

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

راهنمای طراحی مداخلات اصلاح شیوه زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

گردآوری توسط: علیہ حجت زاده
زیر نظر: دکتر کورش اعتماد، دکتر طاهره سموات

واحد بیماری های غیرواگیر
اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
شهریور ماه ۱۳۹۱

از افراد زیر به منظور استفاده از نظرات ، ارشادات ، جزوات ، کتاب و اسلایدهای سخنرانی ایشان
تشکر و قدردانی می گردد:

-دکتر علیرضا دلاوری

-دکتر طاهره سموات

-دکتر فرشاد فرزادفر

-دکتر جلال نائلی

-دکتر فرید ابوالحسنی

-دکتر فرزانه مفتون

-دکتر فرانک فرزودی

-دکتر بهزاد دماری

-دکتر محسن شمس

-آقای عباس پریانی

-خانم صفورا دژپسند

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	مقدمه
۹	راهنمای طراحی مداخلات در برنامه های تندرستی
۹	۱- آشنایی با مفاهیم تندرستی و برنامه ریزی
۹	تحلیل برنامه های سلامت
۹	انواع برنامه ها
۱۰	برنامه های تندرستی
۱۱	برنامه های نظام سلامت
۱۵	اجزای یک برنامه تندرستی
۱۷	چرخه زندگی برنامه های سلامت
۱۷	انواع فعالیت ها در چرخه زندگی برنامه های تندرستی
۱۸	عوامل موثر بر ریزش خدمت(عوامل موثر بر پوشش خدمت)
۱۹	عوامل موثر بر ریزش خدمت(عوامل موثر بر اثر بخشی خدمت)
۱۹	پروژه چیست؟
۲۲	امکان سنجی
۲۳	۲- آشنایی با مفاهیم مداخلات در ارتقای سلامت
۲۳	مداخله چیست؟
۲۳	انواع مداخلات
۲۵	انواع مداخلات (نگاه دیگر)
۲۵	انواع مداخلات (از نظر سطح مداخله)
۲۵	انتخاب مداخلات
۲۶	۳- آشنایی با ارزشیابی برنامه های تندرستی
۲۶	ارزشیابی چیست؟
۲۹	انواع ارزشیابی
۳۱	پایش چیست؟
۳۱	ارزیابی برنامه های بهداشتی درمانی
۳۱	تحلیل برنامه
۳۵	روابط برنامه
۳۵	شاخص های ارزیابی نظام های سلامت
۳۶	کنترل در برنامه های تندرستی
۳۶	اهداف کنترل برنامه
۳۷	اجزاء کنترل برنامه
۳۷	چرخه ارتقاء فرآیند

۳۸	انواع شاخص ها
۳۸	ابعاد کیفیت شاخص های تندرستی
۳۸	روش های جمع آوری داده
۳۹	صورت کلی شاخص ها
۳۹	ماتریس جامعیت
۴۰	مراحل ارزیابی نظام کنترل برنامه
۴۱	گردش کار طراحی مجدد نظام پایش و ارزشیابی یک برنامه تندرستی
۴۱	۴- آشنایی با برنامه ریزی برنامه های تندرستی
۴۲	مدل طراحی برنامه های مداخله ای
۴۲	مرحله اول: ترسیم مدل تحلیلی مشکل تندرستی
۴۳	مرحله دوم: اطلاعات عمومی و اختصاصی
۴۴	مرحله سوم: تحلیل نقاط قوت , نقاط ضعف , فرصتها و تهدیدها
۴۴	مرحله چهارم: مقایسه داده های مربوط به برنامه های مختلف
۴۴	مرحله پنجم: تعیین اولویت در برنامه ها
۴۴	مرحله ششم: تطبیق اولویتها با توان سازمان
۴۴	مرحله هفتم: تعیین روابط سبب تأثیری در مورد اولویت ها
۴۵	مرحله هشتم: تحلیل شاخص ها
۴۵	مراحل دستیابی به اهداف مداخله های تندرستی
۴۵	روش های رایج تعیین آستانه برای مداخله
۴۶	روش تحلیل
۴۶	مرحله نهم: مراحل طراحی برنامه های مداخله ای
۴۶	تعیین حیطه های قابل مداخله در برنامه
۴۶	ویژگی های هدف کلی
۴۷	ویژگی های هدف اختصاصی
۴۸	مرحله دهم: اولویت بندی اهداف اختصاصی
۴۹	مرحله یازدهم - تعیین استراتژی ها (راهبردها)
۴۹	مرحله دوازدهم: اولویت بندی راهبردها
۵۰	مرحله سیزدهم: تهیه Bar Chart فعالیت ها
۵۰	مرحله چهاردهم: تهیه جدول گانت برای افراد مسئول
۵۱	مرحله پانزدهم: جمع بندی طرح های عملیاتی در یک سطح بالاتر
۵۱	مرحله شانزدهم: اجرای طرحهای عملیاتی
۵۱	مرحله هفدهم: پایش فعالیت های برنامه مداخله
۵۱	مرحله هجدهم: ارزشیابی برنامه مداخله
۵۲	گام های بعدی
۵۳	۵- دستورالعمل اجرایی نیاز سنجی در برنامه های آموزش سلامت
۵۳	تغییر رفتار در حوزه سلامت و عوامل موثر بر آن

۵۴	راهبردهای تغییر رفتار
۵۵	آموزش به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار
۵۷	مراحل اصلی در یک برنامه ریزی آموزشی
۵۸	نیازسنجی
۶۳	گام های اجرایی نیازسنجی در برنامه های آموزش سلامت
۷۰	بازاریابی اجتماعی به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار
۷۶	جلب حمایت همه جانبه به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار
۸۴	۶-طراحی یک مداخله تندرستی
۸۴	مراحل طراحی یک مداخله تندرستی
۸۵	راهنمای تکمیل شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
۹۴	شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
۹۹	پیوست شماره ۱:
۹۹	برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران
۱۰۱	پیوست شماره ۲:
۱۰۱	پوستر آموزشی تدوین برنامه ریزی عملیاتی برنامه های کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر در سطح ستاد استان، شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

مقدمه

بیماری های غیرواگیر مهمترین عامل مرگ در جهان هستند. از ۵۷ میلیون مرگ در جهان ۳۶ میلیون یعنی تقریباً دو سوم آن ها ناشی از این بیماری هاست که عمدتاً شامل بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، دیابت و بیماری های مزمن ریوی هستند. بیماری های غیرواگیر در حد وسیعی به وسیله چهار عامل خطر رفتاری که جنبه های فراگیرگذار اقتصادی، رشد سریع شهر نشینی و زندگی در قرن ۲۱ هستند، ایجاد می شود. این چهار عامل شامل مصرف دخانیات، رژیم غذایی ناسالم، کم تحرکی و مصرف بی رویه الکل هستند. بیشترین اثر این عوامل خطر در کشورهای با درآمد کم و متوسط و افراد فقیر در تمام کشورهاست که آینه عوامل مؤثر اجتماعی اقتصادی زمینه ساز در این کشورها هستند. در میان این جوامع یک چرخه معیوب وجود دارد که ممکن است پنهان باشد. فقر افراد را در معرض عوامل خطر رفتاری بیماری های غیرواگیر قرار می دهد و به نوبه خود بیماری های غیرواگیر ممکن است یک عامل مهم برای حرکت به سوی فقر باشند که هم افراد و هم خانواده های آنان را در گیر می کنند. در نتیجه اگر این اپیدمی بیماری های غیرواگیر بطور تهاجمی مقابله نشود اثرات کوه یخ مانند این بیماری ها ادامه می یابد.

به علت اهمیت رشد فزاینده اپیدمی بیماری های غیرواگیر، نیاز مبرم برای پاسخ های ملی و بین المللی قویتر و متمرکزتر و ایجاد فرصت هایی برای غلبه بر اپیدمی ها در تمام جوامع از طریق یک تمرکز گسترده بر مراقبت این بیماری ها، پیشگیری مبتنی بر جمعیت، تقویت مراقبت بهداشتی و ظرفیت کشورها است. علیرغم رشد سریع این بیماری ها و توزیع نامتناسب و نابرابر آن ها، بیشتر تاثیرات انسانی و اجتماعی ناشی از مرگ های سالانه مرتبط با بیماری های غیرواگیر از طریق مداخلات قابل درک و هزینه - اثربخش و عملی قابل کاهش هستند.

کاهش مهمی در بار این بیماری ها با مداخلات گسترده جمعیتی هزینه - مؤثر بوجود خواهد آمد. مداخلات مؤثری مانند کنترل دخانیات و کاهش مصرف نمک در سطح وسیع اجراء نشده اند، چون تعهد سیاسی کافی، درگیری کافی بخش های غیر سلامت و منابع کافی وجود ندارد و درگیری ذینفعان محدود است. بطوری که کمتر از ۱۰٪ جمعیت جهان در مقابل اقدامات مورد نیاز برای کاهش تقاضای مصرف دخانیات که در چارچوب معاهده سازمان جهانی بهداشت آمده است، حفاظت شده اند. بهبود مراقبت بهداشتی، تشخیص زودرس و درمان بموقع رویکرد مؤثر دیگری برای کاهش اثر این بیماری هاست. بسیاری از مداخلات مراقبت های بهداشتی مرتبط با این بیماری ها، خصوصاً در مقایسه با اقدامات پر هزینه ای که به علت تاخیر در زمان تشخیص و درمان بیمارانی که به مراحل پیشرفته بیماری رسیده اند صورت می گیرد، هزینه اثربخش هستند. نظام های سلامت باید تقویت شوند تا بسته مداخلات و خدمات مؤثر، واقعی و قابل پرداخت را برای بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر ارائه دهند.

اثرات سیاست های عمومی خارج از بخش سلامت بر بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن ها زیاد است. پرداختن به عوامل تاثیرگذار اجتماعی بیماری و تقویت نظام های سلامت ضروری است. برای غلبه بر این مشکل و ایجاد رویکرد مناسب نیاز به اسناد مبتنی بر شواهد است. برای پرداختن و مقابله با عوامل اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت و بالاخص عوامل خطر و تقویت نظام سلامت و هم چنین اقدام پایدار و منسجم نیاز به مشارکت همه ذینفعان و جلب حمایت سیاستمداران است. برای اجرای مؤثر و پایدار اقدامات چند بخشی در خصوص سلامت باید از راهبرد سلامت در

تمام سیاست ها به منظور بهبود کیفیت زندگی و ادغام مسائل خاص بهداشتی در سیاست ها، برنامه ها و فعالیت های بخش های مربوطه استفاده کرد. برای اجرای اقدامات بین بخشی لازم است در ابتدا بخش بهداشت یک ارزیابی از سیاست ها، برنامه ها، فعالیت ها، توانائی ها، آمادگی، روابط موجود با سایر بخش ها و مشارکت در بدنه های درون بخشی دولتی خود داشته باشد و ظرفیت های مؤسسه ای را با بهبود توانایی کارکنان برای روابط متقابل با سایر بخش ها، درک کلی از سیاست های عمومی، خط مشی ها، اقتصاد، حقوق بشرو..... برای تعیین فرصت های بین بخشی و ارتباط برای همکاری بالقوه را تقویت کند. در مرحله بعد باید ارزیابی از سایر بخش ها، تحلیل حوزه مورد نظر، تهیه طرح هایی برای درگیری سایر بخش ها، استفاده از چارچوب برای درک مشترک بین بخش ها، تقویت ساختار حکومتی، تمایل سیاسی و سازوکارهای پاسخگویی، افزایش مشارکت اجتماعی، انتخاب سایر اقدامات خوب برای تسریع اقدام بین بخشی، پایش و ارزشیابی صورت گیرد. باید نگاه سیاستمداران و سیاستگذاران را نسبت به درک از بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آن ها و تاثیر تصمیمات آن ها بر این بیماری ها تغییر داد و بعد به آن ها گفت که چه حمایت و اقدامی باید انجام دهند.

راهبرد جهانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر که در سال ۲۰۰۰ امضاء شد، سه هدف را دنبال می کند که شامل ترسیم نقشه اپیدمی بیماری های غیرواگیر و علت آن، کاهش عوامل خطر اصلی از طریق رویکردهای ارتقاء سلامت و پیشگیری اولیه و تقویت مراقبت های بهداشتی برای افراد مبتلا به بیماری های غیر واگیر است. در طی دهه گذشته شاهد توسعه سیاسی و ابتکارات راهبردی مهمی بوده ایم که شامل پذیرش چارچوب معاهده مبارزه با دخانیات (۲۰۰۳)، راهبرد جهانی تغذیه، فعالیت بدنی و سلامت، (۲۰۰۸)، راهبرد جهانی کاهش سوء مصرف الکل (۲۰۰۴) و قطعنامه مجمع عمومی ملل متحد در خصوص پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر (۲۰۱۰) بوده است. برنامه عملیاتی ۲۰۱۳-۲۰۰۸ که توسط سازمان جهانی بهداشت و کشورهای عضو برای تبدیل راهبرد جهانی پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر به یک اقدام جهانی منسجم، تهیه شد، دارای ۶ هدف است که شامل اولویت دهی به بیماری های غیرواگیر در سطوح جهانی، منطقه ای و ملی، وضع و تقویت سیاست های برنامه های ملی، ترویج مداخلات کاهش عوامل خطر قابل اصلاح، ارتقاء تحقیقات، ارتقاء مشارکت و پایش و ارزشیابی بیماری های غیرواگیر و عوامل مؤثر بر آن ها در سطوح جهانی، منطقه ای و ملی است.

هم اکنون در دنیا یک چشم انداز واضح و یک نقشه راه روشن برای مقابله با بیماری های غیرواگیر وجود دارد. طبیعت مزمن بیماری های غیرواگیر نیاز به پاسخ نظام سلامت جامع دارد که باید یک هدف دراز مدت برای تمام کشورها باشد. در سال های اخیر بسیاری از کشورهای با درآمد کم و متوسط سرمایه گذاری هایی برای برنامه های عمودی به منظور پرداختن به مشکلات بیماری های غیرواگیر انجام داده اند که سبب فاصله زیادی در مراقبت های بهداشتی شده است. در این کشورها تمرکز بر مراقبت های حاد بیمارستانی است. در طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت مطالعاتی را برای ارزیابی ظرفیت برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در کشورهای عضو انجام داده است. این بررسی ها نشان داده اند پیشرفت هایی در دهه های گذشته رخ داده است که بطور نابرابر با بیشترین پیشرفت در کشورهای با درآمد بالا بوده است. اغلب کشورها راهبردها، برنامه ها و راهنما هایی برای مقابله با این بیمار ها و عوامل خطر آن ها دارند و بعضی کشورها اجزای اساسی برای زیر ساخت بهداشتی خود ابداع کرده اند و

نیز در تامین منابع مالی، توسعه سیاسی و مراقبت پیشرفت کرده اند. بسیاری از کشورها واحدهایی در نظام سلامت خود دارند و بعضی بودجه های خاص برای مقابله پیش بینی کرده اند.

اما در بعضی کشورها این پیشرفت ها یا روی کاغذ است و عملی نشده است یا ظرفیت آن ها هنوز در سطح دستیابی به مداخلات کافی نیست و بسیاری از کشورها هیچ بودجه ای برای برنامه های مقابله با این بیماری ها ندارند. گرچه حقیقت این است که این پیشرفت ها قابل تقویت هستند. ارائه مداخلات مؤثر برای مقابله با این بیمار ها به میزان زیادی توسط ظرفیت نظام های مراقبت بهداشتی تعیین می شوند. فاصله در پیش بینی خدمات ضروری برای بیماری های غیرواگیر اغلب منجر به میزان های بالایی از بروز عوارضی مانند حمله قلبی، سکته مغزی، بیماری کلیوی، کوری، بیماری عروق محیطی، قطع عضو و عوارض سرطان می شود. این بدین معنی است که هزینه های کمر شکن برای مراقبت بهداشتی و در نتیجه فقر برای خانواده های کم درآمد را بدنبال دارد.

تقویت تعهدات سیاسی و مطابق با آن اولویت دهی بالا به برنامه های بیمار های غیرواگیر کلید توسعه ظرفیت نظام سلامت برای مقابله با این بیماری هاست. بهبود ظرفیت کشورها بطور خاص نیاز به حوزه های تامین مالی، اطلاعات بهداشتی، نیروی کار بهداشتی، تکنولوژی های اساسی بیماری های ضروری و مشارکت بین بخشی دارد و علاوه بر بهبود ظرفیت در نظام های سلامت باید در توسعه سیاست های بهداشتی در رابطه با بخش های غیر سلامت پیشرفت صورت گیرد.

با توجه به مسائل پیشگفت، یک نیاز فوری برای مداخله وجود دارد. اگر اقدام جدی صورت نگیرد بار این بیمارها به حدی میرسد که از ظرفیت مدیریت توسط ذینفعان خارج است.

در این جزوه سعی شده است تا مروری بر دانسته های قبلی صورت گیرد و الگویی برای طراحی مداخلات هزینه اثر بخش و مؤثر ارائه شود. امید است بتوان با استفاده از این الگو مداخلاتی را با همکاری سایر ذینفعان در سطوح استانی و دانشگاهی طراحی و اجراء کرد و حاصل این مداخلات همراه با حمایت و تعهدات سیاسی و اقدامات در سطح ملی، منجر به کاهش مهمی در بروز و بار این بیمارها و عوامل خطر آن ها در سطح کشور شود.

دکتر کورش اعتماد

رئیس واحد بیماری های غیرواگیر

راهنمای طراحی مداخلات در برنامه های تندرستی

۱- آشنایی با مفاهیم تندرستی و برنامه ریزی

تحلیل برنامه های سلامت

تعریف برنامه: برنامه اغلب توسط یک واحد برای تشریح یک تلاش سازماندهی شده تهیه می شود تا یک یا چند مداخله را برای دستیابی به مجموعه ای از اهداف از پیش تعیین شده طراحی و اجراء کند. بعضی برنامه ها ممکن است دارای چند مداخله برای یک جمعیت هدف، باشند. مثلاً "برنامه شبکه آموزش زنان که شامل مداخلات مشاوره فردی و بسیج های بازاریابی اجتماعی برای کاهش یک مشکل است.

انواع برنامه ها

یک برنامه شامل برنامه جامع و برنامه عملیاتی است.

انواع برنامه جامع: برنامه جامع روند تاریخی زیر را طی کرده است:

- کوتاه مدت
- دراز مدت
- راهبردی (استراتژیک)

برنامه جامع: شامل اجزای زیر است:

- چشم انداز **Vision:** کیفیت مورد انتظار از راهبرد از منظر سازمان، کجا هستیم و به کجا می خواهیم برسیم و چگونه؟
- رسالت **Mission** (در سطح برنامه هدف کلی و نهایی برنامه است)، ضرورت وجودی سازمان، نوع فعالیت سازمان، ارزش های سازمان، نیاز اجتماعی که سازمان برای پاسخ دادن به آن تشکیل شده است. رسالت یا مأموریت باید مشخص کند: به چه کسانی؟ در چه بازاری؟ با چه فن آوری؟ باورها و ارزش های سازمان (فلسفه سازمان)؟ توجه و دید سازمان به مردم؟ توجه و دید سازمان به کارمندان؟ توجه و دید سازمان به رشد و سود آوری؟ می خواهد خدمت کند.
- اهداف دور برد یا بلند مدت (اهدافی که دستیابی به آن ها سازمان را به رسالت نزدیک مینماید)

- راهبردها (راه رسیدن به اهداف بلند مدت)
- خط مشی (محدوده مورد قبول برای مانور راهبرد)
- اهداف کوتاه مدت (اهداف کمی و کیفی که سازمان را به اهداف بلند مدت نزدیک می نمایند)
- روش (روش انجام فعالیت های طراحی شده)
- رویه ها (دستورالعمل ها و قوانین اجرای فعالیت ها)
- طرح ها (برنامه های فرعی که پیش نیازهای برنامه اصلی است)
- بودجه

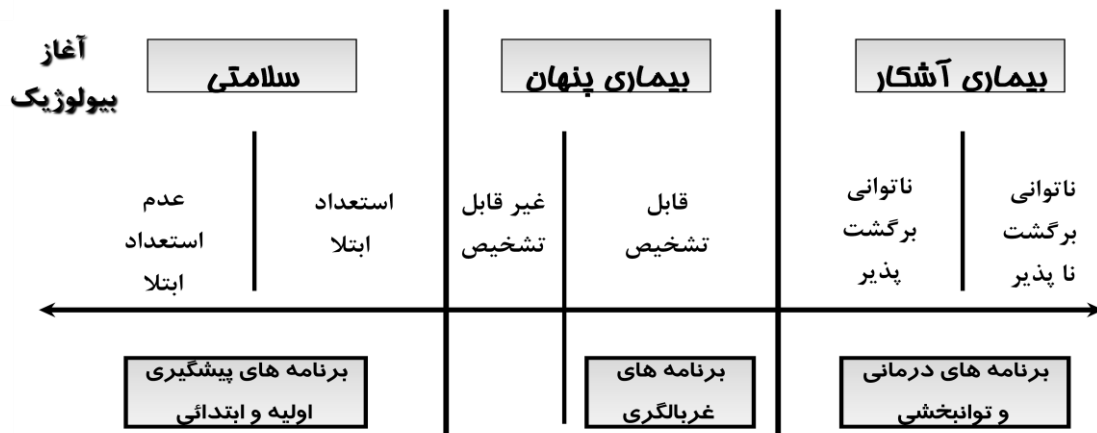
برنامه عملیاتی: شامل اجزای زیر است:

- هدف
- جامعه و گروه هدف
- نوع و طیف خدمات
- فعالیت ها
- شاخص ها
- استانداردها
- زمان بندی
- نیروی انسانی
- فضا و تجهیزات
- بودجه

برنامه های تندرستی

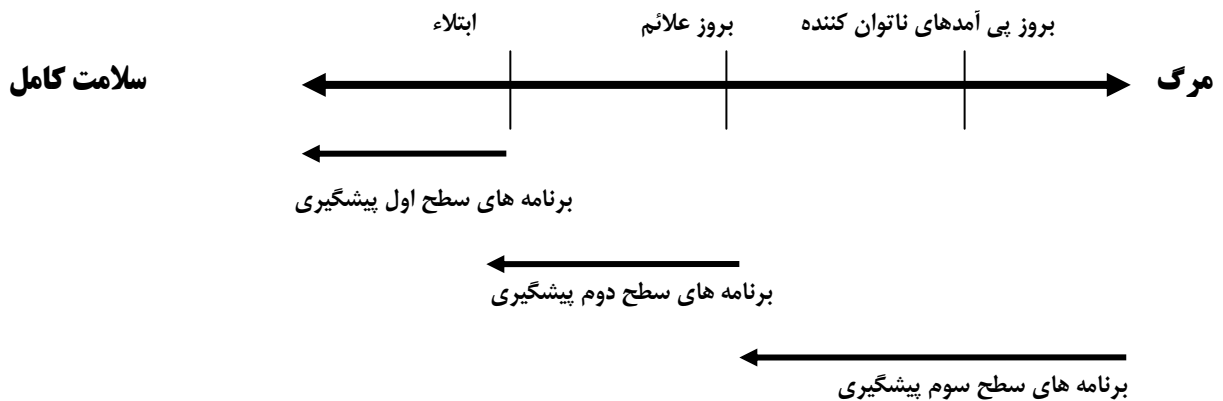
برنامه های تندرستی به مجموعه ای از خدمات و فعالیت های مرتبط با یکدیگر اطلاق می شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل تندرستی طراحی و اجراء می شوند. این برنامه با برنامه های نظام سلامت یعنی با برنامه های سه سطح پیشگیری از بیماری ها منطبق است و به همین دلیل برنامه ها از نظر جمعیت هدف، طراحی و اجراء، تفاوت های اساسی با یکدیگر دارند. برنامه های سلامت یا تندرستی در نهایت به یک مأموریت می رسند.

برنامه های تندرستی



برنامه های نظام سلامت

برنامه های نظام سلامت



برنامه های سطح اول (پیشگیری ابتدایی و اولیه)

برنامه هایی هستند که به قصد مبارزه با بیماری هایی که می توانند در آینده باری را بر جامعه تحمیل کنند و جلوگیری از پیدایش رفتارهای بیماریزا طراحی می شوند. به چنین مداخله ای پیشگیری ابتدایی می گویند. پیشگیری اولیه به مداخله ای اطلاق می شود که با هدف تغییر عوامل خطر و اتیولوژیک بیماری های موجود و اولویت دار جامعه، طراحی و اجراء می شود. گروه هدف در این برنامه ها را افراد سالم، تشکیل می دهند.

هدف: پیشگیری از مستعد شدن به ابتلاء

پیشگیری از ابتلاء

روش: ایجاد مصونیت (تغییر در فرد)

کاهش مواجهه با عوامل خطر (تغییر در محیط یا رفتار افراد)

برنامه های سطح دوم (غربالگری)

بیماری های دارای اولویت به دو گروه دارای دوره نهفتگی کوتاه و دوره نهفتگی طولانی مدت قابل تقسیم هستند. گروه اول معمولاً در اثر عوامل بیولوژیک شناخته شده ایجاد می شوند و در بخش قابل توجهی از موارد، تشخیص و درمان به موقع، منجر به شفای قطعی بیمار می شود. گروه دوم معمولاً عامل اتیولوژیک شناخته شده ای ندارند و رفتارهای نامناسب از عوامل خطر عمده آن ها محسوب می شوند. در این بیماری ها معمولاً پس از پیدایش علائم بیماری عملاً شفای قطعی امکان پذیر نیست و هدف اقدامات درمانی کاستن از شدت ناتوانی و جلوگیری از پیشرفت بیماری به سوی آن است. این مسئله منوط بر آن که اولاً تست بیماریابی مناسب و ثانیاً اقدام موثر و مورد اتفاق برای درمان بیماران شناسایی شده در اختیار باشد. گروه هدف در برنامه های غربالگری را افراد به ظاهر سالم (در معرض خطر)، تشکیل می دهند.

هدف: پیشگیری از بروز پیآمدهای ناتوان کننده

روش: غربالگری

بیماریابی

برنامه های سطح سوم (درمانی و توانبخشی)

گروه هدف در این برنامه ها را افراد بیمار یا مبتلا به ناتوانی (ناخوشی) تشکیل می دهند. هدف از این برنامه ها اعاده توانایی (در مورد ناتوانی های برگشت پذیر) یا افزایش قدرت سازگاری فرد معلول با شرایط جدید (در مورد ناتوانی های برگشت پذیر) است. برنامه های درمانی از طریق تشخیص بیماری به وجود آورنده ناتوانی و درمان آن، بدنبال اعاده توانایی و از میان بردن شکایت است. تمامی فعالیت های تشخیصی، درمانی و توانبخشی را می توان در قالب برنامه های سطح سوم دسته بندی کرد.

هدف: کاهش شدت و مدت پیآمدهای ناتوان کننده

روش: درمان

بازتوانی

در بیماری های مزمن، مدیریت بیماری ها بر برنامه های سطح سوم متمرکز است.

طیف سلامت

سطح سلامت	هدف مداخلات	مداخلات
سلامتی کامل	حفظ	پیشگیری از مستعد شدن به ابتلا
سلامتی نسبی	حفظ و ارتقاء	پیشگیری از ابتلا
بیماری پنهان	حفظ و ارتقاء	رفع استعداد به ابتلا
بیماری آشکار	حفظ و ارتقاء	پیشگیری از بروز پی آمدهای بیماری (درمان)
بیماری آشکار شدید	حفظ و ارتقاء	پیشگیری از پی آمدهای ناتوان کننده (درمان و بازتوانی)

شیوه زندگی

مجموعه ای از عادات و رسم هایی که به وسیله فرآیند درازمدت اجتماعی شدن تحت تاثیر قرار می گیرد، تغییر می یابد یا محدود می شود.

ریشه اغلب مشکلات و بیماری های بزرگسالان، در کودکی است. بیشتر کوشش ها معطوف به آموزش همگانی و آموزش شخصی در مورد شیوه زندگی برای گروه هدف کودکان است.

- برای بیماری های مزمن به کارگیری هر سه راهبرد یا مداخله در سطح ابتدایی، همگانی و پرمخاطره لازم و مکمل است.
- پیشگیری اولیه، با مفهوم آموزش بهداشت و مسئولیت شخصی و اجتماعی بیشتر شناخته می شود.

بسیاری از رفتارهای مؤثر در شرایط سلامت، خواه بهبود سلامت یا بیماری، بطور واضحی در ارتباط با همبستگی متقابل بین شیوه زندگی مردم و محیط اجتماعی آن ها هستند. همزمان با موفقیت های محدود راهبردهای های ارتقای سلامت متمرکز بر رفتارهای بهداشتی فردی، به تازگی مفاهیمی چون همبستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی و وابستگی متقابل اجتماعی مطرح شده است. در طول ۲۰ سال گذشته، تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO - 1998) از شیوه زندگی، موجب درک گسترده تری از تعیین کننده های یک زندگی سالم شده است.

تغییر رفتار از جهت رفتارهای ناسالم به سمت رفتارهای سالم، نیازمند اتخاذ تدابیری در جهت دو استراتژی مهم است که اول تغییر رفتار مبتنی بر جامعه می باشد. انسان ها از ویژگی مهم اجتماعی بودن برخوردارند و بدون فراهم شدن شرایط محیطی و اجتماعی مناسب، امکان اتخاذ رفتارهای سالم مقدور نبوده و با سختی همراه است بویژه آن که عمده عوامل خطر بیماری های غیر واگیر با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ارتباط دارد و تغییر در این عوامل بدون همکاری بین بخشی و مهمتر از آن همکاری و مشارکت مردم و تکنولوژی مناسب که از اصول اولیه PHC می باشد عملی نیست. استراتژی دوم، تغییر رفتار مبتنی بر فرد می باشد که این استراتژی نیازمند مسلط و مجهز شدن ارائه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی به مهارت های مرتبط با مشاوره و آموزش متناسب با نیازهای مراجعه کنندگان و

گیرندگان خدمات بهداشتی - درمانی یعنی عموم مردم است.

طبق تعریف WHO، شیوه زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین ویژگی های فردی، تعامل های اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی یک فرد تعیین می شود.

تعریف WHO حاکی از آن است که الگوهای رفتاری بطور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می شوند. طبق تعریف مذکور، تلاش برای بهبود سلامت از طریق توانا سازی مردم برای تغییر شیوه زندگی آنان باید هم در راستای تغییر فرد و هم در راستای تغییر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوه زندگی تنظیم گردد. تعریف WHO بیشتر مؤید آن است که شیوه زندگی ایده آل (حداکثری) معلوم نیست و عوامل زیادی در تعیین راه مناسب برای زندگی هر فرد مؤثرند.

- موضوع شیوه زندگی سالم، به خودی خود موضوعی مهم می باشد. هم زمان با فشرده شدن بودجه های بخش سلامت، فشار به افراد برای برخورداری از یک زندگی سالم افزایش می یابد.
 - تصور می شود مهم ترین موانع انتخاب شیوه زندگی سالم، شامل نحوه تعریف و پذیرش مفهوم آن و توان مردم (بویژه اقشار با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین) برای رعایت شیوه زندگی سالم هستند.
- در واقع باید به این سئوال ها جواب دهیم:

- آیا شیوه زندگی سالم، مفهومی مفید می باشد؟
- تعیین کننده های انتخاب شیوه زندگی، چه هستند؟
- چه رویکردهایی برای توسعه شیوه زندگی سالم استفاده شده اند و آیا آن ها اثر بخش بوده اند؟
- فرآیندهای اجتماعی و عمومی، چگونه می توانند شیوه زندگی سالم را توسعه دهند؟

یک شیوه زندگی سالم باید با محیط اجتماعی خودش سازگار باشد و جز با تصور آن به عنوان دسته ای از مداخله ای هماهنگ با شیوه زندگی گروه های هدف، احتمال موفقیت برنامه هایش اندک خواهد بود.

