

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 7

**< ПРОЦЕНА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 7 | Процена | Типови процена. Кораци у оцењивању. Кроз здравствену пирамиду. | Упознавање са проценом здравља заједнице и планирањем програма. |

Copyright © 2019 – Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Сва права задржана. Без претходне писмене дозволе од стране Факултета медицинских наука забрањена је репродукција, трансфер, дистрибуција или меморисање неког дела или читавих садржаја овог документа, копирањем, снимањем, електронским путем, скенирањем или на било који други начин.

Copyright © 2019 – Faculty of Medical Sciences of University of Kragujevac. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying,, recording, scanning or otherwise, without the prior written permission of Faculty of Medical Sciences.

**САДРЖАЈ**

[ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА ЗАЈЕДНИЦЕ И ПЛАНИРАЊЕ ПРОГРАМА 2](#_Toc7887595)

[Типови процена 2](#_Toc7887596)

[Oрганизациона процена 2](#_Toc7887597)

[Проценa маркетинга 3](#_Toc7887598)

[Проценa потреба 3](#_Toc7887599)

[Процена здравља у заједници 3](#_Toc7887600)

[Процена радне снаге 4](#_Toc7887601)

[Кораци у оцењивању 4](#_Toc7887602)

[Укључивање чланова заједнице 4](#_Toc7887603)

[Дефинисање популације 5](#_Toc7887604)

[Дефинишите проблем који треба да се процени 6](#_Toc7887605)

[Предвиђање питања везана за податке и методолошка питања 6](#_Toc7887606)

[Кроз здравствену пирамиду 8](#_Toc7887607)

Предавање бр. 7

**< ПРОЦЕНА** **>**

# ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА ЗАЈЕДНИЦЕ И ПЛАНИРАЊЕ ПРОГРАМА

## Типови процена

Пре покретања свеукупне процене потреба, планери и групе за планирање треба да буду упознати са проценом као процесом. Овај процес почиње проучавањем доступних података како би се стекло радно знање о заједници и присутним здравственим проблемима. Процена упознавања, како се назива, полазна је тачка од које треба размотрити да ли је потребно више података и да ли треба наставити са спровођењем веће процене потреба. Могуће је да је локална агенција већ урадила процену потреба која би могла бити адекватна за овај задатак. Тако, постајући фамилијарни са заједницом, здравствени проблем и постојеће процене могу уштедети време и труд током процеса планирања. Ако се чини да је процена потребна или је прописано од стране регулативног тела, можда ће бити потребно извршити пет врста процена. Опет, разлике су наглашене у циљу истицања могућности и могу бити замагљене у пракси.

### Oрганизациона процена

Организациона процена одређује снаге, слабости, могућности и претње организацији која пружа здравствени програм. Док се организациона процена може сматрати делом логистичког планирања здравственог програма, од кључне је важности имати добар осећај организацијске спремности и способности да се обезбиједи програм за решавање здравственог проблема који се разматра пре планирања. У PRECEDE-PROCEEDE моделу (Green & Kreuter, 2005), који је широко коришћен од стране здравствених едукатора, организациона процена се сматра кључном компонентом у планирању здравствених образовних интервенција. Организациона процена има за циљ да одговори на кључно питање: “Која је способност и спремност организације да обезбеди здравствени програм?” Ширина организационе процене је слична процени инфраструктуре која се разматра у МАPP-у.

Подаци за организациону процену прикупљају се од чланова организације, као и из постојећих организацијских евиденција и докумената. Ови подаци помажу у одређивању организационе изводљивости развоја и спровођења здравственог програма - то јест, да ли су на располагању адекватни и одговарајући ресурси и да ли се здравствени програм уклапа у мисију и циљеве организације. Један од кључних аспеката организационе процене је процена људских ресурса унутар организације, са посебним освртом на њихову способност да задовоље потребе идентификоване у процени потреба заједнице. Ова врста процене може такође идентификовати промене које су потребне унутар организације као предуслов за пружање здравственог програма. На тај начин, организацијска процена пружа критичне информације за развој интерних стратегија како би се осигурао успех здравственог програма.

