

نظام جامع آموزش سلامت به بیماران در جمهوری اسلامی ایران

تهیه و تدوین : دکتر شهرام رفیعی فر – دکتر مسعود احمدزاد اصل – دکتر میرمحسن شریفی
و همکاران

مشاور علمی : دکتر فرید ابوالحسنی

زیر نظر : دکتر محمد اسماعیل اکبری ، دکتر حمیدرضا جمشیدی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی قم

معاونت بهداشتی

اداره ارتباطات و آموزش سلامت

معاونت سلامت

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مؤسسه پژوهشگران بدون مرز

تابستان ۱۳۸۴

عنوان کتاب : نظام جامع آموزش سلامت به بیماران در جمهوری اسلامی ایران
تهیه و تدوین : دکتر شهرام رفیعی فر - دکتر مسعود احمدزاد اصل - دکتر
میرحسین شریفی و همکاران
همکاران : سیده صفورا دژپسند - دکتر مازیار مرادی لاکه - دکتر نگار نادرپور -
دکتر محسن شتی - دکتر محمد باقری راد - دکتر سید آرش طهرانی بنی هاشمی
سایر همکاران : دکتر مسعود جعفر اسماعیلی - دکتر محمدرضا خسروبیگی -
دکتر محمدرضا رهبر - دکتر فرنوش داودی
مشاور علمی : دکتر فرید ابوالحسنی
زیر نظر: دکتر محمد اسماعیل اکبری - دکتر حمیدرضا جمشیدی

اداره ارتباطات و آموزش سلامت ، معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش
پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم ، معاونت بهداشتی -
مؤسسه پژوهشگران بدون مرز
ویرایش نخست - تابستان ۱۳۸۴
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پیش گفتار

بسته حاضر، مجموعه ایست که با هدف طراحی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در جمهوری اسلامی ایران، در نه فصل طراحی و تدوین شده و در تهیه آن سعی شده است، تمام جوانب لازم برای طراحی یک نظام رعایت شود.

در فصل اول این مجموعه، اطلاعات نظام‌های آموزش سلامت به بیمار در تمام کشورهایی که در حال اجرا یا طی مراحل تثبیت آموزش سلامت به بیمار هستند، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شده و بر اساس معیارها و شرایط کشور، منطبق‌ترین و اجرایی‌ترین اصول تثبیت و اجرایی نظام آموزش سلامت به بیمار انتخاب و ارائه شده است.

در فصل دوم، با توجه به این نکته اصلی که برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران بر پایه مشارکت بیماران طراحی شده است و مشارکت در این برنامه‌ها به عنوان یک ارزش شناخته می‌شود، به مروری بر اهمیت مشارکت در برنامه‌های ارتقای سلامت و ایجاد عدالت در سلامت و اصول طراحی برنامه‌های مشارکتی پرداخته شده است.

با اذعان به این نکته که سرمنشأ تمام تحولات بشری حاصل تغییر رفتار می‌باشد و با تأکید بر این حقیقت که انسان پیچیده‌ترین موجود روی زمین از نظر روحی و جسمی است و با آگاهی به این واقعیت که رفتار بشری ماحصل کنش و واکنش‌های پیچیده بین مسایل جسمی و روحی است و بروز یک رفتار تحت تأثیر فاکتورهای زیاد و گوناگونی می‌باشد، در فصل سوم، مدل‌های تغییر رفتار معتبر از ابتدایی‌ترین تا جامع‌ترین آنها مرور شده است. هر چند که بعضی از مدل‌ها برای تغییر رفتارهای خاصی کارا تر است ولی به خاطر پیچیدگی تطابق انواع رفتارها با مدل‌های تغییر رفتار و تخصصی بودن آن، به منظور طراحی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در کشور، مدل ترکیب شده‌ای از مدل‌های BASNEF و Simmons با محوریت مدل BASNEF که در واقع چکیده‌ای از مدل‌های معتبر تغییر رفتار می‌باشد، به عنوان مدل مورد استفاده در این بسته معرفی شده است.

در فصل چهارم ابتدا به این نیاز اساسی پاسخ گفته شده که چگونه یک ارائه‌کننده خدمت می‌تواند نیازها و خواسته‌های مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی را استخراج کند تا بهترین و کارا ترین برنامه آموزش سلامت را به وی عرضه نماید. سپس مروری بر روش

برنامه ریزی یک برنامه آموزش سلامت مبتنی بر نیازهای مراجعه کننده (مشتری) به سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام شده است .

در فصل پنجم که فصل برنامه ریزی و در واقع طراحی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار می باشد، هر آنچه را اندوخته بودیم، به قول پرفسور لوریگ (محقق معروف آموزش سلامت به بیمار و نویسنده کتاب آموزش بیمار) به هوا پرتاب کردیم تا با فرود آمدن مهره ها ، هر مهره آن را در جای خود بگذاریم و برای رسیدن به این مدل مطلوب شاید صدها و بلکه هزاران بار اندوخته هایمان را به صورت همه جانبه (Hollistic) در نظر گرفتیم و جای مهره ها را عوض کردیم. ما برنامه آموزش سلامت به بیمار را با توجه به معیارهای کشورمان در ابتدا در چهار موقعیت (Setting) مطب، درمانگاه، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و بالاخره بیمارستان طراحی کردیم و در انتها، به علت تشابه زیاد موقعیت های مطب و کلینیک این دو را ادغام و برنامه جامعی را ارایه کردیم. نظام طراحی شده در هر یک از این موقعیت ها از پنج بخش تشکیل شده است. بخش اول، فلوچارت کلی برنامه آموزش سلامت به بیمار ، بخش دوم فلوچارت های میانی یا همان فلوچارت های فرآیند محور (پیگیری فرآیندها به جای پیگیری بیمار) ، بخش سوم فلوچارت های ریز یا همان فلوچارت بیمار محور (پیگیری بیمار و بالطبع پیگیری هم زمان بیمار و فرآیند) ، بخش های چهارم و پنجم به ترتیب شامل جداول خدمات و جداول ارایه دهندگان خدمات می باشد.

در ادامه ، فصل پنجم مجموعه به ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار اختصاص یافته که برای تسهیل درک آن، در طراحی جداول خدمات و ارایه کنندگان خدمات (در قسمت اهداف ویژه) محل های پایش و ارزشیابی برنامه مشخص شده است.

در فصل ششم این بسته، برنامه ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار آورده شده است. این فصل مربوط به ارزشیابی کل نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در سطح منطقه ای و کشوری می باشد ولی آنچه به عنوان ارزشیابی داخل برنامه آموزش سلامت به بیمار در هر مرکز آورده شده است، مربوط به ارزشیابی آموزش ارایه شده در همان مرکز می باشد که در هر جلسه توسط ارایه دهندگان آن مرکز انجام می شود .

در فصل سیاست گذاری برای تأمین منابع و نیز سیاست گذاری های کلی جهت ادغام نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در نظام بهداشتی کشور، راه کارهایی به صورت لیست اقدامات لازم به صورت سیاست گذاری، حمایت از ارایه دهندگان خدمت، تهیه مواد و امکانات مورد نیاز، قوانین حمایتی موجود در چشم انداز ۲۰ ساله توسعه کشور و برنامه چهارم توسعه و نیز پژوهش های مورد نیاز ارایه شده است .

در فصل های هفتم و هشتم نیز کلیات برنامه پایش و ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار و کوریکولوم آموزشی متناسب با ارایه خدمت آموزش سلامت به بیمار آورده شده است.

فصل آخر این مجموعه (فصل هفتم) با هدف حرکت به سوی تهیه یک نمونه قابل پایلوت از نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در کشور، حاوی برنامه آموزش سلامت به بیماران دیابتی است.

مجموعه‌ای که پیش رو دارید به عنوان ویرایش نخست نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در کشور، تهیه شده تا با انتشار آن، فرصتی برای برخورداری از آرا و نظریات ارزشمند اولیای امور بهداشتی کشور، اساتید و صاحب نظران علمی و تجربی مرتبط با مسایل آموزش سلامت به بیماران فراهم شده و از این رهگذر، امکان اصلاح، تکمیل و استقرار نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور فراهم گردد.

در اینجا بر خود لازم می‌داند از حمایت ارزشمند دکتر محمد اسماعیل اکبری، دکتر حمیدرضا جمشیدی، دکتر محمدرضا واعظ مهدوی و همراهی صادقانه دکتر رضا رییس کرمی، دکتر مسعود جعفر اسماعیلی، دکتر محمدرضا خسروبیگی تشکر نموده، همکاری ارزشمند استاد ارجمند دکتر فرید ابوالحسنی به عنوان مشاور علمی تدوین این مجموعه را گرامی داشته و از همکاری دکتر مسعود احمدزاد اصل – دکتر میرحسین شریفی، سیده صفورا دژپسند، دکتر مازیار مرادی لاکه، دکتر نگار نادرپور، دکتر محسن شتی، دکتر محمد باقری راد، دکتر سید آرش طهرانی بنی هاشمی در تهیه و تدوین این مجموعه تشکر نموده و از حمایت معنوی تمامی اعضای محترم خانواده بزرگ آموزش سلامت در کشور به ویژه همکاران محترم اینجانب در اداره ارتباطات و آموزش سلامت تشکر و قدردانی نماید.

در پایان از همکاری و همراهی دکتر شروان شعاعی، مهندس آرش بادامه گان، عالمه حریری فر، افسون محیی الدین کرمانی در تدوین و تلاش سمیه آهوپای و الهه قادری و مژگان جوادی در تایپ و صفحه آرایی این مجموعه تشکر می‌نماید.

دکتر شهرام رفیعی فر

مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت

فهرست مطالب

۱	فصل اول: مقدمه ای بر آموزش سلامت به بیمار
۲	● مقدمه
۳	● تاریخچه آموزش سلامت به بیمار؛ تجربه اروپا و آمریکا
۴	● اروپای غربی
۵	● اروپای مرکزی و شرقی
۶	● ایالات متحده
۹	● چشم اندازی از اروپا
۹	● نمونه‌ای از تجربیات جهانی NHS
۱۰	● برنامه بیمار خبره EPP
۱۷	● تحقیقات و استانداردهای مبتنی بر شواهد
۱۸	● سازمان دهی مراقبت و آموزش
۲۰	● حمایت آموزشی و متدولوژیک: اعتبار و توانایی‌ها
۲۲	● احترام و ارزش حرفه ای
۲۳	● جایگاه آموزش سلامت به بیمار در سیاست‌گذاری بخش سلامت و سرمایه‌گذاری
۲۴	● ارتقای سلامت هدف نهایی آموزش بیمار
۲۵	● آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع
۲۸	● ارتباط مؤثر اصل ضروری در آموزش بیمار
۳۴	● اهمیت آموزش سلامت به بیماران
۳۸	● ضرورت‌ها و فواید آموزش سلامت به بیمار
۴۱	● وظایف آموزش سلامت به بیماران در بیماری‌های مزمن
۴۳	● مهارت‌های اصلی خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن
۴۶	● اهداف آموزش سلامت به بیمار برای پیشگیری
۴۷	● استراتژی‌های آموزش سلامت به بیمار
۵۱	● مشکلات موجود
۵۲	● فرهنگ و آموزش سلامت به بیماران
۵۴	● شیوه‌های آموزش سلامت به بیماران
۵۵	● توصیه‌هایی در مورد آموزش سلامت به بزرگسالان
۶۲	● جنبه‌های مهم در یک برنامه آموزش سلامت به بیمار

۶۲	● خصوصیات یک جزوه آموزشی مخصوص بیماران
۶۲	● فواید کتابچه اطلاعات برای آموزش سلامت به بیمار
۶۳	● محتویات کتابچه اطلاعات برای آموزش سلامت به بیمار
۶۵	● خلاصه‌ای از نتایج مطالعات نشان‌دهنده موثر بودن آموزش سلامت به بیماران
۸۱	فصل دوم : توسعه مشارکت مردمی برای ارتقای سلامت
۸۲	● مقدمه
۸۳	● تعریف مشارکت مردمی
۸۶	● ارزیابی مشارکت
۹۱	● مشارکت و سلامت
۹۳	● مشارکت و ارتقای سلامت
۹۸	● مشارکت و ظرفیت جامعه
۱۰۱	● مشارکت و سرمایه اجتماعی
۱۰۳	● مشارکت و عدالت
۱۰۴	● مشارکت و قدرت سیاسی
۱۰۵	● مشارکت و توانمند سازی
۱۰۶	● سنجش تأثیر رویکردهای مشارکتی در ارتقای سلامت
۱۰۸	● مشارکت و بخش سلامت
۱۱۰	● مشارکت و اصلاحات در بخش سلامت
۱۱۲	● مشارکت و شیوه زندگی سالم
۱۲۸	● مشارکت و مراقبت از سلامت خود
۱۳۶	● نتیجه گیری
۱۳۸	● نکات کلیدی یک برنامه مشارکتی
۱۴۶	● مطالعه منابع زیر برای آشنایی بیشتر با موضوع مشارکت مردمی، مفید می باشد
۱۴۸	● فهرست منابع
۱۵۱	فصل سوم: مدل های تغییر رفتار
۱۵۲	● مقدمه
۱۵۳	● تعریف و مفهوم تئوری و مدل
۱۵۵	● معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب
۱۵۷	● انواع مدل‌های مطالعه رفتار
۱۵۸	● مدل اعتقاد بهداشتی
۱۵۹	● - اصول مدل اعتقاد بهداشتی

- ۱۶۰ - ایراد وارد بر مدل اعتقاد بهداشتی
- ۱۶۰ ● مدل قصد رفتاری
- ۱۶۴ - مقایسه دو مدل قصد رفتاری و اعتقاد بهداشتی
- ۱۶۷ ● مدل پرسید
- ۱۶۸ ● مرحله اول مدل پرسید : تشخیص رفتاری
- ۱۶۸ ● مرحله دوم مدل پرسید : عوامل بهداشتی
- ۱۶۸ ● مرحله سوم مدل پرسید : تشخیص رفتاری
- ۱۶۹ ● مرحله چهارم مدل پرسید : شناخت عوامل بالقوه مؤثر در رفتار بهداشتی
- ۱۷۰ ● مرحله پنجم مدل پرسید : تشخیص آموزشی (مواد و روش ها)
- ۱۷۰ ● مرحله ششم مدل پرسید : تشخیص مدیریتی
- ۱۷۰ ● مرحله هفتم مدل پرسید : ارزشیابی
- ۱۷۱ ● دیاگرام نهایی مدل پرسید
- ۱۷۲ ● مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت Simmons
- ۱۷۵ ● دیاگرام مدل Simmons
- ۱۷۶ ● مدل BASNEF
- ۱۷۶ ● تئوری انتظار ارزش (Value Expectancy)
- ۱۷۷ ● قصد رفتاری و عوامل قادرکننده
- ۱۷۸ ● تشکیل قصد رفتار
- ۱۸۱ ● نتیجه گیری فصل مدل های تغییر رفتار
- ۱۸۳ ● دیاگرام مدل پیشنهادی بسته آموزش سلامت به بیمار
- ۱۸۴ ● هدف اساسی و بلافصل برنامه آموزش سلامت به بیمار
- ۱۸۹ فصل چهارم: برنامه ریزی آموزش سلامت به بیمار (چگونگی طراحی و اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار)
- ۱۹۰ ● مقدمه
- ۱۹۰ ● ارزیابی نیاز و خواسته بیمار
- ۱۹۲ ● نیازسنجی فراتر از شناسایی نیاز
- ۱۹۵ ● چک لیست نیازسنجی
- ۱۹۵ ● ارزیابی باورهای بارز
- ۱۹۹ ● ارزیابی جدول ماتریکس
- ۲۰۱ ● بحث گروهی متمرکز
- ۲۰۴ ● مصاحبه های ساختاری و نیمه ساختاری

۲۰۵	● طرح بلوک خالی متوازن
۲۰۷	● تعیین الویت ها
۲۰۹	● تعیین رفتارها
۲۱۰	● تعیین اثرات هر رفتار
۲۱۱	● تعیین رفتارهای آسان برای تغییر
۲۱۲	● تعیین محتوای آموزشی
۲۱۲	● تعیین اهداف
۲۱۳	- چگونه اهداف اختصاصی بنویسیم
۲۱۵	- اهداف و طراحی برنامه
۲۱۶	● فرآیند اجرا
۲۱۶	- رسانه
۲۱۷	- آموزش سلامت از طریق رایانه
۲۱۷	- فیلم و نوارهای ویدیویی
۲۲۰	- ایفای نقش گروهی
۲۲۲	- مدیریت مشکل
۲۲۳	● چه کسی در برنامه آموزش خواهد داد
۲۲۳	● دانستن محتوای تدریس و زمان آموزش
۲۲۴	● دانستن چگونگی تدریس (روش تدریس).
۲۲۵	- آموزش چهره به چهره
۲۲۶	- آموزش گروهی
۲۲۷	● چیدن همه عوامل در کنار هم
۲۳۱	● چالش های ادغام برنامه آموزش سلامت به بیمار در نظام مراقبت های بهداشتی
۲۳۷	فصل پنجم: نظام جامع آموزش سلامت به بیمار
۲۳۸	● مقدمه
۲۳۸	● تعریف آموزش سلامت به بیمار
۲۳۹	● نتایج
۲۳۹	● رویکردها
۲۳۹	● اهداف اختصاصی
۲۴۲	- فلوچارت کلی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در موقعیت های مطب و کلینیک
۲۴۴	- فلوچارت های میانی (فرایند محور) نظام جامع آموزش سلامت به بیمار
۲۵۵	- فلوچارت های ریز (بیمار محور) نظام جامع آموزش سلامت به بیمار

۲۶۵	- جداول خدمت
۲۷۷	- جداول ارایه کنندگان خدمت
۳۰۵	- فلوچارت‌های ریزنظام جامع آموزش سلامت به بیمار در موقعیت مرکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۰۷	- فلوچارت‌های میانی مرکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۱۷	- فلوچارت ریز مرکز بهداشتی درمانی روستایی
۳۲۷	- خدمت
۳۳۶	- جداول ارایه دهنده خدمت
۳۴۷	● موقعیت (Setting) بیمارستان
۳۴۷	- فلوچارت کلی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در موقعیت بیمارستان
۳۴۹	- فلوچارت فرآیند محور نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در موقعیت بیمارستان
۳۶۱	- خدمت
۳۷۱	فصل ششم: خدمات پشتیبان آموزش سلامت به بیمار و سیاست گذاری
۳۷۲	● سیاست گذاری پشتیبان برای حمایت از برنامه آموزش سلامت به بیماران
۳۸۱	● خدمات پشتیبانی برای حمایت از ارایه دهندگان خدمات آموزش سلامت به بیماران
۳۹۱	● خدمات پشتیبان برای کلیه مواد و امکانات ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران
۳۹۶	● لیست پژوهش‌های لازم برای بومی کردن بسته خدمتی
۳۹۸	● قوانین و دیدگاه‌های چشم انداز ۲۰ ساله و برنامه چهارم توسعه
۴۰۸	● رویکردهای اجرا و ادغام نظام آموزش سلامت به بیماران
۴۱۱	فصل هفتم: پایش و ارزشیابی برنامه آموزش سلامت به بیمار
۴۱۳	● ارزشیابی برنامه های آموزش سلامت به بیمار در سطح ارایه خدمت اصلی
۴۱۷	● شاخص های پایش و ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در حوزه اقدامات حمایتی
۴۲۱	فصل هشتم: کوریکولوم آموزش سلامت به بیماران برای ارایه دهندگان خدمات
۴۲۲	● اهداف آموزشی
۴۲۴	● افراد دارای صلاحیت ارایه خدمت
۴۳۲	● جداول کوریکولوم آموزشی
۴۴۱	فصل نهم: پایلوت تئوریک برنامه آموزشی سلامت به بیماران دیابتی
۴۴۲	● مقدمه
۴۴۳	● نکات قابل توجه آموزش سلامت به بیماران دیابتی
۴۴۵	● رویکرد آموزشی سلامت در بیماران دیابتی
۴۴۷	● لیست عناوین آموزشی

۴۵۲	● روش های ارایه آموزش سلامت به بیماران دیابتی
۴۵۴	● اجزای مهم برای آموزش مؤثر سلامت به بیماران دیابتی
۴۵۹	● فرآیند آموزش سلامت به بیمار
۴۶۱	● ابزارهای مهم و چهارچوب حمایتی
۴۶۳	● نتیجه گیری
۴۶۴	● مثال هایی از برنامه های اجرا شده آموزش سلامت به بیماران دیابتی
۴۷۱	● استانداردهای ملی برای آموزش خود کنترلی دیابت در آمریکا
۴۷۷	ضمایم
۴۷۸	● تعریف واژگان
۴۸۴	● فرم های مرتبط با آموزش سلامت به بیماران

فصل اول

مقدمه ای بر آموزش
سلامت به بیمار

مقدمه:

امروزه با توجه به کوتاه تر شدن زمان بستری در بیمارستان و انجام مراقبت های بهداشتی در حداقل مدت زمان ممکن، بیمار بلافاصله بعد از انجام مراقبت و یا در کوتاه ترین مدت زمان ممکن پس از یک جراحی و یا اقدام درمانی دیگری با چند نوع دارو و دستور غذایی از بیمارستان یا کلینیک و یا یک مرکز ارایه خدمات خارج می شود و همراه با خانواده اش، در حالی وارد خانه می شود که دچار گیجی و سردرگمی است و پرسش های زیر در ذهن او تکرار می شوند:

- من الان باید چه کار کنم؟
- من چگونه می توانم سیر بهبودی خودم را تسریع بخشم؟

در واقع آموزش سلامت به بیمار، یکی از وقت گیر ترین، تکراری ترین و در عین حال مهم ترین ابعاد ارایه خدمات سلامت است. تحقیقات مختلف نشان داده اند که بیماران بسیار مشتاق دریافت اطلاعاتی در مورد وضعیت خود هستند. هنگامی که کیفیت اطلاعات دریافتی توسط بیمار افزایش می یابد، آگاهی وی از اهداف درمانی و در نتیجه پذیرش روش های درمان بیشتر شده و این امر بالتبع اثر بخشی بیشتر و نتایج بهتر درمان را به دنبال خواهد داشت. دستیابی به سطوح بالاتر رضایتمندی بیماران و کاهش شکایت ها، از دیگر دستاوردهای آموزش سلامت به بیمار خواهد بود. می توان امیدوار بود که با فراهم نمودن دانش بهتر و بیشتر برای بیماران در مورد وضعیت خود بتوانند انتخاب های آگاهانه تری داشته باشند.

پزشکان در همه رشته های پزشکی، در مورد لزوم آموزش سلامت به بیمار به عنوان بخشی از فرآیند درمان توافق دارند ولی متأسفانه در بیشتر موارد اولین حیطه ای که به علت کمبود وقت و تعداد زیاد بیماران، آسیب دیده و نادیده انگاشته می شود، بُعد آموزشی برخورد پزشک و بیمار است.

بنیادی ترین مفهوم در طبابت، آموزش سلامت به بیمار است. کمتر دانشجوی پزشکی است که ریشه لاتین کلمه دکتر (docter) را که به معنی آموزش دادن است، نداند.

امروزه آموزش سلامت به بیمار در متون منتشر شده تحت عناوین خودمراقبتی^۱، توانمندسازی بیماران^۱ نیز مطرح می شود و درواقع آموزش سلامت به بیمار با هدف توانمندسازی او برای خودمراقبتی اجرا می گردد.

^۱ Self-Care

آموزش سلامت به بیمار در برگیرنده تمام فعالیت‌های آموزشی مربوط به بیمار شامل آموزش‌های درمانی، آموزش‌های بهداشتی و ارتقای سلامت بالینی است که برای کمک به بیمار به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد بیماری خود و کسب مهارت خودمراقبتی صورت می‌گیرد.

تاریخچه آموزش سلامت به بیمار (تجربه اروپا و آمریکا):

آموزش سلامت به بیمار، از نظر تئوری و عملی، به طور عمده در سه دهه اخیر توسعه یافته است. مفهوم آموزش سلامت به بیمار در ابتدا در مورد بیماران بستری در بیمارستان مطرح گردید. به نظر می‌رسید، کمبود آگاهی بیماران در مورد وضعیت خود، سیر بیماری و روش‌های درمانی در دسترس، باعث افزایش نگرانی و استرس آنها می‌گردد. مطالعات نشان دادند که آموزش سلامت به بیمار موجب افزایش رضایتمندی بیمار و کاهش اضطراب و دوره بستری می‌شود.

احساس نیاز برای آموزش سلامت به بیماران، منجر به ظهور طیف جدیدی از مشاغل و متخصصین به نام آموزش دهندگان سلامت^۱ گردید که مسئولیت این امر را بر عهده بگیرند. اروپا به طور اعم و به خصوص هلند در این حوزه نقشی مهم و هدایت کننده ایفا کردند و خیلی زود آموزش سلامت به بیمار از بیمارستان به قلمرو پزشکی عمومی نیز انتشار پیدا کرد و بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های سرپایی را نیز مورد توجه قرار داد. به خصوص در مورد دیابت و روماتیسم، کارهای زیادی انجام گرفت. هم‌زمان با این تغییرات، افزایش فشار و تأکید اجتماعی بر حقوق بیماران و رشد سازمان‌های مدافع حقوق بیمار نیز رخ داد و در نهایت در برخی کشورها، قوانینی مبنی بر حق بیمار برای آگاهی نسبت به وضعیت خود و انتخاب روش درمان به تصویب رسید.

در حال حاضر، گرچه هنوز موانع و خلاهایی برای آموزش مؤثر سلامت به بیمار وجود دارد (به ویژه در رابطه با سن، فرهنگ و سطح سواد بیماران)، پزشکان و پرستاران بیش از قبل آگاهی می‌دهند و بیماران نیز خواستار آگاهی‌های بیشتری هستند.

^۱ Patients Empowerment

^۲ Health educator

کنار آمدن با بیماری های مزمن و معلولیت ها که همه عمر همراه فرد هستند، برخلاف موارد حاد و محدود از نظر زمانی، به چیزی بیشتر از اطلاع رسانی صرف نیاز دارد و مستلزم توجه به ابعاد مشاوره ای در آموزش سلامت به بیمار است. مثلاً در مورد بیماران بستری در بیمارستان با توجه به اینکه اغلب بیماری آنها شدیدتر و سن آنها بالاتر است، باید توجه بیشتری به وضعیت عاطفی و روابط اجتماعی آنها نمود و زمان بیشتری را برای دادن اطلاعات، اقدامات حمایتی و کمک به مشارکت آنها در تصمیم گیری در مورد روش درمان اختصاص داد. از طرف دیگر پیشرفت های وسیع در پزشکی و مراقبت های سلامت، با قراردادن تجهیزات و تکنیک مدرن، درمان های تهاجمی و داروهای بسیار قوی و مؤثر در دسترس پزشکان، توجه آنها را از برقراری ارتباط با بیمارانشان منحرف ساخته است. سال ها قبل پزشکان درمان گرانی بودند که درمانشان بر پایه ارتباط با بیمار بود. این ارتباط در بسیاری از انواع طب تکمیلی مانند سایکوتراپی هنوز ارزشمند است. امروزه، اهمیت برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و آموزش وی برای موفقیت در درمان، امری بدیهی است که روز به روز توجه بیشتری را معطوف خود می سازد.

اروپا یک سیستم سیاسی و اجتماعی متحد و در حال رشد است و بخش سلامت یکی از بخش های مهم در سیاست گذاری های آن می باشد. علیرغم اتحاد کشورهای این قاره، ممکن است بیماران با تفاوت هایی در استانداردهای مربوط به کیفیت مراقبت مواجه شوند که این تفاوت ها، آموزش سلامت به بیمار را نیز متأثر می سازد. در ادامه، وضعیت آموزش سلامت به بیمار در کشورهای مختلف برای آگاهی از تفاوت های موجود و کمک به تعریف استانداردهای پذیرفته شده بین المللی در مورد ارتباطات در مراقبت از سلامت مقایسه می شود.

اروپای غربی:

هشت کشور اروپایی غربی عبارتند از: بلژیک، فنلاند، فرانسه، آلمان، ایتالیا، هلند، سوئیس و انگلستان.

آموزش سلامت به بیمار در این کشورها علاوه بر آموزش بهداشت عمومی، حقوق بیمار و اصول اخلاق پزشکی را نیز در بر می گیرد. در کشورهایی مانند انگلستان، ایتالیا و فنلاند، به رسمیت شناخته شدن آموزش سلامت به بیمار در سیستم مراقبت بهداشتی، نیازمند مبارزه بود، در حالیکه در کشورهای هلند و بلژیک این امر از حمایت دولتی و ملی برخوردار بود.

در بسیاری از کشورها، پزشکان عمومی در آموزش سلامت به بیمار نقش کلیدی دارند و در سیستم مراقبت بهداشتی به عنوان دروازه‌بان^۱ عمل می‌کنند. در کشورهایی مانند بلژیک، هلند و فرانسه به نقش پرستاران نیز توجه شده است.

در گذشته در تعدادی از کشورها فقط بیمارستان‌ها در آموزش سلامت به بیمار نقش داشتند و محققین بیمارستانی بودند که فواید آموزش سلامت به بیمار را در کوتاه کردن مدت بستری کاهش اضطراب، افزایش رضایتمندی و بهبود مؤثر به اثبات رسانیدند.

در حال حاضر، آنچه بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به خصوص دیابت می‌باشد (در کشورهایی مانند ایتالیا، سوئیس و سوئد در مورد اهمیت آموزش سلامت به این گروه، تأکید فراوان صورت گرفته است).

مشاوره اغلب بخش فراموش شده آموزش سلامت به بیمار است. آثار درمانی آموزش سلامت به بیمار، روز به روز بیشتر شناخته می‌شود. امروزه علاوه بر آموزش بیمار، آموزش خانواده وی نیز برای کمک به تطابق آنها با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

تأثیر آموزش سلامت به بیمار در درمان مؤثرتر وی، به خصوص در کشورهای سوئیس و ایتالیا مورد توجه است.

برقراری ارتباط در مراقبت از سلامت و آموزش آن به ارایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، در افزایش اثربخشی آموزش سلامت به بیمار بسیار مهم است. تقریباً در تمام کشورهای اروپایی ضرورت آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرسنل بهداشتی درمانی و فواید آن مورد تأکید است.

تاریخچه آموزش سلامت به بیمار در اروپای غربی نشان می‌دهد که آموزش سلامت به بیمار در درجه اول، تحت تأثیر خصوصیات و ویژگی‌های سیستم خدمات بهداشتی درمانی است و دیدگاه بیمار نسبت به رابطه پزشک-بیمار به شدت متأثر از نقش دروازه‌بانی پزشک عمومی است و مطالعات نشان می‌دهند که پزشکان عمومی که خود را دروازه‌بان خدمات بهداشتی درمانی نمی‌دانند، بیشتر درگیر ارتباطات با بیمار می‌شوند.

اروپای مرکزی و شرقی:

تا پایان دهه ۱۹۸۰، کشورهای اروپای مرکزی و شرقی در نظارت بر خدمات بهداشتی درمانی یکسان عمل می‌کردند. براساس مطالعه Girder و همکارانش که در ۱۲ کشور اروپای مرکزی و شرقی انجام شد، در مورد نقش پزشکان عمومی در این کشورها دیگر چنین اتحاد و

^۱ Gate-keeper

همسانی وجود ندارد. در اروپای شرقی این تفاوت‌ها بارزتر هستند. پزشکان عمومی در یوگسلاوی سابق جامع‌ترین الگوی خدماتی را دارند و پایین‌ترین نمره مربوط به پزشکان شوروی سابق است. کشورهایی که قبل از جنگ جهانی دوم دارای سیستم بیمه اجتماعی بودند، مانند مجارستان و جمهوری چک بین این دو قرار می‌گیرند. بنابراین تفاوت‌های ملی در مورد وظیفه پزشکان در کشورهای مختلف وجود دارد که باعث می‌شود در اصلاحات سیستم مراقبت اولیه بهداشتی، هریک به گونه‌ای متفاوت عمل کنند. بدیهی است که این تغییرات بر آموزش سلامت به بیمار توسط پزشک عمومی شاغل در سیستم بهداشتی درمانی تأثیر گذار خواهند بود.

علاوه بر این، رشد فزاینده سیستم مراقبت بهداشتی در اروپای شرقی، باعث می‌شود نتوانیم تصویر ثابتی از آموزش سلامت به بیمار در این کشورها ارایه کنیم. مسلماً در دهه آینده توصیفی از آموزش سلامت به بیمار در چارچوب پزشک سالار کنونی مصداق نخواهد داشت. بعلاوه، جایگاه و تعاریف اصلاحات جاری در بخش سلامت برای آموزش سلامت به بیمار هنوز واضح و روشن نیست. به این دلایل است که کشورهای اروپای مرکزی و شرقی باید در پروژه‌هایی مانند بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و فعالیت‌هایی در زمینه‌های دیابت، سرطان، سلامت و ارتباطات در مراقبت از سلامت با کشورهای اروپای غربی مشارکت نمایند.

ایالات متحده آمریکا:

در آمریکا طبق گفته Roter، آموزش سلامت به بیمار، از ابتدا تا کنون بارها دچار تغییر و دگردیسی شده است. Bartlett آغاز دوره پیدایش آموزش سلامت به بیمار را اواسط سده ۱۸۰۰ می‌داند که شکل‌گیری آن نتیجه ترکیبی از فشارهای اجتماعی از جمله تغییر در عرضه و تقاضای پزشکان، نقش‌های جدید برای جامعه و متخصصین سلامت، پیشرفت تکنولوژی پزشکی و تغییر ماهیت رابطه پزشک و بیمار بود. امروز نیز بسیاری از این فشارها وجود دارند و در نهایت می‌توانند به دگردیسی دیگری در آموزش سلامت به بیمار منجر شوند. همانند اروپا، در آمریکا نیز در دهه ۱۹۶۰ تغییرات دینامیکی در آموزش سلامت به بیمار رخ داد. جنبش‌های احقاق حقوق شهروندی جنبش‌های زنان، افزایش مشتریان و جنبش‌های خودیاری، همه در نهایت به عدالت اجتماعی و توانمندسازی بیماران و جوامع منتهی گردید. این مفاهیم در منشور اتاوا و نوشته‌های رهبران آکادمیک سلامت تأثیرگذار در دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ منعکس گردیده است.

یک عنوان کاملاً جدید در آموزش بیمار، انقلاب دیجیتال ناشی از رسانه های جدید مانند اینترنت است. مطالب مربوط به مراقبت از سلامت در اینترنت، از پرفرودارترین پایگاه های اطلاع رسانی محسوب می شوند. استفاده از اینترنت برای آموزش سلامت به بیمار به نوبه خود دارای معایب و مزایایی است. مطالعات نشان داده اند که آموزش سلامت به بیمار توسط کامپیوتر به خصوص در مورد ترک سیگار بسیار مؤثر و با ارزش است.

آموزش سلامت به بیمار، طی سال ها، افت و خیزهای فراوانی داشته است. همکاری و مشارکت بین المللی نه تنها به کاهش تفاوت های بین کشورها کمک می کند بلکه باعث تثبیت نقش مهم تری برای آموزش سلامت به بیمار در مراقبت از سلامت خود خواهد شد.

از اواخر دهه ۱۹۵۰، تغییرات متعددی به صورت هم زمان و پیشرونده رخ داد که بر سیستم مراقبت بهداشتی در اروپا و سایر کشورهای صنعتی تأثیرگذار بودند:

۱. در سطح اپیدمیولوژیک، تغییر عمده، کاهش بیماری های حاد که عموماً نیازمند درمان کوتاه مدت هستند و افزایش بیماری های مزمن که همراه با ناتوانایی های جسمی و اجتماعی است، دیده شد. علیرغم درمان های تکنیکی پزشکی، بیمار مبتلا به بیماری مزمن به پیگیری طولانی مدت و ادامه مراقبت های پیشگیری و درمانی باهم نیاز دارد. به همین دلیل این بیماران در مدیریت بیماری شان نقش مهم و ویژه ای دارند.

۲. علیرغم انقلاب تکنولوژیک بی سابقه، ماهیت مراقبت های بهداشتی از الگوی زیستی-پزشکی (بر مبنای ابعاد بیولوژیک و فیزیولوژیک سلامت) به الگوی معنوی (با ابعاد اجتماعی و روانشناسی سلامت) تغییر جهت داده، بنابراین دید پزشکی بیش از پیش به عدالت، اثر بخشی و رویکردی انسانی و معنوی به مراقبت بهداشتی تمایل یافته است. بعلاوه، ابعاد اخلاقی نیز بر مراقبت بهداشتی تأثیر روزافزون داشته اند و موضوعاتی از جمله تصمیمات در پایان زندگی، ژنتیک، غربالگری، مسئولیت فردی در سلامت، عزم، اراده و مشارکت بیمار نیز مورد توجه قرار گرفته است.

۳. نارضایتی بیماران از سیستم مراقب بهداشتی بیان گردیده و آنها خواستار اطلاعات بیشتر و نیز مشارکت فعال تر در تصمیم گیری های مربوط به سلامتشان شده اند (رضایت آگاهانه) و بنابراین مسئولیت بیشتری در قبال سلامتی خود احساس می کنند. همچنین شمار شکایات در مورد خطاهای پزشکی در حوزه های غیر شفاف برای بیمار، بسیار افزایش یافته است. در سطح سیاسی، حقوق شهروندی به شکل

امکان دسترسی برابر به اطلاعات، مشارکت و عدالت در مراقبت بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است .

۴. از سوی دیگر، بار اقتصادی و مالی تحمیلی به بخش سلامت، به شکل هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم (مرخصی استعلاجی، هزینه های اجتماعی بیماری و ...) به حدی افزایش یافته است که سیستم‌های بیمه اجتماعی و ملی را تهدید می کند. علاوه، هیچ ارتباطی بین افزایش مداوم تورم در هزینه‌های سلامت و دستاوردهای کوچک در بهبود وضعیت سلامت یا امید به زندگی جمعیت به چشم نمی‌خورد.

۵. از نظر مؤسسات و سازمان های مراقب سلامت، نقش بیمارستان‌ها در حال تغییر است. زیرا علاوه بر اینکه هر روز باید بیشتر پاسخگوی نیازهای فردی بیماران و سلامت عموم باشند، به دنبال بهبود کیفیت و اثر بخشی بهتر نیز هستند. بنابراین سازمان‌دهی بیمارستان‌ها نیازمند تغییراتی به منظور دستیابی به اهدافی از جمله کاهش میانگین روزهای بستری، پیگیری کامل تر بیماری‌های مزمن یا ترکیب چند بیماری در یک فرد و مدیریت و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی می‌باشد. خارج از بیمارستان‌ها، پزشکان عمومی و متخصص هم باید طبابت خود را برای دستیابی به اهدافی از جمله پیگیری دراز مدت بیماران (که با مبالغ دریافتی معمول برای خدمات درمانی، امکان پذیر نیست) و نیاز به بهبود کیفیت و افزایش اثر بخشی مراقبت از بیمار تطبیق دهند.

۶. از نظر آموزش مراقبان حرفه‌ای سلامت، با گذشت سال‌ها اگر چه درسنامه‌های پزشکی و پیراپزشکی پیچیده‌تر و تکنیکی‌تر شده اند، هم اکنون تمایل بیشتری به اتخاذ رویکردی انسانی تر با در نظر گرفتن ابعاد سلامت عمومی و اجتماعی وجود دارد.

اطلاعات ذیل بیانگر حقایقی هستند که در چندین کشور اروپایی و سایر کشورهای صنعتی دیده شده است.

- ۶۵٪ از بیماران به صورت سیستمیک درمورد تصمیمات پزشک خود تردید دارند. اعتماد بیمار به پزشک که مدت‌هاست به عنوان عنصر اصلی قراردادهای پزشکی پذیرفته شده، حاصل کیفیت ارتباط پزشک- بیمار است.
- ۵۰٪ از بیماران (براساس مطالعات بین ۳۰ تا ۸۰ درصد) به اندازه کافی به دستورالعمل‌های درمانی خود پایبند نیستند و در نتیجه به تأثیرات مثبت مورد انتظار

از درمان نمی‌رسند. بنابراین قابلیت سیستم‌های مراقبت بهداشتی در افزودن اهمیت پیگیری درمان به اهمیت تشخیص صحیح و تجویز کافی، مورد شک و تردید است.

- ۲۰٪ از بیماران بستری در بیمارستان، اطلاعات و مشاوره دریافت شده در مورد وضعیت سلامت خود را کافی و مناسب دانستند، درحالی‌که ۲۰٪ دیگر از مقدار اطلاعات دریافتی، بسیار ناراضی بودند. ۶۰٪ از بیماران نیز اظهار می‌کردند که کیفیت و میزان آگاهی‌هایی که از متخصصین مراقبت بهداشتی دریافت می‌کنند، می‌تواند بسیار بهتر شود.

با توجه به موارد فوق، می‌توان گفت که در کل پذیرش و میزان پایبندی بیماران به درمان‌ها بسیار پایین‌تر از حد قابل قبول بوده و کیفیت و اثربخشی مراقبت مورد سوال است. در حالیکه می‌توان به انتظارات بیماران بهتر پاسخ داد و باعث افزایش رضایت‌مندی آنها از مراقبت از سلامت گردید.

چشم اندازی از اروپا:

در همایشی که در سال ۱۹۹۹ در پاریس در مورد سیر تکاملی و پیشرفت آموزش سلامت به بیمار و تفاوت‌ها در کشورهای اروپایی در این رابطه برگزار گردید، آموزش سلامت به بیمار به کلیه فعالیت‌های آموزشی اطلاق گردید که برای بیمار انجام و ابعاد آموزش‌های درمانی، آموزش سلامت و ارتقای سلامت بالینی را شامل می‌شود. همانطور که در شکل ۱ دیده می‌شود، پنج گروه از عوامل در ایجاد و تکامل آموزش سلامت به بیمار نقش داشته‌اند.

۱. تحقیقات و استانداردهای مبتنی بر شواهد
۲. سازمان دادن به مراقبت از سلامت
۳. آموزش و حمایت متدولوژیک
۴. احترام و ارزش‌های حرفه‌ای
۵. جای دادن آموزش سلامت به بیمار در سیاست‌گذاری بخش سلامت و سرمایه‌گذاری در مورد آن.

نمونه‌ای از تجربیات جهانی

انگلیس NHS

در انگلیس برنامه مدیریت بیماری‌های مزمن و خود مراقبتی با هم پیوسته است. دیدگاه اصلی این است که بسیاری از وضعیت‌های مزمن می‌توانند و باید در داخل سیستم مراقبت‌های اولیه درمان شوند. یک اولویت مهم در این میان این است که اطمینان حاصل شود

که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از درک و توانمندی لازم برای برخورد با وضعیتشان برخوردارند. کمک به بیماران برای مصرف داروهایشان به طور مؤثر اهمیت زیادی دارد. لذا نقش داروسازان در این زمینه اهمیت زیادی می‌یابد. سایر پرسنل دست‌اندرکار این برنامه عبارتند از: پزشکان عمومی دارای گرایش‌های شغلی خاص، نرس‌های تخصصی و سایر متخصصان و دست‌اندرکاران بهداشت در رشته‌های مرتبط. در این کشور بیماری‌های قلبی عروقی، فشارخون شریانی، دیابت، دمانس و سرطان‌ها (متعاقب درمان اولیه) جزو بیماری‌هایی محسوب می‌شوند که تا حد زیادی در سیستم بهداشت اولیه قابل مراقبت هستند. از آنجا که بسیاری از افراد مسن به بیش از یکی از این بیماری‌ها مبتلا هستند، از یک رویکرد کل‌نگر برای برخورد با این بیماری‌ها استفاده می‌شود.

عناصر کلیدی برای اجرای مؤثر این برنامه عبارتند از: سیستم ثبت بیماری، تجویز صحیح و مدیریت دارویی، قادرسازی بیمار برای مراقبت از خود و توانمندسازی بیماران. سیستم ثبت و پیگیری اغلب توسط پرستاران اداره می‌شود.

در انگلیس در چند سال گذشته تلاش‌های مستمری برای مدرنیزه کردن NHS صورت گرفته و سیاست‌های جدید به طور مداوم بر اهمیت نقش بیمار در طراحی و ارائه سرویس‌های بهداشتی تأکید کرده‌اند.

برنامه بیمار خبره^۱ EPP

اعلان اولیه این برنامه از جولای ۱۹۹۹ به دنبال گزارش مهم نجات زندگی‌ها: ملت سالم‌تر ما^۲ انجام گردید و برنامه جدید در جولای ۲۰۰۰ در NHS مجدداً تصویب گردید. هدف این برنامه جمع‌آوری فعالیت‌های ارزشمند بیماران و سازمان‌های بالینی در ایجاد ابتکار خود مراقبتی بود. اعضای گروه کار^۳ EPP شامل نمایندگان از متخصصان پزشکی، NGOهای مراقبتی، مثل انجمن مراقبت از آرتریت و بسیج ملی آسم و متخصصانی در زمینه‌های پژوهش و آموزش خود مراقبتی بودند.

بیمار «خبره»^۴ به مفهوم بیماری است که مهارت‌های زندگی لازم برای مقابله با وضعیت مزمن خود را کسب نموده است. یک بیمار خبره:

^۱ - Expert Patient Programme

^۲ - Saving Lives: Our Healthier Nation

^۳ - Task force

^۴ - Expert

- احساس اطمینان و کنترل روی زندگیش دارد؛
 - هدفش این است که با وضعیت خود، برخورد مناسب داشته باشد و در این راه با متخصصان مراقبت‌های سلامتی نیز همکاری می‌کند؛
 - به طور مؤثر با متخصصین ارتباط برقرار می‌کند و علاقمند است که در مسئولیت‌ها و درمان خود سهیم باشد؛
 - در مورد تأثیر دراز مدت بیماریش روی خود و خانواده‌اش واقع نگر است؛
 - دانش و مهارت خود را برای هدایت کامل زندگیش به کار می‌گیرد.
- EPP، تنها یک آموزش ساده به بیمار در مورد وضعیتش یا ارایه اطلاعات مربوطه نیست بلکه اساس این برنامه ایجاد اطمینان و انگیزه در بیماران برای استفاده از مهارت‌های خودشان و نیز اطلاعات و خدمات تخصصی به منظور به دست آوردن کنترل بر زندگیشان با بیماری مزمن است.
- ایده اولیه یک برنامه بیمار محور خود مراقبتی و اینکه چگونه بیمار می‌تواند براساس یک برنامه روزانه کنترل بیشتری بر زندگی خودبه دست آورد در بیست سال گذشته توسط پروفیسور Kate Lorig از «مرکز پژوهش‌های آموزش به بیمار دانشگاه استنفورد کالیفرنیا» مورد بررسی قرار گرفته است. پروفیسور Lorig سر دسته صاحب‌نظران این حیطه در سطح بین المللی است.
- در چهار سال گذشته برنامه خود مراقبتی بیماری‌های مزمن (CDSMP) در استنفورد ایجاد و مورد پژوهش قرار گرفته است. این برنامه تشخیص داده است که بیماران دچار همه انواع مشکلات مزمن به طور روزانه با مسایل مشابهی درگیرند. این مسایل عبارتند از کنارآمدن با درد، استرس تصویر شخصی مختل و ایجاد مهارت‌های مقابله. این برنامه در استرالیا و اروپا و امریکا و اخیراً در چین نیز اجرا شده است. در انگلیس ایده کار توسط تعدادی از سازمان‌های خیریه وابسته به بیماران از جمله انجمن آرتريت، انجمن MS و انجمن بیماری دوقطبی مانیک دپرسیو برای طراحی برنامه‌های عملی هدایت شده توسط خود بیماران مورد استفاده قرار گرفته است.
- دوره به صورت جلسات ۲/۵ ساعته در ۶ هفته پیاپی اداره می‌شود. دوره کاملاً ساختار یافته است و از طریق یک دفترچه راهنمای چاپی که حاوی مباحثی مانند تن آرامی^۱، مدیریت

^۱ - Relaxation

علایم شناختی، ورزش، خستگی، و برقراری ارتباط با کارکنان خدمات بهداشتی می‌باشد به شرکت کنندگان ارایه می‌گردد.

برنامه می‌تواند ترکیبی از دستورالعمل‌های تخصصی یا خود هدایت شونده برای بیماران و یا مجموعه‌ای از محتوای تهیه شده برای افراد به منظور استفاده شخصی آنها برای مدیریت مشکلاتشان باشد. مثالی از نوع اول، برنامه Think Back است که توسط انجمن خیریه Back care طراحی شده است. بسیج ملی آسم^۱ که مردم را به داشتن کنترل بر روی بیماریشان تشویق می‌کند، مثالی از نوع دوم می‌باشد.

تراست کبد بریتانیا^۲ در سال ۱۹۹۸ اجرای یک دوره خود مراقبتی را آغاز کرد. در ابتدا چنین تصور می‌شد که این دوره مخصوص بیماران دچار بیماری‌های کبدی طراحی شده و توسط خود آنها نیز هدایت می‌شود. به زودی آشکار شد که چنین برنامه‌هایی برای تعداد اندکی از بیماران کاربرد دارد. در عوض، تراست کبد رابطه‌ای با سایر انجمن‌های خیریه برقرار نمود، به خصوص در جاهایی که مشابهت‌هایی با مشکلات ایجاد شده برای بیماران کبدی وجود داشت. این دوره، به زودی به روی همه بیماران دچار بیماری‌های مزمن باز شد و یکی از مزایای اصلی این رویکرد این بود که بیماران دریافتند که وضعیت آنها و ناامیدی که احساس می‌کردند، منحصر به وضعیت‌های خاص آنها نبود. در واقع بسیاری از مشکلات در بین همه بیماران دچار بیماری‌های مزمن مشترک است.

شواهد مؤثر بودن برنامه خود مراقبتی برای بیماری‌های مزمن

شواهد روزافزونی در آمریکا و انگلیس حاکی از آنند که برنامه‌های خود مراقبتی فواید زیادی را تأمین می‌کنند. مطالعه انجام شده توسط پروفیسور جولی بارلو از دانشگاه کانتری نشان داد که:

- کاهش شدت علایم
- کاهش قابل توجه درد
- بهبود کنترل بر زندگی و فعالیت‌ها
- بهبود رضایت از زندگی و ابتکار عمل
- همگی از دستاوردهای این برنامه هستند.

^۱ - National Asthma Campaign

^۲ - The British Liver Trust

در انگلستان پژوهش‌های مربوط به فواید برنامه‌های خود مراقبتی هدایت شونده توسط خود استفاده کنندگان-براساس مدل دانشگاه استنفورد به وسیله اتحادیه وضعیت‌های پزشکی دراز مدت^۱ انجام شده است.

LMCA از سازمان‌های داوطلب ملی که در زمینه برآورده ساختن نیازهای مردم دچار مشکلات سلامت دراز مدت کار می‌کنند، تشکیل شده است. این سازمان در سال ۱۹۸۹ با ۴ عضو پایه گذاری شد ولی در حال حاضر بیش از ۱۰۰ عضو دارد. این اتحادیه‌ای است از سازمان‌های بزرگ و با سابقه که دارای کارکنان زیاد بوده و سازمان‌های کوچکتری را که برای پاسخگویی به وضعیت‌های نادرتر ایجاد شده و اغلب به وسیله افراد داوطلب اداره می‌شود، را نیز در بر می‌گیرد.

LMCA یک سازمان غیر وابسته است که بودجه آن از منابع متعددی از قبیل حق عضویت سازمان‌های عضو، دپارتمان سلامت وزارت بهداشت، بودجه‌های جامعه، انجمن صنایع داروسازی بریتانیا و بودجه پادشاهی تأمین می‌شود.

پروژه «زندگی با بیماری‌های مزمن»^۲ سه سال است که در سپتامبر ۱۹۹۸ برای افزایش آگاهی در مورد برنامه‌های خود مراقبتی و افزایش استفاده از آنها توسط افراد دچار بیماری‌های مزمن پایه‌گذاری شد. سایر اهداف آن عبارت بودند از ایجاد یک شبکه تبادل اطلاعات خود مراقبتی تسهیل پایش صحیح و مناسب برنامه و تهیه نقشه‌ای از مداخلات خود مراقبتی موجود.

پروژه LLTI سازمان‌های عضو LMCA را در برقراری و مدیریت برنامه‌های اختصاصی خودشان براساس مدل دوره خود مراقبتی بیماری‌های مزمن (CDSMP) دانشگاه استنفورد کالیفرنیا یاری کرده است. این دوره به طور گسترده و موفق در ایالت متحده نیز مورد استفاده قرار گرفته است.

گزارش پروژه LLTI طرحی برای سازماندهی موفق سایر پروژه‌های خود مراقبتی تأمین می‌نماید «پروژه خوب زیستن»^۳ (Living Well) که از آوریل ۲۰۰۱ آغاز شده بر هدف تداوم و توسعه بیشتر برنامه‌های با کیفیت خود مراقبتی هدایت شونده توسط افراد عادی برای بیماران دچار بیماری‌های مزمن متمرکز است. این پروژه کار برنامه LLTI را مبنای کار خود قرار داده است.

^۱ - Long-Term Medical Conditions Alliance LMCA

^۲ - Living with Long Term Illness (LLTI)

^۳ - Living well

- دسترسی به هدف این برنامه با تأمین موارد زیر انجام خواهد گرفت:
- تأمین اطلاعات، توصیه ها، و نظر مشورتی سازمان های علاقمند به ایجاد برنامه های خود مراقبتی؛
 - انجام هماهنگی مرکزی؛
 - حمایت از آموزش دهندگان دوره ها؛
 - افزایش تعداد دوره ها.

خط تماس مستقیم^۱ NHS

یک سرویس تلفنی ۲۴ ساعته است که توسط پرستاران اداره می شود و عملکرد آن ارایه توصیه های تلفنی در مورد این است که آیا علایم می تواند به نحو مطمئن در خانه مدیریت شود یا خیر. این سرویس توسط یک شبکه اینترنتی (NHS Direct Online) که تأمین کننده اطلاعات بهداشتی تعاملی است، حمایت می شود.

در انگلیس:

- کمتر از ۵۰٪ افراد دچار آسم اطلاعات پایه برای بیماریشان را از مراقبین بهداشتیشان دریافت کرده اند؛
- تا ۲۰٪ از بیماران دچار صرع ممکن است اشتباه تشخیص داده شده و درمان نامناسب و غیر ضروری دریافت کنند؛
- در سال ۹۸ به ازای هر ۲۶۸۰۰۰ نفر، یک نفر روماتولوژیست وجود داشته و در سال ۲۰۰۰ زمان انتظار برای ارجاع یک بیمار به روماتولوژیست به طور متوسط ۱۰ هفته بوده است.

برنامه مراقبت بیماری های مزمن در چین:

در چین بیماری های مزمن (عمدتاً بیماری های قلبی، سکته مغزی، سرطان و بیماری های ریه) سر دسته علل ناتوانی و مرگ زودرس بوده و بخش عمده ای از هزینه های خدمات سلامت چین را تشکیل می دهند. در سال ۱۹۹۴ هزینه های مستقیم مرتبط با بیماری های مزمن بیشتر از ۴ صد میلیارد یوان بوده است. برنامه (CDSMP)، در ایالت متحده آمریکا، کانادا و انگلستان در حفظ و بهبود «رفتار بهداشتی و وضعیت بهداشتی» بیماران و کاهش استفاده از خدمات بهداشتی بیماران مؤثر شناخته شده است. راهکارهای آن افزایش مهارت های خودمراقبتی، افزایش خودکارایی و ارتباط بهتر بین بیماران و تأمین کنندگان خدمات می باشد.

^۱ - NHS Direct

در چین، شهرشانگ‌های، سنگین ترین بار بیماریهای غیر واگیر را داشته است. در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای در شانگ‌های به منظور امکانسنجی، بررسی فواید و حساسیت فرهنگی دوره برای فرهنگ چین انجام گرفت که گزارش آن در بولتن WHO در سال ۲۰۰۳ به چاپ رسیده است.

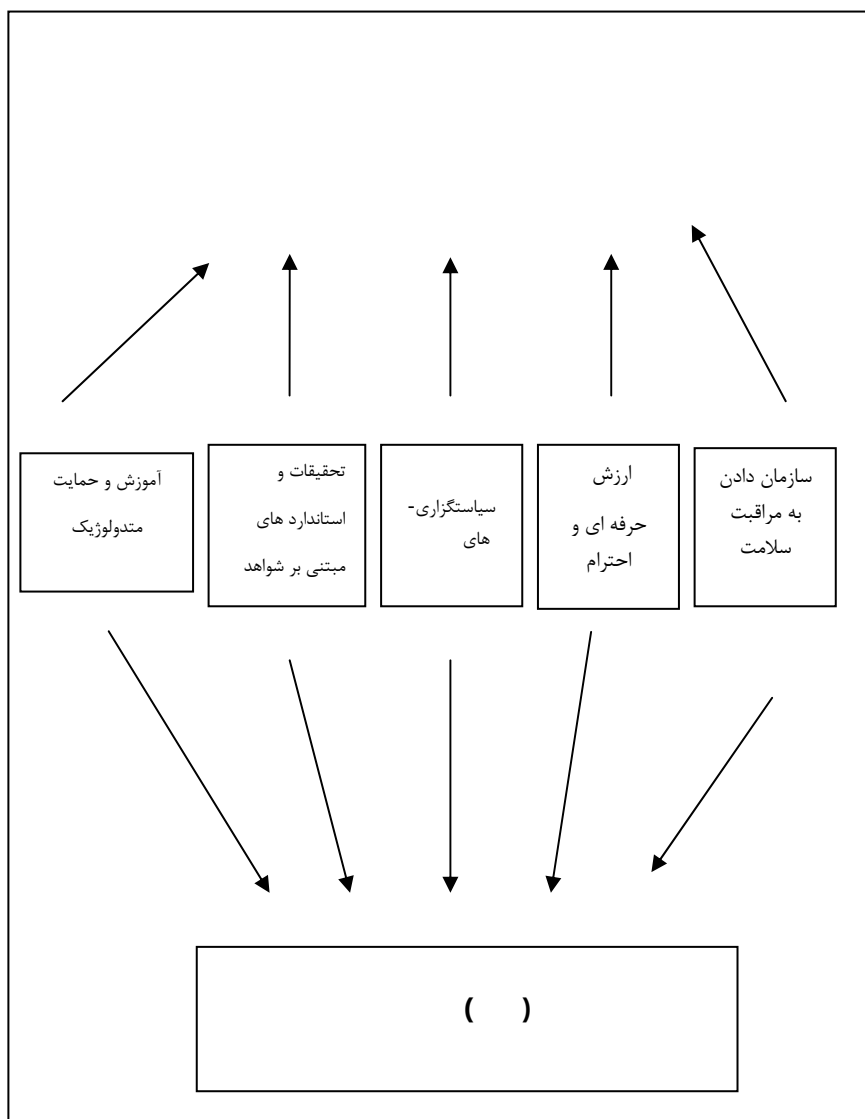
پس از اصلاحاتی که برای تطبیق برنامه با ویژگیهای بیماران چینی به عمل آمد، خروجیهای مورد بررسی در این مطالعه که شامل (۱) رفتار خود مراقبتی نظیر ورزش، رابطه با پزشک، (۲) خودکارآمدی (۳)، وضعیت بهداشتی (عواملی نظیر وضعیت سلامت نمره داده شده توسط خود بیمار، فشارهای سلامتی، تنگی نفس، درد، ناتوانی، افسردگی، انرژی و خستگی و محدودیت‌های اجتماعی و ایفای نقش) (۴) میزان استفاده از خدمات بهداشتی (تعداد ویزیت‌های پزشک، ویزیت‌های بخش اورژانس، تعداد دفعات آنالیز اولیه هزینه‌ها در مقابل صرفه‌جویی) بود، نشان داد که به ازای هر شرکت کننده ۷۲۶۹ یوآن صرفه جویی صورت گرفته بود که نه (۹) برابر هزینه‌های مداخله انجام شده بود. در مجموع برنامه CDSMP شانگ‌های در افزایش رفتارهای خود مراقبتی، حفظ و ارتقای وضعیت سلامت و کاهش استفاده از خدمات بهداشتی مؤثر بود و نیز چنین نتیجه‌گیری شد که افراد عادی چینی توانستند برای آموزش دوره CDSMP آموزش داده شوند و میزان موفقیت آنها حداقل در سطح پرسنل بهداشتی باشد و این اقدام مقرون به صرفه نیز هست.

ایالات متحده آمریکا

در آمریکا دیدگاه خود مراقبتی جزء مهمی از استراتژی مراقبت‌های سلامتی محسوب می‌شود. در آمریکا سه سازمان بزرگ خدمات بهداشتی Kaiser permanente-(HMO)، Group Health Cooperative of Puget Sound و برنامه بیمه سلامت نیویورک - همگی CDSMP را به عنوان یکی از برنامه‌های اصلی برای بیماران مزمنشان ارایه می‌نمایند. ۱۵۰ سازمان خدمات بهداشتی دیگر در ایالات متحده نیز از این برنامه استفاده می‌نمایند.

در آمریکا تلاش‌های زیادی برای متناسب نمودن این برنامه با سیستم سنتی صورت گرفته است و پیشرفت‌هایی نیز حاصل شده است. در سال ۲۰۰۲ Kaiser permanente مهمترین جایزه افتخاری خود را برای نوآوری در خدمات سلامت به انتشار برنامه CDSMP اختصاص داد. (جایزه vohs). ارزشیابی نتایج این برنامه در جای دیگری مورد بحث قرار گرفته است.

شکل ۱-۱- چهارچوب ایجاد و پیشرفت برنامه های آموزش سلامت به بیماران.



تحقیقات و استانداردهای مبتنی بر شواهد:

دو سوال عمده در مورد استانداردهای طبابت خوب وجود دارد:

الف) آیا برای آموزش سلامت به بیمار، استانداردهای ویژه یا دستورالعمل های مشترکی وجود دارد؟

ب) آیا باید در استانداردهای بالینی طبابت خوب (به صورت سیستماتیک) جایی برای آموزش سلامت به بیمار در نظر گرفت؟

در هلند، استانداردهای طبابت خوب از نظر آموزش سلامت به بیمار مشخص شده و مسایل مربوط به آموزش سلامت به بیمار در استانداردهای پزشکی عمومی ادغام گردیده است. در این کشور آموزش سلامت به بیمار هم قسمتی از فرآیند به رسمیت شناختن و اعتبار بخشیدن به بیمارستان ها و هم بخشی از استانداردهای کیفیت مراقبت خوب در پزشکی عمومی است. تقابل پزشکان بیمارستانی و پزشکان عمومی، به تعریف استانداردهای بین بخشی طبابت خوب از نظر آموزش سلامت به بیمار منجر گردید. در فرانسه از چندین سال قبل، شبکه هایی از افراد حرفه ای بیمارستانی و بخش خصوصی دور هم جمع شدند تا به استمرار و دوام مراقبت ها به عنوان بخشی مهم در کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن مانند ایدز و سرطان کمک کنند. این شبکه ها فرصتی مناسب برای تعریف استانداردهای بین بخشی آموزش سلامت به بیمار بودند. با توجه به اینکه نه دولت های ملی و نه اتحادیه اروپا در تحقیقات سرمایه گذاری کافی نمی کنند تحقیقات در بخش آموزش سلامت به بیمار عموماً ناکافی است. بعلاوه، هنوز فاصله عمیقی بین تحقیق و عملکرد وجود دارد. لازم است برای پیوند تحقیق و عمل اقداماتی صورت گیرد و شبکه ای از متخصصین در آموزش سلامت به بیمار ایجاد شود تا طرح های تحقیقاتی مشترکی تهیه و با سرمایه گذاری ملی و بین المللی اجرا شود.

بسیاری از کشورها هنوز در مراحل آزمایشی و ابتدایی آموزش سلامت به بیمار هستند و این سوال که "چگونه باید آموزش سلامت به بیمار را به عنوان بخشی از سیستم مراقبت از بیمار به رسمیت شناخت؟" همچنان بدون پاسخ مانده است.

امروزه ضرورت شناخت شواهد فعالیت های آموزش سلامت به بیمار برای ارزیابی میزان تأثیر آن به عنوان بخشی از یک سیستم مراقبت بهداشتی احساس شده است. به علاوه این سوال نیز وجود دارد که تحقیقات انجام شده در مورد آموزش سلامت به بیمار تا چه حد کمک کننده و مرتبط با موضوع هستند و اینکه آیا اصولاً انجام آنها از نظر اخلاقی صحیح است یا خیر؟

به نظر می رسد علیرغم جالب و مفید بودن مطالعات درمورد رضایتمندی بیماران، مطالعات مذکور ابزار مناسبی برای ارزیابی کیفیت آموزش سلامت به بیمار نباشند. هنگامی که کیفیت مراقبت چه از طریق آموزش سلامت به بیمار و چه از طریق ارتباط بهتر پزشک- بیمار بالا رود، انتظار بیماران بیشتر شده و در نتیجه بیشتر اظهار نارضایتی می کنند. بنابراین نتایج مطالعات رضایتمندی بیماران بیشتر از آنکه کیفیت آموزش را نشان دهد، نشان دهنده توانایی بیماران در درک و انتقال انتظاراتشان است.

سازمان دهی مراقبت و آموزش:

در هر کشوری فعالیتهای آموزش سلامت به بیمار جز در مورد آموزش کلاسیک بیمار در بیمارستان، به شیوههای مختلفی انجام می شود. مثلاً در انگلستان، NHS در حال ارایه مفهوم « میانه روی^۱ » برای مشاوره، تشخیص و درمان است. در سوئد گروههای یادگیرنده بر پایه سیستم مرسوم آموزش بزرگسالان (گروه های مطالعه) فعالیت می کنند. در استونی و سایر کشورها، شبکه بیمارستانهای ارتقادهنده سلامت (NPH) وابسته به WHO، چارچوب اجرای برنامه های آموزش سلامت به بیمار را در بیمارستان تعیین می کند. در هلند، آموزش سلامت به بیمار، بخشی از شرح وظایف پزشکان عمومی و پرستاران و نیز نیروهای متخصص بیمارستانی تعریف شده است. بالاخره در فرانسه، کمیته ملی آموزش سلامت (CFES)، تمایل زیادی به افزایش توانایی پزشکان عمومی در زمینه فعالیتهای آموزشی برای بیمارانشان دارد. سوال دیگر، نقش بیماران در فرایند سازمان دهی آموزش سلامت به بیمار در حیطه مراقبت های بهداشتی است. در برخی از کشورها، سازمان های مربوط به بیمار به عنوان یک قدرت سوم و یک همکار در تصمیم گیری در همه سطوح، عمل می کنند. در برخی دیگر از کشورها، نقش این سازمان ها بسیار کم رنگ است و در مواردی، اختلافاتی بین خود این سازمان ها به وجود می آید. به عنوان مثال در هلند، درگیری هایی بین ارگان های مربوط به بیماران عمومی و ارگان های بیماران خاص به وجود آمده است. نظیر این درگیری ها در ایتالیا نیز دیده شد. چرا که سازمان های مذکور برای تصویب قوانین دولتی سخنرانی و تبلیغات می کنند درحالی که از مقام رسمی برخوردار نیستند.

البته علیرغم درگیری های موجود، این ارگان ها در سازمان دهی سیستم مراقبت بهداشتی نقش عمده ای بازی کردند و توانستند باعث ترقی و بهبود فعالیتهای آموزش سلامت به بیمار

^۱ Walk in Centers

شوند چنان که نقش بیمار به عنوان یک آموزش دهنده در زمینه آگاهی‌های خاص وی از بیماری خود و ارتباط آن با سایر جنبه‌های زندگیش، هم‌تا و موازی با نقش افراد حرفه‌ای در بخش سلامت تبیین گردید.

برای ترسیم مسیری که بیمار طی می‌کند، مهم است که از نقاط ضعف در سازمان‌دهی و استمرار مراقبت و به خصوص از تناقض‌های موجود بین اطلاعاتی که به بیمار داده می‌شود، آگاه باشیم. در آن صورت خواهیم دید که مراقبت به صورت تکه تکه و نه مستمر ارائه می‌شود. این امر تا زمانی که بیمار بتواند همه ابعاد و دیدگاه‌های دریافتی را ادغام کند، مشکل‌ساز نیست. مطابق این دیدگاه بیمار مهم‌ترین هماهنگ کننده مراقبت از سلامت است که باعث ایجاد و تضمین استمرار و تسلسل آن، علیرغم اختلافات و تناقض‌ها در اطلاعات دریافتی از متخصصین پزشکی می‌شود. گرچه چنین عقیده‌ای جالب و جذاب به نظر می‌رسد اما برای برخی از بیماران، غیر ممکن است.

موارد مهم متعددی هنگام بررسی سازمان‌دهی مراقبت‌ها باید مد نظر قرار گیرند:

- فعالیت‌های داخل و خارج بیمارستان باید به نحوی کنار هم قرار گیرند که تداوم و استمرار مراقبت حفظ شود و همچنین باید از استانداردهای کیفیت یکسانی برخوردار باشند؛
- آموزش سلامت به بیمار نباید تنها به بیماری مزمن بپردازد، چرا که بسیاری از بیماری‌های دیگر نیز وجود دارند. آموزش سلامت به بیمار باید همه ابعاد مراقبت از جمله برقراری ارتباط برای انجام معاینات و تست‌های تشخیصی و ... را دربرگیرد؛
- آموزش سلامت به بیمار باید به عنوان بخشی از مراقبت و نه یک فعالیت فرعی محسوب شود. آموزش سلامت به بیمار بخشی از درمان است و بنابراین سؤالاتی نظیر: "چه کسی باید آن را انجام دهد؟" و "چه مهارت‌هایی مورد نیاز است؟" مطرح می‌شود.

متخصصین مراقبت‌های بهداشتی اغلب به هنگام درگیر شدن در آموزش سلامت به بیمار، با دو مشکل عمده روبرو می‌شوند: یکی مربوط به کمبود وقت می‌شود (به دلیل انتخاب اولویت‌های دیگر در سازمان‌دهی سیستم مراقبت بهداشتی) و دیگری هزینه فعالیت‌های آموزش سلامت به بیمار است.

چگونه می‌توان آموزش سلامت به بیمار را در معاینه پزشک عمومی ادغام کرد، درحالی‌که مثلاً در انگلستان و سایر کشورهای اروپایی میانگین مدت این معاینه هشت دقیقه است؟ مشکل دوم کمبود یا عدم مهارت افراد حرفه‌ای در مورد آموزش سلامت به بیمار است. چرا که

اکثر مراقبان بهداشتی در دوره تحصیل پزشکی یا پرستاری، درسی یا واحدی مربوط به آموزش سلامت به بیمار نداشته اند.

حمایت آموزشی و متدولوژیک: اعتبار و توانایی ها

در بسیاری از کشورها، پزشکان چه در بیمارستان و چه در مطب، تنها افرادی هستند که از نظر بیمار، اعتبار حرفه‌ای و توانایی لازم برای پاسخگویی به انتظاراتش را دارند. با این حال، در صورتی که پزشک فعالیت‌های مربوط به آموزش سلامت به بیمار را به پرسنل پیراپزشکی واگذار کند و اهمیت این قسمت از مراقبت را به روشنی درک ننماید، بخشی از اعتبار خود را به دیگری منتقل کرده است.

با توجه به توانمندی‌ها و آموزش‌هایی که یک آموزش‌دهنده خوب (در زمینه آموزش سلامت به بیمار) نیاز دارد، به نظر می‌رسد پزشکان و سایر افراد حرفه‌ای در مراقبت از سلامت، به ندرت از ضعف‌های خود در زمینه ارتباط و آموزش سلامت مطلع هستند. هنگامی که در یک مطالعه ملی در فرانسه از پزشکان در خصوص موانع موجود برای آموزش سلامت به بیمار در طبابت سوال شد، آنها اغلب به کمی وقت و عدم تمایل بیماران اشاره کردند و هیچ یک آموزش ندیدن خود را برای این کار، به عنوان یک مشکل مطرح نکردند.

پزشکان با آموزش سلامت به بیمار، وارد حیطه‌ای می‌شوند که چندان درباره آن آگاهی ندارند (آموزش سلامت و تحقیق). این حیطه که همان یادگیری است، بخشی از عملکردهای انسانی است که بسیار کم در مورد آن می‌دانیم. یادگیری و آموزش در حال حاضر ابعاد متعددی را شامل می‌شود که عبارتند از: شناختی (دانش در مورد سلامت)، عاطفی (احساسات)، روانشناختی اجتماعی (باورها و نمادها) و اجتماعی (عرف‌ها، فشارها). مشکلات در پذیرش آموزش توسط بیمار اغلب به دلیل سوء تفاهمات روانشناختی است که بیمار باید در مورد آنها یاد بگیرد. این درحالی است که پزشک، هیچ وقت ارایه آموزش سلامت را نیاموخته است. او به شیوه‌ای که خود آموخته آموزش می‌دهد و در این شیوه‌ها، ابعاد عاطفی و تجربی فرآیند یادگیری مورد توجه قرار نمی‌گیرند.

پزشکان اغلب میلی به شروع آموزش سلامت به بیمار ندارند و آن را به عنوان بخشی از وظیفه خود در مراقبت از بیمار تلقی نمی‌کنند. آموزش ابتدایی پزشکی، اغلب بر ابعاد تکنیکی طب متمرکز است و به علوم اجتماعی-روانشناسی، ارتباطات و غیره نمی‌پردازد و به گفته برخی توانایی همدردی را در پزشکان می‌کشد. این درحالی است که توانایی‌های برقراری ارتباط و

مشاوره از مهارت‌های اولیه ضروری برای یک آموزش دهنده سلامت خوب هستند. در بسیاری از کشورها، همین وضعیت برای حرفه‌های پیراپزشکی نیز وجود دارد.

از یک سو آموزش اولیه افراد حرفه ای در بخش سلامت باید به گونه ای تغییر کند که آموزش سلامت به بیمار و برخی آگاهی‌ها در مورد رفتار انسانی در آن ادغام گردد. در فنلاند در دهه ۹۰ درسنامه های پزشکی تغییر کردند و ابعاد روابط انسانی ارتباطات در آنها وارد شد. از سوی دیگر باید امکان ادامه تحصیل در مورد آموزش سلامت به بیمار فراهم شود ولی چگونه می‌توان درسنامه لازم را تعریف کرد؟

در پایان سال ۱۹۹۸، یک کارگاه اروپایی وابسته به WHO، دستورالعمل‌های دقیقی را در مورد معیارهای کیفیت و محتوای فعالیت‌های آموزشی بیمار و برنامه های ادامه تحصیل در این زمینه برای افراد حرفه ای منتشر کرد. البته این دستورالعمل ها هنوز به صورت عملی اجرا و آثار آنها ارزیابی نشده است.

برخی از موانع عمده در آموزش سلامت به بیمار، به فاصله موجود بین بیمار و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بر می گردد. به این دلیل، همواره تقاضای بیمار برای مشارکت، از سوی مراقبان حرفه‌ای سلامت نادیده گرفته شده است. مشکل دیگر عدم برقراری ارتباط مناسب و همدردی مراقبان حرفه ای سلامت با بیمار است. بنابراین اولین اقدام مهم، تقویت برخی مهارت‌های پایه‌ای در این افراد است. با توجه به لیست تهیه شده توسط WHO از ۸۰ بیماری مزمن برای آموزش بیمار، پیشنهاد شده است که موارد ثابت و تغییرناپذیر جستجو و جمع بندی شده و به عنوان درسنامه به کلیه افراد شاغل در بخش سلامت، آموزش داده شوند. موارد خاص هر بیماری مزمن باید در درسنامه مخصوص گنجانده شود.

بعلاوه باید آموزش سلامت به بیمار را به چند فعالیت یا هدف اصلی تقسیم کرد:

(۱) مصونیت و ایمنی بیمار: اولین چیزی که باید به بیمار آموزش داده شود، ابعاد درمان از جمله آگاهی از بیماری خود است که بیمار را قادر می‌کند ایمنی خود را تضمین کرده و از بروز مجدد یا موارد عود جلوگیری نماید؛

(۲) حفظ و تأمین سلامت: اهداف آموزشی آن مربوط به زندگی روزمره است که به بیمار کمک کند تا مسیر بیماری و درمان را با روند زندگی خود مطابقت دهد؛

(۳) آموزش تندرستی: اهداف آموزشی آن مربوط به بهبود کیفیت زندگی، تندرستی و نشاط است.

علاوه بر تطبیق و تکامل درسنامه‌های آموزشی، حمایت دایمی متدولوژیک به صورت کاربردی و روزآمد باید فراهم شود. این حمایت ها عبارتند از: اطلاعات در مورد الگوهای طبابت

خوب، مواد آموزشی متنوع، نتایج تحقیقات و ... به همین منظور مراکز ملی آموزش سلامت به بیمار باید در کشورها تقویت شوند و در صورتی که از قبل نبوده اند، تأسیس گردند. در کشورهایی مانند هلند و بلژیک، این مراکز وجود دارند و به عنوان محرک و مشوقی در سطح ملی یا ناحیه‌ای عمل می‌کنند. فرانسه و ایتالیا، در آستانه تأسیس این مراکز هستند.

احترام و ارزش های حرفه ای:

آموزش سلامت به بیمار کار چه کسی است و آیا اصولاً آموزش سلامت به بیمار ضروری است؟ اگرچه همانطور که گفته شد پزشک نقش بسیار مهمی در این امر بازی می‌کند اما آموزش سلامت به بیمار، فعالیتی است که باید در همه سطوح مراقبت (نه فقط برای بیماری‌های مزمن) و توسط همه افراد شاغل در بخش سلامت (بسته به جایگاه و توانمندی‌های هر یک) انجام شود. یک رویکرد چند جانبه و نیز کار تیمی برای آموزش سلامت به بیمار لازم است. با توجه به ادغام آموزش سلامت به بیمار در موقعیت‌های مراقبت از سلامت از جمله بیمارستان‌ها، استفاده از یک هماهنگ‌کننده آموزش سلامت به بیمار، می‌تواند انجام فعالیت‌ها را تسهیل کند. وظیفه چنین شخصی در بیمارستان (همانطور که در هلند تعریف شده است) کمک به سازمان‌دهی آموزش، تشکیل تیم‌ها و فراهم آوردن حمایت متدولوژیک برای آنها و افزایش کیفیت فعالیت‌های آموزش سلامت به بیمار است. این فرد توضیح می‌دهد که آموزش سلامت به بیماری‌ها از اولویت‌های بیمارستان یا کلینیک به عنوان بخشی از مراقبت هاست و آنها نماینده کیفیت این مراقبت هستند. این افراد در بیمارستان به شناسایی تدریجی وظایف آموزش دهندگان بیمار می‌پردازند و به عنوان مثال طبق پیشنهاد آنها از چند سال قبل، روانشناس و مددکار اجتماعی نیز به تیم مراقبت از سلامت اضافه شدند.

در بیمارستان‌ها، متخصصان آموزش سلامت باید به کار گرفته شوند ولی آموزش سلامت به بیمار نباید از مراقبت تفکیک شود. می‌توان در تیم مراقبت از سلامت، ابعاد آموزشی مراقبت را به شخص خاصی واگذار کرد، به ویژه در مورد ابعاد خاص بیماری‌های مزمن ولی باید همواره به این نکته توجه نمود که آموزش سلامت به بیمار به عنوان یک تکنیک، بخشی از مراقبت است که باید توسط همه افراد تیم مراقبت از سلامت انجام شود.

در بسیاری از کشورها، پزشکان عمومی افراد کلیدی در آموزش سلامت به بیمار هستند که در حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی فعالیت می‌کنند. تفاوت در سازمان‌دهی سیستم مراقبت سلامت از جمله در سیستم پرداخت هزینه‌های آموزش سلامت به بیمار و تجهیزات هر یک از این سیستم‌ها باید بررسی و نقاط قوت و ضعف آن مشخص شود.

جایگاه آموزش سلامت به بیمار در سیاست‌گذاری بخش سلامت و سرمایه‌گذاری

در آن:

اتخاذ سیاست‌های حمایتی و سرمایه‌گذاری برای آموزش سلامت به بیمار وظیفه مسوولان بهداشتی کشور است. آنها می‌توانند با تعیین استانداردهای کیفی و اتخاذ سیاست‌های حمایتی و پیش‌بینی سیستم پرداخت هزینه‌های آموزش سلامت به بیماران موجب توسعه عدالت در سلامت و استفاده بهینه از منابع محدود بخش سلامت و افزایش سلامت و رضایت بیماران گردند.

برای این کار باید از راه‌حل‌های کاربردی استفاده شود.

در سوئیس، مردم توسط شرکت‌هایی که خود انتخاب می‌کنند، بیمه می‌شوند (سیستم ملی بیمه سلامت وجود ندارد) و شرکت‌های بیمه هزینه برخی فعالیت‌های تعریف شده آموزش سلامت به بیمار توسط پرسنل پیراپزشک را پرداخت می‌کنند. این تصمیم در دهه ۹۰، به دنبال اصرار و فشار بیماران دیابتی مبنی بر پرداخت بهای فعالیت‌های آموزش سلامت به بیمار به عنوان بخشی از هزینه درمان، اتخاذ گردید.

سازمان‌های بیماران نیز معمولاً در اعمال فشار برای توسعه آموزش سلامت به بیمار نقش مهمی دارند. در برخی کشورها مانند سوئد، بخشی از هزینه‌ها را دولت پرداخت می‌کند ولی در اغلب کشورها با وجود تبلیغات و سخنرانی، سازمان‌های بیماران قدرت زیادی ندارند. برای مثال در کشور سوئد، قوانین جدیدی برای پرداخت هزینه آموزش سلامت به بیماران توسط بیمه‌ها، در حال تصویب است.

در فرانسه تعدادی از این سازمان‌ها از پروژه‌های تحقیقاتی در خواست کمک مالی می‌کنند. همچنین وزارت سلامت در فرانسه قصد دارد کوپن‌هایی در میان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن توزیع کند که توسط آنها بتوانند به تعدادی از متخصصین معتمد برای مشاوره‌های آموزشی خاص مراجعه کنند. این روش از یک سو باعث به رسمیت شناختن آموزش سلامت به بیمار می‌شود و بیمار را برای همکاری در مورد سلامت خود متعهد می‌گرداند، زیرا اوست که کوپن را می‌گیرد و تصمیم می‌گیرد که آیا آموزش ببیند یا خیر و چگونه؟، از سوی دیگر تناقض دیگری را مطرح می‌کند و آن این است که بیمار در صورتی که نخواهد از کوپن استفاده کند، می‌تواند آموزش نبیند. بعلاوه با این روش مراقبت از آموزش سلامت جدا می‌شود و هر متخصصی می‌تواند مراقبت را انجام دهد ولی تنها برخی از متخصصین معتمد وزارتخانه، صلاحیت آموزش سلامت به بیمار را دارند.

جنبش‌های حقوق بیماران تاکنون فرصت‌هایی برای معرفی و تکامل فعالیت‌های آموزش سلامت به بیمار فراهم کرده‌اند. در هلند آموزش سلامت به بیمار به عنوان جزیی از استانداردهای کیفیت مراقبت شناخته شده است. در فرانسه در معیارهایی که برای کیفیت مراقبت در بیمارستان معتبر تعریف شده، آموزش سلامت به بیمار به وضوح مطرح نشده است ولی برخی معیارها به صورت غیرمستقیم به ارتباطات، کیفیت نیازسنجی و آموزش سلامت به بیمار، اشاره می‌کند.

ارتقای سلامت، هدف نهایی آموزش سلامت به بیمار

- منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶): صادره از کنفرانس اوتاوا: ارتقای سلامت را به عنوان “فرآیند قادرسازی مردم برای افزایش کنترلشان بر سلامت و نیز قادرسازی آنها برای بهبود سلامتشان” تعریف کرد. منشور مذکور شرایط و منابع اصلی سلامت را “صلح، سرپناه، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، منابع قابل دوام، برابری و عدالت اجتماعی” تعیین نمود.

منشور مذکور، ارتقا دهندگان سلامت را “جلب کنندگان حمایت، قادر سازان و واسطه‌های سلامت” دانسته است. اقدامات ارتقای سلامت را به عنوان “ایجاد سیاست‌های سلامت همگانی، خلق محیط‌های حمایتی، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی، بازنگری در خدمات بهداشتی” توصیف کرده است.

با مروری مختصر بر منابع سلامت، می‌توان گفت که “ارتقای سلامت موفق” می‌تواند شیوه‌های زندگی را تغییر دهد و تأثیر مهمی بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی تعیین کننده سلامت گذارد. ارتقای سلامت می‌تواند وضعیت سلامت را بهتر کند و “سلامت بهتر” می‌تواند به وضعیت اقتصادی بهتری منتهی شود. با وجود این، رسیدن به چنین وضعیتی نیازمند “تعهد سیاسی” است.

بطور کلی، ارتقای سلامت عبارتی است که برای تمام فعالیت‌هایی که با هدف پیشگیری از بیماری، توسعه سلامت و تقویت تندرستی صورت می‌گیرد، به کار می‌رود. فرمول ساده‌ای که برای بیان ارتقای سلامت در کنار سایر فرمول‌های پیچیده مطرح است، به شرح زیر می‌باشد:

ارتقای سلامت = آموزش سلامت × خدمات بهداشتی مناسب × سیاست‌های همگانی و اقدامات محیطی

آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع

آموزش سلامت یکی از عناصر اصلی ارتقای سلامت است. آموزش سلامت شامل هر فعالیتی است که با هدف افزایش دانش بهداشتی صورت می‌گیرد. هدف آموزش سلامت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری از طریق آموزش و تعلیم است. ممکن است که آموزش متوجه دانش، نگرش و رفتار افراد و یا متوجه افزایش آگاهی درباره نیاز به یک سیاست همگانی سالم و اقدامات سیاسی حمایتی باشد.

آموزش سلامت عنصر برجسته فعالیت‌های ارتقای سلامت در بسیاری از کشورهای منطقه می‌باشد. آموزش سلامت فعالیتی است که به صورت رسمی و غیر رسمی در طول زندگی افراد رخ می‌دهد. در حالت غیر رسمی، خانواده‌ها آموزش‌های بهداشتی را برای کودکان‌شان فراهم می‌کنند و آموزش‌های غیر رسمی بیشتر درباره سلامت، از طریق گروه‌های همسان - تعاملات اجتماعی و در محل‌های کار ادامه می‌یابد. بطور رسمی، آموزش سلامت می‌تواند از طریق مدارس - مراکز ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی - بیمارستان‌ها - محل‌های کار و در مکان‌های عمومی ادامه یابد.

در سراسر دنیا آموزش سلامت به روش‌های گوناگونی ارایه می‌شود و تفاوت‌هایی بین اهداف نهایی پیش‌بینی شده برای فعالیت آموزش سلامت وجود دارد. چنین تفاوت‌هایی در فرآیندهای اتخاذ شده برای تحقق اهداف و معیارهای ارزشیابی موفقیت آموزش سلامت نیز انعکاس می‌یابد.

وقتی که از آموزش سلامت "سنتی" سخن به میان می‌آید، به "رویکرد پیشگیرانه آموزش سلامت" توجه می‌شود. هدف نهایی چنین رویکردی تحقق سلامت از طریق تغییر رفتار است. این باور وجود دارد که تغییر دانش و عقاید به تغییر نگرش منتهی می‌شود و در آینده موجب اتخاذ رفتارهای بهداشتی می‌گردد. اگرچه چنین زنجیره‌ای ممکن است رخ دهد اما اغلب چنین اتفاقی نمی‌افتد و چنین زنجیره‌ای، تنها تجسم ساده‌ای از مسأله می‌باشد.

موفقیت فعالیت‌های مورد استفاده در این رویکرد می‌تواند از طریق تغییرات رفتارهای سالم و یا توسط نتایج سلامت ارزیابی شود. یکی از مشکلات این رویکرد آن است که ممکن است تأخیر زمانی قابل توجهی بین تغییر رفتارها و تغییر در نتایج سلامت وجود داشته باشد.

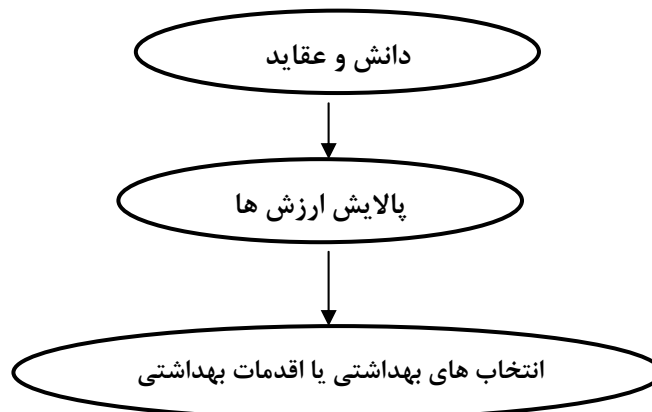
توفیق تغییر رفتار در دادن اطلاعات، تغییر و ایجاد نگرش و تلاش‌های ترغیب کننده برای تضمین تغییر رفتار می‌باشد. در واقع کار در این رویکرد به عنوان "کاری تخصصی و از بالا به پایین" توصیف می‌شود. در کل، چنین رویکردی وابسته به متخصصان و از بالا به پایین است و این به این معناست که افراد به آرامی ترغیب یا حتی مجبور به پذیرش رفتارهای ویژه بهداشتی

در مقابل اتخاذ انتخاب‌های آگاهانه و تصمیمات فردی خودشان می‌شوند. اما در واقع، مردم آن دسته از تغییرات رفتاری را می‌پذیرند که منتهی به منافع دور از دسترس نشود بنابراین آنها جویای روابط بین رفتار و نتایج سالم هستند.

در رویکرد توانمندسازی آموزش سلامت، آموزش سلامت با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت بمنظور قادرسازی مردم برای اتخاذ انتخاب‌های آگاهانه درباره سلامت طراحی می‌شود. چنین انتخاب‌هایی ممکن است به صورت انتخاب یک رفتار سالم و یا انتخاب پیام‌های یک بسیج اطلاع‌رسانی چندرسانه‌ای در مورد یک سیاست بهداشتی و اقدام محیطی باشد.

در یک مدل آموزشی ساده با رویکرد پیشگیرانه، تلاش آگاهانه به طور خاص به توسعه دانش و مهارت محدود شده و توجه خاصی به عوامل فردی و محیطی بازدارنده فعالیت‌های بهداشتی انتخابی نمی‌شود.

رویکرد توانمندسازی یک قدم به جلو بر می‌دارد و برای توانمندسازی افراد و جوامع در اتخاذ اقدامات فردی سالم یا اتخاذ اقدامات زمینه‌ای تعیین کننده سلامت، تلاش می‌کند. روش‌های مورد استفاده از تنوع زیادی برخوردارند و فرآیند توانمندسازی فرآیندی پیچیده است. نقطه قوت رویکرد توانمندسازی آن است در این رویکرد مفهوم فرد کاملاً با مفاهیم گسترده پذیرفته شده در بحث ارتقای سلامت سازگار می‌باشد و افراد، به ویژه در بیان نیازهای محسوس یا بیان شده به طور خاص مطرح می‌گردند و در روش‌های آموزشی مورد استفاده به عنوان تسهیل‌گر و شریک مطرح می‌شوند.



چالش جهانی گسترده بین استفاده نامناسب از رویکرد پیشگیرانه و حرکت ارتقای سلامت، موجب افزایش تأکید بر آموزش سلامت آگاهانه با استفاده از رویکرد توانمندسازی شده است.

یکی از اهداف ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم برای قادرسازی آنها به درک اطلاعات سلامت و انتخاب هایی که با آنها روبرو هستند و نیز برای قادرسازی آنها به تصمیم گیری می باشد. توانمندسازی متضمن سیستم ارزشی خاصی می باشد و آن این است که آموزش و ارتقای سلامت نباید مردم را به بازی بگیرد، تحت فشار قرار دهد یا مجبور کند بلکه باید در اتخاذ تغییرات داوطلبانه و منبعث از رضایت و آگاهانه به آنها کمک کند.

نقطه متضاد "توانمند"، "ناتوان" می باشد و افراد وقتی ناتوانند که کنترلی بر زندگی خودشان نداشته باشند. شاید کل جوامع ناتوان باشند و ما می دانیم که ناتوانی در ارتباط مستقیم با سلامت است. یک راه توانمندسازی جوامع، درگیر نمودن آنها در تصمیم گیری در مورد آنچه که بر سلامتشان اثر می گذارد، می باشد. بنابراین توانمندسازی در ارتباط تنگاتنگ با درگیری جوامع جامعه می باشد.

در مطالعات مختلف، رابطه بین ناتوانی و وضعیت سلامت بارها بیان شده است. برخی از متغیرها که در یک جامعه آسیب پذیر نیازمند راهبردهای سازشی مؤثر هستند شامل حوادث عمده زندگی نظیر تعطیلی یک کارخانه با بیکاری های متعاقبش، مسایل روزانه افرادی که از ارتباطات ضعیفی با سرویس های اجتماعی برخوردارند و عوامل استرس زای مزمن مرتبط با فقر طولانی مدت، ناملایمات و ناتوانی می باشد. توانمندسازی افراد یا قادر سازی آنها، قدرت تصمیم گیری و داشتن کنترل بر چنین مواردی را در بر می گیرد و شامل مفاهیمی نظیر اتکای به نفس (راهی برای توجه افراد به خودشان) و تکیه بر توانایی های خود (میزان اعتماد به توانایی فردی) می باشد.

برنامه های آموزش سلامت باید نسبت به تنوع هنجارهای فرهنگی و عقاید مردمی که گروه هدفشان را تشکیل می دهند حساس باشند. تحقق چنین حساسیتی، چالشی مداوم در برنامه های ملی می باشد چرا که گوناگونی هنجارهای فرهنگی و عقاید اقشار مختلف مردم همچنان رو به افزایش است. برای تضمین تناسب فرهنگی، تطابق زبانی، تناسب با نیازهای قومی-جنسیتی-توجهات جنسی و وضعیت ناتوانی و سنی گروه های موجود در جامعه با مداخلات مورد نیاز، لازم است که اعضای جمعیت هدف برنامه و دروازه بانان آنها در ارزیابی جامعه و فرآیند طراحی برنامه درگیر شوند.

ارزیابی جامعه به تشخیص سنت‌های فرهنگی و باورهای جامعه و سطح آموزش و سواد و ترجیحات زبانی مورد نیاز برای توسعه مواد و برنامه های مناسب ، کمک می کند . علاوه بر این، ارزیابی جامعه می تواند به تبیین سطوح ظرفیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی کمک کند. چنین ارزیابی هایی می تواند مهارت ها، منابع و توانایی های مورد نیاز برای مدیریت برنامه های بهبود سلامت جوامع را نیز تعیین نماید .

ارتباط مؤثر اصل ضروری در آموزش سلامت به بیمار

ارتباطات برای سلامت شامل مطالعه و استفاده از راهبردهای ارتباطی برای شکل دهی و تأثیرگذاری بر تصمیمات تقویت کننده سلامت افراد و جامعه می باشد. ارتباطات برای سلامت حوزه های ارتباطات و سلامت را به یکدیگر متصل نموده و به طور فزاینده ای به عنوان عنصری اساسی در تلاش های بهبود سلامت فردی و اجتماعی شناخته شده است. ارتباطات برای سلامت می تواند در همه ابعاد پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت شرکت کند و خود به شرایطی بستگی دارد :

- ۱ - روابط بیمار - متخصصان سلامت
- ۲ - موقعیت افراد در جستجو و استفاده از اطلاعات سلامت
- ۳ - تبعیت افراد از توصیه ها و رژیم های بالینی
- ۴ - خلق پیام های سلامت همگانی و اجرای بسیج های آموزشی
- ۵ - انتشار اطلاعات درباره رفتارهای مخاطره آمیز فردی و جمعی
- ۶ - آموزش مشتریان درباره نحوه دسترسی به سیستم ارایه خدمات بهداشت عمومی و مراقبت بهداشتی
- ۷ - توسعه کاربرد ارتباطات برای سلامت مبتنی بر سیستم مخابراتی

برای افراد، ارتباطات اثربخش برای سلامت می تواند به افزایش آگاهی آنها از مخاطرات سلامت و راه حل آنها، ایجاد انگیزه و مهارت های مورد نیاز برای کاهش مخاطرات مذکور، کمک به آنها برای جلب حمایت افراد دچار وضعیت های مشابه و تغییر یا تقویت نگرش آنها کمک کند. همچنین ارتباطات برای سلامت می تواند تقاضای خدمات بهداشتی مناسب را افزایش داده و از تقاضای خدمات بهداشتی نامطلوب بکاهد. ارتباطات برای سلامت می تواند اطلاعات لازم برای کمک به انتخاب های پیچیده نظیر انتخاب برنامه ها ، مراقبان و درمان های سالم را فراهم سازد .

اقدامات ارتباطات برای سلامت در مناطق مختلف با ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری همکاری دارد :

اول، بهبود تعاملات بین فردی و گروهی در موقعیت‌های بالینی (برای مثال: بیمار-ارایه‌دهنده خدمت، ارایه‌دهنده خدمت-ارایه‌دهنده خدمت و در بین اعضای تیم مراقبت بهداشتی) از طریق آموختن مهارت‌های ارتباطی مؤثر به متخصصان سلامت و بیماران می‌باشد. وقتی که همه قادر به برقراری ارتباط مناسب باشند، روابط گروهی نیز تقویت می‌شود.

منطقه بعدی، انتشار پیام‌های سلامت از طریق بسیج‌های آموزش همگانی پیش‌بینی شده برای تغییر فضای اجتماعی به فضای مشوق رفتارهای سالم، موجد آگاهی، موجب تغییر نگرش و محرک افراد برای سازش با رفتارهای توصیه شده می‌باشد. بسیج‌های آموزشی و ارتباطی به طور سنتی برای ارایه پیام‌ها، متکی بر رسانه‌های ارتباط جمعی (نظیر تبلیغ خدمات عمومی بر بیلبردها، رادیو و تلویزیون) و پیام‌های آموزشی در مواد چاپی (نظیر پمفلت‌ها) بوده‌اند. سایر بسیج‌ها، رسانه‌های ارتباط جمعی را با برنامه‌های جامع نگر مرتبط می‌سازند. در بسیاری از بسیج‌های آموزشی از روش‌های بازاریابی اجتماعی استفاده می‌شود.

مسلماً طی ۳۰ سال گذشته، علیرغم توسعه بیشتر و بهتر تکنولوژی ارتباطات، اصلی‌ترین نیاز خدمات مراقبت بهداشتی، آموزش سلامت به بیمار نبوده است. آموزش سلامت به بیمار باید در جایی بین پیشرفت تکنولوژی و نیاز برای کاهش هزینه‌ها قرار داده شود.

فعالیت‌های بهبود سلامت به طور روزافزونی با حداکثر استفاده از تکنولوژی دیجیتالی نظیر اینترنت که می‌تواند پیام‌های مورد نیاز مخاطبان (گروه هدف) را در اختیار آنها قرار دهد و مردم را درگیر تبادل دو سویه و پویای اطلاعات سلامت نماید، صورت می‌گیرد. به خصوص در ارتباطات برای سلامت به منظور حمایت از برنامه‌های پیشگیری جامع نگر، از تکنولوژی‌های دیجیتالی به خوبی استفاده می‌شود. پیشگیری متمرکز بر جامعه، دایره توجهات را از "فرد" به "تغییر در سطح" گروه "متماثل نموده و بر توانمندسازی افراد و جوامع برای ایجاد تغییر در سطوح متعدد تأکید دارد.

در مقایسه با رسانه‌های ارتباط جمعی سنتی، "رسانه‌های ارتباطی دو سویه" تلاش‌های ارتباطات برای سلامت را با مزایای فراوانی روبرو می‌سازد. چنین مزایایی شامل موارد زیر است :

۱- بهبود دسترسی به اطلاعات فردی سلامت

۲- دسترسی به اطلاعات، حمایت و خدمات سلامت درخواستی

۳ - تقویت توانایی انتشار گسترده مواد و محتویات روزآمد و سرعت عملیات

۴ - حمایت از تصمیم گیری های کاملاً به موقع

۵ - انتخاب های بیشتر برای مشتری

تأثیر "تعامل دو سویه ، تطابق با سفارش مشتری و تقویت ارتباط چند رسانه ای برای سلامت" به تازگی کشف شده است و امروزه از فناوری ارتباطات دو سویه سلامت، اغلب برای تبادل اطلاعات، تسهیل تصمیم گیری های آگاهانه، ترویج رفتارهای سالم، تقویت حمایت عاطفی و همسالان، ترویج مراقبت از خود، مدیریت تقاضای خدمات سلامت و حمایت از مراقبت بالینی استفاده می شود .

دستیابی و استفاده گسترده از ارتباطات دو سویه سلامت و بهره گیری از امکانات مخابراتی سلامت ، ما را حداقل با دو چالش حیاتی روبرو می سازد . اولی در رابطه با خطرات همراه با استفاده مشتری از " اطلاعات سلامت با کیفیت پایین " برای تصمیم گیری می باشد . این نگرانی که از طریق دسترسی به شبکه جهانی اینترنت مقدار زیادی از اطلاعات غلط ، ناصحیح و نامناسبی که مشتریان را با خطرات بیشتری روبرو می سازد ، به مشتریان منتقل شود ، رو به افزایش است . اگرچه بسیاری از متخصصان سلامت بخاطر آسانتر شدن دسترسی مشتریان به حجم زیادی از اطلاعات در شبکه جهانی، اینترنت را به عنوان " نعمتی " برای مشتریان قبول دارند اما نگرانی آنها از اینکه برخی از اطلاعات با کیفیت پایین شبکه جهانی می تواند موجب تصمیم گیری های ناآگاهانه مشتریان گردد ، همچنان ادامه دارد . چنین نگرانی هایی ، محرک ایجاد جلسه ای برای تعیین " استانداردهای کیفی مؤثر در انتخاب پایگاه های اطلاع رسانی معتبر و اطلاعات سلامت بر روی اینترنت " توسط متخصصان و مشتریان بود . در یک پانل تخصصی که توسط دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده برگزار شد ، " اطلاعات سلامت با کیفیت بالا " به عنوان اطلاعاتی صحیح ، رایج ، معتبر ، مناسب ، واضح و عاری از هر گونه سوگیری تعریف شد .

چالش بعدی با حفاظت از امور خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات سلامت شخصی ، مرتبط می باشد . حفظ امور خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات سلامت ، برای مشتریان بسیار مهم است و این نگرانی به ویژه وقتی برجسته می شود که اطلاعات جمع آوری شده، ذخیره و به صورت Online در دسترس دیگران قرار می گیرد . هم زمان با رشد دسترسی و تنوع بهره گیری از ارتباطات دو سویه سلامت ، اعتماد مشتری درباره توان یا قصد مدیران پایگاه های اطلاع رسانی برای تضمین رازداری، با چالش های بیشتری روبرو می گردد . در آینده نزدیک ،

اطلاعات سلامت فردی در هر دوی رویارویی های بالینی و غیر بالینی در موقعیت های بسیار متفاوت نظیر مدارس درمانگاه های سیار ، مکان های عمومی و خانه ها جمع آوری و در دسترس بخش های اداری اقتصادی ، بالینی و مقاصد تحقیقاتی قرار خواهد گرفت . البته تحقیق در زمینه سلامت همگانی و خدمات بهداشتی نیازمند " بازشناسی " اطلاعات سلامت فردی می باشد اما ضروری است که سیاست ها و رویه هایی برای حفاظت از حریم خصوصی افراد بمنظور تضمین تعادلی بین " دسترسی رازدارانه و مناسب " به اطلاعات سلامت فردی تعیین و اتخاذ شود .

با این حال ، ارتباطات برای سلامت به تنهایی نمی تواند مشکلات سیستماتیک مرتبط با سلامت نظیر فقر ، تخریب محیطی یا کاهش دسترسی به مراقبت بهداشتی را تغییر دهد اما برنامه های ارتباطات جامع سلامت باید شامل مجموعه بررسی های منظمی درباره همه عوامل مهم در سلامت و راهبردهای قابل استفاده برای تأثیر بر فاکتورهای مذکور گردد . فعالیت های " ارتباطات برای سلامت خوب طراحی شده " به افراد کمک می کند که به درک بهتری درباره خودشان و نیازهای جوامعشان برسند تا بتوانند اقدامات مقتضی برای رسیدن به حداکثر سلامت را به عمل آورند .

فضای برقراری ارتباط برای سلامت به طور قابل ملاحظه ای تغییر کرده است و چنین تغییراتی شامل افزایش محسوس تعداد کانال های ارتباطی و تعداد مباحث سلامت در حال رقابت برای جلب توجه عمومی و نیز افزایش خواسته های مشتریان برای اطلاعات بیشتر و بهتر درباره کیفیت زندگی و پیچیدگی روزافزون فناوری های بازاریابی و فروش نظیر تبلیغ مستقیم - به مشتری داروهای نسخه ای و فروش وسایل و داروهای پزشکی در اینترنت می باشد . توسعه کانال های ارتباطی و مباحث سلامت در عرصه های عمومی ، رقابت وقت مردم و توجه آنان را افزایش می دهد؛ هم زمان ، مردم فرصت های بیشتری برای انتخاب اطلاعات متکی بر علایق و ترجیحات فردی خود دارند .

تحقیقات حاکی از آن است که فعالیت های ارتباطات و ارتقای سلامت اثر بخش ، باید اقتباسی از " چشم اندازهای مخاطب محور " باشد . این بدان معناست که فعالیت های ارتباطات و ارتقای سلامت باید فرمت ها، کانال ها و شرایط مورد پذیرش و انتخاب مخاطبان را منعکس سازد . چنین ملاحظاتی تا حد زیادی برای گروه های نژادی و قومی که از زبان ها و منابع اطلاعاتی مختلفی برخوردارند ، مطرح می باشد . در چنین مواردی ، بسیج های آموزش همگانی باید توسط افراد آشنا به خصوصیات فرهنگی، عادات رسانه ای، و تنوع زبانی مخاطبان مورد نظر پیش بینی و توسعه یابد. باید از ترجمه مستقیم اطلاعات سلامت یا موارد ارتقای

سلامت، اجتناب شود. کانال های معتبر ارتباطی با هر یک از گروه های عمده (از جمعیت هدف) باید شناسایی شود. تلویزیون ها و رادیو های ویژه جمعیت های نژادی و قومی خاص، به خصوص وقتی مراقبت مورد نظر ویژه مخاطبانی با شرایط زبانی، فرهنگی و اقتصادی اجتماعی متفاوت باشد، می توانند در ارایه پیام های سلامت بسیار مؤثر باشند.

هدف قرار دادن بخش های خاص جمعیت و تناسب پیام برای استفاده افراد، دو روشی است که برای مرتبط سازی فعالیت های ارتقای سلامت با مخاطبان به کار می رود مثل استفاده هدفمند از پیام های رسانه های ارتباط جمعی برای دختران نوجوان در زمینه خطرات روبه افزایش استعمال دخانیات، تولید اطلاعات تغذیه ای کامپیوتری برای کمک به افراد در کاهش مصرف چربی و افزایش مصرف میوه و سبزیجات و خط تلفن ملی برای کسب اطلاعات همزمان با مشاوره و ارجاع گروه های خاص جمعیت مربوطه.

برای اینکه در قرن بیست و یکم ارتباطات برای سلامت در بهبود سلامت فردی و اجتماعی مؤثر واقع شود، ذیمدخلان شامل متخصصان بهداشتی، محققان مراکز عمومی و عامه مردم باید در مجموعه ای از فعالیت ها با یکدیگر همکاری نمایند. فعالیت هایی نظیر:

۱ - ابتکاراتی برای ایجاد یک سیستم اطلاعات سلامت قوی با هدف تأمین دسترسی عادلانه و برابر؛

۲ - توسعه اطلاعات با کیفیت بالا و مناسب برای مخاطب و خدمات حمایتی ویژه هر یک از مشکلات سلامت و تصمیمات مرتبط با سلامت برای همه بخش های جمعیت به ویژه جمعیت تحت پوشش؛

۳ - تربیت متخصصان سلامت در زمینه علوم ارتباطی و استفاده از فناوری های ارتباطی؛

۴ - ارزشیابی مداخلات؛

۵ - ارتقای درک و رفتار مناسب مورد نیاز برای ارتباطات مؤثر سلامت.

از نظر تحقیقات، آموزش سلامت به بیمار به ندرت به عنوان اولویتی برای تحقیق در نظر گرفته شده و بنابراین هزینه چندان به آن تعلق نمی گیرد. تحقیقات بیشتری در این زمینه به خصوص مطالعات ارزیابی کننده لازم هستند که البته رعایت مسایل اخلاقی نیز باید در پروژه های تحقیقاتی مورد توجه باشد. در مورد اینکه این تحقیقات بهتر است مبتنی بر شواهد باشند یا خیر هنوز سیاست خاصی اتخاذ نشده است.

درگیری بین بیماران و سیاستگذاران از یک سو و افراد حرفه ای در زمینه مراقبت سلامت از سوی دیگر (گروه اول آموزش را حق بیمار می دانند درحالیکه گروه دوم خواستار نتایج علمی مبتنی بر شواهد هستند) می تواند به پیشبرد مسأله آموزش سلامت به بیمار کمک کند.

از نقطه نظر احتیاجات بیمار، گرچه تعداد بیماران زیاد و اطلاعات آنها کم است اما گرفتن اطلاعات به تنهایی کافی نیست. اولویت ها برای بهبود کیفیت مراقبت ها باید مشخص شوند و توانمندسازی افراد حرفه ای برای برقراری ارتباط بهتر با بیمارانشان و پر کردن فاصله ها باید صورت گیرد. بسیاری از برنامه های آموزش سلامت به بیمار به این دلیل شکست می خورند که متخصصین از ظرفیت ذهنی و فرایند یادگیری در بزرگسالان آگاهی ندارند. در درسنامه آموزش سلامت به بیمار باید درس های روانشناسی و جامعه شناسی نیز دخیل شوند.

از طرف دیگر بسیاری از موارد، حتی کسانی که آموزش سلامت به بیمار را انجام می دهند، برای آن ارزشی معادل سایر اجزای کار خود قایل نیستند و همچنان آموزش سلامت به بیمار به عنوان یک فعالیت درجه دوم تلقی می شود. در نهایت یک پرسش مهم همچنان مطرح است: چگونه می توان توجه متخصصین سلامت را به آموزش سلامت به بیمار جلب کرد؟ چگونه می توان بر مقاومت آنها برای داخل شدن در حیطه آموزش سلامت به بیمار غلبه کرد؟

بنابراین ارج نهادن به آموزش سلامت به بیمار، تنها مسأله ای مربوط به سیاستگذاری، سرمایه گذاری و سازمان دهی نیست بلکه به ارزش های فردی و حرفه ای نیز ارتباط دارد. چگونه می توان کاری کرد که فرد از انجام آموزش سلامت به بیمار احساس افتخار کند؟

همچنان که بیماران و مشتریان درباره اطلاعات سلامت، خدمات و فناوری ها آگاه تر می شوند، متخصصان سلامت نیز باید درگیر چالش " برقرار کننده ارتباط و استفاده کننده فناوری های اطلاعاتی بهتری شدن " بشوند. متخصصان سلامت نیازمند سطوح بالایی از مهارت های ارتباطی برای تعامل با جمعیت های گوناگون و بیماران برخوردار از سوابق فرهنگی، گویشی، آموزشی و اقتصادی اجتماعی متفاوت می باشند. متخصصان سلامت همچنین نیازمند دوره های مهارت آموزی و کسب تجربه بیشتری برای کار با کامپیوتر و انواع فناوری های ارتباطات مخابراتی هستند. علاوه بر این در جستجوی اطلاعات، بیماران و مشتریان خواهان استفاده از فناوری برای بیان مسایل سلامت مورد نیازشان و متخصصان سلامت، نیازمند کسب آمادگی برای پاسخگویی مناسب می باشند. برای حمایت از افزایش فعالیت های ارتباطی سلامت، ایجاد مبنایی علمی در اجرا و استفاده از ارتباطات برای سلامت متکی بر شواهد و " تحقیق و ارزشیابی " همه اشکال ارتباطات برای سلامت ضروری می باشد. در کل، چنین فرصت هایی

عرصه مهمی از اقدامات برای ایجاد بهبود عمده در سلامت فردی و اجتماعی را به روی ما می گشاید .

اهمیت آموزش سلامت به بیماران:

در مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی مانند بیمارستان ها ، کلینیک های دندانپزشکی و پزشکی و مطب ها، در اغلب اوقات ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی ، بیماران را در " لحظه مناسب برای تعلیم " می بینند. شواهد نشان می دهد که آموزش فردی و مشاوره ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی در چنین لحظاتی و در این مراکز ، مثبت بوده و از نظر بالینی ، تأثیر بسیار خوبی بر رفتار افرادی دارد که با شرایط حاد و مزمن روبرویند . ارائه کنندگان خدمات باید چنین فرصت هایی را به رسمیت شناخته و برای ارائه آموزش مقتضی به بیماران آماده شوند . مؤسساتی که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را به کار می گیرند نیز باید چنین فرصتی را به رسمیت شناخته و اجازه دهند زمان کافی و آموزش لازم برای آموزش بیماران و مشاوره با آنان در نظر گرفته شود .

