



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت
دفتر آموزش و ارتقای سلامت

راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خود مراقبتی

(ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت)



یک عمر سلامت، با خود مراقبتی

بسم الله الرحمن الرحيم

راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی
(ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت)

سرشناسه: رفیعی فر، شهرام، ۱۳۴۶.

عنوان و نام پدیدآور: راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی: ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت / تألیف شهرام رفیعی فر، همکاران شهرام یزدانی، داوود مقیمی؛ زیر نظر علی‌اکبر سیاری؛ به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت.

مشخصات نشر: تهران: مهرراوش، ۱۳۹۲.

مشخصات ظاهری: ۱۵۸ص: جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۱۱۹-۱۴-۳

وضعیت فهرست‌نویسی: فیا

یادداشت: کتابنامه: ص. [۱۵۷]-۱۵۸.

موضوع: مراقبت از سلامت شخصی

موضوع: سلامت‌پروری

موضوع: خانواده‌ها - - بهداشت

شناسه افزوده: یزدانی، شهرام

شناسه افزوده: مقیمی، داوود

شناسه افزوده: سیاری، علی‌اکبر، ۱۳۳۰، ناظر

شناسه افزوده: ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت بهداشتی

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۲ ۷۲۷/۹۵/۷۶ RAYY

رده‌بندی دیویی: ۶۱۳

شماره کتابشناسی ملی: ۳۴۳۳۲۹۵



راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی (ویژه پزشک خانواده و تیم سلامت)

تألیف: دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر شهرام یزدانی، دکتر داوود مقیمی

زیر نظر: دکتر علی‌اکبر سیاری

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت بهداشت

ناشر: مهرراوش

چاپ و صحافی: رامین

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۳

شمارگان: ۳۰۰۰ نسخه

قیمت:

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۱۱۹-۱۴-۳

Email: mehravash@yahoo.com

تلفن تماس: ۶۶۴۸۳۸۳۰-۶۶۹۷۳۸۲۲

فهرست مطالب

پیش‌گفتار	۷
-----------------	---

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی

مقدمه	۱۳
منابع مراقبت از سلامت	۱۹
تعریف خودمراقبتی	۲۲
مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی	۲۹
- تئوری خودمراقبتی اُرم	۳۰
- تئوری خود - توانمندسازی	۴۴
- مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت	۵۳
- تئوری یادگیری اجتماعی	۵۹
- مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی	۷۰
- مدل مراحل تغییر رفتار	۷۶
- جمع‌بندی	۷۹
ضمیمه ۱- تئوری، مدل، پارادایم	۸۴

۶ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

مقدمه	۹۱
مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۹۵
۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع	۹۸
الف) تشخیص رفتاری	۹۹
ب) تعیین موضوع خودمراقبتی	۱۰۴
ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع	۱۰۵
۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع	۱۱۲
الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع	۱۱۲
ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری	۱۱۷
۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	۱۲۱
۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	۱۲۸
۵. ارزیابی برنامه	۱۳۱
۶. اصلاح برنامه	۱۳۹
چرخه اصلاح، اجرا و ارزیابی	۱۴۰
ضمیمه ۱	۱۴۲
ضمیمه ۲	۱۵۲
فهرست منابع	۱۵۷

پیش‌گفتار

در برنامه‌های توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی، یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم پزشکان خانواده (مدیران تیم سلامت) هستند که می‌توانند آثار دوگانه‌ای (مثبت یا منفی) بر ترویج خودمراقبتی داشته باشند.

حضور پزشکان خانواده‌ای «با نگرش مثبت» به خودمراقبتی، می‌تواند یکی از مسایل راه‌گشای این مسیر باشد. بدیهی است که پزشکان خانواده خود باید اول مهارت‌های لازم برای ارائه خدمات خودمراقبتی را کسب کرده و به این باور رسیده باشند که خودمراقبتی می‌تواند باعث ارتقای سلامت خانواده‌های تحت پوشش، کاهش بار مراجعه‌های غیرضروری، بهبود ارائه خدمات تخصصی پزشکی و در نهایت کاهش هزینه‌های بهداشتی گردد.

دو نقش اصلی پزشکان خانواده در اجرای مدل ملی خودمراقبتی به شرح زیر است:

- ۱) تقویت توان خودمراقبتی خانواده‌های تحت پوشش
- ۲) تقویت توان سایر اعضای تیم ارتقای سلامت برای ارائه خدمات خودمراقبتی به خانواده‌های تحت پوشش

۸ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

برای اینکه پزشکان خانواده بتوانند این دو نقش را ایفا نمایند، باید با مسایل زیر آشنا شوند:

(۱) مبانی و مفاهیم خودمراقبتی و ضرورت و نتایج اجرای آن برای ارتقای سلامت خانواده‌های تحت پوشش تیم سلامت

(۲) نحوه اجرای مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در خانواده‌های تحت پوشش تیم ارتقای سلامت

(۳) حمایت از فرایندهای خودمراقبتی فردی و گروهی مورد نیاز هر یک از مراجعان و خانواده‌ها به منظور ارتقای سلامت آنها و کاهش مُراجعه‌های بی‌مورد

(۴) نحوه مدیریت ارایه خدمات خودمراقبتی توسط تیم سلامت مربوطه به خانواده‌های تحت پوشش

(۵) برقراری و مدیریت ارتباط با سایر مراکز تخصصی و غیرتخصصی ارایه خدمات خودمراقبتی

(۶) مدیریت پایش و ارزشیابی خدمات خودمراقبتی در تیم سلامت مربوطه و خانواده‌های تحت پوشش

خدماتی که پزشکان خانواده می‌توانند به خانواده‌های تحت پوشش خود برای توانمندسازی آنها در مراقبت از سلامت خود ارایه دهند به شرح زیر است:

(۱) ارزیابی وضعیت سلامت مراجعان و رفتارهای نیازمند تغییر آنها
(۲) طراحی برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع و امضای تعهدنامه مربوطه

۳) آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامت مورد نیاز برای خودمراقبتی به هر یک از مراجعان

۴) هدایت مراجعان به گروه‌های حمایتی (خودیار) مورد نیاز برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی

۵) برگزاری جلسه‌های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای خانواده‌های تحت پوشش

۶) تقویت حس اعتماد به نفس و مسوولیت‌پذیری مراجعان برای خودمراقبتی

۷) هدایت مراجعان برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی از انواع منابع موجود

۸) کمک به مراجعان برای تکمیل پرونده خودمراقبتی

مجموعه‌ای که پیش رو دارید برای آشنایی پزشکان خانواده و تیم سلامت با مفاهیم و مبانی خودمراقبتی تدوین شده که امید است مورد استفاده پزشکان محترم خانواده و اعضای تیم‌های سلامت در سراسر کشور قرار گیرد تا در سایه الطاف الهی و با تلاش و کوشش این عزیزان شاهد توانمندسازی خانواده‌های ایرانی برای مراقبت از سلامت خود و نتایج مثبت خودمراقبتی برای مردم و کشور عزیزمان باشیم.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

فصل اول

مبانی و مفاهیم خودمراقبتی

مقدمه

مراقبت از بیمار، همواره به وسیله شخص بیمار و خانواده‌اش در تمام طول تاریخ و در تمام جوامع صورت گرفته است اما اقبال کنونی به خودمراقبتی، به سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ برمی‌گردد. در دهه ۱۹۷۰، محدودیت‌های سیستم سلامت تخصصی کاملاً آشکار شد و نقش پزشکی مدرن در ارتقای سلامت مردم مورد تردید قرار گرفت، به طوری که نشان داده شد که میزان مرگ و میر در کشور انگلیس مدت‌ها قبل از حضور مراقبت‌های پزشکی مدرن در قرن بیستم کاهش یافته بود. آثار منفی مراقبت‌های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. در آن دوران، سیستم سلامت تخصصی در بیشتر کشورها رویکردی پدرمآبانه داشت به طوری که مردم نقش زیادی در آن نداشتند.

خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است. خودمراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت‌شان انجام می‌شود و شامل مراقبتی که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی گسترش می‌یابد نیز است.

بعد از آن در بسیاری از کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی، تلاش برای اعمال کنترل بیشتر بر سلامت شخصی و خودمراقبتی،

اهمیت زیادی یافت. در امریکا علاقهٔ مجددی به خودمراقبتی پیدا شد که ریشه در ارزش‌های سنتی آمریکایی برای اتکای به خود، فردگرایی^۱، ضدیت با سلطه‌طلبی^۲ و حمایت از دموکراسی داشت. در این راستا جنبش‌های اجتماعی مانند «جنبش زنان بوستون» یکی از اولین مثال‌های تقویت خودمراقبتی و کتاب «ما و بدن ما» (۱۹۷۱) نیز یکی از اولین ابزارهای خودمراقبتی بود.

در دهه ۱۹۷۰، توجه به خودمراقبتی وسعت بیشتری یافت که ناشی از حرکت‌هایی در راستای «خودیاری» و «تندرستی»^۳ بود. ویکری و فرایز بر مبنای کار لابراتوار لینکلن در بوستون و برنامه آموزش ارتش امریکا - برنامه‌ای که با استفاده از الگوریتم‌هایی پیراپزشکان را برای تشخیص و درمان بیماری‌های حاد به کار می‌گرفت - کتاب «مراقب سلامت خود باشید»^۴ را نوشتند و فرگوسن مجله «خودمراقبتی»^۵ را تأسیس کرد. متون آن زمان بر این موضوع تأکید می‌کردند که «مردم به عنوان مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی باید اعتماد به نفس خود را افزایش دهند» و «موانع گوناگونی در راه رسیدن به سلامتی از طریق درمان‌های پزشکی وجود دارد».

علل زیادی برای توضیح اقبال عمومی به خودمراقبتی که تا سال ۱۹۹۰ همچنان در حال توسعه بود، ذکر شده است. به اعتقاد دین و

1. Individualism

2. Anti-elitism

3. Wellness

4. Take care of yourself

5. self-care

پادولا، این علل مشتمل بر تغییر الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، تغییر رویکردها از «درمان قطعی»^۱ به «مراقبت»^۲، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه فناوری‌ها و تخصصی شدن مراقبت‌های پزشکی، رشد دانش افراد غیرمتخصص، تمایل مردم به کنترل شخصی مسایل بهداشتی و همکاری با متخصصان خودمراقبتی و نیاز به کنترل هزینه‌ها است.

در کشورهای مختلف، تعداد زیادی از مطالعات با به کارگیری روش‌های تحقیق گوناگون نشان داده‌اند که خودمراقبتی مهمترین شکل مراقبت اولیه چه در کشورهای توسعه یافته - که ساختار سلامت بهتری دارند و سطح سواد در آن‌ها بالاتر است - و چه در کشورهای در حال توسعه که بیشتر مردم فقیر هستند و دسترسی کمتری به مراقبت‌های پزشکی تخصصی وجود دارد، است. برای مثال افراد دیابتی در طول یک سال به طور متوسط حدود ۳ ساعت با یک متخصص بهداشتی تماس دارند و بقیه ۸۷۵۷ ساعت باقیمانده سال را با استفاده از توصیه‌هایی که متخصصان در طول این ۳ ساعت ارائه داده‌اند یا با استفاده از مهارتی که از طریق برنامه‌های منسجم آموزش خودمراقبتی کسب نموده اند، از خود مراقبت می‌کنند.

تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های بهداشتی به‌وسیله خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت افراد متخصص اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی و غیرطبی^۳ یا طب رایج^۴ استفاده

1. cure

2. care

3. New allopathic

4. Allopathic

۱۶ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

می‌شود. به نظر می‌رسد خودمراقبتی دربرگیرنده فعالیت‌هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و آسیب و درمان و توان بخشی بیماری‌های مزمن است. مطالعات متعدد روی تعداد زیادی از دفاتر تقویم روزانه سلامتی^۱ که برای مطالعه رفتارهای خودمراقبتی افراد تنظیم شده بود و افراد علایم بیماری و چگونگی پاسخ به آنها را یادداشت می‌کردند، نشان داد که تنها قسمت کوچکی از بیماری به وسیله متخصصان مراقبت و درمان می‌شود و بخش عمده مراقبت‌ها توسط شخص بیمار و اعضای خانواده او صورت می‌گیرد. به طور مثال، مادر مهم‌ترین نقش را در مراقبت از فرزند بیمارش در خانواده دارد. در برخی از مطالعات استفاده از داروهای بی‌نیاز از نسخه پزشک، شایع‌ترین روش خودمراقبتی در درمان بیماری‌ها بوده است.

در دهه ۱۹۸۰ در انگلیس، به دنبال طبقه‌بندی بعضی از داروهای قابل فروش با نسخه پزشک به فروش آزاد، دسترسی به این داروها افزایش یافت به طوری که در سال ۱۹۹۴، فروش این داروها ۳۳ درصد از کل صورت حساب‌های پرداخت شده توسط شبکه ملی سلامت (NHS) را تشکیل می‌داد. این اتفاق در سایر کشورهای اروپایی، آمریکا، استرالیا و نیوزیلند نیز رخ داد.

مطالعات مقطعی^۲ جمعیتی نیز یافته‌های مشابهی داشت به طوری که مشخص شد که در هر زمان، تنها بخش کوچکی از افراد دچار علایم جسمانی سراغ مراقبت‌های تخصصی می‌رفتند و بیشترین علایم بیماری

1. Health diary methods

2. cross sectional

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۱۷

به وسیله خودمراقبتی یا مراقبت از طریق خانواده و فامیل یا دوستان درمان می‌شد. مطالعات بین‌المللی در کشورهای مختلف، ارتباط مشابهی را بین خودمراقبتی و مراقبت تخصصی نشان دادند. برای مثال، مطالعه‌ای در اوایل دهه ۶۰ نشان داد که در انگلیس، درصد زیادی از بیماری‌های شایع و مزمن به وسیله پزشکان درمان نشده‌اند. در واقع، درمانی که به وسیله پزشک اعمال می‌شد، تنها نوک «کوه یخی» بیماری‌ها بود.

یافته‌های مشابهی از مطالعات بین‌المللی استفاده از خدمات بهداشتی در ۳ کشور آمریکا، انگلیس و یوگسلاوی گزارش شده است. مطالعه جدیدی در مکزیک نشان داد که خودمراقبتی، شایع‌ترین پاسخ رفتاری به بیماری است. مهم‌ترین عوامل خودمراقبتی شامل شرایط اجتماعی، اقتصادی و محل سکونت است که به ویژه در میان جمعیت فقیرتر و مناطق روستایی اهمیت بیشتری می‌یابد. این موضوع نشان می‌دهد که خودمراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای آن می‌تواند وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد.

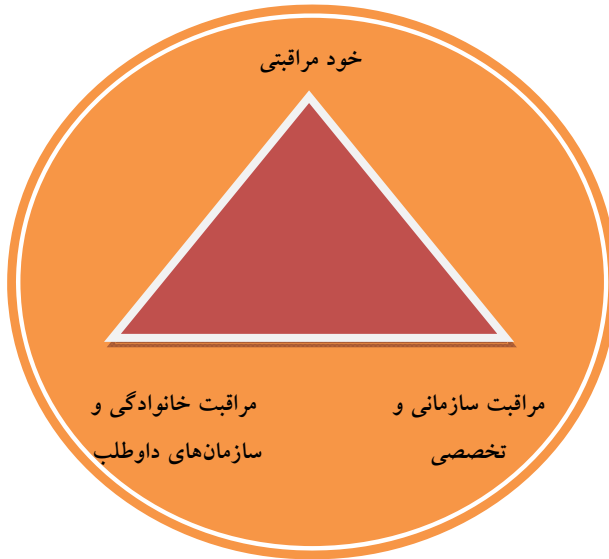
منابع مراقبت از سلامت

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد-محور رامدر و همکاران (۱۹۹۰)، به هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی و برای حفظ و ارتقای سلامت، ۵ منبع اصلی در دسترس اشخاص است که شامل «خود شخص»، «سایر افراد عادی»، «متخصصان»، «اطلاعات موجود» و «محیط» است. خودمراقبتی به معنای عملی است که در آن شخص از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده کرده و به طور مستقل از دیگران، از سلامت‌اش مراقبت می‌کند. در اینجا منظور از استقلال، تصمیم‌گیری برای خویش با اتکای به توانایی‌های فردی است که شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه غیرمتخصص و چه متخصص) نیز می‌شود.

به دنبال مدل ارتقای سلامت فرد -محور رامدر و همکاران (۱۹۹۰)، یک راه تجسم منابع اصلی مراقبت از سلامت، هرم خودمراقبتی است (شکل ۱).

۲۰ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

محیط



شکل ۱- هرم خودمراقبتی

در هرم خودمراقبتی، «خودمراقبتی» در رأس هرم قرار گرفته که نشان‌دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی است. «مراقبت خانوادگی و مراقبت داوطلبانه» یکی دیگر از پایه‌های هرم و «مراقبت‌های تخصصی و سازمانی» نیز پایه دیگر آن می‌باشند. اهمیت شاخص «محیط» (فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی) در همه ابعاد مراقبت از سلامت به وسیله دایره‌ای نشان داده می‌شود که این هرم را دربرمی‌گیرد. این هرم همچنین نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصان و نیز مراکز بهداشتی را در مورد خودمراقبتی به‌طور سمبولیک نشان می‌دهد.

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۲۱

در نقشه تغییرات مراقبت از سلامت، فرگوسن (۱۹۹۵) ارتباط جالبی میان آنچه که وی «پزشکی عصر صنعتی»^۱ و «مراقبت بهداشتی در عصر اطلاعات»^۲ نامیده، مطرح می‌شود. مطابق شکل ۲ (صفحه ۲۷)، مراقبت‌های سلامت به شیوه عصر صنعت پزشکی در حال خروج از رده است. در این عصر، مراقبت از سلامت به ۳ گروه اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌گردد و خودمراقبتی از نقشه حذف شده بود. یک تعبیر از این نقشه، این است که در عصر صنعت پزشکی، خودمراقبتی ارزشی نداشته و گاه به حساب نیامده است. در این نقشه، عصر صنعت پزشکی به تدریج به وسیله «عصر اطلاعات» جایگزین می‌شود که در آن اشخاص و خانواده‌ها مانند متخصصان از مسایل خودمراقبتی مطلع می‌شوند که این تغییر، مدیون «توسعه همگانی ارتباطات برای سلامت» است.

این چشم‌انداز آینده مراقبت‌های بهداشتی که در شکل به صورت هرم مراقبت از سلامت آمده است، شامل یک مدل ۶ پله‌ای است که در آن افراد حل مشکلات بهداشتی خویش را با استفاده از منابع شخصی خود آغاز می‌کنند. اگر خودمراقبتی مشکل آنها را حل نکرد، در قدم‌های بعدی خانواده و دوستان، گروه‌های مراقبت خودیار و شبکه‌ها قرار می‌گیرند و سرانجام، متخصصان هستند که به ترتیب در نقش‌های تسهیل‌گر، همکار و در نهایت منشاء صدور فرامین ظاهر می‌شوند. به اعتقاد فرگوسن، «عصر اطلاع‌رسانی، حقانیت و اهمیت خودمراقبتی را اثبات می‌کند».

-
1. Industrial Age Medicine
 2. Information Age Health Care

تعریف خودمراقبتی

در مورد تعریف خودمراقبتی توافق کلی وجود ندارد (padula, 1992). طبق تعریف لوین، «خودمراقبتی فرایندی است که در آن افراد غیرماهر با اتکای به خود در ارتقای سلامت خود، پیشگیری از بیماری‌ها؛ تشخیص بیماری‌ها و درمان آن در اولین سطح منابع بهداشتی در سیستم مراقبت از سلامت عمل می‌کنند.» (Levin & katz, Holst, 1976). درکل، او خودمراقبتی را بدون یاری متخصصین تعریف می‌کند ولی در عین حال تصدیق می‌کند که «افراد عادی از دانش فنی و مهارت‌های حاصل از مجموعه تجارب تخصصی و غیرتخصصی به عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می‌کنند» (Levin, 1983).

افراد دیگر مانند دین، هایکی و هولشتاین (Hickey & Dean, Holstein, 1986)، خودمراقبتی را بیشتر به عنوان تعامل با سیستم مراقبت بهداشتی معرفی کردند تا استقلال از آن. ویکری و آیورسون (Iverson & Vickery, 1994)، میان خودمراقبتی پزشکی (medical self-care) (کارهایی که مربوط به مشکلات پزشکی است) و خودمراقبتی بهداشتی (health self-care) (کارهایی که هدفشان حفظ و بهبود سلامتی است) تفاوت قایل شدند. طبق نظر آنها، در خودمراقبتی «هر شخص» مهمترین تصمیم‌گیرنده - چه برای خودمراقبتی پزشکی و چه برای خودمراقبتی بهداشتی - است زیرا «فقط او می‌تواند به نفع یا ضرر حاصل از کارهای موردنظرش وزن ارزشی بدهد».

باروفسکی، خودمراقبتی را به ۴ دسته تقسیم کرد. تنظیم اعمال بدن، پیشگیری از بیماری‌ها، تخفیف علایم و تخفیف بیماری‌ها. سگال و

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۲۳

گلداشتاین (1989, Segall & Goldstein)، این ۴ عملکرد تعریف شده توسط باروفسکی را برای ۴ نوع خودمراقبتی به شرح زیر بیان کردند:

۱. خودمراقبتی تنظیم‌کننده (Regulatory self-care): شامل عملیات

روتین حفظ سلامت مانند خوردن، خوابیدن و بهداشت شخصی؛

۲. خودمراقبتی پیشگیرانه (Preventive self-care): شامل انجام

منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماری‌های روتین؛

۳. خودمراقبتی واکنشی (Reactive self-care): شامل پاسخ به

علائمی که توسط پزشک برچسب بیماری نخورده است.

۴. خودمراقبتی بازگرداننده سلامتی (Restorative self-care): شامل

ظرفیت پذیرش یک رژیم درمانی یا یک تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است.

اینها مباحث مفیدی در ارتباط با خودمراقبتی هستند ولی یک مشکل جالب در این تعریف خودمراقبتی وجود دارد: در حالی که ۳ نوع اول می‌توانند به وسیله فرد آغاز شوند، نوع آخر به وسیله یک متخصص آغاز می‌گردد. به اعتقاد سگال و گلداشتاین، «پذیرش درمان» (compliance behaviour) از لحاظ مفهومی نوعی از خودمراقبتی محسوب نمی‌شود. برای کمک به روشن نمودن مفهوم خودمراقبتی آنها تقسیم‌بندی خودمراقبتی را همانطور که دین نیز گفته بود به صورت اولیه و ثانویه پیشنهاد کردند.

دین (Dean, 1986) پیشنهاد کرد که در «خودمراقبتی اولیه»، اقدامات

بر دانش و تجارب فردی استوارند در حالی که در «خودمراقبتی ثانویه»،

اقدامات بر اطلاعات کسب شده از طریق مشورت با دیگر افراد و متخصصین استوار است. در حالی که از دید سگال و گلداشتاین، آنچه اهمیت دارد این است که «مراقبت توسط خود فرد هدایت و برنامه‌ریزی می‌شود یا تحت کنترل شخص دیگری»، نه اینکه توسط خود فرد یا کس دیگری تأمین می‌شود.

تعریفی که دین از خودمراقبتی ارائه کرد جنبه‌های بیشتری از این بحث را پوشش می‌دهد. به اعتقاد وی: «خودمراقبتی شامل سلسله عملیات و اقداماتی است که فرد برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم و حفظ سلامت خویش انجام می‌دهد. این اقدامات به وسیله افراد غیرمتخصص از طرف خودشان و با همکاری متخصصین یا بدون آن، صورت می‌گیرد و می‌تواند شامل تصمیم‌گیری به انجام ندادن هیچ اقدامی؛ یا انجام اقدام‌های شخصی برای ارتقای سلامت یا درمان بیماری و یا اتخاذ تصمیماتی برای جستجوی توصیه‌هایی میان افراد غیرمتخصص، متخصصین یا شبکه‌های دیگر مراقبتی؛ و نیز ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد انجام اقداماتی بر اساس آنچه که به او توصیه شده است، باشد».

با وجود تعاریف مختلفی که از خودمراقبتی ارائه شده است، تعریف مورد قبول ما در این کتاب، برگرفته از تئوری خودمراقبتی «دورتهی اورم»^۱ است. او یک پرستار کانادایی بود که در دهه ۱۹۶۵-۱۹۵۸، تئوری «پرستاری کمبود خودمراقبتی»^۲ را برای تبیین لزوم و نقش فعالیت‌های

1. Dorothea orem

2. self-care Deficit Theory of Nursing

پرستاری ارایه کرد. این تئوری، مبنایی مهم برای تحقیقات، تدوین کوریکولوم‌های آموزشی پرستاری و سازمان دهی دپارتمان‌های پرستاری در بیمارستان‌ها و مراکز سلامت جامعه کشور کانادا بود. اورم، خودمراقبتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد.»

اورم سه دسته از این اقدامات را دسته‌بندی کرد: نیازهای همگانی (هوا، غذا، آب...)، مایحتاج رشد (آنچه مربوط است به شرایط زندگی که پیشرفت انسانی را تحت تأثیر قرار داده و باعث می‌شود) و احتیاجات مربوط به انحراف از سلامت (آنچه که به وضعیت سلامت فرد و مراقبت‌های سلامتی مربوط است). برخی از پیش فرض‌های اورم به شرح زیر است:

۱) افراد توانایی توسعه مهارت‌ها و حفظ انگیزه لازم برای خودمراقبتی و مراقبت از خانواده خود را دارند.

۲) راه‌های برآوردن این احتیاجات از طریق فرهنگ و عادت آموخته می‌شود (Easoton 1993, Orem, 1991).

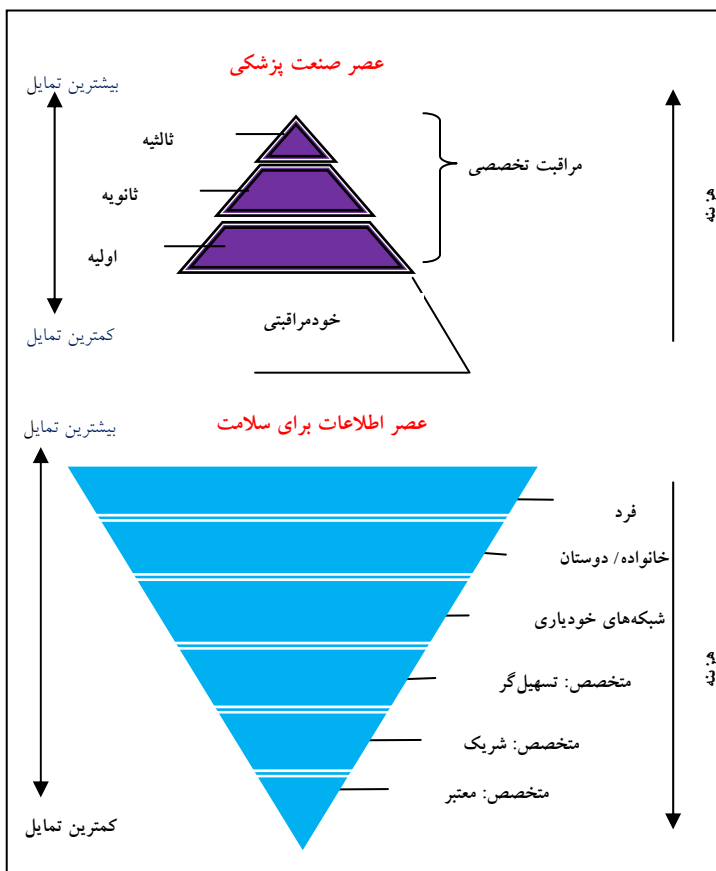
از سوی دیگر گانتز (1990)، گزارش داد که در مورد شاخص‌های خودمراقبتی بین رشته‌های مختلف مراقبت از سلامت شامل پزشکی و پرستاری هم‌خوانی وجود دارد. بنا بر تعریف او: «مراقبت از سلامت خود بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد؛ ظرفیت اقدام و انتخاب فرد را در برمی‌گیرد؛ توسط دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها، انگیزه‌ها، مکان کنترل

(locus of control) و خود - کارآمدی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ و بر جنبه‌هایی از مراقبت از سلامت که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد (بر خلاف جنبه‌هایی مانند سیاست‌ها و یا قوانین جامعه)».

اما برنامه‌های خودمراقبتی کانادا به عنوان کشور پیشرو در این مقوله به آخرین دسته نیازهای طبقه‌بندی شده توسط اورم مربوط می‌شود. در کانادا، تأکید بر یک جنبه از خودمراقبتی است یعنی همان خودمراقبتی که شخص به هنگام مشکلات سلامت آن را به کار می‌برد. در این کشور، خودمراقبتی به صورت زیر تعریف می‌شود: «تصمیمات و فعالیت‌هایی که به وسیله کسی که با یک مشکل سلامت مواجه شده است، اجرا می‌شود تا با آن مطابقت و سازگاری پیدا کند و سلامت خود را بهبود بخشد».

خودمراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده‌شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود حفاظت کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی است.



شکل ۲- نقشه تغییرات مراقبت از سلامت فرگوسن

خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین‌کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. طبق نظر هولشتاین، دین و هایکی «خودمراقبتی بیشتر به معنای

۲۸ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

تعامل با سیستم مراقبت بهداشتی است تا استقلال از آن». خودمراقبتی، بستگی به «فرهنگ و موقعیت افراد» دارد و «ظرفیت اقدام و انتخاب» آنها را در بر می‌گیرد.

عوامل مؤثر بر خودمراقبتی شامل دانش، مهارت‌های زندگی^۱، ارزش‌ها، انگیزه‌ها، مکان کنترل و خود - کارآمدی^۲ فرد است.

خودمراقبتی بر جنبه‌هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد. «مهم‌ترین دستاورد» تقویت رویکرد خودمراقبتی این است که مردم تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی گرفته و رفتارهای خودمراقبتی را به‌طور مناسب انتخاب و اجرا می‌کنند.

