

جعبه سیاه

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

آزمون دکتری وزارت بهداشت



● گردآوری و تألیف ●

دپارتمان آموزش بهداشت
مؤسسه علوم پزشکی سنا
میترانجفی





آموزش بهداشت و ارتقای سلامت



سرشناسه

عنوان و نام پدیدآور

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست نویسی

موضوع

طغیانی، هادی، ۱۳۶۲ -

جعبه سیاه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت آزمون دکتری وزارت بهداشت با پاسخ تشریحی از سال ۹۷ تاکنون / گردآوری و تألیف هادی طغیانی، میترا نجفی.

تهران: انتشارات علمی سنا، ۱۴۰۵.

۳۴۸ ص.

۹۷۸-۶۰۰-۴۸۸-۵۹۸-۰

فیپا

آموزش بهداشت-- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)

Health education -- Examinations, questions, etc (Higher)

ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی-- آزمون‌ها

دانشگاه‌ها و مدارس عالی -- ایران -- آزمون‌ها

Universities and colleges --Iran -- Examinations

آزمون دوره‌های تحصیلات تکمیلی -- ایران

Graduate Record Examination -- Iran

نجفی، میترا، ۱۳۷۶ -

RA۵/۴۴۰

۶۱۳/۰۷

۱۰۵۰۰۵۷۱

شناسه افزوده

رده بندی کنگره

رده بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی



ناشر

نام کتاب

گردآوری و تألیف

شابک

نوبت چاپ

مدیر اجرایی و صفحه‌آرا

گرافیک جلد

طراح جلد

پست الکترونیک

فروش اینترنتی

تیراژ

قیمت

انتشارات علمی سنا

جعبه سیاه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت آزمون دکتری وزارت بهداشت

دپارتمان آموزش بهداشت مؤسسه علوم پزشکی سنا

میترا نجفی

۹۷۸ - ۶۰۰ - ۴۸۸ - ۵۹۸ - ۰

اول - ۱۴۰۵

افتخار معصومی

صنم آفریگان

علیرضا زمانی

elmisana@gmail.com

sanabook.com

۱۰۰ نسخه

قیمت

برای مشاهده قیمت اسکن کنید



دفتر مرکزی: تهران، میدان انقلاب.

خیابان جمال‌زاده شمالی.

خیابان فرصت شیرازی. پلاک ۷۲

تلفن: ۰۲۱ - ۶۶۵۷۴۳۴۶

شما می‌توانید کتاب‌های نشر علمی سنا را علاوه بر کتابفروشی‌های سراسر

کشور از نمایندگی‌های اختصاصی مؤسسه واقع در کلیه استان‌ها تهیه نمایید.

آدرس نمایندگی‌ها در سایت sanapezeshki.com و یا انتهای کتاب درج شده است.

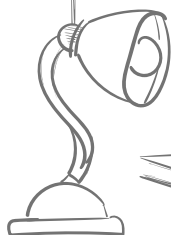
تلفن دفتر پخش: ۰۲۱ - ۶۶۵۷۴۳۴۵



هنگامی که به موعد تست‌زنی در ایام مطالعه برای کنکور می‌رسید مهمترین چیزی که ذهن شما را مشغول می‌کند وجود یک بانک تست معتبر همراه با پاسخ‌های تشریحی است. در برخی از کتاب‌های تست موجود ممکن است از کلیدهای اولیه آزمون‌های وزارت بهداشت استفاده کرده باشند. بنابراین همیشه موقعی که می‌خواهید پاسخ یک تست را مطالعه کنید به این موضوع دقت کنید که آیا نویسنده از کلید نهایی آزمون استفاده کرده است یا از کلید اولیه آن.

طبیعی است ارائه پاسخ‌های تشریحی باکیفیت و تحلیل شده بسیار کاربردی‌تر از پاسخ‌های کلیدی و یا تشریحی ساده هستند. لذا مزیت مهم کتاب تست جعبه‌سیاه این است که پاسخ‌های تشریحی این کتاب‌ها با وسواس و دقت زیادی نگاشته شده‌اند. اکثر نویسندگان کتاب‌های جعبه سیاه، مدرسان مؤسسه علوم پزشکی سنا در تهران می‌باشند.

در پایان از کلیه اساتید، دانشجویان و سایر خوانندگان محترم خواهشمندیم هرگونه اشکال تایپی و املائی مرتبط با این کتاب را از طریق پست الکترونیک elmisana@gmail.com اطلاع‌رسانی نمایید تا در ویرایش‌های بعدی این کتاب برطرف گردند. مسلماً این اثر حاصل تلاش زنجیره‌ای از افراد است که برای تولید آن از نگارش گرفته تا تایپ، صفحه‌آرایی، طراحی، لیتوگرافی و چاپ زحمات زیادی کشیده‌اند و از فروش هر نسخه از کتاب، افراد زیادی کسب روزی می‌کنند. لذا از خوانندگان به خاطر اینکه از حقوق این افراد با کپی نکردن این کتاب چه به‌صورت فایل و یا کپی کاغذی حمایت می‌کنند متشکریم.



به نام خداوند دانای و توانای



مسیر موفقیت در آزمون دکتری، مسیری است که بیش از آنکه به شرایط اولیه افراد وابسته باشد، به اراده، استمرار، برنامه‌ریزی و باور به توانمندی‌های شخصی بستگی دارد. بسیاری از رتبه‌های برتر این آزمون، مسیر خود را از شرایطی آغاز کرده‌اند که شاید در نگاه اول ایده‌آل نبوده است؛ اما با هدف‌گذاری درست و تلاش پیوسته توانسته‌اند به جایگاه مورد نظر خود دست پیدا کنند.

کتاب حاضر با عنوان «جعبه سیاه دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت» با هدف ایجاد یک مسیر هدفمند و کاربردی برای داوطلبان عزیز تألیف شده است. در این مجموعه، سؤالات کنکور دکتری سال‌های ۱۳۹۷ تاکنون گردآوری شده و پاسخ‌ها با بهره‌گیری از جدیدترین منابع علمی و رفرنس‌های مورد استفاده طراحان سؤال، به صورت تشریحی، تحلیلی و نکته‌محور ارائه شده‌اند. بررسی سؤالات سال‌های گذشته، یکی از مؤثرترین روش‌ها برای شناخت الگوی فکری طراحان و افزایش آمادگی داوطلبان برای مواجهه با آزمون پیش‌رو است.

هدف این کتاب تنها ارائه مجموعه‌ای از تست‌ها نیست؛ بلکه تلاش شده است هر سؤال به فرصتی برای یادگیری عمیق‌تر، مرور مفاهیم مهم و کشف نکات پنهان منابع تبدیل شود. داوطلب با مطالعه دقیق این کتاب می‌تواند علاوه بر ارزیابی میزان آمادگی خود، نقاط ضعف و قوتش را شناسایی کرده و مطالعه خود را هوشمندانه‌تر پیش ببرد.

به همه داوطلبانی که این کتاب را در دست می‌گیرند یادآوری می‌کنیم که موفقیت در آزمون دکتری، فقط متعلق به کسانی نیست که زمان آزاد بیشتر، شرایط زندگی آسان‌تر یا مسیر هموارتری دارند. گاهی بزرگ‌ترین موفقیت‌ها از دل سخت‌ترین شرایط شکل می‌گیرند. اگر هدفی روشن داشته باشید، برای آن تلاش کنید و هر روز حتی یک قدم کوچک به سمت آن بردارید، رسیدن به موفقیت امکان‌پذیر است.

شاید امروز مسیر برای شما دشوار به نظر برسد، شاید مسئولیت‌های کاری، خانوادگی یا دغدغه‌های زندگی بخشی از زمان و انرژی شما را گرفته باشد؛ اما تاریخ موفقیت افراد نشان داده است که محدودیت‌ها پایان راه نیستند، بلکه فرصتی برای ساختن قدرت و پشتکار بیشتر هستند.

امید است این کتاب بتواند همراهی مطمئن در مسیر آمادگی شما باشد و گامی مؤثر در رسیدن به رؤیای ارزشمند قبولی در آزمون دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت بردارد.

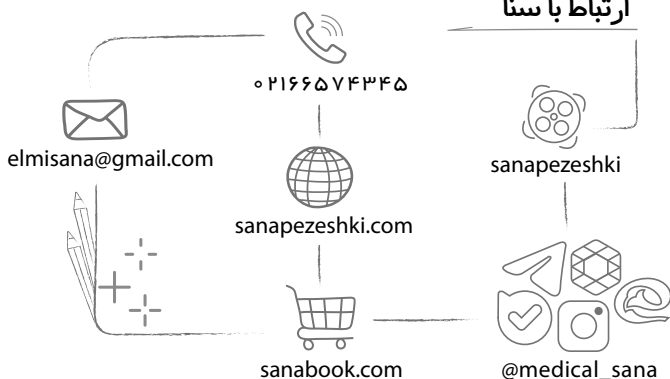
با آرزوی موفقیت و سربلندی برای تمامی تلاشگران این مسیر

سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۷	۷
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۸	۴۶
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۹	۸۷
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۰	۱۳۰
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۱	۱۸۰
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۲	۲۲۸
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۳	۲۷۴
سؤالات کنکور دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۴	۳۱۳

خوشحالیم که ما را انتخاب کرده‌اید.
حالا که به انتهای این فهرست رسیده‌اید برای بهبود این همراهی، به همکاریتان
نیاز داریم. حتی یک ایده کوچک! در لینک روبه‌رو می‌توانید ایده‌هایتان را با ما به
اشتراک بگذارید. یک فرم نظرسنجی هم خواهید دید.
برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR را اسکن کنید.



ارتباط با سنا



۵ در کدام مدل ارتباطی زیر بر «Particioation»

تأکید بیشتری شده است؟

الف) Communication for social change

ب) Biomedical Model

ج) Logic Model

د) Integrated Marketing Communication

۶ کدام یک از روش‌های زیر در کار کردن با گروه

«Innovatros» در تئوری انتشار نوآوری توصیه

می‌گردد؟

الف) ارائه برنامه آموزشی از طریق مدیا

ب) دعوت به‌عنوان Partners در طراحی پروژه

ج) آموزش چهره به چهره جهت شناخت بیشتر با رفتار جدید

د) تمرکز بر ارتقا نرم‌های اجتماعی

۷ آموزش‌دهندگان بهداشت به منظور تأثیر مثبت

در آموزش رفتارهای بین فردی، می‌بایست به کدام

عامل زیر تأکید داشته باشند؟

الف) تشویق مبادله اطلاعات آزاد

ب) استراتژی‌های نوین

ج) ایجاد اعتماد

د) درک و تفسیر فرهنگی

۸ در بررسی علیت بر اساس معیار Hill، وجود

ارتباط بین مواجهه و اثر مربوط به کدام مورد است؟

الف) Dose-Response

ب) Coherence

ج) Analogy

د) Strength of Association

۹ کدام یک از مدل‌های ارتباطی زیر علاوه بر

بیماری‌ها بر شرایط اجتماعی نیز تأکید دارد؟

الف) Integrated marketing communication

ب) Social Marketing

ج) Communication for social charge

د) Communication for behavioral Impact

۱۰ کدام مورد زیر از فعالیت‌های مدل «Public

Relation» در سلامت تعریف شده است؟

الف) Reinforce Key message

ب) Issue management

ج) Providing written materials

د) Promoting communication skill



مبانی آموزش و تکنولوژی آموزشی در سلامت

۱ در کدام یک از موارد زیر اولین گام کار با جامعه

«جلب مشارکت و تشویق» جامعه می‌باشد؟

الف) Community Lobbying

ب) Community mobilization

ج) Community coalition

د) Community advocacy

۲ کدام مورد زیر از ویژگی فرایم (Meta massage)

می‌باشد؟

الف) پیام افراطی

ب) پیام الکترونیکی

ج) پیام واقعی

د) تفسیر پیام

۳ کدام یک از داستان‌های زیر به تصمیم‌گیران در

مورد نیاز به یک پروژه، اطلاعات می‌دهد؟

الف) UP Stream

ب) Mid Stream

ج) Full Stream

د) Down Stream

۴ کدام پیام زیر در قالب Loss-Frame طراحی شده

است؟

الف) با تشخیص زودرس سرطان پستان توسط ماموگرافی،

به‌طور متوسط ۱۵ سال بر طول عمر خود اضافه کنید.

