرش‌های مطلوب تنظیم نماید یا تغییر دهد.

بنابراین مربی باید عوامل مؤثر در برنامه‌درسی پنهان را شناسایی کند و با در نظر گرفتن آنها در طراحی و اجرای آموزش منطقی‌تر عمل نماید.

الگوهای تدریس

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 به مربی در اتخاذ روش‌های مناسب تدریس کمک کند. صاحب‌نظران، الگوهای تدریس متعددی را بیان نموده‌اند 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 می‌توان به پنج مرحله تقسیم کرد:

- مرحله اول: تعیین هدف‌های تدریس و هدف‌های رفتاری
- مرحله دوم: تعیین رفتار ورودی و ارزشیابی تشخیصی
- مرحله سوم: تعیین شیوه‌ها و وسایل تدریس
- مرحله چهارم: سازمان‌دهی شرایط و موقعیت آموزشی
- مرحله پنجم: سنجش و ارزشیابی عملکرد

الگوی عمومی تدریس می‌تواند در طراحی، اجرا، ارزشیابی و اصلاح مراحل تدریس، مورد استفاده مربی 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.

«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 می‌دهند، با نظمی خاص سازمان یابند و در ذهن فراگیران جای گیرند. در الگوی پیش سازمان دهنده: مربی نقش ارایه کننده مفاهیم پیش سازمان دهنده و مطالب درسی را دارد؛ فراگیران غیر فعال هستند و جهت ارتباط از مربی به سمت فراگیران است؛ و مربی، کتاب و کلاس درس منابع و شرایط آموزشی محسوب می‌شوند.

در الگوی حل مسأله (بر خلاف الگوی پیش سازمان دهنده) به جای مربی، فراگیر فعال و محور فعالیت است و مربی نقش راهنما را در فرایند تدریس بازی می‌کند که به جای انتقال اطلاعات و واقعیت‌های علمی، روش کسب اطلاعات را به فراگیران می‌آموزد. در این الگو همه فراگیران با یکدیگر و نیز با مربی در ارتباط هستند و مربی 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.

در الگوی تدریس انفرادی، مسأله اساسی ایجاد هماهنگی بین ویژگی‌های فردی و مطالب درسی است. در این الگو، مطالب درسی، هدف‌های آموزشی، نحوه ارزشیابی، رسانه‌ها و به ویژه فعالیت‌های آموزشی با خصوصیات یادگیرنده هماهنگ می‌شوند و فراگیر به جای آموزش سنتی از روش خودآموزی استفاده می‌کند. در این الگو، روابط میان گروهی ضعیف است.

انتخاب روش‌ها و تکنیک‌های آموزشی

بعد از اینکه نیاز به آموزش مشخص گردید، اهداف آموزشی نوشته شد و محتوای آموزشی سازمان‌دهی گردید، گام بعدی توسعه و تدوین یک استراتژی یا رویکرد آموزشی برای انتقال محتوای آموزشی است. فاکتورهای متعددی در انتخاب روش‌های آموزشی مؤثر است. پنج فاکتور عمومی و کلی در این مورد به شرح زیر است:

۱- **اهداف آموزشی:** 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. هر کدام از این اهداف نیاز به انواع مختلف روش‌های آموزشی دارد.

۲- **محتوا:** بسته به موضوعی که باید پوشش داده شود، روش‌هایی را بر پایه تئوری یا بر محور عمل باید انتخاب کرد.

۳- **آموزش دهندگان:** آیا آموزش‌دهندگان 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:** هنگام انتخاب یک روش آموزشی باید به تعداد فراگیران، میزان تجربه و دیگر ویژگی‌های اختصاصی آنها توجه نمود.

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 معلم-محور مناسب‌تر است. بحث‌های گروهی، مطالعات موردی و ایفای نقش، مثال‌هایی از روش‌های آموزشی فراگیر-محور و سخنرانی، مثالی از روش‌های آموزشی معلم-محور است. هنگام استفاده از روش‌های آموزشی فراگیر-

محور در مقایسه با روش‌های آموزشی معلم-محور، مربی تسلط کمتری بر فراگیران دارد.

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: 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 کارایی 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 کارایی فرایند یادگیری به کار می‌برد.

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 و توانمندسازی جوامع برای دستیابی به مهارت‌های لازم برای ارتقای سلامت، هدف اصلی در آموزش سلامت به جوامع است.

بخش سوم

تئوری‌ها و مدل‌ها

تعریف و مفهوم تئوری و مدل

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

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

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

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

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

موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت

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

^۱ - theory

^۲ - model

^۳ - constructs

^۴ - Lorig, Sorenson, Aochbam

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

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

^۱ - theory-based

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

معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب

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

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

الگو یا مدل

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

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

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

^۱ -Ennett, Erap

^۲ -Conceptual map

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

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

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

^۱ -Pender

مدل عمل منطقی

مبتکرین و ارایه‌دهندگان

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

مواردی که منجر به توسعه مدل شد

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

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

^۱-Ajzen & Fishbein

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

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

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

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

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

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

^۱ - Subjective norms

^۲ - Motivation to comply (M.C)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در آموزش سلامت

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

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

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

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

مدل اعتقاد بهداشتی

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

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

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

بنیانگذاران مدل اعتقاد بهداشتی

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

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

براساس این تئوری رفتار انسان بستگی به دو متغیر دارد:

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

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

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

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

^۱-Godfery Hochbaum

^۲-Irwin Rosen stock

^۳- Becker & Maiman

توصیف کننده‌های مدل اعتقاد بهداشتی

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

- الف) حساسیت درک شده: هر فرد دارای درکی منحصر به فرد از تجربه یک موقعیت می‌باشد که می‌تواند در جهت مخالف با سلامت او باشد. حساسیت افراد در درک یک وضعیت یا یک بیماری، متغیر و بسیار متفاوت است؛
- ب) شدت درک شده: به اعتقادات شخص که به آثار ذهنی یک بیماری یا یک وضعیت توجه دارد و تأثیری که بر امور زندگی او می‌گذارد، اشاره دارد. این آثار می‌تواند از این نقطه نظر که این بیماری چه مشکلاتی را می‌تواند برای او ایجاد کند مورد توجه قرار گیرند.

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

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

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

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

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

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

کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در آموزش سلامت

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

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

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

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

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

مدل پری‌سید / پروسید

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

فرض‌های زمینه‌ای مدل

چارچوب پری‌سید/ پروسید براساس دو فرض پایه‌ریزی شده است:

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

مدل پروسید

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

^۱ - Green

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

تعیین اولویت‌ها و اهداف در پری‌سید، اهداف و ویژگی‌هایی را برای سیاست‌گذاری اجرا و ارزشیابی در پروسید فراهم می‌کنند.

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

توصیف پری‌سید

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

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

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

هدف مدل پری‌سید/پروسید

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

مراحل مدل پری‌سید/پروسید

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

مرحله ۱- ارزیابی اجتماعی: بررسی کیفیت زندگی

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

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

در واقع، در این مرحله وظیفه برنامه ریز این است که مشکلات اجتماعی را به همان نحوی که بیماران، مددجویان و یا جامعه درک می کنند، درک کند.

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 می باشد، اثر می کند.

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

مرحله ۲- ارزیابی اپیدمیولوژیک: بررسی سبب شناختی

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

- ۱- اهداف ویژه یا موقعیت های کمک کننده مشکلات اجتماعی را تعیین نماید؛
- ۲- مشکلات بهداشتی ویژه ای را که استحقاق بیشتری برای توجه دارند، انتخاب نماید.

به منظور انجام این وظیفه، برنامه ریز باید به داده های اپیدمیولوژیکی دسترسی پیدا کند. داده های اپیدمیولوژیک نشان دهنده بروز، شیوع و توزیع مشکلات بهداشتی

مربوطه می‌باشند و می‌توانند اهمیت این مشکلات را در ارتباط با کیفیت زندگی مشخص نمایند. سپس برنامه‌ریز باید این داده‌ها را با اطلاعات مستدل، نگرانی‌های اجتماعی و نیازهای جمعیت ترکیب نماید و از هر دوی اینها به عنوان پایه‌ای برای بحث و مذاکره به منظور تثبیت اولویت‌ها و راه‌کارهای برنامه استفاده نماید.

یک آموزش دهنده سلامت با ارتقای درکش نسبت به مشکل و دیدن آمارهای اعلام خطرکننده در زمینه کلی‌تری از ارتباط بین مشکلات اجتماعی و بهداشتی می‌تواند به جامعه در مشخص کردن مشکلاتی که پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت در زمینه آنها نتایج جامع‌تر و سودمندتری خواهد داشت، کمک نماید.

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

ارزیابی رفتاری و محیطی عبارتست از تعیین نظام‌مند رفتارهایی که به عنوان علل ایجادکننده مشکل بهداشتی می‌باشند. اگرچه ارزیابی‌های رفتاری و محیطی، مستقیماً مربوط به رفتارهای خاص هستند اما به علل غیر رفتاری نیز باید توجه شود. علل غیر رفتاری، عوامل شخصی و محیطی هستند که می‌توانند به طور قابل قبولی بر سلامت افراد تأثیر بگذارند ولی به وسیله رفتارهای فردی قابل کنترل نیستند. این علل عبارتند از: زمینه ژنتیکی، سن، جنس، بیماری‌های موجود، آسیب‌های روانی و جسمی، آب و هوا، محل کار و محل اقامت.

بیشترین علل غیر رفتاری یا محیطی مشکلات بهداشتی (مثل هوا، آب، جاده‌ها و...) هستند یا مربوط به فناوری (مانند کفایت مراقبت‌های پزشکی، تسهیلات). این ارزیابی، عوامل رفتاری و محیطی مرتبط با مشکل بهداشتی انتخاب شده را تعیین می‌نماید.

^۱ - behavioral & environmental assessment

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

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

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

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

استعدادهای ژنتیکی و تجربیات اوایل دوران کودکی؛

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

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

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

می‌باشد؛

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

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

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

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

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

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

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

۱ - educational assessment

۲ - predisposing factor

۳ - enabling factor

۴ - reinforcing factor

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

مرحله ۵- ارزیابی مدیریتی و اجرایی^۱

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

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

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

مرحله ۶- اجرا^۲

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

^۱ - administrative assessment

^۲ - Implementation

مراحل ۷ و ۸ و ۹ ارزشیابی^۱

۳ نوع یا ۳ سطح از ارزشیابی، مراحل ۷ و ۸ و ۹ مدل پری سید و پروسید را می سازند. ارزشیابی ممکن است به عنوان مقایسه یک هدف مورد نظر با آنچه که استاندارد مورد پذیرش قرار می دهد، 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 فعالیت ها، روش ها، مواد و مطالب و برنامه های آموزش سلامت می باشد. تمام تأثیرات مداخله گر آموزش سلامت، شامل تغییرات در عوامل مستعدکننده، قادر کننده و تقویت کننده و نیز دستیابی به اهداف رفتاری از موضوعات مورد نظر می باشند.

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

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

۲- ارزشیابی اثر^۳: ارزشیابی در این سطح، آثار فوری برنامه بر آگاهی، نگرش و رفتار را مورد توجه قرار می دهد. آیا عوامل مستعدکننده، قادرکننده و تقویت کننده که بر رفتار بهداشتی تأثیر دارند، تغییر کرده اند؟ آیا برنامه به اهداف کوتاه مدت خود رسیده است؟ هزینه - اثر بخشی، فشرده ترین استاندارد قابل قبول در ارزشیابی اثر است؛

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

۱ - Evaluation

۲ - Process evaluation

۳- Impact evaluation

۴ -outcome evaluation

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

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

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

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

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

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

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

تئوری یادگیری و یا شناخت اجتماعی

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

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

دیدگاه کلی

انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند. ما از مشاهده جهان اجتماعی، از طریق تفسیر شناختی جهان و از طریق تقویت یا تنبیه پاسخ‌های مان در جهان، اطلاعات و مهارت‌های پیچیده زیادی را می‌آموزیم.

براساس نظریه یادگیری اجتماعی، افراد را: نه نیروهای درونی تحریک می‌کنند و نه محرک‌های محیطی آنان را به تلاش وا می‌دارند. بلکه کارکرد روانی فرد با توجه به واکنش متقابل پیوسته میان عوامل تعیین کننده شخصی و محیطی تبیین می‌شود.

یادگیری مشاهده‌ای

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

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

مؤلفه‌های اساسی فرآیند یادگیری مشاهده‌ای:

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

توجه

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

به یاد سپاری (حفظ):

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

بازسازی حرکتی

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

ایجاد انگیزه:

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

کاربرد تئوری یادگیری اجتماعی

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

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

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

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

تئوری خود- کارآمدی

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

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

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

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

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

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

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

فاکتورهای مؤثر در گسترش خود-کارآمدی

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

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

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

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

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

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

تئوری خود کنترل

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

تعاریف و زمینه تئوری خود کنترل:

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

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

^۱ - karoly

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

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

۱- تنظیم اهداف^۲

۲- نظارت و پایش خود^۳

۳- ارزشیابی و قضاوت در مورد عملکرد^۴

۴- خود واکنشی^۵

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

^۱ - zimmerman

^۲ - goal setting

^۳ - self observation and monitoring

^۴ - performance judgment and evaluation

^۵ - self reaction

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

فرآیندهای خود کنترلی

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

* ابتدا، **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 judgment)** و به ارزشیابی این مسأله می‌پردازیم که تا چه حد، آنچه کردیم با معیارهای شخصی‌مان همخوانی دارد؛

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

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

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

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

- * افراد خود کنترل تلاش می‌کنند، کنترل آگاهانه‌ای بر رفتار، انگیزه (عاطفه) و شناخت خود داشته باشند. آنها این سه بعد را کنترل و نظارت کرده و رفتارهایشان را براساس موفقیت یا شکست حاصل از آنها تطبیق می‌دهند؛
- * این افراد توسط دیگران، افراد و عوامل بیرونی کنترل نمی‌شوند بلکه خود، کنترل‌کننده اعمال خود هستند. خود کنترل واقعی ممکن است با یک طرح تنظیم شده توسط یک متخصص کارش را شروع کند ولی چگونگی کنترل رفتارها توسط خود آنان انجام می‌شود.

تئوری انتشار نوآوری

تعاریف و عناصر تئوری:

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

شده برای فرد، واکنش فرد را در برابر آن تعیین می‌کند. به علاوه انتشار، فرآیندی است که توسط آن یک نوآوری از طریق کانال‌های خاص در طول زمان در بین اعضای یک سیستم اجتماعی منتشر می‌شود. بنابراین چهار عنصر اصلی این تئوری شامل: نوآوری، کانال‌های ارتباطی، زمان و سیستم اجتماعی هستند.

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

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

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

(ج) و درجه پذیرش نوآوری می‌باشد ؛

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

ارایه نوآوری

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

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

ویژگی‌های اجتماع

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

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

^۱ - top-down

^۲ - bottom - up

تملک ابداع

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

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

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

نقش رهبران

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

^۱ - Community Workers

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

کاربرد تئوری انتشار نوآوری

در فرآیند نوآوری، کارگزاران یا نوآوران دارای هفت نقش 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 نوآوران به شرح زیر است:

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

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

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

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

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

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

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

تئوری هماهنگی شناختی

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

^۱ - Leon Festinger

چگونگی پیشرفت تئوری :

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

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

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

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

الف- نسبت شناخت‌های ناهماهنگ به شناخت‌های هماهنگ؛

ب- اهمیت هر یک از شناخت‌ها برای شخص.

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

ناماهنگی چگونه کاهش می‌یابد؟

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

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

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

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

اما چند نکته درباره هماهنگی شناختی شایان ذکر است :

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

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

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

روش های مقابله با ناهماهنگی شناختی

۱- از بین بردن شناخت ناهماهنگ؛

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

۳- کاهش اهمیت شناخت های ناهماهنگ؛

۴- افزایش اهمیت شناخت های هماهنگ.

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

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

کاربرد این تئوری در آموزش سلامت

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

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

نتیجه‌گیری کلی :

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

اشتباه است که یک برنامه آموزش سلامت را به این دلیل که نتوانسته ایجاد علاقه و انگیزه نماید، مقصر شناخته و مورد سرزنش قرار دهیم. شخص ممکن است قصد انجام یک رفتار را داشته باشد، اما هنوز نتوانسته باشد آن را انجام دهد و این امر به علت تأثیر عواملی نظیر وقت، پول، امکانات، مهارت‌ها، منابع موجود و غیره باشد. مدل‌ها و تئوری‌ها در آموزش سلامت می‌توانند به منظور طراحی خوب یک برنامه آموزش سلامت بر مبنای درک صحیح از جامعه و مشارکت اجتماعی، در انتخاب اولویت‌ها و اهداف به کارگرفته شوند. درک صحیح از تأثیرات اجتماعی و محیطی بر رفتار، می‌تواند به انتخاب مداخله‌گرهایی منجر شود که نه تنها بر فرد، بلکه بر خانواده، جامعه و سطح ملی نیز تأثیرگذار بوده و تغییر اجتماعی و اقتصادی را شامل شوند. هدف از کاربرد تئوری و مدل در آموزش سلامت، کمک عملی به طراحی برنامه‌های تأثیرگذار در تغییر رفتارهای مخاطره آمیز برای فرد و جامعه می‌باشد. در نتیجه وقتی که اطلاعات کافی در مورد عوامل مختلف موجود باشد، برای تصمیم‌گیری در مورد آموزش سلامت و به کارگیری مدل‌ها و تئوری‌ها بایستی موارد زیر را در نظر گرفت:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

اصول کلی تدوین برنامه های 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 هیچ گاه یک مدل به تنهایی نمی‌تواند نیاز شما را برآورده سازد و شناخت مدل‌ها و ترکیب آنها در اکثر موارد می‌تواند مفید واقع گردد؛
- ۲- الگو و موارد کاربرد آن را به درستی بشناسید؛
- ۳- از هدف الگو به دقت آگاه گردید؛
- ۴- گروه هدف (فراگیران) خود را به دقت شناسایی و نیازهای آموزشی آنها را تعیین نمایید (بعضی از الگوها در این زمینه کمک‌کننده می‌باشند، مانند الگوی اعتقاد بهداشتی)؛
- ۵- فعالیت‌های آموزشی خویش را بر اساس مراحل مدل طراحی و تدوین نمایید؛
- ۶- فراگیران را آموزش دهید؛
- ۷- چک لیستی بر اساس مراحل مدل به منظور ارزشیابی فراگیران تهیه نمایید.

بخش چهارم

ارزشیابی

مقدمه

وجه تمایز انسان و حیوان، داشتن قدرت تفکر وسیع و خلاقیت است. انسان فکر می‌کند و عمل می‌کند، در حالی که حیوانات قادر به تشخیص همه سود و زیان خود نیستند. پایه و اساس انجام کارها بر تفکر استوار است. انسان دایما می‌اندیشد و عواقب کار را در نظر می‌گیرد. این رویه در انجام معاملات بیشتر جریان دارد. انسان عاقل، متاعی را می‌خرد که یا بدان نیازمند است و برای بهتر شدن و یا ادامه زندگی ناچار به انجام آن معامله است و یا در صدد دستیابی به سودی منطقی می‌باشد. بدیهی است، عاقلانه نیست که بودجه‌ای را به مصرف برسانیم در حالی که نمی‌دانیم چه متاعی را خریداریم. آیا درست است متاعی را بخریم در حالی که از موجود بودن گونه‌های دیگر واز تنوع کالای مورد طلب بی‌اطلاع باشیم؟

ارزشیابی برنامه‌ها که بر مبنای تفکر منطقی و علمی استوار است، جزء لاینفک برنامه‌ها می‌باشد. به عبارتی دیگر، ارزشیابی الفبای انجام معاملات عاقلانه است. هم-چنانکه در انجام معاملات سود و ضرر را در نظر می‌گیریم، در طراحی و اجرای برنامه‌های توسعه نیز باید هزینه‌ای را که صرف می‌شود، در مقابل تغییری که ایجاد می‌شود سنجید و یا فرآورده را باید به طور دقیق مورد سنجش قرار داد و بررسی نمود که آیا اجرای این برنامه مقرون به صرفه است. این سئوالی است که علم ارزشیابی باید بدان پاسخ دهد. البته این بعد از ارزشیابی تنها تا زمانی کاربرد داشته است که ارزشیابی به معنای اندازه‌گیری مطرح بوده است. در دنیای امروز، بشر به دنبال کسب نهایت درجه سود قابل دستیابی می‌باشد. پس باید که بداند چه برنامه‌ای او را در دستیابی به هدفش که مقدار مشخصی از فایده را در زمان مشخصی دارد رهنمون می‌سازد و لذا در همین راستا، اندیشه و مفهوم ارزشیابی معنا و تکامل بیشتری می‌یابد.

مفهوم ارزشیابی:

مفهوم ارزشیابی شامل دو مقوله است:

۱. ارزشیابی برنامه‌های آموزشی
۲. ارزشیابی برنامه‌های توسعه

ارزشیابی برنامه‌های آموزشی:

در گذشته، ارزشیابی به عنوان اندازه‌گیری تلقی و بیشتر بر اندازه‌گیری^۱ سطح هوش و توانایی یادگیری تمرکز می‌شد. کم‌کم مفهوم ارزشیابی گسترش بیشتری یافت و در واقع با شروع هدف‌گذاری در فعالیت‌های آموزشی، دامنه مفهوم ارزشیابی به «هدف‌های آموزشی» نیز ارتباط پیدا کرد و به تبع آن، انجام ارزشیابی برای تعیین میزان موفقیت در دستیابی به این اهداف تلقی گردید. امروزه مفهوم ارزشیابی، توسعه بسیاری یافته است به گونه‌ای که رابطه آن با «تصمیم‌گیری» را نیز در بر می‌گیرد و بسیاری از متخصصان آموزش به الگوسازی در این زمینه پرداخته‌اند. از این بعد دامنه عملکرد ارزشیابی آموزشی شامل ارزشیابی کلیه عناصری است که فرآیند تدریس و یادگیری را در بر می‌گیرد. مفهوم ارزشیابی به تمامی اجزایی که در فرآیند آموزش مؤثر هستند، گسترش یافته است و نتایج ارزشیابی برای تصمیم‌گیری در باره نحوه کار کردن اجزا و ارتقای کمی و کیفی آنها در آموزش به کار گرفته می‌شود. مفهوم دیگری که در امر ارزشیابی کاربرد دارد و از اهمیت ویژه‌ای نیز برخوردار است، پایش می‌باشد. ارزشیابی، سنجش میزان دستیابی به اهداف برنامه می‌باشد در حالی که پایش عبارتست از پیگیری مستمر فعالیت‌ها در ضمن اجرا، به منظور اطمینان از پیشرفت صحیح کار برنامه مطابق جدول زمانبندی و به عبارت بهتر می‌توان گفت پایش ردگیری جریان فعالیت‌ها و شناسایی انحراف فعالیت‌ها از مسیر

^۱ -Measurement

از پیش تعیین شده و انجام اصلاحات لازم در صورت بروز انحراف شدید را شامل می‌شود.