شیوه زندگی سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد. با این حال قانع کردن مردم به این که سلامت یک سرمایه مناسب است و ایجاد انگیزه برای خلق فرهنگی سلامت پرور فرآیندی پیچیده می باشد.

شواهد نشان می دهند که بسیاری از عوامل فردی و اجتماعی وابسته به سلامت، مواردی هستند که تنها از طریق راهبردهای جامع، بین بخشی و طولانی مدتی که متضمن انواعی از رویکردهای آموزش، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد، قابل تعدیل و تغییرند.

پیشگیری روش برخورد مناسب با بیماری های مزمن و مرتبط با شیوه زندگی است. لذا در یک محیط که شیوع بیماری های مزمن مرتبط با شیوه زندگی در حال افزایش است، پیشگیری می تواند فرصت هایی برای افزایش رفاه اجتماعی و ارتقاء عدالت بهداشتی در بین افراد و گروه های جمعیتی فراهم کند.

پیشگیری برای دستیابی به اهداف کارآیی و عدالت از طریق یک فرآیند که شامل ۴ گام زیر است، قابل انجام است:

- شناسایی عوامل و تعیین کننده های کلیدی سلامت و بیماری
 - بررسی بازارهای موجود و نقایص موجود موثر بر آن عوامل تعیین کننده
 - تعیین مداخله پیشگیری قابل توسعه
 - ارزشیابی تاثیر مداخله پیشگیری بر رفاه اجتماعی و بر عدالت در سلامت
- تامل و اجرای درست هر یک از این چهار مرحله در مداخلات با هدف پیشگیری و کنترل بیماری های مزمن بسیار ضروری است.
- همانطور که گفته شد بخشی از بیماری های مزمن که مرتبط با شیوه زندگی است، قابل پیشگیری است. حتی در زمان آگاه نمودن افراد جامعه از شیوه زندگی مناسب، تغییر رفتار و عملکرد آنان مرتبط با بسیاری عوامل مختلف اجتماعی (فرهنگی، اقتصادی و سیاسی) است که همکاری بین بخشی و مشارکت مردم را طلب می کند. از طرف دیگر تقاضای افراد جامعه برای این تغییرات پایین است.
- به منظور کاهش این محدودیت ها نیاز به اجرای دقیق هر یک از مراحل چهارگانه فوق است. ارزشیابی به منظور سنجش اثر مداخلات و شناسایی عوامل مؤثر بر این اثربخشی، از اهمیت خاص برخوردار است.

اجزای یک برنامه تندرستی (بهداشتی - درمانی)

- **درونداد (input):** مجموعه ای از منابع شامل مدیریت، منابع مالی، فضا، جهت گیری سیاسی و جمعیت هدف که مواد خام برنامه هستند.
- **فرآیند (process):** فرآیند شامل فعالیت هایی است که توسط آن ها منابع برنامه در تعاقب نتایج مورد انتظار از برنامه بکار برده می شوند. فرآیند مجموعه فعالیت های به هم مرتبط است. برای هر فرآیند می توان نقطه آغاز (درونداد) و پایانی (برونداد) در نظر گرفت. هر فرآیند قابل تقسیم به فرآیند های کوچکتر است. در یک سازمان به منظور دستیابی به اهداف، فعالیت هایی بر اساس برنامه تنظیم میشوند. برنامه شامل فرآیندهای متعددی است که برخی از آن ها بلافاصله قبل از اهداف برنامه قرار دارند. در واقع انجام فعالیت های این فرآیند ها منجر به زنجیره اهداف نهایی برنامه از برونداد (put Out) تا پی آمد (effect+impact=Outcome) می شود.

انواع فرآیندها:

- فرآیند های خدمت یا تولید:** فرآیندهای مربوط به سطح ارائه خدمت یا تولید هستند که منجر به زنجیره اهداف برنامه می گردند.
- فرآیند های پشتیبانی:** به فرآیندهای مربوط به تامین منابع مورد نیاز فرآیند های خدمت اعم از تجهیزات، پول و نیروی انسانی گفته می شود.
- فرآیند های حمایتی:** مجموعه فرآیندهایی است که با هدف کمک به اجرای صحیح فرآیندهای خدمت شکل

گرفته‌اند.

فرآیندهای کنترلی: به فرآیندهای مربوط به تکمیل و اصلاح فرآیندهای خدمت اطلاق می‌گردد. این فرآیندها با هدف شناسایی انحرافات از استانداردها، تعیین علل و موانع ایجاد کننده آن‌ها و راهکارهای رفع این موانع انجام می‌گیرد.

در هر سازمان (یا سطح و یا واحدی از سازمان) مجموعه فرآیندهایی که بلافاصله منجر به اهداف برنامه می‌گردند **فرآیندهای «صف»** و سایر فرایندهایی که با هدف عملی نمودن و اجرای فرآیندهای صف انجام می‌شوند، **فرآیندهای «ستاد»** را تشکیل می‌دهند.

فرآیندهای صف و ستاد به شرح زیر دسته‌بندی می‌شوند:

صف: فرآیندهای خدمت / تولید

ستاد: ○ فرآیندهای پشتیبانی

○ فرآیندهای حمایتی

○ فرآیندهای کنترلی

- **برونداد (output):** مجموعه‌ای از نتایج در سطح برنامه که از طریق اجرای فعالیت های برنامه با استفاده از منابع برنامه، پیش بینی شده‌اند. اثرات بلافاصله اجراء برنامه را منعکس می نماید.

- **پی آمدها/نتایج (outcom):** دسته ای از نتایج هستند که انتظار داریم در سطح جمعیت بعنوان نتیجه فعالیت های برنامه و نتایج در سطح برنامه روی دهند:

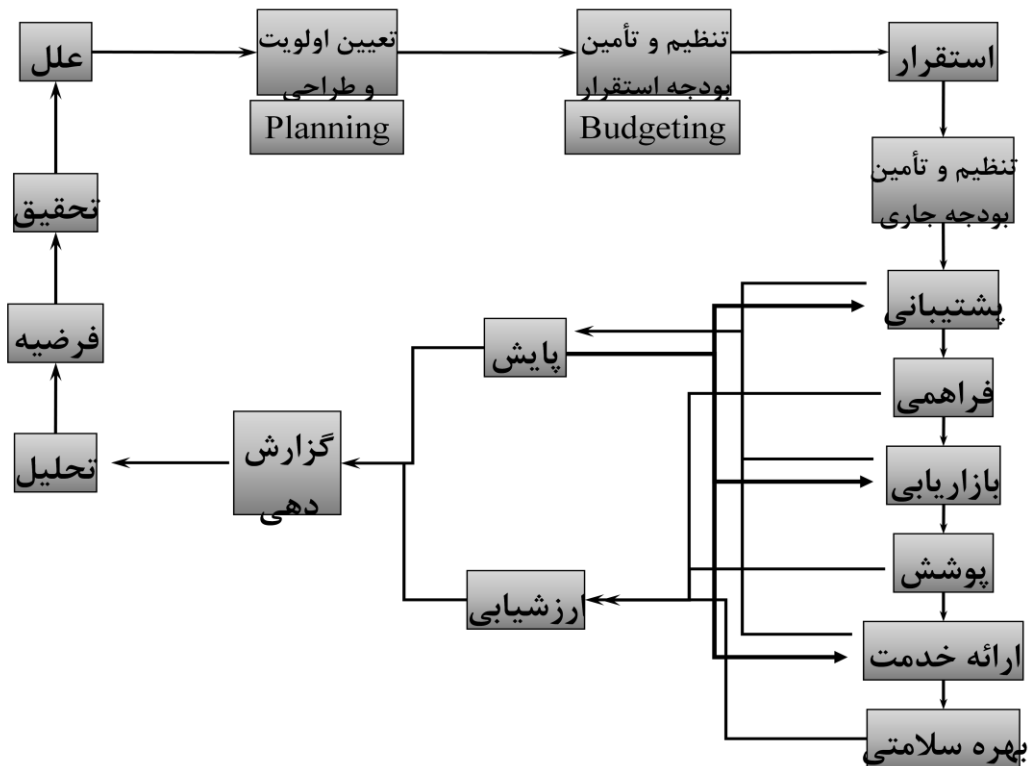
- **پی آمد واسط (effect) (اثرات):** مجموعه ای از نتایج در سطح جمعیت هستند که در حد نزدیکی به فعالیت های برنامه و نتایج در سطح برنامه، هستند. اثرات برنامه در سطح گروه هدف را منعکس می نماید.

- **پی آمد اصلی (impact) (اثر نهایی):** مجموعه‌ای از نتایج در سطح جمعیت که طولانی مدت است و توسط فعالیت های برنامه و نتایج در سطح برنامه، تنها از طریق اثر نتایج واسط و در سطح سیستمی ایجاد شده‌اند. اثرات برنامه در سطح جمعیت را منعکس می نماید.

ارزشیابی برنامه در سطح اندازه گیری پیامد برنامه انجام می شود و از ارزشیابی فرآیند متمایز است، زیرا به منظور اندازه گیری اثر برنامه بر جمعیت عمومی است.

هر سازمان یک هدف نهایی را دنبال می‌نماید. فعالیت‌های زیادی برای دستیابی به هدف نهایی در سازمان انجام می‌پذیرد. نتیجه این فعالیت‌ها مستقیماً به هدف نهایی ختم نمی‌شوند. این ارتباط از طریق مجموعه ای از اهداف صورت می‌گیرد. مجموعه این اهداف و ارتباط آنها با هم شبکه (سلسله مراتب) اهداف را بوجود می‌آورد. هر یک از اهداف مراتب بالاتر، بوسیله یک یا چند هدف از مرتبه پایین حمایت و تقویت میشوند. گستردگی شبکه اهداف سازمان (چارت اهداف) یک سازمان بستگی به گستردگی، تنوع کاری و نوع برنامه ریزی سازمان دارد.

چرخه زندگی برنامه های سلامت



برنامه های سلامت یک چرخه منطقی برای خود دارند. که شامل برنامه ریزی، اجراء، کنترل و اقدام است. (plan ,do ,check ,act)

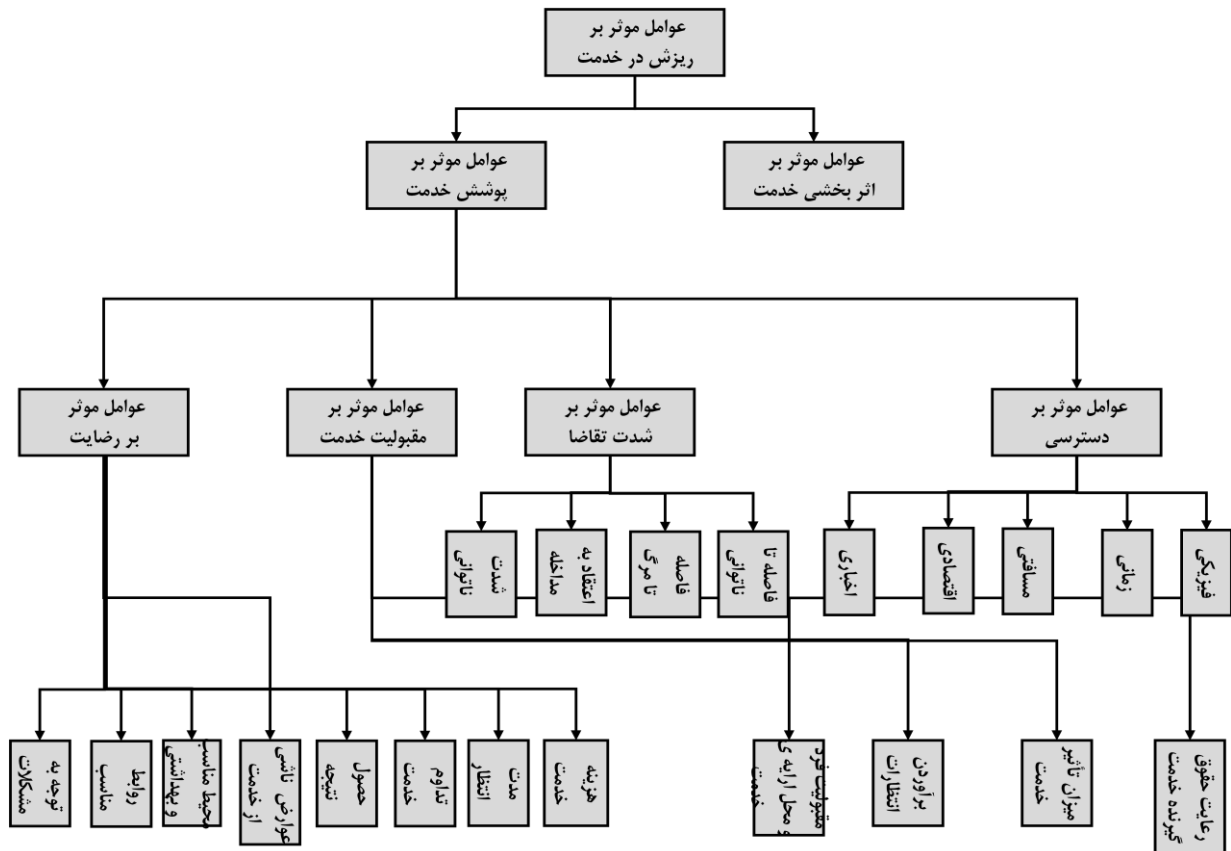
در این چرخه تعیین الویت و طراحی و تنظیم و تامین بودجه استقرار **مرحله برنامه ریزی** است. استقرار، تنظیم و تامین بودجه جاری، پشتیبانی که منجر به فراهمی می شود ولی اگر با دسترسی مشتری استفاده نکرد از بازاریابی خوب استفاده می کنیم که دریافت خدمات را بالا می برد و پوشش هم بالا می رود. بعد از استفاده مردم بهره سلامتی ایجاد می شود. این مراحل **مرحله اجراء** است. پایش به فعالیت های برنامه بر می گردد ارزشیابی هم به نتیجه فعالیت ها مرتبط است. بعد گزارش دهی، تحلیل و بعد فرضیه، تحقیق و علل مشخص می شود که تا این جا **مرحله کنترل** است و بعد به برنامه ریزی منجر می شود که **مرحله اقدام** است.

چرخه زندگی سلامت برای هر سه نوع برنامه های جاری، مداخله ای و اضطراری کاربرد دارد.

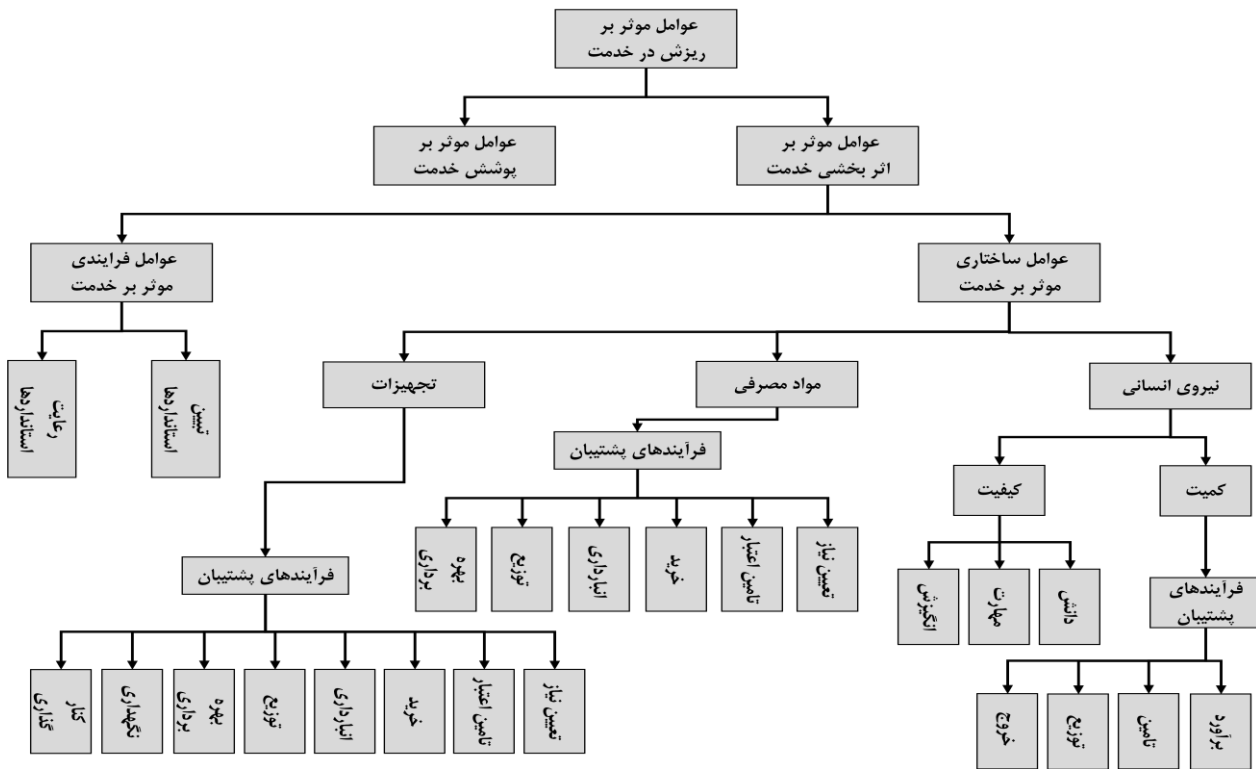
انواع فعالیت ها در چرخه زندگی برنامه های سلامت/تندرستی

نوع فعالیت	هدف	تعریف
جاری/Recurrent	حفظ وضعیت موجود	تکرار فعالیت های تقریباً یکنواخت و قابل پیش بینی در هر سال که همیشه مستعد ارتقاء است (۴۰٪ فعالیت ها)
ارتقاء/Improvement	ارتقاء وضعیت موجود	طراحی و اجرای فعالیت هایی بمنظور ارتقاء وضعیت موجود بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد (۳۰٪ فعالیت ها)
اضطراری/Emergent	مقابله با شرایط پیش بینی نشده	تعیین اتفاقات غیر نظام مند، طراحی و اجرای فعالیت هایی بر اساس نتایج پایش مستمر محیط بمنظور اعاده شرایط به وضعیت عادی، یا در خواست مراجع مافوق (۴۰٪ فعالیت ها)

عوامل موثر بر ریزش در خدمت (عوامل موثر بر پوشش خدمت)



عوامل موثر بر ریزش در خدمت (عوامل موثر بر اثر بخشی خدمت)



با این دیاگرام می توان هر نوع برنامه سلامتی را طراحی کرد.

پروژه چیست؟

ساده ترین تعریف آن است که پروژه را راه حلی برای یک مسئله توصیف می کنیم و در واقع یک طرح کلی از انجام یک کار است. پروژه نوعی فرآیند و تلاش موقتی به منظور دستیابی به یک سری اهداف مشخص است که زمان شروع و پایان مشخص و تعریف شده ای دارد. پروژه ممکن است پس از دستیابی به هدف های خود به اتمام برسد و فعالیت دیگری در پی نداشته باشد. اما گاه دستاوردهای یک پروژه مبنای پروژه دیگری قرار می گیرند و در واقع زنجیره پیوسته ای از پروژه ها برای دستیابی به هدف های بزرگتر تدوین می شوند. پروژه ها بر حسب موضوع تحت پوشش خود گستردگی های گوناگونی دارند:

مثال: پروژه افزایش توانمندی های زنان سرپرست خانوار

پروژه تولید یک کتاب آموزشی در مورد حقوق زنان

پروژه کاری است که سه خصوصیت موقتی بودن، داشتن محصول مشخص و دوره زمانی دارد و برای رفع یک نیاز احساس شده تعریف و طراحی می شود. مدیریت پروژه مهارت ایجاد تعادل موفقیت آمیز بین منابع، زمان و کیفیت برای ایجاد یک محصول و یا تغییر ویژه است.

سازمان ها سه دسته فعالیت دارند: ۱- روزمره یا تکرار شونده (جاری)، ۲- بحرانی و فوری (اضطراری)، ۳- توسعه ای در

راستای اهداف راهبردی (ارتقایی)

کلیه فعالیت های روزمره و تکرار شونده در بار اول یک پروژه هستند. عملیات روزمره پاسخگوی شرایط پیچیده نیست و لازم است سازمان با تحلیل وضعیت درونی و بیرونی خود، موارد مربوط به رسالت، دورنما، ارزش ها، اهداف راهبردی و راهبردهای دراز مدت و در اولویت سازمان را برای یک دوره زمانی مشخص کند. برای رسیدن به یک هدف راهبردی، راهبردهای مختلفی وجود دارد و برخی از این ها در الویت قرار دارند. حال اگر چند راهبرد را انتخاب کنیم و انجام دهیم می توانیم به هدف راهبردی برسیم. برای اجرای راهبردهای تعیین شده لازم است پروژه هایی تعریف و اجراء شوند. تدوین برنامه پروژه های مرتبط به یک راهبرد، همان برنامه عملیاتی است. چون برنامه عملیاتی به این سوال پاسخ می دهد که برای دست یابی به هدف راهبردی چه کاری، با چه منابعی، تا چه زمانی، توسط چه کسانی، و با کدام روش باید انجام شود. در برنامه ریزی پروژه نیز به همین سوالات جواب داده می شود با این تفاوت که ابزار بکار گرفته شده در مدیریت پروژه به مراتب کاربردی تر و کامل تر از برنامه عملیاتی است.

هر پروژه در راستای یک راهبرد سازمان و آن هم برای دستیابی به یک هدف کلی تر به نام هدف راهبردی انجام می شود و منجر به اجرای موفق رسالت سازمان و در نتیجه نزدیک تر شدن به چشم انداز می شود. هر هدف راهبردی ممکن است چند راهبرد و هر راهبرد چند پروژه داشته باشد.

پروژه ها برنامه ای مناسب و استانداردهایی در سطح محصولات (برونداد) و فعالیت ها دارند. منظور از کیفیت، استانداردهای قابل قبول برای محصول است.

برنامه مجموعه ای از پروژه هاست که به روش هماهنگی مدیریت می شوند و نتیجه ای بدست می دهند که از انجام جداگانه و تک تک آن ها این نتیجه حاصل نمی شود.

برای انجام یک فعالیت چند تکلیف باید انجام شود. مجموعه چند فعالیت یک برآمد را تولید می کند که همان محصول میانی است. چند برآمد با هم ترکیب می شود و یک برون ده شامل خدمت یا محصول ملموس را ایجاد می کند. زنجیره نتایج یک پروژه از تکالیف شروع و به برون ده ختم می شود. چندین برون ده باید ایجاد شود تا پی آمدی نتیجه دهد. پی آمد های مختلف در کنار هم و با گذشت زمان اثرات نهایی را موجب می شوند. برون ده حاصل ترکیب برآمدهای یک پروژه است و پی آمد حاصل ترکیب برون ده های چند پروژه در یک برنامه مشخص است. هر برنامه ممکن است چند پی آمد داشته باشد و مجموع پی آمد ها خود یک پی آمد کلی تری را نتیجه دهد. مدت زمان لازم برای ایجاد یک برآمد کم تر از برون ده و برای ایجاد یک برون ده کم تر از پی آمد است.

مجموع پی آمد های چند برنامه اثرات وسیع تری را در ابعاد اجتماعی به دنبال دارد. برای مشاهده اثرات نهایی باید پی آمد های مختلفی برای مدت زمان قابل توجهی ایجاد و تداوم یابند.

- برون ده: بلافاصله چه چیز می خواهیم؟ (کدام خدمت و کالای مشخص)

- پی آمد: با گذشت زمان چه چیز می خواهیم؟ تغییرات قابل مشاهده در شرایط انسانی چه خواهد بود؟

- اثر نهایی: چرا می خواهیم؟ نتایج پایدار و طولانی مدت این تغییرات چیست؟

پی آمد ها و اثرات عموماً از نتایج یک پروژه بدست نمی آیند و نیاز به پروژه ها و فعالیت های دیگری در طول زمان

دارند.

در واقع محصولات میانی یا برآمدها همان اهداف اختصاصی یا ویژه ، محصول پروژه همان هدف کلی و پی آمد و اثر پروژه همان هدف نهایی است.

اتصال و پیوستگی برآمدها برای تولید برون ده به مراتب قوی تر از اتصال برون ده ها برای تولید پی آمد است. هر برون ده قابلیت تبدیل به یک پروپوزال مطالعاتی، تحقیقاتی و یا اجرایی را دارد. اما یک برآمد به راحتی تبدیل به یک پروپوزال نمی شود.

مثال: برنامه ارتقاء سیاست گذاری نظام سلامت

هدف: بهبود وضعیت سیاست گذاری

شاخص: درصد سیاست های مصوب

پروژه ۱: بررسی وضعیت فعلی سیاست گذاری

پروژه ۲: طراحی مدل سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

پروژه ۳: استقرار مدل سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

پروژه ۴: طراحی و تصویب ۴ سند سیاست سلامت بر اساس مدل سیاست گذاری مبتنی بر شواهد

مثال: بهبود وضع خود مراقبتی جمعیت های در الویت کشور

پروژه ۱: تعیین جمعیت های در الویت برای بهبود وضع خود مراقبتی

پروژه ۲: تعیین مشکلات جمعیت سالمندان در خود مراقبتی

پروژه ۳: تعیین مشکلات جمعیت بیماران دیابتی در خود مراقبتی

پروژه ۴: تعیین مداخلات موثر برای ارتقاء توانمند سازی سالمندان در خود مراقبتی

پروژه ۵: تدوین برنامه آموزشی سالمندان از طریق رسانه ها برای خود مراقبتی

مثال: پروژه ۲: تعیین مشکلات جمعیت سالمندان در خود مراقبتی (این می تواند یک برنامه باشد و تبدیل به چند پروژه شود)

زیر پروژه: بررسی دانش، نگرش و مهارت سالمندان (برون ده یا محصول نهایی)

فعالیت ها (محصول میانی یا برآمد) :

۱- بررسی متون علمی و تجربیات مشابه (گزارش بررسی متون یک برآمد است)

۲- تدوین پرسشنامه نظرخواهی (پرسشنامه یک برآمد است)

۳- انجام مطالعه آزمایشی (اصلاح پرسشنامه یک برآمد است)

۴-.....

ایجاد یک برآمد خود یک زیر پروژه است و تعیین هزینه، زمان و کیفیت آن آسان است.

برای تدوین طرح اجرایی یک پروژه، چه مراحل لازم است؟

ایده آغازین پروژه معمولاً از توجه خاص به یک مسئله، نیاز و یا مشکل سرچشمه می گیرد. تدوین طرح اجرایی پروژه در واقع مرحله برنامه ریزی برای آن است. بر اساس اطلاعات حاصل از مرحله ارزیابی نیاز و تحلیل وضعیت، شیوه ها، زمان، مکان، نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای اجرای پروژه در قالب یک سند مکتوب (سند پروژه یا پروپوزال) تدوین می گردد. این یک نقشه راه برای رسیدن از یک مکانی به مکان دیگر است.

مراحل اجرایی یک پروژه

- ۱- ارزیابی نیاز و تحلیل وضعیت (نیازسنجی)
- ۲- تهیه مقدمه و بیان مسئله
- ۳- تنظیم اهداف
- ۴- برنامه ریزی عملیاتی (برنامه اجرایی)
- ۵- برنامه ریزی برای پایش و ارزشیابی
- ۶- تنظیم بودجه و امکانات اجرایی (برنامه ریزی برای پایداری برنامه)
- ۷- تنظیم خلاصه پروژه
- ۸- تنظیم متون لازم برای معرفی پروژه و دریافت حمایت های مالی و اجرایی
- ۹- اجرای پروژه

امکان سنجی

گاهی لازم است برای تصمیم گیری نهایی در مورد اجرای یک پروژه و تخصیص منابع مالی مطالعه امکان سنجی صورت گیرد تا از موفقیت آمیز بودن پروژه و پیامدهای اجرای آن آگاهی بیشتری به دست آوریم. قبل از انجام پروژه های بزرگ و یا جدید بهتر است امکان سنجی پروژه انجام گیرد و از سه جنبه بررسی شود:

۱- **امکان فنی و عملیاتی** (نتایج آن به سایر پروژه ها قابل تعمیم نیست، چون بر حسب شرایط سازمانی که در زمان اجرای پروژه وجود دارد، تعیین می شود)

امکان فنی به معنی امکان انجام پروژه از نظر دسترسی به فناوری های لازم، نیروی انسانی ماهر و هزینه های لازم است.

امکان عملیاتی به معنی امکان مدیریت محصول بعد از تولید، تامین منابع لازم و تحمل تغییرات حاصل از این محصول در واحدهای ارائه خدمات است.

۲- **اثرات حاصل از اتمام پروژه و محصول به دست آمده** (نتایج آن به سایر پروژه ها قابل تعمیم است)

به معنی تاثیرات اجتماعی محصول، پذیرش فرهنگی مخاطبان، تبعات اجتماعی از نظر تاثیر بر اشتغال، سلامت، رفاه، اقتصاد و امنیت مردم و تاثیر بر محیط زیست است.

۳- هزینه - فایده اجرای پروژه

یعنی با توجه به امکان فعلی و اثرات بعدی، هزینه - فایده محصول پروژه چقدر است؟

امکان سنجی به تصمیم گیران کمک می کند تا در مورد اجراء و یا عدم اجرای یک پروژه و یا برنامه تصمیم گیری کنند. امکان سنجی اثرات پنهانی اجرای پروژه در محیط را پیش بینی می کند و می توان برای محدود کردن این اثرات تغییرات لازم را در پروژه انجام داد. هم چنین با پیش بینی مشکلات پیش رو در حین اجرای پروژه و بعد از آن جلوی هزینه های دیگر را می گیرد.

۲- آشنایی با مفاهیم مداخلات در ارتقای سلامت

مداخله چیست؟

مداخله فعالیت خاصی (یا مجموعه ای از فعالیت های مرتبط) است که قصد دارد با استفاده از راهبرد مشترک برای ارائه پیام ها و اقدامات پیشگیری، خطر یک مشکل در یک جمعیت هدف خاص را، کاهش دهد. یک مداخله دارای فرآیند آشکار و اهداف پیامدی و یک پروتکل است که مراحل اجرایی را عنوان می کند. مداخله شامل هر اقدامی برای کاهش یا رفع مشکل است.

مثلاً "مداخله مشاوره فردی از طریق برنامه های تعاملی در جلسات یا مداخله از طریق راهبردهای آموزشی و محیطی

تعاریف دیگر از مداخلات

- اتفاق مابین نقاط زمانی و حوادث را مداخله گویند.
- کلیه فعالیت های بین دو اندازه گیری مداخله نامیده می شود.
- یک مداخله از چندین راهبرد تشکیل شده است یا چند راهبرد یک مداخله را تشکیل می دهد.
- راهبرد ها بزرگتر از فعالیت ها هستند و به همان نسبت وابستگی و پیوستگی ها کمتر است.
- یک مداخله ممکن است یک راهبرد و یا چند راهبرد را بکار برد.
- « دوز » در مداخلات ارتقای سلامت مهم است هر قدر راهبردهای بیشتری به کار رود مداخله مؤثرتر است.