پزشکان خانواده در آمریکا به ۹ بیمار از هر بیماری که در مطب ویزیت می کنند، آموزش می دهند و حدود یک پنجم از وقت صرف شده بین پزشک و بیمار در هر ویزیت معمولی به توصیه های بهداشتی اختصاص داده می شود.

در دنیای کنونی ما که علل زمینه ای اصلی مرگ و میر، فاکتورهای قابل اصلاح در شیوه زندگی (مانند سیگار کشیدن، عدم تحرک کافی و عادات غذایی نا مناسب) هستند، منطقی است که آموزش سلامت به بیماریکی از مهم ترین مسئولیت های افراد شاغل در حیطه بهداشت و سلامت و یک اولویت اساسی برای تحقیقات به حساب می آید.

در مطالعه Mcvea و همکارانش، پرستاران به گونه ای بسیار مکانیکی عمل می کردند که جواب گوی نیازهای آموزشی بیماران نبود و تعهد کافی به این امر دیده نمی شد.

در کشور آمریکا، پزشکان خانواده تنها گروهی هستند که به صورت سالانه، کنفرانس ویژه آموزش سلامت به بیمار را برگزار می کنند و سال ۲۰۰۴، بیست و پنجمین سال برگزاری این کنفرانس بود.

در کتاب اصول و مبانی طب خانواده، طب اطفال نلسون و مراقبت های اولیه، ارائه دستورالعملهایی مکتوب به بیمار برای افزایش پذیرش او نسبت به داروها توصیه گردیده است.

امروزه مشکلات عمده مراقبت از سلامت بیش از پیش نتیجه حالات حاد و مزمن ناشی از رفتارهای فردی می باشند. سهم بزرگی از بیماری های عروق کرونر و سرطان ها نتیجه مصرف سیگار یا رژیم غذایی نا سالم است و بسیاری از بیماری های منتقله از راه جنسی و حوادث و سوانح نیز با رفتارهای افراد مرتبط می باشد. گرچه مرگ و میر ناشی از برخی بیماری ها کاهش یافته است اما میزان ناتوانی از اغلب بیماری های مزمن روبه افزایش است. به این دلایل پیشگیری در همه سطوح اولیه (پیشگیری از بیماری) ثانویه (تشخیص سریع) و ثالثیه (پیشگیری یا آهسته کردن پیشرفت بیماری) نیازمند مشارکت فعال بیمار با راهنمایی و حمایت از جانب پزشک می باشد.

ایجاد ارتباط مؤثر، پایه اصلی هر فعالیت آموزشی است. یکی از اجزای حیاتی در طراحی و آماده سازی مطالب برای آموزش بیمار ارایه مطالب به گونه ای است که بین مقدار و میزان پیچیدگی آنها، تعادل برقرار شود. بهترین راه برای ارزیابی این امر، ارایه مطالب به بیماران و بحث و نظر سنجی از خود آنهاست. همچنین می توان فهمیدن مطالب را با سؤالات چند جوابی ارزیابی نمود. مطالبی که برای آموزش سلامت به بیمار به وی ارایه می شوند، نباید حجیم و پیچیده باشند. نحوه ارایه مطالب نیز باید ساده و مؤثر باشد، به گونه ای که هر فرد فاقد تحصیلات دانشگاهی و با سطح سواد معمولی و حتی پایین، قادر به فهم آنها باشد. اینکه چگونه می توان آموزش سلامت به بیمار را مؤثرتر و کاربردی تر نمود، همچنان مورد بحث و بررسی است. با توجه به محدودیت زمان و امکانات مالی، سرمایه گذاری باید در مورد منابع استراتژی ها و فعالیت هایی انجام شود که کارایی آنها با شواهد و مدارک به اثبات رسیده است.

بسیاری از پزشکان با مفاهیم و الگوهای آموزشی مفید آشنا نیستند. به عنوان مثال الگوی مراحل تغییر نشان می دهد که چگونه باید میزان آمادگی بیمار را برای تغییر ارزیابی و نیز چگونه باید وی را آماده کرده و با چه مداخلاتی باید تغییر رفتار را ایجاد کرد. تحقیقات نشان داده است که حتی بعد از مداخلات هدفمند ارتباطات برای سلامت، گروه های کم سواد و کم درآمد نسبت به گروه های با سواد و درآمد بیشتر، از دانش کمتری برخوردار شده و همین طور تغییرات رفتاری کمتری در آنها دیده می شود. این حالت موجب ایجاد شکاف دانش بین این دو گروه شده و برخی از مردم به طور مزمن غیر مطلع باقی می مانند.

حتی با دسترسی به اطلاعات و خدمات، ممکن است تفاوت های موجود در سلامت همچنان باقی بماند چرا که "سواد بهداشتی" بسیاری از مردم پایین است. ضرورت توسعه

سواد بهداشتی برای کمک به مردم در پیش بردن سیستم های پیچیده سلامت و مدیریت بهتر سلامت خودشان روزبه روز بیشتر می شود. تفاوت های موجود در توانایی مطالعه و درک مواد تولید شده در زمینه سلامت فردی و نیز در زمینه پیش بردن سیستم سلامت، در تفاوت های موجود در زمینه سلامت نیز دخیل است. ضعف سلامت، داشتن درک ناقص از مشکلات سلامت و درمان خود و خطر بیشتر بستری شدن به دلیل بیماری در افرادی که از سواد بهداشتی کمتری برخوردارند، خیلی بیشتر گزارش می شود. میزان هزینه های سالانه مراقبت از سلامت افرادی که سواد بهداشتی آنها خیلی کم است (عمدتاً سواد خواندن تا دو کلاس و پایین تر)، تا چهار برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. در ایالات متحده، برآورد شده که ۷۵ درصد از بیماران دچار بیماری های مزمن جسمی و روانی در این سطح از سواد بهداشتی قرار دارند. مشاهده شده است که دانش بیماران کم سواد (از نظر مهارت های خواندن) دچار بیماری آسم، پرفشاری خون و دیابت، درباره بیماری مزمنشان نسبت به بیماران دچار همان بیماری اما با سواد بالاتر، کمتر است. همینطور در جمعیت سالمندان ایالات متحده، سواد بهداشتی کم در بین سالمندان یک مشکل بزرگ بالقوه می باشد. مهارت های خواندن در قریب به نیمی از سالمندان کم است و توانایی خواندن با افزایش سن کاهش می یابد. مطالعه ای در مورد بیماران ۶۰ سال و بالاتر در یک بیمارستان عمومی، نشان داد که ۸۱ درصد از بیماران نمی توانستند اطلاعات پایه ارائه شده نظیر برچسب های دارو و قرارهای ملاقات را بخوانند و درک کنند.

مطالعات مختلفی از جمله مطالعات McVea نشان داده اند که پزشکانی که مجموعه کوچکی از جزوات و بروشورها برای آموزش سلامت به بیماردارند، بیشتر از پزشکانی که تعداد زیاد و حتی کتابخانه ای از مطالب را جمع آوری کرده اند، از آنها استفاده می کنند. این نتایج نشان می دهند که تلاش زیاد برای جمع آوری، مرتب کردن، وارد کامپیوتر کردن و یا درست کردن کتابخانه ای وسیع از مطالب برای آموزش بیماران می تواند اتلاف وقت و پول باشد و مطالب انباشته شده در اغلب موارد کمتر از مطالب مختصر و مفید استفاده می شوند.

همچنین در این مطالعه، بیماران علیرغم در دسترس بودن جزوات و بروشورها، کمتر آنها را درخواست می کردند. چرا؟ شاید به این دلیل که این مطالب هنگامیکه مستقیماً توسط پزشک به بیمار داده شوند، از اعتبار و ارزش بیشتری برخوردار هستند. مطالعه Healy, Terry نیز ثابت کرد که میزان رضایت بیماران هنگامی که کتابچه یا بروشور را از پزشک خود دریافت می کنند بیشتر از زمانی است که آن را از طریق پست، اینترنت یا کتاب فروشی تهیه می کنند. این

موضوع نشان می دهد که پزشکان همچنان در آموزش سلامت به بیمار کلیدی ترین نقش را ایفا می کنند.

تحقیقات در آمریکا نشان داده اند که ۲۰٪ از شهروندان آمریکایی از سطح سواد پایینی برخوردار هستند و ۲۰٪ دیگر نیز در مقابل برقراری ارتباط از طریق خواندن مطالب مقاومت می کنند. بنابراین پزشکان باید بدانند که استفاده از تنها یک روش آموزشی در همه موارد کارایی ندارد.

برای بسیاری از پزشکان، همواره این سؤال وجود دارد که آموزش سلامت به بیمار توسط آنها تا چه اندازه مؤثر بوده است. بهبود برقراری ارتباط با بیمار منجر به افزایش رضایت، ثبات قدم و تعهد وی در طول درمان و مراجعه مجدد وی در صورت نیاز خواهد گردید. همچنین با مشارکت بیمار در تصمیم گیری آگاهانه در مورد وضعیت خویش، احتمال سوء طبابت نیز کاهش می یابد.

برای بسیاری از پزشکان آموزش سلامت به بیمار یعنی انتقال اطلاعات از طریق صحبت نوشته ها، نوار ویدیویی، اینترنت اما افزایش دانش بیمار اگرچه کاملاً ضروری است، تنها بخشی از فرایند پیچیده آموزش محسوب می شود. آرایه مطالب آموزشی به بیماران و دادن آگاهی کافی، تضمین کننده تصمیم گیری آگاهانه آنها در مورد مراقبت از خود می باشد. آموزش سلامت به بیمار همچنین باعث افزایش رضایت وی می گردد که این رضایتمندی خود پیش نیازی برای عمل به دستورات پزشک می باشد. فرایند آموزش مؤثر بیمار بر پایه تعامل و ارتباط رضایت بخش پزشک- بیمار استوار است. عبارات پزشکی بیمار - مدار، تصمیم گیری مشارکتی، یا آموزش سلامت به بیمار، همه به مفهوم واحدی اشاره می کنند. فرایند پیچیده و طولانی تأثیر بر رفتار بیمار با ایجاد ارتباطی بر پایه اعتماد، توجه و مراقبت آغاز می شود. پزشک و بیمار به همراه هم، موانع تغییر را کشف می کنند و سپس اهدافی قابل دستیابی را مشخص می کنند. برای رسیدن به این اهداف، بیمار با آموزش های مناسب و به موقع، فشارهای ملایم و تشویق ها و فعالیت های تسهیل کننده در تمام مراحل تغییر حمایت می شود (مدل مراحل تغییر Stages of change). دادن مطالب آموزشی به بیمار توسط پزشک، خود می تواند آغازگر رابطه پزشک - بیمار شود و راهی را برای تعامل مؤثرتر باز نماید. برقراری ارتباط پزشک-بیمار راهی بسیار عملی و ارزان است.

پایبندی به داروی تجویز شده، به معنای میزان تبعیت بیمار از دستورات داده شده برای مصرف دارو می باشد. این میزان می تواند از صفر تا ۱۰۰٪ متغیر باشد و به صورت معمول حدود ۵۰٪ تخمین زده می شود. در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است که ساده کردن

دستورات دارویی، مشاوره با بیمار و خانواده اش، دخیل کردن بیمار در پایش نتایج درمان (مثل اندازه گیری فشارخون)، یادآوری وقت مراجعه به پزشک و استفاده از برنامه های زمان بندی مصرف قرص، همه مداخلاتی هستند که پایبندی بیمار به مصرف دارو طبق تجویز پزشک را افزایش می دهند.

ضرورت‌ها و فواید آموزش سلامت به بیمار:

الگوی توانمندسازی مردم و به خصوص بیماران برای مراقبت از سلامت خود نیازمند برنامه‌های آموزشی ویژه ای است تا با بهره‌گیری از شرایط خاصی که بیمار در آن به عنوان شرایط مناسب تعلیم قرار دارد، بتوان به اهداف سلامتی مورد نظر برای ارتقای سلامت دست یافت.

ضرورت توجه به حقوق بیماران در کسب سواد سلامتی مناسب در مورد بیماری خود و حق آنان برای برخورداری از توانمندی مناسب برای مراقبت از خود، نظام مراقبت از سلامت را ملزم می‌کند تا خدمات آموزش سلامت به بیمار را به عنوان یک الگوی عملی برای دستیابی به هدف ارتقای سلامت بیماران اجرا نمایند. بیماران باید به عنوان اصلی‌ترین ذینفع در فرآیند درمان مشارکت داشته باشند و این مشارکت بدون توجه پزشکان و سایر مراقبان سلامت به لزوم توانمندسازی بیماران در مشارکت آگاهانه در فرآیند درمان محقق نخواهد شد. آموزش سلامت به بیماران با قرار دادن مشارکت بیماران به عنوان یکی از اصلی‌ترین پایه‌های آموزش، یکی از گام‌های اساسی در محقق شدن حق بیماران برای مشارکت در فرآیند درمان می‌باشد.

برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران بر افزایش خودکارایی بیماران و ارتقای سطح سواد بهداشتی آنان برای نیل به اهداف افزایش مشارکت و رضایت بیماران، ارتقای کیفیت زندگی بیماران و افزایش پذیرش درمان از طرف بیمار تأکید دارند و این برنامه‌ها معتقد هستند که از طریق اجرای این اصول می‌توان به کیفیت بالاتری از درمان و سطح بهتری از سلامت و کاهش مرگ و میر یا ابتلا دست یافت.

در واقع بیماران به عنوان اصلی‌ترین حلقه فرآیند کنترل بیماری و ارتقای سلامت با توانمند شدن قادر خواهند بود که تأثیر بیشتری را بر بهبود شاخص‌های سلامت و بیماری در جامعه بگذارند و نقش متخصصان و مراقبان سلامت در این فرآیندها از متولی انحصاری سلامت به نقش حمایتی در ارتقای سلامت مردم و به ویژه بیماران تغییر می‌یابد.

برنامه های آموزش سلامت به بیمار، فواید بسیاری هم برای بیمار و هم برای طبابت دارند:

۱. آموزش بهتر به بیمار، اشتیاق وافر وی را برای دانستن در مورد سلامتی خود و چگونگی مراقبت از آن ارضا می کند؛
 ۲. با آموزش سلامت به بیمار، درک و آگاهی وی نسبت به مفهوم کیفیت مراقبت بهداشتی افزایش می یابد و در نتیجه با ارزش خدمات بهداشتی آشنا تر می شود. از طرف دیگر بیمار متوجه صرف وقت و انرژی برای آموزش بوده و برای آن از پزشک خود سپاسگزار است. این باعث تمایز و برتری پزشک آموزش دهنده سلامت نسبت به همکارانش خواهد بود؛
 ۳. آموزش سلامت به بیمار، باعث افزایش پذیرش وی می گردد و در دراز مدت نیز تأثیر مثبتی بر سلامت وی خواهد داشت؛
 ۴. آموزش سلامت به بیمار، تأثیر توصیه های شفاهی پزشک را تقویت کرده و آرایه اطلاعات پیچیده یا سخت و دشوار را راحت تر می کند؛
 ۵. آموزش سلامت به بیمار، به صرفه جویی در وقت پزشک و سایر پرسنل کمک می کند و آنها را از گفتن مطالب معمول و تکراری مانند توصیه های قبل و بعد از اعمال جراحی و یا مشخصات یک نوزاد سرحال معاف می کند؛
 ۶. آموزش سلامت به بیمار، با دادن اطلاعات در مورد اورژانس ها و عوارض، تعداد تلفن های غیر ضروری و غیر اورژانس را کاهش می دهد. همچنین هنگامی که بیمار با سیر مراحل و اقدامات در سیستم شما آشنا شود، جریان رفت و آمد بیماران به آرامی و مؤثر صورت خواهد گرفت. به عنوان مثال با توصیه به بیمار برای اینکه در ساعات مشخصی که مطب خلوت تر است برای سؤالات و مشکلات خود تلفن بزند، از مزاحمت های تلفنی مکرر حین ویزیت سایر بیماران کاسته می شود.
- ارتباط مؤثر میان بیمار و پرسنل بهداشتی می تواند موجب :
- افزایش رضایتمندی بیمار؛
 - برطرف شدن سردرگمی؛
 - و ارتقای وضعیت سلامت وی شود .
- تغییر رفتار پرسنل بهداشتی (تبدیل آنها به افرادی که در کنار فعالیت های قبلی خود، به آموزش بیماران نیز توجه خاصی را مبذول نمایند) و توانمند سازی بیماران (به منظور حفظ سلامت خود) دو راه تقویت این ارتباط مؤثر است .
- یکی از دلایل به کار گیری آموزش ، لزوم انجام خود مدیریتی بیمار در بیماری های مختلف از جمله دیابت ، آسم و نارسایی قلبی است .

برقراری ارتباط مؤثر بین بیمار و پرسنل بهداشتی در گروه های مختلف بیماران با روش های متفاوتی انجام می گیرد :

- در بیماران مزمن : بهتر است از برقراری ارتباط چهره به چهره و انجام مشاوره کمک گرفته شود؛

- در سایر بیماران می توان از رسانه های آموزشی استفاده کرد.

بعد از گذشت دهه های گذشته که دهه های حاکمیت سیستم های پدرسالار و نگاه به بیماران و مراجعه کنندگان به سیستم ارایه خدمات بهداشتی تنها به عنوان هدف و سیل مراقبت بود امروزه سیستم بهداشتی بایستی به گیرندگان خدمت به عنوان یکی از اجزای شرکت کننده در ارایه خدمات سلامت و مراقبت بنگرد .

بنابراین با این دیدگاه جدید انتظار می رود ، مشتریان سیستم سلامت (از جمله بیماران) درباره سلامتی خودشان آنقدر اطلاعات داشته باشند که بتوانند به عنوان یک همکار سیستم ارایه خدمات در تمامی مراحل مراقبت (به ویژه تصمیم گیری و انتخاب نوع خدمت) مشارکت نمایند .

پزشک می تواند از بیمار خود مطالب فراوانی بیاموزد. سؤالات مطرح شده حین آموزش سلامت به بیمار ممکن است پزشک را متوجه مطالب و مفاهیم جدیدی کند که پیش از آن مورد توجه وی نبوده اند. بعلاوه صحبت با بیمار، به پزشک کمک می کند تا بیماری را از دید او ببیند و بتواند حمایت و همدردی بهتری با وی داشته باشد.

این بیمار است که باید مسئولیت انجام روزبه روز رفتارهای پیشگیرانه، گزارش دقیق پیشرفت و بحث در مورد مشکلات مرتبط با سلامتی را به عهده بگیرد و مشارکت مؤثر بیمار نیازمند آموزش، ایجاد انگیزه و مشاوره است. اگرچه پزشکان به دلیل مشغله و کار زیاد نمی توانند پاسخگوی تمام نیازهای آموزشی بیماران باشند ولی در شروع و هدایت فرآیند آموزش نقش محوری دارند.

شواهد و مستندات نشان می دهند که تعدادی از رفتارهای مهم مرتبط با سلامت مانند (سیگار کشیدن، الکل نوشیدن) با مداخلات مشاوره ای ساده پزشکان تغییر می کنند. تأثیر مشاوره و آموزش پزشک در مورد سایر رفتارها نیز یا به صورت کوتاه مدت و یا در فیلدهای تخصصی دیده شده است.

با توجه به بی خطر بودن و هزینه غالباً پایین توصیه های پزشک به بیمار، سازمان خدمات پیشگیری امریکا (USPSTF) پیشنهاد کرده است که پزشکان برخی از رفتارهای سالم را به

صورت روتین به بیماران آموزش دهند حتی اگر تأثیر دراز مدت آنها اثبات نشده باشد. با توجه به حجم روز افزون تحقیقات بیانگر تأثیر آموزش سلامت به بیمار در ارتقای رفتارهای سالم، این امر به صورت بخشی مهم در ارایه خدمات پیشگیری درآمده است.

وظایف آموزش سلامت به بیماران در بیماری‌های مزمن

باید به این نکته مهم توجه داشت که آموزش سلامت به بیماران با هدف اصلی توانمند سازی بیماران در جهت کسب مهارت خودمراقبتی صورت می‌گیرد.

به طور سنتی، پژوهشگران بیماری‌های مزمن را به عنوان ((یک روند بیماری که به علت تغییرات فیزیولوژیک شدت وضع می‌یابد)) تعریف می‌کنند. جدیداً پاترسون به این موضوع اشاره کرده که بیماران دیدگاه متغیری در مورد بیماریشان دارند(۴). او پیشنهاد کرده که افراد دچار بیماری‌های مزمن گاهی در چشم انداز روانیشان احساس سلامت دارند و گاهی بیماری بخشی از این دیدگاه متغیر ناشی از افت وخیزهای بیماری است اما بخشی هم به دلیل عوامل سایکولوژیک می‌باشد (۵). از این منظر هدف خودمراقبتی کمک به بیماران برای حفظ سلامت در چشم انداز آینده شان است.

در چهارچوب ارایه شده توسط corbin و Strauss، برنامه‌های خود مراقبتی شامل سه عملکرد می‌باشند:

۱. مراقبت‌های طبی یا رفتاری وضعیت بیماری^۱ مانند مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی خاص و یا استفاده از بخور؛

۲. مراقبت‌هایی که شامل حفظ، تغییر و یا ایجاد نقش‌ها^۲ و رفتارهای جدید در زندگی روزمره می‌شوند. برای مثال بیماران مبتلا به کمردرد نیاز دارند تا تغییراتی در روش شرکت در ورزش‌های دلخواهشان بدهند و یا برای فردی که دچار بیماری قلبی یا ریوی است، مدیریت نقش به معنی انجام کار کمتر مانند تهیه یک نوع غذا برای تمام روز تعطیل به جای چند نوع غذا است؛

^۱ - Medical or Behavioral Management

^۲ - Role Management

۳. مواجهه با عوارض هیجانی ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن^۱ که دیدگاه بیمار را نسبت به آینده تغییر می‌دهد. به طور مثال، هیجاناتی مانند خشم، ترس، یأس و افسردگی به طور شایع توسط افراد دچار بیماری مزمن تجربه می‌شود. لذا یادگیری مدیریت این هیجانات، به عنوان بخشی از فعالیتهای لازم برای مقابله با بیماری به حساب می‌آید.

با توجه به چارچوب (Corbin, Strauss) برنامه‌های خود مراقبتی باید محتوایی داشته باشد که هر سه عملکرد را در بر گیرد، البته بیشتر برنامه‌های ارتقای سلامت و آموزش بیمارستانی تنها با مدیریت پزشکی و رفتاری سرو کار دارد و به طور سیستماتیک هر سه عملکرد را در بر نمی‌گیرد.

خود مراقبتی مبتنی بر مشکلات بیمار^۲ است

پژوهش Corbin, Strauss بر اساس درک بیمار در مورد وضعیتش است اما برنامه‌های خود مراقبتی باید بر پایه مشکلاتی باشد که بیمار با آنها روبروست. برای مثال برنامه‌های آموزشی سنتی آرتریت بر پیشگیری از ناتوانی و مدیریت ناتوانی تأکید می‌کند ولی نگرانی اصلی بیمار آرتریتی درد است. لذا برنامه مراقبت آرتریت باید بر مدیریت درد تمرکز نماید. این بدان معنی نیست که اطلاعات مربوط به مدیریت ناتوانی آموزش داده نمی‌شود بلکه این گروه اطلاعات در پس زمینه درد آموزش داده می‌شود. به عنوان مثال، یکی از عوامل دخیل در ایجاد درد، عضلات سفت و ضعیف می‌باشد که ورزش باعث تقویت و رهاسازی عضلات و کاهش درد می‌شود.

لذا با توجه به اینکه آموزش‌های خود مراقبتی باید به مشکلات و نگرانی‌های بیمار توجه نماید و مشکل محور باشد، نیاز سنجی کاملی برای هر موضوع جدید با گروه بیماران، ضروری می‌باشد. با وجودی که مشکلات و نگرانی‌های زیادی به طور مشترک برای بیماری‌ها و جوامع مختلف دیده می‌شود اما همیشه از این نظر تفاوت‌هایی بین گروه‌ها و حتی افراد مختلف وجود دارد. مثلاً هنگام کار با یک جمعیت اسپانیایی تبار مشاهده شد که بسیاری از افراد وقتی که یک ویزیت کوتاه توسط پزشک داشتند و سپس به یک پرستار، فیزیوتراپ یا روانشناس ارجاع می‌شدند، احساس می‌کردند که مورد بی توجهی پزشک قرار گرفته‌اند و یا خدمات با کیفیت پایین تری به آنها عرضه شده چراکه این روش متفاوت با تجربه آنها در کشور خودشان بود که

^۱ - Emotional Management

^۲ - Problem Based

در آنجا پزشکان وقت بیشتری را صرف هر ویزیت می کردند. به علاوه، در زادگاه آنها بیشتر افرادی که در فیلد سلامت کار می کردند سطح تحصیلات و مهارت آموزی پایین تری در مورد وسایل مرتبط با سلامت داشتند. هنگام کشف این اطلاعات بخشی در مورد میزان آموزش ها و عملکرد پرسنل مختلف مراقبت های بهداشتی در آمریکا به برنامه خود مراقبتی مخصوص جوامع اسپانیولی زبان افزوده شد. همچنین اشاره شد که کل زمانی که با متخصصان سلامت گذرانده می شود، معادل زمان مشابه در زادگاه آنها می باشد.

مهارت های اصلی خود مراقبتی در بیماری های مزمن

براساس تجربه ۲۵ ساله لوریگ و همکاران، بررسی متون و یک گزارش جدید از یک نشست Robert Woodd Johnson مشخص شد که در مورد خود مراقبتی ۵ مهارت اصلی وجود دارد. البته دکتر Lorig و Holman ۶ مهارت محوری خود مراقبتی را شرح داده اند که به شرح ذیل است: حل مشکل^۱، تصمیم گیری^۲، بهره مندی از منابع^۳، تشکیل شبکه همکاری بین بیماران و ارائه کننده خدمات سلامتی^۴، دست به اقدام زدن^۵ و متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی^۶.

مهارت حل مشکل

طبق تعریف ذکر شده، آموزش خود مراقبتی باید مشکل محور باشد، لذا منطقی است که مهارت حل مشکل، یکی از مهارت های اصلی و محوری برای خود مراقبتی باشد. این بدین معنا نیست که به مردم برای حل مشکلاتشان راه حل ارائه می شود بلکه مهارت های پایه ای حل مشکل شامل تعریف و توصیف مشکل، خلق راه حل های ممکن شامل پرسش از دوستان و متخصصین بهداشتی، نهادینه کردن و به کارگیری راه حل و ارزشیابی نتایج به آنها آموزش داده می شود.

به عنوان مثال بیماری می گوید که او نمی تواند دختر و نوه اش را ببیند. مشکل به تعریف بیشتری احتیاج دارد. در هنگام بررسی ما درمی یابیم که دختر در مسافت دوری زندگی می کند

^۱ - Problem Solving

^۲ - Decision Making

^۳ - Resource Utilization

^۴ - Forming Partnerships With Health Care Providers

^۵ - Taking Action

^۶ - Self-Tailoring

و مرد می‌ترسد که با توجه به نیازش به اکسیژن قادر به مسافرت نباشد. راه حل های ممکن زیادی پیشنهاد می‌شوند. از جمله اینکه از دخترش بخواهد که به دیدار او بیاید، همراه یک دوست تا محل زندگی دخترش رانندگی کند؛ یک منبع اکسیژن را در ماشین همراه داشته باشد؛ با راه آهن و خطوط هوایی تماس بگیرد تا ببیند که چه تسهیلاتی برای مسافرت و وابسته به اکسیژن دارند، یک نفر پیشنهاد می‌کند که شاید انجمن ریه اطلاعات بیشتری داشته باشد. در نهایت وی درمی یابد که خطوط هوایی تسهیلاتی برای او دارند و تصمیم می‌گیرد که با هواپیما به دیدار دختر و نوه اش برود.

مهارت تصمیم‌گیری

مهارت تصمیم‌گیری بر پایه برخورداری از اطلاعات مناسب و کافی استوار است. افراد مبتلا به بیماری مزمن بایستی روزانه در پاسخ به تغییرات وضعیت بیماریشان تصمیم‌گیری نمایند. به این منظور باید دانش و آگاهی ضروری را برای تغییرات و حالات شایع داشته باشند.

مهارت بهره‌مندی از منابع

این مهارت که به معنی نحوه یافتن و بهره‌مندی از منابع می‌باشد، اغلب در برنامه‌های سنتی ارتقای سلامت و آموزش به بیمار نادیده گرفته می‌شود. ارایه دهندگان خدمات بسیاری از برنامه‌ها، را به شرکت کنندگان معرفی می‌کنند اما نحوه استفاده از کتابچه، تلفن، اینترنت، کتابخانه و سایر راهنماها را به آنها نمی‌آموزند. علاوه بر آموزش به مردم درمورد اینکه چگونه باید از منابع استفاده کنند، خود مراقبتی باید به مردم بیاموزد که این اطلاعات را می‌توانند از منابع مختلف به دست بیاورند. هنگام جستجوی منابع، بیشتر افراد فقط با یک منبع تماس می‌گیرند و منتظر اطلاعات می‌مانند. اگر از آن به نتیجه نرسیدند، به دنبال راه دیگری می‌روند. برای دستیابی به نتایج بهتر مهم است که به طور همزمان با چندین منبع بالقوه تماس گرفت تا شبکه ای برای کسب اطلاعات پایه ریزی شود. افراد برای رسیدن به بهترین نتیجه باید بتوانند از چند منبع بالقوه مختلف به طور همزمان برای کسب اطلاعات دقیق و لازم استفاده کنند.

دست به اقدام زدن

دست به اقدام زدن مرحله به کارگیری تصمیم در مدل D, zurilla و تسلط بر مهارت^۱ در مدل خودکارآمدی^۱ می‌باشد. دست به اقدام زدن به نظر بیشتر شبیه تصمیم‌گیری می‌باشد تا

^۱ - Skill Mastery

یک مهارت اما در واقع مجموعه ای از مهارت‌ها هستند که در نحوه تغییر رفتار دخیل هستند. مهمترین اینها طراحی یک برنامه عملیاتی، کوتاه مدت و اجرای آن است. یک برنامه عملیاتی، یک دوره یک تا دو هفته ای را در بر می‌گیرد و کاملاً اختصاصی برای آن رفتار به خصوص است. مثلاً در این هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه، کمی قبل از نهار اطراف ساختمان قدم خواهیم زد^۱. در مرحله بعد این برنامه باید واقع‌گرایانه و یا شدنی باشد. این بدان معنی است که شخص قادر به انجام موفقیت آمیز این رفتار در طول هفته باشد و در نهایت باید چیزی باشد که شخص نسبتاً مطمئن است که می‌تواند انجام دهد. میزان اطمینان فرد می‌تواند با پرسش از او که چقدر مطمئن است که می‌تواند راهپیمایی در اطراف آپارتمان در روزهای دوشنبه، سه شنبه و ... داشته باشد، اندازه گیری شود. این میزان اطمینان توسط یک Scale از (کاملاً نا مطمئن) تا ۱۰ (کاملاً مطمئن) اندازه گیری می‌شود. اگر پاسخ ۷ یا بیشتر باشد، بر اساس تئوری خودکارآمدی شانس اجرای موفقیت آمیز برنامه عملیاتی بالاست. اگر پاسخ کمتر از ۷ باشد فرصت خوبی است که به حل مسأله^۲ پرداخت و یک برنامه عملیاتی واقع‌گرایانه طراحی نمود تا از شکست اجتناب شود.

متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی

یک ویژگی دیگر که خود مراقبتی را از برنامه‌های سنتی تر ارتقای سلامت و آموزش به بیمار متمایز می‌سازد، متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی^۳ و استفاده از دانش و مهارت های خود مدیریتی و کاربرد آنها برای خود به نحو مناسب است. در اینجا پس زمینه تاریخی کمک کننده است. از زمان کار پایه ای Sachet, Taylor, Haynes پذیرش^۴ و پایبندی^۵ به برنامه‌ها و رفتارها جزء اساسی از برنامه‌های رفتاری بوده است. پذیرش درمان به‌طور ساده، به معنای واداشتن بیماران به انجام توصیه هایی است که به آنها می‌شود. متأسفانه مداخلاتی که به منظور بهبود پذیرش درمان انجام پذیرفته به ندرت موفق بوده اند. اخیراً حجم زیادی از مقالات مرتبط با مداخلات خود سازگار شده^۶ منتشر شده اند. ارایه کنندگان خدمات بهداشتی با استفاده از یک مجموعه آزمون ها بر اساس یک یا چند مدل، آنچه را که به بیمار می‌گویند،

^۱ - Self-Efficacy

^۲ - Problem Solving

^۳ - Self-Tailoring

^۴ - Compliance

^۵ - Adherence

^۶ - Self-Tailored

براساس میزان آمادگی بیمار برای یادگیری، مرحله تغییر^۱ و اعتقاد بهداشتی او متناسب می‌سازند. مداخلات متناسب شده به موفقیت‌هایی دست یافته‌اند اما به ندرت به تغییراتی در وضعیت سلامت^۲ یا کاربرد آن^۳ منجر شده‌اند. برخلاف پذیرش درمان و متناسب سازی سنتی، متناسب سازی برنامه با ویژگی‌های فردی توسط خود فرد بر اساس یادگیری اصول تغییر رفتار و مهارت‌های خود مراقبتی انجام می‌شود. مثالی از این اصول چگونگی شروع و تقویت یک برنامه ورزشی است. به طور خلاصه بیمارانی که برنامه را برای خود متناسب می‌سازند، باید اصول ایجاد تغییرات رفتارهای خاص و نیز تصمیم‌گیری و حل مسئله را بدانند. همه اینها بخشی از برنامه‌های خود مراقبتی است و منجر به متناسب شدن موفقیت آمیز برنامه می‌شود.

اهداف آموزش سلامت به بیمار برای پیشگیری:

دو هدف عمده از آموزش سلامت به بیمار در حیطه پیشگیری اولیه وجود دارد: تغییر رفتارهای ناسالم و بهبود وضعیت سلامت. تغییر رفتار در نتیجه آموزش سلامت به بیمار در مورد ترک سیگار، عدم مصرف الکل، کنترل وزن، ورزش و جلوگیری از بارداری در تحقیقات متعدد مشاهده شده است. بیشترین مطالعات رفتاری، در مورد پذیرش داروها و سایر رژیم‌های درمانی یا پیشگیرانه انجام شده است و تأثیر مثبت آموزش خوب به بیمار در تغییر رفتار مربوطه به اثبات رسیده است. در برنامه‌های آموزشی مختلف، نتایج زیر گزارش گردیده است: کاهش فشار خون؛ کاهش مرگ و میر ناشی از پرفشاری خون، ملانوما، بدخیمی‌های خونی و سرطان سینه؛ کاهش درد و ناتوانی ناشی از آرتریت کاهش تعداد کودکان کم وزن به هنگام تولد؛ سطح گلوکز خونی بهتر در دیابتی‌ها و گرچه بسیاری از این تغییرات در وضعیت سلامت به دلیل تغییر رفتارهای ناسالم و پذیرش بهتر رژیم‌های درمانی توسط بیماران بودند اما به نظر می‌رسد که برخی از فواید، مستقل از این فاکتورها هستند. مستندات زیادی نشان داده‌اند که زمانی که مردم ایمان و اطمینان داشته باشند که می‌توانند بر سلامت خود تأثیر بگذارند، به احتمال بیشتری نسبت به افرادی که مطمئن نیستند، این تأثیر را ایجاد می‌کنند. به این اطمینان "خود کارایی درک شده" می‌گویند.

^۱ - Stage Of Change

^۲ - Health Status

^۳ - Health Utilization

- بنابراین به طور خلاصه می توان گفت: هدف نهایی از آموزش سلامت به بیماران، گفتن بهترین کارها به ایشان برای انجام دادن نیست بلکه کمک کردن به آنها برای یادگیری چگونگی مراقبت از خود به منظور ارتقای سلامت است؛
- هدف از اجرای برنامه های آموزش سلامت به بیماران، کمک به آنهاست تا خود بتوانند نسبت به مراقبت از سلامت خود مسئولیت پذیر باشند. به زبان دیگر، هدف دادن اطلاعاتی به ایشان است تا بتوانند با استفاده از آنها به خوبی از سلامتی خود مراقبت کنند؛
- هدف از آموزش سلامت به بیماران، کمک به آنها به منظور کسب توانایی سازش و تغییر متناسب با تغییراتی که در اثر بیماری در شرایط جسمی و روحی آنها ایجاد شده می باشد.

استراتژی های آموزش سلامت به بیمار :

یک اصل مهم در آموزش سلامت به بیمار این است که افزایش دانش برای تغییر رفتار ضروری است ولی کافی نیست. اگر دانش به تنهایی می توانست باعث تغییر رفتار شود، اکنون تعداد بسیار کمتری سیگاری وجود داشت و تعداد بیشتری از مردم ورزش می کردند. آموزش سلامت به بیمار چیزی بیشتر از گفتن ساده به مردم در مورد اینکه چه کار باید بکنند یا دادن یک پمفلت به آنهاست.

مطالعات کمی در مورد میزان تأثیر روش های مختلف آموزش و مشاوره انجام شده است. پیشنهادات زیر مواردی هستند که تأثیر آنها در تغییر رفتارهای عمده مشاهده شده است. بسیاری از این استراتژی ها بدون نیاز به اعمال تغییر در الگوهای قبلی طبابت در دوره های زمانی کوتاه حین ویزیت های روتین، قابل انجام هستند:

۱- الگوی آموزش را با تصورات بیمار تطبیق دهید. به باورها و نگرانی های وی توجه کنید. تحقیقات نشان داده اند که مردم در مورد هر موضوع جداگانه ای، تنها چند باور و عقیده مهم دارند. برای متقاعد کردن بیمار به تغییر رفتار، لازم است که ابتدا باورهای مرتبط با آن رفتار را شناسایی کنید و اطلاعات و آموزش را بر پایه آنها ارایه کنید. این باورها را با سؤالاتی از بیمار می توان فهمید. به عنوان مثال: وقتی به شما بگویند "بیماری قلبی"، چه فکری به ذهنتان می رسد؟ چه چیزی مانع از این می شود که غذای کم چربی مصرف کنید؟ هنگامی که نگرانی ها و فهم بیمار از موضوع مشخص شد، آموزش به گونه مناسبی طراحی می شود. در این میان باید شکاف های فرهنگی را نیز در نظر داشت که این شامل باورها و آداب اخلاقی، مذهبی و قومی می شود. توجه کنید که یک پیام ثابت برای همه افراد تأثیرگذار نخواهد بود. پزشک با در نظر گرفتن برداشت و تصور بیمار از سلامت خود و توانایی اش برای تغییر باید به تقویت خودکارایی و در نتیجه تغییر رفتار وی بپردازد. به عنوان مثال هنگامی که یک بیمار بسیار

چاق از ناتوانی در ورزش کردن شکایت می کند، پزشک باید مفهوم ورزش را از دید او تصحیح کند. با این توضیح که در ابتدا ورزش می تواند بسیار مختصر باشد، در حد یک دقیقه فعالیت بدنی در هر ساعت.

۲- بیمار را کاملاً از اهداف درمان و نتایجی که از آن انتظار دارید و زمان ایجاد این تأثیرات آگاه کنید. اینکه به بیمار بگویید در چه زمانی منتظر چه تأثیراتی باشد، از ناامیدی وی به دلیل عدم بروز نتایج فوری و سریع جلوگیری می کند. در یک مطالعه زمانی که روماتولوژیست در مورد اهداف درمان به بیماران توضیح داد، ۷۹٪ از آنها تا ۴ ماه بعد، از رژیم درمانی پیروی کردند درحالی که این میزان در گروهی که توضیح کافی نگرفته بودند ۳۳٪ بود. همین طور توضیح این واقعیت که تأثیرات مفید رژیم کم کلسترول یا فعالیت فیزیکی منظم چندین ماه پس از شروع آنها بارز می شود، پذیرش بیماران را برای زمان افزایش داد. اگر عوارض جانبی شایعی نیز وجود دارند، بیمار باید بداند که انتظار چه چیزی را داشته باشد و درچه شرایطی باید دارو را قطع کرد یا با پزشک مشاوری نمود.

۳- به جای تغییرات بزرگ، تغییرات کوچک را پیشنهاد کنید (سنگ بزرگ برندارید!). از بیمار بخواهید که فقط اندکی بیش از آنچه اکنون انجام می دهد، انجام دهد «اینکه شما صبح ها ۱۰ دقیقه پیاده روی می کنید، عالی است! ممکن است ۵ دقیقه به آن اضافه کنید؟». وقتی کسی بسیار چاق است، کاهش ۳۰ کیلو وزن می تواند غیر ممکن به نظر برسد در حالی که کاهش ۲ کیلو در ماه آینده به نظر قابل دستیابی است. با رسیدن به یک هدف کوچک، بیمار در اصل تغییر مثبت را آغاز کرده است. منطق این پیشنهاد نیز مربوط به تئوری خود کارآیی است. به این وسیله، ایمان فرد به توانایی خود برای تغییر بیشتر می شود و احتمال موفقیت وی نیز بیشتر می شود.

۴- جزییات را کامل توضیح دهید. راهنمایی های مفید و همراه با جزییات اغلب باعث پذیرش بهتری می شوند. به عنوان مثال هنگامی که می خواهید برنامه ای برای فعالیت فیزیکی پیشنهاد کنید، ابتدا از بیمار بپرسید که با چه مقدار فعالیت فیزیکی درحال حاضر راحت است؟ از او بخواهید همان مقدار را سه بار در هفته انجام دهد و سپس هر هفته آن را به میزان ۲۵-۱۰٪ افزایش دهد تا اینکه بالاخره به ۳۰-۲۰ دقیقه ورزش آیروبیک، ۴-۳ بار در هفته برسد. تغییر رفتار در صورتی که دستورالعمل ها و دلیل توصیه آنها برای بیمار توضیح داده شود و به صورت نوشته ای برای بردن به خانه نیز ارائه شود، تقویت شده و افزایش خواهد یافت.

۵- در برخی از موارد، اضافه کردن رفتارهای جدید آسان تر از محدود کردن رفتارهای تثبیت شده است. بنابراین اگر مثلاً هدف کاهش وزن باشد، بهتر است به جای اینکه بخواهیم الگوهای تغذیه ای فعلی او را تغییر دهیم، باید در ابتدا فعالیت فیزیکی متوسط را به بیمار توصیه نمود.

۶- رفتارهای جدید را به رفتارهای قدیمی متصل کنید. به عنوان مثال درمورد بالا از بیمار بخواهید قبل از خوردن ناهار ورزش کند، حین تماشای اخبار با دوچرخه ثابت ورزش کند و یا قرص هایش را دوبار در روز قبل از مسواک زدن بخورد. خوردن ناهار، تماشای اخبار و مسواک زدن، همه رفتارهای روزمره هستند.

۷- از قدرت حرفه خود استفاده کنید. بیمار به پزشک به عنوان متخصص سلامت می نگرد و آنچه را که او می گوید مهم می داند. از اینکه به بیمار بگویید «می خواهم سیگار کشیدن را قطع کنی» یا «می خواهم چربی را در غذایت نصف کنی» نترسید. این پیام های مستقیم به خصوص اگر ساده و جزیی باشند، قدرتمند هستند. بدانید که برخی بیماران در توانایی خود برای تغییر شیوه زندگی شک دارند. پزشک در این موارد در عین همدردی و حمایت باید پیام های محکم و روشنی داشته باشد.

۸- از بیمار تعهدات صریح و ساده بگیرید. پرسیدن این سؤال از بیمار که چگونه رژیم تعیین شده را دنبال خواهد کرد، وی را تشویق به تفکر در مورد رفتار جدید و جا دادن آن در برنامه روزانه اش خواهد کرد. پزشک باید از بیمار بپرسد که در این هفته، دقیقاً قصد دارد چه برنامه ای اجرا کند (چه، چگونه و کی؟ و چند بار؟). مثلاً از بیمار بپرسد که فعالیت فیزیکی را که قصد دارد در این هفته انجام دهد، در چه زمانی و چندبار انجام خواهد داد. هرچه این تعهد جزیی تر و شفاف تر باشد احتمال عمل به آن بیشتر می شود. می توان در پایان از وی سؤال کرد که تا چه حد به انجام این برنامه مطمئن است (مثلاً بین صفر تا ده یک عدد انتخاب کند). در صورتی که بیمار عدم اطمینان (نمره پایین) نشان داد، باید مشکلات وی در اجرای برنامه شناسایی شود و بهتر است که این کار با روشی به دور از قضاوت انجام گیرد. مثلاً به بیمار بگویید «خیلی از مردم برای شروع یا ادامه برنامه ورزشی مشکلاتی دارند، تو چطور؟» سپس بیمار و پزشک با هم به جستجوی راه حل می پردازند.

۹- از ترکیبی از استراتژی ها استفاده کنید. آموزش هایی که با استفاده از ترکیبی از مشاوره های شخصی، کلاس های گروهی، وسایل کمک آموزشی سمعی و بصری، نوشته ها و نشست ها انجام می شوند، از تأثیر گذاری بیشتری برخوردارند. هر یک از این روش ها مزایا و معایب مخصوص به خود دارند. به عنوان مثال ممکن است برخی از بیماران حضور در کلاس های

جمعی را دوست نداشته باشند و یا برخی به دلیل برنامه کاری فشرده، فرصت حضور در کلاس را نداشته باشند. در مورد نوشته ها هم نحوه نگارش و کلمات استفاده شده بسیار مهم هستند. مطالعات متعددی نشان داده اند که برای تغییر رفتار، توجه شخصی پزشک و پاسخوراند وی مفیدتر از برنامه های تلویزیون و سایر کانال های ارتباطی است.

۱۰- پرسنل مطب را در کار آموزش مشارکت دهید. آموزش سلامت به بیمار مسئولیت پزشکان، پرستاران، آموزش دهندگان سلامت، کارشناسان تغذیه و تمام افراد شاغل در حرفه های پزشکی و پیرا پزشکی است. رویکرد تیمی، آموزش سلامت به بیمار را آسان تر می کند. مثلاً مسئول پذیرش می تواند بیماران را به خواندن برگه ها و جزواتی که با تأیید پزشک در اتاق انتظار گذاشته شده، تشویق کند. تشکیل کمیته ای برای آموزش سلامت به بیمار هم باعث گردآوری نظرات بیشتر و هم افزایش تعهد پرسنل می شود.

۱۱- ارجاع دهید. در یک مطب شلوغ امکان آموزش سلامت به بیمار به صورت کامل وجود ندارد. در این گونه موارد، بهترین اقدام ارجاع به چهار منبع عمده آموزش سلامت است: ۱. آژانس های همگانی ۲. سازمان های ملی داوطلب در امر سلامت ۳. کتاب ها و فیلم های ویدیویی ۴. بیماران دیگر. یکی دیگر از بهترین روش ها برای تغییر رفتار، برقراری ارتباط بیمار با یک الگوی دیگر یعنی کسی با همان مشکل است که موفق به تغییر شده است. بهتر است برای هریک از عناوین شایع برای مشاوره، لیستی از منابع شامل نام، آدرس و تلفن آنها تهیه شود تا در صورت لزوم در اختیار بیمار قرار داده شود. پزشک باید از اعتبار و رسمیت نمایندگی، سازمان و سایر موارد قبل از ارجاع بیمار به آنها اطمینان حاصل کند.

۱۲- پیشرفت را با تماس های بعدی پایش کنید. تعیین کردن وقت ملاقات یا تماس تلفنی ظرف چند هفته بعد برای ارزیابی بهبود، تقویت و تشویق موفقیت ها و شناسایی و رفع مشکلات، میزان اثر بخشی مشاوره و آموزش را افزایش می دهد. در یک مطالعه، تماس تلفنی ماهانه با افراد پیر مبتلا به استئوآرتریت تعداد موارد گزارش درد و استفاده از خدمات را کاهش داد. در مطالعه دیگری، تماس تلفنی یک متخصص داخلی با بیماران در فاصله بین ویزیت ها، ۱۹٪ تعداد ویزیت ها و ۲۸٪ روزهای بستری در بیمارستان را کاهش داد. به نظر می رسد در تغییر رفتار، تماس تلفنی از جانب پزشک با بیمار مؤثرتر از تماس تلفنی بیمار است. مهم است که پزشک موارد ارجاع را نیز پیگیری کند و از میزان پیشرفت مطلع شده و بیمار را برای پذیرش بیشتر حمایت نماید.

شکل ۱-۲. انواع مدل های آموزش سلامت به بیماران

انواع مدل های آموزشی

مدل پزشک مدار:

- ۱- ظرفیت
- ۲- تبعیت بیمار
- ۳- برنامه ریزی برای بیمار:
 - تغییر عادت
 - بیمار غیر فعال
 - وابستگی
- ۴- نیاز های بیمار را فرد متخصص تعیین می کند.

مدل بیمار مدار:

- ۱- خود کار آیی
- ۲- مشارکت بیمار
- ۳- برنامه ریزی توسط بیمار:
 - توانمند سازی
 - بیمار فعال
 - عدم وابستگی
- ۴- بیمار نیازهای خود را تعیین می کند.

مشکلات موجود :

اجرای برنامه های آموزش سلامت به بیماران، علی رغم اینکه به ظاهر ساده بوده و رسیدن به اهدافشان سهل به نظر می آید ، کاری بسیار مشکل و نیازمند دقت و صرف انرژی فراوان است . از جمله دلایل مشکل بودن این فعالیت :

- جریان عظیم و متنوع مراجعه کننده (از جمله موارد مهم تنوع، مواجهه با افراد دارای نژاد قوم و فرهنگ های متفاوت می باشد)؛
- عدم برنامه ریزی به منظور صرف زمان برای ارائه خدمات آموزشی و صرف تقریباً تمام زمان در اختیار برای ارائه سایر خدمات بهداشتی و درمانی؛
- فقدان رسانه های مناسب آموزشی برای گروه های مختلف (اغلب محصولات که تولید می شوند نیز از نظر تطابق با سطح سواد بهداشتی مخاطبان مناسب نیستند)؛

- عدم پیش‌بینی هیچ گونه حق‌الزحمه و دستمزدی در ازای ارائه خدمات آموزشی؛
- عدم وجود پرسنل آموزش دیده که مهارت های مورد نیاز را برای انجام صحیح و مؤثر آموزش کسب نموده باشند.
- جنبه های مختلف تفاوت های فردی که می‌تواند بر روند آموزش سلامت به بیماران مؤثر باشد شامل موارد زیر است:
- فرهنگ های مختلف (فرهنگ از جمله عناصر بسیار مهمی است که تأثیر بسیار فراوانی بر رفتارهای مراقبت از سلامت و علاقه بیماران به یادگیری بیشتر به منظور ارتقای سلامتشان می‌گذارد)؛
- توانایی های مختلف و سطح سواد و اطلاعات متفاوت.
- با توجه به اینکه ممکن است :

۱. بعضی از مشتریان، علاقمند به یادگیری و کسب اطلاعاتی بیشتر از آنچه که می‌دانند نباشند؛
 ۲. برخی از آنها اطلاعات پایه و لازم برای یادگیری مطالب جدید را نداشته باشند (پیش نیازهای لازم برای یادگیری مطالب مربوط به سیستم و فیزیولوژی بدن انسان که برای مردم عادی پیچیده به نظر می‌رسد).
- اهمیت آموزش هوشیارانه سلامت به بیمار و لزوم انجام یک برنامه‌ریزی کلی و همچنین برنامه ریزی برای تک تک بیماران (به صورت مجزا) مورد تأکید قرار می‌گیرد .

فرهنگ و آموزش سلامت به بیماران :

هنگام آموزش به یک بیمار باید به این مسأله توجه کرد که فرهنگ آن بیمار در مورد چگونگی حل یک مشکل چه نظری دارد و چه راهکاری را پیشنهاد می‌کند ؟

یکی از مهمترین وظایف تمام افرادی که به گونه‌ای با سلامت افراد جامعه و بیماران سر و کار دارند، این است که در عمل نشان بدهند که با وجود تفاوت فرهنگ ها، از نظر ایشان هیچ یک از فرهنگ ها بر دیگری تفوق و برتری ندارد . این نکته بسیار مهم از ایجاد مقاومت هایی که مطمئناً روند برنامه آموزشی را با مشکل و توقف مواجه خواهند کرد، جلوگیری نموده و اجرای آموزش و حصول نتایج آن را تسریع خواهد بخشید .

با توجه به اینکه شناخت همه فرهنگ ها برای دست اندر کاران سلامت جامعه امکان پذیر نیست لذا بهتر است قبل از هرگونه اقدامی در ابتدا از بیمار در مورد اعتقاداتش در خصوص مسایل بهداشتی سؤال شود .

به عنوان مثال ، یک اعتقاد در یک گروه از مردم وجود دارد با این محتوا که بدن زنان بعد از زایمان در یک وضعیت سرد قرار می گیرد و بسیار ضروری است که به منظور بازگرداندن تعادل به دمای بدن زن تازه زایمان کرده، در طی یک ماه بعد از زایمان نامبرده از خوردن و نوشیدن هر گونه غذا و مایعات خنک و سرد شدیداً پرهیز کند . کاملاً واضح است که هنگام رویارویی با یک زن زایمان کرده از این گروه، دانستن این باور قبل از هرگونه آموزش سلامت و یا حتی توصیه و اقدام بهداشتی بسیار مثر ثمر خواهد بود. برای آموزش سلامت به بیماران، رعایت موارد زیر با توجه به فرهنگ بیماران ضروری است:

- از میزان تأثیرپذیری خود (با توجه به تفاوت های فرهنگی ، تبعیض و تعصب و پیش داوری های احتمالی) آگاه شوید و آنها را به حداقل برسانید؛
 - در مورد ارزش های فرهنگی گروهی که با آنها سر و کار دارید و بیمارانی که معمولاً برای درمان بیماری هایشان به شما مراجعه می کنند ، تحقیق کنید؛
 - هر فرهنگی دارای چند ارزش اصلی است ، از آنها اطلاع کسب کنید . برای مثال، برخی افراد معتقدند که وقتی برای کسی یک سرنوشت خاص مقدر شد، دیگر برای تغییر سرنوشت او نمی توان کاری انجام داد . در مقابله با چنین باور غلطی باید در امر آموزش سلامت به بیماردقت فراوانی داشت و استراتژی خاصی را اتخاذ کرد ، زیرا امکان دارد بیمار پس از ابتلای به بیماری، این مشکل و متعاقب آن ناتوانی و یا حتی مرگ را سرنوشت محتوم و تغییر ناپذیر خود محسوب کرده ، هیچ اقدامی برای بازگرداندن سلامتی انجام ندهد . آوردن مثال های متعدد از افرادی که بیماری مشابه با بیماری فرد مذکور را داشته اند و با انجام مراقبت های لازم بهبود یافته اند، می تواند مفید باشد؛
 - سعی کنید وقتی لازم است یک متن آموزشی و یا یک ابزار آموزشی به زبانی دیگر ترجمه شود، این امر حتماً توسط شخصی که زبان هدف، زبان مادری وی است و همچنین در انجام ترجمه دارای تخصص و تجربه کافی می باشد، انجام شود .
- وقتی به بیمار تنها به عنوان یک گیرنده خدمت صرف نگاه نکنیم و او را یکی از همکاران خود در سیستم سلامت بدانیم، ضرورت و لزوم برقراری ارتباط نزدیک تر و بیشتر میان ارایه دهنده و گیرنده خدمت واضح تر می شود .

شیوه‌های آموزش سلامت به بیماران :

۱- روش چهره به چهره

- هدف از انجام این نوع آموزش، انتقال آگاهی و اطلاعات لازم از پرسنل بهداشتی/درمانی به یک بیمار مشخص می‌باشد.
- این روش برای افرادی مناسب است که با بیمار در دفتر کارشان، مطب، کلینیک و یا بیمارستان در تماس هستند.
- این روش برای آموزش یک موضوع حساس و خصوصی، گزینه خوب و مناسبی است.
- این روش در مقایسه با آموزش گروهی، از هزینه اثر بخشی کمتری برخوردار است.

۲- روش آموزش گروهی

- این روش برای موضوعاتی که عمومیت بیشتری در جامعه دارند، مناسب‌تر است.
- هزینه اثربخشی این روش از روش‌های دیگر، از جمله روش چهره به چهره بیشتر است.
- در این روش، حمایت گروهی از تک‌تک افراد وجود دارد و این باعث ایجاد جو اعتماد و اطمینان در مخاطب آموزش می‌شود.
- سؤالاتی که توسط بیماران در روش آموزش گروهی مطرح می‌شود، ممکن است در آموزش فردی به ذهن تک‌تک افراد خطور نکند.
- در این روش اغلب از نوار ویدئو و یا موارد مشابه (مثل CD، DVD، ...) استفاده می‌شود (استفاده از نوار ویدئویی برای افراد کم‌سواد مناسب است). البته این روش هنگامی که با توضیحات بعد از دیدن فیلم و پاسخ به سؤالات همراه باشد، اثر بخشی بسیار بالاتری خواهد داشت.
- در این روش می‌توان از نوار کاست (در مدت زمان کمتر از یازده دقیقه) استفاده کرد.

۳- نمایش فیلم غیرفعال

- این روش شامل نمایش فیلم ویدئویی در اتاق انتظار بیماران است (این روش برای آموزش اقشار کم‌درآمد مناسب است).

۴- استفاده از کامپیوتر

- استفاده از کامپیوتر به عنوان یک راه بسیار مفید و کمکی و به منظور درگیری فعال بیمار و افزایش استفاده از پتانسیل‌های وی در خودمراقبتی، بسیار ارزشمند است.
- این روش در دفتر کار، مطب، کلینیک و یا حتی منزل بیماران قابل استفاده است.

استفاده از اینترنت نیز در این دسته قرار می‌گیرد و یکی از روش های مناسب به نظر می‌رسد . البته لازم به ذکر است که همه پایگاه های اطلاع رسانی منابع موثقی برای کسب اطلاعات نیستند و باید در انتخاب آنها دقت بیشتری کرد . پایگاه های اطلاع رسانی مراکز دانشگاهی و سازمان های حرفه ای مرتبط با سلامت، بیشتر از دیگران قابل اعتمادند .

توصیه هایی در مورد آموزش سلامت به بیماران بزرگسال :

- بزرگسالان برای اینکه در رابطه با یک مطلب آموزشی دقت لازم را صرف کنند، لازم است احساس نیاز در رابطه با آن موضوع در ذهنشان ایجاد شده باشد (perceived need)؛
 - جهت ارایه مطالب آموزشی باید از چیزهایی که اطمینان دارید می‌دانند، به سمت چیزهایی که نمی‌دانند، باشد. البته ذکر این نکته حایز اهمیت است که مطالبی که بیمار می‌داند را نباید دوباره به وی آموزش داد بلکه آموزش را باید با ذکر آنها آغاز کرد؛
 - آموزش باید از ذکر مسایل ساده آغاز شده و به طرف مسایل پیچیده حرکت کند؛
 - بزرگسالان هنگامی که آموزش با مشارکت و همکاری آنها انجام شود، یادگیری بسیار بالاتری نسبت به مواقعی که تنها مخاطب قرار می‌گیرند، دارند؛
 - به یاد داشته باشید در آموزش مهارت ها به بزرگسالان، تنها نباید به نشان دادن مهارت ها و چگونگی اجرای آنها بسنده کرد بلکه آنها حتماً باید به صورت عملی درگیر شوند؛
 - در آموزش سلامت به بیماران بزرگسال تقویت اهمیتی دوچندان دارد و تکرار مطالب به طرق گوناگون برای ایشان ضروری است؛
 - گرفتن بازخوراند فوری و تصحیح و اصلاح برداشت های غلط ، دقیقاً بعد از جلسه آموزشی بسیار کمک کننده است؛
- انتظار می رود آموزش دهندگان سلامت به بیماران در زمینه های زیر خبره باشند :

۱. نیاز سنجی
۲. مهارت های برقراری ارتباط
۳. مشاوره بهداشتی
۴. تعدیل رفتار
۵. طراحی و تولید رسانه های مناسب
۶. ارزشیابی مداخلات آموزشی

تجارب عملی آموزش سلامت به بیمار:

اولین قدم این است که بدانیم درمورد چه چیزی قصد ارتباط برقرار کردن داریم. در اغلب موارد این امر شامل دریافت و بررسی اطلاعات در مورد بیمار، ارایه اطلاعات در مورد نحوه پرداخت و بیمه، توضیحاتی در مورد مدیریت درمان و کارهایی است که برای بیمار انجام می شود و توضیح روشنی از اینکه درمان چه تأثیراتی خواهد داشت و چه نتایجی را نباید انتظار داشت. اطلاعات بالینی از جمله دستورالعمل های مصرف دارو، توصیه های قبل و بعد از اعمال جراحی و فرآیندهای مربوط به اخذ توافق آگاهانه نیز از ابعاد دیگر آموزش سلامت به بیمار هستند. برای اینکه از مؤثر بودن سیستم آموزش سلامت به بیمار خود تا حد ممکن اطمینان حاصل کنید، قبل از هر چیز اطلاعات عمومی در مورد هرگونه عملی که در مطب خود انجام می دهید، توصیه های قبل از جراحی و توضیحاتی در مورد اعمال جراحی گردآوری کنید.

مطمئن شوید که همه این مطالب به زبان ساده و بدون استفاده از کلمات تخصصی بیان شده اند. با توجه به اینکه همه خواندن را دوست ندارند، باید از نوارهای کاست و فیلم های ویدیویی آموزشی و سایر ابزارهای آموزشی برای افزایش ارتباط با بیمار و بالابردن ارزش طبابت خود در نظر وی نیز استفاده کنید. به عنوان مثال یک جراح می تواند از هر کدام از انواع جراحی که انجام می دهد فیلمی تهیه کند و به هر بیمار متناسب با عمل جراحی که قرار است داشته باشد، فیلم را امانت دهد.

یا اینکه می توان به جای پخش موزیک به هنگام انتظار برای مکالمه تلفنی، به مدت ۲۰-۱۵ ثانیه توصیه هایی برای آموزش سلامت به بیمار بخش کرد. پزشکان همچنین می توانند با صدای خود مطالبی را که برای آموزش سلامت به بیمار ضروری می دانند در نوار کاست ضبط کنند و به بیمار امانت بدهند تا بتواند در خانه گوش داده و در صورت لزوم تکرار کند. در مواردی که نیاز به مکالمه رو در رو برای آموزش وجود دارد، بهتر است از وسایل کمک آموزشی بصری مانند عکس، رادیو گرافی، ماکت، اسکلت انسان و یا ابزار جراحی مناسب نیز استفاده کرد. بهتر است در هر اتاق معاینه، تخته و ماژیک قابل پاک کردن باشد. اگرچه پزشک نقاش نیست ولی طرح های ساده وی می تواند مفاهیم پیچیده را برای بیمار قابل فهم کند. یک پزشک خانواده می تواند تمام صحبت ها و بحث های خود با بیمارانش و سؤالات و جواب ها را ضبط کرده و در پایان ویزیت به بیمار دهد تا به خانه ببرد و دوباره گوش بدهد.

در مطب برخی پزشکان نیز منشی در میان بیماران برگه هایی توزیع می کند که بتوانند قبل از ویزیت دو یا سه پرسش خود را آماده کرده و روی آن بنویسند. پزشک باید مطمئن شود که تمام اطلاعات بالینی در مورد بیمار با ملایمت با وی در میان گذاشته شود. در عین حال باید از خوش بینی زیاد در صحبت ها پرهیز کرد که در آینده به نا امیدی منجر نگردد. باید تعادلی بین امید و واقعیت برقرار شود و عوامل متعدد و خطر ها برای سلامتی به زبانی قابل فهم توضیح داده شود. پزشک باید در تمام موارد با احترام و توجه کامل باشد و در حد امکان از آمار و درصد استفاده نکند.

انعطاف پذیری و دید باز، از عناصر مهم در آموزش سلامت به بیمار هستند. برای ارزیابی نیازها توانمندی ها و آمادگی بیمار برای آموزش باید موارد زیر را در نظر داشت:

- باورها و ارزش های بیمار و خانواده اش از جمله ارزش های فرهنگی و دینی؛
- سطح سواد و تحصیلات، زبان مادری بیمار و یا خانواده اش؛
- انگیزه و نیز موانع احساسی و عاطفی؛
- محدودیت های جسمانی و شناختی؛
- اولویت های یادگیری؛
- مسائل مالی و اقتصادی در مورد انتخاب های موجود.

آموزش باید مختص بیمار و در ارتباط با نیازهای سلامت وی باشد و به شیوه ای قابل فهم برای وی و اطرافیانش ارائه گردد. در مواردی که بیش از یک روش برای آموزش در مورد موضوعی خاص در دسترس است، باید روش آموزش سلامت به بیمار را انتخاب کرد. برخی از روش ها عبارتند از :

- گفتگو و بحث های فردی؛
- مطالب نوشته شده/جزوه؛
- وسایل کمک آموزشی سمعی/بصری؛
- نمایش.

در مواردی که امکان پذیر باشد، باید آموزش ها به زبان اصلی بیمار ارائه شوند و برای افرادی که مشکل بینایی یا شنوایی دارند، آموزش های خاص در نظر گرفته شود. توجه اصلی در برنامه های آموزش سلامت به بیمار باید به آموزش دانش و کسب مهارت های مورد نیاز بیمار در موارد زیر معطوف گردد:

۱. مصرف داروها به گونه ای مؤثر و ایمن (بی خطر): در این مورد پزشک، پرستار و دارو ساز هر سه دخیل هستند. در بیمارستان هنگام ترخیص باید راهنمای مصرف دارو و تداخلات دارویی و غذایی به بیمار داده شود. در این راهنما ذکر موارد زیر لازم است:
 - نام و نوع دارو؛
 - دوزاژ، طریق مصرف، مدت درمان؛
 - تأثیرات مورد انتظار از درمان؛
 - توصیه ها و احتیاط های لازم برای آماده کردن و مصرف دارو توسط بیمار؛
 - پاسخ اینکه در صورت فراموش کردن یک دوز یا مصرف دوز اشتباه یا بروز تداخل دارویی/غذایی چه باید کرد؛
 - عوارض جانبی مهم، تداخلات دارویی/غذایی یا موارد منع مصرف دارو و اینکه در صورت بروز آنها چه باید کرد؛
 - روش هایی برای پایش درمان توسط خود بیمار؛
 - احتیاط هایی برای جلوگیری از آلودگی میکروبی مثلاً به هنگام تزریق؛
 - چگونگی نگهداری دارو و انقضای دارو؛
 - تجدید دارو؛
 - طریقه صحیح دور انداختن داروهای استفاده نشده یا تاریخ مصرف گذشته؛
 - هر گونه اطلاعات خاص دیگر در مورد بیمار و درمان دارویی وی.
۲. در موارد لزوم تغذیه و رژیم غذایی صحیح و بهداشت دهان.
۳. در موارد لزوم طریقه استفاده مؤثر و ایمن از ابزار پزشکی (مانند فشارسنج، آمپول های مخصوص تزریق انسولین و ...).
۴. در موارد لزوم خطر ایجاد درد و اهمیت ارزیابی و چگونگی کنترل آن.
۵. در موارد لزوم تکنیک های توانبخشی و بازتوانی به گونه ای که بیمار بتواند هرچه بیشتر مستقل عمل کند.
۶. در موارد لزوم توصیه هایی در مورد مراقبت از سلامت خود.
۷. در صورت لزوم آدرس کلیه مراکز و سازمان هایی که بیمار نیازمند آنهاست.
۸. آموزش مطالب درسی در مورد کودکان سن مدرسه که مدت بستری آنها زیاد باشد.

مراحل مختلف یک برنامه آموزش سلامت به بیمار در مطب:

برای داشتن یک برنامه آموزش سلامت به بیمار موفق، اولین قدم تعیین اهداف واضح و جهت دهی به آنهاست. این اهداف می تواند شامل «افزایش پذیرش در بیماران»، «پیروی بیشتر و بهتر بیماران از دستورات دارویی و توصیه های درمانی»، «افزایش اثر بخشی درمان» یا «کاهش تعداد تلفن های بیماران در مورد سؤالات معمولی» باشد.

بعد از نوشتن این اهداف باید آنها را با سایر پرسنل درمانی در میان گذاشت. سپس باید مسئولیت ها و اختیارات برنامه به شخص خاصی محول شود. این شخص می تواند پرستار یا فردی با تجربه در آموزش سلامت به بیمار باشد.

مانند هر سیستم جدید دیگری برای موفقیت در این سیستم نیز نیاز به سرمایه گذاری در وقت، فضا و منابع هست. حتی یک برگه ساده توصیه هایی برای مادران باردار، در ابتدا باید تایپ و تکثیر و در جای خاصی انبار شود. تعدادی از آنها باید در دسترس بیماران گذاشته شود. با کم شدن تعداد برگه ها باید آنها را تجدید چاپ کرد و مشخص نمود که چه کسی باید برگه ها را توزیع کند، چه کسی در مورد آنها توضیح دهد، چه کسی به سؤالات بیماران پاسخ دهد و برگه به چه کسانی داده شود.

منابع مالی برای اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار نیز باید از قبل تعیین شوند. در برخی از مطب ها از بیماران مبلغی برای آموزش سلامت به بیمار گرفته می شود و بیماران با رضایت آنرا پرداخت می کنند.

قدم بعدی طراحی سیستمی برای ارایه خدمات آموزش سلامت به بیمارچین ویزیت وی می باشد. مراحل زیر در تعدادی از مطب های موفق اجرا شده و مؤثر بوده اند:

(۱) پزشک هنگامی که به انتهای ویزیت خود نزدیک می شود، آموزش سلامت به بیمار را همانند داروهایی که تجویز می کند به عنوان بخشی از فرایند درمان به بیمار تجویز می کند؛

(۲) به بیمار نسخه ای جهت آموزش داده می شود که در آن نام بیمار، تشخیص بیماری و آموزش های مربوطه نوشته شده است. این برگه توسط فردی که مسئول آموزش سلامت به بیمار است، در حضور بیمار پر می شود و چنانچه باید مبلغی برای آموزش پرداخت شود توسط این فرد به اطلاع بیمار می رسد، ضمن اینکه فواید آموزش نیز گوشزد می شود؛

(۳) در انتها پزشک دوباره بیمار را می بیند و به هرگونه پرسش احتمالی وی پاسخ می دهد. بهترین و مقرون به صرفه ترین کار برای شروع آموزش سلامت به بیمار، تهیه برگه هایی برای راهنمایی بیماران است. این برگه های حاوی اطلاعات، پایه ای برای روش های پیشرفته تر آینده خواهند شد. پزشک و همکارانش باید بیشترین سؤالاتی را که از ایشان پرسیده می

شود و یا بیشترین توصیه هایی را که معمولاً تکرار می کنند، بنویسند. برای بهتر شدن کار، پرستار می تواند در چند مورد از ویزیت ها پزشک را همراهی کند و موارد شایع تر توصیه ها و پرسش های کلیدی را یادداشت کند. پس از تکمیل برگه ها (توصیه ها و پرسش و پاسخ ها) یک دستیار آموزش دیده که چندین بار آموزش های پزشک را به بیمار مشاهده کرده است، می تواند آموزش ها را به عهده بگیرد، برگه ها را به بیماران بدهد و در مورد آنها توضیح دهد. این برگه ها به مدت سه ماه به صورت آزمایشی استفاده می شوند و در این مدت اصلاحات لازم در مورد آنها انجام می شود. پس از این مدت می توان برگه ها را به تعداد زیاد چاپ کرد و برای آموزش سلامت به بیمار استفاده نمود.

پس از اینکار می توان به تهیه فیلم های ویدیویی برای آموزش بیماران پرداخت. مهم ترین فایده این فیلم ها امکان آموزش سلامت به بیمار بدون نیاز به حضور پزشک است. این می تواند وقت پزشک را آزاد کند تا به بقیه بیماران رسیدگی کند. اگر برای تهیه این فیلم ها از افراد حرفه ای و یا نیمه حرفه ای کمک گرفته شود، تهیه فیلم بهتر و در نتیجه آموزش بهتر و مؤثرتر خواهد بود.

خصوصیات یک برنامه آموزش سلامت به بیمار :

یک برنامه آموزش سلامت به بیمار باید دارای این خصوصیات باشد :

- سادگی
 - ◀ مشتری باید به راحتی بتواند مطالب را درک کند .
 - ◀ انتقال مطالب سنگین و پیچیده عموماً موجب شکست در روند آموزش می شود .
 - ◀ سادگی همچنین در اینجا به این معنا است که روند آموزش سلامت به بیمار بهتر است با کمک گرفتن از آنچه مشتری قبل از شروع آموزش می داند، آغاز شود .
 - ◀ دانستن این نکته ضروریست که هرگز نباید تصور کرد که یک بیمار باید همه چیز را در رابطه با یک موضوع بداند.
- تقویت
 - ◀ به معنای استحکام بخشیدن و پایدار نمودن آموزش با یادآوری و تکرار مطالب در یک دوره آموزشی است .
 - ◀ یکی از راه های تقویت این است که از بیمار بخواهیم مطالبی را که تا کنون به او آموخته ایم، تکرار کند .

➤ برای کمک به تقویت باید از چند حس بیمار (به عنوان مثال بینایی و شنوایی) ، حین یادگیری کمک گرفت.

سعی کنید همواره یک متن آموزشی داشته باشید تا بیمار پس از برنامه آموزشی و دریافت سرویس مورد نظر ، آن را با خود به منزل ببرد و با خواندن آن از فراموش کردن مطالب جلوگیری شود .

• نوع و محتوای مطالب آموزشی بایستی بر اساس :

➤ نیازسنجی آموزشی گروه هدف

➤ نوع بیماری گروه هدف ، تعیین شود .

• ارزیابی دقیق از وضعیت بیماران و پس از آن طراحی یک برنامه آموزشی همه جانبه و دقیق متناسب با مراقبت از هر بیماری از الزامات آموزش سلامت به بیمار است .

• آموزش سلامت به بیمار، تنها محدود به بیمارستان و یا کلینیک و یا مکان های مشخصی نمی باشد بلکه انجام این اقدام مهم به همراه آموزش خانواده بیمار، در تمامی موقعیت هایی که به هر نحو با سیستم سلامتی مرتبط هستند، باید انجام شود .

• دست اندرکاران مراقبت های بهداشتی باید تعیین کنند که بیماران باید چه چیزهایی را یاد بگیرند ، نه خود بیماران .

• آموزش بیماران تنها محدود به پزشک و یا پرستار نمی شود بلکه این فعالیت و پتانسیل انجام بهینه آن، بایستی در تمامی اعضای گروه ارایه دهنده خدمات سلامتی و خدمات مرتبط با آن ایجاد گردد .

• هنگام طراحی یک دوره آموزشی این تصور هرگز نباید به ذهن طراح خطور کند که بیمار از قبل نکاتی را می داند ، بنابراین از بحث کردن در مورد آن موضوعات صرف نظر نماید .

• آموزش سلامت به بیمار یک پروسه تمام نشدنی است که ممکن است بارها نیاز به تکرار و یا تغییر آن ، متناسب با تغییر شرایط و وضعیت بیمار باشد. این امر یادآور ضرورت ادامه ارتباط نزدیک میان بیمار ، خانواده اش و سرویس ارایه دهنده خدمات بهداشتی و حضور حمایتی و همیشگی آنها در کنار بیمار است .

• همانگونه که آموزش سلامت باید بر اساس نیازهای بیماران طراحی و اجرا گردد ، احترام و توجه به حقوق بیماران باید همواره به عنوان محور و اساس برنامه مورد توجه باشد .

• ارزیابی نیازهای آموزشی هر بیمار و تدوین اهداف با توجه به شرایط اختصاصی وی مهم ترین ضرورت به منظور به دست آوردن بیشترین فواید یک برنامه آموزشی است .

جنبه‌های مهم در یک برنامه آموزش سلامت به بیمار :

- اثربخشی
- بهره مندی
- پذیرش برنامه
- بازار برنامه
- موقعیت اجرا و امکان اجرای آن در موقعیت های دیگر

خصوصیات یک جزوه آموزشی مخصوص آموزش سلامت به بیماران :

- دستورالعمل‌های آن توسط بیمار قابل اجرا باشد .
- از نظر قابلیت‌های تصویری و خواندنی :
 - ◀ دارای جذابیت باشد
 - ◀ همراه با تصویر باشد
 - ◀ متناسب با سطح معلومات بیمار باشد
- از نظر طراحی :
 - ◀ به قلم حروف دقت شود
 - ◀ رنگ متن دارای اهمیت فراوان است
 - ◀ باید از جملات در پاراگراف های کوتاه و فضای پیش‌زمینه روشن استفاده کرد .

کتابچه اطلاعات برای آموزش سلامت به بیمار یکی از با ارزش ترین ابزارها برای کمک به اداره مطب و برقراری ارتباط با بیمار است. این کتاب از دید بیمار به شرح جزییات در مورد مطب و نحوه طبابت پزشک می پردازد و پزشکانی که از آن استفاده کرده اند در مدیریت و اداره مطب راحت تر و موفق تر بوده اند.

فواید کتابچه اطلاعات برای آموزش سلامت به بیمار:

- کاهش تعداد تلفن ها به میزان ۳۰٪. اگر به طور متوسط ۱۰۰ تلفن روزانه به مطب شما زده شود و هر تلفن حدود ۲ دقیقه وقت بگیرد، این کاهش ۳۰ درصدی به معنای آزاد شدن یک ساعت از وقت مطب است!

- این کتابچه ها به بیماران می گویند که به هنگام مراجعه به مطب چه انتظاراتی از آنها وجود دارد، در نتیجه از بروز سوء تفاهم ها جلوگیری می شود.
 - ابزاری اخلاقی برای توسعه ارتباطات عمومی هستند.
 - می توانند به عنوان مبنایی برای آشنایی بیمار جدید با مطب استفاده شوند.
 - تعداد سؤالات و مکالمات بین بیماران و کارمندان مطب در مورد مسایل روتین را کاهش می دهند.

- پزشک و سایر همکارانش را تشویق می کند که قبل از چاپ شدن دوباره کتابچه، محتویات آن را ارزیابی کنند.
 - رویکردی سازمان یافته و واحد برای برخورد با بیمار ایجاد می کنند.
 - با توجه به اینکه ارتباط از طریق این کتابچه با بیمار برقرار می شود، از بروز اختلافات و درگیری های شخصی بین بیمار و کارمندان کاسته می شود.

محتویات کتابچه اطلاعات برای آموزش سلامت به بیمار:

ابتدا سلامی از جانب پزشک به بیمار و سپس مقدمه ای در مورد تاریخچه، توضیح کوتاهی درمورد تخصص پزشک و اینکه آیا طبابت وی به تنهایی، مشارکتی یا گروهی انجام می شود.
 - اطلاعات کامل در مورد تعیین وقت ویزیت
 - اطلاعات کامل در مورد نحوه پرداخت حق ویزیت و بیمه
 - اطلاعات کامل در مورد تماس های تلفنی و نحوه پاسخگویی
 - اطلاعات اضافی دیگر مانند کروکی ساده ای برای رسیدن به مطب یا احتمالاً ممنوعیت سیگار کشیدن در مطب و...

برای تهیه چنین کتابچه ای نیز مشارکت همه پرسنل مطب لازم است. همه آنها باید سؤالات و مشکلاتی را که بیشتر از آنها پرسیده می شود، لیست کنند و سپس در یک بارش افکار، درمورد گنجاندن هریک از موارد نوشته شده در کتابچه تصمیم گیری شود. این مشارکت باعث تشویق و احساس تعهد بیشتر پرسنل و درنهایت موفقیت بیشتر کتابچه خواهد شد.

کتابچه باید از دید بیمار نوشته شود و جملات نیز باید به گونه ای بیان شوند که بیماران پزشک و کارمندان را به صورت تیمی که همه هدف مشترکی دارند، معرفی کنند. قدم بعدی ویراستاری و صفحه آرایی است که می تواند به کمک یک گرافیکست یا فرد با تجربه دیگری انجام شود.

بعد از ۶ ماه توزیع آزمایشی کتابچه، اشکالات آن برطرف و اصلاح شده و بعد به صورت حرفه ای چاپ و تکثیر می شود. مؤثرترین روش برای توزیع کتابچه، دادن آن به تک تک

بیماران توسط خود پزشک است. در صورتی که امکان آن وجود ندارد، دستیار پزشک می تواند کتابچه را به بیمار دهد و بر استفاده از آن با جملاتی مانند جمله زیر تأکید کند: در این کتابچه اطلاعاتی برای بیمار است که آنرا آماده کرده ایم تا در خدمت بهتر به شما، به ما کمک کند. لطفاً آنرا بخوانید و نگهداری کنید.

اگر قسمتی از کتابچه به اطلاعات پزشکی بیمار مانند (نام، گروه خونی، سابقه حساسیت دارویی، واکسیناسیون) اختصاص یابد و قسمتی نیز برای ثبت تاریخ وقت های بعدی مراجعه در نظر گرفته شود، بیمار به احتمال بیشتری کتابچه را نگه خواهد داشت.

برای بیماران جدید حتماً باید در ویزیت های اولیه، درمورد کتابچه و اطلاعات آن توضیح داد و بر خواندن آن تأکید کرد. در هر ویزیت هنگامی که بیمار سؤالی مطرح می کند که پاسخ آن در کتابچه وجود دارد، باید از او خواسته شود که پاسخ خود را در کتابچه پیدا کند. با این کار بیماران به تدریج به استفاده از کتابچه عادت خواهند کرد و کتابچه اطلاعات برای بیمار به عنوان ابزاری ارزشمند، پلی ارتباطی بین پزشک و بیمار برقرار خواهد نمود.

بیماران بیش از نیمی از اطلاعات و توصیه های حین ویزیت و معاینه پزشک را به دلیل استرس و نگرانی که دارند، فراموش می کنند. دادن این آگاهی ها به صورت نوشته یا چاپ شده، امکان مرور آنها را در خانه فراهم می کند و به این صورت از بسیاری از مراجعات و تماس های تلفنی غیر ضروری جلوگیری می شود، آرامش خیال بیمار و پزشک و پذیرش بیمار افزایش یافته و تأثیر توصیه ها و گفته های پزشک نیز بیشتر می شود. همچنین با مطرح شدن مطالب در خانه، سایر اعضای خانواده نیز در آن زمینه آموزش می بینند.

References :

۱. Lorig K, et al: Patient education: A practical approach. Sage Pub. ۲۰۰۱; ۳rd Ed.
۲. Rankin S, Stalings KD, London F: Patients education in health and illness. Lippincott Williams & Wilkins ۲۰۰۵; ۵th Ed.
۳. Mc Ginnis JM, Forege WH. Actual causes of death in United States. JAMA ۱۹۹۳; ۲۷۰:۲۲۰۷-۲۲۱۲.
۴. Verbrugge LM. Longer life but worsening health ? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. Milbank Mem Fund Q ۱۹۸۴; ۶۲:۴۷۵-۵۱۹.
۵. Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the ۱۹۹۰'s. Annu Rev Public Health ۱۹۹۰; ۲:۲۶۷-۲۶۹.
۶. Lichtenstein EL, Glasgolo RE. Smoking cessation: what have we learned over the past decade? J Counsult Clin Psychol ۱۹۹۲; ۶۰:۵۱۸-۵۲۷.
۷. Kottke TE, Battista RN, DeFriesse CH, et al. Attributes of successful smoking cessation interventions clinical practice: a meta-analysis of ۴۲ controlled trials. JAMA ۱۹۸۸; ۲۵۹:۲۸۸۲-۲۸۸۹
۸. Roter D. Which facets of communication have strong effect on outcome: a meta-analysis. In: Stewart M, Roter D, eds. Communication with medical patients. Newbury Park, CA: Sage Publications, ۱۹۸۹.
۹. Mazzuca SA. Does patient education in chronic disease have therapeutic value? J Chronic Dis ۱۹۸۲; ۳۵:۵۲۱-۵۲۹.
۱۰. Padgett D, Mumford E, Hynes M, et al. Meta-analysis of the effects of educational and psychological Interventions in the management of diabetes mellitus. J Clin Epidemiol ۱۹۸۸; ۴۱:۱۰۰۷-۱۰۳۰.
۱۱. Lorig KR, Laurin J. Some notions about assumptions underlying health education. Health Educ Q ۱۹۸۵; ۱۲:۲۳۱-۲۴۳.
۱۲. Bandura A. Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, ۱۹۸۶.

۱۱. Bandura A. Self-efficacy mechanism: psychobiologic functioning. In: Schwarzer R, ed. Self-efficacy: Thought control of action. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation, ۱۹۹۲.
۱۲. Martin JE, Duvvert PM. Exercise applications and promotion in behavioral medicine: Current status and future directions. J Consult Clin Psychol ۱۹۸۲;۵۰:۱۰۴-۱۰۷.
۱۳. Tabak ER, Mullen PD, Simons-Morton DG, et al. Definition and yield of inclusion criteria for a Meta-analysis of patient education studies in clinical preventive services. Eval Health Prof ۱۹۹۱;۱۴:۳۸۸-۴۱۱.
۱۴. Mullen PD, Simon-Morton DG, Ramirez G, et al. A meta-analysis of studies evaluating patient Education for three groups of preventive behaviors. Presented at Prevention '۹۳. St. Louis, MO, April ۱۷-۲۰, ۱۹۹۳.
۱۵. Bernier MJ. Developing and evaluating printed education materials: a prescriptive model for quality. Orthop Nurs ۱۹۹۳;۱۲:۳۹-۴۶.
۱۶. Mullen PD, Green LW, Persinger G. Clinical trials of patient education for chronic conditions: a Comparative analysis of intervention types. Prev Med ۱۹۸۵;۱۴:۷۵۳-۷۸۱.
۱۷. Vogt HB, Kapp C. Patient education in primary care practice. Postgrad Med ۱۹۸۷;۸۱:۲۷۳-۲۷۸.
۱۸. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. Ann Intern Med ۱۹۸۰;۹۳:۱۸-۲۲.
۱۹. Brody DS, et al. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness Attitudes and outcomes. J Gen Intern Med ۱۹۸۹;۴:۵۰۶-۱۱.
۲۰. Edne J, et al. Measuring patient's desire for autonomy: decision making and information Seeking preferences among medical patients. J. Gen Intern Med ۱۹۸۹;۴:۲۳-۳۰.
۲۱. Greenfield S, et al. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. Ann Intern Med ۱۹۸۵;۱۰۲:۵۲۰-۸.
۲۲. Kahn G. Computer-based patient education : a progress report. MD Comput ۱۹۹۳;۱۰:۹۳-۹.
۲۳. Rippey R, et al. Computer-based education for older persons with osteoarthritis. Arthritis Rheum ۱۹۸۷;۳۰:۹۳۲-۵.
۲۴. Vichery DM, et al. Effect of a self-care education program on medical visits. JAMA ۱۹۸۳;۲۵۰: ۲۹۵۲-۶.
۲۵. Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. JAMA ۱۹۸۴;۲۵۲:۲۴۴۱-۶.

۲۶. Pochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good. New York, NY: Avon Books; ۱۹۹۴.
۲۷. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, et al. Characteristics of physicians with participatory decision making styles. *Ann Intern Med* ۱۹۹۶;۱۲۴: ۴۹۷-۵۰۴.
۲۸. Visser A, Wissow L. From patient education to communication in health care. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۳;۵۰:۲۲۷-۲۲۸.
۲۹. Barlett E. Cost-benefit analysis of patient education. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۵;۲۶:۸۷-۹۱.
۳۰. Visser A, Deccache A, Bensing J. Patient education in Europe: united differences. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۱-۵.
۳۱. Deccache A, Aujoulat A. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۷-۱۴.
۳۲. Roter DL, Margalit R, Rudd R. Current perspectives on patient education in the US. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴: ۷۹-۸۶.
۳۳. Maldonado A, Segal P, Golay A. The diabetes study group and its activities to improve the education of people with diabetes in Europe. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۸۷-۹۴.
۳۴. Keller S, Basler H-D. Implications of structural deficits for patient education in Germany. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴: ۳۵-۴۱.
۳۵. Bensing J, Visser A, Saan H. Patient education in the Netherlands. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۱۵-۲۲.
۳۶. Assal J-P, Golay A. Patient education in Switzerland: from diabetes to chronic diseases. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴: ۶۵-۹.
۳۷. Rosenqvist U. Patient education: new trends in Sweden. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴: ۵۵-۸.
۳۸. Bensing JM, Verhaak PFM, van Dulmen AM, Visser AP, editors. Communication: the royal Pathway to patient centered medicine. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۳۹: ۱۴۰-۱۴۵.
۳۹. Van den Briuk-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from patients' perspective. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۳۹:۱۱۵-۲۷.

۴۰. Grielen SJ, Wieneke GWB, Peter PG. Unity or diversity: task profiles of general practitioners in central and eastern Europe. *Eur J Public Health* ۲۰۰۰;۱۰: ۲۴۹-۵۴.
۴۱. Trinn Cs, Molna P. Patient education in Hungary. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴: ۷۱-۴.
۴۲. Bensing J. Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient- centered Medicine. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۳۹:۱۷-۲۵.
۴۳. Brug J, De Vries H. Computer-tailored education [special issue]. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۹;۳۶: ۱۹۹-۲۰۵.
۴۴. Ong L.M.L., Visser M.R.M., Lammes F.B., de Haes J.C.M. Doctor-patient communication and Cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۴۱:۱۴۵-۱۵۶.
۴۵. Roter DL, Stewart MA, Putnam SM et al. Communication patterns of primary care physicians. *J Am Med Assoc* ۱۹۹۷;۲۷۷(۴):۳۵۰-۶.
۴۶. Marinker M, The medium and the message. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۴۱:۱۱۷-۱۲۵.
۴۷. Hall J.A., Visser A. editors. Health communication in the century of the patient. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۴۱:۱۱۵-۶.
۴۸. Visser A, Herbert CP. Communication in medicine: a new impetus. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۹;۳۸:۱-۲.
۴۹. Visser A Editor. Research methods, interventions and evaluation in patient education: a kaleidoscope. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۳۹:۱۴۷-۸.
۵۰. Bensing J, van Dulmen S, Kallerup H, et al. The European association for communication in Health Care. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۳:۱-۴.
۵۱. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender and partnership in the patient- Physician Relationship. *JAMA* ۱۹۹۹;۲۸۲: ۵۸۳-۹.
۵۲. Ajayi I.O.. Patients' waiting time at an outpatient clinic in Nigeria- Can it be put to better use? *Patient Educ Couns* ۲۰۰۲;۴۷: ۱۲۱-۱۲۶.
۵۳. Parik NS, Parker MR, Nurss JR, et al. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۶;۲۷: ۳۳-۹.
۵۴. Ojanlatva A. Patient education in Finland. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۴۹-۵۴.
۵۵. Marcolongo R, Rossato E, Pavan V, et al. Current perspectives of therapeutic patient education in Italy. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۵۹-۶۳.
۵۶. Skelton A. Evolution not revolution? The struggle for the recognition and development of patient Education in the UK. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۲۳-۲۷.

۵۷. Bartholomew L.K., Shegog R., Parcel G.S., et al. Watch, Discover, Think, and Act: a model for Patient education program development. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۰;۳۹:۲۵۳-۶۸.
۵۸. Parcel G, Nader PR, Tiernan K. A health education program for children with asthma. *J Dev Behav Pediatr* ۱۹۸۰;۱(۱۳): ۱۲۸-۳۲.
۵۹. Deccache A, van Ballekom K. Patient education in Belgium: evolution, policy and perspectives. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۴۳-۴۸.
۶۰. Schofield T, Elwyn G, Edwards A, Visser A, editors. Shared decision making. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۳;۵۰:۲۲۹-۳۰.
۶۱. Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, et al. Need for change in patient education: a Finnish Survey from the patients' perspective. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۳;۵۱:۳۳۹-۴۵.
۶۲. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* ۱۹۹۶;۳۱۲:۷۱-۲.
۶۳. Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۵:۶۹-۷۹.
۶۴. Anderson L, Sharpe P. Improving patient and provider communication: a synthesis and review of Communication interventions. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۱;۱۷:۹۹-۱۲۴.
۶۵. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۵;۶:۱۳۹-۴۴.
۶۶. Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T. Nurses' perceptions of communication skills: self-reflection Of videotaped counseling sessions. . *Patient Educ Couns* ۱۹۹۹;۳۶:۳-۱۱.
۶۷. Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. . *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۱۰۷-۱۷.
۶۸. Delphi group. Patient education terminology. *Patient Educ Couns* ۱۹۸۵;۷:۳۲۳-۴.
۶۹. Fournier C, Mischlich D, d' Ivernois J-F, et al .Towards promotion, structuring and acknowledgement of patient education activities in France. *Patient Educ Couns* ۲۰۰۱;۴۴:۲۹-۳۴.
۷۰. Jacquemet S, Lacroix A, Perrolini M, et al. Qualitative evaluation of courses intended for patients Suffering from chronic diseases: new observation method for the continuous training of the health care team. *Patient Educ Couns* ۱۹۹۸;۳۴:۲۰۱-۲۱.

۷۱. Nettleton B, Cooksey E, Mordue A, et al. Counseling : filling a gap in general practice. Patient Educ Couns ۲۰۰۰;۴۱: ۱۹۷-۲۰۷.
۷۲. Hemmings A. Counseling in primary care: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns ۱۹۹۷;۳۲: ۲۱۹-۳۰.
۷۳. Windsor R.A., Whiteside H.P., Solomon LJ, et al. A process evaluation model for patient education Programs for pregnant smokers. Tobacco Control ۲۰۰۰;۹ (Suppl III):۲۹-۳۵.
۷۴. Streiffer R.H., Nagle J.P.. Patient education in our offices . J Fam Pract ۲۰۰۰, April .
۷۵. Mc Vea KLSP, Venugopal M, Crabtree BF, et al. Less is more: use of patient education materials in Family medicine practices. J Fam Pract ۲۰۰۰;۴۹: ۳۱۹-۲۶.
۷۶. Terry PE, Healey ML. Does the distribution method for self-care materials affect patientsatisfaction With physician communication? A comparison of mailed versus physician delivered education. J Fam Pract ۲۰۰۰;۴۹:۳۱۴-۸.
۷۷. Rosenberf EE, Lussier MT, Beaudoin C. Lessons for clinicians from physician-patientcommunication Literature. Arch Fam Med ۱۹۹۷;۶:۲۷۹-۸۳.
۷۸. Bayliss E.A., Park M.K., Westfall J.M., Zamorski M.A. How can I improve patient adherence to Prescribed medication? J Fam Pract ۲۰۰۱, April.
۷۹. Taylor RB,ed. Family medicine, principles and practice. ۴th ed. New York,NY: Springer-Verlag;۱۹۹۸.
۸۰. Nelson WE, ed. Nelson textbook of pediatrics. ۱۵th ed. Philadelphia, Pa:WB Saunders Co;۱۹۹۶.
۸۱. Mullen P, van den Borne B, Breemhaar B. Implementing a surgery-patient education programas a routine practice: a study conducted in two Dutch hospitals. Patient Educ Couns ۲۰۰۰;۴۱:۲۲۳-۳۴.
۸۲. Anwar R. Patient education for better managed care. Physician's News Digest,۱۹۹۶;Oct.
۸۳. Ramsay LE, Yeo WW, Jackson PR. Dietary reduction of serum cholesterol concentration: timeto Think again. BMJ ۱۹۹۱;۳۰۳:۹۵۳-۷.
۸۴. Brownell KD, Kramer FM. Behavioral management of obesity. Med Clin North Am ۱۹۹۶;۷۳:۱۸۵-۲۰۱.
۸۵. Osborn J.E. Communication and the health of the public. Patient Education and Counseling ۴۱ (۲۰۰۰) ۱۲۷-۱۳۶

۸۶. Michael E. et al. Communication and professionalism. Patient Education and Counseling ۴۱ (۲۰۰۰) ۱۳۷-۱۴۴
۸۷. Rudnick et al. Breaking bad news and personality assessment. Patient Education and Counseling ۴۱ (۲۰۰۰) ۱۵۷-۱۶۰
۸۸. Trinn C. Patient education in Hungary. Patient Education and Counseling ۴۴ (۲۰۰۱) ۷۱-۷۴
۸۹. Haarm T. Patient education in Estonia. Patient Education and Counseling ۴۴ (۲۰۰۱) ۷۵-۷۸
۹۰. Bakx Woerden J. Health promoting hospitals. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۲۳۷-۲۳۸
۹۱. Pelikan JM. The health promoting hospital (HPH): concept and development. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۲۳۹-۲۴۳
۹۲. Makoul G. Teaching, Assessment, and Research: Papers from the Communication in Medicine Conference Series. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۱-۲
۹۳. Bower P. Domains of consultation research in primary care. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۳-۱۱
۹۴. Hatem D. et al. Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۱۳-۲۲
۹۵. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۲۳-۳۴
۹۶. de haes J.C.J.M. Assessment of medical students communicative behavior and attitudes: estimating the reliability of the use of the Amsterdam attitudes and communication scale through generalisability coefficients. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۳۵-۴۲
۹۷. Greenfield S.M. Community voices: views on the training of future doctors in Birmingham, UK. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۴۳-۵۰
۹۸. Mi Kim Y. et al. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۵۹-۶۸
۹۹. Barlow J.H. et al. Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. Patient Education and Counseling ۴۵ (۲۰۰۱) ۲۰۵-۲۱۴
۱۰۰. Sandvik M. et al. Analyzing medical dialogues: strength and weakness Of Roter's interaction analysis system (RIAS). Patient Education and Counseling ۴۶ (۲۰۰۲) ۲۳۵-۲۴۱
۱۰۱. Jones R. et al. Does writing a list help cancer patients ask relevant questions? Patient Education and Counseling ۴۷ (۲۰۰۲) ۳۶۹-۳۷۱

۱۰۲. Aujoulat I. Communication difficulties of healthcare professionals and family caregivers of HIV infected patients. *Patient Education and Counseling* ۴۷ (۲۰۰۲) ۲۱۳-۲۲۲
۱۰۳. Ford S. et al. Barriers to the evidence-based patient choice (EBPC) consultation. *Patient Education and Counseling* ۴۷ (۲۰۰۲) ۱۷۹-۱۸۵
۱۰۴. Krass I. et al. Using alternative methodologies for evaluating Patient medication leaflets. *Patient Education and Counseling* ۴۷ (۲۰۰۲) ۲۹-۳۵
۱۰۵. Kansanaho H. et al. Patient counseling profile in a Finnish pharmacy. *Patient Education and Counseling* ۴۷ (۲۰۰۲) ۷۷-۸۲
۱۰۶. Epstein R.M. Hearing voices: patient-centered care with diverse populations. *Patient Education and Counseling* ۴۸ (۲۰۰۲) ۱-۳
۱۰۷. Tates K. et al. Doctor-Parent-Child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling* ۴۸ (۲۰۰۲) ۵-۱۴
۱۰۸. Mead N. et al. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* ۴۸ (۲۰۰۲) ۵۱-۶۱
۱۰۸. Steed L., Cooke D., Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۵-۱۵
۱۰۹. van Dam H.A. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۱۷-۲۸
۱۱۰. Cooper H. et al. Using combined research methods for exploring diabetes patient education. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۴۵-۵۲
۱۱۱. Sarrella M., Kahan E. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۵۹-۶۳
۱۱۲. Warschburger P. et al. An educational program for parents of asthmatic preschool children: short- and medium-term effects. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۸۳-۹۱
۱۱۳. Voorham T. et al. Health promotion in a multicultural society. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۹۷-۹۸
۱۱۴. Bonvicini K.A., Perlin M.J. The same but different: clinician-patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۱۱۵-۱۲۲
۱۱۵. van Dulmen S. Patient-centredness. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۱۹۵-۱۹۶
۱۱۶. Michie S. et al. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۱۹۷-۲۰۶

۱۱۷. Mazor K.M. et al. Does reading about stroke increase stroke knowledge? The impact of different print materials. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۲۰۷-۲۱۵
۱۱۸. Gazmararian J.A. et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۲۶۷-۲۷۵
۱۱۹. Eide H. et al. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counseling* ۵۱ (۲۰۰۳) ۲۵۹-۲۶۶
۱۲۰. Chiang L.C. et al. Educational diagnosis of self – management behaviors of parents with asthmatic children by triangulation based on پرسید E-PROCEED model in Taiwan. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۹ – ۲۵
۱۲۱. Weert J.V. et al. Interdisciplinary preoperative patient education in cardiac surgery. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۰۵ – ۱۱۴
۱۲۲. Feldman-Stewart D. Evaluation of a question – and – answer booklet on early – stage prostate – cancer. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۱۵ - ۱۲۴
۱۲۳. Baron-Epel O. et al. Consumer-oriented evaluation of health education services. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۳۹-۱۴۷
۱۲۴. Graugaard P. et al. Interaction analysis of physician-patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۴۹-۱۵۶
۱۲۵. Mehner A. et al. Knowledge and attitudes of gynecologists regarding genetic counseling for hereditary breast and ovarian cancer. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۱۸۳-۱۸۸
۱۲۶. Visser A. et al. Psychosocial and educational aspects in prostate cancer patients. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۲۰۳-۲۰۶
۱۲۷. Roos I.A.G. Reacting to the diagnosis of prostate cancer: patient learning in a community of practice. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۲۱۹-۲۲۴
۱۲۸. Rees C.E. et al. The relationship between the information-seeking behaviours and information needs of partners of men with prostate cancer: a pilot study. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۲۵۷-۲۶۱
۱۲۹. McGregor S. What information patients with localized prostate cancer hear and understand. *Patient Education and Counseling* ۴۹ (۲۰۰۳) ۲۷۳-۲۷۸
۱۳۰. O’Hair D. Research traditions in provider–consumer interaction: Implications for cancer care. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۵-۸
۱۳۱. Hall J.A. Some observations on provider–patient communication research. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۹-۱۲
۱۳۲. Roter D.L. Observations on methodological and measurement challenges in the assessment of communication during medical exchanges. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۱۷-۲۱

۱۳۳. Welch Cline R.J. At the intersection of micro and macro: opportunities and challenges for physician-patient communication research. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۱۳-۱۶
۱۳۴. DiMatteo M.R. Future directions in research on consumer-provider communication and adherence to cancer prevention and treatment. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۲۳-۲۶
۱۳۵. Edwards A. Manufactured but not imported: new directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۳۳-۳۸
۱۳۶. Ramirez A.G. Consumer-provider communication research with special populations. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۵۱-۵۴
۱۳۷. Makoul G. The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۷۹-۸۴
۱۳۸. Cegala D.J. Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۹۱-۹۴
۱۳۹. Towle A. et al. Patient perceptions that limit a community-based Intervention to promote participation. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۲۳۱-۲۳۳
۱۴۰. Wills C.E. et al. Patient comprehension of information for shared treatment decision making: state of the art and future directions. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۳) ۲۸۵-۲۹۰
۱۴۱. Carlson Gielen A. Injury and violence prevention: a primer. *Patient Education and Counseling* ۴۶ (۲۰۰۲) ۱۶۳-۱۶۸
۱۴۲. Agran p. injury and domestic violence prevention. *Patient Education and Counseling* ۵۰ (۲۰۰۲) ۱۶۱-۱۶۲
۱۴۳. O'Campo P. Surviving physical and sexual abuse: what helps low-income women? *Patient Education and Counseling* ۴۶ (۲۰۰۲) ۲۰۵-۲۱۲
۱۴۴. Bensing J. et al. The European Association for Communication in Health care. *Patient Education and Counseling* ۴۳ (۲۰۰۱) ۱-۴
۱۴۵. Ferguson T. et al. The first generation of e-patients, These new medical colleagues could provide sustainable healthcare solutions. *BMJ* ۲۰۰۴; ۳۲۸:۱۱۴۸-۹
۱۴۶. Lester J., Prady S., Finegan Y., Hoch D. Learning from e-patients at Massachusetts General Hospital. *BMJ* ۲۰۰۴; ۳۲۸:۱۱۸۸-۹۰
۱۴۷. Kirk P. et al. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*, doi:۱۰.۱۱۳۶/bmj.۳۸۱۰۳.۴۲۳۵۷۶.۵۵ (published ۱۹ May ۲۰۰۴)
۱۴۸. McKee SA. et al. How to word effective messages about smoking and oral health: emphasize the benefits of quitting. *J Dent Educ.* ۲۰۰۴ May; ۶۸(۵):۵۶۹-۷۳

۱۴۹. Eysenbach G. The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. CA Cancer J Clin ۲۰۰۳; ۵۳:۳۵۶-۳۷۱
۱۵۰. Schneider C.D. Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire. BMC Medical Education ۲۰۰۳, ۳:۵
۱۵۱. Partners in Health, Make our goals be your goals. <http://www.musc.edu/pprnet/educate.htm>.
۱۵۲. Brink S.J. et al. Education and Multidisciplinary Team Care Concepts for Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus. JPEM: Education and Multidisciplinary Team Care Concepts for Pediatric and Adolescent Diabetes Mellitus. ۲۰۰۲ June.
۱۵۳. Carretier J. et al. An evidence-based patient information and patient education programme: the SOR SAVOIR PATIENT. Bull Cancer. ۲۰۰۴ Apr; ۹۱(۴):۳۵۱-۳.
۱۵۴. دکتر شهرام رفیعی فر، از آموزش سلامت تا سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، ۱۳۸۳
۱۵۵. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، تحقیق در ارتقاء سلامت، ترجمه سعید پارسی نیا، دکتر شهرام رفیعی فر، سمیر ایار، دکتر محمد پوراسلامی، انتشارات دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، بهار ۱۳۸۰
۱۵۶. سازمان جهانی بهداشت، واژه نامه ارتقاء سلامت، ترجمه دکتر محمد پوراسلامی، سمیر ایار، حمیده سرمست، انتشارات دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، ۱۳۷۹
۱۵۷. دکتر داود شجاعی زاده، مدلهای مطالعه رفتار در آموزش بهداشت، اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، ۱۳۷۹
۱۵۸. جودیت گراف، جان الدر، الیزابت میلز، برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار، ترجمه دکتر محمد پوراسلامی و همکاران، انتشارات گروه مدیریت برنامه های آموزش سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، تابستان ۱۳۸۱
۱۵۹. دکتر محمد پوراسلامی، حمیده سرمست، احمد قدوسیان، دکتر رضا قاسمی برقی، میرکبیر موسویان پور، مبانی و کاربرد تکنولوژی آموزشی در ارتقاء سلامت، انتشارات مدیریت آموزش سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین، چاپ اول، پاییز ۱۳۸۱
۱۶۰. استود، ویلیام جیمز، تکنولوژی اطلاعات در جهان سوم، ترجمه دکتر رضا نجف بیگی و اصغر صرافانی زاده، ورکز ۱۶۰.
- انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، بهار ۱۳۷۵
- آدامز، ریموند. اس، برنامه ریزی آموزشی: به سوی یک چشم انداز کیفی، ترجمه سعید بهشتی، موسسه بین المللی برنامه ریزی آموزشی، انتشارات اطلاعات، ۱۳۷۳
۱۶۱. کازنو، ژان، جامعه شناسی وسایل ارتباط جمعی، ترجمه دکتر باقر ساروخانیان و دکتر منوچهر محسنی، انتشارات اطلاعات، چاپ هفتم ۱۳۸۱

۱۶۲. فردانش، هاشم، مبانی نظری تکنولوژی آموزشی، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها، چاپ چهارم ۱۳۸۰
۱۶۳. سورین، ورنر گ تانکارد، جیمز، نظریه های ارتباطات، ترجمه دکتر علیرضا دهقانی، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول ۱۳۸۱
۱۶۴. اسمیت، آلفرد. جی، ارتباطات و فرهنگ (۲ و ۱)، ترجمه اکرم هادی زاده مقدم، طاهره فیضی و مهدی بابایی اهری، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها، چاپ اول ۱۳۸۱.
۱۶۵. هرگن مان، بی. آر، مقدمه ای بر نظریه های یادگیری، ترجمه دکتر علی اکبر سیف، انتشارات فرهنگ معاصر، چاپ اول ۱۳۷۱
۱۶۶. هیلگارد، ارنست؛ باور، گوردون، نظریه های یادگیری (جلد اول)، ترجمه محمد تقی براهینی، مرکز نشر دانشگاهی، چاپ دوم ۱۳۷۱
۱۶۷. اورلیج، دونالد. سی؛ هاردر، رابرت جی؛ کالاهان، ریچارد سی؛ گیبسون، هری دابلو، راهبردهای تدریس (کلیات روش ها و فنون تدریس)، ترجمه دکتر سیامک رضا مهجور و دکتر پروین غیائی، نشر سامان، چاپ اول ۱۳۷۹
۱۶۸. محسنی، منوچهر، مبانی آموزش بهداشت، انتشارات طهوری، ۱۳۶۳
۱۶۹. چاندرا، راما، آموزش بهداشت، ترجمه دکتر فروغ شفیعی و اذن... آذر گشب، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۰
۱۷۰. سازمان جهانی بهداشت، رویکرد جدید به آموزش بهداشت در مراقبت های بهداشتی اولیه، ترجمه سید محمد حسین موسوی، شهریار مسعود، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول ۱۳۶۴
۱۷۱. اولس، لیندا؛ سمنت، اینا، آموزش بهداشت: راههای عملی برای پویندگان بهداشت، ترجمه محمد رضا شیدفر، انتشارات سیاوش، ۱۳۷۲
۱۷۲. رفیعی فر، شهرام، از آموزش سلامت تا سلامت، اداره ارتباطات و آموزش سلامت، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، ۱۳۸۴

فصل دوم

توسعه مشارکت مردمی
برای ارتقای سلامت

مقدمه :

برابری و عدالت اجتماعی، پیش‌نیازهایی برای دستیابی به سلامت بهتر و دموکراسی و احترام به حقوق انسان‌ها، از خصوصیات تفکیک‌ناپذیر مساوات و عدالت اجتماعی به شمار می‌روند. از این جهت، ایجاد محیطی سالم و سرزنده، بدون مشارکت فرد و جامعه ناممکن خواهد بود. متأسفانه کسانی که در سیاستگذاری و تصمیم‌گیری‌های مهم درباره سلامت و کیفیت زندگی جوامع نقش اساسی دارند، همواره به این نکته توجه نمی‌کنند. بزرگترین چالش بخش سلامت عبارت است از گوش دادن به صحبت مردم و پرهیز از دخالت در فرآیندهای مبتنی بر مشارکت، مگر در مواردی که پاسخگویی به اولویت‌های تعیین شده توسط جامعه مدنظر باشد. اگر می‌خواهیم به عدالت به عنوان نتیجه مطلوب ارتقای سلامت دست یابیم باید اتخاذ راه‌کارهایی مشارکتی، هدف اصلی ما باشد.

برای تغییر شرایط زندگی، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی در سطوح فردی و جمعی باید در جامعه ظرفیت‌سازی نمود. مشارکت جامعه در خلاء امکان‌پذیر نبوده و انسان‌ها برای مشارکت به انگیزه نیاز دارند و بهترین انگیزه، عبارت است از فراهم ساختن فرصت حل مشکل‌ها و مسایل مؤثر بر زندگی روزمره‌شان به دست توانمند خود آنها. توجه به قدرت و سیاست و نیز مشارکت مردم، سرمایه اجتماعی و سیاست‌های عمومی در فرآیندها و فعالیت‌هایی که برای توانمندسازی جوامع صورت می‌پذیرند، ضروری است.

از نظر یونانیان باستان که مفاهیم دموکراسی و شهروندی را خلق نموده‌اند، "زندگی سالم / ایده آل" به عنوان هدف نهایی تمام انسان‌ها، توسط فرآیندهای مبتنی بر مشارکت افراد حمایت می‌شود. این مفهوم علاوه بر القای مفهوم دموکراسی، ارزش‌های اساسی تعبیر امروزی ارتقای سلامت را تشکیل می‌دهد. متأسفانه، برابر سازی عدم وجود بیماری و یا ناخوشی با سلامت، مفهوم یونانی انسان‌های سالم را خدشه دار کرده و علاوه بر آسیبی که در حوزه بهداشت عمومی (Renaud, ۱۹۹۴) ایجاد نموده، موجب تسلط پزشکی فردنگر شده است اما توجه به مفهوم ارتقای سلامت، موجب گسترده شدن مفهوم سلامت مبتنی بر مشارکت مردم توانمند جامعه‌ای توانمند و معنای واژه "سالم" می‌گردد.

این بخش با مروری بر مفاهیم مشارکت، سلامت و ارتقای سلامت، آغاز و با بررسی رابطه مشارکت با مفاهیم و شرایط مؤثر در آن نظیر ظرفیت جامعه، سرمایه اجتماعی، عدالت، توانمندسازی ادامه می‌یابد. در ادامه، مباحثی چون سنجش تأثیر رویکردهای مشارکتی در ارتقای سلامت، مشارکت و بخش سلامت، مشارکت و اصلاحات در بخش سلامت مطرح شده و رابطه شیوه زندگی و مراقبت از سلامت خود با موضوع مشارکت بررسی و در انتها برخی از نکات کلیدی مطرح در زمینه اجرای یک برنامه مشارکتی بیان می‌شود.