ارزشیابی برنامه‌های توسعه:

ارزشیابی تنها راه جدا کردن برنامه‌های موفق که منجر به ارتقای سلامت و جلوگیری از صدمات، بیماری‌ها و یا ناتوانی می‌شوند از برنامه‌هایی که موفق نمی‌باشند و محرکی قوی برای تشویق برنامه، میزانی برای برنامه‌ریزی مؤثر استراتژی‌های بهداشت عمومی، تقویت برنامه‌های موجود و نشان دهنده نتایج منابع سرمایه‌گذاری شده می‌باشد. ارزشیابی بر اهداف مشترک برنامه‌های بهداشت عمومی متمرکز گردیده و بررسی می‌کند که آیا میزان سرمایه‌گذاری در مقایسه با کار انجام شده و نتیجه به دست آمده، منطقی و قابل قبول است یا خیر و به عبارت دیگر ارزشیابی میزان موفقیت برنامه‌ها را اندازه‌گیری می‌نماید. اغلب ارزشیابی را به عنوان یک فعالیت که در انتهای برنامه به منظور قضاوت در مورد آن برنامه انجام می‌شود و میزان موفقیت و یا شکست برنامه‌ها را مشخص می‌کند، در نظر می‌گیرند اما در واقع ارزشیابی صحیح در سرتاسر برنامه باید جریان داشته باشد تا مطمئن شویم که فعالیت‌ها برطبق برنامه انجام شده است. به کمک ارزشیابی می‌توان ساختار فعالیت‌ها و سازماندهی برنامه را تجزیه و تحلیل کرد و همچنین با بهره‌گیری از ارزشیابی می‌توان امکان دستیابی به اهداف و مقاصد و میزان اهمیت و هزینه‌بری آنها را بررسی کرد. برای انجام ارزشیابی از همان روش‌هایی استفاده می‌شود که محققان بهداشتی با تکیه بر آنها اقدام به جمع‌آوری شواهد معتبر و قابل اعتماد می‌کنند.

اجزای مشترک در کلیه مدل‌های ارزشیابی عبارتند از :

- ۱- جمع‌آوری اطلاعات قبل از شروع برنامه یعنی بررسی محیطی که برنامه قرار است در آن محیط اجرا شود و به طور کلی شناخت ویژگی‌های آن محیط؛
- ۲- ارزشیابی عوامل تشکیل دهنده برنامه به منظور تصمیم‌گیری‌های مربوط به طراحی برنامه و تدوین راه‌کارهای مناسب برای دستیابی به هدف‌های مورد نظر؛
- ۳- ارزشیابی وضعیت موجود با مطالعه قوانین در حال اجرا در رابطه با موضوع مورد نظر به منظور اتخاذ تصمیم‌های اجرایی.

مراحل مختلف ارزشیابی برنامه شامل فعالیت‌های زیر می‌باشد:

- ۱- طرح سؤالات در مورد برنامه
- ۲- تنظیم استانداردها
- 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 اثر بخشی و کارایی برنامه)

یک ارزشیابی صحیح باید بتواند به این سؤالات پاسخ روشن بدهد:

- ۱- برنامه تا چه حد به اهداف و مقاصد خود دست یافته است؟
- ۲- افراد و گروه‌هایی که در 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- چه بخش‌هایی از 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 اثرگذاری آن وجود دارد؟

۸- تا چه حدی تغییرات شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، نتایج و منابع حامی برنامه را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟

عمل ارزشیابی بعنوان وسیله‌ای که درباره ارزش یک فعالیت قضاوت می‌کند، دو جزء اساسی دارد:

۱- تعیین استانداردهای قضاوت درباره انجام یک کار؛

۲- تصمیم‌گیری در مورد نحوه انجام کار که با استانداردها مطابقت دارد یا نه؟

انواع ارزشیابی:

الگوهای ارزشیابی به این دلیل توسعه پیدا کرده‌اند که محققان بتوانند نتایج تجربیات خود را با دیگران در میان گذارند. علیرغم آنکه اصول کلی ارزشیابی در همه مدل‌ها یکسان است اما هیچیک از انواع آن مقبولیت همگانی پیدا نکرده است زیرا هر انسانی عقیده ویژه خود را دارد و هر جامعه‌ای جهان بینی خاص خود را دارد و لذا هیچ گونه توافق همگانی در باره هدف‌های انسان و وسایل و راه‌های رسیدن به آنها وجود ندارد. ایدیولوژی‌های کشورها با یکدیگر متفاوت است و هر یک از آنها روش خاص و مدل ویژه‌ای را در ایجاد تغییرات و ارزشیابی اهداف برنامه‌های خود پیشنهاد می‌کنند. افرادی که با ارزشیابی سرو کار دارند به دو دلیل لازم است که با الگوهای مختلف ارزشیابی آشنایی داشته باشند:

۱- باید بدانند چه الگوهایی وجود دارد تا بتوانند با توجه به هدف

ارزشیابی مورد نظر، مدل مناسب را برگزینند؛

۲- باید مدل‌های مختلف ارزشیابی و کاربرد آنها را بدانند تا بتوانند از

درستی مدل ارزشیابی که به کار گرفته‌اند، دفاع کنند.

از بین انواع مختلف ارزشیابی‌های مطرح شده به توضیح موارد ذیل پرداخته می‌شود:

۱- ارزشیابی فرآیند^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 را تحت بررسی منظم قرار داده و طرحی مناسب برای رفع نیازها برنامه‌ریزی شود. با ارزشیابی می‌توان به سؤالات مطرح شده در مورد فعالیت‌های برنامه پاسخ داد و نگرش دقیقی را در مورد مدیریت و نحوه اجرای برنامه به دست آورد. زمانی که ارزشیابی بر روی فعالیت‌های برنامه تمرکز پیدا می‌کند، ارزشیابی فرآیند نامیده می‌شود. ارزشیابی فرآیند، به معنای سنجش آنچه که بدست آمده است و اینکه چگونه بدست 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 همچنین درمورد نتایج به دست آمده قضاوت کرده و ببینیم آیا به اهداف تعیین شده، رسیده‌ایم یا خیر. همچنین در مورد فرآیند یا جریان برنامه و چگونگی دستیابی به نتایج برنامه بررسی‌های لازم انجام شود و به سؤالاتی از این دست پاسخ داده شود:

- آیا مناسب‌ترین روش مورد استفاده قرار گرفته است؟

- آیا مؤثرترین راه‌کارها در مورد دستیابی به هدف مورد استفاده قرار گرفته است؟

- آیا پول‌ها منطقی خرج شده‌اند؟

^۱ -process evaluation

مثلاً اگر ارزشیابی در مورد یک برنامه آموزشی می‌باشد: آیا بحث ویدیویی که 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 آگاهی‌های عموم را با توجه به مقدار هزینه‌ای که کرده‌اید، افزایش دهید یا اگر از روش دیگری استفاده می‌کردید، بهتر بود یا خیر. به عبارت دیگر، ارزشیابی فرآیند، گزارش چگونگی شروع و یا پیشرفت اجرای یک برنامه است و تعیین می‌کند که:

- آیا منابع کافی (اجرایی، کارکنان، مدیریت، مالی) برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه وجود دارند؟
- چه مهارت‌ها، برنامه‌های آموزشی و یا تجربیات مرتبط با برنامه‌ای در دسترس بوده و یا نیاز می‌باشند؟
- آیا نیاز به کارمند جدید و یا اضافی وجود دارد؟
- آیا زمانبندی اجرای برنامه منطقی می‌باشد؟
- کار فرما در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه چه نقشی دارد؟
- آیا توافق‌های مرتبط با برنامه بطور دقیق در نظر گرفته شده‌اند؟
- میزان نیاز به برنامه چقدر است؟
- اهداف نهایی و اختصاصی برنامه دقیقاً کدام‌ها هستند؟
- نحوه اجرای برنامه چگونه است؟
- جمعیت هدف چه گروه‌هایی می‌باشند؟
- آیا نوشته‌ها و تحقیقات مرتبط با موضوع برنامه مورد مطالعه قرار گرفته است؟
- آمار و اطلاعات پایه‌ای (استاندارد ها) چه هستند؟
- آیا پیش آزمون محتوا انجام گرفته و نتیجه چه بوده است؟
- تجزیه و تحلیل کمی و کیفی آمار جمعیتی چگونه است؟

- آیا تشکیل جلسات منظم بین سازمان‌دهندگان، مجریان و گروه هدف و غیره انجام گرفته است؟
- آیا فعالیت‌های شبکه‌ای ذی مدخلان ثبت گردیده است؟
- با بررسی دقیق موارد فوق به کنترل و هدایت شیوه‌های اجرایی کمک نموده و به سؤالات زیر پاسخ می‌دهیم:
- آیا برنامه به خوبی در حال پیاده شدن است؟
- چه موانعی بر سر راه موفقیت آن قرار دارند؟
- چه تغییراتی ضروری هستند؟

در کل، در ارزشیابی از فرآورده یا نتایج معلوم می‌شود که نتایج به دست آمده چه هستند. نتایج حاصل با هدف‌های برنامه مقایسه می‌گردند و رابطه بین انتظارات و نتایج واقعی مشخص می‌شوند. پس از بررسی کامل نتایج، اطلاعات لازم در اختیار تصمیم‌گیرندگان گذاشته می‌شود تا در صورت لزوم درباره ادامه برنامه، متوقف ساختن آن، یا تجدید نظر در آن اتخاذ تصمیم کنند.

۲- ارزشیابی اثر^۱:

این نوع ارزشیابی در حین و بلافاصله بعد 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 اثر از طریق گزارش عوارض فوری و کوتاه مدت برنامه، میزان تأثیر مورد نظر برنامه را مد نظر قرار داده و میزان پیشرفت برنامه را تعیین می‌کند و به بازخوردهای گروه هدف دسترسی یافته و تأثیرات فوری بر معلومات، نگرش، مهارت و یا رفتارها را ثبت می‌نماید.

^۱ - impact evaluation

هرچند ارزشیابی قبل از برنامه تا حدی برای رفع نقایص موجود مؤثر است ولی باز ممکن است 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 بهتر است که ضمن اجرای برنامه قسمت‌های مختلف آن از نظر چگونگی پیشرفت مورد مطالعه قرار گیرد و در صورتی که از هدف اصلی منحرف شده است و یا سرعت پیش‌بینی شده را ندارد، 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 جزئی‌تر نیز برای هر مرحله از برنامه باید تعیین شود تا در پایان هر مرحله از برنامه بتوان یک ارزشیابی انجام داد و با توجه به نتایج آن، در صورتی که برنامه به هدف مورد نظر نرسیده، دلایل آن مشخص و رفع شوند تا در اجرای صحیح ادامه برنامه وقفه‌ای حاصل نشود و از اتلاف سرمایه و در مواردی از دوباره کاری جلوگیری شود.

ارزشیابی نتیجه^۱:

یکی از روش‌های مؤثر و رایج برای کنترل کارکنان حرفه‌ای و یا غیر حرفه‌ای ارزشیابی نتیجه است. این روش به شرح سیستماتیک نقاط ضعف و یا قوت کارکنان در ارتباط با شغل آنها می‌پردازد. اطلاعاتی که از طریق تکنیک ارزشیابی نتیجه بدست می‌آید به موارد زیر مورد استفاده قرار می‌گیرد:

^۱ -outcome

- ۱- تهیه اطلاعات به منظور فراهم آوردن امکان رشد و افزایش آگاهی و یا مهارت کارکنان؛
 - ۲- آگاهی از وضعیت کارکنان برای کمک به تصمیم‌گیری‌های صحیح در جابه‌جایی‌ها و تعیین حقوق و مزایا و یا پاداش آنها؛
- ارزشیابی نتیجه معمولاً در تأثیرات بلند مدت برنامه‌ها گزارش می‌شوند. مثل:
- مقایسه با آمار و ارقام استاندارد (قبل و بعد از اندازه‌گیری‌ها)؛
 - اندازه‌گیری تغییرات بهداشتی ایجاد شده؛
 - بازخورد گروه هدف؛
 - تفسیر نتایج، برای مثال بیان علل عدم دستیابی به اهداف برنامه؛
 - تعیین زمان‌های مناسب برای گردآوری اطلاعات به دست آمده؛
 - مستندسازی عوامل مؤثر بر نتایج (مثبت یا منفی).
- در این نوع ارزشیابی، میزان دستیابی برنامه به اهداف طولانی مدت تعیین می‌گردد. بررسی فاکتورهای بهداشتی و کیفیت زندگی در این سطح هستند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های پیگیری طولانی مدت، میزان‌های ابتلا و مرگ و میر، موارد ثبت شده بیمارستانی و تغییراتی در الگوهای مصرف جمع‌آوری می‌شوند بنابراین در نگاه اول به نتایج، شما نیاز دارید به اهدافی که در اول برنامه تعیین شده‌اند، برگردید و برنامه‌ریزی کنید که چطور می‌خواهید به سؤال «آیا به اهداف مورد نظر رسیده‌ایم» پاسخ دهید. اهداف در رابطه با تغییراتی است که شما قصد داشتید، ایجاد کنید. برای مثال، تغییر در میزان اطلاعات و یا تغییر رفتار و یا تغییر در قوانین و یا روش‌های کار. پروژه‌های 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 و همچنین روش‌های دستیابی به تغییرات در قانون را می‌توانید به طرق زیر اندازه‌گیری کنید:

- قوانین وضع شده و اجرای آنها مثل افزایش محصولات بی ضرر به محیط زیست در زندگی روزانه و یا قانون انتخاب غذای بهداشتی در محل کار و یا مدرسه؛
 - تغییرات قانونگذاری مثل افزایش محدودیت در مورد تبلیغ دخانیات؛
 - تغییرات در میزان دسترسی به امکانات و خدمات تفریحی ارزان قیمت و یا افزایش تبلیغات ترک سیگار و در کل افزایش میزان دسترسی به محصولات که موجب ارتقای سلامت جامعه می گردد؛
 - تغییرات در مراحل اجرایی و یا سازمانی مثل اختصاص زمان بیشتر برای آموزش بیمار از سوی پزشکان.
- در صورتی که ارزشیابی نتیجه یک برنامه آموزشی مد نظر باشد، میزان تغییرات را می توان به طرق زیر اندازه گیری نمود:

۱- تغییر آگاهی های بهداشتی به روش های زیر ارزیابی می شود:

- اندازه گیری علایق استفاده کنندگان از خدمات مثل تعداد افرادی که مواد آموزشی را دریافت می کنند؛
- پایش تغییرات مورد نیاز به خدمات بهداشتی؛
- تجزیه و تحلیل میزان پوشش وسایل ارتباط جمعی؛
- پرسشنامه، مصاحبه ها، بحث و مشاهده افراد.

۲- تغییر در نگرش و دانش به روش های زیر ارزشیابی می شود:

- مشاهده تغییرات در مواردی که افراد بیان می کنند که کاری را انجام می دهند؛
- مصاحبه و بحث همراه با پرسش و پاسخ؛
- بحث و مشاهده زندگی افراد برای سنجش میزان به کارگیری دانش جدید؛

- آزمون‌های نوشتاری و پرسشنامه.

۳- تغییرات رفتاری به روش‌های زیر ارزیابی می‌گردد:

- مشاهده فعالیت فراگیران؛
- ثبت رفتارها، برای مثال ثبت تعداد افرادی که برای واکسیناسیون مراجعه کرده‌اند.

۴- تغییرات در سیاست‌ها به روش‌های زیر قابل ارزیابی است:

- وضع و اجرای سیاست‌های جدید مثل برنامه‌های آموزشی منظم در جهت افزایش اطلاعات عموم درباره عوارض مصرف سیگار و آموزش روش‌های ترک مصرف و یا وضع قوانین منع فروش سیگار به افراد زیر ۱۸ سال و نظیر آن؛
- تغییر در اقدامات و روش‌ها مثل صرف زمان بیشتر برای آموزش بیمار؛
- تغییرات در قابلیت و دسترسی به محصولاتی که ارتقای سلامت را سبب می‌شوند.

۵- تغییر در محیط فیزیکی را می‌توان به طرق زیر ارزیابی نمود:

- به عنوان مثال ایجاد فضای پاک و عاری از دود سیگار؛
- منع استفاده از آلاینده‌های خاص مثل گازهای مضر برای لایه ازن.

ارزشیابی عکس‌العمل:

این نوع ارزشیابی معمولاً در مورد ارزشیابی برنامه‌های آموزشی به کار گرفته می‌شود. ارزشیابی عکس‌العمل، تمرکز بر بازخوردهای انتزاعی در ارتباط با موارد زیر دارد:

- ۱- اثربخشی کارکنان و منابع انسانی
- ۲- ارزش اطلاعات ارایه شده به مشارکت کنندگان

- ۳- اثربخشی روش‌های ارایه مطلب
 - ۴- نقاط قوت و ضعف برنامه
 - ۵- پیشنهاد برای بهبود برنامه
 - ۶- ارایه نظرات برای برنامه‌های بعدی
 - ۷- اندازه‌گیری میزان دستیابی به اهداف برنامه
 - ۸- اندازه‌گیری میزان مفید بودن برنامه برای مشارکت کنندگان در محیط‌های کاری
 - ۹- در کل آیا مشارکت کنندگان این برنامه را به دیگران توصیه می‌کنند یا نه ؟
- راه‌های متعددی برای تکمیل ارزشیابی عکس‌العمل وجود دارد. بعضی از این راه‌ها عبارتند از :

- ۱- تعیین دقیق زمان پایان برنامه
- ۲- درخواست کمک در ابتدا و انتهای برنامه
- ۳- به کارگیری نظرات در ابتکارات آینده
- ۴- آگاه ساختن مردم از تغییراتی که در اثر اجرای برنامه ایجاد شده است.

ارزشیابی بر اساس یادگیری مشارکت کنندگان:

- ارزشیابی‌هایی که بر اساس یادگیری مشارکت کنندگان انجام می‌گیرد بر پاسخ‌گویی به این سؤال تمرکز یافته است که شما چه یاد گرفته‌اید؟ ارزشیابی شامل:
- ۱- مهارت‌های مشخص شده: آیا مشارکت‌کنندگان مهارت‌های جدید را در کلاس و یا محل‌های کار به کار می‌گیرند؟
 - ۲- معلومات کتبی: آیا مشارکت‌کنندگان قادر به پاسخگویی به تست‌ها و یا امتحانات کتبی هستند؟ و در کل آنها چه چیزی یاد گرفته‌اند؟
 - ۳- توضیحات شفاهی: آیا مشارکت‌کنندگان قادر به توضیح آنچه که در کلاس یاد گرفته‌اند، می‌باشند؟

ارزشیابی رفتار^۱:

ارزشیابی رفتار به معنای اندازه‌گیری قدرت انتقال مطالب آموخته شده در کلاس درس به محیط کاری و یا به طور کلی اندازه‌گیری میزان تغییرات ایجاد شده در روش‌های کاری به دلیل آموزش برنامه مورد نظر می‌باشد.

نمونه‌هایی از تغییر رفتار می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ۱- تشکیل گروه کنترل کیفیت در محل کار؛
- ۲- تشکیل جلسات هفتگی به منظور آگاه ساختن افراد از آنچه در بخش اتفاق می‌افتد؛
- ۳- تعیین زمان خاصی در یک روز برای کارکنان برای مراجعه به اتاق کار مسئول به منظور بحث در مورد مشکلات کاری؛
- ۴- اختصاص زمان بیشتر از سوی کارفرمایان برای قدردانی از دست آوردهای کارکنان؛
- ۵- اندازه‌گیری افزایش شهامت کارکنان در ابراز موارد اشتباه شده از طریق ثبت موارد انجام شده .

به منظور تعیین تأثیر آموزش در سیستم مراقبت بهداشتی، روش‌های ارزشیابی شبیه به روش‌های رفتاری از مواردی مانند استفاده از یادداشت‌های کارکنان در مورد ثبت موارد مراجعه‌کنندگان به بخش حوادث استفاده می‌کنند. برنامه‌هایی که می‌توانند منجر به صرفه‌جویی در هزینه‌ها و یا موجب بالابردن کیفیت کار شوند، می‌توانند همچنین به عنوان اثبات تأثیر برنامه‌های آموزشی به کار گرفته شوند.

^۱ Behaviour

ارزشیابی‌های کیفی^۱:

در ارزشیابی‌های کیفی، داده‌ها را می‌توان از مصاحبه‌های شخصی و مشاهدات مستقیم و اسناد مکتوب (مانند دفتر خاطرات خصوصی روزانه) جمع‌آوری کرد. هدف از این ارزشیابی‌ها کسب اطلاعات شخصی درباره‌ی پویایی و طرز برداشت شرکت‌کنندگان از نتایج و اهمیت برنامه می‌باشد. روش‌های ارزشیابی کیفی برای بررسی قابل اجرا بودن روش‌های ارزشیابی نیز مفید هستند. روش‌های کیفی چون وابسته به شخص هستند، می‌توانند احساس و پویایی را نیز به یافته‌های خالص آماری بیفزایند و در مواردی که احتمال عدم دسترسی به موقع به روش‌های معتبر و قابل اعتماد برای سنجش نتایج و گزارش به موقع ارزشیابی وجود دارد، وسیله مناسبی برای قضاوت در مورد نتایج فراهم آورند. روش‌های کیفی در ارزشیابی برنامه برای تکمیل منابع معمول داده‌ها (مانند بررسی‌های استاندارد شده و بازنگری در مورد پرونده‌های پزشکی و معاینات فیزیکی) و اندازه‌گیری میزان پیشرفت در اموری که کار گرفته می‌شوند.

ارزشیابی مشارکتی^۲

در ارزشیابی مشارکتی، از نماینده‌های گروه‌هایی که تحت تأثیر نتایج مطالعه قرار خواهند گرفت برای پیوستن به تیم ارزشیابی به منظور انجام برخی فعالیت‌ها دعوت به عمل می‌آید و این فعالیت‌ها عبارتند از: انتخاب سؤالات ارزشیابی، تنظیم استانداردها، انتخاب روش‌های سنجش و روز آمدکردن اطلاعات. ارزشیابی‌های مشارکتی در موارد زیر بسیار مفید هستند:

۱- آموزش افرادی که با فرآیند ارزشیابی آشنا نیستند؛

^۱ - qualitative

^۲ - participatory

۲- در نام نویسی از مردم برای کمک به جمع‌آوری اطلاعات؛

۳- برای افزایش اعتبار یافته‌های آماری.

با وجود این، ارزشیابی‌های مشارکتی محدودیت‌هایی نیز دارد. این ارزشیابی‌ها نیازمند ارزشیابی‌کنندگان ماهر برای کار با گروه‌های مختلف مردم و نیز نیازمند زمان، تحمل و صبر هستند.

