

«بسم الله الرحمن الرحيم»

مبانی بهداشت

و

کار در روستا

مجموعه کتب آموزش بهورزی - مبانی بهداشت و کار در روستا / تدوین اعضای کمیته برنامه‌ریزی آموزش نیروی انسانی مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشت درمانی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت و کارشناسان آموزش بهورزی نقاط مختلف کشور [برای] وزارت بهداشت، درمان و آ. - تهران: یونیسف (صندوق کودکان سازمان ملل متحد)، ۱۳۷۹.

۱۰۸ ص. : مصور، جدول، نمودار.

ISBN 964-65 13-38-7

فهرست‌نویسی بر اساس اطلاعات فیپا.

۱. بهورزان -- ایران -- آموزش. ۲. بهداشت روستایی -- ایران. الف. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. کمیته برنامه‌ریزی آموزش نیروی انسانی. ب. یونیسف. United Nations Children's Fund (unicef). ج. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت د. ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی.

۶۱۰/۷

۹۳۶م الف / ۷ / ۸۴۷

۲۳۹۹۷ - ۷۹م

کتابخانه ملی ایران
محل نگهداری:

نام کتاب: مجموعه کتب آموزش بهورزی - مبانی بهداشت و کار در روستا

تدوین: اعضای کمیته برنامه‌ریزی آموزش نیروی انسانی مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی*

با همکاری

صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) ،

اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت

و کارشناسان آموزش بهورزی نقاط مختلف کشور

تاریخ انتشار: ۱۳۸۰

تیراژ: ۳۰۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۶۴-۶۵۱۳-۳۸-۷

طراحی و صفحه‌آرایی: شرکت تبلیغاتی استیلا

* تدوین و گردآوری مطالب این کتاب را آقای دکتر محمدرضا رهبر کارشناس ارشد مرکز گسترش شبکه، با همکاری سرکار خانم‌ها اعظم‌السادات دیباجی و فرشته فقیهی انجام داده‌اند.

کار طراحی آموزشی این کتاب با راهنمایی و همکاری آقای یوسف‌رضا چگینی کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی انجام شده است.

به نام خدا

اکثر کشورهای جهان به منظور توسعه خدمات بهداشتی و درمانی خود ناگزیر از تربیت و یا بازآموزی نیروی انسانی ارائه کننده این خدمات هستند. تربیت و آموزش بهورزان در کشور ما دارای دو ویژگی پراهمیت و منحصر به فرد است. نخست آنکه کشور ما یکی از معدود کشورهایی است که با داشتن یک نظام بهداشتی و درمانی کارآمد اقدام به پوشش بسیار مناسبی از خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی خصوصاً در مناطق روستایی نموده است و دوم آنکه این امکان همواره موجود است که طراحان برنامه‌های سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها دقیقاً بر اساس اهداف مورد پیش‌بینی در برنامه‌های بهداشتی اقدام به تنظیم اهداف و محتوای آموزش جهت بهورزان عزیز که سرمایه‌های ارزشمند نیروی انسانی بهداشتی این مرز و بوم هستند، نمایند. لذا **مجموعه آموزشی بهورزی یک محتوای آموزشی مستند به برنامه‌های بهداشتی است** که نیازسنجی آموزشی آن با بهره‌گیری از ایده‌ها و اهداف طراحان و خاستگاه برنامه‌ها به خوبی مقدور است.

بدیهی است با این ویژگی‌ها انتظار بر این است که مراکز آموزش بهورزی جایگاهی شایسته و پراهمیت در مجموعه نظام بهداشت و درمان کشور داشته باشند. برای نیل به این جایگاه اولاً می‌بایست محتوای آموزشی هدف‌دار، غنی و در سطح درک فراگیرنده بر مبنای یک تکنولوژی مناسب آموزشی تدوین و تعلیم گردد و ثانیاً با بکارگیری مجرب‌ترین کارشناسان اقدام به تشکیل یک تیم آموزشی - نظارتی در مراکز آموزش بهورزی نمایم.

یقین دارم اهتمام کارشناسانی که در گردآوری و تدوین این مجموعه کوشیده‌اند اقدامی مؤثر در بهبود برنامه‌های آموزشی بهورزی خواهد بود. جا دارد از تلاش تمامی این همکاران ارجمند خصوصاً کارشناسان تدوین کننده این مجموعه در مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و نیز سایر ادارات تابعه این معاونت و همچنین کارشناسانی که در نقاط مختلف کشور در تهیه این مجموعه کوشیده‌اند، نهایت تشکر نمایم.

مساعدت همیشگی صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) در فعالیت‌های آموزشی و از جمله کمک‌هایی که در تهیه این مجموعه نموده است همواره شایسته تقدیر و تشکر است.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون امور بهداشتی



تشکر و قدردانی

کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا با راهنمایی و بهره‌گیری از تجارب جمع‌کثیری از کارشناسان امور بهورزی در سراسر کشور و در ستاد وزارتخانه تدوین گردیده است. زحمت تدوین بخش‌های قابل ملاحظه‌ای از کتاب، جمع‌بندی مطالب و آماده کردن آن برای چاپ عمدتاً بر دوش همکار پرتلاش و ارجمندم جناب آقای دکتر محمدرضا رهبر بوده است. در این زمینه سرکار خانم‌ها دیباجی و فقیهی با ایشان همکاری کرده‌اند. جناب آقای چگینی کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی در زمینه طراحی آموزشی این کتاب مساعدت نموده‌اند. یقیناً تلاش و پیگیری مستمر این همکاران ارجمند اصلی‌ترین عامل برای شکل‌گیری این رسانه آموزشی بوده است.

راهنمایی و کمک همکاران اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت در تنظیم محتوای اولیه بخش‌های مربوطه شایان تقدیر و تشکر است. علاوه بر این مساعدت‌های فنی صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) در زمینه‌های فنی نقش به‌سزایی در ارتقای کیفیت این مجموعه داشته است. در این میان سرکار خانم مشیری، کارشناس ارشد یونیسف همواره تلاش نمودند تا امکاناتی مناسب را برای پیشبرد امر طراحی و انتشار کتاب فراهم آورند. علاوه بر این مساعدت‌های سرکار خانم دکتر عسکری‌نسب کارشناس دیگر یونیسف نیز شایسته تقدیر و تشکر است.

همچنین ضروری است از کمک‌های سایر همکاران عزیز مرکز گسترش شبکه آقایان مهندس قاسمی، مهندس امامی و خانم رضایی قدردانی شود. بی‌تردید زحمات و حوصله جناب آقای صحرايي مدیر محترم شرکت تبلیغاتی استیلا و همکاران ارجمندشان جناب آقای محیط‌زاده و سرکار خانم تیلا عامل اصلی در طراحی و صفحه‌آرایی مناسب این کتاب بوده است. کار نقاشی تصاویر این کتاب را هنرمند خوش ذوق سرکار خانم شریفی بر عهده داشته‌اند. تلاش تمامی این عزیزان شایسته تقدیر و تشکر فراوان است.

دکتر فرید ابوالحسنی
مدیرکل مرکز گسترش شبکه
و توسعه مدیریت
خدمات بهداشتی درمانی

سخنی با بهورزان عزیز

کتابی که پیش رو دارید «مبانی بهداشت و کار در روستا» نامگذاری شده است. هدف کلی کتاب، آموختن برخی مهارت‌های اساسی برای آغاز و ادامه فعالیت‌های حرفه‌ی بهورزی در روستا است. همانند سایر کتاب‌های این مجموعه مطالب این رسانه آموزشی نیز به گونه‌ای سازماندهی و تدوین شده است که شما را در جریان یک برنامه آموزشی پویا قرار دهد. جریان کلی محتوای این کتاب به صورت یک نمودار پس از این بحث آمده است. این نمودار نشان می‌دهد که کتاب شامل چه فصل‌ها و عناوینی است. در ابتدای هر فصل اهداف آموزشی همان فصل آمده است. این اهداف بر اساس استانداردهای مورد انتظار از بهورزان جهت اجرای برنامه‌های بهداشتی در روستا تنظیم شده است. با مطالعه این اهداف خواهید دانست که پس از پایان آموزش هر فصل می‌بایست چه آگاهی‌ها و مهارت‌هایی را کسب نمایید. پس از اتمام مطالب در پایان هر فصل خلاصه‌ای از مطالب ذکر گردیده؛ با مطالعه این قسمت شما می‌توانید به یک نگرش کلی در مورد مطالبی که آموخته‌اید دست یابید. توصیه می‌شود وقتی به خواندن مطالب فصل‌ها می‌پردازید، به موارد استفاده مختلف اطلاعاتی که به آنها برمی‌خورید بیندیشید. خیلی اهمیت دارد به راه‌هایی که می‌توانید اطلاعات خوانده شده را در زندگی شخصی و حرفه‌ای خود به کار ببرید فکر کنید. بنابراین تنها به این سؤال اکتفا نکنید که مؤلف (کتاب) چه می‌گوید. از خود بپرسید که چگونه می‌توانم آنچه را که گفته شده مورد استفاده قرار دهم؟ آن موضوع چه کاربردی دارد و در کجا می‌توان از آن استفاده کرد و به نحو مؤثرتری آن را به کار برد؟

تمرین‌های فکری و عملی آخر فصل‌ها که تحت عنوان «تمرین در خراج از کلاس درس» و «تمرین در کلاس درس» آمده است، به شما این امکان را می‌دهد که به ارزیابی آموخته‌های خود بپردازید. باز هم همانند سایر کتاب‌ها توصیه ما این است که با تشکیل گروه‌های کوچک یادگیری از میان همکلاسان خود اقدام به بحث و مشورت و حل این تمرین‌ها نموده و از طریق انتقال تجارب و اطلاعات به یکدیگر بر درک و فهم خود از مطالب بیفزایید تا یادگیری عمیق و پایدارتری داشته باشید.

در چندین مورد بخش‌هایی از محتوای این رسانه آموزشی در داخل کادرهای رنگی آمده است. این قسمت‌ها شامل دانستنی‌هایی است که در سطح بالاتری بوده و یادگیری آنها الزامی ندارد. این مطالب می‌تواند برای کمک به دانش‌افزایی و درک بیشتر و افزایش معلومات به کار گرفته شود.

خلاصه کتاب:

همانطور که در بالا اشاره شد هدف کلی کتاب، آموختن مهارت‌های اساسی برای آغاز و ادامه فعالیت‌های شغلی در روستا است. شما با آموختن این مهارت‌ها می‌بایست علاوه بر درک و فهم مطالب در زمینه برنامه‌های بهداشتی و خدمات موجود در آنها با کلیات روش مواجهه با گروه‌های مختلف مردم که نیازمند بهره‌گیری از خدمات شما هستند، آشنا شوید و قادر به اجرای عملی آنها باشید.

خصوصیت اصلی و ویژه این کتاب در مقایسه با سایر کتب مجموعه آموزشی بهورزی این است که در آن تلاش شده تا با مدل کلی برنامه‌ها و روش ارائه خدمات آشنا شوید. **با توجه به این نکته محتوای سایر کتب تکمیل‌کننده مهارت‌ها و توانایی‌هایی است که با مطالعه این کتاب بدست خواهید آورد.** با مرور محتوای فصل‌های کتاب، که در ادامه آمده است، این موضوع را بهتر درک خواهید کرد.

در **فصل اول** کتاب مدل کلی برنامه‌های بهداشتی با ذکر چند نمونه آمده است. در این فصل تلاش شده تا شما نقش و جایگاه خود را در اجرای برنامه‌های بهداشتی و نظام ارائه خدمات شناسایی کنید. برنامه‌های مختلف بهداشتی مانند برنامه تنظیم خانواده، مراقبت از اطفال و برنامه‌های پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های مختلف و... در فصل‌های سایر کتب این مجموعه به طور اختصاصی و به تفصیل بیان خواهد شد.

در **فصل دوم** شما با کلیات اخلاق حرفه‌ای بهورزی آشنا خواهید شد. در این قسمت در خواهید یافت که برای موفقیت در انجام وظایف شغلی خود، نیازمند برخورداری از خصوصیات اخلاقی و رفتاری ویژه‌ای هستید. بیان تمامی خصوصیات رفتاری برای موفقیت در کار در این فصل امکان‌پذیر نیست. برای تکمیل آموختن این مهارت‌های رفتاری شما باید با روش‌های برخورد با هر کدام از گروه‌های مختلف مردم (گروه‌های هدف برنامه‌ها) در سایر فصول آشنا شوید.

در **فصل سوم** کتاب، شیوه‌های شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا را خواهید آموخت. با بکارگیری این شیوه‌ها اطلاعات کاملی از مردمی که قرار است از خدمات شما بهره‌مند شوند و محیط زندگی آنان بدست خواهید آورد. برای اجرای فرآیندهای موجود در این برنامه ابزار و روش‌های خاصی در اختیار است که در این فصل با آنها آشنا خواهید شد. شناخت جمعیتی روستا و گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی و نیز عوامل زیست محیطی که بر سلامت جمعیت تأثیر می‌گذارند نخستین اقدام در اجرای برنامه‌های بهداشتی مختلف است.

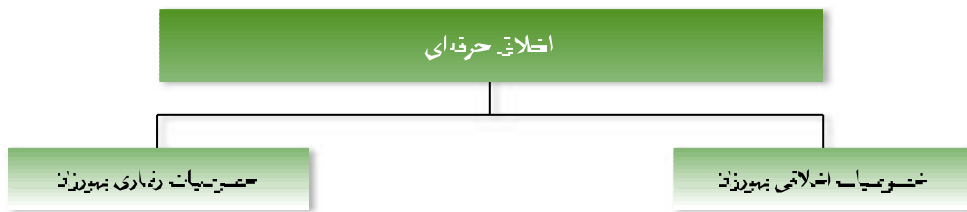
در **فصل‌های چهارم، پنجم، ششم و هفتم** به ترتیب با «اصول آموزش بهداشت»، «آموزش بهداشت به افراد»، «آموزش بهداشت به گروه‌ها و جامعه و روش جلب مشارکت مردم» و نیز «روش‌های آموزشی» آشنا می‌شوید. آموزش بهداشت به افراد و گروه‌های مختلف جامعه در زمینه‌های مختلف یکی از مناسب‌ترین و موثرترین شیوه‌ها در ارتقای وضعیت بهداشت و سلامت آنهاست؛ لذا شما در بخش‌های مختلف کتب این مجموعه با روش ارائه خدمات آموزشی در برنامه‌های مختلف آشنا خواهید شد. به عنوان مثال مشاوره در زمینه‌های تنظیم خانواده، مراقبت کودکان، زنان باردار و... را خواهید آموخت، اما در این کتاب شما با کلیات روش مشاوره آشنا خواهید شد. با این حال مریبان شما می‌توانند با تجربه و مهارتی که دارند چند نمونه از خدمات مشاوره‌ای را که در برنامه‌های بهداشتی پیش‌بینی گردیده به عنوان تمرین در کلاس درس به نمایش گذارند.

نقطه نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما اصلی‌ترین راهنمای ما در بسازی این رسانه آموزشی خواهد بود. خواهشمندیم نظرات و پیشنهادات خود را به نشانی تهران - خیابان جمهوری - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - کمیته برنامه‌ریزی آموزش نیروی انسانی ارسال نمایید.

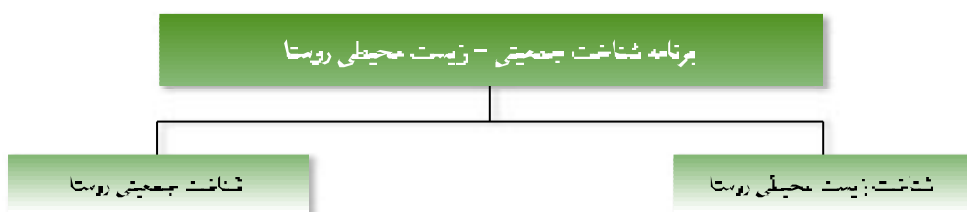
راهنمای کلی محتوای کتاب مبانی بهداشت و کار در روستا



فصل ۱



فصل ۲



فصل ۳



فصل ۴



فصل ۵



فصل ۶



فصل ۷

سخنی با مربیان

شاید نخستین پرسش‌هایی که به ذهن یک مربی با تجربه و کاردان پس از یک نگاه گذرا به این کتاب پیش بیاید این باشد که «این کتاب با چه هدفی نوشته شده؟» و «چگونه محتوای آن تنظیم و تدوین شده است؟» یک سؤال مهم دیگر هم که ممکن است در ذهن جستجوگر بسیاری از مربیان زحمت کش و دلسوزی که سالها وقت خود را صرف تربیت بهروزان نموده‌اند پیش بیاید، این است که «تدریس این مطالب تا چه حد به دانش‌آموزان یاد می‌دهد که چگونه وظایف خود را به انجام برسانند؟»

در پاسخ به دو پرسش نخست باید گفت این کتاب با هدف **آموزش دانستی‌ها، مهارت‌ها و رفتارهایی که از بهروزان جهت انجام وظایف شغلی انتظار می‌رود تدوین شده است.** وظیفه اصلی بهروزان اجرای برنامه‌های بهداشتی در سطح روستا است. بدیهی است تربیت این نیروی انسانی باید به گونه‌ای باشد که قادر باشند خدمات مورد پیش‌بینی در برنامه‌ها را به خوبی به انجام برسانند. تنظیم محتوای آموزشی نیز باید کاملاً مبتنی بر فعالیت‌های پیش‌بینی شده در برنامه‌ها باشد. برنامه‌های بهداشتی براساس اولویت‌های بهداشتی جامعه طراحی می‌شوند و در طول زمان دچار تحول تدریجی می‌گردند. دلیل این موضوع این است که مشکلات سلامت در هر جامعه‌ای در طول زمان تغییر می‌کند. مشکلی که دیروز برای ما مهم بوده است ممکن است امروز یک مسئله جدی نباشد. در عوض حالا مسائل دیگری در اولویت قرار دارند. بنابراین ضروری است که امروز براساس اولویت‌های جدید اقدام به برنامه‌ریزی و تربیت نیروی انسانی کنیم. لذا می‌توان گفت که تنظیم محتوای این کتاب بر مبنای توقعات موجود در برنامه‌های بهداشتی بوده است.

قبل از نوشتن این کتاب با مربیان زیادی در مورد مشکلاتی که در امر آموزش با آن روبرو هستند به بحث پرداختیم. چندین برنامه بهداشتی را مورد ارزیابی قرار دادیم. وظایف شغلی بهروزان را مرور کردیم. محتوای اولیه کتاب را با همکاری کارشناسان مرتبط و برخی از مربیان تنظیم و تدوین کردیم. آن را بازنگری و تصحیح نمودیم، فصل‌هایی از آن را از نو نوشتیم و کتابی را که آماده کرده بودیم با کمک برخی از همکاران شما ارزشیابی و مجدداً آن را بازنگری و تصحیح کردیم. تلاش زیادی انجام شده که محتوای کتاب را خوب پرورانیم تا پاسخی مناسب برای پرسش سوم داشته باشیم.

با تمامی ارزیابی و بررسی‌هایی که کرده‌ایم، باید بگوییم که تدوین این رسانه آموزشی برای ما فقط شروع کار است. باید کیفیت آن را در طول زمان و با کمک شما ارتقاء بخشیم. **باید پاسخ این سؤال که «این مجموعه تا چه حد به دانش‌آموزان یاد می‌دهد که وظایف مشخص حرفه خود را بیاموزند؟» را در طول زمان از خود شما سؤال کنیم و با رهنمودهای شما اقدام به بازنگری در این مجموعه نماییم.**

مؤلفین این مجموعه وظیفه خود می‌دانند که اقدام به تنظیم برنامه‌ای نمایند که با به کارگیری یک روش مناسب به طور مستمر این مجموعه را مورد بازنگری قرار دهند. نظرات و پیشنهادات شما عزیزان اصلی‌ترین راهنمای ما در ارتقای کیفیت این رسانه آموزشی خواهد بود.

ویژگی اصلی این کتاب در مقایسه با سایر کتب مجموعه آموزش بهروزی این است که این رسانه به دنبال آشنایی فراگیرندگان با مدل برنامه‌های بهداشتی و شناساندن نقش و جایگاه آنها در ساختار نظام بهداشتی است. اعتقاد ما این است که ایجاد یک نگرش مناسب در زمینه برنامه‌های بهداشتی و کلیات

آن به دانش‌آموزان این امکان را می‌دهد تا به نحو بهتری فرآیندهای مورد پیش‌بینی در برنامه‌های مختلف بهداشتی را بیاموزند. لذا ضرورت دارد در آموزش سایر کتب قواعد کلی موجود در این کتاب مجدداً به دانش‌آموزان یادآوری شود.

در تنظیم و تدوین محتوای فصول مربوط به آموزش بهداشت این مجموعه، از کتاب «آموزش برای بهداشت» تألیف کارشناسان سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. راهنمایی‌های ارزنده جناب آقای دکتر فرید ابوالحسنی مدیرکل مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی سهم به‌سزایی در ارتقای کیفیت این مجموعه داشته است. در قسمت‌های مختلف این کتاب خصوصاً در فصل اول و سوم از ایده‌ها و تجارب ایشان استفاده شده است. نگارندگان این مجموعه وظیفه خود می‌دانند از تمامی راهنمایی‌ها و عنایات ایشان تشکر نمایند.

دکتر محمد رضا رهبر

کارشناس ارشد

مرکز گسترش شبکه و توسعه

مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

فهرست

- فصل اوّل – آشنایی با خدمات بهداشتی و نظام شبکه** ۱.....
- برنامه‌های بهداشتی ۲
- نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ۱۱
- سطح‌بندی خدمات بهداشتی درمانی ۱۴
- فصل دوّم – اخلاق حرفه‌ای** ۲۱.....
- خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز ۲۲
- خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز ۲۳
- فصل سوّم – شناخت جمعیتی – زیست محیطی روستا** ۲۷.....
- شناخت زیست-محیطی روستا ۳۰
- شناخت جمعیتی روستا ۳۶
- فصل چهارم – اصول آموزش بهداشت** ۵۹.....
- هدف آموزش بهداشت ۶۰
- راه‌های ایجاد تغییر رفتار در مردم ۶۱
- مراحل تغییر رفتار ۶۵
- ارتباط خوب در آموزش بهداشت ۶۷
- فصل پنجم – آموزش بهداشت به افراد و روش مشاوره** ۷۱.....
- اصول مشاوره ۷۳
- انواع مشاوره ۷۵
- مراحل مشاوره ۷۶
- نمونه‌ای از یک جلسه مشاوره ۷۶
- فصل ششم – آموزش بهداشت با گروه‌ها و جامعه و روش جلب مشارکت مردمی** ۸۳.....
- گروه‌های رسمی و غیررسمی ۸۴
- آموزش بهداشت در گروه‌های غیررسمی ۸۷
- آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی ۸۸
- مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه بهداشت ۸۹
- شورای بهداشت روستا ۹۲
- فصل هفتم – روش‌های آموزش** ۹۷.....
- روش‌ها و شیوه‌های متداول آموزشی ۹۸
- رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی ۱۰۱



فصل اوّل

آشنایی با خدمات بهداشتی و نظام شبکه

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- خدمات بهداشتی را تعریف کرده و مدل کلی برنامه‌های بهداشتی و خدمات موجود در آن را توضیح دهید.
- ۲- سیر طبیعی بیماری را با ذکر چند مثال توضیح دهید.
- ۳- مفهوم پیشگیری از بیماری‌ها و سطوح مختلف آن را توضیح دهید.
- ۴- اجرای مراکزهای اولیه بهداشتی را نام ببرید.
- ۵- ساختار شبکه بهداشتی درمانی کشورمان را توضیح دهید.

اهداف

انسان برای به واقعیت در آوردن خواست‌ها و ارضای نیازها و مقابله با عواملی که ممکن است زندگی وی را به مخاطره اندازد نیازمند «تندرستی» است. در واقع تندرستی مهمترین منبع برای زندگی روزمره است. پس، این مهم یک حق اجتماعی تلقی می‌شود که دولت و نظام اجتماعی موظف به تأمین آن هستند. **سازمان جهانی بهداشت تندرستی را «حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی» تعریف کرده است.** نظام بهداشت از طریق ارائه خدمات بهداشتی به رسالت خود در زمینه حفظ و ارتقای تندرستی اقدام می‌کند. این خدمات در قالب برنامه‌های مختلف بهداشتی ارائه می‌شوند.

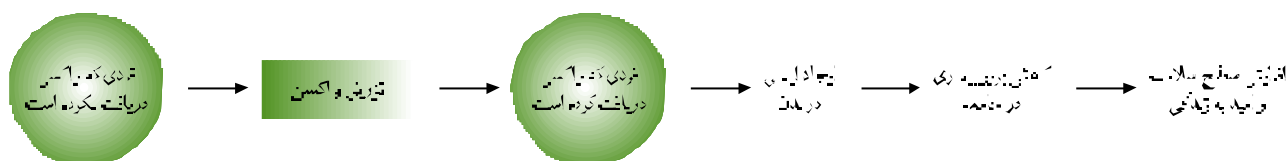
برنامه‌های بهداشتی

برنامه‌های بهداشتی به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مختلف اطلاق می‌شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامتی طراحی گردیده است. به عنوان مثال به برنامه ایمن‌سازی (واکسیناسیون) اطفال توجه کنید. این برنامه به منظور ایجاد ایمنی در برابر برخی از بیماری‌های عفونی مانند سل، فلج اطفال، سیاه‌سرفه و... طراحی شده است و شامل چندین خدمت مختلف نظیر پیدا کردن کودکان واجد شرایط جهت واکسیناسیون، آموزش والدین آنها، تزریق واکسن و مراقبت از اطفال جهت واکسیناسیون در سنین بالاتر و یا نوبت‌های بعدی و... است. **فردی که این خدمات را دریافت می‌کند، اصطلاحاً «گیرنده خدمت» نامیده می‌شود.**

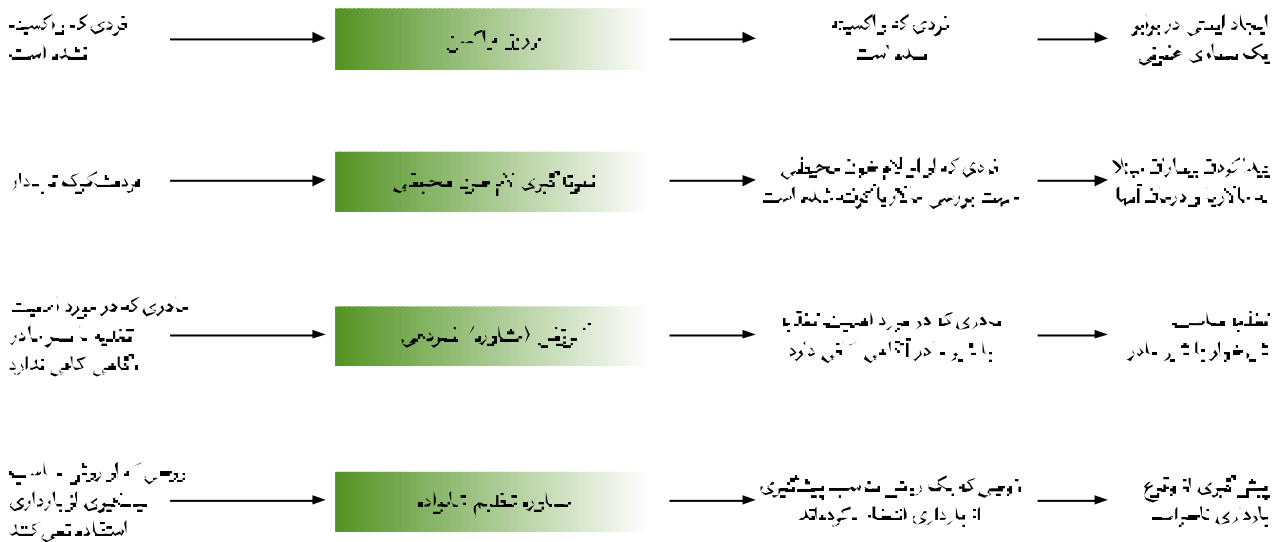
دریافت این خدمات توسط گیرنده خدمت موجب ایجاد تغییراتی در وی می‌شود که در نهایت سبب پیشگیری از بیماری و یا معلولیت ناشی از آن می‌گردد. به عنوان مثال دریافت واکسن هپاتیت «ب» سبب ایجاد ایمنی بر علیه بیماری هپاتیت نوع «ب» در فرد می‌شود و چنانچه همین خدمت به افراد متعددی ارائه گردد، منجر به کاهش بروز بیماری هپاتیت نوع «ب» در جامعه می‌شود. این موضوع به معنای ارتقای سطح سلامت جامعه است و در مجموع موجب افزایش متوسط طول عمر افراد در جامعه (افزایش امید به زندگی) و کاهش بیماری و یا معلولیت (افزایش سطح سلامت) در آنها می‌شود. این موضوع در نمودار ۱-۱ نمایش داده شده است.

نمودار ۱-۱

ارتباط زنجیره‌ای بین ارائه خدمات بهداشتی و ارتقاء سطح سلامتی در جامعه (خدمت ایمن‌سازی)



با توجه به مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که هر برنامه بهداشتی از چندین خدمت متنوع و هر خدمت از چندین فعالیت تشکیل یافته است. بنابراین می‌توان گفت **خدمات بهداشتی عبارتند از «مجموعه فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است»**، این هدف ممکن است ایجاد ایمنی در مقابل یک بیماری عفونی، افزایش سطح آگاهی افراد، پیشگیری از بارداری ناخواسته و بسیاری از اهداف دیگر باشد. این موضوع در نمودار ۱-۲ به نمایش گذاشته شده است.



نمودار ۲-۱

نمایش چند نمونه از خدماتی که منجر به ایجاد یک تغییر در گیرنده خدمت و رسیدن به اهداف موجود در برنامه می‌گردد. خدمات نمایش داده شده از بالا به پایین مربوط به برنامه‌های ایمن‌سازی، مبارزه با مالاریا، ترویج تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده است. هر یک از برنامه‌های ذکر شده خدمات دیگری را نیز ارائه می‌نمایند. به عنوان مثال برنامه تنظیم خانواده شامل خدمات آموزش و ترغیب زنان واجد شرایط فاصله‌گذاری بین تولدها، به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، مشاوره و انتخاب روش پیشگیری از بارداری مراقبت از فرد استفاده کننده از روش پیشگیری و... است.

نکته مهم در اجرای یک برنامه بهداشتی این است که پس از اجرا، هدف آن برنامه حاصل شود. به عنوان مثال هنگامی می‌توان گفت که برنامه تنظیم خانواده در یک جامعه موفق بوده است که میزان وقوع بارداری ناخواسته در زوج‌ها کاهش یافته باشد، بدیهی است که انجام فعالیت‌های متعدد، چنانچه منجر به تحقق این هدف نگردد، دلالت بر عدم موفقیت برنامه دارد. در این مورد به مثال دیگری توجه کنید. در صورتی که در برنامه ایمن‌سازی، زنجیره سرما (نگهداری واکسن‌ها در شرایط دمایی مناسب) رعایت نشود، موجب خواهد شد هدف برنامه که ایجاد ایمنی در برابر بیماری‌های عفونی مورد نظر است، حاصل نگردد. بنابراین هر چند که پوشش بالایی از ایمن‌سازی در افراد واجد شرایط ایجاد شود، شرایط نامطلوب دمایی سبب از بین رفتن و یا کاهش تأثیر ایمنی‌زایی شده و هدف برنامه حاصل نخواهد شد. برای تحقق اهداف یک برنامه بهداشتی نخست باید خود برنامه بهداشتی به درستی طراحی شده باشد (وظیفه برنامه‌ریزان) ثانیاً باید خدمات و فعالیت‌های پیش‌بینی شده در آن به درستی انجام شود (وظیفه ارائه‌کنندگان خدمات) و ثالثاً منابعی که برای اجرای فعالیت به کار گرفته می‌شوند استاندارد باشند (وظیفه تأمین‌کنندگان منابع و ارائه‌کنندگان خدمات). منظور از منابع استاندارد تجهیزات و وسایل به کار گرفته شده و نیروی انسانی ارائه‌کننده این خدمات است. میزان تحقق اهداف یک برنامه بهداشتی به وسیله شاخص‌های ویژه‌ای ارزیابی می‌شود که در جای خود به هنگام معرفی برنامه‌های بهداشتی مختلف در سایر کتب این مجموعه در مورد آنها بحث خواهیم کرد.

برای آن‌که با نقش برنامه‌های بهداشتی مختلف در پیشگیری از مشکلات سلامت آشنا شوید، لازم است سیر طبیعی بیماری‌ها را مرور کنید. با فهم سیر طبیعی بیماری‌ها می‌توان برخورد‌های مختلف را در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌ها بهتر درک کرد.

سیر طبیعی بیماری‌ها

بسیاری از بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی، دیابت و فشارخون بالا دارای سیر طبیعی طولانی هستند. این بیماری‌ها در طول زمان از مراحل معین و متوالی گذر می‌کنند. دانش کنونی نشان داده است که غالباً عوامل مؤثر در ایجاد این بیماری‌های مزمن از همان سال‌های اول زندگی در فرد وجود داشته و علایم بالینی آن در سال‌های خیلی دیرتر ظاهر می‌شود. برای درک بیشتر این مطلب به یک مثال توجه کنید. سکتته مغزی اصطلاحی است که برای اغلب مردم کاملاً آشنا است. سکتته مغزی عبارت است از مجموعه‌ای علائم و نشانه‌های نارسایی عصبی که در نتیجه اختلال جریان گردش خون در مغز ایجاد می‌شود. این اختلال پس از وجود آمدن ظرف مدتی در حدود ۲۴ ساعت تمامی علائم و نشانه‌های خود را ایجاد می‌کند. تظاهراتی که بدنمال اختلال جریان گردش خون در مغز ایجاد می‌شود با وسعت و محل ضایعه در مغز ارتباط دارد و ممکن است سبب اختلال در گفتار، فلج تمامی یا قسمتی از بدن و سایر فعالیت‌های مغزی شود. بیماری عروق مغزی یکی از مشکلات مهم بهداشتی در تمامی جوامع است که علاوه بر مرگ سبب بروز ناتوانی تعداد بسیار زیادی از افراد می‌شود. سال‌ها قبل اعتقاد بر این بود که سکتته مغزی مخصوص افراد مسن است و بدون هیچ‌گونه ارتباطی با وضع قلبی سلامت فرد بوجود می‌آید. پیشرفت‌های حاصل در رشته‌های مختلف علوم در طی دهه‌های اخیر نکات زیادی را در مورد این بیماری روشن کرد و نشان داد عواملی نظیر فشارخون بالا و ناهنجاری‌های قلبی می‌توانند سبب بروز سکتته مغزی شوند. این بررسی‌ها در مورد بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر نیز صورت گرفت و به عنوان مثال دانشمندان دریافتند عواملی نظیر فشارخون بالا، چربی‌های خون بالا، سیگار کشیدن و بیماری قندخون می‌توانند در طول زمان سبب تنگی عروق تغذیه‌کننده قلب و اختلال در خونرسانی عضله قلبی شده و نهایتاً موجب بروز سکتته قلبی شوند.

چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری‌ها وضع شده غالباً برای به تصویر کشیدن بیماری‌های مزمن (که اغلب غیرعفونی هستند) به کار می‌رود، با این حال اغلب بیماری‌های عفونی و حاد نیز دارای یک سیر طبیعی مشابه هستند، که مراحل مختلف آن با ویژگی‌هایی خاص و در طول زمانی کوتاه رخ می‌دهد. در سیر یک بیماری عفونی نخست عامل عفونت‌زا وارد بدن فرد شده و پس از آن تکثیر می‌یابد و هنگامی که تعداد کافی از آن در بدن ایجاد شد، موجب اختلال در ساختمان و عمل اعضا شده و نخستین نشانه‌های بیماری آشکار می‌شود. مدت زمان بین هجوم عامل بیماری‌زا و آشکار شدن نخستین نشانه‌های بیماری را اصطلاحاً دوره پنهان بیماری می‌گویند. طول این دوره در بیماری‌های عفونی مختلف متفاوت است. در بعضی از بیماری‌های عفونی دوره پنهانی خیلی کوتاه است و بین چند ساعت تا دو یا سه روز است؛ مانند مسمومیت‌های غذایی، وبا و اسهال خونی میکروبی. در برخی بیماری‌ها مانند آبله مرغان و سرخک ممکن است بیش از ۱۰ روز تا چند هفته باشد. برخی بیماری‌های عفونی نظیر هپاتیت «ب» و هاری نیز دوره‌های پنهان طولانی‌تری دارند و پس از طی دوره پنهان علایم بیماری ظاهر می‌شود. در طول این دوره با درمان و یا بدون آن بیماری به سمت بهبودی یا ناتوانی (یا مرگ) پیش می‌رود.

برای آنکه شما اقدامات مناسبی را که در برنامه‌های بهداشتی مختلف برای پیشگیری از وقوع اختلالات سلامت پیش‌بینی شده بهتر درک کنید در ادامه بحث با چارچوبی که برای سیر طبیعی بیماری‌ها وضع شده بیشتر آشنا می‌شویم.

مرحله آمادگی

در این مرحله هنوز بیماری ظاهر نشده است ولی شالوده آن با حضور عواملی که به نفع وقوع آن است، ریخته شده است. برای مثال بالا بودن سطح چربی‌های خون احتمال ابتلای به بیماری عروق تغذیه‌کننده قلب (عروق کروناری) را افزایش می‌دهد. **عواملی که حضور آنها احتمال پیدایش یک بیماری را در زمانهای**

بعدي افزايش مي دهد، عوامل خطر ناميده مي شوند. پاره‌اي از عوامل خطر تغيير پذيرند مانند چربي خون بالا، فشارخون بالا و مصرف سيگار و برخي از آنها غير قابل تغييرند مانند سن و جنس. با اين حال حتي اگر اين عوامل قابل تغيير نيز نباشند مي توان با اجرائ مراقبت‌هاي بهداشتي و کنترل ساير عوامل خطر از وقوع بيماري تا حدي پيشگيري نمود. به عنوان مثال با ارائه خدمات مراقبت افراد مسن از نظر فشارخون مي توان از عوارض ناشي از فشارخون بالا در آنها پيشگيري نمود. اين موضوع در مورد بيماري‌هاي عفوني نيز صادق است. مثلاً رعايت توصيه‌هاي بهداشتي نظير نگهداري و شست و شوي صحيح مواد غذايي سبب پيشگيري از اسهال عفوني مي شود.

مرحله قبل از بروز علايم

در اين مرحله، علايم واضحي از بيماري مشاهده نمي شود، ولي معمولاً دليل تأثير عوامل خطر تغييرات بيماري زايي شروع شده‌اند. به عنوان مثال تغييراتي که در عروق تغذيه کننده قلب در اثر عوامل خطر مختلف رخ مي دهد، مي تواند سبب تنگ شدن آنها در اثر رسوب چربي‌ها شود. با اين حال از آنجا که تغيير ساختمان و عمل اعضاي بدن هنوز زياد نيست، علايم بيماري ظاهر نمي شود. دوره پنهاني در بيماري‌هاي عفوني معادل همين مرحله محسوب مي شود که همانطور که گفته شد، هنوز در اين مرحله علايم بيماري آشکار نگرديده است.

