



ارائه کننده:

دکتر مجید حسن زاده

HASSANZADEH\_MAJID@YAHOO.COM



HEALTH

# اصول خدمات بهداشتی

ارائه کننده:

دکتر مجید حسن زاده

MD-MPH

HASSANZADEH\_MAJID@YAHOO.COM



# Health Education

• جلسه اول:

## آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

• منبع (برای امتحان): کتاب جامع بهداشت عمومی  
نوشته دکتر حاتمی و همکاران

نخستین انقلاب در بهداشت عمومی از اواخر سده نوزدهم تا اواسط سده بیستم صورت گرفت

## هدف آن

مهاری بیماری های عفونی و مرگ های ناشی از آنها بود .

جوزف کالیفانو ( ۱۹۷۹ ) : “

راه رسیدن به سلامت بهتر در آینده این کشور تنها به وسیله آجرهای طلایی درمان و فناوری های پرهزینه، امکان پذیر نخواهد شد بلکه **انقلاب بعدی در سلامت مردم از راه پیشگیری و ارتقای سلامت بدست خواهد آمد.**”

دکتر گرین و کروتر ( ۱۹۹۹ ) نیز معتقد بودند :

"برای کاهش بیماری، مرگ و میر و هزینه های سرسام آور پزشکی، **فعالیت های آموزش بهداشت**، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، بیشترین ظرفیت را دارد و بهترین امید برای بهبود در ازمدت کیفیت زندگی و سلامت جمعیت ها است."

اکثر محققان سال ۱۹۷۴ میلادی را تاریخ آغاز انقلاب دوم، یعنی عصر ارتقای سلامت می دانند

## آموزش بهداشت

پیدایش رشته آموزش بهداشت به عنوان رشته ای تخصصی، به اوایل سده نوزدهم باز می گردد . در سال ۱۹۵۱ دکتر توماس وود عضو هیئت علمی دانشگاه استنفورد با ورود به دانشگاه کلمبیا برنامه ای را با عنوان "آموزش بهداشت و تربیت بدنی" آغاز کرد .

## تعریف آموزش بهداشت

➤ ۱۹۷۲ (Griffiths) آموزش بهداشت تلاش می کند فاصله میان آگاهی و عمل را پر کند

➤ "Simonds" بهداشت تغییر رفتارهای زیان بخش افراد، گروه ها و جمعیت ها به رفتارهای سودبخشی است که بر سلامت کنونی و آتی آنان تأثیرمی گذارد



education for health

Green, et al., آموزش بهداشت عبارت است از "استفاده از هرگونه ترکیبی از روش های آموزشی گوناگون به منظور تسهیل پذیرش داوطلبانه رفتارهای مؤثر بر سلامت

## ۲. تعریف بیانیه آلماتا ۱۹۷۸

“آموزش سلامت فرایندی است که مردم را تشویق می کند تا سالم باشند، بدانند چگونه سالم بمانند و برای حفظ سلامتی خود، به طور فردی یا گروهی تلاش کنند و در صورت نیاز کمک بخواهند”



## ارتقای سلامت

### ارتقای سلامت

**Green & Kreuter** "عبارت است از هرگونه ترکیبی از فعالیت های آموزش بهداشت و حمایت های محیطی، سازمانی و اقتصادی که از ارتقای سلامت، (رفتارهای منجر به سلامت فرد، گروه و اجتماع صورت می گیرد

"علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی به منظور نیل به وضعیت مطلوب سلامت است

O'Donnell, تغییر شیوه زندگی می تواند به وسیله ترکیبی از تلاش ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط حامی رفتارهای سالم ) صورت گیرد



## نقش نظریه ها و الگوها در فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

الگوها و نظریه ها راهنماهایی هستند برای فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. نظریه ها می توانند به پرسش های برنامه ریزان در مورد اینکه چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند، چگونه باید رفتارها را تغییر داد، و چه عواملی را باید در ارزشیابی برنامه ها در نظر گرفت، پاسخ دهند

Glanz, et al., ).

## به طور کلی، مزایای استفاده از نظریه ها و الگوهای آموزشی توان چنین خلاصه کرد:

- ۱) نظریه ها و الگوها پایه و اساس مداخلات آموزشی را تشکیل می دهند
- ۲) ابزاری برای تبیین و توجیه طرح های بهداشتی هستند
- ۳) چارچوبی برای برنامه ریزی مداخلات بهداشتی هستند
- ۴) به برنامه جهت و حقانیت می دهند
- ۵) از روش سخت "آزمون و خطا" جلوگیری می کنند
- ۶) امکان تکرار مداخلات بهداشتی را فراهم می کنند
- ۷) (Doak, et al., 7). فرایندی روشمند برای تحلیل موفقیت ها و شکست ها هستند

در رشته آموزش بهداشت، نظریه، توضیحی است کلی در مورد چرایی عملکردهای مرتبط با سلامت افراد. چرا فرد برای حفظ یا ارتقای سلامت خود، خانواده، سازمان یا جامعه اش اقدامی انجام می دهد یا نمی دهد؟

الگوها معمولاً از چند نظریه برای تبیین مسئله استفاده می کنند. (Glanz, et al., 1996)

## طبقه بندی الگوها و نظریه ها

**دسته اول** نظریه ها و الگوهایی که برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به کار می روند،  
✓ الگوی برنامه ریزی پریسید پروسید  
✓ الگوی جامع آموزش بهداشت

**دسته دوم** نظریه ها و الگوهایی که برای **تغییر رفتار** از آن ها استفاده می شود

- (۱) الگوی باورهای بهداشتی
- (۲) الگوی مراحل تغییر
- (۳) نظریه یادگیری اجتماعی
- (۴) نظریه اشاعه نوآوری
- (۵) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

# الگوهای برنامه ریزی

## الگوی برنامه ریزی پری سید / پروسید

الگوی برنامه ریزی پری سید توسط دکتر گرین و همکارانش در سال ۱۹۷۹

الگوی پری سید پروسید معروف ترین و رایج ترین الگوی برنامه ریزی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است و برای پی بردن به علل مشکلات رفتاری و طراحی، برنامه ریزی آموزش سلامت تدوین شده است این الگو بر اساس چهار رشته اپید میو لوژی-علوم رفتاری و اجتماعی مدیریت و آموزش بنا شده است

در قسمت پریسید، به پرسش هایی از قبیل چه چیزی، به چه دلیل و چه کسی پاسخ داده می شود، و در بخش پروسید به منابع، موانع، خط مشی ها، مقررات و عوامل سازمانی و همچنین طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه پرداخته می شود.

چار چوب پریسید/پروسید بر اساس دو فرض پایه ریزی شده است

۱- سلامتی و خطرات سلامتی تعیین کننده های متعدد دارند

۲- تلاش برای تغییرات رفتاری، محیطی و اجتماعی نیز چند بعدی است

## ۱) ارزیابی اجتماعی و بررسی موقعیت

کیفیت زندگی جمعیت هدف بررسی می شود. بهترین روش به انجام رساندن این کار، مشارکت دادن وسیع گروه هدف در تحقیقی به منظور تعیین نیازها و آمال آنان است. مشکلات اجتماعی جمعیت های هدف، بهترین و عملی ترین شاخص های کیفیت زندگی را به دست می دهد. بدین منظور باید از چند روش جمع آوری اطلاعات استفاده کرد.

## ۲) ارزیابی همه گیر شناسی

منابع موجود را برای حل آن مشکل بهداشتی که بیش از همه گروه هدف را تحت تأثیر قرار داده است به مصرف برسانند.

### ۳) ارزیابی رفتاری و محیطی

در این مرحله، عوامل رفتاری و محیطی مؤثر بر مشکل بهداشتی تعیین شده در مرحله دوم باید مشخص شود. منظور از عوامل محیطی، موارد بیرونی است که در صورت اصلاح می تواند از رفتار، سلامت یا شیوه زندگی سالم فرد حمایت کند. تشخیص این مسئله به برنامه ریزان یاری می دهد واقع بینانه تر عمل کنند و محدودیت های برنامه هایی را که تنها بر رفتار فرد تمرکز دارند، تشخیص دهند.



## ۱۴) ارزیابی آموزشی و بوم شناختی (اکولوژیکی)

**عوامل زمینه ساز:** شامل آگاهی ها، نگرش ها، باورها، ارزش ها، و برداشت هایی است که می توانند انگیزه فرد را برای تغییر تقویت کنند.

**عوامل تواناساز:** به مهارت ها، تسهیلات، منابع یا موقعیت هایی گفته می شود که سبب تسهیل یا ایجاد مانع در راه تغییرات رفتاری و محیطی مدّ نظر می شوند. این عوامل بیشتر به وسیله نیروهای درون جامعه یا نظام ها ایجاد می شوند.

**عوامل تقویت کننده:** به تشویق ها و پسخوراندهایی که فراگیر، پس از اختیار رفتار جدید، از سوی دیگران مشاهده می کند گفته می شود. این عوامل ممکن است سبب دلسردی یا دلگرمی فرد برای ادامه رفتار شود.

**جداسازی و گروه بندی** عواملی است که بر عوامل رفتاری و محیطی تأثیر مستقیم دارند.

## ۵) ارزیابی اداری و بررسی خط مشی ها

شامل ارزیابی امکانات و توانایی های اداری و سازمانی و منابع به منظور تدوین و اجرای یک برنامه است. در این مرحله، محدودیت های منابع، خط مشی ها، امکانات و زمان بررسی می شود.