انواع ارزشیابی‌های آموزشی

• ارزشیابی آغازین:

ارزشیابی آغازین پیش از انجام فعالیت‌های آموزشی به اجرا در می‌آید و به دو منظور انجام می‌شود:

۱- آیا یادگیرندگان بر دانش‌ها و مهارت‌های پیش نیاز درس تازه از قبل مسلط‌اند؟

۲- یادگیرندگان چه مقدار از هدف‌ها و محتوی درس تازه را قبلاً یاد گرفته‌اند؟

• ارزشیابی درونی

• ارزشیابی بیرونی

دو نوع ارزشیابی آموزشی دیگر که با ارزشیابی تکوینی و ارزشیابی تراکمی رابطه نزدیکی دارند ارزشیابی درونی^۱ و ارزشیابی بیرونی^۲ هستند. منظور از ارزشیابی درونی این است که ارزشیابی توسط کارکنان و دست‌اندرکاران تهیه و اجرای برنامه یعنی افراد درون برنامه انجام می‌شود و منظور از ارزشیابی بیرونی این است که ارزشیابی به وسیله اشخاصی که خارج از برنامه هستند، انجام می‌شود. به طور کلی

^۱ internal evaluation

^۲ external evaluation

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. 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 رفته و این نوع ارزشیابی معمولاً در پایان دوره آموزشی به عمل می آید و 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 مواد آموزشی، آگاه ساختن تولیدکنندگان برنامه از نواقص برنامه خود و کمک به اصلاح آنهاست. هدف از کاربرد ارزشیابی تکوینی در رابطه با پیشرفت تحصیلی دانش آموزان و دانشجویان، آگاهی یافتن از میزان و نحوه یادگیری آنان برای تعیین نقاط قوت و ضعف یادگیری و نیز تشخیص مشکلات روش آموزشی مربی در رابطه با هدف های آموزشی است. ارزشیابی ساختاری یا تکوینی شامل نیاز سنجی می باشد و به مشخص نمودن اهداف و روش های برنامه، طراحی برنامه های جدید در مراحل اولیه تولید برنامه، آماده ساختن راه کارهای آموزشی تعیین معیارهای سنجش، ارزیابی معلومات، مهارت ها، نگرش ها و یا رفتار مشارکت کنندگان و تصمیم گیری در مورد افراد تشکیل دهنده تیم ارزشیابی و هزینه آن نیز کمک می کند.

به طور کلی ارزشیابی تکوینی معین می سازد که آیا انجام این برنامه لازم است یا خیر و راه های اجرای بهتر برنامه و اینکه، آیا اهداف برنامه مشخص شده اند و آیا اهداف حقیقی و قابل اندازه گیری هستند را نیز نشان می دهد.

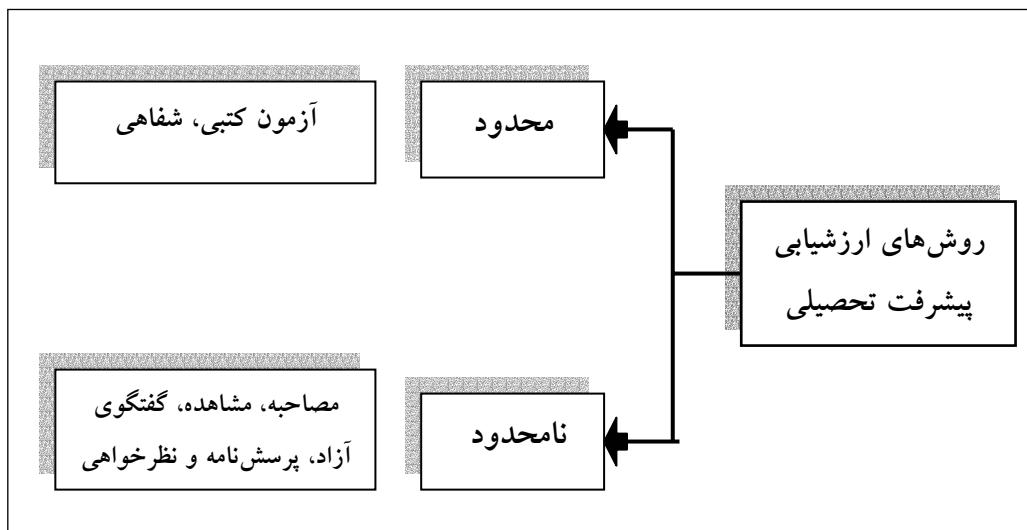
ارزشیابی تشخیصی^۱

می‌توان آن را گونه‌ای از ارزشیابی تکوینی به حساب آورد. این نوع ارزشیابی با هدف تشخیص مشکلات یادگیری دانش‌آموزان در یک موضوع درسی به کار می‌رود. اگر ارزشیابی تشخیصی در آغاز کار آموزش انجام گیرد، هدفش قرار دادن دانش‌آموزان در موقعیت‌های مناسب آموزشی و یادگیری است. این عمل بهترین نقطه شروع آموزش از لحاظ تأثیر جریان آموزشی بر دانش‌آموزان است. اگر این نوع ارزشیابی هم‌زمان با فعالیت آموزشی اجرا شود، هدف آن یافتن علل شکست‌های 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 باشد، این نوع ارزشیابی به منظور تشخیص و شناسایی علل و عوامل شکست دانش‌آموزان به کار می‌رود.

انواع مختلف آزمون و نحوه تهیه آنها

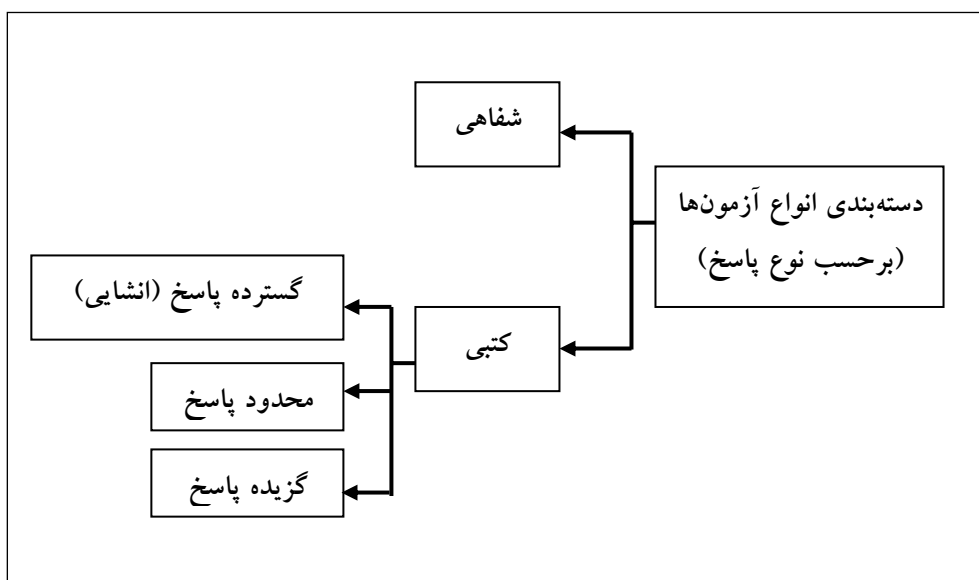
منظور از ارزشیابی پیشرفت تحصیلی، سنجش میزان تحقق هدف‌های آموزشی است. این ارزشیابی در مراحل مختلفی شامل قبل، ضمن و بعد از تدریس صورت می‌گیرد. اهداف آموزشی و آزمون باید با یکدیگر هم‌خوانی داشته باشند؛ یعنی آزمون فراگیران، درباره مطالبی که هرگز تدریس نشده است، نیایستی صورت گیرد. به این منظور در طراحی آزمون، 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. در «فرهنگ آزمون‌ها» (که توسط گود تهیه شده است) حداقل از دو 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، دشواری موضوع، 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 و بالاخره از نظر مدت اجرا به محدود مدت و آزاد مدت تقسیم‌بندی می‌شود.

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.



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 مورد نیاز 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.

انواع آزمون:

آزمون‌های شفاهی:

در این آزمون ابتدا پرسش‌کننده، 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 خدمت توضیح دهد. برای پی بردن به این مهارت، آزمون شفاهی وسیله مهم و با ارزشی محسوب می‌شود. بنابراین از این جنبه، آزمون شفاهی ارزش تشخیصی قوی‌تری دارد چرا که در هر لحظه از فرآیند آموزش و تدریس، قابلیت کاربرد دارد و با توجه به نوع پاسخ‌ها و طرزپاسخگویی 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 اعتبار کم آنها اشاره کرد. به عبارت دیگر ممکن است آزمون‌کنندگان مختلف به نتایج مشابهی دست نیابند و آزمون شوندگان در موقعیت‌های مختلف و به افراد مختلف پاسخ‌های یکسانی ارایه 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 ارزیابی‌کننده و ارزیابی‌شونده در امر داوری و ارزشیابی مؤثر است. با این حال با توجه به اهمیت بسیار زیادی که آزمون شفاهی در اصلاح و 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 فراگیر پی برد.

آزمون‌های کتبی:

آزمون‌های کتبی سه نوع می‌باشند:

۱- آزمون‌های گسترده پاسخ

این نوع آزمون برای ارزشیابی برخی از انواع تغییرات رفتار ارزش زیادی دارد. ارزشیابی‌شونده 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، آزمون کتبی گسترده پاسخ به مربی 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

^۱ - subjectivity

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 و ارائه 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 برای تمامی مطالب و محتوای آموزشی ندارند. در مجموع می‌توان گفت علی‌رغم محدودیت‌هایی که این نوع آزمون دارد، وسیله بسیار مناسبی برای ارزشیابی 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 به عنوان قیده‌های محدود کننده هستند، خودداری کنید؛

و- از همه فراگیران بخواهید که به همه سؤال‌ها پاسخ دهند و از طرح سؤالات اضافی برای انتخاب برخی از فراگیران از بین آنها باید 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.

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 مناسب می‌باشند و ارزشیابی توانایی‌های بالاتر شناختی به وسیله این گونه سؤال‌ها دشوار است.

آزمون‌های محدود پاسخ معمولاً به صورت یک جمله استفهامی مطرح می‌شوند و آزمون شوند باید پاسخ کوتاهی به آن بدهد.

مثال: بافت را تعریف کنید.

سؤال کامل 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 در نظر داشته باشد؛

ج- برای سؤالهایی که پاسخ عددی دارند، واحد مقیاس و میزان وقتی را که در

مقدار محاسبات باید رعایت شود، 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 حتی‌الامکان 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.

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 نسبت 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 دانش‌آموزان 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 راطوری 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 شوندگان بی‌اطلاع را به خود جلب کنند.
- برای نشان دادن اهمیت ارزشیابی با بیان جمله‌ای حکیمانه از سقراط، مطلب را به پایان می‌رسانیم.

«حیات ارزیابی نشده ارزش زیستن ندارد. با ارزشیابی، خوب و بد و یا درست و غلط بودن کارهایمان را می‌فهمیم».

بخش پنجم

توانمندسازی

مقدمه

تعاریف متعدد و گوناگونی از توانمندسازی ارایه می‌شود که هرکدام دارای یک جهت‌گیری معین با یک دیدگاه و حتی یک ایدیولوژی مشخص است. البته برای توانمندسازی تعریف دقیق علمی با مرزهای مشخص وجود ندارد ولی اکثر صاحب نظران، کارشناسان و متخصصین امور اجتماعی و آموزشی تا اندازه‌ای بر موارد 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^۱ آثار محدودی ممکن است، داشته باشد و از لحاظ پایداری چون ریشه در تاروپود روابط اجتماعی مردم ندارد، عمر کوتاهی خواهد داشت؛

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؛

۵- شکل‌گیری توانمندسازی به فنون و مهارت‌هایی از قبیل سازماندهی اجتماعی^۲ و توسعه اجتماعی^۳ و هم چنین ارتباطات پویا نیاز مبرم دارد؛

۶- توانمندسازی رویکردی است که با توجه به روابط قدرت^۱، به 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؛

^۱ - socio – cultural context

^۲ -community organization

^۳ -community development

۷- عالی‌ترین مرحله توانمندسازی در کنترل اجتماعی^۲ بر کلیه امور و فنون جامعه که در قالب نهادها و مؤسسات مردمی خود را منعکس می‌نماید، متبلور می‌شود.

عناصر مهم در توانمندسازی

- ۱- دسترسی به اطلاعات^۳
- ۲- پذیرفته‌شدن و مشارکت^۴
- ۳- مسئولیت‌پذیری^۵
- ۴- ظرفیت سازمانی محلی^۶

سطوح توانمندسازی

۱- سطح شخصی (فردی)^۷

هدف از توانمندسازی در این سطح عبارت از برطرف نمودن ناتوانایی‌های شخصی و شکل دادن به احساس قدرت شخصی و خود - کارآیی 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.

^۱ - relations

^۲ -social control

^۳ - access to information

^۴ - inclusion and participation

^۵ - accountability

^۶ - local organizational capacity

^۷ - personal level

۲- سطح میان فردی^۱

هدف داشتن ظرفیت و توانایی لازم برای تحت تأثیر قراردادن دیگران 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 تقویتی متقابل داشته باشد.

۳- سطح سیاسی^۲

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.

توانمندسازی و مشارکت

توانمندسازی و مشارکت، رابطه متقابل و ارگانیک دارند و در تعامل با یکدیگر آثار (تقویت کننده) سینرژیک در فرایندهای مختلف به وجود خواهند آورد.

توانمندسازی زمینه‌های مشارکت را فراهم می‌سازد و مشارکت به نوبه خود توانمندسازی افراد، گروه‌ها و جوامع را تقویت می‌کند 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.

^۱ - interpersonal Level

^۲ - political level

چرا مشارکت :

- ۱- مشارکت برای تشریک مساعی و منابع
- ۲- مشارکت برای استفاده از زمان
- ۳- مشارکت برای فهرست نمودن تخصص‌ها و خرد محلی
- ۴- مشارکت برای بهبود پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر
- ۵- مشارکت برای به دست آوردن نتایج مؤثر
- ۶- مشارکت برای فراتر رفتن از نیازمندی‌های قانونی
- ۷- مشارکت برای بهبود کیفیت پروژه‌ها و طرح‌ها
- ۸- مشارکت برای به دست آوردن منابع
- ۹- مشارکت برای ایجاد اتحاد و تفاهم
- ۱۰- مشارکت برای افزایش پایداری
- ۱۱- مشارکت برای تسریع در توسعه و مردم سالاری
- ۱۲- مشارکت برای افزایش کیفیت زندگی

مدل‌های عمده در برنامه‌ریزی طرح‌های توانمندسازی

مدل‌های متعددی برای طراحی و اجرای برنامه‌های توانمندسازی وجود دارد و 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

^۱ - general model

^۲ - community response model

۳- مدل ایجاد ائتلاف^۱

۴- مدل همکاری اجتماعی^۲

مراحل کلیدی در فرایند 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 فرایند توانمندسازی

۷- ارایه حمایت و نظارت مناسب

۸- اجرای فعالیت‌های پیش‌بینی شده در طرح

۹- پایش و ارزشیابی اجرای طرح توانمندسازی

اجزا و عناصر کلیدی در یک طرح عملیاتی توانمندسازی

۱- موضوع (زمینه طرح) و نوع توانمندسازی: آموزشی، اجتماعی، فرهنگی،

اقتصادی و محیطی و یا ترکیبی از استراتژی‌های توانمندسازی

۲- اهداف کلی و 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 و خاتمه)

^۱ - coalition building model

^۲ - community collaboration model

۸- روش پایش و ارزشیابی

توانمندسازی و ارتقای سلامت

مفهوم ارتقای سلامت در نیمه دوم سال‌های ۱۹۸۰ میلادی مطرح شد. توانمندسازی یکی از جنبه‌های مهم ارتقای سلامت به حساب می‌آید چون هم در تعریف توانمندسازی و هم در استراتژی‌های کلیدی آن به طور واضح در اولین کنفرانس ارتقای سلامت که در سال ۱۹۸۶ در اوتاوا کانادا برگزار گردید، منعکس شد. در تعریف ارتقای سلامت بر واژه‌های «قادرسازی» و «کنترل» تأکید و تمرکز می‌شود.

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، «توسعه اقدام جامعه» به معنی توانمندسازی جوامع و توسعه مالکیت و کنترل آنها بر سرنوشت و مقدرات خود می‌باشد که این استراتژی در دل فرآیند توسعه در ارتقای سلامت ریشه کرده است.

هدف توانمندسازی در ارتقای سلامت، توانمندکردن افراد و جوامع برای تصمیم‌گیری در زمینه انتخاب بهترین گزینه سلامت با توجه و تأکید بر نقش و اهمیت شناخت تعیین‌کننده‌های محیطی و اجتماعی سلامت 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 است از فرآیند توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر تعیین‌کننده‌های سلامت و بهبود سلامت. از این طریق، ارتقای سلامت به وسیله

مردم، 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 مؤثر بر سلامت منجر می‌شود.

«شاخص‌های توانمندسازی فردی و اجتماعی در ارتقای سلامت»

اجتماعی	فردی
• عدالت^۴ • ظرفیت حل مشکلات^۵ • شناخت مشکلات خود و محیط پیرامون و ارایه راه حل‌ها^۶	• احترام به نفس (عزت نفس)^۱ • ظرفیت و توانایی فرد^۲ • اعتقاد و باور به خود یا خود - کارآیی^۳

ارزشیابی توانمندسازی

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. فرایند این نوع ارزشیابی با استفاده از روش‌ها و فرم‌های خود ارزیابی و ارایه بازخورد در

^۱ - self – esteem

^۲ - capacity and ability

^۳ - self - efficacy

^۴ - equity

^۵ - problem – solving capacity

^۶ - problem recognition and solution

رابطه با کلیه جوانب فرایند 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 ارزشیاب خارجی برنامه معرفی می‌شوند اغلب نقش مربی و یا تسهیل‌گر کمکی را بازی می‌کنند. چارچوب ابعاد چهارگانه زیر برای اندازه‌گیری و ارزشیابی فرایند توانمندسازی می‌تواند به طور مؤثر به کار گرفته شود. براساس این مدل چهار بعدی، موارد زیر مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند:

الف) چه قدر (how much): چه مقدار از قدرت مورد نیاز است؟ و چه نوع (what kind of): چه نوع قدرتی مورد نیاز است؟

علت تأثیر این موارد در اندازه‌گیری بر این حقیقت استوار است که توانمندسازی یک فرآیند پویا است، نه یک پدیده ایستا و ساکن. مواردی که باز هم از لحاظ اندازه‌گیری و ارزشیابی اهمیت دارند و در واقع مکمل موارد ذکر شده در بالا هستند، عبارتند از:

ب) چه چیزی (what): چه چیزی انجام گرفت (پیامدها و نتایج ناشی از اقدام و عمل)؟ و چگونه (how): چگونه و با چه روشی انجام گرفت (طبیعت عمل)؟
ج) چه کسی (who): چه کسی آن را انجام داد؟

بخش ششم

فناوری اطلاعات

مقدمه

دنیای اطلاعات و ارتباطات به سرعت در حال تغییر بوده، به گونه‌ای که داده‌ها و اطلاعات به سرعت و در زمانی غیرقابل تصور به اقصی نقاط جهان منتقل و در دسترس استفاده‌کنندگان قرار می‌گیرد.

اخبار و نمونه‌های واقعی از کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات در مؤسسات مالی و اقتصادی، خدماتی، بهداشتی در غرب، همه را دچار شگفتی و بهت کرده است. فناوری‌های جدید اطلاعات؛ افراد، گروه‌ها و موجودیت‌های دیگر را قادر می‌سازد که از فواصل دور و فقط با یک کامپیوتر، مودم و یک خط تلفن به جدیدترین و آخرین اطلاعات دست یابند و جهانی شدن به واقع با فناوری‌های نوین اطلاعات و ارتباطات مصداق می‌یابد. با فناوری اطلاعاتی، جهان نه تنها به مکان شبانه‌روزی تبادل اطلاعات مبدل گشته بلکه به یک بازار ۲۴ ساعته مالی نیز تغییر شکل یافته است که پول به صورت جریانی از الکترون‌های بدون توقف در مرزهای مالی بین اقتصادها گردش می‌کند. با فناوری‌های جدید اطلاعات، هزینه‌های ارتباطات و هماهنگی کاهش یافته است و فضا و فاصله در زمان متلاشی شده است. **فناوری اطلاعات^۱**، عبارت از شبکه‌های پیچیده‌ای از رابطه‌ها، سیستم‌های اطلاعاتی و ارتباطات از راه دور و دستگاه‌های کنترل می‌باشد که به افراد و سازمان‌ها در گردآوری، انتقال، پردازش و بازیابی اطلاعات کمک می‌کند. جهان آینده جهانی شبکه‌ای است و در این حیطه مکان، فضا، زمان، فرهنگ، جامعه و دولت در مقایسه با گذشته نقش‌های متفاوتی دارند. فناوری اطلاعات امکان دستیابی به اطلاعات و دانش تخصصی را مستقل از مکان و زمان فراهم کرده و زمینه را برای همکاری گسترده آموزشی با امکان خود ارزیابی و دریافت بازخورد ایجاد می‌کند.

^۱ - information technology = IT

این فناوری، بدون شک تحولات گسترده‌ای را در تمامی عرصه‌های اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بشر به همراه داشته و تأثیر آن بر جوامع بشری به گونه‌ای است که جهان امروز به سرعت در حال تبدیل به یک جامعه اطلاعاتی است. جامعه‌ای که در آن دانایی و میزان دسترسی و استفاده مفید از اطلاعات، دارای نقشی محوری و تعیین کننده است.

اطلاعات به مجموعه‌ای مرتبط از داده‌ها گفته می‌شود که به صورت یک پیام قابل تفسیر و انتقال بوده و معمولاً مبنای تصمیم‌گیری فرد، گروه و سازمان می‌باشد. در این راستا دسترسی آسان به اطلاعات یکی از عوامل مهم در زمینه پیشرفت اطلاع‌رسانی و فناوری‌های نوین اطلاعات است. به همین علت نقش اینترنت در کسب اطلاعات سلامت، تماس با سازمان‌های مراقبت بهداشتی و متخصصان سلامت و دریافت خدمات در فواصل مکانی و زمانی گوناگون روز به روز مهم‌تر می‌شود.

دسترسی به اینترنت در خانه، محل کار، ادارات و مدارس شاخص مهمی برای عدالت، توسعه و پیشرفت در گروه‌های مختلف جامعه است. امروزه تعداد افرادی که در محل کار یا مراکز عمومی مثل کتابخانه یا مراکز اجتماعی به اینترنت دسترسی دارند، افزایش یافته است.

در مقایسه با رسانه‌های ارتباط جمعی سنتی، رسانه‌های ارتباطی دو سویه (مانند اینترنت، تلفن و...)، فناوری اطلاعات و ارتباطات را برای توسعه سلامت، با مزایای فراوانی روبرو می‌سازد از قبیل: بهبود دسترسی به اطلاعات فردی سلامت، دسترسی کارشناسان، پرسنل بهداشتی و بیماران به اطلاعات و خدمات سلامت درخواستی در هر زمان و مکان، تقویت توانایی انتشار گسترده مواد و محتویات روزآمد، حمایت از

تصمیم‌گیری‌های کاملاً به موقع و انتخاب‌های بیشتر برای استفاده‌کنندگان از اطلاعات.