مرحله باليني بيماري

در اين مرحله تغييرات اعضاي بدن چه از نظر ساختمان و چه از نظر عمل به اندازه‌اي است که منجر به ظهور علايم و نشانه‌هاي بيماري مي شود. به عنوان مثال چنانچه تنگ شدن مجرای عروق تغذيه کننده قلب به ميزان مشخصي برسد مي تواند در فرد علائم خاصي ايجاد نمايد. شدت وقوع اين علايم وابسته به ميزان بروز تغيير در ساختمان و عملکرد اعضاي بدن است و ممکن است شامل بروز تنگي نفس در هنگام فعاليت‌هاي سنگين، بروز تنگي نفس به هنگام فعاليت‌هاي عادي و در نهايت بروز تنگي نفس حتي در زمان استراحت باشد. بنابراین حتي در اين مرحله نيز حالت‌هاي مختلفی از وقوع علايم و نشانه‌هاي بيماري موجود است که با اقدامات مداخله‌اي مختلف و اعمال مراقبت‌هاي پيشگيرانه مي توان از سرعت سير بيماري به سمت مرحله ناتواني کاست. در مورد بيماري‌هاي عفوني نيز برخورد مناسب با اين مرحله سبب کاهش وقوع عوارض مي گردد. به عنوان مثال، درمان مناسب گلودرد چرکي در اطفال سبب پيشگيري از وقوع روماتيسم قلبي و ناتواني‌هاي ناشي از آن مي شود. اجرائ مابيع درماني خوراکی در کودکان مبتلا به اسهال نيز از عوارض ناشي از اسهال پيشگيري مي کند.

مرحله ناتواني

پاره‌اي از بيماري‌ها در طی دوره بيماري بدون درمان و يا در اثر اقدامات درماني بهبود مي يابند. به عنوان مثال اکثر افرادی که مبتلا به اسهال عفوني مي شوند نهايتاً بهبود مي يابند، ولي پاره‌اي هم آثاري از خود به جای مي گذارند که غالباً در یک دوره کوتاه يا طولاني شخص را دچار درجات متفاوتي از ناتواني مي کند. **ناتواني طبق تعريف عبارت است از «هرگونه کاهش موقت يا درازمدت فعاليت یک فرد ناشي از یک بيماري»** وقوع ناتواني در اثر بيماري برای جامعه از اهميت خاصي برخوردار است خصوصاً چنانچه یک بيماري سبب وقوع یک ناتواني مزمن در فرد شود. به عنوان مثال بيماري قند (ديابت) در طول سير خود مي تواند سبب بروز ناتواني‌هاي مزمن متعددي نظير، مشکلات قلبي، بينايي، کليوي و قطع عضو شود که هزینه‌هاي بسيار بالايي برای فرد و جامعه بدنبال خواهد داشت.

از آنچه که گفته شد چنین بر می آید که یک بیماری در طول زمان تکامل می یابد و همراه با آن تغییراتی در ساختمان و عملکرد اعضای بدن رخ می دهد. بدین لحاظ لازم است که کشف و دخالت به مراحل قبل از ظهور علائم بیماری و بر روی عوامل خطر بیماری متمرکز شود. این حقیقت ما را بر آن می دارد که تأکید را بر روی پیشگیری قرار دهیم تا درمان، برنامه های بهداشتی مختلف با هدف پیشگیری از وقوع ناتوانی و برخورد مناسب با ناتوانی هنگامی که به وقوع پیوسته باشد، طراحی گردیده اند. **پیشگیری از بیماری ها براساس تعریف عبارت است از «تمامی اقداماتی که سیر بیماری را قطع یا آهسته می کنند»** به این دلیل می توان برای پیشگیری درجات متعدد قائل شد. در ادامه مطلب به سطوح مختلف پیشگیری همراه با نمونه هایی از برنامه های بهداشتی که با اهداف پیشگیری از بیماری ها طراحی گردیده اند، اشاره می کنیم.

● سطوح پیش گیری

همانطور که گفتیم هدف نهایی خدمات بهداشتی عبارت است از «ارتقای تندرستی»، «حفظ تندرستی» و «بازگرداندن تندرستی» - هنگامی که در آن نقصی روی داده - و به حداقل رساندن رنج و پریشانی، تمام این هدف ها در واژه پیش گیری گنجانده شده اند. همانطور که گفتیم پیشگیری از مشکلات سلامت ممکن است در تمامی سطوح تندرستی صورت گیرد. به همین جهت می توان **پیشگیری را به سه سطح دسته بندی کرد: پیشگیری سطح اول، پیشگیری سطح دوم و پیشگیری سطح سوم.**

پیشگیری سطح اول را می توان چنین تعریف کرد؛ حفظ تندرستی از طریق تغییراتی که در اشخاص یا اجتماع ایجاد می کنیم؛ مانند حفظ وضعیت تغذیه خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن سازی علیه بیماری های عفونی و بی خطر کردن محیط زیست افراد. در اغلب موارد برای اجرای برنامه های پیشگیری سطح اول نیازمند همکاری و زمینه سازی سایر بخش ها هستیم. مشارکت سایر بخش ها در امر بهداشت را اصطلاحاً **مشارکت بین بخشی** می گویند؛ مانند مشارکت سازمان آب و فاضلاب با بخش بهداشت در تأمین آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب در شهرها.

پیشگیری سطح دوم را می توان چنین تعریف کرد؛ فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت (انحراف از تندرستی خوب)؛ مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده دیابت و سرطان دهانه رحم. **فعالیت شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمون ها، معاینه ها و یا سایر رویه ها را اصطلاحاً غربالگری می گویند.** باید توجه داشت که آزمون های غربالگری به منظور تشخیص قطعی بیماری به کار نمی روند و کسانی که یافته های مثبت داشته باشند باید برای تشخیص و درمان معاینات دیگری نیز شوند. به عنوان مثال آزمون های اولیه ای که برای اندازه گیری قدرت بینایی در دانش آموزان در بدو ورود به مدرسه صورت می گیرد یک تست غربالگری برای تشخیص تنبلی چشم محسوب می شود، علاوه بر این انجام آزمایش پاپ اسمیر دوره ای در زنان یک تست غربالگری برای تشخیص سرطان های گردن رحم است. تشخیص قطعی هر یک از دو بیماری فوق با انجام آزمایشات اختصاصی دیگری صورت می گیرد که برای افرادی که تست غربالگری آنها مثبت شده است انجام می شود.

پیشگیری سطح سوم شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدّت و خصوصاً درازمدّت و به حداقل رساندن رنج های حاصل از مشکلات سلامت و ارتقای قابلیت فرد بیمار درمان ناپذیر است. به این ترتیب مفهوم پیشگیری تا عرصه بازتوانی گسترش می یابد. برنامه های مختلف درمان اسهال و عفونت های تنفسی و یا بازتوانی معلولین از جمله برنامه های پیشگیری سطح سوم محسوب می شوند. برای اجرای برنامه های پیشگیری، هماهنگی و مشارکت سطوح و بخش های مختلف بهداشت و درمان ضروری است. این مشارکت را اصطلاحاً **مشارکت درون بخشی** می گویند. به عنوان مثال

مشارکت بخش‌های درمانی تخصصی با بخش بهداشت در زمینه‌های بازتوانی معلولین، پذیرش ارجاع بیماران - که با آن آشنایی بیشتری پیدا خواهید کرد - یک نوع مشارکت درون بخشی محسوب می‌شود.

حال که با مفهوم سیر طبیعی بیماری و سطوح مختلف پیشگیری از بیماری‌ها آشنا شدید مناسب است یک بار دیگر انواع برنامه‌های بهداشتی را مرور نماییم.

- ۱- **برنامه‌های بهداشتی پیشگیری سطح اول** مانند «برنامه مبارزه با ایدز» که در آن از طریق ارتقاء سطح آگاهی افراد در مورد عوامل خطر (رفتارهای خطرناک که ممکن است فرد را به بیماری مبتلا کند) سبب پیش‌گیری از وقوع بیماری می‌شود. برنامه‌ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی نیز یک برنامه بهداشتی پیش‌گیری سطح اول است.
- ۲- **برنامه‌های بهداشتی پیشگیری سطح دوم** مانند «برنامه غربالگری سرطان گردن رحم» که از طریق انجام آزمایش غربالگری پاپ اسمیر، افراد مظنون شناسایی و جهت اقدامات لازم ارجاع می‌شوند.
- ۳- **برنامه‌های بهداشتی پیشگیری سطح سوم** مانند برنامه ARI (درمان کودکان مبتلا به عفونت‌های تنفسی حاد) و برنامه توانبخشی معلولین.

در برخی موارد برنامه‌های بهداشتی در دو یا هر سه سطح پیشگیری عمل می‌کنند (مانند برنامه درمان بیماران مسلول زیر دید مستقیم). در این برنامه مبتلایان به سل شناخته و درمان می‌شوند (پیشگیری سطح سوم) و در نتیجه اجرای مؤثر درمان شیوع بیماری سل در جامعه و خطر انتقال آن به افراد سالم کاهش می‌یابد (پیشگیری سطح اول).

حال که با برنامه‌های بهداشتی مختلف آشنا شدید، لازم است بدانید که این برنامه‌ها چه افرادی از جامعه را بیشتر مورد توجه قرار می‌دهند و خدمات خود را به چه گروه‌هایی عرضه می‌نمایند. به عبارت دیگر گروه‌های هدف در برنامه‌های بهداشتی چه کسانی هستند؟

گروه هدف در برنامه‌های بهداشتی

افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و می‌بایست آنها را دریافت کنند «گروه هدف» آن برنامه نامیده می‌شوند. سیاست‌گذاران بخش بهداشت در اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشتی همواره سعی می‌کنند برنامه‌هایی را انتخاب نمایند که برای پیشگیری از شدیدترین و فراوان‌ترین مشکلات سلامت در جامعه باشد. بدین لحاظ این برنامه‌ها همواره مشکلات سلامت خاص و گروه‌هایی ویژه از افراد جامعه را مورد هدف قرار می‌دهند. به عنوان مثال: برخی از گروه‌های هدف که در برنامه‌های جاری نظام بهداشتی ما مدنظر هستند، عبارتند از:

- ۱- **گروه کودکان زیر ۶ سال** (گروه کودکان زیر ۶ سال در برنامه‌های مختلف به زیر گروه‌های متفاوتی تقسیم می‌شوند.)
- ۲- **گروه مادران باردار**
- ۳- **گروه دانش‌آموزان**
- ۴- **گروه‌های بیماران مختلف** (مانند افراد مبتلا به بیماری سل، مالاریا، فشار خون و...)
- ۵- **گروه زوج‌هایی که واجد شرایط فاصله‌گذاری بین تولدها هستند.**

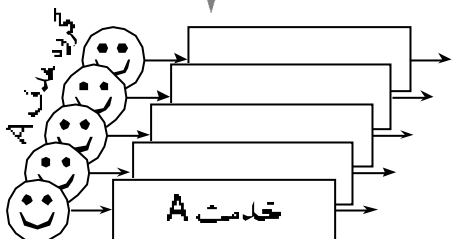
گروه‌های هدف فوق و بسیاری از گروه‌های دیگر از جمله افرادی از جامعه هستند که در معرض ابتلا به مشکلات سلامت هستند و برای آنها برنامه‌های بهداشتی پیش‌بینی گردیده است. در نمودار ۱-۳ نقش خدمات موجود در برنامه‌های مختلف تندرستی در ارتقای سطح سلامت جامعه نمایش داده شده است.

نمودار ۳-۱ - نقش خدمات موجود در برنامه‌های بهداشتی در ارتقاء سطح سلامت جامعه

همانطور که مشاهده می‌کنید، اکثر برنامه‌های بهداشتی یک گروه هدف ویژه دارند. مثلاً گروه هدف در برنامه تنظیم خانواده زوج‌هایی هستند که واجد شرایط فاصله‌گذاری بین تولدها هستند. برخی برنامه‌ها مانند بهداشت دهان و دندان ممکن است چند گروه هدف داشته باشند (دانش‌آموزان، زنان باردار و ...).

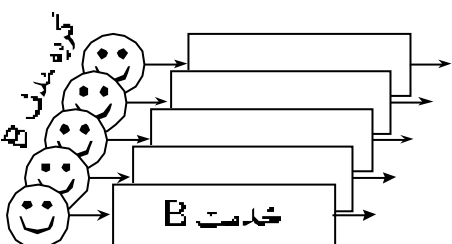
ارتقاء سطح سلامت جامعه (هدف کلی برنامه‌های بهداشتی)

هدف A (هدف برنامه A)



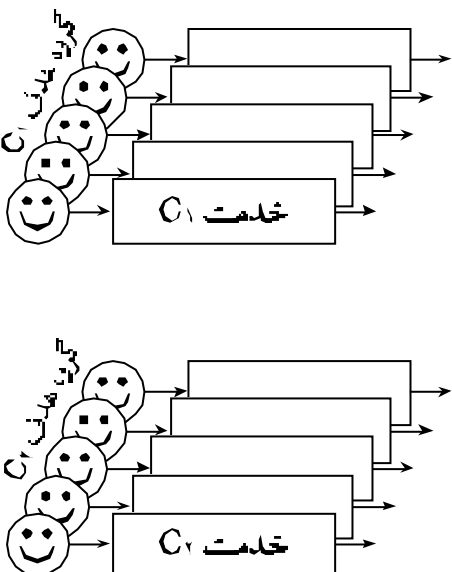
برنامه A

هدف B (هدف برنامه B)



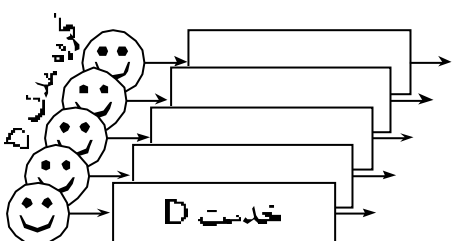
برنامه B

هدف C (هدف برنامه C)



برنامه C

هدف D (هدف برنامه D)

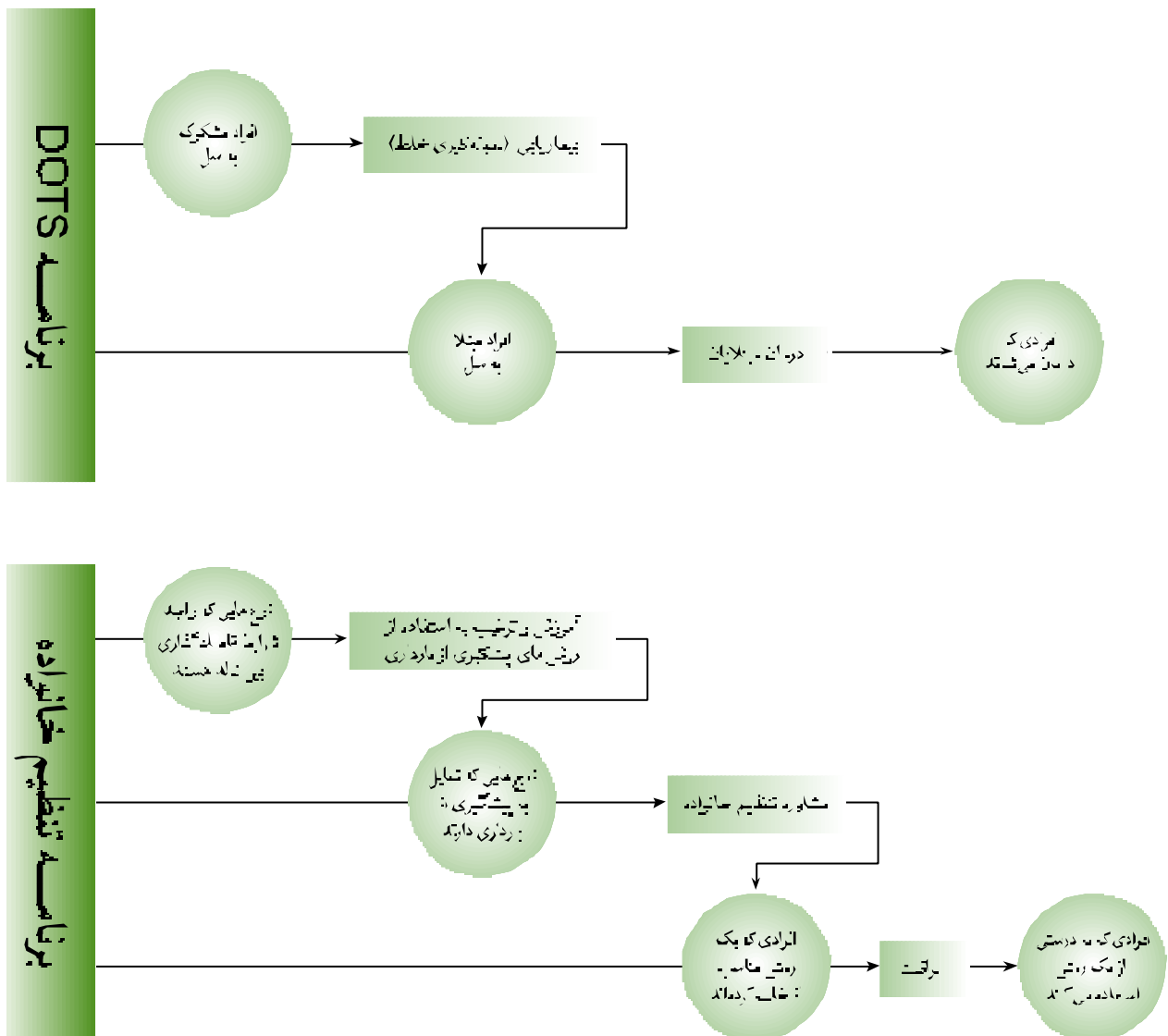


برنامه D

در اغلب موارد ارائه برخی خدمات موجود در برنامه، پیش‌نیاز لازم جهت ارائه سایر خدمات است. در این مورد به مثال‌های موجود در نمودار ۱-۴ دقت کنید. در این نمودار نشان داده شده است که انجام خدمات مربوط به بیماریابی در بین افراد مشکوک به بیماری سل، پیش‌نیاز ارائه خدمات مربوط به درمان مبتلایان است. در برنامه تنظیم خانواده جهت ارائه خدمات پیشگیری از بارداری به زوج‌ها نخست باید زوج‌هایی را که نیازمند فاصله‌گذاری بین تولدها هستند شناسایی کرد. پس از آن باید آنها را آموزش داد و به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری ترغیب نمود. در مرحله بعد یک روش مناسب پیشگیری از بارداری به کسانی که مایل به استفاده از این روش‌ها هستند تجویز می‌شود و نهایتاً افراد فوق‌الذکر مورد مراقبت قرار می‌گیرند. ارائه هر مرحله از این خدمات نیازمند اجرای خدمت در مراحل قبل است.

نمودار ۱-۴ نمایش چند برنامه

به خدمات موجود در برنامه‌ها و گروه‌های هدف موجود در آنها دقت کنید. اکثر برنامه‌های بهداشتی از خدمات پیوسته‌ای تشکیل گردیده‌اند که اجرای هر کدام از آنها زمینه را برای اجرای سایر خدمات فراهم می‌کند.



مراقبت‌های اولیه بهداشتی

به مجموعه خدماتی که توسط خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت شهری و نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ارائه می‌شود، اصطلاحاً مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا «خدمات بهداشتی درمانی اولیه» می‌گویند.

خدمات بهداشتی برای پیش‌گیری از مهم‌ترین مشکلات سلامت طراحی می‌شوند. این خدمات به صورت‌های مختلفی می‌توانند عرضه شوند. برنامه‌ریزان سلامت همواره می‌کوشند این خدمات را در مناسب‌ترین شیوه خود طراحی نمایند تا این امکان فراهم باشد که با صرف هزینه‌های کمتری تأثیرات مفید بیشتری از آنها به دست آید. با رعایت این اصل خدمات از کارایی مناسبی برخوردار خواهند بود. به عنوان مثال در اکثر برنامه‌های بهداشتی خدمات آموزش بهداشت به گروه‌های هدف به عنوان یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها در پیشگیری از مشکلات سلامت انتخاب می‌شود. استفاده از این شیوه موجب افزایش آگاهی افراد گردیده و به نحو مؤثری از بروز مشکلات سلامت پیشگیری می‌کند. خدمات آموزش بهداشت در اغلب موارد هزینه‌های کمتری نسبت به سایر روش‌ها دارد. اغلب خدمات موجود در برنامه‌ها مبتنی بر پیشگیری از بیماری‌ها است که بسیار آسانتر و کم‌هزینه‌تر از درمان آنها است. لذا طراحان برنامه‌های سلامت می‌کوشند تا با ارائه اساسی‌ترین خدمات بهداشتی و درمانی به عموم جامعه خصوصاً گروه‌های هدف، از وقوع بیماری‌ها و معلولیت ناشی از آنها به طور وسیعی پیشگیری نمایند. برای این که این خدمات به عموم جامعه قابل ارائه باشند، باید امکان ارائه آن در محل زندگی و کار مردم فراهم شود. به همین منظور این خدمات در محیطی‌ترین سطوح ارائه خدمات (خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی) عرضه می‌شوند.

سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عمل آورده است. از نظر این سازمان مراقبت‌های اولیه بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی ضروری است که با هزینه‌ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه با روش‌هایی عملی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باید به مردم ارائه کرد.

این خدمات - در کمترین حالت - حداقل از اجزای زیر تشکیل شده است:

۱- آموزش مردم

۲- بهبود وضعیت غذا و تغذیه

۳- تأمین آب آشامیدنی سالم

۴- ایمن‌سازی بر علیه بیماری‌های عفونی

۵- بهداشت مادر و کودک

۶- مبارزه با بیماری‌های شایع بومی

۷- درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث

۸- تدارک داروهای اساسی

در مورد هر یک از این اجزا در فصول مختلف کتب مجموعه آموزش به‌روزی به تفصیل بحث خواهیم کرد.

حال که با مفهوم مراقبت‌های اولیه بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها آشنا شدیم، چند سؤال مهم مطرح است. این سؤالات عبارتند از:

این خدمات توسط چه واحدهایی ارائه می‌شوند؟ چه واحدهایی اقدام به تأمین منابع (امکانات) مورد نیاز برای این خدمات می‌نمایند؟ چه کسانی و در کجا وظیفه نظارت و کنترل این خدمات را برعهده دارند؟

و بالاخره سؤال آخر این است که برنامه ریزان و طراحان این خدمات چه کسانی و در کجا هستند؟ برای پاسخ به این سوالات باید با نظام شبکه بهداشتی درمانی کشورمان آشنا شویم.

نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

همانطور که گفته شد خانه‌های بهداشت روستایی و پایگاه‌های بهداشت شهری و نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی اصلی‌ترین واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی هستند. سطوح بالاتر وظیفه پذیرش موارد ارجاع بیماران (که نیاز به خدمات تخصصی دارند) و برنامه‌ریزی‌های بهداشتی را بر عهده دارند. به مجموعه سطوح مختلف ارائه خدمات و برنامه‌ریزی بهداشتی نظام شبکه می‌گویند. برای درک بیشتر نقش و موقعیت این واحدها می‌بایست نمای سازمانی و شرح وظایف سطوح مختلف نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور را معرفی کنیم. نظام بهداشتی کشور ایران را می‌توان در سه سطح شهرستان، استان و کشور مرور کرد:

۱- سطح شهرستان

در سطح شهرستان همانطور که در نمودار ۵-۱ دیده می‌شود واحدهای اجرایی - از پایین به بالا - را خانه بهداشت و پایگاه بهداشت شهری، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) و مدیریت شبکه بهداشتی درمانی شهرستان تشکیل می‌دهد. مدیریت شبکه بهداشتی درمانی شهرستان خود از دو بخش اصلی، مشتمل بر مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان تشکیل شده است.

نمودار ۵-۱

سطوح مختلف شبکه

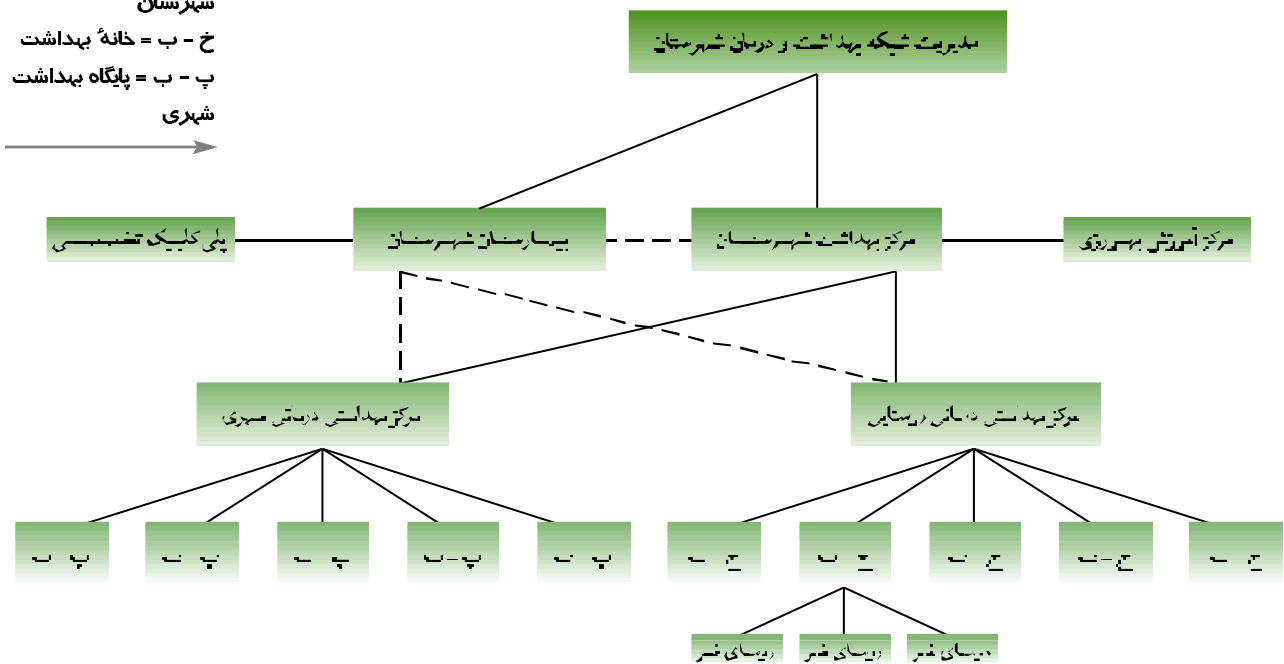
بهداشت و درمان

شهرستان

خ - ب = خانه بهداشت

پ - ب = پایگاه بهداشت

شهری



خانه بهداشت:

خانه بهداشت واحدی است مستقر در روستا، که غالباً چند روستای دیگر (روستاها قمر) را نیز پوشش می‌دهد. بهورزان زن و مرد، کارکنان خانه بهداشت را تشکیل می‌دهند. بهورزان، بومی هستند و این امر منجر به ارتباط مداوم آنها با مردم می‌گردد.

وظیفه خانه بهداشت اجرای برنامه‌های بهداشتی و ارائه خدمات موجود در آنها به گروه‌های مختلف است. به منظور ارائه خدمات بهداشتی باید چارچوب ذیل برای هر برنامه بهداشتی به منظور ترغیب آنها به ورود به برنامه و بهره‌مندی از خدمات در هر خانه بهداشت اجرا شود:

۱- شناسایی جمعیت هدف برنامه‌های بهداشتی

۲- آموزش به جمعیت هدف

۳- ارائه خدمت به جمعیت هدف

۴- پیگیری و مراقبت

۵- ثبت اقدامات انجام شده و نتایج آن و ارسال گزارشات

شما در بخش‌های مختلف مجموعه کتب آموزش به‌روزی با برنامه‌های مختلف در دست اجرا آشنا خواهید شد و درخواهید یافت که این چارچوب در مورد اکثر برنامه‌های بهداشتی لازم‌الاجرا است.

پایگاه بهداشت:

پایگاه بهداشت، واحدی است مستقر در مناطق شهری که اقدام به ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در جمعیت مشخصی از شهر می‌نماید. تعداد پایگاه‌های موجود در یک شهر بستگی به جمعیت آن شهر دارد. پرسنل ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه بهداشتی در پایگاه‌ها را کارکنان بهداشتی تشکیل می‌دهند. پایگاه بهداشت شهری اولین واحد عرضه‌کننده مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهر است.

مرکز بهداشتی درمانی:

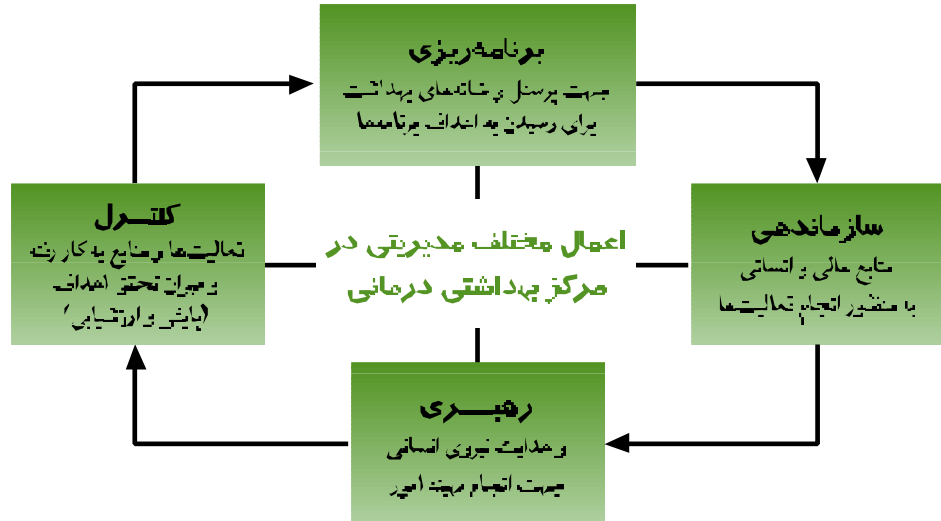
مراکز بهداشتی درمانی شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی است. مرکز بهداشتی درمانی روستایی واحدی مستقر در روستا است که یک خانه بهداشت را در همان روستا و غالباً چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد. در مرکز بهداشتی درمانی روستایی گروهی مرکب از کارکنان بهداشتی، بهیار و کارکنان اداری با رهبری پزشک کار می‌کنند.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی دو وظیفه اساسی را به عهده دارد:

نخست، وظیفه ارائه بخشی از خدمات بهداشتی و درمانی که در خانه‌های بهداشت امکان ارائه آن وجود ندارد، نظیر درمان برخی بیماری‌ها (که به‌روز قادر به اجرای درمان آنها نیست) و یا ارائه برخی از خدمات، مانند کاشتن آی - یو - دی (که توسط به‌روز قابل ارائه نیست) و نیز انجام آزمایشات تشخیصی طبی و... این خدمات اکثراً از طریق ارجاع بیماران یا افراد از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی ارائه می‌شود. البته ممکن است در برخی موارد مرکز بهداشتی درمانی خود رأساً اقدام به ارائه خدماتی خاص نماید؛ مانند نمونه‌گیری از مواد غذایی و...

دوم وظیفه مدیریت، این وظیفه مشتمل بر برنامه‌ریزی اجرایی، سازماندهی منابع، رهبری و هدایت واحدهای تابعه (خانه‌های بهداشت) و بالاخره کنترل و نظارت بر فعالیت‌ها است. این موضوع در نمودار ۱-۶ نمایش داده شده است.

نمودار ۶-۱
 اعمال مختلف مدیریتی
 در مرکز بهداشتی
 درمانی شامل
 برنامه‌ریزی، سازماندهی
 رهبری و کنترل



در زمینه ارائه خدمات، مرکز بهداشتی درمانی روستایی وظیفه دارد در صورتی که مراجعه کننده نیازمند خدمات تخصصی باشد وی را به سطوح بالاتر (پلی کلینیک تخصصی یا بیمارستان) ارجاع دهد. علاوه بر این در زمینه مدیریت نیز مرکز بهداشتی درمانی وظیفه دارد چنانچه حل مشکلی نیازمند مساعدت مرکز بهداشت شهرستان باشد از آنها استمداد جوید. (به عنوان مثال در زمینه تأمین منابع و نیز بررسی‌های خاص و...)

مرکز بهداشتی درمانی شهری نیز وظایفی نظیر مرکز بهداشتی درمانی روستایی - با اندکی تفاوت - دارد. این مرکز وظیفه نظارت بر پایگاه‌های بهداشتی شهری و پذیرش موارد ارجاع را بر عهده دارد.

تسهیلات زایمانی:

مرکز تسهیلات زایمانی واحدی است مستقر در روستا که یک حوزه جمعیتی بزرگ را تحت پوشش دارد. هر مرکز تسهیلات زایمانی توسط کاردانان مامایی و یک راننده آمبولانس اداره می‌شود. وظیفه این کاردان‌ها این است که در تمام ۲۴ ساعت به زایمان‌های طبیعی کمک کنند و موارد پیچیده و دشوار را به نزدیکترین بخش بیمارستانی اعزام نمایند. خدمات تنظیم خانواده (از جمله کاشتن آی-یودی) از خدمات دیگر هر مرکز تسهیلات زایمانی است.

مرکز آموزش بهورزی:

در نظام خدمات بهداشت و درمان، مرکز آموزش بهورزی جایگاهی پراهمیت و حساس دارد. اهمیت مرکز آموزش بهورزی در این است که جمعی از فرزندان محروم‌ترین نقاط کشور، برای خدمت به مردم همان نواحی توسط مربیان تربیت می‌شوند. دانش آموز بهورزی در طول مدت آموزش خود با مربیان مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین کننده دارد، از آنان تعلیم می‌گیرد، توسط آنان هدایت می‌شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه آموزش‌های لازم را کسب می‌نماید.

هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر مرکز، چندین مربی دارد. مدیر و مربیان هر مرکز آموزش بهورزی، شورای مربیان آن مرکز را تشکیل می‌دهند. مرکز آموزش بهورزی وظیفه تربیت بهورزان و نیز بازآموزی بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت را بر عهده دارد. این مرکز تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان فعالیت می‌کند.

مرکز بهداشت شهرستان:

واحدی است خودگردان که سه مسئولیت اساسی زیر را بر عهده دارد:

۱- پشتیبانی واحدها و سطوح تحت پوشش به لحاظ نیروی انسانی و مالی

۲- پایش و ارزشیابی برنامه‌ها و مداخله متناسب با آن

۳- شناسایی مشکلات جدید و برنامه‌ریزی و هدایت واحدها و سطوح در جهت حل آن

واحدهای مختلف کارشناسی و پشتیبانی در مرکز بهداشت شهرستان وظیفه نظارت بر فعالیت مراکز بهداشتی درمانی

- و نیز مرکز آموزش بهورزی و خانه‌های بهداشت - و پشتیبانی آنها را بر عهده دارند.

بیمارستان شهرستان:

واحدی است خودگردان که به صورت بیمارستان عمومی حداقل با ۷ تخصص جراحی، داخلی، کودکان، زنان و

زایمان، بیهوشی، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش‌های بستری، پلی‌کلینیک‌های تخصصی و اورژانس اداره می‌شود و باید محل قبول ارجاع شدگان از مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) باشد.

بیمارستان شهرستان به طور کلی علاوه بر درمان تخصصی سرپایی و بستری برای بیمارانی که از مراکز بهداشتی درمانی معرفی می‌شوند می‌بایست اقدام به اعلام نتایج و توصیه‌های درمانی به مراکز بهداشتی درمانی نماید. انجام خدمات درمانی لازم در مورد فوریت‌های پزشکی از جمله دیگر وظایف بیمارستانی است.

مدیریت شبکه شهرستان:

مدیریت شبکه شهرستان وظیفه هماهنگ‌سازی دو واحد خودگردان بیمارستان و مرکز بهداشت شهرستان و نظارت بر

فعالیت آنها را بر عهده دارد.

۲ - سطح دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی

این سطح دارای چندین معاونت است که بر فعالیتهای بهداشتی مراکز بهداشت شهرستان و سطوح تابعه و نیز بر فعالیت بخش‌های درمانی نظیر بیمارستانها و پلی‌کلینیک‌های تخصصی و بخش‌های درمانی خصوصی نظارت کرده و وظیفه پشتیبانی آنها را بر عهده دارند

۳ - سطح کشوری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهاد اصلی سیاست‌گذاری در زمینه‌های مختلف مربوط به بهداشت سطح کشور است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از معاونت‌های مختلف تشکیل شده است. این وزارتخانه کار تدوین سیاست‌های اولیه بهداشتی و درمانی کشور و تدوین برنامه‌های ملی را بر عهده دارد.

سطح بندی خدمات بهداشتی درمانی

همانطور که دیدیم نظام بهداشتی از طریق ارائه خدمات بهداشتی به رسالت خود که ارتقای سطح سلامت جامعه است اقدام می‌کند. خدمات بهداشتی محصول کلیه فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای است که درون سطوح مختلف این نظام در جریان است. برای درک بهتر این موضوع نمونه‌ای از این خدمات را در ادامه بحث بررسی می‌کنیم. برنامه تنظیم خانواده یکی از برنامه‌های مهم نظام بهداشتی کشور ماست. چارچوب خدمات تنظیم خانواده در نمودار شماره ۱-۷ نمایش داده شده است.

نمودار ۷-۱
چارچوب برنامه بهداشتی
همراه با یک نمونه مثالی
که مربوط به برنامه
تنظیم خانواده است.



هر مرحله از ارائه خدمات ذکر شده در نمودار ۷-۱ توسط سطح مشخصی از نظام ارائه خدمات و با ضوابط معینی اجرا می‌شود. مثلاً بهورزان کلیه زنان واجد شرایط فاصله‌گذاری بین تولدها را طبق دستور عمل‌های مشخصی شناسایی می‌نمایند. مهارت‌های مورد نیاز جهت برقراری ارتباط و آموزش و ترغیب گروه هدف و مشاوره اولیه با آنان بر اساس آموزش‌هایی به بهورزان تعلیم داده شده است. پس از آن بهورزان، زنانی که مایل به استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری هستند را به مرکز بهداشتی درمانی ارجاع می‌دهند. در آنجا پزشک و یا ماما پس از یک مشاوره اختصاصی و ارزیابی وضعیت بالینی، بررسی شرایط اجتماعی و فرهنگی و تعداد فرزندان، مراجعه‌کننده را با مناسب‌ترین روش‌ها آشنا نموده و پس از انتخاب روش توسط زوجین به آنها آموزش‌های لازم ارائه می‌شود. چنانچه روش انتخاب شده یکی از روش‌هایی باشد که امکان دریافت آن از خانه بهداشت مقدور باشد، پزشک پس از درج دستورات در پاسخ ارجاع آنها را مجدداً جهت دریافت وسیله پیشگیری از بارداری به خانه بهداشت باز می‌گرداند. در صورتی که امکان دریافت روش در خانه بهداشت موجود نباشد از سطوح بالاتر ارائه خدمات مربوطه این خدمت را دریافت خواهند نمود. مثلاً اگر قرار شد از آی-یو-دی استفاده شود، زن واجد شرایط می‌تواند در مرکز بهداشتی درمانی و توسط ماما آی-یو-دی بگذارد. در صورتی که زوجین تمایل به استفاده از روش دائمی و ازکتومی (بستن لوله در مردان) و یا توبکتومی (بستن لوله در زنان) داشته باشند باید به سطح شهرستان ارجاع شوند (البته عمل وازکتومی

در مراکز بهداشتی درمانی نیز مقدور است). فرد مورد نظر پس از دریافت روش طبق موازین خاصی در خانه بهداشت مورد مراقبت قرار می‌گیرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر سطح توان و قابلیت ارائه خدمات خاصی را دارد.