ب) با تزریق واکسن سرخک، تا ۹۵ درصد از احتمال ابتلای

فرزند خودتان به این بیماری پیشگیری کنید.

ج) با کاهش مواجهه با نور خورشید، احتمال ابتلا به

سرطان پوست را تا ۴۰ درصد کاهش دهید.

د) با ورزش نکردن، شانس ابتلای خود به بیماری‌های

قلبی، عروقی را تا ۴۰ درصد افزایش داده‌اید.



اصول و فلسفه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

۴۱ در اعلامیه جاکارتا کدام یک از موارد زیر به عنوان

اولویت قرن بیست و یکم اعلام شد؟

(الف) تأکید بر سیاست‌های سلامت‌محور

(ب) ارتقای مسئولیت اجتماعی در قبال سلامت

(ج) توسعه مهارت‌های فردی

(د) تأکید بر فرایند ارتقای سلامت

۴۲ کدام یک از تئوری‌ها و مدل‌های زیر برای تفسیر

در سطح جامعه کاربرد دارد؟

(الف) Health Belief Model

(ب) Diffusion of innovation

(ج) Social learning theory

(د) Theory of reasoned action

۴۳ در مدل Communication- behavior change

تمایل به تغییر نگرش‌ها یا رفتار به کدام یک از درون

داده‌های زیر اطلاق می‌شود؟

(الف) Message

(ب) Source

(ج) Receiver

(د) Destination

۴۴ اجماع سازی (Consensus building) در انتخاب

اهداف برنامه‌های ارتقای سلامت جز کدام معیار می‌باشد؟

(الف) Credibility

(ب) Relevance

(ج) Ownership

(د) Evidence base

۴۵ ارزیابی میزان رضایت شرکت کنندگان در یک

مداخله ارتقای سلامت در کدام ارزشیابی صورت می‌گیرد؟

(الف) Impact

(ب) Outcome

(ج) Intermediate

(د) Process

۴۶ در مدل چهار مرحله‌ای Goodman تعیین منابع

ضروری در کدام مرحله مدنظر قرار می‌گیرد؟

(الف) Implementation

(ب) Adoption

(ج) Institutionalization

(د) Awareness raising

۴۷ دسترسی نابرابر به خدمات بهداشتی در کدام

مورد مطرح می‌باشد؟

(الف) Health inequality

(ب) Health inequity

(ج) Health opportunity

(د) Health adequately

۳۵ به دنبال انجام کدام یک از مراحل روش

Distributed PBL فراگیران متوجه می‌شوند که در

مورد مسئله چه چیزهایی می‌دانند و چه نمی‌دانند؟

(الف) Presentation of a problem to learners

(ب) Learners work individually

(ج) Reevaluation of the problem

(د) Presentation of a critical reflection

۳۶ کدام نوع Media برای انتقال اطلاعات از نوع

Events (رویدادها) ترجیح دارد؟

(الف) Text

(ب) Moving image

(ج) Charts

(د) Speech

۳۷ در کدام یک از موارد زیر Hypermedia با

محدودیت یا دشواری مواجه‌اند؟

(الف) Using navigational instruments

(ب) The type of information coding

(ج) The linearity format of hypermedia

(د) Choosing information freely

۳۸ در طراحی آموزشی برای بحث آنلاین

(ID-OD) (Instructional Design for Online Discussion)

سازگاری (adjustment) با فناوری در کدام یک از انواع

تعامل (Interaction) رخ می‌دهد؟

(الف) Leamer - instructor

(ب) Learner - learner

(ج) Learner - interface

(د) Learner - content

۳۹ برای جلب حمایت (Adnacency) جهت ایجاد

سیاستی جدید در پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان

اطلاعات منتشر شده از طریق رسانه‌های جمعی را

گردآوری و به صورت کلیپ در اختیار سیاست‌گذاران

قرار داده‌ایم این کار معرف کدام یک از موارد زیر است؟

(الف) Media scanning

(ب) Media impression

(ج) Mass media production

(د) Media literacy

۴۰ کدام یک از موارد زیر کاربرد Peripheral cues را در

ترغیب نوجوانان برای اجتناب از سیگار نشان می‌دهد؟

(الف) پزشک در تلویزیون فرایند پاتولوژیک بیماری‌های

ناشی از سیگار را شرح می‌دهد.

(ب) در یک برنامه تلویزیونی بازیگر محبوب، نوجوانان آنان

را به دوری از سیگار توصیه می‌کند.

(ج) نتایج تحقیقات روی عواقب ناشی از سیگار در رسانه‌ها

منتشر می‌شود.

(د) در شبکه‌های اجتماعی ضررهای اقتصادی سیگار برای

فرد و جامعه تبیین می‌گردد





پاسخنامه تشریحی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۳۹۷

مبانی آموزش و تکنولوژی آموزشی در سلامت

۱. الف) ب) ج) د)

Community mobilization یا «بسیج جامعه»: فرایندی است که در آن اعضای جامعه برای حل یک مشکل یا رسیدن به یک هدف مشترک فعال و درگیر می‌شوند. اولین مرحله در این فرایند معمولاً؛

- جلب مشارکت مردم
- ایجاد انگیزه
- تشویق جامعه به همکاری

است؛ چون بدون مشارکت مردم، بسیج اجتماعی شکل نمی‌گیرد.
منبع: نظریه‌ها و مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، فصل ۱، بسیج جامعه.

۲. الف) ب) ج) د)

فرایم (Meta message) به معنای پنهان یا برداشت و تفسیری است که از یک پیام دریافت می‌شود؛ یعنی چیزی فراتر از خود کلمات. در ارتباطات، علاوه بر پیام اصلی، لحن صدا، حالت چهره، زبان بدن و زمینه‌ی ارتباط باعث می‌شوند مخاطب پیام را تفسیر کند. این برداشت همان فرایم است.

مثال: اگر کسی بگوید «خیلی زود اومدی!» خود جمله پیام اصلی است.

اما بسته به لحن یا حالت چهره ممکن است کنایه، ناراحتی یا خوشحالی برداشت شود؛ این برداشت همان فرایم است.

منبع: ارتباطات انسانی فرهنگی، فصل ۹، فرایم، ۱ ارتباطات انسانی مستیان راز، فصل ۱، پیام.

۳. الف) ب) ج) د)

Upstream: به کارهایی اشاره دارد که روی عوامل ریشه‌ای و ساختاری اثر می‌گذارند و معمولاً شامل:

- تحلیل وضعیت
- بیان مشکل
- تعیین نیازهای جامعه
- ارائه اطلاعات لازم به تصمیم‌گیران برای اینکه آیا پروژه لازم است یا نه

بنابراین داستان‌های Upstream همان روایت‌ها یا اطلاعاتی هستند که به مدیران و سیاست‌گذاران کمک می‌کنند نیاز به یک پروژه را درک کنند.

تحلیل سایر گزینه‌ها:

گزینه (الف): مربوط به تغییر رفتار و مداخلات حین اجراست

گزینه (ج): مربوط به پیامدها و نتایج نهایی پروژه است
گزینه (د): معمولاً به پوشش کامل سه مرحله اشاره دارد، اما مخصوص «نیازسنجی اولیه» نیست.

منبع: اصول و مبانی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، فصل ۸، برنامه‌ریزی.



۴. الف) ب) ج) د)

در پیام‌های سلامت، دو نوع قاب‌بندی پیام وجود دارد:
۱. **Gainframed**: روی سود، مزیت و نتیجه مثبت انجام رفتار تأکید می‌کند.

مثال: افزایش طول عمر، پیشگیری، کاهش احتمال بیماری.
۲. **Lossframed**: روی زیان، خطر و نتیجه منفی انجام ندادن رفتار تأکید می‌کند.

مثال: افزایش بیماری، افزایش احتمال مرگ یا عوارض.
تحلیل سایر گزینه‌ها:

گزینه (الف): اضافه شدن طول عمر **Gain frame**

گزینه (ب): پیشگیری از بیماری **Gain frame**

گزینه (ج): کاهش احتمال ابتلا **Gain frame**

منبع: ارتباط سلامت استراتژی و مهارت‌ها برای حوزه چری، فصل ۵، اقرامی که از مخاطب می‌خواهید انجام دهد باید منطقی و به‌طور معقول آسان باشد.



۵. الف) ب) ج) د)

مدل **Communication for Social Change** (CFSC) یکی از رویکردهای مشارکت‌محور در ارتباطات سلامت و توسعه است.

در این مدل:

- جامعه در تمام مراحل (نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی) مشارکت دارد.
- فرایند ارتباط گفت‌وگو محور است.
- افراد جامعه عامل تغییر هستند، نه دریافت‌کننده‌ی منفعل پیام.

به همین دلیل، بیشترین تأکید بر **Participation** در این مدل دیده می‌شود.

تحلیل سایر گزینه‌ها:

گزینه (ب): نگاه پزشکی - زیستی دارد و تقریباً مشارکت جامعه مطرح نیست.

گزینه (ج): یک ابزار برنامه‌ریزی و ارزشیابی است و بر مشارکت تأکید ویژه ندارد.



اگر این درک فرهنگی وجود نداشته باشد:

- پیام آموزش درست فهم نمی‌شود.
- رفتار بین فردی سوء تعبیر می‌شود.
- اعتماد شکل نمی‌گیرد.
- آموزش اثر مثبت خود را از دست می‌دهد.

منبع: مهارت‌های ارتباطی برای متفهمین مراقبت سلامت، فصل ۷، حساسیت فرهنگی.



۸. الف ب ج د

معیار Dose-Response Relationship در معیارهای Hill بیان می‌کند که با افزایش مقدار یا شدت مواجهه، احتمال یا شدت بروز اثر نیز افزایش پیدا می‌کند. این رابطه به وجود ارتباط بین مواجهه و اثر کمک می‌کند و یکی از شواهد مهم برای علیت است.

معیارهای هیل (Bradford Hill Criteria): مجموعه‌ای از ۹ معیار در اپیدمیولوژی هستند که برای بررسی رابطه‌ی علی بین یک مواجهه و یک بیماری استفاده می‌شوند. این معیارها شامل قدرت ارتباط (Strength)، تکرارپذیری نتایج در مطالعات مختلف (Consistency)، اختصاصی بودن رابطه (Specificity)، تقدم زمانی مواجهه بر بیماری (Temporality) و رابطه دوز-پاسخ (Dose-Response) هستند. در معیار Dose-Response با افزایش میزان مواجهه، احتمال یا شدت بیماری نیز افزایش می‌یابد.

سایر معیارها شامل امکان‌پذیری بیولوژیک (Plausibility)، هماهنگی با دانش علمی موجود (Coherence)، وجود شواهد تجربی و مداخله‌ای (Experiment) و قیاس با عوامل مشابه (Analogy) می‌باشند. در بین همه معیارها، مهم‌ترین معیار «Temporality» است؛ یعنی عامل خطر باید قبل از ایجاد بیماری وجود داشته باشد تا بتوان رابطه‌ی علی را مطرح کرد.

منبع: مقاله بلفور هیل ۱۹۶۵، محیط و بیماری؛ ارتباط علیت.