خودمراقبتی به وضوح موجب افزایش کارایی و مهارت‌های فردی مردم می‌شود و نباید به عنوان بخشی از مداخلات بهداشتی که هیچ کس تمایلی به انجام آن ندارد یا دولت نمی‌تواند متخصصین کافی برای تحقق آن تربیت کند، مطرح شود.

خودمراقبتی، راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و معلولیت پیشگیری کنند و یکی از مفاهیم اصلی برای تأکید بر «رفتار سالم مثبت» است. به اعتقاد پرایولت و مالو «هدف خودمراقبتی»، گسترش یک سیستم مراقبت بهداشتی کارآمد است که مبتنی بر بهره‌برداری کامل از تمام اجزا و توانایی‌های فردی و تعاملات بین فردی مردم باشد.

1. Life skills

2. Self-efficacy

مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی

در این قسمت ابتدا با یک مدل مفهومی به توضیح و تبیین دقیق خودمراقبتی و مؤلفه‌های منجر به آن می‌پردازیم. مدل مفهومی به ما کمک می‌کند تا مؤلفه‌های منجر به توانمندسازی مردم برای حفاظت از سلامت خود را تبیین نموده و براساس آن، نقاط کلیدی مداخله و بهترین استراتژی‌ها برای دستیابی به اهداف را تعیین کنیم.

مراد ما از خودمراقبتی در این کتاب، «مجموعه اقدامات و رفتارهای اکتسابی، آگاهانه، انتخابی و هدف‌داری است که فرد به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده اش انجام می‌دهد». این تعریف، معادل با تعریف دورتی اورم از خودمراقبتی است. برای تعیین مؤلفه‌های منجر به خودمراقبتی نیز از تئوری اورم استفاده نموده ایم و با استفاده از چندین مدل، از جمله مدل توانمندسازی تیلفورد و تونز، تئوری شناختی اجتماعی^۱ باندورا، تئوری خود - کارآمدی^۲ باندورا، مدل ارتقای سلامت پندر و سایر مدل‌های مطالعه رفتار، مدل خودمراقبتی ارتقای سلامت هارتوگ و سیمونز، تئوری مراحل تغییر و تئوری‌های انگیزش اجزای اساسی منجر به هرکدام از مؤلفه‌های حاصل از مدل اورم تعیین شده است.

لغات تئوری، مدل و پارادایم در مقالات آموزشی و ارتقای سلامت اغلب به جای یکدیگر به کار می‌روند. برای آشنایی با تعاریف این کلمات می‌توانید به صفحه ۸۴ (ضمیمه یک) مراجعه کنید.

1. Social-cognitive

2. Self-efficacy

تئوری خودمراقبتی اورم

تئوری خودمراقبتی در این مجموعه، از کار دورتی اورم گرفته شده است. تئوری اصلی وی یعنی تئوری پرستاری کمبود خودمراقبتی به بیان دلایلی برای لزوم فعالیت پرستاری می‌پردازد. برای رسیدن به این تئوری وی ابتدا به شرح تئوری خودمراقبتی پرداخت.

در تئوری خودمراقبتی اورم، سلامت و تندرستی^۱ به دو وضعیت انسانی مختلف اما در ارتباط با یکدیگر اشاره دارد.

- سلامت: به معنی وضعیتی است که ساختار انسانی و عملکرد جسمی و روانی فرد رشد یافته، کامل و بی‌عیب و نقص است.

- تندرستی: به معنی وضعیتی است که با تجربه رضایت، لذت و انواع شادی‌ها و نیز تجربه معنوی، حرکت به سوی تحقق بخشیدن به ایده‌آل‌های فردی و درونی سازی مستمر آنها توصیف می‌شود. تندرستی با سلامت، موفقیت در تلاش‌های فردی و کفایت منابع در ارتباط است البته افرادی هستند که ممکن است تندرستی را تجربه کنند یا وجود آنها مظهر اشکالی از تندرستی باشد و در عین حال دچار ناتوانی جسمی یا اختلال در عملکرد باشند.

طبق تئوری خودمراقبتی اورم، خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی نوع بشر است که برای تأمین و تداوم منابع و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد.

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۳۱

خودمراقبتی به عنوان یک عملکرد تنظیمی، متفاوت از سایر عملکردهای تنظیمی نوع بشر مانند تنظیم نوروآندوکراین‌ها است چرا که خودمراقبتی باید آموخته شود و آگاهانه، مستمر و متناسب با نیازهای تنظیمی افراد باشد (به عنوان مثال متناسب با مرحله رشد و تکامل، وضعیت سلامت جسمی، جنبه‌های خاص سلامت یا رشد، مسایل محیطی و میزان مصرف انرژی). خودمراقبتی اقدامی آگاهانه است که از طرف فرد به چند منظور اصلی انجام می‌گیرد تا منابع خودمراقبتی تأمین گردد.

نیازهای خودمراقبتی^۱: شامل هرآن چه که انسان‌ها برای تنظیم عملکرد، حفظ و ادامه حیات، سلامت و تندرستی باید آن را برآورده سازند، است. این نیازها توسط اورم، به سه دسته تقسیم شده است:

الف) نیازهای عمومی^۲: این نیازها بین همه انسان‌ها اعم از زن و مرد و کودک مشترک است که اورم آنها را به ۸ دسته تقسیم می‌کند:

۱. تداوم دریافت کافی هوا
۲. تداوم دریافت کافی آب
۳. تداوم دریافت کافی غذا
۴. تداوم مراقبت‌های مرتبط با دفع مواد زائد از بدن
۵. تداوم تعادل بین فعالیت و استراحت
۶. تداوم تعادل بین تنهایی و ارتباطات اجتماعی
۷. پیشگیری از خطرهای متوجه حیات، عملکرد و تندرستی

1. Self-Care requisits
2. Universal requisits

۸. ارتقای عملکرد و رشد فردی در گروه‌های اجتماعی متناسب با پتانسیل‌های فردی، محدودیت‌های شناخته شده فردی و تمایل به هنجار بودن. به هنجار بودن^۱ یکی از ویژگی‌های اساسی انسانی است که در تطابق با ویژگی‌های ژنتیک، سرشتی و استعدادهای فردی است.

ب) نیازهای خودمراقبتی مرتبط با مرحله رشد: این نیازها متناسب با مرحله‌ای از چرخه زندگی هستند که فرد در آن به سر می‌برد. مراحل چرخه زندگی^۲ عبارتند از:

۱. زندگی داخل رحمی و فرآیند متولد شدن

۲. مرحله نوزادی

۳. شیرخواری

۴. کودکی و نوجوانی

۵. بزرگسالی

۶. سالمندی

۷. حاملگی

ج) نیازهای خودمراقبتی ناشی از انحراف از سلامت: که مربوط به بیماری و مراقبت‌های بهداشتی است.

از این موضوع می‌توان چنین نتیجه گرفت که رفتار خودمراقبتی می‌تواند در کلیه حیطه‌های سلامت اتفاق بیفتد و منحصر به یک حیطه خاص یا قبل و بعد از بیماری نیست. هدف از اقدامات خودمراقبتی،

1. Normalcy

2. Stage of Lifecycle

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۳۳

ایجاد و یا تداوم منابع لازم برای رشد و ارتقای سلامت است. اقدامات خودمراقبتی شامل پیشگیری، تخفیف آلام، درمان قطعی و یا کنترل بیماری‌ها و وضعیت‌های تهدیدکنندهٔ حیات، سلامت و تندرستی است. اقدامات خودمراقبتی شامل جستجو و مشارکت در مراقبت‌های پزشکی، پرستاری و سایر اشکال مختلف مراقبت‌های بهداشتی نیز می‌شود.

پیش‌فرض‌های خودمراقبتی

۱. خودمراقبتی رفتاری است داوطلبانه که توسط اصولی خاصی هدایت می‌شود؛
۲. خودمراقبتی فعالیتی اکتسابی است؛
۳. افراد بالغ برای حفظ زندگی و سلامت خود و افرادی که از لحاظ اجتماعی وابسته آنها محسوب می‌شوند، حق و مسوولیت خودمراقبتی دارند؛
۴. کمک یا نظارت بر خودمراقبتی و در صورت لزوم ارایه آن، جزیی از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان، میانسالان و سالمندان است؛
۵. افراد بالغی که قادر به کسب منابع یا برقراری شرایط لازم برای حفظ زندگی و بهبود سلامت خود نیستند، نیازمند کمک ارایه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا مراقبت‌های بهداشتی هستند. چنین کمکی، ممکن است برای انجام موفقیت‌آمیز خودمراقبتی از خود یا وابستگان یا نظارت بر آن لازم باشد.

گزاره‌های خودمراقبتی

این گزاره‌ها به انتخاب و سازماندهی دانش مرتبط با خودمراقبتی از سایر حیطه‌های دانش کمک می‌کند.

گروه اول - عوامل زمینه ساز رفتار خودمراقبتی

رفتار خودمراقبتی تحت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:

۱. خودانگاره^۱ و سطح بلوغ^۲ شخصیتی فرد؛
 ۲. اهداف و عملکردهای ناشی از فرهنگ؛
 ۳. دانسته‌های بهداشتی فرد؛
 ۴. جایگاه فرد در مجموعه خانواده؛
 ۵. عضویت فرد در گروه‌های اجتماعی غیر از خانواده (برای مثال، دوستان یا همکاران)؛
 ۶. قدرت انتخاب افراد بزرگسال در مورد درگیری در جنبه‌های خاصی از فعالیت‌های خودمراقبتی؛
 ۷. محدودیت اقدام فرد در زمینه خودمراقبتی یا مراقبت از دیگران به علت ضعف دانش علمی در زمینه خودمراقبتی، سلامت و اختلال عملکرد و نیز فقدان مهارت و ضعف رفتارهای خودمراقبتی.
- گروه دوم - خودمراقبتی در سلامت و بیماری:

۱. خودمراقبتی در انسجام عمل فرد به عنوان ارگانیکسمی سایکوفیزیولوژیک با یک زندگی قابل قبول، مؤثر و ضروری است؛

1. Self-Concept

2. Maturity

۲. به طور روزانه، هر فردی باید به منظور ادامه حیاتش به عنوان یک ارگانیسم دارای یک زندگی قابل قبول، حداقلی از فعالیت‌ها را انجام دهد و یا راه‌هایی برای آن پیدا کند اما حفظ و بهبود سلامت نیازمند فعالیت‌های بیشتری است و در صورت وقوع بیماری، آسیب و یا اختلال عملکرد جسمی یا روانی باید فعالیت‌های بیشتری برای حفظ حیات یا بهبود سلامت انجام شود؛

۳. خودمراقبتی با هدف حفظ و ارتقای سلامت، نیازمند گنجینه‌ای از دانسته‌های مبتنی بر شواهد علمی در مورد اهداف و عملکرد خودمراقبتی و نیز عادت‌ها و مهارت‌های مربوطه است؛

۴. بیماری، آسیب و اختلال عملکرد جسمی و روانی ممکن است آنچه را که یک فرد می‌تواند برای خودمراقبتی انجام دهد، محدود سازد چرا که چنین وضعیت‌هایی ممکن است از توانایی استدلال، تصمیم‌گیری و درگیری در فعالیت‌های لازم برای انجام موفقیت‌آمیز خودمراقبتی بکاهد. چنین وضعیت‌هایی می‌تواند شامل تغییرات ساختاری یا عملکردی باشد که ممکن است نیازمند استفاده از روش‌های خودمراقبتی ویژه براساس تجویز پزشک باشد.

گروه سوم - پیش نیازهای رفتاری و تجهیزات لازم برای خودمراقبتی در درون و برون عامل خودمراقبتی

۱. انجام خودمراقبتی نیازمند برخورداری از دانش عمومی درباره اهداف و عملکرد خودمراقبتی و دانش اختصاصی درباره خود^۱ شامل

1. Self

۳۶ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

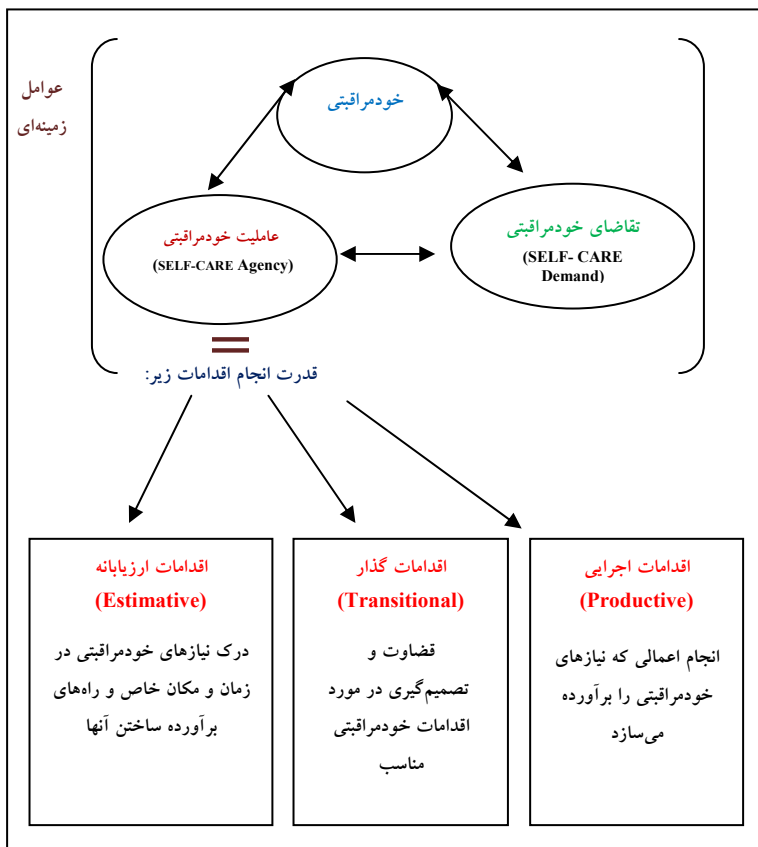
وضعیت سلامتی خود^۱ و نیز درباره محیط فیزیکی و اجتماعی است. انجام خودمراقبتی همچنین نیازمند درونی کردن^۲ بینش‌ها، مجوزها^۳ و انگیزش‌ها است. دانش ویژه شامل مشاهده و قضاوت در مورد نیازها و کمبودهای خودمراقبتی افراد می‌شود که این امر نیازمند تماس و تعامل با مراقبان بهداشتی است؛

۲. در صورت ابتلای به بیماری یا تغییر وضعیت سلامت، خودمراقبتی نیازمند جستجوی خدمات پزشکی، مراجعه به پزشک و انجام خدمات تجویز شده و یا بررسی دوره‌ای وضعیت سلامت است؛

۳. خودمراقبتی علاوه بر فعالیتهای معطوف به درون که برای کنترل رفتار است، نیازمند رفتارهای معطوف به بیرون است که برای کنترل محیط، برقراری تماس و ارتباط و حفاظت و کاربرد منابع است؛

۴. خودمراقبتی نیازمند تجهیزات و منابع است. این تجهیزات و منابع می‌تواند شامل زندگی در یک محیط اجتماعی و فیزیکی سالم، دسترسی به خدمات درمانی، مصرف دارو و آب و غذای مناسب، کاربرد دارو و مواد فیزیکی در سطح داخلی و خارجی بدن، استفاده از پروتزها برای حرکت و کنترل وضعیت یا اجزای آن باشد.

1. Health status
2. Internalization
3. Sanctions



شکل ۳ - خلاصه مدل خودمراقبتی اورم

تعریف مفاهیم به کاربرده شده در مدل اورم: (شکل ۳)

۱. خودمراقبتی: فعالیت‌ها و رفتارهای مؤثر، اکتسابی، آگاهانه و هدفدار شخص است که توسط وی در موقعیت‌های عینی زندگی در مورد خود

۳۸ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

و بستگان نزدیک و یا محیط خود انجام می‌شود و منظور از آن، تنظیم عوامل مؤثر در رشد و عملکرد در ارتباط با زندگی، سلامت و تندرستی^۱ او است. رفتار خودمراقبتی متأثر از مجموعه مهارت و دانش فرد است که از آن برای اقدام استفاده می‌کند.

خودمراقبتی دارای قالب^۲ و محتوی^۳ است.

– قالب یعنی آنچه که ماهیت موضوع را تشکیل می‌دهد (شامل ساختارهای درونی، آرایش و ترکیب جزئیات، محدوده‌ها و تمامیت موضوع). به عبارت دیگر آنچه که ماهیت یک شیء را آشکار می‌سازد و برای مثال باعث می‌شود که ما انواع مختلف گل را با طرح‌ها و رنگ‌های مختلف گل بنامیم، قالب آن است. در اینجا قالب همان ماهیت گل بودن است.

قالب خودمراقبتی عبارتست از: اقدام آگاهانه و مراحل آن.

– محتوای خودمراقبتی یعنی موضوع خاصی که در هر رفتار خودمراقبتی به آن پرداخته می‌شود. محتوا مشتق از اهداف (منظورهای خودمراقبتی (پیشگیری، درمانی، ...)، نیازهای خودمراقبتی (نیازهای خاص در مراحل مختلف رشد فرد) و سلسله اقدامات مؤثر در برآورده ساختن آنها است.

محتوای خودمراقبتی را می‌توان برحسب گروه هدف، نیازهای خاص گروه هدف و راه‌های مختلف برآورده ساختن نیازها تغییر داد. برای مثال می‌توان برنامه خودمراقبتی برای مدیریت بیماری دیابت در افراد بالغ،

1. well - being

2. Form

3. Content

کاهش اعتیاد به سیگار در نوجوانان و یا صدها موضوع متنوع دیگر را طراحی نمود و در آن از روش‌های گوناگونی سود جست اما آنچه که روح رفتار خودمراقبتی است و وجود آن باعث می‌شود ما آن را به عنوان رفتار خودمراقبتی بشناسیم، همان قالب آن یعنی اقدام آگاهانه و پیش‌نیازهای آن است. محتوای خودمراقبتی همان شکل خاص است (مثل نوع منحصر به فرد گل مریم، گل میخک).

۲. عاملیت خودمراقبتی^۱: عاملیت خودمراقبتی نوعی شایستگی اکتسابی چند بعدی است که به معنای قدرت و قابلیت برآورده ساختن مستمر نیازهای فردی به خودمراقبتی است. به گونه‌ای که با خودمراقبتی فرآیندهای حیاتی فرد تنظیم شده، یکپارچگی جسم و عملکرد فرد حفظ شده، ارتقا یافته و تندرستی او افزایش یابد.

به تعبیر دیگر عاملیت خودمراقبتی به معنای قابلیت افراد برای درگیری در اقدامات خودمراقبتی است که به منظور شناسایی و برآورده ساختن نیازهای سلامت آنها در یک محدوده زمانی و مکانی خاص صورت می‌گیرد.

به تعبیر هاره، عاملیت خودمراقبتی ترکیبی از قدرت‌ها^۲ و صلاحیت‌های^۳ مورد نیاز افراد برای مراقبت از خود و وابستگان درجه اول‌شان است.

«صلاحیت»، قدرتی است که می‌تواند کسب شود و یا از دست داده شود، بدون اینکه تغییری در ماهیت بنیادی شیء یا ماده مورد نظر ایجاد

1. Self-care agency

2. Power

3. Capability

۴۰ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

شود اما «قدرت»، مفهومی است مرتبط با عاملیت، تصمیم‌گیری و اقدام. در این کتاب، گاهی صلاحیت و قدرت به جای یکدیگر نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

«داشتن قدرت» متفاوت از «اعمال آن» است. هاره معتقد بود که در نسبت دادن قدرت به فرد، عبارت «می‌تواند» باید جایگزین عبارت «عمل می‌کند» شود. یعنی فرد قدرت انجام اقدامات خاصی را دارد اما اینکه آیا قدرت اش را اعمال خواهد کرد یا نه، بستگی به خود او دارد.

اصطلاح «عاملیت خودمراقبتی» معادل «قدرت خاص فرد» است. چنین قدرتی، مرتبط با میزان بلوغ فرد است و افرادی بالغ هستند که به‌طور داوطلبانه و آگاهانه، برای دستیابی به مقصود و هدف موردنظرشان دست به اقدام می‌زنند.

عاملیت خودمراقبتی به معنای قدرت درگیری فرد در فرآیند خودمراقبتی در روند زندگی روزانه اش است. تفکر نقاد، راهنمایی و نظارت بر دیگران و تجربه خودمراقبتی، موجب ایجاد و افزایش صلاحیت و ظرفیت خودمراقبتی در افراد می‌شود.

«ظرفیت خودمراقبتی» فرد در چرخه رشد او از کودکی تا سالخوردگی، در قسمت‌های مختلف یک طیف قرار می‌گیرد و میزان آن بسته به وضعیت سلامت، عوامل تأثیرگذار بر آموزش‌پذیری و تجارب زندگی فرد متفاوت است چرا که این عوامل هستند که فرد را قادر می‌سازند که یاد بگیرد، در معرض تأثیرهای فرهنگی قرار بگیرد و از منابع مورد نیاز در زندگی روزمره‌اش استفاده کند.

عاملیت خودمراقبتی نیز دارای قالب و محتوا است:

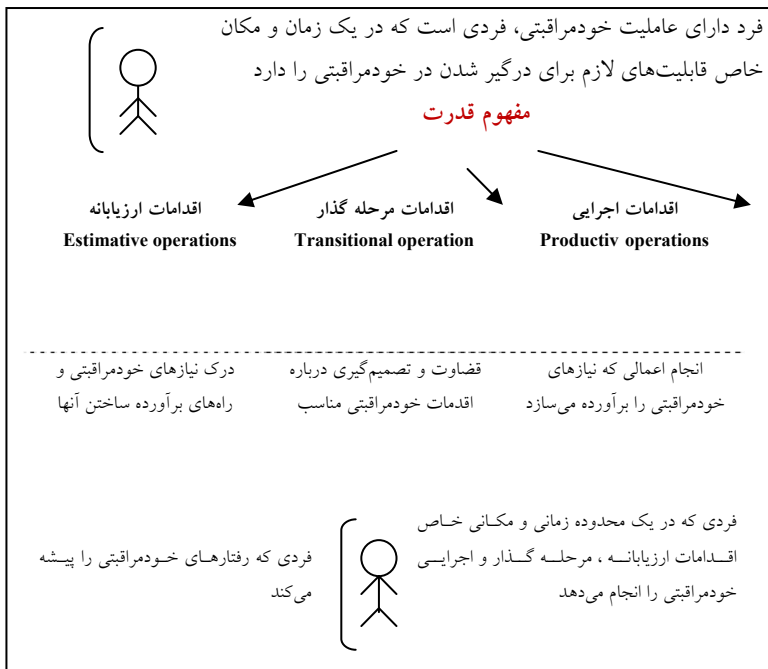
- قالب در عاملیت خودمراقبتی عبارت است از قدرت پرداختن به کارهای خاصی (که به معنی قدرت پرداختن به سایر چیزها هم هست) و درک ویژگی‌های آن کارها. در اینجا مفهوم «ویژگی‌ها»، توانایی درک نیاز به تغییر یا تنظیم نیازهای ملموس، توانایی کسب دانش لازم برای انجام سلسله اقدامات تنظیمی مناسب، توانایی تصمیم‌گیری^۱ در مورد اینکه چه اقدامی انجام دهد و توانایی اقدام^۲ برای دستیابی به تغییر یا تنظیم است.

- محتوا در عاملیت خودمراقبتی، مشتق از نیازهای خودمراقبتی فرد در یک شرایط زمانی و مکانی خاص است. «محتوا» موضوع خاصی است که فرد در آن زمینه دارای عاملیت است. برای مثال فردی ممکن است در زمینه ترک سیگار دارای عاملیت خودمراقبتی باشد اما در زمینه کاهش وزن دارای عاملیت نباشد. تقویت عاملیت با هر محتوایی منجر به افزایش عاملیت عمومی فرد (قالب عاملیت) در او می‌شود.

1. Decision making

2. Taking action

۴۲ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی



شکل ۴ - مفهوم‌سازی عاملیت خودمراقبتی

عاملیت خودمراقبتی سه دسته اقدام را در بر می‌گیرد (شکل ۴):

۳. **تقاضای خودمراقبتی**^۱: هر فرد بنا به وضعیت رشد و سلامت خود، در هر دوره زمانی، دارای مجموعه‌ای از نیازهای خودمراقبتی است. تقاضای خودمراقبتی به معنای سلسله اقدامات لازم برای برآورده ساختن همه نیازهایی است که باید در یک دوره زمانی معین به منظور تأمین ضروریات خودمراقبتی فرد برآورده شود و نه فقط یک نیاز خودمراقبتی خاص.

1. Self-Care Demand

۴. **عوامل زمینه‌ای**^۱: عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در خودمراقبتی و یا نوع و مقدار خودمراقبتی لازم تحت تأثیر قرار می‌دهند.

عوامل زمینه‌ای عبارتند از: سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، سبک زندگی از جمله فعالیت‌هایی که فرد به‌طور مرتب به آنها می‌پردازد، وضعیت سلامتی و سازگاری فرهنگی و اجتماعی، عوامل خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع.

تئوری اورم دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی^۲ را، تعیین‌کننده ایجاد رفتار خودمراقبتی در فرد می‌داند. براین اساس، فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، «می‌تواند» اقدامات ارزیابانه‌گذار و اجرایی را انجام دهد. این «توانایی» در صورتی که با «تقاضای» خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل کنند یا مانعی برای آن نباشند، به «رفتار خودمراقبتی» تبدیل خواهد شد.

نتیجه‌ای که می‌توان گرفت این است که با ایجاد عاملیت خودمراقبتی از یک‌سو و تقاضای خودمراقبتی از سوی دیگر، می‌توان انتظار داشت که در فرد «رفتار خودمراقبتی» شکل بگیرد یا به زبان ساده‌تر فرد برای انجام رفتار خودمراقبتی باید «بخواهد» (تقاضا) و «بتواند» (عاملیت) و «عوامل زمینه‌ای» نیز مساعد باشد. همان‌گونه که در شکل ۳ مشاهده می‌شود، هر سه مؤلفه اصلی با یکدیگر ارتباط دو جانبه دارند و تقویت هر یک موجب تقویت دیگری می‌شود. یعنی فردی که «تقاضای» او برای

1. Conditioning Factor

2. Self- Care agency

خودمراقبتی افزایش یافته، به دنبال تقویت «عاملیت» خود می‌رود و یا کسی که «عاملیت» او برای خودمراقبتی افزایش می‌یابد، انگیزه بیشتری برای رفتار خودمراقبتی دارد چرا که احتمال موفقیت خود را بیشتر می‌داند و از سوی دیگر فرد با انجام رفتار «خودمراقبتی» و تجربه آثار مثبت آن بر سلامتی‌اش، «تقاضای» بیشتری هم برای افزایش «عاملیت» پیدا می‌کند.

توجه به عاملیت خودمراقبتی به عنوان «توانایی» دست زدن به یک سلسله اقدامات آگاهانه و انتخابی، لزوم تبیین مبانی تئوریک ایجاد توانایی اقدامات آگاهانه و انتخابی در فرد را آشکار می‌سازد. فرد توانمند، فردی است که توانایی اقدام آگاهانه و انتخابی را داراست. در ایجاد این توانایی، مجموعه‌ای از عوامل فردی و اجتماعی دخالت دارند.

تئوری خود - توانمندسازی

خود - توانمندسازی^۱: وضعیتی است که در آن فرد به‌طور تقریبی دارای میزان بالایی از قدرت واقعی (توانمندی بالقوه و واقعی^۲ برای انتخاب) است.

خود - توانمندسازی مرتبط با مجموعه‌ای از باورها در مورد علیت و ماهیت کنترل سلامتی است که منجر به ارتقای سلامت می‌شود و تا حدی با سطح بالای اعتماد به نفس واقعی و نیز مهارت‌های زندگی که موجب اعمال کنترل بر سبک زندگی و سلامت افراد می‌شود، همراه است.

1. Self - empowerment

2. Genuine

توانمندی دو وجه فردی و اجتماعی دارد. مدل خود - توانمندسازی، به بررسی رابطه فرد - رفتار - محیط می‌پردازد که در آن «رفتار» واسطه «فرد» با «محیط» است. منظور از این رفتارها در ارتقای سلامت «مهارت‌های زندگی» و «مهارت‌های سلامت» هستند.

مهارت‌های زندگی همان «مهارت‌های خودتنظیمی»^۱ هستند که به فرد کمک می‌کنند که انگیزه‌ها و علایق خود را کنترل کند و از آنها برای تقویت خود استفاده کند.

محور خود-توانمندسازی، مجموعه‌ای از ویژگی‌های روانشناختی است که شاید مهمترین آنها اعتماد فرد درباره کنترل باشد. لانجر، «کنترل» را اینگونه تعریف می‌کند: «اعتماد به اینکه فرد می‌تواند از میان گزینه‌هایی که هر یک به طور مجزا می‌توانند به نتیجه موردنظر منجر شوند، یکی را انتخاب نماید». بحث‌های فراوانی در مورد انواع مختلف کنترل وجود دارد. سارا فینو معتقد است که «کنترل اطلاعات» (داشتن فرصت برای به دست آوردن اطلاعات در مورد یک موضوع) در مقابل «کنترل تصمیم‌گیری» (داشتن فرصت و امکان برای تصمیم‌گیری) است.

مفهوم «مکان کنترل درک شده»^۲، مهمترین و شناخته شده‌ترین ساختار روانی در مورد کنترل است. تعریف روتر یک تعریف رفتارگرایانه از کنترل است: «وقتی فرد یک اتفاق را حاصل عمل یا رفتار و یا ویژگی دایمی شخصی خود بداند، چنین اعتقادی، «کنترل درونی» نامیده می‌شود. در غیر این صورت، اگر فرد اتفاق مذکور را حاصل

1. Self-regulatory

2. Perceived locus of control

عملکرد شخصی خود نداند و آن را به شانس، تقدیر یا قدرت‌های خارجی نسبت دهد، در این صورت نام آن «کنترل خارجی» است. در این تعریف، تأکید روی «مکان^۱ کنترل» از نظر خود فرد است. یعنی «اعتقاد به توانایی کنترل و نه لزوماً داشتن کنترل واقعی». درضمن، این اعتقاد با سیستم تقویت فرد مرتبط است (پاداش یا تنبیه). اعتقاد به «کنترل داخلی» یعنی فرد اعتقاد داشته باشد که وقایع خوشایند یا ناخوشایند از اعمال خود او سرچشمه می‌گیرند.

ساختار «مکان کنترل^۲» در مباحث مربوط به مدل توانمندسازی، نقش محوری دارد: نه تنها به خاطر توانمندسازی فرد در تصمیم‌گیری، بلکه به خاطر تأثیر غیرمستقیم آن بر سلامتی. عده‌ای حتی اعتقاد دارند که وضعیت توانمندی فرد، مشخص‌کننده وضعیت سلامتی او است. گرچه این ارتباط بحث برانگیز است ولی به‌طور تقریبی، عکس آن را همه قبول دارند که «ناتوانمندی» وضعیت ناسالمی است. در واقع سلیگمن «درماندگی اکتسابی»^۳ را ضد «توانمندی» می‌داند. او بحثی را مطرح می‌کند که بر اساس آن وجود ۶ علامت اصلی درماندگی اکتسابی معادل «افسردگی بالینی» است.

فرمول گسترده‌تر و عملی‌تر مکان کنترل، فرمول NKHDPP است که یک فرمول فنلاندی موفق برای کاهش بیماری‌های قلبی در فنلاند بود. این فرمول در ایجاد چارچوبی برای تطابق اهداف عمومی با اصول تئوریک بسیار مفید است. این فرمول ۵ عنصر دارد: ۱. بهبود خدمات

1. Locus

2. Locus of Control

3. Learned helplessness

پیشگیری ۲. اطلاع رسانی ۳. ترغیب ۴. تربیت افراد برای افزایش مهارت خودکنترلی^۱، مدیریت محیط و اقدام اجتماعی ۵. سازماندهی اجتماعی برای ایجاد حمایت اجتماعی.

روش هایی برای اندازه گیری ارتباط بین مکان کنترل و سلامت ابداع شده است برای مثال روتر در سال ۱۹۶۶، «I-E scale» را طراحی کرد که بعدها توسط لونسون (۱۹۷۳) تغییر کرد. بعد از آن مکان کنترل سلامتی^۲ توسط والستون (۱۹۷۶) مطرح شد.

«خود - کارآمدی»^۳ از مفاهیم کلیدی خود - توانمندسازی است. خود - کارآمدی که توسط باندورا مطرح شد، یک «اعتقاد» است. افرادی که اعتقاد به مفهوم خود - کارآمدی دارند، «احساس می کنند که می توانند». این مفهوم، با مفهوم مکان کنترل همانندی دارد. تخمین درست از میزان خود - کارآمدی فرد، می تواند «عمل مؤثر» را ایجاد کند و این تخمین واقع گرایانه با مفهوم مکان کنترل مرتبط است. در ارتقای سلامت، با «تقویت اعتماد فرد» در مورد افزایش کنترل فردی اش بر اوضاع می توان خود - کارآمدی او را افزایش داد. در همین حال می توان گفت که «کنترل فرد بر اوضاع نتیجه مجموع تجارب خود - کارآمدانه اوست». در مجموع به عنوان یک هدف در ارتقای سلامت می توان گفت که خود - کارآمدی را می توان از طریق طراحی مجموعه ای از تجارب معنی دار و مرتبط موفقیت آمیز ایجاد کرد.

1. Self-control

2. Health locus of control

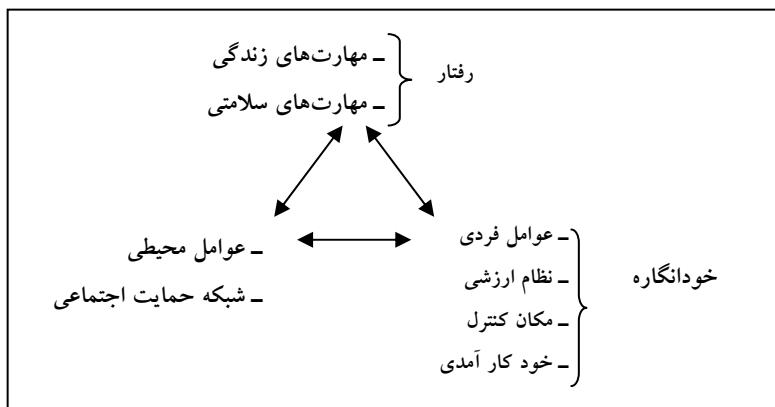
3. Self efficacy

در مورد ارتباط درماندگی اکتسابی و «خود - ارزشی»^۱ می‌توان گفت فرد توانمند، «اعتماد به نفس»^۲ بالایی دارد و فردی که درماندگی اکتسابی دارد، برای خود ارزش کمی قایل است. به همین نسبت، فرد دارای عزت نفس بالا، کمتر به فشار برای هم‌نوا شدن با دیگران تن می‌دهد و رفتارهای جمع را به عنوان مرجع در نظر نمی‌گیرد. در ارتباط با موقعیت‌ها و روابط تهدیدکننده نیز، فرد دارای اعتماد به نفس بالا با این موقعیت‌ها بر اساس دریافت و جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری توانمندانه خود برخورد می‌کند. پس به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که اعتماد به نفس بالا، قدرت تصمیم‌گیری و در ضمن برخورد مبتنی بر اطلاعات با موقعیت‌ها را در فرد ایجاد می‌کند و فرد را به سمت «تصمیم‌گیری سالم»^۳ سوق می‌دهد.

اجزای توانایی (مؤلفه‌های توانایی) براساس مدل پویایی توانمندی تونز و تیلفورد شامل موارد زیر است:

- نظام ارزشی فرد؛ و
 - نگرش او نسبت به کنترل به عنوان «عوامل فردی» از یک سو؛ و
 - محیط اجتماعی/ زیستی به عنوان «عوامل اجتماعی» از سوی دیگر
- (شکل ۵).

1. Self worth
2. Self esteem
3. Health decision making



شکل ۵- خلاصه عوامل منجر به توانایی فرد بر اساس تئوری شناختی اجتماعی

الف) عوامل فردی:

۱) خودانگاره^۱ یا رویکرد فرد نسبت به خودش (رجوع شود به بررسی متون) و خودارزشی^۲ که فرد برای خود قایل است، تشکیل‌دهنده نظام ارزشی او هستند: این که آیا فرد آن قدر خود را با ارزش می‌داند که بخواهد از خود مراقبت کند و یا به دنبال بهبود وضعیت زندگی خود از جهات گوناگون باشد تعیین‌کننده رفتار خودمراقبتی او است. این حس ارزش از مواردی نظیر «ایمان» (احساس اتصال با منبع ارزش و آفرینش)، حس تعلق و وابستگی و خود - کارآمدی ناشی می‌شود.

۲) باور فرد در مورد کنترل. از سوی دیگر، این امر که فرد سرنوشت سلامت خود را در دست عوامل بیرونی (از جمله شانس، اقبال، تقدیر،

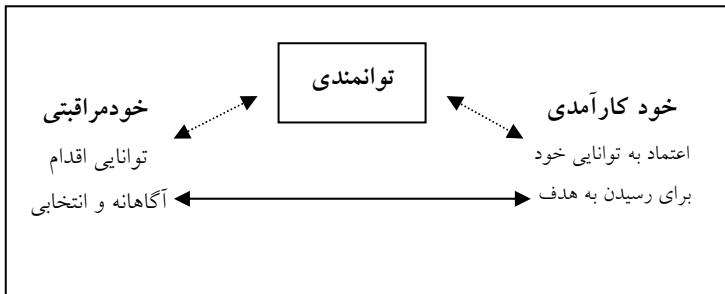
1. Self concept

2. Self worth

۵۰ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

نظام سیاسی و... بدانند یا اینکه معتقد باشد و یا احساس کند که خود او دارای نقش و مسوولیت اساسی در تعیین وضعیت سلامتی خود است عامل دیگری است که پیش‌بینی‌کننده رفتار خودمراقبتی و سلامت در فرد است.

دو عامل بالا یعنی خودانگاره یا رویکرد فرد در مورد خودش و مکان کنترل درک شده^۱ مهمترین اجزای مدل خود - کارآمدی^۲ مطرح شده توسط باندورا هستند. باندورا خود - کارآمدی را «اعتماد فرد به توانایی‌اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص» می‌داند. این مبنای تئوریک به همراه شواهد تجربی به دست آمده از برنامه‌های خودمراقبتی ارتباط دو جانبه خودمراقبتی و خود - کارآمدی را نشان می‌دهد (شکل ۶).



شکل ۶- ارتباط خودمراقبتی، توانمندی، خودکارآمدی

-
1. Perceived locus of control
 2. Self-efficacy

به چند دلیل خود- کارآمدی مهمترین مؤلفه توانمندسازی و به دنبال آن خودمراقبتی محسوب می‌شود:

(۱) مداخلات بهبوددهنده خود - کارآمدی به طور وسیع مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. خود - کارآمدی یک ویژگی چند وجهی است که وجوه گوناگون آن با هم تعامل دارند و بهبود هریک به بهبود وجوه دیگر می‌انجامد. براین اساس مداخلات بهبود دهنده خود - کارآمدی و به تبع آن مداخلات ایجادکننده رفتارخودمراقبتی به گونه‌ای مبتنی بر شواهد^۱ در اختیار ما هستند؛

(۲) ابعاد مختلف خود - کارآمدی توسط ابزارهای گوناگون قابل ارزیابی و اندازه‌گیری هستند. بدین طریق سنجش خود - کارآمدی فرد می‌تواند ابزار مطمئنی برای پیش بینی احتمال تکوین رفتارخودمراقبتی در فرد در اختیار ما قرار دهد.

به‌طور کلی ارتباط دوجانبه خود - کارآمدی و خودمراقبتی ایجاب می‌کند که بهبود خود- کارآمدی فرد موجب افزایش احتمال ایجاد رفتار خودمراقبتی در وی گردد.

ب) عوامل محیطی:

نقش محیط در اتخاذ رفتارخودمراقبتی، غیرقابل تردید و شاید مهمترین است. این محیط شامل محیط زیست و محیط اجتماعی است. تأثیر محیط اجتماعی، ترغیب و یا ممانعت از ایجاد رفتارخودمراقبتی است. محیط اجتماعی، متشکل از سیستم سیاستگذاری از یک سو و محیط

1. Evidence based

۵۲ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

فرهنگی از سوی دیگر می‌تواند چنین نقشی را ایفا کند. وظیفه شبکه حمایت اجتماعی ترغیب‌کننده اتخاذ رفتار خودمراقبتی، ایجاد موارد زیر است:

۱. عوامل انگیزشی مثبت؛
 ۲. تسهیلات لازم برای دریافت و انتقال دانش و مهارت‌های لازم برای خودمراقبتی (نظیر تشکیل گروه‌های خودیاری و حمایتی)؛
 ۳. دانش و سواد بهداشتی.
- بخش سلامت متولی ایجاد شبکه حمایتی برای خودمراقبتی است. فرهنگ‌سازی و تغییر محیط فرهنگی، امری است که به تدریج و با بازاریابی اجتماعی برای این مفاهیم اتفاق می‌افتد.

ج) رفتار:

فرد از طریق رفتار خود با اجتماع در تعامل است. رفتار فرد می‌تواند، تقویت‌کننده سیستم حمایت اجتماعی و یا برعکس تضعیف‌کننده آن باشد. رفتارهای موردنظر در این کتاب، شامل مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامتی است. فرد می‌تواند از طریق رفتار مناسب اجتماعی، شبکه حمایتی اطراف خود را تقویت و یا تضعیف کند.

از آنجا که اجتماعی شدن در انسان فرآیندی آموختنی است، آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامتی نقش تعیین‌کننده‌ای در اتخاذ رفتار خودمراقبتی دارد. همانطور که ذکر شد، آموزش این مهارت‌ها در اصل وظیفه سیستم حمایت اجتماعی است.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که:

۱) «رفتار خودمراقبتی» بر دو محور «تقاضای خودمراقبتی» و «عاملیت خودمراقبتی» استوار است.

۲) «عاملیت»، وجود توانمندی برای اتخاذ یک رفتار است که خود سه بعد فردی، اجتماعی و رفتاری دارد. بعد فردی آن، شامل خود - کارآمدی (متشکل از دو عامل خود انگاره و مکان کنترل درک شده) است. بعد اجتماعی آن شامل شبکه حمایت اجتماعی تأمین‌کننده عوامل انگیزشی، تجهیزاتی و اطلاعاتی لازم و بعد رفتاری آن، دربرگیرنده مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامتی است که این مهارت‌ها نیز خود توسط شبکه حمایت اجتماعی در اختیار فرد قرار گرفته و به او آموزش داده می‌شود.

مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت^۱

این مدل در سال ۱۹۹۰ در دانشکده پزشکی جورجیا توسط سیمونز^۲ با هدف ادغام جنبه‌های نظری خودمراقبتی^۳ در مبحث ارتقای سلامت (به‌عنوان چارچوبی برای تعیین و توصیف عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری، عملکرد و پیامدهای شیوه زندگی سالم) پیشنهاد شد (شکل ۷).

این مدل بر خودمراقبتی یعنی تعهد و مسوولیت فردی درکسب دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقای سلامت، تأکید زیادی دارد. مفهوم خودمراقبتی در این مدل، در واقع بیانگر رویکردی فردی به خودمراقبتی است که مجموعه اعمال هدفمند و ارادی فرد در

1. The Health- promoting Self- care system Model

2. Susan J Simmons Phd, RN

3. self care

پاسخ‌گویی به علایق زندگی و تحقق سلامت و رفاه او را در بر می‌گیرد. چنین نظامی در برگیرنده نیازهای همگانی^۱، نیازهای تکاملی و انحراف از سلامت فرد است. نیازهای همگانی، دربرگیرنده نیازهای مشترک تمام افراد در سرتاسر زندگی آنهاست و نیازهای تکاملی^۲ بیانگر نیازهای مشخص در هر مرحله از زندگی است. انواع نیازهای خودمراقبتی در زمینه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را تقاضای خودمراقبتی درمانی^۳ می‌نامند.

در این مدل، تقاضای خودمراقبتی درمانی نیز خود تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای یعنی همان متغیرهای خودمراقبتی چون: سن، جنس، تحصیلات، مرحله رشد و تکامل، موقعیت زندگی و وضعیت سلامتی و سازگاری فرهنگی و اجتماعی است.

یکی از مفاهیم کلیدی در این مدل تجربه عاملیت خودمراقبتی^۴ است که برگرفته از مدل اورم (۱۹۷۹) است. عاملیت خودمراقبتی به معنی بنیانی از قدرت و عمل و عناصر تعیین‌کننده عملکرد فردی در خودمراقبتی مرتبط با ارتقای سلامت است شامل توانایی‌های شناختی، ادراکی، بین فردی و روانی حرکتی برای اجرای موفق خودمراقبتی است. عاملیت خودمراقبتی، با ارزیابی فردی، تصمیم‌گیری بر اساس آن و انجام رفتار خودمراقبتی محقق می‌شود. شاخص‌های فردی در عاملیت خودمراقبتی شامل به کارگیری دانش و آگاهی برای خودمراقبتی، اولویت

-
1. universal requisites
 2. developmental requisites
 3. Therapeutic self – care demand
 4. Exercise of self- care agency

دادن به سلامت و اعتماد به نفس^۱ است. سیستم ارایه خدمات بهداشتی نیازمند یک نظام حمایتی - آموزشی^۲ برای ایجاد چنین عاملیتی در افراد است.

این نظام حمایتی - آموزشی با تأمین منابع لازم نظیر برنامه‌های آموزشی، مشاوره، دسترسی به خدمات بهداشتی و اجرای مداخلات ضروری پیشگیرانه یا درمانی و حمایت از انتخاب‌های مشتریان و نیز مداخلات فنی مقتضی، ارایه دستورالعمل‌های رفتاری از طریق مجلات، تلویزیون، آگهی‌های رادیویی و یادآوری علایم مرتبط با سلامت؛ بر توانایی‌های شناختی - ادراکی و مهارت‌های افراد در حفظ و ارتقای سلامت تأثیر گذاشته و موجب افزایش عاملیت خودمراقبتی افراد می‌شود. از سوی دیگر تجربه عاملیت خودمراقبتی تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای مؤثر بر تقاضای خودمراقبتی نیز قرار می‌گیرد. مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت که از ترکیب مدل تعامل رفتار سلامت مراجع (cox, 1982) و مدل ارتقای سلامت پندر (pender, 1987) حاصل شده است، بر چگونگی تأثیر خصوصیات فردی مراجع و تعامل متخصص - مراجع و رفتار سلامتی حاصله متمرکز است.

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

1. self steem

2. supportive- educative system

آنچه که پندر در سال ۱۹۸۷ برای توصیف ابعاد شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت تحت عنوان مدل ارتقای سلامت معرفی نمود، در مدل سیمونز ادغام شده است. مدل سیمونز، عوامل شناختی - ادراکی را به عنوان مؤلفه‌های اصلی رفتار ارتقاءدهنده سلامت تعیین می‌کند. این عوامل شامل: اهمیت سلامت، کنترل درک شده سلامت، خود - کارآمدی درک شده، تعریف سلامت، وضعیت سلامتی درک شده و فواید و موانع درک شده رفتار ارتقاءدهنده سلامت است. علاوه براین، عوامل تغییردهنده، ویژگی‌های بیولوژیک، عوامل وضعیتی، نفوذ بین فردی و عوامل رفتاری مؤثر بر فرآیندهای شناختی - ادراکی نیز به عنوان عوامل تأثیرگذار بر رفتار ارتقاءدهنده سلامت پیشنهاد شده‌اند. محصول «تجربه عاملیت خودمراقبتی»، شکل خاصی از رفتار است که تحت عنوان رفتار خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت در مدل سیمونز آمده است.

رفتار خودمراقبتی در این مدل براساس مدل شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت والکر و همکارانش^۱ (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری شش حیطه فرضی رفتار ارتقاءدهنده سلامت یعنی: پذیرش مسوولیت سلامت، ورزش، تغذیه، حمایت بین فردی^۲، کنترل استرس و خود - شکوفایی^۳ تعریف شده است.

مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت به پیامدهای ناشی از خودمراقبتی نیز به عنوان بخشی از پیامدهای سلامتی توجه دارد که

1. walker

2. Interpersonal support

3. self Acutulization

شاخص‌های آن شامل وضعیت سلامت، اجرای خودمراقبتی و رضایتمندی از خودمراقبتی است.

دو فرضیه اساسی مطرح در مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت به شرح زیر است:

۱- افراد در توسعه مهارت، دانش و نگرش لازم برای تصمیم‌گیری و اجرای رفتار، توانا هستند؛

۲- با توجه به ارزش خودمراقبتی در ارتقای سلامت، بخش سلامت و نظام ارایه خدمات بهداشتی باید به سوی توسعه پذیرش مسوولیت فردی در ایجاد و حفظ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت هدایت شود.

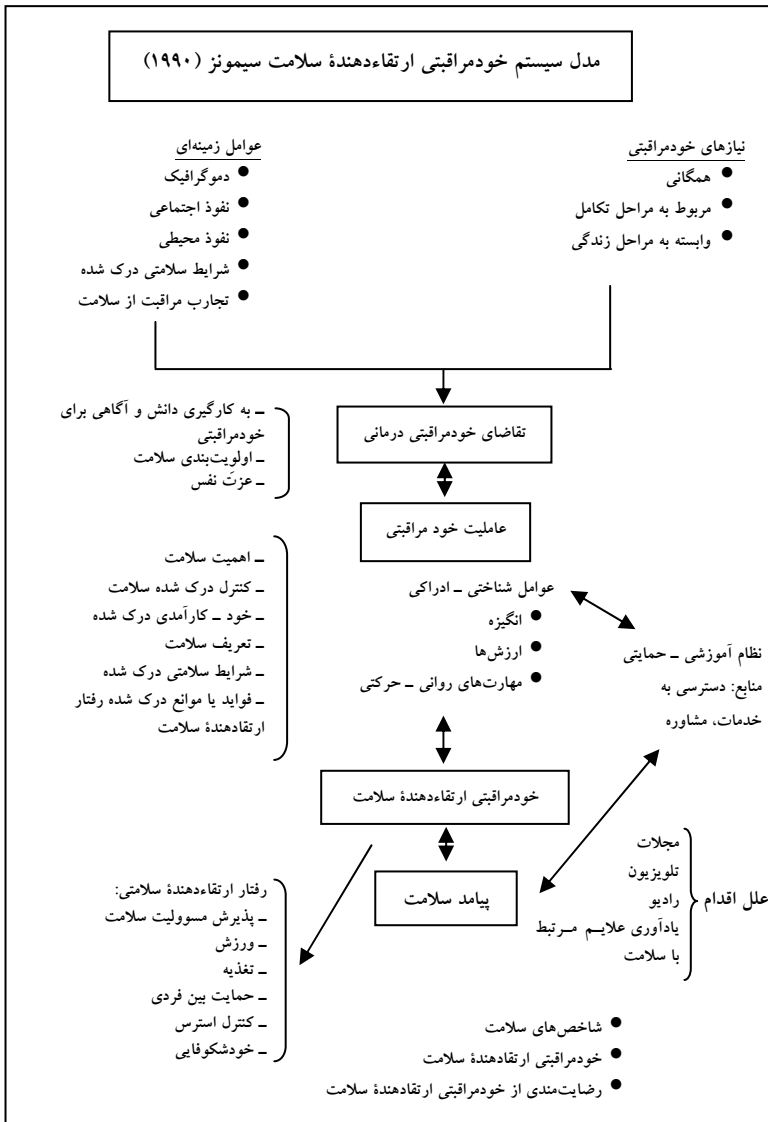
مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت سعی در توصیف ارتباط تعاملی و تجمعی عوامل زیر دارد:

الف) عوامل فردی و محیطی مؤثر بر تقاضای خودمراقبتی درمانی
ب) عناصر شناختی، نگرشی و روانی حرکتی موجود در عاملیت خودمراقبتی

ج) اجزای خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت

د) شاخص‌های پیامد سلامتی

در مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت سیمونز (شکل ۷)، با علامت فلش دو سویه و یک سویه ارتباط بین این عوامل مشخص شده است. همه این مفاهیم عملی و قابل اندازه‌گیری بوده و برای طراحی و اجرای مداخلات لازم برای ارتقای سلامت به کار می‌روند.



شکل ۷- مدل سیستم خودمراقبتی ارتقاءدهنده سلامت سیمونز

تئوری یادگیری اجتماعی

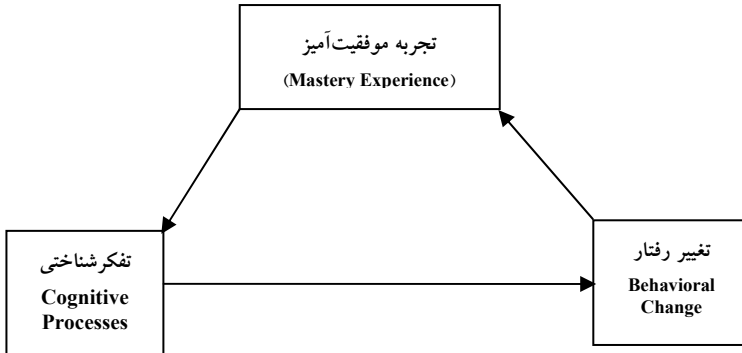
طبق تئوری یادگیری اجتماعی، فرآیندهای شناختی (تفکر) باعث تغییر رفتار می‌شوند و از سوی دیگر این فرآیندها خود توسط تجربه‌ای موفقیت‌آمیز به وجود می‌آیند یا تغییر می‌کنند (باندورا - ۱۹۷۷) (شکل ۸). بر این اساس باندورا، خود - کارآمدی را به صورت «اعتماد فرد به توانایی اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص» تعریف نمود.

مفهوم «کارآمدی» برای اولین بار در کار وایت (White, 1959) مطرح شد. در تئوری انگیزش مورد قبول آن زمان، نقش مهمی برای سوق‌دهنده‌های غریزی در انگیزش قایل بودند. وایت در مقاله‌ای ضمن تأکید بر این امر، مفهوم «تأثیرگذاری»^۱ را برای توضیح وجه انگیزشی «شایستگی»^۲ به کار برد. بر این اساس، فرد زمانی برای فعالیتی انگیزه می‌شود که احساس کند «می‌تواند، تغییر موردنظر را در محیط ایجاد کند». با تکرار فعالیت، فرد مهارت پیدا می‌کند و نسبت به توانایی خود در تعامل موفقیت‌آمیز با محیط اعتماد به نفس پیدا می‌کند (White, 1959). مفهوم کارآمدی تا ۲۰ سال بعد در ادبیات سلامت حضور پیدا نکرد تا اینکه در سال ۱۹۷۷ آلبرت باندورا مفهوم خود-کارآمدی را مطرح کرد. همانطور که اشاره شد، تعریف باندورا از خود-کارآمدی بر مبنای تئوری یادگیری اجتماعی به وجود آمد بدین ترتیب که فرآیندهای شناختی (تفکر) باعث تغییر رفتار می‌شوند و از

1. Effectiveness
2. Competence

۶۰ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

سوی دیگر این فرآیندها خود توسط تجربه موفقیت‌آمیز به وجود می‌آیند یا تغییر می‌کند (باندورا - ۱۹۷۷).



شکل ۸ - تئوری یادگیری اجتماعی (باندورا - ۱۹۷۷)

در کارهای بعدی، عاملیت انسانی^۱ و کنترل به عنوان اجزای اصلی خود - کارآمدی مطرح شدند (باندورا، ۱۹۸۲، ۱۹۸۳، ۱۹۹۷). همچنین در تعریف باندورا از خود - کارآمدی، روی خود - کارآمدی درک شده^۲ تأکید شد. بدین معنی که فرد چقدر خودش را کارآمد می‌داند و به همین دلیل در تعریف آمده است «اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص». براین اساس، یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی‌اش برای اقدام و تأثیرگذاری است. سپس سطح و قدرت خود- کارآمدی دریافت شده با احتمال اتخاذ یا تغییر یک رفتار سلامتی

1. human agency

2. perceived self-efficacy

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۶۱

معین و همچنین احتمال اتخاذ این رفتار مرتبط دانسته شد (Osary, 1985). همچنین تجربه موفقیت‌آمیز^۱ موجب افزایش خود-کارآمدی دریافت شده و ایجاد انتظار عملکرد موفقیت‌آمیز در فرد می‌شود (Meibach-1995, Olsary-1985). در تحقیقی که بر روی ادبیات خود-کارآمدی صورت گرفت، عاملیت انسانی، کنترل شخص و شایستگی دریافت شده به عنوان مشخصات خود-کارآمدی شناخته شد (Eelas-1989).

از تعریف خود - کارآمدی چنین برمی آید که خود - کارآمدی، آگاهی اکتسابی فرد است نسبت به اینکه می‌تواند مؤثر باشد و بر اعمال و پیامدهای اعمال خود کنترل داشته باشد. براین اساس خود - کارآمدی، سیستم خود تنظیمی رفتار است که بر اساس روال‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی شکل می‌گیرد. «کنترل» و «فرایندهای شناختی هوشیارانه^۲» (تفکر)، مشخصات اصلی خود-کارآمدی دانسته شده‌اند (2000-kear) که در متن حاضر نیز همین مشخصات برای خود-کارآمدی پذیرفته شده است.

همانطور که از تعاریف فوق بر می‌آید، نظر فرد در مورد خودش و اینکه آیا می‌تواند مؤثر، کارا و شایسته باشد، در خود-کارآمدی «دریافت شده» تأثیر و اهمیت زیادی دارد. بر همین اساس به مبحث خودانگاره^۳ می‌رسیم.

1. Mastery Experience

2. Cognitive Process

3. self concept

خودانگاره

خودانگاره، مجموعه افکار و احساسات فرد است نسبت به خودش که براساس آن فرد به «ذهنیتی از اینکه کیست و چیست» می‌رسد (Jersild, 1952). این افکار و احساسات به همراه ارزش‌ها و نگرش‌های فرد در طی زمان و از طریق تعامل او با محیط شکل می‌گیرد که تصویر شخص از خود^۱ را می‌سازد. خود - کارآمدی، بازتاب خودانگاره است؛ یعنی اعتماد فرد به اینکه می‌تواند مؤثر باشد (باندورا - ۱۹۷۷). در واقع خودانگاره و مفاهیم نزدیک به آن بر تصویر شخص از خود و اعتماد به نفس^۲ روی نگرش فرد به زندگی تأثیر دارند و تعیین‌کننده این نگرش هستند. باید توجه داشت که فرد تمایل دارد تجارب خود را به گونه‌ای تفسیر کند که با خودانگاره او هم خوانی داشته باشد (Rogers, 1983). یعنی اگر فرد احساس کارآمدی نداشته باشد، اتفاقات و آثار خود بر محیط را به گونه‌ای تفسیر می‌کند که باز هم احساس عدم کارایی او تقویت شود. عنوان مفهوم کلی «اعتقادات و احساسات فرد نسبت به خود»، همان «خودانگاره عمومی^۳» است.

خودانگاره، مفهومی چند وجهی است. به بیان دیگر خودانگاره فرد در زمینه‌های مختلف مثل تحصیلی، هنری، عاطفی و جسمی ممکن است با یکدیگر فرق داشته باشد (Hatti, 1992). به نظر می‌رسد مداخلات بهبوددهنده خودانگاره زمانی حداکثر موفقیت را دارند که هدف آنها یکی از جنبه‌های خاص خودانگاره باشد (Marsh&crearm, 1997). با این

1. self - image

2. self- esteem

3. General self concept

حال مشخص شده که بهبود خودانگاره در هر یک از جنبه‌های ذکر شده، خودانگاره را در جنبه‌های دیگر نیز بهبود می‌بخشد (Hatti, 1992). در ادبیات سلامت، گاه عناوینی چون عزت نفس (self esteem) و یا خودارزشمندی به عنوان وجه احساسی خود انگاره ذکر شده‌اند (Tillford & Tones). ارتباط مستقیم خودمراقبتی و خودانگاره نیز مورد بررسی قرار گرفته است. از یک سو بهبود خودانگاره منجر به بهبود و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌شود و از این طریق، تندرستی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Smith, 1992). این ارتباط به حدی است که در مطالعات ۹۵-۱۹۹۴ در کانادا خودانگاره ضعیف عامل پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی در دختران و کمبود فعالیت بدنی در پسران و چاقی در هر دو جنس شمرده شده است (Jungwee & parel, 2003). از سوی دیگر، بهبود رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود خودانگاره می‌شود (Blair, 1999).

خودانگاره را می‌توان با تست روزنبرگ (1965, Rosenberg) بررسی کرد که یکی از ابزارهای اولیه برای بررسی خودانگاره است. پس از آن، ابزارهایی برای بررسی وجوه مختلف خودانگاره به وجود آمد همچون معیار خودانگاره کودکان (Piezs & Harris, 1976) یا معیار خودانگاره تنسی^۱ (Fitts, 1991). اکثر مدل‌های کنونی، وجوه مختلف خودانگاره را مشترک و غیرقابل تفکیک می‌دانند. براین اساس پرسشنامه خودتوصیفی (SDQI-III) توسط مارش طراحی شد (Marsh, 1992).

1. Tennessee self concept scale

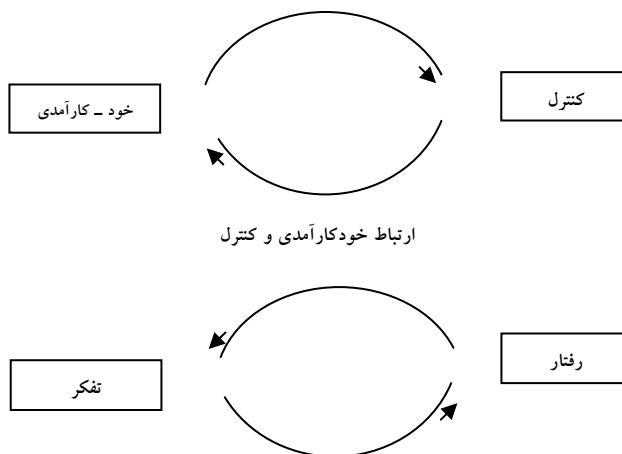
مکان کنترل سلامت

همان‌طور که پیش از این ذکر شد، مکان کنترل یکی دیگر از پایه‌های اساسی خود-کارآمدی است. مکان کنترل یک مدل مفهومی است که توسط روتر (Rotter, 1966) مطرح شد. در این مدل فرد یا باور دارد که پیامدها توسط تصادف، تقدیر و یا هر عامل بیرون فرد اتفاق می‌افتد (مکان کنترل بیرونی)^۱ و یا این که خود را در ایجاد آثار و پیامدها مؤثر می‌داند (مرکز کنترل درونی)^۲.

خود - کارآمدی بر «اعتقاد فرد بر این که می‌تواند یک رفتار خاص را از خود بروز دهد» تمرکز دارد. اینکه این توانایی در واقع وجود دارد و این که نتیجه رفتار چیست، ثانویه بر توانایی دریافت شده در انجام رفتار است (باندورا-۱۹۹۷). یعنی خودتوانمندی با «اعتقاد فرد به وجود توانایی» سروکار دارد و نه با «وجود توانایی». با توجه به اینکه فرد در پی آن است که تجارب خود را طوری تفسیر کند که با خودانگاره او هم‌خوان باشد (Rogers)، هم روال انگیزش فرد و هم سازمان شناختی او در این که بین اقدام خود و هدف به دست آمده، ارتباط علت و معلولی ایجاد کند، مؤثر است (Gasee, 1989). از این نکته می‌توان این‌طور برداشت کرد که خود-کارآمدی می‌تواند به صورت فیدبک مثبت تقویت شود. یعنی احساس خود-کارآمدی، احساس کنترل را تقویت می‌کند و احساس کنترل، خود-کارآمدی فرد را بهبود می‌بخشد.

1. External Locus Of Control

2. Internal Locus of Control



شکل ۹- روند شناختی: به نظر می‌رسد که رفتار فرد و روند شناختی او روی هم تأثیر متقابل داشته باشند

تئوری شناختی اجتماعی بر الگویی بنا شده که اعتماد فرد به خود- کارآمدی را تعیین کننده مهم رفتار او می‌داند. اعتقاد به خود- کارآمدی باعث می‌شود که فرد اهداف بزرگ برای خود در نظر بگیرد و در مقابل، فقدان اعتماد به توانایی خود است که اهداف فرد را محدود می‌کند.

شرایط فراهم کننده خود - کارآمدی

تجربه اجتماعی از عوامل مهمی است که تعیین می‌کند فرد خود را کارآمد بداند یا نه؟ تجربه موفقیت‌آمیز^۱ باعث ایجاد احساس مثبت خود-

1. Mastery Experience

کارآمدی و برعکس، شکست باعث احساس کمبود خود-کارآمدی می‌شود. این اطمینان به توانایی روی تصمیم فرد در انجام یک رفتار یا تغییر رفتار قبلی که با خطر همراه است، تأثیر دارد. این خطر می‌تواند عدم پذیرش از طرف اطرافیان از یک سو و عدم هم خوانی با مجموعه باورهای قبلی فرد از سوی دیگر باشد (همان طور که ذکر شد، فرد تمایل دارد که مجموعه تجارب خود را به گونه‌ای تفسیر کند که با هم هم خوان باشند. از سوی دیگر فرد تمایل به انجام تجربه‌ای که با مجموعه باورهای او هم خوانی نداشته باشد، ندارد و تجربه جدید را خطرناک می‌داند). تقویت خود-کارآمدی نیازمند ایجاد مجموعه جدیدی از باورهاست که باعث می‌شود رفتار جدید با مجموعه باورهای تازه ایجاد شده فرد هم خوان باشد. بدین ترتیب می‌توان گفت تقویت خود-کارآمدی موجب بازسازی^۱ مجموعه باورهای فرد در زمینه‌های خودانگاره و مکان کنترل می‌شود.

مشخصات فرد خود - کارآمد

سطح بالای خود-کارآمدی باعث می‌شود که فرد انتظار موفقیت داشته باشد و بر همین اساس به فعالیت خود تا انجام کامل آن ادامه دهد. خود-کارآمدی با خودانگاره مثبت و مکان کنترل درونی مرتبط است. «خودانگاره مثبت» در بعضی منابع با عبارت «خود ارزشمندی^۲» توصیف شده که بخش ارزشی و احساسی خودانگاره است (Tons & Tillford).

1. Reconstruction

2. self worth

بعضی از تجارب، خود - کارآمدی مربوط به یک موفقیت خاص را بهبود می‌بخشند و بعضی دیگر از تجارب، احساس خود - کارآمدی عمومی‌تری ایجاد می‌کنند. به همین دلیل معیارهای اندازه‌گیری خود - کارآمدی عمومی (sherer, 1982) و یا وابسته به یک موضوع خاص طراحی می‌شوند: مثل معیار خود - کارآمدی مربوط به اضطراب باندورا (۱۹۹۷)، ترگ سیگار (1981, Condiotis) و یا به دنیا آوردن کودک (Rictwood&Drummend).

منابع خود - کارآمدی

۱) تجارب مثبت^۱: تجارب مثبت مهمترین منبع ایجاد خود - کارآمدی است. عملکرد ارادی و هوشیارانه‌ای که تأثیر آن توسط خود فرد سنجیده شود، موجب ایجاد اعتماد به کارآمدی فردی می‌گردد. اگر فرد موفق شود، خود - کارآمدی بهبود و در غیر این صورت کاهش می‌یابد؛

۲) استفاده از تجربه دیگران: در اینجا منظور تأثیری است که بر اساس تجربه دیگران به وجود می‌آید. این منبع، ضعیف‌تر از تجربه خود فرد است و از آن به عنوان مدل‌سازی^۲ یاد می‌شود. مدل‌سازی، تجربه دیگران است که توسط فرد به عاریت گرفته می‌شود و چون در هر حال تجربه مستقیم خود فرد نیست، تأثیر ضعیف‌تری در ایجاد خود - کارآمدی دارد ولی در مواردی که فرد در مورد توانایی خود نامطمئن است و یا تجربه اندکی در مواجهه با یک موفقیت خاص دارد، مدل‌سازی می‌تواند مؤثر

1. Mastery Experience

2. Modeling

باشد (schunt). در عین حال، مدل‌سازی تأثیر زیادی در ترغیب فرد به یک رفتار جدید دارد. در واقع تجربه موفق فرد او را به ادامه رفتار ترغیب می‌کند ولی تا وقتی خود فرد رفتاری را انجام نداده، مدل‌سازی می‌تواند مشوق او باشد.

۳) ترغیب اجتماعی: ترغیب اجتماعی به معنی مواجهه با قضاوت کلامی افراد جامعه است و از دو عامل دیگر ضعیف‌تر است ولی در هر حال، ترغیب‌کنندگان می‌توانند نقش مهمی به عنوان منبع انتقاد فرد از خود داشته باشند. یعنی ممکن است فرد در فضای ذهنی خود و از زبان دیگران از خود انتقاد کند. گاهی این انتقاد هیچ معادل بیرونی ندارد ولی فرد آن را به دیگران نسبت می‌دهد؛

۴) تفسیر فرد از وضعیت عاطفی و فیزیولوژیک خود: اضطراب، تنش و خستگی و به خصوص تفسیر آنها و نوع ارتباطی که فرد بین این وضعیت‌ها و وضعیت خود - کارآمدی خود برقرار می‌کند، آخرین منبع از منابع خود - کارآمدی است. بدین معنی که فرد ممکن است استرس و اضطراب ایجاد شده در یک موقعیت جدید را به حساب عدم کارآمدی خود گذاشته و از ابتدا با وحشت با آن موقعیت برخورد کند. طبیعی است که در این صورت انتظار داشتن تجربه موفقیت‌آمیز کمتر است و می‌تواند موجب عدم موفقیت شود.

مداخلات بهبود خود - کارآمدی

اگرچه تجربه موفقیت توسط خود فرد، مهمترین و قوی‌ترین منبع اطلاعات فرد در مورد خود - کارآمدی است اما اکثر مطالعات در مورد

مداخلات مربوط به بهبود خود-کارآمدی، از روش مدل‌سازی برای بهبود خود-کارآمدی بهره برده‌اند. به نظر می‌رسد که مدل‌سازی نقش مهمی در «ترغیب» افراد برای بهبود خود - کارآمدی دارد. در هر حال، فردی که هنوز در مواجهه با یک موقعیت، رفتار مناسب بهداشتی از خود بروز نداده، در مرحله‌ای نیست که بتواند از تجربه موفق خود برای بهبود خود-کارآمدی بهره بجوید. در مطالعه‌ای که در تانزانیا انجام شده، یک نمایشنامه رادیویی با هدف بهبود رفتارهای بهداشتی مرتبط با ایدز پخش و تأثیر آن با مناطقی که این نمایشنامه پخش نمی‌شد، مقایسه گردید. بعد از دو سال، بهبود معنی داری در رفتارهای مرتبط با ارتباط جنسی ایمن^۱ و حتی رفتارهای کنترل جمعیت در جمعیت هدف مشاهده شد. تعدادی از پژوهش‌ها، ارتباط بین خود-کارآمدی و اتخاذ رفتار بهداشتی را مطالعه کرده‌اند. وقتی که افراد از در نظر گرفتن خطرات موجود به سمت اتخاذ یک برنامه عملیاتی برای اتخاذ رفتار بهداشتی حرکت می‌کنند، به تدریج به توانایی خود در ایجاد تغییر اعتماد می‌کنند. در مطالعه‌ای که توسط یوند و باک (Bock & lund, 1981) روی بیماران دندان‌انجام شد، نه شدت دریافت شده بیماری و نه نتایج^۲ مورد انتظار، پیش‌بینی‌کننده اتخاذ رفتار بهداشتی نبود. مطالعه دیگر در مورد خودآزمایی پستان برای تشخیص زودهنگام سرطان سینه که توسط Taol & Wiegman, 1990-seydel) انجام شد، نشان داد که نتایج مورد انتظار به اندازه خود-کارآمدی پیش‌بینی‌کننده رفتار بهداشتی نیست. در مطالعه دیگری مشاهده شد که خود-کارآمدی دریافت شده روی عملکرد سیستم ایمنی تأثیر دارد (wiedenfeld & etal, 1990).

1. Safe sex

2. outcome

افزایش خود-کارآمدی وقتی در کنار تغییرات کلی در روش زندگی، فعالیت بدنی و ایجاد حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد، تأثیر بیشتری دارد. افرادی که از اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، احتمال کمتری دارد که به وضعیت غیرسالم قبلی خود برگردند. افراد دارای اضافه وزن که خود-کارآمدی بالاتری دارند، به درمان‌های رفتاری بهتر جواب می‌دهند (chamblisov& Murry).

مطالعات متعددی، اهمیت خود-کارآمدی را در ایجاد انگیزه و نیت در شروع و ادامه فعالیت بدنی نشان داده است. حتی در مورد بیماران روماتوئید آرتریتی نشان داده شد که وقتی خود-کارآمدی دریافت شده آنها نسبت به مدیریت بیماری بهبود یافت، بیماران برنامه مشخصی برای فعالیت بدنی خود تنظیم کردند.

مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی^۱

مدل رویکرد فرایند اقدام بهداشتی (HAPA) توسط شوآرزن (Schwarzen-1992, 1999, 2001) بر اساس تئوری شناختی اجتماعی باندورا تدوین شد.

براساس مدل HAPA، در اتخاذ رفتار بهداشتی دو مرحله باید بررسی شود. مرحله اول: مرحله ایجاد انگیزه رفتار و دیگری، اتخاذ رفتار است که در هر مرحله الگوهای مختلفی از عوامل پیش‌بینی‌کننده شناختی اجتماعی دخیل هستند و عامل خود - کارآمدی دریافت شده در هر دو مرحله دخیل است. در مرحله اول: نیت بیشتر بر اساس خودآگاه‌ها و

عوامل دیگر ایجاد می‌شود. در مرحله دوم: از مهارت‌های خودتنظیمی برای برنامه‌ریزی، شروع، ادامه و جلوگیری از بازگشت به وضعیت قبل استفاده می‌شود. برای درمان، تعیین اینکه فرد در چه نقطه‌ای از هر مرحله است، اهمیت زیادی دارد و مدل HAPA همچنین از معیارهای مختلف برای اندازه‌گیری خود-کارآمدی تغذیه‌ای، فعالیت بدنی و مقاومت به الکل سود می‌جوید.

نشان داده شده که اتخاذ و ادامه رفتار سالم و خود مدیریت در بیماری‌های مزمن با افزایش خود-کارآمدی، قابل بهبود و افزایش است (Schwarzen & Fuchs). خود-کارآمدی را می‌توان با استفاده از روش‌های حل مشکل^۱ بهبود بخشید: تعریف و تعیین مشکل، تعیین هدف واقعی و برای تغییر، بارش افکار در مورد راه حل‌های احتمالی، مشخص کردن راه حل براساس تعیین نکات مثبت و منفی، برنامه‌ریزی، اقدام و مرور.

دست به اقدام زدن

دست به اقدام زدن (Taking Action) مرحله به کارگیری تصمیم در مدل زوریلا (zurilla) و تسلط بر مهارت (skill mastery) در مدل خود-کارآمدی است. دست به اقدام زدن به نظر بیشتر شبیه یک تصمیم است تا یک مهارت. اما در واقع مجموعه‌ای از مهارت‌ها است که در نحوه تغییر رفتار دخیل هستند. مهمترین اینها طراحی یک برنامه عملیاتی کوتاه‌مدت و اجرای آن است. یک برنامه عملیاتی، دوره یک تا دو

1. problem solving

۷۲ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

هفته‌ای خاص برای تغییر رفتار را در بر می‌گیرد. برای مثال «در این هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه کمی قبل از نهار اطراف ساختمان قدم خواهیم زد». در مرحله بعد، این برنامه باید واقع‌گرایانه باشد. این بدان معنی است که شخص قادر به انجام موفقیت‌آمیز این رفتار در طول هفته باشد و در نهایت باید چیزی باشد که شخص به‌طور نسبی مطمئن باشد که می‌تواند راهپیمایی در اطراف آپارتمان در روزهای دوشنبه، چهارشنبه داشته باشد. این میزان اطمینان توسط یک معیار از صفر (بسیار نامطمئن) تا ۱۰ (بسیار مطمئن) اندازه‌گیری می‌شود. اگر پاسخ ۷ یا بیشتر باشد براساس تئوری خود - کارآمدی شانس اجرای موفقیت‌آمیز برنامه عملیاتی بالاست. اگر پاسخ کمتر از ۷ باشد، فرصت خوبی است که به حل مسأله پرداخته و یک برنامه عملیاتی واقع‌گرایانه طراحی شود تا از شکست اجتناب شود.

برای دست به اقدام زدن و یا خود مدیریتی^۱ باید از دستورالعمل زیر پیروی نمایید:

۱. یک هدف واضح و مشخص را که قصد دارید انجام دهید، مشخص نمایید. این کار باید بسیار اختصاصی، قابل اندازه‌گیری و واقعی باشد. برای مثال «من در روز ۱۰۰۰ متر پیاده‌روی می‌کنم» یا «هر روز ۳۰ بار شنا روی زمین انجام می‌دهم»؛

۲. زمانی را که قرار است فعالیت‌های هدف مورد نظر را انجام دهید، مشخص نمایید. برای مثال هر روز، هفت روز هفته یا ساعت ۱۰ صبح روز پنج‌شنبه. سعی کنید این زمان به‌طور واقعی در نظر گرفته شود؛

1. self- management

فصل اول - مبانی و مفاهیم خودمراقبتی ■ ۷۳

۳. میزان رسیدن به هدف و موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ثبت کنید. برای مثال نموداری از ساعت‌هایی که فعالیت موردنظر را انجام داده‌اید، رسم نمایید. یا مسافتی را که هر روز می‌دوید، روی تقویم‌تان بنویسید؛

۴. با خود و دیگران پیمان ببندید. بدین معنی که به شخص دیگری از اطرافیان بگویید که چه هدفی را دنبال می‌کنید و زمان خاتمه آن، قرار است چه هنگامی باشد و از او بخواهید که در انجام کار، مراقب شما باشد؛

۵. در صورت لزوم، یک مجازات صریح و آشکار برای شکست خود در اجرای فعالیت تعیین نمایید. برای مثال به مراقب خود بگویید که در صورت قصور در انجام فعالیت به او پولی پرداخت خواهید کرد یا او را برای نهار بیرون می‌برید. البته جریمه را در سطح کم و در سطح یک شوخی نگه دارید؛

۶. کوچک فکر کنید (محدود). سعی نکنید تا خطاها و گناهان گذشته خود را در مورد قصور رفتار سلامت در یک روز جبران نمایید. تصمیم به انجام کارهای بزرگ در زمان اندک دلیل شکست بسیاری از افراد در «خودمراقبتی» است. برای مثال تنها انجام ۳۰ دقیقه پیاده‌روی ۳ تا ۵ روز در هفته برای شروع فعالیت بدنی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش وزن داشته باشد و در نظر گرفتن یک ساعت پیاده‌روی هفت روز هفته می‌تواند یک تصمیم بزرگ و ناشدنی در شروع فعالیت بدنی باشد؛

۷. محصول، بازده یا پیامد رفتار خود را مشخص کنید. برای مثال چند صفحه مطالعه در روز خواهید داشت. چند کیلو وزن در هفته کم خواهید کرد؛

۸. از ابزارهایی مانند زنگ هشدار در ساعت معین در موبایل یا تذکر اطرافیان، جعبه مصرف دارو برای یادآوری رفتار استفاده نمایید (در پیاده‌روی گذاشتن کفش ورزشی در ماشین می‌تواند یادآور خوبی باشد)؛
۹. برنامه‌ای منظم به صورت روزانه، هفتگی یا ماهانه (بر حسب موقعیت و شرایط) به منظور ملاقات یا تماس با پزشک خانواده خود ترتیب دهید؛

۱۰. نمودار تحقق اهداف خود و روند آن را رسم کنید. برای مثال کاهش وزن در طول سه ماه بر اساس اهداف کوتاه مدت تغییر رفتار را می‌توان به صورت نمودار توزین هفتگی یا ماهانه رسم نمود و آن را در محلی که هر روز ببینید، نصب نمایید؛

۱۱. از اطرافیان خود بخواهید که نمودار حرکت شما را به سوی اهداف‌تان بررسی کنند و به شما بازخورد دهند؛

۱۲. برنامه مهارت خودکنترلی ممکن است در اولین نوبت که آن را آغاز می‌کنید، تکمیل نشود و از زمانی به زمان دیگر موکول شود. بنابراین با چسب زخم و بانداژ آماده باشید که به عقب برگردید و دوباره آن را به جای اول برگردانید؛

۱۳. قدرت‌ها و موفقیت‌های خود را در کنترل رفتارتان برجسته کنید. به چالش‌هایی فکر کنید که توانسته‌اید آنها را با موفقیت پشت سر بگذارید. این کار موجب افزایش اعتماد به نفس شما می‌شود و توانایی شما را افزایش می‌دهد؛

۱۴. سعی کنید در رسیدن به اهداف‌تان، مهارت لازم را کسب کنید و در کاری که انجام می‌دهید، ماهر شوید. این مسأله در شایستگی شما در رسیدن به اهداف‌تان و خود - کارآمدی شما مؤثر است.

تعیین اهداف

تعیین اهداف، مبنایی برای تعیین میزان اختلاف میان وضع موجود و وضع ایده‌آل است تا در صورت وجود اختلاف، فرد کوشش نماید که این اختلاف را کاهش دهد.

تعیین هدف به فرد کمک می‌کند تا برای رسیدن به آنچه می‌خواهد، تلاش لازم را انجام دهد و نیز کمک می‌کند تا از طریق تأکید بر وظایفش، شیوه‌های عمل مناسب را انتخاب و پیشرفت خود را ارزیابی کند.

به منظور به حداکثر رساندن احتمال موفقیت، اهداف باید واقعی، قابل دسترسی و چالش برانگیز باشند، به گونه‌ای که شخص به طور مداوم موفقیت را تجربه نماید.

اهداف باید دارای خصوصیات زیر باشند:

۱. اختصاصی بودن: اهداف باید به‌طور کامل مشخص و معین باشند و استانداردهای عملکرد خاصی را مشخص نمایند؛
۲. کوتاه مدت بودن هدف: اهداف کوتاه مدت نسبت به اهداف بلند مدت انگیزه بیشتری را در فرد ایجاد می‌کنند چرا که دستیابی به آنها سریع‌تر صورت می‌گیرد و احساس موفقیت، موجب تقویت درونی فرد می‌شود. از سوی دیگر، این اهداف قابلیت دسترسی بیشتری نیز دارند؛
۳. درجه مشکل بودن اهداف: اهدافی که از نظر درجه سختی، در رده متوسط قرار می‌گیرند بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزش دارند زیرا اهداف ساده، محرک نیستند و اهدافی هم که رسیدن به آنها غیرممکن محسوب شود، چندان انگیزه‌ای در فرد برای دستیابی به آنها ایجاد نمی‌کنند.

مدل مراحل تغییر رفتار

عدم تغییر رفتار فردی که پس از حمله قلبی به توصیه‌های پزشک برای کاهش وزن و ورزش عمل نمی‌کند، می‌تواند دلایل زیادی داشته باشد که یکی از آنها نداشتن آمادگی است. «آمادگی برای عمل» اساس نظریه‌ای را تشکیل می‌دهد که مدل مراحل تغییر یا مدل چند نظریه‌ای خوانده می‌شود، زیرا عوامل بیان شده در نظریه‌های دیگر را نیز شامل می‌شود (دیکلمنت و همکاران — ۱۹۹۱، پروچاسکا و دیکلمنت — ۱۹۸۴، پروچاسکا، دیکلمنت و نورکراس — ۱۹۹۲). این مدل، پنج مرحله را برای تغییر رفتار ارادی در نظر گرفته است:

۱. پیش قصد^۱: در این مرحله هنوز تغییر مورد توجه فرد، قرار نگرفته است، دست کم نه در طی چند ماه اخیر. فرد ممکن است حتی در مورد تغییر، فکر هم نکرده باشد؛

۲. قصد: در این مرحله فرد از وجود مشکل آگاه است و به طور جدی در نظر دارد در چند ماه آینده رفتارش را تغییر دهد اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیست؛

۳. تدارک^۲: در این مرحله فرد آماده تغییر و برنامه‌ریزی برای دستیابی به یک هدف رفتاری مانند ترک سیگار است. فرد ممکن است در سال قبل برای رسیدن به هدفش تلاش کرده باشد بی‌آنکه به‌طور کامل به توفیق دست یافته باشد. به عنوان مثال، ممکن است او تعداد سیگارهایش را به نصف کاهش داده اما سیگار را به طور کامل ترک نکرده باشد؛

1. Precontemplation

2. preparation

۴. عمل^۱: این مرحله برای مدتی (اغلب شش ماه) از زمان شروع تلاش‌های موفق و فعال برای تغییر رفتار، به طول می‌انجامد؛

۵. حفظ و جلب حمایت همه جانبه^۲: در این مرحله فرد برای حفظ تغییرات رفتاری موفقیت‌آمیز می‌کوشد اگرچه چنین مرحله‌ای ممکن است همیشگی باشد اما محققان اغلب مدت زمانی مثل شش ماه را برای ارزیابی آن تعیین می‌کنند.

بر اساس مدل مراحل تغییر، ویژگی‌های روانی اجتماعی افرادی که در مراحل گوناگون قرار دارند، متفاوت است. برای مثال کسانی که در مرحله پیش قصد رفتار ناسالم، مثل خوردن غذاهای پرچرب قرار دارند، در مقایسه با کسانی که در مراحل پیشرفته‌تر قرار دارند، به احتمال زیاد احساس کارایی کمتری دارند و موانع تغییر رفتار را بیشتر از منافع‌شان می‌بینند. چنین تلاش‌هایی اغلب سودمند واقع نخواهند شد مگر آنکه فرد به مراحل بالاتر برسد.

آیا می‌توان فرد را برای رسیدن به مراحل پیشرفته‌تر یاری کرد؟ یکی از محاسن مدل مراحل تغییر آن است که به برنامه ریزان در انتخاب راهکارهای مناسب با ویژگی‌های مهم افراد در هر مرحله و ارتقای آنان به مراحل بعدی، یاری می‌رساند (النبرگ - ۱۹۹۴، پاتریک و همکاران - ۱۹۹۴، پرز، دیکلمنت و کاربوناری - ۱۹۹۶). در اینجا هدف تنها آن است که فرد تغییر رفتار را در نظر بگیرد. اگر فرد در مرحله قصد باشد، هدف می‌تواند کمک به او در تصمیم‌گیری برای تغییر باشد. صحبت در مورد منافع و موانع ورزش از دید مراجع یا بیمار، یافتن راه‌هایی به‌منظور

1. action

2. maintenance & Advocacy

غلبه بر موانع و نشان دادن فعالیت‌های بدنی مناسب، می‌تواند به او کمک کند. پژوهش‌ها، پیش‌بینی‌های مدل مراحل تغییر را در مورد ترک سیگار (دیکلمنت و همکاران - ۱۹۹۱)، آزمایش سرطان پستان (راکوفسکی و همکاران - ۱۹۹۲) و روابط جنسی ایمن (باون و تراتر - ۱۹۹۵) تأیید کرده‌اند.

در نظر گرفتن مراحل تغییر توسط مراجع و متخصص سلامت در انتخاب مواد آموزشی و استراتژی‌های آموزشی مناسب هر مرحله می‌تواند در کارایی آموزش و در نتیجه خود-کارآمدی مراجع و احتمال وقوع رفتار مؤثر باشد (باون و تراتر - ۱۹۹۵).

متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی^۱

یک ویژگی دیگر که خودمراقبتی را از برنامه‌های سنتی تر آموزش بیمار متمایز می‌سازد، متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی و استفاده از دانش و مهارت خودکنترلی و کاربرد آن برای خود به نحو مناسب است. در اینجا توجه به پیش زمینه‌های تاریخی موضوع کمک‌کننده است.

از زمان کار پایه‌ای هاینس، تیلور و ساچت (Haynes & Taylor, 1978)، موضوع پذیرش^۲ و پایبندی^۳ به برنامه و رفتارها جزء اساسی از برنامه‌های رفتاری بوده است.

پذیرش درمان به‌طور ساده به معنای واداشتن بیماران به انجام توصیه‌هایی است که به آنها می‌شود. متأسفانه مداخلاتی که به منظور

1. self-tailoring

2. Compliance

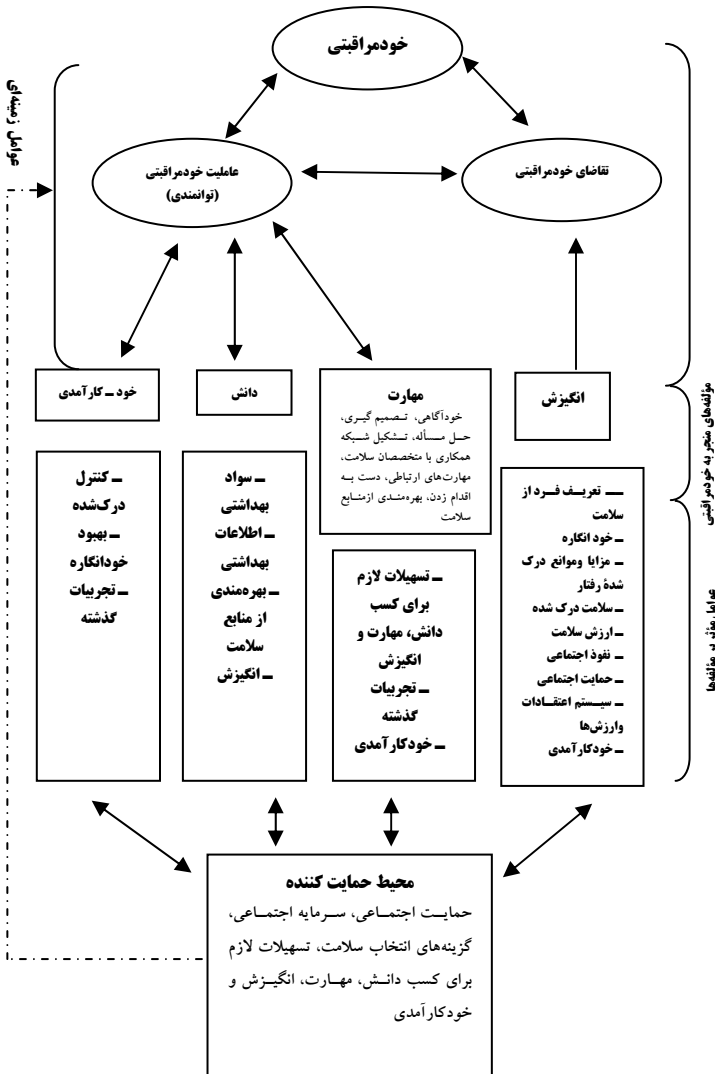
3. Adherence

بهبود پذیرش درمان انجام پذیرفته، به ندرت موفق بوده‌اند. به تازگی، حجم زیادی از مقالات مرتبط با مداخلات سازگار شده در زمینه متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی منتشر شده است. ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی با استفاده از مجموعه‌ای از آزمون‌ها و براساس یک یا چند مدل، آنچه را که به بیمار می‌گویند 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 منجر شده‌اند. برخلاف پذیرش درمان و متناسب‌سازی سنتی، متناسب‌سازی برنامه با ویژگی‌های فردی توسط خود فرد براساس یادگیری اصول تغییر رفتار و مهارت‌های خودمراقبتی انجام می‌شود. مثالی از این اصول چگونگی شروع و تقویت برنامه ورزش است. به‌طور خلاصه بیمارانی که برنامه را برای خود متناسب می‌سازند، باید اصول ایجاد تغییرات رفتاری خاص و نیز تصمیم‌گیری و حل مسئله را بدانند. همه اینها بخشی از برنامه‌های خودمراقبتی است.

جمع‌بندی

پس از مطالعه تئوری‌های مختلف تغییر رفتار و توانمندسازی که هریک از رویکردی خاص و به روش خود به موضوع پرداخته بودند، مهمترین مؤلفه‌های منجر به ایجاد توانمندی در فرد مطابق شکل ۱۰ به دست آمد. این شکل بیانگر مؤلفه‌های منجر به رفتار خودمراقبتی، عاملیت، تقاضا، عوامل زمینه‌ای و پیش نیازهای شکل‌گیری آنهاست (انگیزش، مهارت، دانش، خود - کارآمدی).

۸۰ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی



شکل ۱۰- جمع‌بندی مؤلفه‌های منجر به خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر هر یک

- همانگونه که در شکل ۱۰ نشان داده شد، فرد برای اینکه به خودمراقبتی بپردازد، قبل از هر چیزی باید انگیزش و تقاضای کافی برای انجام این رفتار را داشته باشد. این انگیزش، خود حاصل مؤلفه‌های چندی است که در رأس آنها تعریف فرد از سلامت قرار می‌گیرد. با پذیرش و گسترش تعریف سلامت از سلامت جسمی به حیطه‌های هوشی، عاطفی، روانی، اجتماعی و ارتباطی؛ بینش و درک فرد از سلامت تغییر می‌یابد و نیاز به خودمراقبتی برای تغییر رفتار در او ایجاد می‌شود.

- در مرحله بعد، موضوع «ارزش وجودی» و «خودنگاره» مطرح می‌شود یعنی آیا فرد وجود خود را دارای آن ارزشی می‌بیند که برای حفظ و ارتقای سلامت خود، درگیر تلاش‌های آگاهانه شود یا خیر؟ سیستم اعتقادات و ارزش‌های فرد در این موضوع نقش اساسی دارند. مفاهیم موجود در ارزش‌های دینی مانند «اشرف مخلوقات» بودن انسان و «کرامت انسانی» می‌تواند بر خودنگاره فرد تأثیر مستقیم داشته باشد.

- «سلامت درک شده» یعنی آگاهی و اشراف فرد به وضعیت سلامت خود، نیازها، کمبودها و فاصله‌اش با وضعیت مطلوب، به درک نیاز او برای تغییر می‌انجامد لذا رل مهمی در ایجاد انگیزش در فرد دارد.

- تجارب گذشته و اینکه آیا فرد قبلاً در حیطه‌های سلامت و تغییر رفتار موفق بوده یا نه و نیز تجارب او از بیماری و خروج از سلامت نیز با تأثیر بر خود - کارآمدی فرد بر انگیزش فرد در پرداختن به خودمراقبتی مؤثر است.

- فشار اطرافیان (نفوذ اجتماعی) و حمایت اجتماعی نیز با افزایش تخمین فرد از احتمال دستیابی به موفقیت، در انگیزش فرد مؤثر است.

افراد به سمت کارهایی می‌روند که در آن احتمال موفقیت بدهند لذا خود - کارآمدی درک شده تأثیر مهمی برانگیزش فرد دارد.

- پس از ایجاد انگیزش، فرد باید از توانمندی کافی برای اقدام آگاهانه و توانمندانه برخوردار باشد. به‌طور خلاصه باید گفت برای داشتن انتخابی توانمند و آگاهانه، فرد باید:

۱. اطلاعات کافی در مورد موضوع داشته باشد(دانش). برای کسب این دانش وی به سواد بهداشتی کافی، اطلاعات مناسب و معتبر و در دسترس و مهارت بهره‌مندی از منابع سلامت نیاز دارد؛

۲. توانایی دست زدن به اقدام مؤثر را در خود ببیند (خود - کارآمدی). حصول این توانایی ناشی از مؤلفه‌های «کنترل درک شده» و «خودانگاره» است. «کنترل درک شده» به این مفهوم که آیا فرد به طورکلی و در حیطه سلامت حس می‌کند که می‌توان بر امور کنترل داشت و در سرنوشت خود سهیم شد یا نه؟ و «خودانگاره» یعنی مجموعه افکار و احساسات فرد درباره خود. خود - کارآمدی به معنای باور فرد نسبت به توانایی‌اش در اعمال این کنترل است؛ خود - کارآمدی تحت تأثیر تجرب زنگی فرد و موفقیت‌های او است و می‌تواند اختصاصی برای موضوع یا یک رفتار خاص باشد؛

۳. پس از کسب دانش و خود - کارآمدی، فرد باید مهارت‌های لازم برای ارزیابی وضعیت خود، تصمیم‌گیری و اقدام را کسب نماید. مهمترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله، خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکار با متخصصان سلامت. این مهارت‌ها کاملاً اکتسابی هستند و راه

کسب آنها علاوه بر تجارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه‌های مدون و مشخص آموزش مهارت‌های زندگی است؛

۴. در مرحله آخر فردی که از انگیزش، دانش، کنترل، خود-کارآمدی و مهارت کافی برخوردار است نیاز به «حمایت‌های محیطی» دارد تا بتواند مجموعه فوق را به «رفتار سلامت بخش» تبدیل نماید. این حمایت می‌تواند شامل ایجاد تسهیلات لازم برای کسب دانش، مهارت و انگیزش، تشویق و ترغیب و افزایش گزینه‌ها برای انتخاب سلامت باشد.

آنچه که مهم است این است که محیط حمایت‌کننده و تسهیل‌کننده، روی اکتساب و تقویت هر سه مؤلفه دیگر یعنی دانش، خود-کارآمدی و مهارت و نیز ایجاد تقاضای خودمراقبتی و عوامل زمینه‌ای دارای نقش اساسی است و از اینجاست که نقش شبکه حمایت اجتماعی شامل خانواده، متخصصین سلامت، نظام ملی مراقبت از سلامت، نظام قانونگذار، سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی آشکار می‌شود.

ضمیمه ۱ - تئوری، مدل، پارادایم

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

تئوری‌ها شامل یک یا چند پیشنهاد هستند که به‌طور منطقی برای بیان پدیده‌های مرتبط به یکدیگر به کار می‌روند. تئوری‌ها مجموعه‌ای از مفاهیم، تعاریف و پیشنهادات مرتبط به هم هستند که رویکردی سیستماتیک از وقایع یا موقعیت‌ها را ارائه می‌کنند. این کار از طریق درک روابط موجود میان متغیرها به منظور بیان و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها 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 مثل مفهوم سازه «حساسیت درک شده» در مدل اعتقاد بهداشتی. متغیرها، تعاریف عملی مفاهیم و به عبارت دیگر شکل کاربردی مفاهیم هستند.

از تئوری‌ها می‌توان به عنوان مبنایی برای تحقیق و تنظیم فرضیه‌ها؛ مبنایی برای ارزیابی نیازها، رویکردهای مداخله‌ای و برنامه‌ریزی؛

1. theory
2. model
3. constructs

پیش‌بینی نتایج مداخلات و شیوه‌های تحقیق و نیز اندازه‌گیری آثار مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری تئوری‌ها، به ارتقاءدهندگان سلامت اجازه می‌دهد که بتوانند برنامه‌های نظریه محور^۱ را در مکان‌های بسیاری به کار برند. یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند؛ راه‌هایی که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و همچنین رویکردی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل‌کننده رفتار فراهم آورد.

بنابراین تئوری‌ها می‌توانند از طرق مختلف در آموزش و ارتقای سلامت به کارگرفته شوند، به عنوان مثال توضیح رابطه «چه، چگونه، چه وقت، چرا» که به متخصصان امکان تمرکز بر تعداد محدودی از متغیرها و درک جامع مشکل را می‌دهد. در تئوری، موضوع «چه» قسمت‌هایی را که باید هدف تغییر مداخلات قرارگیرند، به ما نشان می‌دهد؛ «چرا» فرآیندهایی که تغییرات را در متغیرهای مورد نظر ایجاد می‌کنند، بیان می‌کند؛ «چه وقت» ترتیب زمانی برای حداکثر دستیابی به مداخله را شامل می‌شود؛ و بالاخره «چگونه» راه‌ها یا روش‌هایی را که باید در نوآوری‌ها به آن توجه داشت بیان می‌کند.

«مدل»، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. مدل، تصور و دید متخصصان را درباره اینکه «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، شفاف می‌کند. همچنین نقشه‌ای از فرآیندها است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص و طراحی

مداخلات را فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند. علاوه بر این، تدوین یک مدل، روش برنامه‌ریزی آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارایه می‌دهد. در نهایت مدل، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود. ارپ و ارنست^۱ (۱۹۹۱) مدل را یک نقشه ادراکی^۲ و به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیمی که به نظر می‌رسد با یک مشکل بهداشتی مرتبط باشند، تعریف می‌کند. این نقشه می‌تواند توسط بیش از یک تئوری شکل گیرد.

مدل‌ها زیرگروهی برای تئوری‌ها هستند. مدل‌ها نسبت به تئوری‌ها کمتر کامل بوده، جزئیات کمتری دارند و فقط عوامل توصیف‌کننده و روابط آنها را مشخص می‌کنند. تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند اما مدل‌ها، با انواع اختصاصی رفتار و زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها واقعیت را از رویکرد 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 خاص و سازماندهی اطلاعات به کار می‌روند. آنها اغلب برای ارایه فرایند و گاهی اوقات برای توضیح و بیان فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت فراهم می‌کنند.

1. Ennett, Erap

2. Conceptual map

علت توجه کنونی به مدل‌ها این است که آنها در مواردی که با مشکل حادی در پژوهش مواجه شویم، می‌توانند موفقیت بیشتری کسب کنند. مدل‌ها، بررسی‌ها را در جهت پاسخ به سؤالات مطالعه هدایت می‌کنند. مدل‌ها، محدوده آنچه که در مطالعه باید مورد نظر باشد، مشخص می‌کنند. بعضی از مدل‌ها با واژه‌ها توصیف می‌شوند اما بیشتر آنها از طریق دیاگرام و شکل شرح داده می‌شوند. کاربرد دیاگرام و تصویر در مدل‌ها باعث می‌شود که ارتباط و اتصال زنجیره‌ای بین مفاهیم در مدل به گونه‌ای واضح نشان داده شود.

فصل دوم

مدل توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی

مقدمه

فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مجموعه‌ای از مراحل مختلف است که در آن ابتدا اطلاعات خودمراقبتی مراجع جمع‌آوری و تحلیل می‌شود، سپس برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی طراحی و اجرا می‌شود و در آخر میزان تأثیر برنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در صورت نیاز اصلاحات مقتضی در برنامه اعمال می‌گردد. فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، فرایندی سیستماتیک است که توانایی حل مشکل را در مراجع ایجاد می‌کند.

به منظور توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، پزشکان خانواده (و همکاران آنها در تیم سلامت) نیازمند مدلی ساده و کاربردی هستند که با استفاده از آن، اطلاعات خودمراقبتی را به‌گونه سازمان‌یافته و آگاهانه‌ای در اختیار مراجعان خود قرار دهند. پزشکان خانواده باید فرصت‌های ایجاد شده به منظور توانمندسازی مراجعان خود برای خودمراقبتی را شناسایی کنند. این کار باید بخش اصلی هر خدمت قابل ارایه توسط پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت باشد و نباید به‌عنوان فرآیندی مجزا تلقی شود که در مدت زمانی معین و با شرایط خاص انجام می‌شود. چنین دید ناقصی باعث از دست رفتن فرصت‌های

فراوان توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی شده و موجب شکل‌گیری این تصور غلط می‌شود که کل این فرآیند موضوعی وقت‌گیر است. اگر برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را تنها یک اقدام مجزا در نظر نگرفته و آن را بخش اصلی هر خدمت تیم سلامت بدانیم، آن‌گاه فرصت‌های فراوانی در اختیار پزشکان خانواده و تیم سلامت قرار می‌گیرد تا بتوانند اطلاعات خودمراقبتی مرتبط با مراجعان خود را جمع‌آوری کرده و در اختیار آنها قرار دهند، به سؤالات مراجعان خود پاسخ دهند، اطلاعات خودمراقبتی قبلی را تقویت کنند، میزان درک آنها نسبت به اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را بررسی کرده و تأثیر برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را ارزیابی کنند.

هر خدمت تیم سلامت، فرصتی برای پزشکان خانواده است تا بتوانند اعتماد و تفاهم لازم را در بین جمعیت تحت پوشش خود ایجاد کنند که این عوامل برای موفقیت برنامه‌های توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ضروری و مهم است.

پزشکان خانواده می‌توانند به‌هنگام انجام فرایندهای روزانه، معاینه‌های بالینی و تجویز دارو، اطلاعات خودمراقبتی فراوانی را در اختیار هر مراجع قرار داده یا از وی اطلاعات خودمراقبتی مربوطه را کسب کنند. توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به جای آن‌که فرآیندی رسمی و مشخص برای انتقال اطلاعات خودمراقبتی باشد، فرآیندی دوسویه در فضای مراقبت‌های بهداشتی درمانی بین پزشک خانواده (و تیم سلامت) و مراجع است.

در هر کجا که فردی «یادگیرنده» وجود داشته باشد، می‌توان فرد یا افراد دیگری را به عنوان «مربی» در نظر گرفت. ارایه اطلاعات خودمراقبتی تنها به معنای آموختن آنها نیست چرا که در آموختن هیچ تضمینی برای یادگیری مؤثر فراگیران وجود ندارد. برای مؤثر واقع شدن آموختن، اطلاعات خودمراقبتی باید به گونه‌ای ارایه شود که مناسب و قابل فهم باشد. اطلاعات خودمراقبتی باید زمانی در اختیار مراجعان قرار گیرد که آنها آمادگی و انگیزه لازم برای یادگیری را داشته باشند. بنابراین مربی (پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت) باید قادر به شناسایی اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز مراجعان بوده و علاوه بر آن احساسات، باورها، انگیزه و آمادگی فراگیران را مورد توجه قرار دهد.

هدف برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیز تنها قادر ساختن مراجعان برای بازگرداندن اطلاعات خودمراقبتی به پزشکان خانواده نیست بلکه این موضوع باعث می‌شود آنها بتوانند اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را در رفتارهای خود استفاده کرده و به این ترتیب موجب بهبود نتایج سلامت شوند. برای رسیدن به این هدف، برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر حسب اتفاق یا تصادفی انجام نمی‌شود بلکه باید بخشی از فرآیندی باشد که بر مبنای ارتباطی سازمان یافته و منسجم بین پزشکان خانواده (تیم سلامت) و مراجعان است.

همان گونه که یک آنتی بیوتیک مشابه برای تمام بیماری‌ها تجویز نمی‌شود و یک رژیم درمانی یکسان برای همه مراجعان توصیه نمی‌گردد، تمامی مراجعان نیز نمی‌توانند با یک برنامه خودمراقبتی

مشخص و واحد همراهی کنند. یک روش خودمراقبتی هرگز بدون جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی مُراجع و رسیدن به تشخیص مناسب برای وی تجویز نمی‌شود. همانطور که مدیریت سلامت بیمار و روش درمانی تجویز شده، بر مبنای تشخیص درست و موقعیت فردی بیمار است، برنامه توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی نیز برای اثربخشی بیشتر باید شامل جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی مُراجع، ارزیابی صحیح موقعیت مُراجع و نیازهای خودمراقبتی وی باشد. سپس این اطلاعات خودمراقبتی باید در کنار یکدیگر قرار گرفته و برنامه توانمندسازی مُراجع برای خودمراقبتی ویژه هر مُراجع را تشکیل دهند؛ این برنامه باید اجرا شود و سپس میزان تحقق اهداف مورد نظر آن ارزیابی شده و عوامل مورد نیاز برای اصلاح و بهبود آن شناسایی گردد.

به نظر می‌رسد برنامه توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی تحت این معیارها، فرآیندی وقت‌گیر باشد. با این وجود، اجرای برنامه توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی بدون راهکاری منسجم و سازمان‌یافته نیز فرآیندی بی‌تأثیر و وقت‌گیر است. پزشکان خانواده نباید برای مؤثرتر شدن برنامه توانمندسازی مُراجعان برای خودمراقبتی نقش خود را فقط به یک مربی در موقعیت‌های رسمی آموزشی تقلیل دهند. آموزش خودمراقبتی می‌تواند در زمان‌های متعددی هنگام ملاقات با مُراجعان اتفاق افتد. پزشکان خانواده باید نسبت به تمامی لحظات تعلیم‌پذیری مُراجعان آگاهی داشته، قادر به شناسایی نیازهای آنها باشند و بتوانند برنامه خودمراقبتی ویژه هر یک از مُراجعان را به صورت آگاهانه و سازمان‌یافته‌ای طراحی، اجرا و ارزیابی نمایند تا بیشترین تأثیر را برای فرد مُراجع داشته باشد.

مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

در مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، در مرحله اول، ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع (تشخیص رفتاری، تعیین موضوع خودمراقبتی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع) انجام می‌شود.

در مرحله دوم، بررسی انگیزه یادگیری مراجع (تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع و تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری) صورت می‌گیرد و در مرحله سوم طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی (تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی، ارزیابی مراجع) انجام می‌شود.

مرحله چهارم شامل اجرای برنامه (تعیین راهکارها، زمانبندی، تقویت و تجهیز مراجع، اولویت‌بندی فعالیت‌ها) و مرحله پنجم شامل ارزیابی نتایج (میزان موفقیت و راه حل جبران مشکلات) است.

در آخرین مرحله یعنی مرحله ششم، اصلاح برنامه (تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص، تعیین عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه، تعیین عواملی که با

۹۶ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد و تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه صورت می‌گیرد و در چرخه‌ای بسته دوباره وارد مرحله ۴ مدل (اجرا، ارزیابی و اصلاح) می‌گردد تا از توانایی کامل مراجع برای خودمراقبتی و کسب نتایج مطلوب اطمینان حاصل گردد.

مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر اساس جدول شماره ۱ است.

جدول ۱- مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع	مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی
الف) تشخیص رفتاری	
ب) تعیین موضوع خودمراقبتی	
ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع	
۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع	
الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع	
ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری	
۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	
الف) تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی	
۱) چه مواردی برای یادگیری مراجع ضروری است؟	
۲) اولویت‌های یادگیری چیست؟	
۳) موفقیت مراجع چگونه ارزیابی می‌شود؟	
ب) ارزیابی مراجع	
۱) توان یادگیری مراجع چگونه است؟ (یعنی: دانش، مهارت‌ها، رفتارها و توانایی‌ها)	

۲) چه عواملی موجب تسريع يا توقف مُراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی می‌شود؟	
۳) اولویت‌های خودمراقبتی مُراجع چیست؟	
۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	
الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مُراجع تطابق داشته باشد.	
ب) زمان را از دیدگاه مُراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.	
ج) به مُراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.	
د) منابع مُراجع را تجهیز کنید.	
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.	
۵. ارزیابی نتایج	
الف) مُراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟	
ب) اگر مُراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟	
۶. اصلاح برنامه خودمراقبتی	
الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مُراجع در مورد رفتاری مشخص	
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت	

زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه

۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع

هدف از برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی این است که به آنها در کسب آگاهی، مهارت و رفتارهایی کمک کند که نتایج برنامه‌های بهداشتی درمانی و ارتقای سلامت را به بیشترین میزان خود خواهند رساند. بنابراین پزشکان خانواده (و سایر اعضای تیم سلامت) باید تشخیص دهند که چه نوع اطلاعات خودمراقبتی و تغییراتی برای هر مراجع مناسب است و چه عامل مشخصی ممکن است تغییر رفتار و یادگیری وی را تسریع بخشد. توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به عنوان یک فرآیند نه تنها شامل آرایه اطلاعات خودمراقبتی به آنها است بلکه دریافت اطلاعات خودمراقبتی از آنها را نیز در بر می‌گیرد.

اجزای اصلی مرحله نیازسنجی یک برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به شرح زیر است:

الف) تشخیص رفتاری

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع.

هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی می‌شود، میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بسیار بیشتر خواهد شد. پزشکان خانواده قبل از ارایه اطلاعات خودمراقبتی، نباید جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی مراجعان را فراموش کنند به ویژه اطلاعاتی که در تغییر رفتار آنها مؤثر هستند. ایجاد چنین شناختی، «تشخیص رفتاری» نامیده می‌شود.

الف) تشخیص رفتاری

تشخیص رفتاری را این‌گونه تعریف می‌کنند: «تشخیص نظام‌مند مسایل و فعالیت‌هایی که با یک مشکل رفتاری مرتبط است (بارتلت، ۱۹۸۲)». همان‌طور که تشخیص درمانی پزشکان خانواده را قادر می‌سازد تا دلایل مشکلات بالینی را شناخته و روش خودمراقبتی مناسبی را اتخاذ کنند، تشخیص رفتاری نیز باعث شناسایی عواملی می‌شود که بر رفتارهای بهداشتی فرد تأثیر دارند و در نتیجه به پزشکان خانواده کمک می‌کنند تا بهترین راهکار توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را انتخاب و به آنها در بهبود وضع سلامت‌شان کمک کنند. گام‌های مشخص در انجام تشخیص رفتاری را می‌توان در جدول ۲ مشاهده کرد. دانش و آگاهی تنها یکی از عواملی است که باعث تسریع یا توقف همراهی مراجعان می‌شود. دیگر عواملی که توانایی مراجعان برای مطابقت با توصیه‌های خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به این صورت طبقه‌بندی می‌شود: (۱) عوامل فردی، (۲) عوامل اجتماعی، (۳) عوامل محیطی، (۴) برنامه‌های بهداشتی درمانی (بارتلت، ۱۹۸۲).

جدول ۲- مراحل تشخیص رفتاری

۱	بین دلایل رفتاری و غیر رفتاری مشکلات به وجود آمده تفاوت قایل شوید (آیا رفتار مراجع مستقیماً مربوط به مشکل او است و یا در نتیجه عوامل وراثتی یا دیگر عوامل فراتر از کنترل مراجع است؟).
۲	لبستی از رفتارهایی تهیه کنید که مراجع باید برای پیگیری توصیه‌ها آنها را انجام دهد (آیا مراجع باید رژیم درمانی خود را اصلاح کند؟ آیا برای مراجعات پزشکی نیاز به رفت و آمد دارد؟ آیا داروها باید به صورت روزانه مصرف شود؟).
۳	رفتارها را بر اساس اهمیت‌شان طبقه‌بندی کنید (آیا استفاده روزانه داروها مهم‌تر از تغییر رژیم غذایی برای مراجع است؟ آیا در این زمان انجام آزمایشات تشخیصی مهم‌تر از پیگیری دیگر جنبه‌های رژیم درمانی است؟).
۴	هر رفتار را بر اساس تغییرپذیری‌اش طبقه‌بندی کنید (آیا تمایل مراجع در استفاده روزانه از داروها بیشتر از پیگیری دیگر توصیه‌های خودمراقبتی است؟ به عنوان مثال، آیا مراجع تمایل دارد سیگار کشیدن خود را کاهش داده ولی هرگز آن را متوقف نسازد؟).
۵	رفتارها را بر مبنای اهمیت و تغییرپذیری آنها اولویت‌بندی کنید و رفتارهای در اولویت را جزء اهداف اصلی در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قرار دهید. یعنی سعی کنید اهداف مشخصی را توسعه بخشید (کدام دسته از رفتارها بیشترین اهمیت و کدام یک بیشترین تغییر را دارند؟ چه انتظارات مشخصی برای ایجاد تغییر وجود دارد؟).

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۰۱

مُراجعان نیاز دارند به محیط‌های آموزش خودمراقبتی مناسب رجوع کرده و به عواملی دسترسی داشته باشند که در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی نقش دارند. برای تسهیل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، پزشکان خانواده باید آمادگی مراجعان برای یادگیری در آن زمان مشخص را بررسی کرده و یا موانع جسمانی، احساسی و عقلانی یادگیری را که در آمادگی و توانایی مراجعان برای یادگیری خودمراقبتی اختلال ایجاد می‌کنند، شناسایی کنند.

نیازهای مراجعان همچنین شامل سطح فعلی دانش آنها است. آیا دانش ناکافی در مورد خودمراقبتی و یا درک نامناسبی در مورد اهمیت آن، احتمال پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی را کاهش خواهد داد؟ آیا مراجعی که نسبت به شرایط و روش‌های درمانی خود برداشت نامناسبی دارد، قبل از یادگیری خودمراقبتی نیاز به آماده‌سازی دارد؟

نیازهای خودمراقبتی مراجعان همچنین شامل رفتار آنها می‌شود. پزشکان خانواده باید رفتار و عقاید مراجعان در مورد شرایط خود، روش‌های خودمراقبتی، مراقبت‌های بهداشتی درمانی و برنامه‌های ارتقای سلامت را مورد توجه قرار دهند. آیا مراجع برای اجرای برنامه خودمراقبتی مشکلی دارد؟ آیا او نسبت به تشخیص، درمان و مراحل پس از درمان مشکل سلامت یا بیماری یا اقدامات ارتقای سلامت خود احساس ترس می‌کند؟ آیا مراجع شرایط درمان مشکل سلامت یا بیماری یا تغییر رفتار خود را پذیرفته است و یا این‌که در مرحله عدم پذیرش قرار دارد؟ مراجعان چگونه شدت بیماری یا مشکل خود را درک می‌کنند؟ بیماری یا مشکل سلامت و شرایط مربوطه چه معنایی برای مراجعان دارد؟

سطح مهارت‌های مقابله با مشکل سلامت یا بیماری مراجعان باید توسط پزشکان خانواده مورد ارزیابی قرار گیرد. آیا مراجع توانایی اجرای برنامه‌های خودمراقبتی را دارد، یا این که نیاز به آموختن مهارت‌های خودمراقبتی جدیدتری احساس می‌شود؟ آیا به دیگر اعضای خانواده یا ابزارهای مشخص نیاز است تا به مراجعان در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی کمک کنند؟

اگر قصد داریم تا برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثری داشته باشیم، باید عوامل اجتماعی و تأثیرشان بر روی توانایی و تمایل مراجعان در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی را مورد ارزیابی دقیق قرار دهیم. کدام دسته از عوامل اجتماعی در تسریع یا توقف یادگیری، و توانایی مراجع در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی تأثیرگذار خواهد بود؟ سیستم حمایت اجتماعی موجود از مراجع چگونه است؟ این سیستم چگونه بهترین عملکرد را خواهد داشت؟ آیا خانواده، دوستان، همکاران و دیگر افرادی که مراجع مورد نظر ما با آنها در تماس است به وی در پیگیری اهداف خودمراقبتی کمک می‌کنند، یا این که در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی از طرف مراجع اختلال ایجاد خواهند کرد؟ آیا ارزش‌های اجتماعی، قومی و مذهبی با توصیه‌های خودمراقبتی ما در تناقض است یا این که به مراجع در پیگیری این توصیه‌ها کمک می‌کند؟

عوامل محیطی می‌تواند به تسریع یا کاهش توانایی مراجعان در یادگیری و اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کمک شایان ذکری کند. آیا مسکن نامناسب، حمل و نقل ناکافی و نبود دیگر عوامل باعث می‌شود تا اجرای برنامه‌های خودمراقبتی برای مراجعان سخت و حتی غیرممکن

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۰۳

باشد؟ آیا برنامه‌های روزانه، مسوولیت‌ها و برنامه کاری مراجعان باعث می‌شود تا پیگیری توصیه‌ها غیرممکن گردد؟

ارزیابی محیط توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. آیا فضای موجود برای یادگیری مناسب است؟ آیا استقلال کافی در این محیط برای مراجعان وجود دارد؟ آیا محیط توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی راحت و مناسب است؟

سؤال بعدی این است که آیا اجرای برنامه خودمراقبتی برای مراجع امری دشوار نیست؟ آیا عوامل جانبی وجود دارد که مانع ادامه روش‌های خودمراقبتی شود؟ آیا مراجعان مهارت و توانایی مشخصی برای پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی دارند؟

پزشکان خانواده در مرحله تشخیص رفتاری باید اهمیت این عوامل روی توانایی مراجعان در یادگیری و اجرای رفتارهای خودمراقبتی را مورد توجه قرار دهند. این عوامل تا چه میزان مشکلاتی را برای مراجعان به وجود می‌آورند؟ آیا این عوامل باعث تقویت رفتار مراجع می‌شود؟ اگر چنین است، چگونه و تا چه میزان این تقویت به وجود می‌آید؟ پزشکان خانواده باید تأثیرات مثبت و منفی این عوامل بر روی رفتار خودمراقبتی مراجعان را مد نظر قرار دهند.

رسیدن به تشخیص رفتاری مناسب پزشکان خانواده را قادر می‌سازد تا برای شروع تغییر رفتار در مراجع، برنامه خودمراقبتی مناسبی را طراحی نمایند. جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی در مورد مراجعان برای ایجاد چنین تصمیم‌هایی و استفاده از این اطلاعات خودمراقبتی در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، نیازمند حساسیت و

مهارت‌های فوق‌العاده‌ای است. اجرای مؤثر و پربازده برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیازمند مهارت‌های فنی و میزان مشخصی از دانش و آگاهی در تیم سلامت است.

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

پس از شناسایی عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی مؤثر در خودمراقبتی از طریق جمع‌آوری صحیح اطلاعات خودمراقبتی فرد مراجع، نوبت به شناسایی بهترین و مناسب‌ترین گزینه آموزش خودمراقبتی به مراجعان می‌رسد که شامل تعیین نوع اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز، تعیین مقدار و توالی رایحه اطلاعات، و اقدامات آموزش خودمراقبتی مناسب برای مراجعان است.

توانایی خودمراقبتی مراجعان و از سوی دیگر مشکلات خودمراقبتی آنها می‌تواند بر عوامل زیر تأثیر بگذارد: شیوه کلام و گفتار پزشکان خانواده، سطح اطلاعات خودمراقبتی رایحه شده، توالی اطلاعات خودمراقبتی بر مبنای اولویت‌های مراجعان و نوع فعالیت آموزشی استفاده شده توسط پزشکان خانواده (و سایر اعضای تیم سلامت).

فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مجموعه‌ای از مراحل مختلف است که در آن اطلاعات خودمراقبتی مربوط به مراجعان جمع‌آوری و تحلیل می‌شود، برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی طراحی و اجرا می‌شود و نیز میزان تأثیر برنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، فرایندی سیستماتیک است که توانایی حل مشکل را در مراجع ایجاد می‌کند.

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۰۵

از هر فعالیت روزانه مراجعان می‌توان اطلاعات خودمراقبتی فراوانی به‌دست آورد. اگر پزشک خانواده ارتباط مداومی با مراجع داشته باشد آن‌گاه می‌تواند از فعالیت‌های متعدد وی در طول زمان اطلاعات خودمراقبتی فراوانی به‌دست آورد. زمان اضافی صرف شده برای توضیح بیشتر توصیه‌های خودمراقبتی و جواب به سؤال مراجع، می‌تواند در آینده برای از بین بردن سوء تفاهم‌ها و تصحیح دانش، مهارت و رفتارهایی صرف شود که این رفتارها ممکن است مانع موفقیت مراجع در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی شود.

برای افزایش اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، پزشکان خانواده باید از راهکاری منسجم و سازمان‌یافته در مراقبت از مراجعان استفاده کنند تا بتوانند اطلاعات خودمراقبتی مربوط به آنها را جمع‌آوری و تحلیل نموده و در برنامه توانمندسازی مربوطه وارد کنند.

ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع

اگرچه جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی گاه نیازمند ملاقات خاص با مراجعان است اما بسیاری از آنها را می‌توان در ملاقات‌های عادی با آنها به‌دست آورد. برای پزشکان خانواده ماهر، هر ارتباط با مراجع در واقع فرصتی برای جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی است. محدوده‌هایی که نیازمند جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی هستند، عبارتند از:

- اطلاعات آماری در مورد مراجع به عنوان یک فرد که شامل این موارد است: سن، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، پیشینه قومی یا فرهنگی و امثال این.

- آمادگی جسمی و روانی مراجع برای یادگیری
 - اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز و اولویت‌های مراجع
 - سطح فعلی دانش یا مهارت مراجع
 - رفتارها، واکنش و احساسات مراجع نسبت به وضعیت سلامت خود، شرایط موجود و روش‌های درمانی و به‌طور کلی نسبت به بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی
 - سیستم حمایت اجتماعی مراجع و دیگر عوامل محیطی و اجتماعی که ممکن است بر روی آموختن و توانایی مراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی تأثیر بگذارد.
- اطلاعات خودمراقبتی مراجعان ممکن است از طریق منابع مختلف و از روش‌های متعدد به‌دست آید. مشاهده ساده یکی از بزرگترین راه‌های کسب اطلاعات خودمراقبتی است در صورتی که پزشکان خانواده نسبت به فرصت‌های آن آگاهی داشته و اقدامات آگاهانه‌ای را برای مشاهده علایم رفتاری مراجعان انجام دهند.
- به عنوان مثال در مطب پزشک خانواده بیشترین اطلاعات خودمراقبتی را می‌توان با نگاهی اجمالی به اتاق انتظار به‌دست آورد. توجه به این که چه کسی مراجع را به مطب آورده و یا این که چه کسی همراه اوست، این ایده را برای پزشکان خانواده ایجاد می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی مربوطه را در مورد خانواده و سیستم حمایت اجتماعی مراجع به‌دست آورند. مشاهده ظاهر مراجع، شیوه لباس پوشیدن، مدل مو و دیگر عوامل می‌تواند اطلاعات خودمراقبتی مهمی را در اختیار پزشکان خانواده قرار دهد. مراجع ممکن است علایم غیرکلامی دیگری

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۰۷

را نیز از خود نشان دهد مانند حالت صورت، وضعیت اندام و یا حرکات عمومی بدن که می‌تواند اطلاعات مهمی در مورد احساسات وی در آن لحظه در اختیار پزشک خانواده قرار دهد. به عنوان مثال برخی از پزشکان برای مشاهده چنین علایمی، خودشان مراجعان را از اتاق انتظار صدا می‌کنند. هنگام آماده سازی مراجع برای معاینه، سایر اعضای تیم سلامت نیز چنین فرصتی را دارند تا چنین رفتارهایی را مشاهده کنند. آیا حالت مراجع نشان‌دهنده‌ی ترس، نگرانی، ناراحتی و عصبانیت او است و یا این‌که آرامش و آسوده خاطری وی را نشان می‌دهد؟ آیا مراجع به‌هنگام حضور در اتاق انتظار رفتارهایی همچون تکان دادن پا، در جای خود جابه‌جا شدن و دیگر علایم بی‌حوصلگی را از خود بروز می‌دهد؟ آیا مراجع ناراحت به نظر می‌رسد، یا این‌که خوشحال است؟

در محیط بیمارستان (سطح دوم ارایه خدمات به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده) نیز اطلاعات خودمراقبتی فراوانی وجود دارد. با مشاهده اتاق مراجع در ساعات ملاقات و این‌که چه کسانی مرتباً به دیدار او آمده و چه نوع رفتاری بین مراجع و ملاقات‌کنندگان وجود دارد، پزشکان متخصص می‌توانند اطلاعات خودمراقبتی مفیدی در مورد گروه‌های حمایتی مراجع به‌دست آورند. آیا او نگران به نظر می‌رسد یا این‌که کاملاً مطمئن است؟ آیا مراجع از لحاظ جسمانی راحت است، یا این‌که درد یا دیگر علایم ناتوانی جسمی دارد که ممکن است در فرآیند توانمندسازی او برای خودمراقبتی اختلال ایجاد کنند؟

مشاهده ماهرانه هنگامی که در کنار دیگر منابع اطلاعات همچون پرونده سلامت مراجعان قرارگیرد، می‌تواند ابزار ارزیابی ارزشمندی به

حساب آید. نگاهی کوتاه به این پرونده می‌تواند اطلاعات آماری و اطلاعات مربوط به سابقه پزشکی آنها در گذشته را مشخص کند که در واقع می‌تواند نشانه‌ای از تجارب خودمراقبتی گذشته آنها نیز باشد. چنین تجاربی می‌تواند واکنش مراجعان نسبت به شرایط، روش‌های خودمراقبتی و مراقبت‌های بهداشتی فعلی را تحت تأثیر قرار دهد. یادداشت‌های قبلی پزشکان خانواده بر روی این پرونده ممکن است اطلاعاتی در مورد واکنش، توانایی و دیگر ویژگی‌های مراجعان در اختیار پزشکان خانواده قرار دهد تا بتوانند برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مناسبی را طراحی کنند.

شاید ارزشمندترین منابع اطلاعات خودمراقبتی مراجعان، خود آنها باشند. اطلاعات خودمراقبتی را می‌توان هم به صورت رسمی (از طریق مصاحبه) و هم از طریق غیررسمی (در مراجعه‌های روتین) از مراجعان به دست آورد. پزشکان خانواده زیرک از طریق گفتگوهای عادی ممکن است نکات زیر را مد نظر قرار دهند: شیوه زندگی، دوستان صمیمی، رفتارهای عمومی، واکنش و احساسات مراجعان در قبال شرایط و روش‌های درمانی و آمادگی آنها برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی بیشتر.

پزشکان خانواده در ارتباط رسمی با مراجع ممکن است از طریق لحن صدا و شیوه گفتار وی به عصبانیت، نگرانی و ناراحتی مراجع پی ببرند. سطح ارتباط و ساختار زبانی مراجع اطلاعاتی را در مورد توانایی یادگیری وی در اختیار پزشک خانواده قرار می‌دهد. چنین اطلاعاتی را می‌توان در هر تماس با مراجع به دست آورد، که برخی از این موارد

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۰۹

عبارتند از: هنگام آماده‌سازی مراجع برای معاینه، هنگام انجام درمان و زمان انجام معاینات جسمانی. جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی در مراقبت‌های روتین مراجع نیازمند زمان اضافی نیست بلکه موجب استفاده مؤثرتر از زمان صرف شده می‌شود.

اتخاذ راهکار رسمی در جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی این امکان را به وجود می‌آورد تا جمع‌آوری اطلاعات در مورد مراجعان از دیگر منابعی صورت گیرد که اغلب در دسترس نیست و نظریات و باورهای مراجعان را منعکس می‌سازد. این راهکار رسمی از طریق مصاحبه با مراجعان با هدف به دست آوردن اطلاعات خودمراقبتی انجام می‌گیرد. این فرآیند می‌تواند رابطه‌ای مورد اطمینان بین پزشک خانواده و مراجع ایجاد کرده و انجام فرآیند آموزش را تسریع بخشد. جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی باید پیش درآمدی بر توانمندسازی مراجعان باشد. اگر قبل از این مرحله پزشکان خانواده درک مناسبی از سطح دانش و آمادگی مراجعان برای توانمندسازی نداشته باشند، آن‌گاه این اقدام (جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی) این فرصت را در اختیار آنها قرار می‌دهد تا دانش، رفتار و عقاید مراجعان را دقیق‌تر ارزیابی کنند.

ارزیابی را می‌توان هنگام ایجاد رابطه انجام داد. پس از آن‌که رابطه‌ای ابتدایی ایجاد شد، پزشکان خانواده ممکن است ارزیابی خود را ادامه بدهند. راهکار ابتدایی برای ارزیابی بیشتر ممکن است با چنین جمله‌ای همراه باشد: «خانم رضایی! امروز قصد دارم کمی در مورد مشکل فشار خون‌تان با شما صحبت کنم و پاسخ‌گوی هر سؤالی هستم که در این زمینه دارید. دوست دارم بدانم چه میزان اطلاعات در مورد شرایط خود

دارید زیرا دانستن این مطلب در انجام درمان بسیار به من کمک خواهد کرد. می‌توانم از شما درخواست کنم کمی در مورد آگاهی خود نسبت به فشار خون توضیح دهید؟»

پرسش این‌گونه سؤال‌ها این فرصت را در اختیار مراجعان قرار می‌دهد تا با ارایه جواب‌های خود، اطلاعات خودمراقبتی فراوانی را در اختیار پزشکان خانواده قرار دهند. با این راهکار پزشکان خانواده می‌توانند اطلاعات خودمراقبتی مناسبی در مورد سطح درک و احساسات مراجعان در قبال شرایط موجود خود به‌دست آورند و از سؤال‌ها و اولویت‌های آنها آگاهی یابند. چنین اطلاعاتی نه تنها از طریق شنیدن صحبت‌های مراجعان به‌دست می‌آید، بلکه مشاهده تمایل آنها هنگام صحبت کردن در مورد شرایط خود و علایم غیرکلامی‌شان از دیگر راه‌هایی است که می‌توان چنین اطلاعاتی را به‌دست آورد.

زمان مورد نیاز برای این نوع جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی بستگی به نیازهای مراجعان و پیچیدگی شرایط یا روش‌های درمانی دارد. برخی از برنامه‌های آموزشی مراجعان می‌تواند در همین جمع‌آوری‌های ابتدایی وارد شود. اگر مراجعان سؤالات فراوانی در مورد شرایط موجود خود داشته باشند آن‌گاه پزشک خانواده نباید برای پاسخ دادن به آنها منتظر جلسات رسمی باشد. سؤالاتی که در ابتدا نامربوط به نظر می‌آید، می‌تواند نشان‌دهندهٔ علاقه فراوان مراجعان در زمینه مشکل‌شان باشد. هنگامی که پزشکان خانواده بدون درنگ و با صداقت به سؤالات مراجعان پاسخ می‌دهند، نه تنها توجه مراجعان را به خود جلب می‌کنند بلکه باعث اعتماد بیشتر آنها نسبت به خود می‌شوند. این اعتماد و

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۱۱

همدلی ممکن است یکی از مهم‌ترین عوامل در تحقق یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر باشد. یک راهکار در مورد این بخش از فرایند توانمندسازی را می‌توان در مثال ضمیمه ۱ مشاهده کرد.

از طریق جمع‌آوری و تحلیل اولیه اطلاعات خودمراقبتی مشکل ابتدایی به این صورت تعیین می‌شود:

- نیازهای یادگیری مانند اطلاعات خودمراقبتی مربوط به رژیم‌های غذایی و روش‌های کاهش اضطراب
- موانع بالقوه نظیر برنامه کاری، توانایی در آماده‌سازی غذا بر مبنای رژیم غذایی

- امکانات نظیر حمایت اجتماعی فرزند، انگیزه فرد

اگرچه ارتباط با مراجعان در مطب پزشکان کمتر است اما فرایند جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی و تشخیص رفتاری باید به همان ترتیب مورد استفاده قرارگیرد. اگر مراجعان به‌صورت منظم به پزشکان مراجعه کنند، آنها زمان بیشتری را صرف توسعه اطلاعات خودمراقبتی خود در مورد مراجع و خانواده‌اش می‌کنند تا به‌این ترتیب بتوانند یک برنامه مؤثر آموزش خودمراقبتی را طراحی کنند.

همان‌طور که گفته شد، تشخیص رفتاری، تعیین گزینه خودمراقبتی و جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع از اجزای اصلی مرحله نیازسنجی یک برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی هستند. هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی می‌شود، میزان همراهی مراجعان با توصیه‌های خودمراقبتی افزایش می‌یابد.

۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع

مراجعان باید تحریک شوند تا اطلاعات خودمراقبتی مورد نظر تیم سلامت را یاد بگیرند. قبل از تحریک آنها برای یادگیری، مراجعان باید متوجه باشند که به اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده نیاز داشته و باید از لحاظ جسمی و عقلی آمادگی دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

بررسی انگیزه مراجعان برای یادگیری گامی دیگر در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به حساب می‌آید که خود شامل دو مرحله است:

(الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع

(ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

(الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع

چه چیزی مراجعان را برای یادگیری تحریک می‌کند؟ قبل از آن‌که مراجعان تحریک شوند باید به تشخیص نیاز به کسب دانش برسند. فرآیند آموختن خودمراقبتی معمولاً با این موضوع شروع می‌شود که فرد مراجع کسب دانش یا یادگیری یک مهارت را به عنوان یک نیاز برای خود تشخیص می‌دهد. نیاز به این موضوع ممکن است هم از طرف مربی (پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت) و هم از طرف فرد یادگیرنده (مراجع) شناسایی شود. اگر فرد یادگیرنده این نیاز را تشخیص دهد آن‌گاه بیشتر تحریک می‌شود تا اطلاعات خودمراقبتی را پیگیری کرده و مطالب ارایه شده را فراگیرد. اگر پزشک خانواده (مربی) متوجه

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۱۳

این نیاز شود آن‌گاه وظیفه او نه تنها ارایه اطلاعات خودمراقبتی به گونه‌ای است که برای مراجعان قابل فهم باشد بلکه باید دلیل اهمیت این موضوع را برای آنها توضیح دهد.

هم مراجعان و هم پزشکان خانواده ممکن است نیاز به آموزش خودمراقبتی را تشخیص دهند. پرسیدن سؤال‌هایی از طرف مراجعان همچون: «رژیم غذایی من در واقع شامل چه چیزی است؟» و یا «چه تغییری در طرز لباس پوشیدن در فصل تابستان باید انجام دهم؟»، نشان‌دهنده‌ی این است که مراجع نیاز به آموختن خودمراقبتی را تشخیص داده است. در مواردی که مراجعان نبود دانش و مهارت مورد نیاز برای خودمراقبتی را تشخیص می‌دهند، نسبت به فرآیند توانمند شدن برای خودمراقبتی درک مشخصی پیدا کرده و بیشتر تحریک می‌شوند تا اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را فراگیرند. مشخصاً هر چه مراجع نیاز به آموختن خودمراقبتی را بیشتر درک کند، آن‌گاه بیشتر به اهمیت اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده پی برده و در نتیجه بیشتر تحریک می‌شود تا مطالب خودمراقبتی مربوطه را فرا بگیرد.

در بعضی موارد این پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت هستند که نیاز به کسب دانش برای مراجعان را تشخیص می‌دهند. مامایی که مشاهده می‌کند مادری به طرز نامناسبی کودک نوزاد خود را لباس می‌پوشاند، ممکن است توضیحاتی در مورد اصول نگهداری از نوزاد در اختیار او قرار دهد. پزشک خانواده‌ای که یک مراجع مبتلا به مشکلات مجاری ادرار را درمان می‌کند ممکن است پس از پی بردن به روش اشتباه وی برای شستشوی خود احساس کند که نیاز به آموزش

خودمراقبتی برای مراجع وجود دارد. در این مثال، ممکن است مراجع از رابطه شستشوی نامناسب با مشکلات مجاری ادرار آگاهی نداشته و یا این که اطلاعات خودمراقبتی کافی در اختیارش قرار نگرفته باشد. پزشک خانواده با تشخیص نیاز به آموزش بیشتر سعی بر این دارد تا اهمیت روش مناسب شستشو را به مراجع توضیح داده و از بروز مشکلات آتی نیز جلوگیری کند.

به نظر می‌رسد که آغاز برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بسیار ساده باشد. هم پزشکان خانواده و هم مراجعان ممکن است نیاز به دریافت اطلاعات خودمراقبتی را تشخیص دهند، به دنبال این موضوع فرایند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی شروع می‌شود. با این وجود تشخیص نیاز به یادگیری همواره مانند مثال‌های ذکر شده نیست. نیاز به کسب آگاهی و دانش زمانی مشخص می‌شود که مراجعان در این زمینه سؤالاتی مستقیم پرسیده و یا این که پزشکان خانواده علایمی را دریافت کنند که نشان‌دهنده‌ی نیاز به توانمندسازی مراجع باشد. در دیگر موارد ممکن است مراجعان سؤالات مستقیمی نپرسند که یا نیاز به کسب اطلاعات خودمراقبتی در آنها به وجود نیامده و یا این که ممکن است ندانند باید چه سؤالاتی بپرسند. پزشکان خانواده نیز ممکن است نسبت به علایمی که نشان‌دهنده‌ی عدم وجود آگاهی در مراجعان است، آگاهی کافی نداشته باشند. در برخی از موارد پزشکان خانواده تصور می‌کنند که مراجعان درک بیشتری از شرایط و روش‌های خودمراقبتی دارند. ممکن است سوء تفاهم و تصورات غلطی وجود داشته باشد که پزشکان خانواده آنها را تشخیص نداده باشند. بنابراین ممکن

است هیچ تلاش اضافی برای ارایه اطلاعات خودمراقبتی و یا تصحیح این تصورات اشتباه صورت نگیرد. اگر پزشکان خانواده علایم مربوط به نیاز به آموختن در مراجعان را درک نکنند آن‌گاه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی اتفاق نخواهد افتاد. یک مثال از علایم غیرمستقیم که نشان‌دهنده‌ی نیاز به توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است، جمله زیر است که توسط بیماری در معاینات بیان می‌شود: «من تصور می‌کنم خیلی زود وارد دوران یائسگی می‌شوم. من موارد فراوانی از خانم‌های دیگر شنیده‌ام که چنین تجربه‌ای داشته‌اند. مطمئن نیستم این همان چیزی باشد که من انتظارش را می‌کشم. من فقط امیدوارم شوهرم بفهمد که من با دیگر خانم‌ها تفاوت خواهم داشت.» اگرچه ممکن است مراجع سؤال خود را آگاهانه نپرسیده باشد ولی نشان‌دهنده‌ی نیاز وی به آموزش و یا حداقل اضافه کردن توضیح بیشتر به اطلاعات خودمراقبتی او است. اگر این اظهار نظر نادیده گرفته شود و یا اگر مراجع بر این موضوع اصرار نداشته باشد و تقاضای خود را مستقیماً بیان نکند، آن‌گاه فرصت آموزش خودمراقبتی به مراجع از دست می‌رود.

در برخی موارد ممکن است بین دیدگاه پزشکان خانواده و مراجعان در مورد نیاز به آموختن خودمراقبتی ناسازگاری وجود داشته باشد. ممکن است پزشکان خانواده نیاز به چنین برنامه‌ای را زمانی درک کنند که این نیاز در مراجعان وجود نداشته باشد. به عنوان مثال به پاسخ یک بیمار به یک دکتر داروساز توجه کنید. دکتر داروساز بعد از تحویل دارو سعی می‌کند اطلاعات خودمراقبتی اضافی را در اختیار بیمار قرار دهد. بیمار این‌گونه پاسخ می‌دهد: «من به دکترم اطمینان دارم. هر چیزی که او

تجویز کند خوب و مناسب است. در ضمن دلیلی برای دریافت اطلاعات بیشتر نمی‌بینم.» در این مثال مشخص است که مراجع نیازی به دریافت اطلاعات خودمراقبتی ندارد و ارایه مطالب خودمراقبتی بی فایده خواهد بود مگر آن‌که فرد یادگیرنده به اهمیت و تأثیر آن پی ببرد. در این مثال بهترین راهکار این است که دکتر داروساز به مراجع کمک کند تا به اهمیت اطلاعات خودمراقبتی پی ببرد و در واقع این عاملی است که مراجع نسبت به آن آگاهی چندانی ندارد. دکتر داروساز ممکن است سعی کند تا بیشتر احساسات فردی مراجع را درک کند. این اظهار نظر مراجع ممکن است مربوط به دیدگاه او در رابطه با نقش پزشکان خانواده و مراجعان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی و یا مشکلات وی در پذیرش شرایط و روش‌های درمانی باشد. اتخاذ راهکاری که سعی در شناسایی احساسات مراجع داشته باشد، ممکن است توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را در آینده با موفقیت بیشتری همراه سازد. اگر دکتر داروساز به رغم عدم تمایل مراجع سعی بر ارایه اطلاعات خودمراقبتی بیشتری داشت، آن‌گاه خطر انحراف مراجع از دریافت اطلاعات خودمراقبتی بیشتر به وجود می‌آمد. علاوه بر این چنین اصرار بیهوده‌ای باعث می‌شد تا وقت و تلاش دکتر داروساز در ارایه اطلاعات خودمراقبتی هدر برود.

در اختیار قرار دادن اطلاعات خودمراقبتی به صورت اجباری برای مراجعانی که تمایل و علاقه چندانی به آموختن آنها ندارند ممکن است باعث شود تا فهم و یادآوری مطالب ارایه شده کاهش یابد و چنین مراجعانی، مقدار بسیار کمی از اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را در رفتارهای خود وارد می‌کنند.

ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

آمادگی مراجع برای یادگیری خودمراقبتی به وسیله عوامل متعددی مشخص می‌گردد. هر عاملی که روی آسایش جسمی و روانی مراجعان تأثیر می‌گذارد، می‌تواند توانایی و انگیزه آنها برای یادگیری را نیز تحت تأثیر قرار دهد. بعد از آن که نیاز به کسب دانش و آگاهی مشخص شد، نوبت آن است که آمادگی مراجعان برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی در آن زمان مشخص مورد ارزیابی قرار گیرد. موانع متعددی بر سر راه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قرار دارد که در صورت شناسایی و غلبه بر آن، فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی تسریع می‌گردد. مراجعانی که در یک زمان خاص تمایل چندانی به دریافت اطلاعات خودمراقبتی ندارند ممکن است در زمانی دیگر آمادگی و علاقه لازم برای دریافت اطلاعات مذکور را داشته باشند. به عنوان مثال، فردی که اکنون دچار درد شدید است، ممکن است گزینه‌ی مناسبی برای آموزش خودمراقبتی در آن شرایط نباشد. درد و ناتوانی‌های جسمی از جمله عواملی هستند که در امر آموزش خودمراقبتی اختلال به وجود می‌آورند. همین مراجعان ممکن است در زمان دیگری که دردشان کاهش یافته است، تمایل و علاقه لازم برای دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

علاوه بر ناتوانی جسمی، گاه مراجعان اولویت‌های دیگری دارند که جایگزین دریافت اطلاعات خودمراقبتی می‌شود و بنابراین آمادگی آنها برای یادگیری خودمراقبتی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فردی که در وقت ناهار محل کار خود را ترک کرده و برای درمان مشکلش به یک

پزشک خانواده مراجعه می‌کند، هرگز آماده دریافت اطلاعات خودمراقبتی نیست زیرا همواره نگران برگشتن به موقع به محل کارش است. همین مراجع ممکن است در موقع دیگری که فشارهای زمانی کمتری روی او باشد، آمادگی و تمایل بیشتری برای آموزش و دریافت اطلاعات خودمراقبتی داشته باشد.

واکنش مراجعان نسبت به بیماری یا مشکلی که دارند، نیز می‌تواند آمادگی و انگیزه آنها را برای یادگیری خودمراقبتی تحت تأثیر قرار دهد. تغییرات احساسی از جمله مواردی است که در آموزش خودمراقبتی اختلال ایجاد می‌کند. چنین موردی را می‌توان در مثال خانم انصاری مشاهده کرد؛ وی به دلیل احساس درد و سوزش در مجرای ادرارش، برای دریافت مشاوره به پزشک خانواده مراجعه کرده بود. بعد از معاینه، پزشک تشخیص داد که مشکل وی مربوط به دستگاه تناسلی بوده و زمانی را صرف توضیح در مورد بیماری مقاربتی برای وی کرد. یک بیننده خارجی ممکن است تصور کند که اطلاعات خودمراقبتی بسیار مناسب بوده و پزشک خانواده برنامه آموزش خودمراقبتی را به بهترین نحو انجام داده است و خانم انصاری اگر به مطالب ارایه شده با دقت گوش می‌داد می‌توانست مشکلش را بفهمد. اما او از تشخیص پزشک بسیار افسرده شد چرا که عقیده داشت همسرش او را فریب داده است در نتیجه به‌هنگام توضیحات پزشک اصلاً به صحبت‌های او توجه نکرد. با وجود آن‌که پزشک کار خود را به نحو احسن انجام داده بود، مراجع آمادگی یادگیری را در آن زمان نداشت. در نتیجه با توجه به زمان زیاد صرف شده، اطلاعات خودمراقبتی کمی در اختیار مراجع قرار گرفت.

سطح اضطراب مراجعان می‌تواند آمادگی آنها برای آموختن را تعیین و به دنبال آن تمایل و توانایی آنها برای اجرای اصول پیشگیری یا رژیم‌های درمانی را نیز مشخص کند. بیان صریح اطلاعات خودمراقبتی باعث می‌شود تا مراجعان نسبت به عواقب ناشی از رفتارهای نامناسب خود مطلع شوند. به عنوان مثال سخت است باور کنیم فردی که سابقه خانوادگی امراض قلبی دارد و روزانه ۳ پاکت سیگار مصرف می‌کند بعد از آگاهی از این مطلب که خطر ابتلا به این امراض برای مراجعانی همچون او زیاد است، همچنان به کشیدن سیگار ادامه بدهد.

اگرچه تشخیص خطرهای بالقوه ناشی از رفتارهای متعدد ممکن است در تحریک مراجعان برای تغییر رفتارشان و یا همراهی با توصیه‌های خودمراقبتی مؤثر و کافی باشد ولی بیان این نکته لازم است که این روش‌ها گاهی اوقات نتایج متفاوتی دارند. برای بسیاری از مراجعان چنین آگاهی‌هایی تنها باعث افزایش نگرانی آنها و عدم پذیرش اطلاعات خودمراقبتی و توصیه‌ها شده و نارضایتی آنها در برخورد با این دستورها را به دنبال خواهد داشت.

مطالعات نشان می‌دهد استفاده از روش‌های ترساننده برای تحریک مراجعان به همراهی با توصیه‌های خودمراقبتی، تأثیر چندانی نخواهد داشت. اگرچه بعضی اضطراب‌ها باعث تحریک یادگیری می‌شود ولی اضطراب شدید باعث غیرفعال شدن و اختلال در فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی می‌شود (لونتال^۱، ۱۹۷۱، رود^۲، ۱۹۹۵).

^۱. Leventhal

^۲. Rudd

اضطراب شدید همچنین ممکن است سرپیچی مراجعان را به همراه داشته باشد. اگر تشخیص شما برانگیزنده اضطراب فراوان برای مراجعان در پذیرش بیماری یا مشکل سلامت باشد، ممکن است واکنش آنها به‌طور کلی باعث توقف دریافت و به کارگیری اطلاعات خودمراقبتی شود. آنها ممکن است فکرکنند چنین خطری تنها برای سایر مراجعان وجود دارد.

پزشکان خانواده‌ای که فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را تحت چنین شرایطی بدون برنامه انجام می‌دهند، نه تنها اقدام بیهوده‌ای انجام داده‌اند بلکه باعث از دست دادن اطمینان و اعتمادی می‌شوند که می‌تواند اقدامات آتی آنها را تسریع بخشد. بهترین راهکار در چنین مواردی، تأیید نگرانی‌ها و احساسات مراجع و توضیح برای پذیرش آنها است. مراجعان ممکن است نسبت به اضطراب خود آگاهی نداشته باشند. پزشکان خانواده‌ای که اصرار به ارائه اطلاعات خودمراقبتی به مراجعانی دارند که آمادگی چندانی برای شنیدن حرف‌های آنها ندارند در واقع تنها باعث دورتر شدن مراجعان از برنامه خودمراقبتی می‌شوند. با شناخت شرایط و احساسات مراجع و سعی در ایجاد رابطه‌ای که به وی کمک کند تا ترس و اضطرابش را بشناسد، پزشکان خانواده محیطی را ایجاد می‌کنند تا در مورد نگرانی‌های موجود مراجع بحث کرده و به تدریج آمادگی لازم برای یادگیری را در وی فراهم سازند. تنها در این مرحله است که مراجعان می‌توانند و تمایل دارند تا اطلاعات خودمراقبتی خود را با تیم سلامت به اشتراک بگذارند.

۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

پس از ارزیابی نیازهای خودمراقبتی و انگیزه یادگیری مراجع، نوبت وارد کردن این اطلاعات در یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. همانطور که جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی نیازمند اقدامی آگاهانه و سازمان‌یافته است، اطلاعات جمع‌آوری شده نیز باید در یک برنامه نظام‌مند مورد استفاده قرار گیرند تا با نیازهای خودمراقبتی مراجع به بهترین نحو تطابق داشته باشد. مراحل طراحی یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در جدول ۳ توضیح داده شده است.

جدول ۳- مراحل طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

الف) تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی
۱) چه مواردی برای یادگیری مراجع ضروری است؟
۲) اولویت‌های یادگیری چیست؟
۳) موفقیت مراجع چگونه ارزیابی می‌شود؟
ب) ارزیابی مراجع
۱) توان یادگیری مراجع چگونه است؟ (یعنی: دانش، مهارت‌ها، رفتارها و توانایی‌ها)
۲) چه عواملی موجب تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی می‌شود؟
۳) اولویت‌های خودمراقبتی مراجع چیست؟

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی باید اهداف و نتایج مورد نظر را برآورده سازد. این برنامه باید منعکس‌کننده نیازهای فردی و نیز توانمندی‌های مراجعان باشد. بخشی از هر برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی تعیین اهدافی است که واقعی و دست‌یافتنی باشند. در واقع هدف از طراحی چنین برنامه‌ای، تحقق اهداف خودمراقبتی مورد نیاز مراجع است.

از آنجایی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در شرایط متعددی اجرا می‌شود در نتیجه استاندارد ثابتی برای استفاده در تمامی موقعیت‌ها وجود ندارد. برای آشنایی بیشتر با این موضوع به بخش دوم ضمیمه ۱ مراجعه نمایید.

گاهی بخش اصلی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ممکن است مختص به این موارد باشد: ایجاد ارتباطی از سر اعتماد با مراجع و حس اعتماد در او، کمک به او برای بیان احساساتش در رابطه با شرایط بیماری یا مشکل سلامت و پذیرش روش‌های خودمراقبتی.

در موقعیت‌هایی همچون مراکز بهداشتی و درمانی درمانگاه‌ها و مطب‌ها که درمان یا حل مشکل سلامت به‌صورت سرپایی است، اقدامات آموزشی می‌تواند در یک یا چند دیدار انجام شود که تعداد این دیدارها به پیچیدگی برنامه‌های آموزش خودمراقبتی و سطح آگاهی و آمادگی مراجع بستگی دارد. در برخی موارد برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی تنها تلاش می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی خاصی را در مورد درمان بیماری یا حل مشکل سلامت در اختیار مراجع قرار دهد. در درمانگاه‌ها و مطب‌های پزشکان خانواده فرایند جمع‌آوری و تحلیل

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۲۳

اطلاعات خودمراقبتی و طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی صرف نظر از شرایط موجود همچنان یکسان باقی می ماند ولی محدوده و تمرکز فرایند جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی محدودتر می شود.

تدوین برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به پزشکان خانواده کمک می کند تا تعریف جامع و مشخصی از فعالیت های آموزشی خود داشته باشند. برنامه ای که بر اساس اطلاعات خودمراقبتی مراجع جمع آوری شده است باید شامل موارد زیر باشد:

- چه نوع اطلاعات خودمراقبتی باید در اختیار مراجع قرار گیرد (ادراکی، روانی - حرکتی، احساسی یا ترکیبی از این ۳ الگو)
- توانمندسازی باید در چه زمانی انجام شود؟ (در قرارهای ملاقات مشخص، طی مراجعه عادی مراجعان و غیره)
- توانمندسازی باید در کجا انجام شود؟ (در یک محیط تسهیل گر یا در دیگر موقعیت ها)
- توانمندسازی باید چگونه انجام شود؟ (از طریق جلسات آموزش فردی، جلسات گروهی، فعالیت های تکمیلی همچون نمایش فیلم، ارایه جزوه و دیگر راه های مشابه یا از طریق ترکیبی از فعالیت های متفاوت)
- چه کسی باید توانمندسازی مراجعان را انجام دهد؟ (پزشک خانواده یا گروهی از اعضای تیم سلامت)

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی سعی دارد تا دانش و آگاهی مراجعان در مورد شرایط زندگی خود، روش های خودمراقبتی و پیشگیری را افزایش دهد. بنابراین هدف برنامه توانمندسازی مراجعان

برای خودمراقبتی این است که به مراجعان کمک شود تا توانایی خود برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت و مراقبت‌های بهداشتی را بالا برده، با بیماری یا مشکل رفتاری مشخصی مقابله کرده و رفتار خود در مورد سلامتی و بهداشت را بهبود بخشند. آن دسته از پزشکان خانواده‌ای که توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را تنها برابر با ارایه اطلاعات خودمراقبتی می‌دانند ممکن است با مشاهده نتایج دور از انتظار آن، مأیوس و ناامید شوند. یکی از دلایل این شکست، ناتوانی پزشکان خانواده در ارزیابی روش مناسب آموزش مراجعان است.

۳ نوع طبقه‌بندی برای آموختن به مراجعان وجود دارد (بلوم^۱، ۱۹۵۶)

که عبارتند از:

(۱) ادراکی

(۲) روانی - حرکتی

(۳) عاطفی

تمامی ۳ نوع گفته شده در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قابل استفاده است. پزشکان خانواده قبل از آغاز آموختن خودمراقبتی به مراجعان باید دریابند که توجه خود را معطوف به کدام یک از این روش‌ها کنند.

حوزه ادراکی مربوط به دانش و آگاهی مراجعان در مورد یک موضوع خاص است. به عنوان مثال پزشک خانواده‌ای که قصد دارد تا شستشوی کولوستومی را به مراجع بیاموزد هنگام ارایه اطلاعات خودمراقبتی در مورد آناتومی، فیزیولوژی و هدف شستشو، از جنبه یا

¹. Bloom

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۲۵

روش ادراکی استفاده می‌کند. اگر وی قصد داشته باشد مراجع را قادر سازد تا این شستشو را به تنهایی در خانه انجام دهد آن‌گاه اطلاعات خودمراقبتی تنها در مورد کولوستومی و فرآیند آن چندان کافی به نظر نمی‌رسد. مراجع نیاز دارد تا مهارت‌های فیزیکی مورد نیاز در این فرآیند را نیز یاد بگیرد. این مهارت‌ها شامل حوزه روانی - حرکتی است. بنابراین برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی سعی دارد فعالیت و مهارت‌های فیزیکی را به او بیاموزد که این امور مربوط به اطلاعات خودمراقبتی ادراکی است که قبلاً در اختیارش قرار گرفته بود. گوش دادن و خواندن مطالبی در مورد شستشوی کولوستومی هیچ‌گاه شبیه به انجام عملی این شستشو نیست. اگر در این مثال آموزش مهارت‌های فیزیکی بدون دانش و آگاهی باشد آن‌گاه رسیدن به هدف مورد نظر مشکل خواهد بود. از سوی دیگر آموزش شستشوی کولوستومی به مراجع بدون مطلع ساختن وی در مورد اهداف و لزوم این برنامه، ممکن است نتایج مطلوبی به همراه نداشته باشد. در اینجا آموزش ادراکی و روانی - حرکتی در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند.

برای رسیدن به هدف مطلوب در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، جنبه عاطفی نیز اهمیت بالایی دارد. جنبه عاطفی مربوط به رفتار مراجع است. مراجع ممکن است دانش و مهارت‌های لازم برای انجام یک فرآیند را داشته باشد ولی در واکنش به شرایط فردی و روش‌های درمانی، تمایل و انگیزه چندان برای انجام آن نداشته باشد. اگر مراجع دانش و مهارت لازم برای شستشوی کولوستومی را کسب کرده باشد ولی این فرآیند را چندان خوشایند و مطلوب نداند آن‌گاه

به‌نظر می‌رسد اجرای مستقل این فرآیند در خانه به نتایج مطلوبی نرسد. اگرچه به نظر می‌رسد شناسایی جنبه عاطفی به نسبت دو جنبه دیگر کاری دشوارتر است ولی تأثیر فراوان و به‌سزایی در موفقیت توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی دارد.

رابطه مشخصی بین تمامی ۳ گونه آموختن برای مراجعان وجود دارد. جنبه ادراکی علاوه بر شامل بودن یادآوری و بازشناسی اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده، مربوط به فهم مطالب یادگرفته شده نیز است. اگر مراجعان توانایی درک معنای حقایق را نداشته باشند، چگونگی استفاده از آن را ندانند و متوجه مهم بودن آن نشوند آن‌گاه به نظر می‌رسد یادآوری و بازشناسی این حقایق نفع چندانی برای آنها نداشته باشد. قبل از آن‌که مراجع بتواند این کار را انجام دهد در ابتدا باید اطلاعات خودمراقبتی لازم را دریافت کرده و تمایلی برای شنیدن مطالب ارایه شده داشته باشد. پزشکان خانواده زمانی می‌توانند آموختن حقیقی خودمراقبتی را انجام دهند که مراجعان توانایی دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشته باشند.

مرحله فراتر از فهم و درک، توانایی مراجع برای به‌کار بردن دانش و مهارتی است که یاد گرفته است. به عنوان مثال مراجعان دیابتی ممکن است برگه تغییرات غذایی را به‌صورت کامل درک کرده و قادر به یادآوری غذاهای موجود در تغییرات غذایی باشند. فهم کامل این موضوع زمانی است که مراجعان بتوانند اطلاعات خودمراقبتی خود را در یک محیط عملی به‌کار گیرند، به عنوان مثال قادر باشند از سلف سرویس محل کارشان غذای مناسب برای ناهار خود را انتخاب کنند. مراجعان باید با درک مناسب قادر به تحلیل شرایط مختلف بوده و

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۲۷

بتوانند از دانش خود به طرز مناسبی استفاده کنند. آنها باید بتوانند دانش خود را در محیط‌های جدید وارد کرده و آگاهی و رفتار خود را با یکدیگر سازگار نمایند. آنها همچنین باید بتوانند رفتار یادگرفته شده را به صورت عملی انجام دهند.

با این وجود شایان ذکر است که فهم و توانایی به کارگیری دانش و مهارت‌های موجود بخش‌هایی مساوی در امر آموزش خودمراقبتی هستند. جنبه عاطفی یا توانایی و انگیزه مراجعان برای وارد کردن مطالب خودمراقبتی در زندگی روزمره، موضوعی است که نقش به‌سزایی در میزان اثربخشی توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی دارد. در مثال قبل به رغم توانایی مراجعان برای انتخاب غذای مناسب از سلف سرویس محل کارشان، آنها باید بتوانند پس از ترک محل کار و نبود نظارت مستقیم افراد ماهر به صورت داوطلبانه غذای مناسبی را برای خود انتخاب کنند.

هدف برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی کمک به مراجعان برای کسب دانش و مهارت خودمراقبتی است تا بتوانند آنها را در رفتارشان وارد کنند. یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر به مراجعان کمک می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را سازمان‌دهی کنند بنابراین این برنامه با سیستم ارزشی مراجعان سازگار بوده و آنها می‌توانند این موارد را در فعالیت‌های روزمره خود وارد کنند. به نظر می‌رسد به کارگیری چنین تأثیری در واقع بزرگترین چالش در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی باشد.

اگرچه یک جنبه مهم برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، ارایه اطلاعات خودمراقبتی به آنها است ولی جنبه دیگری که قابل توجه است، ارایه راهکارهایی برای سازگاری با توصیه‌های ارایه شده به مراجعان است. بعضی موقعیت‌ها که دارای اطلاعات خودمراقبتی پیچیده‌تر است، نیازمند جلسات رسمی آموزشی و راهکارهای متعدد توانمندسازی است. موقعیت‌های آموزشی دشوار نیازمند همکاری گروهی از پزشکان است تا بتوانند به مراجعان جنبه‌های مختلف شرایطشان و توصیه‌های خودمراقبتی مورد نیاز را آموزش دهند. برنامه‌هایی که پیچیدگی کمتری دارند ممکن است تنها به یک پزشک نیاز داشته باشند.

در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، باید نتیجه نهایی مورد انتظار از اجرای برنامه تعیین شود. تعیین اهداف واقعی و ممکن برای چنین برنامه‌ای نیازمند تأکید بیشتر نیست. در واقع، فارغ از نوع چنین برنامه‌هایی، اگر تحقق اهداف تعیین شده برای مراجع غیرممکن باشد، توانمندسازی وی برای خودمراقبتی مؤثر نبوده است. اغلب، تحقق اهداف کوچک و کوتاه مدت نسبت اهداف بلندمدت عملی‌تر است.

۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

اجرا شامل انجام فعالیت‌هایی است که در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی طراحی شده است. این موضوع کاملاً مشخص است که حتی دقیق‌ترین برنامه‌ها اگر اجرا نشود، هیچ ارزشی نخواهد داشت. اگر در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بیش از یک مربی وجود داشته باشد آن‌گاه «روش اجرا» برای تمامی آنها باید یکسان و

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۲۹

ثابت باشد. اگرچه اجرای کلیه بخش‌های برنامه توسط پزشک خانواده در ایجاد رابطه قوی و تبادل مؤثر اطلاعات خودمراقبتی بین او و مراجع، امری مهم است اما این مطلب همیشه امکان‌پذیر نیست. در این مواقع «ثبات اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده» از طریق ارتباط بین مربیان در تیم سلامت ایجاد می‌شود. اگر بیش از یک مربی در اجرای برنامه حضور داشته باشد آن‌گاه هر یک از آنها باید نسبت به سخنان مراجع، سطح آگاهی او و نیازهای خودمراقبتی‌اش آگاهی بیشتری داشته باشند. چنین ارتباطی، موجب ثبات در برنامه می‌شود که نتیجه آن، افزایش تأثیر برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی خواهد بود.

جدول ۴- اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.
۲) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.
۳) به مراجع فرصت دهید تا مسئولیت خود را بپذیرد.
۴) منابع مراجع را تجهیز کنید.
۵) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.

تبادل مستمر اطلاعات برنامه توانمندسازی هر یک از مراجعین بین اعضای تیم سلامت ضروری است. چنین اطلاعاتی گاه به صورت شفاهی بین اعضای تیم ارتقای سلامت منتقل می‌گردد اما مکتوب نمودن آنها اقدامی اساسی است. برای این کار علاوه بر مستندسازی برنامه، موارد آموخته شده، سطح آگاهی مراجع و آموزش‌های بیشتر و اقدامات

تقویتی نیز باید مکتوب شوند. ثبت چنین اطلاعاتی، کمک فراوانی به ارزیابی کل فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی خواهد کرد. برای آشنایی بیشتر با این موضوع به بخش سوم ضمیمه ۱ مراجعه فرمایید.

مستندسازی برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی هر یک از مراجعان به اعضای تیم سلامت کمک می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را تقویت کرده و در کنار آن فرصتی را ایجاد کنند تا اطلاعات خودمراقبتی بیشتری به دست آورده و موانع آتی پیش‌رو را شناسایی کنند. مستندسازی مربوط به سایر موقعیت‌های سرپایی نیز می‌شود. پزشک خانواده با مستندسازی گفته‌های مراجع در مورد برنامه درمانی‌اش، این فرصت را در اختیار دیگر اعضای تیم سلامت قرار می‌دهد تا برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را تقویت کرده و میزان همراهی او با توصیه‌های خودمراقبتی را ارزیابی کنند.

در آموزش‌هایی که از طریق مراجعات متعدد انجام می‌گیرد، مستندسازی به پزشکان خانواده کمک می‌کند تا مطالب خودمراقبتی جلسات گذشته را به یاد آورده و متوجه نیازهای آینده مراجع شوند. چنین موقعیتی ممکن است برای خانم‌های آبدستن اتفاق افتد که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در طی دوران بارداری انجام می‌شود. اگرچه چگونگی توانمندسازی مراجع در این مثال تا دوران سه ماهگی مشخص می‌شود اما هر مراجع نیازها و اولویت‌های مخصوص به خود را دارد. بنابراین آموزش در مراجعات سرپایی ممکن است از یک روش واحد برای هر مراجع تبعیت نکند. با مستندسازی اطلاعات

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۳۱

خودمراقبتی ارایه شده در هر مراجعه، پزشکان خانواده قادر خواهند بود تا برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را بر مبنای نیازها و اولویت‌های مراجعان تنظیم کنند و اطلاعات خودمراقبتی مورد نیازی را در اختیار مراجعان قرار دهند که ممکن است قبلاً ارایه نشده باشد.

مستندسازی مؤثر نیازی به جزئیات دقیق و صرف زمان بیش از اندازه ندارد. در بعضی از مثال‌ها که اطلاعات خودمراقبتی پیچیده است و یا در اختیار مراجعان فروانی با شرایط یکسان قرار می‌گیرد، مستندسازی ممکن است شامل برگه کوچکی بر روی پرونده مراجعان باشد که فضای مشخصی برای نوشتن اطلاعات خودمراقبتی فردی مراجع در آن وجود دارد. در برخی دیگر از مثال‌ها، مستندسازی ممکن است شامل نوشتن نکته کوچکی بر روی پرونده اطلاعات خودمراقبتی مراجع باشد. در این‌گونه موارد مستندسازی بخش مهمی از فرآیند توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است؛ در واقع این موضوع با ایجاد ارتباط بیشتر بین اعضای تیم سلامت در مورد آموزش‌های ارایه شده باعث می‌شود تا اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی افزایش یابد.

۵. ارزیابی برنامه

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در صورتی موفق خواهد بود که به اهداف از پیش تعیین شده‌اش دسترسی یابد. به عنوان یک فرایند، اهداف و نتایج مورد نظر باید قبل از ارزیابی برنامه مشخص گردد. بدون ارزیابی چنین برنامه‌ای نمی‌توان از میزان اثربخشی آن آگاهی پیدا کرد. در واقع، ارایه اطلاعات خودمراقبتی به مراجعان بدون بررسی

۱۳۲ ■ راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی

اثر بخشی برنامه مانند این است که اطلاعات خودمراقبتی را بدون ارزیابی نیازها و اولویت‌های مراجعان و آمادگی‌شان برای یادگیری در اختیار آنها قرار دهیم. ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، امری ضروری و مهم است.

جدول ۵- ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟
۲) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟

ارزیابی شامل اندازه‌گیری میزان اثر بخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در کوتاه مدت و بلند مدت است. ارزیابی اثر بخشی برنامه در کوتاه مدت تنها به بررسی تأثیر سریع اقدامات لازم برای تحقق اهداف مورد نظر می‌پردازد. به عنوان مثال در برنامه توانمندسازی فردی که به تازگی بیماری دیابت‌اش مشخص شده، یکی از جلسات مختص به آموزش چگونگی تزریق صحیح انسولین است. اگر پزشک خانواده در پایان جلسه از مراجع بخواهد تا توضیح دقیقی از جلسه ارائه دهد و وی قادر به انجام صحیح این کار باشد آن‌گاه می‌توان نتیجه گرفت که جلسه خودمراقبتی مؤثر بوده است. اگر هدف برنامه این باشد که مراجع درک درستی از چگونگی استفاده از داروها داشته باشد و او نیز قادر به انجام موفقیت‌آمیز این عمل باشد، باز هم می‌توان گفت که برنامه در کوتاه مدت مؤثر بوده است. اما همیشه هدف نهایی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی این نیست که آنها را قادر سازد

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۳۳

تا در حضور پزشکان خانواده رفتاری را به طرز صحیحی انجام دهند یا برای آزمایش درک مطالب ارایه شده اطلاعات خودمراقبتی‌شان را تکرار کنند بلکه هدف نهایی این برنامه، آن است که مراجعان بتوانند توصیه‌های خودمراقبتی را در محیط خانه و در غیاب پزشکان خانواده انجام دهند. بنابراین ارزیابی بلندمدت برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بستگی دارد. برای تحقق اهداف بلند مدت برنامه، ابتدا باید اهداف کوتاه مدت برنامه را تعیین کرد و مورد ارزیابی قرار داد. به عنوان مثال برای یک مراجع مبتلا به دیابت، هدف بلند مدت کوتاه‌تر شدن زمان بستری در بیمارستان است. در مرحله شناسایی دلایل حضور مکرر مراجع در بیمارستان، ممکن است مشخص شود که اغلب این موارد مربوط به کوتاهی‌های وی در مراقبت از پایش بوده است. اهداف کوتاه مدت برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در چنین مثالی ممکن است به شرح زیر باشد:

- مراجع هر روز پای خود را با صابون و آب ولرم بشوید.
- مراجع سرتاسر پای خود به‌خصوص بین انگشتان شستش را خشک کند ولی هرگز نباید این کار را محکم انجام دهد.
- مراجع بعد از هر نوبت حمام و هنگامی که پاهایش کاملاً تمیز است اقدام به گرفتن ناخن‌هایش کند.
- مراجع ناخن‌هایش را به‌صورت مستقیم بگیرد.
- مراجع کفشی بپوشد که مناسب و به اندازه پایش باشد.
- مراجع از راه رفتن با پای برهنه جداً خودداری کند.

• مراجع از کندن میخچه و پینه پایش خودداری کند.

اگر مراجع درک مناسبی از چگونگی و اهمیت این کارها نداشته باشد و یا قادر به انجام رفتار صحیحی در حضور پزشک خانواده نباشد، آن‌گاه بعید به نظر می‌رسد که بتواند توصیه‌های ارایه شده را در محیط خانه انجام دهد. پزشکان خانواده با ارزیابی سطح آگاهی مراجعان در پایان جلسه آموزش خودمراقبتی، درخواست یافت که آیا نیازی به جلسات بیشتر برای تحقق اهداف بلند مدت وجود دارد.

ارزیابی اقدامات توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به طرق مختلفی انجام می‌شود. اگر از مراجع خواسته شود تا رفتاری را انجام دهد، آن‌گاه ارایه توضیح مراجع درمورد چگونگی انجام آن رفتار عقلانی‌ترین راه برای ارزیابی سطح آگاهی وی است. اگر هدف برنامه‌ای آموزش استفاده صحیح داروها و یا برنامه خودمراقبتی باشد، آن‌گاه می‌توان سطح آگاهی مراجعان را با سؤال کردن از آنها در مورد برنامه مورد ارزیابی قرار داد. در بعضی از مثال‌ها اگر هدف آموزش، ارتقای سطح آگاهی مراجع نسبت به شرایطش باشد آن‌گاه ارزیابی مراجع می‌تواند از طریق پرسش‌نامه و آزمونی انجام گیرد که شامل نکات کلیدی اطلاعات خودمراقبتی است. هدف ارزیابی در هر یک از این موارد این است که پزشکان خانواده بتوانند سوءتفاهمات و عدم آگاهی را قبل از تحقق اهداف بلندمدت شناسایی کنند.

ابزارهای غیررسمی ارزیابی کوتاه مدت شامل صحبت کردن با مراجع یا دیگر اعضای تیم سلامت است که نسبت به سوءتفاهمات، آگاهی کاملی دارند. البته ممکن است مراجع در ارزیابی سریع برنامه، درک

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۳۵

مناسبی از اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده داشته باشد ولی بعضی از رفتارهای او در آینده نشان‌دهنده‌ی نیاز به اطلاعات خودمراقبتی اضافی باشد. ارزیابی دوباره اهداف مورد نظر ممکن است ارزیابی ابتدایی میزان اثربخشی برنامه را تکمیل کرده، آن را اعتبار بخشد و یا بالعکس آن را از درجه اعتبار ساقط گرداند. چنین اطلاعاتی پزشکان خانواده را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود را شناخته و کمک، پشتیبانی، اطلاعات خودمراقبتی و منابع بیشتری در اختیار مراجعان قرار دهند تا توصیه‌های خودمراقبتی را به نحو احسن انجام دهند.

تمامی پزشکان خانواده این فرصت را ندارند تا میزان تطابق مراجعان را با توصیه‌های خودمراقبتی مورد ارزیابی قرار دهند. در محیط بیمارستان (سطح دوم ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده)، پرستاری که مسوولیت توانمندسازی مراجع را بر عهده دارد ممکن است بعد از ترخیص مراجع بار دیگر او را نبیند تا بتواند متوجه میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی او برای خودمراقبتی شود. اگر رابطه مناسبی بین همه سطوح ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی برقرار باشد آن‌گاه ارزیابی نیز به درستی انجام خواهد شد. به عنوان مثال اگر پزشک خانواده‌ای نسبت به اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده به مراجع در بیمارستان آگاهی داشته باشد، آن‌گاه می‌تواند میزان پیگیری مراجع از توصیه‌های خودمراقبتی را به‌هنگام مراجعه به مطب خود مورد ارزیابی قرار دهد. اگرچه ممکن است پرستاران ابزار مستقیمی برای ارزیابی اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نداشته باشند اما تصدیق دوباره مراجع در شرایط یکسان می‌تواند ابزاری غیر مستقیم برای

ارزیابی به حساب آید. دیگر ابزارهای ارزیابی پرستاران در محیط بیمارستان (سطح دوم رایج خدمات به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده) ممکن است تلفن به مراجع بعد از ترخیص و یا ارتباط با پزشک یا پرستار مرکز درمانی باشد.

توانمندسازی مراجع در محیط سرپایی در صورت مراجعه منظم وی به مرکز بهداشتی و درمانی، راحت‌تر می‌تواند مورد ارزیابی قرار گیرد. اگر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مستندسازی شده باشد آن‌گاه می‌توان در مراجعه‌های آتی میزان همراهی مراجع را مورد ارزیابی قرار داد. روش‌های ارزیابی با یکدیگر متفاوت هستند. در بعضی موارد برای ارزیابی میزان اثربخشی برنامه ممکن است از روش‌های عملی استفاده شود در حالی که در دیگر مثال‌ها از روش‌های تئوریک استفاده می‌کنند. اگر پزشک خانواده روش کاهش وزنی را به مراجع آموزش دهد و در مراجعه‌های بعدی مشخص شود که وزن مراجع تا میزان مورد نظر کاهش یافته است، آن‌گاه وی ممکن است این‌گونه ارزیابی کند که برنامه توانمندسازی مؤثر بوده است. اگر پزشک خانواده‌ای که آموزش دوران بارداری را انجام می‌دهد بر اهمیت مراقبت‌های این دوران و مراجعه منظم مراجع تأکید فراوانی داشته باشد و مراجع طبق برنامه و به طور منظم مراجعه کرده باشد، آن‌گاه می‌توان بیان کرد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر بوده است. در برخی مثال‌ها که ارزیابی‌ها به راحتی قابل مشاهده نیستند، ممکن است از دیگر روش‌ها استفاده شود. اگر یک بیمار دیابتی به رغم استفاده از انسولین میزان گلوکز خونس همچنان بالا باشد، آن‌گاه پزشک خانواده نسبت به اطاعت مراجع

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۳۷

از توصیه‌های خودمراقبتی شک کرده و می‌فهمد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر نبوده است. ارزیابی بیشتر رفتار، دانش و مهارت‌های مراجع به پزشکان خانواده کمک می‌کند تا دلیل مشکل را فهمیده و روش توانمندسازی مناسب را تشخیص دهند. پزشکان خانواده باید متوجه باشند که عوامل دیگری نیز ممکن است عدم موفقیت مراجع در تحقق اهداف خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهند. آیا شرایط مراجع و روش‌های خودمراقبتی عوارضی غیرقابل پیش‌بینی به‌همراه خواهد داشت؟ آیا مشکل مراجع به درستی تشخیص داده شده و مدیریت می‌شود؟

ارزیابی اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی از طریق بررسی میزان تبعیت مراجعان از توصیه‌های خودمراقبتی زمانی مؤثر خواهد بود که اطلاعات خودمراقبتی دقیقی به‌دست آید. اگر پیگیری مراجعان تنها با یک سؤال از آنها انجام شود، آنگاه جواب مثبت به درستی نشان‌دهنده‌ی تبعیت آنها از برنامه نیست. چنین روش‌های ارزیابی نه تنها اطلاعات خودمراقبتی کمی در اختیار مراجعان قرار می‌دهد بلکه مانع رسیدن پزشکان خانواده به اطلاعات خودمراقبتی مؤثر در تشخیص موانع موجود در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر خواهد بود. سؤال‌های غیرمستقیم‌تر از مراجعان می‌تواند اطلاعات خودمراقبتی مفیدتری را در اختیار آنها قرار داده و حس اعتماد و اطمینانی را بین پزشک خانواده و مراجع ایجاد کند. علاوه بر این اگر چنین روش‌های ارزیابی در مسیری غیرقضاوتی انجام گیرد آنگاه این حس را به مراجع القا خواهد کرد که پزشکان خانواده

علاقه‌مند کمک به آنها در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی هستند که در واقع این توصیه‌ها برای همراهی مراجع امری مهم و ضروری به حساب می‌آیند.

بیان جملاتی همچون: «بگو بینم چگونه داروهایت را استفاده کرده‌ای» و یا «چه تعداد از قرص‌هایت باقی مانده»، و یا در توصیه‌های رژیم جملاتی همچون: «بگو بینم امروز صبحانه و دیشب شام چه خوردی» به نسبت جملاتی مثل: «آیا داروهایت را استفاده می‌کنی؟» یا «آیا رژیمت را دنبال می‌کنی»، به مراتب اطلاعات خودمراقبتی بیشتری در اختیار پزشکان خانواده قرار می‌دهد.

ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی با این هدف انجام می‌گیرد که مشکلات مانع همراهی مراجع با توصیه‌های خودمراقبتی شناسایی شود. پزشکان خانواده باید به خاطر داشته باشند که هدف از برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، آموزش دانش، مهارت‌ها و رفتارهایی است که به مراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کمک خواهد کرد. اما برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی قصد ندارد مراجعان را وادار به اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کند. اگر پزشکان خانواده (و سایر اعضای تیم سلامت) و مراجعان به صورت یک تیم در کنار یکدیگر فعالیت کرده و ارتباطی دوطرفه با هم داشته باشند، انتظار می‌رود اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی افزایش یابد. ارزیابی در واقع ابزاری برای بررسی دوباره میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. اگر برنامه اولیه توانمندسازی مراجعان برای

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۳۹

خودمراقبتی مؤثر نباشد، آن‌گاه باید راهکارهای جدیدی برای کمک به مراجعان در تحقق اهداف مدنظر اتخاذ گردد.

۶. اصلاح برنامه

افزایش اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیازمند انعطاف‌پذیری آن است. اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده در جلسات آموزش خودمراقبتی باید بر مبنای نیازهای جدید مراجع در این جلسات تغییر کند. در برخی مواقع نیاز است تا کل برنامه دستخوش تغییر شود و گاهی برنامه باید برای انطباق با برنامه جدید مراجع تغییر کند. برای آشنایی بیشتر با این موضوع به مثال ضمیمه ۲ مراجعه فرمایید. جدول ۷، خلاصه‌ای از مراحل انعطاف‌پذیری در اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

جدول ۶- اصلاح برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه

چرخه اصلاح، اجرا و ارزیابی

همانطور که پیش از این گفته شد، در مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، در مرحله اول، ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع (تشخیص رفتاری، تعیین موضوع خودمراقبتی، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع) انجام می‌شود. در مرحله دوم، بررسی انگیزه یادگیری مراجع (تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع و تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری) صورت می‌گیرد و در مرحله سوم طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی (تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی، ارزیابی مراجع) انجام می‌شود. مرحله چهارم شامل اجرای برنامه (تعیین راهکارها، زمانبندی، تقویت و تجهیز مراجع، اولویت‌بندی فعالیت‌ها) و مرحله پنجم شامل ارزیابی نتایج (میزان موفقیت و راه حل جبران مشکلات) است.

در آخرین مرحله یعنی مرحله ششم، اصلاح برنامه (تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص، تعیین عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، تعیین عوامل تسریع کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه، تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد و تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه صورت می‌گیرد و در چرخه‌ای بسته دوباره وارد مرحله ۴ مدل (اجرا، ارزیابی و اصلاح) می‌گردد تا از توانایی کامل مراجع برای خودمراقبتی و کسب نتایج مطلوب اطمینان حاصل گردد.

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۴۱

بخش چرخه انتهای مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر اساس جدول شماره ۷ است.

جدول ۷- مراحل ۴ تا ۶ مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی	چرخه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی
الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.	
ب) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.	
ج) به مراجع فرصت دهید تا مسئولیت خود را بپذیرد.	
د) منابع مراجع را تجهیز کنید.	
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.	
۵. ارزیابی نتایج	
الف) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟	
ب) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟	
۶. اصلاح برنامه خودمراقبتی	
الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص	
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع	
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه	
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.	
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه	

ضمیمه ۱

بخش اول:

آقای رحمتی به دلیل زخم معده در بیمارستان (سطح دوم ارایه خدمات به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده) بستری شده بود، بدین ترتیب در نتیجه یک عمل جراحی قسمتی از معده‌اش برداشته شد. پرستار بخش جراحی با بازبینی اطلاعات خودمراقبتی شخصی وی متوجه شد که وی بیماری ۴۲ ساله با اصلیت شیرازی بوده که از همسرش طلاق گرفته و شغلش حسابداری است. پرستار در مشاهدات خود متوجه شد که او در بیمارستان بسیار نگران شغل و کار خود است؛ او مرتباً مکالمات تلفنی با شرکای کاری‌اش داشت. به غیر از دختر ۱۸ ساله‌اش که هر روز به ملاقات او می‌آمد، مراجعان بسیار کمی به دیدن او می‌رفتند. پرستار در مراقبت‌های روزانه‌اش متوجه شد آقای رحمتی به غیر از رفتن به رستوران در آخر هفته به همراه دخترش که قرار بود از ابتدای پاییز به دانشگاه برود، در فعالیت‌های تفریحی بسیار کمی شرکت داشت. اگرچه آقای رحمتی فردی سرحال بود ولی به نظر می‌رسید برای بازگشت به محل کارش تا حدودی خسته، عصبانی و مضطرب است.

پس از جراحی و زمانی که درد آقای رحمتی تا حدودی کمتر شد، پرستار شروع به جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی کرد تا بدین وسیله بتواند آموزش‌های لازم برای خودمراقبتی را در اختیار وی قرار دهد. وقتی که هم‌اتاقی آقای رحمتی برای آزمایش بیرون رفته بود، پرستار از این فرصت مناسب برای صحبت کردن با بیمار استفاده کرد تا هم در فضای خلوت‌تری با وی صحبت کرده و هم با مزاحمت کمتری

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۴۳

روبرو باشد. پرستار زمانی که وارد اتاق شد، مشاهده کرد که آقای رحمتی مشغول خواندن کتابی در مورد شغلش است که یکی از همکارانش برای او آورده بود. او صحبت‌های خود را چنین آغاز کرد:

پرستار: آقای رحمتی! امیدوارم مزاحمتان نشده باشم. قصد دارم کمی در مورد توصیه‌های خودمراقبتی صحبت کنم که باید در خانه از آنها استفاده کنید. اگر مشکلی هست زمان دیگری بیایم؟

آقای رحمتی: نه، الان بسیار مناسب است... دوست دارم هر چه زودتر از اینجا خلاص شوم تا بتوانم به سر کارم برگردم.

پرستار: من می‌دانم که دکتر حسینی قبل و بعد از عمل جراحی با شما در مورد وضعیت‌تان صحبت کرد، اما زمانی که افراد بیمار می‌شوند به سختی می‌توانند تمرکز مناسبی بر روی صحبت‌های دیگران داشته باشند. بنابراین قصد ندارم اطلاعات قبلی را برای‌تان تکرار کنم اما از شما می‌خواهم کمی در مورد آگاهی خود نسبت به شرایط‌تان صحبت کنید.

آقای رحمتی: بسیار خوب، می‌دانم که در قسمت انتهایی معده‌ام زخمی بود و پزشکان مجبور شدند نیمی از آن را خارج کنند. فکر می‌کنم باید از این پس غذای خودم را نصف کنم.

پرستار: اگرچه باید خوراک مصرفی خود را به تدریج افزایش دهید ولی اغلب کسانی که جراحی‌های مشابه شما داشته‌اند، سرانجام توانسته‌اند غذای خود را به یک سطح عادی برسانند.

آقای رحمتی: این چیز خوبی است. من واقعاً از غذا خوردن لذت می‌برم. اکثر اوقات من و دخترم برای غذا خوردن بیرون می‌رویم. دخترم

تمام چیزی است که هم اکنون دارم. هرگز نمی‌خواهم آن لحظات استثنایی را از دست بدهم.

پرستار: من تصور نمی‌کنم شما این فرصت‌ها را از دست بدهید. یک برنامه رژیمی مخصوص وجود دارد که باید مدتی از آن پیروی کنید. آیا دوست دارید به این برنامه که یک متخصص تغذیه برای شما تنظیم کرده نگاهی بیندازید؟

آقای رحمتی: بله، ولی اجرای این برنامه برای من خیلی سخت است. این برنامه شامل وعده‌های غذایی زیادی در طول روز است، تصور می‌کنم اگر همه آنها را بخورم شبیه بالن خواهم شد!

پرستار: اگرچه باید برای مدتی در طول روز چند وعده بیشتر غذا بخورید ولی مقدار غذا در هر وعده نسبتاً کم است. برنامه شما در طول روز چیست؟ آیا برای شما مشکل است که چند وعده بیشتر غذا بخورید؟

آقای رحمتی: بله، گاهی اوقات من در جاده و در مسافرت بین مکان‌های مختلف هستم.

پرستار: از آنجایی که ظرفیت معده شما کم است، ۶ وعده غذایی در طول روز رژیم مناسبی است بدون آن که باعث بزرگ شدن معده شما شود. حال بیاید در مورد روش‌هایی صحبت کنیم که در مسافرت نیز بتوانید از آنها استفاده کنید».

در این مثال، پرستار اطلاعات قابل توجهی را به دست آورد که می‌تواند بر مبنای آن به تشخیص رفتاری برسد و از آن در طراحی برنامه توانمندسازی بیمارش برای خودمراقبتی استفاده کند. این اقدام باعث می‌شود تا اعتماد و همدلی بین مراجع و درمانگرش افزایش یابد.

با نگاه به نقاط مشخص این رابطه می‌توان به اصول اولین گام در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی پی برد. جمله نخست پرستار (درخواست برای مراجعه در زمانی دیگر) نه تنها نشان‌دهنده حساسیت و احترام وی نسبت به وقت مراجع است بلکه میزان انگیزه و آمادگی مراجع برای یادگیری را مشخص می‌کند. او در آن زمان آماده بود تا در مورد روش درمانش بحث کند و انگیزه فراوانی برای بازگشت به خانه داشت. پرستار همچنین از سخنان وی متوجه شد که شغلش اهمیت فوق‌العاده‌ای برای او دارد. اگر این موضوع مورد تأکید قرار می‌گرفت که پیگیری برنامه‌های بهداشتی درمانی، موانع احتمالی در بازگشت به کارش را از بین می‌برد آن‌گاه میزان همراهی وی با توصیه‌های تجویز شده به میزان بسیار زیادی افزایش می‌یافت. پرستار با سؤال در مورد درک بیمار نسبت به شرایط موجودش، نه تنها سطح آگاهی او را به‌دست آورد بلکه متوجه اولویت‌ها و نگرانی‌های او شد. پرستار متوجه شد که نگرانی بیمار در رابطه با تغییر شیوه غذا خوردنش است و با پاسخ مناسب و حمایت از بیمار، پرستار توانست حساسیت‌های خود نسبت به نگرانی‌های بیمار را به او نشان دهد.

پرستار دریافت که بیمار نیاز به آگاهی بیشتر در مورد رژیم غذایی‌اش دارد و سعی کرد تا توضیح بیشتری در مورد میزان غذای مجاز را در اختیار او قرار دهد. پرستار همچنین متوجه موانعی شد که می‌توانست بر روی توانایی بیمار در انجام توصیه‌های خودمراقبتی تأثیر بگذارد.

اطلاعاتی که از طریق غیر رسمی به‌دست آمد این فرصت را در اختیار پرستار قرار داد تا از این اطلاعات در طراحی یک برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر بهره ببرد. مشخص شد که

دختر آقای رحمتی یک منبع مهم حمایت اجتماعی برای او محسوب می‌شود. از زمانی که پرستار فهمید دختر آقای رحمتی در پاییز او را ترک خواهد کرد، ارزیابی تأثیر غیبت او در توانایی بیمار برای پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی موضوعی بود که در جلسات بعدی مورد بررسی قرار گرفت. پرستار پس از آن که متوجه طلاق گرفتن بیمار شد خاطر نشان ساخت که ارزیابی عادت‌ها و برنامه‌های غذایی او امری ضروری و لازم است. باید مشخص می‌شد که آیا آقای رحمتی اکثراً در رستوران غذا می‌خورد یا خودش آشپزی می‌کند؟ دختر او چگونه در آماده‌سازی غذای روزانه به او کمک می‌کند؟

با مشاهده دقیق‌تر، پرستار دریافت که بیمار بسیار درگیر شغلش بوده و به جز اوقاتی که با دخترش است، تفریحات چندانی ندارد. بنابراین نیاز است تا پرستار روش‌هایی را به وی آموزش دهد تا اضطرابش را کاهش داده و اهمیت تفریحات به عنوان یک منبع آسایش را برای او مشخص سازد.

برخی از تحلیل‌های اطلاعات خودمراقبتی مربوطه در طول این رابطه از طرف پرستار انجام گرفت. اطلاعات خودمراقبتی جمع‌آوری شده در طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مورد استفاده قرار گرفت. پرستار برای حل مسأله، این موارد را مورد توجه قرار داد: نیازهای یادگیری مراجع، موانع بالقوه بر سر راه یادگیری یا اجرای برنامه خودمراقبتی و میزان توانایی مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی. از طریق جمع‌آوری و تحلیل اولیه اطلاعات خودمراقبتی مشکل ابتدایی به این صورت تعیین شد:

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۴۷

- نیازهای یادگیری: اطلاعات خودمراقبتی مربوط به رژیم‌های غذایی و روش‌های کاهش اضطراب
 - موانع بالقوه: برنامه کاری، توانایی در آماده‌سازی غذا بر مبنای رژیم غذایی
 - امکانات: حمایت اجتماعی دختر، انگیزه فرد
- مثال آقای رحمتی بیان‌کننده تحلیل اولیه اطلاعات خودمراقبتی و تعیین راهکاری برای حل مسأله در موقعیت بستری یک بیمار بود. از آنجایی که در بیمارستان پزشکان می‌توانند مدت زمان زیادی با بیماران در ارتباط باشند، اطلاعات خودمراقبتی مربوطه هنگام حضور آنها در بیمارستان به دست می‌آید.

بخش دوم:

در قسمت قبل هدف از برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی این بود تا به مراجع کمک کند نسبت به رژیم غذایی اش و اهمیت آن آگاهی پیدا کرده و برنامه زندگی خود را به گونه‌ای تنظیم کند تا قادر به مصرف ۶ وعده غذایی در طول روز باشد. به دلیل آن که پرستار متوجه شد آقای رحمتی در سر کارش اضطراب و استرس دارد، بخشی از برنامه توانمندسازی پرستار در مورد نقش مخرب اضطراب در شرایط آقای رحمتی و راه‌های کاهش آن بود. علاوه بر آن پرستار متوجه نقش به سزای دختر آقای رحمتی در زندگی او شد. بنابراین بخشی از برنامه توانمندسازی به آموزش دختر آقای رحمتی در مورد برنامه خودمراقبتی پدرش اختصاص یافت. با افزایش سطح آگاهی و دانش دختر آقای

رحمتی در مورد برنامه خودمراقبتی پدرش، او می‌توانست به پدرش در پیگیری و اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کمک فراوانی کند.

آقای رحمتی آمادگی دریافت اطلاعات خودمراقبتی را داشت بنابراین پرستار نیازی به زمان اضافی برای آماده‌سازی او برای این کار نداشت. اما اگر مراجع این آمادگی را نداشت و یا در پذیرش شرایطش با مشکل مواجه بود آن‌گاه موقعیت به‌طورکلی فرق می‌کرد. گاهی بخش اصلی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ممکن است مختص به این موارد باشد: ایجاد ارتباطی از سر اعتماد با مراجع و حس اعتماد در او، کمک به او برای بیان احساساتش در رابطه با شرایط بیماری یا مشکل سلامت و پذیرش روش‌های خودمراقبتی.

در مثال قبل، برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی با وجود برخی موضوعات در جنبه روانی - حرکتی، تمرکز اصلی‌اش بر روی جنبه ادراکی بود تا بتواند عملکرد تفریحی و استراحت را تغییر دهد. اگرچه جنبه احساسی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت اما نیازمند صرف وقت زیادی برای آقای رحمتی نبود چرا که آقای رحمتی شرایط و روش‌های درمانی خود را پذیرفته بود. در دیگر مثال‌ها ممکن است زمان صرف شده برای هر جنبه آموزشی متفاوت باشد.

به‌دلیل بستری شدن آقای رحمتی، اقدامات آموزشی می‌توانست در مدت زمان اقامت‌اش در بیمارستان انجام شود افتد. از طریق پاسخ‌هایی که مراجع به اقدامات آموزشی می‌داد، پزشکان قادر بودند تا زمان مورد نیاز برای آموزش اهداف از پیش تعیین شده را تشخیص دهند. پاسخ‌های مراجع نیز نشان‌دهنده‌ی سطح آگاهی و پذیرش او بود.

بخش سوم:

مستندسازی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به اعضای تیم سلامت کمک می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده را تقویت کرده و در کنار آن فرصتی را ایجاد کنند تا اطلاعات بیشتری به دست آورده و موانع آتی پیش‌رو را شناسایی کنند. در مثال آقای رحمتی، پزشک خانواده مربوطه در پیگیری‌های بعدی بر اساس مستندات آموزش خودمراقبتی در بیمارستان، میزان اثربخشی برنامه را از طریق بررسی میزان درک و پذیرش آقای رحمتی کنترل و سایر اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز وی را شناسایی کرد. گفتگوی آقای رحمتی و پزشک خانواده در این موضوع ممکن است به این ترتیب باشد:

پزشک خانواده: می‌دانم که پرستار و متخصص تغذیه به‌طور کامل به شما در مورد توصیه‌های خودمراقبتی در منزل توضیحاتی ارائه داده‌اند. چگونه می‌توانید دستور ۶ وعده غذایی در طول روز را رعایت کنید حتی اگر برای مدت زمان زیادی در حال سفر باشید؟

آقای رحمتی: در ابتدا تصور می‌کردم که ممکن است مشکل باشد، اما متخصص تغذیه کیف‌های مخصوص غذایی را به من پیشنهاد کرد که می‌توانم در ماشین از آنها استفاده کنم؛ با این اوصاف دیگر فکر نکنم مشکلی باشد.

پزشک خانواده: بسیار خوب. این کار تنها برای ۶ ماه ابتدایی ضروری است. باید در این مدت از پرخوری پرهیز کنید ولی غذای مناسب و کافی بخورید. این همان دلیلی است که ما وعده‌های غذایی را پخش کرده‌ایم. من دیدم که پرستار در مورد روش‌های ایجاد آرامش نیز با شما صحبت کرده. به نظر شما آنها چه طور هستند؟

آقای رحمتی: فکر می‌کنم بسیار خوب است اما مطمئن نیستم که عمل به آنها برایم ضروری باشد. حقیقتاً نمی‌دانم که انجام آنها چه ارتباطی با رژیم غذایی‌ام دارد؟

پزشک خانواده: در واقع این کار بیشتر مربوط به شرایط شما است. حتی اگر رژیم مشخصی داشته باشید و در طول روز ۶ وعده غذایی بخورید، عوامل احساسی می‌تواند تأثیر مشخصی بر روی هضم غذا داشته باشد. می‌دانم که از لحاظ کاری کمی در فشار هستید. یادگیری روش‌های کاهش تأثیر چنین فشارهایی بر روی بدن‌تان ممکن است از بروز شرایط خطرناک‌تر در آینده جلوگیری کند.

آقای رحمتی: من تاکنون از این جنبه به این موضوع نگاه نکرده بودم. حالا تصور می‌کنم که می‌توانم این روش‌های کاهش استرس را انجام دهم ولی در واقع تصور نمی‌کنم که آدمی عصبی باشم.

پزشک خانواده: من منتظرم تا نتیجه اجرای این توصیه‌ها توسط شما در محل کارتان را ببینم. پیشنهادم این است که تا مراجعه بعدی سعی در انجام این روش‌ها داشته باشید و ببینید در نهایت متوجه تفاوتی خواهید شد؟»

به دلیل مستندسازی پرستار و متخصص تغذیه، پزشک خانواده متوجه شد که مراجع چه چیزی گفته است و توانست تا اطلاعات خودمراقبتی وی را تقویت و نیازهای بیشتر او را شناسایی کند. با ارزیابی بیشتر پزشک خانواده مشخص شد که مراجع از تأثیر فشار کاری‌اش آگاهی چندانی ندارد. پزشک خانواده با ادامه مستندسازی به دیگر اعضای تیم سلامت خاطر نشان ساخت که مشکل بالقوه است شناسایی شده که

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۵۱

نیازمند پیگیری و آموزش بیشتر از طریق مراجعات بعدی است. برنامه توانمندسازی که پزشک خانواده طراحی کرد شامل زمان‌هایی بود که به مراجع فرصت می‌داد تا در مورد احساسات و واکنش‌های خود در محیط کار صحبت کند. با کمک کارگروهی، مستندسازی و انعطاف‌پذیری، پزشک خانواده توانست با استفاده از اطلاعات خودمراقبتی جمع‌آوری شده در محیط بیمارستان آموزش خودمراقبتی را از محیط بیمارستان به محیط مرکز بهداشتی درمانی خود انتقال دهد.

ضمیمه ۲

موضوع خانم افشاری می‌تواند مطلب انعطاف پذیری در اجرای برنامه را به خوبی توضیح دهد. وی به دلیل عفونت مجاری ادرار نزد پزشکی در یک مرکز بهداشتی درمانی رفته بود. پزشک با ایجاد ارتباط با مراجع دریافت که وی فردی خوش صحبت و خوش پوش است که تمایل فراوانی به درک شرایط خود دارد. او همچنین متوجه شد که مراجع تا کنون چنین مشکلی نداشته است. در نتیجه پزشک اقدام به توانمندسازی او برای خودمراقبتی کرد که شامل این موارد بود: توضیحی مختصر راجع به مشکل، اقدامات لازم برای جلوگیری از تکرار دوباره آن و توضیحی درباره برنامه درمانی و اهمیت آن. اجرای برنامه به این صورت بود:

پزشک: خانم افشاری! با معاینات و آزمایش‌های مختلف متوجه شدم که عفونتی در مجاری ادرار خود دارید. ادرار در حالت طبیعی شامل هیچ باکتری یا میکروبی نیست ولی از آنجایی که این موارد در ادرار شما مشاهده شده است، مشخص است که عفونتی وجود دارد. اما به دلیل آن که هیچ نشانه‌ای از تب یا کمر درد ندارید، تصور می‌کنم که عفونت مربوط به مثانه شما باشد که در واقع محلی برای ذخیره ادرار است.

خانم افشاری: آیا این موضوع چیزی شبیه به عفونت کلیه است؟

پزشک: نه، محل کلیه کمی بالاتر از کمر است. این مشکل شما تنها مربوط به مثانه است که محلش کمی پایین‌تر از شکم است. بهتر است که در ابتدا عفونت مثانه خود را درمان کنید تا شدیدتر نشده و کلیه‌تان را تحت تأثیر قرار ندهد. عوامل متعددی وجود دارد که باعث عفونت در مجاری ادراری شده و در مقابل راه‌های فراوانی وجود دارد که از بروز

فصل دوم - مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی ■ ۱۵۳

این مشکل پیشگیری خواهد کرد. منشاء اصلی این عفونت به خصوص برای خانم‌ها مقعد است. یکی از راه‌هایی که از آلودگی مجاری ادرار جلوگیری می‌کند این است که پس از ادرار این ناحیه را از جلو به عقب بشویید. یکی از عواملی که باعث بروز عفونت مثانه می‌شود این است که مدت زمان زیادی آن را تخلیه نکنیم. بعضی از مراجعان هستند که تمام مدت روز را بدون ادرار کردن سپری می‌کنند. این موضوع باعث می‌شود ترکیباتی که وارد مثانه شده کم‌کم رشد کرده و در نهایت منجر به تورم مثانه شود. علاوه بر آن اگر در طول روز به اندازه کافی مایعات بنوشید آن‌گاه مثانه‌تان به‌طور کامل شسته خواهد شد.

خانم افشاری: من معمولاً خودم را از جلو به عقب می‌شویم. من معمولاً زیاد آب نمی‌نوشم ولی تصور می‌کنم بتوانم برای افزایش میزان مایعات بدنم، آب میوه و آب پرتقال بنوشم.

پزشک: بسیار خوب. حتی ۵ تا ۶ لیوان مایعات در طول روز شروع خوبی به حساب می‌آید. حال قصد دارم توضیحی در مورد دارویی بدهم که برای درمان عفونت شما مؤثر است. اسم این دارو است. این دارو یک آنتی‌بیوتیک قوی برای کشتن میکروب‌هایی است که باعث عفونت می‌شوند. شما باید به مدت ۵ روز هر ۱۲ ساعت یکبار ۱ قرص را استفاده کنید. برای بالا نگه داشتن سطح آمادگی بدن‌تان برای از بین بردن میکروب‌ها لازم است تا میزان و وعده‌های دارویی خود را به نحو احسن مصرف کنید. بعد از آن‌که چند روز از این دارو استفاده کنید، ممکن است متوجه شوید که علائم بیماری‌تان از بین رفته است. باز هم تأکید می‌کنم که حتماً ۵ روز تمام و هر ۱۲ ساعت یکبار از داروی خود

استفاده کنید. در غیر این صورت باکتری‌ها از بین نرفته و بعد از چند روز عفونت بار دیگر به وجود خواهد آمد.

در پایان ۵ روز یک قرار ملاقات دیگر خواهیم گذاشت تا بار دیگر نمونه ادرار شما را آزمایش کرده و اطمینان حاصل کنیم که میکروب‌های موجود در آن از بین رفته است و در غیر این صورت، درمان بیشتری را آغاز خواهیم کرد. آیا موردی در توصیه‌های من وجود دارد که احساس کنید در انجام آن مشکل خواهید داشت؟

خانم افشاری: فکر می‌کنید قیمت این دارو چقدر باشد؟ من به تازگی کار خود را رها کرده و هم اکنون دانشجویی تمام وقت هستم. پس انداز کمی دارم. تصور می‌کنم توانایی پرداخت هزینه دارو و مراجعه دوباره را نداشته باشم.

پزشک: اجازه بدهید ببینم این دارو را دارم تا به صورت مجانی در اختیارتان قرار دهم. اگر نباشد، داروی ارزان تری می‌نویسم که آن هم مؤثر خواهد بود اما استفاده از دارو و بازگشت دوباره برای آزمایش‌های مجدد امری ضروری به حساب می‌آید. شما دانشجو هستید پس شاید بتوانید از مرکز سلامت دانشگاه رایگان استفاده کنید؟

خانم افشاری: بله این‌طور است.

پزشک: پس توصیه می‌کنم در پایان ۵ روز برای آزمایش دوباره به این مرکز بروید. معاینه در آنجا برای شما مجانی خواهد بود. من با دکتر مسعودی در این مرکز تماس می‌گیرم و هماهنگی لازم را انجام می‌دهیم».

پزشک برنامه توانمندسازی خود را بر مبنای ارزیابی ابتدایی اش در مورد نیازهای مراجع تنظیم کرد. مراجع نسبت به اهمیت پیگیری صحیح توصیه‌ها آگاهی و دانش کافی یافت و اقدامات پیشگیرانه به طرز مناسبی به وی آموزش داده شد. طی مراحل آموزش، موانع موجود بر سر راه اجرای توصیه‌ها شناخته شد. پزشک با کمی انعطاف‌پذیری، نه تنها توانست توصیه‌های درمانی مناسبی در اختیار مراجع قرار دهد بلکه به رغم موانع موجود، چگونگی اجرای برنامه را برای خانم افشاری توضیح داد. در نتیجه پزشک احتمال موفقیت برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را افزایش داد.

فهرست منابع

فهرست منابع داخلی:

۱. نظام جامع توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۴
۲. نظام جامع آموزش بیمار، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۴
۳. کوریکولوم جامع آموزش سلامت برای پرسنل بهداشتی، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۴
۴. دستور عمل فنی آموزش سلامت، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۴
۵. آموزش همسالان متکی بر شواهد، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۷
۶. راهنمای توانمندسازی شهروندان و محلات شهر برای ارتقای سلامت، ۱۳۸۷
۷. برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت و ایمنی، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۸
۸. برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های ارتقای سلامت، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۸۹
۹. راهنمای تغییر رفتار، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۹۰
۱۰. راهنمای آموزش اثربخش بیمار، دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۹۰

فهرست منابع خارجی:

1. Community-based health interventions: principles and applications / Sally Guttmacher, Patricia J. Kelly, Yumary Ruiz-Janecko. 2010
2. Integrating Chronic Care and Business Strategies in the Safety Net. Prepared for Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. 2008
3. From local to global empowerment: health promotion in action / Ronald Labonté & Glenn Laverack. 2008
4. Health literacy in primary care: a clinician's guide / Gloria G. Mayer and Michael Villaire. 2007
5. Advancing health literacy: a framework for understanding and action / Christina Zarcadoolas, Andrew F. Pleasant, David S. Greer. 2006
6. Health promotion in practice / Sherri Sheinfeld Gorin, Joan Arnold, editors; foreword by Lawrence W. Green. 2006
7. Health literacy: a prescription to end confusion / editors, Lynn Nielsen-Bohlman ... [et al.]. 2004
8. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century. 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit. 2003
9. Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences / Committee on Health and Behavior, Research, Practice, and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. 2001

یک عمر سلامت، با خود مراقبتی