## ۶) اجرا

در این مرحله، اهداف برنامه به اقدامات عملی تبدیل و برنامه اجرا می شود. با آنکه ارزشیابی در آخرین مرحله عنوان شده است، باید به خاطر داشت فرایندی است مستمر که از ابتدای مرحله اجرا آغاز می شود. به طور کلی، باید سه نوع ارزشیابی از برنامه صورت بگیرد: ارزشیابی فرایند، تأثیر و نتیجه.

### **(۷) ارزشیابی فرایند**

شامل ارزشیابی سیاست ها، منابع، کارکنان، کیفیت خدمات و اجرای برنامه است.

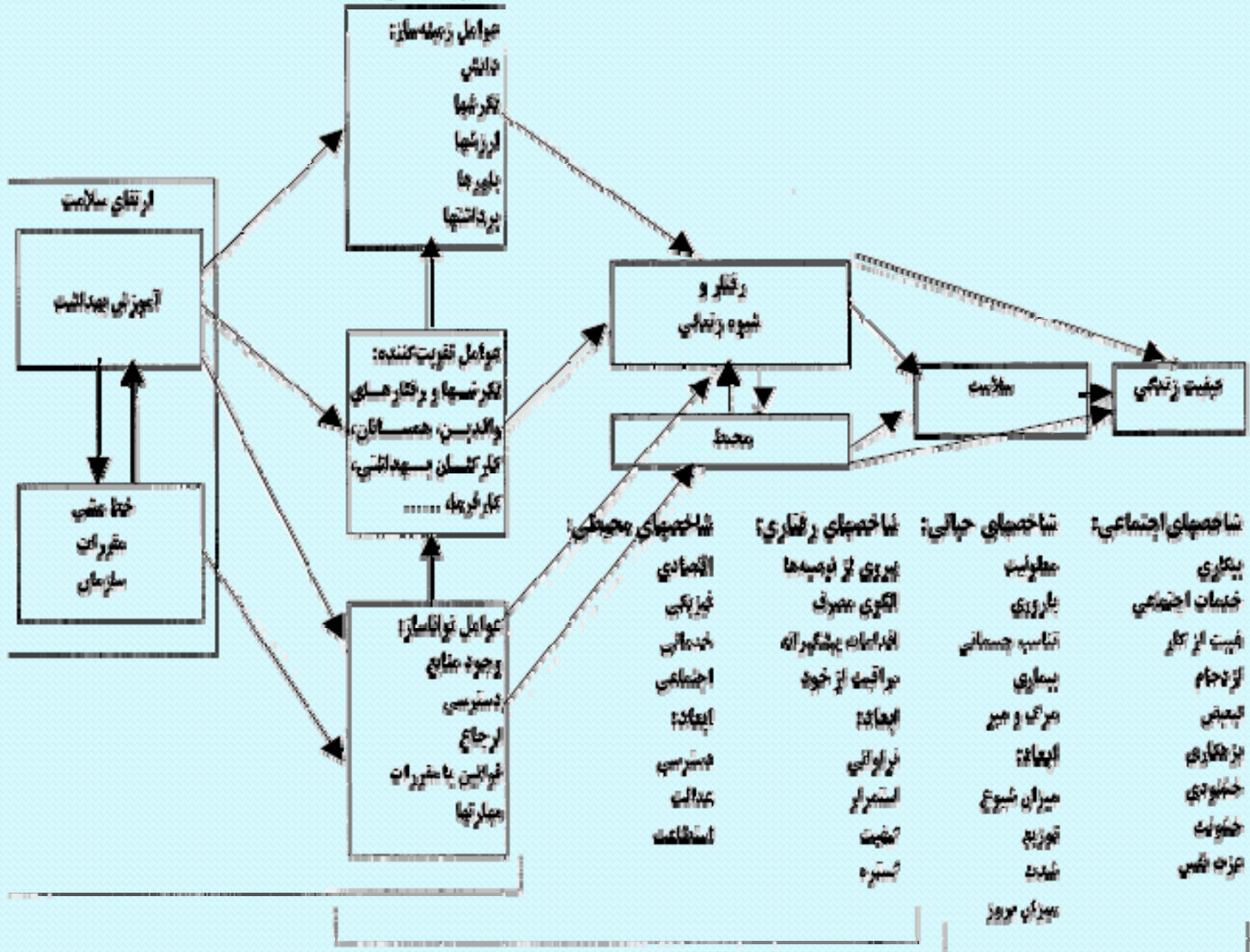
### **(۸) ارزشیابی تأثیر**

شامل ارزشیابی تأثیرهای برنامه بر اهداف میانی، مانند تغییر عوامل زمینه ساز، تقویت کننده، تواناساز و عوامل رفتاری و محیطی است.