انواع مداخلات

- راهبردهای ارتباط سلامت (Communication)
- راهبردهای آموزش سلامت (Education)
- راهبردهای سیاست سلامت (Policy)
- راهبردهای مهندسی سلامت (Engineering)

- راهبردهای خدمات سلامتی جامعه (Community Service)
- راهبردهای بسیج جامعه (Community Mobilization)
- فعالیت های تغییر رفتار (Behavior Modification)
- فعالیت های فرهنگ سازمانی (Organizational culture)
- راهبردهای تشویقی و تنبیهی (Incentive or disincentive)
- فعالیت های اجتماعی (Social Activity)

راهبردهای آموزش و ارتباطات سلامت

- به عنوان جزئی از کلیه مداخلات به کار می رود.
- ارتباط بین فردی، گروهی یا سازمانی، رسانه ای

راهبردهای سیاست و اجبار برای سلامت

الف: به دو دسته کلی تقسیم می شوند:

- دستوری (Mandate):
 - قوانین (Laws): کمربند، عدم به کارگیری سیگاری ها در کارگاه ها
 - سیاست ها (Policies)
 - تنظیمی (Regulation)
 - بیانیه های موقعیتی (Position Statement)
 - مقررات تنظیمی و مهارتی (Regulations)
 - قواعد باید و نباید (Rules)

ب: ملاحظات به کار بردن راهبردهای اجبار

- داشتن حمایت بالا دستی ها
- داشتن یک گروه نماینده از مخاطبان (مشارکت نمایندگان)
- تحقیق از گروه هدف در مورد سیاست در حال تغییر
- مشاوره کارشناسان
- یافتن یک ایده و استناد قانونی
- آزمودن، پایش و استناد سیاست
- اطمینان از مبتنی بر شواهد بودن
- سیاست ساده، شفاف، اختصاصی، منطقی و دارای رویه و نحوه دادخواهی مخاطبان

- در نظر داشتن پیاده سازی مرحله به مرحله و یا پایلوت در محدوده کوچک
- اجرای برنامه آموزشی برای مخاطبان جهت کمک به تغییر رفتار

راهبردهای مهندسی سلامت

- تغییر ساختار و نوع خدمات یا سیستم مراقبت : (تغییرات در محیط افراد که آگاهی ، مهارت و رفتار آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد .)
- انتخاب های اجباری (کمربند وسیله نقلیه ، کیسه هوا ، هشدار دهنده سرعت و ...)

انواع مداخلات (نگاه دیگر)

سازماندهی جامعه، همکاری، مشاوره، آموزش سلامت، مدیریت بیماری، جلب حمایت همه جانبه، ارجاع و پیگیری، غربالگری، تحقیقات بیماری و حوادث بهداشتی، مراقبت، توسعه سیاسی، بازاریابی اجتماعی

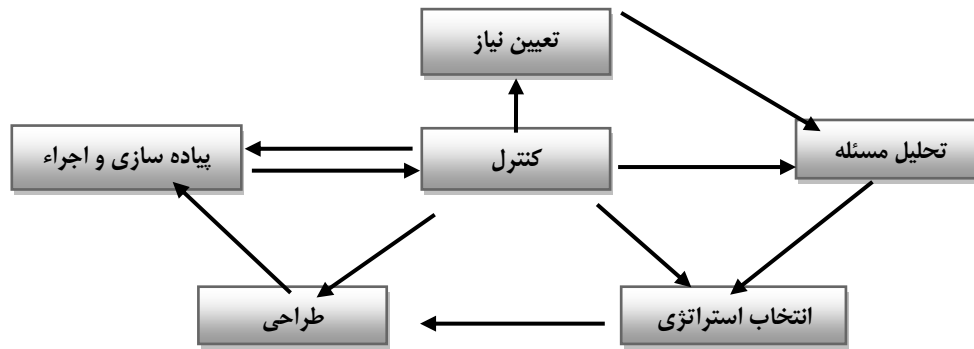
انواع مداخلات (از نظر سطح مداخله)

- سطح ابتدایی** : پیشگیری به مفهوم واقعی، پیشگیری از به وجود آمدن عامل خطر، توجه به بیماری های مزمن،
- سطح اول** : حذف عامل خطر یا تغییر آن. برای بیماری های مزمن با عوامل خطر مشخص، دو راهکار پیشنهاد شده است :
- راهبرد همگانی (جمعیتی) : تغییر رفتار و شیوه زندگی جامعه (برای مثال حتی مختصر تغییر در میزان میانگین فشار خون جامعه میزان بروز بیماری قلبی را کاهش می دهد)
 - راهبرد گروه پر مخاطره : توجه به افراد دارای عامل خطر
- سطح دوم** : کنترل بیماری (مرحله ناپیدا با علم امروز + مرحله پیدا)
- سطح سوم** : مداخلات آخر سیر بیماری (کاهش یا محدود کردن نقص عضو و ناتوانی های حاصله)

انتخاب مداخلات

پس از اولویت بندی مشکلات و تعیین حیطه نیاز، مرحله بعدی برنامه ریزی (یا انتخاب) یک مداخله مناسب برای افراد یا گروه دارای نیازهای مشابه است. مداخله باید بر اساس معیارهای امکان اجراء، مؤثر بودن، مقبولیت، هزینه اجرایی، اثرات و خطرات ارزیابی و انتخاب شود. سپس مداخله اجراء و اثرات آن اندازه گیری می شود. چرخه برنامه ریزی، اجراء و ارزشیابی اشاره به فرآیند حل مشکل دارد.

چارچوب منطقی حل مسئله



جدول انتخاب مداخلات

توصیف	معیار
تامین مالی و نیروی انسانی و وجود زیر ساخت	امکان اجراء Feasibility
راه حل موثری برای حل مشکل در کوتاه مدت ، درازمدت بوده و اثرات آن پایدار است ، تاثیر منفی یا مثبت روی خدمات دارد یا ندارد	مؤثر بودن Effectiveness
از نظر اخلاقی ، سیاسی ، اجتماعی و فرهنگی	مقبولیت Acceptability
در مقایسه با هزینه سایر مداخلات چه وضعی دارد	هزینه ها Costs
دستاوردها و اثرات آن چقدر زود ظاهر می شود	بازده زود Timing
با تغییر در محیط سیاسی و تغییر اولویت ها همچنان انتخاب خواهد شد ، و اثرات ناخواسته ندارد	خطرات آن Risk

نه تنها علت انتخاب مداخله بلکه کیفیت ارائه و اثر مداخله باید مورد تفکر قرار گیرد. چنین ارزیابی نه تنها در برنامه ریزی مراحل بعدی، بلکه در تصمیم گیری در مورد این که آیا این مداخله می تواند برای سایر افراد یا گروه های جمعیتی مفید باشد، مهم است.

۳- آشنایی با ارزیابی برنامه های تندرستی

ارزیابی چیست؟

قضاوت در مورد اهمیت و ارزش چیزهای مختلف همواره وجود دارد، به هر حال، گاه این قضاوتها به صورت سریع انجام می شود در حالی که گاهی اوقات باید در گرفتن اطلاعات درست و استفاده از آن در راه درست به منظور رسیدن به قضاوت نهایی بیشتر دقت نمود. در چنین شرایطی ارزیابی پیچیده تر می شود. ارزیابی سیستماتیک با ارزیابی روزمره متفاوت است. زیرا باید تعریف دقیقی از آنچه می خواهد ارزیابی شود، اطلاعات مورد نیاز، انتخاب و استفاده از

رویکردهای جمع آوری و تحلیل اطلاعات ارائه شود.

هیچ دستورالعمل کلی برای انجام یک ارزشیابی خوب وجود ندارد. زیرا از واژه «ارزشیابی» تفسیرهای مختلفی ارائه می شود. یک برنامه می تواند به شیوه های مختلف مورد ارزشیابی قرار گیرد. برخی گروه های حرفه ای برنامه های خود را به صورت غیررسمی به صورت مداوم از طریق دریافت بازخورد و مشاهده ارزشیابی می کنند. اطلاعات بدست آمده اغلب خیلی مفید است و ممکن است همه اطلاعات مورد نیاز برای حفظ برنامه در مسیر مناسب و اجرای مؤثر آن را فراهم نماید. می توان ارزش اطلاعات به دست آمده از یک ارزشیابی را با برنامه ریزی مناسب فرایند ارزشیابی ارتقاء داد. ارزشیابی برنامه رویکرد فرآیند عمیق تمرکز بر سئوالات و موضوعات وابسته، جمع آوری اطلاعات مناسب و نهایتاً تحلیل و تفسیر اطلاعات مربوط به برنامه، برای یک استفاده و موضوع خاص است.

در هر ارزشیابی موارد زیر ممکن است مورد مقایسه قرار گیرد:

- مقایسه وضعیت (سلامت کلی) یک، یا چند فرد، گروه، سازمان یا جمعیت
- مقایسه نیازهای افراد و جوامع قبل و بعد از مداخله
- مقایسه اهداف مداخله با آنچه واقعا بدست آمده است
- مقایسه فعالیت های انجام شده با یک سری استانداردها و دستورالعمل ها

برای شروع کار ارزشیابی، باید به چند سوال اساسی پاسخ داده شود:

- هدف از ارزشیابی چیست؟
- چه کسی و چگونه از نتایج ارزشیابی استفاده خواهد کرد؟
- ارزشیابی به چه سوالاتی پاسخ خواهد داد؟ آیا این سوالات در زمینه دستاوردها و نتایج برنامه است؟ یا در مورد نیازها و اهداف برنامه، اجراء یا محیط اجرای برنامه؟

پس از اجرای برنامه براساس استانداردهای آن، سوال طراحان و مجریان برنامه آن است که برنامه چه دستاوردی داشته و تا چه اندازه اهداف مورد نظر از اجرای آن حاصل شده است. ارزشیابی فعالیت هایی را در بر می گیرد که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می شود. بدیهی است که بدون روشن کردن تغییرات یا نتایج مورد انتظار از اجرای برنامه، اندازه گیری آن ها امکان پذیر نیست.

ارزشیابی معمولاً به عنوان یک روش سنجش میزان دستیابی مداخلات به اهداف خود تعریف می شود. به هر حال، این مفهوم بر شاخص های مرتبط با کارایی، اثربخشی، اقتصادی و عدالت تمرکز دارد.

شاخص کارآمدی efficacy: میزان دستیابی به اهداف است. بررسی میزان کارایی از طریق مقایسه نتایج بدست آمده در مداخلات جداگانه با استفاده از روش های مختلف، یا روش های مختلف مورد استفاده در مداخلات مشابه به منظور شناسایی مداخله یا متدولوژی که به نتایج بهتری دست پیدا کرده است، امکان پذیر است. کارایی گاهی اوقات با شاخص های عملکرد خوب و شاخص های موفقیت سنجیده می شود. در واقع پاسخ به این سوال است که آیا برنامه در شرایط ایده آل کار می کند؟

شاخص اثربخشی effectiveness: تعیین میزانی است که اهداف از پیش تعیین شده برنامه واقعا منجر به

دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت گردیده است. به عبارت دیگر آیا مداخله با ارزش بوده است؟ اثربخشی همچنین می تواند به افزایش قدرت پاسخگویی در تامین نیازهای منطقه ای، کارگروهی ارتقاء یافته و دستاوردهای اجتماعی و بهداشتی برای مشتریان و جوامع منجر شود. در واقع پاسخ به این سوال است که آیا برنامه در شرایط واقعی کار می کند؟

شاخص اقتصادی کارایی efficiency: ارزشیابی اقتصادی بررسی می کند که میزان دستیابی به دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت چقدر اقتصادی بوده است که به آن ممکن است «ارزش پولی» نیز گفته شود. تحلیل های هزینه - فایده به دلیل مقایسه هزینه یک مداخله با هزینه سایر فعالیت های جایگزین، پیچیده هستند و متکی بر قیمت گذاری ورودی ها (تسهیلات، نیروی انسانی، موارد و تجهیزات و ...) و فایده مداخلات (افزایش دسترسی به خدمات، تغییرات مثبت در نگرش، دانش و رفتار افراد، کاهش رفتارهای پرخطر و ...) است. قیمت گذاری روی دستاوردهای نیازهای بهداشتی و اجتماعی بسیار مشکل است. در واقع پاسخ به این سوال است که آیا برنامه از نظر اقتصادی کار می کند؟

شاخص عدالت equity: میزان فرصت آزادانه افراد برای دستیابی به سطح کاملی از توان های بالقوه بهداشتی است، در صورتی که هیچ فردی از دستیابی به آن زیان نبیند. به هر حال، عدالت در دستاوردها توصیه نشده است، زیرا غیر واقع گرایانه است. اما فقط دسترسی به فرصت های مساوی و کاهش موانع برای دستیابی به سلامت مورد نظر است.

چه چیز را می توان ارزشیابی کرد؟

در حال حاضر برای افرادی که در زمینه ارتقاء سلامت فعالیت می کنند، داشتن توانایی استفاده و درک ارزشیابی ضروری است. در بخش بهداشت چهار حیطه ساختار یافته وجود دارد که می تواند ارزشیابی شود و شامل درمان ها، خدمات و برنامه ها، سلامت و سیاست های مربوط به آن و تغییرات سازمان های بهداشتی است. درمان ها، خدمات و برنامه ها و سیاست ها همه مداخلاتی هستند که در زندگی مردم رخ می دهند تا سلامت و رفاه اجتماعی آنان را ارتقاء بخشند. با وجود آنکه همه عبارت فوق تحت عنوان مداخله شناخته می شوند ولی ماهیت و گروه های هدف همه اقدامات فوق، متفاوت است.

- **درمان ها** می توانند یک قسمت یا تمام بدن یک فرد را درگیر کنند و شامل روش های مختلف مانند داروها، درمان های جراحی، فیزیکی، روانپزشکی، آموزش و اجتماعی باشند.
- **خدمات** می توانند جوامع، گروه های هدف یا جمعیت ها را در بر بگیرند و حوزه آن از درمان بزرگتر و میزان پیچیدگی آن نیز بیشتر است. این خدمات می توانند شامل آموزش، حمایت، خودیاری و فرآیند ارائه اطلاعات باشند.
- **سیاست های بهداشتی** می توانند جمعیت بزرگتری را درگیر کنند و هدف آن ها تغییر یا تنظیم روش تفکر یا رفتار مردم است. ارزیابی سیاست ها بر شیوه مدیریت یا اجرای سیاست مؤثر خواهد بود.
- **سازمان های بهداشتی** می توانند در خدمات بهداشتی و کارکنان تغییراتی ایجاد کنند، مانند درک استفاده

از برنامه های آموزشی و سیستم های تضمین کیفیت

انواع ارزشیابی

چند نوع عمده از ارزشیابی را توصیف می کنند که تعدادی از آن ها در زیر توصیف شده است:

• نیازسنجی (Need Assessment)

نیازسنجی شامل ارائه اطلاعات اولیه (baseline) و نمای نیازهای بهداشتی و اجتماعی یک گروه یا جامعه برای تعیین شکاف و موانع در ارائه خدمات و مسایل مرتبط با دسترسی است.

• پایش پروژه (Project Monitoring)

این رویکرد اطلاعات اولیه ارزشیابی را با نگاه کردن به کار آزمایشی، هزینه های عمومی، توصیف ورودی ها، فعالیت ها و خروجی ها ارائه می کند. پایش همچنین ممکن است یک سری از موانع اجرای مداخله را که نیاز است درک شود یا رفع گردد را شناسایی کند.

• ارزشیابی تکوینی/شکل دهنده (Formative Evaluation)

این نوع ارزشیابی نوعی از ارزشیابی توسعه (developmental) است. یک ارزشیابی شکل دهنده بر تولید داده هایی (معمولا شاخص های کیفی) در دوره یک مداخله که به ارتقاء بهتر مداخله در زمینه محیطی آن کمک کند، تمرکز دارد.

• ارزشیابی فرآیند (Process Evaluation)

این نوع ارزشیابی بر فرآیند تمرکز دارد. در این ارزشیابی شاخص های کمی یا کیفی به منظور ارزیابی ورودی ها، فعالیت ها و خروجی ها برای بررسی روش سازماندهی، اجراء و پذیرش مداخله مورد استفاده قرار می گیرد. ارزشیابی فرآیند با ارزشیابی شکل دهنده تفاوت دارد. اولی فقط به فرآیند نگاه می کند ولی دومی اطلاعاتی در مورد دستاوردها نیز جمع آوری می کند. ارزشیابی فرآیند مایل است از متدولوژی های «نرمتر» مانند مشاهده شرکت کننده و بحث های گروهی متمرکز استفاده نماید. هدف از این نوع ارزشیابی بیشتر بررسی پیشرفت و ارتقاء اثربخشی با ارائه یک درک از شیوه کارکردن مداخله و چگونگی و نوع تولید است تا بررسی تاثیرات و دستاوردهای بلند مدت برنامه.

ارزشیابی فرآیند برای تصمیم گیری در موارد زیر مؤثر می باشد:

- اجراء یا عدم اجراء عملیات مداخلاتی و گسترش این فعالیت ها در سطح جامعه
- شناخت موانع و تسهیلات موجود در جهات انجام مداخلات
- دریافت نظرات و پیشنهادات جامعه هدف
- شناسایی افراد ذینفع و مسئولین مربوطه
- برنامه ریزی و طراحی یا ایجاد تغییرات در مداخلات

ابزار این نوع ارزشیابی معمولا " پرسشنامه های مطالعات کیفی یا کمی، مصاحبه های فردی یا گروهی و استفاده از گزارشات ارزشیابی سازمان های مربوطه است.

• ارزشیابی اجراء (Implementation Evaluation)

این نوع ارزشیابی بررسی می کند که یک درمان، مداخله، خدمت یا سیاست چقدر یا تا چه حد خوب اجراء شده است. این یک شکل از ارزشیابی بازرسی (audit) است، زیرا ارزشیابی با یک مدل از سیاست یا خدمت قصد شده مقایسه می شود. بنابر این اطلاعات مورد نیاز برای بررسی میزان اختلاف برنامه از هدفها، جمع آوری می شود. این رویکرد یکی از انواع «ارزشیابی مدیریتی» است.

• ارزشیابی جمع بندی کننده (Summative Evaluation)

هدف از این نوع ارزشیابی تعیین اثربخشی ضروری مداخله و کمک به تصمیم گیری در مورد ادامه مداخله یا به عبارتی بدست آوردن برداشت کلی است. این نوع ارزشیابی به اندازه گیری خروجی های عملکرد و دستاوردها در مقابل هدف و بررسی منابع مورد استفاده، می پردازد. این نوع ارزشیابی برای مدیران یا افراد خارج از برنامه مانند تامین کنندگان اعتبار انجام می شود تا برای ارائه دهندگان خدمات که داخل برنامه هستند.

• ارزشیابی دستاوردها یا اثر نهایی (Outcome or Impact Evaluation)

این نوع ارزشیابی بر شناسایی دستاوردهای یک مداخله و بررسی آن در مقابل اهداف برنامه تمرکز دارد و مسلماً قسمتی از یک ارزشیابی جمع بندی کننده است، ولی نمی تواند بخشی از یک ارزشیابی فرآیند باشد. این نوع ارزشیابی برای مقایسه و تعیین دستیابی به هدف طراحی می شود. ابزار این ارزشیابی پرسشنامه های بررسی آگاهی، نگرش و رفتار و عملکرد و تاثیر کوتاه مدت یا دراز مدت مداخلات بر سلامت است.

• ارزشیابی اقتصادی (Economic Evaluation)

هدف آن بررسی کارایی مداخله در قالب ارتباط بین هزینه ها و منافع، نه فقط در قالب " پول " بلکه در قالب ارتقاء سلامت، بهبود دسترسی و توسعه عدالت است. عدالت به سیاست ها و پیش بینی هایی نیاز دارد که در عمل فقط بر روی یک گروه خاص از مردم تاثیر نگذارد.

ارزشیابی کارایی (efficiency) ارتباط بین ورودی های برنامه و بروندها را با تمرکز بر تحلیل هزینه های برنامه مورد بررسی قرار می دهد. این نوع ارزشیابی ها نتایج حاصل از ارزشیابی فرآیند و اثر نهایی (اندازه گیری های برونداد و اثر نهایی) را با اطلاعات هزینه های مستقیم و غیر مستقیم عملیات برنامه ترکیب می نماید. تحلیل های هزینه - فایده و هزینه - اثربخشی از بهترین روش های شناخته شده تحلیل کارایی برنامه هستند. در واقع پاسخ به این سوال است که آیا برنامه از نظر اقتصادی با صرفه است؟

○ تحلیل هزینه - فایده (cost-benefit) روندی تحلیلی برای تعیین کارایی اقتصادی یک برنامه کلی یا راهبرد سرمایه گذاری اجتماعی است. انواع برنامه های مختلف مانند بهداشتی، کشاورزی، آموزشی و ... با هم قابل مقایسه هستند.

○ تحلیل هزینه - اثربخشی (cost-effectiveness) پیامدها را به صورت اصطلاحات قائم به ذات یا فیزیکی بیان می کند. این تحلیل اغلب برای مقایسه راهبردهای جایگزین برنامه بر مبنای کارایی و اثربخشی آن ها در دستیابی به یک هدف خاص برنامه بکار برده می شود.

پایش چیست؟

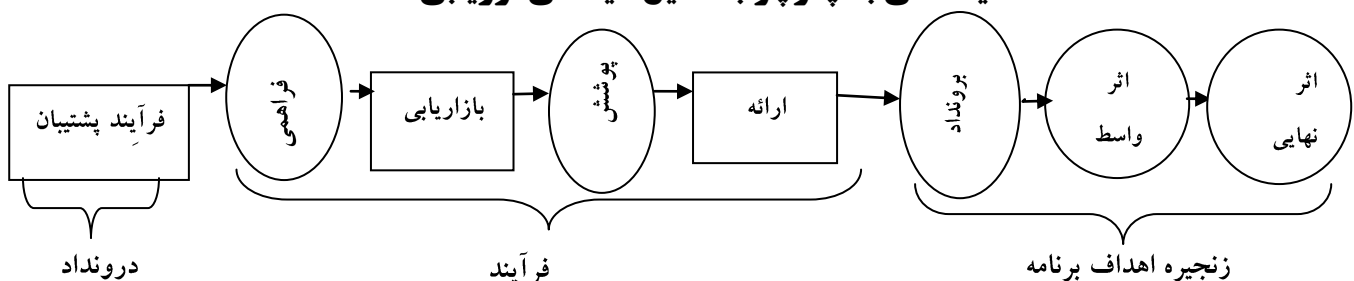
پایش به مجموعه فعالیت هایی اطلاق می شود که با هدف صیانت از استانداردهای منابع و روش انجام فعالیت های برنامه انجام می پذیرد. پایش مترادف نظارت نیست. پایش وظیفه کسی است که یک فعالیت را انجام می دهد و بعد از او به عهده ناظری است که به دلیل تجربه و مهارت بیشتر وظیفه نظارت بر انجام فعالیت ها و هدایت انجام دهنده آن ها بر عهده گرفته است. تحقق برون داد با استانداردهای در نظر گرفته شده برای آن، هدف اولیه تمامی فرآیندهای سازمان است. لذا در صورت امکان باید پایش را بر برون داد فرآیند ها متمرکز کرد. چون همیشه امکان بررسی برون داد از نظر تحقق استانداردها وجود ندارد، بجای استانداردهای برون داد یا اصلی، استانداردهای درون داد و فرآیند به عنوان استانداردهای جایگزین پایش می شوند. پایش منظم از مراحل بررسی گیرنده خدمت، کنترل منابع، کنترل اسناد، مشاهده ارائه کننده خدمت و پرسش و پاسخ و ایفای نقش تشکیل می شود. نتایج پایش را به کمک محاسبه درصد موارد رعایت نکردن یک استاندارد یا امتیاز دهی می توان در قالب شاخص بیان کرد.

ارزیابی برنامه های بهداشتی- درمانی

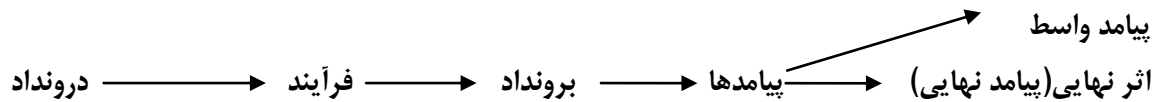
با توجه به آنکه قاعدتاً در مرحله طراحی ثابت شده است که انجام فعالیت های تشکیل دهنده برنامه با رعایت استانداردهای وضع شده برای آنها منجر به کاهش بار مشکل تندرستی مورد نظر در جامعه می شود، پس از افزودن یک برنامه تندرستی به مجموعه برنامه های جاری در نظام ارائه خدمات مهم ترین وظیفه مجریان، صیانت از استانداردهای برنامه بوده و ارزیابی، پایش و ارزشیابی اجزاء اصلی یک برنامه هستند. باید در نظر داشت که ارزیابی ممکن است از منظرهای مختلفی بدست آورده شود، چنانچه این امر از تعابیر گسترده، دسته بندی ها و اصطلاحات بکاربرده شده برای توصیف آن نیز مشهود است.

در این بخش چارچوب تحلیل سیستمی ارزیابی به دو شکل ارائه شده است:

دیدگاهی به چارچوب تحلیل سیستمی ارزیابی



دیدگاهی دیگر به چارچوب تحلیل سیستمی ارزیابی



Output: برونداد نتیجه بلافصل اجرای فرآیند (انجام مداخله) است.

Outcome: پیامد در این تعریف همان تغییرات پایدار است اما در بعضی تعاریف، پیامد نتایج حاصل از وقوع برونداد است که طی زمان متفاوت خواهد بود و معمولاً با پی آمد واسط یا زودرس (effect) و نهایی یا دیررس (Impact) بیان می گردند. تا اثر واسط تغییر در سطح فردی است و بعد تغییر در سطح جامعه است.

تحلیل برنامه

تحلیل برنامه های تندرستی بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی نیازمند یک مدل تحلیل است. مدل تحلیل چارچوبی است که ارتباط شاخص های برنامه را با یکدیگر بیان می کند. کاربرد اصلی نتایج تحلیل در بازنگری طراحی برنامه است. در تحلیل باید به مرحله قبلی برگشت و آن را ارزیابی کرد. برای مثال برای تحلیل پیامد باید برونداد را ارزیابی کرد و برای تحلیل برونداد باید فرآیند را ارزیابی کرد.

تحلیل پیامد بر دو مسئله متمرکز است:

- برقراری ارتباط علیتی بین اندازه گیری در سطح برنامه از تلاش و پیامدهای اندازه گرفته شده در سطح جمعیتی بر مبنای اطلاعات در سطح جمعیت
- جدا سازی اثر برنامه از سایر عوامل مؤثر بر پیامد نهایی مورد نظر برنامه

سوالات اصلی در تحلیل برنامه های تندرستی

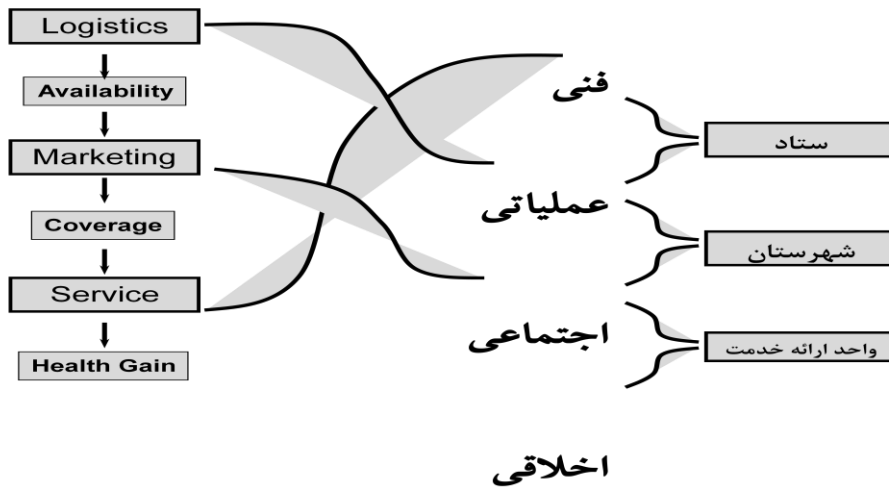
- آیا استانداردهای جاری برنامه مناسبترین استانداردهای ممکن هستند؟
- آیا می توان یا باید کدام یک از استانداردها را تغییر داد؟

ارتباط انواع استانداردها با عناصر چرخه زندگی

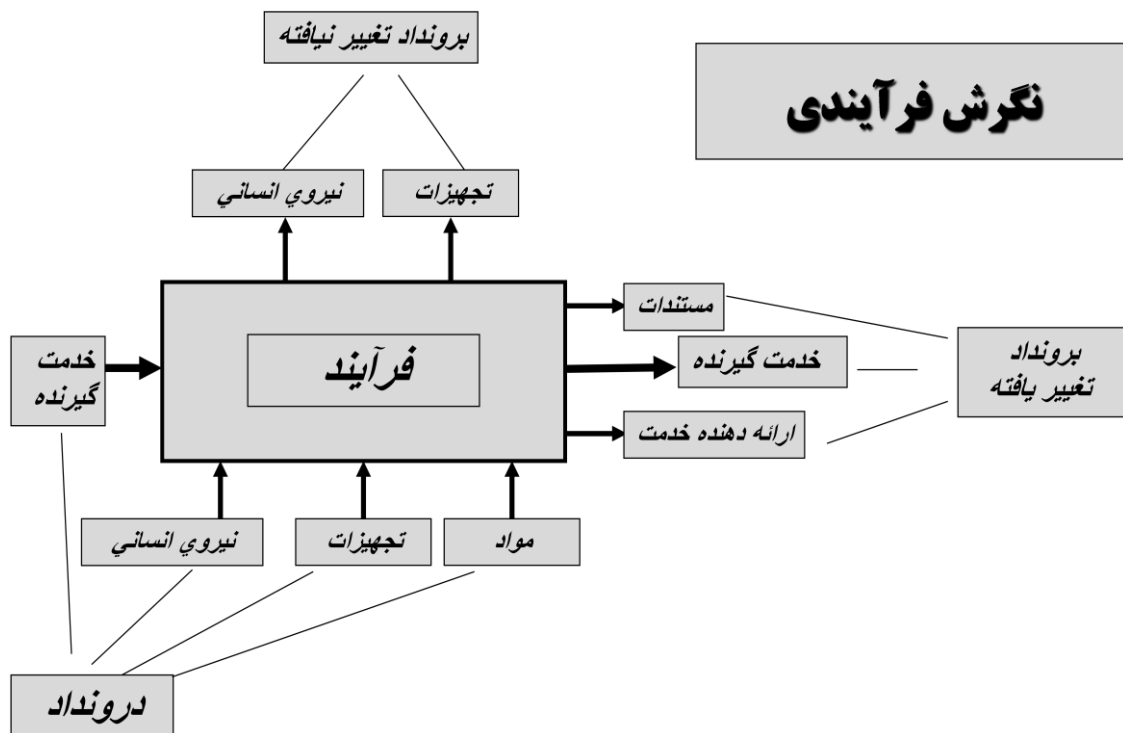
انواع استانداردها: فنی، عملیاتی، اجتماعی، اخلاقی

عناصر چرخه زندگی: پشتیبانی، فراهمی، بازاریابی، پوشش، ارائه خدمات، بهره سلامتی

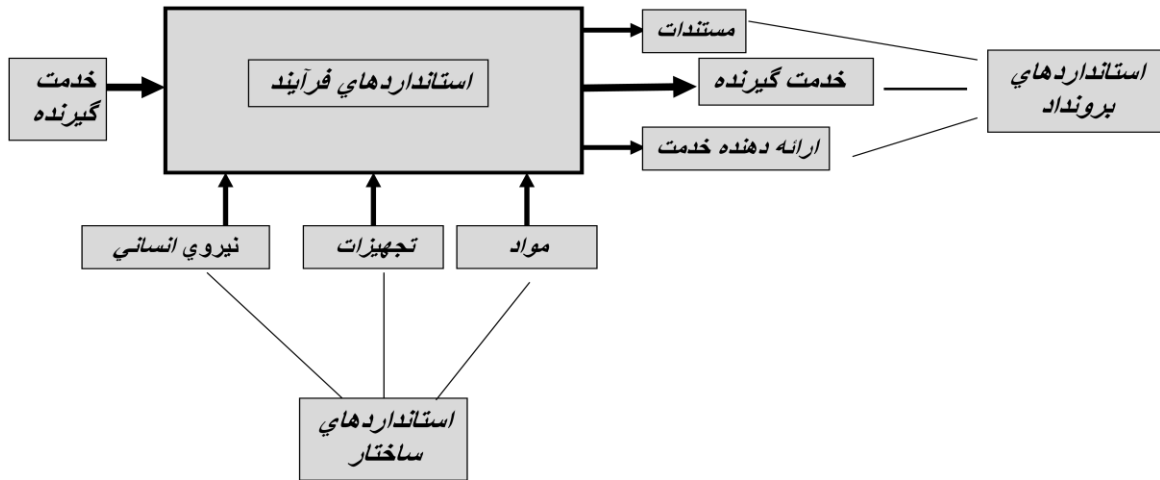
ارتباط انواع استاندارد با عناصر چرخه زندگی



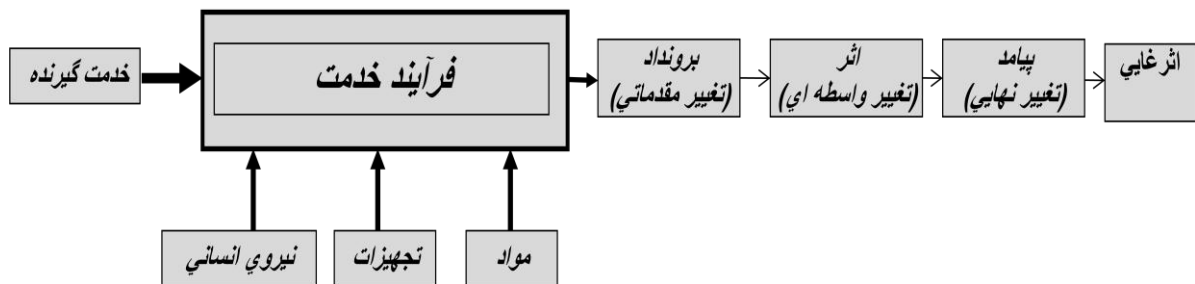
استانداردهای فنی بیشتر در سطح ستادی و استانداردهای لجستیک ، استانداردهای اجتماعی و اخلاقی بیشتر در سطح عملیاتی است.