Степен до којег је организацијска процена од пресудног значаја за успех здравственог програма огледа се у студији о организацијским капацитетима коју су спровели Roberts-Gray, Gingis и Boerm (2007). Ови аутори су развили валидно и поуздано средство за процену капацитета школа за имплементацију програма превенције пушења који финансира Одсек за државне здравствене услуге у Тексасу. На крају, њихове мере организационог капацитета предвиђале су и количину активности имплементације и квалитет имплементације школске интервенције усмерене на превенцију пушења.

### Проценa маркетинга

Баш као што је разумевање потреба и средстава циљне публике кључно у планирању програма, једнако је важно разумети у којој мери би циљна публика била заинтересована за здравствени програм. Подаци за процену тржишта могу се прикупити у исто време када се прикупљају подаци о процени потреба. Ова врста процене настоји да одговори на питања као што су: “Шта ће привући циљну публику у програм?” или “Које друге здравствене организације пружају које врсте услуга?” Типичне анализе тржишта, као што су оне које се спроводе у подузећима, разликују се од процена маркетинга за здравствене програме на неколико начина. У здравственим програмима, маркетиншки концепти су прилагођени да одражавају социјалну и бихевиоралну интервенцију програма. Поред тога, аспекти цена и пакета који су адресирани у маркетингу процене играју различите улоге у здравственим програмима.

Кључни подаци који се прикупљају у маркетиншкој процени баве се конкурентним програмима (расположивим ресурсима заједнице) и укупним интересовањем за планирани програм. Укључивање елемената маркетиншке процене у активности процене умањује изгубљене прилике за прикупљање кључних података и помаже да се пружи потпунија процена стања која могу утицати на коришћење услуга и здравствене исходе.

### Проценa потреба

Процена потреба, у уже дефинисаном, традиционалном смислу, је средство којим се одређују празнине, недостаци и жеље у односу на дефинисану популацију и дефинише специфичан здравствени проблем. Подаци из процене потреба користе се за идентификацију здравствених проблема или стања која се могу решити здравственим програмом. На овај начин, процена служи као полазна основа за планирање програма, као што су то учинили Norris и колеге (2011), а затим за планирање, имплементацију и евалуацију програма (Palmer, Samson, Batra, Triantis, & Mullan, 2011).

Процена потреба пружа информације везане за здравље које омогућују планерима да оцене приоритете који се треба дати специфичним здравственим проблемима и чиме се помаже идентификација компромиса који се неизбежно јављају у решавању једног здравственог проблема, а не другог. Често се врши процена потреба како би се одговорило на питање: “Који здравствени проблеми постоје, и у којој мери?” У основи, процена потреба идентификује нормативне потребе. Процена потреба се може грубо изједначити са “проценом здравственог статуса заједнице” у МАPP-у.

Обично је процена потреба оријентисана на проблеме; на тај начин се настоји да се отпочне са наведеним здравственим проблемом о којем је потребно сазнати више информација. Други аспект процене потреба је одређивање заједнице као подсистема који заслужује специфичну процену. Понекад су потребне детаљније информације о једном аспекту заједнице, а процена потреба усмерена је на заједницу, што може пружити такве информације.

### Процена здравља у заједници

Процена здравственог стања у заједници се користи за утврђивање величине одабраних здравствених проблема у одабраној заједници, суседству или другим одређеним местима у односу на снаге и ресурсе унутар те заједнице, те за одређивање приоритета које заједница даје решавању здравственог проблема. Процена здравственог стања у заједници баца широку мрежу која обухвата све аспекте заједнице. Она испитује здравствене и људске ресурсе и средства, као и здравствени проблем и друге слабости заједнице. Ова врста процене настоји одговорити на питање: “Који су кључни здравствени проблеми и који су ресурси доступни за решавање тих здравствених проблема?” У том смислу, процена здравственог стања у заједници обухвата и интегрише сваки од четири претходно описана модела процене. Из ове интегративне перспективе, ово поглавље даје детаље о спровођењу процене здравственог стања у заједници.