۹. الف ب ج د

مدل COMBI یا Communication for Behavioral Impact مدلی است که برای ایجاد تغییرات رفتاری در حوزه سلامت طراحی شده، اما فقط به بیماری محدود نیست و عوامل اجتماعی، ارتباطی و مشارکت جامعه را نیز در برنامه‌ریزی خود دخالت می‌دهد. هدف آن ایجاد تغییر رفتاری است.

گزینه (د): بیشتر در بازاریابی و طراحی پیام‌های یکپارچه کاربرد دارد و مشارکت فعال جامعه جزء اصول اصلی آن نیست.

منبع: ارتباط‌شناسی سلامت، فصل ۷، برقراری ارتباط برای تغییر اجتماعی.



۶. الف ب ج د

در تئوری Diffusion of Innovation (انتشار نوآوری)، گروه Innovators (نوآوران) ویژگی‌های زیر را دارند:

- اهل ریسک و پذیرش سریع نوآوری
 - بسیار آگاه و علاقه‌مند به فناوری‌ها و رفتارهای جدید
 - منابع اطلاعاتی گسترده
 - نقش مهم در شروع پذیرش نوآوری
- برای همین بهترین روش کار با آن‌ها مشارکت دادنشان در طراحی، آزمایش و توسعه‌ی نوآوری است. نوآوران دوست دارند در مرحله‌ی طراحی پروژه شریک و همکار (Partner) باشند و حتی ایده بدهند.

تئوری انتشار نوآوری (Diffusion of Innovation): توضیح می‌دهد که چگونه یک ایده، رفتار، یا محصول جدید در یک جامعه گسترش پیدا می‌کند و افراد چگونه و با چه سرعتی آن را می‌پذیرند. این نظریه پنج گروه از افراد را معرفی می‌کند: «نوآوران»، «پذیرندگان اولیه»، «اکثریت اولیه»، «اکثریت ثانویه» و «دیرپذیرها». هر گروه ویژگی‌ها و سرعت پذیرش متفاوتی دارد؛ نوآوران بسیار سریع و ریسک‌پذیر هستند و دیرپذیرها بسیار دیر، با احتیاط و معمولاً تحت فشار اجتماعی تغییر را می‌پذیرند.

این نظریه همچنین پنج عامل کلیدی را که سرعت انتشار یک نوآوری را تعیین می‌کنند توضیح می‌دهد: «مزیت نسبی»، «سازگاری با ارزش‌ها و نیازهای مردم»، «پیچیدگی»، «آزمون‌پذیری» و «قابلیت مشاهده نتایج». هرچه نوآوری ساده‌تر، قابل آزمایش‌تر و مزایای آن واضح‌تر باشد، سریع‌تر در جامعه گسترش می‌یابد.

منبع: ارتباط‌شناسی سلامت، فصل ۷، نظریه انتشار نوآوری.



۷. الف ب ج د

در آموزش رفتارهای بین فردی، آموزش‌دهنده باید:

- ارزش‌ها، هنجارها و شیوه‌های ارتباطی فرهنگ مخاطب
- نحوه تعبیر رفتارها (مثل احترام، سکوت، تماس چشمی)
- حساسیت‌های فرهنگی که باعث پذیرش یا مقاومت رفتاری می‌شوند را بشناسد و درست تفسیر کند.



گزینه (د): بیشتر به آموزش و ارتقای مهارت‌های ارتباطی اشاره دارد، نه فعالیت اصلی Public Relations.

منبع: ارتباط در سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۵، روابط عمومی و حمایت عمومی.



۱۱. الف ب ج د

بر اساس دیدگاه Steenholdt، یکی از عناصر کلیدی در «Consistency» Best Clinical Practices ثبات و هماهنگی در اجرای اقدامات و پیام‌های بالینی است؛ یعنی مراقبت‌ها و توصیه‌های درمانی باید به صورت یکپارچه، استاندارد و هماهنگ ارائه شوند تا کیفیت خدمات حفظ شود.

طبق نظر Steenholdt (۲۰۰۶) از عناصر کلیدی بهترین اقدامات بالینی نیز محسوب می‌شوند:

- مبتنی بر شواهد (Evidence based)
- متناسب با مخاطب (Audience specific)
- متمرکز بر رفتار (Behavior centered)
- متمرکز بر بیمار (Patient centered)
- کاربردی و عملی (Practical)
- شامل توصیه‌ها و ابزارهای آسان برای اجرا
- چندوجهی (Multifaceted)
- دارای ثبات و هماهنگی (Consistent)

منبع: ارتباط در سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۷، عناصر کلیدی برنامه‌های ارتباطات حرفه‌ای پزشکی.



۱۲. الف ب ج د

این گزینه به «توافق اولیه درباره نتایج مورد انتظار و شاخص‌های ارزیابی» اشاره دارد. اگر برنامه به اهداف تعیین شده رسیده باشد اما مراجعین رضایت نداشته باشند، معمولاً مشکل از این است که انتظارات، معیارهای موفقیت یا نحوه ارزیابی از ابتدا به درستی و به صورت مشترک مشخص نشده‌اند.

بنابراین در برنامه‌های ارتباط مؤثر سلامت، لازم است از ابتدا:

- نتایج مورد انتظار روشن باشد،
 - معیارهای ارزیابی مشخص شوند،
 - و ذی‌نفعان درباره موفقیت برنامه توافق داشته باشند.
- عناصر کلیدی یک برنامه مؤثر ارتباطات سلامت:
- تحلیل دقیق وضعیت، فرصت‌ها و نیازهای ارتباطی
 - درک نیازهای گروه‌های ذی‌نفع و مخاطبان
 - توافق زودهنگام درباره نتایج مورد انتظار و شاخص‌های ارزیابی
 - اهداف ارتباطی مشخص و شفاف
 - راهبردهایی که برای دستیابی به اهداف طراحی شده‌اند.
 - استفاده از ابزارها و رسانه‌های متعدد و متناسب با مخاطب
 - تأمین منابع مالی و نیروی انسانی کافی

این مدل ابتدا برای برنامه‌های کنترل بیماری‌ها و ارتقای سلامت طراحی شد تا افراد را به انجام رفتارهای مشخص و قابل اندازه‌گیری تشویق کند؛

مانند:

- واکسیناسیون
- استفاده از پشه‌بند
- شستن دست‌ها
- پیشگیری از HIV
- کنترل بیماری‌های واگیر

در واقع، تمرکز اصلی COMBI از ابتدا بر ایجاد «رفتار سلامت‌محور» از طریق ارتباطات هدفمند و بسیج اجتماعی بوده است.

مؤثر از طریق ترکیب روش‌های ارتباطی، بسیج اجتماعی و بازاریابی سلامت است.

تحلیل سایر گزینه‌ها:

گزینه (الف): «ارتباطات یکپارچه بازاریابی» مدلی است که تلاش می‌کند همه ابزارهای تبلیغات و بازاریابی مانند رسانه‌ها، روابط عمومی و تبلیغات پیام واحد و هماهنگی را به مخاطب منتقل کنند. هدف اصلی آن افزایش اثربخشی پیام‌های بازاریابی است.

گزینه (ب): «بازاریابی اجتماعی» از اصول بازاریابی برای تغییر رفتارهای مفید اجتماعی و سلامت استفاده می‌کند. هدف آن تشویق مردم به رفتارهای سالم مانند ترک سیگار، ورزش یا تغذیه مناسب است.

گزینه (ج): «ارتباطات برای تغییر اجتماعی» بر مشارکت مردم و توانمندسازی جامعه برای ایجاد تغییرات اجتماعی پایدار تأکید دارد. این مدل بیشتر به عوامل فرهنگی، اجتماعی و عدالت اجتماعی توجه می‌کند.

منبع: ارتباطات علمی سلامت، فصل ۷، نظریه‌های مورد استفاده در ارتباط سلامت.



۱۰. الف ب ج د

در مدل «روابط عمومی» (Public Relations) در سلامت، یکی از فعالیت‌های اصلی «مدیریت مسائل و بحران‌ها» یا Issue Management است؛ یعنی مدیریت موضوعات، نگرانی‌ها و بحران‌های مرتبط با سلامت برای حفظ اعتماد عمومی و ارتباط مناسب با جامعه و رسانه‌ها.

تحلیل سایر گزینه‌ها:

گزینه (الف): بیشتر در کمپین‌های ارتباطی و آموزش سلامت برای تقویت پیام‌های اصلی استفاده می‌شود.

گزینه (ج): به تهیه و توزیع بروشور، پمفلت و منابع آموزشی مربوط است و الزاماً فعالیت اختصاصی روابط عمومی نیست.



۵. کلید اصلی اثربخشی مداخلات ارتباطات سلامت

چیست؟

- (الف) پیام‌های خلاقانه و جذاب
- (ب) کاربرد فناوری‌های پیشرفته
- (ج) بودجه کافی برای تبلیغات
- (د) مشارکت جامعه هدف

۶. کدام گزینه بهترین تعریف را از «همدلی» (Empathy)

به عنوان یک فرآیند شناختی ارائه می‌دهد؟

- (الف) بیان احساسات به صورت مشترک با فردی که رنج می‌کشد.
- (ب) درک موقعیت، دیدگاه و احساسات بیمار و معانی مرتبط با آن
- (ج) عمل بر اساس درک به دست آمده از بیمار به روشی درمانی
- (د) نشان دادن دلسوزی و نگرانی نسبت به رنج بیمار

۷. کدام یک از عبارات زیر در رابطه با ارتباطات در

جوامع Multi-Cultural صحیح است؟

- (الف) نابرابری امکانات مراقبت بهداشتی، از موانع ارتباطی در سیستم سلامت است.
- (ب) فقدان مراقبت‌های متناسب فرهنگی، به طور مستقیم با افزایش نابرابری‌های بهداشتی مرتبط است.
- (ج) موانع ارتباطی بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با همه گروه‌های جمعیتی رخ می‌دهد.
- (د) فقدان مراقبت‌های متناسب فرهنگی، به طور مستقیم با کیفیت خدمات در دسترس مرتبط است.

۸. «مثلث معناشناسی» (Semantic Triangle) چه

مفهومی را نشان می‌دهد؟

- (الف) ارتباط بین نماد، مفهوم و شی
- (ب) رابطه بین فرستنده، گیرنده و کانال ارتباطی
- (ج) ادراک، تفسیر و پاسخ
- (د) ارتباط کلامی، غیر کلامی و نوشتاری

۹. بر اساس «نظریه انتساب» (Attribution Theory)،

اگر فردی رفتاری را فقط در موقعیت‌های خاصی نشان دهد، چه ویژگی دارد؟

- (الف) توافق (Consensus)
- (ب) تداوم (Consistency)
- (ج) تمایز (Distinctiveness)
- (د) درونی بودن (Internal)



مبانی آموزش و تکنولوژی آموزشی در سلامت

۱. در کدام یک از انواع پیام‌های زیر یک رابطه علیتی در محتوای پیام وجود دارد؟

- (الف) پیام‌های هشداردهنده
- (ب) پیام‌های ترغیبی
- (ج) پیام‌های آگاه‌کننده
- (د) پیام‌های راهنمایی‌کننده

۲. در کدام مرحله از مدل سه‌گانه مشترک (Three-Talk Model)، انتخاب آگاهانه بر اساس «شواهد و

اهداف» اهمیت زیادی دارد؟

- (الف) Team talk
- (ب) Decision talk
- (ج) Option talk
- (د) Evaluation talk

۳. برای ترغیب بیماران به انجام یک آزمایش ساده

غربالگری، بر اساس رویکرد آموزشی در ارتباطات سلامت، کدام گزینه مناسب‌تر است؟

- (الف) پرداخت پاداش به بیمارانی که غربالگری را انجام دهند.
- (ب) تصویب قانونی برای اجباری کردن غربالگری
- (ج) ارائه اطلاعات ساده درباره فواید آزمایش
- (د) ایجاد ترس از عواقب عدم انجام غربالگری

۴. کدام گزینه نمونه‌ای از کاربرد نظریه مصون‌سازی

اجتماعی (Social Inoculation Theory) در ارتباطات است؟

- (الف) تجویز داروهای شیمیایی برای بیماران سرطانی
- (ب) ارائه آکار مرگومیر ناشی از بیماری‌های قلبی
- (ج) تصویب قوانین منع مصرف الکل در اماکن عمومی
- (د) مقابله با فشار همسالان برای مصرف سیگار



۳۹ کدام یک از موارد زیر از ویژگی‌های یادگیرنده

بزرگسال است؟

(الف) وابستگی به مربی

(ب) انگیزه بیرونی برای یادگیری

(ج) تجربه به عنوان منبع یادگیری

(د) نیاز به ساختار ثابت

۴۰ آموزش برنامه‌ای (Programmed Instruction)

بر اساس کدام مفهوم اسکینر توسعه یافت؟

(الف) شرطی‌سازی کلاسیک (ب) شرطی‌سازی عامل

(ج) داربست‌سازی (د) منطقه توسعه تقریبی

اصول و فلسفه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

۴۱ در یک برنامه‌ی پیشگیری از سوءمصرف مواد

در مدارس، تنظیم و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد

برای دانش‌آموزانی که دچار مشکلاتی مانند افت

تحصیلی یا اضطراب شده‌اند، مصداق کدام یک از

رویکردهای زیر است؟

(الف) Primordial (ب) Indicated

(ج) Selected (د) Universal

۴۲ در یک برنامه ارتقای سلامت جهت توسعه امنیت

غذایی در جامعه، کدام مورد جز عوامل تأثیرگذار

نزدیک (Proximal) محسوب می‌شود؟

(الف) الزام قانونی به برچسب‌گذاری مواد غذایی

(ب) هنجارپنداری فست فود خوری هفتگی

(ج) تخصیص بارانه برای مواد غذایی لبنی

(د) ترویج رستوران‌های دوستدار سلامت

۴۳ کدام یک از گزینه‌های زیر مصداق مناسبی از

مفهوم «عوامل قادر کننده» در الگوی پرسید-پروسید

در یک برنامه‌ی ارتقای فعالیت بدنی در محیط کار

محسوب می‌شود؟

(الف) شرکت مدیر سازمان در جلسات آموزشی و تمرینی

فعالیت بدنی

(ب) عقد قرارداد با باشگاه‌های ورزشی برای استفاده رایگان

کارکنان

(ج) افزایش اضافه‌کاری کارمند در صورت شرکت فعال در

برنامه ورزشی

(د) بهبود هنجار ذهنی کارکنان نسبت به ورزش با تشکیل

تیم‌های ورزشی

۳۴ یک پلتفرم آموزش آنلاین برای دانشجویان

بهداشت طراحی شده است که از نظر فنی بسیار

پیشرفته است، اما تنها با یک روش آموزشی ثابت

عمل می‌کند و نیازهای متفاوت یادگیرندگان را در نظر

نمی‌گیرد. این پلتفرم در کدام عنصر از عناصر تجربه

یادگیری معنادار دچار ضعف است؟

(الف) ارزشمندی (ب) قابلیت استفاده

(ج) انطباق پذیری (د) مطلوبیت

۳۵ در یک آزمون از دانشجویان خواسته شده تا با

جایگزینی لیست مواد اولیه، یک دستور پخت غذای

«ناسالم» را به یک دستور پخت «سالم» تبدیل کنند و

مزایای سلامت مواد جایگزین را توضیح دهند. این سؤال

مربوط به کدام سطح از حیطه شناختی بلوم است؟

(الف) دانش (ب) درک و فهم

(ج) تجزیه و تحلیل (د) ترکیب

۳۶ در یک پروژه آموزشی برای ارتقای سواد سلامت

در یک روستا، تیم پروژه پس از اجرا، به‌طور منظم

پیشرفت را پایش کرده و با شناسایی انحراف از برنامه،

اقدامات اصلاحی لازم را انجام می‌دهد. این فعالیت

مربوط به کدام فرآیند از «چرخه حیات پروژه آموزشی

(Life Cycle Educational Project)» است؟

(الف) کنترلی (ب) برنامه‌ریزی

(ج) اجرایی (د) آغازین

۳۷ برای رسیدن به مرحله هماهنگی حرکات در حیطه

روانی- حرکتی به ترتیب چه مراحل را باید طی نمود؟

(الف) تقلید- آمادگی- اجرای مستقل

(ب) تقلید- اجرای مستقل- عادی شدن

(ج) تقلید- اجرای مستقل- سرعت و دقت

(د) اجرای مستقل- آمادگی- سرعت و دقت

۳۸ بر اساس نظریه ساخت‌گرایی، فراگیران چگونه به

بهترین وجه، دانش کسب می‌کنند؟

(الف) با حفظ حقایق و تکرار اطلاعات

(ب) از طریق گوش دادن منفعلانه به سخنرانی‌ها

(ج) با ساختن فعال معنا از طریق تجربه

(د) با دریافت بازخورد فوری از معلم



۴۹ از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی در اتخاذ سیاست عمومی سلامت در برنامه‌های ارتقا سلامت، کدام یک از موارد زیر هست؟

(الف) انتخاب بین بهبود سلامت جمعیت و کاهش نابرابری‌های

سلامت

(ب) تصمیم‌گیری در مورد استفاده از استراتژی‌های مداخله‌ای

بالادستی یا پایین دستی

(ج) ایجاد تعادل بین هزینه اجرا و اراده سیاسی برای اقدام

(د) تعیین اینکه آیا عوامل اجتماعی یا انتخاب‌های فردی

مهم‌تر هستند

۵۰ کدام یک از الگوهای زیر، Stage Theory محسوب می‌شود؟

(الف) Information-Motivation-Behavioral skills Model

(ب) Precaution Adoption Process Model

(ج) Extended Parallel Process Model

(د) Integrated Behavioral Model

۵۱ کدام یک از گویه‌های زیر با مفهوم باز-ارزیابی محیطی (Environmental re-evaluation) در الگوی فرانظر به‌ای تطبیق می‌کند؟

(الف) می‌توانم با خانواده یا دوستانم برای تهیه و به اشتراک

گذاشتن وعده‌های غذایی سالم همکاری کنم.

(ب) من از نگهداری مقادیر زیاد نوشیدنی‌های شیرین در

خانه خودداری می‌کنم تا وسوسه‌ام را کاهش دهم.

(ج) معتقدم، انتخاب‌های غذایی سالم‌تر توسط من تأثیر

مثبتی بر رفتار و الگوهای غذایی خانواده‌ام دارد.

(د) می‌توانم با خانواده یا دوستانم برای تهیه و به اشتراک

گذاشتن وعده‌های غذایی سالم همکاری کنم.

۵۲ کدام یک از گویه‌های زیر مصداق مناسبی از سازه حمایت اجتماعی در نظریه شناختی اجتماعی است؟

(الف) ورزش می‌تواند به‌عنوان یک الگوی مثبت برای عادات

غذایی و فعالیتی خانواده من باشد.

(ب) وقتی می‌بینم اعضای خانواده‌ام فعال هستند، خودم هم

انگیزه بیشتری برای ورزش کردن پیدا می‌کنم.

(ج) می‌توانم برای فعال ماندن به دوستان یا همسالانی که

اهداف مشابهی در کنترل وزن دارند، تکیه کنم.

(د) وقتی متوجه می‌شوم انرژی‌ام رو به کاهش است، توانایی

کمک گرفتن از دیگران برای فعال ماندن را دارم.

۴۴ تنظیم هدف رفتاری (برای مثال: در طی ۱۲ ماه آینده، نسبتی از زنان ۵۰ ساله و بزرگ‌تر که ماموگرافی انجام داده‌اند ۲۵٪ در مقایسه با آمار سال قبل افزایش یابد) در کدام یک از مراحل الگوی پرسید-پروسید انجام می‌شود؟

(الف) ارزیابی اجتماعی

(ب) ارزیابی اپیدمیولوژیک

(ج) ارزیابی آموزشی

(د) ارزیابی سیاستی

۴۵ کدام یک از گزینه‌های زیر با مفهوم «هنجار ذهنی» در نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده تطبیق می‌کند؟

(الف) تنظیم و پایبندی به یک برنامه‌ی غذایی منظم و

مستمر گیاه‌خواری برای من چالش‌برانگیز است.

(ب) در مهمانی‌ها، رد کردن درخواست دیگران برای کنار

گذاشتن رژیم گیاه‌خواری برای من دشوار است.

(ج) دوستانم در باشگاه گیاه‌خواران انتظار دارند در هر

شرایطی به رژیم غذایی گیاه‌خواری پایبند باشم.

(د) من نگرانم با گیاه‌خواری برخی عناصر غذایی اساسی

مثل اسیدهای آمینه ضروری تأمین نشود.

۴۶ مفهوم انگیزش در الگوی Information-Motivation-Behavioral Skills در برگیرنده‌ی توأم کدام دو مفهوم است؟

(الف) Social influence & Attitude

(ب) Self-efficacy & Attitude

(ج) Actual skill & Self-efficacy

(د) Self-efficacy & Social influence

۴۷ در کدام یک از تئوری‌ها و مدل‌های زیر، به پردازش پیام به‌طور خاص توجه می‌شود؟

(الف) نظریه‌ی انگیزش محافظت

(ب) الگوی اعتقاد بهداشتی

(ج) نظریه‌ی عمل منطقی

(د) نظریه‌ی شناختی اجتماعی

۴۸ این نقل‌قول که «انجام حرکات نمایشی با موتورسیکلت باعث می‌شود احساس کنم توسط افرادی که برایم مهم هستند، بیشتر پذیرفته می‌شوم»، مفهوم کدام یک از سازه‌های نظریه‌ی انگیزش محافظت (PMT) را منعکس می‌کند؟

(الف) Rewards

(ب) Response efficacy

(ج) Response cost

(د) Social acceptance

پاسخنامه تشریحی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ۱۴۰۴

مبانی آموزش و تکنولوژی آموزشی در سلامت



۱. الف ب ج د

پیام‌های هشداردهنده بر وجود یک رابطه علت و معلولی تأکید دارند؛ یعنی به مخاطب نشان می‌دهند که اگر رفتار خاصی را انجام دهد یا انجام ندهد، چه پیامدی در پی خواهد داشت؛ به عبارت دیگر، این پیام‌ها میان رفتار (علت) و پیامد (معلول) ارتباط برقرار می‌کنند.
برای مثال:

- اگر هنگام رانندگی کمربند ایمنی نبندید، احتمال مرگ و آسیب شدید در تصادفات افزایش می‌یابد.
 - مصرف دخانیات خطر ابتلا به سرطان ریه را افزایش می‌دهد.
- منبع: میهورن، سی. بی. و وگلتر، ا. اس. (۲۰۱۷). پردازش پیام‌های هشدار مرتبط با سلامت. در آر. ال. پاروت (ویراستار)، دایرةالمعارف تفقیقاتی ارتباطات آکسفورد. انتشارات دانشگاه آکسفورد.



۲. الف ب ج د

تصمیم‌گیری مشترک (Shared Decision Making):

- مراقبت بیمارمحور موجب شکل‌گیری حوزه‌ای نسبتاً جدید در ارتباطات سلامت شده است که هدف آن ارتقای تصمیم‌گیری مشترک Shared Decision Making یا SDM بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و بیماران است. تصمیم‌گیری مشترک بر سواد سلامت استوار است؛ یعنی میزان توانایی بیمار در درک و استفاده از اطلاعات مربوط به بیماری و گزینه‌های درمانی خود. علاوه بر این، SDM مستلزم آن است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، بیمار را در اندیشیدن درباره گزینه‌های موجود حمایت کرده و او را تشویق کنند تا ترجیحات خود را درباره درمان، آزادانه بیان کند.
- مفهوم تأمل فعال (Active Deliberation) هسته اصلی تصمیم‌گیری مشترک است. در این رویکرد، پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات سلامت، متخصص شواهد علمی است و بیمار، متخصص آن چیزی است که بیش از همه در زندگی برای او اهمیت دارد؛ به عبارت دیگر، تصمیم نهایی زمانی حاصل می‌شود که شواهد علمی با ارزش‌ها، اهداف و ترجیحات بیمار در کنار یکدیگر قرار گیرند.

- اخیراً شرر (Scherer) و همکاران این فرض را در مجموعه‌ای از آزمایش‌ها بررسی کردند. نتایج نشان داد که اگرچه بیماران پس از فرایند تأمل و بررسی، احساس بهتری نسبت به تصمیم خود پیدا می‌کنند، اما خود انتخاب (برای مثال انتخاب گزینه A یا B) تفاوت چندانی با انتخاب بیمارانی که زمان کمتری برای فکر کردن صرف کرده بودند، ندارد. در واقع، پژوهشگران معتقد بودند که سوگیری تأییدی (Confirmation Bias) — یعنی افزودن دلایل و استدلال‌هایی در حمایت از تصمیم اولیه — عامل اصلی احساس رضایت بیشتر بیماران از تصمیمشان است.
- نگران‌کننده‌تر آنکه، بیماران ممکن است حتی نسبت به تصمیم‌هایی که از نظر علمی بهینه نیستند (یعنی احتمال کاهش رنج یا مرگ را افزایش نمی‌دهند) نیز احساس بهتری داشته باشند. از این‌رو، نویسندگان نتیجه‌گیری کردند که هنوز درباره بهترین روش‌های هدایت و حمایت از بیماران در فرایند تصمیم‌گیری درمانی، مطالب زیادی برای آموختن وجود دارد.

شکل ۹-۱. مدل سه‌مرحله‌ای تصمیم‌گیری مشترک در مراقبت‌های سلامت:

۱. Team Talk گفت‌وگوی تیمی:

- بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌عنوان یک تیم برای مواجهه با یک مشکل درمانی پیچیده که دارای مسیرهای مختلف درمانی است، همکاری می‌کنند.
- در این مرحله، ارائه‌دهنده به صحبت‌های بیمار درباره آنچه در زندگی برای او بیشترین اهمیت را دارد گوش می‌دهد، نه فقط به مشکل حاد پزشکی.

۲. Option Talk گفت‌وگو درباره گزینه‌ها:

- بیمار و ارائه‌دهنده، گزینه‌های مختلف درمانی را مرور می‌کنند.
- اطمینان حاصل می‌شود که بیمار خطرات، مزایا و معایب هر گزینه را به‌طور کامل درک کرده است.

۳. Decision Talk گفت‌وگوی تصمیم:

- بیمار و ارائه‌دهنده خدمات سلامت، با در نظر گرفتن شواهد بالینی و اهداف، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار، به یک انتخاب آگاهانه و تصمیم مشترک دست می‌یابند.

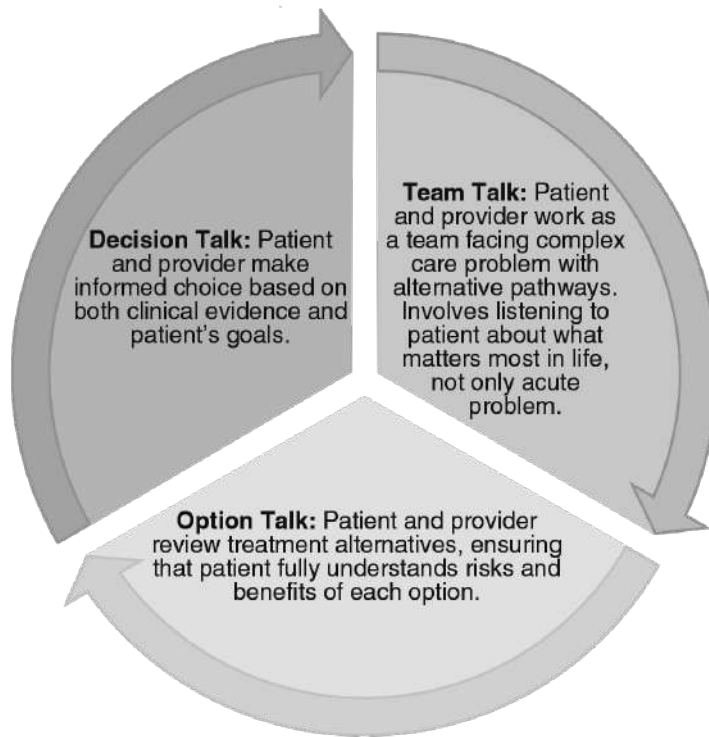


FIGURE 9-1 A three-talk model of shared decision making in health care.

منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌ها در حوزه پریر، فصل ۹، مدل سه مرحله‌ای.

و تنها به اطلاعاتی روشن و قابل فهم درباره آن رفتار نیاز داشته باشد. از این رو، ارائه اطلاعات ساده، شفاف و بدون ابهام درباره فواید یک آزمایش غربالگری، مناسب‌ترین راهبرد برای ترغیب بیماران به انجام آن محسوب می‌شود. در این رویکرد، هدف اصلی افزایش آگاهی و توانمندسازی افراد برای اتخاذ تصمیم آگاهانه است، نه استفاده از اجبار، مشوق‌های مالی یا ایجاد ترس. همان‌گونه که در کمپین Safe to Sleep نیز نشان داده شده است، آموزش‌های ساده، قابل فهم و مبتنی بر شواهد می‌توانند به تغییر رفتارهای سلامت در سطح جامعه منجر شوند؛ بنابراین، در مورد آزمایش‌های غربالگری نیز ارائه اطلاعات روشن درباره مزایا، نحوه انجام آزمایش و اهمیت تشخیص زودهنگام، مؤثرترین اقدام آموزشی به شمار می‌رود.



۳. الف ب ج د

در رویکرد آموزشی (Educational Approach) در ارتباطات سلامت، هدف اصلی افزایش آگاهی، دانش و درک مخاطب است تا فرد بتواند تصمیمی آگاهانه بگیرد. در این رویکرد، معمولاً از ارائه اطلاعات روشن، ساده و قابل فهم درباره فواید، خطرات و نحوه انجام رفتار سلامت استفاده می‌شود، نه اجبار یا مشوق‌های مالی.

بر اساس رویکرد آموزشی (Educational Approach) در ارتباطات سلامت، زمانی که افراد احساس کنند منافع انجام یک رفتار بیشتر از هزینه‌های آن است، ارائه اطلاعات به‌تنهایی می‌تواند برای ایجاد تغییر رفتار کافی باشد. این رویکرد زمانی بیشترین اثربخشی را دارد که مخاطب از قبل نسبت به رفتار مورد نظر علاقه‌مند یا آماده پذیرش آن باشد



از این رو، مقابله با فشار همسالان برای مصرف سیگار نمونه‌ای بارز از کاربرد نظریه مصون‌سازی در ارتباطات سلامت محسوب می‌شود.

منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌ها برای حوزه پریر، فصل ۴، نظریه مصون‌سازی.



۵. الف ب ج د

در ارتباطات سلامت، اثربخشی مداخلات زمانی بیشترین میزان را دارد که جامعه هدف در تمام مراحل برنامه (نیازسنجی، طراحی، اجرا و ارزشیابی) مشارکت داشته باشد. مشارکت جامعه باعث می‌شود پیام‌ها با نیازها، ارزش‌ها و فرهنگ مخاطبان سازگار باشند، پذیرش بیشتری پیدا کنند و احتمال تغییر رفتار افزایش یابد.

منبع: ارتباط سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۶، مشارکت جامعه.



۶. الف ب ج د

در ارتباطات سلامت، همدلی (Empathy) به عنوان یک فرآیند شناختی (Cognitive Process) به معنای توانایی درک دیدگاه، موقعیت، احساسات و معنایی است که بیمار به تجربه خود می‌دهد، بدون اینکه الزاماً همان احساسات را تجربه کنیم.

همدلی به معنای درک نیازها، اهداف، خواسته‌ها و احساسات فرد دیگر با درک موقعیت از دیدگاه آنهاست. ارائه‌دهندگان خدمات همدلی، حساسیت عاطفی لازم برای تشخیص، درک و تفسیر دقیق حالات روانی و عاطفی دیگران را دارند و می‌توانند به‌طور مناسب و بدون قضاوت عمل کنند.

منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌ها برای حوزه پریر، فصل ۹، همدلی.



۷. الف ب ج د

در جوامع چندفرهنگی (Multicultural Societies)، یکی از اصول مهم ارتباطات سلامت، ارائه مراقبت‌های متناسب با فرهنگ (Culturally Appropriate/Culturally Competent Care) است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نبود این نوع مراقبت‌ها موجب کاهش کیفیت ارتباط، کاهش اعتماد و تبعیت از درمان، و در نهایت افزایش نابرابری‌های سلامت (Health Disparities) می‌شود.

منبع: مهارت‌های ارتباطی برای متفهمین مراقب سلامت، فصل ۶، محیط‌های چند فرهنگی.

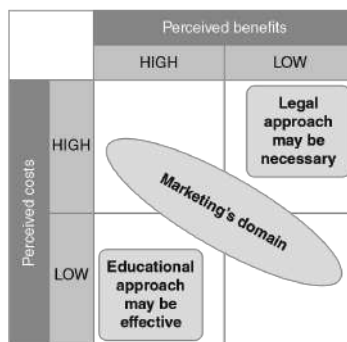


FIGURE 4-1 Interpretation of Rothschild's behavior management model.

منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌ها برای حوزه پریر، فصل ۴، رویکرد آموزشی.



۴. الف ب ج د

نظریه مصون‌سازی اجتماعی (Social Inoculation Theory) بیان می‌کند که می‌توان افراد را پیش از مواجهه با فشارهای اجتماعی یا پیام‌های متقاعدکننده ناسالم، با قرار دادن آن‌ها در معرض نسخه‌ای ضعیف از این فشارها و آموزش مهارت‌های مقاومت و پاسخ‌گویی، در برابر آن‌ها مقاوم کرد. این نظریه به‌ویژه در برنامه‌های پیشگیری از مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در نوجوانان کاربرد فراوانی دارد.

نظریه مصون‌سازی (Inoculation Theory) بیان می‌کند که همان‌گونه که واکسن با قرار دادن بدن در معرض مقدار ضعیفی از یک عامل بیماری‌زا موجب ایجاد ایمنی می‌شود، افراد را نیز می‌توان با قرار دادن در معرض نسخه‌ای ضعیف از پیام‌های متقاعدکننده یا فشارهای اجتماعی، برای مقاومت در برابر آن‌ها آماده کرد. در این نظریه، افراد پیش از مواجهه با موقعیت واقعی، استدلال‌های مخالف را می‌شناسند و پاسخ‌های مناسب را تمرین می‌کنند تا در برابر نفوذ این پیام‌ها مقاومت بیشتری داشته باشند.

یکی از کاربردهای مهم این نظریه در ارتباطات سلامت، پیشگیری از مصرف دخانیات و مواد مخدر در نوجوانان است. برای مثال، دانش‌آموزان از طریق بازی نقش (Role Playing) یاد می‌گیرند که چگونه در برابر فشار همسالان برای سیگار کشیدن پاسخ مناسب دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند دانش‌آموزانی که این آموزش‌ها را دریافت می‌کنند، نسبت به سایرین احتمال کمتری برای شروع مصرف سیگار دارند.