### **(۹) ارزشیابی نتیجه**

شامل ارزشیابی تأثیرات نهایی و بلندمدتِ برنامه و مقایسه آن با اهداف غایی، مانند تغییر در کیفیت زندگی، شاخص های بهداشتی و اجتماعی است

مرحله اول: ارزیابی اجتماعی  
 مرحله دوم: ارزیابی هندسه‌شناسی  
 مرحله سوم: ارزیابی رفتاری و محیطی  
 مرحله چهارم: ارزیابی آموزشی و یوم شناختی  
 مرحله پنجم: ارزیابی انباری و بررسی سیاستها



مرحله پنجم: اجرا  
 مرحله چهارم: ارزیابی فرایند  
 مرحله هشتم: ارزیابی تأثیر  
 مرحله نهم: ارزیابی نتیجه

## الگوی جامع آموزش بهداشت

### (Comprehensive Health Education Model=CHEM)

#### ۱) مشارکت دادن مردم

در این مرحله، باید گروه هدف و افراد مسئول اجرای برنامه تعیین شود، نقش کسانی که دخیل هستند مشخص گردد و ارتباطات لازم میان افراد به وجود آید.

#### ۲) تعریف مشکلات

این مرحله شامل ارزیابی نیازها، تعیین فاصله میان وضع موجود و آنچه باید باشد و تعیین مشکلی که باید به وسیله برنامه حل شود است.

#### ۳) تعیین اهداف

در این مرحله، باید اهداف غایی مربوط به وضعیت سلامت، اقدامات فردی، عملکردهای آموزش بهداشت و منابع آموزش بهداشت مشخص شود.



## ۴) طراحی برنامه

این مرحله شامل

الف) تعیین مناسب ترین رویکرد برای رسیدن به اهداف،

ب) تعیین اهداف ویژه عملیاتی،

ج) نوشتن جدول زمان بندی، فعالیت ها، و منابع،

د) پیش آزمون برنامه و تدوین مراحل ارزشیابی،

ح) کسب اجازه برای اجرای برنامه

ض) گرفتن تعهد برای تأمین منابع است.

## ۵) فعالیت های اجرایی

شامل کسب منابع لازم برای اجرای برنامه، تدوین سیاست ها و مقررات لازم برای

مراحل اجرا، و اجرای برنامه است.

## ۶) ارزشیابی نتایج

شامل تعیین ارزش کلی برنامه به وسیله مقایسه نتایج بدست آمده با اهداف برنامه در

چارچوب فعالیتهای انجام گرفته و منابع استفاده شده است.



## بازاریابی اجتماعی

اگر شرکت های تجاری می توانند کالا و خدمات خود را به مردم بفروشند پس چرا ما نتوانیم با استفاده از همان تکنیک ها مردم را به درپیش گرفتن رفتارهای ضامن سلامت تشویق کنیم؟

کاتلر ( ۱۹۸۹ ) بازاریابی اجتماعی را چنین تعریف می کند :

فرایندی برای برنامه ریزی به منظور ترویج رفتارهای داوطلبانه مخاطبین هدف به وسیله ارائه منافع که خواستارش هستند، کاهش موانعی که نگرانش هستند و ایجاد انگیزه در آنها برای شرکت در فعالیت های برنامه

بر اساس تعریف اندرسون ( ۱۹۹۵ ) "بازاریابی اجتماعی"

کاربرد تکنولوژی بازاریابی تجاری است برای تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه هایی که به منظور تأثیر بر رفتار داوطلبانه مخاطبین هدف به منظور بهبود سلامت آنها و جامعه طراحی می شوند.

## در بازاریابی اجتماعی از چهار اصل بازاریابی تجاری استفاده می شود:

### ۱. محصول:

در بازاریابی اجتماعی به معنای رفتاری است که می خواهیم ترویج کنیم، مثل بستن کمربند ایمنی، انجام ماموگرافی، شرکت در کارگاه ترک سیگار، انجام ورزش به طور مرتب، استفاده از روغن مایع بجای جامد، یا تفکیک زباله در منزل.

### ۲. هزینه:

به معنای بهایی است که فرد در قبال در پیش گرفتن رفتار مورد نظر باید بپردازد. هزینه ممکن است مالی، روانی، جسمی، اجتماعی، احساسی یا زمانی باشد. پرداخت حق عضویت باشگاه ورزشی، پیمودن فاصله تا مرکز ترک سیگار، سختی تغییر رژیم غذایی که دوست داریم، یا ناراحتی های جسمی ناشی از ترک مواد از جمله هزینه هایی هستند که افراد می پردازند. کاهش هزینه ها و به حداقل رساندن موانع انجام رفتار بر احتمال در پیش گرفتن رفتارهای مورد نظر می افزاید.



### ۳. مکان:

در بازاریابی اجتماعی معانی گوناگونی دارد. مکان می تواند به محل عرضه کالا یا خدمات اطلاق شود. فروشگاه، داروخانه، کلینیک، بیمارستان، خانه بهداشت، مدرسه، دانشگاه، باشگاه، مسجد، و محل کار

### ۴. ترویج:

به چگونگی اشاعه محصول مورد نظر گفته می شود. ترویج معمولاً از طریق اطلاع رسانی یا تبلیغات انجام می گیرد. این مهم می تواند از طریق رسانه های گروهی، مطبوعات، مراسلات پستی، خبرنامه ها، اینترنت، موبایل، یا آموزشگران عملی گردد.

## آموزش سلامت

۱. کسب فعال آگاهی و مهارت
۲. مردم در مورد خودشان فکر کنند
۳. نظم بخشیدن به امیال اولیه
۴. توسعه رفتار اندیشمندان (قضاوت قبل از عمل)
۵. متوسل به منطق
۶. فردیت، شخصیت و بیان خود را تقویت می کند
۷. آگاهی از طریق فعالیتهای خود اتکا کسب می شود
۸. رفتار محور است و به ایجاد نگرشها و مهارتهای مطلوب کمک می کند

## تبلیغات

۱. تزریق آگاهی به ذهن مردم
۲. با شعارهای آماده از فکر کردن جلوگیری می شود
۳. تحریک و بیدار سازی امیال اولیه
۴. توسعه رفتارهای واکنشی
۵. متوسل به احساس
۶. الگوی نگرش و رفتار استاندارد بر اساس قالب خاص را تقویت می کند
۷. آگاهی به فرد خورنده می شود و غیر فعال کسب می شود
۸. آگاهی محور است و برای تغییر نگرش و رفتار طراحی نشده است



## نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

مک لیروی در الگوی

(McLeroy et al., ۱۹۸۸): بوم شناختی اجتماعی خود سطوح تأثیر را به ۵ مورد تقسیم کرده است ( ۱۹۸۸ )

( ۱ ) عوامل درون فردی

( ۲ ) عوامل میان فردی

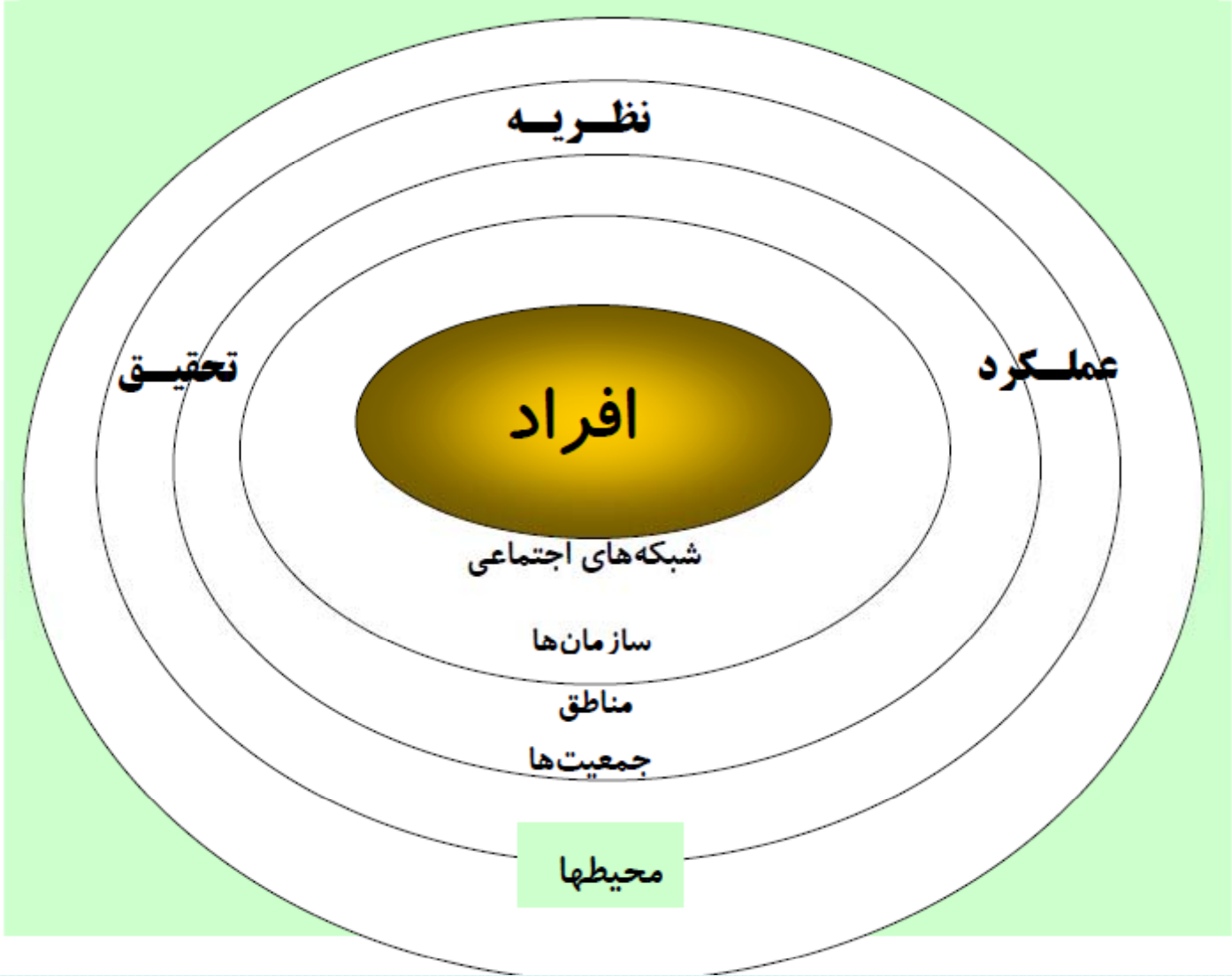
( ۳ ) عوامل سازمانی

( ۴ ) عوامل اجتماعی

( ۵ ) سیاست ها و خط مشی ها

بر اساس الگوی مک لیروی، رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگتر رفتارها و تأثیرهای اجتماعی را تشکیل می دهند،

**تغییر رفتار، نیازمند ایجاد تغییر در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی است.**



## مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

( ۱ ) الگوی باورهای بهداشتی

( ۲ ) الگوی مراحل تغییر

( ۳ ) نظریه یادگیری اجتماعی

( ۴ ) نظریه اشاعه نوآوری

( ۵ ) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

# الگوی باورهای بهداشتی

تلاش برای فهم چرایی کوتاهی مردم در استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه موجود، یا انجام دادن آزمایش های تشخیصی برای تشخیص به هنگام بیماری های بی نشانه،

بر اساس این الگو، احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی بستگی مستقیم به دو تحلیل دارد :

اول، برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می کند

دوم، تحلیل فرد از منافع و موانع عمل بهداشتی

مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر

رفتار

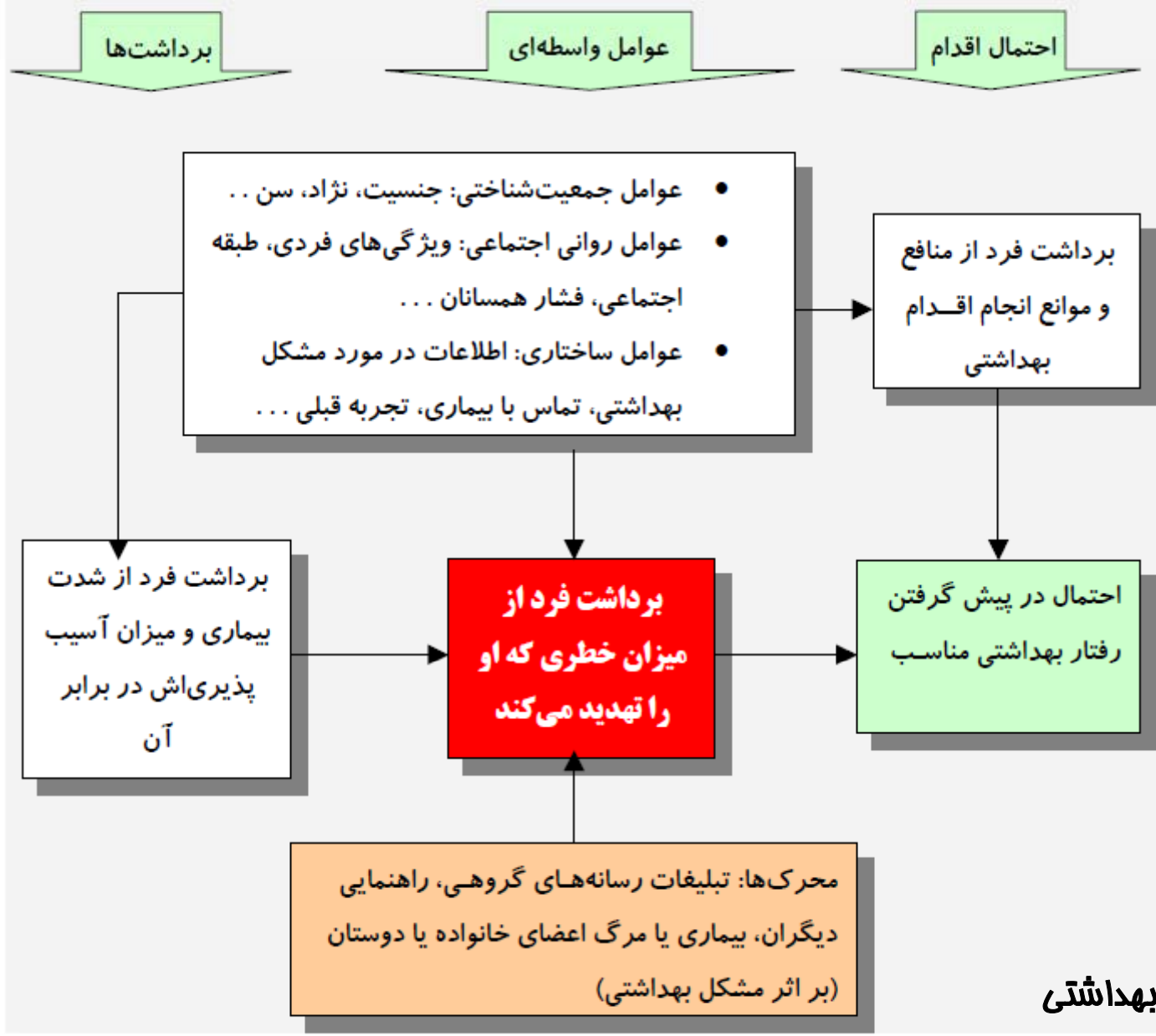
۱) الگوی باورهای بهداشتی

۲) الگوی مراحل تغییر

۳) نظریه یادگیری اجتماعی

۴) نظریه اشاعه نوآوری

۵) نظریه رفتار برنامه ریزی شده



الگوی باورهای بهداشتی



## ۱ برداشت فرد از میزان آسیب پذیری اش نسبت به بیماری

افراد احتمال ابتلا به مشکلی بهداشتی را در نظر می گیرند . آنان هر چه خود را بیشتر مستعد ابتلا ببینند، احتمال دست به اقدام زدنشان بیشتر خواهد بود . به عنوان مثال، فرد سیگاری هر چه خود را بیشتر مستعد ابتلا به بیماری سرطان ریه احساس کند، احتمال ترک سیگار در او بیشتر خواهد شد.

## ۲ برداشت فرد از میزان شدت بیماری

احساسات افراد در مورد تأثیرهای بیماری متفاوت است . این برداشت ها شامل ارزشیابی پیامدهای جسمانی (مانند درد، ناتوانی، مرگ )، و پیامدهای اجتماعی (مانند تأثیر بر زندگی خانوادگی، روابط اجتماعی و وضعیت شغلی ) می شود. این پیامدها هر چه از نظر فرد جدی تر تلقی شود، احتمال انجام دادن اقدامات بهداشتی در او نیز بیشتر می شود.

احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر رشته ای عوامل واسطه ای  
قرارداد، عواملی مانند

ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنس، نژاد)،  
عوامل روانی اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسانان)، و  
عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری)

محرک ها عواملی هستند که امکان دارد موجب تحریک اقدام بهداشتی شوند . این عوامل  
ممکن است

**درونی باشد** (مانند نشانه های بیماری)، یا  
**بیرونی** (مانند تبلیغات رسانه های گروهی، توصیه پزشک، یا بیماری یا مرگ نزدیکان بر اثر  
مشکل بهداشتی).

### ۳ احتمال اقدام

آخرین مرحله از الگوی باورهای بهداشتی احتمال مبادرت ورزیدن به اقدام بهداشتی است. برای این کار، فرد باید باور کند که اقدام او برای پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع یا کاهش شدت بیماری مؤثر واقع خواهد شد. طبیعی است که فرد، موانع اقدام بهداشتی را نیز در نظر می‌گیرد. این موانع ممکن است درونی باشد، مانند درد یا اضطراب، یا بیرونی باشد مانند هزینه، غیبت از کار، یا سهولت دستیابی.

## مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

( ۱ ) الگوی باورهای بهداشتی

( ۲ ) الگوی مراحل تغییر

( ۳ ) نظریه یادگیری اجتماعی

( ۴ ) نظریه اشاعه نوآوری

( ۵ ) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

## الگوی مراحل تغییر

تغییر رفتار ارادی شامل پنج مرحله است:

( ۱ ) **پیش قصد:** در این مرحله، تغییر رفتار هنوز مورد توجه فرد قرار نگرفته است، و امکان دارد او در مورد تغییر حتی فکر هم نکرده باشد.

( ۲ ) **قصد:** در این مرحله، فرد به وجود مشکل پی برده و تغییر رفتار را در نظر گرفته است، اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیست.

( ۳ ) **تدارک:** در این مرحله، فرد آماده تغییر رفتار و برنامه ریزی برای رسیدن به یک هدف رفتاری، مانند ترک سیگار، است.

( ۴ ) **عمل:** در این مرحله، فرد، به طور آشکار، رفتار مورد نظر را در پیش می گیرد

( ۵ ) **حفظ:** یا تثبیت، در این مرحله، فرد برای حفظ تغییرات و مقاومت در برابر وسوسه های بازگشت می کوشد.

## مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

۱) الگوی باورهای بهداشتی

۲) الگوی مراحل تغییر

۳) نظریه یادگیری اجتماعی

۴) نظریه اشاعه نوآوری

۵) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

## نظریه یادگیری اجتماعی

بر اساس این نظریه، مهمترین نوع یادگیری افراد، فراگیری مشاهده ای است .

انسان ها از راه مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن یاد می گیرند و در این نوع فراگیری به تجربه مستقیم نیازی نیست . برای مثال، تحقیقات نشان داده است در نوجوانانی که پدر و مادر یا دوستانشان مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می کنند احتمال مصرف بیشتر است.

## نظریه اشاعه نوآوری

**پیشگامان**، نخستین کسانی هستند که یک نوآوری را می پذیرند . آنان معمولاً افرادی هستند که احساس امنیت می کنند، مستقل، جسور و با جرئتمند، و ایجاد تغییر برایشان راحت تر است . آنان می توانند الگویی برای دیگران باشند .

**زودپذیرندگان** کسانی هستند که به نوآوری علاقه دارند . این عده معمولاً شامل کسانی هستند که در نظام اجتماعی مورد اطمینان بوده و از رهبران فکری به شمار می آیند . از ویژگی های هر دو گروه تمایل به تصمیم گیری بر اساس تفکر و انتظارات معقولانه است .

**اکثریت اولیه** گروهی هستند که امکان دارد علاقه مند به نوآوری، اما نیازمند انگیزه های بیرونی برای پذیرش باشند .

**اکثریت مؤخر** شامل افرادی است که معمولاً دیرباورند و تا زمانیکه اکثریت مردم جامعه شان نوآوری را نپذیرند، خود را درگیر آن نمی کنند .

**واماندگان** معمولاً یا جزو آخرین پذیرندگان نوآوری هستند و یا هیچگاه آن را نمی پذیرند.

## مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

- ۱) الگوی باورهای بهداشتی
- ۲) الگوی مراحل تغییر
- ۳) نظریه یادگیری اجتماعی
- ۴) نظریه اشاعه نوآوری
- ۵) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

## نظریه رفتار برنامه ریزی شده

قصد انجام دادن یک رفتار، تابعی است از :

- ۱) نگرش فرد نسبت به یک رفتار،
- ۲) نظر افرادی که برایشان اهمیت قایل است در باره آن رفتار
- ۳) برداشت فرد از سختی یا آسانی به انجام رساندن آن رفتار.

برای مثال، بر اساس این نظریه، امکان ترک سیگار در فردی که ویژگی های زیر را داشته باشد بیشتر است:

- ۱) نگرش مثبت در مورد ترک سیگار داشته باشد (نگرش نسبت به رفتار)
- ۲) تصور کند دیگرانی که برایشان ارزش قایل است ترک سیگار او را تأیید می کنند (هنجارهای انتزاعی)، و
- ۳) احساس کند توانایی ترک سیگار را دارد (احساس کارآیی فردی).

## نکات مهم

(۱) برای تشخیص مشکل بهداشتی و علل آن بهتر است از الگوهایی مانند پریسید استفاده کنید. این امر باعث شناخت اساسی مشکل و در نتیجه برنامه ریزی بهتر و جامع تر می گردد.

(۲) گروه هدف را تعریف کنید. خصوصیات مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، طبقه اجتماعی، قومیت، زبان، باورها و موارد دیگر باید برحسب نیاز در نظر گرفته شوند.

(۳) اهداف برنامه را دقیق بنویسید. اهداف باید روشن، قابل اندازه گیری و قابل حصول در مدت زمان تعیین شده باشند. این کار برای ارزشیابی برنامه و انتخاب روش های مناسب رسیدن به آنها ضروری است.



۴) از منابع محدودی که در اختیار دارید بهینه استفاده کنید.

۵) با آنکه ارزشیابی یکی از مهمترین مراحل هر برنامه ای است، اما متأسفانه بهای لازم به آن داده نمی شود. از همان ابتدا باید کار را با پایش و ارزشیابی فرایند شروع کرد. برای افزایش اثرگذاری، بعضی اصلاحات می بایست از همان ابتدا اعمال شوند. نتایج حاصل از اجرای برنامه، مثبت یا منفی، راهگشای برنامه های بعدی خواهند بود.