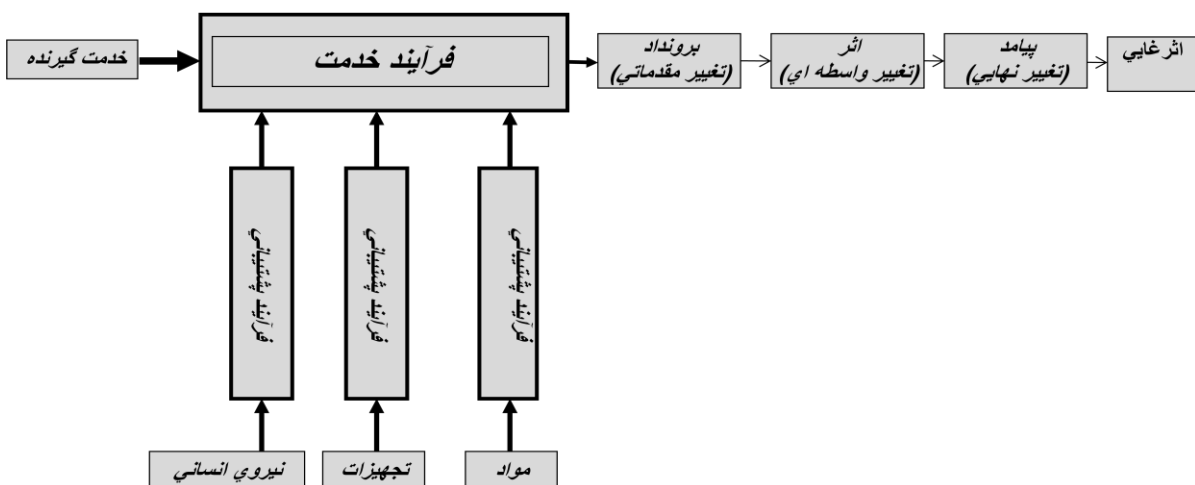
نگرش فرآیندی-استانداردها



خدمات تندرستی



مدل زنجیره ای



روابط برنامه

- در رویکرد فرآیندی می دانیم به دنبال چه هستیم و به چه چیزی می خواهیم برسیم.
- بعد از اجرای فرآیند بعضی از درونداها تغییر می یابند(مانند خدمت گیرنده، ارائه دهنده خدمت و مستندات) و بعضی تغییر نمی کنند(مانند تجهیزات و بعضی از نیروهای انسانی غیر از ارائه دهنده و گیرنده خدمت). در منابع گاهی به پول و روش هم اشاره می شود. پول اگر برای تامین درونداد هزینه شود جزء درونداد محسوب نمی شود.
- در رویکرد فرآیندی هم درونداد و هم برونداد باید استاندارد یا معیار تعریف شده ایی داشته باشند، مانند استاندارد های ساختار، فرآیند و برونداد. انجام فرآیندهای استاندارد باید منجر به تغییر در سطوح مختلف برون ده و پیامد شود.
- ارائه خدمات برنامه بر اساس استانداردهای تعیین شده برای آنها منجر به ایجاد تغییرات مقدماتی و پوشش کافی خدمات می شود تا قابل اندازه گیری و ارزیابی باشد.(client-service process-output) هیچ بخشی از فرآیند ارائه خدمت نباید حذف شود یا از دست برود. مراحل اصلی در تعیین استانداردهای خدمت طراحی مدل کلی برنامه (نمودار جریان/فلوچارت) و شناسایی فرآیندهاست.
- منابع و فرآیندهای پشتیبان استاندارد برای رسیدن درونداها به مشتری است. این فرآیند پشتیبان استاندارد منجر به تحقق استانداردهای فرآیند خدمت می شود.(service process)
- ایجاد تغییرات مقدماتی مناسب شرط ایجاد تغییرات پایدار(واسطه ای) در فرد است(output-effect) تغییرات مقدماتی ایجاد شده ممکن است با آثار ناخواسته و نامطلوب نیز همراه باشد.
- ایجاد تغییرات پایدار و با فراوانی کافی در فرد و محیط زندگی او منجر به تغییرات نهایی و کاهش بار بیماری می شود. (effect-outcome)
- مبارزه با بیماری هائی که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کنند منجر به اثرات غایی و بیشترین افزایش امید به زندگی و توانائی در جامعه می شود. (outcome-impact)
- روش های زیادی برای کنترل فرآیندها وجود دارد.

شاخص های ارزیابی نظام های سلامت

درونداد(ساختار)input:

- دسترسی: جمعیت نیازمند تا چه حد از یک خدمت خاص استفاده می کند
- فراهمی:نسبت بین منابع و جمعیت هدف

فرآیند process:

- فعالیت ها:تعداد خدمات یا فعالیت های ارائه شده

- بهره وری: نسبت بین تعداد خدمات یا فعالیت ها در هر واحد (مانند نسبت بین تعداد مشاوره ها به ساعات کاری کارکنان بهداشتی)
- استفاده: نسبت بین خدمات ارائه شده و جمعیت هدف (مانند تعداد مشاوره ها به تعداد جمعیت هدف)
- بهره برداری: نسبت بین استفاده واقعی و فراهمی منابع در یک دوره زمانی (مانند نسبت تخت های بیمارستانی اشغال شده به تخت های موجود)

برونداد output :

- پوشش: نسبت افراد دریافت کننده خدمات یا فعالیت خاص به افراد نیازمند (مانند نسبت افراد واکسینه به جمعیت هدف)
- کارایی: نسبت بین هزینه (درونداد) و برون داد یک برنامه (مانند نسبت هزینه واکسیناسیون به جمعیت واکسینه شده)
- عملکرد: نسبت بین برون داد (اهداف) به درون داد (منابع) یک برنامه
- کارآمدی (سودمندی): نسبت مواردی که یک مداخله تحت شرایط ایده آل به هدف خود دست می یابد. (مانند نسبت بین تعداد بچه های حفاظت شده یا ایمن به تعداد بچه های واکسینه)

پی آمد outcome (اثر روی جمعیت):

- اثربخشی (اثر سودمندی): دستیابی واقعی یک مداخله (مانند نسبت بین تعداد مرگ مادران به تعداد تولد های زنده)
- رضایت مصرف کننده: نسبت بین افراد رضایت مند و دریافت کننده خدمات

کنترل در برنامه های تندرستی

در کنترل باید دید فعالیت های تعریف شده مطابق استاندارد انجام می شود که این به معنی پایش و اگر ما را به ماموریت رساند به معنی ارزشیابی است. کنترل به معنی یافتن مسئله است. مدیریت به دنبال حل مسئله است. پس یافتن مسئله آغاز مدیریت است.

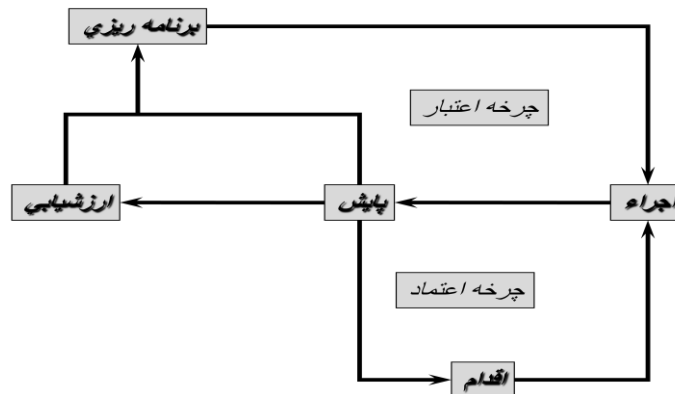
اهداف کنترل برنامه

- تعیین دستاورد یا پی آمد برنامه
- تعیین هزینه تمام شده برنامه
- تعیین سهم برنامه در اعتلای سلامت جامعه
- تعیین نقاط قوت و ضعف برنامه
- تعیین درجه پایداری برنامه

اجزاء کنترل برنامه

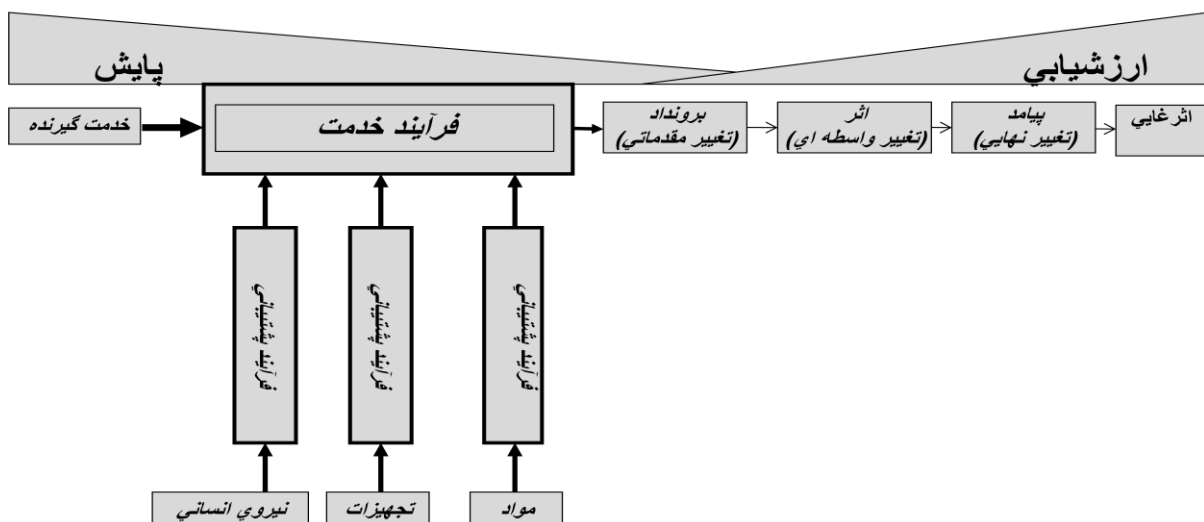
- **پایش:** تعیین میزان انطباق فعالیت ها با طراحی (پایش برنامه بخشی از ارزیابی است که روی مراحل اجرای برنامه متمرکز است و سطح فرایند (درونداد - برونداد) را در بر می گیرد)
- **ارزشیابی:** تعیین میزان دستیابی به اهداف (ارزشیابی بخشی از ارزیابی است که روی اهداف متمرکز است و به نتایج (برونداد - اثر نهایی) چشم می دوزد)
- **تحلیل:** تعیین نقاط مداخله

چرخه ارتقاء فرآیند



چرخه ارتقاء فرآیند شامل برنامه ریزی، اجراء، ارزیابی و اقدام است.

کنترل برنامه



پایش برنامه در سطوح مشتری (خدمت گیرنده)، فرآیند خدمات، (ستانده / تغییرات مقدماتی) و (تغییرات پایدار) واسطه ای)

/ تاثیر) انجام می شود.

ارزشیابی برنامه در سطوح (ستانده / تغییرات مقدماتی)، (تغییرات پایدار / تاثیر)، (پیامد/تغییرات نهایی) و (اثرغایی) انجام می شود.

تا اثر واسط تغییر در سطح فردی است و بعد تغییر در سطح جامعه است. نتایج پایش و ارزشیابی در قالب "شاخص ها" بیان می شوند.

انواع شاخص ها

- کیفی
- کمی: عدد مطلق، عدد کسری (سهم، نسبت، میزان)

ابعاد کیفیت شاخص های تندرستی

- روائی یا اعتبار **validity** (تعریف، روش نمونه گیری، روش اندازه گیری): در سطح ستادی کار خوب و درست را انجام دادن ارزشیابی می شود. در واقع می خواهیم به یک نتیجه برسیم که برای رسیدن به این هدف یا نتیجه باید زمانی سپری شود.
- پایائی یا اعتماد **reliability**: در سطح صف خوب انجام دادن کار در همان زمان بررسی و ارزشیابی می شود. یعنی استانداردها به همان شکل طراحی شده، درست انجام شده است و در تکرار کار یا فعالیت، کار یکسان انجام شده و نتیجه یکسان داده است.
- عملی بودن

روش های جمع آوری داده

- سرشماری
- بررسی مقطعی
- نمونه گیری کوچک و مداوم
- نظام جاری اطلاعات (داده های ثبت شده)



صورت کلی شاخص ها

- **گیرنده خدمت:** دسترسی گروه هدف به واحدهای ارائه کننده برنامه
- **پشتیبانی:** درجه انطباق با استانداردها
- **خدمت (فعالیت ها):** رضایت ارائه کننده خدمت و رعایت استانداردها
- **برونداد output:** درجه انطباق با استانداردها، رضایت گیرنده خدمت، پوشش خدمت، هزینه تمام شده خدمت
- **اثر effect:** فراوانی تغییرات مورد نظر در جامعه
- **پی آمد outcome:** تغییر نهایی شامل بروز، شیوع، ناتوانی و مرگ ناشی از مشکلات تندرستی یا در مجموع بار ناشی از بیماری های هدف برنامه
- **حاصل نهائی (اثر غایی) impact:** امید به زندگی عاری از ناتوانی

ماتریس جامعیت

پیآمد	اثر	برونداد	خدمت	پشتیبانی	گیرنده خدمت	
						مرکز بهداشتی درمانی
						شهرستان
						استان/دانشگاه
						وزارت خانه

در هر خانه چند سوال یا شاخص مرتبط با موضوع خانه های سطر اول مطرح می شود. حسب مورد در بعضی از خانه ها موارد مربوط به عناوین سطر اول خالی می ماند. برای مثال در مرکز بهداشتی درمانی خانه پیامد خالی می ماند و در سطح ستادی وزارت خانه گیرنده خدمت و پشتیبانی و خدمت خالی می ماند. بر مبنای این ماتریس به ازای هر خانه چک لیست ها تهیه می شوند.

مراحل ارزیابی نظام کنترل برنامه

• جمع آوری داده:

- با توجه به فرم های جاری جمع آوری داده، چه داده هایی باید جمع آوری شود؟
- آیا استانداردها و دستورالعمل های روشن برای جمع آوری داده ها وجود دارد؟
- آیا داده ها کامل و بر اساس استانداردها جمع آوری می شود؟

• جامعیت شاخص ها:

- به کمک داده های جمع آوری شده چه شاخص هایی محاسبه می شود؟
- هر شاخص را در کدام خانه ماتریس جامعیت می توان جای داد؟

• کیفیت شاخص ها:

- آیا شاخص ها از نظر روائی، پایائی و عملی بودن قابل قبول هستند؟

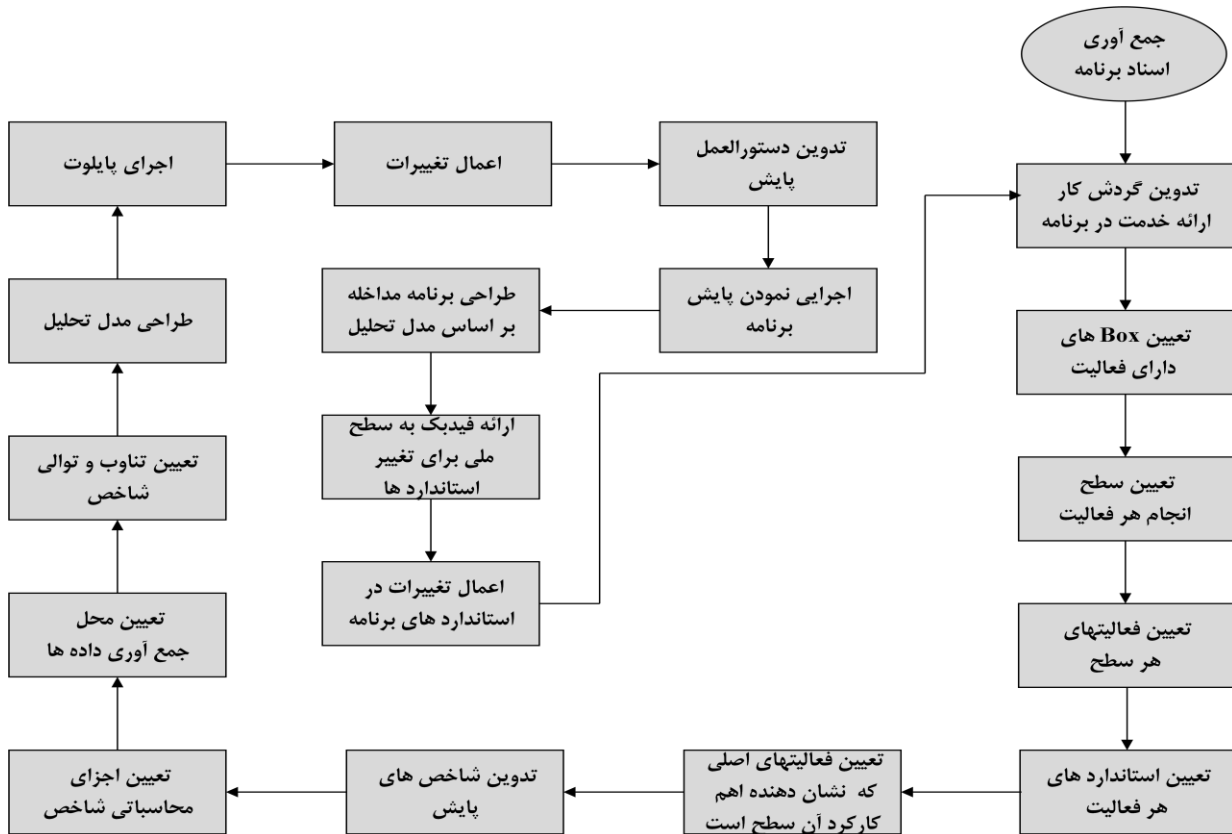
• تحلیل و تصمیم گیری:

- آیا بر اساس شاخص های محاسبه شده تحلیل صورت می گیرد؟ اگر بله، آیا این تحلیل بر اساس یک مدل تحلیل قابل قبول انجام می شود؟
- آیا نتایج پایش و ارزشیابی برای برنامه ریزی و تصمیم گیری بکار گرفته می شود؟ اگر بله، آیا روش تصمیم گیری و برنامه ریزی قابل قبول است؟
- آیا در هر سطح روش های روشنی برای گزارش دهی به سطوح بالاتر و انعکاس به سطوح پائین تر وجود دارد؟

• داده های بلااستفاده:

- چه داده هایی جمع می شوند ولی هرگز مورد استفاده قرار نمی گیرند.

گردش کار طراحی مجدد نظام پایش و ارزشیابی یک برنامه تندرستی



۴- آشنایی با برنامه ریزی برنامه های تندرستی

بعد از تعیین نقطه مداخله بر اساس ارزیابی خطر اولین قدم برای برنامه ریزی در یک سازمان، تحلیل وضعیت موجود است تا بدانیم در کجا قرار گرفته ایم..

تحلیل وضعیت موجود در راستای مدیریت برنامه های تندرستی به ۳ منظور صورت می پذیرد:

- تعیین وضعیت موجود به منظور طراحی یک برنامه جدید
- تعیین وضعیت موجود به منظور یافتن مشکلات یک برنامه
- آسان نمودن تشخیص اولویت های یک منطقه

در تحلیل ، مشکلات و ریشه عوامل، راه حل ها، تعیین ترجیحات و خواسته های ذینفعان با استفاده از اطلاعات عینی، نظرات خبرگان و ذینفعان تعیین خواهد شد.

تعیین وضعیت موجود به منظور پایش و ارزشیابی یک برنامه صورت می گیرد:

- داده های تاثیر گذار برنامه در خارج سازمان
- داده های تاثیر گذار برنامه در داخل سازمان
- داده های حاصله از تاثیر برنامه

مدل طراحی برنامه های مداخله ای

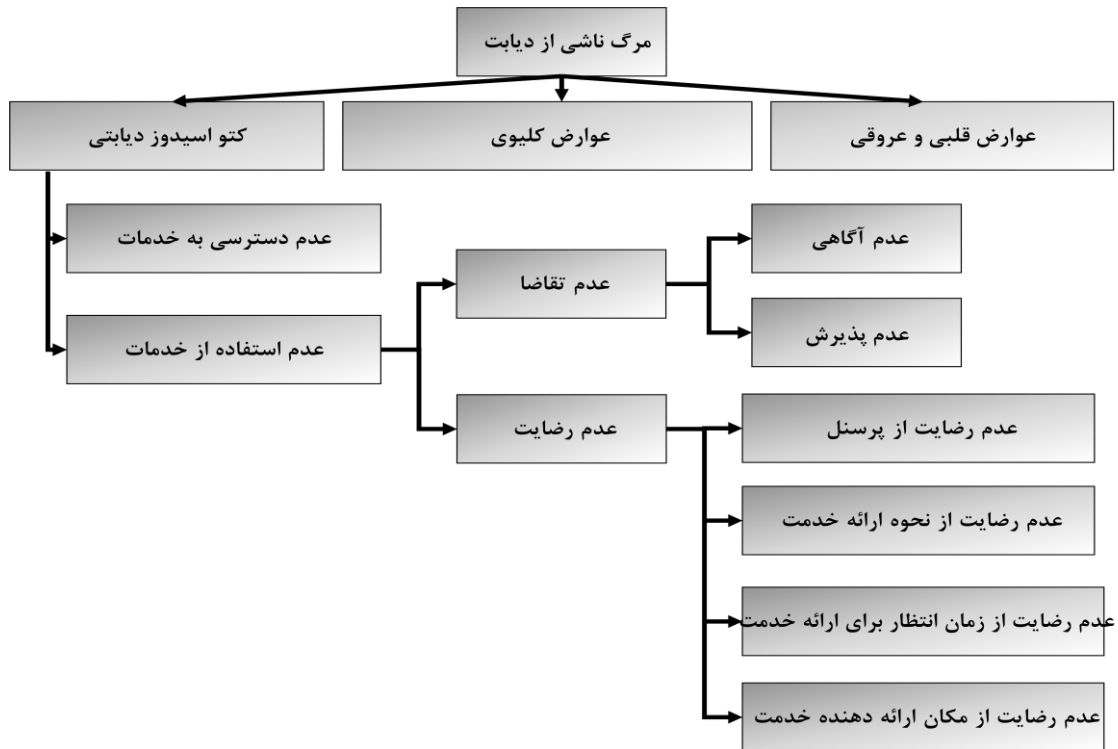
الف - مراحل تدوین تحلیل وضعیت موجود

ب - طراحی مداخله و برنامه های عملیاتی



مرحله اول: ترسیم مدل تحلیلی مشکل تندرستی

ترسیم مشکل و انشعابات آن و علل بوجود آورنده هر شاخه بر اساس عوامل موثر بر ریزش خدمت (پوشش و اثر بخشی)، مانند: مرگ ناشی از دیابت:



مرحله دوم: تهیه چک لیست از اطلاعات عمومی و اختصاصی

-اطلاعات عمومی:

- اطلاعات جمعیتی
- جغرافیای سیاسی
- جغرافیای طبیعی
- شرایط فرهنگی
- اجتماعی
- اقتصادی

اطلاعات مورد نظر را چگونه بدست آوریم؟

- اطلاعات مربوط به سرشماری نفوس مسکن توسط سازمان مدیریت برنامه ریزی
- کتب جغرافیایی طبیعی
- مجموع انتشارات اداره کل ارشاد اسلامی و جهانگردی
- اطلاعات موجود در سازمان ثبت احوال کشور
- اطلاعات بدست آمده از فعالیتهای تحقیقی در نهادهای مرتبط (دانشگاه ها ، نهادها ، سازمان ها)
- اطلاعات موجود در نظام بهداشتی کشور

-اطلاعات اختصاصی:

- برنامه
- مواد مصرفی
- تجهیزات
- نیروی انسانی (کمیت، کیفیت، دانش، مهارت، انگیزه (رضایتمندی))

مرحله سوم: تحلیل نقاط قوت , نقاط ضعف , فرصت ها و تهدیدها (SWOT)

- **تحلیل نقاط قوت strenghtness:** یعنی تحلیل مجموعه داده هایی که مربوط به عوامل تاثیر گذار مثبت بر اجرای برنامه ها در داخل سازمان میباشد.
- **تحلیل نقاط ضعف weekness:** یعنی تحلیل مجموعه داده هایی که مربوط به عوامل تاثیر گذار منفی بر اجرای برنامه ها در داخل سازمان میباشد.
- **تحلیل فرصت ها opportunities:** یعنی تحلیل مجموعه داده هایی که مربوط به عوامل تاثیر گذار مثبت بر اجرای برنامه ها در خارج سازمان میباشد.
- **تهدیدها threat:** یعنی تحلیل مجموعه داده هایی که مربوط به عوامل تاثیر گذار منفی بر اجرای برنامه ها در خارج سازمان میباشد.

مرحله چهارم: مقایسه داده های مربوط به برنامه های مختلف

این مرحله برای پاسخگویی به ۲ سوال صورت می گیرد:

۱- کدام یک از برنامه های موجود دارای اهمیت است؟

۲- چه عوامل مثبت و منفی برای اجرای هر یک از برنامه ها تاثیرگذار است؟

مرحله پنجم: تعیین اولویت در برنامه ها

مرحله ششم: تطبیق اولویت ها با توان سازمان (اجزای محاسباتی شامل تجهیزات ، امکانات، منابع

مالی و نیروی انسانی است)

مرحله هفتم: تعیین روابط سبب تاثیری در مورد اولویت ها

-الگوهای روابط سبب و تاثیر:

- شبکه علیتی
- اسکلت ماهی (Fish Bone)

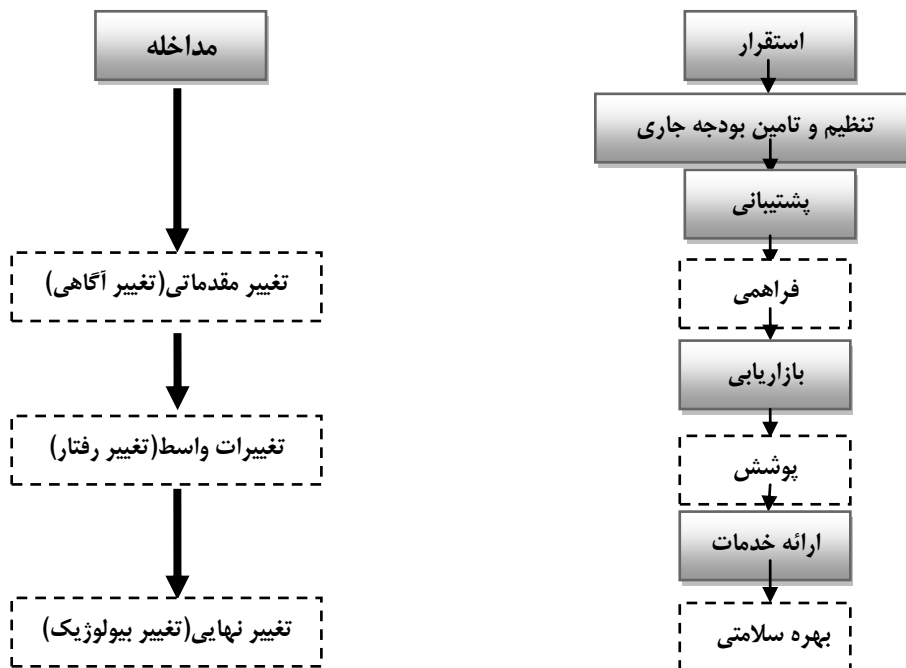
جمع آوری اطلاعات برای ترسیم روابط علت و معلولی چگونه باید باشد ؟

- Brain Storming فرافکنی افکار
- Nominal group technique تکنیک گروه اسمی

مرحله هشتم: تحلیل شاخص ها

یک سری اطلاعات عمومی و اختصاصی داریم که همان شاخص ها هستند.

مراحل دستیابی به اهداف مداخله های تندرستی



همیشه استقرار و تامین و پشتیبانی ۱۰۰٪ رخ نمی دهد و الزاما " همه افرادی که در مراحل اولیه تغییر آگاهی و نگرش می دهند منجر به تغییرات واسط و نهایی نمی شود.

روش های رایج تعیین آستانه برای مداخله

- اهداف از آستانه های مداخله بدست می آیند.
- استفاده از میزان های ملی و استانی

- استفاده از میانگین
- استفاده از مطالعه راهنما
- استفاده از تابع تولید پیش تاز

روش تحلیل

نتیجه در قیاس با محدوده نتیجه پایش	نتیجه در محدوده مورد انتظار است	نتیجه کمتر از محدوده مورد انتظار است	نتیجه بیشتر از محدوده مورد انتظار است
استانداردها رعایت شده است	الف	ب	ج
استانداردها رعایت نشده است	ج	د	ج

در نتیجه پایش یا استانداردها رعایت می شود یا نمی شود یعنی یا به مورد انتظار رسیده یا نرسیده است. در خانه الف یعنی چیزی که میخواهیم بدست آمده و درست انتخاب شده است.

مرحله نهم: مراحل طراحی برنامه های مداخله ای

- تعیین نقاط مداخله بر اساس:
 - تحلیل وضعیت موجود
 - مدل تحلیل برنامه
- تعیین هدف کلی
- تعیین اهداف اختصاصی
- تعیین راهبرد ها
- تعیین فعالیت ها

تعیین حیطه های قابل مداخله در برنامه

استفاده از داده های بدست آمده در تحلیل وضعیت موجود و ایجاد ارتباط میان شاخص ها بر اساس مدل تحلیل منجر به تعیین حیطه های قابل مداخله در برنامه می شود و اجرای مداخله می تواند منجر به دو هدف بهبود اثربخشی و یا افزایش پوشش برنامه شود.

ویژگی های هدف کلی

- جامعیت دارد.
- به جزئیات نمی پردازد.