به زبان عامیانه یا زبان پیامک فکر کنید - آنها ممکن است برای افراد مختلف معانی متفاوتی داشته باشند. نوشتن با حروف بزرگ می‌تواند برای تأکید استفاده شود، اما در رسانه‌های اجتماعی ممکن است نویسنده عصبانی یا در حال فریاد زدن تلقی شود. اوگدن و ریچاردز «مثلث معنایی» (شکل ۲-۱) را برای نشان دادن این موضوع پیشنهاد کردند. این نشان می‌دهد که مفهومی که توسط یک کلمه برانگیخته می‌شود، بسته به گیرنده ممکن است متفاوت باشد. اگر کلمه موستانگ را بشنوید، ابتدا به یک حیوان یا یک ماشین فکر می‌کنید؟ واقعاً به زمینه‌ای که کلمه در آن منتقل می‌شود بستگی دارد و اینکه آیا اصلاً می‌دانید که موستانگ می‌تواند نام یک ماشین نیز باشد یا خیر. نکته اساسی این است که اگر مردم یک سیستم نمادین مشترک نداشته باشند، ارتباط دشوار خواهد بود.

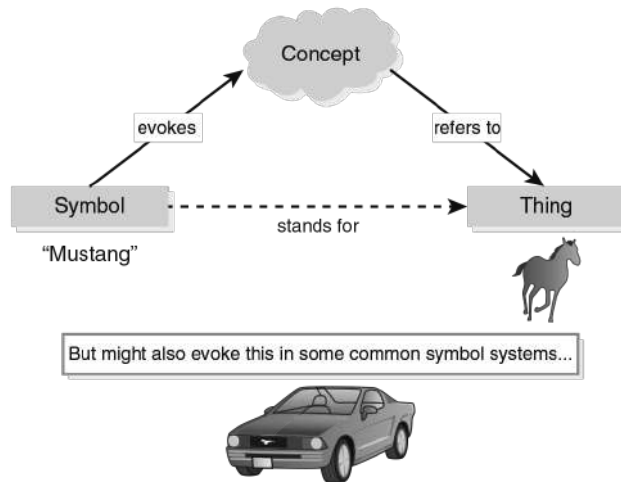


۸. الف ب ج د

مثلث معناشناسی (Semantic Triangle) که توسط Ivor Armstrong Richards و Charles Kay Ogden ارائه شد، بیان می‌کند که معنا از ارتباط میان سه جزء به وجود می‌آید:

۱. نماد (Symbol): واژه، کلمه یا نشانه‌ای که استفاده می‌کنیم.
۲. مفهوم یا اندیشه (Thought/Reference): تصویری ذهنی یا معنایی که در ذهن فرد ایجاد می‌شود.
۳. شی یا مرجع (Referent): شیء، رویداد یا واقعیتی موجود در دنیای خارج.

ارتباط را می‌توان به عنوان انتقال اطلاعات نمادین در یک سیستم نمادین مشترک در نظر گرفت؛ و این بدان معناست که یک نماد باید برای کسانی که ارتباط برقرار می‌کنند به یک شکل درک شود. اگر نمادها تغییر کنند یا به‌طور متفاوتی استفاده شوند، این می‌تواند دشوار باشد.



منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌های در حوزه پریر، فصل ۲، مثلث معنایی.

بنابراین، اگر فرد رفتاری را فقط در موقعیت‌های خاصی نشان دهد، رفتار او تمایز (Distinctiveness) بالایی دارد. نظریه انتساب (Attribution Theory) که توسط برنارد واینر (Bernard Weiner) ارائه شد، بیان می‌کند که افراد هنگام مشاهده یک رفتار یا رویداد، به‌طور طبیعی تلاش می‌کنند علت آن را شناسایی کنند. آن‌ها ابتدا بررسی می‌کنند که آیا رفتار به‌صورت عمدی انجام شده است یا خیر و سپس قضاوت می‌کنند که علت آن به ویژگی‌های درونی فرد مربوط می‌شود یا به عوامل بیرونی و موقعیتی.



۹. الف ب ج د

در نظریه انتساب سه شاخص برای تبیین علت رفتار بررسی می‌شود:

۱. **Consensus** توافق: آیا افراد دیگر نیز در همان موقعیت همین رفتار را نشان می‌دهند؟
۲. **Consistency** تداوم: آیا این فرد در موقعیت‌های مشابه و در طول زمان، همواره همین رفتار را نشان می‌دهد؟
۳. **Distinctiveness** تمایز: آیا این رفتار فقط در یک موقعیت یا نسبت به یک محرک خاص رخ می‌دهد، یا در موقعیت‌های مختلف نیز دیده می‌شود؟



این نظریه تأکید می‌کند که موفقیت هر مرحله به موفقیت مرحله قبل وابسته است و عواملی مانند طراحی مناسب پیام، اعتبار فرستنده، کانال ارتباطی و ویژگی‌های مخاطبان بر اثربخشی پیام تأثیر می‌گذارند. همچنین، پیام‌های سلامت زمانی بیشترین اثر را دارند که برای مخاطب شخصاً مرتبط و متناسب با نیازها، ارزش‌ها و سبک زندگی او باشند و بتوانند او را به پذیرش و تداوم رفتار سالم ترغیب کنند.

منبع: ارتباط سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۲، نظریه ارتباطات برای ترغیب.



۱۱. الف) ب) ج) د)

در ارتباطات سلامت، مخاطب اولیه (Primary Audience) افرادی هستند که قرار است رفتارشان تغییر کند؛ در این سؤال، فرد سیگاری مخاطب اولیه است.

مخاطب ثانویه (Secondary Audience) افرادی هستند که بر رفتار مخاطب اولیه تأثیر مستقیم دارند و می‌توانند او را به تغییر رفتار تشویق یا در حفظ آن حمایت کنند. در یک کمپین ترک سیگار، همسر، اعضای خانواده یا دوستان نزدیک از مهم‌ترین مخاطبان ثانویه محسوب می‌شوند.

شناسایی مخاطبان کلیدی (Identify Key Audiences) یکی از مراحل مهم طراحی برنامه‌های ارتباطات سلامت است.

مخاطبان اولیه (Primary Audience) افرادی هستند که برنامه مستقیماً قصد تغییر رفتار یا تصمیم آن‌ها را دارد؛ مانند افراد در معرض خطر بیماری، بیماران یا والدینی که درباره سلامت فرزندان خود تصمیم می‌گیرند. **مخاطبان ثانویه (Secondary Audience)** شامل افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که بر تصمیم‌ها و رفتار مخاطبان اولیه تأثیر می‌گذارند و می‌توانند در دستیابی به اهداف برنامه نقش حمایتی داشته باشند؛ مانند اعضای خانواده، همسالان، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و انجمن‌های اجتماعی.

در انتخاب مخاطبان اولیه و ثانویه باید عواملی مانند سن، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، باورهای مذهبی، جنسیت، نگرش‌ها و رفتارهای فعلی آنان بررسی شود تا پیام‌های ارتباطی متناسب با نیازهای هر گروه طراحی گردد. برای مثال، در برنامه واکسیناسیون HPV، اگر مخاطب اولیه والدین باشند، پزشکان اطفال، پرستاران و سایر کارکنان سلامت به‌عنوان مخاطبان ثانویه انتخاب می‌شوند؛ زیرا با ارائه اطلاعات معتبر و حمایت از واکسیناسیون، بر تصمیم والدین تأثیر می‌گذارند.

منبع: ارتباط سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۱۰، شناسایی مخاطبان کلیدی.

این فرایند ذهنی را «انتساب» (Attribution) می‌نامند و نقش مهمی در ادراک و تفسیر رفتار دیگران دارد.

واینر برای تبیین این فرایند، سه شاخص اصلی را مطرح می‌کند: تمایز (Distinctiveness)، توافق (Consensus) و تداوم (Consistency). تمایز به این موضوع اشاره دارد که آیا فرد این رفتار را فقط در یک موقعیت خاص نشان می‌دهد یا در موقعیت‌های دیگر نیز چنین رفتاری دارد. توافق بیان می‌کند که آیا افراد دیگر نیز در همان شرایط رفتار مشابهی دارند یا خیر. تداوم نیز بررسی می‌کند که آیا فرد در زمان‌ها و موقعیت‌های مشابه، همواره همین رفتار را تکرار می‌کند یا خیر. افراد با استفاده از این سه شاخص، علت رفتار را تحلیل و درباره منشأ آن قضاوت می‌کنند.

بر اساس نظریه انتساب، نتیجه این تحلیل می‌تواند به انتساب درونی یا انتساب بیرونی منجر شود. اگر رفتار ناشی از ویژگی‌های شخصی، عادات یا انگیزه‌های فرد باشد، علت آن درونی تلقی می‌شود؛ اما اگر رفتار تحت تأثیر شرایط محیطی یا عوامل موقعیتی رخ داده باشد، انتساب بیرونی صورت می‌گیرد. این نظریه در ارتباطات سلامت اهمیت زیادی دارد، زیرا نحوه تفسیر رفتار بیماران توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌تواند بر کیفیت ارتباط، تصمیم‌گیری و انتخاب مداخلات درمانی و آموزشی تأثیر بگذارد.

منبع: ارتباط سلامت استراتژی‌ها و مهارت‌های در حوزه پریر، فصل ۲، نظریه انتساب.



۱۰. الف) ب) ج) د)

در ارتباطات سلامت، ترغیب (Persuasion) زمانی بیشترین اثربخشی را دارد که پیام سلامت با ارزش‌ها، باورها، اهداف و انگیزه‌های شخصی مخاطب هماهنگ باشد. افراد زمانی بیشتر یک رفتار سالم را می‌پذیرند که آن رفتار را در راستای ارزش‌های مهم زندگی خود، مانند حفظ سلامت خانواده، استقلال، موفقیت یا کیفیت زندگی بدانند. نظریه ارتباطات برای ترغیب (Communication for Persuasion Theory) توسط ویلیام مک‌گوییر (William McGuire) ارائه شده و توضیح می‌دهد که افراد برای پذیرش و انجام یک رفتار جدید، باید مجموعه‌ای از مراحل را به ترتیب طی کنند. این مراحل شامل مواجهه با پیام، توجه به آن، مرتبط و جالب دانستن پیام، درک آن، تطبیق رفتار جدید با زندگی شخصی، پذیرش پیام، به خاطر سپردن آن، تصمیم‌گیری، انجام رفتار، دریافت تقویت مثبت و در نهایت تبدیل رفتار به یک عادت پایدار است.



۴۰. الف ب ج د

آموزش برنامه‌ای (Programmed Instruction) توسط B. F. Skinner بر اساس اصول شرطی‌سازی عامل توسعه یافت. اسکینر معتقد بود یادگیری زمانی بهتر اتفاق می‌افتد که:

- مطالب به گام‌های کوچک و منظم تقسیم شوند.
- یادگیرنده پاسخ فعال بدهد.
- برای پاسخ درست تقویت (Reinforcement) دریافت کند.
- یادگیری با سرعت فردی انجام شود

منبع: اسکینر، پی. اف. (۱۹۵۸). ماشین‌های آموزشی. علوم، ۱۲۸ (۳۳۳۳۰)، ۹۷۷-۹۶۹.