Aкт о приступачној здравственој заштити (АCА) обухвата мандат за непрофитне здравствене организације да спроведу процену здравствених потреба у заједници. Према прописима, заједница је дефинисана географски, али мора обухватити и циљну популацију коју опслужује здравствена организација. Здравствена организација мора спровести стратегију за решавање недостатака утврђених кроз процену здравствених потреба у заједници. Већи нагласак на процени здравствених потреба у заједници ће вероватно генерисати нове приступе задовољавању потреба, као и потенцијално нову свест о здравственим проблемима у заједници.

### Процена радне снаге

Процена радне снаге се обично не сматра делом процене здравственог стања у заједници. Међутим, на инфраструктурном нивоу пирамиде јавног здравља, процене радне снаге су посебно повезане. Процена радне снаге настоји да одговори на питање: “Који људски ресурси постоје на којем нивоу стручности за решавање здравствених потреба?” Процена радне снаге испитује тренутне компетенције међу радном снагом, трендове и покретаче промена у вези с количином и квалитетом радне снаге и изградњу сценарија како би се разумела потенцијална величина јаза између пројектованих потреба и пројектоване расположиве радне снаге. У свим здравственим професијама процене радне снаге које спроводе стручњаци кроз ригорозне истраживачке пројекте откриле су тешку ситуацију у здравству.

У догледној будућности, предвиђања несташица се настављају за особље у области сестринства (ААCH, 2011; Buerhaus, Donelan, Ulrich, DesRoches, & Dittus, 2007; Hinshaw, 2008), здравље на раду (Powell, Kanny, & Coil, 2008), здравље околине (ЕPА, 1999), медицина (ААMC, 2012) и јавно здравље (АSPH, 2008). Ова предвиђања чине неопходним да се пре него што се започне са развојем било којег здравственог програма, спроведе локална процена како би се идентификовала тренутна и будућа радна снага која ће бити укључена у подршку предвиђеном програму. Уосталом, нема смисла развијати одличан програм на папиру, ако није могуће запослити здравствене стручњаке са квалификацијама које су потребне да би програм био успешан у стварном свету. Као што је организацијска процена од кључне важности за одређивање подршке за потенцијалне програме, тако је и процена радне снаге од кључне важности за утврђивање изводљивости програма.

## Кораци у оцењивању

Не постоји тачно одређени и један начин да се спроведе процена здравља у заједници. Ипак, неки основни кораци су инкорпорирани у било који приступ процени здравственог стања у заједници. Први корак је укључивање чланова заједнице у развој и извршење процене заједнице. Следећи корак је дефинисање заједнице или становништва које треба проценити, након чега следи доношење одлука о томе које податке треба прикупити у вези са природом здравственог проблема, као што су величина проблема, прекурсори здравственог проблема и демографске карактеристике и карактеристике понашања. Следећи корак је прикупљање ових података, користећи различите изворе података и приступе. Након прикупљања података, тим за процену и планирање мора анализирати податке коришћењем статистичких процедура како би дошао до статистичких извештаја о здравственим проблемима у популацији. На основу ових података и статистичких података добијених кроз њихову анализу, коначни корак има за циљ да развије сажету изјаву о потреби или проблему који повезује претходне и узрочне факторе здравственог проблема, заједно са факторима имовине који се супротстављају постојању здравственог проблема.

### Укључивање чланова заједнице

Идеално, пре почетка процене здравственог стања у заједници, планери ће посветити време развоју стратегије за укључивање чланова заједнице у процену. Разлог за укључивање оних који ће вероватно бити циљна популација програма произлази из филозофије оснаживања, као и практичне забринутости реакцијама заинтересованих страна и потрошача на податке. Са филозофске перспективе оснаживања, укључивање чланова заједнице повећава и њихов капацитет да помогну у процени и њиховом власништву над прикупљеним подацима и резултатима добијеним проценом. Ова тема укључивања се одвија кроз фазе планирања и евалуације здравственог програма. Из практичне перспективе, укључивање оних на које ће вероватно утицати процена има непосредне и директне последице за развој здравствене процене заједнице. Укључивање чланова заједнице може чак да обликује питања која су обухваћена проценом потреба. Наравно, снажни ставови и предрасуде било које групе могу постати очигледне и током планирања процене. Планери програма могу да користе ова открића да би почели да предвиђају како ће ти ставови утицати на интерпретацију података.

Укључивањем интересних група у заједницу приликом процене здравственог стања у заједници, планери могу открити, признати и надамо се, одговорити на њихове проблеме. Укључивање чланова заједнице је ретко лак подухват. Потребно је превазићи бројне препреке њиховом укључивању: временска ограничења за запослене појединце, супротстављени интереси за расположиво време, проблеми са паркирањем, ограничена доступност локације састанка, недостатак свести о могућности укључивања, осећај неадекватности или несигурности у вези са укључивањем, и недостатак дневне бриге за децу чланова. Не постоји најбољи начин да се повећа укљученост чланова заједнице. Уместо тога, вишеструке стратегије су неопходне, а оне које се користе ће вероватно еволуирати како се процена здравственог стања у заједници буде одвијала. Поред стратегија које се посебно баве препрекама за учешће у заједници, друге стратегије за повећање укључености могу укључивати добијање имена кључних појединаца од особља агенције, обезбеђивање хране као подстицај, пружање неформалне обуке или вештина везаних за укључивање, са специфичним задацима у којима појединци могу бити укључени, или организовање редовних састанака.

Понекад, међутим, није мудро усредсредити се на укључивање чланова заједнице: када постоје озбиљна временска ограничења приликом завршетка процене здравственог стања у заједници, када озбиљна фискална ограничења ограничавају опсег процене, када дубоке повезаности могу утицати на квалитет интеракција међу члановима заједнице, или када постоје недовољне лидерске способности за иницирање и одржавање укључености заједнице. У другим случајевима, чланови заједнице једноставно морају бити укључени у процену здравственог стања у заједници: када постоји мандат агенције која финансира укључивање заједнице, а када то учини, смањиће се перцепција да су искључени, када су везе и перцепције инсајдера потребне како би се осигурала потпуна процена здравственог стања у заједници, или када је циљ да заједница преузме одговорност за континуирано спровођење здравственог програма.

### Дефинисање популације

Разграничавање ко ће се процењивати представља важан рани корак у спровођењу процене здравственог стања у заједници. На питање ко треба да процени, често утиче на то ко врши процену. Тај “ко” се може дефинисати географски, што омогућава да се интересна популација одреди од стране локације, као што је радно место, локација становања или школа. Употреба локалитета као карактеристике дефинисања је уобичајена, тако да се подручја ЗИП кода, пописни путеви, области заједнице или правне границе често користе за дефинисање ко је процењен. Државни одсек за здравство или државни здравствени програм ће се фокусирати на државну популацију, док ће мала, локална, непрофитна агенција вероватно фокусирати само на појединце који су потенцијални купци. На пример, Традиционални индијски савез у Тусону служи само Туцсоновом индијанском становништву. Није изненађујуће да је њена процена потреба била веома ограничена у смислу географског и популацијског сегмента (Еvaneshko, 1999). Насупрот томе, организација United Way у великом градском подручју ће проценити здравствене и социјалне потребе становништва у свом сливном подручју.

Коришћење високо специфичних параметара за дефинисање „ко“ омогућава да процена буде више фокусирана и детаљна. На пример, Dickerson, Smith, Ahn, и Ory (2011) су користили податке о процени потреба из седам округа у Тексасу да би се фокусирали на потребе особа са дијабетесом. Подаци из процене радног места ових аутора омогућили су им да развију програме промоције здравља на радном месту који су се бавили и радним и другим здравственим ризицима. Овај пример показује да дефинисање „ко“ засновано на уско дефинисаној локацији може бити погодан начин за приступ агрегату, добијање детаљних информација и веома специфично прилагођавање здравственог програма.

У програмском планирању и евалуацији, термин циљна публика односи се на оне за које је програм или интервенција осмишљен и намијењен - другим ријечима, они којима је програм намијењен. Термин циљна популација се користи ако је програм намењен читавој популацији, а не субпопулацији. Једноставно речено, мета публика укључује све потенцијалне учеснике. Они који заиста примају програм или интервенцију називају се примајућом публиком. Размишљање о овој разлици између циљева и прималаца помаже да се разјасни ко треба да буде укључен у процену здравственог стања заједнице: У основи, обе групе треба да буду укључене, а циљна публика обухвата потенцијалне примаоце.

Параметри који се користе за разликовање појединаца за које је програм или интервенција намењен, појединцима за које није намењен, постају границе циљне популације. Циљна публика је обично неки део популације у ризику - то јест, они појединци који имају неке социјалне, физичке или друге услове који повећавају ризик за настанак непожељног здравственог проблема или стања. Термин високог ризика је обично резервисан за оне појединце са највећом вероватноћом да имају нежељено здравствено стање или исход.

При спровођењу процене здравственог стања у заједници, планери морају да схвате да се границе циљне публике вероватно мењају са прикупљањем и анализом података. На пример, замислите да када се почне процена здравственог стања у заједници, читава суседна или заједничка област се посматра као циљна публика. Како се епидемиолошки подаци и подаци о имовини анализирају и тумаче, планери могу схватити да су само старији становници црне расе, или адолесценти беле расе, или запослене мајке под високим ризиком за здравствени проблем који се може решити од стране организације. Ова еволуција „ко“ од широких граница до прецизније дефиниције циљне публике је оно што треба да се догоди као резултат процене здравственог стања у заједници.

### Дефинишите проблем који треба да се процени

Баш као што се „ко“ током процене здравља у заједници развија уз прикупљање података и синтезу у информацију, тако ће и „шта“ вероватно еволуирати како се процес процене одвија.

Процене здравља у заједници се предузимају да би се одговорило на сврху - а та сврха никада није алтруистичка жеља да се идентификује ширина здравствених проблема који постоје у заједници. Вероватније је да ће се процена здравственог стања у заједници обавити као одговор на одређени мандат. На пример, Савезни завод за здравље мајке и детета обавезује све државе да спроведу процену потреба на државном нивоу сваких 5 година као део захтева држава за доделу грант средстава из ''Title V''. Слично томе, локалне јурисдикције могу захтевати процену потреба као дeо стратешког плана како би боље одговарале на променљиве здравствене и социјалне потребе својих бирача и бавиле се изазовима које стварају буџетска ограничења. Ако се општински или окружни званичници суочавају са притиском да се позабаве здравственим или социјалним проблемима одређене групе,као што су адолесценти, имигранти или инвалиди, ти званичници могу захтевати процену заједнице како би поткрепили или дискредитирали потребе групе. Ово може бити један од начина да се одигра политички аспект програмског планирања.

За веће здравствене агенције, организације или јурисдикције, процена здравственог стања у заједници може се спровести као одговор на позиве за предлоге за доделу бесповратних средстава који спецификују здравствене проблеме или услове као високи приоритет за решавање. На пример, Центри за контролу и превенцију болести (CDC) финансирали су програме промоције здравља осмишљене да смање расне и етничке разлике у погледу дијабетеса, кардиоваскуларних болести, смртности новорођенчади, ХИВ / АИДС-а и имунизације. Агенција која жели да се такмичи за ове фондове CDC-а, треба да идентификује специфичне расне или етничке разлике унутар сопствене заједнице, као и потребе и средства у односу на један од ових пет здравствених проблема.

## Предвиђање питања везана за податке и методолошка питања

Питања везана за податке у вези са спровођењем процене потреба су добро препозната и документована (Altschuld & Witkin, 2000; Lee, Altschuld, & White, 2007). Таква питања морају бити адресирана како би се побољшао квалитет прикупљених података, чиме се побољшава тачност процене здравственог стања у заједници. Неколико типова методолошких питања овде се разматра у контексту спровођења процене здравственог стања у заједници, а не унутар типичног оквира истраживања.

Прво, када неко покушава да открије шта се дешава, постоји искушење да се од оних који се суочавају са проблемом тражи да дају информације о проблему. Као што је раније поменуто, проблем са овим приступом је да се они које примају услуге могу систематски разликовати од оних које не примају услуге. Такође, овај приступ је мало вероватно да ће открити латентне потребе, што значи да се неке потребе не могу манифестовати у лако препознатљивом облику. Враћајући се на ранији пример заједнице која је желела базен, латентна потреба била је да се неједнакост реши као манифестна, у виду потребе чланова заједнице за рекреативним могућностима.

Други методолошки проблем је у томе што испитивање потенцијалних корисника програма о њиховим потребама може водити ка пристрасним одговорима. Другим речима, на питање о њиховим потребама, чланови заједнице могу искористити прилику да изразе све врсте фрустрација, жеља и потреба. Поред тога, постављање питања о потребама, проблемима и дефицитима не дозвољава разумевање средстава, снага, потенцијала, ресурса и способности заједнице. Према томе, методе прикупљања података најбоље су осмишљене да омогуће прикупљање података који ће се распоредити на обе стране једначине.

Процене здравља у заједници могу да трају и до годину дана, посебно ако је процена свеобухватна и обухвата чланове заједнице.у процесу. Нажалост, временска ограничења су реалност која може значајно утицати на квалитет и количину података прикупљених као део процене. Реалне стратегије и дизајни за прикупљање података морају одговарати временским роковима; у супротном, само делимични подаци ће бити прикупљени и највероватније ће бити неуравнотежени у природи, што ће довести до погрешних закључака.

Осим тога, мере које се користе за прикупљање података морају се придржавати научно строгих стандарда. Најважније је да инструменти који се користе морају имати и валидност и поузданост. Валидност је степен у којем тај инструмент мери оно што је намеравао мерити. Поузданост је степен до којег ће инструмент дати исте резултате са различитим узорцима. Епидемиолошке мере, као што је смртност, имају високу валидност; смрт се ретко погрешно дијагностикује. Насупрот томе, основни узроци смрти као што су пријављени у потврдама о смрти склони су и проблемима валидности и поузданости. Проблеми валидности произлазе из концептуалних питања да ли узрок смрти треба да буде непосредни узрок или основни узрок. Проблеми поузданости односе се на то како је сваки смртни лист завршен и кодиран. Слично томе, друге епидемиолошке мере, као што је адекватност пренаталне неге, испитане су у погледу валидности и поузданости. Што се тиче спровођења процене здравственог стања у заједници, овде се ради о томе да нема података који су савршени, а ове несавршености могу довести до нетачних бројева и стога до погрешних одлука у планирању програма. С обзиром на овај потенцијал за грешке, планери би требало да отворено расправљају о границама података и да предузму разумне научне кораке како би добили најбоље могуће податке.

Питање одређивања од кога ће се прикупљати подаци о здравственом стању у заједници увек ће бити важно. Ово је проблем узорковања. Узорковање је наука, са могућим бројним стратегијама узорковања. Што се тиче спровођења процене потреба, одлука о узорковању ће зависити од степена до којег појединци који дају податке о процени здравственог стања у заједници морају бити репрезентативни за целу циљну популацију. Епидемиолошки и друштвени приступи процени би погодовали стратегијама које укључују појединце који изгледају што је могуће више као циљна публика. Међутим, ако се прикупљају примарни подаци, развој и примeна стратегија за постизање репрезентативности узорка може бити врло тешка и скупа. Ово питање је посебно критично код тешко доступних популација, као што су интравенозни корисници дрога, емоционално злостављани супружници или жене које су доживеле спонтани побачај. Мање скупе, али и мање научно ригорозне стратегије узорковања су свакако могуће. Кључна одлука коју треба донети је колико је важно описати становништво са високим степеном тачности, на основу података од мање од укупне циљне популације или циљне публике.

Свеобухватна забринутост је културна прикладност метода прикупљања података и културне компетенције сакупљача података и преводилаца. Култура, језик и етничка припадност утичу на одговоре појединаца на анкетна питања.

Усклађеност између приступа мерењу и концептуализације суседства, на пример, има накнадне импликације за развој програмске интервенције (Nicotera, 2007).

Још једно кључно питање је потреба за показатељима на нивоу заједнице - то јест, подаци о заједници, а не подаци о појединцима који се затим агрегирају од стране заједнице. На пример, дневни унос масти је индикатор индивидуалног нивоа, а просек дневног уноса масти на основу узорковања свих становника у заједници и даље је индикатор индивидуалног нивоа. Насупрот томе, проценат простора на полицама продавница који се додељују храни са ниским садржајем масти је индикатор на нивоу заједнице. Слично томе, проценат радника који раде на радном месту који пуше је индивидуални индикатор, али број плаката против пушења или најава на радном месту је мера на нивоу радног места.

Доступно је врло мало спремних извора мера на нивоу заједнице или индикатора агрегата као што су радна места или заједнице. Уместо тога, потребна је креативност, рад са члановима заједнице и пажљиво разматрање да се развију индикатори на нивоу заједнице, а затим да се поуздано прикупљају подаци. Али овај додатни посао је вредан труда: За многе здравствене проблеме на које циљају програми промоције здравља или превенције болести, оно што постоји у заједници ће бити изузетно важно као компонента процене фактора који су претходили или узроковали здравствени проблем. Укратко, постоји пет “принципа” прикупљања података за процену здравља у заједници. Прво, прикупљање података из више од једног извора. Другим речима, користите вишеструке методе и вишеструке изворе и будите мултикултурални. Друго, укључите чланове заједнице у осмишљавање, прикупљање и тумачење здравствених података заједнице: Будите инклузивни и будите оснажујући. Три, дајте пуну информацију, а затим добите информисани пристанак од појединаца од којих се прикупљају подаци: Будите у праву, будите искрени и будите сигурни. Четврто, идите даље од доступних и прикупљајте податке из невероватних, али просветљујућих извора: Будите креативни, будите инвентивни и будите отворени. Коначно, будите научно ригорозни као што време и други ресурси дозвољавају: Будите научни, интердисциплинарни и систематични.

## Кроз здравствену пирамиду

На директном нивоу услуга у пирамиди јавног здравства, здравствени проблеми и услови се посматрају као индивидуални проблеми које најбоље решавају појединачни практичари. Стога, на овом нивоу, процене су фокусираног типа. Процена потреба се вероватно концентрише на описивање величине одређеног медицинског проблема. Поред тога, таква процена би описала подсистем заједнице - наиме, могућности дијагностике и третмана директних пружалаца услуга унутар те заједнице.

На нивоу услуга које пружају пирамиду јавног здравства, здравствени проблеми и услови се посматрају као индивидуални проблеми који су директни резултати непојединачних фактора, који захтевају интервенције у заједници или социјалне услуге. Процене на овом нивоу би се стога фокусирале на описивање социјалног контекста оних појединаца са здравственим проблемом или стањем, као и подсистема заједнице у смислу капацитета локалне инфраструктуре и агенција за људске услуге.

На нивоу популацијских услуга у пирамиди јавног здравља, здравствени проблеми се посматрају у популацији. Као последица тога, процене на овом нивоу вероватно ће бити епидемиолошки у приступу, при чему ће се пажња посветити описивању величине различитих здравствених проблема или стања. Истовремено, друштвене науке приступају процени, користећи податке о становништву о социјалним показатељима и могу пружити вредне информације о доприносним и претходним факторима здравствених проблема и услова.

На инфраструктурном нивоу пирамиде јавног здравља, забринутост се односи на способности организације или система пружања здравствених услуга за решавање здравствених проблема или услова на директним, оспособљеним и популацијским нивоима пирамиде. У идеалном смислу, процена здравственог стања у заједници је најприкладнија за овај ниво, јер обухвата разумевање здравствених проблема и стања у друштвеном контексту циљне популације, као и идентификовање средстава која су доступна за решавање тих здравствених проблема и стања. Поред тога, организацијска процена се уклапа на овај пирамидални ниво јер се фокусира на идентификацију ресурса, способности и мисије која је тренутно доступна. Резултати организационе процене, када се разматрају заједно са резултатима процене здравља у заједници, треба да створе солидну основу за прикупљање средстава и планирање здравствених програма на одговарајућем оптималном нивоу пирамиде.