از طرفی انجام هر فعالیت وابسته به تأمین منابع مورد نیاز برای آن است. این منابع به دو گروه کلی منابع انسانی و غیرانسانی (مواد و تجهیزات) تقسیم می‌شوند. وظیفه تأمین منابع جهت هر سطح برعهده سطوح بالاتر است. این امر را پشتیبانی خدمت می‌نامند. به عنوان مثال خانه بهداشت برای اجرای خدمات تنظیم خانواده، نیاز به وسایل پیشگیری از بارداری، وسایل معاینه جهت مراقبت از مصرف‌کننده روش پیشگیری از بارداری و دفاتر و فرم‌ها جهت ثبت مراقبت دارد. وظیفه تأمین منابع فوق نیز برعهده سطوح خاصی است. از سوی دیگر هر سطح از ارائه خدمات می‌بایست با شاخص‌های ویژه‌ای، اقدام به بررسی و تحلیل عملکرد خود و نیز سطوح زیرین به منظور ارزیابی میزان تحقق اهداف نماید. این فرآیند را اصطلاحاً «ارزشیابی» می‌گویند. اقداماتی را که برای ارزیابی فعالیت‌های موجود در برنامه‌ها به لحاظ میزان تطبیق با استانداردها انجام می‌شود اصطلاحاً «پایش» می‌گویند. یکی از وظایف مهم هر سطح پایش فعالیت‌های سطوح زیرین است. به عنوان مثال مرکز بهداشتی درمانی در نظارت بر فعالیت‌های خانه بهداشت در زمینه برنامه تنظیم خانواده تلاش می‌کند دریابد که آیا ارائه خدمات مختلف مطابق با دستور عمل‌های برنامه صورت می‌گیرد یا نه؟ در فصول آینده این مجموعه با خدمات مختلف موجود در هر برنامه و منابع مورد نیاز و روش پایش و ارزشیابی آنها به تفصیل آشنا خواهید شد.

مکعب PHC:

تا اینجا با خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی آشنا شدید و دانستید که این خدمات در سطوح مختلف که هر کدام توانایی خاص در ارائه آنها دارند قابلیت انجام دارد. بدیهی است ارائه تمامی خدمات مورد نیاز جامعه در یک سطح مقدور نیست، چراکه اصولاً نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه بسیار متنوع بوده و تامین برخی از آنها نیاز به امکانات تخصصی پیچیده‌ای دارد، که تمرکز منابع مورد نیاز آن خدمت را در اجتماعات کوچک - نظیر روستا - غیرممکن می‌سازد. بدین منظور واحدهای بهداشتی و درمانی طوری طراحی شده‌اند که مردم از طریق نظام ارجاع به تمامی خدمات دسترسی داشته باشند. به عبارت دیگر سطوح مختلف شبکه از طریق پذیرش موارد ارجاع خدمات خود را به عموم مردم ارائه می‌نمایند.

«اصل عدالت اجتماعی» حکم می‌کند که تمامی مردم به خدمات بهداشتی مورد نیاز دسترسی داشته باشند. با ارائه خدمات اساسی و مهم مورد نیاز در سطوح محیطی و برقراری نظام ارجاع، اصل عدالت به خوبی تحقق می‌یابد.

علاوه بر این تحقق بسیاری از اهداف بخش بهداشت منوط به مشارکت جامعه و همکاری و پذیرش آن است. این موضوع را اصل «مشارکت اجتماعی» می‌گویند. در فصول آینده شما با روش ایجاد این مشارکت در قالب آموزش بهداشت با افراد و گروه‌ها آشنا خواهید شد.

همانطور که قبلاً اشاره شد، اجرای برنامه‌های بهداشتی منوط به هماهنگی و همکاری واحدها و بخش‌های دیگر جامعه نیز هست. این موضوع را «اصل همکاری بین‌بخشی» می‌گویند. مشارکت سایر بخش‌ها نظیر واحدهای تابعه وزارت جهاد کشاورزی، وزارت کشور، وزارت آموزش و پرورش و ... می‌تواند در ایجاد بستر مناسب جهت ارائه خدمات، بسیار مفید و موثر باشد. با این مورد از ایجاد مشارکت نیز در فصول آینده آشنا خواهید شد.

اجزاء، سطوح و اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی در نمودار ۸-۱ نمایش داده شده است.

نمودار ۸-۱
نمایش نظام خدمات
بهداشتی (مکعب PHC)
به اجزاء، سطوح و اصول
موجود در این نظام توجه
کنید.



خلاصه فصل اول

- نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ما از طریق ارائه خدمات بهداشتی به رسالت خود که ارتقای سطح سلامت جامعه است اقدام می‌کند.
- طراحان برنامه‌های سلامت همواره می‌کوشند تا با انتخاب مناسب‌ترین شیوه‌ها، خدمات بهداشتی را به گروه‌های هدف جامعه ارائه دهند. ارائه این خدمات به گروه‌های هدف موجب ایجاد یک تغییر در آنها می‌گردد که منجر به افزایش سطح سلامت می‌شود.
- هر برنامه بهداشتی برای مقابله با یک یا چند مشکل سلامت طراحی شده است. در هر برنامه ممکن است خدمات متنوعی موجود باشد. هر خدمت از فعالیت‌های به هم پیوسته‌ای تشکیل شده است که منجر به تحقق هدف می‌شود.
- پیشگیری از مشکلات سلامت ممکن است در تمامی سطوح تندرستی صورت گیرد. به همین جهت می‌توان برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح دسته‌بندی کرد؛ پیشگیری سطح اول، پیشگیری سطح دوم و پیشگیری سطح سوم.
- مراقبت‌های اولیه بهداشتی از اجزای مختلفی تشکیل شده‌اند که اساسی‌ترین نیازهای بهداشتی یک جامعه هستند.
- نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ما از سطوح مختلفی تشکیل شده است. هر سطح به لحاظ توانایی‌های فنی و تخصصی و امکانات خود می‌تواند خدمات خاصی را ارائه نماید.
- سطح‌بندی خدمات مناسب‌ترین و موثرترین شیوه جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز به تمامی جامعه است.
- نظام ارجاع امکان دسترسی تمامی جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی مختلف موجود در سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان را فراهم می‌آورد.

پس از آشنایی با مدل کلی برنامه‌های بهداشتی و خدمات موجود در آن، شما در فصل بعد با خصوصیات کلی اخلاقی و رفتاری که برای اجرای این برنامه‌ها لازم است رعایت نمایید آشنا خواهید شد.

تمرین در فارغ از کلاس

- ۱- برنامه‌ها و خدمات بهداشتی را تعریف کنید و برای هر یک مثالی بزنید.
- ۲- خدمات بهداشتی چگونه موجب ارتقای سطح سلامت جامعه می‌گردند؟ در این مورد چند مثال بزنید.
- ۳- سیر طبیعی بیماری را همراه با مثال‌هایی توضیح دهید.
- ۴- مفهوم پیشگیری از بیماری‌ها و سطوح آن را توضیح دهید.
- ۵- «گروه هدف» در برنامه‌های بهداشتی چیست؟ در این مورد چند مثال را توضیح دهید.
- ۶- مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اجزای آن را شرح دهید.
- ۷- سطوح مختلف نظام بهداشتی کشورمان را تا سطح شهرستان نام ببرید و در مورد نقش و وظایف هر یک توضیح دهید.
- ۸- چرا خدمات بهداشتی درمانی می‌بایست از طریق سطوح مختلف ارائه شوند؟

تمرین در کلاس درس

- ۱- با مشورت با سایر دانش‌آموزان و مربی خود فهرستی از اولویت‌های بهداشتی منطقه یا شهرستان خود را تهیه نمایید و بگویید چه ملاک‌هایی برای تعیین این اولویت‌ها مد نظر داشته‌اید؟
- ۲- با همکاری سایر دانش‌آموزان اقدام به ترسیم نمودار سطوح مختلف شبکه شهرستان بر روی یک کاغذ بزرگ نموده و با مشارکت آنها اقدام به بحث در مورد وظایف و ساختار سطوح مختلف آن نمایید.

فصل دوّم

اخلاق حرفه‌ای

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- اخلاق حرفه‌ای را تعریف نموده و فواید آن را توضیح دهید.
- ۲- خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورر را توضیح دهید.
- ۳- خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورر را توضیح دهید.

اهداف

اخلاق عبارت است از مجموعه آداب و رسوم افراد و اجتماعات بشری و قواعد و قوانینی که بر احساسات و کارهای افراد جامعه حکم فرماست. فردی که آداب اخلاقی را رعایت می‌کند خواسته‌های خود را به نفع دیگران تعدیل می‌کند و با تقویت و پرورش ابعاد معنوی همواره در راه خدمت به هم‌نوعان اقدام می‌نماید. رعایت شئون اخلاقی در محیط کار و نزد مراجعین یکی از مهمترین اصول هر حرفه و شغل است. حرفه بهورزی نیز نه تنها از این قاعده مستثنی نیست، بلکه بهورز به جهت سروکار داشتن با سلامت جسم و روان افراد می‌بایست بیش از هر کس مراعات اخلاق حرفه خود را نموده و شأن و جایگاه ویژه آن را در میان مردم حفظ نماید. **قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری را که باید افراد در حین انجام فعالیت‌های شغلی رعایت نمایند اصطلاحاً اخلاق حرفه‌ای می‌گویند.**

مردمی که با اعتماد به بهورزان مراجعه می‌کنند همواره به دنبال رفع یک مشکل هستند که به نوعی سلامت آنها را مورد تهدید قرار داده است. حساسیت افراد در مورد سلامت خود و فرزندانشان از یک سو و مسئولیت اخلاقی و انسانی در قبال بیماران ایجاب می‌کند تا بسیاری از خصوصیات اخلاقی و شئون کاری رعایت شود. بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت و میزان پای‌بندی بهورز به آداب اخلاقی است و بخش دیگر مربوط به خصوصیات رفتاری و دانایی و توانایی وی در ایفای وظایف شغلی است. در فصول مختلف این کتاب ضمن آشنایی با مطالب مختلف با بسیاری از ویژگی‌های اخلاقی و رفتاری یک بهورز موفق، در قالب ارائه خدمات آموزشی و مشاوره آشنا خواهید شد. در اینجا این فرصت وجود دارد که فقط به کلیاتی از خصوصیات اشاره نماییم.

خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از یک بهورز

- ◆ **خوش رفتاری با مراجعین:** خوش رفتاری با مراجعین و ایجاد ارتباطی صمیمانه با مردم سبب ایجاد تمایل آنها برای مراجعه به خانه بهداشت و افزایش پوشش خدمات و سهولت در انجام وظایف می‌شود.
- ◆ **رازنگهداری:** بهورزان به علت وضعیت شغلی خود ممکن است از جمله کسانی باشند که از مسایل شخصی و رازهای دیگران آگاه شوند، بنابراین اگر رازنگهدار نباشند مردم اعتماد خود را نسبت به آنها از دست می‌دهند و از بیان برخی مشکلات خود به آنها خودداری می‌کنند.
- ◆ **انتقادپذیری:** بهورز باید انتقادپذیر باشد و بداند که مطرح کردن نقاط ضعف کاری از سوی مریبان و یا گروه‌های کارشناسی برای رفع نقایص کاری او و بالا بردن کیفیت خدمات بهداشتی در خانه بهداشت است.
- ◆ **صداقت:** بهورز می‌بایست در گفتار و عمل صداقت داشته باشد.
- ◆ **احترام به دیگران:** بهورز می‌بایست به دیگران (مردم، همکاران و مسئولین) احترام بگذارد و با تواضع و فروتنی برای جلب مشارکت دیگران و بهبود اجرای برنامه‌های بهداشتی اقدام نماید.
- ◆ **صبر و شکیبایی:** بهورز باید صبور و شکیبا باشد، زیرا بارها مشاهده شده است که به علت نداشتن صبر و حوصله کافی، مسائل و مشکلاتی در محیط کار ایجاد شده است.
- ◆ **وقت‌شناسی:** بهورز باید وقت‌شناس باشد و برنامه کاری خود را در زمانهای مشخص تنظیم نماید.
- ◆ **کنترل رفتار:** بهورز نباید ناراحتی و خوشحالی بیش از حد خود را بروز دهد بلکه باید سعی کند رفتاری متعادل داشته باشد و ناراحتی‌های محیط زندگی خود را در کارها دخالت ندهد. شئون شغلی حکم می‌کند در هر شرایطی بهورز مراجعین و بیماران را کمک نماید، حتی اگر آنها ارتباط خوبی با بهورز نداشته و یا موجب رنجش وی شده باشند.



تصویر ۱ - ۲

برخوردهای عصبی و غیر محترمانه با مردم سبب می‌شود تا مردم علاقه خود را به یادگیری مسایل بهداشتی از دست بدهند. در این تصویر مادر تصور می‌کند با مراجعه به خانه بهداشت اسباب مزاحمت برای بهورز را فراهم آورده، او از طرز برخورد بهورز رضایت ندارد و شاید سعی نماید از این پس در کمترین حد ممکن به خانه بهداشت مراجعه نماید. این عمل بهورز سبب گسترش نارضایتی در جامعه نسبت به او می‌شود و ادامه فعالیت و مقبولیت او را دچار مشکل می‌کند.



تصویر ۲ - ۲

برخورد محبت آمیز و محترمانه با مردم سبب می‌شود تا مردم علاقه‌مند به یادگیری شده و تمایل زیادی به مراجعه به شما داشته باشند.

◆ **کمک و یاری به دیگران:** بهورز باید رهبر و راهنمای خوبی برای جمعیت تحت پوشش باشد و به آنها در جهت رسیدن به وضعیت خوب بهداشتی کمک کند. کمک و راهنمایی به مردم در تمامی امور حتی اگر مربوط به بهداشت و درمان آنها نباشد سبب ایجاد مقبولیت بهورز در جامعه می‌شود.

◆ **استفاده از دانش و معلومات:** بهورز باید بتواند معلومات خود را به خوبی در کارهای روزمره به کار گیرد و بکوشد تا دانش خود را در طول زمان و از طریق مطالعه کتابها، نشریات و سایر وسایل کمک آموزشی افزایش دهد و همیشه آماده یادگیری و بکارگیری مطالب تازه باشد.

◆ **داشتن روحیه گذشت و فداکاری:** بایستی بهورز با گذشت و فداکاری که از خود نشان می‌دهد اعتماد مردم را نسبت به خود جلب کند.

خصوصیات رفتاری مورد انتظار از یک بهورز

به منظور انجام وظایف شغلی بهورزان می‌بایست خصوصیات رفتاری متعددی را مراعات نمایند. بهورز می‌بایست:

- ◆ هنگام صحبت کردن با دیگران لحن مؤدبانه داشته باشد و با احترام با آنها رفتار کند.
- ◆ با زبانی ساده و قابل فهم مراجعین را راهنمایی کند.
- ◆ از دخالت کردن در امور شخصی دیگران پرهیزد.
- ◆ به عقاید مذهبی و آداب و رسوم و فرهنگ جامعه خود احترام بگذارد.
- ◆ از اسم و عنوان خود برای انجام کارهای شخصی استفاده نکنند.
- ◆ با مردم به خوبی ارتباط برقرار کرده و در جهت حل مشکلات آنها بکوشد.
- ◆ از گرفتن هرگونه وجه از مراجعین به خانه بهداشت خودداری کند.
- ◆ از به هدر دادن وسایل خانه بهداشت از قبیل گاز، باند، پنبه، کاغذ و غیره خودداری کرده و از وسایل موجود در محیط کار مانند وسایل منزل خود به خوبی نگهداری کند.
- ◆ رعایت قوانین و دستور عمل‌ها و داشتن انضباط کاری.

بهورزان باید همواره به خاطر داشته باشند که سلامت افراد موهبتی الهی است و حفظ و ارتقای آن از اهم وظایف آنان است و نزد ایزد منان اجری بزرگ دارد. کوتاهی در انجام این رسالت مهم ممکن است عوارض ناگواری را برای سلامت افراد به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال کم‌دقتی در مراقبت از یک زن باردار ممکن است منجر به ایجاد یک عمر معلولیت در نوزادی شود که پس از آن متولد خواهد شد و یا بی‌دقتی در ارجاع یک بیمار می‌تواند حیات وی را به مخاطره اندازد. با این توصیف، بهورزان می‌بایست شأن و وظیفه شغلی خود را دریابند و اجر و منزلت و رضای الهی را انگیزه اصلی فعالیت خود قرار دهند.

خلاصه فصل دوم

- اخلاق حرفه‌ای عبارت است از قواعد و قوانین اخلاقی و رفتاری که باید افراد در حین انجام فعالیت‌های شغلی رعایت نمایند.
- برخورداری از خصوصیات اخلاقی و رفتاری مناسب سبب می‌شود به‌طور بتواند با برقراری ارتباطی خوب و موثر با مردم اقدام به ارائه خدمات نماید.
- بخشی از این خصوصیات مربوط به شخصیت به‌طور و میزان پای‌بندی وی به آداب اخلاقی است و بخش دیگر مربوط به دانایی و مهارت‌های شغلی او در زمینه ضوابط ارائه خدمات و توان ارتباط با گیرندگان خدمت است.

تمرین در خارج از کلاس

- ۱- اخلاق حرفه‌ای را تعریف کنید و خصوصیات اخلاقی مورد انتظار از بهورز را شرح دهید.
- ۲- به نظر شما هر یک از خصوصیات انتقادپذیری، احترام به دیگران و تلاش در جهت افزایش معلومات چگونه می‌تواند بهورز را در فعالیت‌هایش در روستا کمک کند؟
- ۳- خصوصیات رفتاری را که یک بهورز می‌بایست در زمان انجام وظایف خود به آنها توجه نماید، توضیح دهید.

فصل سوم

شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- هدف‌های کلی برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا را شرح دهید.
- ۲- مراحل اجرای برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا را توضیح دهید.
- ۳- روش‌ها و ابزار اجرای هر یک از مراحل برنامه را شرح دهید.

اهداف

هدف‌های اجرای برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا

هدف‌های کلی اجرای برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا عبارتند از:

- ۱- شناخت جمعیتی مردم روستا به منظور شناسایی گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی
- ۲- شناخت عوامل زیست محیطی مختلفی که ممکن است به نوعی بر سلامت این جمعیت مؤثر باشند.

شناسایی جمعیتی روستا؛ به مفهوم شناخت جمعیت روستا از نظر تعداد، باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سنی و جنسی، مهاجرت و به ویژه شناسایی جمعیت هدف برنامه‌های بهداشتی مختلف است. علاوه بر این یکی دیگر از کاربردهای اطلاعات جمعیتی تهیه آمارهای زیستی و شاخص‌های بهداشتی است. همانطور که قبلاً گفته شد، «جمعیت یا گروه هدف برنامه‌های بهداشتی» عبارتست از گروهی از جمعیت که به دلیل موقعیت خاصش در معرض بروز یک یا چند مشکل از مشکلات سلامت هستند. مانند جمعیت کودکان زیر یک سال. «محیط زیست» به همه آنچه که در بیرون از افراد وجود دارد اطلاق می‌شود. محیط زیست را می‌توان به منطقه جغرافیایی، محل سکونت یا کار افراد و محیط اجتماعی و فرهنگی تقسیم کرد. تمامی این عوامل می‌توانند بر وضعیت تندرستی جمعیت تأثیر گذارند. شناسایی این عوامل را «شناخت زیست محیطی» می‌گویند. گردآوری اطلاعات جمعیتی و عوامل زیست محیطی موجود در روستا به عنوان پایه‌ای برای اجرای برنامه‌های مختلف بهداشتی بسیار ضروری است. در ذیل اهداف اختصاصی برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا آمده است.

اهداف اختصاصی برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا

- ۱- مشخص کردن جمعیت از نظر تعداد، باروری، مرگ، رشد جمعیت، توزیع سن و جنس و مهاجرت و جمعیت ثابت و سیار و نیز جمعیت گروه‌های هدف برنامه‌ها، به عنوان پایه‌ای برای اجرای برنامه‌های بهداشتی مختلف
- ۲- مشخص کردن روستاهای کوچک و بزرگ و تعیین محل و راه‌های ارتباطی آنها بر روی نقشه، خصوصاً راه‌هایی که جمعیت تحت پوشش را به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهرستان ارتباط می‌دهد.
- ۳- تعیین شرایط جوی و اقلیمی و موقعیت منطقه مخصوصاً از نظر فصل، مدت باران یا برف، گرما، خشکی و غیره.
- ۴- آشنایی با طوایف و تیره‌های مختلف عشایر تحت پوشش خانه بهداشت، تعیین جمعیت و محل و مدت زمان سکونت و مسیر حرکت آنها در فصول مختلف سال
- ۵- تعیین وضعیت آبهای سطحی زیر زمینی در منطقه از قبیل آبهای جاری، راکد، چاه‌ها، چشمه‌ها، باتلاقها، استخرها و نیز گودالهایی که ممکن است در شرایط بارندگی تبدیل به لانه‌های لاروی شوند.
- ۶- تعیین وضعیت تسهیلات عمومی روستا (بست، مخبرات، مدرسه، حمام، کشتارگاه، غسالخانه، پایگاه نظامی، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، دهداری و دیگر تسهیلات در روستا)
- ۷- تعیین وضعیت کار و فعالیت اهالی تحت پوشش خانه بهداشت، مانند فعالیت‌های کشاورزی، دامپروری و یا فعالیت‌های فصلی نظیر کاشت و برداشت محصولات کشاورزی (مانند خرماچینی، کاشت برنج و...)، پرورش زنبور عسل و یا کرم ابریشم و ... (آشنایی با این فعالیت‌ها در زمینه تنظیم زمان و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نیز فعالیت‌های بهداشت محیط نظیر سمپاشی مهم است.)
- ۸- بررسی محل زیست خانواده‌ها از نظر مسایل بهداشتی و برخورداری از تسهیلات لازم

که به تنهایی زندگی می‌کند نیز، یک خانوار تلقی می‌شود. افراد خانوار ممکن است جزء یک خانواده باشند یا نباشند. ممکن است در یک سرپناه دو یا چند خانوار سکونت داشته باشند، در این صورت باید بتوان برای آنها دو یا چند سرپرست خانوار تشخیص داد.

خانواده:

گروهی شامل دو نفر یا بیشتر است که از طریق پیوند خونی، فرزندخواندگی یا زناشویی با هم متحد شده‌اند. اعضای خانواده ممکن است جزء خانوار مشترک نباشند؛ یعنی فردی از آنها در محل دیگری اقامت داشته باشد (جزء خانوار دیگری باشد).

سرپرست خانوار:

منظور از «سرپرست خانوار» یکی از اعضای خانوار است که در خانوار به همین عنوان شناخته می‌شود. در صورتی که اعضای خانوار قادر به تعیین سرپرست نباشد، مسن‌ترین عضو خانوار به عنوان سرپرست خانوار تلقی می‌شود. در خانوارهای یک نفره، همان شخص سرپرست خانوار است.

خویشاوندان درجه یک سرپرست:

همسر، فرزند، پدر، مادر، برادر و خواهر سرپرست خانوار، خویشاوندان درجه یک محسوب می‌شوند.

شناخت زیست - محیطی روستا:

همانطور که گفتیم شناخت محیطی که انسان در آن زندگی می‌کند خصوصاً از نظر عواملی که می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر داشته باشد از اهمیت خاصی در برنامه‌ریزی بهداشتی برخوردار است. چنین شناختی موجب می‌شود تا نیازهای جمعیت را به نحو بهتری شناسایی نماییم. فعالیت‌های مربوط به شناسایی زیست - محیطی روستا شامل موارد زیر است:

۱- تهیه کروکی روستا و نقشه منطقه

۲- تکمیل فرم اطلاعات آبادی

۳- درج اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در پرونده خانوار

تهیه کروکی روستا و نقشه منطقه

هدف از تهیه کروکی روستا، نمایش محله‌ها، اماکن، خیابانها، کوچه‌ها و معابر موجود در روستا است. نقشه منطقه برای نشان دادن مختصات جغرافیایی، آبادی‌های موجود در منطقه و جاده‌ها است. نقشه‌های مزبور جهت شناخت موقعیت اماکن و مناطق مختلف کاربرد دارند. برای تهیه نقشه از آبادی‌های منطقه و ترسیم کروکی روستا شیوه‌های مختلفی وجود دارد که لازم است در آنها از وسایل و روشهای خاصی استفاده شود. با استفاده از امکانات موجود در خانه بهداشت و وسایل در دسترس می‌توان با رعایت برخی قواعد، نقشه‌ای تهیه نمود که پاسخ‌گوی نیازمان باشد.

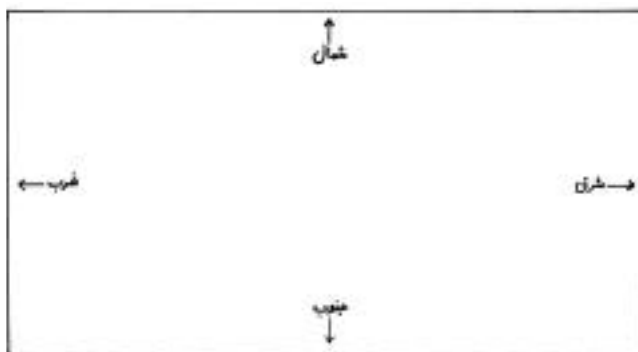
کروکی روستا:

برای تهیه کروکی روستا از یک کاغذ فیلی سفید رنگ استفاده نمایید. در شروع کار بهتر است از مداد استفاده کنید. برای ترسیم به ترتیب زیر عمل نمایید:

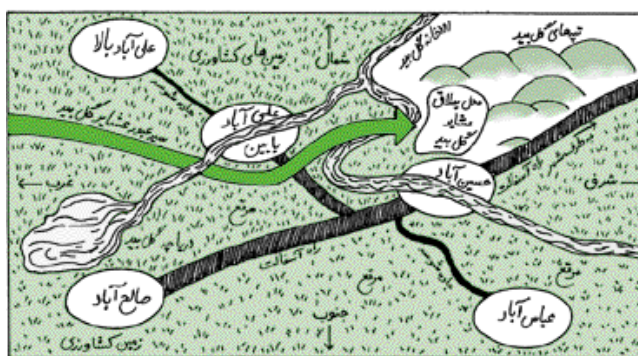
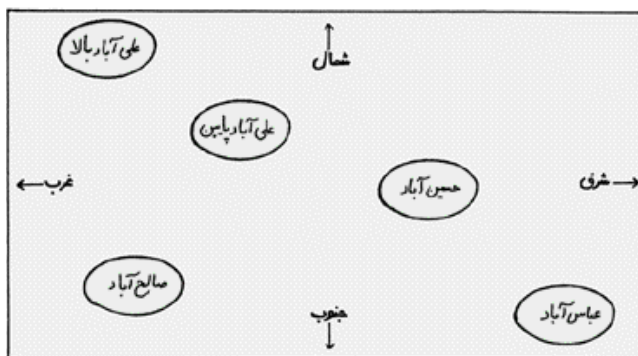
از آنجا که معمولاً طول یک روستا حدود ۲ یا ۳ کیلومتر است، اما فاصله آن تا سایر آبادی‌ها ممکن است بیشتر باشد؛ با رعایت مقیاس (تناسب اندازه‌ها) نمی‌توان هم‌کروکی روستا و هم آبادی‌های منطقه را به صورتی مناسب در روی یک نقشه نشان داد. لذا بهتر است برای رسم نقشه آبادی‌های منطقه، از نقشه‌ای با مقیاس کوچکتر در کنار نقشه کروکی روستا و یا به صورت جداگانه استفاده نمود. به منظور رسم نقشه منطقه به ترتیب زیر عمل کنید:

◆ شمال و جنوب جغرافیایی را بر روی صفحه کاغذ مشخص نمایید.

◆ دورترین نقاطی را که قصد دارید در نقشه نشان دهید در بالا، پایین، راست و چپ صفحه (سته به این که در شمال، جنوب، شرق و یا غرب یا سایر جهت‌های جغرافیایی باشند) به تناسب فاصله‌ای که از یکدیگر دارند نمایش دهید و موقعیت روستای اصلی (روستایی که خانه بهداشت در آن مستقر است) را نسبت به آنها مشخص نمایید.



◆ پس از مشخص شدن نقاط فوق، مسیر جاده‌ای که روستاها را به یکدیگر متصل می‌کند بر روی نقشه نشان دهید. همواره توجه داشته باشید که رعایت صحیح نسبت فاصله‌ها در نقشه بسیار مهم است. این تناسب را همانگونه که قبلاً گفتیم مقیاس نقشه می‌گویند. برای آنکه مقیاس مورد نیاز نقشه خود را به دست آورید باید فاصله دو نقطه از دورترین نقاط نسبت به یکدیگر را بر روی صفحه نقشه بر فاصله واقعی آنها تقسیم کنید. به عنوان مثال دو روستای حسین آباد و علی آباد بر روی نقشه در فاصله ۵۰ سانتی متری (۵/۰ متری) یکدیگر ترسیم شده‌اند ولی فاصله واقعی آنها در امتداد یک خط راست (نه مسیر مارپیچ) ۱۰ کیلومتر (ده هزار متر) است. در این صورت مقیاس نقشه شما کسر $\frac{۵}{۱۰۰۰۰}$ یعنی $\frac{۱}{۲۰۰۰}$ خواهد بود. در این صورت شما می‌بایست هر اندازه‌ای از فواصل را به نسبت کسر $\frac{۱}{۲۰۰۰}$ کوچکتر از اندازه واقعی آن نشان دهید. سعی کنید در نقشه منطقه، خصوصیات جغرافیایی نظیر کوه‌ها، رودخانه‌ها و... را نیز نمایش دهید. چنانچه منطقه ترسیم شده محل عبور یا اطراق عشایر است، محل اطراق و مسیر حرکت آنها را در نقشه نشان دهید.






در هر نقشه‌ای که برای خانه بهداشت ترسیم می‌کنید می‌بایست حداقل روستایی که خانه بهداشت در آن استقرار دارد و کلیه روستاهای قمر و نقاطی که تحت پوشش آن قرار دارد همراه با مسیر جاده‌های اصلی و فرعی نشان داده شود. ضمناً می‌بایست مرکز بهداشتی درمانی که روستای محل استقرار خانه بهداشت را تحت پوشش دارد در نقشه مشخص شده باشد. بهتر است فاصله روستاهای قمر و مرکز بهداشتی درمانی از خانه بهداشت بر روی نقشه قید شود.

برای ترسیم نقشه‌ای که دارای ابعاد درست و مشخصات جغرافیایی صحیح باشد می‌توانید از نقشه‌های خاصی که توسط سازمانهای ذیربط ترسیم گردیده استفاده نمایید. معمولاً در هر مرکز بهداشت شهرستان نقشه‌هایی از مناطق روستایی تحت پوشش موجود است.

راهنمای نقشه:

هر نقشه باید دارای یک راهنما باشد. راهنمای نقشه نشان می‌دهد که علائم نقشه، رنگ‌ها و علائم اختصاری به چه منظور استفاده شده‌اند؛ بنابراین راهنمای نقشه شامل موارد زیر است:

۱- علائم نقشه مانند  برای مسیر راه آهن،  برای رودخانه برای برکه‌ها و دریاچه‌ها،  برای جاده‌ها و ...

۲- علائم اختصاری مانند «خ. ب» برای خانه بهداشت، «م. ب. د» برای مرکز بهداشتی درمانی. معمولاً علائم اختصاری در گوشه نقشه توضیح داده می‌شود.

۳- سایر مشخصات و توضیحات، مانند درج اسامی مکانها بر روی نقشه و یا درج مشخصات جمعیتی و طول جاده‌ها.

تکمیل فرم اطلاعات روستا

هدف از تکمیل این فرم جمع‌آوری اطلاعات عمومی مربوط به روستاهایی است که تحت پوشش خانه بهداشت قرار دارند (روستای اصلی، قمر و سیاری) اطلاعات این فرم به بهورز اجازه می‌دهد تا نمایی کلی از وضعیت و امکانات موجود در روستا داشته باشد. تکمیل این فرم باید بلافاصله پس از شروع به کار خانه بهداشت صورت گیرد، تصحیح اطلاعات این فرم در طول زمان ضروری است.

این فرم به مسئولین نیز جهت برنامه‌ریزی‌های مختلف کمک می‌کند.

طرز تکمیل فرم:

◆ اطلاعات عمومی ۱، ۲، ۳: این قسمت‌ها را با توجه به موارد خواسته شده تکمیل نمایید.

◆ موقعیت طبیعی و وضعیت آب و هوایی را در قسمت خواسته شده (قسمت ۴) تکمیل نمایید، در مورد میزان بارندگی، دمای هوا و رطوبت قسمتی را علامت بزنید که آبدادی یا روستا در بین مردم به همان صورت شناخته می‌شود.

◆ در قسمت‌های بعدی (۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) اطلاعات خواسته شده را وارد نمایید. لازم به ذکر است که اطلاعات مربوط به تعداد محصلین باید در ماه مهر پس از بازگشایی مدارس اصلاح شود.

◆ در قسمت ۱۱ وضعیت واحدهای غیردولتی و افراد خصوصی ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی و واحدهای دولتی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی که تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان نیستند، (نظیر واحدهای تحت پوشش تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی، وزارت نفت و ...) را ذکر نمایید.

◆ در قسمت‌های ۱۲ و ۱۳ اطلاعات مورد درخواست را تکمیل نمایید. در قسمت ۱۳ سعی کنید فعالیت‌های اقتصادی روستا را با توجه به اولویت و اهمیت مسئله توضیح دهید.

همانطور که گفتیم فرم اطلاعات روستا برای روستاهای اصلی و قمر تکمیل می‌شود و در طول زمان با تغییراتی که در روستا بوجود می‌آید اطلاعات مندرج در فرم مورد بازنگری و تصحیح قرار می‌گیرد. فرم مزبور را باید با مداد تکمیل کرد تا تصحیح دوره‌ای اطلاعات موجود در آن ممکن باشد. توجه داشته باشید که پس از تصحیح فرم می‌بایست تاریخ آخرین بازنگری آن براساس زمانی که آخرین بار تکمیل و تصحیح شده است، اصلاح شود.

فرم اطلاعات روستا

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی دهانتی * مرکز بهداشتی دهانتی * نام روستا *
 مرکز بهداشت شهرستان: خانه بهداشت: تاریخ تکمیل فرم برای اولین بار: تاریخ آخرین بازنگری فرم

نام شهرستان - کشوری.	نام بخش.	نام دهستان.
----------------------	----------	-------------

۱- اطلاعات عمومی ۱

آیا روستا بزرگسالان مسن بوده است؟ <input type="checkbox"/> مطلقاً <input type="checkbox"/> نسبی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	جمعیت بزرگسالان <input type="checkbox"/>	تعداد سبزی <input type="checkbox"/> تعداد مرغ <input type="checkbox"/> تعداد دام <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

۲- اطلاعات عمومی ۲

وضعیت سکونت در روستا: <input type="checkbox"/> دارای سکنه <input type="checkbox"/> فاقد سکنه	جمعیت کل:	جمعیت زن:	تاریخ تحلیله روستا:
جمعیت مرد:	جمعیت زیر ۱۰ سال:	جمعیت ۱۰ تا ۱۴ ساله:	زمان ۱۵ تا ۴ ساله:

۳- وضعیت طبیعی و وضعیت آب و هوایی

نوع زمین: <input type="checkbox"/> کویر <input type="checkbox"/> دشت <input type="checkbox"/> ساحلی <input type="checkbox"/>	نوع آب: <input type="checkbox"/> آب باران <input type="checkbox"/> آب چشمه <input type="checkbox"/> آب رودخانه <input type="checkbox"/> آب قنات <input type="checkbox"/>	نوع هوا: <input type="checkbox"/> سردسیر <input type="checkbox"/> معتدل <input type="checkbox"/> گرمسیر <input type="checkbox"/>	نوع خاک: <input type="checkbox"/> شن <input type="checkbox"/> گِل <input type="checkbox"/> شن و گِل <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

۴- تسهیلات عمومی

برق: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	گاز: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	آب سرد: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	آب گرم: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

۵- راه روستا

نوع راه: <input type="checkbox"/> آسفالت <input type="checkbox"/> خاکی <input type="checkbox"/>	طول راه: <input type="checkbox"/> طول مسیر <input type="checkbox"/>	نوع راه: <input type="checkbox"/> آسفالت <input type="checkbox"/> خاکی <input type="checkbox"/>	طول راه: <input type="checkbox"/> طول مسیر <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

۶- واحدهای آموزشی

تعداد مهد کودک:	تعداد دبستان:	تعداد دانشگاه:	تعداد مرکز بهداشتی:
-----------------	---------------	----------------	---------------------

۷- واحدهای دولتی

تعداد کل:	تعداد کل:	تعداد کل:	تعداد کل:
-----------	-----------	-----------	-----------

۸- آسایش

تعداد کل:	تعداد کل:	تعداد کل:	تعداد کل:
-----------	-----------	-----------	-----------

--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

درج اطلاعات مربوط به بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در پرونده خانوار

در ادامه مطالب این فصل در مورد نحوه بازدید از منازل و اهداف آن بحث خواهیم کرد. بخشی از بازدید منازل در روستا، مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط و امکانات خانوار جهت برخورداری از یک زندگی سالم است. اطلاعات مربوط به بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل در فرم مربوط به وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی جمع‌آوری می‌شود. این اطلاعات شامل وضعیت ساختمان، اطاق‌های مسکونی، منبع آب آشامیدنی، حمام، توالت، وضعیت دفع زباله، کارگاه خانگی و... است. در مورد تکمیل این فرم در مباحث مربوط به بهداشت محیط و حرفه‌ای بحث خواهیم کرد. فرم وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی از نظر بهداشت محیط و حرفه‌ای در واقع همان صفحه پشت جلد پرونده خانوار است. این فرم در صفحه ۳۷ نشان داده شده است. این فرم در هنگام شروع به کار خانه بهداشت برای همه خانوارها تکمیل و در طول زمان تصحیح می‌شود.

شناخت جمعیتی روستا

شناخت جمعیتی روستا شامل شماره گذاری منازل و خانوارها و نیز سرشماری و بازدید منازل در ابتدای سال است. اطلاعات به دست آمده از سرشماری و بازدید در پرونده خانوار ثبت می‌شود. علاوه بر این اطلاعات جمعیتی به دست آمده از سرشماری نهایتاً به زیج حیاتی منتقل می‌شود. جمع‌آوری این اطلاعات نخستین گام در شناسایی گروه‌های هدف موجود در روستا است. شناخت جمعیتی شامل مراحل زیر است:

۱- شماره گذاری منازل و خانوارها

۲- درج اطلاعات سرشماری در پرونده خانوار

۳- تکمیل فرم بلزیدید سالیانه خانوار

۴- درج اطلاعات سرشماری در زیج حیاتی

شماره‌گذاری منازل و خانوارها

شماره‌گذاری منازل و خانوارها نخستین گام شناسایی جمعیتی روستا محسوب می‌شود. برای شروع شماره‌گذاری، چنانچه ساختمان خانه بهداشت، دولتی (غیر استیجاری) باشد، از سمت راست خانه بهداشت شروع به شماره‌گذاری می‌کنیم. اما اگر خانه بهداشت استیجاری باشد، سرشماری از سمت راست راه اصلی ورود به روستا، از شهری که آن را تحت پوشش دارد آغاز می‌شود. در روستاهای اقماری نیز به همین ترتیب باید عمل شود. روی درب منازل شماره ساختمان را در صورت خط کسری و شماره خانوار را در زیر خط کسری می‌نویسیم. مثلاً برای نخستین ساختمان و نخستین خانوار نوشته می‌شود:

$\frac{\text{ساختمان ۱}}{\text{خانوار ۱}}$

چنانچه در ساختمان، دو خانوار یا بیشتر سکونت داشته باشند شماره ساختمان تکرار می‌شود ولی شماره خانوار به ترتیب اعداد ادامه می‌یابد. مثل:

$\frac{\text{ساختمان ۲}}{\text{خانوار ۲ و ۳}}$

به همین ترتیب ساختمان‌ها و خانوارهای بعدی شماره گذاری می‌شود. مثل:

$\frac{\text{ساختمان ۳}}{\text{خانوار ۴}}$ $\frac{\text{ساختمان ۴}}{\text{خانوار ۵}}$ $\frac{\text{ساختمان ۵}}{\text{خانوار ۶}}$ و ...

در مورد ساختمانی که در طول فاصله بین دو شماره گذاری ساخته می‌شود، شماره فرعی داده می‌شود و شماره خانوار آنها، آخرین شماره خانوار روستا خواهد بود. مثلاً چنانچه در روستایی که ۲۵۱ خانوار سکونت دارند ساختمانی بین ساختمانهای شماره ۳۲ و ۳۳ ساخته شود و خانوار جدیدی در آن ساکن شود شماره ساختمان و خانوار عبارت خواهد بود از:

ساختمان ۳۲/۱

خانوار ۲۵۲

در این میان شماره ۲۵۲ آخرین شماره خانوار روستا است. در صورتی که خانواری از روستا مهاجرت نماید و خانوار جدیدی جایگزین آنها شود، شماره ساختمان و شماره خانوار مهاجر به خانوار جدید داده می‌شود. باید توجه داشت که برای خانوارهای جدیدی که در روستا مستقر می‌شوند باید بلافاصله پس از استقرار تشکیل پرونده بهداشتی داده و به آنها شماره خانوار و ساختمان اختصاص داد. پس از گذشت حداکثر پنج سال از شماره گذاری با توجه به وجود تعدادی ساختمان با شماره‌های فرعی و نیز به دلیل جابجایی و مهاجرت برخی خانوارها که ترتیب عددی آنها با خانوارهای مجاور همخوانی ندارد، اقدام به تصحیح شماره گذاری ساختمانها و خانوارها، مطابق آنچه که در ابتدای این بحث عنوان شد می‌نماییم. در صورتی که تعداد ساختمانهایی که شماره فرعی گرفته‌اند و یا تعداد خانوارهایی که شماره آنها در ردیف خانوارهای مجاور نیست بیش از بیست درصد کل ساختمانها یا خانوارهای روستا باشد می‌بایست قبل از پنج سال اقدام به شماره گذاری مجدد نماییم.

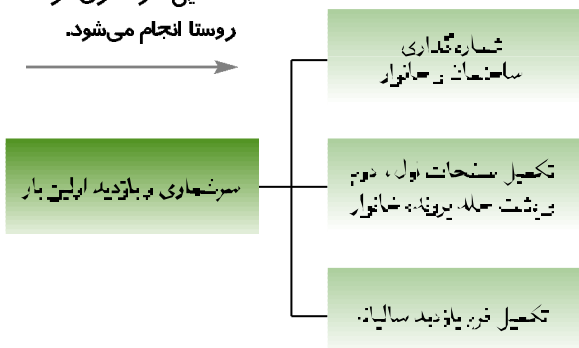
سرشماری بهداشتی و بازدید از منازل

سرشماری به مفهوم کلی عبارتست از شمارش جمعیت. این اقدام، سابقه‌ای دیرینه دارد. در ابتدا این امر به منظور گرفتن مالیات و خدمات نظامی بوده است و در تمدنهای باستانی مانند تمدن روم هم سرشماری انجام می‌شده است. شمارش جمعیت در سرشماری‌ها به طور معمول شامل ثبت مشخصه‌های شناسه‌ای مختلف همه افراد در همه مکانهای اقامتی است؛ که ممکن است توسط سازمانهای مختلف و با هدف‌های ویژه‌ای صورت گیرد (مشخصات شناسه‌ای خصوصیتی است که افراد با آن شناخته می‌شوند، نظیر نام، نام‌خانوادگی، سن، جنس و ...). سرشماری که توسط بهورزان در ابتدای هر سال صورت می‌گیرد یک **سرشماری بهداشتی** است که در آن مشخصه‌های شناسه‌ای افراد خانوار مشتمل بر سن (تاریخ تولد)، جنس، شغل، تابعیت، وضعیت زناشویی و نسبت شخص با سرپرست خانوار به دست می‌آید. علاوه بر این در طی این اقدام، با بازدید از منازل، اطلاعاتی از وضعیت بهداشتی محل زیست و بیماری‌ها ثبت می‌شود. اطلاعات مرتبط با تندرستی افراد، مانند معلولیت و ناتوانی دائمی و بیماری‌های مزمن در واقع موارد دیگری است که در این سرشماری به دست می‌آید. واحد سرشماری خانوار است و در آن افراد، براساس محل اقامت معمول خود ثبت می‌شوند. **فرم‌های مورد استفاده در سرشماری بهداشتی فرم پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوار است** که در مورد نحوه تکمیل اطلاعات در آنها متعاقباً بحث خواهیم کرد. در اینجا ذکر این نکته ضروری است که بازدید از منازل ممکن است برای نخستین بار در جریان تشکیل پرونده بهداشتی برای یک خانوار جدید یا آغاز به کار خانه بهداشت در یک روستا صورت گیرد، اما در اغلب موارد بازدید از منزل با هدف پیگیری‌های بهداشتی یا سرشماری بهداشتی سالیانه صورت می‌گیرد. در مورد بازدید از منزل با هدف پیگیری‌های بهداشتی پیش‌بینی شده در برنامه‌های مختلف در طول سال، در سایر کتب این مجموعه به بحث خواهیم پرداخت. در اینجا مقصود ما از بازدید از منازل، همان نخستین بازدید و نیز بازدید ابتدای هر سال است که هدف آن شناسایی گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی و ارزیابی وضعیت سلامت افراد، در مورد برخی

بیماری‌های خاص و نیز بهداشت محیط منازل است. پس از این بازدید بهورز باید فرم‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را تکمیل کرده در پرونده خانوار قرار دهد، و اطلاعات مربوطه را در دفاتر مراقبتی نیز ثبت کند.

نمودار ۲-۳

فعالیت‌هایی که در
نخستین سرشماری در
روستا انجام می‌شود.



بازدید منزل برای اولین بار

اولین بازدید منزل اهمیت زیادی در ایجاد رابطه صحیح بین بهورزان و خانواده‌ها دارد و در موفقیت برنامه‌های بعدی نقش مهمی خواهد داشت. همانطور که گفته شد این بازدید ممکن است جهت آغاز به کار خانه بهداشت در یک منطقه روستایی صورت گیرد یا این که با هدف شروع مراقبت‌های بهداشتی برای یک خانوار جدید صورت گیرد. خانوار جدید ممکن است زن و مرد جوانی باشد که به تازگی تشکیل خانواده داده‌اند یا این که خانواری باشد که از منطقه دیگری به روستا مهاجرت کرده است. البته در مورد اخیر می‌بایست پرونده خانوار از واحد بهداشتی که

قبلاً خانوار را تحت پوشش داشته به خانه بهداشت روستا انتقال یابد تا از اطلاعات موجود در آن برای تکمیل پرونده خانوار جدید استفاده شود. در این بازدید اطلاعات اولیه در رو و پشت جلد و نیز نخستین صفحه پرونده خانوار تکمیل می‌شود.

در موقع بازدید از منزل توجه به نکات زیر از اهمیت فراوان برخوردار است:

- ◆ هر موقع بهورز برای بازدید به منزلی مراجعه می‌کند، بایستی پس از کسب اجازه داخل شود و برای جلب اعتماد و همکاری افراد خانواده با خوشرویی با آنها برخورد نماید.
- ◆ بهورز می‌بایست افراد خانواده را در جریان فعالیت‌های خود قرار دهد و آنها را با برنامه‌های خانه بهداشت آشنا سازد.
- ◆ پس از این مرحله مقدماتی و آشنایی و برقراری ارتباط با خانواده، فرم بازدید سالیانه و نیز فرم‌های پرونده خانوار با همکاری سرپرست خانواده یا مطلع‌ترین فرد در خانواده تکمیل می‌شود. باید سعی شود تا آنجا که ممکن است برای تکمیل فرم‌ها با زن و شوهر هر دو مذاکره و مصاحبه شود.

پس از تکمیل فرم‌ها و قبل از خروج از منزل با افراد خانواده خداحافظی و به آنها یادآوری کنید که این آخرین ملاقات با آنها نیست و همیشه برای رسیدگی به مشکلات آنها آماده هستید و مخصوصاً به مادران تأکید کنید که آنها را در رابطه با سلامتی خود و کودکانشان در خانه بهداشت خواهید دید.

در اولین بازدید (در موقع شروع کار خانه بهداشت) بهورز می‌بایست با سرپرستی مربی مربوطه اقدام نماید. در این مورد مربی می‌بایست بهورز را در تکمیل فرم‌ها برای تعداد کافی از خانوارها راهنمایی کند و نحوه انتقال اطلاعات فرم بازدید سالیانه و پرونده خانوار را به سایر فرم‌ها و دفاتر مراقبتی به صورت عملی به بهورز نشان دهد.

درخواست بهورز یا مربی از بزرگان روستا و شورای اسلامی جهت آگاه کردن مردم از اجرای این برنامه می‌تواند کمک بزرگی به تکمیل صحیح اطلاعات نماید. در مورد نحوه انتقال اطلاعات این فرم‌ها به دفاتر مختلف مراقبتی در فصول مربوطه بحث خواهیم کرد. در ادامه، روش تکمیل اطلاعات در فرم‌های پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه را توضیح خواهیم داد.

درج اطلاعات سرشماری و بازدید در پرونده خانوار

پرونده خانوار از یک پوشه و چند فرم تشکیل شده است. برای هر خانواری که در روستا ساکن است یک پوشه پرونده خانوار اختصاص می‌یابد و سپس بسته به نوع خدمتی که به افراد خانوار می‌بایست ارائه شود فرم مربوطه در آن قرار می‌گیرد. مثلاً برای یک خانم باردار زمانی که تحت مراقبت است، فرم مربوطه در پوشه قرار می‌گیرد. این فرم به عنوان یک سند از سوابق بهداشتی مادر در پرونده او باقی خواهد ماند. علاوه بر این به ازای این فرم، در دفتر مراقبت زنان باردار نیز اطلاعات مربوطه تکمیل می‌گردد. پرونده خانوار اصلی‌ترین ابزار کاری بهورز جهت ثبت اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی است. اطلاعاتی که در پرونده خانوار درج می‌گردد وضعیت خانوار را در زمینه سلامت و میزان برخورداری از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی روشن می‌کند. بسیاری از اطلاعات پرونده خانوار به نحوی در دفاتر مراقبتی در خانه بهداشت و نیز زیج حیاتی ثبت می‌شود. به عنوان مثال زمان مراجعه بعدی مادر باردار در دفتر مراقبت مادران باردار ثبت می‌شود. و بدین ترتیب بهورز قادر خواهد بود در زمان مقرر اقدام به ارائه یا پیگیری مراقبت نماید. اطلاعاتی نظیر مشخصات افراد خانوار، جنس، وضعیت تاهل، سن و شغل نیز در پرونده خانوار ثبت می‌گردد. علاوه بر این برخی از این اطلاعات نظیر سن، جنس و وضعیت تاهل به نحوی در زیج حیاتی ثبت می‌شوند. پرونده خانوار برای تمامی خانوارهای تحت پوشش در مناطق روستایی تکمیل می‌گردد. ثبت اطلاعات در پرونده خانوار می‌بایست به وسیله مداد صورت گیرد تا تصحیح اطلاعات آن در زمان‌های بعدی مقدور باشد.

راهنمای پرکردن اطلاعات مربوط به صفحه اول و دوم

منظور از صفحه اول و دوم پرونده خانوار، روی جلد پوشه و صفحه پشت آن است. به منظور پرکردن اطلاعات مربوط به این صفحات به ترتیب زیر اقدام نمایید:

الف - روی جلد پوشه

۱- روی جلد پوشه نام دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مرکز بهداشت شهرستان را برای کلیه خانوارها بنویسید.

۲- برای خانوارهایی که از خانه بهداشت خدمات دریافت می‌نمایند (خانوارهای روستایی) نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی و یا احیاناً مرکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی که آنها را تحت پوشش دارد و نام خانه بهداشت و نام روستای محل سکونت خانوار تکمیل می‌شود و مقابل نام مرکز بهداشتی درمانی شهری و پایگاه بهداشت خالی می‌ماند.

۳- شماره خانوار یا پرونده را بر اساس شماره گذاری که در روستا نموده‌اید (شماره خانوار) ثبت نمایید.

۴- پس از تکمیل اطلاعات فوق اقدام به درج نشانی محل سکونت خانوار در روستا و نیز شماره تلفن و کد پستی نمایید. در صورت موجود نبودن هر یک از اطلاعات مربوط به تلفن و کد پستی جای آن را خالی بگذارید. در انتها اقدام به تکمیل بخش مربوط به زمان تشکیل پرونده نمایید.

توجه داشته باشید که شماره ساختمان در روستا مطابق شماره‌ای است که در سرشماری به ساختمانها داده می‌شود. علاوه بر این توجه داشته باشید که شماره خانوار یا پرونده را یک بار دیگر در گوشه سمت چپ بالای پوشه یادداشت نمایید تا در هنگام پیدا کردن پوشه در فایل دچار مشکل نشوید. تمامی اطلاعات مندرج در پرونده خانوار از جمله شماره ساختمان و خانوار را می‌بایست با مداد مشکی نرم ثبت کرد تا تصحیح آن به سادگی صورت پذیرد.

باسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
معاونت بهداشتی

پرونده خانوار

شماره خانوار یا شماره پرونده:
شماره ساختمان:

..... مرکز بهداشت شهرستان

..... مرکز بهداشتی درمانی شهری

..... ضمیمه

پایگاه بهداشت

..... غیر ضمیمه

..... شهر (نقطه شهری)

..... مرکز بهداشتی درمانی روستایی

..... خانه بهداشت روستای

..... شماره خانوار

..... شماره ساختمان

..... نشانی

..... شماره تلفن کد پستی

تاریخ تشکیل پرونده: روز ماه سال

ب - صفحه دوم

ستون اول این صفحه مربوط به شماره ردیف است که از عدد ۱ شروع می‌شود. ستون دوم مربوط به نام و نام خانوادگی افرادی است که در آن خانوار زندگی می‌کنند.

ترتیب نوشتن نام افراد به این شرح است:

- ۱- سرپرست خانواده
- ۲- همسر سرپرست (در صورتی که سرپرست بیش از یک همسر دارد و در یک محل زندگی می‌کنند از قدیم به جدید بنویسید).
- ۳- فرزندان از بزرگ به کوچک (در مورد فرزندان که متعلق به یکی از زوجین و یا هیچکدام از آنها نیست در ستون ملاحظات کلمه فرزند مرد و یا فرزند زن و یا فرزند خوانده ذکر گردد).
- ۴- عروس و داماد سرپرست (در صورت عدم استقلال)
- ۵- نوه و نتیجه سرپرست
- ۶- پدر و مادر سرپرست خانوار
- ۷- خواهر و برادر سرپرست
- ۸- سایر خویشاوندان سرپرست
- ۹- غیر خویشاوندان

افرادی از خانوار که به دلایلی از جمله سربازی، تحصیل در دانشگاه، کار در شهر یا کشور دیگری و یا سایر وضعیت‌ها در زمان سرشماری در آن خانوار نیستند، چنانچه انتظار می‌رود در شش ماهه اول سال به خانوار خود برگردند جزء آن خانوار محسوب می‌شوند و در غیر این صورت جزء آن خانوار به حساب نخواهند آمد، به استثنای سرپرست خانوار که در هر سال مشخصات وی ثبت و در صورت عدم حضور در ستون ملاحظات توضیح داده می‌شود.

ستون سوم مربوط به نسبت اعضای خانوار با سرپرست خانواده است. در این مورد مطابق آنچه که در فوق آمده است نسبتها مشخص می‌شود.

ستون چهارم، پنجم و ششم مربوط به تاریخ تولد افراد است که حتی الامکان برحسب روز و ماه و سال از روی شناسنامه نوشته می‌شود. در مورد کودکان زیر ۶ سال تنها به شناسنامه اکتفا نکنید و سعی کنید تولد واقعی را درج نمایید. زیرا گاهی تاریخ واقعی تولد با تاریخ مندرج در شناسنامه تفاوت دارد. ستون هفتم مربوط به جنس است که برای مردان و پسران کلمه مرد و برای زنان و دختران کلمه زن نوشته می‌شود.

ستون هشتم مربوط به وضعیت تاهل است که یکی از حالات همسردار، همسرمرده، همسر جدا شده، هرگز ازدواج نکرده را شامل می‌شود.

ستون نهم مربوط به میزان سواد افراد بالای ۶ سال است که بر اساس گفته آنها نوشته می‌شود. مثلاً کلاس دوم راهنمایی یا دیپلم. (مسئلاً این ستون برای کودکان زیر ۶ سال سفید باقی می‌ماند).

ستون دهم مربوط به شغل افراد است. این ستون برای افراد بالای ۶ سال تکمیل و برای افراد زیر ۶ سال سفید باقی می‌ماند. «شغل» عبارت است از هر فعالیت فکری یا بدنی که قانوناً مجاز باشد و به منظور کسب درآمد (نقدی یا غیرنقدی) صورت می‌گیرد؛ مثل کشاورزی، آموزگاری، مکانیکی و دیگر فعالیت‌ها.

در ستون یازدهم (ملاحظات) نکات قابل توجه از جمله مرگ و ازدواج، طلاق و مهاجرت دائم یادداشت می‌شود.

این فرم برای سرشماری جمعیت روستاهای تحت پوشش گروه‌های سیار نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

ج - صفحه پشت جلد

صفحه پشت جلد پرونده خانوار، شامل اطلاعات مربوط به وضعیت محل سکونت و کارگاه خانگی از نظر بهداشت محیط و حرفه‌ای است. همانطور که قبلاً گفتیم این صفحه نیز در نخستین بازدید منزل تکمیل می‌شود.

تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار

این فرم حاوی اطلاعات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی در مورد زنان باردار، تنظیم خانواده و برخی بیماری‌های مزمن است. **فرم بازدید سالیانه خانوار در نخستین بازدید از منازل و نیز بازدیدهای سالیانه تکمیل می‌شود.** هدف از تکمیل این فرم، شناخت گروه‌های هدف برخی برنامه‌های بهداشتی است که ممکن است اطلاعات آنها در طول سال ثبت نگردیده و تحت مراقبت قرار نگرفته باشند. این اطلاعات شامل گروه‌های هدف در برنامه‌های مراقبت از زنان باردار و تنظیم خانواده و برنامه‌های مربوط به بیماری‌های سل، مالاریا، فشارخون، دیابت، تالاسمی و معلولیت‌های جسمی و روانی است. همانطور که قبلاً گفتیم در برنامه‌های بهداشتی گروه‌های هدف شناسایی شده و تحت پوشش مراقبتی قرار می‌گیرند. اما گاه ممکن است افرادی از گروه‌های هدف به علل مختلف برای بهورز شناسایی و ثبت نشده باشند. به عنوان مثال ممکن است فردی که مبتلا به سل است به خانه بهداشت مراجعه نکند و خود مستقیماً به مطب پزشکان خصوصی در شهر مراجعه نموده و تحت درمان قرار گیرد یا ممکن است فرد معلولی برای بهره‌مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نکند. در این صورت بهورز در بازدید سالیانه این موارد را کشف و در فرم چوب‌خط زده و در صورت لزوم تحت مراقبت قرار می‌دهد. علاوه بر این ممکن است زن بارداری با گذشت چندین ماه از بارداری هنوز به خانه بهداشت مراجعه ننموده باشد. در این صورت بهورز مشخصات وی را در فرم بازدید سالیانه ثبت نموده و پس از مراجعه به خانه بهداشت، فرم مراقبت از زنان باردار را برای وی در پرونده خانوار قرار می‌دهد و در زمانهای پیش‌بینی شده از او مراقبت خواهد نمود. در تمامی این موارد بهورز ضمن بازدید سالیانه از خانوارها از افراد گروه هدف برنامه‌ها دعوت خواهد نمود تا در زمانی خاص برای مراقبت یا بررسی به خانه بهداشت مراجعه نمایند. ممکن است برای افراد یک خانوار چند ردیف از جدول تکمیل شود. به عبارت دیگر ممکن است در یک خانوار چند نفر از افراد برای ستون‌های ۵ تا ۱۲ علامت زده شود.

در ردیف آخر (جمع) تعداد کل موارد علامت زده شده هر ستون جمع می‌شود. با این روش بهورز به خوبی خواهد دانست که چه تعداد از افراد را می‌بایست تحت پوشش برنامه‌های مختلف قرار داده یا بررسی نماید. لازم به ذکر است که تعریف هر یک از موارد مندرج در ستون‌های ۵ تا ۱۲ به تفصیل در سایر کتب خواهد آمد.

پس از پایان سرشماری و بازدید از کلیه خانوارها در روستاهای تحت پوشش و آمادگی خانه بهداشت برای شروع ارائه خدمات به گروه‌های هدفی که طی سرشماری شناسایی شده‌اند، طبق برنامه تنظیمی، از افراد واجد شرایط در برنامه‌های مختلف دعوت می‌شود که به خانه بهداشت مراجعه نموده و تحت پوشش قرار گیرند. چنانچه به هر دلیل افراد جهت بهره‌مندی از برنامه‌ها به خانه بهداشت مراجعه نکردند، بهورز بایستی همراه با پرونده خانوار به خانه مراجعه نموده و ضمن تکمیل اطلاعات مورد نیاز جهت ادامه مراقبت‌ها مجدداً از این افراد درخواست نماید تا جهت بهره‌مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه کنند.

بازدید سالیانه از منازل (بازدید از خانوارها در سالهای بعد از نخستین بازدید)

بازدید سالیانه از منازل با هدف سرشماری و نیز تکمیل یا تصحیح اطلاعات موجود در صفحات اول و دوم و پشت جلد پرونده خانوار و تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار صورت می‌گیرد. در این بازدید بهورز همراه با پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه به خانوارها مراجعه نموده اطلاعات مربوط به صفحات اول و دوم و پشت جلد پرونده خانوار را، که در طول سال اصلاح نشده‌اند، تکمیل و تصحیح می‌کند. علاوه بر این تکمیل فرم بازدید سالیانه خانوار همانطور که قبلاً گفته شد به بهورز این امکان را می‌دهد که افرادی را از گروه‌های هدف که قبلاً تحت پوشش مراقبت‌ها قرار نگرفته‌اند شناسایی کند و تحت مراقبت قرار دهد.

تذکره: همانطور که دیدیم بازدید سالیانه از ساختمانها و منازل

با استفاده از پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه خانوارها صورت می‌گیرد. این بازدید می‌بایست از اواسط اسفندماه آغاز شود و در نیمه اول فروردین ماه پایان یابد. در این بازدید اطلاعات مربوطه در صفحات اول و دوم و پشت جلد پرونده خانوار تکمیل و تصحیح گردیده و فرم بازدید سالیانه تکمیل می‌شود. در این مورد بهورزان می‌بایست هر روز تعداد مشخصی از ساختمانها و خانوارها را بازدید کنند؛ به نحوی که حداکثر تا پایان نیمه اول فروردین ماه اجرای این برنامه به پایان برسد. گاه حمل پرونده خانوار به دلیل حجم زیاد آن در روستاهای قمر بهورز را دچار

مشکل می‌سازد. برای حل این مشکل بهورز می‌تواند با هماهنگی با مرکز بهداشتی درمانی مربوطه و مرکز بهداشت شهرستان اقدام به تکثیر برگه‌های مربوط به صفحات اول و دوم و پشت جلد پرونده نموده آنها را به جای پرونده خانوار به روستاهای قمر حمل نماید. در این صورت بهورز در اولین بازدید از روستا می‌بایست برای هر خانوار در فرم‌های مجزا اطلاعات را تکمیل نموده و در سالهای بعد از همین فرم‌ها برای تصحیح و تکمیل اطلاعات در روستاهای قمر استفاده نماید. بهورز پس از بازدید از روستاهای تحت پوشش اطلاعات تکمیل و تصحیح شده را عیناً به پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت منتقل خواهد کرد.

سرشماری و بازدید سالیانه

نمونه نظری ماتریز و خابزار
حداقل ۵۰۰۰۰ نفر سال یکبار

اصلاح اطلاعات صفحات اول
دوم و پشت جلد پرونده خابزار

تکمیل فرم بازدید سالیانه

نمودار ۳ - ۳

فعالیت‌هایی که در
سرشماری و بازدیدهای
سالیانه انجام می‌شود.

درج اطلاعات سرشماری در زیج حیاتی

الف - زیج حیاتی چیست؟

زیج حیاتی یک ابزار کارآمد جهت شناخت جمعیتی روستا است. شکل این فرم در صفحه ۴۷ آمده است. زیج حیاتی از بخش‌های مختلفی تشکیل شده است. این فرم از ابتدا تا پایان سال باید به دیوار خانه بهداشت در روستا نصب باشد و فرم سال بعد بر روی آن قرار گیرد. هدف از تکمیل این فرم داشتن اطلاعات آماری بهنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش و محاسبه شاخصهای جمعیتی و بهداشتی هر خانه بهداشت است.

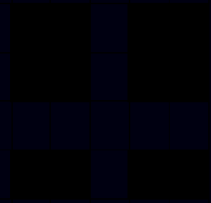
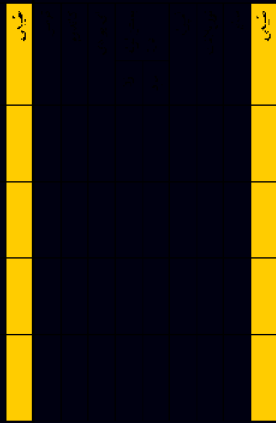
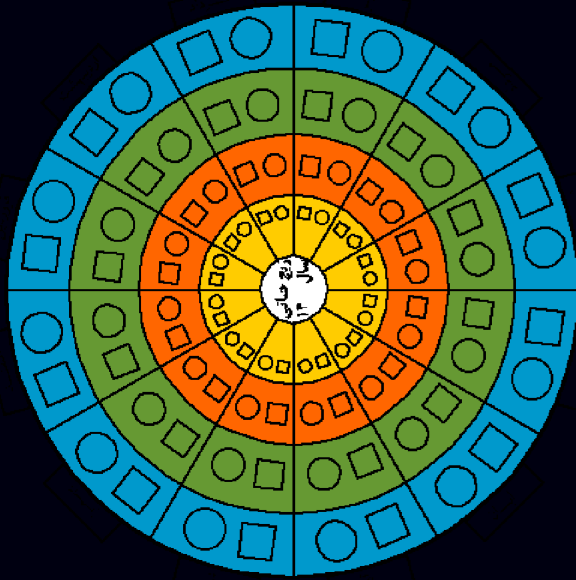
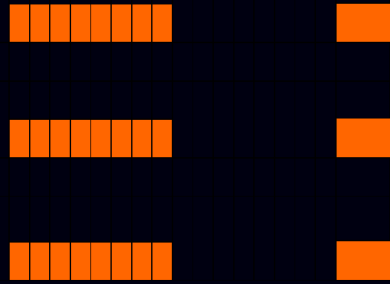
در بالا و وسط صفحه زیج نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت شهرستان و واحد مربوطه (خانه بهداشت و پایگاه بهداشت ضمیمه یا غیرضمیمه) قید می‌شود.

مثال:

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

مرکز بهداشت شهرستان فسا

آمار جمعیت، تولد و مرگ در خانه بهداشت علی آباد



برای تکمیل زیج حیاتی، علاوه بر توجه به دوراهنما در دو طرف بالای زیج و زیرنویس‌های هر یک از جداول باید به نکات زیر توجه داشت:

۱- جدول جمعیت برحسب سن و جنس

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت برحسب روستاهای اصلی و قمر و کل مطابق با سرشماری که در ابتدای هر سال صورت می‌گیرد به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی در این جدول ثبت می‌گردد. توجه داشته باشید که ستونهای مربوط به جمعیت زنان در فاصله سنی ۱۰ تا ۴۹ سال (هر یک از ردیف‌های ۱۰ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۱۹ سال، ۲۰ تا ۲۴ سال و...) به دو قسمت تقسیم شده است. همان‌طور که در زیرنویس جدول هم می‌بینید، در هر ردیف، ستون سمت راست (یعنی ستون سفید) برای نوشتن جمعیت کل زنان و ستون چپ (رنگی) برای ثبت رقم جمعیت زنان همسر دار در آن گروه سنی است. مجموع جمعیت‌های مزبور در ستون جمع نوشته می‌شود.

۲- جدول مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان برحسب سن مادر و علت مرگ

این جدول به تفکیک روستاهای اصلی و قمر برای مناطق روستایی و در مناطق شهری فقط در ستون مربوط به جمعیت شهری و برحسب گروه‌های سنی مادران از ۱۰ تا ۴۹ سال برای علت مرگ مادر به روش چوب خطی پر می‌شود. در پر کردن این جدول باید به تعاریف خاصی نظیر خونریزی، عفونت بعد از زایمان، مسمومیت حاملگی و... توجه داشت که در آینده به شرح آنها خواهیم پرداخت.

۳- جدول تولد برحسب وزن، جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان

این جدول خود به پنج بخش تقسیم شده است و اطلاعات در هر بخش به تفکیک روستای اصلی و قمر برای مناطق روستایی و در مناطق شهری، به صورت جداگانه ثبت می‌شود. در مورد هر یک از این بخش‌ها در فصول مربوطه صحبت خواهیم کرد.

۴- جدول مرگ برحسب سن و جنس

در این جدول آمار مرگ در مناطق شهری یا روستاهای تحت پوشش به تفکیک منطقه سکونت فرد و برحسب جنس و سن به صورت چوب خطی ثبت می‌شود. توجه داشته باشید که باید همه مرگ‌هایی که در یک واحد بهداشتی (مثلاً در حوزه تحت پوشش یک خانه بهداشت) اتفاق می‌افتد ثبت گردد. در این مورد دقت کنید وقتی گفته می‌شود «کمتر از یک ماه» یعنی از بدو تولد تا ۲۹ روزگی کامل و «یک ماه تا کمتر از یک سال» یعنی از روز سی‌ام تولد تا وقتی که سن کودک به ۱۱ ماه و ۲۹ روز برسد و به همین ترتیب برای بقیه گروه‌های سنی موارد وقوع مرگ ثبت می‌شود.

۵- جدول پوشش تنظیم خانواده برحسب نوع روش در آخرین روز هر فصل

در روز آخر هر فصل (۳۱ خرداد، ۳۱ شهریور، ۳۰ آذر و ۲۹ اسفند) تعداد افرادی (زنها یا شوهرهایی) را که از هر نوع وسیله یا روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند در دفتر مربوطه شمارش شده و در محل مخصوص به خود نوشته می‌شوند. در این مورد نیز در فصول مربوطه بحث خواهد شد.

۶- جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنج سال

تعداد کودکان فوت شده‌ای را که کمتر از یک ماه، یک ماه تا کمتر از یک سال و یک سال تا کمتر از پنج سال داشته باشند، برحسب علت مرگ آنها در مکان مربوطه، به روش چوب خطی ثبت

می‌شوند. در مورد مرگ‌های در سنین زیر پنج سال در فصل مربوط به مراقبت اطفال بحث خواهیم کرد. محل‌هایی از جدول که بروز مرگ به علت‌های خاص در سنین مربوطه غیرممکن باشد با رنگ تیره پر شده است.

۷- دایرهٔ زیج حیاتی مربوط به تولد زنده و مرگ برحسب ماه‌های سال

در دایرهٔ مرکزی (سفید) سال مربوطه را که آمار آن سال در فرم زیج حیاتی ثبت می‌شود نوشته می‌شود. برای دایره‌های دیگر در پایان هر ماه عدد مربوط به آن ماه را از جدول مربوطه استخراج و به ترتیب زیر در دایرهٔ زیج به تفکیک روستای اصلی و قمر برای مناطق روستایی و برای مرکز شهری در مربع‌ها ثبت می‌شود.

دایره زرد مربوط به متولدین زنده است.

دایره نارنجی نشان دهنده آمار مرگ کودکان زیر یک سال است.

دایره سبز مربوط به آمار مرگ کودکان از یک سال تا کمتر از پنج سال است.

دایره آبی مرگ پنج سال به بالا را نشان می‌دهد.

هر کدام از اعداد درون دایرهٔ زیج حیاتی، با سایر جداول قابل کنترل است که این امر سبب افزایش دقت در ثبت آمار می‌شود.

دقت نمایند که در زیج حیاتی به غیر از جدول مربوط به آمار جمعیت تحت پوشش به تفکیک سن و جنس و دایرهٔ زیج حیاتی و جدول تنظیم خانواده که داده‌ها به عدد در آنها ثبت می‌شود، در بقیهٔ جداول اطلاعات به صورت چوب‌خطی ثبت شود.

در ابتدای هر سال باید زیج‌های حیاتی سال قبل تمامی خانه‌های بهداشت جمع‌آوری و اطلاعات آنها در مرکز بهداشت شهرستان وارد رایانه شود. این اطلاعات حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه هر سال به مرکز گسترش شبکه و توسعه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال می‌شود، تا در آنجا جهت برنامه‌ریزی‌های کشوری و منطقه‌ای مورد تحلیل و استفاده قرار گیرد. از زیج حیاتی شاخص‌های بهداشتی متعددی قابل استخراج است که در جای خود در مورد آنها به بحث خواهیم پرداخت.

ب- درج اطلاعات مربوط به سرشماری در جدول جمعیت برحسب سن و جنس در زیج حیاتی

پس از تکمیل و تصحیح اطلاعات سرشماری باید اطلاعات ثبت شده در صفحهٔ دوم پروندهٔ خانوار برحسب سن و جنس در شروع سال جدید به جدول جمعیت، در زیج حیاتی منتقل شود. انتقال اطلاعات مزبور به این جدول موجب خواهد شد تا کارکنان بهداشتی از ترکیب سنی و جنسی جمعیت تحت پوشش اطلاع یابند. جمعیت هر یک از گروه‌های سنی می‌تواند اطلاعات اولیه را برای برنامه‌های بهداشتی که برای آن گروه طراحی گردیده به دست دهد. علاوه براین با استفاده از این جدول اطلاعات پایهٔ شاخص‌های متعددی به دست می‌آید. با این توصیف معلوم می‌شود که انتقال صحیح اطلاعات به زیج حیاتی از اهمیت خاصی برای اجرای برنامه‌های مختلف بهداشتی برخوردار است. برای آنکه این اطلاعات با دقت بیشتری در جدول اشاره شده ثبت شود و پس از اتمام ثبت، قابل کنترل باشد، **فرم استخراج اطلاعات سرشماری برحسب سن، جنس و وضعیت تأهل زنان** طراحی شده است. این فرم شامل ۲۲ ستون اصلی است. ستون نخست مربوط به شمارهٔ ردیف و ستون دوم مربوط به شمارهٔ پروندهٔ خانوار است. سایر ستون‌های اصلی مربوط به گروه‌های مختلف سنی است. هر ستون اصلی به ستون‌های فرعی تقسیم شده است که در آنها

افراد مذکر و مؤنث از یکدیگر تفکیک می‌شوند؛ (حرف «م» برای افراد مذکر و حرف «ز» برای افراد مؤنث). در فاصله بین سنین ۱۰ تا ۴۹ سال، زنان شوهردار نیز در یک ستون فرعی دیگر ذکر شده‌اند؛ (حروف «ز.ش»). ستون آخر مربوط به جمع افراد خانوار است. پس از تکمیل پرونده خانوار در پایان سرشماری برای هر پرونده یک ردیف از جدول فوق تکمیل می‌شود. بدین ترتیب که براساس سال تولد برای هر فرد یک ستون با مداد چوب خط زده می‌شود. باید دقت کرد که برای زنان شوهردار ۱۰ تا ۴۹ ساله یک بار در ستون مربوط به حرف «ز» و یک بار در ستون مربوط به حروف «ز.ش» چوب خط زده می‌شود. در ستون جمع افراد خانوار باید تعداد کل افراد خانوار ذکر شود. البته باید دقت کرد که زنان شوهردار دوبار محاسبه نشوند (یک بار در ستون «ز» و یک بار در ستون «ز.ش»). برای راحتی کار بهتر است جمع افراد خانوار را از روی پرونده خانوار بنویسیم.

مطلب مهم دیگر در تکمیل ستون‌ها نحوه محاسبه سن افراد است. فرد زیر یک سال به شخصی اطلاق می‌شود که سن وی کمتر از ۱۱ ماه و ۲۹ روز باشد و افراد گروه ۱ تا ۴ سال افرادی هستند که سن آنها بین ۱۲ ماه کامل تا پایان ۴ سالگی (۴ سال و یازده ماه و ۲۹ روز) است. گروه ۵ تا ۹ ساله نیز افرادی هستند که سن آنها بین ۵ سال کامل تا ۹ سال و یازده ماه و ۲۹ روز است. بنابراین برای سرشماری سال ۸۰ کسانی که در سال ۱۳۷۹ متولد شده‌اند، افراد زیر یک سال و کسانی که در سالهای ۷۸، ۷۷، ۷۶، ۷۵ متولد شده‌اند گروه افراد ۱ تا ۴ سال (این ستون شامل ۴ سال است.) و کسانی که در سالهای ۷۴، ۷۳، ۷۲، ۷۱ و ۷۰ متولد شده‌اند گروه ۵ تا ۹ سال محسوب می‌شوند. (ستون اخیر شامل ۵ سال است). برای دقت بیشتر در محاسبه سن بهتر است سال‌های تولد مربوط به هر گروه سنی را در هر دوره از سرشماری سالیانه در ردیف دوم ثبت کرد.

ردیف انتهایی فرم مربوط به جمع هر ستون است. جمع ردیف آخر می‌بایست بدون محاسبه چوب خط‌های مربوط به زنان شوهردار در مربع انتهایی جدول ثبت شود. این جمع باید با جمع مربوط به ستون آخر یکسان باشد. به‌رزان در پایان هر روز از سرشماری می‌بایست اطلاعات پرونده خانوار را در جدول مزبور ثبت و در پایان سرشماری آنها را با یکدیگر جمع و به جدول جمعیت برحسب سن و جنس در زیج حیاتی منتقل نمایند. اطلاعات زیج حیاتی روستاها در مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان و سطح وزارتخانه جمع‌بندی و تحلیل می‌شوند.

تذکر مهم: درج اطلاعات در فرم استخراج اطلاعات سرشماری و نیز جدول جمعیت برحسب سن و جنس می‌بایست برای روستاهای اصلی و قمر به صورت جداگانه صورت گیرد. بدین منظور در جدول جمعیت برحسب سن و جنس ستون مربوط به روستای اصلی و قمر جدا شده و یک ستون نیز به جمع آنها اختصاص داده شده است. (ستون کل که از جمع ارقام مربوط به ستون روستای اصلی و قمر به دست می‌آید.)

روش محاسبه سن افراد

برای محاسبه سن افراد در یک زمان خاص باید تاریخی را که می‌خواهیم سن فرد را محاسبه نمایم و تاریخ تولد فرد را به تفکیک روز، ماه و سال نوشته و سپس عدد مربوط به روز، ماه و سال تولد را به ترتیب از عددهای مزبور در تاریخ محاسبه کم کنیم. چنانچه تفریق عددهای مربوط به روز و ماه تاریخ ولادت از تاریخ محاسبه سن بدلیل بزرگتر بودن هریک از این اعداد ممکن نباشد به سادگی می‌توان با خرد کردن یک ماه به ۳۰ روز و یا یک سال به ۱۲ ماه، به روز یا ماه تاریخ محاسبه اضافه کرد.

مثال: تاریخ ولادت فردی ۲۰/۵/۶۰ است، سن او را در تاریخ ۱۰/۶/۷۹ محاسبه کنید.

جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت

کل		تسر ○		شهر / روستای اصل □		نقطه و جتن سن (سال)
		زن	مرد	زن	مرد	
						کمتر از یک سال
						۱ - ۴
						۵ - ۹
						۱۰ - ۱۴
						۱۵ - ۱۹
						۲۰ - ۲۴
						۲۵ - ۲۹
						۳۰ - ۳۴
						۳۵ - ۳۹
						۴۰ - ۴۴
						۴۵ - ۴۹
						۵۰ - ۵۴
						۵۵ - ۵۹
						۶۰ - ۶۴
						۶۵ - ۶۹
						۷۰ - ۷۴
						۷۵ - ۷۹
						۸۰ - ۸۴
						۸۵ و بیشتر
						جمع

تاریخ تکمیل فرم:

امضا:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

حل: $۷۹/۵/۴۰ - ۶۰/۵/۲۰ = ۱۹/۰/۲۰ = ۷۹/۶/۱۰ - ۶۰/۵/۲۰$

طبق این محاسبه سن فرد در تاریخ ذکر شده ۱۹ سال و ۲۰ روز است.

مروری بر برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی در روستا:

اجرای صحیح برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا موجب خواهد شد تا بهورزان تمامی گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی مختلف را به خوبی شناسایی و ثبت نموده و نیز با ثبت اطلاعات وضعیت زیست محیطی مردم روستا خود را آماده اجرای برنامه‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای نمایند. برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا دارای مراحل مشخصی است که فعالیت‌های آن می‌بایست به ترتیب یا همزمان با یکدیگر انجام شود، تا مناسب‌ترین کارایی در وقت و هزینه بدست آید به همین لحاظ در ادامه این بحث دوباره مراحل اجرای برنامه را مرور می‌نماییم.

بهورزان در شروع فعالیت‌های بهداشتی در روستا، نخست اقدام به تهیه نقشه‌های کروکی روستا و منطقه می‌نمایند، پس از آن کار شماره‌گذاری ساختمان و خانوارها انجام می‌شود. در حین اجرای فعالیت شماره‌گذاری فرم‌های صفحه اول، دوم و پشت جلد پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه تکمیل می‌شود. با تکمیل فرم صفحه اول، دوم و پشت جلد پرونده خانوار امکان تکمیل جدول جمعیت برحسب سن و جنس در زنجیر حیاتی بوجود می‌آید. در این میان بهورز امکان تکمیل فرم اطلاعات آبادی را نیز دارند. پس از تکمیل اطلاعات فوق می‌بایست در طول سال بلافاصله پس از وقوع هرگونه تغییر در جمعیت و شرایط زیست محیطی روستا اطلاعات مربوطه در فرم‌ها تصحیح و تکمیل گردد. به عبارت دیگر **ثبت یا تکمیل اطلاعات در فرم‌ها باید به روز باشد.**

حال این سؤال مطرح است؛ اگر اطلاعات فرم‌های ذکر شده در طول سال تصحیح و تکمیل می‌شود، چه نیازی به اجرای برنامه شناسایی جمعیتی - زیست محیطی در روستا در ابتدای هر سال موجود است؟ پاسخ سؤال این است؛ اجرای این برنامه در ابتدای هر سال با هدف تکمیل اطلاعات ثبت نشده و شناخت افراد جدیدی که در طول سال بهورز نتوانسته آنها را شناسایی نماید و نیز شناسایی وضعیت‌های جدید اتفاق افتاده در محیط زیست روستایی صورت می‌گیرد. با این اجرای فعالیت‌ها بهورز اطلاعات ثبت شده را برای شروع فعالیت در سال جدید کامل نموده و نقایص، اشتباهات و کاستی‌های آنرا برطرف می‌کند؛ اما در این حالت دیگر نیازی به ثبت دوباره اطلاعات نیست، بلکه اطلاعات قبل تصحیح و تکمیل می‌شود. **تکمیل فرم بازدید سالیانه که حاوی اطلاعات مربوط به گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی مختلف است، هر سال از نو صورت می‌گیرد،** چراکه افراد گروه‌های هدف این برنامه‌ها به طور کلی با سال قبل متفاوت هستند. به عنوان مثال زنی که در سرشماری سال قبل باردار بوده به طور قطع امسال باردار نیست و احتمالاً فردی که در سال گذشته مبتلا به سل بوده و تحت درمان قرار گرفته، حال دیگر بهبود یافته است.

بازدید از منزل برای پیگیری و دعوت

ارائه خدمات بهداشتی به مردم روستایی به صورتی فعال صورت می‌گیرد. این بدان معنا است که چنانچه افرادی از گروه‌های هدف جهت دریافت خدمات به خانه بهداشت مراجعه نمودند، بهورز باید مطابق دستور عمل‌های مشخصی که در هر برنامه بهداشتی آمده است، به آنها مراجعه نموده و از آنها برای شرکت در برنامه و بهره‌مندی از خدمات در خانه بهداشت دعوت به عمل آورد. علاوه بر این بهورزان می‌بایست بر طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی نموده و وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای آنها را ارزیابی کرده و اقدامات لازم آموزشی را در همان محل به عمل آورند. بهورزان در این بازدیدها از وضعیت زندگی مردم به خوبی اطلاع یافته و ارتباط

مفید و موثری با آنها برقرار می‌نمایند. به این وسیله بهورزان می‌توانند دریابند که مردم چگونه آموخته‌های خود را به کار می‌گیرند، چه مشکلاتی در اجرای آموخته‌های شما دارند و دلایل وقوع مشکلات و رفتارهای نامطلوب بهداشتی در آنها چیست؟

به طور کلی در بازدید منزل برای دعوت و پیگیری‌های بهداشتی دو هدف تعقیب می‌شود؛

الف- پیگیری و مراقبت‌های بهداشتی از افرادی که می‌بایست از خدمات موجود در برنامه‌های بهداشتی استفاده کنند.

ب- بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منزل و آموزش‌های لازم در این زمینه ها،

در فعالیت پیگیری و مراقبت‌های بهداشتی بهورز طبق دستور عمل‌های موجود در برنامه‌های بهداشتی باید افراد گروه هدف را که به دلایلی در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه ننموده‌اند مورد پیگیری قرار دهد. در این حالت بهورز می‌بایست با خوشرویی با افراد خانواده روبرو شده و پس از کسب اجازه وارد منزل شود. پس از گفتگو با اعضای خانواده باید علت نیامدن آنها به خانه بهداشت را جست و جو کرده و راهنمایی‌های لازم را برای برطرف نمودن مشکل به عمل آورد. در حین این بازدید بهورز فرصت خواهد داشت تا به سایر مسایل بهداشتی خانواده نیز توجه نماید.

در فعالیت بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهورز براساس دستور عمل‌های موجود در برنامه‌های بهداشت محیط و حرفه‌ای، طبق برنامه زمانی خاص به منازل سرکشی می‌کند و در این زمینه آموزش‌های لازم را به عمل می‌آورد.

در این بازدیدها بهورز امکان آن را می‌یابد تا در مورد مسایل مختلف بهداشتی که اعضای خانواده نیازمند آموزش در آن زمینه‌ها هستند بحث نماید. این مسایل می‌تواند شامل راهنمایی‌های لازم در جهت تغذیه اطفال، مراقبت‌های دوران بارداری، بعد از زایمان و شیردهی، فاصله گذاری بین تولدها و بسیاری از مسایل بهداشتی دیگر باشد.

در اینجا یک سؤال مطرح است؟ **بهورز چگونه می‌تواند بفهمد که می‌بایست کدام خانوارها را باید مورد پیگیری و بازدید قرار دهد؟** مفهوم این سؤال این است که بهورز با مراجعه به کدام اطلاعات ثبت شده در فرم‌های موجود در خانه بهداشت می‌تواند بفهمد که کدام فرد را باید مورد مراقبت و پیگیری قرار دهد؟

۱- دفاتر مراقبتی و دفتر ثبت بیماران: پس از تکمیل فرم‌های مختلف شناسایی جمعیتی (فرم‌های پرونده خانوار و فرم بازدید سالانه) بهورز گروه‌های هدف برنامه‌ها را شناسایی نموده و افراد واجد شرایط بهره‌مندی از خدمات را مورد پیگیری قرار می‌دهد. بهورز در حین اجرای فعالیت‌های شناخت جمعیتی از افراد واجد شرایط دعوت می‌کند تا جهت بهره‌مندی از خدمات به خانه بهداشت مراجعه نمایند. چنانچه به هر دلیلی افراد فوق‌الذکر از مراجعه به خانه بهداشت خودداری نمودند باید مورد پیگیری و مشاوره قرار گیرند. (در مورد روش مشاوره در فصول بعد بحث خواهیم کرد.) افرادی نیز که وارد برنامه‌های مختلف بهداشتی شده‌اند نام آنها در دفاتر مراقبتی ثبت و طبق دستور عمل‌های برنامه مورد پیگیری قرار می‌گیرند.

به عنوان مثال زنان باردار در هر دوره از بارداری در فواصل معین باید مراقبت شوند. تاریخ مراجعه بعدی آنها در دفتر مراقبت از زنان باردار مشخص است و چنانچه زنی در موعد مقرر به خانه بهداشت مراجعه نکند، بهورز باید وی را مورد پیگیری قرار دهد. ممکن است زنی که از قرص پیش‌گیری از بارداری استفاده می‌کند، بدلایلی نتواند در موعد پیش‌بینی شده جهت دریافت بسته بعدی قرص پیش‌گیری از بارداری مراجعه کند، در این صورت بهورز می‌بایست طبق دستور عمل برنامه تنظیم خانواده او را مورد پیگیری قرار دهد. بنابراین **بهورز باید در ابتدای هر روز کاری با مراجعه به دفاتر مراقبتی لیست افرادی را که باید در آن روز مراقبت شوند در فرم مراقبت و پیگیری روزانه ثبت نماید تا پس از مراجعه افراد به خانه بهداشت آنها را مراقبت نموده و در صورت عدم مراجعه در مهلت زمانی مشخصی که در برنامه پیش‌بینی شده است مورد پیگیری قرار دهد.**

۲- بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل طبق دستور عمل‌های موجود در این

برنامه‌ها؛ پیگیری‌های مربوط به بررسی وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل دستور عمل‌های مشخصی دارد که در مباحث مربوطه در مورد آنها بحث خواهیم کرد. نکته مهم این است که **این بازدید لزوماً می‌بایست طبق یک برنامه مشخص و از پیش تعیین شده صورت گیرد**، مناسب است در این زمینه یک نسخه از برنامه ماهیانه یا هفتگی بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل تهیه و در دیوار خانه بهداشت نصب شود. البته بدیهی است بازدید از وضعیت بهداشت محیط منازل در حین اجرای سایر مراقبت‌های بهداشتی اقدامی مطلوب است که مانع از به هدر رفتن وقت بهورز می‌شود.

در فعالیت بازدید از منازل برای دعوت و پیگیری باید علت بازدید از منزل، نتایج بدست آمده و اقدامات انجام گرفته در ضمن بازدید و پیگیری در فرم بازدید منزل برای دعوت و پیگیری ثبت شود. این فرم در صفحه ۵۶ نمایش داده شده است.

فعالیت‌های «پیگیری مراقبت‌ها» و «بازدید از وضعیت بهداشت محیط و حرفه‌ای منازل» مربوط به کلیه جمعیت تحت پوشش مشتمل بر روستای اصلی و روستاهای اقماری است.

در اینجا ذکر این نکته ضروری است که بازدید از منزل برای پیگیری مراقبت‌ها تنها یک فعالیت برای جبران عدم مراجعه فرد به خانه بهداشت تلقی نمی‌شود. بلکه این پیگیری موجب خواهد شد، بهورز ضمن پیگیری مراقبت‌ها از بسیاری از مشکلات بهداشتی مردم و دلایل وقوع آنها به خوبی اطلاع پیدا کرده و ارتباطی مفید و موثر با آنان برقرار نماید. در مورد فواید این نوع ارتباط در فصول مربوط به آموزش بهداشت به تفصیل بحث خواهیم کرد.

روش تکمیل فرم مراقبت و پیگیری روزانه:

این فرم را بهورز باید در شروع کار روزانه تکمیل نماید. هدف از تکمیل فرم پیدا کردن مشخصات افرادی است که باید در آن روز مراقبت شوند. نام و نام خانوادگی افرادی که نیازمند مراقبت هستند، از روی دفاتر مراقبتی و دفتر ثبت بیماران تکمیل می‌شود.

در قسمت بالا مشخصات مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت و روستا قید می‌شود. در ستون نخست تاریخ قید می‌شود. این تاریخ در واقع مربوط به هر روزکاری است، شماره ردیف فردی که باید مراقبت شود، در ستون بعد برای همان روزکاری نوشته می‌شود و برای روزهای بعد شماره ردیف از نو نوشته می‌شود. در ستون سوم شماره ردیف فرد در دفتر مراقبت ثبت می‌شود. شماره ساختمان و خانوار و نیز نام و نام خانوادگی فردی که باید مراقبت شود در ستون‌های چهارم و پنجم قید می‌شود. علت مراقبت که در ستون ششم قید شده، در واقع خدمات برنامه‌ای است که باید به فرد ارائه شود. علت مراقبت در واقع عنوان همان دفتر مراقبتی است که نام فرد از آن استخراج شده، مثلاً مراقبت تنظیم خانواده؛ البته می‌توان نوع مراقبت مورد نیاز را به طور اختصاصی قید نمود. (مثلاً تزریق نوبت دوم واکسن هیپاتیت ب برای کودکی که به تازگی متولد شده). در ستون‌های بعدی نتایج اجرای مراقبت یا پیگیری و بازدید منزل به طور مجزا قید می‌شود. پس از انجام مراقبت چنانچه برای فردی در ستون‌های فرعی ۲، ۳، ۴ و ۵ (مربوط به ستون اصلی نتیجه مراقبت یا پیگیری) علامت زده شود، باید علت آن در ستون آخر شرح داده شود.

با مراجعه به این جدول بهورز خواهد دانست که چه کسانی را باید در هر روز مورد پیگیری قرار دهد. برنامه‌های بهداشتی مختلف مهلت مورد نیاز برای پیگیری و بازدید منزل را طی دستور عمل‌های مشخصی اعلام می‌نمایند. بهورز می‌بایست هر روز نام افرادی را که نیاز به پیگیری دارند از جدول فوق استخراج نموده و آنها را مورد پیگیری قرار دهد.

خلاصه فصل سوم

- شناسایی جمعیتی - زیست محیطی روستا به معنی شناخت منطقه روستایی از نظر خصوصیات جمعیتی و عوامل زیست محیطی موجود در آن است.
- مهم‌ترین ابزارهای این شناخت عبارتند از: نقشه کروکی روستا، نقشه منطقه، فرم اطلاعات روستا، پرونده خانوار، فرم بازدید سالیانه خانوار و زیج حیاتی. تمامی این فرم‌ها به منزله اسناد اطلاعاتی مربوط به وضعیت جمعیتی و زیست محیطی روستا هستند. با این ابزار می‌توان گیرندگان خدمت و گروه‌های هدف را شناسایی و با استفاده از آنها اقدام به ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش نمود.
- خصوصیت مهم فرم‌های موجود در خانه بهداشت آن است که اطلاعات آنها با یکدیگر قابل کنترل است. این امر سبب افزایش دقت در ثبت اطلاعات و آمار می‌شود.

پس از آشنایی با نحوه شناخت گروه‌های هدف و محیطی که در آن زندگی می‌کنند، شما در سایر فصل‌های این کتاب با نحوه برقراری ارتباط با این گروه‌ها آشنا خواهید شد. نخستین فصلی که در پیش رو خواهید داشت مربوط به اصول آموزش بهداشت است که در آن نکات اساسی را که می‌بایست در برقراری ارتباط با افراد و گروه‌ها رعایت نمایید، مرور خواهید کرد.

تمرین در فارغ از کلاس درس

- ۱- هدفهای کلی برنامه شناخت جمعیتی - زیست محیطی روستا را به طور خلاصه شرح دهید.
- ۲- نحوه شماره گذاری ساختمانها و خانوارها در روستا را با ذکر چند مثال توضیح دهید.
- ۳- نکات اساسی که بهورز در اولین بازدید منزل باید رعایت نماید، چیست؟

تمرین در کلاس درس

- ۱- باکمک مربی گروهی روستای خود را ترسیم کنید.
- ۲- باکمک مربی خود، نقشه آبادیهای منطقه (آبادیهای تحت پوشش خانه بهداشت) را ترسیم کنید.
- ۳- در مورد نحوه تکمیل صفحه اول و دوم پرونده خانوار با یکدیگر بحث کنید.
- ۴- فرمهای موجود در پرونده خانوار را در کلاس درس مرور کنید. به نظر شما هر کدام از این فرمها به چه منظور و با چه اهدافی طراحی شده است؟ در این مورد با سایر دانش آموزان و مربی خود بحث کنید.
- ۵- با همکاری چند نفر از دوستان خود در مورد زیج حیاتی و روش تکمیل اطلاعات مربوط به جدول جمعیت برحسب سن و جنس چه سایر دانش آموزان توضیح دهید.
- ۶- همانطور که در ابتدای این فصل اشاره شد، یکی از هدفهای مهم شناخت جمعیتی روستا، شناسایی گروههای هدف برنامههای بهداشتی است. پس از مشورت با مربی خود و کسب اطلاعات در مورد برنامههای مختلف بهداشتی بگویید که پس از پایان سرشماری و تکمیل اطلاعات در پرونده خانوار و فرم بازدید سالیانه چه گروههای هدفی شناسایی میشوند؟ برای این گروههای هدف چه برنامههایی پیش بینی شده است؟
- ۷- یکی از موضوعات مهم در تکمیل جدول جمعیت بر حسب سن و جنس، نحوه محاسبه سن افراد است. در این مورد با کمک سایر دانش آموزان و مربی خود روش ریاضی محاسبه سن افراد در شروع سال را تمرین کنید. فرض کنید در شروع سال جدید می خواهید سن افراد زیر را محاسبه کنید. نحوه محاسبه ریاضی سن افراد را نوشته و بگویید هر کدام در کدام ردیف سنی در جدول جمعیت بر حسب سن و جنس قرار می گیرند؟
فردی با تاریخ تولد ۱۳۷۹/۱۰/۳۰، فردی با تاریخ تولد ۱۳۷۶/۹/۲۰، فردی با تاریخ تولد ۱۳۶۰/۱/۱، فردی با تاریخ تولد ۱۳۳۲/۸/۲۵ و فردی با تاریخ تولد ۱۳۰۷/۳/۲۰.

فصل چهارم

اصول آموزش بهداشت

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- هدف از آموزش بهداشت به مردم را توضیح دهید.
- ۲- مفهوم رفتار مناسب و نامناسب بهداشتی در افراد و مراحل تغییر رفتار در آنها را توضیح دهید.
- ۳- نکات اساسی را که به‌روران می‌بایست در برقراری ارتباط با افراد و گروه‌ها و آموزش بهداشت رعایت کنند توضیح دهید.
- ۴- خصوصیات اصلی روش آموزش غیرمشارکتی و مشارکتی را نام برده آنها را با یکدیگر مقایسه کنید.

اهداف

آموزش بهداشت اولین جزء مراقبت‌های اولیه بهداشتی و یکی از مهمترین وظایف بهورزان است. آموزش بهداشت به مردم کمک می‌کند تا مشکلات بهداشتی خودشان را بشناسند، آنها را به ترتیب اهمیت دسته‌بندی کنند و برای مشکلات راه حل پیدا کنند. وظیفه کارمند بهداشتی (بهورز) در آموزش بهداشت این است که در کنار مردم بوده و به آنها کمک کند تا کارها را راحت‌تر انجام دهند.



تصویر ۱ - ۱۴

هدف آموزش بهداشت ایجاد تغییر رفتار در مردم است. رفتار غیربهداشتی رفتاری است که منجر به بروز مشکلات سلامت می‌شود.

هدف آموزش بهداشت

در واقع این که مردم چرا سالم هستند و چرا بیمار می‌شوند قبل از هر چیز به رفتار خود آنها بستگی دارد. مثلاً اگر مردم دستهایشان را قبل از غذا و بعد از توالت بشویند کمتر بیمار می‌شوند و اگر از آب رودخانه و چشمه غیربهداشتی و هر آب آلوده دیگری بنوشند بیمار خواهند شد. فردی که سیگار می‌کشد خود را در معرض ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی و تنفسی قرار می‌دهد.

یکی از مسائل مهم در آموزش بهداشت این است که ما رفتارهای مختلف مردم را در رابطه با مسائل گوناگون بشناسیم و ببینیم کدام رفتارها به طور مستقیم یا غیرمستقیم باعث وقوع بیماری می‌شوند (رفتارهای غیربهداشتی) و کدام رفتارها به حفظ یا ارتقای سلامتی مردم کمک می‌کنند (رفتارهای بهداشتی). پس از شناخت رفتارها باید سعی کنیم رفتارهای غیربهداشتی را تغییر بدهیم و رفتارهای بهداشتی را تشویق کنیم. پس در واقع آموزش بهداشت به دنبال تغییر رفتار در مردم است. به عبارت دیگر آموزش بهداشت «فرآیندی است که در آن افراد و گروه‌های مردم یاد می‌گیرند رفتاری داشته باشند که موجب ارتقا، حفظ یا بازگرداندن ندرستی‌شان شود.» منظور از فرآیند مجموعه فعالیت‌هایی است که به منظور تحقق هدف انجام می‌شود.

تصویر ۲ - ۱۴

در هر جامعه رفتارهایی وجود دارند که برای بهداشت مردم زیان آورند. به دلیل عوارض بدی که از رفتار غیربهداشتی ناشی می‌شود، اکثر مردم در تغییر این‌گونه رفتارها می‌کوشند. اما گاه به دلایلی مردم به یک رفتار غیربهداشتی ادامه می‌دهند. قبل از شروع به فعالیت آموزش بهداشت لازم است که دلایل این رفتارها را درک کنیم و با انتخاب روش مناسب آموزشی در تغییر آنها بکوشیم.

تصویر ۳ - ۱۴

این پسر در حال مالیدن شن و خاک بر روی زخم پایش است که بر اثر بازی در زمین مدرسه ایجاد شده. این رفتار نادرست ممکن است باعث عفونت‌هایی مانند کزاز شود. برای این رفتار غیربهداشتی چه دلایلی می‌تواند وجود داشته باشد؟
 ۱- این پسر اعتقاد دارد که شن باعث بند آمدن خونریزی می‌شود.
 ۲- دوستانش به او فشار آورده‌اند که فوراً به بازی ادامه دهد.
 ۳- نبودن وسایل کمک‌های اولیه در مدرسه.





تصویر ۴ - ۴

گاه برخی افراد ضرورت اقدام به یک رفتار مناسب بهداشتی را می‌دانند و می‌خواهند آنرا انجام دهند، اما عوامل دیگری آنها را از اقدام باز می‌دارد. در این تصویر مادر مایل به واکسیناسیون کودک خود است ولی پدر بزرگ و مادر بزرگ با این کار مخالفند. در آموزش بهداشت باید دلایلی را که موجب می‌شود تا مردم رفتار مناسب بهداشتی نداشته باشند به خوبی درک کرد.

تصویر ۵ - ۴

به این کودک مقداری دست‌بند و خرمپره بسته‌اند مادر این کودک عقیده دارد که این دست‌بندها فرزندش را در مقابل بیماری محافظت خواهند کرد. این باورها مادر را از مشورت با بهورز در موقع بیماری فرزندش باز نداشته است. این یک عقیده بی اثر است که نه کمک کننده است نه آزار دهنده. تغییر این‌گونه باورها لازم نیست.



گروه‌های مختلف مردم واکنشهای مختلفی نسبت به آموزش بهداشت نشان می‌دهند. در برخی افراد آموزش بهداشت منجر به یک تغییر رفتار سریع می‌شود. اما برخی افراد بسیار دیرتر اقدام به تصحیح رفتارهای نادرست می‌نمایند. گاهی افراد می‌خواهند رفتارشان را تغییر دهند ولی مسائل مختلفی مانع از وقوع این تغییر رفتار می‌گردد، مثلاً یک مادر جوان مایل است که کودکش را برای واکسیناسیون به خانه بهداشت ببرد ولی مادر بزرگ او را از این کار منع می‌کند و می‌گوید «مگر بچه‌های ما با واکسن بزرگ شدند که تو می‌خواهی به اسم واکسن بدن بچه را سوراخ سوراخ کنی؟»

راه‌های ایجاد تغییر رفتار در مردم

ما می‌خواهیم با تغییر در رفتار مردم به آنها کمک کنیم تا از زندگی سالمتر و بهتری برخوردار شوند. معمولاً سه راه عمده برای ایجاد تغییر رفتار در مردم وجود دارد که عبارتند از:

- ۱- استفاده از قانون
- ۲- دادن اطلاعات
- ۳- بحث، گفتگو و مشارکت

۱- استفاده از قانون

در واقع در این روش کارمند بهداشتی آن دسته از مردمی که رفتارهای غیر بهداشتی دارند را تهدید می‌کند که اگر رفتارشان را تغییر ندهند آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. این کار ممکن است در ابتدا مؤثر باشد ولی به مرور زمان برای مردم عادی شده و بی اثر خواهد شد.

نمونه‌ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از

قانون:

« خانواده‌ای در روستای حسین‌آباد خانه و حیاط خود را تمیز نگه نمی‌داشت. آنان زیاله‌های خود را به صورت توده‌ای بزرگ در پشت خانه می‌ریختند و این توده، مکانی برای حشرات و موش‌ها شده بود. کودکان این خانواده اغلب مریض بودند و مکرراً مبتلا به اسهال و عفونت‌های پوستی می‌شدند.

روزی بهورز خانه بهداشت از آن خانه بازدید کرد. او از دیدن این وضعیت بسیار متأثر شد و به خانواده گوشزد نمود که آنها برای خود و تمام افراد جامعه ایجاد دردسر کرده‌اند. اما آنها به حرفهای بهورز توجهی نکردند. بهورز دوباره به آنها مراجعه کرد و به آنها گفت در صورت علم

رعایت بهداشت محیط اطراف خانه و داخل آن، آنها را به دادگاه خواهد کشاند. خانواده از این مسأله هراسان شد و با سرعت اقدام به تمیز کردن فضای اطراف خانه کردند، اما در زمینه نظافت فضای داخل خانه حرف‌های بهورز را گوش ندادند.

بهورز در بازدید خانه مشاهده کرد که فضای بیرون خانه تمیز شده است اما فضای داخل خانه تغییر زیادی نکرده است. او به خانواده تذکر داد که آنها می‌بایست همیشه فضای بیرون خانه را تمیز نگاهدارند و در ضمن آنها باید که نظافت داخل خانه را هم رعایت کنند و چنانچه تذکرات او را جدی نگیرند آنها را به دادگاه معرفی خواهد کرد. او خانه را ترک کرد و تا چند ماه به آنجا برنگشت.

وقتی خانواده برای مدتی بهورز را ندیدند، فکر کردند که تهدیدهای او جدی نبوده و در ضمن عصبانی هم شده بودند. آنها ندیده بودند که غریبه‌ای به خانه‌شان بیاید و به آنان فشار بیاورد که نظافت را رعایت کنند. لذا بزودی شروع به ریختن زباله‌ها در پشت خانه‌شان کردند. بالاخره بهورز برگشت و توده زباله‌ها را دید اما وقتی سعی کرد تا با خانواده صحبت کند، آنها به او گفتند که آنجا را ترک کند و گفتند در صورتی که سعی کند تا وارد خانه شود با او نزاع خواهند کرد.

اگر چه وقتی کارمند بهداشتی سعی در اعمال زور و فشار به خانواده نمود، آنها در ابتدا آنچه را که گفته بود پذیرفتند اما بعداً عصبانی شده و از همکاری با او سرپیچی کردند.

۲- دادن اطلاعات

در این روش کارمند بهداشتی مسائل مختلف بهداشتی را برای مردم شرح می‌دهد. این آگاهی در صورت پذیرش مردم می‌تواند به درجاتی سبب تغییر رفتار آنها گردد.

نمونه‌ای از تلاش برای ایجاد تغییر رفتار با استفاده از روش دادن اطلاعات:

«در روزهای پایان فصل پاییز در حالی که هوا کم‌کم سرد می‌شد بهورز به روستای علی آباد که یکی از روستاهای قمر خانه بهداشت حسین آباد بود سرکشی کرد. او متوجه شد که عده زیادی از کودکان روستا مبتلا به عفونت‌های تنفسی شده‌اند و برخی از آنها روزهای زیادی است که سرفه‌های خلط دار و تب دارند. بروز موارد زیاد عفونت‌های تنفسی در کودکانی که در مدرسه ابتدایی درس می‌خواندند مدیر مدرسه را نگران کرده بود. رئیس شورای اسلامی هم از این موضوع نگران شده بود و از بهورز در این مورد درخواست کمک کرد.

بهورز برای حل این مشکل جلساتی با مادران روستا و اعضای شورای اسلامی و مسئولین روستا تشکیل داد. بهورز در این جلسات درباره عفونت‌های تنفسی صحبت کرد و گفت، علت اغلب موارد آن ویروس‌های کوچکی است که نخست سبب سرماخوردگی می‌شوند و در صورت عدم مراقبت صحیح منجر به انتشار عفونت در مجاری تنفسی و بروز عفونت در سینوس‌ها و گوش میانی و راه‌های هوایی می‌شوند. وی توضیح داد که عفونت تنفسی در اطفال را باید جدی گرفت زیرا ممکن است سبب ذات‌الریه و یا عفونت گوش میانی در آنها شود که خود اینها نیز عوارض نامطلوب دیگری خواهند داشت. بهورز راه‌های پیشگیری از ابتلا به این عفونت‌ها را به مادران و مسئولین مدرسه توضیح داد و به مادران توصیه نمود که در صورت بروز این مشکل در کودکانشان آنها را جهت تشخیص و درمان به خانه بهداشت بیاورند. اما با وجود تمامی این سفارشات بهورز متوجه شد که عده بسیار کمی از مادران، فرزندانشان را برای درمان به خانه بهداشت آوردند. بهورز متعجب و نگران شده بود زیرا می‌دانست اطلاعات کامل و درستی در اختیار روستاییان قرار داده ولی با این وجود آنها مراجعه نکرده‌اند. بهورز جهت بررسی علت این وضعیت مجدداً به



تصویر ۶ - ۴

در جریان بحث و گفتگو و مشارکت بین بهورز و فردی که دچار یک مشکل است آنها می‌توانند مشکل را شناسایی کرده و برای آن راه‌های مناسبی پیدا کنند که متناسب با وضعیت زندگی فرد بوده و امکان اجرای خوبی دارد.

تصویر ۷ - ۴

آموزش بهداشت، مردم را به گفتگو درباره مشکلاتشان و پیدا کردن راه‌های مناسب تشویق می‌کند. نقش بهورز این است که به مردم دریافتن بهترین راه حل کمک کند.



روستای علی‌آباد مراجعه کرد. بزرگان روستا و مادران به بهورز چیزهای مختلفی می‌گفتند آنها معتقد بودند که علت زیاد شدن عفونت‌های تنفسی در اطفال در این موقع از سال موادی است که همراه باد در هوا پخش می‌شود و برای پیشگیری از عفونت در بچه‌ها می‌بایست با دود هیزمی که در خانه می‌سوزانند این مواد را از بین ببرند. علاوه بر این برخی از آنها باور ندارند که بیماری از شخصی به شخص دیگر سرایت می‌کند. بعضی از مادران برای درمان خروسک در کودک خود مقداری اندک از خون تاج خروس را در دهان طفل خود قرار می‌دادند. بعضی از مادران هم می‌خواستند کودک خود را به خانه بهداشت بیاورند اما در این زمینه مشکلات و گرفتاری‌های زیادی داشتند. »

این بهورز بهتر از بهورز قبلی عمل کرده بود. او از زور استفاده نکرد. افراد معدودی برای درمان به وی مراجعه کردند. اما به اندازه کافی موفق نبود. اگر چه اطلاعات بهداشتی که او به افراد منتقل کرده بود درست بود ولی تنها دادن این اطلاعات برای حل مشکل کافی نبود. چیزهای مؤثر دیگری نیز در رفتار مادران و اهالی روستا دیده می‌شد که بهورز آنها را به حساب نیاورده بود. به نظر شما سایر عواملی که بر رفتار مادران تأثیر گذاشته بود، کدامند؟

۳- بحث و گفتگو و مشارکت

بهترین راه برای تغییر رفتار مردم این است که به دیدن آنها برویم و یا این که فرصت دیدار و مصاحبه با آنها را در خانه بهداشت فراهم کنیم. با آنها صحبت کنیم و بخواهیم که از مشکلاتشان برای ما صحبت کنند، سپس از آنها بخواهیم که فکر کنند و بگویند دلیل به وجود آمدن مشکلات چیست و آنها را در شناخت صحیح و درست مشکلات و پیدا کردن راه حل راهنمایی کنیم. وقتی آنها توانستند راه حل مشکلاتشان را پیدا کنند، خواهیم دید که با کمک و مشارکت خود آنها مشکلاتشان حل شده و در رفتارهایشان تغییر به وجود خواهد آمد. این روش یکی از مؤثرترین روشها در ایجاد تغییر در رفتار مردم است.

« روزی بهورز یکی از روستاهای شمال کشورمان به دیدن گروهی از زنان شالیکار آمد. او نزد آنها مدتی توقف کرد و به مشکلات آنان گوش داد. زنان شالیکار از ضعف و خستگی شکایت داشتند. برخی از آنها در حالی که طفل شیرخوار خود را به پشت می‌بستند، ساعت‌ها کار می‌کردند و فقط در فرصتهایی که در حین کار پیش می‌آمد می‌توانستند قدری نان و پنیر به عنوان غذا بخورند

و به طفل خود شیر بدهند. بهورز در مشاهدات خود متوجه شد که برخی از این زنان خیلی رنگ پریده‌اند و مشکوک شد که زنان شالیکار به دلیل عدم بر خورداری از یک وضعیت تغذیه‌ای مناسب به کم خونی مبتلا هستند.

بهورز ابتدا از زنان پرسید که فکر می‌کنید چه چیزی سبب بروز این مسئله شده است؟ بعضی از آنها کار زیاد را مطرح کردند و دیگران هوای مرطوب مزرعه را عامل مشکل خود دانستند. یکی از زنان جوان که در یک سال اخیر فرزند پسری به دنیا آورده بود می‌گفت؛ از وقتی که فرزندم به دنیا آمده بعضی از افراد فامیل که حسود هستند برای تضعیف او از جادو استفاده کرده‌اند. بهورز از زنان سؤال کرد برای حل این مشکل چه کار کرده‌اند؟ یکی از آنها گفت که همسرش او را وادار کرده که غذای بیشتری بخورد و دیگری مطرح کرد که او خیلی زود می‌خوابد. چند نفر دیگر گفتند که آنان برای تقویت خود عصاره برخی گیاهان را می‌نوشند. بهورز سؤال کرد که آیا این کارها مشکل آنها را حل کرده است؟ تمام زنان شالیکار گفتند: «نه».

سپس زنان از بهورز سؤال کردند که آیا او می‌تواند به آنها کمک کند؟ بهورز گفت سعی خواهد کرد. اما لازم است که در مورد کارهای روزانه و وضعیت زندگی آنها بیشتر بدانند. بهورز سؤال کرد که زنان چند ساعت در روز کار می‌کنند؟ و وضعیت تغذیه‌ای آنان چگونه است؟ زنان گفتند که به طور متوسط در این ماه از سال روزانه ۱۰ ساعت در مزرعه کار می‌کنند. آنها اظهار داشتند که علاوه بر کار در مزرعه وظایف دیگری هم دارند که تقریباً در اکثر موارد تمامی اوقات روز و حتی عصر و شب خود را صرف آن می‌کنند. اغلب زنان شالیکار می‌گفتند که در فرصت کوتاهی که در بین کار پیش می‌آید آنها می‌توانند مقداری نان با پنیر و سبزی به عنوان ناهار بخورند. شبها هم غذای ساده مثل نان و ماست و یا نان و پنیر صرف می‌کنند. برخی از آنان هفته‌ای یک بار گوشت مصرف می‌کنند. بعضی از آنها که وضعیت مالی خوبی ندارند سعی می‌کنند تا بیشتر شیر و پنیر و یا گوشتی را که از دامهای خود به دست می‌آورند برای فروش به شهر ببرند. اغلب زنان میانسالی که در این گفتگو شرکت داشتند دارای بیش از ۵ فرزند بودند و بعضی از آنان به بچه‌های خود شیر می‌دادند. بهورز پس از شنیدن پاسخ زنان از آنان تشکر کرد و به آنان گفت، جوابهای شما درباره مشکل فکری را برای من مطرح ساخته است. آیا شما می‌دانید که وضعیت تغذیه‌ای شما تأثیر بسیار زیادی بر سلامت شما دارد؟ یکی از آنها گفت بله. همسر من هم همین طور فکر می‌کند. برای همین او سعی می‌کند هر شب برای شام مقداری زیادی برنج مصرف کنم. البته پس از آن به مقدار زیادی چاق شده‌ام ولی با اینحال قدرتم کمتر شده است.

بهورز گفت: این فکر درست است که افراد به هر مقداری که بیشتر کار می‌کنند به انرژی بیشتری احتیاج دارند، اما باید توجه داشت آنچه که بیش از این اهمیت دارد نوع غذاهایی است که افراد مصرف می‌کنند. بهورز در ادامه صحبت‌هایش توضیح داد که وجود گوشت و بعضی مواد غذایی دیگر در وعده‌های غذایی خصوصاً برای زنانی که باردار هستند و یا به فرزند خود شیر می‌دهند بسیار ضروری است و کمبود آنها در وعده‌های غذایی باعث بروز کم خونی می‌شود. یکی از زنان سؤال کرد که علائم کم خونی چیست؟ بهورز به آنان برخی از علائم کم خونی را توضیح داد ولی به آنها گوشزد کرد که برای تشخیص کم خونی و درمان آن می‌بایست به پزشک ارجاع شوند. بهورز به زنان توضیح داد که چگونه می‌توانند با راه‌های ساده و کم خرج مقدار مورد نیاز ترکیبات مناسب غذایی را برای خود فراهم کنند. در این مورد زنان سوالاتی را مطرح کردند و

بهورز توضیحات لازم را به آنها داد. اشتیاق زنان روستایی به طرح سوالات مختلف و نظراتی که در زمینه بهبود وضعیت خود داشتند موجب شد تا قرار ملاقات دیگری را در خانه بهداشت بگذارند. بهورز اظهار داشت که او در خانه بهداشت تصاویر و امکاناتی دارد که در زمینه این بحث و گفتگو کمک زیادی به آنها خواهد کرد. او در پایان دیدارش صحبت کشاورزی را که به همسرش گفته بود «باید بیشتر غذا بخورد» را به آنان خاطر نشان کرد و گفت این صحبت درست است که افرادی که بیشتر کار می کنند، به انرژی و غذای بیشتری احتیاج دارند اما این نکته را هم باید بخاطر سپرد که ترکیب غذاها باید برای وضعیت های متفاوتی که افراد دارند تنظیم شود. مثلاً زنان باردار باید در وعده های غذایی خود مقدار کافی گوشت و شیر مصرف کنند. چند نفر از زنان روستایی در مورد روش طبخ بعضی از غذاهایی که در خانه مصرف می کردند صحبت کردند و از بهورز در خواست کردند تا برای آنها فرصتی فراهم آورد که تجربه های خود را در این مورد به یکدیگر انتقال دهند.»

در استان فوق بهورز موفق بود زیرا به مردم فشار نیاورد. او به آنان فقط اطلاعات نداد. بلکه به مردم کمک کرد تا خودشان درباره مشکلاتشان فکر کنند. از آنان درخواست کرد تا در مورد راه حل مشکلات فکر کنند. زنان روستا هم در این بحث مشارکت کردند. تمام عوامل مؤثر بر بروز مشکل به خوبی بررسی شد و در نهایت همه آنها موافقت کردند تا دست به عملی بزنند که در جهت بهبود سلامتشان مؤثر باشد.

با رعایت چه نکاتی بهورزان می توانند آموزش بهداشت موفق داشته باشند؟

با مرور داستانهای فوق می توان به نکاتی که کارمندان بهداشتی می بایست برای ایجاد تغییر رفتار در مردم مد نظر داشته باشند، پی برد. در اینجا به برخی از نکات مهم که بهورزان باید رعایت نمایند اشاره می کنیم:

- ◆ با مردم گفتگو کرده، به آنان گوش فرا داده و درباره مشکلاتشان صحبت کنید.
- ◆ به مردم کمک کنید درباره رفتارها یا عملکردهایی که سبب حل این مشکلات یا جلوگیری از آنها می شود فکر کنند.
- ◆ دلایل رفتار مردم (باورها - دوستان - اندیشه ها - کمبود پول و یا سایر چیزها) را پیدا کنید.
- ◆ به مردم کمک کنید تا دلایل اعمال خود و یا مشکلات بهداشتی را که دارند دریابند.
- ◆ از مردم بخواهید تا نقطه نظرات خود را برای حل این مشکلات بیان کنند.
- ◆ به مردم کمک کنید تا نقطه نظرات قابل استفاده و عملی خویش را در نظر آورند.
- ◆ مردم را به انتخاب راهی تشویق کنید که با موقعیتشان مطابقت داشته باشد.

مراحل تغییر رفتار

همانطور که گفته شد آموزش بهداشت به دنبال تغییر رفتار مناسب در مردم است. برای این که موفقیت یک برنامه آموزشی سنجیده شود باید دید چقدر به تغییر رفتار مردم انجامیده است؟ چنانچه در امر آموزش بهداشت به این مهم توجه کافی نشود و موانع ایجاد این تغییر به خوبی شناسایی نشود از تاثیر این آموزش کاسته خواهد شد. نکته مهم این است که تغییر رفتار هرگز به صورت ناگهانی رخ نمی دهد. لذا باید همواره به خاطر داشته باشید این طور نیست که فردی رفتار قدیمی و عادی خود را یک باره کنار گذاشته و رفتار جدید را با جان و دل بپذیرد. بلکه این فرآیند مرحله به مرحله رخ می دهد.

مرحله اول: احساس نیاز به تغییر

در نخستین مرحله، مردم قبل از پذیرفتن یک رفتار بهداشتی از خود می پرسند که این رفتار چگونه با ایده‌ها و جریان عادی زندگیشان جور در می آید و چه تأثیری بر آنها دارد؟ در این زمان آموزش دهنده باید قبل از آموزش این سؤال را اول از خود بپرسد. به هر حال یک فرد زمانی یک روش جدید را مورد توجه قرار می دهد که نیاز به تغییر را احساس کند. تازمانی که فرد از جریان زندگی خود و نوع رفتارهایش احساس رضایت دارد و نیازی به تغییر احساس نمی کند، هرگونه تلاش برای دادن اطلاعات بی ثمر خواهد بود. در این مرحله تلاش آموزش دهنده باید بر ایجاد حساسیت در برابر مسئله مورد آموزش متمرکز شود. باید ابعاد مسئله را برای مخاطبان تشریح و اهمیت تغییر رفتار گوشزد شود.

مرحله دوم: عبور از موانع

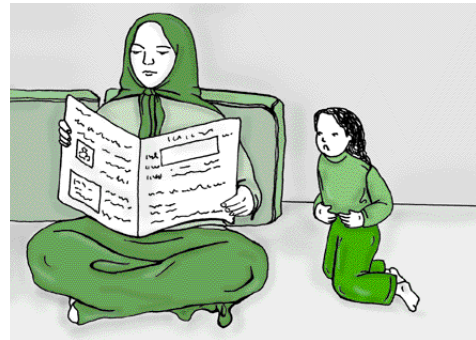
پس از احساس نیاز به تغییر، فرد وارد مرحله ای می شود که با وجود تمایل به تغییر، مسئولیت عدم امکان تغییر را بر عهده دیگران (مثلاً دولت) می گذارد یا این که اعتماد به نفس لازم برای اقدام به تغییر را ندارد. در اینجا واکنش اطرافیان نسبت به رفتار جدید اهمیت فراوان دارد. اگر تغییر رفتار منجر به کاهش محبوبیت فرد شود، احتمال پذیرش رفتار جدید بسیار کم می شود. در این مرحله فرد به وضعیتی رسیده که مسئله را می بیند ولی درباره حل آن هنوز تردید دارد. آنچه در این مرحله مورد نیاز فرد است، رفع ابهام و نگرانیهای وی از تغییر است. بدین منظور باید دامنه آموزش را به اطرافیان نیز گسترش داد. در این مرحله می توان نمونه هایی از افرادی که تغییر رفتار داده اند را به آموزش گیرنده نشان داد.

مرحله سوم: نیاز به آموزش و کسب اطلاعات

سومین مرحله از فرآیند تغییر رفتار از آن زمان شروع می شود که فرد تصمیم به تغییر رفتار گرفته ولی اطلاعات کافی درباره آن را ندارد و احساس نیاز به یادگیری و کسب معلومات در وی زنده شده است. در این مرحله آموزش و انتقال اطلاعات صحیح و در اختیار قراردادن امکانات نقش بسیار مهمی در تغییر رفتار بازی می کند. وظیفه آموزش دهنده در این مرحله این است که انتقال پیامهای بهداشتی را با استفاده از مناسب ترین طریق فراهم نماید.

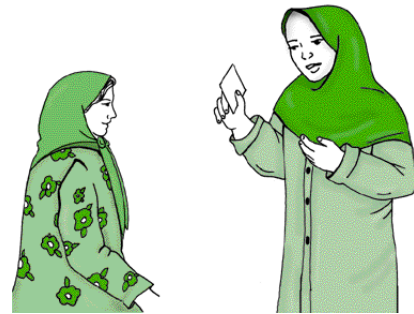
در آموزش بهداشت همواره باید این نکته اساسی را به خاطر داشته باشید:

به طور کلی یک فرد زمانی خوب یاد می گیرد که مورد احترام قرار بگیرد، احساس امنیت و رضایت کند و آنچه را که می آموزد کاربرد داشته باشد و در حل مشکلات به او کمک کند. شاید توجه کرده باشید کودکان



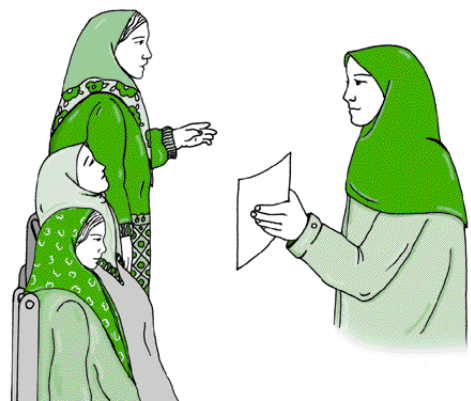
تصویر ۸ - ۱۴

این کودک مبتلا به اسهال شده است. اما مادر اهمیت چندانی به مشکل او نمی دهد. دلیل این رفتار مادر چیست؟ نخستین وظیفه کارمند بهداشتی درک دلایل رفتار مردم است. پس از این مرحله او می تواند از طریق دادن اطلاعات حساسیت افراد را تحریک کرده و آنان را برای تغییر رفتار آماده کند.



تصویر ۹ - ۱۴

هنگامی که فرد تصمیم به تغییر رفتار گرفته، نیازمند اطلاعات جدید است. در واقع در این زمان احساس نیاز به یادگیری و کسب معلومات در فرد زنده شده است.



تصویر ۱۰ - ۱۴

در فرآیند آموزش، آموزش دهنده می بایست از یادگیری مناسب آموزش گیرنده اطمینان حاصل نماید. به این منظور می توان از آموزش گیرنده درخواست کرد که مطالب فراگرفته را بازگو کند.

در مورد بسیاری از چیزهایی که بر سر راهشان قرار می‌گیرد کنجکاوی نشان می‌دهند، اما بزرگسالان بیشتر، مطالبی را یاد می‌گیرند که یا به کارشان بیاید یا مورد علاقه‌شان باشد. آنها باید ببینند که آگاهی و مهارتی که کسب می‌کنند چه کاربرد مستقیمی در زندگی‌شان دارد. بنابراین یکی از مهمترین نکات در آموزش به بزرگسالان این است که با کاربرد آنچه می‌آموزند نیز آشنا شوند.

ارتباط خوب در آموزش بهداشت

ارتباط خوب در آموزش بهداشت نقش بسیار مهمی دارد تا آنجا که می‌توان گفت آموزش مؤثر نتیجه یک ارتباط خوب و مؤثر است. چیزهایی که در ایجاد یک ارتباط خوب تأثیر دارند عبارتند از:

شخص شما:

شخص شما (شخصیت و رفتار شما) در نوع ارتباطتان با مردم بسیار مؤثر است. آیا مردم شما را قبول دارند؟ اگر ندارند به چه دلیل است؟ علت عکس‌العمل‌های مردم را پیدا کنید و چنانچه رفتارشان غیر منطقی است آن را اصلاح نمایید. برای برقراری روابط خوب باید کارهایی را انجام دهید که به عقیده مردم مفید و ثمربخش باشد. باید به میان مردم رفته و شغلشان را برای آنها توضیح دهید. همچنین باید به حرف مردم گوش دهید. به مسائل و نیازهای آنها توجه کنید. با کارکنان بخش‌های دیگر «ادارات و سازمانها» ملاقات کنید و مهمتر اینکه به دیدار روحانی محل، معلمین، حکیم‌باشی‌های سنتی و افراد با نفوذ بروید. در مورد کار و تجربیات آنها چیزهای جدید بیاموزید و شغل خودتان را برای آنها توضیح دهید و ضمن بحث به آنها تفهیم کنید که با همکاری یکدیگر می‌توانید جامعه بهتری درست کنید.

بیان و گفتار واضح و روشن:

هدف از برقراری ارتباط خوب این است که مردم پیام ما را دریافت کنند، یعنی بشنوند، ببینند و درک کنند. بنابراین باید بیان کردن، نوشتن یا نشان دادن پیام به طور واضح و ساده باشد. مثلاً در صحبت با مردم بکار بردن اصطلاحاتی مثل ایمن‌سازی، ضدعفونی، گندزدایی و... باعث سردرگمی مردم می‌شود.

گوش کردن و توجه نمودن:

خوب گوش کردن، احترام گذاشتن به مردم است. پس به آنچه می‌گویند خوب گوش کنید. صحبت آنها را قطع نکنید. در حرف‌هایشان دخالت نکنید. در حال گوش کردن به چیز دیگری نگاه نکنید و خود را به کار دیگری سرگرم نکنید.

روش آموزش غیرمشارکتی و آموزش مشارکتی

به طور کلی دو روش آموزش را می‌توان به مردم ارائه نمود. در نخستین روش که مبنایی سنتی و قدیمی دارد مجموعه‌ای از اطلاعات به آموزش‌گیرندگان منتقل می‌شود. در این روش آموزشی که در برخی جاها کاملاً متداول است فرد آموزش دهنده با این فرض که اطلاعاتی دارد که آموزش‌گیرندگان آن را ندارند، اقدام به تعلیم می‌نماید. این روش را اصطلاحاً روش تعلیمی یا غیرمشارکتی می‌نامند. آموزش با استفاده از این روش آسان و سریع صورت می‌گیرد. روش‌های متداول آموزش در بسیاری از مراکز آموزشی معمولاً بدین صورت است. از این روش می‌توان در آموزش به گروه‌هایی که اطلاعات بسیار اندکی در زمینه‌های مورد نظر دارند و یا در جلساتی که افراد زیادی در آن شرکت دارند، استفاده کرد. مثلاً برای آموزش بهداشت در مدارس و یا سخنرانی در مسجد محل. استفاده از روش‌های آموزش غیرمشارکتی در آموزش بهداشت اگر چه معمولاً

ساده و آسان است اما تأثیر آن بر رفتار مردم معمولاً کمتر است. روش دوم ارائه آموزش به مردم را اصطلاحاً روش مشارکتی می‌گویند. در این روش یادگیرنده‌ها مورد توجه ویژه‌ای هستند. یادگیرنده فردی ناآگاه محسوب نمی‌شود بلکه شخصی محسوب می‌گردد که توانایی حل مسئله داشته و آموزش دهنده نقش یک تسهیل‌کننده در حل مسئله را ایفا می‌کند. در واقع در این روش خود شاگردان هستند که مطالب را می‌یابند و یاد می‌گیرند و یاد دهنده فقط راهنما است.

اجرای آموزش مشارکتی مشکلاتی دارد. نخستین مشکل آن ناآشنایی و بی‌تجربگی آموزش دهنده در استفاده از این روش است. زیرا بسیاری از آموزش دهندگان به آسانی قبول نمی‌کنند که جایگاهی برابر شاگردانشان داشته باشند. علاوه بر این آموزش مشارکتی نیازمند صرف وقت بیشتری است. نکته مهم اینجا است که تفاوت دو روش فوق به معنی اولویت قطعی یکی بر دیگری نیست و هر کدام جایگاه خاصی دارند. در مباحث فصلهای دیگر شما با نمونه‌هایی از روش آموزشی مشارکتی و کاربرد آن بیشتر آشنا خواهید شد، اما به طور قطع تا به حال دریافته‌اید که آموزش مشارکتی توانایی حل مسائل و مشکلات (مثلاً مشکلات بهداشت محیط مردم روستا و یا مشکلاتی که زنان شیرده در امر تغذیه اطفال خود دارند) را افزایش می‌دهد.

خلاصه فصل چهارم

- آموزش بهداشت یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها برای حل مشکلات بهداشتی مردم است.
- هدف آموزش بهداشت تغییر رفتارهای نامناسب بهداشتی مردم به رفتارهای مناسب است.
- برای آنکه به هدف تغییر رفتار در مردم دست یابیم باید تلاش کنیم خود آنها مشکلاتشان را شناسایی کرده و برای آن راه حل پیدا کنند. مناسب‌ترین روش برای ایجاد چنین تغییری استفاده از روش «بحث و گفتگو و مشارکت» است.
- تغییر رفتاری که در اثر آموزش بهداشت در مردم به وجود می‌آید مراحل مختلفی دارد. در هر مرحله کارمند بهداشتی (بهورز) وظایف مشخصی برای تقویت فرآیند تغییر رفتار دارد.
- برای برقراری ارتباطی خوب در آموزش بهداشت کارمند بهداشتی (بهورز) باید شخصیتی قابل قبول برای مردم داشته باشد، به مردم احترام گذارد و به حرفها و ایده‌های آنان خوب گوش کند و با آنان به سادگی و با بیانی روشن صحبت کند.

پس از آشنایی با اصول آموزش بهداشت در این فصل، شما در فصل آینده با مهارت‌های لازم برای آموزش بهداشت با افراد و روش مشاوره آشنا خواهید شد.

تمرین در خارج از کلاس درس

- ۱- هدف آموزش بهداشت را توضیح دهید
- ۲- چگونه رفتار یک فرد تغییر می‌کند؟
- ۳- در آموزش یک ارتباط خوب چگونه به دست می‌آید؟
- ۴- آموزش مشارکتی و آموزش غیرمشارکتی چه خصوصیتی دارند؟ آنها را با یکدیگر مقایسه کنید و کاربرد و مزیت هر کدام را توضیح دهید.

تمرین در کلاس درس

- ۱- «کودکی مبتلا به اسهال شدید شده ولی مادر وی نسبت به اسهال کودک اهمیت چندانی نمی‌دهد» در این مورد با کمک مربی و با استفاده از تجربه‌های قبلی خود در خصوص اقداماتی که باید انجام دهید (آموزش و ارتباط مناسب با مادر) بحث و تبادل نظر کنید. پس از اتمام این بحث جریان برخورد و گفتگوی خود با مادر را به صورت نمایشنامه‌ای بنویسید و آن را در کلاس درس برای سایر همکلاسیان خود بخوانید.

فصل پنجم

آموزش بهداشت با افراد وروش مشاوره

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- مشاوره و اصول آن را توضیح دهید.
- ۲- انواع مشاوره‌هایی را که ممکن است با آن روبرو شوید نام ببرید.
- ۳- مراحل مشاوره را توضیح داده و با کمک مربی خود چند نمونه مشاوره را بر اساس این مراحل تنظیم نمایید.

اهداف

همانگونه که دیدیم یکی از مهمترین وظایف بهروزان آموزش بهداشت به مردم است. مردم به دلایل متعددی نیاز به آموزش دارند. ممکن است شما با افرادی روبرو شوید که به دلیل مشکلاتی که دارند به شما مراجعه نمایند. به عنوان مثال ممکن است مادری به دلیل اینکه فکر می‌کند شیر او برای فرزندش کافی نیست به شما مراجعه کند. او از این مطلب بسیار نگران است و فکر می‌کند که اگر به کودک خود شیر خشک ندهد کودکش به دلیل کمبود غذا دچار بیماری خواهد شد. علاوه بر این او ممکن است از طرف اطرافیان سرزنش شده و توصیه‌های متعددی از سایرین دریافت نموده باشد. ممکن است «مادری کودک خود را به دلیل اسهال چند روزه نزد شما آورده باشد» و یا احتمال دارد «افرادی برای استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری به خانه بهداشت مراجعه نمایند.» «مادری از وضعیت رشد طفل خود نگران است و از شما می‌پرسد که باید چه غذایی به او بدهد؟» «زنی از اعتیاد همسرش نگران است و از شما راهنمایی می‌خواهد.» در تمامی این موارد و بسیاری موارد دیگر، شما می‌بایست اقدام به مشاوره با افراد نمایید.

علاوه بر این، روستایی که شما در آن خدمت می‌کنید ممکن است دچار مشکلات بهداشتی متعدد باشد. مثلاً به دلیل عدم رعایت بهداشت بسیاری از دانش آموزان مبتلا به شپش هستند. به دلیل آلودگی آب روستا بیماری‌های اسهالی شایع شده است و یا این که به دلیل وجود اختلاف نظرها در جمع‌آوری و دفع بهداشتی زیاله در روستا، هنوز هیچ راه مشخصی برای اقدام به دست نیامده است. در تمامی این موارد نیز شما می‌توانید با انتخاب اشخاص، اقدام به آموزش و یا بحث و گفتگو با گروه‌ها و افراد مسئول نمایید.



تصویر ۱-۵

کارکنان بهداشت به هنگام درمان بیماران فرصت‌های زیادی برای آموزش بهداشت به افراد مختلف دارند.

در این فصل شما با اصول آموزش بهداشت با افراد (مشاوره) آشنا خواهید شد و در فصول بعد با آموزش بهداشت با گروه‌ها و جامعه و روش جلب مشارکت مردم آشنا خواهید شد. علاوه بر این در فصول مختلف کتابهای دیگر ضمن آشنایی با برنامه‌های مختلف بهداشتی با نمونه‌های عینی آموزش بهداشت با افراد و گروه‌ها در برنامه‌های مختلف بهداشتی آشنا خواهید شد.

مفهوم آموزش بهداشت با افراد (مشاوره)

یکی از وظایف مهم هر بهروز ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به مردم است. در این رابطه افراد نیازمند مراقبت بهداشتی به خانه بهداشت مراجعه نموده و بهروز باید در طول زمان ملاقات از طریق بحث و گفتگو و برقرار نمودن ارتباط خوب، کاری کند که افراد اعتماد به نفس لازم برای دریافتن راه حل مشکل و رفع نیازهایشان پیدا کنند. **ارتباط با افراد برای تشویق آنان در جهت حل مشکلاتشان را «مشاوره» می‌گویند.**

هدف مشاوره

از طریق مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به وجود آورنده مشکلات را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و بر اساس آن اقدام نمایند. همیشه به خاطر داشته باشید که مشاوره انتخاب است نه زور و توصیه. گاه ممکن است شما فکر کنید توصیه یا راه حل شما خوب و معقول است ولی امکان دارد که توصیه شما با موقعیت و شرایط فرد سازگار نباشد.

اعضای مشاوره

در هر مشاوره دو طرف وجود دارد:

الف) مشاور:

مشاور یا طرف مشورت کسی است که دانش و آگاهی لازم را در مورد مسئله مورد مشورت دارا بوده و می‌تواند در طول مشاوره کمک نماید تا مشکل مشورت‌کننده حل شود. توجه داشته باشید که مشاور یک فرد بخصوص نیست، بلکه هر کسی که دارای دانش و یا مهارت خاصی باشد می‌تواند به عنوان مشاور عمل نماید؛ بهورزان، کاردانان، کارشناسان و پزشکان می‌توانند در موارد مختلف به عنوان یک مشاور عمل نمایند.

ب) مشورت‌کننده:

فرد یا افرادی که با مشکل روبرو بوده و به دلیل عدم دسترسی به آگاهی و دانش لازم قادر به تصمیم‌گیری جدی و رفع مشکل نبوده و نیاز به راهنمایی و کمک دارند، مشورت‌کننده نامیده می‌شوند. مشورت‌کننده می‌تواند یک فرد یا گروهی از مردم باشد.

اصول مشاوره

الف - ارتباط

مشاور باید حالت توجه و مراقبت از خود نشان داده و از ابتدای مشاوره در جهت کمک به افراد سعی کند ارتباط خوبی برقرار نماید. در این صورت است که افراد به مشاور اعتماد کرده، مشکلاتشان را بر زبان می‌آورند. خوب گوش کردن و احترام گذاشتن یکی از بهترین راه‌های ایجاد ارتباط عمیق است. علاوه بر این ارتباط خوب به شما کمک می‌کند تا مناسب‌ترین راه را برای حل مشکل پیدا کنید. به خاطر داشته باشید که باید به حرفهای مردم خوب گوش کنید خود آنها راه حل را به شما می‌گویند.

ب - تشخیص نیازها

گفتیم مشاور سعی می‌کند مشکل را همان‌طور که افراد می‌بینند درک کند، مردم باید مشکل را خودشان تشخیص دهند پس مشاور نباید مشکلات را یکی یکی نام ببرد بلکه باید در جهت شناخت مشکلات سوالاتی را مطرح کند که فرد آزادانه اظهار عقیده نماید. در این مرحله فرد مشاوره‌کننده فقط باید به صحبت مشاوره شونده گوش دهد. بدین منوال مشاور در خواهد یافت که فرد چه نیازهایی دارد.

ج - احساسات

مشاور باید احساسات افراد را درک کند. به عنوان مثال ممکن است مادری به شما مراجعه کند و از این که طفل شیرخوارش چند روز است که دچار اسهال شده، اظهار نگرانی کند. شما باید احساس نگرانی مادر را درک نموده و آن را تأیید نمایید. این درک هرگز به معنی همدرد شدن و ایجاد نگرانی در شما نیست و شما نباید به خاطر این مسئله همانند مادر طفل ناراحت باشید. درست است که شما مشکل مادر و احساس او را به خوبی درک می‌کنید و خود را مسئول کمک می‌دانید؛ اما در عین حال شما راه‌هایی برای این مشکل می‌دانید. مردم در مورد مشکلاتشان به طور طبیعی ترس و نگرانی دارند که هرگز نباید مورد سرزنش قرار گیرند چراکه این سرزنش سبب سلب اعتماد افراد می‌شود.

د- مشارکت

مشاور به فرد کمک می‌کند تا او همه جنبه‌های مشکل را در نظر بگیرد، راه‌های مختلف را پیدا و بهترین آنها را انتخاب نماید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل اعتقادات غلط همسر قادر نباشد که از یک روش پیشگیری از بارداری مناسب استفاده کند و این امر منجر به بروز اختلاف و دعوا شده باشد. در اینجا وظیفه مشاور این است که با رعایت رازداری و با مشارکت فرد اقدام به تحلیل مشکل و پیدا کردن بهترین راه حل نماید.

ه- رازداری

در مشاوره معمولاً مسائل شخصی و خانوادگی به مشاور گفته می‌شود؛ مشاور باید این اطلاعات را از دیگران، حتی بستگان فرد مخفی نگاه دارد، **چون اگر آنها را فاش کند فرد اعتماد خود را از دست داده، از مشاور دوری نموده و چیزی به مشاور نخواهد گفت.** این موضوع در محیط روستا از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. گاه ممکن است به دلیل چیزهایی که به دیگران گفته‌اید فرد دچار دردسر و مشکل تازه‌ای شود. پس همیشه به اعتماد فرد، احترام گذاشته و بدون اجازه خود او اطلاعات را فاش نکنید. به عنوان مثال ممکن است زنی به دلیل ناباروری با شما مشورت کند. او ممکن است به همین دلیل در داخل خانواده دچار مشکلات بسیار زیادی نیز شده باشد. افشای مشکلات این زن ممکن است سبب بروز بحرانهای زیادی گردد که آثار بسیار وخیمی داشته باشد. همواره به خاطر داشته باشید رازداری باید یکی از اصلی‌ترین صفات کسانی باشد که حرفه آنها اقدام به درمان و راهنمایی کردن مردم در جهت حل مشکلاتشان است.

و- آموزش اطلاعات

اگر چه مشاور نصیحت نمی‌کند اما باید اطلاعاتی که فرد برای تصمیم‌گیری به آنها نیاز دارد را در قالب مطالب ساده در طول بحث ارائه نماید. شرایطی به وجود بیاورد که فرد با آگاهی بیشتر تصمیم بگیرد و با استفاده از دانش جدیدی که کسب می‌کند، راهی برای حل مشکل خود پیدا کند.

ز- سایر شرایط

ایجاد محیط آرام و خصوصی برای مشاوره، صرف وقت کافی، بیان ساده و قابل فهم، استفاده از شیوه تحسین و تشویق برای تقویت نکات مثبت مشاوره شونده و ... از جمله سایر نکاتی است که باید در مشاوره رعایت شود.

تصویر ۳- ۵

مادر از آموخته‌های خود برای رفع مشکل کودک خود بهره می‌گیرد. در این مرحله باید اشتباه‌های عملی وی را برطرف کرد و سوبرداشت‌هایش را از بین برد. در غیر این صورت برداشت غلط او ممکن است عوارض بدی داشته باشد.



درست

غلط

تصویر ۲- ۵

بهورز با زنی درباره روش استفاده از قرص پیشگیری از بارداری صحبت می‌کند. نمایش و عرضه اشیای واقعی از روش‌های آموزشی هستند که می‌توان در مشاوره با افراد به کار برد.



انواع مشاوره

مشاوره می‌تواند انواع بسیار متفاوتی داشته باشد. نمونه‌هایی از مشاوره‌های رایج در برنامه‌های بهداشتی عبارتند از: مشاوره در زمینه تنظیم خانواده، مشاوره شیردهی (مشاوره با زنی که به فرزند خود شیر می‌دهد)، مشاوره در مورد کودک مبتلا به اسهال و... در فصول مختلف کتاب‌های این مجموعه با اصول و خصوصیات هر یک از این مشاوره‌ها به طور اختصاصی آشنا خواهید شد. به طور کلی هر گونه مواجهه با گیرنده خدمت (فرد نیازمند دریافت خدمات) می‌تواند به صورت یک مشاوره درآید. اجرای این مشاوره نیاز به بهره‌گیری از اصول و قواعد خاصی دارد.

انواع مشاوره‌های بهداشتی را می‌توان به دو دسته زیر تقسیم نمود:

۱ - مشاوره با فرد در معرض خطر

فرد در معرض خطر شخصی است سالم که ممکن است به دلیل موقعیت و یا وضعیتش در معرض یک یا چند مشکل سلامت قرار داشته باشد. مانند یک زن باردار.

۲ - مشاوره با فرد بیمار

فرد بیمار شخصی است که در اثر مواجهه با عوامل خطر دچار اختلال در وضعیت سلامت گردیده و نیازمند آموزش است.

در فصول مختلف این مجموعه با انواع مختلفی از مشاوره با بیماران و نیز افراد در معرض خطر به تفصیل آشنا خواهید شد. مشاوره با هر یک از گروه‌هایی که در فوق نام برده شد بنا به مقتضیات خود می‌تواند به صورت‌های مختلفی انجام شود. به عنوان مثال گاه ضروری است برای حل یک مشکل، سایر افراد خانواده نیز در مشاوره حضور یابند. این نوع مشاوره را مشاوره خانواده می‌گویند. مشاوره با کودکان نیز نیازمند رعایت قواعدی خاص است. در اینجا این فرصت وجود دارد که اشاره مختصری به این دو نوع مشاوره نماییم.

مشاوره با خانواده

گاه ممکن است اشخاص برای حل یک مشکل احتیاج به کمک و یا همکاری سایر افراد داشته باشند. در مشاوره با خانواده سروکارمان با چند نفر است پس ممکن است با چند مشکل، چند نیاز و احتیاج و در نتیجه چند راه حل روبرو باشیم. همچنین باید متوجه باشیم در خانواده‌ها افراد مختلف، مسئولیت‌ها و قدرتهای متفاوتی دارند. مثلاً پدر در مورد پول و خرج کردن تصمیم می‌گیرد و مادر در مورد غذا و پدر بزرگ و مادر بزرگ در زمینه‌های دیگر؛ پس برای هر مشکل فرد مناسبی را انتخاب و با او صحبت کنید.

مشاوره با کودکان

ممکن است با کودکانی برخورد داشته باشیم که نیاز به کمک مشاور داشته باشند. اگر سن آنها برای حرف زدن مناسب باشد می‌توان به مشاوره پرداخت. برای این کار اول بایستی اطلاعات زمینه‌ای و سوابق کودک را از والدین بگیریم، سپس با کودک به تنهایی صحبت کنیم. به والدین توضیح می‌دهیم که اگر گوش نایستند کودکان بهتر

تصویر ۴-۵

بعضی اوقات لازم است تمام خانواده را برای حل مشکل بهداشتی سپیم نماییم به خاطر داشته باشید که هر عضو خانواده مسئولیت خاصی را برعهده دارد و می‌تواند از راه‌های مختلف به حل مشکل کمک کند.



وراحت‌تر صحبت خواهد کرد. صحبت را ابتدا با گفتگو در مورد چیزهایی شاد، مثلاً بازیهای دلخواه کودک شروع کرده، وقتی حس کردیم که کودک احساس آرامش نمود و اعتمادش جلب شد، گفتگو در مورد مشکلات را آغاز می‌کنیم. باید به کودک اطمینان داد که هرچه را بگوید به کسی گفته نخواهد شد. این امر یعنی «رازداری» مسئله بسیار مهمی در مشاوره است.



مراحل مشاوره

از آنچه که گفته شد می‌توان چنین نتیجه گرفت که مشاوره یک ارتباط دو طرفهٔ چهره به چهره است که در آن مشاور از طریق دادن اطلاعات مناسب و قابل درک به فرد کمک می‌کند تا با توجه به شرایط و نیازهای خود، بهترین و مناسب‌ترین تصمیم را بگیرد و بر اساس آن عمل کند. بنابراین مشاوره می‌تواند شامل مراحل زیر باشد:

- ۱- کمک به فرد برای شناسایی و تشخیص مشکل.
- ۲- کمک به فرد برای کشف علل به وجود آمدن مشکل.
- ۳- کمک و تشویق فرد برای توجه به راه‌های مختلف و قابل انجام برای حل مشکل.
- ۴- کمک به فرد برای انتخاب بهترین راه حل.

تصویر ۵ - ۵

بهورز کودکی را در آغوش دارد. با این روش به کودک اعتماد می‌بخشد. حالا این کودک مشتاق صحبت کردن با او است و می‌تواند مشکلش را بگوید.

نمونه‌ای از یک جلسهٔ مشاوره

در اینجا به ذکر مثالی از یک مشاوره می‌پردازیم:

«معلمی از یک بهورز در خواست نموده تا با یکی از شاگردانش، صحبت کند. معلم، مطالب متعددی را در مورد شاگردش به بهورز می‌گوید. او هفده سال دارد و شاگرد با هوشی است اما اخیراً غیبت‌های طولانی در مدرسه داشته است و همیشه خسته به نظر می‌رسد. امسال، آخرین سال تحصیلی او است و معلم نگران است که مبادا نتواند امتحاناتش را با موفقیت بگذراند.»

بعثی که به دنبال می‌آید، نشان می‌دهد که بهورز در این موقعیت، چگونه ممکن است اقدامی انجام دهد. به آنچه که او می‌گوید، دقت کافی داشته باشید و توجه کنید که برای تشویق شاگرد به صحبت آزادانه، ابتدا سوالات کلی پرسیده می‌شود. او با شاگرد، احوالپرسی کرده و سعی می‌کند تا رابطهٔ خوبی را با وی برقرار سازد. او به دقت به آنچه که پسر می‌گوید، گوش داده و تا وقتی که بهورز تمام داستانی که در پس مشکل پسر وجود دارد را نشنود، هیچگونه توصیه‌ای نخواهد کرد.

ضمناً بهورز پسر را تشویق می‌کند تا در مورد مشکل، به دقت فکر کرده تا از این طریق بتواند، علت را بهتر درک کرده و راه حل‌های احتمالی را برای خودش جستجو نماید. به خاطر داشته باشید که اگر مردم در توسعه راه‌حل‌ها، مشارکت نمایند در اینصورت برای حل مشکلاتشان، بیشتر متعهد می‌گردند. پیشنهاد می‌شود از این جلسهٔ مشاوره یک نمایش کوتاه در کلاس درس ترتیب دهید.

ابتدا از همه بخواهید تا یک بار، بحث را خوانده و سپس دو نفر داوطلب، انتخاب کنید. یک نفر، قسمت مربوط به بهورز را با صدای بلند بخواند و نفر دیگر صحبت‌های پسر را تکرار کند. این کار، روش خوبی برای تمرین مشاوره خواهد بود.

«بهورز: صبح به خیر، حال شما چطور است؟ پلر و مادرت چطورند؟»

پسر: متشکرم، حال همه خوب است، بجز مادرم که کمر درد دارد.

بهورز: فکر می‌کنم این آخرین سال تحصیلی شما باشد، وضع مطالعات چگونه است؟

پسر: خوب است. من معمولاً در مدرسه خوب درس می‌خوانم اما می‌دانید که سال آخر همیشه مشکل است.

بهورز: آیا امسال مشکلی از نظر جسمی نداشتید؟

پسر: در واقع احساس کمی ضعف و سردرد داشتم. برای سردرد معمولاً از قرص‌های مسکن استفاده می‌کنم.

بهورز: قرص‌ها لازم هستند اما آیا بهتر نیست به خاطر سردرد و ضعف یک بار به پزشک مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کنی؟

پسر: بله فکر می‌کنم.

بهورز: راستی آیا غذا خوب می‌خوری؟ فکر می‌کنم یک تغذیه خوب و مناسب از مشکل ضعف تو کم کند. به من بگو که در چند روز گذشته، چه غذایی خورده‌ای؟

پسر: مادرم همیشه می‌گوید که صبحانه کامل بخورید. بنابراین اغلب روزها برای خودم و برادرهایم، یک کاسه بزرگ عدسی درست می‌کنم. ضمناً همیشه سعی می‌کنم برای مصرف در طول روز میوه نیز بخرم.

بهورز: منظورت این است که تا حدی پخت‌وپز و مقداری هم خرید می‌کنی؟

پسر: بله این کارها ضروری است. چند سال پیش کمر مادرم آسیب دید و اکنون دچار مشکل شده است. دکتر می‌گوید که او مسن است و کار زیادی نمی‌توان برایش انجام داد و فقط به او مسکن می‌دهند. اما دکتر به ما گفت که هر طور می‌توانیم به مادرم کمک کنیم. چون من از همه بزرگتر هستم قسمت اعظم مسئولیت‌ها به دوش من است. چون پدرم اغلب روزها تا موقع غروب کار می‌کند و وقتی به خانه بر می‌گردد هم کارهای زیاد دیگری برای انجام دادن دارد.

بهورز: دیگر چه کارهایی انجام می‌دهی؟

پسر: در تهیه غذای شب هم کمک می‌کنم و برای تمیز کردن خانه، بچه‌های کوچک را نیز به کار می‌گیرم ولی برای این که کارشان را صحیح انجام دهند، باید مراقب آنها باشم.

بهورز: با این همه کار، چه وقت فرصت مطالعه پیدا می‌کنی؟

پسر: مشکل همین است. تا زمانی که تمام کارها انجام نشده و بچه‌های کوچکتر هم نخوابیده باشند، مشکل می‌توان به طور جدی مطالعه کرد. پس از آن تا جایی که امکان داشته باشد، درس می‌خوانم و آنقدر ادامه می‌دهم تا روی زمین خوابم ببرد.

بهورز: در کجا مطالعه می‌کنی؟

پسر: ما فقط دو اتاق برای سکونت در آن داریم که یکی از آنها، اتاق خواب پدر و مادرم است و دیگری به صورت اتاق نشیمن، غذاخوری و خواب بچه‌ها است. به همین دلیل است که تا بچه‌های کوچک نخوابند نمی‌توانم جهت مطالعه تمرکز حواس داشته باشم. من حتی سعی می‌کنم تا از یک چراغ کم نور استفاده کنم که مبادا بچه‌ها بیدار شده و مزاحم من شوند.

بهورز: این طور که می بینم کار شما بسیار سخت است. از صحبت شما چنین بر می آید که فشار زیادی را تحمل می کنید. من متوجه شدم که شما وظایفی نسبت به خانواده دارید که باید آن را انجام دهید و لذا فکر می کنم این همه کار اضافی و نیز مطالعه آخر شب، آن هم در نور کم باعث ضعف و سردرد تو شده است. خود تو چی فکر می کنی؟

پسر: هرگز تا کنون بدین صورت به این موضوع فکر نکرده بودم، به هر حال نگران هستم و همان طوری که گفتید، ناچارم کارهای خانه را هم انجام دهم. چگونه می توانم این مشکل را حل کنم؟

بهورز: اول این که واقعاً دوست داری به چه چیزی دست یابی؟

پسر: دلم می خواهد تا امسال در امتحانات قبول شوم، بنابراین احتمالاً احتیاج به مطالعه بیشتری دارم.

بهورز: و برای این که بتوانی بیشتر مطالعه کنی باید قوی باشی و به قدر کافی استراحت کنی.

پسر: درست است و بنابراین باید حساب کنم که چگونه می توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز: بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می کنی.

پسر: درست است. اگر وقت مطالعه را پیدا کنم می توانم حساب کنم که چگونه می توانم استراحت بیشتری داشته باشم.

بهورز: بهتر است ببینیم که بیشتر چه مواقعی وقت مطالعه پیدا می کنی. گفتی که غذای شب را تهیه کرده و مقداری هم خرید می کنی. بین تعطیل شدن مدرسه تا وقتی که شروع به تهیه غذا می کنی، چکار می کنی؟

پسر: معمولاً بعد از مدرسه به بازار می روم تا چیزهای لازم برای شب را تهیه کنم. در آنجا بعضی از دوستانم را می بینم و مدتی با هم حرف می زنیم و بازی می کنیم. پس از غروب آفتاب به خانه می روم تا شام را حاضر کنم.

بهورز: بازی برای تناسب اندام لازم است؛ اما فکر نمی کنی که لازم باشد تا پس از بیرون آمدن از مدرسه، هفته ای یک یا دو روز از وقت آزادت را صرف مطالعه کنی؟ مطالعه کردن در روز، برای چشمان شما بهتر از مطالعه در شب و در نور کم است.

پسر: درست است اما بازی با دوستانم را هم واقعاً دوست دارم.

بهورز: نمی خواهم بگویم که از بازی کردن خودداری کنی زیرا بازی به تناسب اندام کمک می کند علاوه بر این برای جوانی در سن تو بازی و ورزش واقعاً لازم است، اما باید به آنچه که بیش از همه برای شما مهم است نیز فکر کنی. بنظر می رسد که نگران تکالیف مدرسه ات هم هستی. باید برای خودت تصمیم بگیری که حضری برای موفقیت در درس، چه چیزهایی را فدا کنی. در حال حاضر، سلامت خودت را فدا نموده ای.

پسر: هرگز به این صورت به موضوع فکر نکرده بودم، حق باشما است. من برای تحصیلم ارزش قائلم و اگر سالم نباشم نمی توانم در مدرسه موفق باشم. مطمئنم که می توانم بعد از مدرسه یک ساعت اضافه در کلاس بمانم و پشت میزم مطالعه کنم. هیچ کس هم در آنجا مزاحم من نخواهد بود و حتی ممکن است معلمین هم آنجا باشند و اگر سؤالی داشته باشم بتوانند کمکم کنند. دوستانم هم در این یک ساعت، کمبود مزاحم نمی کنند و می توانم بعداً به آنان ملحق شوم. امیدوارم برای ماندن در مدرسه اذیتم نکنند و به من فشار نیاورند که درس را رها کنم و برای بازی به آنها ملحق شوم.

بهروز: آیا دوستانت مشکلاتی را که تو در خانه داری، درک می‌کنند؟

پسر: البته، همیشه روزهای آخر هفته سری به خانه ما می‌زنند تا به مادرم سلام کرده و با او احوالپرسی مختصری کنند. فکر می‌کنم که مرا درک کنند و مزاحم نشوند.

بهروز: حالا به تعطیلات آخر هفته پردازیم. آیا می‌توانی در آن مواقع هم مطالعه کنی؟

پسر: صبح جمعه معمولاً صرف انجام کارهای جاری می‌شود و بعد از آن، خانه دیگر ساکت نیست. بچه‌های کوچک دائماً در حال دویدن به داخل و خارج خانه بوده و در عصر روز جمعه معمولاً مهمان‌ها سر می‌رسند.

بهروز: آیا شما برای مطالعه، ناچاری که حتماً در خانه بمانی؟

پسر: ممکن است ببینم که اگر کلاس‌های مدرسه باز باشند، به آنجا بروم و یا حتی به مزرعه پدرم بروم زیرا جای ساکتی است. من می‌توانم غذای مختصری با خودم بردارم و زیر سایه درختان بنشینم و درس بخوانم.

بهروز: خیلی خوب است که تو می‌توانی برای این مشکل، این همه راه‌حل بیابی. حق با معلم مدرسه‌ات بود که می‌گفت شما پسر باهوشی هستید. حالا دوست دارم کمی درباره برادرهای کوچک‌تر بدانم. چند ساله هستند؟

پسر: آن که بعد از من است، ۱۳ سال دارد و دوقلوها هم ۹ سال دارند.

بهروز: وضع درسی برادر سیزده ساله‌ات خوب است؟

پسر: او خیلی تلاش می‌کند. نمره‌هایش تقریباً مثل نمره‌های من است. شاید می‌توانست بهتر از این باشد.

بهروز: وقتی که کمر درد مادرتان شروع شد، چند ساله بودی؟

پسر: در حدود چهارده سال.

بهروز: آیا همه این کارها را از همان زمان شروع کردی؟

پسر: بله.

بهروز: با خودم فکر می‌کردم که اگر برادرت هم مثل شما با هوش است و با توجه به اینکه تقریباً چهارده ساله است، شاید بتواند مسئولیت بیشتری در انجام کارهای خانه به عهده بگیرد. نظرت در این باره چیست؟

پسر: همیشه فکر می‌کردم که او برای انجام این کارها، خیلی جوان باشد اما اگر من توانسته‌ام درس‌ها را و چنین کارهایی را انجام دهم، لابد او هم می‌تواند. شاید بتوانیم به نوبت، پخت‌وپز و سایر کارها را انجام دهیم و در آن صورت من می‌توانم مطالعه و استراحت بیشتری داشته باشم.

بهروز: با نظراتی که تو داری مطمئن هستم که دیگر در درس خواندن دچار مشکل نخواهی شد، اما لطفاً اگر از این به بعد، شما و یا سایر افراد خانواده‌ات با مشکلی روبرو شدید، آزادانه به سراغ من بیایید. خوب، حالا قبل از اینکه بروی، لطفاً کارهایی که برای حل مشکلات باید انجام بدهی را برای من بشمار. این کار کمک می‌کند تا مطمئن شویم که چیزی را فراموش نکرده‌ایم و از تصمیماتی که گرفته‌ایم راضی هستیم.

پسر: قبل از هر چیز لازم است تا بیشتر استراحت کرده و اوقات بهتری را برای مطالعه پیدا کنم. پس از تعطیل شدن مدرسه حدود یک ساعت در آنجا خواهم ماند تا به این طریق بتوانم در

طول روز مطالعه کنیم. در ضمن در روزهای پایان هفته برای مطالعه به مزرعه می‌روم و در خانه از برادر کوچکم خواهم خواست تا به نوبت کارهای آشپزی و یا سایر امور را انجام دهد.

بهورز: متشکرم، بسیار خوب، سلام مرا به والدینت برسان.

پسر: این کارها را خواهم کرد. از کمک شما متشکرم. خداحافظ. »

در این مثال، کارمند بهداشتی هرگز تا زمانی که اطلاعات کافی به دست نیآورده بود، نپنداشت که مشکل پسر را فهمیده است. او هرگز پسر را مجبور به پذیرش توصیه‌ای نکرد و همیشه پسر را تشویق می‌نمود تا در مورد مشکلش، فکر کرده و تصمیم خودش را بگیرد. کارمند بهداشتی سؤالاتی را می‌پرسد تا به پسر کمک کند که به دقت و به طور جدی به علت مشکل فکر کند. وقتی بهورز متوجه شد که پسر، تمایلی به ترک بازی ندارد، از او خواست تا چیزهایی که در زندگی برایش ارزشمندتر است را بررسی کند. او به پسر کمک کرد تا بفهمد که واقعاً چه چیزهایی برایش مهم بوده و او را برای انتخاب کردن، راهنمایی کرد. در انتها، فرصت‌هایی به دست آمد که او بتواند مطالعه بیشتری نماید؛ اما در عین حال از بازی کردن با دوستانش نیز دست برندارد.

تمرین بیشتر در مشاوره

مشاوره نیز مانند هر مهارتی، با تمرین پیشرفت می‌کند. دانش‌آموزان دیگری را جمع کنید و با آنان، ایفای نقش کنید یکی از شما نقش مشاور و نفر بعدی، نقش مادری که بچه‌اش مبتلا به عفونت گوش است را بازی کنید. بقیه هم به عنوان تماشاچی هستند که کار بسیار مهمی دارند؛ آنها باید به دقت به ایفای نقش بنگرند و در پایان پیشنهادهاتی را برای بهبود مهارت‌های مشاوره‌ای، به آنان ارائه کنند.

پیشنهادات برای کسی که نقش مادر را بازی می‌کند:

شما باید عیناً شبیه به یک مادر معمولی در روستای خود رفتار کنید. به عقیده‌ی مادر، چه عاملی ممکن است باعث بیماری فرزندش شده باشد؟ چه نوع معالجات محلی ممکن است تا قبل از مراجعه به خانه بهداشت صورت گرفته باشد؟ مشاور ممکن است نسبت به خانواده مادر، شرایط زندگی و شغل آنان، علاقه‌مند باشد. داستانی درباره‌ی خودتان بسازید که بتوانید جوابهای واقعی را به مشاور بدهید. شما در حین کار در حرفه‌ی خود مادرانی را خواهید دید که به دلیل بیماری فرزندشان به خانه بهداشت می‌آیند. آنها بعضی اوقات، نگران و وحشت‌زده خواهند بود. درست شبیه مادرانی که بچه‌ای بیمار دارند رفتار کنید. این کار موجب بهتر شدن ایفای نقش می‌شود.

پیشنهاداتی برای مشاور:

مراحل مشاوره را بیاد آورید. در مورد ابزارهای آموزشی که می‌توانید بکار ببرید، فکر کنید. آیا می‌توانید از عکس و یا پوستر استفاده کنید؟ شاید این وسایل را با خود نداشته باشید اما در هنگام ایفای نقش، وانمود کنید که آنها را دارید. آیا لازم است تا به مادر کمک کنید که اعضای خانواده‌اش او را پشتیبانی نمایند؟ ممکن است بگویید ما هنوز مهارت‌های مورد نیاز در زمینه‌ی برخورد با یک کودک مبتلا به عفونت گوش را نیاموخته‌ایم. این ایراد کاملاً صحیح است اما شما می‌توانید به مادر در مورد اهمیت مراجعه به پزشک صحبت کنید. در این مورد خوب است از مربی خود از قبل در مورد علائم عفونت گوش در یک کودک ۴ یا ۵ ساله و عوارض عدم درمان مناسب آن سؤال کنید و پس از آن اقدام به تنظیم مشاوره نمایید. آنچه که شما در این مرحله با تمرین زیاد باید بیاموزید این است که بتوانید به خوبی با مراجعین ارتباط برقرار کنید.

خلاصه فصل پنجم

- مشاوره عبارتست از ارتباط با افراد برای تشویق آنان در جهت حل مشکلاتشان. مشاوره یکی از موثرترین شیوه‌ها جهت آموزش بهداشت و ایجاد تغییر رفتار در افراد است.
- در مشاوره افراد تشویق می‌شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند، علل به وجود آورنده آنها را بشناسند و راه حل لازم را پیدا کرده و براساس آن اقدام نمایند.
- برای انجام یک مشاوره خوب باید بتوانیم به خوبی با مردم ارتباط برقرار کنیم، نیازهای آنها را بشناسیم و احساس آنها را در مورد مسایل مختلف به خوبی درک کنیم. علاوه براین برای به دست آوردن یک راه حل مناسب باید از مشارکت خود فرد در انتخاب راه حل استفاده کنیم.

در فصل بعد شما با مهارت‌های لازم برای ایجاد یک ارتباط آموزشی با جمعی از مردم (گروه‌ها) و روش ترغیب و ایجاد مشارکت گروه‌ها و جامعه در فعالیتهای بهداشتی آشنا خواهید شد.

تمرین در خارج از کلاس

- ۱- مشاوره را تعریف کرده و اصول آن را توضیح دهید.
- ۲- انواع مشاوره را توضیح داده و برای هر کدام نمونه‌هایی را ذکر کنید.

تمرین در کلاس درس

با کمک سایر دانش‌آموزان و راهنمایی مربی خود اقدام به ایفای نقش در زمینه چند نمونه مشاوره نمایید. موضوع ایفای نقش می‌تواند یکی از موارد مشکلات شایع در خانواده‌ها یا جامعه باشد. مثلاً مشکل مصرف سیگار توسط یکی از فرزندان جوان خانواده، مشکل ازدواج یک دختر جوان و اختلاف نظرهایی که بروز کرده است، مشکل نگرانی یک جوان در مورد پیدایش جوش صورت در سن بلوغ و نگرانی از بد شکل شدن چهره و یا هر مشکل دیگری که در محیط زندگی خود با آن برخورد کرده‌اید.

در این ایفای نقش یکی از دانش‌آموزان نقش مشاور و نفر دیگر نقش مشاوره شونده را بر عهده خواهد داشت. بقیه دانش‌آموزان کلاس هم باید تماشاگر این نمایش باشند. وظیفه این تماشاگران این است که به دقت به ایفای نقش بنگرند و پس از اتمام آن پیشنهاداتی را برای بهبود مهارت‌های مشاوره ارائه دهند. این تمرین را در چند نمونه و برای هر کدام توسط سایر دوستان تکرار کنید و در هر مورد رفتار مشاور را با کمک مربی خود تجزیه و تحلیل کنید.

فصل ششم

آموزش بهداشت با گروه‌ها و جامعه وروش جلب مشارکت مردم

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- فواید آموزش گروهی را توضیح دهید و حیطه‌های مختلف آموزش گروهی در روستا را نام ببرید.
- ۲- گروه‌های رسمی و غیررسمی را توضیح دهید و اقدام به دسته‌بندی گروه‌های مختلف موجود در روستای خود نمایید.
- ۳- دلایل وقوع رفتارهای مفید و مشکل‌سازی را که در بحث‌ها و جلسات گروهی مختلف در روستا پیش می‌آید توضیح دهید.
- ۴- اصول و نکات لازم‌الاجرا در آموزش بهداشت به گروه‌های مختلف جامعه را بیان نمایید.
- ۵- اصول جلب مشارکت گروه‌ها برای فعالیت‌های بهداشتی در جامعه را ذکر کنید.
- ۶- مراحل مختلف مشارکت جامعه در برنامه‌های بهداشتی را شرح دهید.

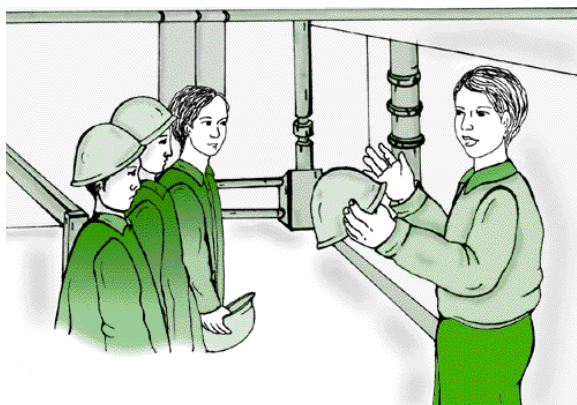
اهداف

استفاده از روش آموزش گروهی فواید زیادی دارد. این نوع آموزش موجب تشویق افراد گروه و حمایت آنها از یکدیگر می‌شود. علاوه بر این در آموزش گروهی، شرکت کنندگان از تجربیات و مهارت‌های یکدیگر استفاده می‌کنند. بعضی از افراد توانایی‌هایی دارند که به تنهایی نمی‌توانند از آنها استفاده کنند؛ در حالی که امکان استفاده از توانایی و مهارت‌ها در گروه به راحتی فراهم می‌شود. به این ترتیب آموزش گروهی، زمینه مشارکت افراد گروه در فعالیتهای بهداشتی مختلف را نیز فراهم می‌کند.

در آموزش بهداشت، کار با گروه‌های مختلف مردم از اهمیت خاصی برخوردار است. این گروه‌ها ممکن است خانواده، شورای اسلامی، کارگران یک کارخانه، دانش‌آموزان یک کلاس یا حتی دوستانی که برای رفع خستگی دور یکدیگر جمع شده‌اند، باشند. هنگامی که مردم برای تشخیص و حل یک مشکل دور یکدیگر جمع می‌شوند، دارای منابع بیشتری برای حل مشکل می‌شوند تا این که بخواهند این عمل را به طور فردی انجام دهند. لذا آموزش بهداشت با گروه‌ها یکی از مؤثرترین شیوه‌هایی محسوب می‌شود که باید به‌روزان در روستا به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه به کار گیرند. آموزش گروهی می‌تواند حیطه‌های مختلفی داشته باشد. بحث و گفتگو با گروه‌های مختلف مردم مانند افراد مبتلا به بیماری دیابت و یا پدران و مادرانی که کودک معلول دارند یا مادرانی که کودک شیرخوار دارند یا آموزش بهداشت به دانش‌آموزان یک مدرسه و آموزش بهداشت حرفه‌ای به گروهی از کارگران در محیط کار و بسیاری موارد دیگر نمونه‌هایی از آموزش گروهی محسوب می‌شوند. موضوع آموزش بهداشت به گروه‌های مختلف جامعه یکی از اصلی‌ترین راهکارهای ارتقای سطح سلامت جامعه است که در برنامه‌های بهداشتی مختلف نیز پیش‌بینی شده است. قبل از این شما با نمونه‌هایی از گروه‌های هدف برنامه‌های بهداشتی آشنا شده‌اید. اغلب گروه‌های هدف در برنامه‌های مختلف بهداشتی گروه هدف در خدمات آموزشی نیز هستند. در این مورد در فصول مربوطه به بحث بیشتری خواهیم پرداخت.

گروه‌های رسمی و غیررسمی

به طور کلی گروه‌های موجود در جامعه را می‌توان به دو دسته رسمی و غیررسمی تقسیم کرد.



تصویر ۱ - ۶

حیطه‌های آموزش گروهی می‌تواند متفاوت باشد. آموزش گروهی به افرادی که دارای مسایل و مشکلات مشابهی هستند بر تغییر رفتار افراد تأثیر زیادی دارد.



تصویر ۲ - ۶

آموزش بهداشت به دانش‌آموزان یکی از مؤثرترین شیوه‌ها در ارتقای سلامت جامعه است. زیرا دانش‌آموزان گروه هدف برخی از برنامه‌های بهداشتی هستند از طرفی انتقال پیام‌های بهداشتی از طریق آنان به سایر گروه‌های جامعه به سادگی صورت می‌گیرد.



تصویر ۳ - ۶

شاگردان یک مدرسه می‌توانند با دیدن برخی بیماری‌ها مسایل بهداشتی را یاد بگیرند و در اجرای آنها کمک نمایند. در این تصویر دختر متوجه شده است که لکه‌های تغییر رنگ یافته‌ای روی گونه‌های همشاگردیش پیدا شده، او را نزد معلم آورده است. معلم شاگرد را به خانه بهداشت می‌فرستد. بنابراین آموزش بهداشت به مردم سبب تسهیل مشارکت آنها در فعالیتهای بهداشتی می‌شود.

الف - گروه‌های رسمی

این گروه‌ها دارای هدف خاص بوده و اعضای آن یکدیگر را می‌شناسند و مسئول دارند. مقررات خاصی در هر گروه وجود دارد. افراد گروه‌های رسمی به صورت سازمان یافته عمل می‌کنند. شرکت تعاونی روستایی، معلمین یک مدرسه، دانش‌آموزان اول ابتدایی، شورای اسلامی روستا از جمله گروه‌های رسمی یک روستا هستند. برای گروه‌های رسمی با توجه به اهداف سازمانی و وظایفی که دارند می‌توان یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا این که زمینه مشارکت آنها را در یک فعالیت بهداشتی ایجاد کرد.

ب - گروه‌های غیررسمی

این گروه‌ها هدف خاص و مشترکی ندارند، رهبری نمی‌شوند و از مقررات و قوانین خاصی پیروی نمی‌کنند. ممکن است بتوان در آنها نقاط و یا منافع مشترکی را پیدا کرد. افراد مراجعه کننده به خانه بهداشت زنان روستا، اطفال زیر ۵ سال، کشاورزان و... از جمله گروه‌های غیررسمی هستند. برای این گروه‌ها می‌توان با توجه به نیازهای مشترک یک برنامه آموزشی ترتیب داد و یا این که از مشارکت آنها در یک فعالیت بهداشتی بهره‌مند شد.

با توجه به تعاریف فوق شما نیز گروه‌های رسمی و غیررسمی روستای خود را نام ببرید و با توجه به اشتراک موجود در گروه‌ها بگویید چه برنامه‌های آموزشی می‌توان برای آنها ترتیب داد؟

رفتار مشکل ساز و رفتار مثبت در گروه‌ها

کار با گروه‌ها در بسیاری موارد ممکن است منجر به بروز اختلاف نظر و مجادله شود. در این مورد ممکن است افراد گروه باعث موفقیت و یا شکست آن شوند. در اینجا به یک نمونه رفتار مشکل ساز و یک نمونه رفتار مثبت در یک گروه رسمی می‌پردازیم:

رفتار مشکل ساز

شورای بهداشت روستای حسین‌آباد از دو سال قبل تشکیل شده و اعضا فکر می‌کردند اگر با هم کار کنند، می‌توانند مشکلات روستا را حل نمایند. آنها اهداف زیر را برای شورا معین کردند:

۱- مشکل آب آشامیدنی روستا را حل کنند.

۲- ساختمان غسالخانه را به اتمام برسانند.

۳- در کارهای جاری بهداشتی همکاری کنند.

اعضای این شورا بعد از دو سال به هیچکدام از اهدافشان دست نیافتند. آیا می‌دانید چرا؟ به یک جلسه شورا بهداشت روستای حسین‌آباد توجه کنید. آنها قصد دارند راهی را برای تشویق مادران به واکسیناسیون کودکان خود پیدا کنند.

رئیس شورا: در جلسه قبل نصف اعضا شرکت نداشتند و اگر شما شرکت در جلسه را جلدی نگیرید ما به اهدافمان نخواهیم رسید.

امروز باید تصمیم بگیریم به طریقی مراجعه مادران به خانه بهداشت را افزایش دهیم چون اگر مادران مراجعه نکنند واکسیناسیون کم خواهد بود، مبتلا شدن کودکان به سرخک به همین دلیل است.

عضو (الف): فکر می‌کنم که با ماشین بلندگودار مادران را دعوت به همکاری کنیم.

عضو (ب): این کار احمقانه است ما که ماشین بلندگودار نداریم که این کار را انجام دهیم.

عضو (الف) تصمیم می‌گیرد که دیگر چیزی نگویید او بسیار ناراحت است چون به او اهانت شده است.

رئیس شورا: نظر دیگری نیست؟

عضو (ج): بهتر است با بازدید خانه به خانه مادران را تشویق به همکاری کنیم.

عضو (ب): این کار وقت زیادی می‌خواهد و ما به شدت گرفتاریم، منو بگو کارم را ول کرده‌ام آمده‌ام اینجا این حرف‌های خنده‌دار را بشنوم.

عضو (ج): عصبانی شده و به عضو (ب) می‌گوید تو همیشه ایراد می‌گیری و خودت هم هیچ پیشنهادی نمی‌دهی. آنها با یکدیگر بحث و جدل کردند و رئیس شورا هم نتوانست آنها را آرام کند و بعد از ۱۵ دقیقه عضو (ج) و دوستانش جلسه را ترک کردند.

آیا می‌دانید چرا فعالیت این گروه محکوم به شکست است؟ به دلایل رفتاری زیر دقت کنید:

عضو (ب) زیاد حرف می‌زند، همیشه انتقاد می‌کند، پیشنهاد مفید هم ندارد.

عضو (الف) در بحث تسلیم است و به دلیل سکوت قادر به حل مشکلات نیست.

عضو (ج) زود عصبانی می‌شود و به جای ادامه بحث میدان را خالی می‌کند.

رئیس شورا قدرت و شایستگی رهبری را ندارد.

سایر اعضا علاقه‌ای نشان نمی‌دهند و بسیاری هم در جلسات شرکت نمی‌کنند.

به دلیل موارد فوق گروه محکوم به شکست است.

رفتار مثبت

حالا ببینید «شورای بهداشت» چگونه پیشرفت می‌کند:

شورای بهداشت روستای علی آباد به دلیل خرابی شبکه آب لوله‌کشی روستا و بروز مشکل برای مردم تشکیل جلسه داد.

رئیس شورا: خیلی خوشحالم که بیشتر آقایان به موقع تشریف آوردند و انشاء... امروز کارهای زیادی انجام خواهیم داد. من عضو (د) را نمی‌بینم آیا از او خبری دارید.

عضو (ه): همسرش مریض بود و او را پیش دکتر برده.

عضو (و): بیایید بعد از جلسه به منزل آقای (د) برویم و احوال همسرش را پرسیم و... همه موافقت می‌کنند.

رئیس شورا: مشکل آب لوله‌کشی را مطرح نموده از همه نظر می‌خواهد.

عضو (ز): می‌توانیم یک چاه عمیق بزنیم.

عضو (ح): پیشنهاد خوبی است و اگر همه تلاش کنیم این کار عملی است. باید ببینیم وضع پولی چطور است. خزانه‌دار شورا: پول که کم داریم کاش می‌شد کمی پول تهیه کرد. جدیداً عمومی عضو (ت) یک چاه عمیق زده، شاید پیشنهادی برای این کار داشته باشد.

عضو (ت): نمایندگان جهادسازندگی به عمومیم گفته بودند اگر خودیاری مردم خوب باشد وام هم به آنها تعلق می‌گیرد.

عضو (و): فکر خوبی است و من حاضرم با نمایندگان جهاد تماس بگیرم و تحقیق کنم آیا می‌توانیم از وام استفاده کنیم.

فکر کنید چه رفتارهای خوبی در این گروه وجود داشت؟
آیا با رفتارهای مفید که در زیر نوشته شده موافقت می‌کنید؟
آیا می‌توانید رفتارهای دیگری را نام ببرید؟

رفتارهای مفید:

- ۱- ارائهٔ آزادانهٔ نظرات و پیشنهادات.
- ۲- تشویق یکدیگر به صحبت کردن.
- ۳- پاسخ محترمانه به پیشنهادات سایرین.
- ۴- کمک به روشن کردن نظرات.
- ۵- ارائهٔ اطلاعات.
- ۶- توجه کردن به یکدیگر.
- ۷- داوطلب شدن برای کمک به کارها.
- ۸- حضور به موقع و مرتب در جلسات.
- ۹- تشکر از یکدیگر.

آموزش بهداشت در گروه‌های غیررسمی

برای آموزش بهداشت به گروه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد. شما با این روش‌ها در فصل بعد آشنا خواهید شد. بحث و گفتگو با گروه‌های مختلف مردم یکی از موثرترین شیوه‌های آموزش بهداشت به آنها است. از زمانهای قدیم مردم برای حل مشکلاتشان دور هم جمع می‌شدند و با یکدیگر بحث و گفتگو می‌کردند. در بحث گروهی هر کس فکر و پیشنهادی دارد می‌گوید و مشکلات و موانع از زوایای مختلف شناسایی شده و در مورد آنها چاره‌اندیشی می‌شود. به جهت اهمیت و تأثیر بالایی که این روش در آموزش بهداشت به گروه‌ها دارد در ادامه بحث سعی کرده‌ایم شما را با روش بحث در آموزش بهداشت در گروه‌های غیررسمی آشنا کنیم.

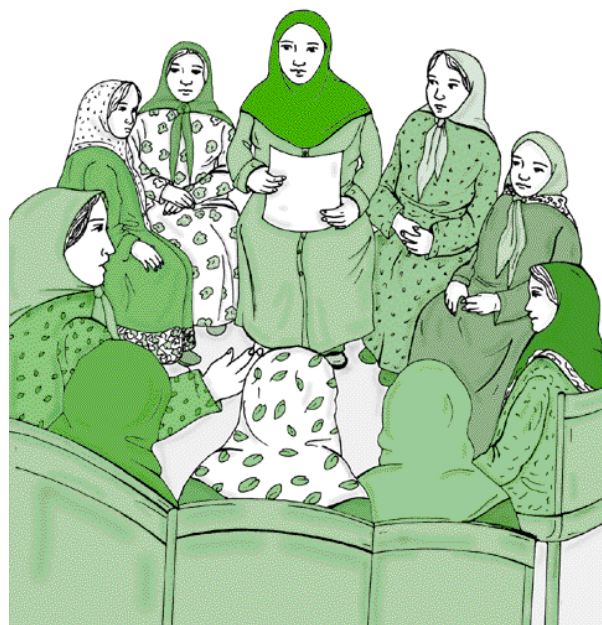
در روش بحث گروهی در آموزش بهداشت به گروه‌های غیررسمی رعایت دو اصل ضروری است:

- ◆ نخستین اصلی که باید به آن توجه کرد این است که **سعی شود گروهی انتخاب شود که در آنها علائق و نیازهای مشترک وجود داشته باشد.** به عنوان مثال شما می‌توانید مادرانی را انتخاب کنید که کودک شیرخوار (کودکی که زیر دو سال سن دارد) داشته باشند. یکی از موضوعات مورد علاقهٔ مادرانی که کودک شیرخوار دارند این است که چگونه باید کودک خود را تغذیه کنند؟ شما نیز به عنوان یک کارمند بهداشتی می‌دانید که دو سال اول زندگی هر کودک از جمله مهم‌ترین سالهای زندگی اوست. در این دوران نیازهای تغذیه‌ای طفل از اهمیت خاصی برخوردار است. در این زمینه مادران نیازمند آموزش در زمینهٔ شیردهی و تغذیه کودک هستند. علاوه بر این باید به مادران اهمیت کنترل رشد کودک (پایش رشد) و موارد دیگری را آموزش داد.
- ◆ اصل دوم این است که باید تلاش شود تا اعضای گروه بیشتر باهم آشنا شوند. این امر موجب می‌شود که آنان در زمینهٔ آموزش مشارکت بیشتری نموده و علائق و نیازهای مشترکشان را به نحو بهتری بازگو کنند.

علاوه بر دو اصل فوق رعایت برخی نکات دیگر نیز در آموزش بهداشت به گروه‌ها ضروری است. به عنوان مثال باید تلاش شود که بحث گروهی در مکانی برگزار شود که از هر نظر راحت باشد. برای مشارکت تمامی افراد در بحث بهتر است اعضای گروهی طوری بنشینند که یکدیگر را به خوبی ببینند. برای این منظور آنها می‌توانند به صورت دایره یا بیضی در کنار یکدیگر بنشینند. بهتر است در شروع، بی‌مقدمه وارد یک بحث اختصاصی نشویم، بلکه بهتر است بحث را از اطلاعات کلی شروع کنیم تا با مشارکت تمامی افراد در بیان نقطه نظرات و مشکلاتشان آموزش مؤثرتری داشته باشیم. علاوه بر این با طرح سؤال می‌توان افراد را به همکاری در بحث تشویق کرد. باید سعی شود مدت بحث، طولانی نشود زیرا این موضوع باعث می‌شود که برخی از افراد فرصت انجام سایر کارهای خود را از دست می‌دهند و در بحث‌های بعدی شرکت نمی‌کنند. معمولاً بحث‌های گروهی نباید از دو ساعت بیشتر شود. مناسب‌ترین زمان برای این کار یک ساعت است. در پایان جلسه باید بررسی شود که آیا افراد از این بحث‌ها راضی بوده‌اند یا خیر. می‌توان اطلاعات و تجربه‌های صحیحی را که افراد از یکدیگر آموخته‌اند دوباره مرور کرد و موضوع بحث جلسه بعد را در همین نشست مشخص کرد. به این ترتیب اعضای گروه این فرصت را پیدا می‌کنند که در فاصله بین دو جلسه در مورد موضوع بحث بعدی فکر و بررسی کنند. شما در فصل چهارم با نمونه‌ای از آموزش به یک گروه غیررسمی (زنان شالیکار) آشنا شده‌اید. در سایر فصل‌های کتب مجموعه آموزش بهورزی با انواع دیگری از این آموزش آشنا خواهید شد.

آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی

گروه‌های رسمی دارای اهداف و علایق معین و رهبری مشخص هستند که گروه را سازمان می‌دهد. افراد گروه‌های رسمی، کاملاً شناخته شده‌اند. با آموزش بهداشت در گروه‌های رسمی می‌توان مشارکت آنها را در برنامه‌های مختلف بهداشتی جلب کرد. از جمله گروه‌های رسمی می‌توان کارمندان جهادسازندگی در یک روستا، اعضای شورای اسلامی، معلمین یک مدرسه و... را نام برد. هنگامی که در جلسات گروه‌های رسمی شرکت می‌کنید ممکن است برای آنها یک فرد بیگانه به حساب بیاید. قبل از این که این گروه‌ها در برنامه‌های آموزشی با شما همکاری کنند اعضای آنها باید شما را بشناسند و به شما اعتماد پیدا کنند. بهترین کار برای جلب مشارکت این گروه‌ها این است که ابتدا با رهبر گروه

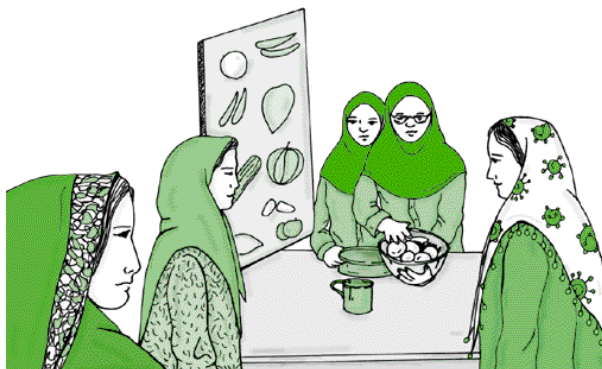


تصویر ۴ - ۶

نکته مهم در آموزش گروهی این است که همگی در بحث‌ها شرکت کنند. به وسیله چیدن صندلی‌ها به شکل دایره یا بیضی (C) افراد یکدیگر را می‌بینند و در نتیجه به راحتی می‌توانند بحث و تبادل نظر کنند.

تصویر ۵ - ۶

بهورز برای یک گروه غیررسمی از بانوانی که در خانه بهداشت اجتماع کرده‌اند صحبت می‌کند. او برای آموزش می‌تواند از وسایل آموزشی متعددی نظیر پوستر، کار عملی، نمایش و ... استفاده کند.



تماس بگیرید و برای او تشریح نمایید که چه مهارت‌هایی را برای عرضه کردن دارید. در این صورت رهبر گروه ارزیابی خواهد نمود که آیا شما پاسخگوی بعضی مسایل و نیازهای آنها خواهید بود یا نه؟ پس از این شما این فرصت را خواهید داشت تا با سایر اعضای گروه نیز بحث کنید و آنان را نیز تشویق به مشارکت در برنامه نمایید. علاقه‌مندی خود را برای کار با گروه ابراز نمایید تا اعتماد کافی را برای استمرار فعالیت و کار با آنها به دست آورید. شاید پس از این مرحله خود گروه از شما دعوت نمایند تا در جلساتی که به منظور آموزش بهداشت و یا مشارکت در فعالیت بهداشتی مدنظر دارید شرکت کنید. میزان موفقیت شما در این امر وابسته به مهارت‌های شما در برقراری ارتباط و نیز توان شما در رفع نیاز گروه خواهد بود. علاوه بر این گاه به جهت اهداف و وظایف سازمانی اغلب گروه‌ها مایل به همکاری با شما خواهند بود. به عنوان مثال کارمندان جهادسازندگی روستا که وظیفه تأمین آب آشامیدنی مردم را برعهده دارند مایل خواهند بود از مشارکت و آموزش شما در تأمین آب آشامیدنی سالم در روستا بهره‌مند شوند. به طور قطع، اعضای شورای اسلامی روستا نیز از همکاری متقابل با خانه بهداشت خرسند خواهند شد. رعایت چندین نکته دیگر نیز، شما را در کار با گروه‌های رسمی موفق‌تر می‌کند. برخی از این نکات عبارتند از:

- ◆ احترام گذاشتن به اعضای گروه و سازمانی که اعضا در آن خدمت می‌کنند.
- ◆ روشن و ساده بودن آنچه که شما می‌گویید.
- ◆ هدر ندادن وقت افراد گروه؛ زیرا این گروه‌ها مایلند وقت اصلی خود را صرف اهداف ویژه خود کنند.
- ◆ عدم مداخله در مسایل اختصاصی و اهداف سازمانی گروه.
- ◆ رعایت نکاتی که در امر بحث گروهی لازم‌الاجرا است و در آموزش بهداشت با گروه‌های غیررسمی آنها را بر شمردیم.

به خاطر داشته باشید شناخت مناسب گروه از توان و مهارت‌های شما، که منجر به اعتماد آنها می‌شود، در برقراری ارتباط برای آموزش با گروه‌های رسمی یک اصل اساسی محسوب می‌شود.

مشارکت گروه‌ها و جامعه در زمینه بهداشت

پس از بحث در مورد آموزش بهداشت با افراد و گروه‌ها حتماً با هدف ایجاد مشارکت افراد و نیز مشارکت جامعه در زمینه فعالیت‌های بهداشتی آشنا شده‌اید. در آموزش بهداشت، مشارکت به معنای آن است که شخص، گروه یا اجتماع برای حل مشکلاتشان فعالانه با کارکنان بهداشتی همکاری کنند. این مشارکت می‌بایست در جهت تشخیص مشکل و نیز حل آن صورت گیرد. پس از این که با مردم و اجتماعات رابطه برقرار کردید باید فوراً مشارکت آنها را تشویق کنید. در اینجا باید از مهارت خود در برقراری ارتباط با مردم استفاده کنید و مردم را تشویق به صحبت نموده و خودتان هم گوش دهید، بدین ترتیب مردم در شناخت مسائل، با شما و با یکدیگر مشارکت می‌کنند.

چرا مشارکت مردم لازم است؟ نخست به دلیل اینکه هرچه مردم بیشتر با هم مشارکت داشته باشند، برای کمک به خودشان بیشتر جلب شده و نیز برای بهبود وضع بهداشتی‌شان بیشتر اقدام می‌کنند. دوم اینکه مردم، مسئول بهداشت خودشان هستند. یک کارمند بهداشتی می‌تواند آنان را در پیدا کردن راه حل برای رفع مشکلات و مسائل هدایت کند اما نمی‌تواند شخصاً مسئولیت مستقیم اجرای راه حل را بر عهده بگیرد. مثلاً وقتی مادری با یک کودک مبتلا به فقر غذایی یا بیمار به او مراجعه می‌کند، نمی‌تواند برای کودک خانه و غذا تهیه کند و یا هر ۶ ساعت یک بار به کودک دارو بدهد. اگر جامعه از نحوه تأمین آب بهداشتی خود شکایت داشته باشد، او نمی‌تواند برای حفر چاه پول بدهد. البته می‌تواند کمک کند، اما مهمترین کمک به مردم در

این موارد، آموختن خودیاری به آنان است. بدین ترتیب می‌توان گفت همکاری دانش‌آموزان یک مدرسه در زمینه حل مشکلات بهداشت محیط مدرسه تا مساعدهتی که گروه‌های رسمی و غیررسمی جامعه در جهت حل معضلات بهداشت روستا می‌کنند، همگی نمونه‌هایی از مشارکت در زمینه بهداشت به حساب می‌آیند.

مراحل اجرای یک برنامه مشارکت افراد

اجرای یک برنامه بهداشتی در روستا می‌بایست دارای مراحل مشخص و روشنی باشد. بر این اساس اجرای برنامه مشارکت افراد نیز می‌تواند بر همان اساس تنظیم شود.

۱- مشارکت در شناخت مشکلات

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که «من مسائل و مشکلات اصلی شما را می‌دانم» اشتباه می‌کند. البته این یک واقعیت است که کارمند بهداشتی بسیاری از مسائل مردم را می‌داند و بهتر از دیگران مشکلات بهداشتی را تشخیص می‌دهد، اما تا زمانی که مردم خود مسائل را به درستی نشناسند به حل آنها تمایل نشان نخواهند داد. اگر شما نشان دهید که تمام مسائل مردم را بهتر از آنها می‌دانید، آنان را عصبانی خواهید ساخت.

چنانچه مردم را تشویق کنید تا در درجه اول مسائل و مشکلاتشان را بشناسند برای بحث در مورد این مسائل آماده‌تر خواهند شد. اگر برای کمک به مردم سعی کنیم تا مشکلات آنها را با دید آنان و به صورتی که آنان می‌بینند ببینیم، کمک بزرگی به برقراری ارتباط و به وجود آوردن اعتماد متقابل خواهیم کرد.



تصویر ۶-۶

مصاحبه با یک گروه از مردم روستا یکی از راه‌های گردآوری اطلاعات درباره نیازمندی‌ها و مشکلات جامعه است.

۲- مشارکت در یافتن راه حل

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید که «من بهترین راه حل را برای مشکل شما می‌دانم»، مرتکب اشتباه دیگری شده است. زیرا آن چیزهایی که برای یک شخص یا یک جامعه «بهترین» است، ممکن است برای یک شخص یا جامعه دیگر بهترین نباشد. جوامع مقادیر مختلفی از منابع (پول، امکانات، نیرو و...) را برای حل مشکلات خود دارند. علاوه بر این باورها و ارزش‌های مختلف و رهبران متفاوتی دارند. حل یک مسئله باید به نحوی صورت گیرد که در آن، شرایط یا موقعیت واقعی زندگی شخص یا جامعه مد نظر باشد. این کار فقط از طریق مشارکت فرد یا جامعه امکان‌پذیر است. البته یک کارمند بهداشتی به عنوان یکی از اعضای بسیار موثر جامعه می‌تواند حدسهایی بزند، اما ایده‌ها اول باید از خود مردم سرچشمه بگیرد. بیشترین عقاید بهترین آنها است. هر پیشنهاد را باید به دقت امتحان کنید و ببینید آیا عملی است یا نه؟ سپس مردم را تشویق کنید تا بهترین راه حل را برای خویش انتخاب کنند.

تصویر ۶-۷

مردم روستا تصمیم گرفته‌اند چند اتاق برای راه‌اندازی مدرسه ابتدایی در روستای خود بنا کنند. به طور قطع مشارکت آنها در این امر ناشی از آموختن اهمیت مسئله سواد در پیشرفت فرزندانشان است.



۳- مشارکت در عمل



تصویر ۸ - ۶

«نگران نباشید من آنچه را که باید برای حل مسایل شما لازم است انجام خواهم داد.» این طرز برخورد به جای حل مسایل در دراز مدّت احتمالاً مسایل بیشتری را به دنبال خواهد آورد. زیرا باعث وابستگی مردم به مأمور بهداشتی می‌شود. برخورد با مردم باید به گونه‌ای باشد که آنها به خود اعتماد پیدا کنند و قادر به تشخیص و حل مسایل باشند.

اگر بهورزی به مردم روستای خود بگوید «نگران نباشید، من آنچه را که برای حل مسایل شما لازم است انجام خواهم داد»، باز هم مرتکب یک اشتباه بزرگ شده است. فراموش نکنید که مردم در قبال بهداشت خودشان مسئول هستند. اگر شما همه کارها را انجام دهید در این صورت ممکن است از نتیجه کار انتقاد کرده یا شما را سرزنش کنند. البته این امر بدین معنا نیست که مردم را باید به حال خود وا گذاشت تا هر چه می‌خواهند بکنند. برعکس باید توجه داشته باشید کارهایی است که شما می‌توانید و باید انجام دهید و کارهایی است که مردم می‌توانند و باید انجام دهند و یا یاد بگیرند تا برای خود انجام دهند. البته ممکن است مهارت‌های خاصی برای اجرای یک امر موجود لازم باشد که فقط کارمند بهداشتی می‌بایست به آنها اقدام کند ولی اکثریت فعالیت‌های بهداشتی را می‌بایست به مردم یاد داد تا خود انجام دهند.

۴- تسهیل در مشارکت

در اینجا این سؤال مهم مطرح است که برای ایجاد این مشارکت‌ها در جامعه چه اقداماتی باید انجام دهیم؟ هنگامی که برای تقویت مشارکت کوشش می‌کنید باید به سه نکته توجه نمایید:

نخست اینکه آموزش بهداشت روشهایی دارد که برای تشویق به مشارکت مفید است به عنوان مثال گروه‌هایی و بحث گروهی که ممکن است رسماً به وسیله رئیس شورای اسلامی، امام جماعت مسجد و... اعلام شود و یا به صورت غیررسمی و دوستانه با افراد و گروه‌های کوچک برگزار شود.

دوم در زمان تشویق به مشارکت باید فرهنگ محل را هم مورد توجه قرار داد. مثلاً ممکن است مشارکت برخی جوانان در انظار عمومی قابل پذیرش نباشد و یا اینکه بعضی مردان مشارکت مستقیم زنان را در حل مساله پذیرا نباشند. در این صورت ممکن است نماینده جوانان یا زنان به طور خصوصی با بعضی از بزرگترهای روستا صحبت کنند. ضمناً می‌توانید به طور مودبانه ارزش مشارکت همه افراد حتی کودکان را به رهبران روستای خود آموزش دهید.

تصویر ۹ - ۶

برای این که عملیات بهداشت محیط در سطح روستا موفق باشد باید افراد گروه‌ها و همه همسایگان مشارکت داشته باشند.



سوم اینکه باید توجه کرد که تشویق رهبران محلی برای ایفای نقش خودشان در جامعه، نکته‌ای بسیار مهم است. چنانچه مساله و مشکل به صورتی باشد که برکل مردم روستا اثرگذارد، در این صورت باید از رهبران گروه‌ها و نمایندگان برنامه‌ریز مهمترین بخش‌ها دعوت به عمل آورده و آنها را تشویق به مشارکت نمود.

قبل از این بحث شما با گروه‌های رسمی و غیررسمی که نقش مهمی در ساختار اجتماعی روستا دارند آشنا شده‌اید. مشارکت این گروه‌ها در فعالیت‌ها در بهبود وضعیت بهداشتی روستا از اهمیت اساسی برخوردار است.

۵- مشارکت در ارزشیابی

در خلال انجام یک برنامه و در تمام مدت فعالیت، باید پیشرفت برنامه اندازه‌گیری و به همین ترتیب در پایان هر برنامه می‌بایست موفقیت و شکست آن ارزشیابی شود. در اینجا می‌بایست از طریق بحث با مردم در زمینه نتایج کار به آنها در جهت یادگیری‌شان کمک کرد. در این صورت مردم قادر خواهند بود تا در دفعات بعد تلاش بیشتری کرده و راه‌های مناسب‌تری انتخاب نمایند.

شورای بهداشت روستا

یکی از راه‌های جلب مشارکت افراد جامعه، تشکیل شورای بهداشتی در روستا است. تصور اینکه ۵۰ یا ۱۰۰ نفر از افراد روستا برای طرح جزئیات برنامه‌های بهداشت روستا، تشکیل جلسه دهند بسیار مشکل است. همه افراد فرصت صحبت کردن نخواهند داشت و وقت زیادی صرف خواهد شد تا اطمینان حاصل کنیم که همه افراد، موضوع را درک یا در بحث شرکت کرده‌اند. بعضی از افراد مایل نیستند که وقت زیادی را صرف نمایند و احتمالاً می‌کوشند تا گروه را مجبور سازند که سریعاً تصمیم‌گیری کند. این عمل ممکن است باعث عصبانیت دیگران شده، منجر به مشاجره یا منازعه شود. به منظور اجتناب از این مسائل، معمولاً گروه کوچک‌تری که کمیته یا شورا نامیده می‌شود، انتخاب می‌گردد. در حال حاضر که شوراهای اسلامی در روستاها تشکیل یافته‌اند اجرای برنامه‌های بهداشتی با بهره‌گیری از این تشکل مردمی به خوبی میسر است. شورای اسلامی در واقع نماینده کلیه مردم روستا است و از آنجا که یکی از اصلی‌ترین وظایف آن پیدا کردن مشکلات جامعه و تلاش در جهت حل آنها است، به خوبی می‌توان از توان این شورا برای حل مشکلات بهداشتی بهره جست. در این مورد تمامی اعضای شورا یا بخشی از آنها همراه با افراد ذیربط می‌توانند به عنوان یک شورای بهداشتی عمل نمایند. بعضی از وظایف کلی که شورای بهداشتی با آن سروکار دارد را در ذیل متذکر می‌شویم:

◆ جمع‌آوری اطلاعات در مورد بهداشت جامعه با مشارکت و راهنمایی بهورز و سایر کارمندان بهداشتی،

◆ مشخص ساختن مشکلات بهداشتی جامعه و علل آنها،

◆ طرح برنامه‌ها و راه‌حل‌های لازم،

◆ تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌های بهداشتی در روستا و تعیین منابع،

◆ تعیین منابع و تجهیز جامعه برای دستیابی به اهداف تعیین شده،

◆ قراردادن جامعه در جریان پیشرفت‌های تازه و مسائلی که با آن مواجه هستند.

قصد تشکیل شورای بهداشتی بایستی به طور کامل با مسئولین و اعضای شورای اسلامی، در میان گذاشته شود. ممکن است در روستا، افراد یا گروه‌هایی که در ارتباط با بهداشت و سلامت و توسعه جامعه

هستند وجود داشته باشد. اگر افراد مزبور مورد قبول بوده و از طرز کارشان رضایت موجود باشد، کارکردن با آنان مفید خواهد بود. چنانچه قرار است شورا برای جامعه مفید باشد، لازم است تا اعضای آن، سختکوش و مورد احترام مردم بوده و علاقه‌مند به انجام فعالیت در جهت اعتلای جامعه خویش باشند.

ارتقای مشارکت

احتمالاً شما با توجه به تجارب خود می‌دانید که اکثر اوقات، شرکت دادن همه افراد، حتی در گروه‌های کوچک مشکل است؛ بنابراین شرکت دادن تمام افراد جامعه مشکل‌تر خواهد بود.

ذیلاً دلایلی که مردم ممکن است در برنامه‌های اجتماعی مشارکت نکنند را ذکر می‌کنیم:

«کسی در مورد برنامه با من صحبت نکرد.»

«من خیلی عصبانی بودم، آنها چند روز پیش به من خبر دادند.»

«دفعه پیش من همکاری کردم اما هرگز از من قدردانی نشد.»

«من با برنامه موافق نبودم.»

«تاریخ برگزاری جلسه، همزمان با روز بازار بزرگ در روستا بود و لذا ما نتوانستیم بیاییم.»

«هیچ کس با من در مورد کارهایی که قرار بود انجام دهم، صحبتی نکرد.»

«آنها هیچ وقت نظر مرا نپرسیدند بنابراین چه لزومی دارد که کمک کنم؟»

آیا شما نیز دلایل دیگری که باعث عدم مشارکت شود را شنیده‌اید؟

برای تشویق مردم به مشارکت باید سعی کنید تا:

- ◆ مردم را از برنامه‌هایی که انجام آن برنامه‌ریزی شده است، مطلع سازید.
- ◆ مردم را تشویق کنید که پیشنهادات خود را مستقیماً به شورای بهداشتی یا به نماینده آن ارائه دهند.
- ◆ برای هر کس وظیفه و کاری مشخص در نظر بگیرید. احتمالاً ممکن است برخی افراد نیاز به آموزش داشته و یا بعضی از وظایف، احتیاج به توضیح بیشتری داشته باشد. علاوه بر آن مردم باید اهمیت نقش و مسئولیت خود را در رابطه با موفقیت کل برنامه درک کنند.
- ◆ تاریخی را که اکثریت افراد می‌توانند در جلسه شرکت نمایند را مشخص کنید. از کسانی که کمک کرده‌اند، به هر نحو که اعضای شورا صلاح می‌دانند قدردانی شود.

خلاصه فصل ششم

- استفاده از روش آموزش گروهی موجب تشویق افراد و انتقال تجربه و مهارت‌های آنان به یکدیگر می‌شود.
- آموزش گروهی زمینه مشارکت افراد با توانایی‌های مختلف را در حل مشکلات بهداشتی فراهم می‌کند.
- حیطه‌های مختلف آموزش گروهی می‌تواند مشکلات سلامت در یک جامعه باشد. در این مورد افرادی که در آنها صفات مشترکی وجود دارد می‌توانند در جلسات آموزشی شرکت نمایند.
- با مشارکت گروه‌های رسمی و غیررسمی موجود در جامعه و با استفاده از توان بالایی که در هر یک از آنها موجود است می‌توان اقدام به برنامه‌ریزی جهت حل مشکلات بهداشتی جامعه کرد.
- مراحل اجرای یک برنامه مشارکت در زمینه حل مشکلات در جامعه عبارتند از: مشارکت در شناخت مشکلات، مشارکت در یافتن راه حل، مشارکت در عمل و نهایتاً مشارکت در ارزشیابی.

پس از آشنایی با اصول آموزش بهداشت و نیز آموختن مهارت‌های لازم برای ایجاد یک ارتباط آموزشی مفید و مؤثر با افراد و گروه‌ها، شما در فصل بعد با برخی از سایر روش‌های مورد استفاده در آموزش و نیز وسایل کمک آموزشی که کاربرد بیشتری دارند، آشنا خواهید شد.

تمرین در خارج از کلاس

- ۱- فواید آموزش گروهی را شرح دهید و برای آن چند نمونه بنویسید. گروه هدف در هر یک از این آموزش‌ها چه کسانی هستند؟
- ۲- گروه‌های رسمی و غیررسمی روستای خود را نام ببرید. افراد موجود در این گروه‌ها چه ویژگی‌های مشترکی دارند؟
- ۳- مفهوم مشارکت در زمینه بهداشت چیست؟
- ۴- چگونه می‌توان از کمک شورای اسلامی روستا برای فعالیت‌های بهداشتی استفاده کرد، این شورا می‌تواند عهده‌دار چه فعالیت‌هایی در این زمینه باشد؟

تمرین در کلاس درس

« یکی از بهورزان روستای علی‌آباد که با وضعیت زنان قالیباف روستای خود به خوبی آشنایی داشت، در فکر چاره‌جویی برای حل مشکلات آنان برآمد. او می‌دانست که زنان و دختران جوانی که در روستا به حرفه قالیبافی اشتغال دارند دچار مشکلات زیادی هستند. آنها ساعت‌های متمادی را پشت دار قالی می‌نشینند و همگی از کمر درد و درد در دست‌ها و مفاصل شکایت دارند. اتفاقی که در آن قالیبافی می‌کنند در اغلب موارد دارای نور و تهویه مناسبی نیست و به همین دلیل بعضی از آنها دچار ناراحتی چشم شده‌اند و برخی دیگر دچار مشکلات تنفسی ناشی از غبار پنبه شده‌اند. گذشته از این بسیاری از زنان می‌گویند چون سرمایه کافی برای خرید مواد اولیه و برپا کردن دار قالی ندارند مجبورند قالی که می‌بافند را از قبل پیش‌فروش کنند که این موضوع از سود حاصل از دسترنج آنها به شدت می‌کاهد، آنها مشکلات متعدد دیگری نیز دارند.

بهورز مناسب‌ترین روش برای بررسی مشکلات زنان قالیباف و پیدا کردن راه حل را، در تشکیل جلسه‌ای با حضور برخی از مسئولین روستا و چند نفر از اعضای شورای اسلامی و نیز چند نفر از نمایندگان زنان قالیباف دید. او در این جلسه از دو نفر از معلمین زنی که در مدرسه ابتدایی درس می‌دادند نیز دعوت به عمل آورد. البته قبل از تشکیل جلسه با مشورتی که با زنان قالیباف و رئیس شورای اسلامی و دهدار کرده بود، قرار شد تا این جلسه در محل دهداری روستای علی‌آباد تشکیل شود و ریاست این جلسه را رئیس شورای اسلامی عهده‌دار شود. بهورز قبلاً با رئیس شورا در مورد مشکل و اهمیت آن صحبت کرده است. »

حال با توجه به آنچه که در بالا آمد، تعدادی از دانش‌آموزان را جمع کنید و با آنان در زمینه این جلسه ایفای نقش کنید. یکی از دانش‌آموزان نقش بهورز را بر عهده گیرد و سایرین نقش سایر اعضای جلسه را داشته باشند. بقیه دانش‌آموزان هم تماشاجی این نقش خواهند بود و وظیفه آنها دقت در ایفای نقش‌ها و ارائه پیشنهادات در پایان ایفای نقش برای بهبود وضعیت برقراری ارتباط بین افراد گروه و مناسب‌تر شدن فضای بحث است. سعی کنید نکات مثبت و منفی بحث را یادداشت کنید و از طریق تکرار این تمرین با تمامی دانش‌آموزان و یا با تمرین‌های دیگر مهارت‌های خود را در زمینه کار گروهی ارتقا بخشید.

فصل هفتم

روش‌های آموزشی

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- ۱- انواع روش‌ها و شیوه‌های آموزشی را نام برده و قادر به اجرای عملی آنها باشید.
- ۲- انواع رسانه و وسایل کمک آموزشی را نام برده و به اختصار در مورد آنها توضیح دهید.

اهداف

برای برقراری ارتباط خوب با مردم باید از روش‌های مختلفی استفاده کنیم. منظور از برقراری ارتباط با مردم این است که پیامهایی را به نحو مطلوب به مردم برسانیم. شما در فصول قبل با نمونه‌هایی از این پیامها آشنا شدید. در کتب دیگر این مجموعه نیز با نمونه‌هایی از پیامها با صورتهایی دیگر آشنا خواهید شد. به عنوان مثال برخی از این پیامهای بهداشتی و یا آموزش‌ها در برنامه‌های مختلفی نظیر کنترل بیماری‌های اسهالی، بهداشت محیط، تنظیم خانواده و... پیش‌بینی گردیده‌اند. برای آنکه از مناسب‌ترین و موثرترین راه‌های ممکن برای انتقال پیامها استفاده شود باید با روش‌ها، شیوه‌ها (فنون)، تجهیزات و وسایل کمک آموزشی آشنا شوید.

روش‌ها و شیوه‌های متداول آموزشی

برای اجرای برنامه‌های آموزشی مختلف روش‌های متفاوتی وجود دارد؛ **روش آموزشی عبارت است از راه منظم و قاعده‌مندی که برای ارائه پیامهای آموزشی به کار گرفته می‌شود.** روش‌های متداول آموزش عبارتند از:

- ◆ روش توضیحی
- ◆ روش حل مسأله
- ◆ روش مباحثه
- ◆ روش اکتشافی
- ◆ روش آزمایشی
- ◆ روش گردش و بازدید (بازدید از محدوده)

هر روش را می‌توان به چندین شیوه اجرا کرد. **شیوه آموزش عبارت است از راه به کارگیری ماهرانه روش‌های آموزش و شکل ارائه موضوع.** برخی از شیوه‌های متداول آموزشی عبارتند از:

- ◆ شیوه نمایش (ایفای نقش)
- ◆ شیوه بحث و گفتگو و مشارکت گروهی
- ◆ شیوه پرسش و پاسخ
- ◆ شیوه تمرین عملی
- ◆ شیوه سخنرانی

روش‌ها و شیوه‌های آموزشی فعالیت‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه آموزش را برای آموزش دهنده مشخص می‌کنند و به او می‌گویند که چگونه می‌توان به اهداف آموزشی دست یافت. هر روش و یا شیوه آموزشی می‌تواند موارد کاربرد خاصی برای آموزش فردی و یا گروهی داشته باشد. انتخاب روش و یا شیوه آموزش باید براساس هدف آموزش و وضعیت فراگیرنده و نیز امکانات موجود صورت گیرد. در اینجا ذکر این نکته ضروری است که **مطالب آموزشی را می‌توان در یک زمان با چند شیوه ارائه کرد.** در عمل نیز معمولاً هیچکدام از شیوه‌ها به طور مستقل به کار نمی‌روند. به عنوان مثال بهورزی که در یک جلسه گروهی در خانه بهداشت با زنانی که واجد شرایط فاصله‌گذاری بین تولدها هستند، برای آموزش فواید استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری که با هدف ترغیب آنها به ورود به برنامه تنظیم خانواده و استفاده از روش‌ها صورت می‌گیرد می‌تواند از شیوه‌های بحث گروهی، نمایش عملی و پرسش و پاسخ در یک زمان استفاده نماید. این موقعیت آموزشی و موقعیت‌هایی نظیر آن در مجموعه کتب بهورزی مورد تمرین قرار خواهند گرفت.

در ادامه بحث چند روش و شیوه آموزشی را که کاربرد بیشتری در فعالیت‌های خانه بهداشت دارند، ذکر می‌کنیم.

روش توضیحی

روش توضیحی عبارت است از انتقال مستقیم اطلاعات به آموزش گیرندگان. این روش با استفاده از مطالب چاپی، نمایش یا به وسیله سخنرانی صورت می‌گیرد. روش توضیحی یکی از متداولترین روش‌های آموزش است. کتاب‌های درسی معمولاً به روش توضیحی نوشته می‌شوند. سخنرانی‌هایی که در سالن اجتماعات ایراد می‌شوند، نمونه‌ای دیگر از روش توضیحی هستند. به‌روزان می‌توانند برای انتقال سریع اطلاعات به جمع کثیری از مردم از این روش استفاده کنند. به عنوان مثال سخنرانی برای دانش‌آموزان یک مدرسه در زمینه اهمیت بهداشت دهان و دندان یا سخنرانی در جمع مردم روستا در زمینه اهمیت دفع بهداشتی زباله نمونه‌هایی از این نوع روش آموزش محسوب می‌شود. در ارائه آموزش با این روش رعایت برخی نکات بسیار مهم و ضروری است:

- ◆ باید مطالب را با نظمی منطقی و به صورت منسجم ارائه کنید.
- ◆ مطالب را باید از ساده به پیچیده ارائه کنید.
- ◆ پیش از ارائه مطالب باید چندین بار آنها را مرور نموده و قبل از سخنرانی تمرین نمایید.
- ◆ از واژه‌هایی استفاده کنید که برای فراگیران قابل فهم باشد.
- ◆ سرعت بیان خود را به گونه‌ای تنظیم کنید که همه افراد بتوانند به خوبی توضیحات شما را دنبال کرده و در صورت لزوم یادداشت بردارند.
- ◆ با مثال‌های مناسب و مستدل، خوش‌رویی و ایجاد محیطی صمیمانه و حتی گاهی بذله‌گویی معقول توجه مخاطبان را به توضیحات خود جلب کنید.
- ◆ از شیوه‌های مختلف آموزشی مانند نمایش تصاویر، یا نمایش عملی، پرسش و پاسخ و... در موقعیت‌ها برای ایجاد تنوع در مطالب و افزایش تأثیر آموزش استفاده کنید.
- ◆ نکات کلیدی و مهم را با استفاده از وسایل کمک آموزشی و یا فنون مختلف توضیح دهید.
- ◆ مطالب را با صدایی رسا و شمرده ارائه نمایید.
- ◆ در تنظیم وقت دقت کنید و برای پرهیز از خستگی و کسالت فراگیرندگان زمان اجرای برنامه آموزشی را طولانی نکنید.

روش حل مسأله

عامل اصلی در روش حل مسأله «کاربرد اطلاعات قبلی فرد برای رسیدن به راه حل یک مشکل» است. **فرآیند آموزش با استفاده از روش حل مسأله عبارت است از «پیدا کردن عواملی که موجب بروز یک مشکل گردیده و ارائه راه حل مناسب با استفاده از معلومات و تجارب فراگیرندگان.»** با این روش در فصول قبل آشنا شده‌اید.

فواید ارائه آموزش از طریق حل مسأله در زمینه آموزش بهداشت این است که اولاً از تجارب و اطلاعات افراد خاص برای حل مشکل استفاده می‌شود؛ ثانیاً به کارگیری این روش موجب مشارکت مؤثر و مفید افراد در حل مشکلات بهداشتی می‌شود. این روش هم در آموزش بهداشت با افراد (مشاوره) و هم در آموزش بهداشت با گروه‌های رسمی و غیررسمی و جامعه کاربردهای متعددی دارد، شاید بتوان گفت یکی از اصلی‌ترین توقعات مورد انتظار از به‌روزان اجرای همین نوع آموزش به منظور ایجاد مشارکت افراد، گروه‌ها و جامعه برای بهبود وضعیت سلامت خودشان است. نتیجه اجرای این فرآیند تسهیل در انجام فعالیت‌های متعدد و وسیع بهداشتی در جامعه است.

فراگیران در این روش می‌بایست مراحل زیر را طی نمایند.

- ۱- مشخص کردن مسأله یا مشکل بهداشتی.
 - ۲- مشخص کردن خصوصیات مشکل و علل ایجادکننده و عوامل مؤثر بر آن.
 - ۳- بررسی راه‌های مختلف و انتخاب بهترین آنها براساس شرایط.
 - ۴- اجرا و نتیجه‌گیری.
 - ۵- بحث و گفتگو در مورد نتایج و مرور تجارب و دستاوردها برای حل سایر مشکلات.
- همانطور که قبلاً گفتیم بزرگسالان وقتی بهتر یاد می‌گیرند که با مشکلی مواجه شده باشند. بنابراین آموزش به بزرگسالان یک آموزش مسأله‌مدار است.

سایر روش‌های آموزش

سایر روش‌های آموزش نیز کاربردهای خاصی دارند که در موقعیت‌های ویژه‌ای قابل استفاده هستند. به عنوان مثال آموزش به روش مباحثه با سایر دانش‌آموزان و مربی یک روش مؤثر است که در تمرینات این کتاب مکرراً پیشنهاد شده است، روش آزمایش نیز یک روش متداول در مؤسسات آموزشی از جمله مدارس است. دوره‌کارآموزی در محل ارائه خدمت (فیلد) نیز از روش‌های مؤثر آموزشی است که برای دانش‌آموزان بهورزی پیش‌بینی شده است. هر کدام از این روش‌ها نیز ممکن است در شرایطی خاص در محیط روستا کاربرد پیدا کنند.

شیوه آموزش نمایش (ایفای نقش):

ایفای نقش یا نقش بازی شیوه‌ای است که در آن شرکت‌کنندگان در امر آموزش (مربی یا فراگیرندگان) خود را به جای افراد دیگر قرار می‌دهند و سعی می‌کنند موقعیتی نزدیک به واقعیت ایجاد کنند. هم شرکت‌کنندگان و هم بینندگان می‌دانند که این کار، تنها نمایش یا تئاتر نیست؛ بلکه با یک هدف از پیش تعیین شده صورت می‌گیرد. با هر بار ایفای نقش می‌توان با نظرخواهی از بینندگان اقدام به اجرای بهتری نمود. با این کار فراگیرندگان به خوبی یاد می‌گیرند که در موقعیت‌های واقعی چگونه عمل نمایند. این روش برای آموزش‌های عملی در روستا - مثلاً آموزش تهیه محلول پودر آ - آر - اس برای مادری که فرزندش مبتلا به اسهال است - کاربرد دارد. علاوه بر این انجام ایفای نقش برای ایجاد مهارت ارتباط با افراد و گروه‌ها کاربرد دارد. شما با این شیوه در بحث تمرین در کلاس درس برای ایجاد مهارت‌های لازم برای انجام مشاوره آشنا شده‌اید.

شیوه بحث و گفتگو و مشارکت:

در این شیوه با استفاده از معلومات فراگیرندگان و اطلاعات و تجارب قبلی آنها اقدام به روشن کردن مطالب مجهول می‌کنیم. در این روش آموزش دهنده و فراگیرندگان اطلاعات یکدیگر را تحلیل و ارزشیابی کرده و از آنها برای فهم مطالب پیچیده‌تر استفاده می‌کنند. در این روش آموزش دهنده به عنوان یک هماهنگ‌کننده و فردی که در موقع ضرورت می‌تواند اطلاعات مفیدی ارائه نماید، عمل می‌کند. با نمونه‌هایی از اجرای این شیوه نیز در بحث آموزش بهداشت با افراد و گروه‌ها آشنا شده‌اید. این شیوه یکی از مؤثرترین شیوه‌ها برای آموزش پایدار ترغیب افراد برای ورود به برنامه‌های بهداشتی است. مربیان آموزشگاه بهورزی نیز از این روش برای آموزش دانش‌آموزان استفاده می‌کنند.

سایر شیوه‌های آموزشی

خصوصیات و کاربرد سایر شیوه‌هایی که ذکر کردیم از نام خود آنها روشن می‌شود. سایر شیوه‌ها را می‌توان در موقعیت‌های خاص به عنوان یک فن مؤثر برای آموزش برای مردم روستا و نیز آموزشگاه به‌روزی به‌کاربرد.

در پایان بحث در مورد هر یک از روش‌ها و شیوه‌های آموزشی ذکر دو نکته ضروری است:

نخست اینکه گاه دو یا چند روش و شیوه آموزشی برای کاربرد مؤثر با توجه به امکانات درهم می‌آمیزد مثلاً به‌روزی برای آموزش به گروهی از مادران در زمینه طرز درمان اسهال با استفاده از محلول خوراکی آ - آر - اس می‌تواند از روش توضیحی با استفاده از شیوه ایفای نقش، بحث گروهی اقدام نموده و با استفاده از شیوه‌های تمرین عملی و پرسش و پاسخ مهارت آنها را تقویت و ارزشیابی کرده و اشتباهات آنها را اصلاح نماید.

دوم اینکه هیچ روش و یا شیوه آموزشی به تنهایی و بدون در نظر گرفتن اهداف آموزش، وضعیت فراگیرنده و موقعیت و امکانات مزیتی بر سایر روش‌ها ندارد، اما باید دانست موقعیت مردم روستا و نیازهای آنان در بسیاری موارد نیازمند اجرای یک آموزش مشارکتی و مسأله مدار است. روش یا شیوه انتخابی باید به درستی انتخاب و اجرا شود.

رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی:

استفاده از رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی به نحو چشم‌گیری در بهبود کیفیت فعالیت‌های آموزشی مؤثر است. در بسیاری از اوقات به منظور حصول بیشترین اثربخشی می‌توان رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی مختلف را با هم تلفیق کرد. **منظور از رسانه‌های آموزشی واسطه‌هایی هستند که از طریق آنها آموزش به فراگیرندگان انتقال می‌یابد؛** مانند کتاب، نشریه، پمفلت و... تلویزیون و رادیو نیز از این حیث می‌توانند یک رسانه محسوب شوند. **وسایل کمک آموزشی کلیه ادوات و اشیایی هستند که در کنار رسانه‌های آموزشی برای تفهیم بهتر و بیشتر موضوع آموزش به فراگیرندگان به کار می‌روند.** مانند اسلاید، دستگاه اوورهد و پرورکتور و...

در ادامه بحث اقدام به معرفی چند نمونه از رسانه‌های آموزشی متداول و یک نمونه از وسایل کمک آموزشی مورد استفاده در خانه بهداشت نموده‌ایم.



تصویر ۱ - ۷

نمایش عملی یکی از مؤثرترین شیوه‌های آموزش مهارت‌ها است. این به‌روزی به جای سخنرانی بهداشتی چگونگی شست‌وشوی بچه را عملاً نشان می‌دهد.

تصویر ۲ - ۷

به‌روزی پس از نمایش عملی مهارت‌ها در مورد بهداشت دهان و دندان در یک مدرسه بر نحوه عمل دانش‌آموزان در این زمینه نظارت کرده و اشتباهات آنها را تصحیح می‌کند.



◆ **پوستر:** کاغذ بزرگی است که حاوی تصاویر و یا کلماتی است که نشانگر یک پیام است.

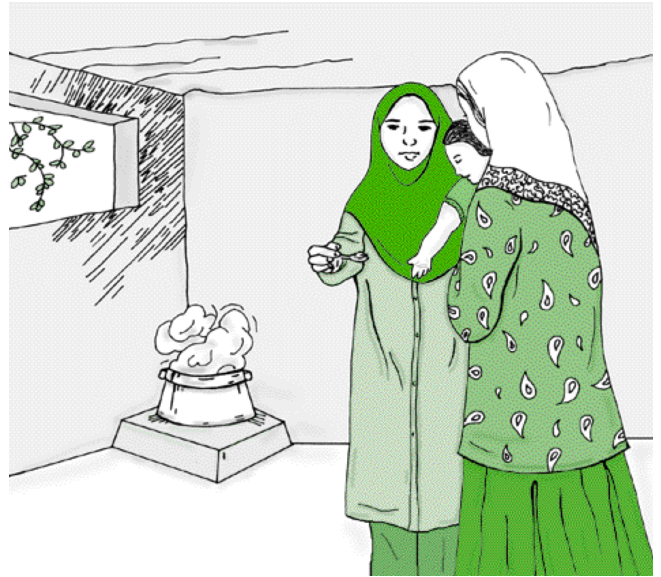
◆ **فلپ چارت:** عبارت است از تعدادی تصویر که به ترتیب نشان داده شده‌اند و مراحل مختلف یک موضوع را نمایش می‌دهند.

◆ **نشریه:** یک رسانه آموزشی نوشتاری است که در دوره‌های زمانی خاص منتشر می‌شود و در آن عناوین مختلف به بحث گذاشته می‌شود؛ مانند فصلنامه بهوزر.

◆ **کتابچه:** چنانکه از نامش پیدا است یک کتاب کوچک آموزشی است؛ مانند کتابچه راهنمای ایمنسازی..

◆ **پمفلت:** نشریه‌ای است یک برگه که به قسمت‌های مساوی روی هم تا خورده است.

◆ **فلانل بُرد:** یک نوع وسیله کمک آموزشی به صورت تخته و یا یونولیت است که روی آن با یک نوع پارچه پشمی پرزدار پوشیده شده است و عکس‌ها و نوشته‌ها روی آن نصب می‌شود.

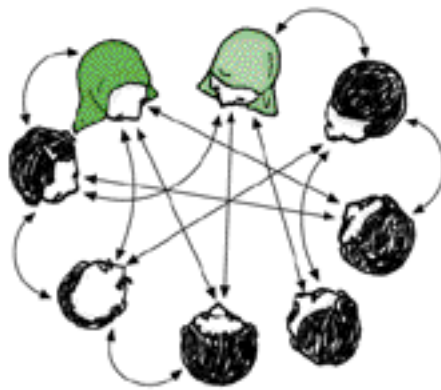


تصویر ۳ - ۷

نمایش عملی کارها به مردم و بازدید از منزل به منظور ارزیابی نحوه عملکرد مردم در مورد آموخته‌هایشان سبب می‌شود که مهارت‌ها به نحوه مؤثرتر و سریعتر فراگرفته شوند. این بهوزر در بازدید از منزل مهارت‌هایی را که به زن در جهت تهیه غذا برای فرزندانش یاد داده ارزیابی می‌کند. او در این مرحله سعی می‌کند تا نقایص و مشکلات مادر در این زمینه را رفع نماید.

تصویر ۴ - ۷

مقایسه دو شیوه آموزشی «سخنرانی» و «بحث و گفتگوی گروهی و مشارکت». به نظر شما کدام روش ساده‌تر و کم‌هزینه‌تر است؟ کدام روش موجب می‌شود که نیازها و مشکلات فراگیرندگان به نحو بهتری آشکار شود؟ کدام روش یادگیری مؤثرتر و پایدارتری ایجاد می‌کند؟



خلاصه فصل هفتم

- برای برقراری یک ارتباط خوب آموزشی باید از روش‌ها و شیوه‌های آموزشی مناسبی استفاده کنیم.
- انتخاب روش‌ها و شیوه‌های آموزشی با توجه به اهداف آموزش، وضعیت فراگیرندگان و امکانات موجود صورت می‌گیرد.
- رسانه‌ها و وسایل کمک آموزشی مختلف برای ایجاد یک آموزش مؤثر و پایدار به کار می‌روند.

تمرین در خارج از کلاس درس:

۱- انواع روش‌های آموزشی متداول را نام برده و در مورد ویژگی‌ها و فواید هر یک به اختصار توضیح دهید.

۲- انواع شیوه‌های آموزشی متداول را نام برده و در مورد ویژگی‌ها و فواید هر یک به اختصار توضیح دهید.

تمرین در کلاس درس:

۱- با کمک چند نفر از همکلاسیان خود و با مساعدت و راهنمایی مربی خود یک موقعیت آموزشی متداول را انتخاب و با استفاده از روش‌ها و شیوه‌های آموزشی معرفی شده در کتاب اقدام به ارائه در کلاس درس نمایید.

۲- با کمک سایر دانش‌آموزان چند نمونه از رسانه‌های آموزشی در دسترس در آموزشگاه به‌ورزی را در کلاس درس مورد ارزیابی قرار داده و کاربرد و فواید استفاده از آنها را لیست نمایید.

فهرست واژگان کتاب

۳۰.....	سرپرست خانوار	۲۹.....	آبادی
۶.....	سطوح پیش گیری	۶۰.....	آموزش بهداشت
۴.....	سیر طبیعی بیماری	۱۰.....	اجزای مراقبت های اولیه بهداشتی
۳۶،۲۸.....	شناخت جمعیتی	۲۲.....	اخلاق حرفه ای
۳۰،۲۸.....	شناخت زیست محیطی	۱۶.....	ارزشیابی
۹۸.....	شیوه آموزش	۷،۲.....	برنامه بهداشتی
۵.....	عامل خطر	۱۶.....	پایش
۶.....	غربالگری	۱۲.....	پایگاه بهداشتی
۶۰.....	فرایند	۶.....	پیش گیری از بیماری
۷۵.....	فرد در معرض خطر	۶.....	پیش گیری سطح اول
۸۵.....	گروه رسمی	۶.....	پیش گیری سطح دوم
۸۵.....	گروه غیررسمی	۶.....	پیش گیری سطح سوم
۷.....	گروه هدف	۱۳.....	تسهیلات زایمانی
۲۸،۷.....	گروه هدف برنامه های بهداشتی	۲.....	تندرستی
۲.....	گیرنده خدمت	۳۰.....	خانواده
۲۸.....	محیط زیست	۲۹.....	خانوار
۶۵.....	مراحل تغییر رفتار	۱۱.....	خانه بهداشت
۱۰.....	مراقبت اولیه بهداشتی	۲.....	خدمات بهداشتی
۱۳.....	مرکز آموزش بهورزی	۴.....	دوره پنهانی بیماری
۱۴.....	مرکز بهداشت شهرستان	۱۰۱.....	رسانه آموزشی
۱۲.....	مرکز بهداشتی درمانی	۶۰.....	رفتار بهداشتی
۷۳.....	مشاور	۶۰.....	رفتار غیربهداشتی
۷۶،۷۲.....	مشاوره	۹۸.....	روش آموزشی
۵.....	ناتوانی	۳.....	زنجیره سرما
۱۱.....	نظام شبکه	۴۷،۴۶.....	زیج حیاتی
۱۰۱.....	وسایل کمک آموزشی	۳۸.....	سرشماری