اصول و مبانی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت



۴۱. الف ب ج د

مؤسسه پزشکی آمریکا (Institute of Medicine - IOM) در سال ۱۹۹۴ مداخلات پیشگیرانه را برای گروه‌های هدف مختلف و مسائل و نگرانی‌های متفاوت سلامت طبقه‌بندی کرد. این الگو، مداخلات پیشگیرانه را بر اساس دامنه خطر قابل شناسایی دسته‌بندی می‌کند. این سه سطح عبارت‌اند از:

۱. مداخلات پیشگیرانه همگانی

(Universal Preventive Interventions):

- گروه هدف، عموم مردم یا جمعیتی است که بر اساس خطر فردی، در معرض خطر خاصی شناسایی نشده‌اند؛ به عبارت دیگر، این مداخلات برای همه افراد طراحی می‌شوند.
- مشخص شده است که مداخلات همگانی، از تأثیرات خفیف تا قوی بر مسائل مختلف سلامت در جمعیت‌های گوناگون برخوردارند.

• نمونه‌ها:

- ♦ کمپین‌های رسانه‌ای از طریق پیام‌های خدمات عمومی در تلویزیون.
- ♦ آموزش مهارت‌های اجتماعی برای همه دانش‌آموزان از مهدکودک تا پایان دبیرستان (K-۱۲).

۲. مداخلات پیشگیرانه انتخابی

(Selective Preventive Interventions):

- گروه هدف، افراد یا زیرگروه‌هایی از جمعیت هستند که خطر ابتلا به بیماری یا اختلال در آن‌ها به‌طور قابل توجهی بیشتر از میانگین جامعه است.

۷. مکانیسم (Mechanism):

انجام مکرر مهارت با اعتمادبه‌نفس، به‌گونه‌ای که بخشی از آن به عادت تبدیل شود. مثال: استفاده صحیح از عصا با اجرای روان مراحل.

۸. پاسخ آشکار پیچیده (Complex Overt Response):

اجرای خودکار و ماهرانه یک مهارت پیچیده با سرعت، دقت و حداقل تلاش.

مثال: استفاده حرفه‌ای از عصا در موقعیت‌های مختلف.

۹. سازگاری (Adaptation):

توانایی تغییر و تطبیق مهارت با شرایط جدید. مثال: جایگزین کردن غذاهای ناسالم با انتخاب‌های سالم متناسب با شرایط فرد.

۱۰. ابداع (Origination):

ایجاد روش‌های مهارت‌های حرکتی جدید بر اساس دانش و تجربه.

منبع: متفهمین سلامت به عنوان آموزش‌دهنده، فصل ۱۰، هیئت روانی حرکتی.



۳۸. الف ب ج د

بر اساس نظریه ساخت‌گرایی (Constructivism)، یادگیری یک فرآیند فعال است که در آن فراگیران دانش جدید را با تکیه بر تجربیات قبلی، تعامل با محیط و تفسیر شخصی خود می‌سازند. در این دیدگاه، یادگیرنده دریافت‌کننده منفعل اطلاعات نیست، بلکه خودش در ایجاد معنا نقش دارد.

منبع: متفهمین سلامت به عنوان آموزش‌دهنده، فصل ۳، نظریه یادگیری سافت‌گرایی.



۳۹. الف ب ج د

بر اساس نظریه یادگیری بزرگسالان (Andragogy) مالکم نولز (Malcolm Knowles)، بزرگسالان ویژگی‌های خاصی در یادگیری دارند:

- تجربیات قبلی آن‌ها منبع مهم یادگیری است و یادگیری جدید را با تجربیات خود مرتبط می‌کنند.
- معمولاً خودراهر (Self-directed) هستند و وابستگی کمتری به مربی دارند.
- بیشتر با انگیزه‌های درونی مانند رشد فردی، حل مسئله و پیشرفت شغلی یاد می‌گیرند.
- به آموزش‌های مرتبط با مسائل واقعی زندگی و کاربرد عملی علاقه دارند.

منبع: متفهمین سلامت به عنوان آموزش‌دهنده، فصل ۵، یادگیری بزرگسالان.



● نمونه‌ها:

♦ برنامه آموزشی برای تشویق کارگران ساختمانی به استفاده از گوشی محافظ یا سایر وسایل محافظ هنگام کار با ماشین‌آلات پرسروصدا.

♦ جلسات مشاوره سوگ برای دانش‌آموزانی که تجربه یک فقدان یا حادثه آسیب‌زا را پشت سر گذاشته‌اند.

۳. مداخلات پیشگیرانه نشان‌دار

(Indicated Preventive Interventions)

● گروه هدف، افراد پرخطری هستند که علائم یا نشانه‌های قابل تشخیص یک مشکل را نشان می‌دهند، اما هنوز معیارهای تشخیصی کامل آن بیماری یا اختلال را ندارند.

● مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات نشان‌دار، در رفع مشکلات سلامت شناسایی‌شده، اثربخشی بیشتری دارند.

● نمونه: برنامه ترک سیگار برای افرادی که به‌طور سنگین سیگار مصرف می‌کنند.

منبع: برنامه‌های ارتقا سلامت از تئوری تا عمل، فصل ۵، تصمیم‌گیری در مورد مداخلات برنامه.



۴۲. الف) ب) ج) د)

در مدل‌های ارتقای سلامت، عوامل مؤثر بر رفتار معمولاً به سه دسته تقسیم می‌شوند:

۱. عوامل نزدیک (Proximal): عواملی که مستقیماً بر رفتار فرد اثر می‌گذارند؛ مانند نگرش، باور، هنجارهای اجتماعی، خودکارآمدی و قصد رفتاری.

۲. عوامل میانی (Intermediate): محیط‌ها و سازمان‌ها، مانند مدرسه، محل کار و دسترسی به امکانات.

۳. عوامل دور (Distal): سیاست‌ها، قوانین و ساختارهای اقتصادی و اجتماعی.

در مدل Integrated Behavioral Model (IBM)، عوامل مؤثر بر رفتار به دو دسته نزدیک (Proximal) و دور (Distal) تقسیم می‌شوند. عوامل نزدیک، سازهایی هستند که به‌طور مستقیم بر قصد انجام رفتار و در نهایت بر رفتار اثر می‌گذارند. این عوامل شامل نگرش (Attitude)، هنجار ادراک‌شده (Perceived Norm)، عاملیت فردی (Personal Agency)، قصد رفتاری (Intention) و همچنین دانش و مهارت، محدودیت‌های محیطی، برجستگی رفتار و عادت هستند. این متغیرها تعیین‌کننده اصلی انجام یا عدم انجام رفتار سلامت محسوب می‌شوند.

در مقابل، عوامل دور (Distal Variables) مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شخصیتی و سایر تفاوت‌های فردی، اثر مستقیمی بر رفتار ندارند؛ بلکه از طریق تأثیر بر عوامل نزدیک، رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به همین دلیل، در طراحی مداخلات ارتقای سلامت باید ابتدا مشخص شود کدام سازه‌های نزدیک (مانند نگرش، هنجار یا خودکارآمدی) بیشترین نقش را در رفتار مورد نظر دارند و سپس مداخلات برای تغییر این سازه‌ها طراحی شوند. به همین اساس، هنجارپنداری فست‌فودخوری هفتگی به‌عنوان یک هنجار ادراک‌شده (Perceived Norm) در گروه عوامل Proximal قرار می‌گیرد، در حالی که سیاست‌هایی مانند برچسب‌گذاری مواد غذایی یا یارانه‌ها از عوامل Distal محسوب می‌شوند.

منبع: رفتار سلامت گلنز، فصل ۶، مدل رفتار یکپارچه.



۴۳. الف) ب) ج) د)

در مدل PROCEED-PRECEDE، عوامل به سه دسته تقسیم می‌شوند:

۱. Predisposing factors عوامل مستعدکننده:

دانش، نگرش، باورها، ارزش‌ها و هنجارها.

۲. Enabling factors عوامل قادرکننده:

منابع، امکانات، خدمات، مهارت‌ها و تسهیلاتی که انجام رفتار را ممکن یا آسان می‌کنند.

۳. Reinforcing factors عوامل تقویت‌کننده:

پاداش، تشویق و حمایت اجتماعی که پس از رفتار، آن را تداوم می‌بخشند.

برای مطالعه‌ی بیشتر به سؤالات سال‌های قبل مراجعه فرمایید.

منبع: نظریه‌ها مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، فصل ۲، مدل پروسیدر پروسیدر.



۴۴. الف) ب) ج) د)

در الگوی PROCEED-PRECEDE، مرحله ارزیابی اپیدمیولوژیک (Epidemiological Assessment) شامل موارد زیر است:

- شناسایی مشکلات سلامت
- تعیین جمعیت هدف
- تعیین اهداف رفتاری (Behavioral Objectives) و اهداف محیطی
- مشخص کردن رفتارهایی که باید تغییر کنند تا پیامد سلامت بهبود یابد.





۴۶. الف ب ج د

در الگوی Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB)، مؤلفه‌ی انگیزش (Motivation) از دو بخش تشکیل می‌شود:

۱. نگرش (Attitude): باورها و ارزیابی فرد درباره‌ی انجام یک رفتار (مثلاً اینکه فرد رفتار را مفید یا مضر بداند).
۲. تأثیرات اجتماعی (Social influence): برداشت فرد از حمایت، انتظار یا فشار اجتماعی دیگران درباره‌ی انجام آن رفتار

مدل اطلاعات-انگیزش-مهارت‌های رفتاری (IMB) یک نظریه در علوم رفتاری است که ابتدا برای کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV ایجاد شد و بعدها در رفتارهای سلامت دیگر مانند خودآزمایی پستان، استفاده از تجهیزات ایمنی و پایبندی به مصرف دارو نیز به کار رفت.

این مدل سه سازه اصلی دارد:

۱. اطلاعات (Information):

- داشتن دانش مرتبط و مشخص با یک رفتار سلامت، پیش‌نیاز تغییر رفتار است.
- فقط داشتن اطلاعات عمومی کافی نیست؛ اطلاعات باید مستقیماً به رفتار موردنظر مربوط باشد.
- مثال: برای رژیم کم‌چرب، دانستن اینکه کدام غذاها چربی اشباع دارند مهم‌تر از دانستن جزئیات بیماری تصلب شرایین است.

۲. انگیزش (Motivation):

- انگیزش شامل دو بخش است:
 - ♦ نگرش (Attitude): باورها و ارزیابی فرد درباره رفتار (مثلاً رفتار را مفید یا مضر بداند).
 - ♦ تأثیرات اجتماعی (Social influence): انتظار، حمایت یا فشار اجتماعی از طرف دیگران.

- بنابراین، $Motivation = Attitude + Social\ influence$
- این بخش شباهت زیادی به مفاهیم نگرش و هنجار ذهنی در نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (TPB) دارد.

۳. مهارت‌های رفتاری (Behavioral Skills):

- شامل ترکیب دو مفهوم است:
 - ♦ خودکارآمدی (Self-efficacy): باور فرد به توانایی خودش برای انجام رفتار.
 - ♦ مهارت واقعی (Actual skill): توانایی عملی انجام رفتار.

- یعنی: $Behavioral\ skills = Self-efficacy + Actual\ skill$

منبع: نظریه‌های رفتار سلامت برای بهداشت عمومی، فصل ۴، مدل اطلاعات رفتار انگیزش.

مرحله دوم، ارزیابی اپیدمیولوژیک است و شامل شناسایی مشکلات خاص سلامتی است که در نگرانی‌های کیفیت زندگی شناسایی شده در ارزیابی اجتماعی نقش دارند یا با آنها تعامل دارند. این مرحله همچنین عوامل ایجادکننده را در سه دسته ژنتیک، رفتار و محیط شناسایی می‌کند. ارزیابی اپیدمیولوژی شامل دو بخش - توصیفی و تحلیلی - است و تلاش می‌کند تا اطلاعاتی را در مورد هر دو جنبه جمع‌آوری کند. در اپیدمیولوژی توصیفی، حقایق مربوط به ویژگی‌های زمانی، مکانی و جمعیتی مشکل سلامتی از طریق میزان مرگ‌ومیر، ابتلا به بیماری و ناتوانی جمع‌آوری می‌شود. اپیدمیولوژی تحلیلی، عوامل تعیین‌کننده سلامت را بررسی می‌کند. در این مدل، کار تحلیلی به شناسایی رفتارها و محیط‌ها تبدیل می‌شود. رفتارها سه نوع هستند: اقدامات نزدیک یا مستقیم که بر سلامت تأثیر می‌گذارند؛ اقداماتی که بر سلامت دیگران تأثیر می‌گذارند؛ و اقداماتی که بر محیط سازمانی یا سیاست‌گذاری تأثیر می‌گذارند. برای تشخیص رفتارهایی که باید هدف قرار گیرند، عوامل رفتاری از نظر اهمیت و تغییرپذیری رتبه‌بندی می‌شوند. اهداف رفتاری برای رفتارهایی تدوین می‌شوند که قابل تغییرتر و مهم‌تر تشخیص داده می‌شوند. برای تشخیص محیط‌ها، عوامل محیطی بر اساس اهمیت و قابلیت تغییر رتبه‌بندی می‌شوند. اهداف محیطی نیز با تمرکز بر موارد قابل تغییرتر و مهم‌تر فهرست شده تعیین می‌شوند.

منبع: نظریه‌ها مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، فصل ۲، مدل پروسیس پروسیس.



۴۵. الف ب ج د

هنجار ذهنی در نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده به این معناست که فرد احساس می‌کند افراد مهم زندگی‌اش (مثل دوستان، خانواده یا گروه‌های اجتماعی) از او انتظار دارند یک رفتار خاص را انجام دهد یا انجام ندهد.

در این گزینه، فرد برداشت می‌کند که دوستانش انتظار دارند او به رژیم گیاه‌خواری پایبند بماند؛ بنابراین این انتظار اجتماعی باعث ایجاد فشار یا انگیزه‌ی اجتماعی برای ادامه‌ی رفتار می‌شود. به همین دلیل، این گزینه دقیقاً مفهوم هنجار ذهنی را نشان می‌دهد.

منبع: نظریه‌ها مدل‌ها و روش‌های آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، فصل ۵، نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده.



۴۷. الف ب ج د

در نظریه‌ی انگیزش محافظت (PMT) به‌طور خاص به پردازش پیام‌های ترس‌آور و نحوه‌ی ارزیابی اطلاعات تهدیدکننده توجه می‌شود. این نظریه توضیح می‌دهد که افراد چگونه پیام‌های مربوط به خطرات سلامتی را پردازش می‌کنند و بر اساس آن تصمیم می‌گیرند که رفتار محافظتی انجام دهند یا نه.

در این نظریه، فرد دو نوع ارزیابی انجام می‌دهد:

۱. ارزیابی تهدید (Threat appraisal): بررسی شدت خطر و احتمال وقوع آن.

۲. ارزیابی مقابله (Coping appraisal): بررسی کارآمدی رفتار پیشنهادی و توانایی خود برای انجام آن.

منبع: نظریه‌های رفتار سلامت برای بهراشت عمومی، فصل ۵، نظریه انگیزش محافظت.

۴۸. الف ب ج د

در نظریه‌ی انگیزش محافظت (PMT)، سازه‌ی پاداش‌ها (Rewards) به مزایایی اشاره دارد که فرد از انجام یک رفتار به دست می‌آورد؛ این پاداش‌ها می‌توانند درونی (مثل لذت و هیجان) یا بیرونی (مثل تأیید و پذیرش اجتماعی) باشند.

در این جمله، فرد می‌گوید انجام حرکات نمایشی با موتورسیکلت باعث می‌شود توسط افراد مهم زندگی‌اش بیشتر پذیرفته شود؛ بنابراین، پذیرش اجتماعی یک پاداش بیرونی محسوب می‌شود.

منبع: نظریه‌های رفتار سلامت برای بهراشت عمومی، فصل ۵، نظریه انگیزش محافظت.

۴۹. الف ب ج د

یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در سیاست‌گذاری عمومی سلامت، ایجاد تعادل بین دو هدف مهم است:

- بهبود سلامت کل جمعیت: یعنی افزایش سطح کلی سلامت جامعه، حتی اگر این بهبود بیشتر در گروه‌هایی رخ دهد که از قبل وضعیت بهتری دارند.

- کاهش نابرابری‌های سلامت: یعنی تمرکز بیشتر بر گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر برای کم کردن فاصله‌های سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه.

گاهی یک سیاست می‌تواند میانگین سلامت جامعه را افزایش دهد، اما هم‌زمان باعث بیشتر شدن فاصله سلامت بین گروه‌های اجتماعی شود. به همین دلیل، تصمیم‌گیران سلامت باید بین پیشینه کردن سلامت جمعیت و برقراری عدالت در سلامت تعادل برقرار کنند.

منبع: رفتار سلامت کلنر، فصل ۱، سیاست.

۵۰. الف ب ج د

Stage Theory یا نظریه‌های مرحله‌ای، رفتار را به‌صورت یک فرایند چندمرحله‌ای در نظر می‌گیرند؛ یعنی فرد برای تغییر رفتار از مراحل مشخصی عبور می‌کند و افراد در هر مرحله ویژگی‌ها و نیازهای متفاوتی دارند.

مدل فرایند پذیرش اقدامات احتیاطی (PAPM) یک مدل مرحله‌ای (Stage Theory) است که توضیح می‌دهد افراد چگونه از ناآگاهی درباره یک خطر سلامت به سمت انجام رفتار محافظتی حرکت می‌کنند.

این مدل ۷ مرحله دارد:

۱. Unaware of health risk بی‌اطلاع از خطر سلامت:

فرد اصلاً درباره خطر چیزی شنیده و آگاهی ندارد.

۲. Unengaged by health risk بی تفاوت نسبت به خطر:

فرد خطر را می‌شناسد، اما فکر نمی‌کند به خودش مربوط باشد یا برای او اتفاق بیفتد.

۳. Deciding about acting تصمیم‌گیری درباره اقدام:

فرد شروع به فکر کردن درباره انجام رفتار محافظتی کرده، اما هنوز تصمیم نگرفته است.

۴. Decided not to act تصمیم به عدم اقدام:

فرد اطلاعات را بررسی کرده و تصمیم گرفته اقدامی انجام ندهد.

۵. Deciding to act تصمیم به اقدام:

فرد به این نتیجه رسیده که باید رفتار محافظتی را انجام دهد.

۶. Acting عمل کردن:

فرد رفتار جدید را انجام می‌دهد و به اطلاعات عملی برای اجرای آن نیاز دارد.

۷. Maintenance حفظ رفتار:

رفتار جدید تثبیت شده و به یک عادت تبدیل می‌شود.

منبع: نظریه‌های رفتار سلامت برای بهراشت عمومی، فصل ۶، مدل فرایند پذیرش احتیاطی.

۵۱. الف ب ج د

در الگوی فرانظریه‌ای (Transtheoretical Model - TTM)، سازه‌ی بازآرزیابی محیطی (Environmental Re-evaluation) به این معناست که فرد تأثیر رفتار خود بر محیط، خانواده، دوستان و جامعه را ارزیابی می‌کند؛ یعنی متوجه می‌شود تغییر رفتار او چه پیامدهایی برای دیگران و محیط اطرافش دارد.

فرد می‌بیند که انتخاب‌های غذایی سالم او می‌تواند رفتار و الگوهای غذایی خانواده‌اش را نیز بهبود دهد.

منبع: نظریه‌ها مدل‌ها و روش‌های آموزش بهراشت و ارتقا سلامت، فصل ۴، مدل فرانظری.

۱. مهارت‌های ارتباطی برای متخصصین مراقبت سلامت، نویسندگان لری کری و جف میسون، مترجم دکتر ژاله نصراله طوج، ۱۴۰۳ انتشارات علمی سنا.
۲. اصول و مبانی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، ترجمه و تالیف محسن صفاری و دکتر داوود شجاعی زاده، ۱۳۸۷، سمات.
۳. تکنولوژی آموزشی در حوزه سلامت، نویسندگان: محسن صفاری، دکتر امیر پاکپور، دکتر داوود شجاعی زاده، دکتر هرمز سنایی نسب، ۱۳۹۱ آثار سبحان.
۴. ارتباطات انسانی جلد اول و دوم، نویسنده دکتر علی اکبر فرهنگی، ۱۳۷۴ خدمات فرهنگی رسا.
۵. مبانی نظری تکنولوژی آموزشی، نویسنده دکتر هاشم فردانش، ۱۳۹۰ سمت.
۶. سلامت، بیماری و جامعه، مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی پزشکی، نویسنده: استیون بارکان، مترجم، میترا نجفی، ۱۴۰۵ انتشارات علمی سنا.
۷. مهارت‌های آموزشی و پرورشی جلد اول روش‌ها و فنون تدریس، نویسنده: دکتر حسن شعبانی، ۱۳۹۴ سمت.
8. *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion (Third Edition)*, Author: Manoj Sharma, 2017. Jones & Bartlett Learning.
9. *Health Communication: From Theory to Practice (First Edition)*, Author: Renata Schiavo, 2007. John Wiley & Sons, Inc.
10. *Designing Instruction for Technology-Enhanced Learning*, Author: Patricia L. Rogers, 2002. Idea Group Publishing.
11. *Understanding Health: A Sociological Introduction*, Authors: Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2002. SAGE Publications.
12. *Sociology and Health Care: An Introduction for Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*, Author: Michael Sheaff, 2005. Open University Press.
13. *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*, Author: Glenn Laverack, 2007. Open University Press.
14. *Health Professional as Educator: Principles of Teaching and Learning (Second Edition)*, Authors: Susan B. Bastable, Margaret M. Braungart, Pamela R. Gramet, Karen Jacobs, and Deborah L. Sopczyk, 2017. Jones & Bartlett Learning.
15. *Health, Illness, and Society: An Introduction to Medical Sociology (Updated Second Edition)*, Author: Steven E. Barkan, 2023. Rowman & Littlefield.
16. *Applied Sociology of Health and Illness: A Problem-Based Learning Approach (Second Edition)*, Author: Costas S. Constantinou, 2023. CRC Press.
17. *Health Communication: Strategies and Skills for a New Era*, Authors: Claudia F. Parvanta and Sarah Bauerle Bass, 2020. Jones & Bartlett Learning.
18. *Communication Skills for the Health Care Professional: Context, Concepts, Practice, and Evidence (Third Edition)*, Author: Gwen van Servellen, 2018. Jones & Bartlett Learning.
19. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice (Fifth Edition)*, Editors: Karen Glanz, Barbara K. Rimer, and K. Viswanath, 2015. Jossey-Bass (John Wiley & Sons, Inc.)
20. *Health Promotion Programs: From Theory to Practice (Second Edition)*, Editors: Carl I. Fertman and Diane D. Allensworth, 2017. Jossey-Bass (John Wiley & Sons, Inc.).
21. *Evaluating Public and Community Health Programs (First Edition)*, Author: Muriel J. Harris, 2010. Jossey-Bass (John Wiley & Sons, Inc.).
22. *Principles and Foundations of Health Promotion and Education (Seventh Edition)*, Authors: Randall R. Cottrell, James T. Girvan, Denise M. Seabert, Caile Spear, and James F. McKenzie, 2018. Pearson Education, Inc.
23. *Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications (Second Edition)*, Authors: Ralph J. DiClemente, Laura F. Salazar, and Richard A. Crosby, 2019. Jones & Bartlett Learning.
24. *Health Communication: Theory, Method, and Application*, Editor: Nancy Grant Harrington, 2015. Routledge (Taylor & Francis Group).
25. *Health Communication*, Author: Richard K. Thomas, 2006. Springer Science+Business Media, Inc.