متخصصان بر این امر اذعان دارند که دانش بهداشتی و تحقیقات مربوطه وابستگی زیادی به مدیریت اطلاعات دارد و کامپیوتر با ظرفیت بالای مدیریت اطلاعات و ارتباطات، قویترین ابزار برای پردازش دانش بهداشتی و گشودن راه‌های جدید در فرآیند آموزش است.

پیشرفت‌های ایجاد شده در زمینه بهداشتی و اطلاع‌رسانی نوین به مشتریان، ارایه اطلاعات و خدمات سلامت را نیز تغییر داده و بر سلامت افراد و جامعه تأثیر روزافزونی داشته است. در این میان هم‌گرایی و تقارب رسانه‌ها (کامپیوتر، تلفن، تلویزیون، رادیو، ویدیو، چاپی و شنیداری) و ظهور اینترنت، زیربنایی برای ایجاد یک شبکه ارتباطی تقریباً فراگیر بوده است. این تسهیلات زیربنایی، موجب برخورداری از مجموعه رو به رشدی از اطلاعات سلامت، خدمات حمایتی مرتبط با سلامت و توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات برای سلامت شده است. در این میان اینترنت نیز فرصت‌هایی را برای ارتباط مراکز آموزشی، سازمان‌ها، دانشگاه‌ها و افراد در سطح جهان با یکدیگر و به اشتراک گذاشتن اطلاعات و مواد آموزشی به کمک کامپیوتر فراهم کرده است. اطلاعات در هر زمینه‌ای اساس تصمیم‌گیری درست و انجام کار می‌باشد و درحیطه‌های بهداشتی نیز حرف اول و آخر را می‌زند. در این میان، همچنان که بیماران و مشتریان سلامت درباره اطلاعات سلامت خدمات و فناوری‌ها آگاه‌تر می‌شوند، متخصصان سلامت نیز بایستی درگیر حل مسایل مربوط به روز آمدکردن اطلاعات خود و اطلاع‌رسانی مناسب گردند. کارکنان و متخصصان سلامت نیازمند سطوح بالایی از مهارت‌های اطلاعاتی و ارتباطی برای تعامل با جمعیت‌های گوناگون و بیماران برخورددار از سوابق فرهنگی، گوبشی

آموزشی، اقتصادی و اجتماعی متفاوت هستند. همچنین آنان نیازمند دوره‌های مهارت‌آموزی و کسب تجربه بیشتر برای کار با کامپیوتر و انواع فناوری اطلاعات و ارتباطات هستند. کارشناسان آموزش سلامت، کارکنان بهداشتی، بیماران، مراجعان و مشتریان در جستجوی اطلاعات سلامتی، خواهان استفاده از فناوری اطلاعات روز دنیا برای بیان مسایل سلامت بوده و متخصصان سلامت نیازمند کسب آمادگی برای پاسخگویی مناسب می‌باشند. برای حمایت از افزایش فعالیت‌های ارتباطی و اطلاع‌رسانی مناسب، ایجاد مبنایی علمی در اجرا، که متکی بر شواهد تحقیق و ارزشیابی اطلاعات و ارتباطات برای سلامت باشد، ضروری است. در کل، چنین فرصت‌هایی عرصه مهمی از اقدامات را برای ایجاد بهبودی عمده در سلامت فردی و اجتماعی به روی ما می‌گشاید.

نقش دسترسی به اینترنت در کسب اطلاعات سلامت، تماس سازمان‌های مراقبت بهداشتی با متخصصان سلامت، دریافت خدمات در فواصل مکانی و زمانی گوناگون و مشارکت در بهبود سلامت محلی و ملی، روز به روز مهم‌تر می‌شود. در این میان تلفیق رسانه‌های ارتباطی و سواد فنی نیز بسیار مهم است. تلفیق رسانه‌های ارتباطی به معنی دسترسی الکترونیکی به اطلاعات سلامت است که نه تنها از طریق کامپیوتر بلکه با تلفن‌ها و تلویزیون‌های قادر به تماس با شبکه جهانی اینترنت، وسایل فناوری‌های موجود، امکان‌پذیر می‌باشد. سواد فنی نیز با توانایی استفاده از فناوری‌ها و تجهیزات الکترونیکی، برای دسترسی موفق به اطلاعات مذکور، ارتباط مستقیم دارد. این دو موضوع با گسترش و توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات همراه می‌باشد. در این میان رسانه‌ها در متن این دگرگونی‌ها هستند.

مزایای فناوری اطلاعات و ارتباطات برای سلامت:

- ۱- تسهیل دسترسی به اطلاعات فردی سلامت
 - ۲- دسترسی کارشناسان و کارکنان بهداشتی و بیماران به اطلاعات سلامتی
 - ۳- تقویت توانایی انتشار گسترده مواد و محتویات روزآمد اطلاعات سلامتی و سرعت عملیات
 - ۴- حمایت از تصمیم‌گیری‌های کاملاً به موقع
 - ۵- انتخاب‌های بیشتر برای داوطلبین اطلاعات سلامتی
 - ۶- افزایش توانایی برای ارتباطات و توسعه اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، فرهنگی و...
 - ۷- سرعت و دقت در مسأله‌یابی، اخذ تصمیم، افزایش خلاقیت و کارایی
 - ۸- کاهش خطای انسانی در شبکه پردازش اطلاعات سلامتی و توانمندسازی کارکنان بهداشتی
 - ۹- افزایش سرعت رشد وسایل ارتباط جمعی الکترونیکی و ایجاد هماهنگی
 - ۱۰- از بین رفتن محدودیت مکانی و انتشار بهینه اطلاعات
 - ۱۱- آموزش بهینه کارکنان بهداشتی و غنی‌سازی شغلی
 - ۱۲- حمایت از استراتژی مراکز و سازمان‌های بهداشتی در آموزش سلامت
- بنابراین توسعه فناوری اطلاعات و ارتباطات بسیار جدی به نظر می‌رسد زیرا باعث افزایش ظرفیت مجازی نظام اطلاعاتی و ارتباطی ما و به کارگیری ظرفیت‌های ارتباطی در جهت ارائه خدمات بهداشتی، آموزشی، اجتماعی و اقتصادی (از طریق آموزش از راه دور و خدمات الکترونیک) می‌شود.
- برای تقویت مبنای دانش اطلاعات و ارتباطات برای سلامت و گنجاندن آن در اقدامات ارتقای سلامت، لازم است که ساختار تحقیقاتی و آموزشی مناسبی برای

توسعه مدل‌ها و تنظیم فعالیت‌ها توسعه یابد و اعتبار لازم برای ایجاد و استفاده از فناوری‌های نوین فراهم شود. بدین منظور باید مراکز مدیریت اطلاعات و ارتباطات سلامت در مؤسسات دانشگاهی، سازمان‌های ملی یا مراکز تحقیقاتی با هدف ارایه پاسخ مقتضی به نیازهای علمی و اجرایی موجود فعال شود و کارکنان بهداشتی نیز با کسب سواد فنی به این موضوع اهمیت بیشتری دهند.

بدون شک مهمترین پیشرفت در زمینه فناوری اطلاعات و ارتباطات به ابداع شبکه (web) توسط «تیم برزلی» به اواخر سال ۱۹۸۰ بر می‌گردد. به منظور آشنایی با جایگاه واقعی شبکه، کافی است به ضریب نفوذ آن پس از ابداع آن توجه گردد. پس از ابداع هر فناوری، مدت زمانی طول می‌کشد تا فناوری مورد نظر در مقیاس عمومی مورد استفاده قرار گیرد (ضریب نفوذ). مثلاً تلفن پس از ۷۴ سال، رادیو پس از ۳۸ سال، کامپیوترهای شخصی پس از ۱۶ سال، تلویزیون پس از ۱۳ سال و شبکه پس از ۴ سال، موفق به جذب پنجاه میلیون استفاده کننده شده‌اند. به طور خلاصه فناوری اطلاعات یک استراتژی، یک سری مفاهیم و فکر، مجموعه‌ای از ابزار و نوآوری بوده و همیشه همراه با انسان است.

فناوری اطلاعات در حیطه‌های بهداشتی همراه با مراحل زیر می‌باشد:

۱ - تولید اطلاعات: این مرحله با برنامه‌ریزی، تعیین هدف، تعیین گروه هدف و نیازهای این گروه، جمع‌آوری اطلاعات از منابع موجود و سازماندهی این اطلاعات انجام می‌شود.

۲ - پردازش و نگهداری اطلاعات: طرح پردازش، تجزیه و تحلیل و نگهداری اطلاعات به ما کمک می‌کند تا اطمینان حاصل نماییم که: تمام اطلاعات مورد نیاز، به

شیوه مناسب (استاندارد) جمع‌آوری شده‌اند و از بین نخواهند رفت. برای پردازش و نگهداری اطلاعات مراحل زیر باید به ترتیب طی شود:

- تفکیک اطلاعات
- کنترل کیفیت اطلاعات
- پردازش اطلاعات
- تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از مراحل فوق، اطلاعات و داده‌ها در انواع دیسک‌ها شامل هارددیسک دیسک‌ها، فلاپی دیسک، DVD-ROM، نوارمغناطیسی و دیسک‌های Zip و... ذخیره و سپس بازیابی می‌شوند.

۳ - توزیع اطلاعات: توزیع و ارایه اطلاعات و پیام، بخش مهمی از فناوری اطلاعات است زیرا به مهارت‌ها و تجهیزات خاصی نیاز دارد. برای توزیع مناسب اطلاعات باید سؤالات زیر پاسخ داده شوند:

- کدام روش برای اهداف شما مناسب یا متناسب می‌باشد؟
- کدام روش برای گیرندگان قابل قبول خواهد بود؟
- شما استفاده از کدام روش را راحت‌تر می‌یابید؟

۴ - ارزشیابی اطلاعات: ارزشیابی، میزان موفقیت برنامه اطلاع‌رسانی را اندازه‌گیری می‌نماید. برای انجام ارزشیابی از همان روش‌هایی استفاده می‌شود که محققان بهداشتی با تکیه بر آنها اقدام به جمع‌آوری شواهد معتبر و قابل اعتماد می‌کنند. روند سریع توسعه، فرصت‌های مناسب در زمینه‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات و تقاضاهای روزافزون برای اطلاعات سلامت، مسأله ارزشیابی را جدی‌تر کرده است. هم‌زمان با توسعه استفاده از رسانه‌های الکترونیکی در ارتباطات برای سلامت، ظهور رویکردهای جدید ارزشیابی نیز ضروری به نظر می‌رسد. دستیابی و استفاده گسترده

از ارتباطات دو سویه و یا به عبارتی ارتباطات تعاملی سلامت و بهره‌گیری از امکانات مخابراتی سلامت، ما را حداقل با دو چالش حیاتی روبرو می‌سازد: اولی در رابطه با خطرات استفاده مشتری از اطلاعات با کیفیت پایین سلامت برای تصمیم‌گیری می‌باشد و چالش بعدی با حفاظت از امور خصوصی و محرمانه‌بودن اطلاعات سلامت شخصی، مرتبط است.

در اینجا طرح این مسأله ضروری به نظر می‌رسد که همه کارکنان بهداشتی برای بهره‌گیری مناسب از فناوری اطلاعات باید آشنا به ICDL (International Computer Driving License) یا گواهی‌نامه بین‌المللی کار با کامپیوتر حداقل در سطح اول باشند. زیرا از مهمترین مهارت‌هایی که متخصصان و کارکنان بهداشتی باید به آن مجهز باشند، مهارت بازیابی اطلاعات و استفاده از فناوری‌های نوین برای آموزش و اطلاع‌رسانی است و برای انجام این امور نیاز به مهارت ICDL است.

مهارت ICDL شامل موارد و مفاهیم زیر است:

- مفاهیم پایه‌ای فناوری اطلاعات
- به کارگیری کامپیوتر و مدیریت فایل‌ها
- استفاده از نرم‌افزار Word و به عبارتی واژه‌پردازی به کمک کامپیوتر
- استفاده از نرم‌افزارهای صفحات گسترده
- استفاده از نرم‌افزار پایگاه‌های داده
- آرایه اطلاعات به صورت کامپیوتری
- آرایه اطلاعات و ایجاد ارتباطات

در این مبحث بیشتر نظر ما بر فناوری اطلاعات و ارتباطات می‌باشد.

چرا از اینترنت در این مقوله بیشتر از هر موضوعی صحبت می‌شود؟ همه ما می‌دانیم که اینترنت چیست و همگی کاملاً بر کارایی اینترنت واقف هستیم. احتمالاً اینترنت بزرگترین شبکه جهان هست. کنترل اینترنت به دست همه کاربران می‌باشد و این شبکه می‌تواند همه کاربران خود را در زمان بسیار کوتاهی به هم متصل کند.

درحقیقت کاربرد اصلی اینترنت برای پست الکترونیکی است که روشی برای ارسال پیام از کامپیوتر شما به کامپیوتر سایرین و بالعکس^۱ می‌باشد. این افراد می‌توانند ساکن اتاق مجاور شما و یا نیم کره دیگر زمین باشند. برای داشتن پست الکترونیک می‌توانید از طریق سایت‌های محل کار خود و یا از سایت‌های عمومی مانند یاهو YAHOO و یا هات میل Hotmail و یا حتی از فراهم کننده سرویس اینترنت خودتان (ISP) اقدام نمایید .

امروزه استفاده از فناوری اطلاعات در امر آموزش و مشاوره مجازی که فرآیندی فراتر از ارایه اطلاعات دارند، بسیار ضروری به نظر می‌رسد. زیرا برای انجام آن باید به فنون خاصی مجهز بود . یعنی اینکه نه تنها بایستی به اصول آموزش و مشاوره توجه نمود بلکه بایستی مسایل مشاوره و آموزش مجازی و از راه دور را نیز مد نظر قرار داد. به آموزش از طریق فناوری‌های نوین اطلاعاتی و ارتباطی، آموزش مجازی گفته می‌شود. مجازی‌سازی یک استراتژی بوده و دارای سه مشخصه تعامل با کاربران، تأمین منابع مجازی و تخصص انجام کار با محیط‌های مجازی می‌باشد.

طرح خودآموزی^۲ مبتنی بر فناوری اطلاعات، مهمترین کاربرد فناوری اطلاعات در آموزش مجازی محسوب می‌شود. در طرح خودآموزی مبتنی بر فناوری

^۱ - e-mail

^۲ - self learning

اطلاعات، فراگیر از محیط‌های آموزشی مشتمل بر کامپیوتر و نرم افزار استفاده نموده و به آموزش و یادگیری می‌پردازد.

اجزا و عناصر آموزش مجازی عبارتند از: پست الکترونیکی، بحث‌های رشته‌ای کنفرانس‌های زمان واقعی، حیطه‌های چند کاربری، سیستم ویدیو رومیزی، تله کنفرانس شنیداری و ویدیو.

آموزش و یا مشاوره از راه دور به راه‌کارهای جدیدی علاوه بر مواد کمک آموزشی حقیقی نیاز دارد. فراگیران امروزی دسترسی به اطلاعات فوری دارند و اغلب هم متوقع دسترسی به موقع و روز آمد در راستای یادگیری بهتر هستند. برای این کار نیاز به آموزش با استفاده از طرح‌های فرارسانه‌ای و ساختار یافته فراگیر محور به جای استاد محور هستیم.

مزایای آموزش و مشاوره مجازی

۱- در آموزش‌ها و مشاوره‌ی مجازی بعد مسافت و فاصله جغرافیایی مانع از

انجام کارها مثل برگزاری جلسات کنفرانس‌ها و غیره نخواهد شد؛

۲- آثار و بلایای فیزیکی، آتش‌سوزی، زلزله و انفجار بر روندکاری حداقل تأثیر

را دارد؛

۳- باعث افزایش بهره‌وری می‌گردد؛

۴- توجه بیشتر بر جنبه انسانی کارها است تا بر اجزای مکانیکی و تکراری

کارها؛

۵- نیازهای بیشتری از کاربران و فراگیران برآورده می‌شود؛

۶- کاهش هزینه‌های مربوط به فضاهای اداری؛

۷- افزایش وابستگی به سرمایه فکر و اندیشه افراد؛

۸- کاهش تردد و رفت آمد افراد.

عدم وجود زیر ساخت‌های مناسب سخت‌افزاری و نرم‌افزاری از قبیل عدم توانایی به کارگیری دانش رایانه‌ای توسط عموم و کارشناسان و کارکنان بهداشتی، احتمال عدم سرمایه‌گذاری دولت به اندازه کافی در به کارگیری فناوری ارتباطی مدرن مانند فیبرنوری، ماهواره و اینترنت، نحوه نگرش مدیران و کارکنان بهداشتی نسبت به فناوری و عدم تمایل افراد به انعطاف‌پذیری باعث ایجاد موانعی در آموزش‌های مجازی می‌شود.

فناوری اطلاعات و تعاملات ارتباطی

آنچه از فناوری اطلاعات و ارتباطات انتظار می‌رود آن است که اطلاع رسانی را از راه آسان و درست آن مهیا سازد و ما را به نتیجه دلخواه که از برقراری ارتباط انتظار می‌رود، برساند.

هنگام انتخاب فناوری اطلاعات برای اطلاع‌رسانی مناسب، نکات زیر را باید مد نظر قرار داد:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ۱- در دسترس بودن | ۶- مهارت‌های کاربر |
| ۲- متغیرهای فرهنگی مانند زبان | ۷- سطح توافق |
| ۳- اهمیت فرهنگی | ۸- الگوی منظم ارتباطی |
| ۴- تعدیل زبان | ۹- پنجره زمانی |
| ۵- انتخاب فرد کاربر | ۱۰- تجهیزات و زیر ساخت‌های فن آوری |

درجدول زیر به مقایسه چند فناوری در زمینه برقراری ارتباط پرداخته شده است:

نوع ارتباط	کلمات	شکل	تن صدا	بازخورد فوری	کلامی	مجیطی	فیزیکی	غیر رسمی
چهره به چهره								
ویدیو کنفرانس								
تلفن								
پست آوایی (voice mail)								
فاکس								
پست الکترونیکی								

بخش هفتم

فناوری ارتباطات

مقدمه

از آن زمان که جهان خلق شد، ارتباط نیز متولد گردید و تا زمانی که جهان باقی است ارتباط نیز وجود خواهد داشت و ارتباط امری اجتناب‌ناپذیر است. ما هر روز در زندگی کوشش می‌کنیم تا عقاید، احساسات و اطلاعاتمان را با مردم دیگر به مشارکت بگذاریم. ارتباط حتی در سکوت و بین اجزای بی‌جان نیز وجود دارد. کلیه اجزای پیرامون ما، با ما ارتباط برقرار می‌کنند و اطلاعاتی را به ما منتقل می‌نمایند. بدون انتقال اطلاعات زندگی ناممکن است.

امروزه دریافت گزارش‌های رادیویی و تلویزیونی که از جانب فضانوردان به زمین مخابره می‌شود، امری عادی تلقی می‌شود. کما اینکه انتقال اطلاعات از یک سوی دنیا به سوی دیگر آن از طریق استفاده از ماهواره‌ها به سرعت و در زمانی غیر قابل تصور، امری معمولی و روزمره محسوب می‌گردد. در چنین فضایی، مردم نمی‌توانند به تمامی ارتباطاتی که با آنها برقرار می‌شود، توجه نمایند و باید با شناخت کافی از ارتباطات به اطلاعات مورد نیازشان توجه نموده و به صورت هدفمند آنها را دنبال کنند.

ارتباط^۱

برای ارتباط تعاریف متعددی ارایه شده است که هر یک با توجه به کاربرد آن در زمینه خاص مطرح شده است. به طور ساده ارتباط عبارت است از فرآیند انتقال پیام از سوی فرستنده برای گیرنده، مشروط بر آنکه در گیرنده پیام، مشابهت معنای مورد نظر فرستنده پیام ایجاد شود.

^۱ - communication

استعمال لغت ارتباط به صورت جمع یعنی ارتباطات^۱ در علوم این رشته به معنی مطالعه ابزار و فن این پدیده می باشد در حالی که استفاده از آن به صورت مفرد و بدون (S) در آخر این لغت به مسیر و جریان این رشته مربوط می شود نه به وسایل و ابزار آن.

فناوری ارتباطات

فناوری ارتباطات نیز به فعالیت طراحی، ساخت و نگهداری سیستم های ارتباطی گفته می شود.

ارتباطات در حیطه سلامتی

منظور از ارتباطات در حیطه سلامتی بررسی وسایل، روش ها و فعالیت هایی است که در جهت تعمیم و یا تغییر افکار، عقاید، گرایش ها و رفتارهای سلامتی در سطح عمومی و یا گروه های خاص از افراد جامعه و از طریق روش ها و ابزار مشخصی صورت می گیرد.

آموزش سلامت به مردم کمک می کند تا در مورد تندرستی و کیفیت زندگی اجتماعی شان انتخاب صحیح و عاقلانه ای بنمایند. برای این هدف بایستی اطلاعات کافی در اختیار مردم قرار بگیرد و این یکی از وظایف برقرار کنندگان ارتباط و متولیان اطلاع رسانی از طریق رسانه های جمعی و کسانی است که خدمات سلامتی را در زمینه های مختلف تدارک می بینند.

در قرن حاضر همگان شاهد رشد انفجاری اطلاعات هستند. با نگاهی به حجم اطلاعات جاری و مقایسه آن با چند سال قبل می توان به اهمیت موضوع پی برد. در

^۱ - communications

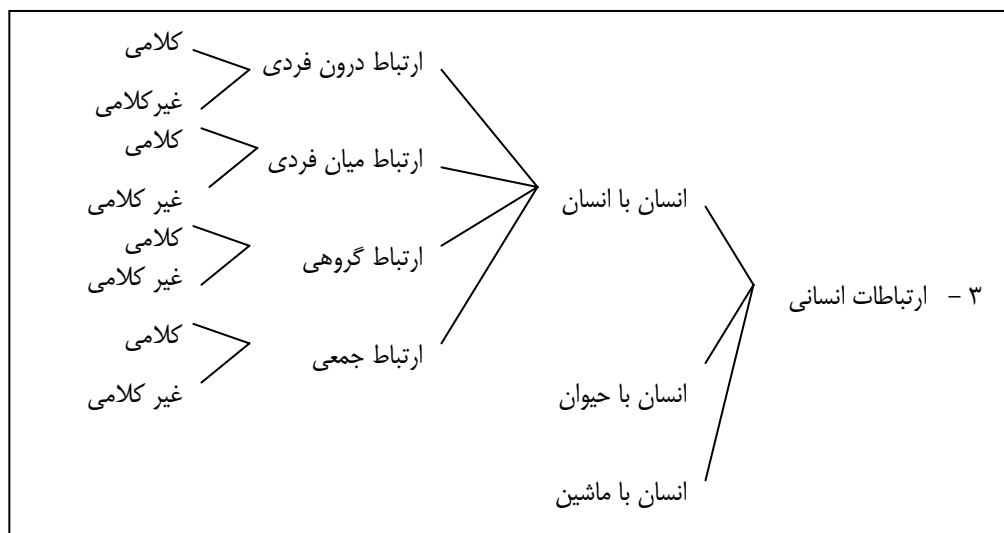
این میان آموزش سلامت از این قاعده مستثنی نیست و برای دستیابی به اطلاعات جدید و ارتقای سلامت به ارتباطات و مهارت‌های ارتباطی نیاز می‌باشد.

انواع ارتباطات

برای ارتباطات، سه شاخه ارتباطات ماشینی (ماشین با ماشین)، حیوانی (حیوان با حیوان) و انسانی را می‌توان در نظر گرفت. ارتباطات انسانی را به ارتباط انسان با انسان، انسان با حیوان و انسان با ماشین تقسیم می‌کنیم. ارتباطات انسان با انسان به ارتباط با خود، ارتباط میان فردی، ارتباط گروهی و ارتباط جمعی تقسیم شده است و هریک از این چهار نوع به دو نوع ارتباطات کلامی و غیرکلامی تقسیم می‌شود. گفت و گوی دونفر با یکدیگر یک ارتباط میان فردی کلامی است. همانطور که نگاه خشمگینانه دو نفر به یکدیگر یک ارتباط میان فردی غیرکلامی است. جلسه سخنرانی، میزگرد، سمینار، سمپوزیوم کنفرانس و از این قبیل؛ همگی ارتباطات گروهی هستند که هم‌زمان با آنکه به صورت کلامی اجرا می‌شود، پیام‌های غیرکلامی نیز رد و بدل می‌شود. پخش یک فیلم سینمایی از تلویزیون یک ارتباط جمعی کلامی و نمایش یک فیلم صامت یا یک برنامه پانتومیم، یک ارتباط جمعی غیرکلامی است.

۱ - ارتباطات ماشینی (ماشین با ماشین)

۲ - ارتباطات حیوانی (حیوان با حیوان)



نمایش انواع ارتباطات (۱)

مراحل برقراری ارتباط

همان‌گونه که ذکر شد، ارتباط، فرایند انتقال اطلاعات با هدف ایجاد معنی مشابه در فرستنده و گیرنده است. در انسان‌ها فرایند دریافت اطلاعات از جهان شامل سه مرحله است:

۱- مرحله حس^۱: که طی آن اطلاعات محیطی از طریق حواس پنجگانه حس

گردیده و به مغز وارد می‌شود؛

۲- مرحله درک^۲: در این مرحله محرک‌های حسی دریافت شده به اطلاعات

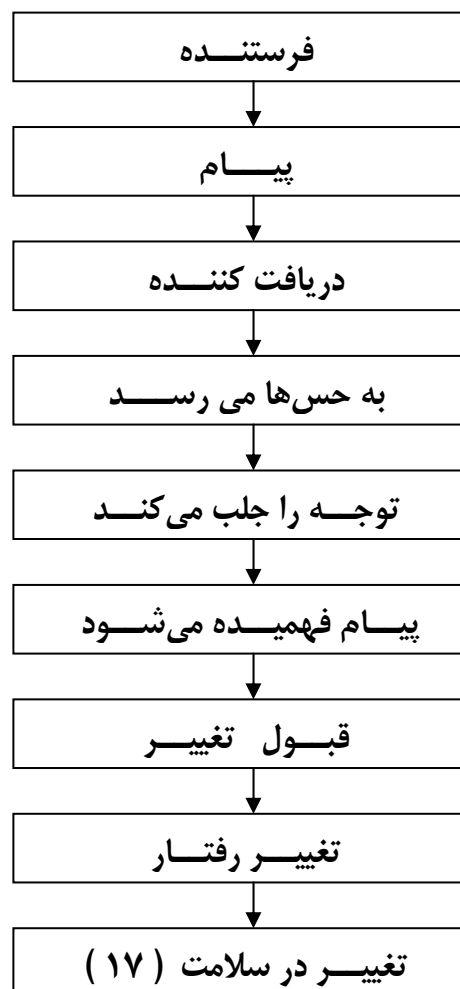
روانی تبدیل می‌شود تا فرد از وجود آنها آگاه گردد؛

^۱ - sensation

^۲ - preception

۳- مرحله فرا درک^۱: در این مرحله محرک‌های زمینه فکری و عاطفی فرد بر اطلاعات روانی فوق اثر گذاشته و یک معنی نهایی را تولید می‌کنند. قسمت اعظم حس، همچنین درک و تحلیل اطلاعات، غیر ارادی و خارج از هوشیاری فرد رخ می‌دهد. آنچه ما درک می‌کنیم نه تمامی واقعیت بیرونی، بلکه واقعیتی است که ذهن ما ساخته است.

مراحل برقراری یک ارتباط را می‌توان به صورت زیر نمایش داد:



^۱ - apperception

اجزای ارتباط

در هر جریان ارتباطی چند عامل یا عنصر اصلی قابل تشخیص است که عبارتند از فرستنده پیام (منبع)، گیرنده پیام (مخاطب)، پیام و بالاخره راه ارتباطی (کانال).

فرستنده پیام (منبع):

فرستنده پیام ممکن است کارمند سلامت محلی یا فرد یا گروهی از افراد که در تلویزیون مشغول به کار هستند و یا اعضای جامعه باشند که نیاز به تغییر را تشخیص داده‌اند.

سه مهارت مهم فرستنده پیام در زمینه برقراری ارتباط خوب و مناسب شامل: بیان و گفتار واضح و روشن، گوش کردن و توجه نمودن به مخاطبین، بحث و روشنگری و تشویق مخاطبین به توسعه توانایی‌های‌شان و جلب اعتماد آنها با احترام گذاشتن به اعتقادات و آداب و رسوم و ارزش‌های اجتماعی حاکم بر جامعه آنان می‌باشد.

یکی از شرایط ضروری در راه رسیدن به تأثیرات مطلوب، همکاری نزدیک میان عرضه‌کنندگان خدمات سلامتی می‌باشد به گونه‌ای که علاوه بر انتظار پیام‌های مثبت سلامتی از طریق وسایل ارتباط جمعی، برای از میان بردن پیام‌هایی که دارای اثر منفی بر رفتار سلامتی هستند نیز اقدام شود.

گیرنده پیام (مخاطب):

هدف یک برنامه ارتباطی باید دسترسی به مخاطبین واقعی باشد که می‌تواند در سطوح مختلف فرد، خانواده، جامعه، بخش، منطقه، ملی و بین‌المللی باشد. ارتباط نمی‌تواند مؤثر باشد مگر این که در گروه مخاطب خود شنیده و یا دیده شود. ممکن

است این امر واضح به نظر رسیده و نیاز به تئوری‌های پیچیده نداشته باشد اما بسیاری از برنامه‌ها حتی در این مرحله ساده دچار شکست می‌شوند. دلیل شایع این شکست، «موعظه کردن وارونه» مانند قرار گرفتن پوسترهای مراقبت از مادران در کلینک جراحی یا راهنمایی‌های لازم در کلینک‌های جراحی در مراکز مراقبت قبل از زایمان است.

اما گروه‌های دیگر ممکن است به کلینک‌ها مراجعه نکنند و یا به رادیو و روزنامه دسترسی نداشته و یا ممکن است در موقعی که برنامه‌های آموزش سلامت پخش می‌شوند، گرفتار و مشغول باشند. ارتباطات باید روی جایی که مردم به دیدن یا شنیدن آنها می‌روند، جهت‌گیری کند. این امر مستلزم مطالعه گروه مخاطب برای درک این مسأله است که پوسترها را کجا می‌بینند و یا عادات شنیداری و خواندنی آنان چه می‌باشد. لذا توجه به نکاتی در این زمینه ضرورت دارد که عبارتند از: تفاوت سطح علمی و فرهنگی، تفاوت گرایش‌ها و رفتارها در دو جنس، تفاوت سنی، طبقه اجتماعی، سواد، سطح اطلاعات عمومی و جغرافیایی و....

روشی که برای یک مخاطب مؤثر خواهد بود، ممکن است برای دیگری مناسب نباشد. دو نفر ممکن است یک برنامه یکسان رادیویی را بشنوند، یا پوستر مشابهی را ببینند و در یک سخنرانی شرکت کنند ولی تفسیری کاملاً متفاوت از یکدیگر داشته باشند. گاهی ممکن است گروه مخاطب اشتباهاً مشخص شده باشد. به طور مثال در کشور نیجریه برنامه آموزش سلامت در زمینه جوشاندن و تصفیه آب به گروهی از مردان داده شد که به دلیل اینکه این گروه مخاطبین حقیقی نبودند با موفقیت همراه نبود.

پیام

ارتباط هنگامی برقرار می‌شود که پیامی منتقل و دریافت شده باشد. پیام در آموزش سلامت چیزی است که برای مردم داشتن و انجام دادن آن مهم است و عبارتست از اطلاعاتی که برقرار کننده ارتباط در نظر دارد که مخاطب آن را دریافت کند، درک نماید، بپذیرد یا مطابق با آن رفتار کند.

یک پیام می‌تواند توسط هر یک از ۵ حس بینایی، شنوایی، لامسه، چشایی و بویایی دریافت گردد. مطالعات نشان داده است که حواس مختلف نقش واحدی در یادگیری دارا نیستند. ۷۵ درصد یادگیری از طریق کاربرد حس بینایی، ۱۳ درصد از طریق حس شنوایی، ۶ درصد از طریق حس لامسه، ۳ درصد از طریق حس بویایی و ۳ درصد از طریق حس چشایی صورت می‌گیرد. به نظر می‌رسد اگر چه قسمت اعظم یادگیری انسان (۷۵ درصد) از طریق کاربرد حس بینایی صورت گرفته و مجموعاً ۱۲ درصد از طریق کاربرد سه حس بویایی، چشایی و لامسه صورت می‌گیرد، معهداً در بسیاری از موارد مدرسان بر کاربرد ۱۳ درصد حس شنوایی تأکید فراوان دارند.

فراگیران قادرند که تنها قسمت ناچیزی از آنچه را که شنیده‌اند به خاطر بسپارند (حدود ۱۳ تا ۱۵ درصد). همانطور که ملاحظه می‌شود با وجود صرف نسبتاً زیاد زمان در کاربرد حس شنوایی، تأثیر ناچیزی در رابطه با یادگیری نصیب انسان می‌شود. در حالیکه برنامه‌ریزی حساب شده و منطقی در کاربرد حواس مختلف از جمله بینایی نتایج مفیدتری می‌تواند به همراه داشته باشد.

برخی از ویژگی‌های یک پیام خوب عبارتند از: هدف را برآورده کند؛ روشن باشد؛ در حد سطح فکری، اجتماعی و اقتصادی مخاطبین باشد؛ اختصاصی، ساده، قابل درک بوده؛ و از دقت برخوردار باشد. همچنین، دارای جاذبه و در حد کفایت بوده و عملی باشد.

راه ارتباطی (کانال):

تونلی را که پیام از آن عبور می‌کند، کانال^۱ می‌گوییم. برای صحبت کردن، کانال مورد نظر هوا و برای تلفن نیز سیم کابل تلفن، کانال است. برای امواج الکترومغناطیس رادیو و تلویزیون، هوا نقش کانال را ایفا می‌کنند. در سینما کانال، فضای تاریک سینما است.

در مورد روزنامه، پس از رمزگذاری و تکثیر، روزنامه‌ها به وسیله هواپیما، اتومبیل‌های حمل روزنامه، موتور سواران روزنامه فروش و ... در سطح کشور و حتی جهان توزیع می‌شود. مسیر عبور این روزنامه‌های تکثیر شده، کانال را تشکیل می‌دهد. به این ترتیب نامه پستی نیز مشابه روزنامه است.

وسایل و کانال‌های ارتباطی

پیام باید در شرایطی خاص و به وسیله^۲ و راه مناسبی^۳ در اختیار گیرندگان پیام قرار داده شود. همان‌گونه که برای حمل یک کالا از یک نقطه به نقطه دیگر احتیاج به وسیله حمل و نقل و راه ارتباطی است، در اصطلاح ارتباطی، وسیله حمل پیام را حامل و راه و طریقی را که پیام در آن حمل می‌گردد کانال می‌نامند اما باید توجه داشت که هر پیامی به وسیله هر حامل یا کانالی قابل انتقال نیست. فرستنده برای ایجاد ارتباط باید حامل و کانالی متناسب با پیام و ویژگی‌های گیرندگان انتخاب کند زیرا ممکن است معنی و محتوای پیام‌های ارسال شده، برای عده‌ای ساده و قابل فهم و برای عده‌ای دیگر به دلیل نامناسب بودن حامل و کانال غیر قابل فهم باشد. این امر به عوامل زیادی از جمله میزان معلومات و دانستنی‌های مشترک فرستنده و گیرنده پیام بستگی دارد. در فرایند ارتباط، هر چه پیام قوی‌تر و مؤثرتر باشد و هر

^۱ - Channel

^۲ - medium

^۳ - channal

چه علایم حامل و کانال مناسب‌تر انتخاب شوند و ارسال پیام همواره کنترل شود صورت اولیه مفهوم، بهتر حفظ می‌شود و عین معنی و منظور با انحراف کمتری به گیرنده پیام منتقل خواهد شد. لذا آشنایی با شیوه‌ها و رسانه‌های آموزشی جزء ملزومات ایجاد ارتباط مؤثر می‌باشد.

شیوه‌ها و رسانه‌های آموزشی

در هنگام انتخاب یک روش یا رسانه، نکات مهمی وجود دارند که بایستی مد نظر قرارگیرد. اولین نکته اینکه روش یا رسانه مورد نظر باید متناسب با موقعیت و مشکل بوده و بنابراین باید با دقت انتخاب شود. تعداد روش‌ها زیاد است زیرا راه‌های زیادی برای حل یک مشکل وجود دارد. قبل از انتخاب یک روش، شخص شرکت کننده در برنامه آموزش سلامت بایستی مشکل موجود را درک کرده باشد و بر آن اساس از روش یا رسانه خاص به منظور کمک در حل مشکلات مربوط به رفتار سلامتی، استفاده نماید. معمولاً در بخش سلامت اکثر روش‌ها و رسانه‌ها به درستی به کار گرفته نمی‌شوند و بخشی از عدم موفقیت‌ها در راه وصول به هدف، همین مسأله یعنی استفاده غلط و ناقص از آنها می‌باشد.

رایج‌ترین شیوه‌های آموزش و رسانه‌های آموزشی مورد استفاده در بخش سلامت و درمان عبارتند از: مشاوره، سخنرانی، بحث گروهی، کنفرانس، سمینار، کارگاه آموزشی، پوستر، پمفلت، اسلاید، فیلم، تلویزیون، ویدیو، رادیو، تلفن، کامپیوتر و...

رسانه‌های گروهی و وسایل پیام‌رسانی بین فردی

وسایل پیام‌رسانی ابزارهایی هستند که به وسیله آنها فرستنده پیام، پیام را به گیرنده منتقل می‌کند. ما دو نوع وسیله پیام‌رسانی را به راحتی می‌شناسیم: وسیله ارتباط بین فردی و وسیله ارتباط گروهی مثل وسایل ارتباط جمعی. ارتباط کلامی که معمولاً به وسیله تماس‌های رو در رو یا چهره به چهره بین دو یا چند نفر صورت می‌گیرد، به پیام‌رسانی بین فردی معروف است. در تماس‌های بین فردی، وسیله پیام‌رسانی، خود فرد است که از طریق او پیام به فرد یا افراد دیگر منتقل می‌شود.

ویژگی‌های وسایل ارتباط بین فردی

- ۱- جریان پیام دو سویه (دو طرفه) است؛
 - ۲- زمینه پیام چهره به چهره است؛
 - ۳- بازخورد پیام به میزان وسیع قابل مشاهده است؛
 - ۴- انتشار آن بین افراد محدود و کند خواهد بود؛
 - ۵- تأثیر عملی آن عبارت است از تغییر در نگرش گیرنده پیام؛
- وسایل ارتباط جمعی یا رسانه‌های گروهی وسایلی هستند که پیام را در سطح وسیعی منتقل می‌کنند مانند مجلات، روزنامه‌ها، رادیو، تلویزیون، کامپیوتر و غیره. این وسایل، منبع پیام را قادر می‌سازند که در آن واحد، به جای یک فرد به تعداد بی شماری از افراد دسترسی پیدا کنند. برخی از ویژگی‌های برجسته و شناخته شده ارتباط بین فردی و نیز وسایل ارتباط گروهی به شرح زیر می‌باشند.

ویژگی‌های وسایل ارتباط جمعی یا رسانه‌های گروهی

- ۱- جریان پیام معمولاً یک سویه (یک طرفه) است؛

- ۲- زمینه پیام عمومی است ؛
- ۳- بازخورد پیام به میزان کم و دور از دسترس است ؛
- ۴- انتشار آن بین مخاطبان نسبتاً وسیع و سریع است ؛
- ۵- تعداد گیرندگان پیام نسبتاً زیاد است ؛
- ۶- گیرندگان پیام ، معمولاً برای فرستنده نا آشنا هستند؛
- ۷- ترکیب گیرندگان پیام بسیار متنوع و نامتجانس است ؛
- ۸- با ارسال پیام از طریق وسایل ارتباط جمعی ، نوعی تکثیر پیام به وجود می آید ؛
- ۹- هزینه برای مصرف کننده کم است ؛
- ۱۰- تأثیر عملی آن عبارت است از تغییر در آگاهی های مخاطبان.

تقویت کننده ها و تضعیف کننده های ارتباط

عوامل متعددی می تواند ارتباط را تقویت یا تضعیف کند. عاملی که ارتباط را در جهت کامل بودن پیش ببرد، جزو تقویت کننده ها و عاملی که در خلاف این جهت باشد، جزو تضعیف کننده ها به شمار می رود.

عوامل یاد شده را می توان به صورت زیر تقسیم نمود:

- ۱- عوامل مربوط به فرد فرستنده یا گیرنده: مانند هیجانات، اطلاعات قبلی، تجربیات، باورها، ارزش ها، انگیزه ها، علایق، پیش فرض های ذهنی، مهارت تحلیل اطلاعات، مهارت در به کارگیری و دریافت وجوه کلامی (زبانی و فرازبانی) و غیر کلامی ؛
- ۲- عوامل مربوط به ابزار ارتباطی: مانند نوع ارتباط (کتبی و شفاهی) میزان استفاده از وجوه کلامی (زبانی و فرازبانی) و غیر کلامی؛

۳- عوامل مربوط به راه ارتباطی: مانند ارتباط رو در رو یا از راه دور، طول راه ارتباطی، نوع راه ارتباطی (مانند: استفاده از نامه‌رسان یا پست الکترونیکی) و فضای حاکم بر راه ارتباطی.

از عوامل یاد شده، برخی قابل کنترل و برخی نیز غیرقابل کنترل است. همچنین برخی ارادی و برخی غیرارادی، برخی هدفمند و برنامه‌ریزی شده و برخی تصادفی رخ می‌دهد.

روش‌های ارتباطی

ارتباط درون فردی: یا ارتباط با خود یکی از روش‌های ارتباطی می‌باشد. مانند فکر کردن یا گفتگوی یک انسان با خودش

ارتباط میان فردی: ارتباطی است که دو نفر در آن شرکت دارند مانند گفتگوی دو نفر با یکدیگر که ارتباط کلامی و یا نگاه خشمگینانه دو نفر به یکدیگر که ارتباط میان فردی غیرکلامی است.

هر ارتباط میان فردی شامل کاربرد چهار مهارت انسانی است که عبارتند از:

- ۱- سؤال کردن^۱: ما باید بدانیم: چه چیز را سؤال کنیم؟ چرا سؤال کنیم؟ و چگونه سؤال کنیم؟
- ۲- گوش دادن^۲: ما باید بدانیم: به چه چیزی گوش می‌دهیم؟ چرا گوش می‌دهیم؟ و چگونه گوش می‌دهیم؟
- ۳- گفتن^۳: ما باید بدانیم: چه می‌گوییم؟ چرا می‌گوییم؟ چگونه باید بگوییم؟
- ۴- مشاهده کردن^۴: ما باید بدانیم: چه مشاهده می‌کنیم؟ چرا مشاهده می‌کنیم؟ چگونه مشاهده می‌کنیم؟

^۱ - probing
^۲ - heaving
^۳ - telling
^۴ - observing

ارتباط گروهی: ارتباط رو در روی یک نفر با ۲ یا چند نفر را ارتباط گروهی می‌گویند.

در کار گروهی هرکس مانند چرخ و دنده‌های جداولی مرتبط یک ماشین می‌تواند و باید کاری انجام دهد که در رسیدن گروه به هدف، سازنده باشد. جلسه سخنرانی میز گرد، سمینار، کنفرانس و از این قبیل همگی ارتباطات گروهی هستند که هم‌زمان با آنکه به صورت کلامی اجرا می‌شود، پیام‌های غیرکلامی نیز رد و بدل می‌شود.

ارتباط جمعی

ارتباط جمعی یا ارتباطات در میان توده‌ها عبارت از انتقال اندیشه‌ها به تعداد فراوانی از افراد، در آن واحد است. یا به عبارت دیگر ارتباط جمعی، عبارت است از رساندن اطلاعات، نظرات و برداشت‌ها از طریق وسایل ارتباطی و دریافت این اطلاعات به وسیله عده زیادی از انسان‌ها در یک زمان. مثلاً پخش یک فیلم سینمایی از تلویزیون یک ارتباط جمعی است و نمایش یک فیلم صامت یا یک برنامه پانتومیم، یک ارتباط جمعی غیرکلامی است.

ویژگی‌های ارتباط مؤثر

- ۱- صحت: پیامی معتبر و عاری از خطا در واقعیت، تفسیر و قضاوت؛
- ۲- فراهم بودن: یعنی پیام در جایی ارایه شود که مخاطب بتواند به آن دسترسی یابد؛
- ۳- توازن: پیام در مکان مقتضی، مزایا و مخاطرات اقدامات بالقوه را منعکس سازد یا تفاوت‌ها و چشم‌انداز معتبر مباحث را مشخص سازد؛
- ۴- پایداری: ساختار درونی پیام با گذشت زمان غیرقابل انکار باشد و در قبال اطلاعاتی که از سایر منابع کسب می‌شود نیز پایدار باشد؛

- ۵- قابلیت فرهنگی: طراحی و ارزشیابی فرایند با توجه ویژه به گروه‌های هدف و نیز سطح آموزشی و ناتوانی آنها صورت گیرد؛
- ۶- متکی بر شواهد: شواهد علمی، منتج از بررسی‌های جامع و تحلیل‌های همه جانبه باشد؛
- ۷- رسیدن به گروه هدف: پیام به بیشترین تعداد ممکن از جمعیت گروه هدف برسد یا در دسترس آنها باشد؛
- ۸- اعتبار: منبع پیام موثق و خود پیام منطبق با زمان باشد؛
- ۹- تکرار: ارایه و یا دسترسی به پیام تداوم یافته یا در طول زمان تکرار شود. این کار موجب تقویت تأثیر بر مخاطبان معین و نیز رسیدن به گروه جدیدی از مخاطبان می‌شود؛
- ۱۰- به موقع بودن: پیام هنگامی که مخاطب بیشترین پذیرش یا نیاز به اطلاعات ویژه را دارد، ارایه شود یا در دسترس باشد؛
- ۱۱- قابل فهم بودن: سطح خواندن یا زبان برای مخاطب مربوطه مناسب باشد.