تعریف مشارکت مردمی

در بین طراحان و متخصصان برنامه های جامع نگر، در مورد سهم مشارکت مردمی در بهبود زندگی بویژه برای فقرا و محرومین، اتفاق نظر وجود ندارد. هر چند که بر خی تفاوت ها در ارزشگذاری مشارکت در بین طرفین دعوا وجود دارد اما عده ای مشارکت را گلوله ای جادویی می دانند که بویژه در کاهش فقر مؤثر است. جدای از این تفاوت نظر، ترویج مشارکت به عنوان یکی از عناصر کلیدی توسعه، همچنان ادامه دارد. اگر چه جلب حمایت همه جانبه برای مشارکت در افت و خیز است، امروزه مشارکت مردمی موضوعی است که توسط بسیاری از دولت ها، آژانس های سازمان ملل و سازمان های غیر دولتی، به عنوان عنصری اساسی در طراحی برنامه های توسعه و کاهش فقر، در نظر گرفته می شود (Word Bank - ۱۹۹۶). در طول ۵۰ سال گذشته، مشارکت مردمی یکی از مفاهیم ثابت در گفتمان توسعه بوده است. در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، مشارکت عنصر اساسی پروژه های توسعه طراحی شده برای تحقق توسعه پایدار و عدالت بویژه برای کاهش فقر بود. در کنفرانس آلتای سازمان جهانی بهداشت (WHO/ UNICEF - ۱۹۷۸) مشارکت به عنوان قسمتی اساسی از سیاست های بهداشتی، شناخته شد. با پذیرش مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان سیاست دولت، همه اعضای WHO اهمیت درگیری آگاهانه ذینفعان در طراحی و اجرای خدمات و برنامه های بهداشتی را به رسمیت شناختند. دلایل پذیرش مذکور، به شرح زیر می باشد:

- ۱- استدلال خدمات بهداشتی: بسیاری از خدمات تأمین شده، بدون استفاده مانده یا به درستی استفاده نمی شود چرا که مردمی که خدمات برای آنها طراحی شده است، در توسعه آنها درگیر نبوده اند؛

- ۲- استدلال اقتصادی: هر جامعه ای برخوردار از منابع اقتصادی، تجهیزاتی و انسانی می باشد که می تواند و باید آنها را برای بهبود سلامت محلی و شرایط محیطی بسیج نمایند؛

- ۳- استدلال ارتقای سلامت: بیشترین بهبود سلامت مردم، نتیجه ای است از آنچه که آنها می توانند برای خودشان انجام دهند و ناشی از مداخلات پزشکی نمی باشد؛

- ۴- استدلال قضاوت اجتماعی: همه مردم، بویژه فقرا و محرومین، دارای هم حق و هم وظیفه اند که در تصمیمات مؤثر بر زندگی روزانه شان درگیر شوند (Rifkin - ۱۹۹۵).

Otoole (۱۹۹۰، pp ۱۳) می گوید: ضرورت ایده مراقبت بهداشتی اولیه متضمن پذیرش دو اصل است: "برتری تحقق بهبود های کوچک در میان کل جمعیت نسبت به تأمین بالاترین استاندارد های مراقبت برای معدودی از ممتازان جامعه؛ و توان افرادی غیر حرفه ای با آموزش محدود در تأمین خدمات اساسی."

در نتیجه، سازمان جهانی بهداشت (WHO)، تلاش برای انتقال دانش و مهارت سالم زیستن به مردم (آموزش سلامت) را، به عنوان نقطه آغاز درگیری اعضای جوامع محلی در طراحی و تصمیم‌گیری برنامه‌های سلامت توصیه نمود (Helander et. al - ۱۹۸۹). در دهه ۱۹۹۰، تأکید بیشتری بر مشارکت مردم در برنامه ریزی، تصمیم‌گیری و ارزشیابی بعمل آمد (Sharma and Deepak, Mitchell ۱۹۹۹، ۲۰۰۱). ۲۵ سال تجربه در زمینه کار توسعه سلامت، از ضرورت مشارکت مردم در این زمینه‌ها، دفاع می‌کند. در شرایط سیاسی و اقتصادی فعلی، سازمان‌هایی نظیر بانک جهانی نتایج حاصل از مشارکت را در پیگیری اهداف عدالت و توسعه پایدار تعدیل نموده‌اند. این نتایج، بیانگر تجارب (مشارکتی) به ویژه در آژانس‌های بین‌المللی و نیز بازتابی از تأثیر برنامه‌های جلب حمایت همه‌جانبه قوی برای مشارکت مردم نظیر برنامه PRA/PLA (Participatory Rural Approaches /Rapid Participatory Learning, Appraisal) رابرت چامبرز و سایر مروجان (۱۹۹۴ - Chambers) می‌باشد.

دلایل بانک جهانی برای مشارکت مردمی به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- مردم محلی برخوردار از مقدار زیادی تجربه و بینش در باره اینکه چه کاری باید انجام شود و چه کاری نباید انجام شود و چرایی آن می‌باشند؛
 - ۲- درگیری مردم محلی در طراحی پروژه‌ها می‌تواند تعهد آنها نسبت به پروژه را افزایش دهد. درگیری مردم محلی می‌تواند به آنها برای توسعه مهارت‌های فنی و مدیریتی‌شان کمک کند و شاید فرصت‌های شغلی یا بی‌آنها را افزایش دهد؛
 - ۳- درگیری مردم محلی در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است؛
 - ۴- درگیری مردم محلی راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه می‌باشد. یادگیری اجتماعی به معنای توسعه همکاری بین متخصصان و مردم محلی است که در آن هریک از گروه‌ها از دیگری می‌آموزد (Word Bank - ۱۹۶۶).
- برخی از دلایل توجه به مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی:
- ۱- مردم با کارهایی که برایشان می‌شود، آشنا شده و متخصصان نیز نیازمند یادگیری از مردم هستند؛
 - ۲- مردم منابعشان (پول، تجهیزات، کار) را در برنامه‌ها سهیم می‌سازند؛
 - ۳- مردم می‌توانند مهارت‌ها، دانش و تجارب مؤثر در کارهای بعدی‌شان را توسعه دهند. علیرغم توافق بسیاری از افراد در زمینه اهمیت مشارکت در برنامه‌های توسعه، عده کمتری در مورد تعاریف آن اتفاق نظر دارند. مشارکت تعاریف گوناگونی دارد:

- همکاری داوطلبانه در برنامه های عمومی بدون ایفای نقش مردم در طراحی برنامه ها ؛
 - درگیری در طراحی ، اجرا و ارزشیابی برنامه ها و بهره برداری از منافع ؛
 - فرآیندی فعال که در آن ذینفعانی فهیم و مصمم ، نتیجه برنامه را متأثر ساخته و به رشد فردی می رسند (Oakley _۱۹۹۸).
- در فیلد سلامت ، شاید در بخش های مختلف ، تفاوت هایی در تعریف و درک مشارکت مردم وجود داشته باشد . در اینجا توصیه می شود که طراحان / متخصصان در گیر در فیلد سلامت از سه منظر جداگانه به موضوع مشارکت مردمی نگاه کنند (Rifkin-۱۹۸۵) .



در رویکرد نخست یعنی رویکرد پزشکی ، سلامت به عنوان نبود بیماری تعریف شده است و مشارکت مردم به عنوان اجرای آنچه که دکتر تجویز کرده ، دیده می شود .

رویکرد دوم ، یک رویکرد برنامه ریزی بهداشتی است که در آن سلامت مطابق آنچه که سازمان جهانی بهداشت می داند : " نه تنها نبود بیماری بلکه رفاه جسمی ، روانی و اجتماعی افراد " تعریف شده است . در این حالت ، مشارکت مردمی به معنای همکاری برای دریافت یک خدمت بهداشتی از طریق پرداخت پول ، تجهیزات یا نیروی انسانی است .

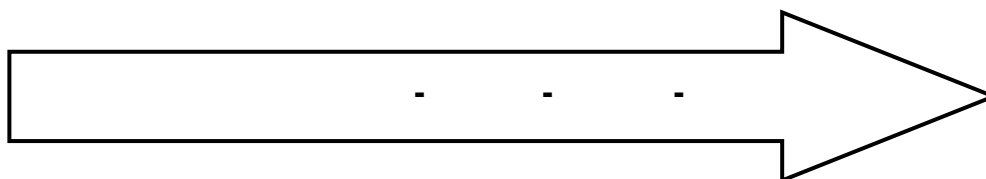
رویکرد سوم ، رویکرد توسعه اجتماعی که در آن سلامت به عنوان شرایط انسانی تعریف شده است و مشارکت مردم به عنوان درگیری فعال آنها در تصمیم گیری و پاسخ گویی برنامه ها قلمداد می شود .

این سه منظر مرتبط با چهار چوب کاری منبعث از مشارکت مردم در برنامه های توسعه روستایی می باشد.

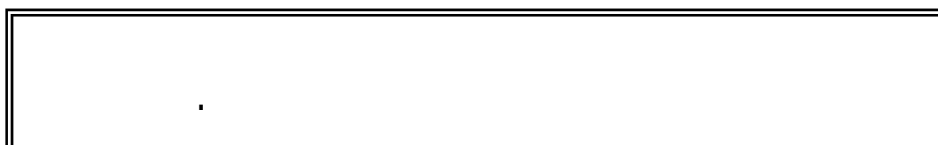
در جدول صفحه بعد، دو جنبه دیگر از تعریف مشارکت - که حاصل تعامل بین متخصصان / برنامه ریزان و مردم جامعه و فرآیند توسعه مشارکت مردمی می باشد - ارایه می گردد .

جریان مشارکت اجتماعی		
فرآیند	مدل	رویکرد
مشارکت ناچیز	اجابت	پزشکی
مشارکت اساسی	همکاری / تعاون	برنامه ریزی بهداشتی
مشارکت ساختاری	کنترل اجتماعی	توسعه اجتماعی

جدول فوق ، تفاوت رویکردها را آشکار می سازد . نباید به این رویکرد ها ، به صورت جداگانه یا دوگانه نگاه کرد . شاید مشاهده آنها در امتداد یکدیگر که در یک انتها اطلاعات به اشتراک گذاشته می شود و انتهای دیگر آن توانمند سازی است ، بهتر باشد . مادامی که تعریف منحصر به فردی از مفهوم مشارکت وجود نداشته باشد ، خط ممتد زیر ، چهار چوبی پدید می آورد که در آن دامنه ای از تعاریف مشارکت می گنجد :



به اشتراک گذاردن اطلاعات مترادف با آرایه اطلاعات از سوی متخصصان به مردم عامی است . توانمند سازی به معنای ایجاد فرصت ها و تجاربی است که اجازه می دهد مردم جامعه بطور فعال در تصمیم گیری در باره برنامه درگیر شوند (Rifkin and Pridmore - ۲۰۰۱).



ارزیابی مشارکت

اگر توافقی در مورد تعریف مشارکت نباشد ، حداقل درک فزاینده ای در میان متخصصان و برنامه ریزان وجود دارد و آن این است که بهتر است مشارکت به عنوان یک فرآیند دیده شود تا

نتیجه ای از یک مداخله . حال سوالی در اینجا مطرح است : " ارزیابی فرآیند بمنظور ارزیابی موفقیت برنامه چگونه باید انجام شود ؟ "

بطور سنتی ، مشارکت مردمی با پژوهش های کمی / عددی برای مثال با پرسش : چه تعدادی از مردم در جلسه شرکت کرده اند یا چه تعدادی از مردم در یک فعالیت اجتماعی شریکند ؟ بعمل آمده است اما چنین برهانی ، نشان دهنده ی مشارکت نمی باشد . مردم می توانند بیابند اما هیچ تعهدی یا درکی از آنچه که رخ می دهد ، نداشته باشند.

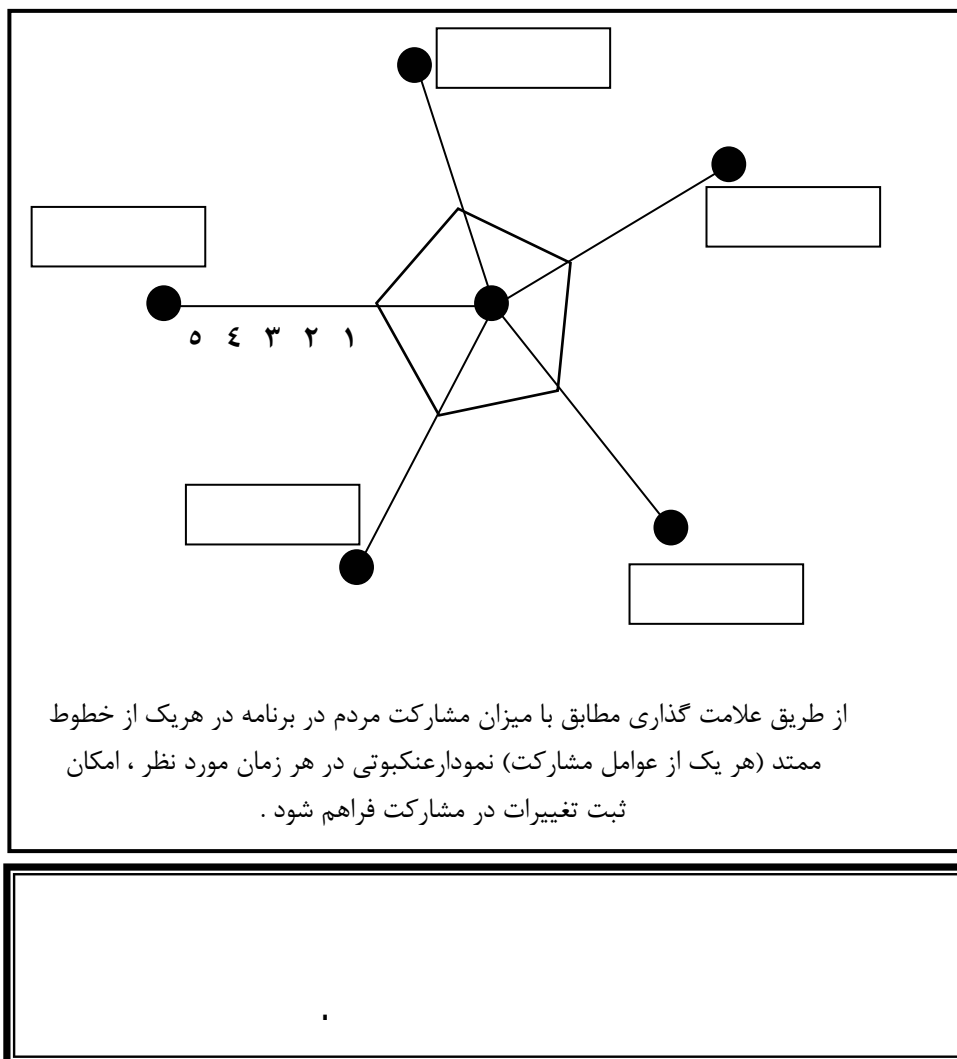
حدود ۲۵ سال قبل از این ، Sherry Arnstein چنین وضعیتی را ترسیم نمود . او تجسمی هندسی از چنین وضعیتی را با عنوان " نردبان مشارکت " ارائه داد . در پله پایینی این نردبان ، مردم آگاه قرار می گیرند در حالیکه در بالاترین پله نردبان مشارکت " کنترل شهروند " مطرح می شود . بین راه (نردبان) ، جایی است که شراکت توسعه می یابد و درجه - ی مشارکت از " صرف کوپن ورود " (به برنامه) تا شهروند قدرتمند تغییر می کند (۱۹۶۹ - Arnstein).

جدید ترین نقشه فضایی که از چنین منظری به موضوع مشارکت پرداخته است ، نمودار عنکبوتی است . در این نمودار ، امکان توصیف تغییرات در فرآیند مشارکت از طریق ترسیم وضعیت مشارکت در ۵ امتداد جداگانه فراهم است .

هر یک از این خطوط ، یکی از عوامل کلیدی در مشارکتند و همه آنها در یک نقطه میانی به یکدیگر پیوسته اند تانمایی جامع نگر از آن ارائه دهند . این پنج عامل شامل : نیاز سنجی _ رهبری _ سازمان دهی _ مدیریت _ و بسیج منابع می باشد.

تجارب کسب شده توسط طراحان و متخصصان مروج مشارکت در برنامه های توسعه در طول ۵۰ سال گذشته ، مباحث اصلی مطرح در زمینه مشارکت را برجسته می سازد . مجموع تجارب مذکور منتج از تلاش برای یافتن تعریفی جامع از مشارکت مردمی و حرکت از توجه به مشارکت به عنوان یک محصول (یا نتیجه یک مداخله یا مفهومی که ناشی از اجرای یک مداخله می باشد) به سوی توجه به مشارکت به عنوان یک فرآیند می باشد . برخی از مباحث کلیدی مطرح در زمینه مشارکت مردمی به شرح زیر است :

نمودار عنکبوتی مشارکت (Rifkin et .al - ۱۹۸۸)



۱- اولین بحث ، نبود یک چار چوب ادراکی عمومی و مقبول از مشارکت است . هر چند که این امر می تواند ناشی از گستردگی ریشه های سبک شناسی مفهوم مشارکت باشد اما این چالشی است که پدید آمده است . در یکی از جدید ترین انتشارات در زمینه مشارکت با عنوان " مشارکت : ظلمی نوین ؟ " (۲۰۰۱ - Cooke and Kothari) بیان شده است که توصیف

سبک شناسی مشارکت ممکن نیست چرا که مشارکت حاصل رفتار در شرایط ویژه است . مشاهده و بررسی مشارکت بدون توجه به تجربه‌ی کسب شده ، ممکن نخواهد بود . مردم ، بویژه آنهایی که در پروژه درگیرند ، دید مشترکی درباره پروژه ای خاص ندارند . در واقع ، عدم امکان اجماع در مورد ماهیت و چرایی یک کار ، (در کل) مانع از رسیدن به منظر ی واحد درباره یک فرآیند می باشد . نبود چنین چارچوب مفهومی مشترکی ، موجب دوام احساس دشواری در بیان فنی مشارکت و توجه به آن به عنوان یک علم سبک ودچار تأخیر و کندی شده است .اینکه ، مشارکت قابل سنجش، شمارش کمی و تکرار (تجربه مجدد) نمی باشد یکی از نگرانی های افرادی است که سعی در توسعه فرمول مشارکت به عنوان پاسخی جهانی برای دامنه‌ی وسیعی از مشکلات دنیای مدرن ، دارند .

۲- دومین بحث کلیدی مطرح نزد طراحان / متخصصان برنامه های مشارکتی ، نگرانی ناشی از تصور مشارکت به عنوان نوش دارویی برای توسعه است . به نظر می‌رسد مشارکت موجب پایداری برنامه های عدالت و توانمند سازی می گردد اما شواهد ارتباط مستقیم بین این موارد ، خیلی کمیاب است . داده های روایتی پروژه های توسعه ، از وجود رابطه بین مشارکت و پایداری برنامه های عدالت و توانمند سازی حمایت می کنند اما مدافع تأثیر ایجابی مستقیم رابطه مذکور نمی باشند .البته ممکن است بیان اینکه مشارکت مردمی برای تحقق چنین نتایجی ضروری است ، منصفانه باشد اما دلایل متقن برای دفاع از این گفته ، کافی نیست . اغلب تحقیقات موجود ، باید متقبل آزمایش چنین روابطی شوند . البته ، لازم است بدانیم که چنین روابطی بسیار وابسته به شرایطی که برنامه در آن اجرا می شود ، می باشند .

۳- سومین و اصلی ترین بحث ، روشی است که در آن طراحان / متخصصان با " قدرت" و " کنترل " روبرو می شوند . با در گیری مردم محلی ، متخصصان و طراحان از قدرت و کنترل کاملی بر طراحی و مدیریت برنامه برخوردار می شوند . بسیاری ، این مرحله از مشارکت را یک تهدید و خطر می دانند چرا که متخصصان نمی توانند در دراز مدت مطمئن باشند که برنامه ها با استفاده از منابعی تخصیصی ، اجرا شوند . متخصصان می ترسند که در صورت تغییر شرایط یا وقوع اشتباهات ، قدرت واگذار شده به مردم محلی آنان را با چالش های جدیدی روبرو سازد. تاریخچه تجارب ، نگرش ها، عقاید و رفتار های معمول در بین متخصصان ، مؤید حفظ مراتب بالای قدرت نزد آنها (اغلب به عنوان حق متخصصان) می باشد . ممکن است که آنها نخواهند قدرت را با مردم جوامع محلی قسمت کنند که در این حالت ، شانس حرکت در مسیرمشارکت برای برخورداری از منافع آن را از دست خواهند داد.

سه نکته کلیدی برای توسعه آتی مشارکت مردمی به شرح زیر است :

۱- نحوه رویارویی با واقعیت نبود یک چار چوب مفهومی مقبول جهانی برای توسعه مشارکت در برنامه های سلامت؛

۲- تصورات غیر واقعی درباره سهم مشارکت در برنامه های توسعه ؛

۳- مباحث موجود پیرامون قدرت و کنترل برنامه ها بین متخصصان و اعضای جامعه .

توجه به همسانی ، همبستگی و نوع دوستی مردم نسبت به افراد ناتوان ، چالشی است که توسط Thomas Thomas (۲۰۰۱) ، Lang (۱۹۹۹) و مطرح شده است . Lang مو شکافی و دقت مدافعان برنامه باز توانی مبتنی بر جامعه در زمینه احساس نوع دوستی و همسانی مردم محلی و تمایل آشکار آنها به درگیری در رفع نیاز های افراد محروم و حاشیه نشینان جامعه اشان و منابع فراوانی که برای این کار دارند را خاطر نشان می سازد . این مؤلفان همچنین اشاره می کنند که مردم ناتوان ، اقلیتی هستند که اغلب سهمی از قدرت جوامعشان نداشته و بطور معمول کمتر مورد توجه قرار می گیرند .

به علاوه با توجه به ریشه های باز توانی در مدل خیریه ، جوامع اغلب احساس می کنند که مردم ناتوان " وابسته به دولت " بوده و بر آوردن همه انتظارات آنها توسط جامعه را به منزله ی فرار بخش های دولتی از مسئولیت پذیری در برابر افراد ناتوان می دانند (Thomas and Tomas-۲۰۰۱) . رویکرد " بالا به پایین " مدل پزشکی نیز حاکی از آن است که هنوز متخصصان در برنامه های باز توانی مبتنی بر جامعه ، به تصمیم گیری ادامه می دهند و این رفتار آنان از گرایش به تعویق انداختن مشارکت به عنوان یک هدف نهایی بلند مدت حمایت می کند (Lang- ۱۹۹۹) .

Thomas و Tomas معتقدند که : توزیع منابع اندک در جوامعی که در آنها فقر حکمفرماست و نیاز های سرکوب شده فراوانی وجود دارد ، مشکل است . Nunzi (۱۹۹۶) ، می نویسد که تلاش برای غلبه بر چنین مشکلاتی با استفاده از داوطلبان ، شرایط ناپایداری را به دنبال دارد .

بطور خلاصه ، برای پاسخ گویی به سوال : مشارکت چیست ؟ ما می توانیم بگوییم که : رویکردی پیچیده و چالشی برای بهبود شرایط زندگی مردم بویژه فقرا و محرومان . هم چنین می توانیم بگوییم که : توجه به مشارکت به عنوان یک مداخله برای نیل به هدف ، نتایج مایوس کننده ای دارد و پیشنهاد توجه به مشارکت به عنوان یک محصول ، انتظاراتی را در پی خواهد داشت که به تجربه ، بر آوردن آن آسان نمی باشد . مهم آن است که ذهن خود را باز و منعطف بداریم . این به معنای تجربه فرضیاتمان در کارها و توسعه نگرش ها و باور های مدافع حضور شهروندانی آگاه و مصمم و خواهان کنترل بر سرنوشتشان می باشد .

مشارکت و سلامت

جوامع انسانی و مشاغل و حرفه ها در کنار آثار محیط (اعم از آثار اجتماعی ، اقتصادی و فیزیکی) بر سلامت تأثیر گذارند. مطابق مقدمه اساسنامه WHO (۱۹۴۶) : " برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد ، مذهب ، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی؛ حق مسلم هر انسانی است. "

سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست . سلامت و هر آنچه که مرتبط با آن است : بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم ؛ انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آنها توسط دولت ؛ و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است . نوع برخورد هر فرد با سلامتش ، بطور جدی به قدرت خودکارایی ، میزان سواد بهداشتی ، مسوولیت پذیری و مشارکت وی بستگی دارد .

برای توسعه مشارکت در سلامت ، رسیدن به تعریفی عملی از واژه سلامت ضروری است . سلامت مفهومی است که دارای تفاسیر مختلف فرهنگی ، اجتماعی و فردی بوده و شامل نظریه های پیچیده ای در مورد اینکه چه چیزی باید سالم باشد، چه کسی در قبال حفاظت از سلامت مسوول است و بیماری و مریضی را چگونه می توان تفسیر کرد می باشد . سازمان جهانی بهداشت ، سلامت را اینگونه تعریف می کند :

" سلامت به معنی خوب بودن کامل از لحاظ فیزیکی ، ذهنی ، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری ، ناتوانی و ضعف می باشد " .

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت ، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ فیزیکی ، ذهنی، روانی و اجتماعی هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته ها و نیازهای خود را شناخته آنها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آنرا در جهت خواسته های خود تغییر دهد . سلامت در واقع منبعی مثبت برای زندگی روزمره است و نه هدفی برای زندگی . سلامت مفهومی مثبت است که به منابع و زمینه های فردی و اجتماعی و نیز توانایی های فیزیکی و مشارکت افراد وابسته است .

توضیحی که به منشور اوتاوا اضافه شده نیز چندان واضح نیست و تا حدودی مبهم می باشد. برای مثال یک فرد چه نیازها و خواسته هایی را برای رسیدن به سلامت کامل باید در نظر بگیرد ؟ نیاز به یک زندگی طولانی یا نیاز به برنده شدن در یک مسابقه بخت آزمایی ؟

Seedhowse (۱۹۹۷) سعی کرد تا تعریفی برای سلامت ارائه دهد که بسیاری از زمینه

های مورد انتقاد در این دو تعریف را پوشش داده و از بین ببرد :

وضعیت سلامت هر فرد، هم ارز با مجموعه شرایطی است که به فرد این توانایی را می دهد تا از فرصت های واقعی خود استفاده کرده و از پتانسیل بیولوژیکی خود بهره برد. برخی از این شرایط دارای بیشترین اهمیت برای تمام مردم است و برخی دیگر بستگی به توانایی های فردی و وضعیت موجود دارد. تعیین شرایط در این تعریف دارای اهمیت اساسی می باشد.

Seedhowse شرایط زیر را به عنوان مواردی که باعث ایجاد سلامت شده و برای همه مردم بیشترین اهمیت را دارد، مطرح کرده است:

- ۱ - نیازهای ابتدایی به غذا، آب، سرپناه و مسکن، قدرت و هدف در زندگی؛
- ۲ - دستیابی به اطلاعات ممکن و قابل حصول در مورد تمامی عوامل تأثیرگذار بر زندگی یک فرد؛

۳ - سواد بهداشتی به معنای برخورداری از مهارت، توانایی و اعتماد به نفس برای جذب و درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی؛

۴ - تفهیم این مطلب به مردم که هیچگاه یک فرد نمی تواند از محیط اطراف خود و دیگر مردم دنیای بیرون، به طور کامل خود را جدا سازد. انسان ها دارای کلیتی پیچیده می باشند و هیچگاه نمی توانند به طور کامل از تأثیر محیط اطراف خود رها شوند و در واقع آنها جزئی از اجتماع بیرونی خود می باشند. بنابراین یک فرد نباید با محیط اطراف خود درگیر شود، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع، در یک کلام باید گفت: یک مسأله اساسی در زمینه سلامت تفهیم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند، دارای وظیفه بوده و باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می شود.

یک سری موقعیت های دیگر نیز وجود دارد که بسته به استعدادها و پتانسیل هایی که هر فردی در درون خود دارد و می تواند آنها را به مرحله عمل برساند، با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال، یک فرد بیمار، یا فردی که در یک مکان نامناسب زندگی می کند، یک زندانی، یک ورزشکار سالم، بیماری که به آخر خط رسیده و یا یک مادر باردار همه اینها دارای یک سری نیازهای اساسی و مرکزی می باشند که بخشی از سلامت آنها را تشکیل می دهد ولی علاوه بر اینها این افراد یک سری نیازهای ویژه و خاصی نیز دارند تا بتوانند شرایط فعلی خود را سر و سامان دهند که بخش سلامت فعلی، بیشتر به این بخش از نیازهای سلامت می پردازد.

دیدگاه دیگری که در آینده بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت "مکتب اصالت نشاط" (در این مکتب اعتقاد بر این است که اساس خوب بودن در خوشی و نشاط است) می باشد.

دیدگاهی که در آن، تمرکز دیگر تنها روی تأثیر عوامل مخاطره آمیز بر سلامت نیست بلکه به تأثیر عوامل نشاط آور بر سلامت نیز توجه بسیاری خواهد شد.

از تعریف سلامت بطور معمول برداشت منفی می شود به این صورت که همیشه در هنگام صحبت از سلامت تمرکز روی پایین بودن میزان جمعیت بیمار و دارای مشکل است و بطور تقریبی همیشه، تمرکز تمامی تلاش ها بر عملیات درمانی بعد از حادث شدن بیماری و به خطر افتادن سلامتی است و هنوز انجام خدمات مراقبتی و درمانی برای افراد بیمار، به وضوح از تقدم بیشتری برخوردار است.

مشارکت و ارتقای سلامت

ارتقای سلامت یعنی مردم قادر باشند اذهان و بدن هایشان را تا زمانی که ممکن باشد در شرایط "ایده آل" حفظ کنند. یعنی بدانند چگونه سالم باشند، سالم بمانند و سلامتشان را افزایش دهند و در شرایطی زندگی کنند که رعایت شیوه های زندگی سالم عملی باشد و قدرت تصمیم گیری در خانه، جامعه و در کشورشان و همینطور در سازمان های بین المللی تصمیم گیر درباره توسعه، تجارت، سلامت یا سرمایه را داشته باشند (برونتلند - ۲۰۰۰).

خانم برونتلند (مدیر کل سابق WHO) معتقد بود که ارتقای سلامت، نه تنها برای بهبود سلامت بلکه برای توسعه اقتصادی نیز مفید است:

"با مروری مختصر بر منابع سلامت، می توان گفت که ارتقای سلامت موفق می تواند شیوه های زندگی را تغییر دهد و تأثیر مهمی بر شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی تعیین کننده سلامت گذارد". ارتقای سلامت می تواند وضعیت سلامت را بهتر کند و "سلامت بهتر" می تواند به وضعیت اقتصادی بهتری منتهی شود.

فرمول ساده ای که برای بیان ارتقای سلامت در کنار سایر فرمول های پیچیده مطرح است به شرح زیر می باشد:

ارتقای سلامت = آموزش سلامت × خدمات بهداشتی مناسب × سیاست های همگانی و اقدامات محیطی

مراقبت بهداشتی اولیه این موضوع را که مردم به خدمات بهداشتی در نزدیکی جایی که در آن زندگی و کار می کنند، نیاز دارند و ضرورت هدایت منابع از خدمات بهداشتی درمانی گران قیمت و با فن آوری بالا به خدمات پیشگیرانه قابل پرداخت و در دسترس مردم را به رسمیت شناخت. بیانیه آلماتا، همچنین به شدت تأکید داشت که:

سلامت نمی تواند تنها توسط بخش سلامت محقق گردد . بویژه در کشورهای در حال توسعه اقدام‌های ضد فقر ، محصولات غذایی ، آب ، بهسازی ، مسکن ، حفاظت از محیط و آموزش و پرورش ، همگی در سلامت سهیمند و در بحث توسعه انسانی اهداف نهایی مشترکی دارند .

در ابتدای دهه ۱۹۸۰ ، برخی از عناصر کلیدی رویکرد مراقبت بهداشتی اولیه در بحثی بین المللی درباره مفهومی جدید - که همان ارتقای سلامت بود - ادغام گردید. منشور اوتاوا ، ارتقای سلامت را به عنوان “ فرآیند قادر سازی مردم برای افزایش کنترلشان بر سلامت و نیز قادر سازی آنان به بهبود سلامتشان ” تعریف نمود (WHO-۱۹۸۵) . منشور مذکور برای ارتقای سلامت ۵ اولویت اقدام تعیین نموده است :

- ایجاد سیاست همگانی سالم
- خلق محیط های حمایتی
- تقویت اقدام جامعه
- توانمندسازی افراد و جوامع
- بازنگری در خدمات دولتی .

آموزش سلامت یکی از عناصر اصلی ارتقای سلامت است . ممکن است که آموزش سلامت متوجه دانش ، نگرش و رفتار افراد و یا متوجه افزایش آگاهی درباره نیاز به یک سیاست همگانی سالم و اقدام‌های سیاسی حمایتی باشد . در بحث آموزش سلامت برای ارتقای سلامت ، واضح ترین و اساسی ترین نقطه تمایز، تمایز بین آنچه که به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه و یک رویکرد توانمندسازی اتخاذ می شود ، می باشد (۲۰۰۰- Tones and Naidoo and wills ، ۲۰۰۱- Tilford) .

وقتی که از آموزش سلامت “ سنتی ” سخن به میان می آید ، به “ رویکرد پیشگیرانه آموزش سلامت ” توجه می شود . هدف نهایی چنین رویکردی تحقق سلامت از طریق تغییر رفتار است . این باور وجود دارد که تغییر دانش و عقاید به تغییر نگرش منتهی می شود . در واقع کار در این رویکرد به عنوان “ کاری تخصصی و از بالا به پایین ” توصیف می شود که نیازمند مشارکت مردم نمی باشد . در کل، چنین رویکردی وابسته به متخصصان است و در آن افراد به آرامی ترغیب یا حتی مجبور به پذیرش رفتارهای بهداشتی می شوند .

در رویکرد توانمندسازی آموزش سلامت ، آموزش سلامت مبتنی بر مشارکت مردم و با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت بمنظور قادر سازی مردم برای اتخاذ انتخاب های آگاهانه درباره سلامت طراحی می شود . چنین انتخاب هایی ممکن است بصورت

انتخاب یک رفتار سالم و یا انتخاب پیام های یک بسیج اطلاع رسانی چند رسانه ای در مورد یک سیاست بهداشتی و یا یک اقدام محیطی باشد. این رویکرد برای توانمندسازی افراد و جوامع در اتخاذ اقدام های فردی سالم یا اتخاذ اقدام های زمینه ای تعیین کننده سلامت، تلاش می کند. نقطه قوت رویکرد توانمندسازی آن است که در این رویکرد افراد، بویژه در بیان نیازهای محسوس خود بطور خاص مطرح می گردند و در روش های آموزشی مورد استفاده به عنوان تسهیل گر و شریک مطرح می شوند.

یکی از اهداف عمده تلاش ها و اقدام های ارتقای سلامت، مقابله با شکاف عدالت در سلامت است. در بخش عمده ای از مدارک، رابطه بین فقر، ضعف شرایط زندگی و سلامت قابل مشاهده است. سازمان جهانی بهداشت مدت هاست که تأثیر شکاف عدالت بر سلامت را شناسایی نموده است. عدالت، جوهره سلامت برای همه است. عدالت در سلامت به این معناست که همه مردم از موقعیت عادلانه برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت برخوردار شوند. این امر نیازمند اقدام برای کاهش شکاف عدالت در وضعیت سلامت در بین و درون جوامع است (WHO - 1991). در قرن بیست و یکم، ضرورت تمرکز بر رفع شکاف عدالت و توسعه راهبردهای مشارکتی برای پرداختن به آن بیشتر احساس می شود.

یکی از اهداف ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم برای قادرسازی آنها به درک اطلاعات و انتخاب های سلامتی که با آنها روبرویند و نیز برای قادرسازی آنها به تصمیم گیری می باشد. توانمندسازی متضمن سیستم ارزشی خاصی می باشد و آن این است که آموزش و ارتقای سلامت نباید مردم را به بازی بگیرد، تحت فشار قرار داده یا مجبور کند بلکه باید مشارکت مؤثر افراد و جوامع را برای اتخاذ تغییرات داوطلبانه، منبعث از رضایت و آگاهانه جلب نماید.

نقطه متضاد توانمند، ناتوان (powerless) می باشد و افراد وقتی ناتوانند که کنترلی بر زندگی خودشان نداشته باشند. شاید کل جوامع ناتوان باشند و ما می دانیم که ناتوانی در ارتباط مستقیم با سلامت است. یک راه توانمندسازی جوامع، جلب مشارکت آنها در تصمیم گیری در مورد عوامل مؤثر بر سلامتشان می باشد. بنابراین توانمندسازی در ارتباط تنگاتنگ با مشارکت مردم و درگیری جامعه می باشد.

توانمندسازی جامعه به این معناست که مشارکت جوامع، فرصت جلب حمایت و تأثیر مثبت بر آنچه که قرار است برای آنها اتفاق افتد را در اختیارشان می گذارد. بنابراین الگوهای توانمندسازی جوامع سعی در رویارویی مناسب با تأثیر متقابل "ظرفیت جامعه" و "ظرفیت افراد برای تغییر آن" دارد. آموزش سلامت با رویکرد توانمندسازی به مردم، نهادهای مدنی

سازمان‌های مردمی، سازمان‌های غیر دولتی، احزاب و اصناف، نقش مهمی در توانمندسازی مردم و جوامع برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت دارد.

ریشه‌های توجه به ارزش مشارکت مردم در ارتقای سلامت را می‌توان در بسیاری از نقاط بیانیه مراقبت‌های بهداشتی اولیه آلماتا مشاهده نمود: *مراقبت بهداشتی اولیه برنامه‌ای است متکی بر فناوری‌ها و متدهای کاربردی مقبول علمی و اجتماعی که متضمن پذیرش همه جانبه مشارکت کامل افراد و خانواده‌هایشان در هر مرحله از توسعه جامعه بوده و ارزش قیمت باشد.* چنین اشاره‌هایی متضمن تعهدی قوی نسبت به حقوق مردم برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های مؤثر بر زندگی روزمره‌اشان، به عنوان بخشی از یک فرآیند توانمندسازی می‌باشد. در چنین رویکردی، کار با جوامع به عنوان فرآیندی از پایین به بالا (مشارکتی) توصیف می‌شود. این در حالی است که در حال حاضر بسیاری از برنامه‌هایی که طالب مشارکت مردم هستند در اصل به عنوان فرآیندهایی از بالا به پایین (غیر مشارکتی) تعریف می‌شوند و مردم را درگیر فعالیت‌هایی می‌سازند که توسط دیگران تعریف شده‌اند (حتی اگر چنین فعالیت‌هایی بطور کامل مطابق با نیازهای بیان شده توسط جامعه نباشد). تیپولوژی میزان مشارکت و طبیعت درگیری جامعه در جدول زیر نشان داده شده است:

درجه	اقدام مردم (شرکا)	سازمان (مجری)
مشارکت ↓	هیچ	سازمان به جامعه چیزی نمی گوید .
	اطلاعات دریافت می کنند .	سازمان برنامه ای طراحی می کند و آن را اعلام می کند. هدف از فراخوان جامعه ، اطلاع رسانی به آنها می باشد . اطاعت جامعه مورد انتظار است .
	مشورت می کنند .	سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرشش یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط جامعه را دارد . بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار می باشد .
	راهنمایی می کنند .	سازمان برنامه ای را اعلام می کند و جویای نظرات جامعه درباره آن می شود . با این کار سازمان آماده می شود تنها در موارد کاملاً ضروری ، برنامه اش را تعدیل کند .
	در برنامه ریزی مشارکت می کنند .	سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می دهد و توصیه های مؤثر افراد را درباره برنامه می پذیرد.
	دارای مقام نمایندگی هستند.	سازمان مشکلی را تعیین و به جامعه اعلام می کند . محدودیت ها را تعریف می کند و از جامعه می خواهد که مجموعه ای از تصمیماتی که می توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند .
	دارای کنترل هستند .	سازمان از جامعه می خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم گیری کنند . چنین کاری به جامعه کمک می کند که در هر مرحله ای برای تحقق اهداف نهایی خود ، حتی توسعه کنترل اجرایی اش بر برنامه اقدام نماید .
بالا		

(۱۹۹۳-Brager and Specht)

در بحث ارتقای سلامت انتظار می رود که مشارکت از نوع توصیف شده در پایین طیف Brager and Specht باشد. چنین مشارکتی بطور خاص توصیف کننده جامعه ای توسعه یافته است که می تواند به این صورت توصیف شود :

“فرآیندی که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتشان را تعیین کنند ، توجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند ، بطور گروهی در مورد اولویت هایشان تصمیم

بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار کنند (Brager&specht-۱۹۹۳).

یکی از کلیدی ترین رویکردهای گفتمان مشارکتی، رویکرد آموزش توده‌های Paula Freire می باشد. فرآیند مشارکت مؤثر مردم نیازمند درگیری همه بخش های داخل یک جامعه و نه تنها قدرتمندترین آنها یا آنهایی که به راحتی در دسترسند، می باشد. استفاده از فنون اطلاع رسانی محلی درباره مشارکت، در تضمین آنکه همه صداهای جامعه (حتی صداهای خاموش) در مراحل اولیه مشارکت مردمی شنیده شوند، مؤثر می باشد. تحقق مشارکت مورد نیاز برای ارتقای سلامت نیازمند توسعه گفتمان آموزش سلامت با سیاستگذاران برنامه ریزان، مدیران، کارکنان دولتی، غیر دولتی بخش های مختلف توسعه و مردم است.

مشارکت و ظرفیت جامعه

در واژه نامه ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) جامعه به معنای: گروهی خاص از مردم ساکن در یک محدوده جغرافیایی معین؛ دارای هنجارها، ارزش ها و فرهنگی مشترک و طبقه بندی شده بر اساس ساختار اجتماعی ویژه مبتنی بر روابطی که جامعه در طی یک دوره زمانی ایجاد نموده، می باشد. اعضای یک جامعه، هویت شخصی و اجتماعی خود را از طریق به اشتراک نهادن اعتقادات، ارزش ها و هنجارهای مشترکی که در گذشته به وسیله جامعه ایجاد شده و ممکن است در آینده تغییر یابد، به دست می آورند. اعضای جامعه، بعضی از آگاهی های هویتی خود را به عنوان یک گروه به نمایش گذارده، نیازهای مشترک خود را تقسیم نموده و برای رفع آنها تعهد می نمایند.

صرف نظر از چگونگی تعریف ما از جامعه، کارکردن با و برای جوامع در زمینه ارتقای سلامت نیازمند شناسایی دقیق ویژگی های اجتماعی - زیست محیطی گروه ها و موقعیت جغرافیایی مشترک آنها می باشد.

ظرفیت جامعه، مفهومی پویا، پیچیده و چند بعدی است که به ارزیابی امکانات جامعه و انجام مداخله های ارتقای سلامت کمک می کند. ده بعد ظرفیت جامعه عبارتند از: مشارکت مردم رهبریت، شبکه های اجتماعی پربار، توانایی بیان صریح ارزش ها، احساس هویت تاریخی احساس هویت جمعی، تفکر نقادانه، توانایی معرفی و آرایه منابع، مهارت ها و توانایی به کارگیری قدرت. مشارکت مردمی در کنترل سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی موجب تقویت واقع گرایی در ارزیابی و توسعه مداخلات ارتقای سلامت می شود و بدون چنین مشارکتی، ظرفیت جامعه نابود یا ضعیف می گردد.

ظرفیت جامعه در بعضی موارد یک نتیجه ارتقای سلامت است و نه یک پیش نیاز ارتقای سلامت، در واقع، ظرفیت جامعه هم بخشی از فرآیندهای توسعه جامعه بوده و هم نتیجه ای است که ممکن است تحقق یافته یا محقق نگردد. ظرفیت جامعه از طریق مشارکت مردمی، رهبریت، قدرت جامعه و احساس هویت جمعی حاصل می شود اما ظرفیت سازی، مسأله ای سهل و آسان نیست. اتمام فرآیند تغییر تصمیم گیری از بالا به پایین (غیر مشارکتی) به تصمیم گیری از پایین به بالا (مشارکتی)، نیاز به اختصاص تلاش و زمان فراوان از سوی تمام دست اندرکاران، از جمله خود اعضای جامعه دارد. به هر حال، شواهد کافی در این خصوص وجود دارد که فعالیت های پایین به بالا (مشارکتی)، اثر مثبتی بر توسعه و ارتقای سلامت دارد اما این مسأله به آن معنا نیست که تلاش های پایین به بالا همیشه با موفقیت پایان می یابد، چرا که مقاومت متخصصین و مدیران جوامع در فعالیت های ارتقای سلامت، امری شایع است.

مکانیزم های تقویت ظرفیت جوامع که اغلب مبتنی بر ارزش ها، دانش و فرهنگ و تصمیم های جامعه انتخاب می شوند، شامل موارد زیر است:

۱- رویکرد جلب مشارکت مردم در تعیین نیازها و تصمیم گیری ها: در نهایت مهم این است که جوامع مهارت های مذاکره در خصوص مسایل سلامت را کسب نموده و به طور فعال در فرآیندهای تصمیم گیری شرکت کنند. مشارکت مردم در خلاء رخ نمی دهد و متأثر از موانع و مسایل شایعی است که بر زندگی روزمره آنان اثر می گذارند. این مسأله، نکته ای کلیدی در "نحوه" جلب مشارکت مردم و توسعه ظرفیت جامعه است. هر نوع تکنیکی مانند: گروه های متمرکز، دلفی، توسعه اجماع، برنامه ریزی مشارکتی، چارچوب کار منطقی و غیره که به منظور جلب مشارکت مردم مورد استفاده قرار گیرد؛ برارزیابی وضعیت و اولویت بندی نیازها و مسایل شهروندان استوار است. تعیین موانع و نیازها، بهترین نقطه شروع حرکت برای افزایش ظرفیت جامعه بوده و هدف نهایی آن مشارکت افرادی است که هرگز فرصتی برای ابراز نظر نداشته اند (صداهای خاموش). مدیران، رهبران و سیاستگذاران بهداشتی باید به منظور جلب اطمینان و اعتماد جوامع، به مسایلی که به وسیله مردم بیان می شود ترتیب اثر دهند. مثالی از یک عملکرد نادرست که به تکرار در پروژه های مشارکتی مشاهده می گردد، نادیده انگاشتن مشکل بسیار مهمی است که اغلب توسط مردم بیان می شود: محیط های ایمن و کنترل خشونت. در بسیاری از مواقع، خشونت اولین مطلبی است که مردم بیان می کنند اما در کمال تأسف مدیران بهداشتی بر این باورند که تغییر این مسأله، از مسوولیت های آنان نبوده و کار پلیس است. خشونت اولین مشکل سلامت همگانی در بسیاری از مناطق دنیا

است بنابراین تمامی دست اندرکاران امور اجتماعی باید متعهد شوند که برای کاهش خشونت تلاش کنند و توسعه رویکردهای مشارکتی برای افزایش ظرفیت جامعه، یکی از بهترین راه-کارهایی است که باید در این سناریو به کار رود.

۲ - رویکرد امکانات جامعه: توسعه ظرفیت جامعه بر پایه امکانات، رویکردی جدید است که توسط رتزمان (Kretzman) و مک نایت (Mcknight) پیشنهاد گردیده و بر توسعه سیاست ها و فعالیت ها بر اساس ظرفیت ها، مهارت ها و امکانات مردم کم درآمدتر و مناطق همجوار آنها استوار است. نقشه امکانات جامعه، ابزار مناسبی برای کشف ظرفیت ها و استعدادهای فردی و جمعی فراهم می سازد که این امر با عملکرد معمول یعنی تهیه فهرستی از کاستی های افراد یا جوامع، در تضاد می باشد. این نقشه اشاره می کند که هر فرد؛ دارای استعدادها، توانایی ها و تجارب خاص خود است که با جلب مشارکت، این مجموعه ارزشمند استعدادها، توانایی های و تجارب منحصر به فرد جمع آوری شده و می تواند برای توسعه ظرفیت جامعه مورد استفاده قرار گیرد. نقشه امکانات جامعه، فهرستی جامع از تمام قابلیت های ممکن در یک جامعه محلی ارائه می دهد و علاوه بر توانایی های فردی، موقعیت های مناسب برای مداخلات سلامت نظیر مساجد، باشگاه ها، گروه های فرهنگی و مؤسسه های محلی همانند مدارس کتابخانه ها، بیمارستان ها، دانشگاه ها، پارک ها و غیره را مشخص ساخته و نحوه تقویت یا ایجاد ارتباطات بین افراد، مؤسسه ها، سازمان ها و انجمن های محلی را با هدف توسعه مشارکت افراد سازمان ها و موقعیت ها در ارتقای سلامت پیشنهاد می دهد.

در این متدولوژی، ارزش خاصی به جوانان و سالمندان و تسهیل و توسعه مشارکت آنها برای ارتقای سلامت، داده می شود. گروه های جوان و سالمند که شرکای خوبی برای پروژه های توسعه و سلامت می باشند، در بسیاری از جوامع توسعه یافته و در حال توسعه؛ بزرگترین قربانیان محرومیت های اجتماعی هستند. بیکاری، نبود شانس ادامه تحصیل، خشونت، محرومیت های اخلاقی و جنسی، مسایل ذهنی و روانی و درگیری های خانوادگی از جمله مشکل های شایع هر دو گروه می باشد.

۳ - رویکرد اپیدمیولوژی جامعه: در این رویکرد، مردم و گروه های فعال یک منطقه با حفظ هویت های فرهنگی مربوطه به رسمیت شناخته می شوند تا بر اساس معضل مشترک منطقه، به اتحاد و تفاهمی برای حل مشارکتی آنها دست یابند.

۴ - رویکرد توسعه همکاری های اجتماعی و اتحاد در زمینه سلامت: این رویکرد پنج وظیفه کارکنان مراقبت های بهداشتی اولیه در جلب مشارکت مردم را به شرح زیر می داند:

- ۱ - منابع خود را به عنوان یک متخصص سلامت و علاقمندی شان به همکاری با مردم را ارزیابی کنند ؛
- ۲ - مردم را از طریق شناسایی شبکه‌ها و رهبران اجتماعی مربوطه ، درگیر کنند ؛
- ۳ - مسایل سلامتی را با استفاده از تکنیک های توسعه اجماع ، اولویت بندی کنند ؛
- ۴ - راه کارهای توسعه مشارکت مردم در مداخلات را ، توسعه دهند ؛
- ۵ - نتایج مشارکت مردم را از لحظه آغاز ، ارزیابی نموده و در مورد شیوه های ارزشیابی مشارکت مردمی مذاکره نمایند .

دی روکس (De roux) می گوید : رویکرد های جلب مشارکت ، روش کار را نشان نمی دهند اما الزامات خلق و توسعه رویکردهای مشارکتی برای ارتقای سلامت را آشکار می سازند .

در رویکرد توسعه همکاری های اجتماعی و اتحاد در زمینه سلامت ، مردم در سطوح بالای تصمیم گیری برای مدیریت خدمات بهداشتی ، فعالیت های کنترل کیفیت و تهیه دستورالعمل های شفاف مدیریت منابع مالی در سطح مؤسسه ها ؛ مشارکت می کنند . در این رویکرد ، فعالیت های آموزشی و بازآموزی برای سازمان دهی و ارتقای حمایت اجتماعی ، ارایه کمک های فنی به گروه های اجتماعی و نیز توسعه فضای مناسب برای بحث ، مذاکره و حصول اجماع مدنظر قرار گرفته و برای توسعه مشارکت مردمی و در نتیجه افزایش ظرفیت جامعه ، بر افزایش شفافیت و پاسخ گویی دستگاه های دولتی و غیردولتی تأکید می شود تا با فساد و رشوه خواری که یک بیماری اجتماعی با عواقب جهانی و جدی ترین مشکل بازسازی سرمایه اجتماعی و توسعه اعتماد عمومی به دولت و مؤسسه ها می باشد ، مبارزه شود . در واقع ، رشوه گیری و خیانت سیاستمداران به آرمان های جامعه ، بیش از هر چیز ، فرآیندهای مبتنی بر مشارکت مردم و در نتیجه سرمایه اجتماعی و ظرفیت جامعه را به تدریج ضعیف می کنند .

مشارکت و سرمایه اجتماعی

تعریف پوتنام از سرمایه اجتماعی چنین است : " تجمع هنجارها ، شبکه ها ، ارزش ها و سازمان هایی که گروه ها و دست اندرکاران را بر اساس سلايق مشترک جامعه قادر به دستیابی و تأثیر بر قدرت و منابع تصمیم گیری می سازد " . از نظر فوکویاما ، سرمایه اجتماعی به ظرفیت افراد در تعاون و همکاری با یکدیگر برای کسب اهداف اختصاصی و نهایی مشترک بستگی دارد . سرمایه اجتماعی ، یکی از مهمترین شاخص های دموکراسی و حکومت محبوب است و ضروری است که ارتباط آن با سلامت بررسی و تحلیل شود . بر طبق نظر کاواچی ، متغیرهای سرمایه اجتماعی (اطمینان ، هنجارهای تعامل ، عضویت در انجمن های خیریه) در

ارتباط با تغییر مقطعی میزان های مرگ و میر می باشد . او همچنین وجود ارتباط بین سرمایه اجتماعی و پیشگیری از جنایت را ثابت نموده است.

روابط معکوس سرمایه اجتماعی با فقر و سلامت مستند گردیده است . افزایش سرمایه اجتماعی در یک منطقه فقیرنشین موجب افزایش مشارکت و ارتقای سلامت خواهد شد . توجه به سرمایه اجتماعی به دلیل تأکیدش بر روابط اجتماعی مؤثر بر ارتقای سلامت ، کیفیت زندگی و طول عمر در یک جامعه ؛ اهمیت یافته اما مفهوم آن هنوز تنها توضیح دهنده ی عوامل مؤثر بر کالبد اجتماعی جامعه است . از مفهوم سرمایه اجتماعی بیشتر برای بیان ارتباطات افقی موجود بین مناطق همجوار و مشارکت مردم در جوامع متمدن استفاده می شود در صورتی که سرمایه اجتماعی می تواند به عنوان مفهومی برای توسعه مشارکت مردمی ، درگیر نمودن جوامع و سازمان های موجود در جامعه و اعمال قدرت مؤثر مردم در ارتقای سلامت خودشان نیز ، تعریف گردد .

والرشتاین معتقد بود که متغیرهای سرمایه اجتماعی ، بر ارتباطات افقی موجود در جوامع تمرکز می یابد . رابرت سمپسون ، سرمایه اجتماعی را به عنوان خرد و کارآیی جمعی یا باوری که جامعه می تواند با استفاده از آن ایجاد تغییر نماید ، تعریف کرده و به این ترتیب باب توانمندسازی هماهنگ مردم و سازمان ها به منظور تغییر شرایط ناسالم را باز نموده است .

کاواچی ، در خصوص ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت ، پرسش های مهمی را مطرح نموده است : چگونه سرمایه اجتماعی می تواند سلامت را ارتقا بخشد ؟ در چه وضعیتی جامعه می تواند سرمایه اجتماعی مورد نیاز برای ارتقای سلامت را تأمین نماید؟ عوارض بهداشتی کمبود سرمایه اجتماعی چیست؟

کاهش مشارکت افراد در مناطق بزرگ شهری موجب کاهش سرمایه اجتماعی می شود . همبستگی سرمایه اجتماعی با میزان آسیب های اجتماعی و قتل به اثبات رسیده است . خشونت در تمام اشکال آن از جمله جنگ ، از سرمایه اجتماعی می کاهد بنابراین مبارزه با خشونت بزرگ ترین اولویت سلامت همگانی در جهان امروز است . توسعه قراردادهای اجتماعی بهترین وسیله برای ایجاد وحدت و همبستگی اجتماعی و یکی از مهم ترین راه های کاهش خشونت و حصول مجدد سرمایه اجتماعی است .

میزان بالای خشونت ، موجب افزایش محرومیت اجتماعی ، تخریب فرآیندهای مشارکتی و همچنین کاهش سرمایه اجتماعی خواهد شد . فقر ، فساد و تبعیض ؛ وحدت اجتماعی را غیر ممکن ساخته و موجب کاهش سرمایه اجتماعی می شود . افزایش مسوولیت دولت ها در

برانگیختن و توسعه ی سرمایه ی اجتماعی و مشارکت مردمی مورد نیاز برای ارتقای سلامت ، نیازمند اقدام جدی است .

مشارکت و عدالت

مقوله عدالت در سلامت ، از نگرانی های دولت ها و سازمان های بهداشتی بین المللی است. توسعه مشارکت مردم یکی از راه کارهای شناخته شده برای دستیابی به عدالت در جوامع می باشد و Ran Draper تفاوت بین عدالت و برابری را اینگونه بیان می کند : اگر شما بیشتر از من عمر کردید یا اگر ابتلای شما به بیماری و ناتوانی کمتر از من بود، وضعیت سلامتی ما نابرابر است . در چنین شرایطی بین ما برابری برقرار نمی باشد اما این امر لزوماً به معنای بی عدالتی نیست. چنین تفاوتی ممکن است ناشی از شرایط زندگی ما نبوده (اگر چه ممکن است در واقع این گونه باشد) و در اثر تصادف ، وراثت یا سبک زندگی ما ایجاد شده باشد . به هر حال اگر تفاوت در وضعیت سلامتی ما از شرایط مختلف زندگی ناشی شده و رضایت من از زندگی از شما کمتر باشد ، مسأله بی عدالتی مطرح می گردد : ممکن است دسترسی کمتری به مواد غذایی داشته باشم ، در یافتن مسکن مناسب با مشکل مواجه شده و یا کیفیت مراقبت های بهداشتی که در پاسخ به نیازهای خاص من ارایه می شوند ، کم باشد ؛ درآمد من کمتر و کار من پر استرس تر و دلسرد کننده بوده و به علت دوره های مکرر و طولانی بی کاری سرخورده شده باشم . در این مورد ، تفاوت در وضعیت سلامتی ما ، ناشی از نبود عدالت است . Gakidou ، Murray و Frenk از واژه " نابرابری های سلامتی "...به منظور اشاره به مجموعه ای از نوسانات کلی وضعیت سلامت افراد یک جامعه استفاده می کنند "و" تفاوت های سلامتی در بین گروه های اجتماعی را ناشی از تفاوت هایی می دانند که بین زیرگروه های جمعیتی وجود دارد ".

Kadt و Tasca ، عدالت را به عنوان " فرصت های زندگی یا شانس های زندگی " نیز تعریف کرده اند . چنین نگرشی در کشورهای در حال توسعه (جایی که حق داشتن حداقل شرایط ادامه بقا در مورد گروه هایی که از تمامی انواع محرومیت های اجتماعی رنج می برند نیز دچار اشکال است) بسیار مؤثر می باشد .

بسیاری از متفکران معتقدند بی عدالتی اجتماعی واژه ای است که باید به منظور اشاره به ناکافی بودن یا فقدان درآمد ، مسکن ، غذا ، خدمات اجتماعی ، تحصیلات ، امنیت ، تفریح سهم در قدرت و غیره به کار برده شود ؛ بر سطح سلامت و رفاه مردم مؤثر است . نابرابری همیشه نشان دهنده بی عدالتی و محرومیت های شدید گروه های مختلف جامعه نمی باشد .

نابرابری ، اختلافی است که محرومیت های روحی و اخلاقی ناشی از بی عدالتی را در بر نمی گیرد .

رفع این بی عدالتی (در سلامت یا دیگر بخش های اجتماعی) ، نیازمند تصویب سیاست های همگانی شفاف و واضح از سوی دولت ها ، توسعه قراردادهای اجتماعی جدید و افزایش همبستگی در جامعه می باشد . سعی ارتقای سلامت بر آن است که بی عدالتی ها را از طریق پشتیبانی از شبکه های اجتماعی ، حمایت همه جانبه از سیاست های حامی سلامت و تقویت ظرفیت جامعه رفع نماید که این خود نیازمند توسعه رویکردهای مشارکتی در درون و بین جوامع است .

مشارکت ، قدرت و سیاست

ساختار قدرت ، در تمامی سطوح بر زندگی مردم اثر دارد . ارتقای سلامت نیازمند تعریف شفاف ارتباط بین سلامت ، سیاست و قدرت است . بازنگری تأثیر قدرت سیاسی بر فرآیندهای مبتنی بر مشارکت مردم ، تأثیر آن بر ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم را مشخص می سازد .

مشروعیت قدرت سیاسی ریشه در اجماع عمومی دارد . قدرتی که در نبود اجماع عمومی حاصل شود ، منجر به سلطه گرایی خواهد شد . قدرت های سلطه گرا و پدرمآب با توسعه جوامع ، مغایرت دارند . بنابراین بهبود وضعیت سلامت گروه ها و ملل نیازمند افزایش مشروعیت قدرت های سیاسی است . قدرت سیاسی مشروع ، قدرتی است که مورد توافق زیردستان قرار گرفته و بدون اعمال فشار ایجاد شود . " قدرت بر " بیانگر قدرت زورگویانه ای است که بر گروهی از افراد و با هدف در حاشیه نگاه داشتن آنها اعمال می گردد . در حالی که ، " قدرت با " قدرتی است که با کمک مشارکت مردم موجب تحول می شود . به این ترتیب ، فرآیندهای توانمندسازی علاوه بر حرکت در زمینه تحکیم روابط مؤثر در توانمندسازی مردم و توسعه کنترل قدرتمندانه آنها بر زندگی روزمره اشان ، به توسعه دموکراسی در کشورها وابسته است . در واقع ، نوعی قدرت تساوی خواه (مشارکت جو) در برابر " قدرت زورگویانه " سلطه جو قرار دارد . قدرت تساوی خواه (مشارکت جو) ، دستیابی به توافق نظر مشترک بین دولت و ملت در زمینه موضوعاتی همچون آب سالم ، مسکن غذا و سایر عوامل مؤثر بر زندگی جامعه را تسهیل می کند و مردم در فضای مشارکتی که توسط دولت تأمین شده - با باور خودکارایی بالا ، سواد بهداشتی کافی و قدرت سرنوشت فردی خانوادگی و جمعی خود را کنترل می کنند (توانمندسازی فردی) و در سایه چنین مشارکتی ظرفیت جامعه و سرمایه اجتماعی افزایش

می یابد (توانمندسازی جامعه) . بنابراین ، توانمندسازی با قدرت و سیاست ، رابطه ی نزدیکی دارد .

مشارکت و توانمندسازی

امروزه درک و بکارگیری راه کارهای توانمندسازی ، یکی از اهداف نهایی آشکار ارتقای سلامت ملل می باشد . واژه نامه ارتقای سلامت (WHO-۱۹۹۸) چنین بیان می دارد : در ارتقای سلامت ، توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن ، کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها و فعالیت های مؤثر بر سلامت شان خواهند داشت .

مدت مدیدی است آثار سوء فقدان قدرت بر سلامت افراد ، شناخته شده است اما فقط در طی دو دهه قبل جنبه مثبت مفهوم قدرت در تئوری ها و مداخلات سلامت گنجانیده شده است . والراشتین بیان می دارد که فرآیند توانمندسازی ، اقدامی اجتماعی است که مشارکت مردم سازمان ها و جوامع برای تحقق هدفی نهایی نظیر افزایش کنترل فردی و جمعی کارایی سیاسی بهبود کیفیت زندگی مردم و عدالت اجتماعی را ارتقا می بخشد .

توانمندسازی افراد برعکس توانمندسازی جامعه ، مسأله ای بحث انگیز بوده و واژه نامه ی سازمان جهانی بهداشت در مورد ارتقای سلامت ، وجه تمایز بین توانمندسازی فرد و جامعه را به این صورت بیان می دارد:

وجه تمایزی بین توانمندسازی فرد و جامعه وجود دارد . توانمندسازی فردی مبتنی بر توانایی افراد برای تصمیم گیری و کنترل زندگی شخصی خودشان می باشد اما توانمندسازی جامعه اقدامات (مشارکتی) جمیع افراد به منظور دستیابی به کنترل و تأثیر بیشتر بر عوامل تعیین کننده سلامت و کیفیت زندگی در جامعه خودشان را طلب می کند و یک هدف نهایی مهم در توسعه ی اقدام جامعه برای دستیابی به سلامت محسوب می گردد .

بعضی از دست اندرکاران سلامت ، توانمندسازی فرد را مترادف با توانایی شخص در کنترل سلامت می دانند . یکی از اهداف نهایی ارتقای سلامت ، تغییر رفتارهای شخصی است اما این نوع توانمندسازی بر دستیابی واقعی به قدرت برای تغییر شرایط و محیط زندگی (به عنوان عوامل تعیین کننده ی مهم سلامت) به منظور حصول رفاه کامل دلالت ندارد . اگر ماهیت توانمندسازی را تنها معادل با توانمندسازی فردی در نظر بگیریم ، مفهومی زیان بار خواهد داشت چرا که بهترین و ماندگارترین تغییر فردی ، تغییری است که ماحصل فعالیت و مشارکت جمعی باشد .

تغییر فردی منتج از مشارکت در فرآیندها و اقدام اجتماعی ، چیزی است که زیمرمن آن را " توانمندسازی روان شناختی " می نامد . توانمندسازی روانشناختی ترکیبی از باورها و

رفتارهایی است که افراد می توانند در محیط زندگی خویش بر آنها اثر گذارند . بر طبق نظر مورفی ، هم توانمندسازی فردی و هم توانمندسازی جمعی با یکدیگر در ارتباط هستند و نمی توان به یکی از آنها بدون دیگری دست یافت .

عده ای بر این باورند که مهمترین کاربرد مفهوم توانمندسازی در ارتقای سلامت ، تأکید بر تغییر رفتار فرد به منظور بهبود سطح سلامت است که این امر نکته ای بسیار مهم در فرهنگ های فردگرا می باشد . با این تفکر ، توانمندسازی بر تغییر و تبدیل رفتار افراد به منظور اتخاذ یک سبک زندگی سالم (به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت) تأکید دارد . بعضی دیگر نیز از نوعی تفکر که بر کاهش عوامل خطر تأکید بیشتری دارد ، به طور همه جانبه حمایت می کنند و برای ارتقای سلامت ، تغییر و تبدیل محیط های فرهنگی - اجتماعی و سیاسی را تجویز می کنند . برخی از طرفداران متعصب ارتقای سلامت، عقیده دارند که برای ایجاد تغییر در جوامع و گروه ها، لازم است ابتدا هر فرد را به شخصه تغییر دهیم . در حال حاضر شواهد کافی وجود دارد که تصریح می کند رفتار جمعی، برابر با حاصل جمع رفتارهای فردی نبوده و رفتار فردی به وسیله نیروهای اجتماعی شکل می گیرد و لذا برای تغییر رفتار فردی ، باید شرایط اجتماعی تغییر یابد اما طرفداران متعصب تحولات سبک زندگی فردی همیشه سخن خود را با " سرزنش کردن فرد " به پایان می رسانند .

از نظر اغلب کارشناسانی که مطالب زیادی در خصوص توانمندسازی منتشر نموده اند رسیدن به درک جمعی که آثار مهمی بر توسعه ظرفیت جامعه دارد ، مترادف با توانمندسازی است. زمانی که والرشتین (۱۹۹۹) بیان نمود که توانمندسازی فردی ، تمام توانمندسازی نبوده و توانمندسازی در واقع یک فرآیند اجتماعی می باشد، بحث بزرگی آغاز شد . توانمندسازی روان شناختی از طریق شرکت در اقدام های جمعی و برنامه های مشارکتی تقویت شده و از طریق راه کارهای مؤثری همچون : شیوه های آموزشی فریر ، پژوهش های مبتنی بر مشارکت مردم ، سایر راه کارهای مبتنی بر مشارکت که به منظور افزایش دانش اشخاص و آگاهی آنها از حقوق و وظایف بهداشتی اشان اتخاذ می گردند ، ترویج مراقبت از خود، توسعه توانایی های شخصی و ترویج شیوه زندگی سالم تقویت می گردد .

سنجش تأثیر رویکرد های مشارکتی در ارتقای سلامت

نتایج حاصل از ایجاد محیط های سالم ، تغییر سبک زندگی ، فعالیت های بین بخشی تقویت خدمات بهداشتی محلی ، توانمندسازی گروه های محروم و فقیر ، پروژه های مشارکتی ابتکاری برای بهبود شرایط اجتماعی و تندرستی؛ امیدوار کننده است . ارزشیابی ارتقای سلامت باید بر اساس وضعیت جامعه ای که پروژه در آن اجرا می شود ، صورت گیرد . به

عبارت دیگر ، یک فهرست خاص از شاخص های ارزشیابی فرآیندهای سیاسی - فرهنگی - اجتماعی توانمندسازی وجود ندارد. ارزشیابی ارتقای سلامت باید مبتنی بر مشارکت مردم باشد . مردم باید در فرآیند ارزشیابی ارتقای سلامت و در تعیین و تعریف شاخص ها درگیر شوند که برای این کار ، جمع آوری مناسب داده ها بسیار مهم است .

توافق کلی بر این است که ارزشیابی ارتقای سلامت باید هم کیفی و هم کمی باشد . چندین مؤلف بر این امر اصرار می ورزند که شاخص های کمی سنتی همچون میزان های ابتلای به بیماری و مرگ و میر برای اندازه گیری مشارکت مردم در حل مسایل بهداشتی و ساختار حمایت اجتماعی ، کافی نیست . فرآیندهای ارزشیابی ارتقای سلامت باید بر "چرا و چگونه " تأکید ورزند نه بر "چه چیز و چه مقدار " . ارزشیابی فرآیندهای اجتماعی نیازمند رویکردهای چند وجهی و همه جانبه است، به این معنا که ضوابط مورد نیاز برای توضیح موانع و راه حل ها نیازمند توسعه یک چارچوب کاری مشترک است تا شیوه های اندازه گیری مناسب تنظیم شود. پایداری روندهای مشارکتی نیز باید تضمین شود . مهم این است که شاخص های دوام در ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم در نظر گرفته شود .

سنجش تحولات سرمایه اجتماعی ، ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم و جوامع هنوز از بسیاری جهات در مرحله اولیه خود به سر می برد . ماتو (۱۹۹۶) مشارکت مردمی منتهی به افزایش ظرفیت جامعه را با پنج شاخص زیر ارزیابی می کند :

- ۱ - گستردگی : چه کسی مشارکت می کند و چه کسی مشارکت نمی کند ؟
- ۲ - عمق یا شدت : نوع فعالیت هایی که افراد در آن شرکت می کنند ؟
- ۳ - چگونگی : افراد چه راه هایی را برای مشارکت انتخاب می کنند ؟
- ۴ - تأثیر : آثار تحقق اهداف نهایی سلامت کدام اند ؟
- ۵ - دوام : چگونه می توان مشارکت بهتری را برای آینده ایجاد نمود ؟

معیارهای جدید ارزشیابی توانمندسازی مردم شامل سنجش کارآیی جمعی ، کنترل فردی درک شده، بافت سازمانی جامعه ، تأثیر اجتماعی درک شده و نیز تغییرات واقعی در عملکردها سیاست ها ، هنجارها، منابع و شرایط اجتماعی می باشد (Becker و همکاران ، Burdine و همکاران) . علاوه بر تعیین استانداردهای ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم ، ضروری است که بافت جامعه نیز ارزیابی شود . هر جامعه ای ، از تسهیل کننده ها و موانع خاص خودش برای تغییر و تحول برخوردار بوده و درک اهمیت شاخص های افزایش ظرفیت جامعه ، بسیار مهم است . باید توجه داشت که در ارزشیابی ظرفیت جامعه و نیز توانمندسازی مردم باید به

ماهیت سیاسی فرآیندهای مشارکتی افزایش ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم نیز توجه شود.

مشارکت و بخش سلامت

میلیو (۱۹۹۷) بر حمایت از سازمان های اجتماعی به منظور ایجاد ارتباطات مؤثر بین سیاست های همگانی و سلامت و تندرستی جامعه تأکید دارد. چنین حمایتی باید شامل تخصیص بودجه کافی، ارایه خدمات مناسب و آموزش سلامت مؤثر باشد. حمایت از آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم در دگرگون نمودن شرایط زندگی اشان، مسأله ای مهم و حیاتی است چرا که فرآیند چرخش اطلاعات یکی از تفاوت های اساسی موجود بین یک جامعه فعال و مشارکتی با یک جامعه غیر فعال می باشد. از نظر میلیو، توسعه ابتکارهای اطلاعاتی ارتباطی و آموزش سلامت مؤثر در جوامع غیر پیشرفته با چالش های بزرگی روبروست چرا که توسعه فرآیند آموزش سلامت در بین افراد و جوامع، فرآیندی مادام العمر است که نیازمند سیاست های همگانی مناسب، مدیریت علمی و هدفمند و حمایت سیاسی مداوم می باشد.

بخش سلامت متعهد است که ساز و کار مناسب برای اعمال نظارت و کنترل مردم و جوامع بر مداخلات سلامت را پیش بینی نماید. این کار یکی از پیشنهادهای مثبتی است که در اصلاحات بخش سلامت به طور همه جانبه مورد حمایت قرار گرفته است اما ضروری است که از طریق مکانیزم های تضمین کننده مشارکت مردم و جوامع؛ تشویق و اجرا گردد. اعمال نظارت و کنترل مردم و جوامع بر مداخله های بهداشتی و فعالیت های مراقبان سلامت نیازمند توجه جدی به تعیین ساز و کار مناسب برای توسعه نظارت مردمی بر خدمات سلامت است.

مراقبان سلامت باید نسبت به مساعدت با سازمان های اجتماعی برای بسیج منابع اشان متعهد شده و کارکنان بهداشتی نیز باید در زمینه شیوه ها و راه کارهای جلب مشارکت مردم (به عنوان راهی برای ارتقای سلامت) تربیت شوند. بعضی از مهارت های مورد نیاز در توسعه مشارکت برای ارتقای سلامت، نیازمند وجود زمینه های سیاسی مناسب برای جلب حمایت همه جانبه چانه زنی تدوین سیاست ها، توانایی پرهیز از تنش در مواقع تضاد منافع و ایجاد توافق می باشد. برخی دیگر از مهارت های بسیار مؤثر بر تئوری و عملکرد ارتقای سلامت شامل اطلاع رسانی ارتباطات، بازاریابی اجتماعی، تحقیقات مبتنی بر مشارکت مردم، تشکیل شبکه های اجتماعی و مدیریت سازمانی می باشند.

تحقق مفاهیم نوین سلامت همگانی نظیر تئوری و مبانی اجرایی ارتقای سلامت، نیازمند تلفیق تکنولوژی های اطلاعاتی و ارتباطی در حوزه سلامت همگانی می باشد. توسعه ارتباطات اجتماعی وسیله ای ارزشمند برای ارتقای سلامت است اما نیازمند تعهد کافی مسئولین

برقراری ارتباط و رسانه ها می باشد. بر طبق نظر (Beltran) روند ارتباط واقعی از یک " مدل ارتباط افقی " جهت تعامل دموکراتیک و به منظور ایجاد یک ارتباط دو سویه (نه آنچنان که بسیاری از کارکنان بهداشتی باور دارند، تنها برای تأثیر بر رفتارهای دیگران) تبعیت می کند . به منظور حمایت از مشارکت مردم و سازمان ها در ارتقای سلامت ، توسعه چنین مدلی مورد نیاز است .

یکی از دشواری های روند توسعه جامعه ، کمک به فراگیری و پذیرش تکنولوژی های ارتباطی - اطلاع رسانی نوین توسط گروه ها و توسعه برنامه های آموزشی متناسب با فرهنگ جامعه است . برای این کار به راه کارهای ابتکاری همچون استفاده از سریال های تلویزیونی طولانی مدت به منظور ارسال پیام های بهداشتی و انتقال الگوهای رفتارهای بهداشتی نیز نیاز می باشد . ابتکار سازماندهی مراکز ارتباطی محلی همچون مواردی که در بعضی از پروژه های شهرداری های سالم می توان یافت ، وسیله ای عالی برای جلب مشارکت مردم می باشد .

استفاده از وسایل ارتباط جمعی در مقوله ارتقای سلامت ، موضوعی است پیچیده که شایسته است بیشتر تجزیه و تحلیل شود . بسیاری از مراقبان بهداشتی بر این باورند که وظیفه وسایل ارتباط جمعی در ارتقای سلامت ، نیاز به تعریف دوباره دارد. به هر حال برای افزایش ظرفیت جامعه و توسعه مشارکت مردم در تدوین سیاست های حامی سلامت ، نباید آثار قوی رسانه ها را از یاد برد .

علاوه بر حضور کارشناسان بهداشتی و سایر کارشناسان ، منابع دیگری نیز برای توسعه مشارکت مردمی ، مورد نیاز است . توسعه مشارکت مردمی و تقویت ظرفیت جامعه به تخصیص بودجه کافی نیاز دارد . اشتباه بودن این باور شایع در بین مدیران که می گویند فعالیت های مردمی نیازی به تخصیص منابع مالی ندارد ، به تجربه ثابت شده است . باید دانست که نکته مهم برای توسعه ائتلاف ها و مشارکت های مردمی در ارتقای سلامت ، تخصیص بودجه کافی به پروژه های توسعه جامعه ، آن هم در یک دوره زمانی مناسب می باشد . افزایش ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم حتی در بهترین شرایط ، یک شبه رخ نداده و حصول نتایج مثبت نیازمند برخورداری از فرآیندهای مشارکتی مناسب می باشد .

در نهایت ، فرآیند افزایش ظرفیت جامعه نیازمند توسعه مسوولیت پذیری افراد و جوامع می باشد . رهبران جامعه ، مؤسسه های مدیریت و تخصیص بودجه ، سازمان های همکار و کارکنان بهداشتی باید مسوولیت پذیر باشند. مستندسازی مناسب موفقیت یا شکست پروژه ها و اقدام های توانمندسازی نیز ضروری است .

" ائتلاف برای سلامت " راهی است برای تأکید بر ضرورت همکاری با یکدیگر بمنظور خلق شرایط توانمند کننده مردم برای ارتقای سلامت و افزایش کیفیت زندگی آنان . ائتلاف برای سلامت ، یک وسیله است نه یک هدف. هشت مشخصه ضروری دستیابی به یک ائتلاف موفق به شرح زیر است :

- وجود یک هدف یا کار مشترک ؛
 - انتخاب اعضای ماهر ؛
 - اطلاع اعضا از وظایف خود و سایر اعضا ؛
 - حمایت اعضا از یکدیگر در انجام کارها ؛
 - پشتیبانی اعضا از مهارت و شخصیت یکدیگر ؛
 - تعهد اعضا به اینکه کار را به پایان برسانند ؛
 - وجود رهبری که هماهنگی های لازم را انجام داده و مسئولیت پذیر باشد ؛ و
 - وجود پایگاهی برای تیم همکار .
- آسیب وارده به مردم محلی از اصلاحات ناشی از روند جهانی سازی ، بیش از هر سطح دیگری از حکومت است چرا که اغلب مردم هدف فعالیت های توسعه اجتماعی - اقتصادی نبوده و اغلب به عنوان مصرف کنندگان بدون اهمیت محسوب می شوند .
- یکی از بزرگترین چالش های ارتقای سلامت در کشورهای در حال توسعه ، رسیدن به راه- های جدید برای حمایت مؤثر از جوامع محلی است . در این رابطه ، چهار یافته باید مورد تأکید قرار گیرد :
- ۱ - جوامع محلی ، خلاقیتی باور نکردنی و علاقه فراوانی به ادامه بقا دارند ؛
 - ۲ - توسعه سیاست های حامی سلامت در سطح محلی ، موفق تر از سطح ملی آن است ؛
 - ۳ - در جوامع محلی رویکرد " اپیدمیولوژی جامعه " مفید واقع می شود ؛
 - ۴ - وقتی ساختارهای قدرت ، به جوامع محلی فرصت کافی دهند ؛ آنها بهترین گزینه را برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی خود انتخاب می کنند .

مشارکت و اصلاحات در بخش سلامت

تأثیر استقرار الگوهای نوین سیستم مراقبت های بهداشتی که به عنوان اصلاحات در بخش سلامت شناخته شده بر فرآیندهای مشارکت مردمی و توسعه ظرفیت سازی جامعه باید بررسی شود . گزارش ۱۹۹۳ بانک جهانی چنین توصیه می کند که کشورهای در حال توسعه (با درآمد کم و متوسط) باید برنامه عملیاتی بخش سلامت را به گونه ای تدوین نمایند که

پاسخگوی سیاست های اقتصادی نئولیبرال باشد. حرکت ارایه کنندگان مراقبت های بهداشتی به سوی خصوصی سازی ، توسعه رقابت در بازار و تفسیر حقوق بهداشتی مردم با قوانین بازاریابی ، در خوش بینانه ترین حالت می تواند اشتباهی جدی در عملکرد بخش سلامت باشد. در محیطی سرشار از عدم رضایت مصرف کنندگان و ارایه کنندگان از مراقبت های بهداشتی توجه به اصول همبستگی اجتماعی و حرکت به سوی جلب مشارکت مردم برای توسعه عدالت مشکل تر می باشد. برای ارتقای سلامت ، الگوهای نوین اصلاحات بخش سلامت باید ارزیابی شده و نقش آنها در توسعه مشارکت مردم برای افزایش ظرفیت جامعه بمنظور ارتقای سلامت و در نتیجه رفع بی عدالتی مشخص گردد.

امروزه بسیاری از گروه ها و جوامع در حال مبارزه برای ادامه بقا بوده و با امید و حداقل ثروت به زندگی ادامه می دهند . تعداد چنین گروه ها و جوامعی در حال افزایش بوده و به این ترتیب شکاف میان محرومین و ثروتمندان جامعه همچنان در حال گسترش است . در چنین شرایطی کیفیت زندگی روزبه روز کاهش می یابد . گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۰۰ ، اشاره به فقر رو به تزاید کشورهای در حال توسعه و کاهش سرمایه گذاری در زمینه آموزش و سلامت در کشورهای بحران زده داشت .

از نظر نایدو و ویلز ، توجه به رویکرد تحول اجتماعی ، برای "ارتقای ساختاری سلامت" ضروری می باشد . این رویکرد ، بیانگر اهمیت تغییر محیط اجتماعی - اقتصادی به عنوان یک تعیین کننده ی اساسی سلامت می باشد . رویکرد تحول اجتماعی ، بر سیاست های همگانی و اقدامات محیطی تأکید داشته و هدف آن ایجاد تحول هایی در محیط فیزیکی ، اجتماعی و اقتصادی است که اثر آن ارتقای سلامت باشد . رویکرد تحول اجتماعی ، رویکردی از بالا به پایین (غیرمشارکتی) بوده و راهی است که ممکن است تعبیری بسیار سیاسی داشته یا به عنوان وظیفه فرد دیگری تلقی گردد اما رویکرد فریر برای بالا بردن آگاهی و شعور سیاسی مردم بویژه در جوامع فقیرنشین (متناسب با ارزش ها و قدرت آنها) ، رویکردی از پایین به بالا (مشارکتی) است که موجب ارتقای بنیادین سلامت می گردد . رویکرد مشارکتی فریر ، با فرآیندهای توانمندسازی مردم و ظرفیت سازی در جامعه در ارتباط می باشد .

توسعه سیاست های حامی سلامت برای تضمین ارتباط تعهدهای سیاسی با نیازها و اولویت های سلامت جامعه نیازمند هر دو فعالیت بالا به پایین (دولتی) و پایین به بالا (مشارکتی) می باشد . پرواضح است که سیاست های حامی سلامت قابل درک در جامعه ، ریشه در ظرفیت جامعه دارد . یکی از اهداف نهایی رویکرد تحول اجتماعی ، ایجاد جوامعی است که با حمایت دولت ها قادر به کنترل سلامت خویش باشند.

رویکرد تحول اجتماعی متأثر از پدیده جهانی سازی می باشد . برای جهانی سازی باید ارتباطات بین فردی و ارتباطات بین گروه‌ها ، جوامع و ملل تشویق و تسهیل گردد . بنظر می رسد که علیرغم حرکت سریع موتورهای جهانی سازی به سوی اقتصاد کلان ملل ، تلاش حامیان بر طرف کردن بی عدالتی در " دهکده جهانی " کافی نباشد . از این رو ، کسانی که هنوز بر اساس وجدان اجتماعی فعالیت می کنند ، جبران نارضایتی جوامع فقیرنشین و جوامع شهری دچار محرومیت های اجتماعی را بسیار مشکل می پندارند .

هم‌زمان با جهانی سازی ، حمایت از مصرف کنندگان و اتخاذ راه‌کارهایی برای توانمندسازی مردم در زمینه حفاظت از خودشان در مقابل فروش کالاهای تجاری بر سلامت و یا تندرستی افراد ضروری است . در کشورهای توسعه یافته ، جنبش های مصرف کننده بسیار موفق بوده و تقلید از آنها در کشورهای در حال توسعه به عنوان بخشی از اقدامات زیر بنایی ارتقای سلامت ، بسیار مفید خواهد بود .

مشارکت و شیوه زندگی سالم

موضوع شیوه زندگی سالم ، به خودی خود موضوعی مهم می باشد . هم‌زمان با فشرده شدن بوجه های بخش سلامت ، فشار به افراد برای برخورداری از یک زندگی سالم افزایش می یابد . سیاستگذاران باید به نقش رهبری خود در این زمینه متفکرانه بیاندهند . باید بیش از گذشته به کاهش تنش بین نقش مسوولیت فردی (من چه باید بکنم) ، مسوولیت اجتماعی (ما چه باید بکنیم) ، من برای آنچه که اطرافم رخ می دهد ، چه باید بکنم) و استقرار محیط های سالم سیاست همگانی سالم و کاهش شکاف عدالت اجتماعی توجه شود .

تصور می شود مهم‌ترین موانع انتخاب شیوه زندگی سالم ، شامل نحوه تعریف و پذیرش مفهوم آن و توان مردم (بویژه اقشار با وضعیت اقتصادی – اجتماعی پایین) برای رعایت شیوه زندگی سالم است .

در واقع باید به این سؤال ها جواب دهیم :

- آیا شیوه زندگی سالم ، مفهومی مفید می باشد ؟
- تعیین کننده های انتخاب شیوه زندگی ، چه هستند ؟
- چه رویکردهایی برای توسعه شیوه زندگی سالم استفاده شده اند و آیا آنها اثربخش بوده اند ؟
- فرآیندهای اجتماعی و عمومی ، چگونه می توانند شیوه زندگی سالم را توسعه دهند ؟

یک شیوه زندگی سالم باید با محیط اجتماعی خودش سازگار باشد و جز با تصور آن به عنوان دسته ای از مداخله‌های هماهنگ با شیوه زندگی گروه های هدف ، احتمال موفقیت برنامه‌هایش اندک خواهد بود .

شیوه زندگی سالم ، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی ، ارتقای سلامت ، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد . با این حال قانع کردن مردم به اینکه سلامت یک سرمایه مناسب است و ایجاد انگیزه برای خلق فرهنگی سلامت پرور فرآیندی پیچیده می باشد .

بیماری هزینه بر است . بخش قابل ملاحظه ای از منابع خانواده ها و کشورها برای پاسخگویی مقتضی به بیماری و رهایی از مشکلات سلامت هزینه می شود . افزایش شیوع بیماری های مزمن و شرایط ناتوان کننده ، همراه با امید به زندگی بیشتر و افزایش میانگین سن مردم ، از عوامل اثبات شده افزایش بار بیماری اند . شرایطی نظیر بیماری قلبی، سرطان دیابت ، بیماری های مفصلی و ناراحتی های روانی ؛ مسوول اکثریت عمده مرگ و ناتوانی اند . تاکنون ، استراتژی‌های اصلی ما برای برخورد با این شرایط ، تکیه بر ارایه مراقبت های بالینی ویژه توسط متخصصان ماهر بهداشتی بوده است . اما شرایط امروز حاکی از آن است که جز با آغاز اقدام جدی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ، نمی توان برای بهبود شرایط اقدام نمود . برنامه‌های جدید باید شامل توسعه اقدام‌های جایگزین مؤثرتری بجای مداخله‌های جاری برای پاسخگویی به بیماری ها در سیستم فعلی ارایه خدمات بهداشتی باشد .

بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری اند یا حداقل می توان وقوعشان را به تعویق انداخت . U.S. Dept.of Health & Human Services : Stroebe & Stroebe ، ۱۹۹۹ : (۱۹۹۵) . همچنین در طول ۲۰ سال گذشته مشاهده شده است که بخش قابل توجهی از ۱۰ عامل مرگ ناشی از عوامل قابل تعدیل اجتماعی و شیوه زندگی می باشد (US Dept. of Health & Human Services ، ۱۹۹۹) .

برخی از مشکلات بهداشتی به سهولت رفع شدنی است (مثل بستن کمربند ایمنی) اما بسیاری از مشکلات بهداشتی نظیر عدم تحرک فیزیکی ، تغذیه نا مناسب ، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد ریشه در فرهنگ و شرایط اقتصادی - اجتماعی دارند و رویارویی با آنها بسیار مشکل است (Kawachi et al ، ۱۹۹۶؛ Lupton ، ۱۹۹۸؛ Marmot et al ، ۱۹۹۴؛ Stewart ، ۱۹۹۷؛ et al ، ۱۹۹۶) .

شواهد نشان می دهد که بسیاری از عوامل فردی و اجتماعی وابسته به سلامت ، مواردی هستند که تنها از طریق استراتژی های جامع ، بین بخشی و طولانی مدتی که متضمن انواعی

از رویکردهای آموزش ، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد ، قابل تعدیل و تغییرند
 ۱۹۹۴ ; Frolich & (FPT Advisory Committee on Population Health
 ۱۹۹۸ ; Lomas ، ۱۹۹۸ ; Hyndman ، ۱۹۹۹ ; Hobfoll ,Potvin
 بسیاری از رفتارهای مؤثر در شرایط سلامت ، خواه بهبود سلامت یا بیماری ، بطور واضحی
 در ارتباط با همبستگی متقابل بین شیوه زندگی مردم و محیط اجتماعی آنها هستند (Bhatti
 ، Frankish&Bishop، ۱۹۹۹، ۱۹۹۹). همزمان با موفقیت های محدود استراتژی های
 ارتقای سلامت متمرکز بر رفتارهای بهداشتی فردی ، به تازگی ما با مفاهیمی چون همبستگی
 اجتماعی ، حمایت اجتماعی و وابستگی متقابل اجتماعی آشنا شده ایم (Coyne & fiske ،
 ۱۹۹۲ ; Frohlich & Potvin ، ۱۹۹۹ ; Globerman ، ۱۹۹۹).

شیوه زندگی مردم عامل مؤثر مهمی در سلامت جسمی ، روانی (عاطفی ، روانی ، روحی)
 - اجتماعی و تندرستی آنان است . شیوه زندگی ، بویژه وقتی که در ارتباط با رفتارهای
 مخاطره آمیز نظیر استعمال سیگار و نداشتن تحرک فیزیکی مطرح می شود ، بطور خاص به
 عنوان عملکردی ارادی (نتیجه انتخاب های شخصی افراد) تجسم می شود. مفهوم “ شیوه
 زندگی ” از ارزش قابل ملاحظه ای در تحلیل سلامت برخوردار است اما در اکثر جوامع هنوز از
 مفهوم معینی برخوردار نیست . گسترش شیوه زندگی در ورای ادارک فرد گرایانه (رویکردهای
 فردی) ، کلید توسعه مردم سالم و جوامع سالم است . درک روابط بین افراد و بستر اجتماعی
 اشان موجب توسعه روش های مؤثرتر بهبود سلامت خواهد شد . توسعه فرصت های مشارکت
 مردمی و تغییر بستر اجتماعی موجب تقویت سلامت می شود . مشارکت در سطوح متفاوت به
 معنای آن است که فرهنگ به سادگی بر شیوه زندگی افراد اثر نمی گذارد . افراد و گروه های
 انسانی باید برای ارزیابی و تغییر شرایط موجود اجتماعی خودشان به گونه ای که قادر به
 برخورداری از شیوه زندگی سالم شوند (خودشان و مردمی که اطرافشان زندگی می کنند) در
 مشارکت با هم اقدام کنند. سیاست ها و اقدام های کلان تأثیری اساسی بر شیوه زندگی افراد ،
 روابطشان با جامعه و ظرفیت جوامع برای توسعه سلامت افراد دارند . در بحث آموزش سلامت
 برای ارتقای سلامت و سلامت همگانی ، شرکا در توسعه و حمایت از مفهومی “ جامعه نگر “
 برای شیوه زندگی و نیز در تبادل افکار و تأمین محیطی حمایتی برای تواناسازی افراد در
 رعایت شیوه زندگی، از جایگاه والایی برخوردارند .

مفهوم “ شیوه زندگی ” متکی بر این ایده است که مردم بطور معمول الگوی قابل تشخیصی
 از رفتار را در زندگی روزانه خود به نمایش می گذارند (برای مثال ، مسایل روتین کار ، فراغت
 زندگی اجتماعی) . واژه “ شیوه زندگی سالم ” ناشی از این ایده است که الگوی زندگی روزانه

فعالیت ها می تواند به عنوان سالم یا ناسالم مورد داوری قرار گیرد. بطور معمول ، یک شیوه زندگی سالم به عنوان یک زندگی متعادل مشخص می گردد که در آن هر شخصی بطور آگاهانه انتخاب می کند . البته ، مجموعه انتخاب ها ، متأثر از بسیاری از عوامل می باشد . در زندگی واقعی ، شیوه زندگی محصول ترکیبی از انتخاب ، شانس و منابع می باشد . Rutten (۱۹۹۵) برخی از عناوین متفاوت مطرح در بحث شیوه زندگی را شامل موارد زیر دانست :

- شرایط زندگی ← منابع
- اداره زندگی ← الگوی رفتار
- شیوه زندگی ← الگوهای مشترک اداره زندگی
- شانس های زندگی ← احتمال تطابق ساختاری شیوه زندگی و شرایط زندگی

محیط فرهنگی - اجتماعی افراد ، یکی از عوامل تعیین کننده خیلی مهم شیوه زندگی است . در واقع ، Shields (۱۹۹۲) و سایر جامعه شناسان پیشنهاد کرده اند که شیوه زندگی بطور اساسی مصنوع و تصویری از فرهنگ است و اهمیت عامل انتخاب افراد نسبت به تعیین کننده های اجتماعی ، کم تر می باشد . شیوه های زندگی مجموعه ای از عناصر نهادین مؤثر در شکل گیری مدل رفتار ، آرایش و سلیقه مردم را در بر می گیرد (Shields ، ۱۹۹۲) . به تازگی مفهوم شیوه زندگی بسیار اهمیت یافته است . در برخی از مدارک ، شیوه زندگی به عنوان یک تعیین کننده سلامت و بیماری تعریف شده است . چنین تعریفی در سراسر دنیا ، تفکر درباره سلامت را متأثر ساخته است. lalonde شیوه زندگی را اینگونه تعریف کرده است: انباشت تصمیم های متخذه توسط افراد که بر سلامتشان تأثیر گذارد و از سوی دیگر کم یا زیاد تحت کنترل آنها باشد . عادت های بد بهداشتی افراد ، موجب ایجاد مخاطرات خود خواسته برای آنها می شود . وقتی که تهدیدهای مذکور موجب بیماری یا مرگ شود ، می توان شیوه زندگی قربانی را عامل مؤثر یا موجب بیماری یا مرگش دانست .

مباحث اولیه شیوه زندگی بطور ابتدایی بر تغذیه ، تحرک فیزیکی ، استعمال دخانیات و مصرف الکل متمرکز بود . برنامه های بهبود شیوه زندگی نیز متکی بر این تصور بود که اطلاعات و آموزش می تواند شیوه های زندگی را تغییر دهد . امروزه ، درک ما از شیوه زندگی و رابطه اش با سلامت ، نسبت به آن زمان دچار تغییری اساسی شده است . تحقیق و تجربه در زمینه ارتقای سلامت ، روش تفکر ما درباره شیوه زندگی و نحوه تلاش ما برای بهبود سلامت را تغییر داده است .

در طول ۲۰ سال گذشته، تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO-۱۹۹۸) از شیوه زندگی، موجب درک گسترده تری از تعیین کننده های یک زندگی سالم شده است. طبق تعریف WHO، شیوه زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین ویژگی های فردی، تعامل های اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی، اقتصادی و محیطی یک فرد تعیین می شود.

تعریف WHO حاکی از آن است که الگوهای رفتاری بطور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می شوند. طبق تعریف مذکور، تلاش برای بهبود سلامت از طریق تواناسازی مردم برای تغییر شیوه زندگی اشان باید هم در راستای تغییر فرد و هم در راستای تغییر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوه زندگی تنظیم گردد. تعریف WHO بیشتر مؤید آن است که شیوه زندگی ایده آل (حداکثری) معلوم نیست و عوامل زیادی در تعیین راه مناسب برای زندگی هر فرد مؤثرند.

یک تعریف بازسازی شده از شیوه زندگی باید علاوه بر عوامل مؤثر در تغذیه، تحرک فیزیکی و مصرف الکل؛ بتواند تأثیر شرایط و فرآیندهای اجتماعی نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و روابط اجتماعی را بر شیوه زندگی محاسبه نماید. مرزهای شیوه زندگی باید در آن - سوی افراد تعیین شود.

چشم اندازهای اخیر در مورد تعیین کننده های سلامت مردم، درک ما را از عناصر تشکیل دهنده یک شیوه زندگی سالم توسعه داده است. برای مثال می توان به عناصر زیر اشاره نمود:

- تطابق مؤثر: اکنون بطور گسترده ای بعنوان یک تعیین کننده مهم سلامت محسوب می شود. رفتارهای تطابقی به مردم کمک می کند تا فارغ از رفتارهای مخاطره آمیز با چالش ها و استرس های زندگی روبرو شوند.
- یادگیری مادام العمر: بخشی از یک شیوه زندگی سالم است.
- احتیاط های ایمنی و امنیتی: در خانه، مدرسه و محل کار بخشی از شیوه زندگی سالم است.
- فعالیت اجتماعی و داوطلبانه: امروزه با شناخت تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت به عنوان جزیی مهم از شیوه زندگی سالم محسوب می شود.
- حس هدفمند و معنا دار بودن، معنویت و امید: از عناصر اصلی شیوه زندگی است. این مفاهیم در برگیرنده تلاش برای درک و یافتن موقعیت فرد در دنیا می باشد (Ansbacher, Bhatti; ۱۹۵۹, ۱۹۹۹).

طبق نظر Mcleroy و همکاران ، رفتارهای بهداشتی توسط پنج دسته از عوامل تعیین می شوند : عوامل درون فردی - فرآیندهای بین فرد و گروه های اولیه - عوامل نهادی - عوامل اجتماعی - سیاست همگانی .

قرار گرفتن چهار عامل از پنج عامل مذکور در خارج از فرد یعنی در محیط ، نشان دهنده اهمیت بیشتر مداخله های پیش بینی شده در محیط نسبت به مداخله در سطح فردی می باشد. شواهد قوی و قانع کننده بسیاری درباره تأثیر تعیین کننده های اجتماعی بر سلامت ، وجود دارد (WHO - ۱۹۹۸) . برای اجتناب از این تصور که شیوه زندگی یک خصیصه فردی است و اینکه رفتار فردی اولین سطح تغییر می باشد، Frohlich و Potvin (۱۹۹۹) پیشنهاد کردند که تعریف مجدد شیوه زندگی نیازمند بررسی شیوه زندگی جمعی است . این مؤلفان پیشنهاد کردند که چنین اکتشافی به درک کامل تر تعامل بین شرایط اجتماعی و رفتار در شکل دهی سلامت کمک خواهد کرد . آنها همچنین پیشنهاد کردند که مفهوم معاصر شیوه زندگی با تجسم اولیه آن بر اساس نظر Max Weber بسیار متفاوت است . وی شیوه زندگی را بطور عمده توسط شرایط و تفاوت موجود میان گروه ها تعریف می کرد و معتقد بود که شیوه زندگی توسط مدل های مصرف تقویت می گردد (Lupton, ۱۹۹۴) .

نوسازی مفهوم “ شیوه زندگی سالم ” با محاسبه موقعیت اجتماعی ، مشابه بازسازی مفاهیم موجود در حیطه استرس و تطابق می باشد (Eckenrode - Lyons et all ; ۱۹۹۸-۱۹۹۲ ; Coyne & Fiske ; ۱۹۹۱) .

اخیراً ، برای نوسازی مفهوم استرس و تطابق از مفهومی تنها فردی (چگونه من به تنهایی با استرس مقابله کنم) ، به فرآیندهایی اجتماعی (چگونه ما با استرس مقابله کنیم و چگونه دیگران بر تعیین استرس و تطابق اثر می گذارند) ، حرکت هایی انجام شده است . تم اصلی این تغییر در اندیشه وابستگی متقابل و شواهد فزاینده در زمینه اثرگذاری آن بر تطابق و بر انتخاب شیوه های زندگی سالم است . وابستگی متقابل به معنای بهم پیوستگی افراد با محیط اجتماعی اشان می باشد (Kelley , ۱۹۷۹) . هویت ، انتخاب ها و شیوه زندگی هر شخصی تا اندازه خیلی زیادی با توجه به وابستگی متقابلش تعریف می شود. در یک تفکر مبتنی بر وابستگی متقابل ، شیوه زندگی سالم کمتر به عنوان مهارت های سلامت فردی تنها اکتسابی و بیشتر به عنوان صلاحیت های اکتسابی و انتخاب مسیری برای خلق یک محیط حمایتی مشترک برای زندگی سالم درک می شود .

اتکای ساختار سلامت مردم بر شواهد قوی ، موجب افزایش توجه به عرصه جامعه می گردد . در کل ، جامعه (Community) جایی در زنجیره بین افراد و اجتماع می باشد .

یک جامعه جمعی از مردم است که با ارزش‌های مشترک و علایق متقابلشان در زمینه توسعه و ارتقای سلامت گروه یا ناحیه جغرافیایی‌شان تعیین می‌شوند (Green & Kreuter - ۱۹۹۹). جامعه کانون تعامل بین مردم و نیز کانون تعامل بین بسیاری از تعیین‌کننده‌های محیطی (خارج از افراد) سلامت می‌باشد (نظیر محیط زیست و درآمد). تأثیر جامعه بر سلامت، تک - بعدی نیست (جامعه من، سلامتیم را متأثر می‌سازد). ارتباط مذکور دو بعدی (افراد یک جامعه را تقویت یا ضعیف می‌کنند و بر تندرستی دیگران مؤثرند) و با ارتباط درونی (مثلاً جامعه و اعضایش جدایی‌ناپذیر هستند) می‌باشد.

تمرکز بر مباحث ویژه شیوه زندگی نظیر تغذیه و تحرک فیزیکی به تنهایی و از یک منظر فردگرایانه، این نگاه که شیوه زندگی سالم تنها درباره من برای خودم چه باید بکنم می‌باشد را تقویت می‌کند. حال باید دید که در صحبت از شیوه زندگی با توجه به رابطه فرد با جامعه چه عناصری از فرد در متن جامعه باید در تعریف ما از شیوه زندگی سالم لحاظ گردد؟ در زیر فهرستی از عناصر مذکور بیان می‌شود:

الف) سلامت من، بر شیوه زندگی دیگران/اثر می‌گذارد. سلامت شخصی افراد بر شیوه زندگی دیگران تأثیر دارد (مثلاً، بار بیماری و آرایه مراقبت).

ب) اقدامات من، بر شیوه زندگی دیگران/اثر می‌گذارد.

اقدام‌هایی که شیوه زندگی دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل: حمایت اجتماعی از رفتارهای سالم - خدمات نجات داوطلبانه - ایفای نقش به عنوان یک الگو برای کودکان، خانواده‌ها یا هم‌سالان - ایجاد محیط فیزیکی برای زندگی سالم - معرفی عملکرد سالم به دیگران از طریق جلب شرکا - پیشنهاد فرصت مناسب برای مداخله در رفتارهای مثبت بهداشتی به مردم (کمک‌های بهداشتی و خدمات امداد و نجات).

ج) من بر شرایط جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنم، اثر می‌گذارم و این اثر در شیوه‌های زندگی سالم دخیل است: افراد در سلامت جامعه‌شان سهیمند. آنها از انرژی و تخصصشان در برنامه‌ریزی، طراحی و توسعه ابتکارهای جامعه‌سالم و برای حمایت از کاهش عوامل ضد سلامت (مثل محیط‌های فیزیکی غیرایمن) استفاده می‌کنند.

د) ما (در همکاری با هم) بر سلامت دیگران اثر می‌گذاریم: مردم در جوامعشان برای کمک به افرادی که در نتیجه شرایط فردی یا مجموعه‌ای از عوامل استرس‌زا (مثل سیل یا تعطیلی کارخانه)، دوران سختی را می‌گذرانند یا کسانی که برای سازش مؤثر نیازمند منابع خارجی هستند، همکاری می‌کنند. ممکن است مردم برای خلق حمایت‌های بنیادین در

جوامعشان با یکدیگر همکاری کنند(مثل ایجاد یک مکان تفریحی یا لابی برای کاهش آلودگی ها). حمایت جامعه نیز ممکن است که توسط حوادثی که برای افراد رخ می دهد، فعال شود اما آنچه که بیشترین تأثیر را دارد شبکه های اجتماعی است.

در جوامع پیش صنعتی، مردم برای بقا نیازمند تعاون و اشتراک هستند. با صنعتی شدن جوامع و تغییرهای حاصل از آن، ارزش ها و هنجارهای اجتماعی از عدم وابستگی (استقلال) و کسب منابع فردی حمایت می کنند. اکنون، بسیاری از مردم اهل یک جامعه حمایتی نیستند. در مراکز شهری و حومه شهر، اغلب مردم دور از خانواده و دوستانشان زندگی می کنند. فرهنگ سرعت، فرصتی برای ایجاد روابط جدید و خلق عواطف عمومی باقی نمی گذارد. جایگزینی وابستگی به خانواده و همسایه ها توسط نهادهایی نظیر سازمان ها، دولت ها و شرکت ها، موجب توسعه بی عاطفگی و قطع ارتباطات می شود.

جامعه اغلب محل کار است. جامعه بازاریگر فردگرایی ما مردم را به خرید خدماتی که در آغاز توسط روابط فردی و جمعی ارایه می گردید، تشویق می کند بنابراین دیگر انگیزه ای برای سرمایه گذاری در ایجاد روابط باقی نمی ماند و توسعه مبتنی بر مشارکت جامعه با تزلزل روبرو می شود. شاید تعریف بعدی در پرورش مفهوم وابستگی متقابل، شکل جدیدی از مفهوم وابستگی متقابل در زندگی ما باشد که در آن جامعه به عنوان جایی برای وابستگی متقابل پویا ارزش گذاری می شود، جایی که مردم احساس کنند: بخشی از یک جامعه توسعه دهنده سلامت و بخشی از رشد و وجود آن جامعه اند.

آیا مفهوم شیوه زندگی هنوز مفید است؟ پاسخ کوتاه این سوال، بله است اما با قید این شرط که درک ما از آن توسعه یافته است. وقتی که واژه شیوه زندگی به کار برده می شود باید مؤلفه های بیانگر وابستگی متقابل بین فرد و محیط های اجتماعی و فیزیکی پیرامونش را نیز در برگیرد. مهم تر آنکه، انحصار این واژه در جنبه های رفتاری مؤثر بر سلامت نظیر تغذیه یا تحرک فیزیکی صحیح نیست و نباید تنها بعنوان رفتارهای بهداشتی اصلاح پذیر فردی مشاهده شود.

برای توسعه تفکر شیوه زندگی سالم، چه چیزی را باید ترویج دهیم؟ یک شیوه زندگی سالم می تواند به عنوان تعریفی عمومی از رفتار مردم در سه بعد درون افراد، محیط های اجتماعی آنان (خانواده، همسالان، جامعه، محل کار) و رابطه بین افراد و محیط های اجتماعی آنان در نظر گرفته شود.

مفهوم بازسازی شده شیوه زندگی سالم، شامل ابعاد: افراد، جامعه و وابستگی متقابل بین افراد و جامعه می باشد. شیوه زندگی سالم تلاشی است برای تأمین تعادل منطقی و

خردمندانه (اصلاح یا افزایش) سلامت فردی شخص ، سلامت و تندرستی دیگران و سلامت جامعه . اکثریت مردم انتخاب می کنند اما انتخاب های بسیاری از آنها محدود است . در تنظیم انتخاب های در دسترس، عواملی نظیر آموزش ، روابط ، جامعه پذیری ، فردیت ، توانایی فیزیکی و روانی ، عوامل موقعیتی و اهداف نهایی و مالی و سایر منابع درگیرند . مردم در متن هنجارهای جامعه و گستره اجتماعی و شرایط اقتصادی ، دست به انتخاب می زنند . برای مردم برخوردار از درآمد ها و آموزش بالاتر ، فرصت انتخاب بیشتر است اما این بدان معنا نیست که آنهایی که از دانش و منابع برخوردارند ، همیشه رفتار سالم تری را انتخاب می کنند .

وقتی که سلامت بیشتر به عنوان حاصل انتخاب های فردی مورد ملاحظه قرار گیرد پیوندهای واضح موجود میان انتخاب شیوه زندگی و شرایط زندگی نمایان می گردد و ضرورت توجه جدی به وابستگی متقابل بین عملکرد فرد و بافت اجتماعی - اقتصادی نیز واضح تر می شود. سلامت به خودی خود ، برای اکثریت مردم “ یک انتها ” نیست . تعریف WHO از سلامت خاطرنشان می سازد که سلامت خود یک انتها نیست و منبعی برای زندگی روزانه است. علاوه بر این ، انتخاب های سلامت و شیوه های زندگی ، داخل فعالیت های روزانه (کار ، آموزش ، والدی روابط) جای می گیرند طوری که ممکن است بطور خاص به عنوان انتخاب های سلامت تشخیص داده نشوند .

امور حفظ سلامت به تنهایی رخ نمی دهند بلکه در سایر امور زندگی روزانه جای می گیرند البته به گونه ای در دنیای زندگی روزمره افراد ادغام شده اند . اغلب هر رفتار تداعی کننده سلامت به روشی در سایه سایر مقاصد مهم تر برای وجود فرد رخ می دهد . نقش فعالیت های ارتقای سلامت ، ارزش ها و گفتگو درباره آنها ؛ در فرهنگ با ارزش زندگی روزانه ، باید ارزیابی شود (Lupton ، ۱۹۹۴) .

اغلب مردم برای رفع نیازهای چندگانه و رقابتی فردی و خانوادگی خود مجبورند دست به انتخاب هایی بزنند. گهگاه ، انتخاب هایی می شود که بطور خاص معطوف به سلامت فردی است .

مردم به شیوه ای زندگی می کنند که می دانند ناسالم است اما می خواهند به نیازهای اصلی فوری خود پاسخ دهند . بمنظور مقابله با انتخاب شیوه زندگی ناسالم (آنهایی که از نظر علمی ثابت شده است که برای سلامت فرد مضرند) ، باید عوامل مؤثر در عرصه زندگی مردم درک و تغییر داده شوند تا انتخاب های سالم تر امکانپذیر گردد .

مدل کیفیت زندگی مرکز ارتقای سلامت دانشگاه تورنتو ، بیانگر بودن ، شایسته بودن و وابسته بودن می باشد . این مدل پیشنهاد می کند که مردم کیفیت زندگی را به عنوان یک

هدف نهایی تعریف می کنند و سلامت مفهوم تلاش های فردی در راستای تحقق آن هدف نهایی می باشد (Raeburn&Rootman، Renwick et al. ۱۹۹۸، ۱۹۹۶).

سلامت و بیماری ریشه در تعامل پیچیده بین افراد ، عوامل ساختاری اجتماعی (مثل موفقیت تحصیلی و شغل) ، عوامل فرهنگی (مثل باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ های همسانان) دارد که به صورت خطر ها یا عوامل حفاظتی خاص دیده می شوند . علاوه بر عوامل مذکور ، فشارهای جلب مشتری بازار و اطلاعات منابع مختلف نیز ممکن است بر درک سلامت و خطر اثر گذارد .

اگر مجاورت با میکروب ها (باکتری یا ویروس) ، با محصولات (سیگار یا استعمال دخانیات) یا با آلوده کننده های شیمیایی در هوا ، آب و غذا به عنوان عوامل مؤثر بر سلامت قلمداد شوند تعیین کننده های سلامت (مثل آموزش ، جنسیت ، استعداد ژنتیک و غیره) باید بعنوان مشروط کننده های فردی و اجتماعی مؤثر بر احتمال و وسعت مجاورت با عوامل مؤثر بر سلامت در نظر گرفته شوند .

معلوم شده است که تعامل بین مجاورت با عوامل مؤثر بر سلامت با عوامل انعطاف پذیر اجتماعی و زمینه های ژنتیک ، موجب تجربه درجه های گوناگونی از سلامت و بیماری توسط افراد و جمعیت های مورد نظر می گردد . در چنین حالتی شیوه زندگی سالم به صورت تعامل بین انتخاب ها و عادات افراد با موقعیت های اجتماعی ، آسیب پذیری ها و مجاورت با خطر ها تعریف می شود . زمان صرف شده داخل خانه ها و خارج از خانه ها و نوع همسایگی در مکان زندگی فرد نیز همانند عادات های غذایی ، تحرک فیزیکی و مصرف الکل یا دارو از عوامل مؤثر بر شیوه زندگی هستند.

تفکر درباره سلامت و خطر های سلامت مطرح شده به عنوان تعیین کننده های سلامت شیوه های زندگی و الگوهای حاصله از مجاورت با (چندین) خطر و نتایج نامساعد آن ، برای رسیدن به درک بهتری از نحوه حفظ سلامت یا تولید بیماری مهم می باشد . با چنین درک کاملی ضرورت تجربه همزمان و هماهنگ برنامه های مداخله ای چند سطحی ، ترکیب اطلاعات سیاست های مالیاتی ، بازاریابی اجتماعی ، اقدامات تقنینی و اجتماعی برای تأثیر بر سلامت مردم توجیه می شود .

انتخاب های شیوه زندگی ، رفتار های اتفاقی و مستقل از ساختار و بافت نیستند بلکه انتخاب هایی متأثر از شانس های زندگی اند (Frohlich و Potvin ۱۹۹۹). پنج تعیین کننده مهم انتخاب شیوه زندگی شامل مهارت های فردی ، استرس ، فرهنگ ، روابط اجتماعی

و احساس کنترل می باشد. با وجود اینکه مفاهیم مذکور به عنوان عناصر شیوه زندگی در نظر گرفته می شوند اما همیشه در ابتکارها و مبانی شیوه زندگی مورد غفلتند.

امروزه به خوبی مشخص شده است که افزایش مهارت های زندگی فردی، عنصر مهمی از ارتقای سلامت بوده و شامل مهارت هایی و رای مهارت های مرتبط با اقدام های خاص بهداشتی می باشد. "مهارت های زندگی، توانایی های تطبیق و رفتارهای مثبتی هستند که مردم را قادر به رویارویی مؤثر با تقاضاهای زندگی روزانه می سازند." چنین مهارت هایی شامل مهارت های فردی بین فردی، شناختی و فیزیکی می باشد که مردم را قادر به کنترل و اداره زندگی اشان می سازند. مهارت های زندگی فردی شامل سواد خواندن و شمردن، تصمیم گیری و حل مسأله، تفکر خلاق و نقاد، همدلی، حمایت دو جانبه، خودیاری و جلب حمایت، ارتباطات و تطابق می باشد (IUHPE - ۱۹۹۹).

انتخاب های مردم همچنین به شدت تحت تأثیر استرس می باشد. تمامی رفتارهای انسان (یا حتی اعمال مقاومت نسبت به فرهنگ غالب) به درجات متفاوتی فرهنگ و ارزش های یک جامعه معین را منعکس می سازد. هنجارهای جامعه و استانداردهای رفتاری نیز انتخاب فردی را محدود می کنند. احساس کنترل زندگی و موفقیت یکی دیگر از مؤلفه های مهم انتخاب شیوه زندگی می باشد. سطوح بالای استرس نشان دهنده عدم کنترل طولانی مدت است که موجب اضطراب و احساس نا امنی می شود. استرس مسوول دامنۀ گسترده ای از تغییرهای فیزیولوژیک شامل افسردگی، استعداد ابتلای به عفونت، دیابت، فشار خون بالا، خطر بیشتر حمله قلبی می باشد (Bruner ۱۹۹۷). Lomas (۱۹۹۸) بیان می کند که تأثیر حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی بر بیماری قلبی بسیار قوی تر از مراقبت پزشکی فردی می باشد.

Wallerstein (۱۹۹۲) نقش "ناتوانی" (Powerlessness) را به عنوان عامل خطری برای بیماری و در مقابل نقش توانمندسازی را به عنوان یک راهبرد ارتقای سلامت گزارش کرد. او ادبیات موجود در زمینه اپیدمیولوژی اجتماعی، سلامت شغلی، بررسی استرس، سرمایه اجتماعی ظرفیت جامعه، مشارکت مردمی و شبکه های اجتماعی و سازمان دهی جامعه را مرور نمود. از این مجموعه ادبیات گوناگون، Wallerstein نتیجه گرفت که: کنترل بر سرنوشت فردی یا فقدان آن، به صورت یک عامل خطر آشکار می شود... یک فرضیه مؤثر آن است که فقدان کنترل بر سرنوشت در مردمی که بسیاری از تقاضاهایشان بی جواب مانده یا بطور مزمن در شرایط حاشیه ای قرار گرفته اند و نیز در افراد فاقد منابع، حمایت ها یا

توانایی های لازم برای توسعه کنترل بر زندگی اشان و نیز استعداد/ابتلای به بیماری را افزایش می دهد .

یک محیط اجتماعی سالم ، احساس تعلق و برخورداری از ارزش را در مردم ایجاد می کند که چنین احساسی از استرس می کاهد ، کنترل را افزایش می دهد و انزوای اجتماعی را کاهش می دهد . محیط حمایتی می تواند در خانه ، مراکز عمومی ، مدارس محل های کار و محل های تفریح خلق شود . پاسخ فردی به عواقب بهداشتی استرس شامل کنترل آن با دارو یا مدیریت استرس می باشد . رویارویی با دلایل استرس در سطح جمعی ، از طریق خلق محیط های حمایتی در خانه ، مدارس ، شرکت ها و سایر سازمان ها ، رویکرد مقبول تری است (WHO، ۱۹۹۸) . حمایت و ارتباط اجتماعی با خانواده ، دوستان و جوامع ، عوامل مهمی برای سلامت و کاهش مرگ زود هنگام می باشند (Hanson-۱۹۹۶; ۱۹۹۷-inpress-Stewart) . اکنون حمایت اجتماعی به عنوان یک تعیین کننده مهم سلامت شناخته شده است . ممکن است ثبات تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت ، بیشتر و حتی خیلی بیشتر از تأثیر شیوه های زندگی و رفتارهای پرخطر باشد . حمایت اجتماعی ، حفاظتی در برابر حوادث گوناگون زندگی و شرایط زندگی بوده و نیز منبعی عاطفی و کاربردی برای سازش و برای افزایش کیفیت زندگی می باشد . وابستگی و تعلق به یک گروه اجتماعی موجب می شود مردم مراقبت شدن دوست داشته شدن و محترم شمرده شدن را احساس می کنند . چنین تعلقی موجب حس برخورداری از مقام اجتماعی و احساس کنترل می گردد که اثر حفاظتی این دو عنصر برای سلامت بسیار قوی می باشد (WHO، ۱۹۹۸-FPT Advisory Committee on population Health، ۱۹۹۸-Lyonseal-۱۹۹۴) . احتمال تجربه افسردگی و بیماری روانی خطرات بارداری و ناتوانی مزمن در مردم برخوردار از حمایت اجتماعی کمتر ، بیشتر است (Kaplan et al.، ۱۹۸۸; Kawachi et al.، ۱۹۹۶; Oxman et. al، ۱۹۹۲) .

روابط اجتماعی مناسب می تواند عواقب استرس را کاهش دهد . مداخله های حمایت اجتماعی ، نتایج پزشکی را در مجموعه ای از جمعیت های پرخطر بهبود می بخشد (WHO، ۱۹۹۸) .

علیرغم اهمیت این امر ، نباید بدون چالش های جدی ، جامعه به عنوان کانون ایده آل تلاش محسوب شود . چالش های تمرکز بر جامعه ، شامل مسایل قدرت (در گروه ها و یا خارج از گروه ها) ، شبکه سازی و کنترل / مضیقه های آزادی های فردی می باشد . نگهداری

جامعه می تواند دشوار باشد . آنچنان که قبلاً بیان گردید ، یکی از بزرگترین چالش های نوع بشر، امتداد منطقی بین فرد و جامعه و نیاز به رسیدن به تعامل معقول بین تلاش در سطح فرد و جامعه می باشد (Lyonset et.al.Hobfoll, ۱۹۹۸, ۱۹۹۸) . هر چند که جامعه منبع عمده ای برای سلامت است اما می تواند خود چالش عمده ای برای سلامت باشد .

احتمال درگیری در رفتارهای مخاطره آمیز نظیر انتخاب غذای ناسالم و استعمال دخانیات در مردمی که در شرایط فقر یا ناامنی زندگی می کنند ، بیشتر است (Stewart, ۱۹۹۶) . لذت تأمین شده از چنین رفتاری، اغلب موجب دوری و رهایی موقت از شرایط دشوار زندگی می گردد .

صفات فردی نظیر خوش بینی و رضایت شخصی در زندگی سالم مؤثرند . برای مثال تحقیقات نشان داده اند که افراد خوش بین عمر بیشتری دارند (Mayo Clinic, ۱۹۹۹) . افرادی که درباره خودشان تفکر مثبتی ندارند یا تأثیر تلاش خود را در ایجاد تغییر احساس نمی کنند چرا باید شیوه زندگی سالم را برگزینند؟ مفهوم درماندگی آموخته شده بیانگر چنین وضعیتی است. درماندگی آموخته شده بیان می کند که مردم وقتی وارد کارهای اجتماعی می شوند که باورکنند که تلاش هایشان بیفایده نخواهد بود. درحالت درماندگی آموخته شده ، آنها نمی توانند هیچ کنترلی بر محیط زندگی اشان داشته باشند (Seligman.Bandura, ۱۹۸۶, ۱۹۷۵) . اگر مردم معتقد شوند که نمی توانند بر جنبه های مختلف زندگی اشان اعمال کنترل نمایند تغییر رفتارشان برای کنترل سلامت خود ، خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند ، بعید به نظر می رسد .

رویکردهای تأثیر بر شیوه زندگی می توانند بطور بالقوه در راستای تغییر رفتار فردی ، تغییر برخی جنبه های جامعه یا تغییر روابط بین فرد و جامعه اعمال شوند . آخرین سوابق ارتقای سلامت شواهدی از قابلیت تعدیل بالقوه رفتار فردی و نیز جنبه های اجتماعی محیط را نشان داده است .

بازشناسی دو مفهوم رفتار مرتبط با سلامت و رفتار منتهی به سلامت مهم می باشد . اولی رفتاری است که برای سالم گشتن اتخاذ می شود و دومی رفتار اتخاذ شده به دلایل دیگر است که دارای نتایج بهداشتی نیز می باشد (خواه شناخته شده یا شناخته نشده برای فرد) . تلاش های ارتقای سلامت گاهی اوقات برای افزایش رفتار مرتبط با سلامت اعمال می شوند و در مواقعی دیگر در راستای رفتار منتهی به سلامت هستند .

امروزه ، اکثر راه بردهای تغییر یا تقویت شیوه زندگی در سطح فردی هدف گذاری می شوند و راه کارهایی نظیر بسیج های آموزشی چند رسانه ای / بازاریابی اجتماعی ، اقدامات

تشویقی و تنبیهی (وضع قوانین ، مالیات ها ، جریمه ها ، بیمه ، استانداردهای ایمنی) ، تعلیم/آموزش ارتباطات سلامت (جمعی و بین فردی) ، خدمات ارتقای سلامت و پیشگیرانه از طریق سلامت همگانی ، کلینیک های اجتماعی و فعالیت های ارتقای سلامت در موقعیت های ویژه نظیر محل کار ، مدرسه، خانه یا مطب پزشکان دارند .

یافته های عمومی حاصل از تحقیق در مورد ارتقای سلامت و اصلاح رفتارهای بهداشتی نشان می دهد که : بعید است برخوردهای کوتاه مدت بدون دخالت و مشارکت جوامع محلی موجب تغییر هنجارهای فرهنگی گردد و تداوم یابد . تحریک تغییر هنجارهای فرهنگی اغلب نیازمند تأمین منابع است . رهبری برخاسته از جامعه ، نقش مهمی در موفقیت مداخله های سلامت دارد . همچنین مشارکت مردم در تعیین اهداف نهایی ، طراحی راهبردها و غیره مهم می باشد .

مؤلفان می گویند : بدون یا تا تضمین نیازهای زندگی روزانه ، مردمی که در شرایط با درآمد پایین به سر می برند ، متمایل یا قادر به توجه به پیشگیری از بیماری قلبی عروقی به عنوان یک اولویت نیستند . مطلب بعدی آن است که تا زمانی که آژانس ها و گروه های اجتماعی محلی برای مشارکت در برنامه بسیج نشوند و نقش رهبری مداخلات منتخب را به عهده نگیرند ، برخورداری از تعهد پایدار و مداوم گروه های مذکور نسبت به برنامه هایی که اغلب به سادگی انتخاب می شوند و از منابع کافی برخوردار نیستند ، ممکن نیست (O'Loughlin - ۱۹۹۹ و همکاران) .

موفقیت محدود تلاش های اولیه برای بهبود سلامت از طریق آموزش شیوه زندگی تمرکز مداخلات را از رویکردهای فردی به سوی رویکردهای جمعی که سلامت را به عنوان موضوعی اجتماعی یا عمومی (مشترک) می بینند و روی فرآیندهای اجتماعی مؤثر بر رفتار فردی کار می کنند ، برگردانده است . امروزه درک شده است که قرار دادن مسوولیت مطلق تغییر روی فرد پاسخ کاملی نیست . چنین پاسخی بیش از رویارویی با شرایط اجتماعی موجب رفتار مضر ، قربانی را سرزنش می کند . در واقع ، پاسخ های اجتماعی یا عمومی می توانند موجب تقویت منابع فردی راهبردهای سازش یا تغییر و توسعه سلامت گردند (Lyons و همکاران - ۱۹۹۸) . با این حال بستر جامعه می تواند احتمال بروز مشکل برای افراد را افزایش دهد.

مداخله های در سطح جامعه ، کل جامعه را از طریق سازمان دهی و فعال سازی مداخلات واضحی که متکی بر جامعه اند اما برای تعدیل رفتار افراد طراحی شده اند ، اصلاح می کند (Lomas ۱۹۹۸) . اکنون اهمیت اقدام در سطح جامعه برای ارتقای سلامت از طریق ایجاد

شبکه های اجتماعی و خلق سرمایه اجتماعی بطور گسترده ای شناخته شده است (۱۹۹۹ Kawachi & Kennedy، ۱۹۹۷ Kawachi و همکاران) . سرمایه اجتماعی توسط تعامل روزانه بین مردم در ساختارهایی نظیر گروه های مدنی و مذهبی ، اعضای خانواده شبکه های اجتماعی غیر رسمی و بر اساس هنجارهای داوطلبی ، نوع دوستی و اعتماد خلق می شود . همکاری اعضای یک جامعه در زمینه منافع مشترک ، چنین شبکه ها و پیوندهایی را قوی تر می سازد . در این راه ، سرمایه اجتماعی بر سلامت تأثیر می گذارد و ممکن است فواید سرمایه گذاری برای سلامت را افزایش دهد (WHO، ۱۹۹۸) .

در حرکت جامعه سالم ، جوامع بطور موفقیت آمیزی ، شیوه های زندگی جمعی “ سالم ” را از طریق افزایش فضای سبز و زمین های بازی ، دور کردن ماشین ها از خیابان های مرکز شهر بهبود حمل و نقل عمومی و ایجاد مراکز جمعی ، خطوط پیاده روی و مسیرهای دوچرخه سواری خلق کرده اند .

Weinehall و همکارانش (۱۹۹۹) در یک مداخله اجتماعی برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در سوئد ، نتیجه گرفتند که ترکیب رویکردهای فردی و همگانی / مردمی نیز می تواند در یک موقعیت محلی موفق باشد .

ابتکارهای اجتماعی طراحی شده برای اصلاح روابط بین فرد و محیط با امیدهای زیادی روبروست . نشان داده شده است که این رویکردهای زیستی اجتماعی (Social / ecological) دارای اثر مثبتی بر سلامت هستند (Anderson، ۱۹۹۹- Stokols، Glouberman، ۱۹۹۶) . رویکردهای زیستی / اجتماعی سلامت را به عنوان محصولی از روابط بین فرد و محیط قلمداد می کنند و بر افزایش سرمایه مردم برای خلق و درگیری در محیط اجتماعی اشان متمرکز می باشند . آنها چند رشته ای ، با یک مؤلفه مشارکت شهروندی قوی می باشند . چنین رویکردهایی ، مداخله های فردی و متمرکز بر محیط را در هم می آمیزد و ابتکارهایی نظیر حرکت جوامع سالم ، برنامه اقدام جامعه برای کودکان (CAP-C) و توسعه پژوهش اقدام های مشارکتی و بسیاری از سایر برنامه های ارتقای سلامت جامعه را در خود جای می دهند . در طول دهه گذشته ، برنامه های ارتقای سلامت ، از صدها پروژه مبتنی بر مشارکت مردمی طراحی شده برای افزایش ظرفیت افراد برای مشارکت در و شکل دهی به محیط اجتماعی اشان حمایت نموده اند .

توسعه چارچوبی برای وابستگی متقابل در برگیرنده تأثیر متقابل افراد در مقابله با انواع مسایل در درون جوامعشان و نیز همکاری آن با یکدیگر می باشد . همزمان با پیچیده شدن چهارچوب مشکل مورد نظر ، سطح اقدام نیز پیچیده تر می شود چراکه مردم نیازمند منابع

بیشتری می شوند (مثل بیماری مزمن) . بنابراین ، درک سطح اقدام جمعی مورد نیاز برای رویارویی مؤثر با هر مسأله ای ، یک مهارت سازشی مهم می باشد . در واقع ، یک شیوه زندگی سالم بایستی در برگیرنده فراگیری مهارت های سازشی ، گردآوری منابع سازش و توسعه راهبردهای سازش در چشم اندازی از وابستگی متقابل باشد (Lyons-۱۹۹۸ و همکاران) .

“ خلق محیط های حمایتی ” برای سلامت نیازمند اقدام در بسیاری از سطوح است و ممکن است شامل تلاش های سیاسی برای توسعه و اجرای قوانین و سیاست های حمایتی ، توسعه اقتصادی پایدار جامعه و اقدام اجتماعی باشد .

تحقیقات نشان داده اند که مشارکت مردم در برنامه های ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ، حیاتی می باشد . جوامع و اعضایشان باید ظرفیت ایفای نقش های قوی تر در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را کسب نمایند. ظرفیت جامعه به معنای توسعه نهاد جامعه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری و تعهد برای مداخله آن در این مقاصد می باشد. فرآیند مذکور چند وجهی می باشد : یک فرهنگ عمومی قوی حامی سلامت افراد ، تعهد افراد برای توسعه سلامت را افزایش می دهد ؛ در چشم اندازی عمومی ، تندرستی همه را افزایش می دهد ؛ تعامل بین فرد و جامعه و مشارکت مردم موجب حرکت بسوی سرمایه اجتماعی همبستگی اجتماعی و بهبود پذیری می گردد؛ سلامت به منبعی فردی و نیز جمعی تبدیل می شود ؛ علاوه بر این ، سلامت افراد و جوامع ، سلامت ملل را نیز بهبود می بخشد US Dept.of Health and Human Services، (۲۰۰۰) . بطور واضح ، ایجاد چنین ظرفیتی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در سطح جامعه ، باید بخشی مهم از خدمات سلامت متمرکز بر شیوه زندگی را تشکیل دهد . بسیج جامعه می تواند واحدهای مختلف جامعه را آماده مشارکت جمعی در اقدامات بیشتر برای سلامت همه شهروندان نماید . آموختن مهارت های گروهی مؤثر باید به عنوان بخش اصلی آموزش های “ شیوه زندگی ” محسوب شود. برای مثال رهبری ، همکاری ، ارتباطات راهبردهای حمایت اجتماعی ، راهبردهای حل مسأله و سازش جمعی. شیوه های زندگی سالم از طریق تأمین فرصت هایی برای توسعه راهبردهای سازشی و پرورش انعطاف پذیری (فردی و اجتماعی) تقویت می شوند . یک شیوه زندگی سالم در برگیرنده تعادلی بین استقلال فردی و مشارکت با جامعه می باشد. فرآیندهای اجتماعی شامل تأمین آموزش مهارت هایی است که به ایجاد سرمایه اجتماعی کمک می کنند. رویکردهای زیستی / اجتماعی بر ایجاد ظرفیت در جامعه و توانمندسازی شهروندان، متمرکزند. هدف نهایی شیوه زندگی سالم ، توسعه چارچوبی برای وابستگی متقابل : آزادی و اختیار و فرصت و موقعیت در درون جامعه می باشد . بهینه سازی منابع نیز مهم است . توسعه

چارچوبی برای وابستگی متقابل شامل تعیین سطح اقدام جمعی مورد نیاز برای رویارویی مؤثر با یک موضوع مورد نظر می باشد. توسعه شیوه های زندگی سالم به معنای اصلاح محتوا و رابطه بین شیوه های زندگی، مهارت های زندگی و شرایط زندگی می باشد. بنابراین، ما باید برای ترویج اندیشمندانه شیوه زندگی سالم، به مفهوم شیوه زندگی سالم و راهبردهای مشارکتی برای تحقق آن نزدیک تر شویم.

مشارکت و مراقبت از سلامت خود

جنبش جهانی ارتقای سلامت از سندی بنام ((دیدگاه جدید برای سلامت کانادایی ها)) منشأ می گیرد که در سال ۱۹۷۴ تحت هدایت Marc Lalonde وزیر وقت بهداشت و سلامت کانادا چاپ شد. این گزارش، نتیجه نگرانی های ناشی از افزایش رشد هزینه های مراقبت بهداشتی و عدم بهبود متناسب با هزینه ها در وضعیت سلامت کانادایی ها بود. برای اولین بار در این گزارش، یک دولت معتبر از ناتوانی های پزشکی مدرن و سیستم مراقبت بهداشتی برای بهبود بخشیدن به وضعیت سلامت در میان مردمش خبر می داد. این گزارش بر نقش ارتقای سلامت بعنوان یک استراتژی کلیدی برای بهبود وضعیت سلامت با رویکردی جامع نگر (و نه تنها از بعد پزشکی) و در تمامی ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی تأکید می کرد. نتایج مهم این گزارش در کانادا شامل رشد برنامه های اصلاح شیوه زندگی از طریق توسعه بازاریابی اجتماعی برای سلامت و برنامه های آموزش سلامت؛ اصلاح عملکرد ارتقای سلامت در جوامع و سطوح ساختاری پایین تر و ایجاد یک معاونت فدرال ارتقای سلامت در سال ۱۹۷۸ بود. به دنبال گزارش Lalonde، گزارش های مشابهی بوسیله دولت انگلیس، آمریکا و سوئد چاپ شد.

منشور اتاوا، به عنوان یکی از مهم ترین اسناد ارتقای سلامت دنیا، ارتقای سلامت را بعنوان فرآیند قادرسازی افراد برای کنترل سلامت و بهبود آن دانسته است. پنج استراتژی کلیدی ارتقای سلامت در این منشور: ایجاد سیاست همگانی سالم، خلق محیط های حمایتی، تقویت اقدام جامعه، توانمندسازی افراد و جوامع و بازنگری در خدمات دولتی است.

در همین زمان، افزایش علاقمندی به مراقبت از سلامت خود و مشارکت مردمی، نتیجه اولیه ای از نگرانی مشابه درمورد محدودیت های موجود در سیستم بهداشتی تخصصی برای بهبود سلامتی بود. مراقبت از سلامت خود به عنوان فرآیندی که در آن یک شخص غیر متخصص به وسیله اطلاعات و پتانسیل های خودش برای ارتقای سلامت و پیشگیری قدم بر می دارد و برای تشخیص بیماری و درمان با استفاده از منابع اولیه سلامت در سیستم مراقبت بهداشتی حرکت می کند، تعریف شده است. مشارکت مردمی بر رویکردی از پایین به بالا در

برنامه ریزی و کاربرد برنامه های توسعه بویژه ارتقای سلامت تأکید می کند، جاییکه به مردم به عنوان مشارکت کنندگان فعال نگاه می شود. در این رویکرد مردم نقش فعالی دارند اما در رویکرد سنتی از بالا به پایین ، مردم دریافت کنندگان غیر فعال برنامه های طراحی شده محسوب می شوند که این برنامه ها توسط متخصصان و دولتمردان برای مردم طراحی می شود. مبانی اصلی هر دوی این رویکرد ها مشارکت و توانمند سازی مردم در ارتقای سلامت خودشان است.

در دهه ۱۹۷۰، محدودیت های سیستم سلامت تخصصی بطور کامل آشکار شدند. نقش پزشکی مدرن در ارتقای سلامت مردم مورد تردید و نقد قرار گرفت. نشان داده شد که میزان مرگ و میر در انگلیس بسیار قبل از حضور مراقبت های پزشکی مدرن در قرن بیستم کاهش یافته است. آثار منفی مراقبت های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. سیستم سلامت تخصصی در بیشتر کشورها رویکردی پدر مآبانه داشت و مردم نقش زیادی در آن نداشتند. تلاش برای تمرین کنترل بیشتر مردم بر سلامت خود و مراقبت از سلامت خود ، اهمیت زیادی در بسیاری از کشورهای اروپای غربی و آمریکایی شمالی پیدا کرد .

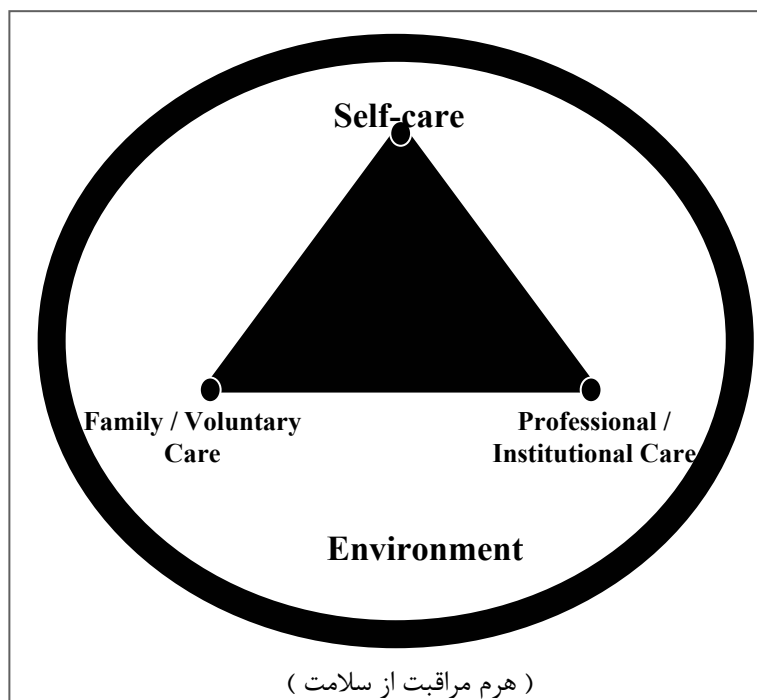
علل زیادی برای توضیح اقبال عمومی به مراقبت از سلامت خود که تا سال ۱۹۹۰ همچنان توسعه یافته ، ذکر شده است. این علل مشتمل بر: تغییر در الگوی بیماری ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه از درمان قطعی به مراقبت، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی پزشکی و تخصصی شدن مراقبت های پزشکی؛ رشد دانش افراد غیر متخصص؛ تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و در همکاری با متخصصین و نیاز به کنترل هزینه های مراقبت از سلامت خود (Dean ۱۹۸۱، Padula ۱۹۹۲) می باشد .

مراقبت از سلامت خود ، به ویژه ارتباط تنگاتنگ با گسترش و استفاده از سواد بهداشتی و مهارت های سازگار شدن با محیط دارد. این دو عامل فردی از تعیین کننده های مهم سلامت هستند (provincial&territorial Advisory committee on populationhealth). federal.(Canada

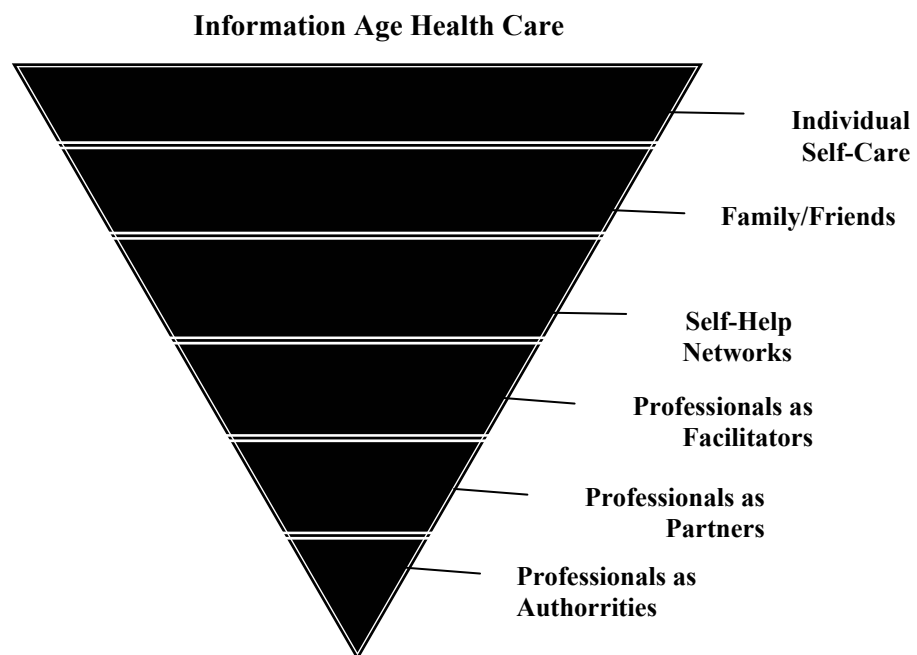
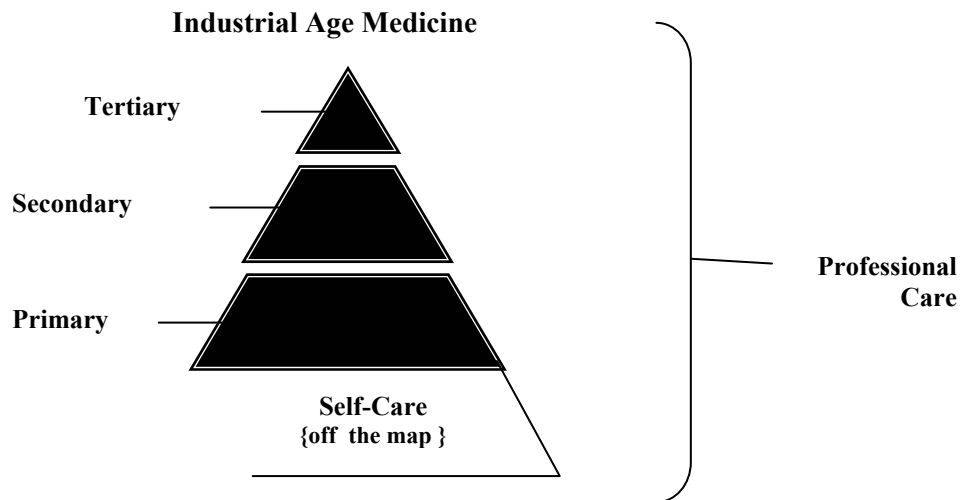
در کانادا، مراقبت از سلامت خود به عنوان یکی از ۳ مکانیسم اصلی برای ارتقای سلامت همگانی مطرح است. امروزه ، سه چالش اصلی در بخش سلامت شناخته شده است : کاهش شکاف عدالت ، ارتقای وضعیت پیشگیری و افزایش ظرفیت مردم برای سازش با بیماری های مزمن و سایر مسایل سلامتی . علاوه بر مراقبت از سلامت خود، توسعه وابستگی متقابل و خلق محیط های سالم از مکانیسم هایی هستند که برای مواجهه با این چالش ها در نظر گرفته شده است.

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد محور (Romed et. al-۱۹۹۰) به هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی و برای حفظ و ارتقای سلامت ، پنج منبع اصلی در دسترس اشخاص است که شامل : خود شخص، دیگران عادی، متخصصان، اطلاعات موجود و محیط می باشد . مراقبت از سلامت خود، عملی است که با استفاده از خود شخص بعنوان یک منبع مرتبط است و به معنی مراقبت فرد از سلامت خود ، به طور مستقل از دیگران است. خودکارایی یعنی تصمیم گیری برای خویش با اتکای کامل به خود که البته گاهی شامل مشورت با دیگران، چه افراد غیر متخصص و چه متخصصین نیز می شود.

راه دیگر توجه به منابع اصلی مراقبت از سلامت ، به وسیله هرم مراقبت از سلامت ارایه شده است . مراقبت از سلامت خود در رأس هرم قرار گرفته که نشان دهنده اهمیت آن به- عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با مشکل بهداشتی است. مراقبت خانوادگی / داوطلبانه پایه دوم و مراقبت های تخصصی / سازمانی پایه سوم هرم است . اهمیت شاخص محیط (فیزیکی ، اجتماعی و اقتصادی) در همه ی ابعاد مراقبت از سلامت بوسیله دایره ای نشان داده می شود که هرم را در بر می گیرد. این هرم ، نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصان و مراکز بهداشتی را در مورد مراقبت از سلامت خود ، بطور سمبولیک نشان می دهد.



در نقشه تغییر مراقبت از سلامت فرگوسن (۱۹۹۵) یک ارتباط جالب میان آنچه که وی پزشکی عصر صنعتی و مراقبت بهداشتی در عصر اطلاعات می نامد ، مشاهده می شود . نقشه مراقبت‌های سلامت در عصر پزشکی صنعتی در حال خروج از رده است. در عصر صنعت پزشکی مراقبت از سلامت به سه گروه اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم و مراقبت از سلامت خود نادیده گرفته شده است. یک تعبیر از این نقشه این است که در پزشکی عصر صنعتی ، مراقبت از سلامت خود ارزشی نداشته و گاه به حساب نیامده است. در این نقشه، پزشکی عصر صنعت به تدریج به‌وسیله عصر اطلاعات برای مراقبت از سلامت جایگزین می شود که در آن اشخاص و خانواده ها مانند متخصصان از مسایل مراقبت از سلامت خود مطلع می‌شوند . این تغییر مدیون توسعه فناوری اطلاعات ، ارتباطات و آموزش سلامت برای همه افراد جامعه است. این چشم انداز آینده‌ی مراقبت‌های سلامت، که در شکل هرم مراقبت از سلامت هم آمده است، شامل یک مدل شش پله ای است که در آن افراد با استفاده از منابع شخصی خود برای حل مسایل بهداشتی آغاز به حرکت می کنند. اگر مراقبت از سلامت خود مشکل را حل نکرد، در قدم بعدی خانواده و دوستان ، گروه های مراقبت خودیار و شبکه هاو سرانجام متخصصان سلامت به ترتیب در نقش‌های تسهیل گر ، همکار و یا منشا صدور فرامین هستند. به اعتقاد فرگوسن(۱۹۹۲، ۱۱) ، «عصر اطلاعات برای مراقبت از سلامت ، حقانیت و اهمیت مراقبت از سلامت خود را ثابت می کند».



تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی بوسیله خود شخص و خانواده‌اش و بدون دخالت متخصصان اعمال می‌شود. به نظر می‌رسد مراقبت از سلامت خود دربرگیرنده‌ی فعالیت‌هایی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت‌ها و درمان و توان‌بخشی بیماری‌های مزمن باشد. بنابراین تمام سطوح مراقبت اولیه بهداشتی باید در جهت مراقبت از سلامت خود باشد. مراقبت از سلامت خود این توانایی را دارد که وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد.

از سال ۱۹۷۰ به بعد، رشد زیادی در مراقبت از سلامت خود در امریکای شمالی و اروپای غربی به وجود آمد. فناوری اطلاعات نیز انقلابی در دسترسی مصرف‌کنندگان به اطلاعات سلامت ایجاد کرده است. آن بخش از اطلاعات مربوط به سلامت مصرف‌کنندگان که به سلامت و مراقبت پزشکی مصرف‌کنندگان می‌پردازد، بطور وسیعی گسترش و رشد یافته است. در امریکا، پیشرفت وسیعی در زمینه طراحی نسل جدید برنامه‌های نرم‌افزاری برای کنترل و مراقبت از بسیاری از بیماری‌های مزمن مانند AIDS، سوءمصرف مواد، دیابت، افسردگی و تشکیل گروه‌های خودیاری الکترونیکی صورت گرفته است.

در سطوح بین‌المللی، اولین سمپوزیوم مراقبت از سلامت خود در دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در کپنهاگ در سال ۱۹۷۵ برگزار شد و در آن مشارکت افراد غیر متخصص در مراقبت از سلامت از نظر نقش، عملکرد و حیطه‌های تحقیق، بررسی شد. در سال ۱۹۸۳، گزارشی از دفتر اروپایی WHO منتشر شد که به بررسی جنبه‌های مختلفی از مراقبت از سلامت خود در کشورهای مختلف می‌پرداخت.

طبق تعریف Dean: «مراقبت از سلامت خود شامل سلسله عملیات و اقدام‌هایی است که فرد برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم و حفظ سلامت انجام می‌دهد. این اقدام‌ها بوسیله افراد غیر متخصص از طرف خودشان، با همکاری متخصصان یا بدون آن، صورت می‌گیرد. مراقبت از سلامت خود شامل تصمیم‌گیری است به انجام ندادن هیچ اقدامی، یا حرکت‌های شخصی برای ارتقای سلامت یا درمان بیماری و یا تصمیم‌هایی برای جستجوی توصیه‌هایی از افراد غیر متخصص، متخصصان یا شبکه‌های دیگر مراقبتی و نیز ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد انجام اقدام‌هایی بر اساس آنچه که به او توصیه شده است».

تئوری مراقبت از سلامت خود Orem (۱۹۶۵-۱۹۵۸) مراقبت از سلامت خود را اینگونه معرفی می‌کند: «فعالیت آموخته شده هدفدار اشخاص است که توسط اشخاص در موقعیت‌های عینی زندگی در مورد خود و یا محیط پیرامون و به منظور تنظیم فاکتورهایی

که رشد و عملکرد آنها در ارتباط با زندگی ، سلامت و تندرستی اشان را تنظیم می کند ، انجام می شود».

Orem سه دسته از این فاکتورها را دسته بندی کرد: نیازهای همگانی (هوا، غذا، آب ...) ، مایحتاج رشد (آن دسته از شرایط زندگی که پیشرفت انسانی را تحت تأثیر قرار داده و باعث می شود) و نیازهای مربوط به انحراف از سلامت (آنچه که به وضعیت سلامت فرد و مراقبت های سلامتی مربوط است).

Orem معتقد بود که :

۱/ مردم توانایی توسعه مهارت ها و حفظ انگیزه لازم برای مراقبت از سلامت خود و خانواده خود را دارند ؛

۲/ راه های برآوردن این نیازها از طریق فرهنگ و عادت آموخته می شود (Easoton Orem، ۱۹۹۳، ۱۹۹۱).

مراقبت از سلامت خود:

—بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد .

—ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می گیرد.

—توسط دانش،مهارت ها، ارزش ها، انگیزه ها، جایگاه کنترل و کارایی فرد تحت تأثیر قرار می گیرد.

—بر جنبه هایی از مراقبت از سلامت که تحت کنترل فرد هستند ، تمرکز دارد(برخلاف جنبه هایی مانند سیاست ، جامعه و یا قانونگذاری) .

فرگوسن ، کاربران را به سه دسته: بیماران غیر فعال ، کاربران آگاه و کاربران فعال مسئولیت پذیر در مورد سلامت دسته بندی کرد و نشان داد که در صد آخرین گروه کاربران از سال ۱۹۷۰ افزایش یافته است. کاربران فعال ترجیح می دهند که از پزشک خود به عنوان مشاور استفاده کنند و با او در «یک پروژه تلفیق شده از مذاکره بالینی» مشارکت نمایند(Ferguson). اگر چه درنهایت انتظار می رود که هر دو گروه در سلسله فعالیت های پیشنهادی به توافق برسند ، ولی کاربران فعال تصمیم های مربوط به سلامتی خود را کنترل می کنند.

در پس زمینه ارتقای سلامت که به سلامت به عنوان منبعی برای زندگی روزانه می نگرد مراقبت از سلامت خود به عنوان یک عامل توانمند کننده دیده می شود. با کسب مهارت های

مراقبت از سلامت خود، افراد قادرند تا فعالانه تر در ایجاد سلامتی خود و در شکل دادن به شرایطی که روی سلامت آنها تأثیر می‌گذارد، نقش داشته باشند.

Wilson توانمندسازی کاربران را در فیلد سلامت روانی نشان داد. او اشاره کرد که تقویت بخش‌هایی از احساس‌ها و داشتن حس مسئولیت فردی برای سلامت، باعث شناخت و قبول محدودیت‌های ناشی از مسایل سلامت و یادگیری راه‌هایی برای کنارآمدن با این محدودیت‌ها می‌شود.

گزارش شده است که خود کارایی (باور یک شخص به اینکه قادر به فایق آمدن بر یک مشکل خاص است) حتی نقش مهم‌تری را در مقایسه با سواد بهداشتی و داشتن اطلاعات و مهارت‌ها در مراقبت از سلامت خود دارد.

در پایان، مراقبت از سلامت خود با خودیاری نیز ارتباط دارد. خودیاری مانند مراقبت از سلامت خود یک مکانیسم مهم برای ارتقای سلامت است. در حالیکه مراقبت از سلامت خود می‌تواند بوسیله خود افراد و خانواده آنها انجام شود، خودیاری اغلب نیازمند شرکت فرد در گروه‌های رسمی است. با این وجود، مفهوم خودیاری مبهم است، گاه به معنای مسئولیت‌پذیری برای خود بدون حمایت دیگران است و گاهی به مفهوم قبول مسئولیت توسط فرد با حمایت دیگران مانند آنچه در گروه‌های خودیار یا گروه‌های کمک متقابل دیده می‌شود، معنی می‌گردد. گروه‌های خودیار در توانمند کردن افراد و فراهم آوردن اطلاعات و آموزش مهارت‌های سازگاری مؤثرند (Stewart et al. ۱۹۹۵).

قبل از اجرای هر برنامه سلامت همگانی، مواردی چون تناسب، امکان‌پذیری، اثربخشی و مقرون به صرفه بودن باید به دقت مورد توجه قرار گیرد. Kemper و همکارانش نتیجه گرفتند که ۱/ مراقبت از سلامت خود به صورت گسترده انجام می‌شود. ۲/ فعالیت‌های مراقبت از سلامت خود اغلب مفید هستند. ۳/ مراقبت از سلامت خود به عنوان یک عملکرد جهانی مطرح است. بطور کلی مطالعه آنها نشان‌دهنده استفاده کمتر از خدمات تیم سلامت و ایمن بودن مراقبت از سلامت خود بود.

بسیاری از شواهد حاصل از پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که مداخله‌های مراقبت از سلامت خود و ارتقای سلامت مؤثر است. آموزش مراقبت از سلامت خود در بهبود شرایط بیماران مزمن نیز مؤثر شناخته شده است. آنالیز مطالعات نیز نشان داده است که مداخله‌های مراقبت از سلامت خود در بهبود عملکرد مراکز بهداشتی و کاهش استفاده از آنها نیز مؤثر بوده است. اثربخشی گروه‌های خودیار نیز مطالعه شده و نشان داده شده است که افراد تحت مداخله در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر بهبود می‌یابند. تأمین اطلاعات مراقبت از سلامت

خود برای کارمندان و در محل‌های کار، راه مؤثری برای کاهش هزینه‌های بهداشتی کارمندان است (۲۴٪ کاهش در هزینه‌ها).

در پروژه‌های عظیم مربوط به جوامع بزرگ، آموزش مراقبت از سلامت خود در توانمندسازی مردم برای مواجهه با بیماری‌هایشان مؤثر قلمداد شده و منجر به کاهش در استفاده از خدمات تخصصی شده است.

چند تن از نویسندگان، تأثیر دراز مدت وسیع‌تری را برای مراقبت از سلامت خود مطرح کرده‌اند. بعضی‌ها معتقدند که مراقبت از سلامت خود می‌تواند برای افزایش مسوولیت‌پذیری افراد در مراقبت از سلامت خود بکار رفته و در نتیجه هزینه خدمات سلامت را با مسوول کردن افراد و خانواده‌شان کاهش دهد. (Anderson, ۱۹۹۰-c) ذکر کرد که هزینه شخص و خانواده، هر دو باید مورد نظر باشد و نباید اهمیت این موضوع از نظر دور شود که «مردم باید متوجه مسوولیت‌شان در مورد سلامتشان بشوند، صرف‌نظر از اینکه این امر در زندگی روزمره-شان چه معنایی می‌دهد». در تحلیل اثربخشی مراقبت از سلامت خود باید به کیفیت زندگی شخص، خانواده و جامعه و همچنین نشانگرهای اقتصادی نیز توجه نمود (Padula, ۱۹۹۲). هدف مراقبت از سلامت خود باید گسترش سیستم مراقبت از سلامت کاراتری باشد که مبتنی بر بهره‌برداری کامل‌تر از توانایی‌های فرد و تعامل دو سویه افراد باشد.

توسعه برنامه‌های مراقبت از سلامت خود در کشور نیازمند توسعه ساختاری و اجرایی آموزش سلامت در کشور است.

شاید بزرگترین مشارکت مردمی در سلامت، آن باشد که هر فردی با سواد بهداشتی کافی احساس خودکارایی بالا، مسوولیت‌پذیری کامل، مهارت و توان مناسب و احساس قدرت زیاد؛ از سلامت خود، خانواده و همسنان مراقبت نموده و در تمامی عرصه‌های فردی، خانوادگی اجتماعی و جهانی ارتقای سلامت حضور مؤثر یافته و از سلامت به عنوان حقی برای همه و فارغ از هر نوع تبعیض و قضاوتی، دفاع همه جانبه و حمایت مستمر نماید.

نتیجه‌گیری

تمامی افراد / نهادها و سازمان‌هایی که برای ارتقای سلامت یک جامعه خاص تلاش می‌کنند باید روابط موجود میان سیاست‌ها، الگوهای اقتصادی و توزیع قدرت در آن جامعه را به خوبی درک کنند. چنین درکی ضرورت اتخاذ رویکردها و راهکارهای مشارکتی برای ارتقای سلامت و ضرورت به هنگام بودن آنها را روشن خواهد ساخت. ارتقای سلامت تحت مالکیت هیچ بخش خاصی نبوده و تمام بخش‌ها، مسوول ارتقای سلامت و تندرستی مردم هستند اما رویکردها اولویت‌های اقدام‌ها و سیاست‌های مؤثر و سهم در دستیابی به اهداف نهایی ارتقای

سلامت (ارتقای کیفیت زندگی و توسعه پایدار) باید توسط بخش سلامت مشخص شده و مورد تأکید قرار گیرند .

در سراسر جهان ، محرومیت های اجتماعی در حال افزایش است که این مسأله دلیل اصلی استمرار شکاف عدالت در سلامت می باشد . به کارگیری راه کارهای مشارکتی ارتقای سلامت سلاحي قدرتمند برای رفع شکاف عدالت در سلامت را در اختیار ما قرار می دهد . گروه های محروم جامعه باید برای تأثیر بر تغییرات جدی دهه های آتی ، قدرت لازم را به دست آورند و به اندازه کافی توانمند شوند . گروه های جوانان ، زنان و سالمندان ، در اولویت اهداف توانمندسازی قرار دارند .

راه کارهای افزایش ظرفیت جامعه و توانمندسازی مردم ، مکانیزم های مشخصی برای افزایش شتاب تحول های اجتماعی اند . ترغیب و حمایت از جنبش های مشارکتی در سطح جامعه ، عملی ترین رویکرد برای دستیابی به موفقیت در این زمینه ها است . رهبران و کارکنان بهداشتی علاقمند به ارتقای سلامت مردم و جوامع، باید فرصت های مناسب برای جلب مشارکت ، گفتگو و تحقق اجماع کافی در جوامع را فراهم کنند . البته اقدام های دولتی همچون توسعه و اجرای سیاست های همگانی نیز یکی دیگر از راه کارهای کاهش فشار فقر و دیگر عوامل محرومیت را به شمار می روند که خود باعث توسعه مشارکت مردمی خواهد شد . از سوی دیگر مردم نیز باید توانمند شوند تا به روشی فارغ از خشونت و در مشارکت با یکدیگر و با سازمان های دولتی و غیردولتی و سازمان های مردمی ، خواستار اتخاذ سیاست های حامی سلامت و اجرای مؤثر آنها در تمام سطوح جامعه شوند.

به عبارت دیگر سلامت تأمین و حفظ نشده و ارتقا نمی یابد جز با :

الف (تعهد کامل و کافی مردم و دولت نسبت به سلامت . تعهد مردم نسبت به سلامت یعنی : رعایت شیوه زندگی سالم و مراقبت از سلامت خود ، خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند ؛ انتخاب نمایندگانی درد آشنا و متعهد نسبت به سلامت برای تمامی نهادهای انتخابی کشور (نظیر ریاست جمهوری ، مجلس شورای اسلامی ، شوراهای اسلامی شهر و روستا) ؛ و عضویت و حضور انتخابی ، آزاد ، مؤثر و مداوم در سازمان های مردمی و غیر دولتی و گروه های خودیاری و حمایت از دیگران برای دفاع و حمایت فعال از حق سلامت خود ، خانواده ، همسانان ، هم شهریان و هم میهنان ؛

ب (تعهد دولت نسبت به سلامت که با : توسعه سرمایه گذاری برای سلامت (کنترل سلامت مردم از طریق اعمال تغییرات اقتصادی و اجتماعی مثبت) ، توانمندسازی مردم و جوامع برای حضور فعال در عرصه های تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت ، توسعه سیاست های

حامی سلامت ، توسعه ارتباطات و آموزش سلامت برای توسعه اقدام جامعه به منظور ارتقای سلامت ، توسعه محیط های حمایت کننده سلامت ، بازنگری هماهنگ و موزون در خدمات دولتی با هدف ارتقای بیشتر سلامت ، توسعه عدالت ، توسعه دموکراسی و ایجاد فضای مناسب و حمایت از مشارکت مردم / نهادها / دستگاه ها / سازمان های دولتی و غیردولتی و بخش خصوصی در تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت مشخص خواهد شد .

نکات کلیدی یک برنامه مشارکتی

تعریف جامعه :

- عموم مردم _ هر کسی که درون یک منطقه جغرافیایی معین زندگی می کند ؛
- شهروندان - ساکنان یک شهر یا محله ؛
- جمعیتی که از یک سری از خدمات بهره می برند. مثل مردم دچار مشکلات روانی یا مصرف کنندگان خدمات مشاوره ای ؛
- مردمی با علایق ، تجارب یا هویت مشترک نظیر اقلیت های فرهنگی یک جامعه یا افراد بی خانمان ؛
- جوامع محروم - صدای خاموش در تعاریف اجتماعی - افرادی که دسترسی به آنها سخت تر بوده و ضروری است که شناخته شوند .

تعریف مشارکت :

مشارکت تنها به معنای مشورت نیست بلکه این دو را می توان در دو سر یک طیف دید . مشارکت به معنای شناسایی راه هایی است برای اینکه مردم احساس نمایند که بخش اصلی فرآیند تصمیم گیری هستند و در گیری آنها به طور واقعی در تصمیمی که گرفته می شود ، مؤثر است . این مشارکت فرآیندی است مستمر با اهدافی طولانی و نیز کوتاه مدت . مردمی که از سابقه مشارکت در برنامه دیگری بر خوردار نیستند ، باید ابتدا آگاه شده و از حمایت لازم برای درگیری مؤثر در برنامه ها بر خوردار شوند .

مشاوره به معنای درخواست مردم برای مشورت ، پرسش اندیشه آنها در باره یک خدمت یا برنامه خاص ، یا پرسش تفکر آنها در باره نیازهایشان و آنچه که می توانند برای رفع آن نیازها انجام دهند می باشد . مشورت اغلب فرآیندی با شروع و پایان مشخص و با نتایج کوتاه مدت است .

مشارکت مردمی ← → مشاوره			
مردم به عنوان مبتکران و برنامه ریزان	مردم در ارتباط با برنامه ریزان	مردم به عنوان مشاوران	کار مبتنی بر جامعه

کار در سطوح متفاوت برای توسعه " مشارکتی مؤثر " :

مشارکت باید در پنج سطح رخ دهد تا مؤثر باشد :

- ۱- سطوح محلی : کار مستقیم با افراد محلی
- ۲- شبکه های اجتماعی : کار برای حمایت از حوزه های مختلف جامعه
- ۳- شبکه های تخصصی : کار برای ایجاد اتحاد و همکاری
- ۴- توسعه سازمانی : کار برای تغییر روش در کارهای سازمان ها
- ۵- هماهنگی : حصول اطمینان از تعامل و همکاری سطوح مختلف با یکدیگر

برخی مزایا و نتایج مشارکت مردمی :

الف (برای افراد :

- مردم می توانند ببینند که تغییر به عنوان نتیجه در گیری آنها در برنامه رخ داده و نیز می توانند ، فایده آن را احساس کنند ؛
- مردم آگاه خواهند شد که چرا تصمیمات اتخاذ شده و چرا به چنین اولویت هایی رسیده اند؛

- مردم مشارکت فعالانه بیشتری در جامعه اشان خواهند داشت .

ب (برای جوامع :

- ارتباطات بهتری بین گروه های جامعه ایجاد خواهد شد ؛
- جوامع در رویارویی با نیاز های محلی و تأثیر گذاری بر تصمیمات ، احساس قدرت بیشتری خواهند داشت ؛

- آنها منابعشان را در اختیار برنامه می گذارند و مردم بیشتری را درگیر می سازند .

ج (بررسی سازمان ها :

- سازمان ها درباره آنچه که می توانند یا نمی توانند انجام دهند ، صادق تر می شوند ؛
- شفافیت آنها درباره اولویت های سازمانی اشان افزایش می یابد ؛
- تصمیمات کوتاه مدت آنها کمتر خواهد شد .

مشارکت مردمی، بهتر و مثبت می شود وقتی که :

- تأثیر فردی و عمومی درک شده باشد و مشارکت، فرصتی واقعی برای تأثیر بر تغییر را فراهم آورده باشد؛
- نتیجه فرآیند مشارکت، مانع از تغییر ناخواسته شود؛
- ارایه دهندگان و مصرف کنندگان خدمات به روشی منسجم و هدف مند گرد هم آیند؛
- مسیر حرکت شفاف، نتیجه‌ی مورد انتظار واضح و فواید مشارکت مشخص باشد؛
- با توضیحاتی شفاف و زبانی مؤثر، مردم به خوبی آگاه شده باشند؛
- حقوق اصلی مردم بویژه آنهایی که دسترسی به آنها سخت است را برآورده سازد؛
- فضای گفتمان فراهم باشد و صدای مردم نیز شنیده شود؛
- مردم مطمئن باشند که فرآیند مشارکت واقعی است و نیز نتایج کار از قبل تعیین شده و ثابت نمی باشد؛
- اعضا در طراحی فرآیند مشارکت درگیر شوند؛
- خطوط راهنمایی برای شفاف سازی و پاسخ به پرسش ها موجود باشد؛
- هر فردی از مردم، احساس مشارکت نموده و در گروه های کوچک درگیر شود؛
- فرآیند مشارکت کمک کند که هر کس صدایی داشته باشد و نه اینکه فقط در جمع حضور یابد؛
- مشارکت کاربردی باشد (برنامه ریزی واقعی، در دوره ای قابل قبول)؛
- باز خوراندن های صحیح، به سرعت داده شود؛
- حدود و جداول زمانی شفافی داشته باشد؛
- مورد اعتماد باشد.
- مشارکت مردمی، نا موفق می ماند وقتی که :
- مباحث مطرح در آن به خوبی درک نشده باشد که این خود، ناشی از نقصان در گفتمان است؛
- مشاوره محدود به یک گروه شده باشد؛
- مسئولیت پذیری ارایه دهندگان خدمات شفاف نباشد؛
- تالانتها ادامه نیابد. برای ارزیابی موفقیت ها، اقدام ها باید ارزشیابی شود؛
- مواد نوشتاری (مدارک مشارکت) نا چیز شمرده شود؛
- نمایندگان گروه ها و سازمان های درگیر در مشارکت، نتایج حاصله را به گروه ها و سازمان های مربوطه باز نگردانند؛

- مشاوره به ویژه در زمانی که نیاز است ، واقعی نباشد ؛
- مردم با انبوهی از پرسش ها روبرو باشند ؛
- نزاع بر سر نتایج مورد علاقه مشارکت دیده شود ؛
- برنامه مشارکت از قبل نوشته شده باشد ؛
- مشارکت در گروه های بزرگ رخ دهد و مردم احساس کنند که بیشتر باید بشنوند تا شنیده شوند ؛

- زبان مورد استفاده عمومی نباشد ؛
- مشارکت دچار تورش باشد ؛
- زمان اطلاع رسانی کافی نباشد ؛
- پس از مشارکت ، اتفاق ملموسی رخ ندهد ؛
- تنها بلند ترین (ونه همه صدا ها) شنیده شود ؛
- باز خوراند کامل داده نشود ؛
- سابقه ای از بی اعتمادی موجود باشد ؛

ابزارها و تکنیک های مشارکت مردمی :

شرکا باید ضمن توصیف تجارب مشارکتی خود ، برای مشورت یا در گیر نمودن مردم در طراحی خدمات مورد نیاز شان تلاش نموده و ابزارها و تکنیک های مؤثر در درگیری و مشارکت شهروندان در برنامه ریزی خدمات محلی را به آنان بیاموزند . ابزارها و تکنیک هایی نظیر :

- دامنه ای از تکنیک ها مناسب با هر یک از سلايق
- برنامه های ارتباطی مطابق با نیاز های مخاطبان
- بحث و گفتگوی چهره به چهره
- گروه های کوچک برای اینکه مردم احساس آرامش بیشتری داشته باشند
- راهنما های گام به گام اخذ آرا بمنظور ترغیب ارایه نظرات از گروه های کوچک
- جلب مشارکت رهبران جامعه و شبکه های موجود در جامعه
- توزیع و انتشار اطلاعات از مرکز مشارکت در جایی که مردم بطور طبیعی در آنجا هستند ، نظیر مغازه ها ، سوپر مارکت ها ، مدارس ، دانشگاه های علوم پزشکی ، محل های کار و غیره
- استفاده از رسانه های جمعی درگیر در بحث اصلی در همه مباحث
- پانل های تخصصی

-
- روزهای تفریح، مراسم عمومی و اجتماعی
 - برنامه ریزی حوادث قابل پذیرش بین مردم وبا سیر واقعی _ پرداختن به مسایل " واقعی " نزد مردم
 - پایگاه های اطلاع رسانی اینترنتی
 - شبکه سازی از حوزه های اجتماعی موجود
 - انواع پرسش نامه ها / سوری ها
 - پیام های الکترونیکی / روزنامه ها
 - شنیدن صدا های خاموش
 - پشتیبانی و حمایت
- شنیدن " صدای خاموش " :**
- تمامی گروه ها " شنیدن صدای خاموش " ونه فقط شنیدن صدای آنها که بلند ترین فریاد ها را تا کنون داشته اند را مهم می دانند . صدا های زیر، بیشترین صدا های خاموشند :
- سالمندان
 - همسران
 - بیماران روانی و معلولین جسمی / ذهنی
 - بیماران ، بیماران بستری در بیمارستان ها
 - کارتن خواب ها
 - والدین مجرد
 - اقشار کم در آمد
 - ساکنین روستاهای دور افتاده
 - فقرا
 - افرادی که ماشین ندارند و دسترسی آنها به شبکه های حمل ونقل عمومی نیز کافی نیست
 - پرستاران
 - ساکنان خانه های مراقبت
 - اقلیت های قومی و مذهبی
 - جوانان
 - افرادی که عضویتی در گروهی ندارند
 - معتادان

حمایت و پشتیبانی:

- حمایت های مورد نیاز از سازمان های درگیر در مشارکت :
- داوطلبان باید با ارزش افزوده همکاری آشنا شده و تعلیم ببینند ؛
- برخی از سازمان ها برای تأمین هزینه های پرسنل در گیر در برنامه های مشارکتی نیازمند بودجه هستند ؛
- یک تیم تخصصی مشورتی برای اجرای پرسشنامه ها و ارزیابی های مورد نیاز در برنامه مشارکتی ؛
- روزنامه یا ستون ثابت در روزنامه ها و مجلات ؛
- نقاط رجوع برای گروه هدف ، نظیر خط مشاوره تلفنی ؛
- اطلاع رسانی شفاف در مورد انتخاب ها و التزام های آنها ؛
- حمایت مالی برای کمک های مردمی و یا تشکیل گروه های کوچک .

اقدامات کلی مدیران برای توسعه مشارکت در حد امکان :

- پیوستن به سایر سازمان ها اعم از دولتی و غیر دولتی و رهبران مذهبی گروه ها ، به منظور استقرار رویکرد همکاری برای بهبود سلامت جامعه ؛
- اطلاع رسانی : حصول اطمینان از شفافیت ، قابلیت دسترسی و تطابق با مخاطبان و فراهمی تیراژ کافی نسخه های چاپی و تعداد کافی نسخه های تکثیری ؛
- سرمایه گذاری برای پوشش بیشتر مردم در مراکز ارائه خدمات محلی ؛
- توسعه حداکثری سازمان های مشارکت مردمی ؛
- برخورداری از سیاست هایی برای عدم تکرار این جمله مشهور در آینده : " امروز زود نیست " ؛
- برخورد بسیار شفاف و باز در عملکرد مالی ؛
- واقع بینی و در نظر گرفتن تمامی گزینه ها : چه کار متفاوتی را باید انجام داد ؟ انجام چه کاری ایمن است ؟ آیا می توان از عهده آن کار بر آمد ؟
- ایجاد و تربیب تیمی از تسهیل گران بمنظور پوشش تعداد بیشتری از مردم در گروه های کوچک ؛
- استفاده از انواع ابزار ها و تکنیک ها و نیز تجارب برای ارتقای کیفیت پیشنهاد ها و ارائه باز خوراند ها ؛

- تأمین حمایت اداری و تخصصی به منظور توانمند سازی سازمان های غیر دولتی برای در گیری کامل در برنامه های مشارکتی ؛
- استفاده از همکاری متخصصان برای کمک به طراحی و تولید رسانه های مکتوب ؛
- استفاده از شبکه های موجود برای اطلاع رسانی مستمر؛

تکنیک های تسهیل مشارکت مردمی:

می توان بسیاری روش های جدید توسعه مشارکت مردمی را در " منوی " رویکرد ها و تکنیک های متفاوت قابل استفاده (به تنهایی یا در ترکیبی با یکدیگر) در توسعه مشارکت مردمی لیست نمود . مواردی نظیر :

- گروه های جلب حمایت همه جانبه
- فرم های در خواست سرمایه با سوال های ویژه مشارکت مردمی
- گروه های کاری هنری در جوامع محلی
- تسهیل فراخوان های عمومی در جوامع غیر مشارکتی
- هیأت منصفه شهروندان
- کنفرانس های مشارکتی
- شرکت در جلسات
- بحث های گروهی
- تشکیل انواع فورم ها با نشست های روتین
- برگزاری جشن ها و اعیاد ملی
- انواع تماس ها و رویکرد های غیر اداری
- جلب مشتری / ایجاد مؤسسه / تشکیل گروه کاری برای طراحی اقدام ها
- برگزاری نشست های تبادل اطلاعات
- رسانه ها از هر نوع
- انواع نشست ها
- روزنامه های منتشره توسط مردم یا مؤسسات محلی
- جلسات گفتگو با مردم در محل زندگی ، کار و تفریح آنان
- پانل های مشتریان / یا مراقبان / یا اعضای جامعه
- نیاز سنجی مشارکتی
- برنامه ریزی برای نیاز های واقعی
- ارایه نتایج کار به مردم با گزینه های مختلف

- انواع بررسی روتین با باز خوراند مناسب
- سمینار با تسهیل گران محیطی
- دوره های آموزشی و باز آموزی
- بازدید و صحبت در باره مناطق / گروه ها
- کارگاه مشارکتی

انتخاب یک متد مناسب به اجماع عمومی و پاسخ گویی به این پرسش ها که : چه افرادی باید در برنامه درگیر شوند ؟ آنها باید به چه چیزی پاسخ گویند ؟ و کی ، کجا ، چگونه بهتر به پاسخ های مربوطه می رسند ، بستگی دارد .

مطالعه منابع زیر برای آشنایی بیشتر با موضوع مشارکت مردمی ، مفید می باشد

- Abbott, J. (۱۹۹۶) *Sharing the City. Community participation in urban management*. London: Earthscan.
- Burkey, S. (۱۹۹۳) *People First. A guide to self-reliant, participatory rural development*. London: Zed Books.
- Dudley, E. (۱۹۹۳) *The Critical Villager. Beyond community participation*. London: Routledge.
- Hoggett, P. (ed.) (۱۹۹۷) *Contested Communities: experiences, struggles, policies*. Bristol: Policy Press ISBN
- Kaufman, M. and Alfonso, H. D. (eds.) (۱۹۹۷) *Community Power and Grassroots Democracy. The transformation of social life*. London: Zed Books.
- Mayo, M. (۱۹۹۴) *Communities and Caring. The mixed economy of welfare*. London: Macmillan.
- Midgley, J. with Hall, A., Hardiman, M. and Narine, D. (۱۹۸۶) *Community Participation. Social Development and the State*. London: Methuen.
- Spiegel, H. B. C. (ed.) (۱۹۶۸) *Citizen Participation in Urban Development. Volume ۱: Concepts and issues*. Washington: Institute for Applied Behavioral Science.
- Slocum, R. et al (۱۹۹۵) *Power, Process and Participation - tools for change*. London: Intermediate Technology Publications.
- Steifel, M. and Wolfe, M. (۱۹۹۷) *A Voice for the Excluded. Popular participation in development - utopia or necessity?*. London: Zed Books.
- Strachan, P. with Peters, C. (۱۹۹۷) *Empowering Communities. A casebook from West Sudan*. Oxford: Oxfam.
- Beetham, D. (۱۹۹۲) 'Liberal democracy and the limits of democratization' in D. Held (ed.) *Prospects for Democracy. North, South, East, West*. Cambridge: Polity.
- Colonial Office (۱۹۵۸) *Community Development. A Handbook*. London: HMSO.
- Coyle, G. L. (۱۹۳۰) *Social Process in Organized Groups*. New York: Richard R. Smith.
- Dewey, J. (۱۹۱۶) *Democracy and Education. An introduction to the philosophy of education* (۱۹۶۶ edn.). New York: Free Press.

Follett, M. P. (۱۹۱۸) *The New State. Group organization the solution of popular government (۳rd impression [۱۹۲۰] with introduction by Lord Haldane)*. London: Longmans Green.

Follett, M. P. (۱۹۲۴) *Creative Experience*. New York: Longman.

Jones, D. (۱۹۷۷) 'Community Work in the UK' in H. Specht and A. Vickery (eds.) *Integrating Social Work Methods*. London: George Allen and Unwin.

Lindeman, E. (۱۹۲۱) *The Community. An introduction to the study of community leadership and organization*. New York: Association Press.

Mayo, M. (۱۹۷۵) 'Community development: a radical alternative?' in R. Bailey and M. Brake (eds.) *Radical Social Work*. London: Edward Arnold.

Pateman, C. (۱۹۷۰) *Participation and Democratic Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Reid, K. E. (۱۹۸۱) *From Character Building to Social Treatment. The history of the use of groups in social work*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Rothman, J. (۱۹۶۸) 'Three models of community organization practice' in *Social Work Practice* ۱۹۶۸. New York: Columbia University Press.

United Nations (۱۹۵۵) *Social Progress through Community Development*. New York: United Nations.

United Nations (۱۹۸۱) *Popular Participation as a Strategy for Planning Community Level Action and National Development*. New York: United Nations.

فهرست منابع

- رفیعی فر ، شهرام (۱۳۸۳) - از آموزش سلامت تا سلامت - اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- RIFKIN , S .B . ۲۰۰۲ .
- ARNSTEIN, S. (۱۹۶۹). 'A ladder of citizen participation' American Institute of Planners Journal July. pp. ۲۱۶-۲۴.
- COOKE, B. & KOTHARI, U. eds. (۲۰۰۱). *Participation: the new tyranny?* London: Zed Books. Ltd.
- CHAMBERS, R. (۱۹۹۴). 'The origins and practice of participatory rural appraisal'. World Development. ۵ (۷) pp. ۹۵۳-۶۹.
- HELANDER, E., MENDIS, P., NELSON, G. & GOERDT, A. (۱۹۸۹). *Training in the community for people with disabilities*. WHO. Geneva.
- LANG, R. (۱۹۹۹). *Empowerment and CBR?: Issues raised by the South Indian experience* in Stone E (ed). *Disability and Development. Learning from action in the majority world*. The Disability Press.
- LANG, R. (۲۰۰۰). *The role of NGO'S in the process of empowerment and social transformation of people with disabilities*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. ۱, pp ۱-۱۹.
- MITCHELL, R. (۱۹۹۹). *The research base of community based rehabilitation*. Disability and Rehabilitation ۲۱, pp ۴۵۹-۴۶۸.
- NUNZI, E. (ed) (۱۹۹۶). *Health Cooperation Papers. Proceedings of a Workshop on Community Based Rehabilitation and Country experiences of CBR*. Bologna. Italy.
- OAKLEY, P. (۱۹۸۹). *Community Involvement in Health Development*. Geneva: WHO.
- O'TOOLE, B. (۱۹۹۶). *Evaluation Report of CBR services in Uganda*. Kampala.
- RIFKIN, S.B. (۱۹۸۵). *Health Planning and Community Participation: Case Studies in Southeast Asia*. Croom Helm.
- RIFKIN, S.B., MULLER, F. & BICHMANN, W. (۱۹۸۸). *Primary health care: on measuring participation*. Social Science and Medicine Vol. ۲۶, No. ۹, pp. ۹۳۱-۴۰.
- RIFKIN, S.B. (۱۹۹۰). *Community participation in MCH/FP programmes: an analysis based on case study materials*. Geneva: WHO. ۴۹
- WHAT IS PARTICIPATION? RIFKIN, S.B. & PRIDMORE, P. (۲۰۰۱). *Partners in Planning:*

- *information, participation and empowerment*. London and Oxford: Macmillan/TALC.
- SHARMA, M. & DEEPAK, S. (၂၀၀၁). *Rehabilitation in Practice: A participatory evaluation of the community based rehabilitation programme in North Central Vietnam*. Disability and Rehabilitation Journal. ၃၃, pp. ၃၄၃-၃၄၈.
- THOMAS, M. & THOMAS M. J. (၂၀၀၁). *Planning for 'Community Participation' in CBR*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. ၁၃(1), pp. ၃၃-၄၁.
- WORLD BANK (၁၉၉၆). *Participation Sourcebook* Washington, D.C.: The World Bank.
- WORLD HEALTH ORGANISATION/UNICEF (၁၉၇၈). *Alma-Ata Primary Health Care*. Health for all series no. 1. Geneva: WHO.

فصل سوم

مدل های تغییر رفتار

مقدمه

یکی از ویژگی‌های اساسی یک نظام علمی این است که یک پایه نظری به عنوان زیر بنای عملکرد خود، داشته باشد. تئوری‌های شناخته شده، در زمینه علمی می‌توانند در شکل‌گیری و مشخص نمودن دامنه فعالیت‌های یک رشته کمک کرده و در آموزش و اجتماعی شدن متخصصین آن رشته مؤثر باشند.

در دو دهه گذشته، مطالب پژوهشی درباره رفتار بهداشتی و آموزش سلامت سریعاً توسعه یافته است. اساسی‌ترین هدف آموزش سلامت، تغییر رفتار انسانی و یا تداوم رفتار ترجیح داده شده، می‌باشد. از همین رو، آموزش سلامت به عنوان راهی شناخته شده است که می‌توان به وسیله آن به اهداف بهداشتی، پیشرفت و موفقیت در سلامت عمومی و نوآوری‌های پزشکی دست یافت.

قضیه مهم در آموزش سلامت، تبادل پویا بین تئوری، پژوهش و رفتار است. درک مهمترین نظریه‌های زیر بنایی در آموزش سلامت و کاربرد تئوری در پژوهش توسط آموزش دهندگان سلامت، از اهداف بنیادی آموزش سلامت است. متأسفانه تئوری و ارزش آن گاهی اوقات کمتر شناخته شده است و ارتباط تئوری و عمل در جهان واقعی به میزان زیادی در تلاش‌ها و تحقیقات آکادمیک برای سال‌ها آسیب دیده است.

آموزش سلامت و ارتقای سلامت، از یک پایه تئوریک استنتاج شده‌اند و شامل فرضیاتی می‌باشند که ممکن است هنوز در مراحل اولیه خود باشند. برای موفقیت در تغییر یا تثبیت رفتار سالم، آموزش دهندگان سلامت باید از عوامل مؤثر بر یادگیری مردم آگاه باشند و تئوری‌ها به این فرایند کمک می‌کنند. اصول یادگیری، تئوری‌های رفتار انسانی و مدل‌ها چارچوبی برای درک اینکه مردم چگونه یاد می‌گیرند و چگونه و چرا رفتار می‌کنند، فراهم می‌کنند. علاوه بر این، تئوری‌ها چارچوبی برای مداخله مؤثر به منظور تغییر رفتار می‌باشند. آموزش دهنده سلامت، بدون استفاده از تئوری فقط مانند یک تکنسین یا مکانیک است، در حالی که متخصصانی که درکی از تئوری و پژوهش دارند، می‌توانند به دنبال چرایی بروند و مداخله مورد نظر خود را طرح نمایند و تأثیر تغییرات حاصل از مداخله را ارزیابی نمایند. طیف وسیع متخصصین بهداشتی - درمانی، تمام یا قسمتی از توجه خود را برای تغییر رفتار مددجویان صرف می‌کنند. آنان به منظور توسعه نوآوری‌ها و مداخله موفق، در عملکردشان نیاز به درک بیشتر تئوری‌های مربوط به رفتار بهداشتی دارند تا به چگونگی رفتار فرد و عوامل مؤثر بر آن دست یابند. مربیان آموزش سلامت با استفاده از الگوی‌های بهداشتی مناسب قادر خواهند بود که به جهت سازگار شدن با رفتارهای مناسب بهداشتی کمک نمایند.

به منظور اینکه آموزش‌دهندگان سلامت بتوانند تئوری را با کامل‌ترین مزایای آن به کاربرند آنها باید مهارت‌های پیش نیاز و اطلاعات مورد نیاز برای کاربرد تئوری در مشکلات بهداشتی دارا بوده و اطمینان پیدا کنند که قادر به استفاده از تئوری به شکل مناسب هستند. در ضمن، آنها باید به این موضوع عقیده داشته باشند که مداخله مبتنی بر تئوری، نتایج خوبی را به بار خواهد آورد. بر این اساس، در این مبحث ضمن شرح مختصر مفاهیم کلی تئوری و الگو، برخی از مدل‌ها و تئوری‌های مورد استفاده در آموزش سلامت نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

تعریف و مفهوم تئوری و مدل

لغات تئوری^۱، الگو^۲ و پارادایم در مقالات آموزش سلامت و ارتقای سلامت اغلب به جای یکدیگر به کار می‌روند. طبق نظر باندورا (۱۹۸۶) تئوری‌ها، تعیین‌کننده‌ها و مکانیسم‌هایی که پدیده مورد نظر را کنترل می‌نمایند، را مشخص می‌کنند.

- تئوری‌ها شامل یک یا چند پیشنهاد می‌باشند که به طور منطقی برای بیان پدیده‌های مرتبط به یکدیگر به کار می‌روند.

- تئوری‌ها مجموعه‌ای از مفاهیم، تعاریف و پیشنهادات مرتبط به هم هستند که دیدگاهی سیستماتیک از وقایع یا موفقیت‌ها را ارائه می‌کنند. این کار از طریق درک ارتباطات بخصوص میان متغیرها به منظور بیان و پیش‌بینی وقایع یا موفقیت‌ها صورت می‌گیرد.

- تئوری یک نظم‌دهی سیستماتیک از اصول اساسی است که پایه‌ای برای اتفاقات معین زندگی می‌باشد.

- مفاهیم اجزای اصلی تئوری هستند. آنها قسمت پایه و اصلی یک تئوری محسوب می‌شوند. وقتی مفاهیم تدوین شده برای تئوری خاصی استفاده می‌گردد، آنها را سازه^۳ می‌نامند. مثال مفهوم سازه «حساسیت درک شده» در مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد. متغیرها، تعاریف عملی مفاهیم و به عبارت دیگر شکل کاربردی مفاهیم هستند.

موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت

تئوری می‌تواند در موارد بسیاری مفید باشد، اچام، سورنسون ولوریج^۴ (۱۹۹۲) ارزش تئوری را برای آموزش دهندگان سلامت این گونه بیان می‌کنند: تئوری‌ها به تعیین اجزایی که به طور ظاهری بر انواع گوناگون رفتار اثر می‌گذارند و نیز درک این اجزا و نحوه عملکرد آنها

^۱ - theory

^۲ - model

^۳ - constructs

^۴ - Lorig، Sorenson، Aochbam

کمک می‌کنند. آنها همچنین ممکن است پیشنهادات و یا به طور واقعی نظراتی را ارائه دهند، به منظور اینکه چگونه و تحت چه شرایطی می‌توان روی چنین اجزایی اثر گذاشت. بنابراین تئوری‌ها ابزارهای ارزشمندی برای حل انواع وسیعی از مشکلات فراهم می‌کنند. به عبارت دیگر، اگر تئوری‌ها به خوبی تدوین و ثابت شده باشند، علاوه بر آن اگر به خوبی نیز انتخاب و ماهرانه تطبیق داده شوند، می‌توانند به ما در پیش‌بینی پیامدهای احتمالی مداخلات حتی در موقعیت‌هایی که قبلاً هرگز با آنها مواجه نشده‌ایم، کمک کنند. در نظر داشته باشید که یک چارچوب تئوریک محکم، پایه و اساسی قوی برای عملکرد فراهم خواهد نمود. از تئوری‌ها می‌توان به عنوان مبنایی برای تحقیق و تنظیم فرضیه‌ها مبنایی برای ارزیابی نیازها، رویکردهای مداخله‌ای و برنامه‌ریزی، پیش‌بینی نتایج مداخلات و شیوه‌های تحقیق و نیز اندازه‌گیری اثرات مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری به ارتقادهندگان سلامت اجازه می‌دهد که برنامه‌های نظریه محور^۱ را بتوانند در مکان‌های بسیاری به کار برند. یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند و راه‌هایی که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و همچنین دیدگاهی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل کننده رفتار فراهم آورد.

مزایای استفاده از تئوری‌ها در آموزش سلامت را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود :

- ۱- کمک به سازماندهی سؤالات تحقیق درباره آموزش سلامت؛
 - ۲- درک بهتر پدیده مورد مطالعه ؛
 - ۳- کمک به تحقیق عملکردی و کاربردی؛
 - ۴- به آموزش بهداشت برای در برگیری سؤالاتی که برای بهداشت عمومی مهم هستند، کمک می‌نمایند؛
 - ۵- چارچوب قابل پیش‌بینی را برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی به منظور موفقیت بیشتر آن برنامه‌ریزی‌ها فراهم می‌کنند؛
 - ۶- روشی برای تشریح و توجیه کارهای آموزشی برای همکاران می‌باشند؛
 - ۷- امکان تکرار مجدد مداخلات آموزشی موفق را فراهم می‌کنند؛
 - ۸- یک‌فرآیند منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها یا شکست‌ها می‌باشند.
- بنابراین تئوری‌ها می‌توانند از طرق مختلف در آموزش سلامت و ارتقای سلامت به کار گرفته شوند، به عنوان مثال، توضیح رابطه «چه، چگونه، چه وقت، چرا» که به متخصصان امکان

^۱ - theory-based

تمرکز بر تعداد محدودی از متغیرها و درک جامع مشکل را می‌دهد. در تئوری، موضوع «چه» قسمت‌هایی را که باید هدف تغییر مداخلات قرار گیرند را به ما نشان می‌دهند. قسمت «چرا» در تئوری فرآیندهایی که تغییرات را در متغیرهای مورد نظر ایجاد می‌کنند، بیان می‌نمایند. قسمت «چه وقت» تئوری، ترتیب زمانی برای حداکثر دستیابی به مداخله را شامل می‌شود و بالاخره قسمت «چگونه» تئوری، راه‌ها یا روش‌هایی را که باید در نوآوری‌ها به آن توجه داشت بیان می‌کند که شامل وسیله‌ای مخصوص برای تعیین تغییراتی است که به وجود می‌آید.

معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب

تئوری‌ها و مدل‌ها در چارچوب فعالیت‌های متخصصان و پژوهشگران مورد قضاوت قرار می‌گیرند. معیارهایی که به منظور قضاوت در مورد شایستگی و قابلیت استفاده از یک تئوری در آموزش سلامت می‌توان مورد توجه قرار داد، عبارتند از:

- ۱- بر مبنایی دانش موجود در زمینه مورد نظر ساخته شده باشد؛
- ۲- به طور تجربی قابل تأیید باشد. تئوری باید قابلیت آزمون داشته باشد و زمانی که آزمایش شد، می‌توان آن را با اطمینان در عمل به کار گرفت؛
- ۳- قابلیت تجدید نظر داشته باشد؛
- ۴- دارای هماهنگی داخلی باشد و استنتاج ضد و نقیض نداشته باشد؛
- ۵- تا اندازه‌ای رعایت صرفه‌جویی در استدلال مطالب شده باشد، در عین حال می‌بایست تعداد مفاهیم آن قابل استفاده باشد؛
- ۶- در حد امکان با سایر تئوری‌ها سازگار باشد؛
- ۷- تئوری باید سابقه آزمون در موضوعات مربوط به رفتار بهداشتی را داشته باشد یا اینکه مورد استفاده اصلی آن در مداخلات آموزش سلامت باشد؛
- ۸- باید استدلال تجربی آن در پیش‌بینی یا تغییر رفتار بهداشتی معتبر باشد؛
- ۹- تئوری باید کارآیی بالقوه‌ای برای استفاده در آموزش سلامت داشته باشد.

الگو یا مدل

الگو، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. الگو، تصور و دید آموزش‌دهندگان را درباره اینکه «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، واضح می‌کند. همچنین یک نقشه فرآیند آموزشی است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص آموزشی و طراحی مداخلات را فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند. علاوه بر این تدوین یک مدل آموزشی روش برنامه‌ریزی آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارائه می‌دهد. در

نهایت الگو یا مدل، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود. ارپ و ارنت^۱ (۱۹۹۱) الگو را یک نقشه ادراکی^۲ و به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیمی که به نظر می‌رسد با یک مشکل بهداشتی مرتبط باشند، تعریف می‌نمایند. این نقشه می‌تواند توسط بیش از یک تئوری شکل گیرد.

مدل‌ها یک زیر گروه برای تئوری‌ها می‌باشند. مدل‌ها نسبت به تئوری‌ها کمتر کامل بوده و جزئیات کمتری نیز دارند و فقط عوامل توصیف‌کننده و ارتباطات میان آنها را مشخص می‌کنند. تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند. درحالی‌که نقشه‌های ادراکی یا مدل‌ها با انواع اختصاصی رفتار و در زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها واقعیت را از دیدگاه مخصوص یک رشته (مثلاً اجتماعی، بیولوژیکی، اقتصادی) ارایه می‌دهند. از آنجا که تئوری‌ها مختص هر رشته هستند، اغلب در سطح علت‌ها نیز به طور اختصاصی عمل می‌کنند.

مدل‌ها برای کمک به مردم در درک یک مشکل بخصوص و سازماندهی اطلاعات به کار می‌روند. آنها اغلب برای ارایه فرآیند و گاهی اوقات برای توضیح و بیان فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کنند.

الگوها در حال حاضر بیشتر مورد توجه هستند، زیرا آنها در مواردی که با مشکل حادی در پژوهش مواجه می‌شویم، می‌توانند موفقیت بیشتری کسب کنند. الگوها، بررسی‌ها را در جهت پاسخ به سؤالات مطالعه هدایت می‌کنند. الگوها، محدوده آنچه که در مطالعه باید مورد نظر باشد، مشخص می‌کنند. بعضی از الگوها با واژه‌ها توصیف می‌شوند اما بیشتر آنها از طریق دیگرام و شکل شرح داده می‌شوند. کاربرد دیگرام و تصویر در مدل‌ها باعث می‌شود که ارتباط و اتصال زنجیری بین مفاهیم در مدل به گونه‌ای واضح نشان داده شود.

انتخاب مدل آموزش سلامت، اولین گام در فرآیند طراحی یک برنامه آموزشی محسوب می‌شود. یک مدل آموزشی، برنامه را در مسیر صحیح شروع کرده و هدایت برنامه را تا مرحله ارزشیابی ارایه می‌دهد. بررسی آمارهای بهداشت عمومی نظیر میزان‌های ابتلا و مرگ و میر و معیارهای رفتارهای سلامتی جامعه در طراحی مدل مؤثر است. نکته مهم این است که قبل از انتخاب مدل برای برنامه آموزش سلامت، اهداف و اجزای مدل باید مطالعه شود. بعضی از الگوهای آموزشی، بیشتر به فلسفه و نحوه آموزش مرتبط می‌شوند تا به چگونگی طراحی یک

^۱ -Ennett, Erap

^۲ -Conceptual map

برنامه آموزشی. برای مثال الگوی اعتقاد بهداشتی به تبیین تغییر رفتار و اینکه چرا در فردی رفتار غیر بهداشتی تغییر می‌کند و در فرد دیگری تغییر نمی‌کند، متمرکز است. در مقابل الگوی پری‌سید بر فرآیند طراحی و برنامه‌ریزی تأکید دارد. این الگو هم در برنامه‌های آموزش به مددجو و هم در آموزش کارکنان کاربرد دارد.

رفتار انسان در مدیریت پیشگیری، درمان و سازش با بیماری‌ها، نقش مهمی را ایفا می‌کند. درواقع برای رسیدن به هدف نهایی آموزش سلامت به بیمار که همانا حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد، حصول تغییر رفتار^۱، شروع یک دومینو^۲ می‌باشد که در نهایت اتوماتیک وار به حفظ و ارتقای سلامت می‌انجامد.

برای بیماری‌ها یک سری رفتارهای هدف^۳ وجود دارد که بارسیدن به آنها، حصول اهداف موردنیاز برای بیماری‌ها (پیشگیری، درمان، سازش) حتمی می‌شود.

عموماً این شکایت وجود دارد که بیماران توصیه‌های سلامتی را نادیده گرفته و رفتارهای مورد نیاز برای حفظ و ارتقای سلامتی خود را اتخاذ نمی‌کنند و رفتارهای مخرب سلامتی را ترک نمی‌کنند. محکوم کردن بیماران و سرزنش اعتقادات آنها، کارآسانی است ولی آنچه که غالباً به عنوان دلایل واقعی ناموفق بودن آموزش سلامت ذکر می‌شود این است که اطلاعات نامربوط بوده است؛ تغییرات غیرواقعی را مد نظر قرار داده است؛ به سوی جمعیتی نادرست هدف‌گیری شده و یا از روش‌های نامناسب استفاده نموده است.

جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و انسان‌شناسان، دامنه‌ای از تئوری‌های و مدل‌های مختلف را برای تشریح عوامل مؤثر بر رفتارپیشنهاد کرده‌اند که دراین فصل، پنج مدل تغییر رفتاریه ترتیب توالی زمانی پیشرفت مدل‌های تغییررفتار در طول زمان به اختصار توضیح داده می‌شود.

انواع مدل‌های مطالعه رفتار:

- مدل اعتقاد بهداشتی (HEALTH BELIEF MODEL (HBM) ← براساس تئوری کورت لوین

- مدل قصد رفتاری BEHAVIORAL INTENTION MODEL براساس تئوری

مارتین فیش باین- ۱۹۹۷

^۱ منظور از مدل‌های تغییر رفتار، مدل‌هایی برای تغییر یک رفتار موجود یا ایجاد رفتاری که از قبلی نبوده، می‌باشد

^۲ Domino قطعاتی که به دنبال هم و با فاصله معین از هم چیده می‌شوند و با افتادن اولین قطعه روی قطعه بغلی، موجی از حرکات اتفاق می‌افتد تا اینکه شکل خاصی ایجاد شود و یا ضربه نهایی به یک هدف از پیش تعیین شده بخورد.

^۳ لیست این رفتارهای هدف در طی دوره پزشکی برای هر پزشکی تقریباً محرز می‌شود. لیست این رفتارها برای هر بیمار درسایت اینترنتی www.ahcp.gov.research که حاصل مطالعه AHR^۲ می‌باشد، موجود است و نیز اطلاعات مکتوب دراین زمینه در preventive services task force در سایت اینترنتی www.ahcp.gov/clinic/epc وجود دارد.

- مدل PRECEDE

- مدل Simmons

- مدل BASNEF

مدل اعتقاد بهداشتی

این مدل که در سال ۱۹۵۰ براساس تئوری کورت لوین طراحی شد، شامل سه جزء، منافع وموانع درک شده، تهدید درک شده وراهنمای عمل می باشد.

الف: منافع وموانع درک شده^۱

منافع وموانع درک شده که در آن تجزیه وتحلیل محاسن ومعايب رفتار، انجام می گیرد .به عنوان مثال: در انجام واکسیناسیون منافع و معايب واکسیناسیون مورد تجزیه وتحلیل قرار می گیرد. منافع این عمل عبارتند از : صرف هزینه و پول ، پیمودن مسافت بین منزل ودرمانگاه ، تب کردن بچه ، منافع این عمل عبارتنداز : سلامت کودک، یعنی اینکه کودک برای یک عمر سالم می ماند واین نفع مسأله است. دراین قسمت از مدل ارزیابی می کنندکه چند درصد مردم به خاطر منافع انجام یک رفتار بهداشتی آن را اتخاذ می نماید و نتیجه کار برای برنامه ریزی آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد . آیا فرد براساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع وموانع آن عمل رفتاری را انجام می دهد یا از انجام آن خودداری می کند . چه تحلیلی برای انجام رفتار (چه رفتار مثبت و چه رفتار منفی) وجود دارد ؟

ب : تهدید درک شده^۲

تهدید درک شده به این مفهوم است که فرد احساس می کند در معرض تهدید ابتلا به یک بیماری قرار گرفته ولذا رفتار پیشگیری کننده ای مثل واکسیناسیون را اتخاذ می کند .
تهدید درک شده به ۲ عامل بستگی دارد :

- ۱- حساسیت نسبت به مسأله^۳ : فرد خود را نسبت به ابتلای به یک بیماری خاص حساس می داند . لذا در این رابطه اقداماتی را از قبل انجام می دهد .
- ۲- شدت مسأله^۴ : مثلاً در هنگام بروز یک بیماری می توان شدت مسأله را در جامعه مطرح کرده و بدین وسیله فرد خودش را در معرض ابتلای به بیماری دیده و احساس تهدید

^۱ Percieved Bendits and Barriers

^۲ Percieved Threat

^۳ Suscebtibility to problem

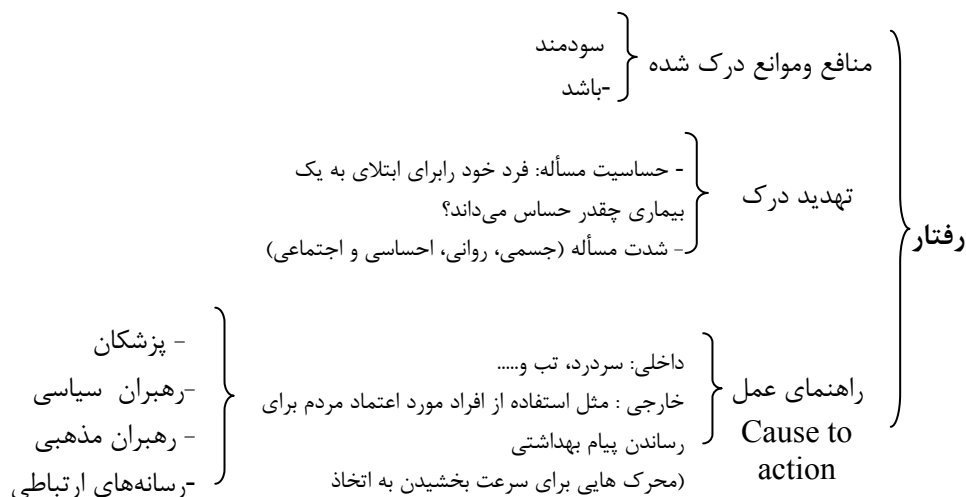
^۴ Severity of problem

می‌کند و این احساس منجر به انجام یکسری مسایل و اقدامات بهداشتی می‌گردد .
 با آموزش سلامت می‌توان با توجه به حساسیت درک شده و شدت درک شده در فرد تهدید
 درک شده ایجاد نمود تا منجر به رفتار مدیریت بیماری شود و همه اقداماتی را که برای مدیریت
 بیماری لازم باشد ، انجام دهد .

ج: علایم (راهنما) برای عمل^۱

شامل پیام‌های سلامتی ، ارتباطات فردی و جمعی می‌باشد. می‌توان برای ارایه پیام‌های
 سلامتی به مردم از افراد مورد قبول جامعه نظیر پزشکان ، رهبران سیاسی ، رهبران مذهبی
 رسانه‌های ارتباط جمعی مورد اعتماد جامعه استفاده نمود.

در دیاگرام زیر رابطه این عوامل با رفتار مشخص شده است:



اصول مدل اعتقاد بهداشتی:

این مدل در سال ۱۹۷۶ معرفی شد و در طی اوایل دهه ۱۹۷۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت
 و به وسیله آجزن وفیش بین توسعه یا فت .

^۱ Causes to action

مدل اعتقادبهداشتی بردواصل استوار است: انتظار ارزش^۱ و تخمین شخص ازاحتمال اجرای رفتاری که باعث دست یافتن به هدف مورد نظری می شود. تئوری روانشناختی لوین: در واقع اصول مدل اعتقاد بهداشتی برگرفته از تئوری روانشناختی لوین می باشد. این تئوری می گوید: درک شخص درزمینه سودمند بودن امکان پذیری (آسان بودن) تحقق یک هدف (رفتار)، عامل تلاش فرد برای رسیدن به آن هدف می باشد.

ایراد وارد برمدل اعتقادبهداشتی

الف) این مدل بیشتر درمورد پیشگیری نقش دارد تاکنترل بیماری. البته این مدل درپیشگیری ثانویه تاحدودی بر کنترل بیماری نیز متمرکز می شود؛ ب) این مدل بیشتر درمورد جمع آوری متغیرهای رفتاری عمل می کند اما فقط این مسایل منجر به بروز رفتار در فرد نمی شود. بلکه عوامل دیگری نیز در رفتار فرد نقش دارند. مثل: نگرش. نگرش (طبق نظر ALLPORT) به آمادگی برای پاسخ دررفتار تعبیر می شود. سه عامل بر روی نگرش نقش دارند، که عبارتند از علاقه و محبت^۲، شناخت^۳ و اراده و سعی^۴ که از این سه عامل، عامل اول مورد تأکید THURSTONE و دو عاملی بعدی، مدنظر ALLPORT است.

البته آزمایش معروف COREG در سال ۱۹۳۷ درمورد رابطه نگرش و رفتار (تقلب دانشجویان) نشان داد که رابطه لزوماً اجتناب ناپذیری بین نگرش و رفتار نیز وجود ندارد. ۵

مدل قصد رفتاری^۶

این مدل برگرفته از تئوری عمل منطقی^۱ است که خود برگرفته از تئوری انتظار ارزش^۲ می باشد.

^۱ value expectancy

^۲ AFFECT

^۳ COGNITION

^۴ CONATION

(coreg یک سری سؤال علمی ازدورس دانشجویان تهیه و بین دانشجویان توزیع کرد تا به سؤالات جواب دهند. بعد سؤالات توسط استاد مربوطه اصلاح شد ولی نمره دربرگه دیگری وارد شد. بعداً برگه سؤالات همراه با پاسخ ها به خود دانشجویان داده شد تا خودشان برگه سؤالات را اصلاح کنند و به خودشان نمره دهند. قبل از امتحان نگرش دانشجویان نسبت به تقلب سنجیده شده بود. حال با آنالیز آماری مشخص شد که لزوماً کسانی که نگرش مثبت نسبت به تقلب داشتند، دراصلاح برگه خود تقلب نکرده بودند.

^۶ BEHAVIORAL INTENTION – MODEL (BIM)

در تئوری عمل منطقی گفته می‌شود که: انسان‌ها قبل از اینکه تصمیم به انجام رفتاری بگیرند ابتدا کاربرد و بازده آنرا بررسی می‌کنند و بعد اگر انجام رفتار منطقی به نظر برسد، آن را انجام می‌دهند (قضاوت خود شخص نسبت به رفتار).

بر اساس تئوری انتظار ارزش، انسان‌ها زمانی دست به رفتاری می‌زنند که از آن رفتار انتظار سود و ارزش داشته باشند.

در مدل قصد رفتاری نیز مثل سایر مدل‌های تغییر رفتار، هدف نهایی پیش‌بینی رفتار است ولی در این مدل عامل اصلی تعیین‌کننده رفتار، قصد شخص^۲ می‌باشد. قصد هر فرد برای انجام هر کاری، بر دو پایه استوار است: عامل شخصی و عامل اجتماعی تغییر رفتار.

• عامل شخصی

عامل شخصی به ارزش‌های مثبت یا منفی شخصی از انجام رفتار برمی‌گردد که همان نگرش فرد نسبت به رفتار است. آحاد مردم نسبت به یک مسأله نگرش‌های متفاوتی دارند. ممکن است نگرش فردی در رابطه با انجام رفتاری مثبت ولی نگرش فرد دیگر نسبت به انجام همان رفتار منفی باشد. بنابراین نخستین عاملی که بر روی قصد اثر دارد، نگرش نسبت به رفتار است.

نگرش از ارزیابی مثبت یا منفی شخص در مورد انجام یک رفتار معین و با توجه به قضاوت وی به وجود می‌آید. بنابراین چنانچه انجام رفتار برایش سودمند باشد، آن را انجام می‌دهد و چنانچه انجام رفتار برایش مضر باشد، از انجام آن خودداری خواهد کرد. در هر حال، انجام یا عدم انجام رفتار، معطوف به قضاوت شخص می‌باشد.

توجه به این نکته لازم است که اعتقادات، زیربنای نگرش‌ها هستند. به این ترتیب که نخست اعتقاد ایجاد شده و سپس نگرش به وجود می‌آید. شخصی که اعتقاد دارد انجام عملی برایش نتیجه مثبت دارد، نسبت به آن رفتار و انجام آن گرایش مطلوب خواهد داشت و عکس آن نیز صادق می‌باشد. بنابراین اعتقادات در تشکیل نگرش‌ها و همچنین در نتایج رفتار و ارزشیابی نتایج رفتار مؤثر هستند.

چنانچه ارزشیابی فرد از رفتاری مثبت باشد، نگرش وی مثبت بوده و قصد ایجاد خواهد شد و در نهایت رفتار انجام می‌شود و عکس این حالت هم مصداق دارد. در آموزش سلامت،

^۱ REASONED ACTION

^۲ VALUE EXPECTANCY

^۳ PERSON'S INTENTION

می بایستی فرد نتایج ارزشیابی را ببیند و اعتقاد مثبت پیدا کند. نتیجه این امر، نگرش مطلوب خواهد بود که در نهایت به قصد و رفتار می انجامد.

• عامل بازتاب تأثیر اجتماعی

این عامل به هنجارهای انتزاعی^۱ و فشارهای اجتماعی^۲ معروف است و به درک شخصی از فشارهای اجتماعی مربوط می شود. هنجار انتزاعی توسط روان شناسانی که به رشته سلامت وارد شده اند مطرح گردیده و گویای این است که سایر افراد اعم از پدر، مادر، خواهر، برادر، رهبران مذهبی، رهبران سیاسی همگی در نظریات و رفتارهای فرد تأثیر دارند.

بنابراین دو عامل اصلی بر روی هنجارهای انتزاعی تأثیر دارند:

- ۱- اعتقادات هنجاری، مثلاً بسیاری از مردم انگیزه برای اطاعت از رهبران دینی را دارند؛
 - ۲- انگیزه برای اطاعت؛ مثلاً برخی زنان دارای این اعتقاد هنجاری هستند که از مادرشوهر خود اطاعت نمایند زیرا در غیر این صورت از چشم شوهرشان می افتند.
- گاهی اوقات احتمال دارد فردی در گروه همسالان خود، چنانچه مطابق هنجارهای آنان عمل نکند از گروه رانده شود. در چنین وضعیتی فرد دچار فشار اجتماعی می شود و تحت تأثیر آن فشارها اقدام به عمل می نماید.

در بعضی از مواقع، ممکن است یک فرد نگرش مثبت برای انجام کاری داشته باشد ولی افرادی که برای او مهم هستند (هنجارهای انتزاعی) مخالف انجام آن کار باشند. تصمیم گیری فرد در این شرایط به دو عامل بستگی دارد:

الف: قدرت و خواسته شخص: چنانچه قدرت و خواسته خود فرد زیاد باشد، آن کار را انجام می دهد و به کسی کاری ندارد؛

ب: حساسیت نسبت به فشار: چنانچه خواسته اطرافیان برای او مهم باشد، از خواسته خود صرف نظر می کند.

در مجموع می توان از افراد ذی نفوذ و رهبران مذهبی و فکری برای ترغیب افراد در جهت انجام یک رفتار بهداشتی مثبت استفاده نمود.

فردی که مایل است برای فرزندش بازی های کامپیوتری بخرد، ممکن است دلیل این کارش نگرش او نسبت به آن رفتار خاص باشد و یا به این دلیل باشد که افرادی که برایش اهمیت دارند و از نظر او مهم هستند، از او خواسته اند که این وسیله را خریداری نماید و او نیز چنین کاری را بکند.

^۱ Subjective Norms

^۲ social pressure

بنابراین فشارهای اجتماعی، سبب قصد فرد و انجام عمل توسط وی می‌شود. وقتی که فردی می‌خواهد برای انجام کاری قصد نماید، ممکن است تحت تأثیر یکی از عوامل نگرش نسبت به رفتار و یا هنجارهای انتزاعی و یا هر دو این عوامل قرار می‌گیرد.

بررسی اهمیت نسبی نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی از اهمیت زیادی برخوردار است. به عنوان مثال دونفرخانم رادرنظرگیری که هر دو دارای نگرش مثبت نسبت به خوردن قرص پیشگیری از بارداری هستند ولی افرادی که برای آنها مهمند، با عمل آنها مخالف باشند و اطرافیانی که برای آنها مهم هستند، باعث شوند که قرص را خیلی راحت مصرف نکنند. در چنین موقعیتی باید بررسی نمود که کدام یک از دو عامل فوق‌الذکر (نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی) نسبت به دیگری مؤثرتر می‌باشد. اهمیت نسبی این عوامل نیز در افراد مختلف، متفاوت است. در فرهنگ‌های بالای اجتماعی و در میان افراد تحصیل کرده، اغلب نگرش مهم تر است در حالی که در افرادی که از تحصیلات یا سطح فرهنگی پایین‌تری برخوردارند، اغلب هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی اهمیت بیشتری دارند.

مثال‌های زیر، نمونه‌هایی از بررسی اهمیت نسبی نگرش‌ها و هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی هستند:

- مثال ۱: دونفرخانم که دارای نگرش مثبت هستند اما هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی سبب می‌شود که آنها قرص پیشگیری از بارداری مصرف نکنند.

- مثال ۲: دونفرخانم که دارای نگرش مثبت هستند و نگرش یکی از آنها نسبت به هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی برتری و تفوق دارد اما در مورد فرد دوم، هنجارهای انتزاعی یا فشارهای اجتماعی نسبت به نگرش وی برتری و تفوق دارد. در چنین حالتی، نفراول عمل قرص خوردن را انجام می‌دهد ولی نفر دوم این کار را انجام نمی‌دهد.

- مثال ۳: دونفرخانم نگرش مثبت داشته و از هنجارهای انتزاعی یکسان برخوردار باشند ولی قصد آنها با یکدیگر متفاوت باشد. در چنین حالتی، باید بررسی نمود که چرا برخی از افراد نگرش و هنجارهای انتزاعی معینی را نگهداری می‌نمایند. چرا یکی از خانم‌ها رفتاری را انجام می‌دهد و دیگری انجام نمی‌دهد و چه عاملی سبب می‌شود که رفتاری انجام شود یا نشود؟

بنابراین می‌بایستی به تشکیل دهنده‌های نگرش و هنجارهای انتزاعی توجه نمود. تئوری عمل منطقی به این سؤال پاسخ می‌دهد که چرا عده‌ای از نگرش یا هنجارهای انتزاعی معینی تبعیت می‌کنند.

برطبق تئوری عمل منطقی نگرش‌ها، عملکرد^۱ اعتقادات هستند. فردی که اعتقاد دارد انجام عملی برای او دارای نتیجه مثبت است، نسبت به انجام آن رفتار نگرش مثبت دارد و بالعکس.

اعتقاداتی که مأخذی برای نگرش می‌شوند "اعتقادات رفتاری"^۲ نامیده می‌شوند. به عنوان مثال، فردی که اعتقاد داشته باشد خرید بازی کامپیوتری سبب خوشحالی کودکان او و موجب گردهمایی دوستان می‌گردد، نسبت به خرید بازی کامپیوتری گرایش مثبت پیدا کرده و این گرایش مثبت منجر به قصد و اتخاذ رفتار شده و در نتیجه بازی کامپیوتری را می‌خرد.

• هنجارهای انتزاعی چه هستند؟

هنجارهای انتزاعی^۳ عملکرد اعتقادات هستند. این اعتقادات متفاوت از اعتقادات مرحله قبل می‌باشند. در اینجا اعتقادات فرد به بازتاب‌های اجتماعی و اثر آن برمی‌گردد درحالی که در مرحله اول فقط اعتقادات خود شخص نقش دارند. به اعتقاداتی که مأخذی برای فرد می‌گردد "اعتقادات هنجاری می‌گویند". اعتقادات مأخذ به اعتقادات فرد نسبت به مراجعی برمی‌گردد که فکری کنند وی باید کاری را انجام دهد یا ندهد، و این امر براساس بازتاب‌ها و فشارهای اجتماعی، مانند طردگشتن یا پذیرفته شدن است. به عنوان مثال، بازتاب فشارهای اجتماعی می‌تواند سبب شود خانم داری که می‌خواهد وسایلی را برای خانه خود بخرد، از اجرای خواسته اش خود داری نموده و آن کار را انجام ندهد. مثال دیگر در مورد ویدیو است. ممکن است عده ای معتقد به خرید ویدیو نباشند ولی فشار اطرافیان و اجتماع سبب شود که فرد به اجبار ویدیو بخرد.

هریک از دو عامل "نگرش نسبت به رفتار" و "هنجار انتزاعی"، می‌تواند به طور جداگانه منجر به "قصد" و نهایت رفتار شود.

مقایسه دو مدل قصد رفتاری و اعتقاد بهداشتی

۱- در مدل قصد رفتاری (B.I.M) "قصد"، پیش‌بینی کننده رفتار است. درحالی که در مدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M)، چنین رابطه ای وجود نداشته و عوامل به طور مستقیم روی رفتار مؤثر بوده و رفتار واقعی را پیش‌بینی می‌کنند؛

^۱ Function

^۲ Behavioral Beliefs

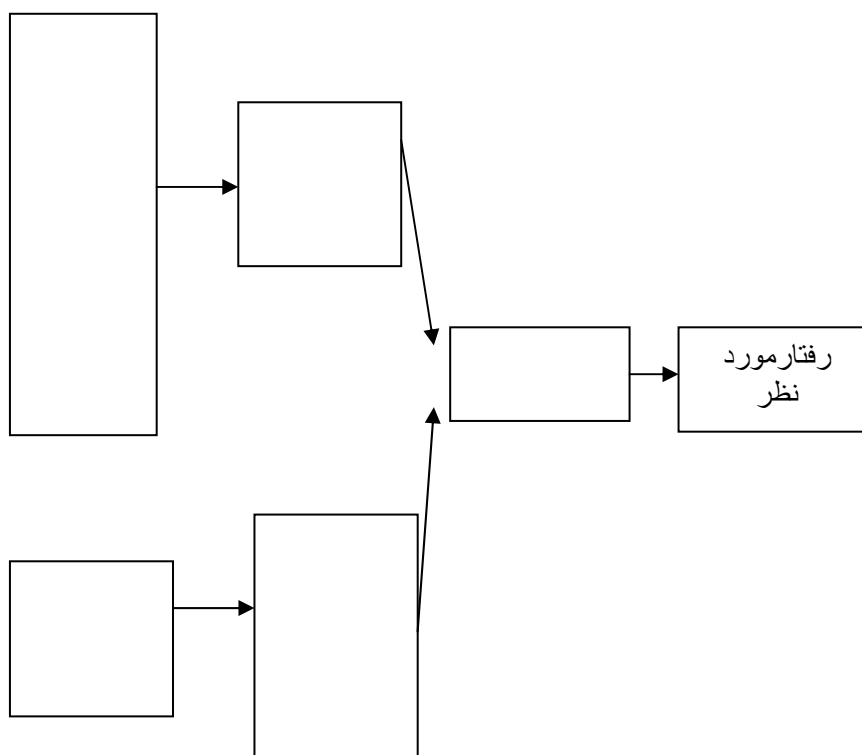
^۳ Subjective Norms

۲- درمدل قصد رفتاری (B.I.M)، اعتقادات با ارزشیابی نتایج ترکیب شده ولی درمدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M) ارزشیابی از رفتار به طور صریح وجود نداشته و فقط نتایج حاصله از رفتار درمیان منافع (Benefits) مطرح می گردد؛

۳- درمدل قصد رفتاری (B.I.M)، عامل اصلی و اساسی "هنجارهای اجتماعی" و "هنجارهای انتزاعی" است درحالی که درمدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M)، "هنجارهای اجتماعی" بسیار ضعیف عمل می کنند. لازم به توضیح است که هنجارهای اجتماعی درمدل اعتقاد بهداشتی فقط در قسمت "علایم برای عمل" می باشد و ضمانتی برای آن وجود ندارد.

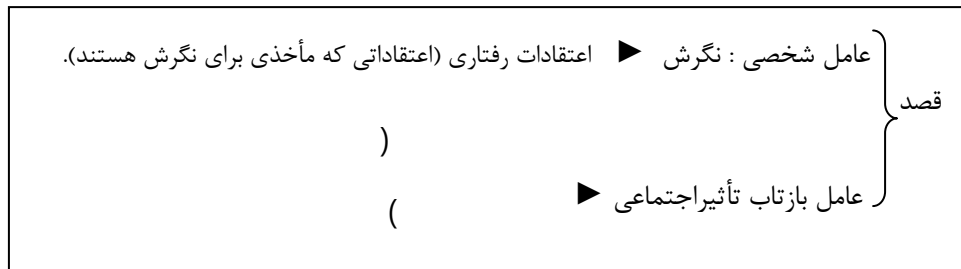
جدول ۱-۳: مقایسه دو مدل قصد رفتاری و اعتقاد بهداشتی

مدل قصد رفتاری B.I.M	مدل اعتقاد بهداشتی H.B.M	ساختمان
بله	بله	ارزیابی از نتایج منجر به رفتار (احتمال رفتار)
بله	خیر	ارزیابی از نتایج
بله	خیر	نگرش نسبت به رفتار
بله	بله = راهنما برای عمل (Cause to Action)	اعتقادات هنجاری (Normative Beliefs)
بله	خیر	انگیزه برای اطاعت و انجام دادن یک عمل یا کار
بله	خیر	هنجار انتزاعی
خیر	بله	حساسیت درک شده
خیر	بله	شدت مساله درک شده
خیر	بله	تهدید درک شده



- :

(B.I.M)



شکل ۲-۳: چارت کلی مدل قصد رفتار

هر کدام از عوامل شخصی (نگرش) و عوامل اجتماعی (فشار اجتماعی) می‌توانند به تنهایی یا با هم به قصد و رفتار منجر شوند و در مواردی که باهم در تناقض باشند، قدرت خواسته شخص (نگرش) و حساسیت نسبت به فشار اجتماعی بسته به شدت هر کدام، تعیین کننده خواهد بود. تأثیر عواملی چون سطح تحصیلات بر تصمیم‌گیری در موارد تناقض، بارز است. ایراد اساسی وارد بر مدل قصد رفتاری این است که قصد، شرط لازم رفتار است ولی کافی نیست.

مدل PRECEDE:

گرین (Green) در سال ۱۹۷۹ مدل پرسید را برای بالا بردن به عمل مشکلات رفتاری، طراحی برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت تدوین نمود. اصول این مدل عبارتند از:

P: Predisposing

E: Education

R: Reinforcing

D: diagnosis

E: Enabling

E: Evaluation

C: CAUSES

در مدل پرسید این موضوع مطرح می‌شود که نخست باید دید نتیجه احتمالی حاصل از یک برنامه آموزشی چیست. یعنی اول باید چراها مطرح شوند و بعد چطورها. به عبارت دیگر در آموزش سلامت از آخر (OUTCOME) شروع و به اول می‌رسیم. بدین منظور از هفت مرحله باید عبور کنیم:

مرحله اول: تشخیص اجتماعی:^۱

(
(
(
(

در این مرحله مسایل بهداشتی مؤثر بر کیفیت زندگی مردم به چهار منظور بررسی می‌شود: شاخص‌های تعیین کیفیت زندگی مردم عبارتند از: رفاه، بیکاری، تبعیض نژادی، جرم، بی‌قانونی، خصومت، میزان رضایت مندی از خدمات بهداشتی درمانی، میزان مهارت مردم در موارد مورد نیاز؛

مرحله دوم: تشخیص اپیدمیولوژیک^۲

(۱) عوامل غیر بهداشتی: آب و هوا، محیط، سن، جنس، نژاد، شغل، ژنتیک و.....
(۲) عوامل بهداشتی یک سری آمار و ارقام و اطلاعات (توزیع بیماری‌ها، بروز و شیوع آنها)، اطلاعات اتیولوژیک (علت شناسی) بیماری‌ها و اطلاعات حاصل از نتایج تحقیقات و بررسی‌های سازمان‌ها و آژانس‌هایی که در زمینه سلامت در جامعه فعالند را شامل می‌شود؛

مرحله سوم: تشخیص رفتاری^۳

تعیین و تشخیص رفتارهایی که با مشکل بهداشتی مورد نظارتباط داشته و اولویت بیشتری برای حل کردن دارند.

شاخص‌های رفتاری مطرح شده در این مدل:

- میزان استفاده از خدمات بهداشتی
- شناخت اعمال پیشگیری‌کننده

^۱ Social Diagnosis

^۲ Epidemiologic Diagnosis

^۳ Behavior Diagnosis

در شناخت اعمال پیشگیری کننده دو عامل مطرح است. اولی شناخت رفتارهای خود مراقبتی و دیگری شناخت میزان اطلاعات و قبول رفتار در جامعه (میزان پذیرش)؛

مرحله چهارم: شناخت عوامل بالقوه مؤثر در رفتار بهداشتی

(۱) عوامل زمینه ای^۱: انگیزه^۲ یادلیل اساسی^۳ را برای رفتار ایجاد می کند. این عوامل عبارتند از: دانش ها، نگرش ها، اعتقادات، ارزش ها و برخی از عوامل دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی؛

(۲) عوامل قادر ساز^۴: اجازه می دهند که یک خواسته یا آرزوی فرد، شناخته شده و به حد نهایی و عمل درآید. عوامل قادر ساز دو مقوله را شامل می شود:

الف: مهارت فردی^۵

ب: منابع^۶؛

(۳) عوامل تقویت کننده^۷:

الف) تشویق مداوم^۸ و محرک^۹

ب) تنبیه^{۱۰}

در مرحله چهارم باید از میان سه عامل فوق عواملی را انتخاب نمود که بیشترین تأثیر را بر روی رفتار دارند.

در فرآیند انتخاب عوامل فوق الذکر سه مرحله اساسی وجود دارد:

الف: تعیین^{۱۱} و دسته بندی^{۱۲}

ب: تعیین اولویت از میان دسته بندی ها

د: اجرای اولویت ها؛

^۱ predisposing factors

^۲ motivation

^۳ rational

^۴ Enabling factors

^۵ personal skill

^۶ Resources

^۷ Reinforcing factors

^۸ Continuing Reward

^۹ Incentive

^{۱۰} Punishment

^{۱۱} Identifying

^{۱۲} Sorting

مرحله پنجم: تعیین روش و مواد^۱

اولین کار آموزش سلامت این است که باتوجه به اهداف آموزشی، عوامل قادرکننده^۲ را شناسایی کرده و براساس^۳ مرحله گفته شده، عوامل را تعیین نموده، سپس روش کار و مواد مورد استفاده را مشخص کرده و راهنمایی کند چه روش و کدام مواد را باید بکاربرد؛

مرحله ششم: تشخیص مدیریت^۳

اصول تشخیص مدیریتی:

الف: تعیین بودجه

۱- بررسی کارکنان موردنیاز و تعداد آنها: تعیین فاکتورهای چون میزان فعالیت، حجم فعالیت، زمانی که باید صرف شود، نوع مهارت که فرد باید داشته باشد، انتخاب و آموزش کارکنان و تعیین مخارج

۲- تعیین مهارت‌ها یی که افراد آموزش دهنده باید کسب کنند

۳- تعیین مواد مورد نیاز

۴- تخمین زمان اجرای برنامه

ب: بررسی و تجزیه و تحلیل عواملی که اجرای یک برنامه بهداشتی را تسهیل و بر آن اثر می گذارد. در مدل پرسید ارزیابی میزان مشکلات در به کارگیری اختصاصی منابع، از اهمیت بسیاریادی برخوردار است و می توان در ابتدا این دو عامل را تخمین زد؛

مرحله هفتم: ارزشیابی^۴

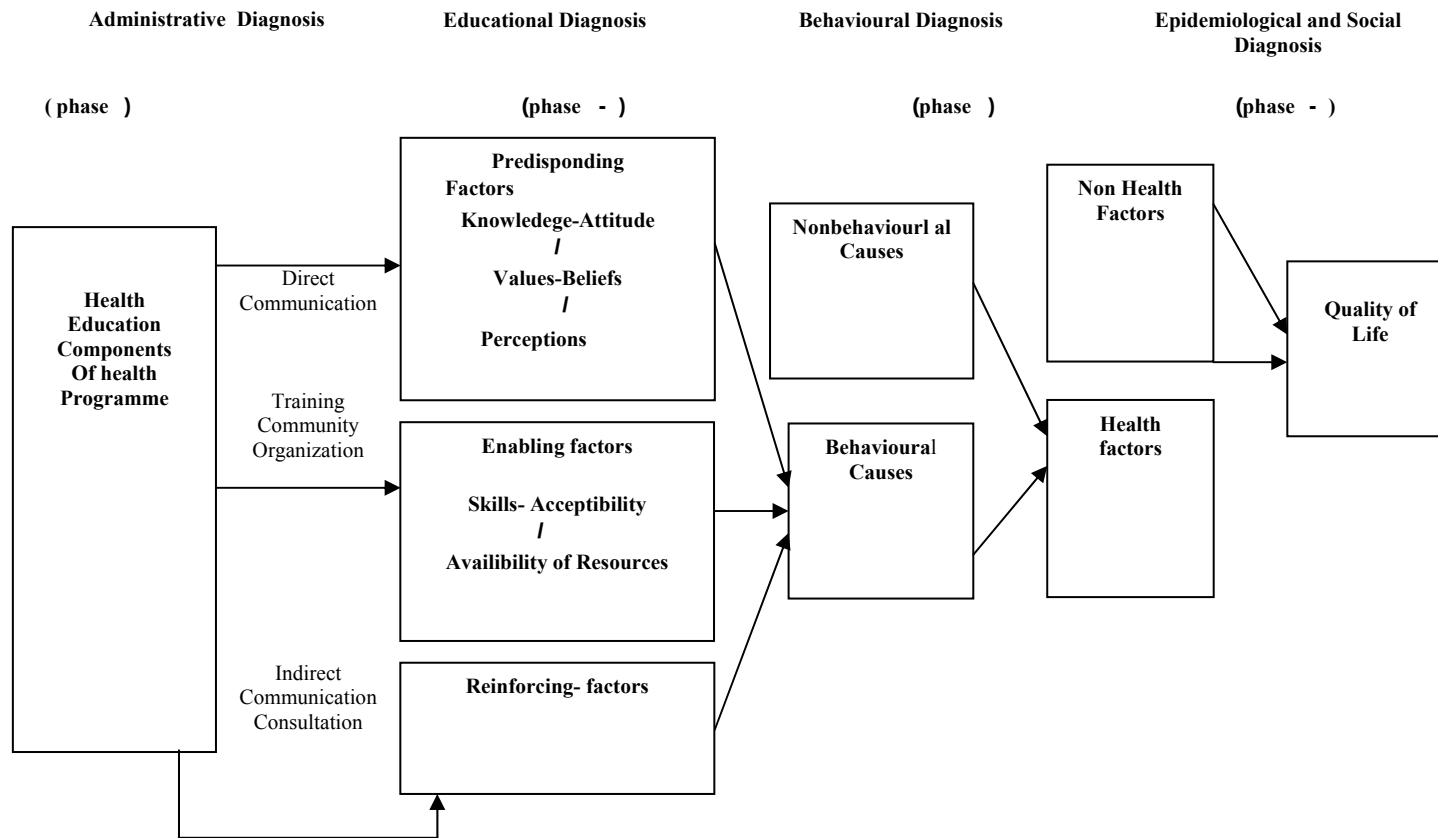
پروسه ای است سیستماتیک که طبق نظر گرین به معنای مقایسه موضوع مورد نظر با استاندارد قابل قبول است.

^۱ method & material

^۲ Enabling

^۳ Administrative diagnosis

^۴ Evaluation



مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت^۱

این مدل در سال ۱۹۹۰ در دانشکده پزشکی جورجیا توسط سیمونز^۲ با هدف ادغام جنبه های نظری خود مراقبتی^۳ در بحث ارتقای سلامت (به عنوان چارچوبی برای تعیین و توصیف عوامل مؤثر بر تصمیم گیری، عملکرد و پیامدهای شیوه زندگی سالم) پیشنهاد شد.

این مدل بر خود مراقبتی یعنی تعهد و مسئولیت فردی در کسب دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقای سلامت، تأکید زیادی دارد. مفهوم خود مراقبتی در این مدل، در واقع بیانگر یک نظام خود مراقبتی فردی است که مجموعه اعمال هدفمند و ارادی فرد در پاسخ‌گویی به علایق زندگی و تحقق سلامت و رفاهش را در بر می‌گیرد. چنین نظامی در برگیرنده نیازهای همگانی^۴ نیازهای تکاملی و انحراف از سلامت فرد است. نیازهای همگانی، در برگیرنده نیازهای مشترک تمام افراد در سرتاسر زندگی آنهاست و نیازهای تکاملی توسعه‌ای^۵ بیانگر نیازهای شخص در هر مرحله از زندگی است. انواع نیازهای خود مراقبتی در زمینه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را تقاضای خود مراقبتی درمانی^۶ می‌نامند.

در این مدل، تقاضای خود مراقبتی درمانی نیز خود تحت تأثیر عوامل زمینه ای یعنی همان متغیرهای خود مراقبتی چون: سن، جنس، تحصیلات، مرحله رشد و تکامل، موقعیت زندگی وضعیت سلامتی و سازگاری فرهنگی واجتماعی می‌باشد.

یکی از مفاهیم کلیدی در این مدل، تجربه عاملیت خود مراقبتی^۷ است که برگرفته از مدل OREM (۱۹۷۹) است. تجربه عاملیت خود مراقبتی به معنی توانایی و عمل به عناصری است که تعیین کننده عملکرد فرد از خود مراقبتی مرتبط با ارتقای سلامت است و مفهوم آن شامل برخی از توانایی های شناختی- ادراکی و مهارت های روانی - حرکتی برای اجرای موفق خود مراقبتی می باشد. عاملیت در خود مراقبتی، با ارزیابی فردی، تصمیم گیری براساس آن و رفتار خود مراقبتی در فرد شروع می شود. شاخص های اجرایی فردی از عاملیت خود مراقبتی شامل به کارگیری دانش و آگاهی برای خود مراقبتی، اولویت بندی سلامت و عزت نفس^۸

^۱ The Health- promoting Self- care system Model

^۲ Susan J Simmons PHD.RN

^۳ self care

^۴ universal requisites

^۵ developmental requisites

^۶ Therapeutic self – care demand

^۷ Exercise of self- care agency

^۸ self esteem

است. سیستم ارایه خدمات بهداشتی نیازمند یک نظام حمایتی- آموزشی^۱ برای ایجاد چنین عاملیتی در افراد است (یکی اهداف تدوین این مجموعه رسیدن به این نظام حمایتی- آموزشی است).

وجود یک چنین نظام حمایتی- آموزشی با تأمین منابع لازم نظیر برنامه های آموزشی، مشاوره دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی و اجرای مداخلات ضروری پیشگیرانه یا درمانی و جلب حمایت از انتخاب های مشتریان و نیز مداخلات فنی مقتضی، برنامه ریزی برای ارایه دستورالعمل های رفتاری از طریق مجلات، تلویزیون، آگهی های رادیویی و یاد آوری علایم مرتبط با سلامت^۲ بر توانایی های شناختی- ادراکی و مهارت های افراد در حفظ و ارتقای سلامت تأثیر گذاشته و موجب افزایش عاملیت خود مراقبتی در فرد می گردد.

از سوی دیگر تجربه عاملیت خود مراقبتی تحت تأثیر عوامل زمینه ای مؤثر بر تقاضای خود مراقبتی نیز قرار می گیرد. مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت که از ترکیب مدل تعامل رفتار سلامت مراجع (cox-۱۹۸۲) و مدل ارتقای سلامت (pender-۱۹۸۷) حاصل شده است، بر چگونگی تأثیر خصوصیات فردی مراجع و تعامل متخصص - مراجع و رفتار سلامتی حاصله تمرکز می نماید.

عناصر فردی شامل همان پیش زمینه های مراجع (مشخصات دموگرافیک، نفوذ اجتماعی و تجارب قبلی وی در مراقبت از سلامت) می باشد. عوامل مربوط به تعامل متخصص- مراجع نیز شامل انگیزه باطنی، ارزیابی شناختی از علایق سلامت و پاسخ مؤثر به آن می باشد.

آنچه که پندر^۳ در سال ۱۹۸۷ برای توصیف ابعاد شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت تحت عنوان مدل ارتقای سلامت معرفی نمود در مدل سیمونز ادغام شده است. مدل سیمونز، عوامل شناختی- ادراکی را به عنوان مؤلفه های اصلی رفتار ارتقا دهنده سلامت تعیین می کند.

این عوامل شامل: اهمیت سلامت، کنترل درک شده سلامت، خود کارایی درک شده، تعریف سلامت، وضعیت سلامتی درک شده و فواید و موانع درک شده رفتار ارتقای سلامت است. علاوه بر این، عوامل تغییر دهنده، مشخصه های بیولوژیک، عوامل وضعیتی، نفوذ بین فردی و عوامل رفتاری با اثر بر فرآیندهای شناختی- ادراکی نیز به عنوان عوامل تأثیر گذار بر رفتار ارتقا دهنده سلامت پیشنهاد شده اند. محصول تجربه عاملیت خود مراقبتی، شکل خاصی

^۱ supportive- educative system

^۲ Causes to action

^۳ pender

از رفتار تحت عنوان رفتار خودمراقبتی است که خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت درمدل آمده است.

رفتار خود مراقبتی دراین مدل، براساس طرح شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر و همکارانش^۱ (۱۹۸۹) که برای اندازه گیری شش حیطه فرضی رفتار ارتقادهنده سلامت یعنی: پذیرش مسوولیت سلامت، ورزش، تغذیه، حمایت بین فردی و کنترل استرس و خود- شکوفایی^۲ ارایه شده بود، تعریف شده است.

مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت بر پیامدهای ناشی از خود مراقبتی نیز به عنوان یکی از پیامدهای سلامتی توجه دارد که شاخص های آن شامل وضعیت سلامت، پیوستن به خود مراقبتی و رضایتمندی از خود مراقبتی می گردد. دوفرضیه اساسی مطرح در مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت شامل موارد زیر است:

۱- افراد در توسعه مهارت ها ، دانش و نگرش لازم برای تصمیم گیری و انجام رفتار، توانا هستند ؛

۲- باتوجه به ارزش خود مراقبتی در ارتقای سلامت، بخش سلامت ونظام ارایه خدمات بهداشتی باید به سوی توسعه پذیرش مسوولیت فردی در ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت هدایت شود.

مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت سعی در توصیف ارتباط تعاملی وتجمعی بین عوامل زیر دارد :

الف) عوامل فردی ومحیطی مؤثر بر تقاضای خود مراقبتی درمانی

ب) عناصر شناختی، نگرشی و روانی حرکتی موجود در عاملیت خود مراقبتی

ج) اجزای خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت

د) شاخص های پیامد سلامتی

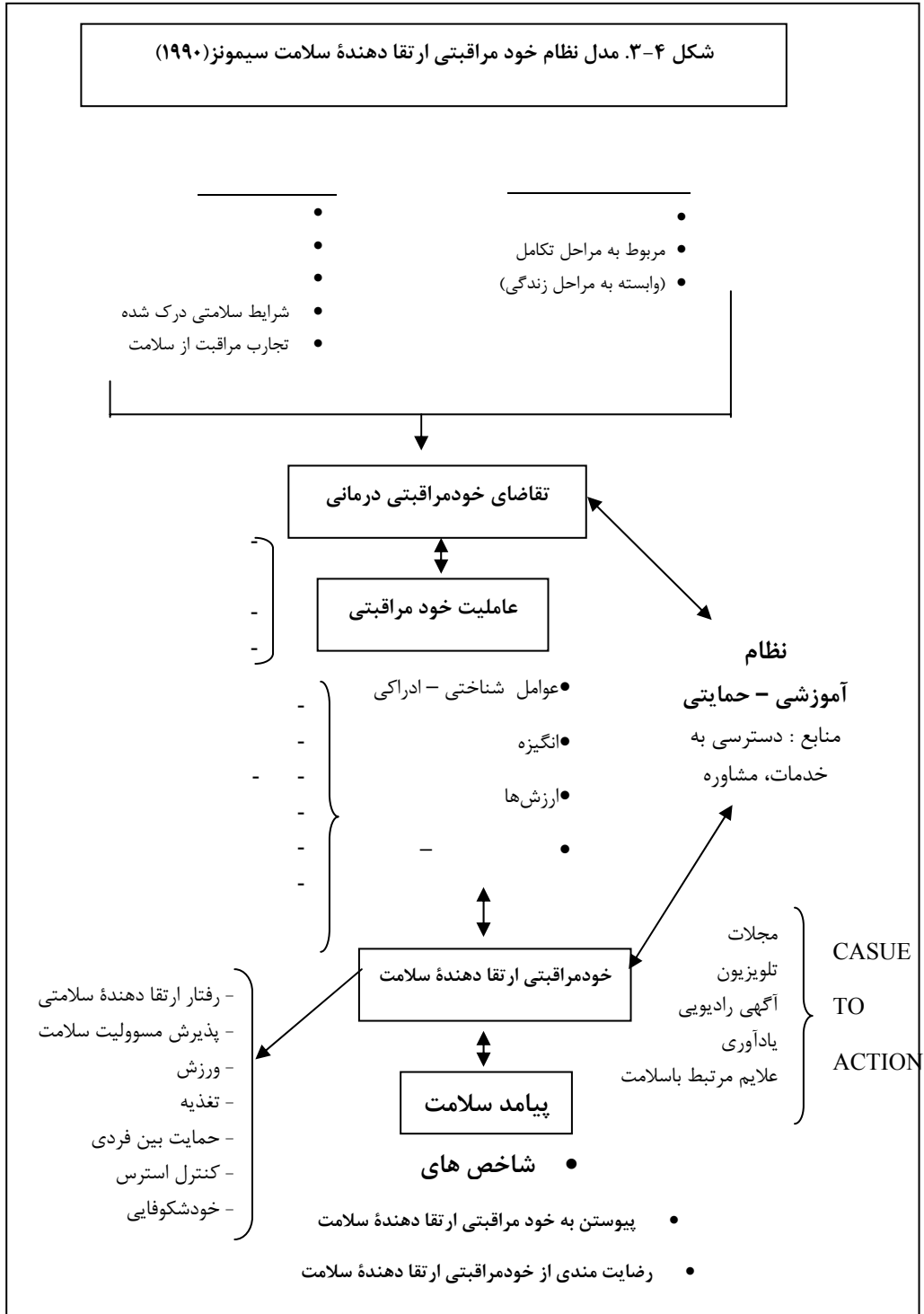
درمدل، با علامت فلش دوسویه و یک سویه ارتباط بین این عوامل مشخص شده است.

همه این مفاهیم عملی، قابل اندازه گیری بوده و برای طراحی و اجرای مداخلات لازم در ارتقای سلامت مردم آماده اند.

^۱ walker et al

^۲ self Acutulization

شکل ۴-۳. مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت سیمونز (۱۹۹۰)



مدل بزنف (BASNEF) در چند سال اخیر مورد استفاده قرار گرفته است و به نظر می‌رسد جامع‌ترین مدلی است که برای "مطالعه رفتار"، "شناسایی رفتار" و "ایجاد رفتارهای نو و جدید" در جامعه به کار می‌رود.

این مدل بیش از اینکه برای توصیفی کامل از فرایندهای پیچیده‌ای که روی رفتار شخص تأثیر دارند، به کار رود و در برنامه ریزی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مدل BASNEF از مدل PRECEDE و همچنین "تئوری عمل منطقی" که به وسیله روان‌شناسانی چون Ajzen و Fishbein مطرح گردیده، استفاده نموده است.

تئوری عمل منطقی، کاربرد تئوری "انتظار ارزش" بوده و نقش مهمی در ایجاد مدل اولیه اعتقاد بهداشتی که به طور وسیعی در آموزش سلامت به کار گرفته شده، داشته است. بنابراین مدل BASNEF از ترکیب مدل پرسید و قصد رفتاری تشکیل شده است و ماحصل این ترکیب، در درجه اول پر شدن شکاف بین قصد و رفتار است.

مدل BASNEF از اول کلمات زیر تشکیل شده است:

Behavior = B (رفتار)

Attitude = A (نگرش)

subjective Norms = SN (هنجارهای انتزاعی)

Enabling Factors = EF (عوامل قادر کننده).

کشورهای در حال توسعه، از مدل BASNEF برای برآوردن نیازهای آموزش سلامت استفاده می‌نمایند.

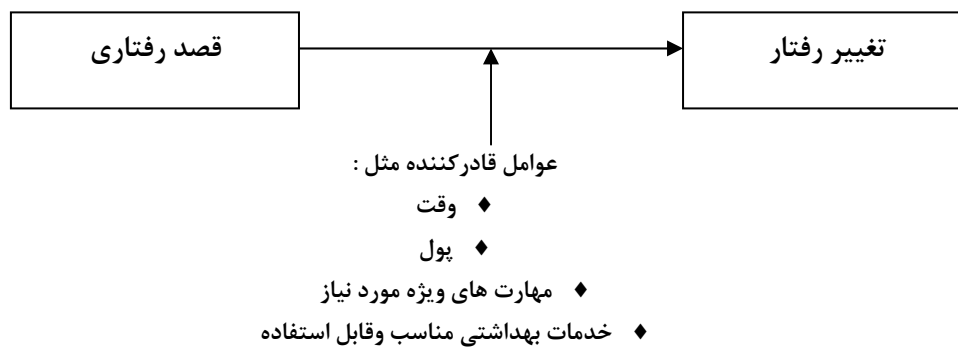
تئوری انتظار ارزش^۱

طبق تئوری انتظار ارزش، مردم فقط زمانی یک رفتار را انجام می‌دهند که خودشان به این نتیجه برسند که آن رفتار برایشان منافع دارد. برای مثال، اگر آنها به این نتیجه برسند که تغذیه با شیر مادر منافع دارد، کودکان خود را با شیر مادر تغذیه می‌نمایند و چنانچه به این نتیجه برسند که تغذیه با شیر مادر نفعی ندارد، کودکان خود را با شیر مادر تغذیه نخواهند کرد. در تئوری انتظار ارزش، خود شخص است که در رابطه با بد یا خوب بودن نتایج حاصل از انجام رفتار قضاوت می‌کند.

^۱ Value Expectancy Theory

قصد رفتاری و عوامل قادرکننده:

اشتباه است که یک برنامه آموزش سلامت به این دلیل که نتوانسته است، ایجاد علاقه و انگیزه نماید مقصر شناخته شده و مورد سرزنش قرار گیرد. شخص ممکن است قصد انجام یک رفتار را داشته باشد اما هنوز نتوانسته باشد آن را انجام دهد و این امر به علت تأثیر عوامل قادرکننده نظیر وقت، پول، مهارت‌ها و منابع موجود و غیره باشد. عوامل قادرکننده همان اکسیری است که اکثر مدل‌های تغییر رفتار منجمله مدل قصد رفتاری از آن بی‌بهره‌اند. عوامل قادرکننده همان مکمل شکاف بین قصد و رفتار یعنی همان چیزی است که اگر برایش برنامه ریزی نشود و برنامه‌های ارتقای سلامت از آن بی‌بهره شوند، تقریباً همه تلاش‌ها برای رسیدن به رفتار هدف مطلوب (در سطح جامعه) با شکست مواجه می‌شود.



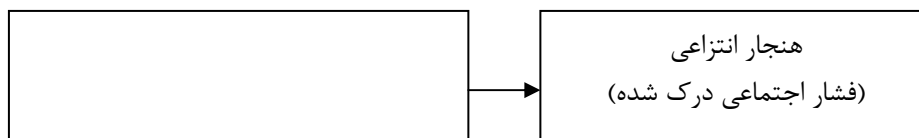
عوامل قادرکننده برای فرد دیابتی که از او رفتار هدفی چون کنترل دقیق قند خون را انتظار داریم، اولاً در دسترس بودن و قدرت خرید داشتن برای دستگاه چک قند خون و ثانیاً داشتن مهارت کار با چنین دستگاهی خواهد بود. عوامل قادرکننده برای مادری که قرار است به فرزند اسهالی خود محلول ORS بدهد: توانایی تهیه ORS، داشتن زمان، ظروف، نمک، شکر، داشتن معلومات و مهارت لازم در رابطه با نحوه آماده نمودن و خوراندن آن به فرزندش خواهد بود.

هنجارهای انتزاعی^۱:

یک فرد در شبکه اجتماعی خود، از اشخاص متعددی تأثیر خواهد پذیرفت. بعضی از مردم از یک شخص می‌خواهند تارفتاری را انجام دهد. برخی دیگر از مردم از یک شخص نمی‌خواهند

^۱ subjective norms

که رفتاری را انجام دهد. اصطلاح هنجار انتزاعی، به وسیله Fishbein و Ajzen برای فشار اجتماعی درک شده بکاربرده می شود.



یک شخص ممکن است مجبور باشد فشارهای متضاد ناشی از افراد مختلف را متعادل سازد که برخی از این اشخاص می توانند، موافق و برخی دیگر می توانند، مخالف خواسته او باشند. فشار اجتماعی به ادراکات شخص از خواسته های افرادی که نفوذ زیادی بر او دارند (یعنی برای شخص افراد مهمی هستند) بستگی خواهد داشت. به طور مثال، یک فرد ممکن است معتقد باشد که خواسته دوستانش یا کارکنان بهداشتی از او این است که یک توالت بسازد اما پدر یا همسرش، خواهان چنین کاری نبوده و از او بخواهند که این کار را نکند. در اینجا، احتمال دارد که او از خواسته های کسانی که برایش مهم تر از بقیه هستند، تبعیت نماید.

تشکیل قصد رفتار :

اینکه فرد تشکیل قصد رفتاری برای انجام یک رفتاری دهد یا نه، بستگی به قضاوت او از نتایج انجام رفتار خواهد داشت که خود ناشی از نگرش و فشار از جانب کسانی است که اطراف او هستند (هنجار انتزاعی).

ممکن است قضاوت فرد در مورد یک رفتار مطلوب و مساعد باشد اما دریابد کسانی که برایش اهمیت دارند، مایل نیستند که او آن رفتار را انجام دهد، همچنین امکان دارد وی نگرش مطلوبی نسبت به رفتار نداشته باشد اما تحت فشار اطرافیان مجبور به انجام آن گردد. اینکه قضاوت فرد می تواند بر نفوذ اطرافیان غلبه نماید یا نه، بستگی به قدرت خواسته فرد و حساسیت او نسبت به فشار خواهد داشت. ممکن است فشار فرهنگی کمک کند تا فرد از خانواده یا جامعه اش تبعیت نماید.

وقتی که اطلاعات کافی در مورد عوامل مختلف مدل BASNEF موجود باشد، برای تصمیم گیری در مورد آموزش سلامت به بیمار بایستی موارد زیر را در نظر گرفت:

- ۱- قبل از صرف وقت و انرژی برای ایجاد یک رفتار، باید اطمینان حاصل شود که جامعه از آن رفتار سود خواهد برد. چنین امری ممکن است واضح به نظر آید اما متأسفانه هنوز هم می توان آموزش دهندگان سلامتی را سراغ داشت که وقت زیادی را صرف می نمایند تا مردم را به انجام

ندادن رفتارهایی که برای سلامتی مضر هستند، ترغیب نموده و یا آنان را به اتخاذ رفتارهایی که ممکن است برای سلامتی به میزان خیلی کمی مفید باشند، تشویق نمایند؛

۲- تعریف دقیق رفتاری که قرار است جامعه آن را اتخاذ کند و در نظر داشتن این امر که چه نوع عوامل قادرکننده ای لازم است که به وسیله آن در مردم ایجاد انگیزه شود تارفتاری را اتخاذ نمایند، ضروری است. در این مرحله ممکن است حتی رفتارهایی معین شود که انتظار نمی رود مردم به دلیل پیچیدگی و نیاز به عوامل قادرکننده ای مانند زمان و پول، مهارت هایی که موجود نیستند و یا ناسازگاری بارفرهنگ و رفتار فعلی، آن را تغییر دهند.

اولین اولویت این است که اطمینان حاصل شود که برنامه آموزش سلامت، عوامل قادرکننده موردنیاز را فراهم می نماید. این امر نیازمند برنامه های سازمان یافته اجتماعی برای بهبود وضعیت زندگی مانند درآمد، امکانات آب رسانی، کشاورزی و اقدامات بهداشتی می باشد.

ممکن است لازم باشد برای بهبود وضعیت زنان، به آنها زمان اضافی اختصاص داده شود تارفتاری را انجام دهند. تکنولوژی های مناسب باید مورد بررسی قرار گیرند، مثل پمپ های کم خرج، اجاق گازهای ارزان و غیره که هزینه ها را کاهش می دهند. خدمات بهداشتی باید مورد بررسی قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود که قابل دسترسی هستند. خدمات مناسب ترمانند کلینیک های سیار و باز دیدهای خانه ای در جاهایی که مورد نیاز هستند، باید فراهم گردند. مهارت های ویژه ای که مورد نیاز جامعه هستند، باید آموخته شوند.

حل مشکل عوامل قادرساز، مستلزم کارکردن با ارگان های دیگر مثل وزارت رفاه، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشاورزی و وزارت بازرگانی است. ممکن است لازم باشد که در سطح ملی وارد عمل شد تا بر روی سیاست های دولت تأثیر گذاشت؛

۳- چنانچه عوامل قادرسازی فراهم باشند، ممکن است مشکل فشار اجتماعی بر روی شخص یا هنجار انتزاعی مطرح باشد. غیرمعمول است که از شخص انتظار رود تا برخلاف خواسته های اطرافیانش در جامعه قدم بردارد. توصیه نمودن به فرد در کلینیک کافی نبوده و ضروری است به داخل جامعه رفته و تمام خانواده و سایر اشخاص مهم را در برنامه آموزش سلامت درگیر نموده و مشارکت داد. یک استراتژی با ارزش درگیر نمودن افراد مهم کلیدی یا رهبران فکری جامعه در شروع برنامه است؛

۴- موضوع تغییر اعتقادات و نگرش فرد بایستی عمداً تا آخرین مرحله باقی بمانند. علت این امر این است که قصور در رفتار اغلب به گردن اعتقادات بد نهاده می شود و برنامه های آموزش سلامت همواره در توجه به عوامل قادرساز و فشار اجتماعی قصور می ورزند.

اگر فرد یا جامعه اعتقاد دارد که انجام یک رفتار منجر به نتایج غیرمطلوب می‌گردد، باید تعیین شود چرا؟ ممکن است امکان تعدیل تغییر رفتار پیشنهادی وجود داشته باشد تا قابل قبول گردد. چنانچه این کار ممکن نباشد و شواهد واضحی وجود داشته باشد که فواید دیگر بهداشتی از تغییر رفتار عاید می‌گردد، از نظر اخلاقی درست این است که یک نگرش مطلوب را ارتقا دهیم. این امر می‌تواند در برگیرنده پیام‌های آموزش سلامت باشد تا احتمال درک شده از نتایجی که جامعه آن را نامطلوب می‌پندارد، به حداقل رسیده و آن دسته از اعتقادات که ارتباط با انجام رفتار دارند، تقویت شوند.

چنانچه فقط شخصی دارای یک اعتقاد به خصوص باشد، می‌توان اعتقاد او را به وسیله بحث‌هایی با خود او، تحت تأثیر قرارداد. اگر این اعتقاد در سایر افراد جامعه نیز وجود داشته و جزو فرهنگ مشترک آنها باشد، در این صورت لازم است که کوشش‌ها به جای افراد، معطوف به بحث‌های گروهی با مردم شود.

پی بردن به اینکه چگونه یک اعتقاد خاص به وجود آمده، اهمیت دارد زیرا از این طریق می‌توان به ریشه آن پی برد و پیش‌بینی نمود که چطور می‌توان آن را تغییر داد. اعتقاد ممکن است از تجربیات فردی یا تجربیات شخصی مرتبط با جامعه شکل بگیرد. برای مثال ممکن است والدینی به یک کلینیک مراجعه کرده باشند و در آنجا صف طولانی باشد و یا کودک خود را قبلاً واکسن زده باشند ولی کودک به آن بیماری دچار شده باشد و غیره. هر چند که تغییر آن دسته از اعتقادات که ناشی از تجربیات مستقیم شخص هستند، خیلی مشکل است اما این امکان وجود دارد که با فراهم نمودن یک دلیل شخصی، فرد را متقاعد ساخت که تجربه وی باید تعبیر و تفسیر شود.

مطالعات اخیر، دیدگاه ارزشمندی را فراهم می‌آورد که چطور اعتقادات خاص می‌توانند جزئی از سیستم‌های اعتقادی گسترده مانند سیستم‌های مذهبی و پزشکی سنتی باشند. چنانچه اعتقاد جزئی از یک سیستم گسترده اعتقادات باشد، تغییر آن خیلی مشکل خواهد بود. به طور مثال، یک زن باردار ممکن است دارای این عقیده باشد که به دلیل اعتقادات گسترده تری مثل مسأله سردی و گرمی غذاها نباید تخم مرغ بخورد.

یک فرد همچنین اعتقاداتش را از طریق چیزهایی که می‌خواند یا از دیگران می‌شنود، شکل می‌دهد. تغییر آن دسته از اعتقادات که برای مدت طولانی نگه داشته شده، مشکل است. امکان دارد اعتقاداتی وجود داشته باشند که به راحتی قابل تغییر باشند. چنانچه منافع یک رفتار به وضوح نشان داده شود احتمال زیادی دارد که جامعه به آن متقاعد گردد. به طور مثال،

نشان داده شود که واکسیناسیون مؤثر است و عدم انجام واکسیناسیون علیه فلج اطفال منجر به فلج شدن کودکان می‌شود.

استراتژی ارزشمند دیگر، پیدا نمودن کسانی است که منابع معتبر و قابل احترام اطلاعاتی در جامعه هستند و درگیر نمودن آنها در برنامه آموزش سلامت اغلب تأثیر بر آن دسته از اعتقاداتی که به تازگی در افراد ایجاد شده اند (مشروط بر اینکه مربوط به فرد باشد نه کل جامعه و نیز از منابعی که قابل احترام هستند، گرفته نشده و جزیی از مذهب یا سیستم پزشکی سنتی نباشد؛ آسان است .

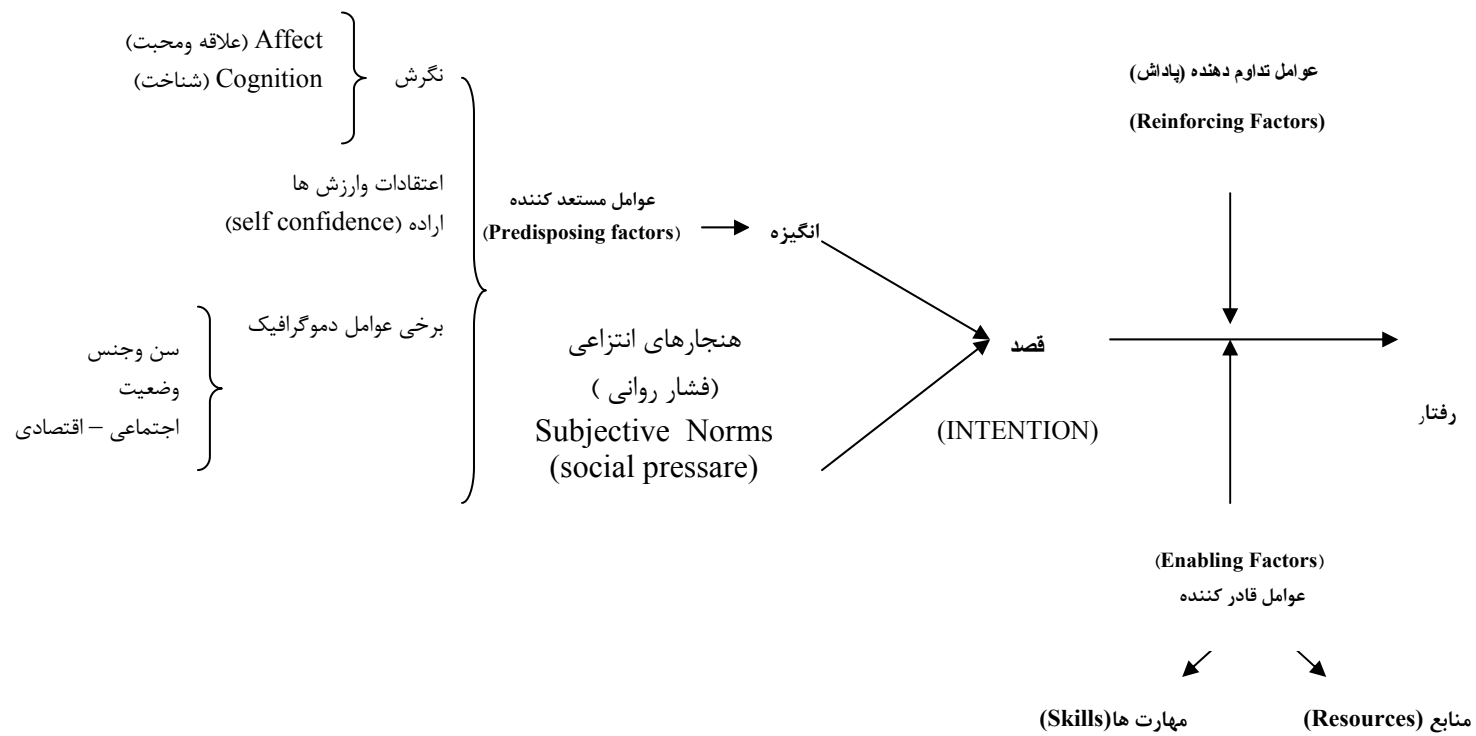
نتیجه گیری

در این فصل چند مدل تغییر رفتار، به اختصار توضیح داده شد. آنچه که مسلم است، مدل‌های تغییر رفتار بیشتر از این و متنوع‌تر از این است. آنچه که در تغییر رفتار مهم است، این است که هم بتوانیم همه عوامل تأثیرگذار بر رفتار یک فرد یا جامعه را شناسایی کنیم و هم برای وقوع یا تغییر یک رفتار، متغیرهای مؤثر در رفتار را تحت تأثیر قرار دهیم. چرا که در بعضی موارد، یک رفتار در یک فرد خاص (بسته به حساسیت وی به متغیرهای موجود و یا تأمین بودن سایر متغیرها) با تأثیر بر یکی از این متغیرها، به وقوع می‌پیوندد. برای مثال مادری که تنها یک فرزند دارد و خانه دار است، شاید اگر تنها شناختش را در مورد فواید شیر مادر نسبت به شیر خشک بالابیریم در تغذیه بچه اش با شیر مادر تعللی نکند ولی احتمال دارد که این مسأله در مورد مادری که چند بچه دارد و سرکار هم می‌رود، صادق نباشد. به هر حال، در طراحی و اجرای یک مدل تغییر رفتار، باید هم به متغیرها توجه نمود و هم برای همه آنها برنامه داشت تا چیزی از دست نرود. مسأله دیگر این است که در حال حاضر، هیچ یک از مدل‌هایی مطالعه رفتار، برترین مدل نیست. با اینکه مدل‌های ذکر شده در این فصل با یک توالی تکاملی زمانی رو به جلو بوده اند ولی این امر دلیل بر این نیست که مدل‌های که در آخر بحث شدند، همیشه و همه جا بهترین باشند. چنانکه در اول بحث نیز گفته شد، برای حصول تغییر رفتار یا ایجاد یک رفتار هر چه قدر بیشتر متغیرهای مؤثر بر رفتار را بشناسیم و برای آنها برنامه ریزی کنیم، بیشتر می‌توانیم موفق باشیم. آنچه که پژوهشگران این بسته برای تغییر رفتار پیشنهاد می‌کنند استفاده از مدل پیشنهادی تکامل یافته است که در آن محوریت با مدل BASNEF است و در جهت تکمیل آن از مدل‌های simmons، پرسید، اعتقاد بهداشتی و قصد رفتاری استفاده شده است .

آنچه ما را به این امر واداشت که از یک مدل واحد تکامل یافته استفاده کنیم این بود که اولاً ما در این بسته در نهایت دنبال طراحی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار هستیم و این خود

مستلزم داشتن مدل واحدی است تا نظام براساس تک تک اجزای مشخص آن برنامه ریزی شود. ثانیاً، محول کردن انتخاب نوع مدل تغییر رفتار برای رفتارهای مختلف به ارایه دهندگان خدمت در سطح کشور (حداقل در اوایل برنامه با توجه متنوع بودن مدل‌ها) کار صحیحی به نظر نمی‌رسد. ثالثاً، اصولاً نوع رفتارهای هدف در نظام جامع آموزش سلامت به بیمار، تقریباً از جنس مشابه هم‌اند و شاید بتوان همه آنها را در طبقه رفتارهای هدف مدیریت بیماری‌ها توسط بیمار، قرارداد که به این ترتیب استفاده از یک مدل تکامل یافته جامع و مانع به نظر عقلانی می‌رسد. رابعاً، همانطور که قبلاً نیز اشاره شده آنچه که در طراحی یک مدل تغییر رفتار مهم است، رفتارهای هدف جمعیت هدف است. مدل BASNEF و Simmons از نظر تکاملی جزو متکاملترین مدل‌ها می‌باشند و جزو مدل‌هایی می‌باشند که امروزه در سراسر دنیا برای تغییر رفتاری از آنها استفاده می‌شود. با مطالعه مدل BASNEF می‌توان دریافت که تقریباً همه فاکتورهای مدل‌های اعتقاد بهداشتی، قصد رفتاری، عوامل رفتاری مدل پرسید در آن لحاظ شده است. با این وجود فاکتورهایی نظیر Reinforcing که در آنها کم رنگتر به نظر می‌رسید، در این مدل ادغام و بارز شده‌اند و همچنین اجزایی از مدل Simmons که نقش بارزی داشتند (مثل تقاضای خود مراقبتی) در توضیح و تفسیر تمام اجزای مدل پیشنهادی به ویژه فاکتور شناخت (cognition) در نظر گرفته شده است. بدین ترتیب بنظر پیشنهاد دهندگان این مدل، مدل حاضر مدلی جامع از نظر در برداشتن حداکثر فاکتورهای مؤثر بر رفتار و مانع از نظر اجتناب از فاکتورهای نامربوط یا ناممکن می‌باشد.

خامساً، مدل پیشنهادی در ریزشیدن در فاکتورها تردیدی به خود راه نداده است به طوری که تمام فاکتورهایی که در تغییر رفتار اثر بارز دارند، در فلوچارت اصلی وارد شده‌اند و بدین ترتیب امکان برنامه ریزی برای تک تک فاکتورها و در نظر داشتن آنها به وجود آمده است.



هدف اساسی و بلافصل برنامه آموزش سلامت به بیمار : تغییر رفتار بر اساس مدل تغییر رفتار پیشنهادی

برای رسیدن به هر کدام از رفتارهای هدف برنامه، نیازه یک تغییر رفتاری باشد. به عبارتی، برای کنترل و مدیریت بیماری فشارخون نیاز هست که تغییری در رفتار هدفی چون مصرف نمک در فرد ایجاد شود. بر اساس مدل تغییر رفتار پیشنهادی این بسته، کلیات اجرای خدمت آموزش سلامت به بیمار مبتنی بر مدل تغییر رفتار برای هر رفتاری مشابه خواهد بود و آن همان فعالیت‌هایی است که برای تحقق اجزای مدل تغییر رفتار اعمال خواهد شد. ولی مسلم است که نوع فعالیت‌های خدمات در هر برنامه آموزش سلامت به بیمار برای بیماری‌های مختلف و رفتارهای هدف گوناگون و بیماران مختلف، متفاوت خواهد بود. از آنجایی که مدل تغییر رفتاری پیشنهادی ما، مدل تغییر رفتاری با محوریت مدل BASNEF، با در نظر گرفتن مدل Simmons می‌باشد، فعالیت‌های خدمت آموزش سلامت به بیمار مبتنی بر این مدل تغییر به شرح زیر خواهند بود:

● افزایش شناخت (cognition) مراجعه کننده، در مورد بیماری و رفتار هدف
افزایش شناخت مراجعه کننده در مورد بیماری و رفتار هدفی که باید اجرا نماید نیازمند اقدامات زیر است:

۱. در حین ویزیت، ارایه دهنده خدمت زمانی را برای ارایه اطلاعات در مورد بیماری و رفتارهای هدف به بیمار، اختصاص می‌دهد.

در این زمان ارایه دهنده خدمت با داشتن اطلاع از اطلاعات پایه فرد، شروع به توضیح در مورد فیزیوپاتولوژی بیماری، علایم بیماری، سیربیماری (حاد، مزمن، پیشرونده، کاهش یابنده یا با سیر ثابت) عوارض احتمالی بیماری، علایم عودبیماری، انواع درمان‌های موجود (جراحی، درمانی) عوارض و فواید هر کدام، اطلاعاتی دقیق در مورد نحوه مصرف داروها و تداخلات دارویی و غذایی مربوطه می‌کند و در انتها، رفتارهایی که باید تغییر یابد و یا ایجاد شود، به بیمار پیشنهاد می‌دهد و با توضیح در مورد هر رفتار هدف فواید آن را تبیین می‌کند؛

۲. در محل ارایه خدمت برای ارایه اطلاعات استاندارد در مورد هر بیماری و رفتارهایی که باید برای ایجاد یا تغییر آنها مداخله شود، پوسترهای استاندارد را نصب کند؛

۳. توزیع جزوات جذاب و مفید در مورد هر بیماری و رفتارهایی که باید در آنها مداخله شود و فواید آن بین بیماران، به صورت رایگان در موقعیت‌ها و ارایه توضیح در مورد آنها به بیمار در محل ارایه خدمت انجام می‌شود؛

۴. تبلیغات هدفدار و علمی از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی (صداوسیما، روزنامه مجلات، → اینترنت). درمورد بیماری و رفتارهایی که باید در آنها مداخله شود، صورت می‌گیرد.

● توجه به علایق (Affect) مراجعه کننده و تعدیل رفتارهای هدف در همان جهت.

این کار نیازمند اقدامات زیر است:

۱. توجه به علاقه بیمار درمورد رفتار و تعدیل رفتارهدف با علایق فرد تا حد امکان. برای مثال اگر رفتارهدف، افزایش فعالیت بدنی است، بانیازسنجی در مورد ورزش مورد علاقه بیمار تا حد امکان ورزش تعدیل شده به بیمار توصیه شود؛

۲. ایجاد جذابیت در رفتار هدف چه از طریق برنامه‌ای که به بیمار ارایه می‌شود و چه از طریق منابعی که برای رفتارهدف مورد نیاز است.

● توجه به باورها و ارزش‌های مراجعه کننده و تعدیل آنها در صورت لزوم.

توجه به اعتقادات و ارزش‌های درست و غلط بیمار درمورد رفتارهدف و تقویت یا تعدیل آن تا حد امکان در آغاز و در درجه اول به عهده پزشک و در ادامه به عهده همکاران وی می‌باشد و مسلم است که آنها باید این مهارت را کسب کرده باشند.

● ایجاد یا افزایش اعتماد به نفس در مراجعه کننده برای مدیریت بیماری خودش.

اعتماد به نفس یا خود باوری بیمار باید از طریق پرسشنامه ارزیابی شود و در صورت نیاز تقویت یا ایجاد گردد. آغاز این وظیفه به عهده پزشک و ادامه آن با همکاران وی می‌باشد و مسلم است که آنها باید مهارت این کار را داشته باشند.

در صورت نیاز، ارایه دهنده خدمت سطح اول می‌تواند بیمار را برای تقویت اعتماد بنفس به روانشناس ارجاع دهد.

● توجه به عوامل دموگرافیک مراجعه کننده در اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار.

در آموزش سلامت به بیمار، توجه به فاکتورهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، نژاد محل زندگی، شرایط اقتصادی اجتماعی برای تصمیم‌گیری به منظور رسیدن به رفتارهای هدف نقش مهمی ایفا می‌کند. بطور مثال، اگر رفتار هدف افزایش فعالیت فیزیکی باشد، توجه به سن و به خصوص جنس در کشور ما و شرایط اقتصادی اجتماعی موجود بسیار مهم است.

● توجه به فشار اجتماعی که بیمار به آن حساس است.

با ارزیابی میزان حساسیت فرد به فشار اجتماعی می‌توان در اعمال تغییر روی رفتار هدف از نتایج حاصله به نحو مطلوب استفاده نمود. به عنوان مثال، یک فرد مذهبی به شدت تحت تأثیر نظرات رهبران مذهبی است و اگر رفتارهدف مادرک سیگار باشد، استفاده از نظرات یک

رهبر مذهبی (مثلاً روحانی محل) درمورد سیگار بسیار مؤثر خواهد بود. یا اگر همین فرد تحت تأثیر نظرات پدر خود باشد، کمک گرفتن از پدر وی نقش مهمی را در ترک سیگار خواهد داشت.

● توجه به عوامل تقویتی (پاداش‌ها) ^۱.

۱. ارایه دهنده خدمت باید در پیگیری بیماری، هر نوع بهبود رویه درمانی را به تغییر در رفتار هدف (در صورت تغییر هر چند اندک و غیر مفید) ربط دهد و این را به بیمار گوشزد کند تا بیمار متوجه شود که تغییر رفتارش مفید بوده است؛

۲. کاهش دوزها با پیشرفت درمان، در صورت تغییر رفتار باید به آن ربط داده شود و به بیمار گوشزد شود. به طور مثال، بیمار دیابتی که رفتارهای هدف را اعمال می‌کند و کنترل قند خون وی با کاهش مقدار دفعات تزریق انسولین امکان پذیر شده است، این نکته باید به بیمار گوشزد شود که این کاهش دفعات تزریق انسولین حاصل موفقیت وی در تغییر رفتار است؛

۳. کاهش سخت‌گیری‌های تغذیه‌ای با بهبود روند درمان. در همان مثال قبل، برای بیماری که با تغییر رفتاری چون افزایش فعالیت، قند خونش خوب کنترل می‌شود، می‌توان اجازه داد که یک روز آزاد (بدون رژیم سنگین) باشد یا در کل دوره رژیم اش راحت‌تر باشد.

● توجه به فاکتورهای قادر کننده ^۲:

الف) مهارت‌ها (skills)

مهارت‌هایی که بیمار برای تغییر رفتار نیاز دارد، شامل یک سری مهارت‌های عمومی است و یک سری مهارت‌های اختصاصی.

مهارت‌های عمومی شامل مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله یا مدیریت مسئله ^۳ و یافتن منابع ^۴ می‌باشد.

مهارت‌های اختصاصی، مخصوص هر بیماری در مراحل مختلف آن از قبیل پیشگیری، تشخیص درمان و کنترل می‌باشد. به عنوان مثال برای پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی مهارت استفاده از کاندوم یک مهارت (هرچند ساده) مورد نیاز است. در مقوله تشخیص جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته برای آزمایش آن، بیمار به یک مهارت نیاز دارد. در مقوله تزریق انسولین،

^۱ REINFORCING FACTORS

^۲ Enabling Factors

^۳ problem solving or decision making or problem management

^۴ Resource finding

بیمار به یک مهارت نیاز دارد . کنترل و اندازه گیری دوره‌ای فشارخون توسط خود فرد، نیازمند یک مهارت است ؛
(ب) منابع^۱ :
منابع و مواد مورد نیاز برای تغییر رفتار، شامل یک سری منابع عمومی و یک سری منابع اختصاصی می‌باشد.

منابع عمومی شامل :

۱. تشکیل گروه‌های بی نام برای هر بیماری مطرح در نظام آموزش سلامت به بیماران . این گروه‌ها باید تحت حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی باشد. برنامه سیستم کاری این گروه‌ها مثل گروه‌های بی نام برای بیماران معتاد می‌باشد. فواید این گروه‌ها این است که در این گروه‌ها آموزش به صورت گروهی است؛ افراد ناتوان از افراد توانمند الگوبرداری می‌کنند؛ فاکتورهای تقویت عینی ترند ؛ رهبرها و یاحداقل یکی از رهبرها از خود بیماران (فرد عادی) می‌باشد که بنابه اعتقاد kate lorig در کتاب آموزش سلامت به بیمار (فصل ۴، ص ۱۱۰) جزو بهترین ارایه دهندگان می‌باشند؛
۲. تهیه و توزیع یک سری کتاب از طرف وزارت خانه‌های مسوول با عنوان آموزش سلامت به بیمار به زبان ساده و قابل استفاده برای بیماری که نظام جامع آموزش سلامت به بیماران برای وی اجرا می‌شود. این کتاب‌ها در واقع رفرانس‌های آموزش سلامت به بیمار است که بیمار باید آنها را بداند و بدان عمل کند و چگونگی عمل به آن نیز در آنها آورده می‌شود.
۳. تهیه و توزیع کتاب رفرانس آموزش سلامت به بیماران در بین ارایه دهندگان خدمت، پرداخت یارانه، وام، تعهد بیمه‌ای و..... به مواد مورد نیاز در انواع رفتارهای هدف . به طور مثال، وسایل ورزشی در هدف افزایش فعالیت فیزیکی .

^۱ Resources Finding

فصل چهارم

برنامه ریزی آموزش سلامت به بیمار

(چگونگی طراحی

و

اجرای یک برنامه آموزش سلامت)

مقدمه:

یک برنامه مؤثر آموزش سلامت به بیمار نیاز به برنامه ریزی دقیق و حساب شده دارد. اولین مرحله در برنامه ریزی آموزش سلامت، ارزیابی نیاز و خواسته های بیماران می‌باشد و سپس طراحی اهداف و محتوای برنامه که براساس این نیازها و خواسته ها صورت می‌گیرد. در این صورت است که می‌توان اطمینان یافت که بیماران به دنبال آموزش، انگیزه تغییر رفتار را داشته و برنامه آموزشی اثربخشی لازم را خواهد داشت.

۱- ارزیابی نیاز و خواسته بیمار

همه برنامه های آموزش سلامت به بیمار از آنجا شروع می‌شود که کسی معتقد است، بیماران باید چیزی را بدانند یا انجام دهند. پس از آن، برنامه برای آنکه این اتفاق بیفتد، اجرا می‌شود. چارچوب برنامه آموزش سلامت به بیمار بر اساس این باور اولیه می‌باشد و قدرت این چارچوب و برنامه از طریق چگونگی انطباق برنامه با نیازهای بیماران تعیین می‌گردد. متأسفانه، در اغلب اوقات، متخصصین سلامت به تنهایی قادر به درک کامل نیازهای بیماران نمی‌باشند و به همین دلیل بسیاری از برنامه های آموزشی نارسا هستند.

یک برنامه قوی آموزش سلامت به بیمار، باید بر اساس اجرای دقیق نیاز سنجی صورت گیرد. قبل از شروع بحث در مورد چگونگی انجام نیاز سنجی، یک نکته با اهمیت که باید در پذیرش ایده انجام نیاز سنجی به آن توجه کنید، آن است که اغلب افراد با این ایده به سوی شما می‌آیند که آنها باید رسانه تولید کنند، پوستر نصب کنند یا کلاس درس را اجرا نمایند. آنها کاملاً می‌دانند که چه چیزهایی باید نوشته یا آموزش داده شوند البته به دلایلی شما فکر می‌کنید که این ایده خوبی نیست. برای همراه کردن آنها با خودتان، بحث نکنید. می‌توانید به آنها بگویید: خط مشی همیشگی ما برای این کار، انجام نیاز سنجی است. لطفاً به ما اجازه دهید که این کار را با در نظر گرفتن عقیده شما انجام دهیم و ببینیم که چه اتفاقی خواهد افتاد". این رویکرد نقش شما را از یک فرد مخالف، به یک فرد همراه و کمک کننده تغییر می‌دهد.

تعریف نیاز:

نیاز عبارت از فاصله بین وضع موجود (آنچه که هست) و وضعیت مطلوب (آنچه که باید باشد) است. باید به خاطر سپرد که عدم رفع نیاز منجر به شکایت یا بروز مشکل می‌گردد. نیاز ممکن است به صورت نیاز احساس شده (Felt Need) یعنی نیازی که به وسیله بیمار، فرد یا جامعه تشخیص داده می‌شود و یا نیاز واقعی (Real Need) یعنی نیازی که توسط

کارشناسان یا متخصصین سلامت مشخص می‌گردد، باشد. به هر حال، نیازهای احساس شده باید به گونه‌ای هدایت شوند که در مسیر نیازهای واقعی قرار گیرند. مثلاً در مورد بیماری که مبتلا به دیابت نوع دوم است، ممکن است از سوی او اعلام شود که نیاز به مصرف دارو یا انسولین دارد، در حالی که متخصص سلامت اعلام می‌دارد که او با انجام ورزش و تغییر عادات غذایی می‌تواند مشکل خود را کنترل نماید.

جدول ۱-۲: طبقه‌بندی نیازها

طبقه‌بندی نیاز		
نیاز	توصیف	توضیح
نیاز هنجاری Normative Needs	نیازی که با یک استاندارد مقایسه می‌شود.	اگر مهارت، توانایی و ویژگی‌های شخص یا گروهی از اشخاص از استاندارد تعیین شده پایین‌تر باشد آن فرد یا گروه دارای نیاز هنجاری است - شرح وظایف شغلی یکی از استانداردهای مؤثر است.
نیاز احساس شده Felt Needs	آنچه مردم فکر می‌کنند که نیاز دارند.	وقتی از یک فرد سؤال می‌شود که چه نیاز دارد، او نیازی را که احساس نموده، بیان می‌دارد.
نیازهای مورد درخواست EXPRESSED NEEDS	آنچه که مردم برای رفع آن اقدام می‌کنند.	اگر نیاز را آنچه که فرد تقاضا می‌کند بدانیم، این نوع نیاز اشاره به وضعیتی دارد که خود فرد برای برطرف نمودن آن اقدامات لازم را انجام می‌دهد.
نیازهای مقایسه‌ای COMPARATIVE NEEDS	امتیاز ویژه‌ای که بعضی از مردم دارند و دیگران ندارند.	این نوع نیاز زمانی به وجود می‌آید که خصوصیات یک جمعیت که خدمات ویژه‌ای را دریافت کرده‌اند، با خصوصیات جمعیت دیگری که همان خدمات را دریافت نکرده‌اند، مشابه باشد.
نیاز پیش‌بینی شده یا مورد انتظار Expected needs	تفاوت وضع موجود با آینده.	تفاوت وضع موجود با وضعیت مطلوب در آینده با توجه به شرایط و تحولات، نیازهای جدیدی را به وجود می‌آورد.

نیاز سنجی فراتر از شناسایی نیاز:

لازم به ذکر است نیاز سنجی، فراتر از شناسایی نیاز است. هدف اصلی شناسایی نیازها، تولید حداکثر نیازها در یک گروه معین بر مبنای اطلاعات و داده های در دسترس است. درحالی که نیاز سنجی مفهومی فراتر از شناسایی نیازها دارد و مقوله اولویت بندی نیاز را نیز در بر می گیرد.

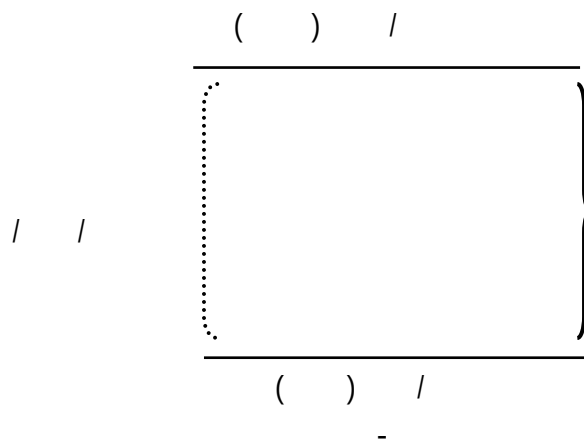
برای مثال، قصد یک مجری آموزش سلامت به بیمار، سنجش نیازهای گروهی از بیماران دیابتی است. هنگامی که او از طریق نظرخواهی و مصاحبه با بیماران به فهرستی از نیازها دست می‌یابد تنها به شناسایی نیازها پرداخته و فهرستی از نیازها را بدون تعیین اولویت آنها تولید نموده است. هنگامی که او بر اساس معیارهای معینی، اولویت نیازها را با کمک بیمار مشخص می‌کند، چرخه نیاز سنجی کامل می‌شود.

نیاز سنجی آموزشی به ما کمک می‌کند تا اهداف ویژه هر برنامه، محتوای آموزشی، روش، وسیله و حتی ارزشیابی را به طور منطقی و صحیح، تعیین و اجرا کنیم.

نیاز آموزشی

به معنای فاصله بین سطوح دانش و مهارت موجود و سطوح دانش و مهارت مطلوب در بیمار می‌باشد.

معنای دیگر آن، درخواست های یادگیری فراگیران برای دستیابی به سطح مطلوب دانش یا مهارت است.



در ادامه، چندین روش قابل استفاده برای اجرای نیاز سنجی ارائه می‌شود:

تجزیه و تحلیل بخش های ذی نفع و علاقمند:

یکی از شایع‌ترین خطاها در طرح ریزی یک برنامه جدید، نادیده گرفتن نیازهای همه بخش‌های درگیر در برنامه است. اگرچه ثابت شده است که نیازهای مراجع مهم است اما ما اغلب نیازهای سایر بخش‌های علاقمند و ذی نفع را فراموش می‌کنیم. افراد زیادی مثل خانواده بیمار، متخصصین سلامت، دوستان، همسایه‌گان، سایر انجمن‌های خدماتی و حتی سازمان‌های بازاریاب نیز وجود دارند. زمانی که موضوع کلی یک برنامه (مانند سرطان، دیابت ایدز) مشخص شد، باید لیستی از بخش‌های ذی نفع تهیه شود.

قدم بعدی، مصاحبه با افراد کلیدی برای یافتن انتظارات آنها از برنامه و تعیین چگونگی تأثیر برنامه بر سایر برنامه‌ها می‌باشد. ممکن است اهدا کنندگان منابع مالی، برنامه شما را به عنوان منبعی از اهدا کنندگان جدید یا توجه خاص به یک اهدا کننده جدید در جامعه ببینند. به عبارت دیگر آنها ممکن است، در همان زمانی که در حال اجرای بسیج‌های عمومی بزرگ هستند، درباره برنامه شما نیز تبلیغ نمایند.

هر روز پیش از گذشته، طرح‌های سلامت مورد علاقه بخش‌های مختلف قرار می‌گیرند. آنها ممکن است برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار را برای اهداف بازاریابی یا برای افزایش رضایت‌مندی بیماران بخواهند. علاوه بر این، بخش‌های وسیعی به برنامه‌های متکی بر شواهد و برنامه‌هایی که نیاز به خدمات سلامت را کاهش دهند، علاقه دارند.

سایر انجمن‌های اجتماعی نیز ممکن است نسبت به طرح‌های شما حساس باشند. مثلاً ممکن است برنامه‌ای برای کمک به فرزندان یا والدین مسن بیماران توسط سایر سازمان‌ها پیشنهاد شده باشد که برخلاف برنامه‌های سازمان شما باشند. این امر می‌تواند منجر به تبلیغات نامطلوب گردد. در نهایت، ممکن است نیاز مراجعان متفاوت از نیاز خانواده‌هایشان باشد. کودکان تحت شیمی درمانی، ممکن است سخنان نیشدار همسالان خود را، یک مشکل بزرگ ببینند. بنابراین می‌توان یک برنامه دفع آزار و اذیت را با کمک والدین برای کودکانشان اجرا نمود که موجب کسب مهارت‌های جدید و افزایش اعتماد به نفس برای کنترل آزارهای همسالان گردد. البته ممکن است چنین برنامه‌ای، به طور کامل نیاز والدین بچه‌های سرطانی و زمینه استرس خانواده و ترس آنها از پیش‌آگهی آینده بیماری را نادیده بگیرد. چرا که بسیاری از مشکلات سلامت همزمان با فرد، بر اعضای خانواده و جامعه‌اش نیز اثر می‌گذارند. این نکته مهم است که قبل از تصمیم‌گیری در مورد نقاط مورد تأکید برنامه، از همه افراد مرتبط، اطلاعات جمع‌آوری گردد.

جدول ۲-۲ یک مصاحبه پیشنهادی یا چارچوب یک پرسشنامه را برای تحلیل بخش های ذی نفع نشان می‌دهد. به خاطر داشته باشید این چارچوب فقط به عنوان یک راهنما بوده و مطابق با شرایط مجری، قابل بازنگری می باشد. احتمال دارد قصد داشته باشید در طول مصاحبه، سؤالات دیگری بپرسید. سؤالاتی نظیر بهترین چارچوب، مکان یا زمان برای برنامه یا چگونگی تأمین بودجه برنامه و غیره. البته گاهی چنین سؤالاتی در مراحل نیاز سنجی ضروری نمی باشند. به علاوه، برای سؤالات نشان داده شده در جدول ۲-۲، شما باید از کسی که منابع مالی را پرداخت می کنند، سؤال کنید که: در یک برنامه خدمات بهداشتی یا برنامه دولتی چه خصوصیتی باید رعایت شود تا واجد شرایط تخصیص بودجه یا پرداخت شود؟

جدول ۲-۴: چارچوب پیشنهادی پرسشنامه / مصاحبه برای تجزیه و تحلیل بخش های ذینفع

۱- نام :

- ۲- دلیل انجام مصاحبه چیست؟ (مثلاً آیا شخص بیمار است؟ عضوی از خانواده بیمار است؟ یا مدیر اجرایی یک انجمن است؟)
- ۳- ما در نظر داریم یک برنامه را شروع کنیم ونسبت به عقاید شما توجهی خاص داریم چون شما..... هستید، عقایدتان خیلی مهم است .
- ۴- با در نظر گرفتن موقعیت خود، فکر می کنید که هدف برنامه چه باید باشد؟ (برای مراجع و خانواده اولین سؤال می‌تواند به شکل فوق ارایه شود : وقتی که درباره فکر می کنید . به چه چیزهایی می‌اندیشید؟
- ۵- شما چه مزایایی در شروع برنامه می بینید ؟
- ۶- شما چه معایب یا مشکلاتی در آغاز برنامه می بینید ؟
- ۷- مشارکت خود یا سازمانتان در این برنامه را چگونه می بینید؟
- ۸- آیا شما نظرات دیگری دارید که فکر می کنید در میان گذاشتن آنها با ما، مفید باشد ؟

چک لیست نیاز سنجی

یکی از شایع‌ترین اشکال ارزیابی نیاز، تکمیل چک لیست نیازسنجی می باشد. تهیه لیستی از موضوعات مزایای زیادی دارد. چک لیست برای اجرا، بسیار آسان و دارای مکان برای علامت زدن است و مراجع به ندرت آن را نادیده می گیرد. البته تکمیل چک لیست، به تنهایی به معنی جمع آوری اطلاعات نیست. مشکل در این است که چک لیست معمولاً آنچه که متخصصین می خواهند و قصد تدریس آن را دارند، منعکس می کند. مثلاً خیلی از چک لیست های بیماری قلبی عروقی شامل مشکلاتی مانند فعالیت بدنی، تغذیه و مصرف دارو است اما در انعکاس مشکلات زندگی با وضعیت نا معلوم و نامطمئن^۱ نارسا است. این در حالی است که مطالعات زیادی نشان داده اند که بلا تکلیفی و تردید، یک مشکل شایع برای این بیماران است اما اکثراً فراموش می شود؟ چون زندگی در بلا تکلیفی و تردید، نقطه تمرکز هیچ یک از متخصصین سلامت نیست. بنابراین شکافی در بعضی چیزها در این زمینه وجود دارد.

در خیلی از چک لیست ها، گزینه "سایر" نیز برای انتخاب وجود دارد اما به ندرت پاسخ های مشابه کافی که بتوان آن را در برنامه ریزی در نظر گرفت، در این دسته بندی وجود دارند. با این وجود چک لیست می تواند مفید باشد اگر خوب سازماندهی شود. موضوعاتی که در چک لیست می آیند، باید هم از بیمار و هم از متخصص سلامت به دست آیند. انجام بحث گروهی متمرکز^۲ در طراحی چک لیست سودمند است اما باید توجه کنید که تفسیر نظرات بیان شده از سوی بیمار به غلط صورت نگیرد. مثلاً "زندگی در بلا تکلیفی و تردید" به "زندگی با کمبودها" تفسیر نشود. با همه این ملاحظات به تنهایی به چک لیست اکتفا ننمایید. اگر از چک لیست استفاده می کنید مطمئن شوید که به دستورات فوق عمل کرده اید.

ارزیابی باورهای بارز^۳

از روانشناسان فراگرفته ایم که انسان ها می توانند درباره یک موضوع هفت باور یا بیشتر داشته باشند. این باورها را باورهای بارز گویند (فیش بین و آجزن-^۴ ۱۹۷۵، میلر - ۱۹۵۶). اگر بتوانید این باورها را تعیین نمایید، می توانید از آن به عنوان پایه ای برای فعالیت های آموزشی خود استفاده کنید.

^۱ uncertainly

^۲ Focus group Disscution (FGD)

^۳ Saight belief

^۴ Fishbein & Ajzen•Miller

ارزیابی باورهای بارز، یک استراژی مفید برای ارایه دهندگان خدمات سلامت در یک موقعیت چهره به چهره است. راه آسان برای درخواست این باورها، سؤال از بیمار است "وقتی درباره فکر می‌کنی، به چه چیزی می‌اندیشی؟" جای خالی می‌تواند با هر رفتار یا بیماری (مثل سرطان فعالیت بدنی) تکمیل شود. پاسخی که به دست می‌آورد، به شما بینش خوبی درباره باورها و توجهات شخص نسبت به آن موقعیت و رفتار می‌دهد.

افراد مبتلا به آرتریت، بیشتر به سؤال بالا به این صورت پاسخ می‌دهند "درد، ناتوانی و/فسردگی". با دانستن این، آموزش دهنده سلامت می‌تواند برنامه آموزش فردی یا گروهی خود را در رابطه با معانی درد و پیشگیری از ناتوانی طراحی و اجرا نماید. اگر اولین پاسخ بیمار "ترس" است، بنابر این آموزش دهنده باید هدف آموزش خود را بر تعیین دلایل ترس و چگونگی سعی بیمار برای غلبه بر آن، بنانهد.

اگر قصد آموزش دهنده برپایی یک برنامه آموزش گروهی است، او می‌تواند از تعدادی از مردم با شرایط یا مشکل مشابه، بپرسد که "به چه فکر می‌کنید وقتی که درباره می‌اندیشید؟" آنها می‌توانند پاسخ‌های خود را به این پرسش بنویسند. سپس این پاسخ‌ها را طوری رتبه‌بندی نمایند که به اولین پاسخ امتیاز ۱۰، دومین پاسخ امتیاز ۹ و الی آخر داده شود و در نهایت در گروه جمع امتیازهای هر پاسخ محاسبه و پاسخ‌هایی که بالاترین نمرات امتیاز را به دست آورده‌اند، به عنوان مهمترین پاسخ در گروه تلقی شوند. جدول ۳-۲ مثالی در زمینه امتیاز دهی فوق را ارایه می‌نماید.

یکی از مزایای این تکنیک آن است که آموزش دهنده را قادر می‌سازد، اهداف و محتوای آموزش خود را با میزان درک و نیازهای بیماران منطبق ساخته و طراحی نماید. بطور مثال، بیشتر آموزش‌های سنتی بازتوانی بیماران قلبی، مستقیماً بر بلاتکلیفی و تردید آنان تمرکز ندارند و به جای آن بر ورزش، رژیم غذا/یی و مصرف دارو تأکید می‌کنند (چیزی که مورد توجه متخصصین در هنگام کار با بیماران قلبی عروقی است، همین موضوعات خیلی مهم است) اما اگر به بیمار درباره توانایی خوب بودن در زندگی یا غلبه بر احساس بلاتکلیفی و تردید آموزش دهیم، موضوعاتی چون ورزش و تغذیه را هم بهتر می‌پذیرند.

سومین راه استفاده از ارزیابی باورهای بارز، ارایه آن در یک سخنرانی عمومی است.

اغلب، یک آموزش دهنده سلامت، قصد دارد که برای یک گروه درباره موضوعی خاص صحبت نماید اما در این جلسات معمولاً آموزش دهنده، سخنرانی می‌کند یا حداکثر یک فیلم نمایش می‌دهد درحالی که به جای آن می‌تواند بحث خود را با گفتن چیزهایی مثل این شروع کند:

ما قصد داریم چیزهایی درباره‌ی ایدز بگوییم. مثلاً ایدز چیست؟ چه کسانی مبتلا به آن می‌شوند؟ چگونه مبتلا می‌شوند؟ چگونه پیشگیری می‌کنند؟ یا روابط جنسی نا مطمئن چیست؟ من می‌خواهم بدانم که شما درباره‌ی ایدز چه می‌دانید؟ من لیستی از آنچه که شما می‌دانید، تهیه خواهم کرد و شما درباره‌ی چگونگی استفاده از زمان این جلسه برای آموزش بهتر نظر خواهید داد.

بعد از آن، از مخاطبان درباره‌ی آنچه که می‌خواهند لیست کنید، سؤال کنند. همه‌ی موارد گفته شده را بدون نظردادن، بنویسید. سپس لیست را بخوانید و از گروه بخواهید که دوباره به دو یا سه مورد از موارد لیست شده، رأی بدهند و سپس امتیاز آرا را به دست آورده و در نهایت درباره‌ی ۳ تا ۴ موضوع اولویت‌دار سخنرانی کنید. این تکنیک چندین مزایا دارد. اول اینکه مخاطبان کاملاً درگیر می‌شوند و درک می‌کنند که آموزش دهنده کاملاً به علایق آنها توجه دارد. دوماً این کار باعث می‌شود که مباحث مورد توجه گروه هدف انتخاب شوند. یکی از دلایل هراس آموزش دهندگان در به کارگیری این روش، آن است که احتمال می‌دهند موارد لیست شده، آن چیزی باشد که آنها برای تدریس آن آماده نیستند. البته ممکن است که چنین اتفاقی نیز بیفتد. در چنین مواردی، آموزش دهندگان مجبورند اعتراف نمایند که درباره‌ی این موضوع چیزی نمی‌دانند. مثلاً درباره‌ی یک آنتی بادی خاص و چگونگی تأثیر آن بر ایدز و مواردی از این قبیل. اما غالباً، مخاطبان موضوعاتی را انتخاب می‌نمایند که آموزش دهنده سلامت از آن با اطلاع است.

جدول ۳-۴: امتیاز دهی در یک ارزیابی باورهای بارز در پاسخ به سؤال "به چه چیزها یی فکر می کنید وقتی که به یائسگی فکر می کنید؟"

پاسخ‌های افراد						
امتیاز	رویا	امتیاز	جمیله	امتیاز	مریم	
۱۰	خستگی	۱۰	شل شدن بدن	۱۰	گرگرفتگی	اولین پاسخ
۹	گرگرفتگی	۹	عدم کنترل حاملگی	۹	پیرشدن	دومین پاسخ
۸	پیرشدن	۸	خشکی واژن	۸	قطع قاعدگی	سومین پاسخ
۷	خستگی	۷	خستگی	۷	از دست دادن لذت جنسی	چهارمین پاسخ
جمع امتیازها						
جمع امتیازها			پاسخ ها			
$10+9=19/3=6/3$			گرگرفتگی			
$9+8=17/3=5/7$			پیرشدن			
$8/3=2/7$			قطع قاعدگی			
$7/3=2/3$			از دست دادن لذت جنسی			
$10/3=3/3$			شل شدن بدن			
$9/3=3$			عدم کنترل حاملگی			
$8/3=2/7$			خشکی واژن			
$7+7+10=24/3=8$			خستگی			
امتیاز			اولویت‌های آموزشی			
۸			۱- خستگی			
۶/۳			۲- گرگرفتگی			
۵/۷			۳- پیرشدن (سن گیری)			

ارزیابی جدول ماتریکس:

این تکنیک برای یک گروه کوچک حدود ۱۵ تا ۲۰ نفر خوب است. در یک فرایند گروه اسمی^۱ (McKillop - ۱۹۸۷) ابتدا، از همه شرکت‌کنندگان بخواهید که لیستی از آنچه که می‌خواهند در کلاس یاد بگیرند یا آنچه که مشکل اصلی بیماری آنها است، را بنویسند. به آنها تذکر دهید که این لیست فقط یک منبع است و ترتیب نوشتن آن مهم نیست. اگر هر فردی نیازهای خود را بنویسد، آموزش دهنده سلامت مطمئن می‌شود که همه افراد مشارکت کرده‌اند احتمال فراموشی نیازهای جمعی کمتر است.

سپس باید جدولی به شکل ماتریکس بر اساس جدول ۴-۲ (در صفحه بعد) رسم شود. و از اولین شخص گروه خواسته شود که با صدای بلند موضوعات خود را بخواند. آموزش دهنده سلامت باید مطالب وی را در ستون بالای ماتریکس ثبت نماید و نام شخص را در اولین ردیف کناری ماتریکس بنویسد. سپس با علامت ضربدر در جلوی هر اسم، در ردیف مربوط به موضوعات، آنهایی را که آن فرد انتخاب کرده است، علامت بزند. سپس باید نام نفر بعدی ثبت شود و با علامت X مواردی که او انتخاب نموده، علامت زده شود. بعد از آن، اگر موارد و موضوعات جدیدی توسط فرد دیگری ارائه شد، باید در ستون بالای ماتریکس اضافه شود و به این ترتیب تمامی نظرات در ماتریکس ثبت می‌شود. در پایان، باید از افراد سؤال شود که اگر شخصی می‌خواهد در هر جایی از ماتریکس علامت ضربدر را بگذارد و گزینه مربوطه را انتخاب نماید، اعلام کند. در نهایت همه ضربدرها هر ستون جمع زده می‌شود. موضوعات با بیشترین تعداد ضربدر، مهم‌ترین موضوعات مورد علاقه گروه است که باید روی آن تأکید شود. این فرآیند، به همه شرکت‌کنندگان اجازه می‌دهد که ببینند چگونه علایق آنها با سایر اعضای گروه مطابقت می‌یابد.

اگر فردی در گروه است که علایق بسیار متفاوتی از دیگران دارد، ممکن است، تصمیم بگیرد که دیگر عضو گروه نباشد یا اینکه در عضویت با گروه باقی بماند ولی در این جلسه، به نیازهای خود دست نیابد.

^۱ - Nominal group process

جدول ۴-۴: چارت ارزیابی ماتریکس برای کلاس آموزشی بیماران باسکته مغزی

چگونه بر ناتوانی خود غلبه کنم	انتخاب یک پزشک	مشکلات گفتاری	کنترل فشار خون بالا	تغذیه	سیگار کشیدن	کنترل استرس	چگونگی انتخاب پرستار در منزل
مریم	x	x	x	x	x	x	x
سمیرا	x	x	x	x	x	x	x
علی	x	x	x	x	x	x	x
حسین	x	x	x	x	x	x	x
احمد	x	x	x	x	x	x	x
سمیه	x	x	x	x	x	x	x
اکرم	x	x	x	x	x	x	x
مغرز	x	x	x	x	x	x	x
حسن	x	x	x	x	x	x	x
رضا	x	x	x	x	x	x	x
جمع	۷	۷	۲	۵	۴	۲	۱

بحث گروهی متمرکز:

راه دیگر برای انجام نیازسنجی، جمع کردن تعداد کمی از مراجعان برای یک بحث گروهی متمرکز می‌باشد (مورگان- ۱۹۹۷). تعداد اعضا در یک گروه ایده‌آل حدود ۸ تا ۱۲ نفر است (بریت رز ۱۹۸۸). گروه‌های کوچک‌تر، مکالمات محدودی را ایجاد می‌کنند و اداره کردن گروه‌های بزرگتر از آن نیز خارج از کنترل خواهد بود. این مسأله که شرکت‌کنندگان در بحث گروهی متمرکز کاملاً مشابه با مردمی باشند که شما قصد رسیدن به آنها را دارید، بسیار مهم است. همچنین اگر خود اعضای شرکت‌کننده نیز با همدیگر مشابه باشند، انجام بحث گروهی متمرکز بهتر خواهد بود. اگر در برنامه قصد دارید که با ترکیبی از مخاطبان کار کنید، بهتر است برای انجام بحث گروهی متمرکز آنها را به چند دسته تقسیم نمایید. برای مثال زنان میانسال، مردان میانسال و حتی سایر اعضای اقلیت قومی در جامعه نیز می‌توانند یک گروه باشند. مصاحبه‌های گروهی متمرکز اغلب نباید بیشتر از ۲ ساعت طول بکشد. رهبر گروه باید برای شرکت‌کنندگان ناشناخته باشد. بعلاوه رهبر نباید درحیطه موضوع مورد بحث، تعصبی داشته باشد. درحقیقت، بهتر است رهبر درباره آن موضوع خیلی کمتر بداند. به عبارت دیگر مهارت‌های مفید رهبر و تسهیل گر گروه باید در زمینه مهارت کار با گروه‌ها و پویایی گروه باشد تا بتواند بیشترین عقاید را از همه شرکت‌کنندگان استخراج نماید و فقط از یک یا دو عضو غالب گروه عقاید را اتخاذ نکند. رهبر کسی است که در کار با گروه مهارت دارد و می‌تواند به همه اعضای گروه این احساس را بدهد که عقاید همه آنها برایش ارزش دارد.

قبل از جمع‌آوری اعضای گروه‌ها برای انجام مصاحبه گروهی، باید سؤالات مورد نیاز برای پرسشگری از گروه آماده شود. معمولاً تعداد ۳ تا ۷ سؤال کافی است. سؤالات احتمالی شامل موارد زیر است:

- بزرگترین مشکل شما با..... چیست؟
- دوست دارید چه چیز را یاد بگیرید؟
- در زندگی با شخصی که دارد، چه مشکلاتی دارید؟

موارد محرمانه نباید به‌طور مستقیم سؤال شود. ابتدا باید بایک ماتریکس ارزیابی نیاز، کار گروهی را شروع کرده و سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شود که درباره آنچه که دوست دارند، بیشتر بدانند بحث نمایند. بعضی نیز بحث گروهی متمرکز را با انجام یک بارش افکار شروع می‌نمایند.

از بحث گروهی متمرکز می‌توان برای ارزیابی مواد آموزشی جدید هم استفاده کرد. شرکت کنندگان می‌توانند یک نوارویدیویی را تماشا کرده یا پمفلتی را بخوانند و سپس از آنها درباره آنچه که دوست داشتند و آنچه که از آن خوششان نیامد و چگونگی انجام تغییرات در مواد آموزشی سؤال شود.

راه دیگر استفاده از بحث گروهی متمرکز این است که مثلاً اگر بیماران با سگته مغزی متقاضی نوار ویدیویی ورزشی برای استفاده در منزل هستند، می‌توان با انجام بحث گروهی متمرکز انواع ورزش‌های مورد علاقه آنها، مدت زمان آموزش درنوار، میزان رضایت آنها برای خرید نوارویدیویی و چیزهایی از این قبیل را تعیین نمود.

در صورت امکان، بهتر است که از نوار ضبط صوت نیز در بحث گروهی متمرکز استفاده شود. همیشه باید یک نوار ضبط صوت خالی، باتری یا سیم سیار با طول زیاد موجود باشد. در هنگام ضبط صدا، باید از شرکت کنندگان خواسته شود که زمانی را که دوست دارند صحبت کنند، مشخص نمایند. چه در زمانی که ضبط صوت موجود است و چه موجود نباشد، وجود یک نفر ثبت کننده نظرات ضروری می‌باشد. تفسیر داده‌های حاصل از بحث گروهی متمرکز بسیار سخت است. رهبر گروه یا مشاهده گر، سعی می‌کند آنچه را بشنود که قصد شنیدن آن را دارد. گرچه عقاید می‌توانند از روی نوار ضبط صوت آوا نویسی گردند اما یک روش آسان برای تحلیل داده‌ها این است که دو یا سه نفر از اشخاص بی طرف، تست‌ها را بخوانند یا به نوار ضبط صوت گوش دهند. هریک از این قضاوت‌ها باید در زیر موضوعات اصلی که قرار بود بررسی شوند، نوشته شوند. قضاوت‌ها را باید بر اساس هریک از موضوعات، با همفکری و اجماع انجام داد. مثلاً مردمی که عضو یک برنامه خود مراقبتی بودند، یکی از فواید آن را "مشارکت" اعلام کردند. متخصصین سلامت در تفسیر این قضاوت، آن را مشابه "حمایت اجتماعی درک شده" دانستند در حالی که قضاوت بیماران آن بود که مردم می‌خواستند از ایجاد فرصت برای کمک به دیگران صحبت کنند. براساس توضیحات بعدی، محققین دریافتند که هر دو نظر صحیح بوده اما کمک به دیگران بسیار قوی تر بوده است. بنابراین وقتی که بازنگری برنامه انجام شد، تفسیر "فرصت‌های بیشتر برای مشارکت شرکت کنندگان از طریق کمک به یکدیگر" اضافه شد. راه دیگر در استفاده از داده‌های حاصل از بحث گروهی متمرکز، تفسیر آنها در ارزیابی بعدی با استفاده از *ارزشیابی طرح بلوک نا کامل*^۱ (که بعداً توضیح خواهد شد) است. وقتی که یک محقق با همکاریانش پروژه جدیدی را شروع می‌کند،

^۱ - Incomplete block design evaluation

برنامه با یک سری بحث گروهی متمرکز اجرا می‌شود. در اولین بحث گروهی، بعضی از موضوعات اصلی و مهم به دست می‌آید. سپس از گروه متمرکز دوم نیز سؤالات مشابه پرسیده می‌شود و از آنها خواسته می‌شود که درباره موضوعاتی که گروه اول بیان نکرده، بحث نمایند. این فرآیند در گروه‌های بعدی نیز انجام می‌شود تا جایی که دیگر موضوع جدیدی بیان نشده و موضوعات در گروه‌ها تکرار شود. معمولاً این فرآیند در طی ۴ تا ۵ بحث گروهی متمرکز اتفاق می‌افتد.

پیام‌های کلیدی در بحث گروهی متمرکز

هدف از پیام‌های کلیدی در بحث گروهی متمرکز، محدود کردن میزان اطلاعات انتقالی است که در برنامه آموزش سلامت به بیمار به دست آمده و نیز استاندارد کردن آنها است. اغلب برنامه آموزش سلامت به بیمار باشتاب و با اطلاعاتی که موجب سردرگمی بیمار می‌شود، اجرا می‌شوند و در پایان نیز، چیزی عاید بیمار نمی‌شود. بحث گروهی متمرکز می‌تواند با شرکت متخصصین بهداشتی و برای تعیین مهمترین پیام‌های کلیدی در یک برنامه آموزش سلامت به بیمار اجرا شود. مثلاً از یک گروه آموزش دهنده آتریت می‌توان درباره لیست موضوعاتی که باید در یک برنامه آموزشی ۸-۴ ساعته گنجانده شود، سؤال کرد. سپس از آنها در مورد اولویت بندی موضوعات سؤال نمود. بعد از رسیدن به توافق بر سر موضوعات، می‌توان از آنها در مورد سه پیام کلیدی که در هر یک از موضوعات باید به آن پرداخته شود، نظرخواهی کرد. این وظیفه‌ای، بسیار دشوار است زیرا معمولاً این تمایل وجود دارد که هر کس هر چه می‌خواهد درباره موضوع بگوید.

رهبر گروه، باید بحث را به سوی تعیین پیام‌های کلیدی هدایت کند. بطور مثال، پیام‌های کلیدی در مورد ورزش شامل موارد زیر است:

الف) اعمالی را انجام دهید که به دنبال آن، درد احساس شده در پایان فعالیت با درد قبل از انجام فعالیت یکی باشد.

ب) تمرینات ورزشی را به طور منظم ۴ تا ۵ روز در هفته انجام دهید.

ج) هر هفته ۱۰ تا ۲۰ درصد به برنامه ورزشی خود اضافه نمایید تا به ۲۰ تا ۳۰ دقیقه تمرین روزانه در هفته برسید. به خاطر داشته باشید که نباید تمامی تمرینات را در یک زمان انجام دهید.

مصاحبه‌های ساختاری و نیمه ساختاری^۱

مصاحبه یکی دیگر از راه‌های انجام نیازسنجی در آموزش سلامت به بیماران است. برای این کار باید چارچوب مصاحبه‌ای مشابه آنچه که در جدول آمده است، تهیه شود. این چارچوب یکسان باید برای همه گروه هدف برنامه به کار گرفته شود. مصاحبه می‌تواند شخصی یا تلفنی باشد. تجارب ما نشان می‌دهد که انجام مصاحبه تلفنی مؤثرتر از مصاحبه چهره به چهره است. به علاوه تلفن این امکان را ایجاد می‌کند که با کسانی که در دسترس نیستند هم، مصاحبه صورت گیرد. البته اگر مردم دوست دارند که مصاحبه چهره به چهره باشد، انجام آن ضروری است. شناخت افکار عمومی در مورد یک موضوع، مثال خوبی برای استفاده از مصاحبه ساختاری است.

جدول ۵-۴: نمونه ای از مصاحبه نیمه ساختاری (نیمه سازمان یافته)^۲

- ۱- وقتی به دیابت فکر می‌کنید، به چه چیزهای درباره آن می‌اندیشید؟ (یک سؤال "باورهای بارز" است)
- ۲- بزرگترین مشکل شما در زندگی با بیماری دیابت چیست؟
- ۳- آیا شما می‌خواهید در یک کلاس ۶ هفته ای دیابت شرکت کنید؟ اگر بلی:
- ۳الف- به نظر شما این کلاس کجا باید اجرا گردد؟
- ۳ب- بهترین زمان اجرای آن برای شما کدامست؟
- ۳ج- در این کلاس‌ها، چه موضوعاتی مورد علاقه شما است؟ اگر خیر:
- ۳د- دوست دارید درباره دیابت چگونه یاد بگیرید؟
- ۴- چه دوست دارید درباره دیابت چه بدانید؟
- ۵- دوست دارید چه چیزهای دیگری را درباره دیابت خود به ما بگویید؟

مصاحبه‌های ساختاری نیز مانند چک لیست خوب هستند. آنها هم برای اجرا آسانند و هم دارای محل انتخاب (✓) می‌باشند. بعلاوه این فرصت برای آموزش دهنده سلامت وجود دارد که درباره هرچه که نمی‌داند، پرسش بیشتری انجام دهد و آن را روشن نماید. یکی از معایب

^۱ Structured and semistructured Interviews

^۲ Balanced Incomplete Block Design

آن درست مانند چک لیست، آن است که هرگز نمی‌توان علایق و تأکیدهایی را که مصاحبه نتوانسته پوشش دهد، با آن کشف نمود. یکی از راه‌های حل این مسأله آن است که یک سری سؤالات باز یا نیمه ساختاری در مصاحبه ساختاری وارد شود. اگر این کار انجام شود، سؤالات باز باید قبل از سؤالات ساختاری آورده شود. این کار مانع از دادن پاسخ‌هایی می‌شود که مصاحبه شونده فکر می‌کند، پرسشگر می‌خواهد آن را بشنود. بعد از تکمیل مصاحبه، باید پاسخ‌ها با ارزشیابی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

طرح بلوک خالی متوازن*

در روش‌های نیازسنجی که تا کنون شرح داده شد مانند *ارزیابی باور بارز*، بحث گروهی متمرکز و مصاحبه نیمه ساختاری تفسیر داده‌های حاصله کاری دشوار است. استفاده از روش تحلیل طرح بلوک خالی متوازن به حل این مشکل کمک می‌کند. گرچه این کار ارزیابی فرآیند را بیشتر پیچیده می‌کند اما نتایج آن این است که داده‌های حاصل، هم اولویت بندی شده‌اند و هم قدرت اولویت آنها نیز مشخص است.

در تکنیک طرح بلوک خالی متوازن، سعی می‌شود که به روش خیلی کارآمد، رتبه بندی موضوعات از طریق یک سری مقایسه‌های قوی انجام گیرد که محصول آن، تعیین وزن هر رتبه است که اهمیت نسبی هر رتبه را در لیست نشان می‌دهد. همچنین با این روش، امکان مقایسه محتوا و فرآیند موضوعات نیز فراهم می‌شود.

در این تکنیک، همه موضوعات با یکدیگر در چندین سری از موضوعات استفاده شده مقایسه می‌گردند (مخصوصاً ۳ تا ۴ موضوع در هر سری). عناوین برای هر یک از سری‌ها از بیشتر به کمتر سؤال می‌شود (مثلاً بیشترین اهمیت به کمترین اهمیت) و رتبه نهایی از طریق جمع بستن رتبه‌های داده شده در هر موضوع به بدست می‌آید.

مراحل انجام یک مطالعه طرح بلوک خالی متوازن به شرح زیر است:

- ۱- موضوعات را لیست نمایید: لیست موضوعات باید رتبه بندی شده باشد. این لیست از نتایج بحث گروهی متمرکز یا مصاحبه‌های نیمه ساختاری به دست می‌آید. به طور نمونه، دو یا سه نفر نتایج بحث گروهی یا مصاحبه را روخوانی نموده و سپس بر موضوعات توافق می‌نمایند. در جدول ۶-۲ هفت عنصر برنامه آموزش سلامت به بیمار، لیست شده است؛
- ۲- طرح را انتخاب نمایید: تعداد موضوعات را در لیست خود شمارش نموده و طرح بلوک خود را بر اساس آنچه که در جدول ۸-۲ آمده است، انتخاب نمایید. هر طرح شامل یک سری سؤالات است که شامل آنچه که از پاسخ دهنده برای رتبه بندی ۳ یا ۴ موضوع از لیست بر اساس اهمیت پرسیده می‌شود، می‌باشد. در جدول ۶-۲ هفت موضوع وجود دارد. بنا براین از

طرح A استفاده می‌شود. اگر تعداد موضوعات در لیست شما معادل آنچه در جدول ۸-۲ است نمی‌باشد، مجبور هستید که بلوک خود را ایجاد کنید (Rommney, ۱۹۸۸, Weller)؛

۳- فرم ایجاد کنید: با استفاده از طرح بلوک و لیست موضوعات خود؛ یک فرم ایجاد کنید. این فرم باید حاوی آموزش‌ها و یک سری سؤالاتی از موضوعات گروه بر اساس طرح بلوک باشد. جدول ۷-۲ را به عنوان نمونه این فرم ببینید. سری سؤالات ما از موضوعات و طرح A سازماندهی شده است. مثلاً، در اولین سؤال از پاسخ دهنده درخواست می‌نماید که موضوعات ۱ و ۲ را رتبه بندی نماید؛

۴- فرم را اجرا کنید: این مسأله می‌تواند بطور شفاهی یا کتبی اجرا شود. پیشنهاد می‌گردد آن را به طور کتبی انجام دهید؛

۵- نتایج را جدول بندی نمایید: جدول بندی نتایج از طریق جمع زدن رتبه‌ها برای هر موضوع به دست می‌آید. برای به دست آوردن میانگین، مجموع به دست آمده را بر تعداد پاسخ‌ها تقسیم نمایید. یک روش جدول بندی در جدول ۸-۲ آمده است.

جدول ۶-۴: نمونه لیست برای طرح بلوک خالی متوازن: اجزای دوره خود مراقبتی بیماری قلبی عروقی

۱- ورزش	شروع کردن یک برنامه ورزشی: یادگیری چگونگی انجام و کنترل ورزش
۲- مصرف دارو	
۳- کنترل علائم	- استفاده از ذهن برای کنترل علائم (تکنیک‌های ریلکسیشن، تجسم خلاق ^۱)
۴- برقراری ارتباط با دکتر	بهبود تعامل با دکتر و سایر کادر پزشکی
۵- حل مشکل	یادگیری شناسایی مشکلات و استفاده از تکنیک‌های آن مثل بارش افکار برای حل مشکل
۶- اعتماد به نفس	به دست آوردن اعتماد به نفس درباره توانایی کنترل علائم
۷- تشریک مساعی ^۲	به اشتراک گذاردن تجربیات با سایر فراگیران و یادگیری از آنها

۱ Visualization

۲ Sharing

در زمان اجرای نیازسنجی باید توجه شود که: اگر دقیقاً آنچه را که می‌خواهید انجام دهید، می‌دانید و قصد تغییر آن را ندارید، نیازسنجی را انجام ندهید. هیچ چیز مردم را عصبانی تر از آن نمی‌سازد که از آنها درباره عقایدشان سؤال کنید و سپس در برنامه، آن عقاید را نادیده بگیرید.

جدول ۷-۴: نمونه فرم نیازسنجی مورد استفاده از طرح بلوک خالی متوازن. منبع:
(Campbell و همکاران)

نام.....		
تاریخ.....		
ما علاقمند هستیم که بدانیم شما چگونه اهمیت جنبه های مختلف اهداف دوره را ارزیابی می کنید. برای دادن نمره، نمرات از ۱ تا ۷ در نظر گرفته شده اند. خواهشمندیم علامت گذاری کنید. هریک از موضوعات را از بیشترین اهمیت (۱) به کمترین اهمیت (۳) رتبه بندی کنید:		
مثلاً، رنگ آبی، قرمز و سبز را برای رتبه دهی موضوعات در نظر بگیرید. اگر رنگ مورد علاقه شما در بین این گروه رنگ ها، رنگ قرمز است، عدد ۱ را کنار قرمز بگذارید. اگر دومین رنگ مطلوبتان سبز است، عدد ۲ را کنار سبز گذارده و عدد ۳ را کنار آبی بگذارید.		
آبی قرمز سبز.....		
۱- ورزش	دارو درمانی.....	ارتباط با پزشک.....
۲- دارو درمانی	کنترل علایم.....	حل مشکل.....
۳- کنترل علایم	ارتباط با پزشک.....	اعتماد به نفس.....
۴- ارتباط با پزشک	حل مشکل.....	مشارکت.....
۵- حل مشکل	اعتماد به نفس.....	ورزش.....
۶- اعتماد به نفس	مشارکت.....	دارو درمانی.....
۷- مشارکت	ورزش.....	کنترل علایم.....

برای ۱۳ موضوع C طرح

برای ۷ موضوع A طرح

برای ۹ موضوع B طرح

طراحی و اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار

ترکیب اجزای مختلف برنامه آموزش سلامت به بیمار، کمی شبیه به یک شعبده بازی است. شما مجبور هستید چندین توپ را هم زمان در هوا نگه دارید. اولین توپ تقریباً همیشه نیازسنجی است. سایر توپ ها نیز کمی بیشتر یا کمتر بطور همزمان به هوا پرتاب می شوند. برای مثال، همان زمانی که در مورد چگونگی ارزشیابی برنامه تصمیم می گیرید ، باید نقشه اجرای برنامه را طرح ریزی نمایید. به عبارت دیگر، شما مجبور هستید تصمیمات زیادی را در باره آنچه که برنامه به نمایش خواهد گذاشت، بگیرید.

۲- تعیین اولویت های آموزشی:

آیا آموزش سلامت به بیمار در ۵، ۱۰ یا ۱۵ دقیقه و یا در کلاس های چندین ساعته ارایه می شود؟ شما هرگز وقت کافی برای آموزش همه چیز ندارید. بنابراین نیاز به اولویت بندی است. در بخش نیازسنجی از فواید بحث گروهی متمرکز برای تعیین پیام های کلیدی مطالبی آمده است.

در زیر سه مرحله مفید برای کمک به شما در اولویت بندی و انتخاب آنچه که می خواهید آموزش دهید، آمده است:

- الف) همه رفتارهایی را که بر موقعیت خاص تأثیر گذارند، لیست نمایید.
- ب) همه رفتارهایی را که بیشترین تأثیر را در شرایط سلامتی دارند، تعیین نمایید؛
- ج) رفتارهایی را که برای تغییر آسان تر هستند، و محدوده زمانی برای آموزش آن را تعیین نمایید.

توجه داشته باشید که همه اینها می توانند با بحث گروهی متمرکز تعیین شوند.

الف) تعیین رفتارها

در همه موقعیت های سلامت، تعدادی از رفتارها وجود دارند که اگر تغییر نمایند، بر آن موقعیت ها اثر می گذارند. مثلاً به بیمار با فشار خون بالا، توصیه می شود که سیگار را متوقف نماید؛ وزن خود را کاهش دهد؛ نمک مصرف نکند؛ ورزش منظم انجام دهد؛ استرس را کاهش دهد و مصرف دارو را بپذیرد. لیست مشابهی نیز می توان برای سایر موقعیت ها نوشت. اولین قدم در تعیین اولویت های آموزشی، تهیه لیستی از همه رفتارهایی است که بر موقعیت سلامتی موثر هستند. به عبارت دیگر باید همه آنچه که قصد آموزش آن را دارید، لیست کنید.

ب) تعیین اثرات هر رفتار

این مرحله، احتمالاً سخت ترین قسمت تعیین اولویت ها می باشد. به عنوان یک آموزش دهنده سلامت، ما درباره اثرات نسبی رفتارهای سلامت در پیامدهای سلامتی، خیلی زیاد

نمی‌دانیم، تأثیر همه رفتارها برابر نیستند. در پایین آوردن فشار خون، رفتار هایی چون پذیرش مصرف دارو و ترک سیگار احتمالاً بیشترین اهمیت را نسبت به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک و ورزش دارند. آنها کمی راحت تر هستند. البته کاهش استرس خیلی شایع است ولی احتمالاً فقط اثرات کوتاه مدت و محدودی در کاهش فشار خون دارد. بنابراین در انتخاب رفتارهای اولویت دار، شما باید در ابتدا، ترک سیگار و مصرف دارو را در نظر بگیرید.

سؤال: چگونه باید اثرات نسبی رفتارها را تعیین نمود؟ این همانجایی است که شما باید از کارشناسان استفاده کنید. از پزشکان یا اپیدمیولوژیست ها برای این مشکل کمک بگیرید. ممکن است بتوانید مطالعات خودتان را مرور نمایید. در سال‌های اخیر ایالات متحده با قبول مسئولیت انجام مطالعات برای تعیین بهترین عملکرد برای درمان موقعیت های مختلف، به این مشکل کمک کرده است. بیشتر این مطالعات، به وسیله آژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت سلامت انجام شده و نتایج مستندات آن در اینترنت موجود است. مثلاً ایندکس مطالعات AHRQ در سایت آنلاین <http://www.ahcpr.gov/research> وجود دارد.

بعلاوه یک کتاب عالی با عنوان خدمات پیشگیری حاوی توصیه های مورد توافق برای بسیاری از موقعیت های سلامت، انتشار یافته است. این اطلاعات در اینترنت در آدرس <http://www.ahcpr.gov/clinic/epc> یافت می شود.

توجه به یک نکته مهم را فراموش نکنید: هرگز اولویت های خود را براساس نوشته‌های مطبوعات همگانی تعیین ننمایید. مثلاً، در سال‌های اخیر، تمرکز بر این بوده است که میزان کلسترول در رژیم غذایی، پایین آورده شود اما معمولاً ایجاد تغییرات بزرگ در میزان کلسترول خون، نیاز به تجویز دارو دارد. در بیشتر مطالعاتی که نشان دادند کاهش میزان کلسترول، میزان بیماری قلبی را کاهش می دهد، معمولاً کاهش کلسترول به طور اولیه از طریق تجویز دارو صورت گرفته است. دانش ما از اثرات پایین آوردن کلسترول از طریق تغییر رژیم غذایی ناقص است. این مسأله بیشتر در افراد مسن و سالمند درست است.

یعنی چه؟ آیا نباید هیچ کاری کرد؟ نه، ما باید به کاهش کلسترول رژیم غذایی ادامه دهیم اما این مسأله نباید به اندازه هزینه کیفیت زندگی تمام شود. به‌خاطر بیاورید، ۳۰ سال قبل هر کسی به مصرف گوشت قرمز تشویق می شد. خلاصه اینکه نسبت به کسب آگاهی درباره تحقیقات بنیادی در رفتارهایی که باید بر تغییر آن تمرکز کنید، مسئول باشید. به علاوه، شما باید برای تنظیم چارچوب ارزشیابی خود، به عقب برگردید. اگر شما برای ارزشیابی تغییرات در موقعیت سلامت یا تغییر در استفاده از خدمات برنامه ریزی می کنید، باید بر رفتارهایی تمرکز کنید که احتمال بیشتری دارد که بر این پیامدها تأثیر داشته باشند. اگر شما تغییر در رفتارها

را ارزشیابی می کنید مهم است که رفتارها بهترین عملکرد را منعکس نمایند و آنچه که آموزش می دهید، در نظر گرفته شوند. شما بعداً نیاز خواهید داشت که آسانی رفتارهایی را که باید تغییر کنند، تعیین نمایید.

ج) تعیین رفتارهای آسان برای تغییر

ما همه می دانیم که بعضی رفتارها نسبت به بعضی دیگر آسانتر هستند. مثلاً، مصرف یک قرص در روز آسان تر از کاهش یا حفظ وزن مناسب است. قدم بعدی، جستجوی اولویت‌هایی است که شما آن را لیست کرده اید و رتبه‌بندی میزان آسان یا سخت بودن تغییر در آنها است. براساس زمان در اختیار، شما می توانید رفتارهایی را که برای برنامه آموزشی مناسب تر هستند انتخاب کنید. اگر فقط ده دقیقه برای یک بیمار دارای فشار خون بالا، وقت داشته باشید، باید دو موضوع پذیرش دارو و کاهش مصرف نمک را در نظر بگیرید. از طرفی، اگر شما ۱۰ ساعت وقت دارید، باید روی رژیم غذایی، ورزش و رفتارهای سیگار کشیدن به همراه پذیرش مصرف دارو و کاهش مصرف نمک کار کنید.

راه دیگر تعیین اولویت ها آن است که به بیمار اجازه انتخاب بدهید. لیستی از همه آنچه که باید افراد انجام دهند، تهیه کنید. مثلاً لیستی از رفتارها برای کاهش وزن باید شامل عدم مصرف غذا بعد از ساعت ۷ شب، قطع مصرف شیرینی، چربی، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و افزایش فعالیت بدنی باشد. سپس از بیمار بخواهید از بین این رفتارها، آنچه را که احساس می کند می تواند اجرا نماید، انتخاب کند. این روش دو مزیت دارد. اول اینکه شما مجبور نیستید که همه چیز را درباره غذا و ورزش به بیمار بگویید و اگر چیزهایی در لیست وجود دارند که او نمی تواند درک کند، از او سؤال می کنید؛ دوم آنکه به بیمار قدرت کنترل و انتخاب را می دهد. دیده شده است که اگر رفتار سلامتی به جای تجویز پزشک، از سوی بیمار انتخاب شود، بیشتر احتمال دارد که با این رفتار تطابق یافته و درونی شود. خلاصه اینکه، اولویت ها بر اساس میزان زمان، اهمیت رفتار سلامتی و آسانی رفتاری که باید تغییر یابد، تعیین می گردند.

۳- تعیین محتوای آموزش

بعد از تصمیم‌گیری بر رفتار هدف، قدم بعدی شناسایی آنچه که یک فرد نیاز دارد که بداند و مهارت‌هایی که او باید برای اجرای رفتار کسب نماید، می باشد. مثلاً بیماران با فشار خون بالا احتمالاً نیاز به دانستن آناتومی و فیزیولوژی سیستم قلبی و عروقی ندارند ولی نیاز به دانستن مؤثرترین راه‌های ترک سیگار و حفظ آن را دارند.

آنها نیاز به مهارت‌هایی در شناسایی فشار اجتماعی برای مصرف بیش از حد غذا و سیگار دارند. آنها نیاز دارند، بدانند که چگونه راهنماهای محیطی برای سیگار کشیدن و خوردن را تغییر دهند.

برای موافقت کردن با مصرف داروی مناسب، بیمار باید بداند که در چه وقت؟ چه مقداری از آن را مصرف نماید. بعضی وقت‌ها، محتوای آموزشی از قبل تعیین شده است. اغلب برای یادگیری دانش و مهارت‌های مورد نیاز بیماران، لازم است که از مطالعات انجام شده در مورد محتوای آموزشی مورد نیاز گروه‌های مختلف بیماران چیزهایی بدانیم. در خیلی از سطوح آموزش سلامت به بیمار شامل؛ ترک سیگار، تغییر رژیم غذایی و برنامه ورزشی، تحقیقاتی درباره اینکه بیمار چه باید بداند و چه انجام دهد، انجام شده است. شما ممکن است مجبور باشید شعبده بازی کنید اما مجبور نیستید که دوباره تمام سیرک را خلق نمایید.

یک/احتیاط: همه آنچه که در بالا گفته شد، خیلی معقول به نظر می‌رسد ولی با ارزش تر از زمان آن نیست. بنابراین ممکن است نسبت به آنچه که معمولاً انجام می‌دهید، وسوسه شوید که به جستجوی عقاید متخصصین سلامت پرداخته و سپس پایه آموزش خود را براساس نظرات آنها قرار دهید. متأسفانه این روش منجر به یک برنامه قوی نخواهد شد. علاوه بر این همان طور که شما اساساً نمی‌توانید نظارت همکاران متخصص خود را رها کنید، بیمارانتان نیز استحقاق یک برنامه علمی و مبتنی بر مطالعات قبلی را دارند همان طور که هیچ یک از ما نمی‌خواهد که به ملاقات پزشکی برود که خود را با تغییرات دانش پزشکی هماهنگ نمی‌کند. برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار باید براساس آخرین اطلاعات پزشکی باشد.

۴- تعیین اهداف

زمانی که نیازسنجی انجام و محتوای آموزش انتخاب گردید، قدم بعدی نوشتن اهداف اختصاصی است. این اهداف باید روشن و شامل آنچه که می‌خواهید انجام دهید، باشند و به عنوان استاندارد برای ارزشیابی در نظر گرفته شوند. همانطور که دو نوع ارزشیابی وجود دارد، دو نوع اهداف نیز وجود دارند. اهداف فرآیندی، اهداف پیامدی.

- اهداف فرآیندی آنهایی هستند که شما برای فرآیند آموزش سلامت به بیمار تعیین می‌کنید. مثلاً شامل موارد زیر است:

- تا پایان سال، ۵۰ نفر آموزش برنامه دیابت را دریافت نمایند.
- تبلیغ برای برنامه در ۶ مجله رسمی چاپ گردد.
- هر شرکت کننده دست کم یکبار در هر کلاس صحبت نماید.

■ ۷۰ درصد شرکت کنندگان در کلاس، دست کم برای یک تغییر رفتار تعهدنامه منعقد نمایند.

توجه کنید که در نوشتن اهداف فرآیندی، درباره تغییر رفتار یا موقعیت سلامت چیزی ننویسید و به جای آن، از اهداف مدیریتی و فرآیند آموزش هدف بنویسید.

اهداف پیامدی درباره آنچه که شما قصد دارید در مورد تغییر رفتار سلامت یا موقعیت سلامتی انجام دهید، نوشته می شود. مثلاً شامل موارد زیر است:

■ بعد از ۲ ساعت آموزش سلامت، ۷۰٪ از بیماران دیابتی در مهارت تزریق انسولین توسط خودشان، توانا شده باشند.

■ در پایان دوره، ۸۰٪ از شرکت کنندگان گزارش خواهند کرد که ۱۲۰ دقیقه در هفته ورزش می کنند.

■ بعد از آموزش سلامت، ۶۰ درصد از بیماران، فشار دیاستول خون آنها زیر ۹۰ خواهد بود.

■ از بین افراد با غربالگری در موقعیت متوسط سلامتی که کلسترول خونشان بالا بوده است، ۶۰ درصد آنها در طول یک ماه به پزشک مراجعه نمایند.

چگونه اهداف اختصاصی بنویسیم:

همه اهداف دارای سه بخش هستند:

الف) عملی که باید انجام شود؛

ب) معیار برای انجام عمل؛

ج) معیار برای قضاوت بر خوب انجام شدن آن عمل.

الف) یک عمل :

بخش انجام یک عمل یا فعل رفتاری اهداف اختصاصی، باید از چیزهایی که می شنوید یا می بینید، باشد. بعضی اوقات می توانید از حس بویایی یا چشایی استفاده نمایید. البته این ها همیشه در نوشتن اهداف آموزشی برای بیمار مناسب نیستند. گزارش کردن، خوردن، قدم زدن و داشتن یک فشار دیاستولیک، اعمال خوبی برای اهداف اختصاصی هستند. به عبارت دیگر، دانستن، درک کردن فکر کردن و احساس کردن افعال رفتاری خوبی نیستند. به طور کلی، گاهی اوقات راهی برای دانستن بعضی چیزها وجود ندارد. اگر اهداف شما، افزایش دانش بیماران یا شرکت کنندگان است باید هدف را این طور بنویسید: «۸۰ درصد شرکت کنندگان نمره ۷۰ را در یک آزمون به دست آورند» یا در هنگامی که نام داروها پرسیده می شود؛ ۷۵ درصد شرکت کنندگان قادر باشند، همه داروهای تجویز شده خود را در هنگام خروج از بیمارستان نام ببرند». در مقابل آن، این هدف که: «شرکت کنندگان احساس نمایند که بیماری

آسم‌شان بیشتر تحت کنترل قرار گرفته است» خوب نیست. بهتر است اینطور بیان شود «۸۰ درصد از بیماران در یک آزمون خودکارایی آسم نمره ۱۰ یا بیشتر بیاورند». احتمالاً مهمترین بخش نوشتن اهداف، انتخاب اعمال صحیح و مناسب است. این سؤال را از خود پرسید که چه کسی مراقبت می‌کند؟ این خوب است که بیماران در یک آزمون نمره خوب بگیرند. گرچه، ما می‌دانیم که تغییر در آگاهی الزاماً به سوی تغییر رفتار یا موقعیت سلامت هدایت نخواهد شد. اگر چنین بود ما هیچ سیگاری، الکلی یا وزن بالا، یا مردمی که نخ دندان نمی‌کشند نداشتیم. بنابراین اهداف دانشی، احتمالاً بهترین اهداف در برنامه آموزش سلامت به بیمار نخواهند بود. بنابراین نوشتن اهدافی درباره آنچه که از بیمار می‌خواهید انجام دهد، مانند پایین آوردن کلسترول خون، قطع مصرف سیگار، مصرف دارو براساس دستورات دارویی یا دنبال کردن یک برنامه ورزشی، مفیدتر است. اگر موضوعی در پیامد سلامت، تفاوتی ایجاد نکند، احتمالاً نباید در اهداف بیابید.

ب) معیار برای عمل:

این بخش از اهداف به این سؤال‌ها پاسخ می‌دهد چه کسی؟ چه چیزی؟ چه وقت؟ و کجا؟: مثلاً «بعد از دوره»، «شرکت کنندگان» «خواهران و برادران بیماران سوخته»، «تفسیر کردن فشار خون یا کلسترول خون» و یا «دادن انتخاب در روغن خوراکی». اگر شما در آموزش خود ندانید که چه کسی، چطور و چه وقت و در کجا، باید چه چیزی انجام دهد؟ بنابراین نمی‌توانید در مورد اینکه آیا رفتار یا عمل اتفاق افتاده است یا نه قضاوت کنید.

ج) معیار برای قضاوت بر وقوع عمل:

این بخش از اهداف به این سؤال پاسخ می‌دهد: چه مقدار یا چقدر؟ و تقریباً همیشه با عدد بیان می‌شود: مثلاً، ۸۰ درصد از شرکت کنندگان یا «فشار دیاستولیک خون ۹۰ یا کمتر»، «افزایش حداقل ۱۰ نمره» و یا «۴ کیلومتر سه بار در هفته». بدون این معیارها نمی‌توانید دریابید که آیا به هدف رسیده‌اید یا نه. مثلاً در پایین آوردن فشار خون، باید مشخص نمایید چه تعداد بیماران به چه میزان فشار خون خود را پایین بیاورند. آیا یک برنامه، زمانی موفق است که ۲ نفر از ۱۰۰ نفر بیمار آنچه را که شما از آنها خواسته‌اید اجرا نمایند؟ احتمالاً نه. همچنین لازم است نقطه شروع مشخص باشد. اگر ۷۰ درصد مردم به برنامه دیابت می‌آیند و تقریباً در خواندن برچسب محصولات توانا هستند، پس یک هدف پیامدی آن است که ۸۰ درصد قادر به انجام آنچه در پایان برنامه باید صورت گیرد، باشند. به عبارت دیگر، هدف نباید خیلی ایده آل در نظر گرفته شود. بطور مثال، این هدف واقعی نخواهد بود که یک سال بعد از شروع برنامه ترک سیگار، ۸۰ درصد از آنها که برنامه را شروع کرده‌اند، دیگر سیگاری نباشند.

اهداف و طراحی برنامه:

چگونه اهداف می توانند برای طراحی برنامه آموزش سلامت به کار گرفته شوند. اولاً باید تعداد کمی هدف (کمتر از ۱۰) برای برنامه خود بنویسید. این اهداف، پایه ای برای ارزشیابی برنامه فراهم می کنند. سپس برای هر مبحث، اهداف بنویسید. مثلاً، اهداف کلی برای دوره آموزشی فشار خون بالا، می تواند این باشد «در پایان دوره، ۷۰ درصد از شرکت کنندگان فشار خون دیاستولیک زیر ۹۰ خواهند داشت». اهداف بحث اول از آموزش فشار خون بالا، در دوره می تواند چنین باشد؛ «شرکت کنندگان، خواهند توانست:

الف) سه راه پایین آوردن فشار خون را با یکدیگر بحث کنند.

ب) رفتاری که آنها در هفته آینده تغییر خواهند داد را انتخاب نمایند.

به علاوه، فرآیند رفتارها نیز باید نوشته شوند. معمولاً این هدف ها می توانند برای شروع مداخله استاندارد شوند و نیاز به نوشتن برای هر بحث وجود ندارد. مثلاً:

آموزش دهنده:

الف) در هر کلاس توجه شرکت کنندگان را جلب نماید.

ب) مطمئن شود که شرکت کنندگان در هر بحث با گفتن بعضی چیزها مشارکت فعال نمایند.

ج) از تقویت کننده های کلامی و غیر کلامی استفاده نماید (تغییر چهره، بیان «احسنت» و غیره...) .

د) مطمئن شود که ۸۰ درصد از شرکت کنندگان در پایان بحث دوم تا شش، هر کدام تعهداتی برای بعضی فعالیت ها داشته باشند.

ه) از فن بارش افکار برای حل مشکل استفاده نماید.

چنین اهداف فرآیندی، پایه ای برای ارزشیابی فرآیند آموزش سلامت، فراهم می آورد. به علاوه این اهداف به آموزش دهنده تصویر روشنی از آنچه مورد انتظار است و شیوه ارزشیابی مربی را می دهد. با یک مشاهده ساده می توان مربی دوره را، براساس این اهداف مورد ارزشیابی قرار داد. به طور خلاصه، اهداف به شما می گویند که در کجا و چطور به آنچه می خواهید برسید، خواهید رسید. نوشتن آنها ممکن است سخت به نظر برسند اما فرآیند نوشتن اهداف فرآیندی و پیامدی موجب تقویت شما در نوشتن واضح آنچه فکر می کنید، می گردد. مهمتر از همه، نوشتن اهداف، شما را در انتقال افکارتان به دیگران توانا خواهد کرد. نهایتاً، اهداف، استانداردهایی برای ارزشیابی برنامه ارایه می دهند.

۵-فرآیند اجرا

حالا که محتوای برنامه انتخاب شده و اهداف نوشته شده اند، قدم بعدی طرح ریزی فرآیند اجرا یا این موضوع است که آموزش چطور ارایه گردد؟ در دستیابی به تغییر رفتار و تغییر در موقعیت سلامت، فرآیند کار به اندازه محتوا و احتمالاً بیشتر از آن مهم است. به عنوان یک قانون کلی، از چند فرآیند مختلف در هر بحث (جلسه درسی) استفاده نمایید. همچنین بیشتر از فرآیندهای تعاملی و مشارکتی که احتمال تغییر رفتار را بالا می برند، استفاده نمایید. در این قسمت تعدادی از روش های مشارکتی در آموزش سلامت به بیمار را نام می بریم.

الف) رسانه

بسیاری از مردم وقتی که به آموزش سلامت به بیمار فکر می کنند ، به پمفلت، نوار ویدئو یا اینترنت توجه می کنند. درست است که مواد آموزشی و رسانه ها خیلی مفید هستند اما به ندرت آنها یک برنامه آموزش سلامت به بیمار کامل را تشکیل می دهند. انتخاب و استفاده از مواد آموزشی موضوعی است که باید به آن پرداخته شود.

• رسانه های جمعی

رسانه های جمعی در اشکال بسیاری مورد استفاده قرار گیرند. هر کدام از آنها مزایا و معایبی دارند. مثلاً روزنامه، رادیو و تلویزیون به تعداد وسیعی از مردم می رسد و برای افزایش آگاهی عمومی مناسب هستند. پیام‌های رسانه های جمعی خیلی گران هستند مگر اینکه شما از آگاهی تبلیغاتی رایگان استفاده کنید. مشکل استفاده از رسانه های رایگان این است که شما کنترلی بر زمان ارسال پیام نخواهید داشت یا بعضی اوقات، محتوای پیام تحمیلی خواهد بود. پیام رسانه های جمعی، برای تغییر رفتار سلامتی خیلی مناسب نیستند مگر اینکه زمان زیادی از رسانه به پیام اختصاص یافته و پیام بسیار ساده طراحی شده باشد. به یاد داشته باشید، رفتاری مانند ترک سیگار بسیار پیچیده تر از تغییر نوع و مارک یک ماده ضدعفونی کننده است. به عبارت دیگر رسانه های جمعی می توانند بخش مهمی از برنامه ادغام یافته آموزش سلامت به بیمار باشند مثلاً رسانه های جمعی می توانند پیام های عمومی و کلی برای مردم دچار کمردرد ارسال نمایند تا آنها به طور مداوم فعال باشند. این یک پیام کلیدی و مهم است و این مسأله می تواند با مواد چاپی و کلاس های گروهی در موضوع اینکه چگونه آنها فعال باشند و حتی در زمان درد هم چگونه فعالیت نمایند، همراه شود.

• رسانه های محلی

رسانه های محلی اغلب یکی از اشکال اغماض شده رسانه ها هستند. در بیشتر جوامع، رسانه‌های محلی، به طور آزاد در اختیار همگان می باشد. گرچه درست است که روزنامه و رسانه

های محلی بعضی اوقات مخاطبان وسیعی ندارند ولی می‌توانند در بعضی راه‌های خلاق، استفاده شوند. مثلاً در پروژه پیشگیری از بیماری قلب استنفورد، یک برنامه ترک سیگار گروهی تولید شد. برنامه‌ها از یک چارچوب بحث/سخنرانی و یک رسانه محلی برای ورود به برنامه‌ای در تلویزیونی تشکیل می‌شدند. در ایالات متحده ایستگاه کابلی عمومی، سعی دارد که کمک‌های فنی مستقلی ارائه دهد. یک مزیت نهایی استفاده از رسانه محلی آن است که اگر از این رسانه، به طور کامل و با مهارت و کیفیت استفاده شود، می‌تواند با مزایای رسانه‌های جمعی و گروه‌های کوچک ترکیب شود.

• آموزش سلامت از طریق رایانه

اکنون رایانه‌ها به طور وسیعی در مدارس، کتابخانه‌ها و منازل در دسترس می‌باشند. مزیت استفاده از آموزش از طریق رایانه (CBE) آن است که به مخاطبان وسیعی دسترسی دارد. مثلاً برنامه آموزش سلامت از طریق رایانه در کنترل استرس، کاهش وزن و آرتروز وجود دارند. این برنامه‌ها می‌توانند در مدارس، مکان‌های کار یا موقعیت‌های ارائه خدمات سلامت به کار گرفته شوند. با به کارگیری دیسک‌های فشرده (CD)، مردم می‌توانند به برنامه‌ها، در منازل دسترسی داشته باشند. آموزش سلامت بر مبنای رایانه می‌تواند متناسب با نیازهای افراد، طراحی شود. انواع تولید شده آن نسبتاً گران نیستند. از معایب آموزش از طریق رایانه آن است که مانند هر ماده آموزشی دیگر در آموزش سلامت، برای تولید آن نیاز به هر دو مهارت فنی و آموزشی می‌باشد. همچنین نرم افزار آموزش سلامت فقط می‌تواند در رایانه‌ای که آن را اجرا می‌نماید به کار گرفته شود.

• فیلم‌ها و نوارهای ویدیویی

فیلم‌ها و نوار ویدیویی، زمانی مناسب هستند که شما به درستی بدانید چرا از آنها استفاده می‌کنید. ویدیو این امکان را می‌دهد که بعضی چیزها را به تصویر بکشید، بعضی اوقات نیز بیشتر یک راه سرگرم‌سازی است تا اینکه در یک وسیله آموزشی باشد. به علاوه آنها می‌توانند مهارت‌هایی را نمایش دهند که در کلاس، نمایش آنها مشکل است. مانند انجام ورزش یا تهیه غذا. اگر بیماران در منزل، ویدیو یا سی‌دی خوان داشته باشند، می‌توانند CD و نوار ویدیو را به منزل ببرند تا رفتار جدید در آنها تقویت شود. این امر به خصوص در مورد برنامه ورزشی مفید است. بالاخره نوار ویدیویی می‌تواند برای توصیف برنامه جدید برای متخصصین سلامت به کار رود. مثلاً نظام مراقبت سلامت کایزر یک نوار ویدیویی کوتاه، تولید کرد که ملاقات‌های گروهی و کارگاه‌های «زندگی خوب با بیماری‌های مزمن» را نمایش می‌دهد. بعضی اوقات یک عکس (یا ویدیو) حاوی هزاران کلمه است. تولید نوارهای شنیداری، هم آسانتر و هم ارزانتر از

تولید نوارهای ویدیویی است. نوارهای شنیداری می‌توانند یک پیش زمینه مناسب برای نوارهای ویدیویی باشند.

ب) فرآیندهای گروهی

• بارش افکار

بارش افکار یکی از شایعترین راه‌های توسعه مشارکت گروهی به روشی مسالمت آمیز است. همچنین این روش، برای خلق ایده‌های جدید بسیار مفید است. البته، اغلب از بارش افکار به درستی استفاده نمی‌شود.

به کارگیری روش بارش افکار شامل پنج قدم زیر است:

۱- به شرکت کنندگان دستورکاری بدهید. مثلاً من از شما درباره یک موضوع، سؤال می‌کنم و سپس شما هر ایده‌ای درباره آن موضوع دارید تا جایی که می‌توانید ارائه دهید. اگر ایده‌ها احمقانه به نظر می‌رسند یا کمی بیگانه هستند، نگران نشوید. اگر آنچه را که توسط دیگری بیان می‌شود، درک نمی‌کنید، نگران نباشید زیرا بعداً درباره آنها بحث خواهید شد. یادتان باشد حالا فقط می‌خواهید که هر چه ایده درباره موضوع دارند را بیان نمایند؛

۲- سؤال را مطرح کنید. مهم است که سؤال خود را به موقع و مناسب مطرح کنید. برای این امر بهتر است سؤال را قبل از شروع جلسه به تفصیل بنویسید. به جای اینکه بگویید «درباره مشکل مصرف دارو نظرات خود را مطرح کنید» بگویید «به نظر شما علت پیروی نکردن بعضی از مردم از دستورات دارویی که پزشک برای آنها تجویز می‌کند، چیست؟»

۳- هر چه که هر یک از اعضای گروه می‌گویند، بنویسید. نوشتن را تا جایی ادامه دهید که دیگر ایده جدیدی نباشد. اگر شما تنها مربی دوره هستید، از یک نفر در گروه بخواهید که نظرات را یادداشت نماید. در عین حال باید مطمئن شوید که او آنچه را که اعضا می‌گویند، می‌نویسد و نه تفسیر خودش از صحبت‌ها را. باید از دو رنگ متفاوت در نوشتن پاسخ‌ها استفاده شود و پاسخ‌ها یک در میان از آن رنگ‌ها نوشته شود. در اینصورت خواندن آنها آسانتر خواهد شد؛

۴- اگر کسی نیاز به شفاف سازی هر یک از موضوعات دارد، سؤال کنید.

از اعضا بخواهید در هر یک از موارد گفته شده اگر نیاز به شفاف سازی معانی آن دارد، توضیح دهد؛

۵- زمانی که همه موارد شفاف سازی شد، از نتایج بارش افکار برای خلاصه کردن یک نکته، وارد شدن به بحث حل مشکل یا ادامه آموزش یا مذاکره، استفاده کنید.

مثلاً، بگویید، قصد دارید مزایای ورزش را بیان نمایید. بجای انجام یک سخنرانی، بارش افکار در بین اعضا درباره مزایای انجام ورزش راه بیندازید. سپس می‌توانید باورهای غلط بیان شده را تصحیح نموده یا مواردی را که اعضا فراموش کرده‌اند، اضافه نمایید. راه دیگر، استفاده از بارش افکار برای حل مشکل است. بعضی افراد در گروه مشکل دارند، به جای تلاش آنها برای حل مشکل خودشان، از سایر اعضای گروه در مورد راه حل‌های مشکل آنها، سؤال کنید. سپس موارد لیست شده راه حل‌ها را به افراد دارای مشکل معرفی نمایید تا آنها انتخاب نمایند.

• ایفای نقش

حداقل دو دلیل برای استفاده از ایفای نقش در برنامه آموزش سلامت به بیمار وجود دارد. اولاً، این روش اجازه می‌دهد که شرکت‌کنندگان مباحثی که به آن خیلی حساس هستند را مورد بحث قرار دهند. دوماً، به شرکت‌کنندگان این امکان را می‌دهد که مهارت‌های جدید را تمرین نمایند و آن را در شرایط متفاوت انجام دهند. توجه کنید که ایفای نقش یکی از مشکل‌ترین مهارت‌های تدریس است و باید فقط توسط مربی آموزش سلامت به بیمار یعنی کسی که به انجام این روش آشناست، صورت گیرد. البته، اغلب بیماران احساس خطر و تهدید می‌نمایند و ایفای نقش را دوست ندارند اما چند متغیر وجود دارد که کمک می‌نماید تا بتوان شرایط را تحت کنترل در آورد و از شرکت‌کنندگان محافظت نمود.

عملیات را رهبری کنید. به شرکت‌کنندگان یک شرایط تعریف شده، بدهید. مثلاً وانمود کنید که شما از پزشک خود ناراضی هستید. یک شخص نقش پزشک و دیگری نقش بیمار را بازی کند. بعد از اینکه بیمار عدم رضایت خود از پزشک را نشان داد پیشنهاداتی را برای انجام متفاوت این رفتار بدهید و سپس بخواهید که دوباره ایفای نقش نموده و پیشنهادات را به کار گیرد. یک متغیر در این مرحله آن است که از اعضا بخواهید که راه‌های دیگری که می‌تواند این تعامل برقرار شود را پیشنهاد دهند و دوباره افراد نقش بازی کنند و راه حل‌های مطرح شده را به کار گیرند. متغیر دومی که مطرح است، به کارگیری سه تایی افراد در ایفای نقش است. شخص اول پزشک، دومی بیمار و سومی هدایت‌کننده عملیات است. در این مورد، هر یک از افراد شانس بازی کردن هر نقش را دارند.

متغیر سومی نیز وجود دارد و آن اینکه، مربی آموزش سلامت به بیمار نیز یکی از نقش‌ها را بازی کند، مثلاً اگر یک شرکت‌کننده اشکال ارتباط با فرزندش را نمایش می‌دهد، مربی نقش کودک را بازی نماید. در این مرحله مربی می‌تواند اطمینان حاصل نماید که پاسخ‌ها خیلی دور از انتظار نیست.

• ایفای نقش گروهی

در این جا مربی یک نقش را ایفا می نماید. مثلاً بیماری که نسبت به جراحی بسیار حساس است و تمامی اعضای گروه نقش دوم یعنی پرستار را بازی می کنند. در ابتدا یک نفر نقش مشاور را بازی کرده و اگر او گیر افتاد، دیگران نقش را ادامه می دهند. این روش، احساس تهدید و ترس را از شرکت کنندگان می گیرد و برای مربی نیز کنترل آسانتر است.

• تمرین نمایش

این یکی از اشکال مفید ایفای نقش است. به بیمار، شرایطی را که او باید در آن وارد شود، بگویید. مثلاً یک بیمار بعد از عمل قلب که دارای رژیم غذایی با کالری پایین است، با دوستش به رستوران می رود. دوستش اصرار دارد که دسر مصرف نمایند. بیمار می تواند از مهارت های نه گویی و اجتناب کردن استفاده نماید. بیمارانی که موقعیت های مشکل را نمایش می دهند، قبل از اینکه به طور واقعی با آن روبرو شوند، بهتر می توانند آن را در موقعیت عملی به کار ببرند.

• پرسش و پاسخ

پرسش و پاسخ یکی از مهمترین مهارت های آموزش سلامت به بیمار است. این روش نه تنها در دریافت دانسته های بیماران مفید است، بلکه راهی برای آموزش مهارت های جدید هم می باشد. یک قانون مهم در طرح پرسش وجود دارد و آن این است که باید به ندرت از سؤالاتی استفاده کنید که پاسخ آنها با: « بلی » یا « خیر » باشد. طرح سؤالات باز بهتر هستند. اینطور سؤال نکنید « آیا شما احساس می کنید، امروز بهتر هستید؟ » سؤال کنید « امروز شما احساس می کنید چطور هستید؟ »

موارد زیر راه های طرح پرسش از بیمار در هنگام آموزش سلامت به او است:

✓ از بیماری که می داند چه باید انجام دهد ولی انجام نمی دهد، سؤال کنید « از نظر شما راه حل های این مشکل چیست؟ » « کدام یک از این راه حل ها را دوست دارید امتحان کنید؟ »

✓ بهتر است مهارت حل مشکل را یاد بدهید تا اینکه مشکل را حل نمایید. البته در بعضی موارد بهتر است پاسخ بدهید. مثلاً اگر بیمار از انواع روغن ها در کاهش کلسترول خون سؤال می نماید، دلیلی وجود ندارد به او بگویید برای یافتن پاسخ خود مطالعه نماید بلکه باید او را راهنمایی کنید؛

به خاطر داشته باشید آهنگ صدای خود را در هنگام پرسش، بطور طبیعی حفظ کنید. بعضی اوقات زمانی که به طور ضعیفی سؤال می کنید، ممکن است حالت قضاوتی را در برداشته

باشد. مثلاً «چرا سیگار می کشید» به جای «چرا شما سیگار می کشید؟» آهنگ موجود در طرح این سؤال باید بدون قضاوت و طبیعی باشد.

• خود پایشی

یکی از مهمترین راه های تغییر رفتار مردم آن است که به آنها اجازه بدهید که تجارب خود را پایش کنند. در شرایط مثبت، خودپایشی به اشخاصی کمک می کند که مشکل خود و روند پیشرفت آن را ببینند. مثلاً خودپایشی، شامل ثبت رژیم غذایی توسط بیمار دیابتی هنگامی که دچار سردرد می شود، است. این اطلاعات می تواند پایه ای برای تغییر رفتار قرار گیرد. خود پایشی می تواند در تهیه بازخورد نیز مفید باشد، مانند وزن کردن هفتگی یا روند پیشرفت برنامه ورزشی هفتگی. این بازخورد ها برای کسب خودپایشی مهم است. یک مربی خلاق آموزش سلامت به بیمار می تواند فنون خودپایشی در هر یک از برنامه ها را طراحی و اجرا نماید. به مثال زیر توجه کنید.

در خیلی از موارد، بیماران برای کاهش وزن، پایین آوردن کلسترول خون یا افزایش کلسیم، کاهش چربی، سعی در تغییر عادات رژیم غذایی خود دارند. در همه این موارد، یک جایگاه خوب برای شروع برنامه آن است که فرد سابقه رژیم غذایی خود یعنی هر چه می خورد را در طی ۴ روز یادداشت نماید. این ۴ روز باید شامل ۲ روز اول هفته و ۲ روز آخر هفته باشد. این خودپایشی از دریافت مواد غذایی به بیمار کمک می نماید که جایی را که مشکل دارد، مشخص نموده و طرح حل مشکل را بریزد. بعد از اینکه برنامه شروع شد، آنها دوباره دریافت مواد غذایی در ۴ روز هفته را ثبت کرده و با ثبت اولیه قبل از برنامه مقایسه نموده، روند پیشرفت را تعیین و برنامه ریزی برای مشکلات جدید را شروع می نماید. اگر ۴ روز به نظر طولانی است ۲ روز هفته به خصوص روزهای تعطیل مهم هستند.

(ج) برنامه ریزی عملیاتی

بعضی اوقات انجام اولین قدم، مشکل ترین بخش تغییر رفتار است. برنامه عملیاتی یک راه طولانی برای کمک به این موقعیت است و می تواند برای اجرا و حفظ رفتار جدید مفید باشد. مهمترین چیز درباره یک طرح عملیاتی آن است که از انتخابهای یک بیمار برای انجام رفتار تشکیل می شود و نه از آن چیزهایی که متخصص سلامت یا مربی آموزش سلامت می خواهد، انجام دهد.

یک طرح عملیاتی، فقط مربوط به آنچه که بیمار باید برای شروع یک رفتار جدید انجام دهد، نمی باشد بلکه می تواند برای ایجاد اعتماد به نفس بیماران یا خودکارایی آنها نیز مفید باشد.

د) مدیریت مشکل

یکی از مهمترین مهارت‌ها برای بیمار، مدیریت مشکل است. متأسفانه، این مهارت به ندرت به طور رسمی در برنامه آموزش سلامت به بیمار ارایه می‌شود. ما مدیریت مشکل را به جای حل مشکل آموزش می‌دهیم زیرا بعضی اوقات، مشکلات حل شدنی نیستند، زندگی باید در پیرامون مشکل مدیریت شود.

بیماران باید مهارت مدیریت مشکل را براساس گام‌های زیر آموزش ببینند:

- ۱- مشکل را تعریف نمایید؛
 - ۲- راه حل‌های احتمالی آن را لیست کنید؛
 - ۳- یک راه حل را برگزیده و آن را امتحان کنید؛
 - ۴- نتایج را ارزیابی کنید؛
 - ۵- در صورت لزوم، سایر راه‌ها را امتحان کنید؛
 - ۶- اگر لازم است، از سایرین توصیه‌هایی را بگیرید؛
 - ۷- در صورت لزوم، بپذیرید که ممکن است این مشکل در حال حاضر قابل حل نباشد.
- برای بیماران، فرصت‌هایی را جهت تمرین مدیریت مشکل و مهارت‌های آن فراهم آورید. وقتی که مشکلی ایجاد می‌شود، از بیمار درباره پیشنهاد او برای حل مشکل، سؤال کنید. اگر سایر بیماران نیز در دسترس هستند، می‌توانید از آنها هم ایده بگیرید. در نهایت، می‌توانید پیشنهاد بدهید و از بیمار بخواهید که یکی از پیشنهادات را انتخاب کند و آن را امتحان نماید. این فرآیند نه فقط به بیماران، آموزش فرآیند مدیریت مشکل را ارایه می‌دهد بلکه به آنها این امکان را می‌دهد که بتوانند از سایرین مانند بیماران، دوستان و اعضای خانواده هم ایده بگیرند و از این طریق، به طور فعال در مدیریت مشکل درگیر شوند از این رو آنها فقط متکی به متخصصین سلامت برای حل مشکلات نخواهند بود.
- یک نکته برای احتیاط: به عنوان متخصصین سلامت، ما بیشتر حل مشکل را آموزش داده ایم و اغلب کمک کردن به بیمار برای مدیریت مشکل برای ما یک مهارت جدید است که نیاز به دقت بودن در فرآیند انجام آن داریم.

۶- چه کسی در برنامه آموزش خواهد داد؟

معمولاً قبل از اجرای برنامه، بهتر است تصمیم بگیرید که چه کسی برنامه آموزشی شما را ارایه خواهد داد. از این طریق شما می‌توانید آموزش دهنده را در توسعه برنامه به کار گیرید. هیچ کسی دوست ندارد بگوید بعضی چیزها را انجام می‌دهد، در حالی که هیچ نقشی در طراحی آن نداشته است. اما بعضی اوقات آموزش دهنده برنامه، درست بعد از اینکه برنامه به

طور کامل طراحی گردید انتخاب می شود. این مسأله به خصوص در خیلی از برنامه های استاندارد وجود دارد.

ما معمولاً مربیان خود را بر اساس تخصص آنها در آن موضوع، انتخاب می نماییم. البته با کمی توجه به سایر مهارت های تدریس یا دانش او از آموزش سلامت به بیمار، این کار صورت می گیرد. گرچه مهم است که مربی آگاهی درباره موضوع وجود داشته باشد ولی لازم نیست که او هر چیزی را درباره آن موضوع بداند. آنچه مهم است، این است که او پیام های کلیدی و یک برنامه خوب آموزش سلامت به بیمار را بداند. اغلب اشخاص غیر متخصص دچار بیماری هم می توانند آموزش دهنده ای عالی در یک تیم حرفه ای غیر متخصص باشند.

۷- دانستن محتوای تدریس و زمان آموزش

متأسفانه، هنگام کار با تک به تک بیماران، تعداد کمی از متخصصین قبلاً درباره آنچه که می خواهند آموزش دهند، فکر کرده اند. البته برای این کار، زمان مشخصی وجود ندارد. بنابراین مهم است که قبل از ورود واقعی بیمار، این تصمیم گیری صورت گیرد. اگر یک بیمار در موقعیت جراحی بای پس (by pass) است، لازم است پروتکلی از چیزهایی که باید آموزش داده شود، وجود داشته باشد. در حقیقت وجود یک چک لیست ضروری است تا برنامه آموزش سلامت به بیمار از آن استخراج شود. مشکل این نیست که متخصصین از محتوای این آموزش آگاهی ندارند بلکه مشکل آن است که اغلب آنها در این باره خیلی زیاد می دانند و می خواهند همه آن را آموزش دهند. اخیراً یک برنامه آموزش سلامت به بیمار را مورد بررسی قرار دادیم. در این برنامه ۵ هفته ای دیابت حدود ۱۲۷ پیام مورد شمارش قرار گرفت که بعضی از آنها کاملاً نامفهوم و حتی متناقض بودند (با این اوصاف جای تعجب نیست که چرا بیماران آموزش های ما را پیگیری نمی نمایند!).

مشکل دیگری که بعضی اوقات در تصمیم گیری مربیان آموزش سلامت به بیمار به وجود می آید، این است که این احتمال وجود دارد که آنها یا همه چیز را آموزش دهند یا تصمیم بگیرند که هیچ چیز را آموزش ندهند.

در چنین مواردی، نیازهای بیمار باید برآورده شود. این مسأله باید برای متخصصین روشن گردد که آنچه به عنوان نیاز برای بیمار اولویت بندی شده است، باید برای همان بیمار خاص آموزش داده شود. بعضی اوقات پروتکل ها یا نقشه مراقبت برای بیمار که شامل آنچه که باید در هر مرحله از فرآیند بستری در بیمارستان به او آموزش داده شود، تهیه می گردد. به عنوان مثال: قبل از عمل بلافاصله بعد از عمل، ۲ یا ۳ روز بعد از عمل و درست قبل از ترخیص.

دانستن چگونگی تدریس (روش تدریس)

بیشتر متخصصین معتقدند که آنها می‌دانند، چگونه تدریس کنند. واقعیت آن است که بیشتر ما در توانایی آموزش سلامت نسبتاً خوب برای بیماران، ضعیف هستیم. دلایل متعددی برای این امر وجود دارد. اول آنکه کمتر کسی از ما درباره مهارت‌های آموزش سلامت به بیمار به طور رسمی، مهارت آموزی شده است و در فقدان این آموزش، ما سعی می‌کنیم تا آن را هم پای آموزش‌هایی که دریافت داشته ایم بدانیم. مشکل این رویکرد در آن است که بیشتر آموزش‌های ارایه شده در مدرسه برای ارتقای آگاهی مدنظر قرار می‌گیرند اما هدف آموزش سلامت به بیمار، تغییر رفتار و موقعیت سلامتی است. بنابراین روش‌های آموزش متفاوت است و باید یاد گرفته شود و مرتب تمرین شود. در طراحی برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار، اغلب لازم است که مهارت‌های آموزش سلامت به بیمار را به مربیان آموزش دهیم. این مهارت‌ها شامل: استفاده از پرسش و پاسخ، حل مشکل، تعیین اهداف و نمایش عملی است. همه اینها در این بخش بحث شده است. مهم است که توجه شود بعضی اوقات آماده سازی یک برنامه کافی نیست. بلکه زمان و تلاش کافی باید در آماده سازی متخصصین سلامت یا اشخاص غیر حرفه‌ای برای ایفای نقش موفق آنها به عنوان مربی آموزش سلامت به بیمار، صرف شود. اخیراً، نوع جدیدی از ملاقات‌های گروه غیر حرفه‌ای-پزشک مشاهده شده است. این ترکیبی از رویارویی طبی با آموزش سلامت به بیمار است. نوعاً، یک پزشک (بعضی اوقات به وسیله یک شخص دارای مهارت‌های فرآیند گروهی کمک شده است) حدود تقریباً ۲ ساعت، یک بیمار را ملاقات می‌نماید. در طول این زمان، پزشک درباره موضوعات مورد علاقه بیمار مانند سردرد میگرنی یا آزمایشات طبی به سؤالات پاسخ می‌دهد و یا مدت زمان در اختیار را به پاسخگویی به طور انفرادی به سؤالات شخصی آنها و تجویز نسخه دارویی تقسیم می‌کند. بالاخره، بیماران و پزشک، طرح زمان مراجعه بعدی (به طور معمول یک ماه بعد) را می‌ریزند. ممکن است ملاقات‌های گروهی به اشکال مختلف از ملاقات اختصاصی تشخیصی تا ملاقات با بیمارانی که دارای چندین تشخیص مختلف، می‌باشند از ملاقات کوتاه مدت تا مداوم ترتیب داده شوند.

• آموزش چهره به چهره:

روش آموزش چهره به چهره، یکی از شایعترین روش‌ها در آموزش سلامت به بیمار است. در واقع آن چیزی است که پزشک، پرستاران و سایر متخصصین حرفه‌ای در بالین بیمار یا در مطب و کلینیک انجام می‌دهند. در آموزش چهره به چهره، چهار ملاحظه اصلی وجود دارد: زمان، دانستن آنچه که باید آموزش داده شود، دانستن چگونگی آموزش و مستندسازی آنچه که آموزش داده شده است.

زمان وسیله‌ای مناسب و بسیار با ارزش برای پزشکان و در بعضی زمینه‌ها برای سایر متخصصین مراقب از سلامت می‌باشد. بیشتر پزشکان، فقط حدود ۱۰ تا ۲۰ دقیقه برای تعامل با بیمار وقت دارند. بنابراین هر آموزشی باید خیلی سریع باشد. بعضی نیز این مداخلات را ۳۰ ثانیه‌ای نام نهاده‌اند. چه چیزی می‌توان در این ۳۰ ثانیه به بیمار منتقل کرد؟ یک دکتر می‌تواند به بیمار بگوید «من از شما می‌خواهم تا سیگار کشیدن را متوقف کنید». این تعجب‌برانگیزترین چیزی است که یک پزشک می‌تواند از بیمار درباره ترک سیگار بخواهد. پزشک می‌تواند وقتی که در حال انجام معاینه پستان است، از بیمار بخواهد که چگونگی معاینه پستان را نمایش دهد. چنین پزشکی دریافته است که اگر بیمار، خودش بافت سینه را لمس نماید، این کار در تضمین انجام خودآزمایی پستان در آینده مؤثر خواهد بود.

یک پزشک در هنگام تجویز دارو باید از بیمار، درباره چگونگی مصرف دارو سؤال نماید. این سؤالات ساده برای آشکار شدن هر مشکل یا درک غلط احتمالی، کمک کننده خواهند بود. مثلاً در هنگام تجویز یک آنتی بیوتیک، گفته می‌شود «از در معرض خورشید قرار گرفتن خودداری کنید». احتمال دارد که بیمار درک نماید که باید قرص‌های آنتی بیوتیک را در جای تاریک نگه داری کند اما او هرگز در نظر نمی‌گیرد که باید خودش از در معرض نور خورشید بودن اجتناب کند. بالاخره پزشک ممکن است بیمار را ارجاع دهد. باید بگوید «من می‌دانم که شما قصد دارید وزن کم کنید. شما می‌توانید از منابعی که در جامعه وجود دارد و می‌توانند برای رسیدن شما به هدف‌تان کمک کننده باشند، استفاده کنید». احتمال اینکه این موارد، در ۳۰ ثانیه تعامل با بیمار گفته شود، خیلی کم است. در طرح ریزی برنامه، بسیار مهم است که در آنچه که باید پزشک انجام دهد، واقع بین باشید.

• آموزش گروهی:

هر چیزی که برای آموزش چهره به چهره گفته شد، برای آموزش گروهی نیز صادق است. تفاوت آنها در این است که لازم است مربی آموزش سلامت به بیمارطیف وسیعی از مهارت‌ها را داشته باشد. علاوه بر مهارت‌های آموزش چهره به چهره ذکر شده در بالا مربی اگر بخواهد بیشتر از یک سخنرانی انجام دهد، نیاز به کسب مهارت‌هایی در فرآیند گروهی دارد. شما با این مهارت‌ها به دنیا نمی‌آیید اما می‌توانید آنها را از تجرب زندگی یا در یک برنامه ساختاری و رسمی یاد بگیرید. یک برنامه کامل برای مهارت‌آموزی مربیان آموزش سلامت به بیمار، جدا از اهداف این کتاب است. گرچه مهم است که از احتمال نیاز مربیان آموزش سلامت به بیمار به مهارت‌آموزی مطلع باشید یا ببینید که آنها تاکنون، در دوره‌های مهارت‌آموزی شرکت داشته‌اند یا نه؟

مشکلات خاص با گروه‌ها:

وقتی بیماران وارد گروه می‌شوند، هر کدام از آنها به دلایل مختلف وبا سطح دانش و مهارت متفاوت وارد می‌شوند و این یک واقعیت است که هر کس سعی داشته باشد، معیارهای مورد نظر خود را در گروه دنبال کند. بنابراین در یک موقعیت گروهی توجه به نیازهای تک تک افراد، مشکل است. چندین راه برای حل آن وجود دارد. ابتدا، مطمئن شوید که همه اعضا می‌دانند که چه انتظاری از دوره داشته باشند. می‌توانید این کار را با استفاده از ماتریکس نیازسنجی انجام دهید. اگر کسی در گروه وجود دارد که نیازهایش کاملاً متفاوت با بقیه است، ممکن است به او بگویید این دوره آموزشی برای شما طراحی نشده است. چنین بیماری می‌تواند تصمیم بگیرد که بماند یا نه. اگر او باقی ماند، نظراتش در مورد اهداف دوره مدنظر ناظرین قرار نمی‌گیرد.

راه دیگر خنثی کردن این تفاوت‌ها، آن است که همه افراد در توسعه و طراحی برنامه تغییر رفتار مشارکت نمایند. بنابراین در کلاس پایین آوردن کلسترول خون، بعضی افراد ممکن است افزایش فیبر غذایی، سایرین کم کردن مصرف تخم مرغ و لبنیات یا خوردن خیلی کم گوشت قرمز را انتخاب نمایند. بنابراین رفتارها کاملاً انعطاف پذیر است و به شکل تجویز نسخه نمی‌باشد. در نهایت، افراد دارای دانش و مهارت بالا می‌توانند برای کمک به آنهایی که سواد کمتری دارند، مؤثر بوده و در حل مشکل و یا ارایه یک مدل الگو برای سازگاری با آن مفید واقع شوند. اگر دوره‌های آموزش گروهی، انعطاف پذیر برگزار شود، در این صورت تنوع نیازهای شرکت کنندگان، می‌تواند به جای مشکل، یک امتیاز محسوب شود.

یک نکته برای احتیاط: پیگیری اغلب در گروه‌ها، اتفاق می‌افتد. مربی از اعضای گروه سؤال می‌کند که آیا سؤالی یا مشکلی دارند؟ اگر همه افراد در ۵ ثانیه پاسخی ندهند، مربی مطمئن می‌شود که سؤالی وجود ندارد و سخنرانی را ادامه می‌دهد. بعضی اوقات مربی چند ثانیه صبر خواهد کرد و بعضی از افراد پرسشی مطرح می‌کنند و مربی چند دقیقه ای را صرف پاسخگویی می‌نماید و سپس به تدریس ادامه می‌دهد. ایده آل نیست که مربی به هر یک از شرکت کنندگان فرصت مشارکت ندهد. از سوی دیگر اگر همه اعضای گروه مشارکت کرده باشند، مربی نمی‌تواند همه متن سخنرانی خود را بیان نموده، از وسایل کمک آموزشی و نیز از نمایش استفاده کند. در این صورت مشارکت گروهی هم اتفاق نمی‌افتد. بنابراین باید زمان واقعی برای برنامه در نظر بگیرید.

۸-چیدن همه عوامل در کنار هم

تا حالا، اجزایی که برای ساختن برنامه آموزش سلامت به بیمار لازم است، را تهیه نموده‌اید و اکنون باید آنها را در کنار هم بچینید. معمولاً برای این کار، کل محتوا و فرآیند با هم در یک بسته آموزشی قرار می‌گیرند تا بیماران بهتر به اهداف پیامدی برسند. این بسته آموزشی معمولاً به شکل یک پروتکل که سرفصل‌های عمومی آن در هر برنامه آموزشی ارایه می‌گردد، است. پروتکل‌های خوب آموزش سلامت به بیمار، باید آنقدر به تفصیل تهیه گردند تا هر کس که با این مسأله آشنایی هم ندارد، بتواند از آن استفاده نماید.

در آماده سازی پروتکل چند نکته را به خاطر بسپارید:

- ۱- اهداف برنامه آموزشی خود را بنویسید و مطمئن شوید که آنچه قصد آموزش آن را دارید؛ برای رسیدن به این اهداف طراحی شده است؛
- ۲- درباره منابع، زمان، پرسنل، پول و مکان تصمیم گیری کنید؛
- ۳- مطمئن شوید که فعالیت‌های متفاوتی را طراحی نموده‌اید؛
- ۴- صرف نظر از هر نوع مداخله ای که انتخاب کرده اید، دقایق اولیه را از دست ندهید (به شرکت کنندگان اجازه دهید همدیگر را بشناسند)؛
- ۵- اگر امکان دارد، فعالیت‌ها را در چندین هفته طراحی کنید؛
- ۶- سعی کنید از یک مربی یا آموزش دهنده یکسان برای هر مبحث استفاده کنید؛
- ۷- از رویکرد دسته بندی موضوعات آموزشی استفاده کنید. به جای آنکه بگویید: موضوع هفته اول، ورزش، موضوع هفته دوم رژیم غذایی، موضوع هفته سوم، مصرف دارو است؛ به زیر عناوین هر موضوع نیز توجه نموده و روزهای آموزش را به آنها اختصاص دهید. بیماران با این رویکرد، دچار سردرگمی در موضوعات جدید نمی شوند و فرصت دارند که رفتار جدید را انجام داده و اشکالات را رفع نمایند؛
- ۸- از قوانین و آیین نامه برای هر جلسه استفاده کنید. مثلاً به هر مبحث یک ساختار اولیه میانی و انتهایی بدهید. درساختار اولیه هر مبحث، از بازخورد استفاده کنید و در ساختار نهایی به برنامه ریزی عملیاتی بپردازید؛
- ۹- آموزش خود را در محدوده نیازها و اعتقادات بیمار، قالب بندی کنید؛
- ۱۰- سعی نکنید که اعتقادات یا اعمال بیمار را تغییر دهید مگر اینکه آنها برای بیمار مضر باشند؛
- ۱۱- پیوسته به پیام های کلیدی مباحث خود متعهد باشید؛
- ۱۲- به خاطر بسپارید که بیمار، همیشه حق انتخاب دارد؛
- ۱۳- سعی نکنید که انبوهی از اطلاعات را در زمان محدود به بیماران بدهید؛

۱۴- وقت زیادی را در گروه صرف یک نفر نکنید زیرا ممکن است زمان برای سایرین کم بیاورید؛

۱۵- توجه افراد را به دست زدن به اقدامات مثبت در مورد بیماری یا شرایط سلامتی خود، جلب نمایید؛

a. پخش کردن

در گذشته مربیان آموزش سلامت به بیمار متعهد بودند که برای تعداد اندکی از بیماران در یک موقعیت خاص، برنامه طراحی کنند و آن را پخش نمی کردند. حتی اغلب، برنامه‌های نمایش خیلی مؤثر نیز، بیرون از خانه طراحان انتشار نمی یافت. هنگامی که نظام مراقبت سلامت هم در اندازه و هم در پیچیدگی گسترش یافت، نیاز به طراحی برنامه هایی بود که به آسانی در نظام مراقبت سلامت به کار گرفته شوند. متأسفانه ما درباره چگونگی انتشار برنامه در سیستم بهداشتی خود اطلاعات کمی داریم. در دنباله چندین راه که براساس تجربه خود و دیگران به دست آورده ایم، معرفی می شود.

• پروتکل:

اگر بخواهید که برنامه توسط دیگران استفاده شود، باید پروتکل آن را طوری که دیگران آن را بخوانند و دستورات آن را پیگیری نمایند، بنویسید. مثلاً، در یک برنامه قلب، چنین نوشته ای کافی نخواهد بود «سخنرانی درباره ورزش هوازی» یا حتی دادن موضوعی برای به سخنرانی. به جای آن باید محتوا و فرآیند اجرای آن نیز نوشته شود (یعنی طرح درس داشته باشد). اگر به تفصیل هر مبحث را شرح ندهید، آن وقت از کیفیت دوره، اطمینان حاصل نمی کنید. به طور نمونه یک پروتکل می تواند شامل موارد زیر باشد:

- ۱- اهداف کلی
- ۲- اهداف اختصاصی
- ۳- مواد آموزشی (چارت های آموزشی، فلیپ چارت، تخته سیاه، مازیک...)
- ۴- برنامه عمل (جدول زمانبندی- طرح درس- محتوای هر مبحث، فعالیت ها، روش تدریس)
- ۵- ارزشیابی هر مبحث و برنامه

• ارزشیابی:

نظام سلامت بیشتر و بیشتر به آن سو می رود که دریابد، برنامه های آموزش سلامت به بیمار اجرا شده، چقدر کارا بوده است. این بدین معنی است که شما باید برنامه خود را ارزشیابی نموده و خود را برای به اشتراک گذاشتن نتایج، آماده سازید. متأسفانه، فقط بعضی مربیان

آموزش سلامت به بیمار ارزشیابی را انجام می دهند اما از نتایج آن استفاده نمی نمایند. در بعضی موارد، آنها در می یابند که برنامه های آنها کمکی به بیمار نکرده است. این بهترین دلیل برای جستجو در برنامه و ایجاد تغییرات برای مؤثرتر شدن آن است. در بعضی موارد نیز مربیان نمی خواهند به نتایج ارزشیابی برنامه خود، پایبند باشند و در نتیجه، آن را نادیده می گیرند. در پزشکی، با کشف هر داروی جدیدی، باید ثابت شود که برای سلامتی مضر نیست و سپس باید نشان داده شود که دست کم، آنها نسبت به نوعی که الان در بازار است، مفید ترند. گرچه برنامه آموزش سلامت به بیمار چنین استانداردهایی ندارد اما این کار ممکن است برای ما خوب باشد که در هنگام تصمیم گیری بر چگونگی استفاده از نتایج ارزشیابی، اینها را در نظر بگیریم.

در بعضی موارد، ارزشیابی نشان می دهد که برنامه کارا است اما خیلی بعید است که انجام شود. در این صورت نتایج هرگز نباید منتشر شوند. دلایل زیادی برای این کار وجود دارد. ممکن است مربیان آموزش سلامت به بیمار هنوز درباره اینکه چگونه یک مطالعه را بنویسند، مطمئن نباشند یا ممکن است سایر متخصصین سلامت به دلیل اینکه طراحی مطالعه به اندازه کافی روشن نبوده دلسرد باشند. اغلب وقت کافی وجود ندارد یا اولویت های دیگری مطرح است. متأسفانه دلایلی وجود دارد که بعضی از مهمترین اطلاعات ما به این طریق از دست می رود.

• انتشار دادن:

بسیاری از مجریان احساس می کنند که فقط مطالعات دانشگاهی منتشر می شوند. این درست نیست. اگر شما برنامه خوبی طراحی کرده اید و قصد دارید آن را بادیگران به اشتراک بگذارید، باید آن را منتشر سازید. به طور کلی در دنیای مراقبت از سلامت امروزی، نتایج یک ارزشیابی در نظر گرفته نمی شود، مگر اینکه منتشر شود. بعضی اوقات این کار، آهسته و با یک فرآیند طولانی انجام می گیرد اما این کار مهمترین تلاشی است که باید انجام گیرد. شما مجبور نیستید آن را در یک ژورنال پزشکی بزرگ چاپ کنید. گرچه این کار بسیار زیباست. به جای آن می توانید آن را در ژورنال های کار بالینی و عملی که در محدوده شماست منتشر سازید. همچنین می توانید پروتکل خود را در ژورنال های حرفه ای مانند رفتار آموزش سلامت، مشاوره و آموزش سلامت به بیمار منتشر کنید.

انتشار یک مقاله در ژورنال، فرآیند بسیار سختی نیست. در ابتدا، ژورنالی را که متقاضی مقاله شما است پیدا کنید. در هر مبحث، معمولاً یک صفحه برای دادن آموزش و راهنمایی به نویسندگان اختصاص می یابد. بعد از اینکه مقاله شما پذیرفته شد، سردبیر ژورنال برای شما دو یا

سه ناظر و مرورکننده مقاله اختصاص می‌دهد. این افراد همان‌هایی هستند که با موضوع آشنایی دارند و مقاله را در ژورنال منتشر می‌سازند. مرورکننده یک سری پیشنهادات برای سردبیر می‌فرستد. سردبیر یعنی کسی که تصمیم می‌گیرد مقاله در ژورنال بیاید یا نه؟ یا از شما می‌خواهد مقاله را بازخوانی کنید. اینکه همیشه یک مقاله در اولین تقاضا برای چاپ در ژورنال مورد پذیرش قرار گیرد، خیلی نادر است. وقتی که سردبیر، مقاله را برای بازخوانی می‌فرستد، به شما می‌گوید اگر تغییرات موردنظر انجام گیرد، مقاله پذیرفته خواهد شد اما توجه داشته باشید که همیشه انجام بازخوانی مقاله منجر به چاپ در ژورنال نخواهد شد و ممکن است رد شود.

اگر مقاله مورد پذیرش قرار نگرفت، پیشنهادات بازنگری کنندگان و سردبیر را بخوانید و اگر در انتشار آن عجله دارید، سریع آن را تغییر بدهید. متأسفانه، خیلی از مطالعات آموزش سلامت به بیمار مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند زیرا نویسندگان پیگیر و پی‌جو نیستند.

• ملاقات‌های حرفه‌ای

از هر فرصتی که شما را قادر نماید تا درباره برنامه خود در یک ملاقات حرفه‌ای مطرح کنید استفاده نمایید. اگر شما برای صحبت کردن، دعوت شده‌اید، بگویید در زمان مناسب خلاصه‌ها را ارائه می‌دهید. این ملاقات‌های حرفه‌ای یک نمایشگاه ملی بزرگ نیست اما شما باید آنها را در ملاقات‌های ماهانه پرسنل یا ملاقات‌های هفتگی کارکنان پزشکی بیان کنید. هرچه بیشتر مردم درباره برنامه شما بدانند و از آن حمایت کنند، احتمال انتشار آن بیشتر است.

چالش‌های ادغام آموزش سلامت به بیماران در خدمات بهداشتی جاری:

با پذیرش این موضوع که مداخلات آموزش سلامت به بیماران می‌تواند به نحو مثبتی هم روی خروجی‌ها و هم روی هزینه‌های بیماری‌های مزمن مؤثر باشد، این سؤال پیش می‌آید که این برنامه چگونه می‌تواند در نظام رایج ارائه خدمات ادغام شود. به اعتقاد لوریگ در مورد چنین ادغامی حداقل سه جنبه باید مورد ملاحظه قرار گیرد که عبارتند از: (a) آماده‌سازی سیستم (b) آماده‌سازی بیماران (c) مکانیسم‌های پرداخت که در زیر به شرح هر یک از آنها خواهیم پرداخت.

الف) آماده‌سازی سیستم سلامت:

در آمریکا به استثنای برنامه های آموزش به بیماران دیابتی که به طریقی در داخل سیستم شبکه بهداشت ادغام شده است ، بیشتر تلاش‌های آموزش سلامت به بیماران توسط سازمان- های خدمات بهداشتی داوطلب نظیر برنامه Mended Hearts (قلب‌های تعمیر شده) که توسط انجمن قلب آمریکا (American Heart Association) حمایت مالی می شود ، انجام شده است . اگر چه بسیاری از این برنامه ها در مورد هزاران نفر از افراد اجرا شده است اما هنوز برنامه ها تنها به درصد اندکی از افراد مبتلا به وضعیت هدف دست یافته است . سیستم سلامت عمومی می‌تواند یک جایگاه بالقوه برای انتشار برنامه های آموزش سلامت به بیماران باشد. در آمریکا این اتفاق با توجه به برنامه های آموزش سلامت به بیماران دچار بیماری‌های مزمنی نظیر آرتروز ، دیابت و... در سطح ایالتی ، شروع شده است . این برنامه ها عمدتاً براساس حمایت مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) صورت می‌گیرند. این مؤسسات به خوبی برای کار با جمعیت‌های مختلف آمادگی دارند و امید می رود که آنها به- زودی اعتبارات لازم را برای اینکه شرکت کنندگان اصلی در حرکت آموزش سلامت به بیماران شوند، دریافت خواهند نمود.

اگر چه کوچک جلوه دادن نقش مؤسسات داوطلب یا سیستم عمومی سلامت مد نظر نمی باشد اما احتمالاً بهتر است که آموزش سلامت به بیماران در کلینیک‌های سرپایی نیز مستقر شود. مزیت بزرگ استفاده از فیلد بالینی این است که در حالت ایده آل آموزش سلامت به بیماران با مراقبت‌های پزشکی به هم پیوسته خواهند بود تا شکل‌گیری یک همکاری مستمر بین بیمار و تأمین کننده خدمات سلامت را تقویت نمایند. چنین وضعیتی اگر چه نوید بخش است اما موانعی نیز دارد . اولاً آنکه در بسیاری از سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی از جمله کلینیک‌ها ، هیچ ساختاری برای حمایت از آموزش سلامت به بیماران وجود ندارد و پرسنل اندکی با تخصص ویژه در آموزش سلامت یا آموزش به بیمار وجود دارند.

ثانیاً، حتی وقتی که چنین پرسنلی هم موجود هستند، بیشتر به عنوان کمکی برای اهداف اصلی سیستم به کار گرفته می شوند تا به عنوان هسته خود مراقبتی .

ثالثاً بر خلاف برخی قسمت‌های دیگر سیستم سلامت در اینجا پاسخگویی اندکی در مقابل کیفیت خدمات ارایه شده وجود دارد . حتی وقتی که استانداردهای کیفیت هم به نحو مناسبی تعریف شده اند (مثلاً استانداردهای انجمن دیابت آمریکا برای آموزش دیابت) ، این استانداردها که به شکل ویژگی‌هایی که آموزش دهندگان باید واجد آن باشند و نیز محتوای آموزش‌ها

نوشته می‌شود به ندرت شامل مستند سازی تأثیرات آموزش روی وضعیت سلامت بیماران می‌باشد.

در نهایت خود سیستم‌ها از آموزش سلامت به بیماران حمایت نمی‌کنند به‌طوری‌که هیچ الزامی برای مستند سازی وجود ندارد، ارجاعات اندکی از سوی تامین کنندگان خدمات سلامت به برنامه انجام می‌شود و انتظار چندانی برای اینکه بیماران از برنامه سود ببرند و یا پیشرفتشان را گزارش نمایند وجود ندارد. یکی از پزشکان آمریکایی، این مشکلات را در این عبارت خلاصه می‌کند: «این قسمتی از کار مانیست»

برای غلبه بر این مشکلات، گام‌های چندی می‌توان برداشت:

(۱) قبل از هر چیز سیستم باید جمعیتی را که از برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران سودمی برد مشخص شود؛

(۲) سیستم باید در مورد این که می‌خواهد از کدام برنامه یا برنامه‌های مبتنی بر شواهد حمایت نماید تصمیم‌گیری کند؛

(۳) گام سوم این است که پرسنل آموزش دیده در زمینه آموزش سلامت به بیماران باید بخشی از خدمات سیستم مراقبت‌های بهداشتی باشند. به عنوان مثال، برای اینکه یک سیستم CDSMP آموزش سلامت به بیمار در یک درمانگاه به خوبی فعالیت نماید، یک هماهنگ کننده که ۲۵ تا ۱۰۰ درصد وقتش را به این کار اختصاص دهد مورد نیاز است؛

(۴) آخرین و شاید مهمترین نکته این است که آموزش سلامت به بیماران نیازمند آن است که یکی از مأموریت‌ها (mission) های اصلی سازمان باشد و با تمامی خدمات دیگر نظیر مراقبت‌های پزشکی، دارویی و آزمایشگاهی ادغام شده باشد.

مثال‌های متعددی از اینکه آموزش سلامت به بیماران چگونه در شبکه بهداشتی ادغام شده است، وجود دارد. به عنوان مثال، NHS در انگلستان اخیراً برنامه بیمار خبره^۱ را ایجاد کرده است که از CDSMP به عنوان نقطه کلیدی آموزش استفاده می‌نماید و برنامه به‌زودی توسط کلیه (primary care trust) ها در کشور ارایه خواهد گردید.

در آمریکا سه سازمان بزرگ خدمات بهداشتی (Kaiser permanente-HMOS)، Group Health Cooperative of Puget Sound و برنامه بیمه سلامت نیویورک

^۱ Expert patient program

همگی CDSMP را به عنوان یکی از برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران اصلی برای بیماران مزمن‌شان ارایه می نمایند. ۱۵۰ سازمان خدمات بهداشتی دیگر در ایالات متحده نیز از این برنامه استفاده می نمایند.

در آمریکا تلاش‌های زیادی برای متناسب نمودن این برنامه با سیستم سنتی صورت گرفته است و پیشرفت‌هایی نیز حاصل شده است. در سال ۲۰۰۲ Kaiser-permanente مهمترین جایزه افتخاری خود (جایزه vohs) را برای نوآوری در خدمات سلامت به انتشار برنامه CDSMP اختصاص داد. ارزشیابی نتایج این برنامه در جای دیگری مورد بحث قرار گرفته است.

(ب) آماده سازی بیماران

یکی از موضوعاتی که ارتباط تنگاتنگ با استقرار نظام جامع آموزش سلامت به بیماران دارد آماده‌سازی بیماران و میزان پذیرش آنها است. تا حدود ۱۰۰ سال قبل افراد، خانواده‌ها و جوامع منابع اصلی مراقبت‌های سلامتی بودند. ولی در قرن بیستم این عملکرد به سمت تامین کنندگان خدمات بهداشتی و سازمان‌های مراقبت بهداشتی تغییر جهت داد. با این چرخش تغییری در انتظارات عمومی ایجاد شد. بیماران حالا از تامین کنندگان خدمات سلامت انتظار دارند که پیشگیری، درمان و تخفیف آلام آنان را انجام دهند. این سیستم‌ها به نوعی افراد را تشویق می‌کنند که مسوولیت فردی، خانوادگی و اجتماعی خود را در این مورد به کنار بگذارند اما اگر قرار باشد که مردم با خود مراقبتی قابلیت‌های بالقوه خود را بارور سازند، این روند بایستی تغییر کند. نیاز به خدمات دهندگانی که تشکیل یک شبکه همکاری با بیمار را بدهند، قبلاً مورد بحث قرار گرفته است، بطور همزمان، بیماران، خانواده‌ها و جامعه نیز باید برای این نقش آماده باشند. از تجارب حاصل از برنامه های پیشگیری و ترک سیگار و بسیج‌های ماموگرافی می‌دانیم که چنین تغییری احتمالاً نیاز به یک بسیج بازاریابی اجتماعی علاوه بر ارجاعات مستقیم از تامین کنندگان سلامتی خواهد داشت. این ارجاعات می‌تواند به اشکال مختلف انجام شود. اول لازم است که خدمات دهندگان بگویند «من از شما می‌خواهم که درباره بیماری‌تان و راه‌های مدیریت آن بیاموزید». ارجاع برای آموزش سلامت به بیماران نیز باید به همین شکل باشد. ممکن هم هست که موضوع بدین‌گونه باشد که مشارکت در آموزش سلامت به بیماران باید به عنوان استاندارد برای قضاوت در مورد کیفیت خدمات مورد استفاده قرار گیرد.

برای اینکه برنامه را در نزد بیماران قابل قبول بسازیم، نیاز به انتخاب‌هایی هست ارایه برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران در گروه‌های کوچک، ملاقات‌های گروهی با خدمت دهندگان، برنامه‌های اینترنتی، مشاوره تلفنی و مدیریت بیماری از طریق خطوط تلفنی خودکار، همگی مؤثر بوده‌اند. اثر بخشی نیز از طریق درک و بررسی تناسب بین محتوا و آنچه آموخته می‌شود، فرآیند (چگونه محتوا آموخته می‌شود)؛ و شکل آموزش؛ (گروه‌های کوچک، تلفنی) از یک سو و ویژگی‌های بیمار مثل فرهنگ، زبان، حمایت خانوادگی و... از سوی دیگر تعیین می‌شود.

ج) مکانیسم‌های پرداخت

تأمین اعتبار کافی نیز برای برنامه آموزش سلامت به بیماران اهمیت حیاتی دارد. استثناهایی مثل anente Kaiser perm و Group Health Cooperative. نیز وجود دارد. سازمان‌های بیمه گر باید اعتبار مورد برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران پرداخت کنند. یکی از دلایل این فقدان تخصیص اعتبارات مشکلاتی است که هم تأمین کنندگان و هم پرداخت کنندگان در تشخیص برنامه‌های مؤثر و استاندارد دارند. بدون چنین مکانیسم‌هایی تأمین اعتبار می‌تواند ریختن پول در چاه باشد. اگرچه، این امر مانعی نیست که نتوان بر آن غلبه کرد. برنامه‌هایی که در کارآزمایی‌های کوچک مؤثر قلمداد می‌شوند، برای اثر بخشی عمومی باید قبل از اینکه در سطح وسیع‌تر اجرا شوند، پایلوت شوند. برنامه‌های جدید باید بعد از کار آزمایشگاهی در سطح کوچک و مطالعاتی که احتمال قابلیت تعمیم آنها در سطح پایلوت گسترده می‌رود، انجام شوند. وقتی برنامه‌ها، استاندارد های اثر بخشی را که توسط وضعیت سلامتی بهبود داده شده قضاوت می‌شوند، به نحو مؤثری دارا باشند، می‌توانند مانند داروها و سایر خدمات توسط سیستم‌های معمول تأمین اعتبار شوند.

منابع:

Kate.et al”Patient Education “ Sage Publication Inc ۲۰۰۱.page ۲-۲۰،۱. Lorig
۲۰۰۴. Alice “Teaching for Health” toronto Churchill Loningston.۲. Kiger

- ۱-فتحی.کوروش،”نیازسنجی آموزش، الگوها و فنون” تهران، آبیژ.۱۳۸۱
- ۲- مهاجر، تائنا ”آموزش به بیمار” تالیف؛ تهران : سالمی ۱۳۸۰

فصل پنجم

نظام جامع آموزش
سلامت به بیمار

مقدمه

در این فصل ابتدا تعریف آموزش سلامت به بیمار یاد آوری شده و در مراحل بعدی، هدف کلی، نتایج (outcome)، سیاست‌ها و اهداف اختصاصی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار بیان می‌گردد.

در قدم بعدی هدف اساسی و بلافصل نظام جامع آموزش سلامت به بیمار که همانا حصول تغییر رفتار (در برگیرنده تغییر رفتار قبلی و یا ایجاد یک رفتار جدید) است، براساس مدل تغییر رفتار پیشنهادی توضیح داده می‌شود.

نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در کشور، در سه موقعیت (setting) طراحی شده است که عبارتند از:

الف) مطب و کلینیک

ب) مراکز بهداشتی درمانی روستایی

ج) مراکز بیمارستانی

اصول برنامه آموزش سلامت در هر سه حیطه مشابه ولی بالطبع ریز فعالیت‌های آنها با هم متفاوت است. برای هر موقعیت فلوچارت کلی، فلوچارت‌های میانی و فلوچارت‌های ریز و توضیحات فلوچارت‌ها آورده شده و در ادامه آنها، جداول خدمات و جداول ارایه دهندگان خدمات طراحی شده است.

تعریف آموزش سلامت به بیمار:

آموزش سلامت به بیمار، نیازی است (آموزشی) که بیمار (فراگیر) احساس می‌کند به آن نیاز دارد و از متخصص سلامت انتظار دارد که به او آموزش دهد و متخصص سلامت با ادغام نیازهای بیمار و نیازهایی که خود برای بیمار احساس می‌کند، در نهایت بیمار را آموزش می‌دهد تا بیماریش را کنترل کرده، هر چه بهتر با آن کنار آمده و به یک زندگی فعال در عین وجود بیماری برسد.

— تعریف مفهومی: فرآیندی است بیمار محور مبتنی بر نیازهای ابراز شده توسط پزشک و بیمار برای کمک به بیمار جهت تصمیم‌گیری مشارکتی و آگاهانه در مورد بیماری که برای کنترل و کنار آمدن هر چه بهتر با بیماری اجرا می‌گردد.

— هدف کلی: استقرار نظام جامع آموزش سلامت به بیماران در جمهوری اسلامی ایران.

نتایج (Outcome)

- ۱ _ کاهش شاخص‌های مرگ و میر (Mortality) و ابتلاء (Morbidity) از طریق افزایش کارایی (efficacy) مدیریت (management) بیماری‌ها در زمینه درمان، پیشگیری و سازش با بیماری‌ها.
- ۲- افزایش بهره‌مندی بیماران از حقوق بیمار (مصرح در منشور حقوقی بیماران)
- ۳- بهبود کیفیت مراقبت (Quality of care)
- ۴- افزایش رضایت بیماران از خدمات سلامت

رویکردها :

- ۱- توسعه رفتار سالم و تغییر رفتارهای تهدیدکننده سلامت .
- ۲- توجه به حق انتخاب آگاهانه بیمار در کلیه فرآیندهای مرتبط با بیماری شامل پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی (informed consent)
- ۳- برنامه‌ریزی بر پایه نیازهای بیمار (patient - centered) نیازی که بیمار بیان می‌کند و نیازی که پزشک برای بیمار احساس می‌کند)
- ۴- مشارکت پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری برای درمان، آموزش و تعیین نیاز بیمار (shared decision – making, participation)
- ۵- به رسمیت شناختن آموزش سلامت به بیمار به عنوان یکی از نشانگرهای کیفیت مراقبت (Quality of care)

اهداف اختصاصی

ریز اهداف اختصاصی برنامه آموزش سلامت به بیمار در جداول ارایه خدمات، در ستون‌های اهداف اختصاصی آورده شده است. در این قسمت برخی از اهداف اختصاصی مهم برنامه آورده می‌شود.

الف) اهداف اختصاصی آموزشی :

- ۱- کلیه بیماران به خدمات آموزش سلامت به بیمار دسترسی داشته باشند.
- ۱-۱- کلیه بیماران در مراحل مختلف بیماری خدمات آموزش سلامت متناسب با آن مرحله را دریافت کنند (عدالت عمودی)
- ۱-۲- کلیه بیماران با نیازهای مشابه، خدمات آموزش سلامت مشابه را دریافت کنند (عدالت افقی).

- ۱-۲-۱- بیمار علایم بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۲- بیمار راه‌های انتقال یا عوامل زمینه ساز بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۳- بیمار عوارض بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۴- بیمار علایم عود بیماری (در صورت وجود)، راه‌های پیشگیری از عود و در صورت عود، نحوه برخورد با آن را بشناسد .
- ۱-۲-۵- بیمار نتیجه بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۶- بیمار علایم بیماری‌های احتمالی همراه یا بیماری‌هایی که عوارض بیماری فصلی می‌باشند را بشناسد .
- ۱-۲-۷- بیمار کلیه معاینات لازم برای تشخیص بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۸- بیمار انواع روش‌های موجود برای درمان (بستری-سرپایی)، روش انتخابی پزشک، دلایل انتخاب روش، هزینه احتمالی هر روش، مزایا و معایب هر یک را بشناسد .
- ۱-۲-۹- بیمار انواع درمان‌های موجود (دارویی-جراحی)، روش انتخابی پزشک، دلایل انتخاب روش، هزینه احتمالی هر روش، مزایا و معایب هر یک را بشناسد .
- ۱-۲-۱۰- بیمار انواع خدمات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایشگاه) روش‌های انتخابی پزشک، دلایل انتخاب روش، هزینه احتمالی هر روش، مزایا و معایب هر یک را بشناسد.
- ۱-۲-۱۱- بیمار به طور کامل عوارض درمان، روش برخورد با هر یک از عوارض و مراکز درمانی که در صورت بروز عوارض و عدم دسترسی به پزشک خود می‌تواند به آنها مراجعه کند را بشناسد .
- ۱-۲-۱۲- بیمار روش‌های صحیح و بهداشتی عملکردی در زندگی روزمره برای تسهیل درمان بیماری و کاهش یا رفع عوارض بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۱۳- بیمار روش برخورد با افراد سالم (به ویژه در صورت واگیر بودن بیماری) را بشناسد.
- ۱-۲-۱۴- بیمار نحوه بررسی دیگر اعضای خانواده در صورت ارثی بودن یا واگیردار بودن بیماری را بشناسد .
- ۱-۲-۱۵- بیمار عوامل خطر ساز محیطی را که می‌تواند بیماری را بدتر کرده یا پیشرفت درمان را کند یا متوقف کند، بشناسد .
- ۱-۲-۱۶- بیمار تسهیلات ویژه موجود در جامعه در رابطه با بیماری خود را بشناسد .
- ۱-۲-۱۷- بیمار ارگان‌ها یا سازمان‌های دولتی یا غیر دولتی موجود در جامعه مرتبط با بیماری خود را برای دریافت خدمات مربوطه بشناسد .

۱۸-۲-۱- بیمار راه‌های افزایش کیفیت زندگی خود در حین و بعد از درمان را بشناسد .

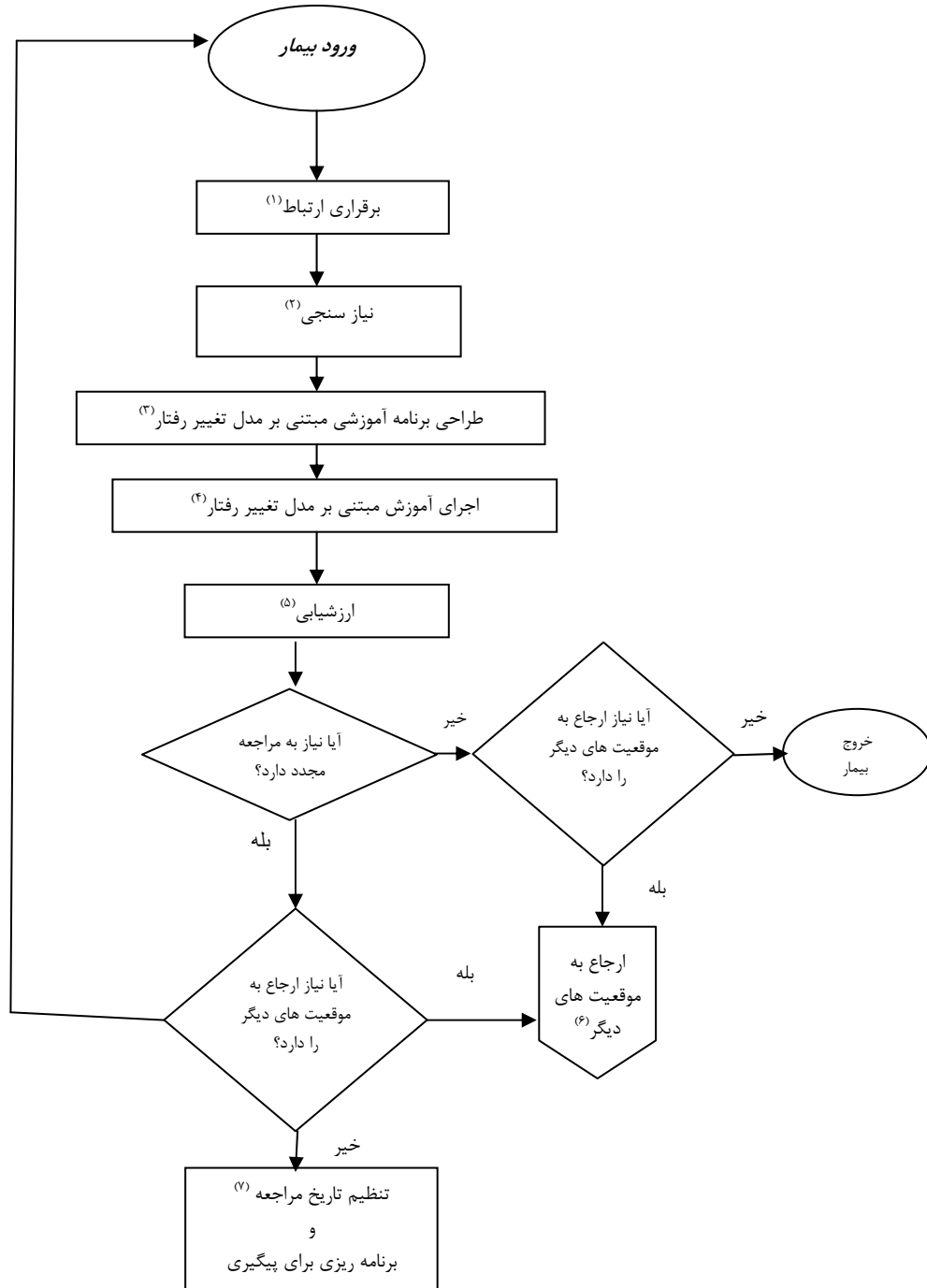
(ب) اهداف اختصاصی رفتاری:

- ۱- بیمار اقدامات بیمار محور لازم برای تشخیص بیماری را انجام دهد.
- ۲- بیمار اقدامات بیمار محور لازم برای کسب کمک در مورد بیماری خود را انجام دهد (help seeking).
- ۳- بیمار اقدامات بیمار محور لازم برای درمان (بهبود علایم و پیشگیری از عوارض) را انجام دهد.
- ۴- بیمار اقدامات بیمار محور لازم برای توانبخشی خود را انجام دهد.
- ۵- بیمار اقدامات بیمار محور لازم برای پیشگیری از بیماری در سایرین را انجام دهد:
- ۵-۱- اقدامات بیمار محور لازم در مورد پیشگیری اولیه از بیماری در سایرین را انجام دهد.
- ۵-۲- اقدامات بیمار محور لازم در مورد پیشگیری ثانویه از بیماری در سایرین را انجام دهد.
- ۶- بیمار در راستای استیفای حقوق تعریف شده خود، براساس منشور کشوری حقوق بیمار اقدام نماید.

(ج) اهداف اختصاصی عمومی:

- ۱- کاهش میزان‌های مرگ و میر و ابتلا در تمام زمینه‌هایی که برنامه آموزش سلامت به بیمار اجرا می‌شود.
- ۲- کاهش سرانه مصرف دارو در مورد داروهایی که برنامه آموزش سلامت به بیمار برای آن بیماری اجرا می‌شود.
- ۳- کاهش مراجعات غیرضروری به اورژانس‌ها یا مراکز ارائه خدمات آموزش سلامت به بیمار در مورد بیماری‌هایی که برنامه آموزش سلامتی در مورد آنها اجرا می‌شود.

نظام جامع آموزش سلامت به بیمار
در موقعیت های مطب و کلینیک



شکل ۱-۵:فلوچارت کلی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در موقعیت های مطب و کلینیک

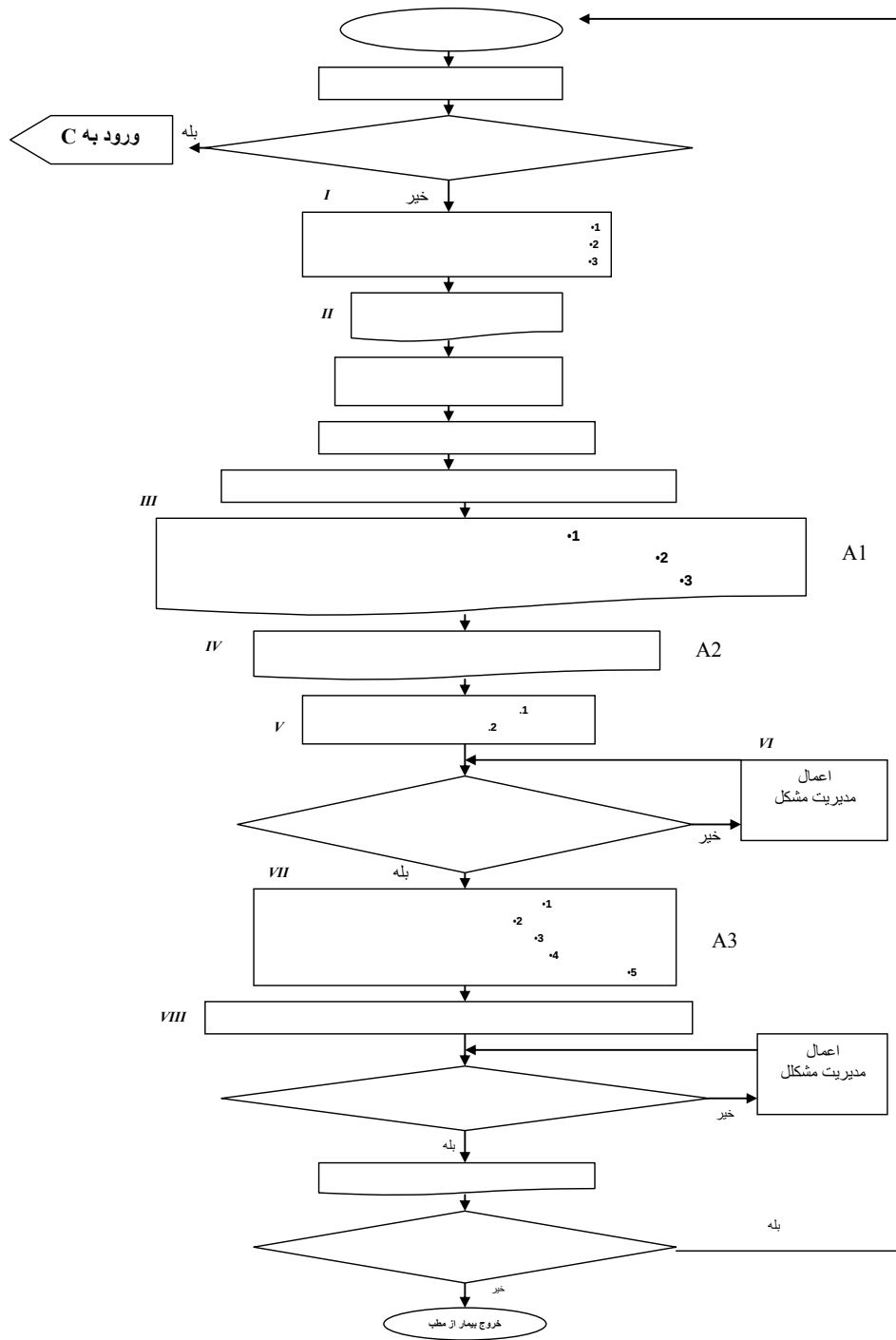
فلوچارت های میانی (فرآیند محور)
نظام جامع آموزش سلامت به بیمار
در موقعیت های مطب و کلینیک

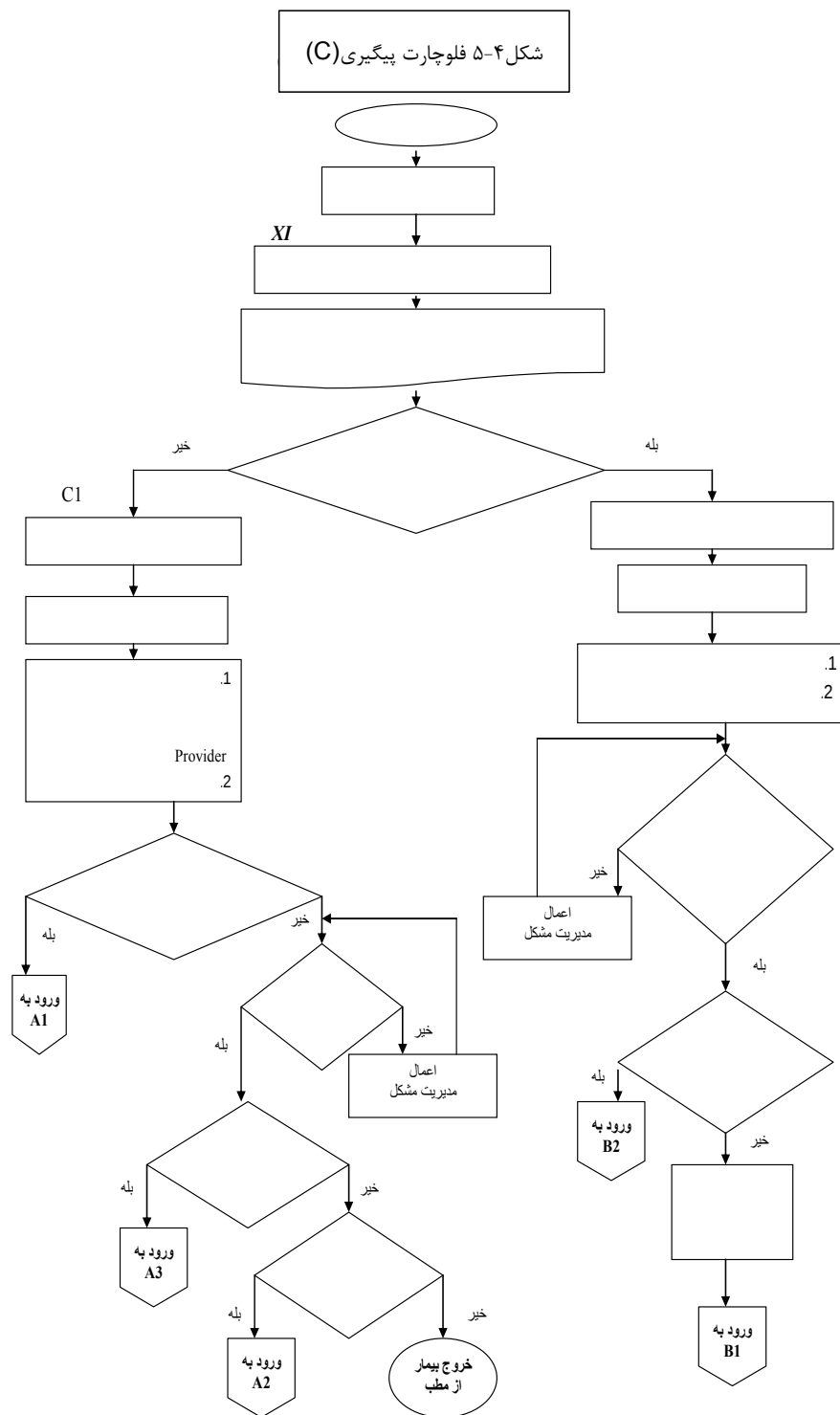
این فلوچارت‌ها برعکس فلوچارت‌های ریز (بیمار محور) در طی پروسه خود، فرآیندها را پیگیری می‌کند و پله به پله هر فرآیند را آغاز و به اتمام می‌رساند. مزیت این فلوچارت‌ها درک بهتر و راحت تر فرآیندها در سه بخش تنظیم شده است. در بخش اول فلوچارت مربوط به ارایه دهندگان خدمات سطح اول، در بخش دوم فلوچارت مربوط به ارایه دهندگان سطح دوم و در بخش سوم فلوچارت مربوط به پیگیری مراجعه کنندگان آورده شده است. منظور از ارایه دهندگان سطح اول آن دسته از ارایه دهندگان خدمات می‌باشند که مراجعه کننده برای دریافت خدمت برای اولین بار به خاطر مشکل خود به این ارایه دهنده خدمت مراجعه می‌کند و بالطبع مسوولیت و مدیریت مشکل مراجعه کننده با وی می‌باشد. این دسته ارایه دهندگان خدمت عبارتند از: پزشک، دندانپزشک، داروساز و بعضاً روانشناس، متخصص تغذیه و ماما می‌باشد.

ارایه دهندگان سطح دوم، آن دسته از ارایه دهندگان خدمت می‌باشند که مراجعه کننده، توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول به وی جهت تکمیل روند آموزش سلامت به بیمار ارجاع می‌شوند. این گروه عبارتند از: پرستار، بهیار و بعضاً روانشناس، متخصص آموزش سلامت، متخصص تغذیه و ماما. در هر موقعیت فلوچارت که نیاز به توضیح احساس شده است، با حروف یونانی علامت گذاری شده و در انتخاب فلوچارت‌های میانی توضیح داده شده است.

(A)

:5-2





توضیحات فلوجارت‌های میانی

مرحله I: در این مرحله سه فعالیت توسط منشی انجام می‌شود.

۱- ارایه جزوه راهنمای مرکز بهداشتی درمانی مربوطه و توضیح در مورد آن
جزوه راهنمای مرکز بهداشتی درمانی، جزوه‌ای است که در تمام مطب‌ها، کلینیک‌ها
(بیمارستان‌ها مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی) باید باشد. این جزوه حاوی اطلاعاتی
در موارد زیر می‌باشد:

الف) مشخصات مرکز: آدرس دقیق، شماره تماس، ساعات کاری، نقشه مرکز در شهر و
راهنمای داخل مرکز؛

ب) ارایه دهندگان خدمت: نام و نام خانوادگی، نوع مدرک علمی، محل اخذ مدرک، نوع
دوره‌ها و کارگاه‌های گذرانده شده و سابقه کاری

۲- ارایه فرم نیازسنجی اولیه و توضیح در مورد آن

فرم نیازسنجی اولیه فرمی است که در آن اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات پایه مورد نیاز در
مورد اجزای مدل تغییر رفتار در مورد بیماری مربوطه اخذ می‌شود (شناخت، علایق، اعتماد به
نفس، فشار اجتماعی، نکات حساس به عوامل تقویت کننده و مهارت‌های اولیه و منابع در
دسترس خود بیمار) و باورهای بارز^۱

۳- ارایه برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری بیمار و توضیح در مورد
آن برگه و اهداف آموزش سلامت به بیمار در مورد شکایت اصلی یا بیماری اختصاصی یا کلی؟
در این برگه اطلاعات و مهارت‌های اساسی و ضروری که بیمار باید در مورد شکایت اصلی یا
بیماری خود در طول برنامه آموزش سلامت به بیمار بداند، موجود است. اگر در طول برنامه
آموزشی به آنها اشاره نشود، بیمار می‌تواند در مورد آنها از ارایه دهنده خدمت سؤال کند.
در این مرحله اگر بیمار و یا همراهانش شرایط مطالعه و یا پرکردن فرم را نداشته باشند،
منشی باید در مورد برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری توضیح کاملی
دهد و فرم نیازسنجی اولیه را با مصاحبه پرکند.

مرحله II: فرم نیاز سنجی در پیوست آورده شده است.

مرحله III: در این مرحله پزشک سه فعالیت بر عهده دارد:

^۱ - (salient belief)

۱- درخواست پاراکلینیک در صورت نیاز : در صورتیکه بیمار نیاز به انجام تست‌های پاراکلینیکی داشته باشد، ابتدا پزشک در مورد تست پاراکلینیک مربوطه، لزوم انجام آن و محل یا محل‌های انجام آن به بیمار توضیح می‌دهد و سپس اگر انجام تست مستلزم رفتار خاصی باشد، آن رفتار را نیز مثل رفتارهای هدف درمانی و آموزشی در لیست رفتارهای هدف، وارد می‌کند.

۲- دعوت از اطرافیان بیمار برای حضور در ویزیت فعلی یا بعدی در صورت نیاز : در صورتیکه ارایه دهنده خدمت به این نتیجه برسد که برای روند تشخیص درمانی یا آموزشی نیاز به همکاری و حضور اطرافیان بیمار می‌باشد، از اطرافیان بیمار می‌خواهد که در ویزیت شرکت کنند. اگر همراه بیمار در موقعیت ارایه خدمت باشد، به اتاق ویزیت دعوت می‌شود وگرنه برای جلسه بعد دعوت می‌شود.

۳- ارجاع به ارایه دهنده خدمت همکار برای آموزش گروهی و یا موقعیت‌های دیگر در صورت نیاز : اگر ارایه دهنده خدمت با توجه به نیازسنجی انجام شده برای ادامه روند تشخیص درمانی و یا آموزش نیاز به استفاده از ارایه دهنده خدمت همکار داشته باشد، بیمار را بعد از اتمام ویزیت به ایشان ارجاع می‌کند.

ارایه دهنده خدمت همکار ممکن است در همان موقعیت ارایه خدمت (مثل کلینیک) یا بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری باشد و یا در موقعیت دیگری باشد. در هر حال باید برای ارجاع بیمار، ابتدا بیمار را از علت ارجاع و محل ارجاع آگاه کرد و سپس، باید اعتماد بیمار را نیز همراه با خود بیمار به ارایه دهنده خدمت همکار ارجاع داد. به عبارت دیگر باید با توجیه بیمار در مورد فرد ارایه دهنده خدمت همکار، اعتماد بیمار را به وی جلب نمود. برای ارجاع، ارایه دهنده خدمت باید نسخه تشخیص درمانی و یا آموزشی تجویز کند و نیز برگه مشاوره تشخیص درمانی و آموزشی را نیز پر کند.

نکته: فرمت نسخه آموزشی و برگه مشاوره به پیوست آمده است.

IV : در این مرحله ارایه دهنده خدمت ماحصل نیازسنجی را که رفتارهای هدف تشخیصی، درمانی و آموزشی است، در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در محل مربوطه لیست می‌کند.

نکته: فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در پیوست آورده شده است. ارایه دهنده خدمت باید تمام آیتم‌های آن را در ویزیت خود از بیمار پر کند.

مرحله V : در این مرحله ارایه دهنده خدمت دو فعالیت انجام می‌دهد :

- ۱- توضیح در مورد بیماری و رفتارهای هدف : عناوینی که ارایه دهنده خدمت باید در این مرحله به مراجعه کننده در مورد بیماری توضیح دهد به صورت کلمه اختصاری -PSYCO-TD طراحی شده است که از حروف اول کلمات زیر به دست می آید :
 Physiopathology: ارایه دهنده خدمت در مورد فیزیوپاتولوژی و ماهیت بیماری به اختصار صحبت می کند.
 Symptom: ارایه دهنده خدمت در مورد علایم شایع و مهم (علایم خطر) بیماری به مراجعه کننده گوشزد می کند.
 Complication: ارایه دهنده خدمت در مورد عوارض احتمالی، علایم آنی و چگونگی پیشگیری از آنها به مراجعه کننده توضیح می دهد.
 Outcome: ارایه دهنده خدمت در مورد سیر بیماری و پیش آگهی آن به مراجعه کننده توضیح می دهد.
 Treatment: ارایه دهنده خدمت در مورد انواع درمان ها (اعم از جراحی، غیر جراحی، درمانی، علامتی) و فواید و مضرات هر کدام به بیمار توضیح می دهد.
 Drug: ارایه دهنده خدمت در مورد داروهای مصرفی، کاربرد، دوزاژ، علایم خطر و تداخلات دارویی و عوارض آنها به مراجعه کننده اطلاعات می دهد.
 Diet: ارایه دهنده خدمت در مورد رژیم غذایی مراجعه کننده و تداخلات دارویی اش به مراجعه کننده اطلاعات می دهد و در نهایت ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف برای بیمار را معرفی و توجیه کند.
- ۲- تصمیم گیری مشارکتی (shared decision making): در این بخش از برنامه ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف را با توانایی و خواسته های بیمار به اشتراک می گذارد تا در مورد فهرست نهایی رفتارهای هدف با هم به توافق برسند. ارایه دهنده خدمت تا حد امکان باید فهرست رفتارهای هدف را مطابق با فاکتورهای بیمار، تعدیل کند.
 مرحله VII: اعمال مدیریت مشکل: این مهارت که قبلاً حل مشکل خوانده می شد، در واقع راه حل و مشکل گشای تمام مشکلات و موانع می باشد و هر جایی که در طول برنامه مشکل یا اختلافی ایجاد شود، چرخه مدیریت مشکل برقرار می شود. آنچه که باید توجه داشت، این است که مدیریت مشکل سیستمی نیست که هر مشکلی را به صورت ایده آل حل کند بلکه برای هر مشکل یا اختلافی، یک راه حل مناسب پیدا می کند.

در مدیریت مشکل، مهارت‌های پایه‌ای حل مشکل شامل تعریف و توصیف مشکل، خلق راه حل‌های ممکن، نهادینه کردن و به کارگیری راه حل‌ها و در نهایت ارزشیابی نتایج به مراجعه کننده آموزش داده می‌شود.

مرحله VII: در این مرحله که قسمتی از مرحله طراحی و نمایی از مرحله اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار مبتنی بر مدل تغییر رفتار است، ارایه دهنده خدمت پنج فعالیت را انجام می‌دهد؛

۳- ارایه چک لیست برای خود کنترلی به مراجعه کننده: در این مرحله ارایه دهنده خدمت برای خودکنترلی (Self control) به مراجعه کننده چک لیست ارایه می‌کند. ارایه دهنده خدمت باید در این مورد آموزش دیده باشد؛

۲- پیاده کردن مدل تغییر رفتار: در این قدم ارایه دهنده خدمت برای هر کدام از رفتارهای هدف، مدل تغییر رفتار را پیاده می‌کند. توضیح ریز فعالیت‌های پیاده کردن مدل تغییر رفتار در توضیح جداول خدمت آورده شده است؛

۳- ارایه برنامه زمانی برای رسیدن به رفتار هدف: در این قسمت ارایه دهنده خدمت باید برای رسیدن به رفتار هدف با مشارکت مراجعه کننده برنامه ریزی کند. ارایه دهندگان خدمت برای برنامه ریزی آموزشی، باید آموزش‌های لازم را دیده باشند؛

۴- تحویل و توضیح علائم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری: ارایه دهنده خدمت در انتهای ویزیت، برگه‌ای که حاوی علائم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری می‌باشد را به بیمار تحویل می‌دهد و در مورد موارد آن توضیح می‌دهد. این برگه توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول در هر مرکز با توجه به بیماری‌های شایع آن مرکز تهیه می‌شود؛

۵- تحویل کتاب یا جزوه آموزش سلامت به بیمار و توضیح در مورد آن و چگونگی استفاده از آن: این سری کتاب‌ها یا جزوات بصورت استاندارد ترجیحاً توسط اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و در سراسر کشور توزیع می‌شود. این کتاب‌ها یا جزوات به عنوان منابعی برای افزایش کارایی هرچه بیشتر برنامه آموزش سلامت به بیمار می‌باشد. این کتاب‌ها یا جزوات شامل کلیات برنامه آموزش سلامت به بیمار، مدل یا مدل‌های تغییر رفتار و اطلاعات ضروری در مورد بیماری که برنامه آموزش سلامت به بیمار برای آن اجرا می‌شود، می‌باشد.

مرحله VIII: در این مرحله ارایه دهنده خدمت اقدام به ارزشیابی کلی آموزش‌های ارایه شده به صورت شفاهی در همان ویزیت می‌کند. برای این منظور می‌توان از سؤالات زیر به عنوان نمونه استفاده کرد:

● در مورد بیماری خودتان چه چیزهایی یاد گرفتید؟
 ● علایم خطری که باید در صورت بروز آنها فوری تماس گرفته یا مراجعه کنید، کدام‌ها بودند؟

● قرار شد که داروهای خودتان را چطور مصرف کنید؟
 ● با خوردن داروها چه علایمی ممکن است ظاهر شود؟
 ● قرار شد تا جلسه بعدی چه کارهایی بکنید؟
 ● اگر مهارتی یاد داده شده است از بیمار بخواهید آن را انجام دهد: مثل تزریق انسولین، اندازه‌گیری فشار خون.

مرحله IX: در این مرحله ارایه دهنده خدمت سطح دوم مجموعه آموزش‌هاییکه به مراجعه کننده داده است، نتایج ارزشیابی آموزش‌های داده شده، مشکلاتی که با آنها برخورد کرده است، را به ارایه دهنده خدمت سطح اول گزارش می‌دهد.
 نکته: فرمت برگه گزارش کار ارایه دهنده خدمت همکار به پیوست آمده است.
 مرحله X: در این قسمت که مرحله نیازسنجی ارایه دهنده خدمت همکار (سطح دوم) می‌باشد، دو فعالیت انجام می‌شود:

۱- ارایه دهنده خدمت همکار نسخه آموزشی و برگه مشاوره ارایه دهنده خدمت سطح اول (ارجاع دهنده) را تحویل می‌گیرد و بررسی می‌کند. اهداف رفتاری فهرست شده توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول بررسی می‌شود.

۲- در این قسمت ارایه دهنده خدمت سطح دوم از مراجعه کننده شرح حال گرفته و ارجاع دهنده در سطح خودش معاینه کرده و اگر مواردی در رفتارهای هدف بنظرش لازم رسید که در رفتارهای هدف ارایه دهنده خدمت سطح اول نبود، در گزارش کار به اطلاع ارایه دهنده خدمت سطح اول می‌رساند تا در مورد اجرای آموزش سلامت به بیمار در مورد آن رفتار هدف تصمیم‌گیری شود.

نکته: فرمت نسخه آموزشی، برگه مشاوره به پیوست آمده است.
 مرحله XI: به منظور ارزشیابی برنامه آموزشی ارایه شده در جلسه یا جلسات قبلی، ارایه دهنده خدمت سطح اول هر مرکز برای مرکز خود یک سری فرم‌های ارزشیابی طراحی می‌کند. این فرم‌ها برای بیمارانی که برای پیگیری آموزش سلامت به بیماری مراجعه کرده‌اند، تکمیل می‌شود. ارایه دهنده خدمت سطح اول براساس علم و تجربه و دوره‌های آموزشی آموزش سلامت به بیمار که طی کرده است، برای بیماری‌های شایع در مرکز خود، براساس اینکه (حدوداً) برنامه آموزش سلامت به بیمار در چند ویزیت می‌تواند تکمیل شود، فرم‌های سطح

بندی شده ارزشیابی را طراحی می‌کند. در انتهای هر ویزیت، بر اساس آموزش داده شده تا آن مرحله پزشک شماره فرم ارزشیابی جلسه بعد را در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار وارد می‌کند تا در اول جلسه بعد و قبل از ورود بیمار نزد پزشک، فرم مذکور توسط منشی به بیمار ارایه و تکمیل شود.

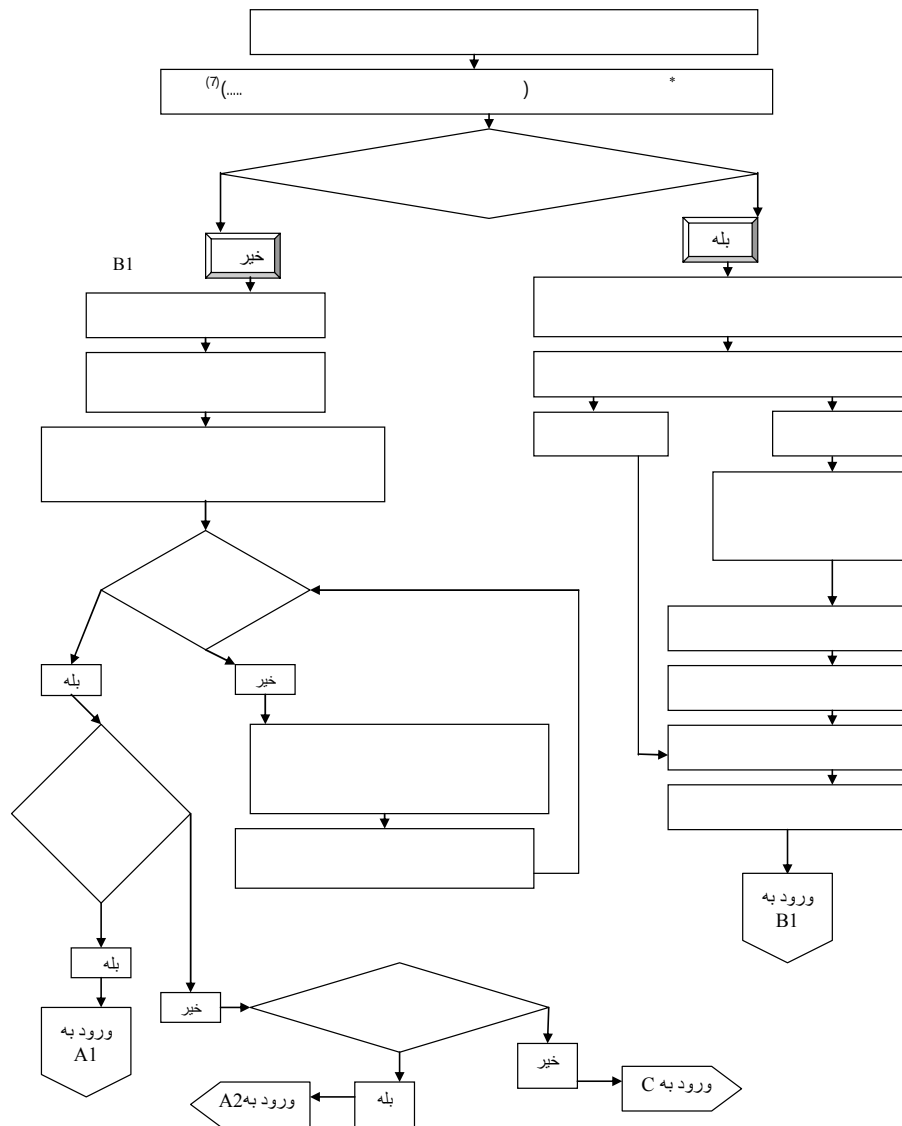
فلوچارت های ریز (بیمار محور)
نظام جامع آموزش سلامت به بیمار
در موقعیت های مطب و کلینیک

در این فلوچارت‌ها بر خلاف فلوچارت‌های میانی (فرآیند محور)، مراجعه کننده پله به پله از بدو ورود به یک مرکز پیگیری می‌شود تا اینکه از آن مرکز ترخیص و یا ارجاع شود. بالطبع این فلوچارت‌ها پیچیدگی بیشتری نسبت به فلوچارت‌های میانی دارند. ولی مزیتی که این فلوچارت‌ها دارند این است که برای ارائه دهندگان خدمات یا سیاست گذاران خدمات، ریز فعالیت‌ها و روندهایی که مراجعه کننده باید طی کند، مشخص می‌شود. بدین ترتیب در برنامه ریزی برای برنامه آموزش سلامت به بیمار نکته‌ای فراموش نمی‌شود.

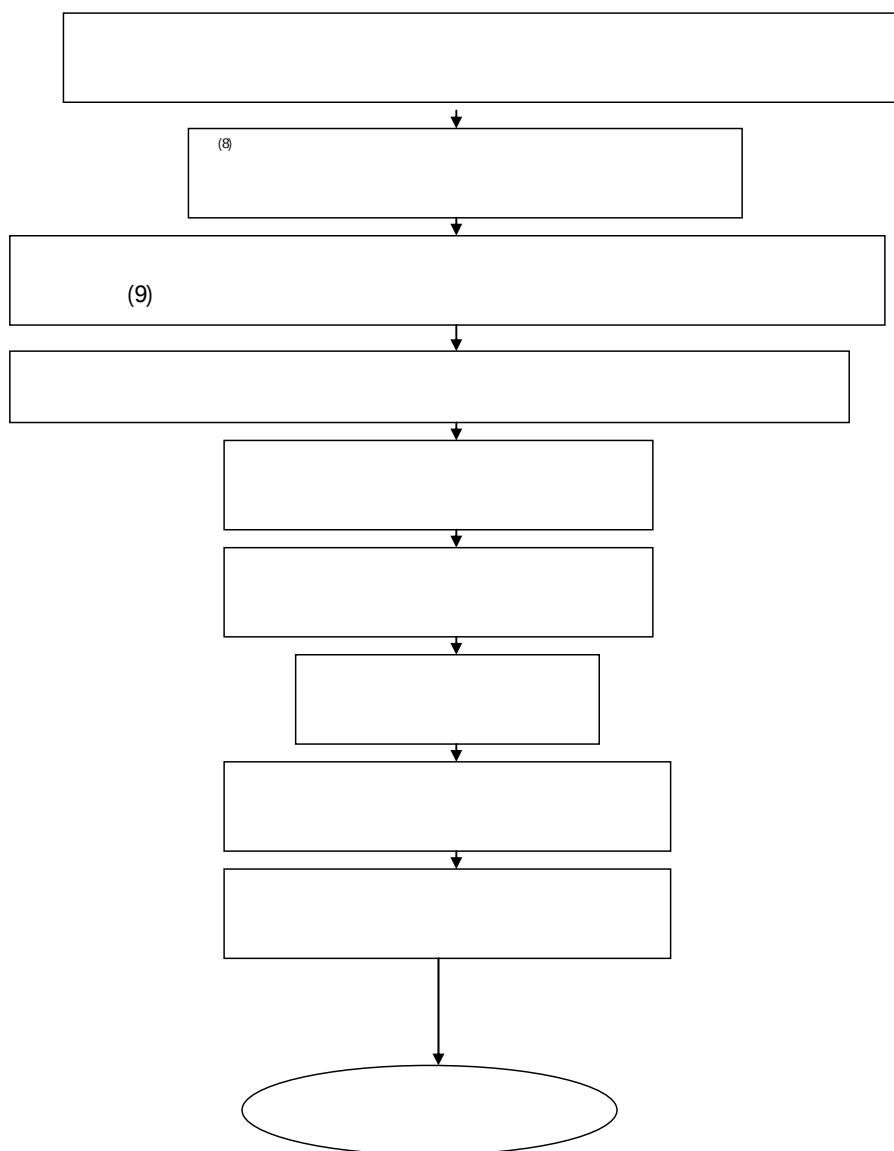
این فلوچارت‌ها در پنج بخش A تا E تهیه شده‌اند. بخش A مربوط به روند طی شده برای مراجعه کننده در موقعیت ارائه دهنده سطح اول، بخش B مربوط به روند طی شده برای مراجعه کننده در پیگیری، بخش C مربوط به روند طی شده برای مراجعه کننده در انتهای هر ویزیت [ارائه دهنده سطح اول یا دوم یا سوم (منشی)]، بخش D مربوط به روند طی شده برای مراجعه کننده در موقعیت ارائه دهنده خدمات سطح دوم و بالاخره بخش E مربوط به روند طی شده برای مراجعه کننده در موقعیت آموزش گروهی می‌باشد.

در مناطقی از فلوچارت که نیاز به توضیح احساس شده است. شماره‌گذاری شده و در انتها توضیح داده شده است.

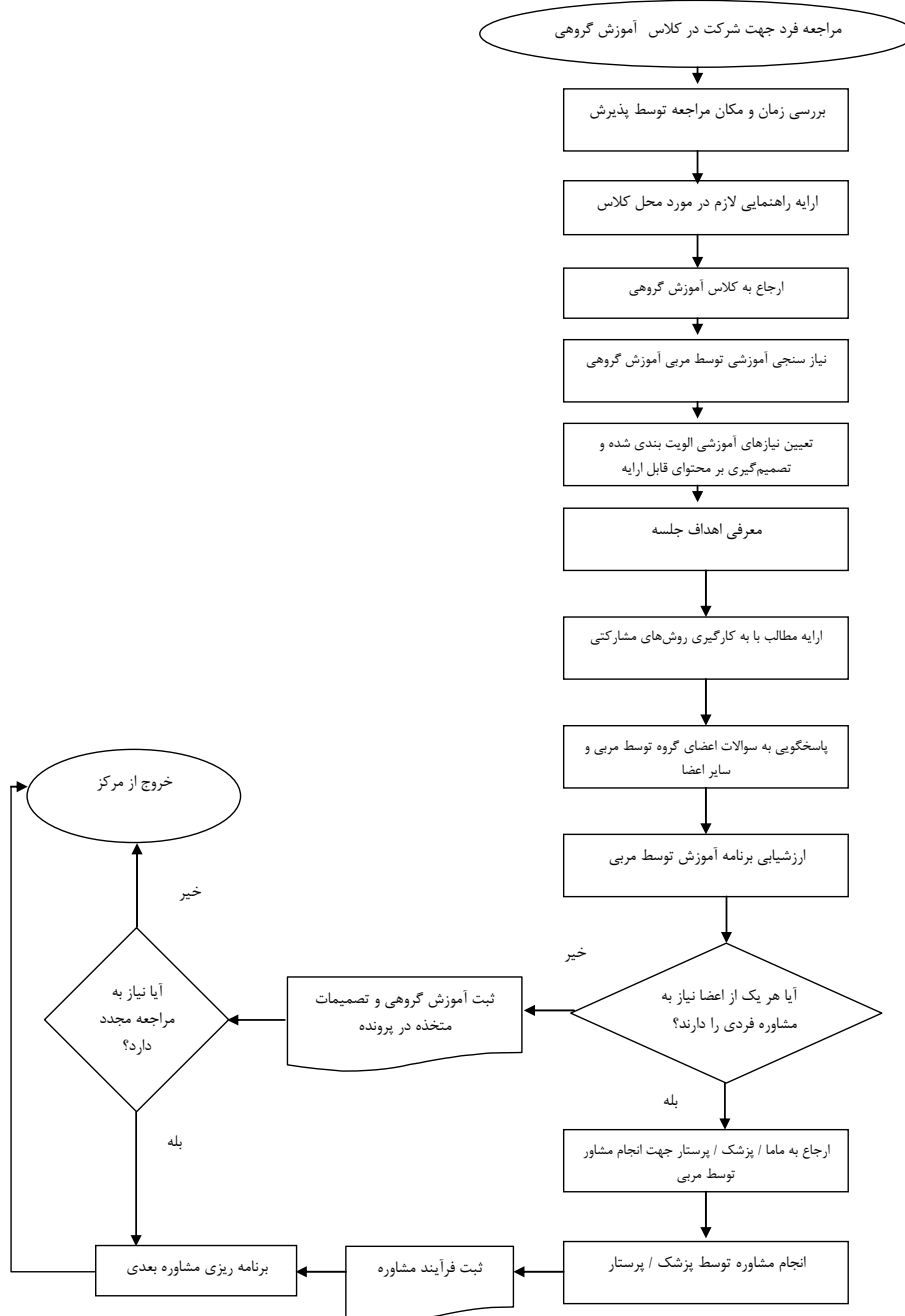
شکل ۶-۵: چارت B، فلوچارت پیگیری



شکل ۸-۵: چارت D ، چارت ارایه دهنده خدمت همکار



شکل - E



توضیحات فلوچارت‌های ریز

- (۱) جزوه راهنمای مرکز مراقبت بهداشتی : جزوه‌ای است که باید در تمام مطب‌ها، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها موجود باشد. این جزوه حاوی اطلاعاتی :
 - درمورد پزشکان: نوع تخصص، رتبه علمی در صورت هیأت علمی بودن، محل اخذ مدرک تحصیلی، نام و نام خانوادگی
 - پرستاران: نام و نام خانوادگی، سابقه کار و.....
 - مشخصات جغرافیایی محل ارائه خدمات (آدرس، محل اتاق‌ها و بخش‌ها و.....)
 - روزهایی که بیمار می‌تواند مراجعه کند
 - و شماره تلفنی که بیمار می‌تواند تماس بگیرد، می‌باشد.
- *این جزوه توسط مدیر هر مرکز ارائه خدمات پزشکی تهیه می‌شود.*
- (۲) فرم نیازسنجی اولیه : در این فرم اطلاعات دموگرافیک، فشار اجتماعی که بیمار در تصمیم‌گیری تحت تأثیر آن قرار می‌گیرد، وضعیت اقتصادی اجتماعی، اعتماد به نفس بیمار و دانش، نگرش، مهارت بیمار و باورهای خاموش بارز^۱ (اجزای مدل تغییر رفتار) در رابطه با شکایت اصلی یا بیماری از بیمار گرفته می‌شود.
- (۳) برگه آنچه که بیمار باید در مورد شکایت اصلی یا بیماری بداند : در این برگه اطلاعات و سؤالات اساسی و ضروری که بیمار باید در مورد شکایت اصلی خود بداند و درمورد آنها از پزشک سؤال کند، آورده می‌شود.
- (۴) اطلاعاتی که پزشک باید در مورد بیماری به بیمار ارائه کند شامل علامت اختصاری (PSYCO-TD)
 - مختصری از فیزیوپاتولوژی بیماری به زبان ساده (Physiopathology)
 - علایم شایع و مهم بیماری (symptoms)
 - عوارض بیماری (complication)
 - سیر بیماری (نزولی، ثابت، صعودی یا پیشرونده) (out come)
 - انواع درمان‌ها (مدیکال، جراحی، علامتی و.....) (Curative و.....) (Treatments)

() Salient belief -

...

- داروها (دوزاژ، طریقه مصرف، عوارض، تداخلات دارویی...) (Drug)

- رژیم غذایی (Diet)

۵) تهیه چک لیست : در این قسمت ارایه دهنده خدمت با توجه به تجربیات و خلاقیت خود برنامه ی زمانی رسیدن بیمار به رفتارهدف یا تغییر آن را ارایه می کند وازبیماری خواهد که رفتارهای خود را در یک چک لیست هرروز تیک بزند (خودکنترلی) .

۶) کتابها و یاجزوهای آموزش سلامت به بیمار که به صورت استاندارد ترجیحاً توسط اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و توزیع می شود. این کتابها یا جزوهها شامل اطلاعات جامع و مانع از هر بیماری که برنامه آموزش سلامت به بیمار در مورد آنها اجرایی شود، می باشد. در این سری کتابها باید هم اطلاعاتی راجع به برنامه آموزش سلامت به بیمار کشوری و هم اطلاعاتی جامع و مانع در مورد هر بیماری که برای اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار در آن بیماری لازم است، آورده شود و نیز در یک فصل، در مورد مدل تغییر رفتار مربوطه اطلاعاتی داده شود.

۷) فرمهای ارزشیابی سطح بندی شده توسط پزشک یا مدیر هر مرکز مراقبت بهداشتی در چند سطح (براساس صلاحدید پزشک). در اول جلسه بعدی پزشک تعیین می کند که کدام سطح از فرم ارزشیابی باید به کمک منشی یا توسط خود منشی پر شود.

۸) نسخه های آموزشی : در مواقعی که نیاز به ارجاع بیمار به ارایه دهنده خدمت همکار یا setting دیگر برای ارایه برنامه های آموزش سلامت به بیمار باشد، ارایه دهنده خدمت (ارجاع دهنده) درخواست خود را در یک نسخه (مثل نوشتن درخواست پاراکلینیک، بیوشیمی و رادیولوژی) می نویسد. سازمان های بیمه ای باید موظف شوند که از نسخه های آموزشی نیز حمایت کنند.

۹) برگه مشاوره آموزشی : در مواقعی که نیاز به ارجاع بیمار به ارایه دهنده خدمت همکار یا موقعیت دیگر برای ادامه برنامه های آموزش سلامت به بیمار می باشد، ارایه دهنده خدمت (ارجاع دهنده) باید فرمی را پر کند که در آن موارد زیر موجود باشد: اطلاعات دموگرافیک بیمار، شرح حال مختصر بیماری، تشخیص بیماری، رفتارهای هدف آموزشی .

۱۰- فرم نیازسنجی تشخیصی : این فرم شامل سه بخش زیر می باشد :

- بخش اول : نیازهای آموزشی تشخیص داده شده در پایان فرآیند مراجعه اول بیمار
- بخش دوم : اهداف آموزشی کلاس های آموزشی ارجاع داده شده به تفکیک نوع نیاز و

بیماری

- بخش سوم : محل خالی برای تکمیل نیازهای آموزشی احساس شده از سوی بیمار قبل از شرکت در جلسه آموزش.

این فرم، توسط پزشک یا پرستار به بیمار تحویل داده شده و تذکر داده می‌شود که حتماً قبل از رفتن به کلاس آن را مطالعه و بخش سوم فرم را تکمیل کرده و در شروع کلاس به مربی آموزشی تحویل دهد .

جداول خدمت

در این جداول هفت خدمت اصلی برنامه آموزش سلامت به بیمار آورده شده است. برای هر خدمت فعالیت های آن، ارایه دهندگان آن خدمت ، منابع مورد نیاز برای تحقق خدمت و بالاخره اهداف اختصاصی آن خدمت در زمینه پایش و ارزشیابی آورده شده است.

قابل ذکر است که تفاوت بین خدمت و فعالیت قرار دادی است و در این بسته هر فرآیندی که مراجعه کننده از یک طرف فرآیند وارد و از طرف دیگر آن خارج می شود و دراین بین کاری برای وی انجام می شود ، فعالیت نامیده می شود. کل فعالیت های این برنامه در قالب ۷ خدمت طبقه بندی شده اند .

: X◀ X◀ : X◀		... (	- - - - -	-

: X◀ X◀ . : ▶		... (	- - - -	-

X ◀ X ◀ ◀ ◀ ◀	- - -	) (- -	(- - (- -	

[illegible]

		(KAP)			
1	-			✓	
2	-			✓	
3	-			✓	
4	-			✓	
5	-			✓	
6	-			✓	
7	-			✓	
8	-			✓	
9	-			✓	
10	-			✓	
11	-			✓	
12	-			✓	
13	-			✓	
14	-			✓	
15	-			✓	
16	-			✓	
17	-			✓	
18	-			✓	
19	-			✓	
20	-			✓	
21	-			✓	
22	-			✓	
23	-			✓	
24	-			✓	
25	-			✓	
26	-			✓	
27	-			✓	
28	-			✓	
29	-			✓	
30	-			✓	
31	-			✓	
32	-			✓	
33	-			✓	
34	-			✓	
35	-			✓	
36	-			✓	
37	-			✓	
38	-			✓	
39	-			✓	
40	-			✓	
41	-			✓	
42	-			✓	
43	-			✓	
44	-			✓	
45	-			✓	
46	-			✓	
47	-			✓	
48	-			✓	
49	-			✓	
50	-			✓	
51	-			✓	
52	-			✓	
53	-			✓	
54	-			✓	
55	-			✓	
56	-			✓	
57	-			✓	
58	-			✓	
59	-			✓	
60	-			✓	
61	-			✓	
62	-			✓	
63	-			✓	
64	-			✓	
65	-			✓	
66	-			✓	
67	-			✓	
68	-			✓	
69	-			✓	
70	-			✓	
71	-			✓	
72	-			✓	
73	-			✓	
74	-			✓	
75	-			✓	
76	-			✓	
77	-			✓	
78	-			✓	
79	-			✓	
80	-			✓	
81	-			✓	
82	-			✓	
83	-			✓	
84	-			✓	
85	-			✓	
86	-			✓	
87	-			✓	
88	-			✓	
89	-			✓	
90	-			✓	
91	-			✓	
92	-			✓	
93	-			✓	
94	-			✓	
95	-			✓	
96	-			✓	
97	-			✓	
98	-			✓	
99	-			✓	
100	-			✓	
101	-			✓	
102	-			✓	
103	-			✓	
104	-			✓	
105	-			✓	
106	-			✓	
107	-			✓	
108	-			✓	
109	-			✓	
110	-			✓	
111	-			✓	
112	-			✓	
113	-				

[illegible]

: ▲ : ▲ : ▲ . ▲ .		.	: * - * * * *	-	-

Objective	Resource			
: ▲ ▲ ▲ : ▲ ▲		...) (	- - - -	-

[illegible]

جداول ارایه دهندگان خدمات با هدف مشخص کردن وظایف هر ارایه دهنده خدمت (job analysis) طراحی شده است. در این جداول برای هر ارایه دهنده خدمت، نوع خدمت، نوع فعالیت، مهارتی که باید ارایه دهنده خدمت برای تحقق خدمت داشته باشد، منابع لازم برای تحقق خدمت و اهداف اختصاصی برای پایش و ارزشیابی آورده شده است. این جداول در سه سطح اول و دوم و سوم طراحی شده اند. سطح اول متعلق به ارایه دهندگان است که مراجعه کننده برای اولین بار به خاطر وی به مرکز مربوطه مراجعه می کند. این گروه شامل پزشک، دندانپزشک، داروساز و بعضاً روانشناس، متخصص تغذیه و ماما می باشد. سطح دوم متعلق به ارایه دهندگانی است که مراجعه کننده از طرف ارایه دهنده سطح اول به وی جهت تکمیل برنامه آموزش سلامت به بیمار ارجاع می شود. این گروه عبارتند از: پرستار، بهیار بعضاً روانشناس، متخصص آموزش سلامت، متخصص تغذیه و ماما می باشد. سطح سوم منشی یا مسؤول پذیرش را در بر می گیرد.

جداول ارایه دهندگان خدمت

◀ ◀			- - - - -	(	-

◀ ◀ ◀ ◀	• • • •		⋯ ⋯ () ⋯ ⋯	(	⋯

◀ ◀ ◀ ◀	• •		◀ ◀	(	..

	• • • • • • •		- - - - - - - - - - - - - - - -	(	-

: ◀ . . : (Affect)◀ . . .			- - - - - - - - - - - - - - - - -	(	..

Objective	Resource				
1. To develop a comprehensive understanding of the project's goals and objectives. 2. To identify the key stakeholders and their roles in the project. 3. To establish a clear communication plan and schedule. 4. To ensure that all team members are aligned and working towards the same goals. 5. To monitor and report on the project's progress regularly.			- - - - - - -	(	..

Objective	Resource				
1. To develop a comprehensive understanding of the project's goals and objectives. 2. To identify the key stakeholders and their roles in the project. 3. To establish a clear communication plan and schedule. 4. To ensure that all team members are aligned and committed to the project's success. 5. To monitor and report on the project's progress and performance. 6. To manage risks and issues effectively. 7. To ensure that the project is completed on time and within budget. 8. To evaluate the project's outcomes and lessons learned.			1. Project Manager 2. Project Sponsor 3. Project Team 4. Project Stakeholders 5. Project Budget 6. Project Schedule 7. Project Risks 8. Project Issues	(	

Objective	Resource				
				(	

1	2	3	4	5	6

1. Introduction 2. Methodology 3. Results 4. Discussion 5. Conclusion			- - -	(	

1. Introduction 2. Background 3. Methodology 4. Results 5. Conclusion	• Key Findings • Implications		-- -- -- -- --	(	--

Objective	Resource				Provider
1. Establish a baseline of current performance. 2. Identify areas for improvement. 3. Develop a plan for improvement. 4. Implement the plan. 5. Monitor and evaluate progress.					

	• • • • • • •	• • • • • • •	- - - - - - - - - - - - - - - - -	(	..

				(	
▲			--		
▲			--		
▲			--		
▲			--		
▲			--		
			--		

1.    	• • • • •		-- -- -- -- --	(	

[illegible]

1.   			( )	(	..

1. Introduction 2. Methodology 3. Results 4. Discussion 5. Conclusion					

1. Introduction 2. Methodology 3. Results 4. Discussion 5. Conclusion					

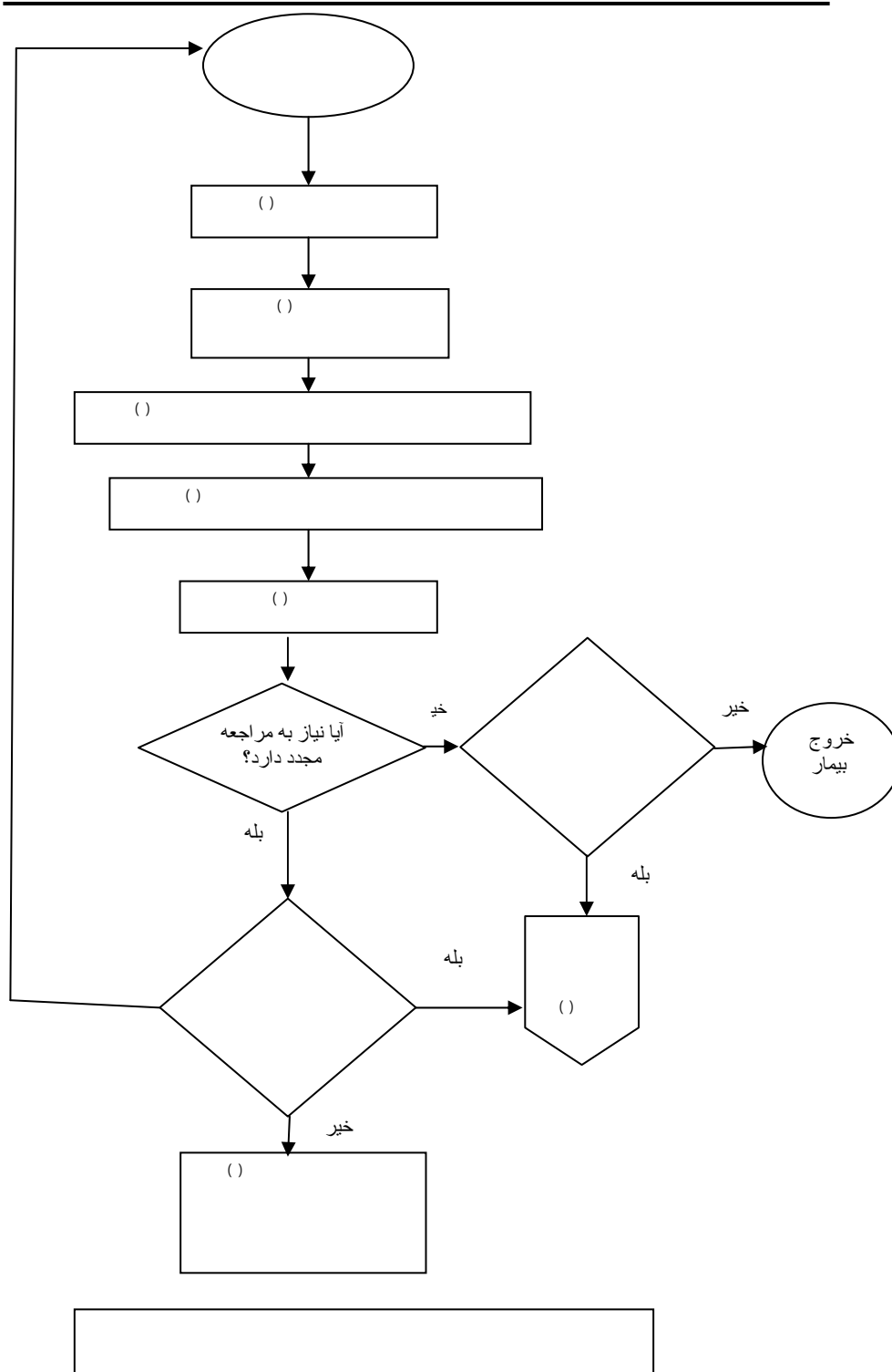
1.                    	2.                            	3.                      	4.                                  	5.                            	6.        

◀ ▶			-- -- --	(	--

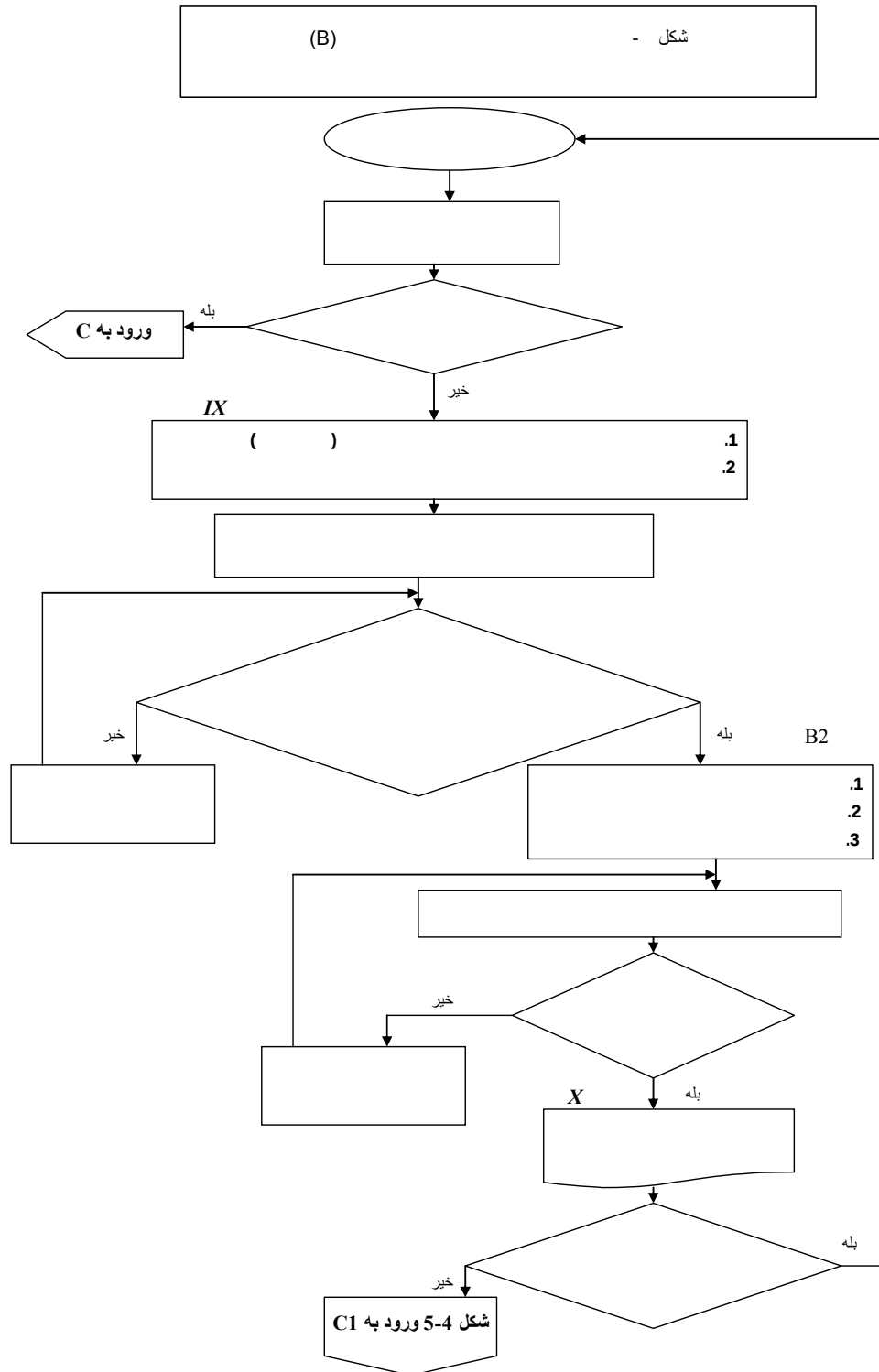
فلوچارت‌های ریز

نظام آموزش سلامت به بیمار

در موقعیت مرکز بهداشتی درمانی روستایی



فلوچارت های میانی مرکز بهداشتی درمانی روستایی



توضیحات فلوچارت‌های میانی

مرحله I: در این مرحله سه فعالیت توسط منشی انجام می‌شود.

۳- ارایه جزوه راهنمای مرکز بهداشتی درمانی مربوطه و توضیح در مورد آن
جزوه راهنمای مرکز بهداشتی درمانی، جزوه‌ای است که در تمام مطب‌ها، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی باید باشد. این جزوه حاوی اطلاعاتی در موارد زیر می‌باشد:

الف) مشخصات مرکز: آدرس دقیق، شماره تماس، ساعات کاری، نقشه مرکز در شهر و راهنمای داخل مرکز؛

ب) ارایه دهندگان خدمت: نام و نام خانوادگی، نوع مدرک علمی، محل اخذ مدرک، نوع دوره‌ها و کارگاه‌های گذرانده شده و سابقه کاری

۴- ارایه فرم نیازسنجی اولیه و توضیح در مورد آن

فرم نیازسنجی اولیه فرمی است که در آن اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات پایه‌ای مورد نیاز در مورد اجزای مدل تغییر رفتار در مورد بیماری مربوطه اخذ می‌شود (شناخت، علایق، اعتماد به نفس، فشار اجتماعی، نکات حساس به عوامل تقویت کننده و مهارت‌های اولیه و منابع در دسترس خود بیمار) و باورهای بارز^۱

۵- ارایه برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری بیمار و توضیح در مورد آن برگه و اهداف آموزش سلامت به بیمار در مورد شکایت اصلی یا بیماری اختصاصی یا کلی؟

در این برگه اطلاعات و مهارت‌های اساسی و ضروری که بیمار باید در مورد شکایت اصلی یا بیماری خود در طول برنامه آموزش سلامت به بیمار بداند، موجود است. اگر در طول برنامه آموزشی به آنها اشاره نشود، بیماری تواند در مورد آنها از ارایه دهنده خدمت سؤال کند.

در این مرحله اگر بیمار و یا همراهانش شرایط مطالعه و یا پرکردن فرم را نداشته باشند، منشی باید در مورد برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری توضیح کاملی دهد و فرم نیازسنجی اولیه را با مصاحبه پر کنند.

مرحله II: فرم نیاز سنجی در پیوست آورده شده است.

»

^۱ salient belief – ()

« »

Salient belief.

مرحله III : در این مرحله پزشک سه فعالیت بر عهده دارد:

۱. درخواست پاراکلینیک در صورت نیاز : در صورتی که بیمار نیاز به انجام تست‌های پاراکلینیکی داشته باشد، ابتدا پزشک در مورد تست پاراکلینیک مربوطه، لزوم انجام آن و محل یا محل‌های انجام آن به بیمار توضیح می‌دهد و سپس اگر انجام تست مستلزم رفتار خاصی باشد، آن رفتار رانیز مثل رفتارهای هدف درمانی و آموزشی درلیست رفتارهای هدف، وارد می‌کند.

۲. دعوت از اطرافیان بیمار برای حضور در ویزیت فعلی یا بعدی در صورت نیاز : در صورتیکه ارایه دهنده خدمت به این نتیجه برسد که برای روند تشخیص درمانی یا آموزشی نیاز به همکاری و حضور اطرافیان بیمار می‌باشد، از اطرافیان بیمار می‌خواهد که در ویزیت شرکت کنند. اگر همراه بیمار در موقعیت ارایه خدمت باشد، به اتاق ویزیت دعوت می‌شود وگرنه برای جلسه بعد دعوت می‌شود.

۳. ارجاع به ارایه دهنده خدمت همکار برای آموزش گروهی و یا موقعیت‌های دیگر در صورت نیاز :

۴. اگر ارایه دهنده خدمت با توجه به نیازسنجی انجام شده برای ادامه روند تشخیص درمانی و یا آموزش نیاز به استفاده از ارایه دهنده خدمت همکار داشته باشد، بیمار را بعد از اتمام ویزیت به ایشان ارجاع می‌کند.

ارایه دهنده خدمت همکار ممکن است در همان موقعیت ارایه خدمت (مثل کلینیک) یا بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری باشد و یا در موقعیت دیگری باشد. در هر حال باید برای ارجاع بیمار ابتدا، بیمار را از علت ارجاع و محل ارجاع آگاه کرد و سپس، باید اعتماد بیمار را نیز همراه با خود بیمار به ارایه دهنده خدمت همکار ارجاع داد. به عبارت دیگر باید با توجیه بیمار در مورد همکار سطح بعدی اعتماد بیمار به وی را جلب نمود.

برای ارجاع، ارایه دهنده خدمت باید نسخه تشخیص درمانی و یا آموزشی تجویز کند و نیز برگه مشاوره تشخیص درمانی و آموزشی را نیز پر کند.

نکته: فرمت نسخه آموزشی و برگه مشاوره به پیوست آمده است.

IV:

در این مرحله ارایه دهنده خدمت ماحصل نیازسنجی را که رفتارهای هدف تشخیصی، درمانی و آموزشی است، در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در محل مربوطه لیست می‌کند.

نکته:

فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در پیوست آورده شده است. ارایه دهنده خدمت باید تمام آیتم‌های آن را در ویزیت خود از بیمار پرکند.

مرحله V :

در این مرحله ارایه دهنده خدمت دو فعالیت انجام می‌دهد :

۴- توضیح در مورد بیماری و رفتارهای هدف : عناوینی که ارایه دهنده خدمت باید در این مرحله به مراجعه کننده در مورد بیماری توضیح دهد به صورت کلمه اختصاری -PSYCO TD طراحی شده است که از حروف اول کلمات زیر به دست می‌آید :

Physiopathology: ارایه دهنده خدمت در مورد فیزیوپاتولوژی و ماهیت بیماری به اختصار صحبت می‌کند.

Symptom: ارایه دهنده خدمت در مورد علائم شایع و مهم (علائم خطر) بیماری به مراجعه کننده گوشزد می‌کند.

Complication: ارایه دهنده خدمت در مورد عوارض احتمالی، علائم آنی و چگونگی پیشگیری از آنها به مراجعه کننده توضیح می‌دهد.

Outcome: ارایه دهنده خدمت در مورد سیر بیماری و پیش آگهی آن به مراجعه کننده توضیح می‌دهد.

Treatment: ارایه دهنده خدمت در مورد انواع درمان‌ها (اعم از جراحی، غیر جراحی، درمانی، علامتی) و فواید و مضرات هر کدام به بیمار توضیح می‌دهد.

Drug: ارایه دهنده خدمت در مورد داروهای مصرفی، کاربرد، دوزاژ، علائم خطر و تداخلات دارویی و عوارض آنها به مراجعه کننده اطلاعات می‌دهد.

Diet: ارایه دهنده خدمت در مورد رژیم غذایی مراجعه کننده و تداخلات دارویی‌اش به مراجعه کننده اطلاعات می‌دهد. و در نهایت ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف برای بیمار را معرفی و توجیه می‌کند.

۵- تصمیم گیری مشارکتی (shared decision making)

در این بخش از برنامه ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف را با توانایی و خواسته‌های بیمار به اشتراک می‌گذارد تا در مورد فهرست نهایی رفتارهای هدف با هم به توافق برسند. ارایه دهنده خدمت تا حد امکان باید فهرست رفتارهای هدف را مطابق با فاکتورهای بیمار، تعدیل کند.

مرحله VII :

اعمال مدیریت مشکل

این مهارت که قبلاً حل مشکل خواننده می‌شد، در واقع راه حل و مشکل گشای تمام مشکلات و موانع می‌باشد و هر جاییکه در طول برنامه مشکل یا اختلافی ایجاد شود، چرخه مدیریت مشکل برقرار می‌شود. آنچه که باید توجه داشت، این است که مدیریت مشکل سیستمی نیست که هر مشکلی را بصورت ایده آل حل کند بلکه برای هر مشکل یا اختلافی، یک راه حل مناسب پیدا می‌کند.

در مدیریت مشکل، مهارت‌های پایه‌ای حل مشکل شامل تعریف و توصیف مشکل، خلق راه حل‌های ممکن، نهادینه کردن و به کارگیری راه حل‌ها و در نهایت ارزشیابی نتایج به مراجعه کننده آموزش داده می‌شود.

مرحله VII :

در این مرحله که قسمتی از مرحله طراحی و نمایی از مرحله اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار مبتنی بر مدل تغییر رفتار است، ارایه دهنده خدمت پنج فعالیت را انجام می‌دهد :

۱- ارایه چک لیست برای خود کنترلی به مراجعه کننده : در این مرحله ارایه دهنده خدمت برای خودکنترلی (Self control) به مراجعه کننده چک لیست ارایه می‌کند. ارایه دهنده خدمت باید در این مورد آموزش دیده باشد.

۲- پیاده کردن مدل تغییر رفتار : در این قدم ارایه دهنده خدمت برای هر کدام از رفتارهای هدف، مدل تغییر رفتار را پیاده می‌کند. توضیح ریز فعالیت‌های پیاده کردن مدل تغییر رفتار در توضیح جداول خدمت آورده شده است.

۳- ارایه برنامه زمانی برای رسیدن به رفتار هدف : در این قسمت ارایه دهنده خدمت باید برای رسیدن به رفتار هدف با مشارکت مراجعه کننده برنامه ریزی کند. ارایه دهندگان خدمت برای برنامه ریزی آموزشی، باید آموزش‌های لازم را دیده باشند.

۴- تحویل و توضیح علائم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری : ارایه دهنده خدمت در انتهای ویزیت، برگه‌ای که حاوی علائم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری می‌باشد را به بیمار تحویل می‌دهد و در مورد موارد آن توضیح می‌دهد. این برگه توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول در هر مرکز با توجه به بیماری‌های شایع آن مرکز تهیه می‌شود.

۵- تحویل کتاب یا جزوه آموزش سلامت به بیمار و توضیح در مورد آن و چگونگی استفاده از آن: این سری کتاب‌ها یا جزوات بصورت استاندارد ترجیحاً توسط اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه

و در سراسر کشور توزیع می‌شود. این کتاب‌ها یا جزوات به عنوان منابعی برای افزایش کارایی هرچه بیشتر برنامه آموزش سلامت به بیمار می‌باشد. این کتاب‌ها یا جزوات شامل کلیات برنامه آموزش سلامت به بیمار، مدل یا مدل‌های تغییر رفتار و اطلاعات ضروری در مورد بیماری که برنامه آموزش سلامت به بیمار برای آن اجرا می‌شود، می‌باشد.

مرحله VIII :

در این مرحله ارایه دهنده خدمت اقدام به ارزشیابی کلی آموزش‌های ارایه شده بصورت شفاهی در همان ویزیت می‌کند. برای این منظور می‌توان از سؤالات زیر بعنوان نمونه استفاده کرد.

- در مورد بیماری خودتان چه چیزهایی یاد گرفتید؟
- علایم خطری که باید در صورت بروز آنها فوری تماس گرفته یا مراجعه کنید، کدام‌ها بودند؟

- قرار شد که داروهای خودتان را چگونه مصرف کنید؟
- با خوردن داروها چه علایمی ممکن است ظاهر شود؟
- قرار شد تا جلسه بعدی چه کارهایی بکنید؟
- اگر مهارتی یاد داده شده است از بیمار بخواهید آنرا انجام دهد: مثل تزریق انسولین، اندازه‌گیری فشار خون.

مرحله IX :

در این مرحله ارایه دهنده خدمت سطح دوم مجموعه آموزش‌هایی که به مراجعه کننده داده است، نتایج ارزشیابی آموزش‌های داده شده و مشکلاتی که با آنها برخورد کرده را به ارایه دهنده خدمت سطح اول گزارش می‌دهد.

نکته: فرمت برگه گزارش کار ارایه دهنده خدمت همکار به پیوست آمده است.

مرحله X :

در این قسمت که مرحله نیازسنجی ارایه دهنده خدمت همکار (سطح دوم) می‌باشد، دو فعالیت انجام می‌شود :

- ۱- ارایه دهنده خدمت همکار نسخه آموزشی و برگه مشاوره ارایه دهنده خدمت سطح اول (ارجاع دهنده) را تحویل می‌گیرد و بررسی می‌کند. اهداف رفتاری فهرست شده توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول بررسی می‌شود.

۲- در این قسمت ارایه دهنده خدمت سطح دوم از مراجعه کننده شرح حال گرفته و ارجاع شده را در سطح خودش معاینه کرده و اگر مواردی در رفتارهای هدف به نظرش لازم رسید که در رفتارهای هدف ارایه دهنده خدمت سطح اول نبود، در گزارش کار به اطلاع ارایه دهنده خدمت سطح اول می‌رساند تا در مورد اجرای آموزش سلامت به بیمار در مورد آن رفتار هدف تصمیم‌گیری شود.

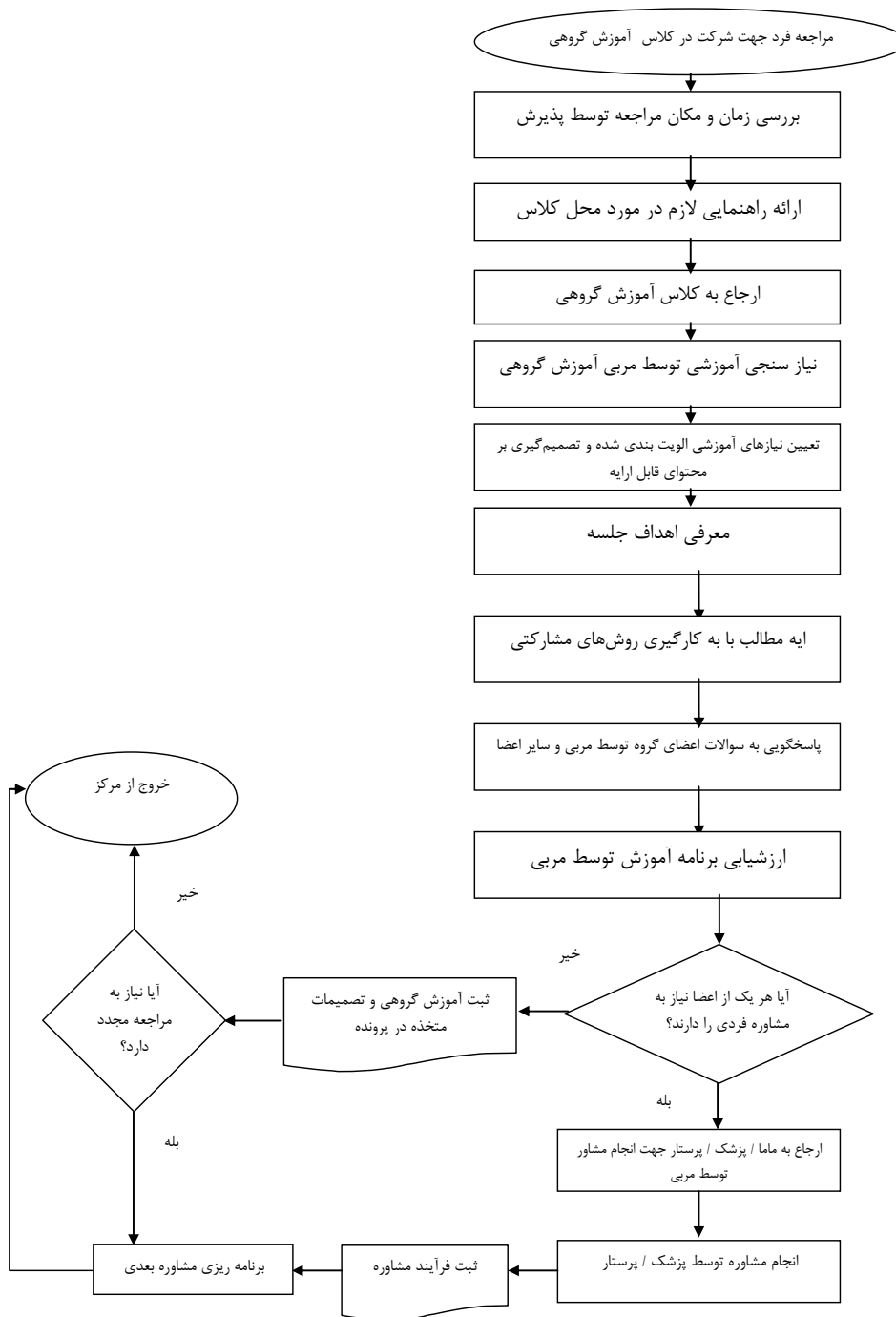
نکته: فرمت نسخه آموزشی، برگه مشاوره به پیوست آمده است.

مرحله XI:

به منظور ارزشیابی برنامه آموزشی ارایه شده در جلسه یا جلسات قبلی، ارایه دهنده خدمت سطح اول هر مرکز برای مرکز خود یک سری فرم‌های ارزشیابی طراحی می‌کند. این فرم‌ها برای بیمارانی که برای پیگیری آموزش سلامت به بیمار مراجعه کرده‌اند، تکمیل می‌شود. ارایه دهنده خدمت سطح اول براساس علم و تجربه و دوره‌های آموزشی آموزش سلامت به بیمار که طی کرده است، برای بیماری‌های شایع در مرکز خود، براساس اینکه (حدوداً) برنامه آموزش سلامت به بیمار در چند ویزیت می‌تواند تکمیل شود، فرم‌های سطح بندی شده ارزشیابی را طراحی می‌کند. در انتهای هر ویزیت براساس آموزش داده شده تا آن مرحله، شماره فرم ارزشیابی جلسه بعد را در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار وارد می‌کند تا در اول جلسه بعد و قبل از ورود نزد پزشک، فرم مذکور توسط منشی به بیمار ارایه و تکمیل شود.

فلوچارت های ریز مرکز بهداشتی درمانی روستایی

شکل - E



خدمت

		(KAP)			
:	✓	:	✓	★	—
%	✓	✓	✓	★	
		✓	✓	/ / ★	
	✓	:	•	✓	
		✓	✓	)	
.		✓	✓	(	
:			✓	✓	
-		✓	✓		
		:	•		
-)		✓	✓		
(-		✓	✓		
		✓	✓		

		(KAP)			
:	-	*	✓		-
	-	*	✓	*	
% 70	-	*	✓	/ / *	
	-	-	*		
	-		✓		
		-	✓		
		-			
	-	-	✓		
		-		*	
:		-	✓		
		-	✓		
	-	-			
	.		()		

[illegible]

		KAP			
%	-	-	✓	/	-
	-	-	/	/	
			✓		
			*		
:	-	-	✓		**
	/	-	✓		
	...	-	✓		
()	-	-	✓		
-		-	✓		
()	/	-			

*,

**,

		(KAP)			
:	-	-		✓	
-	-	-		✓	()
				✓	
:		-	/ /	✓	
		-	.		
		-		✓	
	-	-	() /		
		-		✓	
	-	-		✓	
		-		✓	
.		-		✓	
		-		✓	
				✓	
				✓	
				✓	
				✓	

		(KAP)		
-)	-	:	-	-
			-	-
			-	-
-Y	-		-	-
	-		-	-
:			-	-
-	-		-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-

* / / / :

		(KAP)			
: % - : - %	-	- /	- - -	/	- /

		(KAP)			
;	-	-	-	/ / /	-
-					
		-	-		
			/		
			-		
			()		
			-		

ارایه دهنده خدمت

	✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ () ✓ ✓ ...	) (✓ ✓ ✓ ✓		

	✓	✓	✓	✓	
	✓	✓	✓	✓	
	✓		✓	✓	
			✓	✓	
	✓		✓	✓	
	✓		✓	✓	
				✓	
			✓	✓	
			✓	✓	
				✓	
				✓	
				✓	

	- / / - - - -	• • • •	√ √ √ √ √		/

	-		√		/
	-	-	√		
	-	-	(/ /)		
	-	-	√		
	-	-	√		
	-				

	➤	آشنایی با مفاهیم			
	➤	ارزشیابی-برنامه‌ریزی	-		
	➤	ارزشیابی	-		
	➤		-		
	➤				
	➤				/
	➤				
	➤				
	➤				
	➤		-		
	➤		-		
	➤		-		
	➤		-		
	➤		-		

		شناسایی موارد و محل ارجاع مرتبط با هر بیماری) () (/ /) - -	✓ ✓ ✓ ✓ ✓		/

	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	) ... (	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	/ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	

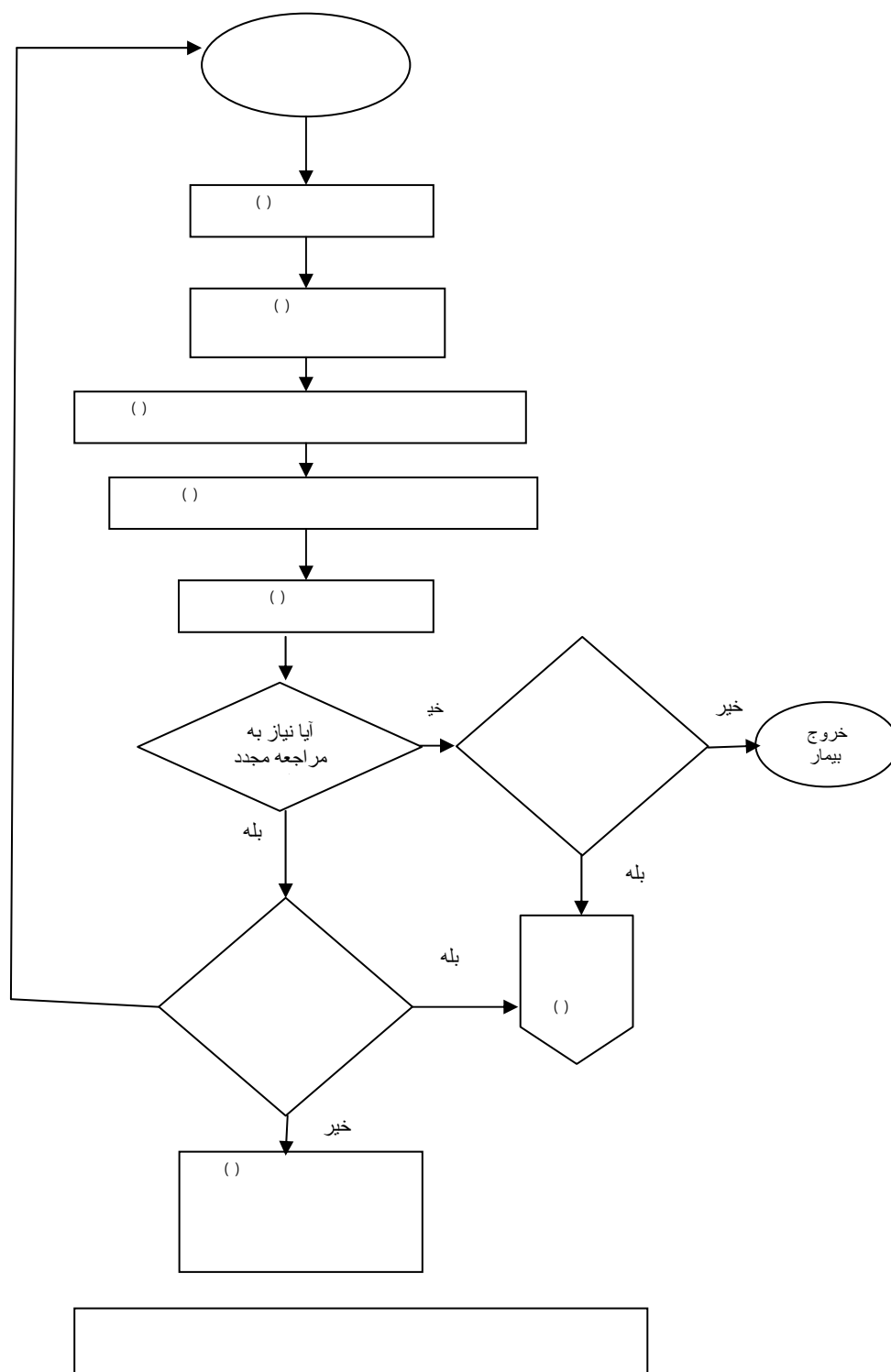
	- - - - -	▼ ▼ ▼ ▼	√ √ √		

		◀ شناسایی موارد و محل ارجح مرتبط با هر بیماری	◀		
	-	)	◀		
		(	◀		
		/ /)	◀		
		(	◀	/ /	
		◀			

[illegible]

مرکز بیمارستانی





فلوچارت های میانی
فرآیند محور نظام جامع آموزش سلامت
به بیمار در موقعیت بیمارستان

راهنمای بکارگیری گردش کار آموزش سلامت به بیمار در موقعیت بیمارستان

- مرحله I: در این مرحله سه فعالیت توسط منشی پذیرش یا پرستار انجام می‌شود.
- ۱ - ارایه جزوه راهنمای بیمارستان مربوطه و توضیح در مورد راهنمای مرکز بهداشتی درمانی، جزوه‌ای است که در تمام مطب‌ها، بیمارستان‌ها مراکز توان بخشی و... باید باشد. این جزوه حاوی اطلاعاتی در موارد زیر می‌باشد:
- الف) مشخصات مرکز: آدرس دقیق، شماره تماس، ساعات کاری، نقشه بیمارستان در شهر و راهنمای داخل مرکز؛
- ب) ارایه دهندگان خدمت: نام و نام خانوادگی، نوع مدرک علمی، محل اخذ مدرک، نوع دوره‌ها و کارگاه‌های گذرانده شده و سابقه کاری.
- ۲ - ارایه فرم نیازسنجی اولیه و توضیح در مورد آن
- فرم نیازسنجی اولیه، فرمی است که در آن اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات پایه مورد نیاز در مورد اجزای مدل تغییر رفتار در مورد بیماری مربوطه اخذ می‌شود (شناخت، علایق، اعتماد به نفس، فشار اجتماعی، نکات حساس به عوامل تقویت کننده و مهارت‌های اولیه و منابع در دسترس خود بیمار) و باورهای بارز^۱
- ۳- ارایه برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری بیمار و توضیح در مورد آن برگه و اهداف آموزش سلامت به بیمار در مورد شکایت اصلی یا بیماری اختصاصی در این برگه، اطلاعات و مهارت‌های اساسی و ضروری که بیمار باید در مورد شکایت اصلی یا بیماری خود در طول برنامه آموزش سلامت به بیمار بداند، موجود است. اگر در طول برنامه آموزشی به آنها اشاره نشود، بیمار می‌تواند در مورد آنها از ارایه دهنده خدمت سؤال کند.
- در این مرحله اگر بیمار و یا همراهانش شرایط مطالعه و یا پرکردن فرم را نداشته باشند، منشی یا پرستار باید در مورد برگه نکات و سؤالات مهم در مورد شکایت اصلی یا بیماری توضیح کاملی دهد و فرم نیازسنجی اولیه را با مصاحبه پرکند.
- مرحله II: فرم نیازسنجی در پیوست آورده شده است.
- مرحله III: در این مرحله پزشک سه فعالیت بر عهده دارد:

^۱ - (salient belief)

»

«

» «

Salient belief .

۱ - درخواست پاراکلینیک در صورت نیاز : در صورتیکه بیمار نیاز به انجام تست‌های پاراکلینیکی داشته باشد، ابتدا پزشک در مورد تست پاراکلینیک مربوطه، لزوم انجام آن و محل آن به بیمار توضیح می‌دهد و سپس اگر انجام تست مستلزم رفتار خاصی باشد، آن رفتار را نیز مثل رفتارهای هدف درمانی و آموزشی در لیست رفتارهای هدف، وارد می‌کند.

۲ - دعوت از اطرافیان بیمار برای حضور بر بالین بیمار در صورت نیاز : در صورتی که ارایه دهنده خدمت به این نتیجه برسد که برای روند تشخیص درمانی یا آموزشی نیاز به همکاری و حضور اطرافیان بیمار می‌باشد، از اطرافیان بیمار می‌خواهد که در ویزیت شرکت کنند. اگر همراه بیمار در بیمارستان باشد، به اتاق ویزیت دعوت می‌شود وگرنه برای جلسه بعد دعوت می‌شود.

نیروهای اجتماعی و انگیزشی در زندگی بیمار، اثرات مهمی بر میزان رعایت توصیه های رفتاری به ویژه در برنامه های درمانی دراز مدت و مواردی که نیازمند تغییر شیوه زندگی است ، برجای می‌گذارند. یکی از آنها استفاده از منابع مؤثر حمایت اجتماعی مانند اطرافیان، خانواده یا دوستان است. اگر این افراد در قبال برنامه توصیه شده به بیمار ، احساس تعهد نمایند، می‌توانند با نشان دادن نگرش مثبت درباره کارهای درمانی او را به پیروی از توصیه های پزشک تشویق کنند .

۳ - ارجاع به ارایه دهنده خدمت همکار برای آموزش گروهی و یا موقعیت‌های دیگر در صورت نیاز: اگر ارایه دهنده خدمت با توجه به نیازسنجی انجام شده برای ادامه روند تشخیص درمانی و یا آموزش نیاز به استفاده از ارایه دهنده خدمت همکار داشته باشد، بیمار را بعد از اتمام ویزیت به ایشان ارجاع می‌کند.

ارایه دهنده خدمت همکار ممکن است در همان بیمارستان یا در بیمارستان یا مرکز آموزشی دیگر شد و یا در موقعیت دیگری باشد. در هر حال باید برای ارجاع بیمار، ابتدا بیمار را از علت ارجاع و محل ارجاع آگاه کرد . به عبارت دیگر باید با توجه بیمار در مورد فرد ارایه دهنده خدمت همکار، اعتماد بیمار را به وی جلب نمود.

برای ارجاع، ارایه دهنده خدمت نسخه تشخیص درمانی و یا آموزشی تجویزی کند و نیز برگه مشاوره تشخیص درمانی و آموزشی را نیز پر می‌کند.

نکته: فرمت نسخه آموزشی و برگه مشاوره به پیوست آمده است.

حمایت اجتماعی مؤثر ، گاه از گروه‌های خودیار، گروه بیماران و سازمان هایی که برای کمک به بیماری‌های خاص تشکیل شده اند ، ناشی شود. این گروه‌ها و سازمان ها می‌توانند اطلاعات

و کمک در اختیار گذارند، احساسی از رضایت و تعلق فراهم آورند و حس احترام را در فرد تقویت کنند. به همین دلیل ارجاع به این گروه‌ها بسیار مهم است.

IV: در این مرحله ارایه دهنده خدمت ماحصل نیازسنجی را که رفتارهای هدف تشخیصی، درمانی و آموزشی است، در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در محل مربوطه لیست می‌کند.

نکته: فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار در پیوست آورده شده است. ارایه دهنده خدمت باید تمام موارد آن را در ویزیت خود از بیمار پر کند.

مرحله V: در این مرحله ارایه دهنده خدمت دو فعالیت انجام می‌دهد:

۶- توضیح در مورد بیماری و رفتارهای هدف: عناوینی که ارایه دهنده خدمت باید در این مرحله به مراجعه کننده در مورد بیماری توضیح دهد به صورت کلمه اختصاری -PSYCO-TD طراحی شده است که از حروف اول کلمات زیر به دست می‌آید:

Physiopathology: ارایه دهنده خدمت در مورد فیزیوپاتولوژی و ماهیت بیماری به اختصار صحبت می‌کند.

Symptom: ارایه دهنده خدمت در مورد علایم شایع و مهم (علایم خطر) به بیمار گوشزد می‌کند.

Complication: ارایه دهنده خدمت در مورد عوارض احتمالی، علایم فوری و چگونگی پیشگیری از آنها به بیمار توضیح می‌دهد.

Outcome: ارایه دهنده خدمت در مورد سیر بیماری و پیش آگهی آن به بیمار توضیح می‌دهد.

Treatment: ارایه دهنده خدمت در مورد انواع درمان‌ها (اعم از جراحی، غیر جراحی، درمانی، علامتی) و فواید و مضرات هر کدام به بیمار توضیح می‌دهد.

Drug: ارایه دهنده خدمت در مورد داروهای مصرفی، کاربرد، دوزاژ، علایم خطر و تداخلات دارویی و عوارض آنها به بیمار اطلاعات می‌دهد.

Diet: ارایه دهنده خدمت در مورد رژیم غذایی بیمار و تداخلات دارویی‌اش به بیمار اطلاعات می‌دهد و در نهایت ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف برای بیمار را معرفی و توجیه کند.

۷- تصمیم‌گیری مشارکتی: در این بخش از برنامه ارایه دهنده خدمت فهرست رفتارهای هدف را با توانایی و خواسته‌های بیمار به اشتراک می‌گذارد تا در مورد فهرست نهایی رفتارهای

هدف با هم به توافق برسند. ارایه دهنده خدمت تا حد امکان باید فهرست رفتارهای هدف را مطابق با فاکتورهای بیمار، تعدیل کند.

مرحله VII : اعمال فرآیند مدیریت مشکل: این مهارت که قبلاً فرآیند حل مشکل خوانده می‌شد، در واقع راه حل و مشکل گشای تمام مشکلات و موانع می‌باشد و هر جایی که در طول برنامه مشکل یا اختلافی ایجاد شود، فرآیند مدیریت مشکل برقرار می‌شود. آنچه که باید توجه داشت، این است که این فرآیند نظامی نیست که هر مشکلی را به صورت ایده آل حل کند بلکه برای هر مشکل یا اختلافی، یک راه حل مناسب پیدا می‌کند.

در مدیریت مشکل، مهارت‌های پایه‌ای حل مشکل شامل تعریف و توصیف مشکل، خلق راه حل‌های ممکن، نهادینه کردن و به کارگیری راه حل‌ها و در نهایت ارزشیابی نتایج به مراجعه کننده آموزش داده می‌شود.

مرحله VII : در این مرحله که قسمتی از مرحله طراحی و نمایی از مرحله اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار مبتنی بر مدل تغییر رفتار است، ارایه دهنده خدمت پنج فعالیت را انجام می‌دهد:

۱- ارایه چک لیست برای خود کنترلی به بیمار : در این مرحله ارایه دهنده خدمت برای خودکنترلی (Self control) به بیمار چک لیست ارایه می‌کند. ارایه دهنده خدمت باید در این مورد آموزش دیده باشد. در این مرحله بیمار، تاریخچه‌ای از بیماری خود و تاریخچه کتبی از فعالیت‌های توصیه شده پزشک مانند غذاهایی را که هر روز می‌خورد، ثبت کرده و نگه می‌دارد.

۲- پیاده کردن مدل تغییر رفتار : در این قدم ارایه دهنده خدمت برای هر کدام از رفتارهای هدف مدل تغییر رفتار را پیاده می‌کند. توضیح ریز فعالیت‌های پیاده کردن مدل تغییر رفتار در توضیح جداول خدمت آورده شده است.

اطلاعات بالینی از جمله دستورالعمل‌های مصرف دارو، توصیه‌های قبل و بعد از اعمال جراحی و فرآیندهای مربوط به اخذ توافق آگاهانه از بیمار در بیمارستان باید با استفاده از فرصت‌های مختلف آموزش سلامت به بیمار در بیمارستان اجرا گردند این فرصت‌ها شامل:

۱. استفاده از سیستم‌های مدار بسته تلویزیونی در اتاق بیماران بستری و فیلم‌های ویدیویی یا دیسک فشرده مربوط به هر بیماری با تجویز پزشک بر اساس نیاز آموزشی تعیین شده ؛
۲. شرکت در کلاس‌های گروهی بیمار در بیمارستان و استفاده از روش‌های ایفای نقش و نمایش عملی در گروه؛

۳. انجام مشاوره های چهره به چهره توسط متخصصین مرتبط (متخصص آموزش سلامت ، پرستار تغذیه ، فیزیوتراپ ، بیهوشی ، جراح، ماما)
۴. ارایه جزوات ونقشه های مراقبت و چک لیست های خود کنترلی ؛
۵. شرکت در گروه های خود یار مرتبط با بیماری های مزمن و خاص در بیمارستان حتی بعد از ترخیص بیمار ؛
۶. استفاده از وسایل کمک آموزشی و سمعی وبصری نیز از ضروریات در بیمارستان ها می باشد.
- ۳- ارایه برنامه زمانی برای رسیدن به رفتار هدف : در این قسمت ارایه دهنده خدمت باید برای رسیدن به رفتار هدف با مشارکت بیمار برنامه ریزی کند.
- در این قسمت پزشک باید از روش های زیر برای عرضه اطلاعات پزشکی به بیمار استفاده نماید:
- ✓ ساده تر کردن آموزش های شفاهی با استفاده از کلمات ساده ، روشن ، زبان های محاوره ای وجمله های قابل فهم بیمار ؛
- ✓ به کارگیری بیان دقیق وصریح مثلاً«شما بایددرهفته اول هر روز یک کیلومتر و پس از آن هر روز دو کیلومتر راه بروید» نه اینکه « شما باید هرروز ورزش کنید » ؛
- ✓ تقسیم برنامه های درمانی طولانی مدت به اجزای کوچکتر تا بیماران کار با جزیی از آن آغاز را کنند و بعدها قسمت های دیگر را برآن بیفرایند .برنامه درمان باید شامل هدف های کوچک باشد تا بیماران باورشان شود که قادرند به هدف های تعیین شده ، دست یابند؛
- ✓ تأکید بر اطلاعات کلیدی با توضیح دادن اهمیت موضوع و تأکید بر آن در آغاز محاوره آموزشی؛
- ✓ استفاده از دستورهای کتبی ساده ؛
- ✓ دریافت اقرار صحیح از بیمار در زمینه رعایت رفتار توصیه شده ؛
- ✓ عقد قرارداد رفتاری که در آن بیمار و ارایه دهنده خدمت با یکدیگر مذاکره نموده ، فعالیت ها و هدف ها را برای درمان مشخص سازند و بر روی کاغذ آورده و معین می کنند که اجرای هر کدام از آنها چه پاداش هایی را در بر خواهدداشت .
- مهمترین امتیاز این روش ها آن است که بیمار را در طراحی واجرای برنامه درمانی خویش به موجودی فعال بدل می کند.
- ۴- تحویل و توضیح علایم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری: ارایه دهنده خدمت در انتهای ملاقات ، برگه ای که حاوی علایم هشدار برای تماس یا مراجعه فوری می باشد را به بیمار

تحويل می‌دهد و در مورد موارد آن توضیح می‌دهد. این برگه توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول در بیمارستان با توجه به انواع احتمالی بیماران بستری در بیمارستان تهیه می‌گردد؛ ۵- کتاب یا نقشه مراقبت از خود در منزل تحويل و در مورد آن و چگونگی استفاده از آن برای بیمار توضیح داده می‌شود: این سری کتاب‌ها یا جزوات بصورت استاندارد ترجیحاً توسط اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با کمک وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تهیه و در سراسر کشور توزیع می‌شود. این کتاب‌ها یا جزوات به عنوان منابعی برای افزایش کارایی هرچه بیشتر برنامه آموزش سلامت به بیمار می‌باشد. این کتاب‌ها یا جزوات شامل کلیات برنامه آموزش سلامت به بیمار، مدل یا مدل‌های تغییر رفتار و اطلاعات ضروری در مورد بیماری که برنامه آموزش سلامت به بیمار برای آن اجرا می‌شود، می‌باشد. مرحله VIII: در این مرحله ارایه دهنده خدمت اقدام به ارزشیابی کلی آموزش‌های ارایه شده به صورت شفاهی در همان ملاقات می‌کند. برای این منظور می‌توان از سؤالات زیر به عنوان نمونه استفاده کرد:

- در مورد بیماری خودتان چه چیزهایی یاد گرفتید؟
- علائم خطری که باید در صورت بروز آنها فوری تماس گرفته یا مراجعه کنید، کدام‌ها بودند؟
- قرار شد که داروهای خودتان را چطور مصرف کنید؟
- با خوردن داروها چه علائمی ممکن است ظاهر شود؟
- قرار شد تا جلسه بعدی چه کارهایی بکنید؟
- اگر مهارتی یاد داده شده است از بیمار بخواهید آن را انجام دهد: مثل تزریق انسولین، اندازه‌گیری فشار خون.

مرحله IX: در این مرحله ارایه دهنده خدمت سطح دوم مجموعه آموزش‌هایی که به بیمار داده است نتایج ارزشیابی آموزش‌های داده شده و مشکلاتی که با آنها برخورد کرده است را به ارایه دهنده خدمت سطح اول گزارش می‌دهد.

نکته: فرمت برگه گزارش کار ارایه دهنده خدمت همکار به پیوست آمده است.

در پایان ذکر این نکته بسیار ضروری است که فعالیتهای آموزش سلامت به بیمار در داخل وخارج بیمارستان باید به نحوی کنار هم قرار گیرند که تداوم واستمرار مراقبت حفظ شود و همچنین باید از استانداردهای کیفیت یکسانی برخوردار باشند.

مرحله X: در این قسمت که مرحله نیازسنجی ارایه دهنده خدمت همکار (سطح دوم) می‌باشد، دو فعالیت انجام می‌شود:

۱- رایاه دهنده خدمت همکار نسخه آموزشی و برگه مشاوره رایاه دهنده خدمت سطح اول (ارجاع دهنده) را تحویل می‌گیرد و بررسی می‌کند. اهداف رفتاری فهرست شده توسط رایاه دهنده خدمت سطح اول بررسی می‌شود.

۲- در این قسمت رایاه دهنده خدمت سطح دوم از بیمار شرح حال گرفته و ارجاع شده را در سطح خودش معاینه کرده و اگر مواردی در رفتارهای هدف به نظرش لازم رسید که در رفتارهای هدف رایاه دهنده خدمت سطح اول نبود، در گزارش کار به اطلاع رایاه دهنده خدمت سطح اول می‌رساند تا در مورد اجرای آموزش سلامت به بیمار در مورد آن رفتار هدف تصمیم‌گیری شود.

نکته: فرمت نسخه آموزشی، برگه مشاوره به پیوست آمده است.

مرحله XI: به منظور ارزشیابی برنامه آموزشی رایاه شده در جلسه یا جلسات قبلی، رایاه دهنده خدمت سطح اول هر بیمارستان یک سری فرم‌های ارزشیابی طراحی می‌کند. این فرم‌ها برای بیماران در مرحله ترخیص، تکمیل می‌شود. رایاه دهنده خدمت سطح اول براساس علم و تجربه و دوره‌های آموزشی آموزش سلامت به بیمار که طی کرده است، برای بیماری‌های شایع بیمارستان، براساس اینکه (حدوداً) برنامه آموزش سلامت به بیمار در چند ویزیت می‌تواند تکمیل شود، فرم‌های سطح بندی شده ارزشیابی را طراحی می‌کند. در انتهای هر ویزیت، بر اساس آموزش داده شده تا آن مرحله پزشک شماره فرم ارزشیابی جلسه بعد را در فرم مخصوص آموزش سلامت به بیمار وارد می‌کند تا در آغاز جلسه بعد و قبل از ورود بیمار نزد پزشک، فرم مذکور توسط منشی به بیمار رایاه و تکمیل شود.

خدمت

		(KAP)			
: % . : - -) (-	✓ ✓	: ✓ ✓ : • ✓ ✓ ✓ : • ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓) (✓	★ ★ / ★	-

		(KAP)			
:	-	*	✓		-
	-	*	✓	*	
%	-	*	✓	*	
	-	-	*	/ /	
	-	-	✓	/	
		-	✓		
:	-	-	✓		
		-	✓	*	
		-	✓		
	-	-	✓		
		-			
			()		

★ -

Interested-party analysis

		KAP			
%	-	-	✓	/	-
	-	-	/	/	
	-		✓	/	
:	...		*		**
-	/	-	✓		
)	-	-	✓		
(		-	)		
-		-	(		
()		-	)		
			(		
			✓		

.

*

.

**

		KAP			
:	-	□		✓	
-	-	□		✓	
				✓	
				✓	/
:			/ /	✓	()
		□	.	✓	
	-	-	() /	✓	
		-		✓	
		-		✓	
.	-	-		✓	
		-		✓	
		-		✓	
				✓	

		(KAP)			
:	-	✓	:	/ /	-
% -	-	✓	-	/	
% -	-	✓	-		
.		✓	-		
% -	)		-		
.	(	✓	-		
:			-		
-			-		

		(KAP)			
: % - . : - % .	-	/ -	- - -	/ /	-

		(KAP)			
:	-	-	-	/ /	-
-		-	-		
	-		/		
	-		-		
	-		()		
	-		-		
	-				

فصل ششم

خدمات پشتیبان

و

سیاست گذاری

سیاستگذاری پشتیبان برای حمایت از برنامه آموزش سلامت به بیماران

-	◀	▶ ▶ ▶ () ▶	▶	.
-				

◀	◀	-	◀	.
◀	-	(accreditation)	-	(/)
			-	
			-	
			-	

-	◀ -	- - - - -	) (- - -	.

- ()	(Original)	(Advocacy) ()	(secondary legislative)	.
		◀ ◀ ◀	◀	

◀	)	◀	◀	.
	(			
		▶		
		▶		

◀ ◀ ◀	◀ ◀	) (	◀	.

◀ ◀	◀		◀ ◀ ◀	

	▲ ▲	▲	▲ ▲ ▲	.

▶ ▶	▶ ▶		▶ ▶ ▶	IT

خدمات پشتیبان برای حمایت از ارایه دهنده گان خدمات آموزش سلامت به بیماران

نام خدمت پشتیبان	ارایه دهنده	منابع	فعاليتها	شاخص
۱. آموزش مراقبان سلامت در مورد مهارت های برقراری ارتباط، تصمیم گیری، حل مساله، تعیین مرحله تغییر، سنجش سطح سلامت (نیازسنجی سلامت) ، نیازسنجی آموزشی و ارزشیابی	• اداره ارتباطات و آموزش سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی • دبیرخانه آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور • دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور	• کوریکولوم آموزش مراقبان سلامت در مورد هریک از مهارت های ذکر شده • حمایت های قانونی و آیین نامه های وزارتی • مدرسان و مربیان آموزش دیده و ماهر	• برگزاری دوره های آموزش مداوم و حین خدمت برای هر یک گروه های مراقبان سلامت • تایید مهارت مراقبان سلامت برای در مورد برنامه های آموزشی ذکر شده و ارایه گواهی مهارت. • تهیه محتوای آموزشی متناسب بر هر یک گروه های ارایه دهنده خدمات سلامت در زمینه مهارت های ذکر شده.	• وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی مصوب • نسبت مراقبان سلامت دارای گواهی مهارت در زمینه های آموزشی ذکر شده به کل مراقبان سلامت کشور در هر سال. • تعداد دوره های آموزش مداوم برگزار شده در زمینه مهارت های برنامه برای هر یک از گروه های مراقبان سلامت نسبت به کل افراد آن گروه از مراقبان سلامت در هر سال.

نام خدمت پشتیبان	ارایه دهنده	منابع	فعالیتها	شاخص
۲. آموزش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی در مورد مهارت‌های برقراری ارتباط، تصمیم‌گیری، حل مساله، تعیین مرحله تغییر، سنجش سطح سلامت (نیازسنجی سلامت) ، نیازسنجی آموزشی و ارزشیابی	• دبیرخانه‌های آموزش رشته های مختلف علوم پزشکی • دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور • اداره ارتباطات و آموزش سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	• کوریکولوم آموزش دانشجویان در مورد هریک از مهارت‌های ذکر شده • حمایت‌های قانونی و آیین‌نامه‌های وزارتی • مدرسان و مربیان آموزش دیده و ماهر	• برگزاری دوره های آموزش مداوم و حین خدمت برای هر یک گروه‌های دانشجویان • تایید دانشجویان سلامت برای در مورد برنامه‌های آموزشی ذکر شده و ارایه گواهی مهارت. • تهیه محتوای آموزشی متناسب بر هر یک گروه‌های دانشجویان در زمینه مهارت‌های ذکر شده..	• وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی مصوب • نسبت دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ارایه دهنده واحدهای درسی مربوطه به کل مراکز دانشگاهی علوم پزشکی کشور در هر سال. • نسبت تعداد مدرسان و مربیان آموزش مهارت‌های در هر رشته تحصیلی نسبت به کل تعداد دانشجویان آن رشته در هر مرکز در هر سال.

نام خدمت پشتیبان	ارایه دهنده	منابع	فعالیتها	شاخص
۳. آموزش مراقبان سلامت در مورد تهیه رسانه های آموزشی، تکنولوژی آموزشی، طراحی پرسشنامه های نیازسنجی، ارزشیابی و مستند سازی اطلاعات بیماران مثل مهارت طراحی پرونده های سلامتی برای گروه های خاص بیماران	• اداره ارتباطات و آموزش سلامت. - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی • دبیرخانه آموزش مداوم جامعه پزشکی کشور • دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور	• کوریکولوم آموزش مراقبان سلامت در مورد هریک از مهارت های ذکر شده • حمایت های قانونی و آیین نامه های وزارتی • مدرسان و مربیان آموزش دیده و ماهر	• برگزاری دوره های آموزش مداوم و حین خدمت برای هر یک گروه های مراقبان سلامت • تایید مهارت مراقبان سلامت برای در مورد برنامه های آموزشی ذکر شده و ارایه گواهی مهارت. • تهیه محتوای آموزشی متناسب بر هر یک گروه های ارایه دهنده خدمات سلامت در زمینه مهارت های ذکر شده. • تهیه رسانه های آموزشی متناسب برای هر یک گروه ها • اجرای برنامه های آموزشی دوره ای برای هر یک از گروه ها	• وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی مصوب • نسبت مراقبان سلامت دارای گواهی مهارت در زمینه های آموزشی ذکر شده به کل مراقبان سلامت کشور در هر سال. • تعداد دوره های آموزش مداوم برگزار شده در زمینه مهارت های برنامه برای هر یک از گروه های مراقبان سلامت نسبت به کل افراد آن گروه از مراقبان سلامت در هر سال.

نام خدمت پشتیبان	ارایه دهنده	منابع	فعاليتها	شاخص
۴. آموزش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی در مورد تهیه رسانه‌های آموزشی، تکنولوژی آموزشی، طراحی پرسشنامه‌های نیازسنجی، ارزشیابی و مستند سازی اطلاعات بیماران مثل مهارت طراحی پرونده‌های سلامتی برای گروههای خاص بیماران	• اداره ارتباطات و آموزش سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی • دبیرخانه‌های آموزش رشته‌های مختلف علوم پزشکی • دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور	• کوریکولوم آموزش دانشجویان در مورد هریک از مهارت‌های ذکر شده • حمایت‌های قانونی و آیین‌نامه‌های وزارتی • مدرسان و مربیان آموزش دیده و ماهر	• برگزاری دوره های آموزش مداوم و حین خدمت برای هر یک گروههای دانشجویان • تایید دانشجویان سلامت برای در مورد برنامه‌های آموزشی ذکر شده و ارایه گواهی مهارت. • تهیه محتوای آموزشی متناسب بر هر یک گروه‌های دانشجویان در زمینه مهارت‌های ذکر شده.	• وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی مصوب • نسبت دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ارایه دهنده واحدهای درسی مربوطه به کل مراکز دانشگاهی علوم پزشکی کشور در هر سال. • نسبت تعداد مدرسان و مربیان آموزش مهارت‌های در هر رشته تحصیلی نسبت به کل تعداد دانشجویان آن رشته در هر مرکز در هر سال.

[illegible]

• • •) (...	() • • • • •	• •	• • •	

		(planning)		
		(organization)		
		(staffing)		
		(directing)		
		(communication)		
		(budgeting &funding)		

•	•	•	•	
		•	•	
	•		•	
•			•	
	•			
	)			
	()			

خدمات پشتیبان برای تهیه مواد و امکانات ارائه خدمات آموزش سلامت به بیماران

•	•	•	•	.
•				•
	•	•		•
			-	•
				•

				) WHO WHO .(

•	• • • • (• • • • • •	• •	• •	•) (• •

• •	• •	•	• • • • - • • •	

لیست پژوهش‌های لازم برای بومی نمودن بسته خدمتی

الف- برقراری ارتباط

۱. نیازسنجی آموزشی مراقبان سلامت برای کسب مهارت‌های برقراری ارتباط مناسب با بیماران
۲. تدوین استانداردهای برقراری ارتباط مناسب با مراجعین در کشور
۳. طراحی بسته خدمتی مهارت‌آموزی مراقبان سلامت برای برقراری ارتباط مناسب با مراجعین
۴. طراحی نظام پایش و ارزشیابی در مورد خدمت برقراری ارتباط مناسب با مراجعین.

ب. پذیرش و نیازسنجی

- ۱- تهیه پرسشنامه سنجش سطح آگاهی و نگرش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در مورد آموزش سلامت به بیمار و مبانی آن و استاندارد کردن پرسشنامه
- ۲- تهیه پرسشنامه نیازسنجی آموزشی مبتنی بر مدل تغییر رفتار مراجعین یا استاندارد کردن تست‌های موجود در کشورهای دیگر
- ۳- تهیه پرسشنامه استاندارد سنجش سواد بهداشتی بیماران و تعیین مرحله تغییر
- ۴- بررسی دانش و نگرش و مهارت مراقبان سلامت در مورد مدل‌های تغییر رفتار، روش‌های سنجش اجزای آنها و تصمیم‌گیری برای تغییر رفتار بیماران مبتنی بر آنها
- ۵- طراحی بسته خدمتی مهارت‌آموزی نیازسنجی
- ۶- طراحی استانداردهای خدمت در نیازسنجی
- ۷- طراحی نظام ارزشیابی در نیازسنجی

ج- طراحی برنامه آموزشی

- ۱- بررسی دانش و نگرش و مهارت مراقبان سلامت در مورد روش‌های طراحی برنامه‌های آموزشی
- ۲- بررسی میزان دانش و نگرش مراقبان سلامت در زمینه تصمیم‌گیری مشارکتی و توجه به نیازها و حق بیمار در انتخاب روش مراقبت مورد نیاز آنها

۳- طراحی بسته خدمتی و کوریکولوم آموزشی مهارت آموزی مراقبان سلامت برای طراحی برنامه‌های آموزشی

د- ارایه مواد آموزشی مناسب سطح سواد سلامتی مراجع

- ۱- تعیین استانداردهای کیفی رسانه‌های آموزش سلامت
- ۲- تعیین استانداردهای مربوط به سطح‌بندی رسانه‌های آموزش سلامت از نظر قابلیت خواندن و نیازهای سواد
- ۳- تعیین متوسط سطح سواد سلامتی مراجعین و ارایه نتایج آن به تولید کنندگان مواد آموزشی

- ۴- ارزشیابی خارجی رسانه‌های آموزش سلامت و معرفی رسانه‌های برتر
- ۵- بررسی میزان تناسب رسانه‌های تولید شده با متوسط سطح سواد سلامتی مراجعین
- ۶- بررسی آگاهی و نگرش مربیان خودمراقبتی و دیگر پرسنل بهداشتی نسبت به سواد سلامتی

ه. پژوهش‌های کلی برای پیاده‌سازی بسته خدمتی

- ۱- پژوهش‌های ملی در مورد امکان‌سنجی و بررسی وضعیت آموزش سلامت به بیمار
- ۲- تدوین معیار یا معیارهای مربوط به اجرای برنامه آموزش سلامت به بیمار در اعتباربخشی و نظارت مراکز ارایه دهنده مراقبت‌های سلامت
- ۳- مطالعات بررسی وضعیت و امکان‌سنجی توسعه مشارکت مردمی در استقرار نظام جامع آموزش سلامت به بیماران
- ۴- پژوهش‌های مروری یا اصلی (Original) در زمینه زمان منطقی ویزیت، تعرفه‌های ویزیت و تأثیر ارایه بسته خدمتی آموزش سلامت به بیمار بر زمان و تعرفه‌های مزبور
- ۵- پژوهش در خصوص هزینه-اثربخشی برنامه آموزش سلامت به بیماران برای دولت و پوشش بیمه‌ای آن برای بیمه‌های سلامت‌نگر
- ۶- پژوهش در خصوص هزینه-اثربخشی برنامه آموزش سلامت به بیمار برای دولت
- ۷- بررسی آگاهی و نگرش پرسنل بخش سلامت در زمینه آموزش سلامت به بیماران

- ۸- بررسی تأثیر نگرش مثبت مراقبان سلامت در بهبود عملکرد آنها و افزایش میزان تعهد به آموزش سلامت به بیماران در مراجعان
- ۹- بررسی آگاهی و نگرش بیماران در زمینه آموزش سلامت به آنها
- ۱۰- بررسی آگاهی و نگرش مسوولین و سیاستگذاران در زمینه آموزش سلامت به بیماران
- ۱۱- تحلیل وضعیت رایه خدمات آموزش سلامت به بیماران در نظام فعلی رایه خدمات بهداشتی درمانی کشور
- ۱۲- بررسی هزینه اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران در کشور
- ۱۳- امکان‌سنجی پرداخت از طریق بیمه برای خدمات آموزش سلامت به بیماران
- ۱۴- انجام پژوهش برای بررسی نیازهای آموزشی گیرندگان خدمات

قوانین و دیدگاه‌های چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در حمایت از رویکرد ارتقای سلامت و توانمندسازی مردم (از جمله بیماران) برای مراقبت از سلامت خود.

فرازهایی از چشم‌انداز ۲۰ ساله در حوزه توجه برنامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی

ویژگی‌های جامعه مطلوب در چشم‌انداز توسعه ایران:

- **جامعه‌ای متکی بر اصول اخلاقی و ارزش‌های دینی، ملی، انقلابی و متکی بر مردم**
سالاری دینی همراه با پاسداری از آزادی‌های مشروع و حقوق انسانی و مدنی.
- **ایرانی امن، مستقل، مقتدر، همراه با تقویت سامان دفاعی مبتنی بر بازدارندگی مثبت و پیوستگی مردم و حکومت.**
- **کشوری دست‌یافته به جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در مقیاس منطقه‌ای، توسعه یافته همراه با رشد پرشتاب علمی، کاهش نرخ بیکاری و ارتقاء سطح و کیفیت زندگی مردم.**

- **جامعه‌ای متعادل** از هر نظر، برخوردار از سلامت و بهره‌مند از عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی پویا و کارآمد، فرصت‌های برابر، رفع فقر، فساد و تبعیض و استواری نهاد خانواده.
- **جامعه‌ای فعال**، مؤثر، مسئولیت‌پذیر، دین‌باور، رضایت‌مند و علاقمند به نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن.
- **جامعه‌ای برخوردار** از روابط گسترش‌یافته در تعامل با جهان مبتنی بر منافع ملی و اصول «حکمت، عزت و مصلحت».
- **جامعه‌ای سالم** و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.

گزیده سیاست‌های کلی نظام در دوره چشم‌انداز:

- ۲) ایجاد جامعه‌ای سالم، اخلاقی، مبتنی بر ارزش‌های اسلامی، فرهنگ مدار و شهروندانی آگاه، عزتمند و برخوردار از ملاک‌های درستکاری و احساس رضایتمندی.
- ۹) تضمین حقوق مدنی و انسانی و دسترسی به فرصت‌های برابر برای افراد جامعه و احترام به نهادینه شدن حقوق معنوی افراد.
- ۱۰) توسعه و تجهیز منابع انسانی آگاه، انعطاف‌پذیر و ماهر با قابلیت‌های مشارکت و فعالیت در فضای نوین رقابتی و نوآوری و در حال تغییر.
- ۱۲) بهبود کیفیت زندگی، سلامت، امنیت غذایی، تربیت بدنی، رفع فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر و تحقق عدالت اجتماعی.
- ۱۳) بهبود ساختار سیاسی، قضایی و ایجاد محیط حقوقی مناسب برای توسعه کشور.
- ۱۷) تغییر نقش و اندازه دولت به سطح دولتی سیاستگذار، تسهیل‌کننده، کارآفرین و کوچک.
- ۱۸) تأمین حقوق قانونی اقوام و اقلیت‌ها مصرح در قانون اساسی در چارچوب همگرایی و تقویت وفاق ملی.
- ۲۲) تعمیم عدالت از طریق توسعه قضایی به منظور دستیابی آحاد جامعه به حقوق شهروندی.

- ۲۳) توسعه قانونگرایی، تقویت انضباط اجتماعی و وجدان کار.
- ۲۴) توجه به نیازها و ضرورت های جوانان و فراهم کردن شرایط مناسب برای مشارکت آنها در فعالیت های اجتماعی و حمایت از استعداد های درخشان.
- ۲۵) تقویت مبانی جامعه مدنی، مشارکت همگانی، اخلاق و روحیه کار گروهی و سازگاری رقابت پذیری در کلیه روابط اجتماعی و سیاسی.
- فرازهایی از برنامه چهارم توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور**
- فصل هفتم - ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی**

ماده ۸۴

دولت موظف است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاستگذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام های ذیل را به عمل آورد:

الف- تشکیل " شورای عالی سلامت و امنیت غذایی " با ادغام " شورای غذا و تغذیه " و شورای عالی سلامت " پس از طی مراحل قانونی.

ب- تهیه و اجرای برنامه های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه. سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و دستگاه های اجرایی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه جامع یاد شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.

ماده ۸۵

دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل ، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده ها و راههای مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم
- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی.
- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.

- ارتقای طرح ایمنی وسائط نقلیه موتوری واعمال استانداردهای مهندسی انسانی وایمنی لازم.

- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده های هوای، آب، خاک، محصولات کشاورزی ودامی، و تعریف مصادیق، میزان ونحوه تعیین ووصول عوارض وجرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.

ماده ۸۶

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه های ذیربط مکلفاند تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیانهای فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری های روانی معمول دارد.

ماده ۸۷

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده های پزشکی و دارویی ارایه نماید، به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

ماده ۸۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی درمانی کشور، اقدام های ذیل را انجام دهد :

الف- تدوین، نظارت وارزشیابی استانداردها و شاخصهای بهبود کیفیت وخدمات واصلاح رتبه بندی بیمارستانها، براساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی.

ب- مشتری مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی، از طریق اصلاح فرآیندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله: اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی).

ج- اداره بیمارستانهای پیشنهادی دانشگاههای علوم پزشکی، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آنها در چارچوب تعرفه های مصوب.

د- تفکیک بیمارستانها، از نظرتخته‌های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخصای اعتباری نیروی انسانی و براساس آن.

ه- طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

ماده ۸۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارایه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی درمانی کشور را مبتنی بر سطح بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارایه خدمات، مطابق با سطح بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً، با تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران امکانپذیر خواهد بود.

در خصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار (H.S.E) طبق مقررات اختصاصی مربوطه عمل خواهد شد.

تبصره- مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می گردد، نمی باشد.

ماده ۹۰

به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که "شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم" به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه های سلامت حداکثر از

سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیئت وزیران ارایه نماید.

ماده ۹۱

به منظور افزایش اثربخشی نظام ارایه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

- الف- کلیه شرکت‌های بیمه و تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارایه خدمات بیمه پایه و مکمل می باشند
- ب- تا پایان برنامه چهارم شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.
- ج- به منظور تعمیم عدالت در بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستائیان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می شود.
- د- کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه نامه برای پوشش حوادث و بیماریهای احتمالی در مدت اقامت در ایران می باشند.
- ه- تأمین اعتبارات بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد.
- و- آیین نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

فصل هشتم- ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

ماده ۹۵

دولت مکلف است، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه‌های پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و همچنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست‌های ذیل اقدام نماید :

الف- گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثر بخشی.

ب- اعمال سیاستهای مالیاتی، باهدف باز توزیع عادلانه درآمدها

ج- تعیین خط فقر و تبیین برنامه های توانمند سازی متناسب و ساماندهی نظام خدمات حمایتیهای اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق تأمین اجتماعی ، برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری وثبت مستمر آثار برنامه های اقتصادی و اجتماعی بروضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثا برنامه های اقتصادی ، اجتماعی به سه دهک پایین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آن .

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه چهارم توسعه به صورت کامل توسط دستگاهها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د- طراحی برنامه های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت های اجتماعی، آموزش مهارت های شغلی و مهارت های زندگی، به ویژه برای جمعیت های سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ه- ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه های فقر زدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده های زیر خط فقر ، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریتهای منطقه ای و اعمال حمایتیهای اجتماعی ، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی.

و- امکان تأمین غذای سالم و کافی ، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت ، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از ۱۸ سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی ، از طریق جابه جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه ها.

ز- فراهم کردن حمایتیهای حقوقی ، مشاوره های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی خانوادگی و اجتماعی فقرا.

ح- اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارایه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای

پروژه‌های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت های محلی-از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت های عمومی.

ط- طراحی روشهای لازم برای افزایش بهره وری و درآمد روستائیان و عشایر و ایجاد فرصتهای اشتغال به ویژه در دوره های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستائیان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان .

ماده ۹۷

دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب های اجتماعی، با تاکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف- ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب.

ب- بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش های دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج- شناسایی نقاط آسیب خیز و بحران زای اجتماعی در بافت شهری وحاشیه شهر ها و تمرکز بخشیدن حمایت های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی ، مددکاری ، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده ، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی وسامانه مدیریت آسیب های اجتماعی در مناطق یاد شده .

د- پیشگیری اولیه از بروز آسیب های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش های اجتماعی و ارتقای مهارت های زندگی.

ه- خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب های اجتماعی با مشارکت سازمانهای غیر دولتی.

و- باز توانی آسیب دیدگان اجتماعی و فراهم نبودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز- تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان براساس محورهای ذیل :

۱-پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر وقاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات وتوانمندیهای

ملی.

۲- در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کاردرمانی، آموزش مهارت های زندگی سالم، روان درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره گیری از سایر یافته های علمی و تجارب جهانی در اقدام ها و برنامه ریزی های عملی.

۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی

۴- جلوگیری از هر گونه تطهیر عواید ناشی از فعالیتهای مجرمانه مواد مخدر و روانگردانها

۵- به کارگرفتن تمام امکانات و توانمندیهای ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶- تقویت نقش مردم و سازمانهای غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ح- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتاد و پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه .

ط- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.

ی- تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمان ها و نهادهای ذیربط و تشکل های غیردولتی و تصویب آن در هیئت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه .

ک- ساماندهی و توسعه مشارکت های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از موسسات خیریه و غیر دولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

ل- افزایش مستمری ماهیانه خانواده های نیازمند و بی سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاههای حمایتی برمنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

ماده ۹۸

دولت مکلف است به منظور حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام های ذیل را انجام دهد :

الف- تهیه سازوکارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور.

ب- ارایه گزارش سالانه سرمایه اجتماعی کشور و احصای علل و عوامل تأثیر گذار بر آن

ج- تصویب سازوکارهای اجرایی لازم جهت افزایش سرمایه اجتماعی اعم از اعتماد عمومی، وفاق اجتماعی، قانون گرایی و وجدان فردی و اجتماعی

د- ارزیابی رضایت‌مندی عمومی به صورت سالانه و انتشار تغییرات آن در اثر عملکرد عمومی حاکمیت

ه- تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذیربط.

و- تدوین طرح جامع مشارکت و نظارت مردم، سازمان‌ها، نهادهای غیر دولتی و شوراهای اسلامی در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست‌های تشویقی.

ماده ۱۰۰

دولت موظف است به منظور ارتقای حقوق انسانی، استقرار زمینه‌های رشد و تعالی و احساس امنیت فردی و اجتماعی در جامعه و تربیت نسلی فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایتمند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط با روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن، " منشور حقوق شهروندی " را مشتمل بر محورهای ذیل تنظیم و به تصویب مراجع ذی ربط برساند :

الف- پرورش عمومی قانون‌مداری و رشد فرهنگ نظم و احترام به قانون و آیین شهروندی.
ب- تأمین آزادی و صیانت از آرای مردم و تضمین آزادی، در حق انتخاب شدن و انتخاب کردن.

ج- هدایت فعالیتهای سیاسی، اجتماعی به سمت فرایندهای قانونی و حمایت و تضمین امنیت فعالیتهای و اجتماعات قانونی .

د- تأمین آزادی و امنیت لازم برای رشد تشکلهای اجتماعی در زمینه صیانت از حقوق کودکان و زنان .

ه- ترویج مفاهیم وحدت آفرین و احترام آمیزنسب به گروههای اجتماعی و اقوام مختلف در فرهنگ ملی

و- حفظ و صیانت از حریم خصوصی افراد.

ز- ارتقای احساس امنیت اجتماعی در مردم و جامعه.

برای اجرا و ادغام برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران در سیستم ملی سلامت دو رویکرد را می‌توان در نظر گرفت.

الف) ادغام این برنامه‌ها در برنامه‌های رایج وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی اصلی سلامت در کشور (مواد ۸۶ و ۸۷ و ۸۸ و ۸۹ و ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه)

ب) جاری سازی این برنامه‌ها برای تمامی آحاد جامعه به‌عنوان یکی از حقوق اساسی و مسلم مردم برای زندگی (مواد ۸۴ و ۸۵ و ۹۱ و ۹۵ و دوم و ۹۷ و ۹۸ و ۱۰۰ قانون برنامه چهارم توسعه)

• در رویکرد اول وزارت بهداشت برای بسترسازی این ادغام، احتیاج به گذراندن مراحل زیر دارد:

- ۱- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت آموزش سلامت به بیماران در بین سیاست‌گذاران، مدیران ارشد، میانی و مجریان خدمات بهداشتی درمانی در کل کشور؛
- ۲- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت آموزش سلامت به بیماران در بین مردم برای بروز احساس نیاز به آموزش سلامت به بیماران؛
- ۳- ارایه تعاریف مربوطه برای اهداف، اقدامات و برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران و مجریان مرتبط در کلیه سطوح پیش بینی شده؛
- ۴- ارایه تعاریف مربوطه برای نحوه ارایه خدمات و برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران که خود شامل تعاریف مراکز مربوطه، پرسنل مربوطه، ملزومات و تجهیزات مربوطه، قوانین و سیاست‌گذاری‌های لازم می‌باشد.

در رویکرد دوم دولت برای بسترسازی این برنامه‌ها احتیاج به گذراندن مراحل ذیل دارد:

- ۱- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت آموزش سلامت به بیماران در مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان و علمای مذهبی و سیاست‌گذاران ارشد ملی؛
- ۲- ارایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از ارگان‌ها و سازمان‌های دولتی در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران؛

- ۳- ارایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از ارگان ها و سازمان های غیر دولتی در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران ؛
- ۴- ارایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از آحاد ملت در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران ؛
- ۵- ارایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از ارگان ها و سازمان های بین المللی در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران ؛
- * در رویکرد اول اداره ارتباطات و آموزش سلامت باید این اقدامات را انجام دهد ؛
- ۱- برگزاری کلاس ها و جلسات توجیهی در خصوص اهمیت آموزش سلامت به بیماران از طریق اعتبارات جاری موجود؛
- ۲- فرهنگ سازی در بین جامعه نیاز به اعتبارات ویژه دارد که با ارایه پروپوزال مربوطه به سازمان مدیریت می توان برای کسب اعتبارات جدید اقدام نمود؛
- ۳- در این قسمت وزارت بهداشت می تواند با ارایه پروتکل مربوطه به سازمان مدیریت در جهت کسب اعتبارات مربوطه، به ایجاد پست های سازمانی مربوطه، کسب امتیازات آموزشی و گواهی نامه های مربوطه اقدام نماید؛
- ۴- در این قسمت نیز وزارت بهداشت می تواند با ارایه پروتکل مربوطه به دولت در جهت تنظیم لوایح مربوطه برای مجلس اقدام نموده و لوایحی را در مجلس تصویب نماید.
- * در رویکرد دوم دولت باید این اقدامات را انجام دهد:
- ۱- ارایه لوایح مربوطه به مجلس و شورای نگهبان برای تصویب قوانین مربوطه؛
- ۲- ابلاغ به کلیه سازمان ها و ارگان های دولتی برای ارایه پروتکل های مربوطه در خصوص تعریف نقش خویش در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران؛
- ۳- ابلاغ به کلیه سازمان ها و ارگان های غیر دولتی برای ارایه پروتکل های مربوطه در خصوص تعریف نقش خویش در ارایه خدمات آموزش سلامت به بیماران ؛
- ۴- ارایه لوایح مربوطه به نقش سازمان های دولتی و غیر دولتی به مجلس شورای اسلامی برای کسب قوانین حمایتی مربوطه و جذب اعتبارات مربوطه؛

-
- ۵- رایه پروتکل مربوط به حیطه‌ها، گزینه‌ها و اقدامات آموزش سلامت به بیماران به مجلس برای کسب قوانین مربوطه برای بستر سازی بین آحاد ملت و جامعه؛
- ۶- رایه پروتکل مربوطه در خصوص معرفی سازمان‌های بین‌المللی مرتبط برای کسب قوانین و مجوزهای مربوطه برای برقراری ارتباط با آن سازمان‌ها در این راستا و در نتیجه کسب اعتبارات مربوطه؛
- ۷- ابلاغ به کلیه سازمان‌های دولتی برای انجام محاسبات ریالی رایه خدمات بهداشتی به- ویژه خدمات آموزش سلامت به بیماران برای مستندسازی نوع درخواست افزایش اعتبارات بخش بخش سلامت به مجلس شورای اسلامی.

فصل هفتم

پایش و ارزشیابی برنامه‌های
آموزش سلامت به بیمار

پایش و ارزشیابی برنامه آموزش سلامت به بیمار^۱

امروزه با اهمیتی که کارایی و هزینه-اثربخشی در تصمیم‌گیری‌های بخش سلامت پیدا کرده است برای اجرا و پشتیبانی از برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار باید اطلاعات کافی و روشن در مورد اثربخشی این فرآیندها جمع‌آوری کرد. از نظر تئوری آموزش سلامت به بیمار باید منجر به افزایش پذیرش درمان از طرف بیمار و کسب توانایی خودمراقبتی برای کنترل شرایط توسط وی بشود. با این حال این پیامدها از شرایط زیادی تأثیر می‌پذیرند که بسیاری از آنها ارتباط مستقیمی با کیفیت آموزش سلامت ارایه شده بیمار ندارند. همچنین اغلب اوقات بدون انجام مطالعات پژوهشی دقیق نمی‌توان در مورد اثربخشی یک فرآیند آموزشی قضاوت کرد. سؤال دیگری که در ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار باید پاسخ داده شود این است که آیا نتایج و اثرات اولیه آموزش سلامت به بیماران دارای بازده مالی مثبت هست؟ زیرا طراحی و استقرار برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار بسیار پرهزینه می‌باشد.

به طور کلی می‌توان ارزشیابی را یک ارزیابی سیستماتیک از یک پروژه طراحی شده، در حال اجرا و یا خاتمه یافته دانست که اهدافش متمرکز است بر پاسخ‌گویی به پرسش‌های مدیریتی و در نهایت به قضاوت در این زمینه منتهی خواهد شد که آیا در مجموع تلاش‌های انجام شده در غالب برنامه برای دستیابی به ارتقای عملکردی در آینده و تصمیم‌سازی ارزشمند بوده است یا نه. از دریچه دیگری هم می‌توان به ارزشیابی نگریست که آن هم دریچه مدیریتی است. در واقع در بسیاری از موارد، ارزشیابی به دنبال ارزیابی اثربخشی (efficiency)، کارآمدی (effectiveness)، اثر (impact) و مداومت و مرتبط بودن با اهداف سازمانی برنامه‌ها می‌باشد.

با توجه به این که در ارزشیابی بیشتر از هر چیز دیگر با اهداف برنامه یا برنامه‌ها سر و کار خواهیم داشت، پس بدیهی است که قبل از هر چیز بایستی به دنبال جمع‌بندی و فرموله کردن طیف وسیع اهدافی باشیم که برای یک برنامه سلامت در نظر گرفته شده است. این هم شامل اهداف مبتنی بر شخص (مثلاً آموزش دهنده) می‌باشد و هم شامل اهداف کلان یک برنامه آموزش سلامت به بیمار. اهداف می‌تواند هم در قالب‌های کمی و هم در قالب‌های کیفی فرموله شوند.

^۱ لازم به یادآوری است که شاخص‌های پایش و ارزشیابی هر یک از خدمات نظام جامع آموزش سلامت بیماران در کلیه سطوح خدمتی شامل خدمات اصلی و خدمات حمایتی به صورت یک ستون اختصاصی و جداگانه برای هر خدمت در جداول مربوطه در فصل‌های ۵ و ۶ ذکر گردیده است.

ارزشیابی یک فرآیند به معنی میزان موفقیت یک فرآیند خدمت در دستیابی به اهداف برنامه است و پایش فرآیند آموزش سلامت به معنای بررسی میزان رعایت استانداردهای آموزش سلامت به بیمار در مرحله اجرای فعالیت‌های آن می باشد.

ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران یک جزء اساسی از فرآیند توانمندسازی بیماران برای مراقبت از سلامت خود می باشد که در اغلب موارد نادیده گرفته می شود یا به فراموشی سپرده می شود.

در بسیاری از موارد هم ارایه دهندگان خدمات سلامت و هم بیماران دید خوبی نسبت به ارزشیابی ندارند و از این می ترسند که از طریق ارزشیابی قضاوت نادرستی از کار آنها صورت بگیرد و یا اینکه ارزشیابی آنها را دچار ترس مشابه وضعیت عدم قبولی از یک امتحان می نماید که از تکرار آن گریزان هستند. برخی نیز نگرانند مبدا با عدم به دست آوردن آنچه که دیگران انتظار دارند علاقه، حمایت، باور و اعتبار خود را از دست بدهند.

هدف از ارزشیابی خدمات آموزش سلامت به بیماران اندازه گیری نتایج، مشخص کردن پیامدها و بازخورد مناسب به بیماران می باشد. بررسی پیامدها به منظور سنجش هزینه، کیفیت خدمات کارآیی مراقبت و عملکرد سازمان صورت می گیرد. ارزشیابی قسمتی از فرآیند مستمر آموزش سلامت به بیماران می باشد.

برای اثبات ارزشمندی آموزش سلامت به بیمار اثرات درازمدت آن باید سنجیده شوند. ارزشیابی مستمر اثرات برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران لازمه توسعه و موفقیت این برنامه‌ها می باشد.

ارزشیابی برنامه های آموزش سلامت به بیمار در سطح ارایه خدمت اصلی

در سطح ارایه خدمت آموزش سلامت به بیماران که خدمت هسته‌ای برنامه آموزش سلامت به بیماران می باشد، می توان در چهار مرحله ارزشیابی آموزش سلامت به بیماران را انجام داد:

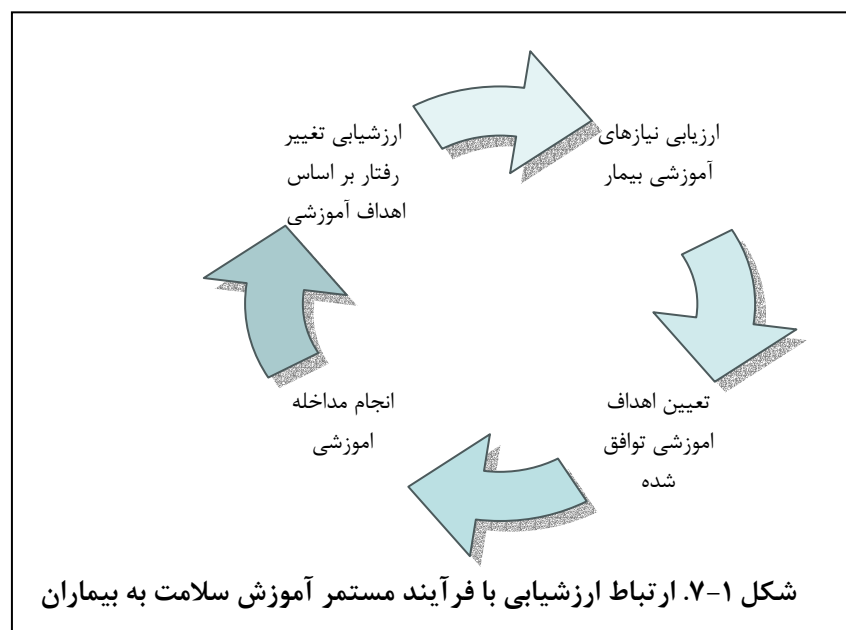
۱. در مرحله مداخله
۲. عملکرد بیمار پس از آموزش
۳. عملکرد بیمار در منزل
۴. توانایی کلی بیمار برای مراقبت از خود

در مرحله مداخله، مشارکت بیمار و خانواده او در فرآیند آموزش در حین مداخله و بلافاصله پس از آن، با توجه به واکنش‌ها، احساسات، درک و رضایت آنها در مورد محتوا، ابزار، شرایط و روش آموزش اندازه‌گیری می‌شود.

عملکرد بیمار پس از آموزش از طریق سنجش مهارت، دانش و نگرش بیمار و خانواده در جهت رسیدن به اهداف آموزشی تعیین شده ارزشیابی می‌گردد.

عملکرد بیمار در منزل از طریق سنجش میزان به خاطر آوردن و استفاده از آموزش در منزل دور از محیط ارایه آموزش ارزشیابی می‌گردد و شاخص‌های تغییر رفتار، به کارگیری دانش و مهارت جدید و تغییر در نگرش و سوگیری بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

توانایی کلی بیمار برای مراقبت از خود در طول یک سال پس از شروع مداخله آموزشی با اندازه‌گیری بهبود کیفیت مراقبت از خود توسط بیمار و توانایی او در نگهداری و حفظ سلامت خود با استفاده از شاخص‌های سلامت و بیماری ارزشیابی می‌گردد.



رویکرد هدف‌گذاری برای ارزشیابی فرآیندهای آموزش سلامت به بیمار باید شامل موارد زیر باشد:

- اندازه‌گیری میزان توافق بیمار با اهداف آموزشی؛
- مشخص کردن نیازهای آموزشی در حیطه‌های اصلاح آگاهی، روشن‌تر شدن مطالب و مرور مطالب؛
- توضیح در مورد اهداف آموزشی غیر واضح به بیمار، خانواده و سایر مراقبان سلامت؛
- مشخص کردن ویژگی‌های مداخله آموزشی، مخصوصاً محتوای آموزشی، روش آموزش، فعالیت‌ها و رسانه آموزشی؛
- مشخص کردن روش‌های اثربخش کردن آموزش در رسیدن به پیامدهای مورد نظر.

برای تسهیل فرآیندهای کلی و جامع ارزشیابی، ارایه کننده آموزش سلامت به بیمار وظیفه دارد که کارهای زیر را انجام دهد:

- شروع ارزشیابی؛
- خلاصه کردن یافته‌ها؛
- انتقال یافته‌ها به سایر اعضای تیم مراقب سلامت از طریق مستندسازی یافته‌ها در پرونده بیمار؛
- ارایه بازخورد مناسب به بیمار و خانواده اش؛
- برنامه ریزی برای مداخلات آتی در جهت تقویت یادگیری؛
- طراحی فرصت‌های آموزشی برای رسیدن به رفتارهای مورد توافقی که هنوز حاصل نشده است.

اجزای ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار شامل موارد زیر است:

- روش و محتوای آموزشی
- فعالیت‌های آموزشی و رسانه
- رضایت بیمار و خانواده‌اش
- منابع و نیروها

قبل از سنجش پیامدهای برنامه ابتدا باید مشخص کرد که چه نتایجی را به عنوان نتایج اولیه آموزش به بیمار انتظار داریم. به عنوان مثال انتظار می‌رود که بیماری که از بخش عمل‌های جراحی سرپایی مرخص می‌شود بتواند شماره تلفن و نحوه تماس برای پیگیری وضعیت خود را بداند و نیز بداند که در چه زمان و شرایطی برای پیگیری تماس بگیرد. این نتایج زودرس را می‌توان در طی و یا بلافاصله پس از ارایه آموزش ارزشیابی کرد. معمولاً

پرستار و یا کسی که مسئول ارایه آموزش سلامت به بیمار می‌باشد، خود نیز مسئول سنجش این نتایج زودرس خواهد بود.

در سیستم ارایه خدمات سلامت، بیشتر ارزشیابی اثرات درازمدت برنامه مورد نظر هستند ولی قبل از این ارزشیابی باید نقاط کلیدی مورد انتظار را به دنبال آموزش سلامت به بیمار مشخص کرد. به عنوان مثال توانایی خانواده بیماران در تشخیص بدتر شدن وضعیت او، توانایی بیمار در تحمل عوارض جانبی داروها، پذیرش رژیم‌های درمانی ارایه شده و توصیه‌های تغییر شیوه زندگی از طرف بیمار، تعداد ملاقات‌ها و تماس‌های تلفنی بیمار با پزشک، میزان استفاده بیمار از استراتژی‌های سازگاری با بیماری.

به صورت کلی این نقاط سنجش کلیدی را می‌توان به چهار گروه اصلی تقسیم کرد: **بالینی، کیفیت زندگی، رضایت و هزینه.**

اثر آموزش سلامت به بیمار بر روی **پیامدهای بالینی** را می‌توان از چند راه اندازه‌گیری کرد:

- پذیرش رژیم‌های درمانی و مراقبت‌های پیگیری پزشکی
- افزایش کیفیت ارتباط پزشک و بیمار
- افزایش کیفیت گزارشات شرایط بیماری از طرف بیمار به پزشک
- افزایش کیفیت خودمراقبتی بیمار
- بهبود مدیریت شیوه زندگی از طرف بیمار.

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز با شاخص‌های زیر قابل اندازه‌گیری است:

- درک بیمار از عملکرد فیزیکی، اجتماعی و حرفه‌ای خود
- درک بیمار از وضعیت سلامت روانی، درد، قابلیت بقا و عملکرد شناختی خود.

باید در نظر داشت که در بسیاری موارد بهبود کیفیت زندگی بیمار در نتیجه بهبود پیامدهای بالینی بیمار رخ می‌دهد ولیکن در بسیاری موارد نیز درک بیمار از کیفیت زندگی خود با افزایش توانمندی او با برنامه‌های آموزشی مناسب بهبود قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. بیماران توانمند احساس می‌کنند که شخصاً می‌توانند اثرات مثبت زیادی بر پیامدهای بیماری خود بگذارند و بخصوص در بیماران دارای بیماری‌های مزمن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با آموزش خودمراقبتی و توانمندسازی آنها بهبود قابل ملاحظه‌ای خواهد یافت.

رضایت بیماران از مراقبت‌های بهداشتی درمانی تا حد زیادی به ارتباط مناسب و مؤثر آنها با مراقبان سلامت بستگی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران که احساس می‌کنند توسط

پزشک و یا سایر مراقبان سلامت به خوبی آموزش دیده اند، بیش از دیگر بیماران از مراقبت بهداشتی درمانی خود رضایت دارند.

مداخلات آموزشی همچنین **هزینه‌های مراقبت از سلامت** را به خاطر کاهش تقاضای بیمار از سیستم سلامتی به دنبال دارند. دو مورد از فوایدی که بیش از دیگران در مورد فواید برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار در حیطه کاری گزارش شده است: کاهش موارد تمارض و مرخصی‌های غیرضروری کارگران و کارمندان است. بر اساس بعضی برآوردها، حدود ۸۰ مشکلات سلامتی در منزل قابل درمان هستند. آموزش سلامت به بیماران می‌تواند مانع از پیشرفت ناخوشی‌ها و آسیب‌های کوچک به سمتی شوند که نیاز به مداخله افراد متخصص داشته باشد. افزایش آگاهی بیماران از طریق برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران همچنین منجر به تشخیص زودتر مشکلات و در نتیجه انجام مداخلات سرپایی به موقع می‌شوند که خود باعث کاهش موارد بستری در بیمارستان‌ها خواهد شد. در نهایت اینکه بیماران دارای بیماری‌های مزمن توانمند شده از طریق برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران، مهارت‌های سازگاری بیشتری داشته و کمتر به مراقبان سلامت وابسته هستند.

شاخص‌های پایش و ارزشیابی نظام جامع آموزش سلامت به بیمار در حوزه اقدامات حمایتی:

- وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی مراقبان سلامت در مورد مهارت‌های آموزش سلامت به بیمار به صورت مصوب
- نسبت مراقبان سلامت دارای گواهی مهارت در زمینه‌های آموزشی ذکر شده به کل مراقبان سلامت کشور در هر سال.
- تعداد دوره‌های آموزش مداوم برگزار شده در زمینه مهارت‌های برنامه برای هر یک از گروه‌های مراقبان سلامت نسبت به کل افراد آن گروه از مراقبان سلامت در هر سال.
- وجود کوریکولوم و محتوای آموزشی در مورد مهارت‌های آموزش سلامت به بیمار به صورت مصوب.
- نسبت دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ارایه دهنده واحدهای درسی مربوطه به کل مراکز دانشگاهی علوم پزشکی کشور در هر سال.
- نسبت تعداد مدرسان و مربیان آموزش مهارت‌ها در هر رشته تحصیلی نسبت به کل تعداد دانشجویان آن رشته در هر مرکز در هر سال.

- نسبت مراقبان سلامت دارای گواهی مهارت در زمینه های آموزشی ذکر شده به کل مراقبان سلامت کشور در هر سال.
- تعداد دوره های آموزش مداوم برگزار شده در زمینه مهارت های برنامه برای هر یک از گروه های مراقبان سلامت نسبت به کل افراد آن گروه از مراقبان سلامت در هر سال.
- نسبت دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی ارائه دهنده واحدهای درسی مربوطه به کل مراکز دانشگاهی علوم پزشکی کشور در هر سال.
- وجود کمیته علمی آموزش سلامت به بیمار در سطح کشوری.
- وجود کمیته های علمی استانی آموزش سلامت به بیمار.
- نسبت تعداد مربیان آموزش سلامت به بیمار تأیید شده توسط کمیته علمی به کل مراقبان سلامت به تفکیک حیطه کاری (پزشک، پرستار، ...) در هر سال.
- وجود کمیته اجرایی کشوری آموزش سلامت به بیمار.
- وجود کمیته های اجرایی استانی آموزش سلامت به بیمار.
- سرانه بودجه جذب شده برای آموزش سلامت به بیماران در هر سال.
- وجود برنامه جامع چند بخشی اطلاع رسانی عمومی در مورد آموزش سلامت به بیماران.
- نسبت بیماری های دارای کتب آموزش سلامت به بیماران تأیید شده توسط کمیته علمی آموزش سلامت به بیماران از کل بیماری های توصیه شده برای داشتن کتاب آموزشی در هر سال.
- نسبت تیراژ کتب های آموزشی تأیید شده در مورد هر بیماری به برآورد تعداد مبتلایان به آن بیماری در هر سال.
- وجود استانداردهای ارائه هر یک از خدمات آموزش سلامت به بیماران شامل استانداردهای ارائه خدمت، استانداردهای مواد و امکانات لازم، استانداردهای ارائه دهندگان خدمت و استانداردهای پیامدهای مورد انتظار از هر یک از فرآیندهای آموزش سلامت به بیمار.
- نسبت تعداد برنامه های آموزش سلامت به بیمار ارزشیابی شده به کل برنامه های آموزش سلامت به بیمار در هر سال.

- وجود برنامه پایش و ارزشیابی دوره‌ای برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران در سطوح ملی، استانی و محلی.
- نسبت سازمان‌های غیردولتی مشارکت‌کننده در برنامه‌های آموزش سلامت به بیماران به کل سازمان‌های غیردولتی کشور در هر سال.
- نسبت بیماران تحت پوشش برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار سازمان‌های غیردولتی به کل بیماران تحت پوشش برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار کشور در هر سال .
- وجود پرسشنامه‌های سنجش سلامت عمومی.
- وجود پرسشنامه‌های سنجش سلامت اختصاصی برای بیماری‌های شایع و شکایات شایع بیماران.
- وجود پرونده‌های سلامت عمومی.
- وجود پرونده‌های سلامت اختصاصی گروه‌های جمعیتی خاص.
- نسبت بیماری‌های دارای کتب آموزش سلامت به بیماران تأیید شده توسط کمیته علمی آموزش سلامت به بیماران از کل بیماری‌های توصیه شده برای داشتن کتاب آموزشی در هر سال.
- نسبت تیراژ کتاب‌های آموزشی تأیید شده در مورد هر بیماری به برآورد تعداد مبتلایان به آن بیماری در هر سال.
- نسبت تعداد پایگاه‌های اطلاع‌رسانی آموزش سلامت به بیماران در مورد هر بیماری به برآورد تعداد آن گروه از بیماران در کشور در هر سال.
- نسبت سایر رسانه‌های آموزشی منتشر شده برای آموزش سلامت به بیمار به برآورد تعداد آن گروه از بیماران در کشور در هر سال.
- نسبت تعداد مراجعه‌کنندگان به پایگاه‌های اطلاع‌رسانی آموزش سلامت به بیمار به کاربران اینترنت در کشور در هر سال.

فصل هشتم

کوریکولوم آموزش سلامت
به بیماران

کوریکولوم آموزش سلامت به بیماران

اهداف آموزشی :

• افزایش آگاهی بیماران در مورد خصوصیات بیماری :

- ۱- آموزش سلامت به بیمار در مورد علائم بیماری
- ۲- آموزش سلامت به بیمار در مورد راه های انتقال یا عوامل زمینه ساز بیماری
- ۳- آموزش سلامت به بیمار در مورد عوارض بیماری
- ۴- آموزش سلامت به بیمار در مورد علائم عود بیماری در صورت وجود ، راه های پیشگیری از عود و در صورت عود ، نحوه برخورد با آن
- ۵- آموزش سلامت به بیمار در مورد نتیجه بیماری
- ۶- آموزش سلامت به بیمار در مورد علائم بیماری های احتمالی همراه یا بیماری هایی که عوارض بیماری فعلی می باشند

• افزایش آگاهی بیماران در مورد عملکرد پزشک در درمان بیماری :

- ۱- آگاه کردن بیمار از کلیه معاینات لازم برای تشخیص بیماری
- ۲- آگاه کردن بیمار از انواع روش های موجود برای درمان (بستری-سرپایی)، روش انتخابی پزشک ، دلایل انتخاب روش ، هزینه احتمالی هر روش ، مزایا و معایب هر یک
- ۳- آگاه کردن بیمار از انواع درمان های موجود بیماری (دارویی-جراحی) ، روش انتخاب پزشک ، دلایل انتخاب روش ، هزینه احتمالی هر روش ، مزایا و معایب هر یک
- ۴- آگاه کردن بیمار از انواع اقدامات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی ، پاتولوژی ، آزمایشگاه، روشهای انتخابی پزشک، دلایل انتخاب روش ، هزینه احتمالی هر روش ، مزایا و معایب هر یک
- ۵- آگاه کردن بیمار از عوارض دارویی به طور کامل و روش برخورد با هر یک از عوارض و معرفی مراکز درمانی که در صورت بروز عوارض و عدم دسترسی به پزشک مربوطه ، به آنجا مراجعه کند
- ۶- آگاه کردن بیمار از عوارض عمل جراحی و بیهوشی در صورت انجام و نحوه برخورد با آنها.

• **افزایش آگاهی بیماران در مورد ارتباط بیماری و محیط اطراف بیمار :**

- ۱- آموزش سلامت به بیمار در مورد روش های صحیح و بهداشتی عملکردی در زندگی روزمره برای تسهیل درمان بیماری و کاهش یا رفع عوارض بیماری و پیشگیری از ابتلای مجدد
- ۲- آموزش سلامت به بیمار در مورد بررسی دیگر اعضای خانواده در صورت ارثی بودن یا واگیر بودن بیماری
- ۳- آموزش سلامت به بیمار در مورد برخورد با افراد سالم در صورت واگیر بودن بیماری
- ۴- آموزش سلامت به بیمار در مورد عوامل خطر ساز محیطی که می تواند بیماری را بدتر کرده یا پیشرفت درمان را کند یا متوقف کند .

• **افزایش آگاهی بیماران در مورد رفتار و مراحل تغییر رفتار سلامتی در پیشگیری و درمان بیماری :**

۲. آموزش بیمار در مورد تعاریف رفتار و عوامل مؤثر بر رفتار
۳. آموزش بیمار در مورد مراحل تغییر رفتار
۴. آموزش بیمار در مورد راه های اتخاذ رفتار سالم و استمرار آن.

• **افزایش آگاهی بیماران در مورد حقوق اجتماعی بیمار :**

- ۱- آموزش بیمار برای بهره مندی از تسهیلات ویژه موجود اجتماعی در رابطه با بیماری مربوطه.
 - ۲- آشنا ساختن بیمار با ارگان ها و سازمان های دولتی یا غیر دولتی موجود مرتبط با بیماری مربوطه برای دریافت خدمات مورد نیاز.
 - ۳- آموزش بیمار برای افزایش کیفیت زندگی در حین و بعد از درمان.
- کلیه مطالب فوق الذکر، بسته به موقعیت مربوطه قابل تغییر است و مسوول ارائه خدمت طبق نظر مسوول مرکز مربوطه تعریف خواهد شد.

افراد دارای صلاحیت برای ارائه خدمات آموزش سلامت به بیماران و عنوان خدمات مربوطه به شرح زیر می باشد :

۱- پزشک :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی

۲ - دندانپزشک :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی

۳ - پرستار :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم

آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی آموزش سلامت به بیمار درمورد رفتار و مراحل تغییر رفتار

۴- ماما :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی

آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی
آموزش بیمار درمورد رفتار و مراحل تغییر رفتار

۵- فیزیوتراپیست :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی

آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت‌های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی
آموزش سلامت به بیمار درمورد رفتار و مراحل تغییر رفتار

۶- متخصص تغذیه :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری

آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی
آموزش سلامت به بیمار درمورد رفتار و مراحل تغییر رفتار

۷- داروساز:

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی

۸- بهیار:

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی

۹- بهورز:

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار درمورد علایم و نشانه های خطر
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد خصوصیات بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات کنترلی
آموزش سلامت به بیمار درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی

آموزش بیمار درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی

۱۰- پیراپزشک :

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات تشخیصی لازم
آموزش سلامت به بیمار درمورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی
آموزش سلامت به بیمار درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی

۱۱- متخصصان آموزش سلامت

آموزش سلامت به بیمار در مورد کلیه حقوق بیمار
آموزش سلامت به بیمار در مورد حمایت های اجتماعی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم برای خود پایشی
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط باکنترل بیماری
آموزش سلامت به بیمار در مورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
آموزش سلامت به بیمار در مورد مهارت های زندگی و شیوه زندگی سالم
آموزش سلامت به بیمار در مورد نحوه برقراری ارتباط مؤثر بین فردی با ارایه دهندگان خدمات ، خانواده و همسانان و مشارکت در گروه های خودیاری و حمایتی

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage one (مهارت‌های ضروری)	a	communication skills (مهارت‌های برقراری ارتباط و مشاوره)	مهارت های شنیدن مؤثر ، گفتگوی مؤثر و مشاهده مؤثر برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی کسب اطلاعات از منابع در دسترس ارزش گذاری اطلاعات کسب شده مهارت همکاری و رهبری گروه	۱	۳
	b	problem solving (حل مسأله)	مشکل یابی اولویت بندی مشکلات بررسی راه حل های ممکن انتخاب بهترین راه حل	۰/۵	۰/۵
	c	برنامه ریزی ارتباطی	طراحی استراتژیک ارتباطی هدفگذاری طراحی پیام های کلیدی تعیین کانال ها و روش های ارتباطی طراحی پیام بر اساس کانال ها تهیه پیش نویس مواد آموزشی پیش آزمون و بازنگری مواد آموزشی اجرای مداخلات ارزشیابی و پایش برنامه	۲	۲
	d	مدل های مطالعه رفتار	مبانی رفتار انواع مداخلات تغییر رفتار و نگرش تئوری های موجود در تغییر رفتار انواع مدل های درونی فرد در تغییر رفتار بهداشتی چگونگی به کار گیری مدل ها در عمل روش های تحقیق کمی و کیفی در مطالعه رفتار	۲	
	e	مفاهیم پایه ای در تغییر رفتار	مفهوم آمادگی (Readiness) اهمیت مدل مراحل تغییر رفتار stages of Change model ارزش ها ، انتظارات و باورهای فردی هزینه فایده (cost & benefit) مفهوم اعتماد (Confidence) مفهوم خودکارآمدی (self-efficacy) مفهوم انگیزه (motivation) مفهوم مقاومت (Resistance)	۱	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage one (مهارت‌های ضروری)	f	ارزش ها و مسایل اخلاقی در مشاوره برای تغییر رفتار	- تعاریف ارزش ها - شناسایی ارزش ها توسط افراد - اصول اخلاقی حاکم بر مشاوره - حقوق مراجعان - استفاده از تکنیک های شناسایی ارزش ها در مشاوره	۱	
	g	اصول عمومی در مشاوره برای تغییر رفتار	انتقال اطلاعات و نصیحت کردن: جایگاه در مشاوره و محدودیت ها استراتژی های جهت دهنده مشاوره (directives) نگرش های لازم در مشاوره برای تغییر رفتار (autonomy) پیش داوری ها (assumptions)	۱	
	h	needs assessment (نیاز سنجی)	روش های کمی و کیفی جمع آوری اطلاعات یافتن مشکلات اولویت دار تعیین وضعیت مطلوب تعیین وضعیت موجود تعیین شکاف موجود میان وضعیت مطلوب و وضعیت فعلی تعیین نیازها	۲	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage two (آموزش عمومی)	a	مفاهیم عمومی و کلی سلامت	سلامتی بیماری ناتوانی و معلولیت ارتقای سلامت درمان توانبخشی و ...	با توجه به اینکه این مفاهیم در واحد بهداشت آموزش داده می شوند در این دروسنامه از آنها صرف نظر کرده ایم	
	b	life skills (مهارت های زندگی)	مهارت حل مشکل مهارت تصمیم گیری مهارت قاطعیت مهارت خودآگاهی تفکر خلاق تفکر نقاد ابراز وجود مکانیسم های سازگاری	۳	۶
	c	توانمند سازی (Empowerment)	رویکرد توانمند سازی مدل های توانمند سازی نقش افراد و جامعه	۱	
	d	quality of life (کیفیت زندگی)	تعاریف و مفاهیم شاخص های کیفیت زندگی شیوه زندگی سالم	۱	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage three (آموزش اختصاصی)	a	آموزش سلامت به بیماران Patient Education	تعاریف و مفاهیم PE تئوری های مطرح در PE مدل های PE ضرورت ها در PE منافع PE انواع مداخلات و سطوح مداخله در PE برنامه ها و ابزار PE نقش گروه ها و سطوح مختلف فنی و اجرای در PE اجرای PE چالش های PE در جهان و ایران ارزشیابی و پایش PE	۴	
	b	قوانین و سیستم های حمایتی	سازمان های بیمه گر و تسهیلات آنها قوانین بیمه آشنایی با خدمات حمایتی موجود و ساز و کار دریافت آشنایی با حقوق رفاهی بیمار	۲	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage one (مهارت‌های ضروری)	a	communication skills (مهارت‌های برقراری ارتباط و مشاوره)	مهارت‌های شنیدن مؤثر، گفتگوی مؤثر و مشاهده مؤثر برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی کسب اطلاعات از منابع در دسترس ارزش گذاری اطلاعات کسب شده مهارت همکاری و رهبری گروه	۱	۳
	b	problem solving (حل مسأله)	مشکل یابی اولویت بندی مشکلات بررسی راه حل های ممکن انتخاب بهترین راه حل	۱	
	c	برنامه ریزی ارتباطاتی	طراحی استراتژیک ارتباطی هدفگذاری طراحی پیام های کلیدی تعیین کانال ها و روش های ارتباطی طراحی پیام بر اساس کانال ها تهیه پیش نویس مواد آموزشی پیش آزمون بازنگری مواد آموزشی اجرای مداخلات ارزشیابی و پایش برنامه	۲	۲
	d	مدل های مطالعه رفتار	مبانی رفتار انواع مداخلات تغییر رفتار و نگرش تئوری های موجود در تغییر رفتار انواع مدل های درونی فرد در تغییر رفتار بهداشتی چگونگی به کار گیری مدل ها در عمل روش های تحقیق کمی و کیفی در مطالعه رفتار	۲	
	e	مفاهیم پایه ای در تغییر رفتار	مفهوم آمادگی (Readiness) مدل مراحل تغییر (stages of Change model) ارزش ها، انتظارات و باورهای فردی هزینه فایده (cost&benefit) مفهوم اعتماد (Confidence) مفهوم خودکارآمدی (self-efficacy) مفهوم انگیزه (motivation) مفهوم مقاومت (Resistance)	۱	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage one (مهارت های ضروری)	f	ارزش ها و مسایل اخلاقی در مشاوره برای تغییر رفتار	انتقال اطلاعات و نصیحت کردن: جایگاه در مشاوره و محدودیت ها استراتژی های جهت دهنده مشاوره (directives)	۱	
	g	اصول عمومی در مشاوره برای تغییر رفتار	نگرش های لازم در مشاوره برای تغییر رفتار آزادی انتخاب (autonomy) پیش داوری ها (assumptions)	۱	۲ (role playing)
	h	needs assessment (نیاز سنجی)	روش های کمی و کیفی جمع آوری اطلاعات یافتن مشکلات اولویت دار تعیین وضعیت مطلوب تعیین وضعیت موجود تعیین gap موجود میان وضعیت مطلوب و وضعیت فعلی تعیین نیازها	۲	۱ (role playing)

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage two (آموزش عمومی)	a	مفاهیم عمومی و کلی سلامت	سلامتی بیماری ناتوانی و معلولیت ارتقای سلامت درمان توانبخشی و ...	با توجه به اینکه این مفاهیم در واحد بهداشت آموزش داده می شوند در این دروسنامه از آنها صرف نظر کرده ایم	
	b	life skills (مهارت های زندگی)	مهارت حل مشکل مهارت تصمیم گیری مهارت قاطعیت مهارت خودآگاهی تفکر خلاق تفکر نقاد ابراز وجود Coping mechanism	۳	۶
	c	توانمند سازی (Empowerment)	رویکرد توانمند سازی مدل های توانمند سازی نقش افراد و جامعه	۱	
	d	quality of life (کیفیت زندگی)	تعاریف و مفاهیم شاخص های کیفیت زندگی Healthy life style	۱	

عنوان دوره	ردیف	عنوان درس	بعد از گذراندن دوره گروه هدف باید دارای اطلاعات کافی/مهارت لازم در این زمینه ها باشند:	مدت آموزش تئوری (ساعت)	کار عملی (ساعت)
key stage three (آموزش اختصاصی)	a	Patient Education آموزش سلامت به بیماران	تعاریف و مفاهیم PE تئوری های مطرح در PE مدل های PE ضرورت ها در PE منافع PE انواع مداخلات و سطوح مداخله در PE برنامه ها و ابزار PE نقش گروه ها و سطوح مختلف فنی و اجرای در PE چالش های PE در جهان و ایران ارزشیابی و پایش PE	۴	
	d	قوانین و سیستم های حمایتی	سازمان های بیمه گر و تسهیلات آنها قوانین بیمه آشنایی با خدمات حمایتی موجود و ساز و کار دریافت آشنایی با حقوق رفاهی بیمار	۲	

با توجه به اینکه هر یک از ارایه دهندگان خدمات مسئولیت آموزش چه نوع بیماری خاصی را بر عهده می گیرند؛ لازم است در مورد عناوین ذیل در یک جلسه ۴ ساعته آموزش ببینند:

- آموزش در مورد کلیه حقوق بیمار
- آموزش درمورد علایم و نشانه های خطر
- آموزش درمورد مهارت های لازم برای اقدامات درمانی
- آموزش در مورد اقدامات تشخیصی لازم
- آموزش درمورد خصوصیات بیماری
- آموزش درمورد اقدامات کنترلی
- آموزش درمورد اقدامات لازم برای سازگاری با بیماری
- آموزش درمورد حمایت های اجتماعی
- آموزش در مورد مهارت های لازم برای اقدامات تشخیصی

- آموزش درمورد مهارت های لازم برای استفاده از خدمات حمایتی
- آموزش درمورد مهارت های لازم در حل مسایل مرتبط با کنترل بیماری
- آموزش درمورد مهارت های لازم برای خود پایشی

با توجه به تعداد ساعات دروس تئوری و کار عملی و با در نظر گرفتن هر ۱۶ ساعت به عنوان یک واحد، کل دوره آموزش سلامت به بیمار برای پزشکان و پرستاران معادل ۲ واحد تئوری و یک واحد عملی خواهد بود .

فصل نهم

پایلوت تئوریک برنامه آموزش سلامت
به بیماران دیابتی

برنامه آموزش سلامت به بیماران دیابتی:

مقدمه:

دیابت از نوع ۱ و ۲ می‌تواند به عوارض حاد و مزمن تهدید کننده سلامتی و کیفیت زندگی بیانجامد. البته با مراقبت توسط خود بیمار، می‌توان عوارض آن را کاهش داد. برای مثال با کنترل قند خون، چربی‌ها، فشار خون و وزن بدن از طریق رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی، عدم مصرف الکل و ترک سیگار. ارزش آموزش سلامت به بیمار از تحقیقاتی که نشان دادند بیماران آموزش ندیده در معرض عوارض بیشتری هستند، مشخص شده است.

خودمراقبتی برای مراقبت از دیابت نقش کلیدی دارد و آموزش سلامت به بیمار دیابتی، باید وظیفه هر سرویس مراقبتی باشد.

به طور متوسط یک فرد دیابتی حدود ۳ ساعت در سال را با متخصصان بهداشت می‌گذراند. یعنی اینکه ۸۷۵۷ ساعت از برنامه مراقبت به عهده خود اوست. این نشان می‌دهد که چرا کمک به بیمار دیابتی برای درک و مسوولیت‌پذیری برای مدیریت شرایط فردی خود برای دستیابی به نتایج دلخواه مهم است.

لذا برای بهبود کیفیت مراقبت از دیابت، آموزش سلامت به عنوان یکی از استانداردهای مراقبت دیابت در برنامه ملی دیابت انگلستان بیان شده است که در نتیجه آن همه اطفال، افراد جوان و بزرگسال دیابتی خدماتی دریافت خواهند کرد که آنها را به شرکت در تصمیم‌گیری ترغیب و از آنها برای کنترل دیابت حمایت می‌نماید و به آنها در انطباق و حفظ شیوه زندگی سالم کمک می‌کند. در این حالت مراقبت به صورت مشترک و با موافقت دو طرف پزشک و بیمار و به شکل و زبان مشترک انجام می‌شود. در جای مناسب، والدین و مراقبین باید در این فرآیند کاملاً دخیل شوند.

اصول مشابهی در سایر شرایط مزمن به کار می‌رود. شواهد نشان می‌دهد که خودمراقبتی باعث بهبود وضعیت روانی، کاهش درد، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود. به علاوه شروع برنامه در مراحل اولیه ایجادبیماری، عوارض را به تأخیر می‌اندازد. برای اینکه بیماران شرایط خود را کنترل کنند، نیازمند سرویس‌های اطلاعاتی در زمان مناسب و به شکل درست هستند. برای این کار به منابع و سایت‌های اطلاعاتی معتبر نیاز است. توصیه‌ها و حمایت‌های لازم در مورد نحوه کاربرد اطلاعات برای تصمیم‌گیری صحیح توسط بیمار، ضروری است. ثبت گزارشات توسط بیمار نیز به تسهیل مراقبت‌ها کمک می‌کند. روش‌های متعددی به صورت محلی یا کشوری برای حمایت از برنامه خودمراقبتی وجود دارد. سیستم مراقبت اولیه وظیفه

کار با بیمار و شرکای محلی برای تشویق شرکت در ایجاد و فراهم کردن سرویس ها و خدمات حمایت کننده آن را بر عهده دارد.

موضوع این که چه کسی باید بیماران را آموزش دهد، نیز مطرح است. مشخص شده که آموزش سلامت به بیمار دیابتی در شرایطی که به صورت تیمی ارائه می شود، بیشترین تأثیر را دارد.

تیم آموزشی باید مجموعه ای از متخصصان در امور درمان پزشکی، تغذیه، مهارت های آموزشی، آموزش سلامت و روانشناسی رفتاری باشد. ضروری است که در این فعالیت جمعی و متقابل، بیمار دیابتی نیز نقش فعالی در مراقبت از خود داشته باشد. اگرچه شواهدی که نشان دهنده برتری یک شیوه و روش تخصصی بر دیگران باشد وجود ندارد، ولی با نگاهی به مقالات چنین برداشت می شود که در فعالیت های رایج، پرستار و متخصص تغذیه از اعضای کلیدی گروه آموزشی هستند.

نکات قابل توجه در آموزش سلامت به بیماران دیابتی

● بیماران دچار دیابت ۲ تا ۴ برابر با خطر بیشتری برای ابتلای به بیماری های قلبی عروقی (CVD) به ویژه حمله قلبی، سکته مغزی و ایسکمی اندام های تحتانی مواجه هستند. علت این موضوع، احتمالاً شیوع بیشتر فاکتورهای خطر CVD از قبیل فشار خون بالا، اختلال سطح لیپیدهای خون و چاقی نسبت به جمعیت عادی است. CVD علت نیمی از موارد مرگ در بیماران دچار دیابت است و در بیماران آفریقایی، کاراییب و اقلیت های آسیایی تا سه چهارم علل مرگ را به خود اختصاص می دهد. علاوه بر کنترل مناسب قند خون، فشار خون و لیپیدهای خون، فاکتورهای خطر مربوط به CVD تابع تغییر شیوه زندگی (عمدتاً رژیم غذایی، تمرینات هوازی منظم، تنظیم وزن بدن و ترک سیگار) است.

● گرچه مشخص شده که کنترل متابولیک خون می تواند شروع عوارض را به تأخیر انداخته یا از آن جلوگیری کند (از مطالعات DCCT و UKPDS) و داروهای مؤثرتر و روش ها و وسایل جدیدتر برای کنترل قند خون توسط بیمار در دسترس است، ولی کنترل متابولیک همچنان به دشواری حاصل می شود. تنها ۷ درصد بالغین دچار دیابت، مراحل تجویز شده توسط متخصصان را به طور کامل پیگیری می کنند و به کنترل دلخواه قند می رسند.

● کنترل دیابت تا حد زیادی به توانایی فردی در انجام مراقبت های روزانه بستگی دارد. علاوه بر برنامه سلامتی نگه دارنده روزانه شامل رژیم کنترل غذا و زمان غذا خوردن، فعالیت

فیزیکی، پایش قند خون، کنترل عوارض حاد، معاینه پاها و تعدیل و تطابق ران ها و رفتارهای شیوه زندگی، کنترل و برخورد با دیابت نیازمند رفتارهای دقیق و هوشیارانه بوده و پیچیدگی های زیادی دارد. یکی از آنها استفاده از سرویس های مراقبت سلامتی برای غربالگری نشانه های اولیه عوارض و درگیر کردن بیمار در فعالیت های پیشگیرانه از قبیل مراقبت از پاها است. تشویق بیمار به انجام چنین نقش فعالی و با این شرایط پیچیده، مشکل اصلی است چرا که اهداف بالقوه، تنها در آینده خود رانشان می دهند (برای مثال پیشگیری از عوارض بلند مدت).

● الگوی غیر عادی پذیرش نیز در بالغین طبیعی است.

● تشخیص دیابت می تواند منجر به تطابق روانی اجتماعی ضعیف شود از جمله بیمار احساس سرزنش و انکار می نماید که باعث ایجاد مشکل در کنترل موثر بیماری توسط وی می شود.

● اغلب بیماران دچار نوع ۲ دیابت به مراکز مراقبت های اولیه که نیازمند به کارگیری روش هایی برای خدمات دهی به تعداد زیادی بیمار هستند، مراجعه می کنند.

● دارودرمانی زمانی مؤثر است که به طور مناسب تجویز شود با این حال در بیشتر بیماران دیابتی، دارو صحیح مصرف نمی شود. مطالعه DARTS/MEMO نشان داد که فقط یک نفر از هر ۳ نفر بیمار دیابتی با درمان تک دارویی، مقدار کافی دارو را مصرف می کند.

● افسردگی: مطالعه ای نشان داد که تا ۴۰ درصد افراد دچار دیابت ممکن است از نظر بالینی دچار افسردگی شوند و افسردگی می تواند باعث ضعف در کنترل بیماری توسط خود فرد شود.

● پزشکان مهارت های آموزشی کمی درباره آموزش بزرگسالان، ارتباطات جمعی و مهارت های روانی اجتماعی دارند.

● تغییر رژیم غذایی و شیوه زندگی، مسأله سازترین قسمت آموزش سلامت به بیمار دیابتی است. مشخص شده که آموزش در ایجاد رفتارهایی از قبیل کنترل و پایش قند خون در خانه و تغییر دوز انسولین نسبت به تغییر نحوه زندگی و رژیم غذایی تأثیر بیشتری دارد. اطلاعات US نشان داد که ۵۰ درصد از افراد رژیم غذایی، ۳۵٪ فعالیت فیزیکی، ۴۷٪ مراقبت های پا را که طی آموزش به آنها توصیه شده بود، انجام دادند.

روش جستجو

اغلب مطالب این برنامه بر اساس مرور گسترده مقالات به روش های زیر به دست آمده است:

● جستجوی میدانی برای مقالات مروری سیستماتیک، مطالعات متاآنالیز، تکنولوژی سلامت و سایر مرورهای مربوط به موضوع و همچنین کار آزمایشی های بزرگ و گزارش های تخصصی.

● جستجوی مقاله در اطلاعات مربوط و منابع: Psyche INFO, MEDLINE, CINAHL, مرور سیستمیک (Abstracts of Review of, Cochran database, Effectiveness DARE, Effectiveness Care Bulletins, NHS مرکز, اطلاعات Bandoleer, NHS R&D و غیره.

● کتابخانه های الکترونیکی و سایت های اینترنتی مثل NELH
● دسترسی به مقالات - از نتایج جستجوی الکترونیک و لیست منابع جستجوی دستی
مجلات

سایر تحقیقات:

● مشاوره با متخصصان در موضوع

● ارتباط با محققان و متخصصان بهداشتی

● بررسی اقدامات انجام شده توسط سایر سازمان ها

اغلب مرورهای سیستماتیک و متاآنالیزها در این موضوع محدودیت هایی را در مقالات مشاهده کرده اند. به ویژه این که روابط موجود بین استراتژی های آموزشی و آثار آنها، تأثیر توضیحات و تفسیر ناکافی مداخلات، تحت نظر قرار گرفته اند. کمبود اطلاعات مربوط به موضوع، متاثر از مدت و نوع استراتژی های آموزشی به کار رفته در برنامه های آموزشی بود که قابلیت تکرار و آزمایش را در عمل از آنها سلب می کرد. همچنین در اطلاعات منتشر شده و برنامه های رسمی و ارزشیابی شده نیز کمبود وجود دارد.

رویکرد آموزش سلامت در بیماران دیابتی:

آموزش سلامت به بیمار یک فرآیند مادام العمر است که از زمان تشخیص بیماری شروع می شود. این فرآیند باید سعی کند که خود مراقبتی را در بیمار تسهیل نماید و به بیمار برای کسب آگاهی و مهارت های جدید برای تغییرات رفتاری و تطابق با شرایط مختلف، عوارض بیماری و ... کمک کند.

رویکردهای آموزش سلامت به بیماران دیابتی:

● شناخت و آگاهی از بیماری دیابت و اهداف کنترل آن

- ایجاد انگیزه و دیدگاه نسبت به مراقبت از خود در بیمار
- توانایی تعریف و موافقت در مورد اهداف مراقبت های بهداشتی و تعیین و اجرای راه کارهای رسیدن به آنها
- ایجاد رفتارهایی که به کنترل دیابت کمک کند
- شرکت دادن بیمار در ارتباطات با اعضای متخصص تیم مراقبت سلامتی
- آموزش سلامت به بیمار دیابتی باید حداقل ساختار لازم برای کنترل وضعیت جدید و نیز اطلاعات حمایتی پایه زیر را برای بیمار دیابتی فراهم نماید:
- طبیعت و عوارض دیابت که این اطلاعات باید پاسخگوی ترس، اضطراب و عقاید پیش زمینه بیمار راجع به دیابت باشد
- تغذیه مناسب و صحیح
- فعالیت فیزیکی
- شروع درمان با قرص یا انسولین (آموزش تزریق در مورد انسولین)
- آگاهی از عوارض حاد دیابت از قبیل هیپوگلیسمی و نحوه برخورد با آنها
- خودپایشی
- اقدامات و توصیه های مناسب در مواردی از قبیل شناسایی، معافیت از شرایط خاص، استخدام، رانندگی، بیمه
- شماره تلفن های تماس لازم.
- در ماه های اول بعد از تشخیص، پی گیری آموزش، آرایه آموزش های پایه و آرایه آموزش های مکمل زیر ضروری است:
- اطمینان دادن از درمان مناسب و ایده آل با قرص یا انسولین
- کنترل موثر تغذیه و فعالیت بدنی
- توانایی شناسایی عوارض حاد درمان مثل هایپوگلیسمی
- آشنایی با عوارض مزمن پیشگیری و درمان آنها
- توانایی پایش و گزارش نتایج درمان
- پاسخ های مناسب در زمان ایجاد مشکلات پیش بینی نشده و جدید
- مقابله با شرایط ویژه از قبیل مسافرت و بیماری
- ایجاد تغییرات لازم در شیوه زندگی و مقابله با استرس های زندگی

- برخورد با جنبه‌های روانی اجتماعی زندگی با دیابت.

لیست عناوین آموزشی:

تفہیم دیابت:

- شاخص‌ها و دلایل تشخیص دیابت
- علل
- بحث عقاید بیماران/ ترس از عوارض
- نشانه‌های هایپرگلیسمی
- اهداف و انواع درمان های دیابت
- شاخص‌های قند خون، چربی خون و فشار خون
- طبیعت و پیشگیری از عوارض طولانی‌مدت در پاها - چشم‌ها و کلیه‌ها، سیستم عصبی و سیستم قلبی و عروقی

استفاده از درمان دارویی (در صورت قابل استفاده بودن) برای تأثیرات درمانی:

- تأثیر، دوز، چگونگی استفاده، نشانه‌ها/ پیشگیری/ درمان هایپوگلیسمی/ معافیت تجویز
- برای افرادی که انسولین می‌گیرند، نوع، دوز، تنظیم دوز انسولین، محل های تزریق

توصیه‌های رژیم:

- اهمیت کنترل رژیم غذایی در دیابت و نقش آن در کنترل متابولیک نرمال
- توصیه به رژیم غذایی سالم: راهنمایی در مصرف روزانه کربوهیدرات، چربی. پروتئین و

فیبر

- سنجش رژیمی و تأمین نیازهای تغذیه‌ای خاص
- توجه به احتیاجات مذهبی/ فرهنگی
- بحث تغییرات تغذیه‌ای / برنامه غذایی
- اهداف کنترل مناسب وزن
- خودکنترلی قند خون (آزمایش خون و ادرار):
- دلایل تست
- تعیین
- چطور/ کجا/ چقدر
- تفسیر نتایج خودکنترلی قند خون و عمل به آن

● ثبت نتایج

مراقبت:

● توضیح اینکه چه کسانی مراقبت دیابتی را تأمین خواهند کرد، به عنوان مثال بیمارستان های عمومی

● تأمین مراقبت به وسیلهٔ کلینیک های خصوصی (چشم ها/پاها)

● اهمیت بررسی های منظم

● اهمیت بررسی های سالانه

● شماره تلفن های تماس

ادغام فعالیت های فیزیکی در شیوه زندگی:

● اهمیت فعالیت فیزیکی در کنترل قند خون و فشار خون، بهبود حساسیت به انسولین

● ورزش: سلامتی و نظم، احتیاط، تنظیم غذا و انسولین، پیشگیری و درمان هایپوگلیسمی، کنترل مکرر و زیاد

موضوعات ویژه که باید به طور مناسب تحت پوشش قرار گیرد:

هایپوگلیسمی: (بیماران روی انسولین یا سولفونیل اوره ها) – آگاهی از علائم، علل ایجاد، نقش الکل، نیاز به کربوهیدرات های سریع الجذب در دسترس و نیاز به مراقبت اختصاصی در صورت انجام فعالیت های پرخطر، مانند رانندگی یا کار با ماشین های خطرناک؛

فشار خون: معنی آن چیست، اهمیت کنترل و آزمایش آن، ارزش کاهش وزن، محدودیت نمک، افزایش ورزش، استراحت، منع الکل، داروها اگر مناسب باشد و تأثیرات آنها؛

عوارض: پیشگیری، غربالگری، درمان ها و کم کردن ریسک و تأثیرات:

چشم ها: غربالگری: اندازه گیری قدرت بینایی، فوندوسکوپی، گزارش مسایل چشم ها و رتینوپاتی و درمان (در صورت امکان)؛

مراقبت از پاها: آزمودن های منظم، بهداشت پاها، گزارش مشکلات، انتخاب کفش مناسب/ مراقبت از پاها؛

نوروپاتی: بحث نشانه ها، سنجش، درمان؛

اختلالات جنسی: ناتوانی جنسی، درمان، تأمین.

آگاهی و کنترل ریسک فاکتورهای قلبی عروقی (روی هم رفته قند خون و ریسک فاکتورهایی نظیر BMI، وزن، چربی خون، فعالیت فیزیکی، فشار خون بالا، سیگار کشیدن) بایستی یک جزء اصلی کنترل دیابت باشد، به خصوص که بیماری های قلبی عروقی یک علت اصلی مرگ در بیماران دیابتی می باشد. سیگار به عنوان یک ریسک فاکتور که خطر عوارض دیابت را ۲ برابر می کند، شناخته شده است. اهداف برای ترک سیگار، کنترل فشار خون، ورزش و کنترل وزن مانند افراد غیر دیابتی می باشد. اگرچه کنترل شدید کلسترول و دیگر چربی ها برای بیماران دیابتی اندیکاسیون دارد. دیابت یک ریسک فاکتور غیر وابسته برای CHD می باشد. سایرین: سن، سیگار کشیدن، وزن زیاد و فشار خون می باشد.

پیشگیری از حاملگی

- توصیه های پیشگیرانه و مشاوره، اهمیت مراقبت و کنترل خوب در هنگام پیشگیری، کنترل خوب زمان حاملگی
- **حاملگی:** تأمین و آزمودن قند خون برای تخمین تنظیم رژیم غذایی و دارویی

بیماری همزمان و دیابت:

- **قوانین بیماری بایستی** به همه بیماران گفته شود، ادامه درمان دارویی، مقدار فراوان مایعات، کنترل مداوم قند خون (وکتون ها اگر تیپ I باشد)، اگر تهوع و بیماری طول کشید تماس با پزشک
- **ایمن ساختن:** واکسیناسیون آنفولانزا و پنوموکوک، اهمیت و تأثیر کنترل دیابت
- **استرس و مقابله با آن:**
- سایر درمان های دارویی و تأثیر آنها بر کنترل: به عنوان مثال استروئیدها، HRT، قرص های OCP و ...

اطفال و بالغین

- اطلاعات جامع به عنوان مثال مدارس، تعطیلات، تأثیر بلوغ بر قند خون و کنترل آن، اطلاعات در مورد حمایت والدین، مسایل زندگی (مناسب، شامل تأمین سایر تماس ها برای توصیه بیشتر)
- اهمیت حمل شناسنامه شخصی، و یک کارت آگاهی (خطر) شامل نام، آدرس و شماره تلفن تماس با کسی که می تواند به او کمک کند

- رانندگی - توجه به DVLA و اطمینان کمپانی و اهمیت پیشگیری از هایپوگلیسمی در حین رانندگی، تأثیر روی گواهینامه رانندگی شامل گواهینامه شغلی
- تأثیر دیابت بر استخدام (سلامت، مراقبت، تغییر شغل و درمان های انعطاف پذیر)
- مدرسه
- اطمینان
- سواد
- سفر و تعطیلات: حمل داروی کافی و نوارهای تست قند خون، حمل انسولین، میان وعده ها، ایمونیزاسیون در صورت نیاز، زمان بندی مناسب قرص و انسولین، تأمین اطلاعات مخصوص هر منطقه، به عنوان مثال محل های قرارگیری مؤسسات دیابتی، اطمینان سفر، شناسنامه.
- فعالیت های اجتماعی

روش های ارایه آموزش سلامت به بیماران دیابتی:

طراحی آموزش سلامت به بیمار نیازمند توجه به این مطلب است که آموزش سلامت در مراحل مختلف سنی، نیازمند توجه به ویژگی های خاص آن دوره است.

● اطلاعات باید ارزیابی شده و به صورت تدریجی و مستمر و متناسب با تغییر شرایط زندگی و با ایجاد علاقه در بیمار برای کسب اطلاعات بیشتر ارایه شود. همچنین از نظر کارایی عملی و کشش روانی بیمار، مقوله آموزش سلامت در یک جلسه نیز با محدودیت هایی روبرو است.

● فرآیند یادگیری، فرآیندی تعاملی و دوسویه است و افراد تنها به عنوان گیرنده اطلاعات نمی توانند در آن شرکت کنند.

● توسعه یادگیری و اجرای آموزش ها و رویارویی با مسایل مربوطه نیازمند حمایت عملی و ذهنی از فرآیند آموزش است. بیمار باید از نظر روانی تشخیص را بپذیرد و متوجه این واقعیت باشد که در معرض عوارض تهدیدکننده بیماری قرار دارد. جایی که آموزش داده می شود، (بسته به موقعیت) مدت و محتوای آموزش می تواند متغیر باشد. آموزش سلامت به بیمار دیابتی معمولاً شامل مشاوره فردی با یک پرستار متخصص دیابت یا تغذیه یا به صورت جلسه آموزش گروهی در یک یا چند جلسه می باشد.

بررسی های بزرگ نشان داده که آموزش سلامت به بیمار دیابتی از اصول رفتاری و آموزشی مشخصی تبعیت نمی کند و تأثیر آن به اندازه کافی ارزیابی نشده است. بیمار دیابتی نیازمند آموزش پیوسته و جامع می باشد که به طور دوره ای بسته به موقعیت، به شدت آن اضافه می شود اما در اغلب موارد فراموش می شود. متخصصان بهداشتی بیشتر درگیر مسایل طبی هستند و آموزش غالباً کوتاه مدت و بدون ارزیابی یا مرور مجدد است. این مسأله کارایی آموزش ها در ایجاد انگیزه مراقبت از خود در بیمار را کاهش می دهد. در مورد آموزش سلامت به بیماران دیابتی، مطالعات ارزیابی شده و منتشر شده کمی وجود دارد بنابراین تاکنون مدل آموزشی ثابت شده ای توصیه نشده است. با تحقیقات جدید در چند سال آینده، این وضعیت تغییر خواهد کرد. اغلب بررسی های پیشتاز تاکنون آنهایی هستند که بر اساس مطالعات آمریکایی گزارش شده اند.

هدف اصلی برنامه های آموزش سلامت به بیماران دیابتی افزایش پذیرش درمان نیست بلکه بیماران یاد می گیرند که چگونه تغییرات را در خود ایجاد کنند و اهداف خود را برای رسیدن به آنها تعیین نمایند.

می‌توان گفت که آموزش سلامت به بیمار ۲ جنبه دارد:

۱- خارجی (انتقال اطلاعات و کسب آنها)

۲- داخلی (کشف و تعامل با منابع برای تغییر)

● اغلب برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار تا کنون بر جنبه خارجی توجه داشته است که اطلاعاتی درباره بیماری و درمان آن به بیمار نمی‌دهد. با این حال مطالعات نشان داده که تنها افزایش آگاهی برای بالابردن مراقبت از خود کافی نیست. مدل ترکیبی بیومدیکال و تصور پذیرش بیماری توسط بیمار برای کنترل دیابت کافی نیست چرا که هدف تنها بالا بردن آگاهی نیست بلکه باید به بیمار کمک کرد تا درمان خود را کنترل کند و تغییرات لازم را در زندگی خود ایجاد نماید. با وجود اهمیت درمان طبی، مهم است ولی نتایج بلند مدت تحت تأثیر رژیم غذایی - فعالیت بدنی و سایر رفتارهای مربوط به سلامتی بیمار می‌باشد که این گزینه‌ها نیز تحت تأثیر آگاهی بیمار از وضعیت خود و توانایی وی در کنترل آنها قرار داد. بنابراین ضروری است که آموزش سلامت به بیمار شامل موارد زیر باشد:

● دادن اطلاعات - افزایش آگاهی - عمدتاً به منظور ایجاد توانایی کنترل اولیه دیابت در بیماری که باید نیازهای مختلف فردی و وقایع مربوط به زندگی خود را نیز پاسخگو باشد.

● تغییرات حمایتی رفتار و مهارت های مراقبت از خود به منظور اطمینان از نتایج بلند مدت مراقبت از خود.

مهارت های مراقبت از خود و تغییرات رفتاری

حفظ تغییرات رفتاری برای رسیدن به نتایج مثبت در بلند مدت ضروری است و از اجزای دشوار در بخش آموزش سلامت به بیماران دیابتی می‌باشد. مشخص شده است که روش های استفاده کننده از متدهای پیشرفته از قبیل وسایل سمعی بصری، آموزش رفتاری و روش های بیمارمحور تأثیرات بیشتری را در یادگیری بیمار داشته‌اند. استفاده از روش های بیمار محور و ایجاد انگیزه برای تغییرات رفتاری - به بیماران برای رسیدن به اهداف مورد نظر کمک بیشتری کرده است. تسهیل خود کنترلی بیماری شامل کمک به فرد برای پیدا کردن بهترین ترکیب از رفتارها می‌شود. سعی می‌شود به هر بیمار کمک شود تا وضعیت ایده‌آل کنترل توسط خود او به دست آید. با این حال همیشه مهارت‌ها به بیمار آموزش داده می‌شود. مدل های رفتاری متعددی وجود دارد که می‌تواند به دیابت مربوط شود: مدل قصد بهداشتی، مدل باور سلامتی، مدل فراتئوریک، تئوری رفتار منطقی و

مدل پیشنهادی برای تغییر رفتار در برنامه آموزش سلامت به بیماران دیابتی بر مبنای مدل ترکیبی تغییر رفتار BASNEF و مدل مراقبت از خود Simons است. این مدل با موفقیت در مورد افرادی که به دنبال تغییر در رژیم غذایی، مصرف الکل و سیگار و فعالیت بدنی هستند، انجام شده است و شامل ۲ مرحله می‌باشد:

- تعیین مرحله‌ای که هر فرد در آن قرار دارد توسط متخصصین بهداشتی؛
- بحث توصیه‌های مناسب برای هر مرحله.

اجزای مهم برای آموزش مؤثر سلامت به بیماران دیابتی

هیچ راه کار آموزشی منفردی به عنوان بهترین روش شناخته نشده است. می‌توان آموزش سلامت به بیمار را به صورت چهره به چهره یا گروهی ارائه داد. همچنین استفاده از روش‌های آموزشی از راه دور و چند رسانه‌ای در دسترس است. بسته به وضعیت و نیازهای بیمار می‌توان هر یک را انتخاب کرد.

هنوز آموزش گروهی - به عنوان یک روش عمومی و به صرفه برای بیمار و آموزش دهنده شناخته می‌شود که منافع آن عبارت است از: ایجاد ارتباط بین بیماران و متخصصان بهداشتی و همچنین ایجاد ارتباط متقابل بین بیماران با آموزش گروهی که تشویق کننده ایجاد تغییرات رفتاری لازم می‌باشد. کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌داری که اخیراً انجام شده است، نشان داد که آموزش گروهی کارآیی مشابهی با آموزش چهره به چهره در انتقال اطلاعات دارد. همچنین از نظر اقتصادی خدمتی به صرفه‌تر است. بدون توجه به شکل روش‌های آموزشی، بهترین نتایج از نظر بالینی و کیفیت زندگی، آنهایی هستند که شامل موارد زیر شوند:

- استفاده از مدل‌های رفتاری و اصول آموزش بزرگسالان برای ایجاد رفتارهای مراقبت از خود که عمده‌تاً شامل رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مراقبت از پا و پایش قند خون می‌باشد. مطالعات آینده‌نگر بلندمدت نشان داد که آموزش تنها زمانی مؤثر است که از راه‌کارهای تغییر رفتار به طور وسیع استفاده شود. همچنین روش‌های آموزگار محور و آموزش‌های یک‌طرفه، نتایجی نداشته است. تلاش‌های آموزشی که از روش برنامه ریزی شده با آموزش مهارت‌های مراقبت از خود استفاده می‌کنند، در کنترل متابولیک با تغییر در رفتارها، نتایج بهتر به دست آورده است. برای مثال آموزش دوسویه و مشارکتی در مورد پایش قند خون، کنترل و شناخت الگوهای قند خون یا حل مشکلات در موارد قند خون بالا یا پایین، روزهای ناخوشی یا کنترل تغذیه شامل این سیستم است؛

● روشن شده است که بخش مهم این فرایند، تجربیات شخصی بیمار مبتلا به دیابت است؛
 ● آموزش سلامت به بیمار دیابتی باید ساختار و فرم بیمار محور داشته باشد تا بیمار بتواند نیازهای خود را بشناسد و ظرفیت مشاهده، قضاوت، احساس رضایت و دیدن نتایج دلخواه را به دست آورد؛

● آموزش سلامت به بیمار دیابتی باید جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و روانشناختی اجتماعی زندگی بیمار را در نظر بگیرد. برای مثال باورهای بیمار، موانع بالقوه در برابر مراقبت از خود، مهارت‌های تطابق و محیط اجتماعی خود فرد که این موارد با توانمندسازی بیماران به دست می‌آید.

در زمینه آموزش بیمار، توانمندسازی بیمار به معنی سازمان‌دهی مشاوره‌های فردی و ملاقات‌های گروهی به منظور کمک به بیمار برای کشف منابع تغییر و کنترل است. این امر از طریق خودآگاهی بیماران و درک ارزش‌ها، نیازها و اهداف خود بیمار در مورد مراقبت از دیابت به دست می‌آید.

نتایج حاصل از یک گارگاه برگزار شده در در ناتینگهام انگلیس در اکتبر ۲۰۰۰، نیازهای بیماران دیابتی را به صورت زیر دسته بندی کرد:

- بیمار دیابتی نیازمند شرکت در بحث درباره نحوه مراقبت‌ها است؛
- بیمار باید در مورد نحوه زندگی طبیعی اطلاعات به دست آورد؛
- بیمار باید از متخصصین مراقبتی مربوط به بیماری خود اطلاع داشته باشد؛
- اهداف به صورت فردی تنظیم شود. مهم است که واقعیات زندگی بیمار و موارد قابل پذیرش بیماران شناخته شود. اگر اولویت‌های مربوط به وضعیت بیمار شناخته نشوند و بیمار در مورد آنها نگران رها شود، باعث کاهش مشارکت بیمار در روند آموزش و درمان می‌شود. بنابراین تیم پزشکی باید پس از مشخص کردن نیازهای بیمار، برنامه خود را به گونه ای تنظیم کند که متغیرهای یادگیری اجتماعی مانند مهارت‌های حل مشکل و خودکارایی را داشته باشد. می توان از مدل‌های آموزش بزرگسالان در این زمینه استفاده کرد. بازده جلسات یادگیری، به فرایند روابط متقابل افراد بستگی دارد؛

● در شرایطی که بیمار با متخصصین مشارکت دارد، راه کارهایی شکل می‌گیرد که بیمار بهترین شانس را برای کنترل وضعیت خود و کاهش عوارض فیزیکی، روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی به دست می‌آورد. روش‌های آموزش که از مشارکت بیمار استفاده می‌کنند نسبت به روش های قدیمی در کنترل قند خون، وزن و چربی موفق تر هستند و یک جزء کلیدی در

کنترل موفق شرایط مزمن مانند دیابت، شرکت بیمار به عنوان جزیی از گروه مراقبتی است. در طی این همکاری مشترک، بیمار اطلاعات شخصی درباره وضعیت خود را در اختیار متخصصان می‌گذارد و تیم درمانی اطلاعات عمومی را متقابلاً به بیمار منتقل می‌کند که هر دوی این‌ها برای کنترل مؤثر بیمار لازم است.

موضوعات ویژه: موارد خاصی که در طراحی برنامه آموزشی باید مورد توجه باشد:

۱- اطفال:

- باید والدین نیز آموزش‌های لازم را در مورد دیابت و مراقبت‌های لازم برای کودکان خود دریافت کنند. بررسی اخیر نشان داده که تنظیم رژیم غذایی به منظور کنترل قند خون، مشکل‌ترین بخش در تنظیم برنامه کنترل دیابت است. نیاز به یادگیری درباره دیابت در وضعیت‌های مختلف توسط متخصصان برای والدین توضیح داده می‌شود.
- در سنین حدود ۱۰ سالگی (اوایل نوجوانی) کودکان نسبت به یادگیری درباره دیابت علاقه بیشتری نشان می‌دهند. با این حال در یک بررسی مشخص شده که اطلاعات متناسب با این رده سنی در دسترس نیست و آموزش لازم برای مقابله با شرایط بعدی زندگی را در اختیار کودکان قرار نمی‌دهد.
- مهارت‌های ارتباطی، حل مشکل و حمایت خانوادگی باعث کنترل بهتر بیماری و مراقبت از خود در اطفال می‌شود.

۲- بالغین:

- نوجوانان سعی در مستقل شدن و شرکت بیشتر در برنامه مراقبت از خود دارند. دیابت غالباً به عنوان تهدیدی برای شرایط طبیعی زندگی آنها به شمار می‌رود. از نظر متخصصان درمانی، دوره نوجوانی مشکل‌ترین زمان در کنترل دیابت می‌باشد.
- نیاز به اطلاعات باز و بدون پیش داوری در مورد دیابت وجود دارد. برگزاری گروه‌های آموزش کلینیکی در مدارس به طوری که هر دانش‌آموز ۲ نفر از دوستان خود را در آن شرکت دهد برای رسیدن به این هدف صورت می‌گیرد. گروه‌های آموزش کلینیکی برای ۱ یا ۲ ساعت از زمان مدرسه، توسط پرستار مدرسه برگزار می‌شود. دانش‌آموزان می‌توانند درباره مسایلی از قبیل استرس، آزمایش، شرایط خانواده، الکل، سیگار، روابط جنسی بحث کنند و از

دیدگاه سلامتی و دیابت به آنها پردازند. برخی از مطالب به گروه دیابت اطفال ارجاع داده می‌شود.

- اطلاعات درباره کاهش آسیب از سیگار یا داروها
- مشکلات خود کنترلی معمولاً حدود ۳/۵ سال پس از تشخیص یا در اوایل بلوغ ظاهر می‌شود که با ایجاد مشکلات و تثبیت آنها، برطرف کردن آنها مشکل می‌شود. بنابراین برای کودکان و بالغین با دیابت نوع یک، بلافاصله پس از تشخیص باید آموزش‌ها شروع شود.
- اختلال در کنترل قند به کرات پیش می‌آید.
- کاهش مشارکت والدین به دلایل مختلف در این دوره صورت می‌گیرد.
- در این دوره نیاز به حمایت برای غلبه بر مشکلات وجود دارد.
- بسیاری فکر می‌کنند که نگه داشتن قند خون در حد نرمال کار بسیار دشواری است. بنابراین انگیزه‌های آنها کاهش می‌یابد. پس بالغین باید از ابتدای کار در تنظیم اهداف شرکت داشته باشند و اهداف به صورت پله‌ای تعیین شود.
- نیازها، اولویت‌های شخصی و نقش اجتماعی بیمار باید مدنظر باشد.
- مهارت‌های تکنیکی با آموزش کسب می‌شود.
- روش‌های گروهی به بهبود کنترل متابولیک و کیفیت زندگی و رفتارها کمک می‌کند.
- گروه‌های دیابتی که از روش‌های رسمی و غیر رسمی برای معرفی مهارت‌های مقابله با دیابت استفاده می‌کنند، منافع قابل توجهی را به دنبال داشته‌اند.
- در اکثر کشورهای دنیا، کارآزمایی بالینی کاملی در مورد روش‌های به کار رفته در مورد آموزش بزرگسالان انجام نشده است، لذا توصیه می‌شود که در این مورد تحقیقات اولیه انجام شود.

۳- سالمندان:

- در انگلستان ۶۰٪ افراد دچار دیابت نوع دو، بالای ۶۰ سال هستند.
- در این رده سنی استراتژی‌های آموزش مشابهی به کار می‌رود. البته میزان برخی از مشکلات در این گروه سنی بیشتر است: بیماریهای مزمن، ناتوانی، سطح سلامتی پایین، شیوع بیشتر افسردگی.
- سطح آگاهی این گروه سنی نسبت به دیابت کمتر است.
- اختلال دید، شنوایی و شناختی، برقراری ارتباط با بیمار را سخت‌تر می‌کند.

- نیازهای افراد بستری در خانه یا آسایشگاه باید مدنظر قرار گیرد.
- دادن اطلاعات اندک در زمان طولانی‌تر، اثرات بیشتری به دنبال دارد.
- استفاده از ابزار و نوشته‌های با چاپ درشت در یادگیری مؤثر است.
- استفاده از روش‌های بصری نسبت به توضیح گفتاری مؤثرتر است.
- آموزش باید در محیط مناسب که از نظر دارو و آزمایشات بیمار امکانات کافی داشته باشد، انجام شود و اطلاعات در مورد خطرات موجود و راهنمایی لازم برای حفاظت و معاینه پایه به بیمار داده شود.
- شواهد نشان می‌دهد که با حمایت کافی و استفاده از روش حل مشکل و آموزش گروهی، مراقبت از خود و شیوه زندگی تغییر می‌کند.
- در یک مطالعه نشان داده شده است که گروه‌های حمایتی به کسب اطلاعات از جلسات آموزشی به افراد مسن و رسیدن به کیفیت بهتر زندگی کمک می‌کنند. این گروه‌های حمایتی توسط خود بیماران و تحت نظارت یک مددکار اجتماعی هدایت می‌شود و اغلب جلسات ماهانه برای آنها برگزار می‌شود.

۴- کنترل وزن:

- بررسی‌ها نشان داده است که کنترل وزن از طریق رژیم غذایی و ورزش به کنترل دیابت نوع دو از نظر قند خون، فشار خون و چربی خون کمک می‌کند.
- بیش از ۸۰٪ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اضافه وزن دارند. مسایل اصلی که در بررسی مشخص شد:
 - حفظ کاهش وزن دشوار است؛
 - آموزش رژیم غذایی بر اساس رفتار درمانی مثل مشاهده بهترین اثر را دارد؛
 - برنامه‌های چایی نیازمند زمانی طولانی است؛
 - رژیم غذایی و برنامه‌های تمرینی باعث بهبود کنترل متابولیک حتی با درجه کمی از کاهش وزن می‌شود.
- اگرچه کاهش وزن خطر بیماری قلبی عروقی و سایر عوارض را کم می‌کند ولی کارآزمایی بلند مدتی در این مورد انجام نشده است. طرح چند مرکزی که اخیراً در آمریکا تصویب شده [AHFAD] اثر تغییرات شیوه زندگی بر روی ۵۰۰۰ بیمار چاق را از نظر حمله قلبی، مغزی و

مرگ مربوط به بیماری قلبی عروقی و بیماران دیابت نوع ۲ را مورد بررسی قرار خواهد داد. این طرح بیش از ۲/۵ سال اجرا و به مدت ۱۱/۵ سال پیگیری خواهد شد.

فرآیند آموزش سلامت به بیمار:

آموزش سلامت به بیمار باید به طور منظم و با فرآیندهایی به شرح زیر انجام شود.

الف) ارزیابی نیازها:

باید نیازها به طور اولیه بررسی شود و به دنبال آن به صورت مستمر مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد. فرآیند ارزیابی متناسب با وضعیت هر فرد با یک یا تعداد بیشتری از روش‌های زیر انجام می‌شود:

- ارزیابی فیزیکی، روانی اجتماعی، روحی، فرهنگی و اقتصادی (نیازسنجی فردی)
- نیازسنجی گروهی
- نیازسنجی در جامعه
- طرح یادگیری باید جزئی از برنامهٔ مراقبت باشد و برای بیمار اهداف واقعی و قابل دسترس کوتاه مدت و بلند مدت در نظر گرفته شود.
- بدین منظور نیازسنجی باید با رعایت موارد زیر انجام شود:
- تنظیم اهداف با شرکت بیمار انجام شود؛
- روند نیازسنجی باید متناسب با سطح فرهنگی بیمار در نظر گرفته شود؛
- باید توضیحات کامل و روشن در مورد گزینه‌های در دسترس هر فرد ارائه شود؛
- بیمار تصمیماتی بگیرد که مورد انتظار اعضای گروه است، حتی اگر آنها با آن موافق نباشند؛
- شناسایی مراجع لازم برای حمایت از شیوه زندگی سالم.

یک برنامهٔ آموزشی مؤثر می‌تواند بیانگر موارد زیر باشد:

- اصول رایج و تمرینات برای مراقبت دیابت و آموزش؛
- انعطاف‌پذیری در آموزش؛
- توجه به مسایل فیزیکی، روانی اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در مورد هر بیمار.

ب) ارزیابی و سنجش تأثیرات برنامه‌های آموزشی:

ارزیابی به معنای جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات از بیماران برای بهبود عملکرد برنامه است، در حالیکه سنجش بیانگر آنالیز اطلاعات بیماران به منظور تغییر درمان در جهت پاسخ‌دهی به نیازهای بیماران می باشد. کارایی آموزش دیابت به طور منظم باید بررسی شود و به دنبال آن در صورت نیاز، روش‌ها تغییر یابد. روش‌ها باید به شکل مؤثر بر کنترل رفتار و وضعیت متابولیک تأثیر بگذارد. باید از ابتدای شروع آموزش، این فرآیند اجرا و بر اساس پیشرفت بیمار و میزان دسترسی به اهداف، شکل آن تغییر یابد. ارتباط مستقیم با بیمار، پرسش و پاسخ مستقیم یا مرور سالانه و پرسشنامه برای ارزیابی کاربرد دارد. بهتر است که تأثیر روش‌های آموزشی در یک دوره طولانی (حداقل یکسال) سنجیده شود.

نتایجی که قابل ارزیابی است:

- اندازه‌گیری بیومدیکال، قند خون، HbA1C، لیپدها، وزن، فشار خون؛
- آگاهی بیماران دیابتی؛
- مهارت‌های مراقبت از خود مثل تزریق انسولین و ... ؛
- نتایج رفتاری، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی.

افراد دیابتی توانایی رسیدن به هدف شیوه زندگی سالم با دیابت را با توجه به موارد زیر دارند:

- شناسایی راه‌ها یا اقدام برای تغییر فرایند فیزیولوژیک، رفتار شخصی و یا شرایط اجتماعی مؤثر در وضعیت زندگی آنها ؛
- درک موانع موجود و افزایش کنترل شخصی با توجه به زندگی با دیابت؛
- تطابق روانی؛
- رضایت از مراقبت دیابت؛
- بهبودی؛
- وارد کردن مراقبت از دیابت در کار - خانه - نیازهای شخصی و علایق بیماران؛
- کیفیت زندگی دلخواه با استفاده از شاخص‌های قابل اندازه‌گیری و قابل اعتماد.
- تعداد اپیزودهای هایپرگلیسمی و هایپوگلیسمی
- غیبت‌های مربوط به بیماری از کار یا مدرسه

• مراجعات اورژانس یا بستری به دلایل مرتبط با دیابت
تعدادی از روش‌های ارزیابی معتبر به منظور سنجش آگاهی و نگرش نسبت به دیابت، احساسات، وضعیت عملکردی، کیفیت زندگی و وضعیت روانی اجتماعی ایجاد شده است.

ابزارهای مهم و چهارچوب حمایتی در آموزش و کنترل مؤثر دیابت توسط خود

بیمار

• مواد و اطلاعات بیمار:

متخصص درمان دیابت باید اطلاعات آموزشی کافی، دقیق و پیوسته را به موقع و به شکل مناسب عرضه کند، یعنی اینکه:
- تنوع موجود در شکل ارایه اطلاعات باید شناخته شود.
- مواد آموزشی با زبان مناسب و متناسب با فرهنگ باید در دسترس بیماران دیابتی وجود داشته باشد.

- اطلاعات باید به شکل مناسب برای پاسخ‌دهی به نواقص فیزیکی و شناختی ارایه شود.
موارد زیر ممکن است به دسترسی بیمار به اطلاعات کمک کند:
- بسته اطلاعاتی راجع به راهنماها و اطلاعات دیابت برای متخصصان بهداشتی که شامل اطلاعات محلی مربوطه نیز می‌شود. این مجموعه می‌تواند بصورت الکترونیکی تهیه شود.
- برگه‌های اطلاعاتی دیابت مثل (دیابت برای مبتدیان) یا اگر امکانات اجازه ندهد، اطلاعات پایه‌ای مثل آشنایی با دیابت (آنچه از مراقبت دیابت باید بدانیم) با این حال در نظرسنجی از متخصصان آموزش سلامت، آنها نسبت به انتقال مناسب اطلاعات از این طریق به بیمارانی که تازه بیماری آنها تشخیص داده شده، مطمئن نبودند.

فضای فیزیکی برای یادگیری بر پایه نیازهای اجتماعی و فردی

• **تجهیزات متناسب و سیستم‌های اطلاعاتی:** مثل دفتر و ابزار و سیستم‌های حفظ اطلاعات با سخت‌افزارهای کامپیوتری و تکنولوژی جدید در آموزش مثل اینترنت - آموزش کامپیوتری یا ویدیویی در دسترس است و بسته به امکانات در گروه‌های مختلف می‌توان از این روش‌ها استفاده کرد.

• **حمایت دقیق:** بیماران دیابتی منابع آموزشی با ارزشی هستند و می‌توانند بیماران دیگر را مورد حمایت قرار دهند. گروه‌های مشاوره، حمایتی و خودیار در این مجموعه قابل فعالیت

هستند. ملاقات‌های گروهی، احساس تنهایی را از بیمار می‌گیرند و فرصت صحبت راجع به تجربیات مشکلات خود را به آنها می‌دهند.

این ملاقات‌ها در یک درمانگاه به عنوان بخشی از برنامه آموزش توسط خود افراد با گروه‌های محلی قابل انجام است.

• پیگیری

برای مثال تماس‌های تلفنی، ملاقات‌های منظم یا گروهی در حفظ موفقیت هر روش آموزشی مؤثر هستند که البته نیازمند نیروی انسانی کافی برای بخش آموزش می‌باشد.

پرسنل و مهارت‌های آنها:

- کارکنان دارای مهارت‌های آموزشی نیازمند زمان معین، روش مخصوص و مهارت ارتباطی و دیدگاه حمایتی و آمادگی برای گوش دادن و همدردی می‌باشند؛

- هر عضو تیم درمانی با آموزش سلامت به بیمار درگیر است و ممکن است نیازمند مهارت‌های لازم برای کار با بیمار جهت غلبه بر مشکلات باشد؛

- بهبود استانداردهای آموزشی نیازمند تغییر از روش مستقیم برای تحریک افکار و احساسات فردی می‌باشد و با ایجاد موارد زیر قابل دسترسی است:

الف) یک برنامه آموزش تخصصی یا حرفه‌ای که تشویق‌کننده فعالیت بر پایه شواهد، روش‌های یادگیری بزرگسالان و درک چهار چوب آموزش سلامت به بیمار دیابتی باشد؛

ب) مجموعه منابع تخصصی با رهنمودهای لازم برای آموزش مداوم؛

- تسهیل‌گران دیابت در سازمان‌های متولی مراقبت اولیه در ایجاد برنامه‌های آموزش سلامت به بیمار برای آموزش متخصصان بهداشتی نقش دارند.

محیط حمایتی

ایجاد چهارچوب وسیع‌تر سلامتی همچون نظرات قانونی برای تصمیم‌گیری‌های حمایتی از آموزش سلامت به بیماران دیابتی مؤثر است.

در این زمینه لازم است همکاری بخش‌های مختلف بیماران، متخصصان سلامت و سیاستمداران برقرار شود. از جمله آنها:

- سرویس‌های بهداشت جامعه

- گروه‌های بهداشت اقلیت‌های مذهبی

- سایر سازمان‌های در ارتباط با بیمار و بهداشت

- دریافت کنندگان مراقبت‌ها

- حمایت کنندگان بهداشتی

- پرسنل مدارس

همچنین سیاست‌های بهداشتی گسترده‌تر مثل حمایت از غذاهای کم‌چربی و برچسب زدن به غذاها نیز می‌تواند اعمال شود. شاید از دیگر اولویت‌های سلامتی نیز در برنامه‌ها استفاده شود برای مثال برنامه‌های بهبود سلامتی و مدرنیزه کردن می‌تواند به دیابت مربوط باشد. تشویق به تغذیه صحیح، افزایش فعالیت بدنی، ترک سیگار و کاهش چاقی در این میان قابل ارایه است.

نتیجه گیری:

هدف اصلی مورد بحث در مقالات و برنامه تخصصی آموزش سلامت به بیماران دیابتی این است که خود بیمار دیابتی آگاهی به شرایط خود و توانایی کنترل آن را داشته باشد. نقش تیم دیابت، تأمین خود کنترلی بیماران می‌باشد.

● بطور رایج در ایران، فقدان واقعی مداخلات طراحی شده بر پایه اصول رفتاری و آموزشی دیده می‌شود. البته به نظر می‌رسد این طرح‌ها در حال تعویض چهره خود می‌باشد به منظور آموختن آنچه که عملی، مؤثر و کاربردی در محتوای ارایه خدمات به بیماران دیابتی می‌باشد، برنامه‌های آموزشی بیماران بایستی گسترش یافته و ارزیابی شوند. هم اکنون نیاز بیشتری برای مداخلات آموزشی ساختاری بر پایه مشاوره با گروه‌های هدف با یک فرآیند ارزیابی درونی احساس می‌شود. تأثیر این مداخلات بایستی با نتایج مطالعات خوب طراحی شده، ارزیابی شود که این مداخلات صریحاً اهدافی را برای تغییر می‌خواهند. انعکاس این نتایج همچنین نیاز به بررسی طولانی مدت (حداقل بعد از یک سال) دارد و همچنین نیاز به کنترل متابولیک مناسب و کنترل مسایل روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی دارد.

این مداخلات تأثیرات قابل قبولی روی کنترل رفتاری، متابولیک و کیفیت زندگی داشته و مقرون به صرفه می‌باشند.

مداخلات آموزش سلامت به بیماران دیابتی باید :

● بیمار محور و بر پایه مشارکت تخصصی گروه‌های حفظ سلامتی بیماران برای حمایت از تصمیم‌گیری مشترک و موفقیت در خود کنترلی بیماران باشند؛

- شامل تکنیک و مهارت‌های زندگی، تأثیر خود کنترلی، حل مسأله و تصمیم‌گیری و روی هم رفته برای کنترل روتین دیابت باشند؛
- برای کسانی که خواستار دریافت کنترل شدید و دایمی هستند، نیاز به شناخت جنبه‌های روانی و اجتماعی دیابت و شرکت در عناصر تغییر دهنده رفتاری مانند حمایت اجتماعی سیستم‌های استراتژیک، استرس، فشار، نحوه زندگی و توجه به جنبه‌های اقتصادی وجود دارد؛
- تمرکز و توجه به عوامل مختلف مانند فرهنگ، نژاد و سن باید صورت گیرد؛
- نتایج اندازه‌گیری شده باید شامل نتایج بیومدیکال، کیفیت زندگی و شاخص‌های روانی اجتماعی باشد.

مثال‌هایی از برنامه‌های اجرا شده آموزش سلامت به بیماران دیابتی در جهان:

تجربه آلمان، پروژه (دوسلدورف)^۱:

از ۱۹۷۸ تحت نظر Micheal Barger، برنامه ۵ ساله‌ای برای سنجش بیماری‌های متابولیک درباره انسولین درمانی و آموزش خود مراقبتی با سیستم آموزش استفاده شد که در آن بیماران دوز انسولین را با میزان غذای دریافتی در هر وعده تنظیم می‌کردند. ۵ روز آموزش برای بیماران بستری در گروه‌های حداکثر ده نفری با بیش از ۲۰ ساعت آموزش از دوشنبه تا جمعه ارایه شد. این برنامه توسط شرکت بیمه سلامتی آلمان حمایت شده بود. با این روش سطح HbA_{1c} و خطر افت قند خون به طور همزمان کاهش یافت و توانایی رعایت رژیم غذایی و اتخاذ شیوه زندگی سالم در بیمار افزایش یافت. چنین برنامه‌هایی می‌تواند بر مشکلات بیمارانی که درمان‌های تجویز شده را خوب نمی‌پذیرند به کار رود چرا که در این برنامه‌ها بیمار اهداف درمانی خود را تعریف می‌کند و راه‌کار رسیدن به آن‌ها را می‌پذیرد. این روش، تقسیم قدیمی آموزش را پشت سر گذاشت چرا که هدف آن قادر کردن بیمار برای تعریف سطح هدف HbA_{1c} بسته به خطر قابل مواجهه و تلاشی که خود را برایش آماده کرده‌اند، بود. هدف اصلی حفظ کنترل دقیق قند خون بدون افزایش خطر هایپوگلاسمی شدید با حمایت اندک متخصصان بهداشتی و بهبود کیفیت زندگی بر پایه مصرف غذای مناسب بود. آموزش توسط پرستار و متخصص تغذیه ارایه می‌شد. اهداف

^۱ Dusseldorf

و متدهای مشخص و نوشته شده آموزشی وجود داشت. برنامه اساساً برای موارد تازه تشخیص داده شده نوع ۱ دیابت یا افرادی که به تازگی درمان انسولین برای آنها شروع شده بود، ارایه می‌شد.

روش‌های درمان: به بیماران توصیه می‌شد که قبل از هر وعده اصلی غذا، قند خون خود را اندازه‌گیری کنند تا انسولین بلند اثر را در صبح و وقت خواب و انسولین کوتاه اثر را قبل از هر وعده غذا تزریق کنند. تعدیل روزانه دوز انسولین بسته به سطح قند خون، فعالیت بدنی و دریافت کربوهیدرات انجام می‌شد.

محتوای آموزشی:

● ۲۰ ساعت تدریس که موضوعات آن با انتخاب بیماران و با تأکید بر نیازها و مشکلات آنها انتخاب شده بود؛

● در بیماران بدون پذیرش، آموزش تغذیه به تخمین میزان کربوهیدرات وعده‌های غذایی و محاسبه انسولین لازم محدود می‌شد. تغذیه با توجه به طرح انعطاف‌پذیر تعداد، زمان و محتوای وعده‌های غذایی تنظیم می‌شد.

ارزیابی:

این برنامه در مطالعات متعددی ارزیابی شده است. تقریباً ۷/۵ درصد سطح HbA_{1c} در زمان مشابه بهبود یافت، میزان بروز هایپوگلاسمی تغییر نداشت یا کم شد. DKA تقریباً حذف شد و روزهای بستری در بیمارستان کاهش یافت. برنامه استاندارد جنبه‌های روانی ذهنی را مدنظر نداشت و در نوع تغییر یافته، جنبه‌های روانی اجتماعی وارد برنامه شد تا برای بیمارانی که به اهداف برنامه استاندارد دست نیافتند، به کار گرفته شود. بحث‌های گروهی قوی و مشاوره فردی برای ایجاد انگیزه به منظور حل مشکلات روانشناسی و روش‌های مقابله با آنها در این برنامه انجام می‌شد.

بررسی دیگر نشان داد که روش‌هایی مثل شناسایی فاکتورهای روانشناختی که ممکن است با آگاهی از دیابت کاهش یابند، برای بهبود و کارایی درمان و برنامه آموزشی لازم است.

پروژه DAFNE:

این پروژه در ۳ مرکز در انگلیس در حال آزمایش است: بیمارستان Northern شفیلد، بیمارستان عمومی Tyneside North و بیمارستان کالج سلطنتی لندن. دوره بر پایه مدل

Dusseldorf ولی روی بیماران سرپایی انجام می‌شود. همچنان این طرح در حال ارزیابی است و گزارش کامل با نتایج نهایی ارایه خواهد شد.

بیمارانی که در برنامه شرکت داشتند حداقل ۲ سال دیابت داشتند و خود داوطلبانه برای طرح انتخاب شدند، بنابراین ایجاد انگیزه مشکل نبود. محتوای دوره شبیه مدل استاندارد Dusseldorf است. پرسشنامه‌هایی برای سنجش آگاهی، افسردگی، باورهای سلامتی و کیفیت زندگی در مدت ۶ ماه تکمیل شد.

نتایج اولیه نشان می‌دهد که منافع مشابه طرح آلمان به دست آمده است، از جمله ۱ درصد افت HbA_{1c} که همراه با آن افت کیفیت زندگی هم بهتر شده بود. بیشتر بیماران احساس رضایت داشتند و شرایط آنها از زمان تشخیص بهتر شد. DAFNE اخیراً یافته‌های بخش بهداشت در انگلیس را که در طرح‌های آزمایشی به دست آمده است، دریافت کرده است.

برنامه آموزش متمرکز بر اطلاعات و مهارت‌های مراقبت از خود در بیمارستان Bournemouth

در این مرکز دو برنامه آموزشی در حال اجرا می‌باشد:

- ۱- برنامه‌های متمرکز بر بیماران مبتلا به تیپ دوی دیابت
- ۲- برنامه‌های متمرکز بر بیماران مبتلا به تیپ یک دیابت

۱. برنامه‌های متمرکز بر بیماران مبتلا به تیپ دوی دیابت

در سال ۱۹۹۳، بیمارستان سلطنتی Bournemouth، یک برنامه آموزشی مؤثر را برای بیماران تازه تشخیص داده شده مبتلا به دیابت تیپ دو، طرح ریزی و اجرا کرد. مدل پزشکی رایج، جای خود را به یک برنامه سازمان دهی شده جدید داده که بیمار را تشویق و قادر به شرکت در فعالیت‌های مراقبت از خود می‌کند. مراحل این برنامه عبارتند از:

(الف) آموزش بدو تشخیص دیابت (اولین دوره آموزش)

فاز اولیه برنامه به اولین تمرکز بر دیابت ارجاع داده می‌شود که هدف آن تأمین اطمینان حمایت و اطلاعات و شروع پروسه آموزشی به زودی پس از تشخیص می‌باشد. بیماران در ۹۹٪ موارد به وسیله پزشکان عمومی‌شان ارجاع داده می‌شوند. این برنامه در هفته اول تشخیص دیابت اجرا می‌گردد.

محتوای آن شامل توضیح دیابت و نشانه‌های آن و آموزش خودپایشی دیابت است. بیماران تشویق می‌شوند تا سؤالات خود را بپرسند و با همدیگر صحبت نمایند. به تک تک بیماران اطلاعات مکتوب در مورد دیابت، اطلاعات مربوط به تماس با مرکز و برنامه راهنمای دوره ارایه می‌گردد. همچنین یک جدول برای ثبت اطلاعات مربوط به میزان قند خون، وزن، میزان چربی‌ها و فشار خون به آنها داده می‌شود. موارد اندازه‌گیری شده در طول دوره: HbA_{1c} وزن و نحوه درمان و ثبت در ماه ۳-۶ و ۱۲ و ۲۶ و ۳۶ ماه پس از تشخیص. کیفیت زندگی - در زمان تشخیص و در ۳-۶-۱۲ ماه بعد.

(ب) ادامه تمرکز بر روی دیابت و ادامه درمان

چهار هفته بعد از اولین دوره آموزشی، از بیماران برای شرکت در دوره بعدی آموزش دیابت دعوت می‌شود که اطلاعات تکمیلی و حمایت مستمر را به بیماران ارایه می‌نماید. این کار در ۲ جلسه صبحگاهی، با فاصله ۴ هفته و هر جلسه ۱ ساعت انجام می‌گیرد.

محتوای آن شامل موارد زیر است:

- دیابت چیست؟
- چگونه قند خون را پایش و کنترل کنیم؟
- تغذیه سالم و دیابت
- در جلسه بعدی موارد زیر بحث خواهد شد:
- عوارض دیابت
- مراقبت از پاها در دیابت

(ج) تمرکز بر روی انسولین

این برنامه برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است که تازه درمان با انسولین آنها شروع شده است. اطلاعات برای تنظیم دوز انسولین توسط بیمار. از طریق تلفن، فاکس یا تماس چهره‌به‌چهره بسته به نیاز، به او داده می‌شود. از بیمار خواسته می‌شود در جلسات ماهیانه ۱ ساعته شرکت کند. هدف کسب اطمینان و حمایت و آموزش عملی تمرینات بدنی، رانندگی، جلوگیری از اضافه وزن، قوانین روزهای بدحالی، مسافرت و مسئولیت‌های مراقبتی بیمار است.

۲. برنامه‌های متمرکز بر بیماران مبتلا به تیپ یک دیابت

اهداف این برنامه عبارت است از:

- آموزش تنظیم دوز انسولین بسته به میزان غذای دریافتی
- دادن اطلاعات درست درباره دیابت

- دادن توانایی پرسش به بیمار
 - توانمندسازی بیمار برای آموزش به دیگران با وضعیت مشابه او.
- از یک برنامه آموزشی کامپیوتری در هر جلسه استفاده می‌شود تا اثر مصرف غذا و انسولین بر سطح قند خون نشان داده شود. این برنامه، ابتکار منحصر به فردی برای بهبود آرایه خدمات آموزشی به بیماران است. شرکت کنندگان به خوبی آن را می‌پذیرند و از آن بهره می‌برند. موارد تازه تشخیص داده شده به صورت فردی ویزیت می‌شوند و اطلاعات پایه و تکمیلی را در مورد ورزش، رانندگی و پیشگیری از بارداری دریافت می‌کنند. قرار ملاقات با مشاور روانشناسی نیز گذاشته می‌شود.
- پس از ۳-۶ ماه، بیمار در یک برنامه آموزشی گروهی ویژه شرکت می‌کند. این مدل به صورت ۴ جلسه ۶ ساعته در چهار هفته است که شامل یک وعده غذایی هم می‌شود.

جدول ۱-۹. برنامه زمانبندی شده آموزش دیابت در پروژه بیمارستان Bournemouth برای بیماران مبتلا به دیابت نوع یک.

هفته دوم: • هایپرگلیسمی • کتواسیدوز دیابتی • نیازمندی‌های تغذیه ای • اندازه گیری کربوهیدرات‌ها • برچسب روی مواد غذایی • تنظیم دوز انسولین • صرف یک وعده غذا	هفته اول: • تعیین اهداف آموزشی • دیابت چیست؟ • شناسایی مواد غذایی و گروه‌های آنها • اندازه‌گیری میزان کربوهیدرات‌ها • HbA_{1c} • مکانیسم عمل انسولین • صرف یک وعده غذا
هفته چهارم: • عوارض دیابت • ورزش • شاخص‌های کنترل قند خون • مروری بر کربوهیدرات‌ها • اندازه‌گیری کربوهیدرات‌ها • ارزشیابی دوره آموزشی • صرف یک وعده غذا	هفته سوم: • هایپوگلیسمی • الکل • تنوع وعده غذایی • صرف نظر کردن و کنار کشیدن از خوردن • تنظیم دوز انسولین • جنبه‌های اجتماعی دیابت • صرف یک وعده غذا

آموزش گروهی برای آغاز درمان انسولین در بیماران دیابت نوع ۲ در مرکز دیابت Ipswich

یک صد بیمار سالانه وارد این گروه می شوند. هدف ایجاد سرگرمی، رضایت، مراقبت از خود و کاهش سطح HbA_{1c} و جلوگیری از افزایش وزن است. وقتی که بیماری آماده استفاده از انسولین می شود، پرستار متخصص دیابت با تزریق نمادین آمادگی آنها را برای شرکت در جلسات آموزش می سنجد. با آماده شدن ۴-۶ نفر جلسات آغاز می شوند. آنها در اتاق آموزش حاضر می شوند. پیگیری به گروه بستگی دارد ولی معمولاً ۴-۶ مرتبه ویزیت می شوند و تاریخ بعدی در هر جلسه تعیین می شود.

ابزار:

ابزار بصری مثل نمودارها و کتابهای راهنمای چاپ شده درباره دیابت، دفترچه یادداشت، نوع و دوز انسولین و نکات کلیدی جلسات مثل تغذیه منظم، قرصهای گلوکز، شماره تلفن ها و اطلاعات ضروری.

محتوا:

● جلسه اول:

— مقدمه

— تزریق: چند دقیقه اجازه داده می شود تا اضطراب برطرف شود.
— انتخاب وسیله و انسولین: در این مرحله پرستار متخصص تغذیه تصمیم گیری می کند. در ویزیت های بعدی که به زودی انجام می شود می توان تغییرات لازم را ایجاد کرد.
در ابتدا حداقل دوز انسولین داده می شود و سپس نتیجه مشاهده می شود، برای جلوگیری از افزایش وزن، دوز سریع افزایش داده نمی شود.
زمان کافی به افراد داده می شود تا احساس امنیت کنند (به گروه بستگی دارد)
توضیحات درباره کارهای مورد علاقه، رانندگی، مسافرت، شماره تلفن های ضروری ارائه می شود

● جلسات بعد (۴-۶ جلسه که تعداد آن با انتخاب خود گروه است):

— بحث و آموزش

— برنامه بیماران مطابق برنامه کشوری کنترل دیابت. برای مثال افراد سطح گلوکز خون را در زمان های مختلف اندازه گیری و آن را ثبت می کنند. این باعث بحث برای بهتر شدن کنترل قند خون بیماران با کارهایی مثل کمتر خوردن، پیاده روی و تعویض انسولین و ... می شود.

ارزشیابی برنامه:

ارزشیابی این برنامه در حال انجام است که از طریق پرسش از بیماران انجام می‌شود. وزن و HbA_{1c} چک می‌شود. تغییرات روز توسط افراد کنترل و ثبت می‌شود. نتایج سطح قند خون ثبت می‌شود و پیشرفت کار بسته به همکاری گروه دیده خواهد شد. میزان ریزش از طرح پایین است.

تیم دیابت در نظر دارد که ارزیابی دقیق‌تری از نتایج آموزش انجام دهد. مشکلات: گردهمایی‌های فاقد عملکرد، مسایل شخصیتی بیماران، خروج از گروه، تغییر تاریخ ملاقات‌ها، تسهیل‌کننده‌ها و جلسه رژیم غذایی به دلیل شرایط مختلف بیماران.

برنامه‌ای برای موارد تازه تشخیص داده شده دیابت ۲ در مرکز دیابت Poole

برنامه آموزش شامل ۳ جلسه است.

۵۰۰ بیمار در سال در این برنامه شرکت می‌کنند. کلینک ۲۶ جلسه را در محیط و اولین جلسه را به صورت باز برگزار می‌کند.

اغلب بیماران توسط پزشکان عمومی ارجاع می‌شوند و جلسات بعدی با قرار قبلی برگزار می‌شوند. مرکز، اتاق مشخص آموزش دارد. ۸-۱۰ بیمار با یا بدون همراه در هر جلسه که حدود ۱/۵ ساعت طول می‌کشد، شرکت می‌کنند.

جلسه ۱: جلسه گروهی: دیابت چیست - رژیم غذایی - پایش قند خون. از اسلاید استفاده می‌شود و بیماران در گزارش شرکت می‌کنند. گروه‌های غذایی توضیح داده می‌شود. هدف جلسه اول تحریک برای شرکت در بحث و پرسش است.

جلسه ۲: جلسه فردی. ۲ هفته بعد از جلسه ۱: بیماران از نظر وضعیت پاها پایش می‌شوند و توصیه‌های متخصص تغذیه و پزشک خود را دریافت می‌کنند.

جلسه ۳: جلسه گروهی ۶ هفته بعد از جلسه ۱:

- تاکید و مرور بر علایم با شرکت افراد

- مشکلات آموزش و عوارض بلندمدت

- چه کنترل‌های سلامتی باید انجام گیرد: نوار قلبی (یک بار)، کنترل فشار خون (در هر ویزیت)، HbA_{1c} (هر شش ماه)، همچنین کلینیک اختلالات نعوظ در صورت نیاز در دسترس خواهد بود

- جلسه با متخصص تغذیه در مورد موارد مهم تغذیه ای

- فیلم ویدیویی ۱۵ دقیقه‌ای در مورد آنچه بحث شد و آنچه در منزل باید انجام شود

– کتابچه آموزشی دیابت برای مبتدیان

– گروه داوطلب محلی که اطلاعاتی در مورد دیابت ارایه می دهند و کتاب‌هایی را می فروشند

با تکمیل برنامه آموزش در ۶ هفته، اغلب بیماران تحت برنامه مراقبت اولیه قرار می‌گیرند و تنها برای مرور سالانه به مرکز مراجعه می‌کنند. امید است با افزایش بیماران که منجر به محدودیت‌هایی خواهد شد، این آموزش‌ها جزو مراقبت‌های اولیه قرار گیرند.

ارزشیابی برنامه:

پرسشنامه‌های آگاهی و رضایت در برخی زمان‌ها سطح بالای رضایت و آگاهی را نشان داده‌اند. نتایج دیگر اندازه‌گیری نشده است با این حال بهبود HbA_{1c} در ۸-۶ هفته بعد از جلسه آموزشی اول دیده شد ولی بررسی از این نظر که تفاوت بارز آماری وجود دارد یا نه انجام نشده است.

استانداردهای ملی (DSME) برای آموزش خودکنترلی دیابت – انجمن دیابت آمریکا

استانداردهای مرکزی DSME کیفیت آموزشی را مورد بررسی قرار می‌دهند و با به کارگیری آنها در جاهای مختلف نتایج مراقبت‌ها بهبود می‌یابد. استانداردها باید متناسب و مرتبط با پایه و اساس علمی (بر اساس مرور مشاهده‌ای مقالات یا در موارد کمبود مقالات بر پایه تحلیل متخصصان)، ویژه و قابل دسترسی در شرایط مختلف باشند. انجمن دیابت آمریکا (ADA) هر ۵ سال استانداردهایی را معرفی و تجدید نظر می‌کند که نشانگر پیشرفت آگاهی و مراقبت‌های بهداشتی است. گروه کاری که این استانداردها را معین می‌کند، شامل موارد زیر است: مجمع دیابت آمریکا، انجمن آموزش دهندگان دیابت آمریکا، انجمن متخصصان تغذیه آمریکا، اداره سلامت Veteran، مرکز کنترل و پیشگیری دیابت، سازمان بین‌المللی دیابت جوانان، مرکز تحقیق و آموزش دیابت، سرویس سلامت Indian، مرکز تحقیق و آموزش دیابت Notion Care Fiction Bond For Diabetes

استانداردها در سه جنبه: ساختار – فرایند – نتایج معرفی می‌شوند.

ساختار:

استاندارد ۱:

سرویس DSME اسناد و ساختار ثبت شده‌ای از سازماندهی، قراردادهای و اهداف خواهد داشت و از کیفیت DSME به عنوان جز اصلی مراقبت دیابت، حمایت خواهد کرد. یعنی فرآیند آموزش برای ارتباط، روش و پایه ثابتی را که کیفیت آموزش دیابت در آن وجود دارد، به طور مشخص معرفی خواهد کرد.

استاندارد ۲:

مسئولین DSME باید جمعیت هدف را مشخص، نیازهای آموزش را ارزیابی و منابع لازم برای اهداف را مشخص نمایند. در ارزیابی جمعیت باید نیازهای آموزشی همه افراد دچار دیابت را سنجید نه فقط کسانی که در ملاقات‌های پزشکی شرکت می‌کنند. متغیرهای دموگرافیک مثل زمینه‌های نژادی، سطح قبلی آموزش، سواد و منافع شرکت در آموزش باید به منظور به حداکثر رساندن کارایی آموزش در نظر گرفته شوند.

استاندارد ۳:

یک سیستم معین شامل کارمندان متخصص و سایر همکاران، باید سالانه در طراحی فرآیند آموزشی و مرور کارهای انجام شده یعنی آنالیز اطلاعات و سنجش نتایج و توجه به وضعیت اجتماعی و جامعه هدف شرکت داشته باشند.

استاندارد ۴:

DSME باید بین توصیه‌های آکادمیک و یا تجربی در برنامه‌ریزی و مراقبت فردی بیماری‌های مزمن هماهنگی ایجاد کند. هماهنگ‌کننده باید طراحی، موارد کاربرد و ارزیابی محدوده DSME را به منظور اطمینان از قابلیت سنجش و تداوم فرآیند آموزش مورد بررسی قرار دهد.

استاندارد ۵:

در DSME باید فرد دچار دیابت با گروه چند تخصصی مراقبت رابطه متقابل داشته باشد که ممکن است شامل رفتارشناسی (در انگلیس روانشناسی)، فیزیولوژی، فعالیت بدنی چشم‌پزشک، اپتومتریست، داروشناس، پزشک، متخصص تغذیه، پرستار رسمی و سایر تخصص‌های سلامتی یا پیراپزشکی (مثل رابطین بهداشتی) باشد. سازمان‌دهندگان DSME به طور جمعی برای تدریس محتوای موضوع آموزشی مورد سنجش قرار می‌گیرند و حداقل یک متخصص تغذیه و یک پرستار رسمی باید در تیم باشد. کارمندان باید تحت آموزش CDE قرار گرفته باشند و تجربه کافی را در مراقبت‌های دیابت داشته باشند.

استاندارد ۶:

اعضای DSME تحت آموزش منظم در زمینه مراقبت از دیابت، مدل رفتاری، مهارت‌های آموزشی و یادگیری و مهارت‌های مشاوره‌ای قرار خواهند گرفت. مطالعات نشان داده که مجریان بدون آموزش تخصصی در زمینه دیابت، ملاحظات رفتاری، مهارت‌های آموزشی و یادگیری و مشاوره‌ای ممکن است بر تغییرات رفتاری بیمار تمرکز و توجه نداشته باشند و در نتیجه در نتایج بالینی پیشرفتی نداشته باشند.

استاندارد ۷:

باید یک دوره آموزشی با اهداف و نتایج قابل دسترسی به صورت مکتوب و مشخص وجود داشته باشد. ارزیابی نیازهای فردی محتوای آموزشی را که در زیر لیست شده معین می‌کند:

- توضیح فرآیند بیماری دیابت و انواع درمان‌های موجود
- مراقبت تغذیه‌ای مناسب
- ادغام تمرینات فیزیکی بدنی در شیوه زندگی
- استفاده و تعیین داده‌ها برای درمان موثر
- پایش قند خون، کتون‌های ادرار (در صورت امکان) و استفاده از نتایج آن برای بهبود نتایج درمان

- پیشگیری، تعیین و درمان عوارض حاد
- پیشگیری، تعیین و درمان عوارض مزمن
- تعیین اهداف برای رسیدن به سلامتی و حل مشکلات زندگی روزانه
- انطباق روانی اجتماعی با شرایط زندگی روزمره
- مراقبت پیش از بارداری، در حین حاملگی و کنترل دیابت حاملگی

مقالات از وجود یک گروه مرکزی قوی در زمینه‌های آموزشی حمایت می‌کنند. طرح آموزشی به عنوان مجموعه‌ای از دوره‌ها و تجارب آموزشی برای رسیدن به اهداف مورد نظر تعریف می‌شود. بیمار مبتلا به دیابت نیاز به آگاهی و مهارت برای انتخاب صحیح و تسهیل تغییرات رفتاری بیمار محور و در نهایت کاهش خطر عوارض دارد. ارزش آموزش دیابت از تحقیقاتی مشخص می‌شود که نشان دادند بیمارانی که هیچ آموزشی ندیده‌اند ۴ برابر بیشتر در معرض خطر عوارض عمده بیماری قرار دارند. این موارد سازمان‌دهندگان و مجریان طرح را به سمت ارائه محتوای اشاره شده سوق می‌دهد. بنابراین مجری را به سمت ایجاد روش‌های ارائه مطلب جذاب و تشویق به ایجاد تغییرات رفتاری می‌راند، تا این که فقط ارائه دهنده اطلاعات به

بیمار باشند. موارد لیست شده در بالا می‌تواند در شرایط مختلف قابل دسترس باشد و موضوعات را در سطوح پایه، متوسط و پیشرفته بیان می‌کند.

فرآیند:

استاندارد ۸:

ارزیابی فردی، تکامل طرح آموزش و ارزیابی دوره‌ای بین شرکت‌کنندگان و مجریان طرح منجر به انتخاب موارد و روش‌های مناسب آموزش خواهد شد.

هر بیمار یا کسی که با دیابت زندگی می‌کند تجارب منحصر به فرد و ترجیحاتی برای مواجهه با مشکلات دارد. ارزیابی شامل تاریخچه پزشکی مربوطه، اثرات فرهنگی، باورهای سلامتی بهداشتی و دیدگاه‌های بیمار، آگاهی از دیابت، مهارت‌های خودکنترلی و رفتارها، آمادگی برای یادگیری، توانایی شناختی، محدودیت‌های فیزیکی، حمایت‌های خانواده و وضعیت مالی می‌شود.

مطالعات متعددی که دیدگاه مبتلایان را درباره دیابت سنجیده‌اند، نشان دهنده اهمیت طرح‌های آموزشی بیمار محور بودند. مجموعه مقالات منتشر شده نیز اهمیت دیدگاه و باورهای بیمار راجع به دیابت را بر نتایج کار نشان داده‌اند. ارزیابی مجدد دوره ای و فردی، روند و بهبود اهداف آموزشی یا نیاز به ملاحظات اضافی و جدید و ارزیابی‌های بعدی در آینده را مشخص می‌کند.

استاندارد ۹:

باید ارزیابی فردی، طرح آموزش، ملاحظات و روش‌ها، ارزیابی و پیگیری در یک گزارش آموزشی محرمانه دایمی مستند و ثبت شوند. ثبت گزارش‌ها و اسناد شواهد همکاری بین کارکنان، آموزش دهنده‌ها و منابع ارجاعی را مشخص می‌کند و به حفظ کیفیت مراقبت‌ها کمک خواهد کرد.

استاندارد ۱۰:

DSME از یک فرایند بهبود کیفیت مداوم برای ارزیابی کاربردی تجارب آموزشی و تعیین موقعیت‌های پیشرفت استفاده خواهد کرد تا مشخص شود که آیا اهداف DSME حاصل شده‌اند یا نه؟

پایش بهبود شرکت کنندگان (از نظر پزشکی و رفتاری) و بهترین عملکردها برای موفقیت DSME مهم است و به عنوان پایه بهبود کیفیت قابل استفاده است. اطلاعات باید در طول

زمان برای مشخص کردن و پایش نتایج به طور کارآمد، جمع‌آوری شوند و بانک اطلاعات جمع‌آوری شده، در موفقیت‌های مختلف به کار گرفته شوند.

ضمایم**برنامه بیمار ماهر:**

مدل سنتی که در آن بیماران فقط دریافت کننده اطلاعات بودند، در حال تغییر است. به خصوص در مورد بیماران دچار بیماری‌های مزمن که اغلب درباره شرایط خود اطلاعات بیشتری دارند. هدف از برنامه بیمار ماهر EPP، ایجاد توانایی مراقبت از خود برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن است. اطلاعات بیشتر:

[www. Onh.gov.uk](http://www.Onh.gov.uk)

- NHS-direct سرویس ۲۴ ساعته‌ای است که بصورت تلفنی بوسیله پرستاران در شرایط مناسب اطلاعات و توصیه‌های لازم را برای کنترل بیماری در خانه به بیمار می دهند. همچنین امکان دسترسی به سیستم در اینترنت وجود دارد.

www.nhsdirect.NHS.UK

منابع جهت مراجعه و اطلاعات بیشتر:**سازمان‌ها:**

- **دیابت UK**

توصیه‌ها و حمایت‌های لازم در مورد کنترل مشترک دیابت با هدف مشارکت بیمار و متخصصان بهداشتی به طور مشترک اطلاعات بیشتر در

www.Diabets.org.uk

- **انجمن ملی استئوپوروز (NOS)**

بخشی را برای کمک به NHS جهت ارائه خدمات به افراد مسن براساس استاندارد ۶ درباره پوکی استخوان اختصاص داده است. کمک‌ها از سطح نظارت توسط پرستاران تا شرکت بیمار در طرح آموزشی را شامل می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر مراجعه کنید به:

www.nos.org.uk

- **انجمن سکته مغزی:**

رهنمودهایی را برای مراقبت‌های اولیه صحیح در موارد سکته مغزی معرفی می‌کند. که در:

www.strech.org.uk/about.htm

- **انجمن آلزایمر:**

مجموعه گسترده‌ای از اطلاعات را در:

www.alzheimers.org.uk ارائه داده است.

- **انجمن سرطان:**

اطلاعات لازم را برای حمایت از بیماران سرطانی و خانواده آنها فراهم کرده که در:

www.cancerbawp.org.uk

آمده است.

ضمائم

تعریف واژگان و مفاهیم در آموزش سلامت به بیمار

سلامت (Health):

سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (سال ۱۹۴۸) به صورت زیر تعریف شده است: سلامتی حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه تنها نبودن بیماری و معلولیت.

سلامت به عنوان وسیله یا منبعی (resource) برای رسیدن به یک هدف منظور شده است که به مردم امکان می دهد تا به صورت فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی مولدی داشته باشند.

سلامت از نظر سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از حقوق اساسی بشر تلقی می شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع اساسی برای تأمین سلامت دسترسی داشته باشند.

ارتقای سلامت (Health Promotion):

ارتقای سلامت به معنای فرآیند توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل شان بر سلامت و بهبود سلامت شان می باشد (منشور اتاوا، سازمان جهانی بهداشت، ژنو، ۱۹۸۶).

ارتقای سلامت ارایه دهنده یک فرایند همه جانبه اجتماعی و سیاسی بوده و تنها شامل تقویت مهارت ها و توانایی های افراد نیست بلکه علاوه بر آن شامل تغییر شرایط اجتماعی، محیطی و اقتصادی به منظور کاهش آثار نامطلوب شرایط مؤثر در سلامت جامعه و فرد نیز می باشد.

ارتقای سلامت روند قادرسازی مردم برای افزایش کنترل آنها بر تعیین کننده های سلامت و از آن طریق، بهبود سلامت است و برای پایدار نمودن آن، مشارکت یک عنصر اساسی است. سه راه برد اساسی در منشور اتاوا برای ارتقای سلامت عبارتند از: جلب حمایت همه جانبه با هدف فراهم نمودن شرایط ضروری برای سلامت، قادرسازی همه مردم در به فعلیت رساندن کامل ظرفیت آنها در زمینه سلامت و مداخله در منافع مختلف جامعه.

آموزش سلامت (Health Education):

آموزش سلامت در برگیرنده موقعیت ها و فرصت های برنامه ریزی شده یادگیری است که آگاهانه طراحی شده و به صورت یک ارتباط برنامه ریزی شده برای اعتلای سواد بهداشتی می باشد. این امر خود متضمن ارتقای دانش و توسعه مهارت های زندگی معطوف به سلامت فرد و جامعه است.

آموزش سلامت به صورت رسمی از اواخر قرن ۱۸ شروع شده و اولین کشورهایی که آن را به صورت رسمی و سازمان یافته ارایه نمودند ، آمریکا و انگلیس بودند .

اولین سیاست های سازمان جهانی بهداشت در رابطه با آموزش سلامت به شرح ذیل بوده :

۱. جلب مشارکت فعال مردم در برنامه های سلامت

۲. توسعه منظم در زمینه بهداشت خانواده- خدمات بهداشتی - اجرا و ارزشیابی

آموزش سلامت علاوه بر انتقال اطلاعات ، با ایجاد انگیزه ، مهارت ها و خود کارایی مورد نیاز برای اقدام مقتضی بمنظور ارتقای سلامت نیز در ارتباط است و شامل اطلاعات ، ارتباطات در زمینه شرایط زیربنایی اجتماعی، اقتصادی و محیطی تأثیرگذار بر سلامت و همچنین در زمینه عوامل خطر فردی و رفتارهای مخاطره آمیز و استفاده از نظام مراقبت های بهداشتی می باشد.

جلب حمایت همه جانبه برای سلامت (advocacy for health):

ترکیبی است از اقدامات فردی و اجتماعی برای جلب تعهد و حمایت سیاسی، پذیرش اجتماعی و پشتیبانی سیستم های طراحی شده برای یک برنامه یا هدف بهداشتی خاص (نشست آژانس های بین بخشی : توسعه ارتباطات در عمل، who، ژنو ۱۹۹۵)

چنین اقدامی ممکن است به وسیله افراد و گروه ها برای به وجود آوردن شرایط زندگی منجر به سلامت و دستیابی به شیوه های زندگی سالم انجام شود. این امر یکی از استراتژی های سه گانه عمده برای ارتقای سلامت می باشد که می تواند اشکال متعددی داشته باشد. از جمله استفاده از رسانه های گروهی و بسیج اطلاع رسانی چند رسانه ای ، تبلیغات مستقیم سیاسی و بسیج اجتماعی .

توانمندسازی در جهت سلامت (empowerment for health) :

توانمندسازی، فرآیندی است که به وسیله آن مردم بر تصمیم گیری ها و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تأثیر قرار می دهد ، کنترل بیشتری دارند.

توانمندسازی ممکن است یک فرآیند اجتماعی، فرهنگی، روانی و یا سیاسی باشد که از طریق آن افراد و گروه ها می توانند نیازها و نگرانی های خود را بیان کرده ، برای مشارکت فعال در روند تصمیم گیری ، استراتژی های خود را مطرح نموده و برای برآورده ساختن نیازهای خود به اقدامات سیاسی، اجتماعی و فرهنگی دست بزنند. به وسیله این فرآیند ، مردم ارتباط نزدیکی بین اهداف خود در زندگی با چگونگی تحقق آن و رابطه مابین تلاش های خود و نتایج زندگی می بینند.

توانمندسازی فردی اغلب به توانایی افراد برای تصمیم گیری و داشتن تسلط بر زندگی شخصی خود اطلاق می گردد در حالی که توانمندسازی جامعه متضمن اقدام جمعی افراد برای ایجاد تأثیر بیشتر و کنترل بر تعیین کننده های سلامت و کیفیت زندگی در جامعه است.

عدالت در سلامت (equity in health):

عدالت در سلامت بدین معنی است که نیازهای مردم، توزیع فرصت ها و یا موقعیت ها برای سلامت را هدایت می کند (WHO، ژنو، ۱۹۹۶). همه مردم باید از فرصت ها و یا موقعیت های برابر برای توسعه و حفظ سلامت خود برخوردار باشند که این امر از طریق دسترسی منصفانه و عادلانه به منابع تأمین کننده سلامت امکان پذیر است.

رفتار بهداشتی (healthy behavior):

هر فعالیتی است که به وسیله فرد اتخاذ می شود و صرف نظر از وضعیت سلامت واقعی یا مشاهده شده هدف از آن حفظ، حمایت و ارتقای سلامت می باشد. خصوصیت ویژه این رفتار هدفمند بودن آن برای حفظ و ارتقای سلامت است.

رفتار مخاطره آمیز (risky behavior):

انواع خاصی از رفتارها است که ثابت شده است با افزایش احتمال ابتلای افراد به ناخوشی یا بیماری خاصی ارتباط دارند. توسعه مهارت های زندگی و ایجاد محیط های حمایتی در زمینه سلامت از راهبردهای مقابله با این امر می باشد.

سواد بهداشتی (health literacy):

سواد بهداشتی نشان دهنده مهارت های شناختی و اجتماعی است که انگیزه و توانایی لازم برای درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی را ایجاد می کند به گونه ای که سلامت مطلوب را حفظ کرده و ارتقا دهد.

سواد بهداشتی متضمن به دست آوردن سطحی از دانش، مهارت های شخصی و اعتماد برای انجام فعالیت ها به منظور ارتقای سلامت شخصی و اجتماعی به وسیله تغییر شیوه های زندگی شخصی و شرایط زندگی می باشد.

با بهبود دسترسی مردم به اطلاعات بهداشتی و افزایش ظرفیت آنها برای استفاده مؤثر از آن، سواد بهداشتی به یک عنصر حیاتی در روند توانمندسازی تبدیل می شود.

سبک زندگی (lifestyle):

سبک زندگی عبارت است از یک شیوه زندگی مبتنی بر الگوهای رفتاری قابل شناخت که این الگوها از تأثیر متقابل بین ویژگی های مختص به یک فرد با مداخلات اجتماعی و شرایط اجتماعی - اقتصادی زندگی حاصل می شود.

این الگوها ثابت نبوده و دایم در معرض تغییر هستند و می توانند به طور عمیق و بنیادین بر سلامت فرد و دیگران اثر گذارند. اگر قرار است توانمندسازی افراد برای تغییر سبک زندگی آنها منجر به ارتقای سلامت شود، فعالیت ها باید به سمت آن دسته از شرایط اجتماعی و شرایط زندگی معطوف شوند که در ایجاد و حفظ این الگوهای رفتاری دخیل هستند.

کیفیت زندگی (quality of life):

کیفیت زندگی عبارت است از درک و آگاهی افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و نظام ارزش های جامعه ای که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات استانداردها و مسایل مربوط به خود (who، ژنو، ۱۹۹۶). تعریف مذکور این دیدگاه را مورد تأکید قرار می دهد که کیفیت زندگی به یک ارزشیابی ذهنی اشاره می کند که این ارزشیابی القا کننده هر دو بعد مثبت و منفی بوده و در یک بافت فرهنگی، اجتماعی و محیطی معنی می یابد.

شش حوزه اصلی توصیف کننده جنبه های مختلف کیفیت زندگی در فرهنگ های مختلف عبارتند از:

۱. حوزه جسمانی
۲. حوزه روانشناختی
۳. میزان استقلال
۴. روابط اجتماعی
۵. محیط
۶. مقدسات و عقاید شخصی

کیفیت زندگی، منعکس کننده این تصور است که نیازهای افراد بدون توجه به وضعیت سلامت جسمانی و شرایط اقتصادی و اجتماعی آنها برآورده می شود و افراد از فرصت های لذت بخش و فرصت های شکوفایی به هیچ عنوان محروم نمی شوند. این امر به ویژه در رابطه با برآورده ساختن نیازهای سالمندان، افراد مبتلا به بیماری های مزمن مختصر و افراد معلول از اهمیت خاصی برخوردار است.

خود یاری (self-help):

خود یاری شامل فعالیت هایی است که توسط اشخاص عادی (غیر حرفه ای در زمینه سلامت) برای بسیج منابع لازم به منظور حفظ و نگهداری، اعاده و ارتقای سلامت افراد یا جوامع انجام می شود. هرچند در خود یاری افراد یا جوامعی که آن را انجام می دهند، مستقیماً فایده آن را دریافت می کنند، با این وجود این مفهوم می تواند مساعدت دو جانبه بین افراد و گروه ها را نیز شامل شود. خود یاری شامل مراقبت از خود (self care) نیز می تواند باشد.

ارتباطات برای سلامت (communication for health)

پایبندی به دستور دارویی تجویز شده (medication adherence)

خود کارایی درک شده (perceived self-efficacy)

توافق آگاهانه (informed consent)

آموزش بیمار (patient education)

آموزش سلامت به بیمار (patient Education):

فرآیندی است بیمار محور مبتنی بر نیازهای ابراز شده توسط پزشک و بیمار برای کمک به بیمار جهت تصمیم گیری مشارکتی و آگاهانه در مورد بیماری که برای کنترل و کنار آمدن هر چه بهتر با بیماری اجرا می گردد.

مدیریت مشکل (problem management):

فرآیندی که در آن برای هر مشکلی راه حل منطقی پیدا می شود و یا فرد توجیه می شود که این مشکل در حال حاضر قابل حل شدن نمی باشد و باید در شخص ظرفیت پذیرش این مساله ایجاد شود. مدیریت مشکل شامل ۷ مرحله می باشد که عبارتند از:

- ۱- مشکل را تعریف نمایید.
- ۲- راه حل های احتمالی آن را لیست نمایید.
- ۳- یک راه حل را انتخاب کرده و آن را امتحان کنید.
- ۴- نتایج را ارزیابی کنید.
- ۵- در صورت لزوم، راه حل های دیگر را امتحان کنید.
- ۶- اگر لازم است، از سایرین توصیه های لازم را بگیرید.
- ۷- در صورت لزوم، بپذیرید که ممکن است این مشکل در حال حاضر قابل حل نباشد.

● خدمت:

کل فعالیت‌هایی که در برنامه آموزش سلامت به بیمار انجام می‌شود در ۷ گروه خدمتی طبقه‌بندی شده‌اند. این خدمات عبارتند از:

برقراری ارتباط مناسب با مراجعه کننده، نیازسنجی، طراحی برنامه آموزشی بر مبنای مدل تغییر رفتار، ارجاع، ارزشیابی، تنظیم تاریخ و برنامه‌ریزی برای پیگیری

فعالیت (Activity):

هر فرآیندی که از یک طرف مراجعه کننده وارد و از طرف دیگر خارج شود و در این بین کاری برای وی انجام شود، فعالیت نامیده می‌شود.

اهداف اختصاصی (objective):

در واقع شاخص‌های پایش و ارزشیابی برنامه برای هر فعالیت می‌باشد. این شاخص‌ها به صورت جداگانه برای تمام فعالیت‌ها در جداول خدمت و ارایه دهندگان خدمت لیست شده است.

ارایه دهندگان خدمت آموزش سلامت به بیمار (provider):

هر کسی که خدمتی یا فعالیتی را برای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی انجام می‌دهد.

فشار اجتماعی (social pressure):

در واقع منظور از فشار اجتماعی افراد، شخصیت‌ها و یا موقعیت‌های ذی نفوذ بر روی تصمیم‌گیری و عقاید فرد می‌باشند.

هنجارهای انتزاعی (subjective norms):

از آنجایی که نیاز به توضیح دارد، لطفاً به فصل سوم صفحات ۱۳۷-۱۳۳ مراجعه کنید.

نام بیمار : سن : جنس :
شماره پرونده :

تشخیص بیماری :

[illegible]

راهنمای تکمیل فرم مخصوص مستندسازی آموزش سلامت به بیمار

نتایج ارزشیابی مطالب تئوریک :

۰ : بیمار اصلاً مطالب آموزش داده شده را دریافت نکرده است.

۱ : مطالب پایه و اساسی را یاد نگرفته است.

۲ : مطالب پایه و اساسی را با کمک ، بیان می کند.

۳ : مطالب پایه و اساسی را بدون کمک ، بیان می کند .

نتایج ارزشیابی تغییر رفتار :

۰ : در بیمار اصلاً تغییر رفتاری صورت نگرفته است.

۱ : کمتر از ۲۵٪ رفتار مورد نظر صورت گرفته است.

۲ : بین ۲۵-۷۵٪ رفتار مورد نظر صورت گرفته است.

۳ : بیشتر از ۷۵٪ رفتار مورد نظر صورت گرفته است.

آموزش دهنده

مداخله های آموزشی

آموزش گیرنده

پ.ز : پزشك

د.پ : دندانپزشك

پ.ر : پرستار

م.ن : منشي

: فرد ديگر S

ص : صوتی

و : ویدیویی

چ : مطالب چاپ شده

ش : شفاهی

گ : گروهی

ب : بیمار

پ.د : پدر بیمار

پ.س : پسر بیمار

د : دختر بیمار

م : مادر بیمار

ه : همسر بیمار

پ : پرستار بیمار

غ : غیره

PSYCO – TD :

P : physiopathology

SY : symptoms

C : complications

O : out come

T : treatment's kinds

D : drug's usage

برگه مشاوره

تاریخ :

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

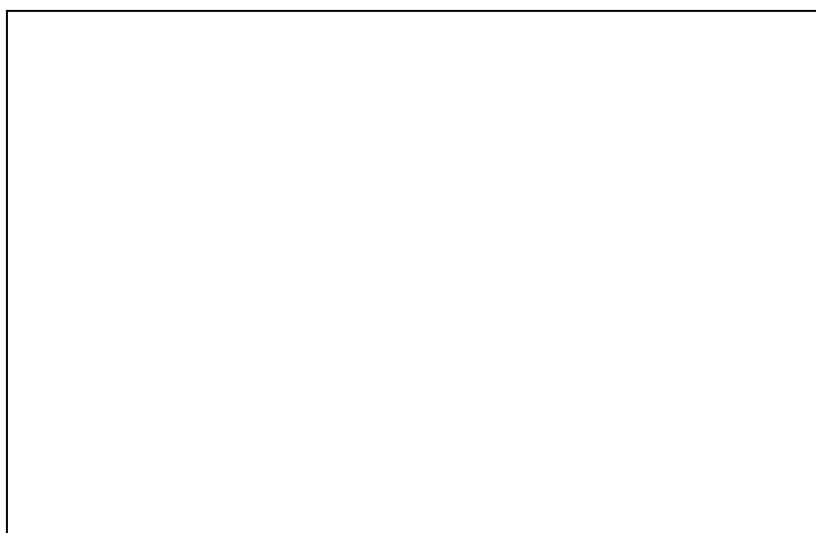
نام و نام خانوادگی ارایه دهنده خدمت ارجاع دهنده:

نام و نام خانوادگی ارایه دهنده خدمت سطح دوم:

تشخیص بیماری:

لیست رفتارهای هدف مراجعه کننده:

شرح حال مختصر بیماری:



محل مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده :

برگه گزارش کار

تاریخ:

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

نام و نام خانوادگی (ارجاع دهنده) سطح اول:

نام و نام خانوادگی ارایه دهنده خدمت در سطح دوم :

تشخیص بیماری:

رفتارهای هدف خواسته شده از طرف ارجاع دهنده سطح اول:

آموزش های داده شده به بیمار:

نتایج ارزشیابی:

مشکلات موجود در آموزش:

محل مهر و امضاء:

ارایه دهنده خدمت سطح دوم:

راهنمای تهیه فرم نیاز سنجی اولیه

تاریخ:

شماره پرونده:

- نام: _____ نام خانوادگی: _____ سن: _____
- جنس: _____ مذهب: _____ ملیت: _____ نژاد: _____
- بررسی غیر مستقیم وضعیت اقتصادی (داشتن ماشین، خانه، شغل، موبایل و....)
- بررسی شناخت بیمار:
- در مورد بیماری یا شکایت اصلی خود هر چه می دانید، در چند خط بنویسید؟
- بررسی علایق:
- سؤال در مورد ورزش یا تفریح یا کار مورد علاقه؟
- بررسی ارزش ها و علایق:
- آیا در مورد بیماری یا شکایت اصلی خود اعتقادات خاصی دارید؟
- بررسی اعتماد به نفس بیمار :
- چقدر اطمینان دارید که خودتان می توانید راهنمایی پزشک بیماری خودتان را مدیریت
- یا کنترل کنید؟ ۲۵٪ ۵۰٪ ۷۵٪ ۱۰۰٪
- بررسی فشار اجتماعی
- آیا در زندگی شما کسی هست که از او حرف شنوی زیادی داشته باشید؟ یا تحت تأثیر حرف ها و عقاید او باشید؟
- بررسی عوامل تقویتی:
- آیا دوست دارید در قبال کاری که انجام می دهید، تشویق شوید؟ در صورتی که موافقت با چه نوع تشویقی موافقت؟
- مالی ☐ زبانی ☐ احترام گذاشتن و ... ☐ سایر ☐
- بررسی فاکتورهای قادر ساز :
- به نظر خودتان چه مهارت هایی در زمینه کنترل بیماری خود دارید که به شما و پزشک برای کنترل بیماری شما کمک می کند؟
- به نظر خودتان چه منابع و امکاناتی دارید که به شما و پزشک در زمینه کنترل هر چه بهتر شما کمک می کند؟

نمونه‌ای از نسخه آموزشی

تاریخ:

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تشخیص بیماری:

محل مهر و امضاء:

ارجاع دهنده سطح اول: