

ПРЕДМЕТ

< ЕВАЛУАЦИЈА И ПЛАНИРАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ СЕРВИСА >

Предавање број 6

**< ПРОЦЕНА** **>**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Недеља | Наставна јединица | Тематске јединице | Резултат – знања или вештине које студент треба да добије |
| 6 | Процена | Дефинисање заједнице. Заједница као контекст и циљ. Дефинисање појмова: базирано, фокусирано и управљиво. Врсте потреба. Перспективе процене. | 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](#_Toc7887403)

[Дефинисање заједнице 2](#_Toc7887404)

[Заједница као контекст и циљ 3](#_Toc7887405)

[Дефинисање појмова: базирано, фокусирано и управљиво 4](#_Toc7887406)

[Врсте потреба 5](#_Toc7887407)

[Перспективе процене 6](#_Toc7887408)

[Епидемиолошка перспектива 6](#_Toc7887409)

[Перспектива јавног здравља 8](#_Toc7887410)

[Социјална перспектива 8](#_Toc7887411)

[Перспективе имовине 9](#_Toc7887412)

[Брза перспектива 10](#_Toc7887413)

Предавање бр. 6

**< ПРОЦЕНА** **>**

# ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА ЗАЈЕДНИЦЕ И ПЛАНИРАЊЕ ПРОГРАМА

Oво поглавље почиње дефиницијом заједнице. Затим се даје преглед процене потреба уз потпуно признање да, као и са многим аспектима планирања и евалуације програма, ово поље је подручје специјализације. Разматрани су различити модели који су у основи процене, као и прототипни типови процене. Разлике које су направљене међу моделима и типовима процене постају замагљене у пракси. Без обзира на то, треба да имате јасну визију о томе шта би могло да буде укључено, а да омогућава доношење одлучнијих и смернијих одлука о томе како најбоље осмислити и спроводити процену здравственог стања у заједници.

## Дефинисање заједнице

Употреба еколошког модела и пирамиде јавног здравља природно води разматрању заједнице и њене улоге у планирању и евалуацији здравствених програма.

Заједница је концепт који је предмет дискусије и разматрања од стране социолога, почевши од Tonnies 1897. (*Bell & Newby*, 1971). Термин “заједница” се све више користи за означавање готово сваке групе људи, што резултује недовољно јасним концептом. Ова двосмисленост, пак, може довести до сукоба и конфузије током планирања програма. Да би се минимизирала двосмисленост и конфузија, вредно је размотрити шта јесте, а шта није заједница, као увод у разјашњавање размишљања и као темељ за боље планирање здравствених програма.

*Заједница обухвата људе и неки облик близине или места који омогућава интеракцију, a та интеракција доводи до заједничких вредности или културе* (*Bell & Newby*, 1971; Табела 4.1). Карактеристика заједнице је да људи имају потенцијал за интеракцију.

|  |  |
| --- | --- |
| Табела 4.1 Три елемента заједнице, са њиховим карактеристикама | |
| **Елемент** | **Карактеристике елемената заједнице** |
| Људи | Вредности, уверења, понашања, величина, чланство, демографске карактеристике, социјални и економски статус, осећај моћи или утицаја, осећај припадности |
| Место | Географија, границе, становање, индустрија, ваздух, вода, земљиште, виртуално присуство |
| Интеракција | Интерперсонална комуникација, породична, везана за образовање, религијска, политички повезана, рекреативно фокусирана, виртуална комуникација |

Без потенцијала за интеракцију, дељење вредности и норми није могуће. У данашњем свету електронске комуникације, интеракције могу бити виртуелне, као и узимање традиционалног приступа од особе до особе. У мери у којој велики број појединаца који међусобно делују деле ведности и културу, заједница може постојати чак и у електронској сфери.

Наравно, виртуалне заједнице које постоје путем електронских медија проширују традиционалне, антрополошке представе о заједници која је израсла из проучавања племена и села.

Још једна карактеристика заједнице је да њени чланови имају заједничке вредности и норме понашања. Предуслов да заједница има заједничке вредности, у многим случајевима искључује попис становништва, поштански број, телефонски позивни број, конзорцијум здравствених агенција или сливно подручје да би здравствена служба била заједница у прецизнијем смислу. Насупрот томе, активни чланови цркве или становници малог и хомогеног суседства могу бити заједница.

