

مداخلات سلامت اجتماع محور اصول وکاربردها

اصول وکاربردها
مداخلات سلامت اجتماع محور

COMMUNITY-BASED HEALTH INTERVENTIONS

تالیف:
سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز - ژانکو
ترجمه:
دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

تالیف:
سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز - ژانکو
ترجمه:
دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

SALLY GUTTMACHER • PATRICIA J. KELLY • YUMARY RUIZ-JANECKO

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

مداخلات سلامت اجتماع محور

اصول و کاربردها

تالیف:

سالی گوتماخر

پاتریشیا کلی

یوماری روییز-ژانکو

ترجمه:

دکتر اکرم کریمی شاهنجرینی

ویراستار:

دکتر محسن شمس

زیر نظر:

دکتر علی اکبر سیاری

دکتر شهرام رفیعی فر

مجمعه

تهران، ۱۳۹۶

سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	Guttmacher, Sally گوتماخر، سالی	موضوع موضوع موضوع موضوع	موضوع موضوع موضوع موضوع	موضوع موضوع موضوع موضوع
مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست نویسی: فیبا یادداشت	مشخصات نشر مشخصات ظاهری شابک وضعیت فهرست نویسی: فیبا یادداشت	تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶. ۳۰۶ ص: جدول. ۹۷۸-۶۰-۹۶۹۳۳-۹-۹ عنوان اصلی:	کاربردها / تالیف سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز-ژانکو؛ ترجمه‌ی اکرم کریمی‌شاهنجری؛ ویراستار محسن شمس؛ زیر نظر علی‌اکبر سیاری، شهرام رفیعی‌فر؛ به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت. نیران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶. ۳۰۶ ص: جدول. ۹۷۸-۶۰-۹۶۹۳۳-۹-۹ عنوان اصلی:	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده	شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده شناسه افزوده
یادداشت	یادداشت	Community-based health interventions: principles and, 2010 applications واژه‌نامه:	رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۹۴۰۰۲	رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۹۴۰۰۲	رده بندی کنگره رده بندی دیویی شماره کتابشناسی ملی: ۴۷۹۴۰۰۲



نشر مجسمه

مداخلات سلامت اجتماع محور

اصول و کاربردها

تألیف: سالی گوتماخر، پاتریشیا کلی، یوماری روییز، ژانکو

مترجم: دکتر اکرم کریمی شاهنجری

ویراستار: دکتر محسن شمس

زیر نظر: دکتر علی‌اکبر سیاری، دکتر شهرام رفیعی‌فر

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت

ناشر: مجسمه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

صفحه آرایبی: منیرالسادات حسینی

چاپ: طرفه

شابک: ۹۷۸-۶۰-۹۶۹۳۳-۹-۹

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰

تلفن: ۶۶ ۹۷ ۲۷ ۵۱ فکس: ۶۶ ۹۷ ۲۷ ۵۰

پخش: ۶۶ ۵۶ ۰۹ ۸۵

فهرست مطالب

۱۳	مقدمه مولفان
۱۷	درباره نویسندگان
۱۹	بخش ۱: معرفی مداخلات اجتماع محور
۲۱	فصل اول: بهبود سلامت در محیط‌های اجتماعی
۲۳	نگاه کلی
۲۳	تعریف اجتماع
۲۳	مکان به عنوان معرف یک اجتماع
۲۴	تعریف اجتماع‌ها براساس نگرانی‌های مشترک
۲۵	نظریه بوم شناختی و سطوح پیشگیری
۲۶	کاربرد نظریه بوم شناختی در مداخلات اجتماع محور
۲۶	اقدامات پیشگیرانه متمرکز بر اجتماع
۲۸	نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطح پیشگیری
۳۱	خلاصه
۳۱	فعالیت
۳۱	سوالات بحث
۳۳	فصل دوم: تاریخچه مختصری از مداخلات سلامت اجتماع محور
۳۵	نگاه کلی
۳۵	مداخلات سلامت اجتماع محور: ابزاری برای تغییر
۳۵	منطق تدوین مداخلات اجتماع محور
۳۷	اصول و فرضیات مداخلات سلامت اجتماع محور
۳۹	مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
۴۵	سیر تکامل مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
۴۵	بهبود ظرفیت‌های اجتماع برای طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور
۴۷	اصلاح راهبردهای موجود و تدوین موارد جدید
۴۸	اصلاح روش‌های ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور
۵۰	خلاصه
۵۰	فعالیتها
۵۱	پرسش‌های بحث

۵۳	فصل سوم: مسایل اخلاقی در مداخلات اجتماعی
۵۵	نگاه کلی
۵۵	ادغام مباحث اخلاقی در اقدامات سلامت عمومی
۵۶	طراحی ضوابط اخلاقی حرفه‌ای
۵۷	ویژگی‌های مشترک ضوابط اخلاقی
۵۹	کمیته‌های اخلاق
۵۹	مسئولیت‌های کمیته اخلاق در قبال شرکت‌کنندگان در مطالعه
۵۹	مسئولیت پژوهشگران در مقابل کمیته اخلاق
۶۰	جمعیت‌های آسیب پذیر
۶۱	اجازه و رضایت
۶۱	فرم رضایت
۶۳	رضایت کودک
۶۴	محافظت از شرکت‌کنندگان مطالعه
۶۵	استفاده از مشوقها
۶۶	محافظت در مقابل آسیب
۶۶	احترام به حقوق فردی
۶۷	اطمینان از کیفیت پژوهش
۶۷	پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها
۶۸	حفظ یکپارچگی پژوهش
۷۰	خلاصه
۷۰	فعالیت‌ها
۷۰	پرسش‌های بحث
۷۳	فصل چهارم: سطوح و انواع مداخلات اجتماع محور
۷۵	نگاه کلی
۷۵	تمرکز بوم شناختی بر انواع پیشگیری
۷۶	پیشگیری سطح اول
۷۶	پیشگیری سطح دوم
۷۷	پیشگیری سطح سوم
۷۸	انتخاب هدف مداخله
۷۹	نمونه‌هایی از مداخلات در سطوح مختلف پیشگیری
۸۵	خلاصه
۸۵	فعالیت‌ها

۸۶	.....	سولات بحث
۸۷	.....	بخش ۲: طراحی مداخلات
۸۹	.....	فصل پنجم: چارچوبی برای طراحی مداخلات اجتماع محور
۹۱	.....	نگاه کلی
۹۱	.....	راهنمای نظری برای مداخلات سلامت
۹۱	.....	الگوهای نظری
۹۲	.....	سازدهای نظریه
۹۳	.....	سنجش سازدهای نظری
۹۴	.....	دسترسی و استفاده از ارایه‌دهندگان خدمات غیر اورژانس
۹۴	.....	نمونه‌هایی از کاربرد نظریه‌ها در هر یک از چهار سطح بوم شناختی
۹۴	.....	نظریه مداخله برای تغییر در سطح گروهی
۹۷	.....	نظریه مداخله برای تغییر در سطح سازمانی
۹۹	.....	نظریه‌های مداخله برای تغییر در سطح اجتماع
۱۰۱	.....	نظریه‌های مداخله برای تغییرات در سطح سیاستی
۱۰۲	.....	خلاصه
۱۰۳	.....	فعالیت‌ها
۱۰۳	.....	سوالات بحث
۱۰۵	.....	فصل ششم: جمع‌آوری و مدیریت داده‌ها
۱۰۷	.....	نگاه کلی
۱۰۷	.....	داده‌ها: بخشی حیاتی یک پژوهش
۱۰۷	.....	چرا داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنیم؟
۱۰۸	.....	انواع داده‌ها
۱۰۹	.....	جمع‌آوری داده‌های کمی
۱۱۱	.....	تدوین پرسشنامه
۱۱۵	.....	جمع‌آوری داده‌های پیگیری
۱۱۶	.....	نمونه‌گیری و مباحث مرتبط
۱۱۸	.....	جمع‌آوری داده‌های کیفی
۱۱۹	.....	انواع مصاحبه
۱۲۰	.....	مصاحبه‌های گروهی
۱۲۱	.....	مدیریت داده‌های کیفی
۱۲۲	.....	پس از جمع‌آوری داده‌ها
۱۲۴	.....	خلاصه

۱۲۴	.....	فعالیتها
۱۲۵	.....	سوالات بحث
۱۲۷	.....	بخش ۳: فعالیت در حین مداخله
۱۲۹	.....	فصل هفتم: سنجش نیازهای اجتماع
۱۳۱	.....	نگاه کلی
۱۳۱	.....	اجزای ضروری ارزیابی اجتماعی
۱۳۱	.....	ارتباط با دست اندرکاران
۱۳۲	.....	تدوین سوالات راهنما
۱۳۳	.....	انواع ارزیابی
۱۳۴	.....	جمع آوری داده ها
۱۳۴	.....	داده‌های موجود
۱۳۵	.....	تحلیل داده ها
۱۳۶	.....	تقویت یافته‌ها
۱۳۶	.....	درونداد اجتماعی
۱۳۷	.....	شناسایی نیازهای اولویت دار و شکاف خدمات
۱۳۹	.....	شناسایی خدمات و سایر منابع
۱۴۰	.....	خلاصه
۱۴۰	.....	فعالیتها
۱۴۱	.....	سوالات بحث
۱۴۵	.....	فصل هشتم: برنامه‌ریزی مداخله اجتماع محور
۱۴۷	.....	نگاه کلی
۱۴۸	.....	بررسی پایگاه داده‌های مرتبط
۱۵۰	.....	انجمنها و همایش‌ها
۱۵۱	.....	تمام گزینه‌ها را در نظر بگیرید
۱۵۲	.....	شفاف‌سازی اهداف اختصاصی
۱۵۴	.....	تعیین تناسب مداخله موجود
۱۵۵	.....	الگویی منطقی به عنوان یک راهبرد سازمان دهی
۱۵۶	.....	اجزای یک الگوی منطقی
۱۵۶	.....	راهبردهای سازمانی الگوهای منطقی
۱۵۸	.....	یک ارزیابی اجتماعی فرضی: مصرف دخانیات در نوجوانان
۱۵۸	.....	دروندادهای برنامه
۱۵۹	.....	موقعیت

۱۵۹	..... نمونه‌ای از الگوهای منطقی برای چهار حوزه بوم شناختی
۱۶۰	..... پیامدها یا نتایج حاصل از ترکیب فعالیت‌ها و دریافت
۱۶۷	..... خلاصه
۱۶۷	..... فعالیت‌ها
۱۶۷	..... سوالات بحث
۱۶۹	..... فصل نهم: اجرای مداخله اجتماع محور
۱۷۱	..... نگاه کلی
۱۷۱	..... اجرا در چهار سطح بوم شناختی
۱۷۲	..... مداخلات در سطح گروه و سازمان
۱۷۳	..... محتوا، زمان بندی و تدارکات
۱۷۴	..... آموزش کارکنان
۱۷۵	..... به کارگیری شرکت کنندگان
۱۷۶	..... انتخاب محل برگزاری
۱۷۷	..... مطالعه نمونه
۱۷۸	..... جزئیات نهایی
۱۷۹	..... مداخلات در سطح اجتماع یا سیاست
۱۸۰	..... درباره سیاست از منابع مختلف تحقیق کنید.
۱۸۰	..... تعیین منابع
۱۸۲	..... خلاصه
۱۸۲	..... فعالیت‌ها
۱۸۲	..... سوالات بحث
۱۸۳	..... فصل دهم: ارزیابی مداخله اجتماع محور
۱۸۵	..... نگاه کلی
۱۸۵	..... دلایل انجام ارزشیابی
۱۸۵	..... انواع ارزیابی
۱۸۷	..... ارزیابی کننده‌های بالقوه
۱۸۸	..... آمادگی برای انجام ارزیابی
۱۸۸	..... طراحی ارزشیابی
۱۹۵	..... انعطاف پذیری: یک مهارت ضروری در ارزیابی
۱۹۵	..... خلاصه
۱۹۶	..... فعالیت‌ها
۱۹۶	..... سوال بحث

بخش ۴: یادگیری از گذشته و تطابق با آینده	۱۹۷
فصل یازدهم: تامین منابع مالی و استمرار	۱۹۹
نگاه کلی	۲۰۱
تامین منابع مالی مداخلات سلامت اجتماع محور	۲۰۱
منابع بالقوه تامین منابع مالی	۲۰۲
واجدین شرایط تامین مالی (سرمایه گذاری)	۲۰۳
تفاوت بین قرارداد و کمک‌های مالی	۲۰۴
انتخاب تامین کنندگان بالقوه منابع مالی	۲۰۴
اجزای طرح پیشنهادی تامین منابع مالی	۲۰۶
خلاصه طرح پیشنهادی	۲۰۷
نمونه‌ای از اطلاعات الگوی استاندارد دانشگاه	۲۱۱
نمونه توصیف زمینه و مهارت‌های کارکنان	۲۱۲
اجزای بودجه	۲۱۴
هزینه‌های پرسنلی و غیر پرسنلی	۲۱۴
توجیه بودجه	۲۱۵
هزینه‌های غیر مستقیم	۲۱۵
نکاتی برای نوشتن درخواست کمک مالی برای افراد مبتدی	۲۱۷
تداوم و استمرار مداخله	۲۱۸
خلاصه	۲۱۹
فعالیت‌ها	۲۲۰
سوالات بحث	۲۲۰
فصل دوازدهم: مشکلات اجرایی	۲۲۱
نگاه کلی	۲۲۳
مشکلاتی که پیش می‌آید	۲۲۳
مشکلات طراحی	۲۲۳
مشکلات اجرایی	۲۲۵
تغییر (بی ثباتی حضور) کارکنان	۲۲۶
مشکلات ارزشیابی	۲۲۶
یافته‌های منفی	۲۲۹
خلاصه	۲۳۰
فعالیت‌ها	۲۳۰
سوالات بحث	۲۳۰

۲۳۱.....	فصل سیزدهم: آینده مداخلات سلامت اجتماع محور
۲۳۳	نگاه کلی
۲۳۳	انطباق روش‌های مداخله با اجتماع‌های قرن بیست و یکم.....
۲۳۴	بازتعریف فناوری اطلاعات از اجتماع.....
۲۳۵	افزایش اجتماع‌های مرتبط با سلامت از طریق اینترنت
۲۳۷	استفاده از اینترنت به عنوان یک ابزار سازماندهی اجتماع
۲۳۸	چالش و فرصت‌های دست اندرکاران سلامت عمومی
۲۴۰	اختلاط بین آموزش و سرگرمی
۲۴۰	استفاده از بازی‌های کامپیوتری برای دسترسی به اجتماع.....
۲۴۱	تجارب مجازی به عنوان یک روش مداخله.....
۲۴۲	استفاده از تلفن همراه و گوشی برای مداخله اجتماع.....
۲۴۳	دسترسی به جوامع محروم از طریق ابزارهای جدید ارتباطی
۲۴۴	یک محدودیت فناوری‌های جدید.....
۲۴۵	خلاصه
۲۴۶.....	فعالیت ها.....
۲۴۶.....	سوالات بحث
۲۴۷.....	فصل چهاردهم: مداخلات سلامت اجتماع محور در عمل
۲۴۹	نگاه کلی
۲۴۹	آرتزیت
۲۵۱	آسم
۲۵۳	واکسیناسیون بزرگسالان
۲۵۵	استفاده از الکل
۲۵۸	واکسیناسیون کودکان
۲۵۹	آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری
۲۶۱.....	تجاوز جنسی و خشونت در روابط
۲۶۲.....	سیگار کشیدن
۲۶۴.....	خلاصه
۲۶۵.....	واژه نامه
۲۹۳.....	References.....

مقدمه مولفان

ما به عنوان مدرسان دانشجویانی که جرات ورود به اجتماع را دارند، در سنامه‌ای که شامل فرآیند کامل انجام یک مداخله اجتماع محور باشد نیافتیم. این کتاب برای این گروه از دانشجویان و کارکنانی که برای هدایت چنین حوزه کاری مهارت ندیده‌اند، طراحی شده است. در این کتاب، مهارت‌های لازم برای اجرای یک مداخله اجتماع محور برای تغییر در سلامت اجتماع مرور خواهد شد. مداخلات سلامت اجتماع محور (که در فصل‌های بعدی از آن با عنوان مداخلات اجتماعی یاد می‌شود) با مداخلاتی که از طرف ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در محیط‌های بالینی انجام می‌شوند و تعاملی فرد به فرد دارد، متفاوت است. مداخلات سلامت در اجتماع، گروه‌هایی از افراد را درگیر می‌کنند و در مکان‌های مجزا مانند مدارس، کلیساها، کتابخانه‌ها، مراکز اجتماعی و بهداشتی و با برنامه‌هایی برای زنان، شیرخواران و کودکان اجرا می‌شوند. مداخلات سلامت اجتماع محور اهمیت زیادی دارند زیرا هدف آنها کاهش تاثیر بیماری‌ها، وضعیت‌های مغایر با سلامت مانند چاقی، خطرات مرتبط با سلامت مانند سیگار کشیدن و ایجاد محیط حمایت‌کننده برای حفظ تغییرات رفتاری است.

اجرای چنین مداخلاتی نیازمند داشتن زمینه پزشکی نیست ولی نیاز به داشتن مجموعه‌ای از مهارت‌های تخصصی دارد. برای اجرای موفق مداخلات اجتماعی، کارکنان و پژوهشگران باید دارای مهارت‌های ارتباطی مناسب به ویژه با افرادی که زمینه‌های کاری متفاوت دارند، باشند. آنها باید بتوانند به راحتی با گروه‌ها گفتگو کنند، قادر به تصمیم‌گیری بوده و بتوانند در محیطی که منابع محدود، پیچیده و ناآشنا داشته باشند، مداخله را پیش ببرند. چنین محیطی با یک درمانگاه یا بیمارستان که منابع در وضعیت کنترل شده‌ای هستند، متفاوت است. این تفاوت‌های محیطی ممکن است باعث ناخوشنودی پزشکان شود، ولی برای کارکنان بخش سلامت عمومی کمتر مشکل‌آفرین است زیرا آنان قبلاً با محیط‌های بالینی برخوردی نداشته و در نتیجه ناچار به تغییر کانون توجه خود از یک بیمار یا مراجعه‌کننده به یک گروه یا اجتماع نیستند.

نکته جالب کار در محیط‌های اجتماعی، سطح بالای رضایت و برقراری ارتباط با کسانی است که متعهد به اجرای این کار هستند. ما به این دلیل این کتاب را نوشتیم

که خودمان در مداخلات سلامت اجتماع محور متعددی حضور داشته‌ایم و چنین احساس رضایتی را تجربه کرده‌ایم. امیدوار هستیم که این کتاب بتواند مهارت‌ها و رضایت تجربه شده ما را به دانشجویان منتقل کند.

هدف این کتاب، تنها معرفی حوزه مداخلات سلامت اجتماع محور است و راهنمای جامع برای تمام جزییات و عوامل طراحی این نوع برنامه‌ها به حساب نمی‌آید. فصل‌های کتاب شامل موضوعاتی است که هر یک را می‌توان در یک کتاب مستقل آورد. دانشجویان و کارکنانی که در زمینه کارهای اجتماعی تجربه ندارند، می‌توانند با مطالعه مراحل مختلف بیان شده در این کتاب، مهارت‌های ضروری برای تکمیل، ارزشیابی، انتشار و ماندگاری یک مداخله اجتماع محور را کسب نمایند.

متن کتاب بر اساس محتوای نظریه اکولوژیک تنظیم شده است. در این نظریه رویکرد به مشکلات سلامت شامل سطوح مختلف اجتماعی است که از گروه شروع می‌شود، به سطح سازمانی و سپس در نهایت به سطح سیاستی می‌رسد که ممکن است کل اجتماع را در برگیرد. این نظریه توسط کارکنان سلامت عمومی استفاده می‌شود و به طور واضح بین برنامه‌های سلامت که در سطح اجتماعی انجام می‌شود با آنهایی که در سطوح بالینی یا فردی اجرا می‌گردد، تمایز ایجاد می‌کند. در این کتاب نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور در هر یک از چهار سطح اکولوژیک ارائه شده است. سطح گروه بر افرادی متمرکز است که در یک خطر سلامت یا دیگر ویژگی‌ها مشترک هستند. سطح سازمانی شامل مداخلاتی است که در کل یک مدرسه یا تمامی مدارس یک منطقه اجرا می‌شود. برای دانشجویانی که از این کتاب استفاده می‌کنند، احتمالاً مداخلات در سطح گروه یا سازمان مناسب‌تر خواهد بود. مداخلات سلامت اجتماع محور در جهت تغییر ساختار اجتماعی یا محیط یک اجتماع جغرافیایی و معمولاً از طریق بسیج‌های اطلاع‌رسانی آموزشی مبتنی بر بازاریابی اجتماعی عمل می‌کنند. مداخلات سطح سیاستی چهارمین سطح اکولوژیک است و تغییرات در قوانین یا مقرراتی مانند سیاست‌های منع سیگار کشیدن در سطح اجتماع را شامل می‌شود.

این کتاب در چهار بخش سازماندهی شده است. اولین بخش شامل اطلاعات زمینه‌ای درباره اهمیت مداخلات اجتماعی، تاریخچه چند مداخله عمده اجتماع محور، مسایل اخلاقی که در هنگام طراحی و اجرای مداخلات مدنظر قرار می‌گیرد، و انواع مداخلات است. بخش دوم شامل ایده‌ها و فعالیت‌هایی است که در طراحی یک مداخله

باید کامل شود و به دانشجویان کمک می‌کند تا اساس نظری مداخلات و نحوه مدیریت داده‌ها را درک نمایند. سومین بخش، دانشجویان را به درون محیط وارد می‌کند تا با ارزیابی نیازها و نقاط قوت اجتماع، حمایت اجتماعی را کسب کند، اهداف مداخله را شناسایی نماید و واقعا کار را شروع کند. همچنین در این بخش، اطلاعات لازم درباره کسب حمایت‌های مادی و مالی و راهبردهایی برای تداوم مداخله، فراتر از آنچه در مرحله اول به دست آمد، کسب می‌شود. بخش آخر به بررسی فعالیت‌های جاری و مشکلات پیش رو و نیز نحوه تغییر در محیط و توسعه آن در آینده نزدیک اختصاص دارد. هر یک از فصل‌های کتاب حاوی چند تمرین عملی یا فعالیت است که به دانشجویان کمک می‌کند مهارت‌های مورد نیاز خود را گسترش دهند. ما امیدوار هستیم این تمرینات برای دانشجویان در مشاغل مختلف مانند سلامت عمومی، مددکاری اجتماعی و پرستاری که مداخلات را در سطح اجتماع یا جمعیت طراحی می‌کنند مفید باشند. بحث‌ها نیز در انتهای هر فصل آمده است. در پایان هر فصل منابع مورد استفاده و نیز منابعی برای مطالعه بیشتر آورده شده و بنابراین دانشجویانی که علاقمند به حوزه‌های خاصی هستند می‌توانند مطالب را با عمق بیشتری کشف نمایند. در نهایت، کتاب حاوی واژه نامه‌ای است که کلمات یا اصطلاحاتی را که ممکن است برای دانشجویان ناآشنا باشد، تعریف کرده است.

درباره نویسندگان

– سالی گوتماخر (Sally Guttmacher)

دکتر سالی گوتماخر، استاد سلامت عمومی دانشگاه نیویورک است و در آنجا برنامه MPH سلامت عمومی اجتماعی را هدایت می‌کند. او استاد مدعو سلامت عمومی دانشگاه کیپ تاون افریقای جنوبی نیز هست. وی مدرک دکترای پزشکی اجتماعی خود را از دانشگاه کلمبیا دریافت کرده است. ایشان در مداخلات سلامت اجتماع محور و نیز پژوهش‌های ارزیابی آنها در شهرهای نیویورک و کیپ تاون مشارکت داشته و نویسنده همکار کتاب سازمان‌های سلامت اجتماع محور^۱ (انتشارات Jossey-Bass، سال ۲۰۰۵) بوده است. وی رئیس موسسه سلامت عمومی شهر نیویورک^۲، رئیس بخش مراقبت‌های پزشکی موسسه سلامت عمومی آمریکا^۳، رئیس شورای برنامه‌های سلامت عمومی^۴، و عضو هیات متحنین رشته سلامت عمومی امریکاست. علاقمندی‌های پژوهشی اخیر ایشان شامل ارزیابی برنامه‌ها، پیشگیری و درمان ایدز و کاهش رفتارهای خطرناک جنسی در جوامع پنهانده می‌باشد.

– پاتریشیا کلی (Patricia J. Kelly)

دکتر پاتریشیا کلی استاد دانشکده پرستاری دانشگاه میسوری، کانزاس است که مدرک دکترای سلامت عمومی خود را از دانشگاه ایلینویز در شیکاگو دریافت کرد. فعالیت‌های بالینی و پژوهشی او بر بهبود شرایط سلامت زنان و کودکان در جمعیت‌های محروم متمرکز بوده است. او مطالعات پژوهشی اجتماع محور متعددی را در اجتماع‌های اسپانیایی و آفریقایی تبار آمریکا برای سازمان ملی سلامت (NIH)، ایالت‌ها و تحت حمایت موسسات مختلف هدایت کرده است. تمرکز کارهای او بر سلامت باروری و پیشگیری از خشونت خانگی بوده و روش‌های پژوهشی و ارزیابی متعدد شامل اقدام پژوهی‌های مشارکتی اجتماع محور را به کار برده است.

1 Community-Based Health Organizations

2 Public Health Association of New York City

3 American Public Health Association

4 Council of Public Health Programs

– یوماری روییز-ژانکو (Yumary Ruiz – Janecko)

دکتر یوماری روییز-ژانکو، استادیار بالینی سلامت عمومی و مدیر دوره کارورزی بهداشت در گروه تغذیه، علوم غذایی و سلامت عمومی در دانشگاه نیویورک است. او در سال ۲۰۰۶، مدرک دکترای خود در رشته سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها را با تمرکز بر سیاست‌گذاری سلامت و حمایت طلبی^۱ سلامت از دانشگاه پوردو دریافت کرد. علایق پژوهشی وی شامل ارتباط بین مهاجرت و سلامت و تاثیر توانمندسازی بر پیامدهای سلامت در سطوح فرد، اجتماع و سیستم است. کانون توجه پژوهش‌های کنونی او بر بررسی رفتارهای پر خطر مرتبط با HIV در بین مهاجران جدید مکزیک در شهر نیویورک است. او تا پیش از پیوستن به گروه تغذیه، علوم غذایی و سلامت عمومی دانشگاه نیویورک، بر روی استفاده از اینترنت توسط سازمان‌های غیردولتی به ویژه سازمان‌های حمایت طلب و ارتباط آن با توانمندسازی اجتماعی سیاسی کار کرده بود. او علاوه بر تدریس و طراحی تعداد زیادی از دوره‌های لیسانس و بالاتر، به عنوان یکی از فعالان عرصه سلامت عمومی، برنامه‌های سلامت را با بهره‌گیری از رویکردهای چند جزئی^۲، چند بخشی^۳ و چند محیطی^۴ هدایت و اجرا نموده است.

– دیانا سیلور (Diana Silver)

دکتر دیانا سیلور، استادیار سلامت عمومی دانشکده فرهنگ، آموزش و توسعه انسانی دانشگاه استین هارد نیویورک است. او برای بیش از دو دهه در حوزه سلامت عمومی فعالیت کرده است. پژوهش‌های او روش‌هایی را که با آنها سیاست‌های و برنامه‌های دولت محلی می‌تواند برای رفع نیازها موثرتر عمل کند را مشخص می‌سازد. او کار خود را با تمرکز بر تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های موثر بر همه‌گیری ایدز، مصرف مواد مخدر و خشونت در نیویورک و در محیط‌هایی مانند مدارس، محل کار، زندان‌ها و سازمان‌های اجتماع محور آغاز کرد. در دهه گذشته، او به عنوان مدیر پروژه ارزیابی ملی اقدامات سلامت شهری در بنیاد رابرت وود جانسون فعالیت داشته است که هدف آن بهبود پیامدهای سلامت و ایمنی کودکان و جوانان در تعدادی از فقیرترین شهرهای آمریکاست.

1 Health Policy and Health Advocacy

2 Multicomponent

3 Multisectoral

4 Multisetting

معرفی مداخلات اجتماع محور

فصل اول

بهبود سلامت در محیط‌های اجتماعی

اهداف یادگیری

انتظار می‌رود خواننده با مطالعه این فصل بتواند:

اجزای یک رویکرد بوم شناختی به سلامت¹ را توضیح دهد.

مداخلات مبتنی بر رویکرد بوم شناختی و رویکرد فردی به سلامت را از یکدیگر تمیز دهد.

روش‌های مختلف شناخت اجتماع را تشخیص دهد.

نگاه کلی

نظریه بوم شناختی^۱ نگاهی کلی برای فهم مداخلاتی که در محیط‌های اجتماعی انجام می‌شود را فراهم می‌سازد. این فصل، تفاوت‌های بین مداخلات انجام شده در محیط‌های اجتماعی و مداخلاتی که در محیط‌های بالینی اجرا می‌شود را بیان می‌کند. نمونه‌هایی از مداخلات اجتماعی نیز ارائه خواهد شد.

تعریف اجتماع

اجتماع، گروهی از افرادی است که با پیوندهای پیدا و پنهان به یکدیگر پیوند خورده‌اند. اجتماع را به روش‌های مختلف تعریف کرده‌اند. اجتماع‌ها جغرافیایی مرزهای جغرافیایی، فیزیکی یا سیاسی دارند، در حالی که اجتماع‌های هم‌علاقه^۲، نه با فاصله‌ها، بلکه با یک علاقه، رفتار، تهدید یا ویژگی، و اجتماع‌های حرفه‌ای^۳ با دانش و مهارت‌ها و علایق با هم مرتبط شده‌اند.

مکان به عنوان معرف یک اجتماع

اجتماع‌های جغرافیایی می‌توانند مرزهای سیاسی مانند محدوده‌های شهری داشته باشند. این مرزها که ممکن است قرارداری باشد، برای ساکنان این مناطق احساس تعلق ایجاد می‌کند که آنها را از مناطق همجوار آنها متمایز می‌کند. مثال این وضعیت را در تفاوت ساکنان مرکز شهر و جنوب شهر می‌توان دید. اجتماع‌های جغرافیایی را با مرزهای جغرافیایی یا فیزیکی نیز می‌توان تعریف کرد. با این مرزها افراد داخل با هم متحد هستند (مثلا ساکنان شمال رودخانه)، یا از سایر مناطق همجوار متمایز می‌شوند (ساکنان دو طرف ریل راه آهن). استفاده از ویژگی جغرافیایی در تعریف اجتماع، برای سیاست‌گذاران و برنامه ریزانی که برای اهداف برنامه‌ریزی خود باید مسیرهای سرشماری، تعیین شبکه‌های بهداشتی و نواحی تحت پوشش بیمارستان‌ها را تعیین کنند، ضروری است. هر چند این مرزها ممکن است نشان دهنده تفاوت‌های بین ساکنان این مناطق نباشند، ولی تصویر سودمندی از محلی که باید مداخله در آن انجام شود، فراهم می‌کند.

1 Ecological Theory

2 Community of Interest

3 Professional Community

تعریف اجتماع‌ها براساس نگرانی‌های مشترک

اجتماع‌هایی که علایق یا نگرانی مشترک دارند، می‌توانند با ویژگی‌های نژادی، قومیتی و یا زمینه‌های ملی و تاریخی، ارزش‌ها، فرهنگ و رسوم که بخشی از سابقه آنهاست، با یکدیگر پیوند داشته باشند. واحدهای اجتماعی که کار، مدرسه و یا سایر فعالیت‌های روزانه افراد را تشکیل می‌دهند، نوع دیگری از اجتماع‌ها را مشخص می‌کند. معمولاً این واحدها را می‌توان بر حسب سن (کلاس‌های سوم و ششم در یک مدرسه ابتدایی حومه شهر)، نقش (پرستاران و پزشکان در یک بیمارستان عمومی)، و یا موقعیت (دانش آموزان و معلمان یک مدرسه ابتدایی حومه شهر، بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات در بیمارستان) از هم جدا کرد. از نمونه اجتماع‌های با علایق مشترک می‌توان دانشجویان و پزشکانی که نگران موضوعات سلامت هستند یا گروه‌هایی که در گذشته، حال یا آینده، بیماری، رفتار و یا عامل خطر سلامت مشترک دارند را نام برد. زنان دارای ژن BRCA (نشانه خطر بالاتر از متوسط برای ابتلا به سرطان سینه)، زنانی که در حال شیمی درمانی برای سرطان سینه هستند (بیماری در حال حاضر) و زنان عضو یک گروه حمایتی نجات یافتگان سرطان (بیماری در گذشته) همگی بخشی از یک اجتماع با علایق مشترک بالقوه یا واقعی هستند.

تعریف اجتماع برای فعالان حوزه سلامت مهم است زیرا مداخلات سلامت باید یک اجتماع ویژه را هدف قرار دهد. نحوه شناسایی یک اجتماع هدف^۱ تعیین کننده نحوه تخصیص منابع، اجرای مداخله و قالب بندی پیام است.

نمونه‌ای از اهمیت شناسایی اجتماع هدف، می‌تواند در طراحی یک مداخله ترک سیگار دیده شود. اگر مخاطبان مداخله دانشجویان دوره کارشناسی باشند، احتمالاً تمرکز بر تأثیرات بلند مدت کشیدن سیگار راهکار موثری نیست، زیرا این افراد در مرحله نوجوانی هستند یعنی در مرحله‌ای که معتقدند "این اتفاق برای من پیش نخواهد آمد" و به امروز بیش از فردا توجه می‌کنند. یک راهکار موفق‌تر برای ترک سیگار در این گروه می‌تواند نشان دادن روش‌های مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی همزمان با پذیرش همسانان^۲ باشد. با این حال، اگر جمعیت هدف مداخله ترک سیگار

1 Target Community

2 Peer

زنان باردار باشند، پیام مداخله درباره تاثیر سیگار بر پیامدهای بارداری موثرتر از پیامی است که بر پیشگیری از سرطان ریه و بیماری‌های انسدادی ریه تاکید دارد. متغیرهای جمعیت شناختی^۱ مانند نژاد، قومیت، سطح تحصیلات، سن، جنسیت و طبقه اجتماعی، می‌توانند هم اجتماع‌های جغرافیایی و هم اجتماع‌های با علایق مشترک را توصیف کند. در بسیاری از مداخلات، اجتماع هدف براساس بیش از یک متغیر جمعیت شناختی است. گروه حمایتی متشکل از نجات یافتگان سرطان، برای زنان بالاتر از ۶۰ سال مشکلات متفاوت با زنان بالای ۳۰ سال دارند. در مداخله برای افزایش غربالگری ماموگرافی در بین زنان آفریقایی تبار، راهکارهای فرهنگی متفاوتی نسبت به مداخله مشابه در بین زنان لاتین تبار نیاز دارد. پیام‌های آموزشی درباره غربالگری ماموگرافی برای زنان طبقه متوسط که بیمه سلامت شخصی دارند، با پیام‌های طراحی شده با همین هدف برای زنانی که متکی به استفاده از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی هستند، ممکن است تفاوت داشته باشد. اطلاعات مربوط به زمینه فرهنگی، باورهای سلامت، مرحله تکامل، وضعیت اقتصادی اجتماعی و سطح سواد در محتوای هر مداخله سلامت باید گنجانده شوند.

نظریه بوم شناختی و سطوح پیشگیری

نظریه بوم شناختی فرض می‌کند که سلامت، حاصل تعامل پویای بین متغیرهای جمعیت شناختی و محیط‌های فیزیکی و اجتماعی است. این نظریه قابل گسترش به الگوی موجودات زنده به عنوان یک نظام خودتنظیمی است که خانواده‌ها، سازمان‌ها و اجتماع‌هایی که روزانه با آنها تعامل داریم را دربرمی‌گیرد و اختلال در هر قسمت نظام بر سایر بخش‌ها تاثیر می‌گذارد (Bronfenbrenner, 1979). افراد، خانواده‌ها و اجتماع‌ها، نهادهای مستقلی نیستند بلکه یک نظام بوم شناختی مرتبط با هم را تشکیل می‌دهند که با تغییرات سایر بخش‌های سازمان سازگار هستند. هر جزء این نظام در تعیین سلامت سهم دارند. عوامل کلیدی در نظریه بوم شناختی که تاثیر نامناسب بر سلامت دارند شامل وضعیت اقتصادی اجتماعی، خانواده، کار (برای بزرگسالان) و مدرسه (برای

1 Demographic Variables

کودکان) می‌باشند (Grzywacz & Fuqua, 2000). لحاظ کردن و ادغام یک یا بیش از یک مورد از این عوامل را نمی‌توان جدا از سایر موارد در نظر گرفت.

کاربرد نظریه بوم شناختی در مداخلات اجتماع محور

به کارگیری نظریه بوم شناختی در برنامه‌های مداخلات سلامت اجتماع محور، نیاز به درک سه اصل زیر دارد:

- سلامت، حاصل تناسب بین افراد و محیط پیرامون آنهاست.
 - شرایط محیطی و اجتماعی با فرد تعامل دارند تا تاثیر مهم بر سلامت را نشان دهند.
 - یک رویکرد چند رشته‌ای به سلامت مورد نیاز است (Grzywacz & Fuqua, 2000).
- این اعتقاد که سلامت بیش از آن که متأثر از فرد باشد، از دیگران اثر می‌پذیرد، کاربردهای مهمی برای مداخلات ارتقای سلامت دارد. مداخلات سلامت اجتماع محور از نمرکز بر رفتار افراد فراتر می‌رود و بر اهمیت تاثیرات بین فردی یا رفتار گروه، جو سازمانی، منابع اجتماعی و سیاست‌ها تاکید می‌کند. بنابراین مداخلات سلامت اجتماع محور که با گروه‌ها (مانند زنان بالای ۵۰ سال در یک کلیسا)، موسسات (مانند معلمان در نظام آموزشی یک منطقه)، اجتماع‌های با مرزهای جغرافیایی و سیاسی، و جمعیت‌های بزرگی که با سیاست‌های ویژه پوشش داده می‌شوند، سروکار دارد.

اقدامات پیشگیرانه متمرکز بر اجتماع

تاثیر عوامل اجتماعی و محیطی بر رفتارها و پیامدهای سلامت، هنگامی مطرح شد که محدودیت‌های الگوی پزشکی فردی^۱ در ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت و پیامدهای آن مشخص شد. در حالی که فناوری‌های مراقبت‌های سلامت مانند آنژیوپلاستی و پیوند مغز استخوان در آمریکا رایج است، بسیاری از شاخص‌های سلامت این کشور عقب‌تر از سایر کشورهای صنعتی است (Central Intelligence Agency, 2008). میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال در آمریکا بالاتر از بسیاری از کشورهای توسعه یافته است، زیرا مناطق زیادی از آمریکا، فاقد دسترسی به خدمات پیشگیری مناسب هستند. اگر چه پزشکان و پرستاران ماهر و متخصص در بخش‌های کودکان برای حفظ جان

1 Individual Medical Model

نوزادان نارس فعالیت می‌کنند ولی برای بسیاری از زنان باردار، مراقبت‌های قبل از تولد و سایر مراقبت‌های پیشگیری فراهم نیست. این عوامل منجر به میزان بالای زایمان زودرس و اشغال کامل تخت‌ها در بخش‌های مراقبت‌های قبل از تولد می‌شود.

برنامه‌های دیالیز برای افراد دیابتی مبتلا به نارسایی کلیه فراهم است ولی بسیاری از افراد دیابتی از بیماری خود آگاه نیستند یا نمی‌توانند از طریق تغذیه و ورزش بیماری خود را مدیریت کنند. در حالی که رژیم‌های درمانی پیشرفته با داروهای ضد ویروس را برای افراد آلوده به ویروس HIV فراهم است، بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری تشخیص داده نشده‌اند و عفونت را از طریق روابط جنسی محافظت نشده و یا سوزن‌های مشترک منتشر می‌کنند. فناوری پزشکی قرن ۲۱ که عمدتاً محدود به محیط‌های آرایه خدمات سلامت است، قادر به بهینه کردن سلامت افراد و یا پیشگیری از بیماری‌ها نیست. این نقشی است که ارتقای سلامت اجتماع محور آرایه می‌دهد.

توجه به سلامت و پیشگیری از بیماری در سطح اجتماع تنها در صورتی می‌تواند موفق باشد که در این اقدامات اجتماع درگیر شود. سازمان بهداشت جهانی، اهمیت مشارکت اجتماعی^۱ را در تعریف خود از سلامت و ارتقای سلامت به رسمیت شناخته است. به عنوان مثال، در بیانیه آما آتا مراقبت‌های سلامت اولیه^۲ چنین تعریف شده است: "مراقبت‌های سلامت اولیه مراقبت‌های ضروری مبتنی بر روش‌های و فناوری‌های عملی، علمی و قابل قبول هستند که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در اجتماع و با هزینه‌های قابل تحمل در هر سطح از توسعه یافتگی و با روح خوداتکایی^۳ و خودتعیین‌کنندگی^۴ در دسترس آنان قرار می‌گیرند" (Mahler, 1981, p.7).

درک محدودیت‌های نظام آرایه خدمات سلامت در حفظ سلامت یک جمعیت و سهمی که محیط روانی اجتماعی و فیزیکی که در آن زندگی می‌کنیم در سلامت دارد، موجب تغییر در توجه به اجتماع شده است (McLeory, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988). از نظر توجه به سلامت جمعیت یا اجتماع هدف، مداخلات در محیط‌های اجتماعی با مداخلات بالینی فردی تفاوت دارند. در هدف‌گیری اجتماع‌ها برای مداخلات سلامت، اجتماع می‌تواند به یکی از دو روش زیر مدنظر قرار گیرد:

1 Community Participation

2 Primary Health Care

3 Self-Reliance

4 Self-Determination

- اجتماع به عنوان محیط که هر یک از تعاریف فوق برای اجتماع را به کار برده و بر تغییر رفتارهای فردی به عنوان روشی برای کاهش خطر بیماری در جمعیت تمرکز دارد. در این نوع مداخلات، تغییر جمعیت به عنوان مجموع تغییرات فردی، بین فردی و سازمانی در نظر گرفته می‌شود.
 - اجتماع به عنوان هدف که در آن هدف، تغییر در سیاست‌ها یا سازمان‌های اجتماعی مانند ایجاد مسیرهای پیاده روی، فراهمی مکان‌های بدون دخانیات، سیگار و یا میزان کلی بیماری هاست.
- صرف‌نظر از نقطه تمرکز، هدف تقریباً همه مداخلات اجتماعی، تاثیرگذاری بر آن دسته عوامل مرگ و ابتلا^۱ است که خارج از محیط‌های ارائه خدمات سلامت رخ می‌دهند. این مداخلات می‌توانند نقطه مقابل مداخلات بالینی باشند که در آنها تمرکز بر فرد است و معمولاً شامل تشخیص بیماری با استفاده از معاینات بالینی و آزمون‌های آزمایشگاهی است. این مداخلات معمولاً با دارو و روش‌های درمانی و با هدف پیشگیری از بدتر شدن وضعیت موجود تداوم می‌یابند.

نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطح پیشگیری

از آنجا که مداخلات اجتماعی موضوعات متنوعی را در بر می‌گیرند، یک روش سازماندهی آنها استفاده از سطوح پیشگیری است. هدف در مداخلاتی که بر پیشگیری اولیه^۲ تمرکز دارند، اجتناب یا پیشگیری از بیماری و یا وضعیت قبل از شروع آنها است. اقدامات پیشگیری سطح دوم^۳ بر غربالگری و تشخیص زودرس بیماری یا یک وضعیت سلامت خاص می‌پردازد. هدف در پیشگیری سطح سوم^۴، پیشگیری از پیشرفت بیماری بعد از شناسایی عامل خطر و یا بیماری است. جدول ۱-۱ نمونه‌هایی را برای کمک به دانشجویان در تشخیص یک حوزه موضوعی و نوع مداخله برای اجرا نشان می‌دهد.

گسترش پیاده روی می‌تواند به عنوان مداخله در سطح اول و دوم پیشگیری مدنظر قرار گیرد زیرا می‌تواند جزء مهمی در پیشگیری از چاقی و بیماری‌های قلبی عروقی به حساب آید. همچنین می‌تواند به افراد چاق و مبتلایان به بیماری‌های قلبی کمک کند

1 Mortality & Morbidity

2 Primary Prevention

3 Secondary Prevention

4 Tertiary Prevention

تا از چاقی بیشتر و یا بدتر شدن عملکرد قلب پیشگیری نمایند. مداخله‌ای در نظام مدرسه برای حذف ماشین‌های فروش نوشابه‌های گازدار از مدارس هم یک پیشگیری سطح اول و هم سوم است، زیرا به پیشگیری از چاقی کودکان که یک عامل خطر مهم در ایجاد دیابت نوع دو در آینده است، توجه دارد. مشخص شده که گروه‌های حمایتی در کاهش استرس و بهبود مقابله و سلامت روانی کلی در زنان مبتلا به سرطان سینه موثر هستند. از آنجایی که گروه‌های حمایتی به زنان کمک می‌کنند تا مشکلات بالقوه آینده مربوط به فرآیند بیماری را پیش‌بینی و پیشگیری نمایند، تشکیل چنین گروه‌هایی، پیشگیری سطح سوم به حساب می‌آید. بسیج اطلاع‌رسانی آموزشی Back to sleep که به صورت مشترک مورد حمایت مالی موسسه ملی سلامت و آکادمی کودکان آمریکا است، یک بسیج اطلاع‌رسانی بازاریابی است که توصیه می‌کند برای کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان^۱ باید آنها را به پشت خواباند (Havens & Zink, 1994). این بسیج اطلاع‌رسانی پیشگیری اولیه موفق با کاهش بروز سندرم مرگ ناگهانی نوزادان به میزان ۵ درصد از زمان شروع آن در اواسط دهه ۱۹۹۰ معروف شده است (National Institute of Child Health and Human Development, 2008).

مداخلات تعویض سوزن، یک پیشگیری سطح اول است که می‌تواند مانع از انتشار عفونت HIV در میان معتادان تزریقی شود. بسیج‌های اطلاع‌رسانی برای افزایش انجام آزمایش HIV و اطلاع فرد از وضعیت HIV خود، پیشگیری سطح دوم است زیرا هدف آن شناسایی زود هنگام عفونت HIV است. این گونه برنامه‌ها به دلیل تمرکز بر کاهش خطر انتقال HIV به شرکای جنسی ناشناس، نوعی پیشگیری اولیه نیز به شمار می‌روند (Varghese, Maher, Peterman, Branson & Steketee, 2002). مداخلات مربوط به افزایش دسترسی به ماموگرافی، یک پیشگیری سطح دوم است، زیرا ماموگرافی یک روش مهم برای غربالگری سرطان سینه به شمار می‌رود. زنانی که به دلیل داشتن ژن BRCA جراحی برداشتن سینه سالم انجام می‌دهند چون در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان سینه قرار دارند، اقدام به یک پیشگیری اولیه می‌کنند.

در حال حاضر که برای پیشگیری از انتشار ویروس پاپیلومای انسانی واکسن موجود است، روشی برای پیشگیری اولیه از سرطان دهانه رحم شناخته شده است. بسیج

1 Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)

اطلاع‌رسانی برای واکسینه کردن زنان یک روش پیشگیری اولیه است. پیشگیری سطح دوم می‌تواند بسیج اطلاع‌رسانی برای تشویق زنان به انجام پاپ اسمیر باشد. پیشگیری سطح سوم شامل انجام کولپوسکوپی برای زنانی است که تعدادی سلول‌های غیر طبیعی دارند (Franco, Duarte-Franco, & Ferenczy, 2001). یک بسیج همگانی بستن کمربند ایمنی می‌تواند برای افزایش استفاده از این وسیله برای تمام اجتماع یا با تمرکز بر یک جمعیت هدف مشخص مانند آمریکایی‌های اسپانیایی تبار یا بزرگسالان طراحی شود. در هر دو حالت، چنین بسیج اطلاع‌رسانی یک پیشگیری اولیه برای کاهش آسیب‌های غیرعمدی ناشی از تصادفات وسایل نقلیه خواهد بود (Evans, 1990).

هر یک از این مثال‌ها مربوط به یک مطالعه است که نشان می‌دهد این برنامه‌ها در دستیابی به اهداف خود موثر بوده‌اند. این مداخلات نمونه‌هایی از اقدامات مبتنی بر شواهد هستند که در آن فعالان حوزه سلامت عمومی، به مستندات مراجعه می‌کنند و می‌آموزند اگر یک مداخله اثربخش باشد، از آن استفاده کنند. تضمینی برای تاثیرات مثبت چنین مداخلاتی در یک اجتماع یا جمعیت خاص وجود ندارد، اما شانس موفقیت آنها بیشتر از مداخله‌ای است که از ابتدا و یا بر پایه تجربه روایتی بنا شده باشد.

جدول ۱ - ۱: نمونه‌هایی از مداخلات سلامت اجتماع محور بر حسب سطوح پیشگیری

پیشگیری سوم	پیشگیری دوم	پیشگیری اول	مداخله
*		*	پیاده روی به دنبال هم (Walking Trails)
*		*	حذف ماشین فروش نوشابه‌های گازدار از مدارس
			گروه‌های حمایتی برای نجات یافتگان از سرطان پستان
		*	بسیج اطلاع‌رسانی به پشت خواباندن نوزاد (Back to Sleep)
		*	مداخله تعویض سرنگ
	*	*	مداخله "وضعیت HIV خودتان را بدانید"
	*		دست‌رسی به ماموگرافی
*			برنامه ترک سیگار Great American Smoke-Out
		*	بسیج همگانی بستن کمربند ایمنی

خلاصه

تمرکز مداخلات سلامت عمومی بیشتر بر اجتماع است تا افراد. یکی از وظایف فعالان حوزه سلامت عمومی، درک اجتماع هدف و سطح پیشگیری مداخلات است. در فصل‌های بعدی، خوانندگان با تمام مراحل که برای طراحی یک مداخله اجتماع محور ضروری است، آشنا خواهند شد.

فعالیت

همانطور که در این فصل بحث شد، اجتماع‌ها تنها بر اساس مرزهای جغرافیایی تعریف نمی‌شوند. دو نمونه از اجتماع‌ها غیر جغرافیایی را مشخص کنید که در آن عضو هستید. نقاط مشترکی که این اجتماع‌ها را به هم پیوند داده‌اند، مانند علایق، رفتارها و یا ویژگی‌ها را توصیف کنید.

سوالات بحث

در ایالات متحده آمریکا مکرراً تغییر توجه از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های مزمن، به عنوان یکی از دلایل اصلی توجه به مداخلات سلامت اجتماع عنوان شده است. آیا بیماری‌های مزمن برای مداخلات سلامت اجتماع محور مناسب‌تر از سایر بیماری‌ها هستند؟ در بسیاری از مداخلات مربوط به بیماری‌های عفونی از راهبردهای درگیر کردن شبکه‌های اجتماعی و سازماندهی اجتماع استفاده می‌شود. آیا این نوع مداخلات برای بیماری‌های عفونی مناسب هستند؟ چه عواملی بر پاسخ شما تاثیر می‌گذارد (عوامل اقتصادی، جمعیت هدف، جغرافیا و یا سایر عوامل)؟

چگونه اجتماعی را برای انجام مداخله مرتبط با بارداری نوجوانان شناسایی می‌کنید؟ برای شیردهی و رشد و نمو کودک در سال‌های اول تولد چطور؟ آیا رویکرد شما در بین این اجتماع‌ها متفاوت است؟ مشکلات بالقوه‌ای که ممکن است بر حسب تعاریف مختلف از اجتماع بروز کنند، کدامند؟

فصل دوم

تاریخچه مختصری از مداخلات سلامت اجتماع محور

دیانا سیلور

اهداف یادگیری

شناسایی اهداف کلی و اختصاصی در نمونه‌های پیشرو مداخلات سلامت اجتماع محور
شرح این که چگونه مشکلات در ارزیابی اثر مداخلات کلان می‌توانند به مداخلات در

سطح کوچک تعمیم پیدا کنند

درک اهمیت مشکلات اجرای مداخلات سلامت مبتنی بر اجتماع

نگاه کلی

در این فصل تجربیات مداخلات سلامت اجتماع محور را که در طی ۴۰ سال گذشته برنامه‌ریزی و اجرا شده است مرور خواهد شد. این فصل اصول و فرضیات زیر بنایی این مداخلات را بررسی می‌کند و برخی از مشکلاتی که در سنجش تاثیر آنها وجود داشته را مورد بحث قرار می‌دهد.

مداخلات سلامت اجتماع محور: ابزاری برای تغییر

مداخله سلامت اجتماع محور ایده نسبتاً جدیدی است که به اوایل دهه ۱۹۶۰ مربوط می‌شود. این اصطلاح به مجموعه‌ای از مداخلات طراحی شده برای ایجاد تغییر در زیر ساخت‌ها و خدمات اجتماع، هنجارها، نگرشها، باورها و سیاست‌های گفته می‌شود که منجر به بهبود وضعیت سلامت اعضای جامعه می‌شود. هرچند واژه مداخلات سلامت اجتماع محور، نسبتاً جدید است، اما این رویکرد جدید نیست و در واقع بسیاری از پیشرفت‌های سلامت عمومی از قرن نوزدهم را باعث شده است. هنگامی که جان اسنو^۱ در سال ۱۸۴۹ شیر آب آلوده را از پمپ آب جدا کرد، در واقع در یک مداخله سلامت اجتماع محور اجرا کرد. او در مواجهه با همه گیری‌های مکرر وبا بیشتر به دنبال یافتن منبع مشکل بود و کمتر به گسترش مراقبت‌های پزشکی برای افراد مبتلا به بیماری توجه داشت.

برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور مورد نظر این کتاب بر پایه برخی تجارب حاصل از مداخلاتی است که در طی ۴۰ سال گذشته طراحی و اجرا شده است. مداخلات سلامت اجتماع محور به دنبال سلامت در سطح اجتماع است، به عبارتی این نوع مداخلات به منظور بهبود وضعیت سلامت کلی اجتماع طراحی می‌شوند. موفقیت یا شکست این برنامه‌ها در سطح اجتماع از طریق سنجش تغییر در میانگین وضعیت سلامت افراد در داخل یک اجتماع ارزیابی می‌شود.

منطق تدوین مداخلات اجتماع محور

منطق این مداخلات در جهت گیری اسنو منعکس می‌شود. تا دهه ۱۹۶۰ بهبود چشمگیری که در وضعیت سلامت افراد در کشورهای صنعتی اتفاق افتاده بود به

1 John Snow

وضعیت ثابتی رسید و بیماری‌های مزمن نسبت به بیماری‌های عفونی به عنوان تهدید بزرگتری برای سلامت مطرح شدند. بسیاری از دستاوردهای نیمه اول قرن بیستم به دنبال بهسازی فاضلاب و آب، دسترسی به غذا و دارو و پیشرفت‌های علمی و پزشکی مهم نظیر کشف پنی سیلین و یا واکسن فلج اطفال حاصل شد. حداقل در اروپا اکثریت جمعیت به مراقبت‌های سلامت ملی دسترسی پیدا کردند. در ایالات متحده از پایان دهه ۱۹۶۰ برنامه‌های Medicare و Medicaid بنیانگذاری شد و به واسطه آنها مراقبت‌های سلامت را به بخش بزرگی از جمعیت که قبلاً دسترسی نداشتند، گسترش یافت. قوانین مربوط به خطرات مواد شیمیایی، تجهیزات و محل کار مورد تقاضای واحدهای تجاری موجب شد تا تهدیدهای سلامت کارگران کاهش یابد. در کنار بهبود در محیط، دسترسی کامل‌تر به درمان مشکلات سلامت جزئی و پیچیده موجب شد تا امید زندگی^۱ برای مردان و زنان در تمام گروه‌های نژادی افزایش یابد و شکاف امید به زندگی در میان گروه‌های مختلف نژادی رو به کاهش گذارد.

در نیمه دوم قرن بیستم مرگ به علت بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن تغییر یافت و تاثیرات بیماری‌های عفونی از اواسط دهه ۱۹۶۰ کاهش یافت و عوامل خطر بیماری‌های مزمن بیشتر شناخته شد. به واسطه استفاده از فناوری‌های پیشرفته که بیماری‌های دشواری نظیر حملات قلبی و سکته‌ها را هدف قرار می‌داد، منابع و توجهات زیادی صرف بهبود مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شد. اکنون دیگر توجه به علل مرگ به ویژه بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی باعث شده بود تا از طرف جامعه پزشکی تغییر در سبک زندگی و رفتار افراد را نیازهایی بدانند که فناوری قادر به پاسخگویی آنها نبود. در مقابل، فعالان و پژوهشگران حوزه سلامت عمومی با مشارکت جامعه پزشکی، جستجوی مداخلات در سطح اجتماع برای توجه به عوامل مربوط به سبک زندگی را آغاز کردند.

این فصل به مرور اصول و فرضیات زیر بنایی پنج نمونه اولیه از مداخلات سلامت اجتماع محور می‌پردازد. این برنامه‌ها شامل پروژه‌های کارولینای شمالی^۲، سه اجتماع استانفورد^۳، پنج شهر استانفورد^۴، سلامت قلب پواتاکت^۱ و سلامت قلب مینه سوتا^۲ است

1 Life Expectancy

2 North Karelia

3 Stanford Three-Community

4 Stanford Five-City

که همگی آنها جنبه‌هایی از بیماری‌های قلبی عروقی را پوشش می‌دادند. در این فصل، یافته‌های اصلی این مداخلات و نیز برخی از نگرانی‌هایی که درباره اجرا و ارزیابی آنها مطرح شده را مرور می‌کنیم. این فصل با بحث درباره برخی از موضوعات کلیدی مورد توجه مداخلات بعدی و جنبه‌هایی که باید در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد به پایان می‌رسد.

اصول و فرضیات مداخلات سلامت اجتماع محور

مداخلات سلامت اجتماع محور در برخی فرضیات و اصول مشترک هستند که بیانگر منطق و طرح آنها و نیز پیش فرض‌هایی درباره روش‌های تاثیر این مداخلات است. در ادامه برخی از اصول و فرضیاتی که راهنمای طراحان و ارزشیابی کنندگان مداخلات است بیان می‌گردد.

کانون توجه بر تغییر در رفتارهای خطر است و نه فراهم کردن درمان. اگر چه این مداخلات رویکرد از بالا به پایین به معنای تلاش برای تغییر در هنجارها و رفتارها قبل از این که منجر به ناتوانی شوند را به کار می‌گرفتند، ولی به دنبال بهبود سلامت افرادی نیز بودند که حالات مزمن مرتبط با بیماری‌های قلبی و انفارکتوس میوکارد در آنها تشخیص داده شده بود. در حالی که در این مداخلات، راهبردهای مختلفی برای غربالگری و ارجاع استفاده می‌شد ولی به دنبال روش‌های نوین درمانی یا افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت نبودند.

یک رویکرد مبتنی بر جمعیت برای ایجاد تغییر در رفتار سلامت مورد نیاز است. این ایده که رفتارهای پر خطر در کل جمعیت، توزیع شده در مداخلات مذکور پذیرفته شده بود. به دلیل وسعت جمعیت، حتی اصلاح مختصر در رفتارهای پر خطر می‌توانست منافع بزرگی را به دنبال داشته باشد.

اجتماع دارای مرزهای جغرافیایی است. در انواع پیشرو مداخلات سلامت اجتماع محور، اجتماع به عنوان یک کل جغرافیایی و یا قلمرو سیاسی تعریف می‌شد. در حالی که این جوامع از نظر اندازه متفاوت بودند، عضویت در اجتماع با سکونت در این محدوده تعریف می‌شد. اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور سبب گردید تا فعالان حوزه

سلامت، این تعریف از اجتماع را زیر سوال برده و سایر معانی برای اجتماع را مورد توجه قرار دهند (فصل اول را ببینید).

پیشرفت در شناسایی افراد در معرض خطر بالا اهمیت دارد. یکی از اهداف مداخلات سلامت اجتماع محور گسترش دسترسی به جامعه پزشکی از طریق شناسایی افراد در معرض خطر بالا بود. این گونه مداخلات در پی فرصتهایی برای غربالگری عوامل خطر و اطمینان از معرفی افراد پر خطر به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت بودند.

افراد درون خانواده‌ها قرار دارند. برخی از راهبردهای به کار رفته در این مداخلات متمرکز بر خانواده بود. این راهبردها به دنبال ایجاد یا تقویت تغییر در رفتارهای پر خطر افراد از طریق کمک گرفتن از اعضای خانواده بود.

خانواده‌ها درون اجتماع‌های بزرگتر جای می‌گیرند که زمینه و فرهنگ مشترک دارند که به نوبه خود رفتارها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مداخلات باید بر ایجاد هنجارهای اجتماعی مرتبط با رفتارهای سلامت متمرکز شوند. علاوه بر این که افراد در درون خانواده‌های خود جای دارند، پژوهشگران در جستجوی سایر عوامل تاثیرگذار بر رفتارهای خطرناک بودند. آنها جنبه‌هایی از محیط فیزیکی و اجتماعی را به عنوان اهداف قابل قبول مداخلات در نظر می‌گرفتند که می‌توانست ایجاد تغییر در رفتارها را از طریق تغییر یا شکل دهی هنجارها، ارزش‌ها و نگرش‌های اعضای اجتماع تسهیل و تقویت نماید.

کار کردن همزمان در چند محیط ممکن و ضروری است. با پذیرش تاثیر عوامل مختلف بر سلامت افراد، طراحان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور پذیرفتند که برنامه‌ها باید درون سازمان‌ها و سایر ساختارهای درون اجتماع‌ها قرار گیرند. بنابراین در مداخلات ابتدایی، برنامه‌هایی را در مدارس، کلیساها، سازمان‌های اجتماعی، مراکز ارایه خدمات سلامت، پارک‌ها، محل‌های کار، فروشگاه‌ها و سایر مکان‌ها تدوین شد.

برنامه‌ها و فعالیتهای چندگانه ممکن است تاثیرات هم افزایی داشته باشند. از آنجا که هر یک از این مداخلات شامل چند راهبرد و پروژه بود، طراحان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور، به دنبال اثر تجمعی مداخلات چندگانه روی رفتارهای پر خطر افراد یا خانواده‌ها بودند، زیرا این مداخلات برنامه‌های خاصی را شامل می‌شدند که نهایتاً منجر به تاثیر کلی آنها می‌شد. با این تفکر که تعامل مداخلات مختلف می‌تواند منجر به فعالیتهای جدیدی شود و تاثیر هر یک را افزایش دهد، این مداخلات با پذیرش زمینه

اجتماعی به عنوان یک تعیین کننده رفتار، به دنبال فعالیت در حوزه‌های متعدد نظیر کلیساها، رسانه‌ها و مرکز ارائه خدمات سلامت و محیط‌های کار بودند. مداخلات می‌توانند برای بررسی فرآیندها و تاثیرات تغییر رفتار ارزیابی شوند. ارزیابی ابتدایی این مداخلات با استفاده از مطالعات نیمه تجربی^۱ و به کارگیری روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها امکان‌پذیر است. ارزیابی‌کننده‌ها اعتقاد داشتند که با شناسایی شاخص‌های فرآیند^۲ و شاخص‌های پیامد^۳ و ارزیابی نحوه فراهم کردن اطلاعات مربوط به کارکرد و نتایج مداخله، برنامه قابل ارزیابی خواهد بود. این اصول نمایانگر جهت‌گیری گروهی از مداخلات سلامت اجتماع محور در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی بودند. درس‌های آموخته شده از طراحی، اجرا و ارزیابی این مداخلات، زمینه را برای بسیاری از تفکرات کنونی ما درباره امیدها و چالش‌های مداخلات سلامت اجتماع محور فراهم کرد.

مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور

پروژه کارولینای شمالی در پاسخ به نگرانی‌ها درباره میزان بالای مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در این منطقه بزرگ روستایی فنلاند، طراحی شد. در سال ۱۹۷۱ تمامی اعضای پارلمان و دولت کارولینای شمالی به همراه رهبران بسیاری از سازمان‌های رسمی و داوطلبانه، از دولت فنلاند برای تامین بودجه و کمک به کاهش بار بیماری‌ها و مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی کمک خواستند. در سال ۱۹۷۲ قانون جدید سلامت عمومی جهت سازماندهی مجدد مراقبت‌های سلامت در فنلاند تصویب شد و مسئولان منطقه کارولینای شمالی برای طراحی یک برنامه کاری با اعضای دولت و نمایندگان از سازمان بهداشت جهانی دیدار کردند. پروژه کارولینای شمالی به دنبال برانگیختن کامل اجتماع برای ایجاد تغییر در هنجارها و رفتارهای موثر در مرگ زودرس مردان میانسال در اثر بیماری‌های قلبی عروقی بود. پژوهشگران به منظور دستیابی به اهداف خود، مجموعه‌ای از راهبردهای مختلف شامل آگاه‌سازی جامعه، ایجاد مهارت در بین زنان و مردان و بازبینی در نظام

1 Quasi-experimental

2 Process Indicators

3 Outcome Indicators

ارایه خدمات سلامت را به کار گرفتند. در این راستا بخش‌های مختلف سلامت و غیر سلامت بسیج شدند و برنامه ریزان پروژه تلاش کردند تا رهبران جامعه پزشکی و غیر پزشکی را به عنوان برنامه ریزان برنامه به کار گیرند. در زیر برخی از فعالیت‌های انجام شده در این پروژه بیان شده است:

- استفاده از بسیج‌های رسانه‌ای (تلویزیون و نشریات) برای افزایش آگاهی و ارایه اطلاعات
- سازماندهی و برانگیختن اجتماع برای شناسایی و ایجاد تغییر در هنجارها و حمایت از تغییر رفتار
- برانگیختن بخش‌های مختلف جامعه شامل بخش سلامت و غیر سلامت
- هدفگیری فعالیت‌های مختلف در افراد پر خطر و کم خطر مانند گروه‌های حمایتی کاهش مصرف سیگار، کلاس‌های آشپزی و توافق با مراکز کسب و کار محلی
- تشویق زنان به ایجاد تغییر در خرید و پخت غذاهای خانواده
- آموزش رهبران تاثیر گذار که نظرات آنها در سطوح مختلف جامعه نفوذ داشت.
- تغییر در ارایه خدمات سلامت شامل برخی تغییرات رسمی در آموزش و سازماندهی مجدد راهنماها و مواد آموزشی

برخی فعالیت‌ها در داخل اجتماع شامل ایجاد تغییراتی مانند سازماندهی مجدد برنامه‌های کنترل فشار خون از طریق درمانگاه‌های فشار خون، راه اندازی مرکز ثبت و تاکید بیشتر بر سازماندهی خدمات پیگیری برای بیماران با سابقه انفارکتوس قلبی بود. مطالعه سه جامعه استانفورد در سال ۱۹۷۲ یعنی همان سال شروع پروژه کارولیای شمالی آغاز به کار کرد. این برنامه نیز یک مداخله در سطح اجتماع را برای ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت که افراد را در معرض خطر بیماری‌های قلبی عروقی قرار می‌داد، آزمون می‌کرد. این پروژه در طراحی و برنامه‌ریزی خود از درونداد و حمایت قابل توجه اجتماع ارایه خدمات سلامت برخوردار بود. هرچند برای برنامه‌ریزی مداخله، هنجارها و نگرش‌ها درباره رفتارهای پر خطر نظیر تغذیه، فعالیت ورزشی و دخانیات به دقت مورد بررسی قرار گرفته بود، اما برنامه به دنبال مشارکت وسیع بخش‌های مختلف جامعه نبود. در عوض، دو رویکرد مورد بررسی قرار گرفت. در یک اجتماع، اجرای برنامه از طریق رسانه‌های جمعی برای ترغیب افراد به ایجاد تغییر در رفتارهایشان همراه با آموزش افراد و گروه‌های پر خطر انجام شد. دومین اجتماع برنامه‌های رسانه‌های جمعی

را دریافت کرد و اجتماع سوم به عنوان گروه کنترل عمل کرد و هیچ آموزشی در زمینه بیماری‌های قلبی دریافت نکرد. مداخله دو سال به طول انجامید و سه اجتماع در هر سال مورد بررسی قرار گرفتند. در ابتدا مشخص شد که سطح خطر در اجتماعی که مداخله شدیدتر را دریافت کرده بود (اجتماع اول) به ویژه در زمینه مصرف دخانیات، پایین‌تر بود، ولی تفاوت بین دو اجتماع مداخله بعد از دو سال کاهش یافت. در پایان سال سوم در مقایسه با گروه مداخله، کاهش معناداری در خطر بیماری‌های قلبی عروقی کلی در دو اجتماع مداخله دیده شد. نتیجه این مطالعه آنقدر مطلوب بود که موجب شد تا برنامه ریزان مداخله‌ای طولانی‌تر و جامع‌تری به نام مطالعه ۵ شهر استانفورد، را طراحی کنند.

مطالعه پنج شهر استانفورد یک مداخله ۶ ساله (۸۶-۱۹۸۰) بود و مانند مطالعه قبلی بر استفاده از رسانه‌های جمعی تاکید داشت. هرچند این برنامه با رویکرد پیشرفته‌تری نسبت به رسانه‌ها اجرا گردید. این برنامه اجتماع را به چندین گروه مخاطب تقسیم نمود و پیام‌های خاص هر یک را طراحی کرد. طراحان برنامه از کانال‌های مختلف ارتباطی بهره بردند (روزنامه، رادیو، تلویزیون، مواد آموزشی توزیع شده در سطح وسیع و دوره‌های مرتبط) و برنامه‌های مختلفی شامل بحث‌ها، کلاس‌ها و کارگاه‌هایی برای تغییر رفتار تغذیه‌ای، توزیع بسته‌های مربوط به ترک سیگار به صورت خودیار و شکل دهی گروه‌های حمایت‌کننده برای دستیابی به اعضای اجتماع و درگیر کردن آنها انجام شد. مواد آموزشی با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی متناسب برای هر یک از گروه‌های اجتماع طراحی گردید. دو شهر Monterey و Salinas مداخلات را دریافت کردند. نتایج این دو شهر با نتایج سه شهر در ایالت کالیفرنیا که دارای اندازه و ترکیب جمعیتی مشابهی بودند، مقایسه شد.

نتایج مهمی از این مطالعه به دست آمد. بر پایه این نتایج تغییراتی در برخی از عوامل خطر مورد نظر (فشارخون بالا و سیگار کشیدن) در دو شهر مداخله در مقایسه با این میزان‌ها در شهرهای کنترل دیده شد، اما این تغییرات بسیار کمتر از حد انتظار بودند. هیچ تغییر معناداری بین شهرهای دریافت‌کننده مداخله و شهرهای مقایسه از نظر فعالیت ورزشی، تغذیه و سطح کلسترول در طی مداخله دیده نشد و تنها تفاوت مختصری بعد از مداخله گزارش شد. همچنین هیچ تغییری در میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی دیده نشد (Fortman and Varady, 2000).

چرا چنین نتایج ناامید کننده‌ای حاصل شد؟ افرادی که پروژه را ارزیابی کردند چند مشکل را یافتند و سوالاتی را درباره طراحی این نوع مداخلات سلامت اجتماع محور مطرح کردند. آنها اعلام کردند که انتظار تغییر در میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی برای یک مداخله ۶ ساله غیر واقعی است و بعید است که تغییر در رفتارها در میزان مرگ‌های چند سال بعد از مداخله منعکس شود. آنها همچنین تاکید کردند که به وجود آمدن درمان‌های جدید برای افراد دارای فشار خون بالا سبب شد تا روش‌های تشخیص بیماری و درمان‌ها تغییر کنند و در نتیجه پیامدهای بهتری برای این افراد هم در دو شهر دریافت کننده مداخله و هم شهرهای کنترل دیده شد. چنین تغییراتی که به عنوان روندهای عمومی^۱ شناخته می‌شود ممکن است همه تاثیراتی را که مداخله در کمک به افراد جهت اصلاح رفتارهای خود داشته را پوشش دهد.

پروژه سلامت قلب مینه سوتا در سال ۱۹۸۰ شروع و برای مدت ۶ سال اجرا شد. هدف مداخله کاهش بروز بیماری‌های قلبی و سکتی بود و مانند مطالعه استانفورد در میان زنان و مردان انجام شد. سه اجتماع به عنوان گروه کنترل با یک اجتماع مداخله مقایسه شدند. فعالیت‌های مداخله مشابه مواردی بود که در پروژه کارولینای شمالی انجام شده بود و شامل رسانه‌های جمعی، غربالگری، گسترش دستیابی به افراد حرفه‌ای (ارایه‌دهندگان خدمات)، کارگاه‌ها و کلاس‌ها بود. نتایج نشان دهنده تغییرات نسبتاً کم در اصلاح رفتارهای خود گزارش دهی و تغییرات کم اما مثبت در فشار خون و سطح کلسترول بود. در رابطه با مرگ و میر تفاوت‌های معناداری وجود نداشت اما کاهش کمی در حمله‌ها و بیماری‌های قلبی در هر دو اجتماع مداخله و کنترل دیده شد. همانند مطالعه استانفورد فرض شد که روندهای عمومی باعث پوشاندن تاثیر مداخله شده است.

پروژه سلامت قلب پاتاکت که از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۹۱ اجرا شد بر کاهش میزان سکتی و بیماری‌های قلبی عروقی متمرکز بود. بسیج اجتماعی از طریق برنامه‌های مبتنی بر محل‌های کار، کلیساها، نهادهای غیر انتفاعی و برنامه‌های خدمات اجتماعی انجام شد. در زیر برخی از فعالیت‌های این پروژه بیان شده است:

- برچسب زنی غذاهای کم چرب در مغازه‌های خوار و بارفروشی
- تاسیس چند ایستگاه فعالیت ورزشی در مکان‌های تفریحی عمومی

- برنامه‌های تغذیه‌ای در کتابخانه‌های محلی
 - تدوین برنامه درسی سلامت قلب از پایه اول تا دبیرستان
 - برجسته کردن غذاهای سالم قلب در رستوران‌ها
- برانگیختگی اجتماعی توسط یک بیمارستان هماهنگ و رهبری می‌شد و مشاوره‌ها با استفاده از نظریه یادگیری اجتماعی^۱ و ارجاع به خدمات پزشکی ارائه می‌شد. برای افراد پر خطر مانند همه اجتماع، فعالیت‌های خاصی هدفگیری شده بود. در این پروژه هیچ رسانه‌ای به کار گرفته نشد.
- نتایج مطالعه پاتوکت به صورت زیر بود:
- افزایش دانش درباره اهمیت فعالیت‌های ورزشی بدون تغییر در فعالیت‌های ورزشی گزارش شده
 - تغییرات مثبت فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، ولی بدون معناداری آماری
 - تغییرات مثبت در مصرف سیگار، ولی آن هم بدون معناداری آماری
 - تغییرات در دانش (غیرمعنادار از نظر آماری) که ابتدا در خانواده‌های انگلیسی زبان اتفاق افتاد اما از سال ۱۹۹۳ در خانواده‌های غیر انگلیسی زبان هم این تغییرات دیده شد.
 - عدم تغییر در میزان مرگ و میر
 - ارزیابی شواهد مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور
- شواهد به دست آمده از این مداخلات هم خیره کننده و هم ناامید کننده بود. بسیاری از داوران ذکر کرده‌اند که این مداخلات پیچیده و شامل فعالیت‌های مختلف هماهنگ و برنامه‌ریزی شده بوده است (Thompson, Coronado, Snipes, & Puschel, 2003). عوامل دیگری نظیر زمان طولانی بین مداخله و پیامدهای سلامت، محدودیت آموزش سلامت در ایجاد تغییر رفتار، ناکافی بودن نظریه‌های رفتار سلامت برای مداخلات اجتماعی بزرگ و دشواری‌های مربوط به تغییرات پایدار اکنون به عنوان عوامل اثر گذار بر نتایج در نظر گرفته می‌شوند. ارزیابی‌های این مداخلات همگی چهار مشکل را در ارزیابی پیامدهای آنها مطرح می‌کنند:
- اثر روندهای عمومی: ارزیاب‌های این مداخلات با انتخاب اجتماع‌های دیگر به عنوان گروه مقایسه، از طرح‌های نیمه تجربی استفاده کردند. چارچوب زمانی این مداخلات

عموما پنج سال و یا بیشتر بود. در تمام موارد ارزیابی کننده‌ها خاطر نشان کردند که شواهد مربوط به آنها از تغییر، اغلب تحت تاثیر روندهای عمومی و نوآوری‌های پزشکی قرار گرفته که در ایجاد مرگ و میر و کاهش خطر نسبی بیماری‌های قلبی و عروقی در سطح کشور نقش داشتند.

دشواری سنجش مقدار^۱ مداخله: ارزیاب‌ها به منظور درک تاثیر این مداخلات، اندازه مداخلاتی که به جمعیت مورد نظر رسید را بررسی کردند. پرسش‌های پاسخ داده نشده شامل موارد زیر بود:

- آیا مانند مطالعه سه اجتماع استانفورد، آیا مستنداتی وجود دارد که نشان داد مداخله مستقیما به جمعیت مورد نظر رسیده باشد؟
- آیا میزان مشارکت را با شیوه معناداری می‌توان محاسبه کرد؟
- آیا تمامی فعالیت‌ها دارای اهمیت یکسانی هستند و یا لازم است که برخی از آنها در اندازه‌گیری مقدار مداخله، بیشتر به حساب آورده شوند؟
- آیا باید مداخلات محیطی که به دنبال تغییر زمینه‌ای برای افراد هستند را به این روش اندازه‌گیری کرد؟

تغییرات ایجاد شده در رفتار باید تا چه زمانی باقی بمانند تا بتوان مداخله را موفق فرض نمود؟ در حالی که پروژه کارولینای شمالی تغییراتی را در میزان مرگ نشان داد که در طی یک دوره ۲۰ ساله باقی ماند، شواهد مربوط به طول دوره بسیاری از این مداخلات یکسان نبود. به عنوان مثال نتایج حاصل از پروژه سلامت قلب پاتاکت که در نقطه اوج مداخله، تغییرات نسبتا کمی را در رفتارهای پر خطر نشان داد، در طی سال‌های بعد از بین رفت. ارزیابان و برنامه ریزان تلاش کرده‌اند در سایه چنین واقعیت‌هایی مشخص کنند که چه چیزی را باید به عنوان تاثیرات برنامه در نظر بگیرند. چه میزان اندازه اثر را می‌توان از مداخلات انتظار داشت؟ با توجه به این که شدت مداخلات سلامت اجتماع محور در سطح پایینی بوده، برخی از پژوهشگران خاطر نشان می‌کنند که مقدار تاثیر ۲۰ تا ۳۰ درصدی تغییر مورد انتظار در مداخلات پزشکی و کارآزمایی‌های بالینی برای این مداخلات زیاد است (Fishbein, 1996). با وجود شفافیت کمی که درباره انتظار از این برنامه‌ها وجود دارد، تعیین موفقیت و یا شکست مداخلات مورد تردید است. پژوهشگران ارزیابی، وزن دهی هزینه‌های نسبی مداخلات در مقابل

1 dose

درمان بیماری‌ها را مطرح کرده‌اند در حالی که برخی دیگر معیارهای دیگری را برای قضاوت درباره چنین مداخله‌هایی پیشنهاد می‌کنند (Mittlemark, Hunt, Heat, & Schmid, 1993). بدون راهنما برای اندازه اثر منطقی، طراحی ارزیابی جهت اطمینان از توان آماری کافی برای دیدن تاثیر برنامه، چالش برانگیز خواهد بود. در حالی که مشکلات مطرح شده تنها مسایلی نیستند که ارزیابی کامل شواهد حاصل از مداخلات را دشوار می‌کند، این مشکلات بیانگر چالش‌هایی است که مداخلات سلامت اجتماع محور بعدی تلاش کرده‌اند تا آنها را رفع نمایند. درست است که این مسایل هنوز رفع نشده‌اند، اما ارزیابی‌های مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور، سوالات روش شناختی مهمی را مطرح می‌کند که در عرصه^۱ به آنها توجه می‌شود.

سیر تکامل مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور

علیرغم موفقیت‌های ضد و نقیصی که مداخلات اولیه داشته‌اند، سلامت عمومی چنین اقداماتی را به عنوان یک رویکرد امید بخش در حل مشکلات سلامت پذیرفته است. در طی دهه‌هایی که این مداخلات پیگیری می‌شدند، برنامه ریزان و پژوهشگران تلاش خود را در سه حوزه متمرکز کرده‌اند: (۱) بهبود ظرفیت اجتماع‌ها برای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات اجتماع محور، (۲) اصلاح راهبردها و فعالیت‌های موجود و تدوین موارد جدیدی که بتواند نتایج پایداری را به دنبال داشته باشد، (۳) اصلاح ارزیابی چنین برنامه‌هایی بر اساس روش‌های جدید، تحلیل‌های با حساسیت بالاتر و طرح‌های جدیدی که بینش بیشتری را نسبت به چالش‌ها و دستاوردهای مداخلات سلامت اجتماع محور در پی داشته باشد.

بهبود ظرفیت‌های اجتماع برای طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور

تلاش‌ها در جهت داشتن اجتماع، نقش عوامل محیطی و نیز طراحی و اجرای فعالیت‌ها برای پاسخ گویی به این عوامل را مطرح می‌کنند. این موضوع موجب شده تا پژوهشگران و مسئولین سلامت عمومی اصولی را جهت کمک به جوامع در اجرای برنامه‌های خود طراحی کنند رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت اجتماع^۲ که در

1 Field

2 Participatory Approach to Community Health (PATCH)

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) ابداع شده است، به رهبران اجتماع در ارزیابی داده‌های مربوط به مرگ و ابتلا، بررسی ادراکات اجتماع، شناسایی هنجارها، نگرش‌ها، ارزش‌های اجتماع و یافتن گروه‌های هدف برای مداخله در اجتماع کمک کرد (Goodman, Steckler, Hoover, & Schwartz, 1993). برنامه در قالب بسته‌ای با کاربرد آسان، در ۱۷ ایالت آمریکا منتشر شد (United States Department of Health and Human Services, n.d.). استفاده و کاربرد رویکرد PATCH در اجتماع‌های مختلفی ارزیابی شده و ارزیاب‌ها اهمیت درگیری بخش‌های مختلف اجتماع و استفاده از کارشناسان محلی و حرفه‌ای در طراحی برنامه‌های مداخلات را خاطر نشان کردند.

از زمان PATCH، بسیج اجتماع و درگیری در فعالیتهای سلامت عمومی رواج پیدا کرده است. تعداد زیادی از برنامه‌های فدرال از چنین رویکردهایی استفاده کرده‌اند. در چنین برنامه‌هایی توجه به شناسایی دست اندرکاران کلیدی^۱ غالباً یک پیش نیاز سرمایه گذاری عمومی و بشر دوستانه برای چنین اقداماتی است.

اخیراً نرم افزارهای ساده و جدیدی معرفی شده است که می‌توانند با تحلیل داده‌های کمی به دست آمده از اجتماع‌ها به برنامه ریزان مداخلات سلامت اجتماع محور کمک نمایند. به طور فزاینده‌ای داده‌های مربوط به سلامت و رفاه، به صورت آنلاین قابل دسترسی، داناود و استفاده برای کسب بینش نسبت به مشکلات سلامت اجتماع است. پروژه شاخص‌های ملی همسایگی^۲ در موسسه شهری^۳، بنیاد سرشماری کودکان Annie E. Casey و چند مورد دیگر تلاش‌های بشر دوستانه ملی باعث شده‌اند تا فعالان و ارایه دهندگان خدمات از داده‌های ابتلا و مرگ به صورت نظام‌مند در برنامه ریزی‌های خود استفاده نمایند. برنامه‌های نرم افزاری که می‌توانند داده‌های اجرایی را در سطح محلات نقشه‌نگاری کنند، توسط نهادهای اجتماعی و گروه‌های سلامت مورد استفاده قرار گرفته‌اند. انتشار داده‌ها باعث شده تا برنامه‌ریزی اقدامات اجتماعی از طریق تمرکز روی مهارت‌های برنامه‌ریزی تقویت شود.

در همان زمان، پژوهش در رشته‌های مختلف، اهمیت تاثیر نگرش‌ها روی رفتار را به عنوان یک اصل زیر بنایی مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور یادآوری می‌کند. شواهد

1 Key Stakeholders

2 National Neighborhood Indicators Project

3 Urban Institute

اخیر از تاثیرات همسایگی بر بارداری نوجوانان - (Browning, Leventhal, & Brooks, 2004) و تاثیر ترکیب نژادی مدارس روی سیگار کشیدن (Ennett et al., 2008) و چاقی (Bernell, Mijanivich, & Weitzman, 2009)، مسیرها و مکانیسم‌های جدیدی را مدنظر قرار می‌دهد که با آنها فرهنگ همسانان^۱ بر رفتار سلامت تاثیر بگذارد.

اصلاح راهبردهای موجود و تدوین موارد جدید

در موج اولیه مداخلات سلامت اجتماع محور از نظریه‌های مختلف روانشناسی رفتارهای سلامت استفاده شد. هر چند بسیاری از این نظریه‌ها بر تغییر رفتار در سطح فردی متمرکز بود. برنامه‌های اخیر بر استفاده از نظریه بوم شناختی^۲ در شکل دهی مداخلات تمرکز و بر اقدام در چند سطح درون اجتماع تاکید می‌کنند (Kok, Gottlieb, Commers, & Smerecnik, 2008). همچنین این برنامه‌ها برای طراحی رویکردهای جدید تغییر رفتار جمعیت، از دیدگاه‌هایی بهره می‌برند که ریشه در حوزه‌های اقتصاد، سیاست عمومی، بازاریابی و ارتباطات، علم سیاست و جامعه‌شناسی دارند. برخی از پژوهشگران معتقدند به جای اجرای مداخلاتی که بر پایه نظریه‌های سطح فردی طراحی شده‌اند، باید از شواهدی بهره گرفت که تاثیر دارند (Freudenberg et al., 1994).

در حالی که مداخلات اجتماعی اولیه بر پیوند بین آموزش، ایجاد مهارت و تغییر رفتار تاکید می‌کردند، مداخلات اخیر بر تغییر سیاست‌های و پروتکل‌ها برای تغییر رفتار توجه دارند. تاکید بیشتر به قانونگزاری و مالیات، رویکردهای جدیدی را در جهت کاهش سیگار و مرگ و میرهای مربوط به خودرو و بهبود وضعیت تغذیه به وجود آورده است. سیاست‌گذاران حوزه سلامت عمومی، رهبران اجتماعی و پژوهشگران با اقداماتی نظیر فراهم کردن سرنگ برای معتادان تزریقی تا دادن صندلی مخصوص نوزاد به خانواده‌های کم درآمد، تاثیر فراهم کردن تجهیزات در کمک به افراد در محافظت از خود در مقابل تهدیدهای سلامت را مورد بررسی قرار داده‌اند. سلامت عمومی همچنین تغییر در سیاست‌ها و پروتکل‌ها در موسسات اجتماعی نظیر تغییر در مدیریت دانشگاه درباره استفاده از الکل در دانشکده‌ها یا دسترسی به آموزش جنسی در مدارس در جهت پاسخ دهی به مشکلات خاص سلامت مورد را تجربه کرده است. حمایت از این رویکردها

1 Peer

2 Ecological Theory

با توجه به این که این نوع مداخلات نسبت به مداخلاتی که بیشتر بر پایه مهارت‌های تدریس و آرایه اطلاعات بنا شده‌اند پایا تر هستند، فرصت‌های بیشتری برای کمک به اجتماع‌ها در جهت پایداری تغییرات فراهم می‌شود.

اخیرا بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور توجه بیشتری نیز نسبت به مداخلات قبلی به ساختار، هنجارها، ارزش‌ها و محدودیت‌ها در محیط‌های ویژه دارند. این مداخلات در پی هدفگیری بهتر و متناسب نمودن مداخله برای زیرگروه‌های جمعیت اقدام به بررسی عمیق کرده و بر دارایی‌ها و منابعی در این جوامع تمرکز می‌نمایند که می‌توانند در مداخلات به کار روند. آنها همچنین توجه دقیقی به محدودیت‌های تکرار "بهترین اقدامات" با تاکید بر اجزای مفید راهبردهای آرایه شده و تداوم مداخلات موفق دارند. بنابراین این مداخلات با تجهیز خود به هم پیمانان مهم سیاسی، حمایت طلبی^۱ برای سرمایه گذاری، مداخلات دولتی و تغییر در بخش‌های خصوصی و غیردولتی مجهز کرده‌اند. در عین حال مداخلات اخیر به ظرفیت‌سازی اجتماعی یعنی تقویت ظرفیت اجتماع‌ها به منظور برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات تهدیدهای سلامت نوجه نشان داده‌اند.

اصلاح روش‌های ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور

هرچند با انجام ارزیابی‌های مربوط به مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور به سئوالات مهمی پاسخ داده شد، ولی بسیاری از پرسش‌ها همچنان بدون پاسخ مانده‌اند و یا به صورت شفاف پاسخ داده نشده‌اند. ارزیابان مداخلات اخیر تلاش کرده‌اند تا در جهت افزایش اعتبار درونی چنین طرح‌هایی رویکردهای نوینی را طراحی کنند و کاربرد چنین ارزیابی‌هایی را بهبود بخشند.

مداخلات سلامت اجتماع محور اخیر توجه بیشتری را به یافتن محتوای مداخلات انجام شده و نیز فرضیاتی که در هنگام تدوین برنامه‌های آنها مد نظر بوده معطوف کرده‌اند تا "جعبه سیاه" محتوای سئوالات پاسخ داده نشده نمایان شود. ارزیابی‌کننده‌ها با کمک ابزارهایی برای ایجاد الگوهای منطقی (W.K. Kellogg Foundation, 2004) یا نظریه‌های تغییر، تلاش کرده‌اند تا به درک بهتری از مکانیسم‌های کارکرد مداخلات مختلف دست یابند (فصل پنجم را ببینید). آنها با تاکید بر اهمیت

ارایه بازخورد اطلاعات به برنامه ریزان در زمان مناسب به دنبال جا انداختن لزوم ارزیابی صادقانه‌تر در مداخلات هستند. برای دستیابی به این اهداف، ارزیابان بر اهمیت درگیر شدن برنامه ریزان به عنوان دست اندرکاران در ارزیابی برنامه‌ها به ویژه در تشخیص فرآیندهای زمان انجام مداخلات، تاکید می‌کنند. رویکرد جدید موسسه اسپن در ارزیابی برنامه‌های اجتماعی دارای اهمیت زیادی شده است (Connell, Kubisch, Schorr, & Weiss, 1999).

در راستای چنین تلاش‌هایی، ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور تلاش کرده‌اند تا سازه‌های آشنا و جدید که در این الگوها به کار می‌روند، را اندازه‌گیری کنند. هر مقدار که مداخلات سلامت اجتماع محور، راهبردهای تاثیر بر هنجارهای اجتماعی را به کار بگیرند، نیاز به درک بهتر تاثیرات چنین هنجارهایی در ممانعت یا تسهیل رفتارهای سلامت مورد تاکید قرار می‌گیرد. ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور تلاش کرده‌اند تا مفهوم همبستگی اجتماعی^۱ را درک کرده و آن را اندازه‌گیری نمایند. آنها در پی یافتن روش‌های معتبر سنجش ظرفیت اجتماعی و نیز درک ارتباط آن با پیامدهای مداخلات هستند.

علاوه بر تمرکز بر فهم بهتر و سنجش فرآیندهای جاری در مداخلات اجتماع محور، ارزیابان فنونی را برای درک مسیرهای دستیابی مداخلات به اهداف خود تدوین کرده‌اند. الگوسازی معادلات ساختاری و تحلیل‌های چند سطحی^۲ به ارزیابان کمک کرده تا مشکلات روش شناختی را که به مداخلات پیشین ضربه زده است را مد نظر قرار دهند. همزمان ارزیابان، پژوهش‌های کاربردی را با تمرکز بر هزینه - اثر بخشی مداخلات سلامت اجتماع محور توجه دارند که در ارزیابی نحوه هزینه کرد منابع مالی محدود، به حوزه به سلامت عمومی کمک می‌کنند.

برخی از پژوهشگران به کسب بینش بیشتر نسبت به مداخلات سلامت اجتماع محور حاصل از پژوهش‌های کیفی تاکید کرده‌اند. با توجه به این که پژوهش‌های کیفی در شفاف سازی کامل‌تر فرآیندهای اجتماعی مناسب ترند، پژوهشگران فنون قدیمی و جدیدی را برای بررسی این فرآیندها یافته‌اند. از آنجا که در طرح‌های ارزیابی از روش‌های مختلفی استفاده شده است، پژوهشگران کیفی به پیشبرد اجرای پژوهش و تفسیر داده‌های کمی کمک نموده‌اند. همچنین پژوهشگران کیفی رویکردهای نوینی را

1 Social Cohesion

2 Multilevel and Structural Equation Modeling

با استفاده از ابزارهایی نظیر روش ارزیابی سریع^۱ به منظور ارایه بازخوردهای به هنگام تر به مجریان مداخلات طراحی کرده‌اند. این تلاش‌ها باعث شده تا ارزیابان مداخلات سلامت اجتماع محور از تکنیک‌های خاصی پیروی نکنند و به سمت درک وسیع‌تر از روش‌های سازگار با تحقیق و سئوالات ارزیابی پیش روند.

در نهایت، برخی از پژوهشگران حوزه سلامت عمومی به دنبال شراکت^۲ با اجتماع‌ها برای اجرای ارزیابی اجتماع، بررسی اولویت‌ها برای اقدام، تدوین مداخلات و ارزیابی آنها بوده‌اند. حمایت طلبان پژوهش مشارکتی مبتنی بر اجتماع^۳ توافق دارند که احتمال موثرتر بودن مداخلاتی که توسط اعضای اجتماع طراحی و اجرا می‌شوند بیشتر است، زیرا این نوع مداخلات تجربه اجتماع‌ها را در هر یک از مراحل به کار می‌گیرند (Minkler, Wallerstein, 2003). چنین رویکردهایی اخیراً در پروژه REACH به کار رفته است که جدیدترین مجموعه از مداخلات سلامت اجتماع محور برای توجه به دیابت است. این پروژه بودجه اش را از دولت فدرال دریافت می‌کند (Collins, 2006).

خلاصه

این فصل تاریخچه مفصلی از مداخلات سلامت اجتماع محور را بیان کرد. در این فصل اصول و فرضیات زیر بنایی پنج مداخله اصلی سلامت اجتماع محور که بیماری‌های قلبی عروقی را مورد توجه قرار داده بودند، مرور شد. این برنامه‌ها شامل برنامه کارولینای شمالی، سه اجتماع استانفورد، پنج شهر استانفورد، سلامت قلب پاتاکت و سلامت قلب مینه سوتا بودند. هرچند موفقیت این برنامه‌ها ضد و نقیص بوده، ولی درس‌های آموخته شده و پیشنهادات حاصل از این اقدامات به شکل گیری مداخلات بعدی منجر شد.

فعالیت‌ها

مقاله‌ای درباره کارآزمایی مداخله عوامل خطر چندگانه^۴ مرتبط با تشخیص و پیگیری فشار خون بالا (HDFP) پیدا کنید و درباره مشابهت‌ها و تفاوت‌های آن با مداخلات سلامت اجتماع محور که در این فصل مطرح شد، بحث کنید.

1 Rapid Assessment Procedure

2 Partnership

3 Community-Based Participatory Research (CBPR)

4 Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT)

یک بیماری مزمن را توصیف کنید که در طی بیست سال گذشته وضعیت بهتری پیدا کرده است.

با ملاحظه مباحث این فصل، فکر می‌کنید سیاست‌های آینده چگونه باید تدوین شوند تا میزان بروز و یا مرگ‌های ناشی از مشکلات سلامت کنونی کاهش یابد؟ یکی از درس‌های آموخته شده از مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور که هنوز هم قابل استفاده و مرتبط است را شرح دهید.

پرسش‌های بحث

با این که کارهای زیادی از زمان مداخلات اولیه سلامت اجتماع محور که در این فصل بحث شد، انجام شده، هنوز هم مسایل زیادی ناشناخته باقی مانده‌اند. درباره دو موضوع کلیدی زیر بحث کنید:

- چگونه می‌توان مقدار مداخله را اندازه‌گیری کرد؟
- چگونه مداخلات سلامت اجتماع محور به نظام ارائه خدمات سلامت در راستای منابع و اولویت اهداف آن کمک می‌کند؟

فصل سوم

مسائل اخلاقی در مداخلات اجتماعی

اهداف یادگیری

توصیف اجزای یک کد اخلاقی

بیان روش‌های رعایت ملاحظات اخلاقی بر اساس اصول اخلاقی انجمن سلامت عمومی آمریکا^۱

آشنایی با نقش کمیته اخلاق

فهم موقعیتی که ممکن است استفاده از مشوق‌ها، یک نگرانی اخلاقی باشد

درک تمایز بین محرمانه بودن^۲ و گمنامی^۳

شناسایی جمعیت‌های آسیب پذیر به عنوان شرکت کنندگان پژوهش و تشخیص اقدامات احتیاطی در زمان کار با آنها

1 American Public Health Association

2 Confidentiality

3 Anonymity

نگاه کلی

این فصل به برخی از مسایل اخلاقی مطرح در مداخلات سلامت اجتماع محور می‌پردازد. این موارد شامل دستورالعمل انجام پژوهش‌ها به صورت اخلاقی و استفاده از کمیته‌های اخلاق دانشگاهی و غیر دانشگاهی است.

ادغام مباحث اخلاقی در اقدامات سلامت عمومی

در طی چهل سال گذشته، ادغام اصول اخلاقی در پژوهش‌های سلامت عمومی به جایی رسیده که اکنون نقش مهمی در هر پروژه و مطالعه‌ای دارد. قبل از جنگ جهانی دوم، توجه چندانی به مسایل اخلاقی در اجرای مداخلات سطح اجتماع نمی‌شد. گزارش‌های منتشر شده درباره مطالعه Tuskegee مربوط به سیر طبیعی بیماری سیفیلیس و یا مطالعات فشارخون اداره کل کهنه سربازان¹ نشان دهنده فقدان توجه به مسایل اخلاقی از طرف اجتماع و مداخلات پزشکی و نظارت عمومی است. در مطالعه Tuskegee، مردان آمریکایی‌های آفریقایی تبار فقیر و بی سواد که مبتلا به سفلیس بودند، جهت انجام مطالعه درباره سیر طبیعی سفلیس انتخاب شدند. پژوهشگران وضعیت این افراد را برای چهل سال از سال ۱۹۳۲ تا ۱۹۷۲ یعنی تا بعد از کشف داروی پنی سیلین که یک درمان اثربخش برای سیفیلیس بود، پیگیری کردند، و آنان را از وجود این دارو برای درمان بیماری‌شان مطلع نکردند (Jones, 1993). در مطالعه VA، از شرکت‌کنندگان مبتلا به فشار خون بالا خواسته شد تا مصرف داروهای خود را قطع کنند. سپس این افراد به طور تصادفی در یکی از دو گروه قرار گرفتند. یک گروه درمان داروی ضد فشار خون و گروه دیگر دارونما² دریافت کردند. این اقدام علیرغم این واقعیت که اطلاعات قابل توجهی در آن زمان در مورد سودمندی کاهش فشار خون از طریق استفاده از داروهای ضد فشار خون موجود بود، انجام شد. مرگ چند شرکت‌کننده در مطالعه منجر به اعتراض درباره استفاده از دارونما در مطالعات دارویی و بررسی‌های دقیق برای کلیه پژوهش‌ها شد (Freis, 1967). مرور این پروژه‌ها مشخص کرد که شرکت‌کنندگان در معرض خطر سخته قرار دارند و باید کنترل موثرتری اعمال شود. این نوع اقدامات شرم

1 Veterans Administration's (VA) Hypertension Studies

2 Placebo

آور در گذشته موجب شده تا دیگر امروزه طراحی، اجرا و ارزیابی یک مداخله اجتماع محور بدون ملاحظات و اقدامات اخلاقی امکان پذیر نباشد.

طراحی ضوابط اخلاقی^۱ حرفه‌ای

در هر حوزه خاصی، ضوابط اخلاقی به عنوان راهنمای رفتار حرفه‌ای عمل می‌کنند. منشور اخلاقی برای سلامت عمومی، عناصر مشخص ذاتی کار در موقعیت‌های اجتماعی را روشن می‌کند و استانداردی را که افراد حرفه‌ای باید رعایت کنند، را ارائه می‌دهد. یک ضابطه اخلاقی الزامات جامع و یا ایستا نیست، زیرا با تغییر قوانین و یا پیشرفت فناوری مسایل اخلاقی جدیدی به وجود می‌آیند و بنابراین این ضوابط نباید به عنوان داوران مطلق اختلافات اخلاقی استفاده شوند. هرچند ضوابط اخلاقی اصولی را ارائه می‌دهند که می‌توانند در حل و فصل چنین اختلافاتی به کار روند. اغلب سازمان‌های حرفه‌ای ضوابط اخلاقی را برای اعضای خود تهیه کرده‌اند. انجمن سلامت عمومی آمریکا (APHA) ضوابط اخلاقی را برای انجام پژوهش‌های سلامت اجتماع برای افراد حرفه‌ای سلامت عمومی و نهادهای فعال در زمینه ارتقای سلامت عمومی طراحی کرده است. ضوابط یا اصول اخلاقی اقدامات سلامت عمومی بر پایه مفروضات مطرح شده از طرف فعالان در این زمینه تدوین شده است. این کد شامل دوازده اصل زیر است:

- اصول اخلاقی فعالیت‌های سلامت عمومی انجمن سلامت عمومی آمریکا
- سلامت عمومی باید به شکل اساسی، علل زیربنایی بیماری‌ها و الزامات مورد نیاز سلامت را با هدف پیشگیری از پیامدهای منفی سلامت مورد توجه قرار دهد.
- سلامت عمومی باید به گونه‌ای به سلامت اجتماعی دست یابد که حقوق افراد اجتماع محترم شمرده شود.
- اصول، برنامه‌ها و اولویت‌های سلامت عمومی باید از طریق فرآیندهایی تدوین و ارزیابی شوند که به اعضای اجتماع فرصت ورود و مشارکت را بدهد.
- سلامت عمومی به منظور اطمینان از دسترسی تمامی افراد به منابع اولیه و شرایط لازم برای سلامت باید در جهت توانمندسازی اعضای محروم اجتماع اقدام نماید.

- سلامت عمومی باید اطلاعات مورد نیاز برای اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های اثربخش در حفظ و راتقای سلامت را جمع‌آوری نماید.
- موسسات سلامت عمومی باید اطلاعات خود را برای تصمیم‌گیری درباره سیاست‌ها و برنامه‌ها به اجتماع ارایه دهند. آنان باید رضایت اجتماع را برای اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها نیز کسب کنند.
- لازم است موسسات سلامت عمومی بر اساس اطلاعاتی که از منابع درون اجتماع در اختیار دارند، به موقع اقدام کنند.
- برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت عمومی باید ترکیبی از انواع روش‌هایی که به ارزش‌ها، باورها و فرهنگ‌های موجود در اجتماع توجه داشته و آنها را محترم می‌دانند، به کار بگیرند.
- برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت عمومی باید به گونه‌ای اجرا شوند که موجب ارتقای محیط فیزیکی و اجتماعی شوند.
- موسسات سلامت عمومی باید اطلاعاتی که انتشار آنها می‌تواند به یک فرد یا اجتماع آسیب برساند محرمانه نگه دارند. موارد استثنا باید بر اساس احتمال بالای آسیب جدی به سایر افراد، توجیه داشته باشد.
- موسسات سلامت عمومی باید نسبت به صلاحیت‌های حرفه‌ای کارکنان خود اطمینان داشته باشند.
- موسسات سلامت عمومی و کارکنان آنها باید به گونه‌ای وارد همکاری‌ها و وابستگی‌ها شوند که موجب اعتماد عمومی و اثربخشی کار موسسه شوند.

ویژگی‌های مشترک ضوابط اخلاقی

ضوابط اخلاقی در کلیه سازمان‌های حرفه‌ای، برخی ویژگی‌های مشترک دارند. مثلاً، همه آنها احترام به حقوق فردی و حفاظت از محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان را با خود دارند. اغلب ضوابط اخلاقی احترام به انواع جمعیت‌ها را مطرح می‌کنند. در ضوابط سلامت عمومی موضوع دسترسی همه افراد به مراقبت‌ها و ورود اجتماع در فرآیند تصمیم‌گیری به صورت خاص مورد توجه است. دلیل اصلی تدوین کد اخلاقی برای پژوهش‌ها سلامت اجتماع این است که در پژوهش‌ها رابطه بین پژوهشگران و شرکت‌کنندگان یک رابطه نابرابر است. پژوهشگر یک فرد بالغ و تحصیلکرده و دارای

جایگاه حرفه‌ای و یا درجانی از موقعیت حرفه‌ای است. علاوه بر این، به خاطر انجام پروژه سلامت اجتماع، پژوهشگر درکی از روند کلی پژوهش دارد. در مقابل، شرکت‌کنندگان احتمالاً مدرک تحصیلی ندارند، با واقعیت‌های روزمره مرتبط با مشکل سلامت مورد تحقیق سروکار دارند و از پروژه‌ای که در آن شرکت دارند چیز زیادی نمی‌دانند. رابطه بین پژوهشگر و شرکت‌کننده بندرت می‌تواند برابر باشد و تنش‌های موجود در موقعیت‌های نابرابر را پیش می‌آورد. از آنجا که موازنه قدرت به نفع پژوهشگر است، پیدا کردن این نابرابری‌های بالقوه در افراد، گروه‌ها و جوامع در تمامی جنبه‌های پروژه و استقرار ساختاری برای پرهیز از این موارد بالقوه اهمیت دارد.

سطوح بوم شناختی مداخله برای شناسایی بسیاری از مسایل اخلاقی که ممکن است پدید آید، اهمیت دارد. در مداخله‌ای که به دنبال حل مشکل سوء مصرف مواد در نوجوانان در سطح گروهی است، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، رضایت آگاهانه و ایمنی شرکت در مطالعه مطرح است. شرکت‌کنندگان در یک بحث گروهی که راهکارهایی را برای یک پروژه پیشگیری بررسی می‌کند، باید تا حد ممکن مطمئن شوند که گفتگوهای مطرح شده در گروه به گوش مسئولین مدرسه و خانواده‌ها نمی‌رسد. توجه به همین موضوع در سطح سازمانی و یا اجتماع مستلزم ایجاد یک رابطه همکاری به جای رابطه همراه با احساس نابرابری می‌باشد، همچنین باید از عدم وجود هرگونه تاثیر مضر بر شرکت‌کنندگان در مداخله اطمینان حاصل کرد. به عنوان مثال، مداخله پیشگیری از اعتیاد در سطح مدرسه‌ای که در آنجا مواد مخدر خرید و فروش می‌شود، می‌تواند منجر به آسیب جسمانی به دانش‌آموزان و یا کارکنان مدرسه شود. محرمانه بودن نیز در صورتی که مدرسه یا اجتماع بزرگتر نگران از دست دادن اعتبار خود به دلیل آشکار شدن هویتش باشد، می‌تواند یک مساله اخلاقی را ایجاد کند. این بدان معنا نیست که چنین مداخله‌ای نباید انجام شود، بلکه پژوهشگران باید به این مساله توجه کنند و آن را در فعالیت‌های مداخله اعمال کرده و بی‌حرمتی بالقوه را به حداقل برسانند. نهایتاً، در اجرای مداخله پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان در مدارس و در سطح سیاست، باید اطمینان حاصل کرد که مدارس مداخله به نحوی مورد بی‌حرمتی قرار نگیرند.

کمیته‌های اخلاق

ایجاد کمیته‌های اخلاق حاصل نگرانی‌ها درباره افراد شرکت‌کننده در پژوهش‌ها بود. این کمیته‌ها در موسساتی مانند دانشگاه‌ها، تجهیزات پزشکی و سازمان‌های اجتماعی که در آنجا پژوهش‌ها انجام می‌شود، تشکیل شده است. آنها مسئولیت حمایت از حقوق شرکت‌کنندگان در مطالعات پژوهش‌های را به عهده دارند و این کار را از طریق داوری دستورالعمل‌های پژوهش‌ها قبل از اجرا انجام می‌دهند. از سال ۱۹۷۴، هر پژوهشگری که می‌خواهد مطالعه‌ای را با استفاده از منابع مالی فدرال در زمینه پزشکی یا زیست پزشکی انجام دهد باید از یک کمیته اخلاق تاییدیه دریافت کنند. به دنبال این الزام، اکنون همه پژوهش‌ها در دانشگاه‌ها و موسسات تجهیزات پزشکی، نه فقط پژوهش‌هایی که به صورت فدرال تامین اعتبار می‌شوند، - نیاز به چنین تاییدیه‌ای دارند.

مسئولیت‌های کمیته اخلاق در قبال شرکت‌کنندگان در مطالعه

- کمیته‌های اخلاق متشکل از اعضای علمی و غیر علمی هستند که ارزیابی مستقلی را در زمینه مسایل اخلاقی پژوهش به پژوهشگران ارائه می‌دهند. یک کمیته اخلاق مسئولیت مشخص کردن و اطمینان از موارد زیر را به عهده دارد:
- حقوق و رفاه شرکت‌کنندگان به اندازه کافی حفظ شود و آنها پس از درک خطرات و فواید بالقوه مداخله، برای شرکت در مداخله رضایت داشته باشند.
 - مداخله شرکت‌کنندگان را در معرض خطر جسمانی یا عاطفی غیرمنطقی قرار ندهد.
 - ضرورت و اهمیت مداخله به خطراتی که برای شرکت‌کنندگان پیش می‌آید، فزونی داشته باشد.
 - پژوهشگران شایستگی انجام مداخلات بر روی نمونه‌های انسانی را داشته باشند.

مسئولیت پژوهشگران در مقابل کمیته اخلاق

یکی از اجزای مهم فرآیند کمیته اخلاق، الزام همه اعضای درگیر در طراحی، اجرا، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، به دریافت آموزش در رابطه با حفاظت از نمونه‌های انسانی است. این آموزش شامل آموزش درباره تاریخچه ملاحظات اخلاقی در پژوهش و انواع مطالعاتی که حالت استثنا دارند (مطالعاتی که بعید است آسیبی به شرکت‌کنندگان

برسانند)، وضعیت‌های با حداقل خطر (مطالعاتی که خطر اندکی را برای شرکت‌کنندگان ایجاد می‌کنند) و یا داوری کامل است. این آموزش‌ها همچنین بر ضرورت محرمانه بودن تاکید دارد. آموزش کمیته اخلاق از طریق اخلاق دانشگاه‌ها و یا مراکز دانشگاهی، موسسات ملی اداره سلامت تحقیق خارج دانشگاهی و یا طرح آموزش موسسه‌ای در اختیار است.

کمیته اخلاق تمامی جنبه‌های پژوهش پیشنهادی شامل روش مطالعه، روش نمونه‌گیری، فرم‌های رضایت و ابزارهای مطالعه را معمولاً با استفاده از یک چارچوب از پیش تعیین شده داوری می‌کند. اعضای کمیته اخلاق می‌توانند پرسش‌هایی را در زمینه پروژه مطرح کنند و پیشنهادهای را برای اصلاح ارائه دهد که موجب افزایش نقاط قوت مداخله و پذیرش از طرف اجتماع می‌شود. تنها بعد از این که تمامی نگرانی‌های کمیته اخلاق برطرف شد، به پژوهشگر اجازه شروع فعالیت‌های پژوهش داده می‌شود.

جمعیت‌های آسیب پذیر

جمعیت‌های آسیب پذیر در پژوهش شامل افرادی است که قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه درباره شرکت خود در مطالعه نیستند و به همین جهت نیاز به محافظت‌های ویژه دارند. این افراد شامل زندانیان، افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند، زنان باردار و کودکان هستند. در این زمینه رعایت احتیاط ضروری است، زیرا سوابقی از تحت فشار قرار دادن و یا تحریک زندانیان و سایر افراد سازمان‌ها برای شرکت در مطالعات وجود دارد. در حال حاضر اگر چنین افرادی در مطالعه شرکت داشته باشند، باید دقت شود که فرآیند انتخاب نمونه‌ها دور از هرگونه اجبار و امتیاز ویژه (نظیر حکم آزادی پیش از زمان مقرر و یا کم کردن زمان زندانی) برای شرکت در مطالعه باشد.

در پژوهش بر روی کودکان، براساس سن آنها باید هم رضایت رسمی از والدین و هم موافقت یا رضایت از خود کودکان گرفته شود. درباره کودکان کم سن و سال که قادر به خواندن یا نوشتن نیستند، موافقت خود را برای شرکت در مطالعه از طریق پاسخ به سوال مستقیم و یا نشان دادن تصاویری که بیانگر بله (مانند صورت خندان) و یا خیر (مانند صورت اخمو) اعلام می‌کنند. کودکان بزرگتر در صورتی که در روش مطالعه مشخص شده باشد، می‌توانند فرم رضایت رسمی را امضا کنند.

از آنجا که افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند دارای ظرفیت محدود تصمیم‌گیری بوده و ممکن است تحت فشار قرار بگیرند، شرکت در پروژه‌های مرتبط با نیازهای آنها، مطلوب است. چون ناتوانی‌هایی تکاملی طیف گسترده‌ای از وضعیت‌ها را در بر می‌گیرد، استفاده از تصمیم‌گیر جایگزین در کنار افراد ناتوان می‌تواند تا حدی مانع از اجبار شود.

اجازه و رضایت

برای اجرای مداخله در موقعیت‌های اجتماع مانند کلیسا، بخش اورژانس و یا نهاد غیر انتفاعی مانند شعبه محلی انجمن سرطان، لازم است اجازه کار بر از یک نماینده سازمانی مناسب گرفته شود. چنین مجوزی شامل ملاقات با اعضای این گروه‌ها، معرفی تیم پژوهش و توضیح ویژگی‌های پروژه از جمله اهداف، خطرات و فواید آن است. اجتماع را می‌توان از طریق رسانه‌هایی مانند روزنامه‌های محلی، ایستگاه‌های رادیویی و یا خبر نامه‌ها و یا از طریق گروه‌هایی نظیر انجمن اولیا و مربیان و یا کلیسا نیز درباره برنامه مطلع کرد. این تبلیغات قبلی می‌تواند مانع از انتشار اطلاعات نادرست شود. به عنوان مثال، در یک مداخله پیشگیری از ایدز تعاملی در مدارس راهنمایی کپ تاون آفریقای جنوبی که تنها شامل یک نمایشنامه تعاملی بود برخی از والدین به اشتباه فرم رضایت را به عنوان مداخله آزمایش HIV/AIDS تصور کردند. در پژوهش‌های اجتماعی محور باید زمان و منابع کافی برای استفاده از روش‌های مختلف اطلاع رسانی اجتماعی درباره فرآیند تحقیق، اختصاص داد. فرآیند اطلاع رسانی باید دوسویه بوده و تیم پژوهش باید آمادگی به کارگیری پس‌خوراندها را در روش‌های نهایی پروژه تحقیق داشته باشند.

فرم رضایت

شرکت کنندگانی بالقوه‌ای که مستقیماً در هر مداخله پژوهش‌های شرکت می‌کنند باید از خطرات و فواید شرکت در پروژه مطلع باشند. اطلاع شرکت کنندگان با امضای فرم رضایت که توسط پژوهشگر و بر اساس فورمت پیشنهادی کمیته اخلاق تهیه می‌شود، به صورت رسمی در می‌آید. تهیه فرم‌های رضایت که حاوی نکات مهم به زبان قابل فهم

شرکت کنندگان باشد آسان نیست به ویژه اگر شرکت کنندگان از قومیت‌ها و با سطوح تحصیلات مختلف باشند. در جوامعی که زبان انگلیسی زبان اولشان نیست، فرم‌های رضایت را باید به زبانی که برای تمامی شرکت کنندگان بالقوه در این اجتماع‌ها به راحتی قابل خواند باشد، ترجمه نمود.

فرم‌های رضایت را بعد از امضا، باید در دفتر و یا کم‌دی قفل شده به دقت نگهداری کرد. این فرم‌ها اسنادی مبنی بر اطلاع کامل شرکت کنندگان از ویژگی‌های شرکت در پروژه را برای پژوهشگر فراهم می‌کنند و اگر شرکت کننده‌ای بعدها ادعا کرد که خطرات شرکت در مطالعه را نمی‌دانسته به لحاظ قانونی پژوهشگران و سازمان‌های متبوعشان را حمایت می‌کند. (یک نمونه از فرم رضایت نامه در صفحه بعد آمده است)

نمونه فرم رضایت برای والدین یا اولیا

شما دعوت شده اید تا در مطالعه‌ای درباره شرکت نمایید. این مطالعه توسط [نام پژوهشگر] از دانشکده انجام می‌شود. اگر موافق شرکت در

این مطالعه هستید، لطفا موارد زیر را انجام دهید:

۱- پرسشنامه‌های را درباره مشخصات خود تکمیل کنید.

۲- در یک جلسه بحث گروهی شرکت نمایید.

مصاحبه‌ها ضبط خواهند شد. شما می‌توانید نوارهای ضبط شده را گوش کنید و بخواهید که تمام و یا بخشی از آن قسمت که شامل صحبت‌های شما است، حذف شود. تکمیل پرسشنامه ۱۰ دقیقه و شرکت در بحث گروهی ۹۰ دقیقه طول خواهد کشید.

برای تشکر از شما برای شرکت در این مطالعه یک حواله خرید از سوپرمارکت داده خواهد شد.

هیچ خطر شناخته شده خاصی برای شرکت در این مطالعه وجود ندارد. هر چند شرکت در این مطالعه برای شما سود مستقیم ندارد، اما مشارکت شما به پژوهشگران کمک خواهد کرد تا نیازهای سلامت مرتبط با را بررسی کنند.

با کمک کدهایی که به هر شرکت کننده داده می‌شود، اطلاعات شما به صورت محرمانه باقی می‌ماند و داده‌های مربوط به شما هرگز به صورت مستقیم با هویت شما مرتبط نخواهد بود و با نگهداری کلیه فرم‌های تکمیل شده و نوارهای ضبط شده در یک کمد قفل شده، آنها تنها در دسترس پژوهشگران خواهند بود.

پاسخ‌های شما به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد، به استثنای مواردی که پژوهشگر به دلایل قانونی ناچار باشد تا در رابطه با هرگونه تردیدی درباره آسیب به شما، کودکان و یا افراد دیگر به مسئولین با صلاحیت گزارش دهد.

پاسخ‌های شما به صورت محرمانه نگهداری خواهند شد اما پژوهشگر نمی‌تواند تضمین کند که سایر افرادی که در بحث گروهی شرکت می‌کنند نیز به همین نحو عمل کنند.

شرکت در این مطالعه داوطلبانه است. شما می‌توانید در مطالعه شرکت نکنید و یا در هر زمان بدون این که جریمه شوید، از مطالعه خارج شوید. شما حق دارید در مصاحبه‌ها، پرسشنامه‌ها و یا پیمایش‌ها به هر سوالی که خواستید پاسخ ندهید. چنانچه مساله مبهمی برای شما درباره مطالعه و شرکت در این مطالعه وجود دارد و شما آن را درک نمی‌کنید، می‌توانید با [نام پژوهشگر] از طریق [شماره تلفن و آدرس] تماس بگیرید.

برای سوال درباره حقوقی که به عنوان شرکت کننده در مطالعه دارید می‌توانید با کمیته مربوط به نمونه‌های انسانی دانشگاه شماره تلفن و آدرس] تماس بگیرید. به شما یک نسخه از این فرم رضایت برای نگهداری نزد خودتان داده می‌شود.

امضا و تاریخ

رضایت کودک

رضایت والدین برای شرکت در مطالعه برای کودکانی که مراجع قانونی آنها را به عنوان افراد زیر ۱۸ سال معرفی می‌کنند، ضروری است. روش‌های مختلفی را می‌توان برای اخذ رضایت از والدینی که دسترسی به آنها از طریق پست و یا دانش‌آموز (کودک) دشوار است به کار برد. این روش‌ها می‌تواند شامل جلسات اطلاع رسانی در یک مرکز اجتماع و یا مدرسه که در آنجا مشوقی مانند ارایه مواد غذایی و یا قرعه کشی برای آن دسته از والدینی که فرم رضایت را برای شرکت فرزندشان بر می‌گردانند (چه موافق

شرکت فرزندشان باشند و چه مخالف) باشد. حتی می‌توان برای گرفتن رضایت والدین، در منزل آنها را ملاقات کرد، به شرط آنکه اینکار به عنوان اجبار تلقی نشود.

رضایت والدین دو نوع است: منفعل و فعال. در برخی موقعیت‌ها مانند مداخلات مدرسه محور، رضایت منفعلانه استفاده می‌شود، به این معنا که اگر والدین فرمی را که نشان دهنده مخالفت آنها برای شرکت فرزندشان در مطالعه است امضا نکنند، می‌توان فرض کرد با شرکت فرزندشان موافق هستند. در طی دهه گذشته، رضایت منفعلانه کمتر پذیرفته شده است چرا که دلیلی وجود ندارد که ثابت کند والدین فرم رضایت را حتما خوانده باشند و یا آن را فهمیده باشند. در حال حاضر پژوهش‌هایی که به صورت فدرالی تامین اعتبار می‌شوند، اجازه استفاده از رضایت منفعلانه را ندارند. امروزه این نوع پژوهش‌ها و پژوهش‌هایی که مورد حمایت دولت هستند برای شرکت کودکان در مطالعه نیاز به رضایت فعالانه دارند. رضایت فعالانه به این معنی است که والدین فرم رضایت که نشان دهنده موافقت آنها برای شرکت فرزندشان در مطالعه است را امضا می‌کنند. متأسفانه الزام رضایت فعالانه موجب دشواری دستیابی به یک نمونه بدون سوگرایی شرکت‌کنندگان شده است، زیرا والدینی که فرم رضایت را امضا کرده و بر می‌گردانند به احتمال بیشتری در فعالیت‌های فرزندانشان درگیر هستند. از طرف دیگر، کودکان والدینی که فرم را بر نمی‌گردانند اغلب کسانی هستند که نیاز بیشتری به دریافت مداخله دارند زیرا والدین آنها کمتر درگیر مدرسه فرزندشان هستند.

محافظت از شرکت‌کنندگان مطالعه

محرمانه بودن^۱ به این معناست که پژوهشگر نام شرکت‌کننده و اجتماعی که در آنجا تحقیق انجام می‌شود را بداند اما اطلاعات مربوط به هویت آنان را برای دیگران آشکار نکند. شرکت‌کنندگان نباید از طریق انتشار و یا ارایه نتایج، رسانه‌ها و یا هر نوع رویداد عمومی و یا خصوصی قابل شناسایی باشند. تمامی اعضای تیم پروژه باید در رابطه با اهمیت محرمانه بودن آموزش ببینند، به علاوه در موقعیت‌هایی مانند گروه‌های مداخله گروه‌های متمرکز که شرکت‌کنندگان می‌توانند همدیگر را ببینند، اعضای تیم باید بر اهمیت این که توافق شرکت‌کنندگان هویت سایرین را مشخص نکند و نیز بحث درباره مواد مداخله تاکید کنند.

گمنامی^۱ به این معنا است که اطلاعات شناسایی مانند نام جمع‌آوری نشود. اگر تماس‌های بعدی با شرکت کنندگان ضرورت نداشته باشد و دلیلی برای جمع‌آوری اسامی و دیگر اطلاعات شناسایی افراد وجود نداشته باشد، می‌توان شرکت کنندگان را از گمنامی مطمئن کرد و تهدید بالقوه شناخته شدن را به حداقل رساند.

استفاده از مشوق‌ها^۲

گزینه‌های مادی شامل پول، هزینه غذا، کارت تلفن و یا بلیط فیلم مکررا به عنوان مشوق‌ها برای تشویق افراد، گروه‌ها و یا اجتماع‌ها برای شرکت در مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرند. تصمیم‌گیری درباره استفاده یا عدم استفاده از مشوق‌ها، چندین مساله اخلاقی را مطرح کرده است. در صورتی که تحقیق در یک اجتماع محروم انجام می‌شود، استفاده از مشوق‌ها (که می‌تواند وقتی افراد فقیر هستند، دستکاری شود) این سوال را مطرح می‌کند که آیا با وجود ارایه جوایز مادی می‌توان رضایت آگاهانه را به صورت درست به دست آورد؟ البته وقتی که مشوق‌ها و منابع مالی بعداً فراهم نباشند، می‌توانند به عنوان مانع ماندگاری یک مداخله عمل کنند. در مقابل، مشوق‌ها می‌توانند راهی برای اطمینان از این که فقدان منابع حمل و نقل و یا غذا دلیل عدم شرکت افراد در مطالعه نبوده، تلقی شود. همچنین فراهم کردن یک میان وعده و یا وعده غذایی می‌تواند در محیط مثبت مداخله برای آموزش و یادگیری درباره غذاهای سالم نقش داشته باشد. نهایتاً زمان افراد محدود است و پرداخت در ازای چنین وقتی راه درستی برای به کار گیری افراد در پروژه مطالعه است.

به طور کلی، پژوهشگران باید جذاب بودن مشوق به میزان کافی جهت جذب و حفظ شرکت‌کننده و جذابیت زیاد مشوق‌ها که موجب اختلاف بین افرادی که در مداخله شرکت کرده‌اند و کسانی که مشارکت نکرده‌اند می‌شود، تعادل برقرار کنند. مشوق‌ها نباید انقدر بزرگ باشند که شرکت کنندگانی را که با وجود این که نسبت به مداخله تردید دارند، به دلیل منفعت مادی در مطالعه ثبت نام نموده‌اند را جذب کند. به عنوان مثال برای شرکت در مطالعه دادن مشوق پولی بیش از مقدار دستمزد ساعتی معمول نباید به نوجوانان ارایه شود. در صورت محدود بودن فرصت‌های استخدام برای

1 Anonymity

2 Incentives

نوجوانان، دادن بلیط فیلم یا کنسرت می‌تواند مناسب‌تر از پول نقد باشد. پرداخت هزینه حمل و نقل (ایاب و ذهاب) و دادن یک وعده غذایی یا میان وعده می‌تواند برای جذب افراد در مطالعه کافی باشد.

محافظت در مقابل آسیب

یک مسئولیت مهم اخلاقی در اجرای مداخله، محافظت جمعیت هدف در مقابل آسیب (احتمالی) است. مثلاً در اجرای مداخله‌ای برای افزایش تحرک جسمانی در میان دختران نوجوان، در نظر گرفتن آسیب‌پذیری جمعیت مورد نظر در مقابل اختلالات تغذیه‌ای اهمیت دارد. آگاهی از این مشکل بالقوه می‌تواند به طراحی مداخله و ترویج عادات تغذیه سالم کمک کند. همچنین باید مطمئن شد که پژوهشگران نسبت به نشانه‌های اولیه مشکلات تغذیه‌ای آگاهی دارند.

اعضای تیم مطالعه نیز باید در مقابل آسیب‌ها محافظت شوند. این کار می‌تواند در اعزام نکردن آنها به محلات خطرناک بدون همراه و یا بدون محافظت مناسب مصداق داشته باشد. در موقعیت‌هایی که لازم است مصاحبه‌های جدی درباره موضوعات حساس یا ناراحت‌کننده انجام شود، باید اعضای تیم مطالعه زمان کافی برای آماده کردن جو مصاحبه و مطرح کردن تاثیرات هیجانی محتوای مصاحبه داشته باشند.

احترام به حقوق فردی

مداخلات سلامت در سطح اجتماع می‌توانند باعث بروز تعارض بین نیازهای درک شده جهت کاهش خطر سلامت عمومی و حقوق افراد شود. سیاست‌های مربوط به محدود کردن سیگار کشیدن در اماکن عمومی در طی بیست سال گذشته نمونه خوبی از این تعارض است. سیاست مربوط به سیگار نکشیدن که در برخی از شهرها ابتدا در موسسات سلامت شروع شده و سپس به محل‌های کار گسترش یافته بود، در حال حاضر به تمام اماکن عمومی تعمیم یافته است. امروزه محافظت سلامت عمومی در مقابل دود دست دوم از حقوق فردی مربوط به سیگار کشیدن در هر کجا و هر زمان پیشی گرفته است.

موقعیت‌های دیگری وجود دارند که در آنها حقوق فردی بر محتوای مداخله که به باور بسیاری باعث حفظ سلامت عمومی می‌شود برتری دارد. به عنوان مثال ساختار مداخلات آموزشی مدرسه محور برای پیشگیری از ایدز، بارداری و یا خشونت بین فردی به گونه‌ای است که اگر چنین اطلاعاتی در تضاد با اعتقادات شخصی والدین باشند، آنها حق دارند تا مانع از شرکت فرزندشان در مداخله شوند.

اطمینان از کیفیت پژوهش

یک راه اطمینان از رعایت ارزش‌ها و هنجارهای اجتماع فراهم کردن فرصت برای اعضای اجتماع برای وارد شدن به مراحل طراحی و ارزیابی مداخله است. هیات مشورتی اجتماع^۱ ساختاری است که می‌تواند باعث تسهیل در مبادله دو طرفه اطلاعات شود. هم محتوا و هم فرآیند، اجزای مهم چنین هیاتی هستند. اعضای اجتماع نیاز به آموزش درباره الزامات روش شناسی مطالعه پژوهش‌های نظیر تصادفی سازی و یا محرمانه بودن دارند. پژوهشگران نیز باید درباره این که چرا موضوعات، سوالات و یا راهکارهای خاصی مناسب یک اجتماع نیستند، اطلاع داشته باشند. درباره استفاده از فرآیند تصمیم‌گیری اکثریت و یا فرآیند دستیابی اعضای اجتماع و پژوهشگر به اجماع بر سر موضوعات خاص باید در مراحل اولیه شکل‌گیری این کمیته تصمیم‌گیری شود.

پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها

هیات مشورتی اجتماع می‌تواند با ارایه پس‌خوراندهای با ارزش درباره یافته‌های اولیه یک مداخله قبل از انتشار نتایج توسط نهاد سرمایه‌گذار و یا نشریه، کمک‌کننده باشد. چنین گزارشی باید با زبانی بدون دشواری‌های علمی تهیه شود. هرچند برخی از یافته‌ها تایید نمی‌شوند و یا فقط برخی از آنها توسط نمایندگان اجتماع پذیرفته خواهند شد، تقریباً همیشه موارد مثبتی وجود دارد که می‌توان گزارش نمود، حتی اگر این موارد مورد انتظار نبوده باشند. اطلاعاتی که ممکن است درباره گروه خاصی به صورت منفی تفسیر شوند، باید به گونه‌ای تهیه شوند که علل زیربنایی آنها به روشنی درک شوند. به عنوان مثال، در اجرای مداخله‌ای برای افزایش میزان واکسیناسیون دوران کودکی، یک

یافته ممکن است این باشد که نسبت بالاتری از یک گروه قومیتی خاص تمایلی به واکسینه کردن کودکان خود ندارند. یک توضیح درباره این یافته می‌تواند این باشد که والدین این گروه قومیتی، به صورت مناسب از کودکانشان مراقبت نمی‌کنند. هر چند یک توضیح محتمل‌تر این است که مهاجران غیر قانونی نگران هستند که اگر فرزندان خود را برای واکسیناسیون به درمانگاه بیاورند، موقعیت آنها آشکار خواهد شد. استفاده کنندگان بالقوه خدمات نباید به دلیل عدم استفاده از خدماتی که در دسترس نیست، مورد سرزنش قرار گیرند. برای پرهیز از تفسیر اشتباه یافته‌ها، پژوهشگر می‌تواند برای ارایه یافته‌های مطالعه در یک بستر دقیق مقاله‌ای را منتشر کند و یا کنفرانس مطبوعاتی ترتیب دهد. این زمینه گسترده‌تر یا علل زیربنایی به جای علل نزدیک‌تر، یک مشکل سلامت در مباحث اخلاقی و انتشار نتایج حیاتی است.

مداخلات سلامت اجتماع محور بدون حمایت اجتماع به صورت کلی و شرکت‌کنندگان به صورت خاص موفق نخواهند بود. به عنوان مثال، مداخله‌ای که متمرکز بر رفتارهای پر خطر نوجوانان است ممکن است جوانانی را از اجتماع برای آموزش همسالان به کار گیرد. هرچند، از آنجا که بزرگسالان در کنترل مداخله هستند، ایده‌های آنها به صورت موثرتری در طراحی و اجرای مداخله منعکس می‌شود. به منظور درگیری کاملتر آموزش دهندگان همسال در مطالعه، ایده‌های ارایه شده توسط آنها باید در مداخله وارد شود و جهت این همکاری مورد احترام قرار گیرند. در نتیجه این کار، مداخله از حمایت بیشتری برخوردار شده و مرتبط‌تر خواهد بود.

حفظ یکپارچگی پژوهش

گاهی ممکن است منافع حمایت‌کننده مالی مداخله در تعارض با مسیری باشد که مداخله انجام می‌شود. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای که با ارایه آگاهی درباره فرصت‌های شغلی برای کاهش بارداری نوجوانان انجام می‌شود، ممکن است مشخص شود که ارایه اطلاعاتی در رابطه با پیشگیری از بارداری هم ضرورت دارد. در صورتی که حمایت‌کننده مالی مخالف ارایه اطلاعات درباره کنترل بارداری به نوجوانان باشد، پژوهشگر با یک مشکل اخلاقی مواجه خواهد شد، به ویژه اگر مشخص شود که در این صورت است که حامی مالی از مطالعه کنار خواهد کشید. در چنین شرایطی، پژوهشگر باید درباره چیزی که بیشتر به نفع جامعه هدف است، تصمیم‌گیری کند. در این نمونه، ممکن است

ارایه آموزش درباره پیشگیری از بارداری به نوجوانان توسط یک نهاد اجتماعی نظیر درمانگاه محلی و یا فرزند پروری برنامه‌ریزی شده امکان‌پذیر باشد. حساسیت نسبت به محیط فیزیکی و اجتماعی که در آن مداخله انجام می‌شود نیز یک مساله اخلاقی برای پژوهشگر اجتماع است. به عنوان مثال، برای انجام مداخله‌ای برای تعدادی از افراد در یک مراکز نگهداری سالمندان، پذیرفتنی نیست که روال معمول زندگی تمامی افراد برای مدت زمان طولانی دچار اختلال شود. همچنین پذیرفتنی نیست که برای انجام مداخله، فضایی مانند باشگاه و یا مراکز اجتماع که به عنوان منبع مورد استفاده اعضای اجتماع قرار می‌گیرد، تصرف شود. در صورتی که مداخله چیز جدیدی مانند رایانه یا وسایل ورزشی را برای استفاده به شرکت‌کنندگان معرفی می‌کند، از نظر اخلاقی بهتر است این تجهیزات بعد از انجام مداخله به اجتماع مداخله داده شود. یک مداخله اجتماع محور با ایجاد اختلال در زندگی معمول برخی از افراد همراه است و عنصر جدیدی را به اجتماع معرفی می‌کند. بنابراین شناسایی مشکل، طراحی مداخله و ارزیابی تاثیرات آن بر اجتماع باید از روش‌های مبتنی بر منطق علمی باشد. اعتبار پژوهشگران و سازمان‌های آنها و نیز دست‌اندرکارانی در اجتماع که از مداخله حمایت کرده‌اند، همگی وابسته به میزان رعایت استانداردهای اخلاقی بالا و تداوم آنها و نیز انجام کار دقیق دارد.

نمونه‌هایی از مداخلات هست که به نتایج مورد نظر دست نیافته‌اند. به عنوان مثال، تغییر مورد نظر ممکن است اتفاق نیفتد و یا در جهتی باشد که مورد انتظار نبوده است. چنین نتایجی ممکن است به معنای غیر ممکن بودن مشارکت اجتماع باشد و یا این که احتمالاً شرکت‌کنندگان در مطالعه منعکس کننده اجتماع هدف نیستند. در چنین شرایطی، پژوهشگران باید درباره شایستگی پروژه در ادامه مصرف منابع مالی برای حمایت از آن، تصمیم بگیرد. در اینجا مساله اخلاقی این است چه کسانی از شرکت در مطالعه سود می‌برند و چه افرادی ممکن است ضرر کنند. اگر تنها پژوهشگر و اعضای تیم مطالعه سود ببرند، شاید اجتماع علاقمند به ادامه کار نباشد. در صورتی که برای رسیدن به هدف مورد نظر استفاده از منابع مالی به صورت مختلفی امکان‌پذیر باشد، می‌توان درباره تخصیص منابع بازنگری کرد. درگیری اعضای اجتماع و استفاده از یک فرآیند تصمیم‌گیری شفاف و باز می‌تواند احساس بدی که ممکن است در اثر تغییرات ایجاد شود را به حداقل برساند.

خلاصه

در فرآیند برنامه‌ریزی و اجرای هر نوع مداخله اجتماع محور، ملاحظات اخلاقی مختلفی باید در نظر گرفته شود. ارایه آموزش‌های رسمی، استفاده از منابع کمیته اخلاق و تلاش در جهت رعایت دیدگاه اجتماع کمک می‌کند تا مسایل اخلاقی به شکل عادلانه‌ای حل و فصل شود.

فعالیت‌ها

در بخش "جمعیت‌های آسیب‌پذیر" این فصل، چند گروه ذکر شده است. غیر از دلایل مطرح شده، چه دلایل دیگری برای این که زندانیان یک جمعیت آسیب‌پذیر هستند، مطرح است؟

یک موقعیت پژوهشی را شرح دهید که در آن رعایت گمنامی به صورت واقعی امکان‌پذیر نیست. چرا؟ در این شرایط محرمانه بودن چگونه رعایت خواهد شد؟ در شهرهای کوچکی از ایالات متحده آمریکا، افشای وضعیت HIV افراد ممکن است به شدت بر جایگاه فرد در شهر تاثیر بگذارد. فرض کنید شما برای یک سازمان ملی ایدز کار می‌کنید و قصد دارید مطالعه‌ای را در یکی از این شهرها و برای درک بهتر نیازهای زنان HIV مثبت که به تازگی از زندان آزاد شده‌اند، انجام دهید. رویکرد خود برای انجام پژوهش اخلاقی شامل موارد زیر را شرح دهید:

- آیا یک کمیته مشورتی را تشکیل می‌دهید؟
- چگونه رضایت از شرکت در مطالعه را مدیریت خواهید کرد؟
- کدامیک را انتخاب می‌کنید: محرمانه بودن یا گمنامی. علت انتخاب‌تان چیست؟
- فرض کنید در حال انجام مطالعه‌ای درباره نحوه دسترسی افراد بی‌خانمان به مراقبت‌های پزشکی در سان فرانسیسکو هستید و می‌خواهید یک یک‌مصاحبه‌سی دقیقه‌ای را برنامه‌ریزی کنید. برای انجام این کار یک مشوق مناسب را بیان کنید. چرا چنین مشوقی می‌تواند برای جمعیت مورد نظر جذاب باشد؟

پرسش‌های بحث

مطالعه موردی زیر را مطالعه کرده و مسایل اخلاقی و نحوه برخورد با آنها را مورد بحث قرار دهید.

هدف مطالعه مشخص کردن این موضوع است که آیا نوجوانان در معرض خطر بالاتر، برای انجام داوطلبانه آزمایش و مشاوره HIV/AIDS مراجعه می‌کنند. نوجوانان از یکی از دو دبیرستان شهر انتخاب خواهند شد. اطلاعاتی‌های مربوط به مراجعه به یک خودرو سیار برای مشاوره و انجام آزمایش داوطلبانه در ساعت ۱۱:۱۵ صبح دوشنبه تا پنجشنبه هفته آینده، در مکان‌های تجمع نوجوانان بعد از مدرسه توزیع خواهد شد. پس از امضای فرم رضایت که درباره آزمایش مطالبی را بیان می‌کند، از کلیه نوجوانان خواسته می‌شود تا پرسشنامه‌ای را درباره فعالیت‌های جنسی شان در طی سال گذشته تکمیل کنند. به دانش‌آموزانی که پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و موافقت کنند که مورد آزمایش قرار گیرند یک حواله هدیه ۵۰۰۰ دلاری بعد از انجام آزمایش هدیه داده خواهد شد. با نوجوانانی که جواب آزمایش آنها منفی باشد یک مشاوره کوتاه انجام شده و حواله هدیه و یک پمفلت درباره نحوه حفظ آزمایش منفی داده خواهد شد. از نوجوانانی که جواب آزمایش‌شان مثبت باشد، خواسته می‌شود تا برای مشاوره فردی با یک مددکار اجتماعی و پرستار در اتاق انتظار بمانند. پس از مشاوره به این افراد توصیه خواهد شد تا به یک گروه حمایتی بپیوندند و برای پیگیری وضعیت خود به یک پزشک مراجعه کنند. با والدین یا مراقبین نوجوانان آلوده تماس گرفته و نتایج آزمایش فرزندشان در طی ۲۴ ساعت آینده به اطلاع آنها خواهد رسید.

فصل چهارم

سطوح و انواع مداخلات اجتماع محور

اهداف یادگیری

تمایز بین مداخلات سطح اول، دوم و سوم در موقعیت‌های اجتماع

آشنایی با تفاوت‌های مداخلات در چهار سطح بوم شناختی

بیان تفاوت‌های بین مداخلات سلامت اجتماع محور و مداخلات بالینی

نگاه کلی

این فصل انواع مختلف مداخلات سلامت اجتماع محور را معرفی می‌کند و نمونه‌هایی از سطوح بوم شناختی مختلف ارائه می‌دهد. هر یک از این مداخلات بر پیشگیری و بوم شناختی خاص خود متمرکز هستند که به طیف وسیعی از مداخلات قابل اجرا توسط فعالان سلامت عمومی، کمک می‌کنند.

تمرکز بوم شناختی بر انواع پیشگیری

تنوعی از فعالیت‌ها برای پیشبرد سلامت در موقعیت‌های اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است. این محدوده از جلسات آموزشی برای گروه‌های حمایتی افراد با شرایط مشترک تشکیل ائتلاف‌هایی برای ایجاد تغییر در یک وضعیت اجتماعی، و حمایت طلبی تغییر در سیاست‌ها و قانونگذاری است. در فصل سوم، درباره برخی از موضوعات اخلاقی که می‌تواند در هنگام اجرای یک مداخله مطرح شود مطالبی آموختیم. این فصل به سطوح بوم شناختی می‌پردازد که فعالان سلامت عمومی در آن کار می‌کنند.

با بهره‌گیری از دیدگاه بوم شناختی، فعالان سلامت اجتماع می‌توانند در هر یک از چهار سطح مداخله کنند. در سطح گروهی^۱، مداخلات با هدف ایجاد تغییر در دانش، نگرش‌ها و عملکردهای مرتبط با یک مشکل سلامت بین اعضای یک گروه هدف، مانند زنانی که دوره نقاهت بعد از سرطان سینه را می‌گذرانند و یا مهاجران جدید از آفریقا اجرا می‌شوند. در سطح سازمانی^۲، مداخلات از پیوندهای مشترک بین افراد برای ایجاد تغییرات در رفتارهای سلامت و محیط استفاده می‌کنند. مداخلات ارتقای سلامت در مهد کودک‌ها و یا محل‌های کار در سطح سازمانی روی می‌دهند. در سطح اجتماع^۳، مداخلات برای ایجاد تغییر در ساختار محیطی و یا اجتماعی انجام می‌شوند. هر مداخله‌ای که سلامت افراد را در کل اجتماع جغرافیایی افزایش می‌دهد در این سطح بوم شناختی اتفاق می‌افتد. به منظور تسهیل در سلامت، مداخلات در سطح سیاستی^۴، قوانین یا سیاست‌هایی مانند قوانین منع سیگار کشیدن در رستوران‌ها و یا بستن اجباری کمر بند ایمنی را تغییر می‌دهند.

-
- 1 Group Level
 - 2 Organizational Level
 - 3 Community Level
 - 4 Policy Level

علاوه بر سطح بوم شناختی یک مداخله، تعیین کانون توجه پیشگیری مداخله نیز ضروری است. مداخلات سطح اول پیشگیری بر اجتناب از یک مشکل و یا وضعیت قبل از وقوع متمرکز است. این مداخلات عموماً در جمعیت‌های سالم عمل می‌کنند، هرچند این نوع مداخلات ممکن است در گروه‌های پر خطر یک بیماری یا وضعیت نیز انجام شود. بسیج‌های اطلاع رسانی واکسیناسیون یک نمونه خوب از اقدام پیشگیری در سطح اول هستند، زیرا این مداخلات از بیماری مورد نظر قبل از این که علایمی از بیماری وجود داشته باشد، پیشگیری می‌کنند.

پیشگیری سطح اول

مداخلات پیشگیری اولیه را می‌توان در هر یک از چهار سطح بوم شناختی اجرا نمود. در سطح گروه، آموزش مادران در رابطه با تغذیه و فرزند پروری در یک برنامه "زن، شیرخوار و کودک" نمونه‌ای از یک برنامه هدف گیری شده برای پیشگیری از چاقی کودکان است. اجرای برنامه فعالیت بدنی در مدرسه جهت پیشگیری از چاقی نمونه‌ای از یک مداخله سطح سازمانی است. مداخله بر روی هیئت مدیره مدرسه به منظور اطمینان از فعالیت بدنی منظم در کلیه مدارس منطقه می‌تواند یک برنامه پیشگیری از چاقی در سطح اجتماع باشد. کمک به تصویب طرح قانونی برای تضمین منابع مالی ساخت، تعمیر و نگهداری پارک‌ها و امکانات تفریحی یک مداخله در سطح سیاست به منظور پیشگیری از چاقی به شمار می‌رود.

پیشگیری سطح دوم

مداخلات پیشگیری سطح دوم بر تشخیص زودهنگام و درمان یک وضعیت تمرکز دارد. فعالیت‌ها عموماً پیرامون غربالگری جمعیت‌های مختلف برای یک بیماری خاص و اطمینان از وجود نظام ارجاع برای درمان می‌باشند. در سطح بوم شناختی گروه‌ها، پیشگیری سطح دوم می‌تواند گروهی که رفتارهای پر خطر جنسی دارند را تشویق نماید تا افراد برای انجام مشاوره و انجام آزمایش برای تشخیص بیماری خود در مراحل اولیه بیماری هدف قرار دهد. در سطح سازمانی، پیشگیری سطح دوم از کلامیدیا می‌تواند شامل راه اندازی برنامه‌ای برای اطمینان از انجام غربالگری معمول تمامی نوجوانان در

مرکز بازداشت نوجوانان باشد، زیرا آنها به عنوان یک گروه، در معرض خطر بالاتری هستند. روز سالانه آزمایش، نمونه‌ای از پیشگیری سطح دوم در سطح اجتماع است. نهایتاً پیشگیری سطح دوم در سطح سیاست برای مشکل عفونت‌های منتقله جنسی می‌تواند متمرکز بر اطمینان از تخصیص منابع مالی کافی برای دانشکده‌های بهداشت جهت انجام غربالگری معمول و تداوم کار درمانگاه‌ها برای درمان است. در حالی که بسیاری از برنامه‌های پیشگیری سطح دوم، رسیدگی به مشکلات پزشکی را مد نظر می‌گیرند و شامل همکاری با تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی برای آزمایش و ارجاع هستند، یک نمونه رفتاری-اجتماعی می‌تواند غربالگری خشونت‌های جنسی در میان نوجوانان و ارایه مشاوره درباره چگونگی پایان دادن به روابط خشونت آمیز و یا تغییر رفتار پرخطرانه باشد.

پیشگیری سطح سوم

مداخلات سطح سوم به منظور پیشگیری از وخیم‌تر شدن و پیشرفت عوارض یک وضعیت یا بیماری تشخیص داده شده انجام می‌شوند. یک هدف ضمنی تمامی مداخلات سطح سوم بهبود کیفیت زندگی جمیت هدف است. نمونه‌های این مداخلات می‌تواند تشکیل گروه‌های حمایتی برای پیشگیری از عوارض روانی بیشتر در سربازان مبتلا به اختلال استرسی پس از سانحه که از مأموریت‌های نظامی در عراق برگشته‌اند، پیشگیری از بارداری دوم در میان مادران نوجوان و برنامه‌های فعالیت بدنی برای زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی به منظور پیشگیری از پیشرفت بیشتر بیماری باشد. درباره مداخلات پیشگیری سطح سوم در سطح بوم شناختی گروه‌ها، یک برنامه آموزشی برای پزشکان و پرستاران در درمانگاه محلی در رابطه با راهکارهای اطمینان از معاینه سالانه پا و چشم برای بیماران دیابتی آنها می‌تواند در جهت تغییر عملکرد این گروه از ارایه‌دهندگان خدمات عمل نماید. در سطح سازمانی، یک برنامه مورد حمایت بیمارستان در رابطه با پیروی از دستورات دارویی برای کلیه بیمارانی که از بخش روانی بیمارستان مرخص می‌شوند از بستری مجدد بیماران پیشگیری خواهد کرد. یک برنامه آموزشی در سطح اجتماع جهت تشویق کلیه بیماران دیابتی به انجام معاینه سالانه پا و چشم جهت پیشگیری از مشکلات خاص دیابت، نمونه‌ای از پیشگیری سطح سوم اجتماع است. در سطح سیاست، تصویب لایحه مربوط به الزام تدوین یک برنامه این اطمینان را ایجاد

خواهد کرد که تمانی بیماران جهت کنترل بهتر بیماریشان به دستگاه اندازه‌گیری قند خون دسترسی دارند.

انتخاب هدف مداخله

قبل از انتخاب جمعیت مورد هدف و تدوین اهداف یک مداخله اجتماع محور، تعیین کانون پیشگیری و نیز سطح بوم شناختی مداخله اهمیت دارد. مطالعه‌ای که پیشگیری سطح اول عفونت HIV را مد نظر دارد می‌تواند بر استفاده از کاندوم در میان مردان همجنسگرا و دوجنس‌گرا (سطح گروهی) تمرکز کند، مداخله سطح دوم می‌تواند بر تشویق به دسترسی آزمون تشخیص عفونت تاکید کند (سطح اجتماع) و یک مداخله سطح سوم می‌تواند بر اطمینان از فراهم بودن کاندوم در میان مردان و زنانی که آلوده به ویروس هستند توجه کند (سطح سیاستی). باید توجه داشت که سطوح پیشگیری کاملاً مرتبط به هم و فاقد مرزهای مشخص می‌باشند بنابراین نباید بیش از حد نگران ترسیم دقیق سطح پیشگیری برای مداخله بود. به عنوان مثال غربالگری کلامیدیا در نوجوانان را می‌توان به عنوان پیشگیری ثانویه برای این عفونت منتقله جنسی و یا پیشگیری اولیه برای بیماری‌های التهابی لگن که حاصل عفونت کلامیدیایی درمان نشده است، در نظر گرفت. در زیر نمونه‌هایی از مداخلاتی مطرح شده که دو مشکل دیابت و آسم را هدف قرار داده‌اند. جدول ۴،۱ بر پیشگیری از حملات آسم در میان کودکان متمرکز است. این مداخلات طیف وسیعی از مداخلات سلامت اجتماع محور را که می‌تواند در هر یک از سطوح بوم شناختی و پیشگیری اجرا شوند را نشان می‌دهند. تصمیم‌گیری درباره سطوحی از پیشگیری و بوم شناختی که مداخله بر آن متمرکز خواهد شد، به عوامل متعددی بستگی دارد. اولین عامل نیازهایی است که از طریق نیازسنجی اجتماع تعیین شده است (به فصل هفتم نگاه کنید). داده‌های ثانویه ممکن است اطلاعاتی را درباره آسم در بر داشته باشند، اما ممکن است از نظر اجتماع بارداری نوجوانان موضوع مهمتری باشد. دومین عامل جو سیاسی موجود است. هر چند ممکن است نتایج ارزیابی اجتماعی نشان دهد که بارداری نوجوانان موضوع اجتماعی مهمی است، اما ممکن است رهبران اجتماع محلی و یا هیات‌های مشاور نخواهند رفتارهای جنسی نوجوانان را مستقیماً مورد توجه قرار دهند. سومین عامل دسترسی به جمعیت است. درست است که اجرای مداخله در کل نظام آموزش و پرورش اجتماع، ایده آل است اما ممکن است دسترسی به این

جمعیت دشوار باشد. در نهایت، سطحی که مورد تمرکز مداخله است می‌تواند تحت تاثیر منابع موجود باشد. هر چند می‌توان تغییرات بیشتری را با انجام مداخله‌ای در سطح اجتماع در مقایسه با مداخله در سطح گروه ایجاد نمود، اما معمولاً کار کردن در سطح اجتماع نیازمند منابع بیشتر است. همچنین، با این که مداخلات چند سطحی موثرتر هستند، طراحی و اجرای آنها گران‌تر بوده و نیاز به تجربه بیشتری دارد. همچنین استقرار مشارکت ضروری در این نوع مداخلات وقت گیرتر است.

فعالان حوزه سلامت که دارای تجربه کمتری در طراحی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور هستند، احتمالاً باید کار را با سطح گروه و یا سازمانی شروع کنند. معمولاً بعید است که مداخلات اجتماع را بتوان به تنهایی به اجرا درآورد، بنابراین شراکت با دیگران و نهادهای اجتماعی منابع، ایده‌ها و دسترسی‌های بیشتری را در اختیار قرار می‌دهد. در فقدان منابع مالی و یا محدود آنها، لازم است که تصمیماتی درباره صرف وقت برای به کار گیری داوطلبان، تامین کنندگان منابع مالی و نیز شروع پروژه در حوزه محدودتر گرفته شود.

نمونه‌هایی از مداخلات در سطوح مختلف پیشگیری

در قسمت‌های بعدی نمونه‌های بیشتری از مطالعات موفق و ناموفق اجرا شده در هر یک از سطوح پیشگیری، ارائه می‌شود.

- پیشگیری اولیه: سطح گروه

در برنامه Michigan WIC تعداد ۵۶۲ زن به صورت تصادفی در چهار گروه قرار گرفتند. یک گروه هزینه تهیه میوه و سبزیجات تازه را به همراه آموزش‌هایی درباره اهمیت و استفاده از میوه و سبزیجات دریافت کردند. دومین گروه تنها بخش آموزشی برنامه و گروه سوم تنها بخش مربوط به هزینه را دریافت کردند، به گروه چهارم هیچ‌یک از بخش‌های مداخله ارائه نشد. آموزش منجر به بهبود نگرش گروه نسبت به خوردن میوه و سبزیجات شد، هرچند تغییرات کمی در عادات مصرف آنها دیده شد. در زنانی که هزینه تهیه میوه و سبزیجات را دریافت کرده بودند، میزان مصرف افزایش یافت، اما نگرش آنها درباره مصرف میوه و سبزیجات بهتر نشد. بیشترین تاثیر در تغییر هم نگرش و هم الگوی مصرف در گروهی مشاهده شد که هم آموزش درباره فواید مصرف میوه و

سبزیجات را دریافت کرده بودند و هم هزینه‌ای که با این مواد را خریداری کنند. Anderson و همکارانش (2001) نتیجه گرفتند که خانواده‌های کم درآمد برای تغییر عادات تغذیه‌ای خود در رابطه با مصرف منظم میوه و سبزیجات تازه، هم نیاز به آموزش و هم منابع مالی دارند.

- پیشگیری اولیه: سطح سازمانی

یک مطالعه موردی مطرح می‌کند که به دلیل افزایش شیوع چاقی در ایالات متحده، برنامه‌های سلامت محل‌های کار کارکنان می‌تواند موجب افزایش رفتارهای سلامت کارکنان، کاهش غیبت و افزایش بهره‌وری آنها شود. Green و دستیارانش توضیح می‌دهند که چگونه شرکت سلامت گروهی^۱، به عنوان یک نظام ارایه خدمات سلامت غیر انتفاعی، یک برنامه ده هفته‌ای محل کار با عنوان فعال بودن برای زندگی^۲ را به منظور افزایش سطح فعالیت بدنی در میان کارکنانش به کار برد. AFL یک برنامه مبتنی بر شواهد است که توسط انجمن سرطان آمریکا طراحی شد و شامل تمرینات هدف‌گذاری شده، فعالیت‌های خود پایشی، انگیزه‌های اقتصادی و مسابقات تیمی بود. این برنامه بعد از یک فاز برنامه‌ریزی سه ماهه اجرا شد و در مجموع ۱۱۶۷ نفر از بین جمعیت کلی ۳۶۲۴ نفری کارکنان در این برنامه شرکت کردند. ارزیابی پیامد نشان داد که هرچند برنامه باعث افزایش سطح فعالیت بدنی شد، اما چنین تغییراتی پایدار نماندند. نویسندگان گسترش یا تکرار برنامه، افزایش حمایت اجتماعی و ارایه انگیزه‌های اقتصادی بیشتر را (برای افزایش اثر بخشی) مطرح کردند.

