

به نام خدا

درسنامه

طراحی و ارزشیابی برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه‌محور

گروه مولفان:

نسرین امیدوار

زهرا عبداللهی

دل آرام قدسی

اعظم دوست محمدیان

فرزانه صادقی قطب آبادی

بهار عظمتی

۱۳۹۶

فهرست مطالب

مقدمه	۱
فصل اول: نیازسنجی	۵
۱- نیاز و نیازسنجی چیست و چرا ضرورت دارد؟	۵
۱-۱- مراحل یک نیازسنجی	۷
۱-۱-۱- مرحله اول. تعیین هدف نیازسنجی	۷
۱-۱-۲- مرحله دوم. تعریف "مشکل" و گروه در معرض خطر آن	۹
۱-۱-۳- مرحله سوم. تحلیل ذینفعان	۱۲
۱-۱-۴- مرحله چهارم. تعیین نوع داده مورد نیاز و روش جمع‌آوری آنها	۱۸
منابع داده‌های نیازسنجی	۱۹
الف- داده‌های ثانویه (موجود)	۱۹
ب- داده‌های اولیه	۲۰
۱-۱-۵- مرحله پنجم. گردآوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها	۲۶
۱-۱-۶- مرحله ششم. تعیین اولویت‌ها	۲۶
اولویت‌بندی با روش تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتها (Strengths Weakness Opportunities Threats (SWOT))	۲۷
۱-۱-۷- مرحله هفتم. استفاده از یافته‌های نیازسنجی برای تعیین اهداف برنامه مشخص	۳۰
منابع	۳۱
فعالیت ۱: نیازسنجی برنامه	۳۲
فصل دوم: تعیین هدف در برنامه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی	۳۷
۲- هدف برنامه:	۳۷
۱-۲- روش نگارش هدف‌های برنامه	۳۹
۱-۲-۱- اختصاصی و مشخص	۴۰
۱-۲-۲- قابل اندازه‌گیری	۴۰
۱-۲-۳- قابل دستیابی	۴۱
۱-۲-۴- واقع‌بینانه و مرتبط	۴۱
۱-۲-۵- در محدوده زمانی مشخص	۴۲
فعالیت شماره ۲: تدوین اهداف	۴۴
فصل سوم: انتخاب روش‌ها و راهبردهای مداخله	۴۷
مقدمه	۴۷

۴۸	۳- مفهوم نظریه ی تغییر رفتار و اجزای آن
۴۹	۳-۱- کاربرد الگوها و نظریه ها در برنامه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی
۵۱	۳-۲- انواع نظریه ها
۵۲	۳-۲-۱- نظریه های مبتنی بر فرد
۵۲	۳-۲-۲- نظریه های بین فردی
۵۲	۳-۲-۳- نظریه های سازمانی و اجتماعی
۵۴	۳-۳- انتخاب روش ها و راهبردهای مداخله در برنامه‌های تغذیه‌ای
۵۵	۳-۴- روش ها و رویکردهای متداول مداخله در حوزه تغذیه
۵۵	۳-۴-۱- رویکردهای تغییر رفتار
۵۶	۳-۴-۲- رویکردهای مبتنی بر غذا
۵۷	۳-۴-۳- رویکرد تغییر سیاست های غذا و تغذیه
۵۸	۳-۴-۴- اتصال (تلفیق) رویکردهای تغذیه‌ای با خدمات مراقبت بهداشتی
۵۸	۳-۵- طبقه بندی، امتیاز دهی و انتخاب استراتژی های موثر تغذیه‌ای
۶۰	منابع
۶۱	فعالیت ۳. انتخاب روش ها و استراتژی‌های مناسب برنامه
۶۵	فصل چهارم: عوامل موثر بر موفقیت برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه محور
۶۶	۴-۱- شرایط اجتماعی-سیاسی
۶۶	۴-۲- عوامل محیطی و دانش تکنیکی
۶۶	۴-۳- حمایت مالی
۶۷	۴-۴- جلب مشارکت جامعه
۶۸	۴-۵- تکنیک های جلب مشارکت مردم
۶۹	۴-۶- موانع مشارکت مردم
۶۹	۴-۷- سنجش مشارکت مردم
۷۱	۴-۸- رعایت رویکرد حقوق بشر و توجه به فرهنگ بومی در مشارکت
۷۲	۴-۹- ضرورت قابلیت های بین فرهنگی
۷۴	۴-۹-۱- استراتژی های مناسب فرهنگی در مداخلات جامعه محور
۷۷	منابع
۷۸	فعالیت ۴. مشارکت ذینفعان و ملاحظات فرهنگی
۷۹	فصل پنجم: برنامه عملیاتی و نظام مدیریت برنامه
۷۹	۵- ضرورت برنامه عملیاتی
۸۰	۵-۱- مراحل تدوین یک برنامه عملیاتی

منابع	۸۴
فعالیت ۵. تهیه جدول زمان‌بندی و هزینه یک برنامه	۸۵
فصل ششم: مدل منطقی	۸۹
۶- مدل منطقی برنامه و اهمیت آن	۸۹
۶-۱- اجزای مدل منطقی برنامه	۸۹
۶-۱-۱- درون‌دادها (INPUTS):	۹۰
۶-۱-۲- فعالیت‌ها (Activities)	۹۰
۶-۱-۳- برون داد (output):	۹۰
۶-۱-۴- پیامدها/نتایج (outcome):	۹۱
۶-۲- طراحی مدل منطقی برنامه	۹۱
۶-۳- کاربرد مدل منطقی برنامه:	۹۳
منابع	۹۵
فعالیت ۶. طراحی مدل منطقی یک برنامه	۹۶
فصل هفتم: ارزشیابی برنامه	۹۷
۷- ارزشیابی چیست؟	۹۷
۷-۱- زمان انجام ارزشیابی	۹۹
۷-۲- فرد ارزشیاب	۹۹
۷-۳- انواع ارزشیابی:	۱۰۰
۱) ارزشیابی تکوینی	۱۰۰
۲) ارزشیابی پایانی	۱۰۱
۷-۳-۱- ارزشیابی فرایند اجرا (process evaluation):	۱۰۲
۷-۳-۲- ارزشیابی پیامد/نتیجه/اثربخشی (outcome evaluation/effectiveness):	۱۰۳
۷-۳-۳- ارزشیابی اقتصادی/کارایی (efficacy):	۱۰۴
۷-۴-۱- جلب همکاری و درگیر کردن ذینفعان در ارزشیابی:	۱۰۶
۷-۴-۲- پرسش‌های ارزشیابی	۱۰۸
۷-۴-۳- طراحی ارزشیابی	۱۰۹
۷-۴-۳-۱- روش جمع‌آوری اطلاعات	۱۱۱
۷-۴-۳-۲- انواع روش‌های طراحی ارزشیابی	۱۱۲
الف. مطالعات تجربی (experimental) کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده	۱۱۲
ب. مطالعات نیمه تجربی (Quasi-experimental)	۱۱۳
پ. مطالعه قبل - بعد کنترل شده	۱۱۳
ت. مطالعه قبل - بعد (بدون گروه شاهد).	۱۱۳

۱۱۴	۷-۴-۴- طراحی ابزار جمع‌آوری داده
۱۱۵	۷-۴-۵- تجزیه و تحلیل داده‌ها
۱۱۷	۷-۴-۶- تدوین گزارش پایانی ارزشیابی
۱۲۰	منابع
۱۲۲	فعالیت ۷. ارزشیابی برنامه
	پیوست ۱- نمونه‌هایی از متداول‌ترین مدل‌ها و الگوهای تغییر رفتار مورد استفاده در برنامه‌های تغذیه‌ای
۱۲۹	الگوی باور بهداشتی (Health Belief Model-HBM)
۱۲۹	سازه‌های الگوی باور سلامت
۱۳۳	نظریه شناختی-اجتماعی (SCT)
۱۳۴	سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی
۱۳۶	نظریه بازاریابی اجتماعی
۱۳۷	مراحل برنامه‌ریزی بر اساس بازاریابی اجتماعی
۱۴۱	منابع
۱۴۳	واژه یاب
۱۴۳	واژه نامه

فهرست جدول ها و شکلها

جدول ۱-۱- نقشه ذینفعان	۱۵
جدول ۱-۲- مهمترین منابع داده‌های ثانویه در ایران	۲۲
جدول ۲-۱- اجزای SMART در نوشتن اهداف یک مداخله/برنامه	۴۲
شکل ۳-۱- کاربرد نظریه ها در چرخه طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغذیه‌ای	۵۱
جدول ۳-۱- نظریه های تغییر رفتار، کاربرد و مفاهیم کلیدی هر یک از نظریه ها	۵۳
جدول ۳-۲- سطوح و رویکردهای استراتژی‌ها	۵۵
جدول ۳-۳- نمونه ای از ماتریس تصمیم گیری برای انتخاب استراتژی های یک برنامه تغذیه‌ای	۵۹
جدول ۴-۱- اجزای مدل قابلیت های بین فرهنگی برای ارائه خدمات بهداشتی	۷۴
جدول ۵-۱- اجزای یک شرح خدمات	۸۱
شکل ۶-۱- اجزای مدل منطقی برنامه	۹۰
جدول ۶-۱- اجزای مختلف یک مدل منطقی	۹۲
شکل ۶-۲- نمونه یک مدل منطقی	۹۳
جدول ۷-۱- انواع ارزشیابی	۱۰۵
جدول ۷-۲- برخی از ذینفعان بالقوه برنامه‌های بهداشت عمومی	۱۰۷
جدول ۷-۳- نمونه‌هایی از سوالهای ارزشیابی	۱۰۹
جدول ۷-۴- مثالی از تعریف شاخص برای فعالیت انجام شده در برنامه	۱۱۰
جدول ۷-۵- روش‌های متداول جمع‌آوری داده	۱۱۶

مقدمه

تغذیه جامعه، شاخه‌ای از علم تغذیه است که طیف وسیعی از موضوعات و مسائل غذا و تغذیه مرتبط با فرد، خانواده و گروه‌های قومی، فرهنگی و اجتماعی در نواحی جغرافیایی مختلف را در برمی‌گیرد. امروزه، تحولات ناشی از توسعه و شهرنشینی، منجر به تغییر در الگوی بیماری‌ها (گذر اپیدمیولوژیک) و الگوی تغذیه (گذر از الگوی غذایی سنتی به الگوی غذایی جامعه شهری) شده است. در نتیجه‌ی این تغییرات و تحمیل بار دوگانه بیماری‌ها به جوامع کمتر توسعه یافته و در حال توسعه، انتظارات و الزامات عمل تغذیه جامعه متنوع تر و گسترده تر گردیده است. در مواجهه با چنین شرایطی، ضرورت مداخلات متنوع و کل‌نگر از تغییر رفتارهای فردی گرفته تا شرایط محیطی-اجتماعی و سیاستها و قوانین مرتبط مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، توانمند سازی برنامه ریزان و متخصصان این حوزه به دانش، نگرش و مهارت های لازم برای طراحی و اجرای برنامه ای جامعه محور به یک اولویت جدی تبدیل شده است (۱).

گذار تغذیه‌ای در ایران و مواجهه همزمان با کمبودهای مواد مغذی و شیوع بیماریهای مزمن در کشور، توجه به سیاستها و قوانین جدید در حوزه ارتقای وضعیت سلامت و تغذیه و تاکید بر برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه محور را ایجاب می کند. منظور از رویکرد برنامه‌ریزی تغذیه‌ای جامعه محور در پیشگیری یا حل مشکلات تغذیه‌ای، تاکید ویژه بر مشارکت جامعه در طراحی و اجرای برنامه‌ها بصورتی فعال و از پایین به بالا (۲) و طراحی برنامه توجه به زمینه و شرایط شکل گیری مشکلات، محیط زندگی، دسترسی به خدمات بهداشتی و تغذیه‌ای و آگاهی گروه هدف و در معرض خطر از شرایط ایجادکننده مشکل و راههای مقابله و حل آن است. از این رو، امروزه توانایی و مهارت طراحی و مدیریت برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه محور بعنوان یکی از مهمترین قابلیت های کارشناسان تغذیه جامعه و نظام

سلامت محسوب می‌شود (۳). شواهد موجود در زمینه اثربخشی برنامه‌های جامعه‌محور، اهمیت این نوع برنامه‌ریزی تغذیه‌ای را بیش از پیش آشکار می‌کند. بطور مثال، پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر با توجه به وسعت تعیین‌کننده‌های آن، مستلزم رویکرد کل‌نگر در سطوح چندگانه رفتاری، اجتماعی، سازمانی و محیطی است (۴). بنابراین لازم است تا کارشناسان تغذیه حوزه جامعه، گروه‌های در معرض خطر را شناخته و دانش و مهارت کافی برای دستیابی به منابع داده‌ای برای آگاهی از شرایط ایجادکننده مشکل و تعیین‌کننده‌های آن را داشته باشند تا بر این اساس بتوانند برنامه‌هایی کارا و موثر برای پیشگیری و حل مشکلات تغذیه‌ای طراحی کرده و برای اثربخشی هرچه بیشتر این برنامه‌ها زمینه دستیابی گروه هدف به آن را نیز مدنظر قرار دهند. از سوی دیگر، باتوجه به کمبود منابع موجود، ارزشیابی برنامه‌ها و انتخاب بهترین راهکار و استراتژی که منجر به تداوم و اجرای مداخلات و برنامه‌های اثربخش، از دیگر مهارت‌هایی هست که کارشناسان تغذیه حوزه جامعه باید از آن برخوردار باشند.

این کتاب با توجه به نیازسنجی‌های موجود (۳، ۵)، تلاشی است برای تامین مواد و محتوای آموزشی برای توانمندسازی متخصصان و کارشناسان تغذیه حوزه سلامت در زمینه، طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها و مداخلات موثر برای رفع مشکلات تغذیه‌ای جامعه تدوین شده است. این درسنامه، بمنظور استفاده در کلاسهای درس و کارگاههای آموزشی و به شکلی گام به گام همراه با مثالها و تمرین‌های کاربردی تنظیم شده است. امید آنست تا ...دانشجویان و کارشناسان را با مراحل طراحی و ارزشیابی برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه‌محور آشنا کند و آغاز حرکتی موزون، هدفمند، هماهنگ و مبتنی بر شواهد برای ارتقای سلامت تغذیه‌ای در کشور باشد.

منابع

1. Azemati, B., Heshmat, R., Sanaei, M., Salehi, F., Sadeghi, F., Ghaderpanahi, M., Mirarefin, M., Abdollahi, Z., Hemami, M. R. and Larijani, B. (2013). Nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households and primary health care staff: NUTRIKAP Survey. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 12(1): 12.
2. Shntha EV., Shrimpton R. (2017). Community Based Nutrition programs-critical design elements and research needs. *World Nutrition*. 8 (1): 41- 51.
3. Sadeghi-Ghotbabadi, F., Shakibazadeh, E., Omidvar, N., Mortazavi, F. and Kolahdooz, F. (2015). Consensus development on the essential competencies for Iranian public health nutritionists. *Public health nutrition* 18(4): 752-758.
4. Borodulin, K., Vartiainen, E., Peltonen, M., Jousilahti, P., Juolevi, A., Laatikainen, T., Mannisto, S., Salomaa, V., Sundvall, J. and Puska, P. (2014). Abstract P376: 40-year Population Trends in Cardiovascular Risk Factors in Finland, *Am Heart Assoc*.
5. Sadeghi-Ghotbabadi, F., Shakibazadeh, E., Omidvar, N. and Mortazavi, F. (2014). Educational needs assessment of public health nutritionists working in the Iranian health system in 2012. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 8(4): 101-111.

فصل اول: نیازسنجی

در پایان این بخش فراگیر باید بتواند به سوالات زیر پاسخ دهد:

- نیاز و نیازسنجی چیست؟
- چرا نیازسنجی ضرورت دارد؟
- نیازسنجی چه مراحل دارد؟
- چگونه یک نیازسنجی را برنامه‌ریزی و اجرا کنیم؟

۱- نیاز و نیازسنجی چیست و چرا ضرورت دارد؟

"نیاز" به اختلاف بین وضعیت موجود (آنچه هست) و وضعیت مطلوب (آنچه که باید باشد) اطلاق می‌شود. **نیازسنجی** عبارت است از تحلیل سیستماتیک برای تشخیص وجود، وسعت یا شدت مشکلات (در اینجا منظور مشکلات تغذیه‌ای) در یک جمعیت خاص است. نیازسنجی دقیق و متمرکز، مرحله اساسی پیش از طراحی، اجرا و حتی ارزشیابی برنامه‌های سلامت عمومی است، زیرا لازم است قبل از تخصیص منابع برای توسعه و اجرای برنامه، نیازهای مهم شناسایی شوند.

باتوجه به محدودیت منابع، لازم است تا متخصص تغذیه جامعه، مهمترین یا تاثیرگذارترین مشکل تغذیه‌ای در گروه یا جامعه مورد نظر و عوامل ایجادکننده آن را بشناسد. نیازسنجی معمولاً در جستجوی شناسایی نیازهای گروه یا جمعیت خاصی است که در عین حال ممکن است گروه هدف برنامه باشند. به طور مثال، همه کودکان صفر تا ۱۸ سال به نوعی تحت پوشش یا گروه هدف نظام خدمات بهداشتی در ایران هستند، ولی در مقطع خاصی ممکن

است به دلیل ارزیابی‌های انجام شده سنین یا گروه‌های خاصی از آنان مورد توجه ویژه قرار گیرند. بطور مثال، براساس نیازسنجی و مشکلات شناسایی شده در یک منطقه، ارتقای سلامت تغذیه‌ای دختران نوجوان در اولویت قرار گیرد.

پس مهمترین هدف نیازسنجی روشن شدن این مطلب است که آیا نیازی به برنامه یا خدمات وجود دارد یا خیر و اگر بلی، این برنامه یا خدمات چه مشخصات یا محتوایی را باید داشته باشد تا بتواند به حل مشکل کمک کند. نیازسنجی ممکن است به دلایل زیر انجام شود:

- بیان روشن مشکل و دلایل ایجاد آن.
- شناسایی نیازهای احتمالی که به آنها اهمیت داده نمی‌شود و یا از وجود آنها اطلاعی در دست نیست.
- تعیین و برآورد بودجه یا حمایت‌های مالی مورد نیاز.
- ارزیابی عملکرد موجود و اینکه مداخله‌های موجود تا چه حد در رفع نیازهای بیان شده توسط جامعه بوده است.
- تعیین اینکه چه اطلاعات یا خدماتی مورد نیاز چه کسانی است.

نتایج نیازسنجی می‌تواند به جلب حمایت بیشتر جامعه از اقداماتی که می‌خواهید انجام دهید، نیز کمک کند. همچنین، می‌تواند در مشارکت دادن افراد بیشتری در مداخله موثر باشد. نیازسنجی باید نظرات ذینفعان و کسانی که برای مشکل و حل آن سرمایه‌گذاری می‌کنند را در نظر گیرد. بعلاوه، نیازسنجی اولویتها و معیارهایی را برای ارائه راه‌حلهای ایجاد می‌کند تا بدین ترتیب برنامه‌ریزان و مدیران برای حل مشکل، تصمیم درستی اتخاذ کنند. همچنین، معیارهایی را برای چگونگی تخصیص منابع مالی، نیروی کار، امکانات و موارد دیگر برای دسترسی به هدف مورد نظر در اختیار برنامه‌ریزان قرار می‌دهد.

۱-۱- مراحل یک نیازسنجی

مراحل یک نیازسنجی

مرحله اول.	تعیین هدف نیازسنجی
مرحله دوم.	تعریف "مشکل" و گروه در معرض خطر آن
مرحله سوم.	تحلیل ذینفعان مشکل
مرحله چهارم.	تعیین نوع داده مورد نیاز و روش گردآوری آنها
مرحله پنجم.	گردآوری داده‌ها و تحلیل و تفسیر آنها
مرحله ششم.	تحلیل و تعیین اولویت‌ها
مرحله هفتم.	استفاده از یافته‌های نیازسنجی برای تعیین اهداف برنامه مشخص

نیازسنجی یک رویکرد سیستماتیک است که از یک سری مراحل با نظم منطقی تشکیل شده است و معمولاً بر پیامدهای مورد انتظار تأکید دارد.

مراحل اجرای یک نیازسنجی در زیر توضیح داده شده است:

۱-۱-۱- مرحله اول. تعیین هدف نیازسنجی

در این مرحله، یک توصیف کلی از هدف‌ها، هدف کلی و هدفهای اختصاصی انجام نیازسنجی صورت می‌گیرد. این هدف‌ها باید طوری نوشته شوند که، در پایان نیازسنجی بتوان به سوالات زیر پاسخ داد:

- مشکل چیست؟ چه چیزی این وضعیت را بهتر یا بدتر می‌کند؟ راه‌حلی یا مداخلات

ممکن برای مقابله با این وضعیت کدامند؟

- اثرات وضعیت موجود بر وضعیت تغذیه، سلامت و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف مردم

چيست؟

- ذینفعان محلی و عمومی چه درکی از وضعیت موجود دارند و چگونه نیاز مرتبط با وضعیت موجود را توضیح می‌دهند؟ وضعیت مطلوب از نظر این افراد چگونه است؟

- مزایا و مضرات اقدام برای رفع مشکل در حال حاضر یا موقوف کردن آن به بعد چیست؟
- کدامیک از رفتارهای منفی و خطرآمیز گروه‌های مختلف بر وضعیت موجود اثر می‌گذارند؟

- چه چیزی موجب می‌شود مردم به این روش رفتار کنند؟

- کدامیک از روندهای سیاسی، اقتصادی، محیطی، اجتماعی و تکنیکی بر وضعیت موجود اثر می‌گذارند؟

- کدامیک از شرایط اجتماعی یا سازمانی محیط یا در سطح وسیع ترسیاست‌های عمومی موجب رفع مشکل می‌شوند؟

- چه نقاط قوت و ضعف درونی در درون سازمان وجود دارد که بر عملکرد شما اثر می‌گذارد؟

- چه فرصت‌ها و تهدیدهایی در محیط بر عملکرد شما اثر می‌گذارند؟

- سایر سازمانهایی که برای پوشش وضعیت موجود، اقدام می‌کنند، کدامند؟

- سازمان شما در گذشته در این راستا چه اقداماتی انجام داده‌است؟

در زیر نمونه‌هایی از معمول‌ترین اهداف نیازسنجی ارائه شده است:

- تعیین گروهی از افراد در جامعه که در خطر تغذیه‌ای هستند.
- تعیین جامعه یا جمعیت هدفی که نیازهای تغذیه‌ای آنها تامین نشده‌است.
- تعیین اینکه برنامه‌ها یا خدمات موجود به چه اندازه نیازهای جمعیت هدف را تامین می‌کنند.

- تعیین مناسب‌ترین شیوه‌ی توزیع منابع برای یک برنامه (منطقه‌ای) یا بین برنامه‌های مختلف، براساس نیازهای تغذیه‌ای جامعه.
- تعیین عواملی در جامعه که در ایجاد مشکل تغذیه‌ای در جمعیت هدف دخیل هستند.

بعنوان مثال، مستندات در مورد چاقی کودکان در یک منطقه، نشان داده‌اند که تماشای تلویزیون در ایجاد چاقی در این گروه نقش دارد. نیازسنجی تغذیه‌ای مشخص می‌کند که مدت زمان تماشای تلویزیون در بین کودکان جامعه هدف زیاد است. عوامل ایجاد کننده این رفتار نیز مشخص می‌شوند. از جمله نشان داده می‌شود که عواملی مانند محیط ناامن محله، نبود پارک، نبود برنامه‌های تابستانی یا پس از مدرسه برای کودکان و نوجوانان در ساعات زیاد تماشای تلویزیون و در نتیجه چاقی کودکان این جامعه موثر بوده است.

۱-۱-۲- مرحله دوم. تعریف "مشکل" و گروه در معرض خطر آن

برون داد اصلی این مرحله شناسایی و معرفی نیازها است که بر پایه اهمیت و علل آنها اولویت بندی می‌شوند. میزان وسعت و شدت مشکل و علل ایجاد آنرا تعیین و تعریف کنید. برای این کار، وضعیت موجود را در ارتباط با موضوع مورد نظر، با آنچه باید باشد، مقایسه کنید. در این مرحله با تحقیقات انجام شده و اطلاعات در دسترس باید تعیین شود کدام گروه بیشتر در معرض خطر یک مشکل تغذیه‌ای قرار دارد یا در کدامیک از گروه‌ها مشکل تغذیه‌ای بیشترین اثر را بر سلامت عمومی می‌گذارد یا در کل وضعیت تغذیه‌ای کدام گروه/گروه‌ها ضعیف است. در این مرحله، ابتدا تجزیه و تحلیل اثر مشکلات سلامتی بر کیفیت زندگی گروه در معرض خطر انجام می‌شود. سوالات زیر به بیان هدف مذکور کمک می‌کند:

- مشکل چیست؟
- چه کسی/کسانی درگیر این مشکل هستند؟

- شیوع، بروز و توزیع مشکل در جامعه چگونه است؟
- مشخصات جمعیت یا گروهی که این مشکل را دارند یا در معرض خطر آن هستند چیست؟
- آیا مشکل یک جامعه را در بر می‌گیرد؟ خصوصیات آنها، منابع شان و نقاط قوتشان چیست؟
- چه طیفی از اجتماع بار بیشتری را از لحاظ این مشکل دارند؟
- چگونه می‌توان با یک برنامه منسجم به گروهی که در معرض خطر هستند دسترسی پیدا کرد؟

قدم بعدی، معرفی علل مشکل بهداشتی - تغذیه‌ای مورد نظر است. علاوه بر شناسایی ابعاد و شدت مشکل، یکی از اطلاعات مهمی که در نیازسنجی باید روشن شود، معرفی و تعیین عوامل خطر یا تعیین کننده‌های مشکل است. بنابراین، تعیین کننده‌های رفتاری و محیطی مشکل مورد بررسی باید شناسایی شوند. تعیین کننده‌ها (عوامل خطر) به رفتارها و شرایط محیطی اطلاق می‌شوند که بر وضعیت تغذیه و سلامت جامعه تاثیر می‌گذارند که اهم آنها در زیر فهرست شده‌اند:

(۱) تعیین کننده‌های بیولوژیکی: مانند سن، جنس، ژنتیک و عوامل بیماریزا، به عبارتی هر عاملی که در درون هر فرد است. به عنوان مثال زنان پس از یائسگی و در سنین سالمندی، بیشتر از مردان در معرض خطر پوکی استخوان و شکستگی استخوان هستند یا سوءتغذیه در مادر، یکی از علل تولد نوزاد با وزن کم تولد و تولد نوزاد نارس است.

(۲) تعیین کننده‌های روانی/رفتاری: شامل آگاهی، نگرش، ارزشها و باورهای فرد، تفکر و احساس، تصمیم و رفتار فرد. مثلا آگاهی و نگرش مادر در مورد تغذیه انحصاری با شیر مادر و آگاهی وی از اصول تغذیه تکمیلی می‌تواند در سوءتغذیه، کم‌وزنی و کوتاه‌قدی کودکان زیر ۵ سال نقش داشته باشد.

۳) تعیین کننده‌های اجتماعی - فرهنگی: عواملی مانند طبقه اجتماعی، تحصیلات و سواد، اشتغال، تاثیر والدین و همسایگان، مهارت‌های والدین، حساسیت والدین، نگرش و عادات غذایی خانوار، سواد تغذیه‌ای و قومیت و آداب و رسوم. بعنوان مثال سطح سواد پایین مادر، می‌تواند با انتخاب‌های غذایی نادرست یکی از علل بروز سوءتغذیه در مادر و کودک باشد. یا عادت به مصرف غذاهای آماده یا زندگی شهرنشینی و کم‌حرکی از علل بروز چاقی در کودکان و بزرگسالان و به دنبال آن افزایش شیوع عوامل خطر بیماری‌های مزمن است و یا مصرف میوه و سبزی کمتر از مقدار توصیه شده و مصرف دخانیات از عوامل خطر بروز بیماری‌های غیرواگیر است.

عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی که می‌تواند بر وضعیت سلامت اثر بگذارد به عنوان "تعیین کننده‌های سلامت" شناخته می‌شوند. در حقیقت روابطی که بین این عوامل وجود دارد سلامت فرد و جامعه را تعیین می‌کند. تعیین کننده‌های سلامت فقط به بخش مراقبت سلامت و سلامت عمومی محدود نمی‌شود؛ بلکه بخشهایی مانند: آموزش و پرورش، مسکن، کشاورزی و محیط زیست و نیز در بهبود سلامت جامعه نقش دارند.

۴) تعیین کننده‌های سیاسی: شامل سیاستها و قوانین؛ مانند قوانین مربوط به بوفه‌های سالم در مدارس، تبلیغات غذایی، قوانین وضع شده مانند افزایش مالیات بر مواد غذایی ناسالم، قانون منع تبلیغ نوشابه‌های گازدار در رسانه‌ها یا ثبت عوارض ناشی از مصرف سیگار روی بسته‌های سیگار

۵) تعیین کننده‌های اقتصادی: مانند قیمت غذا، بودجه‌ای که برای غذا در نظر گرفته می‌شود، یارانه‌ها، امنیت غذایی، در دسترس بودن و هزینه فعالیت بدنی. بعنوان مثال کاهش یارانه لبنیات و افزایش قیمت آن، موجب کاهش سرانه مصرف شیر و لبنیات

در ایران شد. یا بالا بودن قیمت پروتئین حیوانی مانند گوشت موجب کاهش مصرف این مواد غذایی در خانواده‌های با درآمد پایین می‌شود یا احتمال بروز کوتاه‌قدی تغذیه‌ای در کودکان یا چاقی مادر در خانواده‌های ناامن غذایی به دلیل مصرف مواد غذایی با دانسیته انرژی بالا و مواد مغذی پایین بیشتر است. شهرنشینی و سطح درآمد بالا با دسترسی بیشتر به فروشگاه‌های عرضه کننده مواد غذایی آماده و مصرف بیشتر این مواد غذایی پرانرژی و افزایش احتمال عوامل خطر بیماری‌های مزمن همراه است.

۶) تعیین کننده های اکولوژیکی (زیست محیطی): مثلا افرادی که در شهرهای غیر صنعتی با هوای پاک زندگی می‌کنند و از محصولات غذایی بومی و طبیعی استفاده می‌کنند، نسبت به افرادی که در کلان شهرهای صنعتی و آلوده مانند تهران زندگی می‌کنند، از وضعیت سلامت تغذیه‌ای، جسمی و روحی/روانی بهتری برخوردارند. زندگی در مناطق شهری، با امکان کمتر فعالیت فیزیکی، احتمال بروز چاقی و عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر را افزایش می‌دهد.

۱-۱-۳- مرحله سوم. تحلیل ذینفعان^۱

ذینفع به افراد یا گروهی از مردم، سازمانها و یا نهادها اطلاق می‌شود که تحت تاثیر مشکل مورد نظر قرار دارند یا به نوعی بر آن مشکل یا مدیریت آن می‌توانند تاثیر بگذارند. پس ذینفعان لزوماً گروه هدف نیستند، بلکه افرادی هستند که می‌توانند از طریق روشهای مختلف به طراحی برنامه و یا انجام آن کمک کنند. در جریان نیازسنجی، ذینفعان یک مشکل و دیدگاه و حمایت آنها از برنامه‌های پیشنهادی باید شناسایی شوند و مورد تحلیل قرار گیرند. پرسشهای زیر به شما کمک می‌کند تا ذینفعان نیازسنجی جامعه را شناسایی کنید:

¹ Stakeholder Analysis

- ۱- جامعه مورد نظر کدام است؟
 - ۲- چه موسسات/ سازمانهای اجتماعی در جامعه موجود است؟ (مرتبط با تحصیل، بهداشت، دولت، رسانه، تجارت...) کدام یک از این سازمانها یا موسسات به سلامت جامعه کمک می‌کنند؟ کدام یک به سلامت جامعه علاقمند هستند؟
 - ۳- چه انجمن، سازمان، گروههای داوطلب و گروههای مذهبی در جامعه شما وجود دارد؟ کدام یک به سلامتی مربوط می‌شوند؟
 - ۴- در این جامعه چه کسی رهبر/پیشگام مورد احترام است؟ افراد جامعه به منظور کسب راهنمایی به چه کسی مراجعه می‌کنند؟ چه کسی از جامعه مورد نظر حمایت می‌کند؟
 - ۵- چه کسی در تصمیم‌گیریهای جامعه دخیل است؟
 - ۶- اگر به نیازسنجی جامعه فکر کنید، چه گروه یا سازمانهایی بیشترین مهارت و دانش را برای کمک به این امر دارند؟
 - ۷- کدام یک از آنها باید در بررسی مشارکت کند تا نیازسنجی جامعه انجام شود؟
 - ۸- کدام یک از آنها بیشترین بهره را از نتایج نیازسنجی جامعه می‌برد؟
 - ۹- کدام یک در جامعه وجهه مثبت و اعتبار بالا دارد؟
- اگر به موارد ۶ تا ۹ توجه کنید، می‌توانید ذینفعان مرتبط به برنامه را شناسایی کنید. شرایط ایده آل این است که ذینفعان از تعدادی از متخصصین، افراد مربوط به خدمات اجتماعی، افراد جامعه مورد نظر، رهبران مذهبی یا سیاسی و تصمیم‌گیرندگان تشکیل شوند. اما ممکن است چندین نفر از خارج نیز وارد گروه شوند، مانند: هیات علمی دانشگاهها و پژوهشگران. اما در انتخاب این افراد باید نهایت دقت صورت گیرد.
- زمانی که ذینفعان را شناسایی می‌کنید اهمیت دارد مشخص کنید در ارتباط با کدامیک از گروههای در معرض خطر سلامتی مانند: زنان، کودکان، سالمندان،

جوانان و افراد ناتوان و فقیر است. در تحلیل ذینفعان باید تاثیر گذاری آنان را در سطوح مختلف از نظر **تمایل^۲ و قدرت^۳**، انگیزه و ظرفیتی (منابع، دانش، مهارت) که دارند شناسایی کرد. برای این کار تهیه نقشه ذینفعان پیشنهاد می‌شود.

نقشه ذینفعان: نقشه ذینفعان به شما این امکان را می‌دهد که ذینفعان را بر اساس دو عامل **"قدرت و تمایل"** تقسیم بندی کنید. به علاوه به شما کمک می‌کند که سطح مشارکت آنها را نیز اولویت بندی کنید. منظور از تمایل، سطح علاقه ذینفعان در مورد مشکل مورد نظر است. قدرت یا تاثیرگذاری، به توانایی آنها در تسهیل یا جلوگیری از ایجاد تغییر اطلاق می‌شود.

همانطور که در نقشه زیر دیده می‌شود، ذینفعان با توجه به میزان تاثیر و تمایل به چهار دسته طبقه‌بندی می‌شوند: ذینفعان کلیدی، آنها که نیاز را برطرف می‌کنند، آنها که ملاحظاتی در مورد مشکل دارند و ذینفعانی که حداقل اهمیت را به مشکل می‌دهند. ذینفعانی که از بالاترین سطح قدرت و تمایل نسبت به برنامه شما یا مشکل مورد نظر برخوردارند باید به دقت مورد توجه قرار گیرند، به طوری که این افراد می‌توانند بخشی از گروه راهبردی یا گروه مرجع باشند. ممکن است نیاز باشد که بقیه ذینفعان را نیز بطور مثال از طریق به روز نگه داشتن آنها در مورد برنامه مورد نظر و پاسخگویی به سوالات و نگرانیهایی که در اثر اجرای برنامه برای آنها بوجود می‌آید، نیز راضی نگه داشته شوند. در عین حال، نباید به ذینفعانی که حداقل تمایل و تاثیرگذاری را دارند وقت زیادی اختصاص داد.

² Power/ influence

³ Interest

جدول ۱-۱- نقشه ذینفعان

↑ قدرت تاثیر گذاری ذینفعان	<u>نیاز را برطرف می کنند</u> قدرت/تاثیر بالا تمایل کم	<u>ذینفعان کلیدی</u> بالاترین قدرت/تاثیر بالاترین تمایل
	<u>حداقل اهمیت را به مشکل می دهند</u> قدرت/تاثیر کم تمایل کم	<u>ملاحظات در مورد مشکل دارند</u> قدرت/تاثیر کم تمایل بالا

→
تمایل ذینفعان

جلب مشارکت در نیازسنجی جامعه: زمانی که شما ذینفعان مشکل مورد نظر را شناسایی کردید باید قادر باشید میزان همکاری آنها را با برنامه خود بسنجید. قبل از انجام کار باید از سطح همکاری که می توانید به این افراد پیشنهاد بدهید و یا از ذینفعان بپذیرید مطلع باشید. بعضی از ذینفعان فقط مایلند از پیشرفت برنامه آگاه شوند، بعضی دیگر در مورد برنامه مشاوره و بازخورد می دهند و بقیه نیز ممکن است بخواهند در همه مراحل کار مشارکت داشته باشند. زمانی که ذینفعان برای شرکت در نیازسنجی جامعه دعوت می شوند، باید مزایای مشارکت آنها را در برنامه در نظر بگیرید.

- منابع و مهارت‌های گوناگون می تواند در یک جا جمع شود.
 - یک گروه از افراد مختلف می تواند اعتبار و مقبولیت نیازسنجی را افزایش دهد.
 - درون داد این گروه می تواند نیازهای جامعه را بهتر تامین کند.
 - نتایج و گزارشات به طور گسترده منتشر می شود.
- در صورتی که برای نیازسنجی از قبل گروهی تشکیل شده باشد، باید تصمیم گرفته شود که کدام یک از ذینفعان شناسایی شده می تواند وارد گروه شود و سطح مشارکت آنها نیز

باید با نیازسنجی جامعه تعیین شود. دعوت از همه ذینفعان ممکن است به شما به چندین روش کمک کنند:

- ارتباطات متناقض و مشکلات در مراحل اولیه مشخص می شود.
 - نظرات مخالف به راحتی بیان می شود.
 - ارزشهای هر فرد و دیدگاه آنها مورد توجه قرار می گیرد.
 - ذینفعان ممکن است در برنامه شرکت کنند و متولی آن شوند.
 - شما ممکن است به تمام افرادی که به طریقی با مشکل مورد نظر مرتبط می شوند نیاز داشته باشید تا بتوانید از آنها در نیازسنجی جامعه کمک بگیرید.
- بعد از این که شرکای برنامه شکل گرفتند، آنها مسئول تعیین اهداف نیازسنجی، برنامه‌ریزی و هماهنگی، ارزشیابی فرایند نیازسنجی و استفاده از نتایج آن می شوند. شرکای برنامه مسئول انتخاب متناسب ترین و مرتبطترین روش نیازسنجی جامعه هستند. انتخاب روشهای مورد استفاده برای نیازسنجی به منابع، مهارت و ظرفیت ذینفعان و این که چه چیز برای جامعه مناسب و دست یافتنی است، بستگی دارد. بعد از تعیین شرکا برای نیازسنجی و به دنبال آن انجام برنامه باید از ظرفیت همکاری افراد و سازمانها اطمینان حاصل کنید.

ظرفیت همکاری ذینفعان به پاسخ پرسش های زیر بستگی دارد:

- ۱- ماموریت سازمان مربوطه چیست؟ هدف سازمان، مراجعین آن و فلسفه وجودی آنها کدام است؟
- ۲- سازمان به چه جمعیت یا جامعه ای خدمت‌رسانی می کند؟
- ۳- آیا بودجه فعلی سازمان به آنها کمک می کند تا در برنامه مشارکت داشته باشند؟ اگر پاسخ مثبت است، تا چه سطحی؟ آیا آنها قادر هستند بودجه دیگری را برای برنامه درخواست کنند و به آن اختصاص دهند؟

- ۴- آیا آنها کارکنانی دارند که بتوانند قسمتی از وقت خود را به برنامه ما اختصاص دهند؟ اگر پاسخ مثبت است آنها باید چه مهارتهایی داشته باشند که بتوانند برای برنامه موثر باشند؟
- ۵- فعالیت فعلی آنها می‌تواند چه نقشی در نیازسنجی جامعه داشته باشد؟ چه حمایتی را می‌توانند به این امر اختصاص دهند؟ آیا می‌توانند فضایی را در سازمانشان به برنامه اختصاص دهند؟
- ۶- در خصوص داده‌ها چه ظرفیتی دارند؟ (جمع‌آوری داده، مدیریت داده، تجزیه و تحلیل داده، نوشتن گزارش و ...)
- ۷- آیا آنها از لحاظ تکنولوژی و کامپیوتر امکاناتی را می‌توانند در اختیار برنامه ما بگذارند؟
- ۸- آیا آنها می‌توانند از طریق رسانه‌های جمعی به نیازسنجی جامعه کمک کنند؟ (رسانه‌های جمعی شامل: رادیو، تلویزیون، روزنامه محلی و ...).
- ۹- آیا سازمان مورد نظر از کمیته مشاوران یا مشتریانی که بتوانند در برنامه ما مشارکت داشته باشند برخوردارند؟ آیا آنها می‌توانند از برنامه حمایت یا آن را تقویت کنند؟
- ۱۰- علاقمندی سازمان در نیازسنجی جامعه در چه سطحی است؟ آنها انتظار دارند به چه تغییری در نتیجه شرکت در این برنامه دست یابند؟
- ۱۱- سازمان چگونه در نیازسنجی جامعه شرکت می‌کند؟ آنها تا چه سطحی و به چه نوعی تمایل دارند در برنامه مشارکت داشته باشند؟
- علاوه بر موارد فوق، شما باید منافع و خطرات نیازسنجی جامعه را از منظر شرکای برنامه، ساکنین جامعه، رهبران و مدافعان جامعه، متخصصان سلامت عمومی، متخصصان غذا و تغذیه و خدمات بهداشتی شناسایی کنید:
- مثالهایی از منافع:

- درک وسیعی از نقاط قوت برنامه بهبود تغذیه و یا سلامت عمومی و نیازهای موجود در جامعه بوجود خواهد آمد.
- تصمیم‌گیرندگان و سیاستگذاران ممکن است بواسطه حمایت از برنامه‌ها و خدمات مرتبط با تغذیه جامعه و امنیت غذایی، و سیاستگذاری به داده‌های مورد نیازشان دست پیدا کنند.
- مسئولین سلامت جامعه به اطلاعات مورد نیاز برای طراحی و اجرای برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه و خدمات مورد نیاز برای افراد جامعه دست خواهند یافت.

مثالهایی از خطرات:

- ممکن است تامین‌کنندگان خدمات غذا و تغذیه اگر به عنوان عضوی از شرکای برنامه محسوب نشوند، داده‌های ارزشمند در مورد تغذیه جامعه را در اختیار ما قرار ندهند.
- افرادی که به عنوان ذینفع انتخاب شده‌اند، اگر بدانند که یافته‌های برنامه می‌تواند به ضرر آنها تمام شود ممکن است از برنامه حمایت نکنند.
- اعضای جامعه اگر احساس کنند که نتایج بررسی ممکن است منافع آتی آنها را تامین نکند، نسبت به سازمانهای ذینفع موضع خواهند گرفت.

۱-۴-۱- مرحله چهارم. تعیین نوع داده مورد نیاز و روش جمع‌آوری آنها

انتخاب روش جمع‌آوری داده‌ها به این سوال بستگی دارد که چه چیزی را می‌خواهیم بدانیم یا اندازه بگیریم؟ همچنین، به میزان اطلاعات موجود در مورد آن موضوع و امکانات ما نیز وابسته است. بر این اساس، تصمیم گرفته می‌شود که چه داده‌هایی به طور مستقیم

و یا غیرمستقیم از جمعیت هدف باید جمع‌آوری شود و منابع یا ابزارهای موجود در مورد این داده‌ها کدامند؟

منابع داده‌های نیازسنجی: در بیشتر نیازسنجی‌ها برای کسب اطلاعات مناسب لازمست از چندین منبع داده استفاده شود، زیرا باید چندین پرسش پاسخ داده شوند. علاوه بر این، اغلب در نیازسنجی به دنبال چشم‌انداز مختلفی برای پاسخها هستیم. منابع داده‌ها اصولاً بواسطه پرسشهایی که باید در نیازسنجی پاسخ داده شود، انتخاب می‌شوند. منابع داده‌هایی که در نیازسنجی برای ارتقاء تغذیه جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد، دو نوعند: (۱) داده‌های ثانویه یا اطلاعات موجود در آرشیو/اسناد و (۲) داده‌های اولیه که بطور مستقیم از طریق افراد و گروه‌ها جمع‌آوری می‌شوند.

الف- داده‌های ثانویه (موجود)

منظور از داده‌های ثانویه، داده‌هایی است که به صورت آرشیو وجود دارند و با مراجعه به آنها می‌توان اطلاعات مورد نیاز را از آنها استخراج کرد. زمانی که وقت کم یا منابع مالی برای پیمایش مستقیم در طراحی، اجرا و تجزیه و تحلیل وجود نداشته باشد، مراجعه به داده‌های ثانویه در اولویت قرار می‌گیرد. برای این که نتایج بررسی داده‌های ثانویه اعتبار کافی داشته باشد، کار باید به طور جدی پیگیری شود و یافته‌ها به دقت ثبت شوند. به خاطر داشته باشید که داده‌های ثانویه یا آرشیوی قبلاً برای هدفی به جز نیازسنجی جمع‌آوری شده‌اند. بیشتر سازمانهای دولتی - بهداشتی، خدمات اجتماعی - آموزشی داده‌های مرتبط با مشکلات بهداشتی را جمع‌آوری می‌کنند که می‌تواند برای نیازسنجی مورد استفاده قرار گیرند. منابع ثانویه می‌تواند محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی باشد. این اطلاعات می‌توانند به طور مستقیم از سازمان مربوطه جمع‌آوری شود و یا از کتابخانه بدست آید.

علاوه بر اطلاعات مربوط وضعیت تغذیه و دریافت غذایی، شرایط بیوشیمیایی، وضعیت بالینی، رفتارهای مرتبط با وضعیت سلامت و تغذیه مانند استفاده از مواد مخدر و دخانیات، استفاده از خدمات بهداشتی، فعالیت بدنی و رفتارهای کم‌تحرک مانند تماشای تلویزیون و بازیهای کامپیوتری، اطلاعات در مورد وضعیت اقتصادی - اجتماعی و شرایط زندگی و کار (مانند درآمد، سطح سواد، ترکیب و بعد خانوار، اشتغال، شرایط کار و شرایط زندگی و دسترسی به خدمات بهداشتی) که بطور مستقیم و غیرمستقیم وضعیت سلامت و تغذیه را تحت تاثیر قرار می‌دهند نیز باید جمع‌آوری شوند. مهمترین منابع داده‌های پیمایش‌های ملی موجود در ایران در جدول ۱-۲ ارائه شده است.

ب- داده‌های اولیه (پیمایش مستقیم)

زمانی که داده‌ها و اسناد موجود برای تکمیل و تحلیل اطلاعات کفایت نمی‌کنند، لازمست اطلاعات مورد نیاز به طور مستقیم از جامعه هدف گردآوری شوند. با استفاده از پیمایش می‌توان اطلاعاتی مانند میزان استفاده از خدمات بهداشتی، فعالیت بدنی و رفتارهای کم‌تحرک، عوامل اقتصادی - اجتماعی، شرایط کار و زندگی و نگرش، درک و عقاید را بدست آورد. نیازسنجی مستقیم از طریق پژوهش قانونمند انجام می‌شود، به این صورت که داده‌ها از گروه هدف جمع‌آوری می‌شوند. معمولا پیمایش مستقیم برای تولید داده‌هایی انجام می‌شود که اطلاعات جزئی تر و اختصاصی‌تری در مورد نیاز افراد و گروههای مورد نظر را روشن سازد. البته پیمایش مستقیم مستلزم داشتن منابع مالی و پرسنلی بیشتر برای طراحی و تاییدیه سازمان مربوطه می‌باشد.

پیمایش مستقیم باید به طور متناوب و به منظور آگاهی از چالشهای اصلی برنامه نیز انجام شود. معمولا متداولترین نوع جمع‌آوری اطلاعات، اخذ داده‌های اولیه از طریق پیمایش نوشتاری و تلفنی است. داده‌های اولیه می‌تواند بصورت متقابل و دو طرفه (بحث متمرکز گروهی، میزگرد) یا یک طرفه (مانند پیمایش، مصاحبه با افراد کلیدی و ...) نیز جمع‌آوری شود. در پیمایش مستقیم، باید روایی و پایایی روش‌ها و مقیاسها، تعداد نمونه و شرایط

انتخاب آنها به طوری که نمونه انتخاب شده، نماینده جمعیت مورد مطالعه بوده و بالاترین میزان پاسخ‌دهی را به دنبال داشته باشد، در نظر گرفته شود.

روش های گردآوری داده های اولیه. برای گردآوری داده های جدید برای نیازسنجی از روشهای مختلف کمی و کیفی می‌توان استفاده کرد. متداول‌ترین روشهای مورد استفاده در زیر معرفی شده اند:

مصاحبه: مصاحبه شامل انواع ساختاریافته و یا بدون ساختار (تلفنی یا چهره به چهره) با افراد مطلع که در مورد موضوع مورد نظر دانش و آگاهی دارند، است. این شخص می‌تواند فردی باشد که در مورد جامعه، جمعیت هدف، خدمات و یا سایر اقدامات (گذشته یا در حال حاضر) برای حل مشکل مرتبط با تغذیه یا سلامت دانش و آگاهی دارد یا می‌تواند از ذینفعانی باشد که در مورد نیازهای جامعه یا جمعیت هدف بینش کافی دارند. مصاحبه شامل دو نوع مصاحبه بدون ساختار و مصاحبه ساختارمند است. مصاحبه بدون ساختار این مزیت را دارد که به پاسخ‌دهنده فرصت بیان آزاد مسایل را می‌دهد و بدین ترتیب نگرش افراد به راحتی آشکار می‌شود، اما این مورد نیازمند مصاحبه‌گر ماهر و وقت زیاد است. مصاحبه ساختاریافته با استفاده از یک راهنمای مصاحبه و سوالات باز که براساس هدف مورد نظر طراحی شده است، با تعیین وقت قبلی از فرد مصاحبه شونده و در یک مکان آرام و راحت انجام می‌شود. برای کاربرد این روش در یک پیمایش، مهم این است که هدف مصاحبه معلوم باشد و افراد مورد مصاحبه به درستی انتخاب شوند. قبل از شروع مصاحبه باید توضیحات کافی در مورد موضوع مورد مصاحبه و هدف از انجام مصاحبه بیان شود و علاوه بر یادداشت سخنان شخص مصاحبه شونده، با کسب اجازه، صدای مصاحبه شونده ضبط شود. پس از انجام مصاحبه، متن مصاحبه پیاده‌سازی شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

جدول ۲-۱- مهمترین منابع داده‌های ثانویه در ایران

فواصل زمانی اجرای پیمایش	اطلاعات موردگردآوری	جمعیت مورد بررسی	پیمایش کشوری
هر دو سال و نمونه خون هر ۴ سال	دموگرافیک، تن سنجی، فعالیت بدنی، عادات غذایی، پروفایل قند و چربی	جمعیت شهری و روستایی (۱۸-۶ سال) در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۴ ۱۸-۱۰ سال در سال ۲۰۱۰-۲۰۰۹	نظام مراقبت پیشگیری از رفتارها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دانش-آموزان (کاسپین) (Childhood & Adolescence Survivalance & Prevention of Adult Non-communicable disease (CASPIAN) ^۱
در شروع هر سال تحصیلی	دموگرافیک و تن سنجی	کودکان ۶-۷ ساله در بدو ورود مدرسه	سنجش سلامت دانش آموزان ^۱
۱۰ سال یکبار (سال ۷۹ و ۸۹)	دموگرافیک، دریافت مکمل در دوران بارداری، تغذیه با شیر مادر، درصد نوزادان کم وزن هنگام تولد، قد و وزن کودکان زیر ۵ سال	خانوار (۱۵-۵۴ سال) کودکان زیر ۵ سال	مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت (IrMIDHS) ^۲
۸۳، ۸۵، ۹۰، ۹۵	دموگرافیک، تن سنجی، بیوشیمیایی، دریافت غذایی (دریافت معمول یک هفته)، فعالیت بدنی، فشارخون	بزرگسالان (۱۵-۶۴ سال)	پیمایش ملی بیماریهای غیرواگیر در ایران (WHO STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor Survilance (STEPS) ^۱
هر ده سال (۹۰ و ۸۰)	بیوشیمیایی (هموگلوبین، هماتوگریت، فریتین، روی، ویتامین A، ویتامین D)، تن سنجی (وزن، قد)	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه، ۶ ساله، دختران ۲۰-۱۴ سال، پسران ۲۰-۱۵ سال، زنان میانسال ۶۰-۵۰ سال، مردان ۶۰-۴۵ سال، زنان باردار ۵ ماهگی به بعد	پژوهشی بر وضعیت ریزمغذیها در ایران (پورا) (National Integrated Micronutrient Survey (NIMS) ^۱
انیس ۱ (سال ۱۳۷۷) انیس ۲ (سال ۱۳۸۳)	اطلاعات تن‌سنجی کودکان (وزن، قد، وزن برای سن، قد برای سن و وزن برای قد)	کودکان زیر ۵ سال	بررسی شاخصهای تن‌سنجی کودکان ANIS(Anthropometric Nutrition Indicator Survery) ^۱

	جمعیته، هزینه درآمد، هزینه خوراک، مقدار مصرف سالانه برخی اقلام خوراکی، آشامیدنی	خانوار (شهری- روستایی)	هزینه-درآمد خانوارهای کشور ^۳
	وضعیت عرضه غذایی طی یک دوره زمانی خاص، غذای در دسترس برای مصرف انسانی، تبدیل عرضه سرانه غذایی با توجه به ترکیبات مواد غذایی، ضایعات در سطح خانوار و فرد		ترازنامه غذایی ^۴
هر ده سال (۱۳۸۲)	وضعیت دریافت انرژی و مواد مغذی خانوار	خانوار (شهری- روستایی)	بررسی الگوی مصرف غذایی خانوارهای کشور ^۵
هر ۵ سال یکبار	پایش وضعیت ید ادرار، میزان مصرف نمک یددار توسط خانواده، کنترل کیفیت نمک یددار موجود در بازار و نمک مصرفی خانوار	کودکان دبستانی ۱۰- ۸ سال (شهری - روستایی)	بررسی وضعیت اختلالات ناشی از کمبود ید ^۱
هر ۵ سال یکبار ۱۳۹۰ ۱۳۹۵	ارزیابی وضعیت آگاهی، نگرش، عملکرد خانوارها و کارکنان سطوح مختلف درباره مسائل تغذیه‌ای و عوامل خطر مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر در سطح استانهای کشور	خانوارهای ایرانی (شهری و روستایی) و کارکنان بهداشتی	بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای خانوارهای ایرانی و کارکنان بهداشتی (Nut KAP) ^۱

^۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، ^۲ دیده‌بانی سلامت کشور، مطالعه شاخص‌های چندگانه سلامت و جمعیت، سیمای سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، ^۳ مرکز آمار ایران، ^۴ وزارت جهاد کشاورزی، موسسه پژوهشهای برنامه‌ریزی، اقتصاد کشاورزی و توسعه، ^۵ انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور

بحث متمرکز گروهی: یکی از روشهای جمع‌آوری داده است که حوزه ارتقاء سلامت آن را از بازاریابی وام گرفته است. از این روش ترجیحا به عنوان قسمتی از چندین رویکرد برای نیازسنجی یا بسط یک برنامه استفاده می‌شود. بحث متمرکز اغلب برای جمع‌آوری داده‌های کیفی در مورد درک، نگرش یا نظرات در مورد یک موضوع یا خدمت یا فرآورده خاص مورد

استفاده قرار می‌گیرد. این روش، یکی از روشهای مهم در جمع‌آوری داده در نیازسنجی است. زیرا با استفاده از آن می‌توان اطلاعاتی از جمعیت هدف در مورد نیاز درک شده آنها، موانع پیشگیری از بیماری یا حتی این نکته که چرا بعضی از برنامه‌ها خوب کار نمی‌کنند، استخراج شود. در مثال چاقی در نوجوانان منطقه X با یک گروه متمرکز از نوجوانان می‌توان در مورد اینکه آنها پس از مدرسه چه فعالیتی را انتخاب می‌کنند و چرا و اینکه چرا پس از مدرسه برنامه‌های خاصی ندارند، اطلاعات بدست آورد. برای یک بحث متمرکز گروهی معمولاً ۶ تا ۱۲ نفر از افرادی که در مورد موضوع مورد نظر آگاهی دارند، انتخاب می‌شوند و آگاهی و عقیده آنها در مورد موضوع خاص مورد تحقیق با استفاده از چند سوال باز مورد سنجش قرار می‌گیرد. این گروههای بحث، از طریق یک تسهیل کننده رهبری می‌شوند به طوری که فرد مذکور جلسه را با استفاده از یک راهنمای از پیش تنظیم شده هدایت می‌کند. راهنمای بحث شامل مهمترین و کلیدی‌ترین سوال‌های محقق در مورد موضوع است که از هدف انجام بحث برگرفته شده‌است. از این سوالات کلیدی، در حین انجام بحث، سوالات فرعی بیرون کشیده می‌شود تا چگونگی جریان بحث گروهی روشن شود. هرچه تعداد سوالات کمتر باشد بحث متمرکز گروهی راحت‌تر و سریع‌تر صورت می‌گیرد. باتوجه به اینکه سوالات، مسیر بحث را روشن و مشخص می‌کنند، باید سوالات محوری اولویت‌بندی شوند. برای انتخاب شرکت‌کنندگان در بحث باید سه معیار در نظر گرفته شود: افراد متجانس و همگن باشند، نمایانگر گروه بزرگتر باشند و با یکدیگر آشنا نباشند.

برای اجرای بحث گروهی، پس از حضور اعضا و بیان مقدمه از طرف تسهیل‌کننده، باتوجه به راهنمای بحث و ترتیب سوالات، وارد بحث می‌شوند. هریک از سوالات مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرد. تسهیل‌کننده علاوه بر آشنایی کامل با موضوع بحث، باید نسبت به آن تعصب نداشته و با زبان و فرهنگ شرکت‌کنندگان آشنا باشد و مدیر خوبی برای اداره بحث و درگیر کردن همه شرکت‌کنندگان در بحث باشد. در پایان هم باید نتیجه‌گیری از بحث با تعامل گروهی بین اعضا انجام شود. همه مباحث مطرح شده در بحث توسط یک فرد یادداشت‌کننده ثبت و یادداشت می‌شود و برای اطمینان از جلوگیری از ازدست رفتن

اطلاعات، با اجازه شرکت‌کنندگان، معمولاً جلسات بحث ضبط می‌شود و پس از پیاده‌سازی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

۱-۱-۵- مرحله پنجم. گردآوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها

در این مرحله باید داده‌های مختلف با روش‌های تعیین شده جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آماری، خلاصه، تحلیل و جمع‌بندی شوند تا یک گزارش جامع تهیه شود. این داده‌ها از چهار جنبه برای شناسایی جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرند:

۱- تفسیر وضعیت تغذیه و سلامت جمعیت هدف در جامعه

۲- تفسیر الگوی خدمات مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای و برنامه‌های طراحی شده برای جمعیت هدف

۳- تفسیر ارتباط بین وضعیت تغذیه و سلامت جمعیت هدف و مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای در جامعه

۴- خلاصه کردن مدارک موجود مبنی بر ارتباط مشکلات تغذیه‌ای مهم جمعیت هدف با محیط آنها.

۱-۱-۶- مرحله ششم. تعیین اولویت‌ها

در این مرحله، مهمترین مشکلات تغذیه‌ای با در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های بیولوژیکی، رفتاری، اجتماعی و محیطی انتخاب می‌شوند. بدین منظور ابتدا باید فهرستی از مهمترین مشکلات تهیه، سپس فهرستی از معیارهای مورد نظر برای تنظیم اولویت‌ها تهیه می‌شود و بالاخره مشکلات، بر اساس معیارها اولویت‌بندی می‌گردند.

بعضی از معیارها برای اولویت‌بندی مشکلات تغذیه‌ای می‌تواند یکی از موارد زیر باشد:

- شیوع و میزان مشکل مورد نظر

- اهمیت زیاد و پیامد بهداشتی جدی (مانند کاهش فشارخون)
- نگرانی و ترجیح جامعه
- مداخلات در دسترس
- اثرات اقتصادی و یا اجتماعی مشکل
- منابع در دسترس
- قابلیت پیشگیری (مشکلات بهداشتی و تغذیه‌ای قابل پیشگیری مادران و کودکان) و دستیابی به بهترین پیامد بهداشتی/تغذیه‌ای برای بهبود وضعیت تغذیه یا سلامت فرد

اولویت بندی با روش تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتها (Strenghts Weakness Opportunities Threats (SWOT))

تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتها یکی از روشهای متداول برای شناسایی عوامل و متغیرهای موثر بر برنامه‌های بهبود تغذیه جامعه و تصمیم‌گیری و اولویت‌بندی مشکلات تغذیه‌ای موجود است. بر اساس این روش، نقاط قوت و ضعف داخلی و فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی که می‌تواند برنامه را تقویت یا تهدید کند، شناسایی می‌شود. علاوه بر این، از طریق تحلیل مذکور موثرترین مداخله برای بهبود مشکل مورد نظر تعیین می‌شود. هم‌چنین توانمندیهای سازمان برای انجام برنامه مورد نظر شناسایی و تعیین می‌گردد.

برای بررسی عوامل داخلی (نقاط قوت (Strength) و ضعف (Weakness) باید به موارد زیر توجه شود:

۱- موجود بودن منابع (اعم از منابع انسانی، مالی، فنی و خدمات): آیا منابع لازم

برای بهبود مشکل تغذیه‌ای وجود دارد؟

۲- زمان: آیا زمان کافی برای کار کردن روی مشکل مورد نظر وجود دارد؟

- ۳- میزان آگاهی از مشکل مورد نظر: آیا دانش کافی برای بهبود مشکل تغذیه‌ای وجود دارد؟ آیا دسترسی به این اطلاعات امکان‌پذیر است؟ آیا تحقیقات بیشتری برای کسب این اطلاعات الزامی است؟
- ۴- موفقیت یا عدم موفقیت برنامه های قبلی: چه برنامه هایی در خصوص مشکل مورد نظر انجام شده است؟

برای بررسی عوامل خارجی (فرصتها (Opportunity) و تهدیدها (Threaten) توجه به موارد زیر پیشنهاد می شود:

- ۱- تبادل تجربیات با سازمانهای دیگر: آیا سازمانهایی وجود دارند که تجربه مشابه داشته باشند و روی برنامه مشابه کار کنند؟ چه افرادی مجری برنامه ها هستند؟ آیا می توانید با سازمانهای مذکور همکاری کنید؟
- ۲- شرایط اقتصادی جامعه: در سطوح مختلف محلی، کشوری، و بین المللی چه تاثیری بر مشکل تغذیه ای می گذارد؟
- ۳- شرایط سیاسی (حمایتها و مخالفتهای سیاسی): آیا حمایتها و مخالفتهای سیاسی در رابطه با مقابله با مشکل تغذیه ای مورد نظر وجود دارد؟

مثال: به منظور بهبود وضعیت تغذیه کودکان در مناطق روستایی، یک وعده غذای گرم در روستامهداها بین کودکان توزیع می شود. تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتها برنامه فوق به قرار ذیل است:

نقاط قوت (Strenghts) (شرایطی در درون سازمان یا برنامه که به اجرای برنامه می تواند کمک کند):

- توزیع غذای مورد نظر در بهبود وضعیت تغذیه کودکان موثر است.

- غذای مذکور به دلیل وجود ریزمغذیها و درشت مغذیهای مورد نیاز کودکان از ارزش غذایی بالایی برخوردار است.
- غذای مذکور به لحاظ طعم، رنگ و بو مطابق سلیقه کودکان تهیه شده است.

نقاط ضعف (Weaknesses) :

- استفاده طولانی مدت از یک نوع غذا و تنوع نداشتن وعده غذایی می‌تواند برای کودکان خسته کننده باشد و منجر به عدم مصرف گردد.
- ممکن است دسترسی به ذینفعان، گروه هدف و نیازمندان میسر نباشد.
- اگر بازاریابی مناسب (بواسطه عدم ارتباطات اجتماعی و سطح پایین سواد مادران) برای برنامه انجام نشود ممکن است استقبال کافی از آن صورت نپذیرد و هدف برنامه محقق نشود.
- مستندات علمی برای اثربخشی برنامه در بهبود وضعیت تغذیه مشخص نیست.

فرصتها (Opportunities): (شرایط/عواملی خارج از سازمان که به اجرای برنامه کمک می‌کند):

- اطلاع رسانی در مورد برنامه می‌تواند به طور همزمان با برنامه پایش رشد کودکان انجام شود.
- اثر بخشی برنامه به عنوان یک تحقیق علمی مشخص می‌شود.
- با تعیین اثر بخشی برنامه احتمال حمایت بخش خصوصی از آن افزایش می‌یابد.

تهدیدها (Threats) : (شرایط/عواملی خارج از سازمان که اجرای برنامه را با مشکل می‌کند):

- تداوم تهیه غذاهای متنوع و دارای ارزش تغذیه‌ای به دلیل نیاز به هزینه بالا مشکل است.

- ممکن است غذای توزیع شده به جای کودکان توسط بزرگسالان مصرف شود و به گروه هدف نرسد.
- غذای مورد نظر از نظر ارزش غذایی مناسب نیست و می‌تواند موجب اختلال رشد کودکان شود.

۱-۱-۷- مرحله هفتم. استفاده از یافته‌های نیازسنجی برای تعیین

اهداف برنامه مشخص

نتایج نیازسنجی باید بصورت یک گزارش خلاصه شوند. این خلاصه شامل روشهای نیازسنجی، توصیف مشکلات تغذیه‌ای، ابعاد مشکل از بعد شدت، وسعت، فراوانی و شیوع آن، توزیع آن در جمعیت هدف و جامعه (بعنوان مثال، آیا مشکل در نواحی شهری بیشتر است یا در گروه‌های قومی یا سنی خاص؟)، علل ایجاد مشکل تغذیه‌ای در جمعیت هدف یا جامعه و پیامدهای آن از نظر افزایش موارد بیماریها و مرگ و میر است. در نهایت این خلاصه باید در اختیار ذینفعان یا سایر تشکل‌های مرتبط قرار گیرد. این افراد ممکن است این یافته‌ها را در سازمان خود برای حمایت از مداخلات مورد نظر برای بهبود وضعیت سلامت و تغذیه‌ای جمعیت هدف بکار برند.

در این مرحله با استفاده از یافته‌های نیازسنجی و اولویت‌های تعیین شده، در مورد اقدام مناسب و نحوه دستیابی به آن تصمیم‌گیری می‌شود و در مرحله بعد برای اقدام، اهداف و برنامه مشخص، تدوین می‌شود. همچنین، اطلاعات نیازسنجی می‌تواند برای هواخواهی (حمایت طلبی) برای تغییر در یک قانون یا سیاست عمومی که در نهایت بر وضعیت تغذیه و سلامت جمعیت هدف اثر می‌گذارد، برای تغییر برنامه‌های موجود یا تغییر روشهای ارائه خدمات در یک برنامه یا طراحی و تدوین یک برنامه جدید برای رفع مشکل تغذیه‌ای جمعیت هدف استفاده شود.

منابع

- 1- Work group for community health and development. University of Kansas. Community tool box. Conducting needs assessment survey. 2016. Available from: <http://ctb.ku.edu/en/tableofcontents/assessment/assessingcommunityneedsandresources/conductingneedsassessmentsurveys/>
- 2- Bartholomew LK, Parcel GS, Gottlieb NH. 2006. Planning health promotion programs. An intervention mapping approach. Available from: www.josseybass.com
- 3- Altschuld JW, Kumar DD. Need Assessment: An overview. SAGE publication. 2009

فعالیت ۱: نیازسنجی برنامه

سه مشکل از مشکلات شایع منطقه محل خدمت خود را شناسایی کرده و اطلاعات مربوطه را در جدول زیر تکمیل کنید.

فعالیت ۱-۱. گردآوری شواهد و اطلاعات برای نیازسنجی

سه مشکل تغذیه‌ای شایع در محل خدمت شما (روستا/شهر/شهرستان)	جمعیت اصلی تحت تاثیر مشکل تغذیه‌ای مورد نظر (از نظر سن/جنس/ قومیت/ تحصیلات/ وضعیت اقتصادی و...)	میزان شیوع مشکل مورد نظر در منطقه مورد در کشور (با ذکر منبع)		علل احتمالی در ایجاد مشکل مورد نظر با توجه به داده های موجود	آیا برنامه/مداخله‌ای برای رفع این مشکل اجرا شده‌است یا در حال اجراست؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، نام ببرید
		کشور	منطقه		
۱.				خیربلی (اگر بلی، نام ببرید)
۲.				خیربلی (اگر بلی، نام ببرید)
۳.				خیربلی (اگر بلی، نام ببرید)

فعالیت ۱-۲. شناسایی و تحلیل ذینفعان در نیازسنجی

<u>تمایل ذینفعان</u>			<u>قدرت ذینفعان</u>			<u>ذینفعان</u>
<u>کم</u>	<u>متوسط</u>	<u>بالا</u>	<u>کم</u>	<u>متوسط</u>	<u>بالا</u>	

فعالیت ۱-۳. اولویت‌بندی مشکلات و انتخاب یک مشکل

مشکلات شناسایی شده در بالا را با استفاده از تحلیل نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصتها اولویت بندی کنید.

<p>نقاط ضعف (Weakness, W)</p>	<p>نقاط قوت (Strength, S)</p>
<p>تهدیدها (Threat, T)</p>	<p>فرصت‌ها (Opportunity, O)</p>

فعالیت ۱-۴. انتخاب یکی از مشکلات تغذیه‌ای شناسایی شده - با توجه به مشکلات شناسایی شده و اولویت بندی انجام شده؛ مشکل تغذیه‌ای انتخابی در منطقه محل خدمت خود را که می‌خواهید در مورد آن اقدام کنید معرفی نمایید:

مشکل تغذیه‌ای مورد نظر را بیان کنید
مشکل تغذیه‌ای:
علل انتخاب مشکل:
عنوان برنامه پیشنهادی:

فصل دوم: تعیین هدف در برنامه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی

در پایان این بخش فراگیر باید بتواند به سوالات زیر پاسخ دهد:

- هدف های برنامه ها بر چه مبنایی انتخاب می شوند؟
- هدف کلی و هدف اختصاصی چیست؟
- روش اصولی نگارش هدف های یک برنامه چگونه است؟

۲- هدف برنامه:

هنگامی که یک مشکل تغذیه‌ای در گروه یا جامعه‌ای شناسایی شد، برای طراحی برنامه بمنظور برخورد یا مقابله با آن لازم است که هدف کلی و اهداف ویژه برنامه تعریف شوند. اهداف کلی و ویژه یک برنامه، بمنزله چارچوبی هستند که در قالب آن اجزای برنامه یعنی روشهای مداخله، پیام های اصلی یا روش ارزشیابی و بازاریابی برنامه تعیین می‌شوند.

هدف کلی (Goal): هدف کلی در حقیقت عبارتی جامع است که باید بیان کند برنامه به چه چیزی می‌خواهد برسد، ولی انتظار نمی‌رود مراحل رسیدن به هدف را نشان دهد. درواقع هدف کلی، بیان تاثیر و یا پیامد نهایی برنامه (نتیجه مطلوب برنامه) است. انتظار می‌رود که هدف کلی با نتایج نیاز سنجی شما مرتبط باشد. در نگارش هدف کلی، می‌توانید از کلماتی مانند کاهش، انتقال، گسترش، ایجاد، بهبود، افزایش، تولید و تامین استفاده کنید.

مثال: کاهش شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال ساکن جنوب شهر تهران یا افزایش آگاهی زنان میانسال ساکن شهر X در مورد عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی

هدف ویژه (Objective): بر خلاف هدف کلی، هدف ویژه، محدود، دقیق، ملموس، عینی و قابل اندازه‌گیری است. به عبارت دیگر، اهداف ویژه گام‌های قابل اندازه‌گیری و اختصاصی هستند که برای رسیدن به هدف کلی برداشته می‌شوند. هدف‌های ویژه در حقیقت فرآیند و مراحل احتمالی رسیدن به هدف کلی را فرموله می‌کنند. دو نوع معمول اهداف ویژه، عبارتند از اهداف نتیجه‌ای^۴ و اهداف فرآیندی^۵. اهداف نتیجه‌ای تغییرات قابل اندازه‌گیری در نتیجه یا پیامد تغذیه‌ای یا سلامتی را نشان می‌دهند؛ مانند افزایش در آگاهی از منابع غذایی غنی از فولات، کاهش در غلظت کلسترول سرم، افزایش غلظت فریتین سرم یا یک تغییر در عملکرد تغذیه‌ای گروه هدف. اهداف فرآیندی، فعالیت‌های قابل اندازه‌گیری انجام شده توسط متخصصان تغذیه جامعه یا سایر اعضای درگیر در اجرای برنامه را بیان می‌کنند. این اهداف، روش دستیابی به اهداف نتیجه‌ای را نشان می‌دهند.

مثال:

- تا پایان سال اول برنامه، همه مادران تحت پوشش برنامه ساکن جنوب تهران، در دوره آموزش ۳ جلسه‌ای در مورد سلامت و تغذیه شرکت کنند.
- افزایش میزان آگاهی زنان میانسال شرکت‌کننده در برنامه در مورد منابع اسیدهای چرب ترانس با استفاده از پیامک‌های ارسالی از طریق برنامه ۵۰٪ نسبت به ابتدای برنامه، ۶ ماه پس از اجرای برنامه
- افزایش تعداد زنانی که حداقل ۳ روز در هفته، هر روز ۳۰ دقیقه ورزش هوازی می‌کنند به میزان ۱۰٪ نسبت به ابتدای برنامه، ۶ ماه پس از اجرای برنامه

⁴ Outcome Objectives

⁵ Process Objectives

۱-۲- روش نگارش هدف های برنامه

هدف باید روشن بیان شود. اهداف مبهم و کلی مفید نیستند، چون راه رسیدن به هدف کلی را روشن نمی‌کنند. برنامه به اهدافی نیاز دارد که راه را نشان دهند، پس تا جایی که می‌توانید با تعریف دقیق، راه رسیدن به مقصد را روشن کنید.

هنگام تنظیم اهداف اختصاصی باید موارد ذیل بیان شوند:

۱. عمل یا فعالیت مورد نظر برای برخورد با مشکل یا عوامل مرتبط با آن
۲. جامعه هدف در اجرای آن فعالیت مشخص
۳. اشاره ای به روش اجرا یا راه دستیابی به آن
۴. دامنه زمانی تعریف شده که طی آن انتظار می رود فعالیت مورد نظر، به اتمام برسد.

پس شما هنگام نگارش هدف ویژه باید به این ۶ سوال پاسخ دهید:

- چه چیزی: چه چیزی را می‌خواهیم به انجام برسانیم؟
- چرا: دلایل، قصد، مزایای به انجام رسیدن هدف را بشناسید.
- چه کسی: چه کسی/کسانی مسئول این فعالیت خواهد بود؟
- کجا: موقعیت مکانی را مشخص کنید.
- چه موقع: بطور مشخص تا چه زمانی کار باید کامل شود.
- چگونه: این فعالیت چگونه انجام می‌شود؟

به یک هدف از ابتدا تا انتها فکر کنید و برنامه ریزی کنید که چطور آن را به انجام برسانید. سعی کنید آن را در یک تا سه جمله بنویسید. مواردی را مد نظر قرار دهید که به آسانی به یاد بیاورید و بتوانید به آسانی دنبال کنید.

یک روش ساده نوشتن اهداف ویژه، روش (Specific, Measurable, Attainable, SMART (SMART (Realistic, Timely است. SMART در حقیقت حروف اول چند واژه، یعنی

اختصاصی (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable) و یا (Achievable)، عینی (Realistic) و در محدوده زمانی تعریف شده (Timely) است.

در زیر هریک از اجزای SMART توضیح داده شده است:

۱-۱-۲- اختصاصی و مشخص

دقیقا باید کاری که قرار است انجام شود، بیان شود. وقتی به یک هدف مشخص تغذیه‌ای فکر می‌کنید باید به چه، چه کسی، چه زمانی، کجا، چه چیزی، و چرایی هدف بیندیشید. بعنوان مثال، افزایش مصرف میوه و سبزی در نوجوانان دبیرستانی با بهبود انتخاب غذا در بوفه مدارس.

۲-۱-۲- قابل اندازه‌گیری

هدف باید به آسانی قابل اندازه‌گیری باشد. بنابراین شما می‌توانید میزان پیشرفت تان را به راحتی ترسیم کنید. انتهای یک هدف می‌تواند یک عدد (مانند وزن) و یا تغییراتی که قابل اندازه‌گیری باشد در نظر گرفته شود. در اهدافتان باید مقدار، زمان، ... مشخص و دقیق داشته باشید. اگر هدف شما بصورت " کاهش هزینه‌ها " تعریف شده باشد شما چطور می‌دانید که موفق شده‌اید به هدف برسید. بطور مثال، در یک ماه ۱ درصد کاهش یا در ۲ سال ۱۰ درصد کاهش. اگر روشی برای اندازه‌گیری موفقیت تان نداشته باشید نمی‌دانید چه زمانی به آن رسیده‌اید.

برای تعیین این که هدف شما قابل اندازه‌گیری است یا نه باید از خودتان سوال کنید چقدر؟ چه مقدار؟ تغییر واقع بینانه، ممکن و قابل قبول است. برای یافتن پاسخ مراجعه به تجربیات و برنامه‌های قبلی در سطح ملی و بین‌المللی می‌تواند کمک‌کننده باشد. دستیابی به هدف وقتی آسان‌تر می‌شود که شما به طور منظم و متناوب حرکت در مسیر هدف را بسنجید تا این که به طور اتفاقی و هر گاه به خاطر آوردید این کار را انجام دهید.

۲-۱-۳- قابل دستیابی

اهداف را طوری انتخاب کنید و بنویسید که بتوانید به آنها دست یابید و به آنها متعهد بمانید. مطمئن شوید که رسیدن به اهداف تعیین شده امکانپذیر است. اگر هدفی را که انتخاب کرده اید قابل دستیابی نباشد، فقط وقت و هزینه بیهوده برای رسیدن به آن صرف می‌شود. در عین حال، اگر مراحل رسیدن به هدف را به خوبی برنامه‌ریزی کنید دستیابی به آنها واقع بینانه تر می‌شود. بازه زمانی را طوری در نظر بگیرید که به شما اجازه طی کردن مراحل پیش بینی شده را بدهد. وقتی شما به سمت اهداف تان حرکت می‌کنید، اهدافی که در شروع دور از دسترس به نظر می‌رسیدند نزدیکتر و قابل دسترس تر به نظر خواهند آمد، البته نه به خاطر این که اهداف کوچک شده اند بلکه به این دلیل که شما پیشرفت کرده اید.

۲-۱-۴- واقع بینانه و مرتبط

وقتی هدف‌گذاری می‌کنید مطمئن شوید که هدف واقع بینانه است. باید بتوانید واقعا آن کار را انجام دهید. هدف باید چالش برانگیز باشد، اما غیر ممکن نباشد. برای واقع بینانه بودن یک هدف باید شاخص آن هدف عینی و قابل اندازه گیری باشد و شما قادر به انجام آن باشید. هدف باید در راستای رسیدن به هدف کلی باشد. اهداف باید در جهتی که می‌خواهید حرکت کنید باشند. اگر اهداف پراکنده بوده و با هم هماهنگ نباشند هرگز به هدف کلی نخواهید رسید. با هدف‌گذاری در راستای هدف کلی، شما تمرکز کافی برای رسیدن به آن را پیدا خواهید کرد. بعنوان مثال، افزایش مصرف میوه و سبزی می‌تواند با کاهش انرژی دریافتی از مواد غذایی پرانرژی و کم‌ارزش از لحاظ تغذیه‌ای، دریافت کل انرژی دریافتی را کاهش داده و به نوجوانان در حفظ یا دستیابی به وزن مطلوب کمک کند.

۲-۱-۵- در محدوده زمانی مشخص

برای رسیدن به هدف یک بازه زمانی را در نظر بگیرید و زمان شروع و پایان فعالیت مورد نظر برای دستیابی به هدف را مشخص کنید. برای اهداف کوچک روزها، هفته‌ها، و ماهها مناسب است و برای اهداف بزرگ‌تر واحد ماه و سال بهتر عمل می‌کند. زمان بندی به شما کمک می‌کند که برای رسیدن به هدف بیشتر تلاش کنید. اهداف شما باید یک موعد مقرر برای تکمیل داشته باشند. این به این معنی است که شما می‌دانید چه زمانی موفقیت‌تان را جشن بگیرید. باتوجه به محدودیت منابع مالی و انسانی، تعیین بازه زمانی و زمان‌بندی مناسب برای دستیابی به اهداف به استفاده موثر و مفید از منابع کمک می‌کند.

جدول ۲-۱- اجزای SMART در نوشتن اهداف یک مداخله/برنامه

ویژه (Specific)	قابل اندازه‌گیری (Measurable)	قابل دستیابی (Achievable)	مرتبط (Relevant)	در محدوده زمانی مشخص (Time Frame)
دقیقا قصد داریم چکار کنیم؟ جامعه هدف کیست؟ از چه استراتژی‌هایی استفاده می‌کنیم؟ آیا نتایج بطور مشخص بیان شده‌اند؟	چگونه پی می‌بریم که تغییرات اتفاق افتاده‌اند؟ مقیاس‌های اندازه‌گیری یا ارزشیابی موفقیت کدامند؟ این مقادیر قابل جمع‌آوری و اندازه‌گیری هستند؟	آیا اهداف در زمان مورد نظر و باتوجه به منابع موجود می‌توانند بدست آیند؟ آیا منبع علمی و تکنیکی برای آن وجود دارد؟	آیا این هدف و اطلاعات یا داده‌های جمع‌آوری شده با هدف کلی مرتبط هستند؟ آیا این اهداف منجر به نتایج موردنظر می‌شوند؟	انتظار داریم اهداف چه زمانی حاصل شوند؟ آخرین فرصت تعیین شده چه زمانی است؟

مثال: در هدف نتیجه‌ای زیر، همه ی اجزای SMART بکار برده شده‌اند:

افزایش درصد نوجوانان دوره دوم متوسطه در منطقه ۵ تهران که حداقل ۵ واحد میوه و سبزی در روز مصرف می‌کنند از ۱۰٪ به ۲۰٪ از طریق عرضه روزانه میوه و سبزی در بوفه مدارس تا پایان

منابع

- 1- The easy guide to SMART goals and objectives. 2016. Available from: http://www.cognology.com.au/learning_center/howtowritesmartobj/
- 2- Boyle MA, Holben DH. Community nutrition in action: an entrepreneurial approach. United State of America: Cengage Learning, 2012.

فعالیت شماره ۲: تدوین اهداف

در این بخش، اهداف مناسب برای برنامه مورد نظر خود را تدوین نمایید. این اهداف شامل هدف کلی و اهداف اختصاصی (اهداف فرآیندی) آنچه که می‌خواهید انجام دهید) و اهداف نتیجه‌ای (نتایجی که باید پس از اجرای برنامه، در ارتباط با سلامت جمعیت هدف می‌خواهید به آنها دست یابید) است.

فعالیت ۱-۲ ابتدا هدف کلی را بنویسید. سپس اجزای SMART هر یک از اهداف ویژه خود را مشخص کنید.

هدف کلی:

.....

اهداف اختصاصی:

- اهداف نتیجه‌ای:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- اهداف فرآیندی:

.....
.....
.....
.....

فصل سوم: انتخاب روش‌ها و راهبردهای مداخله

در پایان این بخش فراگیر باید بتواند به سوالات زیر پاسخ دهد:

- مفهوم روش و راهبرد چیست؟
- نظریه‌های رفتار در طراحی برنامه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی و انتخاب راهبردها چه کاربردی دارند؟
- چگونه تصمیم بگیریم که در برنامه چه روشهایی برای مداخله بکار ببریم؟
- چگونه مراقب ارتباط اهداف برنامه و راهکارهای مداخله باشیم؟

مقدمه

همه برنامه‌های ارتقای سلامت به یک اندازه در دسترسی به اهدافشان موفق نیستند. گرچه بسیاری از طرح‌ها و برنامه‌های تغذیه‌ای بدون اشاره آشکار به یک نظریه، طراحی و اجرا می‌شوند، ولی شواهد بسیار نشان داده‌اند که کاربرد روشها و راهبردهای مناسب مبتنی بر نظریه‌های رفتار به طور محسوسی میزان موفقیت در دستیابی به اهداف برنامه را افزایش می‌دهد. نشان داده شده است که برنامه‌هایی بیشتر موفق خواهند بود که در آن تعیین‌کننده‌های مشکل تغذیه‌ای مورد نظر به خوبی درک شده باشد، نیازها و انگیزه‌های گروه هدف تامین شده و بستر و محیطی که در آن برنامه اجرا می‌شود به خوبی بررسی شده باشد. اینها زمانی اتفاق می‌افتد که برنامه "متناسب" با مشکل تغذیه‌ای طراحی شده باشد.

در این راستا، استفاده از نظریه‌ها به درک بهتر مشکلات و طراحی برنامه‌های موثر و متناسب با این مشکلات تغذیه‌ای کمک خواهد کرد.

در این بخش، انواع روش‌ها و راهبردهای مداخله و چگونگی کاربرد نظریه‌های تغییر رفتار در انتخاب این روشها را مورد بحث قرار می‌گیرد.

۳- مفهوم نظریه‌ی تغییر رفتار و اجزای آن

رفتار انسان پدیده‌ای پیچیده و متأثر از عوامل گوناگون است. نظریه (Theory) مجموعه‌ای از مفاهیم، تعاریف و فرضیه‌هاست که نقش آن بازکردن کلاف پیچیده رفتارها و ساده کردن آنهاست تا بهتر بتوانیم پیچیدگی‌های رفتاری را درک کنیم و برای تغییر آنها برنامه‌ریزی کنیم. به عنوان مثال، مصرف میوه و سبزی، رفتاری است که تحت تاثیر عوامل مختلف، مانند دانش، باورها و هنجارها، فرهنگ غالب، حمایت‌های محیطی و اجتماعی و شرایط اقتصادی قرار دارد. نظریه‌ها به ما کمک می‌کنند تا این عوامل را بهتر تفکیک و شناسایی کنیم.

اجزای نظریه. در هر نظریه سه محور اصلی مورد توجه قرار می‌گیرد:

(۱) **عوامل اصلی** که بر پدیده یا رفتار مورد نظر تاثیر می‌گذارند. برای مثال، عواملی مانند دانش، باورها، هنجارهای اجتماعی، حمایت‌های محیطی و اجتماعی توضیح می‌دهند که بطور مثال، چرا برخی از مردم میوه و سبزی مصرف می‌کنند و برخی مصرف نمی‌کنند.

(۲) **شرایط یا سایر عواملی** که تحت تاثیر آنها ممکن است رفتار مورد نظر صورت گیرد یا مانع انجام آن شوند و چگونگی، چرایی و زمان روابط فرض شده. بطور مثال، زمان، مکان و شرایطی که پیش‌بینی می‌شود در مصرف یا عدم مصرف میوه و سبزی فرد تاثیر دارند. ارتباط بین عوامل اصلی موثر بر رفتار مورد نظر (در مثال ما مصرف میوه و سبزی) و شرایط و موقعیت‌هایی که در آنها چنین رفتارهایی رخ می‌دهد.

۳) رابطه بین عوامل مختلف و رفتار در تقدم و تاخر عوامل و ترتیب قرار گرفتن آنها نشان داده می‌شود.

به زبان دیگر، مفاهیم و اجزای ضروری نظریه و الگوها را به ترتیب زیر می‌توان خلاصه نمود:

مفهوم (Concept): اجزای اصلی و سازنده یک نظریه یا الگو که خمیر اصلی شکل دهنده آنهاست. مفاهیم قابل اندازه‌گیری نیستند.

سازه (Construct): وقتی مفاهیم یک نظریه و الگو گسترش یابد و شکل ساده‌تری به خود بگیرد تا برای استفاده در یک نظریه یا الگوی خاص به کار روند، به آن سازه گفته می‌شود. سازه‌ها در واقع مفاهیم سنتز شده یک نظریه یا الگو هستند.

متغیر (Variable): شکل عملی و قابل اندازه‌گیری سازه‌های یک نظریه که قابل اندازه‌گیری است و در طی ارزیابی یک برنامه مبتنی بر نظریه مورد سنجش قرار می‌گیرند. به عنوان مثال **مهارت** یکی از سازه‌های نظریه شناختی-اجتماعی یا Social-Cognitive Theory (SCT) است که ممکن است در مقیاس پنج رتبه‌ای از هرگز تا همیشه اندازه‌گیری شود.

۳-۱- کاربرد الگوها و نظریه‌ها در برنامه‌های تغذیه‌ای و بهداشتی

در جریان مشخص کردن اهداف رفتاری برنامه، دو سوال پیش می‌آید:

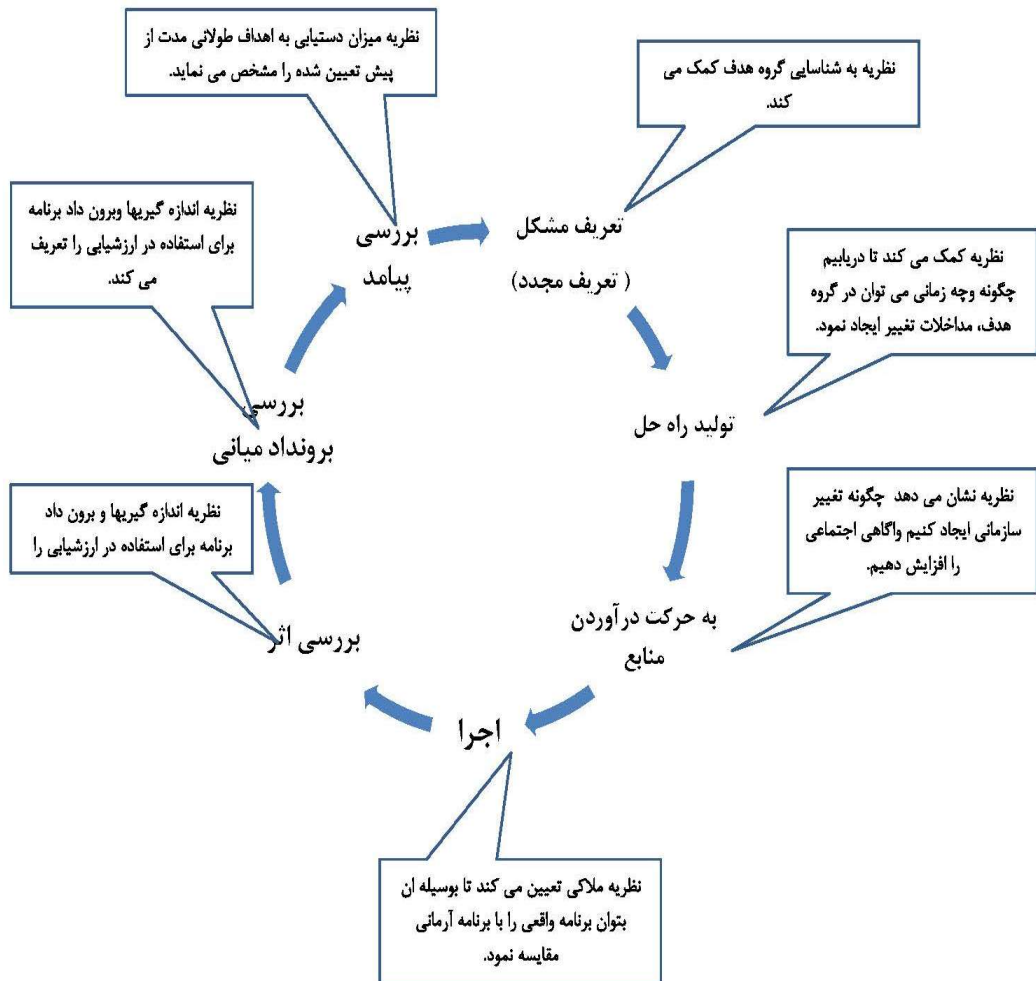
- چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر برنامه را ندارند؟
 - چگونه باید رفتارها را در جهت تامین یا ارتقای سلامت تغییر داد؟
- برخی از رفتارها بسیار ساده هستند و عوامل محدودی در شکل‌گیری آنها موثرند؛ بطور مثال، مسواک زدن منظم. اما بسیاری از رفتارها از جمله رفتارهای تغذیه‌ای، مانند افزایش مصرف میوه و سبزی، کاهش مصرف چربی، پیروی از راهنماهای غذایی و... معمولاً رفتارهای پیچیده‌ای هستند که عوامل مختلف فردی، اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی،

سیاسی و زیست محیطی بر آنها تاثیر می‌گذارند. بنابراین، استفاده از نظریه در موارد زیر به ما کمک می‌کند:

- توضیح منطقی پدیده‌های مرتبط با یکدیگر در راستای رفتار مورد نظر ما
- تعیین اجزایی که بطور ظاهری بر انواع رفتار اثر می‌گذارند
- درک این اجزا و نحوه‌ی عملکرد آنها
- اینکه چگونه و تحت چه شرایطی می‌توان چنین اجزایی را تغییر داد
- و بالاخره ساده کردن مفاهیم پیچیده رفتار انسان

نظریه در واقع، نقشه راهی برای مطالعه و تحلیل مشکلات، طراحی مداخلات مناسب و ارزشیابی موفقیت برنامه‌ها فراهم می‌کند. مرتبط کردن نظریه با الگوهای طراحی برنامه می‌تواند ما را در طراحی مداخلات مناسب و موثر، پیش‌بینی مسائل مهم و نیز توضیح مشکلات یاری دهد. این الگوها و راهنماها از یک سلسله مراتب ساختارمند پیروی می‌کنند که شامل مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی است و در هر یک از این مراحل، استفاده از نظریه‌های مختلف می‌تواند مجریان/مدیران و کارکنان برنامه‌های بهداشت عمومی جامعه‌محور را راهنمایی و آگاه نماید.

شکل ۱-۳، چرخه برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه‌های ارتقای سلامت را نشان می‌دهد که مراحل مختلف برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی یک برنامه ارتقای سلامت را در بر می‌گیرد. چنانکه در این شکل می‌بینید، نظریه‌ها در مراحل مختلف برنامه‌ریزی، کاربردهای مختلفی می‌توانند داشته باشند.



شکل ۳-۱- کاربرد نظریه‌ها در چرخه طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغذیه‌ای

۲-۳- انواع نظریه‌ها

دسته بندی نظریه‌ها و الگوها در منابع مختلف و از دیدگاه صاحب‌نظران مختلف، متفاوت است، ولی رایج‌ترین روش، دسته بندی آن‌ها براساس سه رویکرد است:

۳-۲-۱- نظریه‌های مبتنی بر فرد (Personal): که برای تحلیل و تغییر رفتارها در سطوح فردی به کار می‌روند.

۳-۲-۲- نظریه‌های بین فردی (Interpersonal): که رفتارهای مرتبط با بیش از یک نفر را بررسی می‌کنند.

۳-۲-۳- نظریه‌های سازمانی و اجتماعی (Organizational and Social Models) که به تغییر رفتار در سطح گروه یا سازمان می‌پردازند.

در جدول ۱-۳ خلاصه نظریه‌های تغییر رفتار، کاربرد و مفاهیم کلیدی هر یک از نظریه‌ها ارائه شده است. برای آشنایی بیشتر با کاربردی‌ترین نظریه‌ها در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های تغذیه‌ای به پیوست ۱ کتاب مراجعه شود.

جدول ۳-۱- نظریه‌های تغییر رفتار، کاربرد و مفاهیم کلیدی هر یک از نظریه‌ها

نظریه	کاربرد	مفاهیم کلیدی/سازه‌ها
نظریه‌های تغییر رفتار فردی		
الگوی باور بهداشتی (HBM- Health Belief Model)	درک از مشکلات تغذیه‌ای و بهداشتی و ارزشیابی رفتار پیشنهادی از اصول تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار است.	حساسیت درک شده شدت درک شده منافع درک شده موانع درک شده خودکارآمدی درک شده
نظریه‌های اقدام منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior/Theory of Reasoned Actions)	قصد برای عمل فوری‌ترین تعیین‌کننده رفتار است و سایر عوامل موثر بر رفتار تحت تاثیر و کنترل قصد رفتار هستند.	قصد نگرش نسبت به رفتار هنجارهای انتزاعی کنترل رفتاری درک شده
الگوی فرآیندی/الگوی مراحل تغییر (TTM-Transtheoretical Model/Stage of change)	تغییر رفتار به صورت یک فرایند، توصیف می‌شود.	مراحل مختلف تغییر فرایند تغییر متناسب با هر مرحله
نظریه‌های تغییر رفتار بین فردی		
نظریه شناختی اجتماعی/یادگیری اجتماعی (SCT-Social Cognitive Theory)	رفتار انسان و محیط دائما با هم تعامل دارند و بر هم تاثیر می‌گذارند.	قابلیت درک شده ارزش پیامد درک موقعیتی محیط خودکارآمدی درک شده خودکارآمدی در غلبه بر موانع خودکنترلی/تنظیم هدف سازگاری عاطفی
نظریه‌های تغییر رفتار در سطح جمعی و سازمانی		
نظریه بازاریابی اجتماعی (SM-Social Marketing)	تحلیل، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌هایی برای تاثیرگذاری بر رفتار داوطلبانه مخاطبین که به منظور بهبود رفاه شخصی و جامعه طراحی و اجرا می‌شوند.	محصول/ایده قیمت ترویج مکان
نظریه نشت نوآوری (DOI-Diffusion of Innovation)	فرآیندی که طی آن یک نوآوری، ایده یا رفتار در جامعه گسترش می‌یابد.	نوآوران پذیرندگان اولیه اکثریت زودهنگام اکثریت دیرهنگام موخرین

برگرفته از:

Adapted from K. Bauer, D. Liou, and C. Sokolik, Nutrition Counseling and Education Skill Development, 2nd ed. (Belmont, CA: Wadsworth/Cengage Learning, 2012)

۳-۳- انتخاب روش‌ها و راهبردهای مداخله در برنامه‌های تغذیه‌ای

زمانی که اهداف برنامه تعیین شده و چارچوب نظری برای تحلیل رفتارهای مورد هدف برنامه و تغییر آنها تعیین شد، سوال مهم روش مداخله و برخورد با رفتارهای مورد نظر برای حل موثر مشکل و رسیدن به اهداف برنامه است. منظور از روش، فرایند کلی یا راهی است که برای تاثیرگذاری و تغییر تعیین کننده‌های رفتاری یا محیطی مورد نظر انتخاب می‌شود. بطور مثال، مهارت سازی یکی از روشهایی است که در قالب نظریه‌های مختلف برای تغییر رفتارها و تحقق رفتارهای جدی پیشنهاد شده است. در یک برنامه ممکن است روشهای مختلفی برای تغییر یک رفتار همزمان یا در مراحل مختلف اجرایی انتخاب شود.

پس از انتخاب روش یا روشهای مناسب برای تغییر یک رفتار مشخص تغذیه‌ای، قدم بعدی انتخاب استراتژی یا راهبرد، یعنی تکنیک‌ها و روشهای عملی بکارگیری روش‌های انتخاب شده است. یک روش برای گروه‌های هدف مختلف یا در شرایط و موقعیت‌های مختلف، ممکن است با استراتژی‌های متفاوتی عملیاتی شود. بطور مثال، اگر روش انتخابی ما تقویت مهارت مادران در تهیه غذاهای کمکی مقوی و مغذی بومی باشد، استراتژی انتخاب شده برای مادران شهری شاغل و باسواد ممکنست تهیه و توزیع دستورالعمل گام به گام با استفاده از یک نوار ویدئویی و راهنمایی عمل باشد، در حالیکه در مناطق روستایی بیشتر روی استراتژی تهیه آزمایشی غذاهای پیشنهادی در خانه بهداشت و آوردن کودکان به محل و تغذیه آنان در همانجا بصورت یک تجربه جمعی اجرا شود.

نکته مهم دیگر آنکه در انتخاب روش‌ها و استراتژی‌ها، انتخاب از میان طیفی از استراتژی‌ها یعنی از استراتژی‌های ارتقای آگاهی تا تغییر رفتار، مداخلات غذایی تا تغییر محیط و تغییر دسترسی لازم است بطور هم زمان در نظر گرفته شوند تا اثر بخشی برنامه تقویت شود. در جدول ۲-۳ سطوح و رویکردهای استراتژی ارائه شده است.

جدول ۳-۲- سطوح و رویکردهای استراتژی‌ها

ایجاد محیط حمایت کننده	تغییر رفتار	ارتقای آگاهی	سطوح
			فرد
			گروه/جامعه
			نظام/قوانین و مقررات

۳-۴- روش‌ها و رویکردهای متداول مداخله در حوزه تغذیه

رویکردهای متعددی در برنامه‌های تغذیه‌ای ممکنست مورد استفاده قرار گیرد، ولی ما در اینجا امکان بحث در مورد همه آنها را نداریم. براین اساس، به چهار مورد از رایج ترین رویکردها و روش‌های مداخله در برنامه‌های تغذیه در نظام مراقبت‌های بهداشتی می‌پردازیم که عبارتند از:

- الف. رویکردهای تغییر رفتار
- ب. رویکردهای مبتنی بر غذا و مواد غذایی
- پ. رویکرد تغییر سیاست‌های غذا و تغذیه
- ت. اتصال (تلفیق) رویکردهای تغذیه‌ای با خدمات مراقبت بهداشتی

۳-۴-۱- رویکردهای تغییر رفتار

بسیاری از اهداف نتیجه‌ای در برنامه‌های تغذیه‌ای مرتبط با رفتارهای اعضای خانوار، مردم یا خدمه بهداشتی هستند. تقریباً غیرممکن است که برنامه‌ای تغذیه‌ای بدون هدفی در جهت ایجاد تغییر رفتاری-اجتماعی نوشته شده باشد. در مورد مبانی نظری این رویکردها در بخش پیشین در این فصل توضیح داده شد. هنگام تدوین روشها و

استراتژی‌های تغییرات رفتاری اجتماعی لازم است ابتدا به چهار پرسش زیر پاسخ داده شود:

۱. رفتار چه کسی/کسانی را می‌خواهیم تغییر دهیم تا به نتایج مورد نظر دست پیدا کنیم؟ (کودکان، والدین، خدمه بهداشتی، معلمان، ...)

۲. برای ایجاد این تغییرات به چه چیزی/چیزهایی نیاز داریم؟ آیا آنچه مورد نیاز است علمی است؟ عملیاتی است؟ قابل پذیرش و توجیه در جامعه و گروه هدف است؟

۳. به چه دلیل افراد گروه هدف در حال حاضر رفتار مورد نظر را ندارند؟ موانعی (درونی و بیرونی) که موجب شده آن رفتار رانداشته باشند کدامند؟ چه چیزهای می‌تواند انجام آن رفتار/رفتارها را تسهیل یا تشویق کند؟ چرا برخی در حال حاضر آن رفتار را دارند و برخی ندارند؟ علل این تفاوت کدامند؟

۴. با چه روش‌هایی می‌توان بر این رفتارها تاثیر گذاشت؟ که مبتنی بر عواملی است که در پرسشهای قبلی شناسایی کردید. به چه چیزها یا شرایطی نیاز دارید برای آنکه بتوانید این روش‌ها را پیاده کنید؟

برحسب آنکه پاسخ این پرسش‌ها چه باشد، روش‌های مختلفی از جمله انواع تکنیک‌های آموزش فردی یا گروهی، استفاده از رسانه‌های گروهی یا ایجاد گروههای حمایتی و بالاخره ایجاد تغییراتی در قوانین یا محیط برای تسهیل رفتار مورد نظر، ممکنست اتخاذ شوند.

۳-۴-۲- رویکردهای مبتنی بر غذا

منظور از روشهای مبتنی بر غذا، روشهایی است که توسط آنها بتوان کیفیت یا تنوع رژیم غذایی گروه هدف برنامه را بهتر کرد. متداول‌ترین روش‌های مورد استفاده در قالب این رویکرد، عبارتند از افزایش:

- تولید و دسترسی به مواد غذایی غنی از ریز مغذی‌های هدف با توجه به اقلیم و ترجیحات غذایی منطقه؛ مثال: حمایت و تشویق باغچه‌های خانگی کشت سبزی

ها و میوه‌ها یا در مناطقی که فقر شدید وجود دارد، توزیع غذای مکمل یا ایجاد صندوق‌های وام برای حمایت از خانوار.

- مصرف مواد غذایی و غذاهای غنی از ریز مغذی‌های هدف؛ مثال: ترویج اصول تغذیه مناسب در دوران بارداری، ترویج تغذیه با شیر مادر و ترویج غذاهای تکمیلی غنی شده (غنی‌سازی خانگی) برای کودکان (با استفاده از استراتژی‌های ترویجی مختلف).

- زیست‌دسترسی (قابلیت جذب در بدن) ریزمغذی‌های مورد نظر؛ مثال: آموزش و ترویج کاربرد روش‌های فرآوری مانند تخمیر و جوانه زدن و توجه به ترکیب وعده‌های غذا بشکلی که جذب و زیست‌دسترسی را تقویت کند. این استراتژی‌ها بطور خاص تحت عنوان استراتژیهای مهندسی سلامت یعنی تغییر روشهای فرآوری یا آماده‌سازی غذا هم معرفی شده‌اند. اینگونه مداخلات ممکنست در سطح خانگی و یا از طریق مداخله در صنعت غذا صورت گیرد. بطور مثال می‌توان به غنی‌سازی آرد با آهن یا هر ماده مغذی دیگری در سطح سیلوها یا صنعت تولید کیک و بیسکویت اشاره کرد.

در انتخاب روش برای هریک از موارد بالا، جامع بودن و پایداری روش انتخابی دو اصل مهم هستند که باید در نظر گرفته شوند.

۳-۴-۳- رویکرد تغییر سیاست‌های غذا و تغذیه

برای ایجاد تغییر در سطح سیاست‌ها لازم است از یک سو اصول و سیاست‌های جایگزین برای نهادینه کردن رفتارها، ایجاد محیط اجتماعی و تسهیل‌کننده تبیین و معرفی شوند و از سوی دیگر سیاستگذاران و افراد موثر بر سیاست‌گذاری در مورد این جایگزین‌ها متقاعد، ترغیب و فعال شوند. بنابراین، موفقیت بسیاری از استراتژی‌های تغییر رفتار و تغییرات مبتنی بر غذا در گرو حمایت از طریق تغییر در قوانین و سیاست‌هاست.

بطور مثال، افزایش مصرف ید در جامعه بمنظور پیشگیری از بیماری‌های ناشی از کمبود ید (IDD) در عین تغییرات رفتار فردی و گروهی و تغییر روشهای تولید و غنی سازی نمک در سطح تولید یا در منازل، نیازمند مداخلات قانونی از تغییر استاندارد نمک و بسته بندی و برچسب گذاری آن گرفته تا اجازه وارد کردن میکروفیدرها برای کارخانجات تا قوانین عرضه دارد.

۴-۴-۳- اتصال (تلفیق) رویکردهای تغذیه‌ای با خدمات مراقبت بهداشتی

یک بخش مهم دیگر در مداخلات تغذیه‌ای موجود در برنامه‌های جامعه محور، وارد کردن و اتصال این مداخلات در کنار مداخلاتی است که نظام سلامت یا بخش خصوصی مانند NGO (سمن‌ها)، خیریه‌ها یا سایر موسسات محلی ارائه می‌دهند.

بطور مثال، وارد کردن برنامه‌های آموزش و تغییر رفتار مورد نظر در خدمات درمانگاه خیریه محله یا ارائه خدمات مورد نظر از طریق سازمان‌هایی مانند کمیته امداد امام خمینی یا سازمانهای داوطلب محلی به خانواده‌های تحت پوشش آنان.

۵-۳- طبقه بندی، امتیاز دهی و انتخاب استراتژی‌های موثر تغذیه‌ای

یکی از روشهایی که برای تصمیم‌گیری و انتخاب نهایی مداخله‌ها یا استراتژی‌های مورد نظر در یک برنامه در جریان طراحی آن پیشنهاد شده است، امتیاز دهی به مداخله‌ها بر اساس معیارهای مشخص، از جمله مرتبط بودن یا دسترسی به منابع مالی برای اجرای آن مداخله توسط تیمی از افراد ذینفع است. به این ترتیب ذینفعان و طراحان برنامه می‌توانند تصمیم بگیرند که به کدامیک از مداخله‌ها اولویت بیشتری بدهند. در جدول ۳-۳ نمونه‌ای از استفاده از این روش در یک برنامه برای ارتقای وضعیت تغذیه مادران و کودکان زیر ۵ سال ارائه شده است.

جدول ۳-۳- نمونه ای از ماتریس تصمیم‌گیری برای انتخاب استراتژی‌های یک برنامه تغذیه‌ای

مداخله‌های مورد ارزیابی							معیارها
آموزش تغذیه دوران بارداری	هواخواهی برای اقدامات بهداشتی کردن آب اشامیدنی	پیگیری رشد کودکان	ترویج تغذیه سالم برای کودکان زیر ۵ سال	افزایش دسترسی به زمین کشاورزی	تامین کود	افزایش تولید خانگی سبزیجات برگ‌دار سبز	مثال
							میزان مرتبط بودن
							دسترسی به بودجه
							پایداری روش
							جمع مرحله اول
							قابلیت اجرایی
							مشارکت ذینفعان
							دسترسی به منابع تکنیکی
							پذیرش جامعه
							جمع نهایی

برگرفته از:

Setorglo J, Steiner-Asiedu M. Planning of nutrition programs, In: Temple NJ & N Steyn. Community Nutrition in Developing Countries. University of South Africa Press & AU Press, Athabasca University, Canada 2016.

منابع

1. Coppel S, King L, Noor M, Gal S. Program Management Guideline For Health Promotion. Sydney: NSW Health Department, 1994 .
2. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, 2008. 4th Edition. Jossey-Bass, San Francisco .
3. Green K, Lewise FM, Rimer BK. Health promotion planning: An educational and environmental approach. Mountain view, CA: Mayfield, 1991 .

فعالیت ۳. انتخاب روش‌ها و استراتژی‌های مناسب برنامه

در این بخش، باتوجه به اهداف مشخص شده، روشها و استراتژی‌های مداخله/برنامه مورد نظر را انتخاب و تنوع سطوح آنها را کنترل می کنید.

فعالیت ۳-۱. انتخاب روش‌های مداخله با توجه به هدف‌های ویژه. باتوجه به هریک از اهداف ویژه‌ی مشخص شده در بخش قبلی، روش‌ها و استراتژی‌های انتخابی بدر ارتباط با هریک از تعیین کننده‌ها را برای برنامه مشخص کنید.

اهداف ویژه (فرایندی/پیامدی)	تعیین کننده های فردی	تعیین کننده‌های اجتماعی	تعیین کننده‌های محیطی

فعالیت ۳-۲. سطوح استراتژی‌های مداخله/برنامه را کنترل کنید.

سطح ۳: ایجاد محیط حمایت کننده	سطح ۲: تغییر سبک زندگی	سطح ۱: ایجاد آگاهی	گروه هدف
			فرد
			جامعه
			نظام

فصل چهارم: عوامل موثر بر موفقیت برنامه‌های تغذیه‌ای

جامعه محور

در پایان این فصل انتظار می‌رود فراگیر بتواند به پرسشهای زیر پاسخ دهد:

- عوامل موثر بر موفقیت برنامه‌های تغذیه‌ای کدامند؟
- چگونه مشارکت جامعه را در مراحل مختلف طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه جلب کنیم؟
- مفهوم فرهنگ چیست و ملاحظات فرهنگی چه تاثیری در موفقیت برنامه‌های تغذیه‌ای می‌تواند داشته باشد؟

مقدمه

منظور از موفقیت برنامه، میزان دستیابی برنامه به اهدافش پس از یک مدت مشخص است. در این ارتباط دو واژه کارایی (Efficacy) و اثربخشی (Effectiveness) لازمست تعریف شوند. کارایی برنامه به مفهوم میزان تاثیر و نتایج مثبت ناشی از مداخلات انجام شده توسط یک برنامه در جامعه است. در مقابل، اثربخشی به این معنی است که مداخلات مشخص یک برنامه تا چه حد اثرات مورد انتظار را بر گروه هدف خود داشته‌اند.

مطالعات انجام شده در مورد نمونه‌های موفق برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه‌محور در سطح جهان، چند عامل مشترک را در این برنامه‌ها شناسایی کرده‌اند که در زیر فهرست شده‌اند:

- شرایط اجتماعی - سیاسی

- عوامل محیطی و دانش تکنیکی
- حمایت مالی
- میزان مشارکت جامعه
- رعایت رویکرد حقوق بشر و توجه به فرهنگ بومی در مشارکت

۱-۴- شرایط اجتماعی - سیاسی

شرایط اجتماعی - سیاسی در زمان طراحی و اجرای برنامه و میزان حمایت سیاسی از برنامه مورد نظر و همچنین نگرش جامعه تاثیر اساسی در شروع و ادامه موفق یک برنامه دارد. حمایت و خواست سیاسی زمانی وجود دارد که دولت پاسخ مثبت به یک تقاضای اجتماعی می‌دهد. چنین حمایتی می‌تواند منتهی به شروع و تحقق یک برنامه تغذیه‌ای جامعه محور شود.

۲-۴- عوامل محیطی و دانش تکنیکی

به اینگونه عوامل سخت افزارها و نرم افزارهای برنامه هم اطلاق کرده اند. منظور از "سخت افزارهای برنامه" ساختمان، وسایل و ابزارهای لازم، وسایل نقلیه و سایر امکاناتی است که برای اجرای برنامه ضرورت دارند. در حالیکه "نرم افزارهای برنامه" ظرفیت های تکنیکی کارکنان برنامه برای طراحی، شروع، مدیریت و ارزشیابی برنامه است.

۳-۴- حمایت مالی

برنامه‌های بهبود وضعیت تغذیه جامعه بدون حمایت مالی بعید است بطور موثری اجرا شوند. برای اجرای برنامه‌های تغذیه‌ای جامعه محور نیاز به فضای کار و وسایل و ابزارهای مشخص است و براساس برآورد یکی از متخصصان برجسته برنامه‌ریزی در حوزه تغذیه، دکتر Gillespie و همکاران در سال ۱۹۹۶ بیشتر برنامه‌های تغذیه‌ای می‌توانند با ۵ تا ۱۰ دلار بطور سرانه در سال اداره شوند. بیشتر برنامه‌های موفق تغذیه‌ای دارای یک بودجه

مشخص و مصوب هستند که اغلب توسط دولت تامین می‌شود. ولی در مواردی هم سمن ها و یا آژانس های بین المللی در تامین آن نقش دارند.

۴-۴- جلب مشارکت جامعه

مشارکت فرآیند همراهی افراد یک جامعه مشخص در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت است تا با توانمندی حاصل از این مشارکت، ارتقای پاسخگویی، پایداری برنامه‌ها و بهبود شاخص‌های عدالت در سلامت و توسعه پایدار تسهیل گردد. به عبارت ساده‌تر، مشارکت یعنی نزدیک شدن دیدگاه مردم و تصمیم‌گیران در مورد نیازها، مشکلات و راه حل‌ها و خود وسیله و ابزاری برای پشتیبانی پروژه‌ها و برنامه‌ها می‌باشد که نهایت منجر به توانمندسازی مردم برای عهده‌دار شدن مسئولیت بیشتر آنها می‌گردد. Gillespie و همکاران، درگیر شدن و مشارکت جامعه را کلیدی‌ترین عامل موفقیت برنامه‌ها معرفی کرده‌اند. این مشارکت، شامل شرکت جامعه در همه مراحل نیازسنجی، تحلیل علل مشکل و تصمیم‌گیری برای انتخاب مناسب‌ترین مداخله‌ها برای برخورد با مشکل می‌باشد. افزایش مشارکت جامعه در یک برنامه مشخص، اغلب موجب حساسیت بیشتر دولت نسبت به آن برنامه و پاسخگویی به درخواست‌های آن نیز می‌شود.

برای کسب موفقیت در برنامه‌هایی که با مشارکت مردم انجام می‌شود **ظرفیت‌سازی** و **جلب اعتماد** دو اصل مهم هستند. فضایی برای گفت‌وگو فراهم تا ایجاد حس مشارکت در مردم ترغیب شود. با برآورده شدن حقوق اصلی آنان، موضوع مشارکت جدی تلقی شود تا مردم خود را در برنامه‌ریزی و تنظیم جدول زمان‌بندی صاحب نظر بدانند.

سازمان جهانی بهداشت آگاهی و شناخت مردم از سلامت و مشکلات آن و دستیابی به اطلاعاتی درباره برنامه‌ها و پروژه‌های خدمات سلامت را از روش‌های تاثیرگذار برای توسعه مشارکت مردم در سلامت خود می‌داند.

محوری‌ترین ابزار برای این کار، مشارکت مردم در قالب پروژه است. در پروژه‌هایی که تحلیل‌ذی‌نفعان صورت می‌گیرد و جایگاه مردم مشخص می‌شود، احتمال موفقیت بیشتر

است. زیرا بها دادن به ایده‌های مردمی در قالب پروژه و اینکه مردم در کنار سیاستگذاران و محققان سومین ذی‌نفع در تعیین و استقرار اولویت‌های ملی و محلی نقش داشته باشند رمز موفقیت است.

در ایران، تجربیات متعددی از مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی وجود دارد که شناسایی و بررسی آنها به طراحان و مجریان برنامه‌های تغذیه‌ای پیشنهاد می‌شود. علاوه بر بخش بهداشت (بهورز و خانه بهداشت، رابطین بهداشتی برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی اولیه، طرح بسیج بهسازی محیط روستاها و...) سایر دستگاه‌های اجرایی نظیر سازمان بهزیستی کشور (برنامه پیشگیری از اعتیاد در محل کار، مدارس و محلات) و شهرداری تهران (شورای سلامت محله، خانه سلامت، کانون‌های سالمندی، مادر و کودک، پزشکان محله، خادمین سلامت مساجد، پیشگیری از دیابت، کانون چاقی، کانون جوانان و...) نیز تجربیات موفق با مشارکت مردم داشته‌اند.

۴-۵- تکنیک‌های جلب مشارکت مردم

- اطلاع‌رسانی و گوش‌دادن: مطلع شدن مردم در مورد اطلاعات سلامت و توصیه‌های مفید
- مشاوره گرفتن و همکاری: مشورت گرفتن از مردم با شیوه‌های مختلف
- شراکت و نظارت مردم: مشارکت مردم در مدیریت، اجرا و ارزشیابی برنامه از طریق حضور نمایندگان از مردم در سطوح مختلف برنامه می‌تواند ممکن شود.

پیامدهای قابل سنجش مشارکت مردم عبارتند از:

- رضایت مردم و کاهش مهاجرت از محیط زندگی
- توانمند سازی و خود اتکایی مردم
- افزایش سواد بهداشتی - تغذیه‌ای
- بهبود کیفیت زندگی
- ارتقای پوشش و ایمنی خدمات
- هزینه اثر بخشی منابع، پروژه ها و برنامه
- تسریع در بومی شدن برنامه

۶-۴- موانع مشارکت مردم

- عدم آگاهی نسبت به حقوق و مسئولیت های خود (مشارکت در سلامت و ارتباط با شیوه زندگی) دیدگاه بیماری نگر و تخصص محور
- نبود زبان مشترک بین مردم و متخصصان
- عدم آگاهی و شناخت مردم از سلامت

۷-۴- سنجش مشارکت مردم

موفقیت راهبرد مشارکت مردم در سطوح مختلف (ملی، استانی، شهرستانی، شهر، حاشیه شهر، روستا) با شاخص های قابل سنجش در زنجیره نتایج^۶ (درون داد^۷، فرآیند^۸، برون ده^۹، پیامد^{۱۰} و اثر نهایی^{۱۱} دسته بندی می شود. نمونه هایی از شاخص های مورد استفاده در هریک از این سطوح در زیر ارائه شده اند:

⁶ Results Chain

⁷ Input

⁸ Process

⁹ Output

¹⁰ Outcome

¹¹ Impact

شاخص های نمونه در سطح درون داد:

- وجود ساختارها و دفاتر مشارکت مردمی
 - رشد برنامه‌های توانمند سازی مردم
 - میزان رشد بودجه های کمک کننده به ارتقای مشارکت مردم
 - وجود آیین نامه ها و برنامه‌های ترویجی - آموزشی
- شاخص های این سطح نشان دهنده عزم سیاست گذاران برای استقرار مشارکت مردم در سطح جامعه

شاخص های نمونه در سطح فرآیند:

- نسبت مصوبات سلامت محور شوراهای مردمی
- تعداد خانوارهای مشارکت کننده در شوراهای مختلف سلامت محور
- تعداد تفاهم نامه های منعقد شده با میانجیان مشارکت مردمی
- میزان رشد طرح های تحقیقاتی با مشارکت مردم

شاخص های نمونه در سطح برون داد:

- میزان رضایت مردم از مشارکت
- میزان رشد جذب بودجه سمن ها از سازمان های متولی مرتبط با سلامت
- میزان رشد عضویت نمایندگان و میانجیان مشارکت مردمی در شوراهای عالی و میانی سلامت
- میزان رشد رابطین و داوطلبان سلامت و میزان پوشش محله های شهری توسط آنها
- تعداد طرح های جامعه محور

شاخص های نمونه در سطح پیامد:

- بهبود عوامل خطر بیماری ها (تغذیه‌ای، دخانیات ، کم تحرکی و ...)
- بهبود رفتارهای اجتماعی سالم

- بهبود پوشش، دسترسی، بهره‌مندی، ایمنی و کیفیت ارائه خدمات سلامت
 - میزان رشد مشارکت حاشیه‌نشین‌ها
 - تعداد خانوارهای توانمند شده برای مشارکت در جامعه
- شاخص‌های نمونه در سطح اثر نهایی:

- امید به زندگی، کاهش مرگ، بیماری‌ها و آسیب‌ها
- بهبود سرمایه اجتماعی و کاهش آسیب‌های اجتماعی
- ارتقاء کیفیت زندگی
- رشد اقتصادی
- رشد شاخص‌های محیط زیست

۴-۸- رعایت رویکرد حقوق بشر و توجه به فرهنگ بومی در مشارکت

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ رفع بی‌عدالتی در طی یک نسل، بعنوان یکی از اهداف توسعه پایدار، نیازمند مشارکت مردم از یک سو و سیاستگذاران از سوی دیگر است. به همین دلیل، در سه دهه اخیر جلب مشارکت سیاستگذاران و مردم مورد توجه برنامه‌ریزان کشورهای مختلف قرار گرفته است. داده‌های موجود در سطح جهان نشان می‌دهد که یکی از عوامل مهم بی‌عدالتی دسترسی نابرابر گروه‌های اجتماعی به خدمات موجود است. مطالعه برنامه‌های موفق تغذیه‌ای جامعه‌محور نشان می‌دهد که این برنامه‌ها برای موفقیت ناگزیر به پذیرش یک رویکرد مبتنی بر احترام به حقوق بشر و فرهنگ بومی هستند. براساس چنین رویکردی، این حق افراد جامعه است که از اهداف برنامه‌ای که قرار است در زندگی آنها تاثیر بگذارد مطلع شوند و خودشان فعالانه در اجرای آن نقش داشته باشند. یکی از پیش‌نیازهای جلب مشارکت مردم، طراحی و اجرای برنامه‌ها بصورت غیر متمرکز و براساس نیازهای منطقه‌ای و بومی است.

بنابراین، برنامه جامعه‌محور برای جامعه، یعنی مردم ساکن در یک منطقه جغرافیایی یا شهروندان ساکن یک شهر یا محله و یا جمعیت بهره‌مند از ارائه خدمات بهداشتی-درمانی

و یا مشاوره‌ای که با علائق، تجربیات، هویت مشترک فرهنگی-اجتماعی خود برای رسیدن به اهداف می‌توانند مشارکت داشته باشند، طراحی و اجرا می‌شود. در این میان، توجه به فرهنگ و گروه‌های فرهنگی جامعه برای پوشش مناسب برنامه و اطمینان از تامین اصول برابری و فراگیری اهمیت ویژه دارد. بنابراین، برای ایجاد ارتباط موثر، جلب اعتماد و افزایش پذیرش جامعه و ارائه راهکارهای مناسب، شناخت ویژگی‌های فرهنگی و کسب مهارت‌های کار بین فرهنگی اهمیت ویژه دارد.

۹-۴- ضرورت قابلیت‌های بین فرهنگی

فرهنگ، به معنی یک تاریخ مشترک است که توسط تفکر، شیوه‌های ارتباطات بین فردی، زبان، آداب، رسوم، ارزشها و سازمانهای گروههای قومی، نژادی، مذهبی یا اجتماعی تبیین می‌شود. **ارزشهای فرهنگی**، اصول و استانداردهای مشترکی است که گروههای قومی-فرهنگی دارا می‌باشند. منظور از قابلیت‌های بین فرهنگی برای ارائه دهندگان خدمات بهداشتی-تغذیه‌ای، داشتن نگرش، مهارت و آگاهی است که آنان را در تشخیص مشکلات و ارائه خدمات به شکل متناسب با فرهنگ غالب جامعه توانمند می‌سازد. توجه به تفاوت‌های فرهنگی و کسب مهارت کار بین فرهنگی به چند دلیل حائز اهمیت است:

- جامعه ما ترکیبی از اقوام مختلف، از جمله اقوام آذری، کرد، عرب، بلوچ، لر و ... است. این اقوام دارای زبان و آداب و رسوم متفاوت و از جمله شیوه‌های متفاوت تغذیه و نگرش‌های متفاوت در زمینه سلامت و درمان بیماری‌ها هستند. بطوری که تنها ۶۰ درصد جامعه به زبان فارسی تکلم می‌کنند. ارائه خدمات به این گروههای قومی در صورت تسلط به زبان بومی، شناخت باورها، آداب و رسوم و از جمله الگوی غذایی شان بدون شک موثرتر خواهد بود.
- تفاوت‌های قومی-فرهنگی، زمینه‌ی متفاوت ژنتیکی و الگوهای غذایی و زیستی مختلف می‌تواند موجب تفاوت وضعیت سلامت و بیماری در گروههای قومی شود.

هرچند داده‌های گسترده‌ای در این زمینه در ارتباط با اقوام ایرانی موجود نیست، ولی شواهد محدود موجود موید وجود چنین تفاوت‌هایی است؛ از جمله می‌توان به شیوع بیشتر سرطان مری در بین اقوام ترکمن ساکن استان گلستان اشاره کرد. یادگیری ارتباطات بین فرهنگی، یک فرایند تکاملی است که کسب آن به تمرین، وقت و تلاش نیاز دارد. متخصصان تغذیه برای کار موثر در جامعه باید بطور مداوم قابلیت‌های فرهنگی خود، سازمان محل خدمت و محیط کلی را مورد ارزیابی قرار دهند. هدف، کاهش تفاوت‌های موجود در وضعیت سلامت گروه‌های قومی و اجتماعی و کسب اطمینان از بهره‌مندی موثر آنها از خدمات مورد نیازشان است.

قابلیت فرهنگی کارکنان بخش سلامت، فرایندی است که طی آن این کارکنان، توانایی و امکان کار موثر در یک گروه قومی- فرهنگی را در سطح فرد، خانوار یا جامعه کسب می‌کنند. برای این منظور لازم است از پنج مرحله‌ی آگاهی فرهنگی، مهارت فرهنگی، دانش فرهنگی، مواجهه فرهنگی و تمایل فرهنگی گذر کنند (جدول ۴-۱).

جدول ۴-۱- اجزای مدل قابلیت‌های بین فرهنگی برای ارائه خدمات بهداشتی

تعریف	اجزا/قابلیت‌ها
کارکنان بهداشتی به تاثیر فرهنگ یا خرده فرهنگ‌ها در گسترش باورها، شیوه زندگی، رفتارها و استراتژی‌های حل مشکل واقف می‌شوند. لازمی اولیه آگاهی فرهنگی، شناخت عمیق زمینه فرهنگی خود از جمله تعصبات و تبعیضات نسبت به سایر گروههای فرهنگی است.	آگاهی
کارکنان بهداشتی فرا می‌گیرند تا ارزیابی‌ها و مداخلات حوزه کار خود را با حساسیت‌های فرهنگی اعمال کنند.	مهارت
کارکنان بهداشتی دانش پایه برای درک رفتارها در زمینه عملکرد غذایی، آداب سلامتی و نگرش نسبت به مراجعه و کمک گرفتن از مراکز ارائه خدمات بهداشتی را کسب کرده و گسترش می‌دهند. آنها همچنین در زمینه مشکلات سلامتی شایع و مسائل تغذیه‌ای گروههای فرهنگی-قومی اطلاعات کسب می‌کنند.	دانش
کارکنان بهداشتی سعی در مواجهه و تعامل بین فرهنگی می‌کنند.	مواجهه
کارکنان بهداشتی برای اینکه در یک قالب بین فرهنگی موثر باشند، باید واقعا و عمیقا بخواهند که از نظر فرهنگی دارای قابلیت‌های لازم باشند.	تمایل

برگرفته از:

J Campinha-Bacote, The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: The Journey Continues, 5th ed. (Cincinnati, OH: Transcultural CARE Associates, 2007).

۴-۹-۱- استراتژی‌های مناسب فرهنگی در مداخلات جامعه‌محور

یادگیری در مورد عادات غذایی، باورهای بهداشتی و رفتارهای تغذیه‌ای گروههای مشخص فرهنگی-قومی برای شناسایی مشکلات و طراحی مداخله‌ی مناسب در یک جامعه مشخص بسیار با ارزش باشد. بعلاوه، ارتباط عمیق و موثر متخصصان تغذیه جامعه (در نظام سلامت یا سایر کانالهای ارائه خدمات به جامعه) به شناسایی منابع و یافتن راهها و روشهای مناسب توانمندسازی جامعه برای حل مشکل تغذیه‌ای - بهداشتی مورد نظر کمک می‌کند. ولی بهرحال با حجم کار بالای متخصصان تغذیه در نظام بهداشتی نمی‌توان از آنان انتظار داشت

که دانش دقیقی از همه گروه‌های فرهنگی-قومی تحت پوشش شان داشته باشند. بنابراین، لازمست تا این افراد مهارت‌ها و قابلیت‌های کلی برای کار بین فرهنگی را کسب کنند تا بتوانند این قابلیت‌ها را در مواجهه با هر یک از گروه‌های فرهنگی-قومی بکار بندند.

اصول و استراتژی‌های مداخله‌های دارای حساسیت فرهنگی

در سال ۲۰۰۲، نتایج بررسی و ارزشیابی ۲۷ برنامه جامعه‌محور منتخب توسط مرکز رویکردهای قومی و نژادی در سلامت جامعه (Racial and Ethnic Approaches to Community Health (Reach)) نشان داد که طراحی مناسب برنامه‌ها می‌تواند در کاهش مشکلات سلامت و تفاوت‌های وضعیت سلامت گروه‌های اجتماعی- فرهنگی موفق باشد. براساس این تحلیل، استراتژی‌های کلیدی در موفقیت برنامه‌های جامعه‌محور دارای حساسیت فرهنگی به ترتیب زیر هستند:

- **ایجاد اعتماد.** ایجاد یک فرهنگ مشارکت و همکاری با گروه‌های اجتماعی بر پایه اعتماد.
- **توانمندسازی.** ارائه آگاهی و ابزارهای مورد نیاز به جامعه برای درخواست و کسب سلامت بهتر و تامین منابع جامعه.
- **فرهنگ و تاریخ.** طراحی برنامه‌ها با توجه و بر پایه زمینه تاریخی و فرهنگی ویژه اقلیت‌های قومی منطقه.
- **تمرکز بر علل.** ارزیابی و تمرکز بر علل زیربنایی مشکلات بهداشتی- تغذیه‌ای شناسایی شده و اجرای راه‌حل‌ها بصورتی که در زیرساخت‌های جامعه نهادینه شوند.
- **سرمایه‌ها و تخصص‌های جامعه.** شناسایی و سرمایه‌گذاری روی تخصص‌های جامعه بومی و تلاش برای ترغیب و بسیج جامعه و متشکل ساختن امکانات موجود.

- **سازمان‌های مورد اعتماد جامعه.** همراه ساختن سازمان‌ها و تشکل‌های موجود که مورد احترام و اعتماد اعضای جامعه هستند، حتی گروه‌هایی که لزوماً اهداف مرتبط با سلامت ندارند.
- **رهبران جامعه.** کمک به رهبران جامعه و سازمان‌های کلیدی تا بعنوان تسهیل‌کننده تغییرات در جامعه، از جمله جلب مشارکت اقدام کنند.
- **مالکیت.** درگیر ساختن گسترده و جلب رهبری جامعه برای ایجاد یک تصویر جمعی و در نتیجه ترویج منافع مشترک برای یک آینده سالم.
- **پایداری.** ایجاد تغییرات در سطح سازمان، محیط اجتماعی و سیاست‌ها تا بتوان اطمینان حاصل کرد که بهبود شرایط سلامت و فعالیت‌ها و برنامه‌ها خودکفا و دیرپا خواهند بود.

برخی نکات عملی برای کار مشترک با جامعه

هنگامی که در جامعه‌ای متشکل از گروه‌های قومی و فرهنگی مختلف کار می‌کنید، حتماً سعی کنید تا در محل ارائه خدمات، ابزارها و مواردی که نشان‌دهنده حساسیت فرهنگی هستند (مانند تصاویر، راهنماهای غذایی منطقه، مجلات و رسانه‌های مرتبط) را باتوجه به سطح سواد و ترجیحات زبانی داشته باشید. برای شناختن جامعه‌ای که قرار است با آنها کار کنید، وقت بگذارید. افراد مهم و تاثیرگذار در جامعه را بخصوص در ارتباط با گروه‌های اقلیت (از جمله روحانیان، سیاستگذاران، درمانگرها و مانند اینها) شناسایی کنید و حمایت آنها را نسبت به فعالیت‌هایتان جلب نمایید. انتقال پیام‌های مورد نظر شما توسط این افراد به جامعه می‌تواند بسیار اثرگذار باشد. همچنین از رسانه‌های محلی مانند ایستگاه صدا و سیما یا روزنامه‌های محلی برای ارتباط با جامعه استفاده کنید.

در صورتی که با گروه‌های کم‌درآمد یا مهاجران در تماس خواهید بود، تهیه فهرستی از بازارها و محل‌های عرضه مواد غذایی ارزان قیمت می‌تواند مفید و موثر باشد.

منابع

1. Stakeholder Analysis. How to analyze Stakeholders. 2016. Available from: <http://www.stakeholdermap.com/stakeholderanalysis>.
2. Strengthening nonprofits: A capacity Builder's Resource Library. Conducting a community assessment. 2010. Available from: http://strengtheningnonprofits.org/resources/guidebooks/Community_Assessment.pdf
۳. دمازی ب. - اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت - ۱۳۹۱
۴. دلاوری ع. ، دمازی ب، وثوق ع. اصول و فنون مشارکت مردم در سلامت - ۱۳۸۷.
5. Allen LH & Gillespie SR. 2001. What works?: A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. ACC/SCN policy paper 19. Geneva, UN Sub-Committee on Nutrition (SCN) in collaboration with the Asian Development Bank.
6. Gillespie S, Mason J & Martorell R. 1996. How Nutrition Improves – Nutrition Policy Discussion Paper No. 15. Available at: <http://www.unsystem.org/scn/archives/npp15/index.htm>
7. Ekström EC, Hyder SMZ, Mushtaque A , Chowdhury R, Chowdhury SA, Lönnerdal BO, Habicht JP & Persson LA. 2002. Efficacy and trial effectiveness of weekly and daily iron supplementation among pregnant women in rural Bangladesh: Disentangling the issues. Am J Clin Nutr, 76: 1392–400.
8. Temple NJ and Steyn N. Community Nutrition for Developing Countries. AU Press, Athabasca University, Canada 2016.
9. Bauer KD. Gaining cultural competence in community nutrition. In: Boyle MA, Holben DH. Community Nutrition in Action, 5th ed., Thomson/Wadsworth, Toronto 2013; pp: 555-588.
10. publicationsl AAG/reach.htm <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/>
11. Sadeghi-Ghotbabadi, F., Shakibazadeh, E., Omidvar, N., Mortazavi, F. and Kolahdooz, F. (2015). Consensus development on the essential competencies for Iranian public health nutritionists. Public health nutrition 18(4): 752-758.

فعالیت ۴. مشارکت ذینفعان و ملاحظات فرهنگی

فعالیت ۴-۱- سطوح مشارکت ذی نفعان در حل مشکل

ذینفعان	مشکل	چگونه ذینفعان می توانند به موفقیت برنامه کمک کنند.	چگونه می توانند در برنامه مشارکت کنند؟
در سطح محلی			
در سطح شهرستان			
در سطح استان			
در سطح کشور			

فعالیت ۴-۲- پرسشهایی برای بررسی و بحث بیشتر

- چه گروههای فرهنگی-قومی در منطقه فعالیت شما وجود دارند؟ مشخصات جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی ایشان کدامند؟
- در مورد الگوی تغذیه‌ای و عادات غذایی هریک از این گروهها چه می دانید؟
- در مورد میزان شیوع مشکلات بهداشتی-تغذیه‌ای در هریک از این گروهها چه می دانید؟ آیا میزان این مشکلات را با سایر گروههای ساکن منطقه مقایسه کرده اید؟
- هریک از این گروهها در چه شکل ها و سازمان های اجتماعی فعالند یا حضور دارند؟
- رهبران مورد اعتماد در هریک از این گروهها چه کسانی هستند؟
- برای کار مشخص با هریک از این گروهها چه استراتژی هایی را پیشنهاد می کنید؟

فصل پنجم: برنامه عملیاتی و نظام مدیریت برنامه

در این مبحث به سوالات زیر پاسخ می‌دهیم:

- چرا نوشتن و تنظیم یک برنامه عملیاتی ضرورت دارد؟
- اجرای یک برنامه عملیاتی مناسب کدامند؟
- چه نکاتی را در تهیه برنامه عملیاتی باید رعایت کنیم؟

۵- ضرورت برنامه عملیاتی

برنامه عملیاتی (Plan of Action)، مسیر اجرایی برنامه برای دستیابی به اهداف تعیین شده اند. در برنامه عملیاتی مراحل اجرای برنامه یا اقدامات و فعالیت‌هایی که باید در جامعه مورد نظر اتفاق بیفتند، تبیین می‌شود. تدوین برنامه عملیاتی به دلایل زیر اهمیت دارد:

- اطمینان از این که هیچ جزئیاتی فراموش نشده است.
- صرفه جویی در زمان، انرژی، و منابع در دراز مدت (افزایش کارایی).
- افزایش احتمال این که افراد آنچه که نیاز است را انجام دهند (توجیه پذیری).
- نشان دادن به ذینفعان و کسانی که بودجه در اختیار برنامه می‌گذارند که برنامه قادر است به خوبی کار کند و به آنچه باید انجام شود متعهد است (اعتباربخشی).

یک برنامه عملیاتی زمانی خوب نوشته شده است که همه مراحل عملیات اجرایی یا تغییرات مورد نظر در تمام بخشهای مرتبط با جامعه را بطور کامل فهرست و تشریح کرده باشد. در

عین حال، باید نقشهای دست اندکاران برنامه و انتظارات از ایشان را بوضوح مشخص نماید و فرصتها و موانعی که ممکن است برسر راه اجرای برنامه ممکنست ایجاد شود را در نظر گرفته باشد.

۵-۱- مراحل تدوین یک برنامه عملیاتی

برنامه عملیاتی در هفت گام تهیه می شود که عبارتند از:

گام ۱. شناسایی و تعیین فعالیت ها- فهرستی از فعالیتهایی که برای تحقق هر هدف باید انجام شود تهیه کنید. در این فهرست عملکردها را بصورت پشت سر هم مرتب کنید.

گام ۲. تبیین فعالیت ها- در مورد هر فعالیت به سوالات زیرپاسخ دهید:

- چه تغییراتی باید اتفاق بیفتد؟
 - چه کسی/کسانی این تغییرات را انجام می دهد؟
 - این عملکردها یا تغییرات چه زمانی و برای چه مدت انجام می شوند؟
 - چه منابعی (بودجه، نیروی کار...) برای اعمال این تغییرات مورد نیاز است؟
 - ارتباطات (چه کسی/کسانی باید از تغییرات در چه مرحله ای مطلع شوند؟)
- گام ۳.** تقسیم وظایف- وظیفه هر یک از افراد یا تیم ها را در برنامه به روشنی مشخص کنید. در هر نقطه از محدوده زمانی باید مشخص شود چه کسی، چه کاری را، در چه زمانی انجام می دهد تا فعالیت مورد نظر عملی شود. برای این کار لازم است درخت سازمانی تبیین شود. همچنین شرح خدمات برای هر یک از دست اندکاران برنامه لازم است نوشته شود. اجزای یک شرح خدمات در جدول ۵-۱ ارائه شده است.

جدول ۵-۱- اجزای یک شرح خدمات

اطلاعات موردانتظار در هر بخش	
عنوان شغل	عنوان مشخصی که فرد در سازمان یا برنامه خواهد داشت (بعنوان مثال: مدیر، معاون، سرپرست، دستیار یا منشی)
مسئول یا سرپرست	
خلاصه فعالیت‌ها یا امور محوله	توضیحی مختصر از اهداف کار و وظایف اصلی و فعالیت‌های مربوط به آن
وظایف	شرح کار، وظایف ویژه مربوط به کار و اینکه چگونه این وظایف انجام می‌شوند

گام ۴. زمان بندی- برای هر فعالیت یک محدوده زمانی انتخاب کنید. با زمان حال شروع کنید و تاریخی را برای دستیابی به هر هدف و رسیدن به آن انتخاب کنید. بدین صورت که برای انجام هریک از فعالیت‌های تعریف شده یک تاریخ مشخص کنید. برای این که به طور موثر کار کنید و بتوانید به اهداف برسید باید هم توالی و هم زمانبندی فعالیتها را رعایت کنید. در نهایت برنامه زمانبندی کل برنامه را تدوین کنید.

گام ۵. برآورد منابع - برای انجام هر گام از فعالیتها باید منابع مالی، انسانی و امکانات مورد نیاز را لحاظ کنید. اگر منابع محدود است یا در هر یک از موارد برای انجام آن دچار مشکل شده اید، لازم است که آن قسمت را اصلاح کنید.

گام ۶. محاسبه بودجه و اجزای آن- هزینه ها را برآورد کنید. هزینه لازم (اعم از مستقیم و غیرمستقیم) برای تکمیل کار را در نظر بگیرید. منظور از هزینه های مستقیم هزینه هایی است که به طور مستقیم در ارتباط با برنامه باشند و معمولا به خرید یا خدمات مرتبط با

برنامه مانند هزینه اجاره مکان اطلاق می‌شود. در مقابل، هزینه‌های غیر مستقیم به هزینه‌هایی اطلاق می‌شود که به طور مستقیم به خدمات در برنامه مرتبط نیستند، مانند: قبض تلفن، لوازم التحریر، چاپ و تکثیر....

وقتی بودجه برنامه را تهیه می‌کنید همه هزینه‌ها باید لحاظ شده باشد. گردآوری اطلاعات دقیق در مورد هزینه هر برنامه می‌تواند حامیان مالی برنامه را در تصمیم‌گیری برای حمایت از آن و یا تصمیمات استراتژیک دیگر کمک کند. برای تعیین منابع مالی برنامه، پاسخ به پرسشهای زیر می‌تواند راهگشا باشد:

- آیا این برنامه فقط یک بار انجام می‌شود و یا تداوم دارد؟
 - آیا برنامه می‌تواند بدون حامیان آن نیز تداوم یابد؟
 - آیا برنامه می‌تواند در قالب برنامه‌های مصوب تغذیه‌ای-بهداشتی تداوم پیدا کند؟
- قبل از بودجه بندی باید برنامه عملیاتی و تمام مراحل اجرایی برنامه مشخص و نوشته شوند. سپس برای تهیه جداول بودجه/هزینه، فهرستی از کارکنان اجرایی، مشاوران، داوطلبین احتمالی و نیز تجهیزات و خدماتی که مورد نیاز است را تهیه کنید و به تفکیک در جدول بودجه بندی لحاظ کنید:

- هزینه پرسنل/آموزش و بیمه آنان: تمام هزینه‌های مربوط به کارکنان برنامه (اعم از اجرایی، مشاوران، پژوهشی ...). برای محاسبه هزینه پرسنل؛ باید تعداد افرادی را که در هر عنوان شغلی مشغول به کار هستند در نظر بگیرید، سپس تعداد ساعاتی که فرد در طی هفته یا ماه در اختیار برنامه می‌گذارد را محاسبه کنید و بعد با ضرب تعداد افراد در ساعات کاری و حقوق به ازاء هر ساعت (بر اساس دستورالعمل)، هزینه‌ای که باید بابت خدمات فرد پرداخت شود، مشخص می‌گردد. در انتها با جمع هزینه‌های هر عنوان شغلی، هزینه کل پرسنل مشخص می‌شود. آموزش کارکنان برنامه در قالب کارگاه آموزشی و یا هر گونه آموزش دیگری که

برای انجام برنامه لازم است مورد توجه قرار می‌گیرد. در بعضی موارد ممکن است نیاز باشد تا کارکنان برنامه از لحاظ تصادف، آتش سوزی و ... بیمه شوند، که در این صورت نیز هزینه‌های مذکور باید در این بخش مورد توجه قرار گیرد.

- ابزار و تجهیزات/ آزمایش‌های تخصصی: شامل هزینه تجهیزاتی که باید برای برنامه خریداری یا اجاره شود و هم چنین هزینه نگهداری و تعمیر تجهیزات.
- ترابری و مسافرت: شامل هزینه مربوط به سفرهای زمینی - هوایی کارکنان برنامه و ایاب و ذهاب.
- تبلیغات و چاپ و تکثیر: شامل هزینه‌های مربوط به تبلیغات و اطلاع رسانی برای برنامه اعم از بروشور، پوستر، تبلیغ در روزنامه، و یا رادیو محلی لحاظ و همچنین، هزینه مربوط به چاپ و تکثیر مواد آموزشی و یا هر آنچه که مربوط به برنامه است.
- مکان: در صورت نیاز هزینه اجاره مکان، تاسیسات و در نظر گرفته می‌شود. حتی اگر مکان بصورت رایگان در اختیار شما گذاشته می‌شود بهتر است هزینه آن را محاسبه کنید و در جدول هزینه‌ها از آن به عنوان " اهدا شده " نام ببرید.
- سایر هزینه‌ها: در این بخش هزینه‌های دیگری که برای اجرا برنامه باید در نظر گرفته شود اما در بخش‌های دیگر نیامده است لحاظ می‌شود. مانند: هزینه پست، هزینه مربوط به لوازم التحریر، غذا (شامل وعده اصلی و میان وعده‌های غذایی).

هزینه نهایی: بعد از این که کل هزینه‌ها برآورد شد، هزینه‌هایی که توسط افراد یا ارگانها در قالب "موارد اهدا شده" یا داوطلبین تقبل می‌شود را محاسبه کنید و از هزینه کل برنامه کم کنید تا به هزینه نهایی برسید. در این بخش اگر برنامه درآمدی در پی خواهد داشت باید لحاظ کنید. این درآمد بعدا می‌تواند از کل هزینه‌ها کسر شود.

پیش بینی مشکلات احتمالی: تمام آنچه را که ممکن است در فرآیند دستیابی به اهداف مشکل ساز باشد مورد توجه قرار دهید. فهرستی از مشکلات و همچنین راه‌هایی که از آن

طریق برنامه عملیاتی پایش می شود تهیه کنید. این مراحل پایش نیز باید در یک محدوده زمانی صورت پذیرد.

گام ۷. برنامه را اجرا کنید: تمام اطلاعات مورد نیاز اعم از فعالیتهای مورد نیاز، افراد مسوول برای انجام یک کار خاص و این که آن کار چه زمانی باید تکمیل شود را فهرست، تکثیر و توزیع کنید. این اطلاعات را برای تمام کسانی که در پروژه همکاری دارند، بفرستید.

منابع

- 1- Work group for community health and development. University of Kansas. Community tool box. Developing an action plan. 2016. Available from: <http://ctb.ku.edu/en/tableofcontents/structure/strategicplanning/developactionplans/>
- 2- Boyle MA, Holben DH. Community nutrition in action: an entrepreneurial approach. United State of America: Cengage Learning, 2012.

فعالیت ۵. تهیه جدول زمان‌بندی و هزینه یک برنامه

یکی از متداول‌ترین و مفیدترین روش‌های نشان دادن فعالیتها و زمان‌بندی آن‌ها، استفاده از جدول زمان‌بندی است. در سمت راست این جدول فهرست فعالیتهایی که قرار است در برنامه انجام شود و بالای جدول مقیاس زمانی مناسب برای آن در نظر گرفته می‌شود. جدول زمان‌بندی فعالیت‌های مربوطه را رسم کنید.

فعالیت ۵-۱. برای یکی از کارکنانی که در برنامه پیش‌بینی کرده‌اید شرح خدمات بنویسید.

اجزای شرح خدمات

عنوان شغل:

سرپرست فوری:

خلاصه کار:

وظایف:

فعالیت ۵-۳. برآورد هزینه‌های اجرای برنامه

هزینه نیروی انسانی

نوع فعالیت	عنوان شغل	حق‌الزحمه در ساعت	ساعات مورد نیاز	تعداد افراد مورد نیاز	هزینه کل
جمع کل (ریال)					

هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه (ریال)	جمع
جمع کل (ریال)				

هزینه ابزار و مواد مورد نیاز

ابزار و مواد مورد نیاز	شرکت سازنده	تعداد مورد نیاز	هزینه واحد	هزینه کل
جمع کل (ریال)				

هزینه رفت و آمد و مسافرت

هزینه (ریال)	تعداد افراد	نوع وسیله نقلیه	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	مقصد
جمع کل (ریال)				

هزینه تایپ و تکثیر

هزینه (ریال)	نوع هزینه
جمع کل (ریال)	

سایر هزینه‌ها

هزینه (ریال)	نوع هزینه
جمع کل (ریال)	

جمع کل هزینه‌ها

هزینه (ریال)	نوع هزینه
جمع کل (ریال)	

فصل ششم: مدل منطقی

در پایان این بخش فراگیر باید بتواند به سوالات زیر پاسخ دهد:

- مدل منطقی برنامه چیست و چرا اهمیت دارد؟
- اجزای مدل منطقی برنامه کدامند؟
- چگونه برای یک برنامه مدل منطقی طراحی و تنظیم کنیم؟

۶- مدل منطقی برنامه و اهمیت آن

مدل منطقی، نمایش تصویری (گرافیکی) ارتباط بین فعالیت‌های برنامه و پیامدهای مورد انتظار آن است و به میزان زیادی در حوزه خدمات اجتماعی برای تسهیل طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف مدل منطقی، ارائه تصویری فوری و خلاصه‌ای یک صفحه‌ای از برنامه است تا توسط آن بتوان به آسانی با ذینفعان یا حامیان برنامه ارتباط برقرار کرد. طراحی مدل منطقی، خود یک فرایند بارزش است. در مدل منطقی منابع در دسترس (درون دادها)، آنچه برنامه انجام می‌دهد (فعالیت‌ها) و آنچه انتظار می‌رود به آن دست یابد (پیامدها) باید مشخص شود. تهیه یک مدل منطقی جامع، می‌تواند برای طراحی سوالهای ارزشیابی کمک کند.

۶-۱- اجزای مدل منطقی برنامه

سازمان‌های مختلف، عبارات مختلفی را برای طراحی اجزای مختلف برنامه بکار می‌برند. به همین دلیل نحوه ارائه اجزای مدل منطقی، می‌تواند متفاوت باشد. بعنوان مثال، در برخی از موارد اهداف کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلند مدت و شاخصها جدا می‌شوند. برخی دیگر، منابع و شاخصها را حذف می‌کنند و برخی نیز مرحله به مرحله ارتباط بین اجزا را نشان می‌دهند. در شکل ۶-۱، اجزای مدل منطقی به شکلی ساده ارائه شده است.



شکل ۶-۱ - اجزای مدل منطقی برنامه

۶-۱-۱- درون‌دادها (Inputs):

درون‌دادهای برنامه، منابع مورد نیاز برای اجرای فعالیت‌های لازم بمنظور دستیابی به پیامدهای موردانتظار هستند. درون‌دادها، شامل منابع مالی و غیرمالی می‌باشند که باید توسط سازمانها، سیاست‌ها و برنامه‌ها تامین شوند و سرآغاز ایجاد برون‌داد و دسترسی به پیامدها هستند. درون‌دادها ممکن است یکی از موارد زیر باشند:

منابع مالی، کارکنان، ابزار و یا امکانات، ذخایر و موجودیها، شرکا، تحقیقات، بهترین عملکردها (مانند راهنماهای بالینی، سیاست‌ها، روش‌ها)

۶-۱-۲- فعالیت‌ها (Activities)

فعالیت‌ها شامل وظایف، عملکردها و یا فرآیند کار داخل یک سازمان یا برنامه می‌باشند که در صورت وجود، زمینه ایجاد برون‌داد (Output) را فراهم می‌کنند. فعالیت‌ها می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

ارزیابی، مشاوره، درمان، آموزش، تحقیق، مدیریت، فعالیت‌های مربوط به طراحی و ایجاد سیاست، جمع‌آوری داده‌های دردست اقدام و اندازه‌گیری اجرا.

۶-۱-۳- برون داد (output):

برون دادها، محصول اصلی فعالیت‌های برنامه هستند و ممکن است شامل انواع، سطوح و اهداف خدماتی که باید توسط برنامه منتقل شود، باشد. آنها معمولاً در قالب اندازه و/یا حوزه خدمات و محصولات ارائه شده یا تولید شده توسط برنامه تعریف می‌شوند. برون دادها

معمولا بیانگر این هستند که آیا برنامه به گروه هدف مورد نظر با میزان پیش بینی شده ارسال شده است. برای مثال برون‌داد یک برنامه ممکن است تعداد کلاسهای تدریس شده، ملاقاتهای برگزار شده، یا مواد درسی تولید و توزیع شده، میزان شرکت در برنامه، یا تعداد ساعات خدمات ارائه شده باشد.

برون‌دادها در واقع همان فعالیت‌ها هستند که به شکل ملموس و قابل شمارش تعریف شده‌اند. بعنوان مثال، فعالیت‌های تشویق داوطلبان، دعوت حامیان مالی و انتخاب خانواده‌ها در برنامه‌ای به نام اسکان ارزان قیمت، برون‌دادهایی نظیر تعداد داوطلبین تشویق شده، تعداد حامیان مالی بکارگرفته شده و نوع و تعداد خانواده‌های انتخاب شده را دارد.

۶-۱-۴- پیامدها/نتایج (outcome):

تغییراتی است که انتظار می‌رود در اثر فعالیت‌های برنامه در اشخاص یا جامعه یا گروه هدف مورد نظر، ایجاد شود. بعبارت دیگر، تغییرات ویژه در رفتار، آگاهی، مهارت‌ها، موقعیت و سطح عملکرد مورد انتظار ناشی از فعالیت‌های برنامه هستند که اغلب در سطح فردی بیان می‌شوند. این پیامدها شامل پیامدهای کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت هستند. در برنامه‌هایی که با مشکلات پیچیده و بزرگ بهداشت عمومی مرتبط می‌باشند، پیامد نهایی اغلب جاه‌طلبانه و بلند مدت است، مانند حذف مشکل یا وضعیت یا بهبود کیفیت زندگی مردمی که تحت تاثیر هستند.

۶-۲- طراحی مدل منطقی برنامه

اگر این مدل (شکل ۶-۱) از راست به چپ خوانده شود، اصول اولیه برنامه‌ریزی در بازه‌زمانی از برنامه‌ریزی تا نتایج بیان می‌شود. منظور از خواندن مدل منطقی دنبال کردن زنجیره دلایل یا عبارت اگر ".... سپس..." است که قسمت‌های مختلف برنامه را به هم مربوط می‌کند. در ذیل چگونگی استفاده از این مدل نشان داده شده است.

جدول ۶-۱- اجزای مختلف یک مدل منطقی

پيامدها (outcomes)	برون داد (outputs)	فعاليتها (Activities)	درون داد (inputs)	
تغييرات مورد نظر در جمعيت هدف بعنوان نتايج حاصل از فعاليتهاي برنامه	اطلاعات اوليه در مورد شرکت کنندگان در برنامه	استراتژی‌هایی که استفاده می‌کنید یا خدماتی که ارائه می‌دهید تا به اهداف برسید	منابعی که برای اجرای برنامه لازم است.	ایده‌ها
تغييرات در دانش، آگاهی، رفتار، وضعیت بهداشت، استفاده از مراقبت بهداشت، بروز، شیوع و غیره	تعداد شرکت کنندگان در آموزش، تعداد جلسات مشاوره و غیره	آموزش، مشاوره، غربالگری، ارجاع، طراحی ابزار	بودجه، کارکنان، داوطلبین، امکانات و غیره	مثال

مرحله ۱: منابع معینی برای کارکرد برنامه مورد نیاز است.

مرحله ۲: اگر شما به این منابع دسترسی داشته باشید، سپس می‌توانید برای تکمیل فعاليتهاي برنامه‌ریزی شده از آنها استفاده کنید.

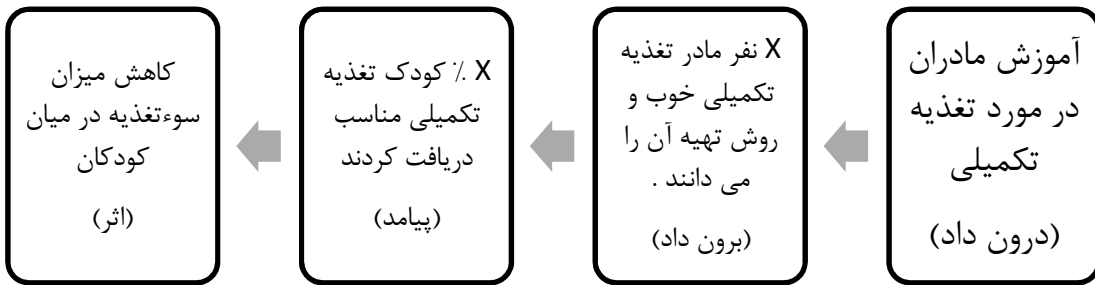
مرحله ۳: اگر فعاليتهاي برنامه ریزی شده را تکمیل کردید، سپس می‌توانید محصول/خدماتی که مورد انتظار بوده‌است را منتقل کنید.

مرحله ۴: اگر فعاليتهاي برنامه‌ریزی شده مطابق با آنچه پیش‌بینی کرده‌اید تکمیل شده باشد، سپس شرکت کنندگان می‌توانند از آنها بهره ببرند.

مرحله ۵: اگر منافع مورد انتظار شرکت کنندگان تامین شده باشد، سپس انتظار می‌رود که تغييرات خاصی در سازمانها، جوامع یا سیستمها اتفاق بیفتد.

مدل منطقی می‌تواند کلی یا خاص باشد. میزان جزئیات به نوع استفاده از مدل و مخاطبین آن دارد. یک مدل کلی برای ذینفعانی مانند حامیان مالی یا تصویب‌کنندگان برنامه مفید

است. درحالی‌که کارکنان برنامه به مدلی با جزئیات بیشتر که شامل فعالیتهای روزانه و روابط علیتی باشد نیاز دارند. مدل منطقی زیر برای برنامه آموزش مادران در مورد تغذیه تکمیلی بمنظور کاهش سوءتغذیه کودکان طراحی شده‌است:



شکل ۶-۲- نمونه یک مدل منطقی

۶-۳- کاربرد مدل منطقی برنامه:

گفته شد که مدل منطقی برنامه، نقشه راه برنامه را به ذینفعان نشان می‌دهد، بصورتی که توالی رویدادها و ارتباط بین نیاز برای برنامه با نتایج دلخواه برنامه را ترسیم می‌کند. ترسیم برنامه به شما کمک می‌کند تا مجسم کنید که چگونه سرمایه‌گذاری انسانی و مالی می‌تواند منجر به دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده و بهبود برنامه شود.

متخصصان ارزشیابی معتقدند که استفاده از مدل منطقی شیوه موثری برای اطمینان از موفقیت برنامه است. استفاده از مدل منطقی طی برنامه به سازماندهی و سیستماتیک کردن برنامه‌ریزی، مدیریت و ارزشیابی کمک می‌کند. موارد کاربرد این مدل عبارتند از:

۱- در طراحی برنامه و برنامه‌ریزی: مدل منطقی به عنوان ابزار برنامه‌ریزی برای طراحی استراتژی برنامه و بهبود توان نشان دادن و توضیح مفاهیم برنامه کاربرد دارد و بخصوص برای ذینفعان کلیدی مانند حامیان برنامه به کار می‌رود. مدل منطقی می‌تواند به طراحی برنامه و خود ارزشیابی آن بر پایه درک این موضوع که قرار است چه چیز اتفاق بیفتد، کمک کند. در طی مرحله برنامه‌ریزی، طراحی مدل منطقی نیازمند این است

که ذینفعان در سایه استراتژیها و فعالیتهای برای دستیابی به نتایج، بهترین موضع را اتخاذ کنند.

۲- در اجرای برنامه: مدل منطقی برای مدیریت متمرکز برنامه به شما کمک می‌کند تا داده‌های مورد نیاز را جمع‌آوری کنید و برنامه‌ریزی را پایش کرده و بهبود بخشید. استفاده از مدل منطقی در طی اجرای برنامه و مدیریت برنامه نیازمند این است که شما انرژی‌تان را بر دستیابی و ثبت نتایج متمرکز کنید. مدل منطقی به شما کمک می‌کند که جوانبی از برنامه را که برای پیگیری و گزارش‌دهی و ایجاد تغییرات مورد نیاز است، بشناسید و اولویت‌بندی کنید.

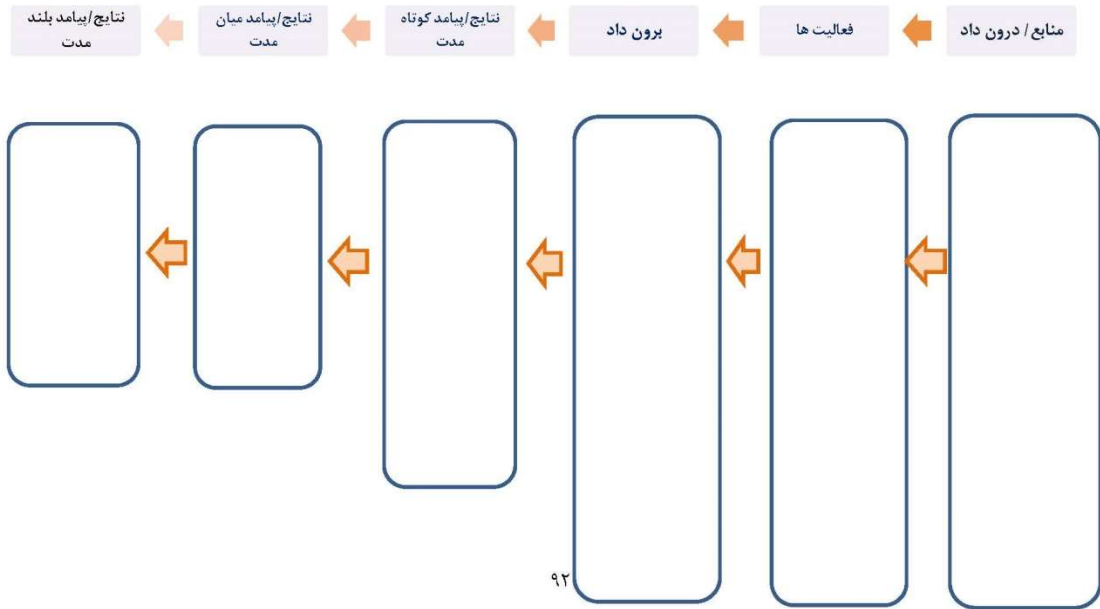
۳- در ارزشیابی برنامه و گزارش‌دهی استراتژیک: مدل منطقی اطلاعاتی از طراحی برنامه ارائه می‌دهد و به سمت اهداف پیش می‌برد. این اطلاعات می‌تواند در اختیار ذینفعان قرار گرفته و برای ارزشیابی طراحی، اجزای برنامه و روند اجرا و اهداف آن به کار می‌رود.

منابع

1. Kellogg W. Logic model development guide 2004.
2. Work group for community health and development. University of Kansas. Community tool box. Developing a logic model or theory of change. 2016. Available from:
<http://ctb.ku.edu/en/tableofcontents/overview/modelsforcommunityhealthanddevelopment/logicmodeldevelopment/main>.
3. Taylor-Powell E, Henert E. Developing a logic model: Teaching and training guide. Benefits. 2008;3:22.

فعالیت ۶. طراحی مدل منطقی یک برنامه

زنجیره نتایج مربوط به برنامه طراحی شده را تدوین نمایید.



فصل هفتم: ارزشیابی برنامه

در پایان این بخش فراگیر باید بتواند به سوالات زیر پاسخ دهد:

- چرا ارزشیابی برنامه اهمیت دارد؟
- انواع ارزشیابی کدامند؟
- یک برنامه از چه جنبه‌هایی و در چه مراحل می‌تواند ارزشیابی شود؟
- مراحل مختلف طراحی ارزشیابی برنامه کدامند؟

۷- ارزشیابی چیست؟

ارزشیابی عبارت است از جمع‌آوری سیستماتیک اطلاعات در مورد فعالیتها، خصوصیات، مشخصات و نتایج برنامه بمنظور قضاوت در مورد برنامه، بهبود اثربخشی آن و یا اطلاع رسانی در مورد توسعه برنامه در آینده. یکی از مشخصه‌های ارزشیابی برنامه این است که نتایج آن برای تصمیم‌گیری استفاده می‌شوند. بدین ترتیب ارزشیابی به صورت جمع‌آوری سیستماتیک، تحلیل و گزارش اطلاعات در مورد یک برنامه برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد آن تعریف می‌شود. گام نهایی در یک برنامه یا مداخله، داشتن برنامه برای ارزشیابی است. برنامه‌ریزی در مورد ارزشیابی، فرایندی است که به موازات برنامه‌ریزی برنامه پیش می‌رود و با نیازسنجی شروع می‌شود. گاهی اوقات از ارزشیابی برای ایجاد اطلاعات بمنظور بهبود یک برنامه استفاده می‌شود و گاهی از تصمیم‌های مبتنی بر شواهد در مورد اینکه چگونه مدیریت برنامه بهبود یابد، حمایت می‌کند.

هدف از ارزشیابی، کمک به مدیران و کارکنان برنامه‌های بهداشت عمومی و تغذیه جامعه‌محور در ارزیابی و مستندسازی اجرای برنامه، پیامدها، کارایی و هزینه‌های اثربخشی فعالیتهاست. امروزه ارزشیابی برنامه‌های جامعه‌محور، بیش از گذشته مورد توجه ذینفعان و کارکنان در سطح جامعه قرار گرفته است. این علاقه، یا از خارج برنامه القا می‌شود مانند نیاز حامیان مالی یا نیاز به اثبات "ارزش برنامه" به رهبران جامعه و یا ممکن است ناشی از انگیزه‌های داخلی مانند نیاز به بودجه بیشتر برای توسعه یا ثبات خدمات یا نیاز به نشان دادن اثربخشی برنامه و بهبود کیفیت آن باشد. مدارکی وجود دارد که پایداری برنامه به میزان زیادی تحت تاثیر ارزشیابی برنامه که با دقت طراحی شده و به خوبی اجرا شده‌است، قرار دارد.

انجام ارزشیابی به عنوان قسمتی از مدیریت برنامه از آنجایی اهمیت دارد که می‌تواند برای بهبود برنامه بازخورد دهد و امکان بیشترین سودآوری را از حداقل منابع برنامه فراهم آورد. یک اصل کلیدی در اعتبار بخشی و بهبود برنامه‌های ارتقای سلامت این است که اهداف و عملکردها برای تغییر پیامدهای رفتاری و محیطی و اجرای برنامه در یک چارچوب، تعریف و دستیابی به آنها از طریق برنامه مورد نظر بررسی شود. ارزشیابی به درک بهتر اجرای برنامه و تاثیرات آن کمک می‌کند.

ذکر این نکته ضروری است که "ارزشیابی" و "ارزیابی" فرایندهایی بهم مرتبط اند که اغلب به جای همدیگر استفاده می‌شوند اما باهم تفاوت دارند. فرآیند ارزیابی شامل جمع‌آوری، خلاصه کردن، تفسیر و استفاده از داده‌ها به منظور تصمیم‌گیری در مورد جهت حرکت برای انجام مداخله است. فرآیند ارزشیابی به جمع‌آوری، خلاصه کردن، تفسیر و استفاده از داده‌ها برای تعیین درجه موفقیت مداخله اطلاق می‌شود. ارزشیابی جمع‌آوری سیستماتیک داده‌هاست. بنابراین، تفاوت اصلی این دو واژه در زمان و هدف آنها است. برای مثال: ارزیابی داده‌ها ممکن است به عنوان درون داد در زمانی که برنامه در حال انجام است اتفاق بیفتد. در حالی که ارزشیابی بطور متناوب انجام می‌شود و هدف از آن این است که مشخص کند

آیا برنامه همانطور که برنامه‌ریزی شده پیش می‌رود یا خیر و این که تا چه حد نیازهای شناسایی شده تامین شده است.

۷-۱- زمان انجام ارزشیابی

برنامه‌ریزی و ارزشیابی، فرآیندهای همراه هم هستند. بطور ایده‌آل، طراحی ارزشیابی همزمان با طراحی برنامه و قبل از اجرای آن اتفاق می‌افتد. مزایای طراحی ارزشیابی در این مرحله عبارتند از:

- فرصتی برای روشن شدن هدف از برنامه
- زمان کنارهم گذاشتن ذینفعان درگیر و گرفتن حمایت برای ارزشیابی
- زمان برای جمع‌آوری اطلاعات اولیه
- زمان برای ایجاد سیستم‌های اطلاعات برای جمع‌آوری شاخص‌های عملکرد و اجرا

اما در واقعیت، معمولاً طراحی ارزشیابی پس از اجرای برنامه اتفاق می‌افتد. در این مورد ممکن است طراحی ارزشیابی با چالش‌هایی از جمله عدم جمع‌آوری داده‌های اولیه، نیاز به جلب رضایت دریافت‌کنندگان برنامه برای جمع‌آوری داده و امکان عدم صحت اطلاعات، در صورت جمع‌آوری در گذشته همراه باشد. با این وجود، طراحی ارزشیابی برای یک برنامه ایجاد شده، مزایایی دارد:

- افراد دانش و تجربه بیشتری در مورد برنامه دارند.
- مدل ارائه برنامه کامل شده‌است.
- کارکنان برنامه و ساختار سازمانی آن ثابت شده‌است.

۷-۲- فرد ارزشیاب

ارزشیاب می‌تواند داخلی (مانند یکی از کارکنان یا شاغلین در برنامه) یا خارجی (مانند یک مشاور) باشد. ارزشیاب داخلی، دانش کافی در مورد برنامه داشته و باید بطور بالقوه،

مسئولیت استفاده از ارزشیابی برای بهبود برنامه را بعهده بگیرد. درعین حال، این امکان وجود دارد برخی از مشکلات مربوط به اجرای برنامه در اینصورت در نظر گرفته نشود و سوگرایی در جمع‌آوری داده‌ها و ارائه نتایج وجود داشته باشد. درحالیکه ارزشیاب خارجی، معمولاً هدفمند عمل می‌کند. برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه کدامیک از انواع ارزشیاب مناسب‌تر است باید به نکات زیر توجه کنید:

آیا کارکنان برنامه از تجربه فنی و دانش در زمینه روش‌شناسی برای طراحی و یا اجرای ارزشیابی برخوردار هستند؟

آیا ذینفعان موردنظر، تمایل دارند که ارزشیابی با هدف و مستقل از سازمان صورت بگیرد؟

آیا ارزشیابی با هدف مدیریت داخلی انجام می‌شود یا برای جوابگویی به یک حامی مالی خارجی اجرا می‌شود؟

آیا منابع کافی برای انجام ارزشیابی خبره وجود دارد؟

۷-۳- انواع ارزشیابی:

ارزشیابی‌ها به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند:

(۱) ارزشیابی تکوینی

این ارزشیابی قبل از انجام کامل برنامه صورت می‌گیرد و برای اطمینان از این که آیا برنامه یا فعالیت‌های آن قابل انجام، مناسب و قابل قبول است، انجام می‌شود. هم‌چنین، این ارزشیابی معمولاً وقتی یک برنامه جدید یا فعالیت جدید طراحی می‌شود یا وقتی برنامه فعلی تغییر پیدا می‌کند، نیز انجام می‌شود. این نوع ارزشیابی جوانب مربوط به برنامه‌ریزی را بررسی می‌کند تا اطلاعاتی در مورد اجرا برنامه بدهد. اجزاء ارزشیابی تکوینی شامل:

سنجش موفقیت مرتبط با آگاهی محلی، نگرش، مشوق‌های رفتاری و عملکردهایی که بر پیامدها و کارایی برنامه اثر می‌گذارد، می‌شود.

در واقع این ارزشیابی طی انجام پروژه شروع می‌شود و در طول اجرای پروژه ادامه می‌یابد. هدف آن بررسی فعالیتهای در جریان پروژه و دادن اطلاعات برای پایش و بهبود پروژه است.

✓ نکته کلیدی: ارزشیابی تکوینی فعالیتهای در حال انجام برنامه را بررسی می‌کند.

۲) ارزشیابی پایانی

هدف این ارزشیابی بررسی موفقیت نهایی برنامه در دستیابی به اهداف تعیین شده‌اش است. گاهی اوقات به آن ارزشیابی پیامد یا اثر می‌گویند. ارزشیابی نهایی اطلاعات در مورد پیامدها و فرایندهای مرتبط، استراتژیها و فعالیتهایی که منجر به موفقیت می‌شود را در بر دارد. معمولا این نوع ارزشیابی برای تصمیم‌گیری در مواردی مانند: انجام مداخله در مناطق دیگر یا سازمانهای دیگر، تداوم حمایت مالی، افزایش بودجه، تغییر و تلاش مجدد و عدم تداوم برنامه ضروری است.

توصیه می‌شود که ارزشیاب از خارج از برنامه باشد تا طراحی مطالعه را ارزشیابی و روایی یافته‌ها و نتایج را مورد ارزیابی قرار دهد، اما در صورتی که این امکان وجود نداشته باشد داشتن ارزشیاب داخلی بهتر از این است که اصلا ارزشیابی انجام نشود. در زمان انجام ارزشیابی نهایی توجه به پیامدهای پیش‌بینی نشده اهمیت دارد. پیامدهای مذکور یافته‌هایی هستند که در طی جمع‌آوری داده‌ها یا تجزیه تحلیل داده‌ها نمایان می‌شوند و هرگز در زمان طراحی مطالعه مد نظر نبوده است.

✓ نکته کلیدی: ارزشیابی نهایی اطلاعات در مورد پیامدها و فرآیندها، استراتژیها و فعالیتهای مرتبط که منجر به بوجود آمدن آنها می‌شود، را در اختیار قرار می‌دهد.

پرسشها:

- آیا نتایج بدست آمده ارزش هزینه برنامه را داشت؟
- آیا برنامه می‌تواند ادامه داشته باشد؟
- آیا برنامه می‌تواند در مکان دیگر نیز انجام شود؟
- تا چه حد برنامه به اهداف مورد نظر دست یافته است؟
- کدام جزء موثرترین قسمت برنامه است و کدام جزء نیاز به تغییر دارد؟

بعلاوه، ارزشیابی‌ها به گونه‌ای دیگر نیز تقسیم بندی می‌شوند. در جدول ۱ انواع ارزشیابی را بطور خلاصه مشاهده می‌کنید.

۷-۳-۱- ارزشیابی فرایند اجرا (process evaluation):

این ارزشیابی مشخص می‌کند که آیا فعالیتهای برنامه همانطور که پیش‌بینی شده بود پیش می‌رود و اینکه آیا خدماتی که معتقدیم منجر به تغییرات مطلوب می‌شوند، ارائه می‌شود. هم چنین، این نوع ارزشیابی تعیین می‌کند که آیا فعالیتهای برنامه همانطور که خواسته شده بود اجرا شده است و آیا منجر به تولید برون دادهای خواسته شده، می‌شود یا خیر. ممکن است این ارزشیابی بصورت متناوب در طی برنامه و با مرور فعالیتها و اجزا برون دادهای مدل منطقی (Logic model) اجرا شود. این نوع ارزشیابی به شناسایی استراتژیهای کمک کننده به کیفیت و ارائه برنامه می‌پردازد. در بعضی موارد نیز زمینه‌ای برای شناسایی نشانه‌های اثربخشی زود هنگام برنامه ایجاد می‌کند. ارزشیابی فرایند کمیت و کیفیت فعالیتها یا خدمات ارائه شده را بررسی می‌کند. گاهی اوقات اطلاعات جمع‌آوری شده برای پایش برنامه در ارزشیابی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

اطلاعات مورد نیاز در این زمینه می‌تواند با پرسشنامه یا بحث متمرکز گروهی شرکت‌کنندگان برنامه در رابطه با نقاط قوت، نقاط ضعف و عوامل بازدارنده و تسهیل‌کننده برنامه جمع‌آوری شود. نتایج ارزشیابی فرایند شما را در گزارش‌دهی در مورد برنامه‌تان و استفاده از اطلاعات برای بهبود فعالیتهای آینده توانمند می‌کند. به علاوه، به شما اجازه

می‌دهد که اطلاعات برنامه در مورد سوالات "چه کسی"، "چه چیزی"، "چه زمانی"، و "کجا (چه مکانی)" را ردیابی کنید.

- مداخله‌های این برنامه چه کسانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟
- در این برنامه چه کارهایی انجام می‌شود؟
- فعالیتهای برنامه چه زمانی انجام می‌شوند؟
- فعالیتهای برنامه کجا انجام می‌شوند؟
- عوامل تسهیل‌کننده و بازدارنده اجرای برنامه کدامند؟

۷-۳-۲- ارزشیابی پیامد/نتیجه/اثر بخشی (Outcome evaluation/effectiveness)

این نوع ارزشیابی اثرات برنامه را در گروه هدف با بررسی پیشرفت پیامدها یا اهدافی که برنامه باید به آنها دست یابد، مورد سنجش قرار می‌دهد. در واقع ارزشیابی پیامد، به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا برنامه، تفاوتی در وضعیت ایجاد کرده است؟ پیامد به دنبال توضیح اثر یک برنامه بر یک جامعه به دنبال ارائه خدمات آن است. برای طراحی ارزشیابی پیامد با مرور اجزاء پیامد/نتیجه در مدل منطقی (Logic model) برنامه شروع کنید. این ارزشیابی می‌تواند بر اهداف اختصاصی کوتاه و دراز مدت متمرکز شود و مقیاسهای تغییر در شرایط سلامتی، کیفیت زندگی و رفتار را نشان دهد. با توجه به مراحل توسعه برنامه و هدف ارزشیابی، ارزشیابی پیامد می‌تواند شامل همه یا هریک از پیامدهای کوتاه‌مدت یا بلندمدت برنامه باشد. برخی از این پیامدها شامل تغییر در آگاهی یا اعتقادات مردم، تغییر در رفتارهای خطرآمیز یا پیشگیری‌کننده، تغییرات در محیط، شامل سیاستهای عمومی یا خصوصی.

۷-۳-۳- ارزشیابی اقتصادی/کارایی (efficacy):

باتوجه به محدودیت منابع، این ارزشیابی از این جهت اهمیت دارد که نشان می‌دهد آیا فعالیت‌های برنامه با حداقل استفاده از منابع مانند منابع مالی یا زمان کارکنان انجام می‌شود؟ چند روش برای ارزشیابی کارایی برنامه‌ها یا مداخلات وجود دارد که از آنجمله می‌توان به تحلیل هزینه، هزینه اثربخشی و هزینه فایده اشاره کرد.

الف. تحلیل هزینه (Cost Analysis)

در این نوع ارزشیابی، که تنها اجزای هزینه اجرای برنامه شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اجرای برنامه مورد سنجش و تحلیل قرار می‌گیرد.

ب. هزینه اثربخشی (cost-effectiveness):

این نوع ارزشیابی به این سوال پاسخ می‌دهد که آیا نتایج یا پیامدهای برنامه از هزینه ایجاد آن پیامد بیشتر است؟ در واقع این نوع ارزشیابی هزینه اجرای برنامه را با نتایج آن مقایسه می‌کند.

پ. ارزشیابی هزینه-فایده (cost-benefit Evaluation):

این ارزشیابی هزینه انجام برنامه را در برابر مزایایی که برنامه برای جمعیت هدف دارد مقایسه می‌کند. اطلاعات جمع‌آوری شده در این مرحله برای توجیه یا تشویق تصمیم‌گیرندگان برای سرمایه‌گذاری در برنامه و اجرای آن و یا مقایسه با پروژه‌ها و برنامه‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش فواید و هزینه‌های برنامه به ابعاد مالی تبدیل می‌شوند.

جدول ۷- ۱- انواع ارزشیابی

انواع ارزشیابی	زمان استفاده	چه چیزی را نشان می‌دهد	چرا مفید است
ارزشیابی فرایند	- هر زمان که اجراء شروع می‌شود. - در طی انجام برنامه فعلی	- چقدر برنامه خوب انجام می‌شود؟ - تا چه حد برنامه همانطور که برنامه‌ریزی شده است پیش می‌رود؟ - آیا برنامه برای جمعیت هدف، قابل دسترس و قابل قبول است؟	- می‌تواند اخطار زود هنگام برای مشکلاتی که ممکن است پیش آید بدهد. - این که برنامه چقدر خوب برنامه‌ریزی شده و فعالیتها در حال انجام است را پایش می‌کند.
ارزشیابی پیامد/نتیجه/اثر ارزشیابی بر پایه اهداف اختصاصی/اهداف کلی	- بعد از این که برنامه حداقل با یک نفر یا یک گروه در جمعیت هدف تماس حاصل کرد. - در طی انجام برنامه فعلی با تناوب مناسب - در پایان برنامه	تا چه حد برنامه بر رفتار های جمعیت هدف تاثیر می‌گذارد؟ تا چه حد برنامه اهداف کلی (نهایی) را تامین کرده است؟	این که آیا برنامه در تامین اهداف اختصاصی موفق بوده است را مشخص می‌کند. مدارک و شواهد لازم برای استفاده سیاستگذاران و حامیان برنامه را تامین می‌کند.
ارزشیابی اقتصادی (کارایی) آنالیز هزینه هزینه اثر بخشی هزینه فایده	- در شروع برنامه - در طی برنامه در حال انجام	چه منابعی برای برنامه استفاده می‌شود و هزینه (مستقیم و غیر مستقیم) آن در برابر فایده و اثر بخشی برنامه چقدر است؟	-به مدیران و حامیان برنامه راهی برای بررسی هزینه اثر بخشی یا هزینه فایده نشان می‌دهد. - ارزش پولی برنامه چقدر است؟

منبع: CDC, Prevention. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention 2005

۷-۴- مراحل طراحی ارزشیابی

طراحی ارزشیابی در ۶ مرحله انجام می‌شود:

۷-۴-۱- جلب همکاری و درگیرکردن ذینفعان در ارزشیابی:

نخستین گام در انجام ارزشیابی یک برنامه جامعه محور، جلب همکاری و درگیر کردن ذینفعان است. ذینفعان شامل هر فرد (مردم، گروه‌ها یا سازمان‌هایی) است که برنامه یا ارزشیابی بر آن اثر می‌گذارد. در این مرحله باید با ذینفعان در زمینه‌های مورد نظر و نیازهای ارزشیابی مشورت کنید. برخی از ذینفعان در طراحی اجرا و یا استفاده از ارزشیابی مشارکت می‌کنند.

یکی از اهداف مهم ارزشیابی این است که نتایج بدست آمده مورد استفاده قرارگیرد. بنابراین، لازم است تا نظر ذینفعانی که تصمیم‌گیرنده هستند، اخذ شود. درغیراینصورت، ذینفعان می‌توانند توصیه‌ها و نتایج ارزشیابی را نپذیرند یا به تاخیر اندازند یا مورد چالش قرار دهند. برای اطمینان از اینکه نتایج بدست آمده مورد استفاده قرار می‌گیرد، ارزشیاب باید مشارکت مصرف کنندگان برنامه، حامیان مالی، برنامه‌ریزان و اجراکنندگان را مورد توجه قرار دهد. البته ذکر این نکته ضروری است که وجود همه ذینفعان برای هر ارزشیابی لازم نیست و از آنجایی که بیشتر برنامه‌ها چندین ذینفع دارد، باید بدانیم برای هر ارزشیابی چه افرادی باید درگیر شوند.

ذینفعان کلیدی هر ارزشیابی در برنامه‌های بهداشت عمومی در سه گروه اصلی قرار دارند:

۱- آنها که درگیر اجرای برنامه هستند: مدیران، کارکنان برنامه، شرکا، حامیان مالی، اعضای ائتلاف.

۲- آنها که توسط برنامه تحت تاثیر قرار می‌گیرند: بیماران یا مشتریان، گروه‌های هواخواه، اعضای جامعه و مسوولان منتخب.

۳- کاربران مورد نظر نتایج ارزشیابی: اشخاصی که در مقام تصمیم‌گیری در مورد برنامه هستند مانند شرکا، حامیان مالی، مسوولان منتخب و عموم مردم و مالیات‌دهندگان.

پس از تعیین ذینفعان، از آنها در مورد علاقه و نقششان در ارزشیابی سوال کنید. از هر یک از ذینفعان باتوجه تخصصشان در مراحل مختلف ارزشیابی می‌توانید استفاده کنید. درک نظر مردمی که از نتایج ارزشیابی استفاده می‌کنند (آنچه آنها می‌خواهند بدانند، چه داده‌هایی برای آنها ترغیب کننده است و چگونه آنها از داده‌ها برای تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند)، مهم است. با دانستن این موارد، شما می‌توانید ارزشیابی را با بیشترین میزان استفاده، طراحی کنید. در جدول زیر برخی از ذینفعان برنامه‌های بهداشت عمومی ذکر شده‌اند.

جدول ۷- ۲- برخی از ذینفعان بالقوه برنامه‌های بهداشت عمومی

مدیران و کارکنان برنامه	دولت، استانداری، شهرداری
ائتلافات محلی، استانی و منطقه‌ای علاقمند به موضوع بهداشت عمومی	مراکز کسب و کار خصوصی
حامیان مالی محلی	نظام مراقبت بهداشتی و جامعه پزشکی
شرکای هواخواه ملی و محلی	سازمانهای مذهبی
سایر آژانسهای مالی مانند دولت ملی و استانداری‌ها	سازمان‌های جامعه
دپارتمان سلامت محلی و استانی	شهروندان/شرکت‌کنندگان
مراکز آموزش استانی، مدارس و سایر گروه‌های آموزشی	منتقدان برنامه
دانشگاه‌ها و انستیتوهای آموزشی	نمایندگان قانونگذاری

۷-۴-۲- پرسش‌های ارزشیابی

ارزشیاب برنامه ابتدا باید برنامه مورد ارزشیابی را کامل بشناسد و از نوع اثراتی که اجرا و ارزشیابی برنامه در بازه زمانی مشخص شده دارد آگاهی حاصل کند. اولین یافته ارزشیابی این است که آیا نیازسنجی، هدف‌گذاری، انتخاب روشها، تبدیل روشها و استراتژیها به برنامه یا اجرا به خوبی و بطور مناسب انجام شده است یا خیر.

مسیر برنامه از دو قسمت تشکیل شده است: (۱) فرایند: چطور برنامه اجرا می‌شود. (۲) اثر: چطور یک برنامه می‌تواند باعث تغییر شود.

قبل از طراحی سوالات ارزشیابی مجدداً به برنامه‌ای که قرار است ارزشیابی شود، مراجعه کرده و اهداف و فعالیت‌های آن را بررسی کنید. برای طرح سوالات ارزشیابی، شما می‌توانید نظرات سایر ذینفعان را در مورد سوالات مربوط به برنامه جویا شوید. باتوجه به هدف شما از ارزشیابی، سوالات ارزشیابی اطلاعات مفیدی در مورد آنچه شما باید از برنامه بدانید و یک روند سیستماتیک و منطقی از هدف ارزشیابی را در اختیار شما قرار می‌دهد. سوالات ارزشیابی می‌تواند بر اینکه برنامه چگونه اجرا می‌شود، چه پیامدهایی مورد انتظار است یا اینکه برنامه در مکانهای مختلف چگونه عمل می‌کند، متمرکز باشد. سوالات ارزشیابی باتوجه به عوامل مختلفی مانند مدل منطقی برنامه، مرحله توسعه برنامه (طراحی، اجرا، اتمام برنامه)، اتمام ارزشیابی و تصمیم ذینفعان به استفاده از نتایج ارزشیابی طراحی می‌شوند.

در این مرحله شما موارد مورد تمرکز خود را به پرسش تبدیل می‌کنید. بعنوان مثال، آیا فعالیت‌ها بصورتی که طراحی شده‌اند اجرا می‌شوند؟ آیا پیامدهای مورد انتظار اتفاق افتاد؟ آیا پیامدهای ناشی از برنامه، مخالف یکدیگر بودند؟ در صورتیکه پیامدها در برخی مناطق اتفاق افتادند و در برخی دیگر خیر، موانع موجود برای موفقیت کمتر در آن مناطق کدامند؟ چه عواملی باعث موفقیت می‌شوند؟ فعالیت‌ها با چه هزینه‌ای اجرا می‌شوند؟ نتایج با چه

هزینه‌ای بدست می‌آیند؟ نمونه‌ای از سوالهای مطرح در ارزشیابی باتوجه به مراحل پیشرفت برنامه و نوع ارزشیابی در جدول زیر نشان داده شده‌است:

جدول ۷-۳- نمونه‌هایی از سوالهای ارزشیابی

مرحله ارزشیابی	نمونه سوال
نیازسنجی	چه راه‌حل‌ها، مداخلات و عملکردی می‌تواند مشکل را پوشش دهد؟ آیا ابزار ارتباطی برای گروه هدف، قابل درک است؟ چه کسانی جامعه هدف برای خدمات ما هستند؟ آیا منابع برای اجرای استراتژی کافی است؟
ارزشیابی فرایند	کیفیت محتوا/طراحی برنامه چگونه بود؟ به چه اندازه، فعالیت‌های مورد نظر در طراحی برنامه اجرا شد؟ موانع و تسهیل‌کننده‌ها در میزان اجرا چه بودند؟ آیا مشارکت‌کنندگان و مجریان با روش اجرای برنامه احساس راحتی و رضایت می‌کردند؟
پیامد/نتیجه	چه رفتارهایی در شرکت‌کنندگان تغییر کرد؟ روند تغییر چگونه بود؟ افزایش یا کاهش؟ چه نتایج مرتبط با فعالیت‌های برنامه بود؟ نتیج غیرعمدی کدامند؟

۷-۴-۳- طراحی ارزشیابی

پس از تعیین تمرکز ارزشیابی و تدوین سوالهای آن، باید طراحی مناسب برای ارزشیابی انتخاب کنید. شما باید در این مرحله بر این مساله تمرکز کنید که چگونه، چه زمانی و از چه کسانی اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنید و در این زمینه باید به چهار مورد پاسخ دهید:

۱- چگونه اطلاعات را جمع‌آوری کنید؟ روش جمع‌آوری داده‌ها را مشخص کنید. معمولاً از روشهای کمی یا کیفی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌شود.

۲- چه چیزی را اندازه‌گیری کنید؟ بهترین شاخص‌ها را برای برنامه انتخاب کنید. اندازه‌گیری‌های شما به روش جمع‌آوری داده بستگی دارد. سوال‌های ارزشیابی کیفی به دنبال درک تجارب مردم یا زمینه‌ای که برنامه در آن اتفاق می‌افتد، است. روشهای کمی، شاخصهای عددی ایجاد می‌کند. با طراحی اهداف بصورت SMART در زمان طراحی برنامه، طراحی شاخص آسان می‌شود. شاخصها یک خلاصه واقعی و قابل اندازه‌گیری ایجاد کرده و توضیح می‌دهند که شما به عنوان نشانه‌ی آنچه تغییر می‌کند یا اتفاق می‌افتد، چه چیزی را اندازه خواهید گرفت. در جدول زیر یک مثال از شاخص با توجه به برون داد و پیامد/نتیجه برنامه نشان داده شده‌است. در برنامه مورد نظر که هدف آن کاهش پوسیدگی دندان در کودکان است، مادران تحت آموزش قرار می‌گیرند. شاخص مورد استفاده در فعالیت مورد نظر، دانش مادران در مورد روشهای خورانش کودکان و بکارگیری غذاهای مقوی و مغذی است.

جدول ۷-۴- مثالی از تعریف شاخص برای فعالیت انجام شده در برنامه

شاخص	پیامد/نتیجه	برون داد
مرحله میانی یا تخمین یک پیامد	تغییر در جمعیت هدف در اثر اجرای برنامه	محصول اصلی فعالیتهای برنامه
مثال: دانش مادران در مورد روشهای خورانش کودکان و بکارگیری غذاهای مقوی و مغذی	مثال: بهبود رشد کودکان و کاهش سوءتغذیه در کودکان	مثال: شرکت مادران در جلسه آموزش تغذیه تکمیلی

۳- چه زمانی اطلاعات را جمع‌آوری کنید؟ شما باید در مورد زمان جمع‌آوری داده‌ها (قبل از برنامه، در طول برنامه یا پس از آن) و فواصل زمانی جمع‌آوری آنها تصمیم بگیرید.

۴- از چه کسانی اطلاعات را جمع‌آوری کنید؟ برای داشتن نتایج قابل اعتماد و معتبر و نشان دهنده جمعیت هدف، برای جمع‌آوری اطلاعات، به گروهی که به اندازه کافی بزرگ باشد نیاز دارید.

اینکه چه کسی و چگونه از داده‌ها استفاده می‌کند می‌تواند به شما در انتخاب روش ارزشیابی کمک کند. معمولاً از روشهای کمی و کیفی یا ترکیبی از هر دو برای جمع‌آوری داده استفاده می‌کنند.

۷-۴-۳-۱- روش جمع‌آوری اطلاعات

الف. مطالعات کیفی

مطالعات کیفی داده‌های غیرعددی را جمع‌آوری می‌کنند و اطلاعات جزئی‌تری از مشخصات مشکل‌ها، رفتارها یا وقایع نمایان می‌کند و علل زمینه‌ای الگوهای رفتاری، نگرشها و اعتقادات و تجربیات متفاوت افراد را توضیح می‌دهند. تکنیکهای اختصاصی برای این نوع ارزشیابی شامل استفاده از مشاهدات، بحث متمرکز گروهی، مصاحبه‌های عمیق، استفاده از مستندات موجود، پرسشنامه با جوابهای کوتاه یا پرسشهای باز می‌شود. قبل از اینکه تصمیم به جمع‌آوری اطلاعات جدید کنید، داده‌های موجود را مطالعه کنید.

ب. مطالعات کمی

مطالعات کمی، اطلاعات عددی را جمع‌آوری می‌کنند که به روشهای آماری می‌توانند خلاصه شوند و شامل آماره‌هایی می‌شود که وجود یا عدم وجود مشکل‌ها، رفتارها یا پیشامدها را ثبت می‌کنند. داده‌هایی که از این نوع مطالعات بدست می‌آیند عینی است و نیازمند مقیاسهای استاندارد شده است، بطوری که اطلاعات گردآوری شده می‌توانند

در گروه‌های مختلف پاسخهای از قبل تعیین شده طبقه بندی شوند. در این روش خلاصه کردن و مقایسه داده‌ها آسان‌تر از روشهای کیفی است. روشهای جمع‌آوری داده‌های کمی شامل: پیمایش، پرسشنامه‌هایی با سوالات بسته مانند آزمونهای قبل و بعد، آزمونهای ارزیابی عملکرد، مطالعات آرشویی مانند استفاده از داده‌های محلی، استانی، یا ملی و کارآزمایی‌های بالینی است.

پ. مطالعات ترکیبی

در این نوع از مطالعات، باتوجه به هدف تعیین شده، از هر دو روش کمی و کیفی استفاده می‌شود. استفاده از روش ترکیبی باعث افزایش درک ارزشیاب شده و اعتبار درونی یافته‌ها را افزایش می‌دهد. در برخی از انواع مطالعات ترکیبی، مطالعات کمی و کیفی به همراه هم و همزمان انجام می‌شود. در برخی دیگر، ابتدا مطالعه کیفی انجام شده و سپس باتوجه به نتایج حاصل از مطالعه کیفی، مطالعه کمی طراحی می‌شود.

۷-۴-۲- انواع روش‌های طراحی ارزشیابی

انواع مختلف روش‌هایی که برای طراحی ارزشیابی معمولاً استفاده می‌شوند در زیر معرفی شده‌اند:

الف. مطالعات تجربی (experimental) کارآزمایی تصادفی کنترل شده

این مطالعه به عنوان استاندارد طلایی ارزشیابی در نظر گرفته می‌شود که بالاترین سطح شواهد را در مورد موفقیت آمیز بودن برنامه در اختیار افراد قرار می‌دهد. در این نوع طراحی افراد یا گروهها (برای مثال: مدرسه) به طور تصادفی مشمول برنامه می‌شوند و یا مداخله ای دریافت نمی‌کنند. وقتی شرکت کنندگان به طور تصادفی به یک گروه (مداخله یا عدم مداخله) واگذار می‌شوند، عوامل دیگری- اندازه گیری شده یا نشده- که ممکن است بر پیامد مداخله تاثیر بگذارد بین گروههای مداخله و کنترل توزیع یکسانی خواهند داشت و متعادل می‌شوند. گرچه این نوع از مطالعه از بالاترین سطح کیفی شواهد کارایی مداخله

برخوردارند، اما نیازمند منابع قابل توجه ای هستند و انجام این نوع مطالعه با منابع محدود مشکل است. نکته حائز اهمیت در این مورد این است که در بعضی موارد که مزایای مداخله شناخته شده است، محروم کردن شرکت کنندگان در گروهی که مداخله را دریافت نمی کنند اخلاقی نیست.

ب. مطالعات نیمه تجربی (Quasi-experimental)

این مطالعات به اندازه کارآزمایی بالینی دقیق نیست اما اگر به خوبی طراحی و انجام شده باشد می تواند در بررسی اثربخشی مداخله به کار رود. این نوع مطالعه با استفاده از اطلاعات جمع آوری شده بر روند شاخصهای اندازه گیری شده انجام می شود. این مطالعات به نتیجه گیری در مورد این که آیا مداخله (برنامه) با تغییرات مشاهده شده در پیامد مرتبط است یا خیر کمک می کند.

پ. مطالعه قبل - بعد کنترل شده

این مورد کاربردی ترین طراحی برای ارزشیابی برنامه است. انتخاب تصادفی همیشه امکانپذیر نیست برای مثال ممکن است برخی مناطق بعضی از مداخلات را قبل از انجام برنامه دریافت کنند و یا این که تغییرات به طور کشوری اعمال شده باشد. مطالعه کنترل شده قبل و بعد شامل مشاهده پیامدهای مورد نظر قبل و بعد از برنامه هم در گروهی است که مداخله را دریافت کردند و هم در گروهی که کنترل بودند. گروه کنترل باید تا حد ممکن به گروه مورد شباهت داشته باشد و تفاوت‌های عمده بین دو گروه باید در نظر گرفته شود. داشتن گروه کنترل به این معنی است که آنچه که در جمعیت صرفنظر از نتیجه برنامه اتفاق می افتد، در نظر گرفته می شود.

ت. مطالعه قبل - بعد (بدون گروه شاهد)

مطالعه قبل - بعد بدون گروه شاهد اغلب برای ارزشیابی اثر برنامه به کار می رود. در این نوع مطالعه اندازه گیری پیامد مورد نظر قبل و بعد از انجام برنامه اتفاق می افتد. مطالعه

قبل-بعد بدون گروه شاهد اغلب برای ارزشیابی اثر برنامه استفاده می‌شود اما شواهد ضعیفی را برای کارایی برنامه در اختیار قرار می‌دهد. طراحی این نوع مطالعه ساده است و ممکن است نسبتاً ارزان انجام شود زیرا همه آنچه نیاز است یک چارچوب برای نمونه‌گیری است و یک گروه تحقیق که مشاهداتشان را در نواحی مختلف انجام دهند. اما بدون گروه شاهد ارزش علمی این نوع مطالعات نسبتاً محدود است چرا که اغلب مشکل است که با قطعیت تغییرات ایجاد شده در پیامد را به برنامه نسبت داد.

در قدم بعد، باید یک شاخص تعریف کنید. اهداف، می‌توانند شاخصهای مختلفی داشته باشند. بعنوان مثال برای افزایش دانش شاخص‌های مختلفی مانند بهبودی خود گزارش شده، بهبود امتیاز پیش آزمون - پس آزمون یا توانایی مدل کردن یک مهارت جدید استفاده می‌شوند. شما می‌توانید یک شاخص یا چندین شاخص را برای نشان دادن جنبه‌های مختلف همان هدف بکار برید. برای تعیین شاخص‌ها از خود بپرسید:

شما چگونه آگاه می‌شوید که برنامه به هدف خود رسیده است؟

چه چیزی به عنوان اثربخش تعریف می‌شود؟

نشانه موفقیت چیست؟

۷-۴-۴- طراحی ابزار جمع‌آوری داده

برخی از روش‌های متداول جمع‌آوری داده و نقاط قوت و ضعف هر یک در جدول زیر بطور خلاصه نشان داده شده‌است. هر یک از این روش‌ها به ابزاری برای جمع‌آوری داده نیاز دارند. ابزارها، به روند جمع‌آوری داده کمک می‌کنند: راهنمای مصاحبه یا بحث متمرکز گروهی، مشاهده‌نامه برای رفتار انسان، یا هر مجموعه‌ای از سوالات ساختاریافته. ابزار شما نشان‌دهنده روش انتخابی شما و سوالهای ارزشیابی است. با توجه به هدف مطالعه، می‌توان از یک یا چندتا از این ابزارها یا تکنیکها برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرد.

۷-۴-۵- تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها به سؤالهای ارزشیابی، نوع داده‌های جمع‌آوری شده، منابع در دسترس برای حمایت از تحلیل داده‌ها و نوع اطلاعاتی که ذینفعان آنها قابل اعتماد می‌دانند، بستگی دارد. در این مرحله، تحلیل داده‌ها توسط یک متخصص می‌تواند به کیفیت و اعتبار نتایج کمک کند. داده‌های کمی و کیفی به روش‌های مختلفی برای تحلیل نیاز دارند. در بسیاری از ارزشیابی‌ها با داده‌های کمی، آماره توصیفی ساده برای تفسیر نتایج کافی است. روش‌هایی مانند فراوانی/تعداد، درصد، میانگین، میانه و مد، و دامنه، انحراف معیار و واریانس در این موارد کمک کننده هستند. زمانیکه دو یا چند گروه را مقایسه می‌کنید به آماره‌های دیگری نیاز دارید (مانند کای اسکور، آزمون تی و ANOVA).

در ارزشیابی کیفی، هدف اصلی درک این نکته است که چه چیزی و چرا در برنامه اتفاق افتاده است و درک برنامه از دیدگاه شرکت‌کنندگان. معمولاً روش‌های تحلیل کیفی تم‌ها را مشخص می‌کنند.

بدین ترتیب باتوجه به نوع روش بکار گرفته شده، داده‌های جمع‌آوری شده را تجزیه و تحلیل و تفسیر کنید.

جدول ۷-۵- روش‌های متداول جمع‌آوری داده

نقاط ضعف	نقاط قوت	
<p>امکان عدم بازخورد دقیق پاسخ‌دهندگان امکان ایجاد تورش در پاسخ در اثر جمله‌بندی‌ها غیرشخصی امکان نیاز به نمونه‌گیری خاص</p>	<p>بدون نام مدیریت ارزان تحلیل/مقایسه آسان تامین داده‌های زیاد (وسعت اطلاعات) وجود پرسشنامه‌های نمونه</p>	<p>پیمایش (survey) انواع پیمایش: پرسشنامه، چک لیست هدف: دسترسی سریع و آسان به اطلاعات به روش غیرتهدیدکننده</p>
<p>وقت‌گیر آنالیز/مقایسه سخت پرهزینه تورش مصاحبه ممکن است پاسخ را تحت تاثیر قرار دهد.</p>	<p>عمق و گستردگی اطلاعات امکان ایجاد ارتباط با شرکت‌کننده پاسخگو</p>	<p>مصاحبه (interview) هدف: درک کامل برداشتها و تجارب اشخاص و درک پاسخ‌های آنها</p>
<p>زمان‌گیر ممکن است اطلاعات ناقص باشد غیرانعطاف‌پذیر و غیرپاسخگو محدود</p>	<p>اطلاعات جامع باعث وقفه در کار معمول کارکنان یا شرکت‌کنندگان نمی‌شود داده‌ها از قبل وجود دارد تورش اطلاعات، کم</p>	<p>مرور مستندات (document review) هدف: درک چگونگی اجرای یک برنامه بدون ایجاد وقفه در آن از طریق مرور پرونده‌ها، فایل‌ها، سندهای مالی، یادداشت‌ها</p>
<p>مشکل بودن تفسیر رفتارهای مشاهده شده مشکل بودن طبقه‌بندی/کدگذاری رفتارها مشاهده ممکن است رفتار کارکنان یا شرکت‌کنندگان را تحت تاثیر قرار دهد پرهزینه</p>	<p>واضح کردن فرایند برنامه امکان دیدن وقایع به همان صورتی که اتفاق می‌افتد پاسخگو- می‌تواند با وقوع برنامه سازگار شود. درمورد موضوعاتی که کسی پاسخگو نیست، درک ایجاد می‌کند. فرایندهایی که برای کارکنان/شرکت‌کنندگان آشکار نیست را مشخص می‌کند</p>	<p>مشاهده (observation) هدف: جمع‌آوری اطلاعات در مورد اینکه واقعا چگونه یک برنامه اجرا می‌شود</p>
<p>مشکل در تحلیل نتایج نیاز به تسهیل‌کننده خوب دارد نیاز به هماهنگ‌کردن ۶ تا ۸ نفر می‌تواند پرهزینه باشد</p>	<p>عمق و گستره اطلاعات راه سریع دریافت برداشتها اطلاعات کلیدی گروهی در مورد برنامه</p>	<p>بحث گروهی (focus group) هدف: کشف عمیق یک موضوع از طریق بحث گروهی</p>

۷-۴-۶- تدوین گزارش پایانی ارزشیابی

با چاپ و انتشار نتایج ارزشیابی به تنهایی، این امکان وجود دارد که هدف مورد نظر در مورد ارزشیابی و رسیدن نتایج به دست مخاطب مورد نظر حاصل نشود. روش‌های مختلف ارتباط و انتشار نتایج باید در طراحی ارزشیابی و گزارش پایانی مورد توجه قرار گیرد. گزارش پایانی ارزشیابی یک مدرک نوشته شده است که توضیح می‌دهد شما چگونه برنامه را مدیریت و ارزشیابی کردید. در این گزارش یافته‌ها، بحث و توصیه‌هایی در مورد اینکه چگونه نتایج ارزشیابی برای تصمیم‌گیری و بهبود برنامه می‌تواند استفاده شود، بیان می‌شود. گزارش پایانی باید توضیح دهد که چه چیزی، چگونه و چرا این اتفاق، در مورد برنامه ایجاد شد؟

"چه" برنامه را توضیح می‌دهد و اینکه چگونه اهداف و فعالیتها منجر به نتیجه مورد نظر می‌شود.

"چگونه" فرآیند اجرای برنامه را توضیح می‌دهد و بیان می‌کند که چگونه اطلاعات در مورد اینکه برنامه مطابق با آنچه طراحی شده، اجرا می‌شود.

"چرا این اتفاق" منطقی برای برنامه و اثر آن بر سلامت عمومی فراهم می‌کند. توانایی برای اثبات اینکه برنامه یک تفاوت ایجاد کرده است، برای پایداری برنامه ضروری است.

گزارش پایانی ارزشیابی برای ارائه اطلاعات ارزشیابی به کارکنان برنامه، ذینفعان و حامیان مالی برای حمایت از بهبود برنامه و تصمیم‌گیری لازم است.

استفاده از روش‌های مختلف ارتباطی و انتشار نتایج با توجه به مخاطب مورد نظر می‌تواند تضمین‌کننده استفاده از نتایج ارزشیابی در بهبود برنامه و تصمیم‌گیری باشد. برای دستیابی به این نتیجه، نتایج ارزشیابی باید به ابزارهای کاربردی تبدیل شده و اطلاعات باید بصورت سیستماتیک بین مخاطبین مختلف منتشر شود. بمنظور اطمینان از سیستم‌های ارسال مناسب بصورت زیر اقدام کنید:

اطلاعات را باتوجه به نیاز مخاطبین تنظیم کنید و براین اساس نوع و سطح اطلاعات مورد نیاز را به شکل و زبانی که مناسب است تبدیل کنید.

از روشهای مختلف انتشار اطلاعات مانند ابزارهای الکترونیکی، اطلاعات مکتوب و ارتباط شخص به شخص استفاده کنید.

هر دو کانالهای ارسال فعال و واکنشی را بکار برید. بدین صورت که هم اطلاعات مهم دریافت شده و هم اطلاعاتی که استفاده‌کنندگان ممکن است از نیاز به آنها آگاه نباشند، را در اختیارشان قرار دهید.

برای اطمینان از انتخاب راه‌های مناسب ارتباط و انتخاب مخاطب مناسب سوالهای زیر را مطرح کنید:

- چه شخص/اشخاصی در الویت هستند و چرا؟
- آنها در حال حاضر در مورد موضوع چه می‌دانند؟
- دانستن چه نکاتی برای آنها حیاتی است؟
- فرمت مورد علاقه آنها چگونه است؟
- چه سطحی از گزارش و چه ادبیاتی مناسب است؟
- در چه بازه زمانی ارزشیابی و گزارشها باید به روز شوند؟
- کدامیک از ابزارهای ارتباط و انتشار شما را به اهدافتان می‌رساند؟ (روزنامه، ارائه شفاهی، ابزارهای نمایشی، ویدئو و فیلم، قصه‌گویی و یا رسانه‌ها).

در زمان تدوین استراتژیهای ارتباط و ارسال، به سوالات زیر با دقت توجه کنید:

- با کدامیک از مخاطبین یا ذینفعان، اطلاعات را به اشتراک می‌گذارید؟
- از چه فرمت و کانالهایی برای اشتراک گذاری یافته‌ها استفاده می‌کنید؟

- چه موقع و در چه بازه زمانی اطلاعات را به اشتراک می‌گذارید؟ (شامل نتایج ارزشیابی موقت و نهایی)
- چه فردی مسوولیت انجام استراتژیهای ارسال را بعهده دارد؟

بعلاوه، یک خلاصه از ارزشیابی تهیه کنید. این خلاصه می‌تواند به عنوان یک ابزار سریع برای مرور و تصمیم‌گیری توسط ذینفعان و تصمیم‌گیران بکار رود. این بخش، یک گزارش پایانی کوچک است که توسط بیشتر افراد خوانده می‌شود.

گزارش پایانی باید شامل موارد زیر باشد:

صفحه عنوان، خلاصه، مخاطبین و استفاده کنندگان از گزارش، توصیف برنامه، هدف ارزشیابی، منابع داده‌ای و روشها، نتایج، بحث و تفسیر، روش استفاده، انتشار و تبادل نتایج، ابزارهایی برای وضوح و شفاف سازی اطلاعات

باتوجه به نوع مخاطب از یکی از فرمت‌های مناسب ارتباطات مانند گزارش، بروشور، یک صفحه توصیف، روزنامه، خلاصه، اسلاید و برگه حقایق و از یکی از کانالهای مناسب مانند ارائه شفاهی، فیلم، ایمیل، **webcast**، رسانه‌ها و کنفرانس مطبوعاتی برای ارتباط و گزارش نتایج استفاده کنید.

منابع

1. CDC. Introduction to program evaluation for public health programs. 2006.
2. Van Marris B, King B. Evaluating health promotion programs: Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto; 2006.
3. American Academy of Pediatrics (AAP). Evaluating Your Community-Based Program. Part II: Putting Your Evaluation Plan to Work. 2008. Available at: www.aap.org/EvalResources.
4. CDC. Developing an effective evaluation plan [Internet]. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity; 2011 Available from: <http://www.cdc.gov/obesity/downloads/cdc-evaluation-workbook-508.pdf>.
5. User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations” produced by the U.S. National Science Foundation, available at: <http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/start.htm>.
6. Michael Smith Foundation for Health Research. A Guide to Planning and Conducting Program Evaluation. May 2009. Available at: <http://www.fraserhealth.ca/Professionals/Research/Pages/default.aspx>.
7. Torres R PH, Piontek M. . Evaluation strategies for communicating and reporting: enhancing learning in organizations. 2nd ed. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
8. CDC, Prevention. Developing an effective evaluation report: Setting the course for effective program evaluation. Atlanta, GA: US Dept of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health and Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity 2013.
9. Boyle MA, Holben DH. Community nutrition in action: an entrepreneurial approach. United State of America: Cengage Learning, 2012.
10. Sadeghi-Ghotbabadi, F., Shakibazadeh, E., Omidvar, N. and Mortazavi, F. (2014). Educational needs assessment of public health nutritionists working in the Iranian health system in 2012. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology 8(4): 101-111.

11. Azemati, B., Heshmat, R., Sanaei, M., Salehi, F., Sadeghi, F., Ghaderpanahi, M., Mirarefin, M., Abdollahi, Z., Hemami, M. R. and Larijani, B. (2013). Nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households and primary health care staff: NUTRIKAP Survey. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 12(1): 12.

فعالیت ۷. ارزشیابی برنامه

فعالیت ۷-۱. پرسش‌های مقدماتی ارزشیابی

پیش از شروع باید به سوالات زیر در مورد برنامه پاسخ دهید:

چه برنامه‌ای را می‌خواهید ارزشیابی کنید؟

چه چیزی را در مورد برنامه می‌خواهید فراگیرید؟

تصمیم‌گیران برنامه چه کسانی هستند؟ (آیا در صورت تصمیم به ارزشیابی، از حمایت آنها برخوردار هستید؟ اگر حمایت آنها را نداشته باشید، چه می‌کنید؟)

منابع، نیروی انسانی و زمانی که نیاز دارید تا ارزشیابی را انجام دهید، کدامند؟

فعالیت ۷-۲- سپس ذینفعان برنامه مورد نظر خود را در جدول زیر باتوجه به نقش

هریک فهرست کنید:

کاربران اولیه نتایج ارزشیابی	آنها که تحت تاثیر برنامه قرار می‌گیرند	آنها که درگیر اجرای برنامه هستند

فعالیت ۷-۳. طراحی سوال‌های ارزشیابی

قبل از شروع طراحی سوال‌های ارزشیابی، باید از اهداف برنامه و فعالیت‌هایی که برای رسیدن به اهداف در برنامه طراحی شده است، اطلاع داشته باشید. براین اساس، اطلاعات خواسته شده زیر را تکمیل کنید:

هدف کلی برنامه چیست؟

اهداف اختصاصی برنامه چیست؟

فعالیت‌های برنامه چگونه انجام می‌شود؟ فهرستی از آنها را تهیه کنید و به اختصار ذکر کنید که چرا این فعالیتها را انجام می‌دهید. (چگونه این فعالیتها شما را به هدف می‌رساند؟)

فعالیت ۷-۴- فهرستی از مهمترین فعالیتهای برنامه تهیه کنید:

مهمترین فعالیتهای برنامه	چرا این فعالیتهای را انجام می‌دهید؟
۱.	
۲.	
۳.	
۴.	
۵.	

به مدل منطقی طراحی شده، مراجعه کرده و اجزای آن را مورد توجه قرار دهید.

فعالیت ۷-۵ . باتوجه به موارد بالا، سوالات مربوط به ارزشیابی برنامه/مداخله مورد نظر را

تدوین نمایید.

سوال ارزشیابی
مثال: آیا تعداد روزهای غیبت از کار یا مدرسه در اثر بیماری، کاهش یافته است؟

چه نوع مطالعه‌ای را برای دستیابی به اهداف مورد نظر مناسب می‌دانید؟ چگونه یافته‌های جمع‌آوری شده را تجزیه و تحلیل می‌کنید. در این راستا، به سوالات زیر توجه کنید:

معیار شما برای موفقیت برنامه چیست؟

اطلاعات جمع‌آوری شده را با چه چیزی مقایسه می‌کنید؟

چه اطلاعات تکمیلی دیگری برای قضاوت و تجزیه و تحلیل نیاز دارید (به عنوان مثال اطلاعات آماری، اطلاعات مالی)؟

پیوست ۱- نمونه‌هایی از متداول‌ترین مدل‌ها و الگوهای تغییر رفتار مورد استفاده در برنامه‌های تغذیه‌ای

الگوی باور بهداشتی (Health Belief Model-HBM)

این مدل توسط گروهی از روان‌شناسان برای توضیح این موضوع که "چرا برخی از مردم از خدمات بهداشتی استفاده می‌کنند و گروهی دیگر استفاده نمی‌کنند؟" مطرح شد. این الگو بر مبنای این تفکر بنا شده است که ترس از بیماری (که به آن تهدید درک شده می‌گویند) یکی از عواملی است که باعث می‌شود مردم در برنامه‌های پیشگیری از بیماری شرکت کنند. به عنوان مثال ترس از ابتلا به سرطان پستان باعث می‌شود که زنان در برنامه‌های پیشگیری از سرطان مانند ماموگرافی شرکت کنند.

این الگو عمدتاً بر پیشگیری از بیماری‌ها متمرکز است تا کنترل آن‌ها و یکی از کاربردی‌ترین الگوهای است که آموزش دهندگان سلامت از آن استفاده می‌کنند تا رفتارهای سلامت را بر اساس الگوهای ادراک و باور فردی توضیح دهند و پیش‌بینی کنند. این یک مدل روانی-اجتماعی است و محدود به تغییر در رفتارهایی است که تحت تاثیر نگرش‌ها و اعتقادات هستند. واضح است که به غیر از اعتقاد و نگرش، عوامل دیگری هم بر رفتارهای تغذیه‌ای-بهداشتی موثرند. با این حال، تغییر در دانش و نگرش تقریباً همیشه بخشی از یک برنامه/مداخله تغذیه‌ای را تشکیل داده است و الگوی باور بهداشتی مبنای مفیدی برای طراحی محتوای پیام‌هایی برای بهبود دانش، تغییر نگرش و بخصوص برای استفاده توسط رسانه‌های چاپی فراهم می‌کند (۱).

سازه‌های الگوی باور سلامت

۱- حساسیت درک شده (Perceived Susceptibility): اعتقاد فرد به اینکه چقدر مستعد ابتلا به بیماری است. به عنوان مثال، مصرف میوه و سبزی می‌تواند به اینکه

چقدر فرد خود را مستعد ابتلا به سرطان دستگاه گوارش می‌داند، بستگی داشته باشد.

۲- شدت درک شده (Perceived Severity): اعتقاد فرد به اینکه آن بیماری (بطور مثال سرطان) چقدر وخیم و شدید است.

۳- منافع درک شده (Perceived Benefits): اعتقاد فرد به اینکه یکسری منافع وجود دارد که باعث انجام رفتار مورد نظر می‌شود. به عبارت دیگر به مفید بودن مصرف میوه و سبزی برای پیشگیری از سرطان دستگاه گوارش اعتقاد داشته باشد.

۴- موانع درک شده (Perceived Barriers): اعتقاد فرد به اینکه یکسری موانع (نبود امکانات و هزینه، فرصت) وجود دارد که باعث انجام ندادن رفتار مورد نظر (مصرف میوه و سبزی) می‌شود.

۵- خود کارآمدی درک شده (Perceived Self-Efficacy): اعتقاد/باور فرد به توانایی اش برای انجام موفقیت آمیز یک رفتار (مصرف میوه و سبزی).

۷. راهنماهایی برای عمل (Cues to action): عبارتند از محرکهایی که باعث انجام رفتار مورد نظر می‌شوند. به عنوان مثال، گاهی اوقات توصیه پزشک یا متخصص تغذیه در برنامه تلویزیونی یا دیدن پوستر در مورد اهمیت مصرف میوه و سبزی در پیشگیری از سرطان دستگاه گوارش می‌تواند محرکی برای انجام رفتار مورد نظر (مصرف میوه و سبزی) باشد.

جدول ۱ - سازه های الگوی باورهای بهداشتی

سازه	روش های مداخله
حساسیت درک شده	<ul style="list-style-type: none"> ✓ بیان عواقب منفی ✓ جلوه بخشی به خطرات برای شرکت کنندگان در آموزش
شدت درک شده	<ul style="list-style-type: none"> ✓ بیان نتایج منفی و جدی/وخامت بیماری ✓ جلوه بخشی به شدت قضیه برای شرکت کنندگان در آموزش
منافع درک شده	<ul style="list-style-type: none"> ✓ مشخص کردن منافع مثبت حاصل از رفتار خاص
موانع درک شده	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اطمینان بخشی به آموزش گیرندگان در مورد اینکه رفتار انجام شده توسط آنها، هزینه های اندکی دارد یا وقت زیادی از آنها نمی گیرد ✓ تصحیح هرگونه سوءادراکی که ممکن است شرکت کنندگان داشته باشند ✓ تامین مشوق هایی برای درگیری فرد در رفتار
خود کارآمدی درک شده	<ul style="list-style-type: none"> ✓ انجام عمل در قالب مراحل کوچک-داشتن الگوی نقش برای نمایش رفتار-استفاده از ترغیب و تقویت-کاهش استرس
راهنماهایی برای عمل	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تاکید بر یک سیستم یادآوری کننده برای درگیر شدن فرد در رفتارها

Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. P. 185-209.

مثال کاربرد مدل باور بهداشتی: "بکارگیری سازه های نظریه باور سلامت به منظور

ترویج پیروی از راهنماهای غذایی در زنان بزرگسال تهران" (۲)

این مداخله جامعه محور در سه مرحله اجرا شد:

مرحله اول: انجام مطالعه کیفی به منظور شناسایی باورهای زنان در خصوص پیروی از راهنماهای غذایی ایران از طریق روش بحث گروهی متمرکز. در این مرحله مهم‌ترین موانع فردی و محیطی (مسائل اقتصادی، شکل‌گیری ذائقه، نقش فرزندان و همسران) و عوامل انگیزشی (تاثیر رسانه بطور خاص برنامه‌های آشپزی تلویزیون، حمایت همسران، توصیه پزشک و ...) در ارتباط با پیروی از رهنمودهای غذایی ایران شناسایی شدند.

مرحله دوم: ارزیابی اولیه نمونه‌ها با هدف تعیین وضعیت گروه مخاطب از نظر سازه‌های نظریه و رفتارهای مرتبط با پیروی افراد از راهنماهای غذایی ایران توسط پرسشنامه، داده‌های این دو مرحله منجر به طراحی برنامه مداخله گردید.

مرحله سوم: مداخلات انجام شده در سطح فرد عبارت بودند از:

الف) آموزش و معرفی مفاهیم راهنماهای غذایی ایران و اصلاح دیدگاه نادرست موجود در ارتباط با توصیه‌های موجود در راهنماهای غذایی
ب) مهارت‌سازی شامل:

- ✓ تمرین و مهارت‌سازی در راستای راهنماهای غذایی ملی ایران
- ✓ آموزش طبخ مواد غذایی سالم، ارزان و مطبوع ذائقه ایرانی (مهارت‌سازی)
- ✓ برگزاری دوره‌های آموزشی عملی و نظری در خصوص اصلاح سهم‌های غذایی در هر وعده بر اساس نیازهای فیزیولوژیک افراد

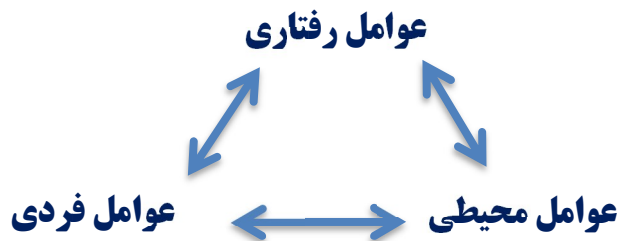
ج) تاثیر بر اعتقادات فردی گروه هدف از طریق آموزش در خصوص عوامل ایجادکننده بیماریهای مزمن غیر واگیر، اطلاع‌رسانی در خصوص عوارض ناشی از بیماریهای مزمن، اطلاع‌رسانی در خصوص شیوع این بیماریها در ایران و بین زنان و آموزش در خصوص فواید پیروی از الگوی غذایی سالم و مهارت‌سازی در راستای بکار بستن شیوه زندگی سالم بر مبنای موانع موجود

مداخلات در سطح عوامل تسهیل کننده شکل گیری رفتار:

- ✓ درگیر کردن مراکز بهداشتی درمانی شهری در امر اطلاع رسانی به گروههای هدف در راستای راهنماهای غذایی ایران
- ✓ برگزاری دوره های آموزشی در راستای رهنمودهای غذایی به صورت دوره های آموزشی نظری و عملی و تهیه بوکت های آموزشی

نظریه شناختی-اجتماعی (SCT)

این نظریه از جمله نظریه های بین فردی است که به عنوان چارچوب نظری مناسب برای استفاده در برنامه‌های تغییر رفتار، از جمله رفتارهای تغذیه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نظریه رفتار انسان را به صورت برهم کنش پویا و متقابل بین سه عامل محیط، عوامل فردی و رفتار بیان می‌کند. بنابراین تغییر در هر یک از سه عامل محیط، عوامل فردی و رفتار می‌تواند سبب تغییر در دو عامل دیگر شود (شکل ۱). عوامل محیطی عواملی هستند که بر رفتار فرد اثر می‌گذارند اما به طور فیزیکی جزئی از فرد نیستند مانند فراهم بودن و دسترس سی به یک ماده غذایی (۳) و محیط اجتماعی شامل اعضای خانواده، دوستان، همسالان و همکاران بخشی از عوامل محیطی است. این نظریه بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی/یادگیری مشاهده ای است. در این مورد یادگیری یک رفتار، نه فقط از طریق تجربه بلکه با مشاهده رفتار دیگران و نتایج حاصل از آن، فراهم می‌شود (۴). در این نظریه پرسنل بهداشتی به عنوان یک «عامل تغییر» از طریق اصلاح محیط اجتماعی و توسعه توانمندی های فردی، افراد جامعه را قادر می‌سازند تا سلامت خود را ارتقاء دهند.



شکل ۱ - سازه های مدل بازاریابی اجتماعی

سازه‌های نظریه شناختی اجتماعی

- ۱- دانش: برای مداخلات تغییر رفتار لازم است ولی کافی نیست.
- ۲- مهارت: مهارت انجام رفتار تغذیه‌ای یا بهداشتی مانند چگونگی تغذیه با شیر مادر دو سازه دانش و مهارت باهم **توانایی** یا **قابلیت رفتاری** نامیده می‌شوند، اینکه بدانند چه چیزی را انجام دهد و چطور انجام دهد. مثلاً مادران از فواید تغذیه با شیر مادر آگاه باشند و بدانند چطور به نوزادشان شیر دهند.
- ۳- **انتظار پیامد**: پیامدی که فرد برای انجام رفتار انتظار دارد.
- ۴- **ارزشهای پیامد**: ارزشی که برای آن پیامد قائل است.
همه افراد از رفتاری که انجام می‌دهند انتظار پیامدی دارند و انتظار دارند که آن پیامد با ارزش باشد: مثلاً تغذیه با شیر مادر باعث می‌شود که من زودتر به وزن اولیه برگردم و بازگشتن به وزن اولیه برایم خیلی مهم است. یا اینکه تغذیه با شیر مادر سبب می‌شود کودکم کمتر دچار بیماریهای عفونی شود و این مسئله برایم مهم است.
- ۵- **درک موقعیت**: عبارتست از درک و تفسیر فرد از محیط اطراف. در اینجا درک نادرست به عنوان یکی از موانع تغییر باید مورد توجه قرار گیرد. مثلاً برخی از مادران تصور می‌کنند که کودکشان با شیرشان سیر نمی‌شود و به همین دلیل از شیرخشک استفاده می‌کنند.
- ۶- **محیط / در دسترس و موجود بودن**: منظور شرایط واقعی فیزیکی و اجتماعی پیرامون فرد است، مانند فراهم بودن و دسترسی به یک ماده غذایی و یا حمایت‌های خانواده و همسر از مادر.
- ۷- **خودکارآمدی (خودکفایتی)**: اعتماد فرد به توانایی‌اش در پیگیری و انجام یک رفتار است که از مهمترین جنبه‌های انجام رفتار می‌باشد.
- ۸- **خودکارآمدی در غلبه بر موانع**: اعتماد فرد به خود در غلبه بر موانع حین انجام رفتار، مثلاً مادر این توانایی را در خود ببیند که حتی با وجود موانعی مانند شاغل بودن می‌تواند به کودکش شیر دهد.

- ۹- خودکنترلی/تنظیم هدف: تنظیم اهداف و ایجاد برنامه هایی برای انتخاب رفتارهای سالم، با داشتن هدف و برنامه ریزی، انجام شیردهی به نوزاد برای مادر آسانتر می شود.
- ۱۰- سازگاری عاطفی: روش‌هایی برای کنترل حالات عاطفی و فیزیولوژیک مرتبط با انجام یک رفتار جدید (۳)

جدول ۲ - سازه های نظریه شناختی-اجتماعی

سازه	روش مداخله
دانش	سخنرانی- نمایش- برگه های حاوی حقایق و ...
مهارت	سخنرانی- نمایش- برگه های حاوی حقایق و ...
انتظار پیامد	بحث درمورد منافع- فرافکنی- ایفای نقش - شبیه سازی
ارزشهای پیامد	بحث درمورد ارزشها- فرافکنی- ایفای نقش - شبیه سازی
درک موقعیتی	رفع سوء تفاهمات با بحث - فرافکنی- ایفای نقش - شبیه سازی
محیط	ایجاد حمایت اجتماعی- دسترسی به مراقبت های تغذیه‌ای
خودکارآمدی (خودکفایتی)	روش افزایش : شکستن رفتار به مراحل کوچک- نمایش الگوهای باورپذیر- ترغیب و تقویت- فنون کاهش استرس
خودکفایتی در غلبه بر موانع	نمایش- ایفای نقش -نمایش الگوهای باورپذیر- فنون کاهش استرس
خودکنترلی (تنظیم هدف)	ایجاد فرصت تنظیم هدف- نحوه پایش روند پیشرفت- تدارک پاداش شخصی جهت تقویت
سازگاری عاطفی	فنون مدیریت استرس (یوگا- مراقبه)

Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. P. 185-209 .

مثال کاربرد نظریه شناختی-اجتماعی: "مداخله مدرسه محور بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی به منظور افزایش مصرف میوه و سبزی در دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی" (۵)

شواهد مبتنی بر شیوع مصرف ناکافی میوه و سبزی در دختران نوجوان ۱۸-۱۴ ساله شهر تهران و اهمیت این دوران در تغییر و شکل گیری رفتارهای سالم تغذیه‌ای، مداخله مدرسه محور به منظور افزایش مصرف میوه و سبزی در دانش آموزان دختر ۱۸-۱۴ ساله شهر تهران انجام شد. بر اساس مروری بر متون، نظریه شناختی- اجتماعی به عنوان چارچوب نظری مناسب برای اجرای مداخله استفاده شد. مداخله شامل دو بخش بود:

(۱) آموزش کلاسی که با اهداف افزایش دانش و مهارت، خودکارآمدی، انتظار پیامد و یادگیری مشاهده ای و افزایش ترجیح در کلاس درس حرفه و فن توسط مربی آموزش دیده انجام شد.

(۲) عرضه میوه و سبزی در بوفه مدرسه که با هدف افزایش دسترسی و ترجیح انجام شد. عوامل شناختی-اجتماعی مرتبط با دریافت میوه و سبزی با تکمیل پرسشنامه روایی سنجی شده شامل بخش های عوامل فردی (ترجیحات، خودکارآمدی، آگاهی تغذیه‌ای، ارزش پیامد، مهارت) و عوامل محیطی (در دسترس بودن میوه و سبزی در خانه و مدرسه و یادگیری مشاهده ای) ارزیابی شد. میزان دریافت میوه و سبزی نیز توسط پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته، قبل و پس از مداخله ی سه ماهه ارزیابی شد. در پایان مداخله، دریافت روزانه میوه و سبزی در گروه مداخله افزایش یافته بود اگرچه معنادار نبود. میزان آگاهی تغذیه‌ای و خودکارآمدی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد افزایش معنادار داشت، هرچند که میزان فراهمی و یادگیری مشاهده ای در گروه مداخله در پایان مطالعه کاهش یافته بود.

نظریه بازاریابی اجتماعی

نظریه بازاریابی اجتماعی یکی از نظریه های اجتماعی است که با استفاده از اصول و روشهای بازاریابی تجاری جامعه و سلامت اجتماعی را مورد تحلیل قرار می دهد، با این تفاوت که

تمرکز آن بر پیامدهایی است که رفاه فردی و اجتماعی را به دنبال دارد و هدف، سودرسانی به افراد یا جامعه است نه تجارت. در این جا منظور از خریدار (جامعه و جمعیت های در اولویت)، فروشنده (ارتقادهندگان سلامت) و محصول (خدمت بهداشتی مثل واکسیناسیون/ تغذیه با شیر مادر) است (۶، ۷). نظریه بازاریابی اجتماعی در برخی از برنامه ها، از جمله ترویج مصرف قرص های پیشگیری از بارداری، محلول مایع درمانی خوراکی، آهن یاری، تغذیه با شیر مادر و افزایش فعالیت بدنی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰-۸).

مراحل برنامه‌ریزی بر اساس بازاریابی اجتماعی

برنامه‌ریزی مقدماتی: شامل تعیین اهداف کلی و اهداف اختصاصی و تنظیم برنامه مقدماتی برای ارزشیابی و تعیین هزینه های برنامه می شود.

۱- تحلیل مخاطب: شامل دسته بندی مخاطب ها، توجه به نیازها، خواسته ها، باورها و دانش و نگرش مخاطبان می باشد. به عنوان مثال، در برنامه ترویج تغذیه با شیر، مخاطبان عبارتند از مادران شیرده، خانم های سنین باروری، سازمانها و موسسات دولتی که امکانات را برای مادران شاغل فراهم می کنند، همسران آنها و سیاستگذاران از طریق تعیین قوانین و سیاستهای حمایت کننده از تغذیه با شیر مادر و کلیه افراد تاثیر گذار و تاثیر پذیر در زمینه تغذیه با شیر مادر که باید مورد ارزیابی قرار گیرند.

تحلیل بازار: راهکارهای بازاریابی چند عاملی هستند و عموماً بر اساس دستیابی به یک ترکیب متعادل از ۴ برون داد می باشند: (۱) محصول، (۲) قیمت، (۳) ترویج/روش تبلیغ و (۴) مکان. روش های تحلیل بازار براساس این ۴ برون داد در جدول ۳-۴ نشان داده شده است

تحلیل بازار از بعد محصول: محصول در اینجا می تواند یک عملکرد باشد، مانند تغذیه با شیر مادر، مصرف روزانه ۵ واحد میوه و سبزی یا فعالیت بدنی منظم، یا می تواند فرآورده ای باشد، مانند فرآورده های لبنی فراسودمند، یا یک خدمت بهداشتی باشد مانند کلاس آموزش آشپزی سالم، در تحلیل بازار از بعد محصول باید به جالب و جذاب بودن

محصول و مطابقت آن با نیازها، خواسته و ترجیحات مخاطب توجه شود و ایده‌های رقیب نیز شناسایی گردد (در اینجا شیر خشک می تواند رقیب شیر مادر باشد). بدین ترتیب، طوری محصول ارائه شود که ترجیح مخاطب محصول مورد نظر ما باشد.

۲- تحلیل بازار از بعد قیمت: منظور از قیمت در اینجا چیزهای ملموس و ناملموسی است که مخاطب هدف ناچار است برای پذیرفتن ایده جدید (یا محصول) آنها را از دست بدهد. این عوامل می تواند مالی ، روانی یا اجتماعی باشند. بطور مثال، زمان و فرصت های از دست رفته، مثلا مادر می گوید من اگر به فرزندم شیر دهم وقت زیادی از من گرفته می شود، یا یک عامل فردی-اجتماعی با شد، مثلا بدلیل وابستگی زیاد کودک، آزادی و استقلال را از دست می دهم. تحلیل از بعد قیمت یعنی بررسی همه موانع پیش روی تغذیه با شیر مادر و پیدا کردن راه حل برای آن.

جدول ۳- سازه های مدل بازاریابی اجتماعی

سازه	تعریف	روش ها
محصول	رفتار یا پیشنهادی که انتظار می رود مخاطب هدف بپذیرد.	✓ تطابق با نیاز احساس شده به وسیله مخاطب هدف، ✓ جالب و جذاب نمودن آن، ✓ درک ایده های رقیب
قیمت	چیزهای ملموس و ناملموسی که مخاطب هدف ناچار است به منظور پذیرفتن ایده جدید (محصول) از دست بدهد.	✓ یافتن راه هایی برای به حداقل رساندن هزینه ها/حذف موانع
ترویج	مکانیسمی که از طریق آن، پیام برای مخاطب هدف ارسال می شود.	✓ آگهی و تبلیغات، پیام های رسانه ای، حمایت های دسته جمعی، بحث های گروهی، قرار دادن پیام ها روی کالا، تفریح و سرگرمی/مسابقه و ...
مکان	جایی که مخاطب هدف به انجام رفتار می پردازد.	✓ هدف گیری پیام ها به سمت مکان خاصی که رفتار صورت می گیرد. ✓ در دسترس قرار دادن محصول در مکان خاص/سهولت دسترسی ✓ انتخاب کانال های توزیع مناسب پیام.

Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact .In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behaviorand health education: Theory, research, and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. P. 185-209 .

تحلیل بازار از بعد ترویج: هدف این تحلیل، شناسایی برنامه‌های ترویجی موجود است. بطور مثال، برنامه‌های ترویج گروهی که در حال حاضر برای افزایش تغذیه با شیر مادر انجام می‌شود. به عبارت دیگر در حال حاضر از چه کانالهایی برای ترویج تغذیه با شیر مادر تبلیغ می‌شود.

تحلیل بازار از بعد مکان: در همه اشکال بازاریابی، آخرین قدم برای رسیدن به موفقیت، یافتن نقاطی با بالاترین دسترسی برای جمعیت هدف یعنی **مکان یابی** صحیح است. بنابراین، در طراحی برنامه‌های تغذیه‌ای باید به بعد مهم «دسترسی» توجه شود. بطور مثال اگر صحبت از تغذیه با شیر مادر است باید تعیین کنیم که بهتر است پیام‌های مورد نظر در خانه و توسط روزنامه/تلویزیون ارائه شوند، یا در مراکز بهداشتی درمانی توسط کارشناس تغذیه، یا در محل کار مثل پوستر و پمفلت و یا در اماکن عمومی مثل مغازه، رستوران و ...

۳- انتخاب کانال ها و مواد آموزشی: مرحله پنجم برنامه‌ریزی بر اساس بازاریابی اجتماعی، انتخاب کانال و مواد است. در این مرحله بهترین کانالهای ترویج موضوع مورد نظر و در مثال ما تغذیه با شیر مادر، از نظر مخاطبان مورد بررسی قرار می‌گیرد. این کار مستلزم درک مناسب از جمعیت در اولویت، دانش و نگرش‌های زمینه‌ای آنها در مورد خدمت یا موضوع مورد نظر و کانال‌های بالقوه ارتباطی است.

۴- طراحی مداخله، اجرا و ارزشیابی: در این مرحله راهکارها و نقشه مداخله مشخص شده و تمامی مواد آموزشی و راهکارها و ارتباطات در گروه هدف پیش‌آزمون شده و سپس اجرا و ارزشیابی خواهند شد.

مثال کاربرد نظریه بازاریابی اجتماعی: در مطالعه‌ای با هدف تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر نظریه بازاریابی اجتماعی بر اصلاح مصرف روغن در زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی و درمانی شهری استان مرکزی ایران، زنان خانوار بعنوان گروه هدف در نظر گرفته شدند. مطالعه روی ۴۰۰ زن شهری مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی و درمانی،

باسواد، و مسئول طبخ غذای خانوار انجام شد. در ابتدا، تحلیل بازار به منظور شناخت رقبا، شرکا، سیستم‌های حمایتی، منابع انسانی و مالی صورت گرفت. سپس اجزای آمیزه بازاریابی مشتمل بر محصول، قیمت، مکان و ترویج از طریق برگزاری ۱۲ جلسه بحث گروهی متمرکز با گروه هدف شناسایی شد. قبل از مداخله، اطلاعات مورد نیاز از جمله مصرف یا عدم مصرف روغن نباتی جامد یا مایع به وسیله پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. مداخله شامل استفاده از تلویزیون، جلسات آموزشی مرکز بهداشت و بروشورهای بهداشتی بود. یافته‌ها بیانگر این بود که قبل از مداخله، ۷۱/۳ درصد زنان برای پخت غذا از روغن جامد استفاده می‌کردند که این رقم پس از مداخله ده درصد کاهش یافت. میزان مصرف روغن مایع نیز از ۷۲/۲ در صد قبل از مداخله به ۸۰/۷ در صد بعد از مداخله افزایش یافت (۱۱).

منابع

1. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education, Theory, Research, and Practice, 2008. 4th Edition. Jossey-Bass, San Francisco.
2. Shariatjafari S, Omidvar N, Shakibazadeh E, Majdzadeh R, Minaei M, Gholamzade M. Effectiveness of community-based intervention to promote Iran's food-based dietary guidelines. International journal of preventive medicine. 2012;3(4):249.
3. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. P. 185-209.
4. Reinaerts E, de Nooijer J, Candel M, de Vries N. Increasing children's fruit and vegetable consumption: distribution or a multicomponent programme? Public Health Nutr. 2007 Sep; 10(9): 939-47.
5. Abbasian F, Omidvar N, Bondarianzadeh D, Rashidkhani B, Shakibazadeh E, Hashemi B. Effect of a School-based Intervention Based on Social Cognitive Theory on Fruit and Vegetable

- Consumption in Middle School Students in Tehran. *Journal of hayat*. 2012;17(4):73-84.
6. French J, Steven C. Key concepts and principles of social marketing. In: French J, Steven C, Mcvey D, Merritt R, editors. *Social marketing and public health theory and practice*. 1 ed. New York: Oxford University Press; 2010.
 7. Birkinshaw M. *Social Marketing for Health*. World Health Organization. 1989.: Available from: <http://who.int>. 2013 November 23.
 8. Wong F, Huhman M, Heitzler C, Asbury L, Bretthauer-Mueller R, McCarthy S, et al. VERBTM- a Social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Public Health Research, Practice and policy* 2004;1(3).
 9. Lindenberger JH, Bryant CA. Promoting breastfeeding in the WIC program: a social marketing case study. *American Journal of Health Behavior*. 2000;24(1):53-60.
 10. Khan NC, Thanh HTK, Berger J, Hoa PT, Quang ND, Smitasiri S, et al. Community mobilization and social marketing to promote weekly iron-folic acid supplementation: a new approach toward controlling anemia among women of reproductive age in Vietnam. *Nutrition reviews*. 2005;63(suppl 2):S87-S94.
 11. Mashayekhi N, Yadegari N, Amini M, Eshrati B, Shams M, Farazi A, et al. Evaluate the effectiveness of interventions based on assessment model of social reform oil consumption in women attending urban health centers in markazi Province *Journal of healthy work*. 2009;3(9,10):71-82. [In Persian].

واژه یاب

تعیین کننده اکولوژیکی ۱۲
 تعیین کننده بیولوژیکی ۱۰
 تعیین کننده اجتماعی - فرهنگی ۱۱
 تعیین کننده اقتصادی ۱۲
 تعیین کننده روانی/رفتاری ۱۰
 تعیین کننده سیاسی ۱۱
 تهدید ۳۰

ج

جلب مشارکت جامعه ۶۷

ح

حساسیت فرهنگی ۷۵

د

داده های اولیه ۲۰
 داده های ثانویه ۱۹
 درون دادها ۹۰

ذ

ذینفعان ۱۲

ر

روش ۵۴
 روش ها و راهبردهای مداخله ۵۴
 رویکرد تغییر سیاست های غذا و تغذیه ۵۸
 رویکرد تغییر رفتار ۵۶

ا

ارزشیابی ۹۷
 ارزشیابی اقتصادی/کارایی ۱۰۴
 ارزشیابی پایانی ۱۰۱
 ارزشیابی پیامد/نتیجه/اثربخشی ۱۰۳
 ارزشیابی تکوینی ۱۰۰
 ارزشیابی فرایند اجرا ۱۰۲
 ارزشیابی هزینه-فایده ۱۰۴
 استراتژی یا راهبرد ۵۴
 هدف فرآیندی ۳۸
 هدف نتیجه‌ای ۳۸
 اولویت ۲۶

ب

بحث متمرکز گروهی ۲۴
 برنامه عملیاتی ۷۹
 برون داد ۹۱

پ

پیامد/نتیجه ۹۱

ت

تحلیل SWOT ۲۷
 تحلیل هزینه ۱۰۴
 تعریف "مشکل" ۹

۵۷..... رویکرد مبتنی بر غذا

س

۵۲..... نظریه‌ی سازمانی و اجتماعی

۵۲..... نظریه‌ی مبتنی بر فرد

۲۹..... نقطه ضعف

۲۹..... نقطه قوت

۱۴..... نقشه ذینفعان

۵..... نیازسنجی

۴۹..... سازه

ف

۲۹..... فرصت

۷۲..... فرهنگ

۷۱..... فرهنگ بومی

ه

۳۷..... هدف کلی

۳۸..... هدف ویژه

۱۰۴..... هزینه اثربخشی

۸۲..... هزینه غیر مستقیم

۸۱..... هزینه مستقیم

گ

۱۱۹..... گزارش پایانی ارزشیابی

م

۴۹..... متغیر

۸۹..... مدل منطقی

۲۱..... مصاحبه

۱۱۴..... مطالعه تجربی

۱۱۳..... مطالعه ترکیبی

۱۱۳..... مطالعه کمی

۱۱۲..... مطالعه کیفی

۱۱۴..... مطالعه نیمه تجربی

۱۱۵..... مطالعه قبل - بعد کنترل شده

۱۱۵..... مطالعه قبل - بعد (بدون گروه شاهد)

۴۹..... مفهوم

۱۹..... منابع داده‌های نیازسنجی

ن

۴۸..... نظریه

۵۲..... نظریه‌ی بین فردی

واژه‌نامه

Attainable/Achivable: قابل دستیابی

Concept: مفهوم

Construct: سازه

Cost Analysis: تحلیل هزینه

Cost-benefit Evaluation: ارزشیابی هزینه فایده

Cost-effectiveness: هزینه اثربخشی

Diffusion of Innovation- DOI: نظریه نشت نوآوری

Effectiveness: اثربخشی

Efficacy: کارایی

Experimental Study: مطالعه تجربی

Efficacy Evaluation: ارزشیابی اقتصادی/کارایی

HBM- Health Belief Model: الگوی باور بهداشتی

Goal: هدف کلی

Individual-based theory: نظریه مبتنی بر فرد

Input: درون داد

Interpersonal theory: نظریه بین فردی

Logic Model: مدل منطقی

Measurable: قابل اندازه گیری

Objective: هدف ویژه

Objective: عینی

Opportunity: فرصت

Organizational and Social Theory/Model: نظریه سازمانی و اجتماعی

Outcome: پیامد/نتیجه

Outcome /effectiveness evaluation: ارزشیابی پیامد/نتیجه/اثر بخشی

Output: برون داد

Plan of Action: برنامه عملیاتی

Process evaluation: ارزشیابی فرایند اجرا

Quasi-exprimental Study: مطالعه نیمه تجربی

Social Cognitive Theory- SCT: نظریه شناختی اجتماعی/یادگیری اجتماعی

Social Marketing Theory- SMT: نظریه بازاریابی اجتماعی

Specific: اختصاصی

Strength: نقطه قوت

Theory: نظریه

Theory of Planned Behavior/Theory of Reasoned Action: نظریه های اقدام

منطقی و رفتار برنامه‌ریزی شده

Timely: در محدوده زمانی تعریف شده

Transtheoretical Model/Stage of change-TTM: الگوی فرانظری/الگوی مراحل تغییر

Threat: تهدید

Variable: متغیر

Weakness: نقطه ضعف

Textbook of
Development and evaluation of community-
based nutrition program

Edited by:

Nasrin Omidvar

Zahra Abdollahi

Delaram Ghodsi

A'azam Doustmohammadian

Farzaneh Sadeghi Ghotbabadi

Bahar Azemati