- معمولاً زمان در آن ذکر نمی شود.
- معمولاً مکان در آن ذکر نمی شود.

ویژگی های اهداف اختصاصی (SMARTP)

- اختصاصی specific: بر اقدام مشخص و ویژه ای متمرکز باشد. مختص به هدف کلی باشد. یعنی باید به سوالات چه کسی در گیر می شود؟ چه چیزی را میخواهیم اجراء کنیم؟ کجا؟ چه وقت یا کی با چارچوب زمانی؟ با کدام نیازها و محدودیت ها؟ چرا با ذکر دلایل اهداف یا منافع اجرای هدف؟ پاسخ دهد.
- قابل اندازه گیری measurable: بدون ذکر اعداد و ارقام شعاری بیش نیستند. چه قدر؟ چه تعداد؟ چگونه بدانیم که انجام شده است؟
- قابل حصول attainable: یعنی هدف چگونه می تواند بدست آید؟ هدف باید قابل حصول و دست یافتنی باشد اما نباید هدف ساده ای باشد. گاهی appropriate هم گفته می شود، یعنی هدف باید بطور مناسب با توان و چارچوب سازمان و هم چنین با هدف کلی طراحی شود.
- واقعی realistic: گاهی relevant (مرتبط) و reasonable (منطقی) هم گفته می شود. هدف باید با توجه به وسعت مشکل، منابع موجود در سازمان و توانایی آن و تجارب موجود واقع بینانه و منطقی و مرتبط با موضوع و مشکل نوشته شود و باید دید آیا هدف ارزش دار است و قابل صرف وقت است.
- چارچوب زمانی time bound: چه وقت؟ چکار می توانیم از امروز انجام دهیم؟ دارای چارچوب و محدوده زمانی مشخص باشند.
- مکان area-specific, place: گاهی مکان را هم به خصوصیات یک هدف اختصاصی اضافه می کنند. هدف باید ناظر به منطقه/محلّی مشخص باشند.

هر هدف یک نقطه یا یک مقطع است نه یک فرآیند یا فعالیت. در نوشتن اهداف اختصاصی باید از کلمات ابهام آمیزی که معرف حرکت های ادامه دار و مداوم است پرهیز کرد و به جای آن ها از کلماتی که نشان دهنده نقطه پایان کار است، استفاده کرد. کلمات مبهم مانند کمک، بهبود، تقویت، توسعه و هماهنگی هستند و کلماتی که به پایان کار اشاره می کنند مانند آگاهی، توانایی، افزایش، کاهش، سازمان یابی هستند. اهداف اختصاصی به پیگیری برنامه کمک می کنند.

اهداف اختصاصی مربوط به افزایش پوشش

با استفاده از مدل ریزش خدمات مشکل معلوم و اهداف و شاخص ها مشخص می شود.

- افزایش دسترسی
- افزایش رضایت
- افزایش تقاضا: افزایش آگاهی مردم در خصوص شدت مشکل تندرستی، افزایش آگاهی مردم در خصوص تاثیر

مداخلات

- افزایش مقبولیت خدمت

اهداف اختصاصی مربوط به بهبود اثربخشی

اهداف اختصاصی برای اثربخشی باید بر مبنای درونداد ها تعیین شود.

- افزایش میزان تطابق فرآیند با استاندارد
- افزایش میزان تطابق کمیت نیروی انسانی با استاندارد
- افزایش میزان تطابق دانش نیروی انسانی با استاندارد
- افزایش میزان تطابق مهارت نیروی انسانی با استاندارد
- افزایش میزان تطابق تجهیزات با استاندارد
- افزایش میزان تطابق مواد مصرفی با استاندارد

اجزای محاسباتی درصد مطلوب در هدف اختصاصی

مانند:

- تعداد دوره های آموزشی
- تعداد افراد شرکت کننده در هر دوره
- تعداد کل افراد گروه هدف
- درصد پیشبرد هدف در فعالیت های پیشین

مرحله دهم: اولویت بندی اهداف اختصاصی

جدول اولویت بندی اهداف اختصاصی

اولویت	جمع ردیف	افزایش میزان رضایت	افزایش میزان دسترسی	افزایش آگاهی مردم و کارکنان	
اول	۲	√	√		افزایش آگاهی مردم و کارکنان
دوم	۱	√		-	افزایش میزان دسترسی
سوم	۰		-	-	افزایش میزان رضایت

در هر ردیف الویت اهداف هر ردیف را نسبت به اهداف هر ستون می سنجمیم، اگر الویت داشت علامت می خورد و تعداد علامت ها در هر ردیف جمع می شود و به ترتیب در ستون جمع ردیف نوشته می شود و بعد بر اساس نمره

بدست آمده برای هر هدف الویت بندی می شوند. اگر منابع محدود باشد با این ماتریکس تصمیم گیری می توان اهداف را الویت بندی کرد.

مرحله یازدهم - تعیین راهبردها (strategies)

تعریف راهبرد: راهبرد راه رسیدن به هدف بلند مدت را مشخص می کند.

اصطلاحات رایج در بیان راهبرد

راهبرد با افعال ایجاد ظرفیت، اطلاع رسانی، حمایت از، تلاش به منظور، تجهیز، تامین، تدارک، آموزش، بازآموزی، راه اندازی، هماهنگی، همکاری، جلب مشارکت، تشویق، نظارت بر،..... مشخص می شود و نحوه اجرای آن مشخص نیست.

برای مثال هدف: افزایش میزان رضایتمندی

راهبرد ها:

- نظارت بر نحوه برخورد کارکنان با مراجعین
- بازآموزی به منظور بهبود ارائه مطلوب خدمت
- تامین نیروی انسانی مورد نیاز به منظور کاهش زمان انتظار
- تامین فضای فیزیکی مورد نیاز به منظور بهبود وضعیت مکان ارائه خدمت

مرحله دوازدهم: اولویت بندی راهبردها

جدول اولویت بندی راهبردها

نام راهبرد	اهمیت	پوشش مشکل	هزینه	امکانپذیری	جمع کل	اولویت

تعریف وظیفه: وظایف مجموعه ای از عملیات خاص یا فعالیت های مورد انتظار از یک فرد به واسطه شرایط اولویت دار در اجتماع یا سازمان است. وظیفه با مسئولیت فردی و زمان اقدام مشخص می شود، مانند تهیه دعوت نامه و ارسال آن، سخنرانی،

تعریف فعالیت: ترکیبی از وظایف اختصاصی است که تکمیل آن بطور مستقیم به انجام یک وظیفه ختم می شود. برای اجرای راهبرد مجموعه ای از وظایف و فعالیت در نظر گرفته می شود. در فعالیت نحوه اجراء، مکان و زمان

کاملاً" مشخص می گردد، مانند فعالیت برگزاری کلاس آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی در روز های زوج و توزیع نشریات آموزشی در مدارس،.....

چند نکته در شکستن راهبردها به فعالیت ها

- در برنامه مداخله ایی باید راهبرد ها به فعالیت های مربوطه شکسته شود.
- فراموش نکنیم که فعالیت ها باید تا حدی شکسته شوند که برای سطحی که برنامه ریزی و نظارت میکنند، قابل پیگیری باشد.
- اگر راهبرد ها زیاد از حد شکسته شوند، امکان پیگیری و نظارت بدلیل تعداد زیاد فعالیت ها از بین خواهد رفت، ضمن آنکه پرداختن به جزئیات بی مورد تنها منجر به از دست رفتن منابع خواهد شد.
- عدم شکستن راهبردها به فعالیت ها در حد لازم منجر به عدم توانایی در پرداختن به نکات کلیدی در فعالیت ها خواهد شد.

مرحله سیزدهم: تهیه Bar Chart فعالیت ها

چارت فعالیت ها

ردیف	نام فعالیت	مسئول اجراء	مکان اجراء	زمان لازم	تعداد مورد انتظار	بودجه (ریال)
۱	الف					
۲	ب					
۳	ج					
۴	د					
۵						

مرحله چهاردهم: تهیه جدول گانت برای افراد مسئول

جدول گانت

شرح فعالیت	فروردین				اردیبهشت				خرداد			
	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴	۱	۲	۳	۴
الف												
ب												
ج												
د												

مرحله پانزدهم: جمع بندی طرح های عملیاتی در یک سطح بالاتر

برنامه های هر شهرستان را می توان در سطح استان جمع بندی کرد و سپس مجموعه فعالیت های دیگری مانند فعالیت های آموزشی به آن اضافه کرد.

مرحله شانزدهم: اجرای طرح های عملیاتی

در این مرحله طرح های عملیاتی به اجراء گذاشته می شود.

مرحله هفدهم: پایش فعالیت های برنامه مداخله

- پایش از نظر حجم فعالیت ها
- پایش از نظر کیفیت فعالیت های انجام شده

برنامه ریزی برای پایش

چه چیز باید پایش شود؟	چه موقع باید پایش شود؟	چه چیز باید ثبت شود؟	چه کسی داده ها را جمع آوری می کند؟	چه کسی از داده ها استفاده می کند؟	چگونه از اطلاعات استفاده می شود؟	چه تصمیماتی می توان گرفت؟
						در مورد فعالیت های برنامه کار
						در مورد هزینه ها
						در مورد کارکنان و مسئولان
						در مورد مواد و وسایل
						در مورد نتایج

مرحله هجدهم: ارزشیابی برنامه مداخله

- جمع آوری داده ها به منظور تعیین میزان دستیابی به اهداف برنامه مداخله

برنامه ریزی برای ارزشیابی

چراغوب زمانی	فرد مسؤل جمع آوری داده ها	منبع داده ها	روش ها/ابزار جمع آوری داده ها	شاخص ها	فعالیت ها	هدف های اختصاصی

گام های بعدی

- ارائه بازخورد پایش برنامه مداخله
- ارائه گزارش عملکرد به صورت دوره ای
- ارائه گزارش نهایی عملکرد پس از ارزشیابی برنامه مداخله
- ارائه گزارش عملکرد مالی

برای طراحی برنامه عملیاتی از پوستر طراحی مداخله که در انتهای این جزوه آمده است استفاده شود.

۵- دستورالعمل اجرایی نیازسنجی در برنامه های آموزش سلامت

تغییر رفتار در حوزه سلامت و عوامل موثر بر آن

رفتار Behavior

- اقداماتی که فراوانی (Frequency)، مدت (Duration) و هدفمندی (Purposefulness) دارد و هوشیارانه یا غیرهوشیارانه انجام شود
- رفتار را می توان نشانگر نحوه واکنش افراد نسبت به یکدیگر و محیط پیرامون خود دانست.
- رفتار را محصول وراثت، فرهنگ و محیط می دانند.
- رفتارها می توانند مثبت (سودمند) یا منفی (مضر) باشند.

رفتار سلامت Health Behavior

- رفتارهای همسو با بازیابی، حفظ، و ارتقای سطح سلامت که به کاهش خطر بیماری، ناتوانی و یا مرگ زودرس منجر می شود.
- رفتارهای سلامت، وابسته به شرایط زندگی، عادات غذا خوردن، عادات ورزشی و سایر فعالیت های پیشگیرانه از بیماری هاست.

رفتارهای مخاطره آمیز Risky Behavior

- رفتارها، عادات یا اعمالی که افراد را در معرض خطر بیماری ها یا مشکلات مرتبط با سلامت قرار می دهند.
- نمونه رفتارهای مخاطره آمیز: کشیدن سیگار، مصرف مواد مخدر، مصرف غذاهای پرچرب، فعالیت بدنی ناکافی، رفتارهای خطرناک رانندگی، روابط جنسی غیرایمن، و خشونت های خانگی و غیرخانگی

پزشکی رفتاری Behavioral Medicine

- دانش و شیوه های علوم رفتاری مرتبط با سلامت و بیماری و کاربرد آن در پیشگیری، درمان و توانبخشی بیماران
- پزشکی رفتاری با رفتار و عوامل موثر بر آن که سلامت و بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد، سروکار دارد.

دیدگاه اکولوژیک به سلامت

- افراد و محیط پیرامون آن ها می توانند بر یکدیگر تاثیر بگذارند و یا تاثیر بپذیرند.

- عوامل مختلفی وجود دارند که می توانند بر رفتارها در حوزه سلامت تاثیر بگذارند. عوامل تاثیرگذار بر رفتارهای مرتبط با سلامت در سطوح فردی، بین فردی، گروهی- سازمانی و اجتماعی بررسی می شوند.

عوامل عمده تاثیرگذار بر رفتار

- عوامل فردی
- عوامل بین فردی
- عوامل گروهی
- عوامل سازمانی و اجتماعی
- عوامل سیاستی

دشواری تغییر رفتار

- به طور کلی تغییر رفتار در انسان دشوار است و نیاز به صرف انرژی دارد. این دشواری به ویژه در مورد رفتارهایی که به علت گذشت زمان و تکرار آن، شکل پایدار به خود گرفته است و تغییر آن نیاز به عوض کردن سبک زندگی دارد، و نیز در زمان کار با گروه های هدفی که اصلاح رفتار در آن ها ساده نیست (مانند نوجوانان، جوانان و سالمندان)، بیشتر نمایان می شود.
- شناخت عوامل تاثیرگذار بر رفتارها و نیز طراحی و اجرای مداخلات مناسب با این عوامل، نیازمند اقدامات همه جانبه و چند بخشی است.

دشواری تغییر رفتار در بیماری های غیرواگیر

- اثرات مخرب بیماری های غیرواگیر و مزمن بسیار آهسته تر از حملات پرسروصدای بیماری های واگیردار و عفونی است. بنابراین انگیزه کافی برای اصلاح رفتارهای مغایر با سلامت در بین افراد جامعه وجود ندارد.

*دلیل عمده عدم استقبال از مداخلات اصلاح رفتاری در حوزه سلامت

راهبردهای تغییر رفتار

چرا گروهی از افراد از انجام رفتار جدید یا تغییر رفتار پیشین استقبال نمی کنند؟

۱. گروهی تمایل دارند رفتار جدیدی را شروع کنند یا رفتار قبلی خود را تغییر دهند ولی آگاهی یا مهارت لازم را ندارند.
۲. گروه دیگر با وجود داشتن آگاهی و مهارت انجام یک رفتار جدید یا تغییر رفتار پیشین، آن را مدنظر قرار نمی دهند. به عبارت دیگر، تغییر رفتار در آن ها به صرفه نیست.

۳. گروه دیگری هستند که با وجود داشتن آگاهی و مهارت انجام یا ترک رفتارهای مورد نظر، عمداً در مقابل تغییر مقاومت می کنند. به عبارت دیگر، لجبازی می کنند.

راهبردهای اصلی در تغییر رفتار (عوامل رفتاری)

۱. راهبرد مناسب گروه اول: آموزش (Education)
۲. راهبرد مناسب گروه دوم: بازاریابی (Marketing)
۳. راهبرد مناسب گروه سوم: اجبار (Enforcement)

راهبردهای تغییر رفتار

تمایل دارند که رفتاری را انجام دهند ولی نمی دانند یا نمی توانند	آگاهی کافی دارند ولی به تغییر رفتار فکر نمی کنند	نمی خواهند تغییر کنند و در مقابل انجام رفتار مورد نظر مقاومت می کنند
---	--	--

آموزش

بازاریابی اجتماعی

اجبار

ناآگاه

آگاه

لجباز

آموزش به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار

- فرایندی هدفمند برای تسهیل یادگیری در افراد
- فرایند انتقال تجربیاتی که شیوه درک افراد از محیط (فیزیکی، اجتماعی و فرهنگی) پیرامون آنها تاثیر می گذارد.
- آموزش به دنبال توانمندسازی افراد برای تصمیم گیری آگاهانه و تغییر داوطلبانه در شرایط یا رفتار است.

آموزش در حوزه سلامت

- آموزش در حوزه سلامت به دنبال توانمند کردن افراد، گروه ها و جوامع برای تصمیم گیری آگاهانه و تغییر داوطلبانه شرایط یا اصلاح رفتار در جهت بازیابی، حفظ و ارتقای سلامت است.
- مجموعه ای از تجربه های یادگیری که برای مساعد کردن، قادر ساختن و تقویت رفتارهای داوطلبانه منجر به سلامت فرد، گروه یا اجتماع، طراحی می شود.

کاربرد آموزش به عنوان راهبرد تغییر رفتار

۱. وقتی منافع حاصل از رفتار توصیه شده برای گروه هدف جذاب و قابل توجه باشد.
 ۲. وقتی موانع چندانی در مقابل رفتار توصیه شده نباشد.
 ۳. وقتی رفتارهای رقیب رفتار توصیه شده جذابیت کمتری در مقایسه با رفتار توصیه شده دارند.
- در این شرایط انتقال آگاهی یا مهارت آموزی می تواند گروه هدف را به انجام رفتار توصیه شده ترغیب کند.

اصول بنیادین در یک آموزش اثربخش

- تناسب با شیوه زندگی افراد و جوامع و فرهنگ حاکم بر آنها (و حتی استفاده از فرهنگ، آداب و رسوم محلی در آموزش)
- تناسب با منابع در دسترس (منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی)
- قابلیت اجرا در سطوح مختلف محلی و ملی
- قابلیت انعطاف و تغییرپذیری لازم
- برخورداری از فواید واقعی، عینی و کوتاه مدت
- قابلیت تقسیم یک برنامه به اجزا و گام های ساده و کوچک که قابل انجام باشد و فواید آشکارتری را دارا باشد.
- همراهی برنامه آموزشی با دیالوگ مداوم با گروه هدف برای یافتن راه حل های مناسب
- استفاده از محل مناسب برای آموزش که مستلزم شناخت دقیق جامعه هدف است (مثلا مدارس و دانشگاه ها، محل های کار، مراکز ارائه خدمات سلامت و مکان های عمومی)
- شناسایی و استفاده از افرادی از همان گروه که می توانند در آموزش ها دخیل باشند و بر جامعه هدف تاثیر بگذارند.
- توجه به تکرار آموزش ها و تقویت تاثیر آن در طی زمان
- طراحی برنامه های آموزشی براساس نیاز جامعه
- استفاده از کانال های ارتباطی که علاوه بر سازگاری و تناسب با گروه هدف، مطلوبیت بالایی نیز داشته باشند.
- استفاده از زبان ساده و واضح که برای مخاطب قابل فهم و آشنا باشد (حتی الامکان از گویش های محلی استفاده شود)
- استفاده از رسانه های آموزشی مانند فیلم، اسلاید، پوستر، عکس، جزوه های آموزشی و ... برای انتقال محتوای آموزشی

روش های آموزشی تعلیمی و مشارکتی

- در روش های آموزشی تعلیمی، آموزش دهنده محور کلیه اجزای برنامه آموزشی است، در حالی که در روش های مشارکتی، افزایش نقش و حضور فعالانه مخاطبان در برنامه اصل است.
- تعاملی یا مشارکتی بودن یک روش، دلیل برتری یکی بر دیگری نیست.
- توصیه اغلب صاحب نظران استفاده از روش های ترکیبی است.

شیوه های آموزشی در دو نوع روش آموزش

• تعلیمی ها

۱. حفظ و تکرار
۲. سخنرانی

• مشارکتی ها

۱. پرسش و پاسخ
۲. نمایشی (نمایش عملی)
۳. ایفای نقش
۴. گردش علمی
۵. بحث گروهی
۶. آزمایشی

مراحل اصلی در یک برنامه ریزی آموزشی

۱. نیازسنجی آموزشی
۲. طراحی برنامه آموزشی: مشخص کردن این که قرار است چه به دست آوریم و چگونه آن را به دست خواهیم آورد.
۳. اجرا: در این مرحله انجام فعالیت های طراحی شده برای رسیدن به اهداف تعیین شده توسط برنامه ریزان آموزشی مدنظر قرار می گیرد و در واقع برنامه آموزشی عملی می شود.
۴. ارزشیابی آموزشی: بررسی و اطمینان از این که اهداف آموزشی تعیین شده تامین شده است، و این که آیا مراحل به همان شکل پیش بینی شده اجرا شده است.

نیازسنجی

برای تعیین مشکل از روش های مختلفی استفاده می شود. نیازسنجی آموزشی نیز یکی از این روش هاست. نیاز مفهومی چند بعدی است که درک کامل آن مستلزم جامع نگری است. با این حال کاملترین تعریف ارائه شده در مورد نیاز تحلیل شکاف یا فاصله (وضعیت موجود با وضعیت مطلوب و یا آنچه باید باشد) است. وجه تمایز نیاز با نیازسنجی، اولویت بندی نیازها پس از استخراج آن ها در نیازسنجی است. لذا نیازسنجی فرآیندی نظام دار برای شناسایی فاصله بین وضع موجود با وضع مطلوب و نهایتاً "تعیین اولویت ها برای اقدام و اجرا" است. اکثر اوقات مجریان بدون شناخت کافی از نیازها و مشکلات مردم برنامه هایی را برای آن ها تدارک دیده و به شکل دستوری و آمرانه اجراء می کنند. در نتیجه برنامه ها موفقیت مورد انتظار را بدست نمی آورند. از طرف دیگر محدودیت منابع همواره لزوم پرداختن به اولویت ها را یادآور می شود. به عبارت دیگر بدست آوردن اولویت ها موجب بهره وری بیشتر منابع و ارتقاء اثرات مداخله به دلیل جذب بیشترین مخاطب و افزایش استقبال آن ها جهت مشارکت در انجام مداخله با هدف حل یا کاهش مشکل می گردد.

نیازسنجی سلامت نیز روشی است که در آن مسائل و مشکلات بهداشتی مردم بطور واقعی و از نزدیک بررسی و شناسایی شده و این مسائل بر طبق معیارهایی که منجر به ارتقاء بهره وری شوند، اولویت بندی شده و جهت اجراء انتخاب می شوند.

هدف از نیازسنجی

- استفاده از تکنیک هایی که با کمک آن ها اطلاعات لازم درباره نیازهای گروه هدف جمع آوری می شود تا الگوی نیازها و خواسته های افراد، گروه ها و جوامع مشخص گردد. در نیازسنجی مشخص می شود که چه چیز و به چه اندازه برای گروه هدف مورد نیاز است.
- نیازسنجی شامل شناسایی نیازها (Needs Identification) و اولویت بندی (Priority Setting) آنهاست.

مراحل نیازسنجی

۱. شناسایی جمعیت هدف (ویژگی های جمعیتی، اپیدمیولوژیک، جغرافیایی، اقتصادی اجتماعی، دلایل انتخاب این گروه، دلایل نیازسنجی، تغییراتی که در این جمعیت هدف باید رخ دهد)
۲. برنامه ریزی برای انجام نیازسنجی: تعیین اهداف کلی، و اختصاصی نیازسنجی، تعیین دستاوردها و تغییراتی که مدنظر است، حوزه نیازسنجی (در سیاست ها، برنامه ها، فعالیت ها یا نتایج)، تعیین فعالیت ها، تعیین افراد درگیر در شناسایی نیازها و الویت بندی، تعیین منابع لازم، تعیین مشکلات، موانع و تهدیدها حین انجام نیازسنجی و راهکارهای مقابله با آن، نحوه تعیین موفقیت برنامه، نحوه پایش و ارزشیابی برنامه نیازسنجی،
۳. جمع آوری داده ها با روش های مناسب: متناسب با اهداف و منابع موجود، استفاده از تکنیک هایی مانند بحث

گروهی متمرکز، جلسات عمومی، شاخص های سلامت، افراد کلیدی در جامعه، پرسشنامه، گروه اسمی، مصاحبه، مشاهده

۴. اولویت بندی نیازهای شناسایی شده بر اساس معیارهای تعیین الویت (شامل میزان تاثیر بر جمعیت (شدت و تعداد افراد درگیر مشکل)، میزان تغییر پذیری در نتیجه مداخلات مناسب، قابل قبول بودن بای کسب تاثیر مطلوب، در دسترس بودن منابع برای تغییرات در آن ها)، وزن دهی به معیارهای انتخاب شده، امتیازدهی و تعیین الویت ها با داشتن فهرستی از نیازهای شناسایی شده

۵. ارزیابی اختصاصی اولویت انتخاب شده: تحلیل درست نیاز در الویت که شامل بررسی عوامل موثر در ایجاد و گسترش آن است. با کمک نتایج این مرحله می توان مداخله مناسبی را برای رفع نیازهای منتخب طراحی و اجراء کرد.

از الگوی برنامه ریزی تغییر رفتار مدل پرسید-پرسید می توان در نیاز سنجی آموزشی کمک گرفت.

تقسیم بندی نیازها

۱. نیازهای هنجاری (Normative Needs)
۲. نیازهای احساس شده (Felt Needs)
۳. نیازهای بیان شده (Expressed Needs)
۴. نیازهای مقایسه ای (Comparative Needs)
۵. نیازهای پیش بینی شده (Anticipatory Needs)

نیاز هنجاری

- وقتی یک ویژگی با استاندارد مشخص مقایسه شود، فاصله یا شکاف بین آن دو نیاز هنجاری خواهد بود.
 - نیاز هنجاری را خبرگان و متخصصان و براساس استانداردهای مورد نظر آنها تعیین می کنند.
 - در تعیین نیازهای هنجاری دو مشکل ممکن است بروز کند:
- ممکن است نظرات متخصصان درباره استاندارد با گذشت زمان تغییر کند

نیاز احساس شده

- نیازی که مخاطب ضرورت آن را احساس کرده باشد.
- نیازی است که افراد به آن احساس نیاز می کنند، می خواهند یا به آن تمایل دارند.
- گاهی لازم است به گروه هدف کمک کنیم تا نیازهای واقعی آموزشی خود را تشخیص دهد یا احساس کنند.

نیاز بیان شده

- نیازی که به شکل خواسته و تقاضا درآمده است.
- باید توجه داشت که همه نیازهای محسوس، به نیازهای بیان شده یا تقاضا تبدیل نمی شوند و در ضمن ممکن است این نیازها با نیازهای هنجاری جامعه هدف در تضاد باشند.
- تقاضا برای برگزاری کلاس های آموزشی در مورد کنترل وزن، ورزش و رژیم غذایی نمونه هایی از نیازهای بیان شده است.

نیاز مقایسه ای

- با مطابقت دادن گروه های دریافت کننده خدمات و گروه های مشابهی که آن خدمات را دریافت نمی کنند، مشخص می شوند. مثلا دانش آموزان مدرسه ای که یک برنامه آموزشی درباره سلامت دهان و دندان دریافت می کنند و گروه دانش آموزان مدرسه دیگری که این آموزش ها را دریافت نکرده اند. در این حالت می توان گفت که نیاز مقایسه ای برای آموزش سلامت دهان و دندان در مدرسه دوم وجود دارد.

نیاز پیش بینی شده

- تفاوت وضع موجود با وضعیت مطلوب در آینده باتوجه به شرایط و تحولات، نیازهای جدیدی را مشخص می کند. به این نیازها که با مقایسه حال و آینده تعیین می شوند، نیاز پیش بینی شده گفته می شود.

نیازهای یادگیری

- آنچه فراگیر باید یاد بگیرد تا بتواند برای رشد و تکامل شخصی، برآوردن نیازهای فردی و اجتماعی و حل مسایل حرفه ای خود و در سطح جامعه مؤثر باشد، نیاز یادگیری نامیده می شود.
- نیازهای یادگیری، مجموعه آگاهی ها، توانایی ها، ارزش ها، مهارت ها و شایستگی هایی هستند که لازم است برای رفع نیازها و حل مشکلات فردی و اجتماعی در فراگیران پرورش یابد.

نیازهای یادگیری در حوزه سلامت

- مهارت ها و قابلیت هایی که فراگیران باید بیاموزند تا قادر شوند که مسایل مرتبط با سلامت را در سطح فرد، گروه یا جامعه شناسایی، تحلیل و حل نمایند.
- در ارتباط با بیماران و نیازمندان خدمات سلامت، نیازهای یادگیری عبارت است از اطلاعات، نگرش ها و مهارت هایی که باید برای مراقبت از سلامت خود کسب کنند.

نیازهای آموزشی

- اختلاف بین آنچه که هست و آنچه که باید باشد.
- این اختلاف ممکن است مربوط به دانش، نگرش، یا مهارت هایی باشد که فراگیران نیاز دارند تا رفتاری را انجام دهند.
- تحلیل نیاز کمک می کند تا فاصله (شکاف) شناسایی شود. این موضوع به طرح ریزی برنامه آموزشی مناسب کمک می کند و راهنمایی لازم برای تدوین اهداف آموزشی و تولید محتوای آموزشی را ارائه می نماید.

تعیین نیازهای آموزشی

- شناسایی نیازها برای کمک به برنامه ریزان آموزشی تا تصمیم بگیرند که آیا نیازی به آموزش وجود دارد یا خیر
- در فرآیند تعیین نیازهای آموزشی این سه بخش مدنظر است:
 ۱. شناسایی نیازها
 ۲. تحلیل نیازها
 ۳. ارزیابی فراگیران و تحلیل شکاف

جمع آوری اطلاعات برای تعیین نیازها

- موفقیت برنامه های آموزشی در حوزه سلامت درگرو آن است که اساس آن را واقعیت ها شکل دهد و به همین دلیل باید اطلاعات صحیح جمع آوری شود.
- در زمان جمع آوری اطلاعات برای تعیین نیازها این سؤال اساسی همواره مطرح است که “کدام اطلاعات مورد نیاز است؟”

اطلاعات اپیدمیولوژیک

- اپیدمیولوژی مطالعه عوامل تعیین کننده و مؤثر بر ایجاد و انتشار بیماری ها در جوامع است و داده های اپیدمیولوژیک مشخص می کند که چه تعداد از افراد یک جامعه تحت تأثیر یک مشکل سلامت و پیامدهای آن قرار دارند و چه کسانی در معرض خطر بیشتری هستند.

اطلاعات شیوه زندگی

- بسیاری از مشکلات سلامت در جهان امروز و به ویژه در کشورهای پیشرفته مانند چاقی، بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها و اعتیاد با دگرگونی های سبک زندگی مرتبط است.

- اطلاعات مربوط به رفتار و سبک زندگی مرتبط با سلامت، شامل وضعیت تغذیه، فعالیت فیزیکی، رفتارهای جنسی، سیگار، مشروبات الکلی را از داده های موجود در بررسی های سلامت و بیماری در سطوح ملی یا منطقه ای قابل دستیابی است.

عوامل اجتماعی و محیطی

- انواع دیگری از اطلاعات وجود دارند که ممکن است نشانگر نیاز به آموزش باشند. این دسته از داده ها به عنوان عوامل زمینه ساز مشکلات سلامت مطرح می شوند. مثلا مشکلات تامین مسکن، بیکاری، فقدان سرپرست خانواده، درآمد پایین، و تسهیلات اجتماعی، تفریحات و قدرت خرید

دیدگاه های تخصصی و غیر تخصصی

- روش های مختلفی برای اطلاع از نظرات متخصصان و عموم مردم وجود دارد که از میان آنها می توان به بحث های رسمی و غیررسمی، مصاحبه و استفاده از پرسشنامه اشاره کرد.
- **اعضای کلیدی جامعه** شامل افراد زیر هستند: کسانی که سال های طولانی در محلی زندگی کرده اند و مورد توجه و احترام هستند، اعضای سازمان های داوطلب، اتحادیه اصناف یا شورای سلامت جامعه
- **متخصصان کلیدی** افرادی مانند پزشکان عمومی، رهبران مذهبی، مراقبان بهداشت، مددکاران اجتماعی، معلمان، مسئولان سلامت منطقه و پلیس را شامل شوند.

بررسی اختصاصی مشکل سلامت اولویت دار:

ارزیابی رفتاری و محیطی

- تعیین عوامل رفتاری و غیر رفتاری که در پیدایش مشکل سلامت جامعه مورد نظر دخیل هستند
- استفاده از راهبردهای اصلاح رفتار برای برخورد با عوامل رفتاری (به ویژه آموزش) و استفاده از راهبردهای غیررفتاری مانند تاثیر بر تصمیم گیرندگان برای اصلاح محیط و تامین شرایط مورد نیاز برای انجام رفتار درست مدنظر خواهد بود.
- عوامل رفتاری و محیطی انتخاب شده درجه بندی می شوند و اولویت پرداختن به آنها مشخص می گردد.

بررسی اختصاصی مشکل سلامت اولویت دار:

ارزیابی آموزشی

برای عوامل رفتاری شناسایی شده، عوامل سه گانه زیر تعیین می شوند تا به این ترتیب جهت گیری مداخله مشخص گردد.

۱. **عوامل مساعد کننده:** عوامل از قبل موجود یک رفتار که توجیه و انگیزه لازم برای انجام آن رفتار را فراهم می کنند (دانش، نگرش و باورهای افراد، ترجیحات فردی، مهارت های موجود از قبل و خودکارآمدی)
۲. **عوامل قادرکننده:** عوامل از قبل موجود یک رفتار که اجازه می دهند تا انگیزه برای یک رفتار تحقق یابد (مهارت، برنامه ها، خدمات و منابع مورد نیاز برای تحقق پیامدها)
۳. **عوامل تقویت کننده:** بعد از انجام یک رفتار ظاهر می شوند و باعث تداوم و تکرار رفتار خواهند شد (حمایت اجتماعی، تاثیر افراد همسان، افراد مهم و مرجع و سایر تقویت کننده ها)

مراحل نیاز سنجی در منطقه

- آماده سازی تیم نیاز سنجی بهداشتی منطقه
- ارائه اطلاعات و آمار بهداشت منطقه به اعضاء تیم نیاز سنجی و تصمیم گیری در مورد دیگر اطلاعات مورد نیاز و روش های جمع آوری آن ها
- تعیین و اولویت بندی مشکلات بهداشتی منطقه
- تعیین گروه/گروه های هدف بالقوه و علل رفتاری و غیر رفتاری مشکلات بهداشتی اولویت دار
- بازنگری گروه هدف بالقوه و تعیین گروه/گروه های هدف اختصاصی
- اقدام برای برنامه ریزی مداخلات مناسب برای گروه های هدف اختصاصی

رویکرد حل مشکل

وقتی یک نیاز مشخص می شود، بسیار مهم است که ریشه مشکل در نظر گرفته شود تا مشخص گردد یک مداخله موفق خواهد شد یا نه. برای تحلیل مشکل باید همه ابعاد مشکل و مجموعه ای از عوامل درونی و بیرونی تاثیرگذار بررسی شوند. لذا مداخله ای که انتخاب می شود بسیار متفاوت خواهد بود. اساس طرح های حل مشکل شامل طراحی، اجراء و بررسی است.

گام های اجرایی نیاز سنجی در برنامه های آموزش سلامت

گام اول: مشکلات سلامت اولویت دار در حوزه مدیریت مربوطه را لیست نمایید.

محصول کار را در ستون اول و دوم فرم شماره (۱) بنویسید .

تبصره ۱ - در صورت وجود برنامه ر ، برای راهبردی تعیین لیست مشکلات اولویت دار به آن رجوع گردد

تبصره ۲ - در صورت نداشتن برنامه راهبردی ، در جلسه ای با حضور مسئول و کارکنان مربوطه فهرست مشکلات سلامت در حوزه کاری را تعیین نموده و بر اساس الگوی رتبه بندی ، آنها را اولویت بندی نمایید

تبصره ۳ - در صورتی که فهرست مشکلات آن حوزه بیش از ده مورد باشد :

الف: چنانچه منابع مداخله برای حل مشکل (مالی - مردم - تجهیزات ...) تأمین می باشد، تمام موارد را ذکر نمایید.
 ب: در صورت محدودیت منابع برای مداخلات حل مشکل، از بین مشکلات، بیش از ده مورد ذکر نشود و بر اساس معیار رتبه بندی، ده مشکل اولی انتخاب گردد.

مثال: بالا بودن مرگ و میر در اثر تصادفات خیابانی و جاده ای در جمعیت تحت پوشش دانشگاه در سال ۱۳۸۲

گام دوم: برای هر مشکل لیست شده با واحد مربوطه گروه کار مشترک نیازسنجی تشکیل دهید
 گروه کاری نیازسنجی آموزشی در واحد مربوطه، شامل حداقل مدیر گروه واحد مربوطه و کارشناس مسوول آموزش بهداشت می باشد.

گام سوم: در گروه کاری تشکیل شده، گروه هدف مستقیم و غیر مستقیم هر مشکل سلامت را تعیین نمایید.

سپس آنها در به ترتیب در ستون چهارم و پنجم فرم شماره (۱) وارد نمایید.

مثال: گروه هدف مشکل تصادفات جاده ای و خیابانی:

گروه هدف مستقیم: رانندگان وسایل نقلیه چهارچرخ (سواری) - عابرین پیاده

گروه هدف غیر مستقیم: پزشکان و کارشناسان بهداشتی - صاحبان صنایع خودروسازی

گام چهارم: الف - فهرست عوامل خطر مؤثر در هر مشکل سلامت را با کمک اعضای گروه کاری واحد مربوطه تعیین و از بین آنها، عوامل خطر رفتاری مؤثر در ایجاد مشکل را استخراج نمایید.

محصول کار را در فرم شماره (۲) در ستون اول و دوم بنویسید.

تبصره (۱) - عوامل خطر رفتاری مرتبط با دانش، نگرش، مهارت و الگوی زندگی افراد است.

مثال: عوامل مؤثر در تصادفات جاده ای و خیابانی

۱ - فرسودگی وسیله نقلیه در اثر پایین بودن سطح درآمد خانواده

۲ - عدم استفاده از کمربند ایمنی در خودرو

۳ - وجود نقص در طراحی جاده ها

۴ - بالا بودن تعداد موارد ضربه مغزی به دنبال تصادفات

۵ - رانندگی با وسیله نقلیه با سرعت نامناسب و زیاد

۶ - عدم استفاده از محدود کننده های کودک توسط سرنشینان خودرو

مثال: عوامل خطر رفتاری در تصادفات جاده ای و خیابانی

از بین عوامل لیست شده موارد (۲) و (۵) و (۶) جزء عوامل خطر رفتاری می باشد.

گام چهارم ب - دلایل ایجاد هر رفتار پرخطر و مؤثر در ایجاد مشکل را به تفکیک تحت سه دسته عوامل زمینه ساز یا مساعد کننده (Predisposing Factors) ، عوامل توانا یا قادر کننده (Enabling Factors) و عوامل تقویت کننده (Reinforeing Factors) لیست نمایید .

گام پنجم : بر اساس تحلیل عوامل خطر رفتاری در گام چهارم ، گروه هدف مستقیم و غیر مستقیم هر یک از عوامل خطر رفتاری را بازنگری نمایید .

فهرست گروه های هدف را در جدول شماره (۲) ستون سوم و چهارم لیست نمایید . تبصره : چنانچه به علت محدودیت منابع برای اجرای مداخلات آموزشی در حل مشکل ، امکان پوشش تمامی گروه های هدف مستقیم و غیر مستقیم لیست شده در جدول شماره (۲) وجود ندارد ، می توانید گروه های هدف منتخب خود را با علامت ستاره (*) در جدول شماره (۲) مشخص نمایید .

مثال :

مشکل : بالا بودن مرگ و میر در اثر تصادفات خیابانی و جاده ای در جمعیت تحت پوشش

گروه های هدف		عوامل خطر رفتاری	ردیف
غیر مستقیم	مستقیم		
- کارکنان بهداشتی * - صاحبان صنایع خودروسازی - والدین * - پلیس *	رانندگان سواری * سرنشینان خودروی سواری	عدم استفاده از کمربند ایمنی	۱
	راکبین موتورسیکلت نوجوانان (۱۸ - ۱۳) * رانندگان سواری	رانندگی با سرعت نامناسب و زیاد	۲

گام ششم : با کمک اعضای گروه کاری در واحد مربوطه ، در هر مشکل و برای هر عامل خطر رفتاری و بر اساس گروه هدف مستقیم و غیر مستقیم منتخب (رجوع به فرم شماره ۲) مشخص نمایید که هر یک از گروه های هدف برای رفع عامل خطر رفتاری :

- چه نقشی دارند ؟

– برای هر نقش چه وظیفه ای دارند ؟

– برای هر وظیفه چه فعالیت هایی را باید انجام دهند ؟

سپس به تفکیک هر فعالیت استانداردهای کمی یا کیفی تعیین نموده و دانش ، نگرش و مهارتهای مورد نیاز را لیست نمایید.

محصول کار را در فرم شماره (۳) تکمیل نمایید .

گام هفتم : مشخص نمایید در رابطه با اجرای کدامیک از نقش ها ، تحقیق بر گروه هدف و عوامل تأثیر گذار بر گروه هدف انجام شده است :

الف : در صورتی که برای نقش ها ، تحقیق بر گروه هدف و عوامل تأثیرگذار بر رفتار گروه هدف انجام نشده است ، انجام آن به عنوان یک اولویت پژوهشی در آموزش سلامت انتخاب در فرم شماره (۶) ثبت می گردد و بدین ترتیب فهرست اولویت های پژوهش در آموزش سلامت معاونت بهداشتی لیست می شوند .

ب : در صورتی که تحقیق بر گروه هدف و عوامل تأثیر گذار بر رفتار گروه هدف در رابطه با نقش آنها انجام شده است ، بر اساس نتایج تحقیق فرم شماره (۴) تکمیل نمایید .

گام هشتم : نیازهای آموزشی بر اساس مقایسه فرم شماره (۳) هر نقش با فرم شماره (۴) همان نقش به روش زیر تعیین می شود .

الف : اگر فعالیتی از فعالیت های مطلوب اجرا نمی شود ، انتقال دانش ، نگرش و مهارت در رابطه با آن فعالیت یکی از نیازهای آموزشی است .

ب : اگر فعالیتی از فعالیت های مطلوب اجرا می شود اما شاخص کمی و کیفی اجرای آن فعالیت کمتر از ۵۰ درصد استاندارد فعالیت می باشد ، انتقال دانش ، نگرش و مهارت مربوط به عنوان نیاز آموزشی انتخاب می شود .

ج : اگر فعالیتی انجام می شود اما شاخص کمی یا کیفی اجرای آن بالای ۵۰ درصد استاندارد فعالیت می باشد ، به عنوان نیاز آموزشی انتخاب نمی گردد .

(مگر آنکه کارشناسان به دنبال شرایطی بالاتر از رعایت ۵۰ درصد استانداردها باشند)

تبصره - معیار ۵۰ درصد در بند ب و الف با نظر متخصصان مربوط به هر نقش و بسته به شرایط سازمان با توضیحاتی که ارایه می شود ، قابل تغییر است .

در ادامه این گام مواردی که به عنوان نیاز آموزشی انتخاب شده، در فرم شماره (۵) فهرست می شود .

در این مرحله فرآیند نیازسنجی آموزش سلامت خاتمه یافته است .

✱ حالا شما برای تعیین اهداف برنامه آموزشی و ارتباطی خود در برنامه بیماری های غیرواگیر آماده هستید .

فرم شماره (۱) تعیین مشکلات اولویت دار سلامت و گروه های هدف به تفکیک واحد های حوزه معاونت بهداشتی

ردیف	لیست مشکلات سلامت اولویت دار	گروه های هدف اولیه	
		مستقیم (اولیه)	غیر مستقیم (ثانویه)
۱			

فرم شماره (۲) عوامل خطر رفتاری مشکل سلامت و گروه های هدف

عنوان مشکل :

ردیف	عوامل خطر رفتاری	گروه های هدف نهایی	
		مستقیم	غیر مستقیم

فرم شماره (۳) تحلیل نقش / حرفه (وضعیت مطلوب)

مشکل

عامل خطر رفتاری :

گروه هدف :

نقش / حرفه :

وظیفه ۱ ::

مهارت مورد نیاز	نگرش مورد نیاز	دانش مورد نیاز	استاندارد فعالیت		فعالیت	ردیف
			کیفی	کمی		

فرم شماره (۴) تحلیل نقش / حرفه (وضعیت موجود)

مشکل :

عامل خطر رفتاری :

صفحه

گروه هدف :

نقش / حرفه :

وظیفه :

مهارت مورد نیاز	نگرش مورد نیاز	دانش مورد نیاز	استاندارد فعالیت		فعالیت	ردیف
			کیفی	کمی		

فرم شماره (۵) نیاز های آموزشی

مشکل:

عامل خطر رفتاری:

گروه هدف:

نقش / حرفه:

وظیفه:

دانش مورد نیاز	نگرش مورد نیاز	مهارت مورد نیاز

فرم شماره (۶) اولویت های پژوهشی در رفتار مخاطبان

مشکل: بالا بودن مرگ و میر در اثر تصادفات خیابان و جاده ای

نام دانشگاه علوم پزشکی

عامل خطر رفتاری

گروه هدف:

نقش / حرفه:

ردیف	عناوین اولویت های پژوهشی بر رفتار مخاطبان
۱	
۲	

بازاریابی اجتماعی به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار

تحلیل بازار و تحلیل کانال در برنامه های مبتنی بر بازاریابی اجتماعی

بازار Market

- مجموعه ای از افراد که دارای علاقه واقعی یا بالقوه به یک محصول یا خدمت هستند، بازار را تشکیل می دهند.
- اساس شکل گیری بازار مبادله هزینه ها (قیمت) و منافع (محصول) توسط خریداران و فروشندگان است.

عوامل موثر بر یک بازار

۱. محیط اقتصادی و جمعیتی، تکنولوژیک و طبیعی، قانونی و سیاسی، اجتماعی و فرهنگی
۲. عرضه کنندگان خدمات و محصولات، رقبا و واسطه های بازاریابی فعال در بازار
۳. فرآیند مدیریت بازاریابی شامل برنامه ریزی، اجرا، تحلیل و کنترل بازاریابی
۴. آمیزه بازاریابی شامل محصول، قیمت، مکان و ترویج

***مخاطب در مرکز مجموعه فوق قرار دارد.**

تحلیل بازار در بازاریابی اجتماعی

- ارزیابی بازار برای شناخت رقبا و شرکای برنامه مورد نظر، سیستم های حمایتی و منابع موجود برای اجرای برنامه ها
- شناسایی اجزای آمیزه بازاریابی (Marketing Mix) یا 4P

آمیزه بازاریابی Marketing mix

- مجموعه ای که ترکیب آنها با یکدیگر، امکان پاسخگویی به بازار هدف و گروه مخاطب را میسر می سازد.
- کلیه اقداماتی را دربرمی گیرد که تولیدکننده محصول یا خدمت انجام می دهد تا بر بازار تقاضا تاثیرگذارد و مشتری را به خرید محصول یا استفاده از خدمت خود ترغیب نماید.

محصول Product

- محصول، خدمت یا رفتاری که برای یک منفعت و با قیمتی مشخص با گروه مخاطب مبادله می شود. این رفتار، خدمت یا محصول باید بتواند با منافع رفتار موجود (یا رفتار رقیب) رقابت موفقی داشته باشد.
- محصول می تواند یک کالای قابل لمس، یک برنامه، یک رفتار، یک پیام یا یک خدمت باشد. برنامه بیماریابی دیابت، برنامه پزشک خانواده، کلاه ایمنی، کرم ضدآفتاب، ماموگرافی و پاپ اسمیر، خوردن ۵ نوبت

میوه یا سبزی، فعالیت بدنی روزانه به مدت حداقل ۳۰ دقیقه، پرهیز از روابط جنسی غیرایمن، ترک سیگار یا مواد مخدر

قیمت Price

- هزینه ای که مخاطب برای در اختیار گرفتن محصول و استفاده از منافع آن می پردازد.
- در برنامه ریزی حوزه سلامت باید همواره به دنبال راهکاری برای کاهش قیمت محصول و افزایش ارزش آن بود.
- پول، وقت، ازدست دادن اعتماد به نفس، نگرانی و تشویش خاطر، ازدست دادن لذت، نمونه هایی از هزینه هاست که قیمت محصول یا خدمت را بالا می برد.

مکان Place

- محلی که محصول عرضه می شود یا خدمت ارائه می گردد، مکان است. مصادیق مکان در برنامه های بازاریابی اجتماعی عبارتند از:
 - جایی که محصولات قابل لمس فروخته می شوند یا خدمات مورد نظر فراهم می گردد (فروشگاه های مختلف در سطح شهر و روستا، داروخانه ها)، جایی که برای جلب توجه گروه هدف مساعد است (مطب پزشکان، سالن انتظار بیمارستان ها و درمانگاه ها، خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی) و جایی که مخاطبان مجبور به حضور برای انجام کاری هستند (خانه، مدرسه، دانشگاه، محل کار)

ترویج Promotion

- ایجاد یا تداوم نیاز به محصول یا خدمت در مخاطب، یا برقراری ارتباط با مخاطب برای جلب توجه او به محصول
- شکل ظاهری محصول و بسته بندی آن، نام و نشان برنامه یا خدمت: مهمترین عناصر در ترویج یک محصول یا خدمت
- ابزارهای معمول برای ترویج عبارتند از: تبلیغات، وقایع و مناسبت ها، ارتباطات رسانه ای، مشاوره (فروش) فردی، سرگرمی و پست مستقیم

تحلیل کانال در بازاریابی اجتماعی

- شناسایی کانال های ارتباطی
- تعیین تعداد کانال های مورد نیاز برنامه
- ارزیابی انتخاب ها و انتخاب کانال های ارتباطی نهایی
- شناسایی قوانین ارتباطی برای شرکای برنامه

کانال ارتباطی

- مجرای که پیام از آن عبور می کند تا به مقصد برسد
- در هر فرآیند ارتباطی، منبع پیام باید کانالی را برای انتقال پیام خود انتخاب کند و تصمیم گیری برای انتخاب کانال مناسب و استفاده از آن بخش مهم فرآیند ارتباطی است.

انواع کانال های ارتباطی

۱. گروه های تاثیرگذار بر مخاطب: همسران، والدین، دوستان و همسالان، پزشکان و سایر کارکنان مراکز ارائه خدمات سلامت
۲. دروازه بان های کنترل کننده محتوا و جریان اطلاعات به مخاطب: مدیران مدارس، مدیران محل های کار، مدیران سازمان ها، رهبران گروه های اجتماعی
۳. رسانه های مناسبی که به دلیل مطلوبیت یا نفوذ زیاد توسط گروه مخاطب بیشتر مورد استقبال قرار می گیرند.
۴. **کانال های بین فردی:** پزشکان، دوستان، اعضای خانواده، همسران
۵. **کانال های گروهی:** بحث های گروهی، سمینارها و کارگاه ها، نشست ها، جلسات مذهبی، مراسم ها، رویدادهای ورزشی، نمایشگاه ها و فروشگاه ها، نمایش ها، مسابقات
۶. **کانال های سازمانی و اجتماعی:** دست اندرکاران رسانه ها، گروه های اجتماعی مرتبط با موضوع و تصمیم گیرندگان جامعه
۷. **کانال های ارتباط جمعی:** رادیو، تلویزیون های دولتی و غیردولتی، روزنامه، مجلات، بیلبوردها، خبرنامه ها، مانیتورها، کتابچه، پوستر، سینما، بسته های مطبوعاتی

تحلیل مخاطب در برنامه های مبتنی بر بازاریابی اجتماعی

مراحل برنامه ریزی مبتنی بر بازاریابی اجتماعی

۱. برنامه ریزی مقدماتی
 ۲. تحلیل مخاطب
 ۳. تحلیل بازار
 ۴. تحلیل کانال
 ۵. تولید مداخلات، مواد و پیش آزمون ها
 ۶. اجرای مداخله
 ۷. ارزشیابی نتایج برنامه
- *بندهای ۲، ۳ و ۴ همان پژوهش تکوینی است.

تحلیل مخاطب در بازاریابی اجتماعی

۱. تعیین مخاطبان برنامه، دسته بندی آنها و انتخاب دسته های اختصاصی برای مداخله
۲. انتخاب روش مناسب برای شناخت مخاطبان اختصاصی
۳. شناسایی نیازها، خواسته ها، نگرانی ها و ارزش های مخاطب
۴. رسیدن به ایده اولیه برای مداخله و استراتژی ارتباطی

دسته بندی مخاطب

- دسته بندی مخاطبان و انتخاب دسته های اختصاصی برای مداخله، امری اجتناب ناپذیر است.
- بازاریابان تجاری هم پذیرفته اند که نمی توان به یک شکل و در یک زمان به نیاز همه خریداران پاسخ داد.
- در بین مخاطبان افراد یا گروه هایی هستند که پذیرش بیشتری نسبت به محصول یا برنامه مورد نظر دارند و یا از محصول یا برنامه بیشترین سود را می برند.

معیارهای دسته بندی مخاطبان

- **متغیرهای پیشینی:** متغیرهایی که به شکل معمول و سنتی برای دسته بندی مخاطب استفاده می شوند. این گروه بدون آن که نیازی به رفتن به سراغ مخاطب باشد، قابل استفاده است. مانند عوامل دموگرافیک و جغرافیایی (سن، جنس، تحصیلات، محل سکونت، منطقه جغرافیایی)
- **متغیرهای پسینی:** متغیرهایی که باید به سراغ مخاطبان رفت و آنها را مشخص کرد. مانند متغیرهای رفتاری و روان شناختی (سطح دانش، وضعیت نگرش، باورها، وضعیت رفتاری) است.

انتخاب دسته هدف اختصاصی

ملاک های ارزیابی دسته ها کوچک تر گروه مخاطب:

- میزان بروز مشکل در دسته منتخب
- اندازه دسته منتخب
- شدت مشکل در دسته منتخب
- در دسترس بودن دسته منتخب
- آمادگی، تمایل و توانایی دسته منتخب
- هزینه مداخله برای دسته منتخب
- مهارت پرسنل و منابع بیرونی برای مداخله
- پاسخ به اجزای آمیزه بازاریابی

نتیجه گیری

- برای اثربخشی بیشتر برنامه بازاریابی اجتماعی، باید گروه مخاطب ناهمگون خود را به دسته های همگون و کوچکتری تقسیم کنیم. برای هر دسته، مداخله متناسب با همان دسته طراحی و اجرا می شود.
- استفاده از متغیرهای مناسب (پیشینی و پسینی) برای انجام دسته بندی گروه مخاطب کلی برنامه ضرورت دارد.
- شناخت کامل مخاطب با رفتن به سراغ او امکان پذیر است.

فنون بازاریابی

- پژوهش روی مخاطب: محصول برای چه کسی تولید می شود؟
- تحلیل محصول: چه چیزی به مخاطب عرضه می شود و چرا؟
- طراحی محصول: چگونه محصولی با نیازهای مخاطب تناسب پیدا می کند؟
- توزیع محصول: کجا و چگونه محصول به دست گروه هدف می رسد؟
- ارزشیابی و پس خوراند

تاریخچه بازاریابی اجتماعی

- اصطلاح “بازاریابی اجتماعی” برای اولین بار در سال ۱۹۷۱ توسط فیلیپ کاتلر مطرح شد. مقاله او با عنوان “بازاریابی اجتماعی: رویکردی به تغییر اجتماعی برنامه ریزی شده” در مجله بازاریابی، سبب پایه گذاری این دیدگاه ارزشمند شد.
- ادعای کاتلر و زالتمن در این مقاله این بود که: از اصول بازاریابی تجاری می توان برای فروش ایده، نگرش و رفتار به جامعه استفاده کرد.

تعریف بازاریابی اجتماعی

- استفاده از فنون بازاریابی تجاری برای تحلیل، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه هایی که برای تاثیرگذاری بر روی رفتارهای گروه مخاطب طراحی شده اند (تا سلامت جسمی و روانی افراد و جوامع را ارتقا دهند).
- بازاریابی اجتماعی شامل طراحی، اجرا و کنترل برنامه هایی است که در جستجوی افزایش قابلیت پذیرش یک ایده یا عمل اجتماعی در یک گروه مخاطب

تفاوت بازاریابی تجاری و اجتماعی

۱. در بازاریابی تجاری کسب سود مادی و دستیابی به فروش بیشتر هدف است، ولی بازاریابی اجتماعی به دنبال ترویج یک ایده اجتماعی مطلوب و عام المنفعه است.
۲. در بازاریابی تجاری اهداف رفتاری کوتاه مدت مدنظر است ولی در بازاریابی اجتماعی اهداف رفتاری بلندمدت مورد توجه است.
۳. محصولات یا خدمات در بازاریابی تجاری بحث برانگیز نیستند در حالی که رفتارهای هدف بازاریابی اجتماعی اغلب محل بحث است.
۴. در بازاریابی تجاری معمولاً مخاطبان در دسترس مدنظر هستند ولی در بازاریابی اجتماعی ممکن است گروه های مخاطبی مورد توجه قرار گیرند که دستیابی به آنان ساده نیست.

مفاهیم کلیدی در بازاریابی اجتماعی

- نظریه مبادله (Exchange Theory)
- توجه به مخاطب (مخاطب محوری)
- تفکر رقابتی
- تمایل مداوم برای اصلاح محصول
- تصمیمات مبتنی بر اطلاعات
- تمرکز بر اجزای آمیزه بازاریابی (محصول، قیمت، مکان و ترویج)

مبادله و رقابت: اساس بازاریابی اجتماعی

- وقتی منافع حاصل از داشتن یک محصول بیشتر از هزینه های صرف شده برای آن باشد، **مبادله** شکل می گیرد.
- مبادله ای که حداقل دارای دو بخش است که هر دو طرف محصولاتی برای عرضه کردن دارند، استفاده از محصولات هر طرف نیازمند پرداخت هزینه است و هر دو طرف با اختیار وارد این مبادله می شوند.
- در این مبادله ممکن است گروه مخاطب، آنچه ما عرضه می کنیم را نخواهد و یا به دنبال چیزی باشد که ما آمادگی عرضه آن را نداریم. در این صورت است که گروه هدف به سراغ محصول، خدمت یا رفتار دیگری می رود.

شناخت مخاطب: اساس بازاریابی اجتماعی

- بازاریابی اجتماعی مشتری/مصرف کننده/مخاطب- محور است.

- لازمه موفقیت برنامه ها دانستن درباره گروه مخاطب/ مصرف کننده/ مشتری است.
- این تفکر که "ما می دانیم که آنها به چه چیز نیاز دارند و در سر آنها چه می گذرد" نه تنها کافی نیست بلکه خطرناک است!
- بازاریابان تجاری درباره مشتریان خود بسیار می دانند و به همین دلیل موفق هستند. ما هم ما نیاز داریم تا درباره آنها بسیار بدانیم.

آمیزه بازاریابی Marketing mix

- مجموعه ای که ترکیب آنها با یکدیگر، امکان پاسخگویی به بازار هدف و گروه مخاطب را میسر می سازد و شامل کلیه اقداماتی است که تولیدکننده محصول یا ارائه کننده خدمت انجام می دهد تا بر بازار تقاضا تاثیرگذارد و مشتری را به خرید محصول یا استفاده از خدمت خود ترغیب نماید.
- شامل محصول (Product)، قیمت (Price)، مکان (Place) و ترویج (Promotion) است و به همین دلیل به آن 4P هم گفته می شود.

نتیجه گیری

- اگر محصولات، برنامه ها یا خدمات ما متناسب با نیاز مخاطب و جذاب از نظر آنها تولید شده باشند، هزینه های صرف شده برای استفاده از آن در دیدگاه گروه هدف منطقی و قابل رقابت باشد،
- در جایی ارائه شوند که مخاطب در آنجا حضور دارد و به راحتی به آنها دسترسی پیدا می کند، و با کمک روش ها و شیوه های ترویجی که توجه آنان را جلب نماید، به گروه مخاطب برسد،
- در این شرایط مخاطب از آن محصول یا خدمت استقبال می کند.

جلب حمایت همه جانبه (Advocacy) به عنوان یکی از راهبردهای تغییر رفتار

- راه حل تمام مشکلات در حوزه سلامت یکسان نیست. بخشی به عوامل رفتاری و گروهی به عوامل غیررفتاری مانند فقدان شرایط فیزیکی، نیروی انسانی، مالی و مدیریتی، ارتباط دارد. قسمتی در درون بخشی که شما مسئولیت آن را دارید، قابل اجراست و گروه دیگر به عملکرد سایر بخش ها بستگی دارد.
- اگر مشکل از گروه غیررفتاری ها / بین بخشی ها باشد، چه باید کرد؟

چارچوب انتخاب موضوع برنامه جلب حمایت:

نمونه معیارهای اختصاصی

- ۱- مشکل مورد نظر با استفاده از راهبرد جلب حمایت همه جانبه قابل رفع یا اصلاح است.
- ۲- افراد یا گروه های زیادی تحت تاثیر آن قرار می گیرند یا از آن متاثر می شوند.

اهمیت راهبرد جلب حمایت همه جانبه

- بسیاری از برنامه هایی که در حوزه سلامت با هدف تغییر رفتار طراحی می شوند، بدون اصلاح دیدگاه تصمیم گیرندگان و ایجاد تغییر در سیاست های عمومی امکان پذیر نیست.
- براساس منشور اتاوا، در کنار توسعه مهارت های فردی و بازنگری در نظام ارائه خدمات، سه مکانیسم دیگر ارتقای سلامت شامل اصلاح سیاست عمومی مرتبط با سلامت، ایجاد محیط های حامی سلامت و تقویت اقدامات جامعه برای مشارکت در برنامه های مربوط به سلامت بدون حمایت افراد، سازمان ها و بخش های کلیدی جامعه موفقیتی ندارد.

جلب حمایت همه جانبه advocacy

- هدایت سیاست عمومی به سوی پیشرفت زندگی افرادی که صدای ضعیف تر و قدرت کمتری دارند.
- فرآیندی است که در آن تلاش می شود بر تصمیم گیری های مرتبط با سیاست های عمومی تاثیر گذاشته شود.
- تلاش برای تاثیرگذاری بر سیاست های عمومی جامعه و با استفاده از ارتباطات ترغیب کننده که مخاطب آن افرادی هستند که مسوولیت راهنمایی یا کنترل رفتارهای سازمانی، اجتماعی و گاه فردی را برعهده دارند.
- تلاش برای تاثیرگذاری بر سیاست عمومی با استفاده از اشکال مختلف ارتباط های ترغیب کننده است. سیاست عمومی شامل بیانیه ها، قوانین و مقررات یا رفتارهای شایعی است که توسط افراد دارای مسوولیت برای راهنمایی و کنترل رفتارهای سازمانی، اجتماعی و فردی اعمال می شود.
- فعالیت هایی است که در جهت تغییر سیاست سازمان ها یا دولت ها هدایت شده است.
- تاثیر بر سیاست گذاران، رهبران و رسانه ها به منظور بهبود برنامه های بهداشتی
- نشان کردن موانع قانونی، مالی و خدماتی اقدامات بهداشتی
- کاهش تبعیض ها و نابرابری ها

جلب حمایت همه جانبه برای سلامت Health Advocacy

- مجموعه ای از راهبردها، برنامه ها و فعالیت هایی که برای اصلاح سیاست ها در جهت منافع برنامه مورد نظر طراحی و اجرا می شود و تلاش آن برای تغییر در سیاست های عمومی مرتبط با سلامت برای تامین اهداف و منافع مورد نظر است.
- استفاده از رویکردها، فرآیندها، دستورالعمل ها، منابع و راهکارهای اختصاصی از سوی گروه یا جمعیتی خاص است که برای ایجاد تغییر اجتماعی یا سازمانی و تاثیرگذاری بر سیاست عمومی یا خصوصی به کار گرفته می شود.

مقایسه جلب حمایت همه جانبه و آموزش

- هدف در جلب حمایت همه جانبه، کسب حمایت وسیع و همه جانبه از موضوعات مرتبط با سلامت است. به عبارت دیگر قصد دارد کاری کند تا غیرمستقیم ولی موثرتر، رفتارها اصلاح شود.
- به جای جلب نظر و تاثیر بر دریافت کنندگان برای استفاده از خدمات سلامت، به افرادی که در رده های بالاتر و تاثیرگذارتر قرار دارند (قانونگذاران و سیاستگذاران) توجه دارد.

دست اندرکاران Stakeholders

- افراد، گروه ها و سازمان هایی که مستقیم یا غیرمستقیم بر برنامه تاثیر می گذارند یا از نتایج آن تاثیر می پذیرند.
- شناسایی و تحلیل این افراد و گروه ها، جهت اصلی برنامه های جلب حمایت همه جانبه در حوزه سلامت را مشخص می کند.

گروه های اصلی دست اندرکاران

۱. ذی نفعان (Beneficiaries): کسانی که از نتایج برنامه ما سود خواهند برد و به نحوی گروه هدف مداخلات در حوزه سلامت محسوب می شوند.
۲. شرکا (Partners): افراد، گروه ها یا سازمان هایی که اشتراک منافع با ما دارند و می توانند منابع حمایتی را در اختیار طراحان و مجریان برنامه بگذارند.
۳. تصمیم گیرندگان (Decision makers): افرادی که بدون موافقت آنها امکان پیشبرد برنامه ها وجود ندارد. سطوح تصمیم گیری در مورد هر موضوعی می تواند متعدد و متفاوت باشد.
۴. مخالفین (Adversaries): افراد، گروه ها یا سازمان هایی که از پیشرفت برنامه و رسیدن به اهداف آن واقعا زیان می بینند و یا تصور می کنند که زیان می بینند.

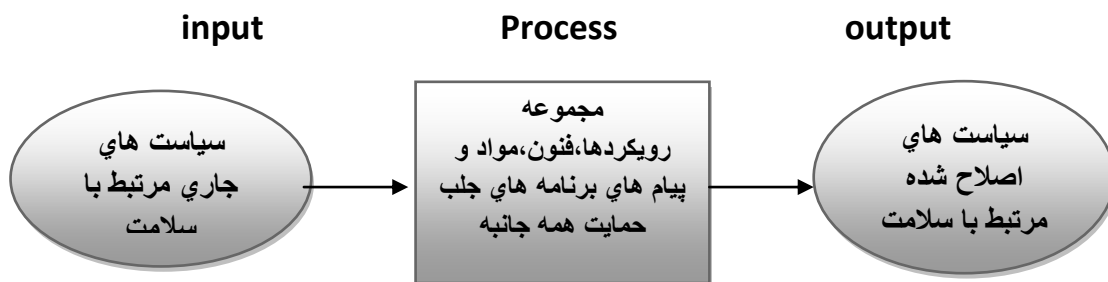
دلایل تحلیل دست اندرکاران

- با تحلیل دست اندرکاران می توان افراد یا گروه های تاثیرگذار بر برنامه را شناسایی کرد و برای تاثیرگذاری بر آنها اقدام نمود.
- تحلیل دست اندرکاران می تواند به شناسایی و جلب منابع مالی، انسانی و پشتیبانی مورد نیاز برنامه کمک کند.
- شناخت مخالفت ها و تلاش برای کاهش آنها، منفعت دیگر تحلیل دست اندرکاران است.

معیارهای تحلیل دست اندرکاران

- شناسایی زیرگروه های هر گروه اصلی از دست اندرکاران
- میزان آشنایی دست اندرکاران با گروه یا سازمان عمل کننده
- موافقت دست اندرکاران با جایگاه گروه یا سازمان عمل کننده
- دانش و وضعیت نگرش گروه دست اندرکار نسبت به موضوع
- حمایت های قبلی و بالقوه گروه دست اندرکار
- گروه های ثانویه تاثیرگذار بر دست اندرکاران
- هنجارها، ارزش ها و باورهای غالب در گروه دست اندرکار
- اندازه گروه های دست اندرکار و محل استقرار آنها
- تاثیرات بالقوه آنها بر موضوع جلب حمایت همه جانبه
- موانع ارتباط با دست اندرکاران و نحوه برخورد با آنها

فرآیند جلب حمایت همه جانبه Advocacy process



مراحل تدوین راهبرد جلب حمایت

۱. انتخاب موضوع و تعیین دستورکار برنامه
۲. تدوین اهداف برنامه
۳. شناسایی و تحلیل دست اندرکاران
۴. تولید پیام جلب حمایت
۵. تدوین راهبرد (رویکردها، فنون، مواد و پیام ها)
۶. تهیه طرح عمل برای جلب حمایت همه جانبه
۷. برنامه ریزی برای پایش و ارزشیابی

انتخاب رویکردها و تکنیک های جلب حمایت همه جانبه

رویکردهای کلیدی جلب حمایت همه جانبه

۱. درگیر کردن رهبران (Leaders Involvement)
۲. کار با رسانه های جمعی
۳. ایجاد شراکت و ائتلاف (Partnership & Coalition)
۴. تحرک اجتماعی (Social Mobilization)
۵. ظرفیت سازی (Capacity Building)

درگیر کردن رهبران جامعه

رهبران جامعه، کسانی هستند که در تسهیل فرآیند تغییر در زمینه مشکلات سلامت جامعه تاثیر مهمی دارند و مشارکت آنان در مراحل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه های حوزه سلامت می تواند با کاستن از میزان مخالفت های آنها با برنامه به جلب حمایت آنان منجر شود.

رهبران را می توان در سه دسته قرار داد:

۱. قانونگذاران که وظیفه وضع قوانین را بر عهده دارند
۲. سیاستگذاران که سیاست ها را شکل می دهند
۳. مدیران اجرایی که وظیفه دارند که سیاست ها را اجرا کنند.

نحوه درگیر کردن رهبران جامعه

- محیط های رسمی (نشست ها، سمینارها و کنفرانس ها)
- محیط های غیررسمی (تجمع های عمومی، جشنواره ها و رخدادهای ورزشی، داخل منازل)
- روش های مستقیم (جلسات، نامه نگاری ها و رسانه ها)
- روش های غیرمستقیم (همکاران، دوستان و همسران آنها)

ایجاد شراکت و ائتلاف

برخی افراد، گروه ها و سازمان ها ممکن است برای رسیدن به اهداف همسو و مشترک، و نه لزوما یکسان، به یکدیگر بپیوندند و با هم کار کنند. شراکت می تواند رسمی یا غیر رسمی، دائمی یا موقت باشند. مراحل یک شراکت عبارتست از:

۱. هماهنگی (Coordination): هر کسی وظیفه خود را انجام می دهد و تلاش می شود این وظایف تزاخم یا تضادی با هم نداشته باشند.
۲. همکاری (Cooperation): تقسیم وظایف صورت گرفته است تا کسی کار تکراری انجام ندهد و منابع

درست مصرف شود.

۳. همدستی (Collaboration) یا ائتلاف (Coalition): همه تحت امر یک مدیریت واحد هستند و تقسیم دقت وظایف و منابع شده است و وظایف مکمل یکدیگر هستند.

محاسن و معایب شراکت و ائتلاف

- محاسن: افزایش قدرت حمایت، امنیت تلاش های جلب حمایت، چند برابر کردن منابع موجود مالی و انسانی، تقویت مشروعیت و تاثیر تلاش ها، ایجاد رهبری جدید در برنامه ها و تشکیل شبکه های سازمانی
- معایب: بازماندن از سایر امور مربوط به گروه یا سازمان، به خطر افتادن احتمالی موقعیت افراد، تاثیرپذیری شراکت از سازمان های بزرگتر و در نهایت به خطر افتادن کلیه فعالیت های جلب حمایت در صورت شکست خوردن شراکت

کار با رسانه های جمعی

- قابل رویت کردن و شناساندن برنامه یا سازمان برای جامعه
- اطلاع رسانی به تصمیم گیرندگان و جامعه درباره فعالیت ها
- تحریک کردن بحث در زمینه مشکل مورد نظر
- ایجاد حمایت عمومی از فعالیت ها و سازمان
- افزایش جلب منابع، عضویت و یا حامیان جنبش مورد نظر

ملزومات یک پوشش رسانه ای مناسب

- سرمایه گذاری روی برقراری ارتباطات رسانه ای
- حفظ ارتباط با کمک فنون و تکنولوژی های رسانه ای
- تسهیل دستیابی اصحاب رسانه ها به اطلاعات و داده ها
- رفتار همراه با احترام با دست اندرکاران رسانه ها
- توجه به 5F در ارتباطات رسانه ای: سریع، واقعی، صریح، منصفانه و دوستانه
- ایجاد کانالی برای ارتباط منظم با دروازه بان های رسانه ای
- قدردانی از خبرنگاران و دست اندرکاران رسانه ها از طریق اعطای جوایز و دادن سایر انگیزه بخش ها

تحرک اجتماعی

تبدیل مردم و گروه ها از حالت منفعل به افراد مشارکت جو و فعال که می تواند:

- اعتبار، مشروعیت و قدرت اعمال نفوذ بر سیاستگذاران را افزایش دهد
- اعتماد و کارایی و عزت نفس آحاد جامعه را بالا ببرد
- برنامه را از حالت متخصص محوری خارج کند.

اقدامات لازم برای تحرک اجتماعی

- درگیر ساختن رهبران جامعه، تاثیرگذاران و رهبران مذهبی
- شناسایی گروه های کلیدی و شاخص موجود
- شناسایی کانال های اطلاع رسانی موجود در جامعه
- سازماندهی گروه ها شامل شناسایی اعضای گروه ها، رهبران آنها و وجوه مشخصه آنان
- بسیج گروه ها از طریق نشست های محلی، بحث های گروهی، رسانه های سنتی و مردمی، سرگرمی

ظرفیت سازی

ایجاد زیر ساخت های لازم برای اجرای برنامه ها شامل:

۱. ایجاد نظام رهبری و مدیریت
۲. گسترش شبکه جلب کنندگان حمایت همه جانبه
۳. توانمندسازی و حفظ دانش و مهارت کافی در نیروی انسانی
۴. تخصیص منابع لازم برنامه
۵. ایجاد زمینه شراکت برای حمایت از تغییرات مورد نظر
۶. خلق دست اندرکاران متعدد
۷. تدوین نظام های اطلاعاتی برای تقویت نوآوری ها
۸. هماهنگی و مدیریت برنامه های اجتماعی مورد نیاز

فنون ترغیب سازی

۱. اعمال فشار Pressuring
۲. حساس سازی Sensitizing
۳. مذاکره Negotiating
۴. تظلم یا دادخواهی Petitioning
۵. چانه زنی یا اعمال نفوذ Lobbying
۶. مناظره Debating
۷. به تحرک واداشتن Mobilizing

۸. فنون رسانه ای Media techniques

عوامل موثر در انتخاب فنون

۱. ماهیت و طبیعت موضوع جلب حمایت همه جانبه
۲. گروه های مختلف دست اندرکاران
۳. میزان دسترسی به منابع

تصمیم گیرندگان	مخالفان	شرکا	ذی نفعان	دست اندرکاران فنون
✓	✓	✓	✓	حساس سازی
		✓	✓	تحرك اجتماعى
✓	✓			گفتگو
	✓			مناظره
✓	✓	✓		مذاکره
✓				لابى (اعمال نفوذ)
✓				دادخواهى
✓				ايجاد فشار
✓	✓	✓	✓	فنون رسانه ای

۶- طراحی یک مداخله تندرستی

مراحل طراحی یک مداخله تندرستی

- تشکیل کمیته بیماری های غیرواگیر
- تشکیل زیر کمیته های تخصصی عوامل خطر تغذیه ناسالم، کم تحرکی و دخانیات با حضور دینفعان
- بررسی و تحلیل وضعیت موجود و تعیین مشکل در کمیته ها و نیاز سنجی آموزشی
- تدوین برنامه مداخلات بر مبنای مدل هجده گانه طراحی برنامه های مداخله ای
- تدوین شناسنامه مداخلات
- اجراء و ارزشیابی برنامه های مداخلاتی (آموزشی و سایر انواع مداخلات) بر مبنای مدل
- تکمیل شناسنامه مداخلات

در طراحی یک مداخله مراحل زیر را در نظر بگیرید:

- نظرخواهی در مورد مداخله در سطوح تصمیم گیری و دینفعان صورت گرفته است؟
 - گروه هدف و یا آموزش گیرندگان چگونه برای مداخله انتخاب شدند؟
 - آیا هدف مداخله با نیازهای تعیین شده گروه هدف همخوانی دارد؟
 - اگر برای یک مداخله گروهی برنامه ریزی میکنید، آیا همه افراد نیازهایشان بوسیله همان مداخله تامین می شود؟
 - آیا مداخله نیاز به حامی دارد؟
 - آیا به مقدمات و پیش نیاز احتیاج دارد؟
 - نوع مجریان و نیروهای مورد نیاز چگونه است؟
 - آیا افراد مداخله کننده دانش، درک و مهارت لازم را دارند؟
 - آیا با محتوی و چارچوب مداخله و رویکردهای مورد استفاده، آشنا هستند؟
 - آیا نیاز به دوره های آموزشی برای مجریان وجود دارد؟
 - اگر قرار است مجریان تربیت شوند چه کسی قادر به انجام آن است؟
 - آیا مربی داخلی است یا از خارج باید آورده شود؟
 - مداخله چگونه پایش و اثر آن ارزشیابی می شود؟
 - نظام گزارش دهی چگونه است؟
 - پیش بینی موانع مشارکت در مداخله و عوامل مداخله کننده بالقوه صورت گرفته است؟
 - اثرات جانبی مداخله چگونه است؟
 - سهولت و عملی بودن مداخله در نظر گرفته شده است؟
 - پیگیری اجرای مداخله و توان تداوم مداخله وجود دارد؟
- هر مداخله باید یک طرح مداخلاتی برنامه ریزی، اجراء و ارزشیابی جداگانه داشته باشد.**

راهنمای تکمیل شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

۱- نام برنامه: در این قسمت نام برنامه ای که مداخلات برای آن طراحی شده است، نوشته می شود، مانند برنامه اصلاح شیوه های زندگی، پیشگیری و کنترل بیماری قلبی عروقی،.....

۲- نوع مشکل و وضعیت موجود: در این قسمت نحوه تعیین مشکل و وضعیت موجود در ارتباط با مشکل باید توصیف شود.

مشکل می تواند از طریق مشاوره با ذینفعان و گروه ها، جمع آوری داده ها، و..... شناسایی و بر مبنای عوامل موثر (زنجیره علیتی)، عوامل همراهی کننده برای رفع مشکل و گروه های در معرض خطر تجزیه و تحلیل شود، سپس اولویت ها (شیوع، شدت، بار بیماری، وسعت و پوشش، قابلیت اصلاح و انجام مداخله، قابلیت پذیرش و تقاضای ذینفعان، و.....) تعیین شود. مشکل می تواند محیطی یا رفتاری باشد.

۳- نحوه تعیین مداخله: در این قسمت بنویسید مداخله بر اساس چه روشی (نمودار استخوان ماهی، فرافکنی افکار، روش گروه بندی اسمی،.....) تعیین شده است و آیا جدول انتخاب مداخله تکمیل گردیده است. مداخلات بر اساس امکان اجراء، موثر بودن، مقبولیت، هزینه ها، بازده زود و خطرات آن امتیاز دهی شده و انتخاب شده اند.

۴- نام مداخله: در این قسمت عنوان مداخله مانند مداخله آموزش همگانی نوشته می شود. مداخله می تواند یک راهبردا باشد.

۵- هدف کلی برنامه مداخله: در این قسمت هدف مداخله را با توجه به بهبود اثر بخشی یا بهبود پوشش بنویسید.

۶- هدف بلا فصل از اجرای مداخله: فقط به نتایج برون داد (بازده یا ستانده) (output) اشاره شود. در این قسمت باید بنویسید این مداخله در جهت دستیابی به کدامیک از اهداف برنامه (مثلاً " برنامه پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر) ، انجام می شود.

۷- اهداف اختصاصی برنامه مداخله: در این قسمت اهداف اختصاصی را بر اساس افزایش دسترسی، افزایش رضایت، مقبولیت خدمت، افزایش تقاضا، افزایش دانش و مهارت نیروی انسانی، و..... بنویسید. برای نوشتن اهداف از روش SMART استفاده کنید.

۸- نوع مداخله از نظر سطح پیشگیری: در این قسمت باید سطح پیشگیری از بیماری یا عامل خطر ساز را مشخص کرد، یعنی این مداخله بر کدام یک از حیطه های پیشگیری شامل ارتقاء سلامت، پیشگیری اولیه و پیشگیری ثانویه (شامل پیشگیری ثالثیه) تاثیر می گذارد. مثلاً "در آموزش همگانی حیطه پیشگیری می تواند فقط برای سطح صفر یا ارتقاء سلامت طراحی شود. بعضی از مداخلات در همه سطوح کاربرد و یا تاثیر دارند.

۹- نوع مداخله از نظر حیطه اجراء: در این قسمت مشخص کنید، مداخله در کدام حیطه (نظام سلامت، جامعه، فردی / یا خانوادگی) انجام می شود.

۱۰- نوع مداخله از نظر شیوه اجراء/نحوه انجام مداخله: در این قسمت مشخص کنید، شیوه اجرایی مداخله چگونه است.

شیوه اجرایی مداخله ممکن است به دو صورت انجام شود: مداخلات محیطی و مداخلات جمعیتی.

مداخلات محیطی: شامل تغییر ساختار و نوع خدمات یا نظام مراقبت و تغییرات در محیط افراد (تغییر در محیط اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، فیزیکی، سیاسی) هستند که آگاهی، مهارت و رفتار آنها را تحت تاثیر قرار می دهند. مانند ایجاد فرصت هایی برای توسعه ورزش همگانی با افزایش دسترسی به فضاهای ورزشی و ایمن کردن این فضاها یا صدور قوانین و بخشنامه هایی برای اجراء یا منع بعضی موارد در خصوص عوامل خطر مانند اضافه کردن سبوس به آرد نان، جلوگیری از فروش دخانیات توسط دستفروشان و هستند.

مداخلات در سطح جامعه (جمعیتی): مانند بسیج های آموزشی و بیماریابی. در مواردی که مداخله در جمعیت صورت می گیرد، باید تعیین کنید نحوه اجراء مداخله به صورت مستقیم یا فعال (یعنی برای اجراء مداخله به سراغ گروه هدف می رویم)، غیر مستقیم یا غیرفعال (یعنی برای اجراء مداخله به طور کلی گروه هدف را مد نظر قرار می دهیم) یا فرصت طلبانه (یعنی از شرایطی که برای استفاده از سایر خدمات ایجاد شده است و در همان فرصت ایجاد شده یک خدمت دیگر هم ارائه می دهیم. برای مثال اگر در یک برنامه بهداشتی قرار است راجع به یک واقعه یا موضوع اجتماعی صحبت شود یا یک اقدام بهداشتی صورت گیرد از همان فرصت استفاده می کنیم و موضوع بهداشتی مد نظر خود را هم مطرح می کنیم یا آن اقدام خاص را با آن ادغام می کنیم) است. مثلاً "برای اجراء آموزش همگانی از صدا و سیما از روش غیر مستقیم استفاده می شود، اما برای آموزش در مدارس از روش مستقیم (کتب درسی و آموزش حضوری در مدارس، توزیع نشریه) استفاده می شود و در نماز جمعه از آموزش فرصت طلبانه استفاده می شود یا برای آموزش یا مداخله خاص برای مادران می توان در زمان مراجعه برای واکسیناسیون کودک از فرصت استفاده و موضوع مورد نظر را مطرح کرد یا اقدام خاصی را انجام داد (مثلاً "تعیین وضعیت چاقی مادر).

دو رویکرد مکمل برای کنترل بیماری پیشنهاد شده است، رویکرد سلامت عمومی یا جمعیتی و رویکرد بالینی یا فردی رویکرد جمعیتی: با اهداف افزایش آگاهی جامعه، کمک به شناسایی افراد دارای عوامل خطر یا بیماری و حمایت از

شیوه زندگی که عوامل خطر قابل کنترلی را که نتوان آن را حذف کرد، به حداقل می رساند.

اجزاء برنامه شامل آموزش همگانی، آموزش کارکنان بهداشتی و آموزش بیماران است.

رویکرد فردی: گرچه رویکرد جمعیتی منافع سلامت عمومی دارد واضح است که بسیاری از افراد مبتلا یا در معرض خطر به قدر کافی به مداخلات جمعیتی و غیر دارویی پاسخ نمی دهند، برای این افراد ضروری است که یک رویکرد فردی برای درمان افراد مبتلا یا در معرض خطر داشته باشیم هر چند مهم است که به اصلاحات شیوه زندگی همراه با درمان دارویی ادامه دهند.

۱۱- نوع مداخله از نظر ماهیت: در این قسمت تنها یک گزینه انتخاب می شود. ماهیت مداخلات می تواند از نوع

موارد زیر باشد:

قانون گذاری، آموزشی، خدمات غیر آموزشی پیشگیری (مانند پروفیلاکسی)، خدمات غربالگری، بیماریابی، خدمات درمانی، خدمات توانبخشی، مراقبت اپیدمیولوژی، پایش و ارزشیابی، جلب حمایت همه جانبه، مشاوره های فردی و گروهی، همکاری، بازاریابی اجتماعی، سایر.....

۱۲- نوع مداخله از نظر سازمانی: در این قسمت باید نوع مداخله را از نظر درون و برون سازمانی مشخص کنید.

۱- درون بخشی (یعنی مسئولیت طراحی و اجرای این مداخله در حیطه وزارت بهداشت است و توسط این وزارتخانه اجراء می گردد. مانند تشخیص و درمان عوامل خطر و بیماری)

۲- برون بخشی (یعنی مسئولیت طراحی و یا اجرای این مداخله در بیرون از حیطه وزارت بهداشت است و توسط سایر سازمان ها ی مربوطه اجراء می گردد. مانند تولید مواد غذایی رژیمی، افزایش پرورش ماهی،)

۱۳- مجری/مجریان (سازمان ها/مراکز همکار) مسئول طراحی و اجرای مداخله: در این قسمت

مسئول طراحی و اجرای مداخله را بنویسید. ممکن است مسئول طراحی و اجرای مداخله مستقیم در اجرای مداخله دخالت داشته یا نداشته باشد، مانند اینکه در مداخله آموزش جامعه، مسئول اجرای مداخله، معاونت بهداشت (واحد بیماری های غیر واگیر) است و باید نظارت بر اجراء داشته باشد، اما مجری مداخله سازمان صدا و سیما، معاونت بهداشتی دانشگاه، مطبوعات، ... است.

در این قسمت نام سازمان ها یا مجریان مداخله را بنویسید. در مثال فوق سازمان صدا و سیما، مراکز بهداشت دانشگاه، مطبوعات، مجریان برگزاری برنامه های آموزش همگانی هستند.

۱۴- دست اندرکاران (سازمان ها و گروه های تاثیرگذار بر و تاثیر پذیر از مداخله): این گروه شامل

گروه ذینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و مخالفان برنامه مداخلاتی هستند.

در این قسمت باید تعیین کرد چه سازمان های درونی و بیرونی در اجرای این مداخله تاثیر دارند و چه سازمان هایی از

اجرای این مداخله نفع می برند یا ضرر می کنند و چه گروه هایی تصمیم گیرنده هستند و چه گروه هایی مخالف این برنامه هستند. مثلاً" در مداخله ترویج مصرف ماهی در رژیم غذایی، وزارت جهاد کشاورزی یا سازمان شیلات بواسطه تولید و پرورش ماهی هم تاثیر گذارند و هم ذینفع هستند. در مداخله کاهش مصرف نمک محصولات غذایی (مثلاً" ممنوعیت تبلیغ پفک نمکی)، کارخانه های تولیدی و صدا و سیما با تبلیغات وسیع هر دو تاثیر گذارند و از طرفی نیز با اجرای این مداخله، متضرر می شوند.

۱۵- سطح عملیات در مداخله (سطح اجراء/هماهنگی):

در این قسمت باید سطح اجراء مداخله شامل ستادی، دانشگاهی/ استانی، شهرستانی و منطقه ای (واحد مربوطه) را مشخص کنید. مثلاً" برای اجرای مداخلاتی که نیاز به تصویب قانون دارد باید در سطح ستادی یا ملی پیگیری و اجراء شود. برای اجرای آموزش همگانی از طریق صدا و سیما نیاز به هماهنگی و اجراء در سطح ملی و استانی است. اگر هدف مداخله در سطح استان/دانشگاه باشد می توان برای اجرای برنامه های محلی، با مراکز استانی هماهنگی لازم داشت.

۱۶- گروه/گروه های هدف و علت انتخاب آن ها در مداخله: در این قسمت افراد یا گروه هایی که مداخله

برای آن ها صورت می گیرد، به عنوان گروه هدف مستقیم یا غیر مستقیم نوشته می شوند، مانند کل افراد جامعه، دانش آموزان، دانشجویان، مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، کارگران، کارمندان، گروه های هدف در واقع همان گروه های در معرض خطر هستند، اما ممکن است در اجرای مداخلات از گروه هدف اصلی یا فرعی استفاده شود. مثلاً" اگر گروه هدف اصلی والدین باشند، ممکن است دانش آموزان به عنوان گروه هدف غیر مستقیم برای انتقال مطالب به خانواده مورد مداخله قرار گیرند. گروه های هدف می توانند شامل گروه های زیر باشند:

- ۱- دانش آموزان
- ۲- دانشجویان
- ۳- صنوف
- ۴- کارگران
- ۵- نظامیان
- ۶- روحانیون
- ۷- زنان خانه دار
- ۸- کشاورزان
- ۹- بازنشستگان و سالمندان
- ۱۰- معلمان و اساتید
- ۱۱- کارکنان ادارات
- ۱۲- افراد در معرض خطر
- ۱۳- بیماران
- ۱۴- جوانان
- ۱۵- مقامات سیاسی استان
- ۱۶- مقامات سیاسی دولت مرکزی
- ۱۷- مجلس
- ۱۸- وزارت بهداشت
- ۱۹- سایر مراکز تصمیم گیری در کشور
- ۲۰- انجمن های علمی و تحقیقی
- ۲۱- مدیران ارشد سازمانها و ادارات
- ۲۲- آحاد جامعه
- ۲۳- سایر.....

هم چنین علت انتخاب گروه های هدف مستقیم و غیرمستقیم نیز باید نوشته شود.

۱۷- میزان پوشش: در این قسمت باید مشخص گردد آیا مداخله برای تمام جمعیت گروه هدف اجراء می شود یا

برای بخشی از جمعیت اجراء می شود. مثلاً" اگر گروه هدف دانش آموزان باشند، ممکن است این مداخله فقط برای

دانش آموزان مقطع ابتدایی اجراء شود. یا اگر گروه هدف مقطع ابتدایی است، ممکن است این مداخله فقط برای دختران یا در مناطق تعیین شده خاص (مثلاً "دانش آموزان ابتدایی مناطق حاشیه نشین) اجراء شود. در صورت امکان به تعداد جمعیت تحت پوشش هدف و سایر خصوصیات جمعیتی مانند سن، جنس، شغل، وضعیت خاص و..... اشاره شود.

۱۸- مکان اجرای مداخله: در این قسمت باید مشخص شود مداخله در چه مکانی اجراء می شود، مثلاً " برای تغییر مواد غذایی مکان اجراء مراکز تولید مواد غذایی (مانند کارخانه، کارگاه یا رستوران) یا برای اجرای برنامه آموزش همگانی از صدا و سیما مکان سازمان صدا و سیما است، اما برای اجرای آموزش کارگران مکان اجرای مداخله می تواند در محل کار باشد. برای آموزش مادران می توان از مکان های مختلف استفاده کرد مانند مراکز بهداشتی درمانی، مدارس، مساجد،.....

۱۹- فعالیت های مداخله: در این قسمت باید مشخص گردد، اجرای مداخله دائمی است (مداخله با یک تواتر مشخص تکرار می گردد) یا به صورت مقطعی اجراء می شود که در صورت مقطعی بودن باید مدت اجراء مداخله نوشته شود. مثلاً " در آموزش همگانی ممکن است برنامه ریزی شود یک برنامه آموزشی مرتبط بطور متوالی هر هفته در یک زمان مشخص پخش گردد یا فقط در طول سال یک بار پخش گردد. بطور مثال مطالب آموزشی یکبار بصورت دائمی در کتب درسی ادغام می شود و در طول سال تحصیلی اجراء می شود. در ابتدا فعالیت های مربوط به اجرای مداخله را بنویسید. مثلاً " مداخله آموزش همگانی می تواند شامل چندین فعالیت باشد (مانند فعالیت برگزاری کلاس آموزشی در مراکز بهداشتی و توزیع نشریات آموزشی در مدارس،.....). سپس زمان لازم برای اجرای هر فعالیت، تعداد تکرار هر فعالیت در طی زمان مداخله، متوسط زمان لازم برای اجرای آن فعالیت و دانش و مهارت لازم برای اجرای آن فعالیت و تعداد نیروی انسانی مورد نیاز و نوع تخصص آن ها را مشخص کنید و در مقابل فعالیت مربوطه در جدول شماره ۱ بنویسید.

۲۰- کارآمدی مداخله efficacy: در این قسمت لازم است مشخص شود آیا این مداخله ما را به هدف و نتیجه ای که می خواهیم می رساند.

۲۱- میزان فراهمی مداخله availability: در این قسمت موجود بودن خدمت (مداخله) به ازای جمعیت هدف را بنویسید.

۲۲- میزان دسترسی مداخله accessibility: در این قسمت وضعیت دسترسی (اقتصادی، فیزیکی، جغرافیایی)، زمانی) گروه هدف به خدمت (مداخله) را مشخص کنید.

۲۳- مجوزها و هماهنگی های مورد نیاز برای اجرای مداخله: در این قسمت هم باید تعیین کرد آیا نیاز به تهیه مجوز و یا هماهنگی خاصی برای اجرای مداخله وجود دارد. مثلاً " برای آموزش همگانی باید با شورای سیاستگذاری صدا و سیما هماهنگی انجام داد یا برای آموزش در مدارس باید از وزارت یا ادارات کل آموزش و پرورش استانی مجوز تهیه کرد.

۲۴- دانش و مهارت مورد نیاز: در این قسمت باید مشخص شود که برای اجرای مداخله نیاز به چه نوع اطلاعات و مهارتی است و از چه طریق باید به آن دست یافت. مثلاً " در اجرای برنامه آموزشی از صدا و سیما نیاز به اطلاعات در حد کارشناسی است و باید برای مجری برنامه جزوات آموزشی خاص تهیه کرد. یا برای اجرای برنامه آموزشی در مدارس لازم است کارشناسان مجری برنامه آموزشی در یک دوره آموزشی با خصوصیات مشخص، شرکت نمایند. برای آشنایی با روش های صحیح طبخ غذا باید برای مجریان مطالب یا برنامه های آموزشی تئوری و عملی تهیه شود. یا دوره ها و کلاس های آموزشی برگزار شود.

۲۵- فرآیندهای پشتیبان/سازمان های پشتیبان: در این قسمت باید مشخص کرد که چه فرآیندهایی برای پشتیبانی اجرای این مداخله لازم است، مثلاً " برای آموزش همگانی فرآیندهای پشتیبانی کننده شامل شناسایی زمان پخش مناسب برنامه آموزشی است یا سازمان های غیر دولتی می توانند در اجرای مداخله آموزش همگانی مشارکت داشته و پشتیبانی کنند.

۲۶- منابع مورد نیاز برای اجرای مداخله: در این قسمت ابزار و وسایل، مواد، تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز برای اجرای مداخله را بنویسید. مثلاً " برای اجرای برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی نیاز به مواد آموزشی مانند پمفلت و فیلم و دستگاه ویدئو است.

۲۷- هزینه های انجام مداخله: در این قسمت باید هزینه های پیش بینی شده مربوط به تهیه مواد و تجهیزات، آموزش مجریان، اجرای مداخله و فعالیت های تدارکاتی و پشتیبانی و نظارتی پیش بینی گردد. بطور مثال در برنامه آموزش همگانی از صدا و سیما باید هزینه تهیه مطالب آموزشی و یا تهیه فیلم و هزینه پخش برنامه، حق الزحمه مجریان برنامه و سایر فعالیت های تدارکاتی از جمله حمل و نقل پیش بینی گردد. یا در مدارس هزینه تهیه نشریات آموزشی، برگزاری دوره های آموزشی برای مجریان، حق الزحمه مجریان، حمل و نقل، سالن، پذیرایی و..... پیش بینی گردد.

۲۸- محل تامین هزینه: در این قسمت باید تعیین گردد هزینه اجرای مداخله از چه محل و ردیف اعتباری و توسط چه واحدها یا سازمان هایی تامین می شود. مثلاً " در آموزش صدا و سیما ممکن است این هزینه ها از طریق مشارکت مردمی، سازمان صدا و سیما، مرکز بهداشت دانشگاه، سازمان های غیر دولتی، خیریه ها، انجمن ها و..... تامین شود.

شاخص ها {کیفی، کمی (مطلق، کسر، نسبت، میزان)}: در این قسمت باید تعیین شود چه شاخص یا شاخص هایی برای پایش و ارزشیابی این مداخله و با چه خصوصیتی تعیین شده است. مثلاً " در آموزش همگانی درصد برنامه های آموزشی برگزار شده، درصد شرکت کنندگان در برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی، میزان آگاهی در گروه هدف، دفعات استفاده از خدمات،..... از شاخص های برنامه است.

معیار: معیار تغییرات ناشی از اجرای مداخله به ازای هر شاخص و روش تعیین آن (میانگین، میزان های بین المللی، ملی و استانی،.....) نیز باید مشخص شود. برای مثال اگر هدف افزایش آگاهی در گروه هدف است، در نظر است با اجرای این مداخله، آگاهی چه میزان افزایش یابد (برای مثال معیار ۵۰٪). یا در مورد هدف تغییر یک رفتار، معیار انجام رفتار جدید (انجام پیاده روی متوسط حداقل ۳ روز در هفته) تعریف شود.

۲۹- نحوه پایش مداخله: در این قسمت باید مشخص شود برای تعیین میزان انطباق فعالیت ها با طراحی انجام شده، پایش اجرای مداخله به چه شکل انجام می شود. یعنی باید تعیین شود از طریق کدام یک از روش های نظارت مستقیم/مشاهده، چک لیست، خودارزیابی، مرور توسط همکار، پایش مشارکتی، پرسشنامه، مصاحبه، گزارش، بررسی،..... صورت می گیرد.

۳۰- حیطه پایش: در این قسمت باید تعیین گردد پایش در چه حیطه ای:

۱- فرآیندها/فعالیت ها (پشتیبانی، بازاریابی، ارائه خدمت)

۲- تغییر مقدماتی/تغییر آگاهی /برونداد output

۳- تغییر واسطه ای / تاثیر/تغییر در رفتار فرد (effect) { انجام می شود.

۳۱- شاخص های پایش: در این قسمت باید مشخص کنید چه شاخص یا شاخص هایی برای پایش این مداخله تعیین شده است. مثلاً " در آموزش همگانی درصد برنامه های آموزشی برگزار شده و درصد شرکت کنندگان در برنامه آموزشی در مراکز بهداشتی درمانی از شاخص های پایش برنامه است که می توان از روش چک لیست، گزارش و بررسی استفاده کرد.

برای هر شاخص، صورت و مخرج شاخص، شیوه و محل جمع آوری داده، سطح استفاده از شاخص، توالی جمع آوری داده و معیار هدف را مشخص کنید و در جدول شماره ۲ بنویسید.

۳۲- نحوه ارزشیابی مداخله: در این قسمت باید مشخص شود ارزشیابی اجرای مداخله برای تعیین میزان دست

یابی به هدف به چه شکل انجام می شود. یعنی باید تعیین شود از طریق کدام یک از روش های نظارت مستقیم/مشاهده، چک لیست، خودارزیابی، مرور توسط همکار، پایش مشارکتی، پرسشنامه، مصاحبه، گزارش، بررسی، آزمایش بیوشیمیایی، ... صورت می گیرد. مثلاً" در آموزش همگانی می توان از روشهای چک لیست، گزارش و بررسی استفاده کرد.

در ارزشیابی تغییر (اندازه گیری اثر مداخله)، مشخص کنید آیا نیاز به مداخله بیشتری و یا دیگری است؟ چه نیازهایی برآورده نشد؟

۳۳- **حیطه ارزشیابی:** این قسمت باید تعیین گردد ارزشیابی در چه حیطه ای:

۱- برونداد/تغییر مقدماتی/تغییر آگاهی output

۲- تاثیر/تغییر در رفتار فرد/تغییر واسطه ای effect

۳- تغییر نهایی در جامعه/پی آمد/تغییر بیولوژیک out come

۴- اثرغایی/impact/فراهمی، پوشش، بهره سلامتی انجام می شود.

۳۴- **شاخص های ارزشیابی:** در این قسمت باید تعیین شود چه شاخص یا شاخص هایی برای ارزشیابی این مداخله تعیین شده است. مثلاً" در آموزش همگانی میزان انجام رفتار خاص در گروه هدف از شاخص های برنامه است که می توان از روش بررسی استفاده کرد.

برای هر شاخص، صورت و مخرج شاخص، شیوه و محل جمع آوری داده، سطح استفاده از شاخص، توالی جمع آوری داده و معیار هدف را مشخص کنید و در جدول شماره ۳ بنویسید.

۳۵- **عوارض جانبی، ملاحظات اخلاقی، مقبولیت فرهنگی:** در این قسمت لازم است پیش بینی گردد، اجرای مداخله در جامعه چه عوارضی ایجاد می کند و چه ملاحظات اخلاقی دارد. مثلاً" در مورد آموزش همگانی دادن اطلاعات نادرست و یا اطلاعات متضاد و ناهمگون در مردم عدم اعتماد ایجاد میکند. برای مثال در بحث حذف مصرف نمک در سفره مسائل مذهبی و یا محلی را باید در نظر گرفت.

۳۶- **مرجع و سابقه مداخله:** در این قسمت باید به مراجع و سوابق اجرای مداخلاتی که این مداخله مبتنی بر آن طراحی شده است و نتایج حاصل از اجرای آن اشاره کرد. برای مثال می توان در مداخله آموزش همگانی به اجرای این مداخله در سایر طرح های تحقیقاتی داخل کشور و طرح های خارجی و نتایج آن اشاره کرد.

۳۷- **طراحی بسته خدمات/فعالیت ها:** در این قسمت باید به فعالیت هایی که در ارتباط با این مداخله انجام می گیرد، اشاره کرد و نحوه اجرای این فعالیت ها را به تفکیک بر حسب مسئول اجراء، مکان اجراء، زمان لازم، تعداد و

تکرار مورد انتظار، روش اجراء و بودجه لازم مشخص و در جدول شماره ۴ بنویسید... در مداخلات آموزشی به روش های آموزشی مانند چهره به چهره، گروهی، مشاوره فردی یا گروهی، اشاره شود.

در پایان اجرای مداخله / ارزشیابی برنامه

۳۸- اثربخشی مداخله effectiveness: در انتهای برنامه اجرای مداخله باید مشخص کنید آیا این مداخله در کشور / منطقه ما را به نتیجه مطلوب میرساند، یعنی قابلیت اجراء دارد. سهولت اجرای مداخله بسیار مهم است. برای یکنواخت شدن گزارش این قسمت می توان نتایج را در جدول شماره ۵ نوشت.

اثربخشی: تعیین میزانی است که اهداف از پیش تعیین شده برنامه واقعا " منجر به دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت گردیده است. به عبارت دیگر آیا مداخله با ارزش بوده است؟ اثربخشی همچنین می تواند به افزایش قدرت پاسخگویی در تامین نیازهای منطقه ای، کارگروهی ارتقاء یافته و دستاوردهای اجتماعی و بهداشتی برای مشتریان و جوامع منجر شود.

۳۹- کارایی مداخله efficiency (هزینه - نتیجه): در این قسمت باید تعیین شود چه مبلغی برای اجرای این مداخله هزینه شده است و بعد مشخص شود آیا در مقابل این هزینه به نتیجه مطلوب رسیده ایم و این مداخله برای رسیدن به هدف از نظر اقتصادی با صرفه است (یعنی اگر این مداخله انجام نشود در مقابل چه مقدار باید صرف رفع مشکل یا بیماری شود).

کارایی: میزان دستیابی به اهداف است. بررسی میزان کارایی از طریق مقایسه نتایج بدست آمده در مداخلات جداگانه با استفاده از روش های مختلف، یا روش های مختلف مورد استفاده در مداخلات مشابه به منظور شناسایی مداخله یا متدولوژی که به نتایج بهتری دست پیدا کرده است، امکانپذیر است. کارایی گاهی اوقات با شاخص های عملکرد خوب و شاخص های موفقیت سنجیده می شود.

اقتصادی: بررسی می کند که میزان دستیابی به دستاوردهای اولیه، واسط و بلند مدت چقدر اقتصادی بوده است که به آن ممکن است «ارزش پولی» نیز گفته شود. تحلیل های هزینه - فایده به دلیل مقایسه هزینه یک مداخله با هزینه سایر فعالیت های جایگزین، پیچیده هستند و متکی به قیمت گذاری ورودی ها (تسهیلات، نیروی انسانی، موارد و تجهیزات و ...) و فایده مداخلات (افزایش دسترسی به خدمات، تغییرات مثبت در نگرش، دانش و رفتار افراد، کاهش رفتارهای پرخطر و ...) است. قیمت گذاری روی دستاوردهای نیازهای بهداشتی و اجتماعی بسیار مشکل است.

۴۰- پایداری مداخله sustainability: در این قسمت باید مشخص شود آیا اجرای این مداخله تحت شرایط موجود قابل تداوم است و تابع شرایط دیگری نیست و متوقف نمی شود.

۴۱- فرضیه نهایی: در این قسمت باید یک فرضیه قبل از اجرای مداخله تهیه شود. مثلاً " اجرای برنامه آموزشی

خاص در مدارس سبب کاهش رفتار خاص می شود. بعد از اجرای مداخله می توان فرضیه را تایید یا رد کرد و با توجه به نتایج حاصل از اجراء و ارزشیابی مداخله، تئوری نهایی را ارائه کرد.

شناسنامه مداخلات اصلاح شیوه های زندگی برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

۱- نام برنامه:

۲- نوع مشکل و وضعیت موجود:

۳- نحوه تعیین مداخله:

۴- نام مداخله:

۵- هدف کلی برنامه مداخله:

۶- هدف بلافاصله از اجراء مداخله:

۷- اهداف اختصاصی برنامه مداخله:

۸- نوع مداخله از نظر سطح پیشگیری :

۱- سطح صفر (پیشگیری مقدماتی) ۲- سطح یک (پیشگیری اولیه) ۳- سطح دو (پیشگیری ثانویه، ثالثیه)

۹- نوع مداخله از نظر حیطه اجراء:

۱- نظام سلامت ۲- جامعه ۳- فرد/خانواده

۱۰- نوع مداخله از نظر شیوه اجراء/نحوه انجام مداخله:

۱- مداخلات محیطی ۲- مداخلات جمعیتی

۱۱- نوع مداخله از نظر ماهیت: (در این قسمت تنها یک گزینه را انتخاب نمائید)

- ۱- قانون گذاری ۲-آموزشی ۳- خدمات غیر آموزشی (مانند پروفیلاکسی) ۴- خدمات
 غربالگری ۵- خدمات درمانی ۶- خدمات توانبخشی ۷- مراقبت
 اپیدمیولوژی ۸- پایش و ارزشیابی ۹- مشاوره ۱۰- جلب
 حمایت همه جانبه ۱۱-بازاریابی اجتماعی ۱۲-سایر.....

۱۲- نوع مداخله از نظر سازمانی:

- ۱-درون سازمانی(درون بخشی) ۲-برون سازمانی(برون بخشی)

۱۳-مجری/مجریان (سازمان ها/مراکز همکار) مسئول طراحی و اجرای مداخله:**۱۴-دست اندرکاران (سازمان ها و گروه های تاثیرگذار بر و تاثیر پذیر از مداخله):****۱۵-سطح عملیات در مداخله(سطح اجراء/هماهنگی):**

- ۱-ستادی ۲-دانشگاهی ۳-استانی ۴-شهرستانی ۵-منطقه ای

۱۶-گروه/گروه های هدف در مداخله:

- ۱- دانش آموزان ۲- دانشجویان ۳- صنف ۴- کارگران ۵- نظامیان ۶- روحانیون ۷-زنان خانه دار
 ۸-کشاورزان ۹- بازنشستگان و سالمندان ۱۰-معلمان و اساتید ۱۱- کارکنان ادارات ۱۲- افراد در
 معرض خطر ۱۳- بیماران ۱۴- جوانان ۱۵- مقامات سیاسی استان ۱۶-
 مقامات سیاسی دولت مرکزی ۱۷- مجلس ۱۸- وزارت بهداشت ۱۹- سایر مراکز تصمیم
 گیری در کشور ۲۰- انجمن های علمی و تحقیقی
 ادارات ۲۲- آحاد جامعه ۲۳-سایر.....

علت انتخاب این گروه ها:**۱۷-میزان پوشش:**

۱۸- مکان اجرای مداخله:**۱۹- فعالیت های اجرای مداخله:**

۱- دائمی ۲- مقطعی ۳- مدت اجراء:.....

جدول شماره ۱- فعالیت های مداخله

ردیف	فعالیت های مداخله	مقطع زمانی (مدت اجراء)	متوسط زمان لازم برای اجرای فعالیت	دفعات انجام فعالیت طی مدت مداخله	دانش و مهارت لازم برای اجرای فعالیت	تعداد نیروی انسانی مورد نیاز	نوع نیروی انسانی مورد نیاز (تخصص)

۲۰- کارآمدی مداخله efficacy :

۲۱- میزان فراهمی مداخله availability :

۲۲- میزان دسترسی مداخله accessibility :

۲۳- مجوزها و هماهنگی های مورد نیاز برای اجرای مداخله:

۲۴- دانش و مهارت مورد نیاز:

۲۵- فرآیندهای پشتیبان/سازمان های پشتیبان:

۲۶- منابع مورد نیاز برای اجرای مداخله(ابزار، وسایل، تجهیزات، مواد، نیروی انسانی):

۲۷- هزینه های انجام مداخله:

۲۸- محل تامین هزینه:**شاخص ها:****۲۹- نحوه پایش مداخله:****۳۰- حیطة پایش:****۳۱- شاخص های پایش:****جدول شماره ۲- شاخص های پایش**

معیار هدف	توالی جمع آوری داده	سطح استفاده از شاخص	محل جمع آوری داده	شیوه جمع آوری	مخرج شاخص	صورت شاخص	عنوان شاخص	ردیف

۳۲- نحوه ارزشیابی ارزشیابی:**۳۳- حیطة ارزشیابی:****۳۴- شاخص های ارزشیابی:****جدول شماره ۳- شاخص های ارزشیابی**

معیار هدف	توالی جمع آوری داده	سطح استفاده از شاخص	محل جمع آوری داده	شیوه جمع آوری	مخرج شاخص	صورت شاخص	عنوان شاخص	ردیف

--	--	--	--	--	--	--	--	--

۳۵- عوارض جانبی ، ملاحظات اخلاقی ، مقبولیت فرهنگی :

۳۶- مرجع و سابقه مداخله:

۳۷- طراحی بسته خدمات / فعالیت ها:

جدول شماره ۴- برنامه عملیاتی

ردیف	عنوان فعالیت	مسئول اجراء	مکان اجراء	زمان لازم	تواتر و تکرار مورد انتظار	روش اجراء	بودجه مورد نیاز

۳۸- اثربخشی مداخله effectiveness :

جدول شماره ۵- اثربخشی مداخله

از شاخص مورد نظر فرا تر رفته ایم	به شاخص مورد نظر رسیده ایم	به شاخص مورد نظر نرسیده ایم	استخراج از ارزشیابی
			استخراج از پایش
			استانداردهای برنامه رعایت شده است
			استانداردهای برنامه رعایت نشده است

۳۹- کارایی مداخله efficiency (هزینه - نتیجه) :

۴۰- پایداری مداخله sustainability :

۴۱- فرضیه نهایی:

پیوست شماره ۱

برنامه های پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

هدف کلان:

افزایش شاخص توسعه انسانی به ۰/۸۳۵ در انتهای سال ۱۳۹۴ (GP31).

اهداف راهبردی:

- کاهش بار ناشی از بیماری های ایسکمیک قلبی-عروقی، عضلانی-اسکلتی، دیابت حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه (در گروه های سنی در معرض خطر)
- کاهش بار ۳ سرطان شایع (کولورکتال، پستان و پوست) و دو سرطان اختصاصی (سرویکس و پروستات) به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش بار ناشی از بیماری های تنفسی (آسم و COPD) به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه (در گروه های سنی در معرض خطر)
- کاهش بار بیماری های ژنتیکی قابل پیشگیری (تالاسمی و هموفیلی و فنیل کتونوری) به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه
- افزایش میزان دندان های پر شده F در شاخص DMFT در دانش آموزان (زیر ۱۸ سال) به میزان ۳۰٪ تا پایان برنامه

راهبرد ها:

- ساماندهی نظام جامع مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر
- تدوین، تصویب سند سیاست و تقویت تولیت و مدیریت یکپارچه بیماری های غیر واگیر
- تدوین و استقرار برنامه نظارت بین بخشی برای کنترل عوامل خطر بیماری های غیر واگیر (در راستای اجرای ماده ۳۷ قانون برنامه توسعه پنجم)
- تهیه سند سیاست و بستر سازی جهت تشکیل صندوق ملی ارتقای سلامت
- استقرار و تقویت نظام پایش و ارزشیابی بیماری های غیر واگیر در سطح ملی و تحت ملی
- استاندارد سازی پروتکل های پیشگیری، تشخیصی و درمانی بیماری های غیر واگیر
- توسعه مداخلات کاهش عوامل خطر مشترک بیماری های غیر واگیر

- بهبود تولید و تامین منابع مالی پایدار برای مدیریت بیماری های غیر واگیر
- گسترش برنامه شناسایی فرصت طلبانه افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به بیماری های غیرواگیر به صورت ادغام یافته
- توسعه کمی و کیفی خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی در سطوح ارائه خدمات سلامتی
- ساماندهی کمی و کیفی شبکه های تحقیقاتی کاربردی مدیریت بیماریهای غیر واگیر کشور بعنوان بازوی مشورتی و اجرایی و توسعه پژوهش های کاربردی
- تدارک خدمات فردی و جمعیتی مدیریت بیماری های غیر واگیر
- توسعه کمی و کیفی خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی در سطوح ارائه خدمات سلامتی

راهبرد: توسعه مداخلات کاهش عوامل خطر مشترک بیماری های غیر واگیر

پروژه ها :

- ساماندهی نظام جامع مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر
- تدوین سند سیاست و استقرار برنامه بین بخشی "پیشگیری از کم تحرکی"
- راه اندازی برنامه پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی در گروه های مختلف سنی
- تدوین و اجرای برنامه "ترویج فعالیت های پیشگیرانه بهداشتی جهت کاهش استعمال دخانیات"
- تدوین برنامه غنی سازی /مکمل یاری مواد غذایی با ویتامین D و آماده سازی اجرای آن در دانشگاه های منتخب

شیوه نامه تحلیل و ارزیابی روند تغییرات عوامل خطر بیماری های غیر واگیر (براساس نتایج

برنامه نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر)

- تعیین شیوع عوامل خطر بیماری های غیرواگیر
- تعیین نقشه اپیدمیولوژیک بیماری های غیرواگیر و عوامل خطر آنها در سطح دانشگاه علوم پزشکی
- برنامه ریزی اقدامات مداخله ای برای کاهش عوامل خطر

پیوست شماره ۲۵

بسمه تعالی

پوستر آموزشی تدوین برنامه ریزی عملیاتی برنامه های کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر در سطح ستاد استان، شهرستان، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

تهیه و تدوین: دکتر فرشاد فرزادفر

افزایش میزان پوشش خدمت			افزایش کیفیت خدمت افزایش اثربخشی خدمت		اهداف کلی خدمت
اهداف مربوط به رضایت	اهداف مربوط به تقاضا	اهداف دسترسی	اهداف فرآیندی	اهداف ساختاری	

اهداف اختصاصی خدمت	افزایش دسترسی به تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به داروی مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به مواد مصرفی مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به و دفاتر مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش دسترسی به مواد کمک آموزشی مورد نیاز برای ارائه خدمت	افزایش میزان آگاهی پرسنل بهداشتی جهت ارائه خدمت	افزایش میزان مهارت پرسنل بهداشتی جهت ارائه خدمت	افزایش میزان آگاهی گیرندگان خدمت در خصوص نکات فنی خدمت	افزایش میزان اجرای صحیح فرایند خدمت به تفکیک نوع فرایند خدمت	افزایش میزان دسترسی «فیزیکی، مسافتی، زمانی، اقتصادی، اخباری به خدمت»	افزایش میزان آگاهی مردم در خصوص فوائد دریافت خدمت	افزایش میزان رضایت مردم از اثر بخشی خدمت - بی ضرری خدمت - مدت انتظار برای دریافت خدمت - هزینه خدمت - محیط مناسب و بهداشتی ارائه خدمت - احترام به مراجعہ کننده برای دریافت خدمت - توجه به نظرات و مشکلات مراجعہ کننده برای دریافت خدمت - تداوم خدمت
--------------------	--	--	---	--	--	---	---	--	--	--	---	--

۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز	۱-استانداردسازی و اصلاح شیوه های تعیین نیاز
نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز	نیاز
۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار	۲-شفاف نمودن منابع تامین اعتبار
۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید	۳-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های خرید
۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری	۴-استانداردسازی و اصلاح انبارداری
۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).	۵-استاندارد سازی و اصلاح توزیع (در سطوحی که توزیع جزء شرح وظایف آنان میباشد).
۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری	۶-استانداردسازی بهره برداری
۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها	۷-نظارت بر اجرای استانداردها
۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری	۸-استاندارد سازی و اصلاح شیوه های کناره گذاری
۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها	۹-نظارت بر اجرای استانداردها

فیزیکی و مسافتی:

- ۱-تعمین نیاز آموزشی
- ۲-تعمین اهداف آموزشی
- ۳-تهیه استانداردهای مهارتی
- ۴-آموزش یا بازآموزی مهارت
- ۵-ارزشیابی مجدد مهارت های آموزشی داده شده در فواصل زمانی مختلف
- ۶-تعمین نیاز آموزشی
- ۷-تعمین اهداف آموزشی
- ۸-تهیه استانداردهای مهارتی
- ۹-آموزش یا بازآموزی مهارت
- ۱۰-ارزشیابی مجدد مهارت های آموزشی داده شده در فواصل زمانی مختلف

زمانی:

- ۱-افزایش زمان آرایه خدمت
- ۲-متناسب کردن زمان آرایه خدمت با زمانی که مراجعه کننده می تواند جهت دریافت خدمت مراجعه نماید

اخباری:

- ۱-آگاهی بخشی و اطلاع رسانی در خصوص آرایه خدمت مورد نظر در واحدهای آرایه خدمت

اقتصادی:

- ۱-همکاری و هماهنگی با سازمانها و نهادهای حمایتی

اثر بخشی:

- ۱-کلیه استراتژی های هدف کلی بهبود کیفیت بی ضرری:
- ۱-آموزش پرسنل
- ۲-ایجاد مهارت مناسب پرسنل
- ۳-آموزش مردم در مورد عوارض
- ۴-غربالگری مناسب و دقیق کنتراوندیکاسیون های دریافت خدمت

مدت انتظار:

- ۱-افزایش زمان آرایه خدمت
- ۲-توزیع مراجعات در زمان
- ۳-واگذاری خدمت به بخش خصوصی

محیط مناسب و بهداشتی:

- ۱-نظارت مناسب بر نظافت واحد
- ۲-استفاده مراکز از فضای واحد جهت آرایه مناسب خدمت

احترام به مراجعه کننده:

- ۱-آموزش پرسنل در خصوص اهمیت

فعالیتها: در اینجا به نوع فعالیتها اشاره نمیشود زیرا فعالیتهای بهداشتی هستند که میتوانند ما را به استراتژیهای بالا برسانند. تنها به ذکر نکاتی جهت کمک به پرسنل مراکز شهری و روستایی جهت طراحی برنامه عملیاتی بسنده میکنیم	<p>۱- تعیین نیاز: بهترین اقدام در این زمینه استفاده از تعیین نقطه سفارش است. منظور از نقطه سفارش آن است که حجم یا تعداد مواد مصرفی یا دارو به چه میزانی برسد تا واحد مربوطه اقدام به درخواست مجدد آن نماید.</p> <p>نقطه سفارش از دو مؤلفه مصرف روزانه و مدت طول کشیده از زمان درخواست تا دریافت مواد مصرفی و دارو شکل میگیرد.</p> <p>نقطه سفارش = مصرف روزانه × مدت طول کشیده از زمان درخواست تا تحویل دارو به واحد</p> <p>۲- تامین اعتبار و خرید معمولاً از شرح وظایف مراکز شهری و روستایی نبوده بنابراین مداخله ایی برای آن طراحی نخواهند نمود.</p> <p>۳- اگر استانداردهای تعیین نیاز به درستی انجام شده باشد در تعیین استانداردهای توزیع مشکل وجود نخواهد داشت.</p> <p>۴- استانداردهای بهره برداری در خصوص تجهیزات و مواد مصرفی و دارو مجموعه ای از دستورالعملها خواهد بود که استفاده و مصرف درست و مناسب از تجهیزات، دارو و مواد مصرفی را تضمین می نماید.</p> <p>۵- استانداردهای نگهداری تجهیزات مجموعه ای از دستورالعملها خواهد بود که عمر مناسب وسیله را تضمین خواهد نمود.</p> <p>۶- استانداردهای کنارگذاری تجهیزات مجموعه ای از دستورالعملها خواهد بود که از کنار گذاری بی مورد وسیله از سیستم جلوگیری به عمل می آورد</p>	<p>کلیه فعالیتهایی که می توانند در زمینه آموزش و بازآموزی صورت پذیرد شامل:</p> <p>فعالتهای آموزشی صوتی و تصویری:</p> <p>نمایش فیلم، گوش کردن به نوار کاست، استفاده از سی دی آموزشی...، استفاده از امکانات صدا و سیما و روزنامه ها...</p> <p>فعالتهای آموزشی حضوری:</p> <p>آموزش چهره به چهره، کلاس آموزشی یا جلسات آموزشی، کارگاه، سمینار سمپوزیوم، فوروم، سایر فعالیتهای آموزشی حضوری</p> <p>فعالتهای آموزشی مکتوب:</p> <p>تهیه پمفلت، پوستر، فلیپ چارت و... تهیه جزوات آموزشی و... تهیه پلاکار، تراکت و...</p> <p>فعالتهای مربوط به ارزشیابی اقدامات آموزشی:</p> <p>می تواند پره تست و پست تست باشد و یا هر روش قابل سنجش و مناسب دیگری</p>	<p>۱-تعریف استانداردهای فرایند خدمت بر حسب نوع خدمت</p> <p>۲- Field visit و پایش اجرای فرایند مطابق استاندارد</p> <p>۳- کنترل اجرای فرایند مطابق استاندارد بر اساس مصاحبه خارج از مرکز (Exite interview)</p>	<p>فیزیکی و مسافتی:</p> <p>۱- کلیه فعالیتهای احداث و راه اندازی شامل: ساخت، تعمیر، خرید تجهیزات و وسایل، تجهیز، جذب نیرو، استخدام و بکارگیری نیرو، انجام فعالیتهای سیاری بهورزان و کاردانی، استفاده از امکانات موتورهای مراکز در شرایط خاص و سایر اقدامات</p> <p>۲- کلیه فعالیتهای این بخش شامل: تعیین ساعات اضافه کاری، دو هفته نمودن زمان ارائه خدمت، تعیین وقت قبلی توسط مرکز برای مراجعه کنندگان، تلاش در جهت آوردن مراجعه کننده به منظور ارائه خدمت به مرکز در ساعات غیر فعال اداری از طریق آموزش و... اخباری:</p> <p>۳- کلیه فعالیتهای این بخش شامل: استفاده از بسیج چند رسانه ای همانگونه که در قسمت آموزش توضیح داده شد به منظور اطلاع</p>	<p>اثر بخشی:</p> <p>۱- کلیه فعالیتهایی که در بخش اثربخشی توضیح داده شد می تواند به منظور فعالیت از اثر بخشی مورد اسفاده قرار گیرد.</p> <p>بی ضروری:</p> <p>۱- کلیه فعالیتهای مربوط به استراتژی آموزش که در قسمت آموزش پرسنل توضیح داده شد می تواند در نظر گرفته شود.</p> <p>۲- کلیه فعالیتهای مربوط به استراتژی آموزش مهارت که در قسمت مهارت پرسنل توضیح داده شد می تواند در نظر گرفته شود.</p> <p>۳- کلیه فعالیتهایی که بحث آموزشی مردم در خصوص نکات فنی توضیح داده شد می تواند در نظر گرفته شود.</p> <p>۴- کلیه فعالیتهایی که در بحث فرایندها توضیح داده شد می تواند در نظر گرفته شود.</p> <p>مدت انتظار: ۱۰۴</p> <p>۱- کلیه فعالیتهای ذکر</p>
--	--	--	--	--	---

* استراتژی هایی با اهمیت همانند هماهنگی برون بخشی، همکاری درون بخشی، مشارکت مردمی و ...، در تمامی اهداف پیشگفت قابل استفاده هستند	
<p>در تمامی فرایندهای پشتیبان و خدمت می توان از روش FOCUS- PDCA جهت ارتقای فرایند استفاده نمود</p> <p>در صورت ارتقا در محدوده بزرگتری اقدام نماییم: Act - کنترل کنیم: Check - اجرا کنیم: Do - برنامه ریزی کنیم: Plan - نوع مداخله را انتخاب کنیم: Select - علل تغییرات فرایند را به درستی در یابیم: Understand - نحوه اجرای فرایند را به درستی بشناسیم: Clarify - تیم بررسی فرایند را سازماندهی کنیم: Organize - مشکل را بیابیم: Find</p>	

*در کلیه برنامه ها واگذاری فعالیتها به بخش خصوصی مؤثرترین و بهترین استراتژی است.

*پس از تعیین شاخص های دچار مشکل در سطح مرکز بر اساس فرم شماره ۱۰ نظام پایش و ارزشیابی، هدف کلی و اختصاصی به منظور اصلاح شاخص مورد نظر را تعیین نمایید ببینید کدامیک از استراتژی های اشاره شده در قسمت استراتژی ها می تواند شما را یاری نماید. یک یا چند استراتژی یا همه استراتژی های اشاره شده می تواند شما را یاری نماید همچنین می توانید از استراتژی هایی استفاده نمایید که در اینجا به آن اشاره ای نشده است. پس از تعیین استراتژی ها به قسمت فعالیتها بروید و بر اساس ستون مربوط به هر استراتژی فعالیتهای مورد نظر خود را تعیین نمایید.

*«فراموش نکنید که اطلاعات این پوستر شما را در برنامه ریزی یاری می نماید و تنها الگویی برای برنامه ریزی است»