بخش هشتم

بازاریابی اجتماعی

مقدمه

حوزه ارتباطات بهداشتی در طول دو دهه گذشته تغییرات سریعی داشته است. روند این تغییر و تحول از تأکید یک بعدی بر تبلیغات عمومی به رویکردهای پیچیده ارتباطی با استفاده خلاق از تکنیک‌های بازاریابی تجاری تکامل پیدا کرده است که به «بازاریابی اجتماعی» معروف است. به جای تمرکز بر انتقال و گسیل اطلاعات از بالا به پایین، متخصصین بهداشت عمومی به یادگیری چگونگی گوش دادن و توجه به نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای گروه‌های هدف که چارچوب یک برنامه بازاریابی اجتماعی نیز در این مرحله شکل می‌گیرد، اهتمام می‌ورزند. این نوع تمرکز بر «مشتري یا مصرف‌کننده»، شامل پژوهش‌های عمیق و ارزشیابی منظم جوانب یک برنامه ارتباطی می‌باشد. در واقع تحقیق و ارزشیابی، پایه و اساس بازاریابی اجتماعی را شکل می‌دهد.

بازاریابی اجتماعی به عنوان یک رشته در سال ۱۹۷۰ تولد یافت. در این زمان فیلیپ کوتلر و جرالذ زالت‌مان متوجه شدند از اصول بازاریابی که برای فروش محصولات تجاری به مصرف‌کنندگان متعدد مورد استفاده قرار می‌گرفت، می‌توان برای «فروش» افکار، نگرش‌ها و رفتارها استفاده کرد. کوتلر معتقد بود که بازاریابی اجتماعی از زمینه‌های مختلف بازاریابی تجاری متفاوت است، به ویژه این تفاوت در اهداف بازاریاب و سازمان متعلق به وی نمایان می‌شود.

بازاریابی اجتماعی برای تأثیرگذاری بر رفتارهای اجتماعی تلاش می‌کند و نه برای سودرسانی به بازاریاب و در واقع برای سود و منفعت گروه هدف و کل جامعه است.

این رویکرد به طور گسترده در برنامه‌های بهداشت بین‌المللی، به ویژه در زمینه تنظیم خانواده و مایع خوراکی درمانی (ORT) و اخیراً در زمینه‌هایی از قبیل پیشگیری از مصرف مواد مخدر، بیماری‌های قلبی و عروقی مورد استفاده قرار گرفت.

تمرکز اصلی بازاریابی اجتماعی مانند بازاریابی تجاری، بر مشتری و نیز بر یادگیری و دانستن خواسته‌های مردم و نیازهای آنها به جای تلاش برای قانع کردن مردم جهت خرید محصولات معین است.

فرآیند برنامه‌ریزی در بازاریابی اجتماعی طبیعتاً مشتری محور است و برای اثرگذاری مثبت از تکنیک بازاریابی ترکیبی (Marketing mix) استفاده می‌کند که به عناصری از قبیل محصول، نرخ، مکان (توزیع) و ترویج مرتبط است.

تاریخچه پیدایش بازاریابی اجتماعی

بازاریابی اجتماعی به موازات بازاریابی تجاری پیدا شد و تکامل یافت. در اواخر دهه ۱۹۵۰ میلادی و اوایل دهه ۱۹۶۰ میلادی محافل علمی بازاریابی، امکانات بالقوه و محدودیت‌های بکارگیری ابزارهای بازاریابی در زمینه‌های سیاسی و اجتماعی را مطرح نمودند. برای مثال در سال ۱۹۵۱، ویبی^۱ این سؤال را مطرح کرد «آیا می‌توان برادری را مانند صابون بفروش رساند؟» و پیشنهاد کرد که هرچه بیشتر از الگوی بسیج‌های بازاریابی تجاری در بسیج‌های تغییر اجتماعی استفاده شود، شانس موفقیت برنامه‌های تغییر اجتماعی بیشتر خواهد بود.

اما این مفهوم یعنی گسترش به کارگیری بازاریابی در مسایل و اهداف اجتماعی برای تعدادی از کارشناسان و متخصصین علوم بازاریابی و اقتصاد مشمئزکننده بود. لاک (۱۹۷۴) به زمینه‌های جایگزینی یک کالای ملموس (فیزیکی) با یک فکر و یا مجموعه‌ای از ارزش‌ها اعتراض کرد و آن را تهدیدی برای مفهوم اقتصادی تجارت قلمداد نمود. عده دیگری، برعکس از قدرت بازاریابی به وحشت افتادند و از

^۱ - Wiebe

احتمال سوء تعبیر و سوء استفاده برای مقاصد کنترل اجتماعی و تبلیغات ایراد سخن کردند (لازیاک و همراهان در سال ۱۹۷۹).

علیرغم این ملاحظات، مفهوم بازاریابی اجتماعی مجدداً تعریف شد و بازاریابی فکر و اندیشه توجه کردن به ملاحظات اخلاقی در آن گنجانده شد.

توسعه مفهوم بازاریابی اجتماعی با انتقال از سیاست بهداشت عمومی به پیشگیری از بیماری همراه شد و موجب فراهم ساختن زمینه مناسب برای توسعه و تکامل بازاریابی اجتماعی گردید. در خلال سال‌های ۱۹۶۰ میلادی، تکنولوژی‌های بازاریابی تجاری در فعالیت‌ها، برنامه‌ها و بسیج‌های آموزش بهداشت در کشورهای در حال رشد به کار گرفته شد.

در سال ۱۹۷۱، کوتلر و زلت‌مان مقاله‌ای در مجله بازاریابی تحت عنوان «بازاریابی اجتماعی: رویکردی است برای تغییر اجتماعی برنامه‌ریزی شده» منتشر کردند و این برای اولین بار بود که واژه «بازاریابی اجتماعی» مورد استفاده قرار گرفت. آنها بازاریابی اجتماعی را به این صورت تعریف کردند: «مفهوم بازاریابی اجتماعی به طراحی، اجرا و کنترل برنامه‌ای اندازه‌گیری شده برای تأثیر بر پذیرش افکار اجتماعی و به خدمت گرفتن ملاحظات از قبیل برنامه‌ریزی کالا، نرخ‌گذاری، ارتباطات، توزیع و تحقیق، اطلاق می‌شود».

در آن زمان عملاً بازاریابی اجتماعی به وسیله تعدادی از افراد کشف گردید، از جمله پاول بلوم، کارن فاکس، دک مانوف و بیل نولی. الگوها و مثال‌های اولیه از ظهور بازاریابی اجتماعی در خلال سال‌های ۱۹۶۰ به عنوان جزئی از فعالیت‌های توسعه بین‌المللی در جهان سوم و کشورهای در حال توسعه شکل گرفت. برای مثال، برنامه‌های تنظیم خانواده در سریلانکا از رویکردهای بالینی دوری گرفت و توزیع وسایل و قرص‌های پیشگیری از بارداری بوسیله داروخانه‌ها و مغازه‌های کوچک را مورد بررسی قرار داد.

آنها اقدام به تجربه و به کارگیری تکنیک‌های بازاریابی مانند دسته‌بندی مخاطبین و ارتباطات از طریق رسانه‌های گروهی نمودند. به طور مشابه، پروژه‌های مایع خوراکی درمانی در افریقا به اتخاذ رویکردهای مصرف کننده - محور در برنامه‌های توسعه‌ای خود، روی آورد. طرح‌های مهمی در جهان توسعه یافته آغاز شد از جمله برنامه استاندارد برای پیشگیری از بیماری، برنامه ملی پیشگیری از فشار خون بالا و برنامه پادتاکت سلامت قلب. تعداد زیادی از این برنامه‌ها به طور عمده یک پایلوت و تمرینی در ارتباطات اجتماعی بودند و برای شروع و ارزیابی صلاحیت بازاریابی اجتماعی مهم بودند.

در ۱۹۸۰، محافل دانشگاهی دیگر سؤال زیر را مطرح نمی کردند: «آیا بازاریابی باید در مسایل اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد؟» بلکه سؤال جدید آنها این بود که «چگونه این کار را انجام دهیم؟». در خلال این مدت، کارشناسان و متخصصین در این زمینه تجارب خود را ارایه دادند و پیشنهاداتی برای توسعه نظریه و عمل بازاریابی اجتماعی مطرح ساختند.

در سال ۱۹۸۰ فاکس و کوتلر، تکامل و تحول از تبلیغات اجتماعی به ارتباطات اجتماعی را توصیف کردند. در همان سال بلوم، روش ارزشیابی پروژه‌های بازاریابی اجتماعی را کشف نمود و متوجه شد که بسیاری از مطالعات انجام شده با کیفیت پایینی طراحی و اجرا شده‌اند.

در سال ۱۹۸۱، بلوم و نولی برنامه ده ساله بازاریابی اجتماعی را مورد بررسی و ارزیابی قرار دادند و اجرای پژوهش‌های بیشتر برای رفع انتقادات مطرح شده در رابطه با نبود تئوری محکم در بازاریابی اجتماعی را درخواست نمودند. آنها نیاز به پژوهش برای مطالعه و بررسی دسته‌بندی مخاطب، انتخاب کانال‌های ارتباطی و طراحی شیوه‌های پخش پیام، اجرای استراتژی‌های درازمدت و مسایل سازمانی و مدیریتی را مشخص کردند.

بازاریابی چیست؟

در منابع مختلف تعاریف متفاوتی از بازاریابی ارائه می‌شود. انجمن بازاریابی آمریکا بازاریابی را به صورت زیر تعریف می‌کند:

«فرآیند برنامه‌ریزی و به اجرا در آوردن مفهوم، نرخ‌گذاری، ترویج و توزیع افکار، کالاها و خدمات برای بقای آن جهت برآورده ساختن اهداف فردی و سازمانی است».

از این تعریف چنین نتیجه‌گیری می‌کنیم که :

۱ - بازاریابی یک فرآیند جاری و مستمر است. محیط آن «پویا» است. این بدین معنی است که بازار همیشه به تغییر و تحول، تمایل و گرایش دارد. آنچه که مشتریان امروز نیاز دارند ممکن است برای نیازهای فردا ضروری نباشد؛

۲ - این فرآیند شامل دو فاز مهم برنامه‌ریزی و اجرای طرح می‌باشد.

برخی از نکات مهم در بازاریابی :

(الف) بازاریاب به طراحی کالا کمک می‌کند، خواست‌های مشتریان و مصرف کنندگان را مورد بررسی قرار می‌دهد و اقدامات عملی با توجه به فناوری عرضه شده و محدودیت‌های نرخ‌گذاری را ارائه می‌دهد؛

(ب) بازاریاب در پخش و توزیع کالا مشارکت دارد - روش‌های مؤثر برای عرضه و پخش کالا باید از نقطه تولید یعنی کارخانه تا رسیدن به دست مصرف‌کننده وجود داشته باشد؛

(ج) بازاریاب در امر ترویج کالا مشارکت فعال دارد. ترویج شامل ارائه آگهی‌ها تبلیغات، پوشش‌های رسانه‌ای و غیره است؛

(د) بازاریاب همچنین برای عرضه کالا آن را نرخ‌گذاری می‌کند. ما از علم اقتصاد می‌دانیم که در اکثر موارد بین فروش و نرخ (قیمت) رابطه منفی وجود دارد (هر چه نرخ بالاتر باشد تقاضا کمتر است). البته در موارد معینی قیمت یا نرخ، مصرف‌کننده

را از کیفیت کالا آگاه می‌سازد. بنابراین بازاریاب نیاز دارد تا اولاً برای کالای مورد نظر، با هدف به حداکثر رساندن سود، نرخ‌گذاری کند و دوماً تصویر مناسب و جذابی از کالا به بازار هدف منعکس کند؛

هـ) بازاریابی برای خدمات و افکار مانند سایر کالاهای فیزیکی و قابل لمس، قابل اجرا می‌باشد.

تعاریف کلیدی بازاریابی اجتماعی

- بازاریابی اجتماعی عبارت است از به کارگیری رویکردهای بازاریابی برای ترویج یک مفهوم و یا یک هدف اجتماعی.
- تعریف بازاریابی اجتماعی از نظر فیلیپ کوتلر^۱: طراحی، اجرا و کنترل برنامه‌های تدوین شده به منظور تأثیرگذاری بر پذیرش یک نظر و یا فکر اجتماعی و یا یک هدف به وسیله گروه و یا گروه‌های هدف؛
- بازاریابی اجتماعی به جای طرح و معرفی یک محصول (صرفاً تجاری) افکار و نظرات اجتماعی را مطرح می‌سازد. کارشناسان بازاریابی اجتماعی برای ترویج یک تغییر اجتماعی از فنون و تکنیک‌هایی که شرکت‌ها برای فروش محصولات و خدمات خود به کار می‌گیرند، استفاده می‌کنند.

چرا بازاریابی اجتماعی اهمیت دارد ؟

سه دلیل عمده برای توجه و تأکید بر اهمیت بازاریابی اجتماعی وجود دارد که عبارتند از :

^۱ - Philip Kotler

- ۱ - بازاریابی اجتماعی به شما کمک می‌کند تا به مخاطبین هدف خود دسترسی پیدا کنید.
- ۲ - بازاریابی اجتماعی به شما کمک می‌کند تا پیام‌های خود را متناسب با مخاطبین هدف برنامه طراحی کنید؛ و با انجام این امر:
- ۳ - بازاریابی اجتماعی به شما کمک می‌کند تا تغییرات رفتاری بزرگ‌تر و با دوام بیشتری را در مخاطبین خود ایجاد کنید.

جدول شماره ۱- تفاوت‌های عمده بین بازاریابی اجتماعی و بازاریابی تجاری

بازاریابی اجتماعی	بازاریابی تجاری
۱ - می‌خواهد کار خوب و مثبتی انجام دهد.	۱ - می‌خواهد پول درآورد.
۲ - به وسیله مالیات و اهداکنندگان مالی تأمین می‌شود.	۲ - به وسیله سرمایه‌گذاری تأمین می‌شود.
۳ - در برابر عموم و مردم مسئولیت پذیر و پاسخگو می‌باشد.	۳ - به طور خصوصی و برای جمع محدودی مسئولیت‌پذیر و پاسخگو می‌باشد.
۴ - اندازه‌گیری اجرا سخت و مشکل است.	۴ - اجرا بر طبق سود و سهم در بازار اندازه‌گیری می‌شود.
۵ - اهداف رفتاری بلند مدت.	۵ - اهداف رفتاری کوتاه مدت.
۶ - اغلب بر رفتارهای پیچیده و مبهم هدف‌گذاری می‌کند.	۶ - به طور معمول محصولات / خدمات غیرپیچیده را ارائه و فراهم می‌سازد.
۷ - مدیران از خطر و یا ریسک کردن اجتناب و دوری می‌کنند.	۷ - مدیران از خطر و ریسک استفاده می‌کنند.
۸ - تصمیم‌گیری مشارکتی.	۸ - تصمیم‌گیری سلسله‌مراتبی.
۹ - روابط بر پایه اعتماد شکل می‌گیرد.	۹ - روابط اغلب بر پایه رقابت صورت می‌گیرد.

عناصر اصلی بازاریابی اجتماعی

فرایند برنامه‌ریزی بازاریابی اجتماعی بر چهار عنصر بازاریابی اجتماعی استوار است که به چهار P معروف می‌باشند:

۱- محصول یا کالا (Product):

محصول یا کالای بازاریابی اجتماعی ضرورتاً یک کالای فیزیکی نیست. طیفی از انواع کالاها وجود دارد که از کالاهای فیزیکی و قابل لمس از قبیل (کاندوم) تا خدمات (مانند معاینات پزشکی) گرفته تا عملکردها و رفتارها (مانند تغذیه با شیر مادر، مایع درمانی خوراکی ORT، تغذیه صحیح) و در نهایت ایده‌های بسیار ناملموس (از قبیل حفاظت محیطی) می‌باشد.

برای داشتن یک کالای مهم و حیاتی، مردم باید ابتدا احساس کنند که مشکل واقعی دارند و سپس بپذیرند که محصول ارایه شده راه حل مناسبی برای مشکل آنها می‌باشد. نقش تحقیق در این رابطه عبارت است از کشف ادراکات و دیدگاه‌های مصرف‌کننده‌ها در رابطه با شکل کالا و یا محصول مشخصی که درجه یا اهمیت اقدام در راستای حل مشکل را نزد مخاطبان افزایش دهد.

۲- نرخ یا هزینه (Price):

نرخ یا هزینه به آنچه که مصرف‌کننده برای دستیابی به کالا و یا محصول مورد نظر بازاریابی اجتماعی باید انجام دهد، اطلاق می‌شود. این نرخ و یا هزینه ممکن است یا پول باشد و یا مستلزم از دست دادن چیزهای غیر ملموسی از قبیل زمان و یا تلاش فیزیکی و یا احساس خطر از کف شدن و یا ملامت شدن، شود. چنانچه هزینه برای مصرف‌کننده مهم‌تر و یا بالاتر از فواید اجتماعی باشد، ارزش درک شده برای کالای مورد نظر پایین خواهد بود و احتمال تغییر رفتار کم خواهد بود. اما اگر فواید و

منافع درک شده مهمتر و یا بزرگتر از هزینه‌های صرف شده تلقی شود، شانس آزمایش و به دست آوردن محصول و یا کالای مورد نظر خیلی بیشتر خواهد بود. در تعیین نرخ و یا قیمت، مخصوصاً نرخ‌گذاری یک کالای فیزیکی مانند قرص‌های جلوگیری از بارداری، نکات متعددی وجود دارد که باید در نظر گرفته شود. چنانچه محصول و یا کالا نرخ پایینی داشته باشد و یا به صورت مجانی ارایه شود، مصرف کننده ممکن است فکر کند که کالا دارای کیفیت پایینی است. از طرف دیگر چنانچه نرخ کالا خیلی بالا باشد، عده‌ای ممکن است قدرت خرید آن را نداشته باشند. کارشناسان بازاریابی اجتماعی باید بین این ملاحظات ظریف موازنه ایجاد کنند. می‌توان این نوع درک از هزینه، نرخ و یا فواید کالای مورد نظر را از طریق تحقیق، تعیین و مشخص کرد.

۳ - مکان (Place):

«مکان» روش و یا شیوه‌ای که کالا به دست مصرف‌کننده می‌رسد را توصیف می‌کند. برای محصولات قابل لمس، مکان به نظام یا سیستم توزیع دلالت دارد که شامل انبارها، کامیون‌ها، مراکز فروش و نقاط ارایه کالا می‌شود.

برای کالاهای غیر قابل لمس (غیرفیزیکی) واژه مکان ممکن است خیلی واضح و مفهوم نباشد اما با توجه به تصمیم‌گیری در مورد کانال‌های دسترسی به مصرف‌کننده‌ها که از طریق ارایه اطلاعات و یا آموزش صورت می‌گیرد، این محل‌ها ممکن است در برگیرنده مطالب، رسانه‌های ارتباط جمعی و یا نمایش عملی در منزل باشد.

مکان همچنین به تصمیم‌گیری در مورد چگونگی تضمین دسترسی جمعیت و یا گروه هدف به کالا و یا خدمات با کیفیت اطلاق می‌گردد.

با مشخص نمودن فعالیت‌ها و عادات گروه هدف و همچنین تجارب و رضایت‌مندی آنها از نظام ارایه خدمات فعلی، پژوهشگران می‌توانند مناسبترین ابزارهای توزیع کالای مورد نظر را تعیین کنند.

۴ - ترویج (Promotion):

عده‌ای ممکن است این عنصر را به اشتباه به عنوان کل و یا همه بازاریابی اجتماعی در نظر بگیرند. البته ترویج در کل فرآیند بازاریابی اجتماعی شامل به کارگیری ادغام یافته تبلیغات، روابط عمومی، آموزش، حمایت همه‌جانبه رسانه‌ای، مراکز فروش تخصصی و رسانه‌های سرگرم‌کننده می‌باشد. در ترویج، بر ایجاد و پایداری تقاضا برای کالا تمرکز می‌شود. تبلیغات و یا آگهی‌های خدمات عمومی و تبلیغات تجاری فعالیت‌های مطبوعاتی رسانه‌ای و چاپ مقالات در روزنامه‌ها از روش‌های عمده ترویج کالای بازاریابی اجتماعی می‌باشد. تحقیق برای تعیین مؤثرترین و کاراترین وسیله و یا رسانه برای دسترسی به مخاطبین و افزایش تقاضا، حیاتی است.

عناصر P اضافی در بازاریابی اجتماعی:

۵ - عموم مردم (Publics):

کارشناسان بازاریابی اجتماعی اغلب مخاطبین متعددی دارند که برای موفقیت برنامه باید آنها را در نظر بگیرند. عموم، به گروه‌های درونی و بیرونی در برنامه اطلاق می‌شود. عموم بیرونی شامل گروه هدف، مخاطبین ثانویه، سیاستگذاران و افراد کلیدی (دروازه‌بانان gate keepers) می‌باشند در حالیکه عموم درونی کسانی هستند که بخوبی در تأسیس و یا اجرای برنامه دخالت دارند.

۶- ایجاد شرکا (Partnership):

مسایل اجتماعی و بهداشتی غالباً آنقدر پیچیده هستند که هیچ سازمان و یا بخشی به تنهایی قادر به حل آنها نیست. بنابراین، ایجاد شرکا و تیم‌سازی با سازمان‌های دیگری در جامعه برای تأثیر واقعی مورد نیاز است. شما می‌توانید با سازمان‌هایی که با سازمان شما اهداف و یا مقاصد مشترک و یا یکسانی دارند، مشارکت کنید و روش‌های کار مشترک با آنها را معین کنید.

۷- سیاست (Policy):

برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌تواند در ایجاد انگیزه در افراد برای تغییر رفتار به خوبی عمل کند اما پایداری تغییرات رفتاری بدون محیط حمایت‌کننده مشکل است. بنابراین در اکثر موارد تغییر در سیاست مورد نیاز می‌باشد و برنامه‌های حمایت همه-جانبه رسانه‌ای می‌تواند به صورت یک مکمل مؤثر برای برنامه‌های بازاریابی اجتماعی عمل کند.

عناصر ویژه در فرآیند بازاریابی اجتماعی

۱- مشتری (مصرف کننده) محوری

۲- تبادل داوطلبانه

۳- تجزیه و تحلیل مخاطب و دسته‌بندی مخاطبین

۴- پژوهش تکوینی

۵- تجزیه و تحلیل کانال و رسانه

۶- بازاریابی ترکیبی

۷- پیگیری فرآیند

۸- مدیریت

اصول و روش‌های بازاریابی اجتماعی

- هدف در بازاریابی اجتماعی، تأثیرگذاری برای ایجاد تغییر رفتار در مخاطبین هدف ویژه می‌باشد. رفتارهای مورد نظر با رفتارهای موجود که از نظر مخاطبین هدف راحت و انطباق یافته هستند، رقابت خواهد کرد. به علاوه، فشارهای اجتماعی، وضعیت فعلی را ارجح می‌پندارد حتی اگر گروه هدف، تغییر رفتار جدید را برانگیزاننده بدانند.
- بازاریابی اجتماعی می‌پذیرد که تغییر رفتار به آسانی از طریق ترویج فواید و محاسن رشته اقدامات و عملکرد جدید صورت نمی‌گیرد. به این دلیل، در فعالیت‌های بازاریابی اجتماعی باید از کلیه حمایت‌های حیاتی و تقویت‌کننده‌ها استفاده مؤثر به عمل آورد. این امر مستلزم ایجاد هماهنگی در همه آرانس‌ها گروه‌های اجتماعی و سازمان‌های ذینفع برای فراهم ساختن یک پیام منسجم و نیرومند است تا به وسیله رسانه‌های مناسب و با زمانبندی خوب به گروه‌های هدف انتقال یابد.
- پروژه‌های بازاریابی اجتماعی که با هدف ترویج تغییر رفتار طراحی می‌شوند باید بین تقاضاهای بالقوه متضاد از سوی مصرف‌کنندگان، منابع سازمانی، اهداف سودآوری صنایع و رفاه اجتماعی تعادل برقرار کنند.
- هدف رویکرد بازاریابی اجتماعی عبارت است از هم‌زمانی ترویج رفتار برای جامعه و در نظر گرفتن نیازمندی‌های متفاوت بخش‌های مختلف توسعه و مطرح ساختن نیازهای ویژه و خواسته‌های عموم مردم.
- به منظور طراحی یک استراتژی بازاریابی اجتماعی مؤثر، ضروری است که سیستم‌های درونی و بیرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار بگیرند و یک رویکرد منطقی تدوین و طراحی شود.

- برنامه‌های بازاریابی اجتماعی می‌یابد مرتبط و قابل دسترس مصرف کنندگان باشد.

- هدف نهایی بازاریابی اجتماعی باید سودمندی افراد و گروه‌های هدف کل جامعه باشد. برای دستیابی به هدف فوق ضروری است که دیدگاهی ماورای عملکردهای معمول و افکار غیرمؤثر و غیرمولد داشته باشیم. افکار غیرمولدی از قبیل :

- اعتقاد به اینکه کار و یا شغل بازاریاب اجتماعی ایجاد تغییر در مصرف‌کننده است.
 - ادعای اینکه برنامه‌ریزان به خوبی می‌دانند که بهترین شیوه یا روش ارتباطی و ترویجی برای گروه‌های هدف که براساس تجارب شخصی شکل گرفته است کدامند؛

- اتکا به تعداد رسانه‌های مؤثر برای اندازه‌گیری پیشرفت.
 طراحی فرآیند بازاریابی اجتماعی براساس دیدگاه‌های متعدد، چالش برانگیز است اما ضروری می‌باشد. این امر مستلزم تفحص در کلیه ادعاهای مطرح شده و به چالش طلبیدن کلیه رویکردهای انتخاب شده در رابطه با پایداری آنها نسبت به وظایف مشخص، مراحل عملیات و مخاطبین است.

یک برنامه بازاریابی اجتماعی موفق دارای خصوصیات زیر می باشد :

- ۱ - مصرف کننده محور و دارای چشم‌انداز است؛
- ۲ - از رقبا خود را متمایز می‌سازد؛
- ۳ - در مقابل شرایط متغیر پایدار است؛
- ۴ - دارای پتانسیل پاسخگویی به نتایج پایش است ؛
- ۵ - انتقال پیام و برقراری ارتباط دوسویه در آن آسان است؛
- ۶ - انعطاف‌پذیر است و ایجاد انگیزه می‌کند؛
- ۷ - از همه مهمتر، تأثیر و تفاوت مثبتی در سلامت و رفاه کل جامعه ایجاد می‌کند.

مدل نه مرحله‌ای برنامه‌ریزی فرآیند بازاریابی اجتماعی

فرآیند برنامه‌ریزی بازاریابی اجتماعی با استفاده از مدل منطقی (logic models)، دارای ۹ مرحله می‌باشد. این مدل که به LM معروف است در متون روان‌شناسی و آموزشی مطرح شده و یک عنصر مهم در فرآیند برنامه‌ریزی بازاریابی اجتماعی قلمداد می‌شود. اطلاعات زیر مراحل نه‌گانه مدل منطقی برنامه‌ریزی را به طور خلاصه بیان می‌کند:

مرحله (۱) - مخاطب هدف خود را بشناسید:

پاسخ دادن به این سؤال «برای اینکه بدانید به چه کسی کمک می‌کنید» اهمیت استراتژیک دارد. باید خیلی دقیق باشید که دارید چه کسی و یا چه گروهی را مطرح و یا عنوان می‌کنید. چنانچه بیش از یک گروه را شناسایی کنید، به مدل‌های منطقی جداگانه‌ای برای مطرح ساختن گروه‌های دیگر نیاز دارید. هر چند که رفتار ممکن است برای گروه‌های هدف یکسان باشد اما آنچه که رفتار را در میان این گروه‌های مخاطب تعیین می‌کند، منحصر بفرد است. پیش‌نویس‌های اولیه طرح LM یک توصیف کلی و عمومی از مخاطب هدف دارد اما طرح نهایی باید مشخص و مفصل و در برگیرنده متغیرهای جمعیتی و روان‌شناختی باشد (برای مثال، ایرانی، کم درآمد، زن کم سواد در سنین ۶۰ - ۴۰ سال همراه با کودکان سن مدرسه).

مرحله (۲) - مشخص کنید مخاطب هدف برنامه شما چه رفتار معینی را نیاز به اجرا دارد:

این باید یک رفتار قابل اندازه‌گیری و قابل مشاهده باشد.

مرحله (۳) - تعیین کننده‌های رفتار در گروه هدف شما که گام دو را تحت تأثیر قرار خواهند داد، شناسایی کنید:

این اطلاعات از تحقیق تکوینی (formative research) که با مخاطب هدف اجرا می‌شود، بدست می‌آید. برای مثال، خجالت، ضعف خود کارایی، کمبود ارجاع پزشکی و غیره، می‌تواند تعیین کننده‌هایی باشند که در یک فرد، از انجام یک وظیفه و کمک خواستن جلوگیری می‌کند. زمانی که به مخاطب هدف خود نگاه می‌کنید و او را در ابعاد مختلف بررسی می‌کنید، این تحقیق اغلب نیازهایی که برای کامل کردن مدل منطقی دارید، برای شما فراهم خواهد کرد.

مرحله (۴) – فواید را همانگونه که به وسیله مخاطب هدف بیان می‌شود مشخص کنید: شناخت فواید نباید بر اساس دیدگاه کارشناسان بهداشتی انجام بگیرد بلکه باید براساس خصوصیات و جنبه‌های رفتار هدف و از دیدگاه گروه هدف بررسی شود.

مرحله (۵) – موانع را همانگونه که به وسیله مخاطب هدف بیان می‌شود، مشخص کنید: این شبیه گام چهارم است که باز هم مخاطب هدف باید موانع موجود برای اجرای رفتار معین را تعریف و مشخص کند. این موانع ممکن است شامل زمان، پول، حمل و نقل و یا ترس باشد.

مرحله (۶) – به عوامل دیگری که ممکن است توسط مخاطبان به عنوان موانع تلقی شود، توجه کنید:

این عوامل ممکن است با فواید و موانع مرتبط باشند اما اینها طبیعتاً از نظم و سازمان یافتگی کمتری برخوردار هستند. عواملی از قبیل سیاست‌های اداری و یا نگرش عمومی. این مسایل هر چند که امکان دارد که خارج از آنچه که شما با آن کار می‌کنید باشد اما باید عنوان شوند.

(سه مرحله و یا سه گام بعدی در مدل منطقی برنامه‌ریزی به شناسایی محصول، مکان و فعالیت‌های آموزشی و ترویجی که در آن مخاطب هدف مشارکت فعال دارد، کمک می‌کند.)

مرحله (۷) - مکان و یا جایگاه محصول و یا خدماتی که ارایه می‌دهید را بررسی و مشخص کنید:

این گام در برگیرنده خصوصیات در رابطه با چگونگی ارایه و دریافت محصول و خدمت و درگیر مخاطب هدف می باشد. این خصوصیات شامل ساعات کار یک کلینیک، دسترسی به وسایل نقلیه عمومی، طراحی یک بروشور و یا پوستر (برای مثال، رنگ‌ها و فونت‌ها...) می‌باشد.

مرحله (۸) - اطلاعات را کجا قرار خواهید داد:

این مرحله به طور عمده با نحوه پخش و توزیع پیام ارتباط دارد. اینکه چگونه می‌توانیم به مخاطب هدف دسترسی پیدا کنیم و چگونه مخاطب هدف در معرض پیام و اطلاعات ما قرار خواهد گرفت، در این مرحله مشخص می‌شود.

محل‌های توزیع، پخش و یا نصب پیام و اطلاعات متنوع است و به مکان‌ها و موقعیت‌های حضور فیزیکی مخاطبین هدف مربوط می‌شود. مکان‌هایی از قبیل ایستگاه اتوبوس، مدارس ابتدایی، پارک‌ها، تفریح‌گاه‌ها و غیره.

مرحله (۹) - فعالیت‌های آموزشی و ترویجی دیگری را که ممکن است برای مخاطب هدف جذاب و مشوق باشد، مشخص کنید:

در اغلب اوقات این نوع فعالیت‌ها ممکن است توسط کارشناسان بهداشت عمومی در آغاز برنامه پیشنهاد شوند و به کار گرفته شوند. اما بایستی بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده از پژوهش‌های تکوینی، در این زمینه اقدام شود. این نوع مراکز ترویجی ممکن است شامل تیزرهای تلویزیونی، تیزرهای رادیویی، آموزش خانه به خانه و غیره شود.

ارزشیابی در بازاریابی اجتماعی

ارزشیابی فرایند (Process Evaluation):

هنگام اجرای عملیات برنامه، ارزشیابی فرایند به نگهداشتن حرکت پروژه در مسیر صحیح خود کمک می‌کند و زمانی که به تغییرات در استراتژی برنامه نیاز باشد به موقع به ما اطلاع می‌دهد. متداولترین فعالیت مرتبط با جمع‌آوری داده‌ها در این مرحله شامل شمارش مواد توزیع شده، تعداد افراد شرکت‌کننده در فعالیت‌ها و پخش آگهی‌های تبلیغاتی از رادیو و تلویزیون می‌شود. دیگر مکانیزم‌های ردیابی و پایش شامل: بررسی مصرف‌کننده‌ها، دسترسی مخاطبین هدف به پیام‌های برنامه و اینکه برنامه توجه آنها را جلب نموده و انگیزه و یا اقدام و عمل در آنها بوجود آورده است یا نه می‌باشد.

ارزشیابی نتایج (Outcome evaluation):

هر دو روش تحقیق کمی و کیفی برای شناخت نتایج برنامه آموزنده هستند. انجام مجدد و تکرار بررسی‌های کمی جمعیتی نشانگر تحقق اهداف برنامه در زمینه افزایش آگاهی، تغییر نگرش‌ها و شروع تغییر رفتار جدید می‌باشد. کاهش میزان‌های ابتلا و مرگ و یا دیگر شاخص‌های عمده ممکن است با مشکل اثبات مواجه شود به ویژه زمانی که اجرای مطالعه از نوع مداخله اجتماعی تطبیقی، امکان پذیر نباشد. در پایان، داده‌های کمی از بررسی‌های انجام شده به دست می‌آیند که عموماً به عنوان احکام و یا قضاوت‌های نهایی موفقیت برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرند.

بخش نهم

جلب حمایت همه جانبه

چند تعریف کلیدی در رابطه با جلب حمایت همه‌جانبه

- ۱- جلب حمایت همه‌جانبه اقدامی است در جهت تغییر سیاست‌ها، موضع گیری‌ها و یا برنامه‌های هر نوع نهادی در جامعه.
- ۲- جلب حمایت همه‌جانبه عبارت است از کار با مردم و سازمان‌ها برای ایجاد یک تغییر.
- ۳- جلب حمایت همه‌جانبه عبارت است از قرار دادن یک مشکل در دستور کار، ارایه راه حل برای آن و به دست آوردن حمایت لازم برای اقدام در زمینه رفع مشکل.
- ۴- جلب حمایت همه‌جانبه عبارت است از روند مشارکت مردم در فرآیندهای تصمیم‌گیری که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

چرا جلب حمایت همه‌جانبه

جلب حمایت همه‌جانبه می‌تواند:

- ۱- از حقوق گروه‌های آسیب پذیر دفاع کند؛
- ۲- سیاست‌های زیان آور را متوقف سازد؛
- ۳- مسایل و مشکلات را در دستور کار و در معرض افکار عمومی قرار دهد؛
- ۴- کیفیت زندگی افراد، گروه‌ها و جوامعی که در شرایط نامطلوب زندگی می‌کنند، را بهبود بخشد؛
- ۵- بسیج اجتماعی را به حرکت در آورد؛
- ۶- سیاست‌ها را به اجرا در آورد؛
- ۷- سیاست‌ها، قوانین و بودجه‌های جاری را اصلاح کند؛
- ۸- برنامه‌های جدیدی را ایجاد کند؛
- ۹- در نهایت صدای به حق مردم را منعکس سازد.

عناصر اساسی در جلب حمایت همه‌جانبه

هرچند که راهبردها و تکنیک‌های خاص جلب حمایت همه‌جانبه ممکن است متفاوت باشند، عناصر زیر بلوک‌های اساسی ساخت یک جلب برنامه حمایت همه-جانبه را تشکیل می‌دهند. مانند بلوک‌های یک ساختمان ضروری نیست که از هر یک از عناصر زیر در ایجاد راهبردهای جلب حمایت همه‌جانبه استفاده شود. شما می‌توانید بر حسب ضرورت و نیاز یکی از این عناصر را انتخاب کنید و یا از تلفیقی از عناصری که بیشترین اثربخشی را دارند، استفاده کنید:

- ۱- اهداف^۱
- ۲- داده‌ها^۲
- ۳- مخاطبین^۳
- ۴- پیام‌ها^۴
- ۵- ائتلاف^۵
- ۶- بیان و ایراد سخن^۶
- ۷- جلب سرمایه مالی^۷
- ۸- ارزشیابی^۸

اصول کلیدی حمایت همه‌جانبه

- ۱- احترام به دیدگاه‌ها و نظریات حمایت‌شوندگان؛

^۱ - objectives

^۲ - data

^۳ - audiences

^۴ - messages

^۵ - coalitions

^۶ - presentation

^۷ - fundraising

^۸ - evaluation

- ۲- حداکثر توانمندسازی و حداقل وابستگی برای حمایت‌شوندگان؛
- ۳- تسهیل فرآیند انتخاب آگاهانه؛
- ۴- استقلال حمایت‌کننده؛
- ۵- انتخاب نوع و یا مدل حمایتی برای حمایت‌شونده؛
- ۶- دسترسی و مسئولیت‌پذیری.

ارزش‌های کلیدی جلب حمایت همه‌جانبه

۱- پذیرفتن و احترام^۱

جلب حمایت‌کنندگان باید برای همه، به طور برابر ارزش و احترام قایل‌شوند و به پذیرفتن و مشارکت افراد اعتقاد داشته باشند.

۲- توانمندسازی^۲

جلب حمایت‌کنندگان باید از روش و یا روش‌هایی استفاده کنند که تا آنجایی که ممکن است سطح اعتماد به نفس در مردم را افزایش دهند، به حدی که مردم بتوانند خاطرات و آرزوهای خود را بیان نمایند و در دراز مدت روی پای خود بایستند و مستقل زندگی کنند.

۳- وفاداری^۳

فرد جلب حمایت‌کننده نباید بی‌طرف باشد، نقش کلیدی او جانبداری و طرفداری از آنهایی است که مورد حمایت قرار می‌گیرند.

۴- کیفیت^۴

طرح‌های جلب حمایت همه‌جانبه به حفظ و پایش استانداردها و بهبود مستمر کیفیت فرآیندها نیاز دارد.

^۱ - inclusion and respect

^۲ - empowerment

^۳ - loyalty

^۴ - quality

۵- استقلال^۱

جلب حمایت‌کننده‌ها نباید در صورت تضاد منافع، خود را محدود و مقید سازند.

۶- دشواری‌های جلب حمایت همه‌جانبه^۲

در واقع دشواری‌ها و بن‌بست‌های جلب حمایت همه‌جانبه، مسایل و مشکلاتی هستند که به آسانی قابل حل نمی‌باشند و ممکن است جواب درستی نداشته باشند.

برنامه‌ریزی استراتژیک در جلب حمایت همه‌جانبه

تدوین برنامه استراتژیک در طرح‌های جلب حمایت همه‌جانبه از اهمیت زیادی برخوردار است. این اهمیت در رابطه با عوامل زیر مطرح می‌شود:

۱- تدوین مجموعه‌ای از اهداف اختصاصی عینی

۲- تهیه طرح اجرایی برای دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده

۳- استفاده از ابزارهای ارزیابی، پیشرفت و حرکت به سوی اهداف در قالب فرآیند اجرای عملیات.

طراحی و تدوین یک برنامه استراتژیک دقیق قبل از آغاز عملیات حمایتی به معنای داشتن یک نقشه راهنما است که حرکت به سوی مقصد نهایی را هدایت می‌نماید.

در طراحی برنامه استراتژیک جلب حمایت همه‌جانبه از الگوی برنامه‌ریزی^{۱۰} پرسشی استفاده می‌کنیم. البته، الگوهای متعددی وجود دارد و سازمان‌های درگیر در برنامه‌های حمایتی نباید تنها به این الگو خود را محدود سازند.

پرسش‌های ۱۰ گانه به دو دسته عمده تقسیم‌بندی می‌شود:

۱- سؤالات (۱-۶) در رابطه با محیط بیرونی^۳ سازمان درگیر در امر جلب حمایت

همه‌جانبه می‌باشند؛

^۱ - independence

^۲ - advocacy dilemmas

^۳ - external environment

۲- سؤالات (۷-۱۰) بر محیط درونی^۱ این نوع سازمان‌ها تمرکز دارند.

سؤالات مرتبط با محیط بیرونی

۱- جو سیاسی^۲

آیا محیط سیاسی برای عنوان کردن جلب حمایت همه‌جانبه مساعد می‌باشد؟ آیا موفقیت عملیات حمایتی با توجه به شرایط سیاسی موجود امکان‌پذیر است؟

۲- اهداف کلی و اهداف اختصاصی سیاست‌های عمومی^۳

مشکل چیست؟ سازمان‌های متولی جلب حمایت همه‌جانبه چه چیزی را می‌خواهند به دست آورند؟ خطرات ناشی از نتایج نامطلوب یک اقدام حمایتی کدامند؟

۳- بازی‌گران کلیدی^۴

چه کسی یا کسانی می‌توانند نقش و قدرت اقدام مثبت را داشته باشند؟ چه کسی یا کسانی می‌توانند نقش و قدرت اقدام منفی را داشته باشند؟ چه کسی یا کسانی خارج از حکومت، مدافع و یا مخالف مواضع سازمان درگیر در جلب حمایت همه‌جانبه هستند؟

۴- پیام^۵

بازی‌گران کلیدی به چه پیامی باید گوش دهند؟ آیا برای مخاطبین مختلف پیام‌های متفاوتی وجود دارد؟

۵- ارایه دهندگان پیام^۶

بازی‌گران کلیدی از چه کسی و یا کسانی پیام دریافت می‌کنند؟

^۱ - internal environment

^۲ -political climate

^۳ -public policy goals & objectives

^۴ -key players

^۵ -message

^۶ -Messengers

۶- روش ارایه و توزیع^۱

پیام‌های حمایتی چگونه و به چه روش‌هایی ارایه و توزیع می‌شوند؟

سؤالات مرتبط با محیط درونی

۷- منابع سازمانی^۲

سازمان‌های حمایت‌کننده چه ظرفیتی را برای انجام وظایف متنوع حمایتی دارند؟

و به چه منابعی باید متکی باشند؟

۸- چالش‌ها و فاصله‌ها^۳

سازمان‌های حمایت‌کننده چه چیزی را باید ایجاد و توسعه دهند؟ آیا متحدین بالقوه

این سازمان‌ها توانایی انجام کار مورد نیاز را دارند؟

۹- توالی مراحل و گام‌ها^۴

برنامه حمایتی چگونه آغاز می‌شود؟ مناسب‌ترین توالی و تسلسل گام‌ها برای

اجرای اجزا و مراحل حمایت همه‌جانبه کدامند؟

۱۰- ارزشیابی^۵

سازمان‌های درگیر در جلب حمایت همه‌جانبه، چگونه می‌توانند از نحوه کار خود

مطلع شوند؟

چگونه می‌توانیم اصلاح و تعدیل را در برنامه ایجاد کنیم؟

مدل‌های جلب حمایت همه‌جانبه

۱- جلب حمایت همه‌جانبه از خود (خود حمایتی)^۶

۲- جلب حمایت همه‌جانبه همسالان^۷

^۱ -Delivery
^۲ -organizational resources
^۳ -gaps & challenges
^۴ - sequence of steps
^۵ -evaluation
^۶ -self advocacy
^۷ - peer advocacy

۳- جلب حمایت همه‌جانبه شهروندان^۱

۴- جلب حمایت همه‌جانبه شخصی - حرفه‌ای^۲

۵- جلب حمایت همه‌جانبه در رابطه با سیاست‌های عمومی^۳

ابزارهای هفت‌گانه جلب حمایت همه‌جانبه شامل موارد زیر می‌باشد:

۱- استفاده از رسانه‌ها^۴

به کارگیری رسانه‌ها در کلیت و متن برنامه‌های حمایتی به معنای استفاده استراتژیک از رسانه‌ها برای پیشبرد طرح‌های عملیاتی مرتبط با اقدام در زمینه سیاست عمومی می‌باشد. توانایی رسانه‌ها در تعیین دستور کار عمومی، تأثیرگذاری بر بحث‌ها و مناقشات اجتماعی، اعمال فشار بر سیاست‌گذاران و ترویج ارزش‌ها رسانه را به عنوان یک ابزار ضروری در جلب حمایت همه‌جانبه مطرح می‌سازد.

۲- ایجاد ائتلاف^۵

ائتلاف از افراد و سازمان‌هایی تشکیل می‌شود که نیروهای خود را برای حرکت به سوی اهداف مشترک تغییر اجتماعی متحد ساخته و هم‌زمان استقلال خود را در این مسیر حفظ می‌کنند. این روند می‌تواند طیف متنوعی از ساختارهای نهادی و تصمیم‌گیری را در بر گیرد.

۳- استفاده از اطلاعات^۶

عموماً اطلاعات به صورت حقایق و یافته‌ها تعریف شده است و دامنه آن گسترده و متغیر می‌باشد. از اعداد و ارقام گرفته تا داستان‌ها می‌توانند جزئی و یا شکلی از اطلاعات باشند. اطلاعات از منابع مختلف و به وسیله تجربه، مشاهده، مصاحبه و

^۱ - citizen advocacy

^۲ - personal / professional advocacy

^۳ - public policy advocacy

^۴ - utilizing the media

^۵ - building coalitions

^۶ - using information

سایر روش‌های تحقیقاتی جمع‌آوری می‌شود. زمانی که اطلاعات مرتبط به یک مشکل و یا مسأله خاص، تجزیه و تحلیل می‌شود روابط، الگوها، گرایش‌ها و تناقضات آن آشکار می‌گردد.

۴- تجزیه و تحلیل بودجه^۱

تجزیه و تحلیل بودجه عبارت از فرآیند بررسی و تحلیل بودجه‌های دولت و استفاده از اطلاعات به دست آمده برای تقویت سیاست‌های عمومی جلب حمایت همه جانبه است. برای دولت‌ها، بودجه مهم‌ترین ابزار سیاست می‌باشد. بودجه در مقایسه با سایر اسناد، اولویت‌های اجتماعی و اقتصادی دولت را منعکس می‌کند. بودجه می‌تواند سیاست‌ها، تعهد سیاسی و اولویت‌ها را به تصمیم‌گیری تبدیل کند.

۵- رایزنی با تصمیم‌گیرندگان^۲

رایزنی با تصمیم‌گیرندگان یکی از اجزای مهم اقدامات حمایتی محسوب می‌شود. اشکال مختلف فعالیت‌های حمایتی شامل رایزنی، بسیج‌های اجتماعی، درخواست‌ها و تقاضاهای مطرح شده از طرف شهروندان، انتشار اسناد و مدارک، کنفرانس‌ها و غیره می‌باشد. این نوع فعالیت، معطوف به سیاست‌گذاران بوده و به قصد انتقال پیام در رابطه با یک سیاست و یا یک قانون معین اجرا می‌شود.

۶- سازماندهی و به حرکت در آوردن اجتماع محلی^۳

سازماندهی اجتماع محلی حرکتی است که در آن مردم از حالت تماشاچی و منفعل خارج شده و با مشارکت فعال در فرآیند جلب حمایت همه‌جانبه، ایفای نقش می‌نمایند.

شکل‌گیری و توسعه رهبری در اجتماع محلی یکی از درجه‌های بسیار مهم در موفقیت تلاش‌ها و اقدامات حمایتی به حساب می‌آید.

^۱ - budget analysis

^۲ - lobbying decision makers

^۳ - the grassroots and mobilizing organizing

۷- استفاده از نظام قانونی^۱

استفاده از نظام قانونی به معنی درگیر شدن در روش‌ها و اقدامات قانونی از قبیل دادخواست‌های قانونی و احکام و دستورات قضایی می‌باشد. زمانی که جلب حمایت همه‌جانبه در یک سیستم قضایی به صورت مستقل و عادلانه اجرا شود بیشترین تأثیر را خواهد داشت. چنانچه نقش قانون ضعیف باشد، درگیر شدن در سیستم قانونی می‌تواند نتایج دلخواه و مطلوبی تولید نماید، مخصوصاً زمانی که با ابزارهای حمایتی مانند رایزنی و استفاده از رسانه‌ها همراه شود.

فرآیند برنامه‌ریزی جلب حمایت همه‌جانبه

۱- شناسایی مسایل سیاست‌گذاری جلب حمایت همه‌جانبه^۲

۲- انتخاب اهداف جلب حمایت همه‌جانبه^۳

۳- پژوهش و تجزیه و تحلیل مخاطب^۴

۴- طراحی و ارایه پیام‌های سیاست‌گذاری^۵

۵- شناخت فرآیند تصمیم‌گیری^۶

۶- ایجاد ائتلاف‌ها^۷

۷- برقراری ارتباطات مؤثر^۸

۸- جمع‌آوری منابع برای جلب حمایت همه‌جانبه^۹

^۱ - Utilizing the legal system

^۲ - identify policy issues

^۳ - selecting an advocacy objective

^۴ - researching policy audiences

^۵ - developing and delivering policy messages

^۶ - understanding the decision – making process

^۷ - building alliances

^۸ - making effective presentations

^۹ - fundraising for advocacy

۹- ارزشیابی و اصلاح برنامه‌های جلب حمایت همه‌جانبه^۱

ارزشیابی و بهبود برنامه‌های جلب حمایت همه‌جانبه

ارزشیابی مستمر، اصلاح و تعدیل اقدامات حمایتی بهترین راه برای تضمین موفقیت این برنامه‌ها می‌باشد. هدف از ارزشیابی تنها ارایه یک ارزش عددی نیست بلکه دریافت باز خورد مفید و در صورت ضرورت، تغییر استراتژی و یا اهداف برنامه است. انطباق خلاق با شرایط پایدار از ویژگی‌های مهم جلب حمایت‌کنندگان موفق می‌باشد.

ارزشیابی: به معنی تجزیه و تحلیل منظم عملکرد، کارایی و اثر بخشی یک شبکه حمایتی در رابطه با اهداف برنامه می‌باشد. هدف نهایی ارزشیابی در موارد ذیل خلاصه می‌شود:

۱- استفاده از دروس و تجارب موفق برای بهبود کیفیت برنامه‌های جلب حمایت همه‌جانبه؛

۲- ارتقا و بهبود طراحی برنامه‌های حمایتی آتی؛

۳- نشان دادن ارزش کاری شبکه حمایتی برای تصمیم‌گیران، سیاست‌گذاران و اهداکنندگان مالی؛

در فرآیند ارزشیابی، جمع‌آوری اطلاعات و استفاده از آن یک عملکرد مهم مدیریتی می‌باشد. اطلاعات صحیح و به موقع ما را در زمینه‌های زیر توانمند می‌سازد:

۱- یادگیری از تجارب دیگران؛

۲- شناسایی فرصت‌ها و موقعیت‌ها و سرمایه‌گذاری مناسب در آنها؛

۳- پیشگیری از موقعیت‌ها و شرایط خطرناک و بحرانی.

^۱ -evaluation and improving advocacy

زمینه‌های ارزشیابی برنامه‌های حمایتی

- ۱- اهداف جلب حمایت همه‌جانبه
- ۲- طراحی و ارایه پیام و ایجاد ارتباطات
- ۳- تأثیر برنامه بر فرآیند تصمیم‌گیری
- ۴- ایجاد ائتلاف‌ها
- ۵- استفاده از داده‌ها و نتایج تحقیقات
- ۶- ابعاد مدیریتی و مسایل سازمانی
- ۷- مشارکت و نهادینه ساختن

بخش دهم

خود یادگیری

مقدمه

آموزش دهندگان سلامت پیشگامانی هستند که همیشه طالب درک جدیدی از رفتار انسانی و راه‌های جدید استفاده از دانش خویش به منظور حل مشکلات فردی و اجتماعی می‌باشند. گستردگی طیف آموزش دهندگان سلامت از وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا بهورزان سخت کوش و رابطان پر افتخار سلامت فرصتی است که باید با افزایش آشنایی آنان با دانش‌ها و مهارت‌های مورد نیاز برای ارایه انواع خدمات آموزش سلامت، تقویت گردد.

برای پرورش و تربیت افراد، اغلب مؤسساتی وجود دارد که متأسفانه پاسخ‌گوی نیازهای جامعه نمی‌باشند و آنان را برای دنیای متحول فردا آماده نمی‌سازند. چرا که در اغلب این مؤسسات تعداد زیادی از فراگیران، تحت تسلط یک معلم قرار دارند و او هم اطلاعات را به طور شفاهی و در یک زمینه خاص به آنان منتقل می‌نماید و تنها فعالیت فراگیران نیز یادداشت برداشتن است. حال سؤال این است که چنین افرادی چگونه خواهند توانست از عهده وظایف خطیر خویش در آینده برآیند؟!

بنابراین لازم است که در نظام تربیت کارکنان بهداشتی تحولی پدید آید و به جای اینکه فراگیران فقط اطلاعات را حفظ کنند، یاد بگیرند که چگونه اطلاعات را به دست بیاورند؛ درباره اطلاعات گردآوری شده، تفکر نموده و آنها را با یکدیگر ترکیب نمایند؛ و در نهایت از اطلاعات موجود استفاده و آنها را در موقعیت‌های جدید به کار گیرند. اینجاست که می‌توان گفت که یادگیری روی داده است.

آموزش دهندگان سلامت برای اینکه بتوانند به وظایف خطیر حرفه‌ای خویش عمل نمایند و خود را با دنیای متحول پیرامون خویش هماهنگ سازند، نیازمند پرورش مهارت‌های یادگیری در خویش می‌باشند. آنها باید یاد بگیرند که چگونه در مواجهه با مشکلات و رویدادهای جدید، رفتار عملی متناسب را انجام دهند و چگونه از آموخته‌های خویش در این موقعیت‌ها استفاده نمایند. چرا که در دنیای

متحول امروز، مشکلات نیز متحول می‌شوند و آنچه که در گذشته به عنوان یک معضل محسوب می‌شده است، شاید اهمیت خود را از دست داده باشد و موارد جدید دیگری پایه عرصه حضور بگذارند.

بنابراین هدف یادگیری در آموزش دهندگان سلامت، این است که آنان بیاموزند چگونه یاد بگیرند، به نحوی که بتوانند از عهده مشکلاتی که ممکن است در آینده با آنها مواجه شوند، برآیند. به این ترتیب مشاهده می‌گردد که یادگیری می‌تواند در تمام مکان‌ها اتفاق بیفتد و فقط مختص مکان‌های رسمی آموزشی نیست. هر کسی می‌تواند کاری را که به آن علاقه‌مند است، بدون هیچ‌گونه آموزش رسمی یاد بگیرد. یا اینکه می‌تواند در یک کلاس درس، به طور مستقل موضوعات مورد علاقه خودش را فرا بگیرد. اما این امر نیازمند این است که فرد از فرصت‌هایی که به دست می‌آورد، به خوبی استفاده کند؛ بر روی کارهای خود فکر کند و سؤالات خود را بپرسد.

تعریف خودیادگیری

با توجه به تعاریف خودیادگیری می‌توان گفت که خودیادگیری شیوه‌ای از یادگیری است که خود فراگیر تمام مراحل یادگیری را انجام می‌دهد. این مراحل شامل تعیین اهداف، محتوا، روش، مکان، زمان، مراحل و ارزشیابی اقدامات انجام شده می‌باشد. فردی که دارای مهارت خودیادگیری است باید بتواند: در میان اهداف مختلف هدف خودش را مشخص کرده؛ برای رسیدن به هدف مورد نظر، اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری و یا مهارت‌های مورد نیاز را کسب و در مسیر مطلوب خویش تلاش نماید. وی همچنین باید بتواند معیارهای کاملاً مشخصی را که نشان دهنده رسیدن او به موفقیت می‌باشند، معین و در نهایت کار خود را ارزشیابی نماید. در حقیقت می‌توان گفت که چنین فردی در یادگیری استقلال پیدا کرده است.

باید توجه داشت که خودیادگیری نیازمند میزان معینی از استقلال و بلوغ می‌باشد که این حالت معمولاً در بزرگسالان مشاهده می‌شود. البته چنین فراگیرانی می‌بایست دارای انگیزه برای یادگیری بوده، همچنین یکسری از ویژگی‌ها را دارا باشند.

ویژگی‌ها و توانایی‌های افراد دارای مهارت خود یادگیری

قبل از اینکه درباره ویژگی‌های این افراد صحبت کنیم، توجه شما را به صحبت‌های عده‌ای از فراگیران درباره خودیادگیری جلب می‌نماییم:

- یکی از این افراد می‌گوید: هنگامی که من برای اولین بار عبارت خودیادگیری را شنیدم، نتوانستم معنی آن را سریعاً درک نمایم. این عبارت برای من غریبه و نا آشنا بود. اما بعدها متوجه شدم خودیادگیری به من اجازه انتخاب مکان و زمان و محتوای چیزی را که می‌خواهم بیاموزم، می‌دهد.
- خودیادگیری چیز خوبی است، زیرا باعث می‌شود مهارت‌هایی را که شما در یک موضوع خاص فرا گرفته‌اید، بتوانید برای موضوعات دیگر هم به کار برید.
- یکی دیگر بیان می‌کند: زمانی که من عبارت خودیادگیری را شنیدم، فکر کردم که نوعی یادگیری است که در آن هیچ گونه کمک و حمایتی از سوی معلمان وجود ندارد. البته در حال حاضر، نظر من تغییر کرده است و می‌دانم که اگر خود فرد بخواهد، حمایت همیشه وجود دارد.
- خود یادگیری چیز خوبی است اما یک ضرر هم دارد. فایده آن این است که شما هدایت مطالعه خود را در دست می‌گیرید و ضرر آن این است که شما گاهی اوقات نمی‌دانید چگونه یادگیری خودتان را شروع کنید و نیازمند یک

سری راهنمایی‌ها خواهید بود. اگر این راهنمایی‌ها وجود نداشته باشد شما از ادامه راه ناامید خواهید شد.

فراگیرانی که هدایت خویش را در یادگیری به دست می‌گیرند، چه ویژگی‌هایی را دارا می‌باشند؟
 آنان افرادی هستند که:
الف) در مرحله برنامه‌ریزی:

- ۱- اهداف و استانداردهای خویش را با یا بدون کمک افراد ماهر تعیین می‌نمایند؛
- ۲- به گونه‌ای جامع و استراتژیک برنامه‌ریزی می‌کنند؛
- ۳- توانایی‌های خویش را باور دارند.

ب) در طی انجام فعالیت‌های یادگیری:

- ۱- برای رسیدن به اهداف خود تلاش می‌کنند؛
- ۲- از افراد ماهر، مؤسسات و یا دیگر منابع موجود برای رسیدن به اهداف خویش، استفاده می‌نمایند؛
- ۳- علاقه به کار را در خویش پرورش می‌دهند؛
- ۴- بر روی فعالیت خود تمرکز داشته و این توجه و تمرکز را تا پایان فعالیت ادامه می‌دهند؛
- ۵- به طور مداوم به خود آموزش می‌دهند؛
- ۶- عملکرد خود را پایش می‌نمایند؛
- ۷- هر زمان که لازم باشد، به جستجوی کمک می‌پردازند؛
- ۸- مسئولیت هدایت و بارور بودن خویش را بر عهده می‌گیرند؛

- ۹- مهارت‌های اداره زمان، اداره پروژه، تعیین اهداف، خود ارزیابی، جمع‌آوری اطلاعات و استفاده از منابع آموزشی را تمرین می‌نمایند؛
- ۱۰- بالغ‌ترین این افراد، کسانی هستند که می‌توانند از هر نوع معلمی، فرا بگیرند.

ج) در تکمیل کارشان:

- ۱- کار خود را ارزشیابی می‌کنند؛
- ۲- به این ادراک رسیده‌اند که با کار سخت و پشتکار می‌توان به موفقیت نایل گردید؛
- ۳- تصویری مثبت از خود دارند؛
- ۴- آن چه را فرا گرفته‌اند، در مواجهه با موقعیت‌های جدید به کار می‌گیرند.

از ویژگی‌های شخصی افرادی که هدایت یادگیری خویش را به عهده می‌گیرند نیز می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- این افراد، افرادی مثبت می‌باشند؛
- توانایی پیشقدم بودن در انجام فعالیت‌ها را دارا می‌باشند؛
- آمادگی برای یادگیری دارند؛
- مسئولیت یادگیری خویش را به عهده می‌گیرند؛
- توانایی مداومت در کار را دارند؛
- دارای قدرت سازماندهی می‌باشند؛
- موقعیت‌های چالش برانگیز را دوست دارند.

اجزای خود یادگیری

در این قسمت به طور خلاصه اجزای خودیادگیری توضیح داده می‌شود. اجزای اصلی خودیادگیری عبارت است:

- ۱- خود مدیریتی^۱
- ۲- تعیین اهداف^۲
- ۳- خود پایشی^۳
- ۴- خود ارزیابی^۴
- ۵- خود تقویتی^۵
- ۶- خود انگیزشی^۶

۱- خود مدیریتی :

ه خود مدیریتی، یک لغت روان‌شناختی است که برای توصیف فرآیند رسیدن به خودمختاری و استقلال فردی استفاده می‌شود و هدف آن انتقال کنترل از فرد مراقب یا مربی به خود شخص می‌باشد. به عبارت دیگر هدف آن انتقال از کنترل بیرونی به کنترل درونی می‌باشد.

فردی که این مهارت را در خود پرورش داده است، قادر است درون محیط خودش به طور مستقل عمل نماید.

البته توجه داشته باشید که پرورش این مهارت در خود، نیازمند زمان و انرژی زیادی می‌باشد اما در دست گرفتن کنترل رفتارهای خود و مشارکت فعال در تغییر رفتار

^۱ - self – management

^۲ -goal - setting

^۳ - self – monitoring

^۴ -self – evaluation

^۵ -self - reinforcement

^۶ -self – motivation

خویش، عاملی کلیدی در کاهش یا حذف رفتارهای نامناسب، تداوم رفتارهای مناسب و کسب مهارت‌های جدید می‌باشد.

۲- تعیین اهداف:

تعیین اهداف پایه‌ای برای مشخص کردن میزان اختلاف میان وضع موجود و وضع ایده‌آل است. تشخیص اختلاف به فرد این امکان را می‌دهد تا برای کاهش آن کوشش نماید. اهداف، فرد را وادار می‌نمایند تا برای رسیدن به آنچه می‌خواهد تلاش لازم را انجام دهد. همچنین تعیین اهداف به افراد کمک می‌کند تا از طریق تأکید بر وظایف، شیوه‌های عمل مناسب را انتخاب و پیشرفت خویش را پایش نمایند.

۳- خود پایشی:

هدف خودپایشی، آموزش شخص برای آگاه‌تر شدن از رفتار خویش می‌باشد و موجب می‌گردد، قبل از اینکه فرد در خطایی که انجام می‌دهد به دام بیفتد، آن را متوقف نماید. گاهی اوقات تنها به دلیل فرآیند مشاهده، رفتار نامطلوب کاهش می‌یابد.

۴- خود ارزیابی:

در این قسمت افراد سطح و موقعیت عملکرد خود را با میزان دستیابی به استانداردهای مطلوب مورد مقایسه قرار می‌دهند و اختلافات یا تفاوت‌ها را در طول طیفی از رفتارهای مطلوب تا نامطلوب مشخص می‌کنند و بر اساس آن تصمیم می‌گیرند چه مداخله‌ای مورد نیاز می‌باشد.

همچنین خود ارزیابی به فرد یادآوری می‌کند که آیا در رفتاری معین با اهداف تعیین شده قبلی، درگیر شده است یا خیر؟ اگر این امر روی داده بود، شخص به مرحله بعدی یعنی خود تقویتی حرکت می‌کند، در غیر این صورت ممکن است نیاز

باشد تا اهداف را اصلاح نموده، شیوه‌های عملکرد را تغییر داده و خود ارزیابی مجدد انجام دهد.

۵- خود تقویتی :

عبارتست از پاداش دادن به خود به دلیل رسیدن به اهدافی که از پیش معین شده‌اند. محققان ادعا می‌نمایند اگر به فرد اجازه داده شود که از میان انواع پاداش‌ها، پاداش مورد نظر خود را انتخاب نماید، مؤثرتر از زمانی خواهد بود که فقط یک پاداش در دسترس باشد. در ابتدا، ممکن است پاداش بلافاصله به فرد داده شود اما بهتر این است که شخص برای رفتار مناسب خود، در ابتدا امتیازی دریافت نماید و سپس در نوبت‌های دیگر امتیازهای خویش را با پاداش دلخواهش دریافت نماید. اگرچه در اغلب موارد، پاداش‌های خارجی کاملاً مؤثر می‌باشند اما مطلوب‌تر آن است که فرد بر روی پاداش‌های درونی تکیه نماید.

۶- خود انگیزشی:

کلید خود یادگیری این است که بتوانیم در خود، انگیزه برای یادگیری ایجاد نماییم. همان گونه که قبلاً نیز ذکر گردید، خود یادگیری حرکت از کنترل شدن توسط دیگران به سوی کنترل توسط خود می‌باشد که در طی آن افراد یاد می‌گیرند تا کارهایی را که می‌توانند انجام دهند، پیدا کنند؛ رموز موفقیت خویش را پیدا و پیگیری نمایند و آنها را آشکار سازند و پاداش‌هایی نیز به دست بیاورند. همانطور که افراد در فرآیند یادگیری مستقل و ماهر می‌شوند، یاد می‌گیرند که چگونه علایق خویش را کشف نمایند. پیگیری فعال علایق شخصی در شرایط واقعی، بزرگترین محرک می‌باشد.

سخن آخر :

همه افراد برای اینکه مسئولیت یادگیری خود را در دست بگیرند آماده نیستند. می‌توان توانایی یادگیری مستقل را به صورت یک طیف تصور نمود که در آن فرد ابتدا به معلم وابسته می‌باشد، سپس به طور مستقل یادگیری خود را آغاز می‌نماید و در مرحله پیشرفته‌تر قادر به همکاری متقابل با دیگران می‌باشد.

علاوه بر این باید توجه داشت: که اولاً استقلال فراگیر احتمالاً از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت می‌باشد؛ ثانیاً بعضی از فراگیران در تمام موضوعات و عده‌ای دیگر فقط در بعضی از موضوعات وابسته می‌باشند. بنابراین استقلال در یک زمینه و موضوع، نشانگر استقلال در حوزه جدید دیگر نمی‌باشد؛ نکته مهم دیگری که یادآوری آن ضروری می‌باشد و عدم توجه به آن می‌تواند منجر به دل سردی افراد در خودیادگیری شود، این است که در مراحل اولیه یک پروژه خودیادگیری ممکن است فرد نیازمند آشنایی، جهت دهی، حمایت و راهنمایی باشد. بنابراین در آغاز هر پروژه یادگیری، می‌بایستی سطح استقلال فرد در آن با توجه به توانایی تعیین موضوع، منابع، مراحل یادگیری و زمان اتمام پروژه مشخص گردد. مهارت خودیادگیری مهارتی دست نیافتنی نیست، بلکه مهارتی است که با تمرین و ممارست و به کارگیری دستورالعمل‌های موجود، می‌توان آن را در خود پرورش داد.