- پیشگیری اولیه: سطح اجتماع

Daly و Buxton، Weatherill در سال ۲۰۰۴ یک برنامه اجتماع محور برای افزایش میزان واکسیناسیون آنفلوانزا و پنوموکوک در یک اجتماع کم درآمد را شرح داده‌اند. برنامه آنها بر اساس تعریف جغرافیایی اجتماع در یک منطقه ده بلوکی متمرکز بود تا یک برنامه ضربتی یک ماهه را اجرا نمایند. مجریان برنامه شامل پرستاران استخدام شده و داوطلب و نیز افرادی از خود اجتماع بودند که آموزش‌هایی را دریافت کردند و یک

1 Group Health Cooperative

2 Active For Life (AFL)

حرکت اجتماعی و بسیج اطلاع رسانی آموزشی سازماندهی و اجرا نمودند. ارزیابی برنامه نشان داد که طی این برنامه ۸۷۲۳ نفر یعنی ۷۹ درصد برای هر دو واکسن واکسینه شدند. همچنین ویزیت‌های بخش اورژانس برای موارد پنو.موکوک در طی سه ماه پیگیری برنامه کاهش یافت. پیامد نهایی مشخص نبود، زیرا داده‌ها با تغییراتی در رابطه با چگونگی و زمان شروع انفلوانزا در آن سال مخدوش شده بود.

- پیشگیری اولیه: سطح سیاستی

به دنبال نتایج یک کارآزمایی بالینی در سال ۱۹۹۵ که نشان داد زیدوودین^۱ تجویز شده برای مادران باردار مبتلا به عفونت HIV قبل و بعد از زایمان، میزان انتقال پره ناتال عفونت را به دو سوم کاهش داد، خدمات سلامت ایالات متحده آمریکا و کالج متخصصان زنان و زایمان آمریکا انجام آزمایش روتین HIV را به همه زنان باردار توصیه می‌کند. این سیاست منجر به کاهش انتقال زایمانی HIV از ۲۰۰۰ زایمان در سال ۱۹۹۲ به ۲۰۰ مورد در چند سال بعد از اجرای برنامه شد.

- پیشگیری سطح دوم: سطح گروهی

Kalichman و همکارانش یک مداخله رفتاری مهارت آموزی گروهی نظریه محور را شرح داده‌اند که با هدف کاهش رفتارهای پرخطر انتقال HIV در میان افراد آلوده به ویروس انجام شده بود. افراد (۲۲۳ مرد و ۹۹ زن) به صورت تصادفی به دو گروه تخصیص پیدا کردند. یک گروه، ۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برای افزایش مهارت‌های موثر در فعالیت‌های جنسی پرخطر را دریافت کردند و به گروه دوم ۵ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که متمرکز بر ارایه حمایت اجتماعی (نظیر اطلاعات مربوط به HIV، مدیریت بیماری و درمان، نگرانی‌های بیمه‌ای و تغذیه) بود، ارایه شد. اعضای گروهی که مداخله مبتنی بر مهارت‌های رفتاری را دریافت کرده بودند، رابطه جنسی محافظت نشده کمتری داشتند و احتمال استفاده از کاندوم در آنها نسبت به اعضای گروهی که مداخله رفتاری را دریافت نکرده بودند، بیشتر بود. نویسندگان نتیجه گرفتند که مداخلات گروهی شامل حمایت و مهارت آموزی رفتاری، می‌توانند به صورت اثربخشی در کاهش رفتارهای پرخطر جنسی در میان مبتلایان به HIV عمل نمایند.

1 Zidovudine

- پیشگیری سطح دوم: سطح سازمانی

در سال ۲۰۰۱، McCaw، Berman، Syme و Hunkeler توضیح دادند که چگونه یک مرکز مراقبتی غیرانتفاعی می‌تواند میزان غربالگری برای خشونت خانگی را افزایش دهد، آگاهی مرکز در زمینه خشونت خانگی را به عنوان یک منبع بالا ببرد، و با استفاده از روش‌های توجه به خشونت خانگی، رضایتمندی مراجعہ کنندگان را ارتقا بخشد. اولین مرحله پروژه مذکور بر ایجاد زیرساخت‌ها به شکل مهارت آموزشی و ارتباط با اجتماع برای دریافت خدمات در محل قبل از مراجعہ به مرکز، متمرکز بود. در مرحله دوم پروژه، برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای کلیه کارکنان درباره غربالگری خشونت، همراه با توزیع راهنماهای محیطی مانند پوسترها، کارت‌ها و مواد آموزشی در سالن‌های انتظار افراد انجام شد. افزایش ۲۶۰ درصدی موارد مراجعہ خشونت خانگی (از ۶۴ مورد قبل از مداخله به ۱۳۴ مورد بعد از مداخله) مشاهده شد. پیمایش قبل و بعد از برنامه از کارکنان هم تغییر معناداری را در میزان به خاطر سپاری پرسش‌ها درباره مشکلات خانوادگی مراجعہ کنندگان، آگاهی از اطلاعات سازمانی و رضایتمندی کلی از تلاش‌های سازمان برای توجه به خشونت خانگی، نشان داد.

- پیشگیری سطح دوم: سطح اجتماعی

یک برنامه هماهنگ غربالگری اجتماع محور برای بیماری دیابت در بخش‌های بیمارستانی، موسسات مرتبط با سلامت در خانواده، و محل‌های کار ایالت میشیگان آمریکا برای یک دوره شش ماهه اجرا شد (Tabael et al., 2003). از ۳۵۰۶ نفری که غربالگری شدند، ۱۴ درصد راهنماهای غربالگری را دریافت نکردند، ۹۱ درصد گفتند که آرایه دهنده خدمات اولیه سلامت^۱ داشتند و ۱۱ درصد تشخیص قبلی بیماری دیابت را گزارش کردند. در حالی که ابزار غربالگری ۵۷ درصد افراد غربال شده را در معرض خطر بالای دیابت شناسایی کرده بود، فقط ۵ درصد آنها آزمایش خون مثبت داشتند. نویسندگان مقاله پیشنهاد کردند که غربالگری نامناسب و میزان بالای مثبت کاذب ابزار غربالگری می‌تواند برنامه غربالگری جامعه را با شکست مواجه سازد.

1 Primary Healthcare Provider

- پیشگیری سطح دوم: سطح سیاستی

سرطان پستان، دومین علت سرطان شایع تشخیص داده شده در زنان است. در حالی که هیچ روش اثبات شده‌ای برای پیشگیری از سرطان پستان وجود ندارد، تشخیص زودهنگام این بیماری می‌تواند پیامدهای درمان و کیفیت بقا را ارتقا بخشد. زنانی که به گروه‌های محروم و بیمه نشده تعلق دارند، به علت نداشتن بیمه سلامت و یا محدودیت‌های پوشش بیمه خود، دسترسی محدودی به این خدمات تشخیصی دارند. در سال ۱۹۹۹ برای افزایش دسترسی به خدمات غربالگری در زنان، کنگره آمریکا برنامه پیشگیری از مرگ و میر ناشی از سرطان گردن رحم و پستان^۱ را تصویب کرد که در آن مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها موظف شد تا برنامه ملی تشخیص زودهنگام سرطان پستان و گردن رحم^۲ را اجرا کند. در حال حاضر، این برنامه هزینه‌های کلیه خدمات غربالگری برای زنان در معرض خطر را در سطح ملی را پرداخت می‌کند. تا کنون، این برنامه به حدود ۳,۲ میلیون نفر خدمات ارائه کرده است و بیش از ۷/۸ میلیون مورد غربالگری سرطان پستان و گردن رحم انجام شده است.

- پیشگیری سطح سوم: سطح گروهی

گروهی از زنان مبتلا به سرطان پستان به صورت تصادفی در یک گروه حمایتی سرطان سینه با عنوان رفیقان پستان^۳ به مدت ۱۲ هفته قرار گرفتند. این گروه حمایتی مباحث هدایت شده را از طریق اینترنت در ۱۲ موضوع مرتبط با سرطان پستان ارائه می‌داد. اعضای گروه حمایتی می‌توانستند به شواهد آنلاین نجات یافتگان سرطان نیز دسترسی داشته باشند، داستان خود درباره سرطان پستان را ارسال کنند و یک مجله آنلاین شخصی را اداره نمایند. نتایج نشان داد که افسردگی و میزان استرس درک شده در میان شرکت‌کنندگان در مقایسه با زنانی که در برنامه حضور نداشتند، کاهش یافت.

- پیشگیری سطح سوم: سطح سازمانی

درمان چند سیستمی^۴، یک مداخله سطح سوم جهت پیشگیری از عود در میان جوانان بزهکار در مرکز مطالعه و پیشگیری از خشونت است که بر تغییر بوم شناسی اجتماعی

1 Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act

2 National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCEDP)

3 Bosom Buddies

4 Multisystemic Therapy (MST)

جوانان مجرم و خانواده‌های آنها تاکید دارد و در محیط خانه، مدرسه و اجتماع جوانان گرفتار عمل می‌کند. این برنامه در کل یک نظام مدرسه‌ای اجرا می‌شود و حمایت‌های شدید خانواده محور، خدمات و مداخلات برای پیشگیری از ولگردی‌های بیرون از خانه را فراهم می‌سازد. نظارت شدید، همکاری بین سازمانی و مشاوره، اجزای کلیدی این الگو به شمار می‌روند. مشخص شده است که پیاده‌سازی کل این نظام در کاهش بزهکاری و ولگردی موثر است، با این حال، اجرای آن نیازمند تلاش و صرف زمان زیادی است.

– پیشگیری سطح سوم: سطح اجتماعی

برنامه‌های اختصاصی سیگار به عنوان بخشی از برنامه سلامت قلب مینه سوتا در سه جفت از اجتماع‌ها مشابه اجرا شد. اقدامات در اجتماع‌ها گروه مداخله شامل برنامه‌های آموزش بزرگسالان برای ترک سیگار، بحث‌ها، کلاس‌ها، خودآموزها، پشتیبانی تلفنی و برنامه‌های مکاتبه‌ای در منزل بود. بر اساس نتایج، برنامه تاثیری بر مردان مورد مطالعه نداشت و تنها تاثیرات مثبت اندکی در زنان دیده شد. پژوهشگران برنامه دو علت را در توجیه این نتایج ناامید کننده مطرح کردند: روند تغییرات بیش از حد انتظار که در جامعه اتفاق افتاد و فعالیت‌های زیادی که سیگاری‌های قهار را هدف قرار می‌داد و تاثیر اندکی بر شیوع در کل جمعیت داشت.

– پیشگیری سطح سوم: سطح سیاستی

برای کاهش انتقال بیماری‌های قابل انتقال از راه خون در بین معتادان تزریقی، ایالت نیویورک برنامه دستیابی گسترده به سرنگ^۱ را تصویب کرد که اجازه می‌داد معتادان ۱۸ سال و بالاتر تزریقی بتوانند سرنگ‌ها را بدون نسخه از داروخانه‌هایی که به صورت داوطلبانه در اداره سلامت نیویورک ثبت نام کرده بودند خریداری کنند. از آنجا که مطالعات قبلی مواردی مانند آزار پلیس، ذخایر کم سوزن، ساعات کار محدود و فواصل طولانی را به عنوان موانع دسترسی به سرنگ در معتادان شناسایی کرده بودند، طراحان برنامه پیش‌بینی کردند که استفاده از داروخانه‌ها به عنوان منابع سوزن‌های ایمن، می‌تواند موانع استفاده از سرنگ استریل را کاهش دهد. علاوه بر این با مشارکت داروخانه‌ها امکان آرایه آموزش‌هایی در باره رفتارهای جنسی ایمن به معتادان تزریقی وجود داشت و داروخانه‌ها می‌توانستند به عنوان محل دسترسی به

1 Expanded Syringe Access Program (ESAP)

سرنگ عمل کند و نهایتاً منجر به کاهش خطر بیماری‌های مربوط به رفتارهای جنسی غیرایمن و آسیب‌های ناشی از تماس با سوزن شود. اخیراً Fuller و همکارانش مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر تغییر قوانین مربوط به فروش سرنگ داروخانه‌ها در نیویورک انجام دادند. شواهد مربوط به این مطالعه نشان داد با وجودی که داروخانه‌ها توزیع سرنگ را پذیرفته بودند، اما مشارکت آنها به دلیل نگرانی‌هایی که درباره فروش سرنگ به معتادان داشتند، کم بود.

خلاصه

این فصل سطوح مختلف بوم شناختی و پیشگیری انجام مداخلات سلامت را شرح داد. مداخلات سطح اول، دوم و سوم به ترتیب بر پیشگیری از مشکل، تشخیص زودهنگام و بهبودی تاکید دارند. در حالی که این سطوح پیشگیری بیانگر رویکردهای متفاوتی است که می‌توان در برخورد با موضوعات سلامت به کار برد، سطوح بوم شناختی کانون‌های جمعیت را برای مداخله توصیف می‌کنند. این فصل با مطرح کردن مطالعاتی که در مجلات معتبر منتشر شده‌اند، این راهکارها را معرفی می‌کند: مداخلات در سطح گروهی، برای در کنار هم قرار دادن افرادی که ویژگی‌های مشترکی دارند، مداخلات سطح سازمانی در موقعیت‌هایی مانند محل‌های کار که گروه‌های هدف را با نیازها، کار، اهداف مشترک به یکدیگر پیوند می‌دهد، مداخلات سطح اجتماعی که در سطح محلات انجام می‌شود و مداخلات سطح سیاستی که بر نظام‌های تاثیرگذار بر محلات و افرادی که در آنها زندگی می‌کنند.

فعالیت‌ها

یک مشکل سلامت که در این فصل مورد بحث قرار نگرفته را انتخاب کنید و مداخلاتی را برای پیشگیری در سطح اول، دوم و سوم که در هر یک از چهار سطح بوم شناختی باید انجام شود، را پیشنهاد دهید.

یک برنامه پیشگیری سطح اول برای کاهش مرگ با اسلحه گرم در بین نوجوانان را طراحی کنید.

الف: مداخله در چه سطح بوم شناختی متمرکز خواهد بود؟

ب: یک راهبرد بالقوه برای هر یک از سطوح بوم شناختی را شرح دهید.

مداخله جدیدی در سطح سیاستی که منجر به نتیجه شده را شرح دهید. یک منبع رسانه‌ای همگانی (مانند مقاله روزنامه‌ها یا مجلات) را مشخص کنید و برای آن، یک

مطلب علمی (مانند خلاصه سیاستی^۱ و یا مقاله برای نشریه علمی پژوهشی^۲) تهیه کنید و نکاتی را در توصیف این سیاست بنویسید.

الف: چگونه و در چه زمانی این تغییر سیاست اتفاق افتاد؟

ب: چه کسی به عنوان فرد کلیدی موجب عملیاتی شدن این تغییر سیاستی شد؟

ج: چه کسانی مخاطبان مورد هدف این سیاست بودند؟

د: چه سنجش‌های برای پایش اثر بخشی این تغییر سیاستی انجام شد؟

سولات بحث

فرض کنید شما مدیر برنامه‌ای برای دانشکده بهداشت در یک شهر هستید. از شما خواسته شده تا برنامه‌های را در زمینه بیماری‌های قلبی عروقی طراحی کنید و درباره اختصاص منابع نهاد متبوع خود به طراحی مداخله در سطح گروهی، سطح اجتماعی و یا در هر دو سطح گروهی و اجتماعی براساس الگوی بوم شناختی تصمیم بگیرید. اگر هر سه گزینه را داشته باشید، کدام را انتخاب می‌کنید؟ درباره پاسخ خود و عوامل دخیل در تصمیم خود توضیح دهید.

یک نهاد سلامت به دنبال طراحی مداخله‌ای در زمینه استفاده از دخانیات در نوجوانان است. آنها می‌خواهند از مداخله سطح اول، دوم و سوم در هر یک از سطوح بوم شناختی استفاده کنند. جدول زیر را تکمیل کنید. چه دشواری‌هایی برای ارایه مثال برای هر یک از خانه‌های جدول دارید؟ آیا پر کردن خانه خاصی دشوارتر از سایر موارد است؟ پاسخ خود را شرح دهید.

مشکل سلامت: سیگار کشیدن نوجوانان

پیشگیری سطح سوم	پیشگیری سطح دوم	پیشگیری سطح اول	
			سطح گروهی
			سطح سازمانی
			سطح اجتماعی
			سطح سیاستی

1 Policy Brief

2 Peer Review Journal Article

طراحی مداخلات

فصل پنجم

چارچوبی برای طراحی مداخلات اجتماعی محور

اهداف یادگیری

فهم نحوه استفاده از یک چارچوب نظری برای مداخلات اجتماعی
تعریف سازه‌های کلیدی نظریه‌های سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی که برای
هدایت مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده می‌شوند.
توضیح ارتباط بین سازه‌های نظری و فعالیت‌های مداخله

نگاه کلی

هدف این فصل بیان انواع مختلف چارچوب‌های نظری مورد استفاده ریزان در طراحی و اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور است.

راهنمای نظری برای مداخلات سلامت

مداخلات سلامت اجتماع باید چیزی بیش از آموزش دادن و فراهم کردن دانش به یک جمعیت هدف درباره یک رفتار خاص باشند. شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد آگاهی به تنهایی منجر به تغییر در رفتار افراد نمی‌شود. به عنوان مثال چه تعداد از خوانندگان این کتاب از دانش مطلوبی درباره مصرف غذاهای کم چرب و کم کالری، ورزش روزانه، استفاده از ضد آفتاب و رابطه جنسی ایمن برخوردار هستند و در عین حال از این رفتارها به صورت منظم تبعیت نمی‌کنند؟ بنابراین به منظور ایجاد تغییر رفتاری، مداخلات باید اجزا و یا اقداماتی را علاوه بر فعالیتهای آموزشی در خود جای دهند. یک نظریه با ارایه ساختار متشکل از اجزای مختلف می‌تواند برنامه ریزان را درباره فعالیتهایی که می‌تواند منجر به دستیابی به اهداف برنامه شود، راهنمایی کند.

الگوهای نظری

مداخلات اجتماعی موفق تنها از پشت میز برنامه ریزان شکل نمی‌گیرند. اغلب این مداخلات از یک الگوی نظری برای تدوین برنامه‌های مداخله در جهت ایجاد تغییر در رفتارهای سلامت مورد نظر کمک می‌گیرند. بسیاری از نظریه‌های مورد استفاده در مداخلات ارتقای سلامت ریشه در علوم رفتاری دارند، لذا به کار گیری آنها در مداخلات سلامت اجتماع نیازمند برخورداری از دانش در حوزه‌های علوم بهداشتی، اپیدمیولوژی و تناسب فرهنگی می‌باشد. یک چارچوب یا الگوی نظری (واژه‌های که در این کتاب به جای یکدیگر استفاده می‌شود) روشی را برای سازماندهی تفکر درباره تغییر رفتار و چشم اندازی از روابط بین یک مشکل سلامت، جمعیت هدف، اجزای برنامه و نتایج برنامه ارایه می‌کند. از آنجا که برای استفاده از چارچوب نظری، برنامه ریزان باید اهداف، فعالیتها و پیامدها را مشخص کنند و درباره تاثیر هر پیامد بر دیگر پیامدها، فکر کنند، احتمال موفقیت مداخلات مبتنی بر نظریه بیشتر است.

هر گونه بحث درباره نظریه مستلزم درک درست از سه واژه خاص یعنی مفهوم^۱، سازه^۲ و متغیر^۳ است. مفهوم، در واقع بلوک ساختمانی هر نظریه است. هر یک از مفاهیم با یک سازه خاص و متغیری که آن سازه را اندازه‌گیری می‌کند مرتبط است. به عنوان مثال یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی، احساس اطمینان فرد از توان انجام رفتار مورد نظر (خودکارآمدی^۴) است. بنابراین خودکارآمدی یک سازه نظری است که این مفهوم را تعریف می‌کند. مداخله‌ای که هدفش افزایش فعالیت بدنی است می‌تواند از نظریه‌ای استفاده کند که در آن خودکارآمدی سازه‌ای برای سنجش احساس فرد از اطمینانش برای احتمال شروع فعالیت ورزشی است. برای عملیاتی کردن سازه، سوال می‌تواند این نوع طراحی شود: "چقدر مطمئن هستید که می‌توانید روزانه ۲۰ دقیقه پیاده روی کنید؟" و "چقدر مطمئن هستید که در طی شش ماه آینده به صورت هفتگی در کلاس ایروبیک شرکت خواهید کرد؟"

نظریه‌ها، سازوکاری را برای ارزیابی پیش‌سازه‌های^۵ رفتار فراهم می‌کنند. هر چند ایجاد تغییرات در میزان بروز خشونت‌های جنسی در دبیرستان با مداخلات یک یا دو ساله (ویا کوتاهتر) دشوار است، اما استفاده از یک نظریه به برنامه ریزان اجازه می‌دهد تا پیش‌سازهای خشونت جنسی نظیر توانایی خود سنجی پیشگیری از خشونت جنسی را اندازه‌گیری نمایند. نمونه دیگر با گروه هدف مشابه (دختران دبیرستانی) مداخله برای کاهش میزان بارداری نوجوانان در یک اجتماع خاص می‌باشد. هر چند مداخله‌ای که در سطح مدرسه و در طی یک دوره زمانی نسبتاً کوتاه به اجرا در می‌آید نمی‌تواند چنین تغییراتی را نشان دهد، اما اندازه‌گیری تمایل به استفاده از کاندوم و یا میل به اهداف زندگی آینده، پیش‌سازهای نظری تغییر در میزان بارداری نوجوانان می‌باشند.

سازه‌های نظریه

در استفاده از یک نظریه، باید هر یک از فعالیت‌های مداخله منعکس کننده سازه‌ها یا بلوک‌های سازنده نظریه باشند و یا بر اساس آنها طراحی شوند. به عنوان مثال، فرض

-
- 1 Concept
 - 2 Construct
 - 3 Variable
 - 4 Self-efficacy
 - 5 Precursor

کنید نظریه X بیان می‌کند که آگاهی، مهارت‌ها و دسترسی، سازه‌های کلیدی تغییر رفتار هستند. بنابراین مداخله در یک مدرسه ابتدایی براساس این نظریه که به دنبال کاهش مراجعات کودکان آفریقایی آمریکایی آسمی به بخش اورژانس است، شامل فعالیت‌هایی خواهد بود که منعکس کننده این نظریه است. پیوند بین سازه‌ها و فعالیت‌های مداخله می‌تواند مشابه مواردی باشد که در جدول ۱-۵ آمده است. مسلماً باید دانش مربوط به علوم بهداشتی، سطح تکامل کودکان و تناسب فرهنگی نیز در تمام فعالیت‌ها لحاظ شود.

جدول ۱-۵: سازه‌های اصلی و فعالیت‌های مداخله

فعالیت‌های مداخله	سازه‌های اصلی
کتاب با سطح سواد مناسب درباره چگونگی عملکرد خانواده آمریکایی آفریقایی تبار در برخورد با کودک مبتلا به آسم خود برگه‌های آموزشی رنگی درباره استفاده از اسپری، چسباندن فهرست علائم نشانگر نیاز به مراجعه به اورژانس بر روی یخچال	آگاهی
جلسات آموزش تعاملی به کودکان در مورد تکنیک استفاده از اسپری	مهارت‌ها
برگه‌های راهنما شامل لیست درمانگاه‌های محلی و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، اطلاعات تماس و ساعات کار آنها	دسترسی

سنجش سازه‌های نظری

استفاده از نظریه از طریق طراحی رابطه منطقی بین سازه، فعالیت‌های برنامه، متغیرهای مورد سنجش در ارزیابی و فرضیات، اساس سازماندهی اجرا و ارزیابی مداخله را شکل می‌دهد. هر سازه باید به عنوان یکی از متغیرهای الگو اندازه‌گیری شود. عموماً سازه‌های نظری، متغیرهای پیش‌بینی کننده هستند، چرا که فرض ما این است که آنها منجر به تغییر رفتار می‌شوند. پژوهشگر متغیرهای پیامد که معمولاً رفتار و یا پیش سازه‌های رفتار بوده و پیش‌بینی می‌شود به دنبال مداخله تغییر کنند را نیز می‌سنجد.

در مثال قبلی، متغیر پیش‌بینی کننده می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- آگاهی درباره آسم و استفاده از اسپری
- آگاهی درباره افراد ارایه‌دهنده خدمات محلی
- مهارت‌های استفاده از اسپری

دسترسی و استفاده از ارایه‌دهندگان خدمات غیر اورژانس

متغیر پیامد می‌تواند مراجعه جمعیت هدف به اورژانس بیمارستان محلی برای دریافت خدمات مربوط به آسم باشد. فرض اصلی این است که شرکت در مداخله منجر به کاهش مراجعات مربوطه به مشکلات آسم به اورژانس بیمارستان می‌شود. فرض فرعی این است که شرکت در مداخله منجر به افزایش آگاهی درباره آسم، افزایش آگاهی درباره ارایه‌دهندگان خدمات محلی و استفاده از آنها و افزایش مهارت‌های استفاده از اسپری می‌شود.

نمونه‌هایی از کاربرد نظریه‌ها در هر یک از چهار سطح بوم شناختی

نظریه‌هایی برای هدایت مداخله و تغییر در رفتارهای سلامت در یکی از چهار سطح بوم شناختی یعنی گروه، سازمان، اجتماع و سیاست وجود دارد. نظریه‌های سطح گروهی بر محیط اجتماعی و تعامل بین افراد توجه دارند. نظریه‌های سطح سازمانی بر ایجاد تغییر در ساختار، عملکرد و فعالیت‌های سازمان متمرکز است. معمولاً مداخلات سطح اجتماعی بر علایق مشترک گروه (نظیر مردان آمریکایی آفریقایی)، فعالیت‌ها (نظیر فعالیت‌هایی در مدارس ابتدایی منطقه) و یا حوزه جغرافیایی از طریق استفاده از نظریه‌های ارتباطی و یا رویکرد مشارکتی متمرکز است. نظریه‌های سطح سیاست به اثر گذاری بر زمینه و فرآیندهایی که در طراحی و اجرای سیاست‌ها نقش دارند توجه دارد.

نظریه مداخله برای تغییر در سطح گروهی

نظریه شناختی اجتماعی^۱ بر این حقیقت تاکید دارد که افراد از طریق مشاهده رفتارهای دیگران یاد می‌گیرند و این یادگیری هم در سطح شناختی و هم سطح اجتماعی اتفاق می‌افتد. این نظریه بر پایه شش سازه کلیدی مشخص شده در جدول ۲-۵ استوار است.

1 Social Cognitive Theory

جدول ۲- ۵: شش مفهوم کلیدی نظریه شناختی اجتماعی

مفهوم	تعریف	مثال
تعیین کنندگی متقابل ^۱	تعامل دو جانبه بین فرد و محیط رفتار افراد بر محیطشان تاثیر می گذارد و افراد می توانند محیط را جهت تاثیر گذاری مثبت بر سلامت تغییر دهند. محیط می تواند هم تسهیل کننده و هم مانع رفتارهای سلامت باشد.	به دنبال لابی (مذاکره) برای تصویب قانون مربوط به تامین مالی انجام پاپ اسمیر، غربالگری ماموگرافی و خدمات درمانی (سیاست و یا محیط) افراد کم درآمد و زنان فاقد بیمه بعد از یک دوره زمانی تعداد زنان واجد شرایط دریافت خدمات مورد نظر افزایش می یابد (تاثیر مثبت محیط بر رفتار سلامت) در صورت تلاش برای ترک سیگار، آدامس ضد سیگار از منزل حذف شود. در صورت تلاش برای ترک اعتیاد، از تماس با دوستان معتاد پرهیز شود.
ظرفیت رفتاری ^۲	دانش و مهارت های انجام رفتار هدف	زنان کم درآمد و فاقد بیمه از منابع ماموگرافی و پاپ اسمیر اطلاع دارند. دانش آموزان نحوه استفاده از کاندوم را به درستی نشان می دهند. نقش بازی درباره واکنش به دلایل رایج عدم تمایل به استفاده از کاندوم
انتظارات ^۳	احتمال دستیابی یک پیامد مطلوب به دنبال انجام رفتار	درک این که ماموگرافی احتمال تشخیص زود هنگام و در مان موفق سرطان پستان را افزایش می دهد. درک این که سایرین سیگار کشیدن و استفاده از مواد مخدر را ترک کرده اند.
خودکارآمدی	باور به توانایی فرد جهت انجام یک رفتار خاص	باور به توانایی فرد جهت استفاده از خدمات مربوط به ماموگرافی احساس اطمینان کافی نسبت به مطرح کردن خواست استفاده از کاندوم از شریک جنسی
یادگیری مشاهده ای ^۴	انتقال تعاملی آگاهی	افراد تاثیر گذار (مانند اعضای خانواده، دوستان و همکاران) از خدمات مربوط به ماموگرافی استفاده می کنند.

1 Reciprocal Determinism

2 Behavioral Capacity

3 Expectations

4 Observational Learning

مفهوم	تعریف	مثال
تقویت ^۱	استفاده و یا تمرین رفتار مورد نظر توسط افراد تاثیر گذار	انجام ماموگرافی توسط یک فرد تاثیرگذار در اجتماع منجر به تشخیص زود هنگام سرطان می شود. ورزشکار تاثیرگذار منجر به افزایش عملکرد او برای ترک مصرف مواد مخدر شد.

استفاده از نظریه شناختی اجتماعی، سازه‌های مشخص شده در جدول ۲-۵ را در اختیار پژوهشگران قرار می‌دهد تا فعالیت‌هایی برای دستیابی به اهداف پژوهش طراحی نمایند. برای اطلاعات بیشتر درباره نظریه شناختی اجتماعی به سایت زیر مراجعه کنید: www.tcw.utwente.nl/theorieenoverzicht/Theory%20clusters/Health%20Communication/Social_cognitive_theory.doc (مراجعه کنید).

یک نمونه از کاربرد نظریه شناختی اجتماعی مربوط به مطالعه Winkleby و همکارانش است. آنها یک مطالعه تجربی را به منظور بررسی احتمال تاثیر مداخلات مستقیم نظیر آموزش حمایتگری بر خودکارآمدی و انگیزه افراد برای درگیر شدن در فرآیندهای سیاسی انجام دادند. این پژوهشگران از سازه‌های خودکارآمدی درک شده برای درگیر شدن در فعالیت‌های اجتماعی، انتظار ارزش و امید پیامد استفاده کردند. آنها مداخله‌ای شامل یک موسسه حمایتگری آخر هفته و جلسات نود دقیقه‌ای را در طی سال تحصیلی را طراحی کردند. شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۱۱۶ نوجوان دبیرستانی از محلات کم درآمد بودند. اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که نمونه عمدتاً متشکل از دختران با میانگین سنی ۱۵ سال و از نژادهای مختلف (۳۶ درصد آسیایی یا از جزایر اقیانوس آرام، ۲۲ درصد لاتین تبار، ۷ درصد آمریکایی آفریقایی، ۶ درصد سفید پوست و ۲۹ درصد از مخلوط نژادها) بودند. پژوهشگران به منظور بررسی سازه‌های خودکارآمدی، ارزش مشوق درک شده^۲ و انتظار پیامد^۳ مرتبط با مشارکت، از یک پرسشنامه ۵۰ سوالی، قبل و بعد از مداخله استفاده کردند تا مجموعه فعالیت‌های افراد درگیر در حمایت طلبی اجتماعی^۴، را اندازه‌گیری کنند. در این کار، سازه‌هایی

-
- 1 Reinforcement
 - 2 Percieved Incentive Value
 - 3 Outcome Expectancy
 - 4 Community Advocacy

مانند ارزش مشوق درک شده، انتظار پیامد، خودکارآمدی درک شده، کنترل سیاست درک شده، شایستگی‌های رهبری، حس تعلق اجتماعی^۱ و مصرف مواد (شامل سیگار، الکل و مار جوانا) سنجیده شد. تفاوت بین میزان فعالیت‌های حمایت‌گری و سازه‌ها بررسی و تحلیل شد.

پژوهشگران تفاوت‌های قابل توجهی بین پسران و دختران مورد مطالعه در رابطه با میزان درگیری در فعالیت‌های حمایت‌طلبی اجتماعی مشاهده کردند، همچنین افزایش معناداری در ارزش مشوق درک شده در دختران و شایستگی‌های رهبری در پسران و خودکارآمدی درک شده و حس تعلق اجتماعی دیده شد. به علاوه، برای انجام حمایت‌طلبی اجتماعی از طرف نوجوانان، آنها موفق به دستیابی به تغییرات در سطح سیاست شدند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که آموزش‌های خاص می‌توانند افراد را جهت تاثیرگذاری اثربخش بر سیاست‌های عمومی برانگیخته نمایند.

نظریه مداخله برای تغییر در سطح سازمانی

نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی^۲، چارچوبی را فراهم می‌کند تا علت و نحوه شروع، اجرا و ارزیابی برنامه‌های جدید را درک کنیم. هرچند بر پایه نظریه مرحله‌ای تغییر^۳ پروچسکا و دکلمنته-نظریه‌ای که به بررسی تغییر رفتار انسان می‌پردازد- تمرکز این نظریه بر سازمان و نه بر افراد است. نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی بر اساس کار لوین (۱۹۵۲) که عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده تغییر در سازمان‌ها را شرح داده و نیز نظریه انتشار^۴ در رابطه با چگونی تبدیل دانش به عملکرد، بنا نهاده شده است. نظریه مرحله‌ای فرض می‌کند که فرآیند تغییر یک سازمان شامل مراحل زیر است:

- آگاهی از وجود نارضایتی در سیستم: برخی از بخش‌های سیستم اطلاعاتی مبنی بر وجود یک مشکل یا مشکل بالقوه را دریافت می‌کنند.
- جستجو برای یافتن پاسخ‌های امکان‌پذیر: به عنوان جزئی از سیستم تلاش کنید تا راه حل‌های جایگزین را بیابید.

1 Sense of Community

2 Stage Theory of Organizational Change

3 Stage of Change

4 Diffusion Theory

- ارزیابی گزینه‌های مختلف
 - تصمیم‌گیری درباره انجام مجموعه‌ای از اقدامات که از بین گزینه‌های بررسی شده انتخاب شده‌اند و نیز انتخاب اهداف عملیاتی و ابزارها
 - شروع به اقدام درون سیستم با تدوین سیاست و بخش نامه‌ها برای اجرای تغییر و دستیابی به منابع لازم اجرا
 - پیاده‌سازی تغییرات: منابع برای اجرا و نوآوری‌ها تخصیص داده می‌شوند.
 - نهادینه کردن تغییر به عنوان نوآوری به گونه‌ای که به بخشی از عملکردهای جاری سازمانی تبدیل شود.
- Ehrhardt و Tross, Bauermeister طی مرور مداخلات مربوط به HIV/AIDS در سطح سازمان سه نوع مختلف راهکارهای تغییر در سطح سازمانی را مشخص کردند "کمک‌های فنی، توسعه زیر ساختی و مشارکت‌های خارجی. مداخلات مربوط به توسعه زیرساختی شامل فعالیت‌های ایجاد مهارت برای ارائه‌دهندگان و کارکنان، تجدید ساختار سازمانی و افزایش دسترسی به منابع بودند. برنامه‌های مربوط به کمک‌های فنی بر فعالیت‌های ایجاد مهارت برای برنامه ریزی، اجرای مداخله، توسعه اجتماع و ارائه خدمات متمرکز بودند. این مطالعات هم از شاخص‌های درونی و هم شاخص‌های بیرونی به عنوان پیامد استفاده کرده بودند. نکته جالب این است که مطالعات کمک‌های فنی Kelly و همکارانش نشان داد که موثرترین راهکارها آنهایی بودند که از روش‌های مختلف آموزش همزمان استفاده کرده بودند. مطالعات توسعه زیر ساختی پیامدهایی را از تغییر در برنامه‌های موجود، سطوح مهارت کارکنان، رفتارهای بهداشتی مشتریان و شاخص‌های شیوع گزارش کردند. مداخلاتی که بر مشارکت خارجی تاکید داشتند شامل ایجاد ائتلاف^۱، بسیج اجتماعی^۲ و خدمت رسانی بودند. پیامدهای این مطالعات شامل تغییر در رفتار مشتریان و شاخص‌های مربوط به شیوع ایدز و عفونت‌های آمیزشی بود. مطالعه Smith و همکاران نمونه دیگری از مداخله سطح سازمانی است. آنها از یک الگو چهار مرحله‌ای نظریه، شامل آگاهی^۳، اتخاذ^۴، اجرا و نهادینه‌سازی^۵، را برای انتشار

1 Coalition Building

2 Community Mobilization

3 Awareness

4 Adoption

5 Institutionalization

برنامه‌های درسی درباره پیشگیری از سیگار کشیدن به درون سازمان مدرسه استفاده کردند. در مرحله آگاهی، آنها اطلاعاتی را درباره برنامه‌های درسی مختلف به کنفرانس‌هایی که برای مدیران و معلمان مدارس اجباری بود ارائه کردند و این کار را با دیدن سایت‌ها برای هر یک از مناطق دنبال کردند. لازم بود تا مدیران و معلمان مناطق مختلف چندین بار سایت را مشاهده کنند. برای اتخاذ، به مدیران امکان انتخاب چند برنامه درسی ترک سیگار داده شد. مشخص شد منطقی که موافق اجرای یک برنامه درسی بودند نیاز به یک قهرمان یا حامی دارند. به منظور اجرا، جلسات آموزشی متعددی برگزار شد. مناطق آموزش و پرورش بزرگتر و همچنین مناطقی که هماهنگ کننده بهداشتی داشتند توانستند برنامه را نسبت به مناطق کوچک‌تر و بدون کارکنان حمایت کننده راحت‌تر اجرا نمایند. در مرحله نهادینه کردن برنامه، پژوهشگران متوجه شدند که حفظ برنامه درسی به شکل فعلی دشوار خواهد بود. تحلیل آنها از درس‌های آموخته شامل چالش مربوط به گردش کاری کارکنان، فقدان اهمیت درک شده آموزش بهداشت، فشار مدارس جهت ارائه برنامه‌های پیشگیری متعدد و عدم ارائه برنامه‌های درسی بر اساس آموزش‌ها و یا ارائه آنها توسط معلمان آموزش ندیده بود. تجربه پژوهشگران در این زمینه نیاز به خرید پوشش مسئولیت از کارمندان داخلی که می‌توانند آگاهی‌هایی درباره کار روزانه یک سازمان و یا سیستم را ارائه دهند مطرح کرد که برای موفقیت هر مداخله سلامت حیاتی است.

نظریه‌های مداخله برای تغییر در سطح اجتماع

بازاریابی اجتماعی^۱ یک نظریه ارتباطی است که به صورت مکرر در برنامه‌های ارتقای سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. برنامه مبتنی بر بازاریابی اجتماعی شامل "طراحی، اجرا و کنترل برنامه‌هایی است که به دنبال افزایش قابلیت پذیرش ایده‌های اجتماعی و یا اقدام در یک گروه هدف" می‌باشد. چنین برنامه‌هایی از اصول موفق بازاریابی برای تبدیل رفتارهای سلامت به علایق گروه هدف یا تعمیم آن به جامعه بزرگتر استفاده می‌کنند و شامل ایده‌هایی نظیر پذیرش تنظیم خانواده و یا محصولاتمانند کاندوم می‌باشد. برنامه‌های بازاریابی اجتماعی شامل استفاده از 5Ps است: محصول^۲، هزینه^۱،

1 Social Marketing

2 Product

مکان^۲، ترویج^۳ و مکان یابی^۴. راهبردهایی مانند دسته بندی بازار^۵، پژوهش و ارتباط با مخاطب، و فنون تبلیغ نیز در کنار 5Ps مورد استفاده قرار می گیرند.

یک برنامه بسیج اطلاع رسانی آموزشی^۶ برای افزایش ایمنی اجتماع و ایمنی شغلی در آلبرتا کانادا از رویکرد بازاریابی اجتماعی استفاده کرد. این برنامه بر اساس برنامه پیش آسیب بود که در ابتدا در بیمارستان محلی و سپس توسط دانشکده بهداشت منطقه اجرا شده بود. بعد از تکمیل پیمایش اجتماع درباره نگرش ها و رفتارهایی که اطلاعات پایه را برای ارزیابی اثربخشی برنامه فراهم می کرد، اجزای مداخله زیر اجرا شد: طراحی یک نماد عروسکی سبز رنگ که هویت بصری پروژه را فراهم می کرد (مکان یابی)

- اطلاعیه خدمات عمومی در تلویزیون های کابلی (مکان)

- برنامه های مدارس (ترویج)

- ممیزی های ایمنی جامعه (ترویج)

- انیمیشن اجتماعی که آن به منظور به حداکثر رساندن اثر بخشی برنامه پیام های آموزشی مطرح شده در آن به توافق فرماندار، هیات مدیره مدرسه، بیمارستان محلی، آتش نشانی، اتاق بازرگانی و کتابخانه رسید (محصول، ترویج)

هرچند ارزیابی رسمی پروژه نمایشی در دسترس نیست، ارزیابی اولیه موجب شد تا ناحیه فورت مک موری به عنوان اولین شهر آمریکای شمالی در مسیر دستیابی به شبکه جامعه ایمن سازمان جهانی بهداشت تبدیل شود.

دومین نمونه از بازاریابی اجتماعی مربوط به بسیج اطلاع رسانی پولی و رایگان برای افزایش آگاهی، نگرش و مصرف روزانه اسید فولیک در میان زنان اسپانیایی تبار در ایالات متحده آمریکا است. این برنامه شامل اطلاعیه های خدمات عمومی رایگان به زبان اسپانیایی (مکان) درباره اسید فولیک (محصول) و یک بسیج اطلاع رسانی آموزشی رسانه ای پولی به زبان اسپانیایی (ترویج) درباره ارزش کودک سالم (مکان یابی) در شهرهای منتخب آمریکا (مکان) در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ بود. تحلیل ها نتایج

1 Price

2 Place

3 Promotion

4 Positioning

5 Market Segmentation

6 Campaign

پیمایش‌های قبل و بعد از بسیج اطلاع رسانی را که از سوالات آگاهی و نگرش نسبت به مصرف اسید فولیک در میان جمعیتی از زنان اسپانیایی زبان به دست آمده بود را مورد مقایسه قرار داد. این اطلاعات از طریق مصاحبه‌های تلفنی با کمک کامپیوتر در اجتماع‌ها مداخله و مقایسه به دست آمده بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها افزایش در سه حوزه پیامد مورد نظر را در هر دو بسیج اطلاع رسانی نشان داد، هرچند به صورت قابل توجهی افزایش بیشتر در بسیج اطلاع رسانی پولی نسبت به برنامه رایگان دیده شد (اطلاعات بیشتر در زمینه بازاریابی اجتماعی در سایت زیر موجود است:

<http://depts.washington.edu/obesity/DocReview/Hendrika/basedoc.html>

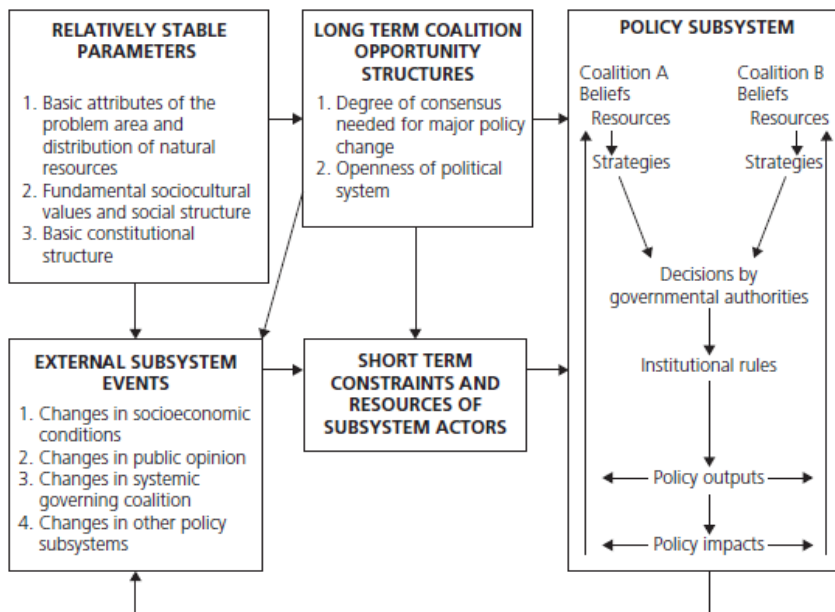
نظریه‌های مداخله برای تغییرات در سطح سیاستی

چارچوب حمایت الگوی را برای درک فرآیندهای درگیر در اجرای تغییرات اجتماعی در سطح سیاست ارایه می‌دهد و به ویژه درباره آن دسته از موضوعات سلامت مانند محدودیت مصرف و فروش تنباکو و الکل که از نظر افکار عمومی اهمیت دارد کاربرد دارد. شکل ۱-۵ نمودار ساختاری سازه‌های مختلف این چارچوب است که شامل شرکای سیاست از تمام سطوح دولت، گروه‌های ذینفع مختلف، موسسات پژوهش‌های رسانه‌ها است. کاربرد این چارچوب نیازمند یک دوره حداقل دو ساله، درک سیستم‌های فرعی، درگیری سطوح مختلف دولت و درک این که نظام‌های اعتقادی می‌تواند اولویت‌ها و سیاست را تغییر دهد، می‌باشد.

تاثیر تفکرات فمینیستی بر سیاست‌های خشونت‌های خانگی در دو شهرداری محلی کانادا توسط Abrar، Lovenduski و Margetts مورد بررسی قرار گرفته است. این نویسندگان، ائتلاف وسیع از فمینیست‌هایی را که برای ایجاد تغییر در پیامدهای قانونی و فعالیت زنان گرفتار موقعیت‌های خشونت‌های خانگی در دهه ۱۹۷۰ گرد آمده بودند را مستند کرده‌اند. تحلیل جنسیتی این ائتلاف که خشونت خانگی را تابعی از تسلط مردان فرض می‌کند، توسط یک ائتلاف سنت‌گرا انجام شد که باور اصلی آن حرمت زندگی خانوادگی است. فعالیت‌های انجام شده برای پیاده‌سازی تغییر در سیاست‌های خشونت خانگی، قوانین و عملکردها شامل آموزش‌های عمومی و قانونی، پژوهش، محصولات فرهنگی، تظاهرات عمومی، گروه‌های کاری درون نهادها و گنجاندن در مواد آموزشی

بود. این فعالیت‌ها یک نمونه بی نظیر از بسیاری از سطوحی که اجرای مداخله برای تغییر سیاست در آنها ضروری است را ارائه می‌دهد.

FIGURE 5.1 *The advocacy coalition framework*



Source: Weible, Sabatier, & McQueen, 2009

خلاصه

اغلب نظریه‌های مورد استفاده در مداخلات ارتقای سلامت ریشه در علوم رفتاری دارند. نظریه‌ها مجموعه‌ای از مفاهیم به هم مرتبط، سازه‌ها و متغیرهایی هستند که رفتار را تبیین می‌کنند، روش‌هایی را برای موفقیت در تغییر رفتار پیشنهاد می‌کنند و به پژوهشگران توانایی سنجش فرآیند تغییر در شرکت‌کنندگان مداخله را فراهم می‌کنند. هنگامی که از یک نظریه برای هدایت طراحی و ارزیابی مداخله استفاده می‌کنید، باید مطمئن شوید که فعالیت‌ها متناسب با سازه‌های مورد نظر هستند. نظریه‌های متعددی برای سطوح بوم شناختی مختلف مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. نظریه‌های مورد بحث در این فصل در سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی الگوی بوم شناختی به کار می‌روند.

فعالیت ها

یکی از نظریه‌های مورد بحث در این فصل و یا نظریه‌ای که معمولاً در ارتقای سلامت استفاده می‌شود را انتخاب کنید. یک جستجوی الکترونیک برای یافتن مقالات منتشر شده در زمینه مداخلاتی که پژوهشگران از نظریه مورد نظر برای تصمیم‌گیری مرتبط با برنامه‌ریزی و ارزیابی برنامه استفاده کرده‌اند، انجام دهید. بر این اساس موارد زیر را انجام دهید:

- چگونگی تبیین رفتارهای سلامت توسط مفاهیم کلیدی، سازه‌ها و متغیرهای نظریه مورد نظر را شرح دهید.
- شرح دهید که چگونه پژوهشگران در مداخلات شناسایی شده از نظریه جهت هدایت طراحی، اجرا و ارزیابی مداخله استفاده کرده است.
- به طور خلاصه درباره سطح بوم شناختی که در آن مداخله عمل می‌کند، بحث کنید.

سوالات بحث

- درباره نقش نظریه در طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور بحث کنید. درباره چگونگی کاربرد سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی در مداخلات سلامت اجتماع محور توضیح دهید.
- به نظر شما نظریه‌های مطرح شده در این فصل چه محدودیت‌هایی دارند؟ این محدودیت‌ها را با استفاده از یک نمونه به انتخاب خودتان شرح دهید.

فصل ششم

جمع آوری و مدیریت داده ها

اهداف یادگیری

- تفاوت‌های بین داده‌ای اولیه و ثانویه را شرح دهید.
- روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی را توصیف کنید.
- جنبه‌های کلیدی ضروری برای موفقیت در نمونه‌گیری جمعیت را شناسایی کنید.
- با اصول اولیه تهیه پرسشنامه آشنا شوید.
- مراحل ضروری آمادگی برای تحلیل داده‌های کمی و کیفی را درک کنید.

نگاه کلی

در این فصل به بحث درباره استفاده از داده‌ها برای تعیین نیازها و دستیابی به اهداف مداخله می‌پردازیم. همچنین درباره نحوه آمادگی جمع‌آوری داده‌های کمی و کیفی، ابزارهای مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌ها و روش‌های آماده‌سازی داده‌ها برای تحلیل آنها نیز بحث می‌شود.

داده‌ها: بخشی حیاتی یک پژوهش

داده‌ها مجموعه‌ای از قطعات اطلاعاتی هستند که می‌توانند به گونه‌ای سازمان‌دهی شوند که دانش ما را درباره موضوع مورد نظر افزایش دهند. داده‌ها متشکل از تکه‌های اطلاعاتی هستند که از حقایق جمع‌آوری شده با روش‌های مختلف مانند مشاهده، پاسخ افراد به سوالات و یا آزمون‌های آزمایشگاهی، شناسایی می‌شوند. داده‌های مربوط به ویژگی‌ها و یا وقایع مشترک را می‌توان با یکدیگر ترکیب کرد تا متغیری مانند طبقه اجتماعی را ایجاد کرد که معمولاً ترکیبی از سطح تحصیلات، شغل و درآمد فرد است. یک مجموعه داده متشکل از متغیرهای مرتبط با یک موضوع خاص نظیر رفتارهای پرخطر نوجوانان یا هزینه مراقبت‌ها در یک سال مشخص است. در طی پردازش داده‌ها اطلاعات جمع‌آوری شده به شکل قابل استفاده‌ای مانند تعداد تبدیل می‌شوند که به عنوان کد قطعات اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند و از این طریق می‌توان آنها را به متغیر و نهایتاً به دانش جدید تبدیل کرد.

چرا داده‌ها را جمع‌آوری می‌کنیم؟

داده‌ها برای تایید منطق و ارزیابی مداخلات پیشنهادی برای پرداختن به عوامل خطر یا شرایط خاص ضروری است. داده‌های جمع‌آوری شده از یک منبع در طول زمان می‌تواند نشان دهد که آیا مداخله به نتایج مورد انتظار دست یافته یا خیر. داده‌ها نه تنها برای تعیین لزوم یک مداخله ضروری است، بلکه داده‌های جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه با رهبران اجتماع مشخص می‌کند که آیا مداخله مورد حمایت اجتماع خواهد بود یا خیر. پس از اجرای یک مداخله، داده‌ها برای تعیین موفقیت در رسیدن به اهداف برنامه مورد نیاز است. از داده‌ها برای متقاعد کردن تامین‌کنندگان مالی و

سیاست‌گزاران در جهت حمایت از مداخله استفاده می‌شود. تصمیم‌گیری درباره پرداخت کمک‌های مالی به پروژه‌ها تا حد زیادی به قدرت و اعتبار داده‌هایی که نشان دهنده ضرورت کار است، بستگی دارد. داده‌ها باید معتبر بوده و به دقت جمع‌آوری شوند، چرا که آنها به احتمال زیاد در اسناد عمومی مانند مقالات روزنامه‌ها و گزارش‌ها ی پروژه، نقل می‌گردند

انواع داده‌ها

داده‌های اولیه^۱ شامل اطلاعات جدیدی است که قبلاً بر روی آنها تحلیلی صورت نگرفته است. داده‌های ثانویه^۲ داده‌هایی هستند که قبلاً توسط افراد دیگر جمع‌آوری شده‌اند شامل مجموعه داده‌های بزرگی که در سایت مرکز ملی آمارهای سلامت، موسسه ملی سلامت، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و یا ادارات سلامت محلی موجود است. این مجموعه از داده‌های ثانویه اغلب برای تحلیل در دسترس عموم قرار دارند. این داده‌ها و سایر داده‌هایی که قبلاً جمع‌آوری شده‌اند می‌توانند به صورت کلی میزان بروز و شیوع وضعیت و میزان‌های احتمالی در اجتماعی که در آنجا مداخله‌ای برنامه‌ریزی شده است فراهم نمایند.

داده‌ها را می‌توان به دو صورت اعداد و کلمات جمع‌آوری نمود. معمولاً داده‌های کمی^۳ در مداخلات اجتماعی شامل انتخاب پاسخ‌های از قبل کد گذاری شده برای مجموعه سوالات در قالب پیمایش هستند. پیمایش‌ها بر روی نمونه‌هایی که اغلب بزرگ بوده و به دقت انتخاب می‌شوند صورت می‌گیرد و می‌توان عوامل یا پاسخ‌ها را مورد تحلیل قرار داد. روش دیگر این است که پرسشنامه‌ها قبل و مدتی بعد از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شوند تا تاثیر مداخله تعیین گردد. داده‌های کیفی^۴ از طریق انجام مصاحبه‌های فردی یا گروهی، مشاهده شرکت‌کنندگان به همراه یادداشت‌های میدانی زیاد و یا بررسی پرونده‌های عمومی به دست می‌آید. مصاحبه‌ها پیاده شده و رونوشت‌ها، یادداشت‌های میدانی و پرونده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. این کار شامل چندین بار خواندن متن و سازماندهی محتوا به صورت طبقات و موضوعات است.

1 Primary Data

2 Secondary Data

3 Quantitative Data

4 Qualitative Data

داده‌های کیفی بیشتر می‌توانند زمینه گسترده‌تر یک موضوع و یا موقعیت را آشکار کنند و به درک عمیق کمک نمایند، چرا که این نوع داده‌ها تفاوت‌های ظریف و مسایل مربوط به موضوع را که پژوهشگر ممکن است از قبل تصوری درباره آن داشته باشند را ارایه می‌دهند. پژوهشگران ممکن است کار را با جمع‌آوری داده‌های کیفی شروع کنند تا موضوعاتی را که باید در طراحی پرسشنامه ساختارمند برای جمع‌آوری داده‌های کمی وارد شوند را پیدا کنند.

جمع آوری داده‌های کمی

روش‌های مختلفی برای جمع‌آوری داده‌ها وجود دارد که شامل پیمایش‌های اینترنتی، پیمایش‌های تلفنی، مصاحبه‌های گروهی و مصاحبه‌های چهره به چهره فردی است. تمامی این روش‌ها دارای محدودیت‌هایی هستند. پیمایش‌های پستی معمولاً با میزان پاسخ دهی پایین همراه هستند و نیازمند چند بار یادآوری به افرادی که به نامه پستی اول پاسخ نداده‌اند، می‌باشد. جهت تسهیل در بازگشت و پاسخ دهی، هنگامی که پرسشنامه یک پیمایش از طریق پست ارسال می‌شود، باید یک پاکت نامه تمبر خورده که حاوی آدرس گیرنده است نیز ارسال گردد. پرسشنامه‌های خود ایفا^۱ نسبتاً کارآمد هستند اما لازم است که از شرکت‌کنندگان سطح مشخصی از سواد را داشته باشند. با لحاظ هزینه، مصاحبه‌های چهره به چهره گرانترین روش هستند چرا که باید زمان فرد مصاحبه کننده لحاظ شود. پرسشنامه‌های اینترنتی احتمالاً کمترین هزینه را دارند. انتخاب روش جمع‌آوری داده‌ها بستگی به منابع موجود پروژه و نیز منابع جمعیت مورد هدف و مدت زمان لازم برای گرفتن اطلاعات مورد نیاز از جمعیت دارد. زمان بندی مصاحبه باید مورد توجه قرار گیرد. شاید لازم باشد مصاحبه با شرکت‌کنندگان شاغل و یا افرادی که در مدرسه حضور دارند، در طی ساعات عصر انجام شود، این در حالی است که معمولاً مادرانی که کودک خردسال دارند قبل یا بلافاصله بعد از ساعات مدرسه و یا طی زمان غذای مدرسه در دسترس نیستند. مصاحبه‌ها باید از نظر طول مدت هر مصاحبه مدبرانه انجام شوند.

عواملی مانند توانایی نمونه‌گیری از جمعیت هدف، مهارت‌های جمعیت، آموزش و مهارت‌های کارکنان، زمان و فضای موجود برای جمع‌آوری داده‌ها نیز اهمیت دارد. بدیهی است در صورتی که جمعیت هدف به کامپیوتر دسترسی نداشته باشد، پیمایش اینترنتی مناسب نیست. پیمایش اینترنتی را تنها می‌توان برای افرادی که سواد کامپیوتری دارند به کار برد، لذا استفاده از آن باعث از دست دادن جمعیت‌هایی مانند سالمندان که مهارت‌های کامپیوتری محدودی دارند می‌شود. بر عکس، در شرایط منابع مالی بسیار محدود برای جمع‌آوری داده‌ها و جمعیتی مانند دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان که ارتباطات الکترونیکی پیشرفته‌ای دارند، استفاده از پیمایش اینترنتی یک گزینه مناسب است. مصاحبه‌های چهره به چهره در صورت نیاز به نمونه بزرگ، پرهزینه است. معمولاً ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تمایلی به صرف زمان زیاد برای انجام چنین مصاحبه‌هایی را ندارند، اما ممکن است خواهان شرکت در یک مصاحبه کوتاه تلفنی باشند. در صورتی که این روش انتخاب شد، قبل از مصاحبه، یک قرار قبلی برای این کار تدوین کنید. انجام مصاحبه تلفنی در طول روز موجب از دست دادن افرادی که در محل کار یا مدرسه هستند می‌شود و ممکن است نیاز به تماس مجدد باشد و نیز موجب خارج شدن افرادی از نمونه مطالعه که تنها از موبایل استفاده می‌کنند گردد. ممکن است جمعیت‌های روستایی که در فواصل زیادی از یکدیگر زندگی می‌کنند از مصاحبه‌های تلفنی قبل و بعد از مداخله سود ببرند.

لازم است که مکان انجام مصاحبه چهره به چهره مورد توجه قرار گیرد. ممکن است مداخله‌ای که متمرکز بر زنان دارای کودک خردسال، نیازمند فضا و کارکنانی برای مراقبت از کودکان هم در زمان جمع‌آوری داده‌ها و هم در هنگام مداخله باشد. تعیین نیازهای سلامت باروری مردان ممکن است نیازمند یک مکان اجتماعی بی‌طرفانه باشد، چرا که آنها ممکن است تمایلی به برگزاری جلسه در یک درمانگاه تنظیم خانواده که معمولاً یک مکان زنانه تلقی می‌شود نداشته باشند. در صورت نیاز، ممکن است پژوهشگران ناچار باشند چنین اطلاعاتی را درباره جمعیت هدف‌شان از طریق آزمون و خطا، تنظیم پروتکل‌های جمع‌آوری داده و اجرای مداخله به دست بیاورند.

همچنین نوع داده‌هایی که باید جمع‌آوری شود بستگی به عوامل دیگری مانند سوالاتی که باید پاسخ داده شوند و نیز عمق و جزئیات تاثیر مداخله دارد. سوالاتی که باید در مداخله پاسخ داده شود تعیین می‌کند که چه نوع داده‌هایی باید جمع‌آوری گردد:

کیفی، کمی و یا هر دو. اگر حداقل اطلاعات درباره عوامل مرتبط با یک سوال تحقیق مورد نیاز است، روش‌های کیفی با استفاده از مصاحبه‌های انفرادی و یا گروهی با سوالات باز، داده‌های لازم را فراهم خواهد کرد. استفاده از روش‌های چندگانه جمع‌آوری داده‌ها، سه سویه سازی (ترانگولولیشن) نامیده می‌شود. استفاده از چند روش، باعث صرفه جویی در زمان می‌شود و درک عمیق تری از موضوع فراهم می‌کند، همچنین محدودیت‌هایی را که در استفاده از یک روش تنها وجود دارد را به حداقل می‌رساند. به عنوان مثال جمع‌آوری داده‌های کمی جمعیت شناختی با استفاده از پرسشنامه درباره افراد قبل از شرکت در یک بحث گروهی کیفی، کمک کننده است. انجام مصاحبه‌های عمیق با افرادی که به قبلا به پرسشنامه پاسخ داده‌اند، عمق بیشتری به موضوعات خاص می‌دهد، ضمن این که اینکار اجازه می‌دهد تا تحلیل‌های آماری بر روی داده‌های پرسشنامه نیز انجام شود.

تدوین پرسشنامه

جمع‌آوری داده‌های کمی مستلزم استفاده از ابزارهای ساختارمند و یا پرسشنامه‌هایی است که در آنها سوالات و پاسخ‌های ممکنه مشخص شده‌اند. ایده آل این است که سوالات ابزار قبل از پروژه طراحی شده باشد و یا در طی جستجوی متون مداخله در جمعیت و موضوع مورد نظر شناسایی شوند. این فرآیند ممکن است زمان بر باشد، چرا که بسیاری از مجلاتی که نتایج مداخلات را منتشر می‌کنند ابزار مطالعه را رایج نمی‌دهند. ایجاد آیت‌های ابزار بر اساس نتایج تحلیل داده‌ها امکان‌پذیر است. به عنوان راهکار دیگر، نوشتن نامه به نویسنده مسئول مقاله جهت کسب اجازه برای استفاده از ابزار به کار رفته به شدت توصیه می‌شود. صرف زمان برای شناسایی ابزارهای مناسب قبل از شروع مداخله ارزشمند است. چنین ابزارهایی از نظر سایر پژوهشگران قابل اطمینان تشخیص داده شده‌اند و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی^۱ ابزار ضروری نیست. همچنین می‌توان از ابزاری که در رابطه با موضوع مورد نظر در جمعیت متفاوتی به کار رفته است اقتباس کرد. به عنوان مثال، ابزار به کار رفته در یک مداخله قبل و بعد برای افزایش فعالیت بدنی زنان روستایی ممکن است نیاز به اصلاحات جزئی برای استفاده در

زنان آمریکایی آفریقایی تبار شهری داشته باشد. استفاده از سوالاتی که توسط دیگران طراحی و به کار رفته‌اند، توصیه می‌شود.

اگر ابزار مفیدی برای استفاده یا اقتباس موجود نبود، لازم است که یک پرسشنامه جدید طراحی شود. محتوای چنین ابزاری اغلب از نتایج حاصل از مصاحبه‌های غیر ساختارمند اولیه به دست می‌آید. انواع مختلفی از سوالات، شامل سوالات باز^۱ و بسته^۲ و سوالات گزینه اجباری^۳، وجود دارد که می‌توان در ابزار مطالعه در نظر گرفت.

سوالات بسته، پاسخ دهنده را مجبور به انتخاب یک پاسخ از بین موارد ارائه شده می‌کند، مانند "آیا شما در شب گذشته میوه یا سبزیجات خوردید؟" اجبار به انتخاب از بین گزینه‌ها، در صورت نیاز به پاسخ دهی در طبقات دقیق، مفید است، مانند تعداد مواردی که افراد در طی هفته گذشته در رستوران شام خورده‌اند. مرحله ورود داده‌های سوالات بسته آسان‌تر است. البته هنگامی که این نوع سوالات برای موضوعات حساسی مانند استفاده از مواد مخدر که افراد ممکن است گزینه حداقل استفاده را به دلیل مقبولیت اجتماعی بیشتر انتخاب کنند، دارای محدودیت‌های بالقوه‌ای است. عبارت و زبان مورد استفاده در سوالات بسته باید به صورت یکسانی از طرف پژوهشگر و پاسخ دهنده درک شوند، در غیر این صورت نتایج آنچه را که پژوهشگر به دنبال کشف آن بوده را به درستی توصیف نمی‌کند. به عنوان مثال، هنگامی که از نوجوانان پرسیده می‌شود آیا "از نظر جنسی فعال" هستند یا خیر، برخی از آنها ممکن است این عبارت را به عنوان انواع فعالیت‌های جنسی تلقی کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است این عبارت را به عنوان نزدیکی واژینال درک کنند. اگر عبارت سوالی را بتوان به صورت مختلف تفسیر نمود، این ابهام، در پاسخ‌ها نیز منعکس شده و جمع‌آوری داده‌ها قابل اطمینان نخواهد بود.

مزیت سوالات باز این است که افراد را وادار به انتخاب یک گزینه از بین چند پاسخ که ممکن است هیچ یک منعکس کننده انتخاب آنها نباشد، نمی‌کنند. به عنوان مثال، اگر از دختران پرسیده شود، دوست دارند در کدامیک از ورزش‌های رقابتی شرکت کنند و پاسخ‌ها شامل بسکتبال، والیبال و یا بیسبال باشد، نظر کسانی که هاکی یا فوتبال را

1 Open-ended
2 Close-ended
3 Forced-choice

ترجیح می دهند از دست می دهد. محدودیت سوالات باز این است که باید پس از اتمام مصاحبه مورد بررسی قرار گیرند و کد گذاری شوند که این کار زمان بر است. سوالات گزینه اجباری، پاسخ دهندگان را وادار به انتخاب از بین گزینه‌هایی مانند موافق و مخالف و یا درست و غلط می کند. این حالت باعث تسهیل در ورود و تحلیل داده‌ها می شود، افراد ممکن است احساس کنند ناچارند به گونه‌ای به سوال پاسخ دهند که فکر می کنند درست است و یا از نظر اجتماع مقبول تر است (مانند "بله، من همیشه از کاندوم استفاده می کنم" و یا "نه، من از مواد مخدر استفاده نمی کنم"). تعداد گزینه‌ها نیز باید در نظر گرفته شود؛ در سوالی مانند "باید از فعالیت جنسی جوانان جلوگیری کرد" در صورتی که تنها دو گزینه ارائه شده باشد، اجازه رایبه بسیاری از عقاید در این زمینه را نمی دهد. یک شکل جایگزین، رایبه گزینه‌های بیشتر در قالب پاسخ‌های لیکرت^۱ است که در آن چهار یا پنج گزینه ارائه می شود، مانند کاملاً موافق، موافق، مطمئن نیستم/ نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف. متأسفانه، حتی این مورد کامل نیست، زیرا برخی معتقدند که پاسخ دهی به سوالات لیکرت برای افراد متعلق به بسیاری از اقلیت‌های قومیتی آسان نیست و به درستی پاسخ نمی دهند. با وجود این مشکلات، محدودیت‌های زمان و منابع ممکن است طراحی یک ابزار ساختارمند را مطرح نماید. در این صورت، چند راهنمای کلی زیر را به یاد داشته باشید:

همیشه سوالات را با استفاده از زبانی که بیشتر افراد قادر به درک آن هستند، بیان کنید. اغلب پژوهشگران پیشنهاد می کنند که پرسشنامه باید در سطح خواندن پایه ششم نوشته شود. سطح خواندن را می توان با استفاده از اغلب برنامه‌های پردازش کلمات ارزیابی کرد.

در یک آیتم بیش از یک سوال را مطرح نکنید. به عنوان مثال، عبارت "آیا شما فکر می کنید که اطلاعات به صورت شفاف نوشته شده و اطلاعات مهم را ارائه کرد؟" باید به دو سوال مجزا شکسته شود.

ترتیب سوالات می تواند بر پاسخ دهی تاثیر بگذارد، چرا که نحوه عبارت یک سوال می تواند پاسخ سوال بعدی را پیشنهاد دهد. به عنوان مثال، اگر درباره موضوعات حساس مانند تداوم در استفاده از کاندوم سوال شود، افراد اگر ببینند که پاسخ‌شان با جواب

1 Likert-type

سوالات بعدی (مثلاً، "آیا در آخرین رابطه جنسی خود از کاندوم استفاده کردید؟") ناهماهنگ است، احتمالاً پاسخ خود را تغییر می‌دهند. پاسخ به سوالاتی درباره رفتار پر خطر در ابتدای پرسشنامه می‌تواند بر پاسخ‌های بعدی درباره فعالیت‌های جنسی پر خطر تاثیر بگذارد. معمولاً سوالاتی که دارای محتوای مرتبط با یکدیگر هستند در صورتی که در مجاورت هم باشند بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند.

سعی کنید سوالاتی را که ممکن است تهاجمی تفسیر شوند، در ابتدای مصاحبه یا پرسشنامه مطرح نکنید مانند "میزان درآمد شما در سال گذشته چقدر بود؟" یا سوالاتی شروع کنید که پاسخ به آنها آسان است مانند "چه مدت است که در این اجتماع زندگی می‌کنید؟" اگر در یک پرسشنامه سوالی را درباره درآمد مطرح می‌کنید، طبقه بندی‌هایی از میزان درآمد را مطرح کنید تا افراد در کنار آنها علامت بزنند. در مصاحبه‌های چهره به چهره کارتی را تهیه کنید که در آن سطوح مختلف درآمد با حروف متفاوت مشخص شده باشد و از افراد بخواهید گزینه‌ای که توصیف بهتری از وضعیت درآمدی آنها ارایه می‌دهد را انتخاب کنند.

نحوه ارایه عبارات را در سراسر پرسشنامه و در بین شرکت‌کنندگان ثابت نگه دارید. تغییر در نحوه ارایه عبارات می‌تواند بر پاسخ تاثیر بگذارد.

همواره دامنه گزینه‌ها را برای گزینه‌های عدم پاسخ، "نمی‌دانم"، (درباره من) "مطرح نیست" و "سایر" را برای پاسخ‌هایی که متناسب با گزینه‌های موجود نیست باز نگه دارید. اگر تعداد بسیار کمی از پاسخ‌ها در این گزینه‌ها قرار گرفتند، روش‌های آماری خاصی برای حل این مشکل وجود دارد.

از خستگی پاسخ دهنده مطلع باشید. هر چند نمی‌توان تعداد مشخصی برای حداکثر تعداد سوالاتی که افراد حاضر به پاسخگویی هستند را تعیین کرد اما مطمئناً حد بالایی وجود دارد. عوامل تاثیر گذار بر این مساله شامل محیط (تعداد سوالات کمتر در موقعیتی مثل حالت ایستاده با کیسه‌ای از خریدها در فروشگاه و تعداد بیشتر در یک جلسه‌ای که از قبل ترتیب داده شده و در یک اتاق راحت همراه با پذیرایی برگزار می‌شود)، جمعیت (تعداد سوالات کمتر برای کودکان و یا افرادی با دامنه توجه کمتر) و موضوع (تعداد سوالات بیشتر در موضوعات مرتبط).

سوالات را به گونه‌ای مرتب کنید که شرکت‌کنندگان به راحتی و بدون اشتباه از یک سوال به سوال بعدی بروند. جهت تسهیل در خواندن سوالات، فضای کافی بین خطوط

قرار دهید. متن سوال را در یک صفحه و گزینه‌های آن را در صفحه بعدی قرار ندهید. در پرسشنامه یک معرفی کلی و جملاتی برای رفتن به بخش‌های مختلف پرسشنامه (مانند "حالا می‌خواهیم چند سوال درباره عادات شما بپرسیم") ارائه دهید. حتما در انتها جملاتی مانند "از شما جهت تکمیل این سوالات تشکر می‌کنم" را با اندازه قلم بزرگتر از سایر بخش‌های پرسشنامه اضافه کنید.

به منظور اطمینان از دقت تمامی اعضای تیم تحقیق در روشهای جمع‌آوری داده‌ها، هر هفته زمانی را برای جلسه و بررسی داده‌های جمع‌آوری شده اختصاص دهید. به عنوان مثال، در مصاحبه‌های سوالات باز با پاسخ دهندگان مختلف، اگر مشخص شود که افراد دقیقا از کلمات مشابه برای پاسخ دهی استفاده کرده‌اند، می‌تواند بیانگر این مساله باشد که مصاحبه کننده به جای آنکه عینا از کلمات پاسخ دهندگان استفاده کند، پاسخ‌ها را بازگویی کرده است. اگر چنین باشد داده‌ها آلوده شده و باید کنار گذاشته شوند.

چه از ابزارهای قبلی استفاده کنید و چه اقدام به طراحی ابزار جدیدی نمایید، این موضوع اهمیت دارد که ابزار قبل از استفاده در مطالعه باید به صورت آزمایشی اجرا شود. اجرای آزمایشی ابزار ایده‌ای را درباره جریان استفاده از پرسشنامه ارائه می‌کند. درباره پرسشنامه‌هایی که قبلا مورد استفاده قرار گرفته‌اند، سوالات استفاده شده در مناطق دیگر کشور و یا سایر کشورها ممکن است به درستی درک نشوند و نیاز به تنظیم مجدد داشته باشند. برخی از سوالات ممکن است از همه افراد تقریبا پاسخ‌های مشابه را به دست آورد و به دلیل این که هیچ تنوعی در پاسخ‌ها وجود ندارد باید کنار گذاشته شوند.

جمع‌آوری داده‌های پیگیری^۱

به منظور ارزیابی موفقیت یک مداخله اجتماع و بررسی این که آیا برنامه به ایجاد تغییر در نگرش‌ها و رفتار منجر شده است یا خیر، ضروری است که در پایان برنامه، افراد شرکت‌کننده مورد سنجش قرار گیرند. همچنین بسیاری از پژوهشگران جهت بررسی بقای تغییرات ایجاد شده، طرح مطالعه‌ای را انتخاب می‌کنند که افراد شرکت‌کننده را در طی چند هفته تا چند ماه پس از برنامه مورد سنجش قرار دهند. جمع‌آوری داده‌های پیگیری با همان افراد پاسخ دهنده می‌تواند در اجتماع‌های که افراد دائما جابجا

1 Follow-up Data

می‌شوند و یا افرادی که نگران شناخته شدن هستند (مانند افراد معتاد) چالش برانگیز باشد. برای مصاحبه مجدد با همان افراد در طی زمان، لازم است که یک سیستم ردیابی طراحی شود که از آن طریق از کلیه افراد در پایان اولین مصاحبه خواسته شود تا داده‌های مربوط به محل خود (شامل نام، آدرس، شماره تلفن و آدرس ایمیل) و نیز اطلاعات مربوط به یک یا دو نفر از افراد نزدیک که درباره نحوه تماس با آنها در صورت جابجایی کمک نمایند، را ارائه دهند. این فرد می‌تواند یکی از اعضای خانواده، همسایه و یا بهترین دوست فرد باشد. اطلاعات مربوط به سیستم ردیابی باید در یک فایل یا پایگاه داده‌ای جدا از سایر داده‌ها نگهداری شود. برای هر بار اقدام به تماس باید پرونده‌ای تشکیل شود و تعداد و ترتیب تماس‌هایی که برقرار خواهد شد ثبت گردد (مثلاً به ترتیب تماس تلفنی، ایمیل، نامه و مراجعه به درب منزل). جایگزینی خطوط ثابت با تلفن‌های همراه چالش‌های بیشتری را برای پیگیری ایجاد کرده است، چرا که هیچ فهرست راهنمایی برای ارئه چنین اطلاعاتی وجود ندارد. اهمیت تلاش‌های مکرر را دست کم نگیرید، چرا که میزان ۸۰ درصدی پیگیری به مراتب قوی‌تر از میزان ۵۰ درصدی پاسخگویی است.

نمونه‌گیری و مباحث مرتبط

با توجه به وجود تکنیک‌های آماری موجود، انجام مصاحبه با تمامی افراد یک اجتماع و یا جمعیت مورد نظر پر هزینه، زمان بر و غیر ضروری است. معمولاً در نظر گرفتن یک نمونه و یا انتخاب بخشی از جمعیت در ارزیابی یا طرح تحقیق، اطلاعات ضروری را فراهم می‌کند. یک روش نمونه‌گیری پایا در درک ارزش‌ها و نگرش‌های اجتماع قبل از طراحی و اجرای یک مداخله یا بحث درباره درستی ارزیابی بسیار مهم است. انتخاب نمونه‌ای که به هر یک از افراد در جمعیت مورد نظر شانس برابری جهت انتخاب شدن می‌دهد، به صورت قابل توجهی مطالعه را تقویت می‌کند، چرا که این مساله به پیشگیری از سوگرایی انتخاب کمک می‌کند. به همین دلیل روش داوطلب در نمونه‌گیری، یک روش قابل اطمینان به حساب نمی‌آید. هدف این است که از یک روش نمونه‌گیری استفاده شود که نمونه تا حد ممکن نمایانگر کل جمعیت باشد. پس از انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان باید به صورت تصادفی به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داده شوند. گروه مقایسه از مداخله خارج می‌شود. تصادفی‌سازی برای افراد

در زمان شروع مطالعه انجام می‌شود و در کار با موسساتی مانند مدارس و یا باشگاه‌های ورزشی در زمان شروع مداخله صورت می‌گیرد. این واحدهای تحلیل را می‌توان به صورت نظام‌مند بر اساس روش تصادفی سازی و با قرعه‌کشی و یا تخصیص شماره‌های تصادفی از جدول اعداد تصادفی انتخاب نمود. جدول اعداد تصادفی در انتهای اغلب کتاب‌های آماری وجود دارد. در بسیاری از موقعیت‌ها نمی‌توان افراد را به صورت تصادفی به گروه‌ها تخصیص داد. به عنوان مثال، اگر مداخله شامل اضافه کردن بخشی به برنامه درسی مدرسه باشد، کلاس‌های یک پایه را می‌توان به صورت تصادفی به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داد، حتی اگر تک تک دانش‌آموزان به گروه مداخله و مقایسه تخصیص داده نشده باشند.

نمونه آسان^۱، نمونه‌ای است که از بین شرکت‌کنندگان و یا سایر واحدهای تحلیل موجود انتخاب شده باشند. به عنوان مثال، بیماران در اتاق انتظار یک درمانگاه محلی و یا در کلیسایی که پژوهشگر با آنها آشنا است. این نوع نمونه‌گیری ممکن است برای مطالعات مقدماتی امکان‌پذیر و بسیار مناسب باشد. نمونه گلوله برفی^۲ که تحت عنوان نمونه برخاسته از پاسخ دهنده نیز شناخته می‌شود با یک گروه کوچک از افرادی که بخشی از یک شبکه بزرگتر هستند، شروع می‌شود و آنها اطلاعات مربوط به مطالعه را منتشر می‌کنند. از افراد اولیه خواسته می‌شود تا اسامی دوستان و یا همکارانی را که عضو شبکه هستند اعلام کنند. این راهکار برای جمعیت‌های که دسترسی به آنها دشوار است مانند نگهبانان در یک اجتماع مهاجر و یا کارگران جنسی خوب کار می‌کند.

حجم نمونه مساله‌ای است که باید قبل از تحلیل آماری داده‌ها مورد توجه قرار گیرد. نمونه باید برای داشتن توان آماری کافی در نشان دادن نتایج معنادار، به اندازه کافی بزرگ باشد. با داده‌های اولیه، حجم نمونه در نهایت بستگی به منابع موجود خواهد داشت. هر چه تعداد شرکت‌کنندگان در یک برنامه یا نمونه بیشتر باشد، هزینه‌ها بیشتر خواهد بود. انجام یک تحلیل توصیفی و یا جدول بندی‌های متقاطع با نمونه نسبتاً کوچک نیز امکان‌پذیر است. هر چند اگر نمونه‌ها کمتر از ۲۵ مورد باشد نتایج از نظر آماری معنادار نخواهند بود (مگر این که یک مطالعه پایلوت و یا مطالعه امکان‌سنجی

1 Convenience Sample

2 Snowball Sample

باشد). برای کسب اطلاعات درباره نمونه‌گیری و حجم نمونه از یک کتاب آماری استاندارد کمک بگیرید.

باید دقت کرد که نمونه‌گیری به گونه‌ای نباشد که منجر به چگونگی نتایج گردد. به عنوان مثال انجام مصاحبه تنها با داوطلبان می‌تواند به نمونه‌ای متشکل از افرادی از جمعیت هدف منجر شود که وقت زیادی در اختیار دارند. همچنین این نمونه باعث از دست دادن اطلاعات از بخشی از اجتماع می‌شود که وقت یا ماهیت داوطلبی ندارند. تسهیلاتی نظیر هزینه‌های رفت و آمد و یا ترتیب دادن مراقبت از کودکان می‌تواند به افزایش عمق نمونه کمک کند و در نتیجه سوگرایی‌های بالقوه کاهش یابد به خصوص اگر بتوان هزینه وقت و رفت و آمد افراد را پرداخت نمود.

جمع‌آوری داده‌های کیفی

داده‌های کیفی را می‌توان به روش‌های مختلفی جمع‌آوری کرد شامل مشاهده، مصاحبه^۱ با افراد مطلع، مصاحبه عمیق^۲ و یا غیرساختارمند^۳ و بحث گروهی^۴. داده‌های مشاهده‌ای توسط مشاهده‌گری که به دقت جزئیات وقایع روی داده در یک دوره زمانی خاص و یا در طی یک موقعیت خاص را یادداشت می‌کند، جمع‌آوری می‌شود. این روش در تعیین نحوه دستیابی به جمعیت هدف مفید است و می‌تواند در شناسایی افرادی که به نظر می‌رسد در میان جمعیت کلاس مدرسه گم هستند و کسانی که بیشتر در حاشیه هستند مورد استفاده قرار گیرد. مشاهده‌گر تا حد امکان باید ساده باشد تا حضورش باعث تغییر در موقعیت نشود، زیرا هنگامی که مشخص شود افراد تحت مشاهده هستند ممکن است رفتار خود را متناسب نمایند. به عنوان مثال در صورتی که دانش‌آموز فکر کند که توسط یک فرد بزرگسال مورد مشاهده است، قلدری کردن در حیاط مدرسه را کنار می‌گذارد.

-
- 1 Interview
 - 2 In-depth
 - 3 Unstructured
 - 4 Group Discussion

انواع مصاحبه

مصاحبه با افراد کلیدی را می‌توان با سوالات باز و یا با یک راهنمای ساختارمند انجام داد. افراد کلیدی مطلع^۱، افرادی هستند که نمایانگر برخی از بخش‌های اجتماع بزرگتر هستند، مانند مقامات منتخب و یا کارکنان آنها، روسای کمیته مستاجران، ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و یا رهبران کلیسا. افراد مطلع می‌توانند اطلاعاتی را درباره واکنش‌های احتمالی اجتماع به مداخله درباره موضوعات حساس مانند فعالیت جنسی و یا استفاده از مواد مخدر، نیازهای محلی و همچنین تعیین تاثیر یک مداخله خاص بر جمعیت بزرگ فراهم نمایند. سوالات باز به صورت بیطرفانه مطرح می‌شوند، مانند "شما فکر می‌کنید معلمان به آموزش درباره پیشگیری از خشونت چه واکنشی نشان می‌دهند؟" و یا "شما فکر می‌کنید درباره میزان بالای بارداری نوجوانان در این اجتماع چه اقداماتی باید صورت گیرد؟" راهنمای مصاحبه ساختارمند شامل مجموعه‌ای از سوالات طراحی شده است که از طریق آن مصاحبه‌گر بحث را از موضوعی به موضوع دیگر هدایت می‌کند. نیازی نیست که سوالات به ترتیب مطرح شوند بلکه این راهنما به عنوان چک لیستی جهت اطمینان از پوشش کلیه موضوعات در طی مصاحبه عمل می‌کنند.

مصاحبه عمیق یا مصاحبه بدون ساختار بیشتر شبیه یک بحث باز درباره یک موضوع است که در طی آن فرد پاسخ دهنده ممکن است بحث را به حوزه‌هایی که قبلاً مصاحبه‌گر پیش‌بینی نکرده است، بکشاند. از آنجا که مصاحبه‌گر از قبل تمامی سوالات مرتبط با موضوع را نمی‌داند، جریان بحث به حوزه‌هایی کشانده می‌شود که احتمالاً اطلاعات مفیدی را به دست می‌آورد. اگر مشخص شود که جنبه‌هایی از موضوع به صورت کامل پوشش داده نشده، در مصاحبه بدون ساختار یا عمیق مصاحبه‌گر باید در پی واکاوی پاسخ‌ها برای دریافت اطلاعات بیشتر باشد. یک راهنمای مصاحبه‌گری بررسی‌های مفیدی را درباره موضوعات خاص پیشنهاد می‌کند و هنگامی که تنها پاسخ بله و خیر کافی نیست، مطرح کردن چند سوال پیگیری مفید خواهد بود.

مصاحبه‌های گروهی

به منظور کشف موضوع مورد بررسی، یک مصاحبه گروه متمرکز^۱ با گروه‌های کوچکی از افراد (شش تا دوازده نفر) انجام می‌شود. این روش در طی سال‌های طولانی توسط پژوهشگران بازار برای بررسی نگرش مشتریان نسبت به یک محصول استفاده شده است. داده‌های حاصل از بحث گروهی، اغلب منجر به ایده‌ها و مفاهیم جدیدی می‌شوند و از آنجا که عموماً شرکت‌کنندگان برخی از جنبه‌های موضوع مورد نظر را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند، می‌توانند بر عبارات یکدیگر تاثیر بگذارند و یا یکدیگر را درباره ویژگی‌های فرهنگی مطرح شده که ممکن است پژوهشگر با آنها آشنا نباشد به چالش بکشند. اعضای یک گروه را می‌توان به گونه‌ای انتخاب کرد که نمایانگر اجتماع و یا نسبتی از اجتماع مورد نظر باشند. اعضای گروه ممکن است افراد مطلع و آگاه درباره موضوع مورد نظر باشند. قبل از جلسه بحث متمرکز گروهی، سوالات مصاحبه در قالب راهنمای بحث طراحی می‌شوند. یک فرد تسهیل کننده، جلسه را برگزار می‌کند، او باید دقت کند که تمامی سوالات مورد نظر پوشش داده شود، هیچ یک از اعضای جلسه بر بحث تسلط نداشته باشد و تمام افراد در بحث شرکت نمایند. یک یا دو نفر از اعضای تیم تحقیق باید برای مشخص کردن این که کدامیک از افراد نکات خاصی را مطرح می‌کنند، به دقت بحث‌ها را یادداشت برداری نمایند. غالباً یک ضبط صوت برای ضبط بحث‌ها استفاده می‌شود، یادداشت کلیه بحث‌ها دشوار است. حتی اگر نوار ضبط شده، پیاده نشود، برای کنترل یادداشت‌های نوشته شده بسیار مفید خواهد بود. برای ضبط گفتگوها، باید از گروه اجازه گرفته شود. پس از این که ضبط صدا شروع شد، وجود ضبط صوت به فراموشی سپرده می‌شود.

قبل از شروع بحث، یادداشت بردار باید یک سیستم نشانه گذاری تهیه کند تا در تحلیل‌های بعدی مشخص شود هر فرد در گروه چه مطالبی را گفته است. به عنوان مثال، یک نمره شناسایی را می‌توان به هریک از اعضای بحث اختصاص داد و برای شناسایی هویت افراد به صورت ناشناس استفاده کرد. شماره را می‌توان در نموداری که در اتاق برگزاری جلسه قرار دارد، یادداشت کرد تا بتوان به راحتی شماره فردی را که در حال صحبت کردن است، شناسایی نمود. یادداشت بردار باید کلمات اول فرد را بر اساس

1 Focus Group

شماره نوشته شده بر روی چارت یادداشت نماید. این یادداشت‌ها را می‌توان به متن‌های پیاده شده اضافه نمود تا بتوان در تحلیل داده‌ها مشخص کرد که تنها یک یا دو نفر به سوال پاسخ داده‌اند و یا عقاید مطرح شده مربوط به تعداد زیادی از اعضای گروه است. همچنین یادداشت‌های جلسه بحث گروهی باید شامل توصیفی از جزئیات ویژگی‌های دموگرافیکی (سن، تحصیلات، شغل، قومیت و غیره) هر یک از افراد باشد. توجه به برخی از ویژگی‌های شناسایی (مانند پیراهن قرمز پر رنگ و یا مرد مسنی که می‌خندد) به تجسم داده‌های ضبط شده در هنگام پیاده‌سازی و نیز شرح کامل شرکت‌کنندگان گروه کمک می‌کند. شروع جلسه با یک سوال آسان برای گرم کردن بحث کمک کننده است مانند "تعطیلات مورد علاقه شما چه بود؟" و یا "اگر می‌توانستید یک حیوان باشید، دوست داشتید چه حیوانی باشید و چرا؟" اگر امکان پذیرایی در شروع جلسه باشد، به روحیه گروه کمک می‌کند. به عنوان یک قانون کلی، نباید جلسه بیش از یک ساعت و نیم تا دو ساعت طول بکشد. اگر هشت نفر مورد نظر است، عاقلانه است که از ده تا دوازده نفر دعوت شود، چرا که تمامی افراد دعوت شده شرکت نخواهند کرد.

مدیریت داده‌های کیفی

تعیین حجم نمونه برای داده‌های کیفی به روش متفاوتی از داده‌های کمی انجام می‌شود. از اشباع^۱ داده‌های نقطه‌ای که اطلاعات جدیدی به دست نمی‌آید و یا اطلاعات جمع‌آوری شده تکرار می‌شود، به عنوان راهنمای کفایت داده‌ها استفاده می‌شود. عموماً برای سوالات ساده، قانون کلی کفایت ۲۰ تا ۲۵ نظر شرکت‌کننده صدق می‌کند.

یادداشت‌ها و گفتگوهای ضبط شده مصاحبه باید هر چه زودتر پس از جمع آوری، پیاده شوند. برای تسهیل پیاده‌سازی یک پدال ارزان قیمت که قابل اتصال به ضبط صوت است تهیه کنید، استفاده از این کنترل پایی برای شروع، توقف و برگرداندن نوار این امکان را به فرد می‌دهد تا دستش بر روی صفحه کلید بماند و سرعت پیاده‌سازی بیشتر شود. به عنوان یک قانون کلی، پیاده‌سازی هر یک ساعت مصاحبه و یا بحث گروهی سه تا چهار ساعت طول می‌کشد.

1 Saturation

داده‌های جمع‌آوری شده به روش کیفی دارای حجم زیاد هستند و برای آن که این داده‌ها برای دیگران قابل دسترس‌تر و قابل درک باشند باید بر اساس مضمون‌ها^۱ کدگذاری شوند. این کار را می‌توان به صورت دستی و با استفاده از برنامه‌های کامپیوتری که به این منظور طراحی شده‌اند مانند ATLAS.ti و NUD*IST انجام داد. متن‌های نوشته شده به دقت خوانده می‌شود و الگوهای تکراری پاسخ‌ها به کدهایی با عنوان مضامین اختصاص داده می‌شوند. این مضامین، اساس یافته‌های حاصل از داده‌ها هستند. هنگامی که کدگذاری به صورت دستی انجام می‌شود، بهتر است کل داده‌ها توسط چند نفر خوانده و مضامین مشترک آنها مشخص شود، در صورت اختلاف نظر باید از طریق بحث، مساله حل و فصل شود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها

پس از این که پرسشگری انجام شد، پرسشنامه‌ها باید در یک پاکت یا صندوق فراد داده شوند، تابعدا اعضای تیم تحقیق آن را ببینند. فرم‌های رضایت نامه و یا فرم‌های مربوط به محل شرکت‌کنندگان باید در پاکت‌های جداگانه‌ای فراد داده شود. اگر کار تحقیق در ساعات بعد از ظهر و یا در مکان‌های مختلف انجام می‌شود، تمهیداتی ایجاد کنید تا در اسرع وقت - حداکثر تا روز بعد داده‌ها به دفتر برگردانده شود. در دفتر کار، داده‌ها باید در درون قفسه‌های قفل دار قرار گیرند به گونه‌ای که داده‌های مکان یابی در فایل‌های جدا از خود داده‌ها نگهداری شوند.

پس از جمع‌آوری، داده‌ها در یک پایگاه داده^۲ وارد می‌شوند تا امکان دیدن تفاوت پاسخ به سوالات در بین گروه‌هایی مانند زنان و مردان و یا افراد با سنین مختلف وجود داشته باشد. اغلب پژوهشگران از نرم افزار اکسل، که در مجموعه برنامه‌های میکروسافت موجود است و یا SPSS که یک برنامه آماری با کاربرد آسان است، استفاده می‌کنند. تصمیم‌گیری درباره نحوه ورود داده‌ها و تحلیل آنها باید قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها، نهایی شود. این کار مانع از این می‌شود که مثلاً تنها برای پیدا کردن نرم افزار لازم برای تحلیل داده‌ها، مجبور به جمع‌آوری داده‌هایی از پنجاه شرکت‌کننده شویم.

به منظور تسهیل ورود داده‌ها، بهتر است پاسخ‌ها از قبل و در خود فرم‌های پیمایش کدگذاری شوند. این مساله باعث می‌شود تا هر پاسخ به آسانی در برنامه کامپیوتری وارد شود. پس از هر جلسه ورود داده‌ها، باید مطمئن شد که یک نسخه پشتیبان از داده‌ها بر روی یک سیستم دیگر تهیه شده باشد. پس از این که تمامی داده‌ها وارد شد، باید صحت کار بررسی شود. یک راه انجام این کار این است توسط فردی غیر از افراد وارد کننده داده‌ها، یک پرسشنامه از هر ده مورد بیرون کشیده شود و پاسخ‌های پرسشنامه با کدهایی که در پایگاه داده وارد شده است، مقایسه گردد. اگر میزان خطا بیش از ۱۰ درصد بود، باید به عقب برگشت و صحت ورود داده‌های هر یک از پرسشنامه‌ها را بررسی نمود. در صورتی که منابع در اختیار باشد، این امکان وجود دارد که با ثبت مستقیم پاسخ‌ها بر روی پرسشنامه کدگذاری و چاپ شده بر روی یک ورق مخصوص چاپ که می‌توان به صورت مستقیم در کامپیوتر اسکن نمود، از فرآیند ورود داده‌ها صرف نظر کرد. همچنین کامپیوتری دستی وجود دارد که شرکت‌کنندگان می‌توانند پاسخ‌های خود را در آن وارد کرده و سپس در پایان همان روز این پاسخ‌ها را به صورت مستقیم داندلود نمود. در هنگام تصمیم‌گیری درباره انتخاب سیستم ورود داده‌ها، به یاد داشته باشید، هر چند استفاده از پرسشنامه‌هایی که بتوان به صورت مستقیم در کامپیوتر اسکن نمود و استفاده از کامپیوترهای دستی ممکن است گران به نظر برسند، اما ورود داده‌ها زمان بر بوده و می‌تواند پر هزینه باشد.

پس از ورود، داده‌های کمی باید پاک شوند و خطاها از داده‌ها خارج شوند. این کار مستلزم بررسی تمام داده‌ها و حذف پاسخ‌هایی که به اشتباه و یا نادرست وارد شده‌اند، می‌باشد. بخشی از این فرآیند شامل بررسی داده‌های پرت^۱ یعنی مقادیری که خارج از دامنه مقادیر منتظره می‌باشند، مثلاً سن ۶۵ سال در مطالعه بر روی نوجوانان می‌باشد. دومین بررسی می‌تواند جهت یافتن کدهای ناممکن انجام شود. هر دوی این بررسی‌ها را می‌توان به راحتی از طریق گرفتن فراوانی توزیع و بررسی نتایج انجام داد.

به یاد داشته باشید که جهت داشتن مجموع نمرات برای آیتم‌هایی مانند دانش و نگرش، باید متغیرهای جدیدی ایجاد کرد. این کار با استفاده از برنامه کامپیوتری برای جمع کردن نمرات تمامی آیتم‌های دانش و یا نگرش در قالب یک نمره و انتخاب یک نام جدید برای متغیر

1 Outlier

حاصل انجام می‌شود. به عنوان مثال، در شکل ۱-۶ باید یک متغیر نهایی تحت عنوان "نگرش نسبت به زنان" وجود داشته باشد که مقادیر آن، حاصل جمع سوالات ۳، ۴ و ۵ است. در زمان ورود داده‌ها از وجود سیستم پشتیبان در محل اطمینان حاصل کنید. در انتهای این مرحله، داده‌ها آماده تحلیل‌های آماری است. آمار متشکل از دو نوع اصلی است: توصیفی و تحلیلی. آمار توصیفی، جمعیت را از طریق خلاصه کردن اطلاعات مرتبط در قالب نسبت‌ها (درصد)، محاسبات شاخص‌های مرکزی (میانگین، میانه و مد)، شاخص‌های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار و دامنه) و ضرایب همبستگی (مورد استفاده برای نشان دادن روابط بین دو متغیر) توصیف می‌کند. آمار تحلیلی به منظور استنتاج درباره جمعیت از داده‌های نمونه استفاده می‌شود. اگر حجم نمونه برای نمایندگی جمعیت به اندازه کافی بزرگ نباشد، ممکن است آمار تحلیلی انتخاب مناسبی نباشد. هر چند حداقل تحلیل توصیفی باید انجام شود.

خلاصه

این فصل اطلاعات اساسی و ضروری را برای درک داده‌ها ارائه داد: این که داده چیست، از کجا به دست می‌آید، چه زمانی جمع‌آوری می‌شود، چگونه به کار می‌رود و چه کسی از آن استفاده می‌کند. به علاوه، به منظور ارائه بحث‌های کلی درباره داده‌ها، این فصل تکنیک‌های کمی و کیفی مختلف را که پژوهشگران در هنگام برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده می‌کنند را مورد بحث قرار داد.

فعالیت‌ها

جمعیت هدف خاصی را فکر می‌کنید پیمایش اینترنتی برای آنها مناسب است، را مشخص کنید. چرا فکر می‌کنید این روش برای این گروه مناسب است؟ چه تحقیق یا آماری از این ادعا حمایت می‌کند؟

بر پایه تجربیات حرفه‌ای و مطالعات خود، جمعیت هدفی برای یک مداخله سلامت و نیز سوالی را که می‌تواند از طریق مداخله اجتماع محور پاسخ داده شود را مشخص کنید. چه روشی برای پاسخ دادن به این سوال مناسب‌تر است؟ چرا؟ پرسشنامه‌ای را پیدا کنید که برای جمع‌آوری داده‌ها درباره یک موضوع سلامت مورد علاقه شما به کار رفته است. درباره مفید بودن آن بحث کنید. پرسشنامه را نقد

کنید. حداقل پانزده سوال این پرسشنامه را کدگذاری کنید و آن را با پنج نفر از اعضای جمعیت هدف به صورت آزمایشی تکمیل کنید. یافته‌های خود را به اشتراک بگذارید.

سوالات بحث

از شما خواسته شده تا یک راهنمای بحث تهیه کنید و یک بحث گروهی با دختران نوجوان درباره راهبردهای مقابله با خشونت‌های جنسی انجام دهید.

الف: با این کار چه نوع داده‌هایی را جمع‌آوری خواهید کرد؟

ب: برخی از مراحل ضروری و مهم انجام این کارها را بیان کنید؟

ج: چالش‌های احتمالی که ممکن است برای انجام این کارها داشته باشد را بیان کنید.

د: توضیح دهید برای غلبه بر این چالش‌ها چگونه برنامه‌ریزی می‌کنید.

داده‌های موجود در سایت مرکز ملی آمارهای سلامت را بررسی کنید و درباره

ویژگی‌هایی که مفیدتر هستند و آنها که چندان مفید نیستند، بحث کنید.

فعالیت در حین مداخله

THE INTERVENTION WORKING THROUGH

فصل هفتم

سنجش نیازهای اجتماع

اهداف یادگیری

درک منطق ارزیابی اجتماعی

اجرای مراحل ضروری ارزیابی اجتماعی

آشنایی با گزینه‌های موجود برای به اشتراک گذاشتن نتایج ارزیابی با شرکای اجتماع و

سایر دست اندرکاران

نگاه کلی

این فصل به منطق ارزیابی اجتماعی^۱ و نیز اجزای عملیاتی آن می‌پردازد. همچنین رویکردهای مختلف کار با اعضای اجتماع و انتشار یافته‌های ارزیابی مورد بحث قرار می‌گیرد.

اجزای ضروری ارزیابی اجتماعی

ارزیابی اجتماعی یک نقشه راه به پژوهشگران و دست‌اندرکارانی که مداخله‌ای را برنامه‌ریزی می‌کنند، ارائه می‌دهد. این نقشه به آنها در جهت تصمیم‌گیری درباره مسیر، نقاط مورد تاکید مداخله و اهداف ضروری برای رسیدن به مقاصد یا نقطه‌نهایی مورد نظر برنامه (پیامدها) کمک می‌کند. به طور کلی ارزیابی اجتماعی شامل پنج جزء می‌باشد: تدوین سوالات راهنما، انتخاب نوع ارزیابی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و شناسایی نیازهای اولویت‌دار و شکاف خدمات. این اطلاعات می‌تواند برای ارائه به سازمان‌های تامین‌کننده منابع مالی مورد استفاده قرار گیرد که حمایت مالی پروژه یا مداخله را تضمین نماید. ارزیابی اجتماعی از طریق مشخص کردن نیازهای سلامت برآورده نشده درون اجتماع، طراحی یک مداخله را آگاهانه می‌کند. برای مداخلاتی که قبلاً اجرا شده‌اند، ارزیابی اجتماعی ابزاری را برای سنجش میزان دستیابی به اجزای مداخله فراهم می‌کند و مشخص می‌کند برای دستیابی به اهداف بیان شده به چه نیازهای باید مجدداً پرداخته شود و چه مواردی باید متوقف گردد. برای اهدافی که تامین اعتبار شده‌اند، جمع‌آوری داده‌ها در طی ارزیابی اجتماعی می‌تواند به توجیه برنامه کمک کند و در جهت کسب منابع مالی بیشتر عمل نماید.

ارتباط با دست‌اندرکاران^۲

اولین گام در انجام ارزیابی اجتماعی، سازماندهی منابع و زمان موجود جهت آشنایی با منابع اجتماع تا حد امکان است. کار را با ارتباط با اعضای کلیدی اجتماع یا دی‌نفعان شروع کنید. دست‌اندرکاران، افرادی از درون اجتماع هستند که در پی اجرای موفق مداخله، منافع مشخصی نصیبشان می‌شود. نمونه‌هایی از دست‌اندرکاران بالقوه شامل

1 Community Assessment

2 Stakeholders

تصمیم گیران درون نهادهای ارایه خدمات (مانند کلینیک‌های خدمات سلامت، مدارس، کلیساها و مراکز کسب و کار) و افرادی که اطلاعات برنامه برای کار خودشان مفید است. سایر دست اندرکاران بالقوه شامل منابع با نفوذی هستند که ارتباط نزدیکی با افراد استفاده کننده از خدمات ارایه شده دارند، مانند اعضای خانواده، اعضای روحانیت و رهبران غیر رسمی اجتماع نظیر رئیس انجمن مستاجران. همچنین دست اندرکاران، گروه‌های رسمی که در اجتماع فعالیت می‌کنند مانند هیات‌های مشارکتی و مشورتی اجتماع را در بر می‌گیرد.

تشکیل یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران و سایر اعضای اجتماع می‌تواند ارتباط بین پژوهشگر و گروه هدف را تقویت نماید. دست اندرکاران می‌توانند آن دسته از جزئیات درباره اجتماع را در اختیار پژوهشگران قرار دهند که در جای دیگر در دسترس نیست. آنها می‌توانند درها را به روی پژوهشگران باز کنند و به آنها کمک کنند تا با سایر افرادی که نقش‌های موثری درون اجتماع دارند، ارتباط برقرار نمایند. چنین ارتباطاتی می‌تواند به آشنایی پژوهشگران با زمینه‌های اجتماع در گذشته کمک نماید. دست اندرکاران همچنین می‌توانند بینش‌هایی را درباره موانع احتمالی ارزیابی اجتماعی نظیر افراد یا گروه‌هایی که فرآیند ارزیابی را با چالش روبرو می‌کنند، ارایه دهند. تشکیل تیم با دست اندرکاران از آغاز کار، به پژوهشگران راهی را برای کسب ایده‌ها و بازخوردهای آنها در طی فرآیند ارزیابی فراهم می‌کند. این مساله علاوه بر ایجاد اطمینان از موفقیت ارزیابی اجتماع، احتمال حمایت اجتماع در هنگام اجرای مداخله پس از اتمام ارزیابی را افزایش می‌دهد.

تدوین سوالات راهنما

پس از اطمینان از حمایت اجتماع، ارزیابی اجتماعی می‌تواند شروع شود. اولین گام، تدوین مجموعه‌ی سوالاتی است که جمعیت و مشکل مورد نظر را توصیف نماید. سوالات راهنما می‌تواند شامل این موارد باشد: مشکل چیست؟ کدام اجتماع تحت تاثیر مشکل است؟ جمعیت هدف کیست؟ این جمعیت با چه مسایلی مواجه است؟ چه منابعی در اختیار این جمعیت قرار دارد؟ باید توجه داشت که هر چند در آغاز این سوالات گسترده هستند، در طی فرآیند ارزیابی اجتماعی اختصاصی تر می‌شوند.

انواع ارزیابی

گام بعدی این است که نوع ارزیابی انتخاب شود. در عمل، سه رویکرد جداگانه برای انجام ارزیابی اجتماعی مطرح شده است: اولین مورد، نیازسنجی^۱ است، رویکرد ارزیابی که نیازها، مشکلات و کاستی‌های یک اجتماع را شناسایی و گزارش می‌کند. دومین رویکرد، ارزیابی ظرفیت^۲ است که در طی آن منابع واقعی و بالقوه یا دارایی‌های اجتماع که می‌تواند مشکلات اجتماع را رفع کند، شناسایی می‌شود. چهار نوع از منابع وجود دارند که می‌توانند بر مشکلات اجتماع تاثیر مثبت داشته باشند. این منابع شامل موارد زیر هستند:

- **منابع فردی:** مانند مهارت‌های خاص افراد، درگیری قبلی افراد در کارهای اجتماع محور و آمادگی افراد برای درگیری و همکاری در ایجاد تغییر در وضعیت سلامت اجتماع
 - **منابع موسسه‌ای:** شامل موسسات رسمی نظیر مدارس، کتابخانه‌ها، پارک‌ها، ایستگاه‌های پلیس، دانشکده‌ها، دانشگاه‌ها و موسسات غیر رسمی مانند انجمن‌های اجتماع، گروه‌های مبتنی بر دین و یا سایر گروه‌های داوطلبی که توان مشارکت و همکاری در ایجاد تغییر در وضعیت سلامت اجتماع را دارند.
 - **منابع فیزیکی:** مانند زمین‌ها، ساختمان‌ها، سیستم حمل و نقل، زیر ساخت‌های تاسیسات و منابع طبیعی که می‌توانند به ایجاد تغییرات در وضعیت سلامت اجتماع کمک نمایند.
 - **دارایی‌های اقتصادی:** شامل کسب و کار یا تبادلات غیر رسمی اقتصادی مانند روابط داد و ستد کالا که می‌تواند بر وضعیت سلامت اجتماع تاثیر بگذارد.
- رویکرد سوم، ارزیابی اجتماع، هم نیازها و هم نقاط قوت اجتماع را مورد مطالعه قرار می‌دهد. نیازسنجی و ارزیابی ظرفیت هرکدام تنها منعکس کننده بخشی از واقعیت‌های اجتماع هستند و تصویر جامع‌تر را می‌توان با ارزیابی هر دو به دست آورد. بنابراین این فصل بر رویکردی از ارزیابی اجتماعی متمرکز است که هم نیازها و هم نقاط قوت اجتماع را بررسی می‌کند. نگاه وسیع‌تر این رویکرد، دید درست تری را ارائه داده و مداخلات موثرتر را به دنبال خواهد داشت.

1 Needs Assessment

2 Capacity Assessment

جمع آوری داده ها

بر اساس نوع ارزیابی انتخاب شده، پژوهشگران شروع به انتخاب منابع داده‌ها و روش ارزیابی مورد استفاده در جمع‌آوری داده‌ها می‌نمایند. باید به خاطر داشت که نوع داده‌های جمع‌آوری شده و روش‌های ارزیابی به کار رفته به منابع موجود پروژه وابسته است (مانند زمان و پول). منابع داده‌ها شامل داده‌های موجود (حاصل از منابع ثانویه) و درون‌داده‌های اجتماعی^۱ (جمع‌آوری شده از طریق منابع اولیه) است. معمولاً مجموع اطلاعات موجود و یا منابع داده‌های ثانویه، اطلاعات‌های همه‌گیری شناختی را تشکیل می‌دهند. در مقابل، درون‌داده‌های اجتماع یا داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش‌های جمع‌آوری داده‌های اولیه، اطلاعاتی را برای اعضای اجتماع، ارایه‌دهندگان خدمات و سایر کسانی که درباره هم‌نیازهای سلامت مطلع هستند و هم‌نگران سلامت اجتماع می‌باشند، فراهم می‌کنند.

داده‌های موجود

یکی از کارهایی که باید افراد درگیر در ارزیابی اجتماعی انجام دهند، مکان‌یابی داده‌های موجود مربوط به شهرستان، شهر و محله است که می‌تواند برای ارزیابی اجتماعی مهم باشد. علاوه بر مجموعه داده‌های بزرگ ملی، استفاده از داده‌های شهرستان، شهر و محلات به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا مشخص کند، سلامت جمعیت هدف در مقایسه با سلامت سایر جمعیت‌ها در مناطق جغرافیایی دیگر با اندازه و ویژگی‌های جمعیت شناختی مشابه چگونه است. چنین داده‌هایی پژوهشگر را قادر می‌کند تا تعیین کند سلامت جمعیت هدف در مقایسه با سلامت کلی شهر، شهرستان و کشور چگونه است. سازمان‌های زیادی مانند ادارات سلامت، داده‌هایی را درباره خدمات سلامت و آمارهای مرتبط با سلامت جمع‌آوری کرده و در دسترس قرار می‌دهند.

سازمان‌هایی در سطح محلی و شهرستانی مانند ادارات پلیس، کتابخانه‌ها، بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها نیز می‌توانند منابع انواع داده‌های ثانویه باشند. به عنوان مثال، پرونده‌های بیمارستانی بیماران می‌تواند بینشی نسبت به میزان وقوع یک مشکل سلامت خاص فراهم کند. پرونده‌های بیمارستانی شامل تاریخچه پزشکی، گزارش‌های

1 Community Input

بالینی، درمان‌ها و روش‌های تجویز شده و خلاصه ترخیص می‌باشد که تمامی آنها می‌تواند در ارزیابی مواردی مانند الگوهای استفاده از اورژانس در طی یک دوره زمانی مورد استفاده قرار گیرد. باید به یاد داشت که مقرراتی از قبیل قانون انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت، بر دسترس بودن این نوع از پرونده‌ها تاثیر گذار است. به منظور حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیمار، دسترسی به این پرونده‌ها بسیار دشوار است، مگر این که کلیه اطلاعات شناسایی این پرونده‌ها حذف شود. به این موضوع در فصل سوم بیشتر پرداخته شده است.

پروژه‌های پژوهش‌های دانشگاهی نیز که داده‌های مطالعات اجتماعی جمع‌آوری می‌کنند یا سایر پروژه‌های مرتبط با اجتماع نیز می‌توانند به عنوان منابع داده‌های ثانویه مورد استفاده قرار گیرند. مطالعات پژوهش‌های منتشر شده می‌توانند اطلاعاتی را ارائه دهند که درک پژوهشگر را نسبت به اجتماع هدف و یا اجتماعی که از نظر جنبه‌های کلیدی (مانند جمعیت مهاجر، مشکلات سلامت و یا منابع) مشابه هستند افزایش دهد. اطلاعات یا داده‌هایی که مستقیماً مرتبط با سلامت نیستند نیز به پژوهشگر درک عمیق تری را درباره اجتماع می‌دهد. از جمله این منابع اطلاعات اقتصادی و صنعتی از اتاق بازرگانی و یا سوابق مربوط به حضور در مدارس ابتدایی و بالاتر می‌باشد. همچنین هیات‌های اجتماع‌های محلی که داده‌هایی را درباره ویژگی‌های جمعیت شناختی، مالکین مسکن، مستاجران و میزان اشتغال جمع‌آوری و ارائه می‌دهند می‌توانند دیدگاه‌های قابل توجهی را درباره ارزیابی اجتماعی ایجاد کنند. اطلاعات روزنامه‌ها و خبرنامه‌های اجتماع درباره اخبار مرتبط با اجتماع، فرصت‌های شغلی و نیز سرمقاله‌ها می‌توانند رویدادهای اخیر محلی و موضوعات مرتبط با ارزیابی اجتماعی را نشان دهند.

تحلیل داده‌ها

پس از این که داده‌های اولیه و ثانویه جمع‌آوری شدند، باید اطلاعات را تحلیل کرد. در ابتدا، مقایسه داده‌های جمعیت هدف با سایر جوامع در کشور به ویژه جوامعی که از لحاظ اندازه جمعیت و سطح درآمد مشابه هستند، می‌تواند مفید باشد. این مقایسه پاسخ قطعی را ارائه نمی‌دهد اما می‌تواند میانگین روندها را تخمین بزند و بیانگر چشم اندازی را در رابطه با ارزیابی اجتماعی باشد. گام بعدی یعنی تحلیل‌های سه سویه سازی (تریانگولیشن) هم داده‌های کمی و هم داده‌های کیفی، تصویر کاملتری را از اجتماع

مورد هدف ارایه خواهد کرد. (مباحث مربوط به تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفته است.)

تقویت یافته‌ها

هر چند داده‌های جمع‌آوری شده از طریق منابع ثانویه می‌توانند دیدگاه‌های نقادانه‌ای را ارایه دهند، اما بر پایه چنین اطلاعاتی ممکن است نتوان به اعتبار مفروضات پژوهشگر درباره خواسته‌ها، نیازها و تمایلات اجتماع برای اقدام مطمئن شد. بنابراین ترکیب داده‌های جمع‌آوری شده از افرادی که در اجتماع زندگی و کار می‌کنند با داده‌های ثانویه، تصویر درست‌تری را از تجارب اعضای اجتماع به دست می‌دهد. داده‌های اولیه شامل اطلاعاتی است که به منظور یک هدف بیان شده از طریق پیمایش‌ها، بحث گروهی متمرکز و مشاهدات مستقل به دست می‌آید (برای اطلاعات بیشتر درباره پیمایش‌ها و بحث گروهی متمرکز به فصل ۶ نگاه کنید).

درونداد اجتماعی

مشاهدات مستقل تحت عنوان پیمایش‌های مشاهده‌ای^۱ یا نقشه‌نگاری^۲ نیز شناخته می‌شوند. انجام این مشاهدات مستلزم گردش در پیرامون اجتماع چه به صورت پیاده و چه با ماشین برای تهیه لیستی از عوامل یا موانع عینی که مانع رفتار سلامت می‌شوند و یا آن را تسهیل می‌کنند، می‌باشد. این اطلاعات نه تنها در شناسایی منابع موجود در رفع مشکلات سلامت مفید است، بلکه می‌توانند شکاف‌های ارایه خدمات را نیز شناسایی نماید. انواع سوالاتی که یک پژوهشگر ممکن است در هنگام بررسی عینی اجتماع مطرح کند، شامل موارد زیر است: مرزهای جغرافیایی یا تجاری اجتماع چیست؟ چه نوع مسکنی (آپارتمان، منزل چند خانواری و یا بلند مرتبه) در اجتماع وجود دارد؟ چه سازمان‌هایی (سازمان‌ها، بیمارستان‌ها، خدمات مراقبت از کودک و غیره) به ساکنان اجتماع خدمات ارایه می‌کنند؟ چه نوع پارک یا فضاهای بازی وجود دارد؟ چه نوعی از فروشگاه‌ها و تسهیلات تجاری (مانند فروشگاه مواد غذایی یا خرده فروشی بزرگ)، وجود دارد که ساکنان از آنجا خرید می‌کنند؟ چه نوع محل‌های تجمعی (مثلاً

1 Windshield

2 Mapping

مراکز سالمندان یا اردوگاه‌های جوانان) در اجتماع وجود دارد؟ در اجتماع مورد نظر آیا مدارس دولتی هستند یا خصوصی؟ در این اجتماع ساکنان چگونه در داخل و خارج شهر تردد می‌کنند؟ آیا اجتماع ایمن است؟ آیا شواهدی مبنی بر فعالیت سارقین یا حضور پلیس وجود دارد؟

شناسایی نیازهای اولویت دار و شکاف خدمات

پس از تحلیل داده‌ها، در گام بعدی نیازهای شناسایی شده در فرم خاصی که به منظور تعیین وجود منابع قبلی در اجتماع برای پاسخ به این نیازها می‌باشد، وارد می‌شود. اولویت بندی نتایج ارزیابی اجتماعی در واقع یک فرآیند تصمیم‌گیری است که از طریق آن، مراحل برای طبقه بندی یافته‌های ارزیابی تحت عنوان "نیازهای سلامت بسیار مهم" تا "نیازهای سلامت کم اهمیت" به اجرا در می‌آید. باید دست اندرکاران در اولویت بندی نتایج ارزیابی درگیر شوند تا از انعکاس نظرات افراد درون اجتماع در تصمیمات اطمینان حاصل شود. اگر دست اندرکاران درگیر نشوند، پژوهشگران احتمالاً در اندازه‌گیری پاسخ‌های اجتماع دچار خطا خواهند شد. به عنوان مثال، در شهر East Coast، تحلیل اولیه داده‌های ارزیابی که توسط برنامه ریزان اداره سلامت جمع‌آوری شده بود، نشان داد که میزان آسم کودکان و مسمومیت با سرب در محلات خاصی به نسبت بالاتر است و یک مشکل سلامت را مطرح می‌کند. اگر تنها به این یافته‌ها بسنده می‌شد، لازم بود اقداماتی برای بهبود شرایط محیطی به وجود آورنده این مشکلات انجام می‌شد. یک گروه کاری متشکل از اعضای اجتماع و نمایندگان سازمان‌های محلی که از قبل تشکیل شده بود، طی گزارش خود به کارکنان اداره سلامت بیان کردند که بهسازی ناکافی محیط و نیز مشکل کنترل موش‌ها نگرانی بزرگتری را برای اجتماع ایجاد کرده است. بر خلاف تحلیل اولیه، دست اندرکاران اجتماع در درجه اول علاقمند به خدمات مربوط به آسم و مسمومیت با سرب نبودند، چرا که احساس می‌کردند هجوم موش و تبعات بعدی آن نیازمند توجه فوری است. با استفاده از اطلاعات به دست آمده از دست اندرکاران درگیر، گروه مشورتی و کارکنان اداره سلامت تصمیم گرفتند که برای کمک به شهر، ابتدا باید بر مداخلات بهسازی و کنترل موش متمرکز شوند و سپس به سایر مشکلات اجتماع بپردازند.

این گزارش نشان داد که کار با دست اندرکاران علاقمند، در توافق بر سر ترتیب اولویت نیازهای برآورده نشده که در طی ارزیابی اجتماعی شناسایی شده‌اند، اهمیت دارد. چنین توافقاتی بین تیم تحقیق و دست اندرکاران به جای تحمیل موضوعات از طرف افراد خارج از اجتماع، احتمال این که رهبران اجتماع و اجتماع بزرگتر از مداخله استقبال کنند را افزایش می‌دهد.

برای مشارکت کامل در فرآیند تصمیم‌گیری که مشخص می‌کند باید به کدامیک از یافته‌های ارزیابی اجتماعی پرداخته شود، باید همه افراد درگیر قادر باشند که داده‌های ارزیابی را درک کنند و از آنها استفاده نمایند. لذا، داده‌های باید سازمان یافته بوده و به راحتی و روشنی توسط افراد حرفه‌ای و افراد عادی قابل درک باشند. به طور معمول، برای مبادله یافته‌ها از گزارش‌ها و ارایه‌های شفاهی استفاده می‌شود. در هر یک از این رویکردها می‌توان از وسایل کمکی بصری برای تسهیل در ارایه شفاف و سازمان یافته نتایج سود برد. به عنوان مثال، ارایه تصویری مانند نمودارهای میله‌ای، خطی و دایره‌ای که با استفاده از برنامه‌های صفحه گسترده کامپیوتری (مانند اکسل) تهیه می‌شوند، نمایش تصویری از داده‌های ارزیابی اجتماعی را ارایه می‌دهد.

برخی از تکنیک‌های خاص در سازماندهی بحث و فرآیند جلسات گروهی مفید هستند. یک هماهنگ‌کننده^۱ یا تسهیل‌کننده^۲ خوب می‌تواند مشارکت را تعدیل کرده و از دستیابی به پیامدهای مورد نظر جلسات اطمینان یابد. یک انتخاب ایده آل برای این کار، فردی است که مورد اعتماد شرکت‌کنندگان باشد اما لزومی ندارد که یکی از دست اندرکاران کلیدی باشد. داشتن دستور کار^۳ به سازمان دهی محتوای جلسه کمک می‌کند. تعیین کنید آیا تصمیمات بر اساس رای اکثریت گرفته خواهد شد یا اجماع گروه مورد نیاز است. قبل از پراکنده شده افراد زمان و برنامه جلسه بعدی را مشخص نمایید.

یکی دیگر از راهکارهای طراحی شده برای تحریک بازخورد گروه، استفاده از تکنیک گروه اسمی^۴ است. گروه اسمی، مجموعه‌ای از بارش افکار برای تشویق اعضا برای بیان نظرات، بررسی نظرات سایر افراد و دستیابی به اجماع بر سر اولویت بندی یافته‌های

1 Moderator

2 Facilitator

3 Agenda

4 Nominal Group Technique

ارزیابی است. سیستم پایه برای امتیازدهی اولویت‌ها^۱ به این صورت است که از اعضای گروه خواسته می‌شود تا نتایج ارزیابی را بر اساس سه جزء معیار، رتبه‌بندی کنند: اندازه مشکل، جدی بودن مشکل و برآورد تاثیر راه حل. مشکلی که بالاترین رتبه را داشته باشد به عنوان اولویت در فرآیند برنامه‌ریزی تلقی خواهد شد.

تشکیل یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران درگیر در تمامی مراحل ارزیابی اجتماع، روش ارزشمندی است که از این طریق می‌توان نتایج را به دست اندرکاران ارایه کرد و آنها را مورد بحث قرار داد. ایجاد یک گروه کاری متشکل از دست اندرکاران درگیر در تمام مراحل ارزیابی جامعه بستری را فراهم می‌کند که از آن طریق می‌توان یافته‌های ارزیابی را ارایه و مورد بحث قرار داد. بازخورد از این گروه می‌تواند فعالیت‌های برنامه را شکل داده و هدایت نماید. در حالی که گروه کاری می‌تواند به روش‌های مختلف عمل کند، ایجاد و عملکرد این گروه در موفقیت رابطه بین پژوهشگر و اجتماع ضروری است.

شناسایی خدمات و سایر منابع

پژوهشگران پس از اولویت بندی نیازها، باید مشخص کنند منابعی برای پاسخ به این مشکلات وجود دارد یاخیر. دست اندرکاران، مفیدترین منابع پی بردن به منابع موجود هستند، چرا که آنها مستقیماً با این منابع درگیر بوده، متاثر از این منابع هستند و از منابع درون اجتماع مطلع هستند. یک راه پی بردن به خدمات ارایه شده توسط سازمان‌ها این است که با مدیر سازمان یا هماهنگ کننده برنامه ملاقات کرد و مستقیماً از آنها درباره منابع و خدماتشان سوال کرد. هرچند این کار یک فرآیند زمان بر است، لذا یک راهکار جایگزین این است که با یکی از کارکنانی که مورد یا کار اجتماعی را مدیریت می‌کند برای سازمان دهی اجتماع صحبت کرد. این افراد زمان زیادی را صرف خدمات سلامت و اجتماعی می‌کنند. بسیاری از این افراد برخی از منابع اجتماع را مستقیماً مهیا کرده و یا از آنها استفاده خواهند کرد. سازمان‌های دولتی مانند ادارات سلامت به صورت منظم خدمات موجود را شناسایی و در قالب کتاب‌های راهنما طبقه بندی می‌کنند که اغلب از طریق تلفن یا اینترنت قابل دسترسی هستند. سایر

ویژگی‌های اجتماع نظیر حمل و نقل، پارک‌ها و مسیرهای پیاده روی را می‌توان از طریق مشاهده شناسایی کرد. بدیهی است می‌توان از اینترنت برای مکان یابی خدمات اجتماعی موجود برای جمعیت هدف بهره برد.

اگر مشخص شد که خدماتی برای پرداختن به نگرانی‌های سلامت شناسایی شده موجود نیست، باید مداخلات جدیدی را طراحی نمود (به فصل هشت نگاه کنید). در صورتی که خدمات موجود باشند، گام بعدی بررسی این موضوع است که چرا جمعیت هدف از این خدمات استفاده نمی‌کنند. به عنوان مثال، سازمان‌هایی که به سالمندان خدماتی را ارائه می‌دهند ممکن است به دلیل فقدان سیستم حمل و نقل مناسب، نتواند سالمندان را جذب نماید. پژوهشگران می‌توانند از یافته‌های ارزیابی اجتماعی برای کمک به تعیین جاهایی که خدمات را می‌توان افزایش داد، استفاده نمایند. دست اندرکاران نیز می‌توانند بینشی را نسبت به عواملی که مانع دسترسی افراد به خدمات اجتماع است فراهم نمایند.

خلاصه

شناسایی نیازهای مبرم درون اجتماع را می‌توان از طریق ارزیابی نظام‌مند اجتماع انجام داد. به کارگیری طرح خاص ارزیابی اجتماعی بستگی به منابع موجود و در دسترس دارد. فرآیندهای ارزیابی اجتماع، هم از داده‌های موجود و هم از دروندادهای اجتماع برای تعیین و اولویت بندی نیازها استفاده می‌کنند. درگیری اجتماع نقش بزرگی در موفقیت ارزیابی و برقراری روابط برای مداخلات آتی بر اساس پیامدها دارد.

فعالیت‌ها

۱- گاهی اوقات ارزیابی اجتماعی باید به سرعت و بدون زمان کافی برای جستجوی چیزهایی فراتر از آمارها و مقالات مرتبط انجام گیرد.

فرض کنید شما مدیر برنامه‌ای برای یک سازمان سلامت ملی هستید. در روز دوشنبه شما متوجه می‌شوید که تقاضایی برای پرداختن به موضوعاتی که دقیقاً سازمان شما به آنها توجه دارد، و برای شما تیز به عنوان یک دانشجو مهم است، مطرح شده است. فرصت درخواست مطرح شده تا روز جمعه است. فکر کنید شما درباره جمعیت و مشکل مورد نظر چه چیزهایی می‌دانید و چگونه می‌توانید این اطلاعات را به دست

آوريد و منابع مالی را برای یک مداخله آید آل برای پرداختن به مشکلی که شما با آن آشنا هستید، دریافت کنید.

الف: مشکل چیست؟

ب: چه کسی متاثر از این مشکل است؟

ج: جمعیت هدف کدام است؟ این افراد چند ساله‌اند و در کجا زندگی می‌کنند؟

د: چه چیزهای دیگری درباره این جمعیت و مشکل می‌دانید؟

۲- درباره مرتبط‌ترین منابع داده که می‌توانید برای توصیف بیشتر جمعیت و مشکل به دست آورید، فکر کنید. این منابع شامل چه مواردی هستند و چرا شما فکر می‌کنید می‌توانند کمک کننده باشند؟

۳- برای یافتن مقالاتی در توصیف مشکل موجود در جمعیت انتخابی جستجو کنید. دو مقاله مرتبط را برای توصیف مشکل سلامت جمعیت مورد نظران پیدا کنید. به یاد داشته باشد که هدف پیدا کردن هر مقاله‌ای که در این زمینه نوشته شده نیست بلکه هدف خواندن مقالات مرتبط‌تر و گزارش بهترین و مرتبط‌ترین آنها است.

سوالات بحث

دو سناریوی زیر را در نظر بگیرید و درباره پاسخ‌های خود بحث کنید:

سناریوی اجتماع ۱: توصیف یک اجتماع شهری

شما در حال ارزیابی یک اجتماع شهری ۲۵۰ هزار نفری هستید که دچار رکود اقتصادی است. شما کار را با یک پیمایش مشاهده‌ای شروع می‌کنید. طی این کار در این منطقه رانندگی کرده و برداشت‌های خود و نیز منابع و کاستی‌های آشکار را ثبت می‌کنید. شما در خیابان اصلی مرکز شهر موارد زیر را می‌بینید:

چند رستوران قومیتی، دو رستوران غذای آماده و یک رستوران، یک فروشگاه مبلمان دست دوم، فروشگاه سخت افزار، سه فروشگاه لباس زنانه، فروشگاه کتاب‌های دست دوم و فروشگاه لوازم التحریر

اداره پست و سالن شهر

دو مغازه مشروب فروشی

دو سینما که دو فیلم جدید را نمایش می‌دهند.

دفتر روزنامه محلی

روبروی سینما یک پارک کوچک با تعدادی نیمکت و یک موزه مربوط به جنگ جهانی دوم قرار دارد. در بزرگراه ورودی اصلی شهر یک فروشگاه خرده فروشی بزرگ، یک سوپر مارکت بزرگ و مرکز خرید کوچک با چند رستوران زنجیره‌ای، یک فروشگاه کفش فروشی، یک رستوران پیتزا، یک کافه تریا و یک فروشگاه ارزان فروشی قرار دارد. همچنین در حین رانندگی یک یا دو ساعته در شهر، یادداشت‌های زیر را ثبت می‌کنید:

ده کلیسا که سه تا از آنها غذای گرم ارایه می‌دهد.

یک بیمارستان عمومی و یک بیمارستان کاتولیک

سه کلینیک، یک مرکز تنظیم خانواده، شش مطب پزشک و سه مطب دندانپزشک

اداره پلیس، آتش نشانی و اداره سلامت

یک دانشکده (مدرسه عالی دو ساله)، سه دبیرستان، پنج مدرسه راهنمایی، هشت

مدرسه ابتدایی و یک مدرسه ابتدایی ناحیه ای

یک نوانخانه (محل اطعام فقرا)

چهار سوپرمارکت و شش فروشگاه کوچک

یک مرکز مشاوره بارداری

اگر منابع داده‌های ثانویه‌ای که بررسی کرده اید، نشان دهد که بارداری نوجوانان یک مشکل سلامت این اجتماع است، برای جمع‌آوری اطلاعات دست اول و اولیه درباره این مشکل به کجا مراجعه خواهید کرد؟ چه سولاتی را مطرح خواهید کرد؟ اگر منابع داده‌های اولیه نشان دهد که آسم کودکان یک مشکل سلامت این اجتماع است به کجا مراجعه خواهید کرد؟ درباره تفاوت پاسخ تان به این دو سوال مطرح شده بحث کنید.

سناریوی اجتماع ۲: توصیف یک اجتماع برون شهری

شما در حال ارزیابی یک شهرک با جمعیتی در حدود دوازده هزار نفر هستید. اساس اقتصاد این شهرک، کشاورزی و کارخانه‌های کوچک تولیدی است. شما کار را با یک پیمایش مشاهده‌ای شروع می‌کنید و طی آن در این منطقه رانندگی کرده و برداشت‌های خود و نیز منابع و کاستی‌های آشکار را ثبت می‌کنید. شما در خیابان اصلی مرکز شهر موارد زیر را می‌بینید:

ساختمان شهرداری

انبار غله

کتابخانه

سه فروشگاه عتیقه فروشی

دو بانک

یک مطب پزشک، دو دفتر وکالت و یک مطب دندانپزشک

یک فروشگاه لوازم یدکی خودرو

در خیابان ورودی شهر، دو مسافرخانه، یک سوپر مارکت، دو بانک، یک ایستگاه

پمپ گاز، یک داروخانه زنجیره‌ای، نمایندگی خود رو، پنج رستوران غذای آماده مختلف،

یک باشگاه بولینگ، یک بیمارستان و یک فروشگاه خرده فروشی بزرگ قرار دارند.

همچنین در حین رانندگی یک یا دو ساعته در شهر، یادداشت‌های زیر را ثبت

می‌کنید:

پنج کلیسا که یکی از آنها غذای گرم ارایه می‌دهد.

اداره پلیس، آتش نشانی و اداره سلامت

یک دانشکده شهر (مدرسه عالی دو ساله)، یک دبیرستان، دو مدرسه راهنمایی و

چهار مدرسه ابتدایی

سه بازار کوچک

یک مرکز مشاوره بارداری

اگر منابع داده‌های ثانویه‌ای که شما بررسی کرده اید نشان دهد که مصرف الکل و

رانندگی در سنین پایین یک مشکل اجتماع مورد نظر است، برای جمع‌آوری داده‌های

دست اول و اولیه به کجا مراجعه می‌کنید؟ چه نوع سوالاتی را می‌پرسید؟

در صورتی که منابع داده‌های اولیه نشان دهد که بیماری‌های قلبی عروقی تاثیر بدی

بر میزان مرگ و میر در این اجتماع دارند، برای جمع‌آوری اطلاعات به کجا می‌روید؟

پاسخ شما به این سوال چه تفاوتی با پاسختان به پرسش قبلی دارد؟

فصل هشتم

برنامه ریزی مداخله اجتماع محور

اهداف یادگیری

مرور منابع برای شناسایی مداخلات سلامت

درک اهمیت درستی مداخله

توصیف مراحل تهیه یک الگوی منطقی

نگاه کلی

این فصل چگونگی استفاده از نتایج ارزیابی سلامت اجتماعی برای قضاوت درباره مشکلات سلامت در جمعیت هدف و شناسایی منابعی که بالقوه می‌توانند در پرداختن به مشکلات، مورد استفاده قرار گیرند را شرح می‌دهد. محتوای این فصل شامل مباحث، مراحل و منابعی است که باید در هنگام برنامه‌ریزی یک مداخله اجتماع محور مورد توجه قرار گیرند و نیز ساختاری که باید وجود داشته باشد تا احتمال موفقیت را به حداکثر برساند.

هدف از هر مداخله سلامت اجتماع محور، پرداختن به یک نیاز سلامت برآورده نشده است که به دنبال ارزیابی اجتماعی، توسط دست اندرکاران و پژوهشگران مشخص شده‌اند. توجه به این نیاز سلامت، هدف کلی¹ یک مداخله است. تدوین هدف کلی معمولاً با بیان مشکل با اصلاحاتی مانند کاهش بارداری در نوجوانان، پیشگیری از سقوط در میان سالمندان و یا بهبود سلامت قلبی عروقی زنان شروع می‌شود. همچنین بیان مشکل، حاوی اطلاعاتی درباره جمعیت‌های خاص است، مانند:

- کاهش تعداد بارداری در میان دانش‌آموزان دبیرستان‌های منطقه
- پیشگیری از سقوط سالمندان ساکن آپارتمان‌های مرکز نگهداری سالمندان
- بهبود سلامت قلب و عروق در میان زنان آفریقایی-آمریکایی شهر Smithville
- محتوا و قالب مداخله

برای پرداختن به هر یک از مشکلات سلامت اجتماع، مانند سه نمونه قبلی، انواع رویکردها را می‌توان به کار برد. به منظور انتخاب مداخله و تدوین اهداف موثر، باید قبل از تصمیم‌گیری درباره رویکرد، یافته‌های پژوهش‌ها موجود درباره مشکل را بررسی نمود. به عنوان مثال:

چند رویکرد متفاوت را می‌توان برای پرداختن به مشکل شناسایی شده بارداری نوجوانان به کار برد. برخی از مطالعات مبتنی بر شواهد نشان می‌دهند، دخترانی که مدرسه را ترک می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای تجربه بارداری ناخواسته قرار دارند. مطالعات دیگر نشان می‌دهند که بسیاری از نوجوان به دلیل شکست در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و یا استفاده نامرتب از آنها، دچار بارداری ناخواسته

1 Overall Goal

می‌شوند. همچنین شواهدی موجود است که نشان می‌دهد، دختران نوجوانی که در ورزش‌های سازمان یافته شرکت می‌کنند میزان پایین تری از رفتارهای پر خطر جنسی و بارداری را تجربه می‌کنند.

نمونه دیگر مربوط به راه‌های مختلفی است که می‌توان در پیشگیری از سقوط سالمندان اتخاذ کرد. شواهدی موجود است که نشان می‌دهد، می‌توان از طریق مداخلاتی نظیر ارزیابی منزل برای بررسی خطرات ایمنی و یا نصب میله‌هایی برای گرفتن در هنگام استفاده از توالت و حمام، میزان سقوط را در سالمندان کاهش داد.

نمونه آخر، راه‌های مختلف پرداختن به مشکل سوم بیان شده در بخش قبلی یعنی بیماری‌های قلبی عروقی را مطرح می‌کند. مداخلات موفقی، افزایش فعالیت بدنی از طریق برنامه‌های پیاده روی یا رقص را پیشنهاد می‌کنند، در حالی که مطالعاتی هستند که به این مشکل از طریق مداخلاتی که عادات غذایی را تغییر می‌دهد، پرداخته‌اند.

پژوهش‌های کتابخانه‌ای در قالب بررسی متون در مرحله اولیه برنامه ریزی، حیاتی است. بدون این بررسی پژوهشگر ممکن است سهواً پروژه مداخله‌ای را که قبلاً در جای دیگری مورد آزمون قرار گرفته و احتمالاً شکست خورده را اجرا نمایند. نیاز نیست که چرخ را از نو اختراع کرد. متون علمی سرشار از نمونه‌های مداخلات طراحی شده‌ای است که اثر بخشی آنها به دقت ارزیابی شده‌اند. از آنجا که اطلاعات زیادی در دسترس است، پژوهشگر باید قبل از نهایی کردن یک رویکرد عملیاتی خاص، بررسی کند که افراد دیگر در این زمینه چه کارهایی می‌کنند. به طور خاص، باید رویکردهایی که مشخص شده تأثیرات مثبتی بر جمعیت‌های بزرگتر دارند را شناسایی کرد.

بررسی پایگاه داده‌های مرتبط

شناسایی مداخلات پژوهش‌های، مستلزم بررسی پایگاه داده‌ها و ابزارهای الکترونیکی است که اطلاعات جستجو را سازماندهی می‌کنند. تعدادی از پایگاه داده‌های کامپیوتری که متون علمی در زمینه‌های خاصی را ارائه می‌دهند در زیر معرفی شده است:

– PubMed پایگاه داده‌ای است که توسط کتابخانه ملی پزشکی طراحی شده است. این پایگاه دسترسی به بیش از چهار هزار مجله از جمله مقالات مرتبط با سلامت اجتماع را از طریق هر کامپیوتری که به اینترنت دسترسی داشته باشد، فراهم می‌کند.

- CINAHL دسترسی به مجلات مختلف و نیز منابعی که مرتبط با سلامت عمومی است را فراهم می‌کند. این پایگاه به مقالات چاپ شده از سال ۱۹۷۳ ارجاع می‌دهد.
 - EMBASE بیش از ۳۵۰۰ مجله بین‌المللی را نمایه می‌کند و موضوعات مختلفی را از جمله سلامت عمومی، سیاست و مدیریت سلامت، بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط را پوشش می‌دهد.
 - Global Health Database منابع مرتبط با سلامت و بیماری از جمله بیماری‌های قابل انتقال، بیماری‌های گرمسیری، بیماری‌های انگلی، تغذیه، سلامت اجتماع و گیاهان دارویی و سمی را ارائه می‌دهد.
 - Web of Science (به عنوان نمایه استنادی علوم نیز شناخته می‌شود) متشکل از هفت پایگاه داده‌ای است که دسترسی به اطلاعات تعداد زیادی از رشته‌های علمی از جمله پزشکی و سلامت عمومی را مهیا می‌کند.
- در تمامی این منابع، می‌توان بر حسب فرد، مکان، موضوع و نیز ارجاع به مقاله جستجو کرد. تمامی نمایه‌های استنادی (علوم پایه، علوم اجتماعی و علوم انسانی) را می‌توان به صورت همزمان جستجو کرد. برای افرادی که با جستجوی الکترونیکی متون آشنایی ندارند، سایت PubMed راهنمایی‌های مفیدی را ارائه می‌کند (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed). کتابداران مرجع^۱ نیز یک منبع عالی برای کمک در امر جستجوی منابع هستند.
- باید توجه کرد که جستجوی پایگاه‌های نمایه شده، همان جستجو در اینترنت نیست. تایپ کردن چند اصطلاح مانند بارداری، نوجوان و مداخلات، در یافتن منابع علمی موفقیت آمیز نخواهد بود. بلکه هر یک از این واژه‌ها به صورت جداگانه مورد جستجو قرار می‌گیرند و سپس از متصل کننده‌هایی که عملگرهای بولین^۲ نامیده می‌شوند، برای تمرکز یا اتصال بین واژه‌های جستجو استفاده می‌شود. سه عملگر بولین شامل AND، OR و NOT است. استفاده از AND جستجو را محدود می‌کند، با استفاده از OR جستجو گسترده می‌شود و استفاده از NOT کلماتی را از جستجو خارج می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره عملگرهای بولین سایت <http://ir.exp.sis.pitt.edu/res2/view.php?rid=85> را ببینید.

1 Reference Librarians

2 Boolean Operators

وارد کردن اصطلاحات متاآنالیز یا مقاله مروری در جستجو، اغلب مقاله‌ای را که تمام مداخلات اصلی را بررسی کرده و یا آنچه در حال حاضر درباره موضوع شناخته شده است را شناسایی می‌کند. محدود کردن جستجو به یک دوره زمانی خاص مانند ده سال گذشته، زمانی مفید است که جستجو منجر به یافتن صدها و هزاران مقاله شده باشد. علاوه بر جستجوی متون دانشگاهی، جستجوی اینترنتی منجر به شناسایی سایت‌هایی می‌شود که اطلاعاتی را درباره مداخلات ارائه می‌دهند، بسیاری از این سایت‌ها حاوی اطلاعات دقیقی هستند. برای مثال:

- Community Guide با حمایت مرکز کنترل و مبارزه با بیماریها (CDC) راه اندازی شده و مداخلات مبتنی بر شواهد در زمینه‌های متنوع سلامت را بررسی کرده و پیشنهاداتی درباره آن ارائه می‌دهد (www.thecommunityguide.org).
- Cochrane Review شواهد قوی مداخلات در زمینه‌های مختلف را ارائه می‌دهد. (www.cochrane.org/reviews)
- Health - Evidence.ca که مورد حمایت مالی موسسه پژوهش‌ها سلامت کانادا است، دسترسی به فهرست آنلاین مداخلات مرور نظام‌مند در حوزه سلامت عمومی و ارتقای سلامت را فراهم می‌کند. (<http://health-evidence.ca>).
- National Guideline Clearinghouse توسط سازمان پژوهش‌ها و کیفیت مراقبت‌های سلامت تهیه شده و برای مخاطبان دسترسی به پایگاه داده‌های جامعی از راهنماهای اقدامات مبتنی بر شواهد را امکان‌پذیر می‌کند (www.guidelines.gov)
- Public Health Partners دسترسی به مجلات بهداشتی، خبرنامه‌ها و گزارش‌های دولتی و نهادهای اجتماعی را ارائه می‌دهد. (<http://phpartners.org/guide.html>)
- Google Scholar می‌تواند خلاصه مقالاتی که مرتبط با موضوع مورد جستجو باشد را شناسایی کند، هر چند متن مقالات باید خریداری شوند (<http://scholar.google.com>).

انجمن‌ها^۱ و همایش‌ها

یکی دیگر از منابع کسب اطلاعات درباره مداخلات، انجمن‌هایی مانند کنفرانس‌ها، فهرست‌های پستی و خبرنامه‌های مورد استفاده افراد حرفه‌ای است. این انجمن‌ها مکانی را فراهم می‌کنند که افراد حرفه‌ای می‌توانند یافته‌های حاصل از پروژه‌های خود و

درس‌های آموخته را با دیگران به اشتراک بگذارند. به عنوان مثال، بسیاری از افراد حرفه‌ای کارهای خود را برای افزایش استناد به مداخلات خود و نیز دریافت بازخورد از طرف هم‌سطحان خود، در کنفرانس‌های محلی، استانی و ملی مطرح می‌کنند. وبسایت کنفرانس‌ها اغلب حاوی اطلاعات مربوط به مداخله و پیوند به وبسایت‌های سایر پروژه‌های مربوط به موضوعات خاص و سازمان دهنده‌های آنها می‌باشند.

شبکه‌سازی با افرادی که دارای تجارب فردی یا حرفه‌ای در یک حوزه خاص سلامت عمومی هستند، بسیار ارزشمند است. شروع به بحث با همکارانی که در حال کار بر روی حوزه مورد نظر شما در سلامت عمومی هستند نمایید. برای شناسایی کارکنانی که با مشکل سلامت مورد نظر شما آشنایی دارند، ادارات بهداشت محلی و استانی را بررسی کنید. در بنیادهای خصوصی و دولتی یا سازمان‌های مرکزی که کمک‌های مالی اعطا می‌کنند نیز ممکن است بتوان مداخلاتی در زمینه موضوع مورد نظر یافت.

چنین بررسی کاملی از متون علمی برای یافتن راهکارهای اثربخش می‌تواند منجر به آشنا شدن پژوهشگر با راهکارهایی شود که قبلاً برای حل مشکلات سلامت در سایر جوامع مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این دانش می‌تواند در زمان، پول و نیز میزان تلاش صرف شده صرفه جویی نماید.

تمام گزینه‌ها را در نظر بگیرید.

مداخلاتی که به مشکل سلامت شناسایی شده اجتماع می‌پردازد باید مسیر قبلی تحقیق موثر را تکرار نماید. همچنین مداخله انتخاب شده باید مورد قبول اجتماع هدف باشد. به عنوان مثال، پژوهشگر باید بداند که فارغ از این که شواهد علمی چه پیشنهادی را مطرح می‌کنند، دست اندرکاران کلیدی اجتماع Middletown از مداخله‌ای برای افزایش دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری در نوجوانان حمایتی نمی‌کنند. در حالی که در طی بررسی متون، گزینه‌های دیگری شناسایی شده‌اند که ضمن دستیابی به هدف کلی، مورد قبول اجتماع هم هستند. این گزینه‌ها مداخلاتی هستند که به میزان ترک مدرسه در میان نوجوانان دختر و یا برنامه‌های ورزشی بعد از مدرسه برای همان جمعیت می‌پردازند. در این اجتماع خاص، ممکن است هر دوی این گزینه‌ها مورد حمایت بیشتری قرار گیرند.

شفاف‌سازی اهداف اختصاصی^۱

در حالی که هدف کلی مداخله ثابت باقی می‌ماند، اهداف اختصاصی (جزیی) مداخله باید مستقیماً فعالیت‌ها یا مداخلات خاصی که اجرا خواهند شد، را دنبال کنند. به عنوان مثال، درباره مداخله‌ای که به دنبال کاهش بارداری نوجوانان است، هر کدام از رویکردهای دسترسی به روش‌های تنظیم خانواده، برنامه کاهش ترک مدرسه و یا برنامه ورزش بعد از مدرسه انتخاب شده باشد، اهداف باید هم منعکس کننده چستی مداخله باشند و هم سنجش‌های کمی مربوط به تاثیر مداخله را نشان دهند. هر مداخله خاصی می‌تواند چندین هدف داشته باشد و این اهداف خاص مسیری که مداخله انتخاب کرده است خواهد بود.

بهترین اهداف آنهایی هستند که ساده بوده و با جملات دقیق نوشته شده باشند، همچنین بیانگر چیزی باشند که از مداخله انتظار می‌رود به انجام برساند. چنین اهدافی، تعیین می‌کنند که چه نتایجی تحقق پیدا خواهد کرد و چه مسیری طی خواهد شد. این اهداف به سوالات زیر پاسخ می‌دهند:

- چه کسی درگیر است؟ (معمولاً به عنوان جمعیت بیان می‌شود)
- چه مقدار تغییر ایجاد خواهد شد؟ (معمولاً به صورت درصد بیان می‌شود)
- چه کاری اختصاصاً انجام خواهد شد؟
- در طی چه مدت زمان اهداف پژوهشگر خواهند شد؟ (معمولاً به صورت چارچوب زمانی بیان می‌شود).

یک قاعده کلی برای نوشتن اهداف اختصاصی، مشخص بودن^۲، قابل سنجش بودن^۳، قابل دستیابی^۴، واقع‌گرایانه^۵ (یا مرتبط^۶) و زمان دار بودن^۷ است که اصطلاحاً SMART گفته می‌شود: تا زمان [چارچوب زمانی]، [یک جمعیت هدف خاص]، [به یک پیامد بر اساس هدف مداخله] دست پیدا خواهند کرد، این نتایج بر اساس مستندات (پیامد قابل سنجش: تعداد، میزان و یا درصد تغییر) مشخص خواهد شد.

-
- 1 Objective Clarify
 - 2 Specific
 - 3 Measurable
 - 4 Attainable
 - 5 Realistic
 - 6 Relevant
 - 7 Time-bounded

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه نوشتن اهداف SMART سایت زیر را ببینید
www.cdc.gov/dhdsp/state_program/evaluation_guides/smart_objectives.htm

اگر مداخله‌ای به دنبال کاهش بارداری در نوجوانان از طریق افزایش میزان فارغ التحصیلی از مدرسه است، اهداف اختصاصی می‌تواند به صورت زیر بیان شود:

پس از شرکت در ۸۰٪ از فعالیت‌های پشتیبانی علمی بعد از مدرسه (کلاس‌های جبرانی)، ۷۰٪ دانش‌آموزان شرکت‌کننده تغییرات مثبتی را در نگرش نسبت به فارغ التحصیلی از دبیرستان گزارش خواهند کرد (اندازه‌گیری شده از طریق پیمایش قبل و بعد).

با اجرای یک برنامه سخنرانی توسط افراد موفق، علاقه به حرفه سلامت در میان ۵۰ دختر نوجوان در معرض خطر تا سال x افزایش خواهد یافت.

تا ۱۵ مارس سال x، دو بازدید میدانی از موسسات علمی محلی و یا آموزش دانشگاهی برای حداقل ۵۰ دختر نوجوان در معرض خطر در دبیرستان‌های Middletown انجام می‌شود.

اگر مداخله‌ای به دنبال کاهش احتمال بارداری نوجوانان از طریق افزایش دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری است، اهداف اختصاصی برنامه می‌تواند به صورت زیر باشد:

تا پایان سال تحصیلی x دسترسی دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown به کاندوم از طریق فراهم کردن کاندوم در سه مناسبت با حضور دانش‌آموزان (یک مورد در مدرسه و دو مورد در خارج از مدرسه) افزایش یابد.

تا سال x مرکز بهداشت مدرسه، تعداد روش‌های پیشگیری از بارداری ارائه شده به دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown را از دو مورد به چهار مورد افزایش دهد.

تا سال x، دو کارگاه یک روزه درباره افزایش مهارت‌های ارتباطی مسایل جنسی برای حداقل ۹۰ درصد دانش‌آموزان دبیرستان‌های Middletown برگزار شود.

اگر بر اساس بررسی متون، محتوای مداخله برای افزایش مشارکت در برنامه‌های ورزشی سازماندهی شده است، اهداف اختصاصی برنامه می‌تواند به صورت زیر باشد:

در طی سال تحصیلی x، یک ترم پاییزی یا بهاری (یا در طول سال) برای برنامه ورزشی دختران با جمعیت هدف اولیه ۵۰ دانش‌آموز از دبیرستان‌های Middletown راه اندازی شود.

تا سال x، یک جلسه انگیزشی و یک جلسه اجتماع دخترانه و پنج بحث گروهی کوچک و عملی توسط یک چهره ورزشی زن در دبیرستان‌های Middletown برگزار شود.

امیدواریم این مثال‌ها اهمیت تحقیق مقدماتی را روشن کرده باشند. درحالی که اهداف کلی، هدف عمومی یک مداخله را توصیف می‌کند، اهداف اختصاصی بیانگر تغییرات خاصی هستند که به دنبال مداخله ایجاد خواهد شد. استفاده از پژوهش‌ها قبلی، موجب طراحی آگاهانه مداخله شده و از آن حمایت می‌کند.

تعیین تناسب مداخله موجود

پس از مرور متون، پژوهشگران باید درباره این که آیا مداخله می‌تواند به نیازهای جمعیت هدف پاسخ دهد یا خیر، تصمیم‌گیری کنند. از آنجا که تنوع زیادی در میان اجتماع‌ها وجود دارد، برای متناسب‌سازی و یا تطبیق مداخله برای یک جمعیت خاص، درجاتی از تغییر باید صورت گیرد. هدف از تطبیق یا متناسب‌سازی مداخله موجود، حفظ میزان بالایی از درستی به طرح اصلی، محتوا و برنامه اجرایی تا حد امکان است تا شانس موفقیت و اثر بخشی افزایش یابد. یک دلیل رایج اصلاح مداخله، طول مدت مداخله اصلی است. به عنوان مثال، اگر تنها زمان موجود برای اجرای مداخله اجتماعی فعلی، پس از جلسات هفتگی مراقبت‌های بارداری درمانگاه باشد، یک برنامه دو ساعته احتمالاً بیش از حد طولانی خواهد بود. به همین ترتیب، یک مداخله ده هفته‌ای که بر اساس اطلاعات دریافتی هفتگی و تعاملات بنا نهاده شده، ممکن است برای متوقف کردن تسهیلاتی که دارای تغییرات قابل توجهی در هر هفته است، نامناسب باشد.

تناسب محتوای مداخله برای یک گروه نژادی یا قومیتی خاص نیز باید مورد توجه قرار گیرد. یک مداخله فعالیت بدنی ایمن محور^۱ زنان آمریکایی آفریقای تبار، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، برای استفاده در بین مهاجران اردوگاه‌های پناهندگان خاور میانه‌ای مناسب نخواهد بود. سایر عوامل نظیر تناسب سن و جنس نیز می‌تواند بر چگونگی تجربه مداخله توسط شرکت‌کنندگان تاثیر بگذارد. محتوای یک مداخله در باره خشونت‌های جنسی برای دختران نوجوان، تا حد زیادی متفاوت از مداخله‌ای است که برای پسران نوجوان طراحی می‌شود. همینطور، از آنجا که نوجوانان در مراحل اولیه این دوره، مراحل تکاملی کاملاً متفاوتی را نسبت به اواخر دوره نوجوانی دارند، مداخله‌ای که برای نوجوانان شانزده تا هجده ساله طراحی شده از روش اراییه متفاوتی نسبت به مداخله خاص نوجوان یازده تا سیزده ساله خواهد داشت.

یکی دیگر از جنبه‌هایی که باید در نظر گرفته شود، منابع مورد نیاز است. اگر وجود تسهیل‌کننده‌های آموزش دیده برای اثر بخشی مداخله ضروری باشد، مداخله پیشنهادی باید منابع مالی برای تقبل این منابع را داشته باشد. اگر فضای داخل ساختمان برای مداخله فعالیت بدنی ضرورت داشته باشد، دسترسی به یک مکان مناسب باید از قبل ترتیب داده شود.

از آنجا که تکرار مداخله به صورت کامل چالش بر انگیز است، به منظور به حداقل رساندن احتمال کاهش اثر بخشی مداخله، ضمن حفظ وفاداری به محتوای اصلی، چند راهکار پیشنهاد شده است. بهترین و بارزترین رویکرد، انتخاب مداخله‌ای است که نیاز به اصلاح ندارد و یا حداقل اصلاح را طلب می‌کند. بررسی کنید که آیا اجزای مداخله اقتباس شده، از جمله چارچوب راهنما، مواد مداخله، طول مدت و راهکار اجرایی برای ارایه، تجانسی با اجتماع و نیازهای هدف دارد یا خیر. کارکنانی که مسئول اجرای مداخله خواهند بود در این کار درگیر کنید، زیرا کار آنها می‌تواند مستقیماً بر درستی مداخله تاثیر بگذارد. در صورت امکان، از پژوهشگرانی که مداخله اصلی را اجرا کرده‌اند، راهنمایی بگیرید. این فرد می‌تواند بینشی را نسبت به ایجاد تغییرات در جایی که منجر به تغییر در تمامیت مداخله نشود، فراهم نماید.

الگوی منطقی^۱ به عنوان یک راهبرد سازمان دهی

پس از آنکه رویکرد مداخله انتخاب شد، چپینش جنبه‌های مختلف مداخله با استفاده از یک ابزار برنامه‌ریزی تحت عنوان یک الگوی منطقی، مفید خواهد بود. این الگو یک تصویرگرایی از منطق پشت مداخله ارایه می‌دهد. الگوهای منطقی توسط طراحان، و ارزیابی کنندگان مداخلات برای اندازه‌گیری عملکرد و مبادله اجزای مداخله به کارکنان، دست اندرکاران و تامین کنندگان بالقوه منابع مالی به کار رفته است.

الگوهای منطقی به عنوان یک ابزار طراحی، فواید بسیاری دارند. به عنوان مثال، فرآیند طراحی یک الگوی منطقی، به پژوهشگر درک روشنی از اهداف مداخله، اهمیت، مراحل ضروری اجرا و نتایج مورد نظر ارائه می‌دهد. پس از طراحی الگو، شکاف‌های برنامه مداخله به راحتی قابل شناسایی هستند و تمرکز بر پیامدها حفظ می‌شود. از آنجا که الگوی منطقی پیامدهای مورد انتظار هر یک از بخش‌های مداخله را نشان می‌دهد،

می‌تواند برای تهیه برنامه ارزیابی نیز به کار رود. الگوی منطقی با فراهم کردن یک زبان مشترک از مفاهیم و اصطلاحات، کمک می‌کند تا درک مشترکی از مداخله برای تمام افراد در گیر در مداخله ایجاد شود. این امر موجب تسهیل در برقراری ارتباط و انسجام در طی اجرای فعالیت‌های مداخله می‌شود. همچنین الگو به عنوان یادآور حفظ ارتباط بین اجزای مختلف مداخله عمل می‌کند.

سه رویکرد مختلف برای ایجاد یک الگوی منطقی وجود دارد که برخی از آنها برای مراحل خاصی از مداخله مناسب‌تر هستند.

الگوهای با رویکرد نظریه‌ای از نظریه‌ها برای هدایت برنامه‌ریزی و طراحی مداخله بهره می‌گیرند. این الگوها، منطقی را برای رویکردهای برنامه‌ای اتخاذ شده و راهبرد به کار رفته فراهم می‌کند که شامل آنچه که باید انجام شود، چگونگی انجام و افرادی که باید فعالیت‌ها را به انجام برسانند، می‌باشد. همچنین این الگوها چرایی و چگونگی موفقیت مداخلات در گذشته را تبیین می‌کنند. رویکرد نظری به الگوها مکرراً برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات جدید استفاده می‌شود.

الگوهای با رویکرد پیامدی بر پیامدهای مورد نظر در قالب زمان-ازپیامدهای فوری تا پیامدهای میان مدت و طولانی مدت- تمرکز دارند. این الگوها نحوه ارزیابی اجزای مداخله در تعیین دستیابی به اهداف مورد نظرشان را نشان می‌دهند. این الگوها عموماً برای ارزیابی اهداف به کار می‌روند.

الگوهای با رویکرد فعالیتی بر فعالیت‌های پروژه، نتایج مورد انتظار از این فعالیت‌ها و نیز منابع مورد نیاز عملیات مداخله تمرکز می‌کنند. این رویکرد اغلب برای مدیریت مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اجزای یک الگوی منطقی

هر چند رویکردهای مختلفی برای ایجاد یک الگوی منطقی وجود دارد، بیشتر آنها شامل اجزای زیر هستند: فرضیات، موقعیت، دروندادها، فعالیت‌ها، حصول، بروندادها و پیامدها. این اجزا در جدل ۱-۸ نشان داده شده است.

راهبردهای سازمانی الگوهای منطقی

هدف از طراحی یک الگوی منطقی، سازماندهی اجزا به گونه‌ای است که ارتباطات آنها آشکار و قابل مدیریت باشد. به عنوان مثال، الگوهای منطقی را می‌توان با استفاده از

ستون‌هایی که از چپ به راست خوانده می‌شوند طراحی کرد. چنین قالبی به برنامه ریزان این امکان را می‌دهد که چگونگی تاثیر هر یک از اجزای الگو را بر یکدیگر به صورت دیداری مشخص نمایند. می‌توان از خطوط و فلش‌ها برای تاکید بر ارتباطات خاص بین اجزا استفاده نمود. فهرست‌های عددی نیز برای جلب توجه به توالی به کار می‌رود، مانند وظایفی که برای یک جزء خاص باید مشخص شود. استفاده از اشکالی نظیر دایره، بیضی و خانه‌هایی برای تصویرسازی اجزای مختلف الگو نیز می‌تواند کمک کننده باشد. جداول شماره ۲-۸ تا ۵-۸ چهار الگوی منطقی را نشان می‌دهد که در آنها از ستون‌ها و خطوط استفاده شده است.

جدول ۱-۸: اجزای یک الگوی منطقی

بر پایه اعتقاد به برنامه که باید با اهداف پیش‌بینی شده برنامه تبیین شده و هماهنگ باشد.	فرضیات
قصد برنامه را توضیح می‌دهد، مشکلاتی را که باید مورد توجه قرار گیرد را مشخص می‌کند، تحت عنوان بیان مساله هم شناخته می‌شود. نه تنها جنبه‌های مختلف مشکل نظیر افرادی که تحت تاثیر مشکل هستند، مکان و زمانی که مشکل رخ می‌دهد را شرح می‌دهد بلکه نحوه حل آن را نیز مطرح می‌کند.	موقعیت
منابع، همکاری‌ها و سرمایه‌گذاری‌های مورد نیاز برای انجام فعالیت‌های برنامه. درو ندادهای رایج شامل منابع انسانی (مانند کارکنان، داوطلبین و اساتید)، منابع مالی (نظیر پول و کمک‌های مالی دولتی یا خصوصی)، منابع مادی (مانند فضا، تجهیزات کامپیوتری و سایر تجهیزات)، مالکیت معنوی (مانند نمونه‌ها و برنامه‌های درسی آموزشی موجود و نتایج مطالعات قبلی) و شرکا و همکاران درگیر (مانند سازمان‌های سلامت، سازمان‌های اجتماعی و موسسات دانشگاهی).	درونداد
فعالیت‌ها، آنچه را که برنامه انجام خواهد داد و نیز افرادی که از این فعالیت‌ها سود خواهند برد را توصیف می‌کند، شامل محصولات، برنامه‌ها و خدماتی که به کار خواهند رفت مانند آموزشی که ارائه خواهد شد، برنامه درسی که تهیه خواهد شد و مشارکت‌هایی که رخ می‌دهد. دریافت، شامل جمعیت هدفی است که فعالیت‌های برنامه را دریافت خواهند کرد یا در آنها شرکت خواهند نمود.	برونداد (هم شامل فعالیت‌ها و هم شامل دریافت)
نتایج برنامه که می‌توان به صورت کوتاه مدت (بروز در طی یک تا سه سال پس از اجرا مانند تغییر در دانش و افزایش مهارت‌ها)، میان مدت (وقوع در طی چهار تا شش سال پس از اجرا مانند سیاست‌های اتخاذ شده و تغییر در ساختار سازمانی) و بلند مدت (بروز طی هفت تا ده سال پس از اجرا مانند بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی و محیطی).	پیامدها

یک ارزیابی اجتماعی فرضی: مصرف دخانیات در نوجوانان

به منظور نشان دادن نحوه عملکرد اجزای یک الگوی منطقی، وضعیت فرضی زیر، اجزای الگو را شناسایی کرده و نقش آنها را در هنگام طراحی یک مداخله توضیح می‌دهد. همانگونه که در این نمونه مطرح شده، ارزیابی اجتماعی تعیین می‌کند که کدام مشکل سلامت مورد توجه قرار خواهد گرفت.

اخیرا یک ارزیابی اجتماعی در اجتماع X در استان Y انجام شده است. داده‌ها نشان می‌دهد که در مقایسه با سایر استان‌ها، در این اجتماع میزان کلی مصرف دخانیات در نوجوانان بالاتر است. همچنین این ارزیابی، شواهدی زیادی را مبنی بر عدم تبعیت خرده فروشان از قانون منع فروش سیگار به افراد کمتر از سن قانونی نشان را ارائه می‌دهد. با توجه به این اطلاعات، سازمان آفتاب که یک سازمان اجتماع محور متمرکز بر جوانان است، با ارتباط با مدارس راهنمایی، مداخله اجتماع محور برنامه کنونی استان Y را پیشنهاد داد.

دروندهای برنامه

برای پرداختن به مشکل مصرف دخانیات در میان نوجوانان اجتماع X می‌توان از دروندهای مختلف اجتماع استفاده نمود، به عنوان مثال:

دروندهای مربوط به مدارس راهنمایی از جمله شورای سلامت مدرسه:

در سال ۲۰۰۵ مدارس راهنمایی اجتماع X یک شورای سلامت مدرسه را در پاسخ به الزام قانونی سال ۲۰۰۵ تاسیس کردند. این قانون از تمام مدارس می‌خواست تا برای استقرار سیاست سلامت مدرسه در رابطه با چاقی دوران کودکی، در برنامه تغذیه مدارس شرکت کنند. هر چند این شورا، سیاست مربوط به چاقی دوران کودکی را تدوین کرد، اما به دلیل عدم وجود منابع، به پیشگیری از مصرف دخانیات پرداخت. برای پر کردن این شکاف در منابع، شورا با یک سازمان اجتماع محور به نام آفتاب همکاری نمود.

دروندهای ارابه شده توسط سازمان آفتاب شامل کارکنان و داوطلبان بودند:

مقرر شد کارکنان سازمان آفتاب که در مداخله پیشنهادی درگیر بودند بر برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مداخله نظارت کنند. و به کارکنان مدارس آموزش دهند. همچنین مقرر شد تا کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب که در زمینه سلامت نوجوانان تجربه دارند با همکاری اعضای شورای سلامت مدارس، منابع آموزشی و سایر مواد

مرتبط را شناسایی، اقتباس و تهیه نمایند. همچنین داوطلبین جوان سازمان آفتاب با کارکنان این سازمان در فعالیتهای مربوط به مداخله همکاری خواهند نمود. فضای جلسات گروهی از طرف سازمان آفتاب و مدارس راهنمایی اجتماع X فراهم خواهد شد.

موقعیت

طراحان مداخله متون مربوطه را بررسی کرده و در زمینه مشکل سلامت مورد نظر اطلاعات کسب کردند. این اطلاعات شامل موارد زیر است:

در ایالات متحده، سیگار کشیدن، علت قابل پیشگیری بیماری، ناتوانی و مرگ می‌باشد.

روزانه در حدود چهار هزار نوجوان ۱۲ تا ۱۷ ساله شروع به سیگار کشیدن می‌کنند.

اجماع وسیعی درباره این وجود دارد که نوجوانی، زمان حیاتی برای پیشگیری از سیگار کشیدن است، چرا که در حدود ۷۰ درصد افراد سیگاری، سیگار کشیدن را از دوره نوجوانی شروع می‌کنند.

برای جلوگیری از شروع سیگار کشیدن در میان نوجوانان، نیاز به راهکارهای چند سطحی می‌باشد، به ویژه مداخلاتی که آموزش پیشگیری از سیگار کشیدن، تلاش در جهت کاهش فروش سیگار به افراد کم سن و سیاست‌های "مدرسه بدون سیگار" را با یکدیگر ادغام نمایند.

با توجه به این که نوجوانان زمان قابل توجهی از ساعات روز خود را در مدرسه، صرف می‌کنند، مدرسه یک جایگاه ایده آل برای اجرای مداخله است که به نوجوانان کمک می‌کند تا از سیگار کشیدن پرهیز نمایند.

افزایش تبعیت فروشندگان از قانون دسترسی جوانان به سیگار، موجب کاهش توانایی نوجوانان به خرید محصولات دخانی خواهد شد.

نمونه‌ای از الگوهای منطقی برای چهار حوزه بوم شناختی

برنامه پیشنهادی در سطوح مختلف بوم شناختی شامل گروه، سازمان، اجتماع و سیاست مداخله خواهد کرد (فصل چهارم را ببینید). هدف کلی مداخله پیشگیری یا

به تاخیر انداختن شروع سیگار کشیدن در میان نوجوانان مدارس راهنمایی ساکن در اجتماع X خواهد بود. هر یک از الگوهای منطقی درون‌داده‌ها، اهداف، فعالیت‌ها، دریافت، برون داده‌ها، پیامدها و نیز هدف کلی، اهداف اختصاصی، موقعیت و مفروضات مربوط به هر یک از سطوح را توصیف می‌کند.

در اولین حوزه بوم شناختی، مداخله پیشنهادی بر سطح گروه متمرکز خواهد بود: بر اساس بررسی متون، افزایش دانش نوجوانان درباره عواقب مصرف دخانیات، بر نگرش و باورهای آنها درباره سیگار کشیدن تاثیر می‌گذارد و آنها را مجهز به مهارت‌های مقابله با فشارهای اجتماعی می‌کند. چنین آموزش‌هایی خطر شروع سیگار کشیدن در نوجوانان را کاهش می‌دهد. سطح گروه در طی یک سال به دنبال افزایش ۷۰ درصدی آگاهی درباره عواقب سیگار و مهارت‌های پرهیز از شروع سیگار در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X می‌باشد.

درون داده‌ها و منابع مربوط به این سطح شامل برنامه درسی موجود درباره پیشگیری از سیگار در میان نوجوانان، کارکنان آموزش سلامت مدارس راهنمایی، کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب که دارای تجاربی در زمینه سلامت نوجوانان هستند و همکاری موجود بین مدارس راهنمایی اجتماع X و سازمان آفتاب می‌باشد. به منظور دستیابی به این اهداف، فعالیت‌ها شامل این موارد خواهد بود: طراحی یک برنامه درسی پیشگیری از سیگار متناسب شده با نیازهای دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X (گروه هدف)، اجرای آموزش پیشگیری از سیگار در مدارس راهنمایی به عنوان بخشی از برنامه درسی آموزش بهداشت روزانه. این فعالیت‌ها را دانش‌آموزان مدارس راهنمایی دریافت خواهند کرد.

پیامدها یا نتایج حاصل از ترکیب فعالیت‌ها و دریافت

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش دانش، آگاهی، مهارت‌های ابراز وجود و نیز کاهش شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X می‌باشد. جدول ۲-۸ الگوی منطقی سطح گروهی مداخله پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۸. الگوی منطقی حوزه سطح گروهی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X		
هدف سطح گروهی		تا سال X افزایش ۷۰ درصدی آگاهی نسبت به عواقب سیگار و مهارت‌های پرهیز از شروع سیگار کشیدن در مقایسه با پیش‌آزمون در میان دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X		
		درونداد	برونداد	پیامد
موقعیت: میزان کلی	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط	پیامد
سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه‌های درسی پیشگیری از سیگار	متناسب‌سازی برنامه درسی پیشگیری از سیگار	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی
	کارکنان بهداشتی مدارس راهنمایی اجتماع X	ارایه آموزش پیشگیری از سیگار برای دانش‌آموزان راهنمایی به عنوان بخشی از کلاس‌های آموزش سلامت		
	تجربه کارکنان بهداشتی سازمان آفتاب در رابطه با آموزش سلامت نوجوانان			
	همکاری‌های موجود بین مدارس راهنمایی اجتماع X و سازمان آفتاب			
فرضیه: پس از این که دانش‌آموزان راهنمایی اطلاعات درباره عواقب سیگار و نیز آموزش‌های مهارت آموزی درباره پرهیز از فشار همسالان را دریافت کردند، آمادگی بهتری برای تاخیر در سیگار کشیدن خواهند داشت.				

دومین حوزه بوم شناختی مداخله پیشنهادی، بر سطح سازمانی متمرکز خواهد بود. بر اساس بررسی متون، مدارس که در آنها آموزش سیگار، جزئی از دوره‌های آموزش سلامت مدرسه است، در زمینه کاهش سیگار کشیدن دانش‌آموزان موفق‌تر هستند. اهداف سطح سازمانی برنامه پیشنهادی این است که تا سال X، تمامی دوره‌های آموزش سلامت ارایه شده در مدارس راهنمایی این اجتماع، آموزش پیشگیری از سیگار را ارایه دهند.

درونداها و منابع مربوط به این حوزه شامل برنامه درسی آموزش به آموزشگران درباره آموزش پیشگیری از سیگار و کارکنان آموزش بهداشت مدارس راهنمایی اجتماع X می باشد.

فعالیت‌های دستیابی به این اهداف شامل، اقتباس یک برنامه آموزش به آموزشگران که معلمان آموزش سلامت را مجهز به ابزارهای لازم برای آموزش پیشگیری از سیگار نماید، آموزش به آموزشگران به منظور ارائه آموزش‌های پیشگیری از سیگار در کلاس‌های آموزش بهداشت مدارس راهنمایی می باشد. این فعالیت‌ها را کارکنان آموزش سلامت دریافت خواهند کرد.

پیامدها شامل ترکیبی از فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش در دانش و مهارت‌های صلاحیت (شایستگی) در میان معلمان آموزش سلامت مدارس راهنمایی است. جدول ۳-۸ الگوی منطقی سطح سازمانی در برنامه پیشنهادی را نشان می دهد.

سومین سطح بوم شناختی برنامه پیشنهادی به سطح اجتماع توجه دارد. گزارش‌های مربوط به مطالعات تایید کرده‌اند هنگامی که به فروشندگان اطلاعاتی در زمینه قوانین دسترسی افراد کم سن ارائه می شود، آنها از قوانین محلی در رابطه با محدودیت فروش سیگار به افراد کم سن بیشتر تبعیت می کنند. به همین ترتیب، سایر مطالعات نشان می دهند که کاهش دسترسی افراد کم سن به سیگار می تواند میزان سیگار کشیدن در میان نوجوانان سیگاری را کاهش می دهد. اولین هدف سطح اجتماع، افزایش آگاهی فروشندگان از قوانین منع فروش سیگار به افراد کم سن در طی شش ماه از شروع مداخله است. دومین هدف این سطح، کاهش فروش سیگار به افراد کم سن تا ۳۰ درصد در فروشگاه‌های دریافت کننده مداخله در طی یک سال از شروع مداخله می باشد.

درونداد و منابع مربوط به این حوزه شامل برنامه‌های درسی به ویژه پروژه TRUST - یک مداخله ارزیابی شده و ترکیبی از آموزش چهره به چهره و مواد آموزشی درباره پیشگیری از سیگار در میان نوجوانان - و نیز جوانان داوطلب کمک به آموزش فروشندگان است.

فعالیت‌های دستیابی به اهداف مداخله شامل این موارد بود: اقتباس از مواد آموزشی پروژه TRUST به منظور متناسب سازی با نیازهای فروشندگان در اجتماع X، دعوت از فروشندگانی که موافق دریافت سه جلسه آموزشی هستند، آموزش روش‌ها و مواد پروژه

TRUST به جوانان داوطلب و آرایه جلسات آموزشی درباره قوانین دسترسی جوانان به فروشندگان محلی سیگار.

این فعالیت‌ها برای فروشندگان محصولات دخانی آرایه خواهد شد. به علاوه، افراد کم سنی که اقدام به خرید سیگار می‌کنند نیز مورد هدف خواهند بود. پیامدها شامل فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل افزایش تبعیت فروشندگان شرکت‌کننده در برنامه از قانون دسترسی افراد کم سن می‌باشد. همچنین مداخله دسترسی به سیگار را برای افراد کم سنی که در فروشگاه‌های شرکت‌کننده در مداخله اقدام به خرید سیگار می‌کنند را کاهش می‌دهد. جدول ۴-۸ الگوی منطقی سطح اجتماع مداخله پیشنهادی را نشان می‌دهد.

جدول ۳-۸: الگوی منطقی حوزه سطح سازمانی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X		
هدف سطح سازمانی		تا سال ۲۰۱۱ تمامی دوره‌های آموزش سلامت عرضه شده در مدارس راهنمایی اجتماع X آموزش پیشگیری از سیگار را ارائه خواهند داد.		
		درون‌داد	برون داد	پیامد
موقعیت:	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط	پیامد
. میزان کلی سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه درسی آموزش به آموزشگران مدارس راهنمایی	متناسب‌سازی برنامه درسی پیشگیری از سیگار	کارکنان آموزش سلامت	ارزشیابی
	کارکنان بهداشتی مدارس راهنمایی اجتماع X	آموزش به آموزشگران سلامت مدارس راهنمایی آرایه آموزش پیشگیری در کلاس آموزش سلامت مدارس راهنمایی		
فرضیه: آن گروه از معلمین مدارس راهنمایی که در کارگاه‌های آموزشی شرکت می‌کنند، آموزش پیشگیری از سیگار را در کلاس‌های آموزشی خود وارد می‌کنند.				

جدول ۴- ۸: الگوی منطقی حوزه سطح اجتماع

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X	
هدف سطح اجتماع		افزایش آگاهی فروشندگان درباره قوانین منع فروش سیگار به افراد کم سن در طی ۶ ماه پس از شروع مداخله کاهش فروش سیگار به افراد کم سن اجتماع X توسط فروشگاه‌های دریافت‌کننده مداخله به میزان ۳۰ درصد در طی یک سال پس از شروع برنامه	
		درونداد	برون داد
		پیامد	
موقعیت: میزان	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط پیامد
کلی سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود برنامه‌های درسی	متناسب‌سازی برنامه درسی و مواد آموزشی	فروشندگان محلی
	داوطلبین جوان سازمان آفتاب	دعوت از فروشندگانی که موافق دریافت برنامه‌های آموزشی هستند آموزش به داوطلبین جوان برای انجام بازدید	ارزشیابی
	کارکنان سازمان آفتاب	برگزاری کلاس‌های آموزشی درباره قوانین دسترسی جوانان به فروشندگان محلی سیگار	
فرضیه ۱: اطلاعات ارایه شده درباره قوانین دسترسی جوانان موجب تبعیت بیشتر فروشندگان از قوانین محدودیت فروش سیگار به افراد کم سن خواهد شد.			
فرضیه ۲: کاهش دسترسی افراد کم سن به سیگار موجب کاهش سیگار کشیدن در میان نوجوانان خواهد شد.			

چهارمین سطح بوم شناختی از این برنامه پیشنهادی به سطح سیاست متمرکز است. یافته‌های پژوهش‌ها کنونی در باره سیاست‌های “مدرسه بدون سیگار” نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مدارس که این سیاست را اجرا می‌کنند، در مقایسه با دانش‌آموزان سایر مدارس، احتمال کمتری دارد که سیگار بکشند. در هدف سطح سیاستی مطرح می‌شود که تا سال ۲۰۱۲، مدارس راهنمایی اجتماع X سیاست “مدرسه بدون سیگار” را که به موجب آن سیگار کشیدن در مدرسه و محیط پیرامون آن ممنوع است را اتخاذ خواهند کرد.

درونداد و منابع مربوط به این حوزه شامل این موارد هستند: وجود شورای سلامت در مدارس راهنمایی اجتماع X و تجارب قبلی آنها درباره طراحی و اجرای سیاست چاقی دوران کودکی، شراکت موجود بین سازمان آفتاب و شورای سلامت مدرسه (که رهبران آنها شامل مدیران مدارس، معلمان آموزش بهداشت و رئیس انجمن اولیا و مربیان هستند) و وجود دستورالعمل‌های سیاستی در مدرسه.

فعالیت‌های دستیابی به اهداف مداخله شامل تامین بیمه‌های مسئولیت و تاییدهای لازم برای سیاست "مدرسه بدون سیگار" از اعضای کلیدی اجتماع مدارس، همکاری با شورای سلامت مدرسه برای تدوین سیاست مدرسه عاری از سیگار، همکاری با شورای سلامت مدرسه برای تهیه یک برنامه اجرایی این سیاست و اجرای آن می‌باشد.

این فعالیت‌ها را هم کارکنان و هم دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X دریافت خواهند کرد.

پیامدها شامل فعالیت‌ها و دریافت است.

پیامدهای مورد انتظار شامل کاهش میزان شروع به سیگار کشیدن در جمعیت دانش‌آموزی در مدارس راهنمایی اجتماع X است. جدول ۵-۸ الگوی منطقی سطح سیاست را نشان می‌دهد.

جدول ۵- ۸: الگوی منطقی حوزه سطح سیاستی

هدف برنامه		پیشگیری یا ایجاد تاخیر در شروع سیگار کشیدن در میان دانش‌آموزان راهنمایی ساکن در اجتماع X	
هدف سطح سیاست		تا سال ۲۰۱۲، مدارس راهنمایی اجتماع X سیاست "مدرسه بدون سیگار" که به موجب آن سیگار کشیدن در مدرسه و محیط اطراف آن ممنوع است را اتخاذ خواهند کرد.	
موقعیت:		درونداد	برون داد
میزان کلی	منابع صرف شده	فعالیت‌های انجام شده	دریافت توسط پیامد
سیگار کشیدن نوجوانان در اجتماع X در مقایسه با سایر استان‌ها بالاتر است	وجود شورای سلامت مدرسه در مدارس راهنمایی اجتماع X که در گذشته سیاست چاقی دوران کودکی را طراحی و اجرا کرده اند.	تدوین سیاست مدرسه عاری از سیگار تهیه یک برنامه اجرایی برای سیاست تدوین شده	کارکنان و دانش‌آموزان مدارس راهنمایی اجتماع X
	همکارهای موجود بین سازمان افتاب و اعضای شورای سلامت مدرسه	اجرای سیاست "مدرسه بدون سیگار"	
فرضیه: احتمال سیگار کشیدن دانش‌آموزان مدارس اتخاذ کننده سیاست "مدرسه بدون سیگار" کمتر خواهد بود.			

خلاصه

این فصل موضوعاتی را پوشش داد که باید پژوهشگران قبل از اتخاذ و اجرای مداخله سلامت اجتماع مورد توجه قرار دهند. این فصل اهمیت بررسی کافی و توجه به مناسب بودن مداخلات موجود را برجسته کرد. پس از انتخاب رویکرد مداخله، الگوی منطقی، فرصتی را برای طراحی برنامه بر پایه اهداف کاملاً روشن مداخله و اهداف SMART فراهم می‌کند.

فعالیت‌ها

درباره هر یک از اهداف زیر، توضیح دهید که چه اشتباهی وجود دارد.

الف. کمک به بیماران سرطانی تا در هنگام ریزش موهایشان احساس بهتری داشته باشند.

ب. کاهش مرگ در اثر بیماری‌های قلبی - عروقی

اهداف بالا را بر اساس اهداف SMART بازنویسی کنید.

برای یک مداخله سلامت اجتماع محور، الگوی منطقی طراحی کنید. ابتدا اهداف مداخله را مشخص کنید (مثلاً کاهش دیابت). سپس دو هدف SMART برنامه را تعیین کنید (مانند افزایش مصرف میوه و سبزیجات و افزایش تحرک جسمانی). حداقل سه فعالیت برای هر یک از اهداف بیان کنید (مانند آرایه آموزش آشپزی رایگان). مشخص کنید که هر یک از فعالیت‌ها چگونه منجر به اهداف مداخله می‌شود. همچنین نحوه دستیابی به اهداف کلی مداخله از طریق اهداف اختصاصی را مشخص کنید.

سوالات بحث

در هنگام اقتباس از مداخله موجود چه مسائلی باید مورد توجه قرار گیرد تا از ورود اجرای مداخله‌ای که برای جمعیت هدف مناسب نیست جلوگیری شود؟

بر پایه مداخله پیشنهادی فرضی مورد بحث در این فصل، تصور کنید شما مدیر یکی از مدارس راهنمایی در اجتماع X هستید و قصد دارید تا مداخله‌ای را برای پیشگیری یا ایجاد تأخیر در سیگار کشیدن دانش‌آموزان دبیرستانی ساکن در این اجتماع راه اندازی کنید.

الف. شما با چه افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی همکاری خواهید کرد؟

- ب. چه اجزایی از مداخله فرضی را حفظ می‌کنید یا بر اساس آن مداخله را طراحی می‌کنید؟ چه اجزایی را تغییر می‌دهید؟ چرا؟
- ج. رویکردها و فعالیت‌های جدیدی که به کار خواهید برد را شرح دهید.

فصل نهم

اجرای مداخله اجتماع محور

اهداف یادگیری

آشنایی با گام‌های ضروری اجرای مداخله اجتماع محور در چهار سطح بوم شناختی
مختلف

درک راهکارهای مناسب برای به کارگیری افراد شرکت کننده در مداخله

شناسایی سه محل اجتماع برای اجرای مداخله سلامت

نگاه کلی

این فصل گام‌های ضروری برای اجرای مداخله اجتماع محور در هر یک از چهار حوزه تمرکز اکولوژیکی را پوشش می‌دهد. همچنین در این فصل راهکارهای پرهیز از مشکلات رایج و یا غلبه بر آنها در جریان آغاز تا اجرای مداخله مورد بحث قرار خواهد گرفت.

اجرا در چهار سطح بوم شناختی

مداخلاتی که به مشکلات سلامت اجتماع محور می‌پردازند را می‌توان در هر یک از چهار سطح بوم شناختی شامل سطح گروه، سازمان، اجتماع و سیاست اجرا نمود (به فصل چهار نگاه کنید). در طی بررسی متون می‌توان برای مقابله با هر مشکل سلامت قابل تصویری که اجتماع ممکن است با آن مواجه شود، راهکارها و مداخله‌های مختلفی در هر یک از سطوح را یافت. نهایتاً پس از انتخاب سطح بوم شناختی و مداخله مورد نظر، زمان شروع اجرای فعالیت‌ها می‌باشد. جدول ۱-۹ نمونه‌هایی از مداخلات را که ممکن است در هر یک از سطوح بوم شناختی برای پرداختن به مشکل شیوع چاقی به کار رود را نشان می‌دهد. این مداخلات نمونه‌هایی از راهکارهای اجرا می‌باشند. تهیه برنامه‌ای برای سازماندهی تمام فعالیت‌هایی که در اجرای یک مداخله وجود خواهند داشت، اهمیت دارد. گام‌های ضروری برای اجرای مداخله در سطوح گروه و سازمان مشابه یکدیگر هستند و از گام‌هایی ضروری اجرا در سطح اجتماع و سیاست متفاوت می‌باشند.

جدول ۱-۹: مداخلات کاهش چاقی در چهار سطح بوم شناختی

مداخله پیشنهادی	حوزه تمرکز بوم شناختی
تدارک چهار جلسه کلاس رقص در میان مهاجرینی که در یک مرکز اجتماع محلی شرکت می‌کنند.	گروه
سازماندهی کمیته‌ای در یک مدرسه محلی که هدفش افزایش فعالیت بدنی در میان دانش‌آموزان و کارکنان است.	سازمان
درست کردن یک مسیر پیاده روی اجتماع	اجتماع
قرار دادن لیست مقادیر کالری غذاها و گزینه‌های قلب سالم در منوی تمامی رستوران‌ها	سیاست

هر چند به نظر می‌رسد که فعالیت‌هایی نظیر کسب تایید کمیته اخلاق و استخدام کارکنان آسان باشد، اما توجه به این نکته اهمیت دارد که ممکن است هر یک از این کارها بیش از زمان پیش‌بینی شده طول بکشد. بهتر است واقع بین باشید، اگر کارها با سرعت کمتری نسبت به انتظار انجام شدند، یک فعالیت خلاقانه برای پر کردن زمان اضافی طراحی کنید.

شش گام اجرایی زیر برای مداخلات سلامت اجتماع پیشنهاد شده‌اند. به عنوان مثال، در جدول ۹،۲ مراحل ارایه شده در سطوح بوم شناختی گروه و سازمان هستند.

محتوا، زمان بندی و تدارکات

مشخص کردن محتوا، زمان بندی و تدارکات مداخله به طوری که مداخله در هر بار ارایه، مواد و روش یکسانی را شامل شود. اگر مداخله کلاس‌های رقص را به گروهی از مهاجرین جدید ارایه می‌دهد، درباره بهترین رویکرد تعامل با جمعیت هدف در مداخله تصمیم‌گیری کنید. به عنوان مثال، از لحاظ زمان بندی محتوا، آیا بهتر است موسیقی در هنگام ورود افراد به اتاق پخش شود یا این که کار با مقدمه رسمی و بحث درباره پروژه شروع شود و سپس موسیقی پخش شود؟ با همکاران درباره طول مدت و زمان ارایه گفتگو کنید. تدارکات می‌تواند شامل رزرو مرکز تجمع اجتماع برای زمان‌ها و توالی‌های مناسب و تهیه هر گونه فیلم و بروشور آموزشی به زبان یا زبان‌های مناسب باشد. فیلم‌ها را در دستگاه دفتر کار و یا در حالت بهتر در محل مداخله امتحان کنید تا مطمئن شوید که درست کار می‌کند. جدول ۹،۳ برنامه پیشنهادی برای کلاس رقص که هدفش افزایش فعالیت بدنی در میان زنان مهاجر است را نشان می‌دهد.

به دقت درباره محتوای مداخلات یا برنامه‌های درسی به کار رفته در موقعیت‌های دیگر و نیز نحوه اقتباس آنها برای یک جمعیت هدف خاص فکر کنید. به عنوان مثال، آیا سن افرادی که داوطلب شرکت هستند همگن است؟ آیا لازم است به دلیل این که جمعیت از یک گروه قومی یا نژادی متفاوتی است، تغییراتی در مداخله اصلی ایجاد شود؟ آیا طول مدت جلسات برای دامنه توجه شرکت‌کنندگان مناسب است؟ آیا لازم است فعالیت‌ها متنوع‌تر باشند؟ چگونه می‌توان تعاملات را به حداکثر رساند؟ پاسخ به این سوالات مستلزم فکر کردن به هر یک از فعالیت‌های مداخله و نیز شناخت کافی جمعیت هدف می‌باشد.

جدول ۳-۹: محتوا و برنامه کلاس رقص

وظایف	فعالیت	زمان
آوردن خودکار، فرم‌های رضایت نامه و پرسشنامه‌های پیش آزمون	مقدمات، اهداف فردی و انجام پیش آزمون	۶:۳۰ - ۷
نیاز به دستگاه پخش و سی دی‌های مناسب	تمرینات گرم کردن	۷ - ۷:۱۵
آوردن آب	استراحت و آب	۷:۱۵ - ۷:۲۰
	رقص	۷:۲۰ - ۷:۴۵
	استراحت و آب و گفتگو برای انتخاب موسیقی	۷:۴۵ - ۷:۵۰
	رقص	۷:۴۵ - ۸:۱۵
	نتیجه گیری انجام پس آزمون در آخرین جلسه	۸:۱۵ - ۸:۳۰

آموزش کارکنان

آموزش افرادی که مداخله را اجرا خواهند کرد تا آنها فلسفه مداخله را درک کنند، از یک برنامه تدارکاتی، مواد آموزشی مشخص شده و نیز فعالیت‌های یکسانی برای شرکت‌کنندگان پیروی نمایند. اگر رهبران گروه‌های متعددی درگیر هستند، جلسات آموزشی این اطمینان را به وجود می‌آورند که مجریان برنامه‌های درسی درک مشترکی از مداخله دارند. آموزش باید موضوعات زیر را پوشش دهد:

- حفاظت از نمونه‌های انسانی و راهنماهای کمیته اخلاق
 - زمینه‌های موضوع خاص سلامت که مداخله به آن خواهد پرداخت
 - محتوای برنامه درسی طراحی شده برای مداخله
 - ضرورت اجرای یکنواخت تمامی جنبه‌های مداخله
 - زمان اختصاص یافته به هر یک از فعالیت‌ها و جلسات مداخله
 - نحوه ارزیابی و مدیریت داده‌ها
- یک جلسه آموزش کارکنان برای کلاس رقص در سطح گروهی را می‌توان مانند نمونه‌ای که در جدول ۴-۹ آمده است، سازماندهی نمود.

جدول ۴-۹: برنامه آموزش کارکنان

وسایل مورد نیاز	فعالیت	زمان
لیست اسامی	خوشامد گویی و مقدمه	۸:۳۰ - ۸:۴۵
اسلایدهای پاورپوینت، کامپیوتر، پروژکتور LCD	بیان مقدمات به صورت تعاملی درباره سلامت، چاقی، فعالیت بدنی و تغذیه	۸:۴۵ - ۹:۱۵
جزوه و زیر دستی برای تمرین هدف	تمرین درباره صلاحیت فرهنگی و جمعیت	۹:۱۵ - ۹:۴۵
نوشیدنی، میوه، شیرینی‌های کم شیرین	استراحت و تغذیه	۹:۴۵ - ۱۰:۰۰
دسترسی گروه به اینترنت برای استفاده از نمونه‌ها و آزمون	اخلاق در پژوهش	۱۰:۰۰ - ۱۱:۰۰
	آزمون گروه برای صدور گواهینامه اخلاق	۱۱:۰۰ - ۱۱:۴۵
کپی فرم داده‌ها و تقویم	برنامه زمانی، به کار گیری شرکت‌کنندگان و جمع‌آوری داده‌ها	۱۱:۴۵ - ۱۲:۱۵
	پاسخ به سوالات و تشکر	۱۲:۱۵ - ۱۲:۳۰

به کارگیری شرکت‌کنندگان

تدوین برنامه‌ای برای به کارگیری شرکت‌کنندگان که شامل اهداف کوتاه مدت و بلند مدت می‌باشد. این برنامه باید شامل تعداد مورد نظر شرکت‌کنندگان (حجم نمونه) در حالت ایده آل بر اساس تحلیل توان باشد. وبسایت‌هایی برای چنین محاسباتی در دسترس می‌باشند و یا می‌توان به کتاب‌های استاندارد آماری مراجعه نمود. در صورتی که مداخله در طول زمان انجام می‌شود، نمونه‌گیری بیش از میزان تعیین شده ایده خوبی برای در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها به شمار می‌رود. برنامه به کارگیری شرکت‌کنندگان همچنین باید لیست اولیه مکان‌های انجام نمونه‌گیری، مشوق‌ها یا تسهیل‌کننده‌ها در صورت فراهمی و نیز دوره زمانی که پیش‌بینی می‌شود نمونه‌گیری انجام گیرد را مشخص نماید. به عنوان مثال، اگر لازم است که پنجاه شرکت‌کننده در طی یک دوره یک ماهه انتخاب شوند، باید برنامه‌ای برای تعداد پیش‌بینی شده برای هر هفته تهیه شود. هر چند شروع کند دور از انتظار نیست اما در هفته دوم حداقل باید بیست

شرکت کننده ثبت نام کرده باشند. در صورتی که کار بر اساس برنامه پیش نرود، باید برنامه را با مکان‌ها، کارکنان و یا مشوق‌های دیگر بازبینی کرد. ممکن است کارکنان بهداشتی معتقد باشند که پیام آنها ذاتا مورد علاقه جمعیت هدف می‌باشد، اما باید توجه کرد که افراد، علایق رقیب بسیار زیادی دارند. معمولا سلامت به دلیل کار، مشغله‌های روزانه، مسئولیت فرزندان و خانواده، در راس علایق افراد قرار ندارد. به همین دلیل، تنها مطرح کردن یک علامت و یا توزیع آگهی منجر به حضور مطلوب در یک جلسه مداخله نمی‌شود.

یک راهکار به کارگیری شرکت کنندگان این است که از بین جمعیت هدف، دو یا سه نفر را که علاقمند به مشکل مورد نظر هستند شناسایی کرده و در صورت امکان، برخی از انواع نقش‌های رهبری را به آنها محول نمود و برای زمانی که صرف می‌کنند مبلغ مختصری را به آنها پرداخت کرد. این نیروهای اولیه نقش مهمی را در به کارگیری شرکت کنندگان دیگر خواهند داشت. در صورت امکان، به کارگیری در طی یک رویداد و یا محلی که افراد جمعیت هدف به دلیل دیگری تجمع کرده‌اند، شروع شود. کسب همکاری و خرید خدمت از رهبر اجتماع به ویژه فردی که به جمعیت هدف دسترسی دارد و احتمالا شخصا با شرکت کنندگان بالقوه ارتباط دارد، ارزشمند است. به عنوان مثال، اگر جمعیت هدف را زنان مهاجر تشکیل می‌دهند، توضیح درباره مداخله و کار با مددکاران در سازمان اسکان مجدد و در مرکز اجتماع محلی، منجر به تسهیل در دسترسی به گروه‌ها خواهد شد.

انتخاب محل برگزاری

محلی که مداخله در آنجا برگزار خواهد شد را نیز در نظر داشته باشید. عموما یک مرکز اجتماع، محل خوبی برای برگزاری مداخله است چرا که افراد از قبل به دلایل دیگری در آن مکان تجمع کرده‌اند. کتابخانه‌های عمومی را نیز می‌توان در نظر گرفت، اما محل تجمع طبیعی مورد نظر نیست. جایگزین‌های دیگری را در نظر بگیرید، مانند کلاس رقص پس از کلاس زبان و یا برگزاری کلاس برای والدین همزمان با فعالیت کودکان تا والدین بتوانند زودتر آمده و در کلاس شرکت کنند و بعد از آن فرزندانشان را با خود ببرند. سعی کنید افراد شرکت کننده را هنگامی که جمعیت هدف به دلایل دیگری در محل مداخله حضور دارند، به کار بگیرید. ارایه یک مداخله بعد از برنامه‌های کلیسا به-

طوری که افراد مجبور نباشند مسیری را طی کنند، نمونه‌ای از این راهکار است. همچنین اجرای مداخله را به عنوان بخشی از یک فعالیت انتخابی در یک مکان محلی دیگر یا دبیرستان هیات امنایی زمان‌بندی کنید.

استفاده از تسهیل‌کننده‌ها و مشوق‌ها می‌تواند به جذب و به کارگیری شرکت‌کنندگان کمک کند. تسهیل‌کننده‌ها از جمله هزینه رفت و آمد و مراقبت از کودکان، باعث تسهیل در حضور شرکت‌کنندگان در یک برنامه خواهد بود. مشوق‌ها عبارتند از مزایا و یا هدایای کوچکی که می‌توانند در مداخله علاقه ایجاد کنند مانند تی شرت، کاپین خرید از فروشگاه، ساک دستی و یا کلاه‌هایی که نام مداخله بر روی آنها درج شده است. ارایه یک یا دو جایزه قرعه‌کشی ارزان قیمت که از فروشگاه‌های ارزان‌فروشی خریداری شده و یا از طرف کسبه محلی اهدا شده باشد می‌تواند تا حدی هیجان کار را اضافه کند. همچنین دادن سی دی موسیقی مورد استفاده در کلاس هم می‌تواند به عنوان مشوقی برای تمرین در منزل عمل کند. مسلماً تامین غذا باعث محبوبیت بیشتر مداخله و تسهیل در حضور افراد می‌شود.

آماده کردن تدارکات (پشتیبانی). مکانیسمی را برای پوشش هزینه‌های مداخله داشته باشید. وجود محل اجرای مداخله و در دسترس بودن تدارکات در زمان مورد نیاز را بررسی کنید. اطمینان حاصل کنید که اعضای اجتماع و همکارانی که قرار است به شما کمک کنند در زمان مقرر در دسترس باشند. حتی اگر از طرف مدیریت تأییدیه گرفته‌اید، سعی کنید با کارکنانی که درها را باز کرده یا محیط را گرم خواهند کرد هماهنگ نمایید، با اینکار می‌توان از سوء تفاهمی که ممکن است پیش بیاید به راحتی پیشگیری کرد.

مطالعه نمونه^۱

یک مطالعه نمونه را اجرا نمایید. در واقع این مطالعه، نسخه کوچکتر و یا تمرین اجرای مداخله نهایی با تمام عناصر مورد استفاده است. هدف از مطالعه نمونه آزمودن تمامی جنبه‌های مداخله از جمله برنامه تدارکات و ابزارهای ارزیابی است. مطالعه نمونه می‌تواند اطلاعاتی را در زمینه حضور جمعیت هدف در مداخله، نحوه واکنش آنها به پیام‌ها و مواد مداخله، طولانی یا کوتاه بودن برنامه، قابل درک بودن پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی و نیز مناسب بودن طول مدت ارزیابی فراهم نماید.

فرد ناظری که در طی مطالعه نمونه موارد را به صورت مفصل ثبت می‌کند، بازخورد مهمی را در زمینه جنبه‌هایی که برای رهبر گروه مشهود نیست فراهم می‌کند. می‌توان بلافاصله پس از مطالعه نمونه، جلسه‌ای برای ارائه گزارش با حضور اعضای تیم ترتیب داد تا پیشنهادات تغییر و نظرات درباره قسمت‌های مناسب و نامناسب مداخله استخراج شود. چنانچه تغییرات گسترده‌ای مورد نظر بود، به منظور اطمینان بیشتر از مسیر هموار اجرای مداخله در اجتماع، پس از اعمال تغییرات، دومین مطالعه نمونه را اجرا نمایید.

تهیه برنامه مدیریت داده‌ها. حداقل مقادیر کمی از داده‌ها را در طی مطالعه نمونه جمع‌آوری کنید تا بتوانید یک برنامه مدیریت داده‌ها را در هنگام طراحی مداخله تهیه کنید (به فصل ۶ نگاه کنید).

هم در هنگام مطالعه نمونه و هم مداخله اصلی، مدیریت خوب داده‌ها مستلزم توجه به جزئیات است. به یاد داشته باشید که قبل از خروج از دفتر کار، فرم‌ها و خودکار و مداد و نیز تخته و یا هر نوع زیر دستی مناسب برای نوشتن را به تعداد بیش از آنچه که مورد نیاز خواهد بود به همراه داشته باشید. اگر مصاحبه‌ها ضبط می‌شوند، قبل از خروج از دفتر کارتان مطمئن شوید که دستگاه ضبط صوت کار می‌کند و نوار و باطری‌های اضافی وجود دارد. به همراه داشتن ضبط صوت دوم ایده بسیار خوبی است. در صورت تکمیل پرسشنامه، مطمئن شوید که حریم خصوصی افراد شرکت‌کننده چه از نظر فضا (با ممانعت از این که دیگران پاسخ‌های افراد را ببینند) و یا از لحاظ زمان (از طریق دادن زمان طولانی‌تر برای تکمیل پرسشنامه‌ها) رعایت می‌شود. حداقل یک نفر از اعضای تیم باید برای پاسخگویی به سوالات در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها حضور داشته باشد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، هر یک از آنها را از جهت کامل بودنشان بررسی کنید. هر چند به نظر می‌رسد اینکار چندان خوشایند نیست اما در نظر داشته باشید که این تنها فرصتی است که می‌توانید در صورت جا انداختن سوالات خاص، از افراد بخواهید که آن را تکمیل کنند.

جزئیات نهایی

علاوه بر ابزار داده‌ها، دو فرم دیگر هم باید تکمیل شود. برای انواع خاصی از مطالعات فرم‌های رضایت که نشان دهنده تایید مداخله از طرف کمیته اخلاق است ضروری می‌باشد. تایید کمیته اخلاق تضمین می‌کند که حقوق شرکت‌کنندگان رعایت شده

است. این تاییدیه باید حتی قبل از جمع‌آوری داده‌های مطالعه نمونه اخذ شود (فصل سوم). هر چند در تمام انواع مداخلات، امضا فرم‌های رضایت ضرورت ندارد، درباره مداخلاتی که نیاز به این کار است مایه زحمت بوده و بسیاری از افراد آن را به راحتی درک نمی‌کنند. در چنین مواردی، برگه‌ای حاوی اطلاعات مختصر برای شرکت‌کنندگان بالقوه را تهیه کنید. این اطلاعات باید در سطح مناسبی از قابلیت خواندن برای شرکت‌کنندگان نوشته شده و جزئیات مداخله از نظر زمان و انرژی مورد نیاز و نیز علت جمع‌آوری داده‌ها در قبل و بعد از مداخله به سادگی و به دور از اصطلاحات فنی توضیح داده شود.

دومین مورد، فرم مکان یابی است. این فرم مربوط به زمانی است که لزوم تماس با افراد شرکت‌کننده در آینده در بخشی از مداخله یا ارزیابی آمده باشد. هر چند برای برخی از جمعیت‌ها، آدرس و شماره تلفن کفایت می‌کند، پیدایش تلفن همراه باعث شده تا پیدا کردن افراد سخت‌تر شود، چرا که شماره‌ها مکرراً تغییر می‌کند و فهرست راهنمایی برای تلفن‌های همراه وجود ندارد. برای برخورد با چنین مشکلی، شماره تلفن و یا سایر اطلاعات مربوط به یک یا دو نفر از دوستان و یا بستگان نزدیک فرد را برای پیدا کردن فرد شرکت‌کننده در مواقعی که شماره تلفنش تغییر می‌کند، بگیریید. تاریخ و محل جمع‌آوری این اطلاعات را ثبت کنید.

مداخلات در سطح اجتماع یا سیاست

مجموعه‌ای از گام‌های متفاوت برای مداخلات سطح اجتماع و سیاست مطرح شده است. هر چند نمی‌توان جوامع یکسانی را پیدا کرد، بررسی متون برای پی بردن به چگونگی درگیری سایر جوامع در مداخلات سلامت اجتماع محور مفید خواهد بود. برخی اوقات مشکل مورد نظر از پوشش مطبوعاتی کافی برای افزایش آگاهی و توجه اجتماع برخوردار است. همچنین، ممکن است رهبران سیاسی اجتماع به منظور کسب مزیت‌های سیاسی و جلب حمایت‌های جامعه، به یک موضوع خاص بپردازند. بدیهی است پیشنهاد مداخله‌ای در باره مشکلی که از قبل مورد توجه اجتماع است، آسانتر از معرفی موضوعی است که اغلب افراد به آن به عنوان یک مشکل نگاه نکرده‌اند. گام‌های مطرح شده در زیر برای تدوین مداخله در سطح اجتماع و سیاست ضروری است.

درباره سیاست از منابع مختلف تحقیق کنید.

تکالیفی را درباره سیاست سلامت خاصی انجام دهید. بررسی کنید که سازمان‌ها و جوامع دیگر چه کارهایی مثلا همانطور که در جدول ۱-۹ آمده درباره ایجاد یک مسیر پیاده روی انجام داده‌اند. علاوه بر متون دانشگاهی، روزنامه‌های محلی و سایر منابع رسانه‌های را بررسی کنید، در اینترنت به خصوص در صفحات وب سازمان‌های محلی جستجو کنید، مستندات مربوط به کنفرانس‌ها و جلسات محلی و منطقه‌ای را مرور کنید و خبرنامه‌های سازمانی را بررسی کنید. لیست خدماتی که بر موضوعات سلامت متمرکز هستند را شناسایی کنید (به فصل هشت نگاه کنید). همچنین در مورد مراحل ضروری تغییر یا اجرای یک قانون یا سیاست خاص در اجتماع هدف، آگاهی کسب کنید. به عنوان مثال، ممکن است زمین‌های عمومی وجود داشته باشد که به راحتی بتوان برای پیاده روی اجتماع از آنها استفاده کرد. افراد کلیدی را که از موضوع مورد نظر حمایت می‌کنند و یا با آن مخالف هستند را بررسی کنید و به منظور نزدیک شدن به این افراد به صورت فردی مشخص کنید آیا کسی در میان گروه مداخله وجود دارد که این افراد را به خوبی بشناسد.

اهداف، تغییر، سیاست و یا قانونی که باید تغییر کند را مشخص کنید. از مواد جمع‌آوری شده برای تعیین دقیق تغییر مورد نظر استفاده کنید. بهتر است قبل از شروع به چانه زنی برای مداخله، هدف مشخصی را در ذهن داشته باشید. این هدف می‌تواند تشکیل یک کمیته فعالیت بدنی در مدرسه محلی و یا دریافت کمک‌های مالی برای مسیر پیاده روی در محدوده مرزهای جغرافیایی اجتماع باشد.

تعیین منابع

سایر افرادی را که علاقمند به همان حوزه مورد نظر هستند را شناسایی کرده و با آنها همکاری کنید. چه تغییرات در سطح سازمان مورد نظر باشد و چه اجتماع یا سیاست، حمایت دست اندرکاران برای کلیه مداخلات اجتماع حیاتی است. با شناسایی سایر گروه‌ها و استفاده از انواع رسانه‌ها به منظور عمومی کردن مقالات محلی و ایستگاه‌های رادیویی، انجمن مستاجران، بولتن‌های کلیسا و اعلامیه در تابلو اعلانات سوپر مارکت‌ها به گسترش پایگاه حمایتی ادامه دهید.

کارکنان پروژه را آموزش دهید تا در رابطه با ضرورت پروژه در جلسات عمومی مختلف در اجتماع صحبت کنند. چنانچه لازم باشد که جلسه‌ای برای عموم مردم در رابطه با موضوع سازماندهی شود، اینکار مستلزم تعدادی از چالش‌های تدارکاتی است تا تعداد قابل قبولی از مخاطبان را پوشش دهد. ارایه چیزی فراتر از دستور جلسه مانند یک فیلم اطلاعاتی و یا سخنرانی از یک اجتماع دیگر که بر روی موضوع مشابهی به صورت موفق کار کرده است. اختلاف بر سر موضوع بین سخنرانان شناخته شده آگاه می‌تواند در تحریک علائق اجتماع و رسانه‌ها مفید باشد. تمامی وقایع باید از قبل به دقت سازماندهی شده و از طریق رسانه‌های محلی مثلاً انتشار مطبوعاتی به اطلاع عموم رسانده شوند. قبل از هر جلسه، محل برگزاری آن را به منظور اطمینان از آماده بودن و کار کردن کلیه تجهیزات مانند پروژکتور اسلاید و میکروفن‌ها بررسی کنید.

سوابق مربوط به جلسات، تماس‌ها و بحث‌ها را نگهداری کنید. برای مداخلات در سطح اجتماع و سیاست، برگزاری جلسات متعدد با دست اندرکاران، یک بخش کلیدی برنامه برای کسب حمایت در اجرای مداخلات در سطح اجتماع و یا تغییر سیاست به شمار می‌رود. ممکن است به راحتی ضرب‌الاجل برای دریافت پاسخ در زمان مقرر، برنامه‌ریزی جلسات و تهیه ابزارها تعیین نمود، اما فراموش کرد که آنچه گفته شده را به دقت مستند نمود. فارغ از این که تا چه حد تحت فشار هستید، نگهداری سوابق تمامی جلسات، تبلیغات، آگهی‌ها و یادداشت‌های برنامه‌ریزی اهمیت دارد تا گروه بفهمند چه مقدار کار انجام شده و از چه مسیری را طی کرده‌اند. این سوابق همچنین می‌توانند اساس گزارش ارزیابی را تشکیل دهند (به فصل ۱۰ نگاه کنید). در صورتیکه تلاش‌های اولیه برای ایجاد تغییر موفقیت آمیز نباشد، این سوابق گروه را قادر می‌سازند تا گزینه‌های جدیدی را در نظر بگیرند و به تلاش خود بر اساس اقدامات صورت گرفته ادامه دهند.

یک طرح پیشنهادی درباره تغییر مورد نظر و یا مداخله به هیات برنامه ریزی، هیات قانونگذاری و یا سازمان دولتی مناسب ارایه دهید. پژوهش زمینه‌ای، راهنمای ارایه تغییرات مورد نظر در قالب پیشنهادی خواهد بود. حتماً از چند نفر بخواهید که طرح پیشنهادی نوشته شده و یا ارایه شده به صورت شفاهی شما را بررسی کنند و زمان کافی برای لحاظ کردن پیشنهادات آنها در نظر بگیرید.

در صورتیکه برنامه یا تغییر پیشنهادی قابل پذیرش نباشد، لازم است که راهکار سازمانی را بررسی کرده و به منظور پرداختن به اهدافی که مطرح شده و یا نواقصی که تشخیص داده شده‌اند، مرحله ۴ و ۵ را بازبینی و تکرار کنید.

خلاصه

این فصل به گام‌های ضروری اجرای مداخلات رفع مشکلات سلامت اجتماع در هر یک از چهار سطح بوم شناختی یعنی سطح گروه، سازمان، اجتماع و سیاست پرداخته است. برنامه‌ریزی دقیق برای هر یک از گام‌ها در اجرای مداخله مطرح شده است.

فعالیت‌ها

بهداشت دهان و دندان یکی از ابعاد مراقبت‌های سلامت مهاجرین است که اغلب نادیده گرفته می‌شود. عدم دسترسی به مراقبت‌های مناسب، تغییر در هنجارهای فرهنگی مربوط به روش‌های تغذیه‌ای و انتقال کلی به ایالات متحده آمریکا، چالش‌هایی را به وجود می‌آورد. جمعیتی از مهاجرین یکی از شهرهای آمریکا را انتخاب کرده و فعالیت‌های زیر را انجام دهید:

نامی را برای مداخله این جمعیت و این مشکل سلامت که در سطوح گروهی و سازمانی متمرکز است انتخاب کنید. مشخص کنید چه اجزایی شامل کارکنان، منابع مالی و غیر مالی و چارچوب زمانی برای موفقیت در اجرای این مداخله ضرورت دارد. اغلب مداخلات در سطوح اجتماع و سیاست با یکدیگر مرتبط‌اند. مواد آموزشی اداره سلامت شهر و استان را بررسی کنید و برنامه‌هایی را که در حال حاضر در رابطه با بهداشت دهان و دندان در حال اجرا است را شرح دهید. سیاست‌های مرتبطی را که می‌توانند به دسترسی به مراقبت‌ها تاثیر بگذارند را مشخص کنید.

سوالات بحث

نمای کلی یک برنامه جذب و حفظ شرکت‌کنندگان در مداخله کاهش میزان ترک تحصیل دانش‌آموزان دبیرستانی در یک اجتماع خاص را مشخص کنید. سه دلیل احتمالی شکست در اجرای مداخلات سلامت را مورد بحث قرار دهید.

فصل دهم

ارزیابی مداخله اجتماع محور

اهداف یادگیری

درک اجزای اصلی یک برنامه ارزیابی
تمایز بین اطلاعات جمع آوری شده برای ارزیابی فرآیند، ارزیابی اثر و ارزیابی پیامد
آشنایی با ارزش داده‌های سه سویه
بیان نحوه انتشار نتایج یک ارزیابی

نگاه کلی

این فصل به بحث درباره علت اهمیت ارزیابی^۱ به عنوان یکی از بخش‌های اصلی هر مداخله اجتماع محور می‌پردازد. در این فصل اطلاعاتی درباره روش‌ها و انواع ارزیابی ارائه خواهد شد.

دلایل انجام ارزشیابی

ارزیابی یکی از اجزای ضروری مداخلات سلامت اجتماع محور می‌باشد. ارزشیابی، نوعی سنجش^۲ نظام‌مند از اثر بخشی یک مداخله یا سیاست است.

ارزیابی را می‌توان به منظور سنجش یا پی بردن به حوزه‌هایی که به دنبال اجرای مداخله بهبود یافته‌اند، انجام داد. همچنین ارزیابی می‌تواند فواید حاصل از مداخله را در رابطه با هزینه‌ها و منابع تخصیص یافته ارزیابی کند. در انجام یک پروژه مقدماتی با هدف تضمین منابع مالی برای اقدامات گسترده، ارزیابی می‌تواند شواهدی را دال بر تحقق اهداف یا قابل دستیابی بودن آنها ارائه دهد. یافته‌های مثبت ارزیابی احتمالاً تامین کنندگان مالی را متقاعد می‌کند که پول‌شان به درستی صرف شده است، همچنین این یافته‌ها به دلیل ایجاد اعتبار در سرمایه‌گذاری ممکن است آنها را در جهت حمایت بیشتر از پروژه تشویق نمایند. علاوه بر این، ارائه نتایج موفقیت مداخله به دست اندرکاران مختلف نظیر رهبران اجتماع و سیاستمداران، بهترین راه برای تداوم کمک‌های مالی و حتی دایمی ساختن آنها می‌باشد.

انواع ارزیابی

سه نوع طرح ارزیابی وجود دارد. ارزیابی فرآیند^۳، طرحی است که با نشان دادن جنبه‌هایی از مداخله که مطابق برنامه‌ریزی عمل می‌کنند و نیز ابعادی از مداخله که لازم است برای تحقق اهداف پروژه مورد بازبینی قرار گیرند، پژوهشگر را در جریان نحوه اجرای مداخله قرار می‌دهد. ارزیابی اثر، دستیابی به اهداف کوتاه مدت را بررسی می‌کند.

1 Evaluation
2 Assessment
3 Process Evaluation

برای انتساب علیتی مداخله، ارزیابی اثر^۱ به مقایسه با جمعیت مشابهی که با مداخله مواجهه نداشته‌اند می‌پردازد. این مقایسه در همان زمان اجرای مداخله صورت می‌گیرد. داده‌های جمع‌آوری شده در طی ارزیابی تاثیر، امکان آرایه بازخورد برای بهبود مداخله در هنگامی که هنوز مداخله در جریان است را فراهم کرده و در صورت عدم تحقق اهداف، پژوهشگر را در جهت اصلاح مداخله هدایت می‌نماید. نوع سوم مداخله، ارزیابی پیامد^۲ است که در پایان پروژه برای تعیین دستیابی به اهداف کلی مداخله انجام می‌شود. این ارزیابی باید به این سوال پاسخ دهد که آیا پیامدها قابل انتساب به مداخله هستند یا مربوط به سایر عواملی هستند که در حول و حوش زمان مداخله رخ داده‌اند. همچنین نتایج ارزیابی پیامد، پیامدهای ناخواسته مثبت و منفی مداخله را مشخص خواهد کرد. ارزیابی پیامد باید بتواند پس از پایان مداخله، هزینه‌ها مداخله را مقابل فواید حاصل ارزیابی نماید.

در مداخلات مختلف، سوالات متفاوتی مطرح می‌شود. به عنوان مثال، در مداخله‌ای شامل بازآموزی برای افرادی که شغل خود را از دست داده و بیش از یکسال بیکار بوده‌اند، ارزیابی فرآیند، سوالات زیر را مطرح خواهد کرد:

- محتوای آموزش چیست؟
- فراگیران چگونه انتخاب می‌شوند؟
- آموزش به چه نحو اجرا می‌شود؟
- آیا نقش کارکنان پروژه به روشنی تعریف شده است؟
- چه مواد و روش‌هایی توسط آموزش دهندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد و آیا تمامی آموزش دهندگان به صورت مشابهی از این مواد و روش‌ها استفاده می‌کنند؟
- کارکنان مداخله درباره نحوه آموزش‌ها چه احساسی دارند و فکر می‌کنند چگونه می‌توان آن را بهبود بخشید؟
- آیا فراگیران به خوبی در جلسات آموزشی شرکت می‌کنند؟
- از طرف دیگر، در ارزیابی تاثیر سوالات زیر مطرح می‌شود:
- چه مقدار از اطلاعات در یاد فراگیران مانده است؟

- آیا فراگیران مهارت‌های جدید را یادگرفته اند؟
- آیا فراگیران احساس مثبت تری درباره توانایی اشان برای یافتن شغل پس از کسب مهارت‌های جدید دارند؟
- آیا فراگیران واقعا مهارت‌های کسب شده را برای یافتن شغل جدید به کار می‌گیرند؟
- در نهایت، ارزیابی پیامد که پس از یک دوره زمانی قابل توجه از زمان پایان مداخله آموزش شغلی انجام می‌شود، به موارد زیر پاسخ می‌دهد:
- نسبت فراگیرانی که واقعا مشغول به کار شده اند؟
- طول مدت زمانی که فراگیران پس از استخدام قادر به ادامه کار بوده اند.
- دلایلی که باعث شده برخی از فراگیران از زمان تکمیل آموزش قادر به حفظ شغل خود نباشند.

ارزیابی کننده‌های بالقوه

ارزیابی می‌تواند توسط تیم مداخله و یا تیمی خارج از مداخله متشکل از افرادی که به این منظور استخدام می‌شوند، انجام شود. هنگامی که افراد بی طرفی خارج از تیم (که نسبت به کارکنان پروژه کمتر علائق فردی نسبت به موفقیت برنامه دارند) اقدام به جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها می‌کنند، ارزیابی برای جامعه قانع کننده‌تر خواهد بود. هر چند در شرایطی که به جای متقاعد کردن دیگران برای حمایت از مداخله، پژوهشگران برای پیگیری پیشرفت مداخله و ارایه بازخورد نیاز به داده‌ها داشته باشند، استفاده از کارکنان پروژه به عنوان فرد ارزیابی کننده مناسب و معمولا کم هزینه‌تر است. انجام ارزیابی مستلزم طراحی یک برنامه ارزیابی، تهیه یا شناسایی ابزار قابل استفاده در ارزیابی، جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها می‌باشد که باید تمامی این کارها همراه با اجرای مداخله صورت گیرد.

صرف نظر از این که نتایج مداخله چگونه و توسط چه کسی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، برنامه ارزیابی باید همزمان با مداخله تهیه شود. ادغام کردن ارزیابی به عنوان بخشی از کل مداخله مانع از مشکل مربوط به فقدان داده‌های اولیه برای مقایسه خواهد شد. این کار امکان بازخورد اطلاعات در طی زمان اجرای مداخله را فراهم کرده و تمامی اعضای تیم را تشویق می‌کند که با اهداف ارزیابی آشنا شوند. همچنین، فکر

کردن به ارزیابی در زمان طراحی مداخله اجازه می‌دهد که هر گونه هزینه ارزیابی در بودجه پیشنهادی دیده شود. امروزه اغلب سازمان‌های تامین کننده مالی خواهان پاسخگویی در قبال پروژه‌هایی که سرمایه گذاری می‌کنند، هستند و به پژوهشگران اجازه می‌دهند که ۵ تا ۱۰ درصد از کل بودجه را صرف امور مربوط به ارزیابی نمایند.

آمادگی برای انجام ارزیابی

به محض این که برنامه‌ریزی ارزیابی شروع شد، درگیر کردن گروه مشاوره و سایر دست اندرکاران در بحث و طراحی ارزیابی اهمیت دارد. انجام اینکار ممکن است انرژی و زمان بر باشد، زیرا افرادی که قبلاً هیچگاه درگیر کار پژوهش‌های نبوده‌اند، ممکن است با قوانین مربوط به واقعیت‌های علمی آشنا نباشند. ضروری است که درباره قوانین جمع‌آوری داده‌ها و نقش ارزیابی در افزایش اعتبار پیامدها، به این گروه‌ها توضیح داده شود. همچنین لازم است که برخی از مفاهیم اساسی طرح پژوهش‌های و اهمیت محافظت از نمونه‌های انسانی مورد بحث قرار گیرند. تمامی این مباحث منجر به افزایش احتمال حمایت دست اندرکاران از ارزیابی مداخله می‌شود.

تیم تحقیق باید یک برنامه ارزیابی به همراه هزینه‌ها و جدول زمانی را تهیه نماید تا بتواند به صورت نظام‌مند رو به جلو حرکت نماید. در بخش بعدی، نمونه‌هایی از جداول زمانی برای مداخلات یک ساله در سطح سازمان و سیاست ارایه شده است.

طراحی ارزشیابی

چهار مرحله در تهیه یک طرح ارزیابی مورد نیاز است. مراحل در این بخش توضیح داده می‌شود.

مرحله اول: تدوین جدول زمانی

جدول گانت نوعی جدول زمانی است که تاریخ شروع و پایان ارزیابی را به صورت بصری نشان می‌دهد. این جدول را می‌توان بر حسب واحد هفته، ماه یا سال نشان داد. در جدول ۱-۱۰ نمونه‌ای از جدول زمانی برای ارزیابی مداخله یک ساله استفاده از کلاس

رقص به عنوان نوعی ورزش در مرکز سالمندان با هدف افزایش قدرت بدنی و تحرک نشان داده شده است.

مرحله دوم: مشخص کردن اهداف و پیامدهای ارزشیابی

در گام بعدی، اهداف یا پیامدهای خاصی از مداخله که مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت را لیست کنید. هدف مداخله، مشکلی است که به آن پرداخته خواهد شد، مانند کاهش بارداری نوجوانان، کاهش سیگار کشیدن یا بهبود سلامت قلب و عروق. اهداف اختصاصی به راهکارهایی مربوط می‌شود که برای حل مشکل، مورد استفاده قرار خواهند گرفت، مانند افزایش فرصت‌های فعالیت بعد از مدرسه برای دختران (برای پرداختن به مشکل و یا هدف کلی کاهش بارداری نوجوانان)، اجرای مداخلات ترک سیگار در کتابخانه اجتماعی (برای پرداختن به مشکل و یا هدف کلی کاهش سیگار کشیدن) یا سازماندهی مداخله پیاده روی مبتنی بر کلیسا برای زنان (برای پرداختن به مشکل کاهش سلامت قلب و عروق زنان). در فصل هشتم اشاره شد که اهداف اختصاصی می‌تواند بسته به تمرکز بوم شناختی مداخله، متفاوت باشد (سطح گروهی، سازمانی، اجتماعی و سیاستی). در بررسی اهداف اختصاصی مداخله، نتایج ارزیابی اجتماعی (فصل هفتم)، امکان‌پذیر بودن انجام مداخله، دسترسی به جمعیت هدف و منابع موجود را در نظر بگیرید. باید تمامی این جنبه‌ها در هنگام تصمیم‌گیری درباره ابعاد مورد ارزیابی مداخله در نظر گرفته شوند.

مرحله سوم: تعیین نوع مناسب ارزیابی

ارزیابی فرآیند، پیشرفت پروژه و اجرای خوب مداخله را بررسی می‌کند. داده‌های فرآیند را می‌توان از یادداشت‌های استخدام، مستندات شرکت کنندگان، صورت جلسات نشست‌های کارکنان پروژه و مصاحبه‌های فردی یا گروهی با اعضای تیم، دست اندرکاران و افراد جمعیت هدف جمع‌آوری کرد. روش‌های مشاهده‌ای می‌توانند اطلاعاتی در زمینه نحوه اجرای فعالیت‌ها و میزان وفاداری به پیش نویس مداخله و طرح ارائه دهند.

ارزیابی تاثیر، دستیابی به اهداف مداخله را مورد بررسی قرار می‌دهد. این نوع ارزیابی مستلزم انتخاب دقیق داده‌های مورد نیاز و شاخص‌های تحلیل داده‌ها می‌باشد. از روش‌های کمی برای این نوع ارزیابی استفاده می‌شود که نیازمند شناسایی ابزارهایی مانند پرسشنامه جهت اندازه‌گیری سازه‌های مرتبط می‌باشد. هنگامی که داده‌ها جمع‌آوری شدند، می‌توان پاسخ‌ها را به راحتی در برنامه‌های نرم افزاری (مانند SAS، SPSS یا Stata) دانلود و از نظر معنادار بودن آماری تحلیل نمود.

روش‌های کیفی را می‌توان برای ارزیابی اثر به کار برد. این روش‌ها شامل راهکارهایی مانند مشاهده شرکت کنندگان، گروه‌های متمرکز و مصاحبه‌های نیمه ساختارمند است که در آنها داده‌های متنی از نظر تم‌های تکراری مورد تحلیل قرار می‌گیرند. همچنین می‌توان از سه سوپه‌سازی روش‌ها یعنی استفاده از روش‌های کمی و کیفی برای بررسی جنبه‌های مختلف مداخله بهره برد. نوع روش انتخابی بستگی به منابع و زمان موجود برای اندازه‌گیری و چیزی که سنجیده می‌شود، دارد.

قوی‌ترین روش کمی در ارزیابی تحقق اهداف مداخله، کارآزمایی تصادفی شده شاهد دار است. این روش به عنوان استاندارد طلایی پژوهش‌های تجربی در نظر گرفته می‌شود، زیرا با استفاده از این روش، کمترین احتمال کسب نتایج سوگرایانه وجود خواهد داشت. هرچند به دلیل منابع مورد نیاز، تنها تعداد اندکی از مداخلات سلامت اجتماع محور می‌توانند از این روش استفاده کنند. در کارآزمایی تصادفی شده شاهد دار، باید واحد مداخله (تجربی) و کنترل مشخص شوند و به صورت تصادفی تخصیص داده شوند. گروه مداخله (تجربی) مداخله را دریافت می‌کند و گروه کنترل رها می‌شود (به جز برای جمع‌آوری داده‌ها) یا نوعی از درمان دارونما که بی‌تاثیر است را دریافت می‌کند. این نوع مطالعه هزینه بر است، زیرا برای مقایسه دو گروه از نظر تاثیر مداخله، باید بسته به واحد تحلیل دو برابر نمونه‌ها یا سازمان‌ها را به کار گرفت. بسیاری از

هزینه‌های این نوع پژوهش بستگی به حجم نمونه، واحد تحلیل و تلاش مقتضی برای انجام جمع‌آوری داده‌های پیگیری دارد.

مطالعات نیمه تجربی به شرایط واقعی نزدیک‌ترند، ضمن این که روش‌های کمی قدرتمندی برای ارزیابی مداخلات سلامت اجتماع محور به شمار می‌روند. قوی‌ترین نوع روش‌های نیمه تجربی، روشی است که در آن فرد ارشیابی کننده گروه مقایسه‌ای که در بسیاری از جنبه‌ها مشابه گروه کنترل است را انتخاب می‌کند. در این روش تصادفی‌سازی رخ نمی‌دهد و قبل از شروع هر نوع فعالیت مداخله، داده‌های پایه مربوط به هر دو گروه جمع‌آوری می‌گردد. این روش تحت عنوان دو گروه قبل-بعد نامیده می‌شود. در روش یک گروه/قبل و بعد که طرح ضعیف تری به شمار می‌رود، گروه مداخله با داده‌های پایه خودش مقایسه می‌شود. در هر دو نوع مطالعه می‌توان در دو نقطه (زمان)، داده‌ها در طی چند هفته یا چند ماه پس از پایان مداخله جمع‌آوری شوند و به این ترتیب قدرت این مطالعات را بهبود بخشید. دومین دور جمع‌آوری داده‌ها، ماندگاری تغییرات حاصل از مداخله را در طی یک دوره کوتاه بین پایان مداخله و سومین دور جمع‌آوری داده‌ها بررسی می‌کند. این روش تحت عنوان دو گروه قبل-بعد و بعد و یک گروه/قبل-بعد-بعد اطلاق می‌شود. در زمینه نوع مطالعات کتاب‌های خوبی وجود دارد و توصیه می‌شود در هنگام برنامه‌ریزی برای ارزیابی در این زمینه مشاوره انجام شود.

ارزیابی پیامد، دستیابی به اهداف کلی مداخله را تعیین می‌کند. در واقعیت، به دلیل محدودیت منابع و زمان یا توان آماری محدود، نمی‌توان پیامد نهایی بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور را ارزیابی کرد. به عنوان مثال، چنانچه هدف کلی یک مداخله اجرا شده در یکی از دو کلیسای موجود، بهبود سلامت قلب زنان از طریق افزایش سطح فعالیت بدنی باشد، ارزیابی اثر می‌تواند تغییرات میزان مرگ و میر زنان در اثر بیماری‌های قلبی-عروقی را ارزیابی کند. هرچند با در نظر گرفتن زمان مورد نیاز برای بررسی این پیامد، ارزیابی چنین تغییری دشوار است. علاوه بر این، سایر عوامل بیرونی مانند بهبود در فناوری‌های دارویی و تشخیصی نیز می‌تواند به کاهش میزان مرگ و میر منتسب شود، این مساله تعیین میزان تغییراتی را که نهایتاً حاصل مداخله بوده است را دشوار می‌کند.

مرحله چهارم: انتخاب شاخص‌های قابل اطمینان

برای هر یک از اهداف اختصاصی باید شاخص‌های سنجش موفقیت مداخله انتخاب شود. عوامل متعددی در انتخاب شاخص‌ها یا متغیرهای سنجش موفقیت مداخله مطرح است از جمله موجود بودن داده‌ها، واحد تحلیل و قابل اطمینان بودن شاخص. در فرآیند انتخاب، باید به موجود بودن سنجش‌ها و دشواری جمع‌آوری آنها توجه شود. به عنوان مثال، در مداخله‌ای با هدف کلی کاهش بارداری نوجوانان و هدف اختصاصی اجرای یک مداخله ورزشی بعد از ساعت مدرسه در سطح اجتماع، می‌توان همگروهی از شرکت‌کنندگان را با استفاده از طرح مطالعه کوهورت آینده نگر پیگیری نمود. در این صورت، داده‌های مربوط به تعداد بارداری‌ها را می‌توان جمع‌آوری و با جمعیت مشابهی که با مداخله مواجهه نداشته‌اند مقایسه نمود. هر چند در پروژه‌های کوچک یا مطالعات مقدماتی، چنین طرحی به ندرت امکان‌پذیر است. طرح عمومی تر، یک مطالعه یک ساله است که در آن به دلیل تاخیر زمانی در دسترسی به این میزان‌ها، استفاده از میزانهای مربوط به جوانان در سطح اجتماع به عنوان یک شاخص امکان‌پذیر نیست. در صورتی که مداخله در سطح تنها یک منطقه آموزش و پرورش و یا یک یا دو مدرسه اجرا شود، عموماً میزان‌های کلی بارداری نوجوانان در آن سطح از سنجش موجود نیست. در این شرایط، اطلاع داشتن از شواهد مرتبط می‌تواند سنجش‌های جایگزین تاثیر مداخله را ارایه دهد، مانند تغییر نمره یا برنامه‌های آینده یا نگرش نسبت به بارداری.

برنامه ارزیابی باید در برگیرنده یک واحد بوم شناختی تحلیل باشد. به عبارت دیگر، تمامی تحلیل‌های مرتبط با ارزیابی‌باید در در سطح فردی، سازمانی یا اجتماع رخ دهد (به فصل چهار نگاه کنید). ارزیابی که سطح سازمان و اجتماع را تحلیل می‌کند قدرتمندتر از ارزیابی است که در سطح فردی یا گروهی انجام می‌شود، زیرا مداخله‌ای که تنها در یک موقعیت مانند یک مدرسه و یا یک کلیسا اجرا می‌شود را تنها می‌توان در سطح فردی تحلیل کرد. هر چند اگر دسترسی به چند مدرسه یا کلیسا امکان‌پذیر باشد تحلیل می‌تواند در هر دو سطح فردی و یا مجموع مدارس یا کلیساها اتفاق بیفتد. در اینجا حجم نمونه و در نتیجه توان آماری چالش برانگیز است، لذا باید با یک متخصص آمار مشاوره شود.