Ова разлика између прикладне географске ознаке и стварне заједнице важна је за планирање начина на који чланови заједнице треба да учествују у процесу планирања. Nilsen (2006) нас подсећа да је главни проблем у дефинисању заједнице засноване на географској локацији тај да географија не осигурава постојање осећаја заједнице. Заједничке вредности чине основу за културно јединство заједнице, што је пак основа за перцепцију повезаности и припадности заједници. Из тог осећаја припадности произлазе последична понашања која се могу приписати припадницима одређене заједнице.

Концепт “осећаја за заједницу” је проучаван и установљен је да укључује аспекте чланства, утицај на оно што се дешава унутар заједнице, заједничке вредности и испуњење потреба, као и заједничку емоционалну везу. Можда не изненађује што ширина ове листе елемената који подстичу осећај заједнице и њене емоционалне и културне компоненте стварају изазове за планирање и евалуацију здравствених програма. Интересантно је да се осећај заједнице код појединаца разликује зависно о њиховој раси / етничкој припадности и приходима (*Coffman & BeLue, 2009; Belue, Taylor-Richardson, Lin, McClellan, & Hargreaves*, 2006). Да би се постигло планирање партиципације, можда је прво потребно разумети локалне варијације у смислу заједништва. Без обзира на величину популације, осећај заједнице може бити кључни фактор у добијању подршке за програм и за максимизирање здравствених учинака неких програма.

### Заједница као контекст и циљ

Разликовање једне заједнице од друге, иако је можда неопходно из перспективе здравственог планера, може довести до вештачких демаркација. Планери програма морају појаснити сврху за коју се “заједница” оцртава. Заједница, као јединица појединаца са одређеним степеном културне кохезије, може бити и циљ здравственог програма и контекст у којем се обезбеђује и оцењује здравствени програм.

Када је заједница циљ здравственог програма, неки или сви чланови заједнице су наменски примаоци здравственог програма. Стога, да би се утврдила величина здравственог проблема, планери морају одредити границе заједнице. У том смислу, заједница је слична популацији. Процене заједнице или процене потреба заједнице су процеси којима планери настоје да потпуније разумеју и опишу здравствени проблем. Реч „заједница“ користи се без обзира да ли се процењује заједница или становништво. Међутим, ако је стварна заједница - за разлику од популације или агрегата - фокус, планери морају да разјасне границе чланства у заједници, ако заиста желе да разумеју специфичне здравствене и друштвене услове у тој заједници.

Заједница се може посматрати као контекст програма на два различита начина. Прво, појам заједнице обухвата мноштво социополитичких и економских фактора који могу утицати на план и имплементацију програма. Могуће је само признати, артикулисати и узети у обзир ове утицаје као контекстуалне за програм (ако се ресурси не односе директно на ове утицаје). Друго, из друге перспективе, чланови заједнице који су позвани да учествују у процесу планирања постају непосредни, интимни контекст програмске интервенције.

Појмови заједнице као циљне и заједнице као контекста нису међусобно искључиви. Један пример показује њихову интерактивну природу. Програм за унапређење здравства на универзитету, студенти, факултет и универзитетско особље били су укључени у планирање програма, а такође су учествовали и у wellness програму (*Reger, Williams, Kolar, Smith, & Douglas*, 2002).

Они су били циљна заједница до те мере да су сви појединци који раде и одлазе на факултет били учесници wellness програма и оцењени су као јединица за идентификацију здравствених проблема. Они су били контекст заједнице у оној мери у којој су њихове вредности, норме, социјална структура и универзитетска бирократија утицали на програм. У овом случају, ради адресирања контекстуалних утицаја, иницијатори програма укључили су и промовисали учешће чланова универзитетске заједнице у планирању wellness програма. Тиме су савладали институционалне баријере и мобилисали ресурсе за програм. Синергија постигнута укључивањем чланова заједнице постала је могућа јер се универзитетска заједница не схвата као једна ствар или као једноставна географска локација, већ као група појединаца. Другим речима, укључивање “заједнице” у програмско планирање захтева постојање утицајних, енергичних, преданих, конкретних појединаца који служе као представници или из те групе активно суделују у планирању активности.

Сарадња између планера здравствених програма и формалних или неформалних вођа из заједнице, као и учешће тих лидера заједнице у развоју и евалуацији здравственог програма, све се више цене. У ствари, таква сарадња је све више овлашћена од стране агенција за финансирање као предуслов за разматрање за финансирање. Сарадња ствара интеракцију која може појачати осећај заједништва и промовисати синергију између представника заједнице, агенције која спонзорише здравствени програм и особља програма (Слика 4-1). Ове интеракције и утицаји се крећу у два правца, са идејама и енергијом која води ка здравственом програму и резултатима и поштовању које проистиче из здравственог програма.

### Дефинисање појмова: базирано, фокусирано и управљиво

Три термина везана за заједницу морају бити дефинисана у свакој дискусији о планирању здравља у заједници: заснована на заједници, фокусирана на заједницу и на заједницу.

Заједница је придев који описује гдје се пружа програм или услуга. Здравствени програм је заснован на заједници ако се доставља на локацијама које се разматрају унутар граница заједнице, а не на централизованој локацији изван граница заједнице. Уопштено, ово разумевање се претвара у програм који се спроводи у локалним црквама, школама, рекреативним центрима, локалним клиникама или библиотекама.

Health

program planning and evaluation

Health services agency

or organization

Community at large:

target audience, stakeholders

Дијаграм 4.1 *Везе између програма, агенције и заједнице*

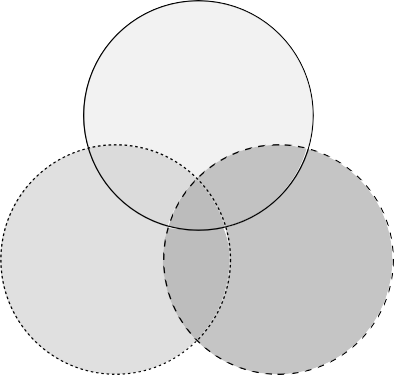
Фокусирање на заједницу односи се на начин на који је програм осмишљен. Здравствени програми који теже да утичу на заједницу у целини, као јединицу, најбоље се описују као фокусирани на заједницу. Програм усмерен на заједницу може тежити промени норми или понашања чланова заједнице који доприносе здравственом проблему, или може тражити да допре до свих чланова заједнице.

Насупрот томе, ако је здравствени програм резултат учешћа чланова заједнице и заснива се на њиховим преференцијама и потребама, то се назива друштвено вођеним програмом. Програм заснован на заједници има своју генезу - то јест, њен дизајн и имплементацију - у укљученост, упорност и страст кључних представника или чланова заједнице.

О овим квалификацијама вреди споменути три појма.

Прво, термини “базирани”, “фокусирани” и “вођени” нису међусобно искључиви (Слика 4-2). Другим речима, програм може бити комбинација постојања, фокусирања и вођења заједнице.

Друго, степен до којег је програм заснован на заједници, фокусиран на заједницу,или заједница може варирати. Свака може варирати независно од друге. На пример, лако је замислити здравствену амбуланту града која је веома заснована на заједници, умјерено фокусирана на заједницу, а не на свеукупност заједнице



Базиран на заједници

Усмерен на заједницу

Вођен заједницом

Дијаграм 4.2 *Венов дијаграм заснован на заједници, фокусу и управљивости заједнице*

Треће, ознаке „базираних“, „фокусираних“ и „вођених“ могу се применити и на породице, популације или друге агрегате. Дакле, програми засновани на породици могу се пружити појединцима; али у оквиру теоретског или физичког присуства породица, програми усмерени на породицу би били осмишљени да побољшају породицу као јединицу, а програми вођени породицом би били резултат групе породица које се залажу за програме или захтевају програме.

Ове разлике могу бити важне у смислу описивања здравствених програма и концептуализације природе програма. Да ли се здравствени програм заснива или је фокусиран на јединицу треба да проистекне из разумевања здравственог проблема и најбоље стратегије за његово решавање.

## Врсте потреба

Четири врсте потреба (Bradshaw, 1972) треба да буду разматране у процени потреба. Ова класична типологија потреба и даље је корисна у планирању процене заједнице. Разумевање карактеристика сваке врсте потребе у односу на популацију од интереса је кључно за успешно планирање здравствених програма.

Изражена потреба је проблем који се открива кроз понашање усмерено на бригу о здрављу. Другим речима, изражена потреба се манифестује као потражња за услугама и тржишно понашање циљне популације. Мери се у смислу броја особа које траже услуге, врсте тражених услуга и стопе искористивости.

Нормативна потреба је мањак, недостатак, неадекватност или вишак дефинисана од стране стручњака и здравствених професионалаца, обично заснована на научном мишљењу о томе шта би требало бити или који је идеал из здравствене перспективе. Норма или нормална вредност се користе као мерило за одређивање да ли постоји потреба. На пример, заједница са стопом смртности одојчади изнад националног просека би имала нормативну потребу везану за узроке смртности одојчади. На индивидуалном нивоу, индекс телесне масе (БМИ) већи од 31 индицира, нормативно, потребу за редукцијом тежине. Имајући у виду да је здравствени радник спољни посматрач, нормативна потреба се може посматрати као слична етичкој перспективи - то јест, поглед кроз очи посматрача.

Трећи тип потребе је опажена потреба, што је осећај недостатка који доживљава циљна пoпулација. Уочене потребе се демонстрирају у ономе што чланови циљне популације желе, те у својим исказаним дефицитима и недостацима. На пример, родитељи у заједници могу захтевати нову школу на основу своје перцепције да њихова деца имају превише да путују да би ишли у школу. Перципирана потреба је слична емичкој перспективи - то јест, поглед кроз очи особе која има искуство.

Коначно, компаративна или релативна потреба је идентификовани јаз или дефицит који је идентификован кроз поређење између привилегованих и угрожених група. Релативна потреба подразумева поређење које показује разлику која се тумачи као једна група која има потребу у односу на другу групу. Већина здравствених неједнакости се наводи као релативна потреба. На пример, стопа смртности бебе негроидне расе је двоструко већа од стопе смртности бебе беле расе. Здравствени стручњаци или чланови заједнице могу да изаберу тачку поређења, али свако ће вероватно изабрати другу тачку поређења. Релативне потребе би стога биле другачије.

Начин на који се интеракција ових потреба одвија у свакодневним ситуацијама може се видети у искуствима групе здравствених планера који су спровели процену потреба заједнице у измишљеном граду Layetteville. У спровођењу своје процене, они су идентификовали суседство које има релативну потребу. Планери су утврдили да су у суседству биле веће стопе адолесцентне трудноће, смртних случајева услед повреда ватреним оружјем, урођених мана и дијабетеса у односу на друге градске четврти, те да су те стопе биле два до три пута веће од оних утврђених у циљевима дефинисаним у ''Healthy people 2020''. Када је група истраживала обрасце коришћења здравствене заштите становника суседства, открили су да становници ретко користе клинике које пружају примарну здравствену заштиту; уместо тога, користили су локалну хитну службу.

Уверени у разумевање онога што је потребно за побољшање здравља суседства, група планера приступила је становницима са планом да се успостави клиника за примарну здравствену заштиту у суседству која ће обезбедити пренаталну заштиту и решавање проблема дијабетеса. Искрено речено, становници су навели да нису заинтересовани: они су желели заједнички базен у свом комшилуку. Осећали су снажну потребу за рекреацијом, за местом које ће омогућити окупљање заједнице и једнаку могућност да се укључе у здраво понашање пливања као алтернатива активностима банди које су допринеле пуцњави. Тек након што су они који су спровели процену сагласни да се позабаве потребом заједнице за базеном у заједници, становници су тада размотрили како да се позабаве нормативним, упоредним и релативним потребама које су идентификоване.

## Перспективе процене

Циљ процене потреба је усмеравање и информирање одлука које се односе на одређивање приоритета и развој програма. У основи, процена потреба је процедура која се користи за прикупљање података који описују потребе и снаге одређене групе, заједнице или популације. Да би се поједноставио језик, процена потреба је термин који се користи у овом поглављу како би се обухватила перспектива дефицита и имовине. Такође, термин циљна публика се користи као начин да се означе они за које је програм намењен. Само ако је програм усмерен на праву популацију користи се термин циљна популација. Предвиђена публика може бити група (релативно мали број појединаца који интерагују), заједница, суседство, агрегат (скуп појединаца који деле једну заједничку карактеристику, као што је школа или здравствено стање), или комплетну популацију. Један од првих задатака у планирању и спровођењу процене потреба је да се утврди ко ће вероватно чинити циљну публику или циљну популацију и у којој већој јединици се налазе.

Постоји пет типова модела за провођење процене потреба: епидемиолошки модел, модел јавног здравства, социјални модел и модел имовине. Сваки модел има своју интелектуалну перспективу, као и предности и недостатке (Табела 4-2). Разлике међу овим типовима су наглашене у циљу истицања могућих различитих значаја. У пракси, модел може бити изабран, али допуњен елементима других модела у складу са ресурсима и сврхом процене.

### Епидемиолошка перспектива

Епидемиолошка перспектива процене потреба усмерена је на квантификовање здравствених проблема, коришћење националних скупова података и примену епидемиолошких метода и статистика. Овај модел настоји да одговори на питања са епидемиолошким фокусом, као што су: "*Каква је величина проблема*?" Или "*Које су болести и трендови болести очигледни?*" или "*Који су узорци селективности изложени у дистрибуцији проблема?*" Друга питања која произилазе из ове перспективе би била: “*Да ли је проблем могуће спречити?*” или “*Колико је проблем могуће лечити?*” и “*Шта се тренутно ради?*” Како ова питања сугеришу, епидемиолошки модели често укључују фокус на идентификацију опасности, ризике и прекурсоре здравственог проблема.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Табела 4.2 Поређење пет перспектива о здрављу заједнице и процени потреба | | | | | |
|  | **Епидемиолошка перспектива** | **Перспектива јавног здравља** | **Социјална перспектива** | **Перспектива средстава (имовине)** | **Брза перспектива** |
| **Процењено становништво** | Популације | Државе, заједнице окрузи | Популације,одaбрани агрегати | Заједница, суседства | Заједница, суседства |
| **Извори података** | Регистри, национална истраживања, постојеће националне базе података | Државне и локалне агенције, извештаји о виталној статистици | Индивидуална истраживања, национална истраживања | Листа агенција, фокусне групе, мапе | Подаци из ''Windshield’’ истраживања, интервјуи |
| **Примери** | National Health Interview Survey(NHIS), Healthcare Cost Utilization Profile (HCUP) | MAPP, CHIP, PACE-EH | Попис становништва у USA, биро за статистику рада | Институт за развој заједнице базиране на средствима | Брза процена и одговор (RAR), Брза процена, одговор и евалуација (RARE) |
| **Врсте процењених потреба** | Могу се проценити нормативне, испољене и релативне потребе | Процена нормативних и релативних потреба | Процена релативних потреба, уочене потребе се директно одређују | Уочене потребе, уочене снаге | Нормативне и уочене потребе |
| **Предности** | Статистички значајни и генерализовани налази | Административно значајни; укључује фокусирање на конститутивне проблеме | Статистички значајно; Пружа информације о факторима који доприносе здравственом проблему | Идентификовани су постојећи ресурси | Брзо се завршава и омогућава основне информације |
| **Недостаци** | Нема информација о уоченим потребама; Није могуће описати локалне варијације | Ослања се на друге изворе података; уочене потребе нису директно одређене | Не мери директно обим здравственог проблема | Не мери обим здравственог проблема | Не мери обим здравственог проблема; може изоставити проблеме или узроке |

Примери алата који се користе у епидемиолошком моделу су регистри болести и смрти и национална истраживања узорака вероватноће, као што су Национална здравствена информативна анкета (енг. *National Health Information Survey* -NHIS) и Национално истраживање о здрављу и исхрани (енг. *National Health and Nutrition Examination Survey-*NHANES). Предност епидемиолошких модела је у томе што они пружају податке за одређивање релативне тежине озбиљности здравственог проблема, важности тог здравственог проблема и његове преваленције. Међутим, ови модели не пружају ширину података који би такође могли бити кључни у одређивању приоритета здравствених проблема.

Табела 4-3 је сажетак најчешће коришћених епидемиолошких стопа, са њиховим одговарајућим бројиоцима и имениоцима. Као што ставке у табели сугеришу, епидемиолошки модел се у великој мери ослања на тачне цифре које се могу користити у имениоце и бројиоце. У мери у којој су подаци доступни, кључни елементи епидемиолошког модела су инкорпорирани у већину здравствених процена заједнице.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Табела 4.3** Бројиоци и имениоци за одабране епидемиолошке стопе које се обично користе у проценама здравља у заједници | | | |
| **Стопа** | **Бројилац** | **Именилац** | **По** |
| Општа стопа морталитета | Укупан број умрлих током одређеног временског периода | Укупна популација | 1000 |
| Специфична стопа морталитета | Број умрлих од одређене болести у току одређеног временског периода | Укупна популација | 100,000 |
| Стопа преваленције болести | Број тренутно оболелих од одређене болести током одређеног временског периода | Укупна популација током тог одређеног периода | (Варијације зависе од величине бројиоца) |
| Стопа наталитета | Број живорођених у току одређеног временског периода | Укупна популација | 1000 |
| Фетална стопа морталитета | Број смрти фетуса старијих од 28 недеља гестације која се догоди у одређеном временског периоду | Број смрти фетуса старијих од 28 недеља гестације плус број живорођене деце у одређеном временском периоду | 1000 |
| Неонатална стопа морталитета | Број умрле деце млађе од 28 дана старости у одређеном временском периоду | Број живорођене деце у одређеном временског периоду | 1000 |
| Стопа морталитета одојчади | Број одојчади (деце млађе од годину дана) која су умрла у току једне године | Укупан број рођења у току једне године | 1000 |

### Перспектива јавног здравља

Перспектива јавног здравља се фокусира на квантификовање здравствених проблема у циљу одређивања приоритета идентификованих здравствених проблема који се решавају ограниченим ресурсима. Из ове перспективе, питања одражавају интерес за здравље становништва. Питања процене потреба из ове перспективе могу бити: "*Која је озбиљност проблема?*" Или "*Која је дистрибуција проблема?*" Или "*Који фактори доприносе проблему?*" Остала питања односе се на приоритетни аспект, као, "*Која је перцепција важности проблема?*" или "*Који су ресурси доступни за решавање проблема?*"

Приступи процена потреба јавног здравља обично се ослањају на постојеће податке и епидемиолошке податке. Специфични алати или модели се користе у приступу проценa потреба јавног здравља, као што су МАPP и PACE-EH. Ови модели пружају оквир за одређивање које врсте података треба прикупити као дeo процене потреба. Постоји значајно преклапање између модела јавног здравства и епидемиолошког приступа процени потреба. Иако су ови модели прилично свеобухватни, они су донекле слаби у смислу њихове способности да узму у обзир социокултурне аспекте здравља.

### Социјална перспектива

Социјална перспектива процене потреба фокусира се на квантификовање карактеристика које доприносе социокултурном, економском и политичком контексту који може утицати на здравље појединаца. Овај приступ доводи до питања фокусираних на социјалне еколошке детерминанте здравља. На пример, питање социјалне перспективе може бити: “Какав је однос између здравствених проблема и социјалних карактеристика?” Или “Који друштвени трендови су евидентни у понашању у здравству?” Друга питања која произлазе из овог приступа су: “Каква је веза између коришћења социјалних и здравствених ресурса и проблема? “и„ Како су социјалне и здравствене политике утицале на величину, дистрибуцију или трендове проблема? “Кључне карактеристике социјалне перспективе су фокус на прикупљању података о социјалним карактеристикама, као што су приходи и на прикупљање података из специфичних агрегата о специфичним друштвеним и економским темама, као што је то учињено америчким пописом становништва.

Вредност социјалног приступа је показана у различитим студијама. На пример, *Lindsay, Sussner, Greaney, and Peterson* (2008) су користили модел друштвеног контекста да би водили евалуацију своје студије како би одредили утицај друштвеног контекста на здраве навике. Открили су да су варијабле које мере друштвени контекст, као што су друштвене норме подршке и више друштвених веза, повезане са повећаним планирањем здравих оброка и физичком активношћу. Такве студије појачавају вредност укључивања података о социјалним показатељима као део процене потреба.

У здравству, планирање засновано искључиво на социјалним показатељима сматра се непотпуним. Без здравствених индикатора, процена потреба заједнице је непотпуна. Ипак, процене које укључују социјалне еколошке податке стварају кључне информације које могу помоћи у утврђивању претходних стања или предуслова која доводе до здравствених проблема.

### Перспективе имовине

Четврта перспектива процене потреба заснива се на моделима имовине, који се фокусирају на снаге, средства, способности и ресурсе који постоје и који су доступни, а не на потребе, дефиците, недостатке и јазове између здравих и болесних. Процене из ове перспективе имају за циљ да одговоре на питања као што су: “Који социјални и здравствени ресурси постоје у заједници која доживљава здравствени проблем?” Или “Шта чланови заједнице виде као снаге и ресурсе у својој заједници?” Друго питање може бити: “У којој мери су ресурси мобилисани или могу бити мобилисани за решавање здравствених проблема?”

Развој заједнице заснован на имовини (eng. *Asset-based community development-*АBCD) препознат je као потенцијално користан за стварање здраве заједнице за децу (*Baker et* *al*.,2007). Заиста, модели имовине представљају важну супротност моделима дефицита (*Моrgan & Ziglio*, 2007) у напорима да се превазиђу препреке за побољшање здравља заједнице. У перспективи средстава својствено је фокусирати се на колективне ресурсе појединаца, посебно у облику њихових друштвених мрежа. У том смислу, перспектива имовине је усклађена са нагласком на друштвени капитал. Процена имовине може разумно укључити попис друштвеног капитала унутар заједнице, којим се процењују здравствени проблеми.

Узимајући у обзир друштвени контекст у разумевању здравственог проблема, произашло је из старијег погледа на здравље у којем је окружење виђено као једна од четири силе које или побољшавају здравље или доводе до болести (*Blum*, 1981; *Denver*, 1980): окружење, генетика, систем здравствене заштите и начин живота. *Blum* (1982) дискутујући о смањењу ризика, увео је перспективу „поља силе“, сугеришући да треба узети у обзир обе силе које доводе до ризичних услова и сила које доводе до минимизације ризика. Ова перспектива, сугерисао је он, могла би се користити за организовање области које треба проценити.

Перспектива имовине такође укључује још један концепт са дугом историјом: компетентност заједнице (*Cottrell*, 1976; *Goeppinger, Lassiter,* и *Wilcox*, 1982). Заједничка компетенција је процес у којем је заједница у стању да идентификује проблеме и предузме мере за решавање тих проблема, а повећава се организацијом заједнице (*Denham, Quinn, & Gamble, 1998; Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche, & Pfefferbaum*, 2008). Већа компетентност заједнице повезана је са бољим здрављем заједнице и већим количинама друштвеног капитала (*Lochner, Kawachi, & Kennedy,* 1999*).*

Перспектива имовине у процени заједнице има за циљ да идентификује, а затим унапреди способности заједнице да реши здравствене проблеме. Иако модели имовине имају одређену привлачност, посебно за актере у заједници, прикупљање података о имовини може бити изазов. Не постоји општеприхваћени скуп показатеља имовине. Исто тако, ретко постоје информације о имовини у време процене, што чини прикупљање података нужним. Ови недостаци доприносе да су модели имовине мање распрострањени као једини приступ процени потреба, а слабо су интегрисани у шире коришћене моделе процене потреба.

### Брза перспектива

У неким околностима, неопходна је или пожељна експедитивност приликом спровођења процене. Током протеклих 20 година, дошло је до консензуса да је ригорозан и поуздан приступ брзом оцењивању здравља популације или заједнице могућ и вредан. У суштини, приступ брзе процене користи више метода - као што су фокусне групе, постојећи подаци, интервјуи и мапирање - како би се заједница укључила у брзо развијање и имплементацију потребних интервенција у здравству. Брза процена има за циљ да одговори на кључно питање: „Које су најнепосредније и најхитније потребе којима се може приступити са лако доступним ресурсима?“ Како ово питање подразумева, фокус је на добијању брзог одговора уместо на обезбеђивању дубине или ширине процена. Различити термини се користе као називи за ову врсту процене: брза процена и одговор (RAR) и брза процена, одговор и евалуација (RARE). Ова имена означавају процес којим се процена брзо спроводи и користи за развој интервенција. RARE модел се састоји од учешћа у заједници, употребе вишеструких метода и триангулације, и евалуације и краткорочних и дугорочних исхода (*Kamineni, Turk, Wilson, Satyanarayana, & Chauhan, 2011; McNall & Foster-Fishman*, 2007). Ови основни кораци су такође део RAR модела, који је коришћен као део одговора на природне катастрофе, као што је ураган Катрина (*Rogers, Guerra, Suchdev, & Chapman*, 2006)

*Stimson, Fitch, and Don Des Poznyak* (2006), у прегледу RAR студија спроведених у неколико земаља, утврдили су да је RAR био ефикасан у повезивању налаза процене са развојем и имплементацијом нових или модификованих интервенција.