در نظر گرفتن قوت شاخص‌ها از لحاظ پیش‌بینی یک پیامد اهمیت دارد. در مداخلات سطح گروه، سازمان و سیستم بوم‌شناختی، عموماً از تغییر در سطح آگاهی استفاده می‌شود، اما یک شاخص نسبتاً ضعیف اثر بخشی به شمار می‌رود، زیرا عموماً تغییر در آگاهی تأثیر کمی بر تغییر رفتار دارد. شاخص‌های قوی‌تر از آگاهی که می‌توان برای بررسی اثر بخشی مداخله به کار برد شامل تغییر در نگرش‌ها، خودکارآمدی، مهارت‌ها و رفتارها است، قویترین شاخص، شاخص سلامت است. تمامی مداخلات سلامت باید حداقل تغییر در آگاهی و نگرش‌ها را اندازه‌گیری نمایند. سنجش تغییر در مهارت‌ها شاخص قویتری برای تغییر رفتار به شمار می‌رود و بهترین شاخص برای موفقیت یک مداخله است. هرچند هدف مطلوب هر مداخله سلامت اجتماع محور، ایجاد تغییر و بهبود شاخص‌ها در سطح اجتماع است (یعنی آمار مرگ و میر و ابتلا)، به دلیل تأخیر زمانی در دسترسی به چنین داده‌هایی، این کار برای مداخلات کوتاه مدت شدنی نیست.

یک نمونه از این سطح را می‌توان در مداخله‌ای با هدف بهبود سلامت کودکان مبتلا به آسم در یک اجتماع جغرافیایی که مداخله‌ای در سطح گروه است، مشاهده کرد. در این مداخله هدف کلی می‌تواند کاهش مرگ و میر مربوط به آسم، اهداف اختصاصی کاهش بستری و مراجعات به اورژانس و فعالیت‌های مداخله به کودکان ابتدایی و راهنمایی مدارس منطقه که بیماری آسم آنها تشخیص داده شده باشد. هرچند از جنبه نظری می‌توان داده‌های پایه و پیگیری مربوط به مراجعه به اورژانس در اثر بیماری آسم در بیمارستان و مراکز مراقبت‌های فوری اجتماع مورد نظر را جمع‌آوری نمود، بر اساس قوانین انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت، جمع‌آوری این نوع از داده‌ها، دشوار یا غیر ممکن است، مگر این که پژوهشگر عضو بیمارستان و یا کارکنان مرکز مراقبت باشد، همچنین ضروری است که جمع‌آوری این داده‌ها از همه بیمارستانها یا مراکز مراقبت انجام شود، زیرا فعالیت‌های مداخله می‌تواند منجر به تغییر در تعداد مراجعات به یک موسسه شود در حالی که در تعداد مراجعات سایر موسسات تغییری ایجاد نمی‌شود.

در صورتی که جمع‌آوری چنین شاخص‌های سلامت در سطح اجتماع امکان‌پذیر نباشد، می‌توان داده‌های چند شاخص دیگر را جمع‌آوری نمود. علاوه بر آگاهی و نگرش نسبت به مراقبت‌ها و پیگیری از آسم، استفاده درست از اسپره (مهارت) قبل و بعد از مداخله را می‌توان بررسی کرد. همچنین می‌توان برای ارزیابی تیم، داده‌های مربوط به

تعداد مراجعات به بخش اورژانس و مرکز مراقبت‌های فوری (رفتارها) که در فاصله سه تا شش ماه پس از مداخله رخ داده است را جمع‌آوری کرد. بدیهی است که داده‌های پایه مربوط به این مراجعات هم باید در زمان قبل از شروع مداخله جمع‌آوری شوند. بنابراین این مداخله مربوط به آسم، تغییر در آگاهی، نگرش‌ها و مهارت‌های مرتبط با مراقبت‌های آسم و نیز رفتارها را بررسی می‌کند که همگی شاخص‌های مختلف و قدرتمندی از موفقیت مداخله به شمار می‌روند.

انعطاف پذیری: یک مهارت ضروری در ارزیابی

شرکت کنندگان باید هم در اجرای مداخله و هم در انجام ارزشیابی، قادر به حفظ انعطاف پذیری باشند. ممکن است در خیلی از چیزها اشتباه رخ دهد و برخی از تردیدها مطرح شود. ممکن است سیاست‌گذاران یا مقامات دولتی با برخی از جنبه‌های طرح ارزیابی مخالف باشند، شرکت کنندگان ممکن است مخالف انجام مصاحبه باشند، سازمانی ممکن است قبل از اتمام مداخله، از مطالعه خارج شود و یا افراد قبل از جمع‌آوری داده‌های پیگیری از مطالعه خارج شوند. در بیشتر مواقع جایگزین‌های مناسب موجود هستند، هرچند ممکن است این جایگزین‌ها در نگاه اول مشخص نباشند. به عنوان مثال، به جای مصاحبه با سرپرستان ممکن است کارکنان در دسترس باشند. برای جبران موارد ریزش می‌توان حجم نمونه را افزایش داد و نمونه‌های بیشتری را در سازمان‌های دیگر به کار گرفت. در بدترین حالت، ممکن است بازبینی طرح برنامه‌ریزی شده ارزیابی جهت استفاده بهینه از داده‌های موجود ضرورت داشته باشد.

خلاصه

در این فصل منطق و مراحل ضروری ارزیابی به خوانندگان ارائه شد. تفاوت‌های بین سه نوع ارزیابی مطرح شد و مشخص شد که در چه زمانی از ارزیابی فرآیند، تاثیر و پیامد استفاده می‌شود. انتظار می‌رود خواننده کتاب با اساس انواع مختلف روش‌های ارزیابی و داده‌هایی که در این روش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، آشنا شده باشد. در پایان این فصل راهکارهای انتشار نتایج ارزیابی مثبت و منفی مطرح شد.

فعالیت‌ها

سه هدف پیامد و فرآیند را برای مداخله کاهش مصرف دخانیات در میان دختران نوجوان در سه دبیرستان یک منطقه بیان کنید.

استفاده از Gardasil به عنوان اولین واکسن سرطان دهانه رحم که در مقابل چهار نوع از پاپیلوماوی انسانی محافظت ایجاد می‌کند، با اجرای سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای افزایش آگاهی و اطمینان بخشی نسبت به در دسترس بودن واکسن برای افرادی که تمایل به دریافت واکسن دارند (و در محدوده سنی توصیه شده قرار دارند) شروع شد. اگر بخواهید برنامه ارزیابی را برای یک مداخله جدید با هدف افزایش آگاهی در میان ساکنان روستای Nebraska طراحی کنید، برای ارزیابی پیامد چگونه برنامه ریزی می‌کنید؟ برخی از اهداف قابل ارزیابی این مداخله شامل چه مواردی خواهد بود؟ این اهداف را یادداشت کنید و مشخص کنید چه روشی شامل مصاحبه، پرسشگری و یا سایر موارد را برای ارزیابی این اهداف استفاده می‌کنید، علت انتخاب‌تان چیست؟

سوال بحث

چه روش‌های مختلفی را می‌توان برای ارزیابی یک مداخله اجتماع محور پس از مدرسه با هدف کلی کاهش سوء مصرف مواد در میان نوجوانان سیزده تا هفده ساله به کار برد؟

یادگیری از گذشته و تطابق با آینده

فصل یازدهم

تامین منابع مالی و استمرار

اهداف یادگیری

درک تفاوت‌های بین منابع اصلی بودجه
آشنایی با راهکارهای شناسایی فرصت‌های بالقوه منابع مالی (بودجه) بخش دولتی و
خصوصی

درک اهمیت و چالش ماندگاری یک مداخله

نگاه کلی

تقریباً تمامی مداخلات نیازمند تامین منابع مالی برای اجرای اولیه و نیز تداوم آن هستند. این فصل راه‌های یافتن منابع مالی برای مداخلات سلامت و نیز راهکارهای سازمانی و سیاسی برای افزایش پتانسیل مداخله برای تداوم در آینده قابل پیش‌بینی را بررسی می‌کند.

تامین منابع مالی مداخلات سلامت اجتماع محور

به جز مواردی که پژوهشگر به عنوان یکی کارکنان سازمانی مانند اداره سلامت محلی، از حمایت‌های مالی آن سازمان بهره‌مند می‌شود، یافتن کمک‌های مالی خارجی ضرورت دارد. منابع مالی مداخلات را می‌توان با منابع مالی عمومی که از طرف دولت مرکزی (فدرال) یا سازمان‌های دولتی محلی تخصیص داده می‌شود و یا به صورت خصوصی از طریق کمک‌های مالی بنیاد تامین کرد. کمک‌های مالی، منابع پولی از طرف سازمان‌های دولتی (مرکزی، استانی و محلی) و بنیادهای بشر دوستانه هستند که برای انجام پروژه‌ای که از کالاهای عمومی حمایت می‌کند و یا آنها را ارتقا می‌دهد، تعلق می‌گیرد. به طور معمول، کمک‌های مالی، به سازمان‌ها اعطا می‌شود و نه افراد، مگر این که در هنگام ارسال طرح پیشنهادی افراد کلیدی شناخته شده مسئول کار باشند. بندرت کمک‌های مالی در دسترس افرادی که وابستگی سازمانی ندارند، قرار می‌گیرد.

تقریباً تمامی کمک‌های مالی از طریق فرآیند درخواست رسمی تعلق می‌گیرند و شرایط لازم، فرم‌های درخواست، تاریخ آخرین مهلت و روش کار هر یک از سازمانهای سرمایه گذار متفاوت است. دانستن شرایط و سایر اطلاعات مرتبط با سازمانی که از آنجا بودجه درخواست خواهد شد، اهمیت دارد. این اطلاعات در کتابخانه بنیادهای محلی یا منطقه‌ای و یا در دفتر برنامه‌های مورد حمایت موسسات دانشگاهی موجود است. جستجو در موتورهای جستجو می‌تواند شما را به منابعی که اطلاعات مربوط به فرصت‌های ارایه کمک‌های مالی را جمع‌آوری، طبقه‌بندی و ارایه می‌کند، هدایت نماید. می‌توان از سایت دولت مرکزی (فدرال) برای جستجوی کمک‌های مالی دولتی استفاده کرد، همچنین مرکز بنیاد اطلاعات مفیدی درباره فرصت‌های کمک‌های مالی بشر دوستانه در اختیار قرار می‌دهد.

منابع بالقوه تامین منابع مالی

سازمان‌های دولتی: سازمان‌های دولت مرکزی (فدرال)، استانی (ایالتی) و محلی به طور منظم فراخوان طرح‌های پیشنهادی یا فراخوان اعلام درخواست‌ها را منتشر می‌کنند. موسسه ملی سوء مصرف مواد و موسسه ملی سلامت روان که هر دو بخشی از موسسه ملی سلامت هستند و نیز اداره سلامت نیویورک، نمونه‌هایی از این سازمان‌ها هستند. عموماً طرح‌های پیشنهادی در یک دوره زمانی خاص ارائه می‌شوند. پس از گذشت این زمان، تمامی طرح‌های پیشنهادی توسط کمیته‌ای از داوران که در زمینه موضوعات کارشناس هستند بررسی می‌شود. اعضای کمیته به طرح پیشنهادی نمره می‌دهند و از بین آنها طرح‌هایی که از نظر روش‌شناسی (متدولوژی) نمره کسب کرده و به اهداف فراخوان نزدیکتر هستند، انتخاب می‌شوند. فرآیند درخواست‌های مالی زمان‌بر و پیچیده بوده و نیازمند برخورداری از درک عمیقی از روش‌شناسی (متدولوژی) تحقیق و بودجه بندی است. با وجود دشواری کار، این فرآیند، فرصت دریافت کمک‌های مالی ماندگار را فراهم می‌کند.

بنیادهای بشر دوستانه: بنیادهای بشر دوستانه کمک‌های مالی در سطح ملی و بین‌المللی را در حمایت از کالاهای عمومی ارائه می‌دهند. طرح‌های پیشنهادی اولیه بنیادها رسمیت و پیچیدگی کمتری نسبت به طرح‌های سازمان‌های دولتی دارند. این بنیادها حوزه‌های علایق متفاوتی دارند که به پژوهشگران اجازه می‌دهد علایق پژوهش‌های خود را با این بنیادها تطبیق دهند. به جز چند مورد استثنا مانند Rockefeller, Gates و Robert Wood Johnson این بنیادها عموماً مبالغ کمی را در مقایسه با کمک‌های دولتی اعطا می‌کنند.

بنیادهای بشر دوستانه خصوصی بنیادهایی غیر دولتی و غیر انتفاعی هستند که کمک‌های آنها معمولاً توسط خود هیات امنا و مدیران اداره می‌شود. این بنیادها بیشتر منابع مالی پروژه‌های درون منطقه جغرافیایی یا اجتماع خود را تامین می‌کنند. به عنوان مثال، صندوق نیویورک تنها علاقمند به پروژه‌هایی است که در شهر نیویورک انجام می‌شود، بنیاد مراقبت‌های سلامت میسوری به پروژه‌های که در مرکز و شرق میسوری انجام می‌شود کمک می‌کند و بنیاد مطالعات خانواده در منطقه سان فرانسیسکو فعالیت می‌نماید. در صورت علاقه به یک پروژه خاص، بنیاد می‌تواند به طراحی پروپوزالی که ویژگی‌های لازم برای دریافت منابع مالی را دارد کمک نماید.

- در زیر برخی از انواع بنیادهای بشردوستانه بیان شده است:
- بنیاد مستقل یا خانواده موقوفاتی را از افراد یا خانواده‌ها دریافت می‌کند. این بنیاد خواهان مشارکت اهدا کنندگان کلان یا خانواده‌های اهدا کننده می‌باشد.
 - بنیادهای عملگرا برنامه‌ها و خدمات خود را انجام می‌دهند و معمولاً کمک‌های مالی زیادی به خارج از سازمان ارایه نمی‌دهند.
 - بنیادهای اجتماع که به دنبال حمایت از جامعه هستند اما همانند بنیادهای خصوصی کمک‌های مالی ارایه می‌دهند، کمک‌های آنها عمدتاً نیازهای اجتماع جغرافیایی یا منطقه‌ای که در آن واقع هستند را پشتیبانی می‌کند.
 - سایر بنیادهای عمومی شامل کمک‌های مالی به سایر گروه‌های اجتماع و کمک‌های حوزه‌های خاص مانند کمک‌های زنان و بینادهای مالی سلامت که از طریق درآمد حاصل از فروش تسهیلات مراقبت‌های سلامت غیر انتفاعی راه‌اندازی می‌شود و کمک‌های تبدیلی یا بنیادهای سلامت جدید نامیده می‌شوند.
 - بنیاد شرکتی: این بنیادها با بنیادهای دولتی یا غیر انتفاعی تفاوت دارند، زیرا توسط شرکت‌های انتفاعی که برنامه‌های شرکتی خاصی را ارایه می‌دهند اداره می‌شود. این بنیادها از نظر قانونی کاملاً با شرکت‌های مادر که خود منابع مالی مورد نیازشان را تامین می‌کنند، تفاوت دارند اما بودجه‌ها به طور معمول توسط اعضای شرکت مدیریت می‌شود. نمونه‌هایی از شرکت‌های برنامه‌های خاص شامل Bank of America، American Century و شرکت‌های بزرگ است.

واجدین شرایط تامین مالی (سرمایه گذاری)

به طور کلی، چهارگروه واجد شرایط استفاده از کمک‌های مالی هستند:

- سازمان‌های دولتی
- دولت در سطح استان
- دولت محلی
- دولت در سطح شهر یا شهرستان
- دولت مناطق ویژه
- دولت بومیان قبیله‌ای آمریکا
- سازمان‌های آموزشی

- مناطق مستقل آموزش و پرورش
- موسسات آموزش عالی دولتی و ایالتی
- موسسات خصوصی آموزش عالی
- سازمان‌های مسکن عمومی
- مسئولین مسکن عمومی
- مسئولین مسکن بومیان امریکا
- سازمان‌های غیر انتفاعی

در مواقعی که سازمان‌های غیر انتفاعی هنوز وضعیت غیر انتفاعی بودنشان از نظر قانونی از طرف دولت به رسمیت شناخته نشده، از طریق سایر سازمان‌های غیر انتفاعی اجتماع که چنین وضعیتی دارند منابع مالی را درخواست می‌کنند و درصد کمی از این منابع را برای این خدمت به سازمان مذکور پرداخت می‌شود.

تفاوت بین قرارداد و کمک‌های مالی

برخی از سازمان‌های دولتی مانند مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها تمایل دارند که به جای اعطای کمک‌های مالی قرارداد ببندند. تفاوت اصلی بین کمک مالی و قرارداد عمدتاً مربوط به نحوه ارایه گزارش‌ها به سازمان است. سازمان‌های تامین کننده منابع مالی که قرارداد می‌بندند، گزارش دهی دقیقتر و نظارت نزدیکتری را نسبت به سازمان‌های ارایه‌دهنده کمک‌های مالی طلب می‌کنند، در این سازمان‌ها تنها ارایه گزارش دوره‌ای پیشرفت ضروری است. عدم تبعیت از الزامات گزارش دهی قراردادها می‌تواند منجر به قطع پرداخت وجوه باقی مانده شود. مسئولیت سازمان در یک کمک مالی دولت مرکزی این است که نتایجی را تولید نماید که بتوان آن را در پایان دوره سرمایه گذاری مثلاً به صورت گزارش‌ها و مقالات علمی منتشر کرد. عدم انتشار نتایج احتمال اعطای بودجه از طرف سازمان‌های مرکزی را کاهش می‌دهد.

انتخاب تامین کنندگان بالقوه منابع مالی

در هنگام تخصیص وجوه کمک مالی، سرمایه‌گذاران تصمیم خود را بر اساس انطباق با رسالت و نیز فعالیت‌ها و مداخله‌ای که در طرح پیشنهادی بیان شده است اتخاذ

می‌کنند. برای اطلاع از رسالت و اهداف سازمان و بنیاد دولتی که قرار است طرح پیشنهادی به آنجا فرستاده شود، باید وقت صرف کرد. به سایت سازمان سرمایه گذار مراجعه کرده و مطالعاتی که کمک مالی دریافت کرده‌اند را مطالعه کنید. سعی کنید سازمانی را مشخص کنید که رسالتش با فعالیت‌های پیشنهادی در مداخله شما انطباق نزدیکی داشته باشد. این تطابق می‌تواند مکان یا شهری که کار در آنجا انجام می‌شود، جمعیت هدف یا مشکلی که مداخله به آن خواهد پرداخت باشد. دانستن تمایل اصلی سرمایه گذار می‌تواند بر تمرکز طرح پیشنهادی برای تامین منابع مالی کمک نماید.

به منظور دانستن مبالغی که در محدوده مورد نظر سرمایه گذار است، تعداد و حجم کمک‌هایی که در گذشته اعطا شده را بررسی کنید. در صورتی که درخواست اولیه منابع مالی، مبلغ متوسط یعنی کمتر از ده هزار دلار باشد به احتمال زیاد تعلق می‌گیرد. نشان دادن شایستگی و موفقیت در ارائه چیزی که در یک طرح وعده داده شده، منجر به افزایش اعتبار هم سازمان و هم پژوهشگر شده و شانس مقادیر بزرگ کمک‌های مالی بعدی را افزایش می‌دهد.

پس از این که سرمایه‌گذاران بالقوه را مشخص کردید، دستورالعمل سازمان و فراخوان طرح‌های پیشنهادی را دانلود کرده و به دقت مطالعه کنید. این مواد راهنمایی دقیقی درباره اجزای مختلف ضروری درخواست و نحوه تکمیل فرم‌های مربوطه را ارائه می‌دهد. قبل از شروع به نوشتن این مواد، آنها را بررسی کنید و مشخصات مربوط به محدودیت صفحات، حاشیه‌ها و اندازه قلم و نیز ضمایم مجاز را یادداشت کنید. عمولا مشخصات مربوط به بودجه موجود و بینش نسبت به معیارهای داوران ارائه می‌شود. منابعی که برای درخواست مشخص شده را پیدا کنید، بسیاری از سازمان‌های سرمایه گذار کنفرانس‌های از راه دور یا کنفرانس‌های اینترنتی را ترتیب می‌دهند، همچنین اطلاعات تماس نمایندگان سازمان که به سوالات پاسخ داده یا اطلاعات دیگری را درباره طرح پیشنهادی ارائه می‌دهند را معرفی می‌کنند. این منابع به مشخص کردن این که آیا طرحی بالقوه واجد شرایط دریافت منابع مالی است یا نیاز به اصلاحاتی جهت تطابق با معیارهای سازمان سرمایه گذار کمک می‌کند.

اجزای طرح پیشنهادی تامین منابع مالی

از آنجا که زمان ارسال طرح‌های پیشنهادی محدود است، برنامه‌ریزی مناسب برای جمع‌آوری و تکمیل کلیه بخش‌ها ضرورت دارد. نوشتن طرح پیشنهادی کار دشواری است، این کار کمک می‌کند که وظایف به اجزا شکسته و یک برنامه کاری برای ماندن در مسیر تهیه شود. به یاد داشته باشید که طرح پیشنهادی احتمالاً قبل از ارسال توسط داوران دانشگاه یا دفتر بودجه سازمان مربوطه بررسی می‌شود، این دفاتر معمولاً نیاز به حداقل نیاز به یک یا دو روز برای تایید طرح‌های پیشنهادی دارند. به عنوان مثال اگر زمان درخواستی تا دوشنبه اول مارس که روز دوشنبه است، باشد، دفتر تصویب درخواست‌های سازمان برای بررسی نیاز به زمان خواهند داشت، بنابراین درخواست‌ها باید در زمانی پیش از هفته قبل یعنی حداقل تا چهارشنبه ۲۴ فوریه تکمیل شده باشند. این واقعیت موجب غافلگیری بسیاری از افراد تازه کار در امر نوشتن درخواست کمک‌های مالی می‌شود، بنابراین ارایه این اطلاعات در کنار برنامه کاری باعث کاهش استرس دقیقه آخر و ایجاد اطمینان درباره رعایت مهلت مورد نظر می‌شود.

فرآیند درخواست کمک‌های مالی سازمان‌ها متفاوت است، در برخی از آنها لازم است که درخواست‌دهندگان نامه‌ای را قبل از زمان ارسال طرح پیشنهادی کامل ارسال نمایند. عموماً، در این نامه تنها بیان می‌شود که فرد، قصد درخواست تامین منابع مالی را دارد، هرچند برخی از سازمان‌ها از افراد می‌خواهند که این نامه شامل خلاصه کوتاهی از اجزای طرح پیشنهادی کمک مالی باشد. این نامه باید کامل، واضح و کوتاه بوده و بر اساس چارچوب مشخص شده در فراخوان کمک مالی تنظیم شود.

همچنین سرمایه‌گذاران شرایط متفاوتی را از نظر میزان تخصصی بودن مداخله پیشنهادی دارند. به طور کلی، موسسه ملی سلامت، حوزه مشکل مورد نظر را مشخص می‌کند اما ماهیت مداخله را به پژوهشگر واگذار می‌کند که این کار باعث آزادی عمل در طراحی برنامه می‌شود. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، اغلب مداخله خاصی را در نظر می‌گیرد و سپس از طریق انتشار فراخوان، جزییات اقدامات برنامه‌ریزی شده که باید در دوره زمانی خاصی توسط گیرنده کمک‌های مالی انجام شود را مشخص می‌کند. بنیادها ممکن است حوزه‌های تمرکز خود را با اعلام فراخوان مداخلاتی بر روی چاقی در یک دوره مالی و سلامت روان در یک دوره دیگر تغییر دهند، معمولاً در این موارد محتوای مداخله می‌تواند توسط متقاضی تعیین شود.

خلاصه طرح پیشنهادی

هرچند ساختار طرح‌های پیشنهادی تامین منابع مالی متفاوت است، اغلب آنها شامل مواد زیر، چه به صورت بخش‌های مجزا و چه به صورت اطلاعات کلی می‌باشند. خلاصه طرح پیشنهادی اغلب از نظر تعداد کلمات و فضا محدودیت دارند و شامل خلاصه واضح و کوتاه از هدف کلی، اهداف اختصاصی و روش طرح پیشنهادی است. در این بخش نمونه‌هایی از خلاصه ارائه شده است.

خلاصه طرح پیشنهادی: مثال ۱

این طرح پژوهش‌های پیشنهادی، الگو جدیدی را در رابطه با میزان بالای خشونت‌های خانگی در میان دو اجتماع بومیان آمریکایی بررسی خواهد کرد. پژوهشگران نقاط قوت این اجتماع‌ها را استخراج کرده و با شورای زنان برای دستیابی به هدف کاهش بروز خشونت‌های خانگی و افزایش توانایی این دو اجتماع برای انجام پروژه‌های آتی کار خواهند کرد. در این مشارکت اجتماع و دانشگاه، به منظور ایجاد پیوند تمامی جنبه‌های پروژه پیشنهادی و پاسخ به چهار سوال زیر، مادر بزرگ‌ها به عنوان منابع اجتماع در کاهش خشونت خانگی با سالمندان و شورای زنان همکار خواهند کرد:

- مداخله و فعالیت‌های مربوط به آن چه تاثیری بر آمار خشونت خانگی اجتماع‌ها مورد هدف خواهند داشت؟ مداخله چه تاثیری بر فعالیت‌های مرتبط با خشونت اجتماع خواهد داشت؟
 - آیا فعالیت‌های مداخله می‌توانند موجب تغییر نگرش نسبت به پذیرش اجتماعی خشونت خانگی و افزایش خودکارآمدی در میان افراد و خانواده‌های شرکت‌کننده در فعالیت‌های مداخله شوند؟
 - آیا فعالیت‌های مداخله باعث تغییر در نگرش نسبت به خشونت و افزایش کارآمدی جمعی و سرمایه اجتماعی در اجتماع‌ها خواهند شد؟
 - موانع اجتماع و تسهیل‌کننده‌های آموزش مادر بزرگ‌ها برای اجرای روش تحقیق مشارکتی اجتماع محور در اجتماع‌ها بومیان آمریکایی چه مواردی هستند؟
- پژوهشگران جهت توسعه اعضای شورای زنان و وارد کردن مادر بزرگ‌ها با این شورا که از قبل وجود دارد و نیز با شورای قبیله‌ای و اجتماع کار خواهند کرد. این افراد در کنار هم برنامه‌های سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی را جهت تغییر نگرش نسبت به

خشونت و بهبود کارآمدی پیشگیری در میان زنان و کودکان انتخاب و اجرا خواهند نمود. فعالیت‌های مداخله بر پایه نظریه شناختی اجتماعی و اقدامات فرهنگی و باورهای خاص هر قبیله خواهد بود. برنامه‌ریزی با افراد، خانواده‌ها و اجتماع هدف برای سه سال ادامه خواهد داشت. متغیرهای پیامد چند سطحی شامل آمارهای مربوط به خشونت، درگیری اجتماع که از طریق مصاحبه با افراد مطلع کلیدی و پیمایش قبل و بعد از مداخله درباره نگرش و سرمایه اجتماعی در دو اجتماع اندازه‌گیری خواهد شد، نگرش‌های خشونت خانگی، مهارت‌ها و رفتارهای مادر بزرگ‌ها و زنان آموزش دیده به عنوان گروه مداخله و نگرش پیشگیری از خشونت‌های خانگی و مهارت‌ها و رفتارهای زنان و کودکان شرکت‌کننده در برنامه مداخله خواهد بود که شورای زنان و مادر بزرگ‌ها دوشادوش پژوهشگران در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آنها کار می‌کنند و مشترکا مسئولیت انتشار پیامدها در اجتماع و جامعه دانشگاهی را به عهده می‌گیرند.

خلاصه طرح پژوهش‌های: مثال ۲

این مداخله بر پایه نظریه انتشار نوآوری است و شامل آموزش رهبران فکری دانش‌آموزان خواهد بود تا هنجارهای اجتماعی تغییر نماید و رفتارهای پر خطر مربوط به ایدز در میان همسالان آنها در مدارس کاهش یابد. مداخلات مربوط به رهبران فکری شناسایی شده و اعضای با نفوذ اجتماع برای تسریع در تغییر هنجارهای اجتماعی درون شبکه‌های اجتماعی رهبران و نهایتاً در اجتماع آموزش خواهند دید. پروژه این الگوی مداخله را در جمعیت نوجوانان در شهر کیپ تاون آفریقای جنوبی به کار خواهد برد. دانش‌آموزان پایه دهمی که به عنوان رهبران فکری در شبکه‌های اجتماعی مدرسه محور خود شناسایی شده‌اند به کار گرفته شده و در رابطه با مهارت‌های تاثیر گذاری بر همسالان خود، آموزش خواهند دید (عمدتاً از طریق ارتباطات اجتماعی غیر رسمی). برنامه آموزشی شامل نقش بازی و تمرین‌های تعاملی خواهد بود و از تعطیلات تابستانی تا سال تحصیلی یازدهم بین دانش‌آموزان پایه دهم و یازدهم اجرا خواهد شد. انجام تحقیق در میان دانش‌آموزان بزرگتر دبیرستانی برای ارزیابی مداخله ارجحیت دارد، زیرا تعداد بیشتری از دانش‌آموزان بزرگتر، از نظر جنسی فعال هستند که این مساله ارزیابی تاثیرات مداخله را در رابطه با استفاده از کاندوم امکان‌پذیر می‌کند.

برای ارزیابی اثربخشی این مداخله، یک پیمایش بی نام در بین دانش‌آموزان پایه یازدهم گروه مداخله و کنترل در ابتدای مطالعه (شروع سال تحصیلی)، پنج ماه بعد و مجدداً در نه ماه پس از بررسی پایه در اتمام مداخله و پایان سال تحصیلی انجام خواهد شد. مطالعه تأثیرات مداخله را بر روی پیامدهای زیر بررسی خواهد کرد. به تأخیر انداختن شروع فعالیت جنسی در میان دانش‌آموزانی که در ابتدای مطالعه از نظر جنسی فعال نیستند.

افزایش فعالیت جنسی ایمن در دانش‌آموزانی که فعالیت جنسی دارند شامل افزایش استفاده از کاندوم، کاهش تعداد شرکای جنسی و کاهش آزار و خشونت‌های جنسی تأثیر بر سازوکارهای پیشنهادی تغییر رفتار: ادراکات اجتماعی یا فشارهای هنجاری درباره پذیرش رابطه جنسی محافظت نشده و خشونت جنسی بهبود نگرش دانش‌آموزان و کاهش انگ مبتلایان به HIV/AIDS افزایش آگاهی دانش‌آموزان درباره انتقال HIV/AIDS و کاهش اطلاعات غلط درباره HIV/AIDS و کاندوم

خلاصه طرح پیشنهادی: مثال ۳

هدف کلی پروژه زندگی سالم، بهبود وضعیت سلامت قلب و عروق و دستگاه تنفسی تحت تأثیر محیط و عوامل رفتاری در مرکز شهر Any Town آمریکا است. اهداف اختصاصی مطالعه شامل موارد زیر است:

- افزایش آگاهی عمومی و دانش نسبت به اضافه وزن، چاقی، سلامت قلب و عروق، سلامت دستگاه تنفسی و آسم
- پرداختن به آن دسته از عوامل محیطی منزل که در اضافه وزن، چاقی، بیماریهای قلبی، سکته و آسم نقش دارند
- پرداختن به آن دسته از عوامل محیطی در اجتماع که در چاقی، بیماریهای قلبی، سکته و آسم نقش دارند.
- افزایش منابع سازمان‌های دین محور و سازمان‌های اجتماع محور تا این سازمان‌ها بتوانند خدمات بهتری را به جامعه ارایه دهند و به مشکلات سلامت مشخص شده بپردازند.

توانمندسازی گروهی از جوانان طرفدار فعالیت در اجتماع برای کاهش بروز چاقی، بیماری‌های قلبی، سگته و آسم از طریق یک بسیج اطلاع رسانی بزرگ بازاریابی اجتماعی در هر شهر که با شهر دیگری که دارای جمعیت مشابهی است مقایسه خواهد شد. عموماً بخش اهداف اختصاصی شامل شرح مختصری از مشکل مورد نظر، هدف کلی و اهداف اختصاصی مداخله پیشنهادی و نیز شرح کوتاهی از روش‌هایی که به کار خواهند رفت، می‌باشد. این بخش می‌تواند تکرار بخش خلاصه باشد اما در بردارنده جزئیات بیشتر هم درباره مشکل و هم روش‌ها می‌باشد.

بخش زمینه و اهمیت، دانش نویسنده را درباره مشکل، میزان بروز آن در اجتماع و متون علمی موجود درباره مداخله و جمعیت هدف را آرایه می‌دهد. این بخش باید با استفاده از چند جمله درباره نحوه کمک مداخله پیشنهادی در حل مشکل یا دستیابی به نیازهای سلامت اجتماع جمع‌بندی شود.

به طور کلی بخش روش‌ها یا روش‌شناسی، بخشی از درخواست کمک مالی است که با بیشترین دقت مورد بررسی قرار می‌گیرد. این قسمت جایی است که جزئیات مربوط به نحوه انجام مداخله پیشنهادی شرح داده می‌شود. در این بخش باید مشخصات مداخله یا برنامه درسی بیان شود، همچنین لازم است نحوه، مکان و زمان انجام فعالیت‌ها و افراد آرایه‌دهنده و دریافت‌کننده مداخله مشخص شود. این اطلاعات باید به گونه‌ای آرایه شوند که خواننده‌ای که کاملاً با مشکل سلامت و اجتماع نا آشنا است به روشنی بفهمد که منابع مالی چگونه صرف خواهد شد. باید از بیان اصلاحات فنی پرهیز شود و کلیه اختصارات در اولین جایی که استفاده می‌شوند، توضیح داده شوند.

برنامه ارزیابی را یا به صورت یک بخش جدا و یا به عنوان بخشی از قسمت روش بیان کنید. حتی اگر مداخله در قالب تحقیق رسمی نباشد، این برنامه باید نحوه پایش فعالیت‌های مداخله، نتایج مورد نظر و نیز نحوه تعیین موفقیت برنامه را شرح دهد (برای اطلاعات بیشتر درباره ارزیابی به فصل دهم نگاه کنید).

بیشتر سازمان‌های سرمایه‌گذار تمایل دارند که درباره زمینه و مهارت‌های افرادی که مداخله را انجام خواهند داد (مدیر پروژه یا پژوهشگر اصلی) اطلاعات داشته باشند. همچنین این سازمان‌ها می‌خواهند تصویری از ظرفیت سازمانی برای تکمیل پروژه و حمایت از اجرای برنامه را مشاهده نمایند. بخش ظرفیت سازمانی نیز باید شامل حداقل چند جمله در رابطه با زمینه و مهارت‌های پژوهشگر اصلی یا مدیر پروژه باشد. این

اطلاعات با هدف رجز خوانی یا خودبزرگنمایی ارایه نمی‌شود، بلکه این اطلاعات سازمان سرمایه گذار را از وجود مهارت‌های فردی و سازمانی برای تکمیل موفقیت آمیز مداخله پیشنهادی آگاه می‌کند. همچنین ظرفیت سازمانی مستلزم جمع‌آوری اطلاعات زمینه‌ای درباره سازمان متقاضی است. این اطلاعات در محیط دانشکده یا دانشگاه تحت عنوان اطلاعات الگوی استاندارد شناخته می‌شود و تسهیلات، کتابخانه، پشتیبانی کامپیوتری و مدیریت مالی کمک‌های مالی را شرح می‌دهد. اگر متقاضی، یک سازمان اجتماعی باشد، اطلاعات باید شامل تاریخچه کوتاهی از سازمان، اهداف و رسالت‌ها، تشکیلات سازمان، هیات مدیره و نیز شرح مختصری از برنامه‌های قبلی و کنونی سازمان باشد. همچنین اغلب مستندات مربوط به وضعیت غیر انتفاعی بودن سازمان نیز مورد نیاز است.

نمونه‌ای از اطلاعات الگوی استاندارد دانشگاه

دانشگاه الف از سال ۱۸۳۹ به ساکنان استان خود، خدمات آموزشی، پژوهشی و خدماتی را ارایه می‌دهد. امروزه این دانشگاه یکی از بزرگترین و معتبرترین دانشگاه‌های پژوهش‌های کشور می‌باشد که بیش از صد هزار دانشجو در چهار دانشکده دارد و صدها هزار نفر در سراسر استان از طریق گسترش دانشگاه خدمات دریافت کرده‌اند. این دانشگاه برنامه‌های مربوط به مقطع کارشناسی و تحصیلات تکمیلی را با بهره‌مندی از اساتیدی که پژوهش‌های وسیع و پروژه‌های خدمات اجتماعی محور را انجام می‌دهند، دارا می‌باشد.

تمامی اعضای هیات علمی و کارمندان در دفتر خود دارای کامپیوتر شخصی پنتیوم به همراه نرم افزارهای به روز مورد نیاز پروژه‌های پژوهش‌های از جمله برنامه‌های تحلیل داده‌های کمی و کیفی هستند. دسترسی به کامپیوتری‌های محل کار و فایل‌ها ۲۴ ساعته و در کل هفته از طریق VPN و برنامه‌های دسکتاپ مجازی امکان‌پذیر است. دفاتر دانشکده مجهز به تلفن‌هایی با قابلیت کنفرانس تلفنی است و تجهیزات کنفرانس ویدئویی از طریق PolyCom در مکان‌های مختلف در سراسر دانشگاه در دسترس است تا بتوان ارتباطات سمعی و بصری با چند نقطه مختلف برقرار کرد.

کتابخانه‌های دانشگاه با ارزشیابی، جمع‌آوری، سازماندهی، حفظ و نگهداری و دسترسی به منابع دانش از طریق ارایه خدمات موثر و نوآورانه مشوق بورس تحصیلی هستند. کتابخانه‌های دانشگاه، منابع اطلاعاتی برای کل اجتماع هستند. این مجموعه نیازهای اطلاعاتی پژوهش‌ها در زمینه پزشکی، پرستاری، سلامت عمومی و داروسازی را

پوشش می‌دهد. کتاب‌های جامع موجود هم از طریق دانشگاه و هم دسترسی الکترونیکی موجود است. این کتابخانه دارای ۱۶۲۱۰۳۸ کتاب، بیش از ۶۸۳۹ سریال اشتراک، بیش از ۱/۹ میلیون قطعه فیلم کوتاه، بیش از ۳۶۲۷۵۸ قطعه صدای ضبط شده و ۳۸۱۱ فیلم می‌باشد. کتابخانه دسترسی اینترنتی به پایگاه‌های داده‌های کامپیوتری شامل EBSCO، OVID databases، UM، CINAHL، MEDLINE، MIRACL و OCLC FirstSearch را فراهم می‌کند. دسترسی به این پایگاه‌ها هم در کتابخانه و هم از راه دور از طریق اینترنت امکان‌پذیر است. بسیاری از مجلات متن کامل مقاله را به صورت آنلاین در اختیار قرار می‌دهند.

دانشگاه مذکور، تیم مداخله به همراه زیر ساخت‌های لازم برای انجام مداخله پیشنهادی را فراهم می‌کند. فضای فیزیکی برای کمک به تحقیق، فضای ذخیره داده‌ها، سخت افزارهای کامپیوتری، برنامه‌های آماری و پشتیبانی فنی برای تحلیل داده‌ها و کارکنان برای مدیریت و منابع مالی و آماده کردن و ارسال گزارشات و مقالات همگی به راحتی موجود هستند. این دانشگاه دارای تجارب و زیر ساخت‌هایی برای مدیریت و اداره چندین مورد کمک‌های مالی مختلف است. دفتر خدمات پژوهشی با انجام پشتیبانی قبل از دریافت منابع مالی تا مدیریت پس از آن و امنیت تحقیق، یک جز کلیدی در زیر ساخت‌های پژوهش‌های دانشگاه است. این زیر ساخت دارای تجربه اجرای سریع پروژه‌های جدید، گزارش‌های مالی ماهانه و چند قرارداد فرعی می‌باشد.

اگر سازمان‌های دیگری نیز درگیر هستند، لازم است طی نامه‌ای از طرف این سازمان‌ها، نقش، تجربه و حمایت آنها مشخص شود. همچنین لازم است که افراد خارج از سازمان متقاضی که در برنامه درگیر خواهند شد، خلاصه‌ای از تجربیات خود به همراه نامه همکاری که در آن نقش خود را در مداخله شرح می‌دهند، ارائه دهند.

نمونه توصیف زمینه و مهارت‌های کارکنان

ماریا گونزالس، هماهنگ کننده مداخله پیشنهادی، دانشجوی کارشناسی ارشد در رشته سلامت عمومی در دانشگاه الف است. او لیسانس خود را از دانشگاه ایالتی اخذ کرده و در آنجا یک داوطلب دائمی در پناهگاه نوجوانان فراری بود. او در حال حاضر کلاس کار خود را با یک شغل نیمه وقت به عنوان دستیار تولید در استودیو ملی تنظیم می‌کند. استن جونز، معاون هماهنگ کننده مداخله پیشنهادی است که در طی پنج سال گذشته به عنوان مدیر برنامه‌های ویژه در شورای هنر محله فعالیت کرده است. علاوه بر

کار با دانش‌آموزان ابتدایی و سالمندان، او برنامه PhotoVoice را طراحی و با موفقیت اجرا کرده است.

دیوید استیونز، مشاور ارزیابی مداخله پیشنهادی برای مداخله ارائه شده، دانشیار گروه سلامت اجتماع دانشگاه الف است. او برای برنامه‌های مختلف اجتماع محور ارزیابی فرآیند، تاثیر و پیامد را انجام داده است که آخرین مورد پروژه آموزش نمایشی ایدز و سمپوزیوم قلب‌های سالم/ کودکان سالم بوده است.

نمونه‌ای از نامه همکاری

ماریا گونزالس

دانشگاه الف

خیابان اصلی شماره ۲۲۲۰

آنی تون، آمریکا

آقای گونزالس عزیز

من به عنوان مدیر مرکز مهد کودک سنت توماس که به کودکان و خانواده‌ها در مرکز شهر خدمات ارائه می‌دهد، از تاثیرات وحشتناکی که خشونت بر زندگی کودکان دارد مطلع هستم. ما بسیار علاقمند به کار با شما و تیم پژوهش‌های شما در رابطه با طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت بر روی خانواده‌های این مرکز هستیم. من معتقدم که ایده‌های شما درباره کار با کارکنان، والدین و افراد کم سن عالی بوده و فواید بسیاری را هم در کسب مهارت‌ها و هم کاهش میزان مشکلات مرتبط با خشونت به دنبال خواهد داشت.

به شما اجازه داده خواهد شد که مداخله توقف خشونت خود را با همکاری کارکنان، خانواده‌ها و کودکان این مرکز در طی سال تحصیلی آتی اجرا نمایید. آرزو می‌کنیم شما در کسب منابع مالی در این زمینه مهم موفق باشید.

با احترام، خوزه چارلز

مدیر

اجزای بودجه

بودجه را می‌توان تنها به عنوان هزینه‌های مورد انتظار توصیف کرد یا با جزییات بیشتر درباره هزینه‌هایی که در طی دوره مالی صرف خواهد شد، بیان نمود. به عبارتی، پشتیبانی نقدی یا غیر نقدی که هزینه خواهد شد و درآمدهایی که ایجاد خواهد شد. سرمایه گذار معمولاً چارچوب و دستورالعملی که در تهیه صفحات بودجه استفاده خواهد شد را مشخص می‌کند. بودجه باید اختصاصی و واقع بینانه بوده و به داور کمک مالی تصویر کلی از آنچه که پیشنهاد شده است را ارائه دهد. سعی کنید مقدار بودجه تا حد امکان واقع بینانه بوده و خیلی تخمینی نباشد. توجیه بودجه که توصیفی از ضرورت هر یک از اجزای بودجه است، باید به همراه بودجه ارائه شود. به عنوان مثال اگر نیاز به یک نفر مصاحبه گر برای انجام مصاحبه با بیست نفر از شرکت کنندگان است و هر مصاحبه با زمان رفت و آمد در کل نصف روز طول بکشد، توجیه بودجه نشان خواهد داد که نیاز به یک نفر مصاحبه گر در ۱۰ روز برای انجام مصاحبه و برای هر روز ... دلار می‌باشد.

هزینه‌های پرسنلی و غیر پرسنلی

بودجه را می‌توان در قالب دو دسته کلی بیان کرد: پرسنلی و غیر پرسنلی. بخش پرسنلی شامل دو جزء است: حقوق کارکنان و مزایای آنها. در هنگام مشخص کردن کارکنان مورد نیاز مداخله، در نظر بگیرید که واقعا چه نوع و چه تعدادی پرسنل مورد نیاز است. صرف چه مقدار از زمان مدیر اجرایی ضرورت دارد؟ آیا حضور یک مدیر پروژه تمام وقت ضرورت دارد؟ آیا نیاز به مشاور خارجی دارای تجربیات فنی و حرفه‌ای مورد نیاز است؟ آیا کمک اداری و منشی‌گری ضرورت دارد؟ آیا ارزیابی توسط فردی از پروژه انجام خواهد شد یا با فردی خارج از پروژه قرارداد بسته خواهد شد؟ چه درصدی از زمان را هر یک از کارکنان در پروژه خواهند صرف خواهند کرد؟ به عبارتی آیا آنها تمام وقت خواهند بود یا نیمه وقت؟ در صورتی که نیمه وقت باشند، افراد دقیقا برای چه درصدی از زمان تمام وقت استخدام خواهند شد؟

مزایای جانبی شامل هزینه‌های اجباری مانند امنیت اجتماعی، بیمه خسارت کارکنان، بیمه بیکاری و مزایای داوطلبی مانند بیمه سلامت و برنامه‌های بازنشستگی است. این مزایا به صورت درصدی از حقوق و دستمزد بیان می‌شود، به عنوان مثال ۱۵ درصد حقوق سالانه ۳۰۰۰۰ دلاری مدیر پروژه یا ۴۵۰۰ دلار با درصدی که دفتر بودجه

یا پرداخت تعیین می‌کند. حقوق و مزایا باید در دسته مربوط به هزینه‌های پرسنلی به صورت جزء جداگانه‌ای فهرست شود.

بخش غیر پرسنلی بودجه، کلیه هزینه‌هایی که غیر مرتبط با پرسنل هستند را مشخص می‌کند. بخش تجهیزات شامل مواردی مثل کامپیوتر، نرم افزارهای آماری، پرینتر و سایر تجهیزات مربوط به مداخله مثل گام شمار، ترازو و فشار سنج است. بخش مصرفی یا لوازم شامل وسایل اداری مانند لوازم التحریر، خودکار، مداد، لوازم کپی مثل کاغذ و تونر و هزینه‌های مثل پرینت و چاپ می‌باشد. وسایل مربوط به مداخله مانند کتابچه‌های شرکت‌کنندگان و مشوق‌هایی مانند بلیط فیلم، کوپن‌های مواد غذایی و کارت هدیه‌های کتاب فروشی در این بخش فهرست می‌شوند.

هزینه‌های مسافرت که شامل سفرهای محلی و کشوری است را باید برآورد کرد. برای این کار مبالغی که کارکنان در مسافرت‌های مربوط به مداخله مثل بازدید از محل صرف می‌کنند شامل مسافت پیموده شده، هزینه گاز و کرایه حمل و نقل عمومی را برآورد کنید. اگر سفر برون شهری مانند مسافرت برای جلسه حرفه‌ای جهت انتشار نتایج پیش‌بینی شده است، هزینه‌های مسافرت هوایی یا ریلی، اقامت، هزینه ثبت نام و هزینه غذای هر روز را در نظر بگیرید. در نهایت برای مواردی که در بخش‌های دیگر قرار نمی‌گیرند، می‌توان هزینه‌های متفرقه از قبیل هزینه پست، تبلیغات، اشتراک و هزینه‌های کوچک مربوط به مداخله را در بخش سایر هزینه‌ها بیان کرد.

توجیه بودجه

در جدول شماره ۱- ۱۱ نمونه‌ای از توجیه بودجه ارائه شده است.

هزینه‌های غیر مستقیم

موسسات و بسیاری از سازمان‌ها یک سری از مبالغ را از سرمایه‌گذاران برای هزینه‌های غیر مستقیم که تحت عنوان سرباری هم تلقی می‌شود، مطالبه می‌کنند. این مبالغ به صورت درصدی از هزینه‌های پرسنلی محاسبه می‌شود و جهت پرداخت چیزهایی مانند فضا، برق، دسترسی به کتابخانه‌ها و نظایر آن مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازمان‌های دولت مرکزی (فدرال) مانند NIH عموماً بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های پرسنلی را به

عنوان هزینه‌های سرباری به دانشگاه‌ها پرداخت می‌کنند. بنیادها معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵ درصد را می‌پردازند. به طور کلی نیاز نیست که متقاضی این هزینه‌ها را به عنوان بخشی از بودجه مطرح کند، زیرا پس از اعطای کمک مالی محاسبه خواهد شد.

جدول ۱-۱۱: نمونه‌ای از توجیه بودجه برای مداخله پیشگیری از ایدز: دوره دوازده ماهه

توجیه و مسئولیت‌ها	مقدار	هزینه
معادل ۲۰٪ تمام وقت* ۴۰ هزار دلار حقوق سالانه= ۸۰۰۰ دلار مسئولیت اجرای تمامی ابعاد پروژه و کسب تاییدیه کمیته اخلاق، استخدام، آموزش و نظارت بر کارکنان و داوطلبین. همکاری در تحلیل داده‌ها و نوشتن گزارش‌ها و مقالات و آرایه	۸۰۰۰ دلار (مسئول استخدام و آموزش نوجوانان گروه هدف برای پیاده‌سازی تولید فیلم، تنظیم مکان برای پخش فیلم و کمک در جمع‌آوری داده‌ها برای ارزیابی)	ماریا گونزالز هم‌هنگ کننده
میزان هزینه‌های جانبی ۳۳٪* هشت هزار دلار= ۲۶۶۷ دلار	۲۶۶۷ دلار	هزینه‌های جانبی ماریا
۵۰ معادل درصد تمام وقت* ۳۰ هزار دلار حقوق سالانه= ۱۵۰۰۰ دلار	۱۵۰۰۰ دلار (مسئول دعوت از دانش‌آموزان گروه هدف و آموزش آنها برای تولید فیلم، تنظیم مکان برای پخش فیلم تهیه شده و کمک به جمع‌آوری داده‌ها برای ارزیابی)	استن جونز معاون هم‌هنگ کننده
میزان هزینه‌های جانبی ۳۳٪* ۱۵۰۰۰ دلار= ۵۰۰۰ دلار	۵۰۰۰ دلار	هزینه‌های جانبی جونز
مشاور	۲۵۰۰ دلار (مسئول طراحی و اجرای بخش‌های ارزیابی)	دیوید استیونز
۳۰۶۶۷ دلار		هزینه پرسنلی
۱۰ نوجوان* ۱۰ ساعت* هر ساعت ۱۲ دلار= ۱۲۰۰ دلار ۵ نوجوان* ۲۰ ساعت* هر ساعت ۱۲ دلار= ۱۲۰۰ دلار فیلم سازان نوجوان، که از طریق ارتباط با اداره مسکن عمومی شناسایی می‌شوند	۲۴۰۰ دلار	پرداخت به فیمسازان نوجوانان
۱۰ آرایه* ۳۰ مایل برای هر مورد= ۳۰۰	۱۰۵ دلار	ایاب و ذهاب

توجیه و مسئولیت ها	مقدار	هزینه
مایل* هر مایل ۳۵ سنت=۱۰۵ دلار		برای ارایه
دوربین، چراغ‌ها، رابط برای ۸ هفته هر هفته ۶۵ دلار = ۵۲۰ دلار	۵۲۰ دلار	اجاره تجهیزات ویدیویی
برآورد ۲۰۰ دلار	۲۰۰ دلار	لوازم فیلم
۷۵ دلار برای هر پذیرایی* ۱۰ بار ارئه= ۷۵۰ دلار	۷۵۰ دلار	پذیرایی
برای انتشار در کنفرانس انجمن سلامت عمومی استان، شامل ۱۵۰ دلار هزینه ثبت نام، هتل برای ۲ شب* هر شب ۱۲۰ دلار= ۲۴۰ دلار، غذا برای ۳ روز* ۴۵ دلار برای هر روز= ۱۳۵ دلار، کل مسافت پیموده شده تا محل کنفرانس ۳۰۰ مایل* هر مایل ۳۵ سنت=۱۰۵ دلار	۶۳۰ دلار	مسافرت تا محل کنفرانس
کاغذ و کارت‌ریج جوهر برای فعالیت‌های هماهنگ کننده پروژه	۲۵۰ دلار	لوازم دفتری
۴۸۵۵ دلار		هزینه‌های غیر پرسنلی
۳۵۵۲۲ دلار		کل

نکاتی برای نوشتن درخواست کمک مالی برای افراد مبتدی

در یافتن کمک‌های مالی، درخواست از بنیادهای محلی کوچک، محل خوبی برای شروع است. دفاتر پروژه ممکن است تمایل داشته باشند که پیش نویس طرح پیشنهادی را قبل از ارسال نهایی مطالعه نمایند. برقراری رابطه با کارکنان بنیاد کوچک محلی اغلب در تلاش‌های آتی جواب خواهد داد.

به کار با فردی که در زمینه نوشتن کمک مالی تجربه دارد توجه داشته باشید، این فرد طرح پیشنهادی را مطالعه کرده و پیشنهاداتی را ارائه می‌دهد یا در تنظیم طرح کلی کمک می‌نماید. گذراندن یک دوره نوشتن درخواست کمک مالی که اغلب از طریق دانشکده یا دانشگاه اجتماع ارایه می‌شود، هم فرصت یادگیری اصول اولیه را فراهم می‌کند و هم از این طریق مخاطبان هدف قبل از ارسال طرح آن را بررسی می‌کنند.

همچنین این آموزش‌ها به صورت آنلاین در وبسایت مرکز بنیاد به آدرس <http://foundationcenter.org/getstarted/training> موجود است.

سازمان‌های اجتماع محور جدید یا در حال توسعه‌ای که هنوز فاقد جایگاه رسمی بوده یا وضعیت غیر انتفاعی رسمی ندارند، می‌توانند با استفاده از سازمان دیگری به عنوان یک نهاد مالی، کمک مالی درخواست نمایند. این ائتلاف استراتژیک، فواید دوجانبه‌ای را به جهت امکان‌پذیر کردن دریافت مبالغ کمک‌های مالی به یک گروه جدید که ممکن بود در غیر این صورت واجد شرایط دریافت کمک مالی نشوند به دنبال دارد. به طور کلی، سازمان مادر در حدود ۱ درصد کمک مالی را برای مدیریت بودجه دریافت می‌کند.

در صورتی که کل بودجه برای مداخله پیشنهادی بیش از مقداری باشد که بتوان آن را از یک سازمان سرمایه گذار تامین کرد، می‌توان برای بخش‌های مختلف پروپوزال مانند آموزش و مقرری برای آموزشگران همسطح و یا حقوق هماهنگ کننده نیمه وقت کمک‌های مالی جدا درخواست کرد. پس از تعهد برای حتی مبالغ کم، می‌توان به سراغ سرمایه گذار دیگر رفت و درخواست همکاری آنها در فعالیتهای مداخله را مطرح کرد. بسیاری از بنیادهای بزرگ امکان دریافت مبالغ کم (عموما کمتر از ۲۵۰۰۰ دلار) بدون نیاز به تایید کل هیات مدیره بنیاد را فراهم می‌کنند که می‌تواند تنها سالی یک یا دو بار پیش بیاید. هرچند باید به خطر داشت که بنیادها علاقمند هستند که در گزارش سالانه خود نشان دهند که چه فعالیتهایی را از طریق سرمایه گذاری خود انجام داده‌اند. به عنوان مثال به جای تقسیم کل هزینه‌های بودجه یک مداخله پیشگیری از ایدز نوجوانان، از یک بنیاد تنها برای جزء فیلم برداری از نوجوانان، مسافرت و انتشار نوار ویدئویی درخواست کمک‌های مالی نمود. این کار به هر دو سازمان سرمایه گذار اجازه می‌دهد که حمایت زیادی از مداخله داشته باشند.

تداوم و استمرار مداخله

اجرای موفق یک مداخله سلامت اجتماع محور تضمینی برای تداوم آن پس از پایان دوره مالی اصلی ایجاد نمی‌کند. تعداد کمی از تامین کنندگان منابع مالی، از یک مداخله به صورت نامحدود حمایت می‌کنند، بنابراین باید برای تداوم فعالیتهای مداخله منابع جدیدی را شناسایی کرد. تهیه برنامه ماندگاری یا تداوم باید یکی از اهداف تمامی

مداخلات موفق باشد. هرچند پژوهش‌های کمی در رابطه با ماندگاری انجام شده است، بین پژوهشگران درباره اقدامات افزایش احتمال ماندگاری مداخله توافق وجود دارد. تناسب خوب بین مداخله و فرهنگ و رسالت سازمان اجتماع موجب افزایش احتمال ادغام مداخله در عملکرد اصلی سازمان می‌شود. در صورتی که بتوان به جای مداخله‌ای که نیاز به منابع قابل توجه اضافی و یا ایجاد تغییر در فضا یا ساختار سازمانی دارد، با فضای سازمانی و منابع موجود سازمان اجتماع کار کرد، مداخله ماندگار خواهد شد. کسب حمایت افراد اجرایی سازمان قبل از شروع مداخله برای تداوم مداخله حیاتی است. کارکنان در سطح اجرایی می‌توانند یک پشتیبان قابل توجه داخلی بوده و هم به اجرا و هم به ماندگاری آن کمک نمایند. بر فواید مداخله در رسیدن کارکنان، مشتریان و سایر ذی‌نفعان به فواید حاصل از برنامه تاکید کنید. آمادگی نشان دادن شفاف این فواید و تناسب آنها با رسالت سازمان و سرمایه گذار را داشته باشید. اگر کارکنان سازمان برای اجرای مداخله ضرورت داشته باشد، لازم است که مسئولیت‌های مداخله با حوزه مسئولیت‌های شغلی کنونی افراد همپوشانی داشته باشد و به آسانی بتوان آنها را در فعالیت‌های جاری ادغام نمود. کارکنان برای شرکت در کارهای مداخله نباید از مسئولیت‌های شغلی خود غفلت نمایند.

خلاصه

این فصل به برخی از ویژگی‌های کسب منابع مالی برای مداخله پیشنهادی پرداخت. در این فصل نحوه و مکان درخواست کمک‌های مالی مورد بحث قرار گرفت و تفاوت‌های بین درخواست از منابع دولتی در مقابل منابع بخش خصوصی مطرح شد. این فصل همچنین شامل مباحثی درباره اجزای درخواست پیشنهادی بود و راه‌هایی را برای ارایه بودجه پیشنهاد کرد. همچنین ایده‌هایی در باره ماندگاری مداخله پس از دریافت منابع مالی اولیه مورد بحث قرار گرفت.

فعالیت‌ها

بنیادی را در اجتماع خود شناسایی کنید که در مداخلات سلامت سرمایه گذاری می‌کند. حداقل سه مداخله که در سال گذشته منابع مالی آنها توسط این بنیاد تامین شده را شرح دهید.

محل درخواست منابع مالی این سه مداخله و مهلت سال آتی یا دوره مالی آنها را مشخص کنید.

دو دلیل سرمایه گذاری این بنیاد بر مداخله خود را بیان کنید.

سوالات بحث

جوانب مثبت و منفی درخواست کمک مالی از بنیاد در مقابل درخواست از صندوق دولت مرکزی برای حمایت از یک مداخله را مورد بحث قرار دهید.

آیا برای نوع خاصی از پروژه‌ها، محل مناسبتری برای درخواست منابع مالی وجود دارد؟

فصل دوازدهم

مشکلات اجرایی

اهداف یادگیری

بیان سه حوزه رایج بروز مشکلات اجرایی در مداخلات سلامت اجتماع محور
آشنایی با راهکارهای غلبه بر مشکلات ایجاد شده در طی مداخلات سلامت اجتماع محور

نگاه کلی

این فصل، مشکلاتی که پژوهشگران اغلب در زمان اجرای مداخلاتشان با آنها روبرو می‌شوند را بررسی می‌کند.

مشکلاتی که پیش می‌آید

توجه به این نکته اهمیت دارد که با وجود راهنماهای کلی که در این فصل درباره اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور ارائه شده، ممکن است در انجام بسیاری از اقدامات، اشتباه رخ دهد. هر چند این موضوع درباره کلیه پروژه‌های سلامت و پژوهش‌های وجود دارد، موقعیت اجتماع به دلیل روابط زیادی که باید با موفقیت صورت گیرد، چالش‌های خاصی را مطرح می‌کند. به راحتی نمی‌توان مسایلی که اتفاق می‌افتد را پیش‌بینی کرد. کلید موفقیت در این زمینه توانایی فکر کردن و واکنش به هنگام و موثر به موقعیت‌های دشوار است. فارغ از واکنش شخصی ابتدایی به این مسائل، پاسخ مناسب حرفه‌ای مستلزم حفظ آرامش و مرور تصویر کلی مشکل قبل از هر نوع واکنش می‌باشد. به کارگیری رویکرد تصویر کلی نیازمند پرداختن به مشکل به گونه‌ای است که کمترین تاثیر را بر اهداف مداخله، روش و صداقت علمی داشته باشد. حفظ این توازن یک راه ایده آل به برای به حداکثر رساندن هم رضایت اجتماع و هم نتایج علمی مطالعه است. مشکلات ممکن است در هر یک از مراحل طراحی، اجرا و یا ارزیابی یک مداخله به وجود آیند. در این فصل ما برخی از تجارب خود را از نمونه‌های واقعی به تصویر کشیده‌ایم.

مشکلات طراحی

تخمین کمتر از حد واقعی زمان و منابع لازم برای تکمیل پروژه، مشکلی است که به ویژه برای دانشجویانی که علاقمند به ایجاد تغییرات اجتماعی در حل یک مشکل سلامت هستند، رخ می‌دهد. درباره بودجه، خود واقع بین باشید و از فشرده کردن بودجه برای یک پروژه بزرگ در قالب یک پروژه کوچک‌تر اجتناب کنید. با مشخص کردن جزئیات وظایف، به کارهایی که از آغاز تا پایان مداخله باید انجام شوند فکر کنید و از ابتدا درباره این کارها به کارکنان مالی و کارکنان سازمان‌های درگیر آموزش دهید.

مکانیسم‌هایی را در برنامه برای اطمینان از در مسیر بودن انجام فعالیت‌های برنامه‌ریزی بگنجانید. به عنوان مثال، برای پروژه یک جدول زمانی تهیه کنید و درباره آن با کارکنان مالی و سازمان‌ها بحث کنید (به فصل نه نگاه کنید). راه دیگر در مسیر بودن، برگزاری جلسات هر دو هفته یک بار جهت بررسی میزان پیشرفت و ایجاد تغییرات لازم می‌باشد. همچنین انجام این کار به تهیه گزارش‌های سه ماهه در رابطه با فعالیت‌ها و پیشرفت کار کمک می‌کند. ممکن است برخی از سازمان‌های تامین کننده منابع مالی نیاز به چنین گزارش‌هایی داشته باشند، حتی اگر اینطور نباشد این گزارش‌ها می‌توانند در نوشتن نتایج بعد از اتمام مداخله کمک کننده باشد. مشکلاتی را که درباره رعایت برنامه زمان بندی پیش آمده است را با کارکنان در میان بگذارید.

درباره اهداف مداخله واقع بین باشد و به یاد داشته باشید که تغییرات رفتاری زمان بر هستند و ممکن است ارزیابی آنها در یک دوره کوتاه مدت دشوار باشد. میزان انتظارتان را از تغییرات حاصل از مداخله بیش از حد امیدوار کننده در نظر نگیرید. حداقل برخی از اهداف را از بین اهدافی انتخاب کنید که در طی دوره کوتاهی قابل تغییر و اندازه‌گیری هستند، مانند تغییر در آگاهی و یا نگرش. زمانی که به دنبال جذب منابع مالی بیشتر هستند، حتی تغییرات کوتاه مدت، نتایج مثبتی را در بر خواهند داشت. به راه‌هایی تاکید کنید که در آن مجموعه‌ای از فعالیت‌های انجام شده در مراحل اولیه کار باید برای مداخله نتیجه نهایی داشته باشند.

در طراحی مداخله در زمان کار با اعضای اجتماع، لازم است به افرادی که با روش شناسی تحقیق آشنا نیستند و یا افرادی که جنبه‌های علمی پژوهش را درک نمی‌کنند، آموزش داد که اغلب این کار توسط دانشجویان و یا پژوهشگران انجام می‌شود. به عنوان مثال، لزوم نمونه‌گیری تصادفی شرکت‌کنندگان و یا انتخاب گروه کنترل که جزیی از مداخله نخواهند بود، واضح نیست و نیاز به توضیح دقیق دارد. ممکن است توضیح درباره علت مفید نبودن انتخاب افراد شرکت کننده در بحث‌های گروهی از میان دوستان دست اندرکاران برنامه و یا داشتن عقاید مشابه درباره پیامدهای مداخله ضروری باشد. همچنین ممکن است لازم باشد که پژوهشگر مطمئن شود که کارکنان و اعضای اجتماع که بر روی مداخله کار می‌کنند ضرورت جمع‌آوری داده‌هایی فراتر از تجربیات شخصی و یا حداقل تجربیات شخصی نمونه وسیعی از اعضای اجتماع را درک می‌کنند.

مشکلات اجرایی

پس از شروع مداخله، ممکن است ایجاد تغییرات اساسی در آن ضروری باشد. ممکن است پس از توافق با یک سازمان اجتماعی مبنی بر دنبال کردن یک پروتکل خاص و تهیه برنامه پروژه، سازمان مورد نظر به این نتیجه برسد که امکان انجام آن به دلایل مسایل سیاسی و یا تغییر دیدگاه شان در رابطه با اهمیت پروژه وجود ندارد. توسعه حمایت‌های مداخله از طریق دخالت دادن دست اندرکاران از بیش از یک بخش می‌تواند به پاسخ به چنین چالش‌هایی کمک نماید. به منظور حفظ حمایت از پروژه، ارتباط با دست اندرکاران باید از طریق تماس‌های تلفنی و جلسات فردی و گروهی منظم حفظ شود، حتی زمانی که به نظر می‌رسد آنها زمان و انرژی خود را در جایی غیر از فعالیت‌های اصلی مداخله صرف می‌کنند.

مساله دیگری که باید در نظر گرفته شود حفظ مشارکت است. زمانی که دسترسی برای افراد دشوار باشد، احتمالاً مشارکت‌شان را در مداخله ادامه نمی‌دهند. با پرداخت هزینه‌های مربوط به رفت و آمد و اجرای فعالیت‌های برنامه در زمان‌هایی که اکثر افراد بتوانند در برنامه شرکت کنند (مانند ساعات بعد از کار و مدرسه و نه در طی تعطیلات) از بروز این مشکل پیشگیری کنید. فعالیت‌ها باید در مکان‌هایی اجرا شوند که رسیدن به آنجا آسان باشد. هر چند نزدیکی جغرافیایی اهمیت دارد اما باید موانع پیرامون محل نیز لحاظ شوند. به عنوان مثال، تردد افراد در یک بیمارستان بزرگ و یا ساختمان دولتی در صورتی که با طرح و سیستم‌های امنیتی آشنا نباشد، دشوار خواهد بود. همچنین در صورتی که افراد برای رسیدن به محل برنامه از ماشین استفاده می‌کنند، اطمینان از وجود پارکینگ، ترجیحاً به صورت رایگان اهمیت دارد.

مشکل رایج دیگر، اتکای زیاد به انجام فعالیت‌های مداخله توسط داوطلبان است. هر چند داوطلبان می‌توانند بسیار کمک کننده باشند، اما باید در نظر داشت که این افراد تعهدات دیگری (کار، خانواده و مدرسه) دارند که می‌تواند زمانی را که می‌توانند و یا در عمل صرف پروژه می‌کنند را محدود نماید. بدیهی است این حد از بی‌ثباتی می‌تواند به صورت منفی بر توانایی برنامه در دستیابی به اهدافش تاثیر بگذارد. در این زمینه این واقعیت مطرح است که تغییر افرادی که به عنوان کارکنان برنامه هستند می‌تواند بر ثبات برنامه تاثیر منفی بگذارد. به علاوه، هر چند داوطلبان علاقمند و متعهد هستند

ممکن است از مهارت‌های لازم برخوردار نباشند و بنابراین آموزش مناسب باید به آنها ارایه شود. انجام این کار می‌تواند منابع مداخله را به مصرف برساند.

تغییر (بی ثباتی حضور) کارکنان

یکی دیگر از عوامل پیچیده می‌تواند زمانی رخ دهد که اتکا زیادی به یک یا دو نفر از اعضای کارکنان مطالعه باشد، در حالی که سایر افراد در حلقه ارتباطی و مسئولیت‌ها دخالت داده نشده‌اند. چنین موقعیتی می‌تواند علت تغییر کارکنان و اختلاف درون گروه کاری مداخله شود. مداخلاتی که با جمعیتی با یک نیاز خاص بالا کار می‌کنند مانند افراد بی خانمان مبتلا به بیماری‌های روانی یا پناهندگان با حداقل منابع، کارکنان به دلیل عدم توانایی در فراهم کردن منابع و فقدان حمایت برای این جمعیت از طرف اجتماع، ممکن است کار را ترک کنند. استرس حاصل به ویژه برای کارکنان در موقعیت‌های خط مقدم می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی شود. آماده کردن کارکنان در زمان کافی، تنوع در برنامه کاری، طراحی راه‌هایی برای ترکیب مسئولیت‌های کارکنان و ارایه حمایت، راهنمایی و پس‌خوراندهای مداوم می‌تواند به حل این مسایل کمک کند. فکر کردن به ارتقای شغلی نیز می‌تواند استعداد و تجارب افراد را برای مداخله حفظ کند. به راه‌هایی فکر کنید که مثلاً یک موقعیت هماهنگ کننده برای کارکنانی که نشان داده‌اند متعهد به کار در خط مقدم هستند، ایجاد شود. مسئولیت‌های دیگری را مشخص کنید که کارکنان پس از مدتی توانایی پذیرفتن آن را دارند، مانند تهیه مواد آموزشی، جمع‌آوری داده‌ها، کمک در نوشتن مستندات مربوط دریافت کمک‌های مالی و یا انجام فعالیت‌های جدید برنامه. چنین امکاناتی را با کارکنانی که تازه به کار گرفته شده‌اند و با نهادهای مشارکت کننده کار می‌کنند در میان بگذارید تا مطمئن شوید که این افراد را می‌توانید شناسایی کنید. تغییر کارکنان از نظر آموزش‌های اضافی و جهت گیری کارکنان جدید، فشار کاری نیروهای موجود تا زمان جایگزینی فرد جدید و نیز روابطی که در زمان خروج یکی از افراد باید برقرار شود، می‌تواند برای سازمان هزینه بر باشد.

مشکلات ارزشیابی

هر چند ارزیابی پروژه برای دانشجویان، اعضا هیات علمی و تامین کنندگان مالی حیاتی است اما می‌تواند از نظر شغلی برای سازمانی که در تامین داده‌های مورد نیاز

ارزیابی همکاری نمی‌کند، تهدید کننده باشد چرا که ممکن است بازتاب بدی در عملکردشان ایجاد شود. یک راهکار برای برخورد با چنین موقعیتی مطمئن کردن سازمان درباره عدم افشای هویت خود در ارایه گزارش می‌باشد. در صورتی که نتوان چنین تعهدی را مطرح کرد و یا موفق به اجرای آن شد، مشخص کنید که آیا می‌توان ضمن حفظ طرح کلی ارزیابی، داده‌های سازمان را حذف کرد یا خیر.

در برخی مواقع، در مداخلاتی که چندین سازمان شرکت دارند ممکن است همکاری سازمان‌های اجتماع از بین برود. به عنوان مثال، اگر سوال تحقیق دانستن نقاط قوت راهکارهای مختلف توسعه برنامه پیشگیری از ایدز باشد، ممکن است با هدف پی بردن به بهترین راهکار، از هر یک از سازمان‌ها خواسته شود پروتکلی را که تا حدی با بقیه متفاوت است اجرا نمایند. در صورت عدم انجام کار توسط یکی از سازمان‌ها و موجود نبودن داده‌های آن، ممکن است ارزیابی محدودتری که شامل مقایسه داده‌های سازمان‌های درگیر است، مفید باشد. معمولاً می‌توان چارچوب‌های نمونه‌گیری را تعدیل کرد و یا یک روش جمع‌آوری داده را جایگزین روش دیگر نمود حتی اگر با این کار نتایج توان آماری کمتری داشته باشند.

به ندرت یک تغییر در سازمان‌های همکار و یا اجتماع به عنوان کل مانع انجام ارزیابی می‌شود چرا که در چنین موقعیتی تغییرات لازم در طرح مطالعه صورت می‌گیرد. هرچند با وجود مشکل زمانی که ادامه کار باعث هدررفتن وقت و منابع می‌شود، متوقف کردن ارزیابی و نهایتاً مداخله باید به عنوان یک گزینه مطرح باشد. شفاف کردن ضرورت انجام یک ارزیابی قوی جهت تعیین تاثیر مداخله ضروری از زمان شروع پروژه می‌تواند از سوء تفاهم‌های بعدی مداخله پیگیری کند.

ممکن است چالش‌هایی مرتبط با جمع‌آوری برخی از داده‌های مورد نیاز اجرا و ارزیابی مداخله به وجود آید. یک مشکل رایج اعتراض به برخی از سوالات و یا نحوه بیان یک سوال خاص می‌باشد. تمهیداتی را برای مقابله با چنین اعتراض‌هایی بدون به خطر انداختن نتایج در نظر بگیرید. اگر از نظر بخش قابل توجهی از اجتماع یا کمیته اخلاق، نحوه بیان پرسشنامه اهانت آمیز بود، می‌توان نحوه بیان را تغییر داد حتی اگر دقت کمتری داشته باشد. نحوه بین سوالات در پیمایش‌ها و سایر ابزارها را می‌توان تغییر داد. برای مقابله با اعتراض‌های شدید، می‌توان سوالات خاصی را حذف کرد. مثلاً اگر مداخله در پی تشویق جوانان دارای روابط جنسی به کاهش رفتارهای پر خطر

می‌باشد، بهتر است از پرسشنامه‌ای استفاده کرد که حاوی کلمات عامیانه مورد استفاده خود جوانان برای توصیف فعالیت جنسی است، چرا که به راحتی این سوالات را می‌فهمند. برخی از بزرگسالان در اجتماع ممکن است به استفاده از چنین کلماتی معترض باشند. معمولاً میتوان با اجتماع به توافقی در این زمینه دست یافت که اثر بخشی مداخله را به صورت جدی کاهش ندهد.

در هنگام کار با اجتماع‌هایی که چند گروه مهاجر دارند، ممکن است اطمینان از درک گروه‌ها از مفهوم ابزار، فرم‌های رضایت و مواد آموزشی دشوار باشد. در چنین موقعیتی، داشتن برگه‌ای که اجازه می‌دهد کلمات و واژه‌ها را ترجمه کنید و درک سوالات را برای جمعیت‌های خاصی تسهیل نمایید، می‌تواند کمک کننده باشد. در برخی از جمعیت‌ها، ممکن است سواد به ویژه درباره مهاجرین مسن یک مساله باشد. پرسیدن درباره تمایل افراد به خواندن بلند سوالات توسط پژوهشگر به دلیل این که مثلاً افراد عینک خود را به همراه ندارند می‌تواند خجالت آنها را به حداقل برساند.

سوء تفاهم درباره سلسله مراتب یک گروه مهاجر و یا سایر گروه‌های اجتماع مشکلی است که بسیاری از کسانی که در کار با اجتماع تجربه ندارند، پیش می‌آید. در برخی از گروه‌ها، زنان بدون حضور یک عضو مذکر خانواده اجازه صحبت با افراد غریبه را در یک اتاق ندارند. در برخی دیگر از گروه‌ها، بزرگسالان وابسته به ترجمه از انگلیسی و یا بالعکس توسط اعضای جوان خانواده هستند. ممکن است این مساله حتی درباره سوالاتی که ماهیت خودمانی و صمیمی دارند نیز مطرح باشد. پژوهشگر باید خود را با چنین وضعیتی سازگار کند، حتی اگر این کار به نظر مطلوب نباشد. یک گزینه در چنین موقعیتی این است که سوالاتی که ممکن است برای فرد ناراحت کننده باشند، مطرح نشوند به خصوص اگر این سوالات برای پیامدهای پروژه مهم نباشد.

در طی فرآیند ارزیابی فرآیند، ممکن است کارکنانی که مورد مصاحبه قرار می‌گیرند، احساس کنند که کارشان در معرض قضاوت است و با صراحت به سوالات پاسخ ندهند. ضروری است به صورت مکرر به آنها اطمینان داده شود که این برداشت آنها درست نیست و تمامی داده‌ها محرمانه هستند. یافته‌های ارزیابی فرآیند ممکن است نشان دهند که برخی از کارکنان سوالات را به درستی تفسیر نمی‌کنند و باید اصلاح شود.

یافته‌های منفی

ممکن است برخی از یافته‌ها نشان دهند که اعضای اجتماع که در معرض خطر بالایی هستند به مداخله دسترسی پیدا نکرده‌اند. یافته‌های دیگر ممکن است بیان کنند که با وجود اجرای خوب مداخله، تاثیر چندانی بر مشکل سلامت مورد نظر نداشته است. باید هر چه زودتر درباره هر یک از این وضعیت‌ها اقدام شود که می‌تواند شامل آموزش مجدد کارکنان، تهیه برنامه جدید نمونه‌گیری و دستیابی به افراد و یا خاتمه زود هنگام مداخله باشد.

برخی مواقع ممکن است دست اندرکاران و یا اعضای اجتماع نتایج ارزیابی مداخله‌ای را که مورد حمایت آنها بوده را دوست نداشته باشند و یا احساس راحتی نکنند. در سایه نتایج منفی مداخله، پرسنل سازمان ممکن است نگران تامین مالی مداخله باشند و یا نتایج ممکن است از نظر سیاسی خوشایند بخشی از اجتماع نباشد. پاسخ به چنین وضعیتی بستگی به قصد شما به ادامه کار با این اجتماع دارد. اگر قصد دارید کار را با این اجتماع ادامه دهید، می‌توانید نتایج را بدون نشان دادن جنبه‌های منفی و با تاکید بر نتایج مثبت منتشر کنید و نتایج منفی را دور از کانون توجه عمومی نگه دارید. در چنین وضعیتی نمی‌توان یک کنفرانس مطبوعاتی برگزار کرد. هر چند بندرت اعضای اجتماع با انتشار نتایج منفی در یک مجله علمی پژوهشی مشکل دارند. در شرایطی که بیشتر یافته‌ها مثبت هستند، برگزاری کنفرانس مطبوعاتی که در آن دست اندرکاران دعوت می‌شود، می‌تواند باعث تقویت حمایت آنها در مراحل بعدی کار شود. در چنین شرایطی همواره باید انتشار مطبوعاتی به منظور پیشگیری از سوء تعبیرها یا آرایه نادرست یافته‌ها انجام گیرد. در هنگام انتشار نتایج، تصاویر می‌تواند روش خوبی برای نشان دادن کارهایی که انجام شده، می‌باشد. هر چند به یاد داشته باشید که مجوز استفاده از این عکس‌ها را اخذ کنید (این مساله به ویژه زمانی مهم است که افراد شرکت کننده از بین اقلیت‌ها باشند و یا نخواهند که شناخته شوند مانند معنادان تزریقی، افراد غیر قانونی، قربانیان تجاوز جنسی و یا افرادی که سو سابقه دارند).

اگر ارزیابی بیانگر برخی از مشکلات عمده در مداخله بود، این نگرانی‌ها باید به اطلاع دست اندرکاران رسانده شوند تا آنها در جریان باشند، عدم ایجاد تغییرات اساسی، ممکن است زمان و منابع را از بین ببرد. از آنجا که اعلام اخبار بد می‌تواند افراد را در معرض خطر قرار دهد، بهتر است از دست اندرکارانی که ماهیت پژوهش را بیشتر درک

می‌کنند، به عنوان مثال افرادی که در زمینه داده‌ها و ارزیابی تجاربی دارند و یا رهبران دانا، جهت کمک به اطلاع به دست اندرکارانی که چنین تجربه‌ای را ندارند استفاده شود. هیچ مداخله‌ای دقیقاً آنگونه که برنامه‌ریزی شده پیش نمی‌رود و هیچ ارزیابی کاملاً مثبت نیست. در گزارش یافته‌های یک ارزشیابی، پژوهشگر باید مدبر و خلاق باشد.

خلاصه

در این فصل برخی از چالش‌های کار در موقعیت‌های اجتماع به همراه تعدادی از روابطی که باید به صورت موفقیت آمیزی حل و فصل گردد را مورد بحث قرار دادیم. بر پایه تجربیات ما، هنگامی که امور مربوط به پروژه دچار اشکال می‌شود، پژوهشگر باید آرامش خود را حفظ کرده و قبل از هرگونه واکنش، به صورت خلاقانه درباره آن مشکل فکر کند. نمونه‌های ارایه شده نمایانگر تمامی مشکلات بالقوه نیستند، بلکه این نمونه‌ها منعکس کننده طیفی از تجربیاتی است که می‌تواند خوانندگان این کتاب را در برخورد با بسیاری از چالش‌های پیش رو راهنمایی کند.

فعالیت‌ها

لیستی از مشکلات رایج که ممکن است در یک مداخله بالینی و یک مداخله اجتماع محور رخ دهد را تهیه کنید. چه تشابهات و تفاوت‌هایی بین این دو وجود دارد؟

سوالات بحث

شما به عنوان هماهنگ کننده یک برنامه مداخله پیشگیری از بارداری نوجوانان، چه واکنشی به رابطه جنسی همکاران با یکی از آموزش دهندگان همسطح نشان می‌دهید؟ چه مراحل را جهت به حداقل رساندن تحریف داده‌ها توسط افرادی که اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنند می‌توان اتخاذ نمود؟

فصل سیزدهم

آینده مداخلات سلامت اجتماع محور

اهداف یادگیری

پیش بینی روش های جدید مداخلات سلامت اجتماع محور با استفاده از روش های نوین

ارتباطی

ارایه تعاریف جدید از اجتماع بر اساس بهره مندی از پیشرفت های فناوری

نگاه کلی

این فصل به بررسی گسترش انواع مداخلات سلامت اجتماع محور که با توسعه روش‌های نوین فناوری ارتباطات امکان‌پذیر است، می‌پردازد.

انطباق روش‌های مداخله با اجتماع‌های قرن بیست و یکم

حوزه سلامت عمومی به طور مداوم در حال تغییر است. چالش‌هایی که جوامع با آنها مواجه هستند، می‌تواند تغییرات بنیادی در مدت زمان نسبتاً کوتاه ایجاد نمایند. در اواسط قرن بیستم، دست اندرکاران سلامت عمومی با اعتقاد به این که بسیاری از بیماری‌های عفونی نظیر آبله متعلق به گذشته است، نفس راحتی کشیدند. فلج اطفال که در شروع بسیج ریشه کنی جهانی در سال ۱۹۸۸ بیش از ۲۵۰ هزار نفر را آلوده کرده بود، به سرعت در غرب به یک رویداد نادر تبدیل شد، هرچند هنوز هم ادعا می‌شود سالانه تعدادی در جنوب آسیا و آفریقای زیر صحرا که در آنجا واکسیناسیون بحث برانگیز است، قربانی این بیماری می‌شوند. در سال ۱۹۸۰ ایدز و HIV هنوز شناسایی نشده بودند و فعالان سلامت عمومی در احساس آرامش تغییر توجه خود از بیماری‌های عفونی به کنترل و پیشگیری از بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سکنه به سر می‌بردند.

هرچند با شروع قرن بیستم ایدز و HIV به عنوان بلایی مطرح شد که زندگی مردم را در همه قاره‌ها و میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا را با آلودگی ویروسی تهدید کرد. سل و مالاریا هنوز علت اصلی بیماری و مرگ در بخش‌هایی از نیمکره جنوبی هستند و همانند نوع جدید آنفلوانزا، دنیا در انتظار همه‌گیری جهانی بعدی است. کارکنان سلامت عمومی باید دائماً خود را برای مقابله با واقعیت‌های جدید دنیایی که در آن کار می‌کنند، تطابق دهند.

تطابق در سلامت عمومی تنها درباره پاسخ به تهدیدهای جدید سلامت نیست. رویکردهای مورد استفاده برای درگیری و مبارزه با تهدیدهای سلامت عمومی و ایمنی باید در تغییرات در روش ارتباط و تعامل با چیزهایی که به عنوان بخشی از اجتماع مشاهده می‌شود نیز منعکس شوند. یکی از تغییرات اصلی در جامعه ما و کلیه جوامع سراسر جهان مربوط به معرفی و استفاده از فناوری‌های اطلاعات است. در سال ۱۹۸۰ تعداد کمی از افراد حتی درباره اینترنت شنیده بودند و هیچ موسسه تجاری دسترسی

به آن را ارایه نمی‌کرد. امروزه میلیاردها نفر آنلاین هستند. به همین ترتیب تلفن همراه در طی تنها چند دهه از یک اسباب بازی بزرگ در خانوارهای ثروتمند به یک وسیله رایج خانوارها تبدیل شد. حتی در کشورها و اجتماع‌ها خیلی فقیر، افرادی که نمی‌توانند خط تلفن ثابت داشته باشند، یک تلفن همراه ارزان قیمت را خریداری کرده و تماس‌های ضروری را برقرار می‌نمایند. این پیشرفت در فناوری پیامدهای مهمی را برای فعالان عرصه سلامت عمومی به همراه دارد.

بازتعریف فناوری اطلاعات از اجتماع

در این فصل تعریف اجتماع را فراتر از تعریف محدود جغرافیایی گسترش می‌دهیم تا بررسی کنیم چگونه فناوری ما را قادر کرده تا به تعریف، توسعه و دستیابی به اجتماع در سراسر دنیا فکر کنیم. هرچند دسترسی در بسیاری از جمعیت‌های آسیب پذیر محدود است، نفوذ فناوری به ویژه در میان جوانان در حال گسترش است.

فناوری اطلاعات تعریف اجتماع را از چند بعد تغییر داده است. فناوری اطلاعات با ایجاد پیوند بین افراد بر اساس اشتراک اینترنت و ویژگی‌ها، فارغ از محل جغرافیایی آنها، اجتماع‌ها جدیدی را ایجاد کرده است. در حالی که برخی از این اجتماع‌ها دارای اهمیت کمی از نظر اهداف سلامت عمومی هستند، برخی دیگر از این اجتماع‌ها کاملاً مرتبط هستند، به عنوان مثال شبکه‌های آنلاین متشکل از افراد یا اجتماع‌هایی وجود دارند که در باره هر چیزی از بارداری و مدیریت وزن تا بیماری‌ها و درمان بیماری‌ها، بحث می‌کنند. اجتماع‌های دیگری پیرامون گروه‌های خاص دموگرافیکی شکل می‌گیرند مانند زنان نجات یافته از سرطان پستان، مردان هم جنس باز و یا دختران نوجوان مبتلا به اختلالات تغذیه‌ای. این اجتماع‌ها برای کارکنان سلامت عمومی فرصت‌های بی نظیری فراهم می‌کنند تا جمعیت‌های در معرض خطر خاص را مشاهده کرده و با آنها تعامل داشته باشند.

مثلاً یک اتاق گفتگوی افراد معتاد می‌تواند موقعیت مفیدی برای مشاهده نگرش‌های آنها و پیوستن به گفتگوهایشان درباره رفتارهای پر خطر و نیز ارایه مداخله‌ای نظیر ارایه حقایق و شواهد در مورد مخاطرات و رفتارهای جنسی محافظت نشده را فراهم کند. با استفاده از اینترنت دست اندرکاران قادر خواهند بود تا به سوالات درباره رابطه جنسی ایمن و ایدز در محیطی که هر فرد می‌تواند با احساس راحتی و به صورت برابر شرکت

نمایند، پاسخ دهند. چنین موقعیتی می‌تواند به دست اندرکاران بهداشتی فرصتی را جهت طراحی مداخله در یک موقعیت حیاتی، به طور ایده آل قبل از درگیر شدن افراد در رفتارهای بالقوه خطرناک فراهم کند و از این طریق احتمال این که اطلاعات مبادله شده در اینترنت یا گفتگوها موثر باشد، افزایش می‌یابد. مزیت اتاق گفتگو، دستیابی به افرادی است که خود تمایل به شرکت در گروهی را دارند که در آنجا باید شناسایی شوند یا اطلاعات خصوصی خود را فاش نمایند. اتاق‌های گفتگو با حفظ گمنامی هویت افراد، موانع حضور در جلسه را کاهش می‌دهد و مانع از مشکلات دیده شدن در عموم در هنگام بیان مسایلی که بالقوه خجالت آور هستند، می‌گردد. سوالاتی که در هنگام گفتگو ممکن است مطرح شود را می‌توان به راحتی در تماس‌های بعدی از طریق ایمیل یا وسایل دیگر پاسخ داد.

افزایش اجتماع‌های مرتبط با سلامت از طریق اینترنت

اینترنت به کارکنان سلامت عمومی این امکان را می‌دهد که درباره روش‌های ارتباطی، اصطلاحات و زبان عامیانه مورد استفاده گروه‌های خاص مطالعه کنند، این کار کمک می‌کند تا پیام‌های هدف‌گیری شده برای گروه‌های مورد نظر تهیه شود. همچنین اینترنت فرصت‌هایی را برای ارزیابی اثر بخشی مداخلات مختلف از طریق روش‌های مختلف نظیر بازخورد مستقیم به شکل پیمایش یا بازخورد غیر مستقیم در قالب موارد بازدید و سایر آمارها ایجاد می‌کند.

پمفلت‌های حاوی مقاله و سایر اشکال متعارف اطلاعات سلامت بدون بازخورد درباره مخاطبانی که این اطلاعات را می‌بینند، نحوه دریافت این اطلاعات و مخاطبانی که توجه بیشتری به آنها دارند، توزیع می‌شوند. صفحات وب، سطح جدیدی از بازاریابی هدف‌گیری شده را فراهم می‌کنند که در آن امکان استفاده از روش‌های ارزان و آسان برای پی بردن به واکنش‌های مخاطبان به اطلاعات ارائه شده وجود دارد. وب‌مسترها می‌توانند از برنامه‌های کامپیوتری برای ردیابی تعداد افراد بازدید کننده از سایت‌ها، نحوه رسیدن به سایت‌ها، مدت زمانی که در این سایت‌ها توقف می‌کنند، پیوندهای که بر روی آنها کلیک می‌شود و سایر اطلاعاتی که می‌تواند در هدف‌گیری و کار با اجتماع‌ها خاص مفید باشد، استفاده نمایند.

در اینجا یک نمونه فرضی از نحوه عملکرد اینترنت درباره بیماری‌های عفونی ارائه می‌شود. در صورت وجود طغیان آنفلوانزا در اجتماعی که متشکل از مهاجران زیادی است، مسئولین سلامت عمومی خواهان ارائه اطلاعات به این اجتماع درباره احتیاطاتی که باید افراد برای اجتناب از ابتلا به آنفلوانزا رعایت کنند، افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند و نحوه مراقبت از افراد بیمار می‌باشند. یک صفحه وب شامل برخی از اطلاعات پایه را می‌توان در عرض چند دقیقه ایجاد کرد و به محض دریافت اطلاعات بیشتر آن را به صورت خودکار هر دقیقه به روز کرد. وبسایت را می‌توان به زبان‌های مختلف و با دستور العمل‌های ویژه افرادی که به زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند ارائه کرد (مانند مکان درمانگاه‌هایی که کارکنان به آن زبان خاص صحبت می‌کنند). به علاوه می‌توان تعداد بازدیدکنندگان از این سایت را در هر زمان پایش نمود و این اطلاعات را بر اساس زبان و بخش‌های مختلف تجزیه کرد.

مراجعه کم به نسخه فارسی سایت نسبت به تعداد جمعیت فارسی زبان‌ها، ممکن است بیانگر نیاز بیشتر بخش فارسی زبان اجتماع به کمک رسانی باشد. به همین ترتیب اگر اسپانیایی زبان‌ها بر روی بخش مهم مربوط به آنچه که در هنگام ابتلای کودکان و سالمندان باید انجام گیرد کلیک نکنند، باید این صفحه با تاکید بر پیوند مربوط به این بخش مجدداً طراحی نمود. اطلاعات مربوط به افرادی که به این سایت مراجعه می‌کنند می‌تواند به طراحان نشان دهد که کدامیک از بخش‌های وب در بیشترین مراجعه موثرتر بوده همچنین کدامیک از اقدامات امداد رسانی تاثیر بیشتری داشته است. هر یک از این گزینه‌ها مزیت نسبتاً کوچکی دارند، اما در کنار هم ابزارهای قدرتمندی برای تحلیل این که تا چه حد اطلاعات در اجتماع‌ها مختلف یا زیر مجموعه‌های آن انتشار پیدا می‌کند را به وجود می‌آورند.

در نمونه دیگری که واقعی است، هنگامی که ارائه‌دهندگان سلامت بروز بیماری‌های غیر معمول را می‌بینند، می‌توانند این اطلاعات را به اداره سلامت محلی یا مرکز کنترل بیماری‌ها بفرستند و از این طریق تعداد این رخدادها پایش شده و تعیین شود که آیا شیوع یک بیماری یا همه‌گیری مطرح است و آیا درمانی لازم است یا خیر. اطلاعات سلامت می‌تواند پویا بوده و به سرعت تغییر نمایند و قالب اینترنت به خوبی این تغییر شرایط را پوشش می‌دهد. در برخی موارد اینترنت می‌تواند یک راه منحصر بفرد برای انتشار یا جمع‌آوری اطلاعات از افرادی که دسترسی به آنها از طرق دیگر دشوار است را

امکان‌پذیر نماید، مانند افراد خانه نشین، افرادی که ساعات کار غیر معمول دارند یا افراد غیر قانونی که در مواجهه با هر فرد اداری نگران می‌شوند.

استفاده از اینترنت به عنوان یک ابزار سازماندهی اجتماع

اینترنت همچنین فرصتی را برای افراد جهت جستجوی اطلاعات و یافتن اجتماع‌های که علایق مشترکی دارند فراهم می‌کند. سایت‌های معروف پزشکی مانند WebMD، اطلاعات سلامت زیادی را ارائه می‌دهند که هم دسترسی به آنها آسان است و هم بالقوه برای افراد مختلف مفید است. هر سازمان سلامت بزرگ از انجمن سرطان آمریکا تا بسیج‌های اطلاع‌رسانی مختلف سیگار دارای سایتی هستند که خدمات متنوعی شامل اطلاعات عمومی مربوط به زمینه سازمان، جزئیات برنامه‌های خاص مبتلایان، مراقبت‌کنندگان و خدمات ارجاعی را ارائه می‌دهند. بدیهی است این سایت‌ها ابزارهای جدید ارزشمندی را در مخازن سازمان‌های سلامت عمومی سنتی مطرح می‌کنند که به آنها امکان می‌دهد تا خدماتشان را گسترش داده و به افرادی که قبلاً دستیابی به آنها دشوار بوده، دسترسی داشته باشند. ما به نقطه‌ای رسیده‌ایم که رسانه‌های سنتی مانند تلویزیون، چاپ و حتی پست مستقیم تبلیغات، اغلب تنها به عنوان یک گام ابتدایی مطرح هستند و بیشتر مردم را به بازدید از وبسایت‌ها هدایت می‌کنند، یعنی به عنوان محل مبادله اطلاعات و محل‌های تماس عمل می‌کنند.

یکی از تحولات عمده وب در سال‌های اخیر، مربوط به محتوای ایجاد شده توسط کاربران بوده است. این مساله در سایت‌های شناخته شده مانند Facebook، YouTube و MySpace نمود پیدا کرده است. برخی از اقدامات سلامت عمومی در این سایت‌ها بیان شده است، به عنوان مثال سایت Illumistream Health به کاربران امکان دسترسی به فیلم‌هایی درباره موضوعات مختلف سلامت مورد هدف نوجوانان و بزرگسالان جوان را فراهم می‌کند. در اجتماع‌های مانند Yahoo Answers کاربران اطلاعات و دانش سلامت را با یکدیگر مبادله می‌کنند. لازم به ذکر است که این سایت‌ها می‌توانند در جهت انتشار اطلاعات اشتباه و گمراه‌کننده در دامنه وسیعی از موضوعات، از نظریه‌های توطئه‌ایدز تا ادعاهای نادرست درباره ناکارآمدی کاندوم در پیشگیری از گسترش بیماری‌های جنسی، نیز به کار روند. فعالان بهداشتی باید در استفاده یا هدایت دیگران به این سایت‌ها با احتیاط عمل کنند، حتی اگر سازمان‌های قابل اعتماد اطلاعاتی را در این

سایت‌ها قراد داده باشند، زیرا هر کسی می‌تواند اطلاعاتی را به این سایت‌ها ارسال کند و بندرت محدودیت یا نظارتی بر این اطلاعات وجود دارد.

تلاقی مفید دیگر بین فناوری اطلاعات و سلامت مربوط به ظهور وبلاگ‌ها، انجمن‌ها و وبسایت‌های شخصی است که برای بیماری‌های خاصی طراحی شده است. این سایت‌ها هر چند نامنظم و غالباً توسط افرادی که خود مبتلا به بیماری مورد نظر هستند و یا فرد مبتلایی را می‌شناسند اجرا می‌شود می‌توانند منابع بسیار ارزشمند برای افرادی باشد که به دنبال نظرات غیر کارشناسی، سوابقی از تجارب سایر افراد مبتلا یا کسی که تنها برای تسلی به افراد مبتلا هستند. این انجمن‌ها نمونه‌ای از توانایی اینترنت در تقویت مبادلات غیر رسمی اطلاعات و کمک به ایجاد اجتماع‌ها جدید است که گاهی به واسطه مسایل سلامت خاص با یکدیگر پیوند دارند. مشخص نیست که چگونه می‌توان به این اجتماع‌ها برای بهبود پیامدهای بالقوه نزدیک شد، هرچند مسایل در خور توجهی در این زمینه مطرح هستند.

چالش و فرصت‌های دست اندرکاران سلامت عمومی

توانایی دست اندرکاران سلامت عمومی در به کارگیری مزایای Web 2.0، در شکل گیری آینده ابتکارات سلامت عمومی در فضای مجازی بسیار مهم خواهد بود. یک سایت Web 2.0 معمول کاربردهایی برای کمک به کاربران در انتشار محتوای خود از جمله تصاویر، مجلات وب (بلاگ‌ها)، پروفایل‌ها و فیلم‌ها را فراهم می‌کند و به کاربران اجازه می‌دهد تا محتوا را برای به اشتراک گذاشتن بین یکدیگر تولید نمایند.

برخی از سازمان‌های سلامت عمومی با موضوعات خاص، با ایجاد حساب کاربری برای مخاطبین خود، امکان درگیری در این سیستم عامل پویا را ایجاد کرده اند (انجمن سرطان آمریکا، انجمن ریه آمریکا و انجمن قلب آمریکا همگی سایت‌هایی در Facebook دارند) یا تلاش کرده‌اند تا از محتواهای تولید شده توسط کاربران خود، در سایت‌های سنتی خود استفاده نمایند (مانند بلاگ‌ها یا فیلم‌هایی برای ضبط بسیج اطلاع رسانی "شروع پیاده روی" برای انجمن قلب آمریکا). از آنجا که افراد بیشتر زمان آزاد و فعالیت‌های خود را در این سایت‌ها صرف می‌کنند، برای دست اندرکاران سلامت عمومی حضور و پیوند در این سایت‌ها اهمیت دارد. وب ۲,۰ فرصت‌هایی برای پرداختن

به اجتماع‌ها خاص را فراهم می‌کند، زیرا افراد، خود را بر اساس منطقه جغرافیایی و علایقشان سازماندهی می‌کنند.

همچنین این سازمانها ارتباط بهتر بین گروه‌های سلامت عمومی بزرگتر و منابع خاص اجتماع را امکان‌پذیر می‌نمایند. به عنوان مثال، انجمن قلب آمریکا می‌تواند افراد مناطق شهری خاص را هدف قرار داده و مسیرهای پیاده روی و دوچرخه سواری و نیز منابعی برای غربالگری‌های قلبی و درمان بیماری‌های قلبی ارزان قیمت را به آنها پیشنهاد نماید، یا انجمن سرطان آمریکا می‌تواند اجتماع‌ها خاصی که در معرض خطر بالاتر انواع خاصی از سرطان هستند را هدف قرار داده و به آنها اطلاعاتی درباره روش‌های مناسب غربالگری ارایه دهد. به موازات این که اینترنت به شکسته شدن رسانه‌های جمعی به بخش‌های کوچکتر کمک می‌کند، پیام‌های سلامت هدف گذاری شده برای اجتماع، ضروری‌تر و هزینه اثر بخش‌تر می‌شود. نرم افزار ردیابی اینترنت که از قبل برای تبلیغات در بین افراد گروه‌های خاص استفاده می‌شد (مانند سایت‌های همسریابی که اغلب به افراد مجرد پیشنهاد می‌دهد) و نیز فناوری‌های مشابه را می‌توان برای خدمات خاص اجتماع در یک شبکه بزرگتر به منظور هدف گیری افرادی که ممکن است در مناطق خاص جغرافیایی زندگی کنند و یا اعضای اجتماع‌ها دیگر استفاده کرد.

سازمان‌های سلامت عمومی همچنین می‌توانند از اینترنت به منظور دسترسی به اجتماع‌های که ممکن است فاقد منابع اطلاعاتی مورد نیاز برای مدیریت بیماری‌های مزمن باشند، استفاده نمایند. به عنوان مثال مرکز دیابت Joslin اتاق گفتگویی راه اندازی کرده که اجازه می‌دهد افرادی دیابتی در سراسر دنیا هم برای حمایت عاطفی و هم به اشتراک گذاشتن اطلاعات با یکدیگر ارتباط داشته باشند. با ایجاد یک اجتماع مجازی متمرکز بر خورد با علائم، مشکلات و الزامات زندگی افراد دیابتی، اتاق گفتگو تاثیر مثبتی بر اکثر کاربران خود داشته است (با یک پیمایش ایمیلی بررسی شده است) و مکانی را فراهم کرده که افراد در سراسر دنیا می‌توانند با سایر افرادی که ویژگی مشترکی دارند تعامل داشته باشند.

اختلاط بین آموزش و سرگرمی

فناوری اطلاعات در آینده، بر مداخلات سلامت اجتماع محور از طرق مختلف و تا حدی غیر قابل پیش‌بینی تاثیر خواهد گذاشت. یکی از مواردی که با اطمینان نسبی می‌توان پیش‌بینی نمود این است که بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور که شامل آموزش سلامت هستند بیش از زمان کنونی تعاملی خواهند بود. هر چند برای دست اندرکاران سلامت عمومی، ارایه اطلاعات به اجتماع‌ها نیازمند بسیار حیاتی است، اما به همین اندازه، تعامل با افراد برای کسب آگاهی‌های جدید، اهمیت دارد. وبسایتی که از طرف کاربران نادیده گرفته می‌شود، همانند پمفلت دست نخورده‌ای است که بلا استفاده بوده، هیچ تاثیر مثبتی بر سلامت اجتماع ندارد.

در راستای تکامل اینترنت، بسیاری از کاربران در جستجوی اطلاعات مورد نیازشان ماهر شده‌اند. این مهارت می‌تواند از توانایی جستجوی سوالات تا یافتن اطلاعات خاص و توانایی مرور یک صفحه وب به صورت دیداری به صورتی که تبلیغات مشاهده نشوند متفاوت باشد. این توانایی پیشرفته در آینده افزایش خواهد یافت. هرچند راه حل‌های مختلفی برای تبلیغاتی که تمام صفحه نمایش را با فیلم غیر قابل رد شدن پر می‌کنند، پیشنهاد و حتی اجرا شده است اما، آسانترین راه برای پریدن از محتوای این تبلیغات این است که خودش وارد و خارج شود. برای این کار راه‌های مختلفی وجود دارد و یکی از آنها که احتمالاً در آینده نتیجه خواهد داد، اختلاط بین سرگرمی و آموزش در ایجاد تجارب اطلاعاتی به صورت تعاملی است.

استفاده از بازی‌های کامپیوتری برای دسترسی به اجتماع

یکی از موارد اختلاط آموزش و سرگرمی پر مصرف، بازی زندگی مجازی (زندگی دوم ۱۶۳) است، این بازی یک دنیای مجازی است که صدها هزار نفر در سراسر دنیا مقدار قابل توجهی از زمان (و پول) خود را در معاشرت با یکدیگر صرف می‌کنند. بازی زندگی دوم در انواع طرح‌های اینترنتی پیش‌تاز بوده و شامل چیزهای زیادی از جمله مرکز فساد مجازی و مراکز فرماندهی بسیج مجازی برای بسیج‌های سیاسی زندگی واقعی می‌باشد. انجمن سرطان آمریکا در دنیای زندگی دوم با اجرای یک جمع‌کننده

کمک های مالی حضور پیدا کرده و بیش از صد هزار دلار به دست آورده است. بدیهی است که این فضای مجازی و سایر موارد که در آینده مطرح می شوند، مکان های بالقوه ای هستند که دست اندرکاران و سازمان های سلامت عمومی می توانند در سطح اجتماع مجازی در آنها فعالیت نمایند.

همچنین پاسخ به این سوال که آیا افرادی که در چنین فعالیت هایی درگیر می شوند واقعا اجتماع های جدید و در حال تکاملی را شکل می دهند، ارزشمند خواهد بود. به عنوان مثال این مساله مطرح شده که ممکن است میزان بروز بیماری های خاصی مانند چاقی و افسردگی در علاقمندان به بازی و کاربران قهار اینترنت بیشتر باشد. مداخلات هدف گیری شده برای افراد در جوامعی که به صورت جدی در چنین فعالیت هایی درگیر هستند و کمتر احتمال دارد که در زندگی واقعی قابل دسترسی باشند، می توانند کاملا موثر باشند.

تجارب مجازی به عنوان یک روش مداخله

یکی دیگر از پتانسیل های استفاده از فناوری های جدید، خلق بازی های شبیه سازی است که به افراد اجازه می دهد تا مستقیما برخی از تهدیدات سلامت عمومی یا وسایل مداخله را تجربه کنند. یک نمونه از این پدیده، مجموعه بازی های Pandemic است که در آن بازیکن نقش بیماری را دارد که در پی نابودی بشریت است. هر چند این بازی خاص، ارزش آموزشی جانبی دارد، با توجه به طراحی و بودجه کافی ایده استفاده از سرگرمی تعاملی برای فراهم کردن روش تجربی تر برای یادگیری کاملا امکان پذیر است. در سایت Food Force که مورد حمایت مالی برنامه جهانی غذای سازمان ملل متحد است، کاربران می توانند نوعی بازی را دانلود کنند که در آن اقداماتی که برای تغذیه یک جمعیت بزرگ با منابع بسیار محدود انجام می شود، شبیه سازی شده است. این سایت همچنین شامل داده هایی در مورد برنامه جهانی غذا و مشکلات گرسنگی در دنیای کنونی می باشد.

همچنین برنامه جهانی غذا، سایتی را با عنوان برنج رایگان (Free Rice) اداره می کند، در این سایت بازیکن ها کلمات را با یکدیگر جور می کنند و دانه های مجازی برنج را به دست می آورند. سپس حامیان مالی برنامه مبالغ مربوط به ارسال تعداد واقعی دانه های برنج به جوامع گرسنه در سرتاسر جهان را پرداخت می کنند. هر دو بازی

سرگرم کننده بوده و عملکرد مهمی در هشدار درباره مشکل جدی گرسنگی به بازیکن‌ها و شروع نقطه شروع برای تحقیق درباره این موضوع را ارائه می‌دهند. فضا برای بررسی مستمر و تجربه در این زمینه هنوز بکر و دست نخورده است. این واقعیت به ویژه با در نظر گرفتن این که بسیاری از این بازی‌ها، رفتارهای بالقوه خطرناک را پررنگ می‌کنند، اهمیت پیدا می‌کند. زمان زیادی است که مطرح شده نشان دادن سیگار کشیدن و نوشیدن زیاد الکل در فیلم‌ها، مخاطراتی برای سلامت عمومی ایجاد می‌کند و می‌تواند موجب آسیب بسیاری از جوامع شود، در عین حال چنین رفتارهایی در بازی‌های محبوب دیده می‌شود. بازی Metal Gear Solid سیگار کشیدن را به تصویر می‌کشد، مجموعه بازی‌های Grand Theft Auto در کنار سایر مسایل، استفاده از مواد مخدر و الکل و نیز فعالیت جنسی محافظت نشده را نشان می‌دهد. نمی‌توان تصور کرد که چنین صحنه‌هایی تاثیری کمتر از تصاویر تلویزیونی یا فیلم‌ها داشته باشد، از طرفی مشخص شده که چنین بازی‌هایی غالباً توسط افراد کم سن خریداری و مورد استفاده قرار می‌گیرند. به نظر می‌رسد ارایه جایگزین‌هایی برای کاربران جوان جهت ترویج و انتخاب سبک زندگی سالم نوعی استفاده مناسب از منابع می‌باشد.

استفاده از تلفن همراه و گوشی برای مداخله اجتماع

کامپیوترها و اینترنت تنها بازیگران مهم حوزه فناوری در سلامت عمومی اجتماع نیستند. یکی دیگر از پیشرفت‌های عمده در این زمینه، گسترش فناوری و شبکه‌های تلفن همراه است. تلفن‌های همراه نه تنها خدمات خطوط تلفن سنتی سیمی را ارایه می‌دهند بلکه دارای ویژگی‌هایی فراتر از قابل حمل بودن دارند. به عنوان مثال پیام‌های متنی روش ارزان و موثری برای ارسال پیامک‌های فوری به افراد یا گروه‌ها می‌باشند. استفاده از هشدارهای متنی برای یادآوری به افراد در استفاده از داروها بر اساس برنامه، تشویق به ثبت نام در برنامه‌های مختلف، یا ارایه تقویت مثبت برای تلاش‌های مستمر مانند برنامه ترک سیگار نمونه‌هایی از کاربرد این ابزار در مداخلات است. پیام متنی ارسال شده در زمان‌های خاص یک راه مقرون به صرفه جهت فرستادن یادآورهای موثر درباره اطلاعات و پیام‌های تقویت کننده است. دو مطالعه اخیر نتایج امیدوار کننده‌ای در استفاده از تلفن همراه برای ارسال پیام‌های متنی جهت انتشار اطلاعات جنسی و یادآوری به بیماران HIV مثبت جهت مصرف داروها در زمان مناسب را نشان داده‌اند.

این نوع مداخلات بسیار هزینه - اثربخش بوده و مزایای روشی را که به صورت مجازی در حال تبدیل شدن به یکی از الزامات زندگی امروزی است را دارند. یک پمفلت حاوی اطلاعات بسیار مهم درباره رابطه جنسی سالم ممکن است دور ریخته شود و یا به فراموشی سپرده شود اما اگر این اطلاعات از طریق تلفن همراه قابل دستیابی باشند، هر زمان که کاربر به تلفن همراه خود دسترسی دارد، این اطلاعات موجود خواهند بود. برای نوجوانان و جوانان میزان این دسترسی می‌تواند ۲۴ ساعته باشد.

در راستای پیشرفت فناوری‌های تلفن همراه، کاربردهای بالقوه آن در ارتقای سلامت اجتماع افزایش می‌یابد. آیفون شرکت اپل که برای خواندن اخبار و ایمیل استفاده می‌شود، دارای ابزارهای مفیدی برای موضوعاتی مانند مدیریت وزن (مانند استفاده از گام شمار، محاسبه کالری و مکان یاب‌های رستوران‌هایی که دارای گزینه‌های غذایی سالم هستند) می‌باشند. در آینده اسباب بازی‌های برخوردار از فناوری پیشرفته، تبدیل به وسایل استاندارد می‌شوند و همانند گوش‌های تلفن فرصت‌هایی برای استفاده مداخلات از آنها خواهند بود.

برنامه‌های گفتگو به پشتیبانان افراد معتاد این امکان را می‌دهند که در زمان مناسب پیام‌هایی را برای تقویت آنها جهت پیشگیری از عود ارسال نمایند. پایگاه‌های داده‌های الکترونیک مربوط به اطلاعات غذایی به افراد امکان انتخاب آگاهانه‌تر نسبت به آنچه که می‌خورند را فراهم می‌کند. هشدارهای سلامت و خبری را می‌توان به صورت مستقیم به گوشی‌ها مخابره کرد، با اینکار می‌توان به افرادی که دور از طیف وسیعی از رسانه‌های خبری هستند، اطلاعات به روز را ارائه کرد.

دسترسی به جوامع محروم از طریق ابزارهای جدید ارتباطی

افزایش ارتباطات بین کارکنان سلامت امکان تخصیص کارآمدتر منابع و آگاهی بهتر از آنچه که لحظه به لحظه در حال قوع است را فراهم می‌کند. خدمات ترجمه و لغت نامه‌ها حتی هنگامی که نیازهای زبانی پیش‌بینی نشده به کارکنان سلامت اجازه می‌دهند تا با آن دسته از اعضای اجتماع‌ها که تسلط کمی به زبان انگلیسی دارند ارتباط برقرار نمایند. همچنین روش‌های الکترونیکی را می‌توان برای جمع‌آوری داده‌ها به کار برد. پیمایش‌ها ممکن است از طریق بلوتوث و یا اشکال دیگر به گوشی‌ها مخابره شود و

در زمان اوقات فراغت افراد پاسخ داده شوند و به این صورت میزان پاسخگویی بالقوه افزایش می‌یابد (هرچند احتمال مسایل دیگری را هم مطرح می‌کند).

در جوامعی مانند مناطقی جغرافیایی دور افتاده، اجتماع‌های فقیر یا جاهایی که حمل و نقل در آنجا دشوار است و از فناوری‌های ارتباطی محروم هستند، تلفن‌های همراه آسانترین و ارزان‌ترین روش تماس افراد با منابع اطلاعاتی است. تلفن‌های همراه می‌توانند به عنوان ابزارهای مداخله در برخی شرایط مورد استفاده قرار گیرند. تلفن می‌تواند برای تماس با خدمات اضطراری جهت دریافت کمک، مشاوره یا اطلاعات مورد استفاده قرار گیرند. پیشرفت‌های فناوری‌ها در آینده ممکن است ویژگی‌های مفید دیگری را امکان‌پذیر نماید. به عنوان مثال، عکس‌های با کیفیت می‌تواند انتقال یابد تا اعضای یک اجتماع مجازی سایر اعضا که در بحث مشارکت دارند را ببینند یا تمام شرکت‌کنندگان در یک مداخله را به صورت همزمان قبل از بحث ببینند. چنین پیشرفت‌هایی در حال حاضر نیز در جریان هستند، بطوریکه از افراد درون اجتماع سلامت عمومی دعوت می‌شود تا در کنفرانس‌های آنلاین شرکت نمایند.

یک محدودیت فناوری‌های جدید

همزمان با فراگیر شدن، فناوری‌های ارتباطی، بیشتر خود را در زندگی شهروندان ادغام می‌کنند و به ابزارهای مفیدی برای سلامت عمومی و ایمنی تبدیل می‌شوند. بنابراین آگاهی دست اندرکاران سلامت عمومی هم از دسترسی به این فناوریها در اجتماع‌ها خاص و هم میزان استفاده از آنها اهمیت دارد. هر چند به مدد کتابخانه‌ها و مراکز اجتماع، دسترسی به کامپیوتر در آمریکا فراگیر است، اما چنین دسترسی‌هایی نمی‌توانند به افرادی که نمی‌دانند چگونه با کامپیوتر کار کنند، کمک کننده باشد. با آنلاین شدن بیشتر اطلاعات و سازمان‌ها و برقراری ارتباطات افزونتر، ضروری است که آگاهی از محدودیت‌های دسترسی به فناوری و سواد فناوریکی در اجتماع‌ها مورد نظر، بخشی از هر نوع اقدام سلامت عمومی باشد. حتی مواد آموزشی مدبرانه و اطلاعاتی در صورتی که افراد فاقد سواد معمولی باشند، بی ارزش خواهد بود، بنابراین بی سوادی مرتبط با فناوری و فقدان دسترسی به صفحات وب، می‌تواند باعث بی فایده شدن اتاق‌های گفتگو و پادکست گردد.

گام‌هایی مانند برگزاری برنامه‌های آموزش کامپیوتر در کتابخانه‌ها جهت آموزش به افراد درباره نحوه اتصال به اینترنت و جستجوی اطلاعات سلامت و نیز تشویق کودکان به چاپ مواد آموزشی در مدرسه و بردن آنها برای والدینشان در منزل می‌تواند به بهبود این مساله کمک کند و باعث موثرتر شدن مواد آموزشی در اجتماع‌های شود که هنوز دسترسی به اینترنت محدود است. مطالعه شیکاگو نشان داد که فراهم کردن دسترسی به اینترنت برای رهبران شهروندان در یک محله در افزایش احساس توانمندی آنها موثر بود اما کمتر از حد انتظار در بهبود توانمندی در میان همسایه‌ها و سایر اعضای اجتماع داشت. علیرغم محدود بودن حوزه این مطالعه، نتایج ممکن است این مفهوم را داشته باشد که برای آنکه اینترنت واقعا منبع برابری باشد باید در هر خانه‌ای در دسترس باشد. مطالعه دیگری نشان داد هنگامی که دختران محروم هشت ساله به اینترنت و برنامه طراحی شده جهت کمک به انتخاب‌های سالم دسترسی پیدا کردند، میوه و سبزیجات بیشتری مصرف کردند و سطح ورزش خود را افزایش دادند.

اینترنت و فناوری‌های مرتبط با آن امیدهای زیادی را به عنوان ابزارهای مبارزه با مسایل سلامت مبتلا به جوامع مختلف فراهم می‌کند، اما مهم است که اطمینان پیدا کنیم، در حرکت رو به جلوی ما کسی عقب نماند.

خلاصه

در این فصل به این موضوع پرداختیم که فناوری‌ها چگونه ما را قادر کرده تا اجتماع را فراتر از محدوده جغرافیایی تعریف کرد. آن را توسعه داد و به آن دسترسی پیدا کرد. هر چند در حال حاضر دسترسی بسیاری از جمعیت‌های آسیب پذیر به فناوری‌ها محدود است، اما همزمان با گسترش در میان افراد جوانان و بزرگسالان، فناوری‌ها به عنوان یک ابزار رایج برای دست اندرکاران سلامت عمومی جهت طراحی مداخلات سلامت اجتماع محور تبدیل می‌شود.

فعالیت ها

- ۱- یک مشکل سلامت را انتخاب کرده و راهی را برای تهیه یک مداخله اجتماع محور آنلاین برای پرداختن به آن تدوین کنید.
- ۲- به نوعی iPhone فکر کنید که می تواند تبدیل به یک ابزار مفید برای یک مداخله اجتماع محور شود. (می توان فرض کرد که همه افراد اجتماع iPhone دارند) یک مشکل بهداشتی را انتخاب کرده و برای بررسی چگونگی استفاده دست اندرکاران بهداشتی از اینترنت در حل این مشکل، متون مربوطه را جستجو کنید. همانگونه که در این فصل بحث شد، اجتماعها تنها بر اساس مرزهای جغرافیایی تعریف نمی شوند. دو نمونه از اجتماعها غیر جغرافیایی که شما در آن درگیر هستید را مشخص کنید.

سوالات بحث

- چگونه می توان از بازی برای آموزش در اجرای مداخلات سلامت اجتماع محور استفاده کرد؟
طراحی مداخلات برای اجتماعهای مجازی که تنها به صورت مجازی همدیگر را ملاقات می کنند چه مزیت هایی دارد؟
چه مواردی از توسعه فناوری های اخیر توانسته سلامت اجتماع شما را بهبود بخشد؟
در باره گستره فناوری های اخیر و نحوه کاربرد آنها به عنوان یک ابزار مداخله بحث کنید.

فصل چهاردهم

مداخلات سلامت اجتماع محور در عمل

نگاه کلی

این فصل شامل مجموعه‌ای از مطالعات موردی است که در آنها مداخلات سلامت اجتماع محور در موقعیت‌های مختلفی جهت پرداختن به مشکلاتی مانند آرتريت، آسم، واکسیناسیون بزرگسالان، مصرف الکل، بیماری‌های قلبی عروقی، ایمنسازی کودکان، آسیب‌های ناشی از وسایل موتوری، خشونت‌های خانگی و مصرف دخانیات اجرا شده است. این نمونه‌ها بیانگر موارد جامعی از مداخلات سلامت اجتماع محور نیستند بلکه بیانگر رویکردهای مختلفی هستند که امروزه دست اندرکاران سلامت عمومی طراحی کرده و به کار می‌گیرند. همه این مطالعات از ساختار مشابهی پیروی می‌کنند، بطوریکه با بحث درباره مشکل سلامت مورد نظر شروع می‌شوند، سپس نگاهی به مداخله به کار رفته و خلاصه‌ای از ارزیابی ارائه داده و با طرح سئوالاتی جهت تفکر بیشتر درباره مطالعه پایان می‌یابند. در بیشتر این مطالعات ارزیابی صورت گرفته است و در مواردی که فاقد ارزیابی است از خوانندگان درباره چگونگی طراحی و اجرای ارزیابی برای مداخله سؤال شده است. به علاوه به منظور تشویق و قادر کردن خوانندگان جهت بحث درباره مداخله، منبع هر یک از مطالعات ارائه شده است.

آرتريت

آرتريت موجب اختلال و محدودیت در فعالیت‌های روزانه مبتلایان می‌شود. در بیش از یک چهارم بزرگسالان مینه سوتا این بیماری تشخیص داده شده است و تقریباً دو سوم افراد ۵۵ ساله و بالاتر محدودیت‌هایی در فعالیت‌های خود تجربه می‌کنند. هر چند تشخیص و درمان زودرس می‌تواند ناتوانایی مربوط به این بیماری را کاهش دهد، کمتر از یک درصد افراد مبتلا اقدام به این کار می‌کنند. گزینه‌های درمان معمولاً شامل آموزش فعالیت بدنی و خودمدیریتی و مداخلات اجتماع محوری است که این خدمات را برای افراد مبتلا یا در معرض خطر آرتريت فراهم می‌کند و می‌تواند بار جسمی و عملکردی بیماری را کاهش دهد.

- مداخله

برنامه آرتريت مينه سوتا كه مورد حمايت مركز پيشگيري و كنترل بيمارها بود، يك رويکرد نظام مند را براي ايجاد پيوند بين سالمندان ايالت و برنامه هاي مداخله آرتريت به كار گرفت. برنامه، اين كار را با توسعه مشاركت بين برنامه هايي كه اهدافشان با يكدیگر همپوشاني داشت و بر روي جمعيت هدف مشتركی كار می کردند، انجام داد. به طور خاص، اين برنامه با برنامه Elderberry Institute 's Living at Home Block Nurse كه برنامه ای برای كمك به سالمندان جهت ماندن در منزل بود همكاری كرد. در طی اين همكاری، خدمات متمرکز بر آرتريت كه شامل آموزش خود مدیريتی بود با برنامه های موجود كه كمك های زندگی مستقل را ارايه می داد ادغام شد. سن جمعيت هدف مداخله شامل افراد ۶۵ ساله و بالاتر ساكن خانه سالمندان Elderberry بود. اين برنامه هم از افراد حرفه ای و هم داوطلبين محلات برای ارايه مراقبت های سلامت و خدمات حمايتی استفاده كرد. مشاركت تعداد شركت كنندگان را افزايش داد و موجب گسترش رهبران برنامه و مربیان برنامه ورزش شد.

- ارزیابی

نتایج ارزیابی نشان داد كه در دستيابی به اهداف برنامه، پيشرفت ايجاد شد. به طور خاص در سال ۲۰۰۶ افزايش قابل توجهی در رهبران برنامه خودیاری وجود داشت (از ۲۱ تا ۶۷) و تعداد مربیان ورزشی نیز افزايش پیدا كرد (از ۱۹ به ۳۵). اين افزايش منجر به افزايش تعداد افراد شركت كننده از ۹۸ به ۳۰۸ نفر شد. همچنين تعداد شهرستان های مينه سوتا كه در آنجا مداخله اجرا شد از ۱۴ تا ۵۰ مورد رسيد كه موجب بهبود قابل توجه در دسترسى شد.

- پرسش ها

فكر می كنيد چه نوع ارزیابی هایی برای تعیین اثر بخشی برنامه طراحی و اجرا شد؟
 ارزیابی شما از اين مداخله در رابطه با مشخص كردن ساير عوامل موثر در بهبود
 آگاهی سالمندان درباره آنچه كه برای سالم ماندن نیاز دارند چیست؟

✓ REFERENCE

CDC 's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Minnesota: Evidence – based arthritis intervention programs among older adults across the state. Retrieved from www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm.

آسم

شیوع آسم به سطح همه گیری رسیده و ابتلا نزدیک به ۲۰ میلیون آمریکایی که ۶/۳ میلیون آنها کودک هستند، آسم را به عنوان شایع ترین بیماری مزمن در میان کودکان تبدیل کرده است. در نتیجه، آسم علت اصلی غیبت از مدرسه، بستری در بیمارستان، مراجعه به بخش اورژانس و مرگ و میر در کودکان است. مشکلات مربوط به پیامدهای آسم پایدار، بسیار فراتر از فرد بوده و بار روانی و مالی بر اعضای خانواده که کار خود را جهت انجام فوریت های مربوط به آسم از دست می دهند تحمیل می کند. هر چند این وضعیت در تمامی نژادها مشترک است، اما در سطح ملی، کودکان رنگین پوست به ویژه کودکان لاتین تبار و آفریقایی-آمریکایی به احتمال بیشتری مبتلا به آسم شده و یا جان خود را در اثر این بیماری از دست می دهند. دانش ناکافی در زمینه مدیریت آسم، دسترسی ناکافی به مراقبت های بهداشتی و آلاینده های محیط داخلی و بیرونی از جمله دلایل این تفاوت هاست.

– مداخله

برای کاهش میزان غیبت از مدرسه و بستری در بیمارستان و نیز کمک به کودکان ابتدایی در مدیریت بیماری خود، انجمن ریه آمریکا (ALA) در جهت انتشار یک مداخله مدرسه محور موثر با نام "راه هایی هوایی را برای مدارس باز کنید" تلاش می کند. هدف از این برنامه که در اصل توسط کالج پزشکان و جراحان دانشگاه کلمبیا طراحی و ارزیابی شده است، افزایش توانایی کودکان برای شناسایی علایم آسم، افزایش ظرفیت آنها در مدیریت آسم و بهبود توانایی هایشان در برقراری ارتباط با والدین خود درباره آسم است. این برنامه کودک محور در طی ساعات مدرسه و درشش جلسه آموزشی ۶۰ – ۴۰ دقیقه ای در مدت دو تا سه هفته ارائه می شود. تسهیل کننده های برنامه جلسات را پس از آنکه از طرف کارکنان انجمن ریه آمریکا درباره اصول آموزش آسم شامل هدف و استفاده از تجهیزات پزشکی مختلف آسم مانند فلومتر و اسپره آموزش دیدند، ارائه

می‌کنند. به طور کلی این برنامه آموزشی به کمک به کودک در کسب کنترل بر بیماریش تمرکز دارد. موضوعاتی که در برنامه درسی پوشش داده می‌شود شامل اطلاعات عمومی درباره آسم، شناسایی و مدیریت علائم آسم، استفاده از داروهای آسم، شناسایی و کنترل محرک‌ها و مدیریت مشکلات مربوط به آسم و مدرسه است. قبل از شروع انتشار برنامه توسط انجمن ریه آمریکا، این برنامه توسط Evans و همکارانش در سال ۱۹۸۷ ارزیابی شده است.

- ارزیابی

Evans و همکارانش به منظور تعیین اثر بخشی برنامه از یک طرح تحقیقی تجربی استفاده کردند. پژوهشگران با استفاده از ۶ زوج مدرسه راهنمایی (در مجموع ۱۲ مدرسه) در نیویورک که بر اساس ویژگی‌های قومیتی و اندازه جور شده بودند، به صورت تصادفی کودکان شش مدرسه را تحت مداخله آموزشی آسم قرار دادند. برای انتخاب دانش آموزان، معلمان نامه‌ای به والدین به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی فرستادند. معیارهای ورود شامل تحصیل در پایه سوم، چهارم و پنجم، گزارش والدین مبنی بر سه حمله آسم کودک در سال گذشته و امضای فرم رضایت از طرف والدین بود. سنجش پیامد برای ارزیابی تغییرات در دانش، نگرش‌ها، باورها و مهارت‌ها در کودکان مدارس راهنمایی شامل مهارت‌های خود مدیریتی، خودکارآمدی، تاثیر بر تصمیم والدین، حضور در مدرسه و عملکرد در مدرسه، نگرش کودکان و گزارش والدین درباره تواتر، طول مدت و شدت حملات آسم کودک بود. در مجموع مطالعه شامل ۲۳۹ دانش‌آموز از ۲۳۷ خانواده (تعداد= ۱۰۵ خانواده برای گروه کنترل و تعداد= ۱۳۴ خانواده برای گروه مداخله) بود. داده‌ها پس از یک سال از مداخله جمع‌آوری شدند و پژوهشگران دریافتند که کودکانی که مداخله را دریافت کرده بودند، مهارت‌های مدیریتی و خودکارآمدی بیشتری داشتند و بر تصمیمات والدینشان درباره بیماری موثرتر بودند. گزارش حملات آسم و علائم روزانه در آنها کمتر بود و از اقدامات بیشتری برای مدیریت بیماریشان در مقایسه با کودکان گروه کنترل استفاده کرده بودند.

- پرسش‌ها

چگونه باید برنامه آموزش آسم در برنامه‌های درسی موجود مدرسه ادغام شود که در برنامه مدرسه اختلالی ایجاد نشود؟

به چه روش‌هایی درگیری والدین در این برنامه می‌توانست گسترده‌تر شود؟ نحوه به کارگیری والدین چگونه می‌توانست باشد؟
سنجش‌های فرآیندی را که ممکن بود برای ارزیابی این برنامه مورد استفاده قرار گیرند را نام ببرید.

✓ REFERENCES

- Centers for Disease Control and Prevention. (2004a). Morbidity and Mortality Weekly Reports: Asthma prevalence and control characteristics by race/ethnicity — United States, 2002. Retrieved April 14, 2009, from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5307a1.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2004b). Morbidity and Mortality Weekly Reports: Surveillance for asthma — United States, 1980 – 1999. Retrieved April 14, 2009, from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5101a1.htm.
- Evans, D., Clark, N. M., Feldman, C. H., Rips, J. L., Kaplan, D. L., Levison, M. J., Wasilewski, Y., Levin, B., & Mellins, R. B. (1987). A school asthma health education program for children aged 8 to 11 years. *Health Education Quarterly*, 14, 267 – 279.

واکسیناسیون بزرگسالان

انجام واکسیناسیون سالانه آنفلوانزا به دلیل موفقیت در کاهش موارد ابتلا و مرگ و میر و نیز کاهش هزینه‌های پزشکی به بالای ۵۰ سال ساکن آمریکا و نیز افرادی که در هر سنی مبتلا به مشکلات پزشکی مزمن هستند توصیه شده است. با این وجود اکثریت افرادی که به راحتی در دسترس نیستند، جمعیت‌های پر خطر مانند مهاجرین غیر قانونی، کارگران جنسی، معتادان و سالمندان خانه نشین موفق به دریافت واکسن نمی‌شوند.

– مداخله

این مداخله از روش تحقیق مشارکتی اجتماع محور (CBPR) استفاده کرد و در برخی از نواحی محروم نیویورک انجام شد. پروژه واکسیناسیون فشرده بزرگسالان که یک برنامه سه ساله بود با همکاری گروهی متشکل از ساکنان اجتماع، اعضای سازمان‌های اجتماع محور، اداره سلامت محلی و سازمان‌های دانشگاهی طراحی شد. این برنامه با استفاد از تحقیق مشارکتی اجتماع محور جهت تعیین چالش‌های دسترسی به گروه‌های سخت در

دسترس مانند معنادان و کارگران جنسی طراحی شد. هدف از این پروژه شامل این موارد بود: طراحی، اجرا و ارزیابی پیش نویس واکسیناسیون افراد سخت در دسترس برای افزایش علاقه به واکسیناسیون، انجام واکسیناسیون رایگان در طی دو فصل شیوع آنفلوانزا و استقرار الگوی برای واکسیناسیون سریع افرادی که قابل تعمیم به سایر مناطق شهری باشند.

محلاتی که از قبل با یکی از سازمان‌های اجتماع محور همکاری داشتند برای مداخله انتخاب شدند. کارکنان پروژه ابتدا بازدیدهایی را با استفاده از روش‌های مختلف جهت برآورد حجم جمعیت سخت در دسترس در محلات منتخب انجام دادند و برای طراحی راهکارهای مداخله پرسشنامه‌هایی را درباره موانع واکسیناسیون جمع‌آوری کردند. کارکنان، آگهی‌هایی را درباره پروژه، داستان‌های مصور در رابطه با باورهای موجود درباره واکسیناسیون و محل درمانگاه‌های انجام واکسیناسیون رایگان به صورت خانه به خانه در محلات توزیع کردند. در ژانویه سال ۲۰۰۵ محلات منتخب به صورت تصادفی به دریافت مداخله آزمایشی واکسیناسیون (برای ارزیابی پذیرش واکسیناسیون) یا دریافت واکسیناسیون سریع (برنامه طراحی شده برای جمعیت‌های سخت در دسترس) تخصیص داده شدند. یک مددکار اجتماعی و یک پزشک در طی هشت هفته در هر دو مداخله حضور داشتند و به صورت خانه به خانه واکسیناسیون را انجام می‌دادند. سپس پژوهشگران پیمایشی را برای بررسی میزان علاقه افراد ساکن در مناطق مداخله درباره انجام واکسیناسیون نسبت به نواحی بدون مداخله انجام دادند.

- ارزیابی

در مقایسه میزان علاقه به واکسیناسیون قبل و بعد از مداخله در میان جمعیت سخت در دسترس، مشخص شد که پس از مداخله تمام افراد ساکن در محلات مداخله از جمله افراد سخت در دسترس نسبت به قبل از مداخله به انجام واکسیناسیون علاقمندتر شدند. نویسندگان نتیجه‌گیری کردند که استفاده از CBPR آنها را قادر می‌کند تا اعتماد جمعیت‌های مورد نظر را به دست بیاورند. آنها همچنین دریافتند افرادی که قبلاً واکسینه شده بودند بیشتر پذیرای دریافت واکسیناسیون مجدد بودند.

- پرسش‌ها

آیا فکر می‌کنید این یافته‌ها را می‌توان به سایر مناطق کشور تعمیم داد؟ چرا؟

برای ماندگاری علاقه به واکسیناسیون در میان جمعیت سخت در دسترس در طی زمان چه چیزهایی مورد نیاز است؟

✓ **REFERENCE**

Coady, M. H., Gates, S., Blaney, S., Ompad, D., Sisco, S., & Viahov, D. (2008). Project VIVA: A multilevel community - based intervention to increase influenza vaccination rates among hard - to - reach populations in NYC. *American Journal of Public Health*, 98 (7), 1314 – 1321.

استفاده از الکل

میزان بالای استفاده از الکل در میان جوانان منجر به تعداد قابل توجهی از آسیب‌های غیر عمدی می‌شود. راهکارهای مختلف محیطی برای کاهش استفاده از الکل در میان نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله اجرای قوانین مربوط به مصرف الکل و رانندگی، تغییر در سیاست‌های مربوط به فروش مشروبات و کاهش دسترسی مصرف کنندگان کمتر از سن قانونی. اکثر این راهکارها در سطح وسیع اجتماع اجرا شده است. این برنامه برای بررسی اثربخشی راهکارهای سطح محله‌ای که ممکن است برای موقعیت‌هایی با منابع محدود مناسب باشد، یک رویکرد محیطی را در کاهش دسترسی جوانان به الکل در دو اجتماع کم درآمد به کار برد.

– مداخله

بر اساس الگوی منطقی برای نشان دادن پیوند بین دسترسی رسمی به بازار فروش الکل، مصرف الکل و مشکلات مربوط به الکل، فعالیت‌های مداخله بر پنج جزء مختلف در طی یک دوره پنج ساله متمرکز شد: بسیج اجتماع در جهت مورد نظر، ارایه آموزش‌ها به زبان‌های مختلف، استفاده از قالب‌ها و محل‌های متفاوت برای دسترسی به اجتماع‌ها مختلف، هدف‌گیری آموزش بر خدمات فروش مسئولانه برای بازارهای فروش الکل و تقویت فعالیت‌های اجرای ممنوعیت فروش الکل به افراد کم سن.

– ارزیابی

پژوهشگران علاوه بر نظارت بر فروش الکل به افراد کم سن، از سنجش‌های پیامد مربوط به تماس با پلیس در رابطه با ضرب و جرح و مستی، تماس با فوریت‌های پزشکی درباره

ضرب و جرح و تصادفات وسایل نقلیه موتوری و تماس با فوریت‌های پزشکی مربوط به الکل و سایر مواد استفاده کردند. بر اساس نتایج، فروش الکل به افراد کم سن به میزان یک سوم کاهش یافت و کاهش قابل توجهی در تماس با پلیس و فوریت‌های پزشکی درباره ضرب و جرح و تصادفات دیده شد.

- پرسش‌ها

چرا اجرای فعالیت‌های مداخله در سطح محله هزینه اثر بخش‌تر از اجرای آنها در سطح اجتماعی است؟

چه سازمان‌های اجتماعی یا دست‌اندرکارانی باید در برنامه ریزی چنین مداخله‌ای بسیج شوند؟

فعالیت‌های این مداخله در طی یک دوره پنج ساله انجام شد. آیا اجرای منتخبی از فعالیت‌ها برای یک دوره کوتاه‌تر تاثیر قابل توجهی خواهد داشت؟ چرا؟

✓ REFERENCE

Treno, A., Gruenewald, P., Lee, J., & Remer, L. (2007). The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project: Outcomes from a community prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 197 – 207.

- بیماری‌های قلبی عروقی

در حال حاضر، بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی عروقی سالانه موجب مرگ هفت نفر از هر ده آمریکایی می‌شوند. بسیاری از مداخلات سلامت اجتماع محور بر پیشگیری از این بیماری‌ها متمرکز شده‌اند، زیرا این شرایط می‌توانند باعث مرگ و ناتوانایی (محدود کردن افراد در انجام فعالیت‌های روزمره) شوند و نیازمند مراقبت‌های پزشکی پرهزینه هستند. در مقایسه، مداخلات سلامت اجتماع محور موفق با هدف پیشگیری از بیماری‌های مزمن نسبتاً ارزانتر هستند و دارای پتانسیل ایجاد تفاوت واقعی در کاهش مرگ و میر و ابتلا می‌باشند. در نیویورک پژوهشگران از طریق یک مداخله اجتماع محور تحت عنوان برنامه قلب سالم نیویورک تلاش کردند تا عوارض مربوط به بیماری‌های قلبی و سکته را کاهش دهند. به طور خاص، این برنامه از بسیج اطلاع‌رسانی بازاریابی اجتماعی برای افزایش آگاهی افراد درباره علائم و نشانه‌های سکته بهره

گرفت. این بسیج اطلاع رسانی پس از آنکه از طریق بحث‌های گروهی مشخص شد که ساکنان منطقه آلبانی در شهر نیویورک از علائم سکتة آگاه هستند اما درباره ضرورت درمان سریع علائم مطلع نیستند، انجام شد. همچنین مشخص شد که ساکنان به دلیل ترس از پرداخت هزینه‌های حمل و نقل در صورت مرتبط نبودن علائم با سکتة، از تماس با خدمات آمبولانس اجتناب می‌کنند.

- مداخله

برنامه قلب سالم نیویورک یک بسیج اطلاع رسانی چند رسانه‌ای را برای ساکنان منطقه آلبانی ایالت اجرا نمود. برنامه با استفاده از سرنام FAST (face, arms, speech, and time) برای نشان دادن علائم سکتة، از افراد می‌خواست تا هر چه زودتر پس از بروز علائم با شماره ۹۱۱ تماس بگیرند همچنین مردم را آگاه می‌کرد که درد لزوماً از علائم جدی سکتة نیست. این مداخله از منابع رسانه‌ای مختلف برای ارایه این پیام‌ها استفاده کرد. به عنوان مثال، هزینه استفاده از رادیو و تلویزیون برای انتقال این پیام‌ها پرداخت شد. پس از کسب حمایت‌های مالی از بیمارستان‌های منطقه، فضای روی اتوبوس‌ها برای نمایش مواد اطلاعاتی خریداری شد. همچنین تعدادی جلسه برای گروه‌های اجتماع ارایه گردید.

- ارزیابی

در ارزیابی نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون منطقه آلبانی با منطقه کنترل در نیویورک که بسیج اطلاع رسانی چند رسانه‌ای را دریافت نکرده بودند مقایسه شد. نتایج نشان داد که ساکنان منطقه آلبانی به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر گزارش کردند که تبلیغات تلویزیون را دیده‌اند و افرادی که اطلاعات را دیده بودند بیشتر گزارش کردند که در صورتی وجود علائم سکتة در خود یا سایر افراد با شماره ۹۱۱ تماس گرفته‌اند.

علاوه بر دانش، پژوهشگران برای تعیین این که ساکنان با چه سرعتی پس از حمله علائم سکتة، خود را به بیمارستان می‌رسانند، این رفتار را با جمع‌آوری داده‌ها از بیمارستان‌های منطقه بررسی کردند. نتایج امیدوار کننده بود و تعداد قابل توجهی از بیماران با آمبولانس به بیمارستان می‌رسیدند.

– پرسش ها

فکر می کنید پژوهشگران علاوه بر استفاده از رسانه‌ها و سخنران‌ها در اجتماع چه فعالیت‌های دیگری می‌توانستند انجام دهند؟
این طرح ارزیابی را چه می‌نامید؟
چگونه می‌توان روش ارزیابی را بهتر کرد و با این کار چه اطلاعات اضافی دیگری حاصل می‌شود؟

✓ REFERENCE

CDC 's National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
New York: Heart disease and stroke — stroke awareness campaign. Retrieved from www.cdc.gov/NCCDPHP/examples/index.htm.

واکسیناسیون کودکان

در بسیاری از اجتماع‌ها شیرخواران و کودکان در سن توصیه شده واکسن هایشان را دریافت نمی‌کنند. این کودکان مستعد ابتلا به بیماری‌ها بوده و از تاثیر ایمنی گروهی اجتماع محروم می‌شوند.

– مداخله

یک برنامه درسی برای آموزش زنان باردار در مانگاه‌های بارداری عمومی سان دیه گو در رابطه با اهمیت برنامه واکسیناسیون کودکان و ارائه روشهایی برای تداوم برنامه واکسیناسیون کودکانشان تهیه شد. در طی مراجعات سه ماهه سوم، زنان گروه هدف یک جلسه آموزش واکسیناسیون فردی تعاملی را دریافت کردند و یک فیلم پانزده دقیقه‌ای با تاکید بر زمان واکسیناسیون و بیماری‌هایی که از طریق اکسیناسیون پیشگیری می‌شوند را مشاهده نمودند. با استفاده از زمان تقریبی زایمان زنان، آموزش دهنده مراقبت‌های بارداری، یک تقویم یادآوری واکسیناسیون بر اساس برنامه ماه دوم، چهارم، ششم، یک سالگی و پانزده ماهگی تهیه کرد، همراه با تقویم یک یادآور آهن ربایی برای نصب تقویم بر روی یخچال داده شد. زنان گروه کنترل آموزش فردی را دریافت کردند و فیلمی را درباره پیشگیری از سندرم مرگ ناگهانی نوزاد مشاهده کردند.

- ارزیابی

در شروع هر دو مداخله و جلسات مقایسه، شرکت کنندگان به دو سؤال درباره آگاهی نسبت به ایمنسازی و وضعیت خواب کودک پاسخ دادند. همان سئوالات در پایان جلسات و در یک پیمایش تلفنی سه ماه بعد مطرح شد. از ثبت واکسیناسیون شهرستان برای بررسی وضعیت واکسیناسیون استفاده شد. از بین ۳۴۸ شرکت کننده، با ۳۱۴ (۹۰ درصد) در سه ماه بعد تماس گرفته شد. آگاهی نسبت به ایمنسازی به میزان قابل توجهی در بین زنان گروه مداخله افزایش یافت. تفاوت معناداری بین زنان گروه مداخله و کنترل در شروع واکسیناسیون یا تکمیل آن در طی ۹۲ روز وجود نداشت (۹۵ درصد در مقابل ۹۳ درصد).

- پرسش ها

آیا به نظر می‌رسد در این مطالعه از یک چارچوب نظری استفاده شده باشد؟
چه سنجش‌های پیامد دیگری ممکن است در این مطالعه استفاده شده باشد؟
چه اهمیتی دارد مادرانی که کودکانشان را برای معاینه به محل انجام واکسیناسیون می‌برند درباره برنامه واکسیناسیون آگاهی داشته باشند؟

✓ REFERENCE

Uniag de Nuncio, M., Nader, P., Sawyer, M., De Guire, M., Prislín, R., & Elder, J. (2003). A prenatal intervention study to improve timeliness of immunization initiation in Latino infants. *Journal of Community Health*, 28, 151 - 165.

آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری

کودکان ۸ تا ۱۲ ساله بیشتر در معرض خطر آسیب‌های ناشی از وسایل نقلیه موتوری هستند. این مشکل تا حد زیادی در نتیجه میزان کم استفاده از کمربند ایمنی و نشستن در صندلی جلوی ماشین است.

- مداخله

پژوهشگران در یک مدرسه ابتدایی در آرکانزاس با همکاری کارکنان مدرسه فعالیت‌های مختلفی را در طی یک مداخله پنج ماهه انجام دادند. این فعالیت‌ها شامل آموزش کارکنان،

اطلاعیه صبح و بعد از ظهر در مورد دوربین مدار بسته تلویزیون، انجمن‌های مدرسه، یک صفحه نمایش اعلانات بزرگ و توزیع پوستر بود. نمایش تصویری و پیام صوتی در اطلاعیه صبحگاهی حاوی تصویر یک کمر بند ایمنی به دور نماد مدرسه و یادآوری به دانش‌آموزان بود: بچه‌ها، برای حفظ ایمنی کمر بند را ببندید" همچنین اطلاعیه بعد از ظهر شامل یک پیام کلامی درباره استفاده از کمر بند به همراه یک صدای کلیک (مربوط به بسته شده کمر بند) بود. والدین در سراسر سال از طریق ارسال پمفلت‌های آموزشی به منزل و ارائه موضوعات ایمنی در گردش‌های مدرسه و جشن سالانه مدرسه در برنامه درگیر شدند. در طی جمع‌آوری داده‌های پیمایش و مشاهده، مواد آموزشی دیگر و نیز مچ بند در هنگامی که مسافران و راننده‌ها به درستی از کمر بند ایمنی استفاده می‌کردند و موقعیت درست نشستن را رعایت می‌کردند، ارائه می‌شد.

- ارزیابی

پیمایش‌های نوشتاری و مشاهده‌ای درباره استفاده از کمر بند ایمنی و وضعیت مسافر قبل، در طی و بعد از فعالیت‌های مداخله انجام شد. دانش‌آموزان در جمع‌آوری داده‌های مشاهده‌ای کمک کردند. میزان مواجهه با اطلاع رسانی بالا بود به طوریکه ۷۷ درصد از والدین و ۸۹ درصد از دانش‌آموزان پیام‌ها را به یاد می‌آوردند. آگاهی درباره کمر بند ایمنی و وضعیت نشستن در میان والدین و دانش‌آموزان افزایش یافته بود. استفاده از کمر بند توسط دانش‌آموزان از ۷۱ درصد به ۹۱ درصد افزایش یافت.

- پرسش‌ها

هر چند نویسندگان این مطالعه وزن یکسانی را به افزایش آگاهی و رفتار داده‌اند، از نظر شما کدامیک نشان دهنده مهمتر موفقیت مداخله است؟ چرا؟
این مداخله در چه سطح بوم شناختی انجام شده است؟ فعالیت‌های مداخله در چه سطحی از پیشگیری متمرکز شده اند؟
آیا انجام چنین مداخله‌ای برای یک دانش‌آموز امکان‌پذیر است؟ چرا؟

✓ REFERENCE

Aitken, M., Mullins, S., Lancaster, V., & Miller, B. (2007). "Cubs Click It for Safety": A school - based intervention for tween passenger safety. *Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 63, S39 – S43.

تجاوز جنسی و خشونت در روابط

خشونت جنسی علیه زنان یک مشکل ملی است که مکرراً در کالج‌ها و دانشگاه‌ها اتفاق می‌افتد. یک چهارم زنان برخی از اشکال خشونت جنسی را در طی زندگی خود چه به صورت خشونت در روابط، تجاوز یا تعقیب تجربه می‌کنند. شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد میزان گزارش خشونت‌های جنسی در دانشگاه‌ها به علل پذیرش فرهنگی، فقدان آگاهی درباره منابع و یا خجالت پایین است.

- مداخله

بر اساس چارچوب بوم شناختی، برای پیشگیری از تجاوزها و خشونت‌های جنسی، یک مجموعه فعالیت‌ها در سطح دانشگاه انجام شد. پژوهشگران معتقدند که این "مطالعه موردی فرآیند" الگویی برای نحوه اجرای یک برنامه پیشگیری توسط سایر پژوهشگران در یک موقعیت مشابه است. فرآیند برنامه‌ریزی با طراحی یک گروه کاری در سطح دانشگاه شامل دست اندرکاران از سراسر گروه‌های دانشگاه شروع شد. مسئولیت اصلی آنها نشان دادن وضعیت و ارائه پیشنهاد برای پاسخ به تجاوز جنسی و خشونت در روابط بود. برای اینکار، نمایندگان این گروه محیط را بررسی کردند و در جهت پی بردن به جو دانشکده، زیر ساخت‌ها و منابع پیگیری یک نیازسنجی انجام دادند. این شرایط با معیارهای اجتماع مقایسه شدند. این اطلاعات برای ارائه توصیه‌ها و پیشنهادات و اولویت بندی آنها در رابطه با نحوه پرداختن به نیازها استفاده شدند.

- ارزیابی

درباره ارزیابی تاثیر بحث نشده است.

- پرسش‌ها

- چه منابعی برای اجرای یک فرآیند مشابه در محیط دانشگاه شما مورد نیاز است؟
- چه چارچوب زمانی برای اجرای این فرآیند در محیط دانشگاه مناسب است؟
- چه نوع ارزیابی می‌تواند برای ارزیابی این مداخله مناسب باشد؟

✓ REFERENCE

Lichty, L., Campbell, R., & Schuiteman, J. (2008). Developing a university - wide institutional response to sexual assault and relationship violence. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 36, 5 – 22.

سیگار کشیدن

هزینه‌های سیگار کشیدن در ایالات متحده آمریکا در حدود ۱۹۳ میلیارد دلار برآورد می‌شود که مربوط به هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و از دست داده بهره وری است، همچنین سیگار کشیدن مسئول حدود ۴۳۴ هزار مرگ زود هنگام در هر سال است. در آمریکا، در حدود ۲۰/۸ درصد از افراد بزرگسال سیگار می‌کشند و نسبت قابل توجهی از این افراد در سن ۱۸ تا ۲۴ یا ۲۵ تا ۴۴ سال هستند (به ترتیب ۲۳/۹ درصد و ۲۳/۵ درصد). برای کاهش میزان سیگار کشیدن در این گروه‌های سنی، محیط‌های کار مورد توجه قرار گرفته است، زیرا نزدیک به ۶۳ درصد از جمعیت بزرگ سال یک سوم وقت خود را در محل کار صرف می‌کنند. همچنین، از آنجا که بسیاری از کارکنان از اینترنت در امور روزانه خود استفاده می‌کنند، دست اندرکاران از این فناوری در اجرای آموزش و مداخلات ترک سیگار بهره می‌برند.

- مداخله

با استفاده از محل کار و مداخله اینترنتی، یک برنامه ترک سیگار به نام Quit-Net به عنوان بخشی از یک اقدام سلامت جامع برای کاهش شیوع سیگار کشیدن در میان کارکنان IBM اجرا شد. برای جذب شرکت کنندگان، اطلاعیه برنامه به اینترنت و ایمیل کارکنان فرستاده شد. به منظور تشویق افراد، مشوق‌های مالی در قالب تخفیف‌های حق بیمه ارائه شد. در طی ثبت نام برنامه، از افراد خواسته شد تا وضعیت سیگار کشیدن خود را گزارش کنند. در مجموع ۶۲۳۵ سیگاری که از لحاظ جغرافیایی پراکنده بودند در این برنامه شرکت کردند. از این تعداد، ۱۷۱۳ از کارکنان برای استفاده از سایت Quit-Net ثبت نام کردند که یک سایت تجاری رایانه‌دهنده درمان ترک سیگار مطابق با دستور العمل کشوری بود. حق اشتراک این سایت از طرف شرکت IBM پرداخت شد. هنگامی که شرکت کنندگان در این سایت ثبت نام کردند، داده‌های پایه جمع‌آوری شد. این داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی و سابقه سیگار کشیدن از جمله میزان سیگار مصرفی جاری، مرحله تغییر، تعداد موارد ترک ۲۴ ساعته در سال گذشته، استفاده قبلی از درمان‌های ترک سیگار و وابستگی به سیگار بود. پس از ثبت نام شرکت کنندگان، الگوی استفاده از وب توسط آنها بررسی و داده‌ها ثبت شدند و در

تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفتند. شرکت کنندگان برای یک دوره دوازده ماهه مورد پیگیری قرار گرفتند.

وبسایت به شرکت کنندگان مشاوره آنلاین درباره چگونگی ترک سیگار، کمک به تنظیمی زمان مشخص برای ترک، ارزیابی انگیزه و وابستگی به نیکوتین، اطلاعات متناسب درباره خطرات سیگار کشیدن، مشاوره با هدف ایجاد مهارت‌های خود ارزیابی، کمک‌های متناسب شده درباره انتخاب و استفاده از داروهای ترک سیگار و حمایت اجتماعی را ارائه می‌کرد. این ویژگی‌ها با امکان دسترسی به مشاوران به صورت آنلاین، سیستم‌های کارشناسی اضافی و حمایت اجتماعی مبتنی بر وب نامحدود تکمیل شد.

- ارزیابی

پس از گذشت دوازده ماه از زمان ثبت نام، از افراد خواسته شد تا یک پرسشنامه آنلاین را جهت بررسی میزان پرهیز در هفت روز گذشته، تاریخ دقیق ترک، تعداد تلاش‌های ترک ۲۴ ساعته، طولانی‌ترین دوره تداوم پرهیز و استفاده از روش‌های ترک شامل دارو درمانی را تکمیل نمایند. از افرادی که به سیگار کشیدنشان ادامه داده بودند خواسته شد تا میزان سیگار کشیدن، انگیزه برای ترک، تمایل و اطمینان به ترک و زمان کشیدن اولین سیگار پس از بیدار شدن را مشخص نمایند. از ۱۵۲۲ نفر که در ماه دوازدهم مورد پرسشگری قرار گرفتند، تنها ۴۸۲ نفر پاسخ دادند در نتیجه میزان پاسخ دهی ۳۲ درصد بود. نتایج در کل بیانگر میزان ترک نسبتاً کم بود. در مقایسه با افرادی که کمتر از سایت استفاده کرده بودند، کسانی که چهار بار و بیشتر از سایت در طول مدت دوازده ماه استفاده کرده بودند، بیشتر سیگار کشیدن را ترک کرده بودند. به علاوه، صرف زمان بیشتر در سایت احتمال پرهیز از سیگار در طی دوازده ماه را افزایش داد. همچنین افرادی که از ویژگی‌های تکمیلی سایت مانند مشاوره آنلاین استفاده کرده بودند در مقایسه با سایر افراد، بیشتر احتمال داشت که از سیگار کشیدن پرهیز کنند. نویسندگان به تعدادی از محدودیت‌های این مطالعه اشاره کردند از جمله این حقیقت که میزان پاسخ دهی پایین، تعمیم پذیری نتایج مطالعه را محدود می‌کند و فقدان گروه مقایسه، امکان تعیین احتمال ترک سیگار در غیاب مداخله را دشوار می‌سازد.

- پرسش ها

با وجود این که این مداخله نتایج ضعیفی به همراه داشت، به طور خلاصه مراحل برنامه ریزی که می توان در یک کار کوچکتر انجام داد را بیان می کند. برای این کار شما چه رویکردی را حفظ می کنید و کدامیک را تغییر می دهید؟ چرا؟

پاسخ به سوالات پیمایش بسیار مهم است، چرا که داده های مورد نیاز برای ارزیابی برنامه را فراهم می کند. به طور خلاصه مراحل که می تواند میزان پاسخ دهی را افزایش دهد را شرح دهید.

سنجش های فرآیندی که می تواند برای ارزیابی این برنامه استفاده شود را نام ببرید.

✓ REFERENCES

- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Preventing tobacco use. Retrieved August 31, 2009, from www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/tobacco.pdf.
- Graham, A. L., Cobb, N. K., Raymond, L., Sill, S., & Young, J. (2007). Effectiveness of an Internet - based worksite smoking cessation intervention at 12 months. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (8), 821 – 828.
- Moher, M., Hey, K., & Lancaster, T. (2003). Workplace interventions for smoking cessation. *Oxford UpdateSoftware*, 3, 1 – 59.

خلاصه

هدف از این فصل، برجسته کردن رویکردهای متفاوتی است که در حال حاضر توسط دست اندرکاران سلامت عمومی برای پرداختن به مسایل سلامت مورد استفاده قرار می گیرند. بدیهی است دست اندرکاران سلامت عمومی در تلاش برای دسترسی به جمعیت های گروه هدف و بهبود سلامت آنها در موقعیت های مختلف کار می کنند. در برخی موارد، علیرغم این که برخی مطالعات در حوزه سلامت عمومی به شدت مورد تشویق قرار گرفته اند، مورد ارزیابی قرار نگرفته اند. این موضوع یک مساله خاص در رابطه با تامین منابع مالی را مطرح می کند، زیرا در غیاب داده های ارزیابی که اثر بخشی برنامه را مشخص می کند، نشان دادن ضرورت منابع مالی بیشتر و یا تکرار برنامه دشوار است. امید است این فصل باعث تشویق به بحث درباره مداخلات گذشته شده و بینش حاصل در کارهای آتی ظهور نماید.

واژه نامه

Abstract

خلاصه: خلاصه‌ای از یک مقاله‌ی پژوهشی که عموماً در ابتدای آن آورده می‌شود.

Active consent

رضایت فعال: امضای فرم رضایت توسط والدین و یا قییم قانونی کودک مورد مطالعه جهت اجازه دادن به شرکت کودک در یک مطالعه پژوهشی

Activities

فعالیت‌ها: اقدامات خاصی که به عنوان بخشی از مداخله انجام می‌شود.

Activities approach model

الگوهای با رویکرد فعالیت‌ی: الگوهایی که بر فعالیت‌های پروژه و نتایج مورد انتظار از آن متمرکز است و به تعیین منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها کمک می‌کند.

Advocacy coalition framework

چارچوب ائتلاف حمایت طلبی: یک الگوی مفهومی که فرآیندهای اجرای تغییرات اجتماعی در سطح سیاسی را مشخص می‌کند.

Alma Ata Declaration

بیانیه آما آتا: سیاست سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۸ که بیان می‌کند تمامی افراد باید به مراقبت‌های سلامت اولیه کافی و مقرون به صرفه دسترسی داشته باشند. این بیانیه بر اهمیت درگیری اجتماع در ارائه خدمات اولیه سلامت تاکید می‌کند.

Anonymity

گمنامی: روشی در حفظ حریم شرکت‌کنندگان در پژوهش که به واسطه آن اطلاعات هویتی افراد نظیر نام جمع‌آوری نمی‌شود و با این کار امکان ارتباط دادن شرکت‌کنندگان با پاسخ هایشان غیر ممکن می‌شود.

Assumptions

فرضیات: درک یا نتیجه‌گیری بیان نشده درباره باورها و رفتارهای جامعه پژوهش که بدون هرگونه داده تایید کننده، در نظر گرفته می‌شود.

Attrition

ریزش: از دست دادن شرکت‌کنندگان یک مداخله به دلیل خارج شدن آنها از مطالعه، عدم پیگیری یا مرگ

Background and significance

زمینه و اهمیت: بخشی از یک مقاله پژوهشی یا طرح پیشنهادی که مروری بر مشکل مورد نظر، پژوهش‌ها قبلی مرتبط و شکاف موجود که مداخله را توجیه می‌کند را ارائه می‌دهد.

Baseline data

داده‌های پایه: اطلاعات اولیه‌ای که درباره شرکت‌کنندگان در مداخله جمع‌آوری می‌شود و می‌تواند برای مقایسه با داده‌های جمع‌آوری شده پس از مداخله مورد استفاده قرار گیرد.

Basic priority rating system

سیستم امتیازدهی اولویت بندی: نظامی برای تهیه اولویت‌ها در فعالیت‌های سلامت عمومی هنگامی که منابع محدود هستند. استفاده از منابع مختلف داده‌ها امکان تعیین اندازه مشکل یا عوامل خطر را بر حسب شیوع، هزینه و شدت فراهم می‌کند.

Behavioral capability

ظرفیت رفتاری: سازه‌ای از نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند آگاهی و مهارت فرد درباره یک رفتار خاص بر انجام آن تاثیر می‌گذارد.

Behavioral change theory

نظریه تغییر رفتار: یکی از چند نظریه‌ای که یک چارچوب نظام‌مند برای درک چگونگی و علت تغییر رفتار افراد را ارائه می‌کند.

Blogs

بلاگ‌ها: مطالبی که نویسندگان درباره یک موضوع خاص می‌نویسند و معمولاً دامنه‌ای از موضوعات از سیاست‌های عمومی تا سرگرمی کودکان مربوط به زندگی شخصی نویسندگان را شامل می‌شود. بسیاری از وبلاگ‌ها توسط یک نویسنده اداره می‌شوند، اما برخی چندین نویسنده دارند. بسیاری از آنها دارای پیوندهای زیادی هستند و برخی شامل فیلم می‌باشند.

Bluetooth

بلوتوث: یک فناوری شبکه‌ای بی سیم که انتقال داده‌ها و ارتباط دستگاه‌ها را در فواصل کوتاه تسهیل می‌کند.

Boilerplate information

اطلاعات الگوی استاندارد: متنی در پیشنهاد بودجه که تسهیلات و حمایت موجود در یک موسسه را نشان می‌دهد. به طور کلی شامل شرح مختصری از اهداف موسسه، رسالت، تاریخچه و منابعی نظیر وسایل کامپیوتری و کتابخانه‌ای می‌باشد.

Boolean operators

عملگرهای بولین: عبارات منطقی که به منظور جستجو، واژه‌های اصلی را در پایگاه‌های پژوهش‌های متمرکز می‌کند و یا اتصال می‌دهد (مانند AND، OR و NOT)

Budget

بودجه: برنامه‌ای که در آن هزینه‌های مداخله و ارزیابی را با جزئیات شرح می‌دهد.

Budget justification

توجیه بودجه‌ای: عباراتی که ضرورت و نیز نقش دقیق هر یک از کارکنان که در بودجه مداخله و ارزیابی فهرست شده‌اند را شرح می‌دهد.

Capacity assessment

ارزیابی ظرفیت: ارزیابی توانایی یک اجتماع یا سازمان به منظور برنامه‌ریزی و اجرای موثر مداخله

Case finding

یافتن مورد: راهکاری برای یافتن و دستیابی به افرادی که بیشتر در معرض یک مشکل سلامت خاص هستند و یا حداقل احتمال انجام رفتار ارتقا دهنده سلامت را دارند.

Change theories

نظریه‌های تغییر: نظریه‌هایی که نحوه سازماندهی تغییر در طول زمان را توضیح می‌دهند.

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)

یک پایگاه داده‌ها که مقالات مربوط به سلامت اجتماع را از سال ۱۹۳۷ تا کنون نمایه می‌کند.

Closed - ended question

سوالات بسته: نوعی سوال در ابزارهای پژوهش‌های جهت جمع‌آوری داده‌هایی که در آن پاسخ دهندگان باید یکی از پاسخ‌ها را از میان فهرستی از پاسخ‌های ارائه شده انتخاب کنند و یا یک پاسخ یک کلمه‌ای (مانند تعداد یا بله و خیر) را ارائه دهند.

Cochrane Review

یک منبع آنلاین که مداخلات در زمینه‌های مختلف و مرورهایی از شواهد درباره قدرت برنامه‌ها را ارائه می‌دهد

Code of ethics

ضوابط اخلاقی: راهنمای عملکرد افراد حرفه‌ای در حوزه‌های خاص که باعث می‌شود آنها را در قبال اقداماتشان پاسخگو باشند. در سلامت عمومی، این کد استانداردی را برای کار در موقعیت اجتماع و انجام پژوهش فراهم می‌کند.

Community

اجتماع: گروهی از افراد که به واسطه پیوندهای مرئی یا نامرئی با یکدیگر ارتباط دارند و بر اساس محدوده جغرافیایی، مرزهای فیزیکی یا سیاسی یا علائق، رفتارها، خطرات یا ویژگی‌های مشترک (مانند زمینه‌های نژادی، قومیتی یا ملی و واحدهای اجتماعی مانند سن، وضعیت شغل یا وضعیت بیماری) تعریف می‌شوند.

Community advisory board

کمیته مشورتی اجتماع: یک گروه رسمی از دست اندرکاران اجتماع که می‌توانند درون دادها را در طی مرحله ارزیابی یا ارزیابی مداخله فراهم نمایند.

Community assessment

ارزیابی اجتماعی: یک مرور نظام‌مند از نقاط قوت و ضعف اجتماع درباره سلامت

Community - based health intervention

مداخله سلامت اجتماع محور: مداخله‌ای جهت رفع نیاز سلامت در اجتماع که به واسطه پیشگیری یا تغییر در عوامل غیر پزشکی موثر بر سلامت طراحی می‌شود.

Community - based participatory research (CBPR)

پژوهش مشارکتی اجتماع محور: نوعی پژوهش که در آن اعضا و دست اندرکاران اجتماع هدف، به صورت فعال در تمامی مراحل فرآیند تحقیق درگیر هستند.

Community Guide

یکی از منابع آنلاین مورد حمایت مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها که برنامه‌های مبتنی بر شواهد را مرور کرده و توصیه‌ها را درباره موضوعات مختلف سلامت ارائه می‌دهد.

Community input

درونداد اجتماعی: داده‌های اولیه جمع‌آوری شده از اعضای اجتماع، ارائه‌دهندگان خدمات و سایر افرادی که از نیازهای و نگرانی‌های سلامت اجتماع مطلع هستند.

Community level

سطح اجتماعی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتارهای سلامت در الگو بوم شناختی. مداخلات در این سطح در جهت تغییر در محیط یا ساختارهای اجتماعی عمل می‌کنند.

Community setting

موقعیت اجتماعی: محیط یا حوزه جغرافیایی که اجتماع در آن واقع شده است.

Concepts

مفاهیم: اجزا یا بلوک‌های سازنده یک نظریه

Confidentiality

محرمانگی: یک روش محافظت از حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق حصول اطمینان از این که اطلاعات هویتی آنها به کسی غیر از تیم تحقیق نشان داده نخواهد شد.

Consent form

فرم رضایت نامه: یک سند نوشتاری درباره اطلاع شرکت‌کنندگان از جزئیات مطالعه مانند هدف، انتظارات و خطرات و فواید شرکت در مطالعه

Constructs

سازه: ایده‌های مفهومی یا طرح کلی که جهت ایجاد یک نظریه گروه بندی می‌شوند.

Control group

گروه کنترل: واحد تحلیلی که درمان یا مداخله را دریافت نکرده و به عنوان گروه مقایسه برای اهداف آماری عمل می‌کنند.

سازه ایده‌های مفهومی و یا طرح کلی است که به گروه بندی می‌شوند به شکل یک نظریه.

Convenience sample

نمونه آسان: نوعی نمونه که از طریق ثبت نام غیر تصادفی شرکت کنندگانی که در زمان انجام پروژه در دسترس هستند به دست می‌آید.

Cross - tabulation

جدول بندی متقاطع: نوعی تحلیل که توزیع حداقل دو نوع متغیر را به صورت همزمان بررسی می‌کند و در یک جدول آنها را نشان می‌دهد.

Cyberspace

فضای مجازی: استعاره‌ای برای محتوا و تعامل در اینترنت و سایر شبکه‌های کامپیوتری

Data

داده‌ها: مجموعه‌ای از بخش‌های اطلاعاتی که به افزایش دانش در زمینه موضوع مورد نظر کمک می‌کنند.

Data processing

پردازش داده‌ها: تبدیل داده‌های خام به شکلی که بتوان با کامپیوتر پردازش کرد و به متغیرهایی جهت تحلیل تبدیل نمود

Data set

مجموعه داده‌ها: مجموعه‌ای از متغیرهای مرتبط به یک موضوع خاص که معمولاً با یک برنامه نرم افزار کامپیوتری سازمان دهی می‌شوند.

Demographic variables

متغیرهای جمعیت شناختی: ویژگی‌های شخصی افراد (از قبیل سن، تحصیلات، شغل، و نژاد) که می‌توانند اجتماع را توصیف کنند.

Descriptive analysis

تحلیل توصیفی: نوعی تحلیل آماری که ویژگی‌های نمونه را خلاصه کرده و چگونگی ارتباط متغیرها با یکدیگر را بررسی می‌کند.

Discussion guide

راهنمای بحث: راهنمایی که در طی برگزاری جلسات گروهی متمرکز استفاده شده و شامل سوالاتی است که قبل از بحث طراحی می‌شود.

Dose

دوز: مقدار یا قدرت مداخله ارایه شده بر حسب زمان (روز، هفته، ماه یا سال) و یا بر اساس تعداد پژوهشگرانی که مداخله را به جمعیت هدف ارایه می‌کنند.

Ecological level

سطح بوم شناختی: دیدگاهی که بر اساس آن شبکه‌ای متشکل از سازمان‌ها یا افراد در محیط اجتماع را می‌توان تحلیل کرد.

Ecological theory

نظریه بوم شناختی: نظریه‌ای که بیان می‌کند سلامت حاصل تعامل پویای ویژگی‌های سطح فردی با محیط اجتماعی و فیزیکی است. افراد، خانواده‌ها و اجتماع‌ها منفک از هم نیستند بلکه یک نظام بوم شناختی مرتبط با هم هستند که هر یک با تغییر در بخشهای دیگر سازمان، خود را تطبیق می‌دهند.

Economic asset

دارایی اقتصادی: نوعی منبع فیزیکی یا اجتماعی که می‌تواند به صورت تاثیر مثبتی بر رفع نیازهای سلامت اجتماع داشته باشد.

EMBASE

یک پایگاه داده الکترونیکی که مقالاتی در زمینه موضوعات مختلف سلامت از جمله سیاست‌های سلامت و مدیریت، سلامت عمومی، بهداشت حرفه‌ای و بهداشت محیط را پوشش می‌دهد

Ethical conduct

کار اخلاقی: انجام مداخله به گونه‌ای که با شرکت‌کنندگان با احترام رفتار شود و موجب هیچ گونه آسیبی به افراد یا اجتماع نگردد

Evaluation

ارزیابی: نوعی سنجش نظام‌مند اثر بخشی یک مداخله، برنامه یا سیاست. ارزیابی‌ها نه تنها پیامدهای مداخله را بررسی می‌کنند، بلکه دستیابی به اهداف مداخله، نحوه اجرای اجزای برنامه و نقش این اجزا در رسیدن به اهداف را تعیین می‌کنند.

Expectations

انتظارات: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که فرض می‌کند درک افراد از احتمال پیامد مطلوب، بر انجام رفتار تاثیر می‌گذارد.

Experimental group

گروه تجربی: واحد تحلیلی که مداخله یا درمان مورد نظر را دریافت می‌کنند.

Facebook

فیسبوک: یک شبکه اجتماعی در اینترنت

Facilitator

تسهیلگر: فردی که یک بحث گروهی را هدایت می‌کند یا انجام می‌دهد و اطمینان حاصل می‌کند که تمامی سوالات مورد نظر پاسخ داده شده و کلیه اعضای گروه درونداد خود را به اشتراک می‌گذارند (با عنوان مدیر گروه هم شناخته می‌شود).

Facilitators

تسهیلات: مواردی مثل هزینه‌های مسافرت شرکت‌کنندگان که به پژوهشگران کمک می‌کند تا شرکت‌کنندگان رادر مطالعه به کار گیرند.

Fidelity

وفاداری: میزان تطابق یک مداخله اقتباس شده یا مداخله موجودی که متناسب سازی شده با طرح، محتوا و برنامه اجرایی اصلی.

Fiscal agent

عامل مالی: سازمان یا موسسه‌ای که منابع مالی را برای سایر سازمان‌ها یا گروه‌ها دریافت و پایش می‌کند.

Five Ps

نوعی راهبرد بازاریابی برای هدایت طرح بسیج بازاریابی اجتماعی که شامل مفاهیمی چون محصول (product)، قیمت (price)، مکان (place)، ترویج (promotion) و مکان یابی (positioning) است.

Focus group

گروه متمرکز: روشی در جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش‌ها کیفی که در آن گروه‌های کوچک متشکل از شش تا دوازده نفر برای به اشتراک گذاشتن عقاید و دیدگاه‌های خود درباره موضوع مورد نظر گرد هم جمع می‌شوند.

Follow - up question

سوال پیگیری: تکنیکی که در پژوهش‌ها برای شفاف کردن یا به دست آوردن سایر اطلاعات به دنبال پاسخ به سوالات قبلی استفاده می‌شود.

Forced - choice question

سوال انتخاب اجباری: نوعی سوال در ابزارهای تحقیق که دارای پاسخ‌هایی با گزینه‌های محدود است. عبارت سؤال به گونه‌ای است که فرد باید پاسخ‌های خاصی را ارائه دهد (مثلا موافقت یا عدم موافقا یا درست و غلط).

Fringe benefits

مزایای جانبی: هزینه‌های اجباری نظیر تامین اجتماعی، بیمه خسارت کارگران و بیمه بیکاری و مزایای اختیاری (مانند بیمه سلامت و برنامه‌های بازنشستگی) که به صورت درصدی از حقوق پرسنلی بیان می‌شوند.

Gamers

بازیکنان: افرادی که بازی‌های کامپیوتری انجام می‌دهند.

Gantt chart

جدول گانت: جدول زمانی با واحدهای هفته، ماه یا سال که تاریخ پیش‌بینی شده شروع و پایان ارزیابی اقدامات برنامه‌ریزی شده را مشخص می‌کند.

Global Health Database

یک پایگاه داده الکترونیکی که دسترسی به پژوهش‌های مرتبط با بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های گرمسیری، بیماری‌های انگلی، تغذیه، سلامت همگانی و اجتماعی، و گیاهان دارویی و سمی را از چشم انداز بین‌المللی ارائه می‌دهد.

Google Scholar

شاخه علمی سایت گوگل

Group interviews

مصاحبه‌های گروهی: سوالات و بحث‌هایی درباره یک موضوع با حضور دو یا چند نفر

Group level

سطح گروهی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتار سلامت و پیامدها در دیدگاه بوم‌شناختی. مداخله در این سطح در جهت تغییر در آگاهی، نگرش و عملکرد درباره مسایل سلامت در میان اعضای گروه هدف عمل می‌کند.

Herd immunity

ایمنی جمعیتی: تاثیر محافظت کلی در زمانی که اکثر اعضای اجتماع در مقابل یک بیماری از طریق واکسیناسیون یا ابتلا به عفونت ایمن می‌شوند حاصل می‌شود، احتمال این که افراد فاقد ایمنی با فرد آلوده تماس داشته باشد خیلی کم است، بنابراین از وقوع زنجیره عفونت پیشگیری می‌شود.

IDUs

معتادان تزریقی

Impact evaluation

ارزیابی اثر: ارزیابی تاثیرات یک مداخله و دستیابی به اهداف (اختصاصی) آن

Incentives

مشوق ها: مبالغ کم یا هدایایی که به افراد جهت شرکت در یک مداخله به عنوان جبران صرف وقت یا به عنوان راهکاری برای حفظ آنها در مطالعه داده می شود.

Individual resources

منابع فردی: دارایی های موجود در اجتماع مورد نظر که تاثیر مثبتی بر نیازهای سلامت دارد از جمله افرادی که مهارت های خاصی دارند، در کارهای اجتماع محور دارای تجربه هستند یا تمایل به کمک در جهت بهبود سلامت اجتماع دارند.

Individual rights

حقوق فردی: داشتن حق آزادی در برابر انجام کارهایی که از طرف دولت واگذار می شود و مخالف حقوق قانونی و مدنی آنها می باشد.

Informed consent

رضایت آگاهانه: توافق افراد در تحقیق برای مشارکت در یک مطالعه بر اساس درک روشن از ماهیت مطالعه و آنچه که باید در مطالعه انجام دهند.

In-kind contribution

کمک غیر نقدی: منابع غیر مالی مانند تسهیلات جلسه یا زمان کارکنان که از مطالعه پشتیبانی می کنند.

Inputs

درونداد: منابع، مشارکت ها و سرمایه هایی که برای انجام فعالیت های یک مداخله مورد نیاز است.

Institutional resources

منابع موسسه ای: دارایی های اجتماع مورد نظر که می تواند به رفع نیازهای سلامت اجتماع کمک کند مانند درمانگاه ها، کتابخانه ها و امکانات تفریحی

Institutional review board (IRB)

کمیته اخلاق: یک کمیته رسمی برای بررسی مسایل اخلاقی نمونه های انسانی پیشنهادی طرح در کلیه پروژه های پژوهش های. این کمیته در جهت حصول اطمینان از حفظ حقوق و رفاه شرکت کنندگان در مطالعه می باشد.

Instruments

ابزار: پرسشنامه‌ها، برنامه‌های مصاحبه و پیش‌نویس‌های تحقیق که در یک پروژه پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

Internal validity

روایی درونی: این ایده که هر گونه تاثیر مشاهده شده به دنبال مداخله، ناشی از مداخله باشد

Internet survey

پیمایش اینترنتی: پرسشنامه یا پیمایشی که از طریق اینترنت صورت گیرد.

Key informants

افراد مطلع کلیدی: افرادی که نقش رهبران اجتماع را دارند و می‌توانند اطلاعاتی درباره نیازهای جمعیت هدف، واکنش آنها نسبت به یک مداخله خاص و تاثیر مداخله در اجتماع ارایه دهند.

Key stakeholders

دست اندرکاران کلیدی: تصمیم‌گیران اجتماع درون سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمت، هیات‌های مشورتی و رهبران سازمان‌های اجتماع محور که علاقمند به موفقیت ارزیابی اجتماعی یا مداخله هستند.

Large data sets

مجموعه داده‌های بزرگ: مجموعه داده‌های ثانویه از سایر منابع که مورد تحلیل قرار می‌گیرند، مانند وبسایت‌های سلامت ملی، ادارات سلامت، دانشگاه‌ها و مراکز پژوهش‌های (به داده‌های ثانویه نگاه کنید).

Letter of collaboration

نامه همکاری: نوشتن نامه توسط سازمان همکار تیم تحقیق به یک سازمان سرمایه‌گذار برای بیان نقش و مشارکتی که در انجام یک مطالعه خواهند داشت.

Letter of intent

نامه قصد: نامه‌ای به یک سازمان سرمایه‌گذار که جهت بیان قصد درخواست منابع مالی نوشته می‌شود.

Levels of prevention

سطح پیشگیری: سه نوع اصلی فعالیت‌های ارتقای سلامت مربوط به پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری

Likert-type response

پاسخ لیکرتی: یک قالب پاسخ به سئوالات متشکل از چهار تا پنج گزینه افزایشی یا کاهش (به عنوان مثال به شدت موافق تا به شدت مخالف یا بالعکس)

Locator form

فرم مکان یابی: فرمی حاوی اطلاعات اصلی و جایگزین تماس با شرکت کنندگان در مطالعه

Logic model

الگوی منطقی: روشی برای توصیف ارتباط بین اجزای مختلف یک مداخله یا برنامه. چنین توصیفی غالباً به صورت نمودار نشان داده می‌شود.

Mapping

نقشه برداری: روشی که با استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری خاص، دو یا چند مورد از داده‌ها از نظر جغرافیایی با هم ادغام شده یا پیوند داده می‌شوند.

Methods or methodology

روش‌ها یا روش شناسی: مجموعه‌ای از روش‌های علمی که برای انجام نظام‌مند تحقیق مانند مطالعات مداخله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند.

Minnesota Heart Health Project

پروژه سلامت قلب مینه سوتا: یکی از مداخلات سلامت اجتماع محور اولیه که با هدف کاهش بروز بیماری‌های قلبی و سکته در سال ۱۹۸۰ اجرا شد و در حدود شش سال به طول انجامید.

Moderator

مدیر: فردی که بحث‌ها را در یک گروه متمرکز انجام داده و هدایت می‌کند

Multilevel and structural equation modeling

الگوسازی معادلات ساختاری و چند سطحی: نوعی تحلیل آماری در مطالعات کمی علوم رفتاری که در آن برای تبیین همبستگی در پاسخ‌ها، متغیرهای نهفته یا تاثیرات تصادفی لحاظ می‌شوند.

MySpace

سایت یک شبکه اجتماعی در اینترنت

National Guideline Clearinghouse

یک پایگاه داده پایه گذاری شده توسط سازمان پژوهش‌ها مراقبت‌های سلامت و کیفیت (AHRQ) که راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد را در دسترس قرار می‌دهد.

Needs assessment

نیازسنجی: رویکردی در ارزیابی اجتماعی که برای شناسایی نیازها، مشکلات و نواقص یک اجتماع خاص استفاده می‌شود.

Networking

شبکه‌سازی: برقراری پیوند یا ایجاد ارتباط با افرادی که دارای تجرب فردی و حرفه‌ای در حوزه مورد نظر سلامت عمومی هستند.

Nominal group technique

روش گروه اسمی: راهکاری برای تصمیم‌گیری گروهی که در آن عقاید تمامی اعضا لحاظ می‌شود، هرچند تفاوت‌هایی در روش‌های مختلف وجود دارد اما یکی از روش‌های ساده این است که هر یک از اعضا، دلیل مختصری از انتخاب خود درباره موضوع ارائه می‌دهد و ترتیب ترجیحات خود را از بین گزینه‌های مختلف مشخص می‌کند (یعنی اولین، دومین، سومین و غیره)، سپس گزینه‌ای که بیشتر افراد به عنوان انتخاب اول خود بیان کرده‌اند، انتخاب می‌شود.

North Karelia Project

پروژه کارولیا شمالی: یک مداخله اجتماع محور اولیه (۱۹۷۱) که در پاسخ به نگرانی‌های اجتماع درباره میزان مرگ و میر بالای ناشی از بیماری‌های قلبی و در یک منطقه عمدتاً روستایی فنلاند انجام شد.

Objectives

اهداف اختصاصی: توصیف کمی از آنچه که فعالیت‌های مداخله انجام خواهند داد، اهداف معمولاً مشخص می‌کنند که چه کسی مورد هدف مداخله است، چه تغییر، به چه مقدار و در چه چارچوب زمانی مورد انتظار است.

Observational data

داده‌های مشاهده‌ای: داده‌های جمع‌آوری شده توسط ناظر با اشاره به جزئیات آنچه که در طی یک دوره زمانی یا در یک موقعیت دیده شده است.

Observational learning

یادگیری مشاهده‌ای: یکی از سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند که مواجهه با انجام یک عمل یا رفتار از طرف افراد با نفوذ می‌تواند بر انجام آن عمل یا رفتار توسط فرد تاثیر بگذارد.

One-on-one face-to-face interview

مصاحبه چهره به چهره تک به تک: یک روش جمع‌آوری داده‌ها که در آن پژوهشگر سئوالاتی را برای پاسخ دهی فرد مطرح می‌کند.

Open - ended question

سئوالات باز: نوعی از سئوالات که در ابزارهای پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها به کار می‌روند و شرکت‌کنندگان را به انتخاب گزینه‌های از پیش تعیین شده مجبور نمی‌کند و اجازه می‌دهد که آنها پاسخ‌های خودشان را بدهند.

Operationalize

عملیاتی کردن: فرآیند مشخص کردن نحوه سنجش یک مفهوم یا سازه خاص

Organizational capacity

ظرفیت سازمانی: توانایی یک سازمان برای ارائه موفق محصولات یا خدمات، دستیابی به اهداف و انجام رسالت خود

Organizational level

سطح سازمانی: یکی از سطوح تاثیر بر رفتار سلامت در الگو بوم شناختی که از پیوندهای مشترک بین افراد به منظور ایجاد تغییرات در رفتارهای سلامت و محیط بهره می‌گیرد.

Other expenses

سایر هزینه‌ها: یک دسته از هزینه‌ها در بودجه شامل تمامی هزینه‌های متفرقه است که در دسته هزینه‌های پرسنلی یا غیر پرسنلی قرار نمی‌گیرند مانند هزینه‌های پست، تبلیغ یا اشتراک.

Other than personnel services (OTPS)

هزینه‌های غیر پرسنلی: یک گروه از بودجه در درخواست منابع مالی که شامل تمامی هزینه‌های غیر پرسنلی نظیر تجهیزات، لوازم اداری و وسایل ضروری برای مداخله می‌باشد

Outcome approach model

الگوی مربوط به رویکرد پیامد: رویکردی برای ساخت الگوهای منطقی که بر پیامدهای مورد نظر و نحوه ارزیابی اجزای برنامه برای تعیین دستیابی به نتایج مورد نظر متمرکز است.

Outcome evaluation

ارزیابی پیامد: نوعی ارزیابی که در پایان مطالعه مداخله‌ای برای تعیین دستیابی به اهداف کلی برنامه صورت می‌گیرد، این نتایج می‌تواند به مداخله منتسب شود و نه سایر عواملی که در همان محدوده زمانی مداخله رخ می‌دهد، همچنین هر نوع پیامد ناخواسته را ارزیابی می‌کند و به هزینه‌ها و فواید مداخله را وزن می‌دهد

Outcome indicators

شاخص‌های پیامدی: متغیرهایی که برای سنجش تاثیرات مورد نظر یا موفقیت مداخله در جمعیت هدف به کار می‌رود.

Outcomes

پیامدها: تاثیرات مورد نظر مداخله در جمعیت هدف

Outliers

مقادیر پرت: مقادیری که به طرز قابل ملاحظه‌ای از سایر مقادیر موجود در مجموعه داده‌ها متفاوت است.

Outputs

برونداد: اجزای خاصی از مداخله نظیر فعالیت‌ها و جمعیت هدف

Overall goal

هدف کلی: هدف نهایی از یک مداخله متناسب با مشکل سلامت مورد نظر مداخله، بیان مشکل سلامت به صورت کلی، چگونگی پرداختن مداخله به مشکل سلامت و مشخص کردن جمعیت هدف

Parental consent

رضایت والدین: مجوز والدین یا قیم کودک برای شرکت در یک مطالعه

Participant observation

مشاهده شرکت کننده: یک روش جمع‌آوری داده‌های میدانی که در آن پژوهشگر به مطالعه پدیده مورد نظر از طریق مشارکت در فعالیت‌های همراه با آن می‌پردازد.

Partnerships

شراکت: ائتلاف یا همکاری بین پژوهشگران و افراد و گروه‌ها در یک اجتماع به منظور انجام ارزیابی اجتماع، بررسی اولویت‌های عمل، طراحی مداخله و ارزیابی پیامدها

Passive consent

رضایت منفعلانه: نوعی فرآیند اخذ رضایت که معمولاً در مدارس استفاده می‌شود و در آن فرمی به منزل کودک جهت مطلع کردن سرپرست قانونی کودک درباره مطالعه فرستاده می‌شود. چنانچه سرپرست قانونی این فرم که بیانگر عدم تمایل والدین برای شرکت در مطالعه است را امضا نکند و برنگرداند، پژوهشگر فرض می‌کند که سرپرست قانونی اجازه داده تا کودک در مطالعه شرکت نماید.

PATCH (Planned Approach to Community Health)

رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت اجتماع: هدف از این الگو برنامه‌ریزی پنج مرحله‌ای که توسط مرکز پیشگیری و کنترل از بیماری‌ها طراحی شده، افزایش مشارکت اجتماع و پیوند آن با اپیدمیولوژی در سطح اجتماع است. پنج مرحله این رویکرد شامل بسیج اجتماع، جمع‌آوری و سازماندهی داده‌ها، انتخاب اولویت‌های سلامت، طراحی مداخله جامع و ارزیابی است.

Pawtucket Heart Health Project

پروژه سلامت قلب پاتاکت: یکی از مداخلات سلامت اجتماع محور اولیه که به منظور کاهش میزان بیماری‌های قلبی در سال ۱۹۸۳ اجرا شد و حدود هشت سال به طول انجامید. بسیج اجتماع از طریق برنامه‌های مبتنی بر محل‌های کار، کلیساها، سازمان‌های غیر انتفاعی و برنامه‌های خدمات اجتماعی صورت گرفت.

Personnel

(هزینه‌های) پرسنلی: دسته‌ای از هزینه‌ها در بودجه که شامل حقوق و مزایای کلیه کارکنان می‌باشد و مشخص می‌کند چه تعداد از افراد در مطالعه به کار گرفته خواهند شد، عناوین شغلی آنها چه خواهد بود و این کارکنان چند ساعت کار خواهند کرد.

Physical structures

ساختارهای فیزیکی: نوعی از منابع یا دارایی‌ها که در طی ارزیابی اجتماعی شناسایی می‌شوند و به زمین، ساختمان‌ها، حمل و نقل، زیرساخت‌های راه اندازی شده و منابع طبیعی اطلاق می‌شود که می‌توانند نقش مثبتی در بهبود وضعیت سلامت اجتماع داشته باشند.

Pilot study

مطالعه نمونه: بررسی اولیه یک مداخله با هدف به دست آوردن بازخورد جهت بهبود مطالعه قبل از اجرای آن در کل جمعیت

Placebo

دارونما: یک داروی جعلی یا درمان غیر موثر که با هدف مقایسه گروه‌ها در کارآزمایی شاهد دار تصادفی توزیع می‌شود.

Policy level

سطح سیاست: یکی از سطوح تاثیر گذاری بر رفتار سلامت و پیامدها در رویکرد بوم شناختی. مداخلات در این سطح، قوانین یا سیاست‌هایی که موجب تسهیل سلامت خواهد شد را تغییر می‌دهند (مانند قانون مربوط به منع سیگار کشیدن و بستن کمربند ایمنی)

Population-based approach

رویکرد مبتنی بر جمعیت: رویکردی جهت توجه به رفتارهای سلامت، بر پایه این تفکر که رفتارهای پرخطر در بین جمعیت به صورت متفاوتی توزیع شده‌اند و بهبود رفتارهای پر خطر می‌تواند نتایج قابل توجهی را در پیامدهای سلامت به دنبال داشته باشد.

Power analysis

تحلیل توان (آماری): تحلیل قدرت برای تعیین این که آیا حجم نمونه مطالعه می‌تواند تغییرات را با استفاده از تحلیل‌های آماری به قدر کفایت مشخص کند یا خیر انجام می‌شود.

Pre- and post-survey

پیمایش قبل و بعد: یک طرح تحقیقی که در آن داده‌های پایه در زمان شروع مداخله و مجدداً در پایان مداخله جمع‌آوری می‌شود.

Precoding

کدگذاری از قبل: قرار دادن کدهای مربوط به ورود داده‌ها در فرم پیمایش از قبل که اینکار وارد کردن اطلاعات در برنامه آماری را تسهیل می‌کند.

Preexisting data

داده‌های موجود: به داده‌های ثانویه نگاه کنید.

Pre - post design

طرح قبل و بعد: نوعی مطالعه نیمه تجربی در پژوهش‌ها مداخله‌ای که در آن پیمایش مشابهی برای دریافت کنندگان برنامه قبل و بعد از مداخله اجرا می‌شود تا تغییرات ایجاد شده در آگاهی، نگرش یا رفتار و سایر ویژگی‌های فردی بررسی شود.

Primary data

داده‌های اولیه: اطلاعاتی که به صورت دست اول جمع‌آوری می‌شود و قبلاً مورد تحلیل قرار نگرفته‌اند

Primary prevention

پیشگیری اولیه: سطحی از پیشگیری که هدفش جلوگیری از یک بیماری یا وضعیت خاص قبل از وقوع آن است

Prioritize

اولویت بندی: یک فرآیند تصمیم‌گیری که برای طبقه بندی نتایج حاصل از بررسی نیازهای سلامت اجتماع بر حسب فوریت از مهمترین مسایل تا کم اهمیت‌ترین آنها، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

Probe

کاوش: یک روش کلامی مورد استفاده در مطالعات کیفی جهت استخراج اطلاعات اضافی از افراد پاسخ دهنده به منظور پرداختن به هدف یا سؤال تحقیق

Problem statement

بیان مساله: توضیح درباره مشکلی که مداخله به آن خواهد پرداخت، از جمله فردی که از برنامه تاثیر خواهد گرفت، محل وقوع مشکل، زمان وقوع آن و نحوه و نیاز به رفع آن توسط افراد

Process evaluation

ارزیابی فرآیند: نوعی ارزیابی طراحی شده برای بررسی نحوه اجرای مداخله، تعیین ابعادی از مداخله که به همان صورت برنامه‌ریزی شده عمل می‌کنند و ابعادی که برای دستیابی به اهداف پروژه باید مورد بازبینی قرار گیرند.

Process indicators

شاخص‌های فرآیند: متغیرهای مورد استفاده برای ارزیابی چگونگی اجرای مداخله، تعیین ابعادی از مداخله که به همان صورت برنامه‌ریزی شده عمل می‌کنند و ابعادی که برای دستیابی به اهداف پروژه باید مورد بازبینی قرار گیرند.

Program planning

برنامه ریزی: فرآیند طراحی یک مداخله اجتماع محور

Prospective cohort design

طرح همگروهی آینده نگر: یک طرح پژوهش‌های که در آن، افرادی که دارای مواجهه‌های یکسان هستند (مانند سیگار کشیدن یا غربالگری ماموگرافی) در طی زمان مورد پیگیری قرار می‌گیرند و از نظر وقوع پیامدهای خاص سلامت بین دو گروه مقایسه می‌شوند (مانند سرطان ریه یا پستان)

Protection of human subjects

محافظت از نمونه‌های انسانی: برخورد اخلاقی با شرکت‌کنندگان در تحقیق، مسئولیت اصلی پژوهشگران سلامت عمومی

Psychometric properties

ویژگی‌های روان سنجی: تحلیل‌های انجام گرفته بر روی یک ابزار که پایایی و روایی آن را مشخص می‌کند.

Psychometrics

روان سنجی: سنجش ویژگی‌های یک ابزار اندازه گیری

Public Health Partners

یک منبع آنلاین که دسترسی به مجلات سلامت عمومی، خبرنامه‌ها و گزارش‌های دولتی و سازمان‌های اجتماع را امکان‌پذیر می‌کند.

PubMed

آرشیو الکترونیکی مجلات کتابخانه ملی پزشکی که دسترسی به اطلاعات کتاب شناختی و متن کامل متون مرتبط با مدیریت سلامت، سیاست سلامت و سلامت عمومی را پوشش می‌دهد.

Qualitative data

داده‌های کیفی: یک روش بررسی که بر کیفیت مفهوم از طریق سئوالات باز و مشاهده تاکید می‌کند.

Quantitative data

داده‌های کمی: تحقیقی شامل جمع آوری و تحلیل داده‌های عددی

Quasi - experimental design

طرح‌های نیمه تجربی: نوعی طرح پژوهش‌های که برخی از اجزای طرح کارآزمایی شاهد دار تصادفی یا تجربی واقعی را دارد اما فاقد تصادفی‌سازی برای گروه مداخله یا کنترل می‌باشد

Questionnaire

پرسشنامه: نوعی ابزار تحقیق که برای جمع‌آوری اطلاعات از شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

Randomization

تصادفی سازی: روشی که در آن واحد تحلیل به صورت نظام‌مند در مطالعه انتخاب می‌شود.

Randomized - controlled trial

کارآزمایی شاهد دار تصادفی: نوعی طرح پژوهش‌های که در آن نمونه‌ها به صورت تصادفی به گروه مداخله یا گروه کنترل تخصیص داده می‌شوند، اغلب تحت عنوان مطالعه تجربی واقعی نیز اطلاق می‌شود.

Random sample

نمونه تصادفی: نوعی نمونه که در آن واحدهای تحلیل از شانس برابری برای انتخاب در مطالعه برخوردار هستند.

Rapid assessment procedure

روش سنجش سریع: متناسب‌سازی یک روش و تکنیک خاص برای استفاده در موقعیت‌های فرهنگی و جغرافیایی مختلف برای اهداف برنامه‌ریزی و توسط افرادی که الزما دارای مهارت‌های علمی بالا نیستند.

Reach

دستیابی: توانایی یک مداخله برای دسترسی به جمعیت هدف

Reciprocal determinism

تعیین‌کنندگی متقابل: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که بر ماهیت تعاملات دوجانبه بین افراد و محیط پیرامون آنها تأکید می‌کند، یعنی محیط بر رفتار افراد تأثیر می‌گذارد و از طرف دیگر رفتار افراد، محیط را شکل می‌دهد.

Recruitment plan

برنامه به کارگیری: یک برنامه راهبردی اهداف مربوط نحوه به کارگیری شرکت‌کنندگان در یک مداخله و چگونگی و زمان دستیابی به این اهداف

Reinforcement

تقویت: سازه‌ای در نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند پاسخ‌های آرایه شده (جسمانی، روانی یا کلامی) به یک رفتار خاص، بر احتمال انجام آن رفتار تأثیر می‌گذارد.

Reliability

پایایی: توانایی یک ابزار یا مجموعه‌ای از آیت‌ها به اندازه‌گیری ثابت سازه‌های مشابه در هر بار استفاده

Request for applications (RFAs)

فراخوان ارسال درخواست: اطلاعیه‌ای از طرف یک سازمان سرمایه‌گذار برای اعلام سرمایه‌گذاری عموماً در رابطه با یک موضوع خاص، مترادف با "فراخوان طرح پیشنهادی"

Request for proposals (RFPs)

فراخوان طرح پیشنهادی: اطلاعیه‌ای از طرف یک سازمان سرمایه‌گذار برای اعلام درخواست کمک‌های مالی عموماً درباره یک موضوع خاص، مترادف با "فراخوان ارسال درخواست"

Research utilization

بهره‌مندی از پژوهش: تبدیل و اجرای یافته‌های پژوهش‌ها به عمل واقعی

Respondent fatigue

خستگی پاسخگو: تحمل بار زیاد به پاسخگو به واسطه مطرح کردن سئوالات زیاد، نقطه‌ای که فرد شرکت‌کننده احساس می‌کند تعداد سئوالات در مطالعه زیاد است.

Risk behaviors

رفتارهای پرخطر: رفتارهای سلامت منفی که خطر بیماری را افزایش می‌دهند مانند سیگار کشیدن، تغذیه نامناسب یا نداشتن تحرک جسمانی

Sample

نمونه: منتخب یا بخشی از جمعیت که در آن داده‌ها جمع‌آوری و تحلیل می‌شوند.

Sample size

حجم نمونه: تعداد شرکت‌کنندگانی که داده‌هایشان مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

Saturation

اشباع: نقطه‌ای در جمع‌آوری داده‌های کیفی که در آن اطلاعات جدیدی از سایر افراد جمع‌آوری نمی‌شود یا اطلاعات گردآوری شده تکراری می‌شوند.

Scale

مقیاس: گروهی از سئوالات که یک سازه یا ایده خاصی را می‌سنجند.

Scientific literature

متون علمی: مجلات حرفه‌ای که مقالات آنها حاصل یک فرآیند داوری همسانان می‌باشد.

Secondary data

داده‌های ثانویه: داده‌های جمع‌آوری شده از مجموعه اطلاعات موجود یا قبلاً گردآوری شده که می‌تواند شواهد اپیدمیولوژی را درباره افراد در معرض خطر، محل‌های خطر، تغییرات یا روندها در طی زمان انتشار بیماری ارائه دهد، بدنه دانش حاوی مقالات اصیل چاپ شده، گزارش‌ها و مرورها

Secondary prevention

پیشگیری سطح دوم: سطحی از پیشگیری بیماری‌ها که بر غربالگری و تشخیص زودرس بیماری یا وضعیت (سلامت) متمرکز است.

Second Life

زندگی ثانویه: یک بازی چندگانه گسترده اینترنتی و کاربرهای تعاملی که توسط Linden Labs راه اندازی شد.

Secular trends

گرایش پایدار: رویدادهایی که در جامعه بزرگتر رخ داده و ارتباطی با مداخله ندارند، مانند پیشرفت‌های پزشکی در ابزارهای تشخیصی که می‌توانند به صورت ناخواسته بر پیامدهای سلامت در میان جمعیت تاثیر بگذارند.

Self-efficacy

خودکارآمدی: سازه‌ای از نظریه شناختی اجتماعی که بیان می‌کند باور فرد درباره توانایی اش برای انجام یک عمل خاص بر انجام آن تاثیر خواهد گذاشت.

Semistructured interviews

مصاحبه‌های نیمه ساختارمند: یک تحقیق کیفی یا روش ارزیابی که در آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا به یک سری از سئوالات باز پاسخ دهند.

SMART objectives

اهداف اختصاصی SMART: مخفف کلماتی که بیان می‌کند اهداف باید چگونه نوشته شوند: اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط و محدود به زمان

Smartphones

گوشی‌های هوشمند: تلفن‌های همراه که علاوه بر عملکرد اصلی تلفن، دارای طیف وسیعی از قابلیت‌ها نظیر جستجو در اینترنت، اجرای برنامه‌های کامپیوتری یا دسترسی به انواع مختلف اطلاعات می‌باشد.

SMS (Short Message Service) text messages

پیام‌های متنی خدمات پیام کوتاه: پیام‌های متنی متشکل از ۱۶۰ کاراکتر یا کمتر که از طریق تلفن همراه از گوشی‌های همراه دیگر یا برنامه‌های کاربردی اینترنت منتقل می‌شود.

Snowball sample

نمونه گلوله برفی: نوعی نمونه که از طریق درخواست از شرکت‌کنندگان برای معرفی سایر شرکت‌کنندگان بالقوه از بین شبکه بزرگتر خود حاصل می‌شود.

Social cognitive theory

نظریه شناختی اجتماعی: یک نظریه تغییر رفتار و یادگیری است که از نظریه یادگیری اجتماعی گرفته شده است که بیان می‌کند که مردم از طریق مشاهده رفتار دیگران یاد می‌گیرند و این یادگیری شامل دو سطح شناختی و اجتماعی است.

Social learning theory

نظریه یادگیری اجتماعی: یک نظریه تغییر رفتار که بیان می‌کند افراد از طریق تقویت، تنبیه و مشاهده دیگران، یاد می‌گیرند.

Social marketing

بازاریابی اجتماعی: استفاده نظام‌مند از نظریه بازاریابی، راهکارها و روش‌ها برای دستیابی به اهداف اجتماعی نظیر ترک سیگار یا فعالیت بدنی در یک جمعیت بزرگ

Specific aims

مقاصد ویژه: بخش اول اکثر طرح‌های پیشنهادی کمک مالی که شرح مختصری از نوع فعالیت‌ها، علت و چگونگی انجام آنها را ارائه می‌دهد، اهداف اختصاصی شامل اهداف روشنی هستند که نشان می‌دهند چه مقدار تغییر به دنبال مداخله در طی چه مدت و در چه جمعیتی مورد انتظار است.

Stage theory of organizational change

نظریه مرحله‌ای تغییر سازمانی: چارچوبی برای درک چگونگی و علت شروع سازماندهی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های جدید

Stakeholders

دست اندرکاران: هر فرد، گروه یا سازمانی که ممکن است به موضوع مداخله مورد نظر علاقمند باشد و یا بر روی آن تاثیر بگذارد.

Stanford Five - City Project

پروژه پنج شهر استانفورد: مداخله‌ای طولانی‌تر و جامع‌تر از مداخله قبلی با نام پروژه سه شهر استانفورد که از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶ برای تغییر رفتارهای سلامت افزایش دهنده خطر بیماری‌های قلبی انجام شد و شامل بسیج اطلاع رسانی رسانه‌ای در سطح بالاتر (پیچیده‌تر) بود.

Stanford Three - Community Study

مطالعه سه اجتماع استانفورد: یک مداخله اجتماع محور اولیه که در سال ۱۹۷۲ جهت بررسی یک مداخله در سطح اجتماع برای کاهش رفتارهای سلامت در بین ساکنان دارای خطر بالای بیماری‌های قلبی انجام شد. این مطالعه شامل یک بسیج اطلاع رسانی رسانه‌های و آموزش افراد و گروه‌های در معرض خطر بود.

Statistical significance

معناداری آماری: احتمال این که یافته‌ها درست بوده و حاصل شانس نباشند.

Structural equation modeling

الگوسازی معادلات ساختاری: یک تحلیل آماری پیچیده که می‌تواند برای بررسی تاثیر یک مداخله در سطوح مختلف به کار رود، به عنوان مثال برای مداخله‌ای که در چند مدرسه ابتدایی انجام شده، داده‌ها را می‌توان برای دانش‌آموزان هر یک از کلاس‌ها، والدین کودکان، بین کلاس‌ها و بین مدارس تحلیل کرد.

Structured interview guide

راهنمای مصاحبه ساختارمند: راهنمای مصاحبه که در مطالعات کیفی استفاده می‌شود و حاوی یک سری از سئوالات از قبل طراحی شده است، مصاحبه‌گر در زمان انجام بحث‌ها و هنگامی که فرد پاسخ دهنده از بحث خارج می‌شود به آن مراجعه می‌نماید.

Sustainability

ماندگاری: قابلیت تداوم یک مداخله فراتر از دوره تامین مالی اولیه

Target community

اجتماع هدف: جمعیت، گروه‌های خاصی از افراد یا اجتماع که ارزیابی یا مداخله بر آنها متمرکز است.

Telephone surveys

پیمایش‌های تلفنی: یک روش جمع‌آوری داده‌ها که در آن از طریق تلفن با شرکت‌کنندگان تماس گرفته می‌شود، معمولاً این کار با انتخاب تصادفی شماره تلفن‌ها انجام می‌شود.

Tertiary prevention

پیشگیری سطح سوم: سطحی از پیشگیری از بیماری که شامل تلاش در جهت پیشگیری از پیشرفت بیماری پس از شناسایی عامل خطر یا بیماری می‌باشد.

Theoretical frameworks

چارچوب‌های نظری: یک ساختار پیشنهادی درباره نحوه ارتباط داده‌ها با یکدیگر برای توضیح یا پیش‌بینی پیامد وابسته، یک راه سازماندهی تغییر رفتار و دیدگاه متشکل از مجموعه‌ای از روابط بین یک مشکل سلامت، جمعیت هدف و اجزای برنامه و نتایج.

Theory

نظریه: یک روش سازمانی شده برای درک، توضیح یا پیش‌بینی روابط، رفتارها یا پیامدها

Theory approach model

الگوی نظریه محور: رویکردی برای ایجاد الگوهای منطقی که از نظریه‌ها برای برنامه‌ریزی و طراحی مداخله بهره می‌گیرد.

Timeline

جدول زمانی: یک برنامه پیشنهادی و یک روش نظام‌مند سازماندهی یک مداخله یا دوره تامین مالی با مشخص کردن زمان‌ها و فعالیت‌هایی که باید انجام شوند.

Triangulation

سه سوبه سازی: جمع‌آوری، تحلیل و ترکیب داده‌ها از منابع مختلف و روش‌هایی برای درک عمیق‌تر، معمولاً به استفاده از داده‌های کمی و کیفی اطلاق می‌شود.

Tuskegee Study

یک مطالعه پژوهش‌های که توسط خدمات سلامت عمومی در سال ۱۹۳۲ تا ۱۹۷۲ و برای بررسی ماهیت سوابق سیفیلیس در میان مردان آفریقایی آمریکایی فقیر و بی‌سواد انجام شد. این افراد از هدف اصلی مطالعه اطلاع نداشتند و حتی از کشف پنی سیلین به عنوان یک درمان موثر سیفیلیس مطلع نشدند و تحت درمان قرار نگرفتند. فریبکاری اتفاق افتاده در این مطالعه به پایه گذاری کد اخلاق در ایالات متحده کمک کرد که باید کلیه پژوهشگران آن را رعایت نمایند

Two - group design

طرح دو گروه: یک روش تحقیق یا ارزیابی که در آن به منظور مقایسه، یک گروه دیگر که تقریباً مشابه گروه مورد مطالعه هستند در طرح مطالعه و تحلیل‌ها گنجانده می‌شوند.

Unit of

واحد تحلیل: تمرکز آماری جهت تحلیل که می‌تواند افراد، گروه‌ها یا موسساتی نظیر مدارس، کلیساها یا اجتماع‌ها باشد.

Utilization research

پژوهش‌های بهره‌مندی: پژوهش‌های در زمینه ساختار و عملکرد نحوه استفاده از پژوهش‌ها

Variable

متغیر: یک ویژگی که امکان سنجش یک سازه نظریه را فراهم می‌کند.

Visitation metrics

معیارهای دیداری: آمارهای ایجاد شده با کامپیوتر که به مدیران سایت‌ها کمک می‌کند تا تعداد افراد بازدید کننده از سایت، مدت زمان بازدید و بخش‌های پر استفاده سایت را تحلیل نمایند

Vulnerable populations

جمعیت‌های آسیب پذیر: گروه‌هایی که حساسیت بیشتری نسبت به شرایط سلامت یا اجتماعی ضعیف دارند یا نیاز به محافظت بیشتری دارند، از جمله زندانیان کودکان، نوجوانان، افرادی که از نظر تکاملی ناتوان هستند، زنان باردار، سالمندان، اقلیت‌ها، مهاجرین، افراد دارای معلولیت‌های ذهنی، جسمی و شناختی و افرادی که ممکن است قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه درباره شرکت در مطالعه نباشند و نیاز به ملاحظات و محافظت‌های خاص داشته باشند.

Web 2.0

سایت‌های اینترنتی که در آنها محتوا عمدتاً توسط کاربرانی تولید می‌شود که برخلاف طراحان حرفه‌ای اینترنت، دستمزدی برای این کار دریافت نمی‌کنند یا مبالغ کمی به آنها پرداخت می‌شود. این سایت‌ها اغلب به عنوان بخش اصلی فعالیت خود، موجب تسهیل در تعامل بین کاربران می‌شوند.

Webmaster

مدیر سایت: فردی که سایتی را مدیریت می‌کند. همچنین می‌تواند طراح، ویراستار یا صاحب سایت باشد

Web of Science

یک پایگاه داده که بیش از ۵۷۰۰ مجله اصلی در ۱۶۴ رشته علمی از جمله پزشکی و سلامت عمومی را پوشش می‌دهد.

Windshield survey

ارزیابی ذهنی اجتماع در طی رانندگی پیرامون اجتماع و جمع‌آوری اطلاعاتی در زمینه فعالیت‌ها، وضعیت مسکن و منابعی نظیر مدارس، کلیساها و فروشگاه‌ها و نیز تعیین مشکلات بالقوه نظیر وجود ساختمان‌های خالی، زباله، پنجره‌های شکسته و دیوار نویسی‌ها.

Working groups

گروه‌های کاری: یک گروه رسمی یا غیر رسمی متشکل از افرادی که برای رسیدن به یک هدف یا پروژه خاصی کار می‌کنند.

YouTube

یک سایت شبکه‌ای که در رابطه با باگذاری و به اشتراک گذاری فیلم ایجاد شده است

References

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Central Intelligence Agency. (2008). *The 2008 world factbook*. Retrieved February 18, 2009, from www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook.
- Des Jarlais, D. C., Marmor, M., Paone, D., Titus, S., Shi, Q., Perlis, T., & Friedman, S. (1996). HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe - exchange programmes. *Lancet*, 348 (9033), 987 – 991.
- Evans, L. (1990). Restraint effectiveness, occupant ejection from cars, and fatality reductions. *Accident Analysis and Prevention*, 22 (2), 167 – 175.
- Franco, E. L., Duarte - Franco, E., & Ferenczy, E. (2001). Cervical cancer: Epidemiology, revention and the role of human papillomavirus infection. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (7), 1017 – 1025.
- Grzywacz, J. G., & Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26 (3), 101 – 115.
- Havens, D. H., & Zink, R. L. (1994). The “ Back to Sleep ” campaign. *Journal of Pediatric Health Care*, 8 (5), 240 – 242.
- Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K., & Woolf, S. H. (2002). Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 137 (5), 347 – 360.
- James, J., Thomas, P., Cavan, D., & Kerr, D. (2004). Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328 (7450), 1237 – 1241.
- Mahler, H. (1981). The meaning of “ health for all by the year 2000. ” *World Health Forum*, 2 (1), 5 – 22.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 351 – 377.
- National Institute of Child Health and Human Development. (2008, October 16). SIDS: “ Back to Sleep ” campaign. Retrieved February 19, 2009, from www.nichd.nih.gov/sids.
- Varghese, B., Maher, J. E., Peterman, T. A., Branson, B. M., & Steketee, R. W. (2002). Reducing the risk of sexual HIV transmission: Quantifying

the per - act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sexually Transmitted Diseases*, 29 (1), 38 – 43.

Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., Ernst, H., & Taylor, C. (2003). Evaluation of an Internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97 (5), 1164 – 1173.

CHAPTER TWO

Bernell, S. L., Mijanovich, T., & Weitzman, B. C. (2009). Does the racial composition of the school environment influence children's body mass index? *Journal of Adolescent Health*, 45 (1), 40 – 46.

Browning, C. R., Leventhal, T., & Brooks - Gunn, J. (2004). Neighborhood context and racial differences in early adolescent sexual activity. *Demography*, 41 (4), 697 – 720.

Collins, J. (2006). Addressing racial and ethnic disparities: Lessons from the REACH 2010 communities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17 (Suppl. 2), 1 – 5.

Connell, J. P., Kubisch, A. C., Schorr, L. B., & Weiss, C. H. (Eds.). (1999). *New approaches to evaluating community initiatives*. Washington, DC: Aspen Institute
Ennett, S.T., Faris, R., Hipp, J., Foshee, V. A., Bauman, K. E., Hussong, A., & Cai, L. (2008). Peer smoking, other peer attributes, and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Prevention Science*, 9 (2), 88 – 98.

Farquhar, J. W., Maccoby, N., Wood, P. D., Alexander, J. K., Breitrose, H., Brown, B. W., Haskell, W., McAlister, A., Meyer, A., Nash, J., & Stern, M. (1977). Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1 (8023), 1192 – 1195.

Fishbein, M. (1996). Great expectations or do we ask too much from community - level interventions? *American Journal of Public Health*, 86 (8), 1075 – 1076.

Fortmann, S. P., Flora, J. A., Winkleby, M. A., Schooler, C. A., Taylor, C. B., & Farquhar, J. W. (1995). Community intervention trials: Reflections on the Stanford 5 - City Project experience. *American Journal of Epidemiology*, 142 (6), 576 – 586.

Fortmann, S. P., & Varady, A. N. (2000). Effects of a community - wide health education program on cardiovascular disease morbidity and mortality: The Stanford Five - City Project. *American Journal of Epidemiology*, 152 (4), 316 – 323.

Freudenberg, N., Eng, E., Flay, B., Parcel, G., Rogers, T., & Wallerstein, N. (1994). Strengthening individual and community capacity to prevent

- disease and promote health: In search of relevant theories and principles. *Health Education and Behavior*, 22 (3), 290 – 306.
- Goodman, R. M., Steckler, A., Hoover, S., & Schwartz, R. (1993). A critique of contemporary community health promotion approaches based on a qualitative review of six programs in Maine. *American Journal of Health Promotion*, 7 (3), 208 – 220.
- Green, L. W., Wilson, A. L., & Lovato, C. Y. (1986). What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The trade - offs between expediency and durability. *Preventive Medicine*, 15 (5), 508 – 521.
- Howell, E. M., Pettit, K. L., Ormond, B. A., & Kingsley, G. T. (2003). Using the National Neighborhood Indicators Project to improve public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 9 (3), 235 – 242.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: A decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22 (6), 437 – 442.
- Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community - based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93 (4), 557 – 574.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). *Community - based participatory research for health*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Mittelmark, M. B., Hunt, M. K., Heath, G. W., & Schmid, T. L. (1993). Realistic outcomes: Lessons from community - based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of Public Health Policy*, 14 (4), 437 – 462.
- Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Salonen, J. T., Koskela, K., McAlister, A., Kottke, T., Maccoby, N., & Farquhar, J. (1985). The community - based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual Review of Public Health*, 6, 147 – 193.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30 (3), 427 – 432.
- Thompson, B., Coronado, G., Snipes, S. A., & Puschel, K. (2003). Methodologic advances and ongoing challenges in designing community - based health promotion programs. *Annual Review of Public Health*, 24, 315 – 340.
- Tosteson, A. N., Weinstein, M. C., Hunink, M. G., Mittleman, M. A., Williams, L. W., Goldman, P. A., & Goldman, L. (1997). Cost - effectiveness of populationwide educational approaches to reduce serum cholesterol levels. *Circulation*, 95 (1), 24 – 30.

United States Department of Health and Human Services. (n.d.). Planned Approach to Community Health: Guide for the local coordinator. Retrieved February 17, 2009, from www.usmbha.org/Images/Projects/PromoVision/PATCH.pdf

W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf.

CHAPTER THREE

Freis, E. D. (1967). Effects of treatment on morbidity in hypertension: Results in patients with diastolic blood pressures averaging 115 through 129 mm Hg. *Journal of the American Medical Association*, 202 (11), 1028 – 1034.

Gostin, L. O. (2007). Biomedical research involving prisoners: Ethical values and legal regulation. *Journal of the American Medical Association*, 297 (7), 737 – 740.

Hutt, L. E. (2003). Paying research subjects: Historical considerations. *Health Law Review*, 12 (1), 16 – 21.

Jones, J. H. (1993). *Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment*. New York: Free Press.

Mathews, C., Guttmacher, S., Coetzee, N., Magwaza, S., Stein, J., Lombard, C., Goldstein, S., & Coetzee, D. (2002). Evaluation of a video - based health education strategy to improve sexually transmitted disease partner notification in South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 78 (1), 53 – 57.

Public Health Leadership Society. (2002). Principles of the ethical practice of public health. Retrieved February 20, 2009, from www.phls.org/home/section/3 – 26 .

Tynan, M., Babb, S., & MacNeil, A. (2008). State smoking restrictions for private - sector worksites, restaurants, and bars: United States, 2004 and 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57 (20), 549 – 552.

Weisstub, D. N., & Arboleda - Florez, J. (1997). Ethical research with the developmentally disabled. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (5), 492 – 496.

Wood, A., Grady, C., & Emanuel, E. J. (2002). The crisis in human participants ' research: Identifying the problems and proposing solutions. Retrieved February 20, 2009, from www.bioethics.gov/background/emanuel_paper.html .

CHAPTER FOUR

- American Cancer Society. (2007). Breast cancer facts and figures 2007 – 2008. Retrieved February 26, 2009, from www.cancer.org/downloads/STT/BCFF - Final.pdf.
- Anderson, J. V., Bybee, D. I., Brown, R. M., McLean, D. F., Garcia, E. M., Breer, M. L., & Schillo, B. A. (2001). 5 a day fruit and vegetable intervention improves consumption in a low - income population. *Journal of the American Dietetic Association*, 101 (2), 195 – 202.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). National breast and cervical cancer early detection program fact sheet, 2008 – 2009. Retrieved February 26, 2009, from www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/0809_nbccedp_fs.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1995). U.S. Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing to pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44(RR - 7), 1 – 15.
- Fowler, M. G., Lampe, M. A., Jamieson, D. J., Kourtis, A. P., & Rogers, M. F. (2007). Reducing the risk of mother - to - child human immunodeficiency virus transmission: Past successes, current progress and challenges, and future directions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197 (Suppl. 3), S3 – S9.
- Fuller, C. M., Galea, S., Caceres, W., Blaney, S., Sisco, S., & Vlahov, D. (2007). Multilevel community – based intervention to increase access to sterile syringes among injection drug users through pharmacy sales in New York City. *American Journal of Public Health*, 97 (1), 117 – 124.
- Green, B. B., Cheadle, A., Pellegrini, A. S., & Harris, J. R. (2007). Active for life: A work - based physical activity program. *Preventing Chronic Disease*, 4 (3), 1 – 7.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., & Cage, M. (2005). Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS. *Behavior Modification*, 29 (2), 256 – 285.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Buckles, J.,
- Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S., & Graham, J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV - positive people. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (2), 84 – 92.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lando, H. A., Pechacek, T. F., Pirie, P. L., Murray, D. M., Mittelmark, M. B., Lichtenstein, E., Nothwehr, F., & Gray, C. (1995). Changes in

- adult cigarette smoking in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 85 (2), 201 – 208.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L., & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, 21 (3), 170 – 176.
- Mo - suwan, L., Pongprapai, S., Junjana, C., & Puetpaiboon, A. (1998). Effects of a controlled trial of a school -based exercise program on the obesity indexes of preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68 (5), 1006 – 1011 .
- Schoenwald, S., Brown, T., & Henggeler, S. (2000). Inside multisystemic therapy: Therapist, supervisory and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8 (2), 113 – 127.
- Tabael, B. P., Burke, R., Constance, A., Hare, J., May - Aldrich, G., Parker, S. A., Scott, A., Stys, A., Chickering, J., & Herman, W. (2003). Community - based screening for diabetes in Michigan. *Diabetes Care*, 26 (3), 668 – 670.
- United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service. (2005). Fit WIC: Programs to prevent childhood overweight in your community. Retrieved February 26, 2009, from www.fns.usda.gov/oane/menu/published/WIC/FILES/fitwic.pdf .
- Weatherill, S. A., Buxton, J. A., & Daly, P. C. (2004). Immunization programs in non - traditional settings. *Canadian Journal of Public Health*, 95 (2), 133 – 137.
- Winzelberg, A. J., Classen, C., Alpers, G. W., Roberts, H., Koopman, C., Adams, R. E., Ernst, H., Dev, P., & Taylor, C.(2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97 (5), 1164– 1173.

CHAPTER FIVE

- Abrar, S., Lovenduski, J., & Margetts, H. (2000). Feminist ideas and domestic violence policy change. *Political Studies*, 48 (2), 239 – 262.
- Bauermeister, J. A., Tross, S., & Ehrhardt, A. A. (2008). A review of HIV/AIDS system - level interventions. *AIDS and Behavior*. Retrieved February 27, 2009, from www.ncbi.nlm.nih.gov .
- Beyer, J. M., & Trice, H. M. (1978). *Implementing change: Alcoholism policies in work organizations*. New York: Free Press.
- Flores, A. L., Prue, C. E., & Daniel, K. L. (2007). Broadcasting behavior change: A comparison of the effectiveness of paid and unpaid media announcements to increase folic acid awareness, knowledge and

- consumption among Hispanic women of childbearing age. *Health Promotion Practice*, 8 (2), 145 – 153.
- Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health*. Retrieved February 27, 2009, from www.ncbi.nlm.nih.gov.
- Guidiotti, T. L., Ford, L., & Wheeler, M. (2000). The Fort McMurray Demonstration Project in social marketing: Theory, design, and evaluation. *American Journal of Preventive Medicine*, 18 (2), 163 – 169.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., Benotsch, E. G., Amirkhanian, Y. A., Fernandez, M. I., Stevenson, L. Y., Sitzler, C. A., McAuliffe, T. L., Brown, K. D., & Opgenorth, K. M. (2006). Programmes, resources, and needs of HIV -prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*, 18 (1), 12 – 21.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., Benotsch, E. G., McAuliffe, T. L., Amirkhanian, Y. A., Brown, K. D., Stevenson, L. Y., Fernandez, M. I., Sitzler, C., Gore - Felton, C., Pinkerton, S. D., Weinhardt, L. S., & Opgenorth, K. M. (2004). Distance communication transfer of HIV prevention interventions to service providers. *Science*, 305 (5692), 1953 – 1955.
- Kelly, J. A., Somlai, A. M., DiFranceisco, W. J., Otto - Salaj, L. L., McAuliffe, T. L., Hackl, K. L., Heckman, T. G., Holtgrave, D. R., & Rompa, D. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: Transferring effective research - based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health*, 90 (7), 1082 – 1088.
- Kotler, P. (1975). *Marketing for nonprofi t organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewin, K. (1952). Group decision and social change. In G. E. Swanson, T. M. Newcomb, & E. L. Hartley (Eds.), *Readings in social psychology* (2nd ed., pp. 330 – 344). New York: Holt.
- McAlister, A. L., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact: Social cognitive theory. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 167 – 188). San Francisco: Jossey - Bass.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self - change of smoking: Towards an integrated model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 390 – 395.

- Sabatier, P. A., & Jenkins - Smith, H. C. (Eds.). (1993). *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- Smith, D. W., Steckler, A. B., McCormick, L. K., & McLeroy, K. R. (1995). Disseminating comprehensive school health curricula: Lessons learned from the North Carolina School Health and Tobacco Education Project. *Journal of Health Education*, 26 (1), 37 – 43.
- Weible, C. M., & Sabatier, P. A., & McQueen, K. (2009). Themes and variations: Taking stock of the advocacy coalition framework. *The Policy Studies Journal*, 37(1), 121–138.
- Winkleby, M., Feighery, E., Altman, D., Kole, S., & Tencati, E. (2001). Engaging ethnically diverse teens in a substance use prevention advocacy program. *American Journal of Health Promotion*, 15 (6), 433 – 436.

CHAPTER SIX

- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed - methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kelly, P. J., Ahmed, A., Martinez, E., & Peralez - Dieckmann, E. (2007). Cost analysis of obtaining post -intervention results in a cohort of high - risk adolescent girls. *Nursing Research*, 56 (4), 269 – 274.
- Lee, J. W., Jones, P. S., Mineyama, Y., & Zhang, X. E. (2002). Cultural differences in responses to a Likert scale. *Research in Nursing and Health*, 25 (4), 295 – 306.
- Lofland, J., & Lofland, L. (1995). *Analyzing social settings* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Mirkin, R. M. (2005). *Statistics for the social sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Munro, B. (2005). *Statistical methods for health care research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stommel, M., & Wills, C. (2003). *Clinical research: Concepts and principles for advanced practice nurses*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

CHAPTER SEVEN

- Academy for Educational Development. (1994). Assessing and setting priorities for community needs. In *Handbook for HIV prevention community planning* (pp. 5 - 1 – 5 - 21). Washington, DC: Author.

- Brownson, R. C., Baker, E. A., Leet, T. L., & Gillespie, K. N. (2003). Evidence - based public health. New York: Oxford University Press.
- Gilmore, G. D., & Campbell, M. D. (2005). Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Hanlon, J. J. (1973). Is there a future for local health departments? Health Services Report, 88, 898 – 901.
- Hodges, B. C., & Videto, D. M. (2005). Assessment and planning in health programs. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community ' s assets. Chicago: ACTA.
- Petersen, D. J., & Alexander, G. R. (2001). Needs assessment in public health: A practical guide for students and professionals. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Simons - Morton, B. G., Greene, W. H., & Gottlieb, N. H. (1995). Introduction to health education and health promotion (2nd ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Soriano, F. I. (1995). Conducting needs assessments: A multidisciplinary approach. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Timmreck, T. C. (2003). Planning, program development, and evaluation: A handbook for health promotion, aging, and health services (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Van de Ven, A. H., & Delbecq, A. L. (1971). Nominal versus interacting groups for committee decision – making effectiveness. Journal of the Academy of Management, 14 (2), 203 – 212.
- Vilnius, D., & Dandoy, S. (1990). A priority rating system for public health programs. Public Health Reports, 105 (5), 463 – 470.
- Warren, R. B., & Warren, D. I. (1984). How to diagnose a neighborhood. In F. M. Cox, J. L. Erlich, J. Rothman, & J. E. Tropman (Eds.), Tactics and techniques of community practice (rev. ed., pp. 27 – 40). Itaska, IL: F. E. Peacock.
- W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf.

CHAPTER EIGHT

- Blank, K. (2007, November/December). Adolescents do what every day? Substance Abuse and Mental Health Association Services Administration News, 15 (6). Retrieved February 27, 2009, from www.samhsa.gov/SAMHSA_News/VolumeXV_6/article12.htm.

- Centers for Disease Control and Prevention. (1994a). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43 (RR - 2), 1 – 18.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1994b). Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General — executive summary. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43 (RR - 4), 1 – 10.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008, December). Logic model basics. Retrieved February 27, 2009, from www.cdc.gov/HealthyYouth/evaluation/pdf/brief2.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009, January 29). Tobacco use: Targeting the nation's leading killer. Retrieved February 27, 2009, from www.cdc.gov/NCCDPHP/publications/aag/osh.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Evaluation guide: Writing SMART objectives. Retrieved February 27, 2009, from www.cdc.gov/dhdsp/state_program/evaluation_guides/smart_objectives.htm.
- DiFranza, J. R. (1992). Preventing teenage tobacco addiction. *Journal of Family Practice*, 34 (6), 753 – 756.
- Flores, R. (1995). Dance for health: Improving fitness in African American and Hispanic adolescents. *Public Health Reports*, 110 (2), 189 – 193.
- Friis, R. H., & Sellers, T. A. (2004). *Epidemiology for public health practice* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Jason, L. A., Ji, P. Y., Anes, M. D., & Birkhead, S. H. (1991). Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors. *Journal of the American Medical Association*, 266 (22), 3159 – 3161.
- Kaplan, S. A., & Garrett, K. E. (2005). The use of logic models by community - based initiatives. *Evaluation and Program Planning*, 28 (2), 167 – 172.
- Keay, K. D., Woodruff, S. I., Wildey, M. B., & Kenney, E. M. (1993). Effect of a retailer intervention on cigarette sales to minors in San Diego County, California. *Tobacco Control*, 2, 145 – 151.
- Luepker, R. V., Johnson, C. A., Murray, D. M., & Pechacek, T. F. (1983). Prevention of cigarette smoking: Three -year follow - up of an education program for youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 6 (1), 53 – 62.
- Manlove, J. (1998). The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school – age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence*, 8 (2), 187 – 220.

- McCawley, P. F. (n.d.). The logic model for program planning and evaluation. Retrieved February 27, 2009, from www.uidaho.edu/extension/LogicModel.pdf.
- Mensch, B., & Kandel, D. B. (1992). Drug use as a risk factor for premarital teen pregnancy and abortion in a national sample of young white women. *Demography*, 29 (3), 409 – 429.
- Miller, K. E., Sabo, D. F., Farrell, M. P., Barnes, G. M., & Melnick, M. J. (1998). Athletic participation and sexual behavior in adolescents: The different worlds of boys and girls. *Journal of Health and Social Behavior*, 39 (2), 108 – 123.
- Murphy, M., Nevill, A., Neville, C., Biddle, S., & Hardman, A. (2002). Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34 (9), 1468 – 1474.
- Newton, R. A. (2006). Prevention of falls at home: Home hazard and safety assessment and management. *Annals of Long - Term Care: Clinical Care and Aging*, 14 (11), 28 – 33.
- Nilsson, M., Stenlund, H., Bergström, E., Weinehall, L., & Janlert, U. (2006). It takes two: Reducing adolescent smoking uptake through sustainable adolescent - adult partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39 (6), 880 – 886.
- O'Connor, C., Small, S. A., & Cooney, S. M. (2007). Culturally appropriate prevention programming: What do we know about evidence - based programs for culturally and ethnically diverse youth and their families? *What Works: Wisconsin Research to Practice Series*, 1. Retrieved February 27, 2009, from www.uwex.edu/ces/filp/families/whatworks_01.pdf.
- Pentz, M. A., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Johnson, C. A., & Dwyer, J. H. (1989). Primary prevention of chronic diseases in adolescence: Effects of the Midwestern Prevention Project on tobacco use. *American Journal of Epidemiology*, 130 (4), 713 – 724.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 - 1/2 years past baseline for partnership - based, family - school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96 (1 – 2), 57 – 68.
- Stanton, W. R., Mahalski, P. A., McGee, R., & Silva, P. A. (1993). Reasons for smoking or not smoking in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 321 – 329.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2000). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Tobacco Control*, 9, 169 – 176.

- Taylor - Powell, E. (1999). Evaluating collaboratives: Challenges and practice. *The Evaluation Exchange*, 5 (2/3), 6 – 7.
- Taylor - Powell, E., Jones, L., & Henert, E. (2002). Enhancing program performance with logic models. Retrieved February 27, 2009, from www.uwex.edu/ces/lmcourse .
- W. K. Kellogg Foundation. (2004, January). Logic model development guide. Retrieved February 17, 2009, from www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub3669.pdf .
- Wakefi eld, M. A., Chaloupka, F. J., Kaufman, N. J., Orleans, C. T., Barker, D. C., & Ruel, F. E. (2000). Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: Cross - sectional study. *British Medical Journal*, 321 (7257), 333 – 337.
- Walter, H. J., Vaugh, R. D., & Wynder, E. L. (1989). Primary prevention of cancer among children: Changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention. *Journal of the National Cancer Institute*, 81 (13), 995 – 997.
- Wildey, M., Woodruff, S., Argo, A., Keay, K., Kenney, E., & Conway, T. (1995). Sustained effects of educating retailers to reduce cigarette sales to minors. *Public Health Reports*, 110, 625 – 629.
- Woodruff, S. I., Erickson, A. D., Wildey, M. B., & Kenney, E. M. (1993). Changing retailer knowledge, attitudes, and behaviors related to cigarette sales to minors. *Journal of Community Psychology*, 21, 234 – 245.

CHAPTER TEN

- Kirkpatrick, D., & Kirkpatrick, J. (2006). *Implementing the four levels: A practical guide for effective evaluation of training programs*. San Francisco: Berrett Koehler.
- Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi - experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Miffl in.

CHAPTER ELEVEN

- Brown, L., & Brown, M. (2001). *Demystifying grant seeking*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Browning, B. (2008). *Grant writing for dummies (4th ed.)*. New York: Wiley.
- Carlson, M. (2002). *Winning grants step by step*. San Francisco: Jossey - Bass.

- Foundation Center. (2009). Frequently asked questions. Retrieved March 10, 2009, from <http://foundationcenter.org/getstarted/faqs> .
- Karsh, E., & Fox, A. (2003). *The only grant writing book you ' ll ever need*. New York: Carroll & Graf.
- Scheirer, M. (2005). Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26, 320 – 347.

CHAPTER THIRTEEN

- Masi, C. M., Suarez - Balcazar, Y., Cassey, M. Z., Kinney, L., & Plotrowski, Z. H. (2003). Internet access and empowerment: A community - based health initiative. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 525 – 530.
- Thompson, D., Baranowski, T., Cullen, K., Watson, K., Liu, Y., Canada, A., Bhatt, R., & Zakeri, I. (2008). Food, fun, and fitness internet program for girls: Pilot evaluation of an e - health youth obesity prevention program examining predictors of obesity. *Preventive Medicine*, 47, 494 – 497.
- Ybarra, M. L., & Bull, S. S. (2007). Current trends in internet - and cell phone – based HIV prevention and intervention programs. *Current HIV/AIDS Reports*, 4, 201 – 207.
- Zrebiac, J. F. (2005). Internet communities: Do they improve coping with diabetes? *The Diabetes Educator*, 31, 825 